

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال چهاردهم شماره ۵۵ پاییز ۱۳۹۸

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر حساسیت اضطرابی در نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی

لیلا نجدی<sup>۱</sup>، توکل موسی‌زاده\*<sup>۲</sup>، رضا کاظمی<sup>۳</sup>

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

۲- استادیار، عضو هیئت علمی گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

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

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۳/۱۴

تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۰۶/۱۷

### چکیده

هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) بر حساسیت اضطرابی در نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی بود. روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) و گروه کنترل بود. به همین منظور ۶۰ آزمودنی بر اساس مصاحبه تشخیصی ساختاریافته DSM-5 انتخاب و به‌روش تصادفی در دو گروه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۰ نفر)، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۲۰) و گروه کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) و مقیاس حساسیت اضطرابی تجدید نظر شده (ASIR) استفاده شد. جهت تحلیل یافته‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج نشانگر آن بود که بین دو گروه مداخله‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه کنترل در تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون حساسیت اضطرابی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/01$ ). در مجموع نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روی کاهش حساسیت اضطرابی در نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی دانشجویان تاثیر دارند. به‌طور کلی روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی میزان حساسیت اضطرابی را کاهش می‌دهد.

**واژگان کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی؛ حساسیت اضطرابی؛ اضطراب اجتماعی

## مقدمه

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

افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی در مواجهه با رویدادها، رفتار اجتنابی و گریز از خود نشان می‌دهند (کراسک و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴). در این اختلال، موقعیت‌های اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی درگیر انواعی از موقعیت‌هایی هستند که برانگیزاننده اضطراب هستند (بوگلز، ریجسموس، و دی جانگ<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲). این موقعیت‌ها شامل مهمانی، شرکت در همایش یا کلاس، سخنرانی، خوردن در جمع و مکالمات با افراد ناآشنا است (رپ و همبرگ<sup>۸</sup>، ۱۹۹۷). شروع این اختلال از سنین کودکی و نوجوانی است (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۹</sup>، ۲۰۱۳). به‌ویژه این اختلال در دوران جوانی در دامنه سنی ۱۸-۲۹ سال شیوع بسیار بالایی دارد (ریگورام و ماتیاس<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۴). در حدود ۸۰ درصد موارد، این اختلال از نوجوانی تا دهه دوم زندگی شکل می‌گیرد (استین و استین<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۸). شیوع این اختلال در طول عمر دامنه‌ای از ۲,۴ تا ۱۶ درصد دارد (کارلسن، کلنچ آس، روی و

- 
- 1- Social Anxiety Disorder
  - 2- Social Phobia
  - 3- generalized
  - 4-Severe fear
  - 5- American Psychiatric Association
  - 6- Craske et al
  - 7- Bögels, Rijsemus, & De Jong
  - 8- Rapee, Heimberg
  - 9- American Psychiatric Association
  - 10- Regharam, Mathias
  - 11- Stein, Stein

راناس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). بررسی‌های همه‌گیرشناسی نشان داده است که زنان بیشتر از مردان به این اختلال مبتلا می‌شوند (سادوک و سادوک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). همانطور که ذکر شد در حدود ۸۰ درصد موارد، این اختلال از آغاز نوجوانی تا دهه دوم زندگی (جوانی) شکل می‌گیرد (ریگورام و ماتیس، ۲۰۱۴). بر این اساس و با توجه به سن شیوع دانشجویان، گروهی هستند که اضطراب را تجربه می‌کنند و در چند دهه گذشته، مطالعات متعددی درباره اضطراب دانشجویان انجام شده است (دیربی و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). دانشجویان، اضطراب اجتماعی را در دوران تحصیل دانشگاهی خود تجربه می‌کنند. دانشجویان با موقعیت‌های استرس‌آمیزی در دوران تحصیل خود روبه‌رو می‌شوند که بر تمامی جنبه‌های زندگی شخصی آنها تأثیرگذار است. دوران تحصیلی دانشگاهی، مقدمه‌ای برای شروع زندگی بزرگسالی و تصمیم‌گیری شغلی است. در نتیجه، برای دانشجویان مشکلاتی را نیز به همراه دارد. مشکلات خاص این دوره شامل، مشکلاتی در ارتباط با اساتید و همکلاسی‌ها، تفاوت‌های فرهنگی، بحران هویت، ارتباط با دیگران و رویارویی با موقعیت‌های اجتماعی است (لتا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). ۸۵ درصد دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی به علت نقص در برقراری ارتباطات، مشکل در زمینه روابط بین فردی و مشکل در رفع نیاز اجتماعی دچار اختلالاتی در عملکرد تحصیلی و حرفه‌ای خود می‌شوند (سالینا، ان جی، گریل و چن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸). این احتمال نیز وجود دارد که دانشجویان علاوه بر اضطراب اجتماعی، دچار اختلال افسردگی نیز شوند و استرس و اضطراب مضاعفی را تجربه کنند. در نهایت، این مشکلات موجب می‌شود آنها مشکلات روانشناختی و عاطفی در طول زندگی شخصی و شغلی خود تجربه کنند (روسال و همکاران<sup>۶</sup>، ۱۹۹۷).

