

برای دانلود فایل word و پنج فصل کامل این رساله دکتری به
همراه منابع کلیک کنید

پایان نامه برای دریافت درجه دکتری تخصصی (Phd)
گرایش بالینی

عنوان:

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با و بدون
خودشفقت گری توجه آگاهانه بر ابعاد روانشناختی انعطاف پذیری،
واکنش های هیجانی و معنوی زنان با اضطراب کرونای دارای
دلبستگی ناایمن به همسر

فصل دوم

مبانی نظری و پیشینه پژوهش

در هر پژوهشی مبانی نظری و طرح دیدگاههای نظریه پردازان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. یکی از جنبه ها عمده و ضروری در هر پژوهش مطالعه منابع مربوط به موضوع مورد تحقیق است. در این راستا در این فصل ابتدا به بررسی مبانی نظری متغیرهای پژوهش پرداخته شد و سپس پیشینه تحقیق مورد بررسی قرار گرفت.

۲-۱-۱- اضطراب کرونا

۲-۱-۱-۱- بیماری کرونا

کووید-۱۹ از استان هوبی، شهر ووهان در چین در نوامبر ۲۰۱۹ آغاز شد و تا مارس ۲۰۲۰ در سراسر جهان پخش شد که در تاریخ جهان استثنایی است؛ زیرا چالش برانگیزترین فاجعه در جهان پس از ده ها سال شاید جنگ جهانی دوم رخ داده است. عمده اختلالات در اقتصاد جهانی از انتقال این ویروس، به ویژه به بخش خرده فروشی، مواد غذایی، کالاهای مصرفی، خدمات درمانی و کاهش احتمالی سفر و جهانگردی به عنوان محرک های اصلی اکثر کشورهای جهان، غیرقابل اندازه گیری و شدید از آنچه انتظار می رود، است. ویروس کرونانه تنها کل ساختارهای اجتماعی و اقتصادی را به حالت تعلیق در آورده؛ بلکه جهانی سازی و عملکرد جهانی شرکت ها را نیز به چالش کشیده است. با این حال، پیامدهای احتمالی و راه های جایگزین هنوز بی ثبات هستند. ویروس کرونا، بیشتر برای گروه های آسیب پذیر از طریق تغذیه و ناامنی های بهداشتی خطرناک است (راناسینگه، دامونوپولا، ویجسوندارا^۱ و همکاران، ۲۰۲۰) امروزه، این ویروس همه گیر شده و دیگر هیچ کشوری از این بیماری در امان نیست؛ بسیاری از مردم در کشورهای مختلف در قرنطینه بسر می بردند و محدودیتهای اجتماعی و ارتباطی خاصی به فراخور وضعیت فرهنگی و اجتماعی کشورها در بسیاری از نقاط حاکم شده است (هوپمان، آلگرانیزی و متار^۲، ۲۰۲۰).

۲-۱-۲- ویژگی های ویروس کرونا

تأثیر این ویروس کشنده نسبت به آنچه متخصصان تخمین زدند، شدیدتر است و هیجان انگیزترین بیماری همه گیر در تاریخ اخیر است که در ۱۴ آوریل ۲۰۲۰ کشور در سراسر جهان با بیش از ۱۰۹ میلیون

^۱ Ranasinghe, R., Damunupola, A., Wijesundara, S

^۲ Hopman, J., Allegranzi, B., & Mehtar, S

بیمار و بیش از ۱۲۰،۰۰۰ مرگ و میر داشته است (مک کارتنی^۱، ۲۰۲۰). اطلاعاتی اولیه در خصوص گسترش ویروس کرونا وجود دارد، از ویژگی های نادر این ویروس می توان به موارد زیر اشاره کرد:

(۱) میزان بالای شیوع بیماری: طی چند ماه ویروس در سطح جهان شیوع یافته است و به عنوان یک بیماری همه گیر در سراسر جهان مورد توجه قرار گرفته است؛ سرعت گسترش آن زیاد است، که به دلیل تحرک بیشتر مردم در یک جهان به هم پیوسته در جهان اتفاق افتاد. این شیوع به نرخ انتقال بسیار زیاد مردم مرتبط است.

(۲) آسیب پذیری افراد مسن و دارای سیستم ایمنی ضعیف: داده ها نشان می دهد که جمعیت سالخورده و افرادی که سیستم ایمنی ضعیفی دارند با دیابت یا بیماری مزمن دیگر نسبت به این ویروس جدید حساسیت بیشتری دارند.

(۳) نرخ بهبودی متفاوت: در حالی که میانگین بهبودی در سطح جهان نسبتاً پایین است (مانند ۲۸ تا ۳۰٪)، کشورهای مختلف کاملاً متفاوت از میزان بهبودی متفاوتی برخوردار هستند. در حالی که چین، کره، ژاپن از نرخ بهبودی نسبتاً بالایی برخوردار هستند، اروپا، ایران، ایالات متحده آمریکا میزان بهبودی نسبتاً کمتری را نشان داد. این موارد دائم در حال تغییر است و امید است به زودی بهتر شود. در طول دوره بیماری کرونا کلمات جدید بیشمار مورد توجه قرار گرفته است که عبارتند از: گسترش اجتماع"، "فاصله گذاری اجتماعی (دوری جسمی، "خودایمنی"، "قرنطینه ۱۵ روزه"، "شکستن زنجیره" و خیلی بیشتر (بریندلی و گاوندلی^۲، ۲۰۲۰). همه این موارد برای جلوگیری از انتشار ویروس در نظر گرفته شده اند اگرچه در کشورهای مختلف از داروهای متفاوتی برای این بیماری استفاده کرده اند، اما هیچ داروی تأیید شده ای برای درمان این ویروس وجود ندارد (کامر^۳، ۲۰۲۰).

ژو^۴ و همکاران (۲۰۲۰) معیارهای شدت این بیماری را به چهار گروه تقسیم بندی کرده اند که در جدول ۱-۲ نمایش داده می شود.

¹ McCartney, G

² Brindle, M. E., & Gawande, A

³ Kumar, A

⁴ Zu, Z. Y

جدول ۱-۲. معیارهای شدت بیماری کوید ۱۹ ناشی از SARS-CoV2 (ژوو همکاران، ۲۰۲۰)

شدت بیماری کوید ۱۹	مشخصات
خفیف	علائم بالینی خفیف (تب بالای ۳۸ درجه سانتیگراد، همراه با سرفه یا بدون سرفه، نبود تنگی نفس، نفس نفس زدن، نبود بیماری زمینه ای): نبود شواهد تصویری از ذات الریه
متوسط	تب: علائم تنفسی، شواهد تصویری از ذات الریه
شدید	زجر تنفسی، نرخ تنفس بیش از ۳۰ بار در دقیقه سطح اشباع اکسیژن خون کمتر از ۹۳ درصد در حالت استراحت
وخیم	نارسایی تنفسی، نیاز به تهویه مکانیکی یا تنفس مصنوعی، شوک سپتیک، نارسایی ارگانی خارج ریوی، انتقال به بخش مراقبت ویژه

۲-۱-۳- قرنطینه شدن و عوارض آن

بخشی از واکنش لازم به شکستن چرخه انتقال ویروس کرونا این است که افراد مبتلا به این بیماری، و کسانی که با مبتلایان ارتباط نزدیکی دارند، خودشان را قرنطینه کنند. اگرچه قرنطینه شدن به مقابله و کنترل شیوع بیماری های عفونی کمک می کند اما ممکن است سلامت روان افراد را به خطر اندازد. پژوهش های متعددی هستند که با شواهدی روشن، اثرات منفی قرنطینه بر مردم را تایید می کنند. از سوی دیگر، برخی مطالعات حاکی از آنند که آگاهی دادن به مردم در مورد این تاثیرات منفی آن ها را برای قرنطینه شدن آماده و البته گاهی منصرف می کند (بروک، وبستر، اسمیت^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). در ادبیات روان شناسی و مراقبت از سلامت عمومی بارها تایید شده است که انزوای اجتماعی برای بهزیستی روانی مضر است و اثرات منفی آن با مضرات برخی عوامل خطر شناخته شده مثل سیگار کشیدن قابل مقایسه است. تنهایی با افزایش خطر ابتلا به مشکلات سلامت روان، از جمله افسردگی و اضطراب، ارتباط دارد (کاسیوپو، کپیتانیو و کاسیوپو^۲، ۲۰۱۴).

شواهد به روشنی حاکی از آنند که قرنطینه به سلامت روان آسیب می زند. به همین دلیل، مسئولان می بایست برای کسانی که قرنطینه می شوند خدمات سلامت روان بیشتری فراهم آورند و آن ها را به استفاده از این خدمات تشویق کنند. احتمالاً تشویق افراد به داشتن برنامه ریزی در زمان قرنطینه مفید خواهد بود، هرچند شواهد قدرتمندی در این زمینه وجود ندارد. مثلاً، می توان آن ها را تشویق کرد فعالیت های روزمره شان را انجام دهند و در شبکه های اجتماعی اظهار کنند که قرنطینه هستند و دوست دارند از دیگران پیام و تماس تلفنی دریافت کنند. آشنا کردن مردم با فرایند قرنطینه و راه های مقابله با آن احتمال پیروی مردم از دستورالعمل قرنطینه را تقویت می کند. به طور خلاصه، مقابله با ویروس کرونایک عمل

^۱ Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E

^۲ Cacioppo, S., Capitanio, J. P., & Cacioppo, J. T

جمعی است که نه صرفاً در سطح ملی و بین‌المللی، بلکه در کلیه مکان‌های عمومی، محل‌های کار و منازل جریان دارد. شواهد قوی حاکی از آنند که بسیاری از مردم حاضرند برای رسیدن به یک نتیجه جمعی بهتر، منافع خودشان را نادیده بگیرند. برای تسهیل عمل جمعی، شیوه استفاده از زبان و رهبری اهمیت حیاتی دارد (بوهم، روچ و بارون^۱، ۲۰۱۸).

۲-۱-۴- سلامت روان افراد مبتلا به کووید-۱۹

بیماری کووید-۱۹ یک ویژگی منحصر به خود دارد زیرا به دلیل سرایت خیلی بالا در طول کمتر از چند ماه با ایجاد یک وضعیت پاندمی، تمامی کشورهای جهان را آلوده کرده است (لیو و همکاران، ۲۰۲۰؛ زاهو و چن^۲، ۲۰۲۰). در حال حاضر نیز تعداد مبتلایان به این بیماری و همچنین مرگ و میر ناشی از آن به شدت در سطح جهان در حال افزایش می‌باشد (زنگیرلو، بیرتا، سیلوانی^۳، ۲۰۲۰؛ رمازی و رمازی^۴، ۲۰۲۰). بر این اساس و با توجه به وضعیت اورژانسی فعلی این بیماری، قابل پیش‌بینی است که برخی از نشانه‌های اختلالات روانشناختی در بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بروز نماید. در این راستا، بررسی نتایج تحقیقات متعدد که بر روی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در کشور چین در طی انتشار بیماری انجام شده تعدادی از این اختلالات روانشناختی از جمله اضطراب، ترس، افسردگی، تغییرات هیجانی، بی‌خوابی و اختلال استرس پس از سانحه^۵ با درصد شیوع بالا از این بیماران گزارش شده است (یانگ و همکاران، ۲۰۲۰؛ لیو و همکاران، ۲۰۲۰).

انتشار افسارگسیخته کووید-۱۹، وضعیت نامطلوب بیماران ایزوله شده در بخش مراقبت‌های ویژه و با مشکل حاد تنفسی، عدم وجود یک درمان دارویی موثر و در نهایت مرگ و میر ناشی از این بیماری از مهم‌ترین فاکتورهایی است که می‌تواند بر سلامت روان افراد آلوده به این ویروس به شدت تأثیر گذار باشد (اگزین و همکاران، ۲۰۲۰؛ لیما، کاروالو، لیما^۶ و همکاران، ۲۰۲۰؛ بو و لی^۷، ۲۰۲۰). بر اساس بررسی‌های انجام شده، بیماران کووید-۱۹ دارای ظرفیت تحمل روانشناختی پایینی بوده و با توجه به وضعیت فعلی بیماری در جهان‌نشینان افراد به شدت در معرض بروز اختلالات روانشناختی مانند اضطراب، ترس، افسردگی و همچنین افکار منفی قرار دارند (یاو، چن و اکسیو^۸، ۲۰۲۰).

