

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر پردازش‌های هیجانی در دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۲۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۰۶

خلاصه

مقدمه

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر پردازش‌های هیجانی در دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی دانشجویان ۱۸ تا ۲۶ ساله مقطع کارشناسی دانشگاه گیلان (۱۱۲۷۱ نفر) در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بودند. در این مرحله پرسشنامه هراس اجتماعی کاتور و همکاران (۲۰۰۰) بر روی تمامی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه گیلان که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند اجرا شد. جلسات درمان شناختی-رفتاری برای اختلال اضطراب اجتماعی هافمن (۲۰۰۷) در ۱۰ جلسه گروهی ۲ ساعته اجرا شد اما گروه گواه در لیست انتظار باقی ماند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

نتایج

نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر بهبود سرکوبی ($F=10/80, P=0/003$)، تجربه هیجانی ناخوشایند ($F=12/86, P<0/001$)، نشانه‌های هیجانی پردازش ($F=16/95, P<0/001$)، اجتناب ($F=19/65, P<0/001$) و کنترل هیجانی ($F=21/23, P<0/001$) آزمودنی‌های گروه آزمایش مؤثر بود.

نتیجه‌گیری

می‌توان نتیجه گرفت درمان شناختی-رفتاری بر پردازش‌های هیجانی در دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی می‌تواند مؤثر واقع شود.

کلمات کلیدی

درمان شناختی-رفتاری، پردازش هیجانی، اضطراب اجتماعی، دانشجویان

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

غلامرضا دریای لعل^۱

بهمن اکبری^{۲*}

^۱دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه

آزاد اسلامی، رشت، ایران.

^۲استاد، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی،

رشت، ایران. (نویسنده مسئول)

Email: akbari@iaurasht.ac.ir

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ یا هراس اجتماعی^۲ به عنوان یک اختلال از طبقه اختلالات اضطرابی بعد از اختلال اضطراب فراگیر^۳ دومین اختلال اضطرابی شایع (هالچین و ویتبورن، ۲۰۱۴) و سومین اختلال شایع روان پزشکی بعد از افسردگی است (بوگل و همکاران، ۲۰۱۰). تقریباً ۲۱ درصد دانشجویان از اضطراب رنج می برند (قاسم نژاد و همکاران، ۱۳۹۰). تخمین زده می شود که ۴۰ درصد از دانشجویان درجاتی از اضطراب اجتماعی را تجربه می کنند که در این میان تقریباً ۱۰ درصد از این افراد از اختلال اضطراب اجتماعی رنج می برند (علیلو و همکاران، ۱۳۹۰). افراد مبتلا به این اختلال از هر گونه موقعیت اجتماعی که فکر می کنند ممکن است رفتار خجالت آوری داشته باشند و یا هر گونه وضعیتی که فکر می کنند در آن مورد ارزیابی منفی دیگران قرار می گیرند می ترسند و سعی می کنند از آن اجتناب کنند (گنجی، ۱۳۹۵). آنها به طور معمول از موقعیت های ترس آور پرهیز می کنند و به ندرت خود را مجبور به تحمل موقعیت اجتماعی یا عملکردی می نمایند و چنانچه با این موقعیت ها روبه رو شوند دچار اضطراب شدیدی خواهند شد (رینگولد و همکاران، ۲۰۰۳). برای تبیین آسیب شناسی اختلالات هیجانی برخی از الگوهای آسیب شناختی بر پردازش شناختی اطلاعات هیجانی متمرکز شده اند (فتی و همکاران، ۱۳۸۴). عوامل شناختی در نامناسب یا مبالغه آمیز بودن هیجانها دخالت دارند و این ادراکات نادرست و غیر دقیق در خصوص وجود خطر، مسئول فعال شدن، کنترل و تداوم واکنش های هیجانی و رفتاری توأم با اختلال های اضطرابی هستند (همبرگ، تارک و منین، ۲۰۰۴).

می توان گفت که در سالهای اخیر رویکرد شناختی به اختلال های روانی بیشتر بر پردازش اطلاعات یعنی شیوه ای

که افراد محرک های برخاسته از محیط را درک می کنند تمرکز یافته است (موسی^۴ و لیبین^۵، ۲۰۰۰). در همین راستا می توان گفت که پژوهشگران سوگیرهای شناختی مختلفی را در افراد مضطرب شناسایی کرده اند، که یکی از آنها سوگیری تعبیر است. امیر^۶ و همکاران (۱۹۸۸)، سوگیری تعبیر را عبارت از فرآیند معنی گذاری، تفسیر، و تبیین رویدادها و محرک های مبهم به صورت جهت دار می دانند. تعبیر مرحله ای از پردازش اطلاعات است که براساس آن اطلاعات خاصی مورد ارزیابی قرار می گیرد. در مورد افراد مضطرب سوگیری تعبیر و تفسیرهای مرتبط با تهدید برجسته بوده و بیشترین منابع پردازشی را مورد استفاده قرار می دهند (باراک، اننس، و فاکس^۷، ۲۰۱۴). توجه انتخابی به تهدیدها، اضطراب را شدید تر می کند و قضاوت در باره رویدادهای اجتماعی را به انحراف می کشاند (تیلور و همکاران، ۲۰۱۰). افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در پردازش و تفسیر اطلاعات سوگیری داشته و در خصوص وقایع اجتماعی که در آینده اتفاق می افتند دست به پیش بینی های منفی و افراطی می زنند (نبوی، میشل و نات^۸، ۲۰۱۵). سوگیری ها با شناخت های نا کار آمد مختلفی همراه هستند که به سهم خود پاسخهای رفتاری و هیجانی بد کار کرد را فعال کرده، و به واسطه تقویت میان شناخت، هیجان و رفتار، مارپیچ رو به پایین آسیب شناسی روانی در افراد آسیب پذیر فعال تر می شود که منجر به نشانه های اختلال می گردد (وود و بکر^۹، ۲۰۱۴). در مبتلایان به اضطراب اجتماعی این سوگیری ها، با ایجاد آسیب در روابط دوستانه و شایستگی اجتماعی این افراد منجر به کاهش بهره وری و کیفیت زندگی آنان می گردد (نظر زاده، معینی، ۲۰۱۵). مدل پردازش اطلاعات بر این نکته تاکید می کند که به دنبال آشفتگی های روانشناختی، تفکر فرد، انعطاف ناپذیر و

