

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال یازدهم شماره ۴۴ زمستان ۱۳۹۵

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان ذهن آگاهی و پذیرش بر کاهش اختلال اضطراب اجتماعی

مرسده نوروزی^۱

فرزانه میکائیلی منبع^۲

علی عیسی‌زادگان^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان ذهن آگاهی و پذیرش بر کاهش نشانگان اضطراب اجتماعی انجام شد. روش پژوهش، روش آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. از جامعه آماری دانشجویان دانشگاه ارومیه، ۵۹ دانشجو با استفاده از پرسش‌نامه‌های اضطراب تعامل اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی، مصاحبه ساختاریافته و معاینه وضعیت روانی تشخیص اضطراب اجتماعی را دریافت کردند. شرکت‌کنندگان با بهره‌گیری از گمارش تصادفی در ۳ گروه کنترل (۲۰ نفر)، گروه درمان شناختی-رفتاری (۲۰ نفر) و درمان ذهن آگاهی و پذیرش (۱۹ نفر) گمارده شدند. شرکت‌کنندگان پرسش‌نامه‌های پژوهش را قبل از اجرای درمان و بعد از اجرای درمان تکمیل کردند. درمان‌ها شامل ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود. بعد از اتمام درمان، شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایشی به پرسش‌نامه رضایت چندبعدی مراجع نیز پاسخ دادند. یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که هر دو درمان در کاهش نشانگان اضطراب اجتماعی اثر معناداری داشته‌اند. نتایج آزمون‌های تعقیبی حاکی از این بود که هر دو درمان در کاهش اضطراب اجتماعی به یک میزان

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)
Email:mercedel988@gmail.com

۲- عضو هیئت علمی، دانشیار، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

۳- عضو هیئت علمی، دانشیار، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

تأثیر داشتند. در نتیجه، می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری و درمان ذهن آگاهی و پذیرش بر کاهش مولفه‌های اضطراب اجتماعی به یک میزان تأثیرگذار بوده‌اند.

واژگان کلیدی: اضطراب اجتماعی؛ درمان شناختی-رفتاری، درمان ذهن آگاهی و پذیرش؛ نشانه‌های شناختی؛ نشانه‌های رفتاری؛ نشانه‌های جسمانی

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 دچار ترس شدید^۴ و فراگیری می‌شود. افراد مبتلا به این اختلال از هرگونه وضعیتی که امکان دارد دیگران، آنها را به‌طور متفی ارزیابی کنند، اجتناب می‌کنند (راهنمای تشخیصی آماری ۵، ۲۰۱۳). در حدود ۸۰ درصد موارد، این اختلال از آغاز نوجوانی تا دهه دوم زندگی (جوانی) شکل می‌گیرد (استین و استین^۵، ۲۰۰۸). بنابراین؛ دانشجویان، گروهی هستند که احتمالاً اضطراب اجتماعی را تجربه می‌کنند. در چند دهه گذشته، مطالعات متعددی درباره اضطراب اجتماعی دانشجویان انجام شده است (دایربای^۶ و همکاران، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش شیوع‌شناسی اضطراب اجتماعی دانشجویان دانشگاه ارومیه نشان داد که شیوع اضطراب اجتماعی در بین دانشجویان ۵/۲ درصد است (نوروزی، میکائیلی منبع و عیسی‌زادگان، ۱۳۹۴).

رویکردهای مختلفی برای تبیین ظهور و تداوم اضطراب اجتماعی پیشنهاد شده است که شاخص‌ترین آنها رویکرد شناختی است (کاکرتز^۷ و امیر، ۲۰۱۴). در این راستا، دو مدل شناختی-رفتاری اضطراب اجتماعی توسط کلارک و ولز^۸ (۱۹۹۵) و رپی و هایمبرگ^۹ (۱۹۹۷) مطرح شدند که مبنای تحقیقات بسیاری شدند (کلارک و ولز، ۱۹۹۵؛

1- Social Anxiety Disorder
3- Generalized
5- Stein and Stein
7- Kuckertz
9- Rapee and Heimberg

2- Social Phobia
4- Severe fear
6- Dyrbye
8- Clark and Wells

رپی و هایمبرگ، ۱۹۹۷). مطابق با نظریه کلارک و ولز (۱۹۹۵) توجه متمرکز بر خود^۱ هسته اختلال اضطراب اجتماعی است که به دنبال آن رفتارهای ایمن^۲، نشانه‌های جسمانی اضطراب اجتماعی و پردازش پس‌رویدادی^۳ ظاهر می‌شوند (شولتز^۴، ۲۰۰۹؛ کلارک و ولز، ۱۹۹۵). نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند دانشجویانی که سطوح بالایی از اضطراب اجتماعی را تجربه می‌کنند، توجه متمرکز بر خود، افکار منفی، و پردازش پس‌رویدادی منفی بیشتری دارند که همه این عوامل در شکل‌گیری تصویر ذهنی خود مؤثر است (ماکر و گریشام^۵، ۲۰۱۱؛ کاشدان و رابرتز^۶، ۲۰۰۶). مدل کلارک و ولز تأکید بر نشانه‌های درونی داشتند و چندان حضور مخاطب و رفتارهای وی را مورد توجه قرار ندادند. به همین جهت رپی و هایمبرگ^۷ (۱۹۹۷) در مدل خود علاوه بر نقش توجه متمرکز بر خود در تداوم اضطراب اجتماعی، مفهوم ترس از ارزیابی منفی^۸ را هسته اصلی این اختلال می‌دانند. زیرا ایجاد تغییر در ترس از ارزیابی منفی توسط مداخلات شناختی-رفتاری می‌تواند در کاهش اضطراب اجتماعی تأثیرگذار باشد (رپی و هایمبرگ، ۱۹۹۷). برای درمان اضطراب اجتماعی لازم است تغییراتی در مورد ترس از ارزیابی منفی صورت گیرد (فوا، فرانکلین، پری و هربرت^۹، ۱۹۹۶؛ جونز، بریگز و اسمیت^{۱۰}، ۱۹۸۶).

بنابراین؛ رویکرد شناختی در تبیین اختلال اضطراب اجتماعی نقش اساسی داشته است، به همین جهت، برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی حمایت‌های پژوهشی گسترده‌ای از درمان شناختی-رفتاری وجود دارد (هایمبرگ^{۱۱}، ۲۰۰۲). درمان شناختی-رفتاری گروهی^{۱۱} بیش از هر درمانی در این اختلال مورد بررسی قرار گرفته است و بیشترین حمایت تجربی را در این زمینه دریافت نموده است (چمپلس و اولندایک^{۱۲}، ۲۰۰۱؛ هافمن و اسمیت^{۱۳}، ۲۰۰۸). درمان شناختی-رفتاری از طریق بازسازی شناختی^{۱۴}

1- Self-focused Attention

3- Post Event Processing

5- Makkar and Grisham

7- Fear negative of Evaluation

9- Jones, Briggs and Smith

11- Cognitive-Behavioral Group Therapy

13- Hofman and Smith

2- Safety Behavior

4- Schultz

6- Kashdan and Roberts

8- Foa, Franklin, Perry and Herbert

10- Heimberg

12- Chambless, Olenick

14- Cognitive Restructuring

موجب کاهش میزان توجه متمرکز بر خود، ترس از ارزیابی منفی همچنین نشانه‌های جسمانی، رفتاری و شناختی و رفتارهای ایمن (ولز و پاپا جورجیو^۱، ۲۰۰۰؛ هافمن، ماسکوویچ^۲، کیم^۳ و تیلور^۴، ۲۰۰۰؛ گلدین^۵ و همکاران، ۲۰۱۱؛ گلدین، ولز و پاپا جورجیو، ۲۰۰۰؛ فینک، ترنر و بیدل^۶، ۱۹۹۶؛ لری و کوالسکی^۷، ۱۹۹۳؛ هپ، هایمبرگ و ترک، ۲۰۰۶؛ ماسکوویچ^۸، ۲۰۱۲؛ هدمن و همکاران، ۲۰۱۳؛ هربرت و کارداسیوتو^۹، ۲۰۰۵) می‌شود.

علاوه بر درمان شناختی-رفتاری گروهی، در سال‌های اخیر رویکردهای دیگر شناخت درمانی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۰} هم مورد توجه قرار گرفته‌اند (هایس، استروشل و ویلسون^{۱۱}، ۱۹۹۹). درمان پذیرش و تعهد با استفاده از تکنیک‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی^{۱۲} و راهکارهای رفتاری موجب تغییرات رفتاری همراه با ایجاد ارزش‌های فردی می‌شود و در نهایت، رفتارهای ایمن، توجه متمرکز بر خود و هم ترس از ارزیابی منفی، نشخوار فکری^{۱۳} را کاهش می‌دهد (هایس، ویلات^{۱۴}، لوین^{۱۵} و هیلدبرانت^{۱۶}، ۲۰۱۱؛ کاکاوسکی، فلیمینگ، هاوی، هوتا و آنتونی^{۱۷}، ۲۰۱۳؛ کاکاوسکی، فلیمینگ و رکتور^{۱۸}، ۲۰۰۹). حمایت پژوهشی بالایی در مورد اثربخشی درمان گروهی ذهن‌آگاهی و پذیرش^{۱۹} بر اختلالات اضطرابی به‌ویژه اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارد (فورمن، هربرت، مویترا، یامنز و گلر^{۲۰}، ۲۰۰۷).

نتایج پژوهشی نشان داد که اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی و پذیرش به اندازه درمان شناختی- رفتاری در درمان اختلال اضطراب اجتماعی است (کاکاوسکی و همکاران،

- | | |
|---|--|
| 1- Wells and Papageorgiou | 2- Moscovitch |
| 3- Kim | 4- Taylor |
| 5- Goldin | 6- Fink, Turner and Beidel |
| 7- Leary and Kawalski | 8- Moscovitch |
| 9- Herbert and Cardaciotto | 10- Acceptance and Commitment Therapy |
| 11- Hayes, Strosahl & Wilson | 12- Mindfulness |
| 13- Thought Ruminatation | 14- Villatte |
| 15- Levin | 16- Hildebrandt |
| 17- Kocovski, Fleming, Hawley, Huta & Anthony | 18- Rector |
| 19- Mindfulness Acceptance Group Therapy | 20- Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, Geller |

۲۰۱۳ و ۲۰۱۵؛ کازیسکی، بنگر، شلیک و برادوین^۱، ۲۰۰۷؛ کاکاوسکی، فلیمینگ و رکتور، ۲۰۰۹). همچنین، نتایج پژوهشی نشان داده است که درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان ذهن‌آگاهی و پذیرش بر روی افکار تأثیرگذار است ولی چندان تغییر رفتاری را به دنبال ندارد در صورتی که درمان ذهن‌آگاهی و پذیرش تغییر افکار و رفتار را به دنبال دارد (نایلز، برک لند، آرک، لایبرمن، ساکسبی و کراسک، ۲۰۱۴) نتایج پژوهش دیگری نشان داد که درمان ذهن‌آگاهی و پذیرش بر تمامی نشانه‌های اضطراب اجتماعی، تأثیرگذار است (کاکاوسکی، فلیمینگ و رکتور، ۲۰۰۹).

