



موج سوم شناخت رفتار درمانی

مترجم:

دکتر مژگان نیکنام

انتشارات تزکیه

۱۳۹۸

فهرست مطالب

پیشگفتار
پیشگفتار مترجم

بخش اول: پیشرفت‌های جدید در سنت رفتار
درمانی
فصل اول:

چشم‌اندازهایی از ذهن آگاهی و پذیرش
روان‌شناسی

۱- تکامل رفتاردرمانی شناختی
اوج‌گیری ذهن آگاهی و پذیرش روان‌شناسی
(هربرت و فورمن)

بیماری تا مرگ (کیرکگارد ۱۸۴۹)
درمان رفتاری شناختی (CBT)
پذیرش و آگاهی در فحوای کلام
تکامل رفتاردرمانی شناختی

فصل دوم

درمان شناختی CT

درمان شناختی CT

تحولات جدید در سنت رفتار درمانی:

پذیرش و تعهد درمان (ACT) و رفتار رفتاری
دیالکتیکی (DBT) کاهش استرس مبتنی بر
ذهنیت (MBSR)

ریشه‌های تاریخی آگاهی و پذیرش روانشناختی
نهادینه‌سازی فکری معاصر پذیرش، آگاهی و
ساختارهای مربوطه
ذهن آگاهی

مقیاس ذهنیت فیلادلفیا (PHLMS)
MBSR، MBCT [درمان شناختی مبتنی بر
ذهن آگاهی
مرکزیت زدایی و گسلش
فراشناخت

درمان شناختی مبتنی بر ذهنیت (MBCT)
پذیرش روانی
مشخصات مدل‌های CBT مبتنی بر پذیرش
تحول رفتار درمانی شناختی
موضوعات برطرف نشده با توجه به
استراتژی‌های تغییر شناختی
اهداف آینده
تحوالات جدید در سنت رفتاردرمانی

بخش دوم: شناخت درمانی

شناخت درمانی
مدل شناختی آسیب‌شناسی روانی و درمان
نظریه شناختی
درمان شناختی

استراتژی‌های ذهن آگاهی و پذیرش در
درمان شناختی
تحولات جدید در سنت رفتار درمانی
مطالعه موردی
تمایزات بین شناخت درمانی و دیگر مدل‌های
رفتار درمانی شناختی
ماهیت و ارزش استراتژی‌های تغییر شناختی
شواهد تجربی تئوری شناختی
محتوای خاص
شواهد تجربی درمان شناختی
بر آیند درمان
فرآیند و مکانیسم‌های درمان
مقیاس نگرش بدکارکردی
درمان شناختی و دارویی
مهار کننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین
(SSRIs)

نتایج
فصل ۳ شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یا
حضور ذهن:

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی
(DSM-IV-TR) انجمن روانپزشکی آمریکا
[APA]

اختلال افسردگی ماژور
مدل رفتاری شناختی سنتی سایکوپاتولوژی و
درمان اختلال افسردگی اصلی MDD

اهداف سنتی درمان شناختی افسردگی
روش‌های فراشناختی برای بررسی و فرآوری
عاطفی

مدل فراشناختی افسردگی
پردازش فراشناختی و افسردگی
تعامل میان زیرسیستم‌های شناختی و استعداد
افسردگی

تعاملات زیرسیستم‌های شناختی (ICS)
فراشناختی و آسیب‌پذیری در برابر افسردگی
آگاهی فراشناختی

تمرکززدایی
سبک توصیفی و انعطاف‌پذیری
پاسخ‌های مفرط
جمع‌بندی فراشناختی
استفاده از مراقبه ذهن آگاهی برای ترویج آگاهی
فراشناختی

کاهش استرس مبتنی بر ذهنیت (MBSR)
درمان شناختی مبتنی بر ذهنیت (MBCT)
مطالعه موردی

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)
برای آزمایش‌های افسردگی پیشگیری از
MDD

درمان طبق معمول (TAU)

درمان حاد آزمایش‌های اختلال افسردگی اساسی
(MDD)

روند و سازوکار آزمایش‌ها

شناخت درمانی (CT)

کاربردهای ذهن‌آگاهی در اختلالات اضطراب

اجرای MBCT

درمان‌های جدید GAD آگاه از روش‌های

ذهن‌آگاهی

خلاصه، سؤالات و اهداف آینده

چگونه ذهن‌آگاهی بر چشم‌انداز آینده‌ی

روان‌شناسی اثر می‌گذارد؟

چگونه ذهن‌آگاهی راه‌ارائه‌ی درمان‌های روانی

اجتماعی را تغییر داد؟

آیا برای حفاظت دائمی در برابر افسردگی،

تمرین ذهن‌آگاهی ضروری است؟

نتیجه‌گیری

فصل ۴: درمان فراشناختی

آپراکسی گفتاری در کودکان (CAS)

نشانگان شناختی توجه (CAS)

ریشه‌های CAS

باورهای مثبت فراشناختی (PMC) و منفی

فراشناختی (NMC)

معماری شناختی، فراشناختی، و هیجانات

ماهیت درمان فراشناختی

زمینه تاریخی MCT:

نقش ذهن آگاهی و پذیرش :

مثال نمونه موردی

ماهیت و ارزش راه کارهای تغییر فراشناختی
پشتیبانی تجربی برای تئوری MCT و درمان

نگرانی و خودخوری یا نشخوار فکری

بازبینی تهدید توجه

مقابله متمرکز بر فراشناخت ناسازگار

باورهای فراشناختی

وضعیت سببی فراشناختی

فراشناخت در برابر شناخت

شواهدی از اثرات درمان

آموزش توجه

مطالعات درمان MCT

شواهد مکانیسم درمانی

اهداف آینده

فصل ۵: طرح‌واره درمانی هیجانی

پلی بر روی آب‌های متلاطم

درمان الگوی هیجانی

درمان زمینه‌ای احساسی (EST)

اختلال وسواس فکری (OCD)

استراتژی‌های تغییر شناختی

نقش فرا آگاهی

الگوهای احساسی، درمان شناختی، و ذهن آگاهی

پژوهش در رابطه با الگوهای هیجانی

مسیرهای پژوهش

فصل ۶: کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی
کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR)

اصلاح دوم

کاربردهای بالینی ذهن آگاهی

مرکز ذهن آگاهی

برنامه‌ی MBSR

ساختار و برنامه آموزشی

عوامل زمینه:

عوامل زمینه

فعالیت و تمرین تجسمی

ذهن آگاهی و دنیای منسجم

نقش ذهن آگاهی و استراتژی‌های پذیرش در

مدل مداخله‌ای

شرح بالینی

ویژگی‌های مجزای MBSR از بعد نظری

درمان شناختی مبتنی بر ذهنی (MBCT)

