

Research Paper



The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Improving the Maladaptive Beliefs of People with Social Anxiety Due to the Moderating Role of Emotional Regulation



Hamideh Rasoulzadeh *¹

1. Ph.D. student of psychology, Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.65.2.0](https://doi.org/20.1001.1.27173852.1401.17.65.2.0)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_13015.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
Acceptance and Commitment Cognitive Therapy, Irrational Beliefs, Emotional Regulation, Social Anxiety

Received: 2018/12/16
Accepted: 2018/12/24
Available: 2022/06/10

This study aimed to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy in improving maladaptive beliefs of people with social anxiety concerning the moderating role of emotional regulation. The participants consisted of 2 women with social anxiety who underwent ACT treatment. Before the start of treatment, both patients underwent three initial assessments as a baseline. After the start of therapy in sessions 4, 6, and 8, the dependent variables were re-evaluated. Finally, a one-month Follow-up evaluation was performed to examine the status of stage-dependent variables. The Jones Irrational Beliefs Questionnaire was used to assess the trend of changes in baseline, intervention, and follow-up. In order to analyze the data, a visual analysis of graphs, including level interpretation, trend, and performance variability during baseline and treatment conditions, was used. The results showed that cognitive therapy based on acceptance and commitment improves irrational beliefs such as emotional control and helplessness to change in people with social anxiety due to the moderating role of emotional regulation. The results of this study show the effectiveness of cognitive therapy based on acceptance and commitment to improving the maladaptive beliefs of people with social anxiety with respect to the moderating role of emotional regulation.



* Corresponding Author: Hamideh Rasoulzadeh

E-mail: rasoulzadeh_h@tabrizu.ac.ir

مقاله پژوهشی



اثر شناخت‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش در بهبود باورهای ناسازگار افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی با توجه به نقش تعدیل‌کننده تنظیم هیجانی



حمیده رسول‌زاده*

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.65.2.0](https://doi.org/10.27173852.1401.17.65.2.0)URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_13015.html

چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

شناخت‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، باورهای غیر منطقی، تنظیم هیجانی، اضطراب اجتماعی

این پژوهش با هدف بررسی اثر شناخت‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش در بهبود باورهای ناسازگار افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی با توجه به نقش تعدیل‌کننده تنظیم هیجانی انجام شده است. شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر را ۲ خانم مبتلا به اضطراب اجتماعی تشکیل می‌دادند که درمان ACT بر روی آن‌ها به مرحله اجرا درآمد. قبل از آغاز درمان، از هر دو بیمار به ترتیب پلکانی ۳ ارزیابی اولیه به عنوان خط پایه به عمل آمد و پس از آغاز درمان در جلسات ۴، ۶ و ۸ نیز مجدداً ارزیابی متغیرهای وابسته انجام شد و در انتها، در پیگیری یک ماهه نیز ارزیابی پیگیری، جهت بررسی وضعیت متغیرهای وابسته به مرحله اجرا گذارده شد. به منظور بررسی روند تغییرات در خط پایه، مداخله و پیگیری از پرسشنامه باورهای غیر منطقی جونز استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل چسبی نمودارها شامل تفسیر سطح، روند و تغییر پذیری عملکرد در طول شرایط خط پایه و درمان استفاده شد. نتایج نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود باورهای غیر منطقی از جمله کنترل هیجانی و درماندگی نسبت به تغییر در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی با توجه به نقش تعدیل‌کننده تنظیم هیجانی می‌شود. نتایج این پژوهش موثر بودن شناخت‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را در بهبود باورهای ناسازگار افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی با توجه به نقش تعدیل‌کننده تنظیم هیجانی نشان می‌دهد.

دریافت شده: ۱۳۹۷/۰۹/۲۵

پذیرفته شده: ۱۳۹۷/۱۰/۰۳

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۳/۲۰

* نویسنده مسئول: حمیده رسول‌زاده

رایانامه: rasouladeh_h@tabrizu.ac.ir

مقدمه

اضطراب اجتماعی نوعی اضطراب است که با ترس و اضطراب شدید در موقعیتهای اجتماعی شناخته می‌شود و حداقل بخشی از فعالیتهای روزمره شخص را مختل می‌کند. اضطراب اجتماعی یک اختلال بسیار ناتوان‌کننده است که می‌تواند بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد را مختل کند. در موارد شدید اضطراب اجتماعی می‌تواند کیفیت زندگی فرد را تا حد نازلی کاهش دهد. بعضی از مبتلایان ممکن است هفته‌ها از خانه خارج نشوند یا از بسیاری موقعیتهای اجتماعی مانند موقعیتهای شغلی و تحصیلی خود صرف‌نظر کنند. اضطراب اجتماعی می‌تواند از نوع خاص (زمانی که فقط برخی موقعیتهای اجتماعی خاص موجب اضطراب می‌شود مثل سخنرانی در حضور جمع) یا از نوع فراگیر باشد. اضطراب اجتماعی فراگیر عموماً شامل نوعی نگرانی شدید، مزمن و پایدار از قضاوت دیگران در مورد ظاهر یا رفتار و یا خجالت کشیدن و تحقیر شدن در حضور دیگران است. در حالی که شخص مبتلاً معمولاً متوجه غیرمنطقی بودن یا زیاده روی در احساس ترس و نگرانی می‌شود، ولی غلبه کردن بر این ترس برایش بسیار سخت است. حداکثر حدود ۱۳۳ درصد مردم در مقطعی از زندگی خود معیارهای هراس اجتماعی را دارا هستند که نسبت مردان به زنان مبتلاً ۲ به ۳ است. علائم جسمی که معمولاً همراه اضطراب اجتماعی هستند شامل سرخ شدن، تعریق زیاد، لرزش، تپش قلب، احساس دل آشوب و لکنت زبان است. در موارد نگرانی و ترس شدید، حملات اضطرابی نیز ممکن است اتفاق بیافتد. تشخیص و دخالت زودهنگام در این اختلال می‌تواند به حداقل شدن علائم و کند شدن پیشرفت آن کمک قابل توجهی کند و از بروز عوارض بعدی نظیر افسردگی شدید جلوگیری نماید. بعضی از مبتلایان از الکل یا مواد مخدر و روانگردان برای کاهش ترس، افزایش اعتماد به نفس و عملکرد اجتماعی بهتر استفاده می‌کنند.

در نشانه‌شناسی‌ها و سبب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی از شناخت‌واره‌های معیوب در قالب طرحواره‌های ناسازگار، باورهای غیرمنطقی، ادراکات و تعبیر و تفسیرهای نادرست، اسنادهای غلط و افکار غیرمنطقی نامبرده شده است که گاه به عنوان نشانه و گاه به عنوان علل و دلایل شکل‌گیری و تداوم این اختلال، از آن‌ها یاد می‌شود. در این راستا، نظریه‌های شناختی بر این باورند که با توجه به پیچیدگی‌های زندگی روزمره و ابهام موجود در بسیاری از تعاملات بین فردی، ادراک‌های اشتباه و سوءتعبیرهای گاه به گاه، غیر قابل اجتناب هستند. در این ارتباط، ایس^۱ یکی از برجسته‌ترین روانشناسان مدل شناختی، بر اهمیت باورها و افکار نامعقول انسانها در شکل‌گیری اختلالات روانی تاکید می‌کند (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۶). بر این اساس، پاترسن^۲ (۱۹۶۶)، ایس (۱۹۷۳) و پاپن^۳ (۱۹۷۴) اضطراب و اختلالات عاطفی را نتیجه طرز تفکر غیر منطقی و غیر عقلانی می‌دانند، به نظر ایشان، افکار و عواطف، واکنش‌های متفاوت و جداگانه‌ای نیستند. از این‌رو تا زمانیکه تفکر غیرمنطقی جریان دارد،

اختلالات عاطفی و هیجانی به قوت خود باقی خواهند ماند. به نظر ایس (۱۹۷۳) افرادی که خود را اسیر و گرفتار افکار غیر منطقی خودشان می‌کنند، احتمالاً خود را در حالت احساس خشم، مقاومت، خصومت، دفاع، گناه، اضطراب، سستی و رخوت مفرط، عدم کنترل و ناچاری قرار می‌دهند. تمام مشکلات عاطفی افراد از تفکرات جادویی و موهومی آن‌ها سرچشمه می‌گیرد که از نظر تجربی معتبر نیستند (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۶).

تاثیرگذارترین نظریه‌پرداز شناختی در حیطه اختلالات اضطرابی آرون بک^۴ (۱۹۸۵) است. وی تاکید می‌کند که عوامل شناختی در نامتناسب یا مبالغه آمیز بودن هیجان‌ها دخیل هستند و این ادراکات نادرست و غیر دقیق در مورد وجود خطر، مسئول فعال شدن، کنترل و تداوم واکنش‌های هیجانی و رفتاری توأم با اختلال‌های اضطرابی هستند (هیمبرگ و همکاران، ۲۰۰۴). امروزه بسیاری از افراد در سیر تفکر خود به دلیل عدم آشنایی با اصول تفکر منطقی و صحیح، ناخواسته دچار خطای شناختی می‌شوند. عدم اطلاع از خطاهای شناختی ورطه‌ای بسیار خطرناک و سهمگین است و از این‌رو بسیاری از گرفتاری‌های آدمی به دلیل آلوده بودن افکارشان به این نوع خطاها است. در این راستا، به نظر می‌رسد افسردگی، بی‌قراری، رقابت‌های ناصحیح، خشونت، پرخاشگری و بسیاری از رفتارهای غیر عادی آدمی بی‌ارتباط با خطاهای شناختی نباشند. از همین رو، ایس این خطاها را شناسایی و در قالب ده خطای شناختی معرفی نموده است. از جمله این خطاها عبارتند از: تفکر همه یا هیچ، تعمیم مبالغه آمیز، فیلتر ذهنی، بی‌توجهی به امر مثبت، نتیجه‌گیری شتابزده، درشت‌نمایی، استدلال احساسی، بایدها، برجسب زدن، شخصی‌سازی و سرزنش (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۶).

