

Research Paper



The Comparing Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Externalized and Internalized Shame in People with Social Anxiety Disorder



Iman Hemmatyar¹, Alireza Aghayousefi^{2*}, Hakime Aghaei³, Seyed Mosa Tabatabaee⁴

1. PhD student, Department of Psychology, Shahroud Branch, Islamic Azad University, Shahroud, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahroud Branch, Islamic Azad University, Shahroud, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Cognitive Sciences, Faculty of Psychology and Education, Semnan University, Semnan, Iran.



DOI: [10.22034/jmpr.2024.61502.6193](https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.61502.6193)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18570.html



ARTICLE INFO

Keywords:
Emotion-Focused Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Externalized and Internalized Shame, Social Anxiety Disorder

Received: 2024/05/03
Accepted: 2024/06/02
Available: 2024/09/28

ABSTRACT

The purpose of this study was to comparing effectiveness of emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy on externalized and internalized shame in people with social anxiety disorder. This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group and follow-up 2 month. The statistical population of the present study was all patients with social anxiety disorder in Tehran city in winter year 2024. In the first stage, the number of 45 patients with a score of 19 and above on the social anxiety disorder scale was selected and then randomly divided into 2 experimental groups (each group 15 people) and one control group (15 people) were replaced and experimental groups underwent emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy, but the control group received no training and remained in the waiting list. To collect data social anxiety inventory (SPIN) of Connor and et al (2000), the other as shamer scale (AOS) of Goss and et al (1994) and internalized shame scale (ISS) of Cook and et al (1988). Data analysis was performed using SPSS-28 software with analysis of variance with repeated measures and Bonferroni. The results of the study showed that of both interventions had a significant effect on externalized and internalized shame in people with social anxiety disorder ($P < 0.05$). In addition, the results of Bonferroni post hoc test showed that emotion-focused therapy is more effective ($P < 0.05$). It can be concluded that that, in addition effectiveness of both treatments, the priority of use in the treatment of problems patients with social anxiety disorder is with emotion-focused therapy.



* Corresponding Author: Alireza Aghayousefi
E-mail: arayah1100@gmail.com

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تجربه شرم بیرونی و درونی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

ایمان همت یار^۱، علیرضا آقاییوسفی^{۲*}، حکیمه آقایی^۳، سیدموسی طباطبایی^۴

۱. دانشجوی دکترای تخصصی، گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.
۴. استادیار، گروه علوم روانشناختی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

DOI: [10.22034/jmpr.2024.61502.6193](https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.61502.6193)URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18570.html

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

اختلال اضطراب اجتماعی،
درمان هیجان مدار، شناخت
درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی،
شرم بیرونی، شرم درونی

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تجربه شرم بیرونی و درونی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شمال شهر تهران در زمستان سال ۱۴۰۲ بود. در مرحله اول تعداد ۴۵ نفر با نمره ۱۹ و بالاتر در مقیاس اختلال اضطراب اجتماعی انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده در ۲ گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس افراد گروه‌های آزمایش تحت درمان هیجان مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. از سیاهه اضطراب اجتماعی (SPIN) کانر و همکاران (۲۰۰۰)، مقیاس شرم بیرونی (OAS) گاس و همکاران (۱۹۹۴) و مقیاس شرم درونی (ISS) کوک (۱۹۸۸) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تحلیل داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور تاثیر معناداری بر کاهش شرم بیرونی و شرم درونی داشته‌اند ($P < 0.05$). نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که درمان هیجان مدار تاثیر بیشتری دارد ($P < 0.05$). می‌توان نتیجه‌گیری کرد که علاوه بر اثربخش بودن هر دو درمان، تقدم استفاده در درمان مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی با درمان هیجان مدار است.

دریافت شده: ۱۴۰۳/۰۲/۱۴

پذیرفته شده: ۱۴۰۳/۰۳/۱۳

منتشر شده: ۱۴۰۳/۰۷/۰۷

* نویسنده مسئول: علیرضا آقاییوسفی
arayeh1100@gmail.com

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ با شیوع مادام العمر گزارش شده تا ۱۳ درصد یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی و موضوعی قابل توجه برای محققان است، اگرچه اغلب در محیط‌های بالینی مورد غفلت قرار می‌گیرد (کارپینتا^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). این اختلال به عنوان فوبیای اجتماعی^۳ نیز شناخته می‌شود، یک وضعیت روانی است که در آن فرد از قضاوت یا مشاهده منفی توسط افراد دیگر ترسی مداوم و شدید دارد و این ترس می‌تواند آنها را در محل کار، در روابط و سایر فعالیت‌های اجتماعی تحت تاثیر قرار دهد (داویس^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). بر اساس راهنمای تجدید نظر شده تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5-TR) اختلال اضطراب اجتماعی یک نشانگان است که با ترس و اضطراب بالا مشخص می‌شود که قبل از ورود یا در طول حضور در محیط‌های اجتماعی ظاهر می‌شود و با تمایل به اجتناب از تعاملات اجتماعی با دیگران همراه است (انجمن روانپزشکی آمریکا^۵، ۲۰۲۲). احساس ترس و اضطراب که توسط بیماران تجربه می‌شود معمولاً طیف گسترده‌ای از سناریوها را در بر می‌گیرد: برخی از بیماران فقط علائم خفیف را تجربه می‌کنند که منحصراً در زمینه‌های خاص رخ می‌دهد، در حالی که برخی دیگر علائم شدیدتری را تجربه می‌کنند که تقریباً در تمام تعاملات اجتماعی مانند گفتگو یا ملاقات با افراد جدید، تماشا شدن در هنگام خوردن یا نوشیدن و سخن گفتن یا صحبت در مقابل دیگران تجلی پیدا می‌کند (کارپینتا و همکاران، ۲۰۲۴).

از جمله عوامل مرتبط با اختلال اضطراب اجتماعی می‌تواند تجربه شرم باشد و شرم یک احساس مهم در اختلال اضطراب اجتماعی است (اورن-یاگودا^۶ و همکاران، ۲۰۲۴)، به طوری که بر اساس نظریه شناختی-رفتاری رپی و همبرگ^۷ (۱۹۹۷) ارزیابی منفی ادراک شده توسط دیگران^۸، فرآیندهای شناختی پس از رویداد و تجلیات رفتاری اضطراب اجتماعی باعث تجربه شرم در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود (اسوی^۹ و همکاران، ۲۰۲۱). احتیاط کاری اجتماعی^{۱۰} که متاثر از اضطراب اجتماعی است یک عامل خطر برای کناره‌گیری اجتماعی^{۱۱} به شمار می‌رود (مورننثا-والیانکورت^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۱) و باعث می‌شود که فرد دچار فوبیای پارائونید شود و بر بدخواهی دیگران تمرکز کند و این فوبیای پارائونید به طور خاص با شرم بیرونی مرتبط است، اما در مقابل، اضطراب اجتماعی به طور خاص با شرم درونی مرتبط است (ماتوس^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۳). بر اساس

دیدگاه گیلبرت^{۱۴} (۲۰۰۷) شرم به دو نوع درونی و بیرونی تقسیم شده است که در شرم درونی توجه فرد متمرکز بر خود است و فرد خود را به صورت معیوب یا بد ارزیابی می‌کند؛ در حالی که در شرم بیرونی فرد خود را از نگاه دیگران به صورتی غیرجذاب درک می‌کند و بنابراین مستعد طرد و در پی آن نسبت به حمله دیگران آسیب‌پذیر می‌شود (گیلبرت، ۲۰۰۷). در تحقیقات دیگر نیز نشان داده است که هیجان شرم، اختلال اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند و این هیجان شرم یک ویژگی مهم در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به شمار می‌رود (اسوی و همکاران، ۲۰۲۱؛ گازیل-گاتمن^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۳؛ نیچیتا و داوید^{۱۶}، ۲۰۲۳).

