

Comparison of the Effectiveness of ACT Matrix with CBT Based on Hofmann's Model on Social Anxiety Disorder

Asadi, H., Mohammadi, *M., Naziri, Gh., Davoodi, A.

مقایسه اثربخشی ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی با درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن بر اختلال اضطراب اجتماعی

حمید اسدی^۱، مسعود محمدی^۲، قاسم نظیری^۳، اعظم داودی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۰۳

Abstract

Introduction: Social anxiety disorder is one of the most difficult anxiety disorders in resistance to therapy. Therefore, the use of unified transdiagnostic experimental therapy is essential. The present study aimed to evaluate the effectiveness of the ACT Matrix and CBT based on the Hofmann's model on social anxiety disorder.

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 Social Anxiety Scale (Liebowitz), Self-Compassion Scale-Short Form (Raes & etal) Acceptance and Action Questionnaire (Second Version, (Bond & et al) and the Valued Living Questionnaire (Wilson & etal) were used. Data were analyzed by visual drawing, recovery percentage, stable change index and six indicators of clinical efficiency.

Results: In the ACT Matrix group, the percentage of overall recovery after treatment in the variable of Social Anxiety is 63.1%, variable of Flexibility 66.06%, variable of Valued Living 62.50%, variable of Self-Compassion 68.50% and In the CBT Hofmann's group, the percentage of overall recovery after treatment in the variable of Social Anxiety was 61.20%, variable of Flexibility 58.80%, variable of Valued Living 32.80%, variable of Self-Compassion 23.90%.

Conclusion: This study supports the higher effectiveness of the ACT Matrix to compared CBT based on the Hofmann's model in Valued Living and Self-Compassion in students with social anxiety disorder.

Keywords: Social Anxiety Disorder, Flexibility, Self-Compassion, Valued Living, Acceptance and Commitment Therapy Matrix, Cognitive-Behavioral Therapy.

چکیده

مقدمه: اختلال اضطراب اجتماعی، یکی از سخت‌ترین اختلال‌های اضطرابی در مقاومت به درمان است. بنابراین بکارگیری درمان تجربی فراتشخیصی یکپارچه‌نگر ضروری است. پژوهش حاضر با هدف ارزیابی و اثربخشی ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی و درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن بر اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد.

روش: این پژوهش 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 از مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، مقیاس خود شفقت‌ورزی - فرم کوتاه ریس و همکاران، پرسشنامه انعطاف‌پذیری پذیرش و عمل - نسخه دوم بوند و همکاران، و پرسشنامه زندگی ارزشمند ویلسون و همکاران استفاده شد. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، درصد بهبودی، شاخص تغییر پایا و شاخص‌های شش‌گانه کارایی بالینی تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در گروه ماتریکس اکت میزان درصد بهبودی کلی پس از درمان در متغیر اضطراب اجتماعی ۶۳/۱٪، متغیر انعطاف‌پذیری ۶۶/۶٪، متغیر زندگی ارزشمند ۶۲/۵٪ و در متغیر خود شفقت‌ورزی، ۶۸/۵٪ و در گروه درمان شناختی رفتاری هافمن میزان درصد بهبودی کلی پس از درمان در متغیر اضطراب اجتماعی ۶۱/۲٪، متغیر انعطاف‌پذیری ۵۸/۸٪، متغیر زندگی ارزشمند ۳۲/۸٪ و در متغیر خود شفقت‌ورزی، ۲۳/۹٪ به دست آمد.

نتیجه‌گیری: این پژوهش از اثربخشی بالاتر ماتریکس اکت در زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در دانشجویان با اختلال اضطراب اجتماعی حمایت می‌کند.

واژه‌های کلیدی: اختلال اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری، خود شفقت‌ورزی، زندگی ارزشمند، ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی، درمان شناختی - رفتاری.

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی یکی از مزمن‌ترین اختلال‌های روانی با شروع زودرس و دوره‌ای مداوم است (۱، ۲). این اختلال به قدری در موقعیت‌های اجتماعی فراگیر است 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 پیش‌بینی کند (۳). در این اختلال افراد در روابط اجتماعی احساس امنیت نمی‌کنند و از افشا موارد خصوصی، ابراز علایق، تجربه وجوه مثبت تعامل‌های اجتماعی و عملکردی، با مشکل مواجه هستند (۴) و از جمع‌کناره‌گیری می‌کنند و بطور ناخواسته موجب پاسخ‌های طرفی بی‌علاقگی، عدم پذیرش و حتی ارزیابی منفی از سوی دیگران می‌شوند (۵). این اختلال از سخت‌ترین اختلال‌های اضطرابی در مقاومت به درمان است و کمترین اثر درمانی را نسبت به سایر اختلال‌های اضطرابی هم در بزرگسالان و هم در کودکان نشان داده است (۶-۷). با این وجود، اگر اختلال اضطراب اجتماعی درمان نشود، به ظرفیت‌ها و توانمندی‌های فردی، آموزشی و اجتماعی، آسیب شدیدی در تمام دوران زندگی وارد می‌شود، و پیامدهای اقتصادی و اجتماعی زاینباری نیز به دنبال خواهد داشت (۸).

ظهور نظریه‌های شناختی که در اواخر دهه ۵۰ و اوایل دهه ۶۰ میلادی در طی دو حرکت موازی توسط آلبرت الیس و آرون تی بک در آمریکا آغاز شد؛ اما در روند آن، نظریه پردازان پیشرفت‌چندانی نکرد و با وجود کارآمدی درمان‌های شناختی-رفتاری و شواهد تجربی برتری اثربخشی آنها در اختلال اضطراب اجتماعی، پژوهش‌های بسیاری اندازه اثر آن بر اختلال اضطراب اجتماعی را در فراتحلیل‌ها و همکاران (۹) در حد متوسط گزارش داده‌اند. همچنین کاستی‌های مهمی در درمان شناختی-رفتاری از جمله عدم پاسخ افراد با اختلال اضطراب اجتماعی به این نوع درمان، ناپایداری نتایج درمان در دوره پیگیری بود (۱۰-۱۳). علاوه بر این، فرض‌های اساسی شناخت‌درمانی یکی پس از دیگری در تجربه‌های بالینی زیر سؤال رفت و راه برای درمان‌های تجربی و غیرمستقیم باز شد. از این‌رو، برای کمک به افرادی که به درمان شناختی-رفتاری پاسخ نداده بودند و همچنین برای افزایش کارایی درمان، نیاز به نوآوری‌هایی در درمان‌های

موجود احساس شد (۱۴) و این نوآوری‌ها که موج سوم "بافتارگرایی کارکردی" نامیده می‌شوند به جای تغییر شکل، فراوانی یا حساسیت موقعیتی شناخت‌واره‌ها و هیجان‌ها، "کارکردهای" آنها را مورد هدف قرار می‌دهند (۱۵).

الگوی شش‌ضلعی انعطاف‌پذیری روانشناختی (ACT) یک رویکرد فراتشخیصی است و یکی از نظریه‌های موج سوم "بافتارگرایی کارکردی" است که توسط استیون هیز (۱۹۸۶) ایجاد شد. این نظریه از لحاظ فلسفی ریشه در بافتارگرایی کارکردی دارد و رشد خود را از برنامه پژوهشی در مورد زبان و شناخت مبتنی بر نظریه چهارچوب روابط ذهنی (RFT) و رفتارهای قاعده‌مند گرفته است (۱۶). درمان پذیرش و پایبندی به دنبال تغییر افکار و احساسات به جای تغییر شکل محتوا یا فراوانی آنها است (۱۷). انعطاف‌پذیری روانشناختی، هسته اصلی درمان پذیرش و پایبندی است که به وسیله تعامل تجربی شش فرآیند پذیرش، گسلش، رابطه با زمان حال، خود به عنوان بافت، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل پایبندی ایجاد می‌شود. و هدف آن رها شدن از اجتناب تجربه‌ای و افزایش انعطاف‌پذیری از طریق رابطه زمان حال، رفتار پایبندی در جهت ارزش‌های منتخب زندگی است (۱۸، ۱۹). به عبارت دیگر، کمک به مراجع برای شناسایی و کم کردن خطای شناختی، کنترل مشکل و تحلیل منطقی مشکلات و همچنین رسیدن به یک زندگی غنی، ارزشمند و رضایت‌بخش است که از طریق انعطاف‌پذیری روانشناختی ایجاد می‌شود (۲۰، ۲۱). از این‌رو، شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که درمان پذیرش و پایبندی در افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در افراد با اختلال اضطراب اجتماعی مؤثرند (۲۲، ۲۳).