با توجه به مطالب ارائه شده، درمان شناختی-رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی و پذیرش می‌تواند در کاهش نشانگان اضطراب اجتماعی تأثیرگذار باشد. با به‌کارگیری دو درمان مذکور بر اضطراب اجتماعی می‌توان سطح آگاهی و دانش را در مورد میزان اثرگذاری درمان‌ها بر مؤلفه‌های شناختی تأثیرگذار بر اساس دو مدل تبیینی شناختی اضطراب اجتماعی بالا برد. علاوه بر آن، می‌توان درمان ذهن‌آگاهی و پذیرش را با درمان شناختی-رفتاری مقایسه نمود و مشخص کرد که کدام درمان و کدام تکنیک‌های درمان‌های شناختی در کاهش نشانگان اضطراب اجتماعی، به‌ویژه در مورد مولفه‌های اساسی آن تأثیر بیشتری دارند. از سوی دیگر، درمان گروهی فوایدی از جمله کوتاه بودن درمان، باصرفه بودن و پوشش جمعیتی بیشتری دارد (کازدین^۲، ۲۰۰۷). به همین جهت با به‌کارگیری این درمان‌های گروهی شناختی در سطح گسترده‌تر و در طولانی مدت می‌توان اثرات نامطلوب اضطراب اجتماعی که مانعی در راه پیشرفت دانشجویان است را کاهش داد و سطح سلامت عمومی جامعه را بهبود بخشید.

روش

در این پژوهش، از روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی دانشگاه ارومیه در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۴ بود. نمونه پژوهش از میان دانشجویان دارای اضطراب

1- Koszyski, Benger, Shlik and Bradwejn 2- Kazdin

اجتماعی انتخاب شد که در شیوع‌شناسی اضطراب اجتماعی سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳ (نوروزی، میکائیلی‌منیع و عیسی‌زادگان، ۱۳۹۴) شناسایی شده بودند. از افراد شناسایی شده، مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اضطراب اجتماعی (SCID) و معاینه وضعیت روانی (MSE) گرفته شد و بر اساس مصاحبه، تعداد ۶۵ نفر دارای ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی بودند. در نهایت، ۵۹ نفر برای شرکت در پژوهش رضایت دادند و به عنوان نمونه انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه کنترل (۲۰ نفر)، درمان شناختی-رفتاری (۲۰ نفر) و درمان ذهن‌آگاهی و پذیرش (۱۹ نفر) گمارده شدند. ملاک‌های ورود به این پژوهش: تشخیص اضطراب اجتماعی بر اساس نقاط برش پرسشنامه‌های ترس از ارزیابی منفی و اضطراب تعامل اجتماعی و تشخیص اضطراب اجتماعی بر اساس مصاحبه نیمه‌ساختاریافته SCID و دامنه سنی ۱۸-۲۷ سال بود. ملاک‌های خروج شامل: دارا بودن اختلال افسردگی اساسی، مصرف موادمخدر و یا الکل، اختلال روان‌پریشی، گذراندن دوره‌های درمان شناختی-رفتاری و یا درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و تعهد و مصرف داروهای ضدافسردگی و یا ضد اضطراب در طول ۳ ماه اخیر بود.

ابزارهای اندازه‌گیری

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال اضطراب اجتماعی بر پایه ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی آماری ۴^۱ (SCID-II): نسخه بالینی و پژوهشی ساختاریافته به‌وسیله فرست، اسپیتز و گیسون^۲ (۱۹۹۷) برای تشخیص‌ها راهنمای تشخیصی آماری ۴^۲ تدوین شد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵). شریفی و همکاران (۲۰۰۴) توافق تشخیص نسخه فارسی مصاحبه بالینی ساختاریافته را متوسط تا خوب (کاپای بالاتر از ۰/۶) یافتند. توافق کل (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های کنونی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود و بیشتر مصاحبه‌شوندگان و مصاحبه‌کنندگان را قابل اجرا بود. نسخه فارسی مصاحبه بالینی ساختاریافته را مطلوب گزارش نمودند (شریفی و همکاران، ۲۰۰۴).

1- Structured Clinical Interview for DSM-IV 2- First, Spitzer and Gibbon

بختیاری (۲۰۰۰) روی این ابزار را به کمک متخصصان روانشناسی بالینی بررسی و تأیید نمودند و پایایی آن را به روش بازآزمایی با فاصله ۱ هفته ($a=0/95$) گزارش نمودند (بختیاری، ۲۰۰۰).

معاینه وضعیت روانی^۱ (MSE): معاینه وضعیت روانی معادل معاینه جسمی است؛ به عنوان وسیله ساده و سریع ارزیابی نقایص شناختی احتمالی، کاربرد وسیعی دارد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵). مقادیر پایایی بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۵ و ضریب پایایی بازآزمایی ۸۵ تا ۹۹ درصد را برای آن گزارش نموده‌اند (روسلی، تاپن، ویلیامز و سالواتیرا، ۲۰۰۶). در یک پژوهش ایرانی نیز میزان همسانی درونی گویه‌های آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد ($n=206$) (رضایی، ۱۳۹۰: ۷۴).

پرسشنامه مختصر شده ترس از ارزیابی منفی^۲ (BFNE): پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی دارای ۱۲ سوال در مورد ترس از ارزیابی منفی است که توسط لری (۱۹۸۳) طراحی شده است. بین پرسشنامه ترس از ارزیابی اصلی و پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی (فرم کوتاه) همبستگی بالایی وجود دارد $r=0.96$ (لری، ۱۹۸۳). ویکز (۲۰۰۵) همسانی درونی بالایی را در مورد این پرسشنامه گزارش داده است ($a=0.89$). ویکز^۳ و همکاران گزارش دادند که این پرسشنامه همبستگی بالایی با پرسشنامه فوبیای اجتماعی لایبویتز^۴ (۱۹۸۷) و پرسشنامه اضطراب تعامل اجتماعی^۵ (ماتیک و کلارک^۶، ۱۹۸۹) و مقیاس فوبی اجتماعی^۷ دارد (ویکز و همکاران، ۲۰۰۵). روایی واگرایی^۸ نیرومندی بین این پرسشنامه و شاخص حساسیت اضطراب^۹ (ریس، پترسون، گارسکی و مک‌نالی^{۱۰}، ۱۹۸۶) و پرسشنامه افسردگی بک^{۱۱} (بک، راش^{۱۲}، شاو^{۱۳} و ایمری^{۱۴}، ۱۹۷۹) گزارش شده است (ماتیک و کلارک، ۱۹۸۹). برای ارزیابی پایایی این پرسشنامه در این پژوهش، از روش

1- Mental Status Examination

3- Weeks

5- Social Interaction Anxiety Scale

7- Social Phobia Scale

9- Anxiety

11- Beck Depression Questionnaire

13- Shaw

2- Brief Fear Negative Evaluation

4- Liebowitz Social Phobia Questionnaire

6- Mattick and Clarke

8- Divergent Validity

10- Reiss, Peterson, Gursky & McNally

12- Rush

14- Emery

همسانی درونی استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ برابر ($a=0/75$) بود که حاکی از پایایی مناسبی است.

پرسش‌نامه مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی^۱ (SIAS): مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی را مائیک و کلارک (۱۹۸۹) طراحی کرده‌اند. این پرسشنامه شامل ۲۰ آیتم است که میزان اضطراب را در تعامل با دیگران ارزیابی می‌کند. پایایی درونی $0/85$ و پایایی بازآزمون $0/86$ گزارش شده است (همیبرگ، مولر^۲، هالت، هوپ و لایب ویتز، ۱۹۹۲). روایی همگرا با خرده‌مقیاس‌های فوبی اجتماعی لایب ویتز $0/60$ ، مقیاس اجتناب و ناراحتی اجتماعی^۳ $0/74$ و با ترس از ارزیابی منفی $0/44$ گزارش شده است (گلاس، مرلوزی، بیور و لارسن^۴، ۱۹۸۲). برای ارزیابی پایایی این پرسش‌نامه در این پژوهش، از روش همسانی درونی استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ برابر ($a=0/84$) بود که حاکی از پایایی مناسبی است.

پرسشنامه رفتارهای ایمن فوبی اجتماعی^۵ (SPSBS): پینتو، کان‌ها و سالوادور^۶ (۲۰۰۳) این پرسشنامه ۱۷ آیتمی را طراحی کردند که به ارزیابی شیوه استفاده رفتارهای ایمن افراد مضطرب اجتماعی در زمان تهدید در موقعیت‌ها می‌پردازد (پینتو، کان‌ها و سالوادور، ۲۰۰۳). برای بررسی روایی، روایی همگرا بین این پرسشنامه با پرسشنامه اجتناب و ناراحتی $r=0.49$ نشان داده شد و همگرایی با مقیاس ترس از ارزیابی منفی و پرسشنامه رفتارهای ایمن فوبی اجتماعی $r=0.49$ را در جمعیت عمومی نشان داده است. در پژوهش بونین (۲۰۰۹) ضریب پایایی درونی ($a=0.83$) گزارش شد (بونین، ۲۰۰۹).

برای ارزیابی پایایی این پرسش‌نامه در این پژوهش، از روش همسانی درونی استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ برابر ($a=0/91$) بود که حاکی از پایایی مناسبی است.

