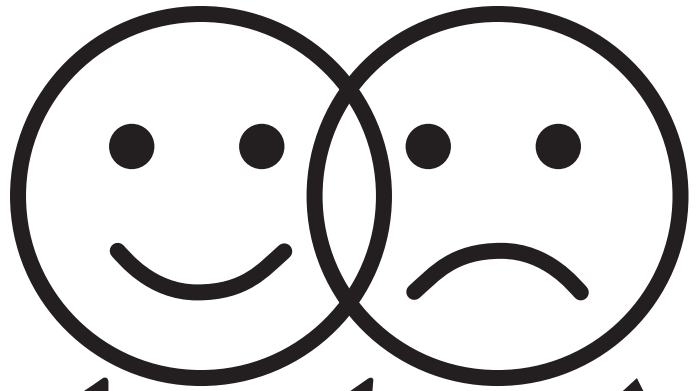


جنگ با طرح‌واره‌های مزاحم



مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن با
طرح‌واره درمانی، بر کاهش اضطراب اجتماعی و علائم فیزیولوژیک

خاطره امانی

کارشناس ارشد روان‌شناسی

دکتر داود جعفری

استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر

دکتر محمد اسماعیل ابراهیمی

استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان



چکیده

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ عبارت از ترس یا اضطراب چشمگیر از آن موقعیت‌های اجتماعی است که امکان دارد فرد در آن‌ها مورد بررسی دقیق دیگران قرار بگیرد. افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در حضور دیگران یا در موقعیت‌های جمعی قادر به عملکرد درست نبوده و از خود نشانه‌های فیزیولوژیک مانند تعریق زیاد، تپش قلب و... را نشان می‌دهند (کاپلان و سادوک^۲، ۲۰۰۵، ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۲).

این افراد آن احساس رضایت یا شادی را که در چنین موقعیتی باید به یک فرد عادی دست دهد تجربه نخواهند کرد (دادستان، ۱۳۸۰). این اختلال، دومین نوع اختلال اضطرابی شایع است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). براساس DSMV ترس یا اضطراب با تهدید واقعی توسط موقعیت اجتماعی ایجاد می‌شود و با زمینه اجتماعی - فرهنگی تناسب ندارد. ترس، اضطراب یا اجتناب مداوم است و معمولاً شش ماه یا بیشتر ادامه می‌یابد. برای درمان‌جویانی که به روان‌درمانی یا دارودرمانی جواب نمی‌دهند، علائم نویدبخشی در مورد منافع روش‌های دیگر، از جمله مصاحبهٔ انگیزشی، درمان پذیرش و تعهد و آگاهی کامل/مراقبه و حضور ذهن وجود دارد

هدف از این پژوهش مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن با طرح‌واره‌درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی و علائم فیزیولوژیک است. این پژوهش از نوع کاربردی است و افراد نمونه با استفاده از روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای از بین دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم، پایه‌های دوم و سوم شهر کرمانشاه به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش انتخاب شده‌اند. با آزمودنی‌ها پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی کانور اجرا شده است. افراد در هر دو گروه، ۸ جلسه تحت درمان قرار گرفتند.

نتایج به روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین میانگین پیش‌آزمون، جلسه چهارم، پس‌آزمون و پیگیری اضطراب اجتماعی و علائم فیزیولوژیک در دو گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و طرح‌واره‌درمانی تفاوت معنادار وجود دارد. اما بین اثربخشی دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. براساس یافته‌ها، شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن با طرح‌واره‌درمانی بر کاهش علائم اضطراب اجتماعی و علائم فیزیولوژیک تأثیر معنادار داشته‌اند.

کلیدواژه‌ها: حضور ذهن، طرح‌واره‌درمانی، اضطراب اجتماعی

(هالجین، ۲۰۱۴، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۳). اما درمان اختلال اضطراب اجتماعی می‌تواند بسیار دشوار باشد، زیرا درمان‌جویان گرایش دارند خود را از لحاظ اجتماعی منزوی کنند. از این‌رو توجه به عوامل زمینه‌ساز در طرح‌واره‌درمانی نیز می‌تواند مؤثر باشد. بنابراین لزوم مداخلات درمانی مؤثر و بجا ضروری می‌نماید. در این ارتباط در بین درمان‌های متعدد، درمان‌های شناختی مبتنی بر حضور ذهن و طرح‌واره مؤثر واقع شده‌اند.

درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن^۲ یکی از درمان‌های شناختی رفتاری نسل سوم یا موج سوم^۴ قلمداد می‌شود. آموزش حضور ذهن مستلزم یادگیری فراشناختی و استراتژی‌های رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای

فکری و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده است و باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجانات ناخوشایند می‌شود. حضور ذهن به معنای توجه کردن به شیوه خاص هدفمند در زمان حال و خالی از قضاوت است (کابات زین، ۲۰۰۳، به نقل از آذرگون، ۱۳۸۸).

در دو دهه اخیر تعداد زیادی از مداخلات و درمان‌های مبتنی بر حضور ذهن به ظهور رسیده (بائس^۵، ۲۰۰۶) که از آن جمله می‌توان به شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن ویلیامز و همکاران (۲۰۰۲) اشاره نمود. این مداخلات شامل تمرین توجه متمرکز است که در آن فرد توجه خود را روی یک محرک خاص همچون تنفس، احساس‌های بدنی، در طول یک دوره زمانی خاص متمرکز می‌کند (کرین^۶، ۲۰۰۹). هر چند هدف اصلی حضور ذهن، آرام‌سازی نیست اما مشاهده غیرقضاوتی رویدادهای منفی درونی یا برانگیختگی فیزیولوژیکی باعث بروز این حالت می‌شود (ویلیامز و تیزدل^۷، ۲۰۰۲، ترجمه محمد خانی، ۱۳۸۴).

طرح‌واره‌درمانی^۸، درمانی یکپارچه است که جنبه‌هایی از مدل‌های شناختی، رفتاری و دلبستگی را در هم می‌آمیزد. مدل طرح‌واره علاوه بر بینش، به تغییر شناختی، هیجانی، بین فردی و رفتاری نیز اهمیت می‌دهد. یانگ^۹ (۱۹۹۰) معتقد است که طرح‌واره، الگوی ثابت و درازمدتی است که در دوران کودکی شکل می‌گیرد و در زندگی بزرگسالی نیز ادامه می‌یابد. این طرح‌واره‌ها، باورها و احساس‌های مهمی هستند که در مورد خود و محیط می‌باشند و افراد آن‌ها را بدون چون و چرا پذیرفته‌اند. آن‌ها خود تداوم‌بخش‌اند و در برابر تغییر مقاومت زیادتری نشان می‌دهند. معمولاً این طرح‌واره‌ها به غیر از بافت درمانی در جای دیگر تغییر نمی‌کنند. طرح‌واره‌درمانی سه دسته تکنیک درمانی عمده را با یکدیگر تلفیق کرده است. این سه تفکیک عمده عبارت‌اند از: **تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تجربی.**

در تکنیک‌های شناختی درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا به این آگاهی عقلانی برسد که طرح‌واره غلط است. با استفاده از تکنیک الگوشکنی رفتاری بیمار نحوه مقابله با طرح‌واره را در سطح رفتاری تجربه می‌کند و در راهبردهای تجربی که به دو صورت مورد استفاده قرار می‌گیرد به بیمار کمک می‌شود که با طرح‌واره‌ها در سطح عاطفی بجنگد. راهبردهای تجربی برای سنجش و تغییر به کار گرفته می‌شوند. **عمده‌ترین تکنیک تجربی** که در مرحله سنجش به کار گرفته می‌شود تصویرسازی ذهنی است که با استفاده از آن به بیمار کمک می‌شود تا ریشه‌های تحولی دوران کودکی طرح‌واره‌ها را درک کرده و طرح‌واره‌ها را به مشکلات فعلی ربط دهد. در مرحله سنجش از تکنیک‌های متعدد استفاده می‌شود که سه تکنیک اصلی عبارت‌اند از: **تصویرسازی ذهنی، گفت‌وگوی خیالی و نوشتن نامه به والدین**، کلیه این تکنیک‌ها کمک می‌کنند تا بیمار به یک بینش هیجانی علاوه بر بینش عقلانی دست یابد (یانگ، ۱۹۹۰، ترجمه حمیدپور، ۱۳۸۶).

در ایران پژوهشی که بخواهد مقایسه اثربخشی درمان شناختی





درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن یکی از درمان های شناختی رفتاری نسل سوم یا موج سوم قلمداد می شود. آموزش حضور ذهن مستلزم یادگیری فراشناختی و استراتژی های رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ های نگران کننده است و باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجانات ناخوشایند می شود



معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس های واریانس کواریانس به درستی رعایت شده است. براساس آزمون کرویت موجلی که در اضطراب اجتماعی و علایم فیزیولوژیک معنادار نبوده است، فرض برابری واریانس های درون آزمودنی ها رعایت شده است و براساس آزمون لوین و عدم معناداری آن برای اضطراب اجتماعی و علایم فیزیولوژیک، شرط برابری واریانس های بین گروهی نیز رعایت شده است.

