

Research Paper

Comparing the Effectiveness of ACT Matrix with ACT Focused on Compassion on Social Anxiety Disorder

Hamid Asadi¹, Masoud Mohammadi^{2*}, Ghasem Naziri³, Azam Davoodi⁴

1. Ph.D. Student in Clinical Psychology, Department of psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

2. *Assistant Professor, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

Received: 2021/03/06

Revised: 2021/09/06

Accepted: 2021/10/12

Use your device to scan and read the article online



DOI:

10.30495/jpmm.2021.27535.3341

Keywords:

Social Anxiety, Acceptance and Action Flexibility, Self-Compassion, Valuable Living, ACT Matrix, ACT Focused on Compassion.

Abstract

Introduction: Social anxiety disorder (SAD) is very debilitating disorder that disrupts many aspects of life, and in severe cases reduces a person's quality of life. Therefore, the use of unified transdiagnostic experimental therapy is essential. The present study aimed to evaluate the effectiveness of the ACT Matrix and ACT Focused on Compassion on social anxiety disorder.

Materials and Method: This study was a clinical trial with a single-case experimental study non-concurrent multiple baseline design, who performed on 6 students with social anxiety disorder who were selected based on purposive random sampling. The treatment lasted for 12 sessions (60 minutes) with two-month follow-up. To compare the results of these two treatment models, the Liebowitz Social Anxiety Scale (Heimberg & et al., 1999), Self-Compassion Scale-Short Form (Raes & et al., 2011) Acceptance and Action Questionnaire (Second Version, Bond & et al., 2011) and the Valued Living Questionnaire (Wilson & et al., 2010) were used. Data were analyzed by visual drawing, recovery percentage, stable change index and six indicators of clinical efficiency.

Findings: The results indicated that both methods of ACT Matrix and ACT Focused on Compassion reduced social anxiety ($Z < -1.96$) and increased acceptance and action flexibility, self-compassion, and a valuable life in the last stage of therapy and follow-up is effective and significant ($Z > 1.96$). Furthermore, the results of this study in the follow-up phase indicated the continuity of the effectiveness and efficiency of these two integrated interventions on social anxiety disorder.

Conclusion: This study supports the effectiveness of the Matrix of Acceptance and Commitment Therapy and the treatment of compassion-focused acceptance and commitment in students with social anxiety disorder.

Citation: Asadi H, Mohammadi M, Naziri GH, Davoodi A. Comparing the Effectiveness of ACT Matrix with ACT Focused on Compassion on Social Anxiety Disorder. Quarterly Journal of Psychological Methods and Models. 2021; 12 (45):59-78.

***Corresponding author:** Masoud Mohammadi

Address: Assistant Professor, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

Tell: +989177280619

Email: mmohamadis@yahoo.com

Extended abstract

Introduction

Social anxiety disorder (SAD) is one of the most common and chronic mental disorders with early onset and continuous periods (1, 2). This is a very debilitating disorder that disrupts many aspects of life, and in severe cases reduces a person's quality of life (5). Furthermore, this disorder is one of the most difficult anxiety disorders in resistance to therapy and has indicated the least therapeutic effect compared to other anxiety disorders among adults and children (2, 7). In case untreated, this disorder can severely damage individual, educational, and social capacities throughout life (8).

Since the fact that people with social anxiety disorder show difficulties in regulating emotions and psychological flexibility, and also have inadequacies in intrapersonal and interpersonal functions and compassion, the use of unified transdiagnostic experimental therapies is essential. On the other hand, the lack of sufficient background in these two new integrated models, and the existence of shortcomings in clinical experiences and experimental research evidence, a comparative study between these two new models on the four variables of social anxiety, flexibility, Acceptability and action, valuable life and self-compassion in the form of a clinical trial with a single-case experimental study non-concurrent multiple baseline design are necessary to clarify the differences between the two intervention methods between the variables. Also determine which treatment method is more effective and more sustainable. Based on this, the research questions were designed as follows:

1. Is the ACT Matrix more effective in reducing social anxiety than that of the ACT Focused on Compassion?
2. Is the ACT Matrix more effective in increasing flexibility, Self-Compassion and Valuable Living than those of the ACT Focused on Compassion?

Material and methods

This study was registered on the Iran Clinical Trials website under No. IRCT20200816048424N1. The protocol on

matrix of acceptance and commitment therapy was developed based on the agenda (34) for social anxiety disorder by the first researcher. The researcher participated in several specialized workshops on ACT, ACT MATRIX and had experience and specialty at the number 326 of the psychological system. This protocol was approved in terms of content by asking the opinion of three experts familiar with third wave therapies. The protocol on therapy of compassion-based acceptance and commitment is based on the agenda (38-40) developed by Esmaili (30). The present study was a single experimental design with asynchronous multiple baseline, being performed by purposeful sampling during 12 sessions of 60 minutes, with 2-month follow-up on six students with anxiety disorder. Such individuals were evaluated for multiple baseline, therapy and two-month follow-up during early August 2020 and mid-December 2021. Inclusion criteria were the diagnosis of social anxiety disorder, history of disorder for two years, age range 20-28 years, level of undergraduate and graduate education, satisfaction and commitment to participate in research, not participating in other therapies at the same time. Exclusion criteria were absence of more than two sessions, a history of psychotic or bipolar disorder throughout life, a history of schizoid and avoidant personality disorders, obsessive-compulsive disorder, panic and suicidal ideation during the last six months, having substance or alcohol abuse. In order to compare the results of these two integrated therapy models, the Social Anxiety Scale (43), the Acceptance and Practice Flexibility Questionnaire - Second Version (46), the Self-Compassion-Short Form Scale (48), and the Life Questionnaire. Valuable (50) were used. The data were analyzed by visual mapping, recovery percentage, stable change index, and six clinical performance indices.

Findings

The results indicated that both methods of acceptance and commitment therapy matrix and compassion-based acceptance and commitment therapy reduced social anxiety ($Z < -1.96$) and increased acceptance and

action flexibility, self-compassion, and a valuable life in the last stage of therapy and follow-up is effective and significant ($Z > 1.96$). Furthermore, the results of this study in the follow-up phase indicated the continuity of the effectiveness and efficiency of these two integrated interventions on social anxiety disorder.

Discussion

The integrated intervention matrix of acceptance and commitment therapy and compassion-based acceptance and commitment therapy teach students with pervasive and specific social anxiety to experience the hooks of the thief and threat system through the experience of perspective and perspective taking and live in the present instead of getting stuck in the sticky stories of the past and future worries. Thus, they can achieve an efficient, vibrant, and meaningful life without relying on a transient feeling and mood by becoming aware of the consequences of their interpersonal behavior, understanding the interaction of their own and others' matrix diagrams and functional measurement, turning their attention to perspective and unique values and individuals and focusing on the important things in life.

Conclusion

This study supported the effectiveness and efficiency of the acceptance and commitment therapy matrix and the treatment of compassion-based acceptance and commitment in students with social anxiety disorder.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Ethical basics observed in this study were patient consent form for voluntary participation in written interventions, observing the principle of confidentiality, informing the subjects of the research objectives, considering the health and comfort of the subjects, the right to participate or not participate in the research, holding free sessions, and the intervention of

results without mentioning the names of individuals.

Funding

This article is extracted from the PhD. thesis of first author approved by the Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, and its has not financial support.

Authors' contributions

Design and conceptualization: Hamid Asadi & Masoud Mohammadi; Methodology, data analysis, Ghasem Naziri; Validation, Editing: Azam Davoodi and All authors; Supervision and writing: Hamid Asadi.

Conflicts of interest

According to the authors, this study was conducted without any financial backing or conflict of interest.

Acknowledgements

I would like to thank all the volunteer students and the head of Shiva Psychology and Counseling Services Center in Tehran, Dr. Ali Ghaednia Jahromi, Dr. Mohammad Reza Shegerf Nakhaei (psychiatrist) and Mr Morteza Kazemi (assistant therapist) who In this difficult situation, the Covid 19 sincerely cooperated in all of the implementation stages of the present study.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد با درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر اختلال اضطراب اجتماعی

حمید اسدی^۱، دکتر مسعود محمدی^{۲*}، دکتر قاسم نظیری^۳، دکتر اعظم داودی^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

۲. دکتری روان‌شناسی بالینی، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

۳. دکتری روان‌شناسی بالینی، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

۴. دکتری روان‌شناسی، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

چکیده

مقدمه: اختلال اضطراب اجتماعی بسیار ناتوان کننده است که به مختل شدن بسیاری از جنبه‌های زندگی، و در موارد شدید به کاهش کیفیت زندگی فرد منجر می‌شود. بنابراین بکارگیری درمان تجربی فراتشخیصی یکپارچه‌نگر ضروری می‌باشد. این پژوهش با هدف ارزیابی و مقایسه اثربخشی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری پذیرش و عمل، زندگی ارزشمند و شفقت به خود انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی با طرح آزمایشی تک آزمودنی با خط پایه چندگانه ناهمزمان بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند در طی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، با پیگیری ۲ ماهه بر روی ۶ دانشجوی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی اجرا شد. برای مقایسه نتایج این دو الگوی درمانی یکپارچه‌نگر، از مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، همبرگ و همکاران، (۱۹۹۹)، پرسشنامه انعطاف‌پذیری پذیرش و عمل - نسخه دوم بوند، و همکاران (۲۰۱۱)، پرسشنامه زندگی ارزشمند ویلسون و همکاران (۲۰۱۰) و مقیاس خود شفقت‌ورزی - فرم کوتاه ریس و همکاران (۲۰۱۱)، استفاده شد. داده‌ها با روش ترسیم دیداری، درصد بهبودی، شاخص تغییر پایا و شاخص‌های شش‌گانه کارایی بالینی تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو روش ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در کاهش اضطراب اجتماعی ($Z < -1.96$) و افزایش انعطاف‌پذیری پذیرش و عمل، خود شفقت‌ورزی و زندگی ارزشمند در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری موثر و معنادار است ($Z > 1.96$). همچنین نتایج این پژوهش در مرحله پیگیری نیز نشان دهنده تداوم اثربخشی و کارایی این دو مداخله یکپارچه‌نگر بر اختلال اضطراب اجتماعی بود.

بحث و نتیجه‌گیری: این پژوهش از اثربخشی و کارایی بالینی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در دانشجویان با اختلال اضطراب اجتماعی حمایت می‌کند.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۱۶

تاریخ داوری: ۱۴۰۰/۰۶/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۲۰

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI:

10.30495/jpmm.2021.27535.3341

واژه‌های کلیدی:

اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری پذیرش و عمل، خود شفقت‌ورزی، زندگی ارزشمند، ماتریکس درمان پذیرش و تعهد، درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت.

* نویسنده مسئول: دکتر مسعود محمدی

نشانی: استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

تلفن: ۰۹۱۷۷۲۸۰۶۱۹

پست الکترونیکی: mmohamadis@yahoo.com

مقدمه

است (۱۷). در همین راستا، ویلسون، ایفرت و فورثایت بر این باورند که بکارگیری درمان پذیرش و تعهد بدون بهره‌مندی از رابطه‌درمانی و مسائل بین‌فردی بی‌معنا است (۱۸، ۱۹). از سوی دیگر، لو و مک‌کی، درمان پذیرش و تعهد را باطرحواره‌درمانی برای مسائل بین‌فردی و زوجین یکپارچه کردند (۲۰).

