

مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحریف‌های شناختی و نشانگان اضطراب اجتماعی دانشجویان

حسنعلی ویسکرمی^۱، سجاد خدایی^{۲*}، فیروزه غضنفری^۳

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، ایران

۲- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، ایران

۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، ایران

یافته / دوره بیست و یکم / شماره ۴ / زمستان ۹۸ / مسلسل ۸۲

چکیده

دریافت مقاله: ۹۸/۲/۱۴ پذیرش مقاله: ۹۸/۹/۱۵

مقدمه: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحریف‌های شناختی و نشانگان اضطراب اجتماعی دانشجویان انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی است که با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه اجرا شده است. نمونه آماری این پژوهش شامل ۶۰ نفر از دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی داوطلب شرکت در مداخله بودند، که به روش نمونه‌گیری تصادفی از بین ۱۵۰۰ نفر دانشجویان بر اساس نمرات اضطراب اجتماعی و مصاحبه بالینی ساختار یافته انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه: درمان فراشناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه گمارده شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایشی درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به صورت گروهی در ۱۰ جلسه دریافت کردند. هر سه گروه در مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری به پرسشنامه اضطراب اجتماعی واتسون و فرند (۱۹۶۹) و تحریف‌های شناختی حمام چی و همکاران (۲۰۰۴) پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که گروه‌درمانی فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحریف‌های شناختی و نشانگان اضطراب اجتماعی دانشجویان اثربخش هستند ($P < 0/001$). همچنین نتایج در مرحله پیگیری حفظ شدند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان از این مداخله‌ها در کنار درمان دارویی و دیگر درمان‌های مبتنی بر شواهد برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به‌عنوان روش‌های درمانی مفید و مکمل استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: گروه‌درمانی، فراشناخت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تحریف‌های شناختی، اضطراب اجتماعی، دانشجویان.

*آدرس مکاتبه:، لرستان، دانشگاه لرستان، دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی.

پست الکترونیک: sajadkhodai@yahoo.com

مقدمه

وجود سطح معینی از اضطراب نه تنها لازمه بقا بلکه برای انجام امور زندگی نیز ضروری است اما در صورت بیشتر شدن از سطح معینی، این اضطراب، نقش سازگاری خود را از دست می‌دهد و منجر به رفتارهای غیر انطباقی می‌شود که در این صورت می‌توان آن را بیمارگونه تلقی نمود (۱). مشخصه اصلی اختلال اضطراب اجتماعی، ترس شدید و مستمر از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی است که موجب شرمساری فرد در حضور از این موقعیت‌ها می‌شود و در نهایت فرد از رویارویی با این موقعیت‌ها اجتناب می‌کند. با وجود اینکه فرد متوجه غیرمنطقی بودن ترس خود است، اما در کنترل این ترس ناتوان است (۲). افراد مبتلا به این اختلال از ارزیابی منفی دیگران در موقعیت‌های عملکردی و موقعیت‌های اجتماعی مانند رفتن به مهمانی‌ها می‌ترسند و در نتیجه اغلب سعی می‌کنند که از این موقعیت‌ها اجتناب کنند و یا با ناراحتی قابل توجهی این شرایط را تحمل کنند (۳). این پدیده بخش بزرگی از فعالیت‌های روزانه فرد را تخریب می‌کند و ممکن است به طور قابل توجهی سطح کیفیت زندگی را کاهش دهد (۴). مطالعات اخیر همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند که شیوع اضطراب اجتماعی در جمعیت عمومی در طول عمر دارای دامنه‌ای از ۲/۴ تا ۱۶ درصد است که در میان جمعیت دانشجویان شایع‌تر است (۵). در مجموع اضطراب اجتماعی یک اختلال بسیار ناتوان‌کننده است که می‌تواند بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد را مختل کند. بعضی از مبتلایان ممکن است هفته‌ها از خانه خارج نشوند یا از بسیاری موقعیت‌های اجتماعی مانند موقعیت‌های شغلی و تحصیلی خود، صرف‌نظر کنند. هنگامی که این اختلال در دوران کودکی یا نوجوانی بروز می‌کند می‌تواند اثرات مخربی بر روند اجتماعی شدن و کسب مهارت‌های اجتماعی کودکان و دانشجویان برجای بگذارد. زیرا یک دور باطل، اضطراب اجتماعی، منجر به دوری‌گزینی از

همسالان یا طرد شدن از جانب آن‌ها شده و خود این امر به تقویت اضطراب اجتماعی کمک می‌کند. بنابراین اگر اضطراب اجتماعی درمان نشود، فرصت‌ها را محدود می‌کند و ممکن است منجر به مشکلات آموزشی، اجتماعی و شغلی شود (۶).

نتایج مطالعات نشان می‌دهند که تحریف‌های شناختی قوی‌ترین پیش‌بینی کننده افسردگی، وسواس فکری-عملی و اختلالات اضطرابی هستند (۷). آن‌ها در افکارشان دچار تحریف‌هایی چون تعمیم افراطی، نتیجه‌گیری شتاب زده و شخصی‌سازی امور هستند و در این افکار منفی ردپای اسنادهای درونی پایدار و غیرقابل کنترل را می‌توان دید (۸). محققان شناختی جریان آگاهی لحظه‌به‌لحظه ایده‌ها، باورها یا تصاویر را افکار خودآیند نامیده‌اند. درمانگران شناختی-رفتاری متوجه شده‌اند که معمولاً افراد به جای آن‌که درستی افکار خودآیند را بسنجند، درستی آن‌ها را بر اساس ارزش ظاهری قبول می‌کنند. به نظر می‌رسد که فرض‌ها و معیارها، جنبه‌های زمینه‌ای وسیع‌تری از جهان‌بینی فرد را در بر می‌گیرند و در مدل شناختی بک، طرح‌واره به حساب می‌آیند (۹). با توجه به رویکرد شناختی-رفتاری، افکاری که به عنوان باورهای غیرمنطقی یا تحریف‌های شناختی در نظر گرفته می‌شوند به عنوان عوامل مهمی برای ظهور و تداوم رفتارهای ناکارآمد و اختلالات روانی به حساب می‌آیند (۱۰). سازه تحریف‌های شناختی، توسط آرون. تی. بک و آلبرت آلیس معرفی شده است و به طور کلی به عنوان استدلال‌های غلطی تعریف می‌شوند که نقش مهمی را در بروز بسیاری از اختلالات روانی ایفا می‌کنند، به طوری که بیشتر مواقع ما فکر می‌کنیم که قربانی محیط پیرامونمان هستیم و حوادث بیرونی باعث ناراحتی، افسردگی و مشکلات بین فردی ما می‌شود و راه‌حل‌هایی از این روان رنجوری‌ها، حل‌وفصل تغییر این وقایع است، ولی شناخت درمانگران، معتقدند نوع تعبیر و تفسیر غلط افراد از این اتفاقات

بیرونی باعث هیجانات منفی آن‌ها می‌شود این تعبیر و تفسیر غلط خودکار و تحت عنوان «تحریف‌ها یا خطاهای شناختی» به ذهن‌خاطر می‌کنند (۱۱). به نظر بک (۱۱) علاوه بر افکار خودآیند و طرح‌واره‌ها، تحریف‌های شناختی یا خطاهای پردازش اطلاعات نیز در تبدیل شناخت‌واره‌ها به منبع نگرانی و تضاد در زندگی افراد نقش دارند. این تحریف‌ها باعث بروز نقص بیشتر در انطباق و سازگاری فرد با موقعیت‌ها می‌گردد. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که بین تحریف‌های شناختی و باورهای غیرمنطقی با اختلالات اضطراب و افسردگی رابطه وجود دارد (۱۲).

از جمله الگوهای درمانی که می‌تواند بر تحریف‌های شناختی و پیامدهای منفی اضطراب اجتماعی مؤثر باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) است (۱۳). در طی ۱۵-۱۰ سال گذشته تعدادی از درمان‌های جدید یا اشکال گسترش یافته درمان‌های شناختی-رفتاری (CBT) در حوزه روان‌درمانی روی کارآمد (۱۴). موج سوم رفتاردرمانی در اوایل دهه ۱۹۹۰ با رشد درمان‌های ابتکاری شروع شد که از اصول ذهن آگاهی استفاده کردند و روی آگاهی نسبت به لحظه حال و پذیرش آن تأکید می‌کردند (۱۵، ۱۶). درمان‌های مبتنی بر پذیرش بر مبنای این فرضیه روی کارآمدند که آسیب روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است (۱۷). این درمان‌ها بر تغییر رابطه مراجع با تجارب درونی و اجتناب‌هایش تأکید دارند (۱۸). در رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش، مشکلات بالینی در قالب رفتاری مفهوم بندی می‌شود. شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش درمانی در مورد اختلالاتی مانند افسردگی (۱۹)، پس‌یکوزها (۲۰)، هراس اجتماعی (۲۱) و رفتارهای پرخطر مانند مصرف الکل و مواد (۲۲) مشخص شده است.

