



درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
ویژگیهای متمایز کننده از درمان شناختی رفتاری

تالیف :
پائول فلکسمن ، جی تی بلک لدج ، فرانک باند

ناهد حسینی نژاد

ترجمه :
دکتر محمد خدایاری فره
استاد دانشگاه تهران

Acceptance and Commitment Therapy

The CBT Distinctive Features Series

By
Paul E. Flaxman, J.T. Blackledge & Frank W. Bond

Translated by
Mohammad khodayarifard, Ph. D.
Nahid Hoseininezhad, M. A.

2016

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

ویژگی‌های متمایزکننده از درمان شناختی رفتاری

تألیف

پل فلکسمن

جی تی بلکلج

فرانک باند

ترجمه

سیده ناهید حسینی نژاد

کارشناسی ارشد مشاوره خانواده

دکتر محمد خدایاری فرد

استاد دانشگاه تهران

فهرست

۹.....	دیباچه مترجمان
۱.....	پیشگفتار
۴.....	تقدیر و تشکر.....
۷.....	بخش اول: ویژگی‌های نظری متمایز شیوه درمانی پذیرش و تعهد.....
۸.....	فصل اول: شیوه درمانی پذیرش و تعهد، رنج و درد انسان و اجتناب تجربی.....
۱۱.....	فصل دوم: تحولات صورت‌گرفته در درمان شناختی‌رفتاری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و موج سوم رفتار درمانی.....
۱۴.....	فصل سوم: زمینه‌گرایی عملکردی.....
۱۷.....	فصل چهارم: نظریه قاب‌بندی ارتباطی.....
۱۹.....	فرایندهای اصلی شیوه درمانی پذیرش و تعهد.....
۲۰.....	فصل پنجم: پذیرش.....
۲۳.....	فصل ششم: خنثی‌سازی شناختی.....
۲۶.....	فصل هفتم: خودزمینه‌ای.....
۲۹.....	فصل هشتم: تماس با لحظه جاری.....
۳۰.....	تماس ناپایدار با زمان حال.....
۳۲.....	فصل نهم: ارزش‌ها.....
۳۲.....	زندگی ارزش‌مدار: تعریف.....
۳۵.....	فصل دهم: تعهد.....
۳۷.....	فصل یازدهم: ذهن‌آگاهی و تغییر رفتاری: به‌سوی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی.....
۳۷.....	فرایندهای ذهن‌آگاهی و پذیرش.....
۳۷.....	خنثی‌سازی شناختی و خودزمینه‌ای.....

۳۸.....	تماس با لحظه جاری و خنثی سازی شناختی.....
۴۰.....	پذیرش و سه فرایند دیگر ذهن آگاهی.....
۴۰.....	تعهد و فرایندهای تغییر رفتاری.....
۴۱.....	انعطاف پذیری روان شناختی.....
۴۳.....	فصل دوازدهم: شیوه درمانی پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری؛ تفاوت های موجود در فرضیه.....
۴۳.....	فرض ۱: به منظور تغییر رفتار آشکار، اندیشه ها و احساسات نیز باید تغییر کند.....
۴۳.....	فرض ۲: زمانی که تغییر افکار بتواند اشکال دیگر اصلاح رفتار را تسریع کند، راهبردهای مبتنی بر تغییر عقلانی/منطقی بهترین گزینه اند.....
۴۴.....	فرض ۳: هدف اصلی روان درمانی کاهش عوارض و نشانه های بیماری است.....
۴۵.....	فرض ۴: تمرکز زمانی ایده آل در جلسه درمانی.....
۴۶.....	فصل سیزدهم: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری: تفاوت های راهبردی و فنی.....
۴۶.....	تماس.....
۴۷.....	فعال سازی رفتاری.....
۴۷.....	آموزش مهارت ها.....
۴۸.....	خنثی سازی در مقایسه با ساختار بندی مجدد شناختی.....
۴۹.....	فصل چهاردهم: مسائل تجربی.....
۴۹.....	آزمایش های کنترل شده تصادفی.....
۵۰.....	تحقیقات فرایندی در زمینه شیوه درمانی پذیرش و تعهد.....
۵۱.....	فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و سنجش پیامد.....
۵۳.....	بخش دوم: ویژگی های عملی متمایز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.....
۵۵.....	فصل پانزدهم: مرور راهبردهای درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.....

۵۶.....	شکل اجرا
۵۸.....	فصل شانزدهم: مفهوم‌سازی موردی مبتنی بر شیوه درمانی پذیرش و تعهد
۶۱.....	فصل هفدهم: بررسی کارایی مسائل کنترل/اجتناب
۶۴.....	فصل هجدهم: درماندگی خلاقانه
۶۷.....	درماندگی خلاقانه یک احساس نیست
۶۸.....	فصل نوزدهم: کنترل نوعی مشکل است، نه راه‌حل
۶۹.....	تمرین سرکوب اندیشه
۶۹.....	استعاره دروغ‌سنج
۷۱.....	فصل بیستم: معرفی تمایل به‌عنوان جایگزین کنترل
۷۱.....	استعاره دو مقیاس
۷۳.....	استعاره جنگ دشوار با هیولا
۷۴.....	استعاره ناراحتی پاک در برابر ناراحتی ناپاک
۷۴.....	تمایل خواستن نیست
۷۶.....	فصل بیست‌ویکم: ارتقای پذیرش فعال
۷۶.....	تمرین جسمی‌سازی
۷۸.....	قرار گرفتن در معرض احساسات دشوار
۷۹.....	تمرین هیولای حلبی
۸۱.....	فصل بیست‌ودوم: خنثی‌سازی شناختی ۱: تعدیل قواعد زبانی
۸۲.....	تمرین شیر، شیر، شیر
۸۴.....	تضعیف دلیل‌آوری
۸۵.....	تجزیه داستان‌های ناخوشایند زندگی