یکی دیگر از چالش‌ها و خلاءها در الگوی شش ضلعی، توجه کمتر بر شفقت بود. درمان مبتنی بر شفقت از سنجش کارکردی مشتق شده و بر اساس اصول یادگیری، روش‌های مختلف رفتاردرمانی را به کار می‌گیرد (۲۱). این الگوی درمانی، ریشه در روان‌شناسی رشد، نظریه تکاملی، علم عصب‌شناسی هیجان‌ها دارد و بر نودوستی و رفتار مراقبتی تأکید می‌کند (۲۲). شفقت به خود، مستلزم درک این واقعیت است که درد، شکست، و نابسندگی‌ها، بخشی از تجارب معمول بشری است و همه انسان‌ها از جمله خود فرد، زینده مهربانی و شفقت هستند (۲۳). نف (۲۴) شفقت به خود را به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل توجه‌آگاهی، مهربانی و حس مشترک بین انسان‌ها یا انسانیت با خود تعریف کرده است. ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خود شفقت می‌ورزد. از این رو، گیلبرت به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد و در نهایت "درمان مبتنی بر شفقت" را مطرح ساخت (۲۵). این درمان به دنبال تسهیل تغییر از طریق رشد "ذهن مشفق" است (۲۶) و مراجعان را به تمرکز بر روی درک و احساس شفقت به خود در طول فرایندهای افکار منفی، با تمرکز قوی بر پرورش شفقت در خود تشویق می‌کند (۲۷). برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر شفقت یک رویکرد امیدوارکننده است که باعث کاهش اضطراب اجتماعی، شرم، خودانتقادی و کاهش انزوا در این افراد شده است (۲۸). همچنین تحقیقات گویای این است که بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی که از سطح بالاتری از توجه‌آگاهی برخوردار هستند در مقایسه با بیمارانی که سطح توجه‌آگاهی آنها پایین می‌باشد، در دوره پیگیری به میزان کمتری علائم اضطراب را نشان می‌دهند (۲۹). پژوهش‌های دیگر نشان دادند که درمان تجربی پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود در کاهش اضطراب اجتماعی موثرند (۳۰-۳۲). بنابراین، یکپارچه‌سازی الگوی شش ضلعی (ACT) که بر تله‌ها، احساس‌های آزاردهنده و روابط تجربی با خود (خوبستن مشاهده‌گر) متمرکز است، با درمان مبتنی بر شفقت که بر آموزش شفقت به خود، سنجش کارکردی و دیدگاه‌گیری تأکید می‌کند؛ می‌تواند چرخه باطل ارزیابی منفی پس رویدادی، ترس و اجتناب از موقعیت‌های بین‌فردی، تعاملی و عملکردی که در اختلال اضطراب اجتماعی رایج است را معکوس ساخته و منجر به درمان غنی‌تری گردد.

از چالش‌های دیگر بر الگوی شش ضلعی (ACT)، پیچیده بودن مفاهیم شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، یکپارچه نبودن فنون کاربردی آن، ناموثر بودن توجه‌آگاهی به روش درمان پذیرش و تعهد و همچنین توجه کمتر این الگو، به رابطه‌درمانی در اتاق درمان و آموزش شفقت، باعث شد که ویراستاران ماتریکس درمان پذیرش و تعهد، الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، درمان مبتنی بر شفقت و روان‌درمانی تحلیلی کارکردی را در یک الگوی نظامند و فراتشخیصی

اختلال اضطراب اجتماعی یکی از مزمن‌ترین اختلال‌های روانی با شروع زودرس و دوره‌های مداوم است (۱، ۲). این اختلال با نرخ شیوع بالا و در ایالات متحده تقریباً در ۱۲٪ از بزرگسالان دیده می‌شود (۳)، و به قدری در موقعیت‌های اجتماعی فراگیر می‌باشد که پنجمین راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی (DSM-5)، نام عمومی‌تر اختلال اضطراب اجتماعی به آن داده است. زیرا می‌تواند بعضی مشکلات فلج‌کننده دیگر مثل افسردگی و اعتیاد به مواد را پیش بینی کند (۴). اختلال اضطراب اجتماعی بسیار ناتوان‌کننده است که به مختل شدن بسیاری از جنبه‌های زندگی، و در موارد شدید به کاهش کیفیت زندگی فرد منجر می‌شود (۵)، و اگر این افراد به اجبار با موقعیت‌های اجتماعی مواجه شوند، واکنش‌های اضطرابی آنها به طور روزمره تحریک شده و کیفیت زندگی‌شان را روبه تحلیل می‌برند (۶). این اختلال از سخت‌ترین اختلال‌های اضطرابی در مقاومت نسبت به درمان است و کمترین اثر درمانی را نسبت به سایر اختلال‌های اضطرابی هم در بزرگسالان و هم در کودکان نشان داده است (۲، ۷). بنابراین اگر این اختلال درمان نشود، به ظرفیت‌ها و توانمندی‌های فردی، آموزشی و اجتماعی، آسیب شدیدی در تمام دوران زندگی وارد می‌شود (۸)، و اختلال اساسی در کار و حوزه‌های اجتماعی، عملکردهای علمی، خانوادگی ایجاد می‌کند (۹، ۱۰).

در دو دهه اخیر درمان‌های جدیدی وارد حوزه مداخلات روان‌درمانی گردید که با عنوان موج سوم "بافتارگرایی کارکردی" شناخته شده‌اند. از مهمترین آنها، الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (ACT) بود. این الگوی فراتشخیصی توسط استیون هیز (۱۹۸۶) ایجاد شد، و بر بافت و تجربه کردن تأکید بیشتری داشت (۱۱). این نظریه از لحاظ فلسفی ریشه در بافتارگرایی کارکردی دارد و بر اساس یک برنامه پژوهشی در مورد زبان و شناخت به‌وجود آمده است، که نظریه چهارچوب روابط ذهنی (RFT) خوانده می‌شود (۱۲)، و به دنبال تغییر کارکردهای افکار و احساسات به جای تغییر شکل محتوا یا فراوانی آنها است (۱۳). به این ترتیب این الگوی فراتشخیصی، جایگزینی برای روان‌درمانی سنتی‌تر درمان شناختی-رفتاری تدوین شد. هدف این الگو، کمک به مراجع برای شناسایی و کم کردن کنترل‌های ناکارآمد، خطاهای شناختی و تحلیل منطقی مشکلات بود و همچنین، دست یافتن به یک زندگی غنی، ارزشمند و رضایت‌بخش می‌باشد که از طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ایجاد می‌شود (۱۴، ۱۵). به بیان دقیق‌تر، این الگو، اهداف خود را از کاهش نشانه‌ها به تقویت مهارت‌هایی که منجر به کیفیت زندگی و افزایش کارکردها در مسیر ارزش‌ها می‌شود گسترش داد و به تغییر رابطه بیمار با تجربه‌های ذهنی و درونی‌اش تأکید می‌کند (۱۶).

در سال‌های اخیر الگوی شش ضلعی (ACT) مورد بازنگری قرار گرفته است: یکی از چالش‌ها و خلاءهای مهم این بود که این الگو به رابطه‌درمانی و تعامل‌های بین‌فردی (روان‌درمانی تحلیلی کارکردی) کمتر توجه کرده است. روان‌درمانی تحلیلی کارکردی، تحلیل کارکردی رفتار است که بر اهمیت رفتار و گفتار مراجع در طول جلسات بر رفتارهای آماج بالینی تأکید می‌شود، و برای مسائل ارتباطی به کار رفته

بیش‌تری برخوردار است. بر این اساس سوال‌های پژوهش به این شکل طرح شد:

۱. آیا ماتریکس درمان پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب اجتماعی، موثرتر از درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت است؟
۲. آیا ماتریکس درمان پذیرش و تعهد در افزایش انعطاف‌پذیری، زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی، موثرتر از درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت است؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش در سایت کارآزمایی‌های بالینی ایران با شماره IRCT20200816048424N1 ثبت شده است. پروتکل ماتریکس اکت بر اساس دستور کار پولک و همکاران (۳۴) برای اختلال اضطراب اجتماعی توسط پژوهشگر اول تدوین شد (جدول ۱). این پژوهشگر در چندین کارگاه تخصصی، تربیت‌درمانگر ماتریکس اکت در اختلال‌های اضطرابی شرکت کرد و سپس به تدوین تخصصی پروتکل ماتریکس اکت برای اختلال اضطراب اجتماعی پرداخت و آن را بطور آزمایشی در گروه‌های اضطرابی اجرا کرد و پس از اصلاحات کامل و تجربه اندوژی، بر روی اختلال اضطراب اجتماعی به اجرا در آورد. این پروتکل با نظر خواهی سه نفر متخصص آشنا به درمان‌های موج سوم مورد تأیید قرار گرفت. پروتکل درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر اساس دستور کار هیز و گیلبرت (۳۸-۴۰) می‌باشد که توسط اسماعیلی و همکاران (۳۰) تدوین شد (جدول ۲). پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی با طرح تجربی تک‌آزمودنی با خط پایه چندگانه ناهمزمان بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌جویان کارشناسی و کارشناسی ارشد زن و مرد در سنین ۲۰ تا ۲۸ سال مراجعه کننده به مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره شیوا تهران بود که از بین آن‌ها ۴ نفر توسط روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی دارای اختلال اضطراب اجتماعی فراگیر و ۲ نفر به اختلال اضطراب اجتماعی خاص تشخیص داده شدند. این افراد بر اساس نمونه‌گیری هدفمند- داوطلبانه، بطور تصادفی در دو گروه مداخله گمارده شدند. در فاصله اوایل مرداد تا اواسط دی ۱۳۹۹ مورد ارزیابی خط پایه چندگانه ناهمزمان، درمان و پیگیری دو ماهه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش: تشخیص ابتلا به اختلال اضطراب اجتماعی؛ سابقه اختلال دو سال؛ دامنه سنی ۲۰ تا ۲۸ سال؛ سطح تحصیلات کارشناسی و کارشناسی ارشد، رضایت و تعهد به مشارکت در پژوهش؛ عدم شرکت همزمان در سایر درمان‌ها. ملاک‌های خروج از پژوهش: غیبت بیش از دو جلسه؛ داشتن سابقه اختلال سایکوتیک یا دوقطبی در طول عمر؛ داشتن سابقه ابتلا به اختلال‌های شخصیت اسکیزوئید و اجتنابی؛ اختلال وسواس- اجبار؛ وحشت‌زدگی و فکر خودکشی در ۶ ماه اخیر؛ داشتن سوء مصرف مواد یا الکل.

با نام "ماتریکس درمان پذیرش و تعهد" تدوین و یکپارچه کنند (۳۳). این الگوی درمان یکپارچه‌نگر دستاورد کاربست بافتارگرایی کارکردی است. رویکردی به فلسفه علم که به دنبال تعیین رفتار کارآمد در بافتارهای خاص است و بر سنجش کارکردی تأکید می‌کند، و به ساده-سازی ارزش‌ها با طراحی مجدد آن به ایجاد تمایز بین اقدامات دور شدن و پیش رفتن کمک می‌کند، و این اجازه را می‌دهد تا ارزش‌ها، فرآیند اساسی را از همان سرآغاز به خود اختصاص دهند (۳۳). در الگوی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد، دیدگاه‌گیری از سوی درمانجویان به عنوان محور درمان تلقی شده و با بررسی اقدامات دور شدن و نزدیک شدن همراه با خود شفقت‌ورزی و راهبردهای تعهدآمیز و تغییر به آنها برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و با معنا کمک می‌کند (۳۴). تفاوت عمده الگوی ماتریکس با الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری (ACT) تأکید بر ارتقای انعطاف‌پذیری از مسیر دیدگاه‌گیری و شفقت‌ورزی است (۳۴).

در ایران و سایر کشورهای دیگر، هنوز پژوهشی برای ارزیابی و اثربخشی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد بر اختلال اضطراب اجتماعی انجام نگرفته است. با این حال، برخی از شواهد پژوهشی نوین حاکی از این است که این الگوی فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر، نمره اضطراب کمتر و کیفیت زندگی بالاتری نشان می‌دهد (۳۵) و بر استرس، اضطراب و سلامتی دانش‌جویان اثر مطلوبی داشته و زندگی آن‌ها را تغییر داده است (۳۶) و نتایج دیگری نشان می‌دهد که ماتریکس (ACT) با شفقت موجب افزایش راهبردهای شناختی مثبت تنظیم هیجان در دانش آموزان مبتلا به اضطراب امتحان در مقایسه با گروه کنترل شده است (۳۷). بنابراین با توجه به اینکه، افراد با اختلال اضطراب اجتماعی، دشواری‌هایی در تنظیم هیجان‌ها (اجتناب تجربه‌ای) و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نشان می‌دهند و همچنین در کارکردهای درون‌فردی و بین‌فردی، شفقت و دیدگاه‌گیری با نارسائی‌هایی نیز همراه هستند، به نظر می‌رسد آن الگوهای درمانی موج سوم "بافتارگرایی کارکردی" که این متغیرها را مورد آماج و هدف درمانی قرار می‌دهند، کارایی و اثربخشی لازم را در این اختلال داشته باشند. از این‌رو، بکارگیری درمان تجربی فراتشخیصی یکپارچه‌نگر از جمله ماتریکس درمان پذیرش و تعهد برای درمان این اختلال پیشنهاد می‌شود. با توجه به عدم وجود پیشینه کافی در زمینه روش مداخله‌ای ماتریکس (ACT) و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت، و وجود کاستی‌ها در تجربه‌های بالینی و شواهد پژوهش تجربی، مطالعه پژوهش مقایسه‌ای بین این دو الگوی نوین یکپارچه‌نگر بر چهار متغیر اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری پذیرش و عمل، زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی در قالب کارآزمایی بالینی با طرح آزمایشی تک-آزمودنی با خط پایه چندگانه ضروری است، تا تفاوت این دو روش مداخله‌ای در بین این متغیرها روشن گردد. و همچنین مشخص شود که کدام روش درمانی اثربخش‌تر و از تداوم

