

## فهرست

|   |           |
|---|-----------|
| پیش درآمد.....                                  | ۱۴        |
| <b>۱. رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش.....</b>   | <b>۱۳</b> |
| مقدمه.....                                      | ۱۴        |
| مبانی نظری.....                                 | ۱۷        |
| ساختار درمان.....                               | ۲۸        |
| نقش درمانگر و درمانجو در درمان.....             | ۳۴        |
| محتوای درمان.....                               | ۳۵        |
| شواهد پژوهشی.....                               | ۴۳        |
| منابع برای مطالعه بیشتر.....                    | ۴۵        |
| منابع.....                                      | ۴۵        |
| <b>۲. شناخت‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی.....</b> | <b>۴۹</b> |
| مقدمه.....                                      | ۵۰        |
| مبانی نظری.....                                 | ۵۲        |
| ساختار درمان.....                               | ۵۹        |
| پروتکل درمانی.....                              | ۶۲        |
| شواهد پژوهشی.....                               | ۶۶        |
| منابع برای مطالعه بیشتر.....                    | ۶۸        |
| منابع.....                                      | ۶۸        |
| <b>۳. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.....</b>      | <b>۷۱</b> |
| مقدمه.....                                      | ۷۲        |
| نظریه آسیب‌شناسی روانی.....                     | ۷۶        |
| مفهوم‌پردازی مسأله درمانجو.....                 | ۷۸        |
| ساختار درمان.....                               | ۸۴        |
| فرایند درمان.....                               | ۸۸        |

|                 |   |
|-----------------|---|
| ۹۲.....         | مداخلات درمانی.....   |
| ۱۰۱.....        | شواهد پژوهشی.....   |
| ۱۰۳.....        | منابعی برای مطالعه بیشتر.....                                 |
| ۱۰۴.....        | منابع.....  |
| <b>۱۰۷.....</b> | <b>۴. فعال سازی رفتاری.....</b>                               |
| ۱۰۸.....        | مقدمه.....  |
| ۱۱۱.....        | مبانی نظری.....   |
| ۱۲۲.....        | ساختار درمان.....   |
| ۱۲۵.....        | محتوای درمان.....   |
| ۱۳۵.....        | شواهد پژوهشی.....   |
| ۱۳۷.....        | منابعی برای مطالعه بیشتر.....                                 |
| ۱۳۷.....        | منابع.....  |
| <b>۱۴۱.....</b> | <b>۵. درمان مبتنی بر تحلیل تابعی.....</b>                     |
| ۱۴۲.....        | مقدمه.....  |
| ۱۴۴.....        | مبانی نظری.....   |
| ۱۴۸.....        | ساختار و دوره درمان.....                                      |
| ۱۴۸.....        | ارزیابی و مفهوم پردازی مسأله درمانجو.....                     |
| ۱۴۹.....        | استفاده از درمان تحلیل تابعی برای ارتقای درمان های موجود..... |
| ۱۶۳.....        | شواهد پژوهشی.....   |
| ۱۶۴.....        | منابعی برای مطالعه بیشتر.....                                 |
| ۱۶۴.....        | منابع.....  |
| <b>۱۶۷.....</b> | <b>۶. زوج درمانی رفتاری تلفیقی.....</b>                       |
| ۱۶۸.....        | مقدمه.....  |
| ۱۷۱.....        | مبانی نظری.....   |
| ۱۷۲.....        | ضابطه بندی مسأله زوج.....                                     |
| ۱۷۴.....        | ساختار درمان.....   |
| ۱۸۲.....        | محتوا و تکنیک های درمان.....                                  |
| ۱۹۰.....        | کاربرد درمانی.....  |

|                 |  |
|-----------------|--|
| ۱۹۰.....        | شواهد پژوهشی.....  |
| ۱۹۱.....        | منابعی برای مطالعه بیشتر.....                              |
| ۱۹۲.....        | منابع.....   |
| <b>۱۹۵.....</b> | <b>۷. فراشناخت درمانی.....</b>                             |
| ۱۹۶.....        | مقدمه.....   |
| ۲۰۰.....        | مبانی نظری.....  |
| ۲۱۲.....        | ارزیابی.....   |
| ۲۱۴.....        | ضابطه‌بندی مسأله درمانجو.....                              |
| ۲۱۹.....        | ساختار درمان.....  |
| ۲۲۵.....        | شواهد پژوهشی.....  |
| ۲۲۸.....        | منابعی برای مطالعه بیشتر.....                              |
| ۲۲۹.....        | منابع.....   |
| <b>۲۳۱.....</b> | <b>۸. فتار درمانی دیالکتیکی.....</b>                       |
| ۲۳۲.....        | مقدمه.....   |
| ۲۳۳.....        | مبانی نظری.....  |
| ۲۳۷.....        | ساختار درمان.....  |
| ۲۴۳.....        | مدل‌های درمان.....   |
| ۲۴۸.....        | تکنیک‌های درمان.....                                       |
| ۲۶۱.....        | شواهد پژوهشی.....  |
| ۲۶۴.....        | منابعی برای مطالعه بیشتر.....                              |
| ۲۶۴.....        | منابع.....   |
| <b>۲۶۷.....</b> | <b>۹. درمان فراتشخیصی.....</b>                             |
| ۲۶۸.....        | درمان فراتشخیصی: روح تازه در کالبد رفتاردرمانی شناختی..... |
| ۲۷۱.....        | مبانی نظری.....  |
| ۲۷۳.....        | مدل درمان.....   |
| ۲۷۵.....        | ساختار درمان.....  |
| ۲۸۱.....        | راهبردهای درمان.....                                       |
| ۲۸۴.....        | شواهد پژوهشی.....  |

|                 |  |
|-----------------|--|
| ۲۸۵.....        | درمان‌های فراتشخیصی: قوت‌ها و ضعف‌ها.....  |
| ۲۸۷.....        | منابعی برای مطالعه بیشتر.....              |
| ۲۸۷.....        | منابع.....                                 |
| <b>۲۹۳.....</b> | <b>۱۰. درمان مبتنی بر تنظیم هیجان.....</b> |
| ۲۹۴.....        | بازگشت توجه به هیجان.....                  |
| ۲۹۶.....        | مبانی نظری.....                            |
| ۳۱۱.....        | درمان تنظیم هیجان.....                     |
| ۳۱۳.....        | مدل نظم‌پریشی هیجان.....                   |
| ۳۱۵.....        | هدف‌ها و کاربردهای درمان.....              |
| ۳۱۶.....        | توصیف کلی و ساختار درمان.....              |
| ۳۱۸.....        | مراحل درمان.....                           |
| ۳۲۲.....        | شواهد پژوهشی.....                          |
| ۳۲۴.....        | منابعی برای مطالعه بیشتر.....              |
| ۳۲۵.....        | منابع.....                                 |
| ۳۲۹.....        | واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....            |
| ۳۳۳.....        | واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....            |