در واقع، مشکلات و بحران‌های خاص دوره دانشجویی می‌تواند باعث افزایش اضطراب شود. دانشجویانی که اضطراب بالایی دارند، نشانه‌های اضطرابی را در تمامی دوران تحصیل

---

1- Karlsen, Clench-Aas, Roy, & Raanaas

2- Sadock, Sadock

3- Dyrbye et al

4- Leta

5- Salina, Ng, Gill, & Chin

6- Rosal et al

خود تجربه می‌کنند که در نهایت، بر عملکرد تحصیلی آنها تأثیرگذار است (مک‌کراتی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که احتمال ابتلا به اضطراب اجتماعی در دانشجویان بالاست و این مسئله در شکل‌گیری روابط جدید و تعامل با دیگران تأثیرگذار است. بنابراین به تدریج، آنها از سخنرانی در برابر جمع اجتناب می‌کنند که همین عامل هم بر پیشرفت تحصیلی و هم در تصمیم‌گیری‌های شغلی آنها تأثیر نامطلوبی دارد (استراهان<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). دانشجویانی که اضطراب اجتماعی دارند، موقعیت‌های اجتماعی مبهم را منفی ارزیابی می‌کنند و به دلیل سوگیری در پردازش اطلاعات و رفتارهای اجتنابی، ارتباط خود را با دیگران کاهش می‌دهند (برد و امیر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). در این بین عامل آسیب‌پذیری مهمی که در سال‌های اخیر توجه پژوهشی فراوانی را در ارتباط با اضطراب و اختلال‌های مرتبط با آن به خود جلب کرده، حساسیت اضطرابی<sup>۴</sup> است. حساسیت اضطرابی ترس از احساس‌های مرتبط با اضطراب نامیده می‌شود که از باور به اینکه این احساسات، تهدید اجتماعی، جسمانی یا روانشناختی برای فرد دارد، ناشی می‌شود. پژوهش‌ها حاکی از آن است که حساسیت اضطرابی عامل خطری برای رشد اختلالات اضطرابی است (فرداینی، کارسازی، امامی و بخشی‌پور، ۱۳۹۴). حساسیت اضطرابی به‌عنوان مفهوم کلی، خود شامل سه عامل مرتبه پایینی ترس از احساسات بدنی (نگرانی‌های جسمانی)، ترس از نشانه‌های قابل مشاهده عمومی (نگرانی‌های اجتماعی) و ترس از عدم کنترل شناختی می‌شود. نگرانی‌های جسمانی با اختلال پنیک و نگرانی‌های اجتماعی با ارزیابی منفی دیگران و تشخیص اضطراب اجتماعی مرتبط است (فرداینی و همکاران، ۱۳۹۴). برخلاف باور اولیه برخاسته از مطالعات طولی که حساسیت اضطرابی را فقط در آسیب‌پذیری اختلال پنیک دخیل می‌دانست، مطالعات همبستگی نشان می‌دهد که این عامل با سایر اختلالات اضطرابی نیز رابطه دارد. حساسیت اضطرابی منجر به سوگیری‌هایی در ارزیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب می‌شود که این خود زمینه را برای ابتلای فرد به اختلالات روانی از جمله اضطراب اجتماعی فراهم می‌سازد. در واقع تحقیقات موجود نشان می‌دهد که

1- McCraty

2- Strahan

3- Beard &amp; Amir

4- Anxiety Sensitivity

حساسیت اضطرابی ممکن است به عنوان یک ریسک فاکتور برای مشکلات اضطرابی مطرح باشد (زولنسکی، اشمیت، برنشتین و کیاف<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). حساسیت اضطرابی از طریق ژنتیک و یادگیری کسب و منجر به سوگیری‌هایی در بازیابی و پردازش اطلاعات مرتبط با نشانه‌های فراخوان اضطراب می‌شود. بر اساس مدل‌های آسیب‌پذیری حساسیت اضطرابی ممکن است منجر به آسیب روانی یا اختلال شود (مدل استعداد یا آمادگی)، بر تجلی یا دوره اختلال تأثیر بگذارد (مدل یری آسیب)، به‌وسیله تجربه اختلال تحت تأثیر قرار گیرد (مدل در آمیختگی) و همراه با اختلال نشان‌دهنده مشکل زمینه‌ای یکسانی باشد (مدل طیف یا پیوستگی) (مرادی منش و میرجعفری، ۱۳۸۵). بنابراین نظریه‌های معاصر حاکی از آن است که فرایندهایی همچون حساسیت اضطرابی در پدیداری و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی تأثیرگذار است.

از روش‌های درمانی تأثیرگذار در زمینه حساسیت اضطرابی افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی می‌توان به روش‌های مختلفی از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اشاره کرد. بر اساس دیدگاه‌های درمانی دیگر مانند درمان شناختی رفتاری، مبتلایان به اضطراب اجتماعی خود را از نگاه فرد دیگری می‌بینند. از این‌رو درمان کارآمد درمانی است که هدف آن تغییر شناخت‌های ناکارآمد و اصلاح باورهای نادرست بیمار به کمک مداخله‌های شناختی باشد (بارلو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲).

همچنین لازم به ذکر است که مبنای قضاوت مکتب شناختی رفتاری در مورد منطقی یا غیرمنطقی بودن یک فکر، فرهنگ یا سبک زندگی غربی است. فرهنگی که در آن به‌عنوان مثال نقش آبرو یا حرف مردم بسیار کمرنگ‌تر از فرهنگ ایرانی است. بسیاری از باورهایی که در مکتب شناختی رفتاری باورهای غیرمنطقی خوانده می‌شود در واقعیت‌های عینی یک زندگی ایرانی جاری و زنده است (مژدهی، اعتمادی و فلسفی‌نژاد، ۱۳۹۰). بعلاوه اگر چه درمان‌های رفتاری و شناختی و رفتاری سنتی در درمان این اختلال موثر می‌باشند، اما شماری از افراد به این درمان‌ها به‌خوبی پاسخ نمی‌دهند. علاوه بر این اکثریت افرادی که به

1- Zvolensky, Schmidt, Bernstein, & Keough

2- Barlow

این درمان‌ها پاسخ می‌دهند نیز بعد از درمان علائم باقی‌مانده و اختلالات مرتبط با آن را تجربه می‌کنند (ارسیلو و رومر، ۲۰۰۵). اخیراً برای این رویکرد که ایجاد پیشرفت بالینی مستلزم تغییر مستقیم محتوای افکار، احساسات یا علائم بدنی است، نظریه‌های موازی پدیدار گشته‌اند. این نظریه‌ها که موج سوم رفتار درمانی نامیده می‌شوند، به‌جای تغییر شکل، فراوانی یا حساسیت موقعیتی شناختارها و هیجانات، کارکرد آنها را هدف قرار می‌دهند (هیز، لووین، پلامب، ویلیت و پیستورللو، ۲۰۱۳).

