

رفتاردرمانی‌های عملی  
مبتنی بر توجه‌آگاهی و پذیرش

مقدمه	۷
فصل ۱. مفهوم سازی اختلالات بالینی از دیدگاه رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش	۲۹
فصل ۲. ارزیابی بالینی حوزه‌های مربوطه	۵۵
فصل ۳. فرمول‌بندی موردی و طرح درمانی	۸۱
فصل ۴. فراهم آوردن مقدمات درمان	۹۷
فصل ۵. ارائه مدل رفتاری مبتنی بر پذیرش مربوط به کارکرد انسانی به مراجع	۱۲۳
فصل ۶. راهبردهای مبتنی بر توجه‌آگاهی و پذیرش	۱۶۷
فصل ۷. آماده‌سازی مقدمات تغییر رفتاری	۲۰۳
فصل ۸. جمع‌بندی	۲۳۹
فصل ۹. ارزیابی پیشرفت، پیشگیری از عود و خاتمه دادن به درمان	۲۵۷
فصل ۱۰. تلفیق سایر مداخلات مبتنی بر شواهد با رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش	۲۸۵
فصل ۱۱. ملاحظات فرهنگی در رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش	۳۰۵
منابع	۳۲۵
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۳۳۹
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۳۴۱
درباره نویسنده	۳۴۳



هدف از نوشتن این کتاب، این است که چارچوب و دستورالعمل‌هایی مفید به‌منظور اجرای روان‌درمانی برای متخصصان بالینی و متخصصانی که در حال آموزش دیدن هستند، فراهم آوریم تا بدین طریق بتوانند رویکردهای رفتاری مبتنی بر توجه‌آگاهی و پذیرش را برای مراجعانی که مشکلات بالینی متنوعی دارند، استفاده کنند. این کتاب با کتاب‌های پروتکل درمانی معمول از این نظر تفاوت دارد که در این کتاب پروتکل استاندارد شده‌ای ارائه نمی‌کنیم و روی یک نوع رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش متمرکز نیست، بلکه در حال توسعه یک درمان دارای راهنما برای مراجعانی هستیم که تشخیص اصلی آنها اختلال اضطراب فراگیر است (و همچنین چند اختلال همایند دیگر؛ روئمر و اورسیلو، ۲۰۰۷؛ روئمر، اورسیلو، و سالترس - پدنولت، در مطبوعات)، به این نکته پی‌بردییم که تلفیق اصول چند مداخله‌ای مبتنی بر شواهد که بر پذیرش و توجه‌آگاهی تأکید دارند، همراه با سایر مداخلات شناختی و رفتاری که از حمایت تجربی گسترده‌ای برخوردار هستند، مفید است (به‌عنوان مثال، درمان پذیرش و تعهد (ACT): هیز، استروساهل و ویلسون، ۱۹۹۹؛ رفتاردرمانی دیالکتیکی<sup>۱</sup> (DBT): لینهان، ۱۹۹۳؛ شناخت درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی<sup>۲</sup> (MBCT): سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲). در اینجا به‌منظور شرح اینکه چگونه برای مشکلات بالینی هر فرد مفهوم‌سازی رفتاری مبتنی بر پذیرش خاص او را فراهم آوریم، از رویکرد مشابهی استفاده می‌کنیم و به‌صورت انعطاف‌پذیری مؤلفه‌های محوری این مداخلات (که از زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی<sup>۳</sup> (IBCT) جاکوبسون و کریستنسن، ۱۹۹۶؛ و پیشگیری از عود مبتنی بر توجه‌آگاهی<sup>۴</sup> (MBRP): ویتکی ویتز، مارلات، و واکر، ۲۰۰۵، هم اقتباس شده است) را برای درمان مراجعانی که چند مشکل بالینی دارند، اعمال می‌کنیم. رویکرد ما شبیه موضعی است که ممکن است در مفهوم‌سازی و درمان یک مورد رفتاردرمانی شناختی از آن استفاده شود، یعنی اقتباس از چند بسته درمانی که از حمایت تجربی برخوردار هستند و اعمال کردن این روش‌ها به‌نحو انعطاف‌پذیری که پاسخگوی نیازهای شخصی یک مراجع خاص باشد.

