

## The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Based on Reducing Anxiety and Depression in Students with Social Phobia

Molavi P<sup>1\*</sup>, Mikaeili N<sup>2</sup>, Rahimi N<sup>2</sup>, Mehri S<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, School of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

<sup>2</sup> Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

<sup>3</sup>Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

\*Corresponding Author. Tel:+984533239033 Fax: +984533232520 E-mail: p.molavi@arums.ac.ir

Received: 6 Nov 2014 Accepted: 20 Dec 2014

### ABSTRACT

**Background & Objectives:** Social phobia is one of the common anxiety disorders characterized by fear of social situations, shame and embarrassment in communicating with unfamiliar people. The aim of this study was to examine the effectiveness of acceptance and commitment therapy in reducing anxiety and depression in students with social phobia.

**Methods:** An experimental pretest-posttest with control group design was used to conduct the study. The population consists of all female students in Ardabil city, 2013-2014 academic years. Using a multiple-stage cluster sampling method, a representative sample consists of 400 students was selected for the study. Then, among the students those with social phobia (based on the cut-off point), 34 participants were randomly selected and divided into two groups of 17 people (one experimental group and one control group). The participants in experimental group received acceptance and commitment therapy for 10 sessions of 90 minutes. The control group did not receive any intervention. Anxiety, depression and social phobia questionnaires were administered to the two groups before and after the intervention. Descriptive statistics and multivariate ANOVA (MANOVA) were used for data analysis.

**Results:** The results of data analysis showed that treatment based on acceptance and commitment therapy reduces anxiety, depression and social phobia of students in the experimental group compared with the control group ( $p<0.001$ ).

**Conclusion:** The present study showed that acceptance and commitment therapy for students with social phobia can be used as a psychological intervention along with other intervention mechanisms.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy; Anxiety; Depression; Social Phobia

## تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افسردگی دانش

## آموزان دارای ترس اجتماعی

پرویز مولوی<sup>۱</sup>، نیلوفر میکاییلی<sup>۲</sup>، ندا رحیمی<sup>۲</sup>، سعید مهری<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران    <sup>۲</sup> گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران    <sup>۳</sup> گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی اردبیل، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

نویسنده مسئول، تلفن: ۰۴۵۳۳۲۲۳۹۰۳۳    فاکس: ۰۴۵۳۳۲۲۵۲۰    پست الکترونیک: p.molavi@arums.ac.ir

## چکیده

**زمینه و هدف:** ترس اجتماعی یکی از شایع ترین اختلالات اضطرابی است، که شامل ترس از آن دسته از موقعیت های اجتماعی است که در آن ها نوعی مورد شرم و خجالت قرار گرفتن و یا تماس با غریبه ها مطرح می باشد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افسردگی دانش آموزان دارای ترس اجتماعی است.

**روش کار:** روش این مطالعه، آزمایشی از نوع با پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه ی آماری این پژوهش شامل کلیه ی دانش آموزان دختر شهرستان اردبیل در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بود. به منظور انتخاب نمونه مرحله شیوع شناسی ابتدا ۴۰۰ دانش آموز به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای از جامعه آماری انتخاب شدند. سپس از بین افراد دارای ترس اجتماعی (بر اساس نقطه برش)، ۳۴ آزمودنی به صورت تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه ۱۷ نفره (یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. آزمودنی های گروه آزمایشی به مدت ۱۰ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند. آزمودنی های گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. با استفاده از پرسشنامه های اضطراب، افسردگی و ترس اجتماعی پیش آزمون و پس آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده علاوه بر آمار توصیفی از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج حاصل از تحلیل داده ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب و افسردگی و ترس اجتماعی دانش آموزان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است ( $p < 0.001$ ).

**نتیجه گیری:** این مطالعه نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دانش آموزان دارای ترس اجتماعی قابلیت کاربرد داشته و می تواند به عنوان یک مداخله ی روانشناختی در کنار سایر مداخلات مورد استفاده قرار گیرد.

**کلمات کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ترس اجتماعی، اضطراب، افسردگی

دریافت: ۹۳/۸/۱۵    پذیرش: ۹۳/۹/۲۹

## مقدمه

تشخیصی و آماری اختلال های روانی<sup>۲</sup> (DSM-IV-TR) آمده است، ترس اجتماعی شامل ترس از آن دسته از موقعیت های اجتماعی است که در آن ها نوعی مورد شرم و خجالت قرار گرفتن و یا تماس با غریبه ها مطرح می باشد [۱].

ترس اجتماعی<sup>۱</sup> یکی از شایع ترین اختلالات اضطرابی است که دهه اخیر، توجه زیادی را به خود جلب نموده و مؤلفان و پژوهشگران به بحث های نظری و علمی متنوع درباره آن پرداخته اند. هم چنان که در نسخه تجدید نظر شده ی چهارمین ویراست راهنمای

<sup>2</sup>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition- Text Revision