بنابراین امروزه با نسل سوم این نوع درمان‌ها رو به رو هستیم که آنها را می‌توان تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی بر پذیرش<sup>۲</sup> نامید: مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۳</sup> (سگال، ویلیامز و تیسدیل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲)، درمان فراشناختی<sup>۵</sup> (ولز<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶) و درمان پذیرش و تعهد<sup>۷</sup> (هیز<sup>۸</sup>، ۲۰۰۴). در این درمان‌ها به‌جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (پورفرج، ۱۳۹۰). در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی<sup>۹</sup> فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به‌طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی<sup>۱۰</sup> فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛

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

2-Acceptance based Models

3- Based Cognitive Therapy Mindfulness

4- Segal, Williams, Teasdale

5-Metacognitive

6- Wells

7- Acceptance and Commitment Therapy

8- Hayes

9- Psychological Acceptance

10- Psychological Awareness

یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌باید. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی<sup>۱</sup> یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه<sup>۲</sup> یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌تواند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط با حوادث (تروما)، هراس‌ها و یا اضطراب‌های اجتماعی و ... باشند. شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش درمانی بر اختلالات مختلف، رو به افزایش است. برای مثال کارایی این روش درمانی در مورد اختلالاتی مانند افسردگی، سایکوزها، سو مصرف و وابستگی به مواد، فرسودگی شغلی و درد مزمن مشخص شده است (پورفرج، ۱۳۹۰).

هم‌چنین در شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۳</sup> نیز به مفاهیمی مانند پذیرش، افزایش و آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی تأکید می‌شود. این روش درمانی برخلاف درمان پذیرش و تعهد دارای پروتکل‌های درمانی راهنمایی شده است و برای درمان افسردگی و استرس طراحی شده است. در حالی که درمان پذیرش و تعهد علاوه بر طیف گسترده از درمان‌ها به‌جای تأکید بر پیروی از یک پروتکل راهنمایی شده به درمان‌گر اجازه می‌دهد تا فنون توجه آگاهی خودش را تولید و یا حتی با مراجعین خود این کار را انجام دهد (کیانی، قاسمی و پورعباس، ۱۳۹۱). علیمهدی، احتشام‌زاده، نادری، افتخارسعدی و پاشا (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر حساسیت اضطرابی و نشانگان اختلال اضطراب فراگیر نشان دادند که شناخت رفتار درمانی و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌طور مساوی در کاهش حساسیت اضطرابی و نشانگان اضطراب فراگیر مؤثر

1- Cognitive Diffusion

2- Committed Action

3 -Mindfulness- Based Cognitive therapy

هستند و بین اثربخشی این دو روش درمانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. هربات، گرشکوویچ و اوان<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) نیز در پژوهشی با عنوان درمان مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی بر اختلال اضطراب اجتماعی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی نقش مهمی را در درمان اختلال اضطراب اجتماعی و تحول درمانی این اختلال در آینده ایفا می‌کند. شارپ<sup>۲</sup> (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای که به‌منظور اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در اختلال اضطراب اجتماعی انجام داد، به این نتیجه رسید که پذیرش و تعهد برای مفهوم سازی و درمان اختلالات اضطرابی موثر است. کوسفسکی، فلمینگ و رکتور<sup>۳</sup> (۲۰۰۹) در مطالعاتی که به‌منظور اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که این مداخله منجر به کاهش معنادار شدت علائم اضطرابی، افسردگی، نشخوار فکری و افزایش معنی‌داری در میزان ذهن‌آگاهی و پذیرش می‌گردد. در پژوهش دالریمل و هربرت<sup>۴</sup> (۲۰۰۷) آنها با طراحی پروتکل درمان انفرادی مبتنی بر پذیرش و تعهد که متناسب با اختلال اضطراب اجتماعی است، نشان دادند که درمان منجر به کاهش معنی‌دار علائم اضطراب اجتماعی، افزایش میزان تمایل و نیز کاهش اجتناب تجربه‌ای، کاهش معنادار اضطراب، افسردگی و افزایش کیفیت زندگی گزارش شده توسط بیماران گردیده است. بیرامی، موحدی و علیزاده (۱۳۹۴) نیز در تحقیقی به منظور بررسی اثر بخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش اضطراب اجتماعی به این نتیجه رسیدند که میزان اضطراب اجتماعی و نگرش‌های ناکارآمد در افراد تحت مداخله درمان ذهن‌آگاهی به‌طور چشمگیری کاهش پیدا کرده بود و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند باعث افزایش سلامت روان‌شناختی در نوجوانان شود.

