

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال شانزدهم شماره ۶۱ بهار ۱۴۰۰

اثربخشی آموزش ذهن شفقت‌ورز بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دانشجویان دختر دارای اختلال اضطراب اجتماعی

نجمه حمید^{۱*}، عطیه پورصالح^۲، ایران داودی^۳

- *۱- دانشیار روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهیدچمران اهواز، اهواز، ایران
۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهیدچمران اهواز، اهواز، ایران.
۳- استادیار روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهیدچمران اهواز، اهواز، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۷/۰۹

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۲/۰۹

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش ذهن شفقت‌ورز بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بود. در این پژوهش از طرح آزمایشی تک‌موردی از نوع خط پایه چندگانه استفاده شد. طی یک فراخوان به کلیه دانشجویان داوطلب دختر ساکن در خوابگاه دانشگاه شهید چمران اهواز که در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ مشغول به تحصیل بودند، پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور (۲۰۰۰) داده شد و از بین دانشجویان داوطلبی که بالاترین نمره از نقطه برش را آورده بودند، پس از یک جلسه مصاحبه تشخیصی بر اساس معیارهای DSM-5، تعداد چهار نفر از افراد داوطلبی که تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی دریافت می‌کردند به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به مدت ۸ هفته و هر هفته یک جلسه تحت آموزش قرار گرفتند. آزمودنی‌ها توسط مقیاس اضطراب اجتماعی کانور و مقیاس تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی (۲۰۰۱)، پیش از شروع درمان، طی درمان، پس از درمان در مرحله پیگیری دو، چهار و شش هفته‌ای، مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که آموزش ذهن شفقت‌ورز منجر به کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی، افزایش راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان و کاهش راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود. پیگیری دو، چهار و شش هفته‌ای حاکی از پایداری نسبی تغییرات بود.

واژه‌های کلیدی: آموزش ذهن شفقت‌ورز، اضطراب اجتماعی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی، یکی از اختلالات اضطرابی شایع، مزمن و ناتوان کننده است که از علل مهم افت عملکرد اجتماعی و تحصیلی دانشجویان است. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM^۱-5 این اختلال را این گونه توصیف می‌کند، ترس یا اضطراب قابل ملاحظه و پایدار درباره‌ی یک یا چند موقعیت اجتماعی که در آن‌ها احتمال بررسی دقیق توسط دیگران وجود دارد. نمونه‌ها شامل تعاملات اجتماعی، مشاهده شدن و اجرا کردن در حضور دیگران است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در تعریفی دیگر، اضطراب اجتماعی ترسی مشخص و ثابت از شرمندگی شدن، مورد انتقاد یا سرزنش واقع شدن و یا مورد ارزیابی منفی (وارسی) قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی یا در زمان انجام فعالیت‌ها در حضور دیگران است (سیگل و کوکواسکی^۲، ۲۰۲۰). شیوع دوازده ماهه این اختلال در بخش اعظم دنیا، حدود ۰/۵-۲٪ برآورد شده است (فینلای جونز^۳، ۲۰۱۷) و در بیشتر مواقع افراد مبتلا به این اختلال، به اختلال افسردگی و سوءمصرف مواد/الکل نیز مبتلا هستند (هافمن، ۲۰۰۷؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). بررسی‌ها نشان داده‌اند که تنها یک سوم مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی در دوره بیماری شان درمان دریافت می‌کنند (پرون، آنتون و کنی^۴، ۲۰۱۸) و این در حالی است که این اختلال بدون مداخله، یک سیر مزمن و مداوم را دنبال می‌کند. از این رو، با توجه به شیوع بالای این اختلال، به نظر می‌رسد اضطراب اجتماعی یکی از مشکلات رایج در جامعه، به ویژه در دانشجویان است و مسلماً با دامنه وسیعی از مشکلات و اختلالات ارتباط دارد. به طوری که DSM-5، بیان می‌کند اضطراب اجتماعی با کارکرد ضعیف و افت تحصیلی، نارضایتی از روابط اجتماعی، سطح پایین شغلی و اقتصادی همراه است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، پاسخ‌های شناختی به رویدادهای فراخواننده‌ی هیجان هستند که آگاهانه یا ناآگاهانه به منظور اصلاح شدت و یا نوع تجربه‌ی هیجانی افراد یا خود رویداد عمل می‌کنند (آمستادتر، ۲۰۰۸^۵؛ بایو، گیلبرگ، مکوان و کاروالهو^۶، ۲۰۱۵). گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، ۹ راهبرد تنظیم شناختی آگاهانه‌ی هیجان را معرفی کرده‌اند و نشان داده‌اند که دو نوع راهبرد مجزا تقسیم می‌شوند. از جنبه نظری اول راهبردهایی که انطباقی تر هستند شامل تمرکز مجدد مثبت^۷، ارزیابی مجدد مثبت^۸، توسعه دیدگاه^۹، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^{۱۰} و پذیرش^{۱۱} و دوم راهبردهایی که غیر انطباقی هستند شامل سرزنش خود^{۱۲}، سرزنش دیگران^{۱۳}، نشخوار فکری^{۱۴} و فاجعه سازی^{۱۵} (داودی، نشاط‌دوست، عابدی و طالبی، ۱۳۹۳). راهبردهای شناختی تنظیم هیجان فرایندهای شناختی هستند که افراد برای مدیریت اطلاعات هیجان‌آور و برانگیزاننده بکار می‌گیرند و بر جنبه شناختی مقابله تاکید دارد (بروسما، هاکانسون، سالومونسون و جوهانسون^{۱۶}، ۲۰۱۵). تنظیم هیجان‌ات از طریق شناخت و فرآیندهای شناختی به افراد کمک می‌کند تا هیجان‌اتشان را در طول وقایع تهدیدآمیز و بعد از تجربه رویدادهای تنش‌زا مدیریت و تنظیم کنند (بابو و همکاران، ۲۰۱۵).

¹. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

². Siegel & Kocovski

³. Finlay-Jones.

⁴. Proeve, Anton, & Kenny

⁵. Amstadter

⁶. Baião, Gilbert, McEwan, & Carvalho

⁷. positive refocusing

⁸. Positive reappraisal

⁹. putting into perspective

¹⁰. refocus on planning

¹¹. acceptance

¹². self-blame

¹³. other-blame

¹⁴. rumination

¹⁵. catastrophizing

¹⁶. Boersma, Håkanson, Salomonsson, & Johansson

دشواری در تنظیم هیجان با مدل‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی از جمله اختلال اضطراب اجتماعی (بورتون^۱، ۲۰۱۳) در ارتباط است. مدل‌های نظری، تنظیم هیجان موفقیت‌آمیز را با پیامدهای سلامتی، بهبود عملکرد و روابط مرتبط می‌دانند و در مقابل آشفتگی در تنظیم هیجان با بروز اختلال‌ها و آسیب روانی در آمیخته است (آمستر^۲، ۲۰۰۸).

همگام با گسترش پژوهش‌ها، سازه‌ای جدید تحت عنوان شفقت به خود^۳، توسط نف^۴ در روان‌شناسی مطرح شد. شفقت به خود، به معنی درک و همدلی با خود، پذیرش خود، عدم انتقاد و قضاوت راجع به خود به خاطر داشتن برخی احساسات و افکار است (نف و مک گیپی^۵، ۲۰۱۰). به عبارت دیگر منظور از شفقت به خود، پذیرش خود علی‌رغم داشتن بی‌کفایتی، نقص، شکست و رنج است و همان مهربانی که فرد به دیگران ابراز می‌کند به خودش نیز معطوف کند (نف، ۲۰۰۳). یافته‌ها حاکی از آن است که افراد دارای اضطراب اجتماعی سطوح پایین‌تری از شفقت به خود را گزارش می‌دهند و شفقت به خود با شدت علائم اضطراب اجتماعی رابطه منفی دارد (وارنر^۶، جزایری^۷، گلدین^۸، زیو^۹، هیمبرگ و گراس^{۱۰}، ۲۰۱۲). یکی دیگر از جایگاه‌هایی که به نحوه‌ی ارتباط با خویشتن اهمیت می‌دهد، حوزه درمان است. بر اساس تحقیقاتی که در حوزه‌ی شفقت به خود انجام گرفته است، گیلبرت (۲۰۰۵) اقدام به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان کرد و در نهایت تئوری «آموزش ذهن شفقت‌ورز» را مطرح نمود. آموزش ذهن شفقت‌ورز هسته اصلی درمان متمرکز بر شفقت است. آموزش ذهن شفقت‌ورز باهدف کمک به مراجعان برای یادگیری مهارت‌های کلیدی مورد نیاز برای رشد جنبه‌های کلیدی و ویژگی‌های شفقت، مطرح شده است. این ویژگی‌ها عبارت‌اند از مراقبت از بهزیستی^{۱۱}، حساسیت^{۱۱}، تحمل آشفتگی^{۱۲}، همدلی^{۱۳} و بدون قضاوت بودن^{۱۴}. مهارت‌های خاص مورد نیاز برای دستیابی به این ویژگی چندکیفیتی و مشترک دیگر روان‌درمانی‌ها هستند. همچنین مهارت‌ها شامل استدلال شفقت‌آمیز^{۱۵}، رفتار شفقت‌آمیز^{۱۶}، تصاویر ذهنی شفقت‌آمیز^{۱۷}، احساس شفقت‌آمیز^{۱۸} و حالت‌های بدنی شفقت‌آمیز^{۱۹} است (گیلبرت، ۲۰۰۹).

