



BRANDAFARIN JOURNAL OF MANAGEMENT

Volume No.: 3, Issue No.: 49, Apr 2024

P-ISSN: 2717-0683 , E-ISSN: 2783-3801

Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) On psychological difficulty

Abstract:

According to Jung, mental health is "finding individuality" and the first condition for finding individuality is to be aware of those aspects of the self that have been neglected. For this reason, it can be said that Jung's individuation is almost close to psychological toughness. The purpose of doing this Research; The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on psychological distress was compared. The method of this research was qualitative and library type. Various books, articles and related scientific materials were extracted and used. According to the research conducted in relation to psychological toughness, it can be said that cognitive therapy and then therapy based on acceptance and commitment were effective.

Keywords: treatment based on acceptance and commitment (Act); cognitive behavioral therapy (CBT); Psychological difficulty.

پښتونستان د علومو انساني او مطالعاتو فرانسې
پښتونستان د علومو انساني

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Act) و درمان شناختی رفتاری (CBT) بر سر سختی روانشناختی

ساجده لویمی^۱

چکیده:

بنابر عقیده یونگ سلامت روان «فردیت یافتن» است و نخستین شرط فردیت یافتگی، آگاهی از آن جنبه های نفس است که مورد غفلت قرار گرفته اند. به همین دلیل می توان گفت فردیت یافتگی یونگ تقریباً نزدیک به سرسختی روانشناختی است. هدف از انجام این تحقیق؛ مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Act) و درمان شناختی رفتاری (CBT) بر سر سختی روانشناختی، بود. روش این پژوهش کیفی و از نوع کتابخانه ای بود. از کتب مختلف، مقالات و مطالب علمی مربوطه فیش برداری و استفاده شد. با توجه به تحقیقات صورت گرفته در رابطه با سرسختی روانشناختی می توان بیان داشت که ابتدا درمان شناختی و سپس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موثر بودند.

کلید واژه ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Act)؛ درمان شناختی رفتاری (CBT)؛ سر سختی روانشناختی.

مقدمه:

سرسختی روانشناختی، یک ویژگی شخصیتی است که در رویارویی با حوادث فشارزای زندگی به عنوان منبع مقاومت و سپرمحافظ عمل می کند. سرسختی، ترکیبی از باورها در مورد خود و جهان است که از سه جزء تعهد، کنترل و مبارزه جویی تشکیل شده است، اما در عین حال مجموعه های واحد است که از عمل هماهنگ این سه جزء تشکیل یافته است (آزاد، 1394). سرسختی احساس بنیادی از کنترل است که به فرد سرسخت امکان ترسیم و دسترسی به فهرستی از راهبردها را می دهد. در نهایت سرسختی باعث پرورش دیدی خوش بینانه نسبت به فشارها می شود؛ به عبارتی، صفت مبارزه جویی، فرد سرسخت را قادر می سازد تا حتی حوادث ناخوشایند را بر حسب امکانی برای یادگیری به تهدیدی برای ایمنی در نظر بگیرد و تمامی این جنبه ها باعث پیشگیری و یا کوتاه شدن مدت پیامدهای منفی تنش را می شود و در واقع سرسختی، سپری در مقابل برانگیختگی شدید فیزیولوژیک در اثر حوادث تنش زا است که سیله و دیگر پژوهشگران، عامل آسیب پذیری در مقابل بیماریها می دانند (نظری، 1393). سرسختی روانشناختی به عنوان تعدیل کننده، روابط بین تنش و بیماری روانشناختی و جسمانی عمل می کند. افرادی که از سرسختی روانشناختی قوی برخوردارند، احتمال کمتری دارد که در مقایسه با افراد دارای سرسختی روان شناختی ضعیف در پاسخ به تنش، دچار آسیب جسمانی و یا روانی شوند. هم چنین یافته های تجربی نقش تعدیل کننده سرسختی روانشناختی را در مقایسه با فشارهای جانبی تنش تأیید می کند. دیگر یافته ها بیان می کند که بین دو جنس از نظر سرسختی روانشناختی تفاوت معنی داری نیست. ویژگیهای سرسختی روانشناختی به این ترتیب است: 1- حس کنجکاوی قابل توجه 2- تمایل به داشتن تجربه های جالب و معنی دار 3- اعتقاد به مؤثر بودن آنچه مورد تصور ذهنی قرار گرفته است. 4- باور به اینکه تغییر، طبیعی است و هر محرک با اهمیتی می تواند موجب رشد و پیشرفت شود. 5- ابراز وجود و نیرومندی. 6- توانایی استقامت و مقاومت. این ویژگیهای مختلف می تواند در خصوص سازگاری با وقایع تنش آور زندگی مفید باشد (موسوی و همکاران، 1398). منطق انتخاب این ویژگیها ارزیابی های شناختی خوش بینانه ای است که می تواند به رغم تنش آور بودن آنها باعث درک معنی دار و طبیعی ویژگیها از سوی فرد شود (آزاد، 1394). با وجود این، تصمیم گیری قاطعانه می تواند به یکپارچگی آنان در تجربه های آینده منجر شود؛ به این ترتیب افراد سرسخت، وقایع تنش آور را به وقایع قابل تحملتر تبدیل می کنند. همان گونه که از این مباحث پیداست، سرسختی روانشناختی به عنوان ویژگی مهم در ساختار شخصیت افراد می

Email: slovimi@yahoo.com

¹ کارشناسی ارشد بالینی / دانشگاه آزاد اسلامی / واحد اهواز.

تواند آنها را برابر فشار های مختلف محیطی محافظت کند. در واقع می توان عنوان کرد که افراد با سطح سرسختی روانشناختی قوی با توجه به صفات مبارزه جویی و ابراز وجود و نیرومندی و استقامت در مقابل حوادث تنش‌زای محیطی کمتر دچار آسیب‌های جسمانی و روانی می شوند؛ لذا اهمیت و ضرورت سرسختی روان‌شناختی در این مباحث آشکار می شود. سرسختی روان‌شناختی سازه ای است که به عنوان یک ویژگی شخصیتی و با نقش موثر خود در تعدیل پیامدهای استرس، مطالعات گسترده ای را تا کنون به خود اختصاص داده است. فلاسفه و دانشمندان علوم اجتماعی در طول سالها تحقیق، افراد بسیاری را مشاهده کردند که به دلیل ویژگی های شخصیتی معینی، بهتر با موقعیت های ناخوشایند زندگی، سازگار بودند. در فرهنگ عامه نیز افرادی هستند که با صفاتی چون «مقاوم» و «صبور»، شناخته می شوند، این افراد ظاهراً بهتر از سایرین، مشکلات را تحمل می کنند و دیرتر از پای در می آیند. تا سه دهه اخیر، پژوهش های بسیار اندکی در زمینه ویژگی های شخصیتی (رفتاری و شناختی) چنین افرادی انجام شده بود. چرا که تا قبل از دهه 80، بیشتر پژوهش ها روی علل استرس، تغییرات و بحران های زندگی و ارتباط آنها با سلامتی جسمانی و روانشناختی تمرکز داشت (آزاد، 1394). به باور مزلو (به نقل از سیوارد، 1997)، آخرین مرحله نیازها، نیاز به خودشکوفایی است. او در بررسی های خود در مورد افراد خودشکوفای دریافت که آنها دارای ویژگیهایی هستند که منجر به حفظ و تقویت سلامت روانی آنها می شود. بررسی های متعدد کوباسا که با نظریه های مزلو و نظر او درباره خودشکوفایی همخوانی داشت، این باور را ایجاد کرد که داشتن تعهد، کنترل و استقبال از مبارزه طلبی های زندگی می تواند سدی در برابر استرس ایجاد کند و این که شخصیت با ویژگی سرسختی می تواند از سلامت خوبی برخوردار شود. آلپورت «اصل مهارت و شایستگی» را در مورد انگیزش شخصیت سالم مطرح می کند. این اصل متضمن این است که انجام کار در حد متوسط گاهی افراد سالم را ارضا نمی کند بلکه این گونه افراد فعالانه و سرسختانه در پی هدفها، امیدها و رویاهای خویش هستند و رهنمون زندگی آنها معناجویی، ابتکار و حس تعهد است. آنچنان که مشخص است، اصل مهارت و شایستگی آلپورت، سرسختی را در بر می گیرد. مفهوم سرسختی ریشه در روانشناسی وجودی دارد. مؤلفه های سرسختی و از جمله مهمترین آنها، یعنی تعهد (احساس نیرومند هدف شخصی)، بسیاری از نظریه های ارایه شده به وسیله وجود-گرایان را در بر می گیرد. باور پژوهشگران مبنی بر اینکه سرسختی ریشه در روانشناسی وجودی دارد، موضوعی کاملاً مناسب و بجاست؛ چرا که در ظاهر تلاش موفقیت آمیز افراد در جستجوی معنا و هدف در زندگی و به قول کوباسا ویژگی تعهد بالا، دو مؤلفه دیگر سرسختی، یعنی کنترل و چالش را در بردارد (معین و همکاران، 1390).

