

بررسی اثر بخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر کاهش نشانه‌های افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی

نویسندگان: شیما رضیان^{۱*}، لیلا حیدری نسب^۲، محمدرضا شعیری^۳ و شیما ظهراپی^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه علم و فرهنگ.

۲. استادیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد.

۳. دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد.

۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد.

*Email: s.razian@usc.ac.ir

چکیده

اضطراب اجتماعی به عنوان یکی از اختلالات شایع در گستره کودکی، نوجوانی و بزرگسالی، به دلیل ایجاد مشکلات متعدد در سازگاری و عملکرد افراد مبتلا و همبودی با بسیاری از اختلالات دوره بزرگسالی نظیر اضطراب، افسردگی و اختلال شخصیت اجتنابی کانون توجه بالینی بوده است. بدین خاطر الگوهای درمانی متعددی برای ترمیم این اختلال طراحی شده است. یکی از این الگوها، آموزش ذهن آگاهی است. بر این اساس هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی نمونه‌ای از دانشجویان دختر ایرانی مبتلا بوده است. بر این اساس، ۲۱ آزمودنی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) و مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (SCID-I) انتخاب شدند که ۱۰ نفر در گروه آزمایش و ۱۱ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایشی تحت درمان هشت جلسه‌ای ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) قرار گرفتند و گروه کنترل در انتظار ماند. آزمودنی‌ها قبل از شروع و بعد از اتمام درمان، پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) را تکمیل نمودند. تحلیل داده‌ها با استفاده از مقایسه میانگین مربوط تفاضل نمرات پیش آزمون - پس آزمون آزمودنی‌ها بر اساس آزمون یو من ویتنی، انجام شد. نتایج بدست آمده نشان داده که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی در ابعاد ترس، اجتناب، و ناراحتی فیزیولوژیک مبتلایان شده است. بر اساس یافته‌های این پژوهش برنامه ذهن آگاهی به رغم تعلق به فرهنگی متفاوت، در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی و سایر متغیرهای وابسته موثر بوده است. بنابر این به نظر می‌رسد که می‌توان از این برنامه در مراکز درمانی، برای نمونه‌های مبتلا به اضطراب اجتماعی، با توجه به محدودیت‌های تحقیق کنونی و رعایت احتیاط‌های بالینی، استفاده نمود.

کلید واژه‌ها: اختلال اضطراب اجتماعی، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، دانشجویان دختر.

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی یکی از اختلالات اضطرابی است که به عنوان یک ماهیت بالینی متمایز، با انتشار DSM-III در سال ۱۹۸۰، از سوی متخصصان تصریح گردید. اختلال اضطراب اجتماعی ترسی مشخص و ثابت از شرمندگی یا مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی، یا در زمان انجام فعلی در حضور دیگران است [۱]. بنابراین از این موقعیت‌ها بخاطر تجربه اضطراب شدیدی که با خود به همراه دارند پرهیز می‌شود [۲].

اختلال اضطراب اجتماعی با آسیب جدی در عملکرد تحصیلی، و شغلی [۳]، همچنین با افزایش خطر آسیب‌روانی همبود، به‌ویژه افسردگی، سایر اختلالات اضطرابی و سوء‌مصرف مواد همراه است [۴].

از طرف دیگر، باید توجه کرد که اختلال اضطراب اجتماعی یک اختلال شایع است [۵] تا آنجا که شیوع ۱۳ درصدی این اختلال در جامعه، آن را در جایگاه سومین اختلال رایج روانپزشکی پس از اختلال افسردگی اساسی و وابستگی به الکل قرار داده است [۴]. معمولاً این اختلال به ناتوانی دراز مدت در روابط اجتماعی می‌انجامد و مبتلایان به این اختلال از آسیب‌های چشم‌گیری در کارهای روزانه زندگی، روابط اجتماعی و شغلی رنج می‌برند [۶]. بررسی‌ها نشان داده‌اند که تنها یک سوم مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی در دوره‌ی بیماری‌شان برخی از درمان‌ها را دریافت می‌کنند [۶] و این در حالی است که این اختلال بدون مداخله، یک سیر مزمن و مداوم را دنبال می‌کند. در نتیجه، شیوع بالای اختلال اضطراب اجتماعی به همراه سطوح بالای فشار روانی و آسیب مرتبط با آن، این اختلال را به یک نگرانی عمده‌ی سلامت عمومی تبدیل کرده است [۷].

درمان‌های روانشناختی متنوع و موثری برای اختلالات اضطرابی نظیر روان تحلیل‌گری، رفتاردرمانی^۱، شناخت-درمانی^۲، درمان‌های شناختی-رفتاری^۳ CBT، درمان مبتنی

بر مواجهه^۴، و آموزش مهارت‌های اجتماعی توسعه یافته است [۲]، از بین این مداخلات، درمان‌های رفتاری و شناختی-رفتاری (CBT) بیش از سایر درمان‌های روان-شناختی برای کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی به کار گرفته شده و مورد پژوهش واقع گردیده است [۸]. علی‌رغم شواهد قابل توجه در حمایت از سودمندی درمان شناختی رفتاری (CBT) برای اختلال اضطراب اجتماعی، خلاء^۵ مهمی در مورد میزان و تداوم بهبودی افراد مبتلا وجود دارد [۹] تخمین زده‌اند که ۴۰ تا ۵۰ درصد افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی با درمان سنتی، بهبود حداقلی را نشان می‌دهند و هنگامی که روش گروه-درمانی شناختی رفتاری [۱۰] نیز در مورد این بیماران به همراه پیگیری به کار گرفته شده است، بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی همچنان نارضایتی قابل توجهی را گزارش کردند [۱۱]. از این رو مولفان در صدد اصلاح^۶ مداخلات شناختی-رفتاری در این عرصه [۱۲] و طرح نوآوری‌های درمانی جدید و افزایش میزان تأثیرات درمانی برای کسانی که به درمان‌های رایج و استاندارد در این زمینه پاسخ نمی‌دهند، بوده‌اند [۶].

