

## موج سوم رفتار درمانی با تأکید بر رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش

فاطمه زرگر<sup>۱</sup>، ابوالفضل محمدی<sup>۱</sup>، عبدالله امیدی<sup>۱</sup>، رضا باقریان سرارودی<sup>۲</sup>

### مقاله مروری

### چکیده

رفتار درمانی‌های مبتنی بر پذیرش، شاخه‌ای از درمان‌های جدید روان‌شناختی می‌باشد که از اصول و تکنیک‌های درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی استفاده می‌کند. درمان‌های مبتنی بر پذیرش، بر مبنای این فرضیه روی کار آمدند که آسیب‌شناسی روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است. این درمان‌ها معتقد است که افراد مبتلا به آسیب روانی در مورد هیجان‌های خود دیدگاهی انتقادی داشته‌اند و خود را بر اساس هیجان‌هایشان مورد قضاوت قرار می‌دهند. بنابراین درصدد اجتناب از این هیجان‌ها بر می‌آیند و به رفتارهایی مبادرت می‌ورزند تا از این هیجان‌ها فرار کنند یا آن‌ها را کاهش دهند. اجتناب در سه سطح هیجانی، شناختی و رفتاری می‌تواند نقش مهمی در تداوم آسیب روانی ایفا کند. هدف رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش، عبارت از تغییر روابط افراد با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب از تجارب و افزایش رفتارهای فرد در مسیرهای ارزشمند زندگی‌اش است.

**واژه‌های کلیدی:** موج سوم رفتار درمانی، رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش، ذهن‌آگاهی، اجتناب

**ارجاع:** زرگر فاطمه، محمدی ابوالفضل، امیدی عبدالله، باقریان سرارودی رضا. موج سوم رفتار درمانی با تأکید بر رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش.

مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۱؛ ۱۰ (۵): ۳۸۳-۳۹۰

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۲۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۸/۳۰

آمد. دومین موج درمان شناختی (CT) یا Cognitive therapy) در دهه ۱۹۷۰ توسط Beck (به نقل از Hayes) برای اولین بار در مورد افسردگی و بعدها برای اختلالات اضطرابی و اختلالات خوردن روی کار آمد (۲). در پایان دهه ۸۰ و اوایل دهه ۹۰ نوعی تلفیق بین رفتار درمانی و شناخت درمانی اتفاق افتاد که درمان شناختی- رفتاری (Cognitive behavioural therapy یا CBT) نامیده شد. این شکل درمان تا به امروز بیشترین شواهد تحقیقاتی را جمع‌آوری کرده است. در طی ۱۵-۱۰ سال گذشته تعدادی از درمان‌های جدید یا اشکال گسترش یافته درمان‌های CBT در حوزه روان درمانی روی کار آمد (۱).

### مقدمه

موج اول درمان رفتاری (BT یا Behavioral treatment) که از چارچوب مفهومی رفتارگرایی ریشه گرفت، به طور رسمی در دهه ۱۹۵۰ با معرفی درمان حساسیت‌زدایی منظم، تکنیک‌های شرطی‌سازی عاملی و جایگزین‌های رفتاری برای روان‌تحلیلی شروع شد. دو ویژگی رفتار درمانی که آن را از مداخلات بالینی موجود در آن زمان متمایز می‌ساخت، عبارت از کاربرد اصول تحلیل رفتاری در کار بالینی و تأکید روی ارزیابی تجربی مداخلات رفتار درمانی بود (۱). تا اواخر دهه ۱۹۶۰، به طور روز افزونی لزوم توجه به افکار و احساسات برای مداخله در مشکلات انسانی روی کار

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

۲- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤل)

Email: bagherian@med.mui.ac.ir

قالب رفتاری مفهوم‌بندی می‌شود. سه مشکل اساسی زیربنای اختلالات روان‌شناختی را تشکیل می‌دهد که عبارتند از مشکلات مرتبط با آگاهی، اجتناب از تجارب درونی و عدم انجام فعالیت‌های مهم و ارزشمند زندگی فرد. این مشکلات، به عنوان اهداف مداخله مد نظر قرار می‌گیرند که در ادامه به آن‌ها می‌پردازیم.

