



## مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری واحد پرده‌های و فعال‌سازی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر

### Comparison of Modular Cognitive-Behavioral Therapy and Behavioral Activation on Fear of Negative Evaluation in Students with Generalized Anxiety Disorder

Elahe Beheshtian

Hasan Tozandeh Jani

Mohammadreza Safarian Tosi

الهه بهشتیان\*

حسن توزنده جانی\*\*

محمد صفاریان طوسی\*\*\*

#### Abstract

The purpose of the present study was to compare the effectiveness of Modular Cognitive-Behavioral Therapy (MCBT) and behavioral activation (BA) on fear of negative evaluation in students with Generalized Anxiety Disorder (GAD). Among students referred to Islamic Azad of Neyshabur counselling center (N=85) 45 students were selected through purposeful sampling in this quasi-experimental study and randomly divided into three groups of MCBT Unit (N=15), BA (N=15) and control group (N=15). All participants were evaluated before and after the intervention and three months after the end of intervention. GAD Questionnaire (2006) and Short Form of Negative Fear Evaluation of Leiri (1983) were used for data collection. Data analyzed by Spss-23 software using repeated measure analysis. The results showed that both MCBT and behavioral activation had significant effect on reducing fear of negative evaluation compared to the control group. According to the findings, it can be concluded that MCBT and Behavioral Activation Therapy have a significant effect on fear of negative evaluation in people with GAD.

**Keywords:** GAD, Fear of Negative Evaluation, MCBT

#### چکیده

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری واحد پرده‌های و درمان فعال‌سازی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر بود. این مطالعه از نوع نیمه‌تجربی بود. جامعه آماری شامل دانشجویان مضطرب مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد نیشابور بود (۸۵ نفر) بود که از میان آن‌ها تعداد ۴۵ دانشجوی دختر به شیوه هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در سه گروه درمان شناختی- رفتاری واحد پرده‌های (۱۵ نفر)، درمان فعال‌سازی رفتاری (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. هر سه گروه قبل و بعد از مداخلات و سه ماه بعد از پایان دوره درمانی با پرسشنامه‌های اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) و فرم کوتاه ترس از ارزیابی منفی لیری (FNES) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های به‌دست آمده با نرم‌افزار Spss-۲۳ با روش آنالیز اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که هر دو رویکرد درمانی شناختی- رفتاری واحد پرده‌های و فعال‌سازی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل در کاهش ترس از ارزیابی منفی تفاوت معناداری داشته‌اند. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری واحد پرده‌های و درمان فعال‌سازی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معنادار دارد.