در ده سال گذشته، مجموعه‌ای از درمان‌های رفتاری جدید نظیر ذهن‌آگاهی^۷، پذیرش^۸، رابطه‌ی درمانی^۹، ارزش‌ها^{۱۰}، معنویت^{۱۱}، مراقبه^{۱۲}، تمرکز بر لحظه‌ی حال^{۱۳}، تعمق هیجانی^{۱۴} و موضوعات مشابه مورد تأکید درمانگران قرار گرفته‌اند که به صورت سنتی کمتر مورد تأکید بوده یا حتی اجازه‌ی ورود به گستره درمان‌های رفتاری شناختی را نداشته‌اند [۱۳]. این رویکردها، که تا حدی از سنن تجربی و بودایی^{۱۵} [۱۴] نشأت گرفته‌اند اما در رویکردهای رفتاری [۱۵] به بار نشسته‌اند، بر شیوه‌ای

4. Exposure treatment

5. room

6. Refinement

7. Mindfulness

8. Acceptance

9. therapeutic relationship

10. values

11. spirituality

12. meditation

13. focusing on the present moment

14. emotional deepening

15. Buddhist

1. Behavior Therapy

2. Cognitive Therapy

3. Cognitive Behavioral Therapy

تاکید دارند که ترویج نوعی آگاهی باز، گسترده، شفقت‌آمیز و متمرکز بر لحظه‌ی حال و کنونی است و این آگاهی می‌تواند عملکرد سازش‌یافته را تسهیل کرده و فشار روانی مربوط به زندگی در گذشته یا آینده را کاهش دهد [۱۶].

یکی از مهمترین این رویکردها برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) می‌باشد که یک برنامه گروهی ساختاریافته است که کابات-زین در ۱۹۹۰ آن را ابداع نموده است. این روش به عنوان روشی موثر در مداخلات بالینی مرتبط با اختلالات اضطرابی، افسردگی و سایر حوزه‌های بالینی مرتبط مورد توجه و حمایت مولفان قرار گرفته است [۱۷].

کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر اساس تحقیقات متعددی در گستره اختلالات خلقی و اضطرابی، روشی موثر بوده و تحقیقات اولیه نمایانگر آن است که در درمان اضطراب اجتماعی نیز می‌تواند نظیر سایر درمان‌ها موثر واقع شود [۱۷]. در پژوهشی که توسط گلدین^۱ و گراس^۲ [۱۸] در مورد مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی صورت گرفته است، مشخص شده است کسانی که در طول درمان تمرین تنفس را انجام داده‌اند در تجربه هیجانی منفی، و فعالیت بادامه کاهش نشان دادند در حالی که در فعالیت نواحی مغزی مرتبط با آمادگی توجه، افزایش عملکرد نشان دادند.

کابات-زین و همکاران به بررسی اثرات برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هراس با و بدون گذر هراسی و نیز افسردگی پرداختند و در نهایت نتایج مطالعه آنان نشان داد که میزان افسردگی، اضطراب در این افراد در مرحله پس از آزمون و پیگیری ۳ ماهه کاهش یافته است [۱۹].

گلدین و همکاران در تحقیق خود نشان دادند که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) و تمرینات ایرویک نشانه‌های افراد مبتلا به اضطراب

اجتماعی را کاهش داده است [۲۰].

بگلز و کالیجز یک مداخله‌ی گروهی آزمایشی را انجام دادند که برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) را با تکلیف آموزش تمرکز ترکیب کردند. ۷ نفر از ۹ نفری که این دوره را گذرانده بودند، بعد از مداخله، دیگر ملاک‌های اختلال اضطراب اجتماعی مشمول آنها نمی‌شد و بهبودی حاصل از درمان در پیگیری دو ماهه حفظ شده بود [۱۲].

کوزیسکی و همکاران یک آزمون کنترل‌شده‌ی تصادفی را انجام دادند که درمان شناختی رفتاری گروهی CBGT [۱۰] و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) [۱۴] را با هم ترکیب می‌کرد [۸]. در حالی که بیماران در هر دو گروه به سطوح مشابه بهبودی بر اساس مقیاس‌های ناتوانی و کیفیت زندگی و نشانه‌های اضطراب اجتماعی رسیدند [۲۱].

در پژوهشی توسط گلدین و همکاران، در مورد تاثیر کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی MBSR بر روی بزرگسالان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تعمیم‌یافته انجام شد، نتایج حاکی از آن بود که MBSR بر کاهش اضطراب اجتماعی، خود ارزیابی منفی موثر بوده و همچنین باعث افزایش عزت نفس و خود ارزیابی مثبت در این افراد شده است [۲۲].

در مطالعه دیگری که توسط گلدین و گروس در مورد تاثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر تنظیم هیجانی در اضطراب اجتماعی انجام پذیرفت، نتایج نشان داد که، کسانی که MBSR را به اتمام رسانیدند، بهبودی در نشانگان اضطراب و افسردگی و همچنین عزت نفس نشان دادند [۲۳].

استال^۳ و گلدستین^۴ بر این باورند که تمرینات ذهن آگاهی می‌تواند کاهش فعالیت بادامه مغز را در پی داشته باشد. بادامه بخشی از مغز است که با پردازش ترس و پرخاشگری همراه است [۲۴]. در ایران نیز روش درمانی MBSR برای مشکلات و اختلالات متعددی چون

³. Stahl, B.

⁴. Goldstein, E.

¹. Goldin, P. R.

². Gross J. J.

این ۲۱ نفر بطور تصادفی در دو گروه ۱۰ نفره آزمایش و ۱۱ نفره کنترل قرار گرفتند. حجم نمونه یاد شده نزدیک به تحقیقات مشابه که برای استفاده از برنامه های شناختی رفتاری در مبتلایان اضطراب اجتماعی در ایران و خارج از ایران انجام گرفته تعیین شده است. که میتوان به پژوهش گلدین و همکاران، ۲۰۰۹ [۲۲]؛ گلدین، گروس، ۲۰۱۰ [۱۸]؛ گل پور چمر کوهی و امینی، ۱۳۹۱ [۲۵]؛ سجادیان و همکاران، ۱۳۸۹ [۲۷]؛ نشاط دوست و همکاران، ۱۳۹۲ [۳۲]؛ آذرگون و همکاران، ۱۳۹۲ [۳۳] و عطری فرد و همکاران، ۱۳۹۱ [۲۸] اشاره داشت.

معیارهای ورود عبارتند از؛ شاغل به تحصیل در دوره کارشناسی دانشگاه شاهد یا تهران در سال تحصیلی ۹۲-۹۳ و دارای محدوده سنی ۱۸ تا ۳۰ سال، و همچنین داشتن نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) [۳۴] و مصاحبه ساختار یافته بر اساس DSM-IV (SCID-I) [۲۳] و اینکه افراد رضایت و آمادگی شرکت در جلسات مداخله را داشته باشند.