در رابطه با ارتباط بین اضطراب اجتماعی و تنظیم هیجانی نیز تحقیقات زیادی انجام شده است. تنظیم هیجان شامل گستره‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری هشیار و ناهشیار است که جهت کاهش، حفظ یا افزایش یک هیجان صورت می‌گیرد (گراس^۵، ۲۰۰۱). تنظیم هیجانی به عنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرایندهای اجتماعی، روانی و فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود. جاکوبز^۶ و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند که درک هیجانی بالا، استفاده مناسب از هیجان‌ات و تجربه هیجانی مثبت، با شدت اضطراب اجتماعی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی ارتباط منفی دارند، به طوری که بین سطوح اضطراب اجتماعی و سطوح پردازش هیجانی خود ارجاعی رابطه معکوسی وجود دارد. ورنر و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی، اجتناب و سرکوب هیجانی را بیشتر از گروه کنترل مورد استفاده قرار می‌دهند. همچنین، نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و گروه کنترل به میزان یکسانی از ارزیابی مجدد شناختی

4. Aaron Beck
5. Gross
6. Jacobs

1. Ellis
2. Paterson
3. Papan

وقایع درونی‌شان، مخصوصاً آن‌هایی را که ناخواسته‌اند، قضاوت نکنند و بپذیرند. ACT فرد را یاری می‌کند تا حسی متعالی از خود که "خود-به-عنوان-بافتار" شناخته می‌شود، کسب کند. معنی چنین حسی آن است که فرد همیشه مشاهده‌گر، تجربه‌کننده افکار، احساسات، حس‌های بدنی و خاطرات خود و درعین‌حال از آن‌ها متمایز است. هدف کاربرد ACT آن است که به مراجع کمک کند تا ارزش‌های زندگی‌اش را مشخص کند و بر اساس آن‌ها اقدام به عمل کند. هدف ACT آن است که در این فرآیند شادابی و معنای بیشتری به زندگی مراجع افزوده شده و انعطاف‌پذیری (روان‌شناختی) او افزایش یابد. روانشناسی غربی نوعاً بر اساس فرضیه "بهنجاری سلامتی" پیش رفته است. این فرضیه چنین محتوایی دارد که انسان‌ها بنا بر طبیعتشان به طور روان‌شناختی سالم هستند. درحالی‌که ACT بر این فرض است که فرآیندهای روان‌شناختی ذهن بهنجار بشر اغلب مخرب است! مفهوم بنیادین نهفته در دل ACT آن است که رنج روان‌شناختی معمولاً به علت اجتناب تجربه‌ای، گرفتاری شناختی و در نتیجه انعطاف‌ناپذیری شناختی است. این وضعیت منجر به آن می‌شود که مراجع نتواند اقداماتی مطابق با ارزش‌های بنیادین زندگی‌اش انجام دهد. اگر بخواهیم به اختصار این مدل را شرح دهیم، ACT علت‌های اصلی بسیاری از مشکلات روان‌شناختی را چنین می‌بیند:

آمیختگی با افکار

ارزیابی تجربه

اجتناب از تجربه

دلیل‌دهی به رفتار

و راهبردهای سالم جایگزین این‌ها در ACT عبارت است از:

پذیرش واکنش‌ها و بودن در زمان حال

گزینش یک مسیر ارزشمند

اقدام در جهت طی این مسیر

در این راستا، مطالعه دالریمل و هربرت^۶ (۲۰۰۷) بر روی دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی نشان داد ACT موجب بهبود معنادار نشانه‌های اضطراب اجتماعی شده و باعث می‌شود که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی به میزان کمتری از مهارت‌های مقابله‌ای اجتنابی استفاده کنند. همچنین، افراد افزایش کارکرد اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی را گزارش کردند. در چند مطالعه دیگر (بلاک، ۲۰۰۲؛ بلاک و وولفرت^۷، ۲۰۰۰) میزان اثربخشی ACT و CBGT^۹ را در درمان اضطراب اجتماعی مورد مقایسه قرار دادند. نتایج نشان داد که افرادی که با روش ACT درمان شدند افزایش تمایل به تجربه اضطراب، کاهش رفتارهای اجتنابی در طول سخنرانی در حضور جمع و همچنین کاهش اضطراب در طول تمرینات رویارویی نشان دادند. تفاوت معناداری بین گروه درمان شده به روش ACT و CBGT مشاهده نشد. با

به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان استفاده می‌کنند (کارسی^۱ و همکاران، ۲۰۱۰).

در راستای مقابله با اختلال اضطرابی به‌ویژه اضطراب اجتماعی در چند دهه اخیر گشایش‌های درمانی متعددی به‌وجود آمده است که در این میان، درمان‌های شناختی- رفتاری از برجستگی ویژه‌ای برخوردارند. در این رویکرد درمانی، نسل سوم درمان‌ها بر پدیده‌های ذهن‌آگاهی و تعهد و پذیرش متمرکز شده‌اند. تاکید شناخت درمانی موج سوم بر تغییر درجه اول نیست، بلکه این نوع مداخله‌ها بر تغییر درجه دوم^۲ تاکید دارند، یعنی به جای تغییر در رفتار به دنبال تغییر در ساختار یا عملکرد از طریق فرضیه‌های بافتی^۳ از جمله ارتباط درمانی هستند (اسپری^۴، ۱۳۹۰؛ هیز^۵، ۲۰۰۴). می‌توان بیان داشت که در موج سوم شناخت درمانی نسبت به شناخت درمانی موج اول و دوم تغییرات زیر ایجاد شده است: تعهد نسبت به تغییر درجه اول یعنی تغییر رفتارهای قابل مشاهده بیرونی (آن چه در شناخت درمانی موج اول وجود داشت) و رفتارهای درونی مثل فکر (آن چه در شناخت درمانی موج دوم وجود داشت) از بین رفته است. فرضیه‌های بافتی مورد پذیرش قرار گرفته است. به‌علاوه، نسبت به شناخت درمانی موج اول و دوم که از شیوه‌های مستقیم تغییر استفاده می‌کردند از شیوه‌های غیرمستقیم‌تر و تجربی‌تر استفاده می‌شود. از طرفی، تمرکز بر تغییر گسترده‌تر شده است (هیز، ۲۰۰۴). در این راستا، شناخت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد^۶ (ACT) به مراجع کمک می‌کند آنچه را که واقعاً برایش مهم است، بشناسد و سپس از او خواسته می‌شود از این ارزش‌ها برای هدایت و تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند. ثانیاً عملی که ذهن آگاهانه است با هشیاری و حضور کامل انجام شود و نسبت به تجربه و مشارکت کامل در آنچه انجام می‌شود، گشوده باشد (هیز و همکاران، ۱۹۹۹). ACT نوعی از تحلیل رفتار بالینی است که در روان‌درمانی به کار می‌رود. این روش یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و توجه آگاهی (Mindfulness) را به شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار درمی‌آمیزد. این امر با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی انجام می‌شود. این رویکرد در آغاز فاصله‌گیری فراگیر نامیده می‌شد و در اواخر دهه ۸۰ میلادی به وسیله استیون سی. هیز، کلی جی. ویلسون و کرک استروسال تدوین شد.

بنیادهای ACT

بنیاد فلسفی ACT ریشه در فلسفه‌ای پراگماتیک دارد که بافتارگرایی کارکردی نامیده می‌شود. این رویکرد بر اساس نظریه چهارچوب رابطه‌ای بنا نهاده شده است که نظریه‌ای جامع در باب زبان و شناخت و البته شاخه‌ای از تحلیل رفتاری است. ACT با رفتاردرمانی شناختی سنتی تفاوت‌هایی دارد، از جمله اینکه هدف رفتاردرمانی شناختی آن است که به افراد آموزش داده شود روی افکار، احساسات، حس‌های بدنی، خاطرات و دیگر وقایع درونی کنترل بهتری داشته باشند؛ اما در ACT هدف این است که افراد بیاموزند

6. Acceptance and Commitment therapy

7. Dalrymple & Herbert

8. Block & Wulfert

9. Cognitive- behavioral Group therapy

1. Carthy

2. Second order change

3. Content assumptions

4. Spray

5. Hayes

وضعیت بیمار از لحاظ متغیرهای موردنظر مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس، مراجع اول با تکمیل پرسشنامه وارد طرح درمان شد. در جلسه دوم درمان مراجع اول، مراجع دوم وارد طرح درمان شد. مراحل مداخله ۱۰-۱۲ جلسه به صورت انفرادی بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد. در طی جلسات نیز ارزیابی‌های متعددی به عمل آمد و در پایان درمان نیز آزمون‌های مرحله خط پایه تکمیل شد. علاوه بر این، در جلسه آخر مراجعان به روانشناس بالینی ارجاع داده شدند تا طبق SCID^۱ ارزیابی شوند. در نهایت، حداقل یک ماه پس از پایان درمان، پیگیری وضعیت مراجع به عمل آمد.