مؤلفه های سرسختی روانشناختی: کوباسا (1983) سرسختی روانشناختی را مجموعه ای از باورها در مورد خود و جهان تعریف می کند که از سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه جویی تشکیل یافته است و در عین حال یک ساختار واحد است که از عمل یکپارچه و هماهنگ این سه مؤلفه مرتبط با هم منشأ می گیرد (مدی و همکاران، 2010).

تعهد: نوعی احساس بنیادین هدفمند یا حس به هم پیوستگی است که ضروری ترین و جامع ترین منع مقاومت در برابر هر نوع تنش می باشد. شخصی که از تعهد بالایی برخوردار است، به اهمیت، ارزش و معنای اینکه چه کسی است و چه فعالیت هایی انجام می دهد باور دارد (اوگن و همکاران، 2000). کوباسا (1979) بر این باور است که تعهد با خود، اساسی ترین عامل حفظ بهداشت است. تعهد یعنی توانایی شناخت ارزشها، اهداف و اولویت های ویژه یک فرد، ارزیابی دقیق تهدیدی که یک موقعیت خاص زندگی ایجاد می کند و برای برخورد مناسب با آن ضروری است (معین و همکاران، 1390). به بیان دیگر، مناسبات افراد متعهد با خود و با محیط شان متضمن فعال بودن و روی آوردی است تا منفعل بودن و رویگردانی. تعهد به عنوان سیستم اعتقادی توصیف شده است که تهدید ادراک شده ناشی از وقایع دشوار زندگی را به حداقل می رساند. تعهد اعتقاد به اهمیت و مهم بودن، جالب بودن، معنی دار بودن و ارزشمند بودن فعالیت های زندگی است (کوباسا، 1988؛ به نقل از شکوهی فرد و همکاران، 1392).

کنترل: مؤلفه کنترل در سرسختی به مفهوم «مرکز کنترل» که نخستین بار در سال 1960 به وسیله راتر به کار برده شد، نزدیک است. از نظر راتر (به نقل از جمهری، 2002)، افراد دارای منبع کنترل داخلی مطمئن هستند که می توانند در دگرگونی محیط اطراف خویش اثرگذار باشند نه درمانده؛ در حالی که افراد باورمند به منبع کنترل خارجی بر این باورند که در تغییر محیط بی تأثیر یا دارای اثر ناچیز می باشند. از نظر سازگاری احساس کنترل منتهی به کارهایی می شود که هدفشان تغییر وقایع به چیزی است که با نقشه های در حال اجرای زندگی مطابقت داشته و مغایرت کمتری با آن ها دارد. کنترل همانند مقاومت در برابر استرس، مسئول ارایه و بسط پاسخ ها و واکنش های زیاد و متنوعی در برابر استرس است که حتی در خطرناکترین موقعیت ها نیز می توان به آن متکی بود (معین و همکاران، 1390). این متغیر منعکس کننده میزانی است که شخص احساس می کند بر عوامل فشارزا تسلط دارد، افرادی

که در مؤلفه کنترل قوی هستند، رویدادهای زندگی را قابل پیش بینی می دانند و بر این باورند که قادرند با تلاش، آنچه را در اطرافشان رخ می دهد، تحت تأثیر قرار دهند (شکوهی فرد و همکاران، ۱۳۹۲).

مبارزه جویی: مبارزه جویی به این امر اشاره دارد که تغییر و تحول، اساساً جنبه مثبتی از زندگی است لذا افراد سرسخت، تغییرات زندگی را مخاطره ای برای امنیت تلقی نمی کنند بلکه این افراد اعتقاد دارند که پایداری در زندگی غیرطبیعی است و باید انتظار تغییرات را داشت. ضمن اینکه این تغییرات به عنوان فرض ها و مشوق هایی برای رشد نگریسته می شوند و نه تهدید و بحران (حسن زاده و خادم لو، ۲۰۱۴). مبارزه جویی با تقویت انعطاف پذیری و پذیرا بودن موجب می شود که حتی رویدادهای بسیار ناهماهنگ با رویدادهای طبیعی زندگی فرد تلفیق شوند و به گونه ای مطلوب مورد ارزشیابی قرار گیرند (شکوهی فرد و همکاران، ۱۳۹۲). افرادی که در مؤلفه مبارزه جویی در سطح بالایی قرار دارند، به جای اتکا بر جنبه های ثابت زندگی بر انجام تغییرات و تطابق با شرایط تمرکز دارند (غفوری و همکاران، ۲۰۰۸).

ویژگی های سرسختی روانشناختی

در مجموع ویژگی های سرسختی روانشناختی عبارتند از:

- ۱- حس کنجکاوی قابل ملاحظه؛
- ۲- تمایل به داشتن تجارب جالب و معنی دار؛
- ۳- اعتقاد به مؤثر بودن آنچه که مورد تصور ذهنی قرار گرفته است؛
- ۴- انتظار این که تغییر امر طبیعی است و هر محرک مهم می تواند موجب رشد و پیشرفت گردد؛
- ۵- ابراز وجود و نیرومندی؛
- ۶- توانایی استقامت و مقاومت.

منطق انتخاب این ویژگی ها، ارزیابی شناختی خوش بینانه ای است که می تواند علیرغم دشوار بودن باعث درک معنی دار فرد از ویژگی های آنها شود، بدین ترتیب افراد وقایع سخت را به وقایع قابل تحمل تر تبدیل می کنند (شکوهی فرد و همکاران، ۱۳۹۲).

عوامل تاثیرگذار سرسختی روانشناختی: طی چند سال اخیر سرسختی روانشناختی به عنوان یک ویژگی مفید و مثبت در حوزه آسیب شناسی روانی مورد بررسی گسترده ای قرار گرفته است. در کنار سرسختی روانشناختی، عوامل دیگری مانند حمایت اجتماعی، عزت نفس و خوشبینی می تواند نقش همسانی داشته باشد (حسینی، ۱۳۸۸).

عوامل سرشتی: تا کنون هیچ گونه شواهدی مبنی بر نقش وراثت در ایجاد سرسختی روانشناختی افراد وجود ندارد. اما شواهدی حاکی از این است که والدین سرسخت، فرزندان سرسخت نیز دارند. تبیین های احتمالی، الگو سازی، همانندسازی فرزندان با والدین و شیوه های فرزند پروری مناسب و صحیح می باشد.