## پیش درآمد

پیرزنی از بزرگمهر چند مسأله پرسید. بزرگمهر در پاسخ به بیشتر آنها گفت: نمی‌دانم. پیرزن گفت: از پادشاه هر ساله حقوق می‌ستانی به واسطه دانشی که داری و من هر چه از تو می‌پرسم گویی که نمی‌دانم! چگونه این مال‌ها بر خود حلال کنی؟ حکیم در جواب گفت: ای مادر من آنچه می‌گیرم در برابر دانستنی‌های خود می‌گیرم، اگر در برابر نادانستنی‌ها گیرم، زرهای عالم به آن کفاف نخواهد داد.

\* \* \* \* \*

خواستگاه موج سوم درمان‌های شناختی- رفتاری، ندانستن‌ها و نتوانستن‌ها بود. درمان‌های شناختی- رفتاری مأموریت خود برای تداوم نگاه علمی پژوهش‌مدار و در عین حال، جامع به مسایل روان‌شناختی را به امید بسط و گسترش چشم‌اندازها و ابداع عرصه‌های نوین مداخله و تبیین علمی، همچنان با سرعت و در عین حال، دقت ادامه می‌دهند. آنچه که هم‌اکنون درمان‌های موج سوم نام گرفته، گامی بلند در مسیر این مأموریت بوده است. موج نخستِ درمان‌های شناختی- رفتاری به دنبال ادغام اصول علمی / مثبت‌گرایانه (پوزیتیویستی) نظریه رفتارگرایی در عرصه مداخلات روان‌شناختی بود. رفتارگرایان و به تبع آنان رفتاردرمانگران، در آن مجال تاریخی، درباره بسیاری از رویدادهای روان‌شناختی تنها به این دلیل سکوت اتخاذ کردند که پرداختن به آن مسایل با اصول فلسفی علم مثبت‌گرایانه (پوزیتیویستی) مغایر بود. تنها راه حفظ روان‌شناسی به عنوان یک علم تجربی، در آن برهه تاریخی، این بود که هرچه غیرقابل مشاهده و اندازه‌گیری است، از حوزه فعالیت روان‌شناسی حذف شود. اصطلاح جعبه سیاه یا تأکید بر مدل S-R یادگار آن دوران و نماد تلاش موج نخست برای نهادینه کردن نگاه علمی- تجربی به روان‌شناسی بود. با پیشرفت نظریه و مداخله رفتاری، و نشان دادن اثربخشی بسیاری از روش‌هایی که برآمده از آزمایش‌های روی حیوانات بود، زمان آن فرارسید که عرصه فعالیت علمی- تجربی در روان‌شناسی به مقوله‌های دیگری غیر از رفتار هم گسترش یابد. در این میان، مقوله شناخت، بیشترین الفت را با روان‌شناسی آن زمان داشت و روش‌های مطالعه و مداخله اواخر دهه پنجاه و اوایل دهه شصت میلادی این امکان را می‌داد که شناخت نیز به طور عینی و تجربی مورد مطالعه و مداخله قرار گیرد. تبدیل قانون S-R به S-O-R در آن زمان موجه می‌نمود و دیگر خطر بازگشت به دوران درون‌نگری- به عنوان یک روش غیر تجربی- روان‌شناسی را تهدید نمی‌کرد. برآیند

تقابل رفتاردرمانی به عنوان تز و شناخت‌درمانی به عنوان آنتی‌تز، شکل‌گیری پارادایم درمان‌های شناختی- رفتاری به عنوان موج دوم بود که هنوز هم با سرعت به رشد کمی و کیفی خود ادامه می‌دهند. دیالکتیک علمی ایجاب می‌کند که هر نظریه‌ای آنتی‌تز خود را در درون خود پرورش دهد. خاصیت تفکر علمی، نقد و ارزیابی دستاوردها و جاه‌طلبی برای رشد نظریه است. پارادایم شناختی- رفتاری هم از این قاعده مستثنی نبود و بزرگترین نقادان موج دوم کسانی بودند که در همین پارادایم تعلیم دیده بودند. به نظر من این زیبایی نظریه شناختی- رفتاری است که متولیان آن با انعطاف‌پذیری تمام، خود را نقد می‌کنند و به دنبال دستاوردهای علمی بیشتر و بهتر هستند. نقدی که بر موج دوم وارد بود چند وجه داشت. یکی از این وجوه مغفول ماندن موضوع هیجان‌ها در درمان‌های موج اول و دوم بود. درمان شناختی- رفتاری هرگز دغدغه مؤلفه هیجان را کنار نگذاشته بود و به نقش پررنگ و جدی آن هم در شکل‌گیری، هم در تداوم، و هم در درمان اختلال‌ها اذعان داشت، اما درنهایت این درمان‌های موج سوم بودند که بالأخره هم از بُعد آسیب‌شناختی و هم از بُعد درمانی، مؤلفه‌های «هیجانی» را تبیین کردند. وجه دیگری که در درمان‌های موج سوم پررنگ است، موضوع «پذیرش» است. پذیرش، هم به معنای پذیرش و قبول تجارب هیجانی، هم به معنای دوست شدن با رنج به عنوان تجربه زیسته انکارناپذیر، و هم به عنوان اذعان وجود مشکلی که باید بدان پرداخت، موضوع اصلی تعداد زیادی از رویکردهای موج سوم است. نگاه عمیق‌تر و «فرایندی» به آسیب‌شناسی شناختی به جای درجا زدن در «محتوای» شناخت‌واره‌ها؛ توجه به ارزش افزوده مفاهیمی که از سایر نظریه‌ها وام گرفته شده‌اند و به خوبی در پارادایم شناختی- رفتاری تلفیق شده و وحدت یافته‌اند؛ توجه به نقش معنا، گفتار، زبان، بافتار، و برخی مفاهیم پایه‌ای دیگر، جایگاه ویژه‌ای به درمان‌های موج سوم بخشیده است. به نظر من ارزشمندی اساسی این رویکردها در این است که از سنت علمی- تجربی بودن درمان‌های شناختی- رفتاری فاصله نگرفته‌اند. این رویکردها با دقت و پای‌بندی فراوان، تنها زمانی ادعایی را مطرح می‌کنند که مبتنی بر شواهد تجربی باشد و چه امتیازی برای یک نظریه علمی بالاتر از این، که ادعاهای خود را به شکل مفروضه‌های علمی به محک تجربه بیازماید؟