جدول ۱. خلاصه پروتکل ماتریکس درمان پذیرش و تعهد برای اختلال اضطراب اجتماعی

جلسات	محتوای درمانی هر جلسه
اول	اتحاد درمانی و رابطه درمانی، معرفی جلسات درمانی و آشنایی با اهداف، معرفی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد (توجه آگاهی به روش ماتریکس)
دوم	اتحاد درمانی و رابطه درمانی، خلاصه‌ای از جلسه قبل، مفهوم زبان و چهارچوب روابط ذهنی. مفهوم گیرافتادن و پشت صحنه ماتریکس، تمرین تفاوت بین تجربه-های حواس پنجگانه با تجربه‌های ذهنی/ درونی و تفاوت بین اقدامات دور شدن و پیش رفتن (دیدگاه‌گیری). ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۱).
سوم و چهارم	اتحاد درمانی و رابطه درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، بررسی سه خود، ارزش‌ها و اقدامات کارآمد و ناکارآمد، استعاره مسافران اتوبوس، تمرین تجربی ارزش‌های شخصی و انتخاب دیدگاه‌های زندگی (دیدگاه‌گیری). ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۲).
پنجم و ششم	اتحاد درمانی و رابطه درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، بررسی خود محتوایی متمرکز بر مسائل بین فردی و تحلیل کارکردی (دیدگاه‌گیری)، تمثیل فلکسی و اسپیکری. ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۳).
هفتم	اتحاد درمانی و رابطه درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، تمثیل قلاب‌های توجه دزد. ماتریکس توجه دزد در موقعیت‌های عمکردی و تعاملی (دیدگاه‌گیری).
هشتم	اتحاد درمانی و رابطه درمانی، تمرین کوتاه توجه آگاهی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، معرفی آیکیدوی کلامی. استعاره صفحه شطرنج و خویشتن مشاهده‌گر در موقعیت‌های عمکردی و بین فردی (دیدگاه‌گیری). ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۴).
نهم و دهم	اتحاد درمانی و رابطه درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، معرفی مراحل شفقت به خود، نوشتن نامه مهربانه به خود، مشترکات انسانی (دیدگاه‌گیری). تمرین تجربی توجه آگاهی شفقت‌آمیز به تجربه درد، ترکیب آیکیدو و شفقت، ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۵).
یازدهم و دوازدهم	اتحاد درمانی و رابطه درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، معرفی چشم انداز گرینی (دیدگاه‌گیری). اجرای توجه آگاهی شفقت‌آمیز و جمع بندی مراحل شش‌گانه ماتریکس و اجرای پرسشنامه‌ها (۶).

جدول ۲. خلاصه پروتکل درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت برای اختلال اضطراب اجتماعی

جلسات	محتوای درمانی هر جلسه
اول	اتحاد درمانی، معرفی جلسات درمانی و آشنایی با اهداف، معرفی درمان اکت متمرکز بر شفقت.
دوم	اتحاد درمانی، خلاصه‌ای از جلسه قبل، ایجاد ناامیدی خلاقانه، معرفی سیستم‌های تنظیم هیجان، معرفی انواع رنج انسان، معرفی انواع نیازهای انسان، ارزیابی درمان (۱).
سوم تا پنجم	اتحاد درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، گرفتن بازخورد از روند جلسات، بیان کنترل به عنوان مشکل سنجش عملکرد و مسائل تعاملی و بین فردی (دیدگاه‌گیری)، مغز آگاه، معرفی دلایل رنج انسان، مشاهده رنج پشت رفتار خود و دیگران و حساس بودن نسبت به رنج، کاربرد فنون توجه آگاهی، ارتباط با زمان حال، نگاه توجه آگاهانه به رنج، معرفی احساس شفقت آمیز، ارائه برگه تکلیف نگاه توجه آگاهانه به احساسات و ماندن با احساسات، ارزیابی درمان (۲).
ششم و هفتم	اتحاد درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، گرفتن بازخورد از روند جلسات، معرفی تمایل/ پذیرش، درگیر شدن با اعمال هدفمند، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، تحمل پریشانی، معرفی استدلال منطقی و استدلال شفقت آمیز نسبت به رنج، ارزیابی درمان (۳).
هشتم و نهم	اتحاد درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، گرفتن بازخورد از روند جلسات، معرفی گسلش، کاربرد فنون گسلش شناختی، معرفی غیر قضاوتی بودن، معرفی مهارت توجه شفقت آمیز، ارائه تکلیف برشمردن ارزش‌های مثبت و منفی خود و دیگران و تمرین توجه به جای خشک بودن. مشاهده خود به عنوان بافت، تضعیف خود مفهومی، نشان دادن جدایی بین خود، انجام تمرین خود، همدلی و همدردی (دیدگاه‌گیری)، ارائه تکلیف بررسی رفتارها براساس انواع خود، معرفی تصور شفقت آمیز و انجام تصویر سازی در موقع داشتن رنج، ارزیابی درمان (۴).
دهم و یازدهم	اتحاد درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، گرفتن بازخورد از روند جلسات، معرفی مفهوم ارزش، مراقبت از سلامتی، معرفی مهارت تجربه حسی شفقت‌آمیز، ارزیابی درمان (۵).
دهم و یازدهم	اتحاد درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تکلیف‌های جلسه گذشته، گرفتن بازخورد از روند جلسات، معرفی مفهوم ارزش، مراقبت از سلامتی، معرفی مهارت تجربه حسی شفقت آمیز. ارزیابی درمان (۵)
دوازدهم	اتحاد درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، گرفتن بازخورد از روند جلسات، تمایل و تعهد، الگوی عمل متناسب با ارزش‌ها، عمل متعهدانه نسبت به التیام رنج، معرفی ویژگی‌های انسان مهربان، معرفی انواع رفتار شفقت آمیز، ارزیابی درمان (۶).

ابزار جمع‌آوری اطلاعات

از موقعیت‌های اجتماعی را ارزیابی می‌کند. نسخه خودسنجی ۲۴ آیتمی از LSAS-CA است (۴۲) که ترس و اجتناب از موقعیت‌های تعامل اجتماعی (۱۱ عبارت)، ترس و اجتناب از موقعیت‌های عملکردی (۱۳ عبارت) را در یک نمره کلی می‌سنجد. برای خرده مقیاس اضطراب یا ترس و اجتناب، هر آیتم از صفر (هیچ) تا ۳ (شدید) درجه‌بندی می‌شود. در این مقیاس حداکثر نمره اضطراب عملکرد ۷۸ و حداکثر نمره اضطراب تعامل اجتماعی ۶۶ و حداکثر نمره کلی ۱۴۴ می‌باشد. با توجه به جمع این دو زیر مقیاس می‌توان به میزان اضطراب اجتماعی فرد پی

۱. مصاحبه بالینی: مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID-5-CV) مبتنی بر پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به منظور ابزاری جهت تشخیص گذاری اختلال‌های روانی براساس معیارهای آن می‌باشد (۴۱). این ابزار توسط روان‌پزشک و ارزیابی روان‌شناس بالینی به همراه پرسشنامه‌های زیر انجام شد.
۲. مقیاس اضطراب اجتماعی لیوینتز: مقیاس اضطراب اجتماعی لیوینتز در سال ۱۹۸۷ ساخته شد و اولین ابزار بالینی است که دامنه گسترده‌ای

بخش امتیازی بین ۱ تا ۱۰ را به خود اختصاص می‌دهد. برای دستیابی به نمره هر یک از این دو بخش، اعداد مربوط به هر یک از این حوزه‌ها را با هم جمع کنید و از مجموع نمره دو بخش اهمیت و پیگیری، نمره کل پرسشنامه زندگی با ارزش حاصل می‌شود (حداقل ۲۰ نمره و حداکثر ۲۰۰ نمره). پایایی آزمون - بازآزمون این پرسشنامه توسط ویلسون و همکاران در طی دو مطالعه برای مقیاس اهمیت و پیگیری به ترتیب ۷۷٪ و ۷۵٪ و آلفای کرونباخ برابر با ۷۹٪ و ۸۳٪ گزارش شده است. نتایج پژوهش اکبری (۵۱) نشان داد که پایایی بازآزمایی چهار هفته‌ای پرسشنامه زندگی ارزشمند برابر با ۷۶٪ و ضریب همسانی درونی آن برای کل ابزار ۸۰٪ به دست آمد.

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها و پاسخ به سوال‌های پژوهش، از روش آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار تفاوت‌ها) و همچنین از ترسیم دیداری، درصد بهبودی، شاخص تغییر پایا و شاخص‌های شش‌گانه کارایی بالینی اینگرم و همکاران (۵۲) استفاده شد. برای غلبه بر پایایی پایین بین ارزیابان در تفسیر نتایج ترسیم دیداری به روش ملاک دوگانه محافظه کارانه فیشر، و همکاران (۵۳) و برای ارزیابی سنجش پیشرفت درمانجویان در تغییر متغیرهای آماجی از روش درصد بهبودی استفاده می‌شود. شاخص تغییر پایا یا معنادار بالینی به ارزش عملی یا اهمیت اثر مداخله‌ای که انجام شده است، اطلاق می‌شود به بیان دیگر، آیا افراد تحت درمان، تغییر بالینی معناداری را نشان می‌دهند (۵۴).

روند اجرای پژوهش

ابتدا برای اهداف پژوهش حاضر با یک فراخوان در مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره شیوا تهران اطلاع رسانی شد. پس از دریافت رضایت قبل از درمان و تشخیص بالینی توسط روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی به اختلال اضطراب اجتماعی فراگیر و خاص، ۶ نفر بطور تصادفی به صورت گروه‌های ۳ نفره در دو مداخله ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت گمارده شدند. این مداخله‌ها به مدت ۱۲ جلسه، ۶۰ دقیقه‌ای در هفته و پیگیری دو ماهه اجرا شد. در این پژوهش برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی بر اساس اصول طرح‌های خط پایه چندگانه در هفته دوم، نفرت اول هر گروه وارد اولین جلسه درمان شدند. در هفته سوم، نفرت دوم و در هفته چهارم، نفرت سوم وارد درمان شدند. از این رو، برای تعیین خط پایه، هر گروه پرسشنامه‌ها را ۳ تا ۵ بار و به فاصله زمانی سه روز تکمیل نمودند (جدول ۳). پس از ورود به درمان، مقیاس اضطراب اجتماعی در جلسات ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰ و ۱۲، انعطاف‌پذیری پذیرش و عمل در جلسات ۶، ۸، ۱۰ و ۱۲، ارزش‌های زندگی در جلسات ۸، ۱۰ و ۱۲، خود شفقت‌ورزی در جلسه ۱۰ و ۱۲ بلافاصله پس از اتمام درمان تکمیل شد و در دوره پیگیری دو ماهه، درمانجویان دو بار همه پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند.

برد (نمره اضطراب اجتماعی شدید بین ۹۵-۸۰ و نمره بالاتر از ۹۵ اضطراب اجتماعی خیلی شدید). در ایران دامنه آلفای کرونباخ نسخه LSAS-CA توسط حسنی و همکاران از ۸۲٪ تا ۹۵٪ به دست آمده که از همسانی درونی مطلوب حکایت دارد. همچنین ضرایب همبستگی میان خرده مقیاس‌ها ۷۰٪ تا ۹۶٪ بوده است (۴۳). ضرایب بازآزمایی نسخه LSAS-SR (۰/۸۳)، همسانی درونی (آلفای کرونباخ ۰/۹۵)، روایی همگرا و افتراقی خوبی دارد (۴۴، ۴۵).

۳. پرسشنامه انعطاف‌پذیری پذیرش و عمل - نسخه دوم (AAQ-II): آخرین نسخه این پرسشنامه ۱۰ پرسش دارد که به وسیله بوند و همکاران (۴۶) تدوین شده است. این پرسشنامه ۱۰ پرسشی برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به ویژه در ارتباط با اجتناب تجربه‌ای و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته طراحی شد. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربه‌ای و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر می‌گردد. نمره‌های بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر است. مقیاس پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت است که از امتیاز ۱ هرگز صحیح نیست تا امتیاز ۷ همیشه صحیح است درجه بندی شده است (حداقل ۱۰ نمره و حداکثر ۷۰ نمره). نتایج ۲۸۱۶ شرکت کننده در طول ۶ نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ (۰/۷۸-۰/۸۸) و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد (۴۶). در نمونه ایرانی با استفاده از آلفای کرونباخ، ضریب پایایی کل آزمون ۰/۸۹ و ضریب پایایی بازآزمون ۰/۷۱ به دست آمده است (۴۷).

