

مقایسه اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد

بر تنظیم هیجانی و خودکارآمدی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی

محمد ابراهیم مداحی^۲

نفیسه دورودیان^۱

جواد خلعتبری^۳

پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۱۱/۰۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۲۱

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی و خودکارآمدی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی شهر تهران بود. این پژوهش از نوع آزمایشی و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل همراه با پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری حدود ۱۰۰۰ زن ۳۵ - ۲۵ ساله دارای اضطراب اجتماعی است که در سال ۹۶ - ۱۳۹۵ به خانه‌های سلامت شهر تهران مراجعه کرده بودند. از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای و با توجه به نمره برش پرسشنامه‌ها، ملاکهای ورود و خروج و مصاحبه ساختاریافته به منظور تشخیص قطعی اضطراب اجتماعی، تعداد ۴۵ زن انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه (درمان شناختی رفتاری، درمان پذیرش و تعهد و کنترل) جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش عبارت است از مصاحبه ساختار یافته، سیاهه اضطراب اجتماعی کانور (۲۰۰۰)، پرسشنامه تنظیم هیجانی (۲۰۰۱) و پرسشنامه خودکارآمدی شرر (۱۹۸۲). هر یک از گروه‌های آزمایش دوازده جلسه تحت درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد هر دو درمان در بهبود تنظیم هیجانی و خودکارآمدی موثر بوده است ($p < 0/01$)؛ ولی درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در افزایش تنظیم هیجانی و خودکارآمدی در پس‌آزمون و پیگیری برتری داشته است ($p < 0/01$)؛ بنابراین درمان پذیرش و تعهد در بهبود مشکلات روانشناختی زنان و همچنین ارتقای سلامت روان آنان کمک بسزایی کرده است.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، درمان پذیرش و تعهد، تنظیم هیجانی، خودکارآمدی، اضطراب اجتماعی، زنان.

این پژوهش بخشی از رساله دکتری رشته روانشناسی است.

۱ - دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
n.doroudian@gmail.com

۲ - نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۳ - دانشیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ ترس مشخص، ثابت و مستمر از شرمندگی شدن یا مورد ارزیابی قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی یا در زمان فعالیتی در حضور دیگران تعریف شده است (انتونی^۲، ۲۰۱۳). افراد با تشخیص اضطراب اجتماعی در موقعیت‌های مختلف اجتماعی همواره بیم دارند که دیگران آنان را افرادی مضطرب، ناتوان و آشفته قلمداد کنند (همبرگ^۳، ۲۰۱۱). به همین دلیل از این موقعیت‌ها بیشتر به دلیل اضطراب شدیدی که به همراه دارد، اجتناب می‌کنند (ترک، همبرگ و هوپ^۴، ۲۰۱۰). اختلال اضطراب اجتماعی با شیوع نوزده درصدی در جامعه جایگاه سومین اختلال روانپزشکی را پس از اختلال افسردگی و وابستگی به الکل دارد (ادرکا^۵، ۲۰۱۳). پژوهش‌های مربوط به تفاوت‌های جنسیتی نشان می‌دهد که شیوع اضطراب اجتماعی در میان زنان شایعتر است (فدورف و تیلر^۶، ۲۰۱۱)؛ این در حالی است که زنان به طور کلی نسبت به مردان در برابر عوامل تنش‌زا آسیب‌پذیرتر هستند و عوامل تنش‌زای گوناگون بیشتر بر آنها تأثیر می‌گذارد (شواب و شنیل^۷، ۲۰۱۷). بنابراین، توجه به جنبه‌های مختلف سلامت زنان از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است.

یکی از محورهای ارزیابی سلامت جوامع، پویایی و کارآمدی اعضای آن جامعه است (بالوچ^۸، ۲۰۱۴). در این بین برای تعامل بین شخص و محیط از مهمترین مؤلفه‌های تأثیرگذار خودکارآمدی^۹ است (دینگ، یانگ، یانگ و زهانگ^{۱۰}، ۲۰۱۵). خودکارآمدی، به باورهای افراد درباره توانایی‌هایشان در سامان دادن انگیزه‌ها، منابع شناختی و اعمال کنترل بر رخدادی معین اشاره دارد (بندورا^{۱۱}، ۲۰۱۲ به نقل از فتح‌اله‌زاده، باقری، رستمی و یزدی، ۱۳۹۵). در واقع خودکارآمدی، توان سازنده‌ای است که بدان وسیله مهارت‌های شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان برای تحقق اهداف مختلف به گونه‌ای اثربخش ساماندهی می‌شود (زولا^{۱۲}، ۲۰۰۸). در حالی که افراد

-
- 1 - Social Anxiety Disorder
 - 2 - Antony
 - 3 - Himberg
 - 4 - Turk, Himberg, Juster, Hope
 - 5 - Adreka
 - 6 - Fedorf, Tiller
 - 7 - Schwab, Schienle
 - 8 - Balloch
 - 9 - Self -Efficacy
 - 10 - Ding, Yang, Yang, Zhang
 - 11 - Bandura
 - 12 - Zulla

مبتلا به اضطراب اجتماعی، اغلب احساس می‌کنند که مهارتهای ویژه و تواناییهای لازم برای رفتار میان فردی را ندارند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) این امر سبب بروز و تداوم اضطراب در آنها می‌شود (زولا، ۲۰۰۸). از آنجا که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در موقعیت‌های اجتماعی اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند و خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی تعیین‌کننده اضطراب اجتماعی دانسته شده به نظر می‌رسد که تلاش در راستای افزایش خودکارآمدی به عنوان بخشی از درمان مؤثر باشد (منین، کاتی، مک‌لاگهلین و فلانگهان^۱، ۲۰۱۱).

هم‌چنین پژوهشها نشان می‌دهد که پاسخهای هیجانی نامناسب در رویارویی با فشار روانی از جمله احساس غمگینی و پریشانی و راهبردهای نظم‌جویی هیجانی نارسا موجب پریشانیهای کوتاه مدت عاطفی بین افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی می‌شود (قاسم‌زاده‌نساجی، پیوسته‌گر، حسینیان و موتابی و بنی‌هاشمی، ۱۳۸۹). در این بین توانایی کنترل هیجانات از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. تنظیم هیجان^۲ به عنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل و یا تغییر هیجان و احساس درونی مرتبط با فرایندهای اجتماعی - روانی، فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود (ایزن^۳، ۲۰۰۸ به نقل از عشورنژاد، ۱۳۹۵). بیشتر متغیرهای تنظیم هیجانی با اختلالات اضطرابی از جمله اختلال اضطراب اجتماعی، رابطه معناداری نشان می‌دهد. راهبردهای تنظیم هیجان، که افراد هیجانهای خود را بر اساس آن تنظیم می‌کنند از عوامل اضطراب و افسردگی به شمار می‌رود (درخشان، کربلایی، میگونی و صیرفی، ۱۳۹۵)؛ به عبارت دیگر، اختلال اضطراب اجتماعی شامل واکنش‌پذیری و فعالیت هیجانی و عاطفی بیش از حد و اختلال در تنظیم هیجانات است (ورنر، گلدین، بال، هیمبرگ و گراس^۴، ۲۰۱۱).

