

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از ارزیابی منفی در نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی

لیلا نجدی^۱

توکل موسی زاده*^۲

رضا کاظمی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۱/۱۹

تاریخ دریافت: ۹۹/۵/۲۱

چکیده

اختلال اضطراب اجتماعی از اختلالات اضطرابی مزمن و فراگیر است و ترس از ارزیابی منفی یکی از مؤثرترین شناخت‌های ناکارآمد در شکل‌گیری اضطراب اجتماعی است. هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از ارزیابی منفی در نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی بود. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و از نوع (پیش‌آزمون - پس‌آزمون) با گروه کنترل بود. به همین منظور ۶۰ آزمودنی زن بر اساس مصاحبه تشخیصی ساختاریافته DSM-5 انتخاب و به روش نمونه‌گیری هدفمند در دو گروه مداخله درمان پذیرش و تعهد (۲۰ نفر)، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۲۰) و گروه کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه هراس اجتماعی (SPIN) و فرم کوتاه پرسش‌نامه ترس از ارزیابی منفی (BFNE-S) استفاده شد. جهت تحلیل یافته‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده گردید. نتایج نشانگر آن بود که بین دو گروه مداخله‌ای درمان پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل در تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون ترس از ارزیابی منفی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در مجموع نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که روش درمان پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی هر دو بر روی کاهش ترس از ارزیابی منفی در نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی دانشجویان تأثیر دارند.

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)

Email: Tavakkol.mousazadeh@gmail.com

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

واژگان کلیدی: اضطراب اجتماعی، درمان پذیرش و تعهد، ترس از ارزیابی منفی، شناخت درمانی

مبتنی بر ذهن آگاهی

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ که سابقاً فوبیای اجتماعی^۲ نامیده می‌شد، اختلالی فراگیر^۳ است. زمانی که فرد در جمع دیگران قرار می‌گیرد و یا باید جلوی آن‌ها کاری را انجام دهد (برای مثال، سخنرانی کند) دچار ترس شدید^۴ و فراگیر می‌شود. افراد مبتلا به این اختلال از هرگونه موقعیت اجتماعی که تصور می‌کنند ممکن است در آن، رفتار خجالت‌آوری داشته باشند، می‌ترسند و یا از هرگونه وضعیتی که امکان دارد دیگران، آن‌ها را به‌طور منفی ارزیابی کنند، اجتناب می‌کنند. این افراد انتظار دارند از سوی دیگران، طرد و یا به‌طور منفی قضاوت شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۵، ۲۰۱۳).

افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی در مواجهه با رویدادها، رفتار اجتنابی و گریز از خود نشان می‌دهند (کراسک، نیلز، بورکلند، وولیتزکی، تیلور و همکاران^۶، ۲۰۱۴). در این اختلال، موقعیت اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی درگیر انواعی از موقعیت‌هایی هستند که برانگیزاننده اضطراب هستند (بوگلز، ریجسموس، و دی جانگ^۷، ۲۰۰۲). این موقعیت‌ها شامل مهمانی، شرکت در همایش یا کلاس، سخنرانی، خوردن در جمع و مکالمات با افراد ناآشنا است (رپ و همبرگ^۸، ۱۹۹۷). شروع این اختلال از سنین کودکی و نوجوانی است (انجمن روانپزشکی آمریکا^۹، ۲۰۱۳). به‌ویژه این اختلال در دوران جوانی در دامنه سنی ۱۸-۲۹ سال شیوع بسیار بالایی دارد (ریگورام و ماتیس^{۱۰}، ۲۰۱۴). در حدود ۸۰ درصد موارد، این اختلال از نوجوانی تا دهه دوم زندگی شکل می‌گیرد (آستین و آستین^{۱۱}، ۲۰۰۸). شیوع این اختلال در طول عمر دامنه‌ای از ۲٫۴ تا ۱۶ درصد دارد (کارلسن، کلنچ آس، روی و راناس^{۱۲}، ۲۰۱۴). بررسی‌های همه‌گیرشناسی نشان داده است که زنان بیشتر از مردان به این اختلال مبتلا می‌شوند (سادوک و سادوک^{۱۳}، ۲۰۱۵). همانطور که ذکر شد در حدود ۸۰ درصد موارد، این اختلال از آغاز نوجوانی تا دهه دوم زندگی (جوانی) شکل می‌گیرد (ریگورام و ماتیس، ۲۰۱۴). بر این اساس و با توجه به سن شیوع دانشجویان، گروهی هستند که اضطراب را تجربه می‌کنند و در چند دهه

-
- 1- Social Anxiety Disorder
 - 2- Social Phobia
 - 3- Generalized
 - 4- Severe fear
 - 5- American Psychiatric Association
 - 6- Craske, Niles, Burklund, Wolitzky, Taylor
 - 7- Bögels, Rijsemus, De Jong
 - 8- Rapee, Heimberg
 - 9- American Psychiatric Association
 - 10- Reghuram, Mathias
 - 11- Stein, Stein
 - 12- Karlsen, Clench-Aas, Roy, Raanaas
 - 13- Sadock, Sadock