بنابراین از آنجایی که تاکنون مقایسه همزمان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) در کاهش حساسیت اضطرابی و اختلالات اضطرابی به طور جامع مورد بررسی قرار نگرفته و مخصوصاً مطالعات محدودی

---

1- Herbert, Gershkovich, Evan

2- Sharp

3- Kocovski, Fleming, Rector

4- Dalrymple, Herbert

در مورد حساسیت اضطرابی و نشانگان اضطراب اجتماعی، انجام شده است. بنابراین، سوال اصلی تحقیق حاضر این است که آیا بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش میزان حساسیت اضطرابی دانشجویان مبتلا به نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی تفاوت وجود دارد؟

### روش

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

#### شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

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

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

**جلسه سوم:** آشنایی با مفاهیم درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه و تمارین مربوطه.

**جلسه چهارم:** برافزایش آگاهی روانی تمرکز شد.

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

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

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

**جلسه هشتم:** در ۳ جلسه پایانی عمدتاً بر تمرین عملی آموخته‌ها، ارایه بازخورد به وسیله گروه و درمانگر پرداخته شده.

**جلسه نهم:** علاوه بر تمرین عملی به ارایه بازخورد به وسیله گروه پرداخته شد.

**جلسه دهم:** علاوه بر تمرین عملی به ارایه بازخورد به وسیله درمانگر پرداخته شد.

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

#### شرح جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

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

تمرینات هر جلسه و تمرین منزل

**جلسه دوم:** رفع موانع شامل درمان مراقبه و آرسی بدن همراه با تنفس با ذهن آگاهی و مراقبه ذهن

جلسه سوم: تنفس با ذهن آگاهی همراه با حرکت هوشیارانه

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

آگاهانه

**جلسه پنجم:** پذیرفتن و اجازه دادن همراه با نشست های مدیتیشن

**جلسه ششم:** تفکرات منشا واقعی ندارند، همراه با مطرح کردن مشکلات بیمار طی تمرین و کشف

اثرات آن بر بدن و ذهن و سه دقیقه تنفس

**جلسه هفتم:** چگونه به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم. همراه با جلسات مدیتیشن – آگاهی از

تنفس، اعضای بدن، اصوات، افکار و هیجان‌ات

**جلسه هشتم:** چگونگی استفاده از این موارد در تصمیم‌گیری‌های آینده، مراقبه و آرسی بدن و پایان

درمان

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

روش نمونه‌گیری تحقیق حاضر از نوع نمونه‌گیری هدفمند است. در واقع، قصد پژوهشگر در چنین نمونه‌گیری، انتخاب کسانی است که با اهداف پژوهش همخوانی داشته باشند. از اینرو از بین دانشجویان دانشگاه آزاد تبریز تعداد ۳۰۰ نفر که خواهان حضور در طرح و واجد شرایط شرکت در جلسات بوده انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به کمک پرسشنامه

هراس اجتماعی بررسی شدند. این ابزار دارای نقطه برش ۱۹ با کارایی و دقت تشخیصی ۷۹/۰ افراد با اختلال اضطراب اجتماعی و بدون اختلال را از هم متمایز می‌سازد. بنابراین پس از اجرای مصاحبه تشخیصی ساختار یافته DSM-5، و اجرای آزمون اضطراب اجتماعی تعداد ۶۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی ساده به ۲ گروه آزمایشی و ۱ گروه کنترل تقسیم شده و ۲۰ نفر برای مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۲۰ نفر برای مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و ۲۰ نفر گروه کنترل که با گروه آزمایش هم‌تاسازی نموده و انتخاب شد. علت انتخاب ۲۰ نفر در هر زیرگروه، به این علت می‌باشد که در روش آزمایشی حداقل حجم نمونه باید ۱۵ نفر باشد. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به این مطالعه عبارتند از: قرار داشتن آنها در بازه سنی ۱۸ الی ۲۹ سال، کسب نمره بالاتر از ۲۴ در پرسشنامه هراس اجتماعی جهت تشخیص اولیه اضطراب اجتماعی و دریافت تشخیص نهایی بر اساس مصاحبه ساختاریافته DSM-5، مجرد، دانشجوی و مونث بود، مونث بودن به این علت که مطالعات همه‌گیرشناختی نشان می‌دهند که زنان بیشتر از مردان به اختلال اضطراب اجتماعی مبتلا می‌شوند. همچنین ملاک‌های خروجی آزمودنی‌ها از تحقیق عبارتند از: یک اختلال همبود دیگر (از جمله هراس با یا بدون گذرهراسی، پنیک، اضطراب فراگیر، اختلال شخصیت اسکیزوئید، اختلال شخصیت اجتنابی، اختلال بدشکلی بدن، اختلال افسردگی اساسی، افسرده خویی و اسکیزوفرنیا)، دریافت داروهای مربوط به مشکلات روانشناختی، شرکت فرد مبتلا در برنامه‌های روان‌درمانی و مشاوره‌ای دیگر در ارتباط با همین مشکل یا دیگر مشکلات روانشناختی.