<sup>1</sup> Social Phobia

میلر<sup>۱</sup> (۲۰۰۸). معتقد است ترس اجتماعی به عنوان یک ترس مشخص و مزمن از یک یا چند موقعیت اجتماعی تعریف می شود که فرد خود را در معرض موشکافی به وسیله دیگران می بیند و می ترسد مبدا کاری انجام دهد که باعث خجالت باشد یا تحقیر آمیز به نظر آید [۲]. ویژگی های ترس اجتماعی ترس دائمی درمانجو از موقعیت هایی است که ممکن است از سوی دیگران مورد بررسی دقیق و موشکافانه قرار گیرد، که با ترس از انجام کارهایی که تحقیرکننده یا خجالت آور هستند همراه است. ترس از ناتوانی در ایراد سخنرانی در تجمع ها، ترس از دچار شدن به لرزش و رعشه در جمع، ترس از به زبان آوردن حرف های مسخره و احمقانه، یا ترس از ناتوانی در پاسخ به پرسش های دیگران در جمع مثال هایی از موارد ترس اجتماعی می باشند. این افراد هنگام رویاروشدن با محرک های ترسناک و هراس آور یک واکنش اضطرابی از قبیل احساس وحشت، تنفس منقطع و کوتاه، یا تپش قلب را در پی دارد. در پی این واکنش فرد رفتاری اجتنابی انجام می دهد که ممکن است با حضور در مدرسه و فعالیت ها و روابط اجتماعی معمولی تداخل نماید [۲]. مطابق پژوهش ها، شیوع بالایی از ترس اجتماعی در اواخر کودکی و اوایل نوجوانی وجود دارد که به نسبت در دختران بالاتر از پسران است [۳-۴]. کسلر<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۴) در یک بررسی همه گیر شناسی دریافتند که شیوع ۱۲ ماهه برابر با ۷/۹ درصد و شیوع تمام عمر برابر با ۱۳/۳ درصد در امریکا می باشد [۵]. این یافته ها نشان می دهند که اختلال ترس اجتماعی بعد از افسردگی اساسی (۱۷٪) و وابستگی به الکل (۱۴٪) سومین اختلال شایع روانی در امریکاست. مطالعات همه گیری شناسی اختلالات روانی انجام شده در ایران همگی دلالت بر متغیر بودن میزان شیوع این اختلالات از ۱۱/۹ تا ۳۰/۲ درصد را دارد، که میزان شیوع افسردگی ۱/۹۳٪ و اختلالات اضطرابی ۷/۳۹٪ در زنان و ۵/۱۸٪ در مردان گزارش شده است. [۶]

در تحقیق طولی پایین<sup>۳</sup> (۱۹۹۸)، نشان داد که اختلال ترس اجتماعی در نوجوانی ممکن است سبب ایجاد اختلالات هیجانی و اضطرابی در بزرگسالی شود [۷]. استراهان<sup>۴</sup> (۲۰۰۳) در یک تحقیق طولی با عنوان تأثیر ترس اجتماعی و مهارت های اجتماعی بر عملکرد تحصیلی بیان داشت که افراد دارای ترس اجتماعی و نسبت به افراد غیرمضطرب دارای کنترل اجتماعی و همچنین بیانگری اجتماعی پایین هستند. دانش آموزان ترس اجتماعی در مهارت های کلامی، سخن گفتن، حضور در اجتماع و ارتباط کلامی با دیگران دچار مشکل بودند [۸].

به طور کلی این اختلال در کودکان به عملکرد تحصیلی ضعیف و مشکلات روان شناختی مانند افسردگی و سوءمصرف مواد منجر می شود [۱۰،۹،۷]. افزون بر آن پیامد اختلال ترس اجتماعی در کودکان و نوجوانان با امتناع شدید از مدرسه ارتباط دارد [۱۱]. همبودی با اضطراب و افسردگی یکی دیگر از مشکلاتی است که در مبتلایان به ترس اجتماعی دیده می شود. اختلال ترس اجتماعی در ۷۰ تا ۸۰ درصد موارد با دیگر مشکلات روانپزشکی همپایندی دارد [۱۲] و در این میان افسردگی و سایر اختلال های اضطرابی بیشترین همپایندی را با این اختلال دارند [۱۳،۱۴]. از طرفی اگر مداخلات درمانی صورت نگیرد، این اختلال به دوره طولانی از ناتوانی منجر شده و فرد مبتلا مشکلات زیادی را در حوزه کارکرد شخصی و اجتماعی خود متحمل می شود [۱۲،۱۵]. به دلیل پیامدهایی که این اختلال در عملکرد و تحصیل افراد بخصوص نوجوانان ایجاد می کند تشخیص و درمان باید در اولویت قرار بگیرد. برای درمان ترس اجتماعی، هم از درمان های دارویی و هم از درمان های روانشناختی استفاده می شود. هرچند مطالعات چندی در رابطه با تعیین برتری یکی از این ها نسبت به دیگری انجام گرفته، اما هنوز یافته های باثباتی که بتواند نشان دهد کدام روش بر دیگری برتری دارد وجود نداشته و در نتیجه هنوز

<sup>3</sup>Pine

<sup>4</sup>Strahan

<sup>1</sup>Miller

<sup>2</sup>Kessler

های اجتماعی و غیره باشند. شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش درمانی بر اختلالات مختلف، رو به افزایش است برای مثال کارایی این روش درمانی در مورد اختلالاتی مانند: افسردگی، پسیکوزها، سوءمصرف و وابستگی به مواد، فرسودگی شغلی، و درد مزمن، مشخص شده است [۱۹-۲۴].

بلاک<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۰)، در پژوهشی درمان پذیرش و تعهد را به صورت فردی روی ۱۱ دانشجوی مبتلا به ترس اجتماعی انجام دادند، نتایج حاکی از اثربخشی این درمان بر تمام دانشجویان بود [۲۵]. اسمن<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۰۶)، در بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد در گروه مبتلایان به ترس اجتماعی با میانگین سنی ۴۲ سال به این نتیجه رسیدند که علائم اجتنابی و اضطرابی در گروه تحت درمان پذیرش و تعهد به طور معناداری کاهش یافت و این تأثیر در دوره ۳ ماهه پیگیری همچنان تداوم داشت [۲۶]. البته در این تحقیق از گروه شاهد، برای مقایسه نتایج استفاده نشد. ایفرت و همکاران (۲۰۰۳) در تحقیقی نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد نشان دهنده ی تغییرات مثبت در مراجعان (مثل تجربه اجتناب و افزایش در پذیرش و مهارت های ذهن آگاهی)، افزایش کیفیت زندگی و کاهش معنادار در اضطراب و افسردگی بود [۲۷].

