

الفوبيا الاجتماعية على ضوء الموجة الثالثة من العلاج السلوكي المعرفي: العلاج بالتقبل والالتزام نموذجاً

Social phobia in light of the third wave of cognitive behavioral therapy: Acceptance and commitment therapy as a model

La phobie sociale à la lumière de la troisième vague de thérapies cognitivo-comportementales: la thérapie d'acceptation et d'engagement comme modèle

ط.د. إسْمهان جلودي

جامعة لوئيسي علي - البليدة 2

د. نورا تواتي

جامعة لوئيسي علي - البليدة 2

تاريخ الإرسال: 2019-09-25 - تاريخ القبول: 2019-11-23 - تاريخ النشر: 2021-11-28

ملخص

تعتبر الفوبيا الاجتماعية اضطراباً خطيراً نظراً لامتدادها على الحياة الاجتماعية للأفراد وتأثيرها على الصحة النفسية وصورة الذات والأداء وفرص النجاح، ولقد اهتم العلاج السلوكي المعرفي بتوفير تدخلات للتخفيف من أعراض هذا الاضطراب وذلك في موجاته الأولى والثانية والثالثة، وإذا كانت الموجتان الأولى والثانية قد حظيتا باهتمام واسع من قبل الباحثين ونالت كفايتهما من الاهتمام ولا تزالان كذلك فإن الموجة الثالثة لم تتل بعد ما يكفي من البحث، وتحاول الدراسة الحالية التعريف بالموجة الثالثة وتتناول العلاج بالتقبل والالتزام كأحد أهم علاجاتها في محاولة لبيان الإضافات التي جاءت بها فيما يخص التخفيف من أعراض الفوبيا الاجتماعية.

الكلمات الدالة: الفوبيا الاجتماعية؛ العلاج السلوكي المعرفي؛ العلاج بالتقبل والالتزام.

Abstract

Social phobia is a serious disorder due to its extension to the social life of individuals and its impact on mental health, self-image, performance and success, Cognitive Behavioral Therapy aims to provide interventions to relieve the symptoms of this disorder in its first, second and third waves, researchers have drawn much attention to the first and second wave, but not enough to third, the current study attempts to identify the third wave and what it has added to the previous ones, as well as to accept and treat the treatments as one of the most important treatments in this wave to try to explain the additions brought to relieve the symptoms of social phobia.

Keywords: social phobia, cognitive-behavioral therapy, acceptance and commitment therapy

Résumé

La phobie sociale est un trouble grave qui affecte la vie sociale des individus et impacte leur santé mentale, leur 'image de soi, leurs performances et leur réussite. La thérapie cognitivo-comportementale intervient pour soulager les symptômes de ce trouble. Elle fait l'objet de beaucoup de recherches afin d'améliorer ses techniques. Elle a évolué sur trois vagues. La première et la deuxième ont suscité beaucoup de travaux. La troisième est peu étudiée et reste ignorée dans le milieu des praticiens. La présente étude tente de définir cette vague et de mettre en valeur son apport au développement de cette thérapie. Dans ce cadre nous traiterons la thérapie de l'acceptation et de l'engagement comme l'une des plus importantes techniques en passant en revue ce qu'elle propose de nouveau pour soulager les symptômes de la phobie sociale.

Mots-clés: phobie sociale; thérapie cognitivo-comportementale; thérapie d'acceptation et d'engagement.

مقدمة

يعتبر الخوف المرضي أحد أوجه المعاناة النفسية الهامة فالخوف من بين أهم الانفعالات وأخطرها إذا تجاوز الحد المتناسب مع الموقف، وتعد الفوبيا الاجتماعية مظهراً من مظاهر تجاوز الخوف لعتبة السواء إلى الاضطراب النفسي على الصعيدين الشخصي والاجتماعي الأمر الذي يدفع بالمصابين إلى طلب المساعدة النفسية، ومن المعروف أن ميدان علم النفس يستند إلى توفير المساعدة النفسية على اطر نظرية مختلفة وفرت علاجات تمايزت في جوانب عدة، وقد ساهم العلاج السلوكي المعرفي كأحد التيارات في ميدان علم النفس في توفير تدخلات متعددة وهامة على صعيد الممارسة العلاجية كان من بين أحدثها العلاج بالتقبل والالتزام ضمن موجته الثالثة.

1. حول موضوع الفوبيا الاجتماعية

1.1 التعريف بالفوبيا الاجتماعية

تنتشر الاضطرابات النفسية بشكل كبير لتمس مختلف شرائح المجتمع، وتعد الفوبيا الاجتماعية من بين الاضطرابات الأكثر انتشاراً بمعدل يتراوح ما بين (03٪) إلى (13٪) في المجتمع العام بين الفئات العمرية المختلفة، كما تشكل ما بين (10٪) إلى (20٪) من حالات القلق المشخصة في العيادات النفسية، فهي تأتي في المرتبة الرابعة بين الأمراض



النفسية من حيث الانتشار بعد الاكتئاب الشديد، وتعاطي الكحول، والفوبيا المحددة، لذلك كانت الفوبيا الاجتماعية اضطراب نفسي يتسم بالخوف الدائم والمستمر من المواقف الاجتماعية ومن إمكانية التعرض للإحراج مما يؤدي إلى تجنب تلك المواقف أو تحملها بقلق شديد، وهو ما يشكل عبئا على صحة الأفراد وأدائهم العام فلقد أثبتت الأبحاث أن لها آثار عميقة على حياة الأفراد، فالمصابون عادة ما لا يشعرون بالراحة ضمن التفاعلات الاجتماعية؛ ويترب على ذلك معاناتهم من قصور عام في الأداء الاجتماعي، وانخفاض فرص تحصيل الدعم الاجتماعي وفرص الزواج مقارنة بالأفراد الأسوياء، كما يعانون من انخفاض مستويات التحصيل العلمي وانخفاض الإنتاجية في مكان العمل. (Coppersmith, 2011, p.5)

وبناء على ذلك فإن استفادة المصابين بالفوبيا الاجتماعية من التدخلات العلاجية يعتبر أمرا ضروريا لتخفيف أوجه معاناتهم النفسية وقصورهم الاجتماعي وقد تعددت العلاجات المنبثقة من الأطر النظرية المفسرة لهذا الاضطراب إذ حظيت اضطرابات الخوف باهتمام المعالجين السلوكيين على نحو خاص حيث قدمت النظرية السلوكية تفسيراً للإصابة مستمداً أساساً من مبادئ Pavlov للتشريط الكلاسيكي وأبحاث Skinner عن التشريط الإجرائي والتي تفترض إلى الاقتران بين مثير محايد ومثير يستدعي عادة استجابة خوافية يؤدي إلى إظهار استجابة مماثلة لتلك التي يستثيرها المثير ذو الاستجابة الخوافية عندما يتعرض الفرد للمثير المحايد والذي يعرف بالمثير الشرطي.