۸۶.....	فصل بیست و سوم: خنثی‌سازی شناختی ۲: شیء‌سازی محتوای روان شناختی
۸۶.....	تمرین نوشتن افکار روی کارت
۸۷.....	تمرین گردش بردن ذهن
۸۷.....	استعارهٔ مسافران داخل اتوبوس
۸۹.....	فصل بیست و چهارم: پرورش ذهن آگاهی به منظور ایجاد برقراری ارتباط با لحظهٔ کنونی
۸۹.....	معرفی ذهن آگاهی
۹۰.....	پرورش ذهن آگاهی روزانه
۹۱.....	تنفس ذهن آگاهانه
۹۲.....	ذهن آگاهی اندیشه و احساس
۹۳.....	فصل بیست و پنجم: برقراری ارتباط خودزمینه‌ای
۹۴.....	استعارهٔ تخته شطرنج
۹۵.....	روش مشاهده گر
۹۷.....	فصل بیست و ششم: شفاف‌سازی اهداف
۹۷.....	ارزیابی ارزش‌های اولیه
۹۸.....	معرفی ماهیت و عملکرد ارزش‌ها
۹۹.....	تشخیص ارزش‌ها از اهداف
۹۹.....	مقایسهٔ فرایند و پیامد
۱۰۰.....	تمرین‌های ارزشی
۱۰۱.....	ابزار شفاف‌سازی ارزش‌ها
۱۰۳.....	فصل بیست و هفتم: برنامه‌ریزی ارزش‌مدار هدف و عمل
۱۰۳.....	تعیین هدف

۱۰۵.....	برنامه‌ریزی فعالیت‌ها.....
۱۰۶.....	فصل بیست‌وهشتم: ایجاد الگوهای کامل‌تر رفتار متعهدانه.....
۱۰۷.....	موانع بیرونی و درونی.....
۱۰۷.....	انجام مجدد عمل پس از عقب‌نشینی.....
۱۰۹.....	اطمینان از ریسک زیاد.....
۱۰۹.....	تعمیم‌دهی مهارت‌های رفتار متعهدانه.....
۱۱۰.....	فصل بیست‌ونهم: روش درمانی پذیرش و تعهد در گروه‌ها و شرایط غیربالینی.....
۱۱۰.....	روش درمانی پذیرش و تعهد در گروه‌ها.....
۱۱۱.....	روش درمانی پذیرش و تعهد در محیط کار.....
۱۱۲.....	استفاده از روش درمانی پذیرش و تعهد به‌منظور بهبود عملکرد.....
۱۱۴.....	فصل سی‌ام: موضع درمانی.....
۱۱۴.....	قابلیت‌های موضع درمانی روش پذیرش و تعهد.....
۱۱۵.....	به‌کارگیری مدل درمانی پذیرش و تعهد در رابطه درمانی.....
۱۱۶.....	پذیرش.....
۱۱۶.....	خنثی‌سازی.....
۱۱۷.....	خودزمنه‌ای.....
۱۱۸.....	لحظه کنونی.....
۱۱۸.....	ارزش‌ها.....
۱۱۸.....	رفتار متعهدانه.....
۱۱۹.....	خلاصه.....

۱۲۰	واژه‌نامه
۱۲۵	فهرست موضوعی
۱۲۷	فهرست اعلام
۱۲۹	منابع

دیباچه مترجمان

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ که ACT (اکت) خوانده می‌شود، نوعی رفتاردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و تعهد است که قواعد بنیادین بخش اعظم روان‌شناسی غرب را به چالش می‌کشد. هیز، ویلسون و استروسهال^۲ در سال ۱۹۸۶ به‌منظور تبیین تأثیرات زبان و ادراک انسان (نظریهٔ قاب‌بندی ارتباطی^۳) فاصله‌گیری جامع را که اکنون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نامیده می‌شود، طراحی کردند.

هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد زندگی غنی و پرمعنا در حالی است که فرد رنج ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد. ACT به معنای اقدام مخفف جالبی است، چون این درمان دربارهٔ اقدام مؤثری است که از طریق عمیق‌ترین ارزش‌های ما هدایت می‌شود، درحالی‌که ما کاملاً آماده و متعهدیم. تنها از طریق اقدام هشیارانه می‌توانیم زندگی پرمعنایی بسازیم. اگر فنی‌تر صحبت کنیم، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای توانمند بودن در زمان حال، گشودگی نسبت به تجربه و اقدام در راستای ارزش‌های زندگی است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با رفتاردرمانی دیالکتیکی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی از جمله شناخت رفتاردرمانی‌های معروف به موج سوم است. همگی این رویکردها تأکید عمده‌ای بر آموزش و کاربست مهارت‌های ذهن‌آگاهی دارند. اولین موج درمان رفتاری در دهه‌های پنجاه و شصت میلادی بر تغییر رفتاری آشکار تمرکز داشتند و فنون شرطی‌سازی عامل و کلاسیک در آنها به‌کار برده می‌شد. موج دوم در دههٔ هفتاد میلادی شامل مداخلات شناختی به‌عنوان راهبرد اصلی بود. شناخت‌رفتار درمانی در نهایت بر این موج دوم مسلط شد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکردهای یادشده تفاوت زیادی دارد؛ اولین تفاوت این است که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی دارای پروتکل‌های درمانی راهنمایی شده هستند که برای گروه‌درمانی افسردگی و استرس طراحی شده‌اند. رفتاردرمانی دیالکتیکی اغلب ترکیبی از مهارت‌آموزی و درمان فردی است که در آغاز برای گروه‌درمانی اختلال شخصیت مرزی طراحی شده بود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر خلاف رویکردهای یادشده می‌توان برای درمان فردی، زوج‌درمانی، گروه‌درمانی، درمان کوتاه‌مدت و

¹. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

². Hayes, Wilson & Strosahl

³. Relational Frame Theory (RFT)

بلندمدت و برای دامنه گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی به کار برد. کتاب حاضر در دو بخش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بسط و مورد بحث قرار داده است که در اینجا خلاصه‌ای از هر یک از فصول بیان می‌شود:

بخش اول (فصل یکم تا چهاردهم) ویژگی‌های نظری متمایز شیوه درمانی پذیرش و تعهد را بیان می‌کند.