شارپ<sup>۷</sup> (۲۰۱۲) به این نتیجه دست یافت که درمان پذیرش و تعهد ممکن است برای مفهوم سازی<sup>۸</sup> و درمان اختلالات اضطرابی مناسب باشد [۲۸]. فولک<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۱۲)، به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش و تعهد درمانی موثر بر کاهش افسردگی است [۲۹]. پور فرج (۱۳۹۰)، در پژوهشی تأیید کرد که درمان گروهی پذیرش و تعهد، بر درمان اختلال ترس اجتماعی در میان دانشجویان مؤثر بوده است [۳۰]. نتایج پژوهش حر و همکاران (۱۳۹۲)، بیانگر تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی

اتفاق نظر کافی در بین صاحب نظران وجود ندارد [۱۷،۱۶].

درمانی که در این پژوهش به کار برده شد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱</sup> (ACT) می باشد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد، نه اینکه صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود [۱۸]. در این درمان ابتدا سعی می شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات و غیره) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن ها می شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن ها، به طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی<sup>۲</sup> فرد در لحظه حال افزوده می شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی<sup>۳</sup> یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن سازی ارزش ها). در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه<sup>۴</sup> یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می توانند افکار افسرده کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس ها و یا ترس

<sup>5</sup> Block

<sup>6</sup> Ossman

<sup>7</sup> Sharp

<sup>8</sup> Conceptualizing

<sup>9</sup> Folke

<sup>1</sup> Acceptance and Commitment Therapy

<sup>2</sup> Psychological Awareness

<sup>3</sup> Cognitive Diffusion

<sup>4</sup> Committed Action

بیماران دیابتی بود [۳۱]. نریمانی و همکاران (۱۳۹۲)، در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و تنظیم هیجان بر بهبود سازگاری اجتماعی، هیجانی و تحصیلی دانش آموزان دارای اختلال ریاضی مؤثر است [۳۲].

با توجه به این که این اختلال فراگیر و ناتوان کننده، در سنین اوج استقلال طلبی فرد بروز کرده و بهبود خود به خودی آن بسیار اندک است، تأکید بر درمان این اختلال به منظور کاهش مشکلات بین فردی و ارتباطی از اهمیت زیادی برخوردار است. همچنین با توجه به تعداد روزافزون دانش آموزان که معمولاً بیشتر از دیگران با فعالیت‌های اجتماعی از قبیل: سخنرانی در جمع، فعالیت در حضور دیگران و ... سروکار دارند، به کار بردن شیوه‌های درمانی کارآمد متناسب با سطح شناخت و شرایط فکری دانش آموزان مفید به نظر می‌رسد. همچنین با توجه به پیشینه تحقیقات گذشته، مبنی بر اهمیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سوال است که: آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش علائم اضطراب و افسردگی دانش آموزان مبتلا به ترس اجتماعی می‌شود؟

## روش کار

پژوهش حاضر، مداخله‌ای از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. در این پژوهش درمان پذیرش و تعهد به عنوان متغیر مستقل و ترس اجتماعی (بر اساس مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته منطبق با DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، و مبتنی بر SCID<sup>۱</sup> انجام گرفت و شدت آن قبل و بعد از درمان با استفاده از پرسشنامه ترس اجتماعی اندازه گیری شد)، اضطراب (بر اساس میزان نمره‌ای که فرد در مقیاس اضطراب بک (۱۹۸۸)، کسب می‌کند) و افسردگی (بر اساس میزان نمره‌ای که فرد از پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم) کسب می‌کند) به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شدند. جامعه

ی آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی دانش آموزان دختر شهرستان اردبیل تشکیل می‌دهند، که در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ در دبیرستان‌های اردبیل در حال تحصیل بوده‌اند. انتخاب نمونه‌ی پژوهش در دو مرحله انجام شد، مرحله‌ی اول نمونه‌گیری به منظور انتخاب افرادی که دارای ترس اجتماعی می‌باشند، صورت گرفت. در این مرحله با توجه به جدول کریس و مورگان برای جامعه آماری ۴۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند و پرسشنامه ترس اجتماعی بر روی آن‌ها اجرا شد. در مرحله دوم نمونه‌گیری و به منظور انتخاب نمونه‌ی پژوهش از افرادی که در مرحله اول نمونه‌گیری (بر اساس نقطه برش)، نمره بالا در مقیاس ترس اجتماعی کسب کرده بودند و با توجه به اینکه برای تحقیقات آزمایشی حداقل ۱۵ نفر مورد نیاز است و با در نظر گرفتن احتمال افت آزمودنی‌ها ۳۴ نفر به صورت تصادفی انتخاب شد که به طور کاملاً تصادفی در یک گروه آزمایشی (۱۷ نفر)، و یک گروه کنترل (۱۷ نفر)، قرار داده شدند. که در نهایت، هر دو گروه آزمایشی و کنترل به ۱۶ نفر تقلیل پیدا کرد. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه ترس اجتماعی<sup>۲</sup> (SPIN): این مقیاس نخستین بار توسط کانور<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی ترس اجتماعی یا همان اختلال اضطراب اجتماعی تهیه گردید. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی<sup>۴</sup> ۱۷ ماده‌ای که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) می‌باشد. کانور و همکاران (۲۰۰۰) پایایی به روش بازآزمایی در گروه‌های با تشخیص اختلال ترس اجتماعی را برابر ضریب همبستگی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹، همسانی درونی یا ضریب آلفا در گروهی از افراد بهنجار را برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، برای اجتناب ۰/۹۱ و برای مقیاس ناراحتی فیزیولوژیک برابر ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. در