آموزش ذهن شفقت‌ورز (CMT)^{۲۰} که در رأس درمان متمرکز بر شفقت (CFT)^{۲۱} دارد، به مراجع در پرورش و توسعه‌ی یک رابطه شفقت‌آمیز درونی با خودشان به جای خودانتقادی، تحقیر و سرزنش کمک می‌کند. همچنین در آموزش ذهن شفقت‌ورز، درمانگر با تاکید بر ویژگی‌های شفقت، آن‌ها را در مراجعان خود تثبیت می‌کند؛ بنابراین آموزش ذهن شفقت‌ورز به طور صریح بر شفقت به

1. Burton

2. Amestar

3. self-compassion

4. Neff

5. McGehee

6. Warner

7. Jazaieri

8. Goldin

9. Ziv

10. care for wellbeing

11. sensitivity

12. distress tolerance

13. empathy

14. nonjudgement

15. compassionate reasoning

16. compassionate behaviour

17. compassionate imagery

18. compassionate feeling

19. compassionate sensation

20. Compassion Mind Training

21. Compassion Focused Therapy

عنوان گرمی، نگرش پذیرنده و دلسوزانه به خود و دیگران به ویژه در جهت مقابله با شرم و خود انتقادی و انزوا تاکید می‌کنند (گیلبرت، ۲۰۱۴). علاوه بر این بر بهبود نوع رابطه‌ی فرد با مشکلات روان‌شناختی‌اش نیز تمرکز دارد که پرورش نگرش غیر قضاوتی و شفقت ورز نیز از همین اقدامات محسوب می‌شود (مکبسوگوملی^۱، ۲۰۱۲). همچنین آموزش ذهن شفقت‌ورز مراجعان را به تمرکز بر روی درک واحساس شفقت به خود در طول فرآیندهای تفکرمنفی، با تمرکز قوی بر پرورش شفقت در خود تشویق می‌کند (لیویس و آتلی^۲، ۲۰۱۵). درمان متمرکز بر شفقت توصیف نظریه زیربنایی و روندکاربرمدل شفقت برای درمان است، درحالی‌که آموزش ذهن شفقت ورز فعالیت‌های خاصی را توصیف می‌کند که برای توسعه ویژگی‌ها و مهارت‌های مشفقانه طراحی شده است (گیلبرت، ۲۰۰۹). برخی از تکنیک‌های این مدل آموزشی جهت درونی سازی شفقت به خود شامل تصویرسازی ذهنی، نوشتن نامه شفقت گونه به خود، یادگیری دانش روان‌شناختی شفقت به خود است (گیلبرت و پروکتر^۳، ۲۰۰۶). در این راستا مطالعات چندی، از برنامه آموزش ذهن شفقت‌ورز حمایت عملی و نظری کرده‌اند. نتایج پژوهش بایو، گیلبرت، مک ایوان و کارولو^۴ (۲۰۱۵) حاکی از آن است که آموزش ذهن شفقت ورز موجب کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و نفرت به خود و افزایش شفقت به خود در جمعیت غیر بالینی مورد مطالعه گردیده است. در پژوهش بوئسما، هاکانسون، سالمونسون و جانسون^۵ (۲۰۱۵) مشخص گردید که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش اضطراب اجتماعی، خود انتقادی و احساس شرم بیماران مذکور موثر است. فردریکسون، چان، کافی، پک و فینکل^۶ (۲۰۰۸)، در پژوهشی که به منظور بررسی اثربخشی شفقت، شصت و هفت کارمند را در گروه مراقبه مبتنی بر عشق و مهربانی و ۷۲ کارمند را در گروه کنترل قرار دادند. آن‌ها نشان دادند که جلسات شصت دقیقه‌ای هفتگی و گروهی که همراه با تمرین‌های خانگی از طریق لوح فشرده مراقبه‌های مبتنی بر عشق‌ورزی- مهربانی (هدایت شفقت به سمت خود، سپس به سمت دیگران و در مرحله بعد به سمت غریبه‌ها) صورت گرفت، موجب افزایش هیجان‌های مثبت، توجه‌آگاهی، احساس هدف مندی در زندگی، ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی و همچنین کاهش نشانه‌های بیماری گردید.

در پژوهشی باهدف بررسی اثربخشی آموزش ذهن شفقت ورز بر افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری بیماران افسرده با توجه به میزان اولیه خصیصه شفقت به خود در این بیماران، ۱۹ بیمار افسرده زن در قالب یک طرح آزمایشی در گروه‌های آزمایش و گواه مورد بررسی قرار گرفتند. آموزش ذهن شفقت ورز منجر به کاهش میزان افسردگی و اضطراب گروه در مطالعه‌ی پیگیری گردید و تعامل مداخله و شفقت خود، اثر معناداری روی نشخوار فکری و خود انتقادی افراد را نشان داد (برجلی، نوربالا و نوربالا، ۱۳۹۲). علاوه بر این، لیری و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای دیگر نشان داده‌اند که پردازش هیجانات به شیوه خودشفقت‌گرایانه، منجر به کاهش عاطفه منفی بیشتری می‌شود و افراد خود شفقت‌ورز جنبه‌ی نخواستنی خود را بدون اینکه در مورد آن‌ها نشخوار کنند، به آن‌ها واکنش دفاعی نشان دهند یا در مورد آن‌ها احساس بدی داشته باشند، بیشتر می‌پذیرند. شفقت به خود در افراد، رویکردی متعادل به تجارب هیجانی فراهم می‌کند، به طوری که فرد نه از احساساتش بگریزد و نه با آن درآمیزد و یا در آن غرق شود. شفقت به خود با هوش هیجانی نیز ارتباط دارد. با توجه به اهمیت شفقت با خود و کمبود ادبیات پژوهشی در این زمینه در داخل کشور، لازم است توجه ویژه‌ای در مطالعات و به خصوص در درمان به آن صورت گیرد.