ابزار پژوهش

به منظور جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامه باورهای غیر منطقی جونز

این پرسشنامه بر اساس نظریه آلبرت الیس (۱۹۹۲) تهیه شده است و انواع باورهای غیر منطقی را با استفاده از ۱۰۰ سوال بررسی می‌کند. این پرسشنامه از ۱۰۰ سوال و ۱۰ خرده مقیاس تشکیل شده است که پاسخ به سوالات به صورت ۵ گزینه‌ای [به شدت مخالف (۱)، تا حدی مخالف (۲)، نه مخالف نه موافق (۳)، تا حدی موافق (۴)، به شدت موافق (۵)] بود. در این پرسشنامه، به هر گزینه از ۱ تا ۵ امتیاز داده می‌شود. در نهایت، پس از پاسخگویی به همه سوالات، نمرات با هم جمع می‌شوند. نمره بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده باور غیر منطقی بالا و نمره پایین، نشان‌دهنده باور غیر منطقی پایین است. حداقل نمره در این مقیاس ۱۰۰ و حداکثر ۵۰۰ است. ده باور غیر منطقی که توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شود، عبارتند از: نیاز به تایید دیگران، انتظار بالا از خود، تمایل به سرزنش، واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، نگرانی زیاد توأم با اضطراب، اجتناب از مشکلات، وابستگی، درماندگی نسبت به تغییر و کمالگرایی. کامکاری و عسکریان (۱۳۸۹) در یک پژوهش پس از ترجمه این پرسشنامه، روایی محتوایی آن را تایید کرده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ را گزارش کردند که نشانگر پایایی خوب این پرسشنامه است. همچنین همبستگی هر یک از سوالات با کل پرسشنامه از طریق ضریب همبستگی محاسبه گردید. سپس تجانس درونی سوالات پرسشنامه مشخص گردید. همچنین، با تاکید بر روش تحلیل عاملی، تمامی عوامل ده گانه پرسشنامه مورد پذیرش تحلیل عامل تاییدی قرار گرفت.

این وجود، نتایج پس‌آزمون نشان داد افرادی که با روش ACT درمان شدند، به مدت طولانی‌تری تمرینات رویارویی را انجام می‌دادند. نتایج پژوهش پورفرجی عمران (۱۳۹۰) بر روی دانشجویان دچار اختلال اضطراب اجتماعی، اثربخشی درمان گروهی ACT در اختلال اضطراب اجتماعی را نشان داد و نتایج حاصل، موید نتایج بلوک و وولفرت (۲۰۰۰) در مورد درمان انفرادی دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی با استفاده از ACT است. همچنین نتیجه به دست آمده در این پژوهش با نتایج اسمن و همکاران (۲۰۰۱) در مورد تأثیر ACT بر کاهش اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی بزرگسالان (با میانگین سنی ۴۲ سال) مبتلا به هراس اجتماعی همسو است. در پژوهشی که توسط ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۲) برای کاهش اضطراب مرتبط با درد بیماران مبتلا به دردهای مزمن لگن انجام شد، یافته‌ها نشان دادند که اگر چه ACT بر شدت احساس درد تأثیر نداشته؛ ولی بر پذیرش درد، فاجعه‌پنداری درد، اضطراب مرتبط با درد و افزایش کیفیت زندگی موثر است. در مجموع، نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که ACT در درمان بسیاری از اختلالات اضطرابی به صورت موفق به کار رفته است از جمله: اختلال اضطراب فراگیر (اورسیلو^۱ و همکاران، ۲۰۰۱؛ هرتا^۲ و همکاران، ۱۹۹۸)، اختلال وسواسی-جبری (ایفرت^۳ و همکاران، ۲۰۰۹؛ توهی^۴ و همکاران، ۲۰۰۶؛ توهی و همکاران، ۲۰۱۰)، اختلال اضطراب اجتماعی تعمیم یافته (بلاک^۵، ۲۰۰۲؛ بلاک و وولفرت^۶، ۲۰۰۰؛ اوسمان^۷ و همکاران، ۲۰۰۶؛ دالریمل و هربرت^۸، ۲۰۰۷؛ ایفرت^۹ و همکاران، ۲۰۰۹)، اختلال استرس پس از سانحه (اورسیلو و باتن^{۱۰}، ۲۰۰۵؛ توهی، ۲۰۰۹) و اختلال وحشت زدگی (کاراسکوسو^{۱۱}، ۲۰۰۰؛ لویت^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۴؛ مورون^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۳؛ گیفرت^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۹؛ زالدیوار و هرناندز^{۱۵}، ۲۰۰۰). در این راستا، در پژوهشی که توسط بلاک، دالریمل و هایز (۲۰۰۲) روی دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب سخنرانی در جمع انجام شد، نشان داد درمان پذیرش و تعهد موجب بهبود نشانه‌های اضطراب اجتماعی و کاهش اجتناب می‌گردد. بنا بر آنچه مطرح شد، هدف اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود نشانه‌های اضطراب اجتماعی، جرات‌ورزی و باورهای ناسازگار با توجه به نقش تعدیل‌کننده تنظیم هیجانی بود.

روش

در این پژوهش، پس از ارجاع بیماران از طرف روانشناس بالینی یا روانپزشک به درمانگر و احراز شرایط پژوهش، نمونه مورد نظر (۲ نفر) انتخاب شد و قبل از شروع مداخله، برای تعیین خط پایه، پیش‌آزمون به عمل آمد و

9. Eifert
10. Orsillo & Batten
11. Carrascoso
12. Levitte
13. Moron
14. Gifert
15. Zaldivar & Hernandez
16. Structural clinical Interview for Axis 1 Disorders

1. Orsillo
2. Huerta
3. Eifert
4. Twohig
5. Block
6. Block & wulfert
7. Ossman
8. Dalrymple & Herbert

روش اجرای پژوهش

جلسه اول: اجرای پیش‌آزمون، آشنایی مراجع و درمانگر، طرح کلی درمان و جلسات

جلسات دوم و سوم: آشنایی با مفاهیم درمانی ACT (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزشها و عمل متعهدانه)

جلسات چهارم و پنجم: تمرکز بر افزایش آگاهی روانی، آموزش پاسخگویی، مواجهه مناسب با تجارب ذهنی، ایجاد هدف و عمل به آن
جلسات ششم و هفتم: تمرین عملی آموخته‌ها، ارائه بازخورد به وسیله گروه و درمانگر

جلسه هشتم: جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون

یافته‌های پژوهش

داده‌های توصیفی

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران

ردیف	نوع اختلال	تاهل	وضعیت شغلی	بیماری سابقه	پیکانی تنظیم وضعیت	وضعیت
الف -	فوق دیپلم	متاهل	آزاد- خصوصی	۱۵ سال	متوسط به پایین	متوسط
ب -	لیسانس	متاهل	شرکت خصوصی	۱۰ سال	متوسط به بالا	متوسط

در این پژوهش، قبل از آغاز درمان، از هر دو بیمار به ترتیب پلکانی ۳ ارزیابی اولیه به عنوان خط پایه به عمل آمد و پس از آغاز درمان در جلسات ۴، ۶ و ۸ نیز ارزیابی متغیرهای وابسته به عمل آمد. در انتها، در پیگیری یک ماهه نیز ارزیابی پیگیری جهت بررسی وضعیت متغیرهای وابسته به مرحله اجرا گذارده شد.

به منظور بررسی روند تغییرات در خط پایه، مداخله و پیگیری از پرسشنامه باورهای غیرمنطقی استفاده شد که در ادامه به چگونگی تغییرات ثبت شده در مراحل مختلف درمان در هر یک از شرکت‌کنندگان پرداخته می‌شود.

جدول ۲: نمرات بیمار اول در مراحل خطوط پایه، حین درمان، پس از

درمان و درصد بهبودی و اندازه اثر

اندازه اثر	درصد بهبودی	مرحله پیگیری یک	خط پایه			جلسات درمان		
			اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	هشتم
نیاز به تایید دیگران	۳۴	۲۳	۲۱	۲۵	۲۹	۳۲	۳۲	۳۲
انتظار بالا از خود	۳۰	۲۰	۲۱	۲۳	۲۶	۲۹	۲۹	۳۰
تمایل به سرزنش	۲۸	۲۱	۲۰	۲۴	۲۵	۲۹	۲۹	۲۸

واکنش به ناکامی	۳۳	۳۴	۲۹	۲۶	۲۳	۲۴	۳۰/۳	۱/۶۶
کنترل هیجان	۳۵	۳۴	۳۰	۲۷	۲۴	۲۴	۳۱/۵	۱/۶۶
نگرانی از آینده	۳۶	۳۶	۳۱	۲۷	۲۵	۲۵	۳۰/۶	۱/۸۲
اجتناب از مشکلات	۳۵	۳۶	۳۰	۲۸	۲۶	۲۶	۲۵/۸	۱/۷۴
وابستگی	۳۰	۳۱	۳۱	۲۴	۲۲	۲۰	۳۳/۳	۱/۷۶
درماندگی نسبت به تغییر	۳۲	۳۲	۳۳	۲۸	۲۶	۲۴	۲۷/۳	۱/۷۲
کمالگرایی	۲۹	۳۰	۳۰	۲۶	۲۴	۲۱	۲۷/۶	۲

جدول ۳: نمرات بیمار دوم در مراحل خط پایه، حین درمان، پس از درمان، درصد بهبودی و اندازه اثر

