

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان

لیلا اسماعیلی<sup>۱</sup>، شعله امیری<sup>۲</sup>، محمدرضا عابدی<sup>۳</sup>، حسین مولوی<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۳/۱۱

تاریخ وصول: ۹۶/۱۰/۱۲

### چکیده

پژوهش، با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان ۱۴ تا ۱۸ ساله انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه دختران نوجوان ۱۴ تا ۱۸ ساله شهر اصفهان در سال ۱۳۹۴ بود. به منظور انجام این پژوهش ۳۲ نفر دختر به شیوه هدفمند، انتخاب و با روش تصادفی به گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۶ نفر). روش پژوهش نیمه تجربی بود. مداخله درمانی به مدت ۸ جلسه بر روی گروه آزمایش انجام گرفت و به گروه کنترل هیچ آموزشی ارائه نشد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه اضطراب اجتماعی نوجوانان (SAS-A) و پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی محقق ساخته بود که در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۳ ماهه) تکمیل شد. داده‌های به دست آمده با روش آماری تحلیل کواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج این پژوهش نشان از وجود تفاوت معنادار در گروه آزمایش و گواه، در مرحله پس‌آزمون ( $p \leq 0.01$ ) و پیگیری ( $p \leq 0.02$ ) بود، لذا با اطمینان ۹۸ درصد می‌توان نتیجه گرفت که اثربخشی مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان موثر است.

**واژگان کلیدی:** پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، اضطراب اجتماعی، دختران نوجوان

۱. دانشجوی دکتری، روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

L\_es\_2010@yahoo.com

۲. استاد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان (نویسنده مسئول)

shole\_amiri@yahoo.com

۳. استاد مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان Dr.mr.abedi@gmail.com

۴. استاد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان hsmolavi@gmail.com

این مقاله بر گرفته از پایان نامه دانشجویی است.

## مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی چهارمین اختلال روانی شایع (کسلر، برگلاند، دملا، اولگا، مریکانگاس و والترز، ۲۰۰۵) و غالباً تضعیف‌کننده است (ورنر، جزایری، گلدین، زیو، هیمبرگ و گراس، ۲۰۱۲). این اختلال روانی همراه با آشفتگی هیجانی قابل توجه و اختلال عملکردی در کار و حوزه اجتماعی است (تولمن، هیملی، بایی، ابلسون، هافمن، ون اتن - لی، ۲۰۰۹). با وجود کارآمدی واضح درمان شناختی - رفتاری در درمان اختلال اضطراب اجتماعی، افراد زیادی به این نوع درمان پاسخ نمی‌دهند و یا علائم باقیمانده و پسرفت، بعد از درمان نشان می‌دهند (هربرت و داریمپل، ۲۰۰۵).

پذیرش و تعهددرمانی<sup>۵</sup> در سال ۱۹۸۶ توسط استیون هیز<sup>۶</sup> ایجاد شد. این روش قسمتی از موج سوم درمان‌های رفتاری است و به دنبال موج دوم این درمان‌ها از قبیل درمان شناختی - رفتاری پدید آمد. پذیرش و تعهد درمانی ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود. اکت (ACT) شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان شناختی می‌شوند. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد. پژوهش‌های روانشناسی به مطالعه پذیرش و تعهد و کاربردهای مهم آن در سازگاری، استرس، اضطراب و بهزیستی روانی - اجتماعی پرداخته‌اند (براون و رایان، ۲۰۰۳).  
به عبارت دیگر پذیرش و تعهد از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات و پذیرش آنها می‌تواند تغییرات مثبتی را در سازگاری و بهزیستی ایجاد نماید (براون و رایان، ۲۰۰۳). آموزش پذیرش و تعهد، کاهش اضطراب (زیدان، جانسون، دیاموند، دیوید، گلکاسیان، ۲۰۱۰)، کاهش پریشانی روان‌شناختی (استافین، ۲۰۰۶) و کاهش

1. Kessler, Berglund, Demler, Olga, Merikangas & Walters
2. Wernre, Jazaieri, Goldin, Ziv, Heimberg & Gross
3. Tolman, Himle, Bybee, Abelson, Hoffman & Van Etten-Lee
4. Herbert & Dalrymple
5. acceptance and commitment therapy
6. Hayes
7. Brown & Ryan
8. Zeidan, Johnson, Diamond, David & Goolkasian
9. Ostafin

انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی (هیز، ۲۰۰۴) را به دنبال دارد. پذیرش و تعهد درمانی یک رویکرد زمینه‌ای<sup>۱</sup> است که با مراجع به چالش می‌پردازد تا افکار و احساسات خود را پذیرفته و نسبت به تغییرات متعهد گردد. رویکردهای روان‌تحلیلی، بینش را متضمن تغییر در نگرش و سبب تغییر در رفتار می‌دانند. رفتارگرایان معتقدند که تغییر رفتار نیازی به تغییر نگرش ندارد (هر چند که تغییر رفتار ممکن است باعث تغییر در هیجان و نگرش گردد) و بر تغییر رفتار بدون توجه به همراه نمودن هیجان‌ات تاکید می‌نمایند. اما رویکرد پذیرش و تعهد پیشنهاد می‌کند که هم رفتار و هم هیجان می‌توانند مستقلاً و یا همزمان وجود داشته باشند و در درمان باید به هر دو توجه شود (هنرپوران، ۱۳۹۳).

مداخلات ACT افزایش معناداری در تمایل به مشارکت در فعالیت‌های دشوار در عین تجربه هیجان‌ات دشوار را نشان داده‌اند (ماسودا، هیز، اسکات و توهیگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). فرایندهای مرکزی ACT به افراد می‌آموزند چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و چگونه باعث می‌شوند فرد هیجان‌ات نامطبوع را بیشتر تحمل کند (توهیگ، هیز و ماسودا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). درمان پذیرش و تعهد بر هوشیاری فراگیر همراه با گشودگی بر پذیرش تاکید می‌کند (زتل و همکاران ۲۰۱۱، به نقل از فیضی، مرادی، خواجه دلویی و خادم (۱۳۹۶)).

در پژوهش پورفرج عمران (۱۳۹۰) با عنوان اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. نتایج نشان داد که نمرات اضطراب اجتماعی گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری داشتند و این کاهش در مدت پیگیری یک ماهه نیز تغییر معناداری نیافته است.