عوامل زیست شیمیایی: افراد سرسخت نسبت به افراد غیر سرسخت، سیستم ایمنی قوی تر و ایموگلوبین بیشتر، واکنش پذیری فشار خون انقباضی بیشتر حین تکلیف تهدید آمیز و افزایش کمتری در انگیختگی سمپاتیک (یعنی تنش) در خلال شرایط ارزیابی تکلیف دارند.

یادگیری: افراد سرسخت، الگوهایی در پیش رو داشته اند که آنها را در زمینه تعهد، کنترل و مبارزه جویی سرمشق قرار داده اند. از آنجا که سرسختی روانشناختی را می توان یاد گرفت، احتمالاً افراد در مواجهه یا وقایع، احساس کارآمدی و کنترل بر محیط را کسب کرده اند (نادری و حسینی، ۱۳۸۹).

همبسته های سرسختی روانشناختی

استرس: سرسختی روانشناختی به عنوان تعدیل کننده روابط بین اثرات منفی استرس، زندگی و سلامت روانی عمل می کند.

ارزیابی شناختی: افراد دارای سرسختی روانشناختی پایین وقایع ایجاد کننده تغییر در زندگی را، در مقایسه با افراد سرسخت بالا، منفی تر و غیرقابل کنترل ارزیابی می کنند، شیوه اسنادی کلی و درونی برای وقایع منفی و اسنادهای خارجی و خاص برای وقایع مثبت دارند و ترجیح می دهند که از استراتژی سازگاری واپس رونده مثل ترک و انکار رفتار و شناختی که نه موقعیت را دگرگون و

نه مشکل را حل می کند استفاده کنند و حتی ممکن است مشکل احساسی و ناسازگاری احساسی را افزایش دهند. افراد دارای سرسختی روانشناختی بالا حوادث و رویدادها را کمتر پردغدغه ارزیابی می کنند و در توانایی شان برای سازگاری با آن خوشبین هستند، ترجیح می دهند که روی سازگاری تبدیلی فعالی تکیه کنند که استرس را به وسیله راهبردهای متمرکز بر مشکل به تجربه ای مثبت تبدیل می کند و در پاسخ به تکلیف تهدید آمیز اظهارات شخصی مثبت تری دارند (بهادری و خیر، ۱۳۸۱)

خودشکوفایی: افراد خودشکوفای دارای رسالت یا تمرکزی بر مشکلات بیرون خود می باشند (یعنی تعهد)، آنان نسبت به پیشامدها احساس کنترل می کنند، با هیجان به استقبال تغییر می روند و آن را چالش آور می یابند.

تیپ شخصیتی A: سرسختی روانشناختی و تیپ شخصیتی A دو سازه مستقل هستند. تیپ شخصیتی A با آشفتگی روانشناختی ارتباط مثبت دارد و سرسختی روانشناختی در کاهش تهی شدگی و آشفتگی روانشناختی مؤثر است. سرسختی روانشناختی پایه ای در انگیزش درونی دارد، ولی تیپ شخصیتی A ریشه در انگیزش بیرونی دارد.

شکایات جسمانی: همبستگی منفی معنی داری بین سرسختی روانشناختی با سازگاری روانشناختی با بیماری ها و شکایت های جسمانی وجود دارد.

واکنش های فیزیولوژیک: افراد سرسخت واکنش های آسیب شناختی و فیزیولوژیکی کمتری (از قبیل فشار خون پایین تر، ضربان قلب معمولی در هنگام مواجهه با استرس ها و پاسخ الکتریکی پوست کمتر) نسبت به افراد غیرسرسخت نشان می دهند (نادری و حسینی، ۱۳۸۹).

عزت نفس: با توجه به زیربنای مفهومی و نظری عزت نفس و سرسختی روانشناختی، هر دو سازه در دوران کودکی و به وسیله بازخوردهای والدین و اطرافیان به وجود می آیند و به مرور زمان تداوم پیدا می کنند. همچنین، می توان این گونه بیان کرد که این دو سازه روانشناختی همسو می باشند و افرادی که دارای سرسختی روانشناختی بالایی می-باشند به نوعی از عزت نفس بالایی برخوردارند.

منبع کنترل: سرسختی روانشناختی با منبع کنترل درونی رابطه مثبت و با منبع کنترل بیرونی همبستگی منفی دارد.

عملکرد تحصیلی: سرسختی روانشناختی بالاتر موفقیت تحصیلی بیشتر را نیز به همراه دارد. دانشجویان دارای سرسختی بالا که ارزش و فایده کار برای آنان مشخص شده، کار را بیشتر انجام می دهند و این تأثیر از طریق مبادرت آنان برای سرگرم کننده تر کردن فعالیت به صورت غیر مستقیم می باشد. اگر رغبت کافی برای عملکرد نباشد افراد سرسخت به طور فعال و عمداً خود را درگیر راهبردهایی می کنند تا کار محول شده را جالب تر کنند (نادری و حسینی، ۱۳۸۹).

جنسیت: از آنجا که مردان کمتر هیجانی و بیشتر عقلانی اند، از زنان سرسخت ترند.

بیماری: سرسختی روانشناختی با سطوح بالاتر کورتیزول پلازما و آشفتگی های روانشناختی کمتر در ارتباط بوده است. سرسختی روانشناختی با بیماری های روانی رابطه منفی دارد. رابطه معنی داری بین سرسختی روانشناختی با اضطراب، افسردگی وجود دارد (روشن و شاکری، ۱۳۸۹).

سرطان: بین والدین دارای استرس و بدون استرس و داشتن کودکان سرطانی تفاوت معنی داری وجود دارد. عوامل شخصیتی از عوامل مؤثر در سرطان های قلبی است.

حمایت های اجتماعی: حمایت های اجتماعی موقعی که سرسختی روانشناختی بالا است تأثیر بیشتری در حفظ سلامت دارند. سرسختی روانشناختی به طور مستقیم از طریق حمایت های اجتماعی، سازگاری را تحت تأثیر قرار می دهد. افراد سرسخت تمایل به روابطی که در زمان های پراسترس از سازگاری تبدیلی حمایت می کند، دارند. در صورتی که افراد با سرسختی پایین به جستجوی این روابط برنیامده و موجب افزایش تمایل به سازگاری واپس رونده هنگام مواجهه با استرس می شوند.

سیستم ایمنی

استرس موجب افزایش کلاسترول، فشارخون و کورتیزول و کاهش میزان سلول T در افرادی که از سرسختی روانشناختی پایینی برخوردار باشند، می شود (نادری و حسینی، ۱۳۸۹).