### مشکلات مرتبط با آگاهی

#### الف- محدودیت در آگاهی درونی

بسیاری از نظریات، نقش بالقوه نقص در آگاهی درونی یا آگاهی از تجارب را در مشکلات روانی خاطر نشان می‌کند و نقش افزایش آگاهی را در افزایش بهزیستی روانی برجسته می‌سازد. در این راستا، از دیدگاه رفتاری مبتنی بر پذیرش، نقایص آگاهی فرد ممکن است که به چندین روش و به شکل مشکلات بالینی تظاهر پیدا کند. مراجعین اغلب از تجارب درونی‌شان ناآگاه هستند و نمی‌توانند پاسخ‌های هیجانی، شناختی یا فیزیولوژیکی که رفتارهای مشکل‌سازشان را دامن می‌زند، شناسایی کنند (حالتی مانند Alexithymia). مراجعین همچنین ممکن است که فهم نادرستی از پاسخ‌های درونی‌شان داشته باشند و آن را به حس‌های فیزیولوژیکی مانند گرسنگی نسبت دهند، در صورتی که در حقیقت بازتابی از پریشانی است یا ناشی از اشتباه گرفتن یک هیجان ترس‌آور (مانند اضطراب) به جای هیجانی می‌باشد که از نظر فرد قابل قبول‌تر است (مانند خشم) (۵). از سوی دیگر، مراجعینی که از تفاوت‌های جزئی بین هیجان‌های خود آگاهی محدودی دارند، آگاهی تشدید شده‌ای از ناراحتی عمومی‌شان گزارش می‌کنند که می‌تواند خودشان یا درمانگر را گیج و سردرگم کند. برای مثال افراد مبتلا به هراس، آگاهی فزاینده‌ای از حس‌های فیزیولوژیکی‌شان دارند، افراد مبتلا به (Generalized anxiety disorder) GAD آگاهی دردناکی از نگرانی‌های خود دارند و افراد افسرده از حالت خلق منفی‌شان آگاهی زیادی دارند. با این حال، این آگاهی تفاوت بارزی با آگاهی دارد که هدف روان‌درمانی است. اول، این آگاهی ممکن است که واضح نباشد، به طور

موج سوم رفتار درمانی در اوایل دهه ۱۹۹۰ با رشد درمان‌های ابتکاری شروع شد که از اصول ذهن‌آگاهی (Mindfulness) استفاده کردند و روی آگاهی نسبت به لحظه حال و پذیرش آن تأکید می‌کردند (۳). به طور کلی به درمان‌های موج سوم، رفتار درمانی‌های مبتنی بر پذیرش (Mindfulness and acceptance based- ABBTs یا behavior therapies) یا رفتار درمانی‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی گفته می‌شود که طیفی از رویکردها را شامل می‌شود که عبارتند از کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness-based stress reduction یا MBSR)، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) یا پذیرش و تعهد (ACT یا Acceptance and commitment therapy یا DBT)، رفتار درمانی دیالکتیک (Dialectic behavior therapy یا DBT)، فعال‌سازی رفتاری (Behavior activation یا FAP یا Functional analytic psychotherapy)، زوج درمانی رفتاری تلفیقی (Integrative behavioral couple therapy یا IBCT)، سیستم تحلیل رفتاری شناختی (Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy یا CBASP)، و سیستم تحلیل رفتاری شناختی (Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy). درمان‌های موج سوم را می‌توان به دو گروه تقسیم کرد، ۱- مداخلاتی که بر اساس آموزش ذهن‌آگاهی هستند (مانند کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی)، ۲- مداخلاتی که ذهن‌آگاهی را به عنوان یک مؤلفه کلیدی به کار می‌برند (مانند درمان پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیک) (۲). درمان‌های مبتنی بر پذیرش بر مبنای این فرضیه روی کار آمدند که آسیب روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است (۴). این درمان‌ها بر تغییر رابطه مراجع با تجارب درونی و اجتناب‌هایش تأکید دارند (۵).

### مفهوم‌بندی اختلالات روانی با استفاده از رویکردهای مبتنی بر پذیرش

در رفتار درمانی‌های مبتنی بر پذیرش، مشکلات بالینی در

به عنوان عامل علی یا نگهدارنده در مورد طیف وسیعی از مشکلات بالینی مطرح گردد (۹).

