

درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی برای افسردگی

راهنمای بالینی درمانگران اکت

(همراه با شیوه‌نامه درمان افسردگی)

فهرست

۹	یادداشت مترجمان:
۱۱	خواننده عزیز:
۱۳	سپاسگزاری:
۱۵	فصل ۱: اکت برای افسردگی چیست و چه چیزی آن را بی نظیر می کند؟
۴۱	فصل ۲: چه چیزی افسردگی را تا این حد وخیم می کند؟
۶۱	فصل ۳: فرایندهای بیماری‌زا در افسردگی
۸۳	فصل ۴: سنجش فرایندهای بنیادی
۱۰۷	فصل ۵: فرمول‌بندی و مفهوم‌سازی مورد
۱۲۹	فصل ۶: مداخلاتی برای ارتقای گسلش و پذیرش
۱۵۹	فصل ۷: مداخلات مورد نیاز جهت ارتقای پایبندی و تغییر رفتار
۱۸۵	فصل ۸: مداخلاتی برای ارتقای ارتباط با زمان حال و خود به‌عنوان بافت
۲۱۳	فصل ۹: یکپارچه‌سازی تمام مؤلفه‌ها: نمونه‌ای از شیوه‌نامه درمان ۱۲ جلسه‌ای
۲۷۱	فصل ۱۰: سایر مسائل و نگرانی‌ها
۳۰۳	فصل ۱۱: پایان دادن به اکت برای افسردگی
۳۱۹	پیوست الف: فرم اولیه مفهوم‌سازی مورد در اکت
۳۲۱	پیوست ب: تکمیل پرسشنامه
۳۲۵	پیوست پ: تمرین دلایل افسردگی
۳۲۷	پیوست ت: نوشتن قصه زندگی
۳۲۹	پیوست ج: پرسشنامه ارزش‌های شخصی (PVQ)
۳۵۹	پیوست چ: پرسشنامه زندگی ارزشی (VLQ)
۳۶۱	پیوست ح: فرم اقدام هدفمندانه
۳۶۳	پیوست خ: تمرین روزانه توجه‌آگاهی
۳۶۵	پیوست د: تمرین تنفس توجه‌آگاهانه

- پیوست د: تمرین مشاهده افکار ۳۶۷
- پیوست ر: درمان پذیرش و پایبندی چیست؟ ۳۶۹
- پیوست ز: تنظیم خُلق روزانه ۳۷۱
- منابع ۳۷۳
- واژه نامه انگلیسی به فارسی ۳۹۳
- واژه نامه فارسی به انگلیسی ۳۹۵

یادداشت مترجمان

«من فکر می‌کنم، پس هستم» - دکارت

مهم‌ترین پنج کلمه‌ای که به زندگی هر فردی می‌تواند معنی بخشد یا آن را فنا سازد. به سخن دیگر، وجود آدمی، پایداری و شکوفایی وی در گیتی بر بنیان‌های فکری او استوار است ولی روی دیگر سکه «من فکر می‌کنم پس نیستم» نیز در پی آن است که انسان شاداب و توانمند را در مسیر آزرده‌گی و ناتوانی قرار دهد. یکی از توانایی‌های انسان و موجودات دیگر، یادآوری تجربه‌های پیشین است گونه‌ای از توانمندی که انسان در اوج و قله آن قرار دارد و از آن همچون شمشیر دو لبه ذهن یاد می‌کنند. در دیدگاه اکت، افسردگی در نتیجه کارکرد لبه تاریک ذهن و تقویت آن به وسیله فردی که در سرباهی را در زندگی خود تجربه کرده است به وجود می‌آید و رویکرد اکت به زیبایی این کارکرد را با مؤلفه‌های پذیرش، توجه آگاهی و به ویژه فنون گسلش به چالش می‌کشد. فرد افسرده، به شدت با افکار خود آمیخته است و این آمیختگی وی را زمین گیر و دل آزرده می‌گرداند. اکت با مؤلفه ناامیدی سازنده به پیشواز درمان افسردگی می‌رود تا فرد با پذیرش، آن را در آغوش گیرد با توجه آگاهی، آرامش کند با گسلش از او دور شود تا جایی که بتواند محتوی وجودی خویش را از افکارش جدا کند ارزش‌ها را برجسته می‌سازد تا با پای‌بندی به اهداف، فرد را برای جست‌وجوی زندگی بالنده، یاری دهد.

درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی (ACT) یکی از تازه‌نفس‌ترین درمان‌های روان‌شناختی است این درمان ریشه مشکلات انسان را نشانه می‌رود. در اکت چنین پنداشته می‌شود که ذهن سرکش را نمی‌توان متوقف کرد ولی می‌توان آن را همچون تکه‌ای از وجودمان پذیرفت، در کنارش بود، با او زندگی کرد و از جنبه‌های مثبت آن بهره‌مند شد می‌توان ذهن را بخشی از خود کرد و نه خود را همچون بخشی از آن در نظر گرفت؛ به جای اسارت و بندگی او، او را در بند و اسیر نمود. پذیرش انسان بودن و داشتن ذهنی سرکش، ما را به اندیشه‌ورزی درباره این پرسش رهنمون می‌سازد که آیا می‌خواهیم از حق انتخاب خود بهره‌ای ببریم؟ می‌خواهیم فرماندار یا فرمانبردار ذهن خویش باشیم؟

نویسندگان این کتاب کوشیده‌اند تا به نمایش گذاردن این ذهن مزاحم و کاریست تمرین‌های شایسته و درخور مراجع، فرد را در پذیرش کاستی‌ها و نکات منفی خویش کمک کنند. با به نمایش گذاردن تمرین‌های توجه آگاهی او را به سوی زیستن در زمان حال راهنمایی کنند و با شفاف‌ساختن

ارزش‌ها و سامان دادن به کارهای روزمره او، انعطاف‌پذیری روانی را برای فرد به ارمغان آورند. امیدواریم با ترجمه این کتاب بتوانیم گامی در راستای بهزیستی و سلامت روان هم‌کیشان خود برداریم. این هدف دست‌یافتنی نخواهد بود؛ جز به یاری شما اندیشمندان، پژوهشگران، درمانگران و دست‌اندرکاران حوزه‌های یاری‌رسان که با ارائه بازخوردهای مناسب، ما را در این راه تنها نگذارند. پذیرای نقطه‌نظرات گران‌بهای شما از طریق آدرس رایانامه mahmoudroghanchi@gmail.com هستیم.