چرا برخی افراد سرسخت ترند؟

دراس و داگلاس (۱۹۸۸) دو تجربه را که احتمالاً منجر به این وضع می شود پیشنهاد می کنند؛ اول، احتمالاً افراد سرسخت الگویی را پیش رو داشته اند که آن ها را در زمینه تعهد، کنترل و مبارزه طلبی سرمشق قرار داده اند و این الگوها، با پیامدهای مثبت سالمی روبرو شده اند؛ دوم، از آنجا که سرسختی روانشناختی را می توان یاد گرفت، احتمالاً افراد در مواجهه با وقایع، احساس کارآمدی و کنترل بر محیط کسب کرده اند (حسینی و نادری، ۱۳۸۹). کوباسا از دیدگاه تکاملی بر این باور است که تجارب دوران کودکی و تعامل مثبت با والدین و اطرافیان می تواند منجر به یک شخصیت سرسخت شود. استوارت و کالگز پیشنهاد می کنند که به منظور شکل گیری سرسختی و احساس کنترل در کودکان، محیط زندگی از جمله خانواده باید با ساختار و قابل پیش بینی باشد، به گونه ای که تلاش آنها به موفقیت منجر شود و نیز حق انتخاب داشته باشند (لطف آبادی و همکاران، ۲۰۱۰؛ به نقل از آذریان و همکاران، ۲۰۱۶). بینگهام و استریکر (۱۹۹۵) بر این باورند که عامل های تأثیرگذار بر سرسختی دختران بیشتر از درون خانواده سرچشمه می گیرد. در حالی که برای فرزندان پسر، این عامل ها ممکن است عامل های اجتماعی و یا آموزشگاهی را نیز در بر داشته باشد. امریکتر و همکاران (۱۹۹۴)، در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه بین تعاملات خانواده و سلامت روانی نشان دادند که افراد سرسخت نسبت به گروه غیرسرسخت، خانواده خود را دارای انسجام و با پیوستگی بیشتر می دانند. همچنین، از وضعیت خانواده خود رضایت بیشتری داشته و ارتباط بین اعضای خانواده را با پدر و مادر بهتر دیده بودند. در پژوهش آنها، افراد سرسخت عملکرد خانواده خود را در زمینه سازماندهی، گرایش های فکری فرهنگی، مذهبی اخلاقی و تفریحی بالاتر ادراک کرده بودند. آنها بیان کردند خانواده هایی که بر فعالیت های اجتماعی، مذهبی، اخلاقی و فکری / فرهنگی تمایل و تأکید بیشتر دارند، سرسختی اعضای آنها لزوماً بالاتر است، زیرا سرسختی با علاقه اجتماعی ارتباط دارد (کرمی و همکاران، ۱۳۸۸).

سرسختی روانشناختی و امید به زندگی

افراد سرسخت با وجود پیشامدهای ناگوار به رویارویی موفق و کارآمد در برابر تنش ها امیدوارند، از توانایی یافتن معنی در تجارب آشفته ساز برخوردارند و به نقش خود به عنوان فرد ارزنده و مهم باور دارند و از آنجا که لازمه داشتن شخصیت سرسخت (تعهد، مهار و مبارزه جویی) داشتن سلامت روانی است و کسی که از سلامت روانی برخوردار نباشد، در برابر رویدادهای زندگی دچار ناامیدی و افسردگی می شود، می توان گفت که این دو متغیر (سرسختی و امید) لازم و ملزوم یکدیگرند (زاهدبابان و همکاران، ۱۳۹۰) و تا انسان امیدوار نباشد، موقعیت های مثبت یا منفی زندگی که نیاز به سازگاری و تطابق دارند را نمی تواند ایجاد کند. رویدادهای منفی را تهدیدی برای امنیت و آسایش خود می پندارد و قدرت تحمل در موقعیت های مبهم و ناراحت کننده زندگی او را از پای در می آورد و روال طبیعی زندگی را مختل می سازد. امیدواری باعث پرورش دیدی خوش بینانه نسبت به زندگی می شود، فشارزا بودن وقایع را کاهش می دهد و به زندگی معنا و هدف می بخشد. فردی که دارای شخصیت امیدوار و سرسخت است، بر این باور است که تجربیات و حوادث را می توان پیش بینی و کنترل کرد، بنابراین با تقویت انعطاف پذیری، حتی رویدادهای بسیار ناهماهنگ را هماهنگ می کند و آنها را مورد ارزشیابی قرار می دهد (نادری و حسینی، ۱۳۸۹).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد:

از آنجایی که رویکرد ACT نسبت به دیگر رویکردهای درمانی مانند رویکرد شناختی رفتاری (CBT) یا روانکاوی جوانتر است، به همین خاطر تعداد افرادی که با تمام قوا وارد این حیطه درمانی می شوند کم است. شاید دیده باشید افرادی که برای شنا به استخر یا دریاچه می روند قبل از شیرجه زدن به درون آن در ابتدا انگشتان خود را وارد آب می کنند و سپس کم کم مابقی اعضای بدن خود را تا اینکه نهایتاً در آن شیرجه میزنند.

رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) نیز به همین ترتیب است افراد ابتدا با شک و تردید، کمی در آن داخل می شوند چون هنوز نسبت به آن اطمینان ندارند اما با آشنایی بیشتر با آن، در آن غوطه ور خواهند شد. دلیل عمده این عدم اطمینان اولیه نیز این امر است که بر خلاف مدل های درمانی دیگر که فرضشان بر این است که مراجعان باید علائمشان کاهش یابد تا اینکه بتوانند زندگی بهتری شروع کنند، در مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) زندگی توجه آگاهانه و همسو با ارزش ها پیامد مطلوب رویکرد

ACT است و نه کاهش علائم. با اینکه رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد علائم را کاهش می‌دهد اما هرگز هدفش این نیست. (امین زاده، 1394)

رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) چیست؟

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش مخلوطی از 4 رویکرد توجه آگاهی، پذیرش، تعهد و تغییر رفتار است. اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نظریه نظام ارتباطی¹ است. که حاصلی از موج سوم روان درمانی است که توسط استیون هیز و همکارانش در سال 1982 معرفی شد. واژه ACT در واقع برگرفته شده از: "ACT"² است.

A: پذیرش افکار و احساسات و بودن در زمان حال

C: انتخاب جهتی ارزشمند

T: عمل کردن

اساسا ACT یک درمان رفتاری است: درباره عمل کردن. اول اینکه عمل ارزشمدار است. به عنوان مثال در زندگی به دنبال چه چیزی هستید؟ در قلب و فکرتان به چه چیزی اهمیت می‌دهید؟ و.... سپس می‌توانید از این ارزشهای مرکزی برای هدایت کردن، برانگیختن و الهام بخشیدن به تغییر رفتاری استفاده کنید. دوم اینکه این روش درباره عمل ((توجه آگاهانه)) است: عملی که هوشیارانه انجام می‌دهید با آگاهی کامل - کاملاً باز نسبت به تجربیاتی که دارید و کاملاً درگیر با هر آنچه انجام می‌دهید. رویکرد ACT اسمش را از یکی از پیام‌های مرکزی اش گرفته است: بپذیرید هر آنچه را که خارج از کنترل شما هست و متعهد باشید به آنچه که زندگی شما را پر بار می‌سازد. (امین زاده، 1394). ACT بر مبنای این مفروضه است که اصلی‌ترین مشکلی که اکثر مراجعان با آن مواجه می‌شوند اجتناب تجربه ای است، که به اجتناب فرد از افکار، احساسات، حواس، و سایر رویدادهای خصوصی گفته می‌شود. اجتناب می‌تواند کاربردهای خاص خودش را در دنیای واقعی داشته باشد، مثل وقتی که یک نفر رانندگی در خیابانی که پل آن خراب شده است اجتناب می‌کند یا از لمس یک اجاق داغ خودداری می‌کند. اما در زمینه افکار و احساسات، افرادی که تلاش می‌کنند تا از تجربیات خصوصی اجتناب کنند، ممکن است به طور متناقضی آنها را افزایش دهند و منجر به انواعی از اجتناب شوند - که حتی باعث ایجاد مشکلات بیشتری شود. (کمالی و کیان راد، 1393).

