

## تدوین پروتکل درمانی براساس ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی و مقایسه اثربخشی آن با درمان پردازشی- تجربه‌ای / هیجان مدار بر کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان

حبیب اله اکبری<sup>۱</sup>

عبدالله شفیع آبادی<sup>۲</sup>

ابوالفضل کرمی<sup>۳</sup>

علی دلاور<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۲/۵

تاریخ وصول: ۹۱/۹/۸

### چکیده

پژوهش حاضر به تدوین پروتکل درمانی براساس ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی و مقایسه اثربخشی آن با درمان پردازشی-تجربه‌ای / هیجان مدار بر کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر دانشگاه علامه طباطبایی پرداخته است. نمونه آماری این پژوهش شامل ۴۵ نفر از دانشجویان دختر پردیس نیمه حضوری دانشگاه می باشند که بصورت تصادفی به سه گروه ۱۵ نفره آزمایش ۱، آزمایش ۲ و گواه اختصاص یافتند. دو گروه آزمایش هرکدام بصورت جداگانه در طی ۸ جلسه مداخلات درمانی مربوطه را دریافت کردند. ابزار پژوهش مقیاس تشخیص اضطراب اجتماعی SPAI است. تجزیه و تحلیل اطلاعات از طریق تحلیل کواریانس و آزمونهای تعقیبی صورت گرفت. نتایج نشان داد که فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره های معنوی-اسلامی در کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر مؤثر است با احتمال ۹۹٪ تأیید شد. همچنین فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اینکه درمان پردازشی-

---

[Akbaridk@gmail.com](mailto:Akbaridk@gmail.com)

[Ashafiabady@yahoo.com](mailto:Ashafiabady@yahoo.com)

[Delavarali@yhao.com](mailto:Delavarali@yhao.com)

۱- دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی (نویسنده مسئول)

۲- استاد دانشگاه علامه طباطبایی

۳- استاد یار دانشگاه علامه طباطبایی

۴- استاددانشگاه علامه طباطبایی

تجربه‌ای/ هیجان مدار در کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر مؤثر است نیز با احتمال ۹۹٪ تأیید شد. فرضیه سوم پژوهش که عبارت بود از بین اثربخشی پروتکل درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره های معنوی- اسلامی و درمان پردازشی- تجربه‌ای/ هیجان مدار در کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان تفاوت معناداری وجود دارد با احتمال ۹۹٪ تأیید شد.

**واژگان کلیدی:** ذهن آگاهی، طرحواره های معنوی، اسلامی، درمان پردازشی- تجربه‌ای/ هیجان مدار، اضطراب اجتماعی.

#### مقدمه

اختلالات اضطرابی عمده ترین بیماری معاصر نامیده شده اند (دوزوآ و دابسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). اضطراب وضعیتی ناتوان کننده است و با ناتوانایی هایی در حوزه عملکرد شغلی و اجتماعی همراه می باشد (لپین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). اختلالات اضطرابی نیز از شایع ترین اختلالات روانی است. صرف نظر از ملاک های تشخیصی، اضطراب با عنوان یک حالت هیجانی تقریباً توسط همگان تجربه شده است به همین دلیل توجه پژوهشی به این اختلال موجه می نماید. اختلالات اضطرابی همچنین عموماً در زنان بیشتر از مردان مشاهده می شوند ولی اعتبار این گفته به نوع اختلال اضطرابی مورد بحث بستگی دارد (کسلر<sup>۳</sup> و دیگران، ۱۹۹۴).

اضطراب اجتماعی، ترس شدید و مستمر از موقعیت هایی است که در آن حالت ممکن است شرمندگی روی دهد. مبتلایان به اضطراب اجتماعی از تحقیر شدن و شرمساری در موقعیت های اجتماعی خاص نظیر گفتگو در جمع و صحبت در قرار ملاقات به شدت می ترسند (سادوک و سادوک، ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۲).

1. Dozois & Dabson.

2. Lepin.

3. kessler.

اضطراب اجتماعی در DSM-IV به عنوان ترس آشکار و مزمن از یک یا بیش از یک موقعیت اجتماعی که در آن فرد با افراد ناآشنا برخورد می‌کند و یا توسط آنها مورد ارزیابی قرار می‌گیرد، تعریف شده است (لینکلن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). در واقع، اضطراب اجتماعی با اضطراب شدیدی که فرد همواره با ناراحتی یا دخالت در عملکرد، تجربه می‌کند تشخیص داده می‌شود (استین<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵). ترس از صحبت کردن در جمع، اضطراب سخنرانی و کمرویی از انواع شایع اضطراب اجتماعی هستند. البته کمرویی تفاوت‌هایی با اضطراب اجتماعی دارد (گودرزی و دیگران، ۱۳۸۸). ترنر<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۰) مطرح می‌کنند که کمرویی، حالتی غیربالینی است و نسبت به اضطراب اجتماعی به شکل یک سندرم خفیف‌تر ظاهر می‌شود (به نقل از لُرانت، هندرسون و زیمباردو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰).

در سال‌های اخیر موج جدیدی از درمان‌های رفتاری شناختی ایجاد شده است که یک رویکرد مرتبه دوم، بافتی و فراشناختی را به کار می‌گیرند. ذهن آگاهی به عنوان مخرج مشترک این رویکردهای مبتنی بر پذیرش می‌باشد (ماسودا<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). ذهن آگاهی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی از نظر تئوریک بر تحلیل رفتار معاصر و نظریه چارچوب ارتباطی بنا شده است. از نظر این دیدگاه بسیاری از انواع آسیب شناسی روانی با تلاش برای تغییر دادن یا اجتناب از افکار منفی یا هیجانات رابطه دارند (هایز و فلدمن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴). در اضطراب اجتماعی، اجتناب هیجانی با تمایل فرد به دوری و عدم مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی مشخص می‌شود. در ذهن آگاهی به فرد آموزش داده می‌شود تا افکار و احساسات خود را همانطور که ایجاد می‌شود بدون قضاوت، ارزیابی یا تلاش برای تغییر دادن و یا اجتناب نمودن از آنها تجربه نماید.

