آقابابایی

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، پیاپی (۴)۳۵ ص ۷۸-۶۳

Family and health Quarterly, vol12, Issu4, Winter 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.4.10.6

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روانشناختی افراد افسرده

فاطمه آقا بابایی*[۱]، یاسمین بالدی[۲]، محمد ثابت رو[۳]، آناهیتا بینا[۴]، محمد حسن شهلایی[۵]

چکیده

مقدمه: از آنجا که تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری روانشناختی در برخورد کارآمد با مشکلات زندگی نقش مهمی را ایفا می‌کند، اختلال در آن‌ها موجب آشفتگی‌های هیجانی از جمله افسردگی اساسی می‌شود؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روانشناختی افراد افسرده انجام گردید.

روش پژوهش: پژوهش حاضر، از نظر هدف کاربردی بوده و از نظر روش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان بود. در مجموع ۴۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) قرار داده شدند. هر گروه طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و با استفاده از مصاحبه تشخیصی بالینی، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و لگرستیمورد و پرسشنامه انعطاف پذیری روان شناختی دنیس و وندروال مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روانشناختی افراد افسرده در پس آزمون اثر بخش می‌باشند.

نتیجه گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر بخش تر از درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روانشناختی افراد افسرده در پس آزمون و پیگیری است.

واژگان کلیدی: انعطاف پذیری روانشناختی، تنظیم هیجان، درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۱۱ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۴۰۱/۲/۷

استناد: آقا بابایی ف، بالدی ی، ثابت رو م، بینا ا، شهلایی م ح. مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روانشناختی افراد افسرده، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۱، ۱۲(۴): ۱۳۸-۱۲۸

[۱] – کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوارسگان، اصفهان، ایران.fatemehaghababaei791@gmail.com

[۲] – کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران.

[۳] – کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

mohammadsabetroo19955@gmail.com, ORCID: 0000000325195791

[۴] – کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

[۵] – کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.Mhshahlaei04@gmail.com

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کریتیو کامنز http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد

مقدمه:

افسردگی حالتی خلقی شامل بی‌حوصلگی وگریز از فعالیت یا بی‌علاقگی و بی‌میلی است و می‌تواند بر افکار، رفتار، احساسات و خوشی و تندرستی یک فرد تأثیر بگذارد. افراد افسرده هم می‌توانند احساس ناراحتی، اضطراب، پوچی، ناامیدی، درماندگی، بی‌ارزشی، شرمساری یا بی‌قراری داشته باشند. ممکن است آن‌ها اشتیاق خود در انجام فعالیت‌هایی که زمانی برایشان لذت‌بخش بوده از دست بدهند، نسبت به غذا بی‌میل و کم‌اشت‌ها شوند، تمرکز خود را از دست بدهند، در به‌خاطر سپردن جزئیات و تصمیم‌گیری دچار مشکل شوند، در روابط خود به مشکل، برخورد کنند و به خودکشی فکر کرده، قصد آن را داشته باشند و حتی خودکشی کنند. اختلال افسردگی، ممکن است که باعث بی‌خوابی، خواب زیاد، احساس خستگی و کوفتگی، مشکلات گوارشی، یا کاهش انرژی بدن شود (۱). افسردگی یکی از ویژگی‌های برخی از نشانگان روانی از جمله، اختلال افسردگی اساسی است؛ اما ممکن است که یک واکنش طبیعی به رویدادهای زندگی، مانند مرگ نزدیکان، اثرات بیماری‌های بدنی یا عوارض جانبی مصرف بعضی از داروها و درمان‌های پزشکی باشد، البته تا هنگامی که این حالت در یک مدت زمان طولانی، باقی نمانده باشد. یک تشخیص راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، افسردگی به شکل یک عادت-که فرد می‌تواند به عنوان بخشی از زندگی خود تجربه کند-را متمایز می‌کند (۲). یکی از مهم‌ترین اختلالات افسردگی به‌ویژه در وضعیت پیشرفته، ازدست‌دادن قدرت تفکر سالم، راحت، خلاقانه یا حتی درست تمرکز کردن است که در مراتب بالاتر و در افسردگی‌های حاد، اختلال تشدید می‌شود و باعث مواردی مثل جنون می‌شود. همچنین افسردگی را می‌توان در نتیجه تضعیف ذهن در برابر حل مسائل، ارائه فلسفه‌ها و... برای کنار آمدن با مشکلات روح باشد که ذهن اصطلاحاً تسلیم می‌شود و دیگر امیدی ندارد ودر نتیجه افسردگی حاصل می‌شود (۳).

