



Research Article

Comparison the Effectiveness of Cognitive Behavioural Therapy and Acceptance and Commitment- Therapy on Distress Tolerance and Social Adjustment of Adolescents with Social Anxiety

Fatemeh Shariati¹ , Majid Pourfaraj^{2*} 

¹ MSc, Department of psychology, Beh.C, Islamic Azad University, Behshahr, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Beh.C., Islamic Azad University, Behshahr, Iran

* **Corresponding author:** Majid Pourfaraj, Assistant Professor, Department of Psychology, Beh.C., Islamic Azad University, Behshahr, Iran. Email: ma.pourfaraj@iau.ac.ir

DOI: [10.61882/jams.28.6.494](https://doi.org/10.61882/jams.28.6.494)

How to Cite this Article:

Shariati F, Pourfaraj M. Comparison the Effectiveness of Cognitive Behavioural Therapy and Acceptance and Commitment- Therapy on Distress Tolerance and Social Adjustment of Adolescents with Social Anxiety. *J Arak Uni Med Sci.* 2025;**28**(6): 494- 502. DOI: [10.61882/jams.28.6.494](https://doi.org/10.61882/jams.28.6.494)

Received: 18.07.2024

Accepted: 30.01.2026

Keywords:

Cognitive Behavior Therapy;
Acceptance and Commitment
Therapy;
Distress Tolerance;
Social Adjustment;
Adolescents;
Social Anxiety

© 2024 Arak University of Medical
Sciences

Abstract

Introduction: Adolescence is a stressful stage that can affect the mental health and social adjustment of adolescents. The purpose of this study is to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance and social adjustment in adolescents with social anxiety.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population consisted of male high school students with social anxiety in district one of Babol city, who were studying in the 2022-2023 academic year. From this population, 45 individuals who met the study's entry criteria were selected via purposive sampling and were randomly assigned to three groups (15 in the first experimental group, 15 in the second experimental group, and 15 in the control group). Data were collected using the Bell Social Adjustment Inventory (1961) and the Simmons & Gaher Distress Tolerance Scale (2005). The data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) ($P < 0.05$).

Results: The findings showed that cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy caused a significant increase in distress tolerance and social adjustment of adolescents with social anxiety ($P < 0.001$), and there was no significant difference between the effectiveness of these treatments on distress tolerance and social adjustment.

Conclusions: The results showed that the effectiveness of cognitive behavioral therapy and therapy based on acceptance and commitment therapy on distress tolerance is not different. Therefore, these two treatment methods can be recommended to improve distress tolerance and social adaptation in adolescents with social anxiety.

مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی

فاطمه شریعتی^۱، مجید پورفرج^{۲*}

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بهشهر، ایران
^۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بهشهر، ایران

* نویسنده مسئول: مجید پورفرج، استادیار، گروه روانشناسی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بهشهر، ایران. ایمیل: ma.pourfaraj@iau.ac.ir

DOI: 10.61882/jams.28.6.494

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۲۸	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۱۰	مقدمه: دوره نوجوانی، مرحله پرتنش است که می‌تواند بر سلامت روانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان تأثیر بگذارد. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی بود. روش کار: طرح پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، دانش‌آموزان پسر دارای اضطراب اجتماعی متوسطه دوم مدارس ناحیه یک شهر بابل بودند که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ مشغول به تحصیل بودند. از جامعه مذکور با استفاده روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر که با ملاک‌های ورودی پژوهش همخوانی داشتند انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده در ۳ گروه (۱۵ نفر آزمایش اول، ۱۵ نفر گروه آزمایش دوم و ۱۵ نفر کنترل) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل (۱۹۶۱)، تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری ($P < 0/05$) تجزیه و تحلیل شد.
واژگان کلیدی: رفتاردرمانی شناختی؛ درمان پذیرش و تعهد؛ تحمل پریشانی؛ سازگاری اجتماعی؛ نوجوانان؛ اضطراب اجتماعی	یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد، رفتاردرمانی شناختی و درمان پذیرش و تعهد، موجب افزایش معنادار تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی شد ($P < 0/001$) و تفاوت معنی‌داری بین میزان اثربخشی این درمان‌ها بر تحمل پریشانی و سازگاری وجود ندارد. نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد، میزان اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی متفاوت نیست. بنابراین می‌توان این دو روش درمانی را جهت بهبود تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی توصیه کرد.
تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی اراک محفوظ است.	ارجاع: شریعتی فاطمه، پورفرج مجید. مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک ۱۴۰۴؛ ۲۸ (۶): ۴۹۴ - ۵۰۲.

مقدمه

اختلال بسیار ناتوان‌کننده است که می‌تواند بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد را مختل کند. در موارد شدید، اضطراب اجتماعی می‌تواند موجب پریشانی روانشناختی را افزایش دهد و کیفیت زندگی فرد را به شکل چشمگیری کاهش دهد. بعضی از مبتلایان ممکن است هفته‌ها از خانه خارج نشوند یا از بسیاری موقعیت‌های اجتماعی مانند موقعیت‌های شغلی و تحصیلی خود صرف‌نظر کنند و این امر می‌تواند سازگاری اجتماعی فرد را دچار چالش کند (۲).

سازگاری اجتماعی انعکاسی از تعامل فرد با دیگران، رضایت از نقش‌های خود و نحوه عملکرد در نقش‌هاست که به احتمال زیاد تحت تأثیر شخصیت قبلی، فرهنگ و انتظارات خانواده قرار دارد. سازگاری اجتماعی را مترادف با مهارت اجتماعی توصیف نمودند که عبارتست از توانایی برقراری ارتباط متقابل با دیگران به طریقی خاص که در عرف جامعه قابل قبول باشد (۴).