<sup>2</sup> Social Phobia Inventory (SPIN)

<sup>3</sup> Connor

<sup>4</sup> Test-Retest

<sup>1</sup> Structured Clinical Interview for DSM

پرسشنامه SPIN، نقطه برش<sup>۱</sup> ۱۹ با کارایی یا دقت تشخیصی ۷۹٪ افراد با اختلال ترس اجتماعی و بدون این اختلال را از هم تشخیص می دهد. نقطه برش ۱۵ با کارایی ۷۸٪ و نقطه برش ۱۶ با کارایی ۸۰٪ آزمودنی های با تشخیص ترس اجتماعی را از گروه کنترل غیر روانپزشکی یا افراد روانپزشکی غیر ترس اجتماعی تمیز می دهد [۳۳]. عبدی (۱۳۸۲) همسانی درونی کل مقیاس را به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ و پایایی به روش بازآزمایی را ۰/۸۳ گزارش کرده است [۳۴].

پرسشنامه اضطراب بک<sup>۲</sup> (BAI): پرسشنامه اضطراب بک از ۲۱ ماده تشکیل شده است و شدت اضطراب نوجوانان و بزرگسالان را می سنجد. این مقیاس بر اساس ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود و حداکثر نمره آن ۶۳ می باشد که نشان دهنده اضطراب شدید است. نمره ۷-۱ نشان دهنده ی فقدان اضطراب یا اضطراب عادی، ۱۵-۸ نشان دهنده ی اضطراب خفیف، ۲۵-۱۶ نشان دهنده ی اضطراب متوسط و ۶۳-۲۶ نشانه ی اضطراب شدید می باشد. بک و همکاران (۱۹۸۸) همسانی درونی آن را ۰/۹۲ و پایایی به روش بازآزمایی با فاصله ی یک هفته را برابر ۰/۷۵ و همبستگی BAI را با مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون<sup>۳</sup> (HRSD) و مقیاس درجه بندی اضطراب هامیلتون<sup>۴</sup> (HRSA) به ترتیب ۰/۲۵ و ۰/۵۱ گزارش کرده اند [۳۵].

پرسشنامه افسردگی بک نسخه ۲<sup>۵</sup> (BDI-II): پرسشنامه افسردگی بک به عنوان یک ابزار خودگزارش دهی برای سنجش شناخت های وابسته به افسردگی به شکل وسیعی به کار گرفته شده است. بیست و یک عبارت موجود در این پرسشنامه از مشاهده ی نگرش ها و نشانه های نوعی بیماران افسرده به دست آمده است [۳۶]. بررسی غرابی و همکاران ( به نقل از بک<sup>۶</sup> ) نشان

داد که نسخه دوم نیز همانند نسخه ی اول وجود و شدت علائم افسردگی را در بیماران و جمعیت پنجبار نشان می دهد [۳۵،۳۷]. آن ها ضریب همسانی درونی این نسخه (BDI-II) را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا را برای بیماران، ۰/۸۶ و برای افراد غیر بیمار، ۰/۸۱ گزارش کردند. فتی (۱۳۸۲) با اجرای این پرسشنامه بر روی یک نمونه ۹۴ نفری ایرانی، ضریب آلفا را ۰/۹۱ گزارش کرده است [۳۸]. غرابی (۱۳۸۲) با اجرای آن بر روی ۳۰ دانش آموز دختر و پسر با فاصله ی دو هفته ضریب پایایی آن را ۰/۸۱ گزارش نموده است [۳۷].

جهت انجام پژوهش محقق پس از مراجعه به آموزش و پرورش کل شهرستان اردبیل و کسب مجوزهای لازم، نمونه گیری مرحله اول انجام گرفت. سپس پرسشنامه ی ترس اجتماعی بر روی ۴۰۰ دانش آموز نمونه ی مرحله ی اول اجرا شد. از بین ۴۰۰ دانش آموز نمونه گیری مرحله ی اول و با در نظر گرفتن نقطه برش ۱۶ برای پرسشنامه ترس اجتماعی؛ ۶۷ دانش آموز دارای ترس اجتماعی تشخیص داده شدند که از این میان با در نظر گرفتن ملاک های شمول ( دارا بودن ملاک های تشخیصی اختلال ترس اجتماعی بر اساس DSM-IV، TR، تشخیص اختلال ترس اجتماعی به عنوان تشخیص اصلی و اولیه، تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی، نداشتن اختلالات رفتاری همبود، تکمیل فرم رضایت درمان) و ملاک های عدم شمول ( ابتلا به بیماری شدید جسمانی که مانع از ادامه درمان شود، ابتلا به اختلال های اضطرابی ناشی از شرایط طبی عمومی، عدم تمایل به ادامه درمان ) ۳۴ دانش آموز به صورت تصادفی به عنوان نمونه ی اصلی پژوهش انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۷ نفره (یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) گمارده شدند. در ادامه پیش آزمون بر روی هر دو گروه (یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) اجرا شده و پرسشنامه های پژوهش در اختیار هر دو گروه قرار گرفت. سپس برای گروه آزمایشی مداخله اعمال شد. مدت جلسات درمانی برای گروه آزمایشی ۱۰ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای

<sup>1</sup>Cut-Off Point

<sup>2</sup>Beck Anxiety Inventory (BAI)

<sup>3</sup>Hamilton Rating Scale for Depression

<sup>4</sup>Hamilton Rating Scale for Anxiety

<sup>5</sup>Beck Depression Inventory – II (BDI-II)

<sup>6</sup>Beck

بود که هر جلسه ی درمانی هفته ای یک بار در محلی (خوابگاه مدرسه نمونه دولتی) که توسط اداره آموزش و پرورش تعیین شده بود، برگزار شد. در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. پس از انجام مداخله پس از آزمون برای هر دو گروه اجرا شد و مجدداً پرسشنامه های اضطراب و افسردگی بک و همچنین پرسشنامه فوبی اجتماعی به دانش آموزان داده شد.