پرسشنامه توجه متمرکز بر خود (FAQ)^۷: پرسشنامه توجه متمرکز بر خود را وودی^۸ (۱۹۹۷)

1- Social Interaction Anxiety Scale
3- Social Avoidance and Distress Scale
5- Social Phobia Safety Behavior Scale
7- Self-Focused Attention Questionnaire

2- Mueller
4- Glass, Merluzzi, Biever & Larsen
6- Pinto-Gouveia, Cunha & do Salvador
8- Woody

طراحی کرد. این پرسشنامه کانون توجه را بررسی می‌کند. شامل ۲ خرده‌مقیاس توجه متمرکز بر خود و متمرکز بر بیرون^۱ است که هر کدام از خرده‌مقیاس‌ها ۵ سوال دارد. آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های توجه متمرکز بر خود و متمرکز بر بیرون به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۲ بوده است. برای بررسی روایی از روش تحلیل عامل استفاده شد این تحلیل ۲ عامل را نشان داد. روایی سازه نیز در پاسخ به دستکاری کانون توجه اثرات معناداری برای کانون توجه را نشان داد (وودی، ۱۹۹۶). در این پژوهش، خرده‌مقیاس توجه متمرکز بر خود اجرا شد. برای ارزیابی پایایی این پرسش‌نامه در این پژوهش، از روش همسانی درونی استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس توجه متمرکز بر خود برابر (a=۰/۷۷) بود که حاکی از پایایی مناسبی است.

پرسش‌نامه فوبیای اجتماعی^۲ (SPIN): پرسش‌نامه فوبیای اجتماعی توسط کانور، دیویدسون، چرچیل، شرود، فوا و ویسلر^۳ (۱۹۹۲) برای ارزیابی اختلال اضطراب اجتماعی طراحی شده است. کارایی دقت تشخیص این پرسش‌نامه برابر با ۷۹٪ است و می‌تواند افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی را و افراد بدون این اختلال را از هم تشخیص می‌دهد (دیویدسون^۴ و همکاران، ۱۹۹۷). کانور و همکاران (۲۰۰۰) پایایی این مقیاس را با روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی برابر با ۰/۸۹-۰/۷۸ گزارش کردند. روایی همگرا برای کل مقیاس در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در مقایسه با نمرات مقیاس اضطراب اجتماعی فرم کوتاه (دیویدسون و همکاران، ۱۹۹۷) ضرایب همبستگی ۰/۸۰-۰/۵۷ را نشان داد (کانور و همکاران، ۲۰۰۰). برای ارزیابی پایایی این پرسش‌نامه در این پژوهش، از روش همسانی درونی استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ برابر (a=۰/۹۷) بود که حاکی از پایایی مناسبی است.

پرسشنامه پردازش پس رویدادی^۵ (PEP): این پرسش‌نامه یک ابزار مداد-کاغذی است که شامل ۱۴ گویه است که نخستین بار توسط راجمن، اندرو و شافران^۶ (۲۰۰۰) ساخت و

1- Field Focused

3- Connor, Davidson, Churchill, Sherwood, Foa, & Weisler

5- Post-Event Processing Questionnaire

2- Social Phobia Questionnaire

4- Davidson

6- Rachmana, Andrew, Shafran

اعتباریابی شده است. پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ بود. همچنین ضریب روایی این پرسش‌نامه از طریق ضریب همبستگی این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه نگرانی پن استیت^۱ برابر با ۰/۴۹ به دست آمده است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است (راچمن، اندرو و شافران، ۲۰۰۰). یافته‌ها نشان می‌دهند که این ابزار از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است (بساک، معینی و هنرمند، ۱۳۸۹). برای ارزیابی پایایی این پرسش‌نامه در این پژوهش، از روش همسانی درونی استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ برابر (a=۰,۹۱) بود که حاکی از پایایی مناسبی است.

پرسش‌نامه چند بعدی رضایت مراجع (MCSSQ)^۲: پرسش‌نامه رضایت توسط اسکویزر (۱۹۹۴) طراحی شد. این پرسش‌نامه ۳۷ آیتم دارد. پرسش‌نامه رضایت مراجع، ۴ خرده مقیاس دارد (رضایت عمومی، ارزیابی درمان‌گر، ارزیابی نتایج درمان و ارزیابی خدمات کلینیک). ۳۰ سوال بسته و هفت سوال باز پاسخ را شامل می‌شود که پاسخ‌دهنده در مورد آنها اظهار نظر شخصی خود را ابراز می‌نماید (اوپنهایم^۳، ۱۹۹۲). آلفای کرونباخ هر خرده مقیاس بیش از ۰/۸۰ حاصل شده است. علاوه بر آن، روش آزمون-بازآزمون نیز پایایی پرسش‌نامه رضایت مراجع را تأیید کرده است. در مورد روایی، توافق در مورد قابل فهم بودن، ارتباط مطالب، چندبعدی بودن و سودمندی آیتم‌های این ابزار موجب تأیید روایی صوری آن شد و همچنین به دلیل پوشش حوزه‌های مربوط به درمان، مراجع و کلینیک روایی محتوایی آن نیز تأیید شد (پاپویک، میلن و بارت^۴، ۲۰۰۷).

اجرا

گروه آزمایشی شناختی-رفتاری شامل ۲۰ نفر، گروه آزمایشی درمان ذهن آگاهی و پذیرش شامل ۱۹ نفر و گروه کنترل شامل ۲۰ نفر بودند. از ۲۰ نفر گروه درمان شناختی-رفتاری ۱۸ نفر و از ۱۹ نفر گروه درمان ذهن آگاهی و پذیرش ۱۶ نفر درمان را تکمیل کردند. همه ابزارهای خودگزارشی این پژوهش، قبل و بعد از درمان‌ها در هر سه

1- Penn State Worry Questionnaire
3- Oppenheim

2- Multidimensional Client Satisfaction Survey
4- Popvic, Milne & Barrett

گروه درمانی و کنترل اجرا شدند تا میزان تغییر متغیرهای پژوهش در پایان درمان بررسی و ارزیابی و نتایج گروه آزمایشی و کنترل با هم مقایسه شود. پرسش‌نامه چندبعدی رضایت مراجعان هم در پایان درمان از شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایشی گرفته شد.

درمان‌ها و پروتکل درمانی

هر دوره درمانی شامل ۱۲ هفته جلسات ۹۰ دقیقه‌ای بود. پژوهشگر اول این پژوهش جلسات درمانی را برگزار کرد.

CBGT^۱: درمان شناختی-رفتاری گروهی (هپ، هیمبرگ و ترک، ۲۰۰۶) در این پژوهش کار شد. این درمان بر بازسازی شناختی و مواجهه متمرکز بود. بازسازی شناختی مقدم بر مواجهه صورت گرفت. تکالیف شامل مواجهه و بازسازی شناختی بود. در جلسات درمانی، مباحثه بین اعضا و در میان گذاشتن موانع کار و راه‌حل‌های موجود بررسی و اجرا شد.

MAGT^۲: راهنمای درمان گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش (فلیمینگ و کاکاوسکی، ۲۰۰۹) در این پژوهش کار شد. پروتکل درمانی شامل بخش پذیرش و تعهد اضطراب اجتماعی و بخش تکنیک‌های ذهن آگاهی (اسکن بدن، مراقبه کوه، تنفس با ذهن آگاهی) بود. تکالیف شامل تمارین ذهن آگاهی و تمارین پذیرش افکار، احساسات و اضطراب اجتماعی از طریق پرهیز از کنترل/اجتناب، تعیین ارزش‌ها و اهداف^۳، گسلش شناختی^۴ به‌منظور کاهش اثر افکار خودکار بود. اقدام متعهدانه^۵ برای جلوگیری از کنترل نیز صورت گرفت. علاوه بر آن، تمرکز بر مواجهه (با استفاده از رویکرد پذیرش منطقی^۶) صورت گرفت. در جلسات درمانی، مباحثه بین اعضا و در میان گذاشتن موانع کار و راه‌حل‌های موجود بررسی و اجرا شد.

جلسات درمانی با در نظر گرفتن اهداف درمان و تمرکز بر پروتکل به مراجعان ارائه گردید که محتوای درمان شناختی-رفتاری در جدول (۱) و درمان ذهن آگاهی و پذیرش در جدول (۲) ارایه شده است.

1- Cognitive-Behavioral Group Therapy
3- Values and Goals
5- Willingness

2- Mindfulness and Acceptance Group Therapy
4- Cognitive Defusing
6- Logical Acceptance Approach

جدول (۱) محتوای درمان شناختی-رفتاری گروهی

| جلسات | محتوا |
|---------|--|
| اول | معرفی، ارائه خلاصه برنامه درمان، ارائه شواهدی مبنی بر اثربخشی درمان، تعریف |
| دوم | اضطراب اجتماعی، تشخیص اضطراب اجتماعی، فعال بودن مراجع نشانه‌های اضطراب اجتماعی، تفکیک نشانه‌های رفتاری، شناختی و جسمانی اضطراب اجتماعی، الگوی سه وجهی اضطراب و الگوی شناختی-رفتاری ماریچ پایین رونده |
| سوم | سبب‌شناسی و منطق درمان و ارائه مولفه‌های درمان |
| چهارم | آموزش روانی: سلسله مراتب ترس، اجتناب و خودبازنگری |
| پنجم | شناسایی افکار خودآیند، سوگیری شناختی و اثرات آن بر اجتناب، نشانه‌های جسمانی و حافظه بلندمدت، نقش نشخوارفکری و تصویر ذهنی خود در حافظه بلندمدت، توضیح در مورد مواجهه و بازسازی شناختی، بازنگری، بازسازی شناختی و دلایل کاربرد آن. |
| ششم | به چالش کشیدن افکار خودآیند، به چالش کشیدن افکار، پاسخ عاقلانه و منطقی، آشنایی با مواجهه، بازسازی شناختی، ارائه اطلاعات در مورد رویارویی |
| هفتم | رویارویی و بازسازی شناختی، نخستین رویارویی (تحت مشاهده قرار گرفتن)، مرور مواجهه، اهداف و پاسخ عاقلانه، بازسازی شناختی |
| هشتم | ادامه خودبازبینی، تعیین تکلیف کوچک روزانه، برنامه‌ریزی رویارویی مداوم واقعی و درون جلسه‌ای و رویارویی در ارتباط با ترس‌های مکالمه‌ای، مرور مواجهه، اهداف و بازسازی شناختی، پاسخ عاقلانه، بازسازی شناختی |
| نهم | رویارویی و بازسازی شناختی در ارتباط با ترس‌های مربوط به صحبت کردن در جمع و رویارویی درون جلسه‌ای صحبت در جمع مانند جلسات قبلی |
| دهم | بازسازی شناختی، باورهای بنیادین بر اساس سوگیری‌های شناختی، به چالش کشیدن باورهای بنیادین |
| یازدهم | ادامه جلسه قبلی، بازسازی شناختی، باورهای بنیادین بر اساس سوگیری‌های شناختی، به چالش کشیدن باورهای بنیادین |
| دوازدهم | جلوگیری از عود، برنامه‌ریزی بلندمدت، بررسی پیشرفت‌ها درمانی مراجعان |

