

چالش‌ها و الگوهای درمان یکپارچه‌نگر مبتنی بر پذیرش و تعهد در اختلال اضطراب اجتماعی

حمید اسدی^۱؛ مسعود محمدی^۲

و قاسم نظیری^۳

پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و رهیافت‌های نوین موج سوم رفتاردرمانی بافکارگرا، فهم دقیق‌تری از اختلال اضطراب اجتماعی را فراهم کرده‌اند. پژوهشگران در بررسی سازوکارهای بنیادی این اختلال، به این نتیجه رسیدند که دور شدن از تجربه‌های هیجانی، حس‌های بدنی، افکار و حوزه‌های ارزشمندانه زندگی، باعث نیرومندسازی انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در بافت اجتماعی و کارکردهای رفتاری، هیجانی و شناختی درمان‌جویان می‌شود. هدف این پژوهش، بازنگری الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، درمان مبتنی بر شفقت، روان‌درمانی تحلیلی کارکردی و ماتریکس درمان پذیرش و پابندی در اختلال اضطراب اجتماعی بود. برای این منظور، طی یک مطالعه مروری، مقاله‌های موجود در رابطه با درمان اختلال اضطراب اجتماعی و واژه‌های کلیدی پیوسته با آن، در پایگاه‌های اطلاعاتی اسکوپوس، پابمد و جستجوی گوگل اسکالر، از سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۲۰ جمع‌آوری شد. نتایج نشان داد الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و درمان مبتنی بر شفقت در اضطراب اجتماعی موثر است. نتایج این پژوهش از وجود دشواری‌ها در تنظیم هیجان‌ها، حساسیت‌های اضطرابی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در اختلال اضطراب اجتماعی حمایت می‌کند. به نظر می‌رسد الگوی یکپارچه‌نگر ماتریکس درمان پذیرش و پابندی برای اضطراب اجتماعی، نیازمند شواهد پژوهشی بیشتری دارد تا سازوکارها، کیفیت و نتایج درمان مشخص تر شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تنظیم هیجانی،

حساسیت‌های اضطرابی. ماتریکس درمان پذیرش و پابندی

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی، یکی از همه‌گیرترین اختلال‌های اضطرابی در نمونه‌بالینی است (د منرس، کوتینهو، فونتئل و همکاران، ۲۰۱۱؛ دالریمل و زیمرمن، ۲۰۱۱). این اختلال با ترس پیاپی و اجتناب

۱. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

۲. روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، شیراز، ایران (نویسنده‌ی مسوول) mmohamadis@yahoo.com

۳. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

از موقعیت‌های اجتماعی به دلیل ترس از ارزیابی‌های دیگران، یا در زمان انجام فعالیتی در حضور دیگران مشخص می‌شود (یوکویاما، کایا، کومن، کینز، یومکیچ، یاسودا و هارا، ۲۰۱۵). این افراد از برقراری ارتباط با غریبه‌ها و رویارویی با مرجع قدرت اجتناب می‌کنند و هر کاری که در حضور دیگران انجام دهند، می‌تواند اضطراب شدید و یا حمله کامل وحشت زدگی در آنان به وجود آورد (بولسونی و لوریس، ۲۰۱۴؛ دیویسون، نیل و کرینگ، ۲۰۰۴). اختلال اضطراب اجتماعی اثرگذاری منفی شدیدی بر حوزه سلامت روانی، فردی و اجتماعی دارد (آلفانو و بیدل، ۲۰۱۱). کاهش مسئولیت‌پذیری (بوگلز، الدن، بیدل، کلارک، پین، استین، ونکن، ۲۰۱۰)، غیبت از کار (اکارتورک، اسمیت، گرف، ون استراتن، تن هو، گیلپرز، ۲۰۰۹)، کاستی‌ها در روابط بین‌فردی، صمیمیت و شغل (شولتز، هیمبرگ و رودباخ، ۲۰۰۸)، سیر پیوسته و مزمن این اختلال (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵)، و کیفیت پایین زندگی (دالریمل، زیمرمن، ۲۰۱۱)، از پیامدهای اقتصادی-اجتماعی این اختلال است. اگر این اختلال درمان نشود، به ظرفیت‌ها و توانمندی‌های فردی، آموزشی و اجتماعی در تمام دوران زندگی آسیب شدید وارد می‌شود (اسپنس، دنوان، مارچ، کندر، هیرن، ۲۰۱۷).

هراس اجتماعی در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به اضطراب اجتماعی در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، تغییر نام داده است. این تغییر، نشان‌دهنده‌ی یک فهم جدید و گسترده‌تر از شرایط در موقعیت‌های مختلف اجتماعی است. در گذشته، هراس اجتماعی زمانی تشخیص داده می‌شد که فرد به هنگام انجام کارها در مقابل دیگران دچار احساس ناراحتی و ترس شدید می‌شد. پژوهش‌ها نشان داده است این تعریف خیلی محدود است. در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، اضطراب اجتماعی زمانی تشخیص داده می‌شود که پاسخ فرد در موقعیت‌های مختلف اجتماعی مختل شود. برای مثال، شخص ممکن است آن‌قدر ناراحت باشد که قادر به سخن گفتن با دیگران به خصوص افرادی که نمی‌شناسد، نباشد. فردی که مضطرب است ممکن است از شام خوردن در حضور جمع نگران باشد، زیرا می‌ترسد که در حال خوردن یا نوشیدن، توسط دیگران مورد مشاهده و نظارت قرار گیرد.

اختلال اضطراب اجتماعی با سایر اختلال‌های اضطرابی دیگر (اضطراب فراگیر، هراس، فوبیا)، اختلال استرس پس از ضربه، اختلال‌های خلقی (افسردگی اساسی و افسردگی پایدار)، رفتار ویران‌گر و اختلال تغذیه‌ای همبودی بالایی دارد (نریمانی، پورعبدل و بشرپور، ۲۰۱۶). از این رو، نقش رویدادها، عوامل گوناگون و تجربه‌های خاص اجتماعی شدن در نوجوانان، گزینه‌های تازه‌ای را در درمان و

حوزه‌های چالش برانگیز بالینی به وجود آورده است (رمبو، فرستتر، ونگر، موسک، ویسوسک، استافیل، ۲۰۱۸).

یکی از سازه‌هایی که توجه علمی بسیاری به سوی آن معطوف شده است، حساسیت‌های اضطرابی است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند حساسیت‌های اضطرابی ممکن است اضطراب مرضی را افزایش دهد و به عنوان یک عامل خطر، که در آن فرد از نشانه‌های بدنی که با انگیزختگی اضطرابی مانند افزایش ضربان قلب، تنگی نفس و سرگیجه مرتبط است، می‌ترسد (دیکان، جونان، کارول، ۲۰۰۳). از سوی دیگر، حساسیت‌های اضطرابی به سوگیری‌هایی در بازیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب امتداد می‌یابد که این خود زمینه را برای گرفتاری فرد به اختلال‌های روانی از جمله اضطراب اجتماعی فراهم می‌سازد (مک کابی، ۱۹۹۹). پژوهش دیگری نشان داد بیشترین حساسیت‌های اضطرابی به ترتیب در اختلال وحشت‌زدگی و اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارد. با این حال، افراد دچار اختلال اضطراب اجتماعی، حساسیت اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند (دیکان و آبراموتیز، ۲۰۰۶؛ راکتر، شیمیزو و لیمن، ۲۰۰۶).

یکی دیگر از سازه‌هایی که نقش کلیدی در اختلال اضطراب اجتماعی دارد، دشواری در تنظیم هیجان‌ها است. شواهد پژوهشی نشان داد دشواری در تنظیم هیجان‌ها در اختلال اضطراب اجتماعی هم در سطح درون فردی و هم در سطح بین فردی اثر می‌گذارد (جزایری، موریسون، گلدین، گروس، ۲۰۱۵). شواهد پژوهشی دیگری نشان می‌دهد تنظیم هیجانی انعطاف‌ناپذیر در افراد دچار اضطراب اجتماعی بالا است (اوتول، زچری و مونرین، ۲۰۱۷). برخی از شواهد، از اثرگذاری متقابل تنظیم هیجان‌ها و حساسیت‌های اضطرابی حمایت می‌کنند. به این ترتیب که، تعامل حساسیت‌های اضطرابی و سرکوبی هیجانی موجب تأخیر در فایق آمدن فرد بر عوامل استرس‌زا می‌شود (فلندر، زولنسکی، استیکل، بن میلر، لین فلندر، ۲۰۰۶). همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین راهبردهای تنظیم شناختی / هیجانی همانند راهبردهای سازش نایافته، سرزنش خود، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و نشانه‌های اضطراب اجتماعی رابطه وجود دارد (حسینی، شیخان، آریاناکیا، محمود زاده، ۲۰۱۳).