- 
1. Lincoln
  2. Astin
  3. Terner
  4. Lorant , Henderson & Zimbardo
  5. Masuda
  6. Hize & Feldman

محققان باورهای معنوی را به عنوان یک سازه یا طرحواره شناختی مفهوم سازی می کنند که به کاهش اختلاف بین اهداف موجود و اهداف آرزومندانه کمک می کند. این مفهوم سازی امکان تلفیق مفاهیم روانشناسی معنوی را با روش شناختی روانشناسی شناختی معاصر فراهم می سازد. فرایند فعالسازی یک طرحواره مذهبی یا معنوی تفاوتی با فرایندهای عمومی فعالسازی طرحواره های شناختی دیگر ندارد (آوانس و مارگولین، ۲۰۰۶). در روانشناسی شناختی یک طرحواره خود، مجموعه ای از باورها یا دانش های کاملاً خودکار، منظم و سازمان یافته درباره مقاصد و قابلیت های فرد می باشد که در حافظه بلندمدت ذخیره شده است و ملاک های اثربخشی را برای تنظیم توجه، تمرکز، کدگذاری، ذخیره و بازیابی اطلاعات ایجاد می کند و یک رابطه تداعی قوی با سایر مؤلفه های سیستم مانند فیزیولوژی و هیجان دارد (رامر و اورسیلو، ۲۰۰۹). یکی از اصول ذهن آگاهی، کیفیت بخشی به آگاهی درونی<sup>۱</sup> می باشد که این کار از طریق اسکن و بازبینی واکنش های بدنی، هیجانان و طرحواره های شناختی، ممکن می شود (کاباتزین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴).

مکانیسم های زیربنایی تغییر<sup>۳</sup> در طرح درمان تدوین شده در این پژوهش به قرار زیر است: همانطور که می دانیم اسلام از ریشه «سلم» و به معنای تسلیم شدن است. در ذهن آگاهی غربی، پذیرش یکی از اصول زیربنایی محسوب می شود. بنابراین یکی از اصول زیربنایی این طرح درمانی، تسلیم در برابر رضای خداوند و پذیرش تقدیر است.

یکی دیگر از اصول ذهن آگاهی غربی، کیفیت بخشی به آگاهی درونی است که از طریق آموزش حضور ذهن انجام می گیرد. در اسلام علاوه بر توجه به خودشناسی که آنرا مقدمه ای بر خداشناسی می داند و همچنین شناخت خود را سودمندترین معارف محسوب می کند به «حضور قلب» نیز در انجام کارها تأکید فراوانی شده است. وجه مشترک دیگری که در ذهن آگاهی غربی و پروتکل تدوینی وجود دارد اینست که در ذهن آگاهی غربی برای ایجاد

---

1. internal Awareness

2. Kabat zin

3. underlying mechanisms of change

آرامش درونی و تمرکز از نوعی «ورد» یا «مانترا» استفاده می‌شود در اسلام استفاده از «اذکار» و «ادعیه» برای آرامش درون و پیوند با خداوند توصیه شده است. جوادی آملی ذکر را نوعی ارتباط پیوسته و دائمی با خداوند میدانند که پیوند بین خالق و مخلوق را در عرصه زندگی میسر می‌کند (نعیمی، ۱۳۸۶).

در متن تعالیم اسلامی روش‌هایی برای مقابله با مشکلات ذکر شده است که می‌توان آنها را در سه بخش روش‌های شناختی، روش‌های عاطفی-معنوی و روش‌های رفتاری مطرح نمود. روش‌های شناختی عبارتند از: ۱- تأثیر ایمان به خدا؛ ۲- بیش فرد نسبت به سختی‌ها (اعتقاد به اینکه در دل هر سختی، آسانی وجود دارد)؛ ۳- تأثیر توکل به خدا؛ ۴- اعتقاد به مقدرات الهی (جایگاه انسان در گستره هستی). روش‌های عاطفی-معنوی عبارتند از: ۱- یاد خدا؛ ۲- دعا؛ ۳- توسل به خدا و ائمه معصومین (ع). روش‌های رفتاری عبارتند از: ۱- صبر؛ ۲- ازدواج و صلح رحم؛ ۳- عمل صالح (مطهری؛ ۱۳۷۲، ۱۳۷۰ به نقل از دباغی، ۱۳۸۵). معنویت عبارتست از احساس درونی قدرت و یا سرشاری از زندگی که انسان احساس می‌کند تمام وجودش با هستی، هماهنگ شده و در دستان خداوندی قرار دارد که او را هدایت می‌کند. پذیرش این امر که خداوند کنترل زندگی فرد را در دست دارد و همواره می‌توان به او تکیه نمود (غباری بناب، ۱۳۸۸). ویلیام وست<sup>۱</sup> (۱۹۹۴) معتقد است اگر معنویت مراجعان خود را نادیده یا دست کم بگیریم عمیقاً به آنها زیان و آسیب رسانده‌ایم. برخی پژوهشگران از واژه معنویت با عنوان هرنوع رشدی که انسان را فراتر از درمان غیر مذهبی غربی می‌برد استفاده می‌کنند اما برخی از آنها رشد شخصی را به عنوان معنویت درونی قلمداد می‌کنند (آساگیولی<sup>۲</sup>، ۱۹۸۶).

این رویکرد درمانی، تلفیقی از مفاهیم ذهن آگاهی، طرحواره درمانی، معنویت درمانی و آموزه‌های اسلامی است. در تدوین این طرح درمانی بر اصول مشترکی که بین مفاهیم ذهن آگاهی غربی و آموزه‌های معنوی اسلام وجود داشته است تأکید شده است. سعی بر آن شده

---

1. William West.  
2. Assagioli.

## فرهنگ مشاوره و روان درمانی

است که از نکات عملی و کاربردی که در متن آیات و روایات موجود بوده است فنون درمانی برای کاهش اضطراب اجتماعی استخراج و فرمول بندی شود.

در قرن حاضر توجه به هیجان‌ات به عنوان عامل تغییر در روان‌درمانی اهمیت بسزایی پیدا کرده است به طوری که برخی از روانشناسان، قرن حاضر را قرن هیجان نامیده‌اند (رومر و اورسیلو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). رویکردهای شناختی- رفتاری نیز سعی کرده‌اند به مقوله هیجان توجه بیشتری کرده به طوری که از آن به عنوان شناخت داغ یاد کرده‌اند (تاد و بوهارت<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). از طرفی مشاهدات و پژوهش‌ها در کشور ما نشان می‌دهد که رویکردهای درمانی، کمتر به مقوله هیجان و نقش آن در تغییرات درمانبخش توجه می‌کنند. همچنین پژوهشی در خصوص اثربخشی درمان پردازشی- تجربه‌ای/ هیجان مدار در کشور ما تاکنون انجام نشده است و این پژوهش برای اولین بار اثربخشی آنرا مورد بررسی قرار می‌دهد.

