

# اثربخشی درمان فراتشخیصی بر کاهش علائم و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در نوجوانان

## مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

نجمه اله دایان فلاورجانی<sup>۱</sup>، فاطمه ایزدی<sup>۲</sup>

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.

۲. مربی گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد سلامی خمینی‌شهر، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره سوم، شماره دهم، تابستان ۱۴۰۰، صفحات ۴۸-۳۶

### چکیده

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر کاهش علائم و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شده است. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. نمونه پژوهش شامل ۲۴ نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شهرستان فلاورجان در سال ۱۳۹۹ است که از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و این نوجوانان به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (۱۲ نفر گروه آزمایش و کنترل). مداخله طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی برگزار شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی اضطراب اجتماعی (SPIN) کانور و پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (AAQ-II) بوند و همکاران استفاده شد و نوجوانان در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به سؤالات آن‌ها پاسخ دادند. برای تجزیه تحلیل داده‌ها از کوواریانس تک متغیره و چندمتغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پس‌آزمون اضطراب اجتماعی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر اساس نتایج این پژوهش درمان فراتشخیصی می‌تواند در کاهش علائم و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر باشد و می‌توان از این درمان برای بهبود مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی استفاده کرد.

**واژه‌های کلیدی:** درمان فراتشخیصی، اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، نوجوانان.

## مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی به عنوان ترس شدید و مداوم از موقعیت‌های اجتماعی هست که در آن‌ها دقت نظر به بیمار و تجزیه و تحلیل دیگران وجود دارد. نمونه‌ها شامل تعاملات اجتماعی (مثلاً مکالمه یا مداخلات با افراد غریبه)، مشاهده شدن (مثلاً خوردن یا آشامیدن) و اجرا کردن در حضور دیگران (مثلاً سخنرانی کردن) است. فرد از این می‌ترسد که کاری انجام دهد یا علائم اضطرابی بروز دهد که دیگران برداشت منفی از آن داشته باشند (شرمنده شود یا او را مسخره کنند، طرد کنند یا مورد اهانت قرار دهند). موقعیت‌های اجتماعی مذکور تقریباً همیشه سبب ترس و اضطراب می‌گردند. از موقعیت‌های اجتماعی مذکور اجتناب می‌کند و یا تحمل آن با ترس و اضطراب شدیدی همراه است. اختلال اضطراب اجتماعی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی است که در جمعیت‌های دانش‌آموزی به‌ویژه کودکان و نوجوانان از شیوع بالاتری برخوردار بوده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). برآورد شیوع ۱۲ ماهه این اختلال در کودکان و نوجوانان تقریباً ۷ درصد بوده، این داده‌ها نشان می‌دهد که این اختلال بعد از افسردگی اساسی و وابستگی به مواد سومین اختلال شایع روانی دنیاست. اختلال اضطراب اجتماعی در نوجوانی پیش‌بینی کننده سایر اختلال‌های اضطرابی، خلقی یا سوء مصرف مواد است (فینگ و همکاران، ۲۰۰۹). نتایج پژوهشی نشان داده‌اند که اختلال اضطراب اجتماعی باعث بدکارکردی زندگی و اختلال قابل توجهی در عملکرد شغلی، تحصیلی و اجتماعی (بالدوین<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴) می‌شود و با سایر اختلال‌های اضطرابی، افسردگی و وابستگی به الکل (براس و همکاران، ۲۰۰۵)، پرخاشگری (ورسلا<sup>۳</sup>، پوتر<sup>۴</sup>، اولینو<sup>۵</sup> و هیمبرگ، ۲۰۱۶) و گستره ای از اختلال‌های شخصیت (کلارک و همکاران، ۲۰۱۰) همراه است.

اختلال اضطراب اجتماعی به وسیله ترس از تعاملات اجتماعی، اجتناب رفتاری<sup>۶</sup> از این موقعیت‌ها و برانگیختگی فیزیولوژیک<sup>۷</sup> مشخص می‌شود (آدرکا، مک لین، هوپرت و داویدسون، ۲۰۱۳). بدنی و گیلبرت<sup>۸</sup> (۲۰۰۱) معتقدند که وقتی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در موقعیت اضطراب‌آور قرار می‌گیرند، یا حتی خودشان را در آن موقعیت تصور می‌کنند، جریان‌ات فکری و ویژه‌ای از ذهنشان می‌گذرد که این جریان‌ات باعث ایجاد تجربه هیجانات منفی از قبیل ترس و کم‌روئی می‌شود و در نتیجه آن، فرد برانگیختگی جسمانی و علائم عینی اضطراب مثل سرخ شدن، تنش عضلانی و لرزش صدا را تجربه می‌کند. تمرکز بر این علائم فیزیولوژیک و اعتقاد به پیامدهای منفی به افت عملکرد در این مبتلایان منجر می‌شود. افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در ابراز هیجانات ضعیف عمل می‌کنند بدین منظور سعی می‌کنند که از هیجانات ناخوشایند اجتناب کنند و یا از شدت آن‌ها بکاهند (اسپاروون<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ به نقل از جباروند بهروز، ۱۳۹۵)؛ و در هنگام رویارویی با موقعیت اجتماعی از راهبردهای رفتار اجتنابی استفاده می‌کنند