فراشناخت یک مفهوم چندوجهی است و به دانش یا باورهای مربوط به فکر کردن و راهبردهایی که افراد از آن‌ها برای تنظیم و کنترل فرایندهای تفکر استفاده می‌کنند اشاره دارد (۲۳). به‌طور کلی، این مفهوم دربرگیرنده

دانش، فرآیندها و راهبردهایی است که عملکردها و راهبردهای شناختی مانند تفکر و توجه را ارزیابی، بر آن‌ها نظارت و یا این راهبردها را کنترل می‌کنند (۲۴). درمان فراشناختی مبتنی بر مدل پردازش اطلاعات بوده (۲۵) و بر تغییر و پذیرش تأکید می‌کند (۲۶). باوجود کوتاه بودن درمان فراشناختی بیشتر مبتنی بر راهبردها و فرایندهای است که شناخت‌ها را ارزیابی، کنترل و نظارت می‌کنند و به‌طور کلی اطلاعاتی در مورد شناخت حالات درونی خود و راهبردهای مقابله‌ای مؤثر به فرد می‌دهد (۲۷). در درمان فراشناختی، به‌طور ویژه بر روی کاهش فراوانی نشخوار فکری و نگرانی در پاسخ تأکید می‌شود و به‌جای حضور ذهن از نوعی تکنیک دیگر به نام ذهن آگاهی گسلیده استفاده می‌شود که شامل نوعی آگاهی یابی خفیف و منفعلانه از افکار منفی و رها کردن نگرانی و به تعویق انداختن نشخوار فکری است و به‌طور ویژه به چالش با باورهای فراشناختی مثبت و منفی تأکید می‌شود (۲۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ابعاد فراشناختی مانند باورهای فراشناختی مثبت درباره نگرانی، اعتماد شناختی پایین و باورهای منفی فراشناختی در مورد نگرانی از جمله عوامل آغازگر و نگه‌دارنده علائم در اضطراب اجتماعی هستند. رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها به الگوی خاصی از پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شوند که موجب تداوم هیجان-های منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود (۲۹). این الگو نشانگان شناختی توجهی خوانده می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی و یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌شود (۳۰). در همین راستا تعدادی از تحقیقات نیز نشان داده است که درمان فراشناخت تأثیر مثبتی بر کاهش علائم و نشانه‌های اضطراب اجتماعی و بهبود نظم جویی هیجانی و سایر اختلالات دارد (۳۱). همچنین در پژوهش‌های

بر پذیرش و تعهد در درمان اضطراب و افسردگی حمایت می‌کنند. کاپوبینگو، ریوس، موریسون و ولز (۳۹) در یک کارآزمایی بالینی قابل مشاهده با عنوان گروه درمان فراشناختی و درمان ذهن آگاهی در یک نمونه از بیماران فراتشخیصی نتایج نشان داد که گروه درمانی فراشناختی و درمان ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی اثربخش هستند. ولی نتایج پیگیری مطالعه نشان داد که درمان فراشناختی در مقایسه با درمان ذهن آگاهی اثربخشی بیشتری بر روی متغیرهای افسردگی و اضطراب داشت و هر دو درمان به‌طور معنی‌داری باورهای فراشناختی منفی را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش دادند. همچنین پیامدهای درمانی برای هر دو گروه درمانی در پیگیری ۶ ماهه قابل قبول بود ولی گروه درمانی فراشناختی اثربخشی بیشتری داشت.

در مجموع با توجه به اینکه درمان‌های شناختی-رفتاری و متمرکز بر پذیرش و تعهد درمانی بعد هیجانی را مورد توجه قرار نمی‌دهد و بیشتر متمرکز بر شناخت و زبان است و درمان‌های فراشناختی نسبتاً بر هیجان، بیشتر متمرکز هستند، بنابراین به نظر می‌رسد پذیرش و تعهد درمانی و فراشناختی می‌تواند حلقه ارزیابی منفی، ترس از موقعیت و اجتناب از موقعیت که در اضطراب اجتماعی رایج است را معکوس ساخته و منجر به درمان شود. همچنین در سنینی که نوجوان و حالات او در حال تغییر است و با توجه به اینکه اختلال اضطراب اجتماعی در عملکرد اجتماعی دانشجویان مشکلاتی ایجاد می‌کند و با وجود دلایل نظری زیاد در مورد رابطه شناخت، هیجان و رفتار و نقش شناخت و حالات هیجانی در ارتقای خودکارآمدی و بهزیستی اجتماعی، هیجانی و روان‌شناختی و همچنین تأثیر درمان‌های فراشناختی و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلالات اضطرابی، هدف اصلی این پژوهش، پاسخگویی به این سؤال است که آیا روش‌های گروه درمانی‌های فراشناختی و مبتنی بر

بسیاری، اثربخشی درمان‌های فراشناختی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی نشان داده شده است (۳۲). همچنین، در درمان اختلال افسردگی اساسی (۳۳)، اختلال استرس پس از حادثه (۳۴) و اختلالات اضطرابی (۳۵) مؤثر واقع شده است. نتایج مطالعات جانسون، هوفارت، نورداهی و و آمپولد (۳۶) در یک کارآزمایی بالینی کنترل‌شده با عنوان درمان فراشناختی و شناختی-رفتاری اختصاصی برای اختلالات همبود با اضطراب نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین سطح اضطراب در دو گروه درمانی وجود نداشت ($d=0/07$) همچنین نتایج در مرحله پیگیری یکساله نشان داد که هیچ تفاوتی بین دو گروه وجود ندارد. همچنین نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان فراشناختی اثربخش‌تر بوده است. هر دو درمان در پایان پیگیری بر روی علائم همبود با اختلال اضطراب اثربخش بودند و بین آن‌ها تفاوتی وجود نداشت. ولی درمان فراشناختی تغییرات عمده‌ای در مشکلات شخصیتی در پیگیری ۱ ساله ایجاد کرده بود. هربرت، فرومن، کی، گراشوویچ و همکاران (۳۷) در یک کارآزمایی بالینی با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش تعهد و درمان سنتی شناختی-رفتاری بر روی اضطراب اجتماعی نشان دادند، افرادی که درمان شناختی رفتاری را دریافت کرده بودند بهبودی بیشتری در علائم اضطراب اجتماعی و سایر کارکردها داشتند. نتایج نشان داد که بین درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اضطراب اجتماعی تفاوت وجود دارد. درحالی‌که اندازه اثر درمان قابل توجه نیست ولی افرادی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرده بودند بهبودی بیشتری را در رفتارهای اجتماعی گزارش کردند. طبق مطالعه‌ای آنانزیات، گرین و مارکس (۳۸) که در مورد تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش تعهد بر روی افسردگی و اضطراب انجام دادند، شواهد از کاربرد روش درمانی مبتنی

پذیرش و تعهد، بر تحریف‌های شناختی و نشانگان اضطراب اجتماعی دانشجویان مؤثر است؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر هدف یک پژوهش کاربردی و از نظر جمع‌آوری داده‌ها این پژوهش یک پژوهش نیمه-آزمایشی (کارآزمایی بالینی یک سر کور از سری طرح‌های موازی) است. طرح نیمه آزمایشی پژوهش حاضر پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری (۲ ماهه) با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ مشغول به تحصیل می‌باشند تشکیل می‌دهند که بر اساس آمار آموزش دانشگاه تعداد آن‌ها ۲۳۰۰ نفر است. نمونه‌ی پژوهش ۶۰ نفر از دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود که از میان دانشجویانی که ۱/۵ انحراف معیار نمره‌ی بالا در مقیاس پرسشنامه اضطراب اجتماعی واتسون و فرند (۴۰) گرفتند به روش نمونه-گیری تصادفی انتخاب شدند و در سه گروه (گروه درمانی فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه) به‌طور تصادفی گمارده شدند. شیوه انتخاب نمونه دانشجویان بدین صورت بود در ابتدا از بین ۶ دانشکده (پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، پرستاری و مامایی، پیراپزشکی و بهداشت و تغذیه) ۴ دانشکده به صورت تصادفی انتخاب شد در ادامه از هر دانشکده نیز از بین دانشجویان به‌صورت تصادفی با توجه به شیوع ۷ درصدی افرادی که این اختلال را در فراخنای زندگی‌شان تجربه می‌کنند ۱۵۰۰ نفر انتخاب شدند (۲). در مجموع از بین ۴ دانشکده ۱۵۰۰ نفر جهت غربالگری و رسیدن به تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی انتخاب شدند که دانشجویان به پرسشنامه اضطراب اجتماعی واتسون و فرند (۴۰) پاسخ دادند. در ادامه از بین ۱۵۰۰ نفر از دانشجویان غربالگری شده ۶۰ نفر از دانشجویانی که برحسب پاسخ‌دهی به پرسشنامه اضطراب اجتماعی واتسون و فرند (۴۰) ۱/۵

نمره بالاتر در این مقیاس به دست آوردند، برای تأیید تشخیصی مورد مصاحبه بالینی ساختار یافته توسط یک روانشناس بالینی که دوره‌ی لازم در خصوص مصاحبه بالینی ساختار یافته را گذرانده باشد بر اساس ملاک‌های تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-V قرار گرفتند. در نهایت بعد از همگرایی نمره‌ی پرسشنامه با مصاحبه بالینی ساختار یافته ۶۰ نفر از دانشجویان ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند که ضمن امضای رضایت‌نامه کتبی با رعایت اصول اخلاقی به‌صورت تصادفی در سه گروه، گروه‌درمانی فراشناختی (۲۰ نفر)، گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۰ نفر) و گروه گواه (۲۰ نفر) گمارده شدند. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در روش آزمایشی باید هر زیر گروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش از اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۶۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) در نظر گرفته شد (۴۱).