- **فصل اول** (شیوه درمانی پذیرش و تعهد، رنج و درد انسان و اجتناب تجربی)، به شرح این نکته می‌پردازد که براساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نظریه قاب‌بندی ارتباطی، شیوع گسترده درد و رنج انسانی مسئله‌ای شگفت‌انگیز نیست، بلکه براساس نظریه قاب‌بندی ارتباطی، فرض می‌شود که این توانایی کلامی، انگیزش و قابلیت اجتناب تجربی^۱ را ایجاد می‌کند، که این اجتناب به معنای تلاش به‌منظور اجتناب از خاطرات، عواطف و افکار ناخوشایند و سایر تجارب فردی است. اضطراب روانی مشخص بخشی از زندگی عادی انسان است که نمی‌توان از آن اجتناب کرد و اجتناب تجربی اغلب اضطراب را افزایش و کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد. ACT به مراجعان کمک می‌کند بتوانند راهی را به‌منظور پذیرش اضطرابی که در مسیر دنبال کردن زندگی معنادار، هدفمند و سرزنده بروز می‌کند، بیابند.
- **فصل دوم** تحولات صورت‌گرفته در درمان شناختی‌رفتاری تا ظهور درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان موج سوم شناختی‌رفتاری را به‌طور کامل تشریح می‌کند.
- **فصول سوم و چهارم** مبانی فلسفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را که زمینه‌گرایی عمل‌کردی و نظریه قاب‌بندی ارتباطی است، بیان می‌کند. با وجود دیدگاه بیشتر متخصصان و درمانگران که پرداختن به مباحث فلسفی و نظری لازم نبوده و تلف کردن وقت است، درمانگران ACT معتقدند که اگر برای درمان به نظریه نیاز داشته باشیم، به فلسفه هم نیازمندیم.
- **فصل پنجم تا دهم** شش فرایند اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را که شامل پذیرش، خنثی‌سازی شناختی، خودزمنی‌های، تماس با لحظه جاری، ارزش‌ها و عمل متعهدانه است، به‌طور کامل تشریح می‌کند.
- **فصل یازدهم** (ذهن‌آگاهی و تغییر رفتاری: به‌سوی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی)، چگونگی ترکیب شش فرایند اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای رسیدن به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را که به‌عنوان توانایی برقراری ارتباط کامل با لحظه جاری به‌منظور دستیابی به اهداف ارزش‌مدار تعریف می‌شود، بیان می‌کند.
- **فصل دوازدهم** چهار تفاوت موجود در فرضیه را بین شیوه درمانی پذیرش و تعهد و درمان شناختی‌رفتاری بیان می‌کند. این فرضیات چنین است؛ فرض ۱: به‌منظور تغییر رفتار آشکار، اندیشه‌ها و احساسات نیز باید تغییر کند؛ فرض ۲: زمانی که تغییر افکار بتواند اشکال دیگر اصلاح رفتار را تسریع کند، راهبردهای مبتنی بر تغییر عقلانی/منطقی بهترین گزینه‌اند؛ فرض ۳: هدف اصلی روان‌درمانی کاهش عوارض و نشانه‌های بیماری است؛ فرض ۴: تمرکز زمانی ایده‌آل در جلسه درمانی.
- **فصل سیزدهم** تفاوت‌های راهبردی و فنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی‌رفتاری را معرفی می‌کند.

^۱ . experiential avoidance

- **فصل چهاردهم (مسائل تجربی)؛** به مرور اجمالی تحقیقات انجام گرفته در زمینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌پردازد.

بخش دوم (فصل پانزدهم تا سی‌ام)، به آشنایی خواننده با برخی از ویژگی‌های عملی تعیین‌کننده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌پردازد.

- **فصل پانزدهم (مرور راهبردهای درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)؛** بخش دوم با مروری اجمالی بر راهبردهای درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آغاز می‌شود.

- **فصل شانزدهم (مفهوم‌سازی موردی مبتنی بر شیوه درمانی پذیرش و تعهد)؛** طرح مفهوم‌سازی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را توصیف می‌کند و بر فرایندهای فرعی خاص تشکیل‌دهنده اجزای ذهن‌آگاهی و تغییر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مانند پذیرش، تماس با لحظه جاری، خنثی‌سازی شناختی، خودزمنه‌ای، ارزش‌ها و تعهد تمرکز دارد.

- **فصل هفدهم (بررسی کارایی مسائل کنترل/اجتناب)؛** به تشریح مرحله‌ای از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که دو هدف همزمان را دنبال می‌کند، می‌پردازد؛ اول اینکه درمانگر تلاش می‌کند سیستم کنترل یا اجتناب تجربی مراجع را ترسیم کند. این امر مستلزم کاوش روش‌های متعدد مورد استفاده مراجع در تلاش به منظور حل یا مدیریت مشکلات پیش روی اوست. هدف دوم ارزیابی تجارب مراجع در مورد کارایی (سودمندی) تلاش‌های گذشته و جاری به منظور کاهش مشکلات روانی و عاطفی است.