اولین بار راجرز توجه به چارچوب مرجعی مراجع و نقش تجارب همخوان با ساختار خود را مورد توجه قرار داد که این مسئله یکی از مبانی اصلی در درمان هیجان مدار است (شفیع آبادی، ۱۳۷۸). درمان هیجان مدار/ پردازشی - تجربه‌ای (PE-EFT)<sup>۳</sup> یک درمان رابطه‌ای است که درمان‌های گشتالتی و مراجع محور را با هم تلفیق می‌کند. این درمان به هیجان‌ها به عنوان مسئله محوری در عملکرد روانشناختی، بدکار کردی و تغییر نگاه می‌کند. این رویکرد فرض می‌کند که کمک به مراجعان در تغییر روشی که آنها از هیجان‌ات خود استفاده کرده و در یک ارتباط مراقبتی و همدلانه خالص به آن دسترسی می‌یابند منجر به تغییر در طرحواره‌های هیجانی و سازماندهی خود آنان که تحت عملکردهای روانشناختی مشکل ساز قرار دارد می‌شود (گرینبرگ و دیگران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳). در اصطلاحات PE-EFT اضطراب اجتماعی در نتیجه تعمیم افراطی مبهم طرحواره های هیجانی که بر اثر مورد انتقاد قرار گرفتن، شرمساری یا مورد

- 
1. Roemer & Orsillo.
  2. Todd & Bohart.
  3. Process- Experiential/ Emotion-focused therapy.
  4. Greenberg

سوءاستفاده قرار گرفتن فرد توسط همسالان یا دیگران مهم به خاطر ظاهر، عملکرد اجتماعی یا منش او ایجاد می‌شود، به وجود می‌آید. این تجارب به عنوان شاخص‌هایی برای توسعه طرحواره هیجانی اضطراب اجتماعی در نظر گرفته می‌شود که خود (self) را بعنوان آسیب پذیر اجتماعی و دیگران را به عنوان منبع خطر اجتماعی مفهوم سازی می‌کنند بنابراین ترس و شرمساری در فرد ایجاد می‌شود. به طور معمول PE-EFT این عملکرد بد را بوسیله کمک به فرد که ابتدا پاسخ‌های هیجانی ناسازگار اولیه و واکنشی ثانویه را کشف کرده و در نتیجه به پاسخ‌های هیجانی سازگار مسلط مانند خشمگین شدن در خشونت یا غمگین شدن در از دست دادن یک ارتباط اجتماعی مثبت، دست یابد، تغییر می‌دهد. این رویکرد برای شکل دادن جایگزین‌هایی از طرحواره‌های هیجانی سازگارانه‌تر که در اثر ارتباط درون فردی خوشایند از تحقق، کنجکاوی، خوددلسوزی و غیره سازماندهی می‌شود، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

رویکرد پردازشی تجربه‌ای به درمان یک رویکرد هیجان مدار است که از آن با عنوان درمان هیجان‌مدار<sup>۱</sup> (EFT) نیز یاد می‌شود و مربوط به فعالسازی و سازماندهی مجدد طرحواره‌های هیجانی می‌شود (گرینبرگ، ۲۰۰۷). گرینبرگ و واتسون<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) طرحواره هیجانی را «نوعی پاسخ و سازماندهی درونی می‌دانند که سطوح مختلف اطلاعات شامل محرک‌های حسی - حرکتی، حافظه هیجانی و اطلاعات سطح ادراکی را ترکیب می‌کند.» (ص ۳۰) برخلاف طرحواره شناختی، طرحواره هیجانی ساختاری است که دارای مؤلفه‌های غیر کلامی و تجارب عاطفی بوده و تلفیق زیست‌شناسی و تجربه را در فرد نشان می‌دهد. مدل پردازشی - تجربه‌ای خاطر نشان می‌کند که فعالسازی و ترکیب هیجان‌ات پایه‌ای مرتبط با طرحواره‌های اضطراب اجتماعی و ناتوانی در بیان و تجربه آنها باعث سازماندهی خود به شکل اضطرابی می‌شود (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۰۶). افراد دارای اضطراب اجتماعی، سازماندهی خود را بیش از یک نگاه منفی به خود، دیگران و جهان دانسته و بیشتر آن را حاصل مشکلات بین فردی می‌دانند.

---

1. emotion focused therapy  
2. Watson

گرینبرگ خاطر نشان می‌کند که اضطراب و درماندگی ناشی از آن مربوط به تجربه هیجانات شرم و ترس و روش‌های ناکارآمد برای مقابله با آن است. به وسیله سازمان بندی مجدد نگاه به خود، مراجعان می‌توانند دیدگاهی را توسعه دهند که بر تاب آوری و احساس عاملیت خود مبتنی است.

دو فرایند مهم و اساسی در کمک به خلق معنای جدید در درمان پردازشی تجربه ای شامل نمادسازی<sup>۱</sup> و تأمل<sup>۲</sup> می‌باشد (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۰۶). نمادسازی شامل فرایند برچسب زدن و بیان تجربه هیجانی برای کسب بینش و تأمل، شامل تمرکز بر این احساسات تا زمان حل مشکل و آزمون مجدد رفتار و احساسات تا زمانی که راه‌های جایگزین برای عمل درونی شود. در طی فرایند نمادسازی، راهبردهای پردازش پایین به بالا<sup>۳</sup> مورد استفاده قرار می‌گیرد تا مراجعان بتوانند هیجانات خود را تنظیم کنند. در پردازش تجربه‌ای پایین به بالا، مراجعان از احساسات بدنی پیوسته خود آگاه شده و آنها را ردگیری می‌کنند تا نسبت به تجارب خود هشیار شوند. آنها بطور موقت افکار خود را رها کرده و بر حواس بدنی متمرکز می‌شوند تا زمانی که این حواس برای آنها معنای جدیدی یابد. این کار از طریق برچسب زدن و شناسایی هیجان و نمادسازی تجارب مراجع انجام می‌شود. هنگامیکه مراجعان معانی هیجانی را کشف کردند بر موقعیتی که برای آنان هیجان بالایی داشته است تأمل کرده و تناسب ابراز هیجانات در موقعیت را با نیازها و اهداف خود مورد تأمل قرار می‌دهند.