ماهیت و اهمیت رهیافت‌های تغییر شناخت

مستقیم

اهمیت آگاهی فراشناختی، فاصله یا شناخت بی‌اثر

رهیافتهای اصلاح شناختی و آگاهی فراشناختی

ضرورت راهبردهای تغییر شناختی

ذهن آگاهی، MBSR، و مفهوم آسیب‌شناسی

روانی

مطالعات نتایج درمان

برنامه‌های گروه MBSR پیشرفت‌های جدید در

رفتار درمانی مرسوم

ذهن آگاهی: مکانیسم‌ها و فرایندها

پرسشنامه مهارت‌های ذهن آگاهی (KIMS)

اهداف آینده

روندهای نوظهور در کاربردهای ذهن آگاهی

فصل ۷: رفتار درمانی دیالکتیک

درمان رفتار دیالکتیکی (DBT) و اختلال

شخصیت مرزی (BPD)

آزمایش کنترل شده تصادفی (RCT)

بی‌نظمی هیجانی:

ناتوانی اجتماعی و روابط

تراکنش دیالکتیک بی‌نظمی و بی‌اعتباری

هیجانی

مدل درمان DBT

مراحل درمان و اهداف درمانی

وجوه درمانی:

استراتژی‌های درمانی:

استراتژی‌های درمان

استراتژی‌های تعهد

استراتژی‌های حل مساله

تحلیل رفتاری

استراتژی اعتباریابی

نقش ذهن آگاهی و استراتژی‌های پذیرش

استراتژی‌های درمانی با هدف پذیرش بیمار
اعتباریابی به‌عنوان مدل و تسهیل خود اعتباری
تمرین تجربی به‌عنوان ابزارهای ایجاد پذیرش
مهارت‌های ذهن آگاهی

کاهش استرس بر اساس ذهنیت MBSR و
درمان شناختی مبتنی بر ذهنیت (MBCT)
پذیرش و ذهن آگاهی در درمان گر
مثال موردی

تمایزات نظری فنی از سایر مدل‌های CBT
تفاوت‌های بین DBT و درمان‌های CBT سنتی
اجزای ساختاری DBT

رهیافت‌های جدید در رفتار درمانی مرسوم
تفاوت بین DBT و دیگر درمان‌های CBT
برای BPD

درمان شناختی (CT) و درمان متمرکز بر
طرحواره (SFT)

چهارچوب منطقی فلسفی
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان
شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)
چشم‌انداز DBT بر استراتژی‌های مستقیم تغییر

شناختی
نقش آگاهی فراشناختی، فاصله‌ای یا گسلش
شناختی

استفاده از هر دو مداخله شناختی تغییر جهت‌دار
و پذیرش جهت‌دار

اطلاعاتی درباره مدل نظری و روش درمان
تئوری بیولوژی اجتماعی اختلال شخصیت BPD
بر آینده‌های درمان DBT
RCT آزمایش‌های کنترل شده تصادفی
مکانیزم درمان DBT
اهداف آینده در مطالعه‌ی DBT
فصل ۸: فعال‌سازی رفتاری در زمینه درمان‌های

موج سوم
شرح مدل علم آسیب‌شناسی روانی و درمان
فعال‌سازی رفتاری (BA)
نقش راه‌کارهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش
در توسعه مدل

توضیح خلاصه موردی‌های که بدان طریق این
مدل از بعد نظری و فنی از سایر روش‌های
CBT متمایز می‌شود

ماهیت و ارزش استراتژی‌های تغییر شناختی
فعال‌سازی رفتاری در زمینه درمان‌های موج سوم
مرور داده‌ها

تئوری روان‌درمانی مربوط به این مدل
بر آینده‌های درمان

مرور مختصری بر مسیرهای آینده

فصل ۹: زوج‌درمانی-رفتاری یکپارچه

مدلی از پریشانی زوجین و درمان

برخی ناسازگاری‌ها بی‌ضرر هستند برای مثال:

مروری بر IBCT

تحولات جدید در سنت رفتار درمانی

استراتژی‌های پذیرش محور

زوج درمانی سنتی (یا زناشویی) (TBCT)

مثال موردی

ارزیابی و بازخورد

مداخلات

بر آیند درمان

ICBT و رفتار درمانی زوجین

IBCT و موج سوم رفتار درمانی

نقش شناخت در IBCT

یافته‌های تجربی

نظریه‌ی پریشانی زوجین

نتایج درمان

شاخص‌های پیش‌بینی واکنش به درمان

مکانیسم‌های تغییر

کاربردهای درمانی خاص

رویکردهای آینده

درمان جراحی بینش‌گرا (IOCT) و درمان با

انگیزه احساسات (EFT)

شبهت‌های میان CBTs های گوناگون:

تفاوت‌های میان CBTS:

مکانیسم تغییر

ACT در خانواده‌ی CBT

ACT مدل هگزافلکس تندرستی روانی

فرآیندهای لحظه‌ی کنونی
درک و بررسی فرآیندهای لحظه کنونی
برخورد با فرآیندهای حال حاضر
فرآیندهای پذیرش روان‌شناسی
درک و ارزیابی فرآیندهای پذیرش
برخورد با فرآیندهای پذیرش
فرآیندهای گسلش
درک و بررسی فرآیندهای گسلش
برخورد با فرآیندهای گسلش
فرآیندهای خود
درک و بررسی فرآیندها خود
برخورد با فرآیندهای خود
فرآیند ارزش‌ها
درک و ارزیابی فرآیند ارزش‌ها
برخورد با فرآیند ارزش‌ها
فرآیندهای تعهد درک و ارزیابی فرآیندهای
تعهد
برخورد با فرآیندهای تعهد
نقش استراتژی‌های مبتنی بر پذیرش و
ذهن آگاهی در توسعه ACT
فرآیندهای لحظه کنونی
فرآیندهای پذیرش
فرآیندهای گسلش
فرآیندها خود یا نفس

ارزش‌ها
اقدام متعهدانه
فاصله‌گیری
رفرنس‌ها

پیشگفتار

به نظر می‌رسد مفهوم پذیرش و ذهن آگاهی به‌طور ناگهانی، در روان‌شناسی بالینی و رشته‌های وابسته، گسترش یافته است. با قضاوت، از روی سلسله آگهی‌هایی که هر هفته دریافت می‌کنم، به نظر می‌رسد که این روزها، آدم به سختی بتواند، کتاب روان‌شناسی بخرد که دو واژه‌ی پذیرش و ذهن آگاهی در عنوان کتاب نباشد. این امر به‌خصوص درباره‌ی خودیابوری (کمک به خود) و دیگر کتب تجاری روان‌شناسی صادق است.