| جلسات | محتوا |
|---------|--|
| اول | معرفی، اهداف درمان، ذهن آگاهی: تعریف ذهن آگاهی، تمرین ذهن آگاهی، تنفس منظم و صحبت در مورد تمرین. پذیرش: بررسی و تعریف مدل ذهن آگاهی و پذیرش اضطراب اجتماعی |
| دوم | ذهن آگاهی: تعریف اسکن بدن و کاربردهای آن، تمرین اسکن بدن و تنفس منظم پذیرش: اهمیت کنترل اضطراب و تنظیم جدول مینی بر داشتن تجربیاتی در صورت عدم وجود اضطراب اجتماعی. |
| سوم | ذهن آگاهی: تنفس، دیدن همراه با ذهن آگاهی و کشش‌ها پذیرش: تعیین اهداف و ارزش‌ها بر اساس حوزه‌های زندگی و لیست فعالیت‌ها |
| چهارم | ذهن آگاهی: آگاهی از تنفس، صداها و افکار پذیرش: ایجاد رابطه متفاوتی با افکار، گسلش شناختی |
| پنجم | ذهن آگاهی: تمرین پذیرش افکار و احساسات پذیرش: مسئله کنترل در برابر اقدام متعهدانه/پذیرش: کنترل افکار و احساسات، پذیرش افکار و احساسات، تمرین پذیرش، رویکرد پذیرش و عدم پذیرش و مقایسه آنها، آشنایی با اقدام متعهدانه |
| ششم | ذهن آگاهی: پذیرش اضطراب اجتماعی پذیرش: اهمیت و منطق اقدام متعهدانه و معرفی تمارین اقدام متعهدانه |
| هفتم | ذهن آگاهی: مراقبه کوه پذیرش: تمرین اقدام متعهدانه (غیرکلامی) روشن و خاموش کردن وضعیت پذیرش و اقدام متعهدانه |
| هشتم | ذهن آگاهی: تمرین پذیرش اضطراب اجتماعی پذیرش: تمرین اقدام متعهدانه (کلامی)، مرور لیست فعالیت‌ها و تنظیم برنامه اجرایی آن |
| نهم | ذهن آگاهی: تنفس بدون هدایت پذیرش: ادامه تمرین اقدام متعهدانه کلامی |
| دهم | ذهن آگاهی: مراقبه دریاچه پذیرش: تمارین اقدام متعهدانه بر اساس اهداف و ارزش‌ها |
| یازدهم | ذهن آگاهی: تمرکز بر تنفس غیرهدایت شده پذیرش: ادامه تمارین اقدام متعهدانه |
| دوازدهم | ذهن آگاهی: مراقبه همراه با توجه و مهربانی به خود پذیرش: مرور، برنامه‌ریزی بلندمدت، بحث در مورد پیشرفت‌های درمانی و پیش‌گیری از عود |

تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای بررسی اثربخشی درمان‌ها در مراحل پیش-پس‌آزمون از آزمون کوواریانس استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۱۸ صورت گرفت.

یافته‌ها

دامنه سنی گروه نمونه ۱۸-۲۷ سال بود و ۵۴/۲۳٪ از شرکت‌کنندگان دختر و ۴۵/۷۶٪ پسر بودند. جدول (۳) شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایشی و کنترل نشان می‌دهد.

جدول (۳) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایشی و کنترل

| شاخص‌های آمار توصیفی | | | | گروه‌ها | متغیرها |
|----------------------|------------------|-----------|------------------|-------------------|----------------|
| پس‌آزمون | | پیش‌آزمون | | | |
| میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | | |
| ۵/۲۲ | ۵۷/۳ | ۷/۶۶ | ۵۸/۹۵ | کنترل | اضطراب تعامل |
| ۴/۰۹ | ۱۸/۲۸ | ۵/۶۲ | ۵۲/۲۰ | شناختی-رفتاری | اجتماعی |
| ۵/۹۳ | ۱۸/۱۹ | ۶/۷۵ | ۵۵/۸۹ | ذهن‌آگاهی و پذیرش | |
| ۵/۴۷ | ۴۵/۱۶ | ۶/۵۹ | ۴۱/۸ | کنترل | ترس از ارزیابی |
| ۵/۹۱ | ۲۸/۳۳ | ۶/۴۷ | ۴۲/۷ | شناختی-رفتاری | منفی |
| ۵/۷۷ | ۲۶/۲۵ | ۷/۵۵ | ۴۲/۷۴ | ذهن‌آگاهی و پذیرش | |
| ۳۴/۱۶ | ۶۹۹ | ۴۱/۵۶ | ۷۱۳ | کنترل | پردازش پس |
| ۳۲/۲ | ۲۸۳/۸۹ | ۵۸/۳۱ | ۷۰۷ | شناختی-رفتاری | رویدادی |
| ۶۰/۲۱ | ۲۸۴/۳۸ | ۳۶/۱۹ | ۷۱۱/۰۵ | ذهن‌آگاهی و پذیرش | |
| ۳/۱۷ | ۵۵ | ۱/۸۴ | ۵۳/۹۵ | کنترل | رفتارهای ایمن |
| ۵/۱۲ | ۳۶/۹۴ | ۲/۹۸ | ۵۶/۴۵ | شناختی-رفتاری | |
| ۴/۷۹ | ۳۴/۸۱ | ۴/۶۵ | ۵۴/۸۹ | ذهن‌آگاهی و پذیرش | |
| ۳/۹۳ | ۲۰/۱ | ۴/۶۱ | ۱۹/۸۵ | کنترل | توجه متمرکز بر |
| ۳/۲۳ | ۱۴/۲۷ | ۲/۴۱ | ۱۶/۸۵ | شناختی-رفتاری | خود |
| ۲/۶۵ | ۱۵/۶۸ | ۲/۹۷ | ۱۸/۷۹ | ذهن‌آگاهی و پذیرش | |
| ۲/۷۶ | ۵۴/۵۵ | ۱/۹۸ | ۵۶/۱۵ | کنترل | هراس |
| ۸/۴۲ | ۲۱/۰۶ | ۳/۰۴ | ۵۱/۶۵ | شناختی-رفتاری | اجتماعی |
| ۸/۴۳ | ۱۹/۵۶ | ۳/۳۹ | ۵۳/۷۹ | ذهن‌آگاهی و پذیرش | |

با توجه به مندرجات جدول (۳)، میانگین متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون در سه گروه تقریباً همسان است و در مرحله پس‌آزمون میانگین متغیرها با هم تفاوت دارند. بیشتری میانگین‌های کاهش یافته گروه‌های آزمایشی شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی و پذیرش در مرحله پس‌آزمون به متغیر نشانه‌های هراس اجتماعی اختصاص دارد و کمترین میانگین تغییر یافته مربوط به توجه متمرکز بر خود در گروه آزمایشی شناختی-رفتاری می‌باشد.

به منظور بررسی تأثیر مداخلات شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی و پذیرش بر اضطراب اجتماعی دانشجویان از تحلیل کوواریانس استفاده شد. به منظور استفاده از تحلیل کوواریانس می‌بایستی ابتدا مفروضه‌های این آزمون آماری مورد بررسی قرار گیرند.

ابتدا فرض نرمال بودن متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. متغیر اضطراب تعامل اجتماعی گروه کنترل ($a=0/6$)، گروه شناختی-رفتاری ($a=0/5$) و گروه ذهن‌آگاهی و پذیرش ($a=0/7$)، برای متغیر ترس از ارزیابی منفی گروه کنترل ($a=0/25$)، گروه شناختی-رفتاری ($a=0/33$) و گروه ذهن‌آگاهی و پذیرش ($a=0/3$)، متغیر پردازش پس‌رویدادی در گروه کنترل ($a=0/8$) گروه شناختی-رفتاری ($a=0/14$) و ذهن‌آگاهی و پذیرش ($a=0/8$)، برای متغیر رفتارهای ایمن، سطح معناداری گروه کنترل ($a=0/1$)، گروه شناختی-رفتاری ($a=0/7$) و گروه ذهن‌آگاهی و پذیرش ($a=0/2$)، برای متغیر توجه متمرکز بر خود گروه کنترل ($a=0/61$)، گروه شناختی-رفتاری ($a=0/5$) و گروه ذهن‌آگاهی و پذیرش ($a=0/4$) و برای متغیر نشانه‌های جسمانی هراس اجتماعی گروه کنترل ($a=0/7$)، گروه شناختی-رفتاری ($a=0/3$) و گروه ذهن‌آگاهی و پذیرش ($a=0/3$) نتایج بیان‌گر این بود که هیچ کدام از متغیرها در گروه‌های آزمایشی و کنترل در سطح 95% ($a=0/05$) معنادار نبود. در نتیجه، توزیع نمرات تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است.

برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. سطح معناداری آزمون لوین برای متغیر اضطراب تعامل اجتماعی ($a=0/1$)، ترس از ارزیابی منفی ($a=0/7$)، پردازش پس رویدادی ($a=0/3$)، متغیر رفتارهای ایمن ($a=0/1$)، توجه متمرکز بر خود ($a=0/3$) و نشانه‌های جسمانی هراس اجتماعی ($a=0/1$) بود که همه سطوح معناداری در سطح ۹۵٪ ($a=0/05$) معنادار نبود و یکسانی واریانس‌ها در گروه‌های آزمایشی و کنترل تأیید شد.

فرض همگنی شیب خط رگرسیون به‌عنوان مفروضه دیگر تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که سطح معناداری گروه‌پیش‌آزمون برای متغیر اضطراب تعامل اجتماعی ($a=0/35$)، ترس از ارزیابی منفی ($a=0/62$)، پردازش پس رویدادی ($a=0/72$)، متغیر رفتارهای ایمن ($a=0/9$)، توجه متمرکز بر خود ($a=0/06$) و نشانه‌های جسمانی هراس اجتماعی ($a=0/3$) بود. همه سطوح معناداری از سطح ۹۵٪ ($a=0/05$) بزرگ‌تر هستند و فرض صفر مورد تأیید قرار گرفت. بنابراین؛ فرضیه همگنی شیب خط رگرسیون پذیرفته می‌شود.