- **فصل هجدهم (درماندگی خلاقانه)؛** چگونگی فرایند رهاسازی راهبردهای کنترل تجربی ناکارآمد برای ایجاد فضا به منظور آزمون رویکرد جایگزین به کمک درماندگی خلاق بیان می‌گردد.

- **فصل نوزدهم (کنترل نوعی مشکل است، نه راه‌حل)؛** در این فصل این اهداف دنبال می‌گردد؛ همکاری به منظور نامگذاری مسئله کنترل، عادی‌سازی و تأیید تلاش‌های مراجع به منظور کنترل رویدادهای شخصی، تأکید بر بهبودی و تناقض کنترل تجربی، همکاری به منظور نامگذاری مسئله کنترل، عادی‌سازی و تأیید تلاش‌های مراجع به منظور کنترل رویدادهای شخصی، تأکید بر بهبودی و تناقض کنترل تجربی.

- **فصل بیستم (معرفی تمایل به عنوان جایگزین کنترل)؛** وقتی تمایل به عنوان جایگزین کنترل تجربی ارائه می‌شود، هدف انتقال پیام‌های زیر است: ناراحتی روانی به همراه عدم تمایل به رنج و درد منجر می‌شود؛ تمایل مستلزم رهاسازی فعالانه مسئله کنترل غیرعملی است؛ تمایل به معنای خواستن یا دوست داشتن نیست؛ تمایل گزینه‌ای است که فرد مدام آن را تکرار می‌کند. برای این اهداف می‌توان از استعاره ناراحتی پاک در برابر ناراحتی ناپاک، استعاره جنگ دشوار با هیولا و استعاره دو مقیاس کمک گرفت.

- **فصل بیست‌ویکم (ارتقای پذیرش فعال)؛** هدف این فصل کمک به مراجع است تا با عواطفی که بیشتر اجتناب می‌شده‌اند، ارتباط برقرار کند و در عین حال نوعی فاصله سالم روان‌شناختی بین احساس و شخص تجربه‌کننده احساس ایجاد شود. برای دستیابی به چنین هدفی تمرین جسمی‌سازی، قرار گرفتن در معرض احساسات دشوار و تمرین هیولای حلی پیشنهاد می‌شود.

- **فصل بیست و دوم** (خنثی‌سازی شناختی ۱: تعدیل قواعد زبانی)؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجع کمک می‌کند محتوای شناختی را که مانعی بر سر راه دنبال کردن مسیرهای رفتاری بارز است، خنثی سازد. خنثی‌سازی را می‌توان در روابط کلامی متفاوت از جمله افکار خودانگیخته^۱، خودمفهومی‌سازی^۲، دلیل‌آوری و حتی مطالب گسترده مانند داستان‌های زندگی مراجع به کار گرفت. برای دستیابی به این اهداف در این فصل ضمن شرح مطالب گفته‌شده تمریناتی چون تمرین شیر، شیر، شیر، تضعیف دلیل‌آوری، تجزیه داستان‌های ناخوشایند زندگی بیان می‌شود.
- **فصل بیست و سوم** (خنثی‌سازی شناختی ۲: شیء‌سازی محتوای روان‌شناختی)؛ در این فصل اقدامات مداخله‌ای خنثی‌سازی دیگری مورد بحث قرار می‌گیرد. در این اقدامات (تمرین نوشتن افکار روی کارت، تمرین گردش بردن ذهن، استعاره مسافران داخل اتوبوس) از مراجعان خواسته می‌شود افکار و سایر تجارب شخصی خود را طوری روایت کنند گویی این تجارب اشیای فیزیکی‌اند.
- **فصل بیست و چهارم** (پرورش ذهن‌آگاهی به منظور ایجاد برقراری ارتباط با لحظه کنونی)؛ ساده‌ترین شیوه‌های ذهن‌آگاهی را می‌توان از همان مراحل اولیه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به منظور کمک به مراجعان استفاده کرد تا آنها برقراری ارتباط کامل خود را با تجارب آنی شروع کنند. در این فصل ابتدا تمرینات اولیه ذهن‌آگاهی مانند توجه کامل به کارهای روزمره، سپس شیوه‌های مکاشفه ذهن‌آگاهی رسمی‌تر مانند ذهن‌آگاهی نفس کشیدن و توجه محض به تفکر و احساسات به‌عنوان فرایند مستمر بیان می‌شود.
- **فصل بیست و پنجم** (برقراری ارتباط خود زمینه‌ای)؛ به معرفی استعاره‌ها و تمرینات تجربی که مراجعان به وسیله آن می‌توانند با خود زمینه‌ای ارتباط برقرار کنند، می‌پردازد. این اقدامات مداخله‌ای حاوی این پیام‌های درمانی‌اند که؛ ۱. نوعی احساس از خود، از افکار، تصاویر ذهنی، عواطف، خاطرات و نقش‌ها متمایز است که خود مشاهده‌گر خوانده می‌شود؛ ۲. افکار، خاطرات و احساسات پیوسته در حال تغییرند، درحالی‌که بخش مشاهده‌گر ثابت و بدون تغییر است؛ ۳. در آخر این دیدگاه نشان‌دهنده مکانی است که در آن می‌توانیم در امنیت و بدون قضاوت تجارب شخصی خود را مشاهده کنیم و در این دیدگاه، افکار و احساسات ناخوشایند کمتر تهدیدکننده‌اند.
- **فصل بیست و ششم** (شفاف‌سازی اهداف)؛ در این فصل، نخست برخی مکالمات، اقدامات مداخله‌ای و ابزار مورد استفاده به منظور کمک به مراجعان برای برقراری ارتباط با ارزش‌ها و تعریف آنها معرفی می‌شود. همچنین روش‌های مورد استفاده برای کمک به مراجعان برای درک تمایز مهم بین اهداف و ارزش‌ها مورد بحث قرار می‌گیرد.
- **فصل بیست و هفتم** (برنامه‌ریزی ارزش‌مدار هدف و عمل)؛ در این فصل نحوه استفاده از ارزش‌های شناسایی‌شده به‌عنوان مبنای برنامه‌ریزی مشترک عمل و هدف به بحث گذاشته می‌شود.
- **فصل بیست و هشتم** (ایجاد الگوهای کامل‌تر رفتار متعهدانه)؛ راهبردهایی که به مراجعان کمک می‌کنند تعهدات رفتاری خود را در حضور محتوای روان‌شناختی ناخواسته حفظ کنند، بیان می‌شود.