گذشته، مطالعات متعددی درباره اضطراب دانشجویان انجام شده است (دیربی، توماس، هانتینگتون، لوسون، نووتنی، و همکاران^۱، ۲۰۰۶). دانشجویان، اضطراب اجتماعی را در دوران تحصیل دانشگاهی خود تجربه می‌کنند. دانشجویان با موقعیت‌های استرس آمیزی در دوران تحصیل خود روبه‌رو می‌شوند که بر تمامی جنبه‌های زندگی شخصی آن‌ها تأثیرگذار است. دوران تحصیلی دانشگاهی، مقدمه‌ای برای شروع زندگی بزرگ‌سالی و تصمیم‌گیری شغلی است. در نتیجه، برای دانشجویان مشکلاتی را نیز به همراه دارد. مشکلات خاص این دوره شامل، مشکلاتی در ارتباط با اساتید و همکلاسی‌ها، تفاوت‌های فرهنگی، بحران هویت، ارتباط با دیگران و رویارویی با موقعیت‌های اجتماعی است (لتا^۲، ۲۰۰۱). ۸۵ درصد دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی به علت نقص در برقراری ارتباطات، مشکل در زمینه روابط بین فردی و مشکل در رفع نیاز اجتماعی دچار اختلالاتی در عملکرد تحصیلی و حرفه‌ای خود می‌شوند (سالینا، ان جی، گریل و چن^۳، ۲۰۰۸). این احتمال نیز وجود دارد که دانشجویان علاوه بر اضطراب اجتماعی، دچار اختلال افسردگی نیز شوند و استرس و اضطراب مضاعفی را تجربه کنند. در نهایت، این مشکلات موجب می‌شود آن‌ها مشکلات روان‌شناختی و عاطفی در طول زندگی شخصی و شغلی خود تجربه کنند (روسال، اوکین، اوکین، برت، ما و همکاران^۴، ۱۹۹۷). در واقع، مشکلات و بحران‌های خاص دوره دانشجویی می‌تواند باعث افزایش اضطراب شود. دانشجویانی که اضطراب بالایی دارند، نشانه‌های اضطرابی را در تمامی دوران تحصیل خود تجربه می‌کنند که در نهایت، بر عملکرد تحصیلی آن‌ها تأثیرگذار است (مک کراتی^۵، ۲۰۰۷). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که احتمال ابتلا به اضطراب اجتماعی در دانشجویان بالاست و این مسئله در شکل‌گیری روابط جدید و تعامل با دیگران تأثیرگذار است. بنابراین به تدریج، آن‌ها از سخنرانی در برابر جمع اجتناب می‌کنند که همین عامل هم بر پیشرفت تحصیلی و هم در تصمیم‌گیری‌های شغلی آن‌ها تأثیر نامطلوبی دارد (استراهان^۶، ۲۰۰۳). دانشجویانی که اضطراب اجتماعی دارند، موقعیت‌های اجتماعی مبهم را منفی ارزیابی می‌کنند و به دلیل سوگیری در پردازش اطلاعات و رفتارهای اجتنابی، ارتباط خود را با دیگران کاهش می‌دهند (برد و امیر^۷، ۲۰۱۰).

بنابراین در اختلال اضطراب اجتماعی توجه متمرکز بر خود نقش قابل توجهی در تداوم این اختلال دارد. بر اساس نظریه کلارک و ولز^۸ ۱۹۹۵ افراد مبتلا به این اختلال هنگام مواجهه با یک موقعیت اجتماعی ترس‌آور وارد یک فرآیند از پیش فعال توجه متمرکز بر خود شده و تمایل دارند که از منابع درونی اطلاعات (از جمله افکار، احساسات، حس‌های بدنی و ...) به‌منظور ایجاد یک خودانگاره

1- Dyrbye, Thomas, Huntington, Lawson, Novotny, Sloan

2- Leta

3- Salina, Ng, Gill, Chin

4- Rosal, Ockene, Ockene, Barrett, Ma, Hebert

5- McCraty

6- Strahan

7- Beard, Amir

8- Clark & Wells

تحریف شده از خودشان استفاده کنند، بعلاوه آن‌ها به این باور می‌رسند که دیگران نیز آن‌ها را به همین شیوه دیده و همین امر منجر به ارزیابی منفی آن‌ها از خودشان شده و به دنبال آن رفتارهای اجتنابی ظریفی آشکار می‌گردد. ساختار ترس از ارزیابی منفی^۱ شامل احساس دلهره و نگرانی در مورد ارزیابی منفی و انتظار و توقع ناشی از این امر که دیگران در مورد یک نفر فقط به صورت منفی قضاوت خواهند کرد، است. 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 خجالت‌زده شود، اجتناب کند. در واقع 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. در مدل شناختی اضطراب اجتماعی 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. بنابراین این توجه متمرکز بر خود باعث تخریب عملکرد در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود (هپ و هیمبرگ^۲، ۱۹۸۸).

از روش‌های درمانی تأثیرگذار در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی می‌توان به روش‌های مختلفی از جمله درمان پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اشاره کرد. بر اساس دیدگاه‌های درمانی دیگر مانند درمان شناختی رفتاری، مبتلایان به اضطراب اجتماعی خود را از نگاه فرد دیگری می‌بینند. از این رو درمان کارآمد درمانی است که هدف آن تغییر شناخت‌های ناکارآمد و اصلاح باورهای نادرست بیمار به کمک مداخله‌های شناختی باشد (بارلو^۳، ۲۰۰۲). همچنین لازم به ذکر است که مبنای قضاوت مکتب شناختی رفتاری در مورد منطقی یا غیرمنطقی بودن یک فکر، فرهنگ یا سبک زندگی غربی است. فرهنگی که در آن به عنوان مثال نقش آبرو یا حرف مردم بسیار کمرنگ‌تر از فرهنگ ایرانی است. بسیاری از باورهایی که در مکتب شناختی رفتاری باورهای غیرمنطقی خوانده می‌شود، در واقعیت‌های عینی یک زندگی ایرانی جاری و زنده است (مژدهی، اعتمادی و فلسفی نژاد، ۱۳۹۰). بعلاوه اگرچه درمان‌های رفتاری و شناختی و رفتاری سنتی در درمان این اختلال مؤثر می‌باشند، اما شماری از افراد به این درمان‌ها به خوبی پاسخ نمی‌دهند. علاوه بر این اکثریت افرادی که به این درمان‌ها پاسخ می‌دهند نیز بعد از درمان علایم باقی‌مانده و اختلالات مرتبط با آن را تجربه می‌کنند (اریسلو و رومر، ۲۰۰۵). اخیراً برای این رویکرد که ایجاد پیشرفت بالینی مستلزم تغییر مستقیم محتوای افکار، احساسات یا علایم بدنی است، نظریه‌های موازی پدیدار گشته‌اند. این نظریه‌ها که موج سوم رفتاردرمانی نامیده