همچنین مدل آموزشی مورد بحث اگر چه ریشه در فرهنگ شرق دارد اما بر خواسته از ماهیت بودائی است، به همین جهت ضرورت دارد که کارایی آن در بافت فرهنگ ایرانی که ماهیت دینی متفاوتی دارد نیز بررسی شود. مطالعه‌ی حاضر از این حیث که به

¹ .MacBeth & Gumley

² .Leaviss & Uttley

³ Procter

⁴ .Baião, Gilbert, McEwan, & Carvalho

⁵ .Boersma, Hakanson, salomonsson, & Johansson

⁶ .Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek, & Finkel

بررسی اثربخشی آموزش ذهن شفقت ورز بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی، تنظیم هیجانی شناختی بر روی نمونه دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی می‌پردازد نوین است و علاوه بر این قصد دارد اثربخشی آموزش این تکنیک‌ها را نیز در نمونه ایرانی مورد بررسی قرار دهد. همچنین از همه مهم‌تر با توجه به شیوع بالا و پیامدهای مخرب اضطراب اجتماعی از جمله اختلال در روابط اجتماعی، کناره‌گیری و انزوا، افت سلامتی، عملکرد شغلی و تحصیلی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و افزایش ترک تحصیل (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، محقق انجام پژوهش در این گروه نمونه را ضروری می‌داند و این گروه را به عنوان نمونه در پژوهش انتخاب کرده است.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، طرح آزمایشی تک موردی^۱ از نوع خط پایه چندگانه^۲ و سه نوبت پیگیری با فاصله هر نوبت دو هفته انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانشجویان داوطلب دختر ساکن در خوابگاه دانشگاه شهید چمران اهواز است که در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ در این دانشگاه مشغول به تحصیل بودند. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر، به صورت نمونه‌گیری در دسترس است. تعداد چهار نفر از افرادی که تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی را بر اساس پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور و طی یک جلسه مصاحبه تشخیصی بر اساس معیارهای DSM-5، دریافت می‌کردند و تمایل به شرکت در این پژوهش را داشتند، انتخاب شدند. در این پژوهش موارد زیر به عنوان ملاک‌های ورود و خروج در نظر گرفته شد: ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل جنسیت مؤنث، دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال، در حال تحصیل در دانشگاه شهید چمران اهواز، ابتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و تمایل به شرکت در جلسات بود. ملاک‌های خروج شامل سابقه ابتلا به بیماری‌های روانی دیگر، سابقه بستری در بخش روان‌پزشکی، مصرف داروهای روان‌پزشکی، مشارکت قبلی در برنامه‌های مشابه، غیبت بیش از دو جلسه طی دوره درمان بود.

ابزارهای اندازه‌گیری

الف) مصاحبه بالینی

از آزمودنی‌های شرکت‌کننده در این مطالعه بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5 برای اختلال اضطراب اجتماعی مصاحبه بعمل آمد.

ب) پرسشنامه اضطراب اجتماعی (SPI)^۳

این پرسشنامه برای اولین بار توسط کانور و همکاران (۲۰۰۰)، به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه گردید. پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور (SPI) یک مقیاس خود سنجی شامل ۱۷ ماده است و از سه زیر مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و

^۱.single-case experimental design

^۲.multiple-baseline design

^۳.Social Phobia Inventory

ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) تشکیل می‌شود و مزیت‌های علمی کوتاه بودن، سادگی و آسانی نمره‌گذاری را دارد. این ابزار با داشتن ویژگی‌های باثبات روان‌سنجی به عنوان یک ابزار معتبر برای سنجش شدت علائم اضطراب اجتماعی به کار می‌رود. نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (بهبه‌یچ‌وجه تا بی‌نهایت) است. کانور و همکاران (۲۰۰۰)، اعتبار آنباروش باز آزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است. روایی سازه در مقایسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی و آزمودنی‌های گروه افراد بهنجار بدون تشخیص روان‌پزشکی بررسی شد که تفاوت معناداری باهم نشان دادند که این خود حاکی از اعتبار بالای آن است (سلاجقه و بخشانی، ۱۳۹۳). در پژوهش حسن وند عموزاده (۱۳۹۳)، اعتبار و روایی مقیاس در نمونه غیر بالینی در ایران مطلوب گزارش شده است. نقطه برش با کارایی یا دقت تشخیص ۰/۷۹ افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی و بدون این اختلال را تشخیص می‌دهد.

ج) پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ)^۱

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) تدوین شده است، این پرسشنامه، پرسشنامه‌ای چندبعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده است و به منظور شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد، بعد از تجربه کردن موقعیت‌های تنش‌زای زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرد. مقیاس تنظیم شناختی هیجان برای افراد بالای ۱۲ سال (هم افراد بهنجار، هم جمعیت‌های بالینی) ساخته شده و دارای ۹ خرده مقیاس سرزنش خویش، پذیرش، نشخوار، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، توسعه دیدگاه، فاجعه انگاری و سرزنش دیگران است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). هر سؤال در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از (تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. هر خرده مقیاس شامل چهار ماده است. نمره کل هر خرده مقیاس از طریق جمع کردن نمرات ماده‌ها به دست می‌آید. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر از راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با شرایط تنیدگی زا و منفی هست. گارنفسکی و همکاران اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. در تحقیق گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، پایایی کل راهبردهای انطباقی، غیر انطباقی و کل پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ به دست آمده است. روایی و پایایی ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به وسیله گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. فرم فارسی این مقیاس توسط سامانی و صادقی (۱۳۸۹) مورد اعتبار یابی قرار گرفته است. در پژوهش سامانی و صادقی (۱۳۸۹)، تحلیل عامل مرتبه دوم بر روی عوامل اولیه‌ی این پرسشنامه، دو عامل کلی به نام راهبردهای انطباقی و راهبردهای غیر انطباقی به دست آمده است. ضرایب آلفای کرونباخ برای این عوامل در دامنه‌ی ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ گزارش شده است و ضریب پایایی باز آزمایی در دامنه‌ی ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ گزارش شده است.

همچنین امین‌آبادی، دهقانی و خدا پناهی (۱۳۹۰)، ضریب آلفای ۰/۷۵ را برای این پرسشنامه گزارش دادند. برای بررسی روایی همگرا و اگرایی این پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در ایران از مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس استفاده شد که معنادار بود (امین‌آبادی، دهقانی و خداپناهی، ۱۳۹۰).

روش اجرای پژوهش

برای اجرای پژوهش، طی یک فراخوان به افراد تعداد ۱۵۰ نفر داوطلب در شرکت در پژوهش پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور داده شد و یک جلسه مصاحبه تشخیصی بر اساس معیارهای DSM-5 انجام شد و در نهایت از بین دانشجویان داوطلبی که بالاترین نمره

¹.Cognitive Emoting Regulation Questionnaire

از نقطه برش را آورده بودند و بر چسب اختلال اضطراب اجتماعی را بر اساس مصاحبه دریافت می‌کردند و همچنین بر اساس معیارهای ورود به پژوهش، چهار نفر به صورت تصادفی انتخاب شد. به منظور توافق درباره نحوه اجرا و زمان برگزاری جلسات با افراد شرکت کننده در یک جلسه مقدماتی گفتگو گردید. سپس پروتکل ۸ جلسه‌ای آموزش ذهن شفقت ورز، سرفصل‌ها، موضوعات، تکالیف و تمرین‌های به‌کاربرده شده در این پژوهش بر اساس کتاب‌های «درمان متمرکز بر شفقت» تألیف تیرچ، ساندورف و سیلبراستین (۱۳۹۵) ارائه شده است. محتوای برنامه به صورت جلسات انفرادی و به شیوه سخنرانی کوتاه، آموزش و انجام تکنیک‌های مربوط و انجام تکلیف خانگی به اجرا درآمد. روش اجرای برنامه در قالب جلسات هفتگی بود که به مدت ۴۵ دقیقه در هفته برگزار شد. در جلسه اول، ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به شرکت‌کنندگان ارائه شد و خط پایه این آزمون‌ها در سه مرحله از آزمودنی‌ها طی سه هفته متوالی به عنوان پیش‌آزمون به دست آمد. سپس آزمودنی اول وارد مداخله شد و مجدداً از آزمودنی‌های دیگر خط پایه گرفته شد. در مرحله بعد آزمودنی دوم در هفته دوم وارد درمان شد و از آزمودنی‌های دیگر مجدداً خط پایه گرفته شد. لذا کلیه شرکت‌کننده‌ها، پرسشنامه‌های پژوهشی را در حداقل سه نوبت پیش از آغاز جلسات، طی جلسات مداخله در جلسات دوم، چهارم و ششم و همچنین در سه مرحله پیگیری با فاصله دو هفته تکمیل کردند. ملاحظات اخلاقی رعایت شده در پژوهش حاضر عبارت بودند از: مراجعان از آزادی عدم مشارکت در پژوهش برخوردار بوده و به آن‌ها درباره اصول رازداری و محرمانه بودن هویت شان و اطلاعات پرسشنامه اطمینان داده شد.

همچنین جلسات طبق مراحل زیر بر روی بیماران اجرا شد: هر جلسه بر مبنای راهنمای گیلبرت در درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۰۶) اجرا شد. در جلسات اول، منطق درمان مبتنی بر شفقت و مفاهیم آن و شفقت به خود معرفی شد؛ در ادامه از افراد خواسته شد تا سعی کنند نحوه تفکر و رفتار خود را نسبت به خودشان بشناسند؛ در خلال این جلسات، برخی روش‌ها مانند تصویرپردازی شفقت‌گونه، تنفس تسکین‌بخش، ذهن آگاهی، همدلی، نوشتن نامه شفقت‌ورز برای ارتقای شفقت به خود به افراد آموزش داده می‌شود.