اما مفهوم مذکور، در مقالات مهم علمی و برنامه‌های همایش‌های علمی شامل؛ و علی‌الخصوص، آن اجتماعاتی که برای درمان رفتاری و شناختی می‌باشد، نیز به‌طور فزاینده‌ای مکشوف است؛ یک سازمان ۴۵ ساله که در سال‌های آغازین از طرح‌ها و سازه‌های شناختی اجتناب می‌کرد، این رشته را منحصراً بر حسب شرطی‌سازی کنش‌گر و سنتی تعریف نموده است. این، همان رفتار درمانی است که در اوایل

دهه‌ی ۱۹۶۰، به خاطرش دندانم شکست. اگرچه حتی در آن زمان هم، نشانه‌هایی وجود داشت که معادل‌سازی رفتار درمانی با درمان‌های شرطی‌سازی را محدود و غیرمفید می‌ساخت و واقعاً بازتابی از تکنیک خودشناسی رفتاری متخصصان یا حتی نحوه‌ی فکر کردن آن‌ها به آنچه انجام می‌دهند، نبود.

زمانی که من در حال یادگیری رفتاردرمانی و ارزیابی (رفتاری)، در هنگام اخذ دکترا از دانشگاه لازاروس، باندورا و میشل بودم، سه نوع عکس‌العمل از سوی همکاران غیر رفتاری که از هواداران این موج جدید (رفتار درمانی) بودند، درباره اظهارات بیمار مبتلا به جنون خفیفِ زمانی (گاه‌گاهی) وجود داشت. اولین واکنش این‌گونه بود: "شما علائم را درمان می‌کنید و نه خودِ بیماری یا اختلال را، و لذا شما ممکن است (به بیمار) آسیب برسانید" و دومی: "من به گزارشات شما از نظر سودمندی و اثربخشی (فعالیت‌های تان) باور ندارم". و سومی، از جانب کسانی بود که باور داشتند که روش جدید، نویدهایی را با خود دارد: "بله، من گاهی این کار

را انجام داده بودم، فقط از زبانی متفاوت جهت گزارش اثربخشی درمانم استفاده کردم." من آزادانه خواهم پذیرفت که واکنش‌های من به روند پذیرش و ذهن آگاهی در رفتار درمانی شناختی اغلب در سومین عکس‌العمل قرار می‌گرفت. به صورت مشخص، من گاهی اوقات، خودم این باور را پیدا می‌کردم که سختی و تصنع این دو مفهوم، به نسبت بیان تصنعی و هدفمند تفکر و فعالیت‌های متخصصانی که دوره‌ی کاری‌شان به چند دهه بر می‌گردد یک موج سوم یا الگوی جدیدی را ارائه نمی‌کند.

برای مثال، اسکینر درباره‌ی کانتر کنترل (یک تابع و کارکردی از رفتار اجتماعی) در سال ۱۹۵۰ مقاله‌ای نوشت که من، خودم آن را در کنفرانس سال ۱۹۷۳ بنف، گسترش دادم که منتقدان بدبین تا سرحد تمسخر با آن برخورد کردند. و مورد دیگر پیش‌گامی یا کوبسن در آموزش ریلکسیشن در دهه‌ی ۱۹۲۰ است که توسط وُلپ و لازاروس در دهه‌های بعد به‌عنوان یک واکنش ضد اضطرابی برای از بین بردن ترس ناهنجار، تناسب یافت؛ هر شخص آشنا با

این فرم از پروسه‌ی خودآرامش‌بخشی، لزوم تشویق بیمار به همراهی با این پروسه را درک می‌کرد، این امر را پذیرفته و نسبت به احساس جدید جسمانی‌اش و پریشانی خاطرش، نگران نمی‌شد. و سرانجام این که چقدر عقاید درباره‌ی رفتار درمانی شناختی مبتنی بر پذیرش با هم متفاوت‌اند، به طوری که یکی می‌تواند متفاوت از دیگری رفتار کند، چرا که عقاید متناقضی را "از قبیل من نمی‌توانم آن را انجام دهم"، در این زمینه پذیرفته‌اند، اما از قطب سنتی اسکینر تمرکز بر تغییر واضح و توجه تصنعی محدود در رفتار به افکار و احساسات درونی چطور؟

آنچه در بحبوحه‌ی نبرد چریکی بین افرادی که برای دیدگاه ذهن‌آگاهی و پذیرش، ارزشی قائل نیستند و کسانی که آن را قبول دارند، نادیده گرفته شده است، گفتمانی شاخص و مستدل می‌باشد که به محققین و متخصصان بالینی کمک می‌کند، به دسته بندی میان ادعاهای مختلف و ادعاهای مقابل پردازند. خوشحالم بگویم که این کتاب که با مهارت تمام توسط جیمز هربرت و ایوان فورمن، انجام و ویرایش شده است، با یک

چنین ارزیابی معتدل و روشنفکرانه از روندی آماده شده است که گاهی اوقات هم از ناحیه افراط بیش از حد حامیانش رنج می‌برد و هم از تاخت و تاز طرد‌آمیز متخصصان شناختی سنتی؛ افرادی که گاهی به نظر می‌رسد، بیشتر دلبسته‌ی حفظ وضع موجودند تا تلاش هدفمند و فکری در جهت اعتلای درمان روان‌کاوی شواهد محور.

شما می‌توانید خوشحالی مرا در آموزش کتابی که به ارزیابی فرآیند ذهن‌آگاهی و پذیرش در رفتار درمانی شناختی اختصاص یافته، تصور کنید. خوشحالی ویژه‌ی من از این است که فهمیدم این کتاب توسط هربرت و فورمن ویرایش شده است؛ محققانی که بدون هیچ‌گونه تحریفی، نگاهی جدی به پیشرفت‌های امیدبخش در حوزه‌ی سنت CBT دارند. آن‌ها مجموعه‌ای از بهترین و خلاق‌ترین افراد در این مبحث می‌باشند که مشارکت پویا و همه‌جانبه‌ای در نگارش این جلد داشته‌اند.

کتاب حاضر با فصل مقدماتی توسط هربرت و فورمن شروع می‌شود که به مرور رشد فزاینده

توجهات به مفاهیم روان‌شناسی ذهن آگاهی و پذیرش با CBT می‌پردازد. ویراستاران به زیبایی، مسائل تئوری و بالینی - که با این پیشرفت‌ها مطرح شده و تنازعاتی که در این حوزه شکل گرفته - را در کنار هم قرار داده‌اند. اگرچه، کاملاً موافق این پیشرفت جدیدند، لیکن، ویراستاران مواظبتند تا در این مبحث جانبداری نداشته یا فصل‌های بعدی را به صحبت در مورد (نظریه) خودشان اختصاص ندهند.