¹ Böhm, R., Rusch, H., & Baron, J

² Zhao S, Chen H

³ Zangrillo A, Beretta L, Silvani P

⁴ Remuzzi A, Remuzzi G

⁵ Posttraumatic stress disorder- PTSD

⁶ Lima CKT, Carvalho PMM, Lima I

⁷ Bo HX, Li W-----

⁸ Yao H, Chen JH, Xu YF

یکی از مهم ترین اختلالات روانشناختی که می تواند به سلامت روان بیماران مبتلا به کووید-۱۹ آسیب وارد نماید اختلال استرس پس از سانحه است (بو و لی، ۲۰۲۰). در صورت عدم کنترل این اختلال روانشناختی، ممکن است در افراد بیمار آسیب های دائمی مثل هجوم خاطره های مزاحم^۱ رفتارهای اجتنابی، تحریک پذیری و کرختی هیجان^۲ را در پی داشته باشد (بو و لی، ۲۰۲۰؛ سان، سان، ویو^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). اختلال استرس پس از سانحه یک مشکل روانشناختی مرتبط با استرس است و در افرادی که وضعیت تهدید کننده زندگی را تجربه می کند به وجود می آید (کسلر^۴، ۲۰۰۰). بر اساس منابع موجود، تجربه بیماری های فیزیکی تهدید کننده زندگی مثل کووید-۱۹ می تواند به عنوان یک علت بروز نشانه های اختلال استرس پس از سانحه باشد (سان و همکاران، ۲۰۲۰).

اختلال در خواب از دیگر مشکلات افراد مبتلا به کووید-۱۹ می باشد که ممکن است در بخش های ایزوله یا قرنطینه برای این افراد روی دهد. نتایج تحقیقی در چین در طی انتشار بیماری کووید-۱۹ که در شهر ووهان انجام شده نشان می دهد شاخص کیفیت خواب در این بیماران به شدت کاهش پیدا می کند (زانگ، شانگ، ما^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). از طرفی نتایج این تحقیق نشان می دهد بین اختلال در کیفیت خواب افراد و بروز اختلالات روانشناختی همچون اختلال استرس پس از سانحه ارتباط وجود دارد. از دیگر اختلالات روانشناختی مهم که می تواند در سلامت روان بیماران مبتلا به کووید-۱۹ آسیب ایجاد کند اختلال اضطراب و افسردگی است. نتایج یک مطالعه که بر روی بیماران بستری در یکی از بیمارستان های چین انجام شده که شامل ۱۴۳ شرکت کننده بوده و از بین آنها ۲۶ نفر آلوده به کووید-۱۹، ۸۶ نفر دارای بیماری پنومونی و ۳۰ نفر افراد سالم هستند نشان می دهد شاخص ارزیابی اضطراب و افسردگی در افراد بیمار با مشکل تنفسی (بیماران آلوده به کووید-۱۹ و دارای پنومونی) نسبت به افراد سالم بیشتر است. در این میان، هر دو شاخص افسردگی و اضطراب در افراد آلوده به کووید-۱۹ نسبت به افراد دارای بیماری پنومونی به طور قابل توجهی بالاتر است (یانگ و همکاران، ۲۰۲۰).

۲-۱-۵- مفهوم اضطراب در بیماری های عفونی

اضطراب سلامتی زمانی اتفاق می افتد که احساسات یا تغییرات جسمی درک شده در فرد به عنوان نشانه هایی از بیماری تفسیر شوند که ممکن است این علائم جسمی مثل تب، سرفه، و درد عضلانی مرتبط با بیماری عفونی گسترش یافته مربوطه باشند ولی الزاما به آن بیماری محدود نمی شوند (آسماندسون،

¹ intrusive memories

² emotional numbing

³ Sun L, Sun Z, Wu L

⁴ Kessler RC

⁵ Zhang F, Shang Z, Ma H

آبرامواتیز، ریچتیر و ودون^۱، ۲۰۱۰). اغلب افراد تا اندازه ای اضطراب سلامتی را تجربه می کنند که این آگاهی می تواند یک عامل محافظت کننده در برابر عوامل تهدید کننده سلامتی بوده و نقش کمکی در برابر تشخیص نشانه های اولیه موضوع سلامتی بوده و سبب پیشبرد رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی گردد (کوسیک، لیندهولم، هدمان-لاگرولف و اکسلسون^۲، ۲۰۲۰). در صورتی که میزان آن بیش از اندازه باشد می تواند برای فرد خطرناک و و آسیب رسان باشد (آسماندسون و همکاران، ۲۰۱۰).

افراد با اضطراب سلامتی زیاد معمولاً تمایل دارند تغییرات و احساس های بدنی ضعیف و خوش خیم را به اشتباه وخیم و خطرناک تفسیر نمایند (واتون^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). در شرایط گسترش بیماری های ویروسی و بر پایه تجربیات قبلی از همه گیری آنفلونزا، افراد با اضطراب سلامتی زیاد ممکن است دردهای عضلانی خوش خیم و یا حتی سرفه های معمول و خفیف را به اشتباه به عنوان علامت های بیماری عفونی تفسیر کرده و خود را به عنوان افراد آلوده به ویروس مورد نظر معرفی نمایند (واتون و همکاران، ۲۰۱۲). این برداشت غلط و باور اشتباه فرد به نوبه خود میزان اضطراب افراد را به مقدار زیادی افزایش خواهد داد (آسماندسون و تایلور^۴، ۲۰۲۰). این تفسیر اشتباه تغییرات و احساسات جسمی تحت تاثیر باورهای فرد در مورد سلامتی و بیماری قرار گرفته و افراد با اضطراب سلامتی بالا اغلب بر این باورند که این علائم جسمی نشانه هایی از بیماری بوده و همچنین این افراد ضعیف و مستعد بیمار شدن هستند، به طور خلاصه در بحث گسترش بیماری های عفونی و یا شرایط پاندمی افراد با اضطراب سلامتی بالا مستعد برداشت غلط و آسیب رسان از تغییرات فیزیکی خود بوده و همه این تغییرات را به عنوان گواهی جهت آلوده بودن خود به بیماری عفونی استفاده می کنند (تایلور، ۲۰۱۹). در این راستا ما شاهد افزایش اضطراب در این افراد خواهیم بود که در این صورت توانایی تصمیم گیری منطقی و رفتارهای فرد به شدت تحت تاثیر قرار خواهد گرفت.

۲-۱-۶- اضطراب کووید-۱۹ و بیماری های واگیردار عفونی

بر اساس نظریات اولیه روانشناسان و روانپزشکان افزایش شیوع علائم روانشناختی در شرایط پراسترس و حاد در افراد فقط به کسانی محدود می شود که سابقه بیماری و اختلال روانشناختی دارند. اخیراً نتایج تحقیقات نشان می دهد که افراد بدون سابقه با اختلالات روانشناختی ممکن است در شرایط پراسترس و حاد مانند بیماری های همه گیر مثل کووید-۱۹ علائم و اختلالات روانشناختی از خود بروز دهند. ارتباط

¹ Asmundson GJ, Abramowitz JS, Richter AA, Whedon M

² Kosic A, Lindholm P, Järholm K, Hedman-Lagerlöf E, Axelsson E

³ Wheaton MG

⁴ Taylor S

بین بیماری های همه گیر عفونی و اضطراب سلامتی از آغاز همه گیری آنفلونزا در ۲۰۰۹ توسط محققین مورد بحث قرار گرفت (واتون و همکاران، ۲۰۱۲). بر اساس نتایج تحقیقی که بر روی بیماری های همه گیر طی سال های اخیر انجام شده اضطراب در بین مناطق شهری با شیوع بیماری های همه گیر افزایش می یابد. برای نمونه در زمان شیوع بیماری سارس در هنگ کنگ و کانادا میزان شدت اضطراب به دنبال افزایش احتمال آلودگی به بیماری به شدت افزایش یافت (چنگ و چانگ^۱، ۲۰۰۵). بر اساس نتایج تحقیق دیگر که در زمان شیوع بیماری واگیردار ابولا انجام شده نشان دهنده افزایش میزان اضطراب سلامتی و ترس از نشانه های بیماری در نقاط آلوده است. به طوری که افراد سالم علامتهایی از گلو درد، سردرد و تب که شبیه علائم ابولا بوده را گزارش می کردند که انعکاسی از افزایش میزان اضطراب سلامتی، ترس از بیماری و اشتغال های ذهنی پنهان آنان بوده است. در مجموع بر اساس یافته های مطالعات، در زمان شیوع بیماری های همه گیر عفونی مثل کووید-۱۹ میزان شیوع نوع خاصی از اضطراب که اضطراب سلامتی نام دارد در بین افرادی که در مناطق آلوده شده به بیماری زندگی می کنند افزایش یافته و درصد زیادی از مردم ممکن است علائم مشابهی از بیماری عفونی مورد نظر را تجربه نمایند بدون اینکه به آن بیماری آلوده شده باشند (هاگز^۲، ۲۰۱۵).

اضطراب در مورد کووید ۱۹ شایع است و به نظر می رسد بیشتر به دلیل ناشناخته بودن و ایجاد ابهام شناختی در افراد درباره این ویروس است (علی پور و همکاران، ۱۳۹۸)، ترس از این بیماری، ترس از مرگ، انتشار اخبار غلط و شایعات، تداخل در فعالیت های روزمره، مقررات منع یا محدودیت سفر و عبور و مرور، کاهش روابط اجتماعی (همکاران، دوستان، خانواده)، بروز مشکلات شغلی و مالی و دهها پیامد دیگر این شرایط، سلامت روان افراد جامعه را تهدید می کند. ترس و اضطراب می تواند سیستم ایمنی بدن را تضعیف کرده و آن را در برابر بیماریها از جمله کرونا آسیب پذیر کند (چانگ، لینگ و وین، به نقل از علی پور و همکاران، ۱۳۹۸). اگرچه این تغییرات می تواند استرس های حادی را ایجاد کند، اما ضرورتاً باعث تنش با اضطراب نمی شوند، بلکه تعامل بین انواعی از عوامل استرس زا و مهمتر از آن نحوه ادراک آنها است که منجر به تنش با اضطراب می شود و این ادراک به نوع و تعداد منابع حمایت اجتماعی موجود برای آنها و نیز تأثیرات فرهنگی بستگی دارد. بیشتر تحقیقات بر اضطراب بیماران تمرکز دارند؛ اما واقعیت آن است که در زمان همه گیری یک بیماری مانند کرونا، ترس از بیماری و ترس از مرگ، در کنار آشفتگی فعالیتهای روزمره، موجب می شود تا افراد سالم نیز با اضطراب بیماری درگیر شوند (فیشهوف^۳، ۲۰۲۰). این عوامل می توانند مجموعه ای از نشانه ها تا اختلالات بالینی

¹ Cheng C, Cheung MW

² Hughes P

³ Fischhoff, B

جدی را به وجود آورند (شیگمورا^۱ و همکاران، ۲۰۲۰) که از نشانه های احساس ترس و نگرانی تا استرس و اضطراب بالینی، وسواس فکری و عملی مرتبط با بیماری (رایین و وسلی، ۲۰۲۰) و حتی نشانه هایی از استرس پس از سانحه در شرایط مشابه دیده شده است (شولتز^۲ و همکاران، ۲۰۱۵).

تحقیقات انجام شده در این زمینه از جمله پژوهش یانگ^۳ و همکاران (۲۰۱۹)؛ شیائو^۴ (۲۰۲۰)؛ دوآن و ژائو^۵ (۲۰۲۰)؛ چن^۶ و همکاران (۲۰۲۰)؛ یانگ و همکاران (۲۰۲۰)؛ لی^۷ و همکاران (۲۰۲۰)؛ کوزیک^۸ و همکاران (۲۰۲۰)؛ تیلور^۹ (۲۰۱۹)؛ گرین^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۰)؛ کائو^{۱۱} و همکاران (۲۰۲۰)؛ وانگ^{۱۲} و همکاران (۲۰۲۰)؛ آیتی^{۱۳} و همکاران (۲۰۲۰) و هوآنگ و ژائو^{۱۴} (۲۰۲۰)، نشان می دهند که در این دوره بحرانی، شیوع اضطراب بین افراد، به طور فزاینده ای رو به افزایش است و با توجه به تجربیات قبلی افراد در مورد بیماری آنفولانزا و نیز اطلاعات موجود در مورد شیوع بیماری ویروسی فعلی، افرادی که اضطراب بالایی دارند، تمایل به تفسیر فاجعه بار احساسات و تغییرات بدنی دارند و یا عده ای دیگر به دنبال دریافت اطلاعات و شایعات مربوط به این بیماری، برای اطمینان خاطر از سلامتی خود به پزشکان متعدد و یا حتی بیمارستانها مراجعه می کنند. در حقیقت در هر اختلال اضطرابی ابعاد مختلفی از زندگی انسان اعم از بعد شناختی، هیجانی، رفتاری و فیزیولوژیایی تحت تأثیر قرار خواهند گرفت که باعث می شوند زندگی روزمره فرد مختل شود (اتکینسون و همکاران، ۱۳۹۸).