1- Fear of Negative Evaluation

2- Hope & Heimberg

3- Barlow

می‌شوند، به‌جای تغییر شکل، فراوانی یا حساسیت موقعیتی شناختارها و هیجانها، کارکرد آن‌ها را هدف قرار می‌دهند (هیز، لووین، پلامب، ویلیت و پیستورللو،^۱ ۲۰۱۳). بنابراین امروزه با نسل سوم این نوع درمان‌ها روبه‌رو هستیم که آن‌ها را می‌توان تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی بر پذیرش^۲ نامید: مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۳ (سگال، ویلیامز و تیسدیل^۴، ۲۰۰۲)، درمان فراشناختی^۵ (ولز^۶، ۲۰۰۶) و درمان پذیرش و تعهد^۷ (هیز^۸، ۲۰۰۴). در این درمان‌ها به‌جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در درمان پذیرش و تعهد هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (پورفرج، ۱۳۹۰). در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی^۹ فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی^{۱۰} فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به‌نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی^{۱۱} یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). درنهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه^{۱۲} یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌تواند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط با حوادث (تروما)، هراس‌ها و یا اضطراب‌های اجتماعی و ... باشند. شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش درمانی بر اختلالات مختلف، رو به افزایش است. برای مثال کارایی این روش درمانی در مورد اختلالاتی مانند افسردگی، سایکوزها، سو مصرف و وابستگی به

1- Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villate, Pistorello

2- Acceptance based Models

3- Based Cognitive Therapy Mindfulness

4- Segal, Williams, Teasdale

5- Metacognitive

6- Wells

7- Acceptance and Commitment Therapy

8- Hayes

9- Psychological Acceptance

10- Psychological Awareness

11- Cognitive Diffusion

12- Committed Action

مواد، فرسودگی شغلی و درد مزمن مشخص شده است (هیز، ۲۰۰۴). همچنین در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز به مفاهیمی مانند پذیرش، افزایش و آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی تأکید می‌شود. این روش درمانی برخلاف درمان پذیرش و تعهد دارای پروتکل‌های درمانی راهنمایی شده است و برای درمان افسردگی و استرس طراحی شده است. درحالی‌که درمان پذیرش و تعهد علاوه بر طیف گسترده از درمان‌ها به جای تأکید بر پیروی از یک پروتکل راهنمایی شده به درمان‌گر اجازه می‌دهد تا فنون توجه آگاهی خودش را تولید و یا حتی با مراجعین خود این کار را انجام دهد (سگال و همکاران، ۲۰۰۲).

یابنده و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان "مقایسه اثربخشی شناخت رفتاردرمانی با درمان پذیرش و تعهد بر کاهش نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی در دانشجویان" به این نتایج دست یافتند که دو رویکرد درمانی CBT و ACT در کاهش نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی به‌طور مساوی مؤثر هستند و ACT می‌تواند گزینه بهتری به جای CBT در درمان اختلال اضطراب اجتماعی باشد.

مطالعه هن کوک و همکاران (۲۰۱۸) نیز بیانگر آن است که درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری می‌تواند یک درمان انتخابی با شواهد تجربی برای افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها باشد. پژوهش استرگ^۱ و همکاران (۲۰۱۸) نیز به‌منظور بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ارزیابی مثبت و نشانگان اضطراب اجتماعی نشان می‌دهد که MBCT در کاهش نشانگان اضطراب اجتماعی مؤثر است و اثرات درمانی با بهبود ارزیابی مثبت مرتبط است. ظهرابی و همکاران (۱۳۹۴) در تحقیقی با عنوان "تأثیر برنامه گروه‌درمانی پذیرش و ذهن آگاهی (MAGT) بر کاهش ترس از ارزیابی منفی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی" به این نتیجه دست یافتند که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی توانسته است ترس از ارزیابی منفی را در نمونه‌ای از دختران ایرانی مبتلا کاهش دهد، بنابراین زمینه‌ای را برای به‌کارگیری این روش به شکل مقدماتی در مراکز روان‌شناختی، در مورد مبتلایان به اضطراب اجتماعی فراهم ساخته است. صابری نیا و همکاران (۱۳۹۸) در تحقیقی با عنوان "اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب کارکنان اورژانس" به این نتیجه دست یافتند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکی از روش‌های مؤثر در کاهش اضطراب کارکنان اورژانس است.

از آنجایی‌که تاکنون مطالعات اندکی در مورد اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش ترس از ارزیابی منفی و اختلالات اضطرابی انجام گرفته و مخصوصاً مطالعات محدودی در مورد ترس از ارزیابی منفی و نشانگان اضطراب اجتماعی، انجام

1 - Mindfulness- Based Cognitive therapy

2- Strege

شده است. سؤال اصلی تحقیق حاضر این است که آیا درمان پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از ارزیابی منفی دانشجویان مبتلا به نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی تأثیر دارد؟

روش شناسی

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از بین افراد داوطلب که آمادگی لازم جهت شرکت در طرح مداخله را دارا و واجد معیارهای شمول بودند، دو گروه آزمایش و کنترل انتخاب شد. سپس دو گروه آزمایشی، به تفکیک مورد مداخله به روش درمان پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت. پروتکل درمانی پذیرش و تعهد به صورت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای ۲ جلسه برگزار شد. (ایفرت و ثایث ۱، ۱۳۹۶). طرح جلسات درمانی به اختصار به این شرح است:

شرح جلسات درمان پذیرش و تعهد:

جلسه اول: آشنایی گروه با یکدیگر، با درمانگر و طرح کلی درمان و جلسات.

جلسه دوم: آشنایی با مفاهیم درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی و تمرین تمرین مربوطه.

جلسه سوم: آشنایی با مفاهیم درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل خود تجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه و ت و تمرین مربوطه.

جلسه چهارم: برافزایش آگاهی روانی تمرکز شد.

جلسه پنجم: به افراد نحوه پاسخگویی و مواجه مناسب با تجارب ذهنی‌شان آموزش داده شد.

جلسه ششم: به افراد ایجاد اهداف و سبک زندگی اجتماعی آموزش داده شد.

جلسه هفتم: تعهد عملی به موارد فوق آموزش داده شد.

جلسه هشتم: در ۳ جلسه پایانی عمدتاً بر تمرین عملی آموخته‌ها، ارائه بازخورد به‌وسیله گروه و درمانگر پرداخته شد.

جلسه نهم: علاوه بر تمرین عملی به ارائه بازخورد به‌وسیله گروه پرداخته شد.

جلسه دهم: علاوه بر تمرین عملی به ارائه بازخورد به‌وسیله درمانگر پرداخته شد.

