

تأثیر برنامه گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی (MAGT) بر کاهش ترس از ارزیابی منفی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

* شیمای زهرابی: کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران (*نویسنده مسئول). shima.zohrabi@gmail.com

محمد رضا شعیری: دانشیار روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

لیلا حیدری نسب: استادیار روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۲۱

تاریخ دریافت: ۹۴/۷/۱۱

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی "گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی" بر کاهش میزان ترس از ارزیابی منفی گروهی از دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شده است.

روش کار: در مرحله نخست ۴۰۲ نفر از دانشجویان دختر دانشگاه شاهد به وسیله پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) (Social Phobia Inventory) مورد بررسی قرار گرفتند، در مرحله دوم ۲۴ آزمودنی مبتلا به اضطراب اجتماعی با بهره گیری از مصاحبه تشخیصی ساختار یافته اضطراب اجتماعی بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV (SCID-I) انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۳ نفر) و کنترل (۱۱ نفر) جایگزین شدند. سپس برنامه گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی (MAGT) در مورد گروه آزمایش اجرا شد و آزمودنی‌های گروه کنترل در انتظار باقی ماندند. تمامی شرکت کنندگان نسخه کوتاه پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی را پیش و پس از درمان و در پیگیری سه ماهه تکمیل کردند.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده با استفاده از آزمون یومن ویتنی نشان داد که به کارگیری گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی باعث کاهش معنادار ترس از ارزیابی منفی در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل گردید ($p < 0.001$) و این تغییر بعد از پایان درمان، در مرحله پیگیری ۳ ماهه نیز ادامه داشته است.

نتیجه گیری: در مجموع می‌توان گفت که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی توانسته است ترس از ارزیابی منفی را در نمونه‌ای از دختران ایرانی مبتلا کاهش دهد؛ بنابراین زمینه‌ای را برای به کارگیری این روش به شکل مقدماتی در مراکز روانشناختی، در مورد مبتلایان به اضطراب اجتماعی فراهم ساخته است.

کلیدواژه‌ها: ترس از ارزیابی منفی، اضطراب اجتماعی، گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی

مقدمه

هم‌چنان که در پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) آمده است، اختلال اضطراب اجتماعی ترس یا اضطراب بارز و شدید از موقعیت‌های اجتماعی است که فرد در آن‌ها توسط دیگران مورد مذاقه قرار می‌گیرد. این افراد هنگام مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی می‌ترسند که توسط دیگران به گونه‌ای منفی ارزیابی شوند و دیگران آن‌ها را افرادی مضطرب، ضعیف، نادان، خسته کننده و دوست نداشتنی تلقی کنند (۱). بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه همه گیر

شناسی بین‌المللی اختلال اضطراب اجتماعی با شیوع طول عمر ۱۳/۳ درصد سومین اختلال روان پزشکی شایع می‌باشد (۲). بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، نقایص جدی در روابط صمیمانه، عاطفی، زناشویی، شبکه‌های اجتماعی، شغلی و تحصیلی دارند. هم‌چنین اضطراب اجتماعی با مشکلات تحصیلی و شغلی شامل استخدام نشدن و افت تحصیلی همراه است. لازم به ذکر است که ۷۰ تا ۸۰ درصد افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال عمده دیگری را نیز گزارش می‌کنند (۳). اضطراب اجتماعی با سایر اختلالات اضطرابی، افسردگی، وابستگی به الکل و گستره‌ای از اختلالات شخصیت همراه است (۴).

می‌کنند (۱۲). به عنوان مثال Turner و همکاران به این نتیجه دست یافتند که تنها ۳۳ درصد از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی فراگیر بعد از یک دوره درمان رفتاری به عملکردی در حد میانه (متوسط) رسیده بودند (۱۳). هم‌چنین Hope و همکارانش گزارش می‌کنند که ۱۸ درصد از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی فراگیر بعد از درمان شناختی رفتاری، توسط ارزیابان مستقل کاملاً بهبود یافته ارزیابی شده بودند (۱۴). بنابراین به منظور کمک به افرادی که به این درمان‌های کلاسیک پاسخ نداده و افزایش اثرات درمان در پاسخ‌دهندگان به این درمان‌ها نیاز به نوع آوری‌هایی در درمان‌های موجود دیده می‌شود (۱۲).

بر اساس دیدگاه درمان شناختی رفتاری، مبتلایان به اضطراب اجتماعی خود را از نگاه فرد دیگری می‌بینند. از این رو درمان کارآمد درمانی است که هدف آن تغییر شناخت‌های ناکارآمد و اصلاح باورهای نادرست بیمار به کمک مداخله‌های شناختی باشد (۱۵). هم‌چنین لازم به ذکر است که مبنای قضاوت مکتب شناختی رفتاری در مورد منطقی یا غیرمنطقی بودن یک فکر، فرهنگ یا سبک زندگی غربی است. فرهنگی که در آن به عنوان مثال نقش «آبرو» یا «حرف مردم» بسیار کم‌رنگ‌تر از فرهنگ ایرانی است. بسیاری از باورهایی که در مکتب شناختی رفتاری باورهای غیرمنطقی خوانده می‌شود در واقعیت‌های عینی یک زندگی ایرانی جاری و زنده است (۱۶). اخیراً برای این رویکرد که ایجاد پیشرفت بالینی مستلزم تغییر مستقیم محتوای افکار، احساسات یا علایم بدنی است، نظریه‌های موازی پدیدار گشته‌اند. این نظریه‌ها که موج سوم رفتار درمانی نامیده می‌شوند، به جای تغییر شکل، فراوانی یا حساسیت موقعیتی شناختارها و هیجانات، کارکرد آن‌ها را هدف قرار می‌دهند (۱۷). در درمان‌های مبتنی بر پذیرش بر خلاف بسیاری از درمان‌های دیگر، هیچ‌گونه ارزش یا سبک زندگی خاصی به فرد تحمیل نمی‌شود. در عوض مراجعان بر اساس نظام ارزش‌های خود به تصمیم‌گیری درباره تغییر می‌پردازند (۱۸). یکی از الگوهایی که برای

