

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی، سوگیری تعبیر و توجه متمرکز بر خود در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۱۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۱۰

خلاصه

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی، سوگیری تعبیر و توجه متمرکز بر خود در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر قم در سال ۱۴۰۰ بود که بر اساس مصاحبه تشخیصی و پرسشنامه مقیاس ۷ سوالی اضطراب فراگیر، تعداد ۲۴ زن به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی، در دو گروه ۱۲ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت ۹ جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه‌ای درمان شناختی رفتاری بر اساس پروتکل گروهی (ویلدرموت، ۲۰۰۸) قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار پژوهش عبارتند از: پرسشنامه‌های ترس از ارزیابی منفی (واتسون و فرند، ۱۹۶۹)، سوگیری تعبیر نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی امیر و همکاران (۱۹۹۸) و کانون توجه وودی، چامبلس و گلاس (۱۹۹۷). داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و اجرای آزمون‌های توصیفی و استنباطی از جمله تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری توانسته نشانه‌های اضطراب فراگیر را نسبت به گروه کنترل کاهش دهد.

نتیجه گیری: نتیجه، درمان شناختی رفتاری می‌تواند به عنوان یک مداخله مؤثر برای زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مورد توجه قرار داده شود.

کلمات کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، اختلال اضطراب فراگیر، ترس از ارزیابی منفی، سوگیری تعبیر، توجه متمرکز بر خود.

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

مهسا محبی آریا^۱

دکتر سید علی آل یاسین^{۲*}

^۱ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران.
^۲ استادیار روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران.

Email:

aleyasin_psychology@yahoo.com

مقدمه

ویژگی‌های مشترک اختلالات اضطرابی^۱ ترس و اضطراب مفرط و آشفتگی‌های رفتاری مرتبط با آنها است. اختلالات اضطرابی از لحاظ نوع محرک‌ها یا رویدادهایی که باعث ترس، اضطراب، یا رفتارهای اجتنابی، و شناخت مرتبط با آنها (افکار و ایده‌های فرد) می‌شوند با یکدیگر تفاوت دارند. بنابراین، در حالی که اختلالات اضطرابی معمولاً با یکدیگر بسیار کاموربید^۲ هستند، از طریق بررسی دقیق نوع موقعیت‌هایی که فرد از آنها می‌ترسد یا اجتناب می‌کند و همچنین، محتوای افکار یا باورهای مرتبط با آن ترس‌ها و اجتناب‌ها، می‌توان اختلالات اضطرابی را از یکدیگر تفکیک کرد (۱). افراد دارای اختلال‌های اضطرابی نه تنها محرک‌های بیرونی را تهدید کننده تر و منفی تر از افراد سالم تفسیر می‌کنند، بلکه صفات درونی خود را نیز بالقوه تهدید کننده تفسیر می‌کنند. حساسیت اضطرابی فزاینده یا گرایش به تهدید کننده دیدن پاسخ‌های شناختی و جسمانی مربوط به اضطراب، در اختلال‌های اضطرابی ثابت شده است (۲).

اختلال اضطراب فراگیر یکی از شایع ترین اختلالات اضطرابی است. اختلال اضطراب فراگیر (تعمیم یافته) (GAD) نوعی اختلال فراگیر است که در آن فرد مبتلا به طور دائم درباره‌ی رویدادهای آینده نگران است و از آنها می‌ترسد، موضوعی که به نگرانی مزمن و بیمارگون درباره‌ی رویدادها منجر می‌شود. اصطلاح نگرانی^۴ به فکر کردن دائمی درباره یک موضوع و ناتوانی در کنار گذاشتن آن اشاره دارد. نگرانی معمولاً ادامه می‌یابد زیرا فرد نمی‌تواند راه حلی برای مشکل پیدا کند. همه‌ی مردم تا حدی نگران مسائل مختلف و خاص می‌شوند و حتی بعضی مردم تفکر درباره‌ی چگونگی مقابله با رویدادهای دشوار را مفید می‌دانند. اما افراد مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته نگران موضوعات بسیار مختلف و متعددی می‌شوند و به همین دلیل از اصطلاح Generalized به معنای تعمیم یافته برای آن استفاده

می‌شود. برای افراد مبتلا به GAD، نگرانی حالت فلج کننده‌ی پیدا می‌کند و به منبع ناراحتی هیجانی شدید تبدیل می‌شود. نگرانی‌ها رابطه‌ی نزدیکی با فاجعه انگاری دارند و معمولاً با هم روی می‌دهند. یعنی در GAD وقتی دوره‌های نگرانی زیاد طول می‌کشند، سطح اضطراب و رنج بالا می‌رود و قدرت تفکر پایین می‌آید، آنگاه فرد کوچکترین مشکل را به شدیدترین حالتی که ممکن است روی دهد تفسیر می‌کند و آن را فاجعه آمیز می‌پندارد. این کار باعث می‌شود که مشکل به جای حل شدن وخیم تر شود (۳).

شیوع مادام العمر این اختلال نزدیک به پنج درصد است. نسبت زن به مرد در این اختلال حدود دو به یک است. اختلال اضطراب فراگیر احتمالاً شایع ترین اختلالی است که همزمان با اختلال روانی دیگری یافت می‌شود؛ اختلال دوم معمولاً جمعیت هراسی، هراس اختصاصی، اختلال وحشت زدگی، یا یکی از اختلالات افسردگی است. شاید ۵۰ تا ۹۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به یک اختلال روانی دیگر هم مبتلا باشند. تعداد زیادی (تا ۲۵٪) از این بیماران در نهایت به اختلال وحشت زدگی (پانیک) دچار می‌شوند. درصد بالاتری از این بیماران احتمالاً به اختلال افسردگی اساسی مبتلا می‌شوند. اختلالات شایع دیگری که با اختلال اضطراب فراگیر همراه می‌شوند عبارتند از: اختلال دیس تایمی (افسرده خویی) و اختلالات مرتبط با مواد (۴). زمانی فرد رسماً مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته (GAD) اعلام می‌شود که: در یک دوره حداقل ۶ ماهه، اضطراب و نگرانی مفرط در اکثر روزها روی دهد؛ فرد اعلام کند که در کنترل نگرانی مشکل دارد؛ نگرانی با چند سمپتوم دیگر همراه باشد، از جمله: تحریک پذیری مفرط، گرفتگی عضلات یا تنش ماهیچه‌ای، خستگی سریع، مشکل در تمرکز فکری، بی‌قراری، و مشکلات خواب. در آخر، یکی از عواقب این سمپتوم‌ها، رنج یا ناتوانی شدید در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم زندگی باشد (۳).

³ -Generalized anxiety disorder(GAD)

⁴ -Worry

¹ -Anxiety disorders

² -comorbid

وودی^۱ دو سبک توجه شامل توجه متمرکز بر خود و توجه متمرکز بر بیرون را مطرح کرده است (۱۲). مشخص شده است که افراد مبتلا به هراس اجتماعی در موقعیت‌های اجتماعی توجه متمرکز بر خود را افزایش و توجه متمرکز بر بیرون را کاهش می‌دهند (۱۳). از آنجا که تمرکز بر خود، توجه را از محیط اطراف برداشته و بر خود معطوف می‌کند، در صورتی که محتوای افکار فرد منفی باشند، چنین سبک توجهی منجر به ایجاد هیجان منفی می‌شود و در توانایی فرد جهت حل مسئله به صورت کارآمد تداخل ایجاد می‌کند. این گونه سبک توجه ظرفیت شناختی آن‌ها را اشغال می‌کند، لذا آن‌ها نمی‌توانند توجه خود را از محرک‌های تهدید اجتماعی منحرف و بر کار در دست انجام به صورت متناسبی متمرکز نمایند و این گونه است که توجه متمرکز بر خود در نهایت منجر به نقص عملکرد و افت کارکرد شناختی بیمار می‌شود (۱۴).