نوجوانی دوره‌ای، از مراحل رشد انسان است که همراه با تغییرات اساسی در رشد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی می‌باشد (۱). در این مرحله تحولی به دلیل نیاز به تعادل هیجانی و عاطفی به ویژه تعادل بین عواطف و عقل، درک ارزش وجودی خویش‌تن، خودآگاهی، انتخاب هدف‌های واقعی در زندگی، استقلال عاطفی از خانواده، حفظ تعادل روانی و عاطفی در برابر عوامل فشارزای محیطی تنش و پریشانی روانشناختی فراوانی را تجربه می‌کنند و سلامت روان آنها را در معرض تهدید قرار می‌دهد (۱). یکی از اختلالات روانی که در سنین نوجوانی بدلیل اهمیت یافتن دیدگاه دیگران در مورد آنها امکان بروز دارد، اختلال اضطراب اجتماعی است (۲). اختلال اضطراب اجتماعی یا جمع‌هراسی نوعی اضطراب است که با ترس و اضطراب شدید در موقعیت‌های اجتماعی شناخته می‌شود و حداقل بخشی از فعالیت‌های روزمره شخص را مختل می‌کند (۳). اضطراب اجتماعی یک

روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (۱۰). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، یکی از رفتاردرمانی‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی است که اثربخشی آن برای درمان طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی معلوم شده است. درمان پذیرش و تعهد یک رویکرد روان‌درمانی معاصر و محبوب است که ریشه در ذهن‌آگاهی دارد، یک درمان رفتاری موج سوم است که بر شش اصل اساسی تأکید دارد: پذیرش، گسلش، آگاهی از لحظه حال، خودنگری، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (۱۱). هدف این شیوه درمان کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش‌تر است (۱۲). این درمان اثری طولانی‌مدت بر کاهش اختلالات روانی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارد. پژوهش‌هایی در ارتباط با موضوع مورد مطالعه صورت گرفته نظیر پژوهشی که با عنوان اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی انجام شد نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی تأثیر مثبت و معنی‌داری داشته است (۱۳).

روحی و همکاران در پژوهشی با عنوان تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل پریشانی، شفقت به خود و تنظیم هیجان در دانش‌آموزان با اختلال اضطراب اجتماعی انجام دادند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش تحمل پریشانی، شفقت به خود و تنظیم هیجان دانش‌آموزان تأثیر داشته است (۱۴).

در پژوهش سلطانی‌زاده و همکاران، نتایج پژوهش نشان داد که مداخله درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش در مؤلفه‌های سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری منجر به افزایش معنادار عملکرد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون گردید (۱۵).

نتایج پژوهشی Whiting و همکاران نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش سازگاری اجتماعی می‌شود (۱۶). در مطالعه‌های دیگر یافته‌ها بیانگر آن بود که مداخله مختصر که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش تحمل پریشانی دانشجویان می‌شود (۱۷).

بابایی و همکاران، پژوهشی با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و درمان ذهن‌آگاهی بر تحمل پریشانی و افکار خودکشی در نوجوانان دارای افکار خودکشی انجام شد، دریافتند هر دو درمان موجب بهبود تحمل پریشانی و افکار خودکشی می‌شوند و تفاوت معناداری بین اثربخشی آنها وجود ندارد (۱۸).

شرفی و همکاران، پژوهشی با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام دادند، نتایج نشان داد، هر دو روش موجب بهبود سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر می‌شوند و تفاوت معناداری در میزان اثربخشی آنها وجود ندارد (۱۹). در مطالعه دیگری یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو نوع مداخله درمان شناختی- رفتاری و درمان پذیرش و تعهد، در درمان اختلال اضطراب فراگیر اثربخش هستند، گرچه مداخله پذیرش و تعهد اثربخش‌تر از مداخله شناختی- رفتاری بود (۲۰).

با توجه به بررسی‌های انجام شده، مطالعه‌ای که مستقیماً به بررسی اثربخشی این دو روش روان‌درمانی بر تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی پرداخته باشد و بویژه اثربخشی آنها را مورد مقایسه قرار داده باشد مشاهده نشد. بنابراین پژوهش حاضر سعی

تحمل اضطراب زیاد در موقعیت‌های اجتماعی می‌تواند موجب ایجاد پریشانی روان‌شناختی در نوجوانان شود. لذا تحمل پریشانی می‌تواند سازه روان‌شناختی مهمی در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی باشد (۵).

تحمل پریشانی اغلب به عنوان توانایی ادراک شده خودگزارشی یک فرد برای تجربه و تحمل حالت‌های هیجانی منفی یا توانایی رفتاری در مداومت بر رفتار معطوف به هدف تعریف می‌شود (۶). همچنین از بعد جسمانی رفتاری، تحمل پریشانی به عنوان توانایی برای تحمل حالت‌های فیزیولوژیکی آزارنده تعریف می‌شود (۷). تحمل پریشانی، ماهیتی چند بعدی داشته و شامل ابعاد متعدد از جمله توانایی تحمل، ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی و تنظیم هیجان‌های منفی می‌شود. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که تحمل پریشانی بر ارزیابی و پیامدهای ناشی از تجربه هیجان‌های منفی تأثیرگذار است، به گونه‌ای که افرادی که در مقایسه با دیگران تحمل پریشانی کمتری دارند، واکنشی شدیدتر به استرس نشان می‌دهند (۵). افزون بر این، این افراد توانایی‌های مقابله‌ای ضعیف‌تری در برابر پریشانی از خود نشان داده و در نتیجه تلاش می‌کنند تا با بکارگیری راهبردهایی که هدف آنها کاهش حالت‌های هیجانی منفی است، از این گونه هیجان‌ها اجتناب کنند (۵).