در اختلال اضطراب اجتماعی توجه متمرکز بر خود نقش قابل توجهی در تداوم این اختلال دارد. بر اساس نظریه Clark و Wells ۱۹۹۵ افراد مبتلا به این اختلال هنگام مواجهه با یک موقعیت اجتماعی ترس آور وارد یک فرایند از پیش فعال توجه متمرکز بر خود شده و تمایل دارند که از منابع درونی اطلاعات (از جمله افکار، احساسات، حس‌های بدنی و ...) به منظور ایجاد یک خودانگاره تحریف شده از خودشان استفاده کنند (۵)، به علاوه آن‌ها به این باور می‌رسند که دیگران نیز آن‌ها را به همین شیوه دیده و همین امر منجر به ارزیابی منفی آن‌ها از خودشان شده (۶) و به دنبال آن رفتارهای اجتنابی ظریفی آشکار می‌گردد (۷). ساختار ترس از ارزیابی منفی شامل احساس دلهره و نگرانی در مورد ارزیابی‌های دیگران، نگرانی ناشی از این ارزیابی‌های منفی و انتظار و توقع ناشی از این امر که دیگران در مورد یک نفر فقط به صورت منفی قضاوت خواهند کرد، می‌باشد (۸).

فرایندهای خودارجاعی (Self-referential processing) در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تفاسیر افراد را از نشانه‌های اجتماعی تحریف کرده و منجر به تداوم این اختلال می‌گردد؛ بنابراین مداخلات بالینی که بر این فرایندهای خودارجاعی اثرگذار باشند، ممکن است یکی از مکانیسم‌های محوری مرتبط با اضطراب اجتماعی را تنظیم کنند (۹).

با توجه به شیوع و پیامدهای قابل اعتنای این اختلال، بررسی‌ها نشان داده که تنها یک سوم مبتلایان به اضطراب اجتماعی در دوره بیماری‌شان برخی از درمان‌ها را دریافت می‌کنند (۱۰) و در این بین، درمان‌های شناختی رفتاری بیش از سایر درمان‌های روان شناختی برای کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی به کار برده شده و مورد مطالعه قرار گرفته است (۱۱).

اگرچه درمان‌های رفتاری و شناختی رفتاری سنتی در درمان این اختلال مؤثر می‌باشند، اما شماری از افراد به این درمان‌ها به خوبی پاسخ نمی‌دهند. علاوه بر این اکثریت افرادی که به این درمان‌ها پاسخ می‌دهند نیز بعد از درمان علایم باقی مانده و اختلالات مرتبط با آن‌را تجربه

شد، نشان می‌دهد که این درمان منجر به کاهش معنادار علائم اضطراب اجتماعی و اجتناب تجربی گردید و این کاهش علائم در پس آزمون حفظ شده و حتی این علائم در پس آزمون بهبود بیش‌تری هم داشته است. Block و Wulfert (۲۲) نیز در پژوهش دیگری به مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانی شناختی رفتاری بر روی ۳۹ دانشجوی مبتلا به اضطراب سخنرانی در جمع پرداختند. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که هر دو درمان منجر به کاهش علائم اضطرابی، ترس از ارزیابی منفی و نیز افزایش تمایل افراد به سخنرانی در جمع گردیدند. به علاوه یافته‌ها بیانگر این نکته است که شرکت کنندگان گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه درمانی شناختی رفتاری به طور معنی داری اجتناب رفتاری کمتری را گزارش کردند.

در ایران نیز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اختلالات متعددی چون اختلال وسواسی جبری (۲۳)، اختلال سردرد مزمن (۲۴)، افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ (۲۵) و اختلال اضطراب فراگیر (۱۶) مورد استفاده قرار گرفته و نتایج درخور توجه و مناسبی را نشان داده است.

