

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مدل هافمن بر کاهش ترس از ارزیابی منفی و توجه متمرکز بر خود در اختلال اضطراب اجتماعی

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۱/۲۱

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۲/۱۰

تورج هاشمی نصرت آباد*، مجید محمود علیلو**، اعظم قلی زاده***

چکیده

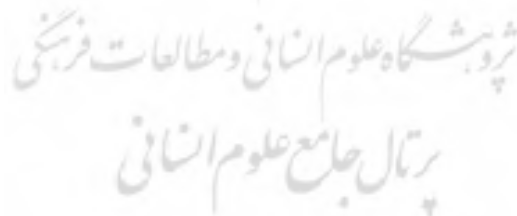
مقدمه: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مدل هافمن بر کاهش ترس از ارزیابی منفی و توجه متمرکز بر خود افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود.

روش: طرح پژوهش حاضر به صورت طرح تک آزمودنی با استفاده از خطوط پایه چندگانه پلکانی بود. طی ۱۲ جلسه، بر روی سه بیمار دختر، در دوره پیگیری یک ماهه و ۴ ماهه اجرا شد. داده های پژوهش با استفاده از پرسش نامه هراس اجتماعی، فرم کوتاه پرسش نامه ترس از ارزیابی منفی و پرسشنامه کانون توجه جمع آوری شدند و برای تحلیل داده ها از روش های تحلیل نموداری و ترسیمی و جهت بررسی معناداری بالینی از درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مدل هافمن منجر به کاهش میزان ترس از ارزیابی منفی و توجه متمرکز بر خود در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می شود. پیگیری ۱ ماهه و ۴ ماهه حاکی از پایداری تغییرات درمانی بود.

نتیجه گیری: براساس یافته های پژوهش حاضر درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مدل هافمن موجب کاهش میزان ترس از ارزیابی منفی و توجه متمرکز بر خود در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی می شود؛ لذا توصیه می شود درمانگران از این مدل درمانی در درمان مبتلایان به این اختلال استفاده کنند.

واژه های کلیدی: اختلال اضطراب اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی، توجه متمرکز بر خود، درمان شناختی - رفتاری، الگوی هافمن.



مقدمه

بر طبق پنجمین ویرایش راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی (DSM - 5)، اختلال اضطراب اجتماعی، عبارت است از ترس شدید و دائمی از موقعیت‌هایی که در آنها فرد در جمع دیگران قرار می‌گیرد یا باید جلوی آنها کاری انجام دهد. افراد مبتلا به این اختلال از هر گونه موقعیت اجتماعی که فکر می‌کنند ممکن است در آن یک رفتار خجالت‌آور داشته باشند و یا هرگونه وضعیتی که در آن مورد ارزیابی منفی دیگران قرار می‌گیرند می‌ترسند و سعی می‌کنند از آنها دور باشند. آنها از صحبت کردن، خوردن، نوشیدن یا نوشتن در حضور دیگران خودداری می‌کنند زیرا فکر می‌کنند مردم متوجه لرزش دست یا صدای آنها خواهند شد. DSM-5 نام اصلی این اختلال را اضطراب اجتماعی در نظر گرفته است؛ زیرا مشکلات به وجود آمده در اثر این اختلال در مقایسه با سایر فوبی‌ها معمولاً فراگیر هستند و در فعالیت‌های عادی فرد نابسامانی بیشتری به وجود می‌آورند [۱]. فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی معمولاً سعی می‌کند از موقعیت‌هایی که در آنها ممکن است مورد ارزیابی دیگران قرار گیرد و نشانه‌های اضطراب در او ظاهر شود و یا به طریقی رفتار کند که خجالت زده شود، اجتناب کند [۲] کسلر^۳، مک‌گوناگل^۳، ساو^۴، نلسون^۵ و هیوز [۳] در یک بررسی همه‌گیر شناسی دریافتند که شیوع ۱۲ ماهه این اختلال برابر با ۷/۹ درصد و شیوع تمام عمر آن برابر با ۱۳/۳ درصد در آمریکا است. این یافته‌ها حاکی از آن است که اختلال اضطراب اجتماعی بعد از افسردگی اساسی (۱۷ درصد) و وابستگی به مواد (۱۴ درصد) سومین اختلال شایع روانیدر آمریکا است. اختلال اضطراب اجتماعی اغلب در اوایل دوران جوانی شروع شده و به طور قابل ملاحظه‌ای در شکل‌گیری طبیعی مهارت‌های سازگاری مداخله کرده و منجر به اختلال در مکانیسم‌های مقابله‌ای می‌شود