تنظیم شناختی هیجان، نوعی راهبرد مقابله‌ای شناختی است که مخزن پاسخ فرد است و تمام فرآیندهای درونی و بیرونی را در بر می‌گیرد که مسئول نظارت، ارزیابی، و اصلاح واکنشهای هیجانی، به ویژه حالت‌های شدید و زودگذر آن است (۳ و ۱). در واقع تنظیم هیجان فرآیندهایی است که از طریق آن افراد می‌توانند بر این که چه هیجانی داشته باشند و چه هنگام آنها را ابراز کنند تأثیر بگذارند (۴). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به فرد کمک می‌کند تا هیجان‌های منفی را کنترل و تنظیم کند و این شیوه تنظیم با ایجاد و پیشرفت اختلالات روانی رابطه مستقیم دارد (۴). پژوهش‌های گذشته، بین ۹ راهبرد مقابله‌ای شناختی تمایز قائل شده‌اند که بین این ۹ راهبرد، ۵ راهبرد سازگارانه هستند که عبارتند از؛ پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کنار آمدن با دیدگاه و ۴ راهبرد، ناسازگارانه هستند که شامل سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه انگاری و سرزنش دیگران می‌باشد (۳). امروزه نظریه پردازان براین عقیده هستند که تنظیم شناختی هیجان ناسازگار با اشکال مختلف آسیب شناسی روانی از جمله اضطراب و افسردگی در ارتباط می‌باشد و از این بابت باید در برنامه‌های درمانی مورد توجه قرار گیرد (۲).

پژوهش‌های زیادی (۵-۷) همبستگی بین انعطاف پذیری شناختی افسردگی را مورد تأیید قرار داده‌اند. در مورد مفهوم انعطاف پذیری شناختی نیز پژوهش‌های زیادی صورت پذیرفته است اما، در حال حاضر اتفاق نظری در مورد چگونگی تعاریف این مفهوم یا سنجش آن وجود ندارد. انعطاف پذیری شناختی که حدود چهار دهه است مورد توجه و علاقه محققان قرار گرفته (۵) در اواسط دهه‌ی ۸۰ میلادی همزمان با شکل گیری نظریه‌ی طرحواره ها که ریشه در دانش حافظه داشت، رشد کرد (۶). مطابق با نظریه‌ی انعطاف پذیری شناختی، سلامت روان یعنی پذیرش محیط‌های درونی و بیرونی خود فرد و تعهد به فعالیتهایی که از لحاظ ارزشمندی باثبات است. شکل‌های مختلف آسیب شناسی روانی نیز بر اساس انعطاف پذیری شناختی به وسیله‌ی افراط در قوانین رفتاری و عاطفی ناسازگارانه

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، پیاپی (۴)۳۵ ص ۷۸-۶۳

Family and health Quarterly, vol12, Issu4, Winter 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.4.10.6