<sup>1</sup> Ameracan psychiatric Association

<sup>2</sup> Baldwin

<sup>3</sup> Versella

<sup>4</sup> Potter

<sup>5</sup> Olino

<sup>6</sup> behavioral inhibition

<sup>7</sup> Psychological arousal

<sup>8</sup> Gilbert

<sup>9</sup> Sparrevohn

راهبردهای رفتار اجتنابی را می‌توان به تند صحبت کردن، معذرت‌خواهی کردن، اجتناب از تماس چشمی و اجتناب از موقعیت‌ها اشاره کرد (اینفرت<sup>۱</sup>، فورسیس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵؛ به نقل از بساک نژاد، مکینی و مهرابی زاده، هنرمند، ۱۳۸۸)؛ که این تلاش‌ها ثمره‌ای در پی ندارد. نتایج پژوهش عطری فرد و همکاران (۱۳۹۱) باهدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی، بیانگر اثربخشی این درمان بر کاهش مؤلفه‌های مختلف اختلال اضطراب اجتماعی است.

یکی دیگر از عواملی که در افزایش اضطراب اجتماعی نقش دارد کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. افراد منعطف در شرایط یکسان راه‌حل‌های متنوع‌تری را برای حل مسئله می‌توانند پیشنهاد کنند و پذیرش بیشتری نسبت به نظرات و پیشنهادهای دیگران و همچنین نتایج حاصل از تصمیم‌گیری‌ها از خود نشان می‌دهد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برای دنیای درونی افراد شامل پذیرش خود به‌عنوان یک انسان با ویژگی‌های انسانی با تمامی ضعف‌ها و توانمندی‌ها و احساسات و عواطف و افکار و خواسته‌ها است افرادی که انعطاف‌پذیری بالایی دارند به خود اجازه می‌دهند که کامل نباشند، ارزشمند بودن خود را به کامل بودن خود وابسته نمی‌دانند و می‌توانند بپذیرند که در مجموع عملکرد خوبی در زندگی داشته باشند. در دنیای بیرون نیز این افراد رنج کمتری از ناکاملی‌ها و نقصان‌های دنیا می‌برند. می‌توانند بپذیرند که لزوماً همه‌چیز نباید دقیقاً سر جای خود باشد. آن‌ها می‌توانند در شرایط ابهام‌آلود تصمیم‌های مناسبی اتخاذ کنند و تکالیف خود را به انجام برسانند. این افراد می‌دانند که دیگران هم کامل نیستند و علاوه بر خود دیگران هم سخت‌گیرانه قضاوت نمی‌کنند (برزیده، ۱۳۹۶) و به‌راحتی خود را با موقعیت اجتماعی سازگار می‌کنند، این سازگاری منتج به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اضطراب اجتماعی در موقعیت‌های اجتماعی می‌شود. نتایج پژوهش صالح زاده عین آباد و خلیلی (۱۳۹۷) باهدف بررسی رابطه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کنترل، اجتناب و اضطراب و تفاوت‌های جنسیتی در اضطراب نشان داد که رابطه چشمگیری بین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کنترل، اجتناب وجود دارد.

در سال‌های اخیر مفهوم‌پردازی‌های مرتبط با اختلالات هیجانی حاکی از آن است که وجوه اشتراک این اختلالات بیشتر از وجوه تفاوت آن‌هاست، همپوشانی زیادی در پدیدارشناسی این اختلالات وجود دارد مجموعه مشترکی از عوامل آسیب‌پذیری، فرایندهای شناختی-رفتاری، فرایندهای اجتماعی و هیجانی، ساختارهای مغزی و انتقال‌دهنده‌های عصبی بین آن‌ها مشاهده می‌شود (هاروی<sup>۳</sup>، واتکینز<sup>۴</sup>، منسل<sup>۵</sup> و شافران<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴؛ بارلو و همکاران، ۲۰۱۱)؛ بنابراین شواهد حاضر حاکی از آن است که جهت تبعیت از اصل امساک-گری در علم، رویکردهای درمانی بایستی بیشتر متمرکز بوده، همزمان چندین اختلال را مورد هدف قرار دهند، علاوه بر موارد اشتراک به تفاوت‌های اختلالات نیز توجه کنند و آموزش آن‌ها آسان و کم‌هزینه باشد؛ بنابراین برای رفع مشکلات مدل‌ها و پروتکل‌های درمانی خاص هر اختلال لازم است مدل‌هایی وجود داشته باشد که بتواند در تبیین آسیب‌شناسی اختلالات هیجانی،