دوره درمانی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز شامل ۸ هفته با جلسات ۲ ساعته بود. که قبل از آن یک دوره مقدماتی جهت آشنایی و ارزیابی تشکیل شد. برنامه ساختاریافته‌ای از تکالیف خانگی که شامل ۴۵ دقیقه تمرین روزانه، تمرین رسمی و در برخی روزها تمرین‌های غیررسمی ذهن آگاهی و گاهی فرد به ثبت مشاهدات خود از تجارب روزانه‌اش پرداخت (کرین، ۱، ۱۳۹۰).

شرح جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی:

جلسه اول: اجرای خودکار، شامل تمرینات عملی هر جلسه مانند انجام یک فعالیت ساده با آگاهی، تمرینات هر جلسه و تمرین منزل

جلسه دوم: رفع موانع شامل درمان مراقبه^۱ و آگاهی و مراقبه^۲ ذهن

جلسه سوم: تنفس با ذهن آگاهی همراه با حرکت هوشیارانه

جلسه چهارم: ماندن در لحظه همراه با آگاهی از تنفس، اعضای بدن، اصوات، افکار و انتخاب‌های آگاهانه

جلسه پنجم: پذیرفتن و اجازه دادن همراه با نشست‌های مدیتیشن

جلسه ششم: تفکرات منشأ واقعی ندارند، همراه با مطرح کردن مشکلات بیمار طی تمرین و کشف اثرات آن بر بدن و ذهن و سه دقیقه تنفس

جلسه هفتم: چگونه به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم. همراه با جلسات مدیتیشن - آگاهی از تنفس، اعضای بدن، اصوات، افکار و هیجانات

جلسه هشتم: چگونه استفاده از این موارد در تصمیم‌گیری‌های آینده، مراقبه^۳ و آگاهی از تنفس، واریاسیون و پایان درمان

گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام مداخلات، دوباره تمامی نمونه‌ها تحت آزمون‌های یادشده قرار گرفتند.

روش نمونه‌گیری تحقیق حاضر از نوع نمونه‌گیری هدفمند است. از این رو از بین دانشجویان دانشگاه آزاد تبریز تعداد ۳۰۰ نفر زن انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به کمک پرسش‌نامه هراس اجتماعی بررسی شدند. این ابزار دارای نقطه برش ۱۹ با کارایی و دقت تشخیصی ۷۹٪ افراد با اختلال اضطراب اجتماعی و بدون اختلال را از هم متمایز می‌سازد. بنابراین پس از اجرای مصاحبه تشخیصی ساختاریافته - DSM 5، و اجرای آزمون اضطراب اجتماعی تعداد ۶۰ نفر زن انتخاب و به ۲ گروه آزمایشی و ۱ گروه کنترل تقسیم شده و ۲۰ نفر برای مداخله پذیرش و تعهد، ۲۰ نفر برای مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و ۲۰ نفر گروه کنترل که با گروه آزمایش هم‌تاسازی نموده و انتخاب شد. علت انتخاب ۲۰ نفر در هر زیرگروه، به این علت است که در روش آزمایشی حداقل حجم نمونه باید ۱۵ نفر باشد. شرایط ورود به

گروه نیز شامل قرار داشتن در بازه سنی ۱۸ الی ۲۹ سال، کسب نمره بالاتر از ۲۴ در پرسش‌نامه هراس اجتماعی جهت تشخیص اولیه اضطراب اجتماعی و دریافت تشخیص نهایی بر اساس مصاحبه ساختاریافته DSM-5، مجرد، دانشجو و زن بود. زن بودن به این علت که مطالعات همه‌گیر شناختی نشان می‌دهند که زنان بیشتر از مردان به اختلال اضطراب اجتماعی مبتلا می‌شوند. همچنین شرایط خروج آزمودنی‌ها از تحقیق عبارت‌اند از: یک اختلال همبود دیگر (از جمله هراس با یا بدون گذرهراسی، پنیک، اضطراب فراگیر، اختلال شخصیت اسکیزوئید، اختلال شخصیت اجتنابی، اختلال بدشکلی بدن، اختلال افسردگی اساسی، افسرده خویی و اسکیزوفرنیا)، دریافت داروهای مربوط به مشکلات روان‌شناختی، شرکت فرد مبتلا در برنامه‌های روان‌درمانی و مشاوره‌ای دیگر در ارتباط با همین مشکل یا دیگر مشکلات روان‌شناختی.

ابزارهای پژوهش شامل: مصاحبه تشخیصی بر پایه DSM-5: مصاحبه‌ای است که بر مبنای ملاک‌های تشخیصی «پنجمین طبقه‌بندی آماری و تشخیصی بیماری‌های روانی انجمن روانپزشکی آمریکا» (DSM-5) و به منظور تشخیص اختلالات روانی، به صورت نیمه ساختاریافته طراحی شده است. لازم به ذکر است که موارد تشخیص افتراقی در مورد اختلال اضطراب اجتماعی، مطابق DSM-5 عبارتند از: اختلال هراس، گذرهراسی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال شخصیت اسکیزوئید، اختلال شخصیت اجتنابی، اختلال بدشکلی بدن، اختلال افسردگی، اختلال افسرده خویی، اسکیزوفرنیا. ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در ایران توسط امینی و همکاران به شرح زیر گزارش شده است. در این پژوهش کاپا برای تمام تشخیص‌ها به جز کل اختلالات اضطرابی بالاتر از ۰/۴ گزارش شد. همچنین در اکثر تشخیص‌ها ویژگی بالاتر از ۰/۸۵ و در نیمی از این تعداد بالاتر از ۰/۹ بوده که نشان‌دهنده ویژگی مطلوب این مصاحبه ساختاریافته است. در عین حال شاخص حساسیت تا حدی پایین‌تر بوده است (بین ۰/۵۴ تا ۰/۸۶). در این پژوهش مجموعه سؤالات مرتبط با اختلال اضطراب اجتماعی و تشخیص‌های افتراقی مربوط به آن از مجموعه اصلی مجزا گردیده و جهت تأیید تشخیص افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی استفاده شد.

