

## مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش میزان علائم اضطراب اجتماعی

محمد رضا یابنده<sup>۱</sup>، حسین بقولی\*<sup>۲</sup>، سیروس سروقد<sup>۳</sup>، مریم کورش نیا<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۲/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۵/۰۵

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر کاهش میزان علائم اضطراب اجتماعی در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. این مطالعه یک طرح نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش ۴۵ دانشجوی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس<sup>۵</sup> انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند و به پرسشنامه اضطراب اجتماعی<sup>۶</sup> به منظور ارزیابی میزان اضطراب اجتماعی قبل از شروع مداخله و پس از آن پاسخ دادند. نتایج پس از تجزیه و تحلیل با استفاده از آزمون کواریانس نشان داد که تفاوت معناداری میان گروه کنترل و دو گروه آزمایش وجود داشت و هر دو درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش میزان علائم اضطراب اجتماعی در دانشجویان اثربخش بودند و اگرچه میزان اثربخشی رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیش از درمان شناختی رفتاری بود، اما این میزان تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که دو شیوه درمانی در کاهش علائم اضطراب اجتماعی اثربخش هستند و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند جایگزین مناسبی برای درمان شناختی رفتاری در درمان اختلال اضطراب اجتماعی باشد.

**واژه‌های کلیدی:** اضطراب اجتماعی، درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

### مقدمه

- ۱- دانشجوی دکترای روانشناسی. گروه روانشناسی. واحد مرودشت. دانشگاه آزاد اسلامی. مرودشت. ایران.
- ۲- استادیار دانشگاه آزاد. گروه روانشناسی. واحد مرودشت. دانشگاه آزاد اسلامی. مرودشت. ایران.
- ۳- استاد دانشگاه آزاد. گروه روانشناسی. واحد مرودشت. دانشگاه آزاد اسلامی. مرودشت. ایران.
- ۴- استاد دانشگاه آزاد. گروه روانشناسی. واحد مرودشت. دانشگاه آزاد اسلامی. مرودشت. ایران.

\* نویسنده‌ی مسئول مقاله، mrezayab@yahoo.com

5- Convenience Sampling

6- SPIN

اختلال اضطراب اجتماعی یکی از رایج‌ترین اختلالات اضطرابی مزمن با شیوع طول عمر ۱۳ درصد (McEvoy, Grove, Slade, 2011) و دومین تشخیص بسیار متداول در اختلال‌های اضطرابی و یکی از سه اختلال روان‌پزشکی متداول در آمریکا است (Kessler, et al. 2005, Krusk Niels, Burkland & Associates, 2014). در ایران نوروزی، میکائیلی و عیسی‌زادگان (۲۰۱۶) به بررسی شیوع این اختلال در دانشجویان پرداخته و گزارش کردند که شیوع این اختلال در دانشجویان ۵/۲ درصد و این میزان در زنان بالاتر از مردان است (به ترتیب ۵/۵ و ۴/۷ درصد). ویژگی اصلی این اختلال ترس یا اضطراب قابل توجه درباره یک یا چند موقعیت اجتماعی که در آنها احتمال دقت نظر به بیمار و موشکافی توسط دیگران وجود دارد که فرد یا آن موقعیت را به سختی تحمل کرده و یا از آن اجتناب می‌کند (American Psychological Association 2013). این اختلال مزمن و شروعی تدریجی و زود هنگام از دوران نوجوانی داشته (Hoffman and Otto, 2008, American Psychological Association, 2013) و نوجوانان مبتلا میزان زیادی افسردگی و ایده خودکشی را گزارش کرده‌اند (Francis, Last and Strauss, 1992, Quoted from Stewar, Razavi, 2013). این اختلال عملکرد تحصیلی اجتماعی خانوادگی شخصی و بهره‌وری اقتصادی فرد را به طور قابل توجهی مختل می‌سازد (Rocio et al., 2008) و تنها بخش کمی از افراد مبتلا درمان قابل توجهی می‌گیرند (United Kingdom Mental Health Cooperation Center, 2013). برخی از مبتلایان ممکن است هفته‌ها از خانه خارج نشوند و یا از بسیاری موقعیت‌های اجتماعی، شغلی و تحصیلی خود صرف نظر کنند (Goltkin and Derby, 2011). اگرچه این رفتارهای اجتنابی به طور موقت اضطراب را کاهش می‌دهد، اما اختلال را از بین نمی‌برد (Wax, Howell and Goldden, 2013) و در صورتی که مداخلات درمانی صورت نگیرد، این اختلال به دوره طولانی از ناتوانی منجر شده و فرد مبتلا مشکلات زیادی را در زمینه کارکرد شخصی، شغلی و اجتماعی خود متحمل می‌شود (Hoffman, 2007). این اختلال با سایر اختلال‌های اضطرابی، افسردگی و وابستگی به الکل و گستره‌ای از اختلالات شخصیت، بیشتر اختلال شخصیت اجتنابی، همراه است (Clarke, Eilers, McManus, Hackman & Campbell, 2003).

همچنین در سال‌های اخیر این اختلال به عنوان اختلالی که دارای اهمیت در زمینه بهداشت همگانی در نظر گرفته شده است (Hashemi Nia, 2017 quoted by Safi Khani Gholizadeh, Mahmoudi and Mardopour, 2017).

با توجه به شیوع بالا و شروع زودرس این اختلال و همچنین اثر آن بر حیطه عملکرد اجتماعی و شغلی فرد و بهبود خودبخودی بسیار اندک آن، تشخیص به موقع و ضرورت درمان موثر در این حیطه

بسیار مشهود می‌باشد. از طرفی نیز همبودی بالای آن با سایر اختلالات و تقدم آن بر سایر اختلال‌ها و هزینه بالایی که بر مراکز خدمات سلامت روان دارد، اهمیت درمان این اختلال را مشخص‌تر می‌کند. در حیطه درمان این اختلال، علاوه بر درمان دارویی در درمان‌های روان‌شناختی بسیاری برای اختلال اضطراب اجتماعی موثر شناخته شده‌اند؛ از جمله درمان شناختی رفتاری (Godlin et al. 2014)، درمان بین فردی (Bourget et al., 2008)، مواجهه درمانی (Campman et al., 2016) آموزش مهارت‌های اجتماعی و درمان شناختی رفتاری (Hoffman, 2007).