### ب- آگاهی ترکیب شده (Entangled awareness) یا آگاهی همجوشانه درونی (Fused internal awareness)

مدل‌های مبتنی بر پذیرش معتقد است که شکل خاصی از کیفیت آگاهی منجر به رنج بیمار می‌گردد و در برابر آن، تغییر کیفیت آگاهی می‌تواند وی را از بیماری برهاند. بر طبق این مدل‌ها، ما اغلب در تجارب درونی مان «گیر می‌افتیم» و به نظر می‌رسد که بخشی در اثر برداشت فراتر از واقعیت و بخشی در اثر قضاوت در مورد تجارب درونی مان و نفرت از این تجارب است. بدین ترتیب به جای این که تنها خشم را تجربه کنیم، خشمگین می‌شویم، از خشم نفرت پیدا می‌کنیم و آرزو می‌کنیم که خشم از ما دور شود. به جای این که پاسخ‌های هراس‌آور را تجربه کنیم، خود را به عنوان یک فرد ترسو توصیف می‌کنیم. برعکس، این پاسخ‌ها ما را بیشتر در هیجانات خود گیر می‌اندازد و ما بیشتر تلاش می‌کنیم که از آن‌ها اجتناب کنیم (۵). علاوه بر آن خود را بر اساس تجاربمان ارزیابی می‌کنیم و نه تنها از تجارب درونی مان، بلکه از خودمان هم متنفر می‌شویم.

### اجتناب از تجارب درونی

یکی از مهم‌ترین پیامدهای بالینی مرتبط با همجوشی و روابط ترکیب شده با تجارب درونی، تلاش‌های بی‌وقفه در جهت تغییر یا اجتناب از این تجارب یا به اصطلاح اجتناب تجربی است. به اعتقاد Hayes و همکاران [به نقل از Gross و Levenson (۱۰) و Levitt و همکاران (۱۱)]، بسیاری از مشکلات بالینی می‌تواند به عنوان نوعی اجتناب از تجارب مفهوم‌بندی شود. رفتارهایی مانند سوء مصرف مواد و آسیب عمدی به خود و علایمی مانند نگرانی یا نشخوار فکری ممکن است که همگی راه‌بردهایی به منظور تغییر شکل یا فراوانی تجارب درونی (افکار، احساسات، حس‌های بدنی) باشند. به نظر می‌رسد که این تلاش‌های اجتنابی اغلب اثرات متناقضی دارند، به گونه‌ای که هم موضوعات مورد اجتناب

مثال فرد شاید ناراحتی عمومی حس کند، ولی نتواند تغییرات ظریف در حالت هیجانی، فیزیولوژیکی یا شناختی‌اش را بفهمد. برای مثال یک مراجع ممکن است حمله هراسی را توصیف کند که ۲ هفته طول کشیده است (در صورتی که از نظر فیزیولوژیکی امکان ندارد) یا احساس «بد» گزارش کند، بدون این که به وضوح بیان کند که آیا این احساس غم است، خشم است، ترس است یا یک هیجان مختلط (۵).

دوم، آگاهی می‌تواند محدود و متمرکز (Narrowed) یا انتخابی (Selective) باشد. برای مثال افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی ممکن است که آن قدر به خطر بالقوه، آگاهی داشته باشند که به سایر نشانه‌های محیطی که نشانه ایمنی است، توجه نکنند یا شاید آن قدر روی پاسخ اضطرابی‌شان تمرکز کنند که وقوع پاسخ‌های هیجانی مثبت را کشف نکنند. توجه انتخابی در مورد اضطراب، این احساس آن‌ها که اضطراب غیر قابل تغییر و فراگیر است، را تشدید می‌کند (۶).

سوم، آگاهی افراد ممکن است که انتقادی (Critical)، قضاوت‌گرانه (Judgmental) یا واکنشی (Reactive) باشد. برای مثال، مراجع مبتلا به دوره‌های مکرر افسردگی ممکن است که متوجه غمگینی خود شود و از این که دوباره غمگین گردد، به شدت ناراحت شود و فکر کند که غمگینی‌اش نشانه‌ای است از این که یک افسردگی ناتوان کننده در راه است. این واکنش‌ها شاید غمگینی‌اش را دامن بزند و تشدید کند و به جای این که عملکرد انطباقی فرد را بالا ببرد، به افسردگی منجر شود (۵). بسیاری از مدل‌های مشکلات بالینی خاطر نشان می‌سازد که مشکلات افراد در اثر واکنش‌های قضاوت‌گرانه آنان نسبت به حالات درونی‌شان پدید می‌آید تا این که خود این حالات فی‌نفسه مشکل‌ساز باشد (۸، ۷). قضاوت‌هایی انتقادگرانه در مورد وجود این تجارب درونی منجر به تلاش‌های فزاینده‌ای در جهت اجتناب از این تجارب می‌شود و منجر به ناراحتی و آسیب بیشتر می‌گردد. وجود نوعی حالت قضاوت‌گرانه و انتقادی (فقدان خودپذیری و خود دلسوزی یا Self-compassion) می‌تواند