دکتر محمود روغنچی

دکتر محسن گل‌محمدیان

سروه ویسی

دی‌ماه ۱۳۹۸

خواننده عزیز

به انتشارات هاربینگر جدید خوش آمدید. هاربینگر به انتشار کتاب‌های درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی (ACT) و موارد کاربرد آن، اختصاص دارد. هاربینگر جدید اعتبار بالایی در انتشار کتاب‌هایی دارد که از پیشینه پژوهشی قوی برای خوانندگان عام و خاص برخوردار هستند.

بیشتر گفته می‌شود که افسردگی در روان‌پزشکی مانند سرماخوردگی، شایع است. این سخن استعاره‌ای ساده‌انگارانه از هولناک بودن افسردگی است و این یک هم‌سنجی عادلانه نیست. سرماخوردگی باعث کاهش روابط، کارکرد ضعیف اجتماعی و یا خودکشی نمی‌شود. افسردگی به تمام این موارد و گاهی حتی بیشتر منجر می‌شود.

برای درمان افسردگی ابزارهایی وجود دارند که چه از نظر روان‌شناختی و چه درمان دارویی از حمایت تجربی برخوردارند، اما بیماران بسیاری وجود دارند که به درمان‌های موجود پاسخ نداده‌اند، این امر نشان دهنده وجود خلأ در این زمینه است. نیاز شدیدی به رویکردهای تازه داریم که به نتایج بهتر، درمان سازگارتر و درک عمیق‌تر از ماهیت و دامنه فرایندهای تغییر موفقیت‌آمیز منجر شوند.

کتابی که در دست دارید در تمام این زمینه‌ها کاربرد دارد. اکت برای افسردگی نوشته رابرت زتل است. او با پشتوانه‌ای قوی در زمینه افسردگی، شایستگی نوشتن این کتاب را به دست آورد. او نخستین دانشجوی دکتری روان‌شناسی استیون هیز بود؛ نخستین کارآموزی که تحت سرپرستی آرون تی بک (پدر شناخت‌درمانی) آموزش دید. زتل با مهارت‌های آموزشی و بالینی گسترده‌ای که دارد، کتابی نوشته که به خوانندگان کمک می‌کند تا کاربرد مدل اکت را در این مشکلات روان‌شناختی دشوار، درک کنند.

کتاب پیش‌رو شفاف، تکنیک‌مدار و تازه است که شاخصه‌های روان‌شناختی افسردگی و چگونگی سنجش این فرایندها را در خود جای داده است و نشان می‌دهد که چگونه می‌توان این فرایندها را برای فرمول‌بندی مورد در مراجعان افسرده به کار بست. تمرین‌های فکری و نتایج فرمول‌بندی مورد به‌طور مداوم شیوه‌های درمانی مدل اکت را به هم پیوند می‌دهند. دکتر زتل نشان می‌دهد که چگونه می‌توان فرایندهای بنیادی را پرورش داد و سپس شیوه‌نامه‌ای دوازده جلسه‌ای را به نمایش می‌گذارد که از پشتوانه پژوهشی خوب و عملی برخوردار است. او شیوه‌نامه روشنی از مسائل خاصی مانند افسردگی و مسائلی که هم‌زمان با آن اتفاق می‌افتند را نیز ارائه می‌کند.

به‌عنوان بخشی از پایبندی به اعتباربخشی پژوهش‌های بالینی و علمی انتشارات، استیون هیز، جرج ایفرت و جان فورسیت، تمام جنبه‌های کتاب‌های درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی را مورد بررسی قرار داده‌اند. برای ویرایش کتاب، تمام کتاب‌های منتشر شده در هاربینگر جدید و نظرهای موجود در پیشنهادها را مورد بازبینی قرار داده و تا جایی که لازم بود شیوه‌نامه‌ها و پیشنهادهایی را در رابطه با

محتوا، عمق و حیطة هر کتاب ارائه کردیم. ما کوشش کردیم مطمئن شویم هرگونه ادعای اثبات نشده- ای در کتاب که با اکت ناسازگار است، به نویسنده بازتاب داده شود که بتواند این بخش‌ها را تغییر دهد تا مطمئن شویم نکات مورد نظر ما تحقق پیدا می‌کند و تمام موارد بیان شده با بنیان‌های اکت هماهنگ خواهد بود (در این زمینه مدل‌ها و روش‌های درمانی دیگر جدای از اکت مورد بررسی قرار نگرفته‌اند).

برجستگی مجموعه کتاب‌های درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی:

- ایجاد پایگاه اطلاعاتی اینترنتی برای سنجش ادعاها
- میزان یکپارچگی نظری آنها -همخوانی آنها با مدل اکت و اصول رفتاری زیربنایی آنها در زمان نوشته شدن-
- جلب نظر خواننده به مسائل تجربی حل نشده
- پرهیز از کار روی موضوعات تکراری و نداشتن هم‌پوشانی با کتاب‌های موجود
- دوری‌گزینی از به کار بردن اصطلاحات روش‌های درمانی پیشین و مثلث‌سازی با آنها، گشودگی در کار با اکت
- توجه مداوم به مصلحت خوانندگان
- حمایت از پیشرفت‌های بعدی این رشته
- فراهم کردن اطلاعات، به‌صورتی که برای خوانندگان کاربردپذیر باشد

شیوه‌نامه‌های این کتاب، ارزش‌های جامعه اکت را بازتاب می‌دهند. در ادامه خواهید دید که تمام این ارزش‌ها در این کتاب گردآوری شده‌اند تا مطمئن شویم که کارشناسان، اطلاعات سودمندی را فراهم می‌کنند و توانایی ما را در آرام‌سازی رنج بشر بهبود می‌بخشند و این کار را با دعوت از کارشناسان خلاق به فرایند گسترش، به‌کارگیری و اصلاح رویکردی شایسته‌تر انجام خواهیم داد.

با احترام

دکتر استیون هیز، دکتر جورج ایفرت و دکتر جان فورسیت

سپاسگزاری

مجموعه‌ای از رویدادها - برخی پیش‌بینی‌پذیر و برخی ناگهانی - دست به دست هم دادند تا من این کتاب را بنویسم. این رویدادها در پایان سال ۱۹۷۶ رُخ داده‌اند، هنگامی که دورهٔ دکتری خودم در روان‌شناسی بالینی را در دانشگاه کارولینای شمالی در گرینزبرو آغاز کردم. رویداد دیگر استادی به نام استیو هیز بود که تازه در آنجا استخدام شده بود. شاید به قول استیو «بدون هیچ دلیل منطقی» او به‌عنوان استاد راهنمای من انتخاب شد. زندگی‌ام دگرگون شد. استیو نه تنها استاد راهنمای من بلکه الگو، دوست و «پدر علمی‌ام» بود. من نخستین دانشجوی دکتری او بودم. به‌ویژه مایلم از روحیهٔ همراهی و حمایتگری او سپاسگزاری کنم. بدون کمک او نوشتن این کتاب برایم میسر نبود.