---

1. dialectical behavior therapy
2. mindfulness-based cognitive therapy
3. behavioral couple therapy
4. mindfulness-based relapse prevention

منابع ارزشمند بسیار زیادی در این حوزه به تفکر ما شکل داده و از نظر اطلاعاتی، آن را پرورش داده است. به احتمال زیاد نتوانسته‌ایم به درستی یا به شایستگی تمام این منابع را اعلام کنیم، با این وجود نهایت تلاش خود را کرده‌ایم تا برای پیشنهادات خاصی که ارائه دادیم، نزدیک‌ترین منبع را نیز ذکر کنیم. یکی از هیجان‌انگیزترین جنبه‌های کار درمان این است که ایده‌هایی از بافت‌های بسیار متفاوتی می‌تواند با هم آمیخته شده و همپوشانی داشته باشد. در نتیجه، اگرچه کار ما به‌طور مستقیم از روان‌شناسان بالینی شناختی و رفتارگرا تأثیر گرفته است (به‌عنوان مثال دیوید اچ. بارلو، توماس دی. بورکووک، اندرو کریستنسن، استیون سی. هیز، ریچارد جی. همبرگ، نیل اس. جاکویسون، مارشا ام. لینهان، برت تی. لیتز، جی. الن مارلات، زیندل وی. سگال، جان دی. تیزدل و جی. مارک جی. ویلیامز)، اما از آثار روان‌شناسان تجربه‌گرا (به‌عنوان مثال، لسلی اس. گرینبرگ) و یکپارچه‌نگر (به‌عنوان مثال، داگلاس اس. منین) و همچنین نوشته‌های روان‌شناختی و بودایی در زمینه توجه‌آگاهی (به‌عنوان مثال، پما چودرون، روان‌شناسان مؤسسه مراقبه و روان‌درمانی، جان کابات-زین و شارون سالزبرگ) نیز مطالبی را اقتباس کردیم و به احتمال زیاد به‌طور ضمنی از سایر منابعی که نمی‌شناسیم (از جمله روان‌شناسان رابطه‌گرا مانند پال واپل) هم استفاده کرده‌ایم.

## تعریف رویکرد

وقتی از اصطلاح توجه‌آگاهی استفاده می‌کنیم، منظورمان "آگاهی بی‌قید و شرط، لحظه‌به‌لحظه و غیرقضاوت‌گرایانه" است (کابات-زین، ۲۰۰۵، ص. ۲۴). این سازه از آداب و رسوم بودایی گرفته شده است، اما در اینجا از آن در بافت سکولار استفاده شده است و به توانایی توجه به هر آنچه که در لحظه حال چه به صورت درونی یا بیرونی روی می‌دهد، اشاره دارد، بدون اینکه شخص با قضاوت یا آرزوی اینکه کاش امور به گونه‌ای دیگری بود، درگیر یا "اسیر" آن لحظه شود. وقتی توجه‌آگاهی در روان‌درمانی استفاده می‌شود، اغلب تأکید روی آگاهی هشیارانه نسبت به تجربه درونی است. یعنی، به مراجعان خود کمک می‌کنیم تا افت‌وخیز افکار و احساسات‌شان را مشاهده کنند و در عین حال به مواردی که برای‌شان بسیار ارزشمند است، نچسبند یا از مواردی که برای‌شان دردناک است، دوری نکنند. این پرورش توجه‌آگاهی برای ما نقش درمانی دارد، زیرا به پذیرش تجربه درونی کمک می‌کند و اجتناب را کاهش می‌دهد. همان‌طور که در فصل ۱ بحث می‌کنیم، اجتناب تجربه‌ای یا اجتناب از تجربیات درونی از جمله افکار، هیجانات، تصورات و احساسات فیزیولوژیکی ممکن است باعث وخیم شدن طیف گسترده‌ای از اختلالات بالینی یا تداوم بخشیدن به آنها شود. پذیرش ممکن است به کاهش این مشکلات کمک کند. اگرچه گاهی اصطلاح توجه‌آگاهی، به‌طور خاص، به درمان‌هایی اشاره

می‌کند که تمرین‌های طولانی‌مدت نشستنی مراقبه (از قبیل کاهش استرس مبتنی بر توجه‌آگاهی<sup>۱</sup> (MBSR)) را دربردارد، اما همان‌طور که در فصل ۶ بحث شده است، برای طیف گسترده‌ای از روش‌های رسمی و غیررسمی از آن استفاده می‌کنیم.