آنچه که در ادامه می‌آید، یک سری فصول، شامل مدل‌های مهم و معاصر CBT می‌باشد. اگرچه چشم‌انداز سنتی مانند شناخت درمانی ارائه می‌شود، لیکن تمرکز بحث، به صورت اساسی بر روی مدل‌های متنوع و جدید مبتنی بر پذیرش است. این فصول توسط کارشناسان پیشرو هر مدل نوشته شده است. هر فصل، نه تنها به توصیف یک مدل در یک مسئله می‌پردازد، بلکه تمرکزش بر چگونگی توجه به مسائل کلیدی است که شامل نقش استراتژی‌های تغییرات شناختی مستقیم، نقش ذهن آگاهی و

پذیرش، و وضعیت علمی هر دو فرآیندهای نظری و برآیندهای بالینی آنها می‌باشد.

بخش دوم کتاب شامل سه فصل است که؛ چشم‌انداز وسیع‌تر و یکپارچه‌تری در زمینه‌ی مسائل متفاوت مطرح شده در فصول قبل دارد، فصل اول، توسط هواداران شناخت درمانی سنتی آیین پیشرفت‌ها را از چشم‌انداز آنها دنبال می‌کند. فصل دوم، نیز توسط موافقان درمان مبتنی بر پذیرش، یک تحلیل از نقطه‌نظر ایشان آماده فراهم ساخته است. سرانجام دوست و همکار من، آقای مرو گلدفرد، با فراست و بصیرت به‌عنوان متخصص پیشرو رفتار شناختی، این گفتمان را خلاصه و تحلیل نموده است که ایشان ارزش‌هایی را در نظریات و تمرینات مذکور می‌بیند که حتی فراتر از توصیف مبسوط CBT است.

آیا ذهن آگاهی و پذیرش به مثابه‌ی شراب کهنه‌ای در بطری‌های جدید است؟ اگر نظر شما نیز چنین است، توجه داشته باشید، ظرف شراب می‌شود، می‌تواند بر تجربه‌ی نوشیدن شراب اثر

بگذارد. به این دلیل است که کسی یک جرعه از
شراب قرمز را مستقیماً از بطری آن نمی نوشد.
دکتر جرالد.سی. دیویسون از دانشگاه
کالیفرنیا

پیشگفتار مترجم

سپاس خداوند را که با زحمات همکاران عزیز نگارش کتاب حاضر به اتمام رسید. بدیهی است که در فرآیند گسترش علم روز به روز فرآیندهای جدیدی به منابع موجود اضافه می گردد و استلزام به روزرسانی علوم و آشنایی با دستاوردهای جدید نظری مؤلفان را متعهد کرد که در این راستا و تهیه این کتاب گام بردارند. با نگاه به پیشینه و تاریخ رواندرمانگری شاهد پیشرفت های عظیمی در این حیطه هستیم.

موج اول رواندرمانی درصدد (۱۹۵۰) براساس نظریه ی رفتارگرایی کلاسیک و درمان های مبتنی بر مطالعات علوم رفتاری ایجاد شده. موج دوم نیز که حدوداً در سال (۱۹۷۰) آغاز گردید بر فرآیندهای شناختی و نقش این فرآیندها بر پدیدآیی و درمان اختلالات روانشناختی تأکید دارد.

در طول سه دهه گذشته تعدادی درمان با گسترش درمان های شناختی رفتاری در حوزه ی رواندرمانی پدیدار شد. موج سوم درمان های

رفتاری و شناختی با ریشه در یک رویکرد تجربی به طور ویژه به بافت و عملکردهای روانشناختی تمرکز دارند. این درمان‌ها در پی ساختن یک خزانه‌ی وسیع، انعطاف‌پذیر و مؤثر از طریق یک رویکرد حذفی به مشکلات دقیق تعریف شده هستند و بر مرتبط بودن مسائلی که بررسی می‌کنند برای بالینی‌کاران و مراجعان تأکید می‌کنند.

موج سوم طیف گسترده‌ای از درمان‌ها را دربر می‌گیرد که در یک انتها رویکرد ACT را دوریم بعد انتهای دیگر MCT، MBCT و GST را داریم.

در واقع موج سوم تلفیقی از سنت‌های معنوی شرقی از جمله فنون مراقبه، تفکر نظاره‌ای بر رفتار درمانی - شناختی سنتی است متفاوت است.

این کتاب هر فصل جهت مطالعه علاقه‌مندان اعم از اساتید بزرگوار، دانش‌جویان عزیز رواندرمانگران محترم و کلیه صاحب‌نظران در حیطه‌ی رواندرمانگری تهیه شده است. بدیهی است این اثر همانند سایر آثار و منابع علمی

کاستی ها و ضعف هایی دارد، امیدواریم که با وجود همه کاستی ها که ممکن است در شیوهی ترجمه و نگارش ویرایش وجود داشته باشد منبع مفیدی برای خوانندگان محترم باشد.

دکتر

مژگان نیکنام

استادیار

دانشگاه آزاد

اسلامی

بخش اول:

پیشرفت‌های جدید در سنت رفتار

درمانی

فصل اول:

چشم اندازهایی از ذهن آگاهی و پذیرش روان شناسی

۱- تکامل رفتاردرمانی شناختی

اوج گیری ذهن آگاهی و پذیرش روان شناسی (هربرت و فورمن)^۱

آنچه که در چشمان جهان است، برای
ماجراجویی خطرناک است. چرا؟ چون امکان

شکست وجود دارد. اما این ماجراجویی نیز زیرکانه است و با این حال، با ریسک نکردن به سادگی هر آنچه را که ممکن است، در سخت‌ترین ماجراجویی‌ها به دست آوریم را از دست می‌دهیم، حتی اگر ارزشش را نداشته باشد، باز هم تلاش کردن بهتر از مفت از دست دادن خویشتن است.

بیماری تا مرگ (کیر گارد ۱۸۴۹)

رفتار درمانی شناختی یا CBT، در حال حاضر در بیشتر نقاط دنیا، شامل آمریکای شمالی، انگلستان، بیشتر کشورهای اروپایی، و به‌طور فزاینده‌ای در سراسر آسیا و آمریکای لاتین، به قدرتی غالب در روان‌درمانی تبدیل شده است. اوج‌گیری CBT ناشی از تلاقی چندین فاکتور است، مهم‌ترین عامل، تمرکز فزاینده بر فعالیت‌های شواهد محور و درخواست‌هایی مربوط به مسئولیت‌پذیری در ارائه خدمات بهداشت و سلامت رفتاری

می‌باشد.^۱ CBT، در طول تاریخچه‌اش، به یک چشم‌انداز علمی برای تحقیق درباره آسیب‌شناسی روانی و درمانش متعهد بوده است. صدها مطالعه به ارزیابی نظریات رفتاری شناختی مختلف روان‌شناسی پرداخته و بیش از صدها مطالعه بازده و اثربخشی مداخلات CBT را ارزیابی نموده‌اند. این متون علمی، CBT را در جایگاه منحصر به فردی قرار داده‌اند تا باعث تفوق این رشته‌ی روان‌درمانی شوند.