### ابزارهای پژوهش

مصاحبه تشخیصی بر پایه DSM-5<sup>۱</sup>: مصاحبه‌ای است که بر مبنای ملاک‌های تشخیصی «پنجمین طبقه‌بندی آماری و تشخیصی بیماری‌های روانی انجمن روانپزشکی آمریکا» (DSM-5) و به منظور تشخیص اختلالات روانی، به صورت نیمه‌ساختاریافته طراحی شده است. لازم به ذکر است که موارد تشخیص افتراقی در مورد اختلال اضطراب اجتماعی،

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

مطابق DSM-5 عبارتند از: اختلال هراس، گذرهراسی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال شخصیت اسکیزوئید، اختلال شخصیت اجتنابی، اختلال بد شکلی بدن، اختلال افسردگی، اختلال افسرده‌خویی، اسکیزوفرنیا. ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در ایران توسط امینی و همکاران به شرح زیر گزارش شده است. در این پژوهش کاپا برای تمام تشخیص‌ها به جز کل اختلالات اضطرابی بالاتر از ۰/۴ گزارش شد. همچنین در اکثر تشخیص‌ها ویژگی بالاتر از ۰/۸۵ و در نیمی از این تعداد بالاتر از ۰/۹ بوده که نشان‌دهنده ویژگی مطلوب این مصاحبه ساختار یافته می‌باشد. در عین حال شاخص حساسیت تا حدی پایین‌تر بوده است (بین ۰/۵۴ تا ۰/۸۶). در این پژوهش مجموعه سوالات مرتبط با اختلال اضطراب اجتماعی و تشخیص‌های افتراقی مربوط به آن از مجموعه اصلی مجزا گردیده و جهت تأیید تشخیص افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی استفاده شد.

پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN)<sup>۱</sup>: این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش‌دهی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه خرده‌مقیاس، ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده)، و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) است. هر سوال بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (۰) به همین وجه، (۱) کم، (۲) تا اندازه‌ای، (۳) خیلی زیاد، (۴) بی‌نهایت، درجه‌بندی می‌گردد. کنور و همکاران ضریب بازآزمایی پرسشنامه هراس اجتماعی را بین ۰/۷۸ و ۰/۸۹ همسانی درونی (آلفای کرونباخ) آنرا ۰/۸۲ - ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند (کنور، دیویدسون، چرچیل، شروود، ویسلر، و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). در ایران نیز در پژوهش حسونند عموزاده و همکاران، آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی آن ۰/۶۸ و اعتبار همگرایی پرسشنامه هراس اجتماعی بر اساس رابطه آن با پرسشنامه خطای شناختی<sup>۳</sup>، مقیاس درجه‌بندی حرمت خود<sup>۴</sup> و با اضطراب فوبیک از نسخه تجدیدنظر شده چک لیست نشانگان ۹۰ سوالی (SCL-90-R) به ترتیب ۰/۳۵، ۰/۵۸ و ۰/۷ به دست آمده است که بیانگر اعتبار مناسب آزمون است.

1- Social Phobia Inventory

2- Connor, Davidson, Churchill, Scherwood, Weisler, Foa

3- Cognitive Error Leaf & Bauer Questionnaire

4- Self-Esteem Rating Scale

مقیاس حساسیت اضطرابی تجدید نظر شده (ASIR): یک پرسشنامه خود گزارش دهی است که دارای ۱۶ گویه به صورت مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت است. هر گویه، این عقیده را که احساسات اضطرابی به صورت ناخوشایند تجربه شده و توان منتهی شدن به پیامد آسیب‌زا را دارد، منعکس می‌کند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، ثبات درونی و اعتبار بازآزمایی بالای آن را نشان داده است (ریس، پیترسون، گورسکی و مک نالی، ۱۹۸۶). پایایی در نمونه ایرانی بر اساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و دو نیمه کردن به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۵، ۰/۹۷ گزارش شده است (مرادی منش، میرفرجی، گودرزی و محمدی، ۱۳۸۷).

### یافته‌ها

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

جدول (۱) نتیجه آزمون نرمال بودن متغیر ملاک

عامل	سطح معنی‌داری	مقدار خطا	تایید فرضیه	نتیجه‌گیری
حساسیت اضطرابی	۰/۲۰۱	۰/۰۵	H0	نرمال است

با توجه به نتایج جدول (۱) چون مقدار سطح معنی‌داری برای تمام متغیرهای پژوهش بزرگ‌تر از مقدار خطا ۰/۰۵ است در نتیجه این متغیرها دارای توزیع نرمال است. همچنین به همین منظور برای بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس کوواریانس متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد پژوهش نیز از آزمون باکس استفاده شد.

جدول (۲) نتیجه آزمون باکس جهت بررسی پیش فرض همگنی ماتریس کوواریانس متغیرهای پژوهش

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

جدول (۲) نشان می‌دهد مقدار سطح معنی داری ( $p > 0/05$ ) می‌باشد که گویای آن است شرط همگنی ماتریس کوواریانس به خوبی رعایت شده است ( $F = 1/135$  و  $P > 0/05$ ).

جدول (۳) نتایج آزمون معنی داری تحلیل کوواریانس چندمتغیره در دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی

آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	P
اثر پیلاپی	۱/۴۱	۲۱/۴۳	۳	۵۷	۰/۰۰
گروه لامبدا ویکلز	۰/۰۴۳	۲۲/۷۱	۳	۵۷	۰/۰۰
اثر هتلینگ	۷/۸۴	۲۷/۴۹	۳	۵۷	۰/۰۰
ریشه روی	۶/۹۳	۴۷/۸۲	۳	۵۷	۰/۰۰

همان‌طور که در جدول (۳) مشاهده می‌گردد مقدار لامبدا ویکلز برابر با ۰/۰۴۳ است که این مقدار در سطح ( $p \leq 0/01$ ) معنی دار است، لذا بین دو گروه در ترکیب متغیرهای مورد مطالعه تفاوت معنی دار وجود دارد.

