

مقایسه اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر اجتناب
تجربه‌ای در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

Comparing the effectiveness of mindful self-compassion therapy and mentalization-based therapy on experiential avoidance in adolescents with social anxiety disorder

Ramshad Tahmasbi

Department of Clinical Psychology, Ki.C., Islamic Azad University, Kish, Iran.

Dr. Kobra Haji Alizadeh *

Department of Psychology, BA.C., Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.

Hajializadehk@iaau.ac.ir

Dr. Qamar Kiani

Department of Psychology, Za.C., Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

رامشاد طهماسبی

گروه روانشناسی بالینی، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران.

دکتر کبری حاجی علی زاده (نویسنده مسئول)

گروه روان شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.

دکتر قمر کیانی

گروه روان شناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of mindful self-compassion therapy (MSCT) and mentalization-based therapy (MBT) on experiential avoidance in adolescents with social anxiety disorder. The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a two-month follow-up period. The statistical population included adolescent boys aged 15 to 18 years who referred to the counseling centers of Kerman clinics in 2024. 60 people were selected by a purposive non-random sampling method and were randomly assigned to three groups: experiment 1 (20 people), experiment 2 (20 people), and control (20 people). The Adolescent Social Anxiety Scale (SASA; Puklek, 1997) and Acceptance and Action Questionnaire – version 2 (AAQ-II; Bond et al., 2011) were used to collect data. Each of the treatment groups received the interventions as a group during 8 treatment sessions. Repeated measures analysis of variance was used for statistical analysis. The results showed that the pre-test of experiential avoidance was significantly different from the post-test and follow-up scores ($P < 0.05$). The results also indicated that both treatments produced significant changes in experiential avoidance compared to the control group ($P < 0.05$); while it was determined that there was no significant difference between the two interventions of MSCT and MBT ($P < 0.05$). In general, it can be concluded that both interventions of MSCT and MBT had the same effectiveness in reducing adolescents' experiential avoidance.

Keywords: *Experiential Avoidance, Mentalization, Self-Compassion, Social Anxiety Disorder.*

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر اجتناب تجربه‌ای در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری شامل نوجوانان پسر سنین ۱۵ تا ۱۸ سال مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره کلینیک‌های شهر کرمان در سال ۱۴۰۳ بود. ۶۰ نفر با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب و در سه گروه آزمایش ۱ (۲۰ نفر)، آزمایش ۲ (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) به روش تصادفی ساده جایگذاری شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان (SASA؛ پاکلک، ۱۹۹۷) و پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم (AAQ-II؛ باند و همکاران، ۲۰۱۱) استفاده شد. هر یک از گروه‌های درمانی طی ۸ جلسه درمانی، مداخلات را به صورت گروهی دریافت کردند. از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر جهت تجزیه و تحلیل آماری استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش‌آزمون اجتناب تجربه‌ای با نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشت ($P < 0.05$). همچنین نتایج دلالت بر این داشت که هر دو درمان نسبت به گروه کنترل تغییرات معناداری در اجتناب تجربه‌ای ایجاد کردند ($P < 0.05$)؛ ضمن اینکه مشخص شد تفاوت معناداری بین دو مداخله درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی وجود نداشت ($P > 0.05$). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که هر دو مداخله درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی اثربخشی یکسانی بر کاهش اجتناب تجربه‌ای نوجوانان داشته است.

واژه‌های کلیدی: اجتناب تجربه‌ای، ذهنی‌سازی، شفقت به خود، اختلال اضطراب اجتماعی.

پژوهش در زمینه اختلال اضطراب اجتماعی (SAD)^۱ نوجوانان از اهمیت بالایی برخوردار است، زیرا نوجوانی دوره‌ای بحرانی است که اضطراب اجتماعی معمولاً برای اولین بار ظاهر می‌شود و در صورت عدم درمان می‌تواند تا بزرگسالی ادامه یابد (رابی^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). این اختلال با ترس شدید از ارزیابی و منفی در موقعیت‌های اجتماعی مشخص می‌شود که عملکرد تحصیلی، روابط اجتماعی و رشد روانی را مختل می‌کند. این اختلال بخش قابل توجهی از زندگی نوجوانان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و برآوردها حاکی از شیوع بالای آن در سراسر جهان است و آن را به یک نگرانی عمده در مورد سلامت عمومی تبدیل می‌کند (جفریز و آنکار^۳، ۲۰۲۰). مداخلات زود هنگام می‌توانند از انعطاف‌پذیری مغز نوجوانان بهره ببرند و دریچه‌ای برای کاهش عواقب بلندمدت و بهبود نتایج درمان ارائه دهند (والدر^۴ و همکاران، ۲۰۲۵). نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی در معرض خطر بالای ابتلا به مشکلات ثانویه مانند تنهایی، افسردگی، سوءمصرف مواد و خودکشی هستند. علیرغم روش‌های درمانی موجود، بسیاری از نوجوانان به خوبی پاسخ نمی‌دهند یا پیشرفت‌ها را حفظ نمی‌کنند، که این امر نیاز به تحقیقات بیشتر در مورد درمان‌های متناسب و مؤثر را برجسته می‌کند (سقویرا^۵ و همکاران، ۲۰۲۴).

یکی از عوامل مؤثر در اختلال اضطراب اجتماعی در نوجوانان می‌تواند اجتناب تجربه‌ای^۶ باشد. اجتناب تجربه‌ای به عنوان بی‌میلی و ارزیابی منفی از تجربه احساسات، افکار، خاطرات و احساسات فیزیکی و واکنش‌هایی برای کاهش فراوانی یا تأثیر این تجارب تعریف می‌شود (هیز^۷ و همکاران، ۲۰۰۶؛ سکر و یولز^۸، ۲۰۲۱). این مفهوم که هم شامل تجارب مختلف اجتناب شده و هم راهبردهای متفاوتی است که برای اجتناب استفاده می‌شود، ابعاد شناختی، عاطفی و رفتاری اجتناب را نیز در بر می‌گیرد (هو^۹ و همکاران، ۲۰۲۱). استراتژی‌های اجتناب تجربی مانند حواس‌پرتی، بازداری، انکار یا سرکوب که برای کنترل یا حذف تجربیات منفی استفاده می‌شوند، منجر به تداوم تجربیاتی می‌شوند که افراد در درازمدت از آنها اجتناب کرده‌اند و مشکلات مرتبط با آنها را افزایش می‌دهند (فانی محمدآبادی و همکاران، ۱۴۰۲). مطالعات در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی نشان داده‌اند که افزایش اجتناب تجربه‌ای شرایطی مانند اختلالات اضطرابی، افسردگی، اضطراب اجتماعی را تشدید می‌کند (اکبری و همکاران، ۲۰۲۲؛ دانشور و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین نتایج مطالعات حاکی از آن است اجتناب تجربه‌ای نقش واسطه‌ای در رابطه بین نشخوار و اختلال اضطراب اجتماعی داشته است (چنگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۲). با توجه به اینکه اجتناب تجربه‌ای یک عامل مهم در ایجاد و تداوم اختلال روانشناختی است؛ بر این اساس اجرای مداخلات روانشناختی با هدف کاهش اجتناب تجربه‌ای از اهمیت بالایی برخوردار است.