با توجه به نرمال بودن متغیرهای پژوهش، یکسانی واریانس گروه‌ها و همگنی شیب خط رگرسیون، مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است و می‌توان از این آزمون برای تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر مداخلات شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی و پذیرش بر اضطراب تعامل اجتماعی دانشجویان مضطراب اجتماعی در جدول (۴) ارائه شده است.

جدول (۴) نتایج تحلیل کوواریانس درمورد تأثیر درمان شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی و پذیرش در مرحله پس‌آزمون

| متغیر | منابع اثر | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | آماره F | مجذور اتا | سطح معناداری آماری | توان |
|----------------------------|-----------|---------------|------------|-----------------|---------|-----------|--------------------|------|
| اضطراب تعامل اجتماعی | گروه | ۱۶۱۹۰/۷۲۲ | ۲ | ۸۰۹۵/۳۶۱ | ۳۱/۳۱۸ | ۰/۹۲۵ | ۰/۰۰۰۱ | ۱ |
| | خطا | ۱۳۰۴/۳۶۶ | ۵۰ | ۲۶/۰۸۷ | | | | |
| ترس از ارزیابی منفی | گروه | ۳۵۹۱/۹۴ | ۲ | ۱۷۹۵/۹۷۱ | ۳۹/۱۲۵ | ۰/۶۲۵ | ۰/۰۰۰۱ | ۱ |
| | خطا | ۲۱۵۷/۴۵۳ | ۵۰ | ۵۴/۹۰۳ | | | | |
| پردازش پس‌رویدادی | گروه | ۲۱۵۳۹۸۴/۶۳۳ | ۲ | ۱۰۷۶۹۹۲/۳۱۷ | ۵۸۰/۶۶۴ | ۰/۹۵ | ۰/۰۰۰۱ | ۱ |
| | خطا | ۹۲۷۳۸/۰۲ | ۵۰ | ۱۸۵۴/۷۶ | | | | |
| رفتارهای ایمن | گروه | ۳۷۸۹/۹۸۳ | ۲ | ۱۸۹۴/۹۹۱ | ۹۴/۰۴۶ | ۰/۷۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۱ |
| | خطا | ۱۰۰۷/۴۷۹ | ۵۰ | ۲۰/۱۵ | | | | |
| توجه تمرکز برخود | گروه | ۳۴۳/۸۸۱ | ۲ | ۱۷۱/۹۴ | ۱۶/۰۴۵ | ۰/۳۹۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۹ |
| | خطا | ۲۲۸/۴۱۹ | ۵۰ | ۴/۵۶ | | | | |
| نشانه‌های جسمانی | گروه | ۳۴۲/۰۵۱ | ۲ | ۱۷۱/۰۲۵ | ۲۸/۶۲ | ۰/۵۳۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۱ |
| | خطا | ۲۹۸/۷۸۲ | ۵۰ | ۵/۹۷۶ | | | | |

آماره چندمتغیره‌ای مربوطه یعنی آماره لامبدای ویلکز متغیرهای اضطراب تعامل اجتماعی ($\eta=0/167, p=0/0001$)، ترس از ارزیابی منفی ($\eta=0/51, p=0/0001$)، پردازش پس‌رویدادی ($\eta=0/409, p=0/0001$)، رفتارهای ایمن ($\eta=0/167, p=0/0001$)، توجه متمرکز بر خود ($\eta=0/685, p=0/0001$) و نشانه‌های جسمانی هراس اجتماعی ($\eta=0/284, p=0/0001$) بود. در مجموع، آماره لامبدای ویلکز تمامی متغیرهای فوق در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($\alpha=0/01$) معنی‌دار است. بدین ترتیب، فرض صفر آماری رد و مشخص می‌گردد که تمامی متغیرهای وابسته از متغیر مستقل تأثیر پذیرفته‌اند (پس‌آزمون). می‌توان بیان کرد که مداخلات شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی در کاهش اضطراب تعامل اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی، پردازش پس‌رویدادی، رفتارهای ایمن، توجه

متمرکز بر خود و نشانه‌های جسمانی اضطراب اجتماعی دانشجویان تأثیر معناداری داشته است ($p < 0/0001$). همان‌طور که ضریب اتا نشان می‌دهد بیشتر تغییرات مربوط به اضطراب تعامل اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی، پردازش پس‌رویدادی، رفتارهای ایمن، توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های جسمانی اضطراب اجتماعی ناشی از شرکت در جلسات درمان‌های شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی و پذیرش بوده است.

به‌منظور مشخص شدن تغییرات درون‌گروهی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد تا مشخص شود در کدام یک از گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج آن در جدول (۵) ارائه شده است.

نتایج آزمون بونفرونی نشان می‌دهد که میانگین نمرات پس‌آزمون اضطراب تعامل اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی، پردازش پس‌رویدادی، رفتارهای ایمن، توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های جسمانی بین گروه شناختی-رفتاری و گروه کنترل و همچنین بین گروه ذهن‌آگاهی و پذیرش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). به بیان دیگر روش درمانی شناختی-رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی و پذیرش سبب کاهش اضطراب تعامل اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی، پردازش پس‌رویدادی، رفتارهای ایمن، توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های جسمانی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی می‌شود. در نهایت، مطابق با نتایج جدول (۵) استنباط می‌شود که بین میانگین نمرات پس‌آزمون اضطراب تعامل اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی، پردازش پس‌رویدادی، رفتارهای ایمن، توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های جسمانی گروه‌های شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی و پذیرش تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$). به عبارت دیگر، روش درمانی شناختی-رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی و پذیرش تأثیر یکسانی بر کاهش اضطراب تعامل اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی، پردازش پس‌رویدادی، رفتارهای ایمن، توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های جسمانی دانشجویان مضطرب اجتماعی دارد.

جدول (۵) نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون متغیرهای پژوهش

| متغیر | گروه هدف | گروه مورد مقایسه | اختلاف میانگین ها | سطح معناداری |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------|
| اضطراب تعامل | شناختی-رفتاری | کنترل | ۳۵/۹۶۱ | ۰/۰۰۰۱ |
| | اجتماعی | ذهن آگاهی و پذیرش | -۲/۱۱۱ | ۰/۹ |
| ترس از | شناختی-رفتاری | کنترل | ۳۳/۸۵ | ۰/۰۰۰۱ |
| | ارزیابی منفی | ذهن آگاهی و پذیرش | ۱۲/۵۵۹ | ۰/۰۰۰۱ |
| پردازش | شناختی-رفتاری | کنترل | ۱/۵۵۱ | ۰/۹ |
| | پس رویدادی | ذهن آگاهی و پذیرش | ۱۴/۱۱ | ۰/۰۰۰۱ |
| رفتارهای ایمن | شناختی-رفتاری | کنترل | ۳۳۱/۰۵۶ | ۰/۰۰۰۱ |
| | ذهن آگاهی و پذیرش | کنترل | -۳۰/۵۵۶ | ۰/۹ |
| توجه متمرکز | شناختی-رفتاری | کنترل | ۳۰/۵ | ۰/۰۰۰۱ |
| | برخود | ذهن آگاهی و پذیرش | ۱۸/۳۳۳ | ۰/۰۰۰۱ |
| نشانه‌های جسمانی | شناختی-رفتاری | کنترل | ۰/۷۴۴ | ۰/۹ |
| | اضطراب | ذهن آگاهی و پذیرش | ۱۹/۰۷۷ | ۰/۰۰۰۱ |
| پیشرفته چندان مؤثر نبوده است. | شناختی-رفتاری | کنترل | ۳/۶ | ۰/۰۱ |
| | اضطراب | ذهن آگاهی و پذیرش | -۰/۲۶۹ | ۰/۹ |
| پیشرفته چندان مؤثر نبوده است. | شناختی-رفتاری | کنترل | ۳/۳۳ | ۰/۰۴ |
| | اضطراب | ذهن آگاهی و پذیرش | ۷/۹۷۲ | ۰/۰۰۰۱ |
| پیشرفته چندان مؤثر نبوده است. | شناختی-رفتاری | کنترل | ۰/۶۴۷ | ۰/۹۹ |
| | اضطراب | ذهن آگاهی و پذیرش | ۷/۷۱۲ | ۰/۰۰۰۱ |

در مورد رضایت از درمان، میانگین مجموع نمرات رضایت از نتایج درمان، درمان گر و در مجموع از کل برنامه درمانی در گروه شناختی-رفتاری ($M=97$) و در گروه ذهن آگاهی و پذیرش ($M=97/63$) بود که بیانگر رضایت بالا است. نتایج تحلیل سوالات باز پاسخ نشان داد از دیدگاه گروه درمانی شناختی-رفتاری تکنیک‌های بازسازی شناختی و تعیین اهداف رفتاری در موقعیت اجتماعی بهترین تکنیک‌ها بوده است و تکنیک بازسازی پیشرفته چندان مؤثر نبوده است. در گروه درمانی ذهن آگاهی و پذیرش مفیدترین تکنیک

ذهن‌آگاهی، تنفس و مفیدترین تکنیک پذیرش، اقدام متعهدانه و پذیرفتن افکار، احساسات و موقعیت بوده است. این گروه تکنیکی را به‌عنوان کم‌اثرترین انتخاب نکردند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی مقایسه کارآمدی درمان‌های شناختی-رفتاری گروهی و ذهن‌آگاهی و پذیرش گروهی بر اضطراب اجتماعی دانشجویان است. نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی و پذیرش بر کاهش اضطراب اجتماعی مؤثر است. این درمان‌ها بر کاهش اضطراب تعامل اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی، پردازش پس‌رویدادی، رفتارهای ایمن، توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های جسمانی مؤثر است. بین اثر بخشی درمان‌ها نیز تفاوت معناداری وجود ندارد.

