

April-May 2021, Volume 9, Issue 1

The Effect of Group Psychotherapy based on Acceptance and Commitment on loneliness and Social Adjustment in Girls with Social Anxiety Disorder

Katayoun Tanhadoost¹, Milad Bezi², Mina Ghaffari Jam³, Fatemeh Ansari Haghighi^{4*},
Omid Amani⁵

1- M.A. Family Counseling, Counseling Department, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

2- M.A. Clinical Psychology, Department of Psychology, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran.

3- M.A. Psychology, Department of Psychology, Payame Noor University of Iran, Tehran, Iran.

4- M.A. Educational Psychology, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Fars, Iran .

5- M.A. Clinical Psychology, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Corresponding Author: Fatemeh Ansari Haghighi, M.A. Educational Psychology, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Fars, Iran .

Email: Fatemeh.ansari31@gmail.com

Received: 20 July 2020

Accepted: 16 March 2021

Abstract

Introduction: Among the consequences of social anxiety, disorder is psychological dysfunction, avoidance of social interactions and the development of avoidant personality in adulthood. The aim of this study was to investigate the effect of group psychotherapy based on acceptance and commitment on loneliness and social adjustment in girls with social anxiety disorder.

Methods: The design of the present study was a quasi-experimental pretest-posttest with a control and follow-up group and its the statistical population included all girls with a social anxiety disorder who referred to counseling centers and psychological services in Tehran between the academic years 2018-2019. The research sample also included 30 of these individuals who were purposefully selected and replaced by random allocation in two groups of 15 experimental and control. In order to collect data, the Loneliness Scale (1980) and the Bell Social Adjustment Questionnaire (1961) was used, and in order to provide the intervention, Hayes and Rose's (2008) psychotherapy package based on acceptance and commitment was used in 8 sessions 90 minutes. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance and SPSS V.21 software.

Results: Data analysis showed that following the intervention in the experimental group, there was a significant difference in the scores of the variable feeling of loneliness in the post-test (43.60) and follow-up (45.51) compared to the pre-test (57.67) and the social adjustment variable. In the post-test (14.33) and follow-up (13.47) stages compared to the pre-test (18.40), group psychotherapy based on acceptance and commitment had significant positive effects on loneliness ($F = 47.65$, $P < 0.001$) and social adjustment ($F = 24.93$, $P < 0.001$) left the experimental group, which remained in the follow-up stages.

Conclusions: Considering the effect of psychotherapy based on acceptance and commitment in reducing loneliness and improving social adjustment in people with social anxiety disorder, it is recommended that this treatment method be used to reduce the suffering of loneliness in this group of people.

Keywords: Acceptance and Commitment Treatment, Loneliness, Social Adjustment, Social Anxiety.

تأثیر روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سازگاری اجتماعی دختران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

کتایون تنها دوست^۱، میلاد بزی^۲، مینا غفاری جم^۳، فاطمه انصاری حقیقی^۴، فهیمه عموجوادی لنگرودی^۵

۱- کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.
 ۲- کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران.
 ۳- کارشناس ارشد روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور ایران، تهران، ایران.
 ۴- کارشناس ارشد روان شناسی تربیتی، گروه روان شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، فارس، ایران.
 ۵. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
 نویسنده مسئول: فاطمه انصاری حقیقی، کارشناس ارشد روان شناسی تربیتی، گروه روان شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، فارس، ایران.
 ایمیل: Fatemeh.ansari31@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۲۹

چکیده

مقدمه: از جمله پیامدهای اختلال اضطراب اجتماعی نارساکنشوری روان شناختی، اجتناب از تعاملات اجتماعی و بروز شخصیت اجتنابی در بزرگسالی است. این مطالعه با هدف تأثیر روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سازگاری اجتماعی دختران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام گرفت.

روش کار: طرح مطالعه حاضر شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری بوده و جامعه آماری آن دربرگیرنده کلیه دختران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی که بین سالهای تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۷ به مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی سطح شهر تهران مراجعه داشتند بود. نمونه پژوهش نیز شامل ۳۰ نفر از این افراد بود که به روش هدفمند انتخاب شده و به روش با استفاده از تخصیص تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. به منظور گردآوری داده ها از مقیاس احساس تنهایی (۱۹۸۰) و پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل (۱۹۶۱) استفاده شده و به منظور ارائه مداخله نیز از پکیج روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و رز (۲۰۰۸) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای استفاده گردید. داده های بدست آمده با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و به کمک نرم افزار SPSS V.۲۱ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: تحلیل داده ها بیانگر آن بود که به دنبال ارائه مداخله در گروه آزمایش، تفاوت معنی داری در نمرات متغیر احساس تنهایی در مراحل پس آزمون (۴۳/۶۰) و پیگیری (۴۵/۵۱) نسبت به پیش آزمون (۵۷/۶۷) و متغیر سازگاری اجتماعی در مراحل پس آزمون (۱۴/۳۳) و پیگیری (۱۳/۴۷) نسبت به پیش آزمون (۱۸/۴۰) وجود داشته و روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد اثرات مثبت معنی داری را بر احساس تنهایی ($F=47/65$, $P<0/001$) و سازگاری اجتماعی ($F=24/93$, $P<0/001$) افراد گروه آزمایش برجای گذاشته است که در مراحل پیگیری نیز باقی مانده بود.

نتیجه گیری: با در نظر داشتن تأثیر روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش احساس تنهایی و بهبود سازگاری اجتماعی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی پیشنهاد می شود که این روش درمانی در جهت کاهش رنج تنهایی این گروه از افراد به کار گرفته شود.

کلیدواژه ها: درمان پذیرش و تعهد، احساس تنهایی، سازگاری اجتماعی، اضطراب اجتماعی.