نظریه و رویکردهای مختلفی تاکنون برای درمان اختلال اضطراب فراگیر طراحی و مطرح شده‌اند، از جمله درمان شناختی-رفتاری. در درمان شناختی-رفتاری، درمانجویان یاد می‌گیرند چگونه افکار اضطراب آور را تشخیص دهند، گزینه‌های معقول‌تری را برای نگرانی جستجو کنند، و برای آزمایش کردن این گزینه‌ها، دست به کار شوند. متخصصان بالینی که از این روش استفاده می‌کنند، می‌کوشند چرخه افکار منفی و نگرانی‌ها را قطع کنند. بعد از اینکه این چرخه قطع شد، فرد می‌تواند بر رفتار نگران کننده احساس کنترل را پرورش دهد و در مدیریت کردن و کاهش دادن افکار اضطراب آور، کارآمدتر شود. درمانجویان در دراز مدت از روان درمانی بیشتر از مداخله‌های دارویی بهره مند خواهند شد (۱۵). جهت درمان اختلال اضطراب فراگیر روش‌های متفاوتی وجود دارد. از آنجایی که پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی، سوگیری تعبیر و توجه متمرکز بر خود در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر را می‌سنجد، در این پژوهش از پروتکل درمان

برای همه ما نظر دیگران در مورد خودمان اهمیت دارد. طبیعی است که انسان‌ها بخواهند دیگران آن‌ها را دوست داشته باشند و تأیید و پذیرش و حتی تحسین آن‌ها را دریافت کنند. تعریف، تحسین و بازخورد مثبت از افراد مهم زندگیمان حس خوبی به ما می‌دهد و از سوی دیگر انتقاد، طرد، عدم تأیید و بازخورد منفی حس بدی در ما ایجاد می‌کند (۵). یکی از اختلالات اضطرابی مزمن، ترس از ارزیابی منفی عنوان شده است. این اختلال به مثابه یک ویژگی شناختی مورد بررسی محققان قرار گرفته است. ترس از ارزیابی منفی به ترس و نگرانی نوجوانان درباره ارزیابی‌های منفی همسالان و حضار شنونده اشاره می‌کند (۶). به عبارتی ساده، ترس از ارزیابی منفی به عنوان اضطرابی اجتماعی، به معنای نگرانی و ترس فرد از ارزیابی‌هایی است که دیگران در مورد وی اظهار می‌کنند (۷). ترس از ارزیابی منفی را این چنین تعریف می‌کنند که نوعی ترس از ارزیابی دیگران درباره عملکردهای شخصی است. این ترس با ادراک منفی از ارزیابی دیگران، آشفتگی درباره ارزیابی‌های منفی، اجتناب از موقعیت‌های ارزیابی و پیش بینی ارزیابی منفی دیگران تعریف می‌شود (۸).

سوگیری تعبیر، گرایش به نسبت دادن معانی خطرناک یا تهدید کننده به محرک‌های مبهم است. سوگیری تعبیر از فعال سازی طحوااره اضطراب- مدار که پردازش اطلاعات بالقوه‌ی تهدید کننده را تسهیل می‌کند، منتج می‌شود. سوگیری تعبیر، گرایش به نسبت دادن معانی خطرناک یا تهدید کننده به محرک‌های مبهم است (۹). شواهد اولیه مربوط به سوگیری تعبیر در کارهای باتلر و متیوز (۱۹۸۳) در افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی مشاهده شده است (۱۰). سوگیری تعبیر زمانی رخ می‌دهد که انتخاب‌های پردازشی رقیب وجود دارد؛ این حالت شامل یک ارزیابی مرتبط و یک ارزیابی غیر مرتبط با تهدید است. در مورد افراد مضطرب، سوگیری تعبیر منفی و مرتبط با تهدید، برجسته بوده و بیشترین منابع پردازشی را مصرف می‌کند (۱۱).

¹ -woody

شناختی- رفتاری ویلدر موت^۱ (۲۰۰۸) که در ۹ جلسه (هر جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه) طراحی گردیده استفاده شد. در زمینه پژوهش‌های انجام شده می‌توان به پژوهش غمخوار فرد و همکاران (۱۳۹۸) اشاره کرد که یافته‌های پژوهش نشان داد تغییرات معنی داری در اثر مقایسه با گروه کنترل در اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری در میزان اضطراب و خستگی پذیری دختران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به وجود آمده است (۱۶). بهشتیان و همکاران (۱۳۹۸) نیز نشان دادند که هر دو رویکرد درمانی شناختی- رفتاری واحد پرده‌های و فعال سازی 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 فعال سازی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معنادار دارد (۱۷). باتلر (۲۰۲۱) در پژوهش خود نشان دادند افرادی که دارای سطوح بالایی از رفتارهای ایمنی و شناخت‌های تحریف شده هستند، ممکن است به دلیل تأکید آن بر اجتناب از هدف قرار دادن از طریق قرار گرفتن در معرض و تغییر الگوهای تفکر تحریف شده از طریق روش‌های بازسازی شناختی، بیشتر از درمان شناختی رفتاری سود ببرند و مداخلات درمان شناختی رفتاری را می‌توان به‌طور انعطاف‌پذیر در موارد بالینی با نتایج امیدوارکننده‌ای برای بیماران در طی یک دوره نسبتاً کوتاه درمان به کار برد (۱۸). همچنین داتیچ و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود به تین نتیجه رسیدند که استفاده شایسته از تمرکز حواس، هیپنوتیزم و درمان شناختی رفتاری به بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر کمک می‌کند تا مهارت‌های لازم برای تسکین خود، کاهش نگرانی، دسترسی به منابع و افزایش امید به آینده را ایجاد کنند (۱۹). به طور کلی می‌توان گفت درمان‌های شناختی رفتاری برای اختلال‌های اضطرابی، یک رویکرد همکاری مراجع محور است. همچنین رویکردی است که درمان را که در آن مشارکت فعال و

پویای مراجعان را می‌طلبد، به چالش می‌کشد. برای مراجعانی که توانایی و انگیزه شرکت در درمان شناختی رفتاری را دارند، این رویکرد بسیار مؤثر خواهد بود. با آگاهی از اینکه اختلال اضطراب فراگیر یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های قدرتمند اختلال ثانویه پس از آن مثل افسردگی اساسی است و در ضمن می‌تواند پیش‌آگهی شرایط پزشکی مزمن را وخیم‌تر کند، این نیاز پررنگ‌تر نیز می‌شود. لذا، با درک این نیاز و با در نظر گرفتن اهمیت و ضرورت انجام پژوهش‌هایی جهت افزایش دانش مداخلاتی در زمینه این اختلال، در مطالعه حاضر قصد داریم تا اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی، سوگیری تعبیر و توجه متمرکز بر خود در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر را مورد بررسی قرار دهیم. با توجه به مطالبی که در بالا ارائه شد این پژوهش به دنبال بررسی این مسئله پژوهشی است که آیا درمان شناختی- رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی، سوگیری تعبیر و توجه متمرکز بر خود در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر اثربخش است؟

روش کار

پژوهش حاضر به لحاظ هدف در دسته تحقیقات کاربردی قرار می‌گیرد و روش پژوهش نیمه آزمایشی است و طرح پژوهش هم طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه گواه (کنترل) می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شهر قم بود که در سال ۱۴۰۰ برای درمان به یکی از مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی مراجعه نمودند. از بین جامعه آماری پژوهش تعداد ۲۴ زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با روش نمونه‌گیری در دسترس، با توجه اهداف پژوهش و داشتن رضایت برای حضور در پژوهش به عنوان نمونه انتخاب شدند و به طور تصادفی، ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل قرار داده شدند. لازم به ذکر است که چند نفر نیز علاوه بر تعداد مورد نیاز (۲۴ نفر) انتخاب شدند تا در صورت ریزش آزمودنی‌ها، جایگزین آن‌ها شوند. ملاک‌های

¹ -Wildermuth

۲۱ اضطراب شدید و لازم به ذکر است که این پرسشنامه تک عاملی است. اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) با استفاده از تحلیل عاملی از یک مقیاس ۱۵ سوالی، ۲ عامل استخراج کردند که ۸ سوال آن مربوط به افسردگی بوده و منجر به ساخت پرسشنامه سلامت بیمار آگریدیه و ۷ سوال دیگر مربوط به اضطراب بوده و منجر به ساخت پرسشنامه اضطراب فراگیر گردیده است. آن‌ها هم چنین ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی مقیاس (GAD-7) را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ گزارش کردند (۲۱). در پژوهش نائینیان و همکاران (۱۳۹۰) روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده ۰/۸۵ گزارش شده است که بالای ۰/۷ می‌باشد (۲۲).