¹. automatic thought

². self conceptualization

- **فصل بیست و نهم** (روش درمانی پذیرش و تعهد در گروه‌ها و شرایط غیربالینی)؛ قابلیت گسترده مدل روش درمانی پذیرش و تعهد همراه با سطح بسیار بالای انعطاف‌پذیری نشان می‌دهد که از روش درمانی پذیرش و تعهد می‌توان در گروه‌ها، محیط کار و بهبود عملکرد ورزشکاران استفاده کرد و آن را به برنامه‌های آموزشی کوتاه به‌منظور استفاده در بیرون از حوزه سنتی بالینی (مانند محیط‌های شغلی و آموزشی) تبدیل کرد.
 - **فصل سی‌ام** (موضع درمانی)؛ به بحث درباره ویژگی‌های تعیین‌کننده موضع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که طبیعتاً از اصول این روش و مدل رنج و درد انسانی سرچشمه می‌گیرد، پرداخته می‌شود. همچنین نحوه به‌کارگیری شش فرایند اساسی روش درمانی پذیرش و تعهد در مورد حالت ذهنی و روانی درمانگر و چگونگی ارتقای کیفیت رابطه درمانی از طریق استفاده از روش درمانی پذیرش و تعهد بررسی می‌شود.
- به‌طور خلاصه می‌توان گفت که این کتاب هر آنچه را که درمانگران مجرب یا افراد تازه‌کار می‌خواهند درباره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدانند، در قالبی روان و سلیس آورده است.

سیده ناهید حسینی‌نژاد
کارشناسی ارشد مشاوره خانواده

دکتر محمد خدایاری‌فرد
استاد دانشگاه تهران

۱۳۹۵

پیشگفتار

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نوعی رفتاردرمانی^۱ مدرن است که از اقدامات مداخله‌ای پذیرش و ذهن‌آگاهی^۲ به‌همراه راهبردهای تغییر رفتاری و تعهد استفاده می‌کند تا به مراجع^۳ کمک کند زندگی سرزنده، هدفمند و بامفهومی را برای خود ایجاد کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخلاف رویکردهای سنتی درمان شناختی‌رفتاری^۴، در پی تغییر شکل یا تکرار وقوع افکار و احساسات ناخواسته افراد نیست، بلکه هدف اصلی آن، پرورش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۵ است که به توانایی برقراری تماس با لحظه جاری و تغییر یا تداوم رفتار براساس موقعیت و بر مبنای ارزش‌های شخصی فرد اطلاق می‌شود. به‌عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک به افراد به‌منظور برخورداری از زندگی رضایت‌بخش‌تر حتی با وجود افکار، عواطف و احساسات نامطلوب را مورد تأکید قرار می‌دهد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ویژگی‌های غیرمتداول و متمایزی دارد. به‌طور خاص، این‌گونه درمان ارتباط بسیار نزدیکی با نظریه و برنامه پژوهش‌های بنیادین در زمینه ماهیت زبان و ادراک انسان دارد (نظریه قاب‌بندی ارتباطی). این رابطه همراه با اصول اساسی رفتار به پیدایش مدل منحصربه‌فرد و تجربی از عملکرد انسان منجر شده که از شش فرایند درمانی مرتبط تشکیل شده است: پذیرش^۶، خنثی‌سازی^۷، برقراری تماس با لحظه جاری^۸، خود‌زمینه‌ای^۹، ارزش‌ها^{۱۰} و عمل متعهدانه^{۱۱}.

در این کتاب، هر یک از این فرایندها به‌همراه برخی اقدامات مداخله‌ای مورد استفاده در این زمینه، تشریح می‌شود. شایان ذکر است که ماهیت فرایندی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انعطاف‌پذیری فنی زیادی را فراهم می‌آورد. متخصصان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌هیچ‌وجه خود را به اقدامات مداخله‌ای توصیف‌شده در این فصل محدود نمی‌کنند، بلکه هنگام انتخاب، طراحی یا اقتباس روش‌های درمانی مختلف باید خلاقانه عمل کنند. براساس شیوه درمانی پذیرش و تعهد، بسیاری از روش‌های مداخله‌ای رفتاری و

¹. Behaviour Therapy (BT)

². mindfulness

³. client

⁴. cognitive behaviour therapy

⁵. psychological flexibility

⁶. acceptance

⁷. defusion

⁸. contact with the present moment

⁹. self-as-context

¹⁰. values

¹¹. committed action

روان‌شناختی باید مورد توجه قرار گیرند، زیرا هر یک از این روش‌ها سبب تقویت یک یا تعدادی از این شش فرایند می‌شود.