اسمن، ویلسون، استراسیل و مک‌نیل<sup>۴</sup> (۲۰۰۶) در بررسی تأثیر روش درمانی پذیرش و تعهد درمانی در گروه مبتلایان به اضطراب اجتماعی به این نتیجه دست یافتند که علائم اجتنابی و اضطرابی در گروه تحت درمان به طور معناداری کاهش یافت و این تأثیر در دوره سه ماهه پیگیری همچنان تداوم داشت. البته در این تحقیق از گروه کنترل، برای

- 
1. contextual
  2. Masuda, Hayes, Sackett & Twohig
  3. Twohig, Hayes & Masuda
  4. Ossman, Wilson, Storaasli & McNeill

مقایسه نتایج استفاده نشد. در مطالعه‌ی دیگری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت فردی روی ۱۱ دانشجوی مبتلا به اضطراب اجتماعی انجام گرفت، نتایج حاکی از اثربخشی درمان بر تمام دانشجویان بود (بلوک<sup>۱</sup> و ولفر، ۲۰۰۰).

بسیاری از روان‌شناسان تلاش کرده‌اند که یک مفهوم سازی جایگزین از نگرش سالم در مورد رابطه فرد با خودش ایجاد کنند. یکی از مفاهیم جایگزین، خود شفقت ورزی است که از فلسفه بوداییسم می‌آید (نِف، ۲۰۰۳). با توجه به این که ارزش خود اغلب پیش‌بینی‌کننده احساس خاص بودن است، احساس اینکه فرد جدا از دیگران است، در حالی که شفقت به خود با تاکید بر جنبه‌های همگانی و مشترک تجارب زندگی، شباهت‌های افراد را به هم بیشتر از تفاوت آنها بزرگ می‌کند.

در طول دهه اول قرن ۲۱، کاربرد و تحقیق پیرامون مفهوم شفقت و شفقت با خود، به عنوان فرایندی فعال در جریان روان‌درمانی رو به فزونی یافته است. شفقت برای حداقل ۲۶۰۰ سال قبل، محور تمریناتی جهت شفای هیجانی بوده است، همانطور که بودا در آموزه‌های علمی خود ترویج و پرورش شفقت را عامل تغییر ذهن معرفی نموده است. در حیطه روان‌درمانی و با شروع فعالیت‌های کارل راجرز<sup>۳</sup> (۱۹۶۵) نیز به مدت ۶۰ سال همدلی کلید اصلی در روان‌درمانی معرفی شده است. در تعاریف ارائه شده از شفقت به چندین فرایند اشاره شده است که عبارتند از: ۱. توجه ذهن آگاهانه نسبت به رنج و آگاهی از آن. ۲. درک شناختی و هیجانی از رنج و دلایل آن. ۳. انگیزه باقی ماندن در حالت گشودگی نسبت به رنج با هدف آرزوی التیام بخشیدن به آنها (گیلبرت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹).

نِف، (۲۰۰۳) با هدف تبیین مفهومی که به درستی بیانگر ارتباط فرد با خود باشد و در عین حال عاری از قضاوت فرد در رابطه با خود باشد، مفهوم خودشفقت‌ورزی را پیشنهاد کرد. اگرچه خاستگاه مفهوم خودشفقت‌ورزی، فلسفه شرق است اما مفهومی جدید در فلسفه غربی محسوب می‌شود. به اعتقاد نِف (۲۰۰۸) سازه خودشفقت‌ورزی نمایانگر گرمی و پذیرش جنبه‌هایی از خود و زندگی است که خوشایند بوده و شامل سه عنصر اصلی می‌باشد. اول، هر زمان که فرد متوجه ناکارآمدی خود می‌شود و از آن رنج

- 
1. Block & Wulfert
  2. Neff
  3. Carl Rogers
  4. Gilbert

می‌برد، موجودیت (بودن) خود را دوست دارد و آن را درک می‌کند. دوم، حسی است از ویژگی مشترک انسانی و تشخیص این امر که درد و شکست جنبه‌های غیرقابل اجتناب مشترک در تجربه همه انسان‌هاست. نهایتاً، خودشفقت‌ورزی معرف آگاهی متعادل نسبت به هیجانات خود است و این شامل توانایی مواجهه با افکار و احساسات رنج‌آور (به جای اجتناب از آنها) بدون بزرگ‌نمایی و یا احساس غم و تأسف برای خود می‌شود.

شفقت به خود از بنیادهای نظری نظریه‌های مثبت‌گرا گرفته شده است. افرادی چون نف و گیلبرت در این زمینه پیشگام بوده‌اند. گیلبرت (۲۰۰۵) بر اساس روان‌شناسی رشد، علم عصب‌شناسی هیجانی، فلسفه کاربردی بودا و نظریه تکاملی، به توسعه شکل جامعی از رفتار درمانی تجربی تحت عنوان درمان متمرکز بر شفقت پرداخته است. شفقت‌درمانی یکی از درمان‌های پست‌مدرن و یک رویکرد رفتاری است. این درمان بر اساس مبانی فیزیولوژیک است (روانی-عصبی). گیلبرت معتقد است درمان‌های شناختی-رفتاری به جای اینکه شفقت را افزایش دهد باعث می‌شود که فرد بعضی اوقات نسبت به خود نامهربان‌تر گردد و میزان شفقت فرد نسبت به خود کاهش پیدا کند. نف (۲۰۰۳)، مفهوم خودشفقت‌ورزی را به عنوان یکی از اشکال سازش‌یافته پذیرش خود معرفی نمود و بسیاری از مطالعات صورت گرفته نیز خودشفقت‌ورزی را پیش‌بینی‌کننده قوی برای ارتقای سلامت روانی دانسته‌اند. به عنوان مثال خودشفقت‌ورزی با خودانتقادی، افسردگی، اضطراب، نشخوارگری، سرکوب افکار و کمال‌گرایی نوروتیک رابطه منفی داشته و با رضایت از زندگی و روابط اجتماعی، رابطه مثبت داشته است (نف، ۲۰۰۳).

همچنین افزایش شفقت به خود، بهبود سلامت روان‌شناختی را با گذشت زمان پیش‌بینی می‌کند (گیلبرت و پروکتر، ۲۰۰۶).