این رشد فوق‌العاده، بی‌درنگ سؤال زیر را مطرح می‌سازد: CBT دقیقاً چیست؟

آیا این واژه به مدل به‌خصوصی از آسیب‌شناسی روانی یا روان‌درمانی اطلاق می‌شود؟ یا شاید به یک قلمرو درمانی، در قالب فرآیندهای هدف و یا آسیب‌شناسی اطلاق می‌گردد؟ درحقیقت، اصطلاح CBT به مفهومی گسترده بدل شده، تا تعریف روشن را استنتاج کند. وب‌سایت سازمان پیشبرد درمان‌های شناختی و رفتاری، نخستین تشکیلات

۱- Baker, McFall, & Shoham, ۲۰۰۹.

بین‌المللی و چند رشته‌ای اختصاص یافته به CBT می‌باشد، و از تعریف مشخصی برای این اصطلاح اجتناب می‌کند. در عوض رسالت سازمان را "توسعه یک دیدگاه علمی برای درک و تعدیل مشکلات شرایط بشری" توصیف می‌کند. نظریات، رشته‌ها، مدل‌ها و تکنیک‌های مختلف، همگی تحت عنوان عمومی CBT قرار می‌گیرند و این روش‌ها برای دامنه‌ی جامع تجارب بشری، از ارزیابی و درمان آسیب‌شناسی روانی حادّ و عقب‌ماندگی عمیق رشد، گرفته تا تلاش‌های پیشگیرانه اولیه و همچنین افزایش حداکثر عملکرد در میان ورزشکاران به کار می‌روند. CBT تا حد زیادی معادل تکنولوژی‌ها و تئوری‌های مفروض در زمینه‌ی روان‌شناسی مبتنی بر شواهد می‌باشد، که هدف آن بهبود شرایط بشری است^۱.

درمان رفتاری شناختی (CBT)^۱

با وجود این تکرر، بعضی ویژگی‌ها در روش‌های متنوع CBT، مشترک‌اند. برای مثال، متخصصان CBT ابتدا به ساکن، به نسبت گذشته، بر حال متمرکز شده‌اند تا بر تناقض موجود در توصیف‌های تئوریک تأکید کرده، اصول آموزشی (شامل اصولی مرتبط با این که چگونه ما دنیا را تفسیر نماییم و یا چگونه تجربیات خودمان را شرح دهیم)، را به کار برده و به تجربه‌گرایی معرفت شناختی باور داشته باشیم. درحقیقت، این اصطلاح به‌عنوان روش تمایز آنچه که CBT نمی‌باشد، به نسبت آنچه CBT می‌باشد، مفید واقع می‌شود. به‌عنوان مثال CBT، نه آن دسته از روان‌درمانی که تمرکز اولیه‌اش بر ویژگی‌های شفابخش فرضی شناخت تعارضات می‌باشد و ریشه در رویدادهای سوابق رشد دارد و نه آن دسته از روان‌درمانی‌هایی که ادعا می‌کنند؛ یک رابطه‌ی خویشاوندی حمایتی و درمانی، به تنهایی برای تغییرات اساسی در مشکلات سخت، کافی می‌باشد، را دربرنمی

۱- Cognitive behavior therapy (CBT)

گیرند. اگرچه این چشم‌انداز وسیع در رشته‌ی علمی فوق، می‌تواند محققانی را که به دنبال دسته‌بندی روشنی، جهت مشخص کردن حدود و ثغور مکاتب روان‌درمانی هستند، آشفته سازد، اما مزیت آن، پرورش یک تعامل پویای چشم‌اندازها، در بازار بزرگ عقاید می‌باشد.

CBT همانند بسیاری از رشته‌های مبتنی بر علم، ایستا نیست، بلکه پیوسته در حال تکامل است. تکنولوژی‌ها و نظریه‌های جاری پیوسته و اجتناب‌ناپذیر باعث اوج‌گیری پیشرفت‌های جدید می‌شوند. یک شناخت عمومی وجود دارد که فن‌آوری‌های جاری، ناقص بوده، یا در انتظار پالایش و یا حتی توسعه‌ی ریشه‌ای جدید می‌باشند و این که حتی بهترین نظریه‌های جاری ما نیز کامل نبوده و یا حتی اشتباه هستند، اگرچه ما هنوز دقیقاً چگونگی آن را نمی‌دانیم. این تکامل رو به رشد و طبیعی، امروزه در مطرح شدن تئوری‌ها و ارزیابی‌های مرتبط، و فن‌آوری‌های درمان و پیشگیری که آگاهی و پذیرش روان‌شناختی را برجسته می‌سازد، مشهود است. دهه‌ی گذشته، شاهد اوج گرایش‌های متعدد به این مفاهیم از سوی محققین و

متخصصان CBT می‌باشد و قاعده‌سازی‌های نظری و تکنیک‌های مداخله‌ای، که آشکارا ذهن‌آگاهی و پذیرش را هدف قرار داده‌اند، غالباً در چندین مدل جدید CBT شکل گرفته‌اند. این پیشرفت‌ها، درعین حال که بر مبنای روش‌های سنتی CBT شکل گرفته‌اند، در جهات و مسیرهای جدید، مهیج و گاه شگفت‌انگیز، حوزه‌هایی را به خود اختصاص داده‌اند.

پذیرش و آگاهی در فحوای کلام

اگرچه، این پیشرفت‌ها به هر حال بی‌دردسر نبوده‌اند، اما مهمترین موضوع اختلاف، بر میزان تازگی حقیقی و امکان افزودن ارزش افزوده به مدل‌های سنتی CBT می‌باشد. اگرچه به ریشه‌های خود، در مدل‌های آغازین اذعان دارند، بعضی از هواداران روش‌های مقبولیت محور آن‌ها را از بعد الگوبرداری متمایز از فرم‌های سابق CBT می‌باشد.