۲) پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی (FNES) واتسون و فرند^۳ پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی (FNES) توسط واتسون و فرند ساخته شده است که از ۱۲ سوال تشکیل شده است که بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً صدق میکند تا کاملاً صدق نمیکند) نمره گذاری شده است و آلفای کرونباخ به دست آمده بالای ۷۰ درصد می‌باشد (۲۳). این پرسشنامه یک نسخه کوتاه ۱۲ سوالی هست، نسخه کوتاه این آزمون، شامل عبارتهایی از آزمون اصلی است که با نمره کل آزمون همبستگی بالای ۰/۵۰ داشته‌اند. نسخه اصلی پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی و کوتاه آن از همبستگی بالایی برخوردارند. ما در این پژوهش از نسخه کوتاه پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی استفاده کردیم. شیوه نمره گذاری گزینه‌ها در نسخه کوتاه پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی بدین شرح است: در پرسشنامه به کاملاً صدق نمی‌کند: نمره ۱؛ صدق نمی‌کند نمره ۲؛ تا حدودی صدق می‌کند: نمره ۳؛ صدق می‌کند: نمره ۴ و کاملاً صدق می‌کند: نمره ۵ تعلق می‌گیرد. عبارت‌های ۲، ۴، ۷ و ۱۰ نمره گذاری به صورت معکوس انجام می‌شود، نمره کل عبارت است از

ورود آزمودنی‌ها در این پژوهش: ۱) ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر ۲) داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم ۳) نداشتن اختلال روانی و بالینی جدی به غیر از اختلال اضطراب فراگیر طبق معیارهای DSM-5 (۴) بیماران در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۵ سال قرار داشته باشند. ۵) رضایت بیماران از فرآیند درمان، دست کم به طور شفاهی گرفته شود. و ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها ۱) داشتن بیماری روانی یا جسمانی دیگر بر اساس خود اظهاری ۲) مصرف داروهای روانپزشکی ۳) حضور در جلسات درمانی فردی و گروهی کلینیک‌های روانشناسی ۴) غیبت در جلسات آموزشی و ۵) بروز بیماری یا حادثه پیش بینی نشده بود. ابزارهای اندازه گیری در این پژوهش شامل پرسشنامه‌های ذیل بودند:

۱) پرسشنامه مقیاس ۷ سوالی اختلال اضطراب فراگیر (GAD) (اسپیتزر و همکاران): از جمله بهترین ابزارهایی که برای سنجش این اختلال طراحی شده است مقیاس اختلال اضطراب فراگیر ۷ سوالی اسپیتزر و همکاران (GAD-7) است. این مقیاس توسط اسپیتزر، کرونگ، ویلیامز و لوه^۱ (۲۰۰۶) طراحی و تهیه شده و دارای ۷ سؤال می‌باشد که هر یک از سؤالات به بررسی مشکلات روانی آزمودنی در ۲ هفته گذشته می‌پردازد (۲۰). گزینه‌ها به صورت هیچ وقت، چندروز، بیش از نیمی از روزها و تقریباً هر روز از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ می‌باشد. سطح اندازه گیری این پرسشنامه فاصله‌ای و در قالب سوالات بسته پاسخ با مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت طراحی شده است و به این صورت نمره گذاری می‌شود: اصلاً: ۰، چندین روز: ۱، بیش از نیمی از روز: ۲، تقریباً هر روز: ۳. این پرسشنامه گویه معکوس ندارد. برای بدست آوردن نمره کل نمره همه‌ی عبارات را با هم جمع می‌شوند. نمره بالاتر به معنای اضطراب بیشتر می‌باشد. ۰ تا ۵ اضطراب خفیف، ۶ تا ۱۰ اضطراب متوسط، ۱۱ تا ۱۵ اضطراب نسبتاً شدید، ۱۶ تا

³ -Fear of negative evaluation

⁴ -Watson & Friend

¹ -Spitzer & Kroenke & Williams & Lowe

² -Patient Health Questionnaire: PHQ-8

مانده رتبه ۲ تعلق می‌گیرد. در نمره گذاری به رتبه یک نمره ۳، به رتبه ۲ نمره ۲ و به رتبه ۳ نمره یک داده می‌شود و جمع کل نمرات بر اساس معنایی، تعبیرها یا گزینه‌ها بطور جداگانه در مقیاس فرعی دو نسخه محاسبه می‌گردد. هر دو نسخه‌ی این پرسشنامه دارای همسانی درونی بالا، نسخه‌ی مربوط به خود (ضریب آلفا=۰/۸۵) و نسخه‌ی مربوط به دیگران (ضریب آلفا=۰/۸۸) و اعتبار بوم شناختی خوبی می‌باشد (۲۵).

۴) پرسشنامه کانون توجه وودی، چامبلس و گلاس (۱۹۹۷): پرسشنامه کانون توجه وودی، چامبلس و گلاس دارای ۱۰ سوال بوده و هدف آن ارزیابی اندازه گیری کانون توجه افراد از دو بعد مختلف (کانون توجه متمرکز بر خود، کانون توجه بیرونی) است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه به این صورت که اصلا درست نیست: ۱؛ کمی درست نیست: ۲؛ تا حدی درست است: ۳؛ زیاد درست است: ۴ و کاملا درست است: ۵ می‌باشد. پرسشنامه فوق دارای دو بعد بوده که سوالات مربوط به کانون توجه متمرکز بر خود ۵-۱ و سوالات مربوط به کانون توجه بیرونی ۱۰-۶ می‌باشد. خیر و همکاران (۱۳۸۷) روایی سازه این مقیاس را با روش تحلیل مولفه‌های اصلی و چرخش واریماکس بررسی کرده‌اند که نشان داده است این مولفه‌ها جمعا ۵۵/۸۵ از واریانس نمرات کانون توجه را به خود اختصاص داده‌اند (۲۶). آلفای کرونباخ را برای زیر مقیاس، کانون توجه متمرکز بر خود و کانون توجه بیرونی به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند.

در این پژوهش نیز از پروتکل درمان شناختی-رفتاری ویلدر موت (۲۰۰۸) است که در ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برای شرکت کنندگان گروه آزمایشی اجرا گردید که خلاصه شرح جلسات به صورت زیر می‌باشد.

جمع نمرات ۱۲ عبارت که در دامنه‌ای از ۱۲ تا ۶۰ قرار می‌گیرد. نمره بالاتر نشان دهنده وجود ترس بالایی از ارزیابی منفی در فرد و نمره پایین و نزدیک به ۱۲ نشان دهنده ترس کم از ارزیابی منفی دیگران در فرد می‌باشد. به منظور سنجش روایی نسخه کوتاه پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی در ابتدا همبستگی نمرات این آزمون با نمرات نسخه اصلی محاسبه شد؛ این همبستگی ۰/۹۶ بود. نسخه کوتاه پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی نیز از همسانی درونی مطلوبی برخوردار است؛ ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۰ بوده است. پایایی حاصل از باز آزمایی فرم کوتاه این آزمون نیز در فاصله ۴ هفته ۰/۷۵ گزارش شده است (۲۴).