همچنین با به‌کارگیری ملاک‌های ورود و خروج زیر معیار همگونی آزمودنی‌ها رعایت می‌شود: الف- ملاک‌های ورود مشتمل بر دریافت تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس مصاحبه بالینی و پاسخگویی دانشجویان به پرسشنامه اضطراب اجتماعی واتسون و فرند (۴۰)؛ داشتن سن بین ۱۹ تا ۳۵ سال برای دانشجویان؛ عدم دریافت دارو در زمان تشخیص و در طول دوره‌ی پژوهش؛ عدم سابقه مصرف مواد یا وابستگی به مواد، عدم بهره‌وری از مداخلات روان‌شناختی دیگر ب- ملاک‌های خروج مشتمل برداشتن اختلالات همراه شدید، همچون اختلال افسردگی مزمن، اختلالات شخصیت، اختلال بدشکلی بدنی و اختلالات دوقطبی و اختلال شخصیت اسکیزوئید؛ داشتن نوعی بیماری پزشکی که فرد را وادار به جستجوی فوری درمان سازد، غیبت بیش از سه جلسه از جلسات آموزشی و بیمارانی با ویژگی‌های سایکوز، دارای تاریخچه‌ای از مانیا یا هیپومانیا، یا دارای

اختلال شخصیت مرزی (چون این بیماران دارای بی‌ثباتی هیجانی بوده و فرآیند ارزیابی خلق آن‌ها در این پژوهش مشکل خواهد بود) نباشد. لازم به ذکر است برای جلوگیری از انتشار عمل آزمایشی جلسات آموزشی در یکی از دانشکده‌های بهداشت و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی اجرا شد. همچنین برای جلوگیری از تضعیف روحیه گروه کنترل بعد از اتمام جلسات و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها در پیگیری ۲ ماهه به صورت فشرده گروه درمانی فراشناختی و مبتنی بر پذیرش و تعهد به گروه گواه آموزش داده شد و جزوات و فرم‌های لازم در اختیار آن‌ها قرار گرفت.

مصاحبه بالینی بر مبنای پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی: مصاحبه تشخیصی ساختار یافته و نیمه ساختار یافته از مجموعه نظام‌داری از سؤالات اختصاصی تشکیل می‌شوند که هدف آن‌ها ارزیابی آن دسته از الگوهای رفتاری، افکار و احساسات مراجع است که به‌نوعی با تشخیص اختلال آن‌ها ارتباط دارد (۲). این مصاحبه بر اساس الگوی زیمرمن (۴۲) از دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد.

مقیاس اضطراب اجتماعی: پرسشنامه اضطراب اجتماعی توسط واتسون و فرند (۴۰) به‌منظور تشخیص و ارزیابی اضطراب اجتماعی ساخته شده است. این ابزار ۵۸ ماده‌ای دارای دو خرده مقیاس اجتناب و پریشانی اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی است. خرده مقیاس اجتناب اجتماعی ۲۸ ماده و خرده مقیاس ترس از ارزشیابی منفی ۳۰ ماده است (۴۰). این مقیاس به‌صورت بلی و خیر نمره‌گذاری می‌شود پایین‌ترین نمره ۱ و بالاترین نمره ۵۸ خواهد بود. نمره بالاتر نشان‌دهنده اضطراب اجتماعی بالاتر است. در بررسی واتسون و فرند، ضریب پایایی بازآزمایی آن، ۰/۷۸ و روایی ملاکی هم‌زمان، ۰/۶۰ محاسبه شده است. در ایران نیز بهارلویی در بررسی خود، ضریب بازآزمایی ۰/۸۸، آلفای کرونباخ ۰/۸۶، روایی

سازه ۰/۷۵ و روایی هم‌زمان ۰/۵۶ را به دست آورد. در مجموع، روایی و پایایی مطلوبی برای این مقیاس گزارش شده است. در تحقیق هرمزی نژاد (۱۳۸۰) ضرایب اعتبار برای خرده مقیاس اجتناب و پریشانی اجتماعی و خرده مقیاس ترس از ارزیابی منفی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۰ و ۰/۷۷ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ نیز برای خرده مقیاس اجتناب اجتماعی ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس ترس از ارزشیابی منفی ۰/۹۰ به دست آمد و تأیید شد (۴۳). برقی ایرانی، بگیان کوله مرز، محمدی و بختی (۴۴) روایی هم‌گرای هم‌زمان پرسشنامه اضطراب اجتماعی با اجتناب شناختی (۰/۴۱) و اضطراب اجتماعی با تعلل ورزی (۰/۴۴) مثبت و معنادار گزارش کردند ($P \leq 0.01$). همچنین همبستگی بین اضطراب اجتماعی و حرمت خود (-0.35) منفی و معنادار است ($P \leq 0.01$). این وضعیت نشان‌دهنده روایی هم‌زمان اضطراب اجتماعی است که روایی هم‌گرای مطلوبی را نشان می‌دهد (۴۴). اعتبار این پرسشنامه را برای اجتناب اجتماعی برابر ۰/۶۸ و برای ترس از ارزیابی منفی برابر ۰/۷۸ گزارش کردند. آن‌ها همچنین با استفاده از آزمون اضطراب آشکار تیپور (۱۹۵۳) پایایی پرسشنامه‌ی ترس از ارزیابی منفی و اجتناب اجتماعی را مورد بررسی قرار دادند که ضرایب همبستگی برای این دو پرسشنامه به ترتیب برابر ۰/۶۰ و ۰/۵۴ گزارش شد (۴۵). در مطالعه برقی ایرانی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس برابر ۰/۷۸ گزارش شده است و ضریب همبستگی درونی مؤلفه‌ها و کل مقیاس شواهدی دال بر روایی سازه آن فراهم ساخت که این ضرایب از ۰/۷۰ تا ۰/۸۴ متغیر و تمامی آن‌ها معنادار بود (۴۴).

مقیاس تحریف‌های شناختی بین فردی (ICDS): این مقیاس توسط حمام چی و بویوک اوزتورک (۴۶) جهت ارزیابی تحریف‌های شناختی در روابط بین فردی بر مبنای

ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۶، طرد در روابط بین فردی به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۹، درک نادرست بین فردی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۰ و برای نمره کل پرسشنامه تحریف شناختی بین فردی به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۷ است که نشان‌دهنده پایایی مطلوب این پرسشنامه است.

ساختار جلسات گروه‌درمانی فراشناختی: جلسه اول: فرمول‌بندی کلی مراجع/ معرفی مدل/ شناسایی دوره‌های نشخوار ذهنی (افزایش فراشناخت/ تمرین تکنیک افزایش توجه/ کامل کردن فرم ATT/ تکلیف خانگی (تمرین تکنیک افزایش توجه دو بار در روز و یادداشت کردن تکلیف ATT). جلسه دوم: بررسی تکلیف خانگی شناسایی زمان نشخوار ذهنی و افکار غیرقابل کنترل/ معرفی و تمرین DM/ نشان دادن به تعویق انداختن نشخوار ذهنی به شکلی آزمایشی برای اصلاح کردن عقاید غیرقابل تمرین ATT/ تکلیف خانگی؛ تمرین ATT؛ کاربرد DM/ تمرین و به تعویق انداختن نشخوار ذهنی، جلسه سوم: بررسی تکلیف خانگی/ شناسایی زمان‌های نشخوار ذهنی و در زمان عقاید غیرقابل کنترل/ شناسایی ماشه چکان‌های نشخوار ذهنی تمرین DM. بررسی نشخوار فعال و تمرین به تعویق انداختن نشخوار ذهنی در جلسه/ چالش با فراشناخت‌های غیرقابل کنترل/ شناسایی سطوح فعالیت و مقابله/ تکلیف خانگی تمرین ATT به‌کارگیری به تعویق انداختن نشخوار ذهنی و DM، جلسه چهارم: بازبینی تکلیف خانگی؛ بررسی نشخوار ذهنی و افکار غیرقابل کنترل؛ بررسی سطوح فعالیت و سبک‌های مقابله‌ای غیر سودمند/ بررسی اینکه آیا به تعویق انداختن نشخوار ذهنی در حداقل ۷۵ درصد ماشه چکان‌ها و دوره‌های نشخواری به کار می‌رود/ چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی/ تمرین ATT/ تکلیف خانگی؛ تمرین ATT استفاده وسیع از DM و به تعویق انداختن نشخوار، جلسه پنجم: بازبینی تکلیف خانگی بررسی نشخوار ذهنی؛ بررسی عقاید مثبت و سطح

نظریه شناختی آرون تی بک ساخته شده است. مقیاس دارای ۱۹ گویه است که شامل سه خرده مقیاس طرد در روابط بین فردی، انتظارات غیر واقع بینانه در روابط و سوء ادراک (درک نادرست) در روابط بین فردی می‌شود. مطالعات روان‌سنجی، کیفیت روان‌سنجی بالایی را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند. پایایی آن از طریق همسانی درونی توسط آلفای کرونباخ و همچنین از طریق آزمون مجدد پس از دو هفته برای کل مقیاس به ترتیب (۰/۶۷) و (۰/۷۴) و برای خرده مقیاس‌های طرد در روابط بین فردی (۰/۷۳ و ۰/۷۰) به دست آمده است (۴۶). روایی آن از طریق همبستگی با مقیاس باورهای غیرمنطقی، مقیاس افکار خودکار و مقیاس گرایش به تعارض در روابط بین فردی به ترتیب ۰/۴۵، ۰/۵۳ و ۰/۸۳ به دست آمده که همگی در سطح $P \leq 0.01$ معنی‌دار بوده‌اند (حمام چی و بویوک اوزتورک، ۲۰۰۴). اسماعیل‌پور، بخشی پور رودسری و محمدزاده‌گان (۴۷) در پژوهشی به تعیین ساختار عاملی، روایی و پایایی مقیاس تحریف شناختی بین فردی در دانشجویان دانشگاه تبریز پرداختند. نتایج تحلیل عاملی پرسشنامه تحریف شناختی بین فردی به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس، سه عامل انتظارات غیرواقعی در روابط، طرد در روابط بین فردی و درک نادرست بین فردی را استخراج نمود. نتایج روایی هم‌زمان پرسشنامه نشان داد که بین خرده مقیاس‌های تحریف شناختی بین فردی با شخصیت مرزی، ناامیدی، علائم تجزیه‌ای، سبک دفاعی روان آزرده و رشد یافته رابطه مثبت و معنی‌داری در دامنه از $r=0.12$ تا $r=0.40$ وجود دارد. همچنین همبستگی بین زیر مقیاس‌های پرسشنامه تحریف شناختی بین فردی در دامنه بین ۰/۳۳ تا ۰/۸۱ بود که نشان‌دهنده روایی سازه این پرسشنامه است. نتایج حاصل از پایایی مقیاس تحریف شناختی بین فردی به دو روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن برای خرده مقیاس انتظارات غیرواقعی در روابط به