[۴] توضیح اینکه (SAD) در ۷۰ تا ۸۰ درصد موارد با دیگر مشکلات روانپزشکی هم‌ایندی دارد و در این میان افسردگی و سایر اختلال‌های اضطرابی بیشترین هم‌ایندی را با این اختلال دارند. [۵] ترس از ارزیابی منفی از جمله عوامل شناختی مهم در اختلال اضطراب اجتماعی است. افراد مبتلا به این اختلال باورهای منفی در زمینه سایر افراد و موقعیت‌های اجتماعی دارند و فکر می‌کنند که مردم آنها را منفی ارزیابی خواهند نمود. [۶، ۷] واتسون^۷ و فرند^۸ در تعریف ترس از ارزیابی منفی بر نگرانی درباره ارزیابی‌های دیگران، آشفتگی مفرط نسبت به ارزیابی‌های منفی پرهیز از موقعیت‌های ارزیابی و انتظار تجربه ارزیابی‌های منفی از سوی دیگران تأکید کردند. همچنین در مدل شناختی SAD، فرض بر این است، هنگامی که افراد دچار اضطراب اجتماعی با یک تهدید اجتماعی روبرو می‌شوند کانون توجهشان را معطوف به درون کرده، شروع به خودارزیابی دقیق و بررسی خودشان می‌کنند که همخوان با ادبیات پژوهشی پردازش اطلاعات است [۹]. توجه متمرکز بر خود، به عنوان عامل شناختی نقش اساسی در رشد و تداوم SAD دارد. افراد مبتلا به این اختلال هنگامی که توجهشان را بر خود متمرکز می‌کنند، تصاویر بسیار منفی از خود دارند و اعتقاد دارند این تصاویر درست هستند [۱۰، ۱۱]. مطالعات نشان دادند که توجه متمرکز بر خود باعث تخریب عملکرد در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود [۱۲]. برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی، چندین درمان موثر شناخته شده‌اند. از جمله درمان شناختی، درمان شناختی رفتاری، درمان مواجهه‌سازی و آموزش مهارت‌های اجتماعی [۱۳، ۱۴]. درمان‌های شناختی-رفتاری برای اختلال اضطراب اجتماعی مبتنی بر مدل‌های مختلف شناختی در سبب شناسی این اختلال هستند و دو تکنیک مواجهه و بازسازی شناختی بیش از سایر روش‌ها از سوی صاحب نظران مورد تأکید قرار می‌گیرد [۱۵]. در درمان شناختی-رفتاری پیشرفت درمانی به دنبال تغییر در طرحواره‌های شناختی روی می‌دهد. بویژه هنگامی که

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)

2- Kessler

3- Mc Gonagle

4- Zhao

5 -Nelson

6- Hughes

7- Watson

8- Friend

9- self-focused attention

به طور مستقیم باورهای نادرست بیمار اصلاح گردند و یا با بهره‌گیری از طرحواره‌های دیگر، غیرفعال شوند [۱۶]. درمان‌های شناختی رفتاری، دامنه‌ای از تمرینات را برای بیمار فراهم می‌آورد، تا باورها و انتظارات اضطراب‌آور بیمار را تعدیل کرده و یا غیرفعال سازد و باورها و تفسیرهای جدیدی را برای وی فراهم آورد [۱۷]. بنابراین تحول الگوهای نظری در تبیین اضطراب اجتماعی و به دنبال آن، طراحی راهنماهای درمانی خاص این اختلال، لازمه پیشرفت آثار درمانی و همواره مد نظر متخصصان امر پژوهش و درمان در حوزه اضطراب اجتماعی است. در جریان تحول الگوهای درمانی خاص اضطراب اجتماعی می‌توان به مدل هافمن [۱۸]. به عنوان یک "الگوی جامع و خاص اختلال" اشاره کرد. هافمن درمان شناختی-رفتاری جدید خود را درمان ارزیابی مجدد خود اجتماعی معرفی می‌کند و از تکنیک‌های درمانی برای اصلاح ادراک مراجع از خود در موقعیت‌های اجتماعی استفاده می‌کند. در این الگو، ضمن استفاده از بازسازی شناختی و مواجهه با موقعیت، از تکنیک‌های موثر جهت کنترل و تغییر خودانگاره نظیر بازخورد تصویری، مواجهه با رویدادهای ناگوار اجتماعی در محیط طبیعی و بازخورد صوتی استفاده می‌شود [۱۳]. براساس مدل هافمن افراد دچار اختلال اضطراب اجتماعی در موقعیت‌های اجتماعی به این علت مضطرب هستند که استانداردهای اجتماعی (مثل انتظارات و اهداف اجتماعی) را بالا درک می‌کنند. آنها تمایل دارند که تاثیر خاصی بر دیگران بگذارند، اما تردید دارند که آیا خواهند توانست از عهده این کار برآیند یا نه؟ [۱۹] این پیامد تا اندازه‌ای به این علت به وجود می‌آید که آنها قادر نیستند که اهداف را به خوبی مشخص کنند و در انتخاب راهبردهای مناسب جهت دستیابی به این اهداف ناتوان هستند [۲۰]. به نظر هافمن [۱۸] در مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی چالش برانگیز، بیماران مبتلا به SAD، عمدتاً توجه خود را به جنبه‌های منفی خود و عملکرد اجتماعی‌شان معطوف می‌کنند. این موضوع در بیماران مختلف به بیش برآورد پیامدهای منفی مواجهه اجتماعی، احساس ناتوانی در