**واژه‌های کلیدی:** اضطراب فراگیر، ترس از ارزیابی منفی، درمان شناختی- رفتاری واحد پرده‌های

\*دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

\*\*نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

\*\*\*استادیار گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

## مقدمه

میزان اضطراب در جامعه ایران بین ۷ تا ۱۵ درصد گزارش شده است، در حالی که این میزان در دانشجویان بین ۱۲ تا ۲۰ درصد است. این آمار نشان‌دهنده اهمیت پرداختن به درمان اضطراب در دانشجویان می‌باشد (فارسی‌نژاد، کرمی و اسدزاده، ۱۳۹۷). افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در زمینه‌های مختلف زندگی دچار مشکل می‌شوند (مؤمنی، شهیدی، موتابی و حیدری، ۱۳۹۷). درصد بالایی از بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر همراه با اختلال دیگری رنج می‌برند (زو و همکاران، ۲۰۱۷)، شدت علائم افراد باهم ابتلایی تاحدی است که منجر به ایجاد اختلال جدی در روند فعالیت‌های زندگی‌شان می‌شود (روسمان و همکاران، ۲۰۱۱). ترس از ارزیابی منفی، از جمله عوامل شناختی مهم در اختلال اضطراب است. افراد مبتلا به این اختلال، باورهای منفی در زمینه سایر افراد و موقعیت‌های اجتماعی دارند و فکر می‌کنند که مردم آن‌ها را منفی ارزیابی خواهند کرد (مخبر دزفولی و همکاران، ۱۳۹۴). به دلیل ماهیت شناختی اضطراب رویکردهای مبتنی بر درمان شناختی در این حوزه نتایج خوبی نشان داده‌اند (گرامی، مکوند حسینی، صداقت و معاضدیان، ۱۳۹۵). از رویکردهای اخیر درمانی، درمان شناختی- رفتاری واحد پردازهای می‌باشد. این رویکرد بیان می‌دارد که ذهن دست‌کم تاحدی از ساختارهای عصبی ذاتی یا پیمانه‌ها تألیف یافته است. این پیمانه‌ها، کارکردهای متمایزی دارند که به‌نحو تکاملی تحول یافته‌اند (نیومن، لیرا، اریکسون، پرزوسکی و کاستونگای، ۲۰۱۳). گراتز، ویس و تول (۲۰۱۵)، در پژوهش نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری واحد پردازهای بر تنظیم هیجانات در بیماران اضطرابی مؤثر می‌باشد. اورداز، لوین و استورج (۲۰۱۸)؛ بکر، بکر و گینسبورگ (۲۰۱۲) اثربخشی این روش را بر اضطراب موفقیت‌آمیز توصیف کردند. علاوه بر درمان شناختی- رفتاری واحد پردازهای، درمان فعال‌سازی رفتاری فرایند درمانی ساختاریافته‌ای است که موجب افزایش رفتارهایی می‌شود که تماس فرد و را با پیوستگی‌های تقویتی محیطی زیاده‌تر می‌کند. این فرایند معتبر به بهبود خلق، تفکر و کیفیت زندگی می‌شود (ویلهم و همکاران، ۲۰۰۵). هدف از فعال‌سازی رفتاری، افزایش دستیابی فرد به منابع تقویتی برای شناسایی تداخل‌های روزانه، الگوهای اجتنابی افسرده‌ساز و تغییر کمبودهای مهارتی است (بوسول، ایلس، گاسول و گاراجینو، ۲۰۱۷). برخی مطالعات اخیر، اثربخشی این روش‌ها را بر اضطراب فراگیر مثبت ارزیابی کرده‌اند (دهنی و همکاران، ۲۰۱۷)؛ کانوری، تاپلور، کوهن و نیومن، ۲۰۱۵). گرچه هزینه اختلال اضطراب فراگیر به سبب آسیب عملکرد ایجاد شده به‌طور دقیق مشخص نیست؛ ولی بیشتر متخصصان بالینی و پژوهشگران این زمینه موافق هستند که این اختلال هزینه‌های بالایی را بر جامعه تحمیل می‌کند؛ بنابراین مطالعه حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال انجام شد که آیا درمان شناختی- رفتاری واحد پردازهای و فعال‌سازی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی در مبتلایان به اختلال اضطراب مؤثر است؟

## روش

## جامعه آماری، نمونه و روش اجرا پژوهش

این پژوهش به روش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری با گروه کنترل صورت گرفت. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه دانشجویان مراجعه‌کننده دختر (۸۵ نفر) به مراکز خدمات روان‌شناختی دانشگاه و مطب‌های روان‌پزشکی با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر در سطح شهر نیشابور در سال ۹۷-۱۳۹۶ بود. در این پژوهش، ۴۵ نفر از دانشجویان با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر به شیوه هدفمند با مصاحبه تشخیصی براساس ملاک‌های DSM-V و نمره پرسشنامه اضطراب فراگیر اشمیتز، انتخاب و به روش تصادفی در گروه‌ها جای‌گماری شدند.

ملاحظات اخلاقی به این شرح بود که در این پژوهش به شرکت‌کنندگان درباره تحقیق و شرایط آن توضیح داده شد و افراد در صورت تمایل و رضایت در مطالعه شرکت می‌کردند. در هر زمان، از ادامه مطالعه می‌توانستند انصراف بدهند. اطلاعات شخصی مشارکت‌کنندگان محرمانه بود. افزون‌برآن، به شرکت‌کنندگان گروه شاهد پیشنهاد شد که در صورت تمایل، می‌توانند پس از اتمام پژوهش در جلسات آموزشی شرکت کنند.

ملاک‌های ورود به پژوهش، عبارت بود از: داشتن اختلال اضطراب فراگیر که با مصاحبه تشخیصی براساس ملاک‌های DSM-V و بالاتر بودن نمره پرسشنامه اضطراب فراگیر آن‌ها از نمره برش بالاتر از ۱۰، سکونت در شهر نیشابور در زمان اجرای جلسات گروه‌درمانی و تحصیلات بالاتر از دیپلم، سن ۱۸ تا ۲۴ سال. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بود از: داشتن اختلال‌های خاص محور یک شامل اختلال‌های روان‌پریشی، افسردگی اساسی و سوء‌مصرف مواد با استفاده از مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات روانی DSM-V و تحت‌درمان بودن روان‌شناختی یا دارویی هم‌زمان با پژوهش، داشتن بیماری جسمانی ناتوان‌کننده به‌صورتی که شرکت در پژوهش را با مشکل مواجه کند.