بین میانگین پیش آزمون، جلسه چهارم، پس آزمون و پیگیری اضطراب اجتماعی و علایم فیزیولوژیک در دو گروه MBCT و طرحواره درمانی تفاوت معنادار وجود دارد. اما بین اثربخشی دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد. علاوه بر این، تحلیل ها نشان داده است که اندازه اثر MBCT و طرحواره درمانی در اضطراب اجتماعی به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۵۶ و در علایم فیزیولوژیک به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۹ بوده است.

براساس آزمون تعقیبی بنفرونی، در گروه MBCT میانگین پیش آزمون علایم اضطراب اجتماعی بیشتر از جلسه چهارم، پس آزمون و پیگیری، و در جلسه چهارم بیشتر از پس آزمون و پیگیری و در جلسه پس آزمون بیشتر از پیگیری بوده است. در گروه طرحواره درمانی میانگین پیش آزمون بیشتر از جلسه چهارم، پس آزمون و پیگیری و در جلسه چهارم بیشتر از پس آزمون و

مبتنی بر حضور ذهن با طرحواره درمانی بر روی اضطراب اجتماعی را مورد بررسی قرار دهد یافت نشد. بنابراین پژوهش حاضر قصد دارد به بررسی مقایسه شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و طرحواره درمانی در کاهش اضطراب اجتماعی بپردازد.

روش

طرح پژوهش: این پژوهش، از نظر هدف تحقیق، کاربردی است و در آن از طرح نیمه آزمایشی پیش آزمون - پس آزمون استفاده شده است.

آزمودنی ها: جامعه آماری مورد نظر شامل دانش آموزان در حال تحصیل دوره متوسطه دوم، پایه های دوم و سوم شهر کرمانشاه بود. نمونه به روش خوشه ای چندمرحله ای با جایگزینی تصادفی انتخاب شد. در این پژوهش هر گروه ۱۷ نفر است که در آن ضمن مشاهده یا اندازه گیری مکرر مداخله درمانی صورت می گیرد و مقایسه دو گروه آزمایش با هم مد نظر بوده است.

ابزار و تحلیل

ابزار: پرسش نامه اضطراب اجتماعی (SPIN) (کونور و همکاران، ۲۰۰۰): این پرسش نامه یک ابزار خودسنجی ۱۷ ماده ای است که دارای سه خرده مقیاس ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی است.

تحلیل: داده های پژوهش به روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر و با استفاده از نرم افزار SPSS تحلیل شده است.

روند اجرای پژوهش

درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در ۸ جلسه یک و نیم ساعته با گروه آزمایش ۱، یک بار در هفته و طرحواره درمانی در ۸ جلسه دوساعته با گروه آزمایش ۲، یک بار در هفته به صورت گروهی انجام شده است.

یافته ها

در پژوهش حاضر میانگین و انحراف استاندارد اضطراب اجتماعی و علایم فیزیولوژیک به تفکیک پیش آزمون، جلسه چهارم، پس آزمون و پیگیری در گروه MBCT و طرحواره درمانی بررسی شد. سطح معناداری به دست آمده از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف برای نمرات پیش آزمون، جلسه چهارم، پس آزمون و پیگیری اضطراب اجتماعی و علایم فیزیولوژیک بزرگ تر از ۰/۰۵ می باشد. بنابراین داده های مربوط به این دوره ها نرمال است و می توان برای تجزیه و تحلیل استنباطی داده ها از آزمون های پارامتریک استفاده کرد. در این مقایسه از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده گردید. پیش فرض های تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، آزمون های باکس، کرویت موجلی و لوین می باشد. براساس نتایج آزمون باکس که برای اضطراب اجتماعی و علایم فیزیولوژیک



طرحواره درمانی، درمانی یکپارچه است که جنبه‌هایی از مدل‌های شناختی، رفتاری و دلبستگی را در هم می‌آمیزد. مدل طرحواره علاوه بر بینش، به تغییر شناختی، هیجانی، بین فردی و رفتاری نیز اهمیت می‌دهد

فیزیولوژیک اضطراب اجتماعی هستند باعث می‌شود که آنان علائم فیزیولوژیک اضطراب اجتماعی را بدون قضاوت و واکنش منفی بپذیرند در تکنیک تن‌آرامی منقبض شدن و شل شدن عضلات به افراد آموزش داده می‌شود که خود این امر می‌تواند در کاهش گزارش علائم فیزیولوژیک از جمله گرفتن عضلات نقش داشته باشد.

