

## هدف نهایی روان‌درمانی؛

نگاهی بر روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

### The Ultimate Purpose of Psychotherapy; Acceptance & Commitment Therapy in Addiction



دکتر آذرخش مکرری

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

azarakhshmokri@yahoo.com

دکتر علی فرهودیان

عضو هیات علمی دانشگاه بهزیستی و توان‌بخشی

farhodian@yahoo.com

لباس‌های متنوع و مناسب هر فصل، وسایل متعدد گرمایشی و سرمایشی، سرپناه مناسب، اتومبیل، چتر، و ... هستیم، اما بیش از هر جانور دیگری نگران دمای هوا هستیم. یا مثلاً با وجود آنکه دارای ذخیره‌ی غذایی، یخچال و فریزر، سوپرمارکت‌های متعدد در اطراف محل سکونت، قابلیت کاشتن محصولات کشاورزی، دامداری، و ... هستیم، چرا پیش از همه‌ی حیوانات به گرسنگی و قحطی می‌اندیشیم. احتمالاً پاسخ به این سؤالات این خواهد بود که «ما موجوداتی خردمند و عاقل هستیم و برعکس حیوانات به خطرات فکر می‌کنیم تا آن‌ها را دفع کنیم».

هر چند این خردمندی ما را از بسیاری از خطرات نجات می‌دهد، اما نتیجه‌ی این «خرد» و «عقل» همواره این بوده است که ما انسان‌ها همواره در درد و رنج بوده و هستیم. شاید به همین دلیل است که کودکان موجوداتی خوشبخت‌تر از بزرگسالان هستند و بسیاری از انسان‌ها آرزو دارند به دوره‌ی کودکی خود برگردند؛ دوره‌ای که هیچ‌یک از توانمندی‌هایی که آرزویش را داشتند و در حال حاضر محقق شده، هنوز محقق نشده بود! جالب‌تر آنکه وقتی فردی برای کاهش درد و رنج در زندگی خود به یک روان‌درمانگر مراجعه می‌کند، درمانگر وظیفه‌ی خود می‌داند تا

آیا تاکنون به این مهم اندیشیده‌اید که هدف از زندگی چیست؟ چرا انسان‌ها تا به این اندازه برای بهبود شرایط خود تلاش می‌کنند؟ هدف از تمام این تلاش‌ها و فعالیت‌ها چیست؟ چرا لازم است این همه برنامه‌ریزی برای آینده صورت بگیرد؟ چرا لازم است نیازها یا احساسات واقعی و کاذب فعلی خود (مانند تفریح، خوشگذرانی، خوردن و نوشیدن هر آنچه از آن لذت می‌بریم، مصرف الکل و مواد مخدر...) را دائماً کنترل کنیم؟ قطعاً پاسخ‌های متعدد به این سؤالات به یک پاسخ واحد ختم خواهد شد: «تضمین آینده‌ی سالم، لذت‌بخش و مرفه» حال سؤال این است که پس چرا علی‌رغم این همه تلاش برای رسیدن به یک زندگی لذت‌بخش، ما انسان‌ها کم‌تر از هر جاندار و جانوری خوشحال هستیم. به طور مثال با اینکه ما انسان‌ها دارای





این «خرد» و «عقل» را تقویت کند و از این طریق فرد را به آرامش برساند، حال آنکه همین عقلانیت، عامل تمام مشکلات فرد بوده است! پس چه باید کرد؟