۳) پرسشنامه سوگیری تعبیر؛ نسخه‌ی تجدید نظر

شده‌ی امیر و همکاران: نسخه‌ی اصلی این پرسشنامه نخستین بار توسط باتلر و ماتوز (۱۹۸۳) برای بررسی سوگیری تعبیر در افراد اضطرابی، افسرده و گروه کنترل افراد سالم مورد استفاده قرار گرفت (۱۰). امیر و همکاران (۱۹۹۸) برای مطالعه‌ی سوگیری تعبیر در افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی این پرسشنامه را از نظر محتوایی، شکل و تعداد ماده‌ها مورد تجدیدنظر قرار دادند. در پژوهش حاضر از فرم تجدید نظر شده‌ی امیر و همکاران (۱۹۹۸) استفاده شد. این پرسشنامه دارای دو نسخه‌ی مربوط به خود (۲۲ ماده) و نسخه‌ی مربوط به دیگران (۲۲ ماده) است و هر نسخه نیز دارای مقیاس‌های فرعی رویدادها یا سناریوهای اجتماعی مبهم (۱۵ ماده) و سناریو یا رویدادهای غیر اجتماعی مبهم (۷ ماده) است. هر ماده نیز دارای سه گزینه‌ی تعبیری با بار معنایی مثبت، خنثی و منفی است. هر سوال سه گزینه دارد که آزمودنی باید به آنها رتبه ۱ تا ۳ بدهد. رتبه ۱ مربوط به گزینه‌ای است که بلافاصله و در درجه اول بعد از بروز سناریو به ذهنش می‌آید، و رتبه ۳ مربوط به گزینه‌ای است که در درجه آخر بعد از بروز سناریو به ذهنش آید، و به گزینه باقی

3 -Woody

1 -Interpretation Bias

2 -Butler & Mathews

جدول ۱. خلاصه شرح جلسات

جلسات	خلاصه جلسات
۱	۱- معرفی افراد و اینکه چرا تصمیم به شرکت در جلسات گروهی شناختی- رفتاری گرفته اند. ۲- ارائه اطلاعات پایه ای در مورد روان درمانی شناختی- رفتاریو. ۳- علت برگزاری این جلسات و هدف گروه درمانی شناختی- رفتاری. ۴- بیان و شرح اصول رازداری و دادن اطمینان خاطر به مراجعان که اطلاعاتشان کاملاً محرمانه است. ۵- بیان قوانین و اصول جلسات درمان. ۶- انجام تکلیف به صورت تمرینی برای آشنایی بیشتر اعضای گروه برای انجام تکالیف. ۷- گرفتن پیش آزمون
۲	۱- توضیح درباره ی ارتباط افکار، احساس و رفتار. ۲- بیان تفاوت افکار، احساسات و رفتار. ۳- توضیح در مورد سبک‌های ناکارآمد تفکر. ۴- بیان خطاهای شناختی معمول. ۵- توزیع کاربرگ بازسازی افکار
۳	۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب. ۲- بررسی و توضیح تکلیف جلسه قبل. ۳- توضیح چهار گام اصلی برای بازسازی افکار (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده). ۴- توزیع مجدد کاربرگ بازسازی افکار
۴	۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب. ۲- بررسی تکلیف جلسه قبل. ۳- بررسی زنجیره ی علت، پاسخ، پیامد. ۴- توضیح اینکه پیامدها چگونه خود در زنجیره رفتاری بزرگتر قرار می‌گیرد. ۵- بیان راهبردهایی برای شکستن زنجیره مخرب.
۵	۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب. ۲- بررسی تکلیف جلسه قبل. ۳- تعریف رفتار جرات مندانه. ۴- تصور موقعیتی که در آن رفتار جرات مندانه داشتن مشکل است. ۵- خودگویی پیشنهادی برای افزایش جرات ورزی. ۶- فرق بین رفتار منفعل، پرخاشگرانه و جرات مندانه. ۷- نمونه ای از افکار و خودگویی‌های منفی که مانع جرات مندی می‌شود
۶	۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب. ۲- بررسی تکلیف جلسه قبل. ۳- تعریف تکانه و بحث در مورد مدیریت تکانه‌ها و راهکارهایی برای خود کنترلی بیشتر. ۴- راهکارهایی در مورد بالا بردن خلق و افزایش رویدادهای خوشایند. ۵- توزیع کاربرگ فعالیت‌های خوشایند.
۷	۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب. ۲- بررسی تکلیف جلسه قبل. ۳- توضیح در مورد استرس، استرسور و مدیریت استرس‌ها. ۴- مدیریت استرس. ۵- راهکارهایی برای حل مسئله. ۶- آموزش آرامش عضلانی
۸	۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب. ۲- بررسی تکلیف جلسه قبل. ۳- تعریف عزت نفس. ۴- بیان این نکته که چگونه خود ارزیابی‌های منفی موجب عدم عزت نفس می‌شود. ۵- راهبردهایی برای بهبود عزت نفس. ۶- توزیع کاربرگ خود انگاره
۹	۱- مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب. ۲- بررسی تکلیف جلسه قبل. ۳- برنامه ریزی برای پیشگیری از عود. ۴- بیان ضرورت تمرین مهارت‌های کسب شده در طول جلسات. ۵- ارزیابی پیشرفت کار و مهارت‌های کسب شده

کوواریانس چند متغیری برای آزمون فرضیه اصلی و تجزیه و تحلیل کوواریانس تک متغیری برای فرضیه‌های جانبی با استفاده از نرم افزار SPSS استفاده شد.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد و روش‌های آمار استنباطی از جمله روش تجزیه و تحلیل

نتایج

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد ترس از ارزیابی منفی، سوگیری تعبیر و توجه متمرکز بر خود در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	موقعیت	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ترس از	آزمایش	۵۰/۳۳	۵/۷۲	۴۳/۷۵	۵/۲۰	۳۸/۰۸	۴/۷۵
ارزیابی منفی	کنترل	۴۷/۹۲	۶/۲۳	۴۴/۰۸	۵/۹۳	۴۱/۷۵	۵/۵۶
سوگیری تعبیر	آزمایش	۵۴/۷۵	۵/۰۸	۴۹/۱۷	۴/۸۷	۴۴/۱۷	۵/۰۰۶
	کنترل	۵۱/۰۸	۶/۰۰۷	۴۷/۰۰	۵/۸۷	۴۶/۰۸	۶/۰۰۵
توجه متمرکز بر خود	آزمایش	۴۰/۰۰	۶/۲۹	۲۸/۴۲	۵/۸۳	۲۵/۲۵	۶/۲۵
	کنترل	۳۶/۱۷	۵/۸۷	۳۳/۰۰	۶/۰۴	۳۱/۱۷	۶/۴۰
۱- کانون توجه	آزمایش	۲۰/۵۰	۳/۱۴	۱۶/۰۸	۲/۶۷	۱۲/۹۲	۲/۹۰
متمرکز بر خود	کنترل	۱۸/۵۸	۲/۹۳	۱۷/۰۰	۲/۹۸	۱۶/۰۸	۳/۲۰
۲- کانون توجه	آزمایش	۱۹/۵۰	۱۴/۳	۱۵/۰۸	۲/۶۷	۱۲/۳۳	۳/۴۷
بیرونی	کنترل	۱۷/۵۸	۲/۹۳	۱۶/۰۰	۳/۰۷	۱۵/۰۸	۳/۲۰

کوواریانس پرداخته می‌شود.

- یافته‌های استنباطی

برای تحلیل فرضیه اصلی پژوهش با روش تحلیل واریانس چند متغیره، پیش فرض‌های لازم مورد بررسی قرار می‌گیرد: **فرضیه اصلی:** درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی، سوگیری تعبیر و توجه متمرکز بر خود در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر اثربخش است.