6 Amir

7 Burack, Enns, Fox

8 Taylor

9 Nabavi, Mitchell, Nutt

1 Woud, Becker

1 Social Anxiety disorder

2 Social phobia

3 Generalized Anxiety disorder

4 musa

5 Lepine

در بروز اضطراب اجتماعی در چارچوب الگوهای شناختی (همبرگ^۷، بروزویچ^۸ و رایبی^۹، ۲۰۱۰) نشان می‌دهد که این افراد قبل، در خلال و بعد از مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی واکنش‌های مبالغه آمیز نشان می‌دهند و بیشتر از راهبرد‌های ناسازگارانه تنظیم هیجان همچون سرکوب عواطف، نشخوارگری، اجتناب تجربی و پردازش پس رویدادی- نشخوارگری استفاده می‌کنند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر پردازش‌های هیجانی در دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی دانشجویان ۲۶ تا ۱۸ ساله شاغل به تحصیل مقطع کارشناسی دانشگاه گیلان (۱۱۲۷۱ نفر) در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بودند. در این مرحله پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) کانور و همکاران (۲۰۰۰) بر روی تمامی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه گیلان که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند اجرا شد (بدین ترتیب که در ابتدا فهرستی از دانشکده‌های دانشگاه گیلان تهیه شد و بعد از ایجاد هماهنگی‌های لازم با معاونت دانشجویی دانشگاه و دریافت مجوز و معرفی نامه جهت انجام پروژه تحقیقی به واحدهای آموزشی دانشکده‌های علوم انسانی، علوم پایه، فنی مهندسی، هنر و معماری و کشاورزی معرفی و با همکاری مسئولین آموزشی دانشکده‌ها کلاس-هایی به صورت تصادفی انتخاب شد). سپس مجریان اجرای طرح با مراجعه به کلاس‌های انتخاب شده، با بیان اهداف پژوهش و توجیه دانشجویان از آنها خواستند که در صورت تمایل در این تحقیق شرکت نمایند و در نهایت افرادی که رضایت خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کرده بودند

دچار تحریف می‌شود و قضاوت‌های او افراطی و مطلق گونه می‌گردند و باورهای بنیادین او در مورد خود، دیگران و جهان پیرامون غیر قابل تغییر می‌شوند (ویشار^۱، ۱۹۹۶). این نظریه‌ها چنین مطرح می‌کنند که سوگیرهای پردازش اطلاعات نقش تعیین‌کننده در تداوم و احتمالاً پدید آیی اختلال‌های خلقی و اضطرابی دارند (عبدی و همکاران، ۱۳۸۶). در اغلب نظریه‌های شناختی بر اهمیت نقش سوگیری در فرایند پردازش اطلاعات تأکید می‌شود. به عبارتی ساختار شناختی فرد نقش اصلی را در غربال کردن، رمزگردانی، سازماندهی و بازخوانی اطلاعات دارد و زمانیکه این نظام شناختی با یک موقعیت یا محرک مواجه می‌شود، پردازش خودکار اطلاعات برای انتخاب، تفسیر، و ارزیابی محرک به کار می‌افتد. این فرایندهای پردازشی خودکار نوعی ذهن نا آگاهی^۲ است که وقتی افراد دچار آن می‌شوند، کمترین تلاش برای پردازش اطلاعات رخ می‌دهد، در این حالت اطلاعات به گونه‌ای از پیش تعیین شده و انعطاف ناپذیر، پردازش می‌شود (دمیک^۳، ۲۰۰۰؛ به نقل از حمید پور، ۱۳۸۸) نمونه بارز چنین شیوه انعطاف ناپذیری از پردازش اطلاعات در افسردگی و اضطراب دیده می‌شود که در آنها سیستم پردازش به شیوه‌ای نسبتاً کلیشه‌ای حق تقدم را به برخی پردازش‌ها داده و از برخی پردازش‌های دیگر جلوگیری می‌کند (کانستنز^۴، ۲۰۰۱؛ به نقل از نصرتی، خسروی، درویره، ۱۳۸۸). بنابراین می‌توان گفت که بخش عمده‌ای از نظریه‌ها و الگوهای آسیب شناختی برای تبیین اختلال‌های اضطرابی بر پایه پردازش شناختی اطلاعات متمرکز شده است (راچمن و هدگسون^۵، ۱۹۸۰) و فرض اصلی مدل‌های شناختی بر این پایه استوار است که افراد دارای اضطراب اجتماعی در پردازش شناختی سوگیری دارند (ماین، بونانو^۶، ۲۰۰۱). برخی از نظریه‌ها و الگوها نیز بر نقش پردازش هیجانی افراد تأکید می‌کنند. بعنوان مثال مطالعه نقش هیجان

6 Mayen , Bonano

7 Heimberg

8 Brozonvich

9 Rapee

1 Weishaar

2 Mindlessness

3 Demic

4 Constans

5 Rachman , Hodgson

پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند (هر گروه ۱۰ نفر).