۲-۱-۷- اضطراب کرونا و دل بستگی به همسر

سبک دل بستگی، شیوه مقابله با استرس را به ویژه در دوره شیوع اضطراب و افسردگی در طول بیماری کرونا تحت تأثیر قرار می دهد (نصیرزاده و همکاران، ۱۳۹۹). بنابراین افراد در مواجهه با بیماری های فراگیر، روان سازه ها یا شناختی هایی از بیماری را شکل می دهند که در شکل گیری سبک های دل بستگی نقش دارند (ترکی^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۰) و البته از آن نیز متأثر می شوند. دل بستگی ایمن،

¹ Shigemura, J

² Shultz, J. M

³ Yang, L

⁴ Xiao, C

⁵ Duan, L., & Zhu, G

⁶ Chen, P

⁷ Li, S

⁸ Kasic, A

⁹ Taylor, S

¹⁰ Grein, T. W

¹¹ Cao, W

¹² Wang, D

¹³ Ayitney, F. K

¹⁴ Huang, Y., & Zhao, N

¹⁵ Torke, AM

مهارت های مقابله، احساس ارزشمندی و شایستگی شخصی را تقویت می کند. اضطراب و افسردگی را کاهش داده و ظرفیت سازش تنیدگی را افزایش می دهد. سبک های دلبستگی روش مواجهه فرد با موقعیت های استرس زا را متاثر می سازند (سو و اهلارت^۱، ۲۰۱۹).

بر اساس بررسیهای انجام شده، بیماران کووید-۱۹ دارای ظرفیت تحمل روانشناختی پایینی بوده و با توجه به وضعیت فعلی بیماری در جهان این افراد به شدت در معرض بروز اختلالات روانشناختی مانند اضطراب، ترس، افسردگی و همچنین افکار منفی قرار دارند (یاو، چن و ژو^۲، ۲۰۲۰)، حال آنکه دلبستگی نیز بر میزان، ناراحتی روانی درک شده در طول دوران شیوع کووید ۱۹ تأثیر می پذیرد. چنانکه پاشازاده مرادی (۱۳۹۹) در پژوهشی به این نتیجه دست یافت که افرادی که دارای سبک دلبسته ایمن هستند، علائم ناراحتی و واکنش های هیجانی کمتری به کرونا نشان می دهند، اضطراب شفابخش (مفید) دارند و بیماری کرونا را در حد معقول تهدید کننده می دانند، اما در مقابل افراد دارای سبک دلبسته ناایمن واکنش های هیجانی شدیدتری را نشان می دهند، دارای اضطراب مختل کننده (دردساز) هستند و این بیماری را خیلی تهدید کننده می دانند. پژوهش موکیا^۳ و همکاران (۲۰۲۰) در ایتالیا نشان داد که در دوران شیوع کووید ۱۹ می توان با استفاده از میزان اضطراب و پریشانی روانی سبک دلبستگی افراد را پیش بینی نمود و افراد دارای اضطراب بالا دارای سبک دلبستگی ناایمن می باشند.

۲-۲- دلبستگی به همسر

۲-۲-۱- تعریف و مفهوم دلبستگی

دلبستگی یکی از برجسته ترین مفاهیم روان شناسی معاصر است که به تکوین پیوندهای عاطفی اشاره دارد. بالبی، (۱۹۸۸) نظریه دلبستگی را با استفاده از دستاوردهای کردار شناسی، نظریه سیرنیتیک و اطلاعات، روان تحلیل گری، روانشناسی تجربی، نظریه های یادگیری، روان پزشکی و رشته های مرتبط ارائه نمود. بر اساس این دیدگاه، دلبستگی از طریق روابط اولیه شناختی با مراقبت کنندگان نوزادان شکل می گیرد و با توانایی فرد برای استنباط رفتار مراقبت کنندگان و پاسخ دیگران به نیازهایشان رابطه دارد (رضایی جمالویی، حسنی، نورمحمدی نجف آبادی، ۱۳۹۸).

مفهوم دلبستگی بیانگر ارزش و قدرت پایداری روابط بین کودکان و والدین آنها، چگونگی شکل گیری و چگونگی کیفیت این روابط است که می تواند سلامت رشد کودکان را تحت تأثیر قرار دهد

¹ Suss, H., Ehlert, V

² Yao, H., Chen, J.-H., & Xu, Y.-F

³ Moccia, L

(اروزکان^۱، ۲۰۰۹) و تا بزرگسالی ادامه یابد. بر اساس نظریه دلبستگی ساختارهای شناختی یا الگوهای عملی رشد یافته در افراد، حدی را که آنها می توانند به افراد مهم زندگی شان تکیه کنند را باز نمایی می کند. به نظر می رسد که این الگوهای عمل، نقش حساسی را در روابط افراد بر عهده دارند (اوزتورک و موتلو^۲، ۲۰۱۰).

به اعتقاد بالبی (۱۹۸۰) رفتارهای دلبستگی ذاتی بوده و بقاء نوع را موجب می گردند؛ زیرا آنها سازگاری با محیط را ممکن می سازند. چهره های دلبستگی به کودک اجازه می دهند تا از یک پایگاه امن، به کشف و جستجو پردازد، در زمان مواجه با تهدیدها امنیت کودک را تأمین می کنند و به او اجازه می دهند تا تنظیم سطوح استرس خود را یاد بگیرد. تصور می شود که رفتارهای دلبستگی نوعی از رفتار هستند که منجر به کسب یا حفظ نزدیکی به دیگران متمایز و ترجیحی فرد می شوند. رفتارهای دلبستگی در بقای فرد از طریق نگه داشتن او در تماس با مراقبان سهمیم بوده و از این طریق ریسک آسیب را کاهش می دهند (استام^۳، ۲۰۱۷).

نظریه دلبستگی (بالبی، ۱۹۶۹، ۱۹۷۳) بر این فرض استوار است که انسان، هنگام نیاز یا پریشانی برای نزدیکی به نگاره دلبستگی به عنوان بخشی از سیستم رفتاری فطری برانگیخته می شود. همچنین تجارب اولیه زندگی با نگاره های دلبستگی مدل های درون کاری از خود و دیگران را شکل می دهد. وقتی نگاره دلبستگی حساس و پاسخگو باشد. افراد بازنمایی های ذهنی مثبتی از خود به عنوان موجوداتی ارزشمند و توانایی دیگران برای فراهم آوردن مراقبت هنگام نیاز شکل می دهند، اما در صورتی که نگاره دلبستگی به گونه ای مطمئن حمایت فراهم نکند، به دنبال نزدیکی بودن با ایجاد آرامش همراه نیست و مدل های درون کاری منفی شکل می گیرند. سبک های دلبستگی به سه دسته ایمن، اجتنابی و دو سو گرا تقسیم می شوند (کسیدی و شیور^۴، ۲۰۱۶).

دلبستگی ایمن پیوندی محافظتی است که از گسترش آسیب روانی پیش گیری می کند. در حالی که دلبستگی ناپمن (اجتنابی، دو سو گرا) با ایجاد آسیب روانی از جمله افسردگی همراه است (اسپرویت^۵ و همکاران، ۲۰۲۰)، نتایج پژوهش سایمون^۶ و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده است که دلبستگی ناپمن از طریق تنظیم عاطفه با افسردگی ارتباط پیدا می کند. افراد دلبسته ناپمن اضطرابی به واسطه واکنش پذیری هیجانی بیشتر و گرایش به نشان دادن پریشانی در ارتباطات خود، به افسردگی مبتلا می شوند، از سوی

¹ Erozkan A

² Ozturk A, & Mutlu T

³ Stamm BM

⁴ Cassidy, J. and Shaver, P. R

⁵ Spruit, A

⁶ Simon, H. L. M

دیگر، افراد دلبسته اجتنابی به واسطه انفصال هیجانی و گرایش به فرونشانی و محدود کردن هیجان های خود در ارتباط با دیگران نشانه های افسردگی را تجربه می کنند.

۲-۲-۲- نظریه و دیدگاه های مختلف در مورد دلبستگی

۲-۲-۲-۱- نظریه تحلیل روانی

زیربنای دلبستگی، در واقع همان مبحث روابط موضوعی است که در تحلیل روانی مطرح شده است. بالبی نظریه های روان پریشی ارتباط مادر - کودک را بر حسب بینش جدیدی از ادبیات کردار شناسی بازسازماندهی کرد. بنابر این نظریه دلبستگی هنوز در بسیاری از فرضیه های اساسی خود با برخی از نظریه های روان پریشی در مورد روابط بین شخصی مشترک است. نظریه های روان پریشی معمولاً تحت عنوان نظریه های روابط موضوعی شناخته شده اند، به نقش اساسی خود و « تجسم موضوع » در هدایت روابط صمیمی انسان علاقمند هستند. پایه این نظریه ها تجسم « خود » و « والدین » است که در دوران کودکی، تحول یافته و در روابط نزدیک آینده فرد اثر می گذارند. روان تحلیل گران معتقدند که نخستین روابط کودک، پایداری شخصیت را تشکیل می دهد. اگر چه روان تحلیل گران در این عقیده که در حدود ۱۲ ماهگی تقریباً همه کودکان به سمت یک پیوند قوی با مادر تحول می یابند، توافق دارند، اما درباره ماهیت و منشاء این ارتباط با یکدیگر توافق ندارند. از ادبیات تحلیل روانی دو نظریه مهم در باره اهمیت و منشاء پیوند کودک با مادر می توان اقتباس کرد:

۱- کودک دارای نیازهای جسمانی مخصوصاً نیاز به غذا و احساس گرما است که باید ارضا شود. به همین دلیل او به مادر علاقه مند شده و به او دلبسته می شود زیرا مادر عامل ارضای نیازهای ضروری او است. کودک به زودی یاد می گیرد که مادر منشاء ارضا و خشنودی است. بالبی این نظریه را نظریه کشاننده ثانوی می نامد (بالبی ۱۹۶۹ به نقل از خانجانی، ۱۳۹۷).

۲- در کودک یک آمادگی درونی برای ارتباط دادن با یک پستان اضافی، مکیدن و تصاحب آن وجود دارد، در این مرحله کودک یاد می گیرد که به آن پستان دلبسته شود، در آنجا مادری وجود دارد و بنابراین به او نیز مرتبط و وابسته می شود. بنابراین بر طبق نظریه فروید نیازی که کودک به ارضای دهانی از طریق مکیدن دارد، موجب می شود که او به پستان ارضا کننده مادر و در نهایت به خود مادر نیز دلبستگی پیدا کند (بالبی، ۱۹۶۹).

به طور خلاصه نظریه تحلیل روانی، دلبستگی را محصول طبیعی مرحله دهانی تحول می داند، اگر طی ماه های اولیه زندگی کودک، کشاننده های دهانی، نهاد، به طور مرتب و منظم ارضا شوند، این انتظار

در کودک ایجاد می شود که نیازها قابل ارضا هستند و درماندگی ناشی از عدم ارضای نیازها برای مدت طولانی، ادامه نمی یابد (فوگل، ۱۹۹۷، به نقل از اکبری، ۱۳۹۸).

۲-۲-۲-۲- نظریه آنافرید

بررسی آثار آنافرید^۱ نیز حاکی از آن است که او نیز در نظریه خود به روابط موضوعی بسیار اهمیت می دهد. آنا فرود نشان می دهد که چگونه زندگی کودک از وابستگی مطلق به مادر آغاز شده و سپس به سوی سرمایه گذاری بر موضوع های جنس مخالف در نوجوانی تحول می یابد. او مراحل تحول روابط موضوعی را ترسیم کرده است. این مراحل تحولی از وحدت زیست شناختی زوج مادر - کودک آغاز می شود و سپس به ترتیب با مراحل، رابطه از نوع موضوع جزئی، مرحله پایداری موضوع، رابطه دوسوگرایانه، مراحل متعددی - آزارگری پیش ادیپی، مرحله احلیلی - ادیپی کاملاً متمایز بر موضوع، دوره نهفتگی، دوره پیش نوجوانی و بالاخره دوره نوجوانی، تحول می یابد (منصور و دادستان، ۱۳۹۹).

۲-۲-۳- نظریه ماهر

ماهر^۲ روانپزشک و روان تحلیل گر کودک، با استفاده از روشی دقیق و پیچیده به بررسی، تعامل کودک و مادر در سه سال اول زندگی پرداخته است و به تدوین نظریه ای در زمینه تحول عاطفی پرداخته است. در نظریه ماهر به وضوح می توان به تأکید او بر پیوند عاطفی مادر کودک که از همان نخستین ماههای زندگی کودک هویدا است و به نقش سرنوشت ساز مادر در تحول عاطفی کودک پی برد. ماهر در خلال سه سال اول زندگی کودک، سه مرحله متوالی را متمایز می کند؛ مرحله از خود ماندگی بهنجار^۳، مرحله همزیستی بهنجار، مرحله جدایی - تفرد^۴ که خود به چند بخش درهم تنیده تقسیم شده است (ماهر، ۱۹۷۷؛ ۱۹۷۹، به نقل از منصور و دادستان، ۱۳۹۹).