در عین حال، باید توجه داشت که خواستگاه رویکردهای موج سوم، تنها رشد و تحول درون‌نظریه‌ای درمان‌های شناختی- رفتاری نبود. روح زمان هم در شکل‌گیری این موج نقش اساسی داشت. جامعه غربی که سال‌ها برای موفقیت، رقابت، مقایسه، قدرت، و فاصله گرفتن از ترس و اضطراب ارزش قایل شده بود و تفکر کمال‌گرایانه را به عنوان پیش‌فرض رشد فردی و اجتماعی، یک فضیلت می‌دانست، و تمام تلاش خود را در مسیر مهار هیجان‌ها و روی آوردن به زندگی تکنیکی، عقلانی، و استدلالی به کار گرفته بود، اکنون درمی‌یافت که نه خوشبخت است، نه خوشحال، و نه حتی راضی! شاید رویکردی دیگر به زندگی ضرورت داشت. شاید باید به جای اجتناب از درد و رنج، با آنها کنار آمد. شاید زیرکانه از ناکامی‌ها دور شدن، ظرفیت بشر را برای زندگی با ناکامی پایین می‌آورد. و شاید در اغراق‌آمیزترین شکل آن، به قول ما مردمان مشرق زمین، درد عشق شیرین است و پای

استدلالیان چوبین و ... شاید هم بودن به اندازه شدن و حتی بیش از آن، ارزشمند است. شاید به قول استیون هیز ارزش‌ها از هدف‌ها ارزشمندتراند. شاید ... گفته می‌شود برای قضاوت درباره یک جریان تاریخی باید نیم قرن از آن بگذرد. به عبارتی، هنوز زود است که درباره ارزش افزوده علمی و کاربردی رویکردهای معاصر قضاوت کنیم؛ اما در همین اندک زمان، شواهد علمی، عینی، و تجربی مبتنی بر کارایی، کارآمدی، و کاربردی بودن این رویکردها کم نیست.

حرف آخر اینکه، این کتاب توسط گروهی از همکاران جوان نسل چهارم روان‌شناسی ایران نگارش شده است. چقدر مفتخرم که می‌بینم بالأخره در روان‌شناسی ایران، نسلی شکل گرفته که به جای اینکه رودرروی هم بایستند، دست هم را می‌گیرند؛ چقدر لذت‌بخش است دیدن کار گروهی در روان‌شناسی ایران؛ چقدر جذاب است شاهد نخستین کارهای تألیف به جای ترجمه در این نسل بودن. با امید به اینکه همکاران از مطالعه این کتاب همان قدر لذت ببرند که من بردم.

#### **دکتر لادن فتی**

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران  
مرکز مطالعات آموزش پزشکی





## رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش

\* دکتر فاطمه زرگر

هرگز نمی‌توانید امواج را متوقف کنید اما می‌توانید موج‌سواری یاد بگیرید.

کابات- زین

رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش شاخه‌ای از درمان‌های جدید روان‌شناختی است که از اصول و تکنیک‌های مبتنی بر توجه‌آگاهی استفاده می‌کند. رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش، بر مبنای این فرضیه روی کار آمده است که آسیب روانی در نتیجه کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی بروز پیدا می‌کند. این درمان‌ها معتقداند مبتلایان به آسیب روانی، خود را به سبب داشتن هیجانات ناخوشایند سرزنش می‌کنند و مورد قضاوت منفی قرار می‌دهند. بنابراین، درصدد اجتناب از این هیجانات برمی‌آیند و به رفتارهایی مبادرت می‌ورزند تا از آنها فرار کنند یا کاهش‌شان دهند. اجتناب در سه سطح هیجانی، شناختی، و رفتاری می‌تواند نقش مهمی در تداوم آسیب روانی داشته باشد. هدف رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش، تغییر روابط افراد با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب از آنها، و افزایش رفتارهای همسو با مسیرهای زندگی ارزشمند است.

## مقدمه

از دهه ۱۹۷۰، جریان یکپارچه شدن توجه‌آگاهی مخصوصاً مراقبه‌توجه‌آگاهی با روان‌درمانی شروع شد. برای مثال، این روش در ترکیب با درمان مبتنی بر مطالعه، به عنوان درمانی کمکی، به‌طور کلی و به عنوان درمانی کوتاه‌مدت، به‌طور مستقل، مورد بررسی قرار گرفت. اگرچه این کوشش‌های اولیه نشان‌دهنده کاربرد تکنیک‌های توجه‌آگاهی در روان‌درمانی است، روی کارآمدن چندین درمان ابتکاری، اصول توجه‌آگاهی را یکپارچه کرد. این درمان‌های جدید تأکید می‌کنند که آگاهی نسبت به لحظه حال و پذیرش، از جنبه‌های مهم درمان اختلال‌های روانی به شمار می‌روند. این درمان‌ها تحت عنوان درمان‌های «نسل سوم» رفتاردرمانی شناخته می‌شود. آنها طیفی از رویکردها را توصیف می‌کنند که مشخصاً بر تغییر رابطه درمانجویان با تجارب درونی‌شان و اجتناب نکردن از آنها، به عنوان سازوکار اصلی تغییر، تأکید می‌کنند.

رفتاردرمانی را می‌توان به سه نسل (یا: موج) طبقه‌بندی کرد که هر یک شامل مجموعه‌ای از روش‌هاست.

## «نسل اول» رفتاردرمانی: کاربردهای بالینی تحلیل تجربی رفتار

رفتاردرمانی که از چارچوب مفهومی رفتارگرایی نشأت گرفت، به‌طور رسمی و کم و بیش به‌طور مستقل، در دهه ۱۹۵۰، در ۳ کشور رشد پیدا کرد: (۱) آفریقای جنوبی جایی که جوزف ولپی درمانی با عنوان حساسیت‌زدایی منظم را برای اختلال‌های اضطرابی تدوین کرد و در ۱۹۵۸ کتاب روان‌درمانی با استفاده از بازداری متقابل را منتشر نمود؛ (۲) ایالات متحده آمریکا، جایی که اوگن لیندزلی تکنیک‌های شرطی‌سازی عامل را در کار با بیماران اسکیزوفرن به کار برد؛ و (۳) انگلستان جایی که هانس آیزنک به ایجاد جایگزین‌هایی برای درمان روان‌تحلیل‌گری مبادرت ورزید (اوست، ۲۰۰۸). بدین ترتیب، رفتاردرمانی به عنوان اولین «نسل» مؤثر در روان‌درمانی مد نظر قرار گرفت. رفتاردرمانی در اوایل کار خود، ارتباط ضعیفی با اصول علمی استقرار یافته داشت، توصیفات مبهم و گنگی از مداخلات خود عرضه می‌کرد، و از سویی، شواهد علمی ضعیفی در حمایت از این مداخلات وجود داشت (هیزن، ۲۰۰۴). از این رو، دو ویژگی را به خود افزود، ویژگی‌هایی که آن را از مداخلات بالینی موجود در آن زمان متمایز می‌ساخت. دو ویژگی مزبور عبارت بود از کاربرد اصول تحلیل رفتاری در کار بالینی و تأکید بر ارزیابی تجربی مداخلات.