## ابزار سنجش

پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱</sup> (GAD-7): این ابزار توسط اشمیتز، گرونکی، ویلیامز و لویی (۲۰۰۶) ساخته شده است که دارای ۷ سؤال می‌باشد. تقریباً این آزمون از مقیاس درجه‌بندی شده با چهار گزینه شامل هیچ‌وقت، چند روز، پیش از نیمی از روزها و تقریباً هر روز به ترتیب نمره صفر، ۱، ۲ و ۳ را دریافت می‌کنند، استفاده شده است. در پژوهشی بر روی دانشجویان ایرانی و نمونه بالینی، نتایج تحلیل اکتشافی حاکی از وجود یک عامل با درصد تبیین ۵۳ درصد بود. ضریب همبستگی مقیاس (GAD-7) با پرسشنامه اشمیتز ۷۱ درصد برای حالت و ۵۲ درصد برای صفت بود و ضریب آلفای کرونباخ ۸۵ درصد حاکی از پایایی مناسب این آزمودنی بوده است (نائینیان، شعیری، شریفی‌نیا و هادیان، ۱۳۹۰).

1. General Anxiety Disorder (GAD-7)

فرم کوتاه ترس از ارزیابی منفی<sup>۱</sup> (FNES): نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی (لیری، ۱۹۸۳) دارای ۱۲ پرسش است که میزان اضطراب تجربه شده افراد یا ارزیابی منفی آنان را به روش لیکرت اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش گراوند، شکری، خدایی، امرایی و طولابی (۱۳۹۰)، نتایج تحلیل عامل اکتشافی نیز نشان داد که نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی از دو عامل تشکیل شده است. همبستگی معنادار بین نمره کلی و زیرمقیاس‌های ترس از ارزیابی منفی با زیرمقیاس‌ها و نمره کلی پرسشنامه دشواری‌های بین‌فردی و مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان، روایی همگرایی BFNE را تأیید کرد. ضرایب آلفای کرونباخ و ضرایب بازآزمایی با فاصله (دو هفته) نمره کلی و زیرمقیاس‌های BFNE نشان داد که این مقیاس پایایی مقبولی دارد. ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کلی BFNE و زیرمقیاس‌های سؤال‌های نمره‌گذاری شده مثبت و سؤال‌های نمره‌گذاری شده منفی به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۸۲ و ۰/۸۱ و ضرایب بازآزمایی با فاصله (دو هفته) برای نمره کلی BFNE و زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۹-۰/۷۷ به دست آمد (گراوند و همکاران، ۱۳۹۰).

اعضای گروه ۱، در جلسات درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های که در مجموع ۱۲ جلسه، در مرکز مشاوره دانشگاه انجام شد و اعضای گروه ۲ (درمان فعال‌سازی) در مرکز مشاوره دانشگاه هشت جلسه یک‌هفته‌ای گروه‌درمانی (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه) برگزار شد و برای گروه انتظار در انتهای پژوهش جلسات درمان اجرا شد. پس از پایان جلسات درمانی و نیز آخرین جلسه درمان (پیگیری)، اعضای گروه ۳ پرسشنامه پژوهش را مجدداً تکمیل کردند. در این پژوهش، بیش از دو جلسه غیبت به‌عنوان ملاک اُفت تعیین شد. داده‌های افرادی که بیش از دو جلسه غیبت داشتند، حذف شد و داده‌های مربوط به ۳۷ نفر مورد بررسی قرار گرفت.

در گروه درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های ۱۳ تکنیک درمانی خودپایشی، نردبان ترس، واحد مواجهه، آموزش مهارت اجتماعی، بازسازی شناختی، پاداش، استراتژی‌های تقویت‌کننده، حفظ و تقویت نقاط مثبت، پیشگیری و توجه به زمان است. استفاده از این روش درمان، با توجه به مشکل مراجعه شده و شرایط برگزاری جلسات از نظر مکانی و زمانی متناسب با مراجع در نظر گرفته شد (۱۵). درمان فعال‌سازی رفتاری، شامل هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با فرمت گروهی بود که شامل ترکیبی از مهارت‌ها و بازسازی شناختی می‌شد.