با توجه به پیامدهای این اختلال و میزان شیوع آن در جامعه مطالعات زیادی به منظور ارائه درمانهای مؤثر برای اضطراب اجتماعی صورت گرفته است و روشهای درمانی گوناگونی شامل انواع درمانهای دارویی و روانشناختی به منظور بهبود اختلال اضطراب اجتماعی ارائه شده، و به لحاظ تجربی نیز مورد تأیید واقع شده است. هر چند همه این درمانها اثر دارد، بین آنها تفاوتی از نظر میزان اثربندی و با صرفه بودن نیز وجود دارد (هرمن، آفر و هلن^۵، ۲۰۱۴).

یکی از رایجترین درمانها برای اختلال اضطراب اجتماعی درمان شناختی رفتاری است (هافمن

1 - Menin, Katie, Maclaghellin, Fllanghan

2 - Emotion Regulation

3 - Ezan

4 - Werner, Goldin, Ball, Himberg, Gross

5 - Herman, Afer, Helen

و اوتو^۱، (۲۰۱۱). این الگوی درمانی نشان می‌دهد که اضطراب اجتماعی با انتظارات غیر واقعی در مورد معیارهای اجتماعی و نقص در انتخاب هدفهای اجتماعی قابل دسترس مرتبط است (هافمن و اسمیت^۲، ۲۰۱۱). در رویارویی با موقعیت‌های اجتماعی چالش برانگیز، بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی عمدتاً توجه خود را به جنبه‌های منفی خود و عملکرد اجتماعیشان معطوف می‌کنند. این موضوع به بیش برآورد پیامدهای منفی رویارویی اجتماعی، احساس ناتوانی در کنترل عاطفی، خودانگاره منفی به عنوان موجودی اجتماعی و یا احساس ضعف در مهارت‌های اجتماعی منجر می‌شود. در نتیجه افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی گوش به زنگ خطاهای اجتماعی هستند و اشتباهات خود را فاجعه‌آمیز تلقی می‌کنند (آقایی، جلالی و امین‌زاده، ۱۳۸۸). بر همین مبنا به نظر می‌رسد که درمان شناختی رفتاری^۳ برای کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر باشد (هافمن و اسمیت، ۲۰۱۱). از درمان‌های دیگر می‌توان به درمان پذیرش و تعهد^۴ اشاره کرد که از رایجترین درمان‌های موج سوم رفتار درمانی است و هدف آن، کمک به مراجعه‌کننده برای رسیدن به زندگی ارزشمند، کامل و رضایت‌بخش است که از طریق انعطاف‌پذیری روانشناختی ایجاد می‌شود (پورعباسی، قاسمی و کیانی، ۱۳۹۱). درمان پذیرش و تعهد فرایندهای تغییر رفتار و فرایندهای پذیرش و ذهن آگاهی را تلفیق می‌کند. در این درمان اعتقاد بر این است که بسیاری از شکل‌های آسیب روانی با تلاش‌های بی‌پهلو و بی‌حاصل برای جلوگیری از تجربه درونی منفی توسط رفتارهایی مانند سوء مصرف مواد، گسستگی یا پرهیز از مردم، مکانها و موقعیت‌هایی مرتبط است که موجب آنها می‌شود و اثربخشی آن برای اختلال‌های اضطرابی مختلف نشان داده شده است (براون‌ورین^۵، ۲۰۱۳).

با توجه به اهمیت پژوهش‌های اثربخشی در تعمیم نتایج به جامعه و موقعیت‌های درمانی واقعی، اگر چه در مورد اهمیت خودکارآمدی و تنظیم هیجان زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی پژوهش‌هایی صورت گرفته است در مورد مقایسه اثربخشی این دو درمان پژوهشی انجام نشده است. بنابراین، پژوهش درصدد مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی و خودکارآمدی زنان ۳۵ - ۲۵ ساله مبتلا به اضطراب اجتماعی شهر تهران است. فرضیه‌های این پژوهش عبارت است از:

-
- 1 - Hofman, Ottuo
 - 2 - Hofman, Esmit
 - 3 - Cognitive Behavioural Therapy
 - 4 - Acceptance and Commitment Therapy
 - 5 - Brown, Ryan

- ۱- بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی زنان ۲۵-۳۵ ساله مبتلا به اضطراب اجتماعی شهر تهران تفاوت وجود دارد.
- ۲- بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی زنان ۲۵-۳۵ ساله مبتلا به اضطراب اجتماعی شهر تهران تفاوت وجود دارد.

روش

پژوهش از نوع آزمایشی با گروه کنترل و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری شامل زنان ۲۵-۳۵ ساله، مبتلا به اضطراب اجتماعی است که در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۵ به خانه‌های سلامت در شهر تهران مراجعه کرده‌اند که حدود ۱۰۰۰ نفر بودند. از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای در این پژوهش استفاده شد. به منظور انتخاب تصادفی مناطق از نقشه پهنه‌بندی شهر تهران کمک گرفته شد. بر اساس نقشه پهنه‌بندی، شهر تهران به پنج بخش شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم شده است پژوهشگر از هر بخش یک منطقه و از هر منطقه چهار مرکز سلامت به تصادف انتخاب کرد که در مجموع بیست مرکز انتخاب شد. سپس با مراجعه به مراکز و درخواست از زنان مراجعه‌کننده در مجموع ۳۳۰ پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور تکمیل شد. لازم به توضیح است که به منظور تعیین نقطه برش پرسشنامه‌ها، ۳۰ زن ۲۵-۳۵ سال به طور تصادفی انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی کانور، خودکارآمدی و تنظیم هیجانی گرانفسکی پاسخ دادند. میانگین و انحراف استاندارد پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور به ترتیب (۳۳/۵۳، ۳/۲۵) و دو انحراف استاندارد بیش از میانگین یعنی نمره ۴۰ به عنوان نمره برش در نظر گرفته شد. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای خودکارآمدی (۳۲/۰۱، ۴/۴۲) و تنظیم هیجانی (۱۱۰/۰۷، ۲۵/۶۷) محاسبه شد که انحراف استاندارد کمتر از میانگین به ترتیب برابر با ۲۸ و ۸۴ به عنوان نقاط برش پرسشنامه‌ها در نظر گرفته شد. پس از کنار گذاشتن ۴۸ پرسشنامه مخدوش و با توجه به نقطه برش پرسشنامه‌ها ۶۵ نفر انتخاب شدند. سپس برای تأیید تشخیص قطعی اضطراب اجتماعی و افتراق آن از دیگر اختلالات، مصاحبه بالینی ساختار یافته‌ای انجام شد. از بین افراد دعوت شده برای مصاحبه هشت نفر از ادامه همکاری انصراف دادند و نه نفر با توجه به ملاکهای ورود (عدم دریافت درمان روانشناختی طی شش ماه گذشته، عدم تجربه طلاق در یک سال گذشته، عدم مصرف داروهای روانپزشکی در شش ماه گذشته، تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی و تکمیل برگه رضایت‌نامه) و ملاکهای خروج (عدم