تلاش برای پاسخ به این سوال ساده، موجب تحول در روان‌درمانی و بروز موج سوم رفتاردرمانی گردید. در رفتاردرمانی کلاسیک، فرض بر آن بود که رفتارها بر اساس وقایع قبل و بعد آن قابل تغییر و اصلاح هستند. مثلاً شما می‌توانید با اعمال پاداش و تنبیه، رفتار مورد نظر خود را تقویت کنید یا تخفیف دهید. برای مثال کودکی در یکی از دروس مدرسه نمره‌ی خوبی کسب نموده است، شما با دادن جایزه به او موجب تشویق و تلاش بیشتر برای کسب نمرات بهتر می‌گردید. رفتاردرمانی کلاسیک موفقیت‌های زیادی داشت اما مشکل آن این بود که انسان‌ها برعکس سایر جانوران، رفتار فرد مقابل را ترجمه می‌کردند و گاه استنباط یا تأثیری متفاوت از انتظار فرد پاداش‌دهنده یا تنبیه‌کننده داشتند. برای مثال مادری در حال انجام تکلیف مهمی است و باید فردا آن را به محل کار خود ارایه نماید. کودک خردسال او شرایط را درک نمی‌کند و از مادرش می‌خواهد تا زمان بیشتری را با او بگذراند و بهانه‌گیری می‌کند. مادر، کودک را دعوا می‌کند و از او می‌خواهد که مزاحمش نشود و بر اساس اصول رفتاردرمانی انتظار دارد تا این تنبیه، مزاحمت فرزند را کاهش دهد، اما کودک با این دعوا از مادر توجه می‌گیرد و رفتار مزاحمش بیشتر می‌گردد. استنباط متفاوت انسان‌ها از یک رفتار واحد، نظر دانشمندان را به وجود یک قطعه‌ی خالی از پازل جلب نمود: «شناخت» انسان‌ها از یک رفتار. اضافه کردن مداخلات شناختی به رفتاردرمانی موجب شد تا موج دوم رفتاردرمانی که «رفتاردرمانی شناختی» نام دارد، عملاً جایگزین رفتاردرمانی قبلی گردد. در رفتاردرمانی شناختی (CBT)، درمانگر، علاوه بر توجه به تقویت‌کننده‌های مثبت و منفی، به بررسی و کشف خطاهای شناختی مانند تعمیم بیش از حد، تفسیر سیاه و سفید، ... می‌پردازد و تلاش می‌کند از طریق نشان دادن خطاهای شناختی مراجع، مشکلات او را حل کند. روند درمان در CBT خود بر اساس زنجیره‌ی شناختی زیر است: (۱) مشکلات انسان‌ها عاملی دارند؛ (۲) باید دلیل این عوامل را پیدا کرد؛ (۳) دلایل عموماً افکار، احساسات، یا خاطرات ناخوشایند هستند؛ (۴) پس این افکار، احساسات، یا خاطرات ناخوشایند عامل مشکلات زندگی هستند؛ (۵) برای کنترل مشکلات باید افکار، احساسات، یا خاطرات ناخوشایند را کنترل نمود. مثلاً در درمان فردی که احساس می‌کند به دلیل اعتیاد به هروئین دچار مشکلات متعدد شغلی و خانوادگی شده است، روند فرمولاسیون و درمان این چنین خواهد بود: (۱) مشکلات شغلی و خانوادگی این فرد به دلیل اعتیاد به هروئین است؛ (۲) پس باید دلیل این اعتیاد را پیدا کرد؛ (۳) معمولاً دلایل وسوسه به مصرف مواد، خاطره‌ی آزاردهنده‌ی برخورد تند پدر، احساس اضطراب و افسردگی، احساس گناه ناشی از آسیب به دیگران، ... هستند؛ (۴) پس این وسوسه به مصرف مواد، خاطره‌ی آزاردهنده‌ی برخورد تند پدر، احساس اضطراب و افسردگی، احساس گناه ناشی از آسیب به دیگران، ... عامل مشکلات زندگی هستند؛ (۵) پس برای بهبود مشکلات شغلی و خانوادگی این فرد باید خاطره‌ی آزاردهنده، احساس اضطراب و افسردگی، احساس

گناه، ... را کنترل نمود. به همین دلیل بیشتر مداخلات درمانی اعتیاد در مدل CBT. مبتنی بر مهار وسوسه در زمان وقوع (مانند توجه‌گردانی)، آموزش روش‌های کنترل افکاری که موجب بروز وسوسه می‌شوند (مانند توقف افکار)، اجتناب از برانگیزاننده‌های افکار وسوسه‌کننده (مانند دوری از محل مصرف یا افراد مصرف‌کننده) می‌باشند.