ساختار جلسات گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT): جلسه اول: معرفی اعضای گروه و اجرای پیش‌آزمون، بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌ای، رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرایند درمان، مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکان‌پذیر است و توضیح فلسفه مداخله بر اساس این رویکرد، معرفی درماندگی اخلاق: که در این شرایط می‌توان بر نادیده گرفتن ارزش‌ها، قطع ارتباط، واکنش، اجتناب و در ذهن بودن مطالب ارائه کرد (علامت اختصاری مهم در زندگی) و معرفی سیستم‌های ناکارآمد گذشته (آشنایی با تلاش‌های گذشته افراد برای به انجام رساندن اهداف)، جلسه دوم: آشنایی با مفاهیم درمانی ACT (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، داستان شخصی، روشن سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه)، جلسه سوم: پاسخ افراد در شیوه راهبردهای کنترل خود، کنترل به‌عنوان شکل (کنترل مسئله است نه راه حل) (آموزش این نکته که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است)، جلسه چهارم: ارزیابی عملکرد؛ بررسی تجربیات فرد از جلسه قبل تاکنون؛ تمرین ذهن آگاهی، جلسه پنجم: ارزیابی عملکرد، تمایز خود مفهوم سازی در برابر خود مشاهده‌گری، سنجش توانایی درمانجو برای گسستن از افکار و احساسات، ادامه تجربیات ذهن آگاهی و ادامه شفاف سازی ارزش‌ها، جلسه ششم: هدف در این جلسه نشان دادن اهمیت ارزش‌ها و تفهیم به افراد که چگونه ارزش‌ها و تفهیم آن «تمایل/پذیرش» را ارزشمند جلوه می‌دهد، ارزش به‌عنوان رفتار در مقابل ارزش به عنوان احساسات، تمرینات آگاهی از احساسات بدنی و بحث پیرامون آن، تمرینات مربوط به سازگاری و صمیمیت از رنج‌های زندگی، جلسه هفتم: هدف جلسه کمک به افراد گروه که پیوسته حوزه‌های زندگی را که مطابق با ارزش-

فعالیت/ بررسی و کاربرد وسیع DM / ادامه دادن به چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی/ بازبینی سطوح فعالیت و افزایش زمان تأمل تا واکنش (به فکر فرورفتن) کشف و مانع شدن از رفتار مقابله‌ای مضر (برای مثال خواب یا استفاده از الکل)/ تمرین ATT / تکلیف خانگی؛ تمرین ATT به تعویق انداختن نشخوار ذهنی؛ افزایش فعالیت، جلسه هشتم: بازبینی تکالیف خانگی؛ و بررسی نشخوارهای فکری؛ عقاید مثبت و سطح فعالیت/ شناسایی عقاید منفی و چالش با آنان در مورد هیجان و افسردگی/ تکلیف خانگی؛ تمرین ATT/ تمرین نشخوار و حفظ فعالیت‌ها، جلسه نهم: بازبینی تکالیف خانگی و بررسی نشخوارهای فکری و عقاید و راهبردهای مقابله‌ای غیر سودمند / شروع به نوشتن طرح‌های جدید، کشف و اصلاح ترس‌های عودکننده/ تمرین ATT / تکلیف خانگی تمرین ATT، جلسه دهم: بازبینی تکلیف خانگی و بررسی نشخوار ذهنی/ پیشگیری از عود (تکمیل طرح کلی درمان) کار بر روی عقاید فراشناختی باقیمانده/ پیش‌بینی برانگیزاننده‌های آتی و بحث درباره‌ی نحوه‌ی استفاده از برنامه‌ی جدید، جلسه نهم: بازبینی تکلیف خانگی، معرفی سیستم هدایت خودکار/ نحوه کاربرد آگاهی در لحظه حاضر از احساسات بدنی، تفکرات و هیجان‌ها در کاهش استرس/ تمرین خوردن کشمش و دادن پسخوراند و بحث در مورد تمرین/ فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای/ تعیین تکلیف هفته‌ی آینده و توزیع جزوات جلسه اول و سی دی مراقبه‌ها. تمرین مجدد واریسی بدن/ دادن پسخوراند و بحث در مورد تمرین واریسی بدن/ تمرین مراقبه ذهن آگاهی تنفس/ تمرین کششی یوگا/ توزیع جزوات جلسه دوم و سی دی مراقبه‌ها، جلسه دهم: بازبینی تکلیف خانگی، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از نتایج مداخلات درمانی، اجرای پس‌آزمون و بستن قرارداد جهت ملاقات با درمانگر و پاسخگویی به سؤالات برای سنجش ثبات مداخله.

نتایج آزمون شاپیروویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در پیش‌آزمون متغیرهای اضطراب اجتماعی ($P \leq 0.113$, $df=20$), پس‌آزمون اضطراب اجتماعی ($Z=0.943$, $P \leq 0.214$), پیگیری اضطراب اجتماعی ($Z=0.954$, $df=20$) و پیگیری اضطراب اجتماعی ($Z=0.922$, $df=20$, $P \leq 0.31$), پیش‌آزمون تحریف‌های شناختی ($Z=0.956$, $df=20$, $P \leq 0.241$) پس‌آزمون تحریف‌های شناختی ($Z=0.925$, $df=20$, $P \leq 0.37$) و پیگیری تحریف‌های شناختی ($P \leq 0.141$, $df=20$), نتایج نمودار پراکندگی (اسکاتر) نشان داد که مفروضه خطی بودن بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای مورد مطالعه برقرار است، همچنین با توجه به نتایج ضریب همبستگی بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) و پس‌آزمون آن که با یکدیگر همبستگی بالایی 0.90 نداشتند و با توجه به همبستگی‌های به دست آمده، تقریباً مفروضه هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) اجتناب شده است، نمودار شاخ و برگ نشان داد که در مرحله پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره‌ای در کرانه بالا و پایین متغیرها مشاهده نشد که نشان دهنده این امر بود که مفروضه بررسی داده‌های پرت به درستی رعایت شده است. برای بررسی همگنی واریانس متغیرها نیز از آزمون‌های لوین و تصحیحات باکس استفاده شد نتایج آزمون باکس برای متغیر اضطراب اجتماعی ($P \leq 0.794$), $F=0.817$ و $BOX=40.533$) و تحریف‌های شناختی ($P \leq 0.335$, $F=1.088$ و $BOX=3.835$) که میزان معناداری آزمون باکس از 0.05 بیشتر است در نتیجه فرض مربوط به همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس، پذیرفته شد. برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری برای متغیر

های فرد نیست، بشناسد، انتخابها در برابر قضاوتها/تصمیم‌ها، شناسایی رفتار مبتنی بر ارزش‌ها در یک هفته مرور شود و شناسایی ارزش‌ها (اهداف کوچکتر در خدمت اهداف بزرگ‌تر)، جلسه هشتم: هدف از این جلسه کشف ارتباط بین اهداف و فعالیت‌ها و استحکام بخشیدن به عوامل تمایل و گسلش، در خدمت دستیابی به اهداف رفتاری است و نیز تکلیف را باید با توجه به ویژگی فعالسازی رفتاری در قالب متعهد کردن به فعالیت‌های خاص ادامه داد که توسط اهداف و ارزشهای بزرگتر درمانجو مشخص شده است. ادامه تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها، ادامه تمرینات آگاهی حتی در حین راه رفتن بحث پیرامون صمیمیت و سازگاری از داشتن رنج، جلسه نهم: آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد اینکه چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند و اینکه این مهارت‌ها چطور کار می‌کنند و جلسه دهم: ارزیابی عمل متعهدانه، شناسایی راهبردهای ممکن، موانع الگوریتم FEAR، عمل متعهدانه براساس الگوریتم ACT و پیام اصلی ACT، دو علامت اختصاری مهم در زندگی براساس مدل ACT، ارائه خلاصه‌ای از محتوای جلسات قبل و اجرای پس‌آزمون. ثبت اهداف مراجع به‌عنوان مثال ۱ ماه تا ۶ ماه بحث و گفتگو و اصلاح برنامه بعد از درمان و بستن قرارداد جهت ملاقات با درمانگر پس از ۲ ماه برای پاسخگویی به سؤالات جهت سنجش ثبات مداخله.