لازم به ذکر است که تکنیک ذهن آگاهی به کار گرفته شده در درمان مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی با دو مؤلفه بنیادین خود یعنی توجه به تجربه کنونی (Attention to present) و پذیرا بودن نسبت به این تجارب (experience) و پذیرا بودن نسبت به این تجارب (experience Openness to present)، امکان بازشناسی غیرقضاوتی افکار، احساسات و هیجانات را بدون آن که فرد درگیر آن گردد و یا از آن اجتناب نماید را فراهم می‌آورد و منجر به پایداری هیجانی می‌گردد؛ بنابراین همین تأثیر باعث کاهش ترس از ارزیابی منفی و رویارویی با استرس‌ها به شیوه‌ای سازنده می‌گردد (۲۶). تکنیک‌های پذیرش به کار گرفته در درمان نیز به بیماران آموخته می‌شود که از طریق تمایل ارادی برای انجام رفتارهای اجتماعی از اجتناب تجربی خود بکاهد و به انجام فعالیت‌هایی متعهد شوند که آن‌ها را به سمت ارزش‌ها و اهداف انتخابی‌شان

اضطراب اجتماعی و در توازی با موج سوم درمان‌های شناختی- رفتاری طراحی شده گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی (MAGT) (Mindfulness and Acceptance-Based Group Therapy) (۱۹) است. در گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی از راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی به منظور بهبود پذیرش ("تماس فعالانه با تمامی تجارب روان‌شناختی، به طور کامل، مستقیم و بدون دفاع- و فعالانه عمل کردن") علائم جسمانی ناخوشایند (از جمله، عرق کردن، لرزیدن) و افکار اضطرابی (از جمله شرمندگی شدن یا مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن) به منظور کاهش اجتناب‌های ظریف و آشکار از موقعیت‌های برانگیزاننده اضطراب و افزایش فعالیت‌های مبتنی بر ارزش‌ها، استفاده می‌شود. تمرینات مواجهه‌ای نیز فرصتی برای افراد فراهم می‌آورد تا در حالی که به فعالیت‌های مبتنی بر ارزش‌ها و اهداف‌شان اقدام می‌کنند، به تمرین پذیرش بپردازند (۲۰).

Kocovski و همکاران (۲۰، ۱۹) در مطالعاتی که به منظور بررسی اثربخشی برنامه گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که این مداخله منجر به کاهش معنادار شدت علائم اضطرابی، افسردگی، نشخوار فکری و افزایش معنی‌داری در میزان ذهن آگاهی و پذیرش می‌گردد. Dalrymple و Herbert (۲۱) به طراحی پروتکل درمان انفرادی مبتنی بر پذیرش و تعهد که متناسب با اختلال اضطراب اجتماعی باشد، پرداخته و آن را در یک کارآزمایی بالینی بر روی ۱۷ بیمار مبتلا به کار گرفتند. نتایج این کارآزمایی بالینی نشان می‌دهد که درمان منجر به کاهش معنی‌دار علائم اضطراب اجتماعی، افزایش میزان تمایل و نیز کاهش اجتناب تجربی، کاهش معنادار اضطراب، افسردگی و افزایش کیفیت زندگی گزارش شده توسط بیماران گردیده است. در مطالعه دیگری Ossman و همکاران (۲) به بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر یک گروه ۱۲ نفره از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی پرداختند. ارزیابی‌هایی که پس از درمان و در یک پیگیری سه ماهه انجام

(پیش آزمون) 01 گروه آزمایش	(مداخله) x	(پس آزمون) 02	(پیگیری) 03
(پیش آزمون) 01 گروه کنترل	-----	(پس آزمون) 02	(پیگیری) 03

دیاگرام ۱- دیاگرام الگوی شبه تجربی

به صورت تصادفی در گروه آزمایش و ۱۱ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. یکی از شرکت کنندگان در جلسه دوم از شرکت در ادامه جلسات انصراف داد. در نهایت مداخله با حضور ۱۳ نفر در گروه آزمایش و ۱۱ نفر در گروه کنترل انجام گردید.

ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها در این مطالعه عبارت بودند از قرار داشتن آزمودنی‌ها در بازه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال، کسب نمره بالاتر از ۲۴ در «پرسشنامه هراس اجتماعی» جهت تأیید تشخیص اولیه اختلال اضطراب اجتماعی، دریافت تشخیص نهایی بر اساس مصاحبه نیمه ساختاریافته بالینی بر اساس SCID-I، مونث بودن، هم‌چنین ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها عبارت بودند از: وجود یک اختلال همبود دیگر (از جمله 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)، دریافت داروهای مربوط به مشکلات روان شناختی، شرکت فرد مبتلا در برنامه‌های روان درمانی و مشاوره‌ای دیگر در ارتباط با همین مشکل یا دیگر مشکلات روانشناختی.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت اند از: مصاحبه نیمه ساختاریافته تشخیصی بر پایه Structured Clinical (SCID-I) DSM-IV (Interview for DSM Disorders) (۳۲): مصاحبه مورد استفاده، مصاحبه ای 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 نیمه ساختار یافته طراحی شده است. لازم به ذکر است که موارد تشخیص افتراقی در مورد اختلال اضطراب

سوق دهد (۲). با توجه به تمهیدات یادشده و با التفات به نقش عوامل فرهنگی که پیشتر اشاره شد، مساله اساسی تحقیق حاضر این است که آیا به کارگیری گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی (MAGT)، می‌تواند به کاهش ترس از ارزیابی منفی، در نمونه ای از مبتلایان ایرانی منجر شود؟

روش کار

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی "گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی" بر ترس از ارزیابی منفی گروهی از دانشجویان دختر مقطع کارشناسی و علوم پزشکی دانشگاه شاهد که مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می باشند، انجام گرفته و بدین ترتیب مبتنی بر الگوی شبه تجربی است (دیاگرام ۱).