در این کتاب از اصطلاح رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش<sup>۲</sup> (ABBTs) و رفتاردرمانی‌های مبتنی بر توجه‌آگاهی و پذیرش<sup>۳</sup> برای تعریف گسترده‌ای از رویکردهایی استفاده می‌کنیم که به‌صراحت روی تغییر روابط مراجعان و اجتناب از تجربیات درونی به‌عنوان یک مکانیسم محوری تغییرات درمانی تأکید دارند. بحث‌های زیادی در مورد چگونگی طبقه‌بندی این رویکردها وجود دارد. اینکه آیا این رویکردها جدید هستند یا فقط نسخه‌ دیگری از رویکردهای شناختی رفتاری سنتی هستند، اینکه آیا رویکردهای خاص به‌طور معناداری مشابه یا متمایز هستند، سؤال محوری تری است که شاید تازه باید به‌صورت تجربی شروع به بررسی آن کرد و اینکه آیا فرایندهای پذیرش و توجه‌آگاهی در تغییرات درمانی نقش واسطه‌ای دارد یا خیر. ادبیات تجربی تا به امروز پاسخ روشنی برای این سؤالات ارائه نکرده است. درمان‌های رفتاری و شناختی به‌صورت معناداری تکامل یافته‌اند، این رویکردها از لحاظ کاربردی تنوع بسیار زیادی دارند که ممکن است کاربرد بالینی آنها معنادار باشد یا نباشد. فکر می‌کنیم که رویکردهای رفتاری مبتنی بر پذیرش وجه اشتراک زیادی با درمان‌های گوناگون رفتاری و شناختی دارند و بسیاری از عناصر این درمان‌ها، افراد را به‌وضوح یا به‌طور ضمنی به سمت پذیرش تجربه‌های درونی ترغیب می‌کند (به‌عنوان مثال، مداخلات مبتنی بر مواجهه بر این امر تأکید دارند که از علائم اضطرابی اجتناب نشود؛ برای بحث گسترده‌تر در مورد همپوشانی بین رویکردها و پتانسیل تلفیق آنها به فصل ۱۰ مراجعه کنید). آنچه که ممکن است در ABBTs منحصربه‌فرد و معنادار باشد، تمرکز مداوم، صریح و محوری بر هدف قرار دادن ماهیت رابطه مراجعان با تجربیات درونی و راهبردهای طراحی شده برای انجام این کار است. این تأکید صریح می‌تواند برای تسهیل این تغییر، شیوه کارآمدتر و قدرتمندتری باشد. با این وجود، برای حمایت از این فرض به پژوهش‌های بیشتری نیاز است. علاوه بر این، تمرکز صریح در افزایش توانایی مراجع برای داشتن زندگی معنادار و ارزشمند جنبه منحصربه‌فرد رویکردهایی است که به‌طور مستقیم کیفیت زندگی را هدف قرار می‌دهند، با این وجود، این ادعا هنوز از حمایت تجربی برخوردار نیست، چرا که پژوهش‌های این حوزه در مراحل ابتدایی قرار دارند. بنابراین، به‌جای اینکه ادعا کنیم ABBTها قدیمی هستند یا جدید، باتوجه به پژوهش‌ها و تجربیات بالینی، نظر خود را در این مورد ارائه می‌کنیم که چگونه می‌توان از این رویکردها به‌صورت مؤثری استفاده کرد.

---

1. mindfulness-based stress reduction  
 2. acceptance-based behavioral therapies  
 3. mindfulness- and acceptance-based behavioral therapies

نگران این هستیم که بحث‌ها در مورد اینکه آیا ABBT‌ها چیز جدیدی را اضافه می‌کند به حدی افراطی شود که بنیادهای رفتاری قوی را که نقش محوری در ABBT‌ها دارد، متزلزل کند یا اینکه دامنه رویکردها را به شناخت‌های فرد که مشخصه درمان‌های شناختی رفتاری (CBT) است، تقلیل دهد. به نظر ما، رویکردهای رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش در درمان، مانند ACT و DBT بخشی از سیر تکاملی سنت CBT است و چیزی مجزا از آن نیستند. به این ترتیب، این رویکردها با رویکردهای CBT وجه اشتراک بسیاری دارند و در عین حال تفاوت‌هایی نیز وجود دارد که می‌تواند از نظر بالینی حائز اهمیت باشد.

نامگذاری رویکردها همیشه مشکل‌آفرین است. اسم یک رویکرد باید به نحوی انتخاب شود که شباهت رویکردهایی را که نام مشابه دارند، برجسته کند و تفاوت‌های بین آنها را کم‌اهمیت جلوه دهد و در عین حال باید تفاوت‌ها را در درمان‌هایی که نامگذاری متفاوتی دارند، به حداکثر رسانده و شباهت‌های بین آنها را کم‌اهمیت جلوه دهد. ما نقش عناصر مبتنی بر پذیرش را برجسته می‌کنیم (که اغلب از طریق انواع مختلفی از روش‌های توجه‌آگاهی پرورش می‌یابند) و در توصیف رویکرد درمانی خود، بر عمل یا رفتار تأکید می‌کنیم، اما قرار نیست که این تمرکز، رابطه رویکردهای مبتنی بر پذیرش را نسبت به جنبه‌های شناخت‌درمانی نادیده بگیرد یا پنهان کند (از جمله روند توجه به افکار، مشاهده افکار به عنوان چیزی که به‌طور قطعی درست نیست و ایجاد رابطه انعطاف‌پذیرتری با افکار شخص). فکر می‌کنیم اصطلاح شناختی، که در گفتمان متداول روان‌درمانی به کار می‌رود با تلاش برای تغییر افکار ارتباط محدودی دارد که این امر می‌تواند با برخی از رویکردهایی که اینجا شرح داده شده، متفاوت باشد؛ به همین دلیل از لغت "شناختی" در عنوان این درمان‌ها استفاده نمی‌کنیم. با این وجود، بسیاری از راهبردهای شناختی می‌تواند تغییراتی ایجاد کند که در این کتاب به عنوان تغییرات درمانی از آن یاد کردیم. همچنین تصور می‌شود که جنبه‌های شناختی، جنبه رفتاری درمان شناختی- رفتاری را در حوزه‌های زیادی تحت الشعاع قرار می‌دهد؛ چون فکر می‌کنیم تجربه و رفتار در این رویکردهای درمانی نقش اساسی دارند، اصطلاح رفتار را حفظ کردیم.<sup>۱</sup> باینکه از واژه‌های "رابطه‌ای" یا "بین‌فردی" در عنوان خود استفاده نکردیم، اما رابطه درمانی و همچنین سایر روابط زندگی مراجع را به عنوان منابع مهمی در تغییرات درمانی مدنظر داریم. علاوه بر این، اگرچه فکر می‌کنیم که مشترکات مهمی بین رویکردهایی که تحت عنوان ABBTs دسته‌بندی کردیم وجود دارد، اما نمی‌خواهیم از جنبه‌های خاص هر رویکرد (ACT, DBT و غیره) که مؤلفان این روش‌ها روی آن تأکید دارند، کم کنیم. اینها ممکن است عناصر مهم تغییر باشند.