درمان شناختی رفتاری که به‌طور اختصار CBT خوانده می‌شود، به‌عنوان درمان موثر برای اختلالات اضطرابی به خوبی شناخته شده است (Hoffman and Smith, 2008, Butler, Chapman, Forman and Beck, 2006). مدل شناختی رفتاری درمان اختلال اضطراب اجتماعی پژوهش‌های بسیاری را به‌خود اختصاص داده و اندازه اثر آن بر اختلال اضطراب اجتماعی در فرا تحلیل اخیر (Hoffman, Asany, Vanek, Sueer & Feng, 2012) در حد متوسط گزارش شد. در تحقیق Blanco و همکاران (۲۰۱۰) میزان پاسخ کمتر درمان شناختی رفتاری بر اختلال اضطراب اجتماعی در مقایسه با دارو درمانی و هر دو درمان با هم گزارش شد. در تحقیقات جدیدتر (Crack, Niels, Burkland & Associates, 2014) نیز گزارش شده که درمان شناختی رفتاری کاستی‌های مهمی نیز داشته است. از جمله عدم پاسخ همه افراد به این درمان، ناپایدار بودن نتایج درمان در درازمدت و نکته دیگر اینکه اغلب تلاش برای کنترل افکاری که به همراه هیجان‌های ناخوشایند هستند، آنها را افزایش می‌دهد. بارلو<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) نیز گزارش کردند که بسیاری از دریافت‌کنندگان درمان شناختی رفتاری قبل از پایان درمان آن را رها می‌کنند و کراسک<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) اذعان داشته که با وجود درمان موفق افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، آنها در طول زندگی نسبت به این اختلالات آسیب‌پذیر باقی می‌مانند. لذا تلاش برای بهبود مداخلات درمانی و یافتن درمانی کاراتر، از منطبق کافی برخوردار است و پیش از این نیز باعث شده محققان به درمان‌هایی که مبتنی بر توجه آگاهی و پذیرش هستند روی آورده‌اند (Hayes, Strosal and Wilson, 1999). از جمله این درمان‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به اختصار ACT نامیده می‌شود، می‌باشد که در بهبود اختلالات متعددی اثربخش گزارش شده است؛ از جمله: اختلال اضطراب اجتماعی (Dalrymple and Herbert, 2007) اختلال پانیک (ایفرت<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۹)، اختلالات خوردن (Hill, Romar, Masuda, Morgan, Mlchr and Tvhyng 2015)، اختلالات اضطرابی (Anderson and Salvation Program, 2008)، اختلال وسواس اجبار و اختلال پوست

1 Barlow

2 Crask

3 Eifert

کنی (Towhing, Horse and Draft, 2006) و افسردگی (Hayes, Boyd & Sul, 2011) در افزایش تنظیم هیجان و معناداری زندگی زنان افسرده (Torkhan, 2017) بر عملکرد خانواده‌های در آستانه طلاق (Yousefi, Karimipour, Azizi, 2017). ACT جزو درمان‌های موج سوم و ریشه در نظریه فلسفی بافتارگرایی کارکردی<sup>۱</sup> و مبتنی بر نظریه چارچوب ارتباطی<sup>۲</sup> است (Hayes et al., 2010) و در ابتدا برای درمان آسیب روانی<sup>۳</sup> به‌طور کلی و نه یک اختلال خاص، به‌وجود آمد و یک درمان فراتشخیصی<sup>۴</sup> می‌باشد (Hayes et al., 1999). در این درمان فرض بر این است که انسان بسیاری از احساسات، هیجان‌ها و افکار و رویدادهای درونی خودش را ناخوشایند و غیر قابل تحمل می‌داند و سعی بر این دارد که این تجارب درونی را تغییر، کنترل و یا از دست آنها خلاص شود (Hayes, Vaillat, Levine and Hilderbrandt, 2011). اما این تلاش برای کنترل کردن این رویدادهای درونی ناکارآمد و باعث شدت گرفتن آنها می‌شود (Hayes, Ursula and Roemer, 2010). اگرچه این رویکرد نقش شناخت را در ایجاد هیجان‌های ناخوشایند مهم می‌داند؛ اما در مقایسه با رفتار درمانی شناختی تاکید بیشتری بر پذیرش و تمایل به تجربه رویدادهای درونی و بر تعامل مبتنی بر ارزش‌ها در زندگی دارد و به‌جای تمرکز بر بازسازی شناختی، بر پذیرش تاکید می‌کند و افکار را تنها بخشی از تجارب معمول انسانی و یکی از چندین عامل بافتاری محتمل که می‌تواند باعث این هیجان‌های منفی شود، می‌داند (Hayes & Smith 2006, Herbert & Forman, 2013). هدف این مدل درمانی از بین بردن اجتناب تجربه‌ای و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق تماس با لحظه حال، رفتار متعهدانه و زندگی مبتنی بر ارزش‌ها می‌باشد (Hayes, Loma, Bond and Lily, 2006).

تحقیقات بسیاری در مورد اثربخشی ACT بر اختلالات اضطرابی صورت گرفته است و گرچه مقایسه ACT و CBT بر روی نمونه‌های بالینی به‌طور کلی صورت گرفته است. برای مثال تحقیق فورمن، هربرت، مویترا، یومانسو گلر<sup>۵</sup> (۲۰۰۷) که بر بیمارانی که سطوح متوسط تا بالایی از افسردگی را بدون گرفتن تشخیص افسردگی و اضطراب و یا تحقیق لاپالاین<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۰۷) که تعداد محدودی، ۲۸ مراجعه‌کننده، توسط ۱۴ درمانگر درمان خود را دنبال کردند، نشان داد که کاهش علائم در مراجعینی که با ACT درمان شده بودند، بیشتر از CBT بود. اما تحقیقات معدودی به مقایسه ACT و CBT بر بیماران دارای تشخیص اختلالات اضطرابی و علی‌الخصوص اختلال اضطراب

1 Functional Contextualism

2 Rational Frame Theory

3 psychopathology

4 Transdiagnostic

5 Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller

6 Lappalainen

اجتماعی صورت گرفته است و تا آنجایی که محقق جستجو کرده تنها دو تحقیق به‌طور گسترده در این مورد صورت گرفته است. تحقیق آرک<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۲) که به مقایسه اثربخشی ACT با CBT بر نمونه‌ای که مبتلا به اختلالات اضطرابی بودند و تحقیق کراسک<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۴) که در آن پیامدها و میانجی‌های درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال اضطراب اجتماعی مورد بررسی قرار گرفتند. لذا در همین راستا و به هدف بهبود بخشیدن، گسترش نتیجه‌گیری‌ها در مورد موثرتر بودن درمان و با توجه به اینکه شیوه‌ای که این دو رویکرد درمانی به نقش عوامل موثر در نگهداری و ایجاد بیماری نگاه می‌کنند، به‌صورت بنیادینی متفاوت می‌باشد. بنابراین تحقیق دقیق و گسترده در جهت ارزیابی ادعای هر کدام از این دو رویکرد به عبارتی بازسازی شناختی و تغییر در محتوای افکار و در نهایت کنترل افکار به هدف کاهش اضطراب در مقابل پذیرش و گشودگی به تجربه اضطراب با هدف زندگی کردن بر پایه ارزش‌های فرد از الزام کافی برخوردار است تا در نهایت بر اساس یافته‌های تجربی به درمانی موثرتر در این مورد دست یابیم و نتایج آن می‌تواند در انتخاب رویکرد موثرتر و یا حتی رسیدن به درمانی التقاطی<sup>۳</sup> متشکل از اصول و شیوه‌های ACT و CBT برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی اثربخش باشد.

