

محمد بن محمد
بن محمد بن محمد
بن محمد بن محمد
بن محمد بن محمد

تعهدنامه‌ی اصالت اثر و رعایت حقوق دانشگاه

تمامی حقوق مادّی و معنوی مترتب بر نتایج، ابتکارات، اختراعات و نوآوری‌های ناشی از انجام این پژوهش، متعلق به **دانشگاه محقق اردبیلی** می‌باشد. نقل مطلب از این اثر، با رعایت مقررات مربوطه و با ذکر نام دانشگاه محقق اردبیلی، نام استاد راهنما و دانشجو بلامانع است.

اینجانب ندا رحیمی دانش‌آموخته‌ی مقطع کارشناسی ارشد رشته‌ی روانشناسی گرایش بالینی دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی به شماره‌ی دانشجویی ۹۱۱۱۲۵۳۱۱۸ که در تاریخ ۱۳۹۳/۴/۲۴ از پایان‌نامه‌ی تحصیلی خود تحت عنوان «اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان میان فردی در کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دارای فوبی اجتماعی» دفاع نموده‌ام، متعهد می‌شوم که:

- ۱) این پایان‌نامه را قبلاً برای دریافت هیچ‌گونه مدرک تحصیلی یا به عنوان هرگونه فعالیت پژوهشی در سایر دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی و پژوهشی داخل و خارج از کشور ارائه ننموده‌ام.
- ۲) مسئولیت صحت و سقم تمامی مندرجات پایان‌نامه‌ی تحصیلی خود را بر عهده می‌گیرم.
- ۳) این پایان‌نامه، حاصل پژوهش انجام شده توسط اینجانب می‌باشد.
- ۴) در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران استفاده نموده‌ام، مطابق ضوابط و مقررات مربوطه و با رعایت اصل امانتداری علمی، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در متن و فهرست منابع و مأخذ ذکر نموده‌ام.
- ۵) چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده یا هرگونه بهره‌برداری اعم از نشر کتاب، ثبت اختراع و ... از این پایان‌نامه را داشته باشم، از حوزه‌ی معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه محقق اردبیلی، مجوزهای لازم را اخذ نمایم.
- ۶) در صورت ارائه‌ی مقاله‌ی مستخرج از این پایان‌نامه در همایش‌ها، کنفرانس‌ها، سمینارها، گردهمایی‌ها و انواع مجلات، نام دانشگاه محقق اردبیلی را در کنار نام نویسندگان (دانشجو و اساتید راهنما و مشاور) ذکر نمایم.
- ۷) چنانچه در هر مقطع زمانی، خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن (منجمله ابطال مدرک تحصیلی، طرح شکایت توسط دانشگاه و ...) را می‌پذیرم و دانشگاه محقق اردبیلی را مجاز می‌دانم با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات مربوطه رفتار نماید.

نام و نام خانوادگی دانشجو: ندا رحیمی

امضا

تاریخ



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

گروه آموزشی روانشناسی

پایان نامه برای دریافت درجه‌ی کارشناسی ارشد
در رشته‌ی روانشناسی بالینی

عنوان:

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان میان
فردی در کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دارای فوبی
اجتماعی

استاد راهنما:

دکتر نیلوفر میکائیلی

استاد مشاور:

دکتر محمد نریمانی

پژوهشگر:

ندا رحیمی

تیر ۱۳۹۳



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی
گروه آموزشی روانشناسی

پایان نامه برای دریافت درجه‌ی کارشناسی ارشد
در رشته‌ی روانشناسی بالینی

عنوان:

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان میان
فردی در کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دارای فوبی
اجتماعی

پژوهشگر:

ندا رحیمی

ارزیابی و تصویب شده‌ی کمیته‌ی داوران پایان‌نامه با درجه‌ی عالی

امضاء	سمت	مرتبہ علمی	نام و نام خانوادگی
	استاد راهنما و رییس کمیته‌ی داوران	دانشیار	دکتر نیلوفر میکائیلی
	استاد مشاور	استاد	دکتر محمد نریمانی
	داور	استاد	دکتر عباس ابوالقاسمی