کنترل عاطفی، خودانگاره منفی به عنوان یک موجود اجتماعی یا احساس ضعف در مهارت اجتماعی منجر می‌شود. در نتیجه، افراد مبتلا به SAD، گوش به زنگ خطاهای اجتماعی هستند و اشتباهات خود را فاجعه آمیز تلقی می‌کنند. در مقابل همه این تهدیدهای اجتماعی، رایج‌ترین راهبرد غیر انطباقی این افراد فرار از اجتماع، رفتارهای اجتنابی و رفتارهای ایمن ساز همراه با نشخوار ذهنی پس از رویداد^۲ است. این نشخوار ذهنی باعث هراس اجتماعی در آینده می‌شود. در برنامه درمانی مبتنی بر مدل هافمن از تکنیک‌های آموزشی استفاده می‌شود تا مراجعان را از ارتباط بین کانون توجه و اضطراب آگاه سازد و به آن‌ها آموزش دهد، تا در موقعیت اجتماعی به انجام وظیفه خود توجه کند بیماران قبل از انجام تکلیف اجتماعی می‌آموزند که کانون توجه خود را تغییر دهند و میزان اضطرابشان را اندازه‌گیری کنند. این اطلاعات کمک می‌کنند تا بیمار دریابد که چنانچه توجه خود را بر روی انجام وظایف اجتماعی متمرکز کند و بر روی احساسات جسمانی تمرکز نکند اشتباه کمتری را مرتکب خواهد شد [۲۱]. در این راستا پژوهشی که از سوی هربرت^۳، این گولد و گلداستاین [۲۲] بر روی مبتلایان به SAD صورت گرفت، پس از گروه درمانی شناختی-رفتاری، ترس از ارزیابی منفی کاهش یافته بود. در پژوهشی دیگر گاستون^۴، ابات، رپی و نیری [۲۳] درمان شناختی-رفتاری گروهی را در مورد مبتلایان به SAD در مقایسه با گروه کنترل مورد بررسی قرار دادند. ترس از ارزیابی منفی یکی از متغیرهای وابسته مورد بررسی در این پژوهش بود. نتایج درمانی نشان دهنده کاهش علائم SAD و کاهش ترس از ارزیابی منفی در مبتلایان به SAD بود. نتایج حاصله از مطالعه ی وودی^۵، چمپلس و گلاس [۲۴] نشان می‌دهد، توجه متمرکز بر خود در طول درمان شناختی-رفتاری در افراد مبتلا به SAD کاهش پیدا کرده، در حالی که توجه بیرونی بدون تغییر مانده است. در ایران پژوهشی

2- post ° event rumination

3- Herbert

4- Gaston

5- Woody

1- Comprehensive and Specific Model of Disorder

پس از احراز شرایط پژوهش یعنی ملاک‌های ورود و خروج وارد فرآیند مداخله شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی) بر مبنای ملاک‌های تشخیصی DSM-5، تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی باید تشخیص اصلی و اولیه بوده و نه ثانوی بر یک اختلال دیگر بوده باشد، داشتن سن حداقل ۱۸ و حداکثر ۴۰ سال، ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: وجود سابقه‌ی مربوط به اقدام به خودکشی در مورد بیمار، سابقه‌ی سوء مصرف دارو یا سوء مصرف مواد، مبتلا بودن به یکی از اختلال‌های سایکوتیک، اختلال دو قطبی و اختلال تجزیه‌ای و ابتلا به هر نوع بیماری طبی شدید که مانع از ادامه درمان شود.

ابزار

۱- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور (SCID-I): مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I، مصاحبه‌ای انعطاف پذیر است که توسط فرست^۱، اسپیتزر، گیسون و ویلیامز [۲۶] و ویلیامز [۲۶] تهیه شد. ضریب کاپای ۶۰ درصد به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش شده است. شریفی و همکاران [۲۷]. این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای مجموع)، برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود.

۲- پرسشنامه اختلال فوبی اجتماعی (SPIN): این مقیاس نخستین بار توسط کانور^۲، دیویدسون، چرچیل، شووود و فوا [۲۸] به منظور ارزیابی فوبی اجتماعی یا همان اختلال اضطراب اجتماعی تهیه گردید. این پرسشنامه یک مقیاس خود سنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده) اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) است. کانور و

که بخواهد اثر درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر مدل هافمن را بر ترس از ارزیابی منفی و توجه متمرکز بر خود مورد بررسی قرار دهد یافت نشد. مطالعات نشان داده‌اند که اگر مداخلات درمانی صورت نگیرد اختلال اضطراب اجتماعی به دوره‌ای طولانی از ناتوانی منجر شده و فرد مبتلا، مشکلات زیادی را در حوزه‌های کارکرد شخصی و اجتماعی خود متحمل می‌شود [۲۵]. از این رو، پنداشت این است که تشخیص به موقع این اختلال امری ضروری است و کار بست روش‌های درمانی مؤثر نیز به ضرورتی دو چندان تبدیل می‌شود. لذا هدف پژوهش حاضر بررسی کارایی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر مدل هافمن بر کاهش ترس از ارزیابی منفی و توجه متمرکز بر خود در افراد مبتلا به SAD می‌باشد.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر با توجه به اهداف از نوع طرح‌های تک آزمودنی^۱ بود که مبتنی بر طرح‌های مداخله‌ای خطوط پایه چند گانه به مرحله اجرا گذارده شد. در این راستا، مراحل چندگانه پیش از مداخله وجود داشت که طی آن خط پایه علائم (متغیرهای وابسته) به طور مکرر مورد ارزیابی قرار گرفت و نهایتاً ارزیابی به منظور پیگیری به عمل آمد. متغیر مستقل در این پژوهش، درمان شناختی رفتاری و متغیرهای وابسته، ترس از ارزیابی منفی و توجه متمرکز بر خود بود.