من و استیو به‌سرعت متوجه شدیم که هر دو حس می‌کنیم رفتاردرمانی به نگاهی تازه نیاز دارد. ما باید کاری فراتر از کار اسکینر انجام می‌دادیم تا دامنهٔ گستردهٔ رنجی را که بشر متحمل می‌شود، بازتاب دهد. در طول زمانی که داشتم در پایان سال ۱۹۸۱ برای پژوهش تز خودم آماده می‌شدم، استیو در حال تدوین پیش‌نویس کتابی برای رویکرد جدیدش بود که در آن زمان با عنوان «فاصله‌گیری گسترده» شناخته می‌شد. این کتاب به‌جای محتوای زبان، بافت زبان و فعالیت کلامی را مورد بررسی قرار می‌داد؛ یعنی چگونه فرایند تفکر؛ رفتارها و واکنش‌های هیجانی‌مان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تز دکتری من، درمانی را که بعدها با عنوان اکت مشهور شد با شناخت درمانی برای درمان افسردگی مقایسه می‌کرد و اولین درمان بالینی بود که این رویکرد تازه را مورد سنجش قرار می‌داد. این کتاب ادامهٔ همان کار بر روی اکت برای افسردگی است که از حدود یک ربع قرن پیش آغاز شده بود.

افزون بر استیو، می‌خواهم از چند نفر دیگر هم که در نوشتن کتاب به شیوه‌های گوناگون مرا کمک کردند، سپاسگزاری کنم. بدون تشریفات خاصی این افراد را معرفی می‌کنم: هنک راب که در پیدا کردن سخنان جوزف کمبل به من کمک کرد که به‌راستی کارش ارزشمند بود، جیسون لیلیز و جیسون لوما که به من اجازه دادند از فرم مفهوم‌سازی مورد آنها در زمینهٔ اکت استفاده کنم، جی.تی. بلکلج و جوزف سیاروچی که به من امکان به‌کارگیری پرسشنامهٔ ارزش‌های خودشان را دادند و کلی ویلسون که به من اجازه داد پرسشنامهٔ زندگی ارزشی‌اش را به‌کار گیرم.

مایلم از دانشگاه ایالت ویجیتا به‌خاطر اینکه یک دوره مرخصی در پایان سال ۲۰۰۶ به من دادند سپاسگزاری کنم. این مرخصی به من امکان داد که به دور از مزاحمت‌های جلسات اداری و سایر امور، زمانم را به‌طور کامل به نوشتن این کتاب اختصاص دهم. همچنین از کارکنان انتشارات نیوهاربینگر

سپاسگزارم که امکان سرپرستی این پروژه را برایم فراهم کردند و در کمک به من خدمات ارزشمندی انجام دادند که بتوانم تا سر حد ممکن این کتاب را کتابی قابل فهم کنم. از کاتارین سوتکر، مدیر مسئول انتشارات که من «تازه‌کار» را در فرایند هولناک نوشتن کتاب، هدایت کرد و هیزر میچنر، مسئول ویرایش و کارول هانی چرچ برای پیشنهادهای سودمندش در اصلاح نسخه‌های اولیه کتاب، به‌طور ویژه سپاسگزاری می‌کنم.

در پایان از تمام مراجع نام سپاسگزارم که با وجود کشمکش با افسردگی، به من اعتماد کردند تا درمان‌گرشان باشم. فقط می‌توانم امیدوار باشم که بیشتر از آنچه من از شما آموختم، از من آموخته باشید.

فصل اول

اکت برای افسردگی چیست و چه چیزی آن را بی نظیر می کند؟

اجازه دهید با خبرهای خوب و بد درباره افسردگی آغاز کنیم. ابتدا خبر بد، افسردگی فراگیر و رو به افزایش است. در اختلالات، اغلب با عنوان "سرماخوردگی روانی" (پیل‌گریم و بتال، ۱۹۹۹) به آن اشاره می‌شود، افسردگی یکی از شایع‌ترین شکایت‌های بیماران سرپایی روان‌پزشکی است (میچل، پیل و هاتسوکامی، ۱۹۸۳). اگرچه انتظار می‌رود که ایدز / HIV تا سال ۲۰۳۰ از آن پیشی بگیرد (مترز و لونکار، ۲۰۰۵). در حال حاضر افسردگی تک‌قطبی عمده یکی از عوامل اصلی ناتوانی جهانی در بین افراد چهار سال به بالا است (موری و لوپز، ۱۹۹۶). اکنون نرخ شیوع افسردگی عمده در کشور (کسلر، چیو، دم‌لر و والترز، ۲۰۰۵) برای زنان (۲۱/۳ درصد) در مقایسه با مردان (۱۲/۷ درصد) تقریباً دو برابر بوده و به نظر می‌رسد در نیم قرن گذشته همچنان افزایش یافته است (سلیگمن، ۱۹۹۰). طی همین گستره زمانی، میانگین سن آغاز افسردگی، اواخر نوجوانی تا اوایل بیست سالگی است و به تدریج پایین‌تر می‌آید (کسلر و همکاران، ۲۰۰۳).

جای شگفتی نیست که محاسبه هزینه‌های مالی و انسانی افسردگی نیز رو به افزایش است. برآورد می‌شود که افسردگی عمده در ایالات متحده از طریق کاهش بهره‌وری کارکنان آسیب‌دیده از این بیماری و مراقبت‌های بهداشتی و هزینه‌های وابسته به آن سالانه ۷۰ میلیارد دلار هزینه در بر داشته باشد (تانویه، ۲۰۰۱). علاوه بر این ممکن است باعث تغییر شغل کارکنان و فرسودگی شغلی شود. با این حال هزینه‌های مالی در برابر تلفات انسانی افسردگی - از دست‌رفتن انرژی و شادابی فرد، فشار روی فرد، خانواده و روابط حرفه‌ای و یا شاید از دست‌رفتن زندگی فرد به‌طور کلی - ناچیز به شمار می‌رود. برای مثال حدود ۱۵ درصد از افرادی که مبتلا به افسردگی عمده تشخیص داده شده‌اند، مرتکب خودکشی می‌شوند (ماریس، مالتس برگر و یوفیت، ۱۹۹۲).