حضور بیش از چهار جلسه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله) کنار گذاشته شدند. در نهایت از بین ۴۸ نفر باقیمانده، ۴۵ نفر به تصادف انتخاب و در سه گروه ۱۵ نفری جایگزین شدند. مطالعه در خانه سلامت منطقه نه شهر تهران توسط دانشجوی دکتری روانشناس عمومی با آشنایی لازم از روش مداخله‌های یاد شده با توجه به معیارهای اخلاقی پژوهش نظیر رضایت آگاهانه و حفظ اسرار شرکت کنندگان برگزار شد. شرکت کنندگان در سه نوبت، یعنی در خط پایه قبل از مداخله در گروه‌های آزمایش، مرحله پس از مداخله و پیگیری سه ماهه مورد سنجش قرار گرفتند. با استفاده از نرم افزار SPSS از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی^۱ برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

ابزارهای اندازه‌گیری این پژوهش شامل دو دسته است: دسته اول ابزارهایی که به منظور غربالگری زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی که ملاکهای ورود به تحقیق را داشته باشند مورد استفاده قرار گرفت که شامل مصاحبه ساختار یافته و پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور بود. دسته دوم ابزارهایی که به منظور اندازه‌گیری متغیرهای وابسته، مورد استفاده قرار گرفت که برنامه درمانی پذیرش و تعهد، برنامه درمانی شناختی رفتاری، پرسشنامه خودکارآمدی شرر، و پرسشنامه تنظیم هیجان کارنفسکی بود. درمان برای گروه آزمایشی اول به صورت گروهی طی دوازده جلسه و یک بار در هفته به مدت نود دقیقه بر اساس درمان پذیرش و تعهد اجرا شد (پریویدن، پرستی، ریتی، میسلی و مودراتو^۲، ۲۰۱۱).

مصاحبه ساختار یافته^۳: مصاحبه ساختار یافته توسط فرست^۴ و همکاران (۱۹۹۷) انطباق داده شده است. مصاحبه‌ای ساختار یافته است که به منظور تشخیص‌گذاری بر اساس معیارهای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی است. توافق تشخیصی نسخه فارسی بیش از ۰/۶، توافق کلی برای تمامی تشخیص‌های ۰/۵۲ و کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ گزارش شده است (شریفی و همکاران، ۱۳۸۵).

سیاهه اضطراب اجتماعی کانور^۵: این ابزار نخستین بار توسط کانور، دیویدسون، چرچیل، شروود و فوآ^۶ (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه شد. این ابزار مقیاسی خودسنجی

1 - Bonferons Follow-up Test
 2 - Prevedini, Presti, Rabitti, Miselli, Moderato
 3 - Structured Clinical Interview (SCID)
 4 - First
 5 - Social Phobia Inventory (SPIN)
 6 - Connor, Davidson, Cherrhill, Sheroud, Foa

حاوی هفده ماده و سه زیر مقیاس فرعی است که عبارت است از: ترس در موقعیت‌های اجتماعی (۶ ماده)، پرهیز از عملکرد در موقعیت‌های اجتماعی (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی در موقعیت‌های اجتماعی (۴ ماده). این پرسشنامه با دارا بودن ویژگی‌های با ثبات روان سنجی می‌تواند به عنوان ابزاری معتبر برای سنجش شدت نشانه اضطراب اجتماعی به کار رود. به علاوه می‌تواند به عنوان ابزار غربالگری و برای آزمودن پاسخ به درمان در اختلال اضطراب اجتماعی کاربرد داشته باشد. اعتبار این پرسشنامه با روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ است و ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین برای مقیاسهای فرعی ترس ۰/۸۹، پرهیز ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیکی ۰/۸۰ گزارش شده است. در ایران محاسبه آلفای کرونباخ برای نیمه اول این آزمون ۰/۸۲ و برای نیمه دوم آن ۰/۷۶ و در نهایت هبستگی این دو ۰/۸۴ گزارش شد (حسنوندعموزاده، عقیلی و حسنوندعموزاده، ۱۳۹۲). آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش ۰/۹۱ برآورد شده که در حد قابل قبولی است.

پرسشنامه خودکارآمدی شرر و مادوکس: این مقیاس توسط شرر و مادوکس (۱۹۸۲) ساخته شده است و در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (۱ = کاملاً موافق تا ۵ = کاملاً مخالف). ماده‌های شماره ۱۳، ۱۵، ۹، ۱، ۳، ۸ از راست به چپ امتیازاتش افزایش می‌یابد و بقیه ماده‌ها به صورت معکوس، یعنی از چپ به راست امتیازاتش افزایش می‌یابد (عیسی‌زادگان، شیخی و حافظنیا ۱۳۹۴). ضریب پایایی گزارش شده توسط شرر و همکاران ۰/۸۶ به دست آمده (زولا، ۲۰۰۸). آلفای کرونباخ برای خودکارآمدی در این پژوهش برابر با ۰/۸۴ برآورد شد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی: این پرسشنامه توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون^۱ در (۲۰۰۱) به منظور ارزیابی چگونگی تفکر افراد بعد از تجربه رخداد‌های تهدیدکننده یا تنش‌زای زندگی تهیه شده است و دارای ۳۶ عبارت است که چگونگی پاسخ به آن بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت در دامنه‌ای از (۱ هرگز تا ۵ همیشه) قرار دارد. پرسشنامه از نظر مفهومی نه خرده مقیاس متمایز از هم را تشکیل می‌دهد که پایایی راهبردهای مثبت، منفی و کل با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۹۳ به دست آمده است (سیسلر، اولانتیجی، فلدنر و فورسیس^۲، ۲۰۱۰). آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان

منفی ۰/۸۷ و خرده مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان مثبت ۰/۸۳ و کل مقیاس ۰/۸۱ گزارش شده است.

دستورالعمل اجرایی جلسات درمان پذیرش و تعهد در قالب دوازده جلسه نود دقیقه ای اجرا شد که خلاصه‌ای از آن ارائه شده است:

جلسه اول و دوم: برقراری رابطه درمانی با استفاده از استعاره دو کوه، آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش و قوانین گروه، آموزش درباره‌ی اضطراب اجتماعی، تبیین اضطراب اجتماعی و نشانه‌های آن، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، ارزیابی انتظارات افراد از جلسات درمانی.

جلسه سوم و چهارم: ایجاد درماندگی خلاق، استفاده از استعاره‌های انسان در چاه، مسابقه طناب‌کشی با هیولا و بیرگرسنه، آموزش افراد درباره‌ی اینکه چگونه با استفاده از تمرینات ذهن آگاهی یاد بگیرند که به جای واکنش به اضطراب آن را مشاهده کنند؛ دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

جلسه پنجم و ششم: آموزش تمایل جایگزینی بهتر، آموزش پذیرش رویدادهای درونی و توضیح در مورد پرهیز از تجربه دردناک و تمرکز به عنوان راهبردهای بی‌فایده در برخورد با اضطراب، آگاهی از پیامدهای پرهیز با استفاده از استعاره مهمان ناخوانده، بررسی ارزشها و تفاوت آن با اهداف، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از استعاره شیرشیرشیر، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

جلسه هفتم و هشتم: آموزش گسلش شناختی از طریق استعاره‌های اتوبوس و رژه رفتن سربازان که هدف نهایی آن ایجاد فاصله بین فرد و افکار، احساسات و خاطرات است و در نهایت مراجعه کننده واکنش‌های درونی را در سطح مشاهده گر می‌بیند و با آنها آمیخته نمی‌شود.