ملاک های به پژوهش شامل رضایت داوطلبانه و آگاهانه از شرکت در پژوهش، اشتغال به تحصیل در مقطع کارشناسی در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷، محدوده سنی ۲۶ تا ۱۸ سال، دارا بودن علائم اختلال اضطراب اجتماعی (با استفاده از پرسشنامه *SPIN* با نمره برش ۴۰) و مصاحبه بالینی کوتاه (*MINI*) مصاحبه ساختار یافته برای اختلال روانپزشکی محور ۱ بر مبنای طبقه بندی *DSM* و *ICD*، عدم ابتلا به سایر اختلالات روانی بر اساس مصاحبه ساختار یافته *MINI* و بررسی نتیجه کارنامه سلامت روانی دانشجویان (*GHQ*) و عدم ابتلا به بیماری های جسمانی مزمن و ناتوان کننده براساس استعلام از مرکز درمان دانشگاه بود. ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل عدم رضایت آزمودنی برای شرکت در ادامه پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی-درمانی، ابتلا به سایر اختلالات محور *I*، دریافت تشخیصی برای اختلالات محور *II*، استفاده از الکل، مواد و داروهای روان گردان، ابتلا به بیمارهای جسمانی ناتوان کننده، دریافت درمان های دارویی و روان درمانی در گذشته، دریافت درمان های دارویی و روان درمانی به طور همزمان با مطالعه حاضر و افکار و اقدام به خودکشی بود.

پرسشنامه هراس اجتماعی (*SPIN*): این مقیاس توسط کانور و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه گردید. این پرسشنامه یک مقیاس خود سنجی ۱۷ ماده ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده)، و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) است. پرسشنامه هراس اجتماعی براساس مقیاس لیکرتی ۵ درجه ای نمره گذاری می شود و نمره کلی آن در دامنه ۰ تا ۶۸ قرار دارد. این پرسشنامه می تواند افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی را از افراد غیر مبتلا متمایز کند. کانور و همکاران پایایی به روش بازآزمایی و گروه های دارای تشخیص اضطراب اجتماعی ۰٫۷۸ تا ۰٫۸۹ و ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ در افراد بهنجار برای کل مقیاس ۰٫۹۴

انتخاب شدند. بر این اساس در مرحله شناسایی نمونه های متشکل از ۷۸۹ نفر جمع آوری گردید. و پرسشنامه هراس اجتماعی (*SPIN*) کانور و همکاران (۲۰۰۰) جهت غربالگری اولیه و سرند کردن افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در اختیار ۷۸۹ نفر، ۷ درصد از دانشجویان مقطع لیسانس مشغول به تحصیل دانشگاه گیلان در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ قرار گرفت. در این مرحله از بین ۷۸۹ نفر از دانشجویان سرند شده، ۸۴ نفر که با توجه به نمره برش پرسشنامه هراس اجتماعی نمره لازم برای ورود به مرحله بعد را کسب کردند انتخاب شدند و سپس با این افراد تماس تلفنی برقرار شد. با توجه به عدم تمایل تعدادی از آزمودنی ها به شرکت در پژوهش، با ذکر دلایلی چون عدم آمادگی، بیحوصلگی، بی اعتمادی، و یا نداشتن وقت برای شرکت در مصاحبه و شرکت در دوره های درمانی از یک سو و مقاومت روان-شناختی افراد در مقابل تغییر و درمان از سوی دیگر، از تعداد ۸۴ نفری که نمره لازم را در این مرحله کسب کرده بودند، ۶۳ نفر به مرحله بعد وارد شدند.

قابل توجه است با توجه به اینکه انتخاب و تشخیص آزمودنی های مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس پرسشنامه هراس اجتماعی (*SPIN*) کانور و همکاران (۲۰۰۰) و مصاحبه بالینی *MINI* بر اساس *DSM-5* انجام گرفت. بنابراین، در این مرحله از تحقیق افرادی انتخاب شدند که دارای تشخیص اولیه نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی بودند. نهایتاً از بین ۶۳ نفری که تحت مصاحبه بالینی *MINI* قرار گرفتند ۵۱ نفر (۸۱٪) دارای تشخیص اولیه اضطراب اجتماعی بودند و بقیه افراد علاوه بر اختلال مذکور تشخیص های دیگری هم دریافت کردند که عبارت بودند از ۳ نفر (۴/۸٪) تمایل به خودکشی، ۴ نفر (۶/۵٪) اختلال وسواس اجباری و ۵ نفر (۸٪) اختلال افسردگی اساسی بنابراین در این افراد اضطراب اجتماعی تشخیص ثانویه بود. از این مرحله ۵۱ نفر با تشخیص اولیه اختلال اضطراب اجتماعی انتخاب و وارد مرحله بعدی تحقیق شدند. در این پژوهش به منظور افزایش اعتبار بیرونی و احتمال افت آزمودنی ۲۰ نفر به عنوان نمونه