در مقابل این بستر ناخوشایند از خبرهای بد، اخبار خوبی هم دیده می‌شوند. به‌طور خاص

افسردگی یکی از بیماری‌های روانی "قابل درمان" است. براساس یافته‌های پژوهشی اثربخشی حداقل سه رویکرد روان‌شناختی برای درمان افسردگی - درمان شناختی (بک، راش، شاو و امری، ۱۹۷۹)، درمان بین‌فردی (کلرمان، وایزمن، رون‌ساویل و شورون، ۱۹۸۴) و فعال‌سازی رفتاری (جاکوبسون و همکاران، ۱۹۹۶؛ جاکوبسن، مارتل و دیمیدجیان، ۲۰۰۱) - به‌عنوان مداخلات "نهاده‌شده" و دارای حمایت تجربی (چامبلس و همکاران، ۱۹۹۶، ۱۹۹۸؛ تسک فورس، ۱۹۹۵) در مقایسه با درمان‌های دارویی (آنتونیوس سیو، دانتون و دی‌نل اسکای، ۱۹۹۵؛ آنتونیوس سیو، توماس و دانتون، ۱۹۹۷) و استفاده از رویکردهای روان‌شناختی و دارونماها (که در آن مراجعان فرصت گفت‌وگوی همدلانه درباره افسردگی خود با درمانگر را دارند) به رسمیت شناخته شده است. دو رویکرد درمانی دیگر که به‌طور معمول تمرکزشان بر رویکرد شناختی- رفتاری است - برنامه‌های روان‌آموزشی (لویسون، هوبرمن، و کلارک، ۱۹۸۹) و ترکیب مؤلفه‌های مبتنی بر توجه‌آگاهی و درمان شناختی (سگال، ویلیامز و تیزدیل، ۲۰۰۲) - اگرچه به‌طور کامل مورد بررسی قرار نگرفته‌اند، اما از حمایت تجربی در کاهش افسردگی یا پیشگیری از وقوع مجدد آن برخوردارند.

هدف این کتاب

این کتاب یکی دیگر از گزینه‌های درمانی یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی یا اکت (که تلفظ آن کلمه اکت به‌صورت کامل است نه A- C- T) را برای پرداختن به شکل‌های گوناگون رنج انسان از جمله افسردگی ارائه می‌کند (هیز، استروسال و ویلسون، ۱۹۹۹). درحالی‌که از گسترش اکت زمانی بیش از بیست تا بیست و پنج سال می‌گذرد (زتزل، ۲۰۰۵) می‌توان آن را به‌عنوان مجموعه‌ای از تکنیک‌های درمانی همبسته در نظر گرفت، به اعتقاد من اکت رویکردی فراگیر است که در آن دامنه گسترده‌ای از تکنیک‌های درمانی، فرایندها و تمرین‌ها - که برخی از این تکنیک‌ها بی‌ظیر و خاص اکت هستند و برخی از دیگر رویکردها و سنت‌های روان‌درمانی گرفته شده‌اند - تعبیه شده است.

اگرچه برخی از تکنیک‌های اکت با رفتار درمانی تفاوت دارد، به‌طور معمول از آن به‌عنوان بخشی از موج "سوم" یا "موج جدیدی" از مداخلات رفتار درمانی یاد می‌کنند (هیز، ۲۰۰۴). (برای اطلاعات بیشتر درباره سه موج از مداخله‌ها، چشم‌انداز زیر را در نظر بگیرید). موج سوم همچنین دربرگیرنده درمان شناختی مبتنی بر توجه‌آگاهی (MBCT) و رویکردهای وابسته به آن مانند رفتار درمانی جدلی (لینهان، ۱۹۹۳ الف)، روان‌درمانی تحلیل کارکردی (کولنبرگ و تسای، ۱۹۹۱) و زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی (جاکوبسون و کریستنسن، ۱۹۹۶) است. پیش از ارائه چشم‌اندازی از اکت و بحث درباره آنچه آن را از دیگر رویکردهای شناختی- رفتاری در درمان افسردگی متمایز می‌کند، به چند مؤلفه موردنظر مخاطبان و هدف این کتاب اشاره می‌کنم.

این کتاب در درجهٔ اول برای متخصصان بهداشت روانی علاقه‌مند به آشنایی بیشتر با اکت و به‌ویژه برای مشاوران و درمانگران حرفه‌ای در درمان افسردگی تک‌قطبی که مایلند اکت را در کار بالینی خود به کار ببرند، نوشته شده است. هر چند به میزان کمتری، اما امیدوارم این کتاب به‌ویژه زمانی که با آخرین کتاب خودیاری هیز و اسمیت (۲۰۰۵) بر اساس اصول عملی اکت یکپارچه شد، برای مردم عادی که به‌خوبی از اقدامات مورد نیاز برای مبارزه با افسردگی آگاهند، پاسخگویی سودمند باشد. هرچند در این فصل بحث کوتاهی دربارهٔ افسردگی (زتل و هیز، ۲۰۰۲) و رهنمودهای کاربردی برای اجرای آن ارائه شد (زتل، ۲۰۰۴)، این کتاب برای اولین بار به یکپارچگی توضیحی مفهومی از شباهت‌ها و تفاوت‌های اکت برای افسردگی با دیگر رویکردهای شناختی-رفتاری دارای حمایت تجربی در درمان افسردگی (مانند درمان شناختی، فعال‌سازی رفتاری و MBCT) می‌پردازد که این کار را با پرداختن به جزئیات بیشتری در زمینهٔ تفاوت در کاربرد و اجرای مؤثر اکت با آن درمان‌ها انجام می‌دهد. به این ترتیب، به دنبال نشان دادن اهداف دوگانه‌ای بوده‌ام که نه تنها به دیدگاه اکت دربارهٔ افسردگی اشاره کنم بلکه مهم‌تر از آن، به شیوهٔ کاربردش هم بپردازم. هدف من از تمرکز بیشتر بر کاربرد اکت، این است که این کتاب را مکمل منابع پیشین دربارهٔ اکت در درمان افسردگی کنم نه جایگزین آنها. به علت تمرکز آشکار بر افسردگی، این کتاب را نباید به‌عنوان جایگزینی برای متون اصلی اکت در نظر گرفت (هیز و همکاران، ۱۹۹۹) که نسبت به آنچه به آن اشاره خواهم کرد به مبانی فلسفی و نظری رویکرد اکت توجه بیشتری دارند.