<sup>1</sup> Infurt

<sup>2</sup> Forcis

<sup>3</sup> Harvey

<sup>4</sup> Watkins

<sup>5</sup> Mansell

<sup>6</sup> Shafraan

متغیرهای مکنون و عوامل مشترک بین این اختلالات را مورد توجه قرار داده و پروتکل‌های مبتنی بر آن‌ها بتواند با این صفات مکنون یکسان و نیز موارد خاص و متمایز هر اختلال را مورد هدف قرار دهد. به عبارتی برای رسیدن به اهداف فوق نیاز به مدل‌ها و پروتکل‌های درمانی فراتشخیصی یا یکپارچه است (کراسکه، ۲۰۱۲). درمان فراتشخیصی یک درمان شناختی-رفتاری فراتشخیصی متمرکز بر هیجان محسوب می‌شود که با استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجان، برای دامن‌های از اختلال‌های هیجانی قابلیت کاربرد دارد. پروتکل یکپارچه از هشت بخش (پنج بخش اصلی و سه بخش فرعی) تشکیل شده است که با تأکید بر اصول بنیادی درمان شناختی-رفتاری و ادغام پیشرفت‌های جدید در پژوهش‌های مربوط به تنظیم هیجانی، سعی بر استفاده از راهبردهای شناختی-رفتاری از قبیل خاموشی، تکنیک‌های جلوگیری از اجتناب شناختی و رفتاری، رویارویی رفتاری، هیجانی و درون جسمی و همچنین شناسایی و اصلاح شناخت واره‌های غیر انطباقی برای درمان افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی دارد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱؛ ترجمه محمدی، محسنی اژی و محرابی، ۱۳۹۶). از مزایای رویکرد فراتشخیص می‌توان به موارد زیر اشاره کرد رویکرد فراتشخیصی می‌تواند دانش تجربی را حفظ کند، باین‌وجود اجرای آن‌ها با سهولت بیشتری صورت می‌گیرد. به‌علاوه، این رویکردها با شواهد فراوان پشتیبان نقاط اشتراک بین اختلالات اضطرابی و خلقی مطابقت دارد؛ بنابراین، انتظار می‌رود که مدل‌های فراتشخیصی، پیامدهای درمانی را، به‌ویژه برای بیماران دارای شرایط همبود، بهبود بخشد (کراسکه<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). نورتون<sup>۲</sup> و فیلیپ<sup>۳</sup> (۲۰۰۸) پژوهشی در مورد درمان‌های یکپارچه یا فراتشخیصی اختلال‌های اضطرابی را انجام دادند. نتایج به‌طور کلی در شرایط درمان اندازه‌های اثر متوسطی (۱/۲۹) را در مقایسه با شرایط کنترل (۰/۱۴) به دست آوردند. بوشو<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۰) یک مطالعه موردی را توصیف می‌کنند که اثربخشی پروتکل فراتشخیصی بر آشفتگی و سواسی-اجباری، وحشت‌زدگی، اضطراب فراگیر بود نتایج درمان در پایان نشان می‌دهد که درمان به‌خوبی اثربخش بوده است بر اساس ادبیات پژوهشی از آنجایی که کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افزایش علائم اضطراب از جمله ترس و اجتناب و علائم فیزیولوژیکی به تداوم چرخه اضطراب کمک می‌کند بنابراین هدف پژوهش حاضر پژوهشگر را بر آن داشت که به این سؤال اساسی پاسخ دهد که آیا درمان فراتشخیصی می‌تواند بر کاهش علائم و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تأثیر گذارد؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی این تحقیق شامل کلیه نوجوانان مراجعه‌کننده به آموزشگاه علمی آزاد نرجس در شهرستان فلاورجان بوده است. ۲۴ نوجوان به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس نمره برش بالاتر از ۱۹ در پرسشنامه کانور با واگذاری تصادفی به گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از محدوده سنی ۱۳ تا ۱۹ سال، کسب نمره ۱۹ و بالاتر از پرسشنامه اختلال اضطراب اجتماعی کانور، دریافت تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته مبتنی بر معیارهای ارائه‌شده در DSM-5 توسط

<sup>1</sup> Craske

<sup>2</sup> Norton

<sup>3</sup> Philipp

<sup>4</sup> Boisseau

روانشناس بالینی و علاقه به شرکت در جلسات مداخله و متعهد شدن به حضور در تمامی جلسات درمانی مداخله. ملاک خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخله است. در ابتدا از آزمودنی‌ها در شرایط یکسان پیش‌آزمون به عمل آمد و سپس گروه آزمایش تحت مداخله پروتکل فراتشخیصی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. بعد از اتمام جلسات مداخله از هر دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط یکسان پس‌آزمون به عمل آمد. بعد از جمع‌آوری داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون اطلاعات گردآوری‌شده با آزمون‌های آماری مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و از تمامی افراد که در پژوهش شرکت کرده بودند ق‌دردانی به عمل آمد. ازجمله اصول رعایت شده اخلاقی بر اساس انجمن روانشناسی آمریکا عدم تضییع حقوق افراد شرکت‌کننده در پژوهش و رعایت حقوق انسانی آن‌ها بود. توضیح به آزمودنی‌ها که مشارکت در تحقیق برای آن‌ها هیچ‌گونه ضرر جسمی و روان‌شناختی ندارد. همچنین بعد از اتمام جلسات آموزشی و اجرای پس‌آزمون، جلسات به‌طور فشرده در جهت رعایت اصول اخلاقی بر روی گروه کنترل نیز اجرا گردید. بعد از گردآوری اطلاعات به‌دست‌آمده، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تحلیل قرار گرفتند.