آکارتورک و دیگران<sup>۴</sup> (۲۰۰۹) در پژوهشی با عنوان فراتحلیل اثربخشی درمانهای روانشناختی بر اختلال اضطراب اجتماعی به این نتیجه رسیده اند که درمانهای رایج برای این اختلال شامل درمان شناختی رفتاری، شناخت درمانی، آموزش مهارتهای اجتماعی، جرأت ورزی و حساسیت زدایی منظم و سایکودراما از درمان پلاسیبو<sup>۵</sup> مؤثرتر بوده است. گوردون<sup>۱</sup>

- 
1. symbolization
  2. reflection
  3. bottom- up processing
  4. Acarturk et al
  5. Placebo



(۲۰۰۷) در پژوهشی با عنوان بررسی مقایسه‌ای پردازش‌های مفهومی مراجعان در درمان شناختی رفتاری و درمان پردازشی تجربه‌ای به این نتیجه رسید که پردازش مفهومی در درمان پردازشی - تجربه‌ای بیشتر با محتوا و فرایند فکری بیماران افسرده منطبق بوده و منجر به تغییر آنها می‌شود. در پژوهشی توکم‌نایان (۱۹۸۶) مهارت‌های پردازش هیجانی و مفهومی را در ۶ مراجع که در یک پروژه روان‌درمانی مشارکت داشتند بوسیله آزمودن کلامی سازی تجارب هیجانی در روان‌درمانی مورد بررسی قرار داد. ۳ نفر از شرکت کنندگان پیشرفت قابل ملاحظه‌ای داشتند و ۳ نفر پیشرفت کمتری را نشان دادند (مینتز، لایبورسکی و کریستف<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). داده‌ها نشان دادند که افرادی که بهبود پیدا کرده بودند سطوح پیچیده تری را از پردازش هیجانی و مفهومی پس از درمان نسبت به افراد بهبود نیافته نشان دادند.

در آخرین مطالعه که توسط رابرت الیوت، راشل مک لود و برایان رادجرز<sup>۳</sup> (۲۰۱۱) در دانشگاه استراسکلاید گلاسگوی<sup>۴</sup> اسکاتلند و با عنوان: «درمان هیجانمدار/ پردازشی تجربه‌ای (PE-EFT) برای اضطراب اجتماعی: طرح اثربخشی هرمنوتیکی مطالعه تک موردی (HSCED)<sup>۵</sup>» انجام شده است، این پژوهشگران برای اولین بار اثربخشی درمان PE-EFT را بر کاهش اضطراب اجتماعی یک نمونه تک موردی با نام کارول آزموده اند. HSCED یک روش پژوهشی جامع مبتنی بر گردآوری داده‌های کمی و کیفی است که علاوه بر سنجش‌های کمی در جلسه درمان، سنجش‌های کیفی محتوای کل جلسات درمانی را توسط سه داور مختلف مورد ارزیابی قرار می‌دهد. بررسی نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که اثربخشی و کارآمدی درمان تأیید شد.

اثربخشی رویکردهای مختلفی بر درمان اضطراب اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته است (دادستان و دیگران، ۱۳۸۶، قانیدی، ۱۳۸۸، رحیمی، ۱۳۸۵). زرگر (۱۳۸۵) به پژوهشی با عنوان

- 
1. Gordon
  2. Mintz, Luborsky & Christoph.
  3. Robert Elliot, Rachel Macleod & Brian Rodgers.
  4. Strathclyde Glasgow.
  5. Hermeneutic single- case efficacy design study.

بررسی تأثیر رفتاردرمانی گروهی بر علائم هراس اجتماعی و جرأت‌مندی دانشجویان در دانشگاه اصفهان پرداخته است. نتایج این تحقیق نشان داد که رفتار درمانی گروهی در مراحل پس آزمون و پیگیری، میزان علائم هراس اجتماعی را کاهش و میزان انجام رفتارهای جرأت‌مندانه را افزایش داده و درجه ناراحتی بر اثر رفتار جرأت‌مندانه را در مرحله پیگیری کاهش داده است. همچنین پژوهش‌های زیادی رابطه بین معنویت، دعا، ذکر، یاد خدا، نماز، مذهب، آموزه‌های دینی، روزه داری، نگرش مذهبی و قرآن را بر سلامت روان و پیشگیری و درمان اختلالات روانی بررسی کرده است (فرمانبر ۱۳۹۱، حسین آبادی و دیگران، ۱۳۹۱، حیطه، ۱۳۹۱، صارمی، ۱۳۹۰، ابراهیمی، ۱۳۹۰). محسن و مریم حیطه (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان یاد خدا مؤثرترین راه درمان اضطراب به بررسی مروری ادبیات موجود در زمینه تأثیر تلاوت قرآن کریم و توجه به یاد خدا بر کاهش اضطراب پرداخته‌اند. این پژوهش از نوع کتابخانه‌ای بوده و نتایج آن نشان می‌دهد که ذکر و یاد خدا در همه جوانب باعث درمان اضطراب در بیماران شده است.

یک مطالعه پایلوت بوسیله کابات-زین و دیگران (۱۹۹۲) اثربخشی برنامه ۸ هفته‌ای آموزش مراقبه ذهن آگاهی را در درمان اختلالات اضطرابی نشان داده است. شرکت کنندگان دو پرسشنامه SCL-90-R و چک لیست نشانگان پزشکی راتکمیل کردند. افرادی که نمراتی بالاتر از ۷۰ در SCL-90 و همچنین بیش از ۱۰ نشانه مرتبط با اضطراب را در چک لیست نشانگان پزشکی کسب کرده بودند در یک مصاحبه نیز شرکت داده شدند. نمونه شامل ۲۲ شرکت کننده بود که معیارهای DSM-III-R را برای اضطراب منتشر یا اختلال پنیک با یا بدون گذر هراسی کسب کرده بودند. شرکت کنندگان به دو گروه آزمایش و گواه اختصاص یافتند. گروه آزمایش در طول ۳ ماه برنامه ۸ جلسه‌ای مراقبه ذهن آگاهی را دریافت کردند. نتایج نشان داد که گروه آزمایش از نظر بهبود نشانگان تفاوت معناداری را با گروه کنترل داشتند.

اضطراب اجتماعی در جمعیت عمومی امریکا شیوع ۵۰٪ را دارا می‌باشد (کاردوکی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹) و شیوع آن در بین نوجوانان ۶۱٪ است (هندرسون و زیمباردو، ۱۹۹۶). کمرویی در بین

---

1. Carducci

کودکان ممکن است به عنوان پیش زمینه فوبی اجتماعی محسوب شود. فوبی اجتماعی در طول زندگی شیوعی معادل ۳ تا ۱۳/۳ درصد را داراست و این میزان شیوع، آن را تبدیل به سومین اختلال روانپزشکی در ایالات متحده کرده است (کروزی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). هرچند آمار دقیقی در سطح ملی از شیوع اختلال اضطراب اجتماعی در کشور ما وجود ندارد اما پژوهش‌های معتمدین (۱۳۸۵)، گودرزی و دیگران (۱۳۸۴)، یعقوبی و دیگران (۱۳۸۶) در طرح پایش سلامت عمومی دانشجویان نشان می‌دهد که اختلال اضطراب اجتماعی جزء یکی از سه اختلال شایع در بین دانشجویان می‌باشد.