۰/۸۲، ۰/۸۵، ۰/۷۴، ۰/۹۲ و ضریب باز آزمایی آن را به ترتیب : ۰/۷۲، ۰/۴۸، ۰/۵۵، ۰/۵۹، ۰/۸۴ و ۰/۷۴ گزارش کردند. همچنین ارتباط بین سرکوبی هیجانی، هیجانات تنظیم نشده، فقر تجربه هیجانی، هیجانات پردازش نشده و اجتناب هیجانی با کل مقیاس به ترتیب : ۰/۷۶، ۰/۷۳، ۰/۸۳، ۰/۸۱ و ۰/۷۳ گزارش شد. در ایران لطفی (۱۳۸۹) برای نسخه ۳۸ سوالی ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ را ۰/۹۵ بدست آورد.

درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود -

موقعیت الگوی هافمن، ۲۰۰۷

درمان در قالب جلسات گروهی دو ساعته، در قالب ۱۰ جلسه گروهی با یک درمانگر (۱۵ نفر در گروه) ارائه می شود. شایان ذکر است که به منظور آرامش مراجعان در امر بازسازی شناختی و تنظیم روند درمان با نیازها و شرایط هر مراجع، برای هر فرد، ۲ جلسه انفرادی یک ساعته نیز اجرا گردید. این درمان بر بازسازی شناختی و مواجهه متمرکز بود. تکالیف شامل مواجهه و بازسازی شناختی است. در جلسات درمانی مباحثه بین اعضا و در میان گذاشتن موانع کار و راه حل های موجود بررسی شد. جلسات درمانی با در نظر گرفتن اهداف درمان و تمرکز بر پروتکل به مراجعان ارائه شد. رئوس کلی و محتوای درمان شناختی - رفتاری مدل هافمن (۲۰۰۷)، برای اختلال اضطراب اجتماعی در جدول ۱ ارائه شده است.

و برای مقیاس های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و برای مقیاس فرعی ناراحتی فیزیولوژیک، ۰/۸۰ گزارش کرده اند. عبدی (۲۰۰۳) همسانی درونی کل مقیاس را به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ و پایایی به روش باز آزمایی را ۰/۸۳ گزارش کرده است. در پژوهش حسونند عموزاده و همکاران (۱۳۸۹)، آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ و ضریب باز آزمایی آن ۰/۶۸ و روایی خرده مقیاس های آن با خرده مقیاس های هراس اجتماعی *SCL-90-R*^۱ (دراگوتیس، ۱۹۹۳) بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ می باشد.

مقیاس پردازش هیجانی: مقیاس پردازش هیجانی توسط باکر و همکاران (۲۰۱۰) طراحی شده است. این مقیاس، برگرفته از مقیاس پردازش هیجانی باکر و همکاران (۲۰۰۷) و در واقع نسخه تجدید نظر شده و کوتاه آن می باشد. این مقیاس خود گزارشی شامل ۲۵ ماده می باشد که برای اندازه گیری سبک های پردازش هیجانی استفاده می شود و ۵ مولفه سرکوبی هیجانی، هیجانات تنظیم نشده، فقر تجربه هیجانی، هیجانات پردازش نشده و اجتناب هیجانی را می سنجد. مقیاس پردازش هیجانی به صورت مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) پاسخ داده می - شود. باکر و همکاران (۲۰۱۰) ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ در مولفه های سرکوبی هیجانی، هیجانات تنظیم نشده، فقر تجربه هیجانی، هیجانات پردازش نشده، اجتناب هیجانی و کل مقیاس را به ترتیب: ۰/۷۶، ۰/۸۴،

جدول ۱. محتوای جلسات درمانی شناختی-رفتاری

جلسات	محتوا
اول	آشنایی اعضای گروه، آموزش روانی مراجعین (آموزش اصول درمان شناختی - رفتاری و ارائه منطق درمان، آموزش شناخت علائم اختلال اضطراب اجتماعی، معرفی و بحث درباره مدل شناختی-رفتاری اضطراب اجتماعی، جلب مشارکت مراجعین برای شرکت در جلسات درمانی و انجام تکالیف بین جلسه ای