همچنین از آنجا که ورود به دانشگاه دوره حساسی در زندگی فرد به شمار می‌رود و اغلب با تغییرات زیادی در روابط اجتماعی همراه است (Oscar, Musulau, Caraman Besabakal, 2015) اهمیت یافتن راهی در جهت بهبود عملکرد تحصیلی اجتماعی این قشر واضح است.

## روش

طرح این پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. متغیر مستقل در این پژوهش، درمان (درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی و درمان شناختی رفتاری) و متغیرهای وابسته، تغییرات در نمرات اضطراب اجتماعی در نتیجه کاربرد دو شیوه مختلف درمانی بود.

## جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری تمامی دانشجویان کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی دانشگاه مرودشت و شیراز در سال ۱۳۹۵ بودند. در این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس<sup>۴</sup> در دو مرحله صورت گرفت و تعداد ۴۵ دانشجوی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انتخاب شدند.

## شیوه اجرا

1 Arch

2 Crask

3 Eclectic

4 Convenience sampling.

در مرحله اول به مدت سه هفته هر روز در دانشگاه با دانشجویان در کلاس‌ها صحبت شد که آیا حاضر به همکاری در پر کردن پرسشنامه‌ای که در پژوهشی به کار گرفته خواهد شد، هستند یا خیر. در صورت موافقت با گرفتن شماره تماس از طریق سامانه تلگرام ابتدا در جهت تکمیل پرسشنامه توجه شده و سپس فایل پرسشنامه اضطراب اجتماعی<sup>۱</sup> که یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای حساس به کاهش علائم اضطراب اجتماعی در طی زمان و با توجه به کوتاه بودن و سادگی نمره‌گذاری آن سبب می‌شود تا بتوان از آن به سهولت و بر روی جمعیت‌های بزرگ همانند دانشجویان استفاده کرد، برای آنها ارسال می‌شد و در مرحله دوم پس از جمع‌آوری و نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، افرادی که نمرات ۳۵ تا ۴۰ و یا بالاتر را گرفتند، به آنها اعلام گردید که در صورت تمایل در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این جلسه ضمن تشریح اهداف پژوهش، به منظور رعایت اصول اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و آنان اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله‌ای که بخواهند، مختار هستند از ادامه پژوهش انصراف دهند. پس از موافقت نهایی افراد جهت شرکت در پژوهش، از آنها رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و اعلام گردید که نتیجه پژوهش بدون ذکر نام گزارش خواهد شد. لازم به ذکر است که به شرکت‌کنندگان گفته شد که جهت ارزیابی با فرم مصاحبه‌ای تشخیصی<sup>۲</sup> *SCID-5* و *SPD* و مصاحبه تشخیصی به روان‌شناسان و روان‌پزشکان همکار در طرح ارجاع خواهند شد و پس از تشخیص‌گذاری قطعی و انطباق با ملاک‌های ورود و خروج، به‌عنوان نمونه پژوهش وارد درمان خواهند گردید. همچنین با آگاهی دادن به آزمودنی‌های گروه کنترل در زمینه ضرورت دریافت درمان در پایان اجرای طرح پژوهشی، با آنها همین روند درمانی اجرا خواهد شد. پس دستیابی به حجم نمونه (تعداد ۴۵ نفر)، شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی به قید قرعه در سه گروه مورد مطالعه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی و عدم دریافت درمان‌های روانشناختی و یا دارو حداقل به مدت یک ماه قبل از ورود به پژوهش و رضایت‌نامه کتبی بیمار برای شرکت در پژوهش، بود. هر سه گروه پرسشنامه اضطراب اجتماعی<sup>۳</sup> (Connor, 2000) را پیش از اجرای متغیر آزمایشی تکمیل کردند و سپس یکی از گروه‌های آزمایش تحت درمان شناختی رفتاری و گروه آزمایشی دوم تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه کنترل تا پایان پس‌آزمون هیچ نوع درمانی دریافت نکرد. اما با توجه به اینکه از قبل به آزمودنی‌های گروه کنترل در زمینه ضرورت دریافت درمان آگاهی داده شده بود؛ در پایان اجرای طرح پژوهشی، همین روند درمانی اجرا شد. درمان شناختی رفتاری برای اختلالات اضطراب اجتماعی بر مبنای

1 SPIN

2 Structured Clinical Interview for DSM-5

3 SPIN

راهنمای هوفمان و اتو<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مبنای راهنمای ایفرت و فورسیس<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) صورت گرفت. جلسات درمان به صورت خلاصه در جدول ۱ آمده است.

#### جدول ۱- خلاصه جلسات درمان

جلسه	محتوا
جلسه اول:	ایجاد رابطه درمانی و معرفی مدل درمانی با تاکید ویژه بر مواجهه.
جلسه دوم:	مرور تکلیف خانگی جلسه قبل و مدل درمانی، تمرین مواجهه در جلسه با خواستن از اعضا برای توضیح مدل درمانی و منطق آن و در پایان تکلیف خانگی.
جلسه سوم تا ششم:	ایجاد اضطراب کافی برای هر تمرین مواجهه و در پایان هر جلسه دادن تمرین خانگی.
جلسه هفتم تا یازدهم:	معرفی مواجهه بر اساس سلسله مراتب ترس در محیط طبیعی و خواستن از هر بیمار که مسایل زیر را پیش‌بینی کند: ۱- میزان متوسط و حداکثر اضطراب در طول مواجهه؟ ۲- پیامد موقعیت مواجهه؟ ۳- این پیامدها تا چه زمانی طول خواهند کشید؟ و در آخر تکلیف خانگی جهت پیشگیری از عود بیماری.
جلسه ی دوازدهم:	خلاصه کردن پیشرفت هر یک از اعضای گروه با توجه به عملکرد مستقل و مهارت‌های مثبتی که هر یک از اعضا آموخته و بحث در مورد اینکه چه اضطراب‌هایی را مغلوب کرده و کدام‌ها هنوز مانده‌اند.

#### درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مبنای راهنمای ایفرت و فورسیس (۲۰۰۵)

جلسه	محتوا
جلسه اول:	تمرکز بر آموزش روانی، تمرین‌های تجربی، و گفتگو در مورد پذیرش و اعمال ارزشمند
جلسه دوم و سوم:	نامیدی خلافانه کشف شده و اینکه آیا تلاش‌های قبلی برای کنترل کردن اضطراب کارا بوده و چگونه این تلاش‌ها منجر به کاهش فعالیت‌های زندگی ارزش‌مدار و پذیرش شده است.
جلسه چهارم و پنجم:	تاکید بر توجه آگاهی، پذیرش و ناهمجوشی شناختی.
جلسه ششم تا یازدهم:	ادامه دادن به صیقل دادن پذیرش، توجه آگاهی و ناهمجوشی و کاوش در ارزش‌های اضافه شده و شفاف‌سازی اهداف، افزایش تمایل به دنبال کردن فعالیت‌های زندگی ارزش‌مدار. از مواجهه‌سازی رفتاری، مواجهه‌سازی درونی، تصویری و واقعی استفاده شد تا فضایی برای پذیرش، مشاهده و توجه به اضطراب تمرین شود و همچنین حین تجربه اضطراب پرداختن به فعالیت‌های ارزش‌مدار نیز تمرین شد.
جلسه دوازدهم:	مرور آنچه تاکنون انجام شده و اینکه چگونه آن را ادامه دهیم.

#### ابزار پژوهش

میزان اضطراب اجتماعی توسط پرسشنامه اضطراب اجتماعی سنجیده شد که یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای می‌باشد و نمره کل آن در دامنه صفر تا ۶۸ قرار دارد. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۰

توسط کانور<sup>۱</sup> و همکارانش به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی طراحی شد و مزیت آن حساس بودن به کاهش علائم اضطراب اجتماعی در طی زمان است و یکی از موارد استفاده آن، آزمودن پاسخ به درمان در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی است. نمرات بالای ۵۱ میزان اضطراب اجتماعی بسیار شدید و نمرات بین ۴۱ تا ۵۰ متوسط، ۲۱ تا ۳۰ کم و کمتر از ۲۰ نرمال فرض می‌شوند. نقطه برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه برش ۵۰ با کارایی ۸۹ درصد، افراد مبتلا به هراس اجتماعی را از افراد غیر مبتلا متمایز می‌کند (Connor et al., 2000). اعتبار این پرسشنامه با روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با ۷۸/۰ تا ۸۹/۰ بوده و ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) در یک گروه بهنجار ۹۴/۰ گزارش شده است (Salajeghet and Soghani, 2014). در ایران این پرسشنامه از نظر ویژگی‌های روان‌سنجی در سه گروه مبتلایان به اضطراب اجتماعی، سایر اضطراب‌ها و آزمودنی‌های بهنجار سنجیده و تفاوت معناداری بین گروه‌ها دیده شد (عبدی، ۱۳۸۲). در پژوهش دیگری (Fathi Ashtiani, 2009) الفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۸ و ضرب اعتبار را ۰/۸۷ گزارش کرد.

#### یافته‌ها

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها و انتخاب نوع آزمون‌های مربوطه، ابتدا باید به بررسی وضعیت نرمال بودن متغیرها پردازیم. چرا که اگر متغیرها نرمال باشند، مجاز خواهیم بود هم از آزمون‌های پارامتریک و هم از آزمون‌های ناپارامتریک استفاده نماییم. آزمونی که جهت بررسی نرمال بودن متغیرها استفاده می‌شود، آزمون شاپیرو-ویلکس می‌باشد. از این آزمون زمانی استفاده می‌شود که بخواهیم ببینیم داده‌های متغیر مورد نظر نرمال هستند یا خیر؛ لذا متغیرهای پژوهش را از نظر نرمال بودن با کمک آزمون شاپیرو-ویلکس بررسی می‌کنیم. نتایج بررسی در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲- نتایج بررسی نرمال بودن متغیرهای وابسته (آزمون شاپیرو-ویلکس)

متغیرهای پژوهش	آماره شاپیرو-ویلکس	سطح معناداری (Sig)	وضعیت
میزان اضطراب اجتماعی- پس آزمون	۰/۷۴۷	۰/۲۳۱	نرمال

همانگونه که یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد، آماره شاپیرو-ویلکس در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ معنادار است. بنابراین توزیع آماری متغیر وابسته نرمال است و پیش فرض نرمال بودن تایید قرار می‌گیرد. در قدم بعد برای برآرسی همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳- آزمون همگونی واریانس‌ها بین سه گروه



سطح معناداری (Sig)	df2	df1	آماره F
۰/۱۷۳	۳۴	۲	۱,۸۵

در آزمون لوین چون سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ است، فرض همگونی واریانس‌ها در سطوح مختلف متغیر مستقل پذیرفته می‌شود. با توجه به اینکه متغیر کوریت (کنترل) بین سطوح مختلف متغیر مستقل (گروه کنترل و آزمایش) تفاوت معنادار نداشته باشد (همگون باشد). متغیر کنترل پیش‌آزمون اضطراب اجتماعی است. با توجه به اینکه متغیر مستقل سه سطح دارد (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) از آزمون تحلیل واریانس جهت بررسی این مفروضه استفاده می‌شود که نتایج حاصل در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس

منبع تغییرات واریانس	مجموع مربعات	درجه آزادی (df)	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری (Sig)
تفاوت بین گروهی	۳/۵۱	۲	۱/۷۶	۰/۰۷۷	۰/۹۲۶
تفاوت درون گروهی	۹۵۸/۱۳	۴۲	۲۲/۸۱		
کل	۹۶۱/۶۴	۴۴			

یافته‌ها در جدول فوق نشان می‌دهد که مقدار  $F$  جهت تفاوت بین گروه‌ها (کنترل و آزمایش) در سطح معناداری  $P \leq ۰/۰۷۷$  معنی‌دار نمی‌باشد. بدین معنا که تفاوت معنی‌داری بین نمرات پیش-آزمون اضطراب اجتماعی گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد. پس فرض همگونی متغیر کنترل در دو گروه کنترل و آزمایش پذیرفته می‌شود. در جدول ۵ آزمون اثرات بین گروهی انجام شده است.