در مرحله در خودماندگی بهنجار که تقریباً چهار هفته طول می کشد، نوزاد واجد گرایش ذاتی بر کنش وری نباتی و احشایی است. وی نسبت به عامل مادرانه هشیار نیست و حتی نمی تواند کوششهای خود را در تقلیل تنش ها از کوشش هایی که از سوی مادر به عمل می آیند، متمایز کند. مادر گری تدریجاً جابه جایی انرژی را از درون به سوی پیرامون تسهیل می کند و حساسیت نسبت به محرک های بیرونی را افزایش می دهد. این مرحله با شکسته شدن پوسته در خودماندگی متمایز می شود. مرحله مبتنی بر همزیستی در ماه دوم زندگی آغاز می شود و در حدود ۹ تا ۱۲ ماهگی پایان می یابد. در این مرحله

^۱ - Anna, friend

^۲ - Mahler, M

^۳ - Separation-individuation

^۴ - normal autism

همه چیز به گونه ای است که انگار کودک و مادر درون مرزهای مشترک، واحد دوتایی توانایی را تشکیل می دهند. در این مجموعه کودک در حالت وابستگی معلق و مادر در حالت وابستگی مبنی است، اما بر اساس تجربه تکرار و تجربه وابسته به ردهای حفظی، موضوع جزئی که فقط توانایی ارضای نیازها را داشت در حدود شش ماهگی جنبه ای خاص می یابد. مرحله جدایی - تفرد از حدود ۸-۱۰ ماهگی آغاز و تا حدود ۲-۳ سالگی ادامه می یابد و تابع دو خط تحول است. یکی از این خطوط به جدایی منتهی می شود و تحول تمایز یافتگی و جدایی از مادر را نشان می دهد و خط دیگر به تفرد منتهی می شود و تحول کنش های مستقل مانند ادراک، حافظه و ظرفیت شناختی را نمایان می سازد (منصور و دادستان، ۱۳۹۹).

۲-۲-۲-۴- نظریه وینی کات^۱

وینی کات از جمله روان تحلیل گرانی است که به شدت بر اهمیت وابستگی متقابل مادر - کودک تاکید می کند. او معتقد است که در آغازنوزاد بدون مادر وجود ندارد و نیروی ذاتی وی بدون مراقبت های مادرانه متجلی نمی شود و وینی کات برای نقش مادر و نحوه پاسخگویی او به کودک، اهمیت بسیار زیاد قائل است. او معتقد است که مادر در وهله نخست دستخوش حالتی است که وینی کات آن را دلمشغولی مادرانه نخستین می نامد. اما مادر بعدها این حالت نخستین را فراموش می کند و سرانجام می پذیرد که دیگر ضرورت ندارد که رضایت کامل کودک خود را فراهم آورد و در نتیجه به صورت مادری نسبتاً خوب در می آید. یکی از کنش های اساسی مادر کنش آینه ای است. از دیدگاه وینی کات، مادر نقش آینه را در مقابل کودک خود ایفا می کند. این سخن بدان معنا است که من مادر به منزله تکیه گاهی برای من کودک است و وینی کات در کنش مادرانه سه نقش را از یکدیگر متمایز: در بغل نگه داشتن، در مهار خود داشتن^۲ ارائه می دهد. وینی کات مراحل تحول رابطه مادر - کودک را ترسیم و سه مرحله را در این زمینه متمایز می کند: مرحله وابستگی مطلق که مرحله در هم آمیختگی کامل مادر - نوزاد است؛ مرحله وابستگی نسبی که در خلال این مرحله کودک به تدریج از مادر متمایز می شود؛ و مرحله حرکت در جهت استقلال و اجتماعی شدن که در خلال آن کودک به سوی استقلال گام برمی دارد (خانجانی، ۱۳۹۷).

^۱ - winnicott,D.W

^۲ - holding

^۳ - handing

۲-۲-۵- بارسلومو

با توجه به نظریه دلبستگی، بارسلومو^۱، ۱۹۹۰، دلبستگی را بر مبنای دو بعد اصلی اضطراب و اجتناب مفهوم سازی کرد. افراد با دلبستگی ایمن (اضطراب پایین، اجتناب پایین) در روابط نزدیک و صمیمانه احساس راحتی می کنند. قادرند برای دریافت حمایت از سوی دیگران به آنها تکیه کرده و اعتماد کنند، در عین این که خودمختاری خود را حفظ می کنند (کالینز و فینی^۲، ۲۰۰۰). افراد با دلبستگی ناایمن که اضطراب بالایی را تجربه می کنند بسته به شدت اجتناب در آنان در دو گروه قرار می گیرند. در یک گروه، آنها تمایل زیادی به حفظ نزدیکی و وابستگی به دیگران دارند، اما در عین حال نگرانی شدیدی نسبت به طرد شدن دارند. تصور آنها این است که ارزش دوست داشته شدن و مورد توجه واقع شدن را ندارند. آنها شدیداً نسبت به روابط خود گوش به زنگ هستند و نگرانی زیادی در رابطه با کیفیت روابط خود تحمل می کنند (بیدر - کامجو^۳، ۲۰۰۴؛ ترنر^۴، ۲۰۰۸). در گروه دوم که علاوه بر اضطراب، اجتناب بالایی نیز دارند، همانند طبقه قبلی تمایل زیادی به روابط نزدیک و صمیمانه وجود دارد اما به دلیل ترس زیادی که این افراد از طرد شدن دارند، بر خلاف گروه قبلی از روابط نزدیک اجتناب می کنند و فاصله خود را با افراد مورد علاقه حفظ می کنند؛ زیرا در روابط نزدیک احساس راحتی نمی کنند و به دیگران بی اعتماد هستند (کالینز و فینی، ۲۰۰۰).

۲-۲-۶- نظریه یادگیری

در نظریه یادگیری، رفتارهای دلبستگی توسط فرآیند پیچیده ای از تقویت های متقابل ایجاد می شود. این نظریه در موقعیت هایی که مراقب و کودک در مجاورت هم هستند بیشتر بر رفتارهای قابل مشاهده متمرکز می شود. در ارتباط متقابل مادر - کودک، مادر یا مراقب در پی تقویت مثبت از سوی کودک است. مثلاً وقتی والدین کودک را از زمین بلند می کنند، انتظار دارد که کودک آرام شده و لبخند بزند. یا هنگامی که آنها به کودک غذا می دهند، انتظار شنیدن صداهایی حاکی از رضایت دوستانه از سوی کودک را دارند. چنانچه این تقویت های مثبت از سوی کودک رخ دهد، فراوانی اعمال والدین در آینده، افزایش می یابد. در نتیجه این افزایش به نوبه خود موجب آرام شدن کودک، لبخند و احساس رضایت در او می شود. در نظریه رفتارگرایان، گرسنگی، تشنگی، درد را مسائل اولیه نامید. مثلاً آب و غذا برای کودک گرسنه تقویت کننده اولیه محسوب می شود. مراقب (مادر) از طریق تداعی با ارضا مسائل های اولیه به عنوان چهره ای که همواره موجب کاهش مسائل های اولیه از جمله گرسنگی و تشنگی می

¹ Bartholomew, K

² Collins, N. L., & Feeney, B. C

³ Beyder - Kamjou, I

⁴ Turner, L

شود، تقویت کننده ثانوی می شود. اما به تدریج وجود مادر برای کودک ارزشمند شده که در نتیجه کودک از آن پس نه فقط به هنگام برانگیختگی مسائق های اولیه در پی اوست، بلکه در کودک نیازی اکتسابی برای مجاورت و نزدیکی به مادر ایجاد می شود. بنابراین می توان نتیجه گرفت که نظریه های یادگیری، دلبستگی را غریزی و ذاتی نمی دانند، بلکه معتقدند که دلبستگی در نتیجه تعامل ارضا کننده با افراد مهم محیط کودک اکتساب می گردد (سیرز^۱ و همکاران ۱۹۵۷؛ به نقل از مکنیلز و سیگرین ۲۰۱۹).

۲-۲-۲-۲-۷- کردار شناسی

کردار شناسی^۲ به عنوان یکی از رشته های علمی در دهه ۱۹۳۰ توسط جانورشناسان اروپایی کنترادلورنس^۴ ویتن برگن^۵ آغاز شد (میلر ۲۰۰۲) کردار شناسان به جای استفاده از آزمایشگاه که محیط ساختگی آن اغلب مانع بروز الگوهای رفتاری به صورت طبیعی است، به بررسی حیوانات در محیط طبیعی شان می پردازند (لورنس، ۱۹۸۱؛ به نقل از اتکینسون و هیلگارد، ۱۳۹۹). همچنین جالب ترین و مؤثرترین تبیین برای دلبستگی های اجتماعی توسط کردار شناسان پیشنهاد شده است که واجد محتوای تکاملی ممتازی است. یک مفروضه اساسی نظریه کردار شناسی این است که همه انواع از جمله انسانها، با شماری از گرایشهای ذاتی متولد می شوند که برای بقای آنها ارزش حیاتی دارند (کسیدی و شافر، ۱۹۹۶).

دیدگاه کردار شناسی به وسیله چهار مفهوم اساسی مشخص می شود. ۱- رفتار فطری ویژه نوع^۶ - جنبه تکاملی^۷ ۳- استعداد های یادگیری ۴- روش کردار شناختی (میلر، ۲۰۰۲). کردار شناسان که اصطلاح رفتار ویژه نوع را به جای اصطلاح بحث انگیز غریزه مطرح نمودند، در مطالعاتشان رفتاری را مورد توجه قرار دادند که اختصاص به نوع معینی از جاندار دارد و در همه عضوهای آن نوع معین به یک صورت ظاهر می شود (اتیکسون و هیلگارد، ۱۳۹۹). کردار شناسان هرگاه یک تمایل رفتاری را مشاهده می کنند در هر عضوی از انواع وجود دارد فرض می کنند که آن رفتار کارکرد زیستی دارد، یعنی یک دلیل تکاملی وجود دارد که الگوی رفتاری معینی را انتخاب کرده است. بالبی بیان می کند که کارکرد زیستی رفتار دلبستگی محافظت است (خانجانی، ۱۳۹۷).

¹ - Sears etal

² McNelis M, Segrin C

³ - ethology

⁴ - lorens,k

⁵ - Tin Bergen,J

⁶ - Sppecific species behavior

⁷ - erolutionarj

۲-۲-۲-۸- کلاین^۱

کلاین برای زندگی خیال پردازانه کودک اهمیت زیادی قایل است وی در نظریه خود به اضطراب های حیاتی در مورد آسیب رساندن به مادر که فعالانه سیر تحول را مهیا می سازند اشاره می کند. کلاین به زودرس بودن ارزش گذاری بر کنش موضوعی، حتی پیش از ۶ ماهگی، تاکید کرده و نقش حیاتی ارضاء را در شکل گیری مکانیزم های دفاعی، مهم قلمداد کرده است. در شش ماهه دوم که کودک خواهد توانست خود را موجودی متفاوت از دنیای اطرافش در نظر آورد، بین او و موضوع، یک رابطه کلی (کل مادر) به جای رابطه جزئی (سینه مادر) ایجاد می شود و در این مرحله است که اضطراب نسبت به فقدان^۲ موضوع، یعنی از دست دادن آن پدیدار می شود. کودک موضوع (مادر) را به منزله سرچشمه کامیابیها و ناکامیها، تجربه می کند. منشاء اضطراب، خیال پردازی اوست. او می پندارد که به دلیل پرخاشگری نسبت به مادر باعث از بین رفتن او شده است و احساس گناهکاری شدید در او ایجاد می شود. این خیال پردازی، سبب می شود که خود را علت غیبت یا دوری مادر در دنیای واقعی به حساب آورد (کلاین، ۱۹۳۹؛ به نقل از خوشابی و ابوحمزه، ۱۳۹۵).

۲-۲-۲-۹- مدل سیبرنتیک

طبق عقیده نورنبرت و نیر^۳، ۱۹۴۷، نظریه پرداز سیبرنتیک، ارتباط فرایندی است که در آن یک پیام از فرستنده ای به گیرنده ای انتقال می یابد و حاوی اطلاعاتی بارمز مخصوص است که بین فرستنده و گیرنده مشترک می باشد. در ارتباطات اجتماعی، فرستنده و گیرنده افراد انسان هستند و عملیات رمزگردانی و رمز گشایی به کمک فعالیت های ذهنی، صورت می پذیرد. مفهوم تلویحی ارتباط علاوه بر یک مبادله، یک مقابله را نیز به ذهن می سازد. به عبارتی نه تنها به یک واکنش فرستنده در برابر اطلاع دریافتی، بلکه به واکنش متقابل گیرنده تاکید می ورزد (دروو^۴، ۱۹۹۹؛ به نقل از خانجانی، ۱۳۹۷).

در مبادله بین انسانی، در مقابل هر پیام فردی طرف مقابل پاسخگوست یا اگر پاسخی در بین نباشد، در صورت ادراک پیام، گیرنده به گونه ای عمل می کند که فرستنده را تحت تأثیر قرار می دهد و منجر به تنظیم مبادله شود. مدل سیبرنتیک، در روابط بین منتهی بر پایه اصولی از جمله موارد زیر بنا شده است.

۱- ارتباط الزاماً با نیت قبلی صورت نمی پذیرد، بلکه به محض حضور دیگری، ناگزیر به برقراری می شود و ممکن است در نتیجه رفتار معنی داری که منعکس کننده حالت هیجانی است بوجود آید. بطور مثال عکس العمل های کودک مادر را متأثر می سازد.