شرکت کنندگان این پژوهش در دو مرحله انتخاب شدند: در مرحله نخست ۴۰۲ دانشجوی دختر از رشته‌های گوناگون دانشکده‌های علوم انسانی، علوم پایه، فنی مهندسی، کشاورزی، علوم پزشکی دانشگاه شاهد به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای برگزیده شدند. آزمودنی‌ها به کمک پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) (۲۷) بررسی شدند. سپس بر پایه میانگین و انحراف معیار تعیین شده ($\bar{X}=13/09$ و $S=8/55$)، با توجه به یافته‌های ملیانی و همکاران (۲۸) پژوهش حسوندعموزاده همکاران (۲۹) بانوپور (۳۰)، عطری فرد و همکاران (۳۱)، ۴۸ دانشجوی مشکوک به اختلال اضطراب اجتماعی شناسایی شدند. پس از اخذ همکاری و اجرای مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته اضطراب اجتماعی بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV (SDID-I) (۳۲)، ۲۵ نفر از این افراد برای شرکت در پژوهش بالینی برگزیده شدند. ۱۴ نفر از شرکت کنندگان

۰/۵۸ و ۰/۷ به دست آمده که بیانگر اعتبار مناسب آزمون می‌باشد (۲۹). از این پرسشنامه در مرحله اول تحقیق برای اندازه گیری میزان اضطراب اجتماعی افراد مورد مطالعه استفاده شده است. ($n=402$ ، آلفای کرونباخ کل برابر با ۰/۸۷۹، آلفای کرونباخ نیمه اول و دوم به ترتیب برابر ۰/۷۶، ۰/۸۱، همبستگی دو نیمه برابر ۰/۷۸).

فرم کوتاه پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی (Brief Fear of Negative) (BFNE-S) (Evaluation Scale): فرم کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی دارای ۱۲ ماده پنج گزینه ای به روش لیکرت است که در آن گزینه «یک» (به هیچ وجه در مورد من صدق نمی کند) و «پنج» (کاملاً در مورد من صدق می کند) می باشد (۳۴). بررسی (۳۵۰ نفر) از دانشجویان مقطع کارشناسی به کمک این مقیاس نشان داد که این ابزار همبستگی بالایی با فرم اصلی این مقیاس (FNES) دارد ($r=0/96$). هم چنین روشن شد که BFNE-S همسانی درونی بالایی (آلفای کرونباخ برابر ۰/۹) دارد. بررسی پایایی به روش بازآزمایی در طول چهار هفته نشانگر همبستگی ۰/۷۵ بوده است (۳۵). مطالعه عطری فرد و همکاران (۳۶) نیز بیانگر این است که این ابزار دارای همسانی درونی (آلفای کرونباخ) مناسب (۰/۸۱)، پایایی بازآزمایی $r=0/73$ و اعتبار همگرایی مناسبی ($r=0/92$) - $r=0/52$ با سایر مقیاس های موجود در حوزه اضطراب اجتماعی در نمونه ایرانی است. پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی، قبل و بعد از درمان و در یک پیگیری ۳ ماهه پس از درمان به منظور واریسی ترس از ارزیابی منفی آزمودنی ها به کار گرفته شد.

برنامه گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی: در این تحقیق از برنامه «گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی» برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب استفاده شده است (۳۷). این درمان ترکیبی از تکنیک ها و روش هایی از جمله مواجهه، پذیرش و ذهن آگاهی، است. الگوی درمانی حاضر به میزان زیادی مطابق با الگوی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده که تمرینات

اجتماعی، 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. ویژگی های روانسنجی این ابزار در ایران توسط امینی و همکاران به شرح زیر گزارش شده است. در این پژوهش کاپا برای تمام تشخیص ها جز کل اختلالات اضطرابی بالاتر از ۰/۴ گزارش شد. هم چنین، در اکثر تشخیص ها ویژگی، بالاتر از ۰/۸۵ و در نیمی از این تعداد بالاتر از ۰/۹ بوده که نشان دهنده ویژگی مطلوب این مصاحبه ساختار یافته می باشد. در عین حال شاخص حساسیت تا حدی پایین تر بوده است (بین ۰/۵۴ تا ۰/۸۶). در این پژوهش مجموعه سؤالات مرتبط با اختلال اضطراب اجتماعی و تشخیص های افتراقی مربوط به آن از مجموعه اصلی مجزا گردیده و جهت تأیید تشخیص افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی استفاده شده است (۳۳).

پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) (۲۷): این پرسشنامه، یک ابزار خود گزارش دهی ۱۷ ماده ای است که دارای سه خرده مقیاس ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) است. هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه ای (۰) به هیچ وجه، (۱) کم، (۲) تا اندازه ای، (۳) خیلی زیاد، (۴) بی نهایت، درجه بندی می گردد. Connor و همکاران، ضریب بازآزمایی SPIN را بین ۰/۷۸ و ۰/۸۹ و همسانی درونی (آلفای کرونباخ) آن را ۰/۹۴-۰/۸۲ گزارش کرده اند (۲۷). در ایران نیز، در پژوهش حسونند عموزاده و همکاران، آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی آن ۰/۶۸ و اعتبار همگرایی پرسشنامه SPIN بر اساس رابطه آن با پرسشنامه خطای شناختی (Cognitive Error Leaf & Bauer Questionnaire)، مقیاس درجه بندی حرمت خود (Self-Esteem Rating Scale) و با اضطراب فوبیک از نسخه تجدید نظر شده چک لیست نشانگان ۹۰ سؤالی (SCL-90-R) Derogatis, Lippmann, Covi به ترتیب ۰/۳۵،

اجرای جلسات گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی در مورد گروه آزمایش و در انتظار ماندن گروه کنترل در طول مدت ارائه درمان به گروه آزمایش؛ ۵) اجرای پس تست‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش توسط پژوهشگر بعد از پایان مداخله درمانی؛ ۶) اجرای پیگیری بر اساس ابزارهای مورد استفاده در دو گروه کنترل و آزمایش توسط پژوهشگر ۳ ماه پس از پایان درمان؛ ۷) تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از پیش تست- پس تست- پیگیری.