ساختار جلسات درمانی ACT به شرح زیر بود: **جلسه اول:** اجرای پیش آزمون، ارزیابی دانش آموزان، آشنایی افراد گروه با همدیگر و با درمانگر، ضابطه بندی درمان؛ **جلسه دوم:** آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش و تعهد، ایجاد بینش در دانش آموزان نسبت به مشکل و به چالش کشیدن کنترل؛ **جلسه سوم:** آموزش نوسازی خلاقانه و آشنایی با ناراحتی ها و مشکلات ناشی از اختلال؛ **جلسه چهارم:** آشنایی و به چالش کشیدن مشکلاتی که دانش آموزان برای رهایی از آنها تلاش نموده اند؛ **جلسه پنجم:** ایجاد پذیرش و ذهن آگاهی به واسطه ی رها کردن تلاش برای کنترل و ایجاد جداسازی شناختی و مرور جلسه پیشین؛ **جلسه ششم:** آموزش و بحث در مورد زندگی ارزش مدار؛ **جلسه هفتم:** آموزش و بحث در مورد انتخاب اهداف واقع بینانه و موانع و ارزیابی آنها توسط سایر اعضای گروه، همچنین تصریح ارزش ها؛ **جلسه هشتم:** بررسی مجدد اهداف و ارزش ها و اعمال و درگیری با اشتیاق و تعهد؛ **جلسه نهم:** بحث و تمرین درباره مفهوم بودن در زمان حال و رها کردن افکار مربوط به گذشته و آینده؛ **جلسه دهم:** شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه، جمع بندی و اجرای پس آزمون.

نهایتاً داده های به دست آمده با نرم افزار SPSS-16 تجزیه و تحلیل شدند. بدین صورت برای تجزیه و تحلیل اطلاعات دموگرافیک آزمودنی ها از روش های پارامتریک آمار توصیفی و برای تجزیه و تحلیل تفاوت گروه های مورد مطالعه از تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا)، استفاده شد. لازم به ذکر است که اطلاعات

مربوط به آزمودنی ها محرمانه نگه داشته شده و برای گروه کنترل با هماهنگی مسئولان مدرسه و خانواده جلسات درمانی تعیین گردید. و به آنها نحوه پاسخ گویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی شان و ایجاد اهداف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد عملی آموزش داده شد.

#### یافته ها

در گروه درمان پذیرش و تعهد (۱۸/۷۵٪ (۳ نفر) آزمودنی ها ۱۴، ۳۱/۲۵٪ (۵ نفر) ۱۵، ۱۸/۷۵٪ (۳ نفر) ۱۶، ۲۵٪ (۴ نفر) ۱۷ و ۶/۲۵٪ (۱ نفر) ۱۸ ساله بودند. در گروه درمان میان فردی (۶/۲۵٪ (۱ نفر) آزمودنی ها ۱۴، ۶۸/۷۵٪ (۱۱ نفر) ۱۵، ۱۲/۵٪ (۲ نفر) ۱۶، ۶/۲۵٪ (۲۱ نفر) ۱۷ و ۶/۲۵٪ (۱ نفر) ۱۸ ساله بودند. در گروه کنترل (۳۷/۵٪ (۶ نفر) آزمودنی ها ۱۴، ۱۸/۷۵٪ (۳ نفر) ۱۵، ۱۸/۷۵٪ (۳ نفر) ۱۶، ۱۸/۷۵٪ (۱ نفر) ۱۸ ساله بودند. همچنین در گروه درمان پذیرش و تعهد (۳۷/۵٪ (۶ نفر) آزمودنی ها دارای معدل ۱۷، ۱۸/۷۵٪ (۳ نفر) ۱۸، ۳۷/۵٪ (۶ نفر) ۱۹ و ۶/۲۵٪ (۱ نفر) ۲۰ بودند. در گروه درمان میان فردی (۱۸/۷۵٪ (۳ نفر) آزمودنی ها دارای معدل ۱۷، ۲۵٪ (۴ نفر) ۱۸، ۴۳/۷۵٪ (۷ نفر) ۱۹ و ۱۲/۵٪ (۲ نفر) ۲۰ بودند. در گروه کنترل (۱۲/۵٪ (۲ نفر) آزمودنی ها دارای معدل ۱۷، ۲۵٪ (۴ نفر) ۱۸، ۳۷/۵٪ (۶ نفر) ۱۹ و ۲۵٪ (۴ نفر) ۲۰ بودند.

یافته های توصیفی این پژوهش شامل شاخص های آماری مانند میانگین، انحراف معیار، حداکثر و حداقل برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در جداول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱ نشان می دهد که میانگین نمره های آزمودنی ها در مراحل پیش آزمون و پس آزمون اضطراب، افسردگی و ترس اجتماعی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به شکل معنی داری کاهش یافته است (جدول ۱).

همانطوری که در جدول ۲ ملاحظه می گردد سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین دانش آموزان گروه های آزمایشی و شاهد حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد، برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از آزمون اثرات بین آزمودنی ها در جدول ۳ نشان داده شده است (جدول ۲).