رفتاردرمانی، در طی دهه ۱۹۵۰، و به همت ولپی، برای درمان اضطراب، شکل گرفت و گسترش یافت. این درمان، مبتنی بر اصول شرطی‌سازی کلاسیک و عامل بود. در ایالات متحده، لیندزلی و آیلن - شاگردان اسکینر در دانشگاه هاروارد - به‌طور نظام‌مند، اصول یادگیری را برای تغییر رفتارهای

مبتلایان به اختلال روانی به کار بردند (اسپیگلر و گیورمانت، ۱۹۹۳). در این بین، در آفریقای جنوبی، ولپی چندین درمان رفتاری اساسی شامل حساسیت‌زدایی منظم و جرأت‌آموزی را به وجود آورد. تمرکز رویکرد ولپی روی جایگزین کردن پاسخ‌های غیر انطباقی (مانند اضطراب و اجتناب) با پاسخ‌های انطباقی‌تر (مانند آرام‌سازی و رفتار جرأت‌مندانه) بود. رشد رفتاردرمانی در انگلستان، توسط آیزنک، مشابه و مستقل از رویکردهای ایالات متحده و آفریقای جنوبی اتفاق افتاد. تمرکز مستقیم رفتاردرمانی بر رفتار مشکل‌ساز باعث شد مفاهیم مبهم و پدیده‌های غیر قابل مشاهده، دیگر مورد توجه نباشند (کارداسیوتو، ۲۰۰۵).

### «نسل دوم» رفتاردرمانی: تأکید گسترده بر شناخت

تا اواخر دهه ۱۹۶۰، رفتاردرمانگران، به طور روزافزونی، تشخیص دادند که نیاز است افکار و احساسات به اندازه کافی مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرند. با این حال، تداعی‌گرایی و تحلیل رفتاری قادر نبودند به اندازه کافی به نقش زبان و شناخت انسان بپردازند. از این رو، تغییری اساسی در رفتاردرمانی ضرورت یافت. در نتیجه، «شناخت» برای مداخلات بالینی، متغیر هدف در نظر گرفته شد و رویکردهایی (مانند رویکرد بندورا) روی کار آمد که به سهم شناخت در تغییر رفتار اشاره داشتند. این عوامل دست به دست هم داد تا شناخت‌درمانی شکل بگیرد و گسترش یابد. سه جریان مؤثر در این زمینه بدین شرح است: (۱) کاربرد سازه‌های روان‌شناسی شناختی برای تدوین مداخلات شناختی؛ (۲) پایه‌ریزی روش‌های خویش‌داری رفتاری به عنوان نوعی مداخله شناختی؛ و (۳) ظهور درمان‌های شناختی توسط ایس و بک که در بافتار بالینی و نه روان‌شناسی بنیادی تدوین شدند (کراگید و کراگید، ۲۰۰۳). دومین نسل - شناخت‌درمانی - در دهه ۱۹۷۰، توسط بک، ابتدا برای افسردگی و بعدها برای اختلال‌های اضطرابی و خورد و خوراک روی کار آمد (هیز، ۲۰۰۴). در پایان دهه ۱۹۸۰ و اوایل دهه ۱۹۹۰، نوعی یکپارچگی بین رفتاردرمانی و شناخت‌درمانی اتفاق افتاد که درمان شناختی - رفتاری (CBT) نامیده شد. این شکل درمان تا به امروز بیشترین شواهد پژوهشی را جمع‌آوری کرده است (اوست، ۲۰۰۸).

شناخت‌درمانی جدید روی حذف، اصلاح، بررسی، و چالش با افکار غیر منطقی و ناکارآمد، طرح‌واره‌های ناسازگار و سبک‌های معیوب پردازش اطلاعات تمرکز داشت. از این رو، اصول رفتاری با شناخت‌درمانی ترکیب شد تا درمان شناختی - رفتاری را با هدف درمان مشکلات مربوط به شناخت، رفتار، و هیجان شکل دهد (کارداسیوتو، ۲۰۰۵). در طی ۱۵-۱۰ سال گذشته، در حوزه روان‌درمانی، چند درمان جدید یا اشکال گسترش‌یافته درمان‌های شناختی - رفتاری روی کار آمده‌اند (اوست، ۲۰۰۸).

### «نسل سوم» رفتاردرمانی: درمان‌های مبتنی بر پذیرش و توجه‌آگاهی

نسل سوم رفتاردرمانی در اوایل دهه ۱۹۹۰ با تدوین درمان‌های ابتکاری شروع شد. این درمان‌ها بر آگاهی از لحظه حال و پذیرش تأکید می‌کردند. اصطلاحاتی چون رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش (ABBTs) و رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش و توجه‌آگاهی، گستره‌ای از رویکردها را توصیف می‌کنند که مشخصاً بر تغییر رابطه درمانجویان با تجارب درونی‌شان و اجتناب نکردن از آنها، به عنوان سازوکار اصلی تغییر، تأکید می‌نمایند (رومر و اورسیلو، ۲۰۰۹). درمان‌های نسل سوم را می‌توان به دو گروه تقسیم کرد: (۱) مداخلاتی که بر مبنای آموزش توجه‌آگاهی است (مانند کاهش استرس مبتنی بر توجه‌آگاهی و شناخت‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی) و (۲) مداخلاتی که توجه‌آگاهی را به عنوان مؤلفه‌ای کلیدی به کار می‌برد (مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی). درمان‌های نسل سوم ویژگی‌های مشترکی دارد اما واجد تفاوت‌هایی نیز هست. از ویژگی‌های مشترک آنها می‌توان به تمرکز بر توجه‌آگاهی، پذیرش، همجوشی‌زدایی، ارزش‌ها، روابط، منطق عملکرد درمان، و رابطه درمانگر-درمانجو اشاره کرد (هیز، ۲۰۰۴). با این حال، بعضی از پژوهشگران (مانند هافمن و آسموندسون، ۲۰۰۸) معتقداند که بعضی از این ویژگی‌ها بخشی از درمان شناختی-رفتاری بوده و این سؤال مطرح است که آیا درست است از نسل سوم سخن بگوییم؟ از این گذشته، درمان‌های مذکور از نظر پایه‌های نظری با هم تفاوت دارند به گونه‌ای که بعضی از آنها مبتنی بر تحلیل رفتاری یا رفتارگرایی سنتی هستند و بعضی دیگر از تحلیل رفتاری تبعیت نمی‌کنند.