هدف درمان در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد

در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف درمان، ایجاد انعطاف پذیری شناختی از طریق شش فرایند، پذیرش، هم جوشی زدایی، خود به عنوان زمینه ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه به ارزش‌هاست که در ادامه راجب به آنها صحبت خواهیم کرد. انعطاف پذیری روانشناختی یعنی فرد این توانایی را داشته باشد که بتواند به جای غرق شدن در گذشته و آینده، در زمان حال زندگی کند و ارزشها و اهداف خود را شناسایی کند و به جای اجتناب از افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها یا امیال آزاردهنده رفتاری را در پیش بگیرد که با ارزش‌ها و اهداف هم‌هنگ باشد. بدین منوال فرد با کنترل موثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که زندگی به طور اجتناب ناپذیری برای او ایجاد کرده، یک زندگی پربار و معنادار برای خود ایجاد می‌نماید. شناسایی و تشخیص مرزهایی که افراد را از زندگی مطلوب بازداشته‌اند، مولفه‌های کلیدی مداخلات مبتنی بر تعهد و پذیرش است. رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آنان را به عنوان علائم مرضی درک نموده و حتی یاد بگیرند که آنها را بی‌ضرر (حتی اگر ناراحت کننده و ناخوشایند باشند) درک کنند. در واقع در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) هدف این است که افراد

¹Relational Frame Theory: RFT

² Acceptance and Commitment Therapy

بیموزند وقایع درونی‌شان، مخصوصاً آنهایی را که ناخواسته‌اند، قضاوت نکنند و بپذیرند. رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد فرد را یاری می‌کند تا حسی متعالی از خود کسب کند. هدف کاربرد رویکرد ACT آن است که به مراجع کمک کند تا ارزش‌های زندگی‌اش را مشخص کند و بر اساس آن‌ها اقدام به عمل کند. نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایتمندی زناشویی، کاهش اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه، دردهای حاد و مزمن، سوءمصرف مواد و سایکوز موثر است. (عزیزی و همکاران، 1396). **ارتباط با لحظه اکنون:** در این گام آگاهی روانی فرد در زمان حال تأکید می‌شود و فرد به حالات روانی، جسمانی، افکار، احساسات و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد (محمود علیلو، 1396). وقتی که یاد می‌گیریم با لحظه اکنون ارتباط برقرار کنیم، یاد می‌گیریم همه آنچه را که آن لحظه در اختیار دارد (مثلاً افکار افسرده یا شاد، تصاویر اضطراب برانگیز یا خنده آور و غیره) در آغوش بگیریم و بپذیریم و مشاهده کنیم که افکار، احساسات و حواس در یک رود بی‌انتهای می‌آیند و می‌روند و چیزی بیشتر یا کمتر از رویدادهای خصوصی نیستند. با این طرز تلقی از ارتباط با لحظه اکنون ما می‌توانیم حتی وقتی که در حال تجربه رویدادهای خصوصی ناخواسته هستیم با توجه آگاهی و براساس ارزشهای انتخابی خود عمل کنیم. تمرینات تمایل و توجه آگاهی نظیر مدیتیشن، دو نوع از مداخلاتی است که ارتباط با لحظه اکنون را افزایش می‌دهد. (کمالی و کیان‌راد، 1393).

هم جوشی زدایی (به افکار تان نگاه کنید)

هم جوشی زدایی (ناهمجوشی) به این معناست که یاد بگیریم از افکار، تخیلات و خاطراتمان جدا یا سوا شویم. به جای اینکه گرفتار افکارمان شویم یا با تهدید آنها وادار به انجام کاری شویم به آنها اجازه دهیم بیایند و بروند و درست مانند ماشین‌هایی که در بیرون از پنجره ما در حال گذر هستند. فردی را در نظر بگیرید که وسواس‌های فکری درباره آلودگی را تجربه می‌کند یا هذیان‌های پارانوئیدی دارد. درباره اینکه کار ساده‌ای مثل بیرون رفتن از درها منجر به مرگ می‌شود. ناهمجوشی به فرد اجازه می‌دهد افکارش را به عنوان افکار ببیند نه اینکه آنها را حقایق مسلمی درباره جهان به حساب آورد. ناهمجوشی، مراجع را رها می‌سازد تا به جای محتوای کلامی هم‌جوش، بر مبنای ارزش‌ها و شرایط محیط کنونی‌اش عمل کند.

پذیرش: در این راستا به بیمار آموزش داده می‌شود که تلاش برای اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی آزار دهنده‌اش بی‌تأثیر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید سعی کند آنها را به طور کامل بپذیرد. (محمود علیلو، 1396). درمانگر ACT به مراجع فرصت می‌دهد که احساساتی که در مسیر زندگی به طور اجتناب‌ناپذیری ایجاد می‌شوند داشته باشد و آن احساسات را همانطور که هستند تجربه کند و نه به عنوان چیزی که باید از آن اجتناب کند مراجع یاد می‌گیرد خودش را به خاطر مشکلات سرزنش نکند برای تغییر تجربیات خصوصی تلاش نکند و تمایل داشته باشد با ترس و سایر رویدادهای روانشناختی ناخواسته مواجه شود و در مسیری که انتخاب کرده و در یک جهت ارزشمند حرکت کند. (کمالی و کیان‌راد، 1393).

خود به عنوان زمینه (آگاهی خالص): همگی ما با فکر کردن با خود خیلی آشنا هستیم: بخشی از ما که همیشه فکر می‌کند، افکار، باورها، خاطرات، قضاوت‌ها، خیالات، طرح‌ها و غیره تولید می‌کند. اما بیشتر افراد با نگاه کردن به خودشان نا آشنا هستند: جنبه‌ای از ما که آگاه است از هر آنچه که در هر لحظه فکر می‌کنیم، احساس می‌کنیم، می‌بینیم یا انجام می‌دهیم. برای مثال در طول زندگی بدن شما تغییر می‌کند، افکار شما تغییر می‌کنند، احساسات شما تغییر می‌کنند، نقش‌هایی که دارید تغییر می‌کنند اما شمای که قادر هست به همه این تغییرات توجه یا نگاه کند هرگز تغییر نخواهد کرد. همانند این است که شما برای تمام زندگی‌تان آنجا بوده‌اید. رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) فرصت‌های عملی فراهم می‌کند تا خود به عنوان زمینه یا این آگاهی خالص افزایش پیدا کند. (امین زاده، 1394).

ارزشها (بدانید چه چیزی مهم نیست): در این گام، به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی‌اش را بشناسد و به شکل عملیاتی بتواند آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند. یک درمانگر در رویکرد ACT معمولاً سوالاتی از این قبیل می‌پرسد: “در زندگیتان دنبال چه چیزی هستید؟” چه چیزهایی برای شما واقعاً اهمیت دارد؟ و... (محمود علیلو، 1396). ارزش‌ها، صفات مطلوب برای عمل مداوم هستند. داشتن ارزش‌های واضح و روشن یک قدم اساسی در خلق زندگی پر معنا است. معمولاً در رویکرد ACT از ارزش‌ها به عنوان جهت‌های انتخاب شده زندگی یاد می‌کنیم. ما معمولاً ارزش‌ها را با قطب نما مقایسه می‌کنیم چرا که آنها به ما جهت می‌دهند و سفر ما را به طور مداوم هدایت می‌کنند (امین زاده، 1394).

انجام عمل متعهدانه: عمل متعهدانه، به معنای انجام عمل مؤثری است که توسط ارزش‌هایمان هدایت شده باشد. خیلی خوب است که ارزش‌هایمان را بشناسیم اما این امر فقط از طریق عمل مداوم همسو با ارزش‌ها که زندگی را غنی، کامل و معنادار می‌سازد باید صورت گیرد. به عبارت دیگر ما سفری در پیش نخواهیم داشت اگر فقط به قطب نما خیره شویم؛ سفر ما وقتی شروع می‌شود که پاهایمان را برای رسیدن به هدف مورد نظرمان به کار اندازیم. عمل ارزش مدار طیف وسیعی از افکار و احساسات هم مطلوب و هم نامطلوب را بر می‌انگیزد. بنابراین عمل متعهدانه به معنای "انجام دهید آنچه را که لازم است" می‌باشد: برای داشتن زندگی ارزشمند حتی اگر درد و رنج به دنبال داشته باشد. همه مداخلات رفتاری سنتی، مانند هدف‌گزینی، مواجهه، فعال‌سازی رفتاری و آموزش مهارت‌ها، می‌توانند در این بخش از مدل به کار گرفته شوند و هر مهارتی که می‌تواند زندگی را تسهیل و پر بار سازد، از مذاکره تا مدیریت زمان، از جرأت‌ورزی تا حل مسئله، از خودآرام‌سازی تا مقابله با بحران، می‌تواند در این بخش از نمودار شش وجهی آموخته شوند. (به شرط آن که در خدمت زندگی ارزشمند باشد و نه در خدمت اجتناب تجربه‌ای). (امین زاده، 1394).