تیر ۱۳۹۳

نام خانوادگی دانشجو: رحیمی	نام: ندا
عنوان پایان‌نامه: اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان میان‌فردی در کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دارای فوبی اجتماعی	
استاد راهنما: دکتر نیلوفر میکائیلی	استاد مشاور: دکتر محمد نریمانی
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد	رشته: روانشناسی
گرایش: بالینی	دانشگاه: محقق اردبیلی
تاریخ دفاع: ۱۳۹۳/۴/۲۴	تعداد صفحات: ۱۵۰
<p>چکیده:</p> <p>هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی اثربخشی دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان میان‌فردی بر کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دارای فوبی اجتماعی بود. روش این مطالعه، آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی دانش‌آموزان دختر شهرستان اردبیل در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بود. به منظور انتخاب نمونه مرحله شیوع شناسی ابتدا ۴۰۰ دانش‌آموز به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از جامعه آماری انتخاب شدند. سپس از بین افراد دارای فوبی اجتماعی (بر اساس نقطه برش)، ۵۱ آزمودنی به صورت تصادفی ساده انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه ۱۷ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. آزمودنی‌های هر گروه آزمایشی به مدت ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای به تفکیک تحت درمان پذیرش و تعهد و روان‌درمانی میان‌فردی قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. با استفاده از پرسشنامه‌های اضطراب، افسردگی و فوبی اجتماعی پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر سه گروه اجرا شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده علاوه بر آمار توصیفی از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی میان‌فردی باعث کاهش اضطراب و افسردگی و فوبی اجتماعی دانش‌آموزان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. همچنین نتایج حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به روان‌درمانی میان‌فردی بر کاهش اضطراب، افسردگی و فوبی اجتماعی مؤثرتر است. بنابراین، این پژوهش ضمن تأیید اثربخشی روان‌درمانی میان‌فردی در کاهش اضطراب و افسردگی، نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دانش‌آموزان دارای فوبی اجتماعی قابلیت کاربرد داشته و می‌تواند به عنوان یک مداخله‌ی روانشناختی در کنار سایر مداخلات مورد استفاده قرار گیرد.</p>	
کلید واژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان میان‌فردی، اضطراب، افسردگی، فوبی اجتماعی	

فهرست مطالب

صفحه	عنوان مطالب
فصل اول: کلیات پژوهش	
۲	۱-۱- مقدمه
۴	۲-۱- بیان مسأله
۸	۳-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش
۱۰	۴-۱- اهداف پژوهش
۱۱	۵-۱- فرضیه‌های پژوهش
۱۱	۶-۱- سوالات پژوهش
۱۱	۷-۱- متغیرهای پژوهش
۱۲	۷-۱- تعریف نظری و عملیاتی متغیرها
فصل دوم: مبانی نظری پژوهش	
۱۵	۱-۲- مقدمه
۱۶	۲-۲- مفهوم اضطراب
۱۷	۳-۲- طبقه بندی اختلالات اضطرابی براساس DSM-IV-TR
۱۹	۴-۲- طبقه بندی اختلالات اضطرابی بر اساس DSM-V

۲۰	..... تاریخچه	۲-۵
۲۳	..... تشخیص و تعریف	۲-۶
۲۵	..... زیرگونه منشور	۲-۶-۱
۲۶	..... فوبی اجتماعی موقعیتی در برابر تعاملی	۲-۶-۲
۲۷	..... پدیدار شناسی	۲-۷
۲۹	..... مؤلفه‌های فوبی اجتماعی	۲-۸
۲۹	..... مؤلفه‌ی شناختی	۲-۸-۱
۲۹	..... مؤلفه‌ی رفتاری	۲-۸-۲
۲۹	..... مؤلفه‌ی فیزیولوژیک	۲-۸-۳
۳۰	..... شیوع	۲-۹
۳۱	..... تشخیص افتراقی	۲-۱۰
۳۲	..... شروع دوره	۲-۱۱
۳۳	..... همابندی	۲-۱۲
۳۴	..... مفهوم عاطفه‌ی منفی	۲-۱۳
۳۵	..... سبب شناسی اختلال فوبی اجتماعی	۲-۱۴
۳۵	..... عوامل ژنتیکی و خانوادگی	۲-۱۴-۱
۳۶	..... تجارب اجتماعی	۲-۱۴-۲
۳۷	..... تأثیرات فرهنگی-اجتماعی	۲-۱۴-۳