¹ Symptom's checklist - 90 revised

دوم	مرور فرم مدل شناختی - رفتاری اختلال اضطراب اجتماعی، آگاهی بخشی در مورد اضطراب و نقش اجتناب در تداوم اضطراب اجتماعی، آگاهی بخشی در مورد اهمیت مواجهه و ماهیت موقعیت های مواجهه، تکلیف خانگی: ثبت روزانه موقعیت های اضطراب آور
سوم	آموزش روانی: تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب، ارائه تکلیف: ثبت روزانه موقعیت های اجتناب، مواجهه آینده ای و وارد شدن به موقعیت ها براساس سلسله مراتب ترس و اجتناب
چهارم	آشنایی با افکار خود آیند منفی و باورهای ناکارآمد، آموزش مهارت شناسایی و طبقه بندی افکار خود آیند منفی و چالش با افکار، ارائه تکلیف: تکمیل فرم چالش با افکار خود آیند
پنجم	آشنایی با تکنیک بازخورد تصویری
ششم	انجام مواجهه بازخورد تصویری در جلسه (از مراجعین خواسته می شود تا در مقابل دوربین درباره آنچه در جلسات قبلی آموخته اند صحبت کنند و سپس فیلم ضبط شده برای افراد حاضر در جلسه پخش می شود)، ارائه تکلیف: ارائه درخواست از مراجعین که روزانه به مدت چند دقیقه جلوی آینه بایستد و درباره موضوعی صحبت کرده و یا ویژگی های خود را توصیف نمایند.
هفتم	آماده سازی برای انجام مواجهه در محیط طبیعی خارج از جلسه درمانی، طراحی موقعیت مواجهه ای مناسب براساس سلسله مراتب هراس و اجتناب، ارائه تکلیف: از مراجعین درخواست می شود که براساس سلسله مراتب اضطرابی خود موقعیت های مواجهه ای برای خود به وجود آورده و میزان اضطرابشان را قبل و بعد از انجام مواجهه یادداشت نمایند.
هشتم	طراحی مواجهه های بدیوارانه و بحث های گروهی درباره این مواجهه ها در درون جلسه، ارائه تکلیف: از مراجعین خواسته می شود تا چند موقعیت مواجهه ای بدیوارانه را برای خود طراحی و اجرا کنند.
نهم	آموزش مهارت ابراز وجود، آشنایی با انواع مهارت جرأت‌مندی، ارائه تکلیف: از مراجعین خواسته می شود تا موقعیت هایی را که مستلزم ابراز وجود است و قبلاً از آن اجتناب می کرده اند را شناسایی و با به کارگیری مهارت ابراز وجود با آن مواجهه شوند.
دهم	پیشگیری از عود، شناسایی عوامل تداوم بخش اضطراب اجتماعی برای پیشگیری از عود در زندگی روزمره، آماده کردن آزمودنیها برای رویارویی با بازگشت مجدد اضطراب، مرور کلی جلسات درمانی و خلاصه کردن پیشرفت درمانی و ارائه بازخورد به آزمودنیها

روش کار

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه مندی می توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی

آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده ها شاخص های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

نتایج

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت کنندگان گروه آزمایش ۲۳/۵ (۴/۷) و گروه گواه ۲۴/۹ (۵/۷) بود. همچنین کمینه و بیشینه سن در گروه آزمایش ۱۸ و ۲۵ سال و در گروه گواه، ۱۸ و ۲۶ سال بود.

جدول ۲. آماره های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک نوع آزمون و گروه ها

متغیر	ابعاد	مرحله	گروه آزمایش	گروه گواه
			میانگین	انحراف معیار
پردازش هیجانی	سرکوبی	پیش آزمون	۱۴/۹۶	۴/۳۹
		پس آزمون	۱۰/۵۰	۳/۹۸
			میانگین	انحراف معیار
			۱۲/۶۳	۲/۴۵
			۱۱/۲۶	۳/۱۰

۲/۰۳	۱۱/۲۹	۳/۳۹	۱۰/۷۹	پیگیری	
۳/۲۴	۱۲/۴۶	۴/۱۴	۱۳/۷۱	پیش‌آزمون	تجربه هیجانی ناخوشایند
۳/۱۰	۱۱/۷۳	۳/۴۰	۱۱/۱۳	پس‌آزمون	
۲/۲۹	۱۱/۴۰	۲/۷۵	۱۰/۴۳	پیگیری	
۲/۱۸	۱۳/۱۳	۴/۸۴	۱۵/۷۹	پیش‌آزمون	نشانه‌های هیجانی پردازش
۲/۰۳	۱۲/۹۵	۳/۹۳	۱۲/۷۰	پس‌آزمون	
۱/۸۲	۱۱/۷۸	۳/۲۲	۱۱/۲۵	پیگیری	
۳/۴۶	۱۴/۵۳	۳/۴۱	۱۵/۶۸	پیش‌آزمون	اجتناب
۲/۷۴	۱۴/۴۶	۳/۱۳	۱۲/۱۷	پس‌آزمون	
۲/۷۴	۱۳/۸۶	۲/۸۳	۱۲/۰۶	پیگیری	
۲/۶۶	۱۴/۳۸	۳/۵۶	۱۴/۸۶	پیش‌آزمون	کنترل هیجانی
۲/۵۷	۱۴/۱۶	۲/۸۲	۱۰/۶۶	پس‌آزمون	
۲/۳۳	۱۳/۷۸	۲/۹۲	۱۰/۷۵	پیگیری	

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره پردازش هیجانی در دو گروه آزمایش و گروه گواه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنوف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	آماره	معناداری	درجه آزادی	آماره	معناداری
سرکوبی	آزمایش	۱۵	۰/۸۲۲	۰/۵۱۰	۲۸	۲/۳۹۱	۰/۱۳۳
	گواه	۱۵	۰/۹۳۳	۰/۳۳۴			
تجربه هیجانی ناخوشایند	آزمایش	۱۵	۰/۵۳۲	۰/۹۲۴	۲۸	۱/۷۵۴	۰/۱۹۶
	گواه	۱۵	۰/۷۴۸	۰/۵۱۶			
نشانه‌های هیجانی پردازش	آزمایش	۱۵	۱/۴۱	۰/۲۲	۲۸	۱/۵۰	۰/۲۴۵
	گواه	۱۵	۰/۷۸	۰/۸۵			
اجتناب	آزمایش	۱۵	۱/۰۷	۰/۱۲۹	۲۸	۰/۸۴۲	۰/۳۶۷
	گواه	۱۵	۰/۷۴۵	۰/۶۵۱			
کنترل هیجانی	آزمایش	۱۵	۰/۸۱	۰/۵۱	۲۸	۲/۳۳	۰/۱۸
	گواه	۱۵	۰/۹۷	۰/۱۶			