یا به وسیله‌ی رفتارهایی ارزش محور و حساسیت به احتمالات که مربوط به آینده است، شرح داده می‌شوند (۷). انعطاف پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند (۸). بر این اساس شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد انعطاف پذیری شناختی با بهزیستی روانی و آسیب پذیری در طیف گسترده ایی از ناراحتی که شامل افسردگی، اضطراب و ناراحتی‌های روانی عمومی می‌شود، رابطه دارد (۷). با توجه به اینکه افراد افسرده با استفاده از نشخوارهای فکری به دنیای درونی خود فرو می‌روند و افسردگی خود را تقویت می‌کنند، کسانی که انعطاف پذیری شناختی ندارند به هنگام احساس غم به سمت نشخوار فکری گرایش می‌یابند زیرا به دشواری می‌توانند برای رهایی از چنین احساساتی روشهای مقابله ایی جایگزیی بیابند (۹). در این خصوص زونگ، گوآ، گوآ و شی، وانگ و همکاران (۱۰) دریافتند دانشجویانی که نشانگان افسردگی داشتند، شمار زیادی از وقایع منفی را نسبت به دانشجویان دیگر تجربه کردند، این دانشجویان وقایع استرس زا را غیر قابل کنترل ادراک می‌کنند. برخی از پژوهش‌ها از جمله دیکستین و نلسون، مک چر، گریملی و همکاران (۱۱) رابطه‌ی انعطاف پذیری شناختی و نشانگان افسردگی را مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که بین شدت افسردگی و انعطاف پذیری شناختی، نقایصی شناختی در توجه، سرعت پردازش و حافظه‌ی کلامی طولانی مدت دارند، رابطه وجود دارد. در درمان شناختی- رفتاری فرد تشویق می‌شود تا رابطه‌ی میان افکار خود آیند منفی و احساس افسردگی خود را به عنوان فرضیه‌هایی که باید به بوته آزمایش گذاشته شود در نظر گیرد و از رفتارهایی که برآیند افکار خود آیند منفی است به عنوان محلی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار بهره جوید. این درمان اطلاعات گسترده و تجارب جدیدی از وقایع گذشته و حال در اختیار فرد قرار می‌دهد، بنابراین فرد گزینه‌های بیشتری برای تغییر خلق دارد. بر همین اساس، مداخلات درمانی CBT، مهارت‌های ارزیابی و طیفی از مهارتهای مقابله ایی رفتاری شناختی استاندارد را آموزش می‌دهد که راهنمایی برای انعطاف پذیری نسبت به انتخاب راهبردهای مناسب با موقعیت است (۱۲). فرض بنیادی درمان‌های شناختی - رفتاری سنتی آن است که اختلال یا سو گیری در تفکر موجب اختلالات روان شناختی می‌شود و بر نقش محوری باورهای ناکارآمد و تحریف‌های شناختی تاکید می‌کند.

درمان بر پایه پذیرش و تعهد در تلاش است تا هدف را از اجتناب هیجان‌های ناخوشایند به تجربه کامل این هیجان‌های تغییر دهد. این تجربیات در خدمت رسیدن به اهداف ارزشمند شخصی است (۱۳). بتازگی پژوهش‌ها آثار راهبردهای پذیرش را برای تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روانشناختی بررسی کرده‌اند. پذیرش، ویژگی مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است و به این گونه تعریف شده است: پذیرش فعال و آگاهانه افکار، هیجان‌ها و حس‌های بدنی منفی که در طی زندگی فرد ایجاد شده است؛ بدون تلاش‌های غیر ضروری برای تغییر فراوانی یا شکل آنها، بویژه موقعی که اعمال چنین تغییری موجب آسیب روانشناختی می‌شود (۱۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داده است که در اختلالات افسردگی سودمند است (۱۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این فرض عمل می‌کند که اجتناب از تجارب خاص ناخوشایند (افکار، احساسات، هیجان‌های جسمی) فراگیر است، این امر ممکن است بیماری زا باشد و منجر به ترک درمان شود (۱۶). در پژوهشی با عنوان اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی افراد افسرده مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش ۳۰ نفر از افراد افسرده که به مراکز درمانی اقامتی یا سرپایی در شهر تهران مراجعه کرده بودند و در مرحله بهبودی به سر بردند، انتخاب شدند. نتایج پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد به صورت گروهی می‌تواند به گونه معنادار و اثر بخش نمرات تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روانشناختی را بهبود ببخشد (۱۵).