آزمودنی‌ها: گروه نمونه در این پژوهش شامل سه نفر دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود که به روش نمونه گیری هدفمند و بر اساس نمونه گیری در دسترس انتخاب شد. از بین دانشجویان دانشگاه تبریز که مقیم خوابگاه بودند، تعدادی از آنها پرسش نامه هراس اجتماعی^۲ را تکمیل کردند که از بین آنها سه نفر که نمره بالاتری را نسبت به نقطه برش در این پرسش نامه به دست آورده بودند انتخاب شد بعلاوه مصاحبه تشخیصی ساختار یافته مبتنی بر SCID^۳ در مورد هر سه بیمار به عمل آورد. نمونه مورد پژوهش

1- single subject

2- Social Phobia Inventory (SPIN)

3- Structural Clinical Interview for Axis I Disorders (SCID)

4- First

5- Connor

تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی را برابر ضریب بیرونی ۰/۷۲ گزارش شده است. پایایی پرسشنامه نیز به روش ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس های پرسشنامه کانون توجه متمرکز بر خود و کانون توجه بیرونی به ترتیب برابر با ۰/۷۵ و ۰/۸۶ بود.

روند اجرای پژوهش: درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل هافمن در قالب ۱۰ جلسه به صورت انفرادی بر روی آزمودنی ها اجرا شد، در طی جلسات نیز ارزیابی های متعددی به عمل آمد و در پایان درمان نیز آزمون های مرحله خط پایه تکمیل شد. از سویی دو بار از بیماران پیگیری وضعیت به عمل آمد یکبار یک ماه پس از درمان و یک بار چهار ماه پس از درمان پیگیری وضعیت به عمل آمد. خلاصه جلسات درمانی به شرح زیر می باشد.

جلسه اول: جلسه اول در برگیرنده آموزش روانی بود که شامل: الف) آموزش اصول اولیه ی درمان شناختی- رفتاری و ارائه ی منطق درمان ب) آموزش اصول اولیه درباره علائم مرتبط با معرفی و بحث درباره مدل شناختی رفتاری ج) جلب مشارکت بیمار برای شرکت در جلسات درمانی و انجام تکالیف بین جلسه ای د) تکلیف خانگی: مرور فرم مدل شناختی- رفتاری اختلال اضطراب اجتماعی.

جلسه دوم: الف) مرور مدل درمانی ب) آگاهی بخشی به بیمار در مورد اضطراب و نقش اجتناب در پایدار ماندن اضطراب اجتماعی. ج) آگاهی بخشی به بیمار در مورد اهمیت مواجهه و ماهیت موقعیت های مواجهه. د) تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب. ه) تکلیف خانگی: ثبت روزانه موقعیت های اجتماعی اضطراب آور.

جلسه سوم: الف) آشنایی بیمار با افکار خودآیند منفی و باورهای ناکارآمد ب) آموزش مهارت شناسایی و طبقه بندی افکار خودآیند منفی به بیمار و چالش با افکار ج) تکلیف خانگی: تکمیل فرم چالش با افکار خودکار

جلسه چهارم و پنجم: الف) ایجاد سلسله مراتب هراس و اجتناب ب) آشنایی بیمار با تکنیک بازخورد تصویری ج) انجام مواجهه بازخورد تصویری در جلسه: (باید از بیمار خواست تا در مقابل دوربین فیلمبرداری درباره آنچه در

همکاران پایایی به روش بازآزمایی در گروه های با همبستگی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹، همسانی درونی یا ضریب آلفا در گروهی از افراد بهنجار را برای کل مقیاس، ۰/۹۴ و برای مقیاس های فرعی ترس ۰/۸۹، برای اجتناب ۰/۹۱ و برای مقیاس فرعی ناراحتی فیزیولوژیک، ۰/۸۰ گزارش کرده اند. ر پرسشنامه SPIN، نقطه برش ۱۹ با کارایی، با دقت تشخیص ۰/۷۹، افراد با اختلال اضطراب اجتماعی و بدون این اختلال را از هم تشخیص می دهد. عبدی [۲۹] همسانی درونی کل مقیاس را به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ و پایایی به روش بازآزمایی را ۰/۸۳ گزارش کرده است.

۳- پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی - فرم کوتاه (FNES-B): یکی از پرکاربردترین ابزارهای خود گزارشی، مقیاس ترس از ارزیابی منفی^۱ (FNES-B) است. نسخه کوتاه این مقیاس دارای ۱۲ ماده است و برای توصیف باورهای ترس آور و نگران کننده طراحی شده است. پاسخ دهنده، وضعیت خود را در هر پرسش بر روی یک طیف پنج گزینه ای نشان می دهد. لری [۳۰] همسانی درونی مقیاس را برابر با ۰/۹۶ و پایایی بازآزمایی پس از چهار هفته را ۰/۷۵ گزارش کرده است. شکری و همکاران [۳۱] در ایران ویژگی های روان سنجی فرم کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی را مورد بررسی قرار داده اند. ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی همسانی درونی برای پرسش های نمره گذاری شده مثبت ۰/۸۷ بدست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی همسانی درونی برای پرسش های نمره گذاری شده معکوس ۰/۴۷ بدست آمد.

