



<https://jacp.scu.ac.ir/>

ISSN (P): 2538-5755

ISSN (E): 2588-6126

Received: 15 April 2022

Accepted: 19 July 2022

Research Article

Doi: 10.22055/jacp.2023.43478.1289

## The Effectiveness of Self-Compassion Training on Anxiety Sensitivity, Uncertainty Intolerance and Psychological Distress in People with Social Anxiety

Neda Khosravi<sup>1</sup>, Mansour Ali Mehdi<sup>2\*</sup>

1- MA of Clinical Psychology, Tehran Branch, Islamic Azad University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Tehran Branch, Islamic Azad Faculty of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Citation:** Khosravi, N., & Alimehdi, M. (2022). The effectiveness of self-compassion training on anxiety sensitivity, uncertainty intolerance and psychological distress in people with social anxiety. *Clinical Psychology Achievements*, 8(1), 1-14.

### Abstract

Social anxiety is one of the disorders that with many negative effects on people's lives. Therefore, this research was done to investigate the effectiveness of self-compassion training on anxiety sensitivity, intolerance of uncertainty, and psychological distress in people with social anxiety. Method: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test and a control group design. The statistical population included all the people who were referred to the counseling centers of Noor City in the winter of 2021. Using the purposeful sampling method, 30 people were selected and randomly placed in two groups of 15 people, the experimental and the control. The experimental group was subjected to the intervention in 8 sessions of 90 minutes and answered Connor's social anxiety (SPI), Floyd et al.'s anxiety sensitivity (ASIR), and Kessler et al.'s (2002) psychological distress questionnaires. Findings: The results showed that teaching self-compassion in people with social anxiety disorder reduces the fear of physical worry, fear of lack of cognitive control, fear of showing anxiety (from the components of anxiety sensitivity), improving self-referential and negative and unfair behavior (from components of uncertainty intolerance), and reducing psychological distress ( $p < 0.05$ ). Conclusion: it can be said that teaching self-compassion is effective in treating people with social anxiety and in reducing anxiety sensitivity, intolerance of uncertainty, and psychological distress.

**Keywords:** self-compassion, anxiety sensitivity, uncertainty intolerance, psychological distress, social anxiety

\* **Corresponding Author:** Mansour Ali Mehdi

**E-mail:** Alimehdi.mansoor@gmail.com





## اثربخشی آموزش شفقت به خود بر حساسیت اضطرابی، عدم تحمل بلا تکلیفی و پریشانی روان‌شناختی در افراد با اضطراب اجتماعی

ندا خسروی<sup>۱</sup>، منصور علی مهدی<sup>۲\*</sup>

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد تهران، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی، تهران، ایران  
۲- استادیار گروه روان‌شناسی، واحد تهران، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی، تهران، ایران

### چکیده

اضطراب اجتماعی از جمله اختلالاتی است که می‌تواند بر زندگی افراد تأثیرات منفی زیادی بگذارد. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش شفقت به خود بر حساسیت اضطرابی، عدم تحمل بلا تکلیفی و پریشانی روان‌شناختی در افراد با اضطراب اجتماعی بود. طرح پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان نور در زمستان سال ۱۴۰۰ بود که بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگذاری شدند و در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مورد مداخله قرار گرفتند و به پرسش‌نامه‌های اضطراب اجتماعی کانور (SPI)، حساسیت اضطرابی فلویید و همکاران (ASIR) و پریشانی روان‌شناختی کسلر و همکاران (۲۰۰۲) پاسخ دادند. همچنین داده‌ها نیز از طریق تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که آموزش شفقت به خود در افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی باعث کاهش ترس از نگرانی بدنی، ترس از عدم کنترل شناختی و ترس از نشان دادن اضطراب (از مولفه‌های حساسیت اضطرابی)، بهبود خود ارجاعی و رفتار منفی و غیر منصفانه (از مولفه‌های عدم تحمل بلا تکلیفی) و کاهش پریشانی روان‌شناختی شد ( $p < 0.05$ ). بر این اساس می‌توان گفت که آموزش شفقت به خود در درمان افراد دارای اضطراب اجتماعی و در کاهش حساسیت اضطرابی، عدم تحمل بلا تکلیفی و پریشانی روان‌شناختی موثر است.

**کلیدواژه‌ها:** شفقت به خود، حساسیت اضطرابی، عدم تحمل بلا تکلیفی، پریشانی روان‌شناختی، اضطراب اجتماعی

## مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی (social anxiety disorder) یا هراس اجتماعی یا فوبی اجتماعی، بنابر تعریف انجمن روانشناسی آمریکا (American Psychological Association, 2019) به صورت اضطراب شدید و پایدار در زمان حاضر شدن در برابر جمع، یا در جایی که احتمال بروز عملکرد فرد در آن جمع مورد قضاوت منفی قرار گیرد، آشکار می‌شود. بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (ویرایش پنجم)، فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از تعامل اجتماعی و موقعیت‌هایی که احتمال دارد مورد بررسی و قضاوت منفی قرار گیرد می‌ترسد و یا مضطرب می‌شود. همچنین این اختلال به بخش وسیعی از روابط اجتماعی فرد آسیب بزند. عوامل متعدد زیستی، شناختی، رفتاری و محیطی (Spence & Rapi, 2016; Haverkamp, 2017)؛ مکوند حسینی و همکاران، (۱۳۹۶) و همچنین عوامل مرتبط با پردازش اطلاعات هیجانی (Wlad et al., 2023) در ایجاد و تداوم این اختلال نقش دارند و همچنین این عوامل در تعامل با یکدیگر می‌توانند نقش تعدیل‌کننده و یا تشدیدکننده بر روی این اختلال داشته باشند.

یکی از مؤلفه‌های روان‌شناختی دخیل در ایجاد اضطراب اجتماعی، حساسیت اضطرابی (anxiety sensitivity) است (Khakpoor et al., 2019; Probert-Lindström & Perrin, 2023)؛ اسماعیلیان و همکاران، (۱۴۰۰). حساسیت اضطرابی نشان دهنده میل به تفسیر پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی تجارب اضطرابی به عنوان اموری آزارنده و خطرناک است (Goldin et al., 2014) که شامل ترس از علائم اضطرابی است (Pan et al., 2022). حساسیت اضطرابی یک سازه تفاوت‌های فردی است که در آن فرد از نشانه‌های بدنی که با انگیختگی اضطرابی (افزایش ضربان قلب، تنگی نفس، سرگیجه) مرتبط است، می‌ترسد و اصولاً از این عقیده ناشی می‌شود که این نشانه‌ها به پیامدهای بالقوه آسیب‌زای اجتماعی، شناختی و بدنی منجر می‌شود (Deacon Britt et al., 2003). حساسیت اضطرابی به سوگیری‌هایی در بازیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب منجر می‌شود که این خود زمینه را برای ابتلای فرد به اختلالات روانی از جمله اضطراب اجتماعی فراهم می‌سازد (McCabe, 1999).