معیارهای خروج پژوهش حاضر عبارتند از: مصرف دارو و یا دریافت درمان‌های غیر دارویی یا روان شناختی انصراف شرکت کنندگان از شرکت در دوره، قبل از تکمیل جلسات و همچنین، دریافت تشخیص همزمان اختلال شخصیت اجتنابی و وسواسی جبری و افسردگی. نمونه نهایی مطالعه پس از سرند نمونه‌های اولیه بر اساس نمرات پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) و نیز مصاحبه ساختار یافته بر اساس DSM-IV (SCID-I) [۲۳] و احراز ملاک‌های ورود - خروج به مطالعه، ۲۱ نفر بودند که ۱۰ نفر در گروه آزمایش و ۱۱ نفر در گروه کنترل بطور تصادفی جایگزین گردیدند.

ابزارهای تحقیق

۱. پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) [۳۴]

این پرسشنامه نخستین بار توسط کانور و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه گردید. تلویحات بالینی این پرسشنامه در سه حیطه علایم بالینی ترس، اجتناب و علائم فیزیولوژیکی اطلاعاتی را ارائه

اضطراب امتحان [۲۵]، افسردگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن [۲۶]، و اختلال‌های وسواس - جبری [۲۷]، نشخوار فکری و افسردگی [۲۸]، افکار خود آیند منفی [۲۹] اضطراب و افسردگی [۳۰]، وحشتزدگی [۳۱] و غیره مورد استفاده قرار گرفته و نتایج در خور توجه و مناسبی را نشان داده است.

با توجه به تمهیدات یاد شده و این نکته که اختلال اضطراب اجتماعی با اختلال کارکردی گسترده در زندگی هیجانی، حرفه‌ای و بین فردی [۱۰]. مبتلایان همراه است و از آن جا که در سال‌های اخیر، در سایر فرهنگ‌ها درمان ذهن آگاهی برای اختلال‌های متعدد، و همچنین اضطراب اجتماعی مورد پژوهش واقع شده ولی در ایران در مورد اضطراب اجتماعی، پژوهش بالینی شکل نگرفته است، مساله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا برنامه ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس می‌تواند نشانه‌های اضطراب اجتماعی را در نمونه‌های مبتلای ایرانی کاهش دهد؟

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع شبه تجربی با گروه آزمایش و گروه کنترل همراه با پیش آزمون - پس آزمون بوده است. بنابراین در این طرح، متغیر مستقل برنامه درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) و متغیر وابسته نشانه‌های اضطراب اجتماعی می‌باشد.

آزمودنی

جامعه آماری: جامعه ی آماری پژوهش حاضر در بر گیرنده تمام دانشجویان دختر ۱۸ تا ۳۰ ساله شاغل به تحصیل در دوره کارشناسی در سال تحصیلی ۹۲-۹۳ در دانشگاه‌های شاهد و تهران بوده که مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بوده اند.

نمونه پژوهش

نمونه پژوهش حاضر در بر گیرنده ۲۱ دانشجو بوده که دارای نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی بوده اند.

ارتباط، مطابق DSM-IV عبارتند از: اختلال هراس با یا بدون گذر هراسی، گذر هراسی بدون سابقه وحشتزدگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال شخصیت اسکیزوئید، اختلال شخصیت اجتنابی، اختلال بد شکلی بدنی، اختلال افسردگی عمده، اختلال افسرده خوئی، اسکیزوفرنیا. امینی و همکاران در ۱۳۸۶ در مطالعه‌ای اعتبار مصاحبه تشخیصی مبتنی بر DSM-IV را مورد بررسی قرار داده اند که نتایج این پژوهش بررسی اعتبار براساس شاخص کاپا را بالاتر از ۰/۴ ارزیابی می‌کند همچنین این پژوهش با پیش فرض اینکه اگر تشخیص‌های ارائه شده توسط روانپزشکان Gold Standard در نظر گرفته شود، نتایج ویژگی را بهتر از نتایج حساسیت گزارش می‌کند [۳۷]. این مصاحبه توسط محمد خانی و همکاران [۲۳] ترجمه شده که مجموعه سوالات مرتبط با اختلال اضطراب اجتماعی و تشخیص‌های افتراقی مربوط به آن از مجموعه اصلی مجزا گردیده است و از این بخش از مصاحبه در تحقیق حاضر برای تایید تشخیص افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی استفاده شده است.

۳. برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) برنامه درمانی همان الگوی ذهن آگاهی بوده که با مشورت با دکتر گل‌دین و کوکوسکی (ارتباط از طریق پست الکترونیکی در بهار سال ۱۳۹۲) برنامه درمانی معرفی شد که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. این برنامه درمانی با تکیه بر محتوی برنامه MBSR کابات - زین (۲۰۰۸) و کتاب کار MBSR [۲۴] تنظیم گردیده است. جلسات درمان MBSR به صورت گروهی بوده و در هشت جلسه ی دو ساعته به طور هفتگی برگزار می‌شود. این جلسات با هدف آموزش مفهوم ذهن آگاهی، آگاهی از ارتباط بین ذهن و بدن، حضور ذهن هنگام تنفس، ماندن در زمان حال، آموزش هشت نگرش ذهن آگاهی (بدون قضاوت، ذهن مبتدی، پذیرش، رها کردن، صبر، بدون تلاش و دل‌رحمی و متکی بودن به احساس‌های خود) با استفاده از تکنیک‌ها و تمرینات مدیتیشن و یوگا تنظیم شده است.