۱. این تأکید بر تجربه نیز در تمام توصیفات و تظاهرات MBCT مشهود است که نشان می‌دهد چطور انتخاب نام، در این مورد ما، می‌تواند بیانگر تفاوت‌های نادرستی باشد.

عمل ارزشمند (هیز، استروساهل و ویلسون، ۱۹۹۹)، مؤلفه محوری ACT را بخش بسیار مهمی از کارمان در راستای جهت‌گیری رفتاری مبتنی بر پذیرش تلقی می‌کنیم. همسو با رفتاردرمانی در حالت کلی، عمل ارزشمند بر تغییر رفتاری به عنوان بخشی از درمان تأکید دارد، اما مراجعین، اهداف رفتاری را با پیوند دادن آن به چیزی که بیشتر از همه برایشان اهمیت دارد یا چیزی که برای آن ارزش قائل هستند، انتخاب می‌کنند. ارزش در اینجا به معنای اهمیت شخصی به جای قضاوت اخلاقی اشاره دارد. همان‌طور که در فصل ۷ و ۸ شرح خواهیم داد، درمان می‌تواند به کشف شیوه‌هایی کمک کند که مراجعان تمایل دارند در روابط، مدرسه یا محل کار و موقع مراقبت از خودشان یا مشارکت در جامعه به آن صورت عمل کنند. سپس درمان کمک می‌کند تا موانعی را که باعث می‌شود فرد نتواند به نحوی رفتار کند که با آن ارزش‌ها همسو باشد، برطرف کند.

همچنین پرورش ویژگی خودشفقتی<sup>۱</sup> (که در تقابل با قضاوت و انتقاد است و اغلب در پاسخ به افکار و احساسات خود مراجعان به وجود می‌آید) را مؤلفه مهمی در این درمان‌ها می‌دانیم. مراجعان تشویق می‌شوند تا مهربانی را پرورش دهند و برای تجربه خودشان اهمیت قائل شوند، هرگونه فکر، احساس یا حسی که در آنها به وجود می‌آید را به عنوان بخشی از تجربیات انسان در نظر بگیرند، نه اینکه به عنوان نشانه‌ای از آسیب‌شناسی، ضعف یا محدودیت‌های شان. این روند را به تفصیل بیشتر در فصل ۶ شرح خواهیم داد.

## وضعیت فعلی حمایت تجربی از رفتاردرمانی‌های مبتنی بر توجه‌آگاهی و پذیرش

این حوزه هنوز در مراحل اولیه بررسی کارایی، اثربخشی و مکانیسم‌های زیربنایی این رویکردهای درمانی است. همزمان با نوشتن این کتاب، چندین کارآزمایی<sup>۲</sup> در حال انجام است که به ما کمک خواهد کرد تا تعیین کنیم که این رویکردها برای چه اختلالاتی کارآمدی بیشتری دارد، استفاده از راهبردهای مبتنی بر توجه‌آگاهی یا پذیرش به‌عنوان مکمل سایر رویکردهای درمانی برای چه اختلالاتی اثربخشی بیشتری دارد و آیا تظاهرات بالینی وجود دارد که رویکردهای توجه‌آگاهی و پذیرش در آنها، منع استفاده داشته باشد. اگرچه بررسی گسترده این ادبیات فراتر از حیطه این کتاب است (و به سرعت منسوخ خواهد شد)، اما می‌خواهیم به بررسی اجمالی وضعیت حمایت تجربی آن بپردازیم تا برای استفاده از رویکردهایی که در این کتاب شرح می‌دهیم، دستورالعمل‌هایی ارائه دهیم.