باشد، مثل وقتی که یک سرباز مبتلا به PTSD (Post-traumatic stress disorder) خود را در خانه حبس می‌کند تا از اضطرابی اجتناب کند که در شلوغی تجربه می‌کند. به علاوه اجتناب می‌تواند ظریف باشد، مثل وقتی که فرد خود را در کارش غرق می‌کند، اما از این اجتناب می‌کند که ببیند در واقع چه چیزی برایش مهم است و با یک حس عمومی نارضایتی تنها می‌ماند و قادر نیست که به طور مؤثری آن را مشخص و ردیابی کند (۹).

بعضی مواقع اجتناب در زمینه کیفیت رفتارها دیده می‌شود تا این که اجتناب از انجام دادن رفتارهای خاصی باشد. برای مثال Roemer و Orsillo بیان می‌کنند که «اغلب به نظر می‌رسد که مراجعین مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در حوزه‌های مهم زندگی‌شان درگیر می‌شوند (مانند مشاغلی که برایشان ارزشمند است، وقت گذراندن با فرزندان‌شان). وقتی این مراجعین شروع به بازبینی دقیق فعالیت‌های خود می‌کنند، برایشان روشن می‌شود که در هنگام انجام این رفتارها حضور کامل ندارند. در عوض، در مورد آن چه ممکن است که بعد از آن در حوزه‌های دیگر اتفاق بیفتد، نگران هستند» (۵).

روش اجتنابی دیگری که مراجعین ممکن است با آن رضایت خود را کاهش دهند، قضاوت در مورد حوادث بیرونی است. تمایل مکرر به این که چیزها غیر از آن چه هستند، باشند (مانند این که همسرش فرد دیگری باشد، همکارش آدم متفاوتی باشد)، می‌تواند ناراحتی را افزایش دهد (۵، ۴).

### اثربخشی و کاربرد درمان‌های مبتنی بر پذیرش

رفتار درمانی‌های مبتنی بر پذیرش در مورد طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات روان‌شناختی اثربخشی خود را نشان داده است. استفاده از رفتار درمانی دیالکتیک در درمان موفق اختلال پرخوری (۱۴)، درمان پذیرش و تعهد در سوء مصرف و وابستگی به مواد (۱۵)، وابستگی به نیکوتین (۱۶)، کاهش علائم سایکوتیک (۱۷)، درمان اضطراب و افسردگی (۱۸)، زوج درمانی رفتاری تلفیقی در افزایش رضایت زناشویی (۲۰، ۱۹) نمونه‌هایی از تأثیر مداخلات رفتار درمانی‌های مبتنی بر پذیرش می‌باشند.

(مانند افکار، احساسات یا حس‌های بدنی) را افزایش می‌دهد و هم ناراحتی روان‌شناختی بیشتری را به همراه می‌آورد و با کیفیت زندگی تداخل پیدا می‌کند. در یک تحقیق از شرکت کنندگان خواسته شد تا هیجانان خود را در زمان دیدن یک فیلم هیجانی بروز ندهند. نتیجه این شد که فعالیت فیزیولوژیکی آن‌ها افزایش پیدا کرد. چندین مطالعه روابط معنی‌داری بین اجتناب تجربی و طیف وسیع مشکلات بالینی را نشان داده‌اند (۱۲).

تلاش برای اجتناب از تجارب، تغییر را با مشکل مواجه می‌کند. پاسخ‌های اجتنابی اغلب از طریق کاهش فوری ناراحتی تقویت منفی می‌شوند. مصرف شدید مواد یکی از مثال‌های بارز فرایند مذکور است. اگر چه سوء مصرف مواد در بلند مدت پیامدهای منفی متعددی دارد، اما اغلب تغییر سریع خلق را در بردارد که لذت‌بخش می‌باشد و استرس را کاهش می‌دهد و بدین ترتیب رفتار مذکور تداوم می‌یابد (۵).