یکی دیگر از سازه‌های مرتبط با اضطراب، عدم تحمل بلاتکلیفی (intolerance of indecision) است، که به طور گسترده به عنوان واکنش شناختی، هیجانی و رفتاری به عدم اطمینان تعریف شده است که به موجب آن، سوگیری در پردازش اطلاعات و افزایش ارزیابی معیوب تهدید و کاهش کنار آمدن رخ می‌دهد (عبدل‌پور و همکاران، ۱۳۹۷). برای مثال، افرادی که عدم تحمل بلاتکلیفی دارند معتقدند که بلاتکلیفی، پریشان‌کننده است، وجود شک و تردید در مورد آینده غیرقابل تحمل است، وقایع غیرمنتظره منفی هستند و باید از آن‌ها اجتناب کرد، شک و تردید موجب ناتوانی فرد برای عمل کردن می‌شود (Denise, 2021). الگوی تحمل نکردن بلاتکلیفی که به وسیله داگاس و همکاران (Dagas et al., 2004) توسعه یافته است، نشان می‌دهد افراد مضطرب، موقعیت‌های نامعین یا مبهم را فشار آور و آشفته‌کننده درک کرده، بنابراین در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی، نگرانی مزمنی را تجربه می‌کنند. مطالعات عدم تحمل بلاتکلیفی را مهم‌ترین پیش بین نگرانی و اضطراب در جمعیت‌های بالینی و عمومی معرفی کرده‌اند و نشان داده‌اند این رابطه قوی، ناشی از واریانس مشترک با سایر اختلالات هم چون اضطراب یا افسردگی نیست (Dar et al., 2017). از آنجا که این افراد پیامدهای منفی قطعیت و یقین را به اضطراب و نگرانی حاصل از بلاتکلیفی ترجیح می‌دهند به راهکارهای ناسازگار جهت کاهش اضطراب و نگرانی حاصل از بلاتکلیفی رو می‌آورند (Gary et al., 2019).

از سوی دیگر، پریشانی روان‌شناختی (psychological distress) شاخصی از سلامت روان در جمعیت عمومی محسوب می‌شود. نتایج پژوهش‌ها بیانگر این است که پریشانی روان‌شناختی ممکن است عملکرد اجتماعی و زندگی روزمره افراد را تحت تأثیر قرار دهد (حسینی و شاه‌مرادی‌فر، ۱۳۹۴). در واقع پریشانی روان‌شناختی از یک منظر همان میزان اضطراب، افسردگی و استرسی است که فرد تجربه می‌کند (Paramjit & Singh, 2015) و در مطالعات زمینه‌یابی و شیوع‌شناسی، به صورت پیامد مداخله‌های درمانی و سنجش‌های بالینی، به طور گسترده به کار برده می‌شود (Drapeau et al., 2012). به عبارتی دیگر، پریشانی روان‌شناختی حالت ناراحتی و رنج هیجانی است که با نشانه‌های افسردگی (مانند از دست دادن علاقه، غم و ناامیدی و اضطراب (مانند بی‌قراری و احساس تنش) تعریف می‌شود و ممکن است با نشانه‌های فیزیولوژیکی (مانند بی‌خوابی، سردرد و نداشتن انرژی) همراه باشد که احتمالاً این نشانه‌ها در فرهنگ‌های گوناگون متفاوت است (Mirosky and Ross, 2002). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که تحمل پریشانی پایین با طیف گسترده‌ای از اختلالات از جمله رفتارهای خود آسیب‌زننده (Anstis et al., )

(2013)، اختلال افسردگی اساسی (Ellis et al., 2013) و رفتارهای تکانشی شدید (Anstis et al., 2013) ارتباط نزدیک و تنگاتنگی دارد.

یکی از درمان‌های روان‌شناختی که در سال‌های اخیر در درمان اختلالات و به خصوص اختلالات اضطرابی مورد توجه قرار گرفته، درمان متمرکز بر شفقت (compassion-focused therapy) است (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۷). درمان متمرکز بر شفقت، در کنار سایر رویکردهای درمانی جدید در حوزه روانشناسی موج سوم، توجه درمانگران نوین را برای اختلالاتی نظیر افسردگی، وسواس و اضطراب جلب نموده است (Day of Mornet et al., 2017). این درمان با هدف کاهش درد، رنج، نگرانی و اضطراب، ایجاد شده است (Leaviss & Uttley, 2015). اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام شود (Gilbert, 2014). افزون بر آن در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند. بنابراین، می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (Irons & Ladd, 2017). در تمرین‌های خودشفقتی بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش به‌سزایی در آرامش ذهن فرد و نگرانی دارد (قنوتیو همکاران، ۱۳۹۷). درمان متمرکز بر شفقت از طریق بازسازی شناختی و تفسیر مجدد مشکل با همدلی و مهربانی موجب کاهش افکار مخرب (هراس، فاجعه‌سازی و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و ناسازگار) و کمال‌گرا (بی‌نقصی، همه‌کار توانی) می‌شوند (Leopold, 2019). همچنین درمان متمرکز بر شفقت با عدم تحمل بلا تکلیفی رابطه دارد. مطالعات ذکرشده نشان داده راهبردهایی چون پرورش ذهن مشفقانه، آموزش بردباری در برابر مسائل، آموزش تحمل و پذیرش تغییرات پیش رو را در افراد افزایش می‌دهد. این امر موجب می‌شود افراد موقعیت‌های مبهم و نامعین را آشفته‌کننده و فشارآور درک نکنند و در مواجهه با چنین موقعیت‌هایی به‌صورت کارآمدتر پاسخ بدهند (فتح‌الله‌زاده و همکاران، ۱۳۹۶). در این خصوص مطالعات انجام‌شده حاکی از اثربخشی شفقت درمانی بر کاهش خودانتقادی (فتح‌الله‌زاده و همکاران، ۱۳۹۶؛ Gonzal-Hernandez et al., 2018)؛ کاهش پریشانی روان‌شناختی (اعرابی و همکاران، ۱۳۹۹؛ شیرالی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۷؛ Bradsey, 2020؛ Arimitsu & Hoffman, 2015)؛ افزایش سلامت روان (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۷؛ Elaine Beaumont & Hollins, 2014)؛ کاهش احساس تنهایی و افزایش تنظیم هیجانی (دشت بزرگی، ۱۳۹۶؛ رضایی، ۱۳۹۳)؛ کاهش نشخوار فکری و درد (Neff, 2013)؛ قنوتی و همکاران، ۱۳۹۷؛ بشار و همکاران، ۱۳۹۶)؛ درمان اضطراب اجتماعی (حمید و همکاران، ۱۴۰۰؛ Boersma et al., 2014)؛ تحمل بلا تکلیفی (اکبری کلور و همکاران، ۱۳۹۸) و حساسیت اضطرابی (چاووسی و همکاران، ۱۴۰۱؛ پورصالح و همکاران، ۱۳۹۹؛ برونسی و همکاران، ۱۳۹۸؛ کشاورز محمدی و خلعتبری، ۱۳۹۷؛ گل‌محمدی و همکاران، ۱۳۹۵) در بین گروه‌های مختلف، می‌باشد.