۳۸	..... ۴-۱۴-۲- مفهوم تکاملی
۳۸	..... ۵-۱۴-۲- اثرات عصبی-شیمیایی و عصبی-شناختی
۳۹	..... ۶-۱۴-۲- مصرف مواد
۴۰	..... ۱۵-۲- نظریه‌های اختلال فوبی اجتماعی
۴۰	..... ۱-۱۵-۲- دیدگاه زیستی
۴۱	..... ۲-۱۵-۲- دیدگاه روانکاوی
۴۲	..... ۳-۱۵-۲- مدل‌های شرطی‌سازی
۴۳	..... ۴-۱۵-۲- دیدگاه شناختی
۴۴	..... ۱-۴-۱۵-۲- مدل باورهای ناکارآمد بک، امری و گرینبرگ
۴۵	..... ۲-۴-۱۵-۲- مدل هارتمن
۴۵	..... ۳-۴-۱۵-۲- مدل هوپ، گنسلر و هیمبرگ
۴۶	..... ۴-۴-۱۵-۲- مدل رابی و هیمبرگ
۴۶	..... ۵-۴-۱۵-۲- مدل کلارک و ولز
۴۹	..... ۵-۱۵-۲- عوامل روانشناختی
۴۹	..... ۶-۱۵-۲- مدل یکپارچه
۵۱	..... ۱۶-۲- عوامل مرتبط با فوبی اجتماعی
۵۲	..... ۱۷-۲- دیدگاه بین فردی و فوبی اجتماعی
۵۴	..... ۱۸-۲- درمان
۵۴	..... ۱-۱۸-۲- درمان دارویی

۵۴	..... ۲-۱۸-۲-درمان روانی اجتماعی
۵۵	..... ۳-۱۸-۲-درمان‌های رفتاری
۵۶	..... ۴-۱۸-۲-درمان شناختی
۵۷	..... ۵-۱۸-۲-درمان رفتاری شناختی ترکیبی
۵۸	..... ۱۹-۲-درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۵۹	..... ۱-۱۹-۲-بافت‌گرایی کارکردی
۶۰	..... ۲-۱۹-۲-نظریه ارتباطی فریم
۶۳	..... ۳-۱۹-۲-فرایندهای هسته‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۶۵	..... ۲۰-۲-روان‌درمانی میان‌فردی
۶۵	..... ۱-۲۰-۲-مقدمه
۶۶	..... ۲-۲۰-۲-تاریخچه درمان میان‌فردی
۶۷	..... ۳-۲۰-۲-مبانی نظری روان‌درمانی میان‌فردی
۶۹	..... ۴-۲۰-۲-اصول روان‌درمانی میان‌فردی
۷۰	..... ۵-۲۰-۲-ویژگی‌های روان‌درمانی میان‌فردی
۷۲	..... ۶-۲۰-۲-حوزه‌های مشکل در روان‌درمانی میان‌فردی
۷۳	..... ۱-۶-۲۰-۲-سوگ
۷۴	..... ۲-۶-۲۰-۲-مشاجره‌ها در نقش بین‌فردی
۷۵	..... ۳-۶-۲۰-۲-انتقال‌های نقش بین‌فردی
۷۷	..... ۴-۶-۲۰-۲-نارسایی‌های بین‌فردی