در این تحقیق علاوه بر استفاده از آمار توصیفی، از روش مقایسه تغییرات متغیرها در مقاطع زمانی مختلف بر اساس آزمون فریدمن و مقایسه میانگین‌های مربوط به تفاضل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۳ ماهه بر اساس آزمون یومن ویتنی، به دلیل عدم وجود مفروضه‌های آزمون پارامتریک استفاده شده است. در این مطالعه از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شده است.

یافته‌ها

یافته‌های این مطالعه در دو بخش نتایج توصیفی و تحلیلی ارائه می‌شود:

الف) نتایج توصیفی: نتایج توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی این مطالعه حاکی از این است که میانگین (انحراف معیار) سنی افراد گروه آزمایش ۲۰/۳۰ (۱/۳۱) و افراد گروه کنترل ۲۱/۳۳ (۲/۱۸) می‌باشد. قابل ذکر است که مقایسه ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه کنترل و آزمایش، در مورد متغیرهای دانشکده ($p=0/162$)، وضعیت تأهل ($p=0/109$) و سن ($p=0/225$)، نشانگر تفاوت معناداری بین دو گروه در شاخص‌های یاد شده نبوده است.

شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیر ترس از ارزیابی منفی در جدول ۱ ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود در گروه آزمایش نمره ترس از ارزیابی منفی از زمان پیش آزمون تا پس آزمون تغییر کرده و در مرحله پیگیری تقریباً ثابت مانده است. در گروه کنترل، نمره ترس از ارزیابی منفی در در زمان‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، تقریباً ثابت مانده است. معناداری و عدم

ذهن آگاهی برگرفته از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (Mindfulness-Based Stress Reduction) به آن افزوده شده است. هدف این درمان افزایش انعطاف پذیری روان‌شناختی و کاهش اجتناب تجربی و افزایش عملکرد مطابق با ارزش‌های شخصی می‌باشد (۱۹).

این مداخله به صورت گروهی اجرا می‌شود و پروتکل درمانی محتوی ۱۲ جلسه هفتگی ۲ ساعته می‌باشد. معمولاً در هر گروه هشت نفر قرار می‌گیرند. هر جلسه شامل ۴ بخش بوده که عبارت‌اند، تمرین ذهن آگاهی، مرور تکلیف خانگی هفته گذشته، تمرین پذیرش و تعیین تکلیف خانگی برای هفته آینده (۳۷).

در این الگوی درمانی ۵۸-۸۵ دقیقه در هر جلسه به مفاهیم پذیرش و تعهد اختصاص می‌یابد. این مفاهیم با استفاده از استعاره‌ها و تمرین‌های تجربی (در طول جلسات ۶-۲) و انجام تمرینات مواجهه مبتنی بر پذیرش که تمرینات تمایل (Willingness Exercises) نامیده می‌شود (در طول جلسات ۱۲-۷) ارائه می‌گردند. این تمرینات به افراد مبتلای به اختلال اضطراب اجتماعی کمک می‌کنند تا به جای کنترل یا اجتناب از موقعیت‌های برانگیزاننده اضطراب با انجام فعالیت‌های ارزشمند به سمت یک زندگی بامعنا گام بردارند (۳۷).

هم‌چنین ۲۰ دقیقه ابتدای هر جلسه به تمرین ذهن آگاهی اختصاص می‌یابد. این تمرینات با توجه ذهن آگاه نسبت به مزه، اصوات، مناظر، تنفس و آگاهی از بدن در حالت آرامش و کشش شروع شده و با ذهن آگاهی از افکار و هیجانات ادامه می‌یابد. این تمرینات به منظور مقابله با فرایندهای توجهی ارزیابانه و محدود که در تضاد با توجه ذهن آگاه است به کار گرفته می‌شود (۳۷). هم‌چنین روند اجرای پژوهش هم طی مراحل ذیل انجام شده است:

۱) سرند کلی و انتخاب نمونه مورد مطالعه؛ ۲) انجام مصاحبه بر اساس SCID-I؛ ۳) جایگزینی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل و اجرای پیش آزمون بر اساس ابزارهای مورد استفاده؛ ۴)

جدول ۱- میانگین (انحراف معیار) ترس از ارزیابی منفی در گروه های آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
آزمایش		(۸/۵۰) ۴۳/۱۵	(۷/۱۷) ۲۵/۹۲	(۷/۲۱) ۲۶/۹۳
	کنترل	(۸/۵۷) ۴۴/۸۱	(۹/۸۷) ۴۵/۵۴	(۱۰/۱۴) ۴۶/۱۸