مداخلات روان‌شناختی مختلفی برای درمان اضطراب اجتماعی مطرح شده است که از جمله این مداخلات، رفتاردرمانی شناختی و درمان پذیرش و تعهد است. رفتاردرمانی شناختی، یک رویکرد روان‌درمانی ساختاریافته، کوتاه‌مدت و فعال است که بر ارتباط سه‌گانه افکار، احساسات و رفتارها تمرکز دارد. این روش با هدف تغییر الگوهای فکری ناسازگارانه (شناخت‌ها) و رفتارهای غیرانطباقی از طریق تکنیک‌های مبتنی بر شواهد طراحی شده است (۷). این رویکرد یکی از روش‌هایی است که بیشترین پژوهش‌ها را به خود اختصاص داده و روشی عالی برای یادگیری بیشتر درباره چگونگی تأثیر وضعیت درونی بر رفتار بیرونی است. یکی از بزرگترین مزایای رفتار درمانی شناختی این است که به بیماران در به وجود آوردن مهارت‌های انطباقی که هم در حال و هم در آینده می‌توانند مفید واقع گردند، کمک می‌کند (۸). در این روش درمانی، تأکید بر اصلاح باورهای ناکارآمد و ایجاد مهارت‌های رفتاری سازگارانه‌تر است. برای مثال در مورد اختلال اضطراب اجتماعی از یک سو شناخت‌های منفی فرد در مورد قضاوت منفی دیگران قبل، حین و بعد از عملکرد به چالش کشیده می‌شود و از سوی دیگر با تمرین‌های مرتبط با مواجهه با چنین موقعیت‌های اجتماعی و آزمون‌های رفتاری سعی می‌شود اضطراب فرد را کاهش دهند. هنگامی که درمان رفتاری و درمان شناختی باهم ترکیب می‌شوند افراد را مجهز به ابزاری نیرومند برای توقف علائم بیماری و به دست آوردن مسیری رضایت‌بخش‌تر برای زندگی‌شان می‌کند (۷). در شیوه درمان شناختی- رفتاری، به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای فکری تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تغییر دهد، که برای این منظور از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته‌ای استفاده می‌شود (۹).

یکی دیگر از مداخلات روان‌شناختی مطرح در زمینه درمان اضطراب اجتماعی، درمان پذیرش و تعهد است. درمان پذیرش و تعهد، یکی از درمان‌های رفتاری نسل سوم در زمینه درمان اختلالات خلقی و اضطرابی است. در این درمان‌ها به جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط

ملاک‌های ورود و خروج، ۴۵ نفر از دانش‌آموزان با تشخیص قطعی اضطراب اجتماعی به عنوان نمونه انتخاب شدند و بصورت تصادفی در گروه‌ها (۱۵ نفر گروه کنترل و ۱۵ نفر گروه آزمایش اول و ۱۵ نفر در گروه آزمایش دوم) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل تشخیص اضطراب اجتماعی و عدم ابتلا به سایر اختلالات روانی از طریق مصاحبه توسط روانشناس بالینی، عدم دریافت سایر درمان‌های روانشناختی و رضایت از شرکت در جلسات درمانی و ملاک‌های خروج شامل عدم تمایل به ادامه همکاری و غیبت بیش از دو جلسه بود. برای گروه آزمایش اول رفتاردرمانی شناختی بر اساس طرح درمان Clark & Beck (۲۱) و برای گروه دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس طرح درمان Hayes و همکاران (۲۲) انجام شد. طرح هر درمان به ترتیب در جدول ۱ و ۲ ارائه گردید.

هر دو مداخله در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته و هفته‌ای ۲ جلسه به صورت گروهی توسط روان‌درمانگر آموزش دیده در مورد هر درمان و درمانگر مجزا برای هر گروه مداخله انجام شد. در مورد گروه گواه، هیچ مداخله‌ای اعمال نگردید. پس از اتمام این جلسات مرحله همزمان پس‌آزمون در هر سه گروه به عمل آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در مورد بررسی فرضیه‌ها از روش آماری

دارد خلأ مطالعاتی در این زمینه را هموار نماید تا با کمک نتایج این مطالعه بتوان به این قشر از جامعه که دارای مسأله اضطراب هستند کمک کرد تا بتوانند مشکلات و علت مشکلات را شناخته و اقدامات درمانی مؤثرتری را دریافت کنند. لذا سؤال‌های اصلی پژوهش این است که آیا این دو روش روان‌درمانی بر تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی، اثربخش هستند و تفاوتی بین اثربخشی آنها وجود دارد؟

روش کار

این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، دانش‌آموزان پسر دارای اضطراب اجتماعی متوسطه دوم مدارس ناحیه یک شهر بابل بودند که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ مشغول به تحصیل بودند. از جامعه مذکور با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند از مراجعین به مشاوران مدرسه با تشخیص احتمالی اضطراب اجتماعی با استفاده از پرسشنامه اضطراب اجتماعی (نقطه برش پرسشنامه عدد ۵۰) و مصاحبه تشخیصی ساختاریافته توسط روانشناس بالینی بر اساس معیارهای DSM 5 و

جدول ۱. شرح کلی جلسات رفتاردرمانی شناختی بر اساس طرح درمان Clark & Beck (۲۱)

جلسات	محتوای جلسات
اول	معرفی و آشنایی با فرد، اجرای پیش‌آزمون، مشخص شدن اهداف رمان، ذکر قوانین جلسه، رابطه درمان معرفی درمان شناختی- رفتاری و فرمولبندی رفتاری-شناختی اضطراب اجتماعی.
دوم	بازخورد جلسه قبل، یادداشت جلسه قبل، آشنایی با چرخه بدن-هیجان-رفتار-افکار، درمان فن آرام‌سازی، ارائه تکلیف.
سوم	بازخورد جلسه قبل، یادداشت و چالش با افکار و باورهای منفی و ناکارآمد، استفاده از مواجهه تدریجی و ارائه تکلیف.
چهارم	بازخورد جلسه قبل، درمان فن پیکان عمودی رو به پایین برای شناسایی طرح‌واره‌ها و باورهای مرکزی، ادامه مواجهه، ارائه تکلیف.
پنجم	بازخورد جلسه قبل، تهیه فهرست اصلی باورهای ناکارآمد و بازسازی شناختی، ادامه مواجهه، ارائه تکلیف.
ششم	بازخورد جلسه قبل، آزمون رفتاری باورهای مراجعان با تحلیل عینی (قضاوت و داوری)، ادامه مواجهه، ارائه تکلیف.
هفتم	بازخورد جلسه قبل، استفاده از روش‌های مختلف تحلیل شناختی و تشویق مراجعین به ارزیابی مجدد باورها و مواجهه در موقعیت‌های اجتماعی واقعی، ارائه تکلیف.
هشتم	بازخورد جلسه قبل، مروری بر تمرینات کل دوره، اجرای پس‌آزمون، اختتامیه.