جدول (۴) میانگین و انحراف معیار حساسیت اضطرابی بر حسب روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بین گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	گروه			
	کنترل پیش‌آزمون	کنترل پس‌آزمون	آزمایش پیش‌آزمون	آزمایش پس‌آزمون
میانگین	۲۷/۱۰	۲۷/۳۵	۲۹/۶۳	۱۸/۱۵
انحراف معیار	۵/۳۳	۵/۲۳	۵/۱۴	۴/۸۷
میانگین	۲۷/۱۰	۲۷/۳۵	۲۹/۶۳	۱۸/۱۵
انحراف معیار	۵/۳۳	۵/۲۳	۵/۱۴	۴/۸۷

جدول (۵) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره حساسیت اضطرابی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مدل	۱۹۴۲۶۶/۵۲	۱	۱۹۴۲۶۶/۵۲	۸۲۷۹/۰۸	۰/۰۰۱
گروه	۱۰۶۸/۶۶	۱	۱۷۸/۱۱	۷/۰۴	۰/۰۰۱
خطا	۵۵۴۵/۱۳	۵۷	۲۴/۳۱		

طبق نتایج جدول (۵) و با توجه به مقدار  $F=۷/۰۴$  هم‌چنین با توجه به اینکه سطح معنی داری خطای آزمون برای سطح اطمینان ۰/۹۹ کمتر از ۰/۰۱ است، بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، حساسیت اضطرابی دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی را کاهش می‌دهد.

جدول (۶) میانگین و انحراف معیار حساسیت اضطرابی بر حسب روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بین گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	گروه			
	کنترل پیش‌آزمون	کنترل پس‌آزمون	آزمایش پیش‌آزمون	آزمایش پس‌آزمون
میانگین	۲۶/۱۰	۲۶/۱۵	۲۸/۸۳	۱۶/۰۵
انحراف معیار	۵/۰۳	۵/۱۳	۴/۱۰	۴/۰۷
میانگین	۲۶/۱۰	۲۶/۱۵	۲۸/۸۳	۱۶/۰۵
انحراف معیار	۵/۰۳	۵/۱۳	۴/۱۰	۴/۰۷
حساسیت اضطرابی	۲۶/۱۰	۲۶/۱۵	۲۸/۸۳	۱۶/۰۵

جدول (۷) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره حساسیت اضطرابی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مدل	۱۲۶۹۶۶۵۳/۴	۱	۱۲۶۹۶۶۵۳/۴	۲۱۸۸۰/۳۰	۰/۰۰۱
گروه	۸۲۵۷۶/۹۲	۱	۱۳۴۲۹/۴۸	۲۱/۱۴	۰/۰۰۱
خطا	۱۳۱۷۲۲/۱۵	۵۷	۵۵۷/۷۲		

طبق نتایج جدول (۷) و با توجه به مقدار  $F=۲۱/۱۴$  و هم‌چنین با توجه به اینکه سطح معنی داری خطای آزمون برای سطح اطمینان ۰/۹۹ کمتر از ۰/۰۱ است، بنابراین می‌توان گفت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، حساسیت اضطرابی دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی را کاهش می‌دهد.

## بحث

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر حساسیت اضطرابی در نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی بوده است. به طوری که نتایج به دست آمده از پژوهش مذکور با تحقیقات دیگر مانند (علیمهدی ۱۳۹۶؛ هربارت و همکاران ۲۰۱۴؛ شارپ ۲۰۱۲؛ کوسفسکی و همکاران ۲۰۰۹؛ دالریمپل و همکاران ۲۰۰۷؛ بیرامی و همکاران ۱۳۹۴) همخوانی دارد. در راستای نتایج به دست آمده، پژوهش ناهمسویی یافت نشد. در تبیین می‌توان گفت که مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به عنوان درمانی حمایت‌گرانه که مستلزم ارتباطی قوی بین درمانجو و درمانگر است می‌تواند باعث رشد مهارت‌هایی همچون تحمل درماندگی، ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجانات و مهارت کارآمد بین‌فردی در آزمودنی‌ها گردد. در تبیین این نتایج نیز می‌توان چنین بیان کرد که به نظر می‌رسد مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با ترغیب افراد به تمرین مکرر، توجه متمرکز روی محرک‌های خنثی و آگاهی قصدمندانه روی جسم و ذهن، افراد را از اشتغال ذهنی با افکار تهدیدکننده و نگرانی در مورد روابط با دیگران رها می‌کند و ذهن آنها را از وضعیت اتوماتیک خارج می‌کند. در واقع پذیرش و تعهد نحوه ذهنیت دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی را تغییر می‌دهد و باعث می‌شود که بتوانند ضعف خود را با کمک همسالان و دوستانشان جبران کنند. در این روش درمانی به افراد آموخته می‌شود که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های اضطراب‌زای اجتماعی، با افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی مانند افکار و احساساتی که در حضور و صحبت در جمع به آنها دارند و هم‌چنین با ایجاد اهداف اجتماعی‌تر و تعهد به آنها، با این اختلال خود مقابله کنند. در واقع رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی را تحمیل کرده است، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به هدفی اجتماعی‌تر را می‌توان جزء عوامل اصلی مؤثر در این روش درمانی دانست (ایفرت و ثایث، ۱۳۹۶).

این شیوه درمان، تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی دارد تا به آنها کمک شود که افکار آزار دهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلیشان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزشهایشان است، بپردازند. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایندشان را که مرتبط با حساسیت اضطرابی و مولفه‌های آن است، در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع هدف افزایش انعطاف روانشناختی این افراد بود. به عبارتی عمده‌ترین هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر جهت توجه و تلاش مراجعین از اهداف بیهوده (مثل کاهش احساسات و افکار ناخوشایند ناشی از اضطراب اجتماعی و حساسیت اضطرابی) به سوی اعمال مبتنی بر خواسته‌های آنها از یک زندگی مطلوب است.