مداخلات مبتنی بر CBT، تاکنون فوایدی در درمان اعتیاد داشتند و نسبت به سایر مداخلات، شواهد علمی بیشتری در تأیید آن‌ها موجود است. اما بررسی نظام‌مند آن‌ها نشان داده که این اثربخشی خفیف است. هم‌هی درمانگران شاهد تعداد بسیاری از مراجعان بودند که علی‌رغم داشتن انگیزه‌ی زیاد و تلاش فراوان برای رسیدن به بهبودی و پرهیز از مصرف مواد، نتوانسته‌اند بر وسوسه و سایر افکار و احساسات مزاحم فایق آیند و به موفقیت لازم دسترسی پیدا کنند. از همه مهم‌تر آنکه در موارد بسیاری با مراجعانی برخورد داشته‌ایم که علی‌رغم موفقیت در درمان اعتیاد، بعد از چند ماه انگیزه‌ی خود را از دست داده و احساس نمودند که بهبود اعتیاد در طولانی‌مدت موجب تغییرات بارزی در احساس آن‌ها در مورد زندگی‌شان نشده است. توجه به این نکات مهم موجب ابداع نظریات جدید در مورد روند یادگیری در انسان‌ها مانند Relational Frame Theory و موجب ایجاد حالت سوم رفتاردرمانی از جمله «روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد» (Acceptance and Commitment Therapy) شد. روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر مبنای این نظریه‌ی بنیادی است که یادگیری در انسان‌ها با سایر جانوران تفاوت کیفی دارد. یعنی نه تنها انسان‌ها به دلیل قدرت یادگیری بیشتر، آموزش‌پذیری بیشتری دارند، بلکه از آنجایی که واجد زبان و یادگیری وابسته به زبان هستند، تحت تأثیر ناخواسته از بسیاری از مسایل بیرونی هستند که به واسطه‌ی استدلال و آموزش کلامی کسب می‌گردند و اثر «محیط» شناخته می‌شوند. مثلاً شما به کودکی یک اسکناس ۵۰۰ تومانی می‌دهید و کودک با آن شکلاتی می‌خرد. با این خرید، کودک نسبت به این اسکناس شرطی شده است و هر بار آن را از شما طلب می‌کند. حال اگر این کودک از فردی بشنود که با اسکناس ۱۰۰۰ تومانی، فروشنده دو شکلات به او خواهد داد، با وجود آنکه این کودک هرگز نسبت به این اسکناس ۱۰۰۰ تومانی شرطی نشده است، اما آن را به محرک قبلی که به آن شرطی شده بود ترجیح می‌دهد و از شما به جای اسکناس ۵۰۰ تومانی اسکناس ۱۰۰۰ تومانی طلب خواهد نمود. هرچند این ترجیح بر خلاف فرضیات شرطی‌سازی رفتاردرمانی است، اما به وفور در زندگی ما انسان‌ها اتفاق می‌افتد و ما در هر لحظه بر اساس توصیه‌ها، شنیده‌ها، آموخته‌ها و موضوعاتی که در کتاب‌ها و مجلات می‌خوانیم عمل می‌کنیم. ما دائماً به کودکان خود می‌آموزیم که چطور با دیگران صحبت کنند، چطور بیندیشند، چگونه بسنجند، چطور مسایل را تفکیک کنند، چگونه مقایسه کنند، از چه چیزهایی بترسند، چگونه آینده را پیش‌بینی کنند، چطور در هر شرایطی و با هر کسی رفتار کنند و ... همچنین بسیاری از سایر قواعد و قوانین که افراد فقط می‌دانند «باید» یا «نباید» انجام دهند، اما هرگز عملاً انجام یا عدم انجام آن‌ها منجر به آسیب به فرد نشده است.

۲ در CBT، اهداف درمانی توسط درمانگر تعیین می‌گردد. مثلاً درمانگر به فرد آموزش می‌دهد که برای رسیدن به یک زندگی بهتر، لازم است مصرف مواد را ترک کند، فعالیت‌های شغلی یا تحصیلی خود را بیشتر پیگیری کند، یا از انجام بعضی از رفتارهایی که برایش جذابیت موقتی داشته پرهیز کند. در روش ACT، این خود مراجع است که نه بر اساس آموخته‌های مستدل، بلکه بر اساس تجارب واقعی و احساسات درونی خود ارزش‌های واقعی زندگی را در حوزه‌هایی مانند اشتغال، روابط خانوادگی، تحصیلات، تفریحات، روابط عاشقانه و ... تعیین می‌کند و برای رسیدن به آن‌ها تلاش می‌نماید.