برای تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های و فعال‌سازی رفتاری گروهی از آزمون آماری تحلیل واریانس چندعاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد و به‌دنبال آن با روش تعقیبی، اثربخشی معناداری رویکردها با یکدیگر مقایسه شدند. داده‌ها با نرم‌افزار Spss-۲۴ تحلیل شدند.

## یافته‌ها

یافته‌های توصیفی حاکی از این بود که میانگین ترس از ارزیابی قبل از مداخله در سه گروه کنترل ۳۸/۰۷ (۴/۹۴)، گروه شناختی رفتاری واحد پردازش‌های ۴۰/۵۸ (۳/۶۵) و فعال‌سازی رفتاری ۴۰/۰۸ (۶/۹۷) بوده است. در مرحله پس‌آزمون برای گروه کنترل ۳۸/۹۲ (۴/۹۰)، شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های ۲۶/۴۱ (۲/۵۷) و

1. Fear of Negative Evaluation Scale (FNES)

فعال‌ساز رفتاری ۲۶/۹۲ (۳/۵۰) به‌دست آمده است و در مرحله پیگیری، میانگین ترس از ارزیابی در گروه کنترل با اندکی افزایش مقدار ۱۴/۱۵ (۴/۰۱) را نشان می‌داد؛ در حالی که در گروه شناختی رفتاری و فعال‌ساز به‌ترتیب به ۲۶/۷۵ (۱/۸۱) و ۲۶/۳۳ (۲/۶۴) کاهش پیدا کرده است. جهت بررسی معناداری این کاهش از روش آنالیز واریانس مکرر استفاده شد. بدین‌جهت، ابتدا پیش‌فرض‌ها بررسی شد. در بررسی فرض نرمال‌بودن داده‌ها یافته‌های آزمون کلموگروف-اسمیرنف حاکی از آن است که سطح معناداری برای گروه کنترل و آزمایش در هر سه مرحله آزمون بیش از ۰/۰۵ می‌باشد. مفروضه کرویت با آزمون موچلی تأیید شد. جهت انجام واریانس اندازه‌گیری مکرر، ابتدا پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. سطح معناداری آزمون M باکس و آزمون لوین در هر دو درمان بیش از ۰/۰۱ بود.

### جدول ۱- تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ترس از ارزیابی منفی و در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
ترس از ارزیابی منفی	مرحله	۳۶/۹۸	۱	۳۶/۹۸	۳۳/۴۳۹	* ۰/۰۰۱
	مرحله گروه	۸۹۲/۱۸	۱	۸۹۲/۱۸	۸۲/۶۴۵	* ۰/۰۰۱

نتایج جدول ۱، با توجه به معناداربودن اثر مرحله، حاکی از آن است که بین میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات متغیرهای ترس از ارزیابی منفی در گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر، بین نمره‌های مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در این گروه‌ها تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ( $P < 0/05$ ). همچنین معناداربودن تعامل میان مراحل با گروه آزمایشی در ترس از ارزیابی منفی حاکی از آن است که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، میانگین گروه‌های آزمایش به‌طور معناداری کمتر از گروه گواه می‌باشد. براساس ضرایب اتا مشخص می‌شود که درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های در شاخص ترس از ارزیابی منفی مؤثرتر بوده است. برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون مقایسه میانگین (جدول ۲) استفاده شد.

### جدول ۲- نتایج آزمون مقایسه زوجی برای مقایسه میانگین ترس از ارزیابی منفی در درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های با گروه کنترل

متغیر	گروه	مراحل	پس‌آزمون	پیگیری
ترس از ارزیابی منفی	آزمایش	پیش‌آزمون	-۱۴/۱۶۶ <sup>xx</sup>	-۱۳/۸۳۳ <sup>xxx</sup>
	گواه	پس‌آزمون	-	۰/۳۳۴
		پیش‌آزمون	۰/۸۴۶	۳/۰۷۶
		پس‌آزمون	-	۲/۲۳۰