بنابراین با توجه به این که شفقت درمانی یک الگوی درمانی جدید است و تاکنون پژوهشی اثربخشی این درمان را بر حساسیت اضطرابی، عدم تحمل بلا تکلیفی و پریشانی روان‌شناختی افراد با اختلال اضطراب اجتماعی بررسی نکرده است و با وجود دلایل نظری زیاد در مورد رابطه خودشفقت ورزی با احساس بهزیستی روانی و نقش آن در ارتقای سلامت روانی و همچنین تأثیر خودشفقت ورزی بر اختلالات اضطرابی، هدف اصلی این پژوهش، پاسخگویی به این سؤال است که آیا آموزش شفقت به خود، بر کاهش حساسیت اضطرابی، عدم تحمل بلا تکلیفی و پریشانی روان‌شناختی در افراد با اضطراب اجتماعی مؤثر است؟

## روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان نور در زمستان سال ۱۴۰۰ بود که بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگذاری شدند. معیارهای ورود پژوهش شامل رضایت و علاقه مندی افراد به مشارکت در پژوهش، عدم داشتن بیماری جسمی و یا روانی، عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی به‌صورت، درمان گروهی فردی و یا دوره‌های آموزشی بصورت همزمان؛ و معیارهای خروج پژوهش عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش و داشتن غیبت بیش از یک جلسه در طول دوره بود. روش اجرای پژوهش نیز بدین صورت بود که بعد از انجام هماهنگی‌های

لازم با مراکز مشاوره روان‌شناختی شهرستان نور و انجام توضیح اهداف و مراحل انجام پژوهش، نمونه‌های پژوهش به‌صورت هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. هر دو گروه در ابتدا پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی را تکمیل کردند. پس از آن گروه آزمایش، تحت آموزش شفقت به خود قرار گرفتند. مدت آموزش ۸ جلسه، که هر جلسه ۹۰ دقیقه به طول انجامید. در این دوره گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. از نظر اخلاقی نیز، هدف پژوهش به آزمودنی‌ها توضیح داده شد و اطمینان حاصل شد که خطر و آسیبی متوجه آزمودنی‌ها نخواهد بود. به شرکت‌کنندگان اختیار داده شد که هر زمان مایل باشند می‌توانند از ادامه پژوهش انصراف دهند همچنین با آن‌ها توضیح داده شد که نتایج به‌دست آمده از آزمون‌ها کاملاً محرمانه است و صرفاً در جهت اهداف پژوهش مورد استفاده قرار گرفت و در صورت تمایل شرکت‌کنندگان نتایج برای آنان تفسیر شد. در صورت اثربخش بودن آموزش به گروه کنترل نیز بعد از انجام تحقیق آموزش داده شد. همچنین داده‌ها نیز از طریق تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### ابزار پژوهش

**پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی (Social Phobia Inventory):** این پرسش‌نامه برای اولین بار توسط کانور و همکاران (Connor et al., 2000)، به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه گردید که شامل ۱۷ ماده است و از سه زیر مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) تشکیل می‌شود. نمره گذاری این مقیاس بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه ای (به هیچ وجه تا بی نهایت) است. کانور و همکاران (۲۰۰۰)، اعتبار آن با روش 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.

**پرسش‌نامه حساسیت اضطرابی (Anxiety Sensitivity Index):** پرسش‌نامه حاضر توسط فلوید و همکاران (Floyd et al., 2005) ساخته شد و یک پرسش‌نامه خودگزارشی می‌باشد که دارای ۱۶ گویه به‌صورت مقیاس پنج درجه ای لیکرت (خیلی کم = صفر تا خیلی زیاد = ۴) است که درجه تجربه ترس از نشانه‌های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می‌شود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۴ می‌باشد (Floyd et al., 2005). ساختار این پرسش‌نامه از سه عامل؛ ترس از نگرانی‌های بدنی (۸ گویه)، ترس از عدم کنترل شناختی (۴ گویه) و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (۴ گویه) تشکیل شده است (Zinbarg et al., 1997)، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، ثبات درونی بالای آن را (آلفای بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰) نشان داده است. اعتبار بازآزمایی بعد از ۲ هفته ۰/۷۵ و به مدت سه سال ۰/۷۱ بوده است که نشان می‌دهد ASI یک سازه شخصیتی پایدار است (Reiss et al., 1986)، اعتبار آن در نمونه ایرانی بر اساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و تنصیفی محاسبه شد که برای کل مقیاس به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ به‌دست آمد. روایی بر اساس سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با مقیاس کل و با یکدیگر و تحلیل عوامل محاسبه شد. روایی همزمان از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه «SCL90» انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۶ حاصل آن بود. ضرایب همبستگی با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بود (مرادی‌منش و همکاران، ۱۳۸۶).

**پرسش‌نامه عدم تحمل بلا تکلیفی (Uncertainty Intolerance Questionnaire):** این مقیاس توسط فریستون و همکاران (Freeston et al., 1994) برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از باتکلیفی طراحی شده است و دارای ۲۷ گویه دارد. مولفه‌ها و سوالات این مقیاس شامل مولفه بلا تکلیفی تلویحات خودارجاعی و رفتار منفی (سوالات ۱ و ۲ و ۳ و ۹ و ۱۲ و ۱۳ و ۱۴ و ۱۵ و ۱۶ و ۱۷ و ۲۰ و ۲۲ و ۲۳ و ۲۴ و ۲۵) مولفه غیرمنصفانه تباه‌کننده همه چیز است (سوالات ۴ و ۵ و ۶ و ۷ و ۸ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۸ و ۱۹ و ۲۱ و ۲۶ و ۲۷) است. این مقیاس در طیف لیکرت ۵ درجه ای از (۱ کاملاً

غلط) تا (۵ کاملاً درست) قرار می‌گیرد. در نسخه اولیه به زبان فرانسوی، همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی با فاصله چهار هفته ۰/۷۸ محاسبه شده است. باهر و داگاس، (۲۰۰۲). نسخه انگلیسی آن را تهیه و اعتباریابی کردند و ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۴ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را در فاصله ۵ هفته، ۰/۷۸ گزارش کردند. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسش‌نامه نگرانی (۲-۰/۰۶) و مقیاس اضطراب بک (۲-۰/۵۵) به دست آوردند. این ابزار در ایران نیز توسط ابراهیم زاده (۲۰۰۶) ترجمه و اعتباریابی شده و پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۹ گزارش شده است.