می‌کند [۳۵]. این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه خرده مقیاس ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده)، و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) است. SPIN بر اساس مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای - به هیچ وجه (۰)، کم (۱)، در حد متوسط (۲)، زیاد (۳)، و خیلی زیاد (۴) - درجه بندی می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی مناسبی از این پرسشنامه در جمعیت آمریکایی گزارش گردیده است. ضریب بازآزمایی آن طی ۲ هفته، بین ۰/۷۸ و ۰/۸۹ و همسانی درونی آن به وسیله آلفای کرونباخ ۰/۹۴-۰/۸۹ گزارش شده است [۳۴]. در ایران نیز، این آزمون بر روی سه گروه بیماران دارای اضطراب اجتماعی، گروه بیماران اضطرابی و گروه سالم اجرا شده و نتایج تحلیل‌ها بیانگر تفاوت معنادار میانگین سه گروه است [۳۵]. در پژوهش حسوند عموزاده و همکاران [۳۴] آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی آن، ۰/۶۸ و اعتبار خرده مقیاس‌های آن با خرده مقیاس هراس اجتماعی SCL-90-R و با مقیاس درجه بندی حرمت خود (SERS)، به ترتیب برابر ۰/۶۴ ($p < 0.0$) تا ۰/۷۸ ($p < 0.0$) بوده است. اعتبار سازه در مقایسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی و آزمودنی‌های گروه افراد بهنجار بدون تشخیص روان پزشکی بررسی شد که تفاوت معناداری با هم نشان دادند که این خود حاکمی از اعتبار سازه بالاست [۳۶]. از این پرسشنامه در مرحله اول تحقیق و مرحله پیش آزمون و پس آزمون برای اندازه گیری میزان اضطراب اجتماعی افراد استفاده شده است.

۲. مصاحبه تشخیصی مبتنی بر [DSM-IV ۲۳]

مصاحبه‌ای است که بر مبنای ملاک‌های تشخیصی چهارمین طبقه بندی آماری و تشخیصی بیماریهای روانی انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM-IV) و، به منظور تشخیص اختلالات روانی، به صورت ساختار یافته طراحی شده است و به واسطه آن با پرسش درباره نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی، تشخیص اضطراب اجتماعی تأیید می‌گردد. موارد تشخیص افتراقی در این

جدول ۱: مقایسه سن آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل (در مرحله پیش‌آزمون)

شاخص	تعداد	میانگین	انحراف معیار	جمع رتبه	میانگین رتبه	Z	سطح معناداری
آزمایش	۱۰	۲۱/۵	۲/۲۷	۱۱۳/۵	۱۱/۳۵	۰/۲۵۱	۰/۸۰۲
کنترل	۱۱	۲۱/۱۸	۲/۲۲	۱۱۷	۱۰/۶۸		

دلیل بر قرار نبودن مفروضه‌های آمار پارامتریک، مقایسه میانگین‌های مربوط به تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروه و نیز پیش‌آزمون دو گروه، بر اساس آزمون غیر پارامتریک یومن ویتنی انجام شده است. همچنین مقایسه نتایج دو گروه، بر اساس درصد تغییر نمرات دو گروه و تغییرات معنادار بالینی انجام شده است.

نتایج

در این قسمت نخست به نتایج توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان و سپس به نتایج توصیفی مرتبط با متغیرهای تحقیق پرداخته می‌شود. در ادامه این قسمت ابتدا نمرات پیش‌آزمون گروه کنترل و آزمایش، در متغیر اضطراب اجتماعی، مورد مقایسه قرار خواهد گرفت، سپس به نتایج نهایی تحقیق پرداخته خواهد شد.

جدول ۱ در برگزیده شاخص‌های توصیفی مربوط به سن آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل و همچنین مقایسه این ویژگی در دو گروه بر مبنای آزمون یومن ویتنی می‌باشد. جدول ۲ در برگزیده شاخصهای توصیفی مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۳، Z مشاهده شده ناشی از مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل در مورد متغیر هراس اجتماعی و زیر مقیاس‌های ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی، به ترتیب برابر ۰/۶۰۱-، ۰/۲۸۳-، ۰/۰۳۵-، ۱/۷۰۹- می‌باشد که در مقایسه با مقادیر بحرانی معنادار نیست.

در جلسه ی اول تا چهارم توضیحی در مورد ذهن‌گامی و برنامه MBSR و ارتباط بین ذهن و بدن- هدایت خود داده شد و تمریناتی جهت داشتن حضور ذهن در تنفس- ذهن آگاهی و ماندن در زمان حال- معاینه هشیارانه بدن انجام شد. و در جلسات پنجم تا هشتم به عمیق شدن در تمرین ذهن آگاهی و تمرینات مدیتیشن و گسترش حضور ذهن، توجه به افکار و نگه داشتن تمرین‌ها پرداخته شد.

شیوه اجرای پژوهش

ابتدا سرند کلی و انتخاب نمونه مورد مطالعه بر اساس پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN)، پس از آن انجام مصاحبه ساختار یافته بر اساس DSM-IV^۱ (SCID-I)^۲ [۲۳] در مورد آزمودنی‌های مرحله اول که دارای اضطراب اجتماعی بالا بوده اند، توسط پژوهشگر انجام شده است. سپس تکمیل فرم رضایت نامه توسط افراد منتخب صورت گرفت و پس از آن به جایگزینی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل پرداخته شد. سپس، هشت جلسه درمان گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) برای گروه آزمایش توسط پژوهشگر اجرا گردید و گروه کنترل در طول این مدت در انتظار ماندند و در نهایت پس از آزمون بر اساس پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN)، در انتهای جلسه هشتم بر روی دو گروه کنترل و آزمایش اجرا گردید.

شیوه تحلیل داده‌ها

در این تحقیق علاوه بر استفاده از آمار توصیفی، به

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition- Text Revision

2. Structured Clinical Interview for DSM-IV axis disorder

بررسی اثر بخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر کاهش نشانه‌های افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی مربوط به مقیاس هراس اجتماعی (SPIN) شرکت کنندگان در مراحل پیش- پس آزمون

انحراف معیار تفاضل نمره‌های پیش- پس آزمون	میانگین تفاضل نمره‌های پیش- پس آزمون	پیشینه	کمینه	انحراف معیار	میانگین	شاخص		
						مرحله	مقیاس	گروه
۳/۱۱	۴/۸۰	۱۸	۷	۴/۰۳	۱۲/۴	پیش آزمون	ترس	گروه آزمایش
		۱۲	۵	۲/۳۶	۷/۶۰			
۴/۰۵	۶/۰۰	۲۰	۹	۳/۶۲	۱۴	پیش آزمون	اجتناب	
		۱۷	۵	۳/۵۵	۸			
۱/۸۵	۳/۱۰	۱۴	۳	۳/۱۳	۹/۶	پیش آزمون	ناراحتی	
		۱۲	۱	۳/۰۲	۶/۵۰			
۶/۸۵	۱۳/۹۰	۵۱	۲۴	۹/۸۰	۳۶	پیش آزمون	نمره کل SPIN	
		۳۹	۱۲	۷/۶۵	۲۲/۱۰			
۳/۸۸	۰/۳۶	۲۰	۴	۴/۸۸	۱۱/۶۳	پیش آزمون	ترس	گروه کنترل
		۲۰	۵	۵/۵۸	۱۱/۲۷			
۳/۱۱	-۰/۹۰	۲۴	۷	۵/۱۸	۱۴/۵۴	پیش آزمون	اجتناب	
		۲۶	۷	۶/۷۲	۱۵/۴۵			
۲/۰۴	۰	۱۴	۲	۳/۵۵	۷/۳۶	پیش آزمون	ناراحتی	
		۱۳	۱	۳/۹۰	۷/۳۶			
۶/۸۳	-۵/۴۵	۵۸	۲۴	۱۱/۷۲	۳۳/۵۴	پیش آزمون	نمره کل SPIN	
		۵۹	۱۴	۱۵/۰۸	۳۴/۰۹			