$P < 0/01$

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که در گروه آزمایش که تحت درمان شناختی رفتاری واحد پردازش‌های قرار گرفته‌اند، اختلاف بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر متغیر معنادار است؛ ولی در گروه کنترل اختلاف بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار نیست. براساس اطلاعات جدول مذکور بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در گروه تحت درمان نیز اختلاف معناداری وجود نداشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که بین گروه‌درمانی با گروه کنترل تفاوت معنادار آماری در کاهش ترس از ارزیابی منفی وجود دارد. نتایج نشان می‌دهد که درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های با تهیه فهرستی از عوامل استرس‌زا (نردبان ترس)، تمرین شرایط ترس‌آور (مواجهه)، تمرکز بر شناخت‌های افراد و بررسی خطاهای شناختی و تغییر افکار منفی، آموزش نحوه حفظ مهارت‌ها و آموخته جدید (نگهداری) بر ترس از ارزیابی منفی بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر اثربخشی معناداری داشته‌اند. نتایج تحقیقات تاپر، ایملکامپ، واتکینز و ایهرینگ (۲۰۱۷)؛ هیمبرگ، بروزویچ و راپی (۲۰۱۴)؛ گل‌دین و همکاران (۲۰۱۳)؛ کیبرل، نلسون-گری و میتچل (۲۰۱۲)؛ بارلو و دوراند (۲۰۱۱)؛ استیونز و پولا (۲۰۰۵)؛ لینکون، سالزمن، زیگلر و ویسترمن (۲۰۱۱) که به تأثیرات مثبت درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های بر متغیر ترس از ارزیابی منفی اشاره کرده‌اند. در تبیین این فرضیه برطبق نظر شارما، آلری و کوک (۲۰۰۱)، می‌توان گفت، افراد مبتلا به سوگیری شناختی متمرکز بر خود، به‌علت ارزیابی منفی که از خود دارند، اغلب احساس می‌کنند مهارت‌ها، توانایی‌ها و خصیصه‌های شخصیتی خاصی را که مستلزم روابط بین‌فردی است ندارند. آنان دچار درگیری ذهنی، ستیز درونی و ناسازگاری اجتماعی در آن موقعیت می‌شود. بسته به فرد مراجع، این تغییر توجه منجر به برآورد بیش‌ازحد پیامدهای منفی یک رویارویی اجتماعی، ادراک کنترل هیجانی پایین، ادراک منفی از خویشتن به‌عنوان یک موجود اجتماعی و یا ادراک مهارت‌های اجتماعی ضعیف می‌شود. مفهوم ادراک منفی از خویشتن، عاملی است در تداوم این اختلال کمک می‌کنند. به‌نظر می‌رسد در این درمان، بازسازی شناختی برای به‌چالش کشیدن و جایگزین کردن سوگیری‌های منفی در پردازش اطلاعات، خود سنجی‌های منفی از عملکرد اجتماعی و برای کاهش توجه متمرکز بر خود طراحی شده است؛ زیرا توجه متمرکز بر خود باعث می‌شود که افراد مبتلا فکر کنند همان‌طور که در درون مضطرب هستند، در ظاهر نیز اضطراب نشان خواهند داد. این پدیده، از پردازش عینی اطلاعات در موقعیت‌های اجتماعی جلوگیری به‌عمل می‌آورد و باعث می‌شود که افراد به‌عیب‌گیری و انتقاد از خودشان بپردازند که نتیجه آن عملکرد نامناسب است و این فرایند متمرکز بر خود، به‌عنوان یک موضوع اجتماعی، منجر به رفتارهای ایمنی‌بخش، تحریف‌های شناختی، نشانه‌های فیزیولوژیکی در این اختلال می‌شود و در عوض، عملکرد فرد را در موقعیت‌های اجتماعی کاهش می‌دهد و به‌تبع آن، فرضیه‌های تحریف‌شده درباره خود در موقعیت‌های اجتماعی را تقویت می‌کنند (اندرسون، گولدین، کوریتا و گراس، ۲۰۰۸).