جدول ۱. شرح جلسات پروتکل درمانی فراتشخیصی

جلسات	محتوای جلسات
اول	افزایش انگیزه؛ مصاحبه انگیزشی برای ایجاد انگیزه مشارکت و درگیری بیمار در جریان درمان، ارائه منطق درمانی و تعیین اهداف درمانی.
دوم	ارائه آموزش روانی؛ بازناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجانی و مدل ARC.
سوم و چهارم	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها) به‌ویژه با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی.
پنجم	ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار و دام‌های شایع تفکر، ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر.
ششم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان.
هفتم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBS؛ شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آنها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBS ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین از طریق مواجهه‌شدن با رفتارها.
هشتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه یا رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم.
نهم تا یازدهم	رویایی احشایی و رویایی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویایی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب، طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب.
دوازدهم	مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد پیشرفت‌های درمانی بیمار؛ پیشگیری از عود.

## ابزار پژوهش

پرسشنامه اضطراب اجتماعی (SPIN)<sup>۱</sup>: این مقیاس که نخستین بار توسط کانور و همکاران تدوین شده است یک مقیاس خود گزارش دهی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه خرده مقیاس ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی علائم فیزیولوژیکی (۴ ماده) است. آزمودنی‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (به هیچ وجه) تا ۵ (بی‌نهایت) به هر سؤال پاسخ می‌دهند. نمره ۱۹ برای غربال افراد مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی به عنوان نقطه برش در نظر گرفته می‌شود. پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی در دامنه ۰/۷۸ تا ۰/۸۹  $r=$  است. همسانی درونی (آلفای کرونباخ) در گروهی از افراد بهنجار، برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ و همچنین روایی همگرایی این پرسشنامه ۰/۵۷ تا ۰/۸۰ گزارش شده است (کانور، دیویدسون<sup>۲</sup>، چورشیل<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). در ایران عبدی، بیرشک، لیلو و اصغرنژاد (۱۳۸۵) پایایی به روش بازآزمایی این پرسشنامه را ۰/۸۳ و همسانی درونی آن را ۰/۸۶ و اعتبار محتوایی آن را بالا گزارش دادند.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (AAQ-II)<sup>۴</sup>: این پرسشنامه به وسیله به وند و همکاران (به وند<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۱)، برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به‌ویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شده و دارای ۷ سؤال است. این پرسشنامه یک ابزار تک‌بعدی است. نتایج تحلیل عاملی پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش دو در جامعه ایرانی برازش خوبی دارد. سؤال‌های این پرسشنامه بر اساس مقدار توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (هرگز=۱، خیلی به ندرت=۲، بندرت=۳، گاهی اوقات=۴، بیشتر اوقات=۵، تقریباً همیشه=۶، همیشه=۷) رتبه‌بندی می‌شود. نمره‌های بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر است. پایایی آزمون-بازآزمون این پرسشنامه به وسیله بوند و همکاران (۲۰۱۱) ۰/۸۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۴ به دست آمده است. در ایران نیز ضریب پایایی آلفای کرونباخ پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش دوم ۰/۸۹ و ضریب پایایی باز آزمون ۰/۷۱ به دست آمده است (عباسی و همکاران، ۲۰۱۳).

<sup>۱</sup> Social Phobia Inventory<sup>۲</sup> Davidson<sup>۳</sup> Churchill<sup>۴</sup> Acceptance and action questionnaire<sup>۵</sup> Bond

## یافته‌ها

تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس) و نرم‌افزار SPSS 23 تحلیل شدند. جدول ۲ شاخص‌های توصیفی مربوط به ابعاد اضطراب اجتماعی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را به‌طور خلاصه نمایش می‌دهد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به ابعاد اضطراب اجتماعی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

	میانگین	انحراف معیار		تفاضل میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
آزمایش	ترس	۱۲/۱۷	۱۰/۴۱	۵/۷۹
	اجتناب	۱۵/۹۲	۸/۴۱	۷/۵۱
	علائم فیزیولوژیکی	۸/۸۳	۶/۳۳	۲/۵
	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۳۵/۰۰	۱۵/۱۷	۱۹/۸۳
کنترل	ترس	۱۵/۳۳	۱۵/۱۶	۰/۱۷
	اجتناب	۱۹/۵۸	۱۹/۷۵	۰/۱۷
	علائم فیزیولوژیکی	۱۰/۴۱	۱۱/۲۵	۰/۸۴
	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۳۲/۳۳	۳۴/۰۰	۱/۶۷

برای پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس مانند نرمال بودن نمرات و برابری واریانس و میانگین از آزمون شاپیرو-ویلک و لوین استفاده می‌شود.

جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون نرمال بودن نمرات با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک

متغیر	آماره آزمون شاپیرو-ویلک <sup>۱</sup>	Sig آزمون نرمال بودن
آزمایش	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی AAQ-II	۰/۹۶۴
	اضطراب اجتماعی	۰/۸۳۵
کنترل	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی AAQ-II	۰/۹۳۶
	اضطراب اجتماعی	۰/۸۹۶

<sup>۱</sup> Shapiro-Wilk

جدول ۴. نتایج آزمون برابری واریانس و میانگین با استفاده از آزمون لوین

متغیر	آماره آزمون	Sig آزمون	آماره آزمون	Sig آزمون
	برابری واریانس‌ها	برابری لوین	برابری میانگین	برابری میانگین
۱	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی AAQ-II	۰/۶۸۶	۰/۴۱۶	۰/۹۶۱
۲	اضطراب اجتماعی	۰/۱۶۳	۰/۶۹۰	-۱/۷۶۳