في حين يعرف المثير الثاني بغير الشرطي، وعليه يعتبر السلوكيون الخوف بمثابة استجابة تُستثار بمثيرات ليس من شأنها أن تحدث استجابة الخوف إلا أنها تظهر نتيجة لعملية تعلم سابقة، ونتيجة لخبرة التعلم الاشرطية فإن هؤلاء الأفراد يسعون بشكل مستمر لتجنب المثيرات التي تستدعي الاستجابة الخوافية والتي تعتبر ذات طبيعة اجتماعية في الفوبيا الاجتماعية، وتعتبر النظرية السلوكية بمثابة الموجة الأولى ضمن تيار علاجي عام تشكل وتبلور لاحقا هو العلاج السلوكي المعرفي، الجدير بالذكر أن تفسير الإصابة بالاضطرابات النفسية وبالاضطرابات الخوف تحديدا وكذا التدخلات العلاجية التي طرحتها النظرية السلوكية ظلت مقبولة إلى حد ما حتى الستينيات عندما تصاعدت الانتقادات في تأكيدها على أن التجربة الإنسانية تتجاوز التشريط نظرا



لقدرته الإنسان الاستثنائية على الانخراط في العمليات المعرفية اللفظية المعقدة وغير المحدودة وضرورة اعتبار مخرجات هذه الأخيرة والمتمثلة في الأفكار جزء أصيلا من فهمنا للاضطراب النفسي وفي أي مسعى للعلاج. (Heimberg, Becker, 2002)

وكنتيجة لهذا الطرح ظهرت النظرية المعرفية والتي أسست للموجة الثانية من العلاج السلوكي المعرفي حيث أكدت هذه الأخيرة على دور الأفكار والسلوك في ظهور الاضطرابات النفسية وتأثير كل منهما في الآخر وأن تخفيف المعاناة النفسية يتطلب دحض الأفكار الخاطئة، والحد من السلوكات المرضية وتعليم أخرى سوية، وقد انبثق عن هذه الموجة عدد من العلاجات التي أثبتت فعاليتها في التخفيف من أعراض الفوبيا الاجتماعية. وقبل (23) سنة من الآن ظهرت الموجهة الثالثة من العلاج السلوكي المعرفي والتي تضمنت العلاج الجدلي السلوكي (Dialectical Behavior Therapy (DBT)، واليقظة الذهنية القائمة على العلاج المعرفي Mindfulness based

Cognitive Therapy (MBCT)، والعلاج بالتقبل والالتزام Acceptance and Commitment (ACT)، وغيرها من العلاجات والتي تشترك في كونها تقوم على اليقظة الذهنية وتتجاوز التركيز على محتوى الأفكار إلى الاهتمام بعملية التفكير ذاتها وقد حظي العلاج بالتقبل والالتزام باهتمام رواد الموجة الثالثة من العلاج السلوكي المعرفي فقد أفادت العديد من الأبحاث بفعاليتها في التخفيف من أعراض الفوبيا الاجتماعية (Ossman et al, 2006). كما وأثبت العلاج بالتقبل والالتزام نجاعة عالية في القياس التبعي مقارنة بالعلاج القائم على التعرض كأحد علاجات الموجة الثانية (Dalrymple, Herbert, 2007).

كما وأثبت نجاعة أكبر في تغيير نمط حياة المرضى والتخفيف من التوتر والضغط النفسي مقارنة بالعلاج المعرفي السلوكي التقليدي. (Kahl; Winte; Schweiger, 2012).

وقد حظيت العلاجات المدرجة ضمن الموجة الثالثة باهتمام العديد من الباحثين والممارسين العيادين عالميا إلا أن هذا النوع من العلاجات ما يزال غير معروف في البيئة العربية حيث تندر الدراسات التي استندت إلى أحد هذه العلاجات لتخفيف أعراض الفوبيا الاجتماعية، ولا يزال العلاج المعرفي السلوكي التقليدي أكثر تصدرا.



2.1 أهمية دراسة علاجات الموجة الثالثة

من الأهمية بمكان التعريف بعلاجات الموجة الثالثة وما قدمته من أساليب ناجعة، وفي ضوء ذلك تحاول الدراسة الحالية الإجابة على التساؤلين التاليين:

- ما هي الإضافات النوعية التي جاءت بها الموجة الثالثة من العلاج السلوكي المعرفي في تفسير الاضطرابات النفسية والفوبيا الاجتماعية؟ - ما هي الإضافات التي جاء بها العلاج بالتقبل والالتزام كأحد علاجات الموجة الثالثة من العلاج السلوكي المعرفي في التخفيف من أعراض الفوبيا الاجتماعية؟.

تكمن أهمية الدراسة الحالية فيما يلي:

- المساهمة في التعريف بالموجة الثالثة من العلاج السلوكي المعرفي.
- بيان مميزات الموجة الثالثة من العلاج السلوكي المعرفي.
- توجيه انتباه الباحثين الممارسين العياديين إلى العلاج بالتقبل والالتزام وما جاء به من إضافات تخدم تخفيف أعراض الفوبيا الاجتماعية.
وتهدف الدراسة الحالية إلى التعريف بالإضافات النوعية التي جاءت بها الموجة الثالثة من العلاج السلوكي المعرفي في تفسير الفوبيا الاجتماعية وأيضاً التعريف بالإضافات التي جاء بها العلاج بالتقبل والالتزام للتخفيف من أعراض الفوبيا الاجتماعية.

3.1 تحديد الاطار المفاهيمي

1.3.1 الفوبيا الاجتماعية

تعرف الجمعية الأمريكية لعلم النفس (1994) الفوبيا الاجتماعية بأنها حالة مزمنة تنطوي على خوف ملحوظ ومستمر من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو حالات الأداء التي يتواجد فيها الفرد مع شخص غير مألوف وأكثر ومن إمكانية حصول تدقيق من قبل الآخرين، ووفقاً لـ Beidel و (Morris 1995) فإن «الفوبيا الاجتماعية هي الخوف الشديد من التقييم السلبي الذي قد يتسبب في سعي الفرد لتجنب الوقوع في الأوضاع الاجتماعية المحرجة المحتملة». (Laurie, Tracy, 2005, p198)

2.3.1 الموجة الثالثة من العلاج السلوكي المعرفي

يرى Kahl وآخرون أن الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي هي "مجموعة غير متجانسة من العلاجات تشترك في كونها تتجاوز التركيز على محتوى الأفكار إلى النظر في عملية التفكير ذاتها، وفي أنها تتخلى عن التدخلات المعرفية الموجهة نحو محتوى



الأفكار أو استخدامها بحذر والاستعانة في المقابل بنماذج عجز المهارات بحيث يتم تحديد المهارات غير النامية لدى المتعالجين وتطويرها بما يخدم تخفيف الأعراض المرضية، ومن أمثلة تلك العلاجات نذكر العلاج بالتقبل والالتزام، العلاج ما وراء المعرفي، اليقظة الذهنية المستندة على العلاج المعرفي". (Kahl et al, 2012, p523)