مراقبه حضور ذهن باعث فعال شدن ناحیه‌ای از مغز می‌شود که باعث ایجاد عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمن‌سازی بدن و کاهش اضطراب می‌گردد (ویلیامز و سگال و تیزدل، ۲۰۰۲؛ ترجمه محمدخانی، ۱۳۸۴). از بُعد اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی و علائم فیزیولوژیک می‌توان گفت که این نتیجه با یافته‌های (خورشیدزاده و همکاران، ۱۳۹۰، بیگی، ۱۳۹۰، امامی، ۱۳۹۱، شفیع‌آبادی و دوستان، ۱۳۹۲، بیانی، ۱۳۹۳، مقدم، ۱۳۹۴) همخوان است که به این نتیجه دست یافتند که طرحواره درمانی موجب کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه در تمامی حوزه‌های طرحواره درمانی در درمان اختلال اضطراب اجتماعی است و از اثربخشی لازم برخوردار بوده است. مدل‌های شناختی معاصر اضطراب اجتماعی بیان می‌دارند که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی، طرحواره‌هایی غیرانطباقی در مورد خود و رابطه خود با دیگران دارند و زمانی که در یک موقعیت اجتماعی، فعال شوند، باعث سوگیری‌های توجهی و شناختی

کمتر از پیگیری و در جلسه پس‌آزمون کمتر از پیگیری بوده است. به عبارت دیگر MBCT و طرحواره درمانی بر کاهش علائم اضطراب اجتماعی تأثیر معنادار داشته‌اند و در گروه MBCT و طرحواره درمانی میانگین پیش‌آزمون علائم فیزیولوژیک بیشتر از جلسه چهارم، پس‌آزمون و پیگیری، و در جلسه چهارم کمتر از پس‌آزمون و پیگیری و در جلسه پس‌آزمون بیشتر از پیگیری بوده است. به عبارت دیگر MBCT و طرحواره درمانی بر کاهش علائم فیزیولوژیک تأثیر معنادار داشته‌اند.

خلاصه بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن با طرحواره درمانی بر اضطراب اجتماعی و علائم فیزیولوژیک بوده است. در این پژوهش بعد از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، نتایج پرسش‌نامه‌ها با توجه به نرمال بودن توزیع متغیرها با آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. و در اینجا نتایج مورد بحث قرار می‌گیرد. نتایج تحلیل واریانس مختلط یا تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین میانگین پیش‌آزمون، جلسه چهارم، پس‌آزمون و پیگیری اضطراب اجتماعی در دو گروه MBCT و طرحواره درمانی تفاوت معنادار وجود دارد. اما بین اثربخشی دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد. از بُعد اثربخشی حضور ذهن بر کاهش اضطراب اجتماعی و علائم فیزیولوژیک می‌توان گفت که این نتیجه یافته‌های قبلی (تانی و همکاران، ۲۰۱۲، کاویانی و همکاران، ۱۳۸۴، آذرگون و همکاران، ۱۳۸۸، بیرامی، ۱۳۸۸، ابراهیمی‌نژاد، ۱۳۹۲، نجار، ۱۳۹۳، اسدی، ۱۳۹۳، موسوی، ۱۳۹۳، مولایی، ۱۳۹۴) را مورد تأیید قرار می‌دهد که حضور ذهن موجب تعدیل نشانه‌های اضطراب و نگرانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب می‌گردد.

برای کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی و علائم فیزیولوژیک بر اثر حضور ذهن می‌توان گفت که حضور ذهن از تکنیک‌های توصیف کردن، مشاهده کردن، عمل کردن با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش‌دهی برخوردار است و درمان حضور ذهن با برخورداری از مشاهده غیرقضاوتی رویدادهای منفی درونی یا برانگیختگی فیزیولوژیک باعث کاهش علائم اضطراب اجتماعی می‌شود و آموزش تکنیک‌های دیگر از جمله آرام‌سازی یا تن‌آرامی به افرادی که دارای علائم



هدف طرح‌واره‌درمانی، ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرح‌واره‌هاست و هدف نهایی آن بهبود طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است