۴- پرسشنامه کانون توجه (FAQ): این پرسشنامه دارای دو زیر مقیاس پنج گویه ای است. ۱- مقیاس کانون متمرکز بر خود (FAQ Self) و ۲- مقیاس کانون توجه بیرونی (FAQ External) [۲۴]. آزمودنی ها به گویه های پرسشنامه بر پایه تصور تعامل اجتماعی پیشین پاسخ می دهند. نمره های هر زیر مقیاس با میانگین ۵ گویه محاسبه می شود. ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس های کانون توجه متمرکز بر خود ۰/۷۶ و برای مقیاس کانون توجه

جلسه یازدهم و دوازدهم: الف) پیشگیری از عود ب) شناسایی عوامل تداوم بخشی برای پیشگیری از عود در زندگی روزمره ج) آماده کردن مراجع برای مقابله با بازگشت موقتی اضطراب د) مرور کلی جلسات درمانی و خلاصه کردن پیشرفت بیمار و دادن بازخورد به بیمار.

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده شد و بر اساس روند نیمرخ، اثرات متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته بررسی گردید متغیرهای وابسته در این پژوهش، ترس از ارزیابی منفی و توجه متمرکز بر خود می‌باشد. همچنین برای بررسی معناداری بالینی تغییرات از درصد بهبودی استفاده شد. اندازه اثر در این پژوهش با استفاده از روشی که مبتنی بر میانگین و انحراف استاندارد داده‌هاست (d کوهن)، محاسبه شد. نتایج حاصل از این پژوهش بر اساس نمودار ۱ و ۲ و نتایج جدول ۲، به شرح زیر ارائه می‌شود. ویژگی‌های جمعیت شناختی این آزمودنی‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جلسات قبلی درمان یاد گرفته است صحبت کند. سپس فیلم ضبط شده برای بیمار و افراد حاضر در مواجهه پخش خواهد شد). د) تکلیف خانگی: (از بیمار خواسته می‌شود تا هر روز به مدت چند دقیقه روبروی آینه بایستد و درباره موضوعی صحبت کند و یا ویژگی‌های خود را توصیف کند.

جلسه ششم و هفتم: الف) آماده‌سازی بیمار برای انجام مواجهه در محیط طبیعی، خارج از جلسه درمانی ب) طراحی موقعیت مواجهه ای مناسب برای بیمار و براساس سلسله مراتب هراس و اجتناب ج) انجام مواجهه در محیط خارج از جلسه درمان د) دادن بازخورد به بیمار پس از انجام مواجهه ه) تکلیف خانگی: از بیمار خواسته می‌شود تا چند موقعیت مواجهه برای خود طراحی و اجرا کند و میزان اضطراب خود را قبل از انجام مواجهه و بعد از آن، بررسی کند.

جلسه نهم و دهم: الف) آموزش مهارت ابزار وجود به بیمار ب) آشنایی بیمار با مهارت جرأت مندی و شکل‌های مختلف آن ج) تکلیف خانگی: از بیمار خواسته می‌شود تا موقعیت‌هایی را که مستلزم ابزار وجود است و قبلاً از آنها اجتناب می‌کرده است، را شناسایی کند و این مهارت را به کار گیرد.

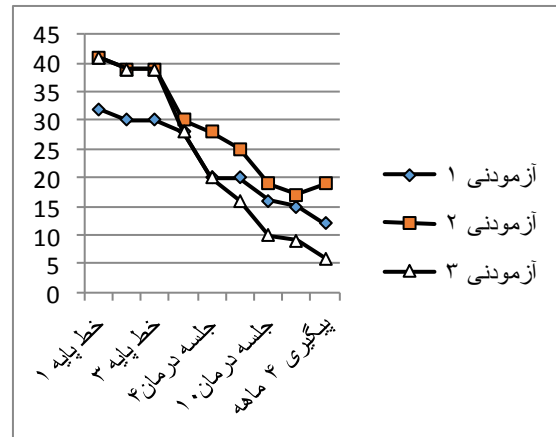
جدول ۱) ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

بیمار	سن	تحصیلات (مقطع کارشناسی)	وضعیت تاهل	اقدامات درمانی پیشین
۱	۲۱	دانشجوی مهندسی برق	مجرد	نداشته
۲	۲۱	دانشجوی علوم اجتماعی	مجرد	نداشته
۳	۲۲	دانشجوی اقتصاد	مجرد	نداشته

جدول ۲) نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس ترس از ارزیابی منفی - فرم کوتاه در مراحل قبل از درمان، حین درمان، پیگیری و درصد بهبودی

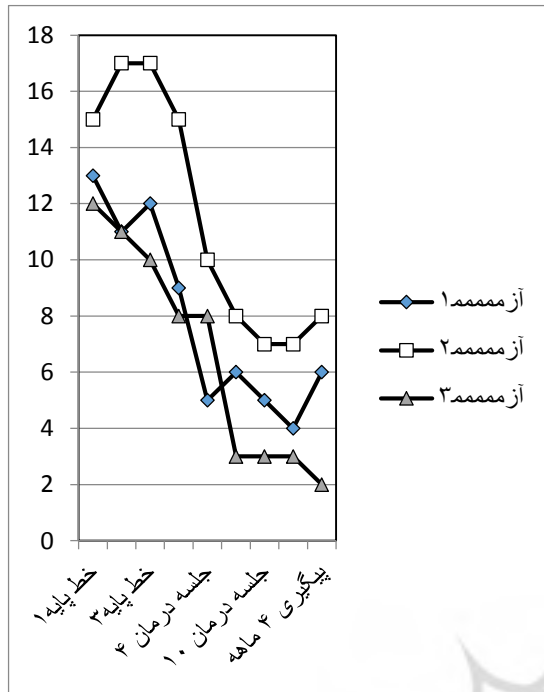
مراحل درمان	آزمودنی ۱	آزمودنی ۲	آزمودنی ۳
خط پایه	۳۰	۳۹	۳۹
جلسه ۲	۲۸	۳۰	۲۸
جلسه ۴	۲۰	۲۸	۲۰
جلسه ۸	۲۰	۲۵	۱۶
جلسه ۱۰	۱۶	۱۹	۱۰
پیگیری ۱ ماهه	۱۵	۱۷	۹
پیگیری ۴ ماهه	۱۲	۱۹	۶
درصدبهبودی درمان	۴۶/۶۶	۵۱/۲۸	۷۴/۳۵
درصدبهبودی ۱ ماهه	۵۰	۵۶/۴۱	۷۶/۹۲
درصدبهبودی ۴ ماهه	۶۰	۵۱/۲۸	۸۴/۶۱
اندازه اثر درمان	۳/۰۱	۲/۱۰	۲/۱۵