3.3.1 العلاج بالتقبل والالتزام

يعرف كل من Ost (2008) وكذا Powers وآخرون (2009) العلاج بالتقبل والالتزام على أنه "أحد العلاجات المنبثقة عن نظرية الإطار العلائقي، وهو يُحسب على الموجة الثالثة من العلاجات المعرفية السلوكية، ويدعم تقبل الخبرات النفسية من أفكار وانفعالات وإحساسات بما في ذلك تلك التي ينظر إليها على أنها غير عقلانية أو سلبية من جهة والالتزام بالقيم من جهة أخرى، ومؤسس هذا العلاج هو Hayes خلال الثمانينيات". (Schimmel-Bristow et al , 2012, p.517)

2. أوجه قصور تناول اضطراب الفوبيا الاجتماعية ضمن الموجتين الأولى والثانية

من العلاج السلوكي

إن الإصابة بالفوبيا الاجتماعية وفقا للطرح السلوكي المعرفي التقليدي تتعلق بمعايشة خبرة تشريط تؤدي إلى ظهور استجابة سلوكية خوافية بوجود مثير اجتماعي لا يثير الخوف ابتداء، وتتدخل الوظيفة المعرفية من خلال مخرجات عملية التفكير والتي تتصف بكونها سلبية وغير دقيقة، ومنحازة إلى مخطط معرفي أولي ومهملة لما يتعارض معه فتصبح حياة المريض محكومة بالآثار الانفعالية للتشريط ومخرجات عملية التفكير؛ ما يضطره إلى تبني أسلوب التجنب لإدارة انفعال الخوف المقترن بالموقف الاجتماعي.

ولقد جادل بعض المنظرين بأنه إن كان الإنسان محكوماً بآليات التكيف الطبيعية وأن النوع الإنساني يشترك مع العديد من الكائنات في تلك الآليات، وأن التوظيف العقلي للإنسان مصمم لمساعدته على تجنب الألم وحل المشكلات ما يجعله يركز انتباهه على المعطيات السلبية المتوفرة في البيئة ومع تكرار هذه العملية يصبح منحازاً تلقائياً لبؤرة تركيزه فإنه من المفترض أن كل فرد يتعرض لخبرة شرطية يصاب لا محالة بأحد الاضطرابات النفسية، إلا أن هذه النتيجة الأخيرة غير واقعية ولا مثبتة امبريقياً. وعليه



يعتبر التفسير السلوكي المعرفي التقليدي مقبولا لتوضيح كيف يحصل تعلم الخوف في حين لا يعطي تبريرات كافية لتحول خبرة تعلم الخوف إلى اضطراب نفسي. (Eifert et al, 2005) إضافة إلى وجه القصور السابق الذي يعاني منه الطرح السلوكي المعرفي التقليدي فقد ظهرت العديد من الصعوبات الميدانية عند تطبيق إحدى أهم التقنيات العلاجية المتمثلة في تعريض المريض للخبرة الخوافية والقلقة ومعايشة الوضعيات الفيزيولوجية المؤلمة في سياق علاجي آمن يهدف تيسير التعلم الانفعالي التصحيحي وخفض الخوف؛ والتي تسببت في حالات كثيرة في معاناة نفسية غير محتملة لدى المرضى مما أدى إلى انسحابهم وعدم إتمام العلاج، وهو ما أثبتته العديد من الدراسات نذكر منها دراسة (Forsyth و Karekla 2004)، ودراسة (Heffner و Eifert 2003).

وفي السياق نفسه شككت بعض الأبحاث في نجاعة تقنيات التصحيح المعرفي مشيرة إلى عدم وجود فرق كبير بين التدخلات التي انتهجت التصحيح المعرفي مضافا إلى التقنيات السلوكية وبين تلك التي استخدمت التقنيات السلوكية وحدها. ونتيجة لتلك العوامل وغيرها فقد ظهرت مساعي نظرية لتوفير طرح يتجاوز الفجوات التفسيرية ويوفر علاجات أقل حدة وأكثر نجاعة، خاصة مع تنامي التيارات التي تعترض على الاهتمام الكبير الذي تلقته الأعراض السريرية والسعي نحو تحقيق نتائج ضيقة النطاق مفيدة بأنه من المتعذر حصر البناء النفسي والخبرة الإنسانية في مجموعة أعراض مرضية وإهمال جملة عوامل القوة لدى الإنسان كالوعي، والتقبل، والقيم والمعنى، والهدف، والعلاقات، ونوعية الحياة وغيرها والتي تعرف بنتائج النطاق العريض outcomes broadband، وأن الصحة النفسية ليست هي حالة الخلو من الأعراض المرضية بقدر ما هي حالة من الايجابية على مستوى الانفعالات والأداء (Eifert et al, 2005). وعليه فقد كانت الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي بمثابة منظور جديد عمل على توفير تفسير متمايز للصحة والاضطراب وتوفير أساليب علاجية جديدة تخدم التخفيف من الأعراض المرضية للاضطرابات النفسية على غرار الفوبيا الاجتماعية.



3. علاج التقبل والالتزام

يعتبر العلاج بالتقبل والالتزام احد أهم علاجات الموجة الثالثة ونستعرض فيما يلي مساهمته في جانب زيادة فهمنا للفوبيا الاجتماعية والتخفيف من أعراضها.

1.3 الأساس النظري للعلاج بالتقبل والالتزام

تمثل نظرية الإطار العلائقي Relational Frame Theory المعروفة اختصاراً بـ RFT الأساس النظري الذي يستند عليه العلاج بالتقبل والالتزام، وهي نظرية تحليلية سلوكية تعمل على شرح التفاعل المعقد لعمليات التفكير في صلتها بالسلوك، وقد أثبتت جدارتها في تفسير الصحة والاضطراب، كما تمكّن روادها من تبرير الصلة بين العمليات النفسية وبين النتائج الإكلينيكية تجريبياً، وكذا إثبات الارتباط العضوي بين الفرضيات التفسيرية للنظرية والتحقق من جدواها على مستوى الممارسة الإكلينيكية على نطاق ثقافي واسع ومتنوع، إضافة إلى أنها تتوفر على أسس لتبرير الفروق الفردية في الاستجابة العلاجية، (Hayes et al, 2012)، وتمثل الافتراضات الكبرى لهذه النظرية ما يلي.