جلسه نهم و دهم: توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان بستر و برقراری تماس با استفاده از استعاره ابر و آسمان و استعاره خانه و مبلمان. آگاهی از دریافتهای حسی مختلف و جدایی از حسهایی که جزء محتوای ذهنی است.

جلسه یازده و دوازدهم: آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرحهای رفتاری مطابق با ارزشها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات به همراه مراجعه کننده و اجرای پس آزمون.

یکی دیگر از روشهای مداخله‌ای مورد استفاده در پژوهش درمان شناختی رفتاری است

(کلارک و ولز، ۲۰۰۹) که در قالب دوازده جلسه نود دقیقه‌ای اجرا شد که در ذیل خلاصه‌ای از دستورالعمل اجرای جلسات درمان شناختی رفتاری ارائه شده است.

جلسه اول و دوم: معرفی کلی، صحبت درباره مشکلاتی که اضطراب اجتماعی برایشان ایجاد کرده است و همچنین انتظارات و اهدافی که از درمان دارند، ارائه سبب‌شناسی اضطراب اجتماعی و معرفی ماریچ پابین‌رونده و تخصیص، تکلیف خانگی.

جلسه سوم و چهارم: مرور تکلیف خانگی، توضیح درباره ساخت سلسله مراتب ترس و پرهیز و منطق استفاده از آن، توضیح و تمرین خود بازبینی و تکلیف خانگی، معرفی و شناسایی افکار خودآیند و هیجانات ناشی از آن، مروری مقدماتی بر بازسازی شناختی و تکلیف خانگی.

جلسه پنجم و ششم: مروری بر تکلیف خانگی، تعیین خطاهای تفکر، به چالش کشیدن افکار خودآیند، آماده‌سازی برای اولین رویارویی، رویارویی تدریجی و منظم، اجرای رویارویی درون جلسه، تکلیف خانگی.

جلسه هفتم و هشتم: مرور تکلیف خانگی، بیان نکات تکمیلی درباره رویارویی‌های بعدی، اجرای رویارویی درون جلسه، بررسی پرسش مراجعه‌کنندگان و پاسخگویی به آنها و تکلیف خانگی.

جلسه نهم و دهم: مرور تکلیف خانگی، توضیح منطق بازسازی شناختی پیشرفته، باورهای بنیادین و تکلیف خانگی.

جلسه یازدهم و دوازدهم: خلاصه کردن پیشرفت‌های هر یک از اعضای گروه با تأکید بر عملکرد مستقل و مهارت‌های مثبتی که کسب کردند. صحبت افراد در مورد اینکه بر چه اضطراب‌هایی غلبه کرده‌اند؛ چه اضطراب‌های باقی مانده است و اینکه قصد دارند چه کارهایی برای غلبه بر اضطراب‌های باقیمانده انجام دهند؛ توضیح درباره احتمال برگشت و پیشگیری از آن و پس‌آزمون.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه پذیرش و تعهد، گروه شناختی رفتاری و کنترل به ترتیب برابر با ۲۹/۴۰ (۲/۸۵)، ۲۹/۳۳ (۲/۸۲) و کنترل ۲۹/۱۳ (۲/۵۰) بود.

شاخصهای توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) مؤلفه‌های تنظیم هیجان (تمرکز دوباره مثبت، دیدگاه وسیعتر، سرزنش دیگران، سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌پنداری، پذیرش) و خودکارآمدی در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برحسب گروه‌های آزمایشی و کنترل در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد ابعاد تنظیم هیجانی و خودکارآمدی در سه مرحله

گروه کنترل	شناختی رفتاری	پذیرش و تعهد	مؤلفه‌های تنظیم هیجانی	
			مراحل آزمون	میانگین و انحراف معیار
تمرکز دوباره مثبت	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	پیش‌آزمون	۲/۲۹±۰/۱۶
			پس‌آزمون	۲/۴۷±۰/۱۸
			پیگیری	۲/۵۱±۰/۱۵
دیدگاه وسیعتر	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	پیش‌آزمون	۲/۲۶±۰/۲۸
			پس‌آزمون	۲/۴۰±۰/۲۶
			پیگیری	۲/۴۲±۰/۲۲
سرزنش دیگران	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	پیش‌آزمون	۲/۱۳±۰/۲۷
			پس‌آزمون	۲/۳۷±۰/۴۲
			پیگیری	۲/۵۷±۰/۳۲
سرزنش خود	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	پیش‌آزمون	۲/۳۶±۰/۳۹
			پس‌آزمون	۲/۳۶±۰/۴۱
			پیگیری	۲/۲۰±۰/۳۵
نشخوار فکری	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	پیش‌آزمون	۲/۲۴±۰/۲۴
			پس‌آزمون	۲/۳۹±۰/۳۰
			پیگیری	۲/۳۵±۰/۳۲
فاجعه‌پنداری	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	پیش‌آزمون	۲/۳۰±۰/۲۷
			پس‌آزمون	۲/۴۸±۰/۳۶
			پیگیری	۲/۳۵±۰/۳۱
پذیرش	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	پیش‌آزمون	۲/۲۰±۰/۲۵
			پس‌آزمون	۲/۵۵±۰/۲۵
			پیگیری	۲/۱۵±۰/۲۵
کل	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	پیش‌آزمون	۲/۲۶±۰/۰۷
			پس‌آزمون	۲/۴۴±۰/۰۵
			پیگیری	۲/۴۰±۰/۱۲
خودکارآمدی	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	پیش‌آزمون	۱/۵۶±۰/۰۷
			پس‌آزمون	۲/۳۰±۰/۱۲
			پیگیری	۲/۳۲±۰/۰۶

همان طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود نمره‌های تنظیم هیجان در مؤلفه‌های تمرکز دوباره مثبت، دیدگاه وسیعتر و پذیرش افزایش و در مؤلفه‌های سرزنش دیگران، سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌پنداری کاهش نشان داده است. هم‌چنین میانگین کل تنظیم هیجانی در درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش داشته و تا مرحله پیگیری مداومت نشان داده است. میانگین خودکارآمدی درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته و تا مرحله پیگیری مداومت نشان داده است.