جدول ۲. شرح جلسات درمان پذیرش و تعهد بر اساس طرح درمان Hayes و همکاران (۲۲)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی اولیه با مراجعین و معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمان، تعیین قوانین حاکم بر جلسات، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اهداف و محورهای اصلی آن، ایجاد درماندگی خلاق
جلسه دوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، بررسی انتظارات بیماران از آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، آشنایی با شش وجهی انعطاف‌پذیری روانی، جمع‌بندی و ارائه تکلیف خانگی
جلسه سوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از دانش‌آموزان، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بهبودی آنها، توضیح مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار و مقاومت، بحث در مورد مشکلات مربوط به خودآسیب‌زنی و چالش‌های در مورد بروز و راه‌های کاهش آن، جمع‌بندی و بررسی تمرین جلسه بعد، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه چهارم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از دانش‌آموزان، تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و گسلس، کاربرد تکنیک‌های گسلس شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف، جمع‌بندی و بررسی تمرین جلسه بعد، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از دانش‌آموزان، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود. در این تمرینات، شرکت‌کنندگان می‌آموزند بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده‌روی و...) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند. جمع‌بندی و بررسی تمرین جلسه بعد، ارائه تکلیف خانگی
جلسه ششم	مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از دانش‌آموزان، شناسایی ارزش‌های زندگی آنان و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آنها، استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال، جمع‌بندی، بررسی تمرین جلسه بعد و ارائه تکلیف خانگی
جلسه هفتم	مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از دانش‌آموزان، بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، تفاوت بین ارزش‌ها، اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها، موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها، کار بروی اهداف مرتبط با ارزش‌ها و برنامه‌ریزی در جهت انجام کارها و رفتارهایی برای تحقق اهداف، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج.
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، بحث در مورد احتمال عود و آمادگی برای مقابله با آن، مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات با همراهی مراجع، در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشده است

ضرایب آلفا برای این ابزار ۰/۸۲ می‌باشد. همچنین مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی می‌باشد (۲۹). در یک مطالعه بر روی ۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد پایایی همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) محاسبه شد. نتایج این مطالعه، پایایی همسانی درونی بالایی را برای این ابزار ۰/۷۱ نشان داد (۳۰). پایایی این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

اصول اخلاقی مرتبط با طرح پژوهشی از جمله محرمانگی نتایج، آزادی عمل آزمودنی‌ها در رابطه با ادامه شرکت در پژوهش و سایر اصول اخلاقی رعایت شده است و همچنین این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی ساری با کد اخلاقی IR.IAU.SARI.REC.1402.126 ثبت شده است.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتاردرمانی شناختی و گواه‌به ترتیب برابر $16/31 \pm 1/22$ ، $16/55 \pm 1/41$ و $17/35 \pm 1/48$ بدست آمد و نتیجه تحلیل واریانس، تفاوت معناداری به لحاظ سنی در سه گروه نشان نداد. آمار توصیفی مرتبط با متغیرهای وابسته در سه گروه شامل در جدول ۳ گزارش شده است. با توجه میانگین‌ها مشاهده می‌شود نمرات تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون هر دو درمان افزایش معناداری داشته است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها در دانش‌آموزان پسر دارای اضطراب اجتماعی متوسطه دوم شهر بابل در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار \pm میانگین
تحمل پریشانی	رفتاردرمانی شناختی	۱۸/۴۶ \pm ۴/۰۶	۳۶/۴۰ \pm ۹/۳۹
	درمان پذیرش و تعهد	۱۹/۵۳ \pm ۴/۹۳	۳۶/۶۶ \pm ۸/۹۸
	کنترل	۲۳/۱۳ \pm ۵/۹۵	۲۱/۶۱ \pm ۷/۱۶
سازگاری اجتماعی	رفتاردرمانی شناختی	۱۱۱/۴۷ \pm ۱۴/۲۱	۱۳۲/۶۷ \pm ۱۴/۶۷
	درمان پذیرش و تعهد	۱۰۷/۱۳ \pm ۱۳/۴۴	۱۲۴/۴۰ \pm ۱۲/۵۸
	کنترل	۱۰۲/۵۳ \pm ۱۳/۲۹	۱۰۷/۴۶ \pm ۱۴/۵۰

مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون Shapiro-Wilk، مورد بررسی قرار گرفت که با توجه به سطوح معنی‌داری متغیرهای تحقیق در دو مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون هر سه گروه بزرگتر از سطح خطا ۰/۰۵ است ($P > 0/05$) بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است. همگنی واریانس‌های خطا بوسیله آزمون Levine در گروه‌ها مورد بررسی قرار گرفت که در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های گروه‌ها در متغیرهای پژوهش، سطح معنی‌داری نتایج آماره F حاصل از آزمون Levine برای تحمل پریشانی

تحلیل کوواریانس چند متغیره و تحلیل واریانس چند متغیره و برای بررسی مفروضه‌ها از آزمون‌ها Shapiro-Wilk، Levine، Box's M در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ (IBM Corporation, Armonk, NY) استفاده شد و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

مصاحبه بالینی ساختاریافته: برای تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی از مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-5 CV) این ابزار مصاحبه‌ای استاندارد شده برای تشخیص اختلالات روانی مبتنی بر معیارهای تشخیصی پنجمین راهنمای تشخیصی اختلالات روانی است (۲۳).