1.1.3 السلوك محكوم بشبكة ارتباطات قائمة على الترميز

إن السلوك البشري محكوم بشبكة ارتباطات وعلاقات يحصل من خلالها ترميز العالم الحقيقي في الدماغ البشري ضمن عملية التعلم، فعندما يتعرف الطفل على شيء في بيئته المحيطة فإنه يدخل جملة من المعطيات التي تشكل في اجتماعها ذلك الشيء كأن يتعرف على الفرد مثلاً بحيث أن صورة القرد تكون مرتبطة علائقياً بصوته واسمه والعديد من خصائصه فعندما يتم رؤية صورة القرد مرة أخرى يمكن للطفل استدعاء تلك الخصائص جميعاً والتي تشكل في اجتماعها ماهية القرد في ذهنه. (Hayes & Smith, 2005)

ويستمر الطفل في التعلم حيث ينتج عنه تشكل أعداد هائلة من الأطر العلائقية التي تستند إلى القدرة التجريدية للدماغ البشري نظراً لإمكانات الترميز الفائقة؛ وهو ما يعني تمكن الطفل من التعاطي المعرفي مع الموضوعات المختلفة دون الحاجة إلى وجودها العياني، كما وتنمو لديه علاقات هائلة بين تلك المواضيع مثل الملكية بين الإنسان والقلم مثلاً، والأبوية بين الرجل وابنه، والسببية بين سكب الماء وانسكابه، وغيرها وأهم تلك العلاقات هي التي تربط الطفل بما حوله من أشخاص وأشياء وموضوعات والتي تشكل في مجموعها صورته عن نفسه، ونتيجة لذلك تتكون لدى الطفل هوية تصورية



عن الذات قوامها البنى اللغوية والفكرية وتصبح هاتين الآليتين الأخيرتين تدريجياً الأداة الأساسيتين للتواصل مع الذات والآخر على حد سواء ويكون السلوك نتاجاً آلياً عنهما. (Dahl et al, 2013).

2.1.3 دور اللغة في إحداث الاضطراب النفسي

تعتبر قدرة الدماغ البشري في إدخال وتكوين العلاقات مع الموضوعات المختلفة من خلال اللغة آلية أساسية للتعامل الفعال في الحياة الاجتماعية، وتحقيق الأهداف، والتواصل الإيجابي، وحل المشكلات، إلا أنها تؤدي إلى نتائج خطيرة في حال توظيفها المفرط على مستوى الحياة الداخلية، فهي تظهر في شكل حوار داخلي مستمر بمحتوى الأفكار يؤدي إلى حصر التوظيف النفسي في بنى محدودة، ويتشكل من جملة هذه العلاقات مفهوم عن الذات يتصف بعدم الاستقرار والتعلق المفرط بالمدخلات البيئية ويغلب على حياة الفرد النفسية اختبار الذات بصفاتها محتوية للأفكار والانفعالات بدلا من اختبارها كسياق للفعاليات النفسية، أي أننا ندرك الذات على أنها مجموع الخبرات التي عشناها في حين أن الذات كيان مستقر يعيش تجارب متنوعة وينتج أفكارا ويختبر انفعالات.

ونوه إلى أن هنالك إمكانية مستمرة للدماغ البشري لتوليد الأفكار وتتابعها خلال الزمن، فنحن وعندما نحاول ألا نفكر في فكرة معينة فإننا نقوم باستدعائها شفويا بنفس الطريقة التي يستدعي بها صوت الشيء صورته المخزنة في الذهن أو تستدعي الصورة الصوت، وهذه الأفكار ونظرا لماهيتها التصورية فإنها غالبا ما لا تعبر عن الذات خلال اللحظة الراهنة وإنما يكون محتواها في كثير من الأحيان عبارة عن ذكريات بمضمون الإحباط والحزن حول ما مضى من خبرات، أو تكون أفكارا بمحتوى الخوف مما يمكن أن يكون عليه المستقبل، بمعنى أن يعيش الإنسان في بعده الماضي والمستقبل واللذين لا يشكلان سوى بنية تصورية لا حقيقة الحياة النفسية التي تكمن في اللحظة الراهنة كما أن محاولة تجنب الأفكار الخاطئة أو إيقاف تواردها يؤديان إلى استدعائها وتواردها بكثافة يتسبب في الإصابة بالاضطرابات النفسية من وسواس قهري واكتئاب وقلق وخوف وغيرها. (Hayes et al, 2012).



وإذ توفر نظرية الإطار العلائقي تفسيراً تحليلياً سلوكياً لوظيفة الدماغ البشري فإنها توفر أساساً عاماً لتفسير الاضطراب النفسي يركز على فكرة خطورة انحصار التوظيف النفسي في الأطر العلائقية، هذا التفسير الذي يستند عليه رواد العلاج بالتقبل والالتزام في طرح رؤيتهم العلاجية.

2.3 الافتراضات الكبرى للعلاج بالتقبل والالتزام

إنه وبالعودة إلى نظرية الإطار العلائقي فإن الخلل الذي يجعل الأفراد عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية إنما يكمن في العمليات المعرفية ذاتها، والتي تشكل مصدر خطر على البناء النفسي إذا ما كان هذا الأخير محصوراً عليهما، إضافة إلى دور الجهد الواعي لتجنب مخرجات تلك العمليات من أفكار وانفعالات، وهو ما يحد من قدرة الفرد على التكيف وبهينه للإصابة بالاضطرابات النفسية، وعليه فإن العلاج بالتقبل والالتزام يجمع أوجه الخلل أنفة الذكر في مفهوم عام يطلق عليه رواده مصطلح التصلب النفسي الذي يقابله مصطلح المرونة النفسية.

1.2.3 التصلب النفسي

يؤكد رواد العلاج بالتقبل والالتزام أمثال Hayes و Kelly و Strosah على أن التصلب النفسي حالة تبيئ الأفراد للإصابة بالاضطراب النفسي ولا مجال لتحقيق الصحة النفسية إلا بتجاوزها ويمكن إجمال محدداتها في العناصر التالية: الاندماج الكامل مع مفهوم الذات - الاندماج المعرفي - التجنب السلوكي - الانتباه غير المرن - تعطيل القيم الشخصية أو هيمنة القيم - انسحاب أو اندفاع سلوكي مفرط نحو الفعل

2.2.3 المرونة النفسية

يفترض العلاج بالتقبل والالتزام أن نقل المريض من حالة التصلب النفسي إلى مستويات المرونة النفسية لهو مركز العلاج النفسي، وتعزف المرونة النفسية على أنها "القدرة على الاتصال بال اللحظة الراهنة واختبار الأفكار والانفعالات بشكل منفتح حينما تحصل ضمن التوظيف النفسي، وكذا تحقيق القيم والقابلية لتغيير الأفعال حال الاقتضاء" (Ciarrochietal, 2014, p236) وقد قدر Hayes وزملاؤه أن للمرونة النفسية مجموعة من المحددات هي:



1.2.2.3 تقبل الأفكار والأحاسيس التلقائية

في مقابل تجنب الأفكار والانفعالات فإن العلاج بالتقبل والالتزام يساعد على تقبل تلك الخبرات والسماح لها بالحصول في سياق الذات واعتبارها جزء من وظيفة المخ البشري مما يؤدي إلى فقدان تأثيرها المرضي تلقائياً. (Matthew, 2012, p669)

2.2.2.3 التحرر من الاندماج المعرفي

يستهدف العلاج تحرير المريض من اندماجه المعرفي بحيث يدرك أن الأفكار إنما هي جزء من وظيفة الذات لا جوهرها؛ وهو ما يخلق مساحة نفسية تجعل المريض مؤهلاً لمراقبة الأفكار والتخلص من تأثيرها على الانفعال والسلوك.. (McCracken, Morley, 2014, p227)