همانطوری که در جدول ۳ ملاحظه می شود بین دانش

آموزان گروه آزمایش و گروه شاهد از لحاظ اضطراب، افسردگی و ترس اجتماعی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $P < 0/001$ ). این تفاوت معنادار بیانگر این است که در گروه آزمایشی بعد از آموزش پذیرش و تعهد درمانی، کاهش علائم اضطراب، افسردگی و ترس اجتماعی نسبت به گروه کنترل به وجود آمده است (جدول ۳).

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه ها در اضطراب، افسردگی و ترس اجتماعی

| متغیرها     | گروه    | تعداد | میانگین پیش آزمون | انحراف معیار پیش آزمون | میانگین پس آزمون | انحراف معیار پس آزمون |
|-------------|---------|-------|-------------------|------------------------|------------------|-----------------------|
| اضطراب      | آزمایشی | ۱۶    | ۳۳/۶۶             | ۴/۹۹                   | ۱۶/۴۶            | ۳/۴۸                  |
|             | کنترل   | ۱۶    | ۳۴                | ۶/۵۶                   | ۳۳/۷۳            | ۶/۵۶                  |
| افسردگی     | آزمایشی | ۱۶    | ۳۴                | ۴/۸۱                   | ۱۷/۲۶            | ۴/۸۳                  |
|             | کنترل   | ۱۶    | ۳۴/۸۶             | ۷/۰۵                   | ۳۵/۷۳            | ۷/۳۷                  |
| ترس اجتماعی | آزمایشی | ۱۶    | ۳۸/۲۶             | ۶/۰۲                   | ۲۲/۲۰            | ۷/۳۷                  |
|             | کنترل   | ۱۶    | ۳۹/۷۳             | ۶/۰۱                   | ۳۸/۹۲            | ۶/۵۲                  |

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) روی نمرات تفاضل (پیش آزمون - پس آزمون) اضطراب و افسردگی گروه های آزمایش و شاهد

| اثر       | نام آزمون         | ارزش  | F     | df فرضیه | df خطا | سطح معنی داری |
|-----------|-------------------|-------|-------|----------|--------|---------------|
| Intercept | اثر پیلایی        | ۰/۸۶۶ | ۸۷/۵۴ | ۲        | ۲۷     | ۰/۰۰۱         |
|           | لامبدای ویلکز     | ۰/۱۳۴ | ۸۷/۵۴ | ۲        | ۲۷     | ۰/۰۰۱         |
|           | اثر هتلینگ        | ۶/۴۸  | ۸۷/۵۴ | ۲        | ۲۷     | ۰/۰۰۱         |
|           | بزرگترین ریشه روی | ۶/۴۸  | ۸۷/۵۴ | ۲        | ۲۷     | ۰/۰۰۱         |
| Group     | اثر پیلایی        | ۰/۸۴۶ | ۷۴/۴۴ | ۲        | ۲۷     | ۰/۰۰۱         |
|           | لامبدای ویلکز     | ۰/۱۵۴ | ۷۴/۴۴ | ۲        | ۲۷     | ۰/۰۰۱         |
|           | اثر هتلینگ        | ۵/۵۱۴ | ۷۴/۴۴ | ۲        | ۲۷     | ۰/۰۰۱         |
|           | بزرگترین ریشه روی | ۵/۵۱۴ | ۷۴/۴۴ | ۲        | ۲۷     | ۰/۰۰۱         |

جدول ۳. نتایج اثرات بین آزمودنی ها از لحاظ نمرات تفاضل (پیش آزمون - پس آزمون) اضطراب، افسردگی و ترس اجتماعی گروه های آزمایش و گواه

| منبع      | متغیر وابسته | مجموع مجذورات | df | میانگین مجذورات | F      | سطح معنی داری |
|-----------|--------------|---------------|----|-----------------|--------|---------------|
| Intercept | اضطراب       | ۲۵۳۹/۲۰       | ۱  | ۲۵۳۹/۲۰         | ۱۵۳/۶۲ | ۰/۰۰۱         |
|           | افسردگی      | ۲۰۸۳/۳۳       | ۱  | ۲۰۸۳/۳۳         | ۱۰۵/۳۲ | ۰/۰۰۱         |
|           | ترس اجتماعی  | ۲۱۶۷/۵۰       | ۱  | ۲۱۶۷/۵۰         | ۶۶/۹۷  | ۰/۰۰۱         |
| Group     | اضطراب       | ۱۹۲۰          | ۱  | ۱۹۲۰            | ۱۱۶/۱۶ | ۰/۰۰۱         |
|           | افسردگی      | ۲۱۱۶/۸۰       | ۱  | ۲۱۱۶/۸۰         | ۱۰۷/۰۱ | ۰/۰۰۱         |
|           | ترس اجتماعی  | ۱۷۱۷/۶۳       | ۱  | ۱۷۱۷/۶۳         | ۵۳/۰۹  | ۰/۰۰۱         |



## بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افسردگی دانش آموزان مبتلا به ترس اجتماعی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، در کاهش میزان اضطراب و افسردگی دانش آموزان مبتلا به ترس اجتماعی مؤثر است. نمرات پس آزمون اضطراب و افسردگی، تأثیر روش درمانی ACT را بر کاهش این علائم تأیید می کند. این نتایج، با نتایج به دست آمده از پژوهش فولک و همکاران (۲۰۱۲)، حر و همکاران (۱۳۹۲)، در کاهش افسردگی همسو می باشد [۲۹،۳۱]. همچنین نتایج پژوهش اخیر، با پژوهش بلاک و ولفرت (۲۰۰۰)، اسمن و همکاران (۲۰۰۶)، و پور فرج (۱۳۹۰)، که اثربخشی ACT را بر ترس اجتماعی ارزیابی کرده بودند، هماهنگ می باشد [۲۵،۲۶،۳۰]. ایفرث و همکاران (۲۰۰۳)، نیز در پژوهشی اثربخشی این درمان را بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش معنادار اضطراب و افسردگی نشان دادند، که با نتایج حاصل از این پژوهش همخوانی دارد [۲۷]. به علت نوپا بودن این روش درمانی، منابع حقیقی بیشتری برای مقایسه نتایج در دسترس نبود. همان طور که در مقدمه اشاره شد، در این روش درمانی به افراد آموخته می شود که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت های اضطراب زای اجتماعی، با افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی مانند افکار و احساساتی که در حضور و صحبت در جمع به آنها دارند و همچنین با ایجاد اهداف اجتماعی تر و تعهد به آنها، با این اختلال خود مقابله کنند. در واقع رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی را تحمیل کرده است، بازنگری در ارزشها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به هدفی اجتماعی تر را می توان جزء عوامل اصلی مؤثر در این روش درمانی دانست. در واقع فرایندهای مرکزی ACT، به آزمودنی ها آموزش داد چگونه عقیده ی بازاری فکر را رها کند، از افکار مزاحم گسیخته شود، به جای خود

مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نماید، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرد، ارزش هایش را تصریح کند و به آن ها بپردازد. هایز (۲۰۰۵)، نیز معتقد است که رویکرد پذیرش و تعهد درمانی به جای آنکه روی برطرف سازی و حذف عوامل آسیب زا تمرکز نماید به مراجعان کمک می کند تا هیجانات و شناخت های کنترل شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان گردیده است خلاص نمایند و به آنها اجازه می دهد که از کشمکش و منازعه با آنها دست بردارند. پذیرش و تعهد درمانی اساساً فرآیند محور است و آشکارا بر ارتقا پذیرش تجربیات روان شناختی و تعهد با افزایش فعالیت های معنابخش انعطاف پذیر، سازگارانه، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روانشناختی تأکید می کند. خصیصه ای که در رویکرد شناختی رفتاری حضور ندارد. ثانیاً هدف روش های درمانی به کار رفته در پذیرش و تعهد درمانی افزایش تفکر واقع نگر، مؤثر و منطقی یا تشویق احساسات نیست بلکه اهداف این روشهای درمانی بر کاهش اجتناب از این تجربیات روانشناختی و افزایش آگاهی از آنها به خصوص تمرکز بر لحظه حال بدون پیش گرفتن روشی بی کشمکش و غیر ارزیابانه استوار است. در این فرآیند بیمار می آموزد تا خودش را از درد و حالت های آشفتگی به منظور کاهش این تجربیات بر رفتار دور نگه دارد. اهداف درمان، بهبود کارکرد از طریق افزایش سطح انعطاف پذیری روان شناختی می باشد [۳۹].

از محدودیت های این پژوهش، کمبود وقت برای پیگیری بعد از درمان بود. انجام پژوهش صرفاً بر روی دختران مقطع دبیرستان شهر اردبیل، تعمیم نتایج را با محدودیت روبرو می سازد. اجرای پژوهش توسط یک پژوهشگر از محدودیت های دیگر پژوهش حاضر است. انجام پژوهش بر روی سایر گروه های سنی و جنسی قابلیت تعمیم نتایج را افزایش می دهد. توصیه می شود در تحقیقات آتی، این درمان در گروه های بزرگ تر و نیز با روش های دیگر درمانی مقایسه شود و در دوره پیگیری، تداوم اثر درمانی آن بررسی شود. همچنین

بسران بالاتر است وجود این اختلال و علایم همراه آن می‌تواند پیامدهای نامطلوبی برای وضعیت تحصیلی آن‌ها به همراه داشته باشد و بنابراین به کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به بهبود علایم آن‌ها منجر شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی می باشد. بدین وسیله نگارندگان مقاله بخود لازم می دانند که از معاونت پژوهشی دانشگاه محقق اردبیلی و همچنین از مسئولان اداره آموزش و پرورش شهرستان اردبیل که امکان انجام تحقیق حاضر را فراهم کردند، تقدیر و تشکر بعمل آورند.

بررسی اثر درمانی این روش بر اختلالات روانی دیگر، می‌تواند در زمینه روان درمانی اختلالات مفید باشد.

### نتیجه گیری

بر طبق نتایج حاصل، این مطالعه نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دانش آموزان دارای ترس اجتماعی قابلیت کاربرد داشته و می‌تواند به عنوان یک مداخله ی روانشناختی در کنار سایر مداخلات مورد استفاده قرار گیرد. و همچنین می‌تواند درمان مناسبی برای کاهش اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به ترس اجتماعی باشد. اهمیت این یافته در این است که براساس تحقیقات در داخل و خارج کشور شیوع بالایی از ترس اجتماعی در اواخر کودکی و اوایل نوجوانی وجود دارد که آن هم روی دختران نسبت به