از سازه‌های دیگری که در اختلال اضطراب اجتماعی نقش دارد، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی است. انعطاف‌پذیری شناختی و انعطاف‌پذیری ذهنی یک خرده سازه‌ای از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (ویتینگ، دنی، سیمپسون، مک لد، کیاروچی، ۲۰۱۷). افراد دچار اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به افراد سالم در انعطاف فکری و کاربرد باز ارزیابی شناختی و خودکارآمدی موفقیت کمتری دارند (ورنر، بل، هیمبرگ و همکاران، ۲۰۱۱). این اختلال ممکن است توسط محتوا و سبک‌های شناختی،

از جمله ناتوانی در سازگاری یا پاسخ انعطاف‌ناپذیر به شرایط غیر منتظره ماندگار شود (آرلت، یو، اندا، دریمن، هیمبرگ، چن، ۲۰۱۶). بنابراین افراد دچار اختلال اضطراب اجتماعی، حساسیت اضطرابی بالا، تنظیم هیجانی ناکارآمد و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایینی را تجربه می‌کنند که در واژاک درمان‌پذیرش و پایبندی به ترتیب تحت عنوان، حس‌های بدنی، هیجان‌ها، اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی یاد می‌شوند.

بیشترین درمان به کار رفته برای اختلال اضطراب اجتماعی، درمان شناختی-رفتاری است، که بیش از سایر روش‌های درمانی دیگر برای اضطراب اجتماعی آزمون شده است (استانجیر، ۲۰۱۶؛ بتدلو، ریت، روور، میکالس، گرلیک، و ودکاینده، ۲۰۱۵؛ گولدین، زیو، جزایری، ویکز، هیمبرگ و گراس، ۲۰۱۴؛ پریاموادا، کومار، پراکاش و چادهاری، ۲۰۰۹؛ آکارتراک، کویچرس، وناستراتن و گراف، ۲۰۰۸). با وجود کارآمدی درمان شناختی-رفتاری در اختلال اضطراب اجتماعی، پژوهش‌های بسیاری، اندازه اثر آن بر اختلال اضطراب اجتماعی در فراتحلیل اخیر هافمن، اسنانی، ونک، سویر، فنگ (۲۰۱۲) در حد متوسط گزارش داده‌اند. همچنین در پژوهش بلانکو، هیمبرگ، اسپنیر، فرسکو، چن، ترک، کامپیس (۲۰۱۰) بر میزان کمتر درمان شناختی-رفتاری در اختلال اضطراب اجتماعی در مقایسه با ترکیب درمان شناختی-رفتاری و دارو درمانی بود. در پژوهش جدیدتر کراسک، نیلس، برکلند، وتیزکی تایلر، ویلاردگا، آرچ، لیبرمن (۲۰۱۴) نیز کاستی‌های مهمی در درمان شناختی-رفتاری گزارش شد؛ از جمله عدم پاسخ افراد به این نوع درمان، ناپایداری نتایج درمان در دوره پیگیری بود. افزون بر آن، پژوهش‌های دیگری نشان می‌دهد افراد زیادی به این نوع درمان پاسخ نمی‌دهند و یا علائم باقیمانده و پسرفت پس از درمان نشان می‌دهند (هربرت و داریمپل، ۲۰۰۵؛ موسکوویچ، ۲۰۰۹؛ مک‌اوی و پرینی، ۲۰۰۹). از سوی دیگر، الگوهای درمان شناختی-رفتاری که به طور مستقیم بر محتوای فکر تاکید می‌کنند و به عنوان روش لازم برای بهبود بالینی بود، توسط موج سوم رفتاردرمانی مورد بازنگری قرار گرفت؛ و دیگر این فرض نبود که می‌توان به سادگی شناخت‌واره‌ها را شناسایی و تغییر داد. بنابراین، جایی برای درمان‌های تجربی‌تر و غیر مستقیم باز شد و به جای تغییر در رفتار و محتوای فکر به دنبال تغییر در کارکرد از طریق بافت و رابطه درمانی متمرکز شد (ایزدی و عابدی، ۲۰۱۷).

با توجه به این‌که، افراد دچار اختلال اضطراب اجتماعی، دشواری‌هایی در تنظیم هیجان‌ها، حساسیت‌های اضطرابی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نشان می‌دهند و در کارکردهای درون فردی و بین فردی و همچنین شفقت با نارسائی‌هایی نیز همراه هستند، به نظر می‌رسد آن الگوهای درمانی موج

سوم رفتاردرمانی بافشارگرا که این متغیرها را مورد هدف درمانی قرار می‌دهند، کارایی و اثربخشی لازم را در این اختلال داشته باشند. از این رو، الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که بر جنبه‌های درون فردی و احساس‌های آزار دهنده تاکید می‌کنند، اما این الگو کمتر به عواطف و شفقت توجه کرده است. از این رو، الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با تمرکز بر 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 (اسماعیلی، امیری، عابدی، مولوی، ۱۳۹۷). همچنین الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بدون توجه به رابطه درمانی و مسائل بین فردی (الگوی روان‌درمانی تحلیلی کارکردی) بی‌معنی است (کلی ویلسون، دوفرن، ۲۰۰۹؛ ایفرت و فورثایت، ۲۰۰۵). از این رو، یکپارچه‌سازی این دو الگوی درمانی به سودمندی بالینی بیشتر در درمان منجر خواهد شد.

در سال‌های اخیر، الگوهای درمان یکپارچه نگر مبتنی بر پذیرش و پایبندی مورد بازنگری قرار گرفته‌اند. در همین راستا، الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (ACT) که بیشتر بر جنبه‌های درون فردی و احساس‌های آزار دهنده تاکید می‌کند، با این حال، به رابطه درمانی، عواطف، شفقت، دیدگاه‌گیری و روابط بین فردی کمتر توجه کرده است. از این رو، ویراستاران درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی، پولک، شئوندورف (۲۰۱۴) الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، درمان مبتنی بر شفقت و روان‌درمانی تحلیلی کارکردی را در یک الگوی نظام‌مند و یکپارچه‌نگر با نام "ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی" تدوین کرده‌اند؛ و یکپارچه‌سازی این الگوها با روش ماتریکس، می‌تواند فرآیندها و سازوکارهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، شفقت و دیدگاه‌گیری را در اختلال اضطراب اجتماعی ارتقاء و بهبود بخشد.

ویراستاران درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی در طی سال‌های ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۹ بیش از ده هزار ساعت روی ماتریکس کار کرده‌اند. آن‌ها متوجه شدند مبانی فلسفی و نظری درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی، یکپارچه نیست و همچنین همیشه درک درست الگوی شش ضلعی درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی، آسان نیست. بنابراین، الگوی یکپارچه‌نگر ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی، می‌تواند فرآیند شش ضلعی را ساده و کاربردی‌تر نماید و بر ارتقاء انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از مسیر دیدگاه‌گیری و شفقت بیافزاید (پولک، شئوندورف، ۲۰۱۴)، با توجه به این که هدف این پژوهش، بازنگری الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (ACT)، درمان مبتنی بر شفقت، روان‌درمانی تحلیلی کارکردی و ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در اختلال اضطراب اجتماعی

بود. و با این که پیشرفت‌های زیادی که در تبیین و درمان‌گری زیستی، روان-شناختی و اجتماعی در اختلال اضطراب اجتماعی به وجود آمده است، اما بر بعد ارزش‌های منحصر به فرد، شفقت به خود، فعالیت‌های پایبندی، روابط بین فردی و دیدگاه‌گیری در اختلال اضطراب اجتماعی کمتر توجه شده است. از این رو، تدوین و انجام پژوهش نوین با الگوی درمان یکپارچه نگر ماتریکس مبتنی بر پذیرش و پایبندی برای اختلال اضطراب اجتماعی بسیار ضروری است. با این حال، هنوز یک الگوی سازمان یافته برای ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی به صورت تخصصی در اختلال اضطراب اجتماعی تدوین نشده است. به نظر می‌رسد که تدوین تخصصی از این الگوی یکپارچه نگر، می‌تواند سبب کاهش طولانی مدت آسیب و همچنین پیشگیری از بروز شدید و بازگشت مجدد این اختلال شود.