1. self-compassion

۲. کارآزمایی بالینی، مطالعه‌ای آینده‌نگر است که برای مقایسه اثرات و ارزش یک مداخله (یا مداخله‌ها) در نمونه‌های انسانی در مقایسه با گروه شاهد انجام می‌شود.



کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده تنها روش تعیین کارآمدی رویکردهای درمانی است. بدین طریق که شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی برای دریافت روش درمانی مورد بررسی تعیین می‌شوند یا در یک شرایط مقایسه‌ای قرار می‌گیرند (که می‌تواند درمان با تأخیر، درمان معمول یا روش درمانی فعال خاص دیگری باشد) و نتایج حاصل از آن، ارزیابی می‌شود که ببینیم آیا درمان مورد بحث با بهبود قابل‌اعتمادی در نتایج بالینی مربوطه، رابطه‌ای نشان داده است یا خیر. در صورتی که شرایط کنترل فعال وجود نداشته باشد، این طرح‌ها تنها می‌توانند به ما بگویند که این نوع درمان بهتر از هیچ است، نه اینکه بتوانیم بگوییم این مداخله کارایی دارد. در جداول ۱.۵-۱.۱ خلاصه‌ای از مطالعاتی را ارائه می‌کنیم که به بررسی کارآمدی درمان‌های رفتاری مبتنی بر توجه‌آگاهی و پذیرش در اختلالات بالینی می‌پردازد. مطالعات شرکت‌کنندگانی که اختلالات غیربالینی داشتند یا شرکت‌کنندگانی را که بیشتر از اختلالات روان‌شناختی، دارای مشکلات طبی بودند، حذف کردیم، اما آن کارآزمایی‌ها در درک ما نسبت به کاربرد بالقوه این رویکردها در ارتقا سلامت روان نیز مؤثر هستند.<sup>۱</sup> باز هم متذکر می‌شویم که این مرور کلی، به بررسی انتقادی و گسترده‌ای نمی‌پردازد. به‌منظور اینکه ارائه روشنی داشته باشیم، بسیاری از جزئیات روش‌شناسی مهم (مانند خارج شدن از مطالعه، ابزارهای خاصی که استفاده شده و شاخص‌های روایی و پایایی) را حذف می‌کنیم.

به نظر می‌رسد که این رویکردهای درمانی در درمان اختلالات اضطراب و افسردگی نتایج خوبی در پی داشتند (جدول ۱.۱ را مشاهده کنید)؛ با این وجود، ملاحظات بسیاری را باید مدنظر داشت. درحالی‌که مطالعه‌ای نشان داد که ABBT (ACT) در درمان تعداد زیادی از مراجعان یک مرکز مشاوره با شناخت‌درمانی (CT) (فورمن، هربرت، مویترا، یئومنز و گلر، ۲۰۰۷) قابل‌مقایسه بود، اما مطالعه دیگری نشان داد گروه‌درمانی شناختی- رفتاری که به‌طور ویژه‌ای روی اختلال اضطراب اجتماعی متمرکز بود، در مقایسه با مداخله توجه‌آگاهی کلی (MBSR)، اثربخشی بیشتری در درمان علائم اضطراب اجتماعی داشت، با این وجود هر دو رویکرد باعث بهبود در عملکرد شدند (کوزیتسکی بنگر، اشلیک و بردون، ۲۰۰۷).

۱. به‌عنوان مثال جین و همکاران (۲۰۰۷) دریافتند دانشجویانی که به صورت تصادفی در وضعیت مراقبه ذهن‌آگاهی قرار گرفتند، در مقایسه با دانشجویانی که یا در وضعیت آرمیدگی جسمی بودند یا در گروه کنترل قرار داشتند، به صورت معناداری کمتر توجه برگردانی و نشخوار ذهنی را گزارش کردند. این امر نشان می‌دهد درمانی که فقط از ذهن‌آگاهی استفاده کند، می‌تواند تأثیر زیادی در علائم بالینی مربوطه داشته باشد.

جدول ۱.۱ کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده که به بررسی درمان‌های رفتاری مبتنی بر توجه آگاهی و پذیرش در اختلالات اضطرابی و افسردگی پرداخته است.