هایز (۲۰۰۹) پیشنهاد داد، که تاریخچه CBT را می‌توان به سه نسل، دارای هم‌پوشانی اما متمایز تقسیم کرد. نسل اول، با کار

پیشگامان‌های از اسکینر (۱۹۵۳)؛ و لپ (۱۹۵۸)؛ و ایسنک (۱۹۵۲) در دوره دهه‌ی ۱۹۵۰ تا ۱۹۶۰ شروع و انجام شد و تا حد زیادی در واکنش به ضعف و نواقص ملاحظه شده در روان‌درمانی و نظریه وابسته به روان‌کاوی، گسترش یافت. این دیدگاه با دقت تمام، مبتنی بر اصول آموزشی مشخصی بود، بسیاری از این موارد از طریق تحقیقات تجربی بر روی حیوانات پیشرفت نمود و پالایش گشت و ارتباطات نزدیکی بین پیشرفت‌های علمی مبنایی مشتق شده از فن‌آوری‌های کاربردی و آزمایشگاهی مشاهده شد. تمرکز اصلی بر اصلاح رفتار، با استفاده از روش‌های مشتق شده، از رشته‌های شرطی‌سازی کنش‌گر و کلاسیک متمرکز بود.

تکامل رفتاردرمانی شناختی:

مطابق تحقیق هاییز، نسل دوم از اواخر دهه ۱۹۶۰ شروع شد و تا دهه‌ی ۱۹۹۰ ادامه داشت و اهمیت زبان و شناخت را در توسعه و درمان مسائل روانی، برجسته ساخت. تمرکز تحقیقات به بررسی روش‌هایی منعطف شد که در آن تفاسیر فرد از جهان و به ویژه تفسیر موقعیت‌هایی

هیجانی مربوطه‌ی تجربه را شکل می‌دهد. پیشرفت‌های پیش‌رو شامل رفتار درمانی هیجانی منطقی‌البس ۱۹۶۲ و شناخت درمانی بک و همکارانش ۱۹۷۹ می‌باشد.^۱ اگرچه، هنوز به چشم‌انداز علمی تعهد دارد و تمرکز تحقیقات از توسعه و ترجمه کاربردی رشته‌های روان‌شناسی پایه، به آزمون‌های بالینی - که به ارزیابی بازده برنامه‌های درمانی چندمؤلفه‌ای می‌پردازد - تغییر یافت. اگرچه، مفهوم پذیرش روانی گاهی در مدل‌های شناختی و به ویژه به ترتیب اختلالات اضطراب شکل می‌گیرد و نقش نسبتاً فرعی و ثانویه‌ای به ترتیب بازسازی شناختی مستقیم ایفاء می‌کند.^۲

مطابق تحلیل‌های نسل سوم CBT در دهه ۱۹۹۰ شروع شده و منعکس‌کننده‌ی تأکید بر اصول آگاهی و پذیرش روان‌شناختی CBT بود. به مانند چشم‌انداز نسل دوم، روش‌های نسل سوم بر اهمیت فرایندهای شناختی و شفاهی، در تئوری‌های بیماری‌هایی روانی و درمان آن اذعان

۱- CT; Beck, Rush, Shaw, & Emery, ۱۹۷۹

۲- Dozois & Beck, this volume.

دارند. به جای تلاش در تغییر افکار و احساسات مستأصل‌کننده‌ی فرد؛ اگرچه، روش‌های نسل سوم به جای بررسی نگرش‌های پذیرش، بدون قضاوت دامنه‌ی کاملی از تجربه، به ارتقاء سلامت روانی می‌پردازند. به علاوه، بدون رها کردن آزمایش‌های بالینی، نسل سوم CBT شاهد توجه جدیدی، در تأکید حوزه‌ی سنتی بر پیوندهای بین اصول تئوری پایه و فن‌آوری‌های کاربردی بود.

فصل دوم:

درمان شناختی CT

درمان شناختی CT

اکثر محققان CBT و به ویژه محققان علاقه‌مند به روش‌های مبتنی بر آگاهی و پذیرش، در کل، نسخه‌ی تاریخی‌های را مفید یافتند^۱. اگرچه، سایر محققان بر این باورند که این تحلیل در تمایز این پیشرفت‌های جدید، به نسبت، تئوری‌ها و فن‌آوری‌های جاری را اغراق می‌کند^۲. درعین اذعان به افزایش توجهات و کاربری بالینی، روش‌های پذیرش و آگاهی، منتقدان بر این باورند که آن‌ها اساساً از روش‌های موجود به ویژه در سطح تئوری مجزا

۱- Eifert & Forsyth, ۲۰۰۵

۲- Arch & Craske, ۲۰۰۸; Hofmann & Asmundson, in press,

۲۰۰۸; Leahy, ۲۰۰۸

نیستند. بعضی از محققان استعاره درخت شاخه شاخه را ترجیح می‌دهند، که پیشرفت‌های جدید از نمونه‌های سابق مشتق می‌شوند^۱ یا به جای استعاره‌ی نسل‌های درحال تکامل، رودخانه با جاری شدن به سوی پائین تپه^۲ بزرگ‌تر شده و می‌تواند سنگ‌های بزرگ‌تری را جابه‌جا کند. استعاره‌ی دیگر به مانند^۳ موج، به ویژه تصنعی را ایجاد می‌کند و نسخه‌ی موج سوم را ارائه می‌دهد^۳ و سایر محققان این اصطلاح را به سخره گرفته و بر این تأکید دارند که روش‌های جدیدتر همان کلاه قدیمی هستند.^۴ چنین بحث‌هایی ممکن است، تا حدی مفید باشد که مسائل ویژه‌ای را - که ارزش شفاف‌سازی داشته اند - برجسته نماید. اگرچه، به نظر نمی‌رسد آن‌ها به این زودی و در کوتاه‌مدت حل شوند.

۱- Hofmann, ۲۰۱۰

۲- Martell, ۲۰۰۸

۳- Hayes, ۲۰۰۴

۴- Hofmann & Asmundson, ۲۰۰۸

تحولات جدید در سنت رفتار درمانی:

این مهم است، به خاطر داشته باشید که تجزیه و تحلیل هیز، قصد بیان حقیقت را ندارد بلکه نقل تاریخی، با هدف روشن کردن روندهای وسیع حاضر، در این حوزه می‌باشد. سرنوشت نهایی این تحلیل را نمی‌توان فوراً تعیین کرد و باید منتظر قضاوت تاریخ‌نویسان بود. درست نیست مطالب زیادی را به دوره‌های تاریخی نسبت داد، که شامل رویدادهای معاصر نیز می‌باشد. فاصله‌ی ماهوی خاص از پیشرفت‌های مورد سؤال، اغلب چشم‌انداز بی‌طرفانه‌تری ارائه می‌دهد که در گذر زمان پایداری خود را حفظ می‌کند. از این رو، مباحث داغ، پیرامون روایی و اعتبار نقل قول خاص شامل پیشرفت‌های جاری هنوز خام می‌باشد.