دیدگاه مفهوم‌سازی مورد

کسانی که با کار ایفرت و فورسیت (۲۰۰۵) در به‌کارگیری اکت برای اختلالات اضطرابی آشنا هستند متوجه همپوشانی زیاد این کتاب با کار آنان خواهند شد، به‌ویژه در دو فصل اول که چشم‌انداز کلی اکت و اصول پایه‌ای آن ارائه می‌شود. باین‌حال الگوی سازمان‌دهی شیوه‌نامه‌های کاربردی دو کتاب از تفاوت چشم‌گیری برخوردارند. این امر به معنای برتری کاربرد رویکردی نسبت به دیگری نیست. همان‌گونه که خواهید دید هدف مهم اکت افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یا توانایی انتخاب آزادانهٔ شیوه‌های گوناگون ایجاد زندگی واقعی و ارزشمند است و این در رفتار مراجعان و همچنین خود ما که در حال تمرین آن هستیم قابل کاربرد است. جای تعجب نیست که شیوه‌های گوناگونی برای انجام اکت و رسیدن به اهداف وجود دارد. در واقع کنکاش در این مورد که آیا این امر دست‌یافتنی است یا نه، پرسشی تجربی است که نیاز به بررسی دارد. پیشنهادم در این مورد این است که اکت را با انعطاف در مدلی غیرخطی به جای مدل خطی، به کار ببرید که بیشتر مبتنی بر ترجیح‌های

فردی، ارزش‌ها و مبانی فلسفی همبسته باشد نه بر یافته‌های علمی.

بسیاری از پیشنهاد‌های کاربردی ارائه‌شده به وسیله ایفرت و فورسیت (۲۰۰۵) در مورد به‌کارگیری اکت برای اختلال‌های اضطرابی به صورت جلسه‌های گام به گام و پشت سر هم تدوین شده‌اند. در عوض دستورالعمل‌های کاربردی ارائه شده در این کتاب از نظر مفهومی بیشتر حول شش فرایند اصلی (شش وجهی اکت) سازمان‌دهی شده‌اند که یک مدل آسیب‌شناسی روانی را براساس اکت سازمان می‌دهند (هیز، استروسال، بانتینگ، توهایگ و ویلسون، ۲۰۰۴) و به ایجاد راهبردهای درمانی‌ای که در راستای آن آسیب‌ها طراحی شده‌اند، کمک می‌کند (استروسال، هیز، ویلسون و گیفورد، ۲۰۰۴). درحالی‌که نمونه گام به گام از چگونگی استفاده از مؤلفه‌ها و تکنیک‌های اکت در درمان افسردگی در فصل ۹ ارائه خواهند شد، رویکرد مفهوم‌سازی مورد که با شیوه‌های گوناگون مشارکت‌فرایندهای آسیب‌زای بنیادی در بروز افسردگی هرکدام از مراجعان ارتباط دارد (هیز، استروسال، لوما، اسمیت و ویلسون، ۲۰۰۴)، نخست برای راهنمایی در گزینش و اجرای راهبردها و تکنیک‌های درمانی ارائه خواهد شد.

دامنه و نقطه تمرکز این کتاب

باید اشاره کنم که دامنه این کتاب محدود به کاربرد اصول و تکنیک‌های پایدار اکت در زمینه مفهوم‌سازی، سنجش و درمان افسردگی تک‌قطبی است. به ویژه اینکه حداقل به دو دلیل اکت را برای درمان عوامل افسرده‌ساز در اختلالات دوقطبی گسترش نخواهیم داد. نخست اینکه مهارت در به‌کارگیری اکت با اجرای آن بسیار ساده‌تر به دست می‌آید تا مطالعه صرف درباره نحوه کاربردش و من هیچ تجربه بالینی در به‌کارگیری اکت برای درمان عوامل افسرده‌ساز در اختلال دوقطبی ندارم. دوم اینکه تاکنون هیچ گزارشی مبنی بر درمان افسردگی دوقطبی با استفاده از اکت وجود ندارد.

بی‌پرده بگویم، به جای تمرکز بر چگونگی "درمان" افسردگی با اکت، بهتر است تمرکز کتاب را بر کاربرد اکت برای مراجعانی ببینیم که افسردگی تک‌قطبی دارند. همانطور که خواهید دید برنامه اکت درمان افسردگی نیست تا مراجعانی که آن را تجربه کرده‌اند بتوانند بدون آن زندگی کنند بلکه توانمندسازی بیشتر مراجعان است تا به‌جای اجتناب از تلاش برای رهایی از افسردگی، زندگی معنادار و سرزنده‌ای را با افسردگی آغاز کنند. ثابت شده که با به‌کارگیری این موضوع، سطوح افسردگی کاهش پیدا می‌کند (زتلی و هیز، ۱۹۸۶؛ زتلی و راین، ۱۹۸۹) با این وجود هدف اولیه درمان اکت کاهش نشانه‌ها نیست بلکه افزایش انعطاف‌پذیری روانی به منظور هدایت زندگی ارزشمندانه است.

از آنجا که افسردگی همبودی بالایی با دیگر مشکلات روانی به ویژه اختلالات اضطرابی دارد (مینه‌کا، واتسون و کلارک، ۱۹۹۸)، مراجعانی که به دنبال درمان افسردگی هستند نگرانی‌های

روان‌شناختی دیگری هم دارند که شاید با استفاده از رویکردهای تشخیص تبادلی مانند اکت بتوان آنها را نمایان کرد چرا که هدف این رویکردها، فرایندهای متداولی است که شاید وقوع هم‌زمان شیوه‌های مختلف رنج انسان را مشخص می‌کند. در نظر گرفتن افسردگی یا هر مشکل دیگری در زندگی به‌عنوان "چیزی که باید مورد درمان قرار گیرد" منجر به شیء‌انگاری مفاهیم شده و با دیدگاه اکت در تضاد است که رویدادهای روان-شناختی را به‌عنوان امری پویا و روبه‌رشد در نظر می‌گیرد که در بافت آن رویدادها در حال وقوع است. علاوه بر این در نظر گرفتن افسردگی به‌عنوان هویتی مستقل ممکن است به آمیختگی مراجع با خود مفهوم‌سازی شده آسیب دیده (مانند، "من افسرده هستم") منجر شود. این موضوع همچنین به رویکرد ساختاری/موقعیت‌شناسی (در مقابل کارکردی) اشاره دارد که از طریق نظام تشخیصی فعلی (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی [ویرایش چهارم]؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) به میزان بالایی از همبودی یک شاخص مصنوعی در نظر گرفته شده است (آخنباخ، ۱۹۹۰-۱۹۹۱). باین‌حال همگام با رویکرد نشانه‌محور DSM کتاب‌هایی مانند این کتاب، ادبیات پژوهش و پایگاه داده‌های روان‌پزشکی حول طبقه‌بندی-های تشخیصی سازمان‌دهی می‌شوند و علی‌رغم میل باطنی‌ام جهت راحتی کار اغلب از عبارت "درمان افسردگی" استفاده می‌کنم.

نمایی کلی از اکت

همانطور که پیش از این اشاره کردم در یک بافت تاریخی گسترده‌تر، اکت می‌تواند به‌عنوان عضوی از نسل یا "موج سوم" از درمان‌های شناختی-رفتاری به شمار آید. در اینجا تنها به خلاصه‌ای از تغییرات نسلی در رفتار درمانی اشاره می‌کنم. اگر مایل به یادگیری جزئیات بیشتر درباره این موضوع هستید خواهشمندم هیز (۲۰۰۴) را مطالعه کنید.