منبع	مشکل فعلی	تعداد مراجعان	ترکیب قومی/انژادی	درمان	مقایسه	تعداد جلسات/ نوع	یافته‌ها/ محدودیت‌ها
وودز، ورتنک و فلیسبر (۲۰۰۶)	تریکوتیلومایا (وسواس کندن مو)	۲۵ ب	۹۶٫۴٪ سفیدپوست	ACT به‌علاوه آموزش معکوس سازی عادت	لیست انتظار	۱۰ انفرادی	<ul style="list-style-type: none"> <li>کاهش موافقت با اضطراب و اجتناب تجربه‌ای بعد از ACT، بیشتر از لیست انتظار کاهش یافت</li> <li>نتایج عموماً در پیگیری ۳ ماهه حفظ شدند، بااین وجود در یک مقیاس افزایش داشت</li> <li>ارزیابی تشخیصی در مرحله نهایی صورت نگرفت</li> <li>با درمان فعال مقایسه نشد</li> <li>این درمان شامل یک در مان مؤثر بود و نتایج می‌تواند به‌خاطر وجود آن باشد</li> </ul>
کوزیتسکی و همکاران (۲۰۰۷)	اختلال اضطراب اجتماعی (SAD)	۵۳ ج	گزارش نشد	MBSR	گروه درمانی شناختی-رفتاری (CBGT)	MBSR=8 کناره‌گیری در کل روز ۱۲CBGT= گروه	<ul style="list-style-type: none"> <li>در CBGT در مقایسه با MBSR بهبود بیشتری در علائم SAD بهبودی که متخصص امتیازبندی کرده بود مشاهده شد، بااین وجود در هردو روش، اوضاع بهبود یافت</li> <li>کاهش قابل‌مقایسه معنادر بالینی در گزارش افسردگی و ناتوانی، و بهبود در کیفیت زندگی</li> <li>نرخ پاسخ به درمان در CBGT بیشتر از MBSR (۶۶٫۷٪ در برابر ۲۸٫۵٪) بود</li> <li>ارزیابی‌های پیگیری صورت نگرفت</li> <li>ارزیابی تشخیصی در مرحله نهایی صورت نگرفت</li> <li>میزان پایبندی به پروتکل یا صلاحیت گزارش نشده</li> <li>MBSR توسط شخص غیرفردای انجام شد؛ محتوای مختص به اضطراب اجتماعی وجود نداشت</li> </ul>

جدول ۱-۱ کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده که به بررسی درمان‌های رفتاری مبتنی بر توجه‌آگاهی و پذیرش در اختلالات اضطرابی و افسردگی پرداخته است (ادامه)

منبع	مشکل فعلی	تعداد مراجعان	ترکیب قومی/نژادی	درمان	مقایسه	تعداد جلسات/ نوع	یافته‌ها/ محدودیت‌ها
رومن و همکاران (در مطبوعات)	اختلال اضطراب فراگیر (GAD)	۳۱ ج	۸۷٪ سفیدپوست	ABBT برای GAD	لیست انتظار	۱۶ انفرادی	<ul style="list-style-type: none"> <li>در ABBT در مقایسه با گروه کنترل بهبود بیشتری در علائم، وضعیت تشخیصی، کیفیت زندگی و مکانیسم‌های پیشنهادی در جهت تغییر مشاهده شد</li> <li>۷۵٪ از کسانی که درمان شدند وضعیت عملکردی نهایی بالایی داشتند</li> <li>بهبود پس از ۹ ماه پیگیری حفظ شد</li> <li>با درمان فعالی مقایسه نشده است</li> <li>در هر دو گروه هم سندرم‌ها به‌صورت مشابهی کاهش یافت و هم میزان عملکرد آنها براساس ارزیابی متخصص بهبود یافت</li> <li>علائم افسردگی ۶۳٪ علائم اضطراب ۵۵٪ درصد، و عملکرد ۴۸٫۳٪ بهبود یافت</li> <li>عدم انجام ارزیابی تشخیصی در نتایج</li> <li>عدم استفاده از کتابچه راهنما، با این حال تبعیت و صلاحیت آنها خوب ارزیابی شد</li> <li>تمام گروه‌ها بهبود مشابهی را در علائم افسردگی در مرحله بعد و ۲ ماه پیگیری تجربه کردند</li> <li>ارزیابی تشخیصی صورت نگرفت</li> <li>ارزیابی صلاحیت صورت نگرفت؛ نمی‌دانیم که آیا گروه کنترل با صلاحیت اداره شده است یا خیر</li> </ul>
فرمن و همکاران (۲۰۰۷)	مراجعات مرکز مشاوره (۳۳٪)؛ اختلال افسردگی، ۳۱٫۹٪ اختلال اضطراب)	۱۰۱ ج	۶۴٪ سفیدپوست ۱۳٪ سیاه‌پوست ۱۱٪ آسیایی ۳٪ لاتین	ACT	گروه کنترل	۱۵ انفرادی	<ul style="list-style-type: none"> <li>زنانی که سطوح متوسط تا شدید افسردگی را بر اساس مقیاس افسردگی بک، مقیاس MMPI و همپتون گزارش کرده بودند</li> </ul>
زتل و رینز (۱۹۸۹)	زنانی که سطوح متوسط تا شدید افسردگی را بر اساس مقیاس افسردگی بک، مقیاس MMPI و همپتون گزارش کرده بودند	۳۱ ب	گزارش نشده	فاصله‌گیری جامع (نسخه اولیه ACT)	گروه کنترل (دو گروه مختلف)	۱۲ گروه	<ul style="list-style-type: none"> <li>گروه کنترل با صلاحیت اداره شده است یا خیر</li> </ul>