با توجه به آنچه گفته شد شرم بیرونی و درونی یک حالت مهم از اختلال اضطراب اجتماعی محسوب می‌شود و این شرم حالت ناخوشایندی است (نورتون^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۳)، که خودارزیابی منفی و مزمن (کارپینتر^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۶) حاصل از آن باعث می‌شود که افراد به خاطر شکست، کمتر خود را ببخشند و این شرایط باعث می‌شود که پیوندهای اجتماعی از بین برود و فرد احساس تنهایی^{۱۹} و شرم را تجربه کند (چونها^{۲۰} و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین، با توجه به این مشکلات در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، ارائه مداخلات درمانی و روانشناختی برای کاهش این مشکلات از جمله کاهش تجربه شرم درونی و بیرونی در آنان می‌تواند اهمیت داشته باشد. یکی از مداخلات موثر بر کاهش مشکلات بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی، درمان هیجان‌مدار^{۲۱} است؛ به طوری که بر اساس نتایج تحقیقات اخیراً درمان هیجان‌مدار برای اختلال اضطراب اجتماعی توسعه یافته است و در کارآزمایی‌های بالینی نتایج امیدوار کننده‌ای از آن به دست آمده است (تیمولاک^{۲۲} و همکاران، ۲۰۲۲؛ اوکلن کنت^{۲۳} و همکاران، ۲۰۲۱؛ تیمولاک و همکاران، ۲۰۱۸؛ تیمولاک و مک‌الوانی، ۲۰۱۶).

درمان هیجان‌مدار نخستین بار در درمان افسردگی از سوی گرینبرگ و به عنوان یک درمان موثر مورد تایید انجمن روانشناسی آمریکا در درمان اختلال افسردگی (گرینبرگ و واتسون^{۲۴}، ۲۰۲۲)، تروما^{۲۵} (گوکسی ایسبیر^{۲۶} و همکاران، ۲۰۲۲) و به تازگی در زمینه اختلالات اضطرابی مورد استفاده قرار گرفته است (تیمولاک و همکاران، ۲۰۲۲). درمان هیجان‌مدار از سنت انسان‌گرایانه^{۲۷} بیرون آمده و به یک رویکرد درمانی شکوفا و قدرتمند تبدیل شده است که بر وسعت و پیچیدگی آن افزوده شده است و به درمان هیجان مدار اجازه داده است تا به طور گسترده برای درمان طیف گسترده‌ای از مشکلات دیده شده در روان درمانی توسعه یابد. لذا درمان هیجان‌مدار بیشتر

15. Gaziel-Guttman
16. Nechita & David
17. Norton
18. Carpenter
19. loneliness
20. Cunha
21. emotion-focused therapy
22. Timulak
23. O'Connell Kent
24. Watson & Greenberg
25. trauma
26. Gökçe İsbir
27. humanistic

1. social anxiety disorder
2. Carpita
3. social phobia
4. Davis
5. American Psychiatric Association
6. Oren-Yagoda
7. Rapee & Heimberg
8. perceived negative evaluation by others
9. Sweet
10. social wariness
11. social withdrawal
12. Morneau-Vaillancourt
13. Matos
14. Gilbert

همچنین تحقیقات نشان داده است که افرادی که تحت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بوده‌اند بعد از اتمام جلسات درمانی علائم اضطراب اجتماعی آنان بهبود پیدا کرده است (کوسزیک^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۱؛ نجدی و همکاران، ۱۴۰۱؛ لیو^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین تحقیقات نشان داده است که هم درمان هیجان‌مدار و هم شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی موثر است، اما کمتر مطالعه‌ای به مقایسه اثربخشی این دو مداخله درمانی بر کاهش تجربه شرم در این افراد پرداخته است، که این امر لزوم مقایسه اثربخشی این دو مداخله را بر اهمیت می‌سازد که با شناسایی درمان اثربخش‌تر در جامعه ایرانی بتوان به درمانگران این حوزه کمک کرد که با اطمینان خاطر بیشتری از یک درمان مشخص و کارآمد برای کاهش مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به ویژه کاهش تجربه شرم آنان استفاده کنند. همچنین در اهمیت و ضرورت پژوهش می‌توان گفت که به طور معمول، اختلال اضطراب اجتماعی شروع زودرس و یک دوره مزمن دارد که اغلب مادام‌العمر طول می‌کشد (دلاوسو^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۵؛ مارازیتی^{۱۹} و همکاران، ۲۰۱۴). در بیشتر موارد، علائم در دوران نوجوانی شروع می‌شود و تا چندین سال قبل از درخواست کمک و درمان ادامه می‌یابد (پینی^{۲۰} و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از کارپیتا و همکاران، ۲۰۲۴)، احتمال ترک تحصیل و رد شدن در امتحانات (یوربان^{۲۱} و همکاران، ۲۰۲۴) و عدم موفقیت در فارغ‌التحصیلی (راسل و توفام^{۲۲}، ۲۰۱۲) به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد. علاوه بر این، اختلال اضطراب اجتماعی با ناتوانی عملکردی شدید و کاهش قابل توجه کیفیت زندگی مرتبط است و احتمال ابتلا به اختلال همراه اصلی دیگری مانند اختلالات اضطرابی و خلقی و اختلالات مصرف مواد یا الکل را در طول عمر افزایش می‌دهد (ونگ^{۲۳} و همکاران، ۲۰۱۲؛ الساید^{۲۴} و همکاران، ۲۰۲۴). لذا به کارگیری مداخلات روانشناختی برای کاهش این مشکلات در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی اهمیت دارد. با توجه به مطالب بیان شده و اهمیت شناخت علائم و عوامل مرتبط با اضطراب اجتماعی و همچنین خلاء مطالعات در زمینه مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال بود که آیا بین اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تجربه شرم بیرونی و درونی در مردان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تفاوت وجود دارد؟

توسعه یافته و از نظر تجربی برای کاهش یا بهبود مشکلات روانشناختی به ویژه اختلال اضطراب اجتماعی تایید شده است (کثوق و تیمولاک^۱، ۲۰۲۳؛ پیلائی^۲ و همکاران، ۲۰۲۳؛ شاهار^۳، ۲۰۲۰). هدف از درمان هیجان‌مدار شناسایی و پذیرش هیجانات، پذیرش هیجانات منفی ناسازگار و افزایش آگاهی و بیان این هیجانات و یادگیری تحمل و تنظیم تجارب دردناک زمینه‌ای در فرد است (ایوانووا و واتسون^۴، ۲۰۱۴؛ به نقل از گلیسنتی^۵ و همکاران، ۲۰۲۱). در درمان هیجان‌مدار، نگرانی را نوعی راهبرد خودمحافظتی در مقابل هیجانات دردناک و مزمن اساسی مانند غم، شرم و ترس می‌داند و فرد با اضطراب و نگرانی، موجب ادامه علائم اختلال می‌شود (واتسون و گرینبرگ، ۲۰۱۷). بر اساس پیشینه پژوهش درمان هیجان‌مدار اثرات مثبت و موثری بر کاهش مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی (شاهار، ۲۰۲۰؛ تیمولاک و همکاران، ۲۰۲۲؛ اوکلن کنت و همکاران، ۲۰۲۱) به ویژه کاهش تجربه شرم در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی دارد (میرآتشی و همکاران، ۱۴۰۱).

یکی دیگر از مداخلاتی که اثربخشی آن بر کاهش مشکلات بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تایید شده است، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۶ است (هئایپی^۷ و همکاران، ۲۰۲۳؛ دونس^۸ و همکاران، ۲۰۲۴؛ هاچی-لابلی^۹ و همکاران، ۲۰۲۳). مداخلاتی مانند ذهن‌آگاهی در حال افزایش محبوبیت هستند و شناخته شده‌ترین مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی، برنامه ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس^{۱۰} و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است (چاکو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۲). برنامه ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در ابتدا برای بیماران مبتلا به درد مزمن ساخته شد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر آن بود. سگال^{۱۲} و همکاران (۲۰۱۸) رویکرد جدیدی به منظور درمان، پیشگیری و جلوگیری از بازگشت از افسردگی را تبیین کرده‌اند که بر اساس آن، بین شناخت، هیجان و ذهن موقعیتی ارتباطی وجود دارد، در نتیجه، یک رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ارائه نمودند (سگال و همکاران، ۲۰۱۹). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نوعی درمان است که شامل مراقبه‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش درباره استرس، اضطراب و افسردگی و تمرین‌های شناخت درمانی است (گوپتا^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۲). به طوری که تحقیقات نشان داده است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی مختصر می‌تواند اثرات درمانی موثری را برای کاهش علائم اضطراب اجتماعی ارائه دهد (سوکماواتی^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۳) و به طور بالقوه می‌تواند یک راهبرد درمانی موثر و مقرون به صرفه از نظر هزینه‌های درمانی ارائه دهد (بورگس^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۱).