شفقت به خود ذهن آگاهانه برای کاهش اجتناب تجربه‌ای مفید است زیرا موضعی بدون قضاوت و پذیرا نسبت به افکار و احساسات دردناک فرد ایجاد می‌کند که با تمایل به اجتناب از این تجربیات درونی مقابله می‌کند (مارتنیز-روبی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۳). شفقت به خود، که شامل مهربانی با خود در هنگام رنج است، به شدت و به طور منفی با اجتناب تجربه‌ای مرتبط است. این بدان معناست که شفقت به خود بالاتر با رفتار اجتناب کمتر مرتبط است (ناظمی و همکاران، ۲۰۲۵). ذهن آگاهی، یکی از اجزای اصلی شفقت آگاهانه به خود، آگاهی و پذیرش تجربیات لحظه حال را بدون قضاوت و واکنشی تقویت می‌کند و پایه و اساسی را برای پاسخ به پریشانی با شفقت به جای اجتناب فراهم می‌کند (موسی‌پور و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات نشان می‌دهد که شفقت به خود، استراتژی‌های تنظیم هیجان مانند پذیرش و ارزیابی‌های مجدد سالم را افزایش می‌دهد که نیاز به اجتناب را کاهش می‌دهد (یلا^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که شفقت به خود همچنین اثرات مضر استرس را کاهش می‌دهد و پریشانی روانی را که اغلب باعث اجتناب تجربه‌ای می‌شود، کاهش می‌دهد.

1 Social Anxiety Disorder (SAD)
2 Rapee
3 Jefferies & Ungar
4 Walder
5 Sequeira
6 Experiential avoidance
7 Hayes
8 Seçer & Ulaş
9 Hu
10 Cheng
11 Martínez-Rubio
12 Yela

برای مثال، آموزش خودشفقتی ذهن آگاهانه نشان داده است که در جمعیت‌های مختلف، اجتناب تجربه‌ای را کاهش و مهربانی با خود را افزایش می‌دهد (کرگو^۱ و همکاران، ۲۰۲۵).

همچنین بررسی مطالعات دلالت بر این دارند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT) برای کاهش اجتناب تجربه‌ای مؤثر است زیرا ظرفیت افراد را برای درک و تأمل در مورد حالات ذهنی خود و دیگران افزایش می‌دهد و در نتیجه آگاهی و تنظیم هیجان را بهبود می‌بخشد (ایزدآبادی و همکاران، ۱۴۰۳؛ یوزباشی و همکاران، ۲۰۲۴). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با تقویت مهارت‌های ذهنی‌سازی که پذیرش و تأمل را به جای اجتناب ترویج می‌دهند، با این امر مقابله می‌کند (هاجک گراس^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). تحقیقات نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به افراد کمک می‌کند تا بین افکار، احساسات و واقعیت عینی تمایز قائل شوند و تفسیرهای تحریف‌شده یا ناسازگارانه‌ای را که باعث رفتارهای اجتنابی می‌شوند، کاهش دهند (پاترسون^۳، ۲۰۲۱). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با بهبود ظرفیت تأملی، از پردازش عاطفی تجربیات ناراحت‌کننده، از جمله تروما، پشتیبانی می‌کند و انزوا و شرم را که اغلب باعث اجتناب می‌شوند، کاهش می‌دهد. فرآیند درمانی، گشودگی به تجربیات درونی را در یک زمینه رابطه‌ای امن تشویق می‌کند که مکانیسم‌های اجتناب دفاعی را تضعیف می‌کند (اسمیت^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه بر این، تمرکز درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر دل‌بستگی و درک رابطه‌ای به افراد کمک می‌کند تا اعتماد و تعامل اجتماعی ایجاد کنند و اجتناب تجربی مرتبط با انزوای اجتماعی و جدایی عاطفی را کاهش دهند (مکگالی^۵ و همکاران، ۲۰۲۱).

مقایسه شفقت به خود ذهن آگاهانه با درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مهم است، زیرا هر دو مداخله مکانیسم‌های متفاوت اما مکملی را که زیربنای اجتناب تجربه‌ای و علائم اضطراب هستند، هدف قرار می‌دهند. شفقت به خود ذهن آگاهانه بر پرورش مهربانی و پذیرش نسبت به پریشانی خود تأکید دارد، که می‌تواند با افزایش تنظیم هیجانی و ظرفیت‌های خودآرام‌بخشی، مستقیماً اجتناب را کاهش دهد (ناظمی و همکاران، ۲۰۲۵). در مقابل، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی توانایی درک و تأمل در مورد حالات روانی خود و دیگران را افزایش می‌دهد و بینش عاطفی و عملکرد بین فردی را بهبود می‌بخشد، که این امر همچنین اجتناب ناشی از سوءتفاهم یا ترس از موقعیت‌های اجتماعی را کاهش می‌دهد (هاجک گراس و همکاران، ۲۰۲۴). نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی اغلب با خودانتقادی و اختلال در تنظیم هیجانی (که توسط خوددلسوزی هدف قرار می‌گیرد) و همچنین نقص در شناخت اجتماعی و ذهنی‌سازی (که توسط درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی هدف قرار می‌گیرد) دست و پنجه نرم می‌کنند. تحقیقات نشان می‌دهد که هر دو روش درمانی، آگاهی، آگاهی عاطفی و کاهش علائم اضطراب اجتماعی را بهبود می‌بخشند، اما ممکن است این کار را از طریق مسیرهای مختلفی انجام دهند. مقایسه آنها به شناسایی اینکه کدام رویکرد یا ترکیب در کاهش رفتارهای اجتنابی و بهبود عملکرد اجتماعی در این گروه سنی آسیب‌پذیر مؤثرتر یا پایدارتر است، کمک می‌کند. چنین مقایسه‌ای، برنامه‌ریزی درمانی شخصی‌سازی شده را شکل می‌دهد و با پرداختن به نقص‌های درون‌فردی مهربانی با خود و ظرفیت‌های شناختی بین‌فردی حیاتی در اضطراب اجتماعی، نتایج درمانی را به حداکثر می‌رساند. در نهایت، شواهد حاصل از مقایسه‌های مستقیم می‌تواند متخصصان بالینی را در بهینه‌سازی مداخلات برای نوجوانان راهنمایی کند و فرآیندهای پیچیده روانشناختی حفظ‌کننده اضطراب اجتماعی و اجتناب تجربه‌ای را از زوایای مختلف مورد توجه قرار دهد. با توجه به مباحث مطرح شده این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر اجتناب تجربه‌ای در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری شامل نوجوانان پسر سنین ۱۵ تا ۱۸ سال مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره کلینک‌های شهر کرمان در سال ۱۴۰۳ بود. ابتدا جهت غربالگری و شناسایی نوجوانان دارای اختلال اضطراب اجتماعی، مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان (SASA؛ پاکلک^۶، ۱۹۹۷) در نوجوانان مراجعه‌کننده به

1 Crego
 2 Hajek Gross
 3 Pettersen
 4 Smits
 5 McGauley
 6 Puklek

مقایسه اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر اجتناب تجربه‌ای در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی
Comparing the effectiveness of mindful self-compassion therapy and mentalization-based therapy on experiential ...