خودشفقت‌ورزی در بردارنده سه جزء اساسی است: ۱. داشتن مهربانی و درک صحیح نسبت به خود بدون داشتن دیدگاه قضاوتی و خودانتقادگر  
 ۲. داشتن این دیدگاه که تجارب فرد جزئی از تجارب همه انسان‌ها است. به عبارت دیگر، سایرین نیز چنین تجاربی را در زندگی خود دارند بدون داشتن احساس دور بودن و متمایز بودن از دیگران

۳. تجارب و احساسات خود را به گونه‌ای متعادل نگرستن، بدون این که آنها را بزرگ‌نمایی کند. این جنبه‌های خودشفقت‌ورزی با یکدیگر متفاوت بوده و به طور متفاوتی تجربه می‌شوند، اما به نظر می‌رسد که به گونه‌ای مکمل و دربرگیرنده یکدیگر نیز هستند. برای مثال، حالت پذیرا و باز بودن ذهن آگاهی باعث کاهش قضاوت در مورد خود می‌شود (نِف، ۲۰۱۱). در درمان مبتنی بر شفقت به فرد آموزش داده می‌شود که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و در گام اول تجربه خود را بشناسد و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (آیرونز و لاد<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷).

با وجود اینکه داشتن احساس خودشفقت‌ورزی، با این امر که فرد به طور خشن و قضاوتی با خود رفتار کند، در تناقض است، اما جزء ذهن آگاهانه این مولفه شامل این است که فرد به جای نادیده انگاشتن نواقص خود، آنها را به وضوح مشاهده کند (پاولی و مکفرسون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). سازه شفقت به خود از متغیرهای مرتبط با بهزیستی روانی می‌باشد و یک نیروی مثبت انسانی است که ویژگی‌های مثبتی چون مهربانی به خود، متانت، مروت، همدردی و احساسات پیوستگی با دیگران را به ارمغان می‌آورد و به افراد کمک می‌کند تا موقع مواجه شدن با دشواری‌های زندگی و انجام رفتارهای نامطلوب نسبت به خودشان مهربان بوده، به زندگی امیدوار شده و معنایی دوباره از زندگی پیدا کنند (نِف، ۲۰۰۳). خودشفقت‌ورزی یک شکل سالم خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی ما می‌باشد (نِف<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳).

افرادی که خودشفقت‌ورز هستند، سلامت روانی بیشتری را نسبت به افرادی که خودشفقت‌ورزی کمتری دارند تجربه می‌کنند، زیرا تجربه درد و شکست از طریق خود محکوم‌سازی<sup>۴</sup> (لی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳)، احساس انزوا<sup>۶</sup> (وندام، شپارد، فورسیت و ارلیوین<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱)، بزرگ‌نمایی افکار و احساسات<sup>۸</sup> (رایس<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰) تقویت می‌شود. یکی از حیطه‌های بالینی

1. Irons & Lad
2. Pauley & McPherson
3. Neff
4. self-condemnation
5. Lee
6. feeling of isolation
7. Van Dam, Sheppard, Forsyth & Earleywine
8. over-identification
9. Raes

خاص که در آن بتوان خودشفقت‌ورزی را مورد آزمایش قرار داد اختلال اضطراب اجتماعی است (ورنر، جزائری، گل‌دین، زیو، همبرگ و گراس، ۲۰۱۲).

در تحقیقی که ورنر و همکاران، (۲۰۱۲) انجام دادند مشخص شد که افراد دارای اضطراب اجتماعی نسبت به افراد سالم، خودشفقت‌ورزی پایین‌تری نشان می‌دهند و خودشفقت‌ورزی با شدت اضطراب اجتماعی مرتبط است و با ترس از ارزیابی شدن در افراد دارای اضطراب اجتماعی، ارتباط دارد.

ویژگی اصلی اختلال اضطراب اجتماعی ثبات آن در تمام طول عمر است و احتمال بسیار کمی وجود دارد که اختلال اضطراب اجتماعی خود به خود رفع شود. این اختلال نسبتاً مزمن و ثابت است. آغازش در حدود ۱۵ سالگی و پس از شروع، دوره بیست ساله دارد (ورنر و همکاران، ۲۰۱۲).

مدل‌های شناختی معتقدند که اشخاص دارای اختلال اضطراب اجتماعی دنیا را از پشت عینکی می‌بینند که بر خود ارزیابی منفی مفرط تاکید دارد. این مدل‌های شناختی می‌گویند ترس از موقعیت‌های اجتماعی، اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی ویژگی‌های اساسی اختلال اضطراب اجتماعی هستند (همبرگ، بروزوویچ و رپی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). همچنین در تحقیقی ارتباط محکم بین اختلال اضطراب اجتماعی و ترس از ارزیابی نشان داده شده است (فرگوس، والتینر، مک گراس استفنسون، جیر و جنسیوس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹).

در سایه این سوگیری‌های شناختی و مشکلات اجتماعی، پادزهر منطقی برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، خودشفقت‌ورزی است (نف، ۲۰۰۳). تحقیقاتی که بر روی تعداد متناهی از دانشجویان انجام شده، نشان داده است که ذهن آگاهی رابطه بسیار نزدیکی با شفقت‌ورزی دارد و با اضطراب اجتماعی همبستگی منفی دارد (راسموسن و پیجن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش برایانز، توما، جیانفرن، هانلین، چن و رولد<sup>۴</sup> (۲۰۱۴)، نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت، در کاهش مشکلات روان‌شناختی و از جمله نشانه‌های افسردگی موثر است.

- 
1. Heimberg, Brozovich & Rapee
  2. Fergus, Valentiner, McGrath, Stephenson, Gier & Jencius
  3. Rosmussen & Pidgeon
  4. Breines, Thoma, Gianferante, Hanlin, Chen & Rohleder

در پژوهشی آریمیتسو و هافمن<sup>۱</sup> (۲۰۱۵) که به بررسی نقش واسطه شناخت در روابط بین خودشفقت‌ورزی، اضطراب، افسردگی و رضایت از زندگی در اعتماد به نفس مردم ژاپن داشتند. نتایج نشان داد که خودشفقت‌ورزی و اعتماد به نفس با افزایش افکار مثبت و کاهش اضطراب ارتباط دارد. در پژوهش دیگری الاین و هالینز<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) نشان دادند مداخله مبتنی بر شفقت بر روی دانشجویان، منجر به افزایش امید، حرمت خود، سلامت روانی و عواطف مثبت بیشتری در مقایسه با هم‌تایان خود، بعد از پیگیری دو ماهه شده است. در پژوهش گلیور، ابوالقاسمی، احدی و نریمانی (۱۳۹۳) نشان داده شد که آموزش خودشفقت‌ورزی شناختی و درمان متمرکز بر شفقت و درمان متمرکز بر هیجان، در بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان افسرده موثر بود.