موج اول رفتار درمانی

اولین نسل رفتار درمانی از لحاظ تاریخی به دهه ۱۹۲۰ برمی‌گردد (جونز، ۱۹۲۴) که از طریق به کارگیری اصول شرطی‌سازی کلاسیک/ پاسخگر پائولوف (برای نمونه ولپی، ۱۹۵۸) و یا شرطی‌سازی عامل که در آن تغییر رفتار به تقویت پیامدها وابسته بود (برای نمونه بائر، لوف و رایزلی، ۱۹۶۸)، به دنبال بهبود رفتار مسئله‌ساز بودند. می‌توانیم سهم بالقوه‌ای که زبان و شناخت در آغاز، تداوم، تشدید و تسکین رفتار نابهنجار (به‌ویژه در میان بزرگسالان که در به‌کارگیری زبان مهارت دارند) را بپذیریم، این در حالی است که به‌طور هم‌زمان سهم بالقوه زبان تا حد زیادی در حین درمان مشکلات نادیده گرفته

شد که این موضوع به عنوان شرطی سازی کلاسیک مفهوم سازی شد (مانند ترس های مرضی خاص) یا به وسیله جمعیت های دارای ناتوانی های رشدی (مانند اوتیسم و یا عقب ماندگی ذهنی) که توانایی های کلامی محدودی دارند به صورت فعال شرطی شده اند.

موج دوم رفتار درمانی

زمانی که اولین موج رفتار درمانی برای دامنه وسیعی از جمعیت های بالینی با مشکلات گوناگون رشد و گسترش پیدا کرد، نیاز به فرایندهای مبتنی بر زبان مناسب در رفتار درمانی آشکارتر شد. شناخت درمانی در دهه ۱۹۷۰ (برای نمونه، ای. تی. پک، ۱۹۷۶ را ببینید)، به عنوان رویکردی متمایز در پاسخ به این چالش و با تلاش برای بهبودی یا درمان شناختی-رفتاری به وسیله ترکیب فرایندهای مبتنی بر اهداف شناختی و تکنیک هایی مانند استفاده از خودگویی های مقابله ای (برای مثال "اگر تمام کارها را در یک زمان انجام دهم می توانم از احساس غرق شدن در افکار اجتناب کنم")، با وجود اصول و راهبردهای شرطی عامل و پاسخگر پدید آمد (ماهونی، ۱۹۷۴؛ مایکنام، ۱۹۷۷).

با وجود تفاوت های مفهومی و تکنیکی آشکار بین موج اول و دوم رفتار درمانی، آنها هرگز به صورت عینی روی آنچه می تواند به عنوان تغییر مرتبه اول (که عبارت است از تلاش برای تغییر شکل، فراوانی و یا محتوای رفتار نابهنجار) تلقی شود، تمرکز نداشته اند. همگام با این دستورالعمل، موج نخست رفتار درمانی در درجه اول بر استفاده از اصول شرطی سازی عامل و پاسخگر برای تغییر مستقیم واکنش های هیجانی، حساسیت-زدایی منظم یا کاستی ها (از جمله در مهارت های روزمره زندگی) و افراط در رفتار حرکتی (مانند رفتارهای آسیب زدن به خود و خودتخریبی) مانند تحلیل رفتار کاربردی، تأکید داشت. در اصل موج دوم شامل استفاده صرف از شناخت، خواه در قالب باورهای غیرمنطقی، خودگویی منفی، نگرش های ناکارآمد، اسنادهای افسرده ساز یا طرحواره ها به عنوان نوع دیگری از رفتار یا سبک دیگری از پاسخ دهی است که می تواند با موفقیت از طریق تکنیک های تغییر مرتبه اول پیگیری شود. به ویژه راهبرد مورد ترجیح برای تغییر باورهای شخصی مراجعان افسرده در مورد خودشان (مانند "من بی کفایت هستم")، فرایندهای بازسازی است.

موج سوم رفتار درمانی

با آغاز هزاره جدید کاستی های تجربی و همچنین احتیاط های فلسفی درباره موج دوم رفتار درمانی منجر به تأکید اکت و دیگر رویکردهای نسل سوم بر برنامه تغییر مرتبه دوم شد و به جای تغییر شکل یا محتوای رفتار نابهنجار به تغییر بافتی که رفتار در آن اتفاق می افتد، تمرکز شد. به ویژه در اواخر دهه ۱۹۹۰ یافته های حاصل از تجزیه و تحلیل مؤلفه ها و فرایندهای درمان رفتاری-شناختی پرسش های

به جایی را مطرح کردند که آیا رویکردهای موج دوم به اندازه‌ای که خودشان می‌گفتند مؤثر بودند (ایلاردی و کرایچ‌هد، ۱۹۹۴) و آیا تکنیک‌های تغییر شناختی که به وجود آوردند برای موفقیت درمانی‌شان ضروری بودند (گورت‌نر، گولان، دابسون، و جاکوبسن، ۱۹۸۸؛ جاکوبسن و همکاران، ۱۹۹۶؛ زتل و هیز، ۱۹۸۷). علاوه بر این از لحاظ فلسفی، به‌طور هم‌زمان شناخت در مورد بافت‌گرایی یا این دیدگاه که بهتر است رفتار نابهنجار در زمینه تاریخ و موقعیتی که در آن رخ می‌دهد به درستی شناخته شود به‌طور عام (هیز، هیز، ریس و ساربین، ۱۹۹۳) و بافت‌گرایی کارکردی که بر اهداف عملی تغییر رفتار مؤثر تأکید دارد به‌طور خاص (بیگلان و هیز، ۱۹۹۶؛ هیز، هیز و ریس، ۱۹۸۸)، افزایش پیدا کرد و این شناخت جایگزین دیدگاه مکانیکی شد و در نتیجه موج اول و دوم رفتار درمانی گسترش پیدا کردند. در تقابل با بافت‌گرایی کارکردی، تمرکز روی دیدگاهی مکانیکی با توانایی پیش‌بینی رفتار نابهنجار و چگونگی پیشگیری اثربخش و یا تغییر آن به وسیله نظریه‌ها و مدل‌های روان‌شناختی بیشتر شد (هیز و برونستین، ۱۹۸۶).