^۱- klein

^۲- loss

^۳- wiener

^۴- Dereveur

۲- فرد بزرگسال در صدد است که رفتار معنی دار کودک خردسال را بعنوان اقدامی برای برقراری ارتباط آشکار، تفسیر کند.

۳- در جریان فرایند ارتباط، یک فرد با تأثیر بر دیگری و مبادله پیامهای معنی دار، از او متأثر می گردد که این تأثیر بعضاً اثراتی درازمدت به همراه خواهد داشت (واچمن بارلند^۱، ۱۹۶۸) بالبی به تبیین ارتباط مادر - کودک در قالب مفاهیم این مدل مبادرت می کند و برپایه اصول این مدل، جهت گیری این ارتباط را دو سویه در نظر می گیرد (اکبری، ۱۳۹۸).

۲-۲-۱۰- الگوی وینترباتوم^۲

وینترباتوم در سال (۱۹۵۳) پژوهشی را روی روابط کودکان با مادرانشان انجام داد و سه بعد از انتظار مادران را در رابطه با فرزندان پیشنهاد کرد که عبارتند از: بعد استقلال؛ والدینی که از این روش پیروی می کنند، انتظار دارند و تلاش می کنند تا فرزندان مستقل پرورش دهنده تا بدون نیاز به کمک دیگران کارهای شخصی خود را همچون دوست یابی و امور مدرسه انجام دهند. بعد تسلط آموزی؛ مادرانی که این شیوه را اعمال می کنند، انتظار دارند که فرزندان فعالیت‌هایی همچون ورزش، سرگرم کردن خود، انجام کارهای مشکل و غیره را بیاموزند و انجام دهنده بنابراین سعی می کنند تا کودکان خود را در یادگیری این امور ترغیب کنند. بعد مراقبت آموزی؛ مادرانی که از این شیوه پیروی می کنند بر یادگیری مهارت‌های مربوط به امور مشخصی در منزل مانند غذا خوردن مسواک زدن و خوابیدن در کودکان‌شان تاکید می ورزند (خوشابی و ابوحمزه، ۱۳۹۵).

۲-۲-۳- دلبستگی در بزرگسالی

روابط دلبستگی در بزرگسالان، در ابتدای دهه ۱۹۷۰ با مطالعات در مورد داغ‌دیدگی بزرگسال توسط بالبی و پارکز^۳، ۱۹۷۰، پارکز، ۱۹۸۲، و جدایی زوج‌هایی که ازدواج کرده بودند توسط ویس^۴، ۱۹۹۱، شروع شد و موج بعدی که از آن‌ها برخاست، کارهای هازن و شور، ۱۹۸۱، بود. آن‌ها الگوهای دلبستگی نوزادان اینزورث را به الگوهای دلبستگی بزرگسالان برگرداندند، اما خاطر نشان کردند که بزرگسالان مورد بحث با در نظر گرفتن روابط خیال انگیزشان خود را به عنوان ایمن، اجتنابگر یا دوسوگرا توصیف

^۱ - Barland wachman

^۲ - winter bottom

^۳ - Parks

^۴ - Weis

کرده‌اند که در اصل، از الگوهای روابط والد_کودک در خانواده‌هایشان متفاوت است (کسیدی، جونز و شاور^۱، ۲۰۱۳).

امروزه برای مفهوم سازی تفاوت های فردی در دلبستگی بزرگسالان، به جای تیپ شناسی، دو بعد پیوستاری، به عنوان زیربنای پراکندگی در سبک دلبستگی بزرگسالان معرفی شده است. فرض بر آن است که اندازه های چند بعدی، دقیق تر و رواتر از اندازه های طبقه ای است (نیلفروشان و همکاران، ۱۳۸۹). به طور کلی، مطالعات پیشین (بارثولومئو و هاروویتز^۲، ۱۹۹۱)، سعی کرده اند سبکهای دلبستگی را به دو بعد کاهش دهند. یک بعد آن اجتناب است و حالتی دو قطبی دارد که یک سمت آن تمایل و سمت دیگر دوری گزینی است. بعد دیگر دلبستگی اضطراب است که مانند بعد اجتناب، دو قطبی است و یک قطب آن راحتی و قطب دیگر آن تنیدگی و نگرانی است (بارثولومئو و هاروویتز، ۱۹۹۱). طرح چند بعدی که در سال ۱۹۹۱ توسط بارثولومئو ارائه شد، دو بعد اصلی را معرفی می کند اضطراب دلبستگی (با مدل خود) و اجتناب دلبستگی (یا مدل همسر) که چهار سبک دلبستگی بزرگسالی را تعیین می کند (فریلی و شیور^۳، ۲۰۰۰؛ شی^۴، ۲۰۰۳؛ میکالینسر و شیور^۵، ۲۰۰۳، بن اری و هیرشبری^۶، ۲۰۰۹؛ نوفل و شیور^۷، ۲۰۰۷). عامل اول؛ یعنی اضطراب دلبستگی در مورد طرد، ترک شدن و دوست داشتنی نبودن مربوط است و عبارت است از گرایش و نیاز شدید به نزدیک بودن، مورد پذیرش واقع شدن، حمایت شدن و مطمئن شدن از جانب نمادهای دلبستگی و نشان می دهد فرد تا چه حد از این که همسرش در مواقع مورد نیاز در دسترس نباشد، نگران است (سیبلی و اوورال^۸، ۲۰۰۸؛ وینگارد - دو میچ^۹ و همکاران، ۲۰۰۷). عامل دوم به اجتناب از صمیمیت و وابستگی مربوط می شود و نشان دهنده گرایش به ناراحتی از نزدیک بودن، خودافشایی احساسات و بیان آسیب پذیری و وابستگی در روابط است (سیبلی و اوورال، ۲۰۰۸). اجتناب دلبستگی نشان می دهد که فرد تا چه در رابطه با همسرش ناراحت است و می خواهد اقتدار خود را حفظ کرده و از لحاظ هیجانی از همسرش فاصله بگیرد (وینگارد - دو میچ و همکاران، ۲۰۰۷).

¹ Cassidy J, Jones JD, Shaver PR

² Bartholomew, K, and Horowitz, L. K

³ Fraley, R. C., and Shaver, P. R

⁴ Shi, L

⁵ Mikulincer, M., Dolev, T., and Shaver, P. R.

⁶ Ben-Ari, Hishberg, I

⁷ Nofle, E. E., and Shaver, P. R

⁸ Sibley, C. G., and Overall, N. C

⁹ Wijngaards-de Meij, L

۲-۲-۴- ویژگی های طبقات دلبستگی بزرگسالی

دلبستگی بزرگسالان نیز مشابه چهار طبقه دلبستگی در دوران کودکی هستند:

الف) بزرگسالان ایمن

این گروه قادرند درباره کیفیت و اثرات دلبستگی خود و مثبت و منفی بودن این ارتباط بطور منطقی بحث کنند. آن‌ها اهمیت رابطه دلبستگی را در دوران کودکی تایید می‌کنند. بزرگسالان ایمن تجسم مثبت و حمایت گر از چهره دلبستگی دارند، این تجسم مثبت، احساس خود ارزشمندی و تسلط را در این افراد افزایش داده و خود را قادر می‌سازد که عواطف منفی خود را به شیوه ای سازنده تعدیل کند (کسیدی و همکاران، ۲۰۱۳). میکولینسر^۱، ۱۹۹۰، معتقد است که از ویژگی‌های دیگر افراد ایمن آن است که کمتر از خطرات می‌ترسند زیرا در موقعیت خطرناک خود را تنها احساس نمی‌کنند. تمایل به برقراری ارتباط صمیمانه و مثبت با دیگران دارند، از اعتماد به نفس بالاتری نسبت به بزرگسالان ناایمن برخوردارند، نسبت به دنیا و دیگران نگرش مثبت داشته و به آن اعتماد دارند (ترن، کروکتی، کمپف^۲ و همکاران، ۲۰۱۹).

ب) بزرگسالان ناایمن

که به سه زیر گروه تقسیم می‌شوند:

۱) **بزرگسالان اجتنابی**؛ این گروه همان ویژگی‌های کودکان اجتنابی را دارند. از ایجاد روابط صمیمانه با دیگران اجتناب کرده و در مقیاس‌هایی که روابط عاشقانه و رمانتیک را بررسی می‌کنند، نمرات پایین‌تری بدست می‌آورند (فرلی^۳، ۲۰۱۹). در مصاحبه‌های دلبستگی بزرگسالان، با راهبردهایی مانند تاکید بر خود پیروی و اتکا به خود اهمیت رابطه با چهره دلبستگی را انکار می‌کنند و سعی در حفظ فاصله از چهره دلبستگی، ممانعت از بروز هیجانات منفی و نوعی اتکا به خود و سواسی دارند (گازیلو، دازی، لیوکا^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). اجتناب دلبستگی نشان می‌دهد که فرد تا چه در رابطه با همسرش ناراحت است و می‌خواهد اقتدار خود را حفظ کرده و از لحاظ هیجانی از همسرش فاصله بگیرد (وینگارد - دو میج و همکاران، ۲۰۰۷). همسران دارای سبک دلبستگی اجتنابی تمایل دارند که از صمیمیت و فراز و فرودهای هیجانی بیمناک باشند، اعتماد کردن به دیگران را مشکل می‌یابند و از زیادی نزدیک شدن به دیگران نگرانند (هازان و شیور، ۱۹۸۷).

¹ - Micolinsier

² Turan B, Crockett KB, Kempf MC

³ Fraley RC

⁴ Gazzillo F, Dazzi N, De Luca E

۲) **بزرگسالان دوسوگرا:** این گروه ویژگی‌های شبیه کودکان مقاوم یا دوسوگرا دارند، آن‌ها در روابط عاطفی خود با دیگران انحصار گرا و وابسته بوده (فینی و نولر، ۱۹۹۶)، دائماً نگران طرد و رها شدن از سوی دیگران هستند و با وابستگی شدید به دیگری سعی در کاهش اضطراب جدایی خود دارند. آن‌ها نسبت به عواطف منفی خود در ارتباط با تجارب دلبستگی دوران کودکی هشیارند و در نتیجه از اضطراب و احساس درماندگی خود نیز آگاه هستند (کاو، رهو و لیکیز^۱، ۲۰۲۰). گرایش و نیاز شدید به نزدیک بودن، مورد پذیرش واقع شدن، حمایت شدن و مطمئن شدن از جانب نمادهای دلبستگی و نشان می‌دهد فرد تا چه حد از این که همسرش در مواقع مورد نیاز در دسترس نباشد، نگران است (سیبلی و اوورال^۲، ۲۰۰۸؛ وینگارد - دو میج^۳ و همکاران، ۲۰۰۷). همسران با سبک اضطرابی / دوسوگرا عشق را به صورت یک وسواس تعریف می‌کنند و گرایش دارند تا روابط رمانتیکی را تجربه کنند که به وسیله فراز و فرودهای هیجانی، حسادت بیش از حد و تمایل قوی برای پیوند هیجانی مشخص می‌گردد (هازان و شیور، ۱۹۸۷). همسران اضطرابی / دوسوگرا خواهان صمیمیت هستند و بیش از هر چیز دیگری از طرد می‌ترسند (پیتر ماناکو و بارت^۴، ۲۰۰۰).

۳) **بزرگسالان سازمان نیافته:** این افراد ویژگی‌های شبیه به کودکان دلبسته سازمان نیافته دارند. این دسته از بزرگسالان درباره رویداد فقدان و حوادث دردناک اولیه، ترسان و غیر معقول هستند. مانند داشتن احساس گناه از مرگ والدین (کوپر، توتین هاگان، مکدانیل و کوران^۵، ۲۰۱۸).

۲-۵- **دلبستگی نایمن به همسر و واکنش‌های هیجانی (اضطراب، استرس و افسردگی)**
جهت گیری دلبستگی افراد از عوامل مهم تاثیر گذار بر روابط عاشقانه و رضایت مندی از آن محسوب می‌شود (گیورتز، وسز بدلو، سگرین و ناتسن^۶، ۲۰۱۳؛ بک پیتر و موناکو، دبوس، پاورز و سایر، ۲۰۱۳). طبق تحقیقات، افرادی که سبک دلبستگی ایمن دارند، سبک زندگی سالم تر و احترام به خود بالاتری دارند و در روابط خود وابستگی متقابل، تعهد، اعتماد و رضایتمندی بیشتری را تجربه می‌کنند (هانتسینگرو لوکن^۷، ۲۰۰۴) و همچنین راهکارهای حل تعارض مؤثرتر و سازنده تری دارند

¹ Cao H, Zhou N, Leerkes EM

² Sibley, C. G., and Overall, N. C

³ Wijngaards-de Meij, L

⁴ Pieteromono & Barrett

⁵ Cooper AN, Totenhagen CJ, McDaniel BT, Curran MA

⁶ Givertz, M., Woszidlo, A., Segrin, C., & Knutson, K

⁷ Huntsinger, E. T., & Luecken, L. J

(مرچاند^۱، ۲۰۰۴). در مقابل، افرادی با سبک ناایمن مشکلات بیشتری را در روابط خود تجربه می کنند (دوگان^۲، ۲۰۱۰) و راهکارهای مقابله ای با انعطاف کمتر دارند (مرچاند، ۲۰۰۴).