**مقیاس پریشانی روان‌شناختی (Psychological Distress Scale):** مقیاس پریشانی روان‌شناختی توسط کسلر و همکاران (Kessler et al., 2002) به منظور سنجش اختلالات روانی طراحی و تدوین شده است. در ایران نیز توسط یعقوبی (۱۳۹۴) اعتباریابی شده است. این پرسش‌نامه دارای ۱۰ سوال و سه مولفه حضور آموزشی، حضور اجتماعی و حضور شناختی می‌باشد و بر اساس طیف چهار گزینه‌ای لیکرت به سنجش پریشانی روان‌شناختی می‌پردازد. سؤالات این فرم به صورت لیکرتی از هیچ وقت تا همیشه است و از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. لذا حداکثر نمره برابر با ۴۰ می‌باشد (Kessler et al., 2002). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که این پرسش‌نامه از اعتبار و پایایی مطلوبی برخوردار است (Furukawa et al., 2003). یعقوبی (۱۳۹۴) به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ۱۰ سؤالی پرداخت و آلفای کرونباخ آن را برابر با ۰/۹۱ گزارش کرده است.

جدول ۱. پروتکل آموزش شفقت به خود (گیلبرت، ۲۰۰۹، به نقل از اکبری کلور و همکاران، ۱۳۹۸)

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف منزل
۱	معارفه و هدایت خودکار	برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی، ارائه توضیحات در مورد اختلال اضطراب اجتماعی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت، بررسی میزان خودشفقتی اعضا، مفهوم‌سازی آموزش خود شفقتی	آگاهی نسبت به افکار ناکارآمد، شناسایی و آگاهی از خودانتقادی	ثبت موارد آزردهنده و موارد خودانتقادی در فعالیت‌ها و چالش‌های روزانه
۲	شناخت مؤلفه‌های شفقت خود	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت خود، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضا و ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خود شفقتی اعضا	شناسایی و آگاهی از مؤلفه‌های خودشفقتی	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
۳	آموزش و پرورش خودشفقتی اعضا	پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک این‌که دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراک انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب‌گرایانه، آموزش همدردی به شرکت‌کنندگان	شناسایی و آگاهی از مؤلفه‌های خودشفقتی	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
۴	خودشناسی و شناسایی عوامل تشدیدکننده نگرانی	ترغیب شرکت‌کنندگان به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عوامل فرد دارای شفقت یا غیرشفقت، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت‌آمیز، پذیرش وضع موجود و تلاش در صدد اصلاح	پرورش خود شفقتی	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
۵	اصلاح و گسترش شفقت	آشنایی و کاربرد تمرین‌های ذهن شفقتانه، آموزش بردباری در برابر مسائل، آموزش تحمل و پذیرش تغییرات پیش رو و شرایط سخت چالش برانگیز، توجه به متغیر بودن زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف.	بهبود و توسعه خودشفقتی	ثبت افکار ناکارآمد و پذیرش بدون قضاوت فعالیت‌های چالش برانگیز روزانه
۶	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقتانه ( شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره.	احساس ارزشمندی و خودشفقتی	به کارگیری شفقت در فعالیت‌های روزانه
۷	فنون ابراز شفقت	آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت.	بهبود خودشفقتی و خود ارزشمندی	نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و اطرافیان
۸	ارزیابی و کاربرد	آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات قبل، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون‌ها.	پرورش و رشد خودشفقتی	ثبت و یادداشت خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه

## یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۰ نفر شرکت داشتند که در دو گروه ۱۵ نفر آزمایش و کنترل قرار گرفتند. از نظر سنی میانگین گروه آزمایش ۳۰/۶۶ سال و کنترل ۲۸/۴۰ سال بود. از نظر جنسیت نیز در گروه آزمایش تعداد ۹ نفر مرد و ۶ نفر زن بودند همچنین در گروه کنترل نیز تعداد ۷ نفر مرد و ۸ نفر زن بودند. بر اساس وضعیت اقتصادی نیز، در گروه آزمایش تعداد ۵ نفر دارای وضعیت اقتصادی بالا، ۶ نفر متوسط و ۴ نفر پایین بودند. همچنین در گروه کنترل نیز تعداد ۴ نفر دارای وضعیت اقتصادی بالا، ۷ نفر متوسط و ۴ نفر پایین بودند. خلاصه نتایج توصیفی (میانگین و انحراف معیار) دو گروه در متغیرهای مورد بررسی در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی متغیرهای مورد بررسی

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ترس از نگرانی بدنی	آزمایش	۱۹/۰۰	۶/۶۰	۱۱/۶۶	۵/۵۳
	کنترل	۲۰/۱۳	۶/۵۸	۱۹/۲۰	۶/۵۵
ترس از عدم کنترل شناختی	آزمایش	۱۱/۱۳	۳/۰۹	۶/۰۰	۲/۵۳
	کنترل	۱۱/۳۳	۲/۹۱	۱۱/۱۵	۲/۵۵
ترس از نشانه‌های اضطرابی	آزمایش	۱۱/۲۰	۲/۶۲	۶/۵۳	۲/۱۳
	کنترل	۱۱/۶۶	۳/۶۳	۱۲/۱۳	۲/۸۲
نمره کل حساسیت اضطرابی	آزمایش	۴۱/۳۳	۹/۰۶	۲۴/۲۰	۷/۳۶
	کنترل	۴۳/۱۳	۷/۱۴	۴۲/۶۶	۶/۹۵
خود ارجاعی و رفتار منفی	آزمایش	۳۶/۴۶	۱۱/۵۰	۴۶/۶۰	۹/۹۱
	کنترل	۴۳/۵۳	۹/۲۷	۴۱/۹۳	۹/۰۹
غیر منصفانه	آزمایش	۳۱/۷۳	۸/۳۸	۴۰/۹۳	۸/۸۹
	کنترل	۳۸/۲۰	۸/۲۶	۳۷/۰۶	۹/۲۱
نمره کل عدم تحمل بلا تکلیفی	آزمایش	۶۸/۲۰	۱۲/۱۷	۸۷/۵۳	۱۰/۳۹
	کنترل	۸۱/۷۳	۹/۱۵	۷۹/۰۰	۱۱/۰۸
پریشانی روان‌شناختی	آزمایش	۲۶/۲۰	۶/۶۰	۱۷/۵۳	۵/۸۲
	کنترل	۵۳/۲۱	۶/۴۱	۲۰/۸۰	۷/۱۲

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار هر یک از متغیرهای موردنظر ارائه شده است.