روش پژوهش:

پژوهش حاضر، از نظر هدف کاربردی بوده و از نظر روش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان بود. در مجموع ۴۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) قرار داده شدند. هر گروه طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و با استفاده از مصاحبه تشخیصی بالینی، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و لگرستیمورد (۱۷) و پرسشنامه انعطاف پذیری روان شناختی دنیس و وندروال (۱۸) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

مقیاس تنظیم شناختی هیجان: مقیاس تنظیم شناختی هیجانی به وسیله گارنفسکی و لگرستیمورد (۱۷) به منظور ارزیابی چگونگی تفکر پس از تجربه رخدادهای تهدید کننده یا استرس زای زندگی تهیه شده است. این مقیاس دارای ۳۶ ماده است که روش پاسخ دادن به این مواد به صورت طیف لیکرت پنج درجه‌ای در دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) می‌باشد. این پرسشنامه ۹ خرده مقیاس را مورد سنجش قرار می‌دهد. این ۹ خرده مقیاس عبارتند از: ۱- مقصر دانستن خود؛ ۲- مقصر دانستن دیگران؛ ۳- پذیرش؛ ۴- نشخوار فکری؛ ۵- فاجعه آمیز پنداری؛ ۶- تمرکز مثبت دوباره؛ ۷- باز ارزیابی مثبت؛ ۸- تمرکز بر برنامه ریزی: ۹- دیدگاه وسیع‌تر. اعتباران بر اساس الفای کرونباخ به این شرح گزارش شد تمرکز دوباره مثبت ۰/۷۵ ارزیابی دوباره مثبت ۰/۶۵ تمرکز بر برنامه ریزی ۰/۷۱ دیدگاه وسیع‌تر ۰/۷۴ سرزنش دیگران ۰/۸۸ سرزنش خود ۰/۸۵ نشخوار فکری ۰/۸۰ فاجعه آمیز پنداری ۰/۷۸ و پذیرش ۰/۷۲. سامانی و صادقی ضریب الفایی در دامنه‌ای بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ را بدست آورده‌اند و اعتبار عاملی اعتبار سازه ۰/۷۰ را نشان داده است (۱۹).

پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی (CFI): توسط دنیس و وندروال (۱۸) معرفی شده و یک ابزار خود گزارشی کوتاه ۲۰ سوالی است که برای سنجش نوعی از انعطاف پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود که بر اساس مقیاس ۷ درجه ایی لیکرت نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیر بالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف پذیر در درمان شناختی- رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. اعتبار همزمان این پرسشنامه با افسردگی بک (BDI-II) برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بود (۱۸). در ایران شاره و همکاران (۲۰) ضریب باز آزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نموده‌اند. آلفای کرونباخ داده‌های این پرسشنامه در این پژوهش ۰/۷۵ بدست آمد.

پروتکل درمان شناختی رفتاری: درمان به کار رفته در این پژوهش بر اساس پروتکل لیهی به صورت ۸ جلسه‌ای و هفته‌ای دو جلسه طراحی شده است. جلسات به صورت ۹۰ دقیقه‌ای در مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان تشکیل گردید. هر یک از این جلسات شامل تمرینات عملی بوده است. مبنای این آموزش فعالیت گروهی آزمودنی‌ها بوده که در طول دوره آموزشی تمرین و ارزیابی شد. مفاد جلسات به شرح ذیل بوده است:

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، پیاپی (۴)۳۵ ص ۷۸-۶۳

Family and health Quarterly, vol12, Issu4, Winter 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.4.10.6