جلسه اول: آشنایی اعضا و درمانگر، بیان انتظارات، تعیین اهداف و شرح قوانین. گوش سپردن به روایت‌های آزمودنی و درک فرآیندهای سببی و نگهدارنده و تشدیدکننده اضطراب اجتماعی، مفهوم سازی مشکل و توضیح مختصری از مدل آموزشی CMT.

جلسه دوم: مرور جلسه قبل. تعریف و سنجش شفقت. تکلیف: شناسایی افکار خود انتقادگر و شفقت‌گرانه طول هفته.

جلسه سوم: بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل. معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و چگونگی تاثیر آن بر حالات روانی فرد. معرفی تصویر سازی و منطق آن، آموزش تمرین تصویرسازی ذهنی مشفقانه (تصور رنگ، یا خلق یک صدای شفقت آمیز در ذهن). تکلیف: بررسی این موضوع که در موقعیت‌های رنج آور کدام سیستم تنظیم هیجانی فعال است؟ تمرین تصویرسازی ذهنی (رنگ یا صدا) مشفقانه.

جلسه چهارم: بررسی تکلیف و مرور جلسات قبل. آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه. آموزش و معرفی ذهن آگاهی و مهارت‌های آن، منطق و نحوه اجرای آن. تکلیف: تمرین تنفس ذهن آگاهانه در موقعیت‌های تنش‌زا.

جلسه پنجم: بررسی تکلیف و مرور جلسات قبل. تمرکز بر خود مشفق، بحث در مورد ویژگی‌های فرد مشفق، تمرین سه‌صندلی یا صندلی خالی گشتالتی (گفتگوی درونی بین سه افکار خود انتقاد گر، خود مشفق و خود انتقاد شونده)، آموزش نحوه تصویرسازی ذهنی در مورد خود مشفق. تکلیف: تصویرپردازی ذهنی خود مشفق.

جلسه ششم: بررسی تکلیف و مرور جلسات قبل. آموزش مهارت‌های شفقت‌آمیز. آموزش نحوه تصویرسازی ذهنی مکان امن شفقت‌آمیز. تکلیف: بررسی میزان تحمل پریشانی در موقعیت‌های دشوار و حساسیت نسبت به رنج در موقعیت‌های دشوار، تمرین تصویرسازی مکان امن شفقت‌آمیز.

جلسه هفتم: بررسی تکلیف و مرور جلسات قبل. شفقت‌ورزی نسبت به دیگران، به کار بردن خاطره‌های متضاد، آموزش مراقبه عشق و مهربانی^۱. تکلیف: ثبت روزانه افکار خود انتقادگر و مشفقانه و انجام مراقبه عشق و مهربانی.

جلسه هشتم: بررسی تکلیف و مرور جلسات قبل. ترس از شفقت به خود، شناسایی افکار ممانعت‌کننده از پرورش خود مشفق و کار بر روی آنها، جستجو موانع دیگر پرورش ذهن شفقت‌ورز، آموزش و انجام نامه‌نگاری شفقت‌ورز، جمع‌بندی.

یافته‌ها

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها، از معناداری بالینی استفاده شده است. در این پژوهش برای سنجش معنی‌داری بالینی از شاخص تغییر پایا^۲ استفاده شد. همان‌طور که در فرمول‌های زیر مشاهده می‌شود در این پژوهش اگر نتیجه به دست آمده بزرگ‌تر از $Z=1/96$ باشد، می‌توان با ۹۵ درصد اطمینان تغییر یا بهبودی به دست آمده را به اثر مداخله نسبت داد.

نمره‌ی پیش‌آزمون – نمره‌ی پس‌آزمون

_____ = شاخص تغییر پایا

خطای استاندارد تفاوت

در تحلیل دیداری تغییرات در متغیرهای مورد بررسی طی مراحل خط پایه، درمان و پیگیری با استفاده از نمودار بررسی می‌گردد (ژان و اتنباچر^۳، ۲۰۰۱؛ به نقل از نادری نوبندگانی، ۱۳۹۴). برای غلبه بر ذهنی بودن^۴، پایایی پایین بین ارزیابان^۵ در تفسیر نتایج ترسیم دیداری و معناداری آماری تغییر، در این پژوهش از تحلیل دیداری به روش ملاک دوگانه محافظه‌کارانه^۶ (CDC) فیشر، کلی و لوماس^۷ (۲۰۰۳؛ به نقل از ایمانی، ۱۳۹۱) استفاده گردید. علاوه بر تحلیل دیداری برای بررسی بهبودی یا سنجش پیشرفت

^۱. Lovingkindness

^۲. reliable change index

^۳. Jon & Ottenbacher

^۴. subjectivity

^۵. low interrater reliability

^۶. conservative dual-criterion

^۷. Fisher, Kelley & Lomas

مراجعان در تغییر متغیرهای آماجی علاوه بر در نظر گرفتن نقطه‌ی برش ابزارها از روش درصد بهبودی نیز استفاده می‌گردد. فرمول درصد بهبودی به قرار زیر است:

$\Delta A \% = \text{میزان بهبودی، } A0: \text{نمره پیشی آزمون فرد، } A1: \text{نمره پس آزمون فرد}$

$$\Delta A \% = (A0 - A1) / A0$$

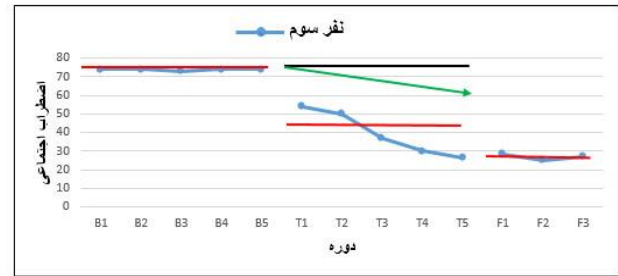
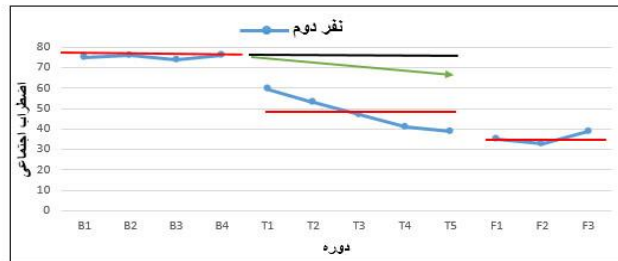
یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری استفاده شد و بر اساس روند نیمرخ، اثرات متغیر مستقل بر وابسته بررسی گردید. همچنین برای بررسی معناداری بالینی تغییرات از شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی استفاده شد. نتایج حاصل از این پژوهش بر اساس نمودار ۱، ۲، ۳ و نتایج جداول ۱، ۲ و ۳ به شرح زیر ارائه می‌شود. در نمودار ۱، ۲ و ۳ دوره‌های مورد بررسی به سه گروه خط پایه، مداخله و پیگیری طبقه‌بندی شده است. برای همه افراد مورد بررسی دوره اول (B) خط پایه را نشان می‌دهد و دوره میانی (T) دوره مداخله و دوره سوم (F) دوره پیگیری است.