13. Gupta
14. Sukmawati
15. Burgess
16. Koszycki
17. Liu
18. Dell'Osso
19. Marazziti
20. Pini
21. Urbán
22. Russell & Topham
23. Wong
24. Elsaid

1. Keogh & Timulak
2. Pillai
3. Shahar
4. Ivanova & Watson
5. Glisenti
6. mindfulness-based cognitive therapy
7. Heapy
8. Dones
9. Hache-Labelle
10. mindfulness-based stress reduction
11. Chacko
12. Segal

روش

هر سوال بر اساس طیف لیکرت ۰ تا ۴ نمره گذاری می‌شود، به این صورت که به هیچ وجه صفر نمره، کم ۱ نمره، تا اندازه‌ای ۲ نمره، زیاد ۳ نمره و خیلی زیاد ۴ نمره تعلق می‌گیرد. دامنه نمره سیاهه بین ۰ تا ۶۸ است و نمره بالاتر نشان دهنده اضطراب اجتماعی بیشتر در فرد پاسخ دهنده است. نقطه برش آن نمره ۱۹ و بیشتر از آن است (سینق و سامانتاری، ۲۰۲۲). سازندگان سیاهه پایایی آن را با روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ به دست آورده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند (کانر و همکاران، ۲۰۰۰). در داخل ایران این سیاهه، ترجمه و هنجاریابی شده است و برای بررسی روایی از روایی همزمان استفاده و همبستگی آن با چک لیست اختلالات روانی (SCL-90) در آگوتیس^۵ و همکاران (۱۹۷۷) بررسی و ضریب ۰/۷۰ و معنادار در سطح ۰/۰۱ محاسبه شده است و برای بررسی پایایی ضرایب آلفای کرونباخ برای ترس ۰/۹۴، اجتناب ۰/۹۳، ناراحتی ۰/۹۴ و کل مقیاس ۰/۹۴ به دست آورده است و ضرایب بازآزمایی به فاصله زمانی ۲ هفته بررسی و ضرایب همبستگی برای کل مقیاس ۰/۹۶، ترس ۰/۹۵، ناراحتی فیزیولوژیکی ۰/۹۶ و اجتناب ۰/۹۴ به دست آمده است که نشان دهنده روایی و پایایی سیاهه اضطراب اجتماعی در جامعه ایرانی است (حسنوند عموزاده، ۱۳۹۴). در این مطالعه ضرایب آلفای کرونباخ در پیش‌آزمون ۰/۸۰، پس‌آزمون ۰/۸۳ و پیگیری ۰/۹۰ گزارش شد.

مقیاس شرم بیرونی (OAS): این مقیاس توسط گاس^۷ و همکاران (۱۹۹۴) تهیه شده است و شامل ۱۸ سوال است و سه خرده مقیاس احساس حقارت^۸ با سوالات ۱، ۲، ۴، ۵، ۶، ۷ و ۸؛ احساس پوچی^۹ با سوالات ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸؛ و شرم در مورد اشتباه کردن^{۱۰} با سوالات ۳، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴ را اندازه‌گیری می‌کند (میرآتشی یزدی و همکاران، ۱۴۰۱). پاسخ‌ها بر روی یک طیف لیکرت چهارگزینه‌ای است به این صورت که هرگز ۰ نمره، به ندرت ۱ نمره، گاهی اوقات ۲ نمره، اغلب ۳ نمره و تقریباً همیشه ۴ نمره تعلق می‌گیرد. دامنه نمره سیاهه بین ۰ تا ۴۲ است و نمره بالاتر نشان دهنده شرم بیرونی بیشتر در فرد پاسخ دهنده است. سازندگان مقیاس برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آورده‌اند و همچنین پایایی بازآزمایی نیز محاسبه و بعد از ۵ هفته ضریب همبستگی پیرسون ۰/۹۴ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش کرده‌اند و روایی ملاکی (همزمان) این مقیاس با فرم کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی^{۱۱} (BFNE) لری^{۱۲} (۱۹۸۳) بررسی و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۳۵ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (گاس و همکاران، ۱۹۹۴). این مقیاس در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده و ضریب آلفای کرونباخ برای احساس حقارت ۰/۹۲، احساس پوچی ۰/۷۱ و شرم در مورد اشتباه کردن ۰/۷۵ و کل مقیاس ۰/۹۴

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مردان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شمال شهر تهران در سال زمستان سال ۱۴۰۲ بودند. به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر از آنهایی که نمره ۱۹ و بالاتر از آن در مقیاس اضطراب اجتماعی کسب کردند، انتخاب و سپس با روش جایگزینی تصادفی ساده به ۳ گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند (گروه درمان هیجان‌مدار ۱۵ نفر، گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۱۵ نفر و گروه کنترل ۱۵ نفر). کسب نمره ۱۹ و بالاتر در پرسشنامه اضطراب اجتماعی و سن فرد بین ۲۵ تا ۴۵ سال باشد از ملاک‌های ورود به پژوهش و همچنین دو جلسه غیبت در جلسات درمانی، شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی و روانشناختی و مخدوش بودن پاسخنامه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری از ملاک‌های خروج از پژوهش بودند. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی رعایت شده است که از جمله آنها می‌توان به کسب رضایت افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی برای شرکت در مداخلات درمانی، دادن این اطمینان به آنان که پاسخنامه به صورت فردی تحلیل نخواهد شد و اطلاعات آنها به صورت گروهی خواهد بود و پاسخنامه هر فرد محرمانه خواهد بود و در اختیار هیچ کسی قرار داده نخواهد شد، فرآیند مطالعه برای همه آنان توضیح داده شد، از اهداف مطالعه آگاه شدند، از بی‌ضرر بودن مداخله، مطلع و آگاه شدند، از سودمندی مداخله، مطلع و آگاه شدند، شرکت کنندگان از تخصص و صلاحیت مداخله‌گران، مطلع و آگاه شدند، در مورد علمی بودن روش به افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی توضیح داده آگاه شدند، از امکان خروج آزادانه در هر مرحله مطالعه که تمایل داشته باشند آگاه شدند، به افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی توضیح داده شد که سازمانی صلاحیت دار مانند دانشگاه ناظر بر فرآیند پژوهش است، اختیاری بودن پژوهش و حق خروج از پژوهش، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به آنان و ارائه جلسات درمانی به صورت فشرده به گروه کنترل بعد از اجرای دوره پیگیری اشاره کرد. شیوه تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی (میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون تعقیبی بن‌فرونی، آزمون تحلیل واریانس یک راهه و خی دو) بوده است. نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ به منظور تحلیل داده‌ها استفاده شد.

ابزار پژوهش

سیاهه اضطراب اجتماعی (SPIN): این سیاهه توسط کانر^۲ و همکاران (۲۰۰۰) تهیه شده است و شامل ۱۷ سوال است و سه خرده مقیاس ترس با سوالات ۱، ۳، ۵، ۱۰، ۱۴ و ۱۵؛ اجتناب از تقابل اجتماعی با سوالات ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲ و ۱۶؛ ناراحتی فیزیولوژیکی با سوالات ۲، ۷، ۱۳ و ۱۷ می‌باشد.

1. Social Phobia Inventory (SPIN)
2. Connor
3. Singh & Samantaray
4. Symptom Check List- 90 (SCL-90)
5. Derogatis
6. The Other As Shamer Scale (AOS)

7. Goss
8. inferiority
9. emptiness
10. mistake
11. Brief Fear of Negative Evaluation Scale (FNES-B)
12. Leary

اندازه‌گیری می‌کند (میرآتشی یزدی و همکاران، ۱۴۰۱). پاسخ به هر سوال این مقیاس به صورت ۵ درجه ای از نوع لیکرتی است؛ به این صورت که هرگز ۰، نمره، خیلی کم ۱، نمره، گاهی اوقات ۲، نمره، اغلب ۳، نمره و همیشه ۴ نمره تعلق می‌گیرد. سوالات ۴، ۷، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۲۱ و ۲۸ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۲۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده شرم درونی است و نمره‌های بالا در این مقیاس نشان دهنده بی ارزشی، بی کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی است و نمره پایین بیانگر اعتماد به نفس بالا است. سازنده مقیاس ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های کمروبی و عزت نفس را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش کرده است (کوک، ۱۹۹۸). در ایران پایایی آن با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب پایایی ۰/۹۱ به دست آمده است (موسویان و همکاران، ۱۴۰۰) و روایی ملاکی (همزمان) آن بررسی و ضریب همبستگی پیرسون با سیاهه اضطراب اجتماعی (SPIN) کانر و همکاران (۲۰۰۰) محاسبه و ضریب ۰/۴۷۸ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (عسگریان و رضایی خیرآبادی، ۱۴۰۰). در این مطالعه ضرایب آلفای کرونباخ در پیش‌آزمون ۰/۷۲، پس‌آزمون ۰/۷۶ و پیگیری ۰/۸۶ گزارش شد.