هم‌چنین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با افزایش آرام‌سازی، خود آگاهی، تنظیم هیجانی و رفتارهای اجتنابی در کاهش حساسیت اضطرابی دانشجویان مبتلا به نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی تأثیر دارد. در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و خصوصاً اضطراب اجتماعی، یک چرخه معیوب بین احساسات بدنی، ارزیابی‌ها و تفسیرهای منفی و اضطراب وجود دارد که به صورت مداوم و پایدار فرد را به حالت گوش‌به‌زنگی نسبت به نشانه‌های بدنی مرتبط با اضطراب نگه داشته و منجر به افزایش حساسیت اضطرابی در آنها می‌شود و باعث افزایش توجه نسبت به محرک‌های تهدیدکننده شده و سطح تهدیدکنندگی محرک‌های درونی و بیرونی ادراک شده را افزایش می‌دهد. افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا زمانی که توجه دقیق و اندیشناک (توجه به آنچه در حال حاضر در حال وقوع است و آگاهی از آن) در آنها افزایش یابد، علائم اضطرابی کمتری را گزارش می‌کنند. ذهن‌آگاهی بنیادین که زیربنای آن بر اساس پذیرش افکار ناخوشایند و حالات هیجانی مختلف شکل گرفته است، توانمندی فرد در کنترل تأثیرپذیری از افکار و هیجانانش را به‌طور چشمگیری بالا می‌برد و به فرد اجازه می‌دهد طیف وسیعی از افکار و هیجانانش را بدون تجربه آشفتگی هیجانی، در ذهن تجربه کند. ذهن‌آگاهی بنیادین با قابلیت بالایی که در کاهش اضطراب

و استرس و افزایش تمرکز برای کسانی که این روش را به کار می‌برند دارد، باعث می‌گردد فرد در مواجهه با افکار خودآیندی که در صورت داشتن بار هیجانی به حساسیت اضطرابی تبدیل می‌شوند، ثبات هیجانیاش را حفظ کند و به فکر مزاحم بیش از حد توجه نکند، بلکه نظاره‌گر عبور این فکر از ذهنش باشد. این توانایی باعث می‌شود افکار خود آیند، اشتغال فکری بیش از حدی که قبلاً برای فرد به وجود می‌آوردند را ایجاد نکنند. در فرایند آموزش‌های ذهن‌آگاهی می‌آموزیم احساس‌های بدنی خود را که با ادراک تجارب خوشایند و ناخوشایند مرتبط هستند، به طور آگاهانه دریابیم، به شناسایی نقاطی از بدن که سبب این برافراشتگی‌ها می‌شود و همچنین به پذیرش هیجانات و افکاری که مرتبط با این حس‌ها هستند بپردازیم. به این ترتیب به احساسات خود معنا می‌دهیم و می‌توانیم آنها را از یکدیگر تفکیک کنیم و برای ما روشن می‌شود چه چیزی در بدن ما در حال وقوع است. بنابراین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از یکسو با اجرای تکنیک‌هایی که مربوط به مؤلفه ذهن‌آگاهی بنیادین هستند، باعث کاهش اضطراب و استرس در فرد می‌گردد و از سوی دیگر با تغییر الگوهای شناختی، بهبود سبک تفکر و شناسایی خطاهای شناختی به افزایش توانایی کنترل افکار و بهبود نحوه برخورد با افکار خودآیند و مزاحم می‌انجامد. مؤلفه‌های درمانی روش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از قبیل اجرای فنون ذهن‌آگاهی، افزایش هشیاری و آگاهی درونی، افزایش تحمل پریشانی، شناسایی حساسیت‌های فیزیکی و عاطفی، آموزش شناسایی و جایگزینی افکار و باورهای ناکارآمد و منفی و افزایش آرامش جسمانی و درونی می‌تواند با کاهش حساسیت اضطرابی زمینه‌ساز بهبود وضعیت روانشناختی و افزایش سازگاری دانشجویان مبتلا به نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی شود. در کل این فنون با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حاضر و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات موجب کاهش نگرانی، تنش فیزیولوژیک و حساسیت اضطرابی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی می‌گردد.

از نظر کاربردی یافته‌های این پژوهش برای متخصصان، روانشناسان و مشاورانی که در مراکز درمانی فعالیت دارند حائز اهمیت بالائی می‌باشد. زیرا برنامه‌ریزی برای کاهش میزان حساسیت اضطرابی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی می‌تواند در بهبود وضعیت روانشناختی

و عملکرد تحصیلی دانشجویان چه از لحاظ اجتماعی و روانی نقش بسزائی ایفا کند. توضیح آنکه، متخصصان، روانشناسان و مشاوران تا جائی که امکان دارد باید سعی کنند تا افکار منفی، تصورات غلط و نگرانی‌هایی که دانشجویان را مورد هجوم قرار می‌دهند با شیوه‌ها و روش‌های مختلفی کنترل کنند و حداقل امکان نقش عوامل روان‌شناختی اضطراب‌آور و مخرب را که منجر به تخریب وضعیت سلامت روان‌شناختی آنان می‌گردد را کاهش دهند. بنابراین لازم است که نه تنها متخصصان و روانشناسان بلکه خانواده‌ها هم به نقش و اهمیت تکنیک‌های روان‌شناختی خصوصاً درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش حساسیت اضطرابی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی توجه نمایند.