- ۷۸ فرایند روان‌درمانی میان‌فردی ۷-۲۰-۲
- ۷۹ مرحله‌ی آغازین (جلسات اول تا سوم) ۱-۷-۲۰-۲
- ۸۱ مرحله‌ی میانی (جلسات چهارم تا نهم) ۲-۷-۲۰-۲
- ۸۳ مرحله‌ی پایانی (جلسات دهم تا دوازدهم) ۳-۷-۲۰-۲
- ۸۴ مرحله‌ی روان‌درمانی میان‌فردی نگهدارنده (IPT-M) ۸-۲۰-۲
- ۸۶ آمادگی‌های درمانی در روان‌درمانی میان‌فردی ۹-۲۰-۲
- ۸۸ واسطه‌های فرضی تغییر در روان‌درمانی میانی ۱۰-۲۰-۲
- ۸۹ اشکال روان‌درمانی میان‌فردی ۱۱-۲۰-۲
- ۸۹ روان‌درمانی میان‌فردی گروهی ۱-۱۱-۲۰-۲
- ۹۰ مقایسه‌ی روان‌درمانی میان‌فردی با درمان‌های دیگر ۱۲-۲۰-۲
- ۹۱ روان‌درمانگر میان‌فردی ۱۳-۲۰-۲
- ۹۲ بیمار روان‌درمانی میان‌فردی ۱۴-۲۰-۲
- ۹۳ مشکلات رایج در حین روان‌درمانی میان‌فردی ۱۵-۲۰-۲
- ۹۵ نتیجه‌گیری ۱۶-۲۰-۲
- ۹۶ پیشینه پژوهشی مربوط به متغیرهای پژوهش ۲۱-۲۰-۲
- ۹۶ پیشینه درمان پذیرش و تعهد ۱-۲۱-۲۰-۲
- ۹۷ ACT-۲-۲۱-۲ و تاب‌آوری درد
- ۹۸ ACT-۳-۲۱-۲ و اختلالات اضطرابی
- ۱۰۰ ACT-۴-۲۱-۲ و بیماری‌های روانی شدید

۱۰۱ ۲-۲۱-۵-پیشینه درمان میان فردی

۱۰۵ ۲-۲۱-۶-جمع‌بندی

فصل سوم: مواد و روش پژوهش

۱۰۷ ۳-۱-مقدمه

۱۰۷ ۳-۲-روش تحقیق

۱۰۷ ۳-۳-جامعه آماری

۱۰۷ ۳-۴-نمونه و روش نمونه‌گیری

۱۰۸ ۳-۴-۱-ملاک‌های شمول

۱۰۸ ۳-۴-۲-ملاک‌های عدم شمول

۱۰۸ ۳-۵-روش اجرا

۱۰۹ ۳-۶-ابزارهای گردآوری اطلاعات

۱۱۲ ۳-۷-طرح درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

۱۱۲ ۳-۸-طرح درمانی درمان میان فردی

۱۱۴ ۳-۹-روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

۱۱۴ ۳-۱۰-ملاحظات اخلاقی

فصل چهارم: نتایج و یافته‌های پژوهش

۱۱۶	.....	۱-۴-مقدمه
۱۱۶	.....	۲-۴-یافته‌های جمعیت‌شناختی
۱۱۸	.....	۳-۴-یافته‌های توصیفی
۱۲۰	.....	۴-۴-یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۱۲۵	.....	۱-۵-مقدمه
۱۲۵	.....	۲-۵-بحث و نتیجه‌گیری
۱۳۲	.....	۳-۵-محدودیت‌های پژوهش
۱۳۲	.....	۴-۵-پیشنهاد‌های پژوهش
۱۳۳	.....	۵-۵-پیشنهاد‌های کاربردی
۱۳۴	.....	۶-۵-فهرست منابع

فهرست جداول

۱۱۶	جدول ۱-۴- توزیع فراوانی وضعیت سنی آزمودنی‌های سه گروه میان فردی، پذیرش و تعهد و گروه کنترل
۱۱۷	جدول ۲-۴- توزیع فراوانی معدل آزمودنی‌های سه گروه میان فردی، پذیرش و تعهد و گروه کنترل
۱۱۸	جدول ۳-۴- میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمرات پیش آزمون گروه‌ها در اضطراب، افسردگی و فوبی اجتماعی
۱۱۹	جدول ۴-۴- میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمرات پس آزمون گروه‌ها در اضطراب، افسردگی و فوبی اجتماعی
۱۲۰	جدول ۵-۴- نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های سه گروه در نمرات کلی متغیرهای اضطراب و افسردگی
۱۲۱	جدول ۶-۴- نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) روی نمرات تفاضل (پس آزمون- پس آزمون) اضطراب و افسردگی گروه‌های آزمایش و گواه
۱۲۱	جدول ۷-۴- نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها از لحاظ نمرات تفاضل (پس آزمون- پس آزمون) اضطراب، افسردگی و فوبی اجتماعی گروه‌های آزمایش و گواه
۱۲۲	جدول ۸-۴- آزمون توکی