محاسبه کرده‌اند و پایایی بازآزمایی محاسبه و بعد از یک هفته ضریب همبستگی پیرسون ۰/۹۰ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است و علاوه بر این تحلیل عاملی اکتشافی^۱ اجرا و قابلیت آن با آزمون کایزر-مایر-اولکین^۲ و آزمون کرویت بارتلت^۳ مورد بررسی قرار گرفت و مقدار آزمون کایزر-مایر-اولکین (۰/۹۲) نشان از کفایت حجم نمونه برای اجرای تحلیل عاملی داشت و سه خرده مقیاس به میزان ۵۹/۲ درصد از کل واریانس شرم بیرونی را تبیین می‌کنند و سپس با تحلیل عاملی تاییدی^۴ مقادیر شاخص برازش مقیاس‌های^۵ (CFI) و خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب^۶ (RMSEA) به ترتیب ۰/۸۳۰ و ۰/۰۹ به دست آورده اند که نشان دهنده روایی عاملی مقیاس است (فروغی و همکاران، ۱۳۹۴). در این مطالعه ضرایب آلفای کرونباخ در پیش‌آزمون ۰/۷۲، پس‌آزمون ۰/۸۲ و پیگیری ۰/۹۳ گزارش شد.

مقیاس شرم درونی (ISS): این مقیاس توسط کوک^۸ (۱۹۸۸) تهیه شده است و شامل ۳۰ سوال است که دو خرده مقیاس کمروبی با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۲۸ و ۳۰؛ عزت نفس با سوالات ۸، ۱۳، ۱۴، ۱۹، ۲۶ و ۲۹ را

جلسات درمانی

جدول ۱: خلاصه جلسات درمانی

جلسه	گام درمانی	محتوا جلسه
۱	ایجاد و حفظ رابطه همدلانه	آشنایی و برقراری رابطه درمانی برای ایجاد احساس امنیت، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل، ارزیابی اهداف و انتظارات از درمان
۲	تقویت خودآسیب‌پذیر، افزایش آگاهی از هیجان و توسعه راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت‌تر	درک معنای تجربه و ایجاد روایت منسجم در زندگی توسط مراجع، درک معنای عاملیت و اعتماد به نفس بیشتر، دستیابی به ظرفیت‌های تنظیم هیجانی و باور به مقابله با مشکلات، ایجاد درون فکنی و خودگویی مثبت برای خلق خودپنداره مثبت.
۳ و ۴	کار از طریق دواپارگی اضطراب	شناسایی و کار روی اضطراب ثانویه، شناسایی پاسخ‌های هیجانی واکنشی ثانویه، مدیریت نشانگرها و تسهیل در دسترسی به هیجانات هسته‌ای زیربنایی
۵ و ۶	خنثی کردن یا بی اثر کردن برخورد منفی با خود و خودبازداری	شناسایی خود نگران و سرزنشگر برای تصحیح برخورد منفی با خود، شناسایی دواپارگی خودانتقادگر و خودبازداری برای افزایش دستیابی به پذیرش و شفقت
۷ و ۸	حل و فصل آسیب‌های هیجانی	شناسایی آسیب در دل‌بستگی اولیه و منابع عمیق اضطراب نشانه‌ای، شناسایی تکالیف ناتمام، شناسایی درد هسته‌ای، دسترسی و ابراز هیجان خشم
۹	خودتسکینی مراجع	ارتقای توانایی مراجع در دریافت تجربه هیجانی و شفقت به خویش، آموزش خودتسکینی فیزیولوژیکی، مقابله‌ای و تبدیلی، افزایش ظرفیت تنظیم هیجان و خودتسکین دهی نهفته
۱۰	تحکیم یک روایت جدید	تثبیت معنای جدید، توانایی تأمل در تجربه و ایجاد روایت جدید در هویت، افزایش تاب‌آوری و هیجان سازگار اولیه.

5. comparative fit index (CFI)
6. root mean square error of approximation (RMSEA)
7. Internalized Shame Scale (ISS)
8. Cook

1. exploratory factor analysis
2. Kaiser-Meyer-Olkin test
3. bartlett spherical test
4. confirmatory factor analysis

جلسات آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اقتباس از سگال و همکاران (۲۰۱۸)

جلسات	هدف	محتوای جلسات
۱	معارفه و معرفی	معارفه، اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط بین اعضای گروه، هدایت خودکار، خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه وارسی جسمانی، اول تکلیف خانگی معطوف کردن توجه به فعالیت‌های روزمره و مراقبه وارسی جسمانی ۴۵ دقیقه‌ای
۲	مقابله با موانع و مشکلات	مراقبه وارسی جسمانی، تمرین افکار و احساسات، تکلیف خانگی ده دقیقه تنفس با حضور ذهن و معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه‌ای متفاوت، ثبت گزارش روزانه از تجربه یک واقعه خوشایند.
۳	حضور ذهن بر روی تنفس	حرکت به شیوه حضور ذهن، تمرین تنفس و کشش، سه دقیقه فضای تنفس، تکلیف خانگی تمرین تنفس و کشش و حرکت به شیوه حضور ذهن و تمرین سه دقیقه‌ای تنفس سه بار در روز
۴	بودن در زمان حال	پنج دقیقه حضور ذهن دیداری با شنیداری، مراقبه نشسته، راه رفتن با حالت حضور ذهن، تکلیف خانگی مراقبه نشسته، فضای سه دقیقه‌ای تنفس به عنوان راهبرد مقابله‌ای در زمان تجربه احساسات ناخوشایند.
۵	پذیرش و اجازه	مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تاکید بر آگاهی یابی از چگونگی واکنش دهی در برابر افکار، احساسات و حس‌های جسمانی، تکلیف خانگی مراقبه نشسته و سه دقیقه فضای تنفس.
۶	افکار نه حقایق	مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاهی جایگزین آماده کردن شرکت‌کنندگان برای پایان دوره، چهل دقیقه انجام تمرین روزانه، تعمق و کار بیشتر روی برنامه عملی پیشگیری از عود.
۷	چگونگی مراقبت از خود	مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و احساسات، پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، تکلیف شامل گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین‌های دوره برای پیاده سازی بعد از دوره.
۸	جمع بندی نهایی	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده، مراقبه وارسی جسمانی، به پایان رساندن مراقبه، مروری بر آنچه در دوره گذشت، تکلیفی به عنوان انتخاب برنامه‌ای برای تمرین خانگی که شرکت‌کنندگان بتوانند آن را تا ماه بعد ادامه دهند و در نهایت اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($sig=0/797$) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر سن می‌باشد. همچنین میزان آماره تحلیل خی دو (Chi-Square) آمده حاصل از مقایسه فراوانی و درصد ۳ گروه در متغیر تحصیلات برابر با $11/149$ Chi-Square می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($sig=0/084$) که نشان دهنده همتا بودن سه گروه از نظر تحصیلات می‌باشد.