جدول (۱) روند تغییر مراحل آموزش ذهن شفقت ورز بر مشارکت کنندگان در علائم اضطراب اجتماعی طی مراحل پایه، مداخله و

پیگیری

	نفر اول	نفر دوم	نفر سوم	نفر چهارم
میانگین خط پایه	۶۶/۳۳	۷۵/۲۵	۷۳/۸۰	۷۰
میانگین مرحله مداخله	۴۰/۶۰	۴۸	۳۹/۴۰	۴۱/۸۰
شاخص تغییر پایا (مداخله)	۲/۰۱	۲/۳۵	۲/۱۴	۲/۱۳
درصد بهبودی پس از مداخله	۰/۳۸	۰/۳۶	۰/۴۶	۰/۴۰
درصد بهبودی کلی پس از مداخله	۰/۴۰			
میانگین مرحله پیگیری	۲۶/۳۳	۳۴/۶۶	۲۶/۶۶	۲۹/۳۳
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۱/۹۸	۲/۱۵	۲/۰۵	۱/۹۹
درصد بهبودی پس از پیگیری	۰/۶۰	۰/۵۳	۰/۶۳	۰/۵۸
درصد بهبودی کلی پس از پیگیری	۰/۶۵			



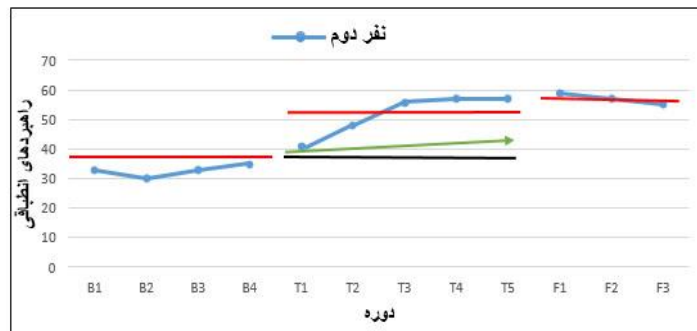
نمودار ۱: روند تغییرات نمره های اضطراب اجتماعی افراد نمونه در طی دوره مطالعه

نمودار ۱، کارایی نسبی برنامه آموزش ذهن شفقت ورز را در کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی نشان می دهد. نتایج بدست آمده از مقیاس مذکور، نشانگر موثر بودن این برنامه آموزشی بر کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی است. بررسی روند تغییرات بر اساس میانگین نمرات آزمودنی ها قبل از مداخله، بعد از مداخله و در دوره پیگیری نیز حاکی از روند کاهشی در طی مداخله و نیز ثبات نسبی و یا تغییرات جزئی در دوره پیگیری است. با توجه به جدول ۱ و نمودار ۱ می توان استنباط نمود که هر چهار آزمودنی بعد از ارائه برنامه آموزشی در متغیر مورد نظر کاهش نشان دادند و تغییرات در مرحله پیگیری نیز مشهود است. همچنین با توجه به داده های جدول ۱، روند درصد بهبودی پس از انجام مداخله برای این چهار مشارکت کننده به ترتیب ۰/۳۸، ۰/۳۶، ۰/۴۶ و ۰/۴۰ (با درصد بهبودی کلی ۴۰٪) و در مرحله پیگیری ۰/۶۰، ۰/۵۳، ۰/۶۳ و ۰/۸۵ (با درصد بهبودی کلی ۶۵٪) است که بر اساس طبقه بندی بلانچارد (پاپن، ۱۹۸۹؛ به نقل از حمید پور، ۱۳۸۷) میزان اثربخشی آموزش ذهن شفقت ورز در مرحله مداخله بهبودی اندک و در مرحله پیگیری در طبقه مداخله موفق (۵۰٪ به بالا) قرار می گیرد. همانطور که در نمودار ۱ ملاحظه می شود با توجه به ملاک دوگانه محافظه کارانه فیشر، تمام نقاط در مرحله مداخله، برای چهار مشارکت کننده زیرخط پیش بین سطح و روند تغییرات قرار دارد و این امر نشان دهنده روند مناسب مداخله نسبت به خط پایه است.

همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می شود، مقادیر شاخص پایا بدست آمده برای این چهار مشارکت کننده در مرحله بعد از مداخله، به ترتیب ۲/۰۱، ۲/۳۵، ۲/۱۴ و ۲/۱۳ و در مرحله پیگیری به ترتیب ۱/۹۸، ۲/۱۵، ۲/۰۵ و ۱/۹۹ به دست آمد که با توجه به مقدار Z، همه این مقادیر، در سطح آماری $P < 0.05$ معنادار هستند. به عبارت دیگر، مقدار آماره آزمون از ۱/۹۶ بالاتر است و این امر دلالت بر این دارد که بین میانگین نمرات اضطراب اجتماعی، قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری وجود دارد و لذا انجام مداخله موجب بهبودی افراد نمونه از جنبه کاهش اختلال اضطراب اجتماعی آن ها شده است. با توجه به نتایج بدست آمده می توان گفت مداخله آموزش ذهن شفقت ورز موجب کاهش نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی در دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی می شود.

جدول ۲: روند تغییر مراحل آموزش ذهن شفقت ورز بر مشارکت کنندگان در راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان طی مراحل پایه، مداخله و پیگیری

	نفر اول	نفر دوم	نفر سوم	نفر چهارم
میانگین خط پایه	۳۳/۶۶	۳۲/۷۵	۳۰/۶۰	۳۶/۵۰
میانگین مرحله مداخله	۵۳/۲۰	۵۱/۸۰	۵۱	۵۲/۸۰
شاخص تغییر پایا (مداخله)	۲/۳۶	۲/۰۷	۲/۳۲	۲/۵۱
درصد بهبودی پس از مداخله	۰/۵۸	۰/۵۸	۰/۶۶	۰/۴۴
درصد بهبودی کلی پس از مداخله	۰/۵۶			
میانگین مرحله پیگیری	۶۵	۵۷	۵۸	۶۱
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۲/۴۵	۲/۰۲	۲/۴۸	۲/۵۹
درصد بهبودی پس از پیگیری	۰/۹۳	۰/۷۴	۰/۸۹	۰/۶۷
درصد بهبودی کلی پس از پیگیری	۰/۸۱			



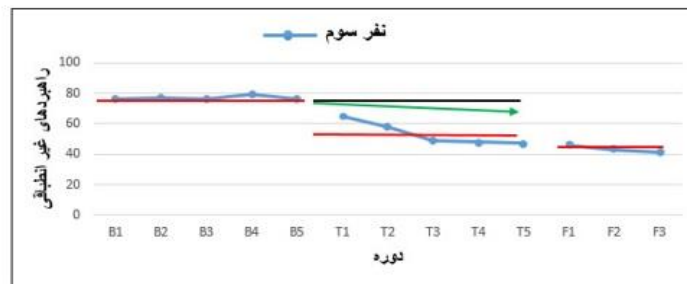
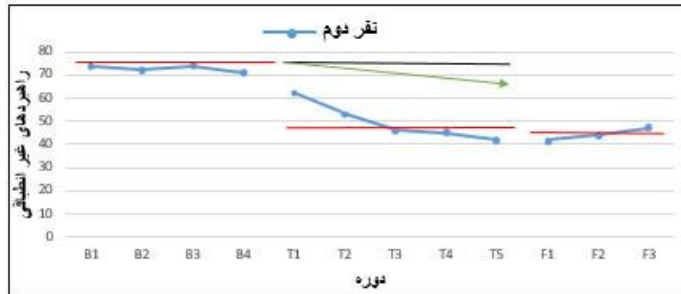
نمودار ۲: روند تغییرات نمره های راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان افراد نمونه در طی دوره مطالعه

نمودار ۲، کارایی نسبی برنامه آموزش ذهن شفتت ورزش را در افزایش راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان نشان می دهد. نتایج بدست آمده از مقیاس مذکور، نشانگر موثر بودن این برنامه آموزشی بر افزایش راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان است. بررسی روند تغییرات بر اساس میانگین نمرات آزمودنی ها قبل از مداخله، بعد از مداخله و در دوره پیگیری نیز حاکی از روند افزایشی در طی مداخله و نیز ثبات نسبی و یا تغییرات جزئی در دوره پیگیری است. باتوجه به جدول ۲ و نمودار ۲ می توان استنباط نمود که هر چهار