پرسش‌نامه هراس اجتماعی (SPIN): این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارش دهی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه خرده‌مقیاس، ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده)، و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) است. هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (۰) به همین وجه، (۱) کم، (۲) تا اندازه‌ای، (۳) خیلی زیاد، (۴) بی‌نهایت، درجه‌بندی می‌گردد. کنور و همکاران ضریب بازآزمایی پرسش‌نامه هراس اجتماعی را بین ۰/۷۸ و ۰/۸۹ همسانی درونی (آلفای کرونباخ) آن را ۰/۸۲ - ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند (کنور، دیویدسون، چرچیل، شروود، ویسلر، و همکاران ۱، ۲۰۰۰). در ایران نیز در پژوهش حسون‌د عموزاده و همکاران، آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی آن ۰/۶۸ و اعتبار

همگرای پرسش‌نامه هراس اجتماعی بر اساس رابطه آن با پرسش‌نامه خطای شناختی ۱، مقیاس درجه‌بندی حرمت خود ۲ و با اضطراب فوییک از نسخه تجدیدنظر شده چک‌لیست نشانگان ۹۰ سؤالی (SCL-90-R) به ترتیب ۰/۳۵، ۰/۵۸ و ۰/۷ به دست آمده است که بیانگر اعتبار مناسب آزمون می‌باشد.

فرم کوتاه پرسش‌نامه ترس از ارزیابی منفی (BFNE-S) ۳: فرم کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی دارای ۱۲ ماده پنج گزینه‌ای به روش لیکرت است که در آن گزینه یک به هیچ‌وجه در مورد من صدق نمی‌کند و (پنج) کاملاً در مورد من صدق می‌کند، هست (لری، ۱۹۸۳) ۴. بررسی (۳۵۰) نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی به کمک این مقیاس نشان داد که این ابزار همبستگی بالایی با فرم اصلی این مقیاس (FNES) دارد ($r = 0.96$). همچنین روشن شد که (BFNE-S) همسانی درونی بالایی (آلفای کرونباخ برابر ۰/۹) دارد. بررسی پایایی به روش باز آزمایی در طول چهار هفته نشانگر همبستگی ۰/۷۵ بوده است. مطالعه عطری فرد و همکاران نیز بیانگر این است که این ابزار دارای همسانی درونی (آلفای کرونباخ) مناسب (۰/۸۱)، پایایی با آزمایی $r = 0.73$ و اعتبار همگرایی مناسبی (۰/۹۲ - $r = 0.52$) با سایر مقیاس‌های موجود در حوزه اضطراب اجتماعی در نمونه ایرانی است (لری، ۱۹۸۳).

یافته‌ها

داده‌های حاصل از این پژوهش، ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار توصیف شدند. سپس با استفاده از روش‌های آمار تحلیل کوواریانس چند متغیره، تفاوت‌های موجود بین دو گروه آزمایش و کنترل بررسی شد. لازم به ذکر است که قبل از انجام تحلیل کوواریانس چند متغیره بر داده‌های پژوهش، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار ترس از ارزیابی منفی بر حسب روش درمان پذیرش و تعهد در بین گروه‌های مورد مطالعه

گروه		کنترل پیش‌آزمون		کنترل پس‌آزمون		آزمایش پیش‌آزمون		آزمایش پس‌آزمون	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین

- 1- Cognitive Error Leaf & Bauer Questionnaire
- 2- Self-Esteem Rating Scale
- 3- Brief Fear of Negative Evaluation Scale
- 4- Leary

۵/۱۴	۱۸/۶۳	۴/۸۷	۲۶/۱۵	۵/۲۳	۲۳/۲۵	۵/۴۳	۲۳/۱۰	ترس از ارزیابی منفی
------	-------	------	-------	------	-------	------	-------	---------------------

جدول 2: میانگین و انحراف معیار ترس از ارزیابی منفی برحسب روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بین گروه‌های مورد مطالعه

گروه							
کنترل پیش‌آزمون		کنترل پس‌آزمون		آزمایش پیش‌آزمون		آزمایش پس‌آزمون	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۲۲/۱۰	۵/۶۳	۲۲/۱۵	۵/۱۴	۲۶/۶۵	۴/۰۷	۱۶/۰۳	۴/۱۴

ترس از ارزیابی منفی

آزمون نرمال بودن

به منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده گردید. جدول شماره ۳ نرمال بودن داده‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۳: آزمون نرمالیتی داده‌ها	
آماره Z کولموگروف اسمیرنف	ترس از ارزیابی منفی
	۵/۰۱
سطح معنی‌داری	۰/۸۲۳

به دلیل اینکه مقادیر آماره Z اسمیرنف-کولموگروف برای متغیر تحقیق بیشتر از ۰/۰۵ است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع داده‌ها به صورت نرمال می‌باشد. در نتیجه تمامی شرایط استفاده از ضریب کواریانس وجود دارد.

جدول ۴: نتیجه آزمون باکس جهت بررسی پیش فرض همگنی ماتریس کواریانس متغیرهای پژوهش

سطح معنی داری	F	BOX S M
۰/۳۶۵	۱/۱۳۵	۶/۵۸۹

جدول (۴) نشان می‌دهد مقدار سطح معنی داری ($p > 0/05$) می‌باشد که گویای آن است شرط همگنی ماتریس کوواریانس به خوبی رعایت شده است ($F = 1/135$ و $P > 0/05$).

جدول ۵: نتایج آزمون معنی داری تحلیل کوواریانس در دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی

آزمون مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	P
اثر پیلاپی ۱/۴۱	۲۱/۴۳	۳	57	۰/۰۰
لامبدا ویکلز ۰/۰۴۳	۲۲/۷۱	۳	57	۰/۰۰
اثر هتلینگ ۷/۸۴	۲۷/۴۹	۳	57	۰/۰۰
ریشه روی ۶/۹۳	۴۷/۸۲	۳	57	۰/۰۰

همانطور که در جدول (۵) مشاهده می‌گردد مقدار لامبدا ویکلز برابر با ۰/۰۴۳ است که این مقدار در سطح ($p \leq 0/01$) معنی دار است.