یافته اول پژوهش نشان داد که کاهش معناداری در اضطراب تعامل اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی- اساسی‌ترین مؤلفه نظریه ربی و هایمبرگ (۱۹۹۷)- دانشجویان مضطرب اجتماعی تحت درمان شناختی- رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی و پذیرش روی داده است و تفاوت معناداری بین دو درمان یافت نشد. با توجه به نقش ترس از ارزیابی منفی در تداوم اضطراب اجتماعی (ربی، هایمبرگ و ترک، ۲۰۰۶؛ جونز، بریگز و اسمیت، ۱۹۸۶؛ فوا، فرانکلین، پری و هربرت، ۱۹۸۶) نتایج تحقیقاتی نشان داد درمان شناختی- رفتاری از طریق بازسازی شناختی می‌تواند ترس از ارزیابی منفی را کاهش دهد (ماسکوویچ، ۲۰۱۲؛ هپ، هایمبرگ و ترک، ۲۰۰۶؛ لری و کوالسکی، ۱۹۹۳؛ هربرت و کارداسوتو، ۲۰۰۵). بنابراین؛ درمان شناختی-رفتاری از طریق بازسازی شناختی می‌تواند شواهدی مبتنی بر عدم تأیید افکار را فراهم کند، انتظارات و فرضیات مربوط به ارزیابی منفی دیگران را مجدداً بررسی کند و در نتیجه، نگرش واقع‌بینانه‌ای از موقعیت اجتماعی را شکل دهد. به‌همین جهت، تعدیل انتظارات قبلی و شکل‌گیری تفسیر جدید نیز نگرانی در مورد دریافت عدم تأیید از سوی دیگران کاهش می‌دهد. در نهایت، ترس از ارزیابی منفی و ترس از عدم تأیید شدن کاهش یافته و به‌دنبال آن اضطراب تعامل اجتماعی کاهش پیدا می‌کند و احتمالاً کاهش نشانه‌های جسمانی و رفتاری نیز به‌دنبال کاهش

ترس از ارزیابی منفی روی می‌دهند. از سوی دیگر، تحقیق برنز و دزوریلا (۱۹۹۹) نشان داد که ذهن‌آگاهی از طریق انعطاف‌پذیری شناختی، افزایش پاسخ‌های عاطفی و کاهش قضاوت موجب کاهش ترس منفی و افکار منفی می‌شود (برنز و دزوریلا، ۱۹۹۹؛ هربرت و کارداسیوتو، ۲۰۰۵). به همین جهت می‌توان گفت درمان ذهن‌آگاهی و پذیرش از طریق پذیرش افکار بدون قضاوت، قطع ارتباط افکار غیرمنطقی، افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی، تأکید بر ارزش‌ها (فرایند موقعیت)، از طریق گسلش شناختی و اقدام متعهدانه می‌تواند منجر به کاهش زنجیره افکار مربوط به ارزیابی منفی دیگران شود و کاهش قضاوت در مورد ارزیابی شدن توسط دیگران نیز صورت بگیرد. به همین جهت فرد مضطرب اجتماعی نگرانی از تأیید و یا عدم تأیید دیگران ندارد. در نهایت اضطراب تعامل اجتماعی کاهش پیدا می‌کند.

یافته دوم پژوهش نشان داد که درمان‌های شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی و پذیرش در کاهش پردازش پس‌رویدادی تأثیر داشته‌اند. با توجه به نقش پردازش پس‌رویدادی در بروز نشانه‌های دیگر اضطراب اجتماعی (ماکر و گریشام، ۲۰۱۱؛ کاشدان و رابرتز، ۲۰۰۶) تغییر این مؤلفه در سیکل اضطراب اجتماعی نقش بسزایی دارد. به همین جهت در درمان اضطراب اجتماعی حایز اهمیت می‌باشد. درمان شناختی-رفتاری فرصتی برای تشکیل تفسیرهای جدید فراهم می‌سازند (هدمن و همکاران، ۲۰۱۲؛ رپی و هایمبرگ، ۱۹۹۷). می‌توان گفت که پردازش پس‌رویدادی موجب شکل‌گیری باورهای ناکارآمد و ثبت آنها در حافظه بلندمدت می‌شوند و به موقعیت‌های اجتماعی جدید تعمیم پیدا می‌کند به این صورت که در موقعیت‌های اجتماعی فقط خاطرات منفی از حافظه بازبازی می‌شوند. درمان شناختی-رفتاری از طریق بررسی محتوای افکار فرصتی برای واریسی خودگویی‌ها فراهم می‌کند و به‌طور مستقیم به افکار ناکارآمد ذخیره شده در حافظه حمله می‌کند. در نهایت، باورهای ناکارآمد را اصلاح و تفسیرهای جدیدی را جایگزین می‌نماید. همچنین درمان شناختی-رفتاری از طریق کاهش خطاهای فکری از جمله تعمیم افراطی مانع از تعمیم دادن پردازش پی‌رویدادی یک موقعیت به موقعیت‌های اجتماعی دیگر

شود. از سوی دیگر، نتایج پژوهشی نشان داد که درمان گروهی ذهن‌آگاهی و پذیرش موجب کاهش نشخوارفکری افراد مضطرب اجتماعی می‌شود (کاکاوسکی، فلیمینگ، هاوی، هوتا و انتونی، ۲۰۱۳). درمان ذهن‌آگاهی و پذیرش بر فرایند افکار تأکید می‌کند. در واقع، از طریق تمارین تمرکززدایی و قطع ارتباط زنجیره افکار منجر به کاهش پردازش پس‌رویدادی می‌شود و همچنین از طریق پذیرش مثبت، منفی و خنثی موقعیت اجتماعی مانع از نشخوارفکری درمورد عملکرد خود بعد از اتمام موقعیت اجتماعی می‌شود.

سومین یافته پژوهش نشان داد که درمان گروهی شناختی-رفتاری و درمان گروهی ذهن‌آگاهی و پذیرش بر کاهش رفتارهای ایمن افراد مضطرب اجتماعی تأثیرگذار است. رفتارهای ایمن مهم هستند، به این دلیل که از طریق تکرار رفتارهای ناسازگارانه موجب تداوم اضطراب اجتماعی می‌شود (بارلو، ۲۰۰۳؛ بونین، ۲۰۰۹؛ فوا، هابرت و کاهیل، ۲۰۰۶). همچنین نتایج تحقیقی نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در کاهش رفتارهای ایمن مؤثر نبوده است و فقط شناخت‌های ناسازگار به‌ویژه افکار خودکار را مورد هدف قرار می‌دهد در صورتی که درمان ذهن‌آگاهی و پذیرش علاوه بر تغییر افکار بر روی رفتار هم تأثیرگذار است (نایلز، برکلند، آرک، لایبرمن، ساکسی و کراسک، ۲۰۱۴). نتایج تحقیقات دیگری نشان داد درمان شناختی-رفتاری از طریق کاهش ترس از ارزیابی منفی و باورهای ناکارآمد می‌تواند رفتارهای ایمن را کاهش دهد و علاوه بر آن، درمان شناختی-رفتاری خود نیز موجب کاهش رفتارهای ایمن می‌شود (ماسکوویچ، ۲۰۱۲؛ ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۰؛ فینک، ترنر و بیدل، ۱۹۹۶). در نتیجه کاهش رفتارهای ایمن دو احتمال دارد. از سویی، درمان شناختی-رفتاری از طریق کاهش نشخوار فکری، کاهش باورهای ناکارآمد و کاهش پیش‌بینی موقعیت موجب افزایش ظرفیت روانی، تفکر کارآمد و تمرکز بر موقعیت شود و ترس از ارزیابی منفی و عدم تأیید شدن کاهش پیدا می‌کند که همین موجب کاهش رفتارهای ایمن می‌شود. همچنین تمرینات رفتاری و مواجهه‌های رفتاری درمان شناختی-رفتاری خود می‌تواند موجب شود که فرد بر توانایی‌های خود تکیه کند و به‌همین دلیل میزان اجتناب، فرار و رفتارهای ایمن دیگر

کاهش یابد. از سوی دیگر، درمان ذهن‌آگاهی و پذیرش نیز از طریق پذیرش موقعیت اجتماعی، کاهش اجتناب از موقعیت اجتماعی و تعیین فعالیت‌های هدفمند موجب کاهش رفتارهای ایمن شده‌اند (کاکاوسکی، فلیمنگ و رکتور، ۲۰۰۹؛ هایس، ویلات، لوین و هیلدبرانت، ۲۰۱۱؛ برنز و دزوریلا، ۲۰۰۹). در واقع، درمان ذهن‌آگاهی و پذیرش از طریق مکانیزم گسلش شناختی مانع کنترل افکار، احساسات و رفتار می‌شود که به دنبال عدم کنترل فکر و هیجان، رفتارهای کنترلی و ایمن کاهش می‌یابد. همچنین این درمان از طریق پذیرش موقعیت اجتماعی و تماس فعالانه با تجربیات به‌طور مستقیم و بدون دفاع ترس و افکار اضطراب‌زا را کاهش می‌دهد و مانع استفاده از رفتارهای ایمن شود.

چهارمین یافته نشان داد که درمان‌های شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی و پذیرش در کاهش توجه متمرکز بر خود (کانون توجه) - مؤلفه اساسی نظریه کلارک و ولز (۱۹۹۵)- تأثیرگذار بوده‌اند. درمان شناختی-رفتاری به‌طور مستقیم کاهش توجه متمرکز بر خود را جزء اهداف درمانی خود ندارد ولی بر کاهش این مؤلفه تأثیرگذار است (کاکاوسکی، فلیمنگ، هاوولی، رینگ‌هو و انتونی، ۲۰۱۵). درمان شناختی-رفتاری به‌ویژه درمان گروهی از طریق بازسازی شناختی به‌ویژه تغییر در توالی و محتوای افکار خودکار موجب کاهش توجه متمرکز بر خود همراه با خطاهای فکری آن می‌شود (هافمن، ماسکوویچ، کیم و تیلور، ۲۰۰۰؛ ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۰؛ هدمن و همکاران، ۲۰۱۳؛ هربرت و کارداسیونو، ۲۰۰۵). بنابراین؛ می‌توان گفت، توجه متمرکز بر خود به‌دلیل سوگیری توجه و سوگیری تفسیر اطلاعات روی می‌دهد و این مؤلفه همراه با نشانه‌های رفتاری و جسمانی سیکل معیوبی را شکل می‌دهند. درمان گروهی شناختی-رفتاری از طریق بررسی شواهد تأیید و عدم تأیید-بازسازی شناختی-توجه اطلاعات درونی و اصلاح سوگیری می‌تواند میزان این توجه بر خود را کاهش دهد. احتمالاً به‌دنبال کاهش توجه متمرکز بر خود نشانه‌های جسمانی و رفتاری نیز کاهش پیدا کرده‌اند. از سوی دیگر، درمان ذهن‌آگاهی و پذیرش از طریق تمرکززدایی، اقدام متعهدانه و نگرش عاری از قضاوت منجر به کاهش توجه متمرکز بر خود می‌شود (کاکاوسکی، فلیمنگ و رکتور، ۲۰۰۹؛ هربرت و

کارداسیوتو، ۲۰۰۵). بنابراین؛ درمان ذهن آگاهی و پذیرش از طریق تمرین جابجایی توجه و تمرکززدایی می‌تواند توجه متمرکز بر خود ناشی از اطلاعات درونی را کاهش دهد. همچنین افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش نگرش‌های منفی به خود نیز می‌تواند توجه متمرکز بر خود منفی را کاهش دهد و در نهایت، تکنیک پذیرش خود (افکار، احساسات و حس‌های بدنی به همان صورتی که هست و بدون قضاوت) منجر به کاهش نگرانی‌های مربوط به توجه متمرکز بر خود شود.