در این مطالعه نمره‌های راهبردهای تنظیم هیجان و خودکارآمدی در گروه‌های آزمایشی و کنترل از طریق آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. شرط استفاده از این آزمون مستلزم رعایت برخی از مفروضات از جمله استقلال مشاهدات است. از آنجا که پاسخ آزمودنیها به سوالات تحت تأثیر آزمودنیهای دیگر نبود، این شرط برقرار شده است. پیشفرض همگنی واریانسها با آزمون لوین^۱ مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲: آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانسها

مؤلفه‌ها	آزمون	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
تمرکز دوباره مثبت	پیش‌آزمون	۲/۴۷۰	۲	۴۱	۰/۰۹۷
	پس‌آزمون	۰/۶۲۹	۲	۴۱	۰/۵۳۸
	پیگیری	۳/۷۰۶	۲	۴۱	۰/۰۳۳
دیدگاه وسیعتر	پیش‌آزمون	۲/۳۰۹	۲	۴۱	۰/۱۱۲
	پس‌آزمون	۲/۸۹۳	۲	۴۱	۰/۰۶۷
	پیگیری	۰/۹۷۷	۲	۴۱	۰/۳۸۵
سرزنش دیگران	پیش‌آزمون	۰/۰۸۶	۲	۴۱	۰/۹۱۸
	پس‌آزمون	۱/۸۰۰	۲	۴۱	۰/۱۷۸
	پیگیری	۱/۹۲۷	۲	۴۱	۰/۱۵۹
سرزنش خود	پیش‌آزمون	۱/۰۶۵	۲	۴۱	۰/۳۵۴
	پس‌آزمون	۰/۸۱۵	۲	۴۱	۰/۴۵۰
	پیگیری	۰/۷۱۰	۲	۴۱	۰/۴۹۸
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	۰/۰۹۲	۲	۴۱	۰/۹۱۲
	پس‌آزمون	۰/۹۷۴	۲	۴۱	۰/۳۸۶
	پیگیری	۲/۰۶۱	۲	۴۱	۰/۱۴۰

ادامه جدول ۲: آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانسها

مؤلفه‌ها	آزمون	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
فاجعه‌پنداری	پیش‌آزمون	۲/۲۹۹	۲	۴۱	۰/۱۱۳
	پس‌آزمون	۳/۲۲۳	۲	۴۱	۰/۰۵۰
	پیگیری	۲/۴۰۸	۲	۴۱	۰/۱۰۳
پذیرش	پیش‌آزمون	۰/۲۳۶	۲	۴۱	۰/۷۹۱
	پس‌آزمون	۰/۱۰۹	۲	۴۱	۰/۸۹۷
	پیگیری	۰/۴۹۹	۲	۴۱	۰/۶۱۱
کل	پیش‌آزمون	۱/۹۲۱	۲	۴۲	۰/۱۵۹
	پس‌آزمون	۱/۸۰۱	۲	۴۲	۰/۱۷۸
	پیگیری	۳/۱۲۰	۲	۴۲	۰/۰۵۵
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۰/۱۹	۲	۴۲	۰/۸۳
	پس‌آزمون	۰/۷۸	۲	۴۲	۰/۴۶
	پیگیری	۰/۱۷	۲	۴۲	۰/۸۵
اضطراب اجتماعی	پیش‌آزمون	۰/۰۸	۲	۴۲	۰/۹۲
	پس‌آزمون	۱/۵۵	۲	۴۲	۰/۲۲
	پیگیری	۰/۴۸	۲	۴۲	۰/۶۲

با توجه به نتایج جدول ۲ چون سطح معنی‌داری آزمون لوین در متغیرهای مورد بررسی از ۰/۰۵ بزرگتر است، فرض برابری واریانسها تأیید می‌شود؛ لذا با ۹۵٪ اطمینان می‌توان نتیجه گرفت که بین واریانس متغیرهای مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. پیشفرض مهم دیگر تحلیل واریانس نرمال بودن چند متغیری داده‌ها است که با آزمون کرویت موشلی^۱ مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳: آزمون کرویت موشلی برای بررسی نرمال بودن داده‌ها

مؤلفه‌ها	کرویت موشلی	خی دو	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	اپسیلون گرین‌هاوس
اضطراب اجتماعی	۰/۸۳	۷/۴۷	۲	۰/۰۲	۰/۸۶
خودکارآمدی	۰/۹۹	۰/۶۲	۲	۰/۷۳	۰/۹۹
تمرکز دوباره مثبت	۰/۸۷	۵/۷۱	۲	۰/۰۶	۰/۸۸
دیدگاه وسیعتر	۰/۷۵	۱۱/۴۵	۲	۰/۰۰	۰/۸۰
سرزنش دیگران	۰/۹۷	۱/۲۷	۲	۰/۵۳	۰/۹۷
سرزنش خود	۰/۹۶	۱/۵۶	۲	۰/۴۶	۰/۹۶
نسخوار فکری	۰/۹۸	۰/۸۳	۲	۰/۶۶	۰/۹۸
فاجعه‌پنداری	۰/۸۰	۸/۸۷	۲	۰/۰۱	۰/۸۳
پذیرش	۰/۸۲	۸/۱۷	۲	۰/۰۲	۰/۸۴
کل	۰/۸۲	۸/۱۹	۲	۰/۰۲	۰/۸۵

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، فرض کرویت برای اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های دیدگاه وسیعتر و فاجعه‌پنداری برقرار نیست. هنگامی که فرض نرمال بودن چند متغیری داده‌ها در تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برقرار نباشد برای گزارش در بخش تأثیرات درون گروهی از اصلاح گرین‌هاوس گیسر^۱ یا هوین‌فلت استفاده می‌شود. بنابراین در تحلیل نتایج این فرضیه‌ها از اصلاح گرین‌هاوس گیسر استفاده شده است. با توجه به برقراری پیشفرضها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه نمره‌های تنظیم هیجانی و خودکارآمدی

اندازه اثر	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منابع تغییر	مؤلفه‌های تنظیم هیجانی
۰/۱۶	**۳/۸۹	۰/۱۲	۴	۰/۴۹	تعامل آزمون* گروه	تمرکز دوباره مثبت
۰/۲۹	**۸/۲۷	۰/۶۲	۲	۱/۲۴	گروه (متغیرهای آزمایشی)	
۰/۱۸	**۴/۴۲	۰/۳۱	۳/۲	۱/۰۰	تعامل آزمون* گروه	دیدگاه وسیعتر
۰/۰۷	۱/۵۹	۰/۱۴	۲	۰/۲۹	گروه (متغیرهای آزمایشی)	
۰/۱۷	**۴/۱۷	۰/۳۸	۴	۱/۵۲	تعامل آزمون* گروه	سرزنش دیگران
۰/۱۷	**۴/۱۶	۰/۴۳	۲	۰/۸۶	گروه (متغیرهای آزمایشی)	
۰/۰۴	۰/۸۳	۰/۱۱	۴	۰/۴۳	تعامل آزمون* گروه	سرزنش خود
۰/۰۲	۰/۳۷	۰/۰۴	۲	۰/۰۸	گروه (متغیرهای آزمایشی)	
۰/۰۴	۰/۷۸	۰/۰۴	۴	۰/۱۶	تعامل آزمون* گروه	نشخوار فکری
۰/۱۰	۲/۳۵	۰/۲۴	۲	۰/۴۸	گروه (متغیرهای آزمایشی)	
۰/۰۷	۱/۴۴	۰/۱۴	۳/۳	۰/۴۷	تعامل آزمون* گروه	فاجعه‌پنداری
۰/۰۶	۱/۲۹	۰/۱۸	۲	۰/۳۶	گروه (متغیرهای آزمایشی)	
۰/۲۹	**۸/۴۳	۰/۶۳	۳/۴	۲/۱۳	تعامل آزمون* گروه	پذیرش
۰/۲۳	**۶/۲۲	۰/۵۴	۲	۱/۰۸	گروه (متغیرهای آزمایشی)	
۰/۲۸	**۸/۱۸	۰/۰۶	۳/۳۹	۰/۲۲	تعامل آزمون* گروه	کل
۰/۶۶	**۴۰/۳۹	۰/۲۸	۲	۰/۵۷	گروه (متغیرهای آزمایشی)	
۰/۹۴	۶۴۲/۶	۳/۳۶	۲	۶۷۲	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	خودکارآمدی
۰/۸۷	۱۴۲/۱	۰/۷۴	۴	۲/۹۷	زمان* گروه	
		۰/۰۱	۸۴	۰/۴۴	خطا	
۰/۹۵	۴۳۳	۳/۳۵	۲	۶۷۱	گروه (متغیرهای آزمایشی)	
		۰/۰۱	۴۲	۰/۳۳	خطا	