جدول ۶: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس ترس از ارزیابی منفی

برحسب روش درمان پذیرش و تعهد

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
مدل	۱۸۴۵۶۶/۶۳	۱	۱۸۴۵۶۶/۶۳	۵۹۱۴/۴۷	۰/۰۰۱
گروه	۲۷۲۶/۰۶	۱	۲۷۲۶/۰۶	۸۷/۳۷	۰/۰۰۱
خطا	۷۳۰۷	۵۷	۳۱/۱۹		

طبق نتایج جدول (۶) و با توجه به مقدار $F = 87/37$ و همچنین با توجه به اینکه سطح معنی داری خطای آزمون برای سطح اطمینان ۰/۹۹ کمتر از ۰/۰۱ است، بنابراین می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد، میزان ترس از ارزیابی منفی دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی را کاهش می‌دهد.

جدول ۷: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس ترس از ارزیابی منفی

برحسب روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مدل	۱۷۴۲۰۵/۰۲	۱	۱۷۴۲۰۵/۰۲	۶۱۷۹/۰۲	۰/۰۰۱
گروه	۱۰۶۸/۶۴	۱	۱۶۴/۲۳	۷/۰۳	۰/۱۰۲
خطا	۵۴۶۵/۱۳	۵۷	۲۲/۴۳		

طبق نتایج جدول (۷) و با توجه به مقدار $F= ۷/۰۳$ و همچنین با توجه به اینکه سطح معنی داری خطای آزمون برای سطح اطمینان ۰/۹۹ کمتر از ۰/۰۱ است، بنابراین می‌توان گفت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، میزان ترس از ارزیابی منفی دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی را کاهش می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از ارزیابی منفی در نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی بود. به طوری که نتایج به دست آمده از پژوهش مذکور با تحقیقات دیگر مانند: یابنده و همکاران (۲۰۱۸)، هن کوک و همکاران (۲۰۱۸)، استرگ^۱ و همکاران (۲۰۱۸)، ظهراپی و همکاران (۱۳۹۴) همخوانی دارد. در راستای نتایج به دست آمده، پژوهش ناهمسویی یافت نشد. در تبیین می‌توان گفت که مداخله درمانی پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان درمانی حمایت‌گرانه که مستلزم ارتباطی قوی بین درمان‌جو و درمانگر است می‌تواند باعث رشد مهارت‌هایی همچون تحمل درماندگی، ذهن آگاهی، تنظیم هیجانات و مهارت کارآمد بین فردی در آزمودنی‌ها گردد. در تبیین این نتایج نیز می‌توان چنین بیان کرد که در درمان پذیرش و تعهد، افکار نتیجه یک ذهن طبیعی‌اند و باورها حاصل فرآیند آمیختگی شناختی. آنچه افکار را تبدیل به باور می‌کند، آغشته شدن فرد به محتوای افکار است. وقتی فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی طبق یک فکر مربوط به ترس از ارزیابی منفی عمل می‌کند، یعنی با محتوای آن آمیخته شده است و حاصل این آمیختگی، باورهای مربوط به اختلال اضطراب اجتماعی فرد می‌باشند. تکنیک‌های درمان پذیرش و تعهد بر کاهش آمیختگی شناختی، تأکید زیادی می‌کنند. در واقع وقتی آمیختگی شناختی کاهش می‌یابد فرد از محتوای افکار گسلیده شده است. زمانی که پذیرش و تعهد درمانی در مورد نشانه‌های اضطراب اجتماعی بکار گرفته می‌شود، علاوه بر فرآیندهایی که در مورد اضطراب اجتماعی دانشجویان ذکر شد، سعی می‌شود تا در درمان به جای تلاش برای تغییر شکل و محتوای رویدادهای روانی ترس‌آور، به تغییر در زمینه‌ها و کنش‌های پاسخ‌دهی که چرخه اختلال را نگهداری می‌کنند،

متمرکز شود. به نظر می‌رسد که هر چه فردی دچار نشانه‌های مربوط به ترس و قضاوت اجتماع باشد و بیشتر به فرار و یا اجتناب از تجارب نامطلوب درونی تأکید ورزد، بیشتر زمینه اجتناب تجربی را فراهم می‌کند و بنابراین مشکل خود را تشدید می‌کند. در مورد ترس از ارزیابی منفی، راهبردهای کنترل هیجانی (از قبیل اجتناب و آرام‌سازی) که افراد استفاده می‌کنند، در حقیقت اضطراب را افزایش می‌دهد. درمانگر تلاش می‌کند تا مراجع به جای اجتناب، پذیرش را تجربه کند.

در خصوص علت اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش ترس از ارزیابی منفی دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی می‌توان گفت که ویژگی روش حضور ذهن آن است که بیمار را نسبت به ریشه‌های اختلال و مکانیسم آن در مغز آگاه نموده، از مضطرب شدن او جلوگیری می‌نماید، بر افکار و تمایلات او در حالت هشیاری متمرکز می‌شود و به فرد امکان می‌دهد تا تکرار اعمال یا افکار و نشخوار آن‌ها را برای کاهش اضطراب انتخاب نکند و به ریشه‌های زیستی اختلال بیندیشد. همچنین آموزش ذهن آگاهی در کاهش اشتغال ذهنی افراد با ارزیابی منفی از خود که منجر به افزایش اضطراب آن‌ها می‌شود، کمک می‌کند. این تکنیک به بیماران می‌آموزد که از شناخت‌های خود منتقدگرانه‌شان فاصله بگیرند و صرفاً با آگاهی و بدون قضاوت به مشاهده آن‌ها بپردازند، بدون آنکه نیاز باشد از آن‌ها جدا شده، به آن‌ها بچسبند، آن‌ها را تغییر داده و یا کنترل نمایند. همچنین می‌توان گفت که مکانیزم تأثیر آموزش‌های ذهن آگاهی در کاهش ترس از ارزیابی منفی با اثربخشی این روش درمانی در بهبود توانایی‌های تنظیم هیجان مرتبط است. راهبردهای تنظیم هیجان نظیر انتخاب موقعیت، اصلاح موقعیت، آرایش توجه، تغییر شناختی و تعدیل پاسخ در جریان آموزش ذهن آگاهی تغییر پیدا می‌کنند. در واقع می‌توان گفت تمرینات ذهن آگاهی بر آرایش توجه و توانایی کنترل شناختی بر نشخوار فکری منفی، توجه متمرکز بر خود، نظم دهی هیجانی، مؤثر بوده و از طریق تأثیرگذاری بر آن‌ها منجر به انعطاف‌پذیری هیجانی می‌گردد و باعث می‌شود تا فرد ظرفیت رها شدن از محرک‌های آزارنده را پیدا کند. همچنین بر اساس دیدگاه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی درگیر قضاوت منفی درباره خود بوده و با افکارشان پیرامون ارزیابی منفی از خود آمیخته می‌شوند که این امر تأثیر نامطلوبی بر انتخاب‌های افراد گذاشته و منجر به رفتارهای اجتنابی می‌شود. بنابراین در این درمان تکنیک‌های گسلش و ذهن آگاهی، یک خود نظاره‌گر را در فرد ایجاد می‌نماید. خود نظاره‌گر یا خود به‌عنوان زمینه، حسی از خود را در فرد به وجود می‌آورد که صرف‌نظر از افکار، هیجان‌ات، خاطرات و احساسات جسمی که در مسیر زندگی فرد می‌آیند و می‌روند، او هم چنان ثابت است. این تکنیک‌ها به مراجعان کمک می‌کند تا با توجه به کارایی این افکار برای ارزش‌هایشان و نه معنای تحت‌اللفظی آن‌ها، باید به آن‌ها پاسخ دهند. بنابراین این روش که مستلزم انعطاف‌پذیری روانی و پذیرش بیشتر و اجتناب تجربی کمتر در پاسخ‌دهی به اضطراب، ترس از ارزیابی منفی و سایر اشکال پریشانی هیجانی است، فضایی برای افراد ایجاد می‌کند تا به‌گونه‌ای عمل کنند که چالش‌هایی را که به‌منظور کنترل افکار،