مقدمه

اضطراب به عنوان جزء جدایی ناپذیر زندگی انسان‌ها، دربرگیرنده یک احساس ناخوشایند و گسترده نگرانی با منشأ ناشناخته و همراه با علائم فیزیولوژیکی بوده و زمانی به اختلال تبدیل می‌شود که به طور ذهنی، مداوم و مکرر تجربه گردیده و عملکرد روزمره افراد را مختل سازد (۱). از جمله شایع‌ترین اختلالات اضطرابی که با مشکلات قابل ملاحظه در زندگی و عملکرد روزمره فرد مشخص می‌شود اختلال اضطراب اجتماعی است (۲). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) ویژگی اصلی این اختلال را ترس یا اضطراب آشکار، قابل توجه، همیشگی و توجیه ناپذیر در یک یا چند موقعیت اجتماعی یا عملکردی در نظر گرفته که فرد احتمال می‌دهد در آن به دقت مورد بررسی و ارزیابی منفی دیگران قرار گیرد و این ترس و اضطراب بیش از شش ماه طول بکشد (۳). افراد مبتلا این اختلال به علت ترس از بروز نشانه‌های اضطراب و شرمسار شدن، از قرار گرفتن در این موقعیت‌ها اجتناب نموده و یا با ترس و اضطراب شدید آن را تحمل می‌کنند (۴). این اختلال پس از افسردگی و وابستگی به مواد به عنوان سومین اختلال روانی شایع در آمریکا شناخته شده (۵) و نرخ شیوع ۱۲ ماهه آن در بزرگسالان ۷ درصد گزارش شده است که در این میان دختران ۲/۲ - ۱/۵ برابر بیشتر از پسران نشانگان آن را گزارش می‌کنند (۶). در ایران نیز اختلال اضطراب اجتماعی به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی میان جوانان شناخته شده و شیوع نقطه‌ای آن ۱۰/۱ درصد اعلام شده (۸) و در این میان دانشجویان دختر با ۵/۵ درصد و دانشجویان پسر با ۴/۷ درصد به ترتیب بیشترین میزان مبتلایان را در برمی‌گیرند (۹). بررسی‌های انجام گرفته نشان داده‌اند که شروع اختلال اضطراب اجتماعی در سنین نوجوانی و اغلب قبل از ۱۸ سالگی رخ داده (۱۰) و از جمله پیامدهای آن نارساکنش‌وری اجتماعی و روان‌شناختی، اجتناب از تعاملات اجتماعی و بروز شخصیت اجتنابی در بزرگسالی است (۱۱). افراد مبتلا به این اختلال با تمرکز افراطی نسبت به خود و توجه کمتری که به اطلاعات محیط اطرافشان نشان می‌دهند، در مهارت‌های اجتماعی ضعیف عمل نموده (۱۲) و وجود نقص و کمبودهای کمی و کیفی در جنبه‌های بااهمیت روابط اجتماعی، تجربه ناخوشایند احساس تنهایی و مشکلات در سازگاری اجتماعی را در پی

دارد (۱۳).

احساس تنهایی به عنوان یکی از نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی ضعف در روابط اجتماعی، مشکلات مداوم در ایجاد و حفظ ارتباط با دیگران (۱۴) و ادراک ناهمخوانی بین روابط اجتماعی که فرد در واقعیت تجربه می‌کند و آنچه او از این روابط انتظار دارد را شامل شده و به عنوان یکی از عوامل مهم نارضایتی، ناکافی بودن ارتباط و عدم ارضاء نیازهای اجتماعی شناخته می‌شود (۱۵). این تجربه پریشان کننده به صورت‌هایی همچون تنهایی هیجانی و عدم مشارکت در شبکه ارتباطات اجتماعی شناخته شده و زمینه‌ساز ناسازگاری‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و نارضایتی ادراکی در روابط اجتماعی می‌باشد. به طوری که فرد قادر نیست خود را با محیط وفق داده و سازگار شود (۱۶). سازگاری اجتماعی به عنوان یکی از مهم‌ترین ابعاد مختلف سازگاری به توانایی تغییر رفتار در پاسخ به دگرگونی‌های محیط اجتماعی گفته می‌شود. بدین معنی که فرد قادر باشد بین آنچه می‌خواهد و آنچه شرایط جدید اجتماع ایجاب می‌کند توازن برقرار سازد (۱۷). تعامل مؤثر فرد با محیط و برخورداری از مهارت‌ها و پذیرش اجتماعی در سطح مطلوب به معنای داشتن سازگاری اجتماعی است. به طوری که فرد بتواند بین خواسته‌ها و نیازهای خود با منافع و خواسته‌های اجتماع هماهنگی ایجاد کند و با تجربه احساسات مثبت درباره خود و دیگران و تأثیر بر آنان و شرکت در فعالیت‌های اجتماعی از تعامل با دیگران لذت برده و در موقعیت‌های ناآشنا احساس آرامش کند (۱۸).

با در نظر داشتن میزان شیوع اختلال اضطراب اجتماعی و آسیب‌هایی همچون احساس تنهایی و مشکلات در سازگاری اجتماعی، این اختلال همواره مورد توجه بوده و درمان‌های متعدد روان‌شناختی برای درمان آن طرح شده است که از جدیدترین آن‌ها درمان‌های موج سوم می‌باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان موج سوم رفتاردرمانی بر این فرض مبتنی است که اجتناب از افکار و احساسات و تجارب درونی ناخواسته منشأ مشکلات روان‌شناختی انسان بوده و بر شش فرایند مرکزی دارد که عبارتند از پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه تمرکز دارد. مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های موجود، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به

روش کار

طرح تحقیق پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه دختران دارای تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و کلینیک‌های سطح شهر تهران طی سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۷ بودند. به منظور انتخاب تعداد نمونه به استناد پیشینه پژوهش، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و براساس معیارهای ورود (همچون دریافت تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی طبق پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و مقیاس اضطراب اجتماعی؛ قرار داشتن در بازه سنی ۱۸ تا ۳۵ سال؛ توانایی شرکت در جلسات گروهی و تکمیل فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش) و خروج (همچون وجود اختلالات همبود؛ دارا بودن بیماری‌های پزشکی محدود کننده؛ دریافت موازی درمان‌های روان‌شناختی و عدم تکمیل فرم رضایت شرکت در پژوهش)، تعداد ۵۷ نفر از چهار کلینیک غرب شهر تهران توسط روان‌شناس بالینی همکار جهت غربالگری اولیه انتخاب شده و به پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل و مقیاس احساس تنهایی پاسخ دادند. سپس از میان افراد پاسخگو تعداد ۳۰ نفر که بیشترین مشکل در این ابعاد را گزارش نمودند انتخاب شده و به روش تخصیص تصادفی و با روش پرتاب سکه در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند بدین ترتیب که نخست دو گروه هم‌تا به لحاظ سن، تحصیلات شکل داده و با روش پرتاب سکه یک گروه به عنوان آزمایش و دیگری به عنوان کنترل انتخاب شد. در گام بعدی افراد گروه آزمایش طی مداخله گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه در عصرهای چهارشنبه هفته در یکی از کلینیک‌های همکار تحت مداخله قرار گرفتند و داده‌های پژوهش توسط آزمون‌های احساس تنهایی و سازگاری اجتماعی هر دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و یک‌ماه پس از اتمام فرایند مداخله تکمیل شد. به منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید که در آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در آمار استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردیده و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار

جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی بر درمان می‌باشد. از دیدگاه این رویکرد انواع متفاوت اجتناب از تجربه رویدادهای درونی و عدم پذیرش آن در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی منجر به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و ادامه رفتارهای ناسازگارانه آنان می‌شود (۱۹). هدف اصلی این درمان نیز انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به عنوان پیامد سازگاری با شرایط تهدید کننده است، به طوری که فرد بتواند عملی را که مناسب‌تر است جایگزین رفتارهای اجتنابی کند. به منظور تحقق این هدف در این درمان تمایل به مواجه شدن و پذیرش رویدادهای روان‌شناختی در فرد تقویت شده و افراد با تمرکز بر زمان حال از آنچه در لحظه کنونی در حال رخ دادن است آگاه می‌شوند. در درمان پذیرش و تعهد به افراد آموخته می‌شود که برداشت‌هایش را از وقایع واقعی جدا کند و بین آنچه ذهن می‌گوید و آنچه در واقعیت اتفاق افتد تمایز قائل شده و مستقل از آن عمل کنند و با انتخاب ارزش‌های شخصی و تبدیل آن‌ها را به اهداف ویژه به سوی پذیرش تجارب درونی در جهت ارزش‌های منتخب زندگی گام بردارند (۲۰). نتایج حاصل از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این گروه از درمان‌ها به صورتی گسترده در راستای بهبود آسیب‌های روانی بکار گرفته شده و اثرات مثبتی را بر کنش‌های روانی افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی نشان داده‌اند (۲۱-۲۴). با توجه به آنچه که اشاره شد، به نظر می‌رسد که این درمان در کاهش بدعملکردی‌های روانی ایجاد شده به دنبال وجود اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر بوده و می‌توان از آن در راستای کاهش رنج تنهایی ناشی از اختلال اضطراب اجتماعی افراد استفاده نمود. اما با مروری بر پیشینه پژوهش می‌توان دریافت که تاکنون مجموعه مطالعات صورت گرفته بر سایر عملکردهای روانی این گروه از بیماران تمرکز داشته و نقش این درمان در احساس تنهایی و سازگاری اجتماعی نیازمند بررسی بیشتر است. لذا با در نظر داشتن اینکه اختلال اضطراب اجتماعی به عنوان یکی از رایج‌ترین اختلالات روان‌شناختی بوده و در صورت عدم درمان به صورت مزمن درخواهد آمد، اقدام درمانی مناسب ضروری به نظر می‌رسد. از این روی پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سازگاری اجتماعی دختران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام گرفت.

2.1. SPIN

تحلیل داده تجزیه و تحلیل گردید.

مقیاس اضطراب اجتماعی: (SPIN) مقیاس اضطراب اجتماعی یک ابزار خودسنجی است که اولین بار توسط کانور (۲۰۰۰) و به منظور ارزیابی اختلال اضطراب اجتماعی ساخته شد. این مقیاس در برگرنده ۱۷ ماده و سه زیرمقیاس ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک است که بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از صفر (به هیچ وجه) تا ۴ (چهار (بی‌نهایت) نمره‌گذاری می‌شود (۲۵). نقطه برش این ابزار ۱۴ بوده با کارایی و دقت تشخیص ۰/۷۹، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را از افراد بدون این اختلال تمیز می‌دهد و از آن در راستای تشخیص افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی استفاده می‌گردد. به منظور سنجش شاخص‌های روان‌سنجی این ابزار کانور (۲۰۰۰) در مطالعه‌ای ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را در گروه بهنجار برای کل مقیاس معادل ۰/۹۴ و برای زیرمقیاس‌های ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و مقیاس ناراحتی فیزیولوژیک برابر ۰/۸۰ بدست آورده است. در ایران نیز پایایی این ابزار از طریق در مطالعه بیانی و همکاران (۲۰۱۲) از طریق محاسبه آلفای کرونباخ معادل ۰/۶۶ بدست آمد که بیانگر پایایی مناسب بدست آمده می‌باشد (۲۶). در مطالعه حاضر پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد که قابل قبول می‌باشد.

مقیاس احساس تنهایی (UCLA): مقیاس احساس تنهایی توسط راسل و همکاران (۱۹۸۰) به منظور ارزیابی احساس تنهایی ساخته شده است (۲۷). این ابزار یک مقیاس ۲۰ ماده‌ای است و براساس طیف چهار درجه‌ای لیکرت از یک (هرگز) تا چهار (اغلب) نمره‌گذاری شده و دامنه نمرات کسب شده در این ابزار بین ۲۰ (حداقل) تا ۸۰ (حداکثر) متغیر می‌باشد. میانگین نمره بدست آمده از این آزمون ۵۰ بوده و نمرات بالاتر از ۵۰ بیانگر شدت احساس تنهایی و نمرات پایین‌تر بیانگر کمتر بودن این احساس می‌باشد. راسل و فرگوسن (۱۹۸۰) پس از ساخت این مقیاس آن را سه بار ویرایش نموده و نسخه نهایی آن را در چهار گروه دانشجویان، معلمان، افراد مسن و پرستاران به کار گرفتند که نتایج بدست آمده نشان دهنده دامنه آلفای ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ بود (۲۸). در ایران نیز قاسم‌زاده این ابزار را به فارسی ترجمه نموده و پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آورد (۲۹). همسانی درونی مقیاس احساس تنهایی

توسط رحیم‌زاده و همکاران (۱۳۸۸) طی پژوهشی برابر ۰/۸۳ گزارش گردیده (۳۰) و پایایی آن نیز در پژوهش حتی و همکاران (۲۰۱۱) به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ بدست آمد (۳۱). در مطالعه حاضر نیز پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد که نشان دهنده سطح قابل قبول پایایی برای انجام پژوهش می‌باشد.

پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل: پرسشنامه سازگاری اجتماعی توسط بل (۱۹۶۱) ساخته شده است. این مقیاس یکی از انواع سازگاری‌ها در میان ۵ نوع سازگاری اجتماعی، عاطفی، بهداشتی خانوادگی و شغلی بوده و شامل دارای ۳۲ گویه بوده و در مورد هر دو جنس مردان و زنان قابل کاربرد می‌باشد. در این ابزار سؤالات براساس مقیاس سه درجه‌ای (بله، خیر، نمی‌دانم) نمره‌گذاری شده و نمرات هر بعد بین ۰ تا ۳۲ متغیر می‌باشد. نمره سازگاری هر فرد دربرگیرنده مجموع امتیازهایی است که وی از پاسخگویی به تمام سؤالات گرفته و افرادی که نمرات پایین‌تری را دریافت کرده‌اند سازگاری مناسب‌تری داشته و نمرات بالا در این ابزار به معنای سازگاری نامناسب می‌باشد (۳۲). بل (۱۹۶۲) طی مطالعه‌ای ضریب اعتبار این مقیاس را برای خرده مقیاس‌های سازگاری اجتماعی، عاطفی، بهداشتی، خانوادگی و شغلی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۹۱ و ۰/۸۵ و برای کل آزمون ۰/۹۴ بدست آورده است (۳۲). در ایران نیز نقش‌بندی به هنجاریابی و استاندارد نمودن این ابزار اقدام نموده و پایایی این پرسشنامه با روش کرونباخ معادل ۰/۸۹ گزارش شده است (۳۳). در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد: در مطالعه حاضر به منظور اجرای مداخله از بسته روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و رز (۲۰۰۸) (۳۴) که طی هشت جلسه (هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) برگزار می‌گردید استفاده شد. در بخش زیر شرح مختصری از ساختار، اهداف و محتوای جلسات این درمان ارائه شده است.

جلسه اول: در این جلسه ضمن معرفی درمانگر، برقراری ارتباط درمانی، آشنایی اعضا با یکدیگر، معرفی درمان و ساختار جلسات، به ارائه اطلاعات درباره اختلال اضطراب اجتماعی و مشکلات ناشی از آن و آگاه نمودن شرکت کنندگان از موثر نبودن راهکارهای قبلی و لزوم دست کشیدن از آن راه‌حل‌ها پرداخته شده و با به کارگیری استعاره جنگ با هیولا و انسان در چاه فرایند مداخله شروع شد.

کتابیون تنها دوست و همکاران

نیز قرار است ۵ دقیقه در مورد آنان صحبت کنند. سپس از آنان سوال شد دوست دارید در مورد شما چه بگویند؟ آنچه می خواهید افراد در مورد شما بگویند همان ارزش های شما هستند. در پایان بررسی ارزش های اصلی زندگی و اهداف و اعمال و موانع دستیابی به ارزش ها و برنامه ریزی و حرکت در جهت آنها به عنوان تکلیف تعیین شد.

جلسه هفتم: شروع این جلسه با مرور تجارب قبل، دریافت بازخورد و بررسی ارزش های شرکت کنندگان بوده و هدف از آن بررسی عمل متعهدانه و راهکارهای مربوط به آن در مسیر حرکت به سوی زندگی ارزشمند بود. بدین منظور با استفاده از استعاره حباب به مفهوم عمل متعهدانه پرداخته شده و در پایان شناسایی موانع عمل متعهدانه به عنوان تکلیف خانگی ارائه شد.

جلسه هشتم: این جلسه که با مرور مباحث جلسات قبل، بررسی تکالیف خانگی و بازخورد نسبت به درمان شروع شد با هدف ارزشیابی تعهد به عمل در جهت ارزش ها و جمع بندی اجرا گردید. درک ماهیت تمایل و تعهد، بررسی طرح های رفتاری همراستا با ارزش ها و ایجاد تعهد به منظور عمل به آنها همراه آموزش چگونگی پذیرش ارزش ها و عمل متعهدانه جایگزین همجوشی، قضاوت در مورد تجارب و اجتناب و توجه به رفتارها از اهداف این جلسه بود. در پایان جلسه نیز ضمن اعلام اتمام جلسه آزمون های به کار گرفته شده در مرحله پیش آزمون مجدداً اجرا گردید و یکماه پس از اتمام مداخله نیز پیگیری به عمل آمد.

یافته ها

در این مطالعه تعداد ۳۰ نفر از دختران شاغل به تحصیل با میانگین سنی (و انحراف معیار) ۲۴/۶۸ (و ۳/۲۲) برای گروه آزمایش و ۲۳/۹۵ (و ۲/۴۱) برای گروه کنترل شرکت داشتند. از میان ۱۵ نفر شرکت کننده در گروه آزمایش ۹ نفر (۶۰٪) در مقطع کارشناسی و ۶ نفر (۴۰٪) در مقطع کارشناسی ارشد و از میان ۱۵ نفر شرکت کننده در گروه کنترل ۸ نفر (۵۳/۳۳٪) در مقطع کارشناسی و ۷ نفر (۴۶/۶۶٪) در مقطع کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بودند. همچنین از میان مجموع شرکت کننده ۲۳ نفر (۷۹/۶۶٪) افراد غیرشاغل و ۷ نفر (۲۳/۳۳٪) شاغل به کار نیز بوده و ۱۹ نفر (۶۳/۳۳٪) از افراد ساکن خوابگاه و ۱۱ نفر (۳۶/۶۶٪) ساکن شهر تهران بودند. در (جدول ۱) یافته های توصیفی حاصل از داده های بدست

جلسه دوم: مرور تجارب جلسه پیشین و دریافت بازخورد از بیماران، ارزیابی تمایل افراد نسبت به تغییر، آگاهی از اینکه کنترل خود یک مشکل است نه راه حل و استفاده از استعاره کیک شکلاتی و تمرین اعداد دنیای درونی و بیرونی برای شرکت کنندگان همراه با جمع بندی مباحث جلسه و ارائه تکلیف خانگی از اهداف جلسه دوم بود.