مراکز مشاوره کرمان اجرا شد و شرکت‌کنندگانی که نمره آنان در پرسشنامه ۹۳ به بالا بود، انتخاب شدند. از بین شرکت‌کنندگانی که تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی دریافت کرده بودند و ملاک‌های لازم برای ورود به پژوهش را داشتند به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۶۰ نفر انتخاب و سپس به صورت تصادفی ساده در سه گروه گمارده شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوهن (۱۹۸۶) با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۵ برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد، که جهت پیشگیری از ریزش احتمالی برای هر گروه ۲۰ نفر لحاظ شد. ملاک ورود به پژوهش شامل اعلام آمادگی برای شرکت در پژوهش، عدم دریافت هرگونه مداخله روانشناختی طی شش ماه گذشته، تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس نمره برش مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان، عدم سابقه اختلالات روانشناختی شدید (اختلالات سایکوتیک، اختلال افسردگی اساسی و اختلالات دو قطبی)، عدم تجربه سوگ در شش ماه گذشته و عدم سابقه مصرف مواد مخدر یا الکل در نظر گرفته شد که به روش خودگزارشی ارزیابی شدند. معیارهای خروج هم عبارتند از شرکت در درمان‌های گروهی دیگر به صورت همزمان و غیبت بیش از دو جلسه در حین مداخلات، عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی، تجربه سوگ در طول درمان، نیاز به خدمات روان‌درمانی فردی و نقل مکان از موقعیت جغرافیایی بود. ملاحظات اخلاقی هم در تمام مراحل پژوهش در نظر گرفته شد. به تمامی افراد نمونه اطمینان داده شد که اسم آن‌ها در هیچ قسمتی از پژوهش ذکر نشود و شرکت در پژوهش اختیاری بود. به منظور انجام پژوهش، یک جلسه توجیهی برگزار و فرم رضایت نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی بین شرکت‌کنندگان توزیع شد؛ تا اجازه کتبی جهت حضور در جلسات درمانی را از یکی از والدین دریافت کنند. با هدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت‌کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت‌کننده کد متناسب اختصاص داده شد. پس از اجرای حضوری پیش‌آزمون، اعضای گروه‌های مداخله تحت درمان گروهی قرار گرفتند و سپس از هر دو گروه پس‌آزمون و پس از گذشت دو ماه مجدداً آزمون پیگیری اجرا شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

ابزار سنجش

مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان (SASA):^۱ این مقیاس ۲۸ آیتمی توسط پاکلک (۱۹۹۷) تدوین شده است و نگرانی، ترس‌ها، و رفتار اجتماعی نوجوانان را در موقعی‌های مختلف اجتماعی اندازه‌گیری می‌کند. سوالات به صورت طرح لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً موافقم=۵ و کاملاً مخالفم=۱) نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات در این مقیاس ۲۸ الی ۱۴۰ است و نمرات بالاتر نشان دهنده اضطراب اجتماعی بیشتر است؛ همچنین نمره بیشتر از ۹۳ نشان دهنده اختلال اضطراب اجتماعی است. رانتا^۲ و همکاران (۲۰۱۲) روایی همگرای این مقیاس را با اجرای همزمان پرسشنامه فوبی اجتماعی ۰/۷۲ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش کردند. در نمونه ایرانی ابراهیمی‌نژاد و همکاران (۲۰۱۶) روایی ملاکی با اجرای همزمان پرسشنامه فوبی اجتماعی ۰/۷۰ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ محاسبه شد.

پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم (AAQ-II):^۳ این پرسشنامه (باند^۴ و همکاران، ۲۰۱۱) جهت سنجش اجتناب تجربی و عدم انعطاف روانشناختی طراحی شده است. AAQ-II از ۱۰ گویه ساخته شده است که به روش طیف لیکرت هفت درجه‌ای از ۱ (هرگز درست نیست) تا ۷ (همیشه درست است) نمره‌گذاری می‌شود و نمرات بالاتر نشان دهنده سطوح بیشتری از اجتناب تجربه‌ای است. نتایج تحلیل عاملی تاییدی جهت بررسی روایی از یک ساختار تک عاملی حمایت می‌کند. نتایج نشان می‌دهد که ضریب آلفای کرونباخ جهت بررسی پایایی در نمونه‌های مختلف بین ۰/۷۸ الی ۰/۸۸ قرار دارد همچنین پایایی بازآزمایی ۳ و ۱۲ ماهه برای پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم به ترتیب در ۰/۸۱ و ۰/۷۹ گزارش شده است (باند و همکاران، ۲۰۱۱). در ایران این پرسشنامه توسط عباسی و همکاران (۱۳۹۱) در یک مطالعه در دانشجویان اعتباریابی شده است. تحلیل عاملی اکتشافی دو عامل اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی را نشان داد. هم‌چنین همسانی درونی و ضریب تنصیف پرسشنامه در گروه‌های مختلف مطلوب بود (۰/۷۱-۰/۸۹). در پژوهش دیگری در نوجوانان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و ضریب روایی همگرا با پرسشنامه اضطراب اجتماعی ۰/۵۶ گزارش شد که نشان دهنده روایی و پایایی مطلوب این ابزار در نوجوانان ایرانی است (رشاد و همکاران، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

1 Social Anxiety Scale for Adolescents. (SASA)

2 Ranta

3 Acceptance and Action Questionnaire – version 2 (AAQ-2)

4 Bond

مداخله درمان شفقت به خود ذهن‌آگاهانه: شفقت به خود ذهن‌آگاهانه به مدت هشت هفته (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروهی) بر اساس پروتکل نف و گرومر^۱ (۲۰۱۳) طراحی شده است؛ همچنین قبلاً این پروتکل در ایران توسط فروغی و همکاران (۱۴۰۱) اجرا شده است. در ادامه خلاصه هر یک از جلسات ارائه شده است. خلاصه محتوا در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان شفقت به خود ذهن‌آگاهانه