۴. مقیاس خود شفقت‌ورزی - فرم کوتاه: این مقیاس ۱۲ ماده‌ای توسط ریس، و همکاران (۴۸) ساخته شده است که شامل ۶ عامل دو وجهی: مهربانی به خود در مقابل، قضاوت در مورد خود، احساسات مشترک بین انسان‌ها در برابر انزوا طلبی و توجه‌آگاهی در برابر فزون همانندسازی است. پاسخ‌دهندگان می‌بایستی در طیف لیکرت ۵ درجه - ای به عبارت‌ها پاسخ دهند. به این ترتیب که سوال‌های ۲، ۳، ۵، ۶، ۷ و ۱۰ (تقریباً هرگز، ۱؛ نه‌درت، ۲؛ گاهی اوقات، ۳؛ بیشتر اوقات، ۴؛ تقریباً همیشه، ۵) و سوال‌های ۱، ۴، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲ (تقریباً هرگز، ۵؛ به ندرت، ۴؛ گاهی اوقات، ۳؛ بیشتر اوقات، ۲؛ تقریباً همیشه، ۱) درجه‌بندی می‌شود (حداقل ۱۲ نمره و حداکثر ۶۰ نمره). همسانی درونی مقیاس را ۰/۸۶ گزارش کردند. تحلیل عامل مواد مقیاس نیز، همچون فرم بلند مقیاس، ۶ عامل بیان شده و یک عامل مرتبه دوم خود شفقت‌ورزی را نشان داد (۴۸). در پژوهش قربانی، و همکاران (۴۹) همسانی درونی ۰/۸۴ گزارش شد.

۵. پرسشنامه زندگی ارزشمند: این پرسشنامه ۲۰ سوال داشته و هدف آن ارزیابی میزان ارزش قائل شدن برای زندگی خود می‌باشد (۵۰). این پرسشنامه از دو بخش تشکیل شده است. بخش اول مربوط به درجه اهمیت حوزه‌های ارزشمندی و بخش دوم مربوط به میزان پیگیری و فعالیت حوزه‌های ارزشمندی است. هر یک از این حوزه‌ها در هر دو

جدول ۳. مراحل خط پایه و شروع درمان آزمودنی‌ها

آزمودنی‌ها	هفته اول	هفته دوم	هفته سوم	هفته چهارم
اول	خط پایه ۲،۱	خط پایه ۳،۳ شروع درمان		
دوم	خط پایه ۲،۱	خط پایه ۴،۳	شروع درمان	
سوم	خط پایه ۲،۱	خط پایه ۴،۳	خط پایه ۵	شروع درمان
چهارم	خط پایه ۲،۱	خط پایه ۳،۳ شروع درمان		
پنجم	خط پایه ۲،۱	خط پایه ۴،۳	شروع درمان	
ششم	خط پایه ۲،۱	خط پایه ۴،۳	خط پایه ۵	شروع درمان

یافته‌های پژوهش

شفقت در مقیاس اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری پذیرش و عمل، ارزش‌های زندگی و خود شفقت‌ورزی در سه مرحله خط پایه، مرحله درمان و مرحله پیگیری نشان می‌دهد.

در جدول ۴، اطلاعات جمعیت‌شناختی و نوع مداخله مشاهده می‌شود. جدول ۵ و ۶ و نمودار ۱ به ترتیب آماره‌های توصیفی آزمودنی‌ها را در ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر

جدول ۴. اطلاعات جمعیت‌شناختی و نوع مداخله

آزمودنی	اختلال	سن	جنس	تاهل	تحصیلات	سابقه دارو	مدت اختلال	مداخله
اول	اضطراب اجتماعی خاص	۲۸	مرد	متاهل	ارشد	-	۱ سال	ماتریکس اکت
دوم	اضطراب اجتماعی فراگیر	۲۶	زن	متاهل	ارشد	یک دوره	۲ سال	ماتریکس اکت
سوم	اضطراب اجتماعی فراگیر	۲۰	مرد	مجرد	کارشناسی	-	۱ سال	ماتریکس اکت
چهارم	اضطراب اجتماعی خاص	۲۷	زن	مجرد	ارشد	-	۱ سال	اکت/شفقت
پنجم	اضطراب اجتماعی فراگیر	۲۵	مرد	متاهل	کارشناسی	یک دوره	۱ سال	اکت/شفقت
ششم	اضطراب اجتماعی فراگیر	۲۲	مرد	متاهل	کارشناسی	-	۱ سال	اکت/شفقت

جدول ۵. روند تغییر مراحل خط پایه، درمان و پیگیری در ماتریکس درمان پذیرش و تعهد

آزمودنی	متغیر	خط پایه										درصد بهبودی	شاخص ت پایا			
		۱	۲	۳	۴	۵	ج ۲	ج ۳	ج ۴	ج ۵	ج ۶			ج ۷	ج ۸	ج ۹
اول	SAD	۹۴	۹۶	۹۶	-	-	۹۰	۶۴	۴۶	۴۲	۳۷	۳۳	۳۱	۲۷	-۲/۴۶	۶۵/۴
	AAQ	۲۶	۲۵	۲۵	-	-	-	-	-	۳۰	۳۶	۳۶	۴۳	۴۳	۳/۳۵	۶۵/۸
	VL	۱۰۱	۱۰۰	۱۰۰	-	-	-	-	-	-	-	-	۱۶۵	۱۶۵	۳/۷۶	۶۴/۴
دوم	SCS	۲۱	۲۰	۲۰	-	-	-	-	-	-	-	۳۳	۳۵	۳۶	۴/۳۷	۷۲/۱
	SAD	۱۰۶	۱۰۸	۱۰۹	-	-	۹۸	۸۸	۸۰	۷۳	۵۵	۳۰	۳۰	۲۸	-۴/۸۷	۷۲/۱
	AAQ	۲۱	۲۱	۲۲	-	-	-	-	۲۸	۳۵	۳۷	۳۸	۳۹	۳۹	۴/۲۱	۷۶/۷
سوم	VL	۱۰۸	۱۰۶	۱۰۷	-	-	-	-	-	-	۱۵۰	۱۶۸	۱۸۰	۱۸۱	۳/۴۵	۶۸/۲
	SCS	۲۳	۲۲	۲۲	-	-	-	-	-	-	-	۳۴	۳۸	۳۹	۳/۸۷	۷۰/۷
	SAD	۱۲۲	۱۲۳	۱۲۶	-	-	۱۱۸	۱۰۸	۹۵	۸۱	۷۰	۶۰	۵۹	۵۷	-۲/۹۸	۵۱/۸
سوم	AAQ	۲۱	۲۱	۲۲	-	-	۲۲	۲۲	۲۲	۲۵	۲۸	۳۰	۳۴	۳۵	۲/۸۶	۵۷/۴
	VL	۹۶	۹۵	۹۶	-	-	۹۵	۹۵	-	-	-	۱۳۰	۱۴۸	۱۴۹	۲/۶۵	۵۵/۱
	SCS	۲۳	۲۲	۲۳	-	-	-	-	-	-	-	۳۳	۳۵	۳۵	۳/۵۴	۵۶/۲

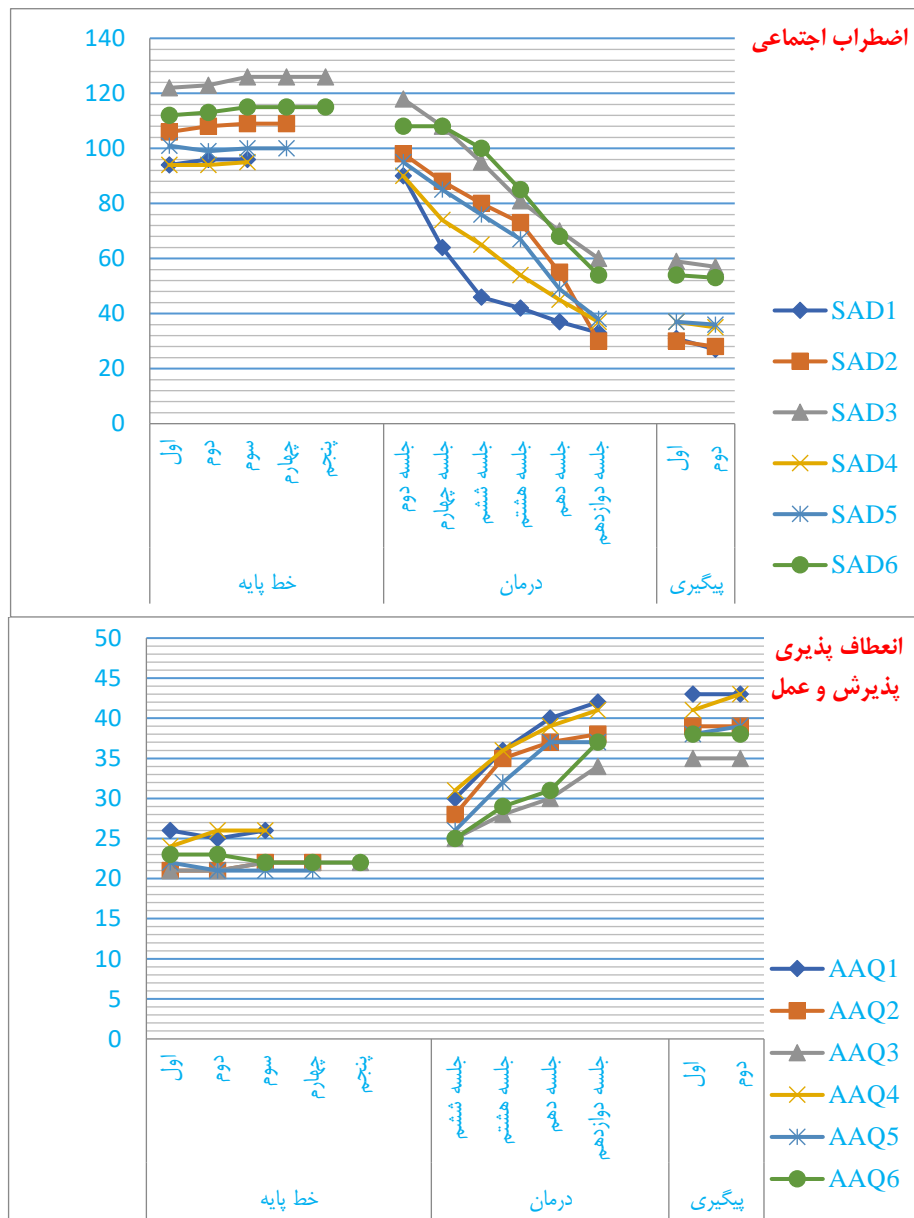
علامت منفی (-) نشان تغییر کاهش نمره‌ها می‌باشد

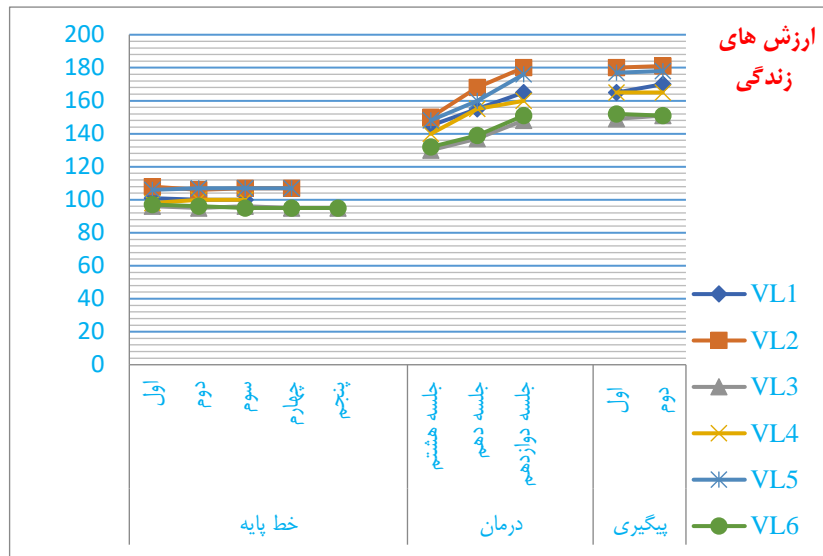
مقیاس اضطراب اجتماعی (SAD)، انعطاف‌پذیری پذیرش و عمل (AAQ)، زندگی ارزشمند (VL) و خود شفقت‌ورزی (SCS).