پیش فرض (۱) همگنی واریانس

جدول ۳. آزمون لوین جهت سنجش برابری واریانس‌ها در متغیرها

متغیر	F	درجات آزادی ۱	درجات آزادی ۲	سطح معنی داری
ترس از ارزیابی منفی	۳/۵۹	۳	۴۴	۰/۲۲
سوگیری تعبیر	۴/۳۱	۳	۴۴	۰/۱۹
توجه متمرکز بر خود	۷/۷۳	۳	۴۴	۰/۳۷
کانون توجه متمرکز بر خود	۶/۴۴	۳	۴۴	۰/۴۱
کانون توجه بیرونی	۶/۱۶	۳	۴۴	۰/۸۰

متمرکز بر خود و مؤلفه‌های آن بیشتر از ۰/۰۵ بوده است. لذا می‌توان نتیجه گرفت که واریانس نمونه‌ها همگن بوده است. پیش فرض (۲) نرمال بودن

نتایج تحلیل توصیفی جدول ۲ بیانگر این است که نمرات ترس از ارزیابی منفی، سوگیری تعبیر و توجه متمرکز بر خود و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است. ذکر این نکته ضروری است که کاهش نمرات ترس از ارزیابی منفی، سوگیری تعبیر و توجه متمرکز بر خود و مؤلفه‌های آن حاکی از بهبود فرد در این متغیرها می‌باشد. حال جهت بررسی معناداری این تغییرات به بررسی آمار استنباطی تحلیل

همان طور که جدول ۳ نشان می‌دهد سطح معناداری ترس از ارزیابی منفی، سوگیری تعبیر و مؤلفه‌های آن و توجه

جدول ۴. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنف^۱ برای توزیع نرمال بودن نمرات متغیرها

Sig	Z	متغیر
۰/۴۹۹	۲/۸۲۸	ترس از ارزیابی منفی
۰/۴۲۹	۲/۸۷۴	سوگیری تعبیر
۰/۲۵۱	۲/۰۱۸	توجه متمرکز بر خود
۰/۶۲۰	۲/۶۲۵	کانون توجه متمرکز بر خود
۰/۵۲۸	۲/۴۱۹	کانون توجه بیرونی

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود فرض صفر، مؤلفه های آن تأیید می شود. به این معنا که نمرات گروه ها در برای نرمال بودن توزیع نمرات گروه در متغیرهای ترس از ارزیابی منفی، سوگیری تعبیر و توجه متمرکز بر خود و متغیرها، دارای توزیع نرمال بوده است. پیش فرض ۳) همگنی شیب رگرسیون

جدول ۵. همگنی شیب رگرسیون

Sig	F	میانگین مجذورها	درجه آزادی	مجموع مربعها	منبع
۰/۵۶۰	۵/۳۵۱	۱/۵۱۱	۱	۱/۵۱۱	گروه تحقیق*پیش آزمون ترس از ارزیابی منفی
۰/۱۸۶	۴/۸۷۷	۱۳/۰۴۹	۱	۱۳/۰۴۹	گروه تحقیق*پیش آزمون سوگیری تعبیر
۰/۴۲۱	۸/۵۵	۴/۵۲۱	۱	۴/۵۲۱	گروه تحقیق*پیش آزمون توجه متمرکز بر خود
۰/۶۸۰	۵/۶۹	۹/۴۲۰	۱	۹/۴۲۰	گروه تحقیق*پیش آزمون کانون توجه متمرکز بر خود
۰/۲۶۹	۶/۴۸	۶/۴۵۸	۱	۶/۴۵۸	گروه تحقیق*پیش آزمون کانون توجه بیرونی

با توجه به جدول ۵ ملاحظه می شود سطح معنی داری متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ می باشد. این امر نشان دهنده این است که پیش فرض همگنی شیب رگرسیون در تمامی متغیرها رعایت شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری بر روی متغیرها در دو گروه کنترل و آزمایش

اثر	ارزش	F	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۹۹	۲۳۷۷/۱۸۱	$P \leq ۰/۰۱$
لامبدای ویلکز	۰/۰۰۶	۲۳۷۷/۱۸۱	$P \leq ۰/۰۱$
اثر هتلینگ	۱۶۹/۷۹۹	۲۳۷۷/۱۸۱	$P \leq ۰/۰۱$
بزرگترین ریشه روی	۱۶۹/۷۹۹	۲۳۷۷/۱۸۱	$P \leq ۰/۰۱$

نتایج جدول ۶ نشان می دهد که سطوح معناداری همه آزمون ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می شمارد. این نتایج نشان می دهد که در گروه های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$)، $F = ۲۳۷۷/۱۸۱$ ، $F = ۰/۰۰۱$ ، لامبدای ویلکز).

جدول ۷. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا)

منبع تغییرات	SS	Df	MS	F	P
ترس از ارزیابی منفی	۳۶۱/۲۲۹	۳	۱۲۰/۴۱۰	۳/۵۹	۰/۰۰۱

¹ -Kolmogorov-Smirnov

۰/۰۰۱	۴/۳۱	۱۲۹/۷۲۲	۳	۳۸۹/۱۶۷	سوگیری تعبیر
۰/۰۰۱	۷/۷۳	۷۶/۳۸۹	۳	۲۲۹/۱۶۷	توجه متمرکز بر خود

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد که مقدار F برای ترس از ارزیابی منفی ($F=۳/۵۹$)، برای سوگیری تعبیر ($F=۴/۳۱$)، و برای توجه متمرکز بر خود ($F=۷/۷۳$) می‌باشد ($P < ۰/۰۱$). همچنین یافته‌های جدول (۴-۱۱) این مطلب است که بین نمرات ترس از ارزیابی منفی در گروه کنترل و آزمایش به ترتیب با اختلاف میانگین ($۳/۸۴$) و ($۶/۵۸$)، بین نمرات سوگیری تعبیر در گروه کنترل و آزمایش به ترتیب با اختلاف میانگین ($۴/۰۸$) و ($۵/۵۸$) و بین نمرات توجه متمرکز بر خود در گروه کنترل و آزمایش به ترتیب با اختلاف میانگین ($۳/۱۷$) و ($۱۱/۵۸$) تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). به عبارت دیگر درمان شناختی رفتاری، ترس از ارزیابی منفی، سوگیری تعبیر و توجه متمرکز بر خود را در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر به طور معناداری کاهش داده است.

جدول ۸. میانگین نمرات پیش آزمون و پیش آزمون و متغیرها در گروه کنترل و آزمایش

متغیر	موقعیت	کنترل	آزمایش
ارزیابی منفی	پیش آزمون	۴۷/۹۲	۵۰/۳۳
	پس آزمون	۴۴/۰۸	۴۳/۷۵
	اختلاف میانگین	۳/۸۴	۶/۵۸
سوگیری تعبیر	پیش آزمون	۵۱/۰۸	۵۴/۷۵
	پس آزمون	۴۷/۰۰	۴۹/۱۷
	اختلاف میانگین	۴/۰۸	۵/۵۸
توجه متمرکز بر خود	پیش آزمون	۳۶/۱۷	۴۰/۰۰
	پس آزمون	۳۳/۰۰	۲۸/۴۲
	اختلاف میانگین	۳/۱۷	۱۱/۵۸

جدول ۹. نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای تأثیر رویکرد شناختی-رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی، سوگیری تعبیر و توجه متمرکز بر خود و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری

متغیر	موقعیت	گروه	مجموع مربعها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	آماره F	Sig	اندازه اثر
ترس از ارزیابی منفی	پس آزمون	پیش آزمون	۵۹۷/۶۶۴	۱	۵۹۷/۶۶۴	۱۴۳/۴۳۵	۰/۰۰۰	۰/۸۷۲
	گروه تحقیق	پیش آزمون	۳۴/۱۵۹	۱	۳۴/۱۵۹	۸/۱۹۸	۰/۰۰۰	۰/۲۸۱
سوگیری تعبیر	پس آزمون	پیش آزمون	۴۸۹/۶۱۰	۱	۴۸۹/۶۱۰	۱۵۴/۸۵۳	۰/۰۰۰	۰/۸۹۴
	گروه تحقیق	پیش آزمون	۸۰/۶۶۷	۱	۸۰/۶۶۷	۱۰/۰۱۲	۰/۰۰۰	۰/۳۲۰
توجه متمرکز بر خود	پس آزمون	پیش آزمون	۵۵۲/۶۰۰	۱	۵۵۲/۶۰۰	۶۷/۶۱۸	۰/۰۰۰	۰/۱۳۰
	گروه تحقیق	پیش آزمون	۴/۷۶۰	۱	۴/۷۶۰	۱۲/۶۵۷	۰/۰۰۰	۰/۷۶۳
توجه متمرکز بر خود	پس آزمون	پیش آزمون	۱۲/۰۴۲	۱	۱۲/۰۴۲	۸۹/۲۷۲	۰/۰۰۰	۰/۲۴۰
	گروه تحقیق	پیش آزمون	۱۵۳/۰۶۵	۱	۱۵۳/۰۶۵	۱۵/۷۱۵	۰/۰۰۰	۰/۸۹۱
توجه متمرکز بر خود	پس آزمون	پیش آزمون	۲۱/۱۰۳	۱	۲۱/۱۰۳	۱۴/۹۷۱	۰/۰۰۰	۰/۴۱۶
	گروه تحقیق	پیش آزمون	۳۳۰/۴۱۷	۱	۳۳۰/۴۱۷	۲۲۸/۳۳۱	۰/۰۰۰	۰/۹۲۴
توجه متمرکز بر خود	پس آزمون	پیش آزمون	۳۴/۰۴۲	۱	۳۴/۰۴۲	۲۵/۲۴۰	۰/۰۰۰	۰/۵۴۱
	گروه تحقیق	پیش آزمون	۱۲/۴۱۰	۱	۱۲/۴۱۰	۲۱/۰۳۲	۰/۰۰۰	۰/۴۹۰
توجه متمرکز بر خود	پس آزمون	پیش آزمون	۴۵/۸۰۳	۱	۴۵/۸۰۳	۱۸/۹۰۶	۰/۰۰۰	۰/۳۰۸
	گروه تحقیق	پیش آزمون	۸۸/۳۵۰	۱	۸۸/۳۵۰	۹۵/۰۵۶	۰/۰۰۰	۰/۸۱۲