در سال‌های اخیر الگوی شش‌ضلعی انعطاف‌پذیری روانشناختی (ACT) مورد بازنگری قرار گرفته است. یکی از چالش‌ها و خلأهای مهم این بود که این الگو به رابطه درمانی و تعامل‌های بین‌فردی کمتر توجه کرده است. در همین راستا، ویلسون، ایفرت و فورثایت بر این باورند که بکارگیری درمان پذیرش و پایبندی بدون بهره‌مندی از رابطه درمانی و تعامل‌های بین‌فردی بی‌معنا است (۲۴، ۲۵). و از سوی دیگر، لو و مک‌کی، درمان پذیرش و پایبندی را با طرحواره درمانی برای مسائل بین‌فردی و زوجین یکپارچه کردند (۲۶). با توجه به اینکه افراد با اختلال اضطراب اجتماعی بطور ناخواسته در روابط بین‌فردی موجب پاسخ‌های طرفی، بی‌علاقگی، عدم

پذیرش و حتی ارزیابی منفی از سوی دیگران می‌شوند (۵)، و هر کاری که در حضور دیگران انجام دهند، می‌تواند اضطراب شدید و یا حمله کامل وحشت‌زدگی در آنها به وجود آورد (۲۷). بنابراین توجه اساسی به سنجش و به‌کارگیری درمان تجربی نوین و یکپارچه‌نگر برای رفع مسائل بین‌فردی، تنظیم هیجانی، خودانتقادگری، ترس از ارزیابی منفی دیگران، کمال‌گرایی، تعویق انداختن کارها (۲۸) و سایر متغیرهای دیگر در این افراد بسیار ضروری است.

یکی دیگر از چالش‌ها و خلاءها در الگوی شش ضلعی (ACT)، توجه کمتر بر شفقت بود. درمان مبتنی بر شفقت توسط گیلبرت (۲۰۰۵) ایجاد شد و در آغاز برای افرادی با سطوح بالای شرم و خودانتقادی که مؤلفه‌های فراتشخیصی آسیب‌شناسی روانی هستند توسعه یافت. درمان مبتنی بر شفقت به دنبال درک و التیام رنج انسان‌ها است، و از سنجش کارکردی مشتق شده و بر اساس اصول رفتاری، انواع روش‌های مختلف رفتاردرمانی را به کار می‌گیرد (۲۹). این الگوی درمانی، ریشه در روانشناسی رشد، نظریه تکاملی، علم عصب شناسی هیجان‌ها دارد و بر نوع‌دوستی و رفتار مراقبتی تأکید می‌کند (۳۰). گیلبرت معتقد است که درمان‌های شناختی-رفتاری به‌جای این که شفقت را افزایش دهد باعث می‌شود فرد بعضی وقت‌ها نسبت به خود نامهربانتر گردد و میزان شفقت فرد نسبت به خود کاهش پیدا کند (۳۱). از این‌رو، تمرین کردن با ابعاد مختلف شفقت، کیفیت زندگی را افزایش داده و کارکرد مغز را در حوزه سیستم‌های تنظیم هیجان تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۲). از سوی دیگر، افراد با اختلال اضطراب اجتماعی، سطح بالایی از خودانتقادگری نشان می‌دهند (۳۳) و آن با شدت اضطراب اجتماعی مرتبط است و با ترس از ارزیابی شدن ارتباط دارد (۳۴-۳۶). بنابراین، تلفیقی از الگوی شش ضلعی (ACT) با شفقت می‌تواند حلقه ارزیابی منفی، ترس از موقعیت و اجتناب از موقعیت که در اضطراب اجتماعی رایج است را معکوس ساخته و منجر به درمان غنی‌تری گردد (۳۷).

در همین راستا، شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که درمان پذیرش و پایبندی متمرکز بر شفقت در کاهش اضطراب اجتماعی مؤثرند (۳۸-۴۰). از سوی دیگر، پیچیده بودن مفاهیم شش ضلعی انعطاف‌پذیری (ACT)، یکپارچه نبودن فنون کاربردی آن، نامؤثر بودن توجه‌آگاهی به روش اکت، توجه کمتر به رابطه درمانی در اتاق درمان، آموزش شفقت و دیدگاه

گیری باعث شد که ویراستاران ماتریکس درمان پذیرش و تعهد، الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری، درمان متمرکز بر شفقت و روان‌درمانی تحلیلی کارکردی را در یک الگوی نظامند و فراتشخیصی با نام "ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی" تدوین و یکپارچه کنند. این الگوی درمان یکپارچه نگر دستورالعمل کاربست بافتارگرایی کارکردی است. رویکردی به فلسفه علم که به دنبال تعیین رفتار کارآمد در بافتارهای خاص است و بر سنجش کارکردی تأکید می‌کند (۴۰) و به ساده‌سازی 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 (۴۰). در الگوی یکپارچه‌نگر ماتریکس اکت، دیدگاه‌گیری از سوی درمانجویان به عنوان محور درمان تلقی شده و با بررسی اقدامات دورشدن و نزدیک شدن به ارزش‌ها و شفقت در راهبردهای تعهد و تغییر به آنها برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و با معنا کمک می‌کند. و همچنین در این الگوی یکپارچه‌نگر، خود به عنوان فرآیند، خود به عنوان محتوا و خود به عنوان بافت، اساس فرآیندها و سازوکارهای ماتریکس را تشکیل می‌دهد (۴۱). برخی از شواهد پژوهشی نوین حاکی از این است که ماتریکس اکت در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، نمره اضطراب کمتر و کیفیت زندگی بالاتری نشان داد (۴۲) و بر استرس، اضطراب و سلامتی دانشجویان اثر مطلوبی داشته و زندگی آنها را تغییر داده است (۴۳). و نتایج دیگری نشان می‌دهد که ماتریکس اکت با شفقت موجب افزایش راهبردهای شناختی مثبت تنظیم هیجان در دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب امتحان در مقایسه با گروه کنترل شده است (۴۴). بنابراین با توجه به اینکه، افراد با اختلال اضطراب اجتماعی، دشواری‌هایی در تنظیم هیجانی و انعطاف‌پذیری روانشناختی نشان می‌دهند و همچنین در کارکردهای درون‌فردی و بین‌فردی دیدگاه‌گیری شفقت 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 پایبندی برای درمان این اختلال پیشنهاد می‌شود.

مرداد تا اواسط دی ۱۳۹۹ مورد ارزیابی خط پایه چندگانه، مداخله و پیگیری دو ماهه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: تشخیص ابتلا به اختلال اضطراب اجتماعی؛ مدت زمان اختلال حداکثر 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؛ عدم دریافت مشاوره فردی یا دارودرمانی؛ تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: 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؛ مصرف داروی روان‌گردان و روان‌درمانی طی ماه اخیر.

ابزار

۱. مصاحبه بالینی: مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID-5) CV مبتنی بر پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به منظور ابزاری جهت تشخیص‌گذاری اختلال‌های روانی براساس معیارهای آن می‌باشد (۴۶). این ابزار توسط روان‌پزشک و ارزیابی روانشناس بالینی به همراه پرسشنامه‌های زیر انجام شد.

۲. مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتر نسخه خودسنجی LSAS-SR (۴۷): نسخه خودسنجی ۲۴ آیتمی از LSAS-CA است که ترس و اجتناب از موقعیت‌های تعامل اجتماعی (۱۱ عبارت)، ترس و اجتناب از موقعیت‌های عملکردی (۱۳ عبارت) را در ۶ خرده مقیاس جداگانه و 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 برد (نمره اضطراب اجتماعی شدید بین ۹۵-۸۰ و نمره بالاتر از ۹۵ اضطراب اجتماعی خیلی شدید). ضرایب بازآزمایی (۰/۸۳)، همسانی درونی (آلفای کرونباخ ۰/۹۵)، روایی همگرا و افتراقی خوبی دارد (۴۷). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه خودسنجی اضطراب اجتماعی لیبویتر LSAS-SR در پژوهش عطری فرد (۴۸) در

با توجه به عدم وجود پیشینه کافی در الگوی یکپارچه‌نگر ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی، و وجود کاستی‌ها در تجربه‌های بالینی و شواهد پژوهش تجربی در اختلال اضطراب اجتماعی، بررسی مقایسه اثربخشی این الگوی نوین یکپارچه‌نگر با درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن بر چهار متغیر اضطراب اجتماعی، انعطاف پذیری پذیرش و عمل، زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی در قالب کارآزمایی بالینی با طرح آزمایشی تک‌آزمودنی با خط پایه چندگانه ضروری است، تا تفاوت بین این دو روش مداخله‌ای در بین این متغیرها روشن گردد. بر این اساس، سؤال‌های پژوهش به این شکل طرح شد:

۱. آیا ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در کاهش اضطراب اجتماعی، مؤثرتر از درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن است؟

۲. آیا ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در افزایش انعطاف پذیری پذیرش و عمل، خود شفقت‌ورزی و زندگی ارزشمند، مؤثرتر از درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن است؟

روش

طرح پژوهش: این پژوهش در سایت کارآزمایی‌های بالینی ایران با شماره IRCT20200816048424N1 ثبت شده است. پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی با طرح آزمایشی تک‌آزمودنی با خط پایه چندگانه ناهمزمان بود که در آن چند رفتار مختلف با افراد مختلف با هم مقایسه می‌شوند. به طوری که در مرحله اول همه رفتارهای آزمودنی‌ها بطور همزمان در خط پایه مورد مشاهده قرار می‌گیرند پس از ثبات در خطوط پایه آزمودنی‌ها، مرحله دوم مداخله بر یکی از رفتارها اجرا می‌شود. اگر تغییری در آن رفتار حاصل شد رفتار بعدی به همین ترتیب مورد مداخله و اندازه‌گیری قرار می‌گیرد (۴۵).