اکت و تغییر مرتبه دوم

اگرچه در این زمینه هنوز جای بحث بیشتر وجود دارد اما تأکید مشترک بر رویکرد بافت‌گرایی مرتبه دوم در تغییر درمانی، اکت را با دیگر مداخله‌های درمانی نسل خود پیوند می‌دهد. به ویژه همانطور که در درمان افسردگی نیز به کار می‌رود، هدف رویکردهای بافت‌گرایی تغییر باورهای ناکارآمد (برای مثال "من نمی‌توانم هیچ کاری را درست انجام دهم") از طریق تغییر محتوا یا شکل آنها (برای نمونه "من می‌توانم حداقل برخی از کارها را درست انجام دهم") با مباحثه و یا با استفاده از راهبردهای بازسازی شناختی نیست، هر چند شواهد محکمی وجود دارد که نشان می‌دهد تعدادی از مراجعان معتقدند افکار افسرده‌سازشان با اکت کاهش یافته است (زتِل و هیز، ۱۹۸۶). اگرچه تغییر رفتار آشکار مانند افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش جهت تنظیم خلق و یا بازسازی شیوه‌های تفکر بدون شک باعث تغییر رفتاری می‌شود که مراجع را در مسیرهای زندگی ارزشی هدایت می‌کند، اما مورد هدف اکت نیست. اکت به جای هدف قراردادادن شکل یا فراوانی مؤلفه‌های روان‌شناختی افسردگی، به دنبال برنامه تغییر مرتبه دوم است که به تغییر کارکردهایی می‌پردازد که آن مؤلفه‌ها با خارج شدن از "سیستم" در خدمت آن هستند، تا به‌طور عادی عمل کنند. در این دیدگاه "مشکل افسردگی" مربوط به خود خلق آزرده یا افکار افسرده‌ساز نیست بلکه بافت‌هایی است که رویدادهایی شخصی را به الگویی کلی از زندگی بی‌ثمر پیوند می‌دهند. برای مثال اگر سیستم بافت‌ها از افکار، احساسات و سایر رویدادهای شخصی فرد به‌عنوان کاهنده علل رفتار آشکار حمایت کند، ممکن است تغییر یا تعدیل آنها

در افراد افسرده برای رهایی و حرکت به سوی زندگی ضروری نباشد. برای مثال ممکن است مراجعان ادعا کنند که اگر اعتماد به نفس بیشتری داشته باشند، می‌توانند بهبود یابند و تغییرات ارزشمندی مانند تغییر شغل یا بازگشت به مدرسه را در زندگی‌شان به وجود آورند. به جای تلاش برای القای اعتماد به نفس، درمانگر پذیرش و پایبندی، سودمندی این شیوه را با این پرسش زیر سؤال می‌برد که آیا برای چنین مراجعانی امکان دارد که بدون اطمینان از اثربخشی آنها، تغییرات عمیقی را در زندگی ایجاد کنند. به‌طور خلاصه اکت امکان توانمندسازی در تغییر کارکرد رویدادهای شخصی مانند افکار بدبینانه و نگران‌ساز را پیشنهاد می‌دهد که با تغییر در بافت گسترده‌تری که در آن افسردگی رُخ می‌دهد، آن را گسترش می‌دهند. متأسفانه همانطور که خواهیم دید، بسیاری از عوامل بافتی که باید تغییر پیدا کنند به دلیل ظرفیت‌های کارکردی شناخت و زبان انسان، ماهیتی همه‌گیر و اجتماعی دارند.

نظریهٔ چارچوب ارتباطی و اکت

اگر به دنبال بهبود توانایی‌مان جهت خدمت به مراجعان خود باشیم، به‌طور یقین اکت تنها رویکرد درمان رفتاری نیست که دربارهٔ نیاز ما به درک بهتر نقش فرایندهای شناختی و زبان در رنج انسان، بحث می‌کند. همانطور که پیش از این مطرح شد شناختی مشابه از این محدودیت به‌عنوان نیروی محرکی برای شناخت درمانی و مداخلات موج دوم که با آن مرتبط هستند، عمل می‌کند. با این حال آنچه اکت را نه تنها از شناخت درمانی بلکه از دیگر رویکردهای موج سوم متمایز می‌کند ارتباط آن با نظریهٔ چارچوب ارتباطی است (RFT: هیز، بارنز هولمز، و روشه، ۲۰۰۱). نظریهٔ چارچوب ارتباطی از دیدگاه بافت‌گرایی کارکردی به شناخت و زبان انسان می‌نگرد و به موازات عوامل موقعیتی که در آنها تفکر ایجاد می‌شود بر تغییر بالقوهٔ اثری که روی دیگر نواحی عملکرد روان‌شناختی دارد، تأکید می‌کند. ارائهٔ بیش از یک دیدگاه کلی و مختصر تاریخی از نظریهٔ چارچوب ارتباطی، فراتر از چشم‌انداز و هدف این کتاب است و به ذکر چند نمونه از گسترش افسردگی بسنده می‌کنیم. اگر مایلید در این زمینه بیشتر بدانید کتاب هیز و همکاران (۲۰۰۱) را بخوانید، منابعی برای کسب جزئیات بیشتر در مورد چارچوب ارتباطی به‌طور کلی و فصلی از آن که توسط ویلسون، هیز، گرگ، و زتل (۲۰۰۱) نوشته شده را به‌طور خاص، برای اطلاع از کاربرد آن در مسائل روان‌شناختی بالینی ببینید. در مقیاسی وسیع چارچوب ارتباطی در واکنش به برخی از کاستی‌های کار بنیادی اسکینر (۱۹۵۷) در تدوین بافت‌گرایی از رفتار کلامی پدید آمد. شاید قدیمی‌ترین کار در این زمینه تمرکز عمدهٔ اسکینر بر زبان انسان از نظر گویندهٔ آن کلام بود. چیزی که در این زمینه نادیده گرفته شد شنیدن بود، به‌ویژه تحلیلی که گوینده و شنوندهٔ کلام "یک نفر" بود (یعنی فکر یا گفت‌وگو کردن با خود). اگرچه کتاب اسکینر هم‌زمان با آغاز اولین موج رفتار درمانی منتشر شد، تعجبی ندارد که تدوین رفتار کلامی توسط اسکینر

تأثیر قابل توجهی بر این موضوع نگذاشته است.