جدول ۵- آزمون اثرات بین گروهی

منبع تغییرات واریانس	مجموع مربعات	درجه آزادی (df)	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری (Sig)	مجدور اتا
گروه‌ها	۶۴/۶۶	۲	۳۲/۳۳	۹/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۳۷۲
پیش‌آزمون اضطراب اجتماعی	۳۳۸/۹۸	۱	۳۳۸,۹۷۶	۹۶,۱۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۵۶
گروه‌ها * پیش‌آزمون اضطراب اجتماعی	۱۰/۷۰۷	۲	۵/۳۵	۱/۵۲	۰/۲۳۵	۰/۰۸۹

در جدول ۵ نتایج تأثیرات بین گروهی آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، تأثیر متغیر کنترل (پیش‌آزمون اضطراب اجتماعی) در سطح اطمینان ۹۵ درصد بر متغیر وابسته (پس‌آزمون اضطراب اجتماعی) معنادار شده است. از طرف دیگر متغیر وابسته (پس‌آزمون اضطراب اجتماعی) در

سطوح مختلف متغیر مستقل (گروه کنترل و آزمایش) تفاوت معناداری دارد ( $P < 0/001$ ) و  $F=9/17$ ). یعنی با کنترل متغیر پیش‌آزمون و خارج کردن تاثیر آن بر متغیر وابسته، بین گروه کنترل و آزمایش نسبت به متغیر وابسته (پس آزمون اضطراب اجتماعی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابر هر دو روش درمانی بر کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی اثربخش بودند. شاخص دیگری که باید مورد توجه قرار گیرد، اندازه اثر می‌باشد که در جدول با عنوان مجذور اتا مشخص شده است. مجذور اتا نشان‌دهنده درصدی از واریانس نمرات اضطراب اجتماعی می‌باشد که در اثر اجرای عمل آزمایشی به وجود آمده است. مقدار مجذور اتا برابر با  $0/372$  می‌باشد که اگر آن را تبدیل به درصد نماییم،  $37$  درصد می‌شود. بدین معنا که  $37$  درصد از تغییرات نمرات اضطراب اجتماعی ناشی از اجرای روش درمانی می‌باشد. به زبان دیگر روش‌های درمانی باعث  $37$  درصد تغییر در نمرات اضطراب گردیده است. با توجه به اینکه تفاوت بین سه گروه معنادار است، در ادامه به کمک آزمون تعقیبی تفاوت بین جفت گروه‌ها بررسی می‌شود. نتایج حاصل از آزمون تعقیبی در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی

گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	سطح معناداری (Sig)	فاصله اطمینان ۹۵ درصد برای تفاوت بین دو گروه	
				حد پایین	حد بالا
درمان شناختی رفتاری	کنترل	*۳/۹۸	۰/۰۰۱	۲/۴۴	۵/۵۱
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	کنترل	*۴/۶۳	۰/۰۰۱	۳/۰۶	۶/۱۹
کنترل	درمان شناختی رفتاری	*-۳/۹۸	۰/۰۰۱	-۵/۵۱	-۲/۴۴
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان شناختی رفتاری	۰/۶۵	۰/۳۹۵	-۰/۸۹	۲/۱۸
کنترل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	*-۴/۶۳	۰/۰۰۱	-۶/۱۹	-۳/۰۶
درمان شناختی رفتاری	پذیرش و تعهد	-۰/۶۵	۰/۳۹۵	-۲/۱۸	۰/۸۹

\*: تفاوت میانگین در سطح خطای ۵ درصد معنادار است.

نتایج آزمون تعقیبی در جدول ۶ نشان می‌دهد که بین گروه کنترل و گروه درمان شناختی رفتاری و همچنین بین گروه کنترل و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سطح معناداری  $P \leq 0/001$  تفاوت معناداری وجود دارد که این مطلب نشان می‌دهد که هر دو روش درمانی موثر واقع شده است. ستون تفاوت میانگین‌ها در جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین اضطراب اجتماعی در دو گروه درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اندکی بیشتر از درمان شناختی رفتاری است. اما تفاوت معناداری بین این دو گروه درمانی وجود ندارد (سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ است).

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر کاهش میزان علائم اضطراب اجتماعی در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو رویکرد میزان علائم اختلال اضطراب اجتماعی را در مقایسه با گروه کنترل کاهش دادند. ابتدا اگر بخواهیم اثربخشی هر کدام از این دو رویکرد را جداگانه با تحقیقات پیشین بسنجیم، می‌توان گفت که نتیجه به دست آمده از رویکرد ACT با تحقیقات پیشین (Pour Faraj Omran, 2011, Block 2002, Darliample, 2006, Osman, Wilson, Strassil and McNeill, 2006) و نتیجه به دست آمده از رویکرد CBT با تحقیقات پیشین (Alilu, Nosrat Abad, Hashemi and Gholizadeh, 2012, Hoffman, Asnani, Vanak, Sawyer & Fang, 1396) همسو بود.

در مورد مقایسه اثربخشی این دو رویکرد با یکدیگر، نتایج نشان داد که هر چند هر دو رویکرد درمانی در کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی (در مقایسه با گروه کنترل) اثربخش بودند و منجر به کاهش در علائم شدند، اما این دو رویکرد تفاوت معناداری با یکدیگر در کاهش علائم اضطراب اجتماعی نداشتند و نتایج تحقیق حاضر با نتایج تحقیق فورمن، هربرت، مویترا، یومانسو گلر<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) که به مقایسه ACT و CBT بر بیماران سرپایی با سطوح متوسط تا بالا افسردگی و اضطراب بدون گرفتن تشخیص افسردگی و اضطراب، صورت گرفت، همسو اما با تحقیق لاپالاینن<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۷) که تعداد محدودی، ۲۸ مراجعه کننده با اختلالات متفاوت، توسط ۱۴ درمانگر به صورت انفرادی درمان را دنبال کردند و نشان داد که کاهش علائم در مراجعینی که با ACT درمان شده بودند، بیشتر از CBT بود همسو نبود. در تحقیق حاضر اگرچه میزان کاهش علائم