جلسات	محتوا
اول	مقدمه‌ای بر شفقت به خود ذهن‌آگاهانه: در جلسه اول، شرکت‌کنندگان با مفاهیم ذهن‌آگاهی و شفقت به خود، با تأکید بر سه مؤلفه اصلی: مهربانی با خود، انسانیت مشترک و ذهن‌آگاهی، آشنا شدند. آن‌ها در مورد چگونگی استفاده از این مهارت‌ها به عنوان ابزاری برای پاسخ به استرس و انتقاد از خود بحث کردند.
دوم	کشف صدای مشفقانه: جلسه دوم بر شناخت منتقد درونی و ایجاد یک صدای درونی دلسوزانه‌تر متمرکز بود. شرکت‌کنندگان الگوهای رایج تفکر خودانتقادی را شناسایی کردند و بررسی کردند که چگونه چنین افکاری بر احساسات و رفتارشان تأثیر گذاشته است.
سوم	ذهن‌آگاهی از احساسات: در جلسه سوم، شرکت‌کنندگان یاد گرفتند که بدون اجتناب یا سرکوب، احساسات دشوار را بپذیرند و در زمان حال با آنها بمانند. تمرین «RAIN» - تشخیص، اجازه دادن، بررسی و پرورش - به عنوان روشی ساختاریافته برای مواجهه با احساسات با ذهن‌آگاهی و مراقبت معرفی شد. آنها همچنین از لمس آرامش‌بخش به عنوان ابزاری پایه برای تنظیم احساسات استفاده کردند.
چهارم	اشتراکات انسانی و کاهش انزوا: جلسه چهارم بر نقش اشتراکات انسانی در شفقت به خود تأکید کرد و به شرکت‌کنندگان کمک کرد تا درک کنند که رنج بخشی از تجربه مشترک انسانی است. آنها از طریق یک مراقبه هدایت‌شده با عشق و مهربانی، شفقت خود را به دیگران و همچنین خودشان گسترش دادند.
پنجم	کار با شرم و خود-قضاوتی: در جلسه پنجم، شرکت‌کنندگان ارتباط بین شرم، خود-انتقادی و درد عاطفی را بررسی کردند. آن‌ها در مورد چگونگی کاهش شرم از طریق خود-دلسوزی و آگاهی بدون قضاوت بحث کردند. تجسم «دوست دلسوز» به آن‌ها کمک کرد تا تصور کنند که چگونه یک فرد عمیقاً دلسوز ممکن است به احساس شرم آن‌ها پاسخ دهد.
ششم	قدردانی و خودشناسی: جلسه ششم به پرورش قدردانی و خودشناسی اختصاص داده شد. شرکت‌کنندگان نقاط قوت و ویژگی‌های شخصی خود را که در خود ارزشمند می‌دانستند، شناسایی کردند. آن‌ها با فهرست کردن سه مورد از چیزهایی که هر روز قدردان آن‌ها بودند، به همراه یک مراقبه خودشناسی هدایت‌شده، تمرین سپاسگزاری را انجام دادند.
هفتم	شفقت در روابط: در جلسه هفتم، تمرکز به سمت اعمال شفقت در روابط ضمن حفظ مرزهای سالم تغییر یافت. شرکت‌کنندگان نقش شفقت به خود را در کاهش تعارضات بین فردی بررسی کردند و مراقبه مهربانی را با هدف افراد چالش‌برانگیز تمرین کردند. فعالیت‌های ایفای نقش به آنها اجازه داد تا ارتباط دلسوزانه اما قاطعانه را تمرین کنند.
هشتم	حفظ و تعمیق تمرین: جلسه آخر، تمام تمرین‌های معرفی‌شده در طول برنامه را مرور کرد و شرکت‌کنندگان را تشویق کرد تا در مورد پیشرفت خود تأمل کنند. آن‌ها در مورد استراتژی‌هایی برای ادغام ذهن‌آگاهی و شفقت به خود در زندگی روزمره، حتی در مواقع استرس‌زا، بحث کردند. هر شرکت‌کننده یک «برنامه عملی شفقت به خود» شخصی تهیه کرد که شامل تکنیک‌ها و برنامه‌های ترجیحی آن‌ها برای تمرین بود.

مداخله درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی: درمان مبتنی بر اساس بتمن و فوناگی^۲ (۲۰۱۶) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی اجرا شد؛ همچنین قبلاً این پروتکل در ایران توسط قادری نژاد و همکاران (۱۴۰۱) اجرا شده است. در ادامه خلاصه هر یک از جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی سازی

جلسه	محتوا
اول	مروری بر ساختار و اهداف جلسات و قوانین اصلی. بیان ابعاد و مزایای ذهنی سازی. بیان اهداف جلسه. شاخص‌های ذهنی سازی ضعیف و خوب. مشکلات در ذهن خوانی خود و دیگران. مشکلات تنظیم هیجان و تکانش‌گری و حساسیت بین فردی. شفاف‌سازی تفسیرهای شرکت‌کنندگان از سوی رهبر گروه. ارائه تکلیف خانگی.
دوم	مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف. بیان اهداف جلسه. چگونگی برخورد با هیجانات و احساسات. تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خودمان و حالات هیجانی در دیگران. خودتنظیمی احساسات و اینکه چگونه دیگران می‌توانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند. نحوه مدیریت کردن احساسات غیرذهنی ناراحت‌کننده. ارائه تکنیک آرامیدگی.
سوم	مرور مطالب جلسه قبل و بررسی تکالیف. بیان مشخصات و اهداف اختصاصی درمان مبتنی بر ذهنی سازی. آموزش و تمرین ذهنی سازی در گروه. ارائه تکلیف خانگی.
چهارم	مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف. اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران و انجام فعالیت گروهی. ارائه آموزش در مورد دوره و درمان افسردگی و اختلال مرزی.
پنجم	بررسی تکالیف. پرسش از اعضای گروه در مورد مشکلاتی که می‌خواهند در گروه مطرح شود. تایید مشکلات مطرح‌شده اعضای گروه. شفاف‌سازی مباحث مطرح‌شده توسط درمانگر.
ششم	کاوش مشکلات و در صورت لزوم به چالش کشیدن آنها. شناسایی عاطفی و تمرکز عاطفی بر روی مباحث مطرح‌شده از سوی گروه.
هفتم	آموزش ذهنی سازی برای تسهیل اعتماد معرفتی. ذهنی سازی ارتباط با توجه به ردیاب‌های انتقال.
هشتم	آماده‌سازی برای پایان دادن به درمان. تمرکز بر احساسات فقدان در زمینه پایان دادن درمان. پایان دادن درمان.