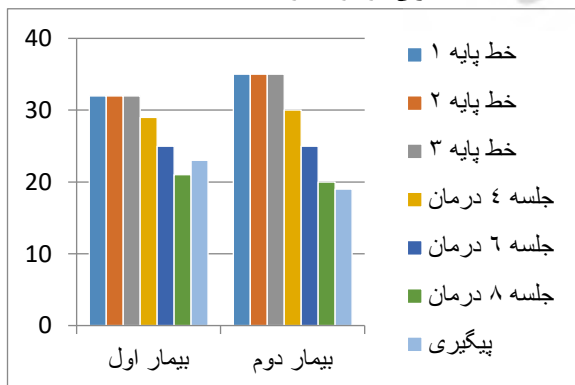
اندازه اثر	درصد بهبودی	مرحله پیگیری یک	جلسات درمان			خط پایه		مقیاس
			هشتم	پنجم	چهارم	دوم	اول	
نیاز به تایید دیگران	۴۲/۹	۱۹	۲۰	۲۵	۳۰	۳۵	۳۵	۳۵
انتظار بالا از خود	۳۸/۷	۱۹	۱۹	۲۲	۲۶	۳۱	۳۱	۳۱
تمایل به سرزنش	۴۳/۴	۱۶	۱۷	۲۱	۲۵	۳۰	۳۰	۳۰
واکنش به ناکامی	۴۱/۲	۱۹	۲۰	۲۵	۳۰	۳۴	۳۴	۳۴
کنترل هیجان	۵۰	۱۴	۱۵	۱۹	۲۶	۳۰	۳۰	۳۰
نگرانی از آینده	۴۳	۱۸	۲۰	۲۵	۳۰	۳۵	۳۵	۳۵
اجتناب از مشکلات	۴۱/۲	۱۹	۲۰	۲۶	۲۹	۳۴	۳۴	۳۴
وابستگی	۴۲	۱۸	۱۸	۲۱	۲۷	۳۱	۳۱	۳۱
درماندگی نسبت به تغییر	۵۰	۱۳	۱۵	۱۹	۲۵	۳۰	۳۰	۳۰
کمالگرایی	۴۲/۵	۱۷	۱۹	۲۴	۲۹	۳۳	۳۳	۳۳

براساس یافته‌ها، نمره بیمار اول قبل از درمان در خرده مقیاس نیاز به تایید دیگران ۳۲، پس از درمان ۲۱ و در جلسه پیگیری ۲۳ به دست آمده است که حاکی از بهبود نسبی این باور در مرحله مداخله و بازگشت نسبی باور در مرحله پیگیری است. نمره بیمار دوم قبل از درمان در خرده مقیاس نیاز به تایید دیگران ۳۵، پس از درمان ۲۰ و در جلسه پیگیری ۱۹ به دست آمده است که حاکی از بهبود این باور در مرحله مداخله و بهبود نسبی آن در مرحله پیگیری است. نمره بیمار اول قبل از درمان در خرده مقیاس انتظار

از بهبود این باور در مرحله مداخله و بهبود نسبی آن در مرحله پیگیری است. نمره بیمار اول قبل از درمان در خرده مقیاس کمال گرایی ۲۹، پس از درمان ۲۱ و در مرحله پیگیری ۲۲ به دست آمد که حاکی از بهبود نسبی این باور در مرحله مداخله و بازگشت نسبی آن در مرحله پیگیری است. نمره بیمار دوم قبل از درمان در خرده مقیاس کمال گرایی ۳۳، پس از درمان ۱۹ و در مرحله پیگیری ۱۷ محاسبه شده است که حاکی از بهبود این باور در مرحله مداخله و بهبود نسبی آن در مرحله پیگیری است. نمرات بیماران در مراحل قبل از درمان، پس از درمان و در جلسه پیگیری ۱ ماهه در جداول ۲-۴ و ۳-۴ ارائه شده است. با مشاهده نمرات جداول می توان کاهش نمرات بیماران را در پایان درمان و دوره پیگیری نسبت به خطوط پایه ملاحظه کرد. هر چند که در بیمار دوم این روند بهبودی، چشمگیرتر از بیمار اول است. از طرفی، برای بررسی بهتر روند بهبود بیماران از درصد بهبودی استفاده شده است که نتایج آن نیز در جداول مذکور ارائه شده است.

در راستای بررسی اثر شناخت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود باورهای ناسازگار (غیرمنطقی) افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، بر اساس نتایج به دست آمده از تحلیل داده ها و نیز مبتنی بر برون داده های جداول ۲ و ۳ و نمودارهای ۱ و ۲ می توان روند بهبود دو باور ناسازگار (کنترل هیجانی و درماندگی نسبت به تغییر) را در بیمار دوم از نظر بالینی تایید نمود. با این حال روند، شیب و تغییر پذیری کمیت های مربوط به باورهای دهگانه ناسازگار در هر دو بیمار نشان می دهد که شیب تغییرات به صورت کاهشی بوده و این کاهش در بیمار دوم شیب تندتری داشته و میزان تغییرپذیری هم در این بیمار قابل توجه است. از این رو، مبتنی بر شیب نمودارها و سطح تغییرات به دست آمده و نیز مبتنی بر تغییرات به دست آمده در حول میانگین شیب ها و همچنین بر اساس درصد بهبودی به دست آمده و اندازه اثر محاسبه شده، می توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در هشت باور ناسازگار کارایی نسبتا پایینی داشته در صورتیکه در دو باور ناسازگار (کنترل هیجانی و درماندگی نسبت به تغییر) از کارایی نسبتا مطلوبی برخوردار است.

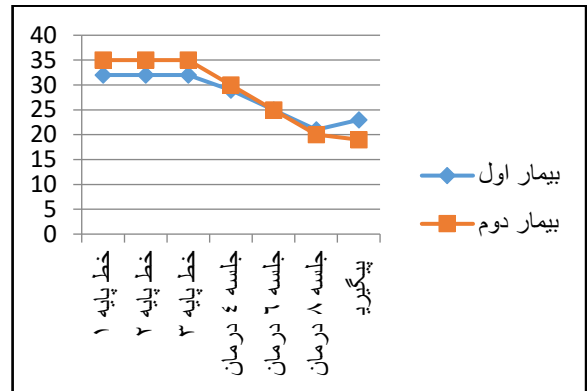
نمودار ۱: مقایسه اثر بخشی ACT در خرده مقیاس نیاز به تایید دیگران در دو بیمار مبتلا به SAD



بالا از خود ۳۰، پس از درمان ۲۱ و در جلسه پیگیری ۲۰ بوده است که حاکی از بهبود نسبی این باور در مرحله مداخله و مرحله پیگیری است. نمره بیمار دوم قبل از درمان در خرده مقیاس انتظار بالا از خود ۳۱، پس از درمان ۱۹ و در جلسه پیگیری ۱۹ محاسبه شده است که حاکی از بهبود این باور در مرحله مداخله و تداوم آن در مرحله پیگیری است. نمره بیمار اول قبل از درمان در خرده مقیاس تمایل به سرزنش ۲۸، پس از درمان ۲۰، و در جلسه پیگیری ۲۱ به دست آمده است که نشان دهنده بهبود نسبی این باور در مرحله مداخله و بازگشت نسبی آن در مرحله پیگیری است. نمره بیمار دوم قبل از درمان در خرده مقیاس تمایل به سرزنش ۳۰، پس از درمان ۱۷ و در مرحله پیگیری ۱۶ به دست آمد که نشانگر بهبود این باور در مرحله مداخله و بهبود نسبی آن در مرحله پیگیری است. نمره بیمار اول قبل از درمان در خرده مقیاس واکنش به ناکامی ۳۳، پس از درمان ۲۳ و در جلسه پیگیری ۲۴ به دست آمده است که حاکی از بهبود نسبی این باور در مرحله مداخله و بازگشت نسبی آن در مرحله پیگیری است. نمره بیمار دوم قبل از درمان در خرده مقیاس واکنش به ناکامی ۳۴، پس از درمان ۲۰ و در مرحله پیگیری ۱۹ محاسبه شده است که حاکی از بهبود این باور در مرحله مداخله و بهبود نسبی آن در مرحله پیگیری است. نمره بیمار اول قبل از درمان در خرده مقیاس کنترل هیجانی ۳۵، پس از درمان ۲۴ و در مرحله پیگیری ۲۴ به دست آمده است که حاکی از بهبود نسبی این باور در مرحله مداخله و تداوم آن در مرحله پیگیری است. نمره بیمار دوم قبل از درمان در خرده مقیاس کنترل هیجانی ۳۰، پس از درمان ۱۵ و در مرحله پیگیری ۱۴ به دست آمد که حاکی از بهبود این باور در مرحله مداخله و بهبود نسبی آن در مرحله پیگیری است. نمره بیمار اول قبل از درمان در خرده مقیاس نگرانی نسبت به مشکلات آینده ۳۶، پس از درمان ۲۵ و در مرحله پیگیری ۲۵ برآورد شده است که نشان دهنده بهبود نسبی این باور در مرحله مداخله و تداوم آن در مرحله پیگیری است. نمره بیمار دوم قبل از درمان در خرده مقیاس نگرانی نسبت به مشکلات آینده ۳۵، پس از درمان ۲۰ و در مرحله پیگیری ۱۸ حساب شده است که نشان از بهبود این باور در مرحله مداخله و بهبود نسبی آن در مرحله پیگیری دارد. نمره بیمار اول قبل از درمان در خرده مقیاس اجتناب از مشکلات ۳۵، پس از درمان ۲۶ و در مرحله پیگیری ۲۶ به دست آمده است که حاکی از بهبود نسبی این باور در مرحله مداخله و تداوم آن در مرحله پیگیری است. نمره بیمار دوم قبل از درمان در خرده مقیاس اجتناب از مشکلات ۳۴، پس از درمان ۲۰ و در مرحله پیگیری ۱۹ به دست آمد که حاکی از بهبود این باور در مرحله مداخله و بهبود نسبی آن در مرحله پیگیری است. نمره بیمار اول قبل از درمان در خرده مقیاس وابستگی ۳۰، پس از درمان ۲۰ و در مرحله پیگیری ۲۰ به دست آمده است که حاکی از بهبود نسبی این باور در مرحله مداخله و تداوم آن در مرحله پیگیری است. نمره بیمار دوم قبل از درمان در خرده مقیاس وابستگی نسبت به تغییر ۲۳، پس از درمان ۲۴ و در مرحله پیگیری ۲۵ به دست آمده است که حاکی از عدم بهبود در این باور و افزایش نسبی آن در مرحله پیگیری است. نمره بیمار دوم قبل از درمان در خرده مقیاس درماندگی نسبت به تغییر ۳۰، پس از درمان ۱۵ و در مرحله پیگیری ۱۳ به دست آمده که نشانگر