** $p \leq 0.01$ * $p \leq 0.05$

مطابق با جدول ۵، در تعامل آزمون در گروه تفاوت میانگین در مؤلفه‌های تمرکز دوباره مثبت، دیدگاه وسیعتر، سرزنش دیگران و پذیرش در گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنی‌دار است ($P \leq 0/01$) ولی تفاوت میانگین مؤلفه‌های میانگین سرزنش خود، نشخوار فکری و فاجعه‌پنداری در گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنی‌دار نیست ($P \geq 0/05$). در گروه‌های آزمایشی نیز تفاوت میانگین دیدگاه وسیعتر، سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌پنداری در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ($P \geq 0/05$). با توجه به معنی‌دار شدن آزمون F در بخشهای تمرکز دوباره مثبت، دیدگاه وسیعتر، سرزنش دیگران و پذیرش مقایسه‌های پس از تجربه ضروری است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین مؤلفه‌های تنظیم هیجانی و خودکارآمدی برحسب رویکردهای درمان و مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	مقایسه جفتی رویکردهای درمان و مراحل	میانگین	رویکردهای درمان و مراحل	مؤلفه‌های تنظیم هیجانی
۰/۰۶	۰/۰۱	شناختی رفتاری	۲/۴۲	پذیرش و تعهد	تمرکز دوباره مثبت
۰/۰۶	**۰/۲	کنترل	۲/۴۳	شناختی رفتاری	
۰/۰۶	**۰/۲۱	کنترل	۲/۲۲	کنترل	
۰/۰۴	-۰/۰۵	پس‌آزمون	۲/۳۳	پیش‌آزمون	
۰/۰۴	-۰/۰۴	پیگیری	۲/۳۸	پس‌آزمون	
۰/۰۳	۰/۰۱	پیگیری	۲/۳۷	پیگیری	
۰/۰۶	۰/۰۴	شناختی رفتاری	۲/۳۶	پذیرش و تعهد	دیدگاه وسیعتر
۰/۰۶	۰/۱۱	کنترل	۲/۳۲	شناختی رفتاری	
۰/۰۶	۰/۰۷	کنترل	۲/۲۵	کنترل	
۰/۰۶	-۰/۰۴	پس‌آزمون	۲/۲۹	پیش‌آزمون	
۰/۰۶	-۰/۰۲	پیگیری	۲/۳۳	پس‌آزمون	
۰/۰۴	۰/۰۲	پیگیری	۲/۳۱	پیگیری	
۰/۰۷	۰/۱۱	شناختی رفتاری	۲/۳۶	پذیرش و تعهد	سرزنش دیگران
۰/۰۷	*۰/۱۹	کنترل	۲/۲۴	شناختی رفتاری	
۰/۰۷	۰/۰۸	کنترل	۲/۱۶	کنترل	
۰/۰۶	**۰/۲۲	پس‌آزمون	۲/۱۱	پیش‌آزمون	
۰/۰۶	**۰/۲۱	پیگیری	۲/۳۳	پس‌آزمون	
۰/۰۷	۰/۰۰	پیگیری	۲/۳۲	پیگیری	

ادامه جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین مؤلفه‌های تنظیم هیجانی و خودکارآمدی برحسب رویکردهای درمان و مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	مقایسه جفتی رویکردهای درمان و مراحل		میانگین	رویکردهای درمان و مراحل	مؤلفه‌های تنظیم هیجانی	
		شناختی رفتاری	کنترل				
۰/۰۶	۰/۰۲	شناختی رفتاری	کنترل	۲/۳۰	پذیرش و تعهد	پذیرش	
۰/۰۶	**۰/۲۰	کنترل		۲/۲۸	شناختی رفتاری		
۰/۰۶	*۰/۱۸	کنترل	پیش‌آزمون با	۲/۱۰	کنترل		
۰/۰۶	-۱۰/۰	پس‌آزمون		۲/۱۷	پیش‌آزمون		
۰/۰۵	-۰/۰۸	پیگیری	پس‌آزمون با	۲/۲۷	پس‌آزمون		
۰/۰۴	۰/۰۳	پیگیری		۲/۲۴	پیگیری		
۰/۰۱۹	**۰/۰۸۹	شناختی رفتاری	پذیرش و تعهد	۲/۰۶	پذیرش و تعهد		خودکارآمدی
۰/۰۱۹	**۰/۵۱	کنترل		۱/۹۷	شناختی رفتاری		
۰/۰۱۹	**۰/۴۲	کنترل	پیش‌آزمون با	۱/۵۵	کنترل		
۰/۰۲	**۰/۴۵	پس‌آزمون		۱/۵۵	پیش‌آزمون		
۰/۰۱	**۰/۴۹	پیگیری	پس‌آزمون با	۲/۰۰	پس‌آزمون		
۰/۰۱	*۰/۰۴	پیگیری		۲/۰۴	پیگیری		

* $p \leq 0/05$ ** $p \leq 0/01$

تفاوت میانگین مؤلفه‌های تنظیم هیجانی بین روش درمان پذیرش و تعهد با درمان شناختی رفتاری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار بوده است. هم‌چنین تفاوت میانگین خودکارآمدی بین روش درمان پذیرش و تعهد با درمان شناختی رفتاری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار بوده است. مقایسه بین این دو درمان نیز نشان داد تفاوت بین روش درمانی پذیرش و تعهد با درمان شناختی رفتاری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نیز معنی‌دار بوده است به گونه‌ای که درمان پذیرش و تعهد بر افزایش تنظیم هیجانی و خودکارآمدی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی اثربخشی بیشتری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که نمره‌های خودکارآمدی و تنظیم هیجان در مؤلفه‌های "تمرکز دوباره مثبت، دیدگاه وسیع‌تر، سرزنش دیگران، پذیرش" در گروه‌های آزمایشی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش و در مؤلفه‌های "سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌پنداری" در درمان

شناختی رفتاری و درمان پذیرش مبتنی بر تعهد کاهش یافته و در مرحله پیگیری از ثبات نسبی برخوردار است. درمان پذیرش و تعهد بیشترین اثربخشی را نسبت به درمان شناختی رفتاری بر مؤلفه‌های تنظیم هیجان و خودکارآمدی در بیماران داشته است. این یافته با نتایج مطالعات ایران و خارج از ایران همسو است و حاکی از مؤثر بودن تدابیر غیر دارویی بر کاهش اضطراب اجتماعی است (سیسلر، اولانتجی، فلندر و فورسیث، ۲۰۱۰؛ قاسم‌زاده‌نساجی، پیوسته‌گر، حسینیان و موتابی و بنی‌هاشمی، ۱۳۹۲؛ بالوج، ۲۰۱۴).