جهت بررسی آموزش شفقت به خود بر متغیرهای مورد نظر از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) استفاده شد. در بررسی مفروضه‌ها و پیش‌شرط‌های مانکووا مشخص گردید که بین کوواریانس ماتریس‌های دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (Box's M = ۱۶/۶۷۵ و  $p = ۰/۹۱۶$ ). آزمون کرویت بارلت نیز نشان داد که همبستگی معنی‌داری بین متغیرهای وابسته وجود دارد (Approx. Chi-Square = ۳۷/۷۹۲ و  $p = ۰/۰۱۰$ ). همچنین، آزمون‌های مربوط به همگنی شیب خط رگرسیون نیز نشان داد که شیب خط رگرسیون برای هر یک از متغیرهای مورد بررسی در سطح  $p < ۰/۰۵$  یکسان است. همین‌طور آزمون لون نشان داد که در مولفه ترس از عدم کنترل شناختی ( $F = ۴/۰۰۸$ ،  $P = ۰/۰۵۵$ )، ترس از نشان دادن اضطراب ( $F = ۲/۸۴۱$ ،  $P = ۰/۱۰۳$ )، خود ارجاعی و رفتار منفی ( $F = ۰/۱۹۲$ ،  $P = ۰/۶۶۴$ )، غیرمنصفانه ( $F = ۰/۸۵۲$ ،  $P = ۰/۳۶۴$ ) و پریشانی روان‌شناختی ( $F = ۰/۳۹۳$ ،  $P = ۰/۷۵۲$ )، همگونی واریانس‌های خطا برقرار است ولی در مؤلفه ترس از نگرانی بدنی ( $F = ۱۲/۹۱۲$ ،  $P = ۰/۰۰۱$ ) برقرار نیست ( $p < ۰/۰۵$ ). بدین ترتیب، نتایج آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به مقایسه گروه‌های مورد بررسی در متغیرهای موردنظر در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره برای متغیرهای مورد بررسی

آماره	ارزش	F	df	سطح معنی‌داری	مجدور اینتای تفکیکی	توان
T پیلائی	۰/۹۴۰	۴۴/۵۵۲	۶	۰/۰۰۰	۰/۹۴۰	۱/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۶۰	۴۴/۵۵۲	۶	۰/۰۰۰	۰/۹۴۰	۱/۰۰۰

جدول ۳ نشان می‌دهد که اثر عضویت گروهی بر ترکیب خطی حساسیت اضطرابی، عدم تحمل بلا تکلیفی و پریشانی روان‌شناختی معنادار است. بنابراین با توجه به رعایت پیش‌فرض‌ها نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره در مولفه‌های حساسیت اضطرابی، عدم تحمل بلا تکلیفی و پریشانی روان‌شناختی در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. آزمون‌های اثرات بین گروهی برای مولفه‌های حساسیت اضطرابی، عدم تحمل بلا تکلیفی و پریشانی روان‌شناختی

متغیر	مؤلفه‌ها	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی‌داری	مجدور اینتای تفکیکی	توان
حساسیت اضطرابی	ترس از نگرانی بدنی	۱	۱۷۷/۴۱۵	۴۸/۸۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۹	۱/۰۰۰
	ترس از عدم کنترل شناختی	۱	۶۴/۴۸۲	۲۹/۶۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۴	۰/۹۹۹
	ترس از نشان دادن اضطراب	۱	۶۰/۴۷۲	۴۰/۱۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۶	۱/۰۰۰
عدم تحمل بلا تکلیفی	خود ارجاعی و رفتار منفی	۱	۴۲۵/۶۲۸	۸۶/۱۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۷	۱/۰۰۰
	غیر منصفانه	۱	۲۸۷/۱۷۱	۲۳/۹۵۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲۱	۰/۹۹۷
پریشانی روان‌شناختی	پریشانی روان‌شناختی	۱	۲۱۹/۳۸۶	۴۲/۲۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵۸	۱/۰۰۰

جدول ۴ نشان می‌دهد که F مشاهده شده برای مولفه‌های ترس از نگرانی بدنی، ترس از عدم کنترل شناختی، ترس از نشان دادن اضطراب، خود ارجاعی و رفتار منفی، غیر منصفانه و پریشانی روان‌شناختی معنادار است. بنابراین، میانگین گروه‌ها در متغیرهای وابسته تفاوت معناداری با هم دارند. با مشاهده میانگین نمرات گروه‌ها در جدول میانگین‌ها (۱)، در هر یک از متغیرهای وابسته مشخص می‌شود که گروه آزمایش در مولفه‌های ترس از نگرانی بدنی، ترس از عدم کنترل شناختی، ترس از نشانه‌های اضطرابی و پریشانی روان‌شناختی نمرات کمتر و در مولفه‌های خود ارجاعی و رفتار منفی و غیر منصفانه نمرات بیشتری را نسبت به گروه کنترل کسب کرده بودند. به عبارتی دیگر آموزش شفقت به خود باعث کاهش حساسیت اضطرابی و پریشانی روان‌شناختی و افزایش تحمل بلا تکلیفی در افراد با اضطراب اجتماعی شد ( $p < 0/05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش شفقت به خود بر حساسیت اضطرابی، عدم تحمل بلا تکلیفی و پریشانی روان‌شناختی در افراد با اضطراب اجتماعی بود. بر اساس نتایج به دست آمده در متغیر حساسیت اضطرابی، بین مولفه‌های ترس از نگرانی بدنی، ترس از عدم کنترل شناختی و ترس از نشان دادن اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این نتیجه با تحقیقات چاووسی و همکاران (۱۴۰۱)، پورصالح و همکاران (۱۳۹۹)، برونسی و همکاران (۱۳۹۸)، کشاورز محمدی و خلعتبری (۱۳۹۷)، گل‌محمدی و همکاران (۱۳۹۵)، الین -بومونت و هالینز (Elaine Beaumont & Hollins, 2016) همسو است. در تبیین نتیجه حاضر می‌توان گفت که یکی از مؤلفه‌های روان‌شناختی دخیل در ایجاد اضطراب اجتماعی، حساسیت اضطرابی است. حساسیت اضطرابی نشان دهنده میل به تفسیر پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی تجارب اضطرابی به‌عنوان اموری آزارنده و خطرناک است. حساسیت اضطرابی یک سازه تفاوت‌های فردی است که در آن فرد از نشانه‌های بدنی که با انگیزتگی اضطرابی (افزایش ضربان قلب، تنگی نفس، سرگیجه) مرتبط است. در این بین آموزش شفقت به خود می‌تواند به این افراد کمک کند. این درمان با هدف کاهش درد، رنج، نگرانی و اضطراب، ایجاد شده است (لویز و پوتلی، ۲۰۱۵). اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره



می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام شود (Gilbert, 2014). افزون بر آن در درمان مبتنی بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند. بنابراین، می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند که از این نظر این درمان می‌تواند بر سایر درمان‌های روان‌شناختی برتری داشته باشد. بنابراین از احساسات ناراحت‌کننده و دردناک اجتناب نمی‌شود، بلکه شخص با مهربانی، درک و احساس اشتراکات انسانی، به آن‌ها نزدیک شود. در نتیجه هیجان‌های منفی به حالت هیجانی مثبتی تبدیل می‌شوند و به شخص فرصت فهم دقیق‌تر شرایط و انتخاب راه‌های مؤثر برای تغییر خود یا شرایط به صورتی اثربخش می‌دهند. بنابراین این آموزش می‌تواند باعث کاهش حساسیت اضطرابی در افراد خواهد شد.