شکل ۱-۱: تاریخچه و تکامل اختلال فوبی اجتماعی	۲۲
شکل ۱-۲: فرایندهایی که بر اساس فرضیه، هنگامی اتفاق می افتد که فرد مبتلا به فوبی اجتماعی به یک موقعیت ترس آور وارد می شود	۴۸

فصل اول

کلیات پژوهش

یکی از گسترده‌ترین قلمروهای تحقیق در چند دهه اخیر، اضطراب و حوزه‌های وابسته به آن بوده است. نویسندگان، قرن هفدهم را عصر روشن‌بینی، قرن هجدهم را عصر پیشرفت و قرن بیستم را عصر اضطراب نامیده‌اند. اما مسلم است که اضطراب عصر و زمان نمی‌شناسد و همیشه همراه بشر بوده است. تجربه اضطراب در موقعیت‌های اجتماعی نادر نیست، اما معمولاً اضطراب در افراد آنقدر شدید نیست که در توانایی آن‌ها برای عمل کردن در آن موقعیت‌ها تأثیرگذار باشد. پریشانی‌ها و ناراحتی‌های ذهنی در برخی از موقعیت‌های اجتماعی خاص، تا حدودی مورد انتظار و طبیعی است. منطقی است که فرض کنیم همه افراد یک‌بار یا بیشتر خجالت کشیدن، ترس ناگهانی یا بند آمدن زبان‌شان در حین مکالمه را تجربه کرده باشند. هنگامی که این تجارب به صورت روزمره چندین بار تکرار شوند و مرتباً تبدلات اجتماعی روزمره، ترس یا اضطراب را تحریک نمایند، موجبات رفتار اجتنابی نابهنجار، قابل ملاحظه و اضطراب اجتماعی بیمارگونه^۱ را فراهم می‌کنند. این شرایط از نظر بالینی به نام اختلال فوبی اجتماعی^۲ نامیده می‌شود. این اختلال مزمن و ناتوان کننده بوده و عواقب مضر بر کیفیت زندگی و عملکرد انطباقی^۳ فرد مبتلا می‌گذارد (مارکس و گلدنر^۴، ۱۹۶۶). برای نشان دادن وسعت این مشکل باید گفت که فوبی اجتماعی دارای ارتباط بسیار قوی با اشکال دیگر آسیب شناسی روانی است.

اختلال فوبی اجتماعی، ترس از موقعیت‌های اجتماعی بوده و مشتمل بر موقعیت‌هایی است که در آن‌ها نوعی موشکافی یا ارتباط با غریبه‌ها وجود دارد. افراد مبتلا به فوبی اجتماعی می‌ترسند در موقعیت‌های اجتماعی مانند بودن در میان افراد و سخنرانی کردن در حضور دیگران، دچار شرمساری شوند. آن‌ها ممکن است ترس‌های خاصی در خصوص فعالیت‌هایی از قبیل نوشتن و غذا خوردن در جمع داشته باشند (سادوک و سادوک^۵، ۲۰۰۷). این افراد به خاطر نگرانی از وارسی شدن از سوی دیگران در موقعیت‌های اجتماعی، به رفتارهای اجتنابی متعددی دست می‌زنند (دادستان، ۱۳۸۰)، حضور خود در اجتماعات را محدود می‌کنند، در صورت نیاز مبرم به چنین اجتماعاتی اضطراب بسیار شدیدی تجربه می‌کنند و احساس ناکامی، ناتوانی و اعتماد به نفس پایین به آن‌ها دست خواهد داد. ولی در نهایت امکان اجتناب موفق در مقایسه با سایر انواع فوبی کمتر می‌باشد