یافته‌ها

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور شش مفروضه تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر شامل نرمال بودن واریانس‌ها (برای نیل به رعایت این مفروضه

و گواه در متغیرهای وابسته (اضطراب اجتماعی و تحریف-های شناختی) معنی‌دار نبوده است ($P \geq 0/05$). حال به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۹۰ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و کنترل ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ بود که دلالت بر کفایت حجم نمونه دارد. در نهایت نتایج آزمون موچلی نشان داد که مفروضه کرویت برای فرض برابری واریانس-های درون آزمودنی برای متغیر اضطراب اجتماعی $Mauchlys = 0/914$ = کای دو = $2/431$ $P = 0/294$ و $W = 4/989$ $P = 0/054$ و تحریف‌های شناختی $W = 4/989$ $P = 0/054$ و $W = 4/989$ $P = 0/054$ معنی‌دار نبوده است. لذا با توجه به عدم معناداری آزمون موچلی از آزمون کرویت مفروض برای آزمون فرضیه استفاده شد.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف استاندارد) نمرات متغیر اضطراب اجتماعی در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آمده است. با توجه به نتایج جدول می‌توان گفت، گروه‌های آزمایشی (گروه درمانی فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) پس از دریافت مداخله از تحریف‌های شناختی و نشانگان اضطراب اجتماعی پایین‌تری در مقایسه با گروه گواه برخوردارند.

اضطراب اجتماعی در مرحله پیش‌آزمون ($P \geq 0/093$)، پس‌آزمون ($F(2, 57) = 2/478$ ، $P \geq 0/619$)، پیگیری ($F(2, 57) = 0/484$) و در مرحله پیگیری ($F(2, 57) = 0/071$) معنی‌دار نبوده است. همچنین نتایج آزمون لوین برای متغیر تحریف‌های شناختی در مرحله پیش-آزمون ($F(2, 57) = 1/788$ ، $P \geq 0/177$)، پس‌آزمون ($F(2, 57) = 0/560$) و پیگیری ($F(2, 57) = 0/986$) معنی‌دار نبوده است. بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد. مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیونی از طریق تعامل پیش-آزمون نمرات متغیرهای اضطراب اجتماعی و تحریف‌های شناختی با متغیرهای مستقل (گروه درمانی فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها با متغیر مستقل اضطراب اجتماعی (پس‌آزمون $P \geq 0/05$) $P = 0/634$ و $F = 0/642$ و $Wilkes Lambda = 0/95$) و تحریف-های شناختی (پس‌آزمون $P \geq 0/05$) $F = 1/297$ $P = 0/276$ و $Wilkes Lambda = 0/90$) معنادار نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیونی می‌باشد ($P \geq 0/05$). در نهایت نتایج آزمون t نشان داد که پیش‌آزمون گروه‌های آزمایشی

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	گواه	فراشناخت	گواه	فراشناخت	گواه	فراشناخت
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
۱**	۱۸/۷۰±۱/۲۱	۱۸/۴۰±۱/۱۴	۱۷/۴۰±۱/۲۳	۱۴/۵۵±۰/۹۹۸	۱۲/۹۵±۱/۰۵	۱۳/۲۰±۱/۱۵
۲	۱۸/۷۵±۱/۲۵	۱۸/۵۵±۱/۱۴	۱۷/۵۵±۰/۷۵۹	۱۵/۶۰±۰/۹۴۰	۱۴/۱۰±۰/۸۵۲	۱۳/۴۵±۰/۹۴۴
۳	۳۶/۹۵±۱/۷۳	۳۶/۴۵±۲/۲۳	۳۴/۹۵±۱/۲۳	۳۰/۱۵±۱/۵۳	۲۷/۰۵±۱/۱۹	۲۶/۶۵±۱/۵۹
۴	۲۲/۱۰±۱/۲۳	۲۲/۵۵±۱/۵۳	۲۱/۱۵±۱/۵۳	۱۸/۲۰±۱/۴۷	۱۶/۷۰±۱/۸۹	۱۶/۱۰±۱/۲۵
۵	۲۱/۵۰±۱/۰۵	۲۱/۴۰±۱/۲۷	۲۰/۵۰±۱/۳۵	۱۷±۱/۲۵	۱۶±۱/۳۷	۱۶/۹۵±۱/۴۳
۶	۱۱/۲۵±۰/۹۱۰	۱۰/۸۰±۰/۸۹	۱۰/۱۰±۰/۸۵۲	۷/۴۵±۰/۶۰۴	۷±۰/۷۹۴	۶/۷۵±۰/۷۸۶
۷	۵۴/۸۵±۱/۶۵	۵۴/۷۵±۱/۶۵	۵۱/۷۵±۲/۱۲	۴۲/۶۵±۱/۴۶	۳۹/۷۰±۱/۶۸	۴۰/۸۰±۲/۴۶

** ۱= اجتناب و آشفتگی اجتماعی، ۲= ترس از ارزیابی منفی، ۳= اضطراب اجتماعی، ۴= طرد در روابط بین‌فردی، ۵= انتظارات غیرواقع‌بینانه در روابط، ۶= سوء ادراک در روابط بین‌فردی و ۷= تحریف‌های شناختی.

معنی داری وجود دارد. بنابراین با توجه به تفاوت گروه-های مورد مطالعه برای بررسی نقطه تفاوت به انجام تحلیل کوواریانس‌های یکراهه در متن مانکوای تکراری مبادرت شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایشی و گواه و تعامل (گروه × زمان) از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (اضطراب اجتماعی و تحریف‌های شناختی) در دو موقعیت پس‌آزمون و پیگیری تفاوت

جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری با سنجش‌های تکراری روی نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات اضطراب اجتماعی و تحریف‌های شناختی

متغیر	اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	P	اتا
اضطراب اجتماعی	بین آزمودنی (گروه)	لمبدای ویلکز	۰/۳۵۵	۱۹/۰۱۳	۴	۱۱۲	$P \leq 0/001$	۱
	درون آزمودنی (زمان)	لمبدای ویلکز	۰/۰۳۶	۳۵۸/۹۳۱	۴	۵۴	$P \leq 0/001$	۱
	تعامل (گروه × زمان)	لمبدای ویلکز	۰/۱۰۷	۴۴/۴۱۵	۸	۱۰۶	$P \leq 0/001$	۱
تحریف‌های شناختی	بین آزمودنی (گروه)	لمبدای ویلکز	۰/۲۷۲	۱۶/۸۲۴	۶	۱۱۰	$P \leq 0/001$	۱
	درون آزمودنی (زمان)	لمبدای ویلکز	۰/۰۲۲	۳۷۹/۱۳۹	۶	۵۲	$P \leq 0/001$	۱
	تعامل (گروه × زمان)	لمبدای ویلکز	۰/۰۹۵	۱۹/۴۸۰	۱۲	۱۰۴	$P \leq 0/001$	۱

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه با سنجش‌های تکراری در متن مانکوای تکراری روی نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اضطراب اجتماعی و تحریف‌های شناختی در گروه‌های آزمایش و گواه

منبع تغییرات	متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P	اندازه اثر
بین آزمودنی (گروه)	اجتناب و آشفتگی اجتماعی	۱۶۵/۴۲۳	۲	۸۲/۷۱۷	۳۰/۱۷۸	$P \leq 0/001$	۰/۵۱۴
	ترس از ارزیابی منفی	۹۲/۵۰۰	۲	۴۶/۲۵۰	۲۲/۰۰۸	$P \leq 0/001$	۰/۴۳۶
	اضطراب اجتماعی	۴۷۳/۴۲۳	۲	۲۳۶/۷۱۷	۴۲/۰۵۳	$P \leq 0/001$	۰/۵۹۶
درون آزمودنی (زمان)	اجتناب و آشفتگی اجتماعی	۴۲۱/۸۷۵	۱	۴۲۱/۸۷۵	۶۱۶/۱۹۲	$P \leq 0/001$	۰/۹۱۵
	ترس از ارزیابی منفی	۵۳۷/۶۳۳	۱	۵۳۷/۶۳۳	۶۵۳/۴۱۴	$P \leq 0/001$	۰/۹۲۰
	اضطراب اجتماعی	۱۹۱۲/۰۰۸	۱	۱۹۱۲/۰۰۸	۹۹۷/۷۹۸	$P \leq 0/001$	۰/۹۴۶
تعامل: (گروه × زمان)	اجتناب و آشفتگی اجتماعی	۶۸/۶۰۰	۲	۳۴/۳۰۰	۵۰/۰۹۹	$P \leq 0/001$	۰/۶۳۷
	ترس از ارزیابی منفی	۱۱۲/۴۶۷	۲	۵۶/۲۳۳	۶۸/۳۴۳	$P \leq 0/001$	۰/۷۰۶
	اضطراب اجتماعی	۳۵۳/۲۶۷	۲	۱۷۶/۶۳۳	۹۲/۱۷۸	$P \leq 0/001$	۰/۷۶۴
بین آزمودنی (گروه)	طرد در روابط بین‌فردی	۱۷۹/۲۱۱	۲	۸۹/۶۰۶	۱۶/۶۰۹	$P \leq 0/001$	۰/۳۶۸
	انتظارات غیرواقع‌بینانه در روابط	۱۸۰/۸۷۸	۲	۹۰/۴۳۹	۲۶/۵۰۲	$P \leq 0/001$	۰/۴۸۲
	سوء ادراک در روابط بین‌فردی	۸۰/۳۱۱	۲	۴۰/۱۵۶	۲۲/۲۹۱	$P \leq 0/001$	۰/۴۳۹
	تحریف‌های شناختی	۱۲۵۲/۵۷۸	۲	۶۲۶/۲۸۹	۶۶/۱۳۹	$P \leq 0/001$	۰/۶۹۹
درون آزمودنی (زمان)	طرد در روابط بین‌فردی	۴۷۶/۰۰۸	۱	۴۷۶/۰۰۸	۸۲۵/۳۲۲	$P \leq 0/001$	۰/۹۳۵
	انتظارات غیرواقع‌بینانه در روابط	۴۶۹/۰۰۸	۱	۴۶۹/۰۰۸	۶۰۴/۶۲۳	$P \leq 0/001$	۰/۹۱۴
	سوء ادراک در روابط بین‌فردی	۲۰۵/۴۰۸	۱	۲۰۵/۴۰۸	۳۲۸/۶۵۳	$P \leq 0/001$	۰/۸۵۲
	تحریف‌های شناختی	۳۳۵۰/۲۰۸	۱	۳۳۵۰/۲۰۸	۱۵۷۴/۱۲۷	$P \leq 0/001$	۰/۹۶۵
تعامل: (گروه × زمان)	طرد در روابط بین‌فردی	۷۵/۶۱۷	۲	۳۷/۸۰۸	۶۵/۵۵۴	$P \leq 0/001$	۰/۶۹۷
	انتظارات غیرواقع‌بینانه در روابط	۶۲/۶۱۷	۲	۳۱/۳۰۸	۳۹/۷۶۸	$P \leq 0/001$	۰/۵۸۳
	سوء ادراک در روابط بین‌فردی	۲۸/۴۶۷	۲	۱۴/۲۳۳	۲۲/۷۷۳	$P \leq 0/001$	۰/۴۴۴
	تحریف‌های شناختی	۴۷۹/۶۱۷	۲	۲۳۹/۸۰۸	۱۱۲/۳۴۱	$P \leq 0/001$	۰/۷۹۸