آزمودنی‌ها: جامعه آماری شامل تمام 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. از بین آنها ۴ نفر که 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 و در دسترس انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه مداخله گمارده شدند. در فاصله اوایل

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. در پژوهش قربانی، واتسن، ژو و نوربالا (۵۲) همسانی درونی مقیاس ۰/۸۴ گزارش شد.

۵. پرسشنامه زندگی ارزشمند: این پرسشنامه ۲۰ سؤال داشته و هدف آن ارزیابی میزان ارزش قائل شدن برای زندگی خود می‌باشد (۵۳). 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 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 ۰/۷۷ و ۰/۷۵ و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ و ۰/۸۳ گزارش شده است. نتایج پژوهش ویلسون و همکاران نشان داد که این پرسشنامه از اعتبار محتوایی همزمان و سازه خوبی برخوردار است و ساختار تک عاملی آن طی تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گرفت. نتایج پژوهش اکبری (۵۴) نشان داد که پایایی بازآزمایی چهار هفته‌ای پرسشنامه زندگی ارزشمند برابر با ۰/۷۶ و ضریب همسانی درونی آن برای کل ابزار ۰/۸۰ به دست آمد.

۶. پروتکل ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی: این پروتکل بر اساس راهنمای گام به گام ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی تألیف پولک و همکاران (۴۱) که مبتنی بر شش گام انعطاف‌پذیری روانشناختی است برای اختلال اضطراب اجتماعی تدوین شد. پژوهشگر اول در چندین کارگاه تخصصی تربیت درمانگر درمان پذیرش و پایبندی در اختلال های اضطرابی شرکت کرد و سپس به تدوین تخصصی پروتکل ماتریکس اکت برای اختلال اضطراب اجتماعی پرداخت و آن را بطور مقدماتی در گروه‌های اضطرابی آزمایش کرد و پس از اصلاحات، تجربه اندوزی، ارزیابی کاربردی بودن و قابلیت اجرایی آن بر روی اختلال اضطراب اجتماعی

نمونه‌های ایرانی نشان می‌دهد که اعتبار بازآزمایی LSAS-SR و خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۸۴ و همسانی درونی (آلفای کرونباخ) آنها نیز در دامنه ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ و روایی همگرایی با مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، مقیاس اضطراب اجتماعی، پرسشنامه ترس اجتماعی، مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس فراوانی اجتناب ظریف و هوشمندانه نیز در حد قابل قبولی (۰/۴۶ تا ۰/۹۴) است.

۳. پرسشنامه انعطاف‌پذیری پذیرش و عمل - نسخه دوم (AAQ-II): آخرین نسخه این پرسشنامه ۱۰ پرسش دارد که به وسیله بوند، هیز، بیر و همکاران (۴۹) 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 نمره ۱ هرگز صحیح نیست تا نمره ۷ همیشه صحیح است درجه بندی شده است (حداقل ۱۰ نمره و حداکثر ۷۰ نمره). نتایج ۲۸۱۶ شرکت‌کننده 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 (۴۹). در نمونه ایرانی با استفاده از آلفای کرونباخ، ضریب پایایی کل آزمون ۰/۸۹ و ضریب پایایی بازآزمون ۰/۷۱ به دست آمده است (۵۰). ۴. مقیاس خود شفقت‌ورزی - فرم کوتاه: این مقیاس ۱۲ ماده‌ای توسط ریس و همکاران (۵۱) 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 شفقت‌آمیز در برابر فزون همانندسازی است. پاسخ‌دهندگان می‌بایستی در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای به عبارت‌ها پاسخ دهند. به این ترتیب که سؤال‌های ۲، ۳، ۵، ۶ و ۱۰ (تقریباً هرگز، ۱؛ به ندرت، ۲؛ گاهی اوقات، ۳؛ بیشتر اوقات، ۴؛ تقریباً همیشه، ۵) و سؤال‌های 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). ریس و همکاران در پژوهش خود، همسانی

به کار گرفته شد. این پروتکل با نظر خواهی سه نفر متخصص آشنا به درمان‌های موج سوم مورد تأیید قرار گرفت. و این اثر پس از ترجمه فارسی آن و متناسب‌سازی با شرایط فرهنگی، و فرمت جلسات تهیه شد. روش کار به تفکیک جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

۷. محتوای مداخله درمان‌شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن (۵۵) به صورت انفرادی در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در هفته‌ای یکبار اجرا شد. روش کار به تفکیک جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۱) خلاصه پروتکل ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی برای اختلال اضطراب اجتماعی

تعداد جلسات	محتوای درمانی هر جلسه
جلسه اول	معرفی جلسات درمانی و آشنایی با اهداف، معرفی ماتریکس درمان پذیرش و پابندی (توجه‌آگاهی به روش ماتریکس)
جلسه 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 تجربه‌های حواس پنجگانه با تجربه‌های ذهنی / درونی و تفاوت بین اقدامات دور شدن و پیش رفتن. ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۱).
جلسه 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. ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۲).
جلسه پنجم و ششم	اتحاد درمانی و رابطه درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، بحث متناقض‌نماها در اضطراب (پارادوکس)، خود محتوایی و سنجش و تحلیل کارکردی. تمثیل فلکسی و اسپیکری. تمرین تجربی ماتریکس و مسائل بین‌فردی. ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۳).
جلسه هفتم	اتحاد درمانی و رابطه درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، شکل‌گیری قلاب‌ها و ماتریکس توجه دزدها، شناسایی دنیای درون و بیرون. تمثیل قلاب‌های توجه‌دزد.
جلسه هشتم	اتحاد درمانی و رابطه درمانی، تمرین کوتاه توجه‌آگاهی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، معرفی آیکیدوی کلامی. استعاره صفحه شطرنج و خویش‌نمیش مشاهده‌گر. ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۴).
جلسه نهم و دهم	اتحاد درمانی و رابطه درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، معرفی مراحل شفقت به خود، تمرین تجربی توجه‌آگاهی شفقت‌آمیز، ترکیب آیکیدو و شفقت (دیدگاه‌گیری). ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۵).
جلسه یازدهم و دوازدهم	اتحاد درمانی و رابطه درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، معرفی چشم‌انداز گزینی. اجرای توجه‌آگاهی شفقت‌آمیز و جمع‌بندی مراحل شش‌گانه ماتریکس و ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۶).

جدول ۲) خلاصه پروتکل درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن برای اختلال اضطراب اجتماعی

تعداد جلسات	محتوای درمانی هر جلسه
جلسه اول	برقراری رابطه درمانی، ایجاد آرامش جهت مواجهه با موقعیت‌های دشوار زندگی، معرفی کلی الگوی درمان شناختی - رفتاری هافمن با تأکید خاص بر مواجهه درون جلسه‌ای، مفهوم‌پردازی مسأله و اهمیت تمرین خانگی و انعطاف‌پذیری در برخورد با مشکلات زندگی.
جلسه دوم و سوم	برقراری رابطه درمانی، مرور تمرین خانگی و مواجهه‌های درون جلسه‌ای و توضیح منطق درمان. ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۱).
جلسه چهارم تا هشتم	برقراری رابطه درمانی، تمرین مواجهه دشوار (خجالت‌آورترین خاطرات ...)، در باره موضوعی صحبت کند که اطلاعات اندکی در مورد آن دارد، آوردن حضار جدیدی به جلسه، قطع کردن سخنرانی در جاهای مختلف، از درمانجو خواسته شود قبل از سخنرانی تند تند نفس بکشد و از او بخواهیم آواز کودکانه بخواند و یا سازی را بنوازد. ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۲، ۳ و ۴).
جلسه نهم تا دوازدهم	برقراری رابطه درمانی، مواجهه برون جلسه‌ای در محیط طبیعی و واقعی (بین‌فردی) جهت تغییر سوگیری‌های شناختی، خلاصه و جمع‌بندی پیشرفت‌های درمانجو و پیشگیری از عود و استرس‌های زندگی. ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۵ و ۶).

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 پابندی، درمان

روند اجرای پژوهش: ابتدا برای اهداف پژوهش حاضر با یک فراخوان در مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره شیوا تهران اطلاع‌رسانی شد. پس از دریافت تشخیص بالینی توسط

تکمیل نمودند (جدول ۳). پس از ورود به درمان، مقیاس اضطراب اجتماعی در جلسات ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰ و ۱۲، انعطاف پذیری پذیرش و عمل در جلسات ۶، ۸، ۱۰ و ۱۲، زندگی ارزشمند 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.

شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن 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، نفرات اول هر گروه وارد اولین جلسه درمان شدند. در هفته سوم، نفرات دوم و در هفته چهارم، نفرات 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

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، 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، 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

مسائل اخلاقی از درمانجویان رضایت کتبی گرفته شد که در برابر ارائه مداخله حق انتخاب داوطلبانه، بدون دریافت هزینه خدمات روانشناختی و نتایج پژوهش بدون ذکر نام گزارش شود.

یافته‌ها

در جدول ۴، اطلاعات جمعیت شناختی و نوع مداخله مشاهده می‌شود.

جدول ۵ و ۶ به همراه نمودار ۱ به ترتیب آماره‌های توصیفی آزمودنی‌ها را در ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی و درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در مقیاس اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری پذیرش و عمل، زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی در سه مرحله خط پایه، مرحله درمان و مرحله پیگیری نشان می‌دهد.

روش تحلیل داده‌ها: در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها و پاسخ به سؤال‌های پژوهش، از روش آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار تفاوت‌ها) و همچنین از ترسیم دیداری، درصد بهبودی، شاخص تغییر پایا و شاخص‌های شش گانه کارایی بالینی (۵۶) استفاده شد. برای غلبه بر پایایی پایین بین ارزیابان در تفسیر نتایج ترسیم دیداری به روش ملاک دوگانه محافظه کارانه فیشر، کلی و لوماس (۵۷) و برای ارزیابی سنجش پیشرفت درمانجویان در تغییر متغیرهای آماجی از روش درصد بهبودی استفاده می‌شود. شاخص تغییر پایا یا معناداری بالینی به ارزش عملی یا اهمیت اثر مداخله ای که انجام شده است، اطلاق می‌شود به بیان دیگر، آیا افراد تحت درمان، تغییر بالینی معناداری را نشان می‌دهند (۵۸). این پژوهش مورد تأیید کمیته اخلاقی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز و بدون هیچ گونه حمایت مالی و تضاد منافع انجام شد. به منظور رعایت

جدول ۴) اطلاعات جمعیت شناختی و نوع مداخله

آزمودنی	اختلال	سن	جنس	تأهل	تحصیلات	سابقه دارو	مدت اختلال	مداخله
اول	اضطراب اجتماعی خاص	۲۸	مرد	متأهل	ارشد	-	۱ سال	ماتریکس اکت
دوم	اضطراب اجتماعی فراگیر	۲۶	زن	متأهل	ارشد	یک دوره	۲ سال	ماتریکس اکت
سوم	اضطراب اجتماعی فراگیر	۲۰	مرد	مجرد	کارشناسی	-	۱ سال	ماتریکس اکت
چهارم	اضطراب اجتماعی فراگیر	۲۸	مرد	مجرد	ارشد	-	۱ سال	درمان شناختی-رفتاری هافمن
پنجم	اضطراب اجتماعی فراگیر	۲۲	زن	مجرد	کارشناسی	-	۱ سال	درمان شناختی-رفتاری هافمن
ششم	اضطراب اجتماعی خاص	۲۰	مرد	مجرد	کارشناسی	-	۱ سال	درمان شناختی-رفتاری هافمن

جدول ۵) روند تغییر مراحل خط پایه، درمان و پیگیری در ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی

درصد بهبودی	شاخص ت پایا	پیگیری		درمان						خط پایه					متغیر	آزمودنی
		۲ پ	۱ پ	ج ۱۲	ج ۱۰	ج ۸	ج ۶	ج ۴	ج ۲	۵	۴	۳	۲	۱		
۶۵/۴	-۳/۴۶	۲۷	۳۱	۳۳	۳۷	۴۲	۴۶	۶۴	۹۰	-	-	۹۶	۹۶	۹۴	SAD	اول
۶۵/۸	۳/۳۵	۴۳	۴۳	۴۲	۴۰	۳۶	۳۰	-	-	-	-	۲۵	۲۵	۲۶	AAQ	
۶۴/۴	۳/۷۶	۱۷۰	۱۶۵	۱۶۵	۱۵۵	۱۴۵	-	-	-	-	-	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۱	VL	
۷۲/۱	۴/۳۷	۳۷	۳۶	۳۵	۳۳	-	-	-	-	-	-	۲۰	۲۰	۲۱	SCS	
۷۲/۱	-۴/۸۷	۲۸	۳۰	۳۰	۵۵	۷۳	۸۰	۸۸	۹۸	-	۱۰۹	۱۰۹	۱۰۸	۱۰۶	SAD	دوم
۷۶/۷	۴/۲۱	۳۹	۳۹	۳۸	۳۷	۳۵	۲۸	-	-	-	۲۲	۲۲	۲۱	۲۱	AAQ	
۶۸/۲	۳/۴۵	۱۸۱	۱۸۰	۱۸۰	۱۶۸	۱۵۰	-	-	-	-	۱۰۷	۱۰۷	۱۰۶	۱۰۸	VL	
۷۰/۷	۳/۸۷	۴۱	۳۹	۳۸	۳۴	-	-	-	-	-	۲۲	۲۲	۲۲	۲۳	SCS	
۵۱/۸	-۲/۹۸	۵۷	۵۹	۶۰	۷۰	۸۱	۹۵	۱۰۸	۱۱۸	۱۲۶	۱۲۶	۱۲۶	۱۲۳	۱۲۲	SAD	سوم
۵۷/۴	۲/۸۶	۳۵	۳۵	۳۴	۳۰	۲۸	۲۵	-	-	۲۲	۲۲	۲۲	۲۱	۲۱	AAQ	
۵۵/۱	۲/۶۵	۱۵۱	۱۴۹	۱۴۸	۱۳۷	۱۳۰	-	-	-	۹۵	۹۵	۹۶	۹۵	۹۶	VL	
۵۶/۲	۳/۵۴	۳۶	۳۵	۳۵	۳۳	-	-	-	-	۲۲	۲۲	۲۳	۲۲	۲۳	SCS	

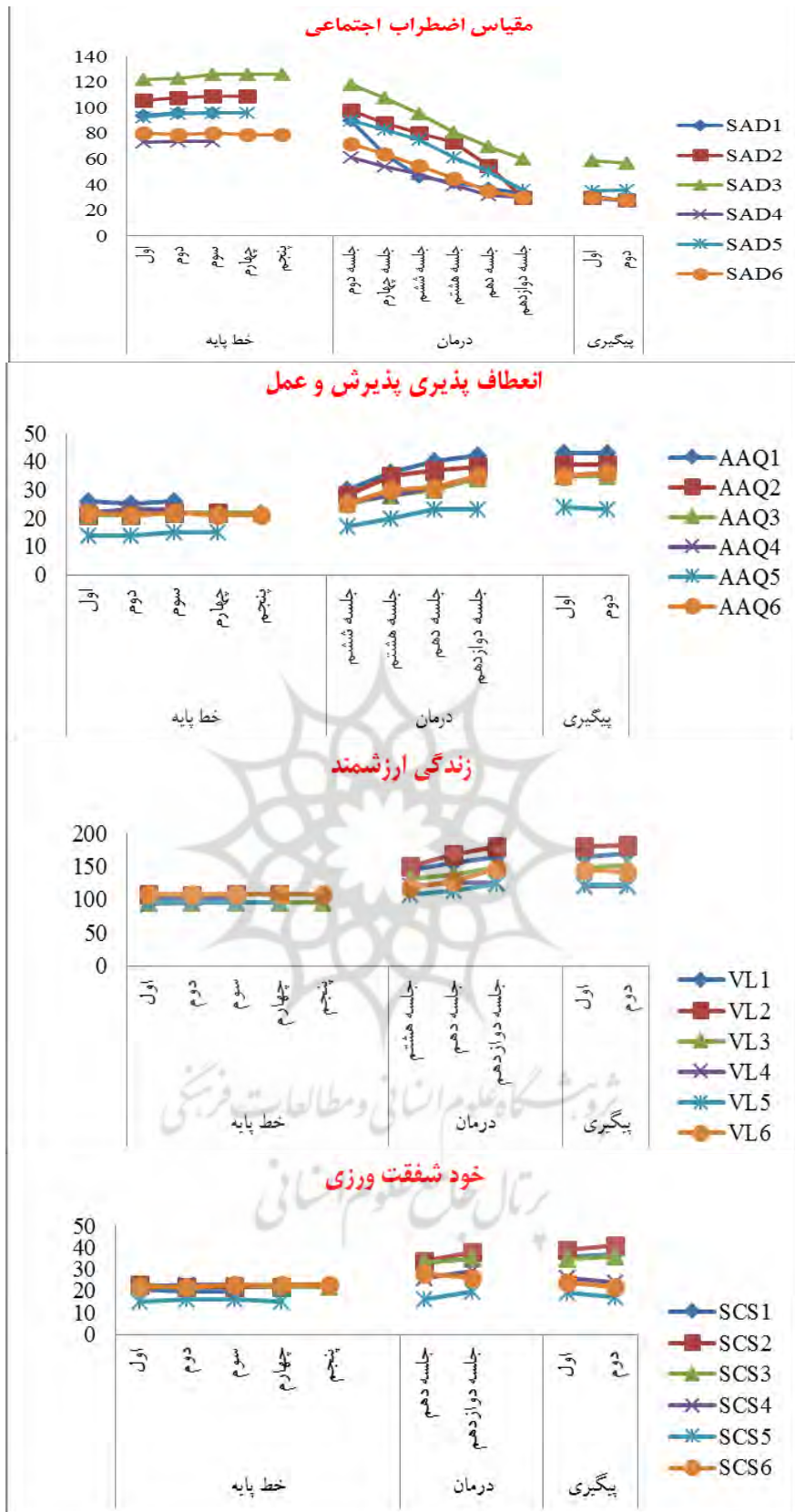
علامت منفی (-) نشان تغییر کاهش نمره‌ها می‌باشد

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 شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن

درصد بهبودی	شاخص ت پایا	پیگیری		درمان						خط پایه					متغیر	آزمودنی
		۲ پ	۱ پ	ج ۱۲	ج ۱۰	ج ۸	ج ۶	ج ۴	ج ۲	۵	۴	۳	۲	۱		
۵۹/۳	-۳/۸۵	۲۷	۲۹	۳۰	۳۲	۴۰	۴۸	۵۴	۶۱	-	-	۷۴	۷۴	۷۳	SAD	چهارم
۵۴/۴	۲/۹۶	۳۶	۳۵	۳۵	۳۱	۲۸	۲۶	-	-	-	-	۲۳	۲۳	۲۲	AAQ	
۳۳/۱	۱/۳۲	۱۲۰	۱۲۰	۱۲۶	۱۲۶	۱۲۰	-	-	-	-	-	۹۵	۹۵	۹۴	VL	
۲۷/۹	۱/۵۴	۲۴	۲۶	۲۹	۲۶	-	-	-	-	-	-	۲۳	۲۳	۲۲	SCS	
۶۲/۱	-۳/۶۸	۳۶	۳۵	۳۶	۵۰	۶۱	۷۵	۸۳	۹۰	-	۹۶	۹۶	۹۵	۹۳	SAD	پنجم
۵۸/۶	۳/۷۸	۲۳	۲۴	۲۳	۲۳	۲۰	۱۷	-	-	-	۱۵	۱۵	۱۴	۱۴	AAQ	
۲۷/۷	۱/۴۵	۱۲۲	۱۲۲	۱۲۳	۱۱۴	۱۰۷	-	-	-	-	۹۶	۹۶	۹۷	۹۶	VL	
۲۹	۱/۶۷	۱۷	۱۹	۲۰	۱۶	-	-	-	-	-	۱۵	۱۶	۱۶	۱۵	SCS	
۶۲/۲	-۳/۶۵	۲۸	۳۰	۳۰	۳۵	۴۵	۵۵	۶۴	۷۲	۷۹	۷۹	۸۰	۷۹	۸۰	SAD	ششم
۶۳/۵	۳/۲۳	۳۶	۳۵	۳۵	۳۱	۳۰	۲۵	-	-	۲۱	۲۱	۲۲	۲۱	۲۲	AAQ	
۳۶/۸	۱/۹۲	۱۴۱	۱۴۵	۱۴۷	۱۲۷	۱۱۸	-	-	-	۱۰۷	۱۰۷	۱۰۸	۱۰۷	۱۰۸	VL	
۱۵	۱/۱۲	۲۲	۲۴	۲۶	۲۸	-	-	-	-	۲۳	۲۳	۲۳	۲۲	۲۲	SCS	

علامت منفی (-) نشان تغییر کاهش نمره‌ها می‌باشد



نمودار (۱) روند تغییرات نمره‌های مقیاس اضطراب اجتماعی (SAD)، انعطاف‌پذیری (AAQ)، ارزش‌های زندگی (VL) و خود شفقت‌ورزی (SCS) در سه مرحله خط پایه، مرحله درمان و مرحله پیگیری ماتریکس اکت و درمان شناختی - رفتاری هافمن

ملاک دوگانه محافظه کارانه فیشر و همکاران، میزان کارایی نسبی هر دو روش در مانی برای متغیر انعطاف پذیری در مرحله پس از درمان برابر نبود و این دستاورد در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است و بر اساس طبقه بندی بلانچارد، هر دو روش در مانی در طبقه موفقیت در درمان قرار می گیرند. شاخص تغییر پایا در هر دو روش درمانی در متغیر انعطاف پذیری، 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.

همچنین نتایج نشان داد که درصد بهبودی کلی متغیر زندگی ارزشمند در گروه ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در مرحله آخر درمان و پیگیری به ترتیب $62/5$ و $64/3$ درصد است. شاخص تغییر پایا در این روش درمانی در متغیر زندگی ارزشمند، در مرحله درمان و پیگیری بزرگتر از مقدار ($1/96 < Z$) است و به این معنی است که پیشرفت یا بهبودی از لحاظ بالینی معنادار است. در حالی که، در گروه درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن درصد بهبود کلی در مرحله آخر درمان و پیگیری به ترتیب $32/8$ و $28/7$ درصد می باشد. شاخص تغییر پایا در این روش درمانی در متغیر زندگی ارزشمند، در مرحله درمان و پیگیری کوچکتر از مقدار ($1/96 < Z$) است و به این معنی است که پیشرفت یا بهبودی از لحاظ بالینی معنادار نیست. و بر اساس ملاک دوگانه محافظه کارانه فیشر و همکاران، میزان کارایی نسبی ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در افزایش زندگی ارزشمند در مراحل پیگیری به میزان $35/6$ در صد بسیار بالاتر از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن می باشد. و این دستاورد در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است و همچنین بر اساس طبقه بندی بلانچارد، ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در طبقه موفقیت در درمان محسوب می شود اما درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در طبقه بهبودی اندک قرار می گیرد.

یافته های پژوهش نشان داد که درصد بهبودی کلی متغیر خود شفقت ورزی در گروه ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در مرحله آخر درمان و پیگیری به ترتیب $68/5$ و $72/5$ است در حالی که، در گروه درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن درصد بهبود کلی در مرحله آخر درمان و پیگیری به ترتیب $23/9$ و $10/8$ درصد می باشد. بر اساس

همانطور که در جدول ۵ و ۶ و نمودار ۱ نشان می دهد، نمره های مقیاس اضطراب اجتماعی در هر دو روش درمانی، روند کاهشی را در نشانگان اضطراب اجتماعی نشان دادند. درصد بهبودی گروه ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در مرحله آخر درمان به ترتیب $65/4$ ، $72/1$ و $51/8$ در صد و با در صد بهبود کلی $63/1$ است. میزان بهبود کلی در دوره پیگیری $65/4$ مشاهده شد. و این روند در سه آزمودنی کاهش قابل ملاحظه ای در اضطراب اجتماعی را نشان می دهد. مقادیر درصد بهبودی گروه درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در مرحله آخر درمان به ترتیب $59/3$ ، $62/1$ و $62/2$ درصد و با درصد بهبود کلی $61/2$ است. میزان بهبود کلی در دوره پیگیری $62/7$ مشاهده شد. و این روند در سه آزمودنی کاهش قابل ملاحظه ای در اضطراب اجتماعی نشان می دهد. 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 طبقه بندی بلانچارد (پاپن، ۱۹۸۹ به نقل از حمیدپور (۵۹)) هر دو روش درمانی در طبقه موفقیت در درمان قرار می گیرند. شاخص تغییر پایا در هر دو روش درمانی، در متغیر اضطراب اجتماعی، در مرحله درمان و پیگیری کوچکتر از مقدار ($1/96 < Z$) بود، و به این معنی است که پیشرفت یا بهبودی از لحاظ بالینی معنادار است.

نتایج نشان داد که درصد بهبودی در مقیاس انعطاف پذیری پذیرش و عمل در هر دو روش درمانی، افزایش قابل ملاحظه ای داشته است. در صد بهبودی در گروه ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در مرحله آخر درمان به ترتیب $65/8$ و $76/7$ در صد است و میزان بهبود کلی $66/6$ درصد می باشد. میزان بهبود کلی در دوره پیگیری 71 درصد مشاهده شد. و این روند در سه آزمودنی افزایش قابل ملاحظه ای در انعطاف پذیری را نشان می دهد. در گروه درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن میزان بهبودی در مرحله آخر درمان به ترتیب $54/4$ ، $58/6$ و $63/5$ در صد است و میزان بهبود کلی در جلسه آخر درمان، $58/8$ درصد مشاهده می شود. و میزان بهبود کلی در دوره پیگیری $61/4$ درصد مشاهده شد. و این روند در سه آزمودنی افزایش قابل ملاحظه ای در انعطاف پذیری نشان می دهد. بر اساس

هافمن در افزایش انعطاف‌پذیری مؤثر است. چرا که درصد بهبود کلی در آخرین مرحله درمان ۵۸/۸ درصد و در مرحله پیگیری ۶۱/۴ درصد بود. با این حال، میزان انعطاف‌پذیری گروه ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در مرحله پیگیری به میزان ۹/۶ درصد بالاتر از گروه درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن بود.

همچنین نتایج نشان داد که گروه ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در افزایش زندگی ارزشمند مؤثر است. زیرا درصد بهبود کلی در مرحله آخر درمان ۶۲/۵ و در مرحله پیگیری ۶۴/۳ بود. در حالی که، گروه درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در افزایش زندگی ارزشمند در طبقه بندی بهبود اندک قرار می‌گیرد و از لحاظ بالینی نیز معنادار نبود. و درصد بهبود کلی در مرحله آخر درمان ۳۲/۸ و در مرحله پیگیری ۲۸/۷ درصد بود. از این رو، میزان افزایش زندگی ارزشمند در گروه ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در مرحله پیگیری ۳۵/۶ درصد بسیار بالاتر از گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن می‌باشد.

نتایج پژوهش نشان داد که گروه ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در افزایش خود شفقت‌ورزی مؤثر است. زیرا درصد بهبود کلی در آخرین مرحله درمان ۶۸/۵ درصد و در مرحله پیگیری ۷۲/۵ درصد بود. در حالی که، گروه درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در خود شفقت‌ورزی مؤثر نبود. چون که درصد بهبود کلی در آخرین مرحله درمان ۲۳/۹ درصد و در مرحله پیگیری ۱۰/۸ درصد بود. میزان افزایش خود شفقت‌ورزی در گروه ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در مراحل پیگیری به میزان ۶۱/۷ درصد بسیار بالاتر از گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن می‌باشد. بنابراین ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در افزایش خود شفقت‌ورزی مؤثرتر از درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن می‌باشد.

۲. کلیت تغییر (چند درصد از بیماران تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟): یافته‌های پژوهش نشان داد که گروه ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در متعیرهای 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. در حالی که در گروه درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن

ملاک دوگانه محافظه کارانه فیشر و همکاران، میزان کارایی نسبی ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در افزایش خود شفقت‌ورزی در مراحل پیگیری به میزان ۶۱/۷ درصد بسیار بالاتر از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن می‌باشد و این دستاورد در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است. و بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد، ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در طبقه موفقیت بالا در درمان محسوب می‌شود اما درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در طبقه شکست درمانی قرار می‌گیرد. شاخص تغییر پایا در روش ماتریکس در مان پذیرش و پایبندی 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. در حالی که، شاخص تغییر پایا در درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن کوچکتر از مقدار ($Z < 1/96$) بود، و به این معنی است که پیشرفت یا بهبودی از لحاظ بالینی معنادار نیست.

در بررسی شاخص‌های ششگانه کارایی بالینی از دیدگاه اینگرم، هایس و اسکات (۵۶) نتایج زیر بدست آمد:

۱. اندازه تغییر (چقدر کاهش یا افزایش در آماج‌های اصلی درمان رخ داده است؟): یافته‌های پژوهش حاکی از این است که گروه ماتریکس در مان پذیرش و پایبندی در کاهش اضطراب اجتماعی مؤثر است. چرا که درصد بهبود کلی در آخرین مرحله درمان و مرحله پیگیری به ترتیب ۶۳/۱ و ۶۵/۴ درصد بود. همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که گروه درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش اضطراب اجتماعی مؤثر است. چرا که درصد بهبود کلی در آخرین مرحله درمان و مرحله پیگیری به ترتیب ۶۱/۲ و ۶۲/۷ 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. بنابراین هر دو روش درمانی در کاهش اضطراب اجتماعی مؤثرند.

یافته‌های پژوهش نشان داد که گروه ماتریکس در مان پذیرش و پایبندی در افزایش انعطاف‌پذیری مؤثر است. چرا که درصد بهبود کلی در آخرین مرحله درمان ۶۶/۶ درصد و در مرحله پیگیری ۷۱ درصد بود. همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که گروه درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی

- رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در متغیر زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی مؤثر نبود. 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 در پژوهش حاضر نشان داد که هر دو روش درمانی در آماج‌های درمان دوام داشته‌اند.

بحث

این پژوهش با هدف ارزیابی و مقایسه اثربخشی ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی و درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در اضطراب اجتماعی، انعطاف پذیری پذیرش و عمل، زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی انجام شد. یادآور می‌شود که تاکنون در مورد اثربخشی ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی بر اختلال اضطراب اجتماعی پژوهشی انجام نشده است. از این رو، از نتایج پژوهش‌های غیر مستقیم هم‌سو با پژوهش حاضر از جمله اثربخش بودن درمان پذیرش و پایبندی، درمان مبتنی بر شفقت بر اختلال اضطراب اجتماعی استفاده می‌شود. سپس همه آنها در الگوی ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی تبیین می‌شوند.

بررسی نتایج نشان داد که ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی و درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش اضطراب اجتماعی در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری مؤثر و معنادار است ($Z < -1/96$). همچنین نتایج این پژوهش در مرحله پیگیری نیز نشان دهنده تداوم اثربخشی و کارایی این دو مداخله بر نشانگان اضطراب اجتماعی بود. نتایج این پژوهش در ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی هم‌سو با پژوهش‌های نلسون (۴۳)، میر شریف‌نیا و همکاران (۴۲)، یابنده و همکاران (۶۰)، استادیان‌خانی و همکاران (۶۱)، رستمی و همکاران (۶۲) است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که از دیدگاه ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی، درمانجویان یاد می‌گیرند که با تغییر کارکردهای شناختی، هیجانی و رفتاری و رابطه برقرار کردن با تجربه‌های ذهنی و درونی به واسطه توجه‌آگاهی ماتریکس، و مهارت در دقت کردن به تفاوت بین تجربه‌های پنجگانه و تجربه‌های ذهنی / درونی و درک تفاوت بین اقدامات دور شدن و پیش‌رفتن، فرآیند پذیرش و گسلش را فراهم کنند. و با تمرین سنجش کارکردی و هدایت انرژی به

در متغیر اضطراب اجتماعی و انعطاف‌پذیری در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری تغییرات محسوسه در آماج درمانی داشته‌اند. اما در متغیر زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری تغییرات محسوسه در آماج درمانی نداشته‌اند.

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 تا اندازه‌ای 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	۴۵	۶۵
پنجم	۵۰	۷۰
ششم	۵۵	۷۵

همچنین پس از اتمام دوره پیگیری، با ارزیابی‌هایی که در مانگر از مهارت‌های دیدگاه‌گیری، خود شفقت‌ورزی و چشم‌انداز‌گزینی و همچنین افزایش قابل‌ملاحظه در نمره‌های پرسشنامه زندگی ارزشمند در گروه ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی به عمل آورد، حاکی از پیشرفت قابل‌ملاحظه در مهارت‌های بین‌فردی، اجتماعی و عملکردی درمانجویان بود. و همچنین ارزیابی‌ها در گروه درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن از طریق مواجهه واقعی برون جلسه‌ای و ابراز وجود، حاکی از پیشرفت قابل‌ملاحظه 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 درمانی 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 مؤثرند. با این حال درمان شناختی

ساخته تا با مهارت‌های بین فردی ماتریکس، بتوانند درک همدلانه، دیدگاه‌گیری و آموزش خود شفقت ورزی، انعطاف پذیری روانشناختی خود را افزایش دهند. همچنین یافته این پژوهش در درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن همسو با پژوهش‌های شاره، روئین فرد و حقی (۶۶) است. بعضی از درمانگران الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری روانشناختی بر این باور بودند که الگوی درمان شناختی - رفتاری نه تنها فرآیند انعطاف‌پذیری روانشناختی را افزایش نمی‌دهد بلکه آن را کاهش می‌دهد (۶۷). در حالی که، در این پژوهش، الگوی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در افزایش انعطاف‌پذیری مؤثر بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت فرآیند انعطاف‌پذیری شناختی در درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن حاصل مکانیسم‌هایی همچون آگاه شدن از عوامل تداوم‌بخش اختلال، شناخت افکار خودآیند منفی و تغییر خطاهای شناختی مرتبط با باورهای ناکارآمد در برابر موقعیت‌های برانگیزاننده، مهارت در به چالش در آوردن و تعدیل باورهای ناکارآمد درون جلسه‌ای و آمادگی بیشتر، برای روبرو شدن با موقعیت‌های سخت‌تر اجتماعی و مواجهه‌های برون‌جلسه‌ای، همراه با رفتار جراتمندانه و پیش‌بینی استرس‌های زندگی آتی است که به پیشگیری از عود عوامل تداوم‌بخش اختلال در آینده کمک می‌کند. بنابراین هر دو الگوی درمانی در بهبود انعطاف‌پذیری مؤثر و کارایی دارند. با این حال، میزان انعطاف‌پذیری گروه ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در مرحله پیگیری به میزان ۹/۶ درصد بالاتر از گروه درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن بود.

نتایج پژوهش نشان داد که ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در افزایش زندگی ارزشمند در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری مؤثرتر از درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن است و این تأثیر معنادار بود ($Z > 1/96$). و همچنین نتایج این پژوهش در مرحله پیگیری نیز نشان دهنده تداوم اثربخشی و کارایی ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی بر افزایش زندگی ارزشمند است. این نتایج با پژوهش‌های میرشریفا، میرزائیان و همکاران (۴۲)، آزاده و همکاران (۲۳) 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 از تجربه‌های

سمت راست ماتریکس (آیکیدوی کلامی) 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 سازد. همچنین یافته‌های این پژوهش در درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن همسو با پژوهش‌های هاشمی و همکاران (۶۳)، استانبجیر (۶۴)، بندلو، و همکاران (۶۵) است. در تبیین این یافته از دیدگاه درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن می‌توان گفت، در مانجویان با آگاه شدن از میزان اضطراب در موقعیت‌های تعاملی و عملکردی، و همچنین از نقش اجتناب، رفتارهای ایمنی‌ساز، توجه متمرکز شده به خود، نشخوار ذهنی پس رویدادی در تداوم‌بخشی اختلال آگاه شده، و با شناسایی افکار خودآیند منفی و خطاهای شناختی مرتبط با باورهای ناکارآمد و موقعیت‌های برانگیزاننده، به تمرین‌های چالش‌اندازی و بازسازی شناختی درون جلسه‌ای پرداخته و سپس با آمادگی بیشتر، به پذیرش موقعیت‌های سخت‌تر اجتماعی و بیرون از جلسه درمان رفته، همراه با یادگیری رفتار جراتمندانه و پیش‌بینی استرس‌های زندگی، از عود عوامل تداوم‌بخش اختلال اضطراب اجتماعی در آینده پیشگیری می‌کنند. بنابراین به نظر می‌رسد که هر دو مداخله درمانی در بهبود اضطراب اجتماعی به یک اندازه مؤثر و کارایی دارند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی و درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در افزایش انعطاف‌پذیری در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری مؤثر و معنادار است ($Z > 1/96$). همچنین نتایج این پژوهش در مرحله پیگیری نیز نشان دهنده تداوم اثربخشی و کارایی این دو مداخله بر افزایش انعطاف‌پذیری بود. نتایج این پژوهش در ماتریکس درمان پذیرش و تعهد همسو با پژوهش‌های روحی و همکاران (۳۸)؛ هزاوه‌ای و رباط میلی (۲۲)، آزاده و همکاران (۲۳) است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در مانجویان با ترسیم نمودار ماتریکس و توجه و دقت کردن به تفاوت بین تجربه‌های حسی و ذهنی و تفاوت بین اقدامات دور شدن و پیش‌رفتن، فرآیند انعطاف‌پذیری پذیرش و گسلس را تجربه می‌کنند و با تمرین‌های تجربی سنجش کارکردی، توجه خود را به چشم‌انداز اینجا و اکنون معطوف

- رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن است و این تأثیر معنادار بود ($Z > 1/96$). و 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 اسماعیلی و همکاران (۳۷)، روحی و همکاران (۳۸)، پور صالح و همکاران (۳۹) هم‌سو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که محتوای خود شفقت‌ورزی 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. همچنین خود شفقت‌ورزی، توانایی ثبت هیجان‌ها و استفاده از اطلاعات برای هدایت افکار و اعمال را در بر می‌گیرد (۶۸). همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در خود شفقت‌ورزی نامؤثر است. این یافته هم‌سو با نظر گیلبرت (۳۱) بود. وی معتقد بود که درمان‌های شناختی - رفتاری به جای اینکه شفقت را افزایش دهد باعث می‌شود که فرد بعضی وقت‌ها نسبت به خود نامهربانتر گردد و میزان شفقت فرد نسبت به خود کاهش پیدا کند. تحلیل نتایج نشان داد که میزان افزایش خود شفقت‌ورزی در ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در مراحل پیگیری به میزان ۶۱/۷ درصد بسیار بالاتر از گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن می‌باشد بنابراین ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در افزایش خود شفقت‌ورزی بسیار مؤثرتر از درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن می‌باشد.

این پژوهش از اثربخشی و کارایی بالاتر ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در خود شفقت‌ورزی و زندگی‌ارز شمند در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در افراد با اختلال اضطراب اجتماعی حمایت می‌کند.

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

ذهنی و درونی ناخوشایند و دردناک اجتناب می‌کنند و بیش از حد با کنترل افراطی به آنها پاسخ می‌دهند. در چنین شرایطی فرد نمی‌تواند بین اقدام و یا 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. از دیدگاه ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی، نگرش منتقدانه و سخت‌گیرانه به خود (کمال‌گرایی) تضاد کامل با خود شفقت‌ورزی است و مانع هدف‌های ارزشمند زندگی می‌شود. بنابراین، ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی با ساده‌سازی ارزش‌ها و با طراحی مجدد آن به ایجاد تفاوت بین اقدامات یا 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 (۴۰). همچنین نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در افزایش زندگی ارزشمند در مرحله آخر درمان تا اندازه‌ای مؤثر است ولی معنادار نبود. و این نتایج در مرحله پیگیری نیز حفظ شد. از این رو، میزان افزایش زندگی ارزشمند در گروه ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در مرحله پیگیری ۳۵/۶ درصد بسیار بالاتر از گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن می‌باشد. بنابراین ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در افزایش زندگی ارزشمند بسیار مؤثرتر از درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن عمل می‌کند. در درمان شناختی - رفتاری افراد یاد نمی‌گیرند که به سمت محرک‌های اشتیاق آور همچون ارزش‌های شخصی حرکت کنند، بنابراین همیشه آنها در معرض خطر گیر افتادن در تیررس محرک‌های آزاردهنده (بافت) آتی از جمله افکار و احساسات و قلاب‌های هیجانی زندگی قرار دارند. در حالی که، در ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی افراد به سمت محرک‌های آزاردهنده یا بافت برانگیخته می‌شوند و بر اساس فرآیندی، بطور آگاهانه به سوی ارزش‌های زندگی از جمله زندگی با معنی و بانشاط و کارآمد جریان می‌یابند و این جریان ارزش‌ها، پایان‌ناپذیر است اما جریان هدف‌ها محدود است (۴۰). نتایج این پژوهش تأیید می‌کند که ماتریکس درمان پذیرش و تعهد در افزایش خود شفقت‌ورزی در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری بسیار مؤثرتر از درمان شناختی

مورد ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی بر اختلال اضطراب اجتماعی برای اولین بار در ایران انجام شده است. پیشینه پژوهش‌های آتی بر گروه درمانی ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی با نمونه‌های بزرگتر و گمارش تصادفی همراه با گروه کنترل انجام گیرد. به نظر می‌رسد افراد با اختلال اضطراب اجتماعی فراگیر، بیش‌تر از هر چیزی با مسائل خودمحتوایی (شبیبه باورهای بنیادی و طرحواره‌ها)، خودفرآیندی، خود مشاهده‌گری و داستان‌های چسبناک زندگی گذشته درگیر هستند. آنها با کوچکترین استرس و قرار گرفتن در فضا و موقعیت‌های بین‌فردی به عنوان برانگیزاننده‌ها (با فت)، تجربه‌هایی از حس‌های بدنی، قلاب‌های توجه دزد و خودمحتوایی با نمودهای گوناگون راه‌اندازی شده و توجه آنها را پرت کرده و دچار پریشانی موقعیتی و ذهنی می‌کند. در نتیجه انجام مرتب‌سازی ماتریکس و دقت و توجه کردن در کل فرآیند مفهوم‌سازی، با مشکل مواجه می‌سازد. از این‌رو، ماتریکس اکت متمرکز بر شفقت و سنجش و تحلیل کارکردی در روابط بین‌فردی همراه با تحلیل از خودمحتوایی، خودفرآیندی و خود به عنوان بافت از طریق نمودار ماتریکس بین‌فردی، به این افراد کمک می‌کند که از شکل‌های بیرونی کشمکش‌های ذهنی که در بیشتر وقت‌ها باعث فاصله گرفتن دیگران از آنها می‌شود آگاه شده و به بهبود و مهارت روابط بین‌فردی توأم با خود شفقت‌ورزی و دیدگاه‌گیری بیافزایند. از این‌رو، پیشینه پژوهش می‌شود که پرسشنامه‌ای برای اندازه‌گیری خودمحتوایی با کیفیت روان‌سنجی بالا از نظر میزان حساسیت و دقت، توسط پژوهشگران "بافتارگرایی کارکردی" ساخته شود، و همچنین یافته‌های تکمیلی و مشترک بین طرحواره‌درمانی بافتاری، فراشناخت درمانی، درمان مبتنی بر شفقت و ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی می‌تواند افق‌های جدیدتری را بر پژوهش‌های تجربی و بالینی در الگوهای تک‌آزمودنی و گروهی و همچنین نظریه‌پردازی نوین باز کند. با این حال، این پژوهش به شواهد پژوهشی و مقایسه‌ای بیش‌تری نیاز دارد تا بتوان به اثربخشی، کارایی بالینی، سازوکارها و نتایج ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی اعتماد کرد.

منابع

1. Caouette JD, Guyer AE. Gaining insight into adolescent vulnerability for social anxiety from

۱. نمودار ماتریکس: ماتریکس ابزار مهمی برای توجه‌آگاهی دیداری با نمودار ماتریکس است. این ابزار عینی به تسریع فرآیند انعطاف‌پذیری گسلس، پذیرش، خودشناسی مشاهده‌گر، 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، رابطه‌درمانی و سنجش کارکردی و تجربه کردن و پذیرش مشتاقانه هیجان‌های دشوار در مسائل تعاملی و بین‌فردی و فهم کارکردهای زبان را ساده‌تر کرده و عوامل مقاومت به درمان را کاهش می‌دهد، و آن موجب انعطاف‌پذیری شناختی، هیجانی و رفتاری شده و میزان تاب‌آوری و تحمل دردها و رنج‌های عاطفی را از طریق توجه‌آگاهی ماتریکس، خود به عنوان بافت و دنبال کردن هدف‌های ارزشمندانه و شفقت به خود افزایش می‌دهد.

۳. مفهوم‌پردازی ماتریکس اکت، یک روند و فرآیندی از آسیب‌شناسی و تداوم اختلال روانشناختی است که مبتنی بر فرض‌های بنیادی ماتریکس قرار دارد. مفهوم‌پردازی ماتریکس قطب‌نمای درمانگر است که طرح و مسیر درمان را نشان می‌دهد. بدون آن، فرآیند درمان کارایی خود را از دست می‌دهد و درمانگر در مسیر درمان گم می‌شود.

۴. آموزش «توجه آگاهی شفقت‌آمیز» از طریق ماتریکس و درمان مبتنی بر شفقت، مواجه شدن با رنج‌ها و برخورد گرم و مهربانانه با آنها، فضایی محبت‌آمیز و اشتیاق‌انگیز در ذهن باز می‌کند به نحوی که فرد می‌تواند هیجان‌های منفی خود را مهار کرده و با انگیزش مثبت به سلامت و بهبودی خود کمک نماید. بنابراین، اگر ماتریکس اکت بدون تحلیل و سنجش کارکردی (بین‌فردی) و تجربه کردن و آگاه شدن از احساسات در درمانجویان اجرا شود. عوامل مقاومت به درمان افزایش پیدا کرده و ممکن است پیش فرض اولیه آزمودنی‌ها مبنی بر اینکه که این مداخله مؤثر نیست شیوع پیدا کند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه است که بر تعمیم‌پذیری نتایج اثر می‌گذارد: 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، بی‌میلی و بی‌ رغبتی در درمانجویان ایجاد کرد. پژوهش در

15. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*. 2013;44(2):180-98.
16. Hayes SA, Orsillo SM, Roemer L. Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*. 2010;48(3):238-45.
17. Bennett R, Oliver JE. Acceptance and commitment therapy: 100 key points and techniques. Routledge; 2019 Mar 27.
18. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change: Guilford Press; 2011.
19. Gerhart JJ, Baker CN, Hoerger M, Ronan GF. Experiential avoidance and interpersonal problems: A moderated mediation model. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2014;3(4):291-8.
20. Sloshower J, Guss J, Krause R, Wallace RM, Williams MT, Reed S, Skinta MD. Psilocybin-assisted therapy of major depressive disorder using Acceptance and Commitment Therapy as a therapeutic frame. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2020 Jan 1;15:12-9.
21. 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 Dec;20(1):1-8.
22. Hazavei F, RobatMili 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*. 2020;8(6):85-91.
23. 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 (Persian).
24. Wilson KG. Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy: New Harbinger Publications; 2009.
25. 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.
26. 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.
27. Bolsoni-Silva AT, Loureiro SR. The role of social skills in social anxiety of university students. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2014 Aug;24(58):223-32.
- developmental cognitive neuroscience. *Developmental cognitive neuroscience*. 2014;8:65-76.
2. Rapee RM, MacLeod C, Carpenter L, Gaston JE, Frei J, Peters L, Baillie AJ. Integrating cognitive bias modification into a standard cognitive behavioural treatment package for social phobia: a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*. 2013;51(4-5):207-15.
3. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc*. 2013;21.
4. Lipsitz J, Markowitz J, Cherry S. Manual for interpersonal psychotherapy of social phobia. *Unpublished Manuscript Columbia University College of Physicians and Surgeons*. 1997.
5. Alden LE. Interpersonal perspectives on social phobia. *The essential handbook of social anxiety for clinicians*. 2005:167-92.
6. Rapee RM, MacLeod C, Carpenter L, Gaston JE, Frei J, Peters L, Baillie AJ. Integrating cognitive bias modification into a standard cognitive behavioural treatment package for social phobia: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*. 2013 May 1;51(4-5):207-15.
7. Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL. Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annual review of clinical psychology*. 2009 Apr 27;5:311-41.
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. *Behaviour research and therapy*. 2017;90:41-57.
9. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive therapy and research*. 2012;36(5):427-40.
10. Craske MG, Niles AN, Burklund LJ, Wolitzky-Taylor KB, Villardaga JC, Arch JJ, Saxbe DE, Lieberman MD. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: outcomes and moderators. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2014;82(6):1034-48.
11. Herbert JD, Dalrymple K. Social anxiety disorder 2. *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*: Springer; 2005. p. 368-72.
12. Moscovitch DA. What is the core fear in social phobia? A new model to facilitate individualized case conceptualization and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009;16(2):123-34.
13. McEvoy PM, Perini SJ. Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without attention training: a controlled trial. *Journal of anxiety disorders*. 2009;23(4):519-28.
14. Orsillo SM, Roemer L. Acceptance-and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment: Springer Science & Business Media; 2007.

- (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 (Persian).
43. 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.
44. 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 Jan 20;16(4).
45. Johnson B, Christensen L. Educational research: Quantitative and qualitative approaches: Allyn & Bacon; 2000.
46. 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
47. Fresco D, Erwin B, Heimberg R, Turk C. Social and specific phobias. *New Oxford textbook of psychiatry*. 2000:794-807.
48. Atrifard, Mahdih. Evaluation of Psychometric Characteristics of Libutz Social Anxiety Self-Reporting Scale in an Iranian Sample of Master of Clinical Psychology, Shahed University, 2012 (Persian).
49. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*. 2011;42(4):676-88.
50. Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire-II. 2013 (Persian).
51. Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2011;18(3):250-5.
52. Ghorbani N, Watson PJ, Chen Z, Norballa F. Self-compassion in Iranian Muslims: Relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation. *International Journal for the Psychology of Religion*. 2012;22(2):106-18.
53. 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.
54. Akbari M. The Reliability and Validity of Persian version of the Valued Living Questionnaire: based on Acceptance and Commitment approach. 2018 (Persian).
55. Hofmann SG, Otto MW. Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: Evidence-based
28. Ayyash-Abdo H, Tayara R, Sasagawa S. Social anxiety symptoms: A cross-cultural study between Lebanon and the UK. *Personality and Individual Differences*. 2016 Jul 1;96:100-5.
29. Gilbert P. An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2010;3(2):97-112.
30. 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.
31. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*. 2009;15(3):199-208.
32. Begley S. Change your mind, change your brain: How a new science reveals our extraordinary potential to transform ourselves: Random House Digital, Inc.; 2007.
33. Cox BJ, Fleet C, Stein MB. Self-criticism and social phobia in the US national comorbidity survey. *Journal of affective disorders*. 2004;82(2):227-34.
34. Werner KH, Jazaieri H, Goldin PR, Ziv M, Heimberg RG, Gross JJ. Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, stress, and coping*. 2012;25(5):543-58.
35. Heimberg RG, Brozovich FA, Rapee RM. A cognitive behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. *Social anxiety: Elsevier*; 2010. p. 395-422.
36. Allen AB, Leary MR. Self-Compassion, Stress, and Coping. *Social and personality psychology compass*. 2010;4(2):107-18.
37. Esmaeili 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 (Persian).
38. 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 (Persian).
39. 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 (Persian).
40. Wilson KG. The ACT matrix: A new approach to building psychological flexibility across settings and populations: New Harbinger Publications; 2014.
41. 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.
42. Mirsharifa SM, Mirzaian B, Dousti Y. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy

and disorder specific treatment techniques: Routledge; 2017.

56. Ingram RE, Hayes A, Scott W. Empirically supported treatments: A critical analysis. 2000.

57. Fisher WW, Kelley ME, Lomas JE. Visual aids and structured criteria for improving visual inspection and interpretation of single-case designs. *Journal of applied behavior analysis*. 2003;36(3):387-406.

58. Eisen SV, Ranganathan G, Seal P, Spiro A, 3rd. Measuring clinically meaningful change following mental health treatment. *The journal of behavioral health services & research*. 2007;34(3):272-89.

59. Hamidpoor, Hasan. The Importance of Methodology in Behavioral Cognitive Researchs. *baztab danesh*. 2008, 349-56 (Persian).

60. 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 (Persian).

61. Khani ZO, Moghadam MF. Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on Social Adjustment and Social Phobia Among Physically-Disabled Persons.

62. Rostami M, Veisi N, Jafarian Dehkordi F, Alkasir E. Social anxiety in students with learning disability: Benefits of acceptance and commitment therapy. *Practice in Clinical Psychology*. 2014;2(4):277-84 (Persian).

63. Hashemi-Nosratabad T, Mahmoud-Alilou M, Gholizadeh A. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy based on Hofmann's Model on Fear of Negative Evaluation and Self-Focused Attention in Social Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2017;9(1):101-10 (Persian).

64. Stangier U. New Developments in Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder. *Current psychiatry reports*. 2016;18(3):25.

65. Bandelow B, Reitt M, Röver C, Michaelis S, Görlich Y, Wedekind D. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *International clinical psychopharmacology*. 2015;30(4):183-92.

66. SHareh H, Roeinfard M, Haghi E. The effectiveness of Heimberg and Becker cognitive behavioral group therapy in improving female adolescents social anxiety and cognitive flexibility. 2014 (Persian).

67. Blackledge JT, Ciarrochi J, Deane FP. Acceptance and commitment therapy: Contemporary theory research and practice: Australian Academic Press; 2009.

68. Lutz A, Slagter HA, Dunne JD, Davidson RJ. Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in cognitive sciences*. 2008;12(4):163-9.