یافته‌ها

در این مطالعه در هر یک از گروه‌ها ۲۰ نفر مشارکت داشتند اما به سبب ریزش تا مرحله پیگیری هر یک از گروه‌ها به ۱۷ نفر تقلیل یافتند، این افراد جلسات درمانی را تا انتها تکمیل نکردند و مایل به تکمیل پرسشنامه‌ها نبودند. میانگین سنی بر حسب سال در گروه‌های شفقت خود ذهن آگاهانه ($16/35 \pm 1/11$)، درمان مبتنی بر ذهنی سازی ($16/82 \pm 1/18$) و رفتار درمانی دیالکتیک ($16/53 \pm 1/01$) تقریباً مشابه بود و نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راه تفاوت معناداری نشان نداد ($P=0/46$). در گروه شفقت خود ذهن آگاهانه ۵ نفر پایه دهم، ۶ نفر پایه یازدهم و ۶ نفر پایه دوازدهم بودند. در گروه درمان مبتنی بر ذهنی سازی ۸ نفر پایه دهم، ۵ نفر پایه یازدهم و ۴ نفر پایه دوازدهم بودند. در گروه کنترل ۵ نفر پایه دهم، ۷ نفر پایه یازدهم و ۵ نفر پایه دوازدهم بودند. از نظر تحصیلات پدران در گروه شفقت به خود ذهن آگاهانه ۷ نفر سیکل و دیپلم، ۹ نفر کاردانی کارشناسی و ۱ نفر کارشناسی ارشد و دکتری بود. در گروه درمان مبتنی بر ذهنی سازی ۵ نفر سیکل و دیپلم، ۱۰ نفر کاردانی کارشناسی و ۲ نفر کارشناسی ارشد و دکتری بود. در گروه کنترل ۵ نفر سیکل و دیپلم، ۹ نفر کاردانی کارشناسی و ۳ نفر کارشناسی ارشد و دکتری بود. از نظر تحصیلات مادران در گروه شفقت به خود ذهن آگاهانه ۱۰ نفر سیکل و دیپلم، ۶ نفر کاردانی کارشناسی و ۱ نفر کارشناسی ارشد و دکتری بود. در گروه درمان مبتنی بر ذهنی سازی ۵ نفر سیکل و دیپلم، ۱۰ نفر کاردانی کارشناسی و ۲ نفر کارشناسی ارشد و دکتری بود. در گروه کنترل ۵ نفر سیکل و دیپلم و ۱۲ نفر کاردانی کارشناسی بود. در جدول ۳ شاخص‌های گرایش مرکزی متغیر اجتناب تجربه‌ای و نرمال بودن توزیع داده‌ها ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیر اجتناب تجربه‌ای به تفکیک گروه‌ها

مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آماره	شاپیرو ویلک
پیش آزمون	شفقت به خود ذهن آگاهانه	۴۲/۷۸	۸/۹۲	۰/۹۶	۰/۵۷
	درمان مبتنی بر ذهنی سازی	۴۲/۳۳	۶/۰۳	۰/۹۶	۰/۶۸
پس آزمون	کنترل	۴۱/۶۴	۸/۶۹	۰/۹۵	۰/۴۵
	شفقت به خود ذهن آگاهانه	۲۷/۲۱	۷/۲۱	۰/۹۰	۰/۰۷
	درمان مبتنی بر ذهنی سازی	۳۵/۹۵	۶/۱۰	۰/۹۷	۰/۷۲

۰/۷۲	۰/۹۷	۵/۴۸	۴۳/۳۳	کنترل
۰/۸۶	۰/۹۷	۹/۳۸	۳۱/۵۳	شفقت به خود آگاهانه
۰/۵۵	۰/۹۵	۸/۹۲	۳۱/۳۳	درمان مبتنی بر ذهنی سازی
۰/۶۷	۰/۹۶	۷/۹۷	۳۹/۶۹	کنترل

در جدول ۳ نتایج نشان می‌دهد که گروه‌های مداخله نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیر اجتناب تجربه‌ای داشته است؛ در واقع روند تغییرات در گروه‌های مداخله کاهشی بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال است ($P > 0.05$)؛ بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در متغیر خودانتقادی به تفکیک مراحل سنجش ($F = 0.24, P = 0.79$) همگون می‌باشد؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار است ($P > 0.05$). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر اجتناب تجربه‌ای ($P = 0.20$)، $W = 0.93$ معنادار نمی‌باشد، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به برقراری پیش-فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله‌ها در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیر اجتناب تجربه‌ای

اثر	آزمون‌ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
اثر پیلایی		۰/۵۶	۲۹/۴۹	۲	۴۷	۰/۰۱	۰/۵۶	۱
گروه	لامبدای ویلکز	۰/۴۴	۲۹/۴۹	۲	۴۷	۰/۰۱	۰/۵۶	۱
	اثر هتلینگ	۱/۲۵	۲۹/۴۹	۲	۴۷	۰/۰۱	۰/۵۶	۱
	بزرگترین ریشه روی	۱/۲۵	۲۹/۴۹	۲	۴۷	۰/۰۱	۰/۵۶	۱

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب گروه‌ها و متغیر وابسته به‌طور همزمان ($F = 29.49, P = 0.01$)، 0.56 (اثر پیلایی) تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیر مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در سه گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نیست که در کدام یک از گروه‌ها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متن میکس آنوا برای اجتناب تجربه‌ای در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
خودانتقادی	زمان	۱۹۰۹/۸۵	۲	۹۵۴/۹۲	۲۳/۶۷	*۰/۰۱	۰/۳۳	۱
	زمان*گروه	۱۴۳۶/۵۲	۴	۳۵۹/۱۳	۸/۹۰	*۰/۰۱	۰/۲۷	۱
	خطا	۳۸۷۱/۵۴	۹۶	۴۰/۳۳				
	بین گروه‌هی	۱۵۶۱/۰۵	۲	۷۸۰/۵۲	۸/۶۹	*۰/۰۱	۰/۲۷	۱

نتایج ارزیابی درون گروهی نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر اجتناب تجربه‌ای ($F = 23.67, P = 0.01$) بدون توجه به عامل بین گروهی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. همچنین روند تغییرات در اثر تعاملی زمان و گروه معنادار بود ($P = 0.01$)، $F = 8.90$ ، معناداری اثر متقابل زمان و گروه نشان می‌دهد، تغییرات متغیر ذکر شده در سه گروه روند مشابهی را دنبال نمی‌کند (حداقل در دو گروه). به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیر مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده

مقایسه اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر اجتناب تجربه‌ای در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی
Comparing the effectiveness of mindful self-compassion therapy and mentalization-based therapy on experiential ...

شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در سه گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است. اثر بین گروهی نیز نشان داد بین حداقل دو گروه تفاوت معناداری در طول مراحل سنجش وجود دارد ($F=۸/۶۹$, $P=۰/۰۱$). جهت بررسی اینکه تغییرات در کدام یک از گروه‌ها در طول زمان معنادار بوده است، از آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها استفاده شده است؛ نتایج در ادامه ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغییرات درون گروهی و بین گروهی متغیر اجتناب تجربه‌ای

مراحل سنجش		شفقت خود ذهن آگاهانه		درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی		کنترل	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۵/۵۶	۰/۰۱	۶/۳۷	۰/۰۱	۱/۶۹	۱/۰۰
پیش‌آزمون	پیگیری	۱۱/۲۵	۰/۰۱	۱۱/۰۱	۰/۰۱	۱/۹۴	۱/۰۰
پس‌آزمون	پیگیری	۴/۳۱	۰/۴۰	۴/۶۲	۰/۱۹	۳/۶۳	۰/۳۴
مقایسه بین گروهی		شفقت خود ذهن آگاهانه * کنترل		درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی *		شفقت خود ذهن آگاهانه * ذهنی‌سازی	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
		۷/۷۱	۰/۰۱	۵/۰۲	۰/۰۳	۲/۶۹	۰/۴۸