نظریه‌ها و مدل‌های شناختی دربارهٔ افسردگی و اختلالات دیگر (ای.تی. بک، ۱۹۷۶؛ بک و امری، ۱۹۸۵) که با نسل دوم درمان‌های رفتاری-شناختی همراه بوده و از آنها حمایت می‌کردند، کوشیدند تا نقش تفکر در آسیب‌شناسی روانی انسان را به‌طور شایسته‌تری نشان دهند. با این حال همانطور که پیش از این مطرح شد چنین برآوردهایی به دلایل فلسفی و تجربی، در نهایت نیز در پی یک هدف بودند. شاید شیوه‌ای سودمند برای بررسی چارچوب ارتباطی این است که در عین حال که نقاط قوت رویکردهای اسکینر و بک را حفظ کرده، کوشیده محدودیت‌های این رویکردها در زمینهٔ زبان و شناخت انسان را نشان دهد. به‌ویژه دامنه و عمق زبان یا شناخت براساس مبانی و فرایندهایی که چارچوب ارتباطی در استنتاج موارد شناسایی‌شده توسط مدل‌های مختلف در حمایت از شناخت درمانی در پی تدوین آنها است اما مانند رویکرد اسکینر به رفتار کلامی، چارچوب ارتباطی نیز به جای دیدگاه مکانیکی از رویکرد بافت‌گرایی استفاده می‌کند (پپر، ۱۹۴۲). همانطور که خواهیم دید شاید مهم‌ترین کاربرد زبان یا چارچوب ارتباطی این است که مانند هر رفتار عامل دیگری، طوری مفهوم‌سازی شده که تحت‌تأثیر بافت‌ها قرار بگیرد تا رفتار در آن بافت نمایان و تقویت شود. این امر درست نقطهٔ مقابل برآوردهای مکانیکی است که به‌طور معمول رشد زبان را به ابزاری اکتسابی (چامسکی، ۱۹۶۵) یا دیگر نهادهای ذهنی فطری نسبت می‌دهند.

ماهیت چارچوب ارتباطی

در نظریهٔ چارچوب ارتباطی باور بر این است که شناخت و زبان انسان بر چارچوب‌های ارتباطی مبتنی هستند. اگرچه خود من شکل مصدر آن یعنی "چارچوب‌گیری ارتباطی" را ترجیح می‌دهم اما برای تأکید بر رفتاری که دربارهٔ آن صحبت می‌شود، شکل رایج‌تر آن یعنی چارچوب ارتباطی را به کار می‌گیرم. چارچوب ارتباطی را به‌عنوان پاسخ به محرک، براساس روابط قراردادی بین آنها، در نظر می‌گیرم. برای مثال هیچ رابطهٔ طبیعی بین گفتن کلمهٔ "توپ" در حضور اشیاء کروی خاص وجود ندارد. در عوض ارتباط بین این دو باید قراردادی باشد اما خود این ارتباط می‌تواند تحت کنترل بافت به‌عنوان کلمهٔ "توپ" در گفت‌وگو دربارهٔ نوعی میهمانی نیز مورد استفاده قرار گیرد.

در چارچوب‌های ارتباطی، رفتار مستلزم پاسخ به یک محرک بر اساس ارتباط آن با محرک یا محرک‌های دیگر است. برای مثال در آموزش مفهوم "بزرگ‌تر" به کودک ممکن است با توجه به سؤال کودک از مجموعه‌های مختلف توپ گلف، بیسبال و بسکتبال برای اشاره به شیء "بزرگ‌تر" استفاده شود. پس از چند بار تکرار این تجربه خواه عمده باشد یا خودبه‌خود و طبیعی - کودک

پاسخ‌گویی "رابطه‌ای" بر اساس اندازه نسبی اشیاء یا "محرک‌های" قابل مقایسه را می‌آموزد. موجودات دارای هوش پایین‌تر از انسان مانند میمون، موش، کبوتر نیز از ظرفیت مشابهی برخوردارند (ریس، ۱۹۶۸). باین‌حال در موجوداتی که سخن نمی‌گویند (هرگونه موجود یا انسانی که قادر به سخن گفتن نیست) توانایی دریافت چنین پاسخ‌های ارتباطی وجود ندارد چرا که این ارتباط تحت کنترل بافت‌های قراردادی است. برای مثال هنگامی که سکه یک سنتی، پنج سنتی و ده سنتی نشان داده می‌شود و از کودکی خردسال پرسیده می‌شود که سکه "بزرگ‌تر" را نشان دهد، ممکن است زمانی که سکه پنج سنتی در کنار هر کدام از سکه‌ها گذاشته شود کودک خردسال‌تر با اطمینان به آن اشاره کند. باین‌حال کودک بزرگ‌تری که پول خرج کردن را تجربه کرده است به‌جای توجه صرف به اندازه آنها از توانایی بیشتری برای پاسخگویی براساس ارزش پولی سکه‌ها (سکه ده سنتی به دلیل ارزش آن از سکه‌های پنج و یک سنتی "بزرگ‌تر" است با وجود اینکه ممکن است از لحاظ فیزیکی از یکی کوچک‌تر و تا حدودی با یکی هم‌اندازه باشد) برخوردار است.

براساس نظریه چارچوب ارتباطی، اینگونه پاسخ‌دهی ارتباطی ("بزرگ‌تر") می‌تواند از دیدگاه مقایسه‌ای به‌عنوان بخشی از طبقه بزرگ‌تر پاسخ‌دهی کارکردی - که در آن می‌توان اشیاء بیشتری را براساس اندازه‌شان از نظر "بزرگ‌تر" بودن از دیگری، مورد مقایسه قرار داد- به شمار آید. به این ترتیب نه تنها اشیاء بلکه انسان‌ها نیز با یکدیگر از جنبه ارتباطی مقایسه می‌شوند. این مقایسه ممکن است از نظر اندازه باشد - "او بزرگ‌تر از من است" - یا ارزیابی‌های نسبی دیگری مانند "همه مردم بهتر از من هستند". برحسب نظریه چارچوب ارتباطی نه تنها چنین ارزیابی‌هایی مورد انتظار است بلکه زمانی که چارچوب مقایسه‌ای ایجاد می‌شود، اجتناب‌ناپذیرند. یکی از شیوه‌های پاسخ‌دهی به چنین خودارزیابی‌های منفی - "همه مردم بهتر از من هستند" - ارزیابی شواهد موافق یا مخالف آن، مانند آن چیزی است که در درمان شناختی انجام می‌شود. در اکت روش جایگزین این است که فقط محتوای این فکر را بشناسیم و درستی آن را مورد چالش قرار ندهیم، یعنی محتوای واقعی آن (ارزیابی) را بدون قضاوت (اگرچه توصیفی اشتباه باشد که نیاز به تصحیح دارد، اما عینی است) ببینیم.

ویژگی‌های چارچوب ارتباطی

با این توصیفات تمام چارچوب‌های ارتباطی سه ویژگی یا خصوصیت دارند که تا اینجا بر این موارد اشاره داشتند: استلزام متقابل، استلزام ترکیبی و تغییرشکل کارکردهای محرک. اجازه دهید به هر یک از این موارد نگاه دقیق‌تری بیندازیم چراکه هرکدام از آنها می‌توانند نقش مهمی در افسردگی داشته باشند.