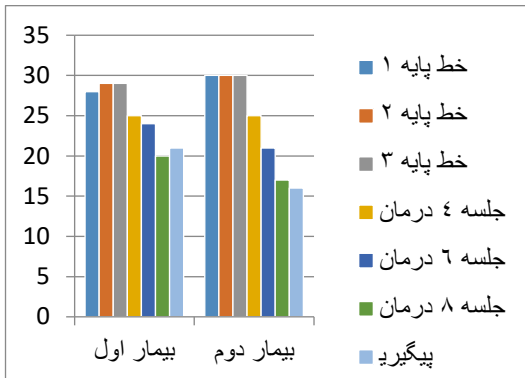
نمودار ۲: نمرات بیمار اول و دوم در خرده مقیاس نیاز به تایید دیگران

در مراحل خطوط پایه، حین درمان و مرحله پیگیری



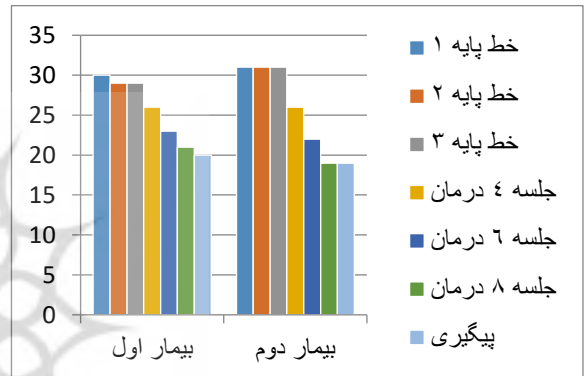
نمودار ۵: مقایسه اثر بخشی ACT در خرده مقیاس تمایل به سرزنش

در دو بیمار مبتلا به SAD



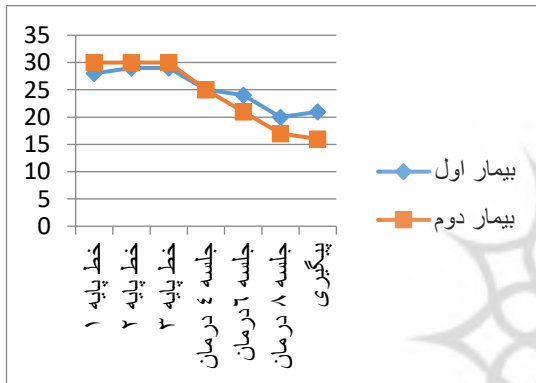
نمودار ۳: مقایسه اثر بخشی ACT در خرده مقیاس انتظار بالا از خود

در دو بیمار مبتلا به SAD



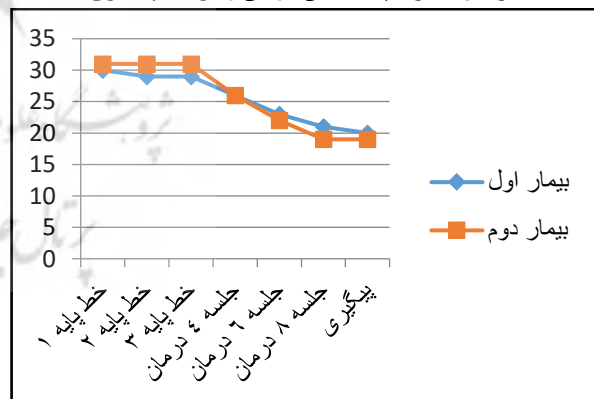
نمودار ۶: نمرات بیمار اول و دوم در خرده مقیاس تمایل به سرزنش در

مراحل خطوط پایه، حین درمان و مرحله پیگیری



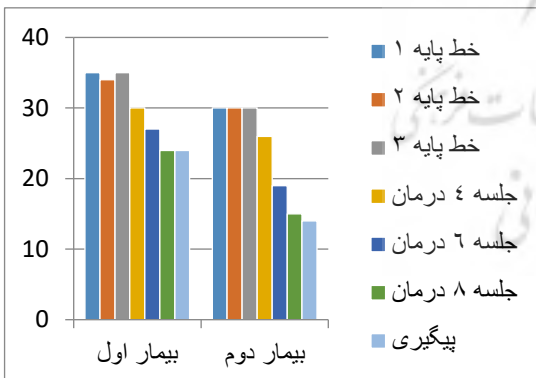
نمودار ۴: نمرات بیمار اول و دوم در خرده مقیاس انتظار بالا از خود در

مراحل خطوط پایه، حین درمان و مرحله پیگیری



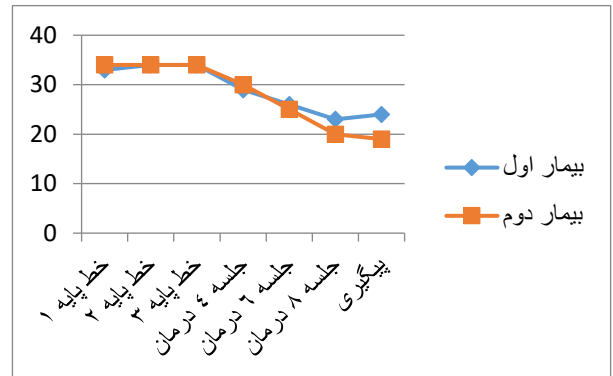
نمودار ۷: مقایسه اثر بخشی ACT در خرده مقیاس واکنش به ناکامی

در دو بیمار مبتلا به SAD



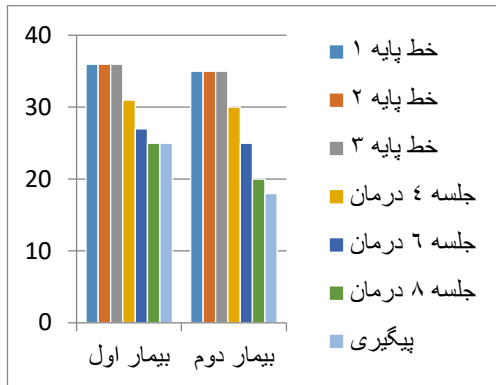
نمودار ۸: نمرات بیمار اول و دوم در خرده مقیاس واکنش به ناکامی در

مراحل خطوط پایه، حین درمان و مرحله پیگیری



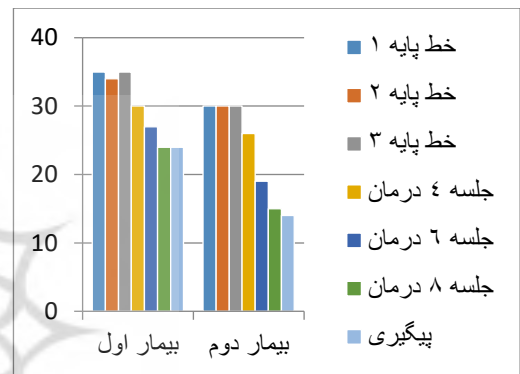
نمودار ۱۱: مقایسه اثر بخشی ACT در خرده مقیاس نگرانی از آینده در

دو بیمار مبتلا به SAD



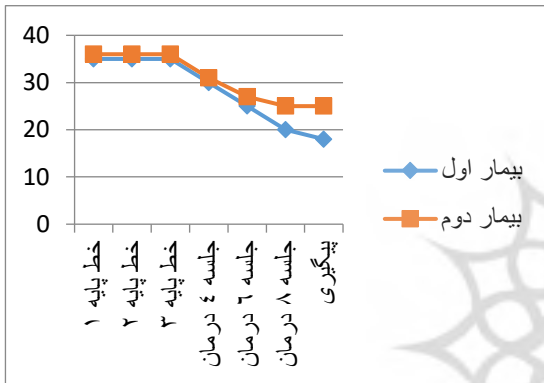
نمودار ۹: مقایسه اثر بخشی ACT در خرده مقیاس کنترل هیجانی در

دو بیمار مبتلا به SAD



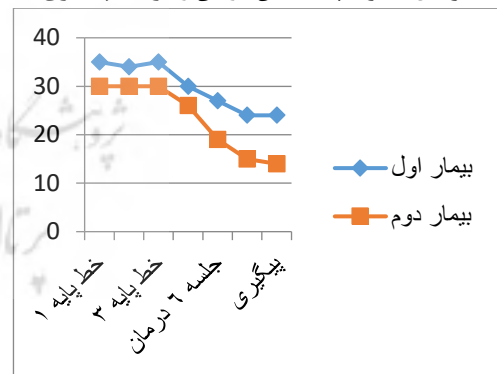
نمودار ۱۲: نمرات بیمار اول و دوم در خرده مقیاس نگرانی از آینده در