بررسی متون نشان می‌دهد درمان‌هایی که از درمان‌های نسل سوم مشتق شده و برای درمان اختلال‌های روانی طراحی شده است، عبارت‌اند از: (۱) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ (۲) رفتاردرمانی دیالکتیکی؛ (۳) سیستم تحلیل رفتاری - شناختی روان‌درمانی (CBASP)؛ (۴) درمان مبتنی بر تحلیل تابعی (FAP)؛ و (۵) زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی (IBCT) (اوست، ۲۰۰۸).

هسته اصلی درمان‌های نسل سوم، توجه‌آگاهی است. کاهش استرس مبتنی بر توجه‌آگاهی، یکی از نخستین درمان‌های توجه‌آگاهی است. عنوان قبلی این درمان، برنامه کاهش استرس و آرام‌سازی (SR-RP)؛ کابات زین، ۱۹۸۲؛ به نقل از کارداسیوتو، ۲۰۰۵) بود. کاهش استرس مبتنی بر توجه‌آگاهی گروهی از درمان‌ها را برای مبتلایان به بیماری‌های مزمن پایه‌گذاری کرده که زیربنایشان آموزش مراقبه توجه‌آگاهی است (کارداسیوتو، ۲۰۰۵). در این درمان‌ها شرکت‌کنندگان مهارت‌های مراقبه توجه‌آگاهی و انطباق را می‌آموزند. مهارت‌های مراقبه توجه‌آگاهی شامل واری بدن، مراقبه نشسته همراه با توجه به حس‌های تنفس، و ژست‌های یوگاست که در طی آنها از افراد خواسته می‌شود به تجارب درونی‌شان توجه کنند اما غرق در محتوای آنها نشوند. شرکت‌کنندگان کاهش استرس مبتنی بر توجه‌آگاهی هر روز برای تمرین مراقبه توجه‌آگاهی، زمان خاصی را اختصاص می‌دهند و در نهایت، لحظه لحظه‌های زندگی‌شان را با آگاهی کامل سپری می‌کنند. کاهش استرس مبتنی بر توجه‌آگاهی در

درمان علایم جسمی و روان‌شناختی مبتلایان به درد مزمن، اختلال‌های اضطراب فراگیر و هراس، پسوریازیس، فیبرومیالژیا، و سرطان موفقیت‌آمیز بوده است. علاوه بر این، کاهش استرس مبتنی بر توجه‌آگاهی منجر به افزایش بهزیستی و کاهش تنش‌های بدنی می‌شود (کارداسیوتو، ۲۰۰۵).

شناخت‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی (تیزدل، سگال، و ویلیامز، ۱۹۹۵؛ سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲) به منظور پیشگیری از عود دوره‌های افسردگی اساسی، از برنامه کاهش استرس و آرام‌سازی برگرفته شده است. شناخت‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی تکنیک‌های توجه‌آگاهی را با عناصر شناخت‌درمانی ترکیب می‌کند تا شکل‌گیری دیدگاهی گسلس یافته (مجزا) از افکار، هیجانات، و حس‌های بدنی را در فرد تسهیل کند (مانند «من برابر با افکارم نیستم»). بدین ترتیب، هدف شناخت‌درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی، افزایش آگاهی از تجارب لحظه به لحظه و توجه به زمان حال است. هدف این درمان، بیشتر، تغییر آگاهی و ارتباط با افکار است تا تغییر در محتوای افکار (کارداسیوتو، ۲۰۰۵). اعتقاد بر این است که نگرش غیر قضاوتی و جنبه‌ای از خود در نظر نگرفتن افکار، از افزایش نشخوار فکری جلوگیری می‌کند (تیزدل و همکاران، ۱۹۹۵).

درمان‌های مبتنی بر توجه‌آگاهی در حوزه‌های پژوهش و کار بالینی به سرعت گسترش یافته است. این درمان‌ها بر تجربه‌گرایی موجود در درمان‌های رفتاری تأکید می‌کنند. کارداسیوتو (۲۰۰۵) با استفاده از موتور جست‌وجوی PSYCHINFO واژه کلیدی «توجه‌آگاهی» را بررسی نمود. نتیجه بررسی وی نشان داد از سال ۱۹۷۷ تا ۲۰۰۵، ۵۰۶ مقاله با موضوع توجه‌آگاهی منتشر شده که ۷۶ درصد آنها طی ۱۰ سال گذشته و ۲۴ درصد آنها طی سال‌های ۲۰۰۴ و ۲۰۰۵ منتشر شده است.

چنین به نظر می‌رسد که رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش، مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی، از دل درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بیرون آمده است (رومر و اورسیلو، ۲۰۰۹). در این درمان‌ها بر مؤلفه‌های پذیرش (که اغلب از طریق تمرینات مختلف توجه‌آگاهی اصلاح و تقویت می‌شود) و عمل یا رفتار تأکید می‌شود؛ با این حال، جنبه‌های شناخت‌درمانی (مانند فرایند توجه به افکار، نگرستن به افکار به دیده‌جریان‌اتی که لزوماً درست نیستند، و افزایش رابطه انعطاف‌پذیرتر با افکار) نادیده گرفته نمی‌شود (رومر و اورسیلو، ۲۰۰۵).

## مبانی نظری

در رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش، رفتارهای مسأله‌ساز با مفهوم‌پردازی رفتاری توصیف می‌شود. این رفتارها هم از طریق تداعی‌ها و هم از طریق پیامدهایشان یاد گرفته می‌شود (همانند آنچه در شرطی‌سازی کلاسیک و عامل اتفاق می‌افتد) و جلسات درمان صرف شناسایی کارکرد پاسخ‌های مشکل‌ساز و مداخله در آنها می‌شود. فرض درمان‌های فوق این است که مشکلات انسان ترکیبی از

پیش‌زمینه‌های زیستی، عوامل محیطی، و عادت‌های یادگرفته شده است. این مشکلات منجر به واکنش‌هایی رفتاری می‌شود که به‌طور خودآیند و بدون آگاهی یا انتخاب صورت می‌گیرند (رومر و اورسیلو، ۲۰۰۵).