جدول ۲- مقایسه ترس از ارزیابی منفی دو گروه آزمایش و کنترل

مراحل	گروه	مقدار احتمال
پیش آزمون - پس آزمون	آزمایش	کنترل
	(۸/۷۱) ۱۷/۲۳	(۳/۶۶) -۰/۷۲۷
پیش آزمون - پیگیری	(۹/۳۳) ۱۷/۷۵	(۷/۰۰) -۲/۲۷
	پس آزمون - پیگیری	(۸/۷۱) -۱/۰۱
		۰/۷۷۶

معناداری این تفاوت‌ها در قسمت نتایج استنباطی تحقیق ارائه می‌گردد. (ب) نتایج تحلیلی: قبل از پرداختن به نتایج یاد شده، شایسته است اشاره کنیم که در دو گروه، مقایسه نمره ترس از ارزیابی منفی بر اساس آزمون یومن ویتنی در پیش آزمون معنادار نبوده است ($p=0/494$). نتایج استنباطی تحقیق حاضر در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج حاصل از آزمون فریدمن نشان داد که تغییرات نمره ترس از ارزیابی منفی در گروه آزمایش در مقاطع زمانی مختلف معنادار به دست آمده است ($p<0/001$). در حالی که این تغییرات برای گروه کنترل معنادار نبوده است ($p=0/976$). به دنبال آن، جدول ۲ مقایسه معناداری تفاضل نمرات این متغیر را با استفاده از آزمون یومن ویتنی در گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. همان‌گونه که در این جدول مشاهده می‌شود، دو گروه به طور کلی تفاوت معناداری را در رابطه با متغیر ترس از ارزیابی منفی نشان می‌دهند. بدین ترتیب می‌توان گفت که برنامه گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی، قادر بوده است ترس از ارزیابی منفی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش دهد.

مجموع نتایج نشان داد که به کارگیری گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی برای گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل توانسته است میزان ترس از ارزیابی منفی را به طور معناداری کاهش دهد. داده‌های حاصل از این پژوهش همسو با یافته‌های دالریمل و هربرت (۲۱)، بلاک و ولفرت (۲۲)، Goldin و Gross (۳۸) می‌باشد؛ بنابراین شاهد این امر بوده‌ایم که نتایج به دست آمده از تحقیق حاضر، با نتایج دیگر تحقیقات همخوانی دارد.

بر اساس مدل شناختی مطرح شده توسط Wells و Clark (۶)، هنگامی که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی وارد یک موقعیت هراس آور اجتماعی می‌شوند، احساس تهدید کرده و توجه خود را به سمت درون شان جابه‌جا می‌کنند و روی پاسخ‌های اضطرابی شان متمرکز می‌شوند. آن‌ها بر اساس ادراکات افزایش یافته و شناخت‌های خودمنتقدگرانه‌شان خودانتقارانه تحریف شده‌ای را می‌سازند، به علاوه آن‌ها متقاعد می‌شوند که دیگران نیز به همین شیوه آن‌ها را می‌بینند که همین منجر به یک ارزیابی منفی آن‌ها از خودشان می‌گردد (۶). آموزش ذهن آگاهی در کاهش اشتغال ذهنی افراد با ارزیابی منفی از خود که منجر به افزایش اضطراب آن‌ها می‌شود، کمک می‌کند. این تکنیک به بیماران می‌آموزد که از شناخت‌های خودمنتقدگرانه‌شان فاصله بگیرند و صرفاً با آگاهی و بدون قضاوت به مشاهده آن‌ها بپردازند، بدون آن‌که نیاز باشد از

بحث و نتیجه‌گیری

هدف تحقیق حاضر، تعیین اثربخشی برنامه گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی بر کاهش ترس از ارزیابی منفی گروهی از دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بوده است. در

ناخوشایندشان، در جهت اهداف و ارزش‌هایی که برای زندگی شان انتخاب کرده اند، گام بردارند (۴۴).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن جامعه و نمونه آماری این پژوهش به دانشجویان دختر آن هم در بازه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال و در یک دانشگاه اشاره کرد که تعمیم پذیری نتایج را به سایر گروه‌ها دشوار می‌سازد. هم‌چنین از دیگر محدودیت‌های این پژوهش استفاده صرف از اندازه گیری های مبتنی بر مقیاس‌های خودگزارش دهی، اجرای درمان و ارزیابی‌های مربوط به مداخله توسط درمانگر و نیز عدم استفاده از گروه درمان نما می‌باشد.

پیشنهاد می‌شود این برنامه گروه درمانی در مورد مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی غیردانشجو، در نمونه ای متشکل از جنس مذکر و همین‌طور انجام پژوهش مشابهی با ارزیابان پیش تست، پس تست و پیگیری متفاوت انجام پذیرد. هم‌چنین با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان پیشنهاد استفاده از برنامه گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی (MAGT) را در مورد افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در کلینیک‌های روان‌شناسی - روان پزشکی مطرح نمود. در هر حال، این پژوهش یک بررسی مقدماتی در خصوص اثربخشی « برنامه گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی » در جامعه ایرانی به شمار می‌رود و بی‌گمان یافته‌های تکمیلی و پژوهش‌های آینده، با پشت سر گذاشتن محدودیت‌های مورد اشاره، می‌توانند نکات تازه‌ای را در این باره آشکار و زمینه به کارگیری آن را در نمونه‌های ایرانی با اطمینان بیشتری فراهم سازند.