جلسه‌های اول و دوم به موضوع‌هایی همچون آموزش درک نقش افکار و احساسات، تحلیل افکار، شناسایی مشکلات تفکر، صورت گرفت. درجلسه سوم به بررسی ویژگی‌های افکار خودآیند، فنون شناسایی افکار خودآیند، تفاوت میان افکار خودآیند و تغییر آنها، شناسایی هیجان‌ها، تفکیک افکار و احساسات، تمایز بین هیجان‌ها، نامگذاری هیجان‌ها، درجه بندی هیجان‌ها پرداخته شد. در جلسه‌های چهارم و پنجم آموزش تحریفات شناختی و شناسایی آنها و تمرین تحریفات شناختی اختصاص یافت که در راستای این اهداف کاربرگ هایی در جهت انجام تکالیف در منزل به افراد داده شد. در جلسه‌های ششم و هفتم فنون به چالش کشیدن تحریفات شناختی مثل: اسناد مجدد، فن فاجعه زدایی، فن دایره‌ای، فنون فاصله‌ای، ماشین زمان، نگاه کردن به مشکل از بالکن، فن سود و زیان آزمون شواهد، پرداخته شد. و در جلسه هشتم با موضوع ارزیابی نگرانی‌ها، ویژگی افراد نگران، شناسایی نگرانی‌ها، بررسی سود و زیان نگرانی‌های تبدیل نگرانی به پیش بینی، تمایز قائل شدن بین نگرانی مفید و غیرمفید، در نهایت به جمع بندی بحث و گرفتن بازخورد از اعضا گروه اختصاص یافت.

پروتکل اجرایی جلسات ACT بدین صورت اجرا شد:

جلسه ۱: خوشامد گویی و آشنایی و معارفه‌ی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه، دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمان دارند؛ بیان تجارب مشابه قبلی؛ بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه الزامی است از جمله: به موقع آمدن - عدم غیبت (وقت شناسی انجام تکالیف و غیره؛ بیان اصل راز داری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و نتایج اجرای پیش آزمون. جلسه ۲: توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان شناختی احساس می‌شود؟ ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به عنوان افکار، احساسات را به عنوان احساسات و خاطرات را فقط به عنوان خاطره بپذیریم؛ ارائه‌ی تکلیف در زمینه‌ی پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری. جلسه ۳: بررسی تکالیف جلسه قبل؛ صحبت درباره احساسات و افکار اعضای گروه آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن‌ها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آنها با افکار و احساسات، ارائه تکلیف آنکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می‌پذیریم؟ جلسه ۴: بررسی تکالیف، ارائه تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارائه‌ی تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تاکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار، تاکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر، تکالیف: رویدادهای زندگی آزاردهنده) را به نوعی دیگر نگاه کنیم و اعتیاد را پایان کار نبینیم و آن را فقط به عنوان یک بیماری تصور کنیم نه بیشتر. جلسه ۵: بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمی‌توانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارائه‌ی این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آنها باشند ولی قضاوت نکنند؛ ارائه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت. جلسه ۶: ارائه باز خود و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزشی درخواست از اعضای گروه جهت برون ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل، آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان: (آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست در خصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم)؛ ارائه‌ی تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند

منفی؛ تمرین جدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن. جلسه ۷: ارائه بازخورد و جستجوی مسائل حل نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آنها ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌های مختلف؛ به گونه‌ای که مناسب‌تر باشد نه عملی‌تر. جلسه ۸: بررسی تکالیف، جمع بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارائه‌ی بازخود به اعضای گروه، قدر دانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات.

یافته‌ها:

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روانشناختی افراد افسرده در دو گروه آموزش درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول (۱) آمده است.

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روانشناختی

متغیر	گروه	میانگین		انحراف استاندارد	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
تنظیم هیجان	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۳۴/۰۸	۶۴/۲۵	۴۷/۵۶	۲۹/۸۵
	درمان شناختی رفتاری	۱۴۸/۲۱	۱۱۲/۳۵	۲۸/۴۵	۲۲/۳۸
	کنترل	۶۸	۱۵۱/۴۷	۹/۷۸	۲۱/۴۲
انعطاف پذیری روانشناختی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۲/۲۰	۱۸/۶۸	۱/۹۵	۱/۷۸
	درمان شناختی رفتاری	۲۲/۸۴	۲۰/۵۶	۲/۱۵	۱/۸۶
	کنترل	۲۳/۶۸	۲۱/۶۶	۱/۷۵	۱/۸۷

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، تغییراتی در نمرات پیش آزمون، پس‌آزمون در متغیرهای تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روانشناختی در هر دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری رخداده است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری، میانگین و انحراف استاندارد نمرات تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روانشناختی در پس‌آزمون نسبت به‌پیش آزمون افزایش معنی‌دار داشت.