جدول ۳: مقایسه میزان اضطراب اجتماعی دو گروه آزمایش و کنترل (در مرحله پیش آزمون)

مقایسه گروه آزمایش و کنترل				انحراف معیار پیش آزمون	میانگین پیش آزمون	تعداد	گروه	شاخص	
سطح معناداری	Z	میانگین رتبه	جمع رتبه					مقیاس	گروه
۰/۷۷۷	-۰/۲۸۳	۱۱/۴۰	۱۱۴	۴/۰۳	۱۲/۴	۱۰	آزمایش	ترس	گروه کنترل
		۱۰/۶۴	۱۱۷	۴/۸۸	۱۱/۶۳	۱۱	کنترل		
۰/۹۷۲	-۰/۰۳۵	۱۰/۹۵	۱۰۹	۳/۶۲	۱۴	۱۰	آزمایش	اجتناب	گروه کنترل
		۱۱/۰۵	۱۲۱	۵/۱۸	۱۴/۵۴	۱۱	کنترل		
۰/۰۸۷	-۱/۷۰۹	۱۳/۴	۱۳۴	۳/۱۳	۹/۶	۱۰	آزمایش	ناراحتی	گروه کنترل
		۸/۸۲	۹۷	۳/۵۵	۷/۳۶	۱۱	کنترل		
۰/۵۴۸	-۰/۶۰۱	۱۱/۵۸	۱۱۸	۹/۸	۳۶	۱۰	آزمایش	نمره کل SPIN	گروه کنترل
		۱۰/۲۳	۱۱۲	۱۱/۷۲	۳۳/۵۴	۱۱	کنترل		

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که Z مشاهده شده ناشی از مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش - پس آزمون در مورد متغیر هراس اجتماعی و زیر مقیاس‌های ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی، به ترتیب برابر ۳/۵۹۶-، ۲/۴۷۶-، ۳/۳۲۳-، ۳/۲۸۹- می‌باشد که در مقایسه با مقادیر بحرانی معنادار می‌باشد.

جدول ۴: مقایسه متغیر اضطراب اجتماعی در گروه‌های آزمایش و کنترل بر اساس آزمون یومن ویتنی در مورد تفاضل نمرات پیش-پس آزمون

سطح معناداری	Z	میانگین رتبه	جمع رتبه	تعداد	مقیاس	
					شاخص	گروه
۰/۰۱۳	-۲/۴۷۶	۱۴/۵۰	۱۴۵	۱۰	آزمایش	ترس
		۷/۸۲	۸۶	۱۱	کنترل	
۰/۰۰۰۱	-۳/۳۲۳	۱۵/۷۰	۱۵۷	۱۰	آزمایش	اجتناب
		۶/۷۳	۷۴	۱۱	کنترل	
۰/۰۰۱	-۳/۲۸۹	۱۵/۶۰	۱۵۶	۱۰	آزمایش	ناراحتی فیزیولوژیک
		۶/۸۲	۷۵	۱۱	کنترل	
۰/۰۰۰۱	-۳/۵۹۶	۱۶/۱۰	۱۶۱	۱۰	آزمایش	نمره کل SPIN
		۶/۳۶	۷۰	۱۱	کنترل	

جدول ۵: نتایج مربوط به درصد تغییر مرتبط با نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس هراس اجتماعی (SPIN)

میانگین درصد تغییر در گروه	پس آزمون		پیش آزمون		تعداد	گروه	مقیاس	
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین			شاخص	گروه
۳۵/۷۲	۲/۳۶	۷/۶	۴/۰۳	۱۲/۴	۱۰	آزمایش	ترس	مقیاس هراس اجتماعی (SPIN)
-۲/۰۶	۵/۵۸	۱۱/۲۷	۴/۸۸	۱۱/۶۳	۱۱	کنترل		
۴۱/۴۷	۳/۵۵	۸	۳/۶۲	۱۴	۱۰	آزمایش	اجتناب	
-۶/۰۵	۶/۷۲	۱۵/۴۵	۵/۱۸	۱۴/۵۴	۱۱	کنترل		
۳۴/۸۳	۳/۰۲	۶/۵	۳/۱۳	۹/۶	۱۰	آزمایش	ناراحتی فیزیولوژیک	
۲/۴۹	۳/۹۰	۷/۳۶	۳/۵۵	۷/۳۶	۱۱	کنترل		
۳۸/۱۸	۷/۶۵	۲۲/۱	۹/۸	۳۶	۱۰	آزمایش	نمره کل SPIN	
۰/۴۵	۱۵/۰۸	۳۴/۰۹	۱۱/۷۲	۳۳/۵۴	۱۱	کنترل		

جدول ۶: نتایج مربوط به برآورد تغییر معنی‌دار بالینی برای گروه آزمایش و کنترل در پیش و پس‌آزمون نمره کل در پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN)

نمونه	شاخص	گروه آزمایش			گروه کنترل	
		پیش آزمون	پس آزمون	تفاضل نمره‌های پیش - پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
نمونه ۱		۳۷	۲۵	* ۱۲	۲۸	۲۶
نمونه ۲		۳۷	۱۹	* ۱۸	۳۹	۵۲
نمونه ۳		۴۲	۱۶	* ۲۶	۲۶	۲۵
نمونه ۴		۲۹	۲۲	* ۷	۲۴	۲۲
نمونه ۵		۲۷	۲۱	* ۶	۲۸	۳۲
نمونه ۶		۴۰	۲۵	* ۱۵	۲۶	۲۲
نمونه ۷		۴۹	۳۹	* ۱۰	۳۹	۵۰
نمونه ۸		۵۱	۲۷	* ۲۴	۲۵	۱۴
نمونه ۹		۲۴	۱۵	* ۹	۲۵	۲۶
نمونه ۱۰		۲۴	۱۲	* ۱۲	۵۸	۵۹
نمونه ۱۱					۵۱	۴۷