از متغیرهای پردازش هیجانی تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیر پردازش هیجانی نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری پردازش هیجانی در گروه های آزمایش و گواه

مقدار ایا	معداری	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	منبع اثر	مقیاس
۰/۸۶	۰/۰۰۰۱	۱۷۵/۶۱	۸۵/۳۰	۲	۱۷۰/۶۰	زمان*گروه	سرکوبی
۰/۸۱	۰/۰۰۰۱	۱۲۰/۳۰	۱۱۶/۸۶	۱	۱۱۶/۸۶	گروه	
۰/۳۱	۰/۰۰۱	۱۳/۵۳	۱۰۵/۸۰	۲	۲۱۱/۶۰	زمان*گروه	تجربه هیجانی
۰/۸۵	۰/۰۰۰۱	۱۶۴/۷۸	۸۷/۶۲	۱	۸۷/۶۲	گروه	ناخوشایند
۰/۷۱	۰/۰۰۰۱	۷۰/۵۰	۱۸,۷۴	۲	۳۷/۴۸	زمان*گروه	نشانه های هیجانی
۰/۶۳	۰/۰۰۱	۶۵/۲۵	۱۱۳/۶۱	۱	۱۱۳/۶۱	گروه	پردازش
۰/۷۳	۰/۰۰۰۱	۷۹/۱۶	۱۱۵/۲۳	۲	۲۳۰/۴۶	زمان*گروه	اجتناب
۰/۶۴	۰/۰۰۰۱	۵۱/۵۳	۱۵۰/۰۲	۱	۱۵۰/۰۲	گروه	
۰/۶۹	۰/۰۰۱	۷۵/۸۶	۲۰۹/۰۸۵	۲	۴۱۸/۱۷	زمان*گروه	کنترل هیجانی
۰/۸۶	۰/۰۰۰۱	۱۷۵/۶۱	۱۷۰/۶۰	۱	۱۷۰/۶۰	گروه	

یک تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای گروه آزمایش در سه مرحله مداخله درمانی صورت گرفت که نسبت F مشاهده شده در بهبود پردازش هیجانی ($p < ۰/۰۱$) بود.

نتایج از جدول ۴ نشان داد نسبت F به دست آمده در عامل گروه ها در ابعاد پردازش هیجانی ($p < ۰/۰۱$) معنادار است. این یافته بیانگر این است که درمان شناختی-رفتاری موجب بهبود پردازش هیجانی در دانشجویان شد. در این خصوص،

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی درون گروهی درمان شناختی-رفتاری در ابعاد پردازش هیجانی در گروه آزمایش

متغیر	زمان	اختلاف میانگین	خطای معیار	Sig
سرکوبی	پیش	۱/۹۶	۱/۲۵	۰/۰۰۲
	پس	-۲/۸۶	۱/۲۵	۰/۰۱۲
تجربه هیجانی ناخوشایند	پس	-۴/۹۲	۱/۲۲	۰/۰۶۱
	پیش	۱/۹۶	۱/۲۵	۰/۰۰۲
نشانه های هیجانی پردازش	پس	-۰/۹۰	۱/۳۱	۰/۰۲۹
	پس	-۲/۹۶	۱/۲۹	۰/۰۲۹
اجتناب	پس	۲/۸۶	۱/۲۵	۰/۰۲۱
	پس	۰/۹۰	۱/۳۱	۰/۴۹
کنترل هیجانی	پس	-۲/۰۶	۱/۳۳	۰/۱۳
	پس	-۱/۷۲	۱/۱۵	۰/۰۰۴
	پس	-۲/۳۰	۱/۱۵	۰/۰۵
	پس	-۳/۸۸	۱/۱۲	۰/۱۳۱
	پس	۱/۷۲	۱/۱۵	۰/۰۰۱
	پس	-۰/۵۷	۱/۲۱	۰/۰۱۳
	پس	-۲/۱۵	۱/۱۹	۰/۰۸۱