همچنین بر اساس نتایج به دست آمده، در متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی، بین مولفه‌های خود ارجاعی و رفتار منفی و غیر منصفانه در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این نتیجه با تحقیقات اکبری کلور و همکاران (۱۳۹۸)، کشاورز محمدی و خلعتبری (۱۳۹۷) و آریمیتسو و هافمن (Arimitsu & Hofmann, 2015) همسو است. در تبیین نتیجه فوق می‌توان گفت که عدم تحمل بلا تکلیفی است به‌عنوان واکنش شناختی، هیجانی و رفتاری به عدم اطمینان تعریف شده است که به موجب آن، سوگیری در پردازش اطلاعات و افزایش ارزیابی معیوب تهدید و کاهش کنار آمدن رخ می‌دهد (عبدل‌پور و همکاران، ۱۳۹۷). مطالعات عدم تحمل بلا تکلیفی را مهم‌ترین پیش بین نگرانی و اضطراب در جمعیت‌های بالینی و عمومی معرفی کرده‌اند و نشان داده‌اند این رابطه قوی، ناشی از واریانس مشترک با سایر اختلالات هم چون اضطراب یا افسردگی نیست (Dar et al., 2017). از آنجا که این افراد پیامدهای منفی قطعیت و یقین را به اضطراب و نگرانی حاصل از بلا تکلیفی ترجیح می‌دهند به راهکارهای ناسازگار جهت کاهش اضطراب و نگرانی حاصل از بلا تکلیفی رو می‌آورند. در این بین آموزش شفقت به خود می‌تواند در کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی مور باشد. مطالعات ذکر شده نشان داده راهبردهایی چون پرورش ذهن مشفقانه، آموزش بردباری در برابر مسائل، آموزش تحمل و پذیرش تغییرات پیش رو را در افراد افزایش می‌دهد. این امر موجب می‌شود افراد موقعیت‌های مبهم و نامعین را آشفته‌کننده و فشارآور درک نکنند و در مواجهه با چنین موقعیت‌هایی به‌صورت کارآمدتر پاسخ بدهند. درمان متمرکز بر شفقت از طریق بازسازی شناختی و تفسیر مجدد مشکل با همدلی و مهربانی موجب کاهش افکار مخرب (هراس، فاجعه سازی و راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار و ناسازگار) و کمال‌گرا (بی‌نقصی، همه کار توانی) می‌شوند. این دیدگاه حمایت‌گرانه نسبت به خویش با پیامدهای روان‌شناسی مثبت مثل انگیزه بیشتر برای حل تعارضات میان‌فردی، حل مسأله سازنده، استمرار در زندگی زناشویی (دادستان و همکاران، ۱۳۸۸) و رضایت بیشتر از زندگی ارتباط است. علاوه بر این شفقت به خود به طور معناداری با داشتن شفقت نسبت به دیگران همراه است.

در نهایت نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر پریشانی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد. این نتیجه با تحقیقات اعرابی و همکاران (۱۳۹۹)، سلیمی و همکاران (۱۳۹۷)، شیرالی‌نیا و همکاران (۱۳۹۷)، بردسی (Birdsey, 2020) و الین -بومونت و هالینز (Elaine Beaumont & Hollins, 2016) همسو است. در تبیین نتیجه فوق می‌توان گفت که پریشانی روان‌شناختی حالت ناراحتی و رنج هیجانی است که با نشانه‌های افسردگی (مانند از دست دادن علاقه، غم و ناامیدی و اضطراب (مانند بی‌قراری و احساس تنش) تعریف می‌شود و ممکن است با نشانه‌های فیزیولوژیکی (مانند بی‌خوابی، سردرد و نداشتن انرژی) همراه باشد که می‌تواند در افراد دارای اضطراب اجتماعی شدت بیشتری نیز به خود بگیرد. در میان روان‌درمانی‌های مختلف، درمان متمرکز بر شفقت (CFT) یکی از درمان‌های روان‌شناختی در درمان این افراد می‌تواند باشد است. افرادی که شفقت به خود بالایی دارند تعارضات بین‌فردی خویش را با در نظر گرفتن نیازهای خویش و دیگران حل می‌کنند (Yarnell & Neff, 2013). یکی از یافته‌های مهم در ادبیات پژوهشی ارتباط بین خودشفقت‌ورزی، اضطراب و افسردگی است به‌طوری که نمرات بالاتر در پرسش‌نامه شفقت به خود با اضطراب و افسردگی پایین‌تر ارتباط دارد. در واقع این افراد درد و نقص کمتری را نسبت به دیگران تجربه می‌کنند و نگرش حمایت‌گرانه نسبت به خود دارند که سبب کم شدن احساس افسردگی و اضطراب و افزایش رضایتشان از زندگی می‌شود. بنابراین شفقت به خود با خودمدیریتی مؤثر برای مقابله با استرس ارتباط دارد. راه‌کارهای مقابله‌ای افراد برای رویارویی با استرس عمدتاً هیجان‌محورند و افراد از راه‌کارهای مسأله‌محور کمتری استفاده می‌کنند که این امر در کاهش

تجربه اضطراب، افسردگی و استرس بسیار با اهمیت است. هم‌چنین شفقت بر خود به ارضای نیازهایی از قبیل خودمختاری، نیاز به برقراری ارتباط و کفایت و شایستگی که برای بهزیستی افراد ضروری‌اند، کمک می‌کند. در نتیجه از این طریق این آموزش می‌تواند باعث کاهش پریشانی روان‌شناختی در افراد شود.

در هر پژوهش علمی به طور طبیعی مشکلات و محدودیت‌هایی وجود دارد از جمله محدودیت‌ها و مشکلات در این پژوهش عبارت‌اند از الف) -شیوع ویروس کرونا و تأخیر در جمع‌آوری داده‌ها و انجام آزمون پیگیری. ب) محدود بودن جامعه و نمونه که باعث احتیاط در تعمیم دهی می‌شود. ج) محدود بودن ابزار به پرسش‌نامه. بنابراین به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌شود که چنین پژوهشی با تعداد نمونه‌های بیشتر و از دیگر افراد دارای اختلال روان‌شناختی انجام شود و از ابزارهای دیگر گردآوری اطلاعات نظیر مصاحبه استفاده شود. همین‌طور بر اساس نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود که نتایج اینگونه تحقیقات به مراکز مشاوره و روان‌درمانگران جهت اعمال سیاست‌های درمانی بهتر افراد دارای اضطراب اجتماعی اعلام گردد و کارگاه‌های جهت افزایش شفقت به خود در افراد برای افزایش سلامت روان در افراد (وبه خصوص افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی) برگزار شود.