### References

- 1- Nikkhoo MR, Hamayak AY. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR, American psychiatry association. 4<sup>th</sup> ed. Tehran: Sokhan, 2000; 29-34.[Full text in Persian]
- 2- Miller MD. Using interpersonal therapy (IPT) with older adult today and tomorrow. A review of the literature and new developments. Cur psychology Rep. 2008 Feb; 10 (1): 16-22.
- 3- Essau CA, Conradt J, Petermann F. frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. Behav Res Ther. 1999 Sep; 37: 831-843.
- 4- Kim SJ, Kim BN, Cho SC, Kim JW, Shin MS, Yoo HJ, et al. The prevalence of specific phobia and associated co-morbid features in children and adolescents. J Anxiety Disord. 2010 Aug; 24(6): 629-34.
- 5- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United states, Arch Gen psychiatry. 1994 Jan; 51(1): 8-19.
- 6- Mohammadi MR, Rahgozar M, Bagheri Yazdi SA, Mesgarpour B, Maleki BA, Hoseini SH, et al . An epidemiological study of psychiatric disorders in Golestan province. J Gorgan Uni Med Sci. 2004 Spring & Summer; 6 (1): 67-77. [Full text in Persian]
- 7- Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The risk for early adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. Arch Gen psychiatry. 1998 Jan; 55(1): 56-64.
- 8- Strahan EY. The effects of social anxiety and social skills on academic performance. Personal Ind Dif. 2003 Feb; 2 (34): 347-366.
- 9- Last CG, Hersen M, Kazdin A, Orvaschel H, Perrin S. Anxiety disorders in children and their families. Arch Gen psychiatry. 1991 Oct; 48(10): 928-934.
- 10- Inderbitzen HM, Walters KS, Bukowski AL. The role of social anxiety in adolescent peer relation: differences among sociometric status groups and rejected subgroups. J Clin Child Psychol. 1997 Dec; 26(4): 338-348.
- 11- Last CG, Strauss CC. School refusal in anxiety disordered children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1990 Jan; 29(1): 31-35.

- 12- Montgomery SA. Social Phobia: Diagnosis, severity and implications for treatment. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1999 Apr; 249 (1): 1-6.
- 13- Kessler RC, Stang P, Wittchen HU, Stein M, Walters EE. Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the U.S national comorbidity survey. *Psychol Med*. 1999 May; 29(3): 555-567.
- 14- Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV-TR anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol*. 2001 Nov; 110(4): 585-599.
- 15- Reich J, Hofmann SG. State personality disorder in social phobia. *Ann Clin Psychiatry*. 2004 Jul-Sep; 160(3): 139-144.
- 16- Turk CL, Heimberg RG, Hope DA. Social anxiety disorder. *Clinical handbook of Psychological disorders; a step-by-step treatment*, 3<sup>rd</sup> ed. New York: Guilford Press, 2001: 114-153
- 17- Rowa K, Antony MM. Psychological treatments for social phobia. *Can J Psychiatry*. 2005 May; 50(6): 308-316.
- 18- Forman EM, Herbert JD. *New directions in cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatment in your practice*, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Wiley, 2008: 263-265.
- 19- Kanter JW, Baruch DE, Gaynor ST. Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression; description and comparison. *Behav anal*. 2006 Fall; 29(2):161-185.
- 20- Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the re hospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2002 Oct; 70 (5):1129-1139.
- 21- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change*, 3<sup>rd</sup> ed. New York: Guilford, 1999:165-171.
- 22- Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Antonuccio DO, Piasecki MM, Rasmussen-Hall ML. Acceptance-Based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy*. 2004 Aut; 35(4): 689-705.
- 23- Bond FW, Bunce D. The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *J Applied Psychology*. 2003 Dec; 88(6):1057-1067.
- 24- Dahl J, Wilson KG, Nilsson A. Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *behavior therapy*. 2004 Aut; 35(4):785-801.
- 25- Block JA, Wulfert E. Acceptance or change: Treating socially anxious college students with ACT or CBGT. *Behav Anal Tod*. 2000; 1(2):1-55.
- 26- Ossman WA, Wilson KG, Storaasli RD, McNeill JW. A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *Int J Psychol & Psychol Ther*. 2006 Nov; 6(3):397-416.
- 27- Eifert GH, Heffner M. The effect of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2003 Sep-Dec; 34: 293-312.
- 28- Sharp K. A review of acceptance and commitment therapy with anxiety disorders. *Int J Psychol & Psychol Ther*. 2012 Oct, 12(3), 359-372.
- 29- Folke F, Parling T, Melin L. Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cogn Behav Pract*. 2012 Nov; 19(4):583-594.
- 30- Pourfaraj OM. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students. *Knowledge and Health*. 2011 Summer; 6(2):1-5. [Full text in Persian]
- 31- Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2 diabetes. *J Res Behav Sci*, 2013; 11(2):121-128. [Full text in Persian]
- 32- Narimani M, Abbasi M, Abolghasemi A, Ahadi B. A study comparing the effectiveness of acceptance/commitment by emotional regulation training on adjustment in students with dyscalculia. *J Learn Disabil*. 2013 summer; 2(4): 154-176. [Full text in Persian]

- 33- Connor KM, Davidson JRT, Churchil LR, Sherwood A, Foa E, Weisler RH, et al. Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN): New self-rating scale. *Br J Psychiatry*. 2000 April; 176(4): 379-386.
- 34- Abdi R. The orientation of interpretation in individuals with social phobia [dissertation]: Tehran Psychol Inst; 2003. [Full text in Persian]
- 35- Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck depression inventory, twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988; 8(1): 77-100.
- 36- Sharifi HP, Nikkhu MR. Guide of psychological assessment. Marnat GG, 7th ed. Tehran, Rost. 2011:456-465. [Full text in Persian]
- 37- Gharaei B. Determination of the identity conditions and its relationship with identity and depression style among teenagers [dissertation]. Iran University of medical sciences; 2003. [Full text in Persian].
- 38- Fata L. Meaning assignment structures/schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks [dissertation]. Iran University of medical sciences; 2002. [Full text in Persian]
- 39- Hayes SC. Stability and change in cognitive behavior therapy: considering the implication of ACT and RFT. *J rational- emotive & cognitive-behavior therapy*. 2005 June; 23(2):131-151.