۰/۴۳۶	۰/۰۰۰	۱۶/۴۳۱	۶۹/۱۶۷	۱	۶۹/۱۶۷	گروه تحقیق	متمركز بر خود
۰/۱۵۹	۰/۰۰۰	۱۳/۷۷۸	۷/۰۰۸	۱	۷/۰۰۸	پیش آزمون	پس آزمون
۰/۱۶۸	۰/۰۰۰	۱۴/۰۲۹	۷/۷۴۳	۱	۷/۷۴۳	گروه تحقیق	توجه
۰/۷۹۷	۰/۰۰۰	۸۶/۲۹۰	۱۵/۲۶۷	۱	۱۵/۲۶۷	پیش آزمون	پیگیری
۰/۸۴۵	۰/۰۰۰	۹۰/۴۹۹	۲۲/۶۶۷	۱	۲۲/۶۶۷	گروه تحقیق	بیرونی

همانطور که نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده در مرحله پس آزمون و همچنین مرحله پیگیری ($p < 0.001$) و لذا تأثیر رویکرد شناختی- رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی، سوگیری تعبیر و توجه متمركز بر خود و مؤلفه‌های آن، تأیید شد. اندازه اثر متغیر گروه‌بندی در مرحله پس آزمون متغیرها توانسته درصد قابل قبولی از تغییرات متغیر وابسته (ترس از ارزیابی منفی) در مرحله پس آزمون به وسیله متغیر گروه‌بندی (رویکرد شناختی- رفتاری) تبیین می‌شود. از طرفی اندازه اثر متغیر گروه‌بندی در مرحله پیگیری افزایش یافته است. بنابراین علاوه بر اینکه رویکرد شناختی- رفتاری توانسته منجر به کاهش معنادار ترس از ارزیابی منفی، سوگیری تعبیر و توجه متمركز بر خود و مؤلفه‌های آن، زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر در مرحله پس آزمون گردد، توانسته این تأثیر را در طول زمان مداومت بخشد.

بحث

فرضیه اصلی: درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی، سوگیری تعبیر و توجه متمركز بر خود در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر اثربخش است. پس از تجزیه و تحلیل اطلاعات، نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی، سوگیری تعبیر و توجه متمركز بر خود در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر اثربخش است. پژوهش‌های بهشتیان و همکاران (۱۷)، غلامی حیدر آبادی و ابراهیمی پور (۲۷)، هاشمی نصرت آباد و همکاران (۲۸)، داداش‌زاده و همکاران (۲۹)، چپو (۳۰)، کودال (۳۱) با نتایج این پژوهش همسو می‌باشد.

فرضیه اول: درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر اثربخش است. پس از تجزیه و تحلیل اطلاعات، نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد درمان شناختی رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر اثربخش است. پژوهش‌های بهشتیان و همکاران (۱۷)، غلامی حیدر آبادی و ابراهیمی پور (۲۷)، هاشمی نصرت آباد و همکاران (۲۸)، داداش‌زاده و همکاران (۲۹)، چپو (۳۱) با نتایج این پژوهش همسو می‌باشد. فرضیه دوم: درمان شناختی رفتاری بر سوگیری تعبیر در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر اثربخش است. پس از تجزیه و تحلیل اطلاعات، نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد درمان شناختی رفتاری بر سوگیری تعبیر در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر اثربخش است. پژوهش‌های عروتی عزیز و همکاران (۳۲)، غمخوار فرد و همکاران (۱۶)، شهریاری و همکاران (۳۳) داداش‌زاده و همکاران (۲۹)، کارل (۳۴) با نتایج این پژوهش همسو می‌باشد. فرضیه سوم: درمان شناختی رفتاری بر توجه متمركز بر خود در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر اثربخش است. پس از تجزیه و تحلیل اطلاعات، نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد درمان شناختی رفتاری بر توجه متمركز بر خود در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر اثربخش است. پژوهش‌های بهشتیان و همکاران (۱۷)، هاشمی نصرت آباد و همکاران (۲۸)، دهشیری (۳۵)، استفان و همکاران (۳۶)، چپو (۲۱) با نتایج این پژوهش همسو می‌باشد.

نتیجه‌گیری

بازنگری پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری موجب کاهش ترس از ارزیابی منفی و سوگیری تعبیر و توجه

خلق ناخوشایند و پذیرش آن‌ها سوق دهد تا بیمار در مقابله با افکار و احساساتش احساس خودکنترلی و تسلط بیشتری داشته باشند. مدل ربی، 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 تصحیح کننده درونی و محیطی می‌شود (۳۹).

در تبیین فرضیه دوم پژوهش می‌توان گفت کلارک و ولز (۱۹۹۵) به سوگیری در تعبیر رویدادها و اهمیت کلیدی آن اذعان دارند و معتقدند که این نوع سوگیری به واسطه مفروضه‌های فعال شده اشتباهی در مورد خود و جهان اجتماعی شخص و به تبع آن ارزیابی منفی از موقعیت‌های اجتماعی به وجود می‌آید که بدین ترتیب باعث فعال شدن برنامه اضطراب و تداوم علائم شناختی، رفتاری و جسمانی این اختلال می‌گردد (۴۰). بر طبق این مدل بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی قبل و بعد از مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی با پردازش تحریف شده و سوگیرانه اطلاعات، فراخوانی اطلاعات منفی در مورد خود و عملکرد اجتماعی شان و استفاده از این اطلاعات برای ارزیابی منفی خود و پیش بینی‌های منفی در مورد عملکردشان در آینده درگیر هستند. سوگیری تعبیر یکی از انواع سوگیری‌ها در پردازش اطلاعات است و کارشناسان علوم رفتاری سالهاست که به اهمیت آن به‌عنوان یک بخش مهم شناختی در تداوم اختلال اضطراب فراگیر پی برده‌اند (۴۱). زمانی که افراد مبتلا به اضطراب فراگیر با یک تهدید اجتماعی روبرو می‌شوند، کانون توجهشان را به درون معطوف کرده و به خود ارزیابی دقیق و بررسی خودشان اقدام می‌کنند که همخوان با پیشینه پژوهشی پردازش اطلاعات است. افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر هنگامی که توجه شان را بر خود متمرکز می‌کنند، تصاویر بسیار منفی درباره خود داشته و اعتقاد دارند که این تصاویر درست هستند (۴۲). با توجه اینکه اگر افراد توجه شان را بر روی خود متمرکز کنند، توجه کمتری برای چیزهای دیگر مثل انجام وظایف اجتماعی خواهند داشت، بنابراین اصلاح