**تشکر و قدردانی:** نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مراکز مشاوره شهرستان نور که پژوهشگران را در انجام این پژوهش یاری رساندند، تقدیر و تشکر نمایند.

**منابع مالی:** پژوهش حاضر توسط نویسندگان تامین مالی شده است.

**تضاد منافع:** نویسندگان اذعان دارند که در این مقاله هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

## منابع

- اسماعیلیان، مرضیه، محمدخانی، شهرام، حسنی، جعفر. (۱۴۰۰). الگوی معادلات ساختاری مهارت‌های ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان و حساسیت اضطرابی با اضطراب اجتماعی نوجوانان. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۲۲(۱)، ۱۳۴-۱۲۱.
- اعرابی، اعظم، حسنی، جعفر، اکبری، مهدی، حاتمی، محمد، شعرباغچیزاده، محمدرضا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان خودشفقت ورزی بر پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسر یازیس. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۸(۴)، ۶۱۵-۶۰۵.
- اکبری کلور، مریم، حبیبی، مرضیه، قطور، زینب، و عظیمی راویز، فاطمه. (۱۳۹۸). اثربخشی شفقت درمانی بر عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. زن و فرهنگ، ۱۰(۴۰)، ۶۶-۵۳.
- بشار، مهسا، سرداری پور، مهران، و قمری، محمد. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز بر روان‌سازهای ناسازگار اولیه و کاهش عواطف منفی بیماران افسرده. سومین همایش بین‌المللی افقی‌های نوین در علوم تربیتی، روان‌شناسی و آسیب‌های اجتماعی ایران، تهران.
- پورصالح، عطیه، حمید، نجمه، و داودی، ایران. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش ذهن شفقت‌ورز بر علایم اختلال اضطراب اجتماعی و سرمایه‌های روان‌شناختی دانشجویان دختر دارای اختلال اضطراب اجتماعی. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۱۵(۵۶)، ۸۳-۹۴.
- چاوشی، حانیه، سرافراز، مهدی رضا، و گودرزی، محمدعلی. (۱۴۰۱). نقش واسطه‌ای شفقت خود و به‌شیری در رابطه بین استرس ادراک شده و سلامت روانی-جسمانی. رویش روان‌شناسی، ۱۱(۸)، ۲۴-۱۳.
- حسنوند عموزاده، مهدی. (۱۳۹۳). هنجاریابی سیاهه فویبای اجتماعی SPIN در نمونه غیر بالینی. مجله پزشکی ارومیه، ۲۶(۱)، ۱۷-۳۰.

- حسینی، جعفر، و شاه‌مرادی‌فر، طیبه. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرایندی هیجان در پریشانی روان‌شناختی. *شخصیت و تفاوت‌های فردی*، ۴(۱۰)، ۸۰-۶۵.
- حمید، نجمه، پورصالح، عطیه، و داوودی، ایران. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش ذهن شفقت‌ورز بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دانشجویان دختر دارای اختلال اضطراب اجتماعی. *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۶(۶۱)، ۹۴-۷۵.
- دادستان، پریخ، عسگری، علی، و حاجیزادگان، مرضیه. (۱۳۸۸). خانواده راهبردهای مقابله‌ای: تحلیل عاملی تاییدی سلسله مراتبی مقیاس ایرانی مقابله. *روان‌شناسی معاصر*، ۷، ۳-۱۸.
- دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۶). تأثیر مداخله مبتنی بر شفقت خود بر احساس تنهایی و تنظیم هیجانی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۸(۲)، ۷۹-۷۲.
- رضایی، محسن. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش شفقت خود بر میزان گذشت، احساس تنهایی و کیفیت زندگی افراد متأهل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی تهران واحد مرکز، تهران، ایران.
- سلاجقه، صادق، و بخشانی، نورمحمد. (۱۳۹۳). اثربخشی ترکیب مواجهه درمانی گروهی و آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر میزان اضطراب اجتماعی دانشجویان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱(۲)، ۱۰۴-۹۶.
- سلیمی، آرمان، ارسلان‌ده، فرشته، زهراکار، کیانوش، داورنیا، رضا، و شاکرمی، محمد. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکروزیس. *افق دانش*، ۲۴(۲)، ۱۳۱-۱۲۵.
- شیرالی‌نیا، خدیجه، چلداوی، رحیم، و امان‌الهی، عباس. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی و اضطراب زنان مطلقه. *روان‌شناسی بالینی*، ۱۰(۱)، ۱۹-۹.
- عبدل‌پور، قاسم، هاشمی، تورج، شعیری، محمدرضا، و علیزاده، فریدون. (۱۳۹۷). رابطه عدم تحمل بلا تکلیفی با باورهای فراشناختی با نگرانی در افراد مبتلا به نشانه‌های افسردگی. *روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۵(۲)، ۲۶-۱۵.
- فتح‌الله‌زاده، نوشین، مجلسی، زینب، مظاهری، زهرا، رستمی، مهدی، و نوایی‌نژاد، شکوه. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده و خود انتقادی زنان آزار دیده عاطفی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۳(۲)، ۱۶۹-۱۵۱.
- قنوتی، سجاد علی، بهرامی، فاطمه، گودرزی، کوروش، و روزبهرانی، مهدی. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نشخوار فکری و نگرانی زنان مبتلا به سرطان سینه. *روان‌شناسی سلامت*، ۷(۳)، ۱۶۸-۱۵۲.
- کشاوری محمدی، ربابه، و خلعتیری، جواد. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان خودشفقت‌ورزی بر تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و حساسیت اضطرابی زنان مطلقه. *آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده*، ۱(۷)، ۳۲-۱۷.
- گل‌محمدی، کریم، منتشلو، سمیه، و توانا، زهرا. (۱۳۹۵). نقش باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۶(۱۳۶)، ۱۸۴-۱۷۹.
- مرادی‌منش، فردین، میرجعفری، سید احمد، گودرزی، محمدعلی، و محمدی، نوابه. (۱۳۹۶). بررسی ویژگی‌های روانسنجی شاخص تجدیدنظر شده حساسیت اضطرابی (ASIR). *روان‌شناسی*، ۱۱(۴)، ۴۴۶-۴۲۶.
- مکوندحسینی، شاهرخ، نجفی، محمود، و خالقی، رضا. (۱۳۹۶). رابطه سیستم‌های مغزی-رفتاری و عواطف با اضطراب اجتماعی در دانشجویان. *عصب روان‌شناسی*، ۳(۳)، ۸۰-۶۳.
- یعقوبی، حمید. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روانسنجی نسخه ۱۰ سؤالی پرسش‌نامه پریشانی روان‌شناختی کسلر. *پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۶(۴)، ۵۷-۴۵.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5rd ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anestis, M. D., Pennings, S. M., Lavender, J. M., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2013). Low distress tolerance as an indirect risk factor for suicidal behavior: Considering the explanatory role of non-suicidal self-injury. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 996-1002.
- Arimitsu, K., & Hofmann, S. G. (2015). Cognitions as mediators in the relationship between self-compassion and affect. *Personality and Individual Differences*, 74, 41-48.
- Birdsey, N. (2020). Integrating CBT and CFT within a case formulation approach to reduce depression and anxiety in an older adult with a complex mental and physical health history: a single case study. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13(41), 1-18.
- 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.
- Bronsi, F., Golmakani, Z. B., Mansouri, A., & Del, A. Z. (2020). The effectiveness of compassion focused therapy on distress tolerance, difficulty in emotion regulation and anxiety sensitivity in patients with cardiovascular disease. *Social Determinants of Health*, 6, e16-e16.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour research and therapy*, 40(8), 931-945.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Weisler, R. H., & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 379-386.
- Dar, K. A., Iqbal, N., & Mushtaq, A. (2017). Intolerance of uncertainty, depression, and anxiety: Examining the indirect and moderating effects of worry. *Asian Journal of Psychiatry*, 29, 129-133.
- Deacon Brett, J., Jonathan, S., Carol, M., & David, F. (2003). The Anxiety Sensitivity Index - Revised: psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples. *Behavior Research and Therapy*, 41, 1427-1449.
- Deniz, M. E. (2021). Self-compassion, intolerance of uncertainty, fear of COVID-19, and well-being: A serial mediation investigation. *Personality and Individual Differences*, 177, 110824.
- Drapeau, A., Marchand, A., & Beaulieu-Prévost, D. (2012). Epidemiology of psychological distress. *Mental Illnesses-Understanding, Prediction and Control*, 69(2), 105-106.
- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in the etiology and maintenance of generalized anxiety disorder. In: R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice* (pp. 143-163). New York: Guilford Press.
- Ebrahimzadeh, Z. (2006). *The study of cognitive beliefs, perfectionism and social problem solving ability according to uncertainty levels among OCD and MDD* Ardabil University.
- Elaine Beaumont, C. J., & Hollins, M. (2016). Exploration of a training program for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 5-13.
- Ellis, A. J., Vanderlind, W. M., & Beevers, C. G. (2013). Enhanced anger reactivity and reduced distress tolerance in major depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 37(3), 498-509.
- Floyd, M., Garfield, A., & Marcus, T. (2005). Anxiety sensitivity and worry. *Personality and Individual Differences*, 38, 1223-1229.

- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802.
- Furukawa, T. A., Kessler, R. C., Slade, T., & Andrews, G. (2003). The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 33(2), 357-362.
- Gary, I., & et al. (2019). The effect of worrying on intolerance of uncertainty and positive and negative beliefs about worry. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 62(7), 65-71.
- Gilbert, P. (2009). An introduction to compassion focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Goldin, P. R., Lee, I., Ziv, M., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2014). Trajectories of change in emotion regulation and social anxiety during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 56, 7-15.
- Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D., Burychka, D., Diego-Pedro, R., Baños, R., ... & Cebolla, A. (2018). Cognitively-based compassion training (CBCT®) in breast cancer survivors: A randomized clinical trial study. *Integrative Cancer Therapies*, 17(3), 684-696.
- Haverkamp, C. J. (2017). Communication-Focused Therapy (CFT) for Social Anxiety and Shyness. *J Psychiatry Psychotherapy Communication*, 5(2), 108-113.
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using Compassion Focused Therapy to Work with Shame and Self-Criticism in Complex Trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 47-54.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., & et al. (2002). Short screening scales to monitor population prevalence's and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-76.
- Khakpoor, S., Saed, O., & Shahsavari, A. (2019). The concept of "Anxiety sensitivity" in social anxiety disorder presentations, symptomatology, and treatment: A theoretical perspective. *Cogent Psychology*, 6(1), 1617658.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, 45(5), 927-945.
- Leopold, S. S. (2019). Editor's Spotlight/Take 5: What role does positive psychology play in understanding pain intensity and disability among patients with hand and upper-extremity conditions? *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 477(8), 1765-1768.
- Mccabe, R. E. (1999). Implicit and explicit memory for threatwords in high and low-anxiety-sensitive participants. *Cognitive Therapy and Research*, 23(1), 21-38.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2002). Measurement for a human science. *Journal of Health and Social Behavior*, 152-70.
- Neff, K. (2013). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 13(5), 64-67. partner violence. *Journal of Women's Health*, 21(9), 942-9.
- Pan, X., Palermo, C. A., Kaplan, C. S., Harnett, N. G., Winternitz, S. R., Kaufman, M. L., & Lebois, L. A. (2022). Anxiety sensitivity predicts depression severity in individuals with dissociative identity disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 155, 263-268.
- Paramjeet, R., & Singh, H. (2015). Screening of psychological distress in cancer patients during chemotherapy Across-section of study. *Journal of Palliative Care*, 3, 305- 310.

- Probert-Lindström, S., & Perrin, S. (2023). An examination of distress tolerance, anxiety sensitivity, and intolerance of uncertainty in adults in routine psychiatric care. *Acta Psychologica*, 235, 103902.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*, 4, 241–248.
- Ros-Morente, A., Mora, C. A., Nadal, C. T., Belled, A. B., & Berenguer, N. J. (2017). An examination of relationship between emotional intelligence, positive affect and character strengths and virtues. *Anales de Psicología / Annals of Psycholog*, 34(1), 63-67.
- Sadook, B., Sadook, V., & Roeez, P. (2015). *Summary Kaplan and Sadook psychology*. Translated by Mehdi Ganji. Tehran. Savalan publications.
- Spence, S. H., & Rapee, R. M. (2016). The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 50-67.
- Wlad, M., Frick, A., Engman, J., Hjorth, O., Hoppe, J. M., Faria, V., ... & Gingnell, M. (2023). Dorsal anterior cingulate cortex activity during cognitive challenge in social anxiety disorder. *Behavioural Brain Research*, 114304.
- Yarnell, L. M., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*, 12(2), 146-159.
- Zinbarg, R. E., Barlow, D. H., & Brown, T. A. (1997). Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Psychological Assessment*, 9, 277–284.