پرسشنامه اضطراب اجتماعی (Social Phobia Inventory): پرسشنامه اضطراب اجتماعی اولین بار توسط Connor و همکاران در سال ۲۰۰۰ ساخته شده است. این تست یک مقیاس خودسنجی است که دارای ۱۷ سؤال بوده سه جنبه اضطراب فرد یعنی ترس، اجتناب و مشکلات جسمانی ناشی از اضطراب اجتماعی را می‌سنجد. تست اضطراب اجتماعی به صورت پنج گزینه‌ای می‌باشد. این تست در پژوهش‌های زیادی در ایران و خارج از ایران مورد استفاده قرار گرفته و برخی از روانشناسان از آن برای سنجش اضطراب اجتماعی استفاده می‌کنند (۲۴). Connor و همکاران نشان دادند که در این تست نقطه برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه برش ۵۰ با کارایی تشخیص ۸۹ درصد می‌تواند افراد با اختلال اضطراب اجتماعی را از افراد غیر مبتلا تفکیک نماید. بعلاوه آنها نشان دادند که این تست با سایر تست‌های موازی از جمله تست اضطراب اجتماعی لوبوویتز همبستگی بالایی دارد. بعلاوه می‌تواند تفاوت پاسخ‌دهی افراد به درمان در مقابل دارونما را به خوبی منعکس نماید (۲۴). در پژوهشی در ایران اعتبار این تست به روش بازآزمایی در افراد با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی برابر با ۰/۸۳ و ضریب همسانی درونی این تست در گروه افراد بهنجار ۰/۹۴ و ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و علائم جسمانی ۰/۸۰ گزارش شده است (۲۵).

پرسشنامه سازگاری اجتماعی (Adjustment Inventory Social): این آزمون نیمرخ سازگاری فردی و اجتماعی فرد را اندازه‌گیری می‌کند و توسط Bell در سال ۱۹۳۹ برای اولین بار منتشر شد و در سال ۱۹۶۱ مورد تجدید نظر و بازنگری قرار گرفت. آزمون دارای ۵ سطح سنی پیش‌دبستانی، دبستانی، راهنمایی، دبیرستانی و بزرگسالی است، که سطح دبیرستانی آن در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است. تعداد کل سؤالات آن ۴۴ سؤال است که گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت ۵ نمره‌ای (۱-۵) نمره‌گذاری می‌شوند (۲۶). ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون برابر با ۰/۹۸ به دست آمده است که نشان‌دهنده همسانی درونی مناسب این آزمون است (۲۷). در ایران شهریاری و طالب‌زاده، پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند (۲۸). در مطالعه حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ محاسبه ۰/۷۸ شد.

پرسشنامه تحمل پریشانی (Distress Tolerance Scale): یک مقیاس خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط Simons & Gaher ساخته شد. این ابزار دارای ۱۵ ماده و و چهار خرده مقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم است. هر ماده دارای ۵ گزینه از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است، که نمره‌گذاری آن به ترتیب ۴، ۳، ۲، ۱، ۰ می‌باشد. نمرات بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده تحمل پریشانی بالاست.

مداخله توانست تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی را به ترتیب ۲۷ و ۶۰ درصد تبیین نماید.

در مورد بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۵ نشان دهنده آن است که با کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی معنادار است. بدین صورت که بعد از اتمام جلسات مداخله، نمرات تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی افزایش معناداری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل داشت. اندازه اثر گروه (مداخله) بر متغیر تحمل پریشانی ۰/۲۹ و بر سازگاری اجتماعی ۰/۵۱ بدست آمد. بنابراین اثر مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی را به ترتیب ۲۹ و ۵۱ درصد تبیین نماید.

نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni برای تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی برای بررسی تفاوت میزان اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای اضطراب (جدول ۶) نشان می‌دهد که اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر میزان تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی متفاوت نیست ($P > 0/001$).

۰/۱۸ و سازگاری اجتماعی ۰/۲۵ که سطح معنی‌داری برای تمامی متغیرهای تحقیق بیشتر از ۰/۰۵ بدست آمده است ($P > 0/05$)، لذا می‌توان چنین استنباط کرد که واریانس‌ها همگن است. بنابراین مفروضه تساوی واریانس‌ها نیز برقرار است. از آنجایی که آزمون Box's M برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود ($F = 6/32$, Box's M = ۰/۳۸۲ = P) بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس بدرستی رعایت شده است. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (Wilks Lambda) از لحاظ آماری معنادار است ($F = 52/99$, $F = 0/471$, $F = 0/001$) این یافته نشان می‌دهد دو گروه حداقل در یکی از متغیرها در پس‌آزمون باهم تفاوت معنی‌داری دارند.

در مورد بررسی اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۴ نشان دهنده آن است که با کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی معنادار است. بدین صورت که بعد از اتمام جلسات مداخله، نمرات تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی افزایش معناداری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل داشت. اندازه اثر گروه (مداخله) بر متغیر تحمل پریشانی ۰/۲۷ و بر سازگاری اجتماعی ۰/۶۰ بدست آمد. بنابراین اثر

جدول ۴. خلاصه تحلیل کوواریانس چند متغیری برای بررسی اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی

متغیر	منبع	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۶۰۷۸۸/۰۱	۱	۶۰۷۸۸/۰۱	۲۵۱/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۹۲
	گروه	۱۷۸۶/۹۰	۱	۱۷۸۶/۹۰	۱۰/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۲۷
	خطا	۴۸۴۰/۷۵	۲۸	۱۷۲/۸۸			
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۷۵۷۰۶/۹۴	۱	۱۷۵۷۰۶/۹۴	۳۰۲/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۹۹
	گروه	۲۴۳۷۰/۶۷	۱	۲۴۳۷۰/۶۷	۴۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	خطا	۱۶۲۴۶/۰۴	۲۸	۵۸۰/۲۱			

جدول ۵. خلاصه تحلیل کوواریانس چند متغیری برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی

متغیر	منبع	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۶۱۷۷۹/۶۰	۱	۶۱۷۷۹/۶۰	۳۴۷/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۹۲
	گروه	۲۰۵۴/۴۴	۱	۲۰۵۴/۴۴	۱۱/۵۶	۰/۰۰۲	۰/۲۹
	خطا	۴۹۷۳/۹۵	۲۸	۱۷۷/۶۴			
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	۴۸۷۶۶/۹۴	۱	۴۸۷۶۶/۹۴	۹۰۲/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۹۹
	گروه	۱۵۵۲/۵۴	۱	۱۵۵۲/۵۴	۲۸/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	خطا	۱۵۱۲/۱۷	۲۸	۵۴/۰۰۶			

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni برای تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی

متغیرها	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی‌داری
تحمل پریشانی	رفتاردرمانی شناختی-درمان پذیرش و تعهد	۰/۲۶	۰/۱۲	۰/۴۵۱
	رفتاردرمانی شناختی-کنترل	۱۵/۲۱	۴/۵۳	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد-کنترل	۱۵/۰۴	۴/۴۱	۰/۰۰۱
سازگاری اجتماعی	رفتاردرمانی شناختی-درمان پذیرش و تعهد	۸/۲۱	۲/۳۲	۰/۱۵۶
	رفتاردرمانی شناختی-کنترل	۲۵/۱۸	۶/۲۱	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد-کنترل	۱۴/۲۳	۵/۱۱	۰/۱۴۲

بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی بود. یافته‌ها نشان داد، رفتاردرمانی شناختی و درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی مؤثر است و میزان اثربخشی این دو روش درمان بر تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی متفاوت نیست.

در مورد اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر تحمل پریشانی نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی، یافته‌ها نشان داد، رفتاردرمانی شناختی بر تحمل پریشانی تأثیر معنادار داشته است و موجب افزایش تحمل پریشانی شده است. این یافته با نتایج پژوهش بلایی و همکاران همسو بود (۱۸). در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به اینکه اضطراب اجتماعی منجر به فعال‌سازی روان‌بنه‌های مرتبط با ارزیابی و تهدیدآمیز بودن می‌شود، در رفتاردرمانی شناختی هر یک از فنون شناختی مانند بازسازی شناختی، ساختاربندی دوباره هیجان منفی، آموزش حل مسئله و به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای کارآمد، تصویرسازی ذهنی مثبت و تنش‌زدایی می‌تواند موجب کاهش این روان‌بنه‌ها و به تبع آن کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش تحمل پریشانی این نوجوانان شود. به‌یاد Clark و Beck، هدف درمان شناختی ارائه تمرین‌های مواجهه‌سازی به منظور فعال‌سازی روان‌بنه‌های ترس است تا از این رهگذر فرد به تصحیح نشانه‌های ناکارآمد اضطرابی بپردازد (۲۱).

چرخه بدن-هیجان-رفتار-افکار، منجر به اضطراب می‌شود، بنابراین هرگونه مداخله‌ای که بتواند اصلاحاتی در هر یک از این موارد ایجاد کند، می‌تواند بهبودی فرد را به دنبال داشته باشد. آموزش تنظیم هدف، تصحیح روان‌بنه‌ها و خوش‌بینی باعث تغییر نگرش افراد می‌شود (۱۹) و این امر می‌تواند موجب سازگاری بهتر فرد با هیجان‌های منفی مانند اضطراب و افزایش تحمل پریشانی شود.

در مورد اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی یافته‌ها نشان داد، رفتاردرمانی شناختی بر سازگاری اجتماعی، تأثیر معنادار داشته است و موجب افزایش سازگاری اجتماعی شده است. این یافته با نتایج مطالعه شرفی همسو بود (۱۹). در تبیین این یافته می‌توان گفت که این درمان با به چالش کشیدن افکار فرد و کاهش خطاهای شناختی سعی در تغییر باورها و نگرش‌های فرد دارد، همچنین با افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش و تأثیر بر گستره و کیفیت روابط و از آن طریق تأثیر بر حملیت اجتماعی می‌تواند موجب افزایش سازگاری آنان با دیگران و محیط‌های اجتماعی شود (۳۰). از طرفی دیگر در اضطراب اجتماعی فرد در موقعیت‌های اجتماعی، خود را به صورت منفی ارزیابی کند و کمتر خود را در موقعیت‌های اجتماعی زندگی درگیر می‌کند که آثار منفی آن می‌تواند به صورت مشکلاتی در ابعاد سازگاری اجتماعی، هیجانی ظاهر شود (۸)؛ اما این درمان باعث می‌شود که از وجود هیجان‌های منفی و تأثیر منفی آنها بر خویش آگاهی پیدا کنند و با باز ارزیابی هیجان‌های خود در موقعیت‌های مختلف نسبت به سالم نگه داشتن زندگی هیجانی خویش تلاش کنند و از این طریق میزان مشکلات جسمانی، روانی و به طور خاص ناسازگاری اجتماعی خویش را کاهش

دهند. در راهبردهای شناختی-رفتاری در درجه اول بر فرایندهای فکری مرتبط با رفتار که با مشکلات هیجانی و رفتاری ارتباط دارند، تأکید می‌شود و با کمک به فرد برای تغییر افکار خود در مورد تجارب فردی و تغییر در رفتار خویش تشویق می‌شود به طوری که این امر منجر به تغییر در احساسی که فرد نسبت به خود دارد می‌گردد (۱۹).

علاوه بر این تأثیر جلسات گروهی، امکان دریافت بازخورد از سایر اعضای گروه، ایجاد حس همدلی و مشاهده نوع مقابله دیگران در رویارویی با عوامل استرس‌زا را برای فرد امکان‌پذیر می‌سازد (۱۹).