احساسات، حس‌های بدنی و هیجانات ناخوشایند خود دارند را رها کرده و حتی در حضور افکار، احساسات و حس‌های جسمانی ناخوشایندشان، در جهت اهداف و ارزش‌هایی که برای زندگی‌شان انتخاب کرده‌اند، اقدام نمایند. پس در واقع می‌توان گفت که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با افزایش آگاهی افراد نسبت به حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارد و باعث کاهش نشخوارهای فکری و نگرش‌های ناکارآمد در افراد می‌گردد.

از نظر کاربردی یافته‌های این پژوهش برای متخصصان، روانشناسان و مشاورانی که در مراکز درمانی فعالیت دارند حائز اهمیت بالایی می‌باشد. زیرا به روانشناسان توصیه می‌شود ترس از ارزیابی منفی را به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی اختلال اضطراب اجتماعی مورد هدف درمانی قرار داده و از رشد نشانه‌های اختلال پیشگیری نمایند. توضیح آنکه، متخصصان، روانشناسان و مشاوران تا جایی که امکان دارد باید سعی کنند تا افکار منفی، تصورات غلط و نگرانی‌هایی که دانشجویان را مورد هجوم قرار می‌دهند با شیوه‌ها و روش‌های مختلفی کنترل کنند و حتی‌الامکان نقش عوامل روان‌شناختی اضطراب‌آور و مخرب را که منجر به تخریب وضعیت سلامت روان‌شناختی آنان می‌گردد را کاهش دهند. بنابراین لازم است که نه‌تنها متخصصان و روانشناسان بلکه خانواده‌ها هم به نقش و اهمیت تکنیک‌های روان‌شناختی خصوصاً درمان پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش ترس از ارزیابی منفی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی توجه نمایند.

این پژوهش شامل محدودیت‌هایی بود که از جمله آن‌ها می‌توان به نداشتن جلسات پیگیری پس از درمان اشاره کرد. همچنین این پژوهش بر روی زنان و دانشجویان اجرا شده، بنابراین باید تعمیم نتایج آن به سایر افراد و گروه‌ها با احتیاط انجام پذیرد و توصیه می‌شود که پژوهشگران این پژوهش را بر روی هر دو جنس زنان و مردان انجام دهند و تغییرات هر دو گروه را با هم مقایسه کنند.

منابع

- انجمن روانشناسی آمریکا (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. ویراست پنجم. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۳). تهران: نشر روان.
- ایفرت، جورج و تایت، جان فور (۱۳۹۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اختلالات اضطرابی، ترجمه علی فیضی، میلاد خواجه پور و سجاد بهرامی، انتشارات ابن سینا، چاپ اول.
- پورفرج عمران، مجید (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان، فصلنامه دانش و تندرستی، دوره ششم، شماره ۲.
- سادوک، بنجامین؛ سادوک، ویرجینیا و روییز، پدرو (۲۰۱۵). خلاصه روان‌پزشکی بر اساس DSM-5. ترجمه فرزین رضاعی، انتشارات کتاب ارجمند، چاپ دوم. جلد اول.

کرین، ربکا (۱۳۹۰). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، ترجمه انیسی خوش لهجه صدق. انتشارات بعثت. تهران: انتشارات بعثت.

صابری نیا، امین؛ افلاطونیان، الهه؛ جنت، فروزنده و امینی زاده، محسن (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب کارکنان اورژانس پیش بیمارستانی، مجله توانبخشی ۲۰ (۴): ۳۴۹-۳۴۰.

ظهراپی، شیما؛ شعیری؛ محمدرضا و حیدری نسب؛ لیلا (۱۳۹۴). تأثیر برنامه گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی (MAGT) بر کاهش ترس از ارزیابی منفی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، مجله علوم پزشکی رازی، ۲۲ (۱): ۱۱-۱۴۰.

مژدهی، محمد رضا؛ اعتمادی، احمد و فلسفی نژاد، محمدرضا (۱۳۹۰). بررسی میانجی های درمانی و اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر، مجله فرهنگ مشاوره و روان درمانی، شماره هفتم، ۱ - ۳۰.

Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*, Guilford Press: New York.

Beard, C. & Amir, N. (2010). Negative Interpretation Bias Mediates the Effect of Social Anxiety on State Anxiety, *Cognit Ther Res*, 34 (3): 292-6.

Bögels, S.M., Rijsemus, W. & De Jong, P.J. (2002). Self-focused attention and social anxiety: The effects of experimentally heightened self-awareness on fear, blushing, cognitions, and social skills, *Cognit Ther Res*, 26 (4): 461-72.

Clark, DM & Wells A (1995). A cognitive model of social phobia. In: Clark DM, Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Editors. *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*, New York, NY: Guilford Press, 69-93.