جلسه سوم: این جلسه که با مرور بر تجارب جلسه پیشین، بررسی تکالیف خانگی و دریافت بازخورد بیماران همراه با توضیح هدف و تمرین گسلش شناختی شروع شده بود، با استفاده از استعاره مسافران در اتوبوس به همراه کمک به بیماران برای شناسایی ویژگی های پنهان زبان که موجب ایجاد همجوشی شده ادامه یافته و با همراهی به منظور مشاهده بدون قضاوت درباره افکار و احساسات پایان یافت. به دنبال اتمام زمان جلسه مباحث ارائه شده جمع بندی گردیده و تکالیف خانگی ارائه گردید.

جلسه چهارم: این جلسه که با مرور بر تجارب و تکالیف جلسه قبل آغاز شده با ارتباط با زمان حال شرکت کنندگان ادامه یافت. در این راستا از تمرین ذهن آگاهی استفاده گردیده و تمرکز بر زمان حال و لحظه کنونی، توجه به افکار و تشخیص احساسات مورد توجه قرار گرفته و در پایان جلسه نیز از شرکت کنندگان خواسته شد به عنوان تکلیف خانگی از طریق تمرکز بر افکار و احساسات به تمرین ذهن آگاهی بپردازند.

جلسه پنجم: شروع جلسه با مرور بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد بوده و هدف از آن در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه در برابر خود به عنوان محتوا بود. بدین منظور تمایل ها و تمرینات این بخش به شرکت کنندگان کمک کرد تا بتوانند خود مفهومی را از خود زمینه ای متمایز کرده به این آگاهی دست یابند که خود فرد مساوی با افکار و احساساتش نیست. استفاده از استعاره صفحه شطرنج به منظور شناسایی افکار، احساسات و باورها همراه با تمرین و ارائه تکلیف خانگی از دیگر فعالیت های این جلسه بوده و در پایان جلسه ضمن بررسی نظرات و دریافت بازخورد، تکلیف جلسه نیز تعیین گردید.

جلسه ششم: هدف عمده جلسه ششم کشف و شناسایی ارزش های زندگی بود تا شرکت کنندگان دریابند چه چیزهایی در زندگی برای آنان ارزشمند است. در جهت از این هدف از آنان خواسته شد فرض کنند این توانایی را دارند که در تشییع جنازه خود شرکت کنند و خانواده و دوستان

آمده گزارش شده است. همان طور که از داده های جدول نیز می توان استنباط نمود نتایج حاصل از تحلیل توصیفی بیانگر آن هستند که در متغیرهای احساس تنهایی و سازگاری اجتماعی نمرات گروه آزمایش در دو مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش داشته، درحالی که در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نمی گردد. با توجه به اینکه این یافته ها در سطح توصیفی می باشند و استنباط علی از آن نمی توان کرد، از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. به منظور انجام این آزمون در گام نخست به بررسی و اعمال پیش فرض های آن اقدام گردید. پیش فرض نخست این آزمون بررسی طبیعی بودن توزیع

متغیرهای پژوهش بود که با به کارگیری آزمون شاپیرو وایک مورد بررسی قرار گرفته و تأیید شد ($P > 0.05$). مفروضه همگنی واریانس ها نیز با به کارگیری آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت که تحلیل به عمل آمده این مفروضه را نیز تأیید نمود ($P > 0.05$). نتایج آزمون کورویت موچلی نیز بیانگر عدم معنی داری در متغیرهای پژوهش بود ($P > 0.05$)؛ لذا می توان فرض یکسان بودن واریانس ها و به گونه ای دقیق تر شرط همگنی ماتریس واریانس کوواریانس را برقرار دانست. با توجه به این پیش فرض ها آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر قابل اجرا بود. **جدول ۱:** شاخص های توصیفی متغیر احساس تنهایی و سازگاری اجتماعی در

مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به همراه نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری		نتایج آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p
احساس تنهایی	آزمایش	۵۷/۶۷	۳/۵۵	۴۳/۶۰	۴/۳۲	۴۵/۵۱	۳/۰۶	۴۷/۶۵	۰/۰۰۱
	کنترل	۵۶/۹۳	۴/۴۱	۵۷/۴۷	۵/۶۳	۵۷/۸۰	۵/۳۳		
سازگاری اجتماعی	آزمایش	۱۸/۴۰	۲/۶۱	۱۴/۳۳	۲/۵۸	۱۳/۴۷	۲/۲۰	۲۴/۹۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۷/۷۳	۱/۹۸	۱۷/۴۷	۲/۲۶	۱۸/۲۴	۱/۹۴		

(جدول ۱) شاخص های توصیفی متغیر احساس تنهایی و سازگاری اجتماعی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به همراه نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر را نشان می دهد. همان طور که از نتایج جدول نیز مشاهده می شود، نتایج آزمون بیانگر آن است که به دنبال ارائه روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنی داری در نمره کل متغیر احساس تنهایی در مراحل پس آزمون (۴۳/۶۰) و پیگیری (۴۵/۵۱) نسبت به پیش آزمون (۵۷/۶۷) وجود داشته ($F = 47/65$, $P < 0.001$) و می توان دریافت که درمان به کار گرفته شده بر روی این متغیر اثر مثبتی را برجای گذاشته و موجب کاهش احساس تنهایی آزمودنی های پژوهش گردیده است. در متغیر سازگاری اجتماعی نیز نتایج حاصل از تحلیل داده های توصیفی و آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بیانگر آن بود که به دنبال ارائه مداخله، نمرات افراد گروه آزمایش در مراحل پس آزمون (۱۴/۳۳) و پیگیری (۱۳/۴۷) نسبت به پیش آزمون (۱۸/۴۰) و گروه کنترل کاهش داشته است که بیانگر اثرات مثبت معنی دار بر روی این متغیر می باشد ($P < 0.001$, $F = 24/93$). با توجه به این یافته ها می توان