هرچند هدف اصلی این درمان آرام‌سازی نیست، اما مشاهده غیرقضاوتی رویدادهای منفی درونی یا برانگیختگی فیزیولوژیایی باعث بروز این حالات خواهد شد. همچنین، بروکویچ، آلکانی و بیهار (۲۰۰۴)، ابراز می‌دارد که این درمان با تمرکز بر فرایند ذاتی یک حالت و لذتی که پس‌آیند تجربه آن فعالیت است، باعث کاهش خلق منفی ناشی از شکست ذاتی در رسیدن به فرایندهای مورد انتظار می‌شود و ترس از ارزیابی منفی را کاهش می‌دهد. دیویدسون و همکاران (۲۰۰۴)، گزارش کردند که درمان شناختی- رفتاری باعث فعال شدن ناحیه‌ای از مغز می‌شود که با عواطف مثبت و اثرات سودمند کارکرد ایمن‌سازی مرتبط است و ترس از ارزیابی منفی را کاهش می‌دهد و تکنیک‌هایی را به کار می‌برد تا دیدگاه فرد در مورد مفیدبودن شیوه‌های مقابله و مواجهه با افکار و خلقشان تغییر دهند و او را به سمت تجربه اصلاحی افکار و خلق ناخوشایند و پذیرش آن‌ها سوق دهد تا بیمار در مقابله با افکار و احساساتش احساس خودکنترلی و تسلط بیشتری داشته باشند. مدل رپی، در خصوص ترس از ارزیابی منفی فرایندهای شناختی سوگی رانه را در تداوم این اختلال مهم فرض می‌کند؛ که موجب ممانعت از مواجهه کارآمد با اطلاعات تصحیح‌کننده درونی و محیطی می‌شود.

نتایج نشان داد که هر دو رویکرد درمانی شناختی- رفتاری واحد پردازش‌های و فعال‌سازی رفتاری، در کاهش ترس از ارزیابی مؤثر هستند. هرچند رویکرد درمانی شناختی رفتاری واحد پردازش‌های اندکی مؤثرتر ارزیابی شد؛ اما اختلاف معناداری با رویکرد فعال‌سازی رفتاری نشان نداد. از نکات مثبت این مطالعه این بود که دو روش درمانی اخیر را مورد مقایسه قرار داده بود و برای ارزیابی میزان اثربخشی از پیگیری استفاده کرده بود؛ هرچند مطالعه با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود که از جمله آن‌ها ریزش نمونه، تعداد کم نمونه بود.

#### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و مراکز دانشگاه‌های نیشابور، به‌ویژه مرکز مشاوره دانشگاه آزاد واحد نیشابور تشکر و قدردانی می‌کنیم. کد اخلاق دریافت شده از کمیته IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1397.001 و شناسه کار آزمایشی بالینی ۳۷۰۱۵ می‌باشد.

#### تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند، هیچ‌گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

#### منابع

- فارسی‌نژاد، م.، کرمی، ا.، و اسدزاده، ح. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و شناخت درمانی مذهبی بر اضطراب دانش‌آموزان. *علوم رفتاری*. ۳۵(۳)، ۲۰۲-۱۹۵.
- گرامی، گ.، مکوند حسینی، ش.، صداقت، م.، و معاضدیان، آ. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری و تن‌آرامی بر ترس از فرآیند زایمان در زنان نخست‌زا. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۷(۴)، ۲۱۷-۲۰۳.

- گراوند، ف.، شکری، ا.، خدایی، ع.، امرایی، م.، و طولابی، س. (۱۳۹۰). هنجاریابی، روایی و پایایی نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی در نوجوانان دانش‌آموز ۱۸-۱۲ ساله شهر تهران. *مطالعات روان‌شناختی*. ۱۱(۳۲)، ۶۵-۹۶.
- مخبردزفولی، ع.، رضایی، م.، غضنفری، ف.، میردربیکوند، ف.، غلامرضایی، س.، مؤذنی، ت.، و هاشمی، ش. (۱۳۹۴). مدل‌یابی اختلال هراس اجتماعی بر پایه مؤلفه‌های هیجانی، شناختی و جنسیت: کاربرد تحلیل مسیر. *مطالعات روان‌شناختی*. ۱۱(۳)، ۲۹-۵۲.
- مؤمنی، ف.، شهیدی، ش.، موتابی، ف.، و حیدری، م. (۱۳۹۷). مقیاسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۱۱(۳۳)، ۹۳-۱۱۱.
- نائینیان، م.، شعیری، م.، شریفی‌نیا، م.، و هادیان، م. (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7). *فصل‌نامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. ۳(۴)، ۴۱-۵۰.