در روند چند سال گذشته، پژوهش‌ها و تلاش‌های گسترده‌ای در جهت فهم اختلال اضطراب اجتماعی انجام شده است که به برپایی چهارچوب‌های نظری و درمان‌های کارآمد مبتنی بر این نظریه‌ها منجر شده است که در سال‌های پس از آن، این روند رو به رشد همچنان ادامه داشته است (جرستد و هیمبرگ، ۲۰۰۹).

درمان شناختی-رفتاری که در اواخر دهه ۵۰ و اوایل دهه ۶۰ میلادی و طی دو حرکت موازی توسط آلبرت ایس و آرون تی بک در آمریکا آغاز شد؛ اما در روند آن، نظریه‌پردازی پیشرفت چندانی نکرد و فرض‌های اساسی شناخت درمانی یکی پس از دیگری در تجربه‌های بالینی زیر سوال رفت و راه برای درمان‌های تجربی‌تر و غیر مستقیم باز شد از این رو، 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 (ارسیلو و رومر، ۲۰۰۵). علاوه بر این، بتازگی برای این نوع درمان که پیشرفت بالینی مستلزم تغییر مستقیم محتوای افکار، احساس‌ها یا علایم بدنی است، نظریه‌های همپایی نمایان شده‌اند. این نظریه‌ها که موج سوم رفتاردرمانی نامیده می‌شوند به جای تغییر شکل، فراوانی یا حساسیت موقعیتی شناخت‌واره‌ها و هیجان‌ها، "بافت و کارکردهای" آنان را مورد هدف قرار می‌دهند (هیز، لوین، پلمب ویلرت، پیستورلو، ۲۰۱۳). اگرچه الگوهای درمانی موج سوم رفتاردرمانی، از لحاظ فلسفی و نظری ریشه مشترکی دارند اما در مفهوم‌پردازی، فنون و حیطه‌های مورد تاکیدشان با یکدیگر متفاوت هستند. از این رو، یکپارچگی این الگوهای درمانی به جامعیت درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی کمک شایانی کرده است. با توجه به این که هر یک از این الگوهای درمانی بر جنبه‌هایی از درمان و بر فرآیند و نتایج درمان اثر متفاوتی می‌گذارند، یکپارچه سازی آن‌ها می‌تواند نوید بخش

باشد. لذا در راستای این دستاوردها، درمان‌های موج سوم به خصوص درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی، با چالش‌ها و همچنین با الگوهای درمانی مختلفی یکپارچه شده است که بطور مختصر به شرح آن‌ها پرداخته می‌شود:

۱. روان‌درمانی تحلیلی کارکردی (تی‌سای، کولنبرگ، کانتر، کولنبرگ، فولت، کالگن، ۲۰۰۹).

۲. الگوی درمان مبتنی بر شفقت (تیرچ، شئوندورف و سیلبراستاین، ۲۰۱۴).

۳. الگوی ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی (پولک و شئوندورف، ۲۰۱۴).

تمرکز بنیادی درمان‌های موج سوم بر روی آگاهی نسبت به زمان حال و پذیرش بود. واژگانی همچون رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش و توجه آگاهی‌طیفی از رویکردها را توصیف می‌کنند که به طور مشخص بر تغییر رابطه درمان‌جویان با تجربه‌های درونی‌شان و عدم دور شدن از این تجربه‌ها، به عنوان سازوکار اساسی تغییر درمانی، تأکید می‌کنند (هیز، ۲۰۱۶). از بین درمان‌های موج سوم رفتار درمانی بافکارگرا، درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی به دلیل جامعیت، گستردگی کاربرد و حمایت پژوهش بالا، اثربخشی بی‌شمار آن در طیف وسیعی از اختلال‌های روان‌شناختی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است (هیز، ۲۰۱۶؛ هیز و هافمن، ۲۰۱۷).

الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (ACT) در سال ۱۹۸۶ توسط استیون هیز گشایش یافت. این الگو از لحاظ فلسفی، ریشه در عمل‌گرایی دارد که با عنوان بافکارگرایی کارکردی شناخته شده است و مبتنی بر یک برنامه پژوهشی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چهارچوب روابط ذهنی خوانده می‌شود (هیز، استروسال و ویلسون، ۱۹۹۹). بر اساس الگوی درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی، آسیب‌شناسی روانی از درگیری تجربه‌های درونی نظیر همجوشی شناختی که به تلاش برای کنترل اجتناب تجربه‌ای (تنظیم هیجانی) منجر می‌شود. این تلاش‌های اجتنابی و تنظیم هیجانی بیشتر اثر ناسازگاری دارند، به گونه‌ای که هم موقعیت بر انگیزاننده افکار، احساسات و حس‌های بدنی و هم ناراحتی را افزایش می‌دهند (باند، هیز، بیر، کارپنتر، گونل، ارکات، زتل، ۲۰۱۱). یکی از دشواری‌های اساسی در اختلال اضطراب اجتماعی، دور شدن از تجربه‌های ذهنی درونی (اجتناب تجربه‌ای) است (هیز و گیفورد، ۱۹۹۷). در این راستا، شواهدی نشان می‌دهد که فرآیند پذیرش به کاهش اجتناب تجربه‌ای منجر می‌شود (مک‌لوک، ۲۰۱۵). منظور از همجوشی شناختی این است که فرد طوری تحت تأثیر افکارش قرار می‌گیرد که انگار واقعی هستند و موجب می‌شود که رفتار و تجربه بر دیگر منابع تنظیم رفتاری چیره شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم تجربه، حساسیت کمتری نشان دهد (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۴ به نقل از زارع، ۲۰۱۸). در مقابل، گسلس شناختی، فرایند تضعیف

کارکردهای تنظیم رفتاری و کلامی تجربه‌های درونی ناخوشایند است. شواهد پژوهشی جدید نشان می‌دهد که الگوی درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی در کاهش اضطراب اجتماعی موثر است (پابنده، بقولی، سروقد، کورش نیا، ۲۰۱۹؛ استادیان خانی و فدایی مقدم، ۲۰۱۷؛ رستمی، ویسی، جعفریان، الکسیر، ۲۰۱۴؛ کراسک و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین نتایج یک پژوهش مروری با بررسی ۱۰۳۴ مقاله پژوهشی نشان داد که الگوی درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی در بهبود کارکردهای جسمانی، اجتماعی و همچنین کاهش علائم و حساسیت‌های اضطرابی، اجتناب تجربه‌ای، نگرانی و ... موثر است (هان، مک کراسکن، ۲۰۱۴) و در پژوهش دیگری این الگوی درمانی درصد بالای ماندگاری (پیگیری) را در تغییرات درمانی نشان داد (هیز، و همکاران، ۲۰۱۳). هافمن، هالسو، ایلنبرگ، جن سن، فورشلیم (۲۰۱۴) و ایلنبرگ، کرون استرنند، فینک و فروشلیم (۲۰۱۳) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی با تغییر در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و توجه آگاهانه به زمان حال، علائم اضطراب، سلامتی و فشارهای روانی را کاهش می‌دهد.