Connor, K.M., Davidson, J.R., Churchill, L.E., Scherwood, A., Weisler, R.H. & Foa, E. (2000). Psychometric Properties of the Social Phobia Inventory (SPIN) New self-rating scale, *The British Journal of Psychiatry*, 176 (4): 379-386.

Craske, MG., Nilas, AN., Burklund, LJ., Wolitzky-Taylor, KB., Vilardaga, JCP., Arch, JJ, et al (2014). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: outcomes and moderators, *J Consult ClinPsychol*, 82 (6):1034-48.

Dyrbye, L.N., Thomas, M.R., Huntington, J.L., Lawson, K.L., Novotny, P.J., Sloan, J.A. & Shanafelt, T.D. (2006). Personal life events and medical student burnout: a multicenter study, *Acad Med*, 81(4): 374-84.

Hancock, K., Swain, j., Hainsworth, c., Dixon, A.L., Koo, S & Munro, K (2018). Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavior

Therapy for Children with Anxiety: Outcomes of a Randomized Controlled Trial, US National Library of Medicine National Institute of Health, 47 (2): 296-311.

Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies, *Behavior Therapy*, 35 (4): 639–665.

Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb-Villardaga, J., Villate, J.L. & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy, *Behavior Therapy*, 44 (2): 180–198.

Hope, D.A and Heimberg, R.G (1988). Public and private self-consciousness and social phobia, *Journal of Personality Assessment*, 52(4): 626-39.

Karlsen, B.S., Clench-Aas, J., Roy, B.V. & Raanaas, R.K. (2014). Relationships between social anxiety and mental health problems in early adolescents from different socioeconomic groups: results from a cross-sectional health survey in Norway, *J Psychol Abnorm Child*, 3, 120–6.

Leary, MR (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9(3): 371-375.

Leta, S. (2001). Depression Rates among College Students on the Rise. The Daily California. Retrieved from: http://www.dailycal.org/article/6206/depression_rates_among_college_students_on_the_rise.

McCarty, R. (2007). When anxiety causes your brain to jam, use your heart. Institute of HeartMath HeartMath Research Center, Institute of HeartMath, Boulder Creek, CA.

Orsillo, S.M. & Roemer, L. (2005). *Acceptance-and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety*, Springer.

Rapee, R.M. & Heimberg, R.G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia, *Behav Res Ther*, 35, 741–56.

Reghuram, R. & Mathias, J. (2014). A study on occurrence of social anxiety among nursing students and its correlation with professional adjustment in selected nursing institutions at Mangalore, *Nitte Univ J Health Sci*, 4 (2): 64–9.

Rosal, M.C., Ockene, I.S., Ockene, J.K., Barrett, S.V. Ma, Y. & Hebert, J.R. (1997). A longitudinal study of students' depression at one medical school, *Acad Med*, 72 (6): 542–6.

Salina, M., Ng, C.G., Gill, J.S. & Chin, J.M. (2008). Social anxiety problem among medical students in university Malaya medical center (UMMC) – A cross-sectional study, *Malaysian J Psychiatry*, 17 (2): 17–22.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse, 2nd ed, New York: Guildford press, 182-183.

Stein, M.B. & Stein, D.J. (2008). Social anxiety disorder, *Lancet*, 371, 1115-25.

Strahan, E.Y. (2003). The effects of social anxiety and social skills on academic performance, *Pers Individ Dif*, 34 (2): 347-66.

Strege, MV., Swain, D., Bochicchio, L., Valdespino, A& Richey, JA (2018). A Pilot Study of the Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Positive Affect and Social Anxiety Symptoms, *Journal of Front Psychol*, 1, doi: 10.3389/fpsyg.2018.00866.

Wells, A (2006). Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy. 1st ed. Translated to Persian by: Bahrami F, rezvan S. Tehran, 105-113.

Yabandeh, MR., Bagholi, H., Sarvghad, S & Koroshnia, M (2018). Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy with Acceptance and Commitment Therapy on Reduction of Social Anxiety Disorder Symptoms in University Students, *International Journal of School and Cognitive Psychology*, 5:1. DOI: 10.4172/2469-9837.1000208.

The effectiveness of acceptance and commitment therapy and mindfulness-based cognitive therapy on the fear of negative evaluation in social anxiety clinical syndrome

*Leila Najdi*¹

*Tavakkol Mousazadeh*²

*Reza Kazemi*³

Abstract

Social anxiety disorder is a kind of chronic and general anxiety disorder and fear of negative evaluation is one of the effective cognitive dysfunctions in the formation of social anxiety. The purpose of this research was to study the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on anxiety sensitivity in social anxiety clinical syndrome. The method of present study was semi-experimental (pre-test __ post-test) with control group. Therefore, 60 female subjects were selected based on structured diagnostic interview of DSM-5 and targeted sampling method assigned to two groups: acceptance and commitment therapy (N=20), cognitive therapy based on mind-fullness (N=20) and control group (N=20). The Social Phobia Inventory (SPIN) and Brief Form of Negative Evaluation Scale fear questionnaire (BFNE-S) were used used for gathering data. Multivariate analysis of covariance was used to analyze the used . The results indicated that there was a significant difference used the three groups of interventional therapy based on acceptance and cognitive therapy based on mindfulness and control group in the pre-test and post-test scores of fear of negative evaluation ($P < 0/01$). Overall, the results of this study indicated that both the method of treatment based on

1. PhD Student of General Psychology, Psychology Department, Islamic Azad University, Ardebil Branch, Ardebil, Iran. ORCID: 0000 0003 0163 0445

2 . Assistant Professor, Faculty Member of Psychology Department, Islamic Azad University, Ardebil Branch, Ardebil, Iran (Corresponding Author). ORCID: 0000 0002 6998 8390
Email:Tavakkol.mousazadeh@gmail.com

3 Assistant Professor, Faculty Member of Psychology Department, Islamic Azad University, Ardebil Branch, Ardebil, Iran. ORCID: 0000 0003 1749 4628

acceptance and commitment and mindfulness-based cognitive therapy had an effect upon reducing anxiety sensitivity in clinical syndrome of university students' social anxiety.

Keywords: Social Anxiety, Acceptance and Commitment Therapy, Fear of Negative Evaluation, Mindfulness-based Cognitive Therapy