بر اساس نتایج حاصل از مقایسه زوجی بین گروه درمانی شفقت خود ذهن آگاهانه و کنترل ($F=۷/۷۸$, $P=۰/۰۱$) تفاوت معنادار وجود دارد؛ در واقع این درمان به طور معنادار باعث کاهش اجتناب تجربه‌ای در طول زمان شده است. همچنین نتایج مقایسه زوجی درون گروهی نشان داد که در گروه آزمایش بین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($P=۰/۰۱$) و پیگیری ($P=۰/۰۱$) تفاوت وجود داشت؛ اما بین پس‌آزمون و پیگیری ($P=۰/۴۰$) تفاوت وجود نداشت که نشان دهنده ثبات اثرات درمان در طول زمان است. همچنین بین گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و کنترل ($F=۵/۰۲$, $P=۰/۰۳$) تفاوت معنادار وجود دارد؛ در واقع این درمان به طور معنادار باعث کاهش اجتناب تجربه‌ای در طول زمان شده است. همچنین نتایج مقایسه زوجی درون گروهی نشان داد که در گروه آزمایش بین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($P=۰/۰۱$) و پیگیری ($P=۰/۰۱$) تفاوت وجود داشت؛ اما بین پس‌آزمون و پیگیری ($P=۰/۱۹$) تفاوت وجود نداشت که نشان دهنده ثبات اثرات درمان در طول زمان است. علاوه بر این نتایج نشان داد که بین گروه‌های درمان شفقت خود ذهن آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی ($F=۲/۶۹$, $P=۰/۴۸$) تفاوت معنادار وجود ندارد؛ در واقع هر دو درمان تاثیر یکسانی در کاهش اجتناب تجربه‌ای داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر اجتناب تجربه‌ای در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. یافته اول نشان داد که درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه بر کاهش اجتناب تجربه‌ای در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به گروه کنترل تا مرحله پیگیری موثر بوده است. این یافته با پژوهش‌های مارتینز-روبی و همکاران (۲۰۲۳)، یلا و همکاران (۲۰۲۰) و کرگو و همکاران (۲۰۲۵) همسو بود. در تبیین می‌توان بیان نمود که بر اساس مبانی نظری، درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه در کاهش اجتناب تجربی مؤثر است زیرا به افراد می‌آموزد که به جای اجتناب از تجربیات درونی دشوار، با مهربانی و پذیرش به آن‌ها نزدیک شوند. درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه که ریشه در نظریه ذهن آگاهی دارد، بر آگاهی از لحظه حال بدون قضاوت تأکید می‌کند و به افراد اجازه می‌دهد افکار، احساسات و عواطف ناراحت‌کننده را بدون واکنش تکانشی برای سرکوب یا فرار از آنها مشاهده کنند (یلا و همکاران، ۲۰۲۰). نظریه خودشفقت‌ورزی همچنین پیشنهاد می‌کند که پاسخ به رنج شخصی با گرمی و درک، ترس و شرمی را که اغلب باعث رفتارهای اجتنابی می‌شود، کاهش می‌دهد. با شناخت رنج به عنوان بخشی از اشتراکات انسانی، افراد کمتر احساس انزوا می‌کنند و تمایل بیشتری به مواجهه با تجربیات ناراحت‌کننده دارند. گفتگوی درونی آرامش‌بخش و حمایتی که در درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه پرورش می‌یابد، با خود-انتقادگری و تهدید ادراک‌شده که معمولاً اجتناب را تشدید می‌کنند، مقابله می‌کند (شیپباور^۱ و همکاران، ۲۰۲۵). علاوه بر این، مدل‌های عصب-روانشناختی نشان می‌دهند که خودشفقتی سیستم مراقبت

مغز را فعال می‌کند، پاسخ‌های تهدیدآمیز ناشی از آمیگدال را کاهش می‌دهد و تنظیم هیجانی را تقویت می‌کند. این تغییر در لحن عاطفی، درگیر ماندن با تجربیات چالش‌برانگیز را به جای کناره‌گیری آسان‌تر می‌کند. با گذشت زمان، مواجهه مکرر با هیجانات دشوار در یک چارچوب دلسوزانه، انعطاف‌پذیری روانشناختی را ایجاد می‌کند (حسینی و همکاران، ۲۰۲۱).

یافته دوم نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کاهش اجتناب تجربه‌ای در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به گروه کنترل تا مرحله پیگیری موثر بوده است. این یافته با پژوهش‌های ایزدآبادی و همکاران (۱۴۰۳)، یوزباشی و همکاران (۲۰۲۴) و هاجک گراس و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. در تبیین می‌توان بیان نمود که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در کاهش اجتناب تجربی مؤثر است زیرا توانایی درک و تأمل در مورد حالات ذهنی خود و دیگران را در زمینه روابط بین فردی تقویت می‌کند. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی که ریشه در نظریه دلبستگی دارد، فرض می‌کند که الگوهای دلبستگی ناایمن یا مختل می‌توانند عملکرد تأملی را مختل کنند و افراد را به تفسیر نادرست نشانه‌های عاطفی و اجتناب از تجربیات درونی ناراحت‌کننده سوق دهند (هاجک گراس و همکاران، ۲۰۲۴). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با تقویت ظرفیت تأملی، به افراد کمک می‌کند تا احساسات را به عنوان سیگنال‌های معنادار به جای تهدید تشخیص دهند و انگیزه سرکوب یا فرار از آنها را کاهش دهد. تمرکز این درمان بر کنجکاوی و پرسشگری آزاد، موضع کاوش در مورد افکار و احساسات را تشویق می‌کند که مستقیماً با الگوهای اجتناب مقابله می‌کند (رموس^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه بر این، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با قادر ساختن افراد به تمایز بین بازنمایی‌های ذهنی و واقعیت، مهارت‌های تنظیم هیجان را افزایش می‌دهد و در نتیجه ماهیت طاقت‌فرسای تجربیات هیجانی را کاهش می‌دهد. از دیدگاه شناختی-اجتماعی، ذهنی‌سازی بهبود یافته، همدلی و ارتباط را تقویت می‌کند و انزوایی را که اغلب باعث اجتناب می‌شود، کاهش می‌دهد. علاوه بر این، رابطه درمانی ساختاریافته و معتبر، محیطی امن برای تجربه و پردازش هیجانات فراهم می‌کند. با گذشت زمان، تمرین مکرر ذهنی‌سازی در موقعیت‌های احساسی، تحمل پربشانی را افزایش می‌دهد و منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی بیشتر می‌شود. در نهایت، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تعامل تأملی را جایگزین کناره‌گیری تدافعی می‌کند و در نتیجه اجتناب تجربی را کاهش می‌دهد (مالدا-کاستیلو^۲ و همکاران، ۲۰۱۹).