نمودار ۱) نمرات آزمودنی ها در مقیاس ترس ازرزیابی منفی- فرم کوتاه در مراحل خط پایه ، درمان و پیگیری



نمودار ۱ کارایی نسبی درمان شناختی-رفتاری را در کاهش نمره های ترس از ارزیابی منفی نشان می دهد. نتایج بدست آمده از مقیاس مذکور، نشانگر مؤثر بودن درمان شناختی- رفتاری بر کاهش شدت ترس از ارزیابی منفی در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی است بررسی روند تغییرات بر اساس میانگین نمرات آزمودنی ها قبل از درمان ، بعد از درمان و دوره پیگیری نیز حاکی از روند کاهشی در طی درمان و نیز ثبات نسبی و یا تغییرات جزئی در دوره پیگیری است . با توجه به نمودار ۱ و جدول ۲ می توان استنباط نمود که هر سه آزمودنی بعد از ارائه درمان در متغیر مورد نظر کاهش نشان دادند و تغییرات در مراحل پیگیری نیز مشهود است. همچنین با توجه به داده های جدول ۳ ، اندازه اثر درمان بدست آمده برای آزمودنی اول ، $2/43$ ، آزمودنی دوم $3/74$ و آزمودنی سوم $3/59$ است. با توجه به اینکه اندازه اثر کمتر از $0/41$ ، نشان دهنده حداقل اثر ، اندازه اثر بین $0/41$ و $1/15$ ، نشان دهنده اثر متوسط و اندازه اثر بین $1/15$ و $2/7$ نشان دهنده اندازه اثر بالا است ، لذا می توان چنین استنباط نمود که میزان اندازه اثر برای هر سه آزمودنی بالا است.

نمودار ۲) نمرات آزمودنی ها در مقیاس توجه متمرکز بر خود در مراحل خط پایه ، درمان و پیگیری



جدول ۳) نمرات آزمودنی ها در مقیاس توجه متمرکز بر خود در مراحل قبل از درمان ، حین درمان ، پیگیری و درصد بهبودی

مراحل درمان	آزمودنی ۱	آزمودنی ۲	آزمودنی ۳
خط پایه	۱۲	۱۷	۱۰
جلسه ۲	۹	۱۵	۸
جلسه ۴	۵	۱۰	۸
جلسه ۸	۶	۸	۳
جلسه ۱۰	۵	۷	۳
پیگیری ۱ ماهه	۴	۷	۳
پیگیری ۴ ماهه	۶	۸	۲
درصدبهبودی درمان	۵۸/۳۳	۵۸/۸۲	۷۰
درصدبهبودی ۱ ماهه	۶۶	۵۸/۸۲	۷۰
درصدبهبودی ۴ ماهه	۵۰	۵۲/۹۴	۸۰
اندازه اثر درمان	۳/۶۰	۲/۲۲	۲/۳۷

اجتماعی و کاهش ترس از ارزیابی منفی در مبتلایان به این اختلال بود. ترس از ارزیابی منفی یکی از مؤلفه های اصلی اختلال اضطراب اجتماعی است و گفته می شود که اختلال اضطراب اجتماعی تا اندازه ای نوعی پاسخ به ارزیابی منفی توسط دیگران است که فرد مبتلا آن را درک می کند. [۱۶] ناراحتی و ترس بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی فقط به دلیل احتمال ارزیابی منفی از جانب دیگران نیست، بلکه به ارزیابی منفی مستقیم خودشان نیز مرتبط است. در واقع بیمار مدام نگران برداشت دیگران در مورد خودش است و ادراک او در مورد چیزی که دیگران فکر می کنند، بازتابی از تفکر بیمار راجع به خودش است. بنابراین تغییر خودپنداره باعث تغییر اسنادهای دیگران خواهد شد درمان می تواند خودپنداره را به خصوص با هدف قرار دادن عبارات خودانتقادی بهبود بخشد. [۲۱] کاهش میزان انتقاد از خود، اعتماد به نفس را بهبود می بخشد و خودپنداره را نیز تقویت می کند در نتیجه ی بهبود خودپنداره، ترس از ارزیابی منفی کاهش می یابد. در درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مدل هافمن بهبود خودانگاره و کاهش ترس از ارزیابی منفی از طریق تکنیک های متعددی همچون بازخورد تصویری، بازخورد صوتی، مواجهه با آینه و بازخورد گروهی صورت می گیرد. علاوه بر این یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مدل هافمن باعث کاهش توجه متمرکز بر خود در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی می شود. این قسمت از یافته های پژوهش با یافته های وودی، چمپلس و گلاس [۲۴] همسو است. زمانی که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی با یک تهدید اجتماعی روبرو می شوند، کانون توجه شان را به درون معطوف کرده و به خود ارزیابی دقیق و بررسی خودشان اقدام می کنند که همخوان با پیشینه پژوهشی پردازش اطلاعات است. افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی هنگامی که توجه شان را بر خود متمرکز می کنند، تصاویر بسیار منفی درباره خود داشته و اعتقاد دارند که این تصاویر درست هستند [۱۱]. با توجه اینکه اگر افراد توجه شان را بر روی خود متمرکز کنند، توجه کمتری برای چیزهای دیگر مثل انجام وظایف اجتماعی خواهند داشت، بنابراین اصلاح توجه متمرکز بر خود باید جزء اساسی درمان اختلال اضطراب اجتماعی قرار گیرد. در پژوهش حاضر مبتنی بر