مراحل خطوط پایه، حین درمان و مرحله پیگیری



نمودار ۱۰: نمرات بیمار اول و دوم در خرده مقیاس کنترل هیجانی در

مراحل خطوط پایه، حین درمان و مرحله پیگیری

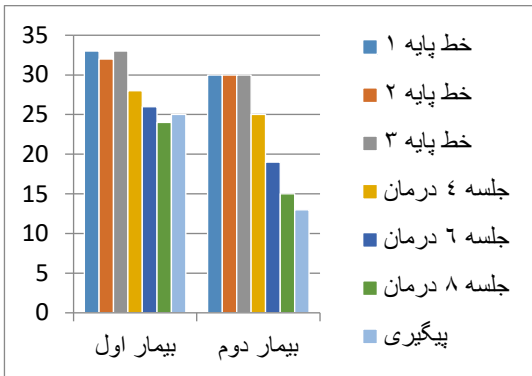


نمودار ۱۳: مقایسه اثر بخشی ACT در خرده مقیاس اجتناب از

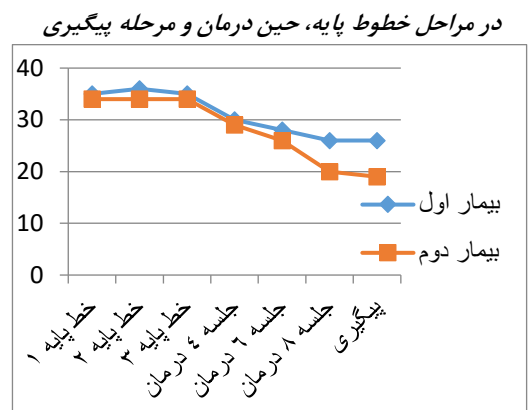
مشکلات در دو بیمار مبتلا به SAD



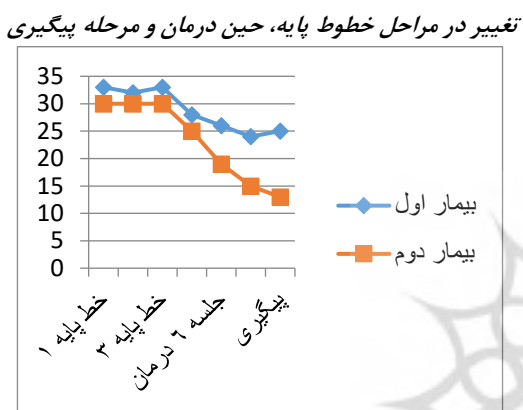
نمودار ۱۷: مقایسه اثر بخشی ACT در خرده مقیاس درماندگی نسبت به تغییر در دو بیمار مبتلا به SAD



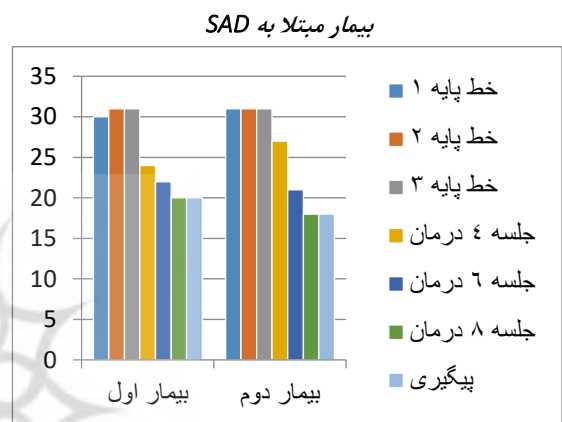
نمودار ۱۴: نمرات بیمار اول و دوم در خرده مقیاس اجتناب از مشکلات



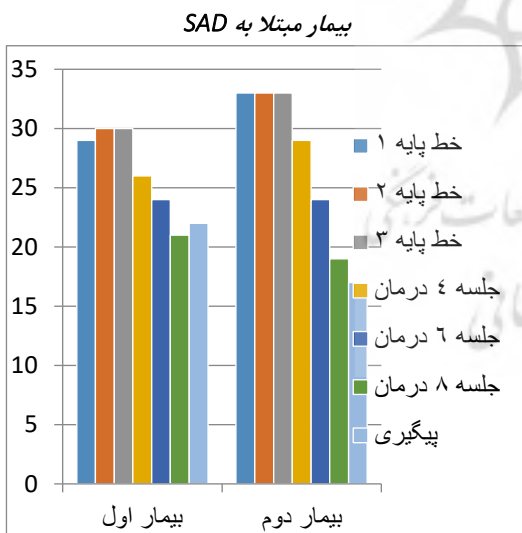
نمودار ۱۸: نمرات بیمار اول و دوم در خرده مقیاس درماندگی نسبت به تغییر در مراحل خطوط پایه، حین درمان و مرحله پیگیری



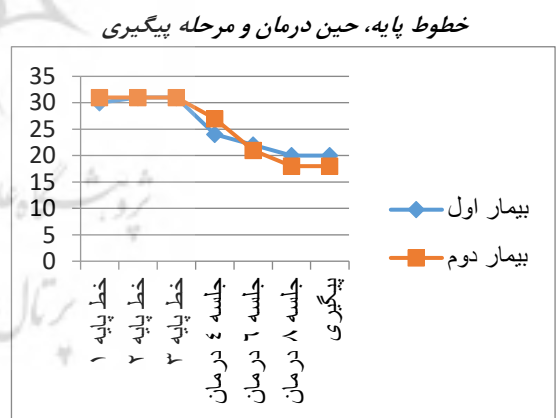
نمودار ۱۵: مقایسه اثر بخشی ACT در خرده مقیاس وابستگی در دو بیمار مبتلا به SAD



نمودار ۱۹: مقایسه اثر بخشی ACT در خرده مقیاس کمال گرایی در دو بیمار مبتلا به SAD

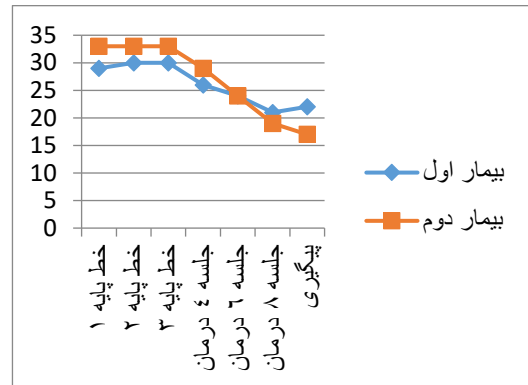


نمودار ۱۶: نمرات بیمار اول و دوم در خرده مقیاس وابستگی در مراحل خطوط پایه، حین درمان و مرحله پیگیری



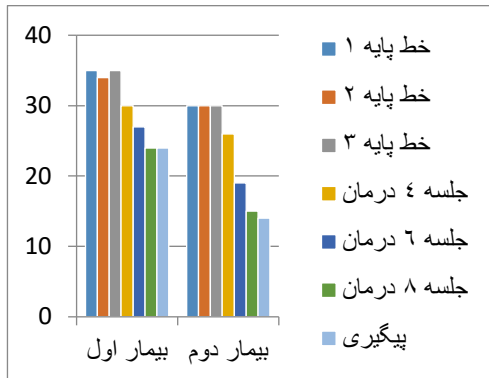
نمودار ۲۰: نمرات بیمار اول و دوم در خرده مقیاس کمال گرایی در

مراحل خطوط پایه، حین درمان و مرحله پیگیری



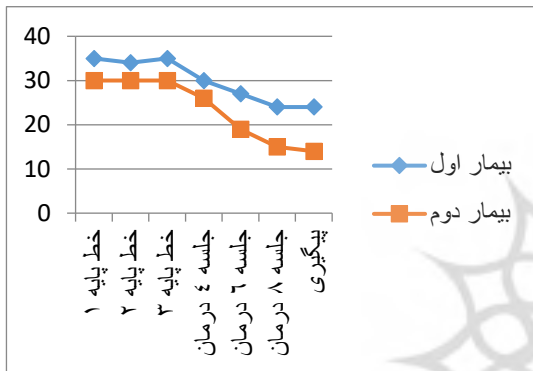
نمودار ۲۱: مقایسه اثر بخشی ACT در خرده مقیاس کنترل هیجانی در

دو بیمار مبتلا به SAD



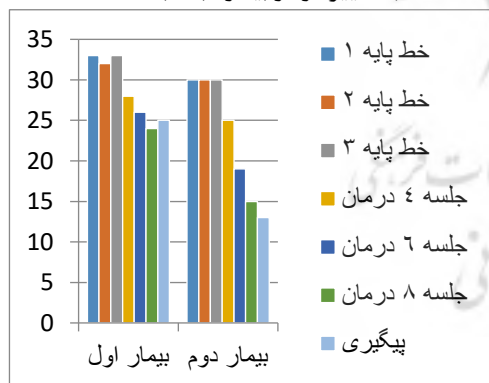
نمودار ۲۲: نمرات بیمار اول و دوم در خرده مقیاس کنترل هیجانی در

مراحل خطوط پایه، حین درمان و مرحله پیگیری



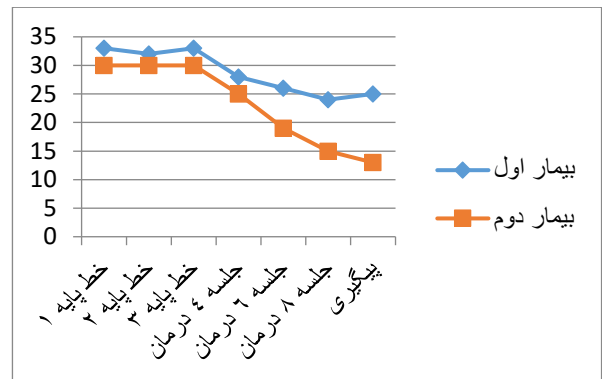
نمودار ۲۳: مقایسه اثر بخشی ACT در خرده مقیاس درماندگی نسبت