در مورد اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی نتایج حاکی از آن است که درمان پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی تأثیر معنادار داشته است و موجب افزایش تحمل پریشانی شده است. این یافته با نتایج پژوهش Greenberg همخوان بود (۱۷). در تبیین یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت: راهبردهای درمانی که اجتناب را هدف قرار می‌دهند، برای افزایش تحمل پریشانی مفید است. یکی از این راهبردها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش پذیرش احساس‌ها و هیجان‌های منفی با استفاده از فنون ذهن‌آگاهی است. این آموزش راهبردهایی را از درمان‌های مبتنی بر پذیرش اقتباس می‌کند که عمدتاً افزایش تحمل پریشانی در میان افراد دارای اضطراب اجتماعی هدف گرفته است (۳۱).

Zvolensky و همکاران، عنوان می‌کنند تحمل پریشانی سالم آگاهی هشیار از حالت‌های درونی (احساس‌ها، هیجان انگیزش فعال) و توانایی عدم پاسخ‌دهی خودکار و بدون آگاهی به تنش آزارنده با یک راهبرد تغییر مانند اجتناب، و یا به طور عادی چشم‌پوشی از علائم هشداردهنده پریشانی را فراهم می‌کند (۳۲). بنابراین عدم تحمل پریشانی احتمالاً بدون آگاهی هشیار رخ می‌دهد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آگاهی از لحظه اکنون و تمرینات ذهن‌آگاهی تأکید زیادی می‌شود. آگاهی افزایش یافته از پریشانی و توانایی برای قضاوت در مورد نادیده گرفتن یا پاسخ ندادن به نشانه‌های تنش یا ناراحتی اولین امر مهم در افزایش تحمل پریشانی سالم است (۳۳).

راهبردهای پذیرش برای تسهیل افزایش تمایل به زندگی با حوادث پریشان‌کننده و مداومت در کارهای پریشان‌کننده استفاده می‌شود (۱۳). با تمرین‌های ناهم‌آمیزی تلاش می‌شود که اعضای گروه به جای گرفتار شدن در افکار به آنها اجازه دهند که بیایند و بروند. با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه افراد می‌آموزند که زمینه‌ای برای تجربه هیجان‌ها و افکار و احساسات ناخواسته و دردناک باشند بدون این که در آنها درگیر شوند. از طرف دیگر روشن‌سازی ارزش‌ها و تعهد به انجام اعمال در راستای ارزش‌ها با وجود مشکلات به آن‌ها کمک کرد که از گیر افتادن در افکار و احساسات منفی رهایی یابند و حس سرزندگی، معنا و هدفمندی بیشتری پیدا کنند (۱۳). با روش‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی رابطه با تجربه‌های داخلی (مثل افکار ناخوشایند، یا فرار از احساس منفی)، همزمان با حرکت روبه جلو در ایجاد الگوهای معنادار فعالیت آموخته می‌شود (۱۳). با توجه به ویژگی‌های خاص مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و همچنین فنون استفاده شده در این رویکرد از جمله ذهن‌آگاهی، ناهم‌آمیزی و پذیرش به نظر قابل توجهی است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تحمل پریشانی در نوجوانان دارای

اضطراب اجتماعی می‌شود.

راحت‌تر نموده و با ایجاد تعهد به ارزش‌ها و رفتار مبتنی بر ارزش‌ها تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی را بهبود می‌دهد (۲۱).

نتایج مشاهده شده نشان داد، هر دو روش درمانی رفتاردرمانی شناختی و درمان پذیرش و تعهد، بر تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی مؤثراند و میزان اثربخشی آن‌ها بر تحمل پریشانی و سازگاری اجتماعی متفاوت نیست.

عدم وجود دوره پیگیری برای بررسی پایداری اثرات درمان، عدم کنترل شرایط اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی مؤثر و عدم مقایسه آن با سایر روش‌های درمانی از محدودیت‌های این مطالعه تلقی می‌شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی علاوه بر وجود دوره پیگیری و کنترل متغیرهای تأثیرگذار، این روش درمانی با سایر مداخلات مورد مقایسه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد مراکز مشاوره و روان‌درمانی از این دو روش مداخله مؤثر در جهت بهبود پریشانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی استفاده نمایند.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد، هر دو روش درمانی رفتاردرمانی شناختی و درمان پذیرش و تعهد، بر تحمل پریشانی نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی مؤثراند و میزان اثربخشی آن‌ها بر تحمل پریشانی متفاوت نیست و می‌توان از هر دو روش درمانی جهت بهبود تحمل پریشانی نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی استفاده نمود. لذا می‌توان هر دو روش درمانی را مراکز مشاوره آموزش و پرورش و نهادهای مرتبط با نوجوانان به کار برد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی به شماره ۱۶۲۷۴۵۵۰۴ نویسنده اول مقاله است. بدین‌وسیله از تمام آزمودنی‌ها و افرادی که صبورانه در انجام این پژوهش همراهی کردند، صمیمانه تشکر می‌گردد.

سهم نویسندگان

نویسنده اول: تدوین پروپوزال، اجرای مداخله و جمع‌آوری داده‌ها. نویسنده دوم (مسئول): نظارت بر مراحل اجرا و تحلیل داده‌ها، نگارش و تدوین مقاله.

تضاد منافع

بنا بر اظهار نویسندگان این مقاله فاقد تعارض منافع می‌باشد.