رفتاردرمانی شناختی یا CBT

رفتاردرمانی شناختی (CBT) یک نوع روان‌درمانی کوتاه مدت و متمرکز بر مسائل حال حاضر است و بر اساس این ایده که شیوه تفکر و احساس فرد بر شیوه رفتار او اثر می‌گذارد، بنا شده است. تمرکز بر روی حل مشکل و هدف، تغییر الگوی فکری مراجع در جهت تغییر پاسخ او به موقعیت‌های سخت است. رویکرد CBT می‌تواند در مسائل و مشکلات سلامت روان بسیاری به کار گرفته شود. رفتاردرمانی شناختی برای کودکان، نوجوانان و افراد بالغ و برای افراد، خانواده‌ها و زوجها مناسب است. این روش در درمان افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب پس از سانحه، اضطراب عمومی، اختلالات پانیک، ترس از مکان‌های باز، هراس اجتماعی، اختلالات غذا خوردن، مشکلات ازدواج، اختلال وسواسی جبری و اضطراب و افسردگی کودکان موثر بوده است. CBT ممکن است به عنوان مداخله‌ای در دردهای مزمن و ناراحتی‌های وابسته به آن نیز موثر باشد. زمانی که دیدگاه شما واقع‌گرایانه‌تر شد، درمانگر می‌تواند به شما در تعیین اقدامات مناسب کمک کند. شما احتمالاً تکالیفی برای انجام بین جلسات خواهید داشت. این تکالیف ممکن است شامل تمرین‌هایی باشد که به شما در یادگیری چگونگی به کار بردن مهارت‌ها و راه‌حلی‌هایی که در جلسات درمان به ذهن‌تان می‌رسد، در شیوه تفکر و عملکردتان در زندگی روزمره باشد. رفتاردرمانی شناختی نظریات رفتاری و نظریات شناختی را ادغام کرده تا به این نتیجه برسد که ادراک فرد از یک موقعیت، بیشتر از واقعیت آن مشکل و واکنش فرد نسبت به آن را تعیین می‌کند. زمانی که فرد ناراحت یا ناامید باشد، دیدگاه او ممکن است واقع‌گرایانه نباشد. تغییر نحوه تفکر و نگاه مراجعین به دنیا می‌تواند پاسخ آن‌ها به شرایط را تغییر دهد؛ CBT بر مسائل حال تمرکز داشته، پس درمانگر از مراجعین در مورد اینکه اکنون در ذهنشان چه می‌گذرد، خواهد پرسید تا افکار و احساسات ناراحت‌کننده او را شناسایی کند. درمانگر سپس به بررسی این موضوع خواهد پرداخت که آیا این افکار یا احساسات مفید یا معتبر هستند یا خیر. هدف CBT وادار کردن مراجعین به مشارکت فعالانه در برنامه درمانی خود است تا به این درک برسند که راه بهبود زندگیشان، تنظیم تفکر و رویکردشان نسبت به موقعیت‌های روزمره است. تاکید درمان شناختی رفتاری بر تغییر افکار منفی خودکار و بی‌اختیاری است که باعث ایجاد و تشدید مشکلات هیجانی، افسردگی و اضطراب می‌شود. این افکار منفی ناگهانی اثرات منفی و مخربی بر خلق فرد می‌گذارند. با استفاده از CBT این افکار شناسایی می‌شوند، زیر سوال رفته و به چالش کشیده می‌شوند و سپس با افکار واقع‌گرایانه‌تر و عینی‌تر جایگزین می‌شوند.

انواع درمان شناختی رفتاری

CBT تکنیک‌ها و رویکردهای مختلفی را در بر می‌گیرد که هدف آنها افکار، هیجانات و رفتارهای فرد است. این نوع درمان می‌تواند در روان‌درمانی‌های ساختارمند و حتی روش‌های خودیاری استفاده شود. چندین مدل درمان شناختی رفتاری وجود دارد که برخی از آنها عبارتند از:

درمان شناختی: این نوع درمان بر روی شناسایی و تغییر الگوهای فکری نادرست یا تحریف شده، پاسخ‌های هیجانی و رفتارها تمرکز دارد.

رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) در این روش افکار و رفتارها با استفاده از راهبردهایی مانند تنظیم هیجانی و ذهن آگاهی بررسی می شود.

درمان مالتی مُدال یا چندحالتی: این روش می گوید که مسائل روانشناختی را باید با پرداختن به ۷ حالت مختلف اما مرتبط درمان کرد. این ۷ حالت عبارتند از: رفتار، تاثیر، احساس، تصویرسازی، شناخت، عوامل بین فردی و ملاحظات دارویی/بیولوژیکی.

رفتاردرمانی عقلانی هیجانی: این درمان شامل شناسایی باورهای غیرمنطقی، به چالش کشیدن فعالانه این باورها و در نهایت یادگیری چگونگی شناسایی و تغییر این الگوهای فکری است. با اینکه هر کدام از انواع درمان رفتاری شناختی، رویکرد متفاوتی دارند، هدف نهایی همه آنها شناسایی و تغییر الگوهای فکری است که باعث ایجاد مشکلات روانشناختی می شوند.

تکنیک ها: CBT برای شناسایی الگوهای رفتاری از روش های مختلفی استفاده می کند تا به فرد کمک کند بر این افکار غلبه کند. برخی از این تکنیک ها شامل روزمره نویسی، نقش بازی کردن یا رُل پلی، فنون ریلکسیشن و منحرف کردن ذهن و افکار با استفاده از پرت کردن حواس است.

شناسایی افکار منفی: شناسایی افکار، احساسات و موقعیت هایی که در بروز رفتارهای ناسازگارانه نقش دارند، بسیار اهمیت دارد. این فرایند می تواند در ابتدا سخت به نظر برسد مخصوصا اگر فرد تمایل نداشته باید به درون خود نگاهی بیندازد. اما در نهایت می تواند باعث خودشناسی شود و به فرد بینشی در مورد خودش بدهد که بخش مهمی از روند درمان هستند.

تمرین مهارت های جدید: روش دیگر درمان شناختی رفتاری، آغاز تمرین مهارت های جدیدی است که دیگر می توان از آنها در موقعیت های زندگی واقعی استفاده کرد. برای مثال، فردی که دچار سوء مصرف مواد است می تواند از مهارت های مقابله ای جدیدی که یاد گرفته است برای اجتناب یا مدیریت موقعیت های اجتماعی که احتمالا باعث برگشت او به سمت مواد مخدر می شود، استفاده کند.

هدف گذاری: هدف گذاری مهم ترین روش در بهبود مشکلات روانشناختی است و به فرد کمک می کند تغییراتی که برای بهبود سلامت جسمی و روانی و افزایش کیفیت زندگی اش نیاز دارد را ایجاد کند. در طی درمان CBT، درمانگر در یادگیری مهارت های لازم برای هدفگذاری به فرد کمک می کند تا به او در شناسایی اهداف و تشیص اهداف بلندمدت و کوتاه مدت کمک کند. یکی از روش های هدفگذاری، روش SMART یا هدفگذاری هوشمند است. در این روش اهداف باید مشخص، قابل اندازه گیری، قابل دستیابی، واقع گرایانه و براساس مدت زمان تعیین شده باشند. هدف از این مرحله تمرکز بر فرایند هدفگذاری و همچنین نتیجه آن است.