پاولی و مک فرسن (۲۰۱۰) در بیماران دارای اختلال افسردگی یا اضطراب، خودشفقت‌ورزی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که شرکت‌کنندگان شفقت به خود را با داشتن دو کیفیت اصلی همراه می‌دانند: یکی مهربانی و دیگری عمل. آن‌ها گزارش کردند که داشتن خودشفقت‌ورزی در ارتباط با تجربیاتشان مهم بوده و برای کمک به درمان افسردگی و اضطراب مفید است. اگرچه شرکت‌کنندگان معتقد بودند که داشتن شفقت به خود برایشان دشوار است. این یافته‌ها بیان می‌کنند که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به افراد سالم، سطح پایین‌تری از خودشفقت‌ورزی را دارا می‌باشند (همبرگ و همکاران، ۲۰۱۰). در پژوهش ورنر و همکاران، (۲۰۱۲) گزارش شده که سن ارتباط منفی با میزان اضطراب اجتماعی دارد، به این نحو که با افزایش سن میزان اضطراب اجتماعی کاهش می‌یابد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که خودشفقت‌ورزی سهم مهمی در ارزیابی و درمان اختلال اضطراب اجتماعی دارد.

در پژوهشی که حسینی و خزعلی (۲۰۱۳) بر روی ۱۲۰۰ دانش‌آموز دختر و پسر نوجوان انجام دادند، نشان داد که دختران نوجوان سطح بالاتری از اضطراب اجتماعی را نسبت به پسران دارند و تفاوت معناداری بین دو گروه دختر و پسر وجود دارد.

بنابراین اگرچه به نظر می‌رسد روش مداخله‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر کاهش علائم اضطراب اجتماعی می‌تواند تاثیرگذار باشد،

---

1. Arimitsu & Hofmann  
2. Elaine & Hollins



لیکن پژوهش‌های اندکی در این خصوص صورت گرفته است. با توجه به نتایج اندک و هم چنین نظر به انجام تنها چند پژوهش در ایران در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش تعهد بر اضطراب اجتماعی، این پژوهش قصد دارد این حوزه پژوهشی را گسترش دهد و به تعمیم نتایج کمک کند. نتایج پژوهش‌ها مبین این نکته است که مداخلات پذیرش و تعهد درمانی در درمان اختلالات اضطرابی و به طور اخص اضطراب اجتماعی موثر می‌باشد. در روش پذیرش و تعهد درمانی تاکید زیادی بر شناخت و زبان صورت گرفته است ولی بعد هیجانی اختلالات اضطرابی نادیده گرفته شده است، از دیگر سو، آشکار است که ویژگی شفقت به خود مولفه شناختی نیرومندی دارد و از نگرش‌های منفی نسبت به خود و دیگران تاثیر می‌پذیرد (بشرپور و عیسی زادگان، ۱۳۹۱)، شفقت به خود نوعی پذیرش خود است، تا زمانی که پذیرش خود اتفاق نیفتد، شفقت به خود حاصل نمی‌گردد.

با توجه به اینکه درمان‌های متمرکز بر پذیرش و تعهد درمانی بعد هیجانی را مورد توجه قرار نمی‌دهد و بیشتر متمرکز بر شناخت و زبان است و درمان‌های متمرکز بر شفقت بر هیجان بیشتر، متمرکز هستند، بنابراین به نظر می‌رسد پذیرش و تعهد درمانی متمرکز بر شفقت می‌تواند حلقه ارزیابی منفی، ترس از موقعیت و اجتناب از موقعیت که در اضطراب اجتماعی رایج است را معکوس ساخته و منجر به درمان شود. همچنین در سنینی که نوجوان و حالات او در حال تغییر است و با توجه به اینکه اختلال اضطراب اجتماعی در عملکرد اجتماعی نوجوانان مشکلاتی ایجاد می‌کند و با وجود دلایل نظری زیاد در مورد رابطه خودشفقت‌ورزی با احساس بهزیستی روانی و نقش آن در ارتقای سلامت روانی و همچنین تاثیر خودشفقت‌ورزی بر اختلالات اضطرابی، هدف اصلی این پژوهش، پاسخگویی به این سوال است که آیا روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان موثر است؟

## روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی<sup>۱</sup> و طرح آن به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و گروه کنترل) همراه با سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری (۳ ماهه) بود. جامعه

آماری پژوهش، تمامی دختران نوجوان در سنین ۱۸-۱۴ سال شهر اصفهان مراجعه کننده به کلینیک‌های سطح شهر اصفهان و مدارس شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ بودند. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند و تخصیص تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه انجام شد. به این صورت که از بین نواحی ۶ گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان یک ناحیه (ناحیه ۳) به صورت تصادفی انتخاب گردید. سپس با ارسال بخشنامه‌ای به مدارس متوسطه اول و دوم، از مشاورین مدارس خواسته شد که دانش‌آموزان با علائم اضطراب اجتماعی را به کلینیک مشاوره اداره آموزش و پرورش معرفی نمایند. از بین معرفی شده‌گان مصاحبه بالینی ساختاریافته توسط روانشناس متخصص و اجرای تست اضطراب اجتماعی انجام شد و نوجوانان دارای علائم اضطراب اجتماعی تشخیص داده شدند. ۴۰ نفر از بالاترین نمرات برای پژوهش انتخاب شدند که در نهایت ۳۲ نفر برای شرکت در این پژوهش اعلام آمادگی کردند (هرگروه ۱۶ نفر) که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار داده شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش:

۱. دارای اختلال اضطراب اجتماعی باشند
۲. دختران نوجوان ۱۴ تا ۱۸ ساله
۳. رضایت کتبی دانش‌آموزان و والدین آنها به شرکت در طرح ملاک‌های خروج از پژوهش
۱. غیبت بیش از دو جلسه

۲. عدم علاقمندی افراد به ادامه آموزش

ابزار گردآوری داده‌ها: مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان<sup>۱</sup> (پاکلک<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷): ابزار پژوهش، پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی (شامل سن، تحصیلات مادر و پدر، تعداد افراد خانواده و ...) و مقیاس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان بود که در سه نوبت قبل از شروع درمان، بعد از اتمام جلسات و پیگیری (سه ماهه) پس از اتمام درمان، استفاده شد. مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان از ۲۸ گویه شامل ۲ خرده مقیاس درک و ترس از ارزیابی منفی (AFNE) (۱۵ سوال) و تنش و بازداری در برخورد اجتماعی (TISC) (۱۳)

1. Social Anxiety Scale for Adolescents (SASA)  
2. Puklek

سوال) تشکیل شده است که به منظور سنجش نگرانی‌ها، ترس‌ها و رفتارهای اجتنابی نوجوانان در موقعیت‌های مختلف بکار می‌رود. AFNE از طریق ۱۵ سوال ترس‌ها، نگرانی‌ها و انتظارات ارزیابی‌های منفی احتمالی از طریق همسالان را توصیف می‌کند.