هر دو مقدار Sig برای میانگین در ستون آخر جدول ۴ از عدد ۰/۰۵ بزرگ‌تر می‌باشند؛ بنابراین با توجه به تأیید فرض برابری واریانس‌ها و برابری میانگین‌ها، می‌توان نتیجه گرفت که گروه‌های آزمایش و کنترل بر اساس پرسش‌نامه‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی AAQ-II و اضطراب اجتماعی همگن هستند.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) مربوط به اضطراب اجتماعی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذورات
اجتناب	قبل از آموزش	۵۵/۳۴۷	۱	۵۵/۳۴۷	۱۱/۳۱۳
	گروه	۵۲۲/۳۵۲	۱	۵۲۲/۳۵۲	۱۰۶/۷۷۱
	میزان خطا	۹۲/۹۵۳	۱۹	۴/۸۹۲	
علائم فیزیولوژیکی	قبل از آموزش	۹/۲۸۵	۱	۹/۲۸۵	۱/۹۲۳
	گروه	۱۰۰/۱۰۷	۱	۱۰۰/۱۰۷	۲۰/۷۲۷
	میزان خطا	۹۱/۷۶۵	۱۹	۴/۸۳	
ترس	قبل از آموزش	۲/۳۷۹	۱	۲/۳۷۹	۰/۳۶۹
	گروه	۱۰۶/۰۲	۱	۱۰۶/۰۲	۱۶/۴۵۸
	میزان خطا	۱۲۲/۳۹۴	۱۹	۶/۴۴۲	
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (AAQ-II)	قبل از آموزش	۱۳۰/۳۲۴	۱	۱۳۰/۳۲۴	۶/۶۸۶
	گروه	۲۲۵۴/۷۸۳	۱	۲۲۵۴/۷۸۳	۱۱۵/۶۷۴
	میزان خطا	۴۰۹/۳۴۳	۲۱	۱۹/۴۹۳	

طبق نتایج جدول ۵، ملاحظه می‌شود که با کنترل پیش‌آزمون بین نوجوانان با اختلال اضطراب اجتماعی گروه‌های آزمایش و گواه از ابعاد اضطراب اجتماعی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تفاوت معنی‌دار در سطح ۰/۰۱ وجود دارد. مقادیر مجذور اتای ۰/۸۴۹،



۰/۵۲۲ و ۰/۴۶۴ و ۰/۸۴۶ جدول ۵ نشان می‌دهد که تغییرات ابعاد اضطراب اجتماعی اجتناب، علائم فیزیولوژیکی و ترس و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به ترتیب ۸۴/۹ درصد، ۵۲/۲ درصد و ۴۶/۴ و ۸۴/۶ درصد ناشی از درمان فراتشخیصی است؛ بنابراین اثربخش بودن درمان فراتشخیصی بر کاهش علائم اضطراب اجتماعی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأیید می‌گردد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی بر کاهش علائم و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بوده است. طبق نتایج درمان فراتشخیصی بر کاهش علائم اضطراب اجتماعی اثربخش بوده است که نتیجه این پژوهش با یافته پژوهش‌های معماریان (۱۳۹۰)، صفایی راد (۱۳۹۱)، توب، شیف و همکاران (۲۰۰۷)، گارسیا<sup>۱</sup> (۲۰۰۴)، بهادری (۱۳۹۰)، قاسم پور و فلاح (۱۳۹۴)، ملیانی، شعیری، قانلی، بختیاری و طاوولی (۱۳۹۹)، انگ، کولز و هیمبرگ و سافرن (۲۰۰۱)، هالپرین<sup>۲</sup>، ناتان، دروموند<sup>۳</sup> و کاستل<sup>۴</sup> (۲۰۰۰)، کلارک و همکاران (۲۰۱۰)، همسو بود.

در تبیین این نتیجه چنین می‌توان گفت که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است نگران رفتار خود، مرکز توجه بودن، احمق به نظر رسیدن و عجیب یا حوصله سر بر بودن در موقعیت‌های اجتماعی باشند به همین دلیل، اغلب از حضور در چنین موقعیت‌هایی خودداری می‌کنند و اگر مجبور به حضور در آن موقعیت باشند استرس و ترس زیادی را تحمل می‌کنند و وقتی فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی در موقعیت‌های هراسناک وقتی قرار می‌گیرد یا خود را در آن موقعیت تصور می‌کند ذهنشان مورد هجوم افکار منفی قرار می‌گیرد که این افکار به ایجاد هیجانات منفی از قبیل ترس یا کم‌رویی منجر شده و به دنبال آن برانگیختگی جسمی که موجب علائم عینی از قبیل سرخ شدن، تنش عضلانی و لرزش می‌گردد؛ که فرد در رفتارهایی درگیر می‌شود که باعث دوری کردن از تجربه هیجانات شدید و اغلب ناخواسته می‌شود برخی از اجتناب‌های هیجانی مشهودتر هستند. از جمله موقعیت‌های پریشان‌کننده‌ای که فرد از ورود به آن خودداری می‌کند. راهکارهای اجتناب هیجانی ظریف به سه نوع تقسیم می‌شوند: اجتناب رفتاری ظریف مانند (اجتناب از تماس چشمی در موقعیت‌های اجتماعی)، اجتناب شناختی مانند (پرت کردن حواس با تلویزیون، گفتن این جمله که منبع پریشانی آن‌قدر برایم اهمیت ندارد، استفاده از علائم ایمن مانند (رفتن به مکان‌ها یا یک شخص، بیرون رفتن با یک بطری آب) که باعث افت عملکرد اجتماعی شخص می‌گردد. در مدل درمان فراتشخیصی، در طول این به بیماران کمک می‌شود که با پایش و جستجوی تجربه‌های هیجانی خود عوامل نگهدارنده (مثل، ماشه چکان‌های معمول و یا وابستگی‌های محیطی)، آگاهی بیشتری نسبت به الگوهای پاسخ‌دهی هیجانی خود کسب کنند. و همچنین آگاهی عینی بیشتری نسبت به تجربه هیجانی‌شان از طریق بازبینی تعامل بین افکار، احساس‌ها و رفتارهایشان پیدا کنند که این آگاهی آن‌ها را در بافت کنونی بر روی هیجان‌های در حال رخداد آن‌ها، استوار می‌کند (بارلو، ۲۰۱۱).