اجتناب تجربی همچنین می‌تواند با جنبه‌های دیگر پاسخ‌های هیجانی که ارزش عملکردی دارد، تداخل پیدا کند. هیجانان، اطلاعات مهمی در مورد تعامل با محیط فراهم می‌کند، به ما می‌گویند که چه موقع نیازهایمان برآورده نمی‌شود، چه موقع تهدیدی وجود دارد، یا چه موقع چیز ارزشمندی را از دست داده‌ایم (۱۳). اجتناب تجربی همچنین واکنش‌های انتقادی نسبت به تجارب درونی را افزایش می‌دهد (۱۰)، چرا که با ماسکه کردن ناراحتی این امکان را از دیگران سلب می‌کند که با هیجانان فرد همدلی کنند یا از تجارب و کشمکش‌های مشابه‌شان صحبت کنند (۹).

### محدودیت رفتاری: شکست در انجام عمل ارزشمند

مدل‌های رفتاری مبتنی بر پذیرش به خصوص روی پیامدهای رفتاری اجتناب تجربی تمرکز دارند که بعضی مواقع، واضح و بعضی مواقع ظریف است. پیامدهای رفتاری یا شامل انجام رفتارهای نامناسبی است که ناراحتی را به طور موقت کاهش می‌دهد (مانند سیگار کشیدن، پرخوری) و یا اجتناب از رفتارهای خاصی به خاطر ترس از ناراحتی هیجانی ناشی از آن رفتارها را در بر می‌گیرد. اجتناب می‌تواند واضح

## اهداف و روش‌های مداخله

بر اساس مطالب بالا، هدف رفتار درمانی‌های مبتنی بر پذیرش عبارت است از: ۱- تغییر روابط افراد با تجارب درونی‌شان، ۲- کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری و ۳- افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند.

تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به علاوه بر تقویت یک رابطه غیر قضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌شود. اصلاح و تقویت خود دلسوزی (مفهومی که با قضاوت‌ها و انتقاد که اغلب مراجع نسبت به افکار و احساساتش دارد، مخالف است)، یک جنبه مهم این درمان‌ها محسوب می‌شود. به گونه‌ای که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت کاهش یابد، چرا که نشان داده شده است که این حالت‌ها ناراحتی را افزایش می‌دهد، انگیزه اجتناب تجربی را فراهم می‌کند و با عملکرد فرد تداخل پیدا می‌کند. در نهایت، این هدف شامل تقویت تجربه افکار، احساسات و حس‌ها همان گونه که به طور طبیعی اتفاق می‌افتد، می‌باشد (۵). چندین مداخله می‌تواند برای تحقق این هدف استفاده شود. آموزش روانی- اجتماعی به مراجعین کمک می‌کند تا ماهیت تجارب درونی‌شان (به خصوص عملکرد هیجانات) و نقشی را که روابط نامناسب با تجارب درونی می‌تواند در تداوم ناراحتی و محدودیت زندگی‌شان داشته باشد، بفهمند. پایش خود (Self-monitoring) می‌تواند به افزایش آگاهی مراجع از تجارب درونی‌اش کمک کند، به خصوص این نکته را بفهمد که تجارب کم و زیاد می‌شود و با موقعیت‌ها و رفتار ارتباط دارد. فهم و درک این مطالب، برای تغییر کافی نیست. بنابراین زمان کافی برای تمرینات تجربی (Experiential practices) اختصاص می‌یابد که راه‌های جدیدی برای ارتباط با تجارب درونی فراهم می‌کند. مراجعین هم در تمرینات ذهن‌آگاهی رسمی (تمرینات طراحی شده مشخص) و هم تمرینات غیر رسمی (استفاده از مهارت‌های کسب شده در زندگی روزمره) هم در داخل و هم در خارج از جلسات درمانی درگیر می‌شوند (۹، ۶، ۵).

در نهایت رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش بر افزایش عمل

ارزشمند تأکید می‌کند (۴). مراجعین، آن دسته از اهداف رفتاری را انتخاب می‌کنند که بیشترین اهمیت یا ارزش را برای آنان دارد. در این درمان‌ها «ارزش» بیش از آن که نوعی قضاوت اخلاقی باشد، اهمیت شخصی یک عمل خاص برای فرد را نشان می‌دهد. این ارزش‌ها می‌تواند شامل بهبود روابط بین فردی، تحصیل، مراقبت از خود، روابط زناشویی و ... باشد. هدف، درگیر شدن در اعمالی است که برای فرد مهم است، اما وی از آن اجتناب می‌کند. مؤلفه‌های مهم این هدف شامل شناسایی و تصریح موضوعات مهم برای مراجع، آوردن آگاهی به لحظاتی که بر اساس این ارزش‌ها اتفاق می‌افتد و اقدام به انجام این ارزش‌ها است. همه روش‌هایی که دو هدف اول را تحقق می‌بخشند، رسیدن به این هدف را نیز عملی می‌کند (۵).