۱. pathological
 ۲. social phobia
 ۳. adaptive functioning
 ۴. Marks & Gelder
 ۵. Sadock & Sadock

(انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰، ترجمه نیکخو و آوادیس یانس^۱، ۱۳۸۱). در واقع هر فعالیتی که در حضور دیگران انجام می‌گیرد، می‌تواند اضطراب شدید و حتی حمله وحشت‌زدگی را در افراد مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی ایجاد کند. از جمله علائمی که در این افراد به وفور دیده می‌شود می‌توان به سرخ شدن چهره و تعریق شدید اشاره نمود (دیویدسون، نیل و کرینگ^۲، ۲۰۰۴).

در دو دهه گذشته، افزایش چشم‌گیری در زمینه پژوهش‌های بالینی اختلال فوبی اجتماعی صورت گرفته است (لی و تلچ^۳، ۲۰۰۸). آسیب‌شناسی شناختی یکی از حوزه‌هایی است که اختصاصاً به جنبه‌های شناختی-رفتاری فوبی اجتماعی پرداخته است. اگرچه برخی از نخستین معیارهای رفتاری فوبی اجتماعی را، فقدان مهارت‌های اجتماعی در افراد مبتلا ذکر کرده‌اند، اما اخیراً معیارهای شناختی به نقش محوری تحریف‌های فکری مانند بی‌کفایتی ادراک شده در این افراد توجه کرده‌اند. در اواخر قرن بیستم، دو الگوی شناختی-رفتاری کلارک و ولز^۴ (۱۹۹۵) و رپی و همبرگ^۵ (۱۹۹۷)، در زمینه فوبی اجتماعی گسترش یافتند که به عنوان پایه‌ای برای بیشتر پژوهش‌ها به شمار می‌روند (شولتز^۶ و همبرگ، ۲۰۰۸).

به نظر می‌رسد عوامل سبب‌شناسی اختلال فوبی اجتماعی به علت نیمرخ علامتی ناهمگن و به طور کلی، فهم ناکافی از اختلالات اضطرابی، گوناگون و پیچیده می‌باشند. اگرچه شواهد موجود نشان می‌دهد که عوامل ژنتیکی و محیطی در بروز اختلال فوبی اجتماعی دخالت دارند (اروین^۷، همبرگ، مارکس و فرانکلین^۸، ۲۰۰۶)، ولی نظریه‌های معاصر در مورد اضطراب اجتماعی و جلوه بالینی آن یعنی اختلال اضطراب اجتماعی، بر نقش فرایندهای شناختی در تداوم این اختلال تأکید داشته‌اند (هافمن^۹، ۲۰۰۷). از مؤلفه‌های مطرح در زمینه فوبی اجتماعی، می‌توان سوگیری‌های انتخابی در توجه، تعبیر، حافظه و داوری و خودکارآمدی اجتماعی را نام برد. افراد مبتلا به فوبی اجتماعی در رویایی با موقعیت‌های اجتماعی تمایل دارند آن‌ها را به شیوه‌ای تهدیدآمیز تعبیر کنند، زیرا این افراد دچار پیش‌داوری‌های منفی می‌شوند.

با توجه به این که این اختلال فراگیر و ناتوان‌کننده، 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 بین‌فردی و ارتباطی از

۱. Avadis yans
۲. Davison, Nealle, Kring
۳. Lee & Telch
۴. Clark & Wells
۵. Rapee & Heimberg
۶. Scheultz
۷. Erwin
۸. Franklin
۹. Hafman

اهمیت زیادی برخوردار است. همچنین با توجه به تعداد روزافزون دانش‌آموزان 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 دانش‌آموزان مفید به نظر می‌رسد. در درمان اختلال اضطراب اجتماعی، هم از درمان‌های دارویی و هم از درمان‌های روانشناختی استفاده می‌شود. هر چند مطالعات چندی در رابطه با تعیین برتری یکی از این‌ها نسبت به دیگری انجام گرفته، اما هنوز یافته‌های باثباتی که بتواند نشان دهد کدام روش بر دیگری برتری دارد وجود نداشته و در نتیجه هنوز اتفاق نظر کافی در بین صاحب‌نظران وجود ندارد (تورک، هیمبرگ و هوپ^۱، ۲۰۰۱؛ رووا و آنتونی^۲، ۲۰۰۵). با توجه به مطالب ذکر شده، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان میان فردی در کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دارای فوبی اجتماعی است.