روان‌درمانی تحلیلی کارکردی، (PFA) اولین بار توسط تی‌سای و همکاران (۲۰۰۹) تدوین شد. در این الگوی درمانی رابطه درمان‌جو-درمانگر نوعی محیط اجتماعی است که به طور نهفته رفتار مشکل‌ساز را در اینجا و اکنون فرا می‌خواند و تغییر می‌دهد (تی‌سای و همکاران، ۲۰۰۹). اگر رفتارهای مشکل‌ساز در زندگی روزمره از منظر کارکردی، همان موقعیت زندگی است که آن نیز در حین درمان اتفاق می‌افتد. هدف اساسی این الگوی درمانی، کمک به درمانگر برای گسترش بافت درمانی است که تعادل کارکردی بین محیط درمان و زندگی روزمره را در درمان‌جو ایجاد نماید. به نظر می‌رسد که درمان‌جویی که با مسائل بین فردی روبرو است، مداخله‌ی روان‌درمانی تحلیلی کارکردی می‌تواند مفید باشد. در حالی که، درمان‌جویی که با تجربه‌های احساسی آزار دهنده یا مسائل درون فردی روبرو باشد مداخله‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی می‌تواند سودمند باشد (کالگن و دراو، ۲۰۱۵). به نظر می‌رسد که یکپارچه‌سازی الگوی شش ضلعی درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی که بر مسائل درون فردی تمرکز دارد با روان‌درمانی تحلیلی کارکردی که بر مسائل بین فردی متمرکز است می‌تواند به راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجانی، و بهبود بیشتری در روابط بین فردی در افراد دچار اضطراب اجتماعی و سایر اختلال‌های اضطرابی کمک نماید. با این وجود، تاکنون با این الگوی درمانی، پژوهشی در اختلال‌های اضطرابی از جمله اختلال اضطراب اجتماعی انجام نشده است.

از پیشگامان الگوی درمانی متمرکز بر شفقت (CFT)، نف و گیلبرت هستند اما این الگو توسط تریچ، شوندورف و استین (۲۰۱۴)، در اضطراب و توسط هندرسون (۲۰۱۰) در اضطراب اجتماعی گسترش یافته است. گیلبرت (۲۰۰۹) معتقد است 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. در درمان مبتنی بر شفقت به فرد آموزش داده می‌شود که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و در گام اول تجربه خود را بشناسد و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشد (ایرونز و لاد، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد دچار اضطراب اجتماعی نسبت به افراد سالم، خودشفقت ورزی پایین‌تری نشان می‌دهند و خودشفقت ورزی با شدت اضطراب اجتماعی مرتبط است و با ترس از ارزیابی شدن ارتباط دارد (ورنر، جزایری، گلدین، زیو، هیمبرگ، گروس، ۲۰۱۲). با توجه به این‌که، الگوی شش ضلعی درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی، بعد عاطفی را کمتر مورد توجه قرار می‌دهد و بیشتر متمرکز بر شناخت و زبان است و درمان‌های مبتنی بر شفقت بر عواطف بیشتر، متمرکز هستند، بنابراین یکپارچه سازی این دو الگو می‌تواند حلقه ارزیابی منفی، ترس و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی که در اختلال اضطراب اجتماعی رایج است را معکوس ساخته و منجر به درمان غنی‌تری گردد (اسماعیلی و همکاران، ۲۰۱۸).

- ویراستاران درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی، کوین پولک و بنجامین شوندورف، در طی سال‌های ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۹ بیش از ده هزار ساعت روی ماتریکس کار کرده‌اند. آن‌ها متوجه شدند مبانی فلسفی و نظری درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی، یکپارچه نیست، و همیشه درک درست الگوی شش ضلعی، آسان نیست. بنابراین، ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی می‌تواند این فرآیند شش ضلعی را ساده و کاربردی‌تر نماید و بر ارتقاء انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از مسیر دیدگاه‌گیری و شفقت بیافزاید (پولک، شوندورف، ۲۰۱۴). همچنین این الگوی یکپارچه‌نگر به افراد کمک می‌کند با وجود افکار، هیجان‌ها و احساس‌های ناخوشایند بتوانند با مرتب‌سازی داستان زندگی خود، اقدام به فعالیت‌های کارآمد نمایند (پولک، شوندورف، وبستر و الز، ۲۰۱۶). علاوه بر این، ماتریکس درمان پذیرش و پابندی می‌تواند طبیعت فراتشخیصی الگوی شش ضلعی درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی را تقویت کند و همچنین بر اساس پژوهش‌ها مشخص شده است که ماتریکس درمان پذیرش و پابندی یک ابراز پیشرفته‌ی بالینی جهت یکپارچه سازی با سایر رویکردها است (ریس، ورگاس و میرندا، ۲۰۱۵). برخی از شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که الگوی ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در بیماران دچار سندروم روده تحریک پذیر، نمره

اضطراب کمتر و کیفیت زندگی بالاتری نشان دادند (میرشریفا، میرزائیان و دوستی، ۲۰۱۹). در یک پژوهش مشابه دیگری، الگوی ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی بین دو گروه آزمایش و کنترل در بیماران دچار سندروم روده تحریک پذیر از لحاظ افسردگی و سرمایه روان‌شناختی تفاوت معنی داری نشان دادند (میرشریفا، میرزائیان و دوستی، ۲۰۱۹). شواهد پژوهشی دیگری نشان داد که الگوی یکپارچه نگر ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی در کاهش رفتارهای خودآسیب رسان و بالا بردن کیفیت زندگی دانش آموزان دارای علائم اختلال شخصیت مرزی موثر است (پیمان‌نیا، نجمه و علیلو، ۲۰۱۸). جدیدترین شواهد پژوهشی نشان داد که ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی بر استرس، اضطراب و سلامتی دانش‌جویان اثر مطلوبی داشته و زندگی آن‌ها را تغییر داده است (نلسون، ۲۰۲۰). با این حال، تاکنون پژوهشی با الگوی ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی در اختلال اضطراب اجتماعی و سایر اختلالات اضطرابی انجام نشده است.

روش

این پژوهش با جستجو در پیشینه ادبیات و منابع موجود، به روش مروری انجام شد. در این روش، پژوهشگران می‌خواهند ببینند که تا به حال در درمان اختلال اضطراب اجتماعی و واژه‌های کلیدی مرتبط با آن، چه رویدادهایی رخ داده است. برای این منظور، طی یک پژوهش مروری، مقاله‌های موجود در رابطه با درمان اختلال اضطراب اجتماعی به همراه واژه‌های کلیدی اختلال اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تنظیم هیجانی، ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی، حساسیت‌های اضطرابی، از پایگاه‌های اطلاعاتی اسکوپوس، پابمد و جستجوی گوگل اسکالر طی سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۲۰، منابع لازم برای پژوهش مورد نظر جمع‌آوری شد و مورد تحلیل و ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها

آکارترک، و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی با عنوان فراتحلیل اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی بر اختلال اضطراب اجتماعی به این نتیجه دست یافتند که درمان‌های رایج برای این اختلال شامل درمان شناختی-رفتاری، شناخت درمانی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، جرأت‌ورزی و حساسیت‌زدایی منظم و سایکودراما از درمان پلاسیبو مؤثرتر بوده است. با وجود کارآمدی درمان شناختی-رفتاری در اختلال اضطراب اجتماعی، پژوهش‌های بسیاری، اندازه اثر آن بر اختلال اضطراب اجتماعی در فراتحلیل اخیر هافمن و همکاران (۲۰۱۲) در حد متوسط گزارش داده‌اند. همچنین در پژوهش بلانکو