References

1. Mayer F, Briones M, Pieniadz J. Family Emotional Expressiveness as a predictor of early adolescent social and Psychological adjustment. *Journal of Early Adolescence*. 2018;13(4):448-71. doi: org/10.1177/0272431693013004006
2. Web MD. Mental Health: Social Anxiety Disorder. Retrieved. 2017;12:4-14.
3. Mayer F, Briones M, Pieniadz J. Family Emotional Expressiveness as a predictor of early adolescent social and

- Psychological adjustment. *Journal of Early Adolescence*. 2018;13(4): 448-471. doi: 10.1177/0272431693013004006
4. Seo JW, Kwon SM. Testing an affective judgment model of distress tolerance in college heavy drinkers. *Addict Behav*. 2016;58(3):100-3. pmid: 26921725 doi: 10.1016/j.addbeh.2016.02.021
 5. Katz D, Rector NA, Laposa JM. The interaction of distress tolerance and intolerance of uncertainty in the prediction of symptom reduction across CBT for social anxiety disorder. *Cogn Behav Ther*. 2017;46(6):459-77. PMID: 28641047 doi: 10.1080/16506073.2017.1334087
 6. Trafton JA, Gifford EV. Biological bases of distress tolerance. *Distress tolerance: Theory, research, and clinical applications*. 2017;12(4):80-102.
 7. Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behav Ther*. 2010;41(4):567-74. pmid: 21035619 doi: 10.1016/j.beth.2010.04.002
 8. Stopa L, Clark DM. Cognitive processes in social phobia. *Behav Res Ther*. 1993;31(3):255-67. pmid: 8476400 doi: 10.1016/0005-7967(93)90024-o
 9. Nicoară ND, Marian P, Petriș AO, Delcea C, Manole F. A review of the role of cognitive-behavioral therapy on anxiety disorders of children and adolescents. *Pharmacophore*. 2023;14(4):35-9. doi:10.51847/IKULo5pB1T
 10. Hayes SC, Strosahl, KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer Science and Business, Media Inc; 2010.
 11. Ravanbakhsh L, Ebrahimi M I, Haddadi A, Yazdi-Ravandi S. Effects of the acceptance and commitment therapy on resiliency, self-compassion, and corona disease anxiety on medical staff involved in COVID-19 pandemic. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2023;17(4): e136845. doi: 10.5812/ijpbs-136845.
 12. Hayes SC. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychol Rec*. 2006;54:553-78. doi: 10.1007/BF03395492
 13. Asgari M, Malayeri E, Sharifi Daramadi P. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on distress tolerance and time perspective in mothers with a disabled child IQ [in Persian]. *Clinical Psychology Studies*. 2021;11(42):51-76. doi:10.22054/jcps.2021.59616.2537
 14. Roohi R, Soltani A, Zinedine Meimand Z, Razavi N. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Increasing the Self-Compassion, Distress Tolerance, and Emotion Regulation in Students with Social Anxiety Disorder [in Persian]. *Journal of Child Mental Health*. 2019;6(3):173-87. doi:10.29252/jcmh.6.3.16
 15. Soltanizadeh M, Hosseini F, Kazemi Zahrani H. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Social Adjustment and Self-Regulation Learning in Female Students with Test Anxiety [in Persian]. *Journal of Educational Psychology Studies*. 2021;18(41):17-29. doi:10.22051/jontoe.2022.38184.3447
 16. Whiting D, Simpson G, Ciarrochi J, McLeod H. Assessing the feasibility of Acceptance and Commitment Therapy in promoting psychological adjustment after severe traumatic brain injury. *Brain Injury*. 2012;26(4-5):588-9.
 17. Greenberg LP. The flexibility of distress tolerance through a brief Acceptance and Commitment Therapy intervention: a pilot study (Thesis). United States: Baylor University; 2015.
 18. Babaee Z, Mansoobifar M, Sabet M, Borjali M, Mashayekh M. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness treatment on distress tolerance and suicidal ideation in adolescents with suicidal thoughts [in Persian]. *Journal of Clinical Psychology*. 2022;13(4):41-52. doi:10.22075/jcp.2021.23039.2123
 19. Sharafi M, Jafari D, Bahrami M. Comparing of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and unified transdiagnostic therapy on the social adjustment of adolescents with generalized anxiety disorder [in Persian]. *Journal of Disability Studies*. 2022; 12:201-11.
 20. Zoalfaghari A, Bahrami H, Ganji K. A comparative analysis of acceptance-commitment and cognitive-behavioral interferences effectiveness on generalized anxiety disorder [in Persian]. *J Arak Uni Med Sci* 2018;20(12):24-34
 21. Clark DA, Beck AT. *Cognitive therapy of anxiety disorders: acceptance and practice*. New York: Guilford Pub; 2011.
 22. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. *Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes*. *Behav Res Ther*. 2018;44(1):1-25. pmid: 16300724 doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
 23. First MB, Williams JB, Karg RS, Spitzer RL. *User's guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5@ disorders: Clinical version*. American Psychiatric Publishing, Inc.; 2016.
 24. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Weisler RH. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *Br J Psychiatry*. 2000;176:379-86. pmid: 10827888 doi: 10.1192/bjp.176.4.379
 25. Abdi R, Birashk BM, Aliloo M, Asgharnezhad Faried A. Interpretation Bias in Social Phobia Disorder [in Persian]. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2007;1(4):117-59.
 26. Bell HM. *The Adjustment Inventory*. Palo Alto, CL: Consulting Psychologists Press; 1961.
 27. Dehestani M, Tarkhan M, Abbasi M, Aghili ZS. Efficacy of integrating stress coping skills training with detoxification on social adjustment of addicted women. *Addict Health*. 2012;4(3-4):127-32.
 28. Shahriari S, Talibzadeh M. The relationship between perceived stress, harshness and Happy with the level of social adaptation in female students of Payamnoor University[in Persian]. *Journal of Social Psychology*. 2018;13(50):83-94.
 29. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motiv Emot*. 2005;29(2):83-102. doi: 10.1007/s11031-005-7955-3
 30. Azizi A, Mirzaei A, Shams J. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence [in Persian]. *Hakim*. 2010;13(1):11-8.
 31. Hayes SC, Strosahl KD, Strosahl K. *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Berlin, Germany: Springer Science & Business Media; 2004.
 32. Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Bernstein A, Leyro T. Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Curr Dir Psychol Sci*. 2010;19(6):406-10. pmid: 33746374 doi:10.1177/0963721410388642
 33. Alikhani MS, Ekhlasi S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on social adaptation and resilience of adolescents with social anxiety [in Persian]. *Journal of Psychology New Ideas*. 2023;18(22):1-13.