مشکل اصلی، طبیعت عادت‌ی، غیر حساس (به بافتار)، و خودآیند پاسخ‌های انسانی است. از دیدگاه مدل رفتاری مبتنی بر پذیرش، سه نوع پاسخ عادت‌ی به عنوان هدف‌های مداخله مد نظر قرار می‌گیرد. اول، کیفیت‌های آگاهی (مخصوصاً آگاهی از تجارب درونی) که به نظر می‌رسد هم علت و هم پیامد مسائل بالینی است و از این رو، تمرکز درمانی را می‌طلبد. دوم، عملکرد اجتنابی که فرد برای اجتناب از تجارب درونی (یعنی، افکار، هیجانات، و حس‌های بدنی ناخوشایند) دست به رفتارهایی می‌زند که خود می‌توانند مسائل بیشتری ایجاد کنند؛ بدین معنی که رفتارهای بالینی معنادار مانند اجتناب از موقعیت‌های معین، مصرف الکل، پرخوری، و نفاعالی ممکن است مخصوصاً به این دلیل تداوم پیدا کند که موقتاً باعث کاهش، حذف، یا اجتناب از افکار، احساسات، یا حس‌های بدنی پریشان‌ساز می‌شوند. در نهایت، تصور می‌شود دور شدن از رفتارهایی که برای فرد مهم و ارزشمند است (و گاهی اوقات، اجرای تکانشی یا خودکار رفتارهایی غیر ارزشمند با هدف اجتناب از تجارب ناخوشایند) ممکن است در پریشانی و ناراحتی و کاهش کیفیت زندگی فرد نقش داشته باشد (رومر و اورسیلو، ۲۰۰۵). در ادامه، به مهمترین مباحث در رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش می‌پردازیم:

### محدودیت در آگاهی درونی

بسیاری از نظریه‌ها، نقش بالقوه نقص در آگاهی درونی یا تجربه‌ای (آگاهی از تجارب) را در مسائل روانی خاطر نشان ساخته و نقش افزایش آگاهی را در ارتقای بهزیستی روانی برجسته کرده‌اند. در این راستا، از دیدگاه رفتاری مبتنی بر پذیرش، نقایص آگاهی فرد ممکن است به شیوه‌های گوناگون و به شکل مشکلات بالینی تظاهر پیدا کند. این اشکال مختلف ممکن است در یک فرد، به‌طور همزمان، رخ دهد. درمانجویان اغلب از تجارب درونی‌شان آگاهی ندارند و نمی‌توانند پاسخ‌های هیجانی، شناختی، یا فیزیولوژیکی را که به رفتارهای مشکل‌سازشان دامن می‌زند، شناسایی کنند (حالتی مانند آلکسی تایمیا). همچنین ممکن است فهم نادرستی از پاسخ‌های درونی‌شان داشته باشند و آن را به حس‌های فیزیولوژیکی (مانند گرسنگی) نسبت دهند، در صورتی که در حقیقت بازتابی از پریشانی‌اند، یا ناشی از اشتباه گرفتن هیجانی ترس‌آور (مانند دلهره) به جای هیجانی که از نظر فرد قابل‌قبول‌تر است (مانند خشم) (رومر و اورسیلو، ۲۰۰۹).

کاهش آگاهی یا ناصحیح بودن آن، توانایی درمانجویان را در استفاده مناسب از پاسخ‌های هیجانی‌شان کاهش می‌دهد و ممکن است باعث شود به گونه‌ای رفتار کنند که آنان را گیج نماید. برای

مثال، تنهایی مزمن درمانجو ممکن است این برداشت را ایجاد کند که دلیل تمایل نداشتن وی به برقراری ارتباطات اجتماعی، لذت نبردن از آنهاست، اما در حقیقت دارد به دلیل تشخیص ندادن اضطراب خود دست به اجتناب می‌زند؛ در عین اینکه تمایل زیادی به برقراری ارتباطات اجتماعی دارد. درمانجوی دیگری ممکن است از واکنش پرخاشگرانه خود نسبت به همکاری متعجب شود، چون تشخیص نداده که از لحن صدا و برخورد نامحترمانه و تحقیرآمیز وی، رنجیده‌خاطر و خشمگین شده است (رومر و اورسیلو، ۲۰۰۵).

فقدان آگاهی هیجانی احتمالاً مانند بسیاری از مسائل بالینی یاد گرفته می‌شود. افراد ممکن است از والدین‌شان یاد بگیرند که به واکنش‌های هیجانی خود اعتماد نکنند مانند مادری که به فرزندش می‌گوید از موقعیت ترسناک نترسد یا احساس غم ناشی از فقدان را از خود دور کند (لینهان، ۱۹۹۳). اگر عادت پدر یا مادری این باشد که با روش‌های مذکور به فرزندش بازخورد دهد، کودک ممکن است به منابع بیرونی تکیه کند تا «بفهمد» باید در موقعیتی خاص چه احساسی داشته باشد. کودکان همچنین ممکن است به دلیل «هیجانی بودن» تنبیه شوند و به دلیل «منطقی بودن» یا «آرام، سرد، و حسابگر بودن» تشویق گردند. این روش‌ها به آنان می‌آموزد که تجارب درونی‌شان را نادیده بگیرند، به این امید که هیجان‌ات منفی ناپدید شود (رومر و اورسیلو، ۲۰۰۵).