۳ در مدل CBT، فرد تشویق می‌شود تا به اتفاقات قبلی و احساسات یا افکار همراه با آن فکر کند و تلاش کند آینده را بر اساس تجارب قبلی پیش‌بینی نماید. اما در ACT مراجع یاد می‌گیرد که پیش‌بینی‌های قبلی او عموماً با واقعیت همخوانی نداشته‌اند، افکار و احساسات او بیش از آنکه یک واقعیت تمام‌عیار از زندگی یا هویت او باشند، یک «فکر» یا «احساس» هستند. زندگی او همواره به این دلیل دردناک بوده است که افکار، احساسات، یا خاطرات خود را آسیب‌رسان‌تر از آنچه بوده‌اند برآورد کرده است. حال او باید بیاموزد که چگونه در زمان حال زندگی کند و ارتباط مناسب‌تری با تجارب درونی خود برقرار نماید.

۴ در رفتاردرمانی شناختی، همواره شاهد آن هستیم که تجارب احساسی قبلی به تجارب فعلی یا عبارات معرف آن‌ها متصل شده‌اند (مثلاً کلمه‌ی «مرگ» برای هر فرد تداعی‌کننده‌ی یک احساس یا خاطره‌ی منحصر به فرد است)؛ این اتصال موجب می‌گردد که افراد نتوانند با بسیاری از تجارب خود ارتباط برقرار نمایند و آن‌ها را به گونه‌ای منحصر به فرد تعبیر و تفسیر کنند و بدون آنکه خود دلیل آن را بدانند از مسایل معمولی اجتناب نمایند. در روش درمانی ACT این اتصال از بزرگ‌ترین موانع درمان تلقی می‌گردد و درمانگر تلاش می‌کند با تکنیک‌های مختلف این اتصال احساسی را از بین ببرد.

۵ در مدل CBT دائماً به محتوای افکار و احساسات و خاطرات توجه می‌شود و تلاش می‌گردد تا تغییراتی در نحوه‌ی برداشت فرد و تعبیر و تفسیر او از وقایع ایجاد گردد. اما درمانگر ACT بیش از آنکه به این محتوا توجه کند، این افکار را به عنوان یک محتوا در «خود» فرد می‌بیند و تلاش می‌کند به فرد نشان دهد که وجود او از این افکار جداست و این افکار در وجود او جریان دارند، نه اینکه بخشی از وجود او را تشکیل دهند. این خود موجب کاهش اتصال افکار و کاهش قبح و ارزش آن‌ها می‌گردد.

۶ درمانگر شناختی-رفتاری، معمولاً در طول فرایند درمان، هر بار تعیین می‌کند که چه اهداف رفتاری انجام شود و چه رفتارهایی انجام نشود. اما در مدل ACT هیچ محدودیت درونی برای انجام رفتار درمانی وجود ندارد و مراجع موظف است بر اساس قدم‌های رفتاری خود - که برنامه‌ریزی کرده است - در مسیر درمانی حرکت نماید. انجام بی‌قید و شرط تعهدات، از اصول اصلی روان‌درمانی ACT است. این موضوع آن‌قدر برای مبدع آن آقای Steven Hayes مهم بوده که در بسیاری از

توجه به رعایت دایم این قواعد و پیش‌بینی دائم آینده بر اساس این قوانین که صرفاً آموخته شده‌اند، اما اثر آن‌ها تجربه نشده است موجب درد، رنج، ترس و نگرانی در انسان‌ها می‌گردد. در واقع به قول ویلیام بلیک، نقاش و هنرمند قرن ۱۸ و ۱۹، ما با هر کلمه، جمله یا خاطره، کودکانمان را از بهشت بیرون می‌کشیم.