و همکاران (۲۰۱۰) بر میزان کمتر درمان شناختی- رفتاری در اختلال اضطراب اجتماعی در مقایسه با ترکیب درمان شناختی- رفتاری و دارو درمانی بود. در پژوهش جدیدتر کراسک و همکاران (۲۰۱۴) نیز کاستی‌های مهمی در درمان شناختی- رفتاری گزارش شد؛ از جمله عدم پاسخ افراد به این نوع درمان، ناپایداری نتایج درمان در دوره پیگیری بود. افزون بر آن، پژوهش‌های دیگری نشان می‌دهد که افراد زیادی به این نوع درمان پاسخ نمی‌دهند و یا علائم باقیمانده و پسرفت پس از درمان نشان می‌دهند (هربرت و داریمپل، ۲۰۰۵؛ موسکویچ، ۲۰۰۹؛ مک اوی و پرینی، ۲۰۰۹). همچنین پژوهش‌های دیگر نشان می‌دهد که این درمان‌ها به خوبی پاسخ نمی‌دهند. علاوه بر این بیشتر افرادی که به این درمان‌ها پاسخ می‌دهند نیز پس از درمان علائم باقی مانده و اختلال‌های مرتبط با آن را تجربه می‌کنند. به عنوان مثال هپ، هربرت و وایت (۱۹۹۵) گزارش می‌کنند که ۱۸ درصد از این بیماران پس از درمان شناختی- رفتاری، توسط ارزیابان مستقل بطور کامل از ارزیابی منفی بهبود یافته بودند. از این رو، الگوهای درمان شناختی- رفتاری که به طور مستقیم بر محتوای فکر تاکید می‌کنند و به عنوان روش لازم برای بهبود بالینی بود، توسط موج سوم رفتاردرمانی مورد بازنگری قرار گرفت و دیگر این فرض نبود که می‌توان به سادگی شناخت‌واره‌ها را شناسایی و تغییر داد. بنابراین، جایی برای درمان‌های تجربی‌تر و غیر مستقیم باز شد (ایزدی و عابدی، ۲۰۱۶). لذا در راستای دستاوردهای موج سوم رفتاردرمانی به خصوص درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی با چالش‌ها و همچنین با الگوهای درمانی مختلفی یکپارچه شده است که عبارت است از:

۱. الگوی روان درمانی تحلیلی کارکردی "FAP" (تی‌سای و همکاران، ۲۰۰۹).

۲. الگوی درمان مبتنی بر شفقت (تیرچ و همکاران، ۲۰۱۴).

۳. الگوی ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی (پولک و شونودورف، ۲۰۱۴).

بر اساس الگوی درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی، آسیب‌شناسی روانی از درگیری تجربه‌های درونی نظیر همجوشی شناختی که به تلاش برای کنترل دور شدن از تجربه‌ها (اجتناب تجربه‌ای) منجر می‌شود. این تلاش‌های دور شدن و تنظیم هیجانی بیشتر اثر متناقضی دارند، به گونه‌ای که هم موقعیت برانگیزاننده‌ی افکار، احساسات و حس‌های بدنی و هم ناراحتی را افزایش می‌دهند (باند و همکاران، ۲۰۱۱). فرایندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی به افراد می‌آموزند چگونه دست از بازدارنده‌ی فکر بردارند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و چگونه باعث شوند فرد هیجان‌های ناخوشایند را بیشتر تحمل کند (توهیگ، هیز و ماسودا، ۲۰۰۶). مزیت عمده این روش درمانی نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی (چهارچوب روابط

ذهنی)، به جهت کارایی و پایداری بیشتر اثر بخشی درمان است. یکی از دشواری‌های اساسی در اختلال اضطراب اجتماعی، اجتناب تجربه‌ای است (هیز و گیفورد، ۱۹۹۷). از این رو، اضطراب اجتماعی، با دور شدن از موقعیت اجتماعی هیجان برانگیز، دور شدن از حس‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار و خاطره‌های ناخوشایند، و با تمایل فرد به دوری و عدم همکاری در فعالیت‌های اجتماعی مشخص می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۱۱).

الگوی روان درمانی تحلیلی کارکردی، اولین بار توسط تی‌سای و همکاران (۲۰۰۹) مورد توجه واقع شد. الگوی درمان پذیرش و پابندی، بیشتر سازه‌ درون فردی و احساس‌های آزارنده را مورد آماج و هدف درمان قرار می‌دهد. اما اجرای این الگو، بدون استفاده از رابطه درمانی و الگوی روان درمانی تحلیلی کارکردی بی معنا است (کلی ویلسون و همکاران، ۲۰۰۹؛ و ایفرت و فورثایت، ۲۰۰۵). از این رو، به نظر می‌رسد که یکپارچه سازی الگوی شش ضلعی درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی با روان درمانی تحلیلی کارکردی می‌تواند به راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجانی، و بهبود بیشتری در روابط بین فردی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی کمک نماید. با این وجود، تاکنون با این الگوی درمانی، پژوهشی در اختلال اضطراب اجتماعی یافت نشده است.

از پیشگامان الگوی درمانی متمرکز بر شفقت (CFT)، نف و گیلبرت هستند. این الگو توسط تریچ، شونندورف و استین، در اضطراب (۲۰۱۴) و توسط هندرسون (۲۰۱۰) در اضطراب اجتماعی گسترش یافته است. به اعتقاد نف (۲۰۰۸) سازه خودشفقت ورزی نمایانگر گرمی و پذیرش جنبه‌هایی از خود و زندگی است که خوشایند بوده و شامل سه عنصر اصلی می‌باشد: ۱. داشتن مهربانی یا شفقت و درک صحیح نسبت به خود بدون داشتن دیدگاه قضاوتی و خود انتقادگری ۲. داشتن این دیدگاه که تجارب فرد جزئی از تجربه همه انسان‌ها است. به عبارت دیگر، سایرین نیز چنین تجربه‌هایی را در زندگی خود دارند بدون داشتن احساس دور بودن و متمایز بودن از دیگران ۳. تجربه‌ها و احساس‌های خود را به گونه‌ای متعادل نگرستن، بدون اینکه آن‌ها را بزرگنمایی کنند. این جنبه‌های خودشفقت ورزی با یکدیگر متفاوت بوده و به طور متفاوتی تجربه می‌شوند، اما به نظر می‌رسد که به گونه‌ای مکمل و در برگیرنده یکدیگر نیز هستند. برای مثال، حالت پذیرا و باز بودن توجه‌آگاهی باعث کاهش قضاوت در مورد خود می‌شود (نف، ۲۰۱۱). از این رو، فنون توجه‌آگاهی با دو جنبه‌ بنیادی خود از جمله توجه به تجربه کنونی و پذیرا بودن نسبت به این تجربه‌ها، امکان بازشناسی غیر قضاوتی افکار، هیجان‌ها، احساس‌ها و حس‌های بدنی را بدون آنکه فرد درگیر آن گردد و یا از آن دوری نماید را فراهم می‌

آورد و به پایداری هیجانی می‌انجامد؛ همین تاثیر باعث کاهش ترس از ارزیابی منفی و رویارویی با استرس‌ها به شیوه سازنده می‌گردد (استهل و گلدستین، ۲۰۱۰).

آموزش توجه‌آگاهی در کاهش اشتغال ذهنی افراد به ارزیابی منفی از خود که منجر به کاهش اضطراب آن‌ها می‌شود کمک می‌نماید. این فنون به بیماران می‌آموزد که از شناخت‌های خود منتقدگرانه شان فاصله بگیرند و صرفاً با آگاهی و بدون قضاوت به مشاهده آن‌ها پردازند، بدون این‌که نیاز باشد به آنها بچسبند یا تغییر دهند و یا کنترل نمایند (کوزیک، بنجر، شلیک، ۲۰۰۷). یکی از حیطه‌های بالینی خاص که در آن بتوان خود شفقت‌ورزی را مورد آزمایش قرار داد اختلال اضطراب اجتماعی است. افراد دچار اضطراب اجتماعی نسبت به افراد سالم، خودشفقت‌ورزی پایین تری نشان می‌دهند و خودشفقت‌ورزی با شدت اضطراب اجتماعی مرتبط است و با ترس از ارزیابی شدن ارتباط دارد (ورنر و همکاران، ۲۰۱۲).