نتیجه گرفت که روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سازگاری اجتماعی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تأثیر داشته و مقدار انا نشان می دهد که تأثیر روان درمانی گروهی بر متغیر احساس تنهایی ۰/۶۳، و متغیر سازگاری اجتماعی ۰/۴۷ می باشد.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سازگاری اجتماعی دختران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. نتایج بدست آمده از پژوهش بیانگر آن بود که این درمان اثرات مثبت معنی داری را بر احساس تنهایی و سازگاری اجتماعی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در گروه آزمایش داشته و به دنبال دریافت درمان کاهش در نمرات متغیرهای مذکور مشاهده گردید که در مراحل پیگیری نیز این نتایج باقی مانده بود. این یافته ها را می توان با نتایج بدست آمده از مطالعات هربرت و دالریمل (۲۰۰۷)، وایتینگ و همکاران (۲۰۱۲)، نوری و همکاران (۱۳۹۶)، استادیان خانی و فدایی مقدم، رابین و جانکین (۲۰۱۴) (۲۱-۲۴، ۳۵) همسو

دانست. در همین راستا هربرت و دالریمل (۲۰۰۷) طی مطالعه‌ای بر روی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، نشان داد این درمان نشانه‌های اضطراب اجتماعی و اجتناب را کاهش می‌دهد و مهارت‌های اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران را بهبود می‌بخشد (۲۱). وایتینگ و همکاران (۲۰۱۲) نیز در پژوهشی با عنوان ارزیابی امکان‌پذیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود سازگاری روان‌شناختی افراد پس از آسیب مغزی به این نتیجه رسیدند که این درمان افزایش سازگاری روان‌شناختی را در این افراد در پی داشته است (۲۲). نوری و همکاران (۱۳۹۶) اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و بهداشتی دانشجویان پرستاری را مورد بررسی قرار دادند و اعلام کردند این درمان بر افزایش سازگاری اجتماعی و بهداشتی پرستاران مؤثر بوده است (۲۳). استادیان خانی و فدایی مقدم (۱۳۹۶) در پژوهشی نشان دادند این درمان بر سازگاری اجتماعی و هراس اجتماعی تأثیر معنی‌داری داشته است (۲۴). مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی به علت باورهایی که نسبت به خود دارند جهان را جای خطرناکی ادراک کرده و به دنبال آن علائم شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری اضطراب را تجربه می‌کنند. این نشانه‌ها موجب می‌شود این افراد به جای توجه به موقعیت‌های اجتماعی بر احساسات خود و نحوه برخوردشان با دیگران تمرکز کنند. این افراد با ترک موقعیت اجتماعی نیز مدت‌ها به آنچه گفته یا انجام داده‌اند فکر می‌کنند و این تغییر توجه به سمت خود، پیامدهای منفی به دنبال دارد. بدین ترتیب که با تجربه علائم فیزیولوژیکی و شناخت‌های منفی در مورد خود محیط اجتماعی تهدیدکننده‌تر به نظر می‌آید و موجب می‌شود تا علائم جسمانی و نشانه‌های تجربه شده توجه بیشتری شود و این توجه افراطی بر خود و عدم توجه به محیط منجر به ضعف در عملکرد اجتماعی شده و اجتناب از تعاملات اجتماعی را به دنبال دارد (۱۲). افراد مضطرب علاوه بر اجتناب از موقعیت‌هایی که به اضطراب می‌انجامد به علت ارزیابی منفی و افراطی از احساسات و افکار، برای کنترل یا فرار از رویدادهای درونی نیز تلاش می‌کنند (۳۶). اگرچه این افراد سعی در اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی دارند اما کاملاً منزوی نیستند (۱۲). نارضایتی و ناکافی بودن ارتباط و عدم ارضاء نیاز اجتماعی سبب احساس تنهایی در این افراد شده و اجتناب و عدم پذیرش رویدادهای شخصی، عدم انعطاف‌پذیری و ناتوانی در تنظیم رفتار و ناتوانی در

دستیابی به نتایج مطلوب را در پی دارد (۳۷). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به عنوان هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و قطب مخالف اجتناب، مستلزم ارتباط با زمان حال و توانایی ایجاد تمایز بین خود و افکار و تجارب درون روانی و انجام عمل ارزش‌مدار است. بدین منظور در گام اول به درمان‌جو کمک می‌شود تا به‌وسیله تمرکز بر زمان حال با آنچه که هم‌اکنون در حال جریان است ارتباط برقرار کرده و با بودن در زمان حال هر لحظه از افکار، احساسات، هیجان‌ها و حالات جسمانی خود باخبر باشد. سپس به وسیله تمرین پذیرش می‌آموزد احساساتی را که در مسیر زندگی به طول اجتناب‌ناپذیری ایجاد می‌شود به عنوان یک احساس بدون قضاوت همان‌گونه که هستند تجربه کند نه به عنوان چیزی که باید از آن اجتناب کرد (۳۶). بدین ترتیب فرد می‌تواند احساسات و نشانه‌های روانی و فیزیکی خود را بپذیرد. پذیرش احساسات و نشانه‌های جسمانی و روانی منجر به کاهش توجه و حساسیت افراطی بر علائم شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری اضطراب می‌شود و به دنبال آن محیط اجتماعی کمتر تهدیدکننده به نظر می‌آید. در عین حال با استفاده از راهبردهای پذیرش از جمله ناامیدی‌سازنده و به چالش کشیدن راهکارهای قبلی درمان‌جو برای حل مشکلات از عواقب اجتناب و کنترل افکار و احساسات آگاه می‌شود. با بررسی راهکارهای جدید رفتار ارزش‌مدار به عنوان جایگزینی برای رفتارهای اضطرابی به درمان‌جو معرفی می‌شود. سپس با کمک به درمان‌جو برای تشخیص ارزش‌هایش در قدم بعدی به او کمک می‌شود این ارزش‌ها را در یک محیط امن به اجرا در آورده و تجربه کند. چنین اقداماتی به بهبود عملکرد اجتماعی فرد کمک کرده و به مرور اضطراب ارزش و اهمیت خود را از دست می‌دهد و فرد در مسیر ارضاء نیازهای اجتماعی قرار گرفته به کاهش احساس تنهایی منجر می‌شود. نتایج این بخش از پژوهش را در نتایج دیگر پژوهشگران نیز می‌توان مشاهده کرد.