<sup>1</sup> Garsia

<sup>2</sup> Halprin

<sup>3</sup> Deromond

<sup>4</sup> Kastel

در این جلسات به بیماران کمک می‌شود تا نحوه واکنش و پاسخ خود را به هیجان‌ها شناسایی کنند و آگاهی غیر قضاوتی و متمرکز بر حال را در تجربه هیجانی خود تمرین کنند. از بیماران انتظار می‌رود تا مهارت‌های مشاهده عینی تجربه‌های هیجانی خود را در هنگام وقوع و در لحظه کسب کنند. این مهارت‌ها به آن‌ها اجازه می‌دهد تا افکار، احساس‌های جسمی و رفتارهایی را که در ناراحتی آن‌ها نقش دارند بهتر بشناسند. این مهارت‌ها با تمرین ذهن‌آگاهی و القای هیجانی همراه است. برافزایش آگاهی نسبت به نقش احساس‌های بدنی در تجربه هیجانی تأکید دارد. همچنین همه بیماران در یک سری تمرین‌های احشایی طراحی شده برای برانگیختن احساس‌های جسمانی و به منظور مقایسه آن‌ها با احساس‌های معمول و مرتبط با اضطراب و تشویش، درگیر می‌شوند. درمانگر تمرین‌های مواجهه احشایی را باهدف برانگیختن احساس‌های بدنی مشابه با احساس و ناراحتی بیمار اجرا کرد. هدف این تمرین‌ها شناسایی نقش احساس‌های بدنی در افکار و رفتارها و تأثیر متقابل آن‌ها در احساس‌های بدنی بود. در جریان مواجهه‌های احشایی بیمار تحمل خود را نسبت به این احساس‌ها افزایش می‌دهد. همچنین درمانگر بر ماشه چکان‌های درونی (شامل احساس‌های بدنی) و بیرونی هیجان تمرکز دارد و به بیماران کمک می‌کند تا تحمل خود را نسبت به هیجان‌ها افزایش دهند و یادگیری‌های بافتاری جدیدی ایجاد کنند. بیماران تحمل هیجان‌های شدید یا ناراحت‌کننده را از طریق رویاروی شدن با چکاننده‌های هیجانی درونی و بیرونی افزایش می‌دهند. تأکید مواجهه‌ها بر تجربه هیجانی است که در موقعیت ایجاد می‌شوند و به اشکال تصویری، در جلسه و زنده انجام می‌شوند (بارلو، ۲۰۱۱).

در این جلسات، درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا سلسله‌مراتب اجتناب هیجانی را طرح‌ریزی کند که شامل مجموعه‌ای از موقعیت‌هاست و مواجهه‌ها به صورت سلسله‌مراتبی در ادامه درمان اجرا می‌شوند. همچنین درمانگر در این جلسات بر مؤلفه‌های رفتاری تجربه هیجانی تأکید دارد. در این بخش از درمان، درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا الگوهای هیجانی و رفتارهای ناسازگارانه ناشی از هیجان (EDB) را شناسایی کند. بعدازآن که بیمار شناخت بیشتری از نحوه تأثیر این رفتارها در تداوم ناراحتی کسب کرد بر روی تغییر الگوهای فعلی پاسخ‌های هیجانی کار می‌کند. همچنین نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در نوجوانان با اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود که این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های نصری و احدی و درتاج (۱۳۹۶) و پژوهش چولی، جو-ون-لیو، سایو، لین و وین (۲۰۱۷) بود همسو بود.