منابع

1. American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5: bookpointUS; 2013.
2. Ossman WA, Wilson KG, Storaasli RD, McNeill JW. A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. International Journal of

آن‌ها جدا شده، به آن‌ها بچسبند، آن‌ها را تغییر داده و یا کنترل کنند (۳۹). از سوی دیگر می‌توان گفت که مکانیزم تأثیر آموزش های ذهن آگاهی در کاهش ترس از ارزیابی منفی با اثربخشی این روش درمانی در بهبود توانایی های تنظیم هیجان مرتبط می باشد. راهبردهای تنظیم هیجان نظیر انتخاب موقعیت، اصلاح موقعیت، آرایش توجه، تغییر شناختی و تعدیل پاسخ در جریان آموزش ذهن آگاهی تغییر پیدا می‌کنند. بر اساس شواهد موجود می‌توان گفت تمرینات ذهن آگاهی بر آرایش توجه و توانایی کنترل شناختی بر نشخوار فکری منفی (۴۰)، توجه متمرکز بر خود (۹)، نظم دهی هیجانی (۴۱)، مؤثر بوده و از طریق تأثیرگذاری بر آن‌ها منجر به انعطاف پذیری هیجانی می‌گردد و باعث می‌شود تا فرد ظرفیت رها شدن از محرک‌های آزارنده را پیدا نماید (۴۲). هم‌چنین لازم به ذکر است که بر اساس دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی درگیر قضاوت منفی درباره خود بوده و با افکارشان پیرامون ارزیابی منفی از خود آمیخته می‌شوند که این امر تأثیر نامطلوبی بر انتخاب‌های افراد گذاشته و منجر به رفتارهای اجتنابی می‌گردد (۱۹). در این درمان تکنیک‌های گسلش و ذهن آگاهی، یک خود نظاره‌گر را در بشر ایجاد می‌کند. خود نظاره‌گر یا خود به عنوان زمینه، حسی از خود را در فرد به وجود می‌آورد که صرف نظر از افکار، هیجانات، خاطرات و احساسات جسمی که در مسیر زندگی فرد می‌آیند و می‌روند، او هم‌چنان ثابت است (۴۳). این تکنیک‌ها به مراجعان کمک می‌کند تا با توجه به کارایی این افکار برای ارزش‌هایشان و نه معنای تحت اللفظی آن‌ها، باید به آن‌ها پاسخ داده شود (۱۹). این روش که مستلزم انعطاف پذیری روانی و پذیرش بیش‌تر و اجتناب تجربی کم‌تر در پاسخدهی به اضطراب و سایر اشکال پریشانی هیجانی است، فضایی برای افراد ایجاد می‌کند تا به گونه ای عمل کنند که چالش‌هایی را که به منظور کنترل افکار، احساسات، حس‌های بدنی و هیجانات ناخوشایند خود دارند را رها کرده و حتی در حضور افکار، احساسات و حس‌های جسمانی

decreasing symptoms of generalized anxiety disorder. *Journal of Culture Counseling and Psychotherapy*. 2011;7. (Persian).

17. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*. 2013;44(2):180-198.

18. Eifert GH, Forsyth JP. *Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: A Practitioner's Treatment Guide to Using Mindfulness, Acceptance, and Values-Based Behavior Change*: New Harbinger Publications; 2005.

19. Kocovski NL, Fleming JE, Rector NA. Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009;16(3):276-289.

20. Kocovski NL, Fleming JE, Hawley LL, Huta V, Antony MM. Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*. 2013;51(12):889-898.

21. Dalrymple KL, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder a pilot study. *Behavior Modification*. 2007;31(5):543-568.

22. Block JA, Wulfert E. Acceptance or change: Treating socially anxious college students with ACT or CBGT. *A Context for Science with a Commitment to Behavior Change*. 2000;1(2).

23. Izadi R, Neshatdust H, Asgari K, Abedi MR. Comparison of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavior Therapy on symptoms of treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Res Behav Sci*. 2014;12(1):19-33. (Persian)

24. Gharaei-Ardakani SH, Azadfalsh P, Tavallaei A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Pain Experience in Women with Chronic Pain. *Journal of Clinical Psychology*. 2012;4(2(14)):39-50 (Persian).

25. Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2 diabetes. *J Res Behav Sci*. 2013;11(2):121-128.

26. Stahl B, Goldstein E. *A mindfulness-based stress reduction workbook*: New Harbinger Publications; 2010 (Persian).

27. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Weisler RH, Foa E. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN) New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;176(4):379-386

28. Melyani M, Shairi MR, Ghaedi GH, Bakhtirari M, Tavali A. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy Based on

Psychology and Psychological Therapy. 2006;6(3):397-416.

3. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1996;53(2):159-168.

4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):593-602.

5. Vassilopoulos SP, Watkins ER. Adaptive and maladaptive self-focus: A pilot extension study with individuals high and low in fear of negative evaluation. *Behavior Therapy*. 2009;40(2):181-189.

6. Lee SW, Kwon JH. The efficacy of Imagery Rescripting (IR) for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2013.

7. Carleton RN, Collimore KC, Asmundson GJ. Social anxiety and fear of negative evaluation: Construct validity of the BFNE-II. *Journal of Anxiety Disorders*. 2007;21(1):131-141.