با توجه به اهمیت بومی سازی و توجه به مؤلفه‌های فرهنگی در درمان مراجعان پژوهش حاضر به بررسی سه فرضیه زیر می‌پردازد:

فرضیه اول: پروتکل درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی در کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر مؤثر است. فرضیه دوم: درمان پردازشی-تجربه‌ای/هیجان‌مدار در کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر مؤثر است. فرضیه سوم: بین اثربخشی پروتکل درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی و درمان پردازشی-تجربه‌ای/هیجان‌مدار در کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان تفاوت معناداری وجود دارد.

## روش پژوهش

جامعه آماری، نمونه، روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر پژوهشی نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با دو گروه درمانی و یک گروه گواه می‌باشد. دلاور (۱۳۷۴) معتقد است طرح‌های نیمه آزمایشی، توانایی کنترل برخی از ملاک‌های اعتبار درونی را دارند. در این پژوهش شیوه نمونه‌گیری به صورت داوطلبانه (نمونه در دسترس) بود که از طریق نصب آگهی در پردیس نیمه حضوری از افراد

داوطلب آزمون اضطراب اجتماعی SPAI به عمل آمد. سپس ۴۵ نفر از افرادی که نمرات بالاتر از خط برش در پرسشنامه را کسب نموده بودند و نشاندهنده اضطراب اجتماعی بالا در آنان بود انتخاب شدند و به منظور اطمینان از نتایج آزمون، از این افراد یک مصاحبه تشخیصی بالینی نیز به عمل آمد و مشاهدات بالینی نتایج آزمون را تأیید کرد. حجم نمونه در این پژوهش ۴۵ نفر بود که به طور تصادفی به دو گروه درمانی (۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش ۱ به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته تحت پروتکل درمانی تدوینی ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره های معنوی - اسلامی قرار گرفت (متغیر مستقل اول). گروه آزمایش ۲ نیز به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته تحت درمان پردازشی - تجربه ای / هیجان مدار قرار گرفت و گروه سوم به عنوان گروه کنترل اختصاص داده شده و در لیست انتظار درمان قرار گرفتند. در این پژوهش از آمار توصیفی مانند فراوانی و درصد، محاسبه میانگین، انحراف معیار و همچنین از آمار استنباطی و روش تحلیل کواریانس و آزمون های تعقیبی به منظور تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد.

### ابزار پژوهش

برای سنجش اضطراب اجتماعی از مقیاس تشخیص اضطراب اجتماعی SPAI<sup>۱</sup> که در سال ۱۳۸۶ توسط صفی زاده و به راهنمایی دکتر فرخی و دکتر کرمی در دانشگاه علامه طباطبایی ساخت و هنجاریابی شده است استفاده شد. این ابزار دارای ۴۵ سؤال می باشد و دارای دو مؤلفه کلی اضطراب اجتماعی و گذرهراسی است. ۳۲ سؤال آن مربوط به اضطراب اجتماعی و ۱۳ سؤال مربوط به گذرهراسی است. پایایی کل این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۹ و از طریق آزمون مجدد ۰/۹۵ بدست آمده است. برای تعیین روایی محتوا ویژگی های تهیه شده از منابع بالینی در قالب یک لیست در اختیار ۷ نفر از متخصصان قرار گرفته و بدین ترتیب موارد مورد توافق، لحاظ شده است (صفی زاده، ۱۳۸۶).

---

1. Social Phobia Inventory

### یافته‌های پژوهش

فرضیه ۱: درمان ۱ (ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی) بر کاهش اضطراب اجتماعی مؤثر است.

بررسی اثر بخشی درمان ۱ بر کاهش اضطراب اجتماعی از طریق تحلیل کوواریانس با کنترل اثر پیش آزمون صورت خواهد گرفت:

جدول ۱. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر بخشی مداخله ۱ بر روی سطح اضطراب اجتماعی

مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معناداری
۲۲۶۴.۸۳۹	۱	۲۲۶۴.۸۳۹	۶.۸۶۱	۰.۰۱۴
۷۸۱۴۸۰.۴۶۲	۱	۷۸۱۴۸۰.۴۶۲	۲۳۶۷.۲۱۲	۰.۰۰۰۱
۸۹۱۳.۴۲۸	۲۷	۳۳۰.۱۲۷		

همانطور که نتایج جدول نشان می‌دهد مقدار F مشاهده شده برای متغیر گروه با تعدیل اثر پیش آزمون برابر ۲۳۶۷.۱۲ و سطح معنی داری آن نیز ۰/۰۰۰۱ می‌باشد که نشان دهنده وجود تفاوت معنی دار بین نمره پس آزمون در گروه آزمایش ۱ و گروه گواه است. لذا اثر اصلی متغیر گروه معنادار است.

اما چون اثر متغیر کمکی (نمره پیش آزمون) معنادار است (مقدار sig کوچکتر از ۰/۰۵ است) می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت بین گروه گواه و گروه آزمایش ۱ تنها در نتیجه اثر مداخله نبوده است و تکرار آزمون در نتیجه نهایی تاثیر داشته است.

به این ترتیب فرضیه ۱ تحقیق مبنی بر اینکه «ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی بر کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان مؤثر است» با اطمینان بیش از ۹۹٪ مورد تأیید قرار می‌گیرد.

فرضیه ۲: درمان ۲ (درمان پردازشی - تجربه‌ای / هیجان مدار) بر کاهش اضطراب اجتماعی مؤثر است.

بررسی اثر بخشی درمان ۲ بر کاهش اضطراب اجتماعی از طریق تحلیل کوواریانس با کنترل اثر پیش آزمون صورت خواهد گرفت:

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر بخشی مداخله ۲ بر روی سطح اضطراب اجتماعی

مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معناداری
۳۷۴۶.۶۳۵	۱	۳۷۴۶.۶۳۵	۱۱.۷۳۴	۰.۰۷۷
۵۴۵۵۱۳.۵۷۶	۱	۵۴۵۵۱۳.۵۷۶	۱۷۰۸.۴۶۸	۰.۰۰۰۱
۸۶۲۱.۰۹۸	۲۷	۳۱۹.۳۰۰		

همانطور که نتایج جدول نشان می دهد مقدار F مشاهده شده برای متغیر گروه با تعدیل اثر پیش آزمون برابر ۱۷۰۸.۴۶ و سطح معنی داری آن نیز ۰/۰۰۰۱ می باشد که نشان دهنده وجود تفاوت معنی دار بین نمره پس آزمون در گروه آزمایش ۲ و گواه است. لذا اثر اصلی متغیر گروه معنادار است.

اما چون اثر متغیر کمکی (نمره پیش آزمون) معنادار نیست (مقدار sig بزرگتر از ۰/۰۵ است) می توان نتیجه گرفت که تفاوت بین گروه گواه و گروه آزمایش ۲ در نتیجه اثر مداخله است و تکرار آزمون در آن تاثیر نداشته است.