و (۵۷) F معنی‌دار می‌باشد. بنابراین می‌توان بیان کرد که بین میانگین نمرات (اضطراب اجتماعی و تحریف‌های شناختی) بین گروه‌های آزمایشی و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. تأثیر زمان بر نمرات اضطراب اجتماعی ($P < 0/001$, $F = 997/798$) و تحریف‌های شناختی ($P < 0/001$, $F = 1574/127$) معنی‌دار می‌باشد. بنابراین می‌توان بیان کرد که صرف نظر از گروه

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهند که تحلیل کوواریانس‌های یکراهه با سنجش‌های تکراری مربوط به اثر زمان‌ها (از پیش‌آزمون تا پیگیری) در متغیر اضطراب اجتماعی مشاهده می‌شود. نتایج جدول تأثیر گروه بر نمرات اضطراب اجتماعی ($P < 0/001$, $F = 42/053$) و (۲) و (۵۷) F و تحریف‌های شناختی ($P < 0/001$, $F = 66/139$)

های شناختی و نشانگان اضطراب اجتماعی دانشجویان بود. نتایج پژوهش نشان داد که، میانگین‌های نمرات پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی بین گروه‌های آزمایشی با گروه گواه تفاوت وجود دارد. این نتایج با مطالعات ولز (۳۴)، کارلسون و همکاران (۳۵)، جانسون و همکاران (۳۶)، هربرت و همکاران (۳۷)، آنانزیات و همکاران (۳۸) و کاپوبینگو و همکاران (۳۹) همخوانی دارد. همچنین ضریب تأثیر مداخله نشان می‌دهد که بین نمرات اضطراب اجتماعی گروه درمانی فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود ندارد و اثر مداخله تا مرحله پیگیری بر روی نمرات اضطراب اجتماعی دارای یک روند خطی کاهشی بود.

از جمله دلایلی که باعث شد نمره‌ی اضطراب اجتماعی افراد مورد مطالعه کاهش یابد ماهیت درمان فراشناختی و ساختار درمان آن بود. درمان فراشناختی از طریق ایجاد بینش در بیماران زمینه را برای به دست آوردن نتایج درمانی بهتر فراهم می‌کند. به عبارت دیگر هدف مدل درمانی فراشناختی، نشان دادن فراشناخت‌ها و فرآیندهای تداوم‌بخش دوره‌ای افسرده‌ساز است. همچنین در تبیین نتایج درمان فوق می‌توان به این نکته اشاره کرد که درمان فراشناختی اضطراب اجتماعی دارای برنامه‌ی ارزیابی و مقیاس‌های دقیقی بوده و از این طریق، درمانگر را از نتایج درمانی خود مطلع نموده و بازخوردهای مناسبی به بیماران می‌دهد. برخی اصول تغییر رفتاری می‌توانند باورهای فراشناختی را به چالش بکشانند. بنا بر این یکی از دلایل پایداری نتایج درمانی در مرحله‌ی پی‌گیری می‌تواند به علت افزایش کنترل فراشناختی افراد دارای علائم اضطراب اجتماعی بر باورهای فراشناختی‌شان باشد. افزایش کنترل فراشناختی این امکان را به افراد مضطرب می‌دهد که رابطه‌ی جدیدی با افکار خود برقرار نموده، فراشناخت‌هایی که شیوه‌ی ناسازگارانه‌ی تفکر

آزمایشی بین میانگین نمرات (اضطراب اجتماعی و تحریف‌های شناختی) بین گروه آزمایشی در سه موقعیت پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه برای نمرات اضطراب اجتماعی ($F(2, 57) = 92/178, P < 0/001$) و تحریف‌های شناختی ($F(2, 57) = 112/341, P < 0/001$) معنی‌دار می‌باشد. بنابراین می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات اضطراب اجتماعی و تحریف‌های شناختی در زمانهای مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. نتایج آزمون‌های تعقیبی تصحیح بنفرونی نشان داد که در پس‌آزمون گروه درمانی فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی و تحریف‌های شناختی با گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/001$). ولی بین گروه‌های آزمایشی (گروه درمانی فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) تفاوتی وجود ندارد. همچنین در مرحله پیگیری بین گروه درمانی فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی و تحریف‌های شناختی با گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/001$). ولی در مرحله پیگیری بین گروه درمانی فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی و تحریف‌های شناختی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. میزان ضریب تأثیر گروه درمانی فراشناختی در مرحله پس‌آزمون (و پیگیری) برای اضطراب اجتماعی (۷۵ و ۶۷) درصد و برای تحریف‌های شناختی (۷۶ و ۷۱) درصد بود. همچنین ضریب تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای متغیر اضطراب اجتماعی در مرحله پس‌آزمون (و پیگیری) ۶۷ (و ۶۷) درصد و برای متغیر تحریف‌های شناختی ۸۰ (و ۷۶) درصد است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحریف-

در این روش افکار، احساسات و حس‌ها همان گونه که هستند، پذیرفته می‌شود. از سوی دیگر همان طور که در مقدمه اشاره شد، 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. درواقع 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 (۲۱). همچنین درمانگر در این درمان به بیمار درباره‌ی آسیب‌زا بودن این رفتارها آموزش می‌دهد و روشن می‌کند که چرا رفتارهای مخل درمان می‌بایست متوقف شوند. بنابراین بیمار در برخورد با چنین رفتارهایی، باید ابتدا به تغییر در خود متعهد شود همچنین بپذیرد که این رفتارها در او وجود دارد و فقط خود او قابلیت تغییر دادن این رفتارها را دارد. بیمار و درمانگر، مسئله یا مشکل را با هم به بحث می‌گذارند و بر روی راه‌حلهایی بر تجربه عواطف جدید تمرکز می‌کنند. این درمان به فرد این فرصت را می‌دهد که دوباره به مشاهده، شرح و توصیف حالات هیجانی بدون یک دید قضاوت‌گرانه بپردازد و بیشترین تمرکز درمانگر، هدایت بیمار با قبول مسئولیت توسط خودش به سمت هشیاری کامل است. درمانگر بیمار را تشویق می‌کند تا افکار و هیجانات مربوط به یک فکر، احساس و رفتار (درون جمعی) را به صورت کامل تجربه کند بدون آنکه آنها را سرکوب کند، و در مورد آن قضاوت ارزشی کند و هیجانات ثانویه مثل شرم و گناه را بعد از تجربه این رفتار، فکر و احساس تجربه نماید (۴۹).

منفی تکرارشونده را فزونی می‌بخشند یا باعث افزایش و تشدید باورهای منفی می‌گردند تغییر دهند. بعلاوه آموزش ذهن‌آگاهی فراشناختی اجازه می‌دهد افراد به عقب برگردند و شرایط زندگی‌شان را تحلیل کرده و به روشی نو، نه عادت، واکنش نشان دهند. با عنایت به اینکه رفتار توأم به جرأت‌ورزی موجب توسعه ارتباط موفق و باز و ابراز احساسات مثبت، عشق و قدردانی و افزایش احترام و تکریم خود در مواجهه با دیگران می‌شود، ذهن‌آگاهی می‌تواند پذیرش و مقابله و خصومت، اضطراب و خطرپذیری را کاهش دهد. همچنین در ذهن‌آگاهی نیز، یکی از تکنیک‌ها مراقبه است. مراقبه فعالیتی از هشیاری ذهنی (شامل عواطف و احساسات، خاطرات و رویاها) است. از طریق مراقبه می‌توانیم اشتباهاتمان را بشناسیم و ذهنمان را طوری تنظیم و سازگار کنیم که واقع‌گرایانه‌تر و صادقانه‌تر به تفکر بپردازد (۴۸). ما یاد می‌گیریم تا از افراد و چیزهای دور و برمان انتظارات غیرواقعی کمتری داشته باشیم و بنابراین کمتر به خاطر وقایع آینده خود را مضطرب کنیم؛ روابط بهبود پیدا می‌کند و زندگی پایدارتر و رضایت‌بخش‌تر می‌شود. ما یک حس و معنای وسیع و روشن از آنچه پیرامونمان می‌گذرد، ایجاد می‌کنیم و توسعه می‌دهیم. یکی از مکانیسم‌های ذهن‌آگاهی «آگاهی فراشناختی» است که اشاره به باورهایی دارد که افراد درباره تفکر خود دارند. این دانش شامل باورهایی در مورد انواع خاص تفکر و نیز باورهایی در ارتباط با کارایی و چگونگی تنظیم افکار آن‌ها می‌باشد. در نتیجه با توجه به مطالب ذکر شده می‌توان تبیین کرد که گروه درمانی فراشناختی اثری انکارناپذیر در کاهش اضطراب دارد.