یافته سوم نشان داد که بین دو مداخله درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر اجتناب تجربه‌ای در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تفاوت معناداری یافت نشد؛ در بررسی مطالعات پیشین، پژوهشی یافت نشد که به مقایسه این دو مداخله در کاهش اجتناب تجربه‌ای بپردازد؛ بر این اساس امکان مقایسه یافته حاضر با پیشینه مقدور نیست. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که هر دو مداخله تأثیرات مشابهی بر کاهش اجتناب تجربه‌ای دارند، زیرا هر دو رابطه‌ای باز، پذیرا و تأملی با تجربیات درونی ایجاد می‌کنند. درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه که مبتنی بر نظریه ذهن آگاهی و خودشفقتی است، افراد را تشویق می‌کند تا با مهربانی به افکار و احساسات ناراحت‌کننده نزدیک شوند و واکنش‌های مبتنی بر ترس و میل به سرکوب آنها را کاهش دهند (کرگو و همکاران، ۲۰۲۵). به طور مشابه، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی که ریشه در نظریه دلبستگی و شناختی-اجتماعی دارد، کنجکاوی و عملکرد تأملی را تقویت می‌کند و افراد را قادر می‌سازد تا احساسات را به عنوان معنادار و قابل مدیریت به جای خطرناک درک کنند (هاجک گراس و همکاران، ۲۰۲۴). هر دو مداخله، آگاهی و تنظیم هیجان را افزایش می‌دهند که مکانیسم‌های کلیدی در کاهش رفتارهای اجتنابی هستند. درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه این کار را با پرورش یک موضع درونی دلسوزانه و بدون قضاوت انجام می‌دهد، در حالی که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی این کار را از طریق تفسیر دقیق حالات ذهنی در خود و دیگران انجام می‌دهد. علیرغم تفاوت در تمرکز اصلی - مهربانی با خود در مقابل ذهنی‌سازی - هر دو رویکرد، فضای روانی امنی را برای تجربه کردن به جای فرار از ناراحتی عاطفی ایجاد می‌کنند (ایزدآبادی و همکاران، ۱۴۰۳). آنها همچنین به شرم، ترس و سوء تعبیر رویدادهای درونی که محرک‌های اصلی اجتناب هستند، می‌پردازند. با گذشت زمان، هر دو روش درمانی، انعطاف‌پذیری روانشناختی را ایجاد می‌کنند. این همگرایی در فرآیندهای اصلی، اثربخشی مشابه آنها را در کاهش اجتناب تجربه‌ای تبیین می‌کند (حسینی و همکاران، ۲۰۲۱).

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی هر دو به طور مشابه موجب کاهش اجتناب تجربه‌ای در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شده است. در مجموع، می‌توان نتیجه گرفت که هر دو مداخله درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مزایای موثری در کاهش اجتناب تجربه‌ای در میان نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ارائه داده‌اند. هر دو رویکرد با تقویت آگاهی بیشتر از تجربیات درونی، به شرکت‌کنندگان کمک کردند تا با افکار

1 Remeeus

2 Malda-Castillo

مقایسه اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر اجتناب تجربه‌ای در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی
Comparing the effectiveness of mindful self-compassion therapy and mentalization-based therapy on experiential ...

و احساسات ناراحت‌کننده به جای اجتناب از آنها روبرو شوند. درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه این امر را از طریق پرورش مهربانی به خود، عادی‌سازی نقص و تشویق حضور آگاهانه که میل به فرار از ناراحتی را کاهش می‌دهد، محقق کرد. از سوی دیگر، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی توانایی نوجوانان را در درک و تفسیر حالات ذهنی خود و دیگران افزایش داده و تنظیم هیجان و تحمل ابهام را ارتقا داد. اگرچه مبانی نظری آنها متفاوت است، اما هر دو روش درمانی در ارتقای انعطاف‌پذیری روانشناختی و کاهش اجتناب تجربه‌ای موثر بوده‌اند. نمونه‌گیری هدفمند، ثبت معیارهای ورود به روش خودگزارشی و عدم وجود پیشینه پژوهش جهت مقایسه دو مداخله از محدودیت‌های این پژوهش است که تعمیم نتایج را مختل می‌سازد؛ همچنین تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس پرسشنامه خودگزارشی و عدم اجرای مصاحبه بالینی از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است؛ پیشنهاد می‌شود که این محدودیت‌ها در مطالعات آینده پوشش داده شوند. در زمینه کاربردی پیشنهاد می‌شود که جهت کاهش اجتناب تجربه‌ای نوجوانان با علائم اختلال اضطراب اجتماعی متناسب با شرایط موجود از یکی از مداخلات درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی استفاده در مراکز درمانی شود.

منابع

- ایزدآبادی، ب.، اکبری، ب.، و مقتدر، ل. (۱۴۰۳). اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر روی آوردهای مصاحبه انگیزشی و ذهنی‌سازی بر اجتناب تجربه‌ای دانش‌آموزان با ترومای کودکی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۱۱ (۳)، ۹۷-۱۱۴. <http://childmentalhealth.ir/article-1-1446-fa.html>
- رشاد، س.، مروتی، ف.، زکی‌بی، ع.، و رجیبی گیلان، ن. (۱۳۹۸). پیش‌بینی اضطراب اجتماعی براساس مولفه‌های ذهن آگاهی، اجتناب تجربه‌ای و باورهای فراشناخت درمیان نوجوانان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۹ (۱۷۶)، ۹۲-۱۰۴. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-13162-fa.html>
- عباسی، الف.، فتی، ل.، مولودی، ر.، و ضرابی، ح. (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۳ (۱۰)، ۶۵-۸۰. <https://sid.ir/paper/227460/fa>
- فروغی، ع. الف.، رئیس، س.، منتظری، ن.، و ناصری و م. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه بر کیفیت خواب، نشخوار فکری و شفقت به خود افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی- عروقی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۹ (۴)، ۱۵۲-۱۳۷. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1438-fa.html>
- قادرنژاد، م.، اعتماد نیا، م.، فرشلاف، م.، و صفت، ف. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در بهبود نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۱ (۱۲)، ۱۶۲-۱۵۳. <http://frooyesh.ir/article-1-3944-fa.html>
- Akbari, M., Seydavi, M., Hosseini, Z. S., Krafft, J., & Levin, M. E. (2022). Experiential avoidance in depression, anxiety, obsessive-compulsive related, and posttraumatic stress disorders: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 24, 65-78. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.03.007>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Cheng, Q., Shi, C., Yan, C., Ren, Z., Chan, S. H. W., Xiong, S., ... & Zheng, H. (2022). Sequential multiple mediation of cognitive fusion and experiential avoidance in the relationship between rumination and social anxiety among Chinese adolescents. *Anxiety, Stress, & Coping*, 35(3), 354-364. <https://doi.org/10.1080/10615806.2021.1955864>
- Crego, A., Yela, J. R., Gómez-Martínez, M. Á., Sánchez-Zaballos, E., & Vicente-Arruebarrena, A. (2025). Long-term effectiveness of the Mindful Self-Compassion programme compared to a Mindfulness-Based Stress Reduction intervention: a quasi-randomised controlled trial involving regular mindfulness practice for 1 year. *Frontiers in Psychology*, 16, 1597264. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1597264>
- Daneshvar, S., Shafiei, M., & Basharpour, S. (2022). Group-based compassion-focused therapy on experiential avoidance, meaning-in-life, and sense of coherence in female survivors of intimate partner violence with PTSD: A randomized controlled trial. *Journal of interpersonal violence*, 37(7-8), NP4187-NP4211. <https://doi.org/10.1177/0886260520958660>
- Ebrahiminejad, S., Poursharifi, H., Roodsari, A. B., Zeinodini, Z., & Noorbakhsh, S. (2016). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on Iranian female adolescents suffering from social anxiety. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(11), e25116. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5292141/>
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive psychiatry*, 64, 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.11.006>
- Hajek Gross, C., Oehlke, S. M., Prillinger, K., Goreis, A., Plener, P. L., & Kothgassner, O. D. (2024). Efficacy of mentalization-based therapy in treating self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 54(2), 317-337. <https://doi.org/10.1111/sltb.13044>