در بعد دوم مطالعه نیز نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها بیانگر تأثیر روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی دختران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی نیز نتایج بود که در بررسی دلایل آن می‌توان که گفت که سازگاری اجتماعی به معنی تعامل مؤثر فرد با محیط زندگی شامل احساسات مثبت درباره خود و دیگران و تعامل اجتماعی با آنان، شرکت در فعالیت‌های

گام بعد به کمک درمانگر، فرد با شناسایی ارزش‌هایش به تداخل راهبردهای اجتنابی بالارزش‌ها پی می‌برد و ترغیب می‌شود با افکار و احساسات درون روانی خود مواجه شده و حرکت در جهت ارزش‌های انتخاب شده را آغاز کند. بدین ترتیب درمان‌جو با فاصله گرفتن از باورهای محدود کننده خود و ایجاد الگوهای عمل متعهدانه گام‌های اولیه برای سازگاری اجتماعی را برمی‌دارد.

نتیجه‌گیری

به طور کل این مطالعه بیانگر آن بود که روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سازگاری اجتماعی دختران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی اثرات مثبتی داشته و این اثرات تا یک ماه پس از مداخله نیز باقی‌مانده بود. این نتایج نشان می‌دهند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌وسیله فرایندهای روان‌شناختی اساسی مرکزی خود از قبیل ارتباط با زمان حال، کاهش اجتناب، کاهش آمیختگی شناختی، روشن‌سازی اهداف ارزشمند زندگی و ایجاد الگوهای عمل متعهدانه، راه را برای درمان اختلالات اضطرابی از جمله اختلال اضطراب اجتماعی هموار ساخته و می‌توان از آن در راستای کاهش رنج تنهایی و افزایش در میزان سازگاری مبتلایان به این بیماری استفاده نمود. این مطالعه نیز دارای محدودیت‌هایی بود که از جمله آن‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: با توجه به محدودیت دسترسی به نمونه آماری، در پژوهش حاضر از حداقل نمونه آماری استفاده شد، از این روی پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات بعدی با تعداد نمونه بیشتر صورت گیرد. همچنین با در نظر داشتن اینکه در این مطالعه صرفاً دختران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شهر تهران شرکت داشتند، بنابراین باید در تعمیم نتایج آن بر سایر گروه‌ها و شهرها احتیاط نموده و به مقایسه نتایج حاصل از درمان با سایر گروه‌ها اقدام نمود. عدم کنترل عوامل زمینه‌ای و فردی نیز از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود از این روی پیشنهاد می‌شود نقش مداخله‌گر این عوامل نیز مورد بررسی قرار گیرد.

سیاسگزار

این پژوهش با کد طرح ۶۵۲۴/۲۱۹ معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک انجام گردید. نویسندگان

اجتماعی، احساس آرامش در موقعیت‌های ناآشنا و توانایی تأثیرگذاری بر دیگران است. در سازگاری اجتماعی فرد دارای مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط اجتماعی بوده و به طور مؤثری قادر به برطرف کردن نیازهای خود است. به این معنی که از طریق آن و رعایت اصول پذیرفته‌شده در اجتماع و هماهنگی نیازها و خواسته‌هایش با گروه می‌تواند جذب آن شود (۳۸). افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی به علت توجه به جنبه‌های منفی خود و عملکرد اجتماعی‌شان به ارزیابی افراطی از پیامدهای منفی مواجهه اجتماعی می‌پردازند که منجر به احساس ناتوانی در کنترل احساسات، خودپنداره منفی و احساس ضعف در مهارت اجتماعی می‌شود. این اختلال با تأثیر در فرایند پردازش اطلاعات، افکار و نگرش‌های فرد باعث تحریک و پایداری احساسات و رفتارهای وابسته به ترس اجتماعی شده و افراد مبتلا نسبت به خطاهای اجتماعی حساسیت بالایی نشان می‌دهند و اشتباهات خود را فاجعه‌آمیز برآورد کرده و از راهبردهای غیر انطباقی از جمله رفتارهای ایمن‌ساز، نشخوار ذهنی بعد از رویداد و رفتارهای اجتنابی استفاده می‌کنند (۱). بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتارهای اجتنابی یکی از مشکلات اصلی در اختلال اضطراب اجتماعی محسوب می‌شود. اجتناب تجربی به دو صورت کنترل یا فرار از تجارب درونی و یا اجتناب موقعیتی از شرایطی است که با آغاز تجارب ذهنی ارتباط دارند. هدف این درمان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به عنوان نقطه متقابل اجتناب است به طوری که فرد بتواند با شرایط تهدید کننده سازگار شود (۳۷). بدین منظور ابتدا سعی می‌شود قدرت پذیرش روانی فرد در مورد تجارب درونی از جمله افکار و احساسات افزایش یافته و فرد دریابد اگرچه اجتناب موقتاً موجب کاهش اضطراب و علائم آن می‌شود اما تداوم آن تأثیرات منفی به بار آورده و به شکل متناقض باعث تشدید آن می‌شود (۳۶). سپس به‌وسیله تمرینات ذهن آگاهی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در زمان حال آگاهی پیدا می‌کند. در گام بعد با استفاده از راهبردهای گسلش اعتماد درمان‌جو در مورد برداشتها و ارزیابی‌هایش از وقایع واقعی به چالش کشیده شده و فرد طی جلسات درمانی یاد می‌گیرد بین واقعیت و قضاوت‌های شخصی فاصله ایجاد کند. بدین ترتیب توسط پذیرش و عدم آمیختگی با افکار و احساسات، ارزیابی‌های افراطی و منفی از مواجهه اجتماعی کاهش پیدا می‌کند. در

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی برای نویسندگان این پژوهش وجود دارد.

این مقاله از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش و خانواده‌های این بزرگواران و همچنین تمامی مدیران، مشاوره و درمانگرانی که در زمینه شناسایی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و فراهم ساختن فضای مصاحبه و درمان همکاری داشتند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنند.