همچنین در تبیین اثربخشی الگوی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان گفت، که الگوی درمانی مبتنی بر پذیرش که اغلب شکلی از ذهن‌آگاهی در نظر گرفته می‌شود، آگاهی بر هر یک از افکار به صورت ساده و بدون جزئیات، بدون قضاوت و پیش داوری و حال محور است و

وضعیت مطلوب خلقی به راه می‌افتد بیان می‌کند. در تعریفی که هم توسط کابات زین از ذهن‌آگاهی ارائه شده است آن را به عنوان نوعی شیوه توجه کردن معرفی کرده است. با این حال، باید به این مسأله توجه نمود که ذهن‌آگاهی در نگاه کابات-زین فراتر از شیوهایی برای کنترل توجه می‌باشد و او نگاهی عرفانی به این روش دارد و ذهن‌آگاهی را شیوه‌ای برای زندگی قلمداد می‌کند (۵۰). اثرات درمانی برنامه فراشناختی به شیوه گروهی به وسیله عوامل مربوط به گروه افزایش می‌یابد. باعث بالا رفتن توان مقابله سازگاری، ایجاد حس امیدواری، پاسخگویی بیشتر به درمان شده و لذا پیامدهای درمانی بیشتری تحت تاثیر قرار می‌گیرند (۳۶).

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان گفت شرکت در جلسات آموزش گروهی الگوی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب شد تا دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی مشکل خود را بپذیرند و به طور منطقی با آن مواجه شوند. احتمالاً بیان تجارب موفق و ناموفق در حضور افرادی که با فرد ویژگی مشترک زیادی دارند، به وی احساس شاهد خویشتن، صمیمیت، مسئولیت‌پذیری و خودکارآمدی می‌دهد. شاید مداخله آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اولین بار این فرصت را برای این افراد فراهم کرده باشد که با فاصله با مشکل خود مواجه شوند و احساس کنند مهارت‌هایی دارند که علی‌رغم وجود مشکلات، امکان برقراری یک ارتباط لذت بخش را برای آنها ایجاد می‌کند. به علاوه، آموزش به گونه‌ای بود که دانشجویان را به تأمل و تفکر وا می‌داشت، چرا که مبتنی بر سؤال و تفکر بود و مکرر تأکید می‌شد از پاسخ دادن سریع پرهیز و بیشتر دقت و تأمل کنند. از سوی دیگر کاهش رفتارهای کناره‌گیری (اضطراب اجتماعی) و افزایش رفتارهای حل مسأله اجتماعی، شاید به این دلیل باشد که در جلسات گروه، مشارکت عملی و کلامی افراد برای پیدا کردن راه حل به شدت مورد توجه قرار گرفته و رفتارهای مطلوب و پاسخ‌های دانشجویان تشویق شده است (۲۰). این حالت

همچنین نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات تحریف‌های شناختی گروه درمانی فراشناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه تفاوت وجود دارد. این نتایج با مطالعات ولز (۳۴)، کارلسون و همکاران (۳۵)، جانسون و همکاران (۳۶)، هربرت و همکاران (۳۷)، آنانزیات و همکاران (۳۸) و کاپوبینگو و همکاران (۳۹) همخوانی دارد. همچنین ضریب تأثیر مداخله نشان می‌دهد که بین نمرات تحریف‌های شناختی گروه درمانی فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود ندارد و اثر مداخله تا مرحله پیگیری بر روی نمرات تحریف‌های شناختی دارای یک روند خطی کاهشی بود. در تبیین این نتایج می‌توان گفت آموزش فراشناختی به شیوه گروهی باعث ایجاد ذهن‌آگاهی، از طریق تمرین‌های مراقبه و ذهن‌آگاهی به افزایش توانایی خودآگاهی و پذیرش خود در بیماران می‌شود. ذهن‌آگاهی یک روش یا فن نیست، بلکه به عنوان یک شیوه در دسترس برای کاهش رنج کشیدن و گسترش کیفیت‌های مثبت مانند هشیاری، بینش، خرد و همدردی توصیف می‌شود. استفاده از آموزش آرمیدگی به شکل گسترده و تاکید زیاد بر آن به عنوان یک مهارت ارزشمند مدیریت اضطراب که بایستی به طور منظم در زندگی فرد استفاده شود و به عنوان جزئی پایدار از مهارت‌های مقابله فرد درآید. ابراز هیجان‌ها طی تمام جلسات برنامه، فایده‌های درمانی متعدد دارد. حضور ذهن از طریق خود تنظیمی توجه، بوسیله فعالیت‌های مراقبه بر مولفه‌های عاطفی و حسی بدن اثر می‌گذارد. تمرین منظم هاتا یوگا انعطاف‌پذیری اسکلتی - عضلانی، نیرومندی و تعادل را افزایش می‌دهد و به فرد کمک می‌کند و حالاتی از آرامش و آگاهی عمیق را تجربه کند. هدف اصلی استفاده از روش ذهن‌آگاهی را برای کمک به بیماران در دستیابی به شیوه‌ای برای مقاومت در برابر نشخوارهای فکری که به دنبال تغییرات ادراک شده درباره وضعیت جاری و

احتمالاً به کسب تجربه مثبت و بهبود نگرش دانشجویان به دیگران، بهبود روابط بین فردی و کاهش اضطراب اجتماعی انجامیده است. راهبردهای شناختی برای این دانشجویان گامی در جهت اصلاح شناخت افراد است و به او کمک می‌کند تا از نقش «یک فرد شکست خورده» بیرون بیاید (۲۱).

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌شود. نخستین محدودیت مطالعه حاضر حجم کوچک نمونه است. گرچه این مطالعه دستخوش افت آزمودنی‌ها نشد، ولی حجم کم نمونه این مطالعه یکی از محدودیت‌هایی است که مانع از برآورد دقیق اندازه اثر برنامه شده است. محدودیت دوم مربوط به استفاده از ابزارهای خود گزارشی است. این ابزارها دارای مشکلات ذاتی (خطای اندازه‌گیری، عدم خویشتن‌نگری و...) است. محدودیت سوم مربوط به عدم کنترل عوامل زمینه‌ای و فردی است. این احتمال وجود دارد که شرکت‌کنندگان به دلیل بعضی از عوامل زمینه‌ای اثر برنامه را بیش‌تر برآورد کرده باشند. یک فرض احتمالی دیگر آن است که افراد به دلیل تمایل فردی، خوش‌بینی و عواملی نظیر آن اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. از جمله محدودیت‌های دیگر پیگیری ۲ ماهه به منظور سنجش ثبات مداخله می‌باشد.

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی برای کنترل اثر انتظار، برنامه‌های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) بر روی کنترل اجرا شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود از نمونه‌هایی با حجم بزرگ‌تر برای دستیابی به اندازه اثر واقعی برنامه استفاده شود. این مطالعه بر روی دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی لرستان اجرا شده است، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای بسط یافته‌های این مطالعه، گروه درمانی فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی را بر روی دانشجویان افسرده بالینی، مبتلا به اضطراب فراگیر و وسواس فکری عملی اجرا کنند. سنجش مرحله پیگیری در گروه درمانی فراشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی در فواصل زمانی ۶ ماهه و ۱ ساله صورت گیرد تا ثبات مداخله در طول زمان مشخص شود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دوره دکترای روان‌شناسی تربیتی نویسنده اول از دانشگاه لرستان می‌باشد. بدین وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی دانشجویان شرکت‌کننده در این تحقیق و دوستان عزیز که در دانشگاه علوم پزشکی لرستان ما را یاری رساندند اعلام می‌نمایم.

References

1. LeDoux JE, Pine DS. Using neuroscience to help understand fear and anxiety: a twosystem framework. *American journal of psychiatry*, 2016; 173(11): 1083-1093.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub. 2013.
3. Wenzel A, Jager-Hyman S. Social Anxiety Disorder and Its Relation to Clinical Syndromes in Adulthood. In *Social Anxiety (Third Edition)* (pp. 227-251). 2014; 888.
4. Cowart MJ, Ollendick TH. Attention training in socially anxious children: a multiple baseline design analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 2011; 25(7): 972-977.
5. Bethany AG, Martin MA, Koerner N, Aiken A. Appearing Anxious Leads to Negative Judgments by Others. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 68 (3): 304-318.
6. Leichsenring F, Salzer S, Beutel ME, Herpertz S, Hiller W, Hoyer J, and et al. "Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder: A Multicenter Randomized Controlled Trial". *American Journal of Psychiatry*. 2013; 170,759-767.
7. Riskind JH, Rector NA, Taylor S. Looming cognitive vulnerability to anxiety and its reduction in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2012; 22(2): 137-62.
8. Barrera TL, Szafranski DD, Ratcliff CG, Garnaat SL, Norton PJ. "An Experimental Comparison of Techniques: Cognitive Defusion, Cognitive Restructuring, and in-vivo Exposure for Social Anxiety". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2016; 44(2):249-54.
9. Moffitt R, Brinkworth G, Noakes M, Mohr P. "A comparison of cognitive restructuring and cognitive defusion as strategies for resisting a craved food". *Psychology & Health*, 2012; 27 (2): 74-90.
10. Ellis A. *Rational emotive behavior therapy: a therapist's guide (2nd Edition)*, With Catharine Maclaren. Impact Publishers. 2005.
11. Beck AT. *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press. 1979.
12. Eidelman P, Talbot L, Ivers H, Bélanger L, Morin CM, Harvey AG. "Change in Dysfunctional Beliefs about Sleep in Behavior Therapy, Cognitive Therapy, and Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia". *Behavior Therapy*, 2016; 47(1):102-115.
13. Swain J, Hancock K, Hainsworth C, Bowman J. Mechanisms of change: Exploratory outcomes from a randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for anxious adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2015; 4(1): 56-67.
14. Ost LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*. 2008; 46(3): 296-321.
15. Cardaciotto LA. *Assessing Mindfulness: The Development of a Bi-Dimensional Measure of Awareness and Acceptance [Thesis]*. Philadelphia, PA: Drexel University. 2005.
16. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive

- therapies. Behavior Therapy. 2008; 35(4): 639-65.
17. Hayes SC, Bissett RT, Korn Z, Zettle RD, Rosenfarb IS, Cooper LD, et al . The Impact of Acceptance versus Control Relational on Pain Tolerance. The Psychology Record, 1999; 49, 33-47.
18. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol, 2011; 76 (6): 1083-9.
19. Kanter JW, Baruch DE, Gaynor ST. Acceptance and Commitment Therapy and Behavioral Activation for the Treatment of Depression: Description and Comparison. The Behavior Analyst. 2006; 29 (5): 161-185.
20. Bach P, Hayes SC. The Use of Acceptance and Commitment Therapy to Prevent the Rehospitalization of Psychotic Patients: A Randomized Controlled Trial. Journal of Consulting and Clinical. Psychology, 2002; 70 (5): 1129-1139.
21. Ossman WA, Wilson KG, Storaasli RD, McNeill JW. A Preliminary Investigation of the Use of Acceptance and Commitment Therapy in Group Treatment for Social Phobia [Investigación Preliminar del Uso de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el Tratamiento Grupal de la Fobia Social]. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2006; 6 (3): 397-416.
22. Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC. Antonuccio DO, Piasecki MM, Rasmussen-Hall ML. Acceptance-Based Treatment for Smoking Cessation. Behavior Therapy. 2004; 35: 689-705.
23. Wells A, Clark DM, Salkovskis P, Ludgate J, Hackmann A, Gelder M. Social Phobia: The Role of In-Situation Safety Behaviors in Maintaining Anxiety and Negative Beliefs-Republished Article. Behavior therapy, 2016; 47(5): 669-674.
24. Wells A, Simons M. Metacognitive therapy. John Wiley & Sons, Ltd. 2009.
25. Wells A, Papageorgiou C. Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. Behav Res Ther. 2012; 39 (2): 713-720.
26. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2011; 35 (3): 307-18.
27. Baer R. Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications, San Diego: Elsevier. 2013.
28. Chaskalon M, Wiley JS. The mindful workplace: developing resilient individuals and resonant organizations with MBSR. 2014; 20: 230-2.
29. McEvoy, PM, Erceg-Hurn DM, Anderson RA, Campbell BN, Swan A, Saulsman LM, & Nathan PR. Group metacognitive therapy for repetitive negative thinking in primary and non-primary generalized anxiety disorder: An effectiveness trial. Journal of affective disorders, 2015; 175, 124-132.
30. Nordahl H, Nordahl HM, Hjemdal O, Wells A. Cognitive and metacognitive predictors of symptom improvement following treatment for social anxiety disorder: A secondary analysis from a randomized controlled trial. Clinical psychology & psychotherapy, 2017; 24(6): 1221-1227.

31. Lakshmi J, Sudhir PM, Sharma MP, Math SB. Effectiveness of metacognitive therapy in patients with social anxiety disorder: A pilot investigation. *Indian journal of psychological medicine*, 2016; 38(5): 466.
32. Speca M, Carlson L, Goodey E, Angen MA. Randomized wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Med.* 2000; 62: 613-22.
33. Wells A, Welford M, Fraser J, King P, Mendel E, Wisely J. chronic treated with metacognitive therapy: An open trial. *Cogn Behav Prac.t* 2008; 15(2): 85-92.
34. Wells A. *Meta-Cognitive therapy for anxiety and depression* New York, The Guilford Press. 2011.
35. Carlson L, Specs M. *Mindfulness - based cancer recovery*. Oakland, CA: New Harbinger. 2011; 17-31.
36. Johnson SU, Hoffart A, Nordah HM, Wampold BE. Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders.* 2017; 50: 103-112.
37. Herbert JH, Forman EM, Kaye JL, Gershkovich M, Goetter E, Yuen EK, et al. Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: Symptomatic and behavioral outcomes. *Journal of Contextual Behavioral Science.* 2018; 9: 88-96.
38. Annunziata AJ, Green JD, Marx BP. Acceptance and Commitment Therapy for Depression and Anxiety. *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)*, 2016; 1-10.
39. Capobianco L, Reeves D, Morrison AP, Wells A. Group Metacognitive Therapy vs. Mindfulness Meditation Therapy in a Transdiagnostic Patient Sample: A Randomised Feasibility Trial. *Psychiatry Research*, 2018; 259: 554-561.
40. Watson D, Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1969; 33(4): 448-457.
41. Delavar A. [The method research of psychology and educational (Persian)]. Tehran: Virayesh Publisher 2001. P. 99-117. (In Persian).
42. Zimmerman M. *Interview Guide for Evaluating DSM-5 Psychiatric Disorders and the Mental Status Examination*. Published January 1st 1994 by Psych Products Press, 2013.
43. Ghayour kazemi F, Sepehri Shamloo Z, Mashhadi A, Ghanaee Chamanabad A, Pasalar FA, Comparative Study of the Effectiveness of Metacognitive Therapy with Neurofeedback Training on Metacognitive Beliefs and Anxiety in Female Students with Social Anxiety Disorder (Single Subject Study). *Journal of Cognitive Psychology*, 2016; 4 (1-2), 19-30 . (In Persian).
44. Barghi Irani Z, Mohammadi O, Bagian Koulemarz MJ, Bakhti M. The Role of Cognitive Avoidance and Decisional Procrastination in Predicting Social Anxiety among Students. *Social Psychology Research*, 2015; 4 (16): 17-36. (In Persian).
45. Taylor CT, Bomyea J, Amir N. Attentional bias away from positive social information

- mediates: The link between social anxiety and anxiety vulnerability to a social stressor. *Journal of Anxiety Disorders*, 2010; 24 (4): 403-408.
46. Hamamci Z, Büyüköztürk Ş. The interpersonal cognitive distortions scale: development and psychometric characteristics. *Psychological Reports*. 2004; 95(1), 291-303.
47. EsmaeelPoor K, Bakhshi Poor Rodsari A, Mohammadzadegan R. Determining the factor structure, validity and reliability of interpersonal cognitive distortions scale among students of Tabriz University. *Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning*, 2015; 2 (3): 54-72. (In Persian).
48. Wells A, Colbear JS. Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: a preliminary controlled trial. *Journal of clinical psychology*, 2012; 68 (4): 373-381.
49. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in w. o'donohue, je. fisher, (eds), *cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2008:263-265.
50. Lerner R, Kibler J, Zeichner S. Relationship between Mindfulness-Based Stress Reduction and Immune Function in Cancer and HIV/AIDS. *Nova Southeastern University, Fort Lauderdale, U Cancer and Clinical Oncology*. 2013; 2 (1); 62-72.

A Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Group Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on the Cognitive Distortions of Students with Social Anxiety Disorder

Veiskarami H¹, Khodai S^{*2}, Ghazanfari F³

1. Assistant Professor, Lorestan University, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Iran.

2. PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Iran. sajadkhodai@yahoo.com

3. Associate Professor, Lorestan University, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Iran

Received: Oct. 16, 2019

Accepted: Dec. 21, 2019

Abstract

Background: The aim of this study was to compare the effectiveness of metacognitive group therapy and acceptance and commitment therapy on cognitive distortions and social anxiety syndrome.

Materials and Methods: The method of this study is a semi-experimental design with a pre-test-post-test design and a 2-month follow-up. The statistical sample of this study consisted of 60 students suffering from social anxiety who volunteered to participate in the intervention. Using random sampling, 1500 students were selected based on social anxiety scales and structured clinical interviews. They were randomly divided into three groups (metacognitive group therapy, acceptance and commitment therapy, and control group). Subjects in the experimental group received metacognitive therapy and acceptance and commitment therapy in 10 sessions. All three groups responded to the Watson & Ferind Social Anxiety Questionnaire (1969), and the cognitive distortions (Hamamci and etal, 2004) in the pre-test, post-test and follow-up stages. The collected data were analyzed by analysis of covariance with repeated measures.

Results: The results indicated that the metacognitive group therapy and acceptance and commitment therapy were effective on cognitive disturbances and the syndrome of social anxiety ($P < 0.001$). The results were also kept at the follow-up stage.

Conclusion: According to the results, these interventions could be used in combination with drug therapy and other evidence-based therapies for people with social anxiety disorder as an efficient and complementary treatment.

Keywords: group therapy, metacognition, acceptance and commitment therapy, cognitive distortions, social anxiety, students.

***Citation:** Khodai S, Veiskarami H, Ghazanfari F. A Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Group Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on the Cognitive Distortions of Students with Social Anxiety Disorder. *Yafte*. 2020; 22(4):86-105.