حال اگر دو قاعده‌ی فوق را بپذیریم که اولاً آموخته‌های ما انسان‌ها فراتر از ارتباطات ظاهری بین رفتار ما و نتیجه‌ی مستقیم آن رفتارهاست و ثانیاً بایدها و نبایدها در زندگی انسان بیش از آنکه موجب خوشبختی او باشند موجب درد و رنج او شده‌اند؛ وظیفه‌ی درمانگر در برخورد با مراجع، کمک به شادمانی او و نه صرفاً رفع علائم بیماری (بر اساس این استدلال که علائم موجب بروز مشکل شده‌اند) می‌باشد. روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) که هرچند خود منتج از فرضیات مختلف مانند رفتاردرمانی، روان‌کاوی، گشتالت، ذهن‌آگاهی، اگزیستانسیالیسم است؛ از اصول با فلسفه‌ی CBT تفاوت دارد. روان‌درمانی ACT تلاش می‌کند تا با دور زدن استدلال و سایر مسیرهای کلامی (که خود موجب ایجاد درد و رنج در انسان شده‌اند) و به جای آن استفاده از تشبیهات، استعارات و تجارب واقعی فرد، به مراجع کمک کند تا به هدف نهایی درمان که همان بهبود کلی مشکلات انسان‌ها (نه رفع دلایل خیالی این مشکلات مانند افکار و احساسات ناخوشایند) است بپردازد. اصول ACT از جهات زیر با CBT متفاوت است:

۱ یکی از اهداف اصلی و بینابینی در درمان با مدل CBT، کمک به بیمار برای اجتناب از تجارب ناخوشایند درونی است. مثلاً در مثال فرد معتاد به مصرف هروئین به او آموزش داده می‌شود که چه روش‌هایی را به کار بگیرد تا از وسوسه و خاطرات ناخوشایند دوری کند. در مدل ACT اصل بر پذیرش این افکار است. در این مدل با استفاده از تجارب قبلی فرد به او نشان داده می‌شود که هرگز در فرار از این تجارب درونی موفق نبوده و فرار از آن‌ها معمولاً موجب تشدید آن‌ها شده است.



for Major Depression With Psychotic Features. *Behav Modif.* Dec 6.

Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Pierson HM, Piasecki MP, Antonuccio DO, Palm KM. (2011). Does acceptance and relationship focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy for smoking cessation. *Behav Ther.* Dec;42(4):700-15.

Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* Apr;75(2):336-43.

Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther.* Jan;44(1):1-25.

Hesser H, Gustafsson T, Lundén C, Henrikson O, Fattahi K, Johnsson E, Zetterqvist Westin V, Carlbring P, Mäki-Torkko E, Kalso V, Andersson G. (2012). A randomized controlled trial of Internet-delivered cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy in the treatment of tinnitus. *J Consult Clin Psychol.* Aug;80(4):649-61.

Juarascio AS, Forman EM, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behav Modif.* (2010). Mar;34(2):175-90.

Kahl KG, Winter L, Schweiger U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Curr Opin Psychiatry.* Nov;25(6):522-8.

Litvin EB, Kovacs MA, Hayes PL, Brandon TH. (2012). Responding to Tobacco Craving: Experimental Test of Acceptance Versus Suppression. *Psychol Addict Behav.* Oct 29.

Markanday S, Data-Franco J, Dyson L, Murrant S, Arbuckle C, McGillvray J, Berk M. (2012). Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant depression. *Aust N Z J Psychiatry.* Dec;46(12):1198-9.

McCracken LM, Jones R. (2012). Treatment for chronic pain for adults in the seventh and eighth decades of life: a preliminary study of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Pain Med.* Jul;13(7):860-7.

Montgomery KL, Kim JS, Franklin C. (2011). Acceptance and commitment therapy for psychological and physiological illnesses: a systematic review for social workers. *Health Soc Work.* Aug;36(3):169-81.

Nordin L, Rorsman Ia. (2012). Cognitive behavioural therapy in multiple sclerosis: a randomized controlled pilot study of acceptance and commitment therapy. *J Rehabil Med.* Jan;44(1):87-90.

Smout M. (2012). Acceptance and commitment therapy - pathways for general practitioners. *Aust Fam Physician.* Sep;41(9):672-6.

Smout MF, Longo M, Harrison S, Minniti R, Wickes W, White JM. (2010). Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and Acceptance and Commitment Therapy. *Subst Abus.* Apr;31(2):98-107.

Stotts AL, Green C, Masuda A, Grabowski J, Wilson K, Northrup TF, Moeller FG, Schmitz JM. (2012). A stage I pilot study of acceptance and commitment therapy for methadone detoxification. *Drug Alcohol Depend.* Oct 1;125(3):215-22.

Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther.* Mar;37(1):3-13.

Twohig MP, Shoenberger D, Hayes SC. (2007). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *J Appl Behav Anal.* Winter;40(4):619-32.