علی‌رغم دیدگاه‌هایی مختلف درباره‌ی این مسئله، دو نکته‌ی عمومی مورد توافق وجود دارد. نخست، این که دهه گذشته شاهد افزایش توجه زیاد و سریع دانشمندان، محققان و متخصصان به روش‌های بالینی و تئوری، مبتنی بر پذیرش و

آگاهی بوده است، انکارناپذیر است. برای مثال، اولین انتشارات اصلی در زمینه‌ی تعهد درمانی و پذیرش (ACT) تنها در ۱۹۹۹ اتفاق افتاده است^۱، در آغاز ۲۰۱۰، شاخص الکترونیکی روان‌شناختی PSYCOINFO بیش از ۳۶۳ مقاله‌ی دانشگاهی با کلیدواژه تعهد درمانی و پذیرش داشته است. به‌طور مشابه، شناخت درمانی آگاهی محور، اولین بار در سال ۲۰۰۰ در لیست psycinfo قرار گرفت و تحقیق اخیر بیش از ۱۵۰ رفرنس دارد. رشد مشابه، در متون حرفه‌ای، با سایر مدل‌های پذیرش محور مانند رفتار درمانی دیالکتیک (DBT) و کاهش استرس آگاهی محور (MBSR) اتفاق افتاد. همان‌طور که اشاره شد، ثانیاً اصطلاح CBT بیانگر مدل تصنعی یا درمانی خاص نمی‌باشد، بلکه خانواده‌ی جامعی از تئوری‌ها و مداخلات، شامل مدل‌های سنتی و پذیرش محور می‌باشد.^۲ اگرچه، بعضی از محققان از اصطلاح CBT و

۱- HayesStrosahl, & Wilson, ۱۹۹۹

۲- Forman & Herbert, ۲۰۰۹

CT به جای هم استفاده می کنند^۱، اکثراً دریافتند که CBT دربردارنده‌ی دامنه گسترده‌تری از روش‌ها می‌باشد. از این رو، تمایز CBT با سایر مدل‌های درمانی خاص، مانند: CT, ACT یا (DBT)^۲، بیانگر خطای دسته بندی مشابه مقایسه‌ی کل درخت‌ها با درخت بلوط می‌باشد. در عوض، مقایسه‌های معنادار، نیازمند کنار هم قرار دادن مدل‌های ویژه با خانواده گسترده‌ای از CBT می‌باشد.

۱- e.g., Hofmann & Asmundson, ۲۰۰۸

۲-Linehan, ۱۹۹۳

پذیرش و تعهد درمان (ACT)^۱ و رفتار رفتاری دیالکتیکی (DBT)^۲ و کاهش استرس مبتنی بر ذهنیت (MBSR)^۳

ریشه‌های تاریخی آگاهی و پذیرش روان‌شناختی

اگرچه، مفاهیم پذیرش روانی و ذهن آگاهی، به‌طور فزاینده‌ای توجه روان‌شناسان را در سال‌های اخیر به خود جلب کرده‌اند، آن‌ها از ریشه‌های عمیق تاریخی در هر دو بُعد روان‌شناسی و به‌طور گسترده در سنت‌هایی فرهنگی غربی و شرقی برخوردارند.^۴ نهادینه‌سازی فکری جاری ذهن آگاهی و آگاهی، ریشه در سنت‌های بودایی دارد که خود نیز ریشه در باورها و فعالیت‌های قدیمی آئین هندو دارند. ماهیت اصلی بودائیسیم این است که،

۱- acceptance and commitment therapy (ACT)

۲- dialectical behavior therapy(DBT)

۳ - mindfulness-based stress reduction (MBSR)

۴- Williams & Lynn, in press

رنج انسانی ناشی از میل به ناچیز، یعنی دلبستگی به اشیاء مادی خاص و وضعیت‌های ذهنی که اغلب وجود ندارند، می‌باشد. چون همه چیز گذراست، چنین دلبستگی منجر به رنج می‌شود. فعالیت‌های تعمق و مکاشفه برای کاهش این رنج و رسیدن به روشنگری معنوی می‌باشد. اثر زبان در شکل‌گیری ادراک شناخته شده است ولی با درک فکری با تجربه‌ی مستقیم اشتباه می‌شود. سبب‌شناسی بودائی به الگوگرایی سوق دارد و تمرکز آن بر روشنگری معنوی است. نگرانی‌های اخلاقی نیز در بطن سنت‌های بودایی قرار دارند. رفتار پرهیزکارانه یا سیلا، با نیت پشت اعمال و نه ظاهر بیرونی شناخته می‌شوند. این نیت محرک کارمای فرد یا نیرویی می‌باشد که تعیین‌کننده‌ی خوشبختی، روشنگری معنوی، و فرآیند حلول مجدد می‌باشد. بودائیسیم بر راه و روش میانه، یا اهمیت تعادل بین دو بی‌نهایت افراط و تفریط تأکید دارد. همان‌طور که بیان شد، اکثر ایده‌های بودائیسیم تا درجات متعددی

در مدل‌های مدرن پذیرش محور CBT منعکس شده‌اند.^۱

اگرچه مفاهیم پذیرش و آگاهی، عموماً ریشه در فلسفه آسیای باستان دارند، باید اذعان داشت، که چنین مفاهیمی نیز غالباً در فرهنگ غربی شکل گرفته‌اند. فلسفه‌های متعدد یونانی مانند فلسفه رواقیون، بر ذات تقویت پذیرش تجارب آزاردهنده تأکید دارد.^۲ سپس، فعالیت‌های رهبانی مسیحیان وابستگی‌های زمینی را انکار کرده و بر پذیرش رنج بشری، به‌عنوان شرایط لازم اصلاح و بهبودی تأکید دارد.

علی‌رغم افزایش توجه به مفاهیم آگاهی و پذیرش روانی، در میان روان‌شناسان در دو دهه‌ی گذشته، این ایده‌ها در واقع به مدت یک قرن گذشته، در متون روان‌شناسی وجود دارند. ویلیامز و لین (در نشریات) مفهوم پذیرش در روان‌شناسی قرن بیستم را دنبال کرده‌اند و با نوشته‌های فروید (۱۹۱۰/۱۹۵۰) کار آغاز شده است. فروید خاطر نشان می‌سازد که وابستگی به

۱- Kumar, ۲۰۰۲.