در سال‌های اخیر، الگوهای درمان یکپارچه نگر مبتنی بر پذیرش و پابندی مورد بازنگری قرار گرفته‌اند. در همین راستا، الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (ACT) که بیشتر بر به جنبه‌های درون فردی و احساس‌های آزار دهنده تاکید می‌کند، با این حال، به رابطه درمانی، عواطف، شفقت، دیدگاه‌گیری و روابط بین فردی کمتر توجه کرده است. از این رو، ویراستاران درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی، پولک، شئوندورف، (۲۰۱۴)، الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، درمان مبتنی بر شفقت و روان‌درمانی تحلیلی کارکردی را در یک الگوی نظام‌مند و یکپارچه‌نگر با نام "ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی" تدوین کرده‌اند. به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی با شفقت و روان‌درمانی تحلیلی کارکردی بر اساس الگوی ماتریکس با ترسیم ماتریکس زندگی افراد، توجه آن‌ها را به دو جنبه اساسی از تجربه‌های دنیای واقعی خود مبنی بر تلاش برای نزدیک شدن به افراد و ارزش‌ها مهم زندگی و تلاش برای دور شدن از افکار و احساسات آزارنده فراهم می‌کند و همچنین ماتریکس با مرتب سازی داستان زندگی، شناسایی ارزش‌ها و حرکت در مسیر ارزش‌ها منجر به ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شفقت بیشتر و روابط بین فردی غنی‌تر در درمان‌جویان خواهد شد. علاوه بر این، الگوی یکپارچه نگر ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی می‌تواند علاوه بر در نظر گرفتن جنبه‌های درون فردی و بین فردی، شفقت و دیدگاه‌گیری در آماج و هدف درمان، فرآیند و کیفیت نتایج درمان را بهبود و ارتقاء بخشد بر این اساس، تدوینی از این الگوی یکپارچه نگر، می‌تواند میزان ارتقاء انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، شفقت،

دیدگاه گیری و زندگی ارزشمندانه را در درمانجویان دچار اضطراب اجتماعی بیش از پیش افزایش دهد.

بحث و نتیجه گیری

پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و رهیافت‌های نوین موج سوم رفتاردرمانی بافتارگرا به خصوص ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی، فهم دقیق‌تری از اختلال اضطراب اجتماعی را فراهم کرده‌اند. به گونه‌ای که در این اختلال، شخص ممکن است آن‌قدر ناراحت باشد که قادر به سخن گفتن با دیگران نباشد. و یا فردی از شام خوردن در حضور جمع، خیلی نگران باشد، زیرا می‌ترسد که در حال خوردن یا نوشیدن، توسط دیگران مورد مشاهده و ارزیابی منفی قرار گیرد. این نشانه‌ها در ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی تحت عنوان قلاب‌های ذهنی و هیجانی یاد می‌شود. به بیان دقیق‌تر، درمان‌جویان در درون داستان‌های زندگی‌شان گیر افتاده‌اند. داستان‌هایی که ذهن به آن‌ها می‌گوید همان همجوشی است که زندگی را محدود می‌کند.

همجوشی به ما می‌گوید که چه چیزی ممکن است و چه چیزی ممکن نیست. چه چیزی درست است و چه چیزی نادرست است، درد کجا بود و الان کجاست و احتمالاً در آینده در کجاها خواهد بود. پس ذهن می‌تواند ما را سرگردان کند. ذهن یک سیستم ارزیابی کننده، انتقادگر و حيله‌گر است. ذهن حقه‌ها را سر هم می‌کند. ذهن آب زیرکاه است و قصه‌ها را سرهم می‌کند و می‌بافد. بخشی از داستان‌ها را می‌گوید و بخش دیگر را نادیده می‌انگارد. ذهن قصه گو یا خود محتوایی در مورد ما قضاوت می‌کند. به عنوان مثال، شما آدم خوبی نیستید، آدم بدی هستید، آدم بی ارزشی هستید، هیچ کس دوست ندارد، هیچ چیز خاص در من وجود ندارد، هیچ کس به من اهمیت نمی‌دهد، یک اشکالی در من هست، من بی مصرف هستم، من به جایی تعلق ندارم، من خسته کننده هستم. همچنین ذهن به ما می‌گوید چه جور آدمی هستیم. به عنوان مثال، وقتی فکر کنید به هنگام صحبت کردن در جمع خراب خواهید کرد. در چنین حالتی، ذهن برای شما دلیل می‌آورد که نباید کنفرانس دهید. از سخنرانی دوری کن چون ممکن است خراب کنی و ... بنابراین وقتی به دنیای ذهنی/ درونی پناه می‌بریم ما را کوچکتر و کوچکتتر می‌کنند.

دور شدن یا اجتناب تجربه‌ای شامل رفتارها، کارکردها و پیامدهایی است که تحت کنترل "زبان" معنی و تفسیر می‌شوند. و این معنی و تفسیر همان همجوشی و داستان زندگی است. از این رو، کل ماتریکس (بافت و کارکردها) داستان زندگی فرد را نشان می‌دهد و پیامدهای آن‌ها را می‌توان با

تحلیل کارکرد اجرایی و معنی و تفسیرها آن‌ها را می‌توان با زبان و چهارچوب روابط ذهنی نشان داد. از منظر ماتریکس افراد دچار اضطراب اجتماعی در انتخاب و دست یافتن به هدف‌های ارزشمندانه شخصی (تحصیلات، حرفه و ..) و فراشخصی (شفقت، خردمندی، معنویت‌گرایی و ...) دچار نقص و نقض هستند، به طوری که هدف‌هایشان، بلندپروازانه، کمال‌گرایانه، وسواس گونه و بدون انگیزش درونی (بدون خودانگیختگی) است. که آن باعث ترس و اضطراب از صحبت کردن در جمع (یا در تعامل با دیگران) همراه با ترس از پیامدهای آن‌ها (پیامد اجتماعی، شغلی، تحصیلی و اجتماعی) می‌شود و اضطراب اجتماعی شکل می‌گیرد. این افراد هدف مهم شان از جمله تعامل اجتماعی را طوری انتخاب می‌کند که روی آن‌ها کنترلی ندارند. به عنوان مثال، طوری صحبت کنم که دیگران راضی باشند یا به گونه‌ای صحبت کنم که حوصله کسی سر نرود.

با توجه به این‌که، افراد دچار اختلال اضطراب اجتماعی، دشواری‌هایی در تنظیم هیجان‌ها، حساسیت‌های اضطرابی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نشان می‌دهند و در کارکردهای درون فردی و بین فردی و همچنین شفقت با نارسائی‌هایی نیز همراه هستند، به نظر می‌رسد آن الگوهای درمانی موج سوم رفتاردرمانی بافتارگرا که این متغیرها را مورد آماج و هدف درمانی قرار می‌دهند، کارایی و اثربخشی لازم را در این اختلال داشته باشند از این رو، یکپارچگی این الگوها، به جامعیت درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی کمک شایانی کرده‌اند:

الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به رابطه درمانی و مسائل بین فردی کمتر توجه می‌کند. در این راستا، کلی ویلسون و همکاران (۲۰۰۹) بر این باورند که انجام الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بدون استفاده از رابطه درمانی و مسائل بین فردی بی معنا است. از این رو، یکپارچه سازی الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با روان‌درمانی تحلیلی کارکردی را پیشنهاد کرده‌اند. از سوی دیگر، ایفرت و فورثایت (۲۰۰۵) نیز استفاده از روان‌درمانی تحلیلی کارکردی را در فرآیند الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پیشنهاد کرده‌اند که به سودمندی بالینی در واکنش درمان‌جو در جلسه درمان می‌انجامد. تیرچ، و همکاران (۲۰۱۴) بر درمان مبتنی بر شفقت تاکید کرده‌اند، و الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با تمرکز بر شفقت می‌تواند حلقه ارزیابی منفی، ترس و اجتناب از موقعیت اجتماعی که در اضطراب اجتماعی رایج است را معکوس ساخته و منجر به درمان غنی‌تری گردد (اسماعیلی و همکاران، ۲۰۱۸).