### مشکلات مرتبط با کیفیت آگاهی درونی

درمانجویانی که از تفاوت‌های جزئی بین هیجان‌اتشان آگاهی محدودی دارند، آگاهی فزاینده‌ای از ناراحتی عمومی خویش گزارش می‌کنند که می‌تواند خود یا درمانگران‌شان را گیج و سردرگم کند. برای مثال، مبتلایان به هراس، آگاهی فزاینده‌ای از حس‌های فیزیولوژیکی خود دارند؛ مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر آگاهی دردناکی از نگرانی‌هایشان دارند؛ و افراد افسرده آگاهی فزاینده‌ای از حالت خلقی منفی‌شان دارند. با این حال، این آگاهی تفاوت بارزی با آن آگاهی دارد که هدف روان‌درمانی است. نخست اینکه این آگاهی ممکن است واضح نباشد. برای مثال، فرد ممکن است ناراحتی عمومی حس کند ولی نتواند تغییرات ظریف در حالت هیجانی، فیزیولوژیکی، یا شناختی‌اش را بفهمد. مثلاً درمانجویی ممکن است حمله هراسی را توصیف کند که ۲ هفته طول کشیده است (که از نظر فیزیولوژیکی امکان ندارد) یا احساس «بدی» را گزارش کند بدون آنکه به وضوح بیان نماید آیا این احساس غم است، خشم است، ترس است، یا هیجانی مختلط. آگاهی افراد از افکار، هیجان‌ات، یا حس‌های بدنی ممکن است سرزنش‌گرانه، قضاوت‌گرانه، یا واکنشی باشد. برای مثال، درمانجویی که دوره‌های مکرر افسردگی را تجربه کرده، ممکن است متوجه غمگینی خود شود و از اینکه دوباره غمگین شده است، به شدت ناراحت گردد و گمان کند که غمگینی‌اش نشانه‌ای است از اینکه

افسردگی توان‌کاهی در راه است. این واکنش‌ها احتمالاً به غمگینی‌اش دامن می‌زند و بر شدت آن می‌افزاید و به جای اینکه عملکرد انطباقی وی را بالا ببرد به افسردگی منجر می‌شود (رومر و اورسیلو، ۲۰۰۵). آگاهی همچنین ممکن است محدود و متمرکز یا انتخابی باشد. برای مثال، مبتلایان به اختلال‌های اضطرابی ممکن است آن‌قدر از خطر بالقوه، آگاهی داشته باشند که به سایر نشانه‌های محیطی که نشانه‌ایمنی است، توجه نکنند یا ممکن است آن‌قدر روی پاسخ اضطرابی‌شان تمرکز کنند که نتیجه وقوع پاسخ‌های هیجانی، مثبت نشوند. توجه انتخابی در اضطراب، این باور را که اضطراب، تغییرناپذیر و فراگیر است، قوی‌تر می‌کند (اورسیلو و رومر، ۲۰۰۵).

مطالب سابق‌الذکر در دست‌بندی‌های بزرگتری مانند «*انطباق بیش از حد*» یا «*همجوشی*» (هیز، استروسال، و ویلسون، ۱۹۹۹) یا *گرفتار و گیرافتاده* (گرمر، ۲۰۰۵) قرار می‌گیرد. این آگاهی‌ها، ممکن است کیفیت آگاهی تجربه‌ای را با مشکل روبه‌رو سازند و عملکرد انطباقی را بازدارند.

دیدگاه‌های مختلف مبتنی بر پذیرش، از واژه‌های متفاوتی برای شناسایی این کیفیت استفاده کرده و بر جنبه‌های متفاوت آن تأکید نموده‌اند. با این حال، همگی بر نوعی مفهوم‌پردازی از این رابطه «ترکیب شده یا همجوشانه»، به عنوان منبع رنج یا مسائل بالینی، اتفاق نظر دارند. این دیدگاه‌ها با دیدگاه‌های رفتاری سنتی درباره «ترس از ترس»، ناراحتی از هیجانات، شرطی‌سازی درونی - احشایی، نظریات شناختی حساسیت اضطرابی، و عقاید فراشناختی منطبق است. همه آنها پیشنهاد می‌کنند واکنش‌های منفی به تجارب درونی یا ارزیابی منفی این تجارب است که تبیین می‌کند چگونه این تجارب، از پاسخ‌های طبیعی بشر فراتر می‌رود و منجر به شکل‌گیری الگوهای سفت و سخت‌تر پاسخ‌دهی، آن هم به طریقی مسأله‌ساز، می‌شوند (رومر و اورسیلو، ۲۰۰۵). در ادامه، انواع مسائل مرتبط با کیفیت آگاهی به تفکیک مورد بررسی قرار می‌گیرد:

### الف) واکنش‌پذیری و قضاوت درباره تجارب درونی

بسیاری از مدل‌های مربوط به مسائل بالینی خاطر نشان می‌سازند که مشکلات افراد در اثر واکنش‌های آنان به حالات درونی‌شان پدید می‌آید، تا اینکه خود این حالات، فی‌نفسه مشکل‌ساز باشند (مانند بارلو، ۱۹۹۱؛ بورکووک و شارپلس، ۲۰۰۴). در حالی که برای همه ما گستره وسیعی از پاسخ‌های درونی، به طور طبیعی، می‌آیند و می‌روند، می‌توانیم به این تجارب طوری پاسخ دهیم که سرسخت‌تر، «چسبنده»، یا انعطاف‌ناپذیر شوند و در نتیجه، مسائل بالینی بروز پیدا کند. برای مثال، مدل‌های هراس خاطر نشان می‌کنند که حملات هراس در بین جمعیت عمومی متداول است اما فقط بعضی افراد به اختلال هراس مبتلا می‌شوند. به نظر می‌رسد این افراد کسانی هستند که مضطربانه، وقوع حملات هراس را پیش‌بینی می‌کنند (بارلو، ۱۹۹۱). مدل‌های رفتاری پیشنهاد می‌کنند که مبتلایان به اختلال



هراس یاد گرفته‌اند که در پاسخ به حس‌های بدنی‌شان مضطرب شوند (شرطی شدن درونی - احشایی). به نظر می‌رسد این ناراحتی یا نگرانی، مؤلفه اصلی اختلال هراس باشد. در نتیجه، درمان موفق درمانی است که کمک می‌کند این حس‌های بدنی، بدون پاسخ‌دهی اضطرابی به آنها، تجربه شود. مدل‌های مبتنی بر پذیرش که بر توجه آگاهی تأکید دارند، بر اهمیت واکنش‌های فرد به تجاربش و نقشی که آگاهی قضاوت‌گرانه ممکن است در ایجاد رنج و مشکلات بشری داشته باشد، انگشت گذاشته‌اند. اغلب درمانجویان عادت کرده‌اند که قضاوت‌هایی درباره خودشان بکنند یا خود را «ضعیف»، «دیوانه»، «غیر منطقی»، یا «نادان» بدانند. این درمانجویان همچنان که به تجارب درونی‌شان توجه می‌کنند، درباره وجود این تجارب، دست به قضاوت‌های منفی می‌زنند و تلاش‌های فزاینده‌ای برای اجتناب از آنها صورت می‌دهند. این قضاوت‌ها ممکن است از روش‌هایی نشأت گرفته باشد که مراقبان اولیه فرد، در طی دوره رشد وی اتخاذ کرده‌اند. در حقیقت، درمانجویان غالباً می‌توانند تشخیص دهند که کلمات سرزنش‌گرانه‌ای که در توصیف پاسخ‌های درونی‌شان به کار می‌برند، همان کلماتی است که والدین‌شان عادت داشتند در زمان سرزنش آنان به کار ببرند. همچنین، قضاوت‌های مذکور ممکن است در اثر این برداشت درمانجو باشد که به نظر نمی‌رسد دیگران همان واکنش‌های درونی وی را داشته باشند (چرا که تجارب درونی دیگران قابل مشاهده نیست) (رومر و اورسیلو، ۲۰۰۵).