## بحث و نتیجه‌گیری

رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش، مشکلات روانی را به سه علت می‌داند: مشکلات افراد در آگاهی از تجارب درونی‌شان، اجتناب از تجارب ناخوشایند درونی و اجتناب از رفتارها و اعمالی که برای فرد مهم و ارزشمند هستند. کاهش یا آگاهی نادرست افراد از تجارب درونی‌شان، توانایی آن‌ها را در استفاده عملکردی از پاسخ‌های هیجانی‌شان کاهش می‌دهد و باعث می‌شود تا افراد نتوانند رفتارهای متناسبی اعمال کنند یا در فهم ریشه رفتارشان مشکل پیدا می‌کنند. یکی دیگر از مسائلی که می‌تواند اختلالات روانی را در افراد دامن بزند، نوع رابطه‌ای است که با هیجاناتشان برقرار می‌کنند. بیماران، عادت کرده‌اند تا قضاوت‌هایی انتقادگرانه در مورد وجود تجارب ناخوشایند خود داشته باشند و تلاش‌های فزاینده‌ای در جهت اجتناب از این تجارب می‌کنند. این تلاش‌های اجتنابی اغلب اثرات متناقضی دارند و هم موضوعات مورد اجتناب (مانند افکار، احساسات یا حس‌های بدنی) را افزایش می‌دهد و هم ناراحتی روان‌شناختی بیشتری را به همراه می‌آورد و با کیفیت زندگی مداخله پیدا می‌کند. دیدگاه منفی از خود و تجارب، ممکن است که انگیزه افراد را برای تغییرات رفتاری

ارزش‌های زندگی‌اش عمل کند. در این راستا به تقویت میزان آگاهی از تجارب درونی و پذیرفتن آن‌ها و عدم قضاوت و واکنش نشان دادن نسبت به تجارب می‌پردازد و به مراجعین کمک می‌کند تا ارزش‌های مهم زندگی خود را بشناسد و برعکس رفتار قبلی خود که اجتناب بوده است، شروع به انجام رفتارهای ارزشمند زندگی خود با وجود افکار، احساسات و حس‌های بدنی ناخوشایند کنند. رفتار درمانی‌های مبتنی بر پذیرش، اثربخشی خود را در حوزه‌های مختلف نشان داده‌اند. با این وجود به دلیل جدید بودن این درمان‌ها، سؤالات زیادی در مورد مکانیسم‌های اختصاصی اثربخشی‌شان وجود دارد که تحقیقات آینده باید درصد پاسخ به آن‌ها برآید. علاوه بر آن، تحقیقات آینده باید اثربخشی این درمان‌های نوظهور در حیطه روان‌شناسی را با درمان‌های پرکاربرد و اثربخش مانند درمان شناختی- رفتاری مقایسه کنند.

یا درگیری کامل با زندگی‌شان کاهش دهد. تلاش‌های اجتناب از تجارب، تغییر را با مشکل مواجه می‌کند، چرا که پاسخ‌های اجتنابی اغلب از طریق کاهش فوری ناراحتی تقویت منفی می‌شوند. مصرف مواد یکی از مثال‌های بارز فرایند مذکور است. اگر چه سوء مصرف مواد در بلند مدت پیامدهای منفی متعددی دارد، اما اغلب تغییر سریع خلق را در بردارد که لذت‌بخش است و استرس را کاهش می‌دهد. بدین ترتیب رفتار مذکور تداوم می‌یابد. اجتناب از تجارب، انجام ندادن رفتارهای خاصی را دامن می‌زند که فرد از آن‌ها می‌ترسد و این خود، زندگی فرد را محدودتر می‌کند و علایم اختلال را نگه می‌دارد.

رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش درصد آن است تا روابط افراد با تجارب درونی‌شان را تغییر دهد، کاهش اجتناب تجربی سفت و سخت را کاهش دهد و با افزایش انعطاف‌پذیری و انتخاب به فرد کمک کند تا بر طبق

## References

1. Ost LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther* 2008; 46(3): 296-321.
2. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy* 2004; 35(4): 639-65.
3. Cardaciotto LA. Assessing Mindfulness: The Development of a Bi-Dimensional Measure of Awareness and Acceptance [Thesis]. Philadelphia, PA: Drexel University; 2005.
4. Hayes SC, Bissett RT, Korn Z, Zettle RD, Rosenfarb IS, Cooper LD, et al. The Impact of Acceptance versus Control Rationales on Pain Tolerance. *The Psychological Record* 1999; 49(1): 33-47.
5. Roemer L, Orsillo SM. An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In: Orsillo SM, Roemer L, Editors. *Acceptance- and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety: Conceptualization and Treatment*. New York, NY: Springer; 2005. p. 213-40.
6. Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM, Mennin DS. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behav Ther* 2009; 40(2): 142-54.
7. Barlow DH. Disorders of emotion. *Psychological Inquiry* 1991; 2(1): 58-71.
8. Borkovec TD, Sharpless B. Generalized anxiety disorder: Bringing cognitive-behavioral therapy into the valued present. In: Hayes SC, Follette VM, Linehan MM, Editors. *Mindfulness And Acceptance: Expanding The Cognitive-behavioral Tradition*. New York, NY: Guilford Press; 2004. p. 209-42.
9. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76(6): 1083-9.
10. Gross JJ, Levenson RW. Emotional suppression: physiology, self-report, and expressive behavior. *J Pers Soc Psychol* 1993; 64(6): 970-86.
11. Levitt JT, Brown TA, Orsillo SM, Barlow DH. The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy* 2004; 35(4): 747-66.

12. Roemer L, Orsillo SM, Roemer L. Mindfulness- And Acceptance-Based Behavioral Therapies in Practice. London, UK: Guilford Press; 2010.
13. Linehan MM. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. London, UK: Guilford Press; 1993.
14. Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69(6): 1061-5.
15. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend* 2002; 67(1): 13-26.
16. Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Antonuccio DO, Piasecki MM, Rasmussen-Hall ML, et al. Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy* 2004; 35(4): 689-705.
17. Gaudio BA, Herbert JD. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: pilot results. *Behav Res Ther* 2006; 44(3): 415-37.
18. Forman EM, Herbert JD, Moitra odif 2007; 31(6): 772-99.
19. Christensen A, Atkins DC, Berns S, Wheeler J, Baucom DH, Simpson LE. Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72(2): 176-91.
20. Christensen A, Atkins DC, Yi J, Baucom DH, George WH. Couple and individual adjustment for 2 years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74(6): 1180-91.



## The third wave of behavior therapy with emphasis on acceptance-based behavior therapy

Fatemeh Zargar<sup>1</sup>, Abolfazl Mohammadi<sup>1</sup>, Abdollah Omid<sup>1</sup>,  
Reza Bagherian- Sararoudi<sup>2</sup>

### Review Article

#### Abstract

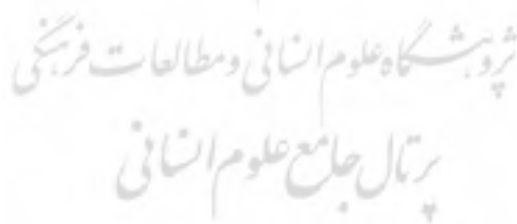
Acceptance-based behavior therapy (ABBT) is a new branch of psychological therapy that used mindfulness-based therapy principles and techniques. Acceptance-based therapies are based on the assumption that psychopathology were trying to control or avoid negative thoughts and emotions. These therapies believed that people with mental impairment have been critical on their emotions and they are judged based on their emotions. Therefore, they try to avoid these emotions and engage in actions to reduce their emotions or escape from them. Avoidance in the three levels of emotional, cognitive and behavioral may play an important role in continuing the psychopathology. ABBTs aim to alter individuals' relationships with their internal experiences, reduce rigid experiential avoidance and increase action in valued directions.

**Keywords:** Third wave of behavior therapy, Acceptance-based behavior therapy, Mindfulness, Avoidance

**Citation:** Zargar F, Mohammadi A, Omid A, Bagherian Sararoudi R. **The third wave of behavior therapy with emphasis on acceptance-based behavior therapy.** J Res Behav Sci 2013; 10(5): 383-90

Received: 20.11.2012

Accepted: 13.01.2013



1- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran  
2- Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: bagherian@med.mui.ac.ir