جدول ۶. روند تغییر مراحل خط پایه، درمان و پیگیری در درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت

آزمودنی	متغیر	خط پایه										درمان	پیگیری						
		شاخص درصد بهبودی																	
		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰								
چهارم	SAD	۹۴	۹۴	۹۵	-	-	-	-	-	-	-	۶۵	۷۴	۹۰	۳۷	۳۷	۳۵	-۳/۵	۶۰/۷
	AAQ	۲۴	۲۶	۲۶	-	-	-	-	-	-	-	۳۱	-	-	۴۱	۴۱	۴۳	۳/۷۹	۶۱/۸
	VL	۹۸	۱۰۰	۱۰۰	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۱۶۰	۱۵۵	۱۶۵	۳/۵۳	۶۱
	SCS	۲۱	۲۲	۲۱	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۳۰	۳۵	۳۷	۳/۹۸	۶۱/۱
پنجم	SAD	۱۰۱	۹۹	۱۰۰	۱۰۰	-	-	-	-	-	-	۷۶	۸۵	۹۵	۲۸	۲۸	۲۶	-۳/۸	۶۲
	AAQ	۲۲	۲۱	۲۱	۲۱	-	-	-	-	-	-	۲۶	-	-	۳۷	۳۷	۳۹	۴/۴۵	۷۴/۱
	VL	۱۰۶	۱۰۷	۱۰۷	۱۰۷	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۱۷۶	۱۶۰	۱۷۸	۴/۱	۶۴/۸
	SCS	۲۱	۲۲	۲۲	۲۲	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۳۵	۳۸	۴۰	۴/۳۵	۷۴/۱
ششم	SAD	۱۱۲	۱۱۳	۱۱۵	۱۱۵	۱۱۵	-	-	-	-	-	۱۰۰	۱۰۸	۱۰۸	۵۴	۵۴	۵۳	-۲/۸	۵۱/۸
	AAQ	۲۳	۲۳	۲۲	۲۲	۲۲	-	-	-	-	-	۲۵	-	-	۳۱	۳۷	۲۸	۳/۷۶	۶۵/۱
	VL	۹۷	۹۶	۹۵	۹۵	۹۵	-	-	-	-	-	-	-	-	۱۳۹	۱۵۱	۱۵۱	۳/۸۷	۵۸
	SCS	۲۱	۲۲	۲۱	۲۲	۲۲	-	-	-	-	-	-	-	-	۳۲	۳۴	۳۵	۴/۳۳	۶۶/۶

علامت منفی (-) نشان تغییر کاهش نمره‌ها می‌باشد





نمودار ۱. روند تغییرات نمره‌های مقیاس اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری پذیرش و عمل، ارزش‌های زندگی و خود شفقت‌ورزی در سه مرحله خط پایه، مرحله درمان و مرحله پیگیری ماتریکس اکت و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت

در بررسی شاخص‌های ششگانه کارایی بالینی از دیدگاه اینگرم و همکاران (۵۲) نتایج زیر بدست آمد:

۱. اندازه تغییر (چقدر کاهش یا افزایش در آماج‌های اصلی درمان رخ داده است؟): همانطور که در جدول ۵ و ۶ و نمودار ۱ نشان می‌دهد، یافته‌های پژوهش حاکی از این است که گروه ماتریکس درمان پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب اجتماعی موثر است. چرا که درصد بهبودی در سه آزمودنی در آخرین مرحله درمان به ترتیب ۶۵.۴، ۷۲.۱ و ۵۱.۸ مشاهده شد. و میزان بهبود کلی در آخرین مرحله درمان و پیگیری به ترتیب ۶۳.۱ و ۶۵.۴ درصد بود. همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که گروه درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در کاهش اضطراب اجتماعی موثر است. چرا که درصد بهبودی در سه آزمودنی در آخرین

مرحله درمان به ترتیب ۶۰.۷، ۶۱ و ۵۱.۸ مشاهده شد. و میزان بهبود کلی در آخرین مرحله درمان و پیگیری به ترتیب ۵۸.۱ و ۵۹.۴ درصد بود. بنابراین سطح نمره‌های شش آزمودنی در آخرین مرحله درمان و مرحله پیگیری در مقایسه با میانگین خط‌پایه کاهش داشته و تغییراتی در آنها مشاهده می‌شود. بر اساس ملاک دوگانه محافظه کارانه فیشر و همکاران، (۲۰۰۳) میزان کارایی نسبی هر دو روش درمانی برای متغیر اضطراب اجتماعی در مرحله پس از درمان تقریباً برابر است و در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است و بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد (۵۵) هر دو روش درمانی در طبقه موفقیت در درمان قرار می‌گیرند. شاخص تغییر پایا در هر دو روش درمانی، در متغیر اضطراب اجتماعی، در مرحله

روش درمانی، در طبقه موفقیت در درمان قرار می‌گیرند. شاخص تغییر پایا در هر دو روش درمانی در متغیر خود شفقت‌ورزی، در مرحله درمان و پیگیری بزرگتر از مقدار ($Z > 1.96$) بود و به این معنی است که پیشرفت یا بهبودی از لحاظ بالینی معنادار است.

۲. کلیت تغییر (چند درصد از بیماران تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟): یافته‌های پژوهش نشان داد که شش آزمودنی در متغیرهای اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری، زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری تغییرات محسوسی در آماج درمانی داشته‌اند و این تغییرات نیز معنادار بود.

۳. عمومیت تغییر (در سایر حوزه‌های زندگی مثل عملکرد اجتماعی، شغلی و تحصیلی چقدر تغییر رخ داده است؟): مقیاس ارزیابی کلی عملکرد (GAF) حاکی از این است که هر شش آزمودنی بعد از فرآیند درمان و پیگیری در عملکرد بین فردی و اجتماعی پیشرفت کرده‌اند (جدول ۷).

جدول ۷: نمره‌های آزمودنی‌ها در مقیاس ارزیابی کلی عملکرد

آزمودنی‌ها	قبل از درمان	پس از درمان (پیگیری)
اول	۴۵	۷۰
دوم	۴۲	۷۵
سوم	۴۲	۶۲
چهارم	۴۸	۷۰
پنجم	۴۵	۷۲
ششم	۴۲	۶۵

همچنین پس از اتمام دوره پیگیری، با ارزیابی‌هایی که درمانگر از مهارت‌های دیدگاه‌گیری (شفقت)، خود شفقت‌ورزی و چشم انداز‌گزینی و همچنین افزایش قابل ملاحظه در پرسشنامه ارزش‌های زندگی ویلسون در گروه ماتریکس درمان پذیرش و تعهد به عمل آورد حاکی از پیشرفت قابل ملاحظه در مهارت‌های بین فردی، اجتماعی و عملکردی درمانجویان بود. و همچنین ارزیابی‌ها در گروه درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت (مهارت در دیدگاه‌گیری و خود شفقت‌ورزی) و افزایش قابل ملاحظه در پرسشنامه ارزش‌های زندگی نیز حاکی از پیشرفت در این مهارت‌ها بود.

۴. میزان پذیرش (افراد تا چه اندازه در فرآیند درمان مشارکت داشته‌اند و آن را به پایان رسانده‌اند؟): در پژوهش حاضر، رایگان بودن هزینه درمان و انعطاف‌پذیری بالای هر دو روش درمان یکپارچه‌نگر که متمرکز بر دیدگاه‌گیری و شفقت، تمرین‌های تجربی و آموزشی بودند باعث شد هر شش آزمودنی با انگیزه بالا تا آخر درمان و دوره پیگیری حضور داشته باشند.

۵. ایمنی (آیا در اثر درمان، سلامت جسمی و روانی بیماران افزایش یافته است؟): نتایج پژوهش نشان داد که هر دو روش درمانی در کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، ارزش‌های

درمان و پیگیری کوچکتر از مقدار ($Z < -1.96$) بود و به این معنی است که پیشرفت یا بهبودی از لحاظ بالینی معنادار است.

یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد که گروه ماتریکس درمان پذیرش و تعهد در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی موثر است چراکه در صد بهبودی در سه آزمودنی در مرحله آخر درمان به ترتیب ۶۵.۸، ۷۶.۷ و ۵۷.۴ درصد مشاهده شد و میزان بهبود کلی در جلسه آخر درمان، ۶۶ درصد و در دوره پیگیری ۷۱ درصد بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که گروه درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی موثر است چراکه درصد بهبودی در سه آزمودنی در مرحله آخر درمان به ترتیب ۶۱.۸، ۷۴.۱ و ۶۵.۱ درصد مشاهده شد. و میزان بهبود کلی در آخرین مرحله درمان و پیگیری به ترتیب ۶۷ درصد و ۷۳.۱ درصد بود. بر اساس ملاک دوگانه محافظه کارانه فیشر و همکاران (۲۰۰۳)، میزان کارایی نسبی هر دو روش درمانی برای متغیر انعطاف‌پذیری در مرحله پس از درمان تقریباً برابر است و در مرحله پیگیری نیز تفاوت داشته است و بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد، هر دو روش درمانی در طبقه موفقیت در درمان قرار می‌گیرند. شاخص تغییر پایا در هر دو روش درمانی در متغیر انعطاف‌پذیری، در مرحله درمان و پیگیری بزرگتر از مقدار ($Z > 1.96$) بود و به این معنی است که پیشرفت یا بهبودی از لحاظ بالینی معنادار است.

نتایج پژوهش نشان داد که گروه ماتریکس درمان پذیرش و تعهد در افزایش ارزش‌های زندگی موثر است چراکه در صد بهبود کلی در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری به ترتیب ۶۲.۵ و ۶۴.۳ مشاهده شد. همچنین نتایج نشان داد که گروه درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در افزایش ارزش‌های زندگی موثر است چراکه در صد بهبود کلی در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری به ترتیب ۶۱.۲ و ۶۳.۵ درصد می‌باشد. این روند در شش آزمودنی افزایش قابل ملاحظه‌ای در ارزش‌های زندگی نشان می‌دهد. بر اساس ملاک دوگانه محافظه کارانه فیشر و همکاران، میزان کارایی نسبی هر دو روش درمانی برای متغیر ارزش‌های زندگی در مرحله پس از درمان تقریباً برابر است و در مرحله پیگیری نیز تفاوت داشته است و بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد، هر دو روش درمانی در طبقه موفقیت در درمان قرار می‌گیرند. شاخص تغییر پایا در هر دو روش درمانی در متغیر ارزش‌های زندگی، در مرحله درمان و پیگیری بزرگتر از مقدار ($Z > 1.96$) بود و به این معنی است که پیشرفت یا بهبودی از لحاظ بالینی معنادار است.

یافته‌های پژوهش نشان داد که گروه ماتریکس درمان پذیرش و تعهد در افزایش خود شفقت-ورزی موثر است چراکه در صد بهبود کلی در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری به ترتیب ۶۸.۵ و ۷۲.۵ است. یافته‌های پژوهش نشان داد که گروه درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در افزایش خود شفقت-ورزی موثر است چراکه در صد بهبود کلی در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری به ترتیب ۶۸.۲ و ۷۰.۷ درصد می‌باشد. این روند در شش آزمودنی افزایش قابل ملاحظه‌ای در خود شفقت‌ورزی نشان می‌دهد. بر اساس ملاک دوگانه محافظه کارانه فیشر و همکاران، میزان کارایی نسبی هر دو روش درمانی برای متغیر خود شفقت‌ورزی در مرحله پس از درمان تقریباً برابر است و در مرحله پیگیری نیز تفاوت داشته است و بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد، هر دو

زندگی و خود شفقت‌ورزی تقریباً به یک اندازه موثر بودند؛ و وضعیت نمره‌های شش آزمودنی در مقیاس ارزیابی کلی عملکرد و بهبود عملکرد در سایر حوزه‌های زندگی دلیل دیگری برای این ادعا می‌باشد.