بر اساس نتایج میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان هیجان‌مدار $31/33$ و $9/58$ ؛ میانگین و انحراف معیار سن گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی $31/07$ و $5/39$ و میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل $32/60$ و $3/44$ بود. بر اساس جدول ۳ میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۳ گروه در متغیر سن برابر با $F=0/228$ می‌باشد که این

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار شرم بیرونی و شرم درونی

متغیرهای وابسته	مرحله	گروه هیجان‌مدار		گروه ذهن‌آگاهی		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
احساس حقارت	پیش‌آزمون	۱۲/۸۰	۰/۸۶	۱۳/۱۳	۱/۱۹	۱۳/۲۰	۰/۹۴
	پس‌آزمون	۱۱/۱۳	۱/۰۶	۱۱/۲۰	۰/۹۴	۱۳/۱۳	۰/۹۹
	پیگیری	۱۱/۲۰	۱/۲۱	۱۱/۲۷	۱/۱۰	۱۳/۲۰	۱/۰۸
احساس پوچی	پیش‌آزمون	۷/۲۷	۰/۸۰	۷/۳۳	۰/۹۸	۷/۱۳	۰/۸۳
	پس‌آزمون	۳/۸۰	۱/۰۸	۵/۳۳	۱/۵۴	۷/۰۷	۰/۸۸
	پیگیری	۳/۸۷	۱/۲۵	۵/۴۰	۱/۶۴	۷/۲۷	۰/۹۶
شرم در مورد اشتباه کردن	پیش‌آزمون	۲۰/۹۳	۰/۸۸	۲۰/۷۳	۰/۷۰	۲۱/۰۰	۱/۱۹
	پس‌آزمون	۱۸/۴۷	۱/۶۴	۱۹/۲۷	۱/۱۰	۲۰/۸۰	۱/۳۷
	پیگیری	۱۸/۵۳	۱/۷۳	۱۹/۳۳	۱/۱۱	۲۰/۸۷	۱/۴۱

۱/۴۵	۴۱/۳۳	۱/۹۷	۴۱/۲۰	۱/۶۵	۴۱/۰۰	پیش‌آزمون	نمره کل شرم بیرونی
۱/۸۹	۴۱/۰۰	۱/۸۲	۳۵/۸۰	۱/۸۸	۳۳/۴۰	پس‌آزمون	
۲/۱۳	۴۱/۳۳	۱/۸۵	۳۶/۰۰	۲/۰۶	۳۳/۶۰	پیگیری	
۱/۱۶	۷۱/۰۷	۱/۲۸	۷۲/۰۷	۱/۶۶	۷۲/۲۰	پیش‌آزمون	کمروبی
۱/۲۵	۷۱/۰۰	۲/۸۷	۶۷/۸۷	۱/۵۵	۶۷/۱۳	پس‌آزمون	
۱/۲۸	۷۱/۰۷	۲/۸۶	۶۷/۹۳	۱/۶۶	۶۷/۲۰	پیگیری	
۱/۱۰	۱۶/۰۷	۰/۸۶	۱۵/۸۰	۰/۹۹	۱۶/۱۳	پیش‌آزمون	عزت نفس
۱/۱۹	۱۶/۰۰	۱/۱۱	۱۳/۶۷	۰/۹۴	۱۲/۸۰	پس‌آزمون	
۱/۲۸	۱۶/۰۷	۱/۲۲	۱۳/۷۳	۰/۹۹	۱۲/۸۷	پیگیری	
۱/۳۶	۸۷/۱۳	۱/۸۱	۸۷/۸۷	۱/۷۲	۸۸/۳۳	پیش‌آزمون	نمره کل شرم درونی
۱/۶۰	۸۷/۰۰	۳/۵۴	۸۱/۵۳	۱/۷۹	۷۹/۹۳	پس‌آزمون	
۱/۷۳	۸۷/۱۳	۳/۶۰	۸۱/۶۷	۲/۰۲	۸۰/۰۷	پیگیری	

برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین‌هاوس-گیسر^۲ و هیون-فلدت^۳ تصحیح می‌کنند. اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، بنابر پیشنهاد استیونس^۴ (۱۹۹۶)؛ به نقل از ترابی و همکاران، (۱۴۰۰) اگر مقدار اپسیلون بزرگتر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح هیون-فلت و اگر اپسیلون کوچکتر از ۰/۷۵ باشد یا هیچگونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر مقدار اپسیلون برای شاخص گرین‌هاوس-گیسر برای شرم بیرونی و شرم درونی از ۰/۷۵ کوچکتر است، لذا از اپسیلون گرین‌هاوس-گیسر استفاده شده است. بنابراین با در نظر گرفتن تصحیح گرین‌هاوس-گیسر در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری شرم بیرونی و شرم درونی گزارش شده است.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار شرم بیرونی و شرم درونی را نشان می‌دهد. بعد از بررسی مفروضه‌های آماری تحلیل واریانس مکرر، از این آزمون برای تحلیل داده‌ها گردآوری شده استفاده شد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا پیش‌فرض‌ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود ($P > 0.05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P > 0.05$) و بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است ($P > 0.05$). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون ۱ بود. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. بر اساس نتایج آماره کرویت موجلی برای شرم بیرونی و شرم درونی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است (مقدار آماره P value از ۰/۰۵۰ کوچکتر است). این یافته حاکی از آن است که واریانس تفاوت‌ها در میان سطوح متغیرهای وابسته به صورت معناداری متفاوت است. پیش‌فرض تحلیل واریانس کرویت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش‌فرض کرویت سبب می‌شود که آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد.

3. Huynh-Feldt correction
4. Stevens

1. homogeneity of regression
2. Greenhouse-Geisser correction

جدول ۳: نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی (تصحیح گرین هاوس-گیسر) شرم بیرونی و شرم درونی

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	درجه آزادی	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
احساس حقارت	گروه	۱۰/۱۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۸
	زمان	۱۰۰/۴۱	۱/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱/۰۰
	زمان×گروه	۲۴/۰۸	۲/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
احساس پوچی	گروه	۱۸/۹۲	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱/۰۰
	زمان	۸۷/۱۵	۱/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
	زمان×گروه	۴۵۲۷	۲/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
شرم در مورد اشتباه کردن	گروه	۷/۸۰	۲	۰/۰۰۱	۰/۲۷	۰/۹۴
	زمان	۴۹/۰۳	۱/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰
	زمان×گروه	۱۱/۶۵	۲/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۹
نمره کل شرم بیرونی	گروه	۳۹/۲۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰
	زمان	۲۴۵/۲۲	۱/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱/۰۰
	زمان×گروه	۶۱/۸۳	۴۹۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱/۰۰
کمرویی	گروه	۹/۲۱	۲	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۹۷
	زمان	۷۹/۴۶	۱/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰
	زمان×گروه	۱۹/۹۵	۲/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
عزت نفس	گروه	۱۹/۳۴	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰
	زمان	۱۴۶/۵۹	۱/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱/۰۰
	زمان×گروه	۴۰/۶۳	۲/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱/۰۰
نمره کل شرم درونی	گروه	۲۱/۳۲	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱/۰۰
	زمان	۱۵۷/۱۶	۱/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱/۰۰
	زمان×گروه	۴۰/۵۴	۲/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۰/۹۹۹

نتایج جدول ۳ نشان داد که درمان هیجان مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش شرم بیرونی و شرم درونی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تاثیر معنادار دارد. در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین

تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر کاهش شرم بیرونی و شرم درونی برای بررسی ماندگاری نتایج در مرحله پیگیری در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی شرم بیرونی و شرم درونی برای پایداری نتایج

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
احساس حقارت	پیش‌آزمون	۱۳/۰۴	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۲۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۱/۸۲	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۱۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۱/۸۹	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۷	۰/۲۷۲
احساس پوچی	پیش‌آزمون	۷/۲۴	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۸۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۵/۴۰	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۷۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۵/۵۱	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۱۱	۰/۴۱۷
شرم در مورد اشتباه کردن	پیش‌آزمون	۲۰/۸۹	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۳۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۹/۵۱	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۳۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۹/۵۸	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۷	۰/۲۷۲
نمره کل شرم بیرونی	پیش‌آزمون	۴۱/۱۸	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۴/۴۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۳۶/۷۳	پیش‌آزمون-پیگیری	۴/۲۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۳۶/۹۸	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۲۴	۰/۰۵۴

۰/۰۰۱	۳/۱۱	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۷۱/۷۸	پیش‌آزمون	
۰/۰۰۱	۳/۰۴	پیش‌آزمون-پیگیری	۶۸/۶۷	پس‌آزمون	کمروبی
۰/۲۷۲	-۰/۰۷	پس‌آزمون-پیگیری	۶۸/۷۳	پیگیری	
۰/۰۰۱	۱/۸۴	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۶/۰۰	پیش‌آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۷۹	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۴/۱۶	پس‌آزمون	عزت نفس
۰/۲۷۲	-۰/۰۷	پس‌آزمون-پیگیری	۱۴/۲۲	پیگیری	
۰/۰۰۱	۴/۹۶	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۸۷/۷۹	پیش‌آزمون	
۰/۰۰۱	۴/۸۲	پیش‌آزمون-پیگیری	۸۲/۸۲	پس‌آزمون	نمره کل شرم درونی
۰/۱۸۹	-۰/۱۳	پس‌آزمون-پیگیری	۸۲/۹۶	پیگیری	