جدول (۲): مقایسه تفاضل نمرات پس‌آزمون - پیش‌آزمون تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روانشناختی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری و کنترل

منبع	متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P
گروه	تنظیم هیجان	۴۷۶۱۱/۰۶	۲	۲۳۸۰۵/۵۳	۲۳/۷۰	۰/۰۰۱
	انعطاف پذیری روانشناختی	۱۶۰۴/۴۱	۲	۸۰۲/۲۰۵	۸/۵۰	۰/۰۰۱

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، پیاپی (۴)۳۵ ص ۷۸-۶۳

Family and health Quarterly, vol12, Issu4, Winter 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.4.10.6

خطا	تنظیم هیجان	۱۸۲۶۲/۵۲	۳۷	۴۹۳/۵۸
	انعطاف پذیری روانشناختی	۹/۵۲	۳۷	۰/۲۵۷
کل	تنظیم هیجان	۱۲۱۴۲۱/۳۵	۴۰	
	انعطاف پذیری روانشناختی	۲۱۰۵/۲۲	۴۰	

با توجه به نتایج جدول ۲، پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه‌ها در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار می‌باشد؛ بنابراین، فرضیهٔ پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روانشناختی افراد افسرده و تفاوت بین گروه‌ها در پس‌آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد. برای بررسی دقیق میانگین گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون توکی میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون تنظیم هیجان در گروه درمان شناختی رفتاری نسبت به گروه کنترل کمتر و میانگین تفاضل نمرات گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمتر از گروه کنترل بوده است (p۰/۰۰۱) . به‌عبارت‌دیگر، گروه درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل بر تنظیم هیجان اثربخش بوده‌اند. اما بین میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنی‌داری به دست نیامد. همچنین بر اساس نتایج آزمون تعقیبی توکی می‌توان گفت که بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش انعطاف پذیری روانشناختی تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری:

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روانشناختی افراد افسرده انجام گردید. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روانشناختی افراد افسرده در پس آزمون اثر بخش می‌باشند. این یافته با یافته‌های (۲۱-۲۵) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مداخله گروه درمانی شناختی رفتاری، در افراد افسرده به این دلیل که مسبب توانمند ساختن آنها در ابعاد ذهنی شده و بهبودی و سلامت ذهن آن‌ها را افزایش داده و به دلیل این که درمان گروهی اجرا شد، شناخت واره های فردی و اجتماعی اعضا به کمک هم بازشناسی بیش‌تری شد و در واقع به آزمون گذارده شد و این افراد صحت و سقم ابعاد مشکلات در جامعه پذیری و زندگی فردی را بازشناسی نمودند. در این درمان افراد فراگرفتند که شناخت ها، احساسات و واکنش‌های خود را نسبت به حالت هیجانی و ارتباط با جامعه را ارتقا دهند و با نگریستن به طرف روشن قضایا و ارزیابی واقع بینانه و مثبت به دلیل شرایطی که دارند، تحمل و انعطاف آنان در برابر چالش‌های فردی و اجتماعی بیشتر شود. در نهایت می‌توان گفت، گروه درمانی شناختی رفتاری، از طریق تشخیص خطاهای شناختی، چالش با آنها و آزمایش رفتاری، محتوای افکار منفی زنان درباره بیماری، خود و اجتماع را تغییر داده و این نوع درمان، هیجانات منفی درباره خود و اجتماع را تعدیل کرده و با کشف و اصلاح افکار منفی و تفکرات غیر منطقی این افراد، از طریق سازماندهی فرایند افکار و باورهای ناکارآمد مانند نیازمندی به تأیید دیگران، انتظارات بالا از خود، سرزنش کردن خود به دلیل مقصر بودن در بیماری، مشکلات هیجانی، نگرانی‌های همراه با اضطراب، افسردگی و درماندگی نسبت به تغییر را کاهش داد. همچنین می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به اینکه در طول مداخله از مهارت‌های ذهن

آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روانشناختی استفاده می‌کند و نتیجه انعطاف پذیری روانشناختی چیزی نیست جز افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و آنچه در آن لحظه برای آنها امکان پذیر است و به شیوه‌ای عمل نمایند که منطبق با ارزش‌های انتخاب شده باشد. این تجربه در زمان حال به مراجعان کمک می‌کند تغییرات را آنگونه که هست تجربه کنند، نه آنگونه که ذهن می‌سازد. در واقع از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانایی افراد در پاسخ‌های سازگارانه و تاب آور به رویدادهای زندگی در حضور افکار و احساسات تهدید کننده که منجر به انعطاف ناپذیری روانشناختی، افسردگی و عدم سلامت روانی آنها در برخورد با مشکلات می‌شود، افزایش می‌دهد. تبیین دیگر اینکه هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد و افزایش انعطاف پذیری است. یعنی ایجاد توانایی انتخاب گزینه‌ای از بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد که این امر باعث افزایش تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و احساس آرامش می‌شود. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد در شناسایی تنش‌های زندگی کمک می‌کند که این امر باعث کاهش برانگیختگی‌های روانی و هیجانی، مقابله سازگار با منابع افسردگی و رویدادهای استرس زا و کمک گرفتن در هنگام نیاز و بهبود مهارت‌های اجتماعی می‌شود. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود سلامت روان و تنظیم شناختی هیجان می‌شود.

محدودیت ها: با توجه به شرایط کرونایی، فرصت بررسی اثرات بلندمدت حاصل از پژوهش فراهم نشد. از جمله محدودیت‌های دیگر، تعداد اندک آزمودنی‌ها و ابزارهای ارزیابی آن‌ها بود. بنابراین، بهتر است که در تعمیم‌پذیری نتایج جانب احتیاط رعایت شود.

تضاد منافع: بدینوسیله نویسندگان اعلام می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضاد منافعی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری ندارد.

تقدیر و تشکر: نویسندگان مقاله از تمام مشارکت کنندگان در پژوهش، تقدیر و تشکر به عمل می‌آورند.

References:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. American Psychiatric Pub; 2013

2. Gan Y., Zhang Y., Wang X., Wang S., Shen X.. The coping flexibility of neurasthenia and depressive patients, 2006; 40(5): 859-71.

3. Salehi A, Baghban I, Bahrami F, Ahmadi A. Relationship between cognitive emotional regulation strategies and emotional problems with attention to individual and familial factors. Journal of Family Counseling and Psychotherapy 2011; 1(1): 1-18. 20.1001.1.22516654.1390.1.1.1.9

4. Zemestani M, Davoodi I, Mehrabi H, Zargar Y. Effectiveness of Behavioral activation and meta cognition treatment in depression symptoms, anxiety and cognitive behavioral regulation strategies. Journal of Psychological Achievements 2013; 4(1): 183-212. https://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-626-en.pdf

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، پیاپی (۴)۳۵ ص ۷۸-۶۳

Family and health Quarterly, vol12, Issu4, Winter 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.4.10.6

5. Abdi S, Babapoor J, Fathi H. The relationship between cognitive styles of emotion regulation and public health students. Journal of Army University of Medical Sciences of the I R Iran 2010; 8(4): 258-64. https://www.researchgate.net/publication/272823881, [in Persian]

6. Ghasemzade Nassaji S, Peyvastegar M, Hoseinian S, Mutabi F, Banihashemi S. Effectiveness of cognitive-behavioral intervention coping responses and cognitive emotion regulation strategies in women. Journal of Behavioral Sciences 2010; 4(1): 35-43. https://www.researchgate.net/publication/322041815 [in Persian]

7. Ghorbany T, Mohamad Khany S, Saramy G. The comparison of effectiveness of cognitive-behavioral group therapy based on coping skills and methadone maintenance treatment in improvement of emotional regulation strategies and relapse prevention, 2011; 5(17): 59-74. URL: http://etiadpajohi.ir/article-1-360-en.html