در سال‌های اخیر، الگوهای درمان یکپارچه‌نگر مبتنی بر پذیرش و پایبندی مورد بازنگری قرار گرفته‌اند. در این رابطه ویراستاران درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی، پولک، و همکاران (۲۰۱۴)،

الگوی شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، درمان مبتنی بر شفقت و روان‌درمانی تحلیلی کارکردی را در یک الگوی نظامند و یکپارچه‌نگر با نام "ماتریکس درمان‌پذیرش و پایبندی" تدوین کرده‌اند. ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی، ابزاری قدرت‌مند برای ارتقاء انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رفتار متناسب با ارزش‌ها در روابط بین‌فردی است. با بهرمندی از ماتریکس، شش گام انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رابطه درمانی برای کمک به درمان‌جویان در پیشرفت مهارت‌های بین‌فردی و کار در جهت اهداف و ارزش‌های روابط محور را فراهم می‌کند (پولک و همکاران، ۲۰۱۶). از این رو، انجام پژوهش نوین و گشایش پروتکل‌های متناسب با الگوی یکپارچه‌نگر ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی برای اختلال‌های روانی به خصوص اختلال اضطراب اجتماعی بسیار ضروری است. به علاوه، در این الگو، خود به عنوان فرآیند، خود به عنوان محتوا و خود به عنوان بافتار، اساس فرآیندها و سازوکارهای ماتریکس را تشکیل می‌دهد. به نظر می‌رسد که تدوینی از این الگوی یکپارچه‌نگر، نه تنها می‌تواند سبب کاهش طولانی مدت آسیب در این اختلال شود، بلکه موجب پیشگیری از بروز شدید و بازگشت مجدد این اختلال خواهد شد. به نظر می‌رسد که این الگوی یکپارچه‌نگر می‌تواند در موارد زیر سودمند باشد:

۱. کاهش قابل توجه‌ای از رفتارها و اقدامات دور شدن در تعاملات اجتماعی
 ۲. بهبود قابل توجه‌ای در عملکرد و فعالیت‌های اجتماعی
 ۳. بالا بردن همیاری معنوی از طریق خود به عنوان بافتار
 ۴. بالا بردن مسئولیت شخصی و زندگی ارزشمندانه.
 ۵. بالا بردن شفقت نسبت به خود و توانمندی دیدگاه‌گیری
- پژوهش‌هایی که تاکنون بر تاثیر الگوی ماتریکس درمان‌پذیرش و پایبندی در استرس، اضطراب، افسردگی و سلامت انجام شده‌اند، نتایج امیدبخشی را ارائه داده‌اند با این حال، هنوز پژوهش تجربی در حوزه ماتریکس درمان‌پذیرش و پایبندی برای اختلال اضطراب اجتماعی انجام نشده است و همچنین هنوز مشخص نیست که این الگوی درمان یکپارچه‌نگر تا چه اندازه بر کیفیت، فرآیندها، سازوکارهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، شفقت، دیدگاه‌گیری، رابطه درمانی و اتحاد درمانی در اختلال اضطراب اجتماعی موثر باشد. به نظر می‌رسد که این الگوی یکپارچه‌نگر برای اختلال اضطراب اجتماعی، نیازمند به شواهد پژوهشی مکرر و مقایسه‌ای دارد تا اثربخشی آن بر فرآیندها، سازوکارها، کیفیت و نتایج درمان مشخص گردد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی،

کارآزمایی‌های بالینی برای طراحی الگوی یکپارچه‌نگر ماتریکس درمان پذیرش و پایبندی برای اختلال اضطراب اجتماعی و سایر اختلال‌های اضطرابی مورد توجه پژوهشگران قرار گیرد.

پروتکل ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی برای اضطراب اجتماعی

اتحاد درمانی و رابطه درمانی یکی از بن‌مایه‌های مهم ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی است که باعث هماهنگ شدن با درمان‌جویان در فرآیند درمان و همچنین فراهم شدن دیدگاه‌گیری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در آن‌ها می‌شود. در تدوین پروتکل ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی برای اختلال اضطراب اجتماعی به فرض‌های بنیادین ماتریکس، مفهوم پردازش، چرخه باطل ماتریکس، تمرین‌های تجربی، دیدگاه‌گیری، شفقت، کاربست فنون برای ارتقاء انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و همچنین به یکپارچه‌سازی آن‌ها توجه شود.

این پروتکل دارای شش گام انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که عبارت است از:

گام اول: معرفی دیدگاه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (معرفی ماتریکس درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی)

گام دوم: آگاهی از کارآمدی رفتارجهت دور شدن از تجربه‌های ذهنی / درونی

گام سوم: قلب‌های توجه دزد و دشواری‌ها همراه با کنترل رویدادهای ذهنی / درونی

گام چهارم: آیکیدوی کلامی

گام پنجم: آموزش شفقت ورزی به خود

گام ششم: مهار نیروی چشم انداز‌گزینی (پولک و همکاران، ۲۰۱۶).

راهنمای مداخله ماتریکس ACT در اضطراب اجتماعی، در ۱۲ جلسه هفتگی (دو جلسه ارزیابی و تشخیص و ده جلسه درمان) به مدت ۱۵۰ تا ۱۸۰ دقیقه انجام می‌شود. دستور کار جلسه بر اساس

گام‌های شش‌گانه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مبتنی بر ماتریکس طراحی شده است.

در جلسه اول درمان، یک ارزیابی مقدماتی از درمان‌جویان در مورد اختلال اضطراب اجتماعی انجام می‌شود و سپس اطلاعات دقیق‌تر در مورد این اختلال (علائم، علل، درمان و ...) با تاکید بر مداخله

ماتریکس در اختیار آن‌ها قرار می‌گیرد. در پایان جلسه اول بطور مختصر در مورد انتظارات (قوانین

گروه ماتریکس و اجرای تمرین تجربی) توضیح داده و سپس از آن‌ها خواسته می‌شود که هدف‌شان را

بطور مختصر از شرکت در این کارگاه بنویسند و آن‌ها را برای اعضای گروه به اشتراک بگذارند.

در جلسه دوم، به معرفی ماتریکس، مفهوم پردازی و چرخه باطل ماتریکس در اختلال اضطراب اجتماعی، بافت و کارکرد و هدف ارزشمندانه. در جلسه سوم، تحلیل کارکرد اجرایی و کارآمدی، جلسه چهارم، قلاب‌های توجه دزد، جلسه پنجم و ششم، آیکیدوی کلامی، جلسه هفتم و هشتم، شفقت نسبت به خود و در جلسه نهم و دهم به عیب و ایرادهای من، مهار چشم اندازگزینی در اختلال اضطراب اجتماعی پرداخته می‌شود. مجموعه این مداخله‌ها در ماتریکس ACT کمک می‌کند به درمان‌جویان که در روابط درون فردی و بین فردی، شفقت و دیدگاه‌گیری، کارکرد بهتری در موقعیت‌های دشوار اجتماعی و سایر موقعیت‌های زندگی داشته باشند و همچنین فرآیند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیش از پیش بهبود و ارتقاء یابد.

References

- Acarturk, C., Cuijpers, P., van Straten, A., & Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine, 39*, 241-254.
- Acarturk, C., Smit, F., De Graaf, R., Van Straten, A., Ten Have, M., & Cuijpers, P. (2009). Economic costs of social phobia: a population-based study. *Journal of affective disorders, 115*(3), 421-429.
- Alfano, C. A., & Beidel, D. C. (2011). Social anxiety in adolescents and young adults: Translating developmental science into practice. American Psychological Association.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arlt, J. Yiu, A. Eneva, K. Drymanb, MT. RG. Heimberg Chena, EY. (2016). Contributions of cognitive inflexibility to eating disorder and social anxiety symptoms.. *Eat Behav; 21*, 30-2.
- Blanco C1, Heimberg RG, Schneier FR, Fresco DM, Chen H, Turk CL, Vermees D, Erwin BA, Schmidt AB, Juster HR, Campeas R, Liebowitz MR. (2010). A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy, and their combination for social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry, 67*(3):286-95.
- Bond, F. W.; Hayes, S. C.; Baer, R. A.; Carpenter, K. C.; 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 flexibility and acceptance". *Behavior Therapy, 42*, 676-688.
- Bolsoni-Silva, A. & Loureiro, S. (2014). The role of social skills in social anxiety of university students. *Paidéia, 24*(58), 32-223.
- 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.
- Craske, M. G., Niles, A. N., Burklund, L. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Vilardaga, J. C. P., Arch, J. J., ... & Lieberman, M. D. (2014). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: Outcomes and moderators. *Journal of consulting and clinical psychology, 82*(6), 1034.
- Dalrymple, K. L., & Zimmerman, M. (2011). Treatment-seeking for social anxiety disorder in a general outpatient psychiatry setting. *Psychiatry Research, 187*(3), 375-381.
- Deacon Brett, J., Jonathan S., Carol M., & David, F. (2003). The Anxiety Sensitivity Index - Revised: psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples. *Behavior Research and Therapy, 41*, 1427-1449.
- Deacon, B., & Abramowitz, G. (2006). Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Anxiety Disorders, 20*, 837-857.
- Eilenberg, T., Kronstrand, L., Fink, P., & Frostholm, L. (2013). Acceptance and commitment group therapy for health anxiety – Results from a pilot study. *Journal of Anxiety Disorders, 27* (5), 461-468.