۶. ثبات (دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته است؟): نتیجه دو ماه پیگیری و همچنین بر اساس ملاک دوگانه محافظه کارانه فیشر و همکاران، در پژوهش حاضر نشان داد که هر دو روش درمانی یکپارچه-نگر در آماج‌های درمان (بهبودی معنادار) دوام داشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف ارزیابی اثربخشی و کارایی دو مداخله یکپارچه‌نگر ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری پذیرش و عمل، زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی در مرحله درمان و پیگیری انجام شد. یادآور می‌شود که تاکنون در مورد اثربخشی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد بر اختلال اضطراب اجتماعی، پژوهشی انجام نشده است. از این رو، از نتایج پژوهش‌های غیر مستقیم همسو با پژوهش حاضر از جمله اثر بخش بودن درمان پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت بر اختلال اضطراب اجتماعی استفاده می‌شود. سپس همه آنها در الگوی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد تبیین می‌شوند.

بررسی نتایج نشان داد که ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در کاهش اضطراب اجتماعی در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری موثر و معنادار است. همچنین نتایج این پژوهش در مرحله پیگیری نیز نشان دهنده تداوم اثربخشی و کارایی این دو مداخله یکپارچه‌نگر بر نشانگان اضطراب اجتماعی بود. نتایج این پژوهش در ماتریکس درمان پذیرش و تعهد همسو با پژوهش‌های بر سما و همکاران (۲۸)؛ برتون و همکاران (۳۹)؛ میر شریف‌نیا و همکاران (۳۵)؛ نلسون (۳۶)؛ یابنده و همکاران (۵۶)؛ استادیان خانی و همکاران (۵۷)؛ کراسک و همکاران (۵۸) است. پژوهش‌های دیگری نشان می‌دهند درمان مبتنی بر شفقت با کاهش اضطراب اجتماعی مرتبط است (اسماعیلی، و همکاران (۳۰)، ورنر و همکاران (۵۹)، آلن و همکاران (۶۰)، هیمبرگ و همکاران (۶۱)، در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که از دیدگاه ماتریکس درمان پذیرش و تعهد، درمانجویان یاد می‌گیرند با تغییر کارکردها و رابطه با تجربه‌های ذهنی و درونی به واسطه توجه‌آگاهی ماتریکس و مهارت در دقت کردن به تفاوت بین تجربه‌های حسی و ذهنی و تفاوت بین رفتارهای دور شدن و پیش‌رفتن، فرآیند پذیرش و گسلش را تجربه کنند. و بدون همجوشی و گرفتار شدن در دام قلاب‌های توجه دزد با تمرین‌های تجربی تحلیل کارکرد اجرایی و هدایت انرژی به سمت راست ماتریکس (آیکیدوی کلامی) توجه خود را به چشم‌انداز اینجا و اکنون معطوف ساخته و در نهایت با دیدگاه‌گیری، خود شفقت‌ورزی و پیش‌بینی قلاب‌های آتی (چشم-انداز‌گزینی) از دام رفتارهای دور شدن یا اجتناب تجربه‌ای رها شوند و بوسیله رابطه با خود به عنوان بافت از تاثیر و نفوذ قلاب‌های توجه دزد و رفتارهای ناکارآمد بر زندگی‌شان کاسته و به سوی زندگی کارآمد حرکتی منسجم داشته باشند. در همین راستا، از دیدگاه درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت، افراد مضطرب از بین سه سیستم تنظیم

هیجان، سیستم متمرکز بر تهدید آنها همیشه فعال است. این سیستم باعث هیجان‌هایی نظیر اضطراب، خشم یا بی‌زاری می‌شود (۶۲). هدف درمان متمرکز بر شفقت فعال نمودن سیستم متمرکز بر ایمنی است تا مراجع را به رضایت، آرامش و بهزیستی برساند. تمرکز بر هیجان‌های مثبت باعث می‌شود که هیجان‌های منفی به حداقل ممکن برسند چرا که ما ظرفیت محدودی برای توجه به انواع هیجان‌ها داریم (۶۳). بنابراین درمان‌جویان یاد می‌گیرند که با سنجش کارکردها و رابطه شفقت‌آمیز با دردها و رنج‌های درونی، سیستم تهدید و محافظت (آمیگدال، لیمبیک) که آن نقش مهمی در استرس بالا و نگرانی دارد کنترل کرده و باعث کاهش اضطراب اجتماعی شده و کارکرد سیستم انگیزشی (دوپامین) و سیستم ایمنی را فعال می‌کند. تحریک سیستم ایمنی، ادراک خطر و تهدیدات را کاهش داده و رفتارهای مراقبتی، همدلانه و مشفقانه با دیگران را افزایش می‌دهد و باعث بدست آوردن تعادل می‌شود. و همچنین این مهربانی با خود موجب ترشح هورمون اکسی توسین می‌شود و از میزان ترس و اضطراب می‌کاهد. و کورتیزول که با استرس رابطه دارد کاهش می‌یابد (۲۵). بنابراین به نظر می‌رسد که هر دو الگوی یکپارچه‌نگر در بهبود نشانگان اضطراب اجتماعی به یک اندازه موثر و کارایی دارند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در افزایش انعطاف‌پذیری پذیرش و عمل در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری موثر و معنادار است. همچنین نتایج این پژوهش در مرحله پیگیری نیز نشان دهنده تداوم اثربخشی و کارایی این دو مداخله یکپارچه‌نگر بر افزایش انعطاف-پذیری بود. این نتایج در ماتریکس درمان پذیرش و تعهد با پژوهش روحی و همکاران (۳۱)، هزاوهای و همکاران (۶۴)، زارع (۶۵)، آزاده و همکاران (۶۶)، همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمانجویان با تمرین‌های تجربی ماتریکس یاد می‌گیرند که با ترسیم نمودار ماتریکس و توجه و دقت کردن به تفاوت‌ها، فرآیند انعطاف‌پذیری پذیرش و گسلش را تجربه کنند و توجه خود را به چشم‌انداز اینجا و اکنون معطوف ساخته تا با مهارت‌های بین فردی ماتریکس، درک همدلانه، دیدگاه‌گیری و آموزش خود شفقت‌ورزی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خود را افزایش دهند. در درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت، این فرآیند حاصل مجموعه‌ای از استعاره‌ها و تمرین‌های تجربی مبتنی بر الگوی شش ضلعی همچون پذیرش، گسلش، خود به عنوان بافت، رابطه با لحظه حال، روشن‌سازی ارزش‌ها، عمل متعهدانه توأم با آموزش شفقت به خود و توجه‌آگاهی شفقت‌آمیز است که باعث افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، عاطفی و رفتاری و روابط بین فردی درمانجویان می‌شود. تفکر شفقت‌آمیز، رفتار شفقت‌آمیز و تصویرسازی شفقت‌آمیز با توجه‌آگاهی ایجاد می‌شوند. توجه‌آگاهی به افراد می‌آموزد تا چطور به دنیاهای درونی و بیرونی خود با کنجکاو، مهربانی و عدم قضاوت توجه کنند (۶۷) و به آنها کمک می‌کند تا از ذهنیت‌های نشخوارگر خود و آسیب‌ها آگاه شوند (۶۸). بنابراین به نظر می‌رسد که هر دو الگوی یکپارچه‌نگر در بهبود انعطاف‌پذیری پذیرش و عمل تقریباً به یک اندازه موثر و کارایی دارند.

شفقت‌آمیز، احساسات شفقت‌آمیز و رفتار شفقت‌آمیز در بافت اجتماعی و روابط بین‌فردی می‌سازد. از دیدگاه درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت، آموزش خود شفقت‌ورزی، موجب تسهیل تغییر عاطفی به-منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود می‌شود که انتقاد از خود را تضعیف کرده، پذیرش خود را بیشتر و آشفستگی عاطفی واسترس‌های ناشی از آن را کاهش می‌دهد؛ از این‌رو، فرد را قادر به پذیرش خود علیرغم داشتن بی‌کفایتی، نقص، شکست و فرد یاد می‌گیرد همان مهربانی که به دیگران ابراز می‌کند به خودش نیز معطوف کند (۲۴). بنابراین دو الگوهای یکپارچه‌نگر به دنبال آن است که به دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی فراگیر و خاص بیاموزد که چگونه با دیدگاه-گیری از قلاب‌های توجه دزد و سیستم تهدید و محافظت بگسلند، و به جای گیر افتادن در گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده (خود محتوایی) در زمان حال زندگی کنند، و از داستان‌های چسبناک پشت صحنه ماتریکس (زبان و شناخت) رها شوند، و با آگاه شدن بیشتر از نمودارهای ماتریکس و سنجش کارکردی، به ارزش‌ها و افراد مهم زندگی خود توجه کنند و در نهایت بتوانند بدون اتکا به احساس و حال بهتر، به ارزش‌های شخصی منحصر به فرد، خود شفقت‌ورزی، زندگی با نشاط و معنادار دست یابند.

از آنجا که انسان یک مجموعه یکپارچه و تجزیه‌ناپذیر است، سلامت روانی کامل وی زمانی تحقق می‌یابد که وحدت وانسجام این سیستم حفظ گردد و اجزای مختلف آن با یکدیگر هماهنگ عمل نمایند. توجه روزافزون روان‌شناسان و درمان‌گران به این حقیقت، موجب شده است که در دهه‌های اخیر روش‌های کل‌نگر مورد توجه جدی روان‌درمان-گران قرار گیرد. از این‌رو، اکنون آنها در جستجوی روش‌های نوینی برآمده‌اند که بتواند کل وجود فرد را به صورت یکپارچه تحت تأثیر قرار دهد و همه شناخت‌ها، باورها، عواطف، هیجان‌ها و رفتارهای وی را به صورت منسجم و هماهنگ تغییر داده و او را در مسیر رشد و تکامل قرار دهد (۳۳). با توجه به نتایج پژوهش حاضر، گروه ماتریکس درمان پذیرش و تعهد نسبت به گروه درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت میزان بهبودی بیشتری در کاهش اضطراب اجتماعی، افزایش انعطاف-پذیری پذیرش و عمل، زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی نشان داد. بنابراین پروتکل فراتشخیصی یکپارچه‌نگر ماتریکس درمان پذیرش و تعهد نسبت به مداخله دیگر برتر است. بنابراین این پژوهش از اثربخشی و کارایی بالینی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی حمایت می‌کند.

سازوکارهایی که به اثربخشی بیشتر ماتریکس درمان پذیرش و تعهد کمک می‌کند عبارت است از:

۱. نمودار ماتریکس: ماتریکس ابزار مهمی برای توجه‌آگاهی دیداری با نمودار ماتریکس است. این ابزار عینی به تسریع فرآیند انعطاف‌پذیری گسلش، پذیرش، خویش‌مشاهده‌گر، رابطه با زمان حال و هدف‌های مهم و اقدامات متعهدانه کمک شایانی می‌کند. همچنین این نمودار تمام مفاهیم ماتریکس را ساده، قابل درک و یکپارچه می‌کند.
۲. در ماتریکس اکت فرآیند اتحاد درمانی، رابطه درمانی و سنجش کارکردی و تجربه کردن و پذیرش مشتاقانه هیجان‌های دشوار در

نتایج پژوهش نشان داد که ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در افزایش ارزش‌های زندگی در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری موثر و معنادار است. همچنین نتایج این پژوهش در مرحله پیگیری نیز نشان دهنده تداوم اثربخشی و کارایی این دو مداخله یکپارچه‌نگر بر افزایش ارزش‌های زندگی بود. این نتایج با پژوهش‌های میرشریفا و همکاران (۳۵)، آزاده و همکاران (۶۶)، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که بر اساس نظریه چهارچوب روابط ذهنی یا پشت صحنه ماتریکس (زبان و شناخت) افراد بطور معمول در موقعیت‌های پر استرس و بین‌فردی از تجربه‌های ذهنی و درونی ناخوشایند و دردناک اجتناب می‌کنند و بیش از حد با کنترل افراطی به آن‌ها پاسخ می‌دهند (۶۹). در چنین شرایطی فرد نمی‌تواند بین رفتار دور شدن و پیش رفتن تمایزی قائل شود و ذهنش بطور دائم به او می‌گوید که باید موقعیت را کنترل کنیم تا افکار و احساسات ناخوشایند یا قلاب‌های ذهنی و هیجانی و تجربه‌های حسی بدنی حذف شوند. چنین نگرش منتقدانه و سخت‌گیرانه به خود، تضاد کامل با خود شفقت‌ورزی است و مانع هدف‌های ارزشمند زندگی می‌شود. از این‌رو، ماتریکس درمان پذیرش و تعهد با ساده‌سازی ارزش‌ها و با طراحی مجدد آن به ایجاد تفاوت بین رفتارهای دور شدن و پیش رفتن کمک می‌کند، و این اجازه را می‌دهد تا ارزش‌ها فرآیند اساسی را از همان سرآغاز به خود اختصاص دهند (۳۳). همچنین فعال‌سازی سامانه شفقت در کنار توجه‌آگاهی می‌تواند شجاعت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مضاعفی را برای رویارو شدن با چالش‌های زندگی فراهم کند (۶۹). تمرین کردن با ابعاد مختلف شفقت، کیفیت زندگی را افزایش داده و کارکرد مغز را در حوزه سیستم‌های تنظیم هیجان تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷۰). بنابراین به نظر می‌رسد که هر دو الگوی یکپارچه‌نگر در بهبود ارزش‌های زندگی تقریباً به یک اندازه موثر و کارایی دارند.