TISC نیز از طریق ۱۳ سوال تنش یا آرمیدگی، صحبت یا بازداری و آمادگی برای مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی مختلف مثل برخورد با افراد آشنا و ناآشنا، همسالان غیر همجنس و شرکت در مباحثات کلاسی را توصیف می‌کند.

نمره‌گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای می‌باشد که برای گزینه‌های «خیلی کم»، «کم»، «متوسط»، «زیاد» و «خیلی زیاد» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می‌شود. گفتنی است که سوالات ۳، ۴، ۱۲، ۱۷، ۲۱، ۲۵، ۲۶، ۲۷ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در پژوهش خدائی، شکری، پاکلک، گراوند، طولابی (۱۳۹۰)، نتایج تحلیل عاملی تأییدی، با هدف بررسی روایی عاملی SASA نشان داد که ساختار دو عاملی برازش خوبی با داده‌ها دارد. ضرایب آلفا برای زیرمقیاس‌های درک و ترس از ارزیابی منفی و تنش و بازداری در برخورد اجتماعی و نمره کلی اضطراب اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۶۸ و ۰/۸۳ بدست آمد. آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۸۲ به دست آمد. دو نمونه از سوالات این مقیاس به شرح زیر است: "نگران شایعات درباره خودم هستم"، "در مهمانی‌ها، احساس راحتی نمی‌کنم".

به منظور بررسی معناداری تفاوت بین میانگین نمرات گروه کنترل و آزمایش، از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. پیش از اجرای آزمون تحلیل کواریانس، مفروضه‌های آن یعنی هنجار بودن، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون بررسی شد. نتایج حاصل از آزمون‌های کلموگروف-اسمیرنوف، فرض صفر مبنی بر هنجار بودن داده‌ها تأیید شد و نتایج آزمون لوین برای تمامی متغیرها معنادار نبود. همچنین تعامل بین متغیرهای وابسته و همپراش معنادار نبود که دلالت بر برقراری مفروضه همگنی شیب رگرسیون داشت.

ضریب همبستگی بین متغیرهای جمعیت شناختی و نمرات اضطراب اجتماعی وجود نداشت. به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کواریانس استفاده شد و با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۳ سنجیده شد. نتایج در جدول‌های ۲ و ۳ ارائه شده است.

شیوه اجرا: محتوای مداخله اکت متمرکز بر شفقت بر اساس دستور العمل (هیز، ۲۰۰۸؛ گیلبرت، ۲۰۰۹؛ ۲۰۱۰) تهیه شده بود و پس از ترجمه فارسی آن و متناسب‌سازی با شرایط فرهنگی، فرمت جلسات به وسیله نویسندگان این مقاله تدوین و آماده شد و بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. روایی محتوایی نیز با نظرخواهی از سه نفر متخصص روان‌شناسی آشنا به درمان‌های موج سوم، تأیید شد. مداخله به صورت گروهی در ۸ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک بار) برای آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا شد. پس از پایان مداخله، جلسات به صورت فشرده به همراه تهیه بروشور برای گروه گواه نیز در نظر گرفته شد. روش کار به تفکیک جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شرح جلسات

تعداد جلسات	محتوای درمانی هر جلسه
جلسه اول	دستور جلسه: آشنایی با اعضاء و معرفی روش درمان هدف و محتوای جلسه: معرفی جلسات درمانی و انجام پیش‌آزمون - معرفی و آشنایی با اعضاء گروه، بیان قواعد گروه و اهداف، معرفی درمان اکت متمرکز بر شفقت، رنج، التیام و معرفی دلایل رنج انسان تکلیف: مشاهده‌ی رنج پشت رفتار خود و دیگران
جلسه دوم	دستور جلسه: خلاصه‌ای از جلسه قبل، بررسی تکلیف جلسه گذشته، بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها هدف و محتوای جلسه: کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه، معرفی سیستم‌های تنظیم هیجان، معرفی انواع رنج انسان، معرفی نیازهای انسان، معرفی ابعاد شفقت تکلیف: انجام تمرین خود، ارائه‌ی تکلیف بررسی رفتارها براساس انواع خود
جلسه سوم	دستور جلسه: بیان کنترل به عنوان مشکل سنجش عملکرد، معرفی استدلال منطقی و استدلال شفقت‌آمیز هدف و محتوای جلسه: بازخورد جلسه قبل، خلاصه‌ای از جلسات گذشته، بیان کنترل به عنوان مساله (مشکل)، مغز آگاه تکلیف: بررسی تکلیف هفته گذشته، ارائه‌ی برگه‌ی تکلیف و سپس بررسی آن بر اساس استدلال مهربانانه
جلسه چهارم	دستور جلسه: معرفی تمایل / پذیرش، معرفی گسلش، درگیر شدن با اعمال هدفمند، معرفی احساس مهربانانه هدف و محتوای جلسه: کار برد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره-های مشکل ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف تکلیف: بازخورد جلسه قبل، بررسی تکلیف جلسه‌ی گذشته، ارائه‌ی برگه‌ی تکلیف نگاه