- 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.
- Esmaili, Leila, Amiri, Sholeh, Abedi, Mohammad Reza, Molavi, Hossein . (2018). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy Focused on Self -Compassion on Social Anxiety of Adolescent Girls. *Clinical Psychology Studies*. 8 (30), 117-137.
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Stickle, T. R., Bonn-Miller, M. O., & Leen-Feldner, E. W. (2006). Anxiety sensitivity-physical concerns as a moderator of the emotional consequences of emotion suppression during biological challenge: an experimental test using individual growth curve analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 249–272.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199–208.
- Gilbert, P (2010), "An Introduction to Compassion Focused Therapy in Cognitive Behavior Therapy", *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2): 97–112.
- Goldin, P. R., Ziv, M., Jazaieri, H., Weeks, J., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2014). Impact of cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder on the neural bases of emotional reactivity to and regulation of social evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 62, 97-106.
- Haller, S. P. W., Kadosh, K. C., Scerif, G., & Lau, J. Y. F.(2015). Social anxiety disorder in adolescence: How developmental cognitive neuroscience findings may shape understanding and interventions for psychopathology. *Developmental Cognitive Neuroscience.*, 13: 1-10.
- Hann KE, McCracken LM.(2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 3(4): 217-27.
- Hasani, Ja'far, Sheikhan, Reyhaneh, Aryanakia, Elmira, Mahmouzdadeh, Akram. (2013). Adolescent Social Anxiety: The Role of Attachment Styles and Cognitive Emotion Regulation Strategies. *Transformational Psychology: Iranian Psychologists*, 9 (36), 363-375.
- Hayes SC, Gifford EV.(1997). The trouble with language: Experiential avoidance, rules, and the nature of verbal events. *Psychological Science*;8:170-173.
- Hayes, SC.(2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*.35(4):639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY US: Guilford Press.
- Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*. 44(2), 180-98.
- Hayes, S. C. (2016) Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Republished article in the special 50th Anniversary issue: Honoring the past and looking to the future: Updates on seminal behavior therapy publications on current therapies and future directions, Part II. *Behavior Therapy*. 47, 869–885.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245.
- Herbert, J. D. & Dalrymple, K. (2005). Social anxiety disorder. in A. Freeman, A. M. Nezu, M. A. Reinecke, C. M. Nezu, & S. Felgoise (Eds.), *Encyclopaedia of Cognitive Behavior Therapy*, 368-372.
- Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A.(2012).The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res.*, 36(5), 427-440.
- Hofmann, D., Halsboe, L., Eilenberg, T., Jensen, J., & Frostholm, L. (2014). A pilot study of processes of change in group-based acceptance and commitment therapy for health anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3 (3), 189–195.
- Hofmann, S. G .(2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(4): 193–209.
- Hope DA, Herbert JD, White C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Cognitive Therapy and Research.*,19(4), 399-417.

- Wilson, K. G. (2009). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. New Harbinger Publications.
- Koszycki D, Benger M, Shlik J, Bradwejn J.(2007). Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2518-2526.
- Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M., & Johnson, S. L. (2007). *Abnormal psychology*. John Wiley & Sons Inc.
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*. 3, 47-54.
- Jazaieri H, Morrison AS, Goldin PR, Gross JJ.(2015). The role of emotion and emotion regulation in social anxiety disorder. *Current Psychiatry Reports*. 17(1): 1-9.
- Jenifer L. Villatte., Roger Vilardaga., Matthieu Villatte., Jennifer C. Plumb Vilardaga., David C. Atkins., Steven C. Hayes (2016). Acceptance and Commitment Therapy Modules: Differential Impact on Treatment Processes and Outcomes. *Behav Res Ther*, 77, 52-61.
- Jorstad-Stein, E; Heimberg, R. G .(2009). Social phobia: An update on treatment psychiatric. *Psychiatric Clinics North America*, 32(3), 641-63.
- Mak, Y. W., & Loke, A. Y. (2015). The acceptance and commitment therapy for smoking cessation in the primary health care setting: a study protocol. *BMC public health*, 15, 105.
- Mccabe, R. E. (1999). Implicit and explicit memory for threat words in high-and lowanxiety-sensitive participants. *Cognitive Therapy and Research*. 23(1), 21-38.
- McEvoy, P. M; Perini S. J .(2009). Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without attention training: a controlled trial. *Journal Anxiety Disorder*. 23(4): 519-28.
- Menezes, G. B. D; Coutinho, E. S. F; Fontenelle, L. F; Vigne, P; Figueira, I; Versiani, M .(2011). Second generation antidepressants in social anxiety disorder: meta-analysis of controlled clinical trials. *Psychopharmacology*, 215(11), 1-11.
- 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. *Int J Med Invest*. 8 (1), 19-30.
- Mirsharifa S M, Mirzaian B, Dousti Y (2019).The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Matrix on Depression and Psychological Capital of the Patients with Irritable Bowel Syndrome, *Journal of Medical Sciences*. 15, 7(3), 421-427.
- Moscovitch, D. A. (2009). What is the core fear in social phobia? A new model to facilitate individualized case conceptualization and treatment. *Cognitive and Behavioral Price*, 16(2): 123-134.
- Neff, K. D. (2003 a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Neff, K. (2011). *Self-Compassion: Stop beating yourself and leave insecurity behind*.
- 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).
- Orsillo, S. M., & Roemer, L. (Eds.). (2007). *Acceptance-and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. Springer Science & Business Media.
- Ostadian Khani.Zahra, Fada'i Moghaddam Malih (2017). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Social Adjustment and Social Phobia of Physically Disabled. *Journal of Rehabilitation*; 18 (1): 63-72.
- O'Toole MS, Zachariae R, Mennin DS.(2017). Social anxiety and emotion regulation flexibility: considering emotion intensity and type as contextual factors. *Anxiety, Stress, & Coping*, 30(6), 716-24.
- Narimani, Mohammad, Pour Abdel, Saeed, Bashirpour, Sajjad. (2016). The The effectiveness of acceptance/commitment training to decrease social anxiety in students with specific learning disorder. *Learning Disabilities*, 6 (1), 121-140.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 14 (No. 54), pp.87-107, 2020

Challenges and Integrative Treatment Models Based on Acceptance and Commitment in social anxiety disorder

Asadi, Hamid

Dept. of Clinical Psy. Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

Mohammadi, Masoud

Dept. of Clinical Psy. Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

Naziri, Qasim

Dept. of Clinical Psy. Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

Received: 2019/11/5

Accepted: 2019/12/20

Difficulty in regulating emotional excitement and anxiety sensitivity are two key factors in social anxiety disorder. In examining the underlying mechanisms of the disorder, the researchers concluded that avoiding experiencing emotions, thoughts, and moving away from valuable life goals, strengthens the psychological inflexibility of the social context and behavioral functions of therapists. The aim of this study was to review the hexagonal model of psychological flexibility, compassion-based therapy, functional analytical psychotherapy and matrix therapy for acceptance and commitment to social anxiety disorder and other anxiety disorders. For this purpose, in a review study, published articles on the treatment of social anxiety disorder were reviewed in Scopus databases from 1997 to 2019. What seems to be the model of treatment of acceptance and commitment and compassion therapy is effective in reducing social anxiety disorder. The results of this study support the difficulty of regulating emotional excitement and anxiety sensitivity in social anxiety disorder. It seems that avoiding experiencing emotions, thoughts, and moving away from the valuable goals of life, strengthens the psychological flexibility in the social context and behavioral functions of therapists.

Keywords: Social Anxiety, Psychological Flexibility, Emotional Regulation, Acceptance and Commitment

Electronic mail may be sent to: mmohamadis@yahoo.com