تغییرات گروه آزمایش در طی زمان در جدول ۵ نشان داد ابعاد پردازش هیجانی در گروه درمان شناختی-رفتاری در پس آزمون نسبت به پیش آزمون معنی دار بود ($P < 0/001$). همچنین در مرحله پیگیری نسبت به پیش آزمون اختلاف معنی داری مشاهده شد ($P < 0/001$). ولی در پیگیری نسبت به پس آزمون تفاوت معنی دار مشاهده نشد ($p < 0/01$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر پردازش‌های هیجانی در دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. روش درمانی شناختی-رفتاری فقط بر سبک‌های پردازش هیجانی کل و مولفه سرکوب معنی دار است. پژوهش جوادی، فتحی و محمدی (۱۳۹۳)، نوروزی و همکاران (۱۳۹۵)، پورفرج عمران (۱۳۹۰)، یابنده، بقولی، سروقد و کوروش نیا (۱۳۹۸)، ایری و همکاران (۲۰۱۹)، یادگاری، هاشمیان، ابوالمعالی (۲۰۱۴)، آنون زیاتا، گرین و مارکس (۲۰۱۶) و هزاوه ای و رباط میلی (۲۰۲۰) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که در درمان شناختی-رفتاری بازسازی شناختی مطرح می‌شود. هدف بازسازی شناختی برخورد مستقیم با ارزیابی‌ها، به منظور اصلاح سیستم‌های باور عمیق تر و نیمه هشیار است و فرض بر این است که این باورها نقش مهمی در سبب شناسی و تداوم آسیب پذیری هیجانی ایفا می‌کنند. اما از منظر درمان شناختی-رفتاری، بازسازی شناختی بر محتوای شناخت تمرکز بسیار زیادی دارد و بدن وسیله چرخه نشخوار افکار غیرمنطقی را زنده نگه می‌دارد (طاهری و همکاران، ۲۰۲۰). هیز و همکاران (۱۹۹۹) به منظور حمایت از رویکرد پذیرش محور، از پژوهش‌های مربوط به بازداری فکر مثل پژوهش وگنر (۱۹۹۴) استفاده کردند که نشان داد بازداری هشیار و ناهشیار فکر، ضد مولد بوده و بازگشت بسیاری از افکاری که فرد می‌خواهد از آنها اجتناب کند را تسهیل می‌کند. هدف فرایند پذیرش در درمان شناختی-رفتاری، کاهش نیاز به

بازداری فکر است. ولی درمان شناختی-رفتاری با تاکید بر اصلاح محتوای فکر و برجسب زدن برخی از افکار نادرست و ناکارآمد، میل به بازداری آنها را زیاد می‌کند. از سوی دیگر، چالش با فکر در رفتاردرمانی دیالکتیک به حس کاهش یافته‌ای از کنترل منجر می‌شود، زیرا افکار بازداری شده مرتباً قابل دسترس تر می‌شوند.

با توجه به اینکه تمامی دانشجویان دختر و پسر ۲۶ تا ۱۸ ساله شاغل به تحصیل مقطع کارشناسی نمونه پژوهش از دانشگاه گیلان انتخاب شدند، در تعمیم نتایج به سایر مناطق استان و کشور بایستی با احتیاط انجام شود. ابزار مورد استفاده در این تحقیق پرسشنامه بوده است که خود یکی از محدودیت‌های تحقیق حاضر است چرا که آزمودنی‌ها ممکن است تحت اثر مطلوبیت اجتماعی به سوال‌ها پاسخ داده باشند. طرح پژوهشی نیمه آزمایشی بوده است و مزایای طرح‌های آزمایشی حقیقی را نداشت. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی در منطقه جغرافیایی وسیع‌تری انجام شود تا با اطمینان بیشتری نسبت به تعمیم نتایج پرداخته شود. با توجه به این که این پژوهش بر روی جامعه تمامی دانشجویان دختر و پسر ۲۶ تا ۱۸ ساله شاغل به تحصیل مقطع کارشناسی انجام شده است پیشنهاد می‌شود در جامعه‌های دیگر نیز انجام شود. در پژوهش‌های آتی از سایر رویکردهای درمانی نیز در مقایسه با این روش استفاده گردد تا امکان مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با سایر رویکردها فراهم گردد. در پژوهش‌های آتی طبقه و پایگاه اجتماعی نمونه‌ها به عنوان متغیر متداخل در اثربخشی درمان شناختی-رفتاری زمینه مورد توجه قرار گیرد. با توجه به اینکه پژوهش حاضر یک پژوهش کمی است پیشنهاد می‌شود در تحقیق‌های بعدی از یک پژوهش کیفی (نظریه زمینه‌ای میتنی بر مصاحبه نیمه ساخت یافته) استفاده شود. با توجه به محدودیت‌های روش‌های تحقیق بین گروهی (تحقیقات آزمایشی) پیشنهاد می‌شود محققان در آینده جهت بررسی اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری از طرح‌های آزمایشی از نوع تک آزمودنی استفاده کنند. با

خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

تقدیر و تشکر

از همه افراد شرکت کننده در پژوهش و همه افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می شود.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از رساله دکتری نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت به تصویب رسیده است و همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم سازی، روش شناسی، گردآوری داده ها، تحلیل آماری داده ها، پیش نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

توجه به یافته های پژوهش حاضر، می توان به متخصصان سلامت روان و افراد فعال در حوزه سلامت و بهداشت توصیه کرد که با طراحی و کاربرد روش های مناسب الهام گرفته شده از درمان شناختی-رفتاری، بر سلامت روان دانشجویان بیفزایند. با توجه به تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر پردازش هیجانی دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی پیشنهاد می گردد روان شناسان از درمان شناختی-رفتاری به صورت گسترده ای به صورت گروهی بهره گیرند. وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، سازمان نظام روان شناسی و مشاوره با اجرای آموزش درمان شناختی-رفتاری زمینه را برای آشنایی هر چه بیشتر روان شناسان با این مفاهیم فراهم سازند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال ها، شرکت کنندگان در مورد