آزمودنی بعد از ارائه برنامه آموزشی در متغیر مورد نظر افزایش نشان دادند و تغییرات در مرحله پیگیری نیز مشهود است. همچنین با توجه به داده های جدول ۲، درصد بهبودی پس از مداخله برای این چهار مشارکت کننده به ترتیب ۰/۵۸، ۰/۵۸، ۰/۶۶، ۰/۴۴ (با درصد بهبودی کلی ۰/۵۶٪) و در دوره پیگیری به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۷۴، ۰/۸۹، ۰/۶۷ (با درصد بهبودی کلی ۰/۸۱٪) است که بر اساس طبقه بندی بلانچارد (پاین، ۱۹۸۹؛ به نقل از حمیدپور، ۱۳۸۷)، میزان اثربخشی آموزش ذهن شفقت ورز بر افزایش راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان در مرحله مداخله و مرحله پیگیری در طبقه مداخله موفق (بالاتر از ۵۰٪) قرار می گیرد. همانطور که در شکل ۲ ملاحظه می شود با توجه به ملاک دوگانه محافظه کارانه فیشر، تمام نقاط در مرحله مداخله، برای چهار مشارکت کننده بالای خط روند تغییرات قرار دارد و این امر نشان دهنده روند مناسب مداخله نسبت به خط پایه است. علاوه بر این جدول ۲ نشان می دهد مقادیر شاخص تغییر پایا به دست آمده برای این چهار مشارکت کننده در مرحله بعد از مداخله، به ترتیب ۲/۳۶، ۲/۰۷، ۲/۳۲، ۲/۵۱ و در مرحله پیگیری به ترتیب ۲/۴۵، ۲/۰۲، ۲/۴۸، ۲/۵۹ به دست آمد که با توجه به مقدار Z ، همه این مقادیر در سطح آماری $P < 0.05$ معنادار هستند، به عبارت دیگر مقدار آماره آزمون از ۱/۹۶ بالاتر است و این امر دلالت بر این دارد که بین میانگین میزان استفاده از راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان، قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری وجود دارد و لذا می توان گفت انجام مداخله موجب بهبودی افراد نمونه از جنبه راهبردهای انطباقی آن ها شده است. لذا با توجه به نتایج به دست آمده می توان گفت مداخله آموزش ذهن شفقت ورز موجب افزایش راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی می شود.

جدول ۳: روند تغییر مراحل آموزش ذهن شفقت ورز بر مشارکت کنندگان در متغیر راهبردهای غیرانطباقی طی مراحل پایه، مداخله و پیگیری

	نفر اول	نفر دوم	نفر سوم	نفر چهارم
میانگین خط پایه	۷۳/۳۳	۷۲/۷۵	۷۶/۸۰	۷۴/۱۶
میانگین مرحله مداخله	۴۶/۸۰	۴۹/۶۰	۵۳/۴۰	۴۸/۴۰
شاخص تغییر پایا (مداخله)	۲/۷۵	۲/۱۷	۲/۹۰	۲/۳۰
درصد بهبودی پس از مداخله	۰/۳۶	۰/۳۱	۰/۳۰	۰/۳۴
درصد بهبودی کلی پس از مداخله	۰/۳۲			
میانگین مرحله پیگیری	۳۴/۶۶	۴۴/۳۳	۴۳/۳۰	۳۱
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۲/۲۰	۲/۳۷	۲/۸۵	۲/۱۷
درصد بهبودی پس از پیگیری	۰/۵۲	۰/۳۹	۰/۴۳	۰/۵۸
درصد بهبودی کلی پس از پیگیری	۰/۴۸			



نمودار ۳: روند تغییرات نمره‌های راهبردهای غیرانطباقی افراد نمونه در طی دوره مطالعه

نمودار ۳، کارایی نسبی برنامه آموزش ذهن شفقت‌ورز را در کاهش راهبردهای غیر انطباقی نشان تنظیم هیجان می‌دهد. نتایج بدست آمده از مقیاس مذکور، نشانگر موثر بودن این برنامه آموزشی بر کاهش راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان است. بررسی روند تغییرات بر اساس میانگین نمرات آزمودنی‌ها قبل از مداخله، بعد از مداخله و در دوره پیگیری نیز حاکی از روند کاهشی در طی مداخله و نیز ثبات نسبی و یا تغییرات جزئی در دوره پیگیری است. باتوجه به جدول ۳ و نمودار ۳ می‌توان استنباط نمود که هر چهار آزمودنی بعد از ارائه برنامه آموزشی در متغیر مورد نظر کاهش نشان دادند و تغییرات در مرحله پیگیری نیز مشهود است. همچنین با

توجه به داده های جدول ۳، درصد بهبودی پس از مداخله برای این شش شرکت کننده به ترتیب ۰/۳۶، ۰/۳۱، ۰/۳۰ و ۰/۳۴ (با درصد بهبودی کلی ۳۲٪) و در دوره پیگیری به ترتیب ۰/۵۲، ۰/۳۹، ۰/۴۳ و ۰/۵۸ (با درصد بهبودی کلی ۴۸٪) است که بر اساس طبقه بندی بلانچارد (پاین، ۱۹۸۹، به نقل از حمید پور، ۱۳۸۷)، میزان اثربخشی آموزش ذهن شفقت ورز بر افزایش راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان در مرحله مداخله و مرحله پیگیری در طبقه بهبود اندک (۲۵٪-۵۰٪) قرار می گیرد. همانطور که در نمودار ۳ ملاحظه می شود با توجه به ملاک دوگانه محافظه کارانه فیشر، تمام نقاط در مرحله مداخله، برای چهار شرکت کننده پایین خط روند تغییرات قرار دارد و این امر نشان دهنده روند مناسب مداخله نسبت به خط پایه است. همچنین جدول ۳ نشان می دهد مقادیر شاخص پایا به دست آمده برای این چهار شرکت کننده در مرحله بعد از مداخله، به ترتیب ۲/۷۵، ۲/۳۷، ۲/۹۰، ۲/۳۰ و در مرحله پیگیری به ترتیب ۲/۲۰، ۲/۱۷، ۲/۸۵، ۲/۱۷ به دست آمد که با توجه به مقدار Z، همه مقادیر در سطح آماری $P < 0.05$ معنادار هستند، به عبارت دیگر مقدار آماره آزمون از ۱/۹۶ بالاتر است و این امر دلالت بر این دارد که بین میانگین مقدار راهبردهای غیر انطباقی، قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری وجود دارد و لذا می توان گفت انجام مداخله موجب بهبودی افراد نمونه از جنبه کاهش راهبردهای غیر انطباقی آن ها شده است. لذا با توجه به نتایج به دست آمده می توان گفت فرضیه در نظر گرفته شده مبنی بر اینکه مداخله آموزش ذهن شفقت ورز موجب کاهش راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی می شود.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش ذهن شفقت ورز بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی، تنظیم شناختی هیجان و سرمایه روان شناختی در دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی انجام گردید. در این راستا یکی از یافته های این پژوهش نشان داد که آموزش ذهن شفقت ورز موجب کاهش میزان علائم اختلال اضطراب اجتماعی می شود. یافته های بدست آمده نشان داد که آموزش ذهن شفقت ورز به طور ویژه، به تغییرات قابل توجهی در راهبردهای انطباقی و غیر انطباقی تنظیم هیجان در مشارکت کنندگان دارای اختلال اضطراب اجتماعی منجر شد و راهبردهای انطباقی را افزایش و راهبردهای غیر انطباقی را کاهش داد. این تغییرات در دوره پیگیری به طور ثابت و یا با تغییراتی جزئی همچنان باقی ماند. این بخش از یافته های پژوهش با یافته های تحقیقات شریعتی (۱۳۹۵)، برجلی و همکاران (۱۳۹۲)، رجبی و عباسی (۱۳۹۰)، بوئرسم، هاگانسون، سالومونسون و جانسون (۲۰۱۵)، جاج، کلگورن، مک ایوان و گیلبرت (۲۰۱۲)، ورنر و همکاران (۲۰۱۲)، گیلبرت و پروکتر (۲۰۰۶) همسو است. این پژوهش ها تاثیر شفقت بر متغیر های وابسته همچون اضطراب، خوانندگی، شرم مورد بررسی قرار دادند. نتایج حاکی از تاثیر شفقت بر کاهش میزان این متغیر ها بود. یافته های مربوط به راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با یافته های تحقیقات کلی و همکاران (۲۰۱۱)، نف و گرم (۲۰۱۳)، نف (۲۰۰۳)، رجبی و عباسی (۱۳۹۰) و نف و همکاران (۲۰۰۷)، لانگ و همکاران (۲۰۱۰) و گیلبرت (۲۰۰۹) همخوانی دارد.