یافته پنجم بیانگر این بود که درمان‌های شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی و پذیرش در کاهش علائم جسمانی اضطراب اجتماعی تأثیرگذار بود. درمان شناختی-رفتاری از طریق کاهش مؤلفه‌های شناختی اساسی اضطراب اجتماعی یعنی توجه متمرکز بر خود و ترس از ارزیابی منفی می‌تواند نشانه‌های جسمانی اضطراب را نیز کاهش دهد (هدمن و همکاران، ۲۰۱۳؛ هربرت و کارداسیوتو، ۲۰۰۵؛ ماسکوویچ، ۲۰۱۲؛ گلدین و همکاران، ۲۰۱۱؛ ولز و پاپا جورجیو، ۲۰۰۰). افکارناکارآمد خود منجر به افزایش علائم جسمانی می‌شوند، به همین جهت درمان شناختی-رفتاری از طریق کاهش افکارناکارآمد، سوگیری تفسیری اطلاعات و به‌خصوص کاهش ترس از ارزیابی منفی و کاهش توجه متمرکز بر خود می‌تواند موجب کاهش علائم جسمانی می‌شود. در واقع، با از بین رفتن سیکل معیوب اضطراب اجتماعی از طریق کاهش توجه متمرکز بر خود و ترس از ارزیابی منفی نشانه‌های جسمانی اضطراب کاهش پیدا می‌کند. علاوه بر آن، تفکیک نشانه‌های جسمانی از افکار و نشانه‌های رفتاری نیز منجر شناخت بیشتر از نشانه‌های جسمانی می‌شود و در نهایت، نگرانی در مورد نشانه‌های جسمانی (حساسیت اضطرابی) را کاهش می‌دهد. از سوی دیگر، مکانیزم پذیرش، مراقبه، کاهش نگرش منفی، افزایش پاسخ‌های رفتاری، درمان ذهن آگاهی و پذیرش نیز منجر به کاهش نشانه‌های جسمانی می‌شود. در مجموع، کاهش ترس از ارزیابی منفی و توجه متمرکز بر خود را کاهش می‌دهد که تغییر این دو مؤلفه در کاهش نشانه‌های جسمانی اضطراب مؤثر است (کاکاوسکی، فلیمینگ و رکنور، ۲۰۰۹؛ والس‌تاد، نایلسن، نایلسن، ۲۰۱۲؛ برنز و دزویرلا، ۱۹۹۹؛ هپ، هیمبرگ و

ترک، ۲۰۰۶؛ هربرت و کارداسیوتو، ۲۰۰۵). درمان ذهن آگاهی و پذیرش از طریق تکنیک‌های ذهن آگاهی مانند تصویرسازی و آرام‌سازی بدن منجر به آگاهی از حس‌های بدنی، پذیرش بدن و در نتیجه کاهش علائم جسمانی می‌شود. علاوه بر آن، این درمان از طریق کاهش ارتباط بین افکار و هیجان مانع سوگیری تفسیری از علائم جسمانی می‌شود در نتیجه نگرانی از نشانه‌های جسمانی کاهش می‌یابد. همچنین کاهش توجه متمرکز بر خود موجب می‌شود فرد از علائم جسمانی اضطراب خود نگران نشود و کاهش ترس از ارزیابی منفی نیز نگرانی از عدم تأیید دیگران را کاهش می‌دهد و در نتیجه، میزان نگرانی از علائم جسمانی کاهش پیدا می‌کند.

در نهایت، تحلیل پرسش‌نامه چندبعدی رضایت مراجع نشان داد که مراجعان از درمان‌گر، نتایج درمان و از کل برنامه درمانی رضایت داشتند. مقایسه خرده‌مقیاس‌ها و نمره کلی این پرسش‌نامه در دو گروه درمانی شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی و پذیرش نشان داد که میزان رضایت در دو گروه برابر بوده است. با توجه به نتایج تحلیل پرسش‌های باز پاسخ تکنیک بازسازی شناختی و تعیین اهداف رفتاری در موقعیت‌های اجتماعی در درمان شناختی-رفتاری مفیدترین تکنیک بوده است. تکنیک‌های مذکور بر روی عوامل شناختی مؤثر در تداوم اضطراب اجتماعی تأثیر گذارند، به همین دلیل مراجعان از این تکنیک‌ها رضایت کافی داشتند زیرا بر تمامی جنبه‌های اضطراب اجتماعی آنها تأثیر داشته است. از سوی دیگر تکنیک بازسازی پیشرفته جزء تکنیک‌هایی بوده است که از آن رضایت کافی را نداشتند، دلیل آن احتمالاً این است که فرصت کافی برای انجام بازسازی شناختی پیشرفته در اختیار آنها نبوده است زیرا مطابق با پروتکل در جلسات پایانی ارائه شد و باورهای بنیادی زمان بیشتری برای تغییر لازم دارند. مؤثرترین تکنیک‌ها از نظر گروه درمانی ذهن آگاهی و پذیرش تکنیک‌های تنفس همراه با اقدام متعهدانه بوده است. در تحلیل سوالات بازپاسخ مشخص شد که تکنیک تنفس به دلیل دارا بودن نگرشی جدید به تنفس، ارادی انجام دادن آن و همچنین کوتاه بودن زمان انجام آن مورد توافق اکثر مراجعان بوده است. همچنین اقدام متعهدانه به دلیل تغییر

نگرش نسبت به موقعیت اجتماعی و به خود می‌تواند بهترین تکنیک پذیرش از دیدگاه مراجعان باشد. از نظر این گروه تکنیک نامؤثری وجود نداشته است. به نظر می‌رسد تکنیک‌های این روش درمانی با زندگی افراد ملموس و نزدیک تر است به همین دلیل بیشتر تکنیک‌های این درمان مورد توافق مراجعان بوده است.

در مجموع، نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری گروهی و درمان گروهی ذهن آگاهی و پذیرش در کاهش نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی به یک میزان تأثیرگذار است. نتایج چندین پژوهش دیگر نیز یکسانی اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی و پذیرش بر نشانگان اضطراب اجتماعی نشان داده است (کاکاوسکی و همکاران، ۲۰۱۳ و ۲۰۱۵؛ کازیسکی، بنگر، شلک و برادوین، ۲۰۰۷). با وجود این که تئوری و تکنیک‌های درمان گروهی شناختی-رفتاری و درمان گروهی ذهن آگاهی و پذیرش با هم متفاوت است ولی بین اثر بخشی آنها بر مؤلفه‌های اصلی اضطراب اجتماعی تفاوت معناداری وجود نداشت. بازسازی شناختی درمان شناختی-رفتاری و تکنیک‌های ذهن آگاهی و پذیرش هر دو در کاهش علائم شناختی، رفتاری و جسمانی اختلال اضطراب اجتماعی به‌ویژه مولفه‌های اساسی (توجه متمرکز بر خود و ترس از ارزیابی منفی) مدل‌های سبب‌شناسی تأثیرگذار بودند.

از مزایای این پژوهش، به‌کارگیری درمان نوین گروهی ذهن آگاهی و پذیرش و مقایسه آن با درمان گروهی شناختی-رفتاری بر اضطراب اجتماعی دانشجویان بود. این مداخلات روان‌شناختی به‌لحاظ هزینه و زمان برای مراجعان از اثربخشی مناسبی برخوردار بودند. بنابراین؛ موفقیت‌آمیز بودن این مداخلات روان‌شناختی در درمان اضطراب اجتماعی می‌تواند راه‌گشای انتشار این مداخلات به‌ویژه درمان گروهی ذهن آگاهی و پذیرش باشد. با در نظر گرفتن برخی محدودیات مانند این که نمونه فقط شامل دانشجویان بود، امکان تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به کل جامعه محدود می‌نماید. لذا برای رفع این محدودیت پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با حجم نمونه بزرگ‌تر و از گروه‌های مختلف

جامعه به منظور ارزیابی کارایی و کاربردپذیری درمان‌های گروهی شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی و پذیرش بر اضطراب اجتماعی صورت گیرد.