۲- Williams & Lynn, in press

تجارب دردناک گذشته، زمینه‌ی نگرانی‌های واقعی و آنی را فراهم می‌سازد. تحلیل‌گران روانی بعدی به بازبینی پذیرش خویش به‌عنوان هدف نهایی تحلیل روانی پرداخته‌اند و به تعیین مرحله‌ای، برای خود پذیرشی پرداخته‌اند، تا تبدیل به زمینه‌ی اصلی روان‌کاوی در دهه‌های بعد شود. دهه‌ی ۱۹۴۰ شاهد اثر ساختارشکن کارل راجرز (۱۹۴۰) بود، وی خود-پذیری را با سلامت روانی در یک قالب بافت و آن را هدف اصلی روان‌کاوی قرار دارد. برای راجرز، خود-پذیری فراتر از کاوش ساده‌ی عزت‌نفس، برای استفاده از پذیرش کل وجود فرد بود. دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ شاهد شروع مطالعات تجربی خود-پذیری و پذیرش دیگران و همبستگی‌های منفی بین خود-پذیری و بیماری‌های روانی بود.^۱ در طول دهه‌ی ۱۹۷۰، روابط بین مفاهیم خود-پذیری و دیگری بررسی شد که شامل کانون کنترل بود.^۲ به علاوه، محققان شروع به بررسی ایده‌های پذیرش فراتر از دامنه‌های خویش و

۱- e.g., Berger, ۱۹۵۵

۲- e.g., Chandler, ۱۹۷۶

دیگری نمودند. دهه ۱۹۸۰ شاهد کاوش پیوسته‌ی ارتباط مفاهیم متعدد با خود-پذیری و پیشرفت‌های اولیه مداخلات با هدف پذیرش روانی مانند موریتاترایی بود.^۱

دهه ۱۹۹۰ شاهد دهه‌ی محوری پیشرفت‌های تحقیق و تئوری مربوط به پذیرش روانی بود. نکته‌ی شایان ذکر، تغییر تدریجی تمرکز از خود-پذیری به پذیرش تجربه عمومی و موضوعی رو به رشد فرد و به ویژه تجربه‌ی تنش بود که اغلب به پذیرش روانی یا تجربی اطلاق می‌شد. این تغییر تا حدی در رشد شناخت، از هم‌پوشانی فکری مسئله‌آفرین خود-پذیری با عزت نفس منعکس شد. برخلاف عزت نفس، و اثر قبلی راجرز (۱۹۴۰)، پذیرش تجربی به پذیرش عام بودن تجربه‌ی فرد بدون توجه به ارتباط عاطفی آن اطلاق می‌شود. به علاوه، چند مدل روان‌کاوی براساس سنت CBT بوده و پذیرش تجربی را به‌عنوان ابزار کلیدی برجسته ساختند که در آغاز، در طول این دوره توسعه یافته بود.

نهادینه‌سازی فکری معاصر پذیرش، آگاهی و ساختارهای مربوطه

رشد توجه به پذیرش و ذهن آگاهی با رونق مفاهیم و اصطلاحات مرتبط همراه شد و توافق عمومی نیز درباره‌ی تعاریف دقیق آن‌ها و روابط آن‌ها با یکدیگر ظهور یافت. این اصطلاحات شامل آگاهی، پذیرش روانی (یا تجربی) (و متضاد آن اجتناب تجربی)؛ آگاهی فراشناختی، فاصله‌گذاری، کم‌اهمیت‌سازی، درک مجدد، سردرگمی، میل، عدم دلبستگی، عدم قضاوت، و تحمل تنش بود. بعضی از این مفاهیم (برای مثال، پذیرش و ذهن آگاهی) در چند تئوری و مدل درمانی مجزا به کار گرفته می‌شوند. در حالی که موارد دیگر (مانند سردرگمی، و آگاهی فراشناختی) به تئوری خاصی محدود می‌شوند. برای اصطلاحات رایج‌تری مانند آگاهی، ظرائف ویژه تئوری در معنا وجود دارد که تنها از طریق درک مدل‌های مربوطه، به خوبی مورد توجه قرار خواهد گرفت. به هر حال، درک جامع این اصطلاحات و معانی هم‌پوشانی شده‌ی آن حتی بدون کاوش عناوین زیرمجموعه‌ی تئوری‌های گوناگون نیز، ممکن است.

ذهن آگاهی

تاکنون کاربردی‌ترین تعریف توسط کابات-زین (۱۹۹۴) بیان شده است: "توجه به شیوه‌ای خاص، و هدف‌مند در لحظه‌ی جاری و بدون قضاوت و پیش‌داوری" (صفحه ۴). این تعریف توجه اصلی بودائی در زمینه‌ی "توجه صرف" یا توجه غیرگفتمانی به جریان رو به رشد آگاهی و وجدان، بدون ارزیابی و قضاوت را برجسته می‌سازد. در تلاش برای حصول شفافیت بیشتر و توافق عمومی در زمینه‌ی این مفهوم، بیشاپ و همکارانش یک‌سری جلسات، در میان کارشناسان این حوزه برگزار کردند و نتیجه گرفتند که در زمینه‌ی تعریف عملیاتی، بر توجه پایدار تأکید می‌شود تا بیانگر تجربه و نگرش گشاده‌رویی و کنجکاوی، در راستای پذیرش بدون پیش‌داوری تجربه‌ی جاری می‌باشد. این امر با هدایت هربرت و کارداسیتو (۲۰۰۵) بر این تأکید داشت که ذهن آگاهی متشکل از دو عامل مجزا نهادینه می‌شود: (a) افزایش آگاهی از دامنه‌ی جامعه تجربه جاری و (b) نگرش پذیرش

بدون پیش‌داوری از تجربه^۱. کارداسیوتو، هربرت، فورمن، مویترا و فارو (۲۰۰۸) متعاقباً به توسعه‌ی مقیاس ذهن‌آگاهی فیلادلفیا (PHLMS) پرداخت تا آیین دو بُعد را ارزیابی کند. آن‌ها داده‌های روان‌سنجی جاری را ارائه دادند که به پشتیبانی از تفکیک دو بُعد ذهن‌آگاهی می‌پرداخت. سایر مقیاس‌های مشترک و عمومی ذهن‌آگاهی شامل عوامل سنتی می‌باشند. برای مثال، لیست مهارت‌های آگاهی کنتاکی^۲، مقیاس ذهن‌آگاهی ۵ عاملی^۳ و مقیاس اصلاح شده‌ی ذهن‌آگاهی شناختی و روانی^۴؛ هر کدام شامل ۴ تا ۵ مؤلفه بودند که بیشتر به تخریب مفاهیم پذیرش و ذهن‌آگاهی پرداختند.

۱- صفحه ۱۹۸.

۲- Baer, Smith, & Allen-۲۰۰۴

۳- Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney، بائر، اسمیت،

هایکینز، کریتمیر، و تونی، ۲۰۰۶

۴- FeldmanHayes, Kumar, Greeson, & Laurenceau، هایز، کومار،

گریسون، و لورنسی، ۲۰۰۷