منابع

۱. آذرگون، حسن و همکاران، اثربخشی آموزش حضور ذهن بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان، دو ماهنامه علمی پژوهشی شاهد دانشگاه، (۱۳۸۸)، سال ۱۶، دوره جدید، شماره ۳۴.
۲. باجر، جیمز و همکاران، (۲۰۰۶)، آسیب‌شناسی روانی، ترجمه سیدمحمدی، یحیی، تهران، ایران، نشر ارسباران، جلد ۱.
۳. حسنونند عموزاده، مهدی و همکاران، (۱۳۸۹)، بررسی روانی و اعتبار سیاهه هراس اجتماعی SPIN بر روی نمونه‌های غیربالینی ایرانی، مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه شاهد تهران ۲۳-۲۲ اردیبهشت (۱۳۸۹)، صفحه ۷۶-۷۵.
۴. خورشیدزاده، محسن و همکاران، اثربخشی طرح‌واره‌درمانی در کاهش فعالیت‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، نشریه فرهنگ مشاوره، (۱۳۹۰)، شماره ۶، ص ۱.
۵. دادستان، پریخ، (۱۳۸۳)، روان‌شناسی مرضی تحولی، تهران، سمت، جلد دوم.
۶. کاپلان، ج، سادوک، ب، (۲۰۰۳)، خلاصه روان‌پزشکی-علوم رفتاری، روان‌پزشکی بالینی، رفیعی، حسن، سجانبین، خسرو، تهران، ارجمند، جلد ۲، ویراست ۹.
۷. کرین، ربکا، (۲۰۰۹)، شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن، ترجمه انیسی خوش‌لهجه صدق، انتشارات روان.
۸. ویلیامز، سگال، (۲۰۰۶)، درمان‌شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای افسردگی، پروانه محمدخانی، شیمیا تمنایی‌فر، عذرا جهانی تابش، نشر فرادید.
۹. هالچین، ریچارد پی، کراس ویتبورن، سوزان، (۲۰۰۶)، آسیب‌شناسی روانی، سیدمحمدی، یحیی، تهران، روان، جلد ۱، ویراست، (۲۰۱۴).
۱۰. یانگ، جفری، کلووسکو، ژانت، ویشار، مارجوری، (۲۰۱۴)، طرح‌واره‌درمانی، حمیدپور، حسن، اندوز، زهرا، تهران، ارجمند، جلد ۱.
11. Baer, R-A (2006), Mindfulness-Based Treatment Approaches Clinicians Guide to Evidence Base and Application USA Academic press is an imprint of Elsevier.
12. Connor, K.M, Davidson, J.R.T, Curchill, L.E, Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R.H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory. British Journal of Psychiatry, 176, 379-386.
13. Crane, R (2009), Mindfulness-based Cognitive Therapy. New York: Routledge.
14. Rijkeboer MM, Van den Bergh H, Van den Bout J. (2005). Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus nonclinical sample. J BehavTherExp Psychiatry; 36: 129-44.
15. Segal, Z.V., Williams, M. G., & Teasdale, J.D. (2002), Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: Guilford Press.
16. Tanay, G., Lotan, G., & Bernstein, A. (2012). Salutary Proximal Processes and Distal Mood and Anxiety Vulnerability Outcomes of Mindfulness Training: A Pilot Preventive Intervention. Behavior Therapy, 4 43 3 (33), 492-505.
17. Young J, Klosko J, Weishaar M. (2000). Schema Therapy: A Practitioner's Guide: Guilford Press.



شده و به افراد دارای اضطراب اجتماعی کمک می‌کند تا به صورت اختیاری یا گزینشی، به اطلاعات مرتبط با تهدید اجتماعی، توجه کنند (ریچکبور، ون دن برگ و ون دن بوت، ۲۰۰۵).

هدف طرح‌واره‌درمانی، ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرح‌واره‌هاست و هدف نهایی آن بهبود طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (یانگ، کلووسکو و ویشار، ۲۰۰۰). بنابراین می‌توان گفت که طرح‌واره‌درمانی با تأکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرح‌واره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تأکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد می‌تواند فرصتی را برای بهبود و کاهش گزارش علائم فیزیولوژیکی اضطراب اجتماعی فراهم آورد.

یکی از برتری‌های این پژوهش، گروهی برگزار شدن آن است که در مقایسه با درمان‌های فردی مقرون به صرفه است؛ هم به لحاظ مادی و هم اثربخشی آن در واحد زمان.

این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز همراه بوده است از جمله محدود شدن نمونه به دانش‌آموزان دوره متوسطه. محدودیت دیگر تحقیق استفاده از روش پرسش‌نامه برای ارزیابی اضطراب اجتماعی و علائم آن بوده است؛ این امر سوگیری در پاسخ دادن به پرسش‌نامه‌ها را به همراه دارد. و بالاخره نداشتن گروه مقایسه‌ای، که هیچ‌گونه درمانی روی آن‌ها اجرا نشده باشد، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌رود.

پی‌نوشت‌ها

1. Social anxiety disorder
2. Kaplan & Sadoc
3. Mind Fulness
4. Third Wave
5. Baer
6. Crane
7. Williams & Segal & Tisdell
8. Schema Therapy
9. Yaung