نمودار ۲ کارایی نسبی درمان شناختی- رفتاری را در کاهش نمره های توجه متمرکز بر خود نشان می دهد. نتایج بدست آمده از مقیاس مذکور، نشانگر مؤثر بودن درمان شناختی- رفتاری بر کاهش توجه متمرکز بر خود در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی است. بررسی روند تغییرات بر اساس میانگین نمرات آزمودنی ها قبل از درمان، بعد از درمان و دوره پیگیری نیز حاکی از روند کاهشی در طی درمان و نیز ثبات نسبی و یا تغییرات جزئی در دوره پیگیری است. با توجه به نمودار ۲ و جدول ۳ می توان استنباط نمود که هر سه آزمودنی بعد از ارائه درمان در متغیر مورد نظر کاهش نشان دادند و تغییرات در مراحل پیگیری نیز مشهود است. همچنین با توجه به داده های جدول ۳، اندازه اثر درمان بدست آمده برای آزمودنی اول، ۳/۶۰، آزمودنی دوم ۲/۲۲ و آزمودنی سوم ۲/۳۷ است. با توجه به اینکه اندازه اثر کمتر از ۰/۴۱، نشان دهنده حداقل اثر، اندازه اثر بین ۰/۴۱ و ۱/۱۵، نشان دهنده اثر متوسط و اندازه اثر بین ۱/۱۵ و ۲/۷ نشان دهنده اندازه اثر بالا است، لذا می توان چنین استنباط نمود که میزان اندازه اثر برای هر سه آزمودنی بالا است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر مدل هافمن در کاهش ترس از ارزیابی منفی و توجه متمرکز بر خود افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. در این راستا، یکی از یافته های این پژوهش نشان داد که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مدل هافمن موجب کاهش میزان ترس از ارزیابی منفی در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی می شود. یافته های بدست آمده نشان داد که درمان به طور ویژه، به تغییرات قابل توجهی در ترس از ارزیابی منفی منجر شد و آن را کاهش داد و این تغییرات ۴ ماه پس از درمان همچنان باقی ماند. این بخش از یافته های پژوهش با یافته های هربرت، این گلد و گلدستاین [۲۲]، گاستون، ابوات، رپی و نیری [۲۳] همسو است. محققین یاد شده در پژوهش خود، درمان شناختی- رفتاری گروهی را در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی مورد بررسی قرار دادند و ترس از ارزیابی منفی یکی از متغیرهای وابسته مورد بررسی در این پژوهش ها بود. نتایج درمانی حاکی از کاهش علائم اختلال اضطراب