در هر موقعیت مشخص، موارد یا جوانب مختلفی وجود دارد که می‌توان روی آن متمرکز شد. همچنین به طرق مختلف، مسئله‌ای که روی آن تمرکز شده می‌تواند تفسیر یا ارزیابی شود. ارزیابی‌ها همچنین می‌توانند به لحاظ اینکه چقدر به یک رویداد یا موقعیت خاص معنا و اهمیت می‌دهد متفاوت باشد. این همان شیوه عملکرد ذهن افراد است؛ یعنی فیلتر کردن از طریق تمرکز روی جوانب خاص یک موقعیت و نسبت دادن معنی به آن جوانب، به منظور افزایش کارآمدی و سرعت پاسخ‌دهی به یک موقعیت مشخص. این ارزیابی‌های گوناگون همگی بر روی هیجانات ما، به انضمام عملی که انجام می‌گیرد و احساسی که تجربه می‌شود پیامدهای کاملاً متفاوتی خواهند داشت. در طول زمان، افراد اغلب یک شیوه یا سبک خاص را برای ارزیابی موقعیت‌ها یا وقایع اتخاذ می‌کنند. افراد مبتلا به اختلالات هیجانی به احتمال زیاد به تفاسیر یا ارزیابی‌های منفی و بدبینانه‌تر متوسل می‌شوند. و موجب جلوگیری از دیگر شیوه‌های فکر کردن درباره یک رویداد می‌شوند. فکر می‌تواند تبدیل به تله شود و هیجاناتی از قبیل ترس، افسردگی یا خشم را

موجب شود و اغلب هیجانات را تشدید کند یا حتی خارج از کنترل نماید. شناسایی ارزیابی‌های خودآیندی که در موقعیت‌های برانگیزاننده هیجانی انجام می‌گیرد اولین قدم در راه اصلاح الگوهای تفکر غیر سودمند است. در راستای این فرایند، پژوهش‌ها دو نوع تله فکر رایج شناسایی کردند که در میان افرادی که دارای مشکلات هیجانی هستند مشاهده می‌شود. این تله‌های فکر بد یا غلط نیستند اما هنگامی که با موقعیت‌های خاصی روبه‌رو می‌شویم، انعطاف‌پذیری ما را کاهش می‌دهند و این مسئله موجب حفظ چرخه پاسخ‌های هیجانی منفی می‌شود. تله فکر بیش برآورد احتمال (جهش به سمت نتایج) و فاجعه سازی (در نظر گرفتن بدترین حالت) (بارلو، ۲۰۱۱).

در جلسات مداخله درمانگر به بیماران کمک می‌کند که یک درک از نحوه تغییر یا ارزیابی موقعیت‌ها و نحوه تأثیر ارزیابی آن‌ها بر الگوهای پاسخ‌دهی هیجانی با تأکید ویژه بر راه‌هایی که از طریق آن شناخت‌ها با رفتارها و احساس‌های فیزیولوژیکی در لحظه تجربه‌های هیجانی تعامل می‌کند، کسب کنند. همچنین روی آموزش بیماران در مورد ماهیت انطباقی هیجان‌های و مؤلفه‌های عمده تجربه‌های هیجانی (فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری) با تأکید ویژه بر چرایی ضرورت و کارکرد داشتن طیف کامل هیجان‌های مثبت و منفی تمرکز دارد. در این جلسات انتظار می‌رود تا بیماران با پایش و جستجوی تجربه‌های هیجانی خود عوامل نگهدارنده (مثل، ماشه چکان‌های معمول و یا وابستگی‌های محیطی)، آگاهی بیشتری نسبت به الگوهای پاسخ‌دهی هیجانی خود کسب کنند و به بیماران آموزش داده می‌شود تا نقش ارزیابی‌های خودکار ناسازگارانه را در ایجاد تجربه‌های هیجانی بشناسند؛ بنابراین بیماران یاد می‌گیرند تا الگوهای تفکر خود را شناسایی کنند و روش‌های اصلاح تفکر ناسازگارانه را تمرین کنند و انعطاف‌پذیری در ارزیابی‌های خود را در موقعیت‌های مختلف افزایش دهند. یافته‌های پژوهش حاضر در دو سطح نظری و عملی می‌تواند مفید باشند. به لحاظ نظری، یافته‌های پژوهش حاضر، شواهد تجربی مناسبی در تانید نقش مشکلات اضطرابی در نوجوانان فراهم آورد. یافته‌های پژوهش حاضر دارای تلویحات کاربردی است. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند در وهله اول مورد استفاده مشاوران مدارس و روانشناسان و درمانگران قرار گیرد. از این رو می‌توان تدوین برنامه‌های آموزشی مناسب در چارچوب سلامت روان نوجوانان به بهبود عملکرد آنان اقدام نمود. این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بوده است که باید در تعمیم نتایج با احتیاط عمل کرد، از جمله عدم استفاده از مرحله پیگیری به دلیل کمبود وقت. در مجموع با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه، به نظر می‌رسد که درمان فراتشخیصی منجر به کاهش علائم و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود. این نوع درمان می‌تواند به عنوان درمان انتخابی و مکمل درمان‌های دیگر در جهت کاهش اضطراب نوجوانان به کار رود. همچنین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود، اثر درمان فراتشخیصی را بر سایر مؤلفه‌های روان‌شناختی اجرا نمایند. ضمناً به صورت مقایسه‌ای این روش را با سایر روش‌های درمان روان‌شناختی جهت پایداری اثربخشی بر مشکلات نوجوانان مقایسه نمایند.