در یک مطالعه پژوهشی نشان داده شد که سبکهای تنظیم هیجان به طور کلی هدف مفیدی در مداخلات رفتاری است (مشهدی، میدوراقی و حسنی، ۱۳۹۰). تحقیقات دیگر نشان داده است که استفاده از برخی راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان همانند ارزیابی دوباره شناختی در رویارویی با اضطراب در بسیاری از مواقع علاوه بر کاستن هیجان‌ات منفی، می‌تواند باعث افزایش هیجان‌ات مثبت شود (هرمن، افر و فلور، ۲۰۱۴). توانایی تنظیم هیجان اکتسابی است و از طریق آموزش و تمرین می‌تواند فرا گرفته شود. اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را می‌توان به دلیل فرایندهای حاکم بر آن تبیین کرد. یکی از مهمترین شیوه‌های این درمان، تصریح ارزشها و عمل متعهدانه است. ترغیب بیماران به شناسایی ارزشهای آنها و تعیین اهداف، اعمال، موانع و در نهایت تعهد به رفتار در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزشها با وجود مشکلات باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن به رضایت از زندگی منجر شود و آنها را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی از قبیل اضطراب، تنش، یأس و ناامیدی، افسردگی رهایی دهد که به نوبه خود باعث افزایش شدت مشکلات می‌شود (براون و ریان، ۲۰۱۳). این یافته با نتایج پژوهش (مشهدی، میدوراقی و حسنی، ۱۳۹۰) همخوان است. فرایند مؤثر دیگر این درمان، معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش است. مؤلفه تمایل و پذیرش این امکان را برای مراجعه‌کننده فراهم می‌کند تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آنها بپذیرد و این کار باعث می‌شود تجربیات کمتر تهدیدکننده به نظر برسد و تأثیر کمتری بر زندگی فرد داشته باشند. همچنین مهارت‌های ذهن آگاهی و پذیرش تغییر رفتار را برای مراجعه‌کننده آسان می‌کند و زندگی هدفمند و با نشاطی را فراهم می‌سازد (هافمن و اسمیت، ۲۰۱۱). مفهوم اصلی در درمان پذیرش و تعهد پرهیز تجربه‌ای است که به عدم تمایل شخص به تجربه کردن پدیده‌های درونی منفی مانند احساسات، حس‌ها، شناختها، امیال و انجام دادن عملی برای جلوگیری کردن، فرار کردن یا حذف کردن این تجربه‌ها تعریف شده است. علاوه بر این،

مطالعات آزمایشگاهی بازداری افکار و هیجانات نشان داده است که با تلاشهای بیشتر فرد برای جلوگیری کردن از احساسات و افکار خاص به احتمال بیشتری فرد آنها را تجربه خواهد کرد. به جای پرهیز تجربه‌ای، درمان پذیرش و تعهد انعطاف‌پذیری روانشناختی را آموزش می‌دهد که شامل گرایش تجربه کردن لحظه حاضر، همان طور که هست و عمل کردن مطابق با ارزشهای انتخابی شخص است (سیسلر، اولانتجی، فلدر و فورسیس، ۲۰۱۰). ذهن آگاهی که از مؤلفه‌های مهم درمان پذیرش و تعهد است با نگهداشتن تمرکز فرد در زمان حال، مانع اندیشیدن به زمان گذشته و آینده می‌شود و فرد را در مدیریت هیجانها و کنترل افکار منفی خویش یاری می‌کند و این مسئله به کاهش اضطراب این بیماران منجر می‌شود. پژوهشگران بر این باورند که به کارگیری روشهای درمانی مانند درمان پذیرش و تعهد به دلیل ساز و کارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و خودداری از پرهیز تجربی می‌تواند در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی، اثربخشی درمانها را افزایش دهد. بنابراین به این ترتیب انعطاف‌پذیری روانشناختی در درمان پذیرش و تعهد می‌تواند توانایی مقابله بیمار را در کنار آمدن با نشانه‌های اضطراب در اجتماع افزایش دهد (پورعباسی، قاسمی و کیانی، ۱۳۹۱).

با توجه به نتایج پژوهش در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی در افزایش خودکارآمدی اجتماعی و بر پایه نظریه بندورا می‌توان گفت افرادی که اضطراب اجتماعی زیادی دارند، اغلب احساس می‌کنند که مهارتهای ویژه و تواناییهای لازم برای رفتارهای میان فردی را ندارند و چشمداشت کمی از موفقیت‌های اجتماعی دارند. این امر سبب بروز اضطراب بیشتر و تداوم اضطراب در آنان می‌شود. همان طور که کلارک و ولز ضمن نشان دادن رابطه اضطراب اجتماعی با خودکارآمدی دریافتند که افراد با اضطراب اجتماعی زیاد در مقایسه با اضطراب اجتماعی کم به احتمال بیشتری عملکردهای اجتماعی خود را کم ارزش جلوه می‌دهند حتی زمانی که به طور چشمگیری موفق باشند. بنابراین بندورا بر این باور است که مؤثرترین روش افزایش خودکارآمدی اجتماعی فراهم کردن موقعیتهایی است که افراد بتوانند به طور موفقیت‌آمیزی مهارتهایی را برای افزایش اعتماد به نفس تجربه کنند بویژه روشهایی مبتنی بر ایفای نقش در موقعیتهای اجتماعی ترس‌آور و آموزش مهارتهایی برای رویارویی با اضطراب در این موقعیت‌ها می‌تواند مؤثر باشد (هرمن، افرولور، ۲۰۱۴). در تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود خودکارآمدی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی که با نتایج مطالعه (بالوچ، ۲۰۱۴) همسو است، می‌توان بیان کرد که یکی از مراحل مهم در درمان پذیرش و تعهد بر عهده گرفتن

مسئولیت درمان توسط مراجعه‌کننده است. در حالی که خودکارامدی به گونه‌ای پاسخ به این سؤال است که آیا من می‌توانم از عهده کار برآیم یا نه. در درمان پذیرش و تعهد با دادن تکالیف مناسب و کار روی ارزشها، خودکارامدی در افراد افزایش می‌یابد. در این درمان با تأکید بر انعطاف‌پذیری، شفاف‌سازی ارزشها و بحث درباره این موضوع، که تغییر امکانپذیر است و از سوی دیگر اجرای موفقیت‌آمیز تمرینات مختلف، می‌تواند در افزایش خودکارامدی و پذیرش مسئولیت مشاوره توسط مراجعه‌کننده مؤثر باشد. بنابراین، مراقبه‌های ذهن آگاهی به طور معنی‌داری باعث افزایش وضوح ذهنی، سلامت روان و نیز کاهش تنش بدنی در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی می‌شود (رحمانی، طالع‌پسند و قنبری‌مطلق، ۱۳۹۳). از این رو در راستای نتایج پژوهش به نظر می‌رسد مداخلات روانشناختی بویژه درمان پذیرش و تعهد می‌تواند در جهت افزایش خودکارامدی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی مؤثر واقع شود.