نتایج این پژوهش نشان داد که ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در افزایش خود شفقت‌ورزی در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری موثر و معنادار است. همچنین نتایج این پژوهش در مرحله پیگیری نیز نشان دهنده تداوم اثربخشی و کارایی ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی بر افزایش خود شفقت‌ورزی است. این نتایج با پژوهش‌های روحی و همکاران (۳۱)؛ پورصالح پور و همکاران (۳۲)، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی سطح بالایی از خودانتقادگری نشان می‌دهند (۷۱). و خود شفقت‌ورزی پادزهر سوگیری‌های شناختی برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به شمار می‌رود (۲۴). و آن دربردارنده توانایی برای ثبت هیجان‌ها و استفاده از اطلاعات برای هدایت افکار و اعمال است (۷۲). به بیان دقیق‌تر، محتوای خود شفقت-ورزی بر تمرین‌های تن‌آرامی، مراقبه و توجه‌آگاهی ماتریکس متمرکز است که می‌تواند بطور غیرمستقیم، استرس و اضطراب را کاهش دهد. و تفکر شفقت‌آمیز، احساسات شفقت‌آمیز و تصویرسازی شفقت‌آمیز که از عناصر مهم توجه‌آگاهی ماتریکس است به یک آگاهی متعادل و روشن معطوف به زمان حال تحول پیدا می‌کند و باعث می‌شود که فرد به جنبه‌های دردناک تجربه‌اش (افکار، احساسات، هیجان‌ها، حس‌های بدنی و خاطرات) گشوده و به آنها معنی بخشد و همچنین از آنها افکار

مسائل تعاملی و بین فردی و فهم کارکردهای زبان را ساده تر کرده و عوامل مقاومت به درمان را کاهش می دهد، و آن موجب انعطاف پذیری شناختی، هیجانی و رفتاری شده و میزان تاب آوری و تحمل دردها و رنج های عاطفی را از طریق توجه آگاهی ماتریکس، خود به عنوان بافت و دنبال کردن هدف های ارزشمندانه افزایش می دهد.

۳. مفهوم پردازی ماتریکس اکت، یک روند و فرآیندی از آسیب شناسی و تداوم اختلال روان شناختی است که مبتنی بر فرض های بنیادی ماتریکس قرار دارد. مفهوم پردازی ماتریکس قطب نمای درمانگر است که طرح و مسیر درمان را نشان می دهد. بدون آن، فرآیند درمان کارایی خود را از دست می دهد و درمانگر در مسیر درمان گم می شود.

۴. آموزش «توجه آگاهی شفقت آمیز» از طریق ماتریکس و درمان مبتنی بر شفقت، مواجه شدن با رنج ها و برخورد گرم و مهربانانه با آنها، فضایی محبت آمیز و اشتیاق انگیز در ذهن باز می کند به نحوی که فرد می تواند هیجان های منفی خود را مهار کرده و با انگیزش مثبت به سلامت و بهبودی خود کمک نماید. بنابراین، اگر ماتریکس اکت بدون رابطه درمانی، تحلیل و سنجش کارکردی (بین فردی) و بدون تجربه کردن و آگاه شدن احساسات دردناک در درمانجویان اجرا شود. بدون شک عوامل مقاومت به درمان افزایش داده و ممکن است این پیش فرض اولیه در آزمودنی ها مبنی بر اینکه که این مداخله موثر نیست شیوع پیدا کند.

۵. زمانی که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی به تدریج در فرآیند درمان و بافت به پیش می روند، ممکن است برانگیزنده های ذهنی و درونی با شدت بیشتری در درون بافت راه اندازی شوند و قلاب های توجه دزد، با نمایی از خودمحتوایی، خودفرآیندی، کمال گرایی و طرحواره ها همراه گردد. در چنین وضعیتی رابطه درمانی، و علی رغم اینکه فرد آموخته است که از خودش بیرسد در کجای ماتریکس قرار دارد تا در درون قلاب های توجه دزد نیافتد، ضرورت دارد پس از فرآیند توجه آگاهی ماتریکس، تمرین شفقت به خود، گسلش بر واژه ها و همچنین استلزام های چهارچوب روابط ذهنی (RFT) مثل سلسله مراتب، تضاد و ... از سر گرفته شود، تا درمانجو در وضعیت نسبی آرامش قرار گیرد و در ادامه به سمت توانمندی خویشتن مشاهده گر در چهار طرف نمودار ماتریکس راه یافته، تا از آن طریق بتواند هدف ارزشمند کنونی را بدون احساس تهدید دنبال کند.

پژوهش حاضر با محدودیت هایی مواجه است که بر تعمیم پذیری نتایج اثر می گذارد. اول اینکه تعمیم نتایج این پژوهش به جمعیت بالینی مشابه با احتیاط انجام گیرد. دوم خود گزارشی بودن متغیرهای مورد بررسی، سوم کوتاه بودن دوره پیگیری و چهارم اجرای بیش از ده بار ابزار پژوهش، بی میلی و بی رغبتی در درمانجویان ایجاد کرد.

به نظر می رسد افراد با اختلال اضطراب اجتماعی فراگیر، بیش تر از هر چیزی با مسائل خودمحتوایی، خودفرآیندی، خود مشاهده گری و داستان های چسبناک زندگی گذشته درگیر هستند. آنها با کوچکترین استرس و قرار گرفتن در فضا و موقعیت های بین فردی و تعاملی به- عنوان برانگیزاننده ها، تجربه هایی از حس های بدنی و هیجانی دردناک، همراه خود قضاوت گری، تنهایی و ناامیدی راه اندازی می شود. از این رو، به نظر می رسد که این دو درمان یکپارچه نگر با رابطه درمانی، سنجش

دقیق نمودار ماتریکس بین فردی و سنجش کارکردی متمرکز بر شفقت به این افراد کمک می کند که از شکل های بیرونی کشمکش های ذهنی که در بیشتر وقت ها باعث فاصله گرفتن دیگران از آنها می شود آگاه شده و به بهبود روابط بین فردی توأم با خود شفقت ورزی، دیدگاه گیری و انعطاف پذیری بین فردی بیافزایند. از این رو، پیشنهاد می شود که پرسشنامه ای برای اندازه گیری خودمحتوایی با محوریت مسائل بین- فردی با کیفیت روان سنجی بالا از نظر میزان حساسیت و دقت، توسط پژوهشگران بافتارگرایی کارکردی ساخته شود، و همچنین یافته های تکمیلی و مشترک بین طرحواره درمانی بافتاری، فرا شناخت درمانی، درمان مبتنی بر شفقت و ماتریکس درمان پذیرش و تعهد می تواند افق های جدیدتری را بر پژوهش های تجربی و بالینی در الگوهای تک- آزمودنی و گروه درمانی و همچنین نظریه پردازی نوین باز کند. بالین- حال، این پژوهش به شواهد پژوهشی و مقایسه ای بیش تری نیاز دارد تا بتوان به اثربخشی، کارایی بالینی، سازوکارها و نتایج ماتریکس اکت و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت اعتماد بیش تری کرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش دارای کد اخلاقی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز به شماره IR.IAU.SHIRAZ.REC.1400.010 می باشد.

اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش اخذ فرم رضایت بیماران برای شرکت داوطلبانه در مداخله ها به صورت کتبی، رعایت اصل رازداری، آگاه کردن آزمودنی ها از اهداف پژوهش، توجه به سلامت و آسایش آزمودنی ها، حق انتخاب برای شرکت یا عدم شرکت در پژوهش و برگزاری جلسات رایگان، مداخله نتایج پژوهش بدون ذکر نام افراد بود.

حامی مالی

این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول گروه روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز است و حامی مالی ندارد.

مشارکت نویسندگان

طراحی و مفهوم سازی: حمید اسدی و مسعود محمدی؛ روش شناسی، تجزیه و تحلیل داده ها؛ قاسم نظیری؛ اعتبار سنجی، ویرایش: اعظم داودی و همه نویسندگان؛ نظارت و نویسندگی: حمید اسدی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله بدون هیچ گونه حمایت مالی و تضاد منافع انجام شد.

سپاسگزاری

از تمامی دانشجویان داوطلب و همچنین از ریاست محترم مرکز خدمات روان شناسی و مشاوره شیوا تهران جناب آقای دکتر علی

سخت پاندمی کووید ۱۹ همکاری صمیمانه‌ای در تمام مراحل اجرایی پژوهش حاضر داشتند تشکر می‌شود.

References

1. Caouette JD, Guyer AE. Gaining insight into adolescent vulnerability for social anxiety from developmental cognitive neuroscience. *Dev Cogn Neurosci*. 2014; 8:65-76. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2013.10.003>
2. Rapee RM, MacLeod C, Carpenter L, Gaston JE, Frei J, Peters L, et al. Integrating cognitive bias modification into a standard cognitive behavioural treatment package for social phobia: A randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2013; 51 (4):207-15. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.01.005>
3. Taylor JH, Landeros-Weisenberger A, Coughlin C, Mulqueen J, Johnson JA, Gabriel D, et al. Ketamine for Social Anxiety Disorder: A Randomized, Placebo-Controlled Crossover Trial. *Neuropsychopharmacology*. 2018; 43 (2):325-33. <https://doi.org/10.1038/npp.2017.194>
4. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc. 2013; 21. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
5. Dryman MT, Gardner S, Weeks JW, Heimberg RG. Social anxiety disorder and quality of life: How fears of negative and positive evaluation relate to specific domains of life satisfaction. *J Anxiety Disord*. 2016; 38:1-8. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.12.003>
6. Alvi T, Kouros CD, Lee J, Fulford D, Tabak BA. Social anxiety is negatively associated with theory of mind and empathic accuracy. *J Abnorm Psychol*. 2020; 129 (1):108. <https://doi.org/10.1037/abn0000493>
7. Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL. Anxiety Disorders During Childhood and Adolescence: Origins and Treatment. *Ann Rev Clin Psych*. 2009; 5 (1):311-41. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.03.2408.153628>
8. Spence SH, Donovan CL, March S, Kenardy JA, Hearn CS. Generic versus disorder specific cognitive behavior therapy for social anxiety disorder in youth: A randomized controlled trial using internet delivery. *Behav Res Ther*. 2017; 90:41-57. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.12.003>
9. Kuckertz JM, Gildebrant E, Liliequist B, Karlström P, Våppling C, Bodlund O, et al. Moderation and mediation of the effect of attention training in social anxiety disorder. *Behav Res Ther*. 2014; 53:30-40. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.12.003>
10. Demir T, Karacetin G, Eralp Demir D, Uysal O. Prevalence and Some Psychosocial Characteristics of Social Anxiety Disorder in an Urban Population of Turkish Children and Adolescents. *Eur Psychiatry*. 2012; 28 (1):64-9. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.12.003>
11. Hacker T, Stone P, MacBeth A. Acceptance and commitment therapy – Do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *J Affect Disord*. 2016; 190:551-65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.053>
12. Kennedy AE, Whiting SW, Dixon MR. Improving novel food choices in preschool children using acceptance and commitment therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2014; 3 (4):228-35. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.10.002>
13. Bennett R, Oliver JE. Acceptance and commitment therapy: 100 key points and techniques: Routledge; 2019. <https://doi.org/10.4324/9781351056144>
14. Sloschower J, Guss J, Krause R, Wallace RM, Williams MT, Reed S, et al. Psilocybin-assisted therapy of major depressive disorder using Acceptance and Commitment Therapy as a therapeutic frame. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2020; 15:12-9. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.11.002>
15. Werner H, Young C, Hakeberg M, Wide U. A behavioural intervention for young adults with dental caries, using acceptance and commitment therapy (ACT): treatment manual and case illustration. *BMC Oral Health*. 2020; 20 (1):233. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01213-4>
16. Harley J. Bridging the Gap between Cognitive Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Procedia -*

- Social and Behavioral Sciences. 2015; 193:131-40.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.252>
17. Kohlenberg RJ, Tsai M, Kuczynski AM, Rae JR, Lagbas E, Lo J, et al. A brief, interpersonally oriented mindfulness intervention incorporating Functional Analytic Psychotherapy's model of awareness, courage and love. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2015; 4 (2):107-11.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.03.003>
 18. Wilson KG. *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*: New Harbinger Publications; 2009.
<https://psycnet.apa.org/record/2009-11521-000>
 19. Eifert GH, Forsyth JP. *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change*: New Harbinger Publications; 2005.
<https://psycnet.apa.org/record/2005-08147-000>
 20. Lev A, McKay M. *Acceptance and commitment therapy for couples: A clinician's guide to using mindfulness, values, and schema awareness to rebuild relationships*. Oakland, CA, US: Context Press/New Harbinger Publications; 2017. 2-10 p.
<https://psycnet.apa.org/record/2017-15578-000>
 21. Callaghan GM, Darrow SM. The role of functional assessment in third wave behavioral interventions: foundations and future directions for a fourth wave. *Current Opinion in Psychology*. 2015; 2:60-4.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.005>
 22. Gilbert P. An Introduction to Compassion Focused Therapy in Cognitive Behavior Therapy. *Int J Cogn Ther*. 2010; 3 (2):97-112.
<https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.97>
 23. Ozdemir B, Nesrin S. Examining the factors of self-compassion scale with canonical commonality analysis: Syrian sample. *Eurasian Journal of Educational Research*. 2017; 17 (70):19-36.
<http://dx.doi.org/10.14689/ejer.2017.70.2>
 24. Neff K. Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*. 2003; 2 (2):85-101.
<https://doi.org/10.1080/15298860309032>
 25. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2018; 15 (3):199-208.
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
 26. Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*. 2017; 3 (1):1743.
<https://acp.scholastic.aHQ.com/article/1743>
 27. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychol Med*. 2015; 45 (5):927-45.
<https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>
 28. Boersma K, Håkanson A, Salomonsson E, Johansson I. Compassion Focused Therapy to Counteract Shame, Self-Criticism and Isolation. A Replicated Single Case Experimental Study for Individuals With Social Anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2015; 45 (2):89-98.
<https://doi.org/10.1007/s10879-014-9286-8>
 29. Burton M, Schmertz SK, Price M, Masuda A, Anderson PL. The Relation Between Mindfulness and Fear of Negative Evaluation Over the Course of Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder. *J Clin Psychol*. 2013; 69 (3):222-8.
<https://doi.org/10.1002/jclp.21929>
 30. Esmaili L, Amiri S, Reza Abedi M, Molavi H. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy Focused on Self-Compassion on Social Anxiety of Adolescent Girls. *Clinical Psychology Studies*. 2018; 8 (30):117-37.
<https://dx.doi.org/10.22054/jcps.2018.8605>
 31. Roohi R, Soltani AA, Zinedine Meimand Z, Razavi Nematollahi V. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Increasing the Self-Compassion, Distress Tolerance, and Emotion Regulation in Students with Social Anxiety Disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2019; 6 (3):173-87.
<https://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.3.16>
 32. Poursaleh A, HAMID N, DAVODI I. The effectiveness of Compassion Mind Training (CMT) on social anxiety

- Symptoms & psychological capitals among female students with social anxiety disorder of Shahid Chamran University of Ahvaz. 2020.
<https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=776802>
33. Polk KL, Schoendorff B. The ACT matrix: A new approach to building psychological flexibility across settings and populations. Polk KL, Schoendorff B, editors. Oakland, CA, US: Context Press/New Harbinger Publications; 2014. 1-6 p.
<https://psycnet.apa.org/record/2014-20372-000>
 34. Polk KL, Schoendorff B, Webster M, Olaz FO. The essential guide to the ACT Matrix: A step-by-step approach to using the ACT Matrix model in clinical practice: New Harbinger Publications; 2016.
https://contextualscience.org/publications/the_essential_guide_to_the_act_matrix_a_stepbystep
 35. Mirsharifa SM, Mirzaian B, Dousti Y. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Matrix on Depression and Psychological Capital of the Patients with Irritable Bowel Syndrome. Open Access Maced J Med Sci. 2019; 7 (3):421-7.
<https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.076>
 36. Nelson C. University student anxiety and stress—exploring the feasibility, suitability, and benefits of ACT matrix group workshops for university students experiencing anxiety and stress: Laurentian University of Sudbury; 2020.
<https://zone.biblio.laurentian.ca/handle/10219/3402>
 37. Peyamannia B. The Effectiveness of ACT Matrix with compassion on cognitive emotion regulation strategy in Students with Test Anxiety Disorders. The Journal of New Thoughts on Education. 2021; 16 (4):217-36.
<https://doi.org/10.22051/jontoe.2020.24026.2494>
 38. Fletcher L, Hayes SC. Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. J Ration Emot Cogn Behav Ther. 2005; 23 (4):315-36.
<https://doi.org/10.1007/s10942-005-0017-7>
 39. Hayes SC. The roots of compassion. Chicago: Keynote: the fourth Acceptance and Commitment Therapy Summer Institute; 2008.
<http://www.globalpres.com/mediasite/Viewer/?peid=017fe6ef4b1544279d8cf27>
 40. Gilbert P. Training our minds in, with and for compassion. An introduction to concepts and compassion-focused exercises. Retrieved on. 2010; 21:2016.
<https://www.getselfhelp.co.uk/docs/GILBERT-COMPASSION-HANDOUT.pdf>
 41. 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.
<https://www.appi.org/products/structured-clinical-interview-for-dsm-5-scid-5>
 42. Heimberg RG, Horner KJ, Juster HR, Safren SA, Brown EJ, Schneier FR, et al. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. Psychol Med. 1999; 29 (1):199-212.
<https://doi.org/10.1017/S0033291798007879>
 43. Hassani J, Fayyazi M, Akbari A. Reliability, Validity, and Confirmatory Factor Structure of Persian Version of Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS). Social Psychology Research Quarterly. 2016; 6 (24):35-5 (In Persian).
<https://www.magiran.com/paper/1661657>
 44. Baker SL, Heinrichs N, Kim H-J, Hofmann SG. The Liebowitz social anxiety scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. Behav Res Ther. 2002; 40 (6):701-15.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00060-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00060-2)
 45. Liebowitz MR, Heimberg RG, Fresco DM, Travers J, Stein MB. Social Phobia or Social Anxiety Disorder: What's in a Name? Arch Gen Psychiatry. 2000; 57 (2):191-2.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.2.191-a>
 46. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. Behav Ther. 2011; 42 (4):676-88.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
 47. Abbasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire-II. JOURNAL OF PSYCHOLOGICAL

- MODELS AND METHODS. 2013; 3 (10):65-80.
<https://www.sid.ir/EN/JOURNAL/VIEWPAPER.ASPX?ID=365235>
48. Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clin Psychol Psychother.* 2011; 18 (3):250-5. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
 49. Ghorbani N, Watson PJ, Chen Z, Norballa F. Self-Compassion in Iranian Muslims: Relationships With Integrative Self-Knowledge, Mental Health, and Religious Orientation. *The International Journal for the Psychology of Religion.* 2012; 22 (2):106-18.
<https://doi.org/10.1080/10508619.2011.638601>
 50. Wilson KG, Sandoz EK, Kitchens J, Roberts M. The Valued Living Questionnaire: Defining and Measuring Valued Action within a Behavioral Framework. *The Psychological Record.* 2010; 60 (2):249-72.
<https://doi.org/10.1007/BF03395706>
 51. AKBARI M. The Reliability and Validity of Persian version of the Valued Living Questionnaire: based on Acceptance and Commitment approach. *CLINICAL PSYCHOLOGY & PERSONALITY (DANESHVAR RAFTAR).* 2018; 16 (1):239-49.
<https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=741926>
 52. Ingram RE, Hayes A, Scott W. Empirically supported treatments: A critical analysis. *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practices for the 21st century.* Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc.; 2000. p. 40-60.
<https://psycnet.apa.org/record/2001-00353-003>
 53. Fisher WW, Kelley ME, Lomas JE. VISUAL AIDS AND STRUCTURED CRITERIA FOR IMPROVING VISUAL INSPECTION AND INTERPRETATION OF SINGLE-CASE DESIGNS. *J Appl Behav Anal.* 2003; 36 (3):387-406.
<https://doi.org/10.1901/jaba.2003.36-387>
 54. Eisen SV, Ranganathan G, Seal P, Spiro A. Measuring Clinically Meaningful Change Following Mental Health Treatment. *The Journal of Behavioral Health Services & Research.* 2007; 34 (3):272-89.
<https://doi.org/10.1007/s11414-007-9066-2>
 55. Hamidpour H. The importance of methodology in cognitive behavioral research. *Baztab-e Danesh.* 2008; 3 (10):49-56 (In Persian).
 56. Yabandeh MR, Bagholi H, Sarvghad S, Kouroshnia M. Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy with Acceptance and Commitment Therapy on Reduction of Social Anxiety Disorder Symptoms. 2019.
<https://doi.20.1001.1.22285516.1398.10.36.10.7>
 57. Khani ZO, Moghadam MF. Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on Social Ad-justment and Social Phobia Among Physically-Disabled Persons.
<http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-1942-en.html>
 58. Craske MG, Niles AN, Burklund LJ, Wolitzky-Taylor KB, Vilardaga JCP, Arch JJ, et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: outcomes and moderators. *J Consult Clin Psychol.* 2014; 82 (6):1034.
<https://doi.org/10.1037/a0037212>
 59. Werner KH, Jazaieri H, Goldin PR, Ziv M, Heimberg RG, Gross JJ. Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress, & Coping.* 2012; 25 (5):543-58.
<https://doi.org/10.1080/10615806.2011.608842>
 60. Allen AB, Leary MR. Self-Compassion, Stress, and Coping. *Soc Personal Psychol Compass.* 2010; 4 (2):107-18.
<https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x>
 61. Heimberg RG, Brozovich FA, Rapee RM. Chapter 15 - A Cognitive Behavioral Model of Social Anxiety Disorder: Update and Extension. In: Hofmann SG, DiBartolo PM, editors. *Social Anxiety (Second Edition).* San Diego: Academic Press; 2010. p. 395-422.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375096-9.00015-8>
 62. Baumeister RF, Bratslavsky E, Finkenauer C, Vohs KD. Bad is Stronger than Good. *Rev Gen Psychol.* 2001; 5 (4):323-70.
<https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.4.323>
 63. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology. *Am*

- Psychol. 2010; 56:218-26.
<https://doi.org/10.1037/0003066X.56.3.218>
64. Hazavei F, Robotmeili S. The Effect of "Acceptance and Commitment Therapy" on Psychological Flexibility and Behavioral Inhibition of Adolescents with Social Anxiety Disorder. *Journal of Health Promotion Management*. 2019; 8 (6):18-29. <http://jhpm.ir/article-1-1016-en.html>
65. Zare H. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on improving the flexibility and cognitive fusion. *Social Cognition*. 2017; 6 (1):125-34. http://sc.journals.pnu.ac.ir/article_3880_657.html?lang=fa
66. Azadeh SM, Kazemi-Zahrani H, Besharat MA. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on interpersonal problems and psychological flexibility in female high school students with social anxiety disorder. *Global journal of health science*. 2016; 8 (3):131-8. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n3p131>
67. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006; 44 (1):1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
68. Besharat MA, Ali Bakhshi Z, Movahedi Nasab AA. Mediation effect of anger rumination on the relationship between dimensions of anger and anger control with physical ill-health. *Contemporary Psychology*. 2011; 5 (2):3-14 (In Persian). <http://ensani.ir/fa/article/343482>
69. Tirsch D, Schoendorff B, Silberstein LR. The ACT practitioner's guide to the science of compassion: Tools for fostering psychological flexibility: New Harbinger Publications; 2014. https://contextualscience.org/publications/the_act_practitioners_guide_to_the_science_of_comp
70. Bagley S. Train your mind: Change your brain. Ballantine Books. New York; 2008. https://www.goodreads.com/book/show/51368.Train_Your_Mind_Change_Your_Brain
71. Cox BJ, Fleet C, Stein MB. Self-criticism and social phobia in the US national comorbidity survey. *J Affect Disord*. 2004; 82 (2):227-34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.012>
72. Lutz A, Slagter HA, Dunne JD, Davidson RJ. Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends Cogn Sci*. 2008; 12 (4):163-9. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.01.005>
73. Hofmann SG, Hayes SC. The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*. 2019; 7 (1):37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>