- 7- Stopa, L. and D.M. Clark, Social phobia and interpretation of social events. *Behaviour Research and Therapy*. 2000; 38(3): 273-83.
- 8- Watson, D. and R. Friend, measurement of Social-evaluative Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1970; 35(1p1): 69.
- 9- Heinrichs, N. and S.G. Hofmann, Information processing in social phobia: A critical review. *Clinical psychology review*. 2001; 21(5): 751-70.
- 10- Hackmann, A., D.M. Clark, and F. McManus, Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour research and therapy*. 2000; 38(6): 601-10.
- 11- Hofmann, S.G. and N. Heinrichs, Differential effect of mirror manipulation on self-perception in social phobia subtypes. *Cognitive Therapy and Research*. 2003; 27(2): 131-42.
- 12- Hope, D.A. and R.G. Heimberg, Public and private self-consciousness and social phobia. *Journal of Personality Assessment*. 1988; 52(4): 626-39.
- 13- Hofmann, S.G. and L.A. Scepkowski, Social self-reappraisal therapy for social phobia: Preliminary findings. *Journal of cognitive psychotherapy*. 2006; 20(1): 45-57.
- 14- Turner, S.M., D.C. Beidel, and M.R. Cooley-Quille, Two-year follow-up of social phobics treated with Social Effectiveness Therapy. *Behaviour Research and Therapy*. 1995; 33(5): 553-55.
- 15- Leahy, R.L., S.J. Holland, and L.K. McGinn, Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. 2011; Guilford press.
- 16- Rapee, R.M. and R.G. Heimberg, A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour research and therapy*. 1997; 35(8): 741-56.
- 17- Clark, D.M. and A. Wells, A cognitive model of social phobia. *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. 1995; 41(68): 0022-3.
- 18- Hofmann, S.G., Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive behaviour therapy*. 2007; 36(4): 193-209.
- 19- Leary, M.R. and K. Jongman-Sereno, Social anxiety as an early warning system: A refinement and extension of the self-presentation theory of social anxiety. *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives*. 2010; 471-86.
- 20- Hiemisch, A., A. Ehlers, and R. Westermann, Mindsets in social anxiety: A new look at selective information processing. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2002; 33(2): 103-14.
- مدل هافمن، جهت اصلاح و کنترل توجه معطوف به خود از تکنیک بازخورد تصویری استفاده شد. باز خورد تصویری می تواند روش مؤثری برای تصحیح خودپنداره تحریف شده و تغییر تأثیر توجه معطوف به خود باشد. در این تکنیک درمانی از بیمار خواسته شد تا روبروی دوربین فیلمبرداری قرار گیرد و موقعیت هراس آور را مجسم کند و (۱) بر علائم اضطراب تمرکز کند و آنها را توصیف کند، (۲) بر محیط تمرکز کند و آن را توصیف کند، (۳) بر موضوع صحبتش تمرکز کند. پس از تمرکز بر هر یک از این موارد، اضطراب بیمار اندازه گیری شد تا ارتباط بین تمرکز بر اضطراب مشخص گردد [۲۱]. در طول درمان مشاهده گردید که بیماران پس از انجام بازخورد تصویری به خوبی از رابطه بین میزان اضطراب و کانون توجه آگاه شدند و همین امر به کاهش توجه متمرکز بر خود در بیماران منجر شد. یکی از محدودیت های این پژوهش، اجرای جلسات درمانی توسط یک نفر بود در حالی که پژوهشگران مختلف برای جلوگیری از خستگی درمانگر پیشنهاد می کنند که درمانگر و کمک درمانگر اداره جلسات درمان را به عهده بگیرند. همچنین پیشنهاد می شود طی پژوهش های آتی، این روش درمانی در مقایسه با دارو درمانی و سایر انواع روان درمانی مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- 1- Association, A.P., Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 2013; American Psychiatric Pub.
- 2- Kring, A.M., et al., *Abnormal psychology*. 2005; Wiley.
- 3- Wittchen, H.-U., et al., DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 1994; 51(5): 355-64.
- 4- Ballenger, J.C., et al., Consensus statement on social anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *The Journal of clinical psychiatry*. 1998.
- 5- Kessler, R.C., et al., Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological medicine*. 1999; 29(03): 555-67.
- 6- Leary, M.R., R.M. Kowalski, and C.D. Campbell, Self-presentational concerns and social anxiety: The role of generalized impression expectancies. *Journal of Research in Personality*. 1988; 22(3): 308-21.

- 21- Hofmann, S.G. and M.W. Otto, Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: evidence-based and disorder-specific treatment techniques. 2008. Routledge.
- 22- Herbert, J.D., A.A. Rheingold, and S.G. Goldstein, Brief cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2003; 9(1): 1-8.
- 23- Gaston, J.E., et al., Do empirically supported treatments generalize to private practice? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*. 2006; 45(1): 33-48.
- 24- Woody, S.R., D.L. Chambless, and C.R. Glass, Self-focused attention in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*. 1997; 35(2): 117-29.
- 25- Reich, J. and S.G. HOFMANN, State personality disorder in social phobia. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2004; 16(3): 139-44.
- 26- First, M.B., et al., Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders: SCID-II. 1997: American Psychiatric Pub.
- 27- Sharifi, V., et al., Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). 2004.
- 28- Connor, K.M., et al., Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). *The British Journal of Psychiatry*. 2000; 176(4): 379-86.
- 29- Abdi, R., Interpretation bias in individuals with social anxiety disorder. MA. Dissertation. Tehran: Tehran University of Medical Sciences, Psychiatric Institute. 2003; 82-4.[Persian].
- 30- Leary, M.R., A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1983; 9(3): 371-75.
- 31- Shokri, O., et al., The psychometric properties of the brief fear of negative evaluation scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008; 14(3): 316-25.

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy based on Hofmann's Model on Fear of Negative Evaluation and Self- Focused Attention in Social Anxiety Disorder

Hashemi-Nosratabad, T. Ph.D., Mahmoud-Alilou, M. Ph.D., Gholizadeh, A. *M.A.

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to examine the effectiveness of cognitive- behavioral therapy based on Hofmann model on the reduction of fear of negative evaluation and self- focused attention in social anxiety disorder (SAD).

Method: The study was single-subject design. This study was conducted by using multiple-baselines design during the 12 sessions, on three female patients with one month and four months follow-up.

Data were gathered through Social Phobia Inventory (SPIN), The Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE) and Focus of Attention Questionnaire (FAQ). visual analyze, percent of improvement and effect size methods were used to analyzes of data.

Results: The cognitive- behavioral therapy based on Hofmann model led to reduce fear of negative evaluation and self- focused attention in social anxiety disorder. The results of treatment continued to one month and four months follow-up period.

Conclusions: Cognitive- behavioral therapy based on Hofmann model reduced fear of negative evaluation in social anxiety disorder.

Keywords: Social Anxiety Disorder, Fear of Negative Evaluation, Self- Focused Attention, Cognitive- Behavioral Therapy, Hofmann Model.



*Correspondence E-mail:
Agholizadeh89@gmail.com