به تغییر در دو بیمار مبتلا به SAD



از سویی، در راستای بررسی نقش تعدیل کنندگی تنظیم هیجان در مورد اثر شناخت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود باورهای ناسازگار در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، بر اساس نتایج به دست آمده از تحلیل داده‌ها و نیز مبتنی بر برون داده‌های جدا اول ۲ و ۳ و نمودارهای ۱-۲۰ می‌توان روند بهبود ۲ باور ناسازگار (کنترل هیجانی و درماندگی نسبت به تغییر) را در بیمار دوم از نظر بالینی تایید نمود. با این حال روند، شیب و تغییر پذیری کمیت‌های مربوط به باورهای دهگانه ناسازگار در هر دو بیمار نشان می‌دهد که شیب تغییرات به صورت کاهشی بوده، این کاهش در بیمار دوم شیب تندتری داشته و میزان تغییرپذیری هم در این بیمار قابل توجه است. یافته‌ها نشانگر این امر هستند که الف) روند و شیب تغییرات در خرده مقیاس‌های کنترل هیجانی و درماندگی نسبت به تغییر در بیمار اول نسبت به بیمار دوم، ملایم است در صورتیکه این تغییرات در بیمار دوم، تند و شدید است، ب) سطح تغییرات در این خرده مقیاس‌ها در بیمار دوم نسبت به بیمار اول، بزرگتر است، ج) و میزان تغییرپذیری نمرات مربوط به خرده مقیاس‌های کنترل هیجانی و درماندگی نسبت به تغییر در حول میانگین شیب‌ها در بیمار دوم بیشتر از بیمار اول است، د) درصد بهبودی بیمار دوم در خرده مقیاس‌های کنترل هیجانی و درماندگی نسبت به تغییر بیشتر از بیمار اول است (کنترل هیجانی: $50 > 31/5$)، (درماندگی نسبت به تغییر: $50 > 27/3$) و اندازه اثر محاسبه شده در خرده مقیاس‌های مربوطه، در بیمار دوم بزرگتر از بیمار اول است (کنترل هیجانی: $1/66 > 1/54$)، (درماندگی نسبت به تغییر: $2/1 > 1/72$)؛ بنابراین، مبتنی بر این یافته‌ها می‌توان استنباط نمود که توانایی تنظیم هیجانی در بیمار دوم توانسته است کارایی شناخت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر بهبود باورهای ناسازگار در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تسهیل نماید در صورتیکه توانایی محدود بیمار اول در تنظیم هیجانی، از کارایی شناخت درمانی در بهبود باورهای ناسازگار افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی کاسته است و نقش بازدارنده ایفا نموده است. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که تنظیم هیجانی نقش تعدیل کننده در کارایی شناخت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود باورهای ناسازگار در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی ایفا کرده و این تأثیر در دو باور ناسازگار از جمله کنترل هیجانی و درماندگی نسبت به تغییر بارزتر بود.

نمودار ۲۳: نمرات بیمار اول و دوم در خرده مقیاس درماندگی نسبت به تغییر در مراحل خطوط پایه، حین درمان و مرحله پیگیری



بحث و نتیجه‌گیری

در ACT هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی، صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. در این درمان ابتدا سعی گردید پذیرش روانی^۱ فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر شناخت‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود باورهای ناسازگار با توجه به نقش تعدیل‌کننده تنظیم هیجانی صورت گرفت. یکی از نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود باورهای ناسازگار (غیرمنطقی) افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌گردد.

در نشانه‌شناسی‌ها و سبب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی از شناخت‌واره‌های معیوب در قالب طرحواره‌های ناسازگار و باورهای غیرمنطقی و ادراکات و تعبیر و تفسیرهای نادرست و اسنادهای غلط و افکار غیرمنطقی نامبرده شده است که گاه به عنوان نشانه و گاه به عنوان علل و دلایل شکل‌گیری و تداوم این اختلال، از آن‌ها نامبرده شده است. در این ارتباط نظریه‌های شناختی براین باورند که با توجه به پیچیدگی‌های زندگی روزمره و ابهام موجود در بسیاری از تعاملات بین فردی، ادراک‌های اشتباه و سوءتعبیرهای گاه‌به‌گاه، غیر قابل اجتناب است. در این راستا الیس یکی از برجسته‌ترین روانشناسان مدل شناختی، بر اهمیت باورها و تفکرات نامعقول انسانها در شکل‌گیری اختلالات روانی تاکید می‌کند (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۶). امروزه بسیاری از افراد در سیر تفکر خود به دلیل عدم آشنایی با اصول تفکر منطقی و صحیح، ناخواسته دچار خطای شناختی می‌شوند. عدم اطلاع از خطاهای شناختی ورطه‌ای بسیار خطرناک و سهمگین است و از این‌رو بسیاری از گرفتاری‌های آدمی به دلیل آلوده بودن افکارشان به این نوع خطاها است.

در این راستا، به نظر می‌رسد افسردگی، بی‌قراری، رقابت‌های ناصحیح، خسونت، پرخاشگری و بسیاری از رفتارهای غیر عادی آدمی بی‌ارتباط با خطاهای شناختی نباشند. یکی از نخستین و بانفوذترین مدل‌های شناختی اختلالات اضطرابی به طور اعم و اختلال اضطراب اجتماعی به طور اخص، مدل بک^۲ و همکاران (۱۹۸۵) است. آن‌ها معتقدند که اضطراب اجتماعی به واسطه باورهای ناکارآمدی به وجود می‌آید که افراد در مورد خودشان و شیوه رفتارشان در موقعیت‌های اجتماعی، اتخاذ می‌کنند. در این مدل سه گروه باور ناکارآمد مشخص می‌شود. استانداردهای افراطی برای عملکرد اجتماعی (من اصلاً نباید ضعف نشان دهم)، باورهای مشروط در رابطه با ارزیابی اجتماعی (اگر اشتباه کنم دیگران مرا طرد خواهند کرد)، و باورهای غیرمشروط در مورد خود (من بی‌کفایت هستم). وقتی این باورها از طریق موقعیت‌های اجتماعی فعال می‌شوند، به واسطه یک دور باطل به تداوم اضطراب اجتماعی کمک می‌کنند. زمانی که یک فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی به موقعیت تهدیدکننده وارد می‌شود، مجموعه‌ای از علائم فیزیولوژیکی و رفتاری اضطراب را تجربه خواهد کرد که فرد آن‌ها را به عنوان ناتوانی اجتماعی خود تعبیر می‌کند؛ بنابراین، شروع به بازبینی دقیق این تغییرات بیرونی خواهد کرد که با توانایی فرد برای پردازش و پاسخ‌دهی به نشانه‌های اجتماعی تداخل می‌کند و احتمالاً منجر به تغییر رفتار دیگران خواهد شد، به‌طوری‌که آن‌ها را به طرف رفتار غیر دوستانه نسبت به افراد دارای اضطراب اجتماعی سوق خواهد داد و نهایتاً منجر به تایید ترس این افراد خواهد شد. حتی اگر این تایید رفتار در دیگران رخ ندهد، یک نوع سوگیری تعبیر بیماران را به جستجوی انتقاد حتی زمانی که وجود ندارد، هدایت می‌کند. در نهایت، از طریق یک سوگیری توجهی نسبت به نشانه‌های تهدید از خود و دیگران، افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی به احتمال زیاد جنبه‌هایی از رفتار خود و دیگران را جستجو می‌کند که ممکن است آن را به عنوان شاهی دال بر ارزیابی اجتماعی منفی تعبیر کنند. ولز و کلارک (۱۹۷۷) معتقدند که برخلاف دیگر فوبی‌ها، پیامدهای ترسناک مانند عملکرد اجتماعی ناموفق احتمالاً به خاطر اشتغال ذهنی با وقوع این پیامدها رخ می‌دهد.

نتایج به‌دست آمده نشان می‌دهند که شناخت‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در هشت باور ناسازگار کارایی نسبتاً پایینی داشته در صورتیکه در دو باور ناسازگار (کنترل هیجانی و درماندگی نسبت به تغییر) از کارایی نسبتاً مطلوبی برخوردار است. یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تنظیم هیجانی، اثر شناخت‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را در بهبود باورهای ناسازگار افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تعدیل می‌کند. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است فاقد توانایی آگاهی از هیجان‌ات خود و شناسایی آن‌ها باشند. یک مطالعه نشان داد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در توجه به هیجان‌ات خود ناتوان بوده و احساسات خود را مشکل‌تر توصیف می‌کنند (ترک و همکاران، ۲۰۰۵)؛ بنابراین مشکلات هیجانی تجربه‌شده توسط افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، ممکن است شامل عدم آگاهی از حالات هیجانی خود، و همچنین عدم توانایی برای تنظیم

منابع

ایزدی، راضیه؛ عابدی، محمدرضا (۱۳۹۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. چاپ اول، تهران؛ انتشارات جنگل.

دلاور، ع. (۱۳۸۰). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. چاپ سوم، تهران؛ انتشارات رشد.

فتی، ل.، موتایی، ف.، مولودی، ر.، و ضیایی، ک. (۱۳۸۹). «کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه کنترل فکر و افکار اضطرابی در دانشجویان ایرانی». مجله مدل ها و روش های روانشناختی، ۱، ۸۱-۱۰۴.

قاسم پور، ع.، ایل بیگی، ر.، حسن زاده، ش. (۱۳۹۱). «خصوصیات روانسنجی پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان در یک نمونه ایرانی». ششمین همایش بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه گیلان، ۷۲۴-۷۲۲.

خانجانی، زینب؛ مینا شیری، عبدالخالق؛ هاشمی نصرت آبادی، تورج؛ خسروجردی، محمد؛ موحی، یزدان. (۱۳۹۱). «پردازش اطلاعات تحریف شده ی مرتبط با خود و دیگری در اختلال فوبیای اجتماعی: سوگیری تعبیر در هراس اجتماعی و افراد عادی». مجله اندیشه و رفتار، ۸۷-۸۷، ۷۷.