1 Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller,  
2 Lappalainen

اختلال اضطراب اجتماعی در گروه ACT بیشتر از CBT بود، اما این تفاوت معنادار نبود. این یافته با یافته‌های تحقیق آرک<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۲) که به مقایسه اثربخشی ACT با CBT بر نمونه‌ای که مبتلا به اختلالات اضطرابی بودند و تحقیق کراسک<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۴) که در آن پیامدها و میانجی‌های درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال اضطراب اجتماعی مورد بررسی قرار گرفتند و تحقیق کوکوفسکی، فلمینگ، هاوولی، هاتا و آنتونی (۲۰۱۳) که به مقایسه درمان گروهی مبتنی بر توجه آگاهی و پذیرش با درمان گروهی شناختی رفتاری بر اضطراب اجتماعی انجام شد، همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان به شباهت‌های این دو رویکرد و فرآیندها و شیوه‌هایی که در این دو رویکرد مشترک هستند، از جمله اینکه هر دو رویکرد بافتاری را مهیا می‌سازند که شناخت‌ها را به‌عنوان محصول یک نظام می‌شناسد تا اینکه بیان حقیقت‌های درون و هر دو رویکرد باور دارند که پاسخ‌های انعطاف‌ناپذیر و خودکار به تجارب، پاسخی ناکارآمد بوده و باعث تقویت مشکلات می‌شوند (Herbert & Forman, 2013) اشاره کرد. از دیگر مشترکات این دو رویکرد مواجهه با افکار اضطراب‌آور به جای تلاش برای کنترل یا سرکوب آنها می‌باشد که در مدل به‌کار رفته در این تحقیق، مدل هوفمان و اتو<sup>۳</sup> عنصر اصلی درمان به حساب می‌رود (۲۰۰۸) هر چند که با منطق متفاوت و به شیوه‌ای متفاوت صورت می‌گیرد، در CBT مواجهه به هدف کاهش اضطراب و کسب کنترل بر واکنش‌های ترس و اضطراب و آزمون صحت و سقم فاجعه بار بودن پیش‌بینی‌های فرد انجام می‌شود (Eiffre and Forsythe, 2005) و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی را نگهدارنده اضطراب می‌داند (هوفمان و اتو، ۲۰۰۸). اما در ACT مواجهه و یا پذیرش تجربه‌ای<sup>۴</sup> که یکی از سازهایی است که به‌عنوان مکانیسم تغییر بررسی می‌شود (Hayes et al. 2006) به هدف افزایش تمایل فرد به تجربه رویدادهای درونی همان‌طور که هستند، حین انجام آنچه که در زندگی برای فرد مهم و در راستای ارزش‌های او می‌باشند (Eiffre and Forsythe, 2005). در تحقیق حاضر نیز در جلسات درمان هر دو گروه آزمایشی یکی از مداخله‌های مهم، تمرین مواجهه بود و با توجه به توانایی مواجهه در درمان اختلالات اضطرابی (برای مثال تحقیق Norton & Prince, 2007) این امر امکان‌پذیر است که این مولفه درمانی مشترک در این دو رویکرد یعنی مواجهه توانسته است که از سایر تفاوت‌های این دو رویکرد پیشی بگیرد و اثربخشی هر دو درمان را مساوی کند. همچنین در مطالعه دیگر بر رابطه توجه آگاهی و ترس از ارزیابی منفی در درمان CBT بر اختلال اضطراب اجتماعی (Betteren, Schmurtz, Pras, Dudda V Anderson, 2013)، نشان داده شد که

1 Arch

2 Crask

3 Hafmann, Otto

4 Experiential Acceptance

اگرچه توجه آگاهی، با ترس از ارزیابی منفی که در اختلال اضطراب اجتماعی یک مولفه اصلی است، ارتباط دارد. اما توجه آگاهی بیشتر باعث درمان بهتر نشد. این یافته با توجه به اینکه توجه آگاهی یکی از مولفه‌های مهم درمان ACT می‌باشد (Hayes, Folet and Lynn, 2004) نیز می‌تواند تاییدی بر آنچه که در بالا ذکر شد، باشد.

همچنین می‌توان به این نکته نیز اشاره کرد که محققان بسیاری اذعان داشته‌اند که نمی‌توان به سادگی مواجهه را از بازسازی شناختی جدا نمود و بسیار مشکل است که بین این دو چه از نظر مفهومی و چه از نظر عملی تمایز قائل شد. چرا که هر دو (مواجهه و بازسازی شناختی) به هدف وجود آوردن تجارب یادگیری جدیدی پیش می‌روند که با باورهای فرد در مورد احتمال و هزینه پیامدهای اجتماعی منفی در تضاد است (Hoffman & Otto, 2008, Roodbe, Hollywood, and Gödöllg, 2004, quoted by Leahy, Holland & Vermek Gain, 2012) و از طرفی نیز یافته‌های پیشین تحقیقات نشان داده که مواجهه منجر به بازسازی شناختی (Ponniah & Hollon, 2008) و اینکه بازسازی شناختی و به خصوص تجارب رفتاری اغلب متضمن مواجهه هستند. در مطالعه داداش‌زاده، غرابی و اصغرنژاد (۱۳۸۸) نیز که به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و مواجهه درمانی در کاهش شدت علائم اختلال اضطراب اجتماعی و بررسی تاثیر این دو روش درمانی در کاهش میزان اضطراب کلی و افسردگی همراه این اختلال پرداختند، گزارش کردند که هرچند که در اثر این دو درمان از میزان اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی کاسته شد؛ اما درمان شناختی رفتاری گروهی از لحاظ اثربخشی بر کاهش شدت اختلال اضطراب اجتماعی تفاوت معنی‌داری با مواجهه درمانی ندارد. بنابراین و با توجه به اینکه هدف درمان ACT نیز از بین بردن اجتناب تجربه‌ای و افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی از طریق تماس با لحظه حال، رفتار متعهدانه و زندگی مبتنی بر ارزش‌ها می‌باشد (Hayes, Luma, Bond and Lily, 2006) که در همه این اهداف رد پای مواجهه پر واضح است. لذا این امر نیز می‌تواند تایید دیگری بر این امر باشد که این دو رویکرد درمانی در هسته خود مولفه مشترک مهمی دارند که باعث به وجود آمدن نتایج مشابهی می‌شود.

با این حال یافته‌های تحقیقات پیشین در این زمینه متناقض است. برای مثال در مطالعه کوکوفسکی، فلمینگ، هاولی، رینگوهو و آنتونی<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) که به بررسی این پرسش پرداختند که آیا ارزیابی مجدد شناختی<sup>۲</sup> در درمان گروهی شناختی رفتاری<sup>۳</sup> و توجه آگاهی و پذیرش، در درمان گروهی مبتنی بر

1 Kocovski, Fleming, Hawley, RingoHo, Antony

2 Cognitive reappraisal

3 Cognitive Behavioral Group Therapy

پذیرش و توجه آگاهی<sup>۱</sup>، در درمان اختلال اضطراب اجتماعی به‌عنوان مکانیسم منحصر به‌فرد تغییر، در هر کدام از این دو درمان می‌باشد؟ گزارش گردید که ارزیابی مجدد شناختی فقط برای درمان گروهی شناختی رفتاری و توجه آگاهی و پذیرش برای هر دو درمان مکانیسم موثر در کاهش نمرات پرسشنامه اضطراب اجتماعی بودند.