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

## منابع

- ایفرت، جورج و ثایث، جان فور (۱۳۹۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اختلالات اضطرابی، ترجمه علی فیضی، میلاد خواجه‌پور و سجاد بهرامی، انتشارات ابن سینا، چاپ اول.
- بیرامی، منصور؛ موحدی، یزدان و علیزاده گورادل، جابر (۱۳۹۴). اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش اضطراب اجتماعی و نگرش‌های ناکارآمد نوجوانان، دو فصلنامه علمی- پژوهشی شناخت اجتماعی، سال چهارم، شماره یک.
- پورفرج عمران، مجید (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان، فصلنامه دانش و تندرستی، دوره ششم، شماره ۲.
- سادوک، بنجامین؛ سادوک، ویرجینیا و روییز، پدرو (۲۰۱۵). خلاصه روانپزشکی بر اساس DSM-5، ترجمه فرزین رضاعی، انتشارات کتاب ارجمند، چاپ دوم. جلد اول.
- علیمهدی، منصور؛ احتشام‌زاده، پروین؛ افتخار سعادی، زهرا و پاشا، رضا (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر حساسیت اضطرابی و علائم اختلال اضطراب فراگیر، مجله مطالعات ناتوانی، شماره هفتم.
- فردابینی سفلی، حامد؛ کارسازی، حسین؛ امامی عزت، آمنه و بخشی‌پور سردرودی، عباس (۱۳۹۴). روابط ساختاری حساسیت اضطرابی، نگرانی و دشواری در تنظیم هیجان با اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال پنیک. فصلنامه اندیشه و رفتار، دوره نهم، شماره سی و ششم.
- کرین، ربکا (۱۳۹۰). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، ترجمه انیسی خوش لهجه صدق. انتشارات بعثت. تهران: انتشارات بعثت.
- کیانی، احمدرضا؛ قاسمی، نظام‌الدین و پورعباس، علی (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم‌شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه، فصلنامه اعتیاد پژوهی سو مصرف مواد، سال ششم، شماره بیست و چهارم.
- مرادی منش، فردین و میرجعفری، سیداحمد (۱۳۸۵). حساسیت اضطرابی: مفاهیم و دیدگاه‌ها، فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، ۱۱ (۳۹،۴۰).
- مرادی منش، فردین؛ میرجعفری، سیداحمد؛ گودرزی، محمدعلی و محمدعلی و محمدی، نوراله (۱۳۸۷). مقیاس حساسیت اضطرابی تجدیدنظر شده، مجله روانشناسی، ۱۱ (۴)، ۴۲۶-۴۴۶.

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

ولز، آدرین (۲۰۰۶). *اختلالات هیجانی و فراشناخت: شناخت درمانی نوین*، ترجمه فاطمه بهرامی و شیوا رضوان. تهران، چاپ اول.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington DC: APA; 2013.

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

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

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

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

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

Dalrymple, K.L. & Herbert, J.D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder a pilot study, *Behavior Modification*, 31 (5): 543–568.

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

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

- 
- Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb-Villardaga, J., Villate, J.L. & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy, *Behavior Therapy*, 44 (2): 180–198.
- Herbert, J., Gershkovich, M. & Evan, M. (2014). Acceptance and Mindfulness-Based Therapies for Social Anxiety Disorder, DOI: 10.1002/9781118653920.1.
- Karlsen, B.S., Clench-Aas, J., Roy, B.V. & Raanaas, R.K. (2014). Relationships between social anxiety and mental health problems in early adolescents from different socioeconomic groups: results from a cross-sectional health survey in Norway, *J Psychol Abnorm Child*, 3, 120–6.
- Kocovski, N.L., Fleming, J.E. & Rector, N.A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial, *Cognitive and Behavioral Practice*, 16 (3):276–289.
- Leta, S. (2001). Depression Rates among College Students on the Rise. The Daily California. Retrieved from: [http://www.dailycal.org/article/6206/depression\\_rates\\_among\\_college\\_students\\_o\\_the\\_ris](http://www.dailycal.org/article/6206/depression_rates_among_college_students_o_the_ris).
- McCraty, R. (2007). *When anxiety causes your brain to jam, use your heart*. Institute of HeartMath Research Center, Institute of HeartMath, Boulder Creek, CA.
- Orsillo, S.M. & Roemer, L. (2005). *Acceptance-and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety*, Springer.
- Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav Res Ther*1997; 35: 741-56.
- Reghuram, R. & Mathias, J. (2014). A study on occurrence of social anxiety among nursing students and its correlation with professional adjustment in selected nursing institutions at Mangalore, *Nitte Univ J Health Sci* , 4 (2): 64–9.
- Reiss, S., Peterson, R.A., Gursky, D.M. & McNally, R.J. (1986). Anxiety Sensitivity, Anxiety Frequency and the Prediction of Fearfulness, *Behavior research and therapy*, 24 (1).
- Rosal, M.C., Ockene, I.S., Ockene, J.K., Barrett, S.V. Ma, Y. & Hebert, J.R. (1997). A longitudinal study of students' depression at one medical school, *Acad Med*, 72 (6): 542–6.

- 
- Salina, M., Ng, C.G., Gill, J.S. & Chin, J.M. (2008). Social anxiety problem among medical students in University Malaya medical center (UMMC) – A cross-sectional study, *Malaysian J Psychiatry*, 17 (2): 17–22.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*, 2nd ed, New York: Guildford press, 182–183.
- Sharp, K. (2012). A review of acceptance and commitment therapy with anxiety disorders, *International journal of psychology and psychological therapy*, 12 (3): 359–372.
- Stein MB, Stein DJ. Social anxiety disorder. *Lancet* 2008; 371: 1115-25.
- Strahan, E.Y. (2003). The effects of social anxiety and social skills on academic performance, *Pers Individ Dif*, 34 (2): 347–66.
- Zvolensky, M.J., Schmidt, N.B., Bernstein, A. & Keough, M.E. (2006). Risk factor research and prevention programs for anxiety disorders: a translational research framework, *Behavior Research and Therapy*, 44 (9): 1219–1239.