حل مسأله: یادگیری مهارت های حل مسئله برای شناسایی و حل مشکلاتی که از استرسورهای بزرگ و کوچک به وجود می آیند، ضروری است. این مهارت می تواند باعث کاهش اثر منفی بیماری های روانشناختی و جسمی شود.

مهارت حل مسأله در روش شناختی رفتاری ۵ مرحله دارد:

- شناسایی مشکل
- تهیه فهرستی از راه حل های احتمالی
- ارزیابی مزایا و معایب هر کدام از راه حل ها
- انتخاب راه حل مناسب برای اجرا
- اجرای راه حل

نظارت بر خود: به این روش، کار روزانه نیز می گویند. در این روش، فرد باید رفتارها، علائم و تجربیات خود را در طی زمان بررسی کند و با درمانگر خود در میان بگذارد. این روش نظارتی به درمانگر کمک می کند تا اطلاعاتی که برای تهیه پلن درمان مناسب نیاز

دارد، بدست بیاورد. برای مثال، فردی که اختلالات خوردن دارد، باید عادهای غذایی خود را به همراه افکار یا احساساتی که به هنگام خوردن تجربه می کند، یادداشت کند.

فواید این روش درمانی: درمان شناختی رفتاری بر این باور استوار است که افکار و احساسات ما نقش مهم و بنیادینی در بروز رفتارهای ما دارند. برای مثال، فردی که وقت زیادی را به فکر کردن به سقوط هواپیما و مشکلاتی که در طی پرواز ممکن است افتق بیفتد، می گذراند، در نتیجه این افکار منفی ممکن است از سفر هوایی اجتناب کند.

هدف درمان شناختی رفتاری این است که به فرد یاد دهد که درست است که نمی تواند روی تمامی جنبه های زندگی و جهان کنترل داشته باشد ولی می تواند افکار خود و تعبیر خود از اتفاقات محیط را کنترل کند و در صورت نیاز تغییر دهد.

اثرگذاری روش درمانی شناختی رفتاری: روش CBT در دهه و براساس کارهای فردی به نام آرون بک ایجاد شد. آرون بک براساس مطالعاتی که انجام داد نتیجه گرفت که برخی از انواع فکر در مشکلات هیجانی نقش دارند. او نام این افکار را «افکار منفی اتوماتیک» گذاشت و بر همین اساس روند درمان شناختی را تدوین کرد. روش های درمانی که قبل از درمان شناختی وجود داشتند از روش تداعی، تقویت و تنبیه برای اصلاح رفتار استفاده می کردند؛ اما روش درمانی شناختی بر چگونگی تاثیر افکار و احساسات بر رفتار تمرکز داشت. امروزه درمان شناختی رفتاری یکی از شناخته شده ترین درمان هایی است که بیشترین مطالعه در خصوص اثربخشی آن انجام شده است. اثربخشی این روش برای درمان اضطراب، افسردگی، اختلالات خوردن، بیخوابی، وسواس فکری عملی، اختلال پانیک، اختلال اضطراب پس از سانحه (PTSD) و اختلالات مصرف مواد بارها در مطالعات مختلف تایید شده است.

مواردی که قبل از شروع به درمان شناختی رفتاری باید در نظر داشت:

تغییر سخت است. بعضی ها فکر می کنند که شناسایی افکار مخرب و دانستن اینکه این افکار منطقی نیستند و ناسالمند، به راحتی می تواند مشکل آن ها را حل کند. یادتان باشد، شناسایی افکار اولین مرحله از درمان شناختی رفتاری است و برای تغییر این افکار نیاز به تمرین و تکرار دارید.

درمان CBT بسیار ساختارمند است. در روش های درمانی مانند رواندرومانی تحلیلی به مقاومت های ناخودآگاه فرد در برابر تغییر می پردازند ولی درمان شناختی رفتاری این چنین نیست و به اینها کاری ندارد. این روش برای مراجعانی مناسب است که با رویکردهای ساختاریافته و متمرکز راحت تر هستند. در این روش درمانگر نقش آموزشی و هدایتگر را برعهده دارد.

خود فرد باید بخواهد که تغییر کند. برای اینکه این روش موثر باشد، شرط اول اینست که خود فرد آماده باشد و بتواند برای تمرینات و تکنیک ها زمان بگذارد و برای تحلیل افکار و احساساتش تلاش کند. تحلیل خود و تکالیفی که درمانگر به مراجع می دهد ممکن است سخت باشد ولی بهترین راه برای شناخت تاثیر افکار و احساسات درونی ما بر رفتار بیرونی ماست. در صورتی که فرد انگیزه و تمایل لازم برای این کار نداشته باشد، مطمئناً درمان به شکست می انجامد.

پیشرفت به تدریج و کم کم اتفاق می افتد. در اغلب موارد، روش CBT فرآیندی است که مرحله به مرحله فرد را به سمت تغییر رفتار هدایت می کند. برای مثال فردی که از اضطراب اجتماعی رنج می برد، باید ابتدا موقعیت های اجتماعی که باعث ایجاد اضطراب در او می شوند را در ذهنش تصویر سازی کند. در مرحله بعد وارد مکالمات و روابط با دوستان و آشنایان و خانواده اش می شود. در مرحله آخر می تواند به تدریج در موقعیت های اجتماعی ناآشنا با غریبه ها وارد شود. این مراحل به تدریج و در طی زمان اتفاق می افتند و نباید انتظار معجزه در یک یا دو جلسه داشته باشید.

بحث و نتیجه گیری:

با توجه به تحقیقات صورت گرفته در سالهای اخیر؛ می توان بیان داشت که درمانهای مبتنی بر پذیرش و تعهد و همچنین درمان شناختی رفتاری بر عوامل موثر بر سرسختی روانشناختی می تواند تاثیر پذیر باشد، لذا بهره گیری از تکنیک های این روش های درمانی می تواند برای افرادی که سرسختی روانشناختی دارند تاثیر پذیر باشد.

سرسختی روانشناختی یک سازه شخصیتی مثبت است که برای اولین بار توسط مدی و کوباسا در دهه هشتاد قرن بیستم بر اساس نظریه های وجودی شخصیت مورد توجه ویژه قرار گرفت. کوباسا (1979) سرسختی روانشناختی را ترکیبی از باورها در مورد

خویشتن و جهان تعریف می کند که از سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه جویی تشکیل یافته است. کوباسا در تلاش برای رسیدن به عوامل مؤثر پاسخ در برابر استرس که تأثیر منفی وقایع استرس زا را کنترل می کند، به نکات ظریفی در کار سلیه (1956) اشاره می کند. واسطه های میانجی استرس و بیماری شامل آمادگی فیزیولوژیکی، تجربیات دوران اولیه کودکی، منابع اجتماعی و شخصیت (که در اینجا بر آن تأکید می شود) همگی مسؤل چیزی هستند که سلیه آن را شیوه مشخص برخورد هر فرد با وقایع استرس زای زندگی می نامد.

افرادی که در مولفه تعهد در سطح بالایی قرار دارند، به طور کامل در فعالیتها درگیر می شوند. افراد متعهد به صورتی قوی احساس هدفمندی و خودآگاهی دارند که در آنها این احساس را ایجاد می کند که آنها و فعالیتهایی که درگیر آن می شوند، ارزشمند هستند. به نظر می رسد چنین افرادی فعالیتها را به روشی ساده و همراه با تلاش اندک انجام می دهند. سطوح بالای کنترل اشاره به این دارد که افراد می توانند بر آنچه که آنها را احاطه کرده است اعمال نفوذ نمایند. افرادی که در مولفه مبارزه جویی در سطح بالایی قرار دارند، به جای اتکا بر جنبه های ثابت زندگی بر انجام تغییرات و تطابق با شرایط تمرکز دارند. چنین افرادی پیش بینی می نمایند که تغییرات فرصتهایی را برای رشد و توسعه آتی آنها فراهم می کند (کرالی، هاسلیپ وهابدی ، ۲۰۰۳؛ نقل از ضرغامیان).