هرچند که در زمینه تحقیقات اثربخشی هر کدام از این دو رویکرد به تنهایی بر اختلالات مختلف گزارش‌های زیاد موجود است (به‌عنوان مثال، Bluett, Homan, Morrison, Levin, Twohig, 2014 گزارش کردند که ACT بر اختلالات اضطرابی اثربخش است). اما از جمله محدودیت‌های تحقیق حاضر نبود. تحقیقاتی که به مقایسه اثربخشی این دو رویکرد باهم بر یک اختلال خاص بپردازد بود. همچنین نمونه پژوهش که همگی از دانشجویان بودند و از این جهت جمعیت خاص محسوب می‌شوند و می‌تواند تعمیم‌پذیری را به سایر جمعیت‌ها محدود کند و در همین راستا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی بر سایر جمعیت‌ها نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین نبود امکانات جهت پیگیری چند ماهه، حداقل سه ماهه، از دیگر محدودیت‌های این تحقیق است که نمی‌توان به‌طور قطع گفت که آیا یافته‌های این پژوهش در مورد کاهش علایم اختلال اضطراب اجتماعی پس از گذشت سه ماه یا شش ماه آیا هنوز با ثبات بوده و اینکه هنوز با هم با هم برابر هستند یا نه. در این راستا پیشنهاد می‌شود که با تحقیق گسترده‌تر و انجام پیگیری ممکن است نتایج متفاوتی همانطور که در تحقیق آرک و همکاران (۲۰۱۲) در مرحله پیگیری ۱۲ ماهه نشان داد که ACT در قیاس با CBT بیشتر باعث کاهش علایم اضطراب اجتماعی شد، به‌دست آید.

در پایان با توجه به اینکه در این پژوهش به این مورد اشاره شد که مولفه درمانی مشترک در این دو رویکرد یعنی مواجهه ممکن است در به‌دست آمدن نتایج مشترک این دو رویکرد در کاهش علایم موثر بوده است؛ لذا پیشنهاد می‌گردد تا در پژوهش‌های آتی این دو رویکرد را با مواجهه درمانی صرف (برای مثال مطابق کتابچه درمانی Lee Hey, Holland and McGinn, 2012) مقایسه کرد تا موضوع روشن‌تر و کارایی مکانیزم‌های به‌کار رفته در هر رویکرد در قیاس با یکدیگر بهتر مشخص شود.

## References

- Alavi, Majid Mahmoud, Hashemi, Touraj, Gholizadeh Nusratibad, Azam. (1396). The Effectiveness of Cognitive Therapy-Huffman-Based Humor Therapy on Reducing Fear of Self-Assessed Negative and Self-Focused Attention in Social Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, No. 33, p. 101-111
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders*, Fifth Edition. (Translation by Rezaei, Farzin, Fakhraei, Ali,

- Fermand, Atoosa, Niloufari, Ali, Hashemi, Hashemi Azar, Janet, Shamloo, Farhad). Tehran: Arjmand Publications
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition). Arlington, VA: Author.
- Barlow David H. (2014). Clinical Handbook of Psychological Disorders, Fifth Edition: A Step-by-Step Treatment Manual 5th Edition. New York: Guilford Press
- Blanco C1, Heimberg RG, Schneier FR, Fresco DM, Chen H, Turk CL, Vermes D, Erwin BA, Schmidt AB, Juster HR, Campeas R, Liebowitz MR. (2010). A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy, and their combination for social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Mar;67(3):286-95. doi: 10.1001/2010.11.
- Block JA. (2012). Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 63(9-B), 4361.
- Bluett EJ1, Homan KJ1, Morrison KL1, Levin ME1, Twohig MP2. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: an empirical review. *J Anxiety Disord*. 2014 Aug;28(6):612-24. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.06.008. Epub 2014 Jun 23.
- 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 flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688
- Borge FM1, Hoffart A, Sexton H, Clark DM, Markowitz JC, McManus F. (2008). Residential cognitive therapy versus residential interpersonal therapy for social phobia: a randomized clinical trial. *J Anxiety Disord*. 2008 Aug;22(6):991-1010. Epub 2007 Oct 13.
- Burton M1, Schmertz SK, Price M, Masuda A, Anderson PL. (2013). The relation between mindfulness and fear of negative evaluation over the course of cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder. *J Clin Psychol*. 2013 Mar;69(3):222-8. doi: 10.1002/jclp.21929. Epub 2012 Nov 1.
- Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*. 2006 Jan;26(1):17-31. Epub 2005 Sep 30.
- Clark DM., Ehlers A., McManus F., Hackmann A., Fennell M., Campbell H., Flower T., Davenport C., Louis B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2003 Dec;71(6):1058-67.
- Connor KM1, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Weisler RH. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *British Journ Psychiatry*. 2000 Apr;176:379-86.
- Craske Michelle G., Nilas Andrea N., Burkland Lisa J., Wolitzky-Talor Kate B., Vilardaga Jennifer C. Plumb, Arch Jonna G., Saxbe Darby E., Lieberman Matthew D. (2014). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: outcomes and moderators. *J Consult Clin Psychol*. 2006 Aug;74(4):658-70.

- Dardash Zadeh Hossein, Ghaarei Banafsheh, Asgharnezhad Ali Asghar (2009). Comparison of the effectiveness of group cognitive-behavioral therapy and therapeutic exposure in reducing the severity of symptoms of social anxiety disorder and investigating the effect of these two treatments on reducing general anxiety and depression associated with this disorder. *Journal of Advanced Psychological Research*. 2009, No. 15, pp. 105-131
- Darlymple, Kristy.(2007) . Acceptance and Commitment Therapy for Generalized Social Anxiety Disorder: A Pilot Study. Philadelphia: Drexel University
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance & Commitment Therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772-799.
- Glickman, A.R. & La Greca, A.M. (2004). The Dating Anxiety Scale for Adolescents: Scale Development and Associations With Adolescent Functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 566-578.
- Goldin Philippe R. , Ziv Michal , Jazaieri Hooria , Weeks Justin , Heimberg Richard G. , Gross James J. (2014). Impact of Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder on the Neural Bases of Emotional Reactivity to and Regulation of Social Evaluation. *Behav Res Ther*. 2014 Nov; 62: 97–106. Published online 2014 Aug 21. doi: 10.1016/j.brat.2014.08.005
- Gültekin BK1, Dereboy IF.(2011). The prevalence of social phobia, and its impact on quality of life, academic achievement, and identity formation in university students. *Turk Psikiyatri Derg*. 2011 Fall;22(3):150-8.
- Hayes S. C., Strosahl k., Wilson K. G., Bissett R. T., Pistorello J., Toarmino D., MaCurry S. M.(2004). Measuring Experiential Avoidance: A Preliminary Test of a Working Model. *Psychological Record*, 54,533-578
- Hayes SA1, Orsillo SM, Roemer L.(2010).Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther*. 2010 Mar;48(3):238-45. doi: 10.1016/j.brat.2009.11.006. Epub 2009 Nov 18.
- Hayes, L., Boyd, C.P. & Sewell, J. *Mindfulness* (2011) 2: 86. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0046-5>
- Hayes, S. C. (2006). *Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes*. New York: Guilford Press
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publication
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25



- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Herbert JD1, Gaudio BA, Forman EM.(2013).The importance of theory in cognitive behavior therapy: a perspective of contextual behavioral science. Behav Ther. 2013 Dec;44(4):580-91. doi: 10.1016/j.beth.2013.03.001. Epub 2013 Mar 13.
- Hill, M. L., Masuda, A., Melcher, H., Morgan, J., & Twohig, M. P. (2015) Acceptance and commitment therapy for women diagnosed with binge eating disorder: A case-series study. Cognitive and Behavioral Practice. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.02.005>
- Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A.(2012).The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. Cognit Ther Res. 2012 Oct 1;36(5):427-440. Epub 2012 Jul 31.
- Hofmann SG, Smits JA.(2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. J Clin Psychiatry. 2008 Apr;69(4):621-32.
- Hofmann Stefan G.(2007).Cognitive Factors that Maintain Social Anxiety Disorder: a Comprehensive Model and its Treatment Implications.Cogn Behav Ther. 2007; 36(4): 193–209. doi: 10.1080/16506070701421313
- Hofmann Stefan G., Otto Michael W. (2008). *Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder*. New York: Routledge Press
- Kampmann IL, Emmelkamp PM, Hartanto D, Brinkman WP, Zijlstra BJ, Morina N(2016) Exposure to virtual social interactions in the treatment of social anxiety disorder: A randomized controlled trial. Behav Res Ther. 2016 Feb;77:147-56. doi: 10.1016/j.brat.2015.12.016. Epub 2015 Dec 29.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE.(2005).Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005 Jun;62(6):593-602
- Klaus Ranta, et al. Age and Gender Differences in Social Anxiety Symptoms During Adolescence: The Social Phobia Inventory (SPIN) as a Measure. 153(3): Psych Research 261-270. December 2007.
- Kocovski NL., Fleming JE., Hawley LL., Huta V., Antony MM.(2013). Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for
- Lappalainen R1, Lehtonen T, Skarp E, Taubert E, Ojanen M, Hayes SC. (2007) The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists: a preliminary controlled effectiveness trial. Behav Modif. 2007 Jul;31(4):488-511.
- Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2012). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- McEvoy PM, Grove R, Slade T.(2011). Epidemiology of anxiety disorders in the Australian general population: findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. Aust N Z J Psychiatry. 2011 Nov;45(11):957-67. doi: 10.3109/00048674.2011.624083.
- Mikhaili, Farzaneh, Nowroozi, Mozdeh, Isisadegan, Ali (1395). Prevalence of social anxiety disorder in college students. Urology Medical Journal, 27, pp. 166-155

- National Collaborating Centre for Mental Health (UK).(2013). Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment. Leicester (UK): British Psychological Society;2013 National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines
- Osman, A., Barrios, F.X., Aukes, D. (2007). Psychometric evaluation of the Social Phobia and Anxiety Inventory in college students. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 235-243.
- Ozsaker, M., Muslu, G. K., Kahraman, A., Beytut, D., Yardimci, F., & Basbakkal, Z. (2015). A study on the effects of loneliness, depression and perceived social support on problematic Internet use among university students. *Anthropologist*
- Ponniah K1, Hollon SD.(2008). Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: a qualitative review of randomized controlled trials. *Psychol Med*. 2008 Jan;38(1):3-14. Epub 2007 Jul 20.
- Pourfahre Omran, Majid (2011). The Effectiveness of Group Therapy on Acceptance and Commitment to Students' Social Phobia, *Journal of Knowledge and Health*, No. 2, pp. 1-5
- Rahimi, Ali, Sohrabi, Nadareh, Rezaei, Azarmidehkht, Sarvghad, Sirous (1396). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Group Therapy Based on Acceptance and Commitment on Cognitive Thyroid Regulation in Patients Consuming Stimulants. *Journal of Methods and Psychological Models*, No. 30, pp. 53-68
- Rapee RM1, Heimberg RG.(1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav Res Ther*. 1997 Aug;35(8):741-56.
- Rodebaugh TL1, Holaway RM, Heimberg RG.(2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clin Psychol Rev*. 2004 Nov;24(7):883-908.
- Roemer L., Orsillo SM., Salters-Pedneault K.(2008).Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial.*J Consult Clin Psychol*. 2008 Dec;76(6):1083-9. doi: 10.1037/a0012720.
- Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Sareen J, Stein MB, Kessler RC.(2008) Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*. 2008 Jan;38(1):15-28. Epub 2007 Nov 2.
- Safi Khani Gholizadeh, Sima, Mahmoudi, Armin, Marpour, Alireza (1396) The Effect of Wales Metacognitive Therapy on the Quality of Life of Students with Social Anxiety Disorder, *Journal of Psychological Methods and Models*, No. 30, pp. 89-104
- Stewar, Soghra, Razavi, Asghar (2013). Psychometric Properties of Social Anxiety Scale for Adolescents for Use in Iran. *Journal of Psychological Methods and Models*. Number 12 pp. 69-78
- Talaei, Azadeh, Holaiari, Abbasali, Azad Falah, Parviz, Ashtiani, Ali Fathi, Mullani, Mahdiyeh, Sahragerd, Mehdi. (1391). Validity and Reliability of the Fars Version of Anxiety Scale in Social Interactions. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 2012, No. 3, pp. 222-227
- Twohig MP1, Hayes SC, Masuda A.(2006). Increasing willingness to experience obsessions: acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder.*Behav Ther*. 2006 Mar;37(1):3-13. Epub 2006 Feb 21.
- Weeks JW., Howell AN., Goldin PR.(2013). Gaze avoidance in social anxiety disorder. *Depress Anxiety*. 2013 Aug;30(8):749-56. doi: 10.1002/da.22146. Epub 2013 Jun 24.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