در تبیین مکانیزم اثر آموزش ذهن شفقت ورز می توان از سه گستره به بحث نشست:

الف) در تبیین این یافته ها می توان به ماهیت و محتوای تمرینات آموزش ذهن شفقت ورز استناد نمود، چنانکه در این تمرینات بر ریلکسیشن (تن آرامی)، مدیتیشن (مراقبه)، ذهن آگاهی تأکید می شود که می تواند نقش بسزایی در آرامش فرد و کاهش اضطراب داشته باشد. ذهن آگاهی مؤلفه ی مهمی است که از عناصر عمده تمرینات آموزش ذهن شفقت ورز است. تفکر مشفقانه، رفتار مشفقانه و تصویرسازی مشفقانه با ذهن آگاهی تولید شده و انجام می پذیرد. ذهن آگاهی در آموزش ذهن شفقت ورز منجر به یک

آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌شود و باعث می‌شود فرد به جنبه‌های دردناک تجاربش، افکار منفی و هیجانات ناخوشایند خویش گشوده و بدون قضاوت باشد، خود را سرزنش، انتقاد و قضاوت نکند. نتایج تحقیقات گویای آن است که آن دسته از بیماران مبتلابه اختلال اضطراب اجتماعی که از سطح بالاتری از ذهن آگاهی برخوردار هستند، در مقایسه با بیمارانی که سطح ذهن آگاهی آن‌ها پایین است، در دوره پیگیری به میزان کمتری علائم اضطراب را نشان می‌دهند (برتون، پرایس، اسپرمرز، مسودا و اندرسون^۱، ۲۰۱۳). (ب) از سوی دیگر همچنین مغز ما دارای حداقل سه سیستم عمده‌ی تنظیم هیجان است (دیپو و مورون-استراییسکی، ۲۰۰۵). سیستم متمرکز بر تهدید و حفاظت از خود، سیستم سائق و انگیزش، سیستم رضایت، تسکین و امنیت. آموزش ذهن شفقت ورز بر تحریک و گسترش سیستم رضایت، تسکین و امنیت تمرکز دارد. در افراد مضطرب، سیستم تهدید و محافظت همیشه فعال است. در همین راستا آموزش ذهن شفقت ورز از طریق تعدیل هیجانات منفی و جستجوی تهدید و تسهیل و توسعه‌ی سیستم رضایت، تسکین و امنیت، احساس آرامش، رفاه و رضایت و رفتارهای مراقبتی، همدلانه و مشفقانه با دیگران افزایش می‌دهد. تمرکز بر هیجانات مثبت باعث می‌شود که هیجانات منفی به حداقل ممکن خود برسند چراکه ما ظرفیت محدودی برای توجه به انواع هیجانات داریم (فردریکسون و همکاران، ۲۰۰۸). بر این اساس شفقت به‌عنوان یک هیجان مثبت، می‌تواند باعث گسترش افکار و هیجانات مثبت جدیدی شود که با افکار منفی مانند خود انتقادی و سرزنش خود، هیجانات ناخوشایند مانند اضطراب، احساس شرم و رفتارهای ناکارآمد در تضاد است. آموزش ذهن شفقت ورز، رفتار مشفقانه، تمرکز مجدد، توجه مشفقانه و تصویرسازی مشفقانه را برای تحریک و گسترش سیستم رضایت، تسکین و امنیت پیشنهاد می‌دهد و همگی بر راهبردهای ایمنی طلبی و آرامش و امنیت متمرکز است. این سیستم افراد را قادر می‌سازد احساس آرامش، آسودگی و سکون را برای خود فراهم کنند و به تعادل خود دوباره دست پیدا کنند (گیلبرت، ۲۰۰۹)؛ بنابراین به نظر می‌رسد که به‌واسطه‌ی این خودتنظیمی هیجانی، اضطراب کاهش یابد.

ج) در آموزش ذهن شفقت ورز یک مفهوم مهمی که به افراد یادآوری می‌شود این است که بسیاری از آنچه در ذهن و مغز ما می‌گذرد، توسط ما طراحی نشده و بنابراین تقصیر ما نیست. فهم این نکته در آموزش شفقت مهم است. روشن کردن این موضوع زمانی که افراد مضطرب یا دارای اختلالات خاصی هستند نقش کلیدی دارد؛ چراکه احساس بی‌ارزش بودن، بی‌فایده بودن و خوب نبودن را از آن‌ها می‌گیرد. افراد باید بدانند تمایلات ژنتیکی و بسیاری از فعالیت‌های مغزی، خاطرات هیجانی گوناگونی که در شرایط اجتماعی زندگی خود به دست آوردیم، هیچ‌کدام انتخاب ما نبود است (گیلبرت، ۲۰۰۹) و نباید به خاطر آن‌ها خود را سرزنش کنند. زمانی که صرف کمک به افراد می‌کنیم تا مسئله "تقصیر ما نیست" را درک کنند، در اتخاذ شیوه‌ای بدون قضاوت و مشفقانه‌تر در مقابل زندگی خودشان بسیار سودمند است. پس برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی و علائم ناشی از آن باید افراد را متوجه کرد از خصوصیت‌های غیرارادی خود شرم‌منده نباشند و بدون انتقاد و سرزنش خود با تقویت بخش‌های ارادی، اعتمادبه‌نفس خود را افزایش دهند. شفقت به خود و آموزش آن به‌عنوان کیفیت مواجه‌شدن با رنج و آسیب خود و احساس کمک کردن کامل در جهت رفع مشکلات خود تعریف می‌شود. هدف از آموزش توصیف‌شده، تسهیل تغییر عاطفی به‌منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود است که حمله به خود، سرزنش و انتقاد از خود، قضاوت راجع به خود را تضعیف کرده، پذیرش خود را بیشتر و آشفستگی عاطفی و استرس‌های ناشی از آن را کاهش می‌دهد؛ بنابراین فرد را قادر به پذیرش خود علی‌رغم داشتن بی‌کفایتی، نقص، شکست و رنج می‌سازد و فرد یاد می‌گیرد همان مهربانی که به دیگران ابراز می‌کند به خودش نیز معطوف کند (نف، ۲۰۰۳). زمانی که فرد یاد گرفته باشد با خود مهربان بوده و برای اشتباهات، کاستی‌ها و نقایص به مدت طولانی خود را انتقاد کننده و سرزنش نکنند، بدون قضاوت و گشوده به رنج باشد، در واقع ذهن شفقت ورز دارد و می‌تواند با چالش‌های زندگی و موقعیت‌های تنش‌زا با تسلط و آرامش بیشتری مواجه شود، اعتمادبه‌نفس خود را افزایش داده و اضطراب ناشی از اختلالات اجتماعی را در خود کاهش دهد. باید توجه داشت پژوهش حاضر

¹.Burton,Price, Schmertz, Masuda& Anderson

دارای محدودیت هایی بوده که می توان به آن ها اشاره داشت: مطالعه حاضر، به نمونه ایرانی دانشجویی با ویژگی های جمعیت شناختی خاصی، تعداد محدود و جغرافیای خاص محدود بوده و مردان در این مطالعه شرکت نداشتند از سوی دیگر، اجرای مکرر ابزار پژوهشی از دیگر محدودیت های این مطالعه بوده است. نهایت پیشنهاد می شود که با توجه به محدودیت های کنونی این پژوهش، تحقیقات آتی با گستره ای متفاوت، تاثیر این برنامه آموزشی را بر سایر اختلالات اضطرابی و جمعیت های بالینی دیگری که با مسئله خود انتقادی و شرم درگیر هستند، به عنوان مثال افراد دارای لکت زبان، افراد دارای اختلال خوردن، افراد دارای اختلال بدریخت انگاری بدن، افراد کمال گرا، افرادی که تجربه شکست عاطفی و یا طلاق داشته و جمعیت معتادین نیز بررسی نمایند. این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی است