این پژوهش، محدودیتهایی داشت. حجم کم نمونه، سنجش به کمک ابزارهای خود گزارشی، عدم کنترل عوامل زمینه‌ای و فردی، اجرای دو روش درمانی توسط درمانگران ثابت، این امر ممکن است موجب سوگیری در نتایج درمان شود؛ لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای آینده این امر مورد توجه قرار گیرد. گرچه این مطالعه دستخوش افت آزمودنیها نشد، یک فرض احتمالی دیگر این است که افراد به دلیل تمایل فردی، خوش‌بینی و عواملی نظیر آن اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده برای کنترل اثر انتظار، برنامه‌های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) روی گروه کنترل اجرا شود. هم‌چنین، پیشنهاد می‌شود از نمونه‌هایی با حجم بزرگتر برای دستیابی به اندازه اثر واقعی برنامه استفاده شود. این مطالعه درباره زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت استان تهران اجرا شده است. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای گسترش یافته‌های این مطالعه، این دو روش درمانی را روی بیماران مشابه در دیگر استانها اجرا کنند.

منابع

- آقایی، اصغر؛ جلالی، داریوش؛ امین‌زاده، مجتبی (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری، فلوکستین و هایپیران در کاهش شدت علایم افسردگی اساسی زنان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ش ۷: ۲۰ - ۱۲.

پورعباسی، علی؛ قاسمی، زهرا؛ کیانی، آیدا (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه. **فصلنامه سوء مصرف مواد مخدر**. ش ۲۴: ۳۶ - ۲۷.

حسنوندعموزاده، مهدی؛ عقیلی، محمدمهدی؛ حسنوندعموزاده، معصومه (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش گروهی شناختی رفتاری عزت نفس بر اضطراب اجتماعی و سلامت روان نوجوانان مضطرب اجتماعی. **مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی**. ش ۲: ۳۷ - ۲۶.

درخشان، اعظم؛ کربلایی، احمد؛ میگونی، محمد؛ صیرفی، محمدرضا (۱۳۹۵). مقایسه افسردگی، اضطراب، سرکوب فکر، نشخوار فکری و سبکهای مقابله‌ای در همسران دچار اسکیزوفرنی و افراد عادی. **فصلنامه روانشناسی کاربردی**. ش ۳: ۳۸۶ - ۳۶۷.

رحمانی، سهیلا؛ طالع‌پسند، سیاوش؛ قنبری مطلق، علی (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی زنان مبتلا به سرطان پستان. **مجله پیشگیری از سرطان**. س ۷: ۱۸۴ - ۹۶.

شریفی، ونداد؛ اسعدی، سیدمحمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری‌آشتیانی، رزیتا؛ حکیم‌شوشتری، میترا؛ صدیق‌ارشیبا، جلالی؛ رودسری، محسن (۱۳۸۵). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای (SCID). **DSM-IV تازه‌های علوم شناختی**. ش ۲: ۱ - ۲۲: ۱۰.

عشورنژاد، فاطمه (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر افزایش تاب‌آوری و دلمشغولی تحصیلی در دانش‌آموزان دختر نوجوان. **فصلنامه روانشناسی کاربردی**. ش ۴: ۵۲۱ - ۵۰۱.

عیسی زادگان، علی؛ شیخی، سیامک؛ حافظ‌نیا، محمد (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و سلامت روانی در زنان مبتلا به چاقی. **مجله علوم پزشکی ارومیه**. ش ۹: ۵۰ - ۳۳.

فتح‌اله‌زاده، نوشین؛ باقری، پریسا؛ رستمی، مهدی؛ دربانی، سیدعلی (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سازگاری و خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی. **فصلنامه روانشناسی کاربردی**. ش ۳: ۲۸۹ - ۲۷۱.

قاسم‌زاده‌نساجی، سوگند؛ پیوسته‌گر، مهرانگیز؛ حسینیان، سیمین؛ موتابی، فرشته؛ بنی‌هاشمی، سارا (۱۳۹۰). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر پاسخهای مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. **مجله علوم رفتاری**. ش ۱: ۴۳ - ۳۵.

مشهدی، علی؛ میردورقی، فاطمه؛ حسنی، جعفر (۱۳۹۰). نقش راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در اختلال‌های درونی‌سازی کودکان. **مجله روانشناسی بالینی**. ش ۳: ۳۹ - ۲۹.

هافمن، استفان؛ اتو، میسایل (۱۳۹۰). **درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب اجتماعی**. ترجمه مسعودچینی فروشان و منصور آقانی. تهران: انتشار ارجمند.

- Antony, M. (2013). Assessment and treatment of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Association APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM- 5*, 5th ed. Arlington: American Psychiatric(2013).
- Baloch, R. (2014). General perceived self-efficacy in 14 cultures. *Psychology and Health: An International journal*, 9,161-180
- Brown, K.W, Ryan RM. (2013)The benefits of being present: Acceptance and Commitment Training and Its role in psychological wellbeing. *Journal of Personality Soc Psychology*, 84(22): 822-48.
- Cisler, J, Olatunji B, Feldner M, Forsyth J(2010)Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of Psychopathol Behav Assess*,1(32):68-82.
- Clark, D. M. &Wells, A. (2009). Acognitive model of social phobia. INR. G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D. A. Hope, &F. R. S. Schneier(Eds), *social phobia: Dignosis, assessment, and treatment*, new York, Guilford press. pp: 69 – 93.
- Ding, Y, Yang, Y, Yang X, Zhang T. (2015). Relationship between self-efficacy, problem-focused coping and performance. *Behavioural Sciences Undergraduate Journal*, 2(1), 37-41.
- Fedoroff, I. C., & Taylor, S. (2011). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology*, 3, 311-324.
- Heimberg, RG., (2011). Current status of psychotherapeutic interventions for social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62:36-42.
- Hermann, C, Ofer J, Flor H.(2014). Covariation bias for ambiguous social stimuli in generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*. 113(6), 646-53.
- Hofmann S., & Smits J.(2011). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*,69(4):621-32
- Mennin, D., Katie, A., McLaughlin, K., Flanagan, T. (2011). Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their cooccurrence. *Journal of Anxiety Disord*.23:866-71.
- Prevedini, A.B., Presti, G., Rabitti, E., Miselli, G., Moderato, P.,(2011). Acceptance and commitment therapy (ACT): the foundation of the therapeutic model and an overview of its contribution to the treatment of patients with chronic physical diseases. *G Ital Med Lav Ergon*. 2011;33(1 SupplA):A53-63. PMID: 21488484.
- Schwab, D., & Schienle, A.(2017). Facial emotion processing in pediatric social anxiety disorder: Relevance of situational context. *Journal of Anxiety Disorders*Aug, 31(50):40-6.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (2010). Social anxiety disorder. In: H. D. Barlow (Ed.). *Clinica handbook of psychological disorder: A step-by-step treatment* (3rd.ed.). New York: Guilford Press.
- Werner, K., Goldin, P., Ball, T., Heimberg, R., Gross, J.(2011) .Assessing Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder: The Emotion Regulation Interview. *Journal of Psychopathol Behav Assess*;33:346-58.
- Zulla, R.(2008). Parental attachment, caretaking responsibilities and self efficacy in the adjustment of Canadian immigrants. Master's thesis. University of Alberta.