White R, Gumley A, McTaggart J, Rattrie L, McConville D, Cleare S, Mitchell G. (2011). A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behav Res Ther.* Dec;49(12):901-7.

Wicksell RK, Olsson GL, Hayes SC. (2011). Mediators of change in acceptance and commitment therapy for pediatric chronic pain. *Pain.* Dec;152(12):2792-801.

مقالات خود بر آن تأکید و اصرار داشته است که عبارت "ACT" به عنوان یک کلمه‌ی واحد «آکت» (به معنی اقدام) و نه مخفف سه حرف به صورت «ای سی تی» خوانده شود.

روند درمان در ACT به این صورت است که پس از قرارداد درمانی، در ابتدا با استفاده از تشبیهات، استعارات و مثال‌ها، روش‌های ناکارآمد قبلی فرد مورد بررسی و تضعیف قرار می‌گیرد و به او نشان می‌دهیم چگونه روش‌های اجتناب و کنترلی تاکنون ناکارآمد بوده و منجر به تشدید مشکلات شده‌اند. سپس کمک می‌کنیم تا مراجع، ادغام و اتصال شناختی خود را کاهش دهد و با احساسات درونی خود ارتباط بهتری برقرار کند. باید کمک کنیم مراجع ارزش‌های شخصی خود را که تاکنون به آن‌ها بی‌توجه بوده مشخص کند، فعالیت‌های لازم را برای رسیدن به این ارزش‌ها تعیین نماید و در نهایت کمک کنیم فرد فعالیت‌های لازم را برای رسیدن به اهداف خود به انجام برساند.

این فلسفه و روش درمانی بسیار جدید است و طبیعتاً پژوهش‌های کنترل‌شده‌ی زیادی بر روی آن انجام نشده است. اما مطالعات متعدد حاکی از شواهدی از اثربخشی آن در حوزه‌های مختلف مانند اختلالات افسردگی مانند افسردگی همراه با اضطراب یا پس‌یکوز؛ اختلالات اضطرابی (مانند وسواس، پانیک، اضطراب منتشر، PTSD، ترس از اجتماع؛ اختلالات دردناک مزمن؛ وابستگی به مواد مانند سیگار، ماری‌جوانا، الکل، و مت‌آمفتامین؛ سایر رفتارهای اعتیادی مانند اعتیاد به پورنوگرافی یا قماربازی؛ سم‌زدایی بیماران معتاد؛ برخورد با علامت پس‌یکوتیک و حتی تغییرات رفتاری و تحمل در بیماری‌های جسمی مانند وزوز گوش، سندروم روده‌ی تحریک‌پذیر، دیابت و لکنت زبان می‌باشد. انتظار می‌رود به کار گرفتن این روش با توجه به ساده و ملموس بودن آن برای مراجع (به خصوص در مراجعانی مانند وابستگان به مواد و افراد مبتلا به وسواس که در کنترل تجارب درونی خود ضعف دارند) تأثیری قابل توجه در درمان آن‌ها داشته باشد.

## ← منابع

Arch JJ, Eifert GH, Davies C, Plumb Vilardaga JC, Rose RD, Craske MG. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol.* Oct;80(5):750-65.

Arch JJ, Wolitzky-Taylor KB, Eifert GH, Craske MG. (2012). Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Behav Res Ther.* Aug;50(7-8):469-78

Bach P, Hayes SC, Gallop R. (2012). Long-term effects of brief acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behav Modif.* Mar;36(2):165-81.

Beilby JM, Byrnes ML, Yaruss JS. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for adults who stutter: Psychosocial adjustment and speech fluency. *J Fluency Disord.* Dec;37(4):289-99.

Biglan A, Hayes SC, Pistorello J. (2008). Acceptance and commitment: implications for prevention science. *Prev Sci.* Sep;9(3):139-52.

Ferreira NB, Eugenicos MP, Morris PG, Gillanders DT. (2012). Measuring acceptance in irritable bowel syndrome: preliminary validation of an adapted scale and construct utility. *Qual Life Res.* Oct 25.

Gaudiano BA, Nowlan K, Brown LA, Epstein-Lubow G, Miller IW. (2012). An Open Trial of a New Acceptance-Based Behavioral Treatment