## References

- Anderson, B., Goldin, P. R., Kurita, K., & Gross, J. J. (2008). Self-representation in social anxiety disorder: Linguistic analysis of autobiographical narratives. *Behaviour Research and Therapy*. 46(10), 1119-25.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2011). *Abnormal psychology: An integrative approach*: Nelson education. Toronto, Ontario: Canada.
- Becker, E. M., Becker, K. D., & Ginsburg, G. S. (2012). Modular cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders: A closer look at the use of specific modules and their relation to treatment process and response. *School Mental Health*. 4(4), 243-253.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O., & Behar, E. W. E. L. Y. N. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*, 20-04
- Boswell, J. F. Iles, B. R. Gallagher, M. W. & Farchione, T. J. (2017). Behavioral activation strategies in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Psychotherapy*. 54(3), 231-236.
- Dahne, J., Lejuez, C. W., Kustanowitz, J., Felton, J. W., Diaz, V. A., Player, M. S., & Carpenter, M. J. (2017). Moodivate: A self-help behavioral activation mobile app for utilization in primary care-Development and clinical considerations. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 52(2), 160-175.
- Davidson, J. R., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F. J., Franklin, M. E., Compton, J. S., ... & Gadde, K. M. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*. 61(10), 1005-13.
- Goldin, P. R., Jazaieri, H., Ziv, M., & Kraemer, H., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2013). Changes in positive self-views mediate the effect of cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Clinical Psychological Science*. 1(3), 301-310.
- Gratz, K. L., Weiss, N. H., & Tull, M. T. (2015). Examining emotion regulation as an outcome, mechanism, or target of psychological treatments. *Current Opinion in*



- Psychology*. 3(1), 85-90.
- Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., & Rapee, R. M. (2014). A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder. In *Social Anxiety* (pp. 705-728). Academic Press.
- Kanuri, N., Taylor, C. B., Cohen, J. M., & Newman, M. G. (2015). Classification models for subthreshold generalized anxiety disorder in a college population: implications for prevention. *Journal of Anxiety Disorders*. 34(3), 43-52.
- Kimbrel, N. A., Nelson-Gray, R. O., & Mitchell, J. T. (2012). BIS, BAS, and bias: The role of personality and cognitive bias in social anxiety. *Personality and Individual Differences*. 52(3), 395-400.
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 9(3), 371-375.
- Lincoln, T. M., Salzman, S., Ziegler, M., & Westermann, S. (2011). When does jumping-to-conclusions reach its peak? The interaction of vulnerability and situation-characteristics in social reasoning. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 42(2), 185-191.
- Newman, M. G., Llera, S. J., Erickson, T. M., Przeworski, A., & Castonguay, L. G. (2013). Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*. 9(12), 275-297.
- Ordaz, D. L., Lewin, A. B. & Storch, E. A. (2018). Modular Cognitive-Behavioral Therapy for a young adult with autism spectrum disorder, comorbid obsessive compulsive disorder, and social anxiety disorder. *Clinical Case Studies*. 17(3), 136-149.
- Roseman, A. S., Cully, J. A., Kunik, M. E., Novy, D. M., Rhoades, H. M., Wilson, N. L., ... & Stanley, M. A. (2011). Treatment response for late-life generalized anxiety disorder: moving beyond symptom-based measures. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 199(10), 811-814.
- Sharma, D., Albery, I. P., & Cook, C. (2001). Selective attentional bias to alcohol related stimuli in problem drinkers and non-problem drinkers. *Addiction*. 96(2), 285-295.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-97.
- Stevens, J. C., & Pollack, M. H. (2005). Benzodiazepines in clinical practice: consideration of their long-term use and alternative agents. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 66(2), 21-27.
- Topper, M., Emmelkamp, P. M., Watkins, E., & Ehring, T. (2017). Prevention of anxiety disorders and depression by targeting excessive worry and rumination in adolescents and young adults: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 90(23), 123-136.
- Wilhelm, F. H., Pfaltz, M. C., Gross, J. J., Mauss, I. B., Kim, S. I., & Wiederhold, B. K. (2005). Mechanisms of virtual reality exposure therapy: The role of the behavioral activation and behavioral inhibition systems. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*. 30(3), 271-284.

Zhou, Y., Cao, Z., Yang, M., Xi, X., Guo, Y., Fang, M., ... & Du, Y. (2017). Comorbid generalized anxiety disorder and its association with quality of life in patients with major depressive disorder. *Scientific Reports*. 7(10), 40511-519.