۱-۲- بیان مسأله

انسان موجودی اجتماعی است و همیشه به لحاظ عاطفی و مادی نیازمند به برقراری ارتباط اجتماعی می‌باشد، اما برقراری این ارتباط برای همه به راحتی ممکن نیست و عواملی مانند: کمبود اعتماد به نفس، ارزیابی دیگران در مورد فرد، ترس از طرد شدن و انتقاد یا عوامل دیگر سبب می‌شود افراد در موقعیت‌های اجتماعی احساس اضطراب کنند. این اضطراب در حالت شدید به اختلالی به نام اختلال اضطراب اجتماعی^۳ (هراس اجتماعی)^۴ تبدیل می‌شود که یکی از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی و نوجوانی است (شریفی، نیکخو؛ ۱۳۷۹).

میلر^۵ (۲۰۰۷) معتقد است اضطراب اجتماعی به عنوان یک ترس مشخص و مزمن از یک یا چند موقعیت اجتماعی تعریف می‌شود که فرد خود را در معرض موشکافی به وسیله دیگران می‌بیند و می‌ترسد مبادا کاری انجام دهد که باعث خجالت باشد یا تحقیر آمیز به نظر آید. ویژگی‌های هراس اجتماعی ترس دائمی درمانجو از موقعیت‌هایی 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 تجمع‌ها، ترس از دچار شدن به لرزش و رعشه در جمع، ترس از به زبان آوردن حرف‌های مسخره و احمقانه، یا ترس از

۱. Turk, Heimberg & Hope

۲. Rowa & Antony

۳. Social anxiety disorder (SAD)

۴. Social phobia

۵. Miller

ناتوانی در پاسخ به پرسش‌های دیگران در جمع مثال‌هایی از موارد هراس اجتماعی می‌باشند. این افراد هنگام رویاروشدن با محرک‌های ترسناک و هراس‌آور 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 می‌دهد که ممکن است با حضور در مدرسه و فعالیت‌ها و روابط اجتماعی معمولی تداخل نماید.

لیبویتز^۱ معتقد است که اصطلاح «اختلال اضطراب اجتماعی» نام مناسب‌تری برای این اختلال است زیرا در مقایسه با مشکلاتی که هراس‌های دیگر به وجود می‌آورند، بسیار فراگیرتر است و اختلال بسیار بیشتری در فعالیت‌های عادی ایجاد می‌کند (کرینگ، دیویسون، نیل، جانسون؛ ترجمه شمسی پور، ۲۰۰۹). بر خلاف سایر ترس‌ها که در آن‌ها احتمال بسیار کمی وجود دارد که ترس‌های غیر منطقی به واقعیت بپیوندند، در اضطراب اجتماعی، غالباً احتمال اینکه ترس فرد در عمل تحقق یابد، منطقی و معقولانه است. پیش‌بینی نوجوان از نتایج ترس، باعث می‌شود که او در موقعیت‌های اجتماعی بیش از پیش خود را مهار کند، به گونه‌ای که در واقع به صورت نابسندگی عمل کند که خود، از آن ترس داشته است. در عین حال، شدت و احتمالی که او برای پیامدهای ترسناک ناشی از رفتار اجتماعی بی‌کفایتی خود، پیش‌بینی می‌کند، مبالغه‌آمیز و افراطی است. در نتیجه به دلیل پیامدهایی که این اختلال در عملکرد و تحصیل افراد به خصوص نوجوانان ایجاد می‌کند تشخیص و درمان باید در اولویت قرار بگیرد.

طبق پژوهش‌های گذشته در داخل و خارج کشور شیوع بالایی از اضطراب اجتماعی در اواخر کودکی و اوایل نوجوانی وجود دارد که آن هم روی دختران نسبت به پسران بالاتر است (ایشو، کونرات، پترمن^۲، ۲۰۰۸؛ کیمو کیم، چو، کیم، شین، یوو و کیم^۴، ۲۰۱۰).