قدردانی: از تمامی شرکت‌کنندگان پژوهش به دلیل همکاری و مشارکت فعال در طول درمان و همچنین از پرسنل محترم دانشگاه ارومیه کمال قدردانی و تشکر به عمل می‌آید.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۵/۰۲/۱۹

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۵/۰۷/۲۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۸/۲۳

منابع

- بختیارپور، س.، حیدری، ع.، علی پورخدادادی، ش. (۱۳۹۰). ارتباط میان سوگیری توجه و خودکارآمدی عمومی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان زن. *فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ*، ۳، (۱۰)، ۸۵-۷۱.
- بساک نژاد، س.، معینی، ن.، مهرابی‌زاده هنرمند، م. (۱۳۸۹). رابطه پردازش پس رویدادی و اجتناب شناختی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان، *مجله علوم رفتاری*، ۴(۴)، ۳۳۵-۳۴.
- رضایی، س. (۱۳۹۰). مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، روان‌شناختی و مراقبت بیمارستانی در بیماران واجد و فاقد اختلالات روانی پس از آسیب مغزی تروماتیک، *مجله اصول بهداشت روانی*، (۱۳)۴۹، ۸۳-۶۶.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.), Washington DC: APA.
- Bakhtiari, M. (2000). Mental disorders in patients with body dysmorphic disorder, Clinical Psychology MA degree thesis, Tehran Psychiatric Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, (Persian).
- Baptista, C.A., Crippa, J.A.S., Filho, A.S., Freitas-Ferrari, M.C., Loureiro, S.R., Magalhães, P.V., de Lima Osório, F., Kapczinski, F., & Zuardi, A.W. (2012). Social phobia in Brazilian university students: Prevalence, under-recognition and academic impairment in women, *Journal of affective disorders*, 136(3), 857-861.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd Eds.). New York, The Guildford Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*, New York: Guilford Press.
- Bonin, M. (2009). Vulnerability factors low control and high negative affect in the development of social anxiety and the use of safety behaviors, the graduate for the degree of doctor of philosophy, University of nebraska, USA.
- Burns, L., D'Zurilla, T. (1999). Is social problem solving a general ability? Personal versus interpersonal problems, State University of NewYork at Stony Brook.

-
- Chambless DL, Ollendick TH. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence, *Annu Rev Psychol*, 52:685-716.
- Clark, D. (2001). *International Handbook of Social Anxiety: Concepts, Research and Interventions Relating to the Self and Shyness*, West Sussex, John Wiley & Sons Ltd.
- Clark, D.M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia, In M. Liebowitz, D.A. Hope, F. Schneier, & R.G., Heimberg (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, assessment and treatment*, New York: Guildford Press.
- Connor, K.M., Davidson, J.R.T., Churchill, L.R., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R.H. (2000) Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale, *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386
- Davidson, J.R.T., Miner, C.M., De Veaugh-Geiss, J., Tupler, L.A., Colket, J.T., & Potts, N.L.S. (1997). The Brief Social Phobia Scale: A psychometric evaluation, *Psychological Medicine*, 27, 161-166
- 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, *Journal of Academic Medicine*, 81,374-84.
- Field, A., Phil, B., Psychol. C., & Morgan, J. (2002). Post-event processing and the retrieval of autobiographical memories in socially anxious individuals, *The British Psychological Society Annual Conference Blackpool*.
- Fink, C.M., Turner, S.M., & Beidel, D.C. (1996). Culturally relevant factors in the behavioral treatment of social phobia: A case study. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 201-209, doi: 10.1016/0887-6185(96)00005-9.
- Fleming, J., & Kocovski, N.L. (2007; revised 2009). *Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: A treatment manual*, Unpublished manuscript.
- Foa EB, Franklin ME, Perry KJ, Herbert JD, (1996). Cognitive biases in generalized social phobia, *Journal Abnorm Psychol*, 105(3):433-9.
-

-
- Foa, E.B., Huppert, J.D., & Cahill, S.P. (2006). Emotional processing theory: An update. In B.O. Rothbaum (Ed.), *The nature and treatment of pathological anxiety*, Guilford: New York.
- Forman, E.M., Herbert, J.D., Moitra, E., Yeomans, P.D., & Geller, P.A. (2007). A randomized control edffectivenes strial of acceptance and commitment the rapy and cognitive therapy for anxiety and depression, *Behavior Modification*, 31, 772–799.
- Glass, C.R., Merluzzi, T.V., Biever, J.L., & Larsen, K.H. (1982). Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire, *Cognitive Therapy and Research*, 6, 37-55.
- Goldin, P.R., Ziv, M., Jazaieri, H., Werner, K., Kraemer, H., Heimberg, R.G., & Gross, J.J. (2012) Cognitive reappraisal self-efficacy mediates the effects of individual cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 1034-1040, doi:10.1037/a0028555
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*, New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies, *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141e168.
- Hedman, E., Mortberg, E., Hesser, H., Clark, D.M., Lekander, M., Andersson, E., & Ljotsson, B. (2013). Mediators in psychological treatment of social anxiety disorder: Individual cognitive therapy compared to cognitive behavioral group therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 696-705, doi:10.1016/j.brat.2013.07.006.
- Heimberg, R.G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions, *Biological Psychiatry*, 51, 101-108.
- Heimberg, R.G., Mueller, G.P., Holt, C.S., Hope, D.A., & Liebowitz, M. R. (1992). Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: The social interaction anxiety scale and the social phobia scale, *Behavior Therapy*, 23, 53-73.

-
- Herbert, J.D., & Cardaciotto, L. (2005). An acceptance and mindfulness-based perspective on social anxiety disorder, In S. M. Orsillo, & L. Roemer (Eds), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 189e212). New York, NY: Springer.
- Hofmann, S., Moscovitch, D., Kim, H., and Taylor, A. (2004). Changes in Self-Perception during Treatment of Social Phobia, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 4, 588-596.
- Hofmann S, Smits J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo controlled trials, *J Clin Psychiatr*, 69(4): 621-32.
- Hope, D.A., Heimberg, R.G., & Turk, C.L. (2006). *Therapist guide for Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach*, New York: Oxford University Press.
- Jones, W., Briggs, S., Smith, T. (1986). Shyness: conceptualization and Measurement, *Journal of personality and Social Psychology*, 51, 629-639.
- Kazdin, A. (2007) Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research, *Annu., Rev., Clin. Psychol*, 3:1-27.
- Kocovski, N., Fleming, J., Hawley, L., Ho, M., and Antony, M. (2015). Mindfulness and Acceptance-based Group Therapy and traditional Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder: Mechanisms of Change, *Behaviour Research and Therapy*, 15, 1-46, 10.1016/j.brat.2015.04.005
- Kocovski, N.L., Fleming, J.E., Hawley, L.L., Huta, V., & Antony, M.M. (2013) Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled trial, *Behaviour Research and Therapy*, 51, 889-898.
- Kocovski, N., Fleming, J., & Rector, N. (2009). Mindfulness and Acceptance-Based Group Therapy for Social Anxiety Disorder: An Open Trial, *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 276-289
- Koszycki, D., Benger, M., Shlik, J., & Bradwejn, J. (2007). Randomized trial of a medication-based stressed action program and cognitive behaviour

- therapy in generalized social anxiety disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2518–2526.
- Kuckertz, J., Amir N. (2014). *Social Anxiety: Cognitive Biases in Social Anxiety Disorder*, Philadelphia, Elsevier Inc. 483-511.
- Leary, M.R. (1983a). A brief version of the fear of negative evaluation scale, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.
- Leary, M.R., & Kawalski, R.M. (1993). The interaction anxiousness scale: Construct and criterion-related validity, *Journal of Personality Assessment*, 61, 136-146.
- Makkar, S.R., & Grisham, J.R. (2011). Social anxiety and the effects of negative self-imagery on emotion, cognition, and post-event processing. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 654–664.
- Mattick, R.P., & Clarke, J.C. (1989). Development and validation of measures of social phobiascrutiny fear and social interaction anxiety, unpublished manuscript.
- Moscovitch, D.A. (2012). What is the core fear in social phobia?: A new model to facilitate individualized case conceptualization and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 123–134.
- Niles, A.N., Burklund, L.J., Arch, J.J., Lieberman, M.D., Saxbe, D., & Craske, M.G. (2014). Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder: Comparing acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy, *Behavior Therapy*, 45, 664-677, doi:10.1016/j.brat.2013.06.005
- Oppenheim, A.N. (1992). *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement*, London & Washington: Pinter.
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M.I., & do Salvador, M. (2003). Assessment of social phobia by self-report questionnaires: The social interaction and performance anxiety and avoidance scale and the social phobia safety behaviours scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 291-311.
- Popvic, M., Milne, D., & Barrett, P. (2007). Assessing clients' satisfaction with psychological services: Development of a multidimensional Client Satisfaction Survey Questionnaire, *Counselling Psychology Review*, 22(2), 15-29.

- Rachmana, S., Andrew, J., Shafran, R. (2000). Post-event processing in social anxiety, *Behaviour Research and Therapy* 38. 611±617
- Rapee, R.M., & Heimberg, R.G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia, *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Reiss, S., Peterson, R.A., Gursky, D.M., & McNally, R.J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness, *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1-8.
- Rosselli O, Tappen R, Williams C, Salvatierra J. (2006). The relation of education and gender on the attention items of the mini-mental state examination in Spanish speaking Hispanic elders, *Arch Clin Neuropsychol*, 21: 677-86.
- Sadock, B., Sadock, V. (2007). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry Paperback (2)*, New York, Lippincott Williams & Wilkins, 579-580.
- Sharifi, V., Asaadi, S.M., Amini, H., Kavyani, H., Semnani, Y., Shabani, A., Shahrivar, Z., Davari Ashtyani, R., Hakim-shoushtari, M., Seddig, A., & Jalali Roudsari, M. (2004). Reliability and applicability of Persian version of Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID), *Journal of Contemporary Neuroscience*, 6, 10-22.
- Schultz, L. (2010). *The interaction of internal and external focus in social anxiety: Clarifying cognitive behavioral models*, Degree Doctor of Philosophy, The Temple University, Philadelphia, Pennsylvania.
- Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Wells, A., Gelder, M. G. and Clark, D. M., (2007). Belief disconfirmation versus habituation approaches to situational exposure in panic disorder with agoraphobia: A pilot study, *Behaviour Research and Therapy*, 45 (5), pp. 877-885.
- Stein, M.B. & Stein, D.J. (2008). Social anxiety disorder, *Lancet*, 371, 1115-1125.
- Strahan, E.Y. (2003). The effects of social anxiety and social skills on academic performance, *Personality and individual differences*, 34(2), 347-366.
- Vøllestad, J., Nielsen, M.R., & Nielsen, G.H. (2012). Mindfulness-and acceptance-based interventions for anxiety disorders: a systematic

viewand meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 51, 239-260.

- Weeks, J.W., Heimberg, R.G., Fresco, D.M., Hart, T.A., Turk, C.L., Schneier, F.R., & Liebowitz, M.R. (2005). Empirical validation and psychometric evaluation of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale in patients with social anxiety disorder, *Psychological Assessment*, 17, 179-190.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (2001). Social phobic interpretation: Effects of bodily information on anxiety, beliefs, and self-processing, *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1-11.
- Woody, S.R. (1996). Effects of focus of attention on anxiety levels and social performance of individuals with social phobia, *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 61-69.