به این ترتیب فرضیه ۲ تحقیق مبنی بر اینکه «درمان پردازشی - تجربه‌ای بر کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان مؤثر است» با اطمینان بیش از ۹۹٪ مورد تأیید قرار می گیرد. و فرضیه ۳: بین اثر بخشی درمان ۱ و درمان ۲ بر کاهش اضطراب اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۳. مقایسه میزان اضطراب اجتماعی (پس آزمون) در دو گروه آزمایش ۱ و آزمایش ۲

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
اضطراب اجتماعی	درمان ۱	۱۵	۸۳.۷۳	۱۲.۶۴	-۶.۹۴۵	۲۸	۰.۰۰۰۱
	درمان ۲	۱۵	۱۱۹.۸	۱۵.۶۴			

جدول بالا نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین نمره اضطراب اجتماعی در دو گروه آزمایش و آزمایش ۲ را نشان می دهد. مشاهده می شود که میانگین نمره اضطراب اجتماعی در گروه درمان ۱ کمتر از گروه درمان ۲ است. به این ترتیب که آزمودنی های گروه درمان ۱ نمره کمتری بدست آورده اند و این فرض مطرح می شود که درمان ۱ بر کاهش سطح اضطراب اجتماعی اثر بخشی بیشتری دارد. اما با توجه به اینکه سطح معناداری آزمون برابر با  $P=0.0001$  است و چون از مقدار آلفای ۵٪ کوچکتر است، آزمون با اطمینان بیش از ۹۹٪ می تواند تأیید کند که میانگین گروه درمان ۱ از گروه درمان ۲ کمتر است و لذا می توان ادعا نمود که اثر بخشی درمان ۱ بر کاهش سطح اضطراب اجتماعی از درمان ۲ بیشتر است.

جدول ۴. نتایج آزمون های تعقیبی به منظور مقایسه زوجی میانگین نمره اضطراب اجتماعی

مقایسه های زوجی	(I) اضطراب	(J) اضطراب	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	معناداری	فاصله اطمینان ۹۵٪
Tukey HSD	گواه	آزمایش ۱	۳۲۴.۹۳۳۳(*)	۶۸.۰۹۱۱	۰.۰۰۰۱	حد پائین ۳۰۸.۳۹۰۶ حد بالا ۳۴۱.۴۷۶۰
		آزمایش ۲	۲۸۸.۸۶۶۷(*)	۶۸.۰۹۱۱	۰.۰۰۰۱	حد پائین ۲۷۲.۳۲۴۰ حد بالا ۳۰۵.۴۰۹۴
	آزمایش ۱	گواه	-۳۲۴.۹۳۳۳(*)	۶۸.۰۹۱۱	۰.۰۰۰۱	حد پائین -۳۴۱.۴۷۶ حد بالا -۳۰۸.۳۹۰
	آزمایش ۲	گواه	-۳۲۶.۰۶۶۷(*)	۶۸.۰۹۱۱	۰.۰۰۰۱	حد پائین -۳۴۱.۴۷۶ حد بالا -۲۸۸.۸۶۶۷
	آزمایش ۲	گواه	-۲۸۸.۸۶۶۷(*)	۶۸.۰۹۱۱	۰.۰۰۰۱	حد پائین -۳۰۵.۴۰۹ حد بالا -۲۷۲.۳۲۴

## فرهنگ مشاوره و روان درمانی

۵۲.۶۰۹۴	۱۹.۵۲۴۰	۰.۰۰۰۱	۶۸۰۹۱۱	۳۶.۰۶۶۷(*)	آزمایش ۱		
۳۴۲.۲۱۲۸	۳۰۷.۶۵۳۹	۰.۰۰۰۱	۶۸۰۹۱۱	۳۲۴.۹۳۳۳(*)	آزمایش ۱	گواه	Scheffe
۳۰۶.۱۴۶۱	۲۷۱.۵۸۷۲	۰.۰۰۰۱	۶۸۰۹۱۱	۲۸۸.۸۶۶۷(*)	آزمایش ۲		
-۳۰۷.۶۵۳	-۳۴۲.۲۱۲	۰.۰۰۰۱	۶۸۰۹۱۱	-۳۲۴.۹۳۳۳(*)	گواه	آزمایش ۱	
-۱۸.۷۸۷۲	-۵۳.۳۴۶۱	۰.۰۰۰۱	۶۸۰۹۱۱	-۳۶.۰۶۶۷(*)	آزمایش ۲		
-۲۷۱.۵۸۷	-۳۰۶.۱۴۶	۰.۰۰۰۱	۶۸۰۹۱۱	-۲۸۸.۸۶۶۷(*)	گواه	آزمایش ۲	
۵۳.۳۴۶۱	۱۸.۷۸۷۲	۰.۰۰۰۱	۶۸۰۹۱۱	۳۶.۰۶۶۷(*)	آزمایش ۱		
۳۳۸.۶۷۴۷	۳۱۱.۱۹۲۰	۰.۰۰۰۱	۶۸۰۹۱۱	۳۲۴.۹۳۳۳(*)	آزمایش ۱	گواه	LSD
۳۰۲.۶۰۸۰	۲۷۵.۱۲۵۳	۰.۰۰۰۱	۶۸۰۹۱۱	۲۸۸.۸۶۶۷(*)	آزمایش ۲		
-۳۱۱.۱۹۲	-۳۳۸.۶۷۴	۰.۰۰۰۱	۶۸۰۹۱۱	-۳۲۴.۹۳۳۳(*)	گواه	آزمایش ۱	
-۲۲.۳۲۵۳	-۴۹.۸۰۸۰	۰.۰۰۰۱	۶۸۰۹۱۱	-۳۶.۰۶۶۷(*)	آزمایش ۲		
-۲۷۵.۱۲۵	-۳۰۲.۶۰۸	۰.۰۰۰۱	۶۸۰۹۱۱	-۲۸۸.۸۶۶۷(*)	گواه	آزمایش ۲	
۴۹.۸۰۸۰	۲۲.۳۲۵۳	۰.۰۰۰۱	۶۸۰۹۱۱	۳۶.۰۶۶۷(*)	آزمایش ۱		

جدول آزمون‌های تعقیبی نشان دهنده این مطلب است که تفاوت معناداری بین نمره اضطراب اجتماعی در ۳ گروه مورد مطالعه وجود دارد. این موضوع توسط ۳ آزمون تعقیبی توکی، شفه و کمترین اختلاف معنادار تأیید شده است.