8. Azargoon H, Kajbaf MB. The effect of mindfulness training on the dysfunctional attitude and automatic thinking of depressed students of isfahan university. Journal of Psychology 2010; 14(1): 79-94. D.O.R. 20.1001.1.23452188.1388.7.1.2.0

9. Mohammadi K, Najafi M, Dehshiri G, Nikbakht A. Effectiveness of individual and group cognitive behavioral treatment on adolescents depression. Journal of Psychological Achievements 2012; 4 (2): 177-98, https://psychac.scu.ac.ir/article_11751.html?lang=en [in Persian]

10. Zong J., Cao X., Cao Y., Shi Y., Wang Y., Yan C., Abela J., Gan Q., Gong Q., Chan R. Coping flexibility in college students with depressive symptoms. Health nad Quality of life outcomes, 2010; 8: 1-6.

11. Dickstein D.P., Nelson E., McClure E.B., Grimley M.E., Knopf L., Brotman M.A., Rich B. A., Pine D.S., Leibenluft E.. Cognitive flexibility in phenotypes of pediatric bipolar disorder. Child adolesc, 2007; 46(3): 341-355.

12. Rey J.M., Bella-Awusah T.T., Liu J.. Depression in children and adolecents. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2015

11. Vowles Kevin E., Sowden Gail., Hickm J., Ashworth J.. An analysis of within-treatment change trajectories in valued activity in relation to treatment outcomes following interdisciplinary Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain. Behaviour Research and Therapy, 2019; 115: 46-54. DOI: 10.1016/j.brat.2018.10.012

14. Hayes S.C., Levin M.E., Plumb-Vilardaga J., Villatte J. L., Pistorello J.. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining he progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behavior Therapy, 2013; 44(2): 180-198. DOI: 10.1016/j.beth.2009.08.002

15. Hamidpour H, Sahebi A, Tabatabai M. Efficacy and Effectiveness of Beck's with Teasdale's Cognitive herapies in Treatment of Dysthymia. IJPCP 2005; 11(2): 150-63. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-68-en.html [in Persian]

14. Dennis J.P., Vander Wal J.S.. The cognitiv e flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validit, Cogn Ther Res, 2010; 34: 241-253. doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4

17. Garnefski N., Kraaij V., Spinhoven P.H.. Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. Personality and Individual Differences, 2002; 30: 1311–1327. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6

18. Dennis J.P., Vander Wal J.S.. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validit, Cogn Ther Res, 2010; 34: 241-253.

19. Samani S., Sadegi L.. Psychometric Properties of the Cognitive Emotion regulation Questionnaire. Journal of Psychological Models and Methods, 2010; 1(1): 51-62. D.O.R.20.1001.1.22285516.1389.1.1.5.9.

20. Soltani E., Shareh H., Bahrainian A., Farmani A. The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. Pejouhandeh, 2013; 18(2): 88-96. [in Persian]

21. Farrin L., Hull L., Unwin C., Wykes T., David A.. Effects of depressed mood objective and subjective measures of attention. J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 2003; 15(1): 98-104. DOI:10.1176/appi.neuropsych.15.1.98

22. Watari K., Letamendi A., Elderkin-Thompson V., Haroon E., Miller J., Darwin C.. Cognitive function in adults with type 2 diabetes and major depression. Arch Clin Neuropsychol, 2006; 21(8): 787-96.

23. Gan Y., Zhang Y., Xilin W., Wang S., Shen X. The coping flexibility of neurasthenia and depressive patients. 2006; 40: 859-871. doi.org/10.1016/j.paid.2005.09.006

24. Hinkelmann K., Moritz S., Botzenhardt J., Riedesel K., Wiedemann K., Kellner M., et al. Cognitive impairment in major depression: Association with salivary cortisol. Biol Psychiatry, 2009; 66(9):879-85. D.OI: 10.1016/j.biopsych.2009.06.023

25. Preiss M., Kucerova H., Lukavsky J., Stepankova H., Sos P., Kawaciukova R. Cognitive deficits in the euthymic phase of unipolar depression. Psychiatry Res, 2009; 169(3): 23-39.