References

1. Tuma AH, Maser JD. Anxiety and the anxiety disorders: Routledge; 2019. <https://doi.org/10.4324/9780203728215>
2. Dixon ML, Moodie CA, Goldin PR, Farb N, Heimberg RG, Gross JJ. Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder: Reappraisal and Acceptance of Negative Self-beliefs. Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging. 2020; 5 (1):119-29. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2019.07.009>
3. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
4. Asakura S. Diagnosis and treatment of social anxiety disorder. Seishin shinkeigaku zasshi= Psychiatria et neurologia Japonica. 2015;117(6):413-30.
5. Kessler RC, Avenevoli S, McLaughlin K, Green JG, Lakoma M, Petukhova M, et al. Lifetime co-morbidity of DSM-IV disorders in the US national comorbidity survey replication adolescent supplement (NCS-A). Psychological medicine. 2012;42(9):1997-2010. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000025>
6. van Niekerk RE, Klein AM, Allart-van Dam E, Hudson JL, Rinck M, Hutschemaekers GJ, et al. The role of cognitive factors in childhood social anxiety: social threat thoughts and social skills perception. Cognitive therapy and research. 2017;41(3):489-97. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9821-x>
7. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Dialogues in clinical neuroscience. 2015;17(3):327. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>
8. Talepasand S, NOUKANI M. Social phobia symptoms: prevalence and sociodemographic correlates. 2010.
9. Norouzi M, Michaeli Manee F, Issazadegan A. THE PREVALENCE OF SELF-REPORTED SOCIAL ANXIETY DISORDER ON IRANIAN STUDENTS. Studies in Medical Sciences. 2016;27(2):155-66.
10. Morrison AS, Heimberg RG. Attentional control mediates the effect of social anxiety on positive affect. Journal of anxiety disorders. 2013;27(1):56-67. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.10.002>
11. Woody SR, Chambless DL, Glass CR. Self-focused attention in the treatment of social phobia. Behaviour research and therapy. 1997; 35 (2):117-29. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00084-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00084-8)
12. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment. 1995; 41 (68): 00022-3.
13. Le Roux A. The relationship between adolescents' attitudes toward their fathers and loneliness: A cross-cultural study. Journal of Child and Family Studies. 2009;18(2):219-26. <https://doi.org/10.1007/s10826-008-9222-1>
14. Goossens L, Lasgaard M, Luyckx K, Vanhalst J, Mathias S, Masy E. Loneliness and solitude in adolescence: A confirmatory factor analysis of alternative models. Personality and Individual Differences. 2009; 47 (8):890-4. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.07.011>
15. Zhao J, Kong F, Wang Y. The role of social support and self-esteem in the relationship between shyness and loneliness. Personality and Individual Differences. 2013;54(5):577-81. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.11.003>
16. Qualter P, Brown SL, Rotenberg KJ, Vanhalst J, Harris RA, Goossens L, et al. Trajectories of loneliness during childhood and adolescence: Predictors and health outcomes. Journal of Adolescence. 2013; 36 (6): 1283-93. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.01.005>
17. Berk M, Berk L, Dodd S, Cotton S, Macneil C, Daglas R, et al. Stage managing bipolar disorder. Bipolar disorders. 2014;16(5):471-7. <https://doi.org/10.1111/bdi.12099>
18. Wang C, Hatzigianni M, Shahaeian A, Murray E, Harrison LJ. The combined effects

- of teacher-child and peer relationships on children's social-emotional adjustment. *Journal of school psychology*. 2016;59:1-11. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2016.09.003>
19. Myler CJ. Increasing psychological flexibility regarding interpersonal conflict between religious beliefs and attitudes towards sexual minorities: An Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention. 2013.
20. Thomas N, Shawyer F, Castle DJ, Copolov D, Hayes SC, Farhall J. A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC psychiatry*. 2014;14(1):198. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-198>
21. Dalrymple KL, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior modification*. 2007; 31 (5):543-68. <https://doi.org/10.1177/0145445507302037>
22. Whiting D, Simpson G, Ciarrochi J, McLeod H. Assessing the feasibility of Acceptance and Commitment Therapy in promoting psychological adjustment after severe traumatic brain injury. 2012.
23. Noori L, Moradi Shakib A, Ezazi Bojnourdi E, Adib F, Ashoori J. Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment on Social and Health Adjustment of Nursing Students. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2018; 25 (5):172-9. <https://doi.org/10.30699/sjhnmf.26.5.3>
24. Ostadian Khani Z, Fadie Moghadam M. Effect of acceptance and commitment group therapy on social adjustment and social phobia among physically-disabled persons. *Archives of Rehabilitation*. 2017;18(1):63-72. <https://doi.org/10.21859/jrehab-180163>
25. Foa E, Wesler R. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *The British Journal of Psychiatry*. 2000;176:379386. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
26. Bayani AA, Ranjbar M, Bayani A. The study of relationship between social problem-solving and depression and social phobia among students. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2012;22(94):91-8.
27. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology*. 1980;39(3):472. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>
28. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*. 1996;66(1):20-40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
29. L. G. The feeling of loneliness and social skills of students suffering of pathologic use of Internet. . Tehran: ,Tarbia't Moa'alem University. (Persian); 2006.
30. RAHIMZADEH S, BAYAT M, ANARI A. Loneliness and social self-efficacy in adolescence. 2010.
31. Hojjati H, Akhonzadeh G, Hassanali pour S, Sharifnia S, Asayesh H. The effect of reminiscence on the amount of group self-esteem and life satisfaction of the elderly. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2011;9(5):350-6.
32. Bell HM. *The adjustment inventory: Consulting Psychologists Press Palo Alto, CA*; 1962.
33. Fathi Ashtiani A, Dastani M. *Psychological tests, personality and mental health evaluation*. Tehran (Iran): Besat. 2010.
34. Zare H, Baradaran M. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in improving of cognitive control and cognitive flexibility in anxious students. *Quarterly of Applied Psychology*. 2019;12(4):491-511.
35. Robin B, Junkin M. The effect of mindfulness cognitive therapy on self-esteem and loneliness for depressed adults. *J Affect Disord*. 2014;114(5):251-62.
36. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies-republished article. *Behavior therapy*. 2016;47(6):869-85. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>
37. Hayes SC, Strosahl KD. *A practical guide to acceptance and commitment therapy: Springer Science & Business Media*; 2004. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7>
38. Astin AW, Sax LJ. How undergraduates are affected by service participation. *Service Participation*. 1998;39(3):251.