## بحث و نتیجه گیری

فرضیه اول پژوهش بیان می‌کند که پروتکل درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی در کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان مؤثر است. نتایج بررسی‌های آماری نشان داد که این فرضیه با احتمال ۹۹٪ مورد تأیید قرار گرفته است. تأیید این فرضیه نشان دهنده این است که پروتکل درمانی تدوین شده توسط پژوهشگر توانسته است کاهش معناداری در میزان اضطراب اجتماعی دانشجویان ایجاد کند. هرچند استفاده از



رویکردهای ذهن آگاهی در دهه‌های اخیر به منظور کاهش افسردگی و اضطراب در مراجعان در سایر کشورها به کار گرفته شده است اما پژوهشی که اثربخشی آن را بر درمان اضطراب اجتماعی مورد آزمون قرار دهد در کشور ما یافت نشد. این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های زیر از نظر اثربخشی ذهن آگاهی به عنوان یک رویکرد کارآمد در درمان افسردگی و کاهش عود مصرف مواد افیونی همسو است.

دباغی (۱۳۸۵) در پژوهشی با عنوان اثربخشی شناخت درمانی بر اساس تفکر نظاره‌ای و فعالسازی طرحواره‌های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی به این نتیجه رسید که تفکر نظاره‌ای و فعالسازی طرحواره‌های معنوی، اثربخشی بیشتری نسبت به شناخت درمانی بر کاهش عود مصرف مواد افیونی دارد.

امیدی (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی<sup>۱</sup> (MBCT) با درمان شناختی رفتاری به این نتیجه رسید که MBCT در درمان افسردگی اثربخشی بیشتری از درمان شناختی رفتاری دارد همچنین این روش درمانی بر حافظه بیش کلی گرا در بیماران افسرده و تغییر فرایندهای یادآوری و یادسپاری رویدادهای افسرده ساز مؤثر است.

همچنین با نتایج پژوهش زیر در مورد اثربخشی ذهن آگاهی بر کاهش نشانگان کمرویی و اضطراب اجتماعی همسو است.

دنيس آرانانا<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) در پژوهشی با عنوان تأثیر آموزش مراقبه ذهن آگاهی بر کاهش نشانگان کمرویی مزمن و اضطراب اجتماعی به این نتیجه رسید که آموزش فنون مراقبه ذهن آگاهی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری اثربخشی بیشتری در کاهش کمرویی، اضطراب اجتماعی، افسردگی و به طور کلی اضطراب شرکت کنندگان دارد.

---

1. mindfulness based cognitive therapy  
2. Denise arana

همچنین پژوهش‌های زیادی رابطه بین معنویت، دعا، ذکر، یاد خدا، نماز، مذهب، آموزه‌های دینی، روزه داری، نگرش مذهبی و قرآن را بر سلامت روان و پیشگیری و درمان اختلالات روانی بررسی کرده است (فرمانبر ۱۳۹۱، حسین آبادی و دیگران، ۱۳۹۱، حیطه، ۱۳۹۱، صارمی، ۱۳۹۰، ابراهیمی، ۱۳۹۰). محسن و مریم حیطه (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان یاد خدا مؤثرترین راه درمان اضطراب به بررسی مروری ادبیات موجود در زمینه تأثیر تلاوت قرآن کریم و توجه به یاد خدا بر کاهش اضطراب پرداخته‌اند. این پژوهش از نوع کتابخانه‌ای بوده و نتایج آن نشان می‌دهد که ذکر و یاد خدا در همه جوانب باعث درمان اضطراب در بیماران شده است. با توجه به اینکه پروتکل تدوینی به کار رفته در این پژوهش از آموزه‌های دینی و اسلامی نیز برای کاهش نشانگان اضطراب اجتماعی بهره برده است تأیید فرضیه اول پژوهش با پژوهش‌های فوق همسو است.

فرضیه دوم پژوهش بیان می‌کند که درمان پردازشی - تجربه‌ای / هیجان مدار بر کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان مؤثر است. این فرضیه نیز با احتمال ۹۹٪ مورد تأیید قرار گرفت به این معنی که مداخلات اجرا شده در غالب درمان PE-EFT اثربخش بوده و نشانگان اضطراب اجتماعی را بطور معناداری در دانشجویان کاهش داده است.

شواهد تجربی از اثربخشی PE-EFT در بهبود تغییرات مراجعان در طول زمان حمایت می‌کند. مراجعان افسرده و آسیب دیده ای که PE-EFT برای آنان اعمال شده است بهبود بالینی معناداری را هم بلافاصله پس از درمان و هم در دوره پیگیری نشان داده‌اند (الیوت، گرینبرگ و لیتائر، ۲۰۰۴، گلدمن، گرینبرگ و آنگوس، ۲۰۰۶). علاوه بر این، الیوت و دیگران (۲۰۰۹) اثربخشی PE-EFT را برای هراس/فوبی در یک طرح مطالعه اثربخشی تک موردی، مورد آزمون قرار دادند. آنان نتیجه گرفتند که PE-EFT برای فردی که دچار فوبی/هراس است مؤثر بوده و عامل اصلی در تغییر دوره درمان، اعمال این رویکرد بوده است. این نتایج بوسیله پیگیری داده‌های جمع آوری شده بعد از تحلیل اولیه، کامل شد و نشان داد که تغییرات درمانی مشاهده شده در طول دوره پیگیری بعد از درمان نیز ادامه یافته است. این یافته‌ها نشان می‌دهند

که PE-EFT می‌تواند در درمان اختلالات اضطرابی مؤثر باشد همچنین می‌تواند در درمان مؤثر اضطراب اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد. نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی PE-EFT در درمان اضطراب اجتماعی با نتایج الیوت و دیگران (۲۰۰۹) همسو است و لازم به ذکر است این مطالعه تنها پژوهشی است که درباره اثربخشی PE=EFT بر کاهش اضطراب اجتماعی در سطح کشور انجام شده است. با توجه به اینکه پژوهش الیوت و دیگران (۲۰۰۹) در مورد اثربخشی PE-EFT بر کاهش اضطراب اجتماعی از نوع مطالعه تک موردی بوده است پژوهش حاضر به لحاظ اجرای گروهی برای اولین بار در کاهش اضطراب اجتماعی انجام شده است.

فرضیه سوم پژوهش بیان می‌کند که بین اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی و درمان پردازشی-تجربه‌ای/هیجان مدار بر کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان تفاوت معناداری وجود دارد. بررسی‌های آماری از این فرضیه نیز حمایت کرده و با احتمال ۹۹٪ آنرا تأیید می‌کند. از طرفی نتایج آماری نشان می‌دهد که اثربخشی پروتکل تدوینی ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره‌های معنوی-اسلامی نسبت به درمان پردازشی-تجربه‌ای/هیجان مدار در کاهش اضطراب اجتماعی بیشتر است. به این معنی که این درمان توانسته است تغییرات مثبت تری را در مراجعان دارای اضطراب اجتماعی ایجاد کند. در تبیین این مسئله می‌توان اهمیت استفاده از رویکردهایی که مؤلفه‌های بومی را در درمان مراجعان بکار می‌برند، خاطر نشان کرد.