زوجین با سبک دلبستگی ناایمن به احتمال بیشتری از مشکلات اجتناب می کنند و همچنین به احتمال بیشتری در رابطه خود با خشونت مواجه می شوند (لوکن^۳، ۲۰۰۲)، همان طور که قبلاً ذکر شد، افرادی که دارای سبک دلبستگی ناایمن اضطرابی هستند، گوش به زنگی شدیدی نسبت به نشانه های بالقوه جدایی با طرد شدن از سوی نگاره دلبستگی دارند و این از اجزای شکل گیری نگرانی در این افراد است. این افراد به علت ترسی که از طرد شدن دارند، شدیداً عوامل تهدید را کشف می کنند که این منجر به تجربه بالاتر ترس و اضطراب در آنان می شود. نگرانی در این افراد با کاهش تمرکز، بی خوابی، کاهش توجه ضعف حافظه، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی همراه است (آلیسون^۴، ۲۰۰۳). افرادی که دارای اضطراب دلبستگی بالایی هستند، به دو شیوه با موضوع دریافت حمایت در روابط بین فردی مواجه می شوند. افرادی که اضطراب بالا و اجتناب پایین دارند به دنبال حمایت می روند، ولی به اندازه افراد ایمن از کسب این حمایت راضی و خشنود نمی شوند، تقاضای حمایت عاطفی بیش از حد این افراد از نگاره دلبستگی در زمان استرس ممکن است موجب خستگی این افراد و نهایتاً طرد آنان و عدم رفع نیازهای بیش از حد آنان شود بنابراین طرد احتمالاً در این افراد به علت سبک چسبنده ای که دارند اتفاق می افتد. از سوی دیگر افرادی که دارای اضطراب دلبستگی بالا و نیز اجتناب بالا هستند، به علت ترس از طردی که دارند و به طور ذهنی درک می کنند، حاضر به دریافت حمایت از سوی دیگران و اشخاص مهم زندگی خود مانند همسر نیستند (جانسون و ویفن^۵، ۲۰۰۳). در پژوهشی که سیدال و وامپلر^۶ (۲۰۱۶) روی زنان متأهل انجام دادند، رابطه مثبت اضطراب دلبستگی بالا با پریشانی روانی و احساسات منفی نسبت به همسر مشخص شد.

۳-۲- واکنش های هیجانی

۳-۱-۳- اضطراب

۳-۱-۳-۲- تعریف و مفهوم اضطراب

تقریباً همه افراد آدمی احساس تنش، ناراحتی و یا انتظار وقوع رویدادهای ناگوار را تجربه کرده اند. اضطراب نقش مهمی در بررسی روانشناسی افراد نابهنجار ایفا می کند. اضطراب از نظر شدت و مدت با

¹ Marchand, J. F

² Dogan

³ Lueken, M. A

⁴ Allison

⁵ Johnson, S. M., & Whiffen, V. E

⁶ Seedall, R. B., & Wampler, K. S

اضطراب هایی که فرد مبتلا به اختلال اضطرابی از آن رنج می برد، نه قابل مقایسه است و نه به آن اندازه توانکاه. اضطراب هشدار برای تهدید برونی یا درونی است و کیفیت نجات دهنده زندگی را دارد. در سطحی پایین تر، اضطراب هشدار برای آسیب بدنی، درد، درماندگی تنبیه احتمالی و ناکام ماندن نیازهای اجتماعی و جسمی، جدائی از افراد محبوب، تهدیدی برای مقام و موقعیت و بالاخره تهدید یکپارچگی و تامین شخص است (دیویسون، نیل و کرینگ، ۱۳۹۷).

با وجود آن که درباره معنا و منابع اضطراب بررسی های نظری فراوانی از نظر فلسفی و دینی وجود داشته است، اما اغلب این افتخار نصیب فروید می گردد، زیرا تصور می کنند که او نخستین کسی است که این پدیده را مورد بررسی قرار داده است. اضطراب در معنی لغوی یعنی پریشان شدن، جنبدن، لرزیدن، آشفتگی، بی تابی، بی آرامی. اضطراب یا احساس منتظر، بسیار ناخوشایند، مبهم دلوپسی است که اغلب با علایم دستگاه اتونوم همراه می گردد: مثل تنگی تنفس، تعریق و غیره (سادوک و سادوک، ۱۳۹۳).

اضطراب در سطح بالینی اختلال های اضطرابی را شامل می شود که اختلال هایی است که در آنها یا اضطراب نشانه اصلی اختلال است یا اضطراب وقتی تجربه می شود که شخص نتواند از موقعیتهای ترس آور معینی دوری کند یا آن که شخص سعی می کند در برابر میل به انجام دادن شعائر معین به اندیشه های سمج مقاومت کند (نولن-هوکیما، ۱۳۹۷).

مشکلات اصلی مبتلایان به اختلال های اضطرابی، احساس اضطراب یا عصبی بودن است که به نظر می رسد توجیه منطقی ندارد. فرد می تواند تفکر و استدلال یکپارچه و منسجمی داشته باشد و معمولاً نخستین کسی است که متوجه بی معنا بودن ترس خود می شود (سپینگتون، ۱۳۹۸).

۲-۱-۳-۲- تاریخچه اضطراب

اضطراب جز هیجان هایی است که بیش از همه مورد مطالعه قرار گرفته است و نظریه های بسیاری در مورد آن مطرح شده است. در این میان نظریه هایی که بر پایه موارد بالینی مطرح شده اند جایگاه خاصی دارند. برخی اضطراب را یک هیجان شامل درماندگی می دانند که برای آن منبع مشخصی وجود ندارد (خداناهی، ۱۳۹۹).

تقریباً یک قرن پیش، زیگموند فروید اصطلاح نورز اضطراب را ابداع کرد که به اعتقاد او از لیدو مهار شده ناشی می شود. به عبارت دیگر، افزایش فیزیولوژیک در تنش جنسی برابر در لیدو، معرف ذهنی آن رویداد فیزیولوژیک، منجر می شود. اختلالات اضطراب شدید مربوط به سد شدن لیدو مشتمل است بر نورزهای نورآستنی، خودبیمار انگاری و اضطراب که همه آنها از دیدگاه فروید واجد اساس

زیست شناختی بودند (سادوک و سادوک، ۱۳۹۳). فروید اضطراب را دارای اهمیت فراوانی شمرد. وی بین اضطراب عینی و اضطراب روان رنجور تمایز قائل شد، به این ترتیب که اولی را پاسخ واقع بینانه در برابر خطر برونی و همسان با ترس و دومی را اضطرابی که ریشه در یک تعارض ناهشیار درون دارد محسوب کرد. در اضطراب روان رنجور چون تعارض خود یک امر ناهشیار است بنابراین آدمی سبب اضطرابش نمی داند (نولن-هوکیما، ۱۳۹۷).

این نظریه فروید به طور گسترده ای مورد پذیرش قرار گرفت و مبنای طبقه بندی روان آزردها در طبقه بندی تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM-II) تشکیل داد. ولی در طول سالیان دراز، بسیاری از آسیب شناسان روانی کارایی مفهوم روان رنجوری را زیر سوال برده اند چرا که این مفهوم آن قدر گسترده شد که استفاده از آن به عنوان یک مقوله تشخیصی بی معنی است. گذشته از این، داده ها این پیش فرض را که تمام بیمارانی که بر حسب نوروپتیک خورده اند، مشکلات یا مجموعه نشانه های مشترکی دارند، حمایت نمی کنند (دیویسون، نیل و کرینگ، ۱۳۹۷).

در دهه های اخیر، نظریه پردازان مختلف و بخصوص نظریه پردازان رفتاری نگر، به مخالفت با این دیدگاه پرداخته اند. انتقاد اصلی آنها متوجه این نکته است که روان آزردها به گستره ای وسیع تر از آنچه در وضع کنونی، تحت عنوان اختلال های اضطرابی، مشخص می شود پوشش می دهد.

۲-۳-۱-۳- نظریه های مرتبط با اضطراب

اغلب نظریه های بدست آمده اضطراب که در مورد انسان مطرح شده بر پایه مطالعات حیوانی، از تجرب آزمایشگاهی به ویژه آنهایی که بر پایه نوروفیزیولوژیکی است، بدست آمده است (دیویسون، نیل و کرینگ، ۱۳۹۷).

نظریه زیست شناختی اضطراب

نظریه های زیست شناختی در مورد اضطراب از مطالعات پیش بالینی روی مدل های حیوانی اضطراب، مطالعه روی بیمارانی که در آنها وجود عوامل زیست شناختی حتمی بود، معلومات فزاینده در مورد علوم اعصاب پایه، و اثر داروهای روان درمان بخش حاصل شده اند. یک قطب این تفکرات این فرض را مسلم می شمارد که تغییرات زیست شناختی قابل سنجش در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی حاصل تعارض های روان شناختی پدید می آیند؛ هر دو موقعیت ممکن است در افراد خاص وجود داشته باشد، و طیفی از حساسیت های زیست شناختی ممکن است بین افرادی که علائم اختلالات اضطرابی دارند موجود باشند (سادوک و سادوک، ۱۳۹۳). به طور کلی نظریه های فیزیولوژیک و نوروفیزیولوژیک در زمینه اضطراب بیشتر به این موضوع پرداخته اند که چه بخشهایی از دستگاه اعصاب مرکزی در هیجان ها

و خصوصاً در ترس و اضطراب و وحشتزدگی در گیرند. نظریه فیزیولوژیک گری (۱۹۸۲-۱۹۸۷) بیشترین سهم را در توضیح اضطراب دارد. گری برخلاف پانکسیب، ۱۹۸۱، که نظام جنگ و گریز را مطرح می کند، نظام بازداری رفتار را به عنوان پایه اضطراب در نظر می گیرد. نظام بازداری رفتار، رفتاری را سرکوب می کند که بین شناخت و هیجان نقش میانجی دارد. وی همچنین روی فرانکنیهای این منطقه به قطعه پیشانی و ترشح منوآمینر ژیکهای مرکز رسان از ساقه مغز متمرکز می شود. نظریه گری به تحقیقاتی که در زمینه داروهای ضد اضطراب انجام داده است، وابسته است (خداپناهی، ۱۳۹۹).

نظریه روان تحلیل گری اضطراب

نظریه روان تحلیل گری با کارهای فروید شروع می شود و از زمان او تا به حال تحول بسیاری نداشته است. با این حال نظریه وی مخصوصاً در موقعیتهای بالینی و کاربردی هنوز مفید به نظر می رسد. فروید دو نظریه در مورد اضطراب مطرح کرده است. در هر دو نظریه اضطراب را یک پدیده روزمره راهی برای توضیح روان آزرده گی قلمداد می کنند. اضطراب روزانه، اضطراب واقعی است که از موضع های عینی سرچشمه می گیرد. این نوع اضطراب همان ترس است، اضطراب روان آزرده وار ممکن است به شکل اضطراب شناور، هراس یا حملات وحشتزدگی بروز یابد. فروید در نخستین نظریه خویش اضطراب را به عنوان لیدوی تغییر شکل یافته در نظر گرفت، تغییر شکل که از طریق سرکوبی حاصل می شود. بنابراین اگر فرد با سرکوبی از ارضای برخی غرایز منع می شود، این سرکوبی اضطراب را در پی خواهد داشت. در دومین نظریه، فروید رابطه اضطراب سرکوبی را معکوس می کند و تجربه اضطراب را به عنوان علت سرکوبی مطرح می کند. در این نظریه یا ناشی از یک خطر بالقوه است یا ناشی از برداشتی است که من با در نظر گرفتن واقعیت به آن می رسد. تهدید نامطلوبی که من استنباط می کند به اضطرابی منجر می شود که سرکوبی را در پی خواهد داشت و در واقع سرکوبی راهی برای کاهش اضطراب مقابله با خطر است (خداپناهی، ۱۳۹۹).