8. Watson D, Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1969;33(4):448.

9. Goldin P, Ramel W, Gross J. Mindfulness meditation training and self-referential processing in social anxiety disorder: Behavioral and neural effects. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2009;23(3):242-257.

10. Wittchen H, Fuetsch M, Sonntag H, Müller N, Liebowitz M. Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *European Psychiatry*. 2000;15(1):46-58.

11. Rodebaugh TL, Holaway RM, Heimberg RG. The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*. 2004;24(7):883-908.

12. Orsillo SM, Roemer L. *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety*: Springer; 2005.

13. Turner SM, Beidel DC, Wolff PL. A composite measure to determine improvement following treatment for social phobia: The index of social phobia improvement. *Behaviour research and therapy*. 1994;32(4):471-476

14. Hope DA, Herbert JD, White C. Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Cognitive Therapy and Research*. 1995; 19(4):399-417.

15. Barlow D. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford Press. New York. 2002.

16. Mojdehi MR, Etemadi A, Falsafinejad MR. Investigating treatment mediators and effectiveness of acceptance and commitment therapy on

cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*. 2004;28(4):433-455.

41. Slagter HA, Lutz A, Greischar LL, Nieuwenhuis S, Davidson RJ. Theta phase synchrony and conscious target perception: impact of intensive mental training. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 2009;21(8):1536-1549.

42. Lutz A, Slagter HA, Dunne JD, Davidson RJ. Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in cognitive sciences*. 2008;12(4):163-169.

43. Kabat-Zinn J. Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life: Hyperion; 1994.

44. Eifert GH, Forsyth JP, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009;16(4):368-385.

Heimberg's Model on the Decrease of Social Anxiety Symptoms. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2009;15(1):42-49 (Persian).

29. Hassanvand Amouzadeh M, Shairi MR, Bagheri A. The research of validity and reliability of social phobia inventory (SPIN) on nonclinical Iranian sample. Tehran: Shahed University; 2007 (Persian).

30. Banoopour A, Shairi MR, Asghari Moqadam MA. Effectiveness of video feedback and using video-modeling in the video feedback process in improving their self-perception people with social anxiety Tehran: Shahed University; 2012 (Persian).

31. Atrifard M, Shairi MR, Rasulzadeh Tabatabaee K, Janbozorgi M, Azad Fallah P, Banoopour A. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy Based on Hofmann's Model on the Decrease of Social Anxiety Symptoms. *Culture Counseling and Psychotherapy*. 2012;3(9):23-51 (Persian).

32. First MB SR, Gibbon M, Williams JB. Structured Clinical Interview for DSM-IV® Axis I Disorders (SCID-I). Mohammadxani P, Jokar M, Jahanatabesh A, Tamannaiefar Sh. Tehran: Danjeh; 2010.

33. Amini H, Sharifi V, Asadi M, Mohammadi MR, Kaviani H, Semnani Y, et al. Validity and Reliability of Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). *Payesh Journal*. 2007;7(1):49-57 (Persian).

34. Leary MR. A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1983;9(3):371-375.

35. Collins KA, Westra HA, Dozois DJ, Stewart SH. The validity of the brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Journal of anxiety disorders*. 2005;19(3):345-359.

36. Atrifard M, Shairi MR, Roshanayi AR. Investigate Psychometric properties of brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale in Iranian sample. (Persian).

37. Fleming JE, Kocovski NL. Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: A treatment manual. Unpublished manuscript. 2007.

38. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*. 2010;10(1):83.

39. Koszycki D, Bengner M, Shlik J, Bradwejn J. Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2007;45(10):2518-2526.

40. Ramel W, Goldin PR, Carmona PE, McQuaid JR. The effects of mindfulness meditation on

The effect of mindfulness and acceptance-based group therapy on decreasing fear of negative evaluation in patients with social anxiety disorder

***Shima Zohrabi**, MA of Clinical Psychology, Clinical Psychology Department, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran (*Corresponding author). shima.zohrabi@gmail.com

Mohammad Reza Shairi, Associate Professor of Clinical Psychology, Clinical Psychology Department, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran.

Leila Heydarinasab, Assistant Professor of Clinical Psychology, Clinical Psychology Department, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran.

Abstract

Background: The present study was carried out to examine the effectiveness of Mindfulness and Acceptance-Based Group Therapy on decreasing fear of negative evaluation in patients with social anxiety among female students.

Methods: In the first stage, Social Phobia Inventory (SPIN) was administrated to 402 female student of Shahed University, In the second stage 24 socially anxious student screened by SPIN and (Structured Clinical Interview for DSM-I) (SCID-I) were randomly assigned to experimental group (13 subjects) and control group (11subjects). Then Mindfulness and Acceptance-Based Group Therapy administered to the experimental group, while control group didn't attend in any treatment session. All participants completed measure of brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale at pretreatment and post treatment and three month follow up.

Results: The result of Mann Whitney test revealed significant reduction in fear of negative evaluation in experimental group than control group ($p < 0.001$) which remained stable three month after the end of treatment.

Conclusion: In sum, Mindfulness and Acceptance-Based Group Therapy can improve fear of negative evaluation among a sample of Iranian female students. Therefore a ground has been provided to apply this approach preliminary in psychological centers on patients with social anxiety disorder.

Keywords: Fear of negative evaluation, Social anxiety, Mindfulness and acceptance-based group therapy