متمرکز به خود در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر شد. در تبیین فرضیه اول پژوهش می‌توان گفت کاهش ترس از ارزیابی منفی به دنبال درمان‌های رفتاری و شناختی تغییری است که رخداد آن پیش‌بینی می‌شود، زیرا ترس از ارزیابی منفی یکی از مؤلفه‌های اصلی اختلال اضطراب فراگیر است و گفته می‌شود که اختلال اضطراب فراگیر تا اندازه ای گونه‌ای پاسخ به ارزیابی منفی توسط دیگران است که فرد مبتلا آن را درک می‌کند. سازه ترس از ارزیابی منفی، دربرگیرنده بخش‌هایی از جمله افکار، چشم‌داشت‌ها، داوری‌های اجتماعی منفی و رفتارهای شرم آور است و بنابراین کاهش آن در روند درمان می‌تواند یکی از نشانگرهای خوب برای میزان بهبود فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد. همچنین با ترس از ارزشیابی منفی از جانب دیگران، فرد دامنه ای از تعاملات اجتماعی را که می‌تواند موجب اضطراب شود، تصور می‌کند: موقعیت‌های عملکردی مانند خوردن یا نوشتن در جمع، آغاز کردن و ادامه گفتگوها، رفتن به مهمانی‌ها، قرار گذاشتن، ملاقات با افراد غریبه و ناآشنا و یا تعامل با مراجع قدرت (۳۷). هرچند هدف اصلی درمان شناختی رفتاری آرام‌سازی نیست، اما مشاهده غیر قضاوتی رویدادهای منفی درونی یا برانگیختگی فیزیولوژیکی باعث بروز این حالات خواهد شد. همچنین، بروکویچ^۱ و همکاران (۲۰۰۴)، ابراز می‌دارد که این درمان با تمرکز بر فرایند ذاتی یک حالت و لذتی که پسایند 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 (۳۸). دیویدسون^۲ 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 با کار می‌برد تا دیدگاه فرد در مورد مفید بودن شیوه‌های مقابله و مواجهه با افکار و خلقشان تغییر دهند و او را به سمت تجربه اصلاحی افکار و

² -Davidson

¹ -Borkovec

توجه متمرکز بر خود باید جزء اساسی درمان اختلال اضطراب فراگیر قرار گیرد. درمان شناختی- رفتاری از میزان سوگیری تعبیر منفی در بیماران اختلال اضطراب فراگیر می-کاهد. کاهش سوگیری تعبیر منفی به دنبال درمان شناختی- رفتاری که یکی از یافته‌های این پژوهش است، می‌تواند بیانگر اهمیت دستکاری این بخش شناختی در درمان اختلال اضطراب فراگیر باشد. هرچند این کار در جریان درمان شناختی- رفتاری به‌طور غیرمستقیم انجام می‌شود، می‌توان در نشست‌های درمانی آن را به‌طور مستقیم‌تری در نظر داشت. در تبیین فرضیه سوم پژوهش می‌توان گفت توجه متمرکز بر خود به افزایش آگاهی از اطلاعات درونی اثر می‌گذارد، سپس یک باور از تصویر منفی از خود ایجاد شده و موجب بازنمایی دقیق از خود می‌شود (۴۰). توجه متمرکز بر خود به عنوان هدایت توجه نسبت به محرک‌های داخلی مانند انگیزتگی فیزیولوژیکی، رفتار، احساسات یا ظاهر خود در یک رویداد اجتماعی تعریف شده است. این امر نه تنها موجب تشدید اضطراب می‌شود بلکه منجر به سوگیری منفی در عملکرد اجتماعی فرد، هم در موقعیت اجتماعی و هم بعد از آن می‌شود. مطالعات متعددی بر مفهوم توجه متمرکز بر خود در هنگام رویارویی با موقعیت‌های اضطراب‌زا در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر تأکید کرده‌اند (۴۳). از آنجا که تمرکز بر خود، توجه را از محیط اطراف برداشته و بر خود معطوف می‌کند، در صورتی که محتوای افکار فرد منفی باشند، چنین سبک توجهی منجر به ایجاد هیجان منفی می‌شود و در توانایی فرد جهت حل مسئله به صورت کارآمد تداخل ایجاد می‌کند. این گونه سبک توجه ظرفیت شناختی آن‌ها را اشغال می‌کند، لذا آن‌ها نمی‌توانند توجه خود را از محرک‌های تهدید اجتماعی منحرف و بر کار در دست انجام به صورت متناسبی متمرکز نمایند و این گونه است که توجه متمرکز بر خود در نهایت منجر به نقص عملکرد و افت کارکرد شناختی بیمار می‌شود. بنابراین می‌توان در مواردی که نقص عملکرد اجتماعی و شناختی خفیف تر است، از درمان شناختی رفتاری جهت کاهش علائم هراس اجتماعی

به ویژه توجه متمرکز بر خود استفاده کرد. در واقع همان طور که درمان شناختی بر توجه متمرکز بر خود و رفتارهای ایمنی اثر می‌گذارند، اصل جایگزینی رفتارهای خود حمایتگرانه با رفتارهای خودافشگرانه و رفتارهای حاکی از تمایل به برقراری تماس در درمان شناختی رفتاری بر توجه متمرکز بر خود و رفتارهای ایمنی تأثیر گذار می‌باشد (۳۷). با توجه به نتایج خاص از فرضیه های پژوهش پیشنهادات زیر ارائه می‌گردد: ۱) با توجه به نتایج حاصل از فرضیه اول با توجه به اینکه شیوع و هزینه های اختلال های اضطرابی بالاست، اما از جمله اختلال های روانی ای هستند که با کاربرد درمان شناختی رفتاری برای درمان جویان خصوصا آنبایی که ترش از ارزیابی منفی دارند به طور موفقیت آمیزی قابل درمان است، بنابراین پیشنهاد می‌گردد درمان شناختی درمانی بر روی این گروه افراد انجام شود. ۲) با توجه به نتایج حاصل از فرضیه دوم پیشنهاد می‌شود اثر درمان شناختی- رفتاری گروهی و مواجهه درمانی در کاهش سوگیری تعبیر در اختلال اضطراب فراگیر، بررسی و با هم مقایسه شوند. ۳) با توجه به نتایج حاصل از فرضیه سوم به نظر می‌رسد در درمان شناختی رفتاری، بازسازی شناختی برای به چالش کشیدن و جایگزین کردن سوگیری های منفی در پردازش اطلاعات، خودسنجی های 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. پیشنهاد می‌شود شرایطی فراهم شود تا این پدیده، از پردازش عینی اطلاعات در موقعیت های اجتماعی جلوگیری به عمل آورده و باعث شود که افراد به عیب گیری و انتقاد از خودشان پردازند که نتیجه آن عملکرد نامناسب است و این فرایند متمرکز بر خود، به عنوان یک موضوع اجتماعی، منجر به رفتارهای ایمنی بخش، تحریف های شناختی، نشانه های فیزیولوژیکی در این اختلال شود.

تشکر و قدردانی

تشکر و قدردانی را داریم. در این پژوهش هیچگونه تعارض منافع میان نویسندگان وجود ندارد.

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را راهنمایی کردند و همچنین از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش که در فرآیند نمونه‌گیری و تکمیل پرسشنامه‌ها ما را یاری نمودند، کمال