* معیار برآورد تغییر معنادار بالینی در گروه آزمایش برابر ۴/۱۱

** معیار برآورد تغییر معنادار بالینی در گروه کنترل برابر ۶/۲۹

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌های افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی بوده است. در این راستا، و نتایج این پژوهش نشان داد که به کارگیری برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR)، توانسته است نشانه‌های اضطراب اجتماعی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را به طور کلی و در حوزه‌های ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک کاهش دهد. نتایج بدست آمده با بسیاری از یافته‌های محققان همسو است و تحقیقات متعددی از یافته کنونی حمایت می‌کنند که می‌توان به پژوهش کابات-زین، ۱۹۹۲ [۱۹]؛ گلدین و همکاران، ۲۰۱۲ [۲۰]؛ جزایری و همکاران، ۲۰۱۲ [۲۱]؛ بگلز^۱ و همکاران، ۲۰۰۶ [۱۲]؛ کوزیسکی^۲ و همکاران، ۲۰۰۷ [۸]؛ گلدین و همکاران، ۲۰۰۹ [۲۲]؛ گلدین و

گروس، ۲۰۱۰ [۱۸] اشاره داشت.

در تبیین مکانیزم تاثیر این روش (MBSR) می‌توان از سه گستره به بحث نشست. الف) نخست از دیدگاه نوروسیکولوژی، مولفان متعددی دیدگاه‌های خود را ارائه نموده‌اند. آلن و چامبرز، گالون^۳ بر این باورند که مکانیزم تاثیر MBSR بر کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی به اثر بخشی این روش در بهبود توانائی‌های نظم دهی هیجانی مرتبط است [۱۸]. براساس مدل فرایند نظم دهی هیجانی گراس، راهبردهای نظم دهی هیجانی نظیر انتخاب موقعیت، اصلاح موقعیت، آرایش توجه، تغییر شناختی و تعدیل پاسخ در جریان درمان ذهن آگاهی تغییر پیدا می‌کنند. بر اساس شواهد موجود MBSR و تمرین مراقبه بر آرایش توجه و توانائی کنترل شناختی بر نشخوار فکری منفی [۳۱]، توجه متمرکز بر خود [۲۲]، نظم دهی هیجانی [۳۴]، و جهت دهی هیجانی [۳۵] موثر بوده و از طریق

^۱. Bögels, S. M.

^۲. Koszycki, D.

^۳. Gullone, E

و یا افکار اضطرابی و عدم تلاش برای کنترل یا اجتناب از آنها می‌شود و این مسئله باعث کاهش آشفستگی و نابسامانی‌های رفتاری می‌گردد [۳۸]. تمرینات ذهن آگاهی باعث انعطاف پذیری و پذیرش بیشتر در بیماران مبتلا می‌گردد [۲۴].

از سوی دیگر، به نظر می‌رسد که ذهن آگاهی با دو مولفه بنیادین خود یعنی توجه به تجربه کنونی و پذیرا بودن نسبت به این تجربه، امکان بازشناسی غیر قضاوتی افکار، احساسات و هیجانات را بدون آنکه فرد درگیر آن گردد و یا از آن اجتناب نماید را فراهم می‌آورد و این مسئله منجر به پایداری هیجانی می‌گردد. بنابراین همین تاثیر باعث کاهش نشانه‌های اضطراب و ترس و رویارویی با این استرس‌ها به شیوه‌ای سازنده و کار آمد می‌گردد. در صورتی که افراد از واکنش شان نسبت به موقعیت استرس زا (همچون صحبت در جمع و...) ذهن آگاه باشند، یاد می‌گیرند چگونه به شیوه‌ای سازنده تر و هماهنگ تر به آن واکنش نشان دهند.

یکی دیگر از نکاتی که بایستی بدان به عنوان یک بعد مهم در این مطالعه توجه داشت تاثیر شیوه گروهی برنامه آموزش ذهن آگاهی بوده است. بر اساس نظر مولفان وجود حمایت اجتماعی از اعضا گروه؛ مواجهه طبیعی در گروه و امکان تمرین‌های گروهی باعث اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی گروهی می‌گردد [۱۰]. از این رو میتوان بخشی از اثربخشی این آموزش را در متغیرهای وابسته کنونی به اثرات گروهی آن هم نسبت داد. این امر به ویژه در مورد این گروه از مبتلایان، به سادگی نباید نادیده گرفته شود.

یافته‌های پژوهش کنونی، با دیگر یافته‌ها در مورد تاثیر برنامه MBSR بر کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی همسو بوده است. البته قابل ذکر است، با اینکه در ایران، پژوهش نظام مندی درباره‌ی تاثیر مداخلات ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی صورت نگرفته است، اما با این حال چندی از پژوهش‌ها وجود دارند که به طور ضمنی به تعیین اثر بخشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) بر اختلالات اضطرابی مختلف همچون، اضطراب امتحان [۲۵]، اختلال

تاثیرگذاری بر آنها باعث انعطاف پذیری هیجانی می‌گردد و باعث می‌شود تا فرد ظرفیت رها شدن از محرک‌های هیجانی آزارنده را پیدا نماید [۲۴]. پژوهش‌های متعددی به تاثیر MBSR بر اساس فعالیت‌های مغزی، تاثیر در نواحی قشری و نیز لوب فرونتال که با تنظیم احساسات و تصمیم‌گیری و درک احساس عاطفی همرا می‌باشد تاکید نموده اند [۱۸].