علاقه همگانی به مدل تغییر رفتاری بر مبنای شیوه درمانی پذیرش و تعهد/نظریه قاب‌بندی ارتباطی در پژوهش‌های بسیاری تأیید شده است. نظریه قاب‌بندی ارتباطی یکی از نظریه‌های تحلیلی رفتاری است که به‌طور گسترده مطالعه شده است. همچنین اثربخشی اقدامات مداخله‌ای در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاکنون در بیش از ۳۰ آزمایش کنترل‌شده تصادفی در بین جمعیت‌های بالینی^۱ و غیربالینی مختلف اثبات شده است. در اینجا دو ویژگی مبنای تجربی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باید مورد توجه قرار گیرد؛ اول اینکه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در دامنه بسیار گسترده‌ای از مشکلات انسانی از جمله اضطراب، افسردگی، بیماری روانی^۲، اختلالات خوردن، تروما، سوء استفاده از مواد مخدر، درد مزمن^۳ و فرسودگی شغلی به اثبات رسیده است. به همین ترتیب، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌منظور بهبود خودمدیریتی عوارض مزمن مانند دیابت و صرع استفاده شده است. اجتناب تجربی به‌عنوان یکی از ویژگی‌های مهم انعطاف‌ناپذیر بودن روان‌شناختی^۴ به‌طور گسترده به‌منزله یکی از عوامل خطر عمومی بررسی می‌شود که به‌طور کلی دارای مفاهیم کاربردی برای عملکرد عمومی انسان است. در نتیجه، اقدامات مداخله‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت موفقیت‌آمیز در مدارس، دانشگاه‌ها و محیط‌های کاری به‌منظور پیشگیری از بروز مشکلات به‌کار می‌رود.

دومین ویژگی شایان توجه این شیوه تجربی به فرایندهای تغییر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارتباط دارد. با در نظر گرفتن محیط‌های مختلف، جمعیت‌های مراجع و شکل‌های ارائه اقدامات مداخله‌ای مورد مطالعه در پژوهش‌های مربوط به شیوه درمانی پذیرش و تعهد، الگوهای مشاهده‌شده مکاشفه به‌طور خارق‌العاده‌ای همسان‌اند. در واقع، اکنون شواهد متقاعدکننده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد پیامدهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تحت‌تأثیر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و جنبه‌های این شیوه (مانند خنثی‌سازی شناختی^۵ و بهبود مهارت‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی) هستند. قابلیت اعتماد این یافته‌ها سودمندی مدل نظری منسجم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌منظور اندازه‌گیری متغیرهای فرایندی و شناسایی سازوکارهای فعال تغییر تأیید می‌کنند.

¹. clinical

². psychosis

³. chronic pain

⁴. psychological inflexibility

⁵. cognitive defusion

این کتاب همگام با کتاب‌های دیگر در زمینهٔ مجموعهٔ ویژگی‌های متمایز این شیوه به دو بخش کلی تقسیم می‌شود؛ بخش اول به شناسایی ریشه‌های نظری و فلسفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌پردازد و هر یک از شش فرایند اصلی را که با هم ترکیب شده و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را بهبود می‌بخشند، توصیف می‌کند. همچنین تفاوت‌های فرضی و راهبردی مهم بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد سنتی‌تر درمان شناختی‌رفتاری بررسی می‌شود. بخش دوم با به‌کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برخی از استعارات، تمرینات تجربی و سایر اقدامات مداخله‌ای مورد استفاده به‌منظور بهبود فرایندهای درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را توصیف می‌کند. در بخش تمرین، گزیده‌هایی از جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (با برخی از اصلاحات به‌منظور عدم افشای نام مراجعان) ارائه شده که نشان‌دهندهٔ مراحل تکوین فرایندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. در خاتمه، موضع درمانی متمایز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه می‌شود که متخصصان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را تشویق می‌کند به دنبال یافتن تجربهٔ نزدیک و شخصی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی باشند.

این کتاب با هدف ارائهٔ یک مسیر کوتاه و قابل دسترسی در نظریه و به‌کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طراحی شده است. در نتیجه، گروه‌های گسترده‌ای از خوانندگان از جمله افرادی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را تجربه کرده‌اند و نیز درمانگران^۱ مجربی را که به‌تازگی با این شیوه آشنا شده‌اند اما در زمینهٔ سایر رویکردها مهارت دارند، خطاب قرار می‌دهد. همچنین این کتاب منبع مهمی را برای افرادی که به‌تازگی وارد حوزهٔ درمان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شده‌اند، مانند درمانگران کارآموز و دانشجویان فراهم می‌کند. این کتاب صرف‌نظر از پیش‌زمینهٔ خوانندگان، یک هدف کلی را دنبال می‌کند که ارائهٔ نظریه و نحوهٔ به‌کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکردی کاملاً متمایز به‌منظور بهبود شرایط انسانی است.

^۱. therapists

تقدیر و تشکر

پل فلکسمن^۱

تقدیم به پدر، مادر و پیت به دلیل حضور و حمایت‌های بی‌دریغشان و همچنین به شری‌لین^۲ که مرا به زندگی بازگرداند.

تشکرهای حرفه‌ای

این کتاب را با تشکر از دو همکار نویسنده آغاز می‌کنم. ابتدا فرانک برای آشنا کردن من با ACT و به دلیل راهنمایی‌ها و حمایت‌های بی‌وقفه‌اش؛ و دوم جی‌تی به سبب تأثیرگذاری مداوم و انعطاف‌پذیری‌اش و نیز به علت تقسیم دانش خود با من. از استیو هیز و رابین والسر^۳ هم برای سفرشان به بریتانیا برای ارائه همکاری اثربخششان تشکر می‌کنم و در آخر از گروه علایق خاص ACT بریتانیا و به خصوص مارک وبستر^۴، اریک موریس^۵، جو الیور^۶، فیونا کندی^۷، مارتین بروک^۸، جو سورن^۹، دیوید گیلندرز^{۱۰} و سو هارت^{۱۱} برای قبول و انجام این کار مهم در مورد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بریتانیا سپاسگزارم.

جی تی بلکلج^{۱۲}

تقدیم به سیندی^{۱۳}، آوا^{۱۴}، پدر و مادرم که همیشه من را باور داشتند.