## منابع

- بارلو، دیوید؛ الارد، کریستین؛ فرهولم، کریستوفر؛ فارچيون، تاد؛ بویسو، کریستینا؛ آلن، لارا؛ اهرنریچمی، ژیل (۲۰۱۱). پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی (راهنمای درمانگر). مترجم: ابوالفضل محمدی، علیرضا محسنی اژیه، علی محرابی (۱۳۹۶). تهران: انتشارات ابن سینا

- برزیده، سعید (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی آموزش منطق فازی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تمامیت‌خواهی پرستاران ورزشکار، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته راهنمایی و مشاوره گرایش مشاوره شغلی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی
- بساک نژاد، سودابه؛ معینی، نصراله و مهرابی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۸۸). بررسی رابطه اجتناب شناختی و پردازش پس رویدادی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز
- جباروند بهروز، فاطمه (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی شناختی کودک محور بر بهبود توجه متمرکز بر خود و رفتارهای ایمنی در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی
- صالح زاده عین‌آباد، زهرا؛ خلیلی، الهه؛ مجتهد زاده، مهشید؛ نائینیان، محمدرضا (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کنترل، اجتناب و اضطراب و تفاوت‌های جنسیتی در اضطراب، رویش روانشناسی، سال هفتم، شماره ۵، ۱۴۶-۱۲۹
- عبدی، رضا؛ بهروز بیرشک، مجید؛ علیلو، محمود و علی اصغر نژاد فرید (۱۳۸۵). سوگیری تعبیر در اختلال اضطراب اجتماعی، فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز، شماره ۴، صص ۱۵۹-۱۴۳
- عطری فرد، مهدیه؛ شعیری، محمدرضا؛ رسول‌زاده طباطبائی، کاظم؛ جان بزرگی، مسعود؛ آزاد فلاح، پرویز و بانو پور، ابوالفضل، (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی، فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال سوم، شماره ۹، صص ۵۱-۲۳
- لطفی، صدیقه (۱۳۸۹). نقش قضاوت اجتماعی و پردازش هیجانی در پیش‌بینی واکنش زنان دارای فوبی اجتماعی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی
- Abasi, E., Fti, L., Molodi, R., Zarabi, H. (2013). Psychometric Properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire –II, 2(2), 65-80.
- American Psychological Association(2012). (24) 2, 402–408. doi: 10.1037/a0025776.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barlow, D.H., Ellard, K.K., Fairholme, C.P., Farchione, T.J., Boisseau, C.L., Allen, L.B., & Ehrenreich-May, J. (2011). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: therapist guide. New York: Oxford University Press
- Boisseau, C.L., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., & Barlow, D.H. (2010). The Development of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 102–113.
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, H.K., et al. (2011). Preliminary psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*, 42(4), 676-88.
- Bullis, J.R., Fortune, M.R., Farchione, T.J., & Barlow, D.H. (2014). A preliminary investigation of long-term outcome of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1920- 1927.
- Chou, W. P., Lee, K. H., Ko, C. H., Liu, T. L., Hsiao, R. C., Lin, H. F., & Yen, C. F. (2017). Relationship between psychological inflexibility and experiential avoidance and internet addiction: Mediating effects of mental health problems. *Psychiatry research*, 257, 40-44.

- Clark, D.M., & Beck, A.T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders (Science and Practice)*. The Guilford Press.
- Connor, K.M., Davidson, J.R., Churchill, L.E., Sherweed, A., & Foa, E.B. (2000). "Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN)". *British J Psychiatr*, 176, 379-386.
- Craske, M.G. (2012). Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression and Anxiety*, 29(9), 749-753.
- Fink, M., Akimova, E., Spindelegger, C., Hahn, A., Lanzenberger, R., & Kasper, S. (2009). Social anxiety disorder: epidemiology, biology and treatment. *Psychiatria Danubina*, 21(4), 533-542.
- Gilbert, P. (2001). Evolutionary approaches to psychopathology: The role of natural defences. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 17-27
- Harvey, A.G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive Behavioural Processes Across Psychological Disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. New York: Oxford University Press.
- Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2008). *Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: Evidence-Based and Disorder-Specific Treatment Techniques*. Routledge, Taylor & Francis Group, 80-85.
- Kley, H., Tuschen-Caffier, B., & Heinrichs, N. (2012). Safety behaviors, self-focused attention and negative thinking in children with social anxiety disorder, socially anxious and non-anxious children. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43(1), 548-555.
- Nagata, T., Suzuki, F., Teo, A. R. (2015). Generalized social anxiety disorder: a still neglected anxiety disorder 3 decades since Liebowitz's review. *Psychiatry Clin.Neurosci*, <http://dx.doi.org/10.1111/pcn.12327>.
- Norton, P. J., & Philipp, L. M. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 45, 214-226.
- Sy, J.T., Dixon, L. J., Lickel, J. J b., Nelson, E. A., & Deacon, B. J. (2011). Failure to replicate the deleterious effects of safety behaviors in exposure therapy. *Behavior Reseach and Therapy*, 49, 305-314.
- Taylor, C. T., Alden, L. E. 2009. Safety behaviors and judgmental biases in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*. xxx. 1-12.
- Versella, M.V., Piccirillo, M.L., Potter, C.M., Olino, T.M., & Heimberg, R.G. 2016. Anger profiles in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 37, 21 -29.
- Wilson, J. K., & Rapee, R. M. (2005). The interpretation of negative social events in social phobia: Changes during treatment and relationship to outcome. *Behavior Research and Therapy*, 43, 373-389.