ب- در تبیین مکانیزم‌های روانشناختی تاثیر گذار در برنامه MBSR مولفان متعددی به اثرات تمرین‌های ذهن آگاهی بر فرایندهای فراشناختی پرداخته‌اند و تلاش نموده‌اند تا علت موثر بودن این روش را به مدد شواهد برگرفته از نظریه‌های فراشناخت تبیین نمایند. به عنوان نمونه کلارک و ولز در مطالعات خود این فرض را مطرح نمودند که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی بر اساس تجارب اولیه شان، فرض‌هایی را درباره خود و موقعیت اجتماعی شان به وجود می‌آورند [۱۸]. این فرض‌ها منجر به این خواهد شد که آنها تعامل‌های اجتماعی را ترسناک و منفی ارزیابی کنند. بنابراین اگر افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از طریق این شیوه درمانی بتوانند فرض‌هایی که در مورد خود و موقعیتشان دارند را بدون قضاوت مشاهده کنند می‌توانند راحت تر با موقعیت‌های ترس‌آور مواجه شوند و در نهایت منجر به کاهش نشانه‌های آنان می‌شود.

ج) و در نهایت در رویکردهای شناختی - رفتاری، پاره‌ای دیگر از مطالعات بر این باورند که اختلال اضطراب اجتماعی، اجتناب تجربی به شکل رفتارهای ظریف اجتنابی ظاهر می‌شود که منجر به آسیب در همه جنبه‌های زندگی (به طور مثال روابط، شغل، سلامتی و غیره) در افراد مبتلا به این اختلال می‌شود. کابات - زین در ۲۰۰۸ بر این باور است که ذهن آگاهی باعث انعطاف پذیری و گسترش پذیرش بیشتر در افراد می‌گردد [۲۴]. علاوه بر این، پذیرش می‌تواند به عنوان یک عامل واسطه‌ای در ارتباط بین اضطراب اجتماعی و آشفستگی رفتاری در نظر گرفته شود [۳۸]. سطوح بالای پذیرش در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی باعث پذیرش احساسات

ابتدای راه است، بدون تردید، پژوهش‌های آتی می‌توانند چشم اندازه‌های جدیدی را پیش روی ما قرار دهند [۲۰]. البته باید توجه داشت که پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بوده که می‌توان به آن‌ها اشاره داشت: مطالعه حاضر، به نمونه‌های ایرانی دانشجویی با ویژگی‌های جمعیت شناختی خاصی، تعداد محدود و جغرافیای خاص محدود بوده و مردان نیز در این مطالعه شرکت نداشتند از سوی دیگر، فقدان پیگیری و گروه درمان نما نیز از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بوده است. نهایت پیشنهاد محققین بر آن است که با توجه به محدودیت‌های کنونی این پژوهش، تحقیقات آینده در گستره‌ای متفاوت، تاثیر این روش درمانی را بر اختلال اضطراب اجتماعی و یا سایر موارد بالینی مرتبط واریسی نمایند.

منابع

- ۱- سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا. (۲۰۰۷، ۱۳۸۶). خلاصه روانپزشکی کاپلان. ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند.
- 2- Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (2001). Social anxiety disorder. In: H. D. Barlow (Ed.). Clinical handbook of psychological disorder: A step-by-step treatment (3rd.ed.). New York: Guilford Press.
- 3- Davidson, J. R. T., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F., Franklin, M., Compton, J., Zhao, N., Connor, K., Lynch, T. R., & Kishore, G. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. Archives of General Psychiatry, 61, 1005-1013.
- 4- Kessler, R.C., Berglund P.D., Demler O., Merikangas J.R., & Walters E.E. (2011). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication, Archives of General Psychiatry 62, PP.564-876.

وسواسی جبری [۲۷] و اختلال وحشتزدگی [۳۱] پرداخته و از موفقیت این نوع مداخله، سخن گفته اند. چه به این نتایج نگاه کنیم و چه به یافته‌های تحقیق کنونی، پرسش این است که چرا، برنامه درمانی طراحی شده در فرهنگ و شرایط دیگر، توانسته است به بهبود مبتلایان ایرانی یاری رساند. آیا می‌توان گفت که برنامه MBSR، که برگرفته از فرهنگ شرق دور است، و به فرهنگ ما نزدیک‌تر است، این موفقیت را رقم زده است؟ یا باید به مکانیزم‌هایی که پیشتر و در این فصل، مبتنی بر دیدگاه‌های روان شناختی و نوروپسیکولوژیک مطرح شده تکیه زد و یا هم به این مکانیزم‌ها و هم جنبه‌های فرهنگ. به سادگی نمی‌توان این نکته را مبنای بحث قرار داد. چرا که خود نیازمند واریسی‌های دقیق‌تر است. اما نباید از این جنبه به سادگی گذشت که تاثیر چنین برنامه‌ای، با همه نقادان‌های متصور در این تحقیق، در مورد نمونه‌ای از مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی، به ما نشان می‌دهد که اختلال یاد شده دارای محورهای مهمی است که با وجود اینکه فرهنگ ممکن است، موقعیت و محتواها و برخی از ابعاد آن را تحت تاثیر قرار دهد، اما در هر فرهنگ می‌توان این محورها را دید. همچنین آماج برنامه MBSR متوجه نقاطی بوده که همین محور را مورد هدف قرار داده است. پس شاید بتوان گفت یکی از دلایل این تاثیر، وجه مشترک مشکلات بشری و راه حل‌های یافت شده برای آن است. این تذکر نباید به معنای نادیده گرفتن جنبه‌های مهم و متمایز فرهنگی تلقی شود. بدیهی است که ممکن است آنچه که در این مطالعه به آن دست یافتیم در مورد گروه‌های دیگر و یا در گستره بالینی تغییر نماید و از این رو فرهنگ و مفاهیم فرهنگی و قومی می‌توانند تاثیر پذیری از این مداخله درمانی را کم و یا زیاد نمایند. در نهایت باید گفت، ذهن آگاهی یک رویکرد درمانی نسبتاً جدید و مکمل است که نیازمند واریسی‌های متعدد، به ویژه در نمونه‌های ایرانی و در گستره‌های متعدد است. این نکته را شری او همکاران تذکر داده اند که واریسی اثربخشی و قابلیت پذیرش بالقوه این برنامه هنوز در

¹. Shery, M.