3.2.2.3 تجربة الذات كسياق لا كمحتوى

حالة الاندماج المعرفي تعني ضمناً أن المريض يختبر الذات كمحتوى للأفكار والانفعالات والأحاسيس، وأنه غير قادر على اختبارها كسياق تحصل فيه تلك العمليات، أما عندما يبدأ باختبار حالة التحرر المعرفي يبدأ تدريجياً بمعايشة شعور مستقر بالذات ثابت خلال الزمن. (Meyer et al, 2004)

4.2.2.3 اليقظة الذهنية

وهي الوعي اللحظي بالأفكار والانفعالات والأحاسيس الجسمية وبالأحداث المحيطة، حيث يطرح العلاج بالتقبل والالتزام هذا المفهوم للتعبير عن الحالة المناقضة للانفعال بالأفكار حول الماضي أو المستقبل. (Hulbert –Williams et al, 2015, p19)

5.2.2.3 الوضوح القيمي

يفترض العلاج بالتقبل والالتزام أن الانفصال المعرفي وحصول اليقظة الكاملة في اللحظة الراهنة يرفعان من انتباه الإنسان وكذا من استبصاره بغاياته وقيمه الأصيلة؛ ما يؤدي إلى تخليه عن أية قيم زائفة ظل يسعى لتحقيقها باندفاع مرضي والتي لا تعبر عن تطلعات الذات العميقة.

6.2.2.3 السلوك الملتزم

يعتبر الالتزام بالقيم العميقة على مستوى السلوك بعد حصول الوعي والاستبصار الكامل بها مطلباً أساسياً من مطالب الذات، فبعد أن تحررت الذات من الأفكار والانفعالات تكون أكثر تحفزاً ورغبة في أن تتحقق واقعياً بعد أن كانت محجوبة بفعل



تراكمات النظام التصوري، فتتدرج من مستويات أدنى للالتزام القيمي إلى أعلاها محققة غاياتها الكبرى ومعايشة للمعنى الوجودي في توافق وانسجام تامين. (Matthew,2012) ويجدر التأكيد على أن الأسس الثلاث المتمثلة في الذات كسياق مقابل الذات كمحتوى، والوضوح القيمي والسلوك الملتزم تشكل ركيزة البنية المرنة وأي اختلال فيها يتسبب في اختلال البنية النفسية والتعرض للمرض النفسي.

ونخلص مما سبق أن الموجة الثالثة تنطلق من تحليل النشاط المعرفي للإنسان والذي يتفرد به عن بقية الكائنات وتحاول في ضوئه فهم آلية عمل الدماغ البشري ومكمن الخلل الذي يتسبب في الإصابة بالاضطرابات النفسية، وإذ تتمثل السببية الإراضية في انحصار البناء النفسي على مخرجات عملية التفكير، وفي الجهد الواعي الذي يقوم به بعض الأفراد لتجنب مخرجات تلك العمليات من أفكار وانفعالات فإن دور الخبرات الحياتية في الإصابة بالاضطرابات النفسية يتعلق أساسا باقترانها بالتصلب النفسي.

وتبعا لهذا التفسير يسعى العلاج بالالتزام والتقبل إلى مساعدة الأفراد على اكتساب المرونة النفسية وتجاوز العجز الحاصل بفعل التصلب النفسي من خلال ممارسة اليقظة الذهنية وتعزيز التقبل والاستبصار بالقيم العميقة وتفعيلها في الحياة اليومية وهو ما ينطبق على الاضطراب النفسي عامة إلا أن لكل اضطراب خصوصية معينة ما يتطلب توفير تفسير مخصوص وتدخل متناسب معه.

4. تفسير الإصابة بالفوبيا الاجتماعية من منظور العلاج بالتقبل والالتزام يوفر العلاج بالتقبل والالتزام نموذجا لتبرير الإصابة بالفوبيا الاجتماعية يرتكز على عدة عناصر تتمثل في:

1.4 بؤرة تركيز الانتباه

حيث يتركز انتباه مريض الفوبيا الاجتماعية على الأعراض الفيزيولوجية المصاحبة للخبرة الخوفية مثل احمرار الوجه، أما انتباهه الخارجي فيتمركز حول ما يلاحظه الآخرون من أوجه قصور اجتماعية وسلوكية تصدر عنه.



- صورة الذات: تعتبر صورة الذات سلبية لدى مريض الفوبيا الاجتماعية من جانب منظور الآخرين له، كما أن هذه الصورة قائمة أساسا على آثار الخبرات السلبية وأفكار الخوف.

2.4 الأفكار

قبل الحدث المسبب للخوف يتوقع مريض الفوبيا الاجتماعية بأن الأمور ستسير على نحو سلبي، وأن الموقف الذي سيختبره لابد سيستثير مخاوفه ويتسبب في سوء تقييم الآخرين له؛ أما أفكاره خلال الموقف فتتمحور حول القراءة الذهنية السلبية لأفكار الآخرين، وكذا انتظار الأحكام وردود الفعل السلبية تجاهه، أما بعد الموقف فإن المريض يعمد إلى إعادة معايشة الموقف تفصيلا وعلى وجه الخصوص تلك السلوكات التي قام بتأويلها على نحو سالب خلال الموقف، أو تلك التي بدرت من الآخرين فعلا وقام بتضخيمها وإدخالها في صورة الذات.

3.4 استراتيجيات التحكم

يحاول مريض الفوبيا الاجتماعية خفض الخوف الحاصل والتحكم فيه وتؤدي محاولته تلك إلى زيادة حدة خوفه نظرا لاستدعاء أفكار وانفعالات الخوف ذهنيا كما توضح نظرية الإطار العلائقي.

4.4 التجنب

يعتبر التجنب محور اضطراب الفوبيا الاجتماعية حيث يحاول المريض تلافي التقييم السلبي فهذا الأخير يعتبر مركز خوفه، وفي سبيل ذلك فإنه يعمد إلى تجنب المواقف المسببة للخوف ما يعزز من تواتر أفكار الخوف وانفعالاته، ويؤدي بدوره الى تنبه الآخرين لخوفه وإبدائهم لسلوكات يؤولها مريض الفوبيا الاجتماعية على أنها تقييم سلبي. (Fleming & Kocovski, 2009, p12) وعليه تجتمع جوانب العجز آنفة الذكر مسببة الإصابة بالفوبيا الاجتماعية، وإذ يطرح العلاج بالتقبل والالتزام تفسيره الخاص للإصابة بالفوبيا الاجتماعية فإنه كذلك يقدم تدخلات وبرامج علاجية تساهم في التخفيف من الأعراض المرضية لهذا الاضطراب تتوافق مع التفسير المقترح.



5. برنامج تدخل علاجي لتخفيف أعراض الفوبيا الاجتماعية

تعددت برامج التدخل المصممة لخفض أعراض الفوبيا الاجتماعية ومن أهمها برنامج اليقظة الذهنية والتقبل المستند على العلاج الجماعي لاضطراب القلق الاجتماعي Mindfulness and Acceptance-Based Group Therapy (MAGT) for Social Anxiety Disorder (SAD) من إعداد كل من Fleming و Kocovski (2009)، ويتوزع هذا البرنامج على (12) جلسة مضاف إليها جلسة المتابعة وتتضمن (11) جلسة منه على عناصر ثابتة تتمثل في:

-تمرين اليقظة الذهنية ويدوم (15) د.