تشکرهای حرفه‌ای

از استیو هیز به سبب راهنمایی‌ها و دوستی ادامه‌دارش تشکر می‌کنم. از درموت بارنز هلمز^{۱۵} هم

¹. Paul E. Flaxman
². Sheryline
³. Robyn Walser
⁴. Mark Webster
⁵. Eric Morris
⁶. Joe Oliver
⁷. Fiona Kennedy
⁸. Martin Brock
⁹. Joe Curran
¹⁰. David Gillanders
¹¹. Sue Hart
¹². J.T Blackledge
¹³. Cyndy
¹⁴. Ava
¹⁵. Dermot Barnes Holmes

برای تشویق‌ها، حمایت‌ها و محترم شمردن کارم تشکر می‌کنم. در آخر هم از جوزف سیاروشی^۱، جی موران^۲ و رابین والسر^۳ برای تشویق‌ها و همکاری بی‌وقفه‌شان و از پل و فرانک برای دعوت من به این کار به‌طور ویژه سپاسگزارم.

فرانک باند^۴

تقدیم به آیدان برای تلاش‌هایش در راستای انعطاف‌پذیرتر کردن من از لحاظ روان‌شناختی.
تشکر حرفه‌ای

از استیو هیز و تمامی همکاران و دوستان جامعه ACT تشکر می‌کنم. کسانی که شغلم را به من هدیه کردند و با اشتیاق من را به ادامه کار برای درک علمی ACT و فرایندهای آن تشویق کردند. از جو سیلویستر به‌سبب حمایت‌ها، راهنمایی‌ها و دوستی بی‌دریغش که از زمان شروع تخصصی کارم حضور داشت، به‌طور ویژه سپاسگزارم. در آخر از سونجا باتن که برای من یک همکار الهام‌بخش و مهم‌تر از آن یک دوست بزرگ و واقعی بود، تشکر می‌کنم.

^۱. Joseph Ciarrochi
^۲. DJ Moran
^۳. Robyn Walser
^۴. Frank. W. Bond

بخش اول

ویژگی‌های نظری متمایز شیوه درمانی پذیرش و تعهد

فصل اول: شیوه درمانی پذیرش و تعهد، رنج و درد انسان و اجتناب

تجربی

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، استروسهال و ویلسون، ۱۹۹۹)، به‌منزله جایگزینی برای شیوه‌های سنتی‌تر روان‌درمانی^۱ (مانند درمان شناختی‌رفتاری رایج) طراحی شد و اغلب بر کاهش شدت و تعداد تکرار احساسات و عوارض زیانبار تأکید می‌کند. این‌گونه درمان به‌جای تلاش مستقیم به‌منظور کاهش این عوارض، صرف‌نظر از وجود افکار و احساسات نامطلوب با شدت متغیر، بر بهبود اثربخشی رفتاری تمرکز می‌کند. به‌عبارت دیگر، درمانگر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌منظور تغییر افکار اضطراب‌انگیز مراجع و کاهش احساسات اضطراب‌آور تلاش نمی‌کند، بلکه زمانی‌که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با موفقیت اجرا شود، اضطراب روانی به‌طور معمول کاهش می‌یابد. درحالی‌که طراحی یک درمان روان‌شناختی که به‌منظور بهبود شرایط بیمار و ایجاد نحوه تفکر متفاوت در او تلاش نمی‌کند، ممکن است در ابتدا عجیب به‌نظر برسد، اما از نظر استدلالی منطقی صحیحی به‌منظور انجام این کار وجود دارد.

اینکه میزان مشخصی از اضطراب روانی^۲ بخش عادی تجربه انسانی است، یکی از فرضیه‌های اساسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این فرض در تقابل با دیدگاه غالب در روان‌شناسی و روان‌درمانی بالینی است که براساس آن میزان اضطراب معادل با اختلالات روانی از نظر آماری انحراف در نظر گرفته می‌شود. دیدگاه غالب که اضطراب تشخیص^۳ روان‌شناختی را توجیه می‌کند، از نظر آماری غیرعادی است، اما ممکن است این دیدگاه کاملاً اشتباه باشد. برای مثال، کسلر^۴ و همکاران (۱۹۹۴) برآورد کرده‌اند که نیمی از جمعیت ۱۵ تا ۲۴ ساله آمریکایی، حداقل یک‌بار باید برای تشخیص DSM-III-R مراجعه کنند. همچنین ۸۰ درصد این افراد باید دو یا سه بار به‌منظور تشخیص مراجعه کنند. مافیت^۵ و همکاران (۲۰۰۹) برآورد دقیق‌تری را انجام دادند و در یک مطالعه طولی مشاهده کردند که ۵۷ و ۶۵ درصد نمونه‌های مورد مطالعه در آمریکا و نیوزیلند دست‌کم دارای یک مورد اختلال روانی تا ۳۲ سالگی هستند. این‌گونه مطالعات نشان می‌دهد درحالی‌که تشخیص هر نوع اختلال خاص روانی از نظر آماری غیرعادی است، به‌طور کلی تقریباً بیشتر افراد در طول زندگی میزان مشخصی اضطراب روانی را در اختلالات روانی تجربه می‌کنند.