- 15- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., & Toarmino, D. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553–578.
- 16- Jazaieri, H., Goldin, P., Werner, K., Ziv, M., Heimberg, R., Gross, J.J. (2012). A randomized clinical trial of mindfulness-based stress reduction versus aerobic exercise for social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 715–731.
- 17- Allen, N. B., Chambers, R., & Knight, W. (2006). Mindfulness-based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 285–294.
- 18- Goldin, P.R., & Gross, J. J. (2010). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder. *American Psychological Association*. Vol. 10, No. 1, 83–91.
- ۱۹- میرزایی، الهام. (۱۳۹۱). بررسی اثر بخشی الگوی درمانی کاهش استرس بر اساس ذهن آگاهی (MBSR) در کاهش نگرانی بیمار گونه. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، تهران: دانشگاه شاهد.
- 20- Goldin, P. R., Werner, K., Ziv, M., Jazaieri, H., Luce, K., Hill, K., Gross, J. J. (2012). Cognitive Reappraisal Self-Efficacy Mediates the Effects of Individual Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 1034–1040.
- 21- Jazaieri, H., Goldin, P., Werner, K., Ziv, M., Heimberg, R., Gross, J.J. (2012). A randomized clinical trial of mindfulness-based stress reduction versus aerobic exercise for social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 715–731.
- 22- Goldin, P. R., Ramel, W., & Gross, J. J. (2009). Mindfulness meditation training and self-referential processing in social anxiety disorder: Behavioral and neural effects. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 242–257.
- 5- Furmark, T., Tillfors, M., Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissiota, A., Langstrom, B., et al. (2002). Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 59, 425–433.
- 6- Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of SP. *Psychiatr Clin* 2001; 24(11): 617-641.
- 7- Leung AW, Heimberg RG: Homework compliance, perceptions of control, and outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia. *Behav Res Ther* 34:423-432, 1996
- 8- Kocovski, N.L., Laurier, W., Fleming, J.E., & Rector, N.A. (2009). Mindfulness and Acceptance-Based Group Therapy for Social Anxiety Disorder: An Open Trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 276–289.
- 9- Hofmann, S. G. (2010). Advances in the research of social anxiety and its disorder anxiety. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(3), 239–242.
- 10- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies. New York: Guilford Press.
- 11- Herbert, J. D., & Cardaciotto, L. (2005). An acceptance and mindfulness-based perspective on social anxiety disorder. In S. M. Orsillo, & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 189–212). New York: Springer.
- 12- Bögels, S. M., Sijbers, G., & Voncken, M. (2006). Mindfulness and task concentration training for social phobia: A pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 33–44.
- 13- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., & Toarmino, D. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553–578.
- 14- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, N.Y.: Dell Publishing.

- ۲۹- آذرگون، حسن؛ کجباف، محمد باقر؛ مولوی، حسین و عابدی، محمد رضا. (۱۳۸۸). اثر کاهنده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خود آیندی نگرش‌های ناکارآمد. مجله پژوهش در سلامت روانشناختی. شماره ۳۴. ۱۳-۲۰.
- ۳۰- کاویانی، حسین؛ حاتمی، ندا و شفیع آبادی، عبد الله. (۱۳۸۷). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده. تازه های علوم شناختی، سال ۱۰. شماره ۶. ۱۴-۵.
- ۳۱- سهرابی، فرامرز؛ جعفری فرد، سلیمان؛ زارعی، سلمان و اسکندری، حسین. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلال وحشتزدگی: مطالعه موردی. مجله روان شناسی بالینی - سال چهارم، شماره ۱۶. ۴۰-۳۱.
- ۳۲- بختیاری، آزاده؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ عابدی، احمد؛ صادقی، معصومه. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر اضطراب و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون. فصل نامه دانشور رفتار، دوره دوم، شماره ۸. ۴۷-۶۲.
- ۳۳- آذرگون، حسن؛ کجباف، محمد باقر؛ مولوی، حسین؛ عابدی، محمد رضا. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان. فصل نامه دانشور رفتار، دوره اول، شماره ۳۴. ۱۳-۲۰.
- ۳۴- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. R., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- ۳۵- فتحی آشتیانی، علی و داستانی، محبوبه. آزمون‌های روان شناختی ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. (۱۳۸۸)، تهران: انتشارات بعثت.
- ۲۳- فیرست، مایکل بی اسپیتزر، رابرت ال. گی بی، ماریا. ویلیامز، جانت بی دبلیو. (۱۹۹۶). مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های DSM-IV. ترجمه پروانه محمد خانی و همکاران (۱۳۸۹)، تهران: نشر دانژه.
- 24- Stahl, B. & Goldestin, E. (2007). *Mindfulness – Based Stress Reduction Workbook*. New Harbinger Publications, Inc.
- ۲۵- گل پور چمرکوهی، رضا و امینی زرار. (۱۳۹۱). اثر بخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود ذهن آگاهی و افزایش ابراز وجود در دانش آموزان مبتلا به اضطراب امتحان. مجله روان شناسی مدرسه. دوره ۱. شماره ۳. ۱۰۰-۸۲.
- ۲۶- معصومیان، سمیرا؛ گلزاری، محمود؛ شعیری، محمد رضا و مومن زاده سیروس. (۱۳۹۱). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن. فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۳، شماره ۲. ۸۸-۸۲.
- ۲۷- سجادیان، ایلناز؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ مولوی، حسین و معروفی، محسن. (۱۳۸۹). تاثیر آموزش روش ذهن آگاهی بر میزان علائم اختلال وسواسی - جبری در زنان شهر اصفهان. مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی. شماره ۳۳. ۱۴۲-۱۲۷.
- ۲۸- عطری فرد، مهدیه؛ شعیری، محمد رضا؛ رسول زاده طباطبایی، کاظم؛ جان بزرگی، مسعود؛ آزاد فلاح، پرویز و بانوپور، ابوالفضل. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش نشانه های اختلال اضطراب اجتماعی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی دانشگاه علامه طباطبایی. شماره ۹. ۵۲-۲۳.

رودسری، محسن. (۱۳۸۶). روایی نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای اختلالهای محور I در DSM-IV (SCID-I). فصل نامه پایش، سال هفتم، شماره ۱. ۴۹-۵۷.

38- Herbert, J. D., & Cardaciotto, L. (2005). An acceptance and mindfulness-based perspective on social anxiety disorder. In S. M. Orsillo, & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 189-212). New York: Springer.

۳۶- حسنونند عموزاده، مهدی. (۱۳۸۹). بررسی رابطه ساده و چندگانه خشم، شرم، بازداری رفتاری، کم رویی و افسردگی با اضطراب اجتماعی در نمونه دانشجویی، با توجه به جنسیت. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، تهران: دانشگاه شاهد.

۳۷- امینی، همایون؛ شریفی، ونداد؛ اسعدی، محمد؛ محمدی، محمد رضا؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزیتا؛ حکیم شوشتری، میترا؛ صدیق، ارشیا و جلالی