درمانجویان اغلب می‌گویند سرزنش خویشتن به آنان کمک می‌کند تا برای تغییر، انگیزه پیدا کنند. با این حال، به نظر می‌رسد این دیدگاه بیشتر به ناراحتی و آسیب منجر می‌شود. مدل سستی لینهان (۱۹۹۳) درباره اختلال شخصیت مرزی، نقش سبب‌شناختی محیط تأییدستیز را در کنار نظم‌پریشی هیجان، شناخت، و رفتار خاطر نشان می‌کند. به زعم این مدل، افراد در نتیجه تجربه چنین محیطی یاد می‌گیرند تجارب خود را پوچ و بی‌اهمیت بدانند. این امر در نظم‌پریشی بعدی نقش دارد. چنین به نظر می‌رسد که می‌توان وجود نوعی حالت قضاوت‌گرانه و سرزنش‌گرانه (و فقدان خودپذیری و دلسوزی نسبت به خویشتن) را عامل ایجاد یا حفظ گستره‌ای از مسائل بالینی قلمداد کرد. برای مثال، افراد وقتی احساس غمگینی می‌کنند و از بابت داشتن چنین حسی، خود را سرزنش می‌نمایند، این دیدگاه منفی نسبت به خود ممکن است انگیزه آنان را برای تغییرات رفتاری یا درگیری کامل در زندگی، کاهش دهد. محض نمونه، مبتلایان به اضطراب اجتماعی معمولاً قضاوت‌هایی منفی درباره خود می‌کنند که می‌تواند ترس‌شان را از قضاوت‌های دیگران بیشتر کند و تمایل‌شان را برای اقدام به رفتارهای مختلف کاهش دهد و این احساس را در آنان تشدید نماید که جهان مکان امنی نیست (رومر و اورسیلو، ۲۰۰۹).

**ب) آگاهی‌گیرافتاده یا ترکیب‌شده**

مدل‌های مبتنی بر پذیرش و توجه‌آگاهی معتقداند کیفیت آگاهی منجر به رنج درمانجو می‌شود و متقابلاً تغییر کیفیت آگاهی می‌تواند وی را از بیماری برهاند. بر طبق این مدل‌ها، معمولاً در تجارب درونی‌مان «گیر می‌افتیم». چنین به نظر می‌رسد که بخشی از آن به دلیل برداشت فراتر از واقعیت است و بخشی دیگر به دلیل قضاوت درباره تجارب درونی‌مان و نفرت از این تجارب. بدین ترتیب، به جای اینکه صرفاً خشم را احساس کنیم، خشمگین می‌شویم، از خشم نفرت پیدا می‌کنیم، و آرزو می‌کنیم که خشم از ما دور شود. به جای اینکه پاسخ‌های هراس‌آور را تجربه کنیم، خود را فردی ترسو توصیف می‌کنیم. این پاسخ‌ها ما را بیشتر در هیجان‌اتمان گیر می‌اندازد و باعث می‌شود برای اجتناب از آنها بیشتر تلاش کنیم (رومر و اورسیلو، ۲۰۰۹).

تمایل به اینکه تجارب درونی و برخی از واکنش‌های هیجانی، شناختی، یا فیزیولوژیکی ناخوشایند، به پدیده‌هایی غیر از آنچه طبیعتاً هستند، تبدیل شوند، در طی فرایند اجتماعی شدن اتفاق می‌افتد (مانند اینکه گفته می‌شود «نگران نباش، خوشحال باش»). چنین تمایلی نه تنها تجارب ناخوشایندمان را کاهش نمی‌دهد بلکه بر ناخوشایند بودنشان می‌افزاید. هیز، استروسال، و ویلسون (۱۹۹۹) برای توصیف مطلب اخیر از تمثیل هیجان‌ات تمیز در مقابل هیجان‌ات کثیف استفاده کرده‌اند. هیجان‌ات تمیز هیجان‌ات طبیعی هستند که در واکنش به یک رویداد نشان می‌دهیم. این در حالی است که هیجان‌ات کثیف، از تمایلات قوی و تلاش‌های ما برای دور کردن هیجان‌ات تمیز، به وجود می‌آید. این هیجان‌ات فقط ناراحتی ما را افزایش می‌دهد. رومر و اورسیلو (۲۰۰۹) نیز در پروتکل درمانی خود برای اختلال اضطراب فراگیر، از واژه‌های هیجان‌ات واضح در مقابل هیجان‌ات مبهم استفاده کرده‌اند.

گرایش انسان به این باور اشتباه که تجارب درونی گذرا، شاخصه‌های حقیقت یا واقعیت مداوم و پایدار هستند، احتمالاً عاملی دخیل در احساس یا تفکر ما در قبال رفتارمان است. برای مثال، اگر درباره سخن‌رانی قریب‌الوقوعی احساس اضطراب کنیم و بر این گمان شویم که از پس اجرای آن بر نمی‌آییم، ممکن است چنین فکری را شاخصی از این مسأله برداشت کنیم که نمی‌توانیم سخن‌رانی کنیم. وقتی در اثر بازخورد منفی همسرمان، احساس آسیب‌دیدگی می‌کنیم و گمان می‌کنیم که واقعاً ما را دوست ندارد، ممکن است این فکر را واقعیت قلمداد کنیم و از دست او عصبانی و خشمگین شویم و این خشم را احساس واقعی‌مان در نظر بگیریم و از پایان پذیرفتن رابطه‌مان بترسیم. این همجوشی بین تجربه و ادراک از واقعیت، تجارب درونی‌مان را تقویت می‌کند و احتمالاً تمایل‌مان را به اینکه تجارب مذکور، تغییر یابد، افزایش می‌دهد (رومر و اورسیلو، ۲۰۰۹).

هیز و همکاران (۱۹۹۹) به تفصیل درباره نقشی که همجوشی شناختی در ایجاد مسائل روان‌شناختی و فرایند افزایش این همجوشی دارد، سخن گفته‌اند. نظریه چارچوب ارتباطی که ساخته