جدول ۱-۱ کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده که به بررسی درمان‌های رفتاری مبتنی بر توجه آگاهی و پذیرش در اختلالات اضطرابی و افسردگی پرداخته است (ادامه)

منبع	مشکل فعلی	تعداد مراجعان	ترکیب قومی/نژادی	درمان	مقایسه	تعداد جلسات/ نوع	یافته‌ها/ محدودیت‌ها
تیزدل و همکاران (۲۰۰۰)	مراجعاتی که افسردگی عودکننده داشتند و بهبود یافته بودند	۱۴۵ ج	۹۷٪ سفیدپوست	MBCT	درمان معمول (TAU)	۸ گروه	<ul style="list-style-type: none"> <li>در درمان با MBCT در مقایسه با TAU در شرکت‌کنندگانی که ۳ دوره افسردگی یا بیشتر داشتند کمتر احتمال داشت که دوباره افسردگی‌شان عود کند (۴۰٪ در برابر ۶۶٪ در طول ۱۲۰ هفته دوره مطالعه)</li> <li>شرکت‌کنندگانی که فقط ۲ دوره پیشین داشتند از نظر موقعیتی تفاوتی نداشتند</li> <li>میزان تماس درمانی متعادل نبود</li> </ul>
ما و تیزدل (۲۰۰۴)	مراجعاتی که افسردگی عودکننده داشتند و افسردگی آنها عود کرده بود یا فروکش یافته بود	۷۵ ج	۱۰۰٪ سفیدپوست	MBCT	درمان معمول	۸ گروه	<ul style="list-style-type: none"> <li>در MBCT در مقایسه با وضعیت درمان معمول ۳ (۲۶٪) در برابر ۷ (۷۷٪) مراجعاتی که تجربه ۳ دوره یا دوره‌های بیشتری از افسردگی اساسی داشتند کمتر احتمال داشت که سال بعد از درمان عود را تجربه کنند</li> <li>شرکت‌کنندگانی که قبلاً فقط ۲ دوره داشتند، وضعیت متفاوتی نداشتند</li> <li>میزان تماس درمانی متعادل نبود</li> </ul>

جدول ۱.۱. کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده که به بررسی درمان‌های رفتاری مبتنی بر توجه‌آگاهی و پذیرش در اختلالات اضطرابی و افسردگی پرداخته است (ادامه)

منبع	مشکل فعلی	تعداد مراجعان	ترکیب قومی/نژادی	درمان	مقایسه	تعداد جلسات/ نوع	یافته‌ها/ محدودیت‌ها
لیچ و همکاران (۲۰۰۳)	افراد مسنی که اختلال افسردگی اساسی داشتند	۳۴ ب	۸۵٪ سفیدپوست، ۹٪ آفریقایی، ۶٪ اسپانیایی آمریکایی	دارو (MED) + DBT اصلاح‌شده	دارو	۲۸ گروه مهارت‌ها + تمرین‌های تلفنی، غیر انفرادی	<ul style="list-style-type: none"> <li>با توجه به مقیاس افسردگی بک، علامت افسردگی فقط در وضعیت دارو + DBT کاهش یافت</li> <li>شرکت‌کنندگان بیشتری در پیگیری ۶ ماهه در DBT + دارو (۷۵٪) در مقایسه با استفاده از دارو به‌تنهایی (۳۱٪) بهبود یافتند</li> <li>بسیاری از سایر مقایسه‌ها تفاوت معناداری را بین گروه‌ها نشان نداد، اما این امر ممکن است به‌خاطر کوچک بودن گروه باشد</li> <li>ارزیابی در مورد نتایج صورت نگرفت</li> <li>میزان تماس درمانی متعادل نبود</li> </ul>
لیچ و همکاران (۲۰۰۷)	افراد مسن با نمرات افسردگی بالا؛ حداقل یک اختلال شخصیت	۳۵ ب	۸۵٫۷٪ سفیدپوست	دارو + DBT	دارو	۲۴ گروهی و انفرادی	<ul style="list-style-type: none"> <li>هر دو گروه بهبود مشابهی را در افسردگی گزارش کردند</li> <li>دارو + DBT با کاهش بیشتری در حساسیت بین فردی و خشونت بین فردی مرتبط بود تا استفاده از دارو به‌تنهایی، و این نتیجه در پیگیری حفظ شد</li> <li>عدم وجود ارزیابی تشخیصی افسردگی</li> <li>میزان تماس درمانی متعادل نبود</li> <li>DBT برای افراد افسرده مسن انطباق نیافته بود؛ انطباق می‌توانست نتایج را بهبود بخشد</li> </ul>