بر اساس نتایج جدول ۴ درمان هیجان مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش شرم بیرونی و شرم درونی در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و اثرات درمانی آن بعد از ۲ ماه ماندگار و پایدار بوده است. در

جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی شرم بیرونی و شرم درونی برای بررسی درمان اثربخش تر آمده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی شرم بیرونی و شرم درونی برای بررسی درمان اثربخش تر

متغیر وابسته	گروه	میانگین تعدیل شده	تفاوت میانگین ۲ گروه	تفاوت میانگین	معناداری
	درمان هیجان مدار	۱۱/۷۱	تفاضل هیجان مدار- ذهن آگاهی	-۰/۱۶	۰/۹۹۹
احساس حقارت	درمان ذهن آگاهی	۱۱/۸۷	تفاضل هیجان مدار - گروه کنترل	-۱/۴۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۳/۱۸	تفاضل ذهن آگاهی- گروه کنترل	-۱/۳۱	۰/۰۰۲
	درمان هیجان مدار	۴/۹۸	تفاضل هیجان مدار- ذهن آگاهی	-۱/۰۴	۰/۰۱۶
احساس پوچی	درمان ذهن آگاهی	۶/۰۲	تفاضل هیجان مدار - گروه کنترل	-۲/۱۸	۰/۰۰۱
	کنترل	۷/۱۶	تفاضل ذهن آگاهی- گروه کنترل	-۱/۱۳	۰/۰۰۸
	درمان هیجان مدار	۱۹/۳۱	تفاضل هیجان مدار- ذهن آگاهی	-۰/۴۷	۰/۷۸۶
شرم در مورد اشتباه کردن	درمان ذهن آگاهی	۱۹/۷۸	تفاضل هیجان مدار - گروه کنترل	-۱/۵۸	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۰/۸۹	تفاضل ذهن آگاهی- گروه کنترل	-۱/۱۱	۰/۰۲۹
	درمان هیجان مدار	۳۶/۰۰	تفاضل هیجان مدار- ذهن آگاهی	-۱/۶۷	۰/۰۲۵
نمره کل شرم بیرونی	درمان ذهن آگاهی	۳۷/۶۷	تفاضل هیجان مدار - گروه کنترل	-۵/۲۲	۰/۰۰۱
	کنترل	۴۱/۲۲	تفاضل ذهن آگاهی- گروه کنترل	-۳/۵۶	۰/۰۰۱
	درمان هیجان مدار	۶۸/۸۴	تفاضل هیجان مدار- ذهن آگاهی	-۰/۴۴	۰/۹۹۹
کمروبی	درمان ذهن آگاهی	۶۹/۲۹	تفاضل هیجان مدار - گروه کنترل	-۲/۲۰	۰/۰۰۱
	کنترل	۷۱/۰۴	تفاضل ذهن آگاهی- گروه کنترل	-۱/۷۶	۰/۰۰۷
	درمان هیجان مدار	۱۳/۹۳	تفاضل هیجان مدار- ذهن آگاهی	-۰/۴۷	۰/۵۹۳
عزت نفس	درمان ذهن آگاهی	۱۴/۴۰	تفاضل هیجان مدار - گروه کنترل	-۲/۱۱	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۶/۰۴	تفاضل ذهن آگاهی- گروه کنترل	-۱/۶۴	۰/۰۰۱
	درمان هیجان مدار	۸۲/۷۸	تفاضل هیجان مدار- ذهن آگاهی	-۰/۹۱	۰/۵۹۳
نمره کل شرم درونی	درمان ذهن آگاهی	۸۳/۶۹	تفاضل هیجان مدار - گروه کنترل	-۴/۳۱	۰/۰۰۱
	کنترل	۸۷/۰۹	تفاضل ذهن آگاهی- گروه کنترل	-۳/۴۰	۰/۰۰۱

درمان هیجان مدار اثربخشی بیشتری نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش شرم بیرونی و شرم درونی دارد.

با توجه به جدول ۵ نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه درمان هیجان مدار با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شرم بیرونی و شرم درونی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تاثیر بیشتری بر کاهش تجربه شرم بیرونی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی دارد. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات تیمولاک و همکاران (۲۰۲۲)، اوکل کنت و همکاران (۲۰۲۱)، تیمولاک و همکاران (۲۰۱۸) و تیمولاک و مک-الوانی (۲۰۱۶) همسویی دارد که درمان هیجان‌مدار را درمانی اثربخش و غالب برای اختلال اضطراب اجتماعی دانسته‌اند و اثربخشی آن را نشان داده‌اند. در تبیین این نتیجه به دست آمده مبنی بر اثربخش بودن درمان هیجان‌مدار نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش تجربه شرم بیرونی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌توان گفت که شرم بیرونی مربوط به افکار و احساساتی است مبنی بر اینکه فرد در ذهن دیگران چگونه به نظر می‌رسد که این خود در ایجاد اضطراب اجتماعی افراد نقش دارد. درمان هیجان‌مدار یک رویکرد درمانی یکپارچه و تجربی است که هیجان‌ها را اساساً تطبیقی می‌بیند و به توجه و کشف تجربیات هیجانی امتیاز می‌دهد. فرآیندهای تغییر اولیه در درمان هیجان‌مدار برای اضطراب اجتماعی شامل بهبود آگاهی هیجانی، کاهش اجتناب تجربی و فعال شدن و تبدیل شرم است که زمینه ساز اضطراب علامتی است. چنین فرآیندهایی منجر به انتقاد کمتر از خود، شفقت بیشتر به خود و تسکین خود و ادراک مطلوب تر از خود می‌شود (شاهار، ۲۰۲۰). همچنین با توجه به اینکه اضطراب اجتماعی مبتنی بر فرآیندهای آسیب‌شناختی روانی است که مبتنی بر هیجان است (مانند مشکلات در آگاهی و تنظیم هیجان و اجتناب هیجانی)، نتایج تحقیقاتی مانند شاهار (۲۰۲۰) استدلال می‌کند که درمان هیجان‌مدار به‌ویژه برای رسیدگی به این مشکلات و موثر بودن در درمان اضطراب اجتماعی مناسب است. اضطراب یک فرض اصلی در درمان هیجان‌مدار برای اضطراب اجتماعی این است که شرم بیرونی زمینه‌ساز سوگیری‌های پردازش اطلاعات ثانویه مرتبط با اضطراب و رفتارهای اجتنابی است. بنابراین، ترس در اضطراب اجتماعی مربوط به تجربه شرم در صورت آشکار شدن نقص است. بنابراین، یک وظیفه درمانی اولیه در درمان هیجان‌مدار این است که به افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی کمک شود ابتدا از شرم خود آگاه شوند و آن را تحمل کنند و سپس آن را برانگیزند تا آن را تغییر دهند و شرم بیرونی خود را کاهش دهند. لذا منطقی است گفته شود که درمان هیجان‌مدار نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثربخشی بیشتری بر کاهش تجربه شرم بیرونی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی داشته باشد.

نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تاثیر بیشتری بر کاهش تجربه شرم درونی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی دارد. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات کنوک و تیمولاک (۲۰۲۳)، پیلای و همکاران (۲۰۲۳) و شاهار (۲۰۲۰) همسویی دارد که درمان هیجان‌مدار را درمانی اثربخش و غالب برای اختلال اضطراب اجتماعی دانسته‌اند و اثربخشی آن را نشان داده‌اند. در تبیین این

نتیجه به دست آمده مبنی بر اثربخش بودن درمان هیجان‌مدار نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش تجربه شرم درونی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌توان گفت که شرم درونی متمرکز بر خود است و فرد خود را به صورت بی‌کفایت، معیوب یا ناخوشایند و بد احساس و ارزیابی می‌کند. در چنین شرایطی فردی که در تعاملات و ارتباطات اجتماعی شرکت می‌کند اضطراب اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کند، چرا که خود را در این تعاملات و ارتباطات معیوب و بی‌کفایت ارزیابی می‌کند. در درمان هیجان‌مدار یک درمان رابطه‌ای است که فرض می‌شود که کمک به مراجعان در تغییر روشی که آنها از هیجان‌ها خود استفاده کرده و در یک ارتباط مراقبتی و همدلانه خالص به آن دسترسی می‌یابند منجر به تغییر در طوره‌های هیجانی و سازماندهی خود آنان که تحت عملکردهای روانشناختی مشکل ساز قرار دارد می‌شود که این می‌تواند سطح اضطراب اجتماعی آنان را کاهش دهد و کاهش شرم درونی را نیز به همراه داشته باشد. در این نوع درمان توانایی تنظیم هیجان‌ها نه تنها مهارت‌های اجتماعی بلکه کیفیت روابط بین شخصی و بهزیستی روانشناختی و جسمانی فرد را بهبود می‌بخشد. این عوامل نه تنها رفتار اجتماعی را شکل می‌دهد بلکه بر احساس فرد از خود و دیگران تأثیر می‌گذارد و سبب می‌شود که در تعاملات با دیگر اضطراب کمتری را تجربه کند و این اضطراب پایین می‌تواند باعث می‌شود که شرم درونی کمتری در وی بروز کند. لذا منطقی است گفته شود که درمان هیجان‌مدار نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثربخشی بیشتری بر کاهش تجربه شرم درونی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی داشته باشد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش آن بود که تنها به بررسی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شهر تهران پرداخته شده است و تنها ابزار گردآوری برای شناسایی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی پرسشنامه خودگزارشی بوده است که این می‌تواند باعث شود بیماران پاسخ‌های جامعه‌پسند به سوالات پرسشنامه بدهند. برای رفع این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در سایر شهرها انجام شود و علاوه بر استفاده از پرسشنامه‌ها از سایر ابزارها مانند مصاحبه نیز استفاده شود. پیشنهاد می‌شود چنین مطالعاتی را در نمونه‌های دیگر از جمله افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به تفکیک جنسیت تکرار شود و به مقایسه جنسیتی نیز پرداخته شود. مرحله پیگیری در این پژوهش ۲ ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم و ماندگاری درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی پرداخته شود. بر اساس نتایج پژوهش می‌توان به طور کاربردی پیشنهاداتی را مطرح کرد. به طوری که پیشنهاد می‌شود که درمانگران و متخصصان روانشناسی این حوزه از این گونه مداخلات درمانی جهت کاهش مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی استفاده نمایند. لذا سازمان نظام روانشناسی و مشاوره ایران و مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی که متولی برنامه‌ریزی و درمان در زمینه اختلالات روانشناختی هستند می‌توانند از نتایج این گونه تحقیقات برای بهبود مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

از همه شرکت‌کنندگان (افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی) که به سؤالات پژوهش پاسخ دادند و در اجرای پژوهش حاضر مشارکت و یاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- تربایی، علی اکبر؛ افروز، غلامعلی؛ حسنی، فریبا؛ و گلشنی، فاطمه. (۱۴۰۰). طراحی و ارزیابی اثربخشی برنامه مدیریت رفتاری خانواده- محور بر رضامندی زوجیت والدین دارای کودکان دبستانی با نشانگان بیش فعالی. *فصلنامه خانواده و پژوهش*، ۱۸ (۳)، ۲۵-۴۲. <http://dori.net/dor/20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5>
- حسنوند عموزاده، مهدی. (۱۳۹۴). هنجاریابی سیاهه اضطراب اجتماعی در نمونه غیربالینی ایرانی اجتماعی. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۶ (۱)، ۳۰-۱۷. <https://umj.umsu.ac.ir/article-1-2717-fa.pdf>
- عسگریان، زهرا؛ و رضایی خیرآبادی، مهری. (۱۴۰۰). پیش بینی شرم درونی شده نوجوانان بر اساس اضطراب اجتماعی، رابطه با والدین، عزت نفس و خودکارآمدی. *نشریه رویش روانشناسی*، ۱۰ (۲)، ۱۱۲-۱۰۳. <http://dori.net/dor/20.1001.1.2383353.1400.10.2.7.9>
- فروغی، علی اکبر؛ خانجانی، سجاده؛ کاظمینی، محبت؛ و طبری، فریبا. (۱۳۹۴). ساختار عاملی و ویژگی های روان سنجی نسخه ایرانی مقیاس شرم بیرونی. *مجله علمی روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۲۲ (۲)، ۵۷-۴۹. <http://dori.net/dor/20.1001.1.25886657.1394.2.2.7.1>
- موسویان، الهام؛ رحیمی، چنگیز؛ محمدی، نورالله؛ و افلاک سیر، عبدالعزیز. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان التقاطی تنظیم هیجان پویشی تجربه‌ای و شفقت خود بهوشیارانه در افراد مبتلا به افسردگی درون فکنی شده. *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی*، ۱۶ (۶۱)، ۲۲۸-۲۱۱. <https://dori.net/dor/20.1001.1.27173852.1400.16.61.15.8>
- میرآشتی یزدی، مرجان السادات؛ ملازاده، جواد؛ افلاک سیر، عبدالعزیز؛ و سرفراز، مهدی رضا. (۱۴۰۱). اثربخشی گروه درمانی هیجان مدار بر شرم درونی و بیرونی افراد دارای اضطراب اجتماعی. *نشریه روان پرستاری*، ۱۰ (۶)، ۶۳-۵۱. <http://dx.doi.org/10.22034/IJPN.10.6.51>
- نجدی، لیلا؛ موسی‌زاده، توکل؛ و کاظمی، رضا. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از ارزیابی منفی در نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی. *مجله زن و مطالعات خانواده*، ۱۴ (۵۳)، ۱۴۰-۱۲۱. <https://sanad.iau.ir/journal/jwsf/Article/680063?jid=680063&lang=en>
- American Psychiatric Association (2022) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR*, 5th, text revision edn. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Burgess, E. E., Selchen, S., Diplock, B. D., & Rector, N. A. (2021). A brief mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) intervention as a population-level strategy for anxiety and depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(2), 380-398. <https://doi.org/10.1007/s41811-021-00105-x>
- Carpenter, T. P., Tignor, S. M., Tsang, J. A., & Willett, A. (2016). Dispositional self-forgiveness, guilt-and shame-proneness, and the roles of motivational tendencies. *Personality and Individual Differences*, 98(2), 53-61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.017>
- Carpita, B., Nardi, B., Bonelli, C., Massimetti, E., Amatori, G., Cremonese, I. M., ... & Dell'Osso, L. (2024). Presence and correlates of autistic traits among patients with social anxiety disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 14(1), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1320558>
- Connor, K.M., Davidson, J.R., Churchill, L.E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R.H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *Br J Psychiatry*, 176(4), 379-86. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
- Cook, D. R. (1988). Measuring shame: The internalized shame scale. *Alcoholism treatment quarterly*, 4(2), 197-215. https://doi.org/10.1300/J020v04n02_12
- Cunha, M., Silva, P., Ferreira, C., & Galhardo, A. (2021, March). Measuring Shame in Adolescents: Validation Studies of the External and Internal Shame Scale in a Community Sample. In *Child & Youth Care Forum* (pp. 1-19). Springer US. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10566-021-09607-3>
- Davis, L. C., Diianni, A. T., Drumheller, S. R., Elansary, N. N., D'Ambrozio, G. N., Herrawi, F., ... & Cosgrove, L. (2024). Undisclosed financial conflicts of interest in DSM-5-TR: cross sectional analysis. *bmj*, 384(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.slast.2024.100129>
- Dell'Osso, L., Abelli, M., Pini, S., Carpita, B., Carlini, M., Mengali, F., ... & Massimetti, G. (2015). The influence of gender on social anxiety spectrum symptoms in a sample of university students. *Riv Psichiatri* 50 (6): 295-301. <https://doi.org/10.1708/2098.22688>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1977). *SCL-90. Administration, scoring and procedures manual-I for the R (revised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scales Series*. Chicago: Johns Hopkins University School of Medicine. [https://www.scirp.org/\(S\(lz5mqp453edsnp55rrgict55\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1656144](https://www.scirp.org/(S(lz5mqp453edsnp55rrgict55))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1656144)
- Dones III, V. C., Yamat, K. S., Santos, K. E. P., Concepcion, A. V. M., & Lacson, M. A. R. (2024). The Effectiveness of Mindfulness-based Interventions versus Cognitive Behavioral Therapy on Social Anxiety of Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *Acta Medica Philippina*, 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.47895/amp.vi0.8140>