وقایعی که فروید آنها را در به وجود آوردن اضطراب نخستین مهم تلقی می کند عبارت اند از: ضربه به هنگام تولد، فقدان یا ترک احتمالی مادر، تکانه ها یا تهدیدهای غیر قابل مهار و اضطراب اختگی همه موارد مذکور ممکن است نظام روانی فرد را بر هم بزند و نهایتاً فرد درمانده و منفعل شود و در پی آن به طور خودکار اضطراب را تجربه کند. بنابراین در مفهوم سازی فروید، اضطراب هم ارثی است و هم هنگام تولد آموخته می شود. دیگر انواع اضطراب مثل ترس تنها در منبع اضطراب با اضطراب نخستین فرق دارند. در بافت روان تحلیل گری اضطراب جنبه معناداری است که ممکن است با محیط تهدیدآمیز دستکاری شود و برای تحول رفتارهای روان آزرده وار ضروری است. روان تحلیل گران دیگر مانند سالیوان (۱۹۵۳) به جای جدایی نخستین بر محیط اجتماعی تاکید می کنند، اما از جهات دیگر نظریه

سالیوان به نظریه فروید شباهت دارد. ولی اضطراب را یک پدیده اجتماعی بین فردی تلقی می کند تا یک پدیده درون روانی، بالبی در سال ۱۹۷۳ نیز در حوزه روان تحلیل گری به روابط و ارتباطات مادر و کودک تاکید می کند (خداپناهی، ۱۳۹۹). امروزه بسیاری از نورویولوژیست ها به اثبات بسیاری از عقاید و نظریه های فروید ادامه می دهند. یک نمونه نقش آمیگدال است که بدون هیچ گونه مراجعه به حافظه خود آگاه به بروز پاسخ ترس کمک می کند و مفهوم فروید را در مورد سیستم حافظه ناخود آگاه برای پاسخ های اضطرابی مورد تاکید قرار می هد (هالجین و ویتبورن، ۱۴۰۰).

نظریه یادگیری و رفتاری نگر

طبق نظریه های رفتاری، اضطراب یک واکنش شرطی در مقابل محرک خاص است. در یک مدل شرطی سازی کلاسیک، مثلاً کسی که هیچ نوع حساسیت غذایی ندارد، پیش از خوردن حلزون صدفدار در یک رستوران دچار ناراحتی شدید می گردد. مواجه شدن بعدی با حلزون ممکن سبب شود که شخص احساس ناراحتی کند. امکان دارد که چنین فردی از طریق تعمیم نسبت به هر غذایی که خودش آماده نکرده باشد حساسیت و سوء ظن پیدا کند. یک احتمال دیگر در سبب شناسی این است که شخص با تقلید واکنش های اضطرابی والدین خود، ممکن است واکنش درونی اضطراب را یاد بگیرد (سادوک و سادوک، ۱۳۹۳).

نظریه های اضطرابی که در زیر بنای این حوزه قرار می گیرند ریشه در کارهای واتسون و پاولف دارند. فعالیت اصلی آنان تلاش برای توضیح تنبیه بود. به طور ساده، بحث این است که ارگانیسم از طریق بعضی مکانیزم های واسطه ای می آموزد که از محرک های مضر اجتناب کند. این محرک میانجی معمولاً ترس یا اضطراب نامیده می شود. در این نوع نظریه هاف تنها زمانی تهدید، فزون تحریکی یا افزایش کشاننده نخستین به اضطراب منجر می شود که این موارد مولفه های خودمختار داشته باشند. از این دیدگاه ترس یا اضطراب به عنوان یک کشاننده ثانویه موجب رفتار جدیدی برای کاهش آن می شود. افزون بر این پاسخ هیجانی شرطی با رفتار های موجود فرد تداخل می کند. در این جا شباهتی بین این نظریه با روان تحلیل گری وجود دارد مبنی بر اینکه اضطراب با دیگر رفتارها سازش نایافته است. نظریه های ماور در سال ۱۹۵۳ و دولار و میلر در سال ۱۹۵۰ باعث تحول در این دیدگاه شد. آنان پیشنهاد کردند که کاهش کشاننده بعد از پاسخ رخ می دهد، پاسخ را تقویت و احتمال وقوع آن را در آینده افزایش می دهد. در این میان همان گونه که توصیف شد، ترس یک کشاننده ثانویه است. از دیدگاه ماور اضطراب نوعی ترس است که منبع آن مبهم و یا سرکوب شده است. اضطراب از طریق تعارض روان آزرده وار حاصل می شود. این اضطراب منبعی مبهم و یا ناهشیار دارد. در این جا نیز تعارض های روان

آزرده وار در دوران کودکی به وقوع می پیوندند. به طور خلاصه از این دیدگاه، اضطراب آموخته شده رفتارهای سازش نیافته را بر می انگیزد (هالچین و ویتبورن، ۱۴۰۰).

نظریه پدیدار شناختی و وجودی

نظریه اضطراب در این حوزه ریشه در ۱۵۰ سال قبل در نظریه کریکگارد، ۱۸۴۴، دارد و اضطراب به عنوان یک رویداد طبیعی زندگی در نظر گرفته می شود. با این نگرش که تحول وابسته به آزادی و شناختی است که افراد از امکانات خود دارند، لذا انتخاب اضطراب گریزناپذیر است. کریکگارد نیز بین ترس و اضطراب تمایز قایل می شود. ترس به یک موضوع خاص بر می گردد در حالی که اضطراب از هر موضوعی مستقل است و در عوض در موقعیتهایی که با ضرورت انتخاب مواجه ایم فرد ترسو از موضوع ترس می گریزد در حالی که فرد مضطرب در تعارض و بی اطمینانی قرار دارد (خدا پناهی، ۱۳۹۹).

نظریه های وجودی اضطراب مدل هائی برای اختلال اضطراب منتشر به وجود آورده است که در آن ها محرک قابل شناسایی خاصی برای احساس اضطراب مزمن وجود ندارد. مفهوم مرکزی نظریه وجودی این است که شخص از «پوچی» عمیق در زندگی خود آگاه می گردد، که ممکن است حتی از پذیرش مرگ غیر قابل اجتناب خود نیز برای او دردناکتر باشد. اضطراب واکنش شخص به این پوچی وسیع وجود و معنا است. گفته شده است که پس از کشف سلاح های هسته ای و بیوترورسیم نگرانی های وجودی افزایش یافته است (سادوک و سادوک، ۱۳۹۳).

فیشر، ۱۹۷۰، برای فهم بیشتر اضطراب نظریه پدیدارشناختی ارائه داد. وی تلاش کرد همه نظریه های قبلی را با هم ترکیب کند، ولی در نهایت نتوانست به یک نظریه منسجم دست یابد. وی هر آنچه را که مربوط به تجربه اضطراب بود گرد هم آورد که در بر گیرنده پنج مولفه است:

- ۱ هویتی مانند یک نیروی محرکه در فرد وجود دارد که وی را در مسیر زندگی هدایت می کند. هر مانعی که این نیرو را تهدید کند در فرد اضطراب به وجود می آورد.
- ۲ جهان شبکه ای از روابط و مبادلات است، بنابراین هر آنچه این روابط را تهدید کند موجب اضطراب خواهد شد.
- ۳ انگیزه ای وجود دارد که در آن هویت و دنیای فرد جاودانه می شود.
- ۴ فعالیتی برای دستیابی وقایع زندگی و جلوه های هستی آن وجود دارد.
- ۵ نهایتاً ارزیابی از شایستگی موجود صورت می گیرد. برای فیشر، اضطراب هم شامل تجربه آن در فرد و هم شامل تجربه آن در دیگری است (خداپناهی، ۱۳۹۹).

۲-۳-۱-۴- طبقه بندی اضطراب

اضطراب طبیعی، اضطرابی است که در واقع همه انسانها تجربه می کنند. اضطراب یک احساس منتشر، بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم دلواپسی است که اغلب با علایم دستگاه اتونوم همراه می گردد. مثل تنگی قفسه سینه، طپش قلب، تعریق، سردرد، ناراحتی مختصر معده و بی قراری که با عدم توانایی برای نشستن یا ایستادن مشخص می شود. مجموع علایمی که هنگام اضطراب وجود دارد، بین افراد متفاوت است (سادوک و سادوک، ۱۳۹۳). در مقابل اضطراب طبیعی، اضطراب مزمن قرار دارد. اضطراب مزمن به صورت یک ناراحتی کم و بیش دائم در سطح روانی، جسمانی و یا ارتباطی آشکار می شود. از دیدگاه اطرافیان، اضطراب مزمن به صورت رفتارهای امتناعی و بلهوسیهای کم اهمیتی جلوه گر می شود که مدتها معنای آن را بدرستی درک نمی کنند. اضطراب مزمن می تواند به شکل ظاهری احتراز از دیگران یا بی توجهی نمایان شود، واکنش هایی که برای اطرافیان به منزله علایم هشدار دهنده به حساب آیند. گریز از انزوای یکی از رگه های متمایز کننده اضطراب از افسردگی است (دادستان، ۱۳۹۹).

یک تقسیم بندی دیگر اضطراب مزمن و حاد است. اضطراب حاد؛ این اضطراب چندین بار در روز یا گاه و بیگاه بروز می کنند، مدت آنها محدود و آغاز و پایانشان ناگهانی است. کودکان نیز مانند بزرگسالان می توانند به بحرانهای اضطرابی حاد دچار شوند. در اکثر مواقع، این واکنشها در برابر رویدادی ناگهانی یا موقعیتی خاص (مانند مرگ یکی از نزدیکان، مشکلات تحصیلی و یا شغلی) و در زمینه اضطرابی مزمن بروز می کنند (دادستان، ۱۳۹۹).

در تقسیم بندی دیگر اضطراب حالت و صفت قرار دارد. در ادبیات علم روانشناسی تاکنون تلاش های فراوانی به عمل آمده است تا مفهوم اصطلاحات حالت و صفت روشن شود. درباره تمایز بین حالت و صفت در روانشناسی شخصیت الپورت^۱ ۱۹۳۶ بسیار بحث شده است. به نظر می رسد رفتارهایی که افراد به طور متناوب از خود بروز می دهند (صفات) با رفتارهایی که افراد در زمان های خاص از خود بروز می دهند (حالات) تفاوت دارد (پاشاشریفی، ۱۳۹۸). آلن^۲، ۱۹۹۰، اشاره می کند: اضطراب هم مثل افسردگی می تواند به شکل حالت یا خلق و یا به عنوان یک صفت در نظر گرفته شود. رفتارهایی که در بعضی مواقع از افراد سر می زند، تحت تاثیر شرایط محیطی، فیزیولوژیکی و جامعه هستند، معمولاً این رفتارها بی دوام هستند و منجر به حالات موقتی در فرد می شوند. در صورتی که صفات تمایلات درونی است که منجر به رفتارهای نسبتاً همیشگی می شود. به طور کلی اگر افراد عکس العمل حاکی از اضطراب را به فراوانی از خود نشان دهند و به طور همسان از یک موقعیت به موقعیت دیگر مضطرب باشند، برای مثال

^۱- Alport

^۲-Allen

در محل کار در کلاس درس و در مهمانی مضطرب باشند، فرض می شود که این افراد دارای صفت اضطرابی هستند و در مقابل افرادی که اضطراب را به فراوانی از خود نشان نمی دهند و عکس العمل حاکی از اضطراب آنها به خاطر علتی است که توسط یک موقعیت خاص ایجاد شده است. (برای مثال فرد سر کلاس درس مضطرب است اما در موقعیت مهمانی مضطرب نیست)، این افراد خلق و حالت اضطراب دارند (پاشاشریفی، ۱۳۹۸).

اسپیلبرگر (۱۹۷۲ و ۱۹۶۶) نیز بین دو ساختار اضطراب تمایز قائل شد و دو موضوع (حالت اضطراب)^۱ و (صفت اضطراب)^۲ را مطرح ساخت. حالت اضطراب را این گونه تعریف می کنند: حالت اضطراب، حالت هیجانی و زودگذری است که از لحاظ شدت متفاوت است، بیشتر اوقات نوسان دارد، به وسیله احساس تنش، بیم و فعالیت افزایش یافته‌ی سیستم عصبی خود مختار، توصیف می شود (مارنات، ۱۳۹۲). صفت اضطراب به تفاوت‌های فردی نسبتاً پایدار و آمادگی فرد برای مضطرب شدن اشاره دارد. بدین معنی است که آمادگی برای پاسخ به موقعیتهای تهدید کننده در افراد متفاوت است. به نظر اسپیلبرگر دو طبقه بندی مهم از محرک‌های تنش را وجود دارد که برای افراد، معنای مختلفی دارد. یک دسته موقعیت‌هایی که حالت مستقیم دارد و شامل تهدید‌هایی برای عزت نفس فرد است. دیگر، آن موقعیت‌هایی که به وسیله تهدید یا خطر فیزیکی توصیف می شود. طبق نظر اسپیلبرگر، ترس از شکست، خصیصه اصلی افراد با اضطراب صفت بالاست. بنابراین افراد با اضطراب صفت بالا در مقایسه با دیگران با احتمال بیشتری موقعیت تنش را به عنوان شکست یا تهدید برای عزت نفس درک می کنند (مارنات، ۱۳۹۸).

۳-۱-۵- آثار و عوارض اضطراب

اضطراب بر سه سطح جسمی، رفتاری و ارتباطی تاثیر می گذارد.