References

- Sheikhan, R.; Mohammadkhani, S.; Hassanabadi, H.R. (2013). The effect of group training of attention training technique on anxiety, self-directed attention and meta-concerns of adolescents with social anxiety. *Journal of cognitive psychology*, 1(1): 45-33.
- Abedi, M.; Yazidi, R. (2011). Acceptance and commitment therapy. Tehran: Jungle and Kavashiar.
- Alilou, M.; Hamidi, Hamid (1390). A step-by-step guide to cognitive behavioral therapy for social phobia. Academic Jihad Publishing Center. Tehran.
- Qasimpour, A.; Fallah, A. (2013). The effectiveness of teaching emotional regulation strategies on the symptoms of fear of positive evaluation of adolescent boys with social anxiety disorder. *community health* 8(4): 67-59.
- Ganji, M. (2015). Psychopathology based on DSM-5. Savalan Publishing. Volume 1, Tehran.
- Munirpur, N.; Khouf, H.; Yaqoubi, H. (1390). Peer counseling and peer counselors. Shahid Beheshti Academic Jihad Publications, Tehran, first edition.
- Hoffman, A.; Otto, M. (1390). Cognitive-behavioral treatments for social anxiety disorder. Translated by Masoud Chinese sellers. Arjamand Publication, Tehran.
- Abbasi, F., Moradimaesh, F., Naderi, F., & Bakhtiar Pour, S. (2021). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Perceived Stress and Illness Perception in Asthmatic Individuals. *Quarterly Journal Of Health Psychology*, 10(37), 7-20.
- Alkozei, A., Cooper, P. J., & Creswell, C. (2014). Emotional reasoning and anxiety sensitivity: Associations with social anxiety disorder in childhood. *Journal of affective disorders*, 152, 219-228.
- Andrews, G., Henderson, S., & Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: overview of the Australian National Mental Health Survey. *The British Journal of Psychiatry*, 178(2), 145-153.
- Arab Sheibani, K., & Seyedabadi, S. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on disease perception and rumination in nurses with rectal cancer. *Iranian Journal of Nursing Research*, 16(4), 0-0.
- Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B., & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and anxiety*, 27(2), 168-189.

- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2013). The benefits of being present: Acceptance and Commitment Training and Its role in psychological wellbeing.
- Davoudi, M., Taheri, A. A., & Foroughi, A. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression, Anxiety and Cessation in Marijuana Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. *International Journal of Behavioral Sciences*, 15(3), 194-200.
- 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.
- Graham, C. D., Gouick, J., Krahé, C., & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical psychology review*, 46, 46-58.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.
- Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., & Rapee, R. M. (2010). A cognitive behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. In *Social anxiety* (pp. 395-422). Academic Press.
- Heydari, M., Masafi, S., Jafari, M., Saadat, S. H., & Shahyad, S. (2018). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of Razi Psychiatric Center staff. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 6(2), 410.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Keyvani, E., & Bolghan-Abadi, M. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on improving self-concept, depression, and anxiety in obese women. *International Archives of Health Sciences*, 8(2), 79.
- Mohammadian, S., Asgari, P., Makvandi, B., & Naderi, F. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety, Cognitive Avoidance and Empathy among Couples Visiting Counseling Centers in Ahvaz City. *Journal of Research and Health*, 11(6), 5-5.
- Rheingold, A. A., Herbert, J. D., & Franklin, M. E. (2003). Cognitive bias in adolescents with social anxiety disorder. *Cognitive therapy and Research*, 27(6), 639-655.
- Taheri, A. A., Foroughi, A. A., Mohammadian, Y., Ahmadi, S. M., Heshmati, K., Hezarkhani, L. A., & Parvizifard, A. A. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on pain acceptance and pain perception in patients with painful diabetic neuropathy: a randomized controlled trial. *Diabetes Therapy*, 11(8), 1695-1708.
- Zahedi, Z., Azizi, A., Rahmani, S., Zarein, F., & Ranjbar, M. (2021). Compare the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Marital Satisfaction. *Family Counseling and Psychotherapy*, 10(2), 75-100.

Original Article

The effectiveness of Cognitive behavioral therapy on emotional processing in students with social anxiety disorder

Received: 18/06/2022 - Accepted: 28/08/2022

Gholamreza Daryaye Lal¹
Bahman Akbari^{2*}

¹Ph.D. student, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

² Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran. (Corresponding author)

Email: bakbari44@yahoo.com

Abstract

Introduction

The aim of this study was to determine the effectiveness of cognitive behavioral therapy on emotional processes in students with social anxiety disorder.

Material and Method

The present study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and follow-up with a control group. The statistical population of the present study included all 26 to 18 year old female undergraduate students of Guilan University (11271 people) in the academic year 1397-98. At this stage, the Social Panic Questionnaire (SPIN) of Connor et al. (2000) was administered to all undergraduate female students of Guilan University who were selected using random sampling method. Cognitive behavioral therapy sessions for social anxiety disorder (Hayes, 2004) were conducted in 10 2-hour group sessions, but the control group remained on the waiting list. Analysis of variance with repeated measures and SPSS software were used to analyze the data.

Results

The results showed that cognitive behavioral therapy on the improvement of repression ($F=10.80$, $P=0.003$), unpleasant emotional experience ($F=12.86$, $P<0.001$), emotional symptoms Processing ($F=16.95$, $P<0.001$), avoidance ($F=19.65$, $P<0.001$) and emotional control ($F= 21.23$, $P<0.001$) of the experimental group subjects It was effective.

Conclusion

It can be concluded that cognitive behavioral therapy was effective on emotional processes in girls with social anxiety disorder.

Key words

Cognitive behavioral Therapy, Emotional Processing, Social Anxiety

Acknowledgement: There is no conflict of interest