- Koszycski, D., Guérin, E., DiMillo, J., & Bradwejn, J. (2021). Randomized trial of cognitive behaviour group therapy and a mindfulness-based intervention for social anxiety disorder: Preliminary findings. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28(1), 200-218. <https://doi.org/10.1002/cpp.2502>
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9(3), 371-375. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0146167283093007>
- Liu, X., Yi, P., Ma, L., Liu, W., Deng, W., Yang, X., ... & Li, X. (2021). Mindfulness-based interventions for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 300(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113935>
- Marazziti, D., Abelli, M., Baroni, S., Carpita, B., Piccinni, A., & Dell'Osso, L. (2014). Recent findings on the pathophysiology of social anxiety disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 11(2), 1-10. <https://doi.org/10.1017/S109285291400008X>
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Gilbert, P. (2013). The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(4), 334-349. <https://doi.org/10.1002/cpp.1766>
- Morneau-Vaillancourt, G., Matte-Gagné, C., Cheesman, R., Brendgen, M., Vitaro, F., Tremblay, R., Dionne, G., & Boivin, M. (2021). Social wariness, preference for solitude, and peer difficulties in middle childhood: A longitudinal family-informed study. *Developmental Psychology*, 57(3), 410-420. <http://dx.doi.org/10.1037/dev0000961>
- Nechita, D. M., & David, D. (2023). The longitudinal links between shame, eating disorders and social anxiety symptoms: a cross-lagged panel analysis. *Current Psychology*, 42(28), 24260-24274. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03513-0>
- Norton, A. R., Penney, E., & Abbott, M. J. (2023). An exploratory investigation of schema modes in social anxiety disorder: Empirical findings and case conceptualization. *Journal of Clinical Psychology*, 79(4), 1021-1038. <https://doi.org/10.1002/jclp.23457>
- O'Connell Kent, J. A., Jackson, A., Robinson, M., Rashleigh, C., & Timulak, L. (2021). Emotion-focused therapy for symptoms of generalised anxiety in a student population: An exploratory study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(2), 260-268. <https://doi.org/10.1002/capr.12346>
- Oren-Yagoda, R., Rosenblum, M., & Aderka, I. M. (2024). Gender Differences in Shame Among Individuals with Social Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 1(2), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s10608-023-10461-x>
- Pillai, S., Connolly, A., Hession, N., & Timulak, L. (2023). 'Why Mutilate Me Before I Die': An Emotion-Focused Conceptualization of Breast Cancer Clients' Experiences of Anxiety and Depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 22(3), 243-264. <https://doi.org/10.1080/14779757.2022.2104750>
- Elsaid, S., Wang, R., Kloiber, S., Haines-Saah, R., Hassan, A. N., & Le Foll, B. (2024). Expectancies of the Effects of Cannabis Use in Individuals with Social Anxiety Disorder (SAD). *Brain Sciences*, 14(3), 246-256. <https://doi.org/10.3390/brainsci14030246>
- Gaziel-Guttman, M., Anaki, D., & Mashal, N. (2023). Social anxiety and shame among young adults with autism spectrum disorder compared to typical adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(6), 2490-2498. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05526-x>
- Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security: A biopsychosocial approach. In J. L. Tracy, R. W. Robins, & J. P. Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions: Theory and research* (pp. 283-309). Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2007-14002-016>
- Glisenti, K., Strodl, E., King, R., & Greenberg, L. (2021). The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: a pilot randomised wait-list control trial. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00358-5>
- Gökçe İsbir, G., Yılmaz, M., & Thomson, G. (2022). Using an emotion-focused approach in preventing psychological birth trauma. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(3), 1170-1176. <https://doi.org/10.1111/ppc.12867>
- Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures—I: The other as Shamer scale. *Personality and Individual Differences*, 17(5), 713-717. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90149-X](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90149-X)
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2022). Emotion-focused therapy for depression: Canadian contributions. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 54(2), 152-163. <https://psycnet.apa.org/record/2022-50922-007>
- Gupta, R. S., Kujawa, A., Fresco, D. M., Kang, H., & Vago, D. R. (2022). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: A Preliminary Examination of the (Event-Related) Potential for Modifying Threat-Related Attentional Bias in Anxiety. *Mindfulness*, 1(2), 1-14. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01910-x>
- Hache-Labelle, C., Simard, S., Villeneuve, M., Abdel-Baki, A., Lepage, M., Bravo, M. A., & Lecomte, T. (2023). From home practice to virtual reality: The subjective experience of mindfulness-based therapy of people with concomitant social anxiety and psychotic disorder. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 33(4), 216-226. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2023.10.003>
- Heapy, C., Norman, P., Cockayne, S., & Thompson, A. R. (2023). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for social anxiety symptoms in people living with alopecia areata: a single-group case-series design. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 51(5), 381-395. <https://doi.org/10.1017/S1352465823000292>
- Keogh, D., & Timulak, L. (2023). "It's wrong to relax, you have to be on the go, go, go, all the time": Emotional transformation in a case of emotion-focused therapy for generalised anxiety disorder. *Counselling and Psychotherapy Research*, 23(4), 1015-1027. <https://doi.org/10.1002/capr.12693>

- study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 19 (1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/pst0000427>
- Urbán, D. J., La Greca, A. M., García-Fernández, J. M., & Ingles, C. J. (2024). A bibliometric analysis on adolescent social anxiety and psychoeducational variables in Web of Science 2002–2021. *The Journal of general psychology*, 151(1), 1-20. <https://doi.org/10.1080/00221309.2022.2161982>
- Wong, N., Sarver, D. E., & Beidel, D. C. (2012). Quality of life impairments among adults with social phobia: The impact of subtype. *Journal of anxiety disorders*, 26(1), 50-57. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.08.012>
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social anxiety. *Behaviour research and therapy*, 35(8), 741-756. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00022-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00022-3)
- Russell, G., & Topham, P. (2012). The impact of social anxiety on student learning and well-being in higher education. *Journal of Mental Health*, 21(4), 375-385. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.694505>
- Segal, Z. V., Anderson, A. K., Gulamani, T., Dinh Williams, L.-A., Desormeau, P., Ferguson, A., Walsh, K., & Farb, N. A. S. (2019). Practice of therapy acquired regulatory skills and depressive relapse/recurrence prophylaxis following cognitive therapy or mindfulness based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(2), 161–170. <https://doi.org/10.1037/ccp0000351>
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications. <https://www.guilford.com/books>
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications. <https://www.guilford.com/books/>
- Shahar, B. (2020). New developments in emotion-focused therapy for social anxiety disorder. *Journal of clinical medicine*, 9(9), 1-10. <https://doi.org/10.3390/jcm9092918>
- Singh, P., & Samantaray, N. N. (2022). Brief Cognitive behavioral group therapy and verbal-exposure-augmented cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder in university students: a randomized controlled feasibility trial. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 44(6), 552-557. <https://doi.org/10.1177/02537176211026250>
- Sukmawati, Y., Lestari, R., & Wardhani, V. (2023). The Effectiveness of Giving Cognitive Behavior Therapy (CBT) and Mindfulness Therapy on Adolescents' Social Anxiety Levels. *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8(1), 491-496. <http://dx.doi.org/10.30604/jika.v8i1.1668>
- Swee, M. B., Hudson, C. C., & Heimberg, R. G. (2021). Examining the relationship between shame and social anxiety disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 1(2), 15-25. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102088>
- Timulak, L., & McElvaney, J. (2016). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An overview of the model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46 (1), 41-52. <http://dx.doi.org/10.1007/s10879-015-9310-7>
- Timulak, L., & McElvaney, J. (2017). *Transforming generalized anxiety: An emotion-focused approach*. Routledge. <https://www.routledge.com/>
- Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., Griffin, P., Jacobs, L., Hughes, S., Vaughan, C., Beckham, K., & Mahon, S. (2022). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Psychotherapy*, 59 (1), 84–95. <https://doi.org/10.1037/pst0000427>
- Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., ... & Irwin, B. (2018). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: