

Research Article

Comparing of Clinical Efficacy of ACT Matrix with ACT Focused on Compassion and Hofmann's CBT on Social Anxiety Disorder

H. Asadi¹, M. Mohammadi^{2*}, Gh. Naziri² & A. Davoodi²

1.Ph. D Student Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, College of Economy & Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran. Email: hamid_asadi4517@yahoo.com.

2.Assistant Professor. Department of Clinical psychology, College of Economy & Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran. Email: mmohamadis@yahoo.com- naziriy@yahoo.com- davoodi.azam@yahoo.com

Abstract

Aim: Aim: The Empirical and Theoretical evidence show that Cognitive-Behavioral Interventions do not have Stable Efficacy. The present study aimed comparin Clinical Efficacy of ACT Matrix with ACT Focused on Compassion and Hofmann's CBT on social anxiety disorder. **Method:** This study was as Single blinded clinical trial with a single-case experimental study non-concurrent multiple baseline design, who performed on 9 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. **Results:** The results showed that all three intervention methods reduced social anxiety ($Z < -2.58$) and increased flexibility ($Z > 2.58$). However, Hofmann's CBT was not clinically effective and meaningful in increasing self-compassion and valued living ($Z < 1.96$). these results were maintained at the end of the 2-month follow-up period. **Conclusion:** The ACT Matrix and ACT focused on compassion in terms of the magnitude of change, stability, total of change and safety are more effective Clinical Efficacy than Hoffmann's CBT, but all three interventions were similar in terms of acceptance and generality of change.

Key words: Social Anxiety, Flexibility, Cognitive-Behavioral Therapy, ACT focused on Compassion, ACT Matrix

Citation: Asadi, H., Mohammadi, M., Naziri, Gh., & Davoodi, A. (2023). Comparing of Clinical Efficacy of ACT Matrix with ACT Focused on Compassion and Hofmann's CBT on Social Anxiety Disorder. *Quarterly of Applied Psychology*, 17 (2):33-61.

مقاله پژوهشی

مقایسه کارایی بالینی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد با درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و درمان شناختی- رفتاری هافمن بر اختلال اضطراب اجتماعی

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

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده اقتصاد و مدیریت، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران. ایمیل: hamid_asadi4517@yahoo.com
۲. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده اقتصاد و مدیریت، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران. ایمیل: mmohamadis@yahoo.com- naziry@yahoo.com- davoodi.azam@yahoo.com

چکیده

هدف: شواهد تجربی و نظری نشان می‌دهد که مداخله‌های شناختی- رفتاری، کارایی پایداری ندارند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه کارایی بالینی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد با درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و درمان شناختی- رفتاری هافمن بر اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی یک‌سر کور با طرح آزمایشی تک‌آزمودنی با خط پایه چندگانه ناهمزمان بود که به‌روش نمونه‌گیری هدفمند در طی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای با پیگیری ۲ ماهه بر روی ۹ دانشجوی با اختلال اضطراب اجتماعی اجرا شد. برای مقایسه نتایج این سه الگوی مداخله‌ای، از مقیاس اضطراب- اجتماعی لیبویتز (همیبرگ و همکاران، ۱۹۹۹)، فرم کوتاه مقیاس خود شفقت‌ورزی (ریس و همکاران، ۲۰۱۱)، نسخه دوم پرسشنامه پذیرش و عمل (باند و همکاران، ۲۰۱۱) و پرسشنامه زندگی ارزشمند (ویلسون و همکاران، ۲۰۱۰) استفاده شد. داده‌ها به روش ترسیم‌دیداری، درصد بهبودی، شاخص تغییر پایا و شاخص‌های شش‌گانه کارایی بالینی تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که هر سه روش مداخله‌ای در کاهش اضطراب اجتماعی ($Z < -2.58$) و افزایش انعطاف‌پذیری موثر و از لحاظ بالینی معنادار است ($Z > 2.58$). با این وجود، درمان شناختی- رفتاری هافمن در افزایش خود شفقت‌ورزی و زندگی- ارزشمند از لحاظ بالینی موثر و معنادار نبود ($Z < 1.96$)، و این نتایج نیز در پایان دوره پیگیری ۲ ماهه حفظ شد. **نتیجه‌گیری:** بنابراین ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت از نظر اندازه تغییر، ثبات، کلیت تغییر و ایمنی در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری هافمن، کارایی بالینی موثرتری دارند، اما هر سه روش مداخله در میزان پذیرش و عمومیت تغییر مشابه بودند.

کلید واژه‌ها: اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری، درمان شناختی- رفتاری، درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت، ماتریکس درمان پذیرش و تعهد

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی با شروع زودرس و دوره‌ای مداوم است (دیکون، مودی، گلدین، فرب، هیمبرگ و گروس، ۲۰۲۰؛ لیچسرنینگ و لویک، ۲۰۱۷). این اختلال با هراسی مشخص و ثابت از شرم‌منده شدن، مورد انتقاد یا سرزنش واقع شدن و یا مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی یا در زمان انجام فعالیتی در حضور دیگران شناخته شده است (سیگل و کوسواسکی، ۲۰۲۰). کناره‌گیری از موقعیت‌های اجتماعی، اجتناب از نگاه کردن، به تعویق انداختن کارها و کمال‌گرایی از ویژگی‌های مهم این اختلال می‌باشد (روس، تندی، ۲۰۲۱؛ ویکرز، هول، سریواستاو، گلدین، ۲۰۱۹؛ ایاش، تایرا و ساسگوا، ۲۰۱۶). همبودی بالای این اختلال با سایر اختلال‌های روان‌شناختی (جانسون، هوفارت، نوردال و ومپولد، ۲۰۱۷)، باعث افزایش بار بیماری شده است (گادرمین، آلونسو، ویالگوت، زاسالوسکی و کسلر، ۲۰۱۲). در صورت درمان نشدن، آسیب شدیدی به ظرفیت‌ها و توانمندی‌های فردی، آموزشی و اجتماعی وارد می‌شود و موجب مختل شدن بسیاری از جنبه‌های زندگی و در موارد شدید به کاهش کیفیت زندگی فرد منجر می‌شود (اسپنس، دنون، مارچ و همکاران، ۲۰۱۷؛ دریمین، گاردنر، ویک و هیمبرگ، ۲۰۱۶)، و همچنین اختلال اساسی در کار و حوزه‌های اجتماعی، عملکردهای علمی، خانوادگی ایجاد می‌کند (کوکرترز، گیلدبرنت، لیلیکویست، وپلین، بدلوند و همکاران، ۲۰۱۴؛ دمیر، کرستین، ارلپ، یوسال، ۲۰۱۲).

در دو دهه اخیر درمان‌های جدیدی وارد حوزه روان‌درمانی گردید که با عنوان درمان‌های فراتشخیصی شناخته شده است، که در پاسخ به محدودیت درمان‌های شناختی- رفتاری و عدم بهبود هیجان‌های منفی بیماران معرفی شدند. یکی از این درمان‌ها، "درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر" (بارلو) است که بر هیجان و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجانی تمرکز دارد و با استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجان، برای دامنه گسترده‌ای از اختلال‌های هیجانی کاربرد دارد (فرچینون، فایرلم، الارد، بوسیو، تامپسون و کارل، ۲۰۱۲). محدودیت‌های این نوع درمان فراتشخیصی، تاکید بر حوزه هیجان به عنوان یک عامل فراتشخیصی و نادیده انگاشتن سایر ابعاد دخیل در سبب‌شناسی و درمان است (اکبری، روشن، شعبانی، فتی، شعیری و زرغامی، ۱۳۹۴). در همین راستا، "درمان پذیرش و توجه‌آگاهی" به عنوان درمان فراتشخیصی موج سوم اشاره می‌کند که راهبردهای تنظیم هیجان (بارلو) به تنهایی نمی‌تواند شدت و واریانس علائم افسردگی و اضطراب را کاهش دهد (هیز، ویلسون، گیفورد، فلوت و استروسال، ۲۰۱۵؛ هیز، استروسال، ویلسون، ۲۰۱۱). در این راهبرد، بیماران به‌جای اینکه تنها خشم را تجربه کنند، خشمگین می‌شوند، از خشم نفرت پیدا می‌کنند و آرزو می‌کنند که خشم از آن‌ها دور شود. این پاسخ‌ها

آن‌ها را بیشتر در هیجان‌هایشان گیر می‌اندازد و باعث می‌شود در جهت اجتناب بیشتر تلاش کنند (رومر، ارسیلو و سالتر، ۲۰۰۸).

یکی دیگر از درمان‌های فراتشخیصی موج سوم "درمان متمرکز بر شفقت" است که سیر تاریخی شکل‌گیری آن در عدم بهبود هیجان‌های منفی در درمان‌های شناختی- رفتاری بود که بر ایجاد قابلیت شفقت‌ورزی متمرکز است و در آغاز برای افرادی با سطوح بالای شرم و خود انتقادگری که مؤلفه‌های فراتشخیصی آسیب‌شناسی روانی هستند توسعه یافت (گیلبرت، ۲۰۰۹). این الگوی فراتشخیصی و چند بعدی ریشه در روان‌شناسی رشد، نظریه تکاملی، علم عصب شناختی هیجان‌ها دارد و بر نوعدوستی و رفتار مراقبتی تاکید می‌کند (گیلبرت، ۲۰۱۰) و از سنجش کارکردی مشتق شده و بر اساس اصول یادگیری، روش‌های مختلف رفتاردرمانی را به کار می‌گیرد (کالکن و درو، ۲۰۱۵). گیلبرت (۲۰۰۹) بر این باور است که درمان‌های شناختی- رفتاری به جای این‌که شفقت را افزایش دهد باعث می‌شود فرد بعضی وقت‌ها نسبت به خود نامهربانتر گردد و میزان شفقت فرد نسبت به خود کاهش پیدا کند. یکی از حیطه‌های بالینی خاص که می‌تواند خود شفقت‌ورزی را مورد آزمایش قرار دهد اختلال اضطراب اجتماعی است. این افراد نسبت به افراد سالم خود شفقت‌ورزی پایین‌تری دارند و خود شفقت‌ورزی با شدت اضطراب اجتماعی و با ترس از ارزیابی شدن در افراد دارای اضطراب اجتماعی مرتبط است (ورنر، جزائری، گل‌دین، زیو، هیمبرگ و گراس، ۲۰۱۲). برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر شفقت یک رویکرد امیدوار کننده است که باعث کاهش اضطراب اجتماعی، شرم، خود انتقادگری و کاهش انزوا در این افراد شده است (بورسما، هکانسون و جانسون، ۲۰۱۵). با توجه به خلاء های موجود در درمان‌پذیرش و تعهد مبنی بر اینکه به رابطه‌درمانی در اتاق درمان و تعامل بین‌فردی و شفقت‌ورزی توجه کمتری کرده است، ایفرت و فورثایت (۲۰۰۵) و ویلسون (۲۰۰۹) پیشنهاد می‌کنند درمان‌پذیرش و تعهد بایستی با روان‌درمانی تحلیلی کارکردی یکپارچه شود. پولک و شئوندرف (۲۰۱۴) درمان‌پذیرش و تعهد را با روان‌درمانی تحلیلی کارکردی و اسماعیلی، امیری، عابدی و مولوی (۱۳۹۷) درمان‌پذیرش و تعهد را با درمان مبتنی بر شفقت یکپارچه کردند. بنابراین به نظر می‌رسد که موج چهارمی از رفتاردرمانی با یکپارچه‌سازی درمان‌ها پیش‌رو است. در همین راستا، گیلبرت و کیربی بیان می‌کنند که روان‌درمانی از الگوها، نظریه‌ها و مداخله‌های متنوع رنج می‌برد و آینده روان‌درمانی نیاز به یک چارچوب یکپارچه‌نگر دارد (الدین، ۲۰۱۵).

یکی از جدیدترین درمان‌های فراتشخیصی یکپارچه‌نگر موج سوم که در تقویت و جامعیت بخشیدن به درمان‌پذیرش و تعهد کمک شایانی کرده است "ماتریکس درمان پذیرش و تعهد" است (پولک، شئوندرف، وبستر و اولز، ۲۰۱۶). این الگوی یکپارچه‌نگر در برابر نارسائی‌ها و

محدودیت‌های درمان‌پذیرش و تعهد از جمله: پیچیده بودن مفاهیم شش ضلعی (ACT)، یکپارچه نبودن مبانی فلسفی/ نظری (بافتارگرایی کارکردی/ نظریه چهارچوب روابط ذهنی) و فنون کاربردی آن، ناموثر بودن توجه‌آگاهی به روش درمان‌پذیرش و تعهد و همچنین توجه کمتر به سنجش کارکردی، خود شفقت‌ورزی و دیدگاه‌گیری بوجود آمد و باعث شد که ویراستاران، درمان‌پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و روان‌درمانی تحلیلی کارکردی را در قالب ماتریکس در یک الگوی نظامند تدوین و یکپارچه کنند (پولک و شئوندراف، ۲۰۱۴). ماتریکس، دستاورد کاربست "بافتارگرایی کارکردی" است. رویکردی به فلسفه علم که به دنبال تعیین رفتار کارآمد در بافتارهای خاص است و بر "سنجش کارکردی" تاکید می‌کند (پولک و شئوندراف، ۲۰۱۴)، و می‌تواند طبیعت فراتشخیصی الگوی شش ضلعی درمان‌پذیرش و تعهد را تقویت کند و تفاوت عمده آن با الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری (ACT) تأکید بر ارتقای انعطاف‌پذیری از مسیر دیدگاه‌گیری و شفقت‌ورزی است (پولک و همکاران، ۲۰۱۶). برخی از شواهد پژوهشی حاکی از این است که ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، نمره اضطراب کمتر و کیفیت زندگی بالاتری نشان می‌دهد (میرشریف‌نیا، میرزائیان و دوستی، ۲۰۱۹)، و بر تنیدگی، اضطراب و سلامتی دانشجویان اثر مطلوبی داشته و زندگی آن‌ها را تغییر داده است (نلسون، ۲۰۲۰)، و نتایج پژوهشی دیگری نشان می‌دهد که ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد با شفقت موجب افزایش راهبردهای شناختی مثبت تنظیم هیجان در دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب امتحان در مقایسه با گروه گواه شده است (پیمان‌نیا، ۱۳۹۹). با توجه به چند بعدی بودن اختلال اضطراب اجتماعی و نرخ شیوع بالا، مزمن بودن، مقاوم به درمان، تداوم اختلال و پیامدهای اجتماعی، شغلی و خانوادگی آن، به کارگیری درمان‌های یکپارچه‌نگر، چند بعدی و فراتشخیصی که بر چند عامل فراتشخیصی و چند روش درمانی متمرکز هستند از جمله ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد، با درمان‌پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و درمان شناختی- رفتاری هافمن بر چهار متغیر اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری، زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی در قالب کارآزمایی بالینی بسیار حائز اهمیت است تا تفاوت بین این سه روش مداخله‌ای در بین این متغیرها روشن گردد و همچنین مشخص شود که کدام روش درمانی کارایی بالینی موثرتری دارد. بر همین اساس سوال‌های پژوهش به این شکل طرح شد:

۱. آیا ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد، درمان‌پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و درمان شناختی- رفتاری هافمن به یک اندازه در کاهش اضطراب اجتماعی موثرند؟

۲. آیا ماتریکس درمان پذیرش و تعهد، درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و درمان شناختی- رفتاری هافمن به یک اندازه در افزایش انعطاف پذیری موثرند؟
۳. آیا ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در افزایش شفقت‌ورزی از درمان شناختی- رفتاری هافمن موثرترند؟
۴. آیا ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در افزایش زندگی‌ارزشمند از درمان شناختی- رفتاری هافمن موثرترند؟
۵. آیا ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت از لحاظ کارایی- بالینی از درمان شناختی- رفتاری هافمن موثرترند؟

روش

این پژوهش در سایت کارآزمایی‌های بالینی ایران با شماره IRCT20200816048424N1 ثبت شده است. پروتکل ماتریکس درمان پذیرش و تعهد بر اساس دستور کار پولک و همکاران (۲۰۱۶) توسط پژوهشگر اول تدوین شد. این پژوهشگر در چندین کارگاه تخصصی تربیت‌درمانگر ماتریکس و درمان پذیرش و تعهد در اختلال‌های اضطرابی شرکت کرد و سپس به تدوین تخصصی این پروتکل برای اختلال اضطراب اجتماعی پرداخت، و آن را به‌طور آزمایشی در گروه‌های اضطرابی اجرا کرد و پس از اصلاحات و تجربه‌اندوزی، بر روی اختلال اضطراب اجتماعی به اجرا در آورد. این پروتکل با نظر خواهی سه نفر متخصص آشنا به درمان‌های موج سوم مورد تایید قرار گرفت. پروتکل درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر اساس دستور کار هیز (۲۰۰۵، ۲۰۰۸) و گیلبرت (۲۰۱۰، ۲۰۱۴) است که توسط اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۷) و پروتکل درمان- شناختی- رفتاری بر اساس دستور کار هافمن و اتو (۱۳۹۶) تدوین شد.

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی یک‌سر کور با طرح آزمایشی تک‌آزمودنی با خط پایه چندگانه ناهمزمان بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند در طی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای با پیگیری ۲ ماهه بر روی ۹ دانشجوی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی اجرا شد. جامعه آماری شامل ۳۲ دانشجوی زن و مرد در مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد مراجعه کننده به مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره شیوا تهران بود که از بین آن‌ها ۶ نفر توسط روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی دارای اختلال اضطراب اجتماعی فراگیر و ۳ نفر به اختلال اضطراب اجتماعی خاص تشخیص داده شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: تشخیص ابتلا به اختلال اضطراب اجتماعی؛ مدت 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: 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. این افراد در فاصله اوایل مرداد تا اواسط دی ۱۳۹۹ مورد ارزیابی خط پایه چندگانه، درمان و پیگیری دو ماهه قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

۱. مصاحبه بالینی: مصاحبه بالینی مبتنی بر پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به منظور ابزاری جهت تشخیص گذاری اختلال‌های روانی براساس معیارهای آن است (فرست، ۲۰۱۶). این ابزار توسط روان‌پزشک و ارزیابی روان‌شناس بالینی به همراه پرسشنامه‌های زیر انجام شد.

۲. مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، نسخه خودسنجی ۲۴ آیتمی از LSAS-CA (همیبرگ، هومر، جستر، سقرن، براون و لیبویتز، ۱۹۹۹) است که ترس/اضطراب و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی (۱۱ عبارت)، ترس/اضطراب 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 اجتماعی ۶۶ و حداکثر نمره کلی ۱۴۴ می‌باشد. در ایران دامنه آلفای کرونباخ نسخه LSAS-CA توسط حسنی، فیاضی و اکبری از ۰.۸۲ تا ۰.۹۵ به دست آمده که از همسانی درونی مطلوب حکایت دارد. همچنین ضرایب همبستگی میان خرده مقیاس‌ها ۰.۷۰ تا ۰.۹۶ بود (حسنی و همکاران، ۱۳۹۶).

۳. نسخه دوم پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II): آخرین نسخه این پرسشنامه ۱۰ پرسش دارد که به وسیله بوند، هیز، بیر، کرپنتر، گونل، اورکات، ولتز و زتل (۲۰۱۱) تدوین شده است. این پرسشنامه 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. نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر است. مقیاس پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت است که از نمره ۱ هرگز صحیح نیست تا نمره ۷ همیشه صحیح درجه‌بندی 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 و ۰.۸۸) و

پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۸۱٪ و ۷۹٪ به دست آمد (بوند و همکاران، ۲۰۱۱). در پژوهش دیگر با استفاده از آلفای کرونباخ، ضریب پایایی کل آزمون ۸۹٪ و ضریب پایایی بازآزمون ۷۱٪ به دست آمده است (عباسی، فتی، مولودی و ضرابی، ۱۳۹۱).

۴. فرم کوتاه مقیاس خود شفقت‌ورزی: این مقیاس ۱۲ ماده‌ای توسط توسط ریس، پامیر، نف و ونکاچ (۲۰۱۱) ساخته شد 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 سوال‌های ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷ و ۱۰ (تقریباً هرگز، ۱؛ به ندرت، 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). ریس و همکاران در پژوهش خود، همسانی درونی مقیاس را ۸۶٪ گزارش کردند. در پژوهش قربانی، واتسن، ژو و نوربالا (۲۰۱۲) همسانی درونی مقیاس ۸۴٪ و در مطالعه سبزه آرای لنگرودی (۱۳۹۲) در نمونه ایرانی، آلفای ۶۸٪ گزارش شد.

۵. پرسشنامه زندگی‌ارزشمند: این پرسشنامه ۲۰ سوالی با هدف ارزیابی میزان ارزش قائل شدن برای زندگی خود می‌باشد (ویلسون، سندوز، کیتچنز، و روبرتس، ۲۰۱۰). 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 کرده و از مجموع نمره دو بخش اهمیت و پیگیری، نمره کل پرسشنامه زندگی‌ارزشمند حاصل می‌شود (حداقل ۲۰ نمره و حداکثر ۲۰۰ نمره). پایایی آزمون-باز آزمون 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 (۱۳۹۷) نشان داد که پایایی بازآزمایی چهار هفته‌ای پرسشنامه زندگی‌ارزشمند برابر با ۷۶٪ و ضریب همسانی درونی آن برای کل ابزار ۸۰٪ به دست آمد.

۶. جدول ۱، پروتکل ماتریکس درمان پذیرش و تعهد بر اساس دستور کار پولک و همکاران (۲۰۱۶) توسط اسدی (۱۴۰۰)، جدول ۲، پروتکل درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت توسط اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۷) و جدول ۳، پروتکل درمان شناختی-رفتاری توسط هافمن و اتو (۱۳۹۶) را نشان می‌دهد.

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

تعداد جلسات	محتوای درمانی هر جلسه
جلسه اول و دوم	معرفی جلسات درمانی و آشنایی با اهداف، معرفی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد (توجه- آگاهی به روش ماتریکس) مفهوم زبان و چهارچوب روابطذهنی. 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 رابطه‌درمانی، 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 رابطه‌درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، بحث متناقض‌نماها در اضطراب (پارادوکس)، خود محتوایی و سنجش و تحلیل کارکردی (کارکردها، بافت و پیامدها)، تمثیل فلکسی و اسپیکتی. تمرین تجربی ماتریکس و مسائل بین‌فردی. ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۳).
جلسه هفتم و هشتم	اتحاد درمانی و رابطه‌درمانی، تمرین کوتاه توجه‌آگاهی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، معرفی ایکیدوی کلامی. استعاره صفحه شطرنج و خویشتن مشاهده‌گر. ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۴).
جلسه نهم و دهم	اتحاد درمانی و رابطه‌درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، معرفی مراحل شفقت به خود، تمرین تجربی توجه‌آگاهی شفقت‌آمیز، ترکیب ایکیدو و شفقت (دیدگاه‌گیری). ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۵).
جلسه یازدهم و دوازدهم	اتحاد درمانی و رابطه‌درمانی، ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، بررسی تمرین‌های جلسه گذشته، معرفی چشم‌انداز گزینی. اجرای توجه‌آگاهی شفقت‌آمیز و جمع بندی مراحل شش‌گانه ماتریکس و ارزیابی درمان و اجرای پرسشنامه‌ها (۶).

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

تعداد جلسات	محتوای درمانی هر جلسه
جلسه اول و دوم	اتحاددرمانی، معرفی جلساتدرمانی و آشنایی با اهداف، معرفی درمان اکت متمرکز بر شفقت، ایجاد نامیدی خلاقانه، معرفی سیستم‌های تنظیم‌هیجان، معرفی انواع رنج انسان و انواع نیازهای انسان، ارزیابی درمان (۱).
جلسه 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 بین‌فردی (دیدگاه‌گیری)، مغز آگاه، معرفی دلایل رنج انسان، مشاهده رنج پشت رفتار

خود و دیگران و حساس بودن نسبت به رنج، کاربرد فنون توجه‌آگاهی، ارتباط با زمان حال، نگاه توجه‌آگاهانه به رنج، معرفی احساس شفقت آمیز، ارائه برگه تکلیف نگاه توجه آگاهانه به احساسات و ماندن با احساسات، ارزیابی درمان (۲).

جلسه 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).

جلسه 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 (دیدگاه-گیری)، ارائه تکلیف بررسی رفتارها براساس انواع خود، معرفی تصور شفقت آمیز و انجام تصویر سازی در موقع داشتن رنج، ارزیابی درمان (۴).

جلسه دهم تا دوازدهم
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، مایل و تعهد، الگوی عمل متناسب با ارزش‌ها، عمل متعهدانه نسبت به التیام رنج، معرفی ویژگی‌های انسان مهربان، معرفی انواع رفتار شفقت آمیز، جمع‌بندی و ارزیابی (۵ و ۶).

جدول ۳. خلاصه پروتکل درمان شناختی-رفتاری 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 تاکید خاص بر مواجهه درون جلسه، مفهوم‌پردازی مساله و اهمیت تمرین خانگی و انعطاف‌پذیری در برخورد با مشکلات زندگی.
جلسه دوم و سوم	برقراری رابطه‌درمانی، مرور تمرین خانگی و مواجهه‌های درون جلسه و توضیح منطق درمان. ارزیابی درمان (۱)
جلسه چهارم تا هشتم	برقراری رابطه درمانی، تمرین مواجهه دشوار (خجالت‌آورترین خاطرات ...)، در باره موضوعی صحبت کنند که اطلاعات اندکی در مورد آن دارند، آوردن حصار جدیدی به جلسه، قطع کردن سخنرانی در جاهای مختلف، از درمانجویان خواسته شود قبل از سخنرانی تند تند نفس بکشند و ... ارزیابی درمان (۳ و ۴).
جلسه نهم تا دوازدهم	برقراری رابطه درمانی، مواجهه برون جلسه در محیط طبیعی و واقعی (بین فردی) جهت تغییر سوگیری‌های شناختی، خلاصه و جمع بندی پیشرفت‌های درمانجویان و پیشگیری از عود و استرس‌های زندگی، جمع بندی و ارزیابی درمان (۵ و ۶).

شیوه اجرا

ابتدا برای اهداف پژوهش حاضر با یک فراخوان در مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره شیوا تهران اطلاع رسانی شد. پس از انتخاب افراد واجد شرایط ملاک‌های ورود و خروج پژوهش و رضایت قبل از درمان، ۹ دانشجوی بطور تصادفی به صورت گروه‌های ۳ نفره در سه مداخله 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 (جدول ۴).

جدول ۴. 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
هفتم	خط پایه ۲، ۱	خط پایه ۳. شروع درمان		
هشتم	خط پایه ۲، ۱	خط پایه ۴، ۳	شروع درمان	
نهم	خط پایه ۲، ۱	خط پایه ۴، ۳	خط پایه ۵	شروع درمان

روش تحلیل داده‌ها: 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 (اینگرام، هیز، و اسکوت، ۲۰۰۰) استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول ۵ شرح و حال بالینی دانشجویان و جداول ۶، ۷ و ۸ روند تغییر مراحل خط پایه، درمان و پیگیری سه مداخله را نشان می‌دهد.

جدول ۵. شرح و حال بالینی دانشجویان و نوع مداخله

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

جدول ۶. روند تغییر مراحل خط پایه، درمان و پیگیری در ماتریکس درمان پذیرش و تعهد

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

علامت منفی (-) نشان تغییر کاهش نمره‌ها است.

اضطراب اجتماعی (SAD)، انعطاف‌پذیری (AAQ)، زندگی ارزشمند (VL) و خود شفقت‌ورزی (SCS)

جدول ۷. روند تغییر مراحل خط پایه، درمان و پیگیری در درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت

آزمودنی متغیر	خط پایه										
	۱	۲	۳	۴	۵	ج ۱۲	درمان	پیگیری	شاخص درصد بهبودی	ت پایا	
چهارم	SAD	۹۴	۹۴	۹۵	-	-	۳۷	۳۷	۳۵	-۳/۵	۶۰/۷
	AAQ	۲۴	۲۶	۲۶	-	-	۴۱	۴۱	۴۳	۳/۷۹	۶۱/۸
	VL	۹۸	۱۰۰	۱۰۰	-	-	۱۶۰	۱۶۵	۱۶۵	۳/۵۳	۶۱
	SCS	۲۱	۲۲	۲۱	-	-	۳۵	۳۵	۳۷	۳/۹۸	۶۱/۱
پنجم	SAD	۱۰۱	۹۹	۱۰۰	۱۰۰	-	۳۸	۳۷	۳۶	-۳/۸	۶۲
	AAQ	۲۲	۲۱	۲۱	۲۱	-	۳۷	۳۸	۳۹	۴/۴۵	۷۴/۱
	VL	۱۰۶	۱۰۷	۱۰۷	۱۰۷	-	۱۷۶	۱۷۷	۱۷۸	۴/۱	۶۴/۸
	SCS	۲۱	۲۲	۲۲	۲۲	-	۳۷	۳۸	۴۰	۴/۳۵	۷۴/۱
ششم	SAD	۱۱۳	۱۱۳	۱۱۵	۱۱۵	۱۱۵	۵۴	۵۴	۵۳	-۲/۸	۵۱/۸
	AAQ	۲۳	۲۳	۲۲	۲۲	۲۲	۳۷	۳۸	۳۸	۳/۷۶	۶۵/۱
	VL	۹۷	۹۶	۹۵	۹۵	۹۵	۱۵۱	۱۵۲	۱۵۱	۳/۸۷	۵۸
	SCS	۲۱	۲۲	۲۱	۲۲	۲۲	۳۴	۳۶	۳۵	۴/۳۲	۶۶/۶

علامت منفی (-) نشان تغییر کاهش نمره‌ها است.

جدول ۸. روند تغییر مراحل خط پایه، درمان و پیگیری در درمان شناختی- رفتاری هافمن

آزمودنی متغیر	خط پایه										
	۱	۲	۳	۴	۵	ج ۱۲	درمان	پیگیری	شاخص درصد بهبودی	ت پایا	
هفتم	SAD	۷۳	۷۴	۷۴	-	-	۳۰	۲۹	۲۷	-۳/۸۵	۵۹/۳
	AAQ	۲۲	۲۳	۲۳	-	-	۳۵	۳۵	۳۶	۲/۹۶	۵۴/۴
	VL	۹۴	۹۵	۹۵	-	-	۱۲۶	۱۲۰	۱۲۰	۱/۳۲	۳۳/۱
	SCS	۲۲	۲۳	۲۳	-	-	۲۹	۲۶	۲۴	۱/۵۴	۲۷/۹
هشتم	SAD	۹۳	۹۵	۹۶	۹۶	-	۳۶	۳۵	۳۶	-۳/۶۸	۶۲/۱
	AAQ	۱۴	۱۴	۱۵	۱۵	-	۳۳	۳۳	۲۳	۳/۷۸	۵۸/۶
	VL	۹۶	۹۷	۹۶	۹۶	-	۱۲۳	۱۲۲	۱۲۲	۱/۴۵	۲۷/۷
	SCS	۱۵	۱۶	۱۶	۱۵	-	۲۰	۱۹	۱۷	۱/۶۷	۲۹
نهم	SAD	۸۰	۷۹	۸۰	۷۹	۷۹	۳۰	۳۰	۲۸	-۳/۶۵	۶۲/۲
	AAQ	۲۲	۲۱	۲۲	۲۱	۲۱	۳۵	۳۵	۳۶	۳/۲۳	۶۳/۵
	VL	۱۰۸	۱۰۷	۱۰۸	۱۰۷	۱۰۷	۱۴۷	۱۴۵	۱۴۱	۱/۹۲	۳۶/۸
	SCS	۲۲	۲۲	۲۳	۲۳	۲۳	۲۶	۲۴	۲۲	۱/۱۲	۱۵

از شاخص‌های ششگانه کارایی بالینی اینگرم و همکاران (۲۰۰۰) نتایج زیر بدست آمد:

۱. اندازه تغییر (چقدر کاهش یا افزایش در آماج‌های اصلی درمان رخ داده است؟): همانطور که در جداول ۶ تا ۸ و نمودار ۱ مشاهده می‌شود سطح نمره‌های ۹ دانشجو در آخرین مرحله درمان و مرحله پیگیری در مقایسه با میانگین خط‌پایه کاهش داشته و تغییراتی در آن‌ها مشاهده می‌شود: گروه ماتریکس درمان پذیرش و تعهد در آخرین مرحله درمان و پیگیری دوم به ترتیب به میزان ۶۳٫۱٪ و ۶۵٫۴٪ بهبودی و گروه درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت به ترتیب به میزان ۵۸٫۱٪ و ۵۹٫۴٪ بهبودی و گروه درمان شناختی- رفتاری هافمن به ترتیب به میزان ۶۱٫۲٪ و ۶۲٫۷٪ بهبودی، اضطراب اجتماعی را کاهش داده است. بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد (پاپن، ۱۹۸۹ به نقل از حمیدپور، ۱۳۸۷) هر سه مداخله در متغیر اضطراب اجتماعی در طبقه موفقیت در درمان قرار می‌گیرند. شاخص تغییر پایا در هر سه مداخله، در مرحله درمان و پیگیری کوچکتر از مقدار (۲٫۵۸ < Z) بود، و به این معنی است که تغییرات از لحاظ بالینی معنادار است. یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد که گروه ماتریکس درمان پذیرش و تعهد در آخرین مرحله درمان و پیگیری دوم به ترتیب به میزان ۶۶٫۶٪ و ۷۱٪ بهبودی و گروه درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت به ترتیب به میزان ۶۷٪ و ۷۳٫۱٪ بهبودی و گروه درمان شناختی- رفتاری هافمن به ترتیب به میزان ۵۸٫۸٪ و ۶۱٫۴٪ بهبودی، انعطاف‌پذیری را افزایش داده است. بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد، هر سه مداخله در متغیر انعطاف‌پذیری در طبقه موفقیت در درمان قرار می‌گیرند. شاخص تغییر پایا در هر سه مداخله در متغیر انعطاف‌پذیری، در مرحله درمان و پیگیری بزرگتر از مقدار (۲٫۵۸ > Z) بود که نشان می‌دهد تغییرات از لحاظ بالینی معنادار است.

نتایج پژوهش نشان داد که گروه ماتریکس درمان پذیرش و تعهد در آخرین مرحله درمان و پیگیری دوم به ترتیب به میزان ۶۲٫۶٪ و ۶۴٫۳٪ بهبودی و گروه درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت به ترتیب به میزان ۶۱٫۲٪ و ۶۳٫۵٪ بهبودی، زندگی ارزشمند را افزایش داده است. بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد، هر دو مداخله در طبقه موفقیت در درمان قرار می‌گیرند. شاخص تغییر پایا در هر دو مداخله، در مرحله درمان و پیگیری بزرگتر از مقدار (۲٫۵۸ > Z) بود، و به این معنی است که تغییرات از لحاظ بالینی معنادار است در حالی که، در گروه درمان شناختی- رفتاری هافمن در آخرین مرحله درمان و پیگیری دوم به ترتیب به میزان ۳۲٫۸٪ و ۲۸٫۷٪ بهبودی، زندگی ارزشمند را افزایش داده است. شاخص تغییر پایا در این مداخله کوچکتر از مقدار (۱٫۹۶ < Z) است و به این معنی است که تغییرات از لحاظ بالینی معنادار نیست. بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد، ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت

در متغیر زندگی ارزشمند در طبقه موفقیت در درمان محسوب می‌شود اما درمان‌شناختی- رفتاری هافمن در طبقه بهبودی اندک قرار می‌گیرد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که گروه ماتریکس درمان پذیرش و تعهد در آخرین مرحله درمان و پیگیری دوم به ترتیب به میزان ۶۶٫۳٪ و ۷۵٫۵٪ بهبودی و گروه درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت به ترتیب به میزان ۶۸٫۲٪ و ۷۰٫۷٪ بهبودی، خود شفقت‌ورزی را افزایش داده است. بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد، هر دو مداخله، در طبقه موفقیت در درمان قرار می‌گیرند. شاخص تغییر پایا در هر دو مداخله، در مرحله درمان و پیگیری بزرگتر از مقدار ($Z > 2,58$) بود، و به این معنی است که تغییرات از لحاظ بالینی معنادار است، در حالی که، در گروه درمان‌شناختی- رفتاری هافمن در آخرین مرحله درمان و پیگیری دوم به ترتیب به میزان ۲۳٫۹٪ و ۱۰٫۸٪ بهبودی، خود شفقت‌ورزی را به میزان کمی افزایش داده است. شاخص تغییر پایا در درمان- شناختی- رفتاری هافمن کوچکتر از مقدار ($Z < 1,96$) بود، و به این معنی است که تغییرات از لحاظ بالینی معنادار نیست. همچنین گروه ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و گروه درمان‌پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در مقایسه با گروه درمان‌شناختی- رفتاری هافمن به ترتیب در مراحل پیگیری به میزان ۶۱٫۷٪ و ۵۹٫۹٪ بهبودی بیشتری نشان دادند. بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد، ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان‌پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در متغیر خود شفقت‌ورزی در طبقه موفقیت بالا در درمان محسوب می‌شود اما درمان‌شناختی- رفتاری هافمن در طبقه شکست درمانی قرار دارد.

۲. کلیت تغییر (چند درصد از بیماران تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟): یافته‌های پژوهش نشان داد که گروه ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان‌پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در متغیرهای اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری، زندگی ارزشمندانه و خود شفقت‌ورزی در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری تغییرات محسوس در آماج درمانی داشته‌اند و این تغییرات نیز از لحاظ بالینی معنادار بود، در حالی که در گروه درمان‌شناختی- رفتاری هافمن در متغیر اضطراب اجتماعی و انعطاف‌پذیری در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری تغییرات محسوس در آماج درمانی داشته‌اند اما در متغیر زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری تغییرات محسوس در آماج درمانی نداشته‌اند.

۳. عمومیت تغییر (در سایر حوزه‌های زندگی مثل عملکرد روان‌شناختی، اجتماعی، شغلی و تحصیلی چقدر تغییر رخ داده است؟): مقیاس ارزیابی عملکرد کلی (GAF) حاکی از این است که هر ۹ دانشجو بعد از فرآیند درمان و پیگیری در عملکرد روان‌شناختی، بین فردی و اجتماعی پیشرفت کرده‌اند (جدول ۹).

جدول ۹. نمره‌های دانشجویان در مقیاس ارزیابی عملکرد کلی

نوع مداخله	پس از درمان (پیگیری)	قبل از درمان	آزمودنی‌ها
ماتریکس اکت	۷۰	۴۵	اول
	۷۵	۴۲	دوم
	۶۲	۴۳	سوم
اکت متمرکز بر شفقت	۷۰	۴۸	چهارم
	۷۲	۴۵	پنجم
	۶۴	۴۴	ششم
درمان شناختی رفتاری هافمن	۶۵	۴۵	هفتم
	۷۰	۵۰	هشتم
	۷۵	۵۵	نهم

همانطور که در جدول ۹ مشاهده می‌شود دانشجویان اول تا هفتم عملکرد کلی‌شان قبل از درمان بین ۴۲ تا ۴۸ بود و به این معنی است که آن‌ها در سطح عواطف، هیجان‌ها و دردهای بدنی درگیرند. این افراد صمیمیت را تجربه نکرده‌اند و انگیزه پایینی در درمان نشان می‌دهند. بنابراین برای این افراد بایستی رابطه درمانی و شفقت از همان جلسه اول درمان اتخاذ گردد تا احساس امنیت بیشتری کنند.

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 سه مداخله، پایداری و علاقه به یادگیری دانشجویان، حضور مستمر در جلسات درمان، انجام دادن تمرین‌های تجربی و آموزشی، جدی گرفتن مداخله در درمان، باعث شد هر ۹ دانشجوی 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 سه مداخله در کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش انعطاف‌پذیری، به یک اندازه موثر بودند؛ با این حال، درمان شناختی- رفتاری هافمن در متغیر زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی موثر نبود و این یافته نشان می‌دهد که درمان شناختی- رفتاری تا اندازه‌ای در سلامت جسمی و روان شناختی موثر است.

۶. **ثبات** (دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته است؟): نتیجه دو ماه پیگیری در پژوهش حاضر نشان داد که هر سه مداخله در آماج‌های درمان اضطراب اجتماعی و انعطاف‌پذیری دوام داشته‌اند.

با این حال، درمان شناختی- رفتاری هافمن در متغیر زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی دوام نداشته است. این یافته نشان می‌دهد که درمان شناختی- رفتاری ثبات پایداری در زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی نشان نمی‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف ارزیابی و مقایسه کارایی بالینی ماتریکس درمان پذیرش و تعهد، با درمان- پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و درمان شناختی- رفتاری هافمن در اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری پذیرش و عمل، زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی انجام شد.

در بررسی سوال پژوهش مبنی بر اینکه «آیا ماتریکس درمان پذیرش و تعهد، درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و درمان شناختی- رفتاری هافمن به یک اندازه در کاهش اضطراب اجتماعی موثرند؟» نتایج پژوهش نشان داد که هر سه مداخله در کاهش اضطراب اجتماعی در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری موثر و معنادار است. نتایج این پژوهش در ماتریکس اکت همسو با پژوهش‌های نلسون، (۲۰۲۰)؛ میرشریف‌نیا و همکاران، (۲۰۱۹)، یابنده و همکاران، (۱۳۹۸)؛ استادیان خانی و همکاران، (۱۳۹۶)؛ رستمی و همکاران، (۲۰۱۴)؛ کراسک و همکاران، (۲۰۱۴) بود. پژوهش‌های دیگری نشان می‌دهند که شفقت‌ورزی با کاهش اضطراب اجتماعی مرتبط است (اسماعیلی، و همکاران، (۱۳۹۷)؛ ورنر و همکاران، (۲۰۱۲)؛ آلن و همکاران، (۲۰۱۰)؛ همبرگ و همکاران، (۲۰۱۰). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت از دیدگاه ماتریکس اکت دانشجویان یاد می‌گیرند که با افزایش رابطه با افکار و احساسات، فکر را به عنوان فکر، احساس را به عنوان احساس تجربه کنند. همچنین افکار و احساسات خود را از واقعیت متمایز کنند. این کار در توجه و دقت کردن به تفاوت بین تجربه‌های حسی و ذهنی و تفاوت بین اقدامات دور شدن و پیش رفتن، و همچنین مشاهده‌گری بر این دو تفاوت بوجود می‌آید. بوسیله رابطه با خود به عنوان بافت و تماس با لحظه حال می‌توان از طریق دیدگاه‌گیری از تاثیر و نفوذ قلاب‌های توجه دزد و اقدامات ناکارآمد بر زندگی کاسته و در نهایت با خود شفقت‌ورزی و چشم اندازگزینی به سوی زندگی ارزشمند، شاد و معنی دار حرکت کرد. از دیدگاه درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت، افراد مضطرب از بین سه سیستم تنظیم هیجان، سیستم متمرکز بر تهدید و محافظت (آمیگدال، لیمبیک و سروتونرژیک) آن‌ها همیشه فعال است. این سیستم باعث هیجان‌هایی نظیر اضطراب، خشم یا بی‌زاری می‌شود. با فعال کردن سیستم متمرکز بر ایمنی احساس رضایت، آرامش و بهزیستی و با فعال کردن سیستم متمرکز بر انگیزش (دوپامین) احساس شادی، رضایت و انرژی یا برانگیختگی فراهم می‌شود. بنابراین درمان جویان یاد می‌گیرند که با تمرین سنجش

کارکردها و رابطه شفتت‌آمیز با دردها و رنج‌های درونی، سیستم تهدید و محافظت که نقش مهمی در استرس بالا و نگرانی دارد کنترل کرده و با افزایش کارکرد سیستم انگیزشی و سیستم ایمنی و همچنین تمرین خود شفتت‌ورزی از میزان ترس و اضطراب اجتماعی کاسته و سطح میزان کورتیزول خود (هورمون استرس) را کاهش دهند (گیلبرت، ۲۰۰۹). همچنین با برانگیختگی سیستم متمرکز بر ایمنی، ادراک خطر و تهدیدات را کاهش داده و رفتارهای مراقبتی، همدلانه و مشفقانه با دیگران را افزایش دهند که باعث بدست آوردن تعادل می‌شود. همچنین یافته‌های این پژوهش در درمان‌شناختی- رفتاری هافمن همسو با پژوهش‌های هاشمی و همکاران، ۱۳۹۴؛ بندلو و همکاران، ۲۰۱۵ بود. در تبیین این یافته از دیدگاه درمان‌شناختی- رفتاری هافمن می‌توان گفت، درمانجویان با آگاه شدن از موقعیت‌های برانگیزانده اضطراب و همچنین از نقش اجتناب، رفتارهای ایمنی‌ساز، توجه متمرکز شده به خود، نشخوار ذهنی پس رویدادی در تداوم بخشی اختلال آگاه شده و با تمرین‌های چالش و بازسازی شناختی درون- جلسه‌ای، با آمادگی بیشتری به موقعیت‌های سخت‌تر اجتماعی و بیرون از جلسه درمان رفته، و با یادگیری رفتار جراتمندانانه و پیش‌بینی استرس‌های زندگی، از بازگشت و عود عوامل تداوم بخش اختلال در آینده پیشگیری می‌کنند. بنابراین هر سه مداخله در کاهش اضطراب اجتماعی کارایی دارند. با این حال، ماتریکس درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با دو مداخله دیگر به میزان بیشتری اضطراب اجتماعی را کاهش داده است.

در بررسی سوال پژوهش مبنی بر اینکه «آیا ماتریکس درمان پذیرش و تعهد، درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفتت و درمان شناختی- رفتاری هافمن به یک اندازه در افزایش انعطاف‌پذیری موثرند؟» نتایج پژوهش نشان داد که هر سه مداخله در افزایش انعطاف‌پذیری در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری موثر و معنادار است. این نتایج در ماتریکس درمان پذیرش و تعهد با پژوهش هزاوه‌ای و همکاران، (۱۳۹۸)؛ روحی و همکاران (۱۳۹۸)؛ زارع، (۱۳۹۶)؛ آزاده و همکاران، (۱۳۹۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمانجویان با ترسیم نمودارهای ماتریکس در طول فرآیند درمان، توجه و دقت کردن گسترده به تفاوت‌ها و مهارت‌یابی در دیدگاه‌گیری و خود شفتت‌ورزی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خود را افزایش می‌دهند. در درمان- پذیرش و تعهد متمرکز بر شفتت، 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 خود شفتت‌ورزی و توجه آگاهی شفتت‌آمیز است که باعث افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، عاطفی و رفتاری در درمانجویان می‌شود. همچنین یافته‌های این پژوهش در درمان‌شناختی- رفتاری هافمن همسو با پژوهش‌های روئین‌فرد و

همکاران، (۱۳۹۳) بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که فرآیند انعطاف‌پذیری حاصل سازوکارهایی همچون آگاه شدن از عوامل تداوم‌بخش اختلال، شناخت افکار خودآیند منفی و تغییر خطاهای شناختی مرتبط با باورهای ناکارآمد، مهارت در به چالش در آوردن و تعدیل باورهای ناکارآمد درون جلسه‌ای و آمادگی بیش‌تر برای روبرو شدن با موقعیت‌های سخت‌تر اجتماعی، همراه با رفتار جراثمتندانه و پیش‌بینی استرس‌های زندگی آتی، جهت پیشگیری از بازگشت و عود عوامل تداوم‌بخش اختلال در آینده می‌باشد. با این حال، گروه درمان‌پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و گروه ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد به ترتیب به میزان ۱۱٫۷٪ و ۹٫۶٪، بهبودی بیشتری در افزایش انعطاف‌پذیری نشان دادند.

در بررسی سوال پژوهش مبنی بر اینکه «آیا ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد و درمان‌پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در افزایش زندگی ارزشمند از درمان شناختی-رفتاری هافمن موثرترند؟» نتایج نشان داد که ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد و درمان‌پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در افزایش زندگی ارزشمند در مرحله آخر درمان و مرحله پیگیری از درمان شناختی-رفتاری هافمن موثرترند. این نتایج در ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد و درمان‌پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت، با پژوهش‌های میرشریفا و همکاران، (۲۰۱۹)؛ آزاده و همکاران، (۱۳۹۴) 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 (تریچ و همکاران، ۲۰۱۴). در چنین شرایطی فرد نمی‌تواند بین اقدامات دور شدن و پیش‌رفتن تمایزی قائل شود و ذهنش بطور دائم به او می‌گوید که باید موقعیت را کنترل کرد 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 زندگی ارزشمند می‌شود. از این‌رو، فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی یاد گرفته است آن چیزهای مهم و با ارزشی (مثل سخنرانی در سالن کنفرانس) که در اینجا و اکنون احساس و تجربه می‌کند می‌تواند با حضور در آنجا و آن زمان (اجرای سخنرانی در سالن کنفرانس) تصور کرده و مورد مشاهده قرار دهد. در این فرآیند فرد قادر می‌شود بین این دو چشم‌انداز اینجا و اکنون و آنجا و آن زمان گفتگویی راه‌اندازی کند که او را در جهت رفتار مناسب در برابر قلاب‌های آتی و آن چیزی که برایش مهم و با ارزش است کمک کند (دیدگاه‌گیری). از سوی دیگر، هدف ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد کمک به افراد است که بتوانند به سمت **محرک‌های اشتیاق‌آور** حرکت کنند اما درمان‌های سنتی شناختی-رفتاری به دنبال کمک به افراد است تا از این بدبینی‌ها فاصله بگیرند.

با انجام این کار، ناخواسته گرفتار شدن افراد در دام محرک‌های آزاردهنده و دور شدن از این محرک‌ها را تشدید می‌کنند. پس از حذف محرک‌های آزاردهنده، افراد هنوز یاد نمی‌گیرند که به سمت محرک‌های اشتیاق‌آور حرکت کنند، بنابراین همیشه در معرض خطر گیر افتادن در دام محرک‌های آزاردهنده قرار دارند (پولک و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین گروه ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و گروه درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در مقایسه با گروه درمان شناختی-رفتاری هافمن به ترتیب در مراحل پیگیری به میزان ۳۵٫۶٪ و ۳۴٫۸٪ بهبودی بیشتری در افزایش زندگی ارزشمند نشان دادند.

در بررسی سوال پژوهش مبنی بر اینکه «آیا ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در افزایش خود شفقت‌ورزی از درمان شناختی-رفتاری هافمن موثرترند؟» نتایج 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 از درمان شناختی-رفتاری هافمن موثرترند. این نتایج در ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت با پژوهش‌های پورصالح و همکاران، (۱۳۹۹)؛ پیمان‌نیا (۱۳۹۹)، روحی و همکاران، (۱۳۹۸)؛ همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، هنگامی که در موقعیت‌هایی افکار و احساسات خود انتقاد‌گری و سختگیرانه‌شان اوج می‌گیرد بیشتر از هر چیزی با خودشان نامهربان هستند. این افراد توسط افکار نامهربانانه (خود انتقادگری و شرم و خجالت) به دام قلاب‌ها می‌افتند. همچنین این افراد اشتباهات و ناکامی‌های خودشان را نیز مورد سرزنش و انتقاد قرار می‌دهند و دچار احساس ناتوانی و شرم می‌شوند. در چنین فضایی از این افراد خواسته می‌شود یک نامه مهربانانه به دوست خود بنویسند. تا به این وسیله بتوانند با دردها و رنج‌ها خود (افکار و احساسات سختگیرانه و ...) همدلی و همدردی کنند و خودشان را تسکین نمایند. همچنین بتوانند ویژگی‌های فرد مهربان را در تصویر ذهنی ببینند و خود را التیام بخشند. از منظر 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 آشفتگی عاطفی واسترس‌های ناشی از آن را کاهش می‌دهد. همچنین فرد یاد می‌گیرد همان مهربانی که به دیگران ابراز می‌کند به خودش نیز معطوف کند (نف ب، ۲۰۰۳). گیلبرت (۲۰۰۹) بر این باور بود که درمان 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. همچنین تحلیل نتایج نشان داد که میزان افزایش خود شفقت‌ورزی در ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت

در مراحل پیگیری به ترتیب به میزان ۶۱,۷٪ و ۵۹,۹٪ بسیار بالاتر از گروه درمان‌شناختی رفتاری هافمن است.

در بررسی سوال پژوهش مبنی بر اینکه «آیا ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد و درمان‌پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت از لحاظ کارایی بالینی از درمان‌شناختی-رفتاری هافمن موثرترند؟» نتایج کل پژوهش نشان داد که گروه ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد و گروه درمان‌پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در مقایسه با درمان‌شناختی-رفتاری هافمن از نظر اندازه تغییر، ثبات، کلیت تغییر و ایمنی، در متغیرهای اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری‌پذیرش و عمل، زندگی ارزشمند و خود شفقت‌ورزی، کارایی بالینی موثرتری دارند اما در میزان پذیرش و عمومیت تغییر، مشابه بودند. بنابراین پژوهش حاضر از کارایی بالینی موثرتر ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد و درمان‌پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر درمان‌شناختی-رفتاری هافمن در دانشجویان با اختلال اضطراب اجتماعی حمایت می‌کند.

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 بی‌رغبتی در درمانجویان ایجاد کرد. در این پژوهش میزان تاثیر هر یک از مولفه‌های ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد بر اختلال اضطراب اجتماعی مشخص نشد. این پژوهش در مراحل مقدماتی بالینی قرار دارد. لذا کارآزمایی‌های بالینی بیشتری برای تعیین کارایی و اثربخشی آن ضروری است، و همچنین این پژوهش به شواهد بالینی و تجربی و مداخله‌های مقایسه‌ای بیشتری نیاز دارد تا بتوان به کارایی و ثبات ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد اعتماد بیشتری کرد.

از عمده‌ترین پیشنهادات پژوهشی برای درمانگران بالینی این است که افراد با اختلال اضطراب اجتماعی، بیش‌تر از هر چیز دیگری با قلاب‌های هیجانی و ذهنی، زبان و شناخت، مسائل خود محتوایی و داستان‌های چسبناک زندگی گذشته درگیر هستند. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود که پرسشنامه‌ای برای اندازه‌گیری قلاب‌ها، زبان و شناخت و خودمحتوایی با محوریت مسائل بین‌فردی و همچنین پرسشنامه دیدگاه‌گیری که محور اساسی ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد است با کیفیت روان‌سنجی بالا از نظر میزان حساسیت و دقت، توسط پژوهشگران بافتارگرایی-کارکردی ساخته شود. همچنین علاوه بر مداخله فردی از مداخله گروه‌درمانی و مداخله‌های ترکیبی بیشتر استفاده شود. پیشنهاد می‌شود یک پژوهش مقایسه‌ای و گروهی در میزان تاثیر هر یک از مولفه‌های ماتریکس درمان‌پذیرش و تعهد بر افراد با اختلال اضطراب اجتماعی و سایر

اختلال‌های اضطرابی انجام شود. مراکز مشاوره خصوصی و دانشگاه‌های کشور برای کمک تخصصی به دانشجویان با اختلال اضطراب اجتماعی، از پروتکل‌های یکپارچه‌نگر چند بعدی و فراتشخیصی این پژوهش بهره‌مند گردند. اثربخشی و کارایی بالینی بالای ماتریکس درمان پذیرش و تعهد و درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت را می‌توان برای سایر اختلال‌های اضطرابی به روان‌شناسان، مشاوران، روان‌پزشکان و مددکاران پیشنهاد نمود.

موازن اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش دارای کد اخلاقی به شماره IR.IAU.SHIRAZ.REC.1400.010 است. اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش شامل اخذ فرم رضایت بیماران برای شرکت داوطلبانه در مداخله‌ها به صورت کتبی، رعایت اصل رازداری، آگاه کردن دانشجویان از اهداف پژوهش، توجه به سلامت و آسایش دانشجویان، حق انتخاب برای شرکت یا عدم شرکت در پژوهش و برگزاری جلسات رایگان، مداخله نتایج پژوهش بدون ذکر نام افراد بود.

سپاسگزاری

از تمامی دانشجویان داوطلب و همچنین از ریاست محترم مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره شیوا تهران جناب آقای دکتر علی قائدنایب جهرمی، جناب آقای دکتر محمدرضا شگرف نخعی (روان‌پزشک مرکز) و آقای مرتضی کاظمی (کمک‌درمانگر) که در این شرایط سخت پاندمی کووید ۱۹ همکاری صمیمانه‌ای در تمام مراحل اجرایی پژوهش حاضر داشتند تشکر می‌شود.

مشارکت نویسندگان

این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز است که در تاریخ ۱۳۹۹/۰۶/۱۸ توسط شورای تحصیلات تکمیلی به تصویب رسیده است. طراحی، مفهوم‌سازی، تحلیل و تبیین داده‌ها و نگارش: حمید اسدی. نظارت: مسعود محمدی. روش‌شناسی، تجزیه و تحلیل داده‌ها: قاسم نظیری. ویرایش: اعظم داودی.

تعارض منافع

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

منابع

- آزاده قهفرخی، سیده منیره؛ کاظمی زهرانی، حمید؛ بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر مشکلات بین‌فردی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی با اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله علم بهداشت*. ۸(۳): ۱۳۱-۱۳۸. [پیوند]
- استفان گ، هافمن، میسائل، اتو (۱۳۹۶). *درمان شناختی-رفتاری اختلال اضطراب اجتماعی*. خیری‌پور، فتانه، چاپ سوم، تهران، انتشارات ارجمند. [پیوند]
- استادیان خانی، زهرا؛ فدایی مقدم، ملیحه. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و هراس اجتماعی معلولان جسمی. *فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی*، ۱۸ (۱)، ۶۳-۷۲. [پیوند]
- اسدی، حمید. (۱۴۰۰). *پروتکل ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی برای اختلال اضطراب اجتماعی*، تهران، چاپ اول، انتشارات پیام مولف.
- اسماعیلی، لیلیا؛ امیری، شعله؛ عابدی، محمد رضا؛ مولوی، حسین. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۸ (۳۰): ۱۱۷-۱۳۷. [پیوند]
- اکبری، مهدی؛ روشن، رسول؛ شعبانی، امیر و همکاران. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر افکار تکرار شونده منفی با درمان فراتشخیصی یکپارچه در درمان بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی همایند: کارآزمایی بالینی تصادفی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۱(۲)، ۱۰۷-۸۸. [پیوند]
- اکبری، مهدی. (۱۳۹۷). بررسی اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه زندگی ارزشمند: بر اساس رویکرد تعهد و پذیرش. *نشریه روان‌شناسی بالینی و شخصیت*؛ دوره ۱(۳۰): ۲۴۹-۲۳۹. [پیوند]
- پورصالح، عطیه، حمید، نجمه، داودی، ایران. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش ذهن‌شفقت‌ورز بر علایم اختلال اضطراب اجتماعی و سرمایه‌های روان‌شناختی دانشجویان دختر دارای اختلال اضطراب اجتماعی. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*. ۱۵(۵۶)، ۸۳-۹۴. [پیوند]
- پیمان نیا، بهرام. (۱۳۹۹). اثربخشی ماتریکس پذیرش، تعهد با شفقت بر تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب امتحان. *اندیشه‌های نوین تربیتی*. ۱۶(۴). [پیوند]
- تریچ د، ساندروف ب، آر ل، سیلبراستین ا. (۱۳۹۵). *درمان متمرکز بر شفقت برای درمانگران اکت*. ترجمه: دانشمندی س، ایزدی ر، عابدی م. چاپ اول. انتشارات کاوشیار. [پیوند]
- حسنی، ج؛ فیاضی، م؛ اکبری، ا. (۱۳۹۶). اعتبار، روایی و ساختار عاملی تأییدی نسخه فارسی مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۲۴(۶). [پیوند]
- حمیدپور، حسن. (۱۳۸۷). اهمیت روش‌شناسی در پژوهش‌های رفتاری-شناختی. بازتاب دانش، *نشریه‌ای درباره شناخت، مغز و رفتار*. دوره سوم، شماره ۱۰.

روحی، رومینا؛ سلطانی، امان‌الله؛ زین‌الدین میمند، زهرا؛ رضوی نعمت‌اللهی، ویدا. (۱۳۹۸). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شفقت به خود، تحمل پربشانی و تنظیم هیجان در دانش‌آموزان با اختلال اضطراب اجتماعی. *فصلنامه بهداشت روان کودک*، ۶ (۳): ۱۷۳-۱۸۷. [پیوند]

روئین فرد، مهدی؛ شاره، حسین؛ حقی، الهام. (۱۳۹۳). اثربخشی گروه درمانگری شناختی- رفتاری هیمبرگ- بکر بر بهبود اضطراب اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی دختران نوجوان. *دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (اسرار)*، ۲۱ (۲): ۲۲۶-۲۴۰. [پیوند]

زارع، حسین. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود انعطاف‌پذیری و همجوشی شناختی. *دو فصلنامه علمی- پژوهشی شناخت اجتماعی*، ۶ (۱): ۱۳۴-۱۲۵. [پیوند]

سبزه‌آرای لنگرودی، میلاد. (۱۳۹۲). رابطه بین آرزوها و وابستگی‌های ارزش خود با شفقت به خود، خودشیفتگی ناسالم، خودشناسی انسجامی و حرمت خود. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران*.

عباسی، ایمانه؛ فتا، لادن؛ مولودی، رضا؛ ضرابی، حمید. (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل، چاپ دوم. *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۲ (۱۰): ۸۰-۶۵.

هاشمی، تورج؛ احمدیگی، نسرین؛ پرواز، سهیلا و کریمی شهبابی، رقیه. (۱۳۹۴). نقش سبک دلبستگی در اضطراب اجتماعی با توجه به اثرات میانجی عزت نفس. *مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۲۲ (۱): ۴۷-۶۶. [پیوند]

هزاوه‌ای، فاطمه؛ رباط میلی، سمیه. (۱۳۹۸). تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و بازداری رفتاری نوجوانان دارای اختلال اضطراب اجتماعی. *نشریه مدیریت/ارتقای سلامت*، ۸ (۶): ۱۸-۲۹. [پیوند]

یابنده، محمدرضا؛ بقولی، حسین؛ سروقد، سیروس؛ کورش‌نیا، مریم. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش میزان علائم اضطراب اجتماعی. *فصلنامه علمی پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۱۰ (۳۶): ۱۹۶-۱۷۷. [پیوند]

Alladin, A. (2015). *Integrative CBT for anxiety disorders: An evidence-based approach to enhancing cognitive behavioural therapy with mindfulness and hypnotherapy*. John Wiley & Sons. [Link]

Allen, A., & Leary, M. R. (2010). Self-compassion, stress, and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), 107-118. [Link]

Ayyash-Abdo, H., Tayara, R., & Sasagawa, S. (2016). "Social anxiety symptoms: A cross-cultural study between Lebanon and the UK". *Personality and Individual Differences*, 96, 100-105. [Link]

Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 327. [Link]

Bandelow, B., Charimo Torrente, A., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Ruther, E. (2004). Early traumatic life events, parental rearing styles,

- family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254(6), 397-405. [Link]
- Begley, S. (2007). *Train your mind, change your brain*. New York: Ballantine Books. [Link]
- Boersma, K., Håkanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2015). 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*, 45(2), 89-98. [Link]
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R., D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure OF Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*. [Link]
- Boisseau, C. L., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., & Barlow, D. H. (2010). The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 102-113. [Link]
- Callaghan, G.M., & Darrow, S.M. (2015). "The role of functional assessment in third wave behavioral interventions: foundations and future directions for a fourth wave", *Current Opinion in Psychology*, 2: 60-64. [Link]
- Craske Michelle G., Niles Andrea N., Burkland Lisa J., Wolitzky-Talor Kate B., Vilardaga Jennifer C. Plumb, Arch Jonna G., Saxbe Darby E., Lieberman Matthew D.(2014). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: outcomes and moderators. *J Consult Clin Psychol.*;74(4):658-7. [Link]
- Demir, T., Karacetin, G., Demir, D. E., & Uysal, O. (2013). Prevalence and some psychosocial characteristics of social anxiety disorder in an urban population of Turkish children and adolescents. *European Psychiatry*, 28(1), 64-69. [Link]
- Dixon, M. L., Moodie, C. A., Goldin, P. R., Farb, N., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation in social anxiety disorder: reappraisal and acceptance of negative self-beliefs. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 5(1), 119-129. [Link]
- Dryman, M. T., Gardner, S., Weeks, J. W. and Heimberg, R. G. (2016). Social anxiety disorder and quality of life: How fears of negative and positive evaluation relate to specific domains of life satisfaction. *Journal of Anxiety Disorders*, 38(3): 1-8. [Link]
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness*,

- acceptance, and values-based behavior change*. New Harbinger Publications. [Link]
- Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Thompson-Hollands, J., Carl, J.R. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Therapy*, 43(3), 666-78. [Link]
- First, M. B., Williams, J. B., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). *User's guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5® disorders: Clinical version*. American Psychiatric Publishing, Inc. [Link]
- Gademann, A., Alonso, J., Vilagut, G., Zaslavsky, A., & Kessler, R. (2012). Comorbidity and disease burden in the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Depression and Anxiety*, 29, 797-806. [Link]
- Gerhart JI, Baker CN, Hoerger M, Ronan GF. (2014). Experiential avoidance and interpersonal problems: A moderated mediation model. *J Contextual Behav Sci.*;3(4):291-8. [Link]
- Gentili, C., Rickardsson, J., Zetterqvist, V., Simons, L., Lekander, M., & Wicksell, R. K. (2019). Psychological flexibility as a resilience factor in individuals with chronic pain. *Frontiers in psychology*, 10, 1-11. [Link]
- Gilbert P. (2005). *Compassion conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge. page 387. [Link]
- Gilbert, P. (2009). *Introducing compassion focused therapy*. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199– 208. [Link]
- Gilbert P. (2010). *Training Our Minds in, with and for Compassion*. An Introduction to Concepts and Compassion-Focused Exercises.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. [Link]
- Ghorbani, N., Watson, P. J., Zhuo, C., & Norballa, F. (2012). Self-Compassion in Iranian Muslims: Relationships with Integrative Self-Knowledge, Mental Health, and Religious Orientation. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 22,106-118. [Link]
- Hacker, T., Stone, P., & MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy—do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*, 190, 551-565. [Link]
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2005). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science+ Business Media. [Link]
- Hayes, S.C. (2008). *The roots of compassion*. Keynote speech delivered at the International ACT Conference, Chicago. [Link]
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*: Guilford Press. [Link]

- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (2015). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. In *The Act in Context* (pp. 197-230). Routledge. [Link]
- Heimberg, R.G., Brozovich, F.A., & Rapee, R.M. (2010). A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. In S.G. Hofmann & P.M. DiBartolo (Eds.), *Social anxiety: Clinical, Developmental, and Social perspectives* (2nd ed., pp.395-422). New York: Academic Press. [Link]
- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R. & Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine* 29, 199- 212. [Link]
- Ingram RE, Hayes A, Scott W. (2000). *Empirically supported treatments: A critical analysis*. In Snyder CR, Ingram RE (Eds.). *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes and practices for the 21st century*. New York: Wiley; 41-60. [Link]
- Kennedy, A.E., Whiting, S.W., Dixon, M.R. (2014). Improving novel food choices in preschool children using acceptance and commitment therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 228-235. [Link]
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Kuczynski, A. M., Rae, J. R., Lagbas, E., Lo, J., & Kanter, J. W. (2015). A brief, interpersonally oriented mindfulness intervention incorporating Functional Analytic Psychotherapy's model of awareness, courage and love. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 107-111. [Link]
- Kuckertz, J. M., Gildebrant, E., Liliequist, B., Karlström, P., Våppling, C., Bodlund, O., ... & Carlbring, P. (2014). Moderation and mediation of the effect of attention training in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 53, 30-40. [Link]
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Travers, J., & Stein, M. B. (2000). Social phobia or social anxiety disorder: what's in a name?. *Archives of general Psychiatry*, 57(2), 191-192. [Link]
- Leichsenring, F. and Leweke, F. (2017). Social anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*, 376(23): 2255-2264.
- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12, 163-169. [Link]
- Johnson, S. U., Hoffarta, a., Nordahlc, H. M., Wampold B. E. (2017). Metacognitive therapy versus disorderspecific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 50, 103-112. [Link]

- Mirsharifa, S. M., Mirzaian, B., & Dousti, Y. (2019). The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Matrix on Anxiety and Quality of Life of Patients with Irritable Bowel Syndrome. *International Journal of Medical Investigation*, 8(1), 19-30. [Link]
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102. [Link]
- Nelson, C. (2020). University student anxiety and stress—exploring the feasibility, suitability, and benefits of ACT matrix group workshops for university students experiencing anxiety and stress (*Doctoral dissertation, Laurentian University of Sudbury*). [Link]
- Ollendick, T. H., White, S. W., Richey, J., Kim-Spoon, J., Ryan, S. M., Wieckowski, A. T. and Smith, M. (2019). Attention bias modification treatment for adolescents with social anxiety disorder. *Behavior therapy*, 50(1) 126-139. [Link]
- Polk, K. L., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. O. (2016). *The essential guide to the ACT Matrix: A step-by-step approach to using the ACT Matrix model in clinical practice*. New Harbinger Publications. [Link]
- Polk, K. L., Schoendorff, B. (2014). *The ACT Matrix, A New Approach to Building Psychological Flexibility Across Settings & Populations*. An Imprint of New Harbinger Publications, Inc. [Link]
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 18, 250-255. [Link]
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 1083. [Link]
- Rose, G. M., & Tadi, P. (2021). Social Anxiety Disorder. *StatPearls [Internet]*. [Link]
- Rostami, M., Veisi, N., Jafarian Dehkordi, F., & Alkasir, E. (2014). Social anxiety in students with learning disability: Benefits of acceptance and commitment therapy. *Practice in Clinical Psychology*, 2(4), 277-284. [Link]
- Rubin, K. H., Coplan, R. J., & Bowker, J. C. (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual Review of Psychology*, 60, 141-171. [Link]
- Siegel, A.N., & Kocovski, N. L. (2020). Effectiveness of Self- Compassion Inductions Among Individuals with Elevated Social Anxiety. *Mindfulness*, 1-9. [Link]
- Spence, S. H., Donovan, C. L., March, S., Kenardy, J. A., & Hearn, C. S. (2017). Generic versus disorder specific cognitive behavior therapy for social anxiety disorder in youth: A randomized controlled trial using internet delivery. *Behaviour research and therapy*, 90, 41-57. [Link]

- Weeks, J. W., Howell, A. N., Srivastav, A., & Goldin, P. R. (2019). "Fear guides the eyes of the beholder": Assessing gaze avoidance in social anxiety disorder via covert eye tracking of dynamic social stimuli. *Journal of anxiety disorders*, 65, 56-63. [Link]
- Wernre, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg R. G., & Gross, J.J. (2012). Self compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress, & Coping*. 25(5), 543-558. [Link]
- Wilson KG, Sandoz EK, Kitchens J, Roberts M. (2010). *The valued living questionnaire: defining and measuring valued action within a behavioral framework*. *Psychological Record*. 60: PP. 249-272. [Link]