-متابعة الواجب المنزلي وتدوم ما بين 15 إلى 30 د.

-التعريف بمفاهيم العلاج بالتقبل والالتزام وتدوم ما بين 55 و 85 د.

-تقديم الواجب المنزلي ويدوم ما بين 5 و 10 د.

ويلاحظ المطلع على البرنامج اسبقية نشاطات اليقظة الذهنية عن أي تدخلات لاحقة (Kocovski , Fleming, 2009)؛ وهو ما يساعد على الحد من الضغط النفسي والانفعالات السلبية؛ ما يعني استبصار المصاب بخبرة الخلو من الأعراض المرضية في توفر على فهم عميق لمفاهيم العلاج وافتراضاته، كما ينمو لديه حافز ذاتي للاستمرار في العلاج والتمتع بالنتائج المتوخاة من الالتزام بمحاوره كاملة، الجدير بالذكر أن كثافة ممارسات اليقظة الذهنية تخدم اختبار الوعي اللحظي بالأفكار والانفعالات والأحاسيس الجسمية وبالأحداث المحيطة بدل الانشغال بأفكار الخوف والقلق والأفكار المتعلقة بالقصور الذاتي وأفكار التقييم الاجتماعي السلبي. (Davis & Hayes, 2011)

كما أن من بين أهم ميزات اليقظة الذهنية دورها الهام في تعزيز تقبل الفرد لذاته وزيادة تقديره لها وتجنب إصداره لأحكام سلبية على أدائه أو العناية بأحكام الآخرين نظرا لكون اليقظة الذهنية حالة من التأمل والنظر إلى الذات والآخر تخلو من أي حكم على التجربة الحياتية. (Tan et al, 2016)

كما ويعرّف البرنامج في جلساته الأولى بالنموذج التفسيري والطرح العلاجي للفوبيا الاجتماعية فيزيد بذلك من وعي المصاب باضطرابه وجوانب العجز لديه، وهو ما يشكل خطوة ضرورية في اضطرابات الخوف فالمصاب عادة ما يكون منشغلا بأعراض الخوف والسعي نحو ضبطها والتحكم فيها عن فهم وتبين أسبابها العميقة. (Fleming, Kocovski, 2009)



وإذ يساعد البرنامج المصاب على الاستبصار بالقيم وذلك في الجلسة الثالثة التي تتقدم الجلسات المخصصة لمحور التقبل فهو بذلك يوفر له رؤية مستقبلية وتطلعا لصحة نفسية ايجابية وأملا في حياة أكثر نجاحا على مختلف الأصعدة؛ ما يشجعه على خوض تجربة العلاج، ويهدئ من مخاوفه تجاه المستقبل، خاصة وانه يعاني من قلق حيال أدائه الاجتماعي ومكانته في بيئته وشعوره بانخفاض كفاءته، وتقديم جلسة القيم زمنيا في مسار البرنامج العلاجي يخدم كذلك دمج المصاب في العملية العلاجية كونه يحمله مسؤولية الالتزام بالقيم التي صرح بها وأكد على أهميتها وذلك خلال فترة العلاج وبعدها، ومن المهم التنويه إلى أن البرنامج العلاجي آنف الذكر أولى أهمية كبيرة لتقبل المتعالجين للأفكار والانفعالات عامة وتقبل انفعالات الخوف والقلق الاجتماعي على وجه التحديد حيث خصص لمحور التقبل (08) جلسات كاملة، فهو بذلك قد استهدف العجز الأهم الذي يعاني منه المصاب والمتمثل في التجنب، ما يحد من آلية التحكم والتي تتسبب في إعادة اختبار انفعالات الخوف، كما ويساهم التقبل في التخفيف من آثار التجنب من أفكار وتوقعات وأحكام سلبية يصم المصاب نفسه بها أو يتوقع أن يصمه الآخرون بها. (Yadegarriet al, 2014).

6. مناقشة

نخلص من العرض السابق أن الموجة الثالثة من العلاج السلوكي المعرفي طرحت تفسيراً للاضطراب يقوم على تحليل آلية عمل الدماغ البشري والأطر العلائقية التي تشكلت بفعل اللغة والتميز وانحصار التوظيف النفسي على تلك الأطر، فهو تفسير يجمع بين الأفكار والانفعالات وتأثير الخبرات السابقة والتعلم ويقدر الثقل الإمبراضي لكل منها، ففي مقابل قصور النظريتين السلوكية والمعرفية في تفسير تعرض كل من يمر بخبرة شرطية ويعاني من أفكار غير عقلانية للاضطراب النفسي فإن الموجة الثالثة اقترحت أن الاضطراب ينجم عن حالة التصلب النفسي والتي يعاني خلالها الأفراد من عجز حيال تقبل الأفكار والانفعالات السلبية، والاندماج الكامل معها واعتبارها جزء من الذات وسعيهم للتحكم فيها أو تجنبها ما يؤدي إلى تواترها نتيجة لطبيعة أداء العقل البشري القائم على اللغة والأطر العلائقية التجريدية، وفي مقابل التصلب الذي يشكل حالة عجز على مستوى المهارات النفسية فإن المرونة تعبر عن حالة الصحة النفسية



النتيجة عن ممارسة جملة من المهارات النفسية والممارسات السليمة كالتقبل والتحرر المعرفي واليقظة الذهنية.

وفيما يتعلق بتفسير الإصابة بالفوبيا الاجتماعية تقترح الموجة الثالثة ارتباط هذا الاضطراب بعدد من جوانب العجز التي أجملها الباحثون في كل من بؤرة تركيز الانتباه التي تتمحور حول المظاهر الفيزيولوجية المرتبطة بالخبرة الخوافية وإلى ما ينتبه إليه الآخرون بدلا من اتجاهها إلى الوعي اللحظي والانغماس في الخبرة الأنية، وكذا انحصار مفهوم الذات على الخبرات السلبية المرتبطة بالخوف بدل معايشة شعور مستقر بالذات ثابت خلال الزمن، كما يعاني المصاب بهذا الاضطراب من قصور هام يتمثل في الاندماج المعرفي الكامل مع أفكار التقييم السلبي وتوقع سوء الأداء بل ويعمد إلى تكرار معايشة الخبرة السلبية ذهنيا بدل اختبار قدر من التحرر المعرفي، وإذ يتسبب الاندماج المعرفي في تواتر أفكار الخوف وانفعالاته فإن المصاب يتجه إلى توظيف استراتيجيات التحكم الانفعالي والتجنب بدل التقبل ما يجعل التوظيف النفسي محصورا في حلقة أفكار وانفعالات الخوف، وعليه فإن الموجة الثالثة وفرت تفسيراً متميزاً عن النظريتين السلوكية والمعرفية للاضطراب النفسي عامة وللإصابة بالفوبيا الاجتماعية خاصة، وهو ما يجيب عن تساؤل الدراسة الأول حول الإضافات التي جاءت بها هاته الموجة.