- Hassani, S. F., Tizdast, T., & Zarbakhsh, M. R. (2021). The role of self-compassion and hope in the relationship between psychological wellbeing, maladaptive schemas, resilience, and social support in women with multiple sclerosis. *Journal of client-centered nursing care*, 7(3), 195-204. <http://jccnc.iums.ac.ir/article-1-309-en.html>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hu, Z., Yu, H., Zou, J., Zhang, Y., Lu, Z., & Hu, M. (2021). Relationship among self-injury, experiential avoidance, cognitive fusion, anxiety, and depression in Chinese adolescent patients with no suicidal self-injury. *Brain and behavior*, 11(12), e2419. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34816613/>
- Jefferies, P., & Ungar, M. (2020). Social anxiety in young people: A prevalence study in seven countries. *PloS one*, 15(9), e0239133. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7498107/>
- Malda-Castillo, J., Browne, C., & Perez-Algorta, G. (2019). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice*, 92(4), 465-498. <https://doi.org/10.1111/papt.12195>
- Martínez-Rubio, D., Colomer-Carbonell, A., Sanabria-Mazo, J. P., Pérez-Aranda, A., Navarrete, J., Martínez-Brotóns, C., ... & Feliu-Soler, A. (2023). How mindfulness, self-compassion, and experiential avoidance are related to perceived stress in a sample of university students. *Plos one*, 18(2), e0280791. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280791>
- McGauley, G., Yakeley, J., Williams, A., & Bateman, A. (2011). Attachment, mentalization and antisocial personality disorder: The possible contribution of mentalization-based treatment. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 13(4), 371-393. <https://doi.org/10.1080/13642537.2011.629118>
- Mousapour, M., Mirzaei, H., & Sadeghi, F. (2024). Effectiveness of Mindfulness Training on Experiential Avoidance, Self-Compassion, and Physiological Indices in Women with Breast Cancer. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*, 5(1), 177-186. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.5.1.19>
- Nazemi, Z., Davoodifar, A., & Naseri Fadafan, M. (2025). Effectiveness of Mindfulness-Based Self-Compassion Training on Experiential Avoidance, Self-Kindness, and Emotional Beliefs in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. *International Invention of Scientific Journal*, 9(01), 53-65. Retrieved from <https://iisi.in/index.php/iisi/article/view/529>
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Pettersen, M. S. (2021). Therapists' experiences with mentalization-based treatment for avoidant personality disorder. *European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy*, 11, 143-159. <https://doi.org/10.24377/EJQRP.article3067>
- Puklek, M. (1997). *Socio-cognitive aspects of social anxiety and it's developmental trend in adolescence*. Unpublished master's thesis. University of Ljubljana.
- Ranta, K., Junttila, N., Laakkonen, E., Uhmavaara, A., La Greca, A. M., & Niemi, P. M. (2012). Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): measuring social anxiety among Finnish adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(4), 574-591. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0285-2>
- Rapee, R. M., Creswell, C., Kendall, P. C., Pine, D. S., & Waters, A. M. (2023). Anxiety disorders in children and adolescents: A summary and overview of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, 168, 104376. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104376>
- Remeus, M. G., Smits, M. L., Bal-Bax, A. M., Feenstra, D. J., & Luyten, P. (2024). Attachment as a predictor of dropout in mentalization-based treatment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 97, 45-57. <https://doi.org/10.1111/papt.12478>
- Scheepbouwer, V., Hanssen, I., Collin, G., Huijbers, M. J., Schuling, R., & Speckens, A. E. (2025). Mindfulness-Based Compassionate Living for Recurrent Depression: Examining Experiential Avoidance, Fear of Self-Compassion, and Positive Affect as Mediators of Response in a Randomized Controlled Trial. *Cognitive Therapy and Research*, 49(1), 140-154. <https://doi.org/10.1007/s10608-024-10556-z>
- Seçer, İ., & Ulaş, S. (2021). An investigation of the effect of COVID-19 on OCD in youth in the context of emotional reactivity, experiential avoidance, depression and anxiety. *International journal of mental health and addiction*, 19(6), 2306-2319. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00322-z>
- Sequeira, S. L., Silk, J. S., Jones, N. P., Forbes, E. E., Hanson, J. L., Hallion, L. S., & Ladouceur, C. D. (2024). Pathways to adolescent social anxiety: Testing interactions between neural social reward function and perceived social threat in daily life. *Development and Psychopathology*, 37(3) 1-16. <https://doi.org/10.1017/S0954579424001068>
- Smits, M. L., De Vos, J., Rüfenacht, E., Nijssens, L., Shaverin, L., Nolte, T., ... & Bateman, A. (2024). Breaking the cycle with trauma-focused mentalization-based treatment: theory and practice of a trauma-focused group intervention. *Frontiers in Psychology*, 15, 1426092. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1426092>
- Walder, N., Berger, T., Hürzeler, D., McDougal, E., Edbrook-Childs, J., & Schmidt, S. J. (2025). Prevention and treatment of social anxiety disorder in adolescents: mixed method randomised controlled trial of the guided online intervention SOPHIE. *Scientific Reports*, 15(1), 25141. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-10193-w>
- Yela, J. R., Crego, A., Gómez-Martínez, M. Á., & Jiménez, L. (2020). Self-compassion, meaning in life, and experiential avoidance explain the relationship between meditation and positive mental health outcomes. *Journal of clinical psychology*, 76(9), 1631-1652. <https://doi.org/10.1002/jclp.22932>

مقایسه اثربخشی درمان شفقت به خود ذهن آگاهانه و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر اجتناب تجربه‌ای در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی
Comparing the effectiveness of mindful self-compassion therapy and mentalization-based therapy on experiential ...

Youzbashi, M., Ghorban Shiroudi, S., & Jadidi, M. (2024). The Effectiveness of Mentalization-Based Treatment on Alexithymia and Internalizing Behavioral Problems in Adolescents of Divorce. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, 5(8), 105-114. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.8.12>