<p>ذهن آگاهانه به احساسات و ماندن با احساسات، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، انجام تمرین مهربانی گرفتن از دیگران، اجرای تکلیف مهربانی کردن به دیگران، اجرای تمرین نقش بازی کردن خود مهربان</p>	
<p>دستور جلسه: مشاهده خود به عنوان زمینه، معرفی تصور شفقت آمیز                  هدف و محتوای جلسه: ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تکلیف‌های جلسه گذشته، گرفتن بازخورد از روند جلسات، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، کار برد تکنیک‌های ذهن آگاهی، انجام تصویر سازی، معرفی ویژگی‌های انسان مهربان، ارائه تکلیف: بر گه تکلیف شامل نگاه ذهن آگاهانه به رنج، استدلال مهربانانه نسبت به رنج، دیدن ذهن آگاهانه‌ی احساسات و انجام تصویر سازی در موقع داشتن رنج</p>	<p>جلسه پنجم</p>
<p>دستور جلسه: تضاد بین تجربه و ذهن، معرفی مهارت توجه شفقت آمیز                  هدف و محتوای جلسه: ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، گرفتن بازخورد از روند جلسات، الگو سازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرایند، معرفی ابعاد مختلف توجه شفقت آمیز، معرفی بدون قضاوتی بودن                  تکلیف: بررسی تکلیف‌های جلسه گذشته، ارائه تکلیف بر شمردن ارزش‌های مثبت و منفی خود و دیگران و تمرین توجه به جای خشک بودن</p>	<p>جلسه ششم</p>
<p>دستور جلسه: معرفی مفهوم ارزش، معرفی مهارت تجربه‌ی حسی شفقت آمیز                  هدف و محتوای جلسه: نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی، بازگویی مجدد ویژگی‌های انسان مهربان، معرفی رفتار مهربانانه، معرفی انواع رفتار شفقت آمیز،                  تکلیف: باز خورد جلسه قبل، خلاصه‌ای از جلسات گذشته، ارائه تکلیف انجام تمرین انواع رفتارهای مهربانانه در رفتارهای روزمره که در ابتدا یکی یکی رفتارها را تمرین کنید</p>	<p>جلسه هفتم</p>
<p>دستور جلسه: درک ماهیت تمایل و تعهد                  هدف و محتوای جلسه: تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها، معرفی مجدد رفتار مهربانانه                  تکلیف: باز خورد جلسه قبل، بررسی تکلیف هفته گذشته، بررسی مورد به مورد رفتارها با توجه به آموزش‌های جلسات قبل</p>	<p>جلسه هشتم</p>

### یافته‌ها

در جدول ۲، اطلاعات توصیفی مربوط به نمره کل اضطراب اجتماعی و خرده مقیاس‌های آن در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مشاهده می‌شود.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای تحقیق به تفکیک گروه‌ها

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت	۸۷	۷/۳۵	۸۵/۵۰	۸/۶۹	۸۵/۲۵	۷/۹۶
	۸۴	۷/۴	۸۵/۸۱	۸/۳	۸۵/۶۹	۷/۸۵
متغیر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت	۴۶/۶	۶/۶۰	۴۵/۸۷	۸/۲۷	۴۵/۸۷	۷/۳۶
	۴۴/۱۲	۵/۰۳	۴۴/۶۸	۴/۹۱	۴۴/۳۷	۴/۹۶
پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت	۴۰/۳۷	۵/۷۱	۳۹/۵۶	۴/۸۵	۳۹/۳۷	۵/۳۱
	۳۹/۸۷	۳/۹۳	۴۱/۱۲	۵/۰۷	۴۱/۳۱	۴/۵۸
گواه						

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیر اضطراب اجتماعی و دو بعد درک و ترس از ارزیابی و تنش و بازداری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل گزارش شد. براساس نتایج جدول مشخص شد که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت میانگین‌ها در گروه آزمایش محسوس می‌باشد.

برای تعیین تاثیر مداخله اکت متمرکز بر شفقت بر اضطراب اجتماعی، از تحلیل کواریانس استفاده شده است. نتایج در جدول ۳ برای پس‌آزمون و پیگیری، آمده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کواریانس مقایسه اضطراب اجتماعی و ابعاد آن در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	مراحل پژوهش	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
اضطراب اجتماعی (نمره کل)	پیش آزمون	۱۳۷/۸۲	۱	۱۳۷/۸۲	۱۹/۰۴	۰/۲۳	-	-
	پس آزمون	۹۱/۶۹	۱	۹۱/۶۹	۷/۱۷	۰/۰۱	۰/۱۹	۰/۷۳
	پیگیری	۹۱/۵۱	۱	۹۱/۵۱	۱۱/۹۳	۰/۰۰۲	۰/۲۹	۰/۹۱
درک و ترس ارزیابی	پیش آزمون	۵۰	۱	۵۰	۱/۴۵	۰/۲۳	-	-
	پس آزمون	۱۹/۵۳	۱	۱۹/۵۳	۷/۳۸	۰/۰۳	۰/۵۶	۰/۶۱
	پیگیری	۵۲/۱۵	۱	۵۲/۱۵	۱۶/۳۷	۰/۰۰۹	۰/۷۵	۰/۹۰
تنش و بازداری	پیش آزمون	-	۱	-	۰/۰۷	۰/۸۷	-	-
	پس آزمون	۲۵/۸۱	۱	۲۵/۸۱	۲/۸۷	۰/۱۵	-	-

۳۹/۶۲ ۱ ۳۹/۶۲ ۸/۴۴ ۰/۰۴۲ - -

براساس نتایج جدول ۳ تفاوت بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون در متغیرهای اضطراب اجتماعی ( $P \leq 0/01$ )، درک و ترس ( $P \leq 0/03$ ) در گروه آزمایش و در مقایسه با گروه کنترل معنادار است، همچنین تفاوت بین میانگین نمره‌های پیگیری در متغیرهای اضطراب اجتماعی ( $P \leq 0/002$ )، درک و ترس ( $P \leq 0/009$ ) و تنش و بازداری ( $P \leq 0/042$ ) در گروه آزمایش و در مقایسه با گروه کنترل معنادار است. میزان تأثیر این درمان بر بهبود اضطراب اجتماعی در مرحله پس‌آزمون ۱۹ درصد، مرحله پیگیری ۲۹ درصد است در حالی که تأثیر درمان‌ها بر بهبود متغیر درک و ترس از ارزیابی در مرحله پس‌آزمون ۵۶ درصد و در مرحله پیگیری ۷۵ درصد است. تنش و بازداری در مرحله پیگیری ۶۷ درصد است. براساس نتایج در این جدول تفاوت گروه‌ها در متغیر تنش و بازداری در مرحله پس‌آزمون معنادار نیست اما در مرحله پیگیری معنادار است.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت می‌تواند بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان موثر باشد. نتایج این پژوهش در مرحله پیگیری نیز نشان دهنده تداوم اثر مداخله درمانی پس از آموزش بود. این یافته‌ها همسو با پژوهش‌های غیرمستقیمی است که مؤید وجود رابطه بین میزان شفقت و اضطراب و اثربخش بودن روش درمانی اکت بر کاهش اضطراب است که از آن جمله می‌توان به نتایجی که از پژوهش‌ها منتج شده است اشاره کرد. همچنین با یافته‌های جانکین (۲۰۰۷)؛ زیدان و همکاران (۲۰۱۰)؛ پورفرج عمران (۱۳۹۰)؛ اسمن و همکاران (۲۰۰۶)؛ بلوک و ولفر (۲۰۰۰) همسو می‌باشد. در تبیین چگونگی تأثیر این شیوه درمانی بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان، بررسی محتوای مطالب ارائه شده در این جلسات ضروری به نظر می‌رسد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها در خصوص تأثیر مثبت خودشفقت‌ورزی بر اضطراب اجتماعی نوجوانان، نشان داد که این درمان بر حساسیت به وجود رنج در خود و دیگران، مهربان بودن با خود و داشتن توجه مهربانانه با خود، استدلال مهربانانه به جای