بیرامی، منصور؛ اکبری، ابراهیم؛ قاسم پور، عبدالله؛ عظیمی، زینب. (۱۳۹۱). «بررسی حساسیت اضطرابی، فرانگرانی و مولفه های تنظیم هیجانی در دانشجویان با نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی و بهنجار». فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۸، ۴۳-۶۹.

مرتضوی، سعید؛ ساغرآوانی، سیما؛ کارشکی، حسین. (۱۳۹۰). «تأثیر تنظیم هیجانات و گرایش به کار به عنوان ارزش بر فرسودگی هیجانی کارکنان». چشم انداز مدیریت دولتی، ۸، ۹۹-۱۲۱.

ابراهیمی، امراه؛ رضاییان، معصومه؛ خوروش، مهدی؛ ضرغام، مهتاب (۱۳۹۲). «بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد درمانی (ACT) بر پذیرش درد، کیفیت زندگی و کاهش اضطراب مرتبط با درد در بیماران مبتلا به دردهای مزمن لگن (CPPS)». مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد. ویژه نامه پنجمین کنگره سایکوسوماتیک. ص ۱.

محمود علیلو، مجید؛ قاسم پور، عبدالله؛ عظیمی، زینب؛ اکبری، ابراهیم؛ فهیمی، صمد (۱۳۹۱). «نقش راهبردهای تنظیم هیجانی در پیش بینی صفات شخصیت مرزی». فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۲۴، ۱۸-۹.

عابدی، احمد؛ عربی، حمید رضا؛ علی، محسن (۱۳۸۹). «مقایسه اثر بخشی آموزش ایمن سازی در مقابل استرس و پذیرش و تعهد درمانی در کاهش اضطراب ریاضی دانش آموزان سال دوم دبیرستان های اصفهان». پژوهش های مشاوره، ۳۳، ۱۴۶-۱۲۵.

مکوندی، بهنام؛ حیدری، علیرضا؛ شهنی بیلاق، منیجه؛ نجاریان، بهمن؛ عسکری، پرویز (۱۳۹۱). «رابطه الکسی تایمیا با هوش هیجانی، اضطراب و افسردگی در دانشجویان پسر دانشگاه آزاد اسلامی اهواز». فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۴۷، ۹۱-۸۳.

مرادی، اعظم؛ غلامی رنای، فاطمه (۱۳۸۵). «درمان هراس اجتماعی». فصلنامه تازه های رواندرمانی، ۴۱ و ۴۲، ۱۳۰-۱۱۸.

پور فرج، عمران (۱۳۹۰). «اثر بخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان». فصلنامه دانش و تندرستی، ۲، ۵-۱.

ابوالقاسمی، عباس؛ بیگی، پروین؛ نریمانی، محمد (۱۳۹۰). «بررسی اثربخشی دو روش

هیجانات باشد. شواهد جدید مربوط به اختلالات اضطرابی نشان می دهد که مشکل در تنظیم هیجان، ممکن است عامل مهمی در این اختلالات باشد (رودبوف و هیمبرگ، ۲۰۰۸). بارلو^۱ (۲۰۰۲) ادراک کنترل روی اضطراب را به عنوان تعیین کننده مهمی برای سبب شناسی و تداوم اختلال های اضطرابی مطرح کرده است. افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی تجارب غیرمنتظره و متوالی هیجان ها را تجربه می کنند. این اظهارهای متوالی هیجانی در افراد آسیب پذیر سبب می شود که واکنش های بدنی و هیجانی خود را غیرقابل کنترل بدانند. از این رو افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی به اجتناب از موقعیت های اجتماعی باور دارند، زیرا آن ها فقدان کنترل درونی بر روی پاسخ های هیجانی خود را هنگام روبه رو شدن با موقعیت های اضطراب اجتماعی، پیش بینی می کنند (هافمن، ۲۰۰۵). به نظر می رسد، قابلیت هایی برای تشخیص و بیان تجارب هیجانی، جنبه هایی از تنظیم هیجان هستند که با اضطراب اجتماعی مرتبط اند. نقص در این حوزه ها در قالب مشکلات ساختاری در تنظیم شناختی هیجان تبیین می شود. جاکوبز و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند که درک هیجانی بالا، استفاده مناسب از هیجانات و تجربه هیجانی مثبت ارتباط منفی معنادار با شدت اضطراب اجتماعی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی دارند، به طوری که بین سطوح اضطراب اجتماعی و سطوح پردازش هیجانی خود ارجاعی رابطه معکوسی وجود دارد. تال و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی دریافتند که افراد مبتلا به وحشت زدگی و اضطراب فراگیر مشکلات عدیده ای در تنظیم هیجانات خود دارند. منین و همکاران (۲۰۰۹) دریافتند که درک هیجانی ضعیف بهترین پیش بینی کننده تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی (صرف نظر از همانندی با اختلال اضطراب فراگیر)، و نپذیرفتن هیجان ها، بهترین پیش بینی کننده اختلال اضطراب اجتماعی توأم با اختلال اضطراب فراگیر بود. ورنر^۲ و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی، اجتناب و سرکوب هیجانی را بیشتر از گروه گواه مورد استفاده قرار می دهند. همچنین خودکارآمدی کمتری در انجام ارزیابی مجدد شناختی و بیان سرکوبی گزارش کردند. مبتنی بر این یافته ها می توان استنباط نمود که توانایی تنظیم هیجانی در بیمار دوم توانسته است کارایی شناخت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر بهبود باورهای ناسازگار در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تسهیل نماید در صورتی که توانایی محدود بیمار اول در تنظیم هیجانی، از کارایی شناخت درمانی در بهبود باورهای ناسازگار افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی کاسته است و نقش بازدارنده ایفا نموده است. بر این اساس، می توان نتیجه گرفت که تنظیم هیجانی نقش تعدیل کننده در کارایی شناخت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود باورهای ناسازگار در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی ایفا کرده و این تأثیر در دو باور ناسازگار از جمله کنترل هیجانی و درماندگی نسبت به تغییر بارزتر بود.

- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(5), 750. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0028310>
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. Basic books.
- Clark, D. M., Crozier, W. R., & Alden, L. E. (2005). A cognitive perspective on social phobia. *The essential handbook of social anxiety for clinicians*, 193-218.
- Clark, D. M., & McManus, F. (2002). Information processing in social phobia. *Biological psychiatry*, 51(1), 92-100. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01296-3](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01296-3)
- Clark, D., & Wells, A. (1995). *Cognitive Model of Social Phobia. Social Phobia, Diagnosis, Assessment and Treatment*, Heimberg R, Liebowitz M, Hope D, Schneier F (Ed), New York.
- Dodge, C. S., Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (1988). Evaluation of the Social Interaction Self-Statement Test with a social phobic population. *Cognitive Therapy and Research*, 12(2), 211-222. <https://doi.org/10.1007/BF01204932>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Hofmann, S. G. (2005). Perception of control over anxiety mediates the relation between catastrophic thinking and social anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 43(7), 885-895.
- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior modification*, 31(5), 543-568.
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M., & Hayes, S. C. (2007). The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists: A preliminary controlled effectiveness trial. *Behavior modification*, 31(4), 488-511. <https://doi.org/10.1177%2F0145445506298436>
- Loerinc, A. G., Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., & Craske, M. G. (2012). CBT for anxiety disorders: Treatment responder criteria and response rates. Manuscript submitted for publication.
- Orsillo, S. M., & Batten, S. V. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior modification*, 29(1), 95-129. <https://doi.org/10.1177%2F0145445504270876>
- Rapee, R. M., Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1992). Response to hyperventilation and inhalation of 5.5% carbon dioxide-enriched air across the DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 538. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.101.3.538>
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior therapy*, 38(1), 72-85. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.04.004>
- Spokas, M., Luterek, J. A., & Heimberg, R. G. (2009). Social anxiety and emotional suppression: The mediating role of beliefs. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 40(2), 283-291. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.12.004>
- آموزشی شناختی - رفتاری و مهارت‌های تنظیم هیجان بر خودکارآمدی و سازگاری تحصیلی دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان». فصلنامه روانشناسی تربیتی، ۲۲، ۴۲-۲۱.
- رحیمی، جعفر؛ حقیقیف جمال؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ بشلیده، کیومرث (۱۳۸۵). «بررسی تأثیر آموزش جرات‌ورزی بر مهارت‌های اجتماعی، اضطراب اجتماعی و ابزاز وجود در دانش‌آموزان پسر سال اول مقطع متوسطه». *مجله علوم تربیتی و روانشناسی*، ۱۱۱-۱۲۴، ۱.
- مشهدی، علی؛ قاسم‌پور، عبدالله؛ اکبری، ابراهیم؛ ایل‌بیگی، رضا؛ حسن‌زاده، شهناز (۱۳۹۲). «نقش حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجانی در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی دانشجویان». فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۲، ۱۰۰-۹۰.
- کاویانی، حسین؛ جواهری، فروزان؛ بحیرایی، هادی (۱۳۸۴). «اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه». *تازه‌های علوم شناختی*، ۱، ۵۹-۴۹.

- Stopa, L., & Clark, D. M. (2000). Social phobia and interpretation of social events. *Behaviour research and therapy*, 38(3), 273-283. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00043-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00043-1)
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(6), 710-720. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.003>
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(5), 705. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0020508>
- Wetherell, J. L., Liu, L., Patterson, T. L., Afari, N., Ayers, C. R., Thorp, S. R., ... & Petkus, A. J. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior therapy*, 42(1), 127-134. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.07.002>
- Werner, K. H., Goldin, P. R., Ball, T. M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2011). Assessing emotion regulation in social anxiety disorder: The emotion regulation interview. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 33(3), 346-354. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9225-x>
- Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*. John Wiley & Sons.