(الف) تمام تفاوت‌هایی که گزارش شده بود تأثیرات آماری مختلفی را منعکس کردند، مگر آنکه خلاف آن ذکر شده باشد.  
 (ب) نمونه یا داده‌های ارزیابی کامل که تجربه و تحلیل روی آن انجام شد.  
 (ج) نمونه‌ای که قصد در مان داشتند و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

اگرچه هنوز ABBT با مداخلهٔ فعالی مقایسه نشده است، اما در مورد اضطراب فراگیر که راهبردهای رفتاری و مختص اختلال را ادغام می‌کند، امیدوارکننده است (روئمر، اورسیلو و سالتز-پدنولت، در مطبوعات). باینکه ABBT (MBCT) تأثیر قابل توجهی در کاهش عود افرادی داشت که در حال بهبود از افسردگی عودکننده بودند (با سه یا چند اپیزود قبلی - ما و تیزدل، ۲۰۰۴؛ تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰)، اما هنوز کارایی آن را روی افراد دارای علائم<sup>۱</sup> نمی‌دانیم و به نظر نمی‌رسد روی افرادی که فقط دو اپیزود قبلی داشتند، نیز مفید باشد. از سوی دیگر، به نظر می‌رسد که DBT در کاهش علائم افسردگی در افراد مسن مبتلا به اختلال خلقی فعلی که اختلال شخصیتی ندارند، مفید باشد (لینچ، مورس، مندلسون و رابینز، ۲۰۰۳). به نظر می‌رسد که یکی از نسخه‌های اولیه ACT در درمان زنان مبتلا به افسردگی با CT قابل مقایسه باشد (زتل و رینز، ۱۹۸۹)، اما فقدان ارزیابی‌های مستقل در زمینهٔ صلاحیت کسانی که CT را انجام داده بودند و محدودیت در ارزیابی‌های تشخیصی باعث شد که نتوانیم نتیجه‌گیری قدرتمندی از این مطالعه داشته باشیم. پیشنهاد می‌کنیم که متخصصان در درمان اختلالات اضطراب و افسردگی از ادبیات مبتنی بر شواهد، استفاده کنند. درمان حداقل باید شامل برخی محتوای مختص اختلال، مانند آموزش روانی در مورد افسردگی و اضطراب باشد (در فصل ۵ بحث خواهیم کرد). با این پیشنهاد تیزدل، سگال و ویلیامز (۲۰۰۳) موافق هستیم که می‌گویند کاربردهای این درمان‌ها باید بر پایهٔ صورت‌بندی روشنی از ارتباط آنها با مشکلات خاص فعلی مراجعان باشد. علاوه‌براین، با توجه به داده‌های مربوط به کارایی قدرتمند رفتاردرمانی‌ها، پیشنهاد می‌کنیم که راهبردهای رفتاری با تمام رویکردهای مبتنی بر توجه‌آگاهی ادغام شود. راهبردهای درمانی از قبیل مواجهه‌انگیزی برای اختلالات پانیک، مواجهه‌های اجتماعی برای اختلال اضطراب اجتماعی و فعال‌سازی رفتاری (CT) برای علائم فعال افسردگی باید بخشی از طرح درمانی اولیه باشد. این راهبردها را با مدل رفتاری مبتنی بر پذیرش (که به‌طور اختصاصی در فصل ۱۰ بحث شده) تلفیق می‌کنیم. پیشرفت باید به‌طور مداوم تحت نظارت باشد و اگر این راهکارها پاسخ نداد، باید راهبردهای مبتنی بر توجه‌آگاهی و پذیرش تلفیق شود. علاوه‌براین، مراجعانی که از مداخلات مبتنی بر مواجهه امتناع می‌کنند، ممکن است برای رویکرد رفتاری مبتنی بر پذیرش مناسب باشند، چون این امر می‌تواند به آنها کمک کند که برای تمرینات مواجهه‌سازی آماده شوند.

شواهد اولیه نیز از کارآمدی رویکردهای مبتنی بر توجه‌آگاهی و پذیرش در درمان اختلالات وابستگی به مواد و اختلال خوردن حمایت کرده است (اگرچه درمان‌های اختلالات خوردن هنوز با

۱. در یک مطالعهٔ غیرتصادفی این نتیجه به‌دست آمد که MBCT با کاهش معنادار علائم باقیماندهٔ افسردگی در افرادی که دورهٔ افسردگی‌شان فروکش کرده بود ارتباط داشت (کینگستون، دولی، بیس، لاولور و مالون، ۲۰۰۷). درحالی‌که مطالعهٔ دیگری نشان داده افرادی که به افسردگی فعال مقاوم به درمان، مبتلا هستند در گروه MBCT علائم‌شان کاهش یافت، البته از آنجایی که از گروه کنترل در این مطالعه استفاده نشده بود نمی‌توان نتایج علیتی گرفت (کنی، ویلیامز، ۲۰۰۷).