ويدعم Hayes وآخرون الطرح القائل بتمايز تفسير الموجة الثالثة للاضطرابات النفسية عن تفسير سابقتهما من خلال تأكيدهم على أن الموجة الثالثة إنما تمثل تحولا كبيرا يمكن أن يوصف بالثوري في مسار تفسير الاضطرابات النفسية ضمن تيار العلاج السلوكي المعرفي. (Hayes et al, 2012).

ويوضح Toneatto (2002) أنه برغم إفادة الموجة الثالثة من التراكم المعرفي الحاصل بفعل الأطروحات السابقة في تيار العلاج السلوكي المعرفي إلا أنها جاءت بإضافات فارقة على صعيد تفسير الاضطراب النفسي تمثلت أساسا في طرح نظرية الإطار العلائقي ومفهومي التصلب والمرونة، ويرر Toneatto دمج الموجة الثالثة ضمن العلاج السلوكي المعرفي رغم تمايزها عنه بالقدرة التكيفية التي يتمتع بها العلاج السلوكي المعرفي من حيث انفتاحه على الممارسات والتفسيرات المثبتة تجريبيا. (Rosal, 2018).



وبناء على ذلك الأساس التفسيري فقد وفر العلاج بالتقبل والالتزام تدخلات تخدم التخفيف من جوانب العجز التي يعاني منها المصابون بالاضطرابات النفسية عامة وتلك التي يعاني منها المصابون باضطراب الفوبيا الاجتماعية على وجه التحديد حيث أنه يوجه انتباه المتعالج إلى اللحظة الراهنة من خلال ممارسات اليقظة الذهنية والتي تساعده على التحرر من الاندماج المعرفي ما يحد من تواتر الأفكار السلبية وكذا يخفف من أحكام المصاب السلبية حول نفسه، ويقلل من أهمية أحكام الآخرين حول أداءه، كما يتجه إلى تعزيز تقبل المصاب لانفعالات الخوف ما يخفف من حدة الخوف المرضي ويخدم بدوره الحد من توظيف التجنب والتحكم الانفعالي وذلك دون أن يُخضع المتعالج لخبرة التعرض للانفعالات المؤلمة والتي غالبا ما ترافق ممارسات العلاج السلوكي المعرفي التقليدية.

وقد جاءت الدراسات لتثبت نجاعة هذا العلاج في تعزيز تقبل الانفعالات وتخفيف حدتها وتواترها، نذكر منها دراستي Miller وآخرون(1992) وKabat-Zinn وآخرون(1997) واللتين أفادتتا بدور اليقظة الذهنية في تعزيز مهارة ضبط الانفعالات (Hamilton et al, 2006)، وكذا دراسة Apalainen وآخرون(2007) والتي أكدت على دور العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من حدة الأعراض المرضية (Coppersmith, 2011)، كما أبانت الدراسات العصبية عن وجود اختلاف واضح على مستوى نشاط الفص الجبهي لدى من يحصلون على تدخل قائم على العلاج بالتقبل والالتزام مقارنة بمن لا يحصلون عليه، وبررت هذا الفارق بدور التطبيقات العلاجية خاصة اليقظة الذهنية في تعزيز وظائف القشرة الدماغية الجبهية والتي تساهم بدور هام في تثبيط نشاط مناطق الدماغ الحوفي مثل اللوزة المخية المسؤولة عن ظهور الاستجابات الانفعالية وعن حدتها، ومن الرؤى الداعمة لذلك ما ذهب إليه Salovey وآخرون(1995) من أنه من الممكن تبرير العلاقة بين العلاج بالتقبل والالتزام وضبط الانفعالات في مهارة الفهم الانفعالي والتي تتعزز نتيجة ممارسة اليقظة الذهنية، فقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن توفر تصور واضح عن الانفعالات يساهم في مراقبتها والتمييز الدقيق بينها ومن ثم تحديد الاستراتيجيات السليمة للتعامل معها. (Hamilton et al 2006)



إضافة إلى ذلك فإن العلاج بالتقبل والالتزام يساهم في تحسين صورة الذات عن طريق توجيه المصاب لعيش قيمه العميقة والالتزام السلوكي بها، وهو ما يتوافق مع طرح Craske و Barlow (1994)، ونتائج دراسة Ossman وآخرون (2006) مؤكدين على فعالية العلاج في تحقيق هذين الغرضين (Dalrymple, Herbert, 2007). وبالمجمل فإن العلاج بالتقبل والالتزام يتوفر على إمكانية تحقيق نتائج النطاق الضيق والتي تتعلق بتخفيف الأعراض المرضية وهو ما دعمته أعمال Wulfert و Block (2002). ويتجاوزها إلى تحقيق نتائج النطاق العريض والتي تؤهل المصابين للتمتع بإيجابية عامة على مستوى الانفعالات والأداء، وهو ما توصلت إليها دراسة Kashdan وآخرون (2006) مشيرة إلى العلاقة الطردية بين تقبل الانفعالات السلبية ومعايشة خبرات انفعالية إيجابية (Dalrymple, Herbert, 2007)، وبالمثل يذهب Kabat-Zinn (1990) إلى أن الغاية من ممارسات العلاج بالتقبل والالتزام ليست الخروج من دائرة الاضطراب حصراً بقدر ما تكمن في مساعدة الأفراد على تحصيل الرفاهية النفسية. (Hamilton et al, 2006)

وهو ما يجيب عن تساؤل الدراسة الثاني حول الإضافات التي جاء بها العلاج بالتقبل والالتزام في جانب التخفيف من أعراض الفوبيا الاجتماعية.

وفي الأخير فإننا نوصي الباحثين والممارسين بضرورة توفير مزيد من الاهتمام بالموجة الثالثة من العلاج السلوكي المعرفي لما تشتمل عليه من مميزات من جهة ولشج الدراسات النظرية والتطبيقية حولها في بيئتنا العربية، والعناية بالعلاج المقترح لتخفيف من أعراض الفوبيا الاجتماعية خاصة مع ندرة الدراسات في جانب هذا الاضطراب ضمن الموجة الثالثة وذلك على مستوى كلا البيئتين الأجنبية والعربية.

خاتمة

من الطرح السابق نخلص إلى أن الموجة الثالثة من العلاج السلوكي المعرفي قد جاءت بإضافات نوعية فيما يخص تفسير الإصابة بالاضطرابات النفسية عامة والتعرض للفوبيا الاجتماعية على الخصوص، كما وقرّ العلاج بالتقبل والالتزام بصفته احد أهم علاجاتها سبلا مغايرة عن علاجات الموجتين السابقتين للتخفيف من أعراض الفوبيا الاجتماعية ولتحسين نوعية حياة المتعالجين وتأهيلهم لعيش الخبرات الانفعالية الايجابية.