با توجه به اینکه بومی‌سازی و توجه به مسائل فرهنگی در مشاوره روز به روز اهمیت بیشتری پیدا می‌کند پیشنهاد می‌شود پروتکل‌های تدوینی درمانی مبتنی بر مسائل بومی و اسلامی که متناسب با فرهنگ کشورمان می‌باشد برای هر کدام از مشکلات و اختلالات بطور جداگانه تدوین و اجرا شود.

فرهنگ مشاوره و روان درمانی

امیدی، عبدالله (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی (MBCT) با درمان شناختی رفتاری (CBT) در درمان افسردگی، پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

انجمن روانپزشکی امریکا. (۲۰۰۰). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، ترجمه دکتر محمدرضا نیکخو، هامایاک آوادیس یانس (۱۳۸۸)، تهران: انتشارات سخن، چاپ چهارم.

تاد و بوهارت. (۱۹۹۹). اصول روانشناسی بالینی و مشاوره، ترجمه مهرداد فیروزبخت (۱۳۷۹)، تهران: انتشارات رسا.

دباغی، پرویز. (۱۳۸۵). اثربخشی شناخت درمانی بر اساس تفکر نظاره ای و فعالسازی طرحواره های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی، پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

دلاور، علی. (۱۳۷۴). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، تهران، انتشارات رشد

شارف، ریچارد. (۲۰۰۲). نظریه های رواندرمانی و مشاوره، ترجمه مهرداد فیروزبخت (۱۳۸۴)، تهران: انتشارات رسا

شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۸۱). پویایی گروه و مشاوره گروهی، تهران: انتشارات رشد

شفیع آبادی، عبدالله و ناصری، غلامرضا. (۱۳۷۸). نظریه های مشاوره و رواندرمانی، تهران: مرکز نشر دانشگاهی، چاپ دوازدهم

صفی زاده، زهرا. (۱۳۸۶). ساخت و هنجاریابی آزمون اضطراب اجتماعی دانشجویان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

فقیهی، علی نقی. (۱۳۷۸). مجموعه مقالات اولین همایش مشاوره از دیدگاه اسلامی، قم: انتشارات معارف

غباری بناب، باقر. (۱۳۸۵). مطالعاتی در قلمرو مشترک دین و روانشناسی، فصلنامه حوزه و دانشگاه،

نعیمی، ابراهیم. (۱۳۸۶). بررسی اصول و فنون مشاوره اسلامی از دیدگاه قرآن و روایات، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی  
ولز، آدریان. (۲۰۰۹). درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی، ترجمه شهرام محمدخانی (۱۳۸۸)، تهران: انتشارات وراى دانش.

### منابع لاتین

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (text revision)*. Washington, DC: author.
- Arana (2006). *The practice of mindfulness meditation to alleviate the symptoms of chronic shyness and social anxiety*. Thesis for PHD in transpersonal psychology, Palo Alto, California.
- Barlow, D. (1988). *Anxiety and it's disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: The Guilford Press.
- Carducci, B., & Zimbardo, P. (1995). *Are you shy? Psychology today*, 34-41, 64, 66, 68, 70, 78, 82.
- Carson, J., Carson, K., & Gil, K. (2004). *Mindfulness- based relationship enhancement. Behavior Therapy*, 35, 471-494.
- Creaser, T., & Roth, B. (1997). *Mindfulness meditation- based stress reduction: experience with a bilingual inner- city program. Nurse practitioner*, 22 (3), 150- 157.
- Domasio, A.R. (1994). *Descartes' error: Emotion, Reason and the human brain*. NY: G.Putnam.
- Davidson, R., Kabat- zinn, J., et al. (2003). *Alteration in brain and immune function produced by mindfulness meditation. Psychosomatic Medicine*, 65, 564- 570.
- Elliott, R, et al. (2004). *Research on experiential psychotherapies*. New York: Wiley.
- Elliott, R., et al. (2004). *Learning Emotion- Focused Therapy: The process- experiential approach to change*. Washington, DC, US: APA.
- Elliott, R., & Greenberg. (1997). *Multiple voices in process- experiential therapy: Dialogues between aspects of the self*. *Journal of psychotherapy integration*, 7,225-239.
- Elliott, R, et al. (2011). *Process- experiential/ emotion focused therapy for social anxiety: A hermeneutic single- case efficacy design study*. *Psychotherapy research*, Routledge.
- Epstein, M. (1990). *Psychodynamics of meditation: Pitfalls on the spiritual path. The Journal of Transpersonal Psychology*, 22 (1), 17- 34.
- Goldstein, J. (1993). *Insight meditation*. Boston: Shambala.
- Gendlin, E.T (1981). *Focusing, Psychotherapy*, New York: Bantam Books.
- Greenberg and Safran (1987). *Emotion in psycho therapy*. New York, Guilford.
- Greenberg and Watson (2001). *Experiential therapy for depression*, psychotherapy research, Guilford publication.

- Kabat- zin, J. (2003). *Mindfulness- based interventions in context: Past, Present and Future. Clinical Psychology: Science and practice*, 10 (2), 144- 156.
- Kessler, et al. (2000). *Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorders and major depression in a national survey: Cilinical Psychopharmacology*. 15. 319- 328.
- Margulin et al. (2006) *a controlled study of a spirituality focused intervention for increasing motivation for HIV prevention among drug users. Aids education of prevention*.
- Mendlowicz et al. (2006). *Psychiatry research*. 144, 205- 209.
- Pilkonis, P. (1977b). *The behavioral consequences of shyness*. *Journal of personality*. 45, 596- 611.
- Roemer and Orsillo (2009). *Mindfulness and Acceptance based Behavioral therapies in practice*, Guilford publications, USA.
- Sarason, I., & Sarason, S. (1986). *Anxiety and interfering taught: their effect on social interaction*. NY: Plenum.
- Teasdale, J. D. (2004). *Mindfulness-based cognitive therapy*. In J. Yield (Ed.), *Cognition, emotion and psychopathology: Theoretical, Empirical and clinical directions* (pp.270-289). New York: Cambridge University Press.
- Todd & Bohart, (1999). *Foundation of clinical and counseling psychology*. New York: Cambridge University Press.
- Zimbardo, P. (1977). *Shyness*. Reading, MA: Perseus Books.