¹. psychotherapy

². psychological distress

³. diagnosis

⁴. Kessler

⁵. Moffit

براساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نظریه قاب‌بندی ارتباطی، شیوع گسترده درد و رنج انسانی مسئله‌ای شگفت‌انگیز نیست. به نظر می‌رسد جانوران غیرانسانی به پیشرفت بسیار اندکی نیاز دارند و نسبتاً راضی به نظر می‌رسند، زیرا به غذا، آب، گرما، سرپناه و اندکی تماس فیزیکی نیاز دارند و مورد سوء استفاده جسمی قرار نمی‌گیرند. نظریه قاب‌بندی ارتباطی نشان می‌دهد که چگونه فرایندهای عادی زبان انسان، به‌طور بنیادین تجربه انسانی را تغییر می‌دهند که به توانایی ارزیابی سریع و مداوم تقریباً تمام جنبه‌های آن به‌صورت منفی منجر می‌شود. به محض اینکه انسان‌ها توانایی کلامی منحصر به فرد را به‌منظور تأمل در مورد موجودیت خود به‌دست می‌آورند، هدف نهایی آن را مورد توجه قرار می‌دهند؛ آن را با "آرمان‌های" فرض شده مقایسه می‌کنند؛ "معایب" فردی را شناسایی کرده و این معایب را به‌عنوان نشانه "عدم ارزشمندی"^۱ استفاده می‌کنند. به نظر می‌رسد قابلیت اضطراب روانی به‌صورت خارق‌العاده‌ای افزایش می‌یابد (با اینکه همان‌طور که در فصل ششم بحث خواهد شد، بسیاری از جنبه‌های این "ساختارهای کلامی"^۲ به‌صورت لفظی ایجاد می‌شوند و به‌عنوان انعکاس تغییرناپذیر واقعیت عمل نمی‌کنند). براساس نظریه قاب‌بندی ارتباطی، فرض می‌شود که این توانایی کلامی انگیزش و قابلیت اجتناب تجربی را ایجاد می‌کنند (هیز و همکاران، ۱۹۹۹: ۵۸-۶۹) که این اجتناب به معنای تلاش به‌منظور اجتناب از خاطرات، عواطف و افکار ناخوشایند و سایر تجارب فردی است.

قابلیت انسان از نظر اجتناب تجربی حداقل به دو دلیل معنادار است؛ اول اینکه بسیاری از رفتارهای اجتناب تجربی سبب ایجاد آسیب جسمی می‌شوند یا مشکلات ایجاد شده در وهله اول را وخیم‌تر می‌سازند. نوشیدن، استعمال مواد مخدر، خوردن بیش‌ازحد و انجام ندادن تمرینات، مهم‌ترین نمونه‌های اجتناب تجربی خطرناک جسمی‌اند. رفتارهایی که مستلزم تعلل و اجتناب از تضاد سازنده‌اند، اغلب سبب وخیم‌تر شدن اضطراب فزاینده می‌شوند. به‌عبارت دیگر، بسیاری از نمونه‌های اجتناب تجربی نشان‌دهنده بهبود اولیه‌اند، اما در طولانی‌مدت موجب وخیم‌تر شدن مشکلات و اضطراب می‌شوند. دوم اینکه بسیاری از نمونه‌های اجتناب تجربی سبب می‌شوند که نتوانیم از زندگی معنادار، هدفمند و سرزنده برخوردار شویم. اگر فردی رابطه نزدیک، دلسوزانه و دوست‌داشتنی را ارزشمند بداند اما هنگام بروز احساسات ناخوشایند همیشه ارتباط خود را با والدین قطع کند، ایجاد و حفظ این رابطه غیرمحمول خواهد بود. یا اینکه اگر برای فردی داشتن شغل حرفه‌ای ارزشمند باشد، اما از خواسته‌های استرس‌زای مربوط امتناع ورزد، تحقق این شغل غیرمحمول خواهد بود. زمانی که این شیوه زندگی را انتخاب می‌کنیم، انتظار می‌رود که رضایت‌بخشی و سلامت زندگی در طولانی‌مدت کاهش یابد. نتیجه این امر آسان است: افزایش میزان اجتناب تجربی همراه با ناتوانی در کاهش اضطراب در بلندمدت یا

¹. unworthiness

². verbal constructs

حتی در کوتاه‌مدت (فصل هجدهم) سبب می‌شود که فرد به تدریج از زندگی معنادار، هدفمند و سرزنده دور شود.

فرضیات مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نظریه‌ی قاب‌بندی ارتباطی نشان‌دهنده‌ی شیوه‌ای متفاوت به‌منظور پرداختن به درد و رنج انسانی است. اگر اضطراب روانی مشخص بخشی از زندگی عادی انسان باشد که نتوان از آن اجتناب کرد و اگر اجتناب تجربی غالباً اضطراب را افزایش و کیفیت زندگی را کاهش دهد، شاید روان‌درمانی به مراجعان در یافتن راهی به‌منظور پذیرش اضطرابی که در مسیر دنبال کردن زندگی معنادار، هدفمند و سرزنده بروز می‌کند، کمک کند. این پیشنهاد جدیدی نیست و از یک نظر شبیه نصیحت‌هایی است که از پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌هایمان دریافت می‌کردیم که انجام آنها بسیار دشوار بود: در زندگی خم به ابرو نیاورید، مشکلات را تحمل کنید و مسئولیت‌های خود را انجام دهید. اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مبنای نظریه‌ی قاب‌بندی ارتباطی پیشنهاد عملی‌تر و جذاب‌تری از استقامت محض را ارائه می‌کند. مهم‌ترین فرض نظریه‌ی قاب‌بندی ارتباطی در مورد زبان و ادراک این است که انواع کلمات انتزاعی و ارزیابانه که با آنها روبه‌رو هستیم، ادعا می‌کنند که می‌توانند واقعیت را توصیف کنند، اما در واقع نمی‌توانند واقعیت را توصیف کنند. بنابراین پذیرش مورد درخواست از یک مراجع در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شبیه به پذیرش تجربه‌ی واقعی وی و تجربه‌ی ذهنی وی نیست. نکات مربوط به پذیرش، خنثی‌سازی شناختی و خودزمنی‌های نشان می‌دهند که چگونه این تمایز عملی می‌شود.