المراجع

1. Bach P.; Hayes S C., 2002. "The use of acceptance and commitment therapy to prevent rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial", *Consulting and Clinical Psychology*, 70 (5), pp.1129-1139. Retrieved from [https://contextualscience.org/files/BachHayes2002\[1\].pdf](https://contextualscience.org/files/BachHayes2002[1].pdf)
2. Ciarrochi J.; Sahdra B. 2014. "Psychological flexibility is not a single dimension: the distinctive flexibility profiles of underweight, overweight, and obese people", *Contextual Behavioral Science*, n^o 3, pp.236-247. Retrieved from https://www.academia.edu/12339920/Psychological_flexibility_is_not_a_single_dimension_The_distinctive_flexibility_profiles_of_underweight_overweight_and_obese_people
3. Coppersmith K., 2011. *Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Anxiety Disorders in a Graduate Level Training Clinic*, master of science, university of Hillsboro. Oregon. USA) .Retrieved from <https://commons.pacificu.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1274&context=spp>
4. Dahl J., Stewart I., 2013. ACT & RFT in relationships helping clients deepen intimacy and maintain healthy commitments using acceptance and commitment: therapy and relational frame theory. dio: [JoAnne_Dahl_PhD,_Ian_Stewart_PhD,_Christopher_Mar(z-lib.org).pdf. Retrieved from :<http://b-ok.xvz/book/2474873/06fcb>
5. Dalrymplekl., Herbert J D., 2007."Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder a pilot study", *Behavior Modification*, 31 (5), pp.543-568. Retrieved from: <https://pdfs.semanticscholar.org/08c7/adca88aab9da4cb9083ab6a65cb0fd3dc4a4.pdf>
6. Davis D., Hayes J., 2011. "What are the benefits of mindfulness? a practice review of psychotherapy-related research", *Psychotherapy*, 48(2), pp. 198-208. Retrieved from: <https://>
7. Eifert GH., Forsyth J P., Hayes SC., 2005. *Acceptance & Commitment Therapy for Anxiety Disorders : A Practitioner's Treatment Guide to Using Mindfulness, Acceptance, and Values-Based Behavior Change Strategies*.dio: [Georg_H._Eifert,_John_P._Forsyth,_Steven_C._Hayes(z-lib.org).pdf Retrieved from:<https://b-ok.cc/book/2753289/32f01d>



8. Greco L A., Morris T.L., 2005."Factors influencing the link between social anxiety and peer acceptance: contributions of social skills and close friendships during middle childhood ", *Behavior Therapy*, n^o36, pp.197-205. Retrieved from:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789405800681>
9. Hamilton N.A., Kitzman H., Guyotte S., 2006. "Enhancing health and emotion: mindfulness as a missing link between cognitive therapy and positive psychology", *Cognitive Psychotherapy*, 20(2), pp.123-134. Retrieved from :https://www.researchgate.net/publication/233592189_Enhancing_Health_and_Emotion_Mindfulness_as_a_Missing_Link_Between_Cognitive_Therapy_and_Positive_Psychology
10. Hayes S C., Pistorello J., Biglan A., 2008."Acceptance and commitment therapy: model, data, and extension to the prevention of suicide", *Brazilian journal of cognitive and behavior therapy*, 10 (1), pp. 81-102. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/228466062_Acceptance_and_Commitment_Therapy_model_data_and_extension_to_the_prevention_of_suicide/link/0deec5203c6f16dbef000000/download.
11. Hayes S C., Smith S., 2005.*Get out of Your mind into your life ,the new acceptance and commitment therapy*.doi:07317107.2013.846732.pdf.Retrieved from https://www.psychiatersenco.nl/wpcontent/uploads/2014/11/Get_Out_of_Your_Mind_and_Into_Your_Life_-_Steven_C._Hayes.pdf
12. Hayes S C., Strosahl K D., Wilson K G., 2012. *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* (2nd Ed.). doi:s1077-7229(02)80009-8.pdf Retrieved from: <https://www.guilford.com/books/Acceptance-and-Commitment-Therapy/Hayes-Strosahl-Wilson/9781462528943>
13. Heimberg R G., Becker R E., 2002. *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia basic mechanisms and clinical strategies*. Retrieved from <https://www.guilford.com/excerpts/heimberg2.pdf?t>
14. Hofmann S G., Sawyer A T., Fang A., 2010. "The empirical status of the new wave of CBT ", *Psychiatric Clinical North America*, 33(3),pp. 701-710. Retrieved:from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2898899>



15. Hulbert -Williams N J., Storey L., Wilson K G., 2015. "Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy", *European Journal of Cancer Care*, (24), pp.15-27. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25100576>
16. Kahl K G., Winter L., Schweiger U., 2012. "The third wave of cognitive behavioural therapies, what is new and what is effective?!", *Curr Opin Psychiatry*, 25(6), pp.522-528. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22992547>
17. Kocovski N L., Fleming J E., 2009. *Mind fullness and acceptance - based group therapy for social anxiety: a treatment manual*. doi j.cbpra.2008.12.004.pdf. Retrieved from: https://www.actonsocialanxiety.com/pdf/ma_gt_for_SAD_2nd-ed.pdf
18. Larmar S., Wiatrowski S., Lewis-Driver S., 2014. "Acceptance & commitment therapy: an overview of techniques and applications", *Service Science and Management*, n°7, pp. 216-221. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/7510/81fff9ee0e8ddcef887de15afbabb9d858b2.pdf>
19. McCracken L M., Morley S., 2014. "The psychological flexibility model: a basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management", *The Journal of Pain*, 15 (3), pp. 221-234. Retrieved from <https://www.semanticscholar.org/paper/The-psychological-flexibility-model%3A-a-basis-for-in-McCracken-Morley/e0fe6c02a7a2434edc60e86146cd1f67d9807baf>
20. Meyer JP., Becker T.E., 2004. "Christian vandenberghé employee commitment and motivation: a conceptual analysis and integrative model", *Applied Psychology*, 89 (6), pp. 991-1007. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/5f24/ffd8c5e68780fd8d49f97f27af2094db50b.pdf>
21. Rosal M L., 2018. *Cognitive -Behavioral Art Therapy From Behaviorism to the Third Wave*, 1st.ed, New York: Routledge edition.
22. Schimmel-Bristow A., Bricker, J B., ComstockB., 2012. "can acceptance & commitment therapy be delivered with fidelity as a brief telephone-intervention?« *Addictive Behaviors*, n°37, pp. 517 -520. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22192865>
23. Smout M., (2012). "Acceptance and commitment therapy Pathways for general practitioners Australian"; *Family Physician*, 41(9), pp. 672-667. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22962641>



24. Tan J., Lo P., Ge N., Chu C., 2016. "Self-esteem mediates the relationship between mindfulness and social anxiety among Chinese undergraduate students", *social behavior and personality: An international journal*, n° 44, pp. 1297-1304. Retrieved from: <https://www.sbp-journal.com/index.php/sbp/article/view/4978>
25. Yadegari L., Hashemiyani K., Abolmaali K., 2014. "Effect of acceptance and commitment therapy on young people with social anxiety" ,*International Journal of Scientific Research in Knowledge*, 2(8), pp. 395-403. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/284361586_Effect_of_Acceptance_and_Commitment_Therapy_on_Young_People_with_Social_Anxiety#pf7.