استدلال منطقی و صحبت با خود با جملات مثبت و نه انتقادی و در کل پذیرفتن رنجی که فرد می‌برد و ارتباط برقرار کردن با آن بدون داشتن احساس شرمندگی و ضعف، فرد را به رفتار مهربانانه می‌رساند. در تبیین تاثیر اکت مبتنی بر شفقت بر اضطراب اجتماعی در دختران نوجوان می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت به دنبال شفاف سازی اجزاء اصلی شفقت مثل حساسیت توأم با توجه، انگیزه مراقبت، همدردی، همدلی، تحمل پریشانی و داشتن دیدگاه غیر قضاوتی است و روش درمانی اکت بر آزادسازی افراد از تله‌های ذهنی تاکید می‌کند. در رویکرد اکت ضرورت کمک به افراد به منظور رهایی از خود ارزیابی‌ها و برجسب‌زدن‌های آزار دهنده که با هیجانات دردناک همراه هستند و تحت عنوان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به کار می‌رود که خود حاصل مجموعه‌ای از فرایندها مثل گسلش، پیگیری ارزش‌ها، خود به عنوان زمینه، پذیرش، عمل متعهدانه و ذهن آگاهی است. به عبارتی فرایندهای مختلف شفقت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به هم مرتبط هستند. بسیاری از افراد که با اختلالات روانی درگیرند، سیستم تهدید و محافظت از خود، بسیار پرکار عمل می‌کند که نتیجه آن میزان بالای استرس و نگرانی در این افراد است، از سوی دیگر سیستم رضایت و تسکین نیز در این افراد، سطح رشدیافتگی پایین‌تری دارد، زیرا آن‌ها هرگز فرصت تحول این سیستم را نداشته‌اند. اکسی توسین و عصب میلین دار واگ از سیستم عصبی پاراسمپاتیک نمونه‌هایی از این سیستم‌ها هستند. به همین دلیل در درمان متمرکز بر شفقت بر آموزش تنفس، ذهن آگاهی و تصویرسازی تاکید می‌گردد. علاوه بر این از تکنیک‌های عمل‌گرا چون تمرین عمل‌کردن و تصویرسازی خود به عنوان یک فرد مهربان مورد استفاده قرار می‌گیرد تا به افراد در ساختن هویتی با ویژگی‌های شفقت‌آمیز یاری رساند. سپس این "خود" جدید به عنوان پایگاهی امن برای مواجهه با رنج‌ها تبدیل می‌گردد. در درمان متمرکز بر شفقت، شفقت به منظور تقویت شجاعت افراد جهت مواجهه با جنبه‌های دشوار و تاریک ذهن پرورش می‌یابد. در رویکرد اکت ما از تجربه پا را فراتر می‌نهیم و به خلق بازنمایی‌های کلامی از خود می‌پردازیم؛ در واقع اکت بر کلماتی تمرکز می‌کند که افراد در توصیف تجربیات خود استفاده می‌کنند. در این روش درمانی، شناخت‌ها تصحیح می‌گردند چون ارزیابی منفی از خود تغییر پیدا می‌کند، ترس از موقعیت‌های اجتماعی کاهش می‌یابد و اجتناب کمتر می‌شود. همچنین بر تجربیات جسمانی، خاطرات حقیقی که حاصل این تجارب باشد

و ترس از تغییر هویت شرم‌آور و خود انتقادگر فرد تاکید می‌کند. افراد باتقویت خود مهربان به شجاعت و خرد لازم جهت کار با جنبه‌های دشوار ذهن مثل خشم، اضطراب و تروما دست می‌یابند. باید گفت که شفقت درمانی یک الگوی درمانی است که اساس آن بر پایه‌ی حساسیت به وجود رنج انسان به واسطه‌ی انسان بودن والتیام یا جلوگیری از چنین رنجی است. یکی دیگر از آموزش‌های موجود در درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی آموزش بخشایش دیگران و بخشایش خود است که تاثیر زیادی بر روی بیماری‌های روانی دارد. می‌توان گفت که آموزش درباره درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به فرد کمک کند که چگونه نفوذ سیستم تشخیص خطر را تضعیف کنند و زندگی خودشان را دوباره از طریق شفقت و پذیرش به دست بیاورند. همه ما این خردمندی شهودی را داریم که مهربانی عاشقانه، حمایت و شفقت به ما کمک می‌کند تا با رنج و ناراحتی کنار بیاییم و انتقاد، شرم‌زدگی و سرزنش‌گری معمولاً اوضاع را بدتر می‌کند. شفقت به خود به ما اجازه می‌دهد تا فضایی برای مواجهه با احساس درد و پیچیدگی هیجان‌اتمان ایجاد کنیم. در درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد که از خود انتقاد نکنند به آن‌ها گفته شد که گرچه مهم است که انگاره‌های روانی خود را بطور شفاف ببینند به همان اندازه هم مهم است که از خود به خاطر آن‌ها انتقاد نکنند و بهترین راه مقابله با انتقاد، درک کردن آن است و اینکه متوجه شوند که نقطه ضعف و عیب و ایراد داشتن بخشی از تجربه انسان بودن است. شرکت‌کنندگان در جلسات درمانی یاد گرفتند که خود را کمتر مورد سرزنش قرار بدهند و در مقابل مشکلاتی که سر راه آن‌ها قرار می‌گیرد با خود مهربانی و مهرورزی کنند. این مهربانی و دلسوزی کردن با خود سبب ترشح هورمون اکسی‌توسین می‌شود که این هورمون از میزان ترس و اضطراب می‌کاهد و می‌تواند از فشار خون کم کند و کورتیزول را که با استرس رابطه دارد را کاهش دهد. می‌توان گفت یکی از عوامل موثر بر روی نشانگان اختلالات روانی سرزنش نکردن خود و همچنین در کنار آن مهربانی و دلسوزی کردن با خود است. این پژوهش با محدودیت‌های خاصی نیز روبرو بود. از جمله اینکه نمونه این پژوهش از دختران نوجوان ۱۴ تا ۱۸ ساله تشکیل شده که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را به نوجوانان پسر این دامنه سنی، با محدودیت مواجه سازد. پیشنهاد می‌گردد که اضطراب اجتماعی با توجه به با اهمیت بودنش در دوره نوجوانی با متغیرهای دیگر نیز مورد مطالعه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد

می‌گردد جلسات روان‌درمانی برای کلیه نوجوانان دختر و پسر در مدارس، در اولویت قرار گرفته و نتایج آن مقایسه شود.