منابع

- امین آبادی، زهرا، دهقانی، محسنو خداینه‌ای، کریم. (۱۳۹۰). بررسی ساختار عاملی و اعتبار یابی پرسش نامه تنظیم شناختی هیجان. **مجله علوم رفتاری**، ۵(۴)، ۳۶۵-۳۷۱.
- ایمانی، مهدی. (۱۳۹۱). بررسی کارایی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر در کاهش آشفتگی زناشویی و علائم اختلال اضطراب فراگیر زنان شهرستان ماهشهر. **رساله دکتری مشاوره، روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران**.
- برجعی، احمد، نوربالا، فاطمه، و نوربالا، احمد علی. (۱۳۹۲). اثر تعاملی شفقت به خود و نشخوار فکری بیماران افسرده در درمان مبتنی بر شفقت. **نشریه دانشور**، ۲۰(۱۰۴)، ۷۷-۸۴.
- پاول گیلبرت (۱۳۹۵). **بر شفقت**، ترجمه، مهرنوش و فیضی، علی. تهران: انتشارات ابن سینا.
- حسنوند عموزاده، مهدی. (۱۳۹۳). **هنجار یابی سیاهه فوبیای اجتماعی SPIN در نمونه غیر بالینی**. **مجله پزشکی ارومیه**، دوره بیست و ششم، شماره اول، ۱۷-۳۰.
- حمید پور، حسن. (۱۳۸۷). **اهمیت روش شناسی در پژوهش های رفتاری - شناختی**. تهران. نشر بازتاب دانش، چاپ سوم، ۵۶-۴۹.
- داودی، اعظم. نشاط دوست، حمید طاهر. عابدی، محمدرضا و طالبی، هوشنگ. (۱۳۹۳). نقش نقایص تنظیم هیجان، آمیختگی فکر-عمل و بازداری رفتاری در اختلال اضطراب منتشر. **مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام**، ۲۲(۶)، ۱۱۵-۱۲۴.
- دنيس تيرچ، بنجامين ساندرروف، لورا. آر سیلبراستین (۱۳۹۵). **درمان متمرکز بر شفقت برای درمانگران اکت**، ترجمه دانشمندی، سعیده، ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا. اصفهان: انتشارات کاوشیار.
- دهقان، علی؛ رفاهی، ژاله و مهارلویی، نجمه. (۱۳۹۱). مقایسه‌ی اضطراب و بهزیستی روان شناختی در بین دانشجویان بومی و غیربومی رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز. **پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد واحد مرودشت**.
- رجبی، غلامرضا؛ عباسی، قدرت‌اله. (۲۰۱۱). بررسی رابطه خود انتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست با شرم درونی شده در دانشجویان. **پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره**، ۲(۲)، ۱۷۱-۱۸۲.
- سامانی، سیامک، صادقی، لادن (۱۳۸۹). کفایت شاخص های روان سنجی پرسشنامه ی تنظیم شناختی هیجان. **فصلنامه روش ها و مدل های روانشناختی**، ۱(۱)، ۵۱-۶۲.
- سلاجقه، صادق، بخشانی، نورمحمد. (۱۳۹۳). **اثربخشی ترکیب مواجهه درمانی گروهی و آموزش مهارت های مقابله با استرس بر میزان اضطراب اجتماعی دانشجویان**. **دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی**، ۱(۲)، ۱۰۴-۹۶.

- شریعتی، مریم؛ حمید، نجمه؛ بشلیده، کیومرث؛ و مرعشی، سیدعلی. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر مهرورزی بر ترس از ارزیابی منفی، ترس از شکست، خود انتقادی، افسردگی و اضطراب دانشجویان دختر دانشگاه فرهنگیان اهواز. *رساله دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه شهید چمران*.
- نادری نوبندگانی، زهرا. (۱۳۹۴). اثربخشی زوج درمانی سیستمی سازه گرا بر پردازش بین فردی، رابطه متقابل نزدیکی رابطه و سازگاری زوجی در زوج‌های آشفته. *رساله دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران*
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. USA: American Psychiatric Pub.
- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 22(2), 211-221.
- Baião, R., Gilbert, P., McEwan, K., & Carvalho, S. (2015). Forms of Self-Criticizing/Attacking & Self-Reassuring Scale: Psychometric properties and normative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(4), 438-452.
- Boersma, K., Håkanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2015). Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(2), 89-98.
- Burton, M., Schmertz, S. K., Price, M., Masuda, A., & Anderson, P. L. (2013). The relation between mindfulness and fear of negative evaluation over the course of cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder. *Journal of clinical psychology*, 69(3), 222-228.
- Finlay-Jones, A. L. (2017). The relevance of self-compassion as an intervention target in mood and anxiety disorders: A narrative review based on an emotion regulation framework. *Clinical Psychologist*, 21(2), 90-103.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of personality and social psychology*, 95(5), 1045.
- Gale, C., Gilbert, P., Read, N., & Goss, K. (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(1), 1-12.
- Gilbert, P. (2009a). Developing a compassion-focused approach in cognitive behavioural therapy. In *Cognitive Psychotherapeutic benefits of CFT 17 Behaviour Therapy: A Guide for the Practising Clinician*, vol. 2 (ed. G Simos), pp. 205-220. Routledge: East Sussex, UK.
- Gilbert, P. (2009b). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment* 15, 199-208.
- Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K., & Gilbert, P. (2012). An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 420-429.
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Foa, C. L., & Gilbert, P. (2010). Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29 (7), 727-755.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological medicine*, 45(05), 927-945.
- Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., & Volker, F. (2010). Having a word with yourself: neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *Neuroimaging*, 49, 1849-1856.
- Lucre, K. M., & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(4), 387-400.
- MacBeth, A., Gumley, A. (2012) Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clin Psychol Rev*. 32, 545-552.
- Mennin, D.S., McLaughlin, K.A., & Flanagan, T.J. (2009). Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 866-871.

- Mongrain, M., Chin, J. M., & Shapira, L. B. (2011). Practicing compassion increases happiness and self-esteem. *Journal of Happiness Studies*, 12(6), 963-981.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2: 85-102.
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2 (3), 223-250.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 225-240.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28-44.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41 (4), 908-916.
- Proeve, M., Anton, R., & Kenny, M. (2018). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on shame, self-compassion and psychological distress in anxious and depressed patients: A pilot study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(4), 434-449.
- Pace, T., Negi, L. T., Adame, D., Cole, S., Sivilli, T., Brown, T. & Raison, C. (2008). 108. Effect of compassion meditation on autonomic, neuroendocrine and inflammatory pathway reactivity to psychosocial stress. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22(4), 34.
- Rockliff, H., Gilbert, P., & McEwan, K. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(3), 132-139.
- Rottenberg, J., & Gross, J. J. (2007). Emotion and emotion regulation: A map for psychotherapy researchers. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 323-328.
- Siegel, A.N., & Kocovski, N. L. (2020). Effectiveness of Self-Compassion Inductions Among Individuals with Elevated Social Anxiety. *Mindfulness*, 1-9.
- Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress & Coping*, 25(5), 543-558.
- Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated
- Wong, C. C., & Mak, W.W. (2013). Differentiating the role of three self-compassion components in buffering cognitive-personality vulnerability to depression among Chinese in Hong Kong. *Journal of counseling psychology*, 60(1), 162

Effectiveness of Compassion Mindfulness Training (CMT) in Symptoms of Social Anxiety Disorder and Cognitive Emotion Regulation Strategies of Female Students with Social Anxiety Disorder

Hamid, N^{1*}, Salehpoor, A.,² Davody, I³

*1. Ph.D., Associate Professor, Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Email: n.hamid@scu.ac.ir (*Corresponding Author*)

² MSc student, Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Ahvaz Shahid Chamran University, Ahvaz Iran

3. Ph.D., Assistant Professor, Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Abstract

The purpose of this research was to investigate the effectiveness of compassion mindfulness training (CMT) in symptoms of social anxiety disorder and cognitive emotion regulation strategies of female students with social anxiety disorder (SAD) of Shahid Chamran University of Ahvaz. In this research, a single case experimental design of multiple baseline type has been used. All female volunteer students living in the dormitory of Shahid Chamran University of Ahvaz who were studying in the academic year of 2016-2017 completed Connor Social Anxiety Questionnaire (2000). Among the students who had the highest score from the cut-off point, four subjects who received a diagnosis of social anxiety disorder according to DSM-5, were selected by purposive sampling. The subjects were trained for 8 weeks and one session per week. They were assessed by Connor Social Anxiety Scale and Garnfsky Emotion Cognitive Regulation Scale (2001), before treatment, during treatment, and after treatment at the two-, four-, and six-week follow-up stages. Data were collected through clinical interview, Special anxiety inventory (SPI) and Cognitive Emotional Regulation Questionnaire (CERQ). Visual analyze, percent of improvement and reliable change index were used to analyze of data. Results showed that compassion mindfulness training (CMT) lead to reducing the symptoms of social anxiety disorder, increasing adaptive cognitive-emotion regulation strategies and decreasing adaptive cognitive-emotion regulation strategies in subjects with social anxiety disorder. Two-, four-, and six-week follow-up indicated relative stability of the changes.

Keywords: Compassion Mindfulness Training; Cognitive emotion regulation; Social anxiety