منابع و مآخذ:

آزاد، زهرا (1394)، اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر سرسختی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی در خانم های خانه دار و شاغل، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی رشت.

ایزدی، راضیه، نشاط دوست، حمیدطاهر، عسگری، کریم، عابدی، محمدرضا. (1393). «مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار». مجله تحقیقات علوم رفتاری، 12(1): 19-33.

پررور، پرویز؛ میکائیلی، نیلوفر؛ معاضدی، کاظم؛ ابراهیمی، اباضلت. (1394). «پیش بینی سلامت عمومی بر اساس تصور مثبت و منفی از خدا در دانشجویان»، مجله سلامت و مراقبت، 17(1): 30 تا 39.

جان بزرگی، مسعود؛ فاکر، حسین؛ جان بزرگی، امین. (1390). «ارزیابی «تحول روانی معنوی «درمانگران مراجعان مذهبی». دوفصلنامه علمی- پژوهشی مطالعات اسلام و روانشناسی، 5(8): 49-70.

دلجو، زهرا؛ جان بزرگی، مسعود؛ بزازیان، سعیده؛ موسوی، الهام. (1392). «رابطه سطح تحول روانی-معنوی و احساس تنهایی با اضطراب وجودی در دانشجویان». دو فصلنامه مطالعات اسلام و روانشناسی، 7(13): 5-24.

رجبی، ساجده؛ یزدخواستی، ساجده. (1393). «اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام-اس». روانشناسی بالینی. 16(1): 29-38.

سلطانی، اسماعیل،، شاره، حسین، بحرینیان، عبدالمجید، فرمانی، اعظم. (1392). « نقش واسطه ای انعطاف پذیری شناختی در ارتباط بین سبک های مقابله ای و تاب آوری با افسردگی ». پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی). 18(2): 88-99.

طیبی نائینی، پری ناز، محمدخانی، شهرام، اکبری، مهدی، عابدی، محمدرضا. (1396). « تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روانشناختی کودکان مبتلا به اختلال وسواس بی اختیاری»، فصلنامه سلامت روان کودک، 4(3): 91-107.

عزیزی، آرمان، قاسمی، سیمین. (1396). «مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه حل مدار، شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه». فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، 8(29): 207-236.

علوی زاده، فرانک، شاکریان، عطا. (1395). «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم استرس، اضطراب و افسردگی زنان دارای تجربه روابط فرازناشویی (عاطفی، جنسی)». روان پرستاری. 4 (6): 14-8.

فراهانی، حجت الله، عابدی، احمد، آقامحمدی، سمیه، کاظمی، زینب. (1392). «مبانی کاربردی طرح‌های مورد منفرد در پژوهش‌های علوم رفتاری و پزشکی». چاپ اول، تهران: انتشارات روانشناسی و هنر.

فروتنی، محمدرضا. (1384). «بررسی افسردگی در دانشجویان مراکز آموزش عالی». فصلنامه پرستاری ایران، 18(41-42): 123-130.

فناپی، سعیده، غضنفری، احمد، حبیب الهی، اعظم. (1394). «اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری به شیوه‌ی گروهی بر سلامت روان و انعطاف‌پذیری روانشناختی افراد دارای اضافه وزن». مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت، 2(2): 28-38.

Austin, Ph., Macdonald, J. and MacLeod, R. (2018). "Measuring Spirituality and Religiosity in Clinical Settings: A Scoping Review of Available Instruments" Religions, 9, 70:1-14.

Blackledge, J.T., Ciarocchi, J., Deane, F.P. (2009). *Acceptance and Commitment Therapy: Contemporary Theory, Research and Therapy*. Sidney: Australian Academic Press.

Carbonella J. Y., & Timpano K. R. (2016). "Examining The Link Between Hoarding Syptoms and Cognitive Flexibility Deficits". Behav Ther. 47(2): 262-73.

Dennis, JP., Vander Wal, JS. (2010). "The Cognitive Flexibility Inventory: Instrument Development and Estimates of Reliability and Validity". Cogn Ther Res, 34(3), 241-53.

Everett L. Worthington, Jr. (2005). *Handbook of Forgiveness*. New York: Routledge.

Ferguson, C.J.(2009). "An Effect Size Primer: A Guide for Clinicians and Researchers". Professional Psychology: Research and Practice. 40(5): 532-538.

Gan, Y., Zhang, Y., Wang, X., Wang, S., & Shen, X. (2006). "The Coping Flexibility of Neurasthenia and Depressive Patients". Pers Individ Diff, 40(5):859-71.

Gunduz, B. (2013). "Emotional Intelligence, Cognitive Flexibility and Psychological Symptoms in Preserviceteachers". Educ Res Rev. 8(13): 1048-56.

Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2010). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer Science and Business Media Inc.

Hayes, S.C.; Luoma, J.B.; Bond, F.W.; Masuda, A. & Lillis, J. (2006). "Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes". Behaviour Research and Therapy, 44(1): 1-25.

Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). "Acceptance and Mindfulness-based Therapy: New Wave or Old Hat?", Clinical Psychology Review, 28: 1-16.

Johnco, C., Wuthrich, V.M., Rapee, R.M. (2016). "The Influence of Cognitive Flexibility on Treatment Outcome and Cognitive Restructuring Skill Acquisition During Cognitive Behavioural Treatment for

Kashdan T. B., Rottenberg J. (2010). "Psychological Flexibility as a Fundamental Aspect of Health". *Clin Psych Rev*; 30: 865-878.

Leahy, R. L.(2008). *Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide*. Gullford Press.

McCullough, H. G. K. & Larson, D. B. (1999). "Religion and Depression: a Review of The Literature". *Twin researches*. 2(2): 126-136.

McDonald, G. (2006). "What is Mental Health?". In M. Cattan, & S. Tilford, *Mental health promotion: A life span approach*. NewYork: Open University Press.

Murphy, P. E., Ciarrocchi, J. W., Piedmont, R. L., Cheston, S., Peyrot, M., & Fitchett, G. (2000). "The Relation of Religious Belief and Practices, Depression, and Hopelessness in Persons with Clinical Depression". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6): 1102-1106.

Pargament, K. (1990). "God Help Me: Religious Coping Efforts as Predictors of The Outcomes to Significant Negative Life Events". *American Journal of Community Psychology*.18: 793-824.

Peterson, B. D., Eifert, G. H. (2011). "Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Infertility Stress". *Cogn Behav Pract.*;18(4): 577-587.

Ruiz, F. (2012). "Acceptance and Commitment Therapy Versus Traditional Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review and Meta Analysis of Current Empirical Evidence". *Int J Psychol Psychol Ther*. 12(3): 333-357.

Sharma, A. (2018). "Spirituality and Modern Day Life: A Conceptual Model". *PURSHARTHA*, Vol.X, No. 2: 69-81.

Teasdale, J. D., Segal, Z., Williams, JMG., Ridgeway, VA., Soulsby, JM., Lau, MA. (2000). "Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulnessbased Cognitive Therapy". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68: 615-623.

Vakili, Y., Gharraee, B., Habibi, M., Lavasani, F., Rasoolian, M. (2014). "The Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Their Combination in The Treatment of Adults with Obsessive-Compulsive Disorder". *Zahedan J Res Med Sci*. 16(Suppl 1): 10-14.

Weathers, E. (2018). "Spirituality and Health: A Middle Eastern Perspective". *Religions*, 9(33): 17 pages.

Williams, V. (2017). "Exploring Religion and Spirituality in Psychological Therapy". Thesis submitted for the degree of Master of Philosophy, University of Leiceste.