References

1. American Psychiatric Association. DSM-5-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (First Edition). 2022, Translated by Mehdi Ganji. (2022). Tehran: Savalan Publishing.
2. Patterson TJ, Spritch S, Wilhelm S New Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) Strategy (First Edition). 2016, Translated by Simin Jafari, Roghayeh Kiani, Amin Rafeipour. (2020). Tehran: New Generation of Thought.
3. Ganji M. Psychopathology based on DSM-5 (ninth edition). 2021. Tehran: Savalan Publishing.
4. Saduk JB, Saduk VA, Ruiz P. Summary of Kaplan and Zadok Psychiatry (First Edition). 2015. Translated by Farzin Rezaei. (2015). Tehran: Arjmand Publications, Volume One.
5. Clark D, Beck A. Worry and Anxiety Workbook (Third Edition). 2012. Translated by Farzin Rezaei. (2019). Tehran: Arjmand Book.
6. Puklek M. Development of the two forms of social anxiety in adolescence. *Horizon of psychology* 2008; 13(3), 27-40.
7. Button K, Kounali D. Fear of Negative Evaluation Biases Social Evaluation Inference: Evidence from a Probabilistic Learning Task. *PLoS One*. 2015; 10(4): PMC4390305.
8. Masoumi N. Comparison of fear of negative evaluation, fear of body image and eating styles in overweight and normal women. Master Thesis. Islamic Azad University, Shahroud Branch. 2017.
9. Beadel J. R, Smyth FL, Teachman BA. Change processes during cognitive bias modification for obsessive compulsive beliefs. *Journal of Cognitive Therapy Research*, 2014; 38:103-119.
10. Butler G, Mathews A. Cognitive processes in anxiety. *Journal Advances in Behavior Research and Therapy*, 1983; 5(2): 51-62.
11. Burack JA, Enns JT, Fox, NA. Cognitive neuroscience, development, and psychology: Typical and atypical developmental trajectories of attention. New York: Oxford University Press. 2012.
12. Woody SR. Effects of focus of attention on anxiety levels and social performance of individuals with social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 1996; 105, 61-69.
13. Pineles S, & Mineka S. Attentional biases to internal and external sources of potential threat in social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 2005; 114, 314-318.
14. Hofmann SG, Barlow, DH. Social phobia (social anxiety disorder). In D. H. Barlow (Ed). *Anxiety and Its Disorder: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (2nd. Ed., pp. 454-477). New York: The Guilford Press. 2002.
15. Halgin RP, Whitburn SC. Psychopathology DSM-5 (Eighteenth Edition). 2014. Translated by Yahya Seyed Mohammadi. (2016). Tehran; Psychic Publishing, Volume One.
16. GhamkharFard Z, Bakhtiari, M, HajiHeidari Z, Puravari M, Tahmassian K. Evaluation of the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on anxiety and fatigue in girls with generalized anxiety disorder. *Knowledge and Research in Applied Psychology of the Twentieth Year*, No.2019; 3, (77), 132-122.
17. Beheshtian E, TozandeJohnny H, Saffarian Tusi, M. Comparison of the effectiveness of unit cognitive-behavioral therapy and behavioral activation on fear of negative evaluation in patients with generalized anxiety disorder, *Journal of Applied Psychological Research*, 2019, 10(4), 106.
18. Butler, R. Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: Predictors of Treatment Outcome in a Quasi-Naturalistic Setting, *Behavior Therapy*, 2021; 52(2), 465-477.
19. Daitch C. Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness, and Hypnosis as Treatment Methods for Generalized Anxiety Disorder, *Original Articles*, 2018; 17(1), 57-1069.
20. Spitzer RL, Kroenke K, Williams, JB, Löwe B. A brief measure for assessing, 2006.
21. Mohammadpanah Ardakan A, Shams Esfandabad S. The role of pervasive anxiety, cognitive bias and resilience in predicting depression in infertile people. *Dawn of Health*. 2020; 19 (3): 32-42.
22. Nainian MR, Sha'iri MR, Sharifi M, Hadian M. Assessing the reliability and validity of the short scale of pervasive anxiety disorder. *Clinical Psychology and Personality (Behavior Scholar)*: 2011, 50-41.
23. Watson D, Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1969; 2(3), 448-457.
24. Sohrabi Z. The effectiveness of self-encouragement and mindfulness training on their thoughts, fear of negative evaluation and cognitive slippage of female students. Master Thesis of Allameh Tabatabai University. 2018.
25. Amir N, Foa E.B, Coles ME. Negative interpretation bias in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 1998; 36, 945-957.
26. Khayer M, Ostvar S, Latifian M, Taqawi MR, Samani, S. The mediating effect of self-focused attention and social self-efficacy on the relationship between social anxiety and arbitrary biases. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008; Year 14(1).
27. Gholami Hyderabad Z, Ebrahimipour S. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy techniques on fear of negative evaluation and self-esteem in 11 to 12 year old students in Tehran. *Applied Research in Counseling*, 2018; 1(2), 18-17.

28. Hashemi Nosratabad T, Mahmoud Alilou M, Gholizadeh, A. The effectiveness of Hoffman's cognitive-behavioral therapy on reducing fear of negative evaluation and self-focused attention in social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 2017; 9 (33), 108.
29. Dadashzadeh H, Yazdandoost R, Gharaei B, Asgharnejad F. The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy and exposure therapy on the rate of interpretation bias and fear of negative evaluation in social anxiety disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 2012; 18(1), 48.
30. Cho Ch, Self-Focused Attention and Social Anxiety : The Role of fear of negative evaluation and Interdependent self-construction, *Psychological Science*, 2018; 5(1), 1261-1267.
31. Kodal A. Long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders, *Journal of Anxiety Disorders*, 2018; 1(53). 58-67.
32. Arouti Aziz M, Mehri Nejad, SA, Hashemian K, Peyvastegar, M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on my strength and anxiety in people with generalized anxiety disorder. *Psychological Studies*, 2020; 16(3), 51-50.
33. Shahriari H, Zare H, Ali Akbari Dehkordi M, Sarami Foroushani, Gh. The effectiveness of cognitive-behavioral interventions in the treatment of generalized anxiety disorder; A review study with a meta-analysis approach. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 2018; 1(17), 473.
34. Carl J. Efficacy of digital cognitive behavioral therapy for moderate-to-severe symptoms of generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. First published, 2020; 29(1), 14-28.
35. Dehshiri Gh, The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on anxiety and worry in people with generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 2012; 4(2), 25.
36. Stefan S, Cristea L, Tatar A, David D. Cognitive-behavioral therapy (CBT) for generalized anxiety disorder: Contrasting various (CBT) approaches in a randomized clinical trial. *INTERVENTION RESEARCH*, 2019; 20(1), 1-10.
37. Hofart SR, Chambless DL, Glass CR. Self-focused attention in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*. 2008; 35(2): 117-29.
38. Borkovec TD., Alcaine O, & Behar, EW. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*, 2004; 20-04.
39. Davidson JR, Foa EB, Huppert, JD, Keefe, FJ, Franklin ME, Compton, JS, Gadde KM. Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*. 2004; 61(10), 1005-13
40. Clark D, Wells A. A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg & M. R. Liebowitz, *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (69-93). New York: Guilford. 1995.
41. Hirsch CR, Clark DM. Information-processing bias in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 2004; 24, 799-825.
42. Herbert JD, Foa EB, Franklin ME, Perry, KJ. Cognitive biases in generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 2003; 105, 433-439.
43. Spurr, JM, Stopa L. Self-focused attention in social phobia and social anxiety. *Clinical Psychology Review*, 2002; 22, 947-975.

*Original Article***The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on fear of negative evaluation, interpretation bias and self-focused attention in women with generalized anxiety disorder**

Received: 03/07/2022 - Accepted: 01/09/2022

Mahsa Mohebi Arya¹
Seyed Ali Aleyasin^{2*}¹*Master of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran.*²*Ph.D. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran*

Email:

aleyasin_psychology@yahoo.com

Abstract**Introduction**

The aim of this study was the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on fear of negative evaluation, interpretation bias and self-focused attention in women with generalized anxiety disorder.

Material and Method

The research method was quasi-experimental with pre-test-post-test design and quarterly follow-up with the control group. The statistical population included women who referred to counseling centers in Qom in 1400. Based on a diagnostic interview and a 7-item scale scale of general anxiety, 24 women were selected by convenience sampling method and randomly divided into two groups of 12 experiments. And controls were divided. The experimental group underwent 9 sessions of 90-60 minutes of cognitive-behavioral therapy based on group protocol (Wildermott, 2008) and the control group did not receive any intervention. Research tools include: Fear of Negative Evaluation Questionnaires (Watson and Friend; 1969), Interpretation Bias of Amir et al. (1998) and Woody, Chambels, & Glass (1997). Data were analyzed using SPSS statistical software and descriptive and inferential tests including multivariate and univariate analysis of covariance.

Results

The findings showed that cognitive-behavioral therapy could reduce the symptoms of generalized anxiety compared to the control group.

Conclusion

Conclusion, cognitive-behavioral therapy can be considered as an effective intervention for women with generalized anxiety disorder.

Key words

Cognitive-behavioral therapy, generalized anxiety disorder, fear of negative evaluation, interpretation bias, self-focused attention.

Acknowledgement: There is no conflict of interest