## منابع

بشرپور، سجاد. عیسی زادگان، علی. (۱۳۹۱). "بررسی نقش صفات شخصیتی دلسوزی به خود و بخشایش در پیش بینی شدت افسردگی دانشجویان". *تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۰، ۶، ۴۵۲-۴۶۱.

پور فرج عمران، مجید. (۱۳۹۰). "اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان". *فصلنامه دانش و تندرستی*. ۶، ۲، ۱-۵.

خدائی، علی، شکری، امید، پاکلک، ملیتا، گراوند، فریبرز، طولابی، سعید. (۱۳۹۰). "ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان". *مجله علوم رفتاری*. ۵، ۳، ۲۰۹-۲۱۶.

فیضی، ژاله، مرادی، علیرضا، خواجه دلویی، محمد، خادم، نیره. (۱۳۹۶). "کارآمدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان باردار به وسیله لقاح خارج از رحمی". *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی*. ۷، ۲۷، ۱-۲۱.

گلپور، رضا، ابوالقاسمی، عباس، احدی، بتول، نریمانی، محمد. (۱۳۹۳). "اثربخشی آموزش خود-دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی". *مجله روانشناسی بالینی*. ۶، ۵۳-۶۴.

هنرپوران، نازنین. (۱۳۹۳). "بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر بخشش و سازگاری زناشویی زنان آسیب دیده از خیانت همسر". *فصلنامه زن و جامعه*. ۵، ۲، ۱۳۵-۱۵۰.

Arimitsu, K., & Hofmann, S. G. (2015). Cognitions as mediators in the relationship between self-compassion and affect. *Personality and Individual Differences*, 74: 41-48.

Block, J.A., & Wulfert E. (2000). Acceptance or change: Treating socially anxious college students with ACT or CBGT. *The Behavior Analyst Today*; 1(2):1-55.

Breines, J. G., Thoma, M. V., Gianferante, D., Hanlin, L., Chen, X., & Rohleder, N. (2014). Self compassion as a predictor of interleukin-6

- response to acute psychosocial stress. *Journal of Brain, Behavior, and Immunity*, 37, 109-114.
- Brown, K. W., & Ryan R. M. (2003). The benefits of being present: Acceptance and Commitment Training and Its role in psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(22), 822-848.
- Elaine Beaumont, C. J & Hollins, M. (2016). Exploration of a training program for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 5-13.
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., Stephenson, K., Gier, S., & Jencius, S. (2009). The Fear of Positive Evaluation Scale: Psychometric properties in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1177-1183.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199–208.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clin Psychol Psychother*; 13: 353-79.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion and cruelty: a bio psychosocial approach*. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9–74). London: Routledge.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C. (2008). *The roots of compassion*. Keynote speech delivered at the International ACT Conference, Chicago.
- Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., & Rapee, R. M. (2010). A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. In S. G. Hofmann. & P. M. DiBartolo (Eds.), *Social anxiety: Clinical, Developmental, and Social perspectives* (2nd ed., pp.395-422). New York: Academic Press.
- Herbert, J. D. & Dalrymple, K. (2005). Social anxiety disorder. In A. Freeman, A. M. Nezu, M. A. Reinecke, C. M. Nezu, & S. Felgoise (Eds.), *Encyclopaedia of Cognitive Behavior Therapy*, 368-372.
- Hosseini, L. & Khazali, H. (2013). Comparing the level of anxiety in male & female school students. *Procedia- Social and Behavioral Science*. 84, 41-46.
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*. 3, 47-54.
- Junkin, S. E. (2007). *Yoga and self-esteem: exploring change in middle-age women*. A Thesis Submitted to the College of Graduate Studies and Research in Partial Fulfilment of the Requirements for the Degree of Master of Science in the College of Kinesiology University of Saskatchewan Saskatoon August, (1),72-76.

- Kessler, R. C., Berglund, P. D., Demler, O., Olga, J. R., Merikangas, K. R., & Walte, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Lee, W. K. (2013). Self-compassion as a moderator of the relationship between academic burn-out and psychological health in Korean cyber university students. *Personality and Individual Differences*, 54, 899–902.
- Masuda, A., Hayes, S. C, Sackett, C.F & Twohig, M. P. (2004). Cognitive diffusion and self- relevant negative thoughts: Examining the impact of a 90-year-old technique. *Behav Res Ther*; 42(4): 477-485.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion stop beating up and leave insecurity behind. *Harper Collins Publisher, USA*.
- Neff, K.D. (2008). *Self-compassion: Moving beyond the pitfalls of a separate self-concept*. In: Wayment HA, Bauer J, editors. *Transcending self-interest: Psychological explorations of the quiet ego*. 1st ed. Washington DC.American Psychological Association (APA).
- Neff, K. D. (2003 a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*; 2: 85-102.
- Ostafin, B. D. (2006). Acceptance and Commitment Training and the Reduction of Psychological Distress: A Preliminary Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 191-197.
- Ossman W .A, Wilson K. G., Storaasli R. D., & McNeill, J W. (2006).A Preliminary Investigation of the Use of Acceptance and Commitment Therapy in Group Treatment for Social Phobia Investigation. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 397-416.
- Pauley, G. & McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self compassion for individuals with depression or anxiety *Psychology and Psychotherapy: Theor. Research and Practice*, 83, 129–143.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48,757-761.
- Rosmussen, M. K., & Pidgeon, A. M. (2011). The Direct and benefits of dispositional mindfulness on self-esteem and social anxiety. *Anxiety, Stress, & Coping*, 24(2), 227-233.
- Tolman, R. M., Himle, J., Bybee, D., Abelson, J. L., Hoffman, J., & Van Etten-Lee, M. (2009). Impact of social anxiety disorder on employment among women receiving welfare benefits. *Psychiatric Services*, 60, 61-66.
- Twohig, M. P. Hayes S. C., & Masuda A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptanc and commitment therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder. *Behav Ther*; 37(1): 3-13.
- Van Dam, N .T, Sheppard, S. C., Forsyth, J., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor tha mindfulness of symptom severity

- and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 123-130.
- Wernre, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg R. G., & Gross, J.J. (2012). Self compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress, & Coping*, 25(5), 543-558.
- Zeidan, F, Johnson, S. K, Diamond, B. J, David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cogn*, 19(2):597-605.