برای درمان این اختلال علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. نسل اول رویکردهای رفتاری در تقابل با رویکرد اولیه روان‌تحلیلی بر پایه دیدگاه‌های شرطی کلاسیک و عاملی در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ مطرح شدند. نسل دوم این درمان‌ها تحت عنوان درمان «رفتاری-شناختی» تا دهه ۱۹۹۰ با تأکید بیشتر بر جنبه‌های شناختی به وجود آمدند که تأکید این نوع درمان‌ها بر نقش باورها، شناخت‌ها، طرحواره‌ها و نظام پردازش اطلاعات در ایجاد اختلالات روانی بود و اینکه در روان‌درمانی باید با تکنیک‌های مختلف در آن‌ها تغییر یا تعدیل ایجاد شود یا به کلی آن‌ها را حذف کرد. امروزه

۱. leibowitz

۲. Kring, Davison, Nealle & Johnson

۳. Essu, Conradt & Petermann

۴. Kim, Kim, Cho, Kim, Shin, Yoo & Kim

با نسل سوم این نوع درمان‌ها مواجه هستیم که آن‌ها را می‌توان تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی بر پذیرش^۱ نامید؛ مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگهی^۲ (سگال، ویلیامز و تیزدل^۳، ۲۰۰۲)، درمان فراشناختی^۴ (ولز^۵، ۲۰۰۶) و درمان پذیرش و تعهد^۶ (هایز، استروسل، ویلسون^۷، ۱۹۹۹؛ هایز، ۲۰۰۴). در این درمان‌ها به جای تغییر تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد.

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (فورمن و هربرت^۸، ۲۰۰۸). شواهد تجربی در مورد مورد تأثیر این روش درمانی بر اختلالات مختلف، رو به افزایش است برای مثال کارایی این روش درمانی در مورد اختلالاتی مانند: افسردگی (کانتر، بروچ و گینور^۹، ۲۰۰۶)، پسیکوزها (باچ^{۱۰} و هایز، ۲۰۰۲)، سوءمصرف و وابستگی به مواد (هایز و همکاران، ۱۹۹۹؛ گیفورد، کوهنبرگ، هایز، آنتونیو، پیاسکی و راسموسن هال^{۱۱}، ۲۰۰۴)، فرسودگی شغلی (بوند و بانز^{۱۲}، ۲۰۰۳) و درد مزمن (داهل، ویلسون، نیلسون^{۱۳}، ۲۰۰۴) مشخص شده است.

مزیت عمده این روش نسبت به روان درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است. پروتکل‌های این درمان برای اختلالات اضطرابی هردو جنبه اساسی این اختلال یعنی «اجتناب شناختی» و «تخریب عملکرد» را مدنظر قرار می‌دهد (ایفرت و فورسیث^{۱۴}، ۲۰۰۵). با توجه به جدید بودن این روش درمانی، بررسی اثربخشی آن بر اختلالات روانی مختلف ضروری به نظر می‌رسد و می‌تواند در روان درمانی‌های اختلالات روانی مختلف تحولی ایجاد نماید. عمده‌ترین هدف درمان پذیرش و تعهد، تغییر جهت توجه و تلاش مراجعان از اهداف بیهوده (مثل کاهش احساسات و افکار ناخوشایند) به سوی اعمال مبتنی بر خواسته‌های آن‌ها از یک زندگی مطلوب است.

۱. Acceptance based Models

۲. Based Cognitive Therapy Mindfulness

۳. Segal, Williams & Teasdale

۴. Metacognitive

۵. Wells

۶. Acceptance and Commitment Therapy

۷. Hayes, Strosahl & Wilson

۸. Forman & Herbert

۹. Kanter, Baruch & Gaynor

۱۰. Bach

۱۱. Gifford, Kohlenberg, Hayes, Antonuccio, Piasecki & Rasmussen-Hall

۱۲. Bond & Bunce

۱۳. Dahl, Wilson & Nilsson

۱۴. Eifert & Forsyth