الف) اضطراب و سطح جسمی

بررسی شاخص‌های فیزیولوژیکی اختلالات اضطرابی نشان می دهد که افراد مضطرب در ضربان قلب، فشار خون و تنفس دچار تغییر می شوند. یعنی هنگامی که فرد مضطرب است ضربان قلب و فشار خون افزایش یافته و بحران‌های تنفسی روی می دهد. تنگ شدن عروق موجب خشک شدن دهان و پریدن رنگ می گردد. انقباض‌های مری، احساس وجود گلوله در گلو، ایجاد می کند و گاهی بروز اختلال در مکانیزم‌های بلع به استفراغ منجر می شود و حتی اضطراب می تواند باعث تکرار ادرار فرد شود. اختلال‌های جسمانی می توانند به منزله نقابی برای پنهان کردن حالات اضطرابی محسوب شوند. اضطراب همچنین می تواند باعث اختلالات خواب و روان-بی‌اشتهایی شود و حشتردگی شبانگاهی نیز

^۱- Anxiety state

^۲- Anxiety trait

نشان دهنده جنبه خاصی از اضطراب است که در خلال آن، یک بحران وحشتزدگی واقعی به وقوع می پیوندد. بروز مکرر این اختلال معمولاً نشانه یک اضطراب گسترده است. بیدار شدن نابهنگام صبحگاهی نیز از نشانه های اضطراب در فرد است و مساله در آمیختگی افسردگی و اضطراب را مطرح می کند. همچنین در مواقعی که تبدیل های هیستریکی با نشانه های بازداری عقلی توأم هستند، مجاورت اضطراب و هیستری و همچنین وجود مرزهای مشترک بین آنها می تواند در نظر گرفته شود. چنین شکایاتی همواره نشان دهنده وجود یک اضطراب مزمن در فرد است و تحت تاثیر اطافیان شکل می گیرد و به رغم معاینه های پزشکی اطمینان بخش ترس از ابتلا به بیماری یا تصور بیمار بودن همچنان پابرجا می ماند، حتی ممکن است که احساس درمان ناپذیری و یا احساس یک خطر حیاتی قریب الوقوع در فرد به وجود می آید (دادستان، ۱۳۹۹).

ب) اضطراب در سطح رفتار

خشم به عنوان یک شیوه بیان اضطراب بسیار فراوان است و در اکثر مواقع، وجود یک اضطراب شدید، فرد نه تنها دچار ناپایداری هیجانی شدید می گردد بلکه در برابر جزئی ترین سرزنشها یا تذکرها، حساسیت نشان داده و به صورت مکرر دچار خشم می شود. هنگام بروز بحرانه های اضطرابی فرد ممکن است به تخریب گری پردازد، از مهار کردن خود ناتوان باشد و اطرافیان را مجبور کند تا نقش مهار کننده را ایفا کنند. بحرانه های اضطرابی باعث درماندگی شدید در فرد می شود و این نکته را برجسته می سازد که اضطرابی عمق وجود فرد را فرا گرفته است (دیویسون، نیل و کرینگ، ۱۳۹۷).

گرچه در مجموعه های تشخیصی اخیر، اختلال های اضطرابی و فزون کنشی همراه با نارسایی توجه یا بدون آن، دقیقاً از یکدیگر متمایز شده اند اما در برخی افراد نشانه های این دو گروه از اختلال ها به صورت همزمان مشاهده می شوند. فزون کنشی و ناتوانی در تمرکز بر یک کار، همراه با گریز نسبی افکار در پاره ای از موقعیت ها، نشانه هایی هستند که روان شناس را در برابر یک جدول بالینی منسجم و پراکنده قرار می دهند. در این مواقع، رفتار فرد مغشوش و نامنظم است و گذار از یک فعالیت به فعالیت دیگر دیده می شود. بدون آنکه هیچ یک از آنها رغبت وی را بر انگیزند یا انگیزه ای را در او ایجاد کنند. تعدد رفتارهای اجتنابی گویای از هم پاشیدگی رفتار فرد مضطرب است. در نهایت، اختلال های حرکتی متعددی ممکن است به درجات مختلف با اضطراب توأم باشند. در بین این تظاهرات حرکتی اضطراب، می توان ناتوانی مهار حرکتی را قرار داد که براساس بی نظمی حرکات، لرزش و جز آن مشاهده شدنی است. ناتوانی مهار حرکتی گاهی با خنده یا گریه توأم است، حالاتی که از دست دادن مهار خود را به هنگام اضطراب حاد نشان می دهد. در چهارچوب این حرکات توأم با اضطراب غالباً ناخن جویدن، کندن موی سر قرار دارد (دادستان، ۱۳۹۹).

ج) اضطراب در سطح ارتباطی

هنگامی که فرد با اضطراب دست به گریبان است، هر گونه رابطه دیگری مجموعه امکانات بیانی و ارتباطی فرد را دچار بازداری می کند. رفتارهای اجتنابی نیز از دیگر رفتارهایی است که فرد ممکن است از خود بروز دهد. این رفتارها شیوه هایی هستند که فرد برای اجتناب از موقعیتهایی که اضطراب شدیدی را در وی بر می انگیزد، به کار می برد. رفتار دیگری که فرد مضطرب ممکن است از خود بروز دهد، وابستگی است. توانایی تمرکز و قدرت حافظه بر اثر اضطراب دچار اختلال می شوند، اما رابطه آن با اضطراب قابل انکار نیست و بر اساس مشاهدات بالینی متعدد مورد تایید قرار گرفته است. در انواع اختلالات اضطرابی اگورافوبی ممکن است ناتوان کننده ترین نوع باشد، چون وجود آن به طور قابل ملاحظه ممکن است در توانایی شخص برای عملکرد اجتماعی یا موقعیت های شغلی خارج از خانه تداخل نماید (شاملو، ۱۳۹۷).

۲-۳-۱-۶- اضطراب و افسردگی

بین اضطراب و افسردگی رابطه وجود دارد، مارتین سلیگمن در سال ۱۹۷۴ میلادی گفت که وقتی انسان تحت فشار محیطی قرار می گیرد، مضطرب می شود؛ اگر نتواند آن را برطرف کند، احساس بیچارگی و ناتوانی می کند و همین امر منجر به احساس افسردگی می شود (شاملو، ۱۳۹۷). اضطراب، استرس و افسردگی از جمله رایج ترین مسائل روانی و عاطفی است که اغلب بر کنش های شناختی و عاطفی افراد اثر می گذارد. بعضی از محققان، میزان کنترل درونی و بیرونی را ملاک مناسبی برای تشخیص اختلالات هیجانی قرار داده اند. دورند و بالو^۱ (۱۹۹۷) این سه سازه را بر اساس میزان کنترل فرد بر پیرامونش تعریف می کنند. از نظر آن ها، فرد زمانی دچار استرس می شود که نتواند با یک موقعیت کنار آید. این احساس ناتوانی و ادامه ی تهدید، فرد را به سوی درماندگی و افسردگی سوق می دهد. در واقع، فرد احساس می کند که کنترلی بر محیط پیرامون خود ندارد و در معرض تهدید قرار گرفته است (خوشنویسان و افروز، ۱۳۹۰).

بیشترین معضلی که متخصصین بهداشت روان و روان یا حتی جوامع مختلف با آن درگیر هستند. شیوع بالای همبودی اختلال های اضطرابی و افسردگی است. به عبارت دیگر، به ندرت افرادی را در سیستم های مراقبتی اولیه و یا مراکز خدمات روان شناختی و روان پزشکی می توان یافت که فقط به یک اختلال در حوزه اختلال های اضطرابی و افسردگی مبتلا هستند. اگرچه این وضعیت همبودی اختلال-های مذکور، تاریخچه ی کهن و طولانی دارد، ولی در طول دو دهه اخیر به عنوان یک چالش اساسی پیش پای متولیان

^۱ Durand, V. M., & Barlow, D. H

بهداشت روان مطرح شده است و تلاش برای شناسایی دقیق این الگو و مداخلات روان شناختی مؤثر، کارا و مقرون به صرفه بیش از پیش نمایان شده است (احسان منش، ۱۳۹۰).

از دیرباز پژوهشگران به شباهت فنوتایپی افسردگی و اضطراب در سطح علایم و نشانه های مشترک میان دو اختلال علاقه مند بودند و درعین حالی که به تمایز این دو اختلال باور داشتند، معتقد بودند که این دو اختلال رابطه رشدی با یکدیگر دارند (بارلو^۱، ۱۹۹۱) و اضطراب پیشایند افسردگی است؛ اما به طور جدی، از دهه ۱۹۸۰ به بعد، پژوهشگران شروع به بررسی این دو اختلال به منظور شناسایی الگوی همبودی آنها کردند. از لحاظ پدیده شناسی، اضطراب و افسردگی ظاهراً به روشنی از یکدیگر قابل تمایز هستند. بر اضطراب، هیجان ترس مسلط است و احساسات نگرانی، دلهره و گاه وحشت نیز دیده می شود؛ در مقابل بر افسردگی، هیجان غم مسلط با احساسات اندوه، ناامیدی و دلنگی همراه است (واتسون و کندال^۲، ۱۹۸۹)؛ اما به رغم این تمایز ظاهری، از لحاظ تجربی تمایز است این سازه ها بسیار دشوار است.

۲-۳-۲- افسردگی

۲-۳-۲-۱- تعریف و مفهوم افسردگی

افسردگی^۳ عبارت از: ناراحتی ها و نابسامانیهای هیجانی و عاطفی که باعث می شوند فرد از درون ناراحت باشد و یا نتواند کارها و وظایف خود را خوب انجام دهد. ویژگی اصلی افسردگی که گاهی آن را افسردگی یک قطبی نیز می نامند، غم شدید، دوری جویی از دیگران، و احساس بی فایده گی و بی ارزشی است (گنجی، ۱۴۰۰).

همه انسان ها در مقطعی از زندگی خود احساس افسردگی می کنند و معمولاً می توانند علت این افسردگی را به رویدادهای مشخصی ربط دهند. در ایجاد افسردگی دو نوع رویداد اهمیت ویژه دارند: فقدان (از دست دادن) و شکست. تجربه هایی مثل از دست دادن شغل یا فوت بستگان نزدیک می توانند باعث آغاز دوره ای از غم، خمودگی، و تکرار دایمی بعضی افکار منفی شوند. همچنین، شکست ها، مثل رد شدن در امتحان یا عدم موفقیت در قانع کردن فرد مورد علاقه برای ازدواج نیز می توانند به نومییدی و ایجاد احساسات و افکار منفی (مثل بدبینی و خود - تردیدی)، منجر شوند. اکثر مردم می توانند این احساسهای منفی را در عرض چند روز یا چند هفته از بین ببرند و به زندگی عادی خود بازگردند. اما برای بعضی افراد، سمپتوم های افسردگی به مدت طولانی باقی می ماند و در همه جوانب زندگی آنها نفوذ می کنند. همچنین، آنها در جنبه های هیجانی، رفتاری، شناختی، و فیزیکی افراد تاثیر می گذارند و

¹ Barlow DH

² Watson D, Kendall P

³depression

این تأثیر ممکن است به افسردگی بالینی منجر شود. افسردگی بالینی یعنی افسردگی پاتولوژیک و قابل دیانگنوز با معیارهای رسمی DSM-5. افسردگی بالینی باعث می شود که فرد نتواند کارهای عادی زندگی روزمره خود را بخوبی انجام دهد. گاهی افسردگی بدون حضور رویدادهای منفی، مثل از دست دادن یا شکست ها، روی می دهد و گاهی نیز بسیار بیشتر از آنچه انتظار می رود طول می کشد. (هالجین و ویتبورن، ۱۴۰۰).

۲-۲-۳-۲- علائم و نشانه های افسردگی

افسردگی در جنبه های هیجانی، رفتاری، شناختی، و فیزیکی افراد تأثیر می گذارند و این تأثیر ممکن است به افسردگی بالینی منجر شود. در افسردگی، سمپتوم های هیجانی و انگیزشی، شناختی، رفتاری، و فیزیولوژیک دیده می شود (هالجین و ویتبورن، ۱۴۰۰).

نشانه های هیجانی و انگیزشی: تجربه های هیجانی افراد افسرده منفی هستند و دیگران آنها را معمولاً، غمگین، نومید، پریشان، محزون، بی نشاط، و دلسرد توصیف می کنند. این افراد زود به گریه می افتند و دوره های گریه کردن آنها نزدیک به هم و فراوان هستند. به ندرت پیش می آید که هیجان های مثبت یا لذت بخش داشته باشند: آنها حس طنز (شوخی طبعی) را کاملاً از دست می دهند و به ندرت لبخند می زنند. اضطراب نیز معمولاً به همراه افسردگی وجود دارد که ممکن است نشان دهنده این واقعیت باشد که یک عامل واحد باعث می شود فرد چند نوع هیجان منفی را به طور همزمان تجربه کند (گنجی، ۱۴۰۰؛ هالجین و ویتبورن، ۱۴۰۰). افراد افسرده معمولاً بی انگیزه هستند، این افراد در تعامل با دیگران یا انجام دادن کارها پیشقدم نمی شوند و رفتار عادی و آزادانه ندارند. آنها دائماً اعلام می کنند که دیگر هیچ چیزی برایشان اهمیت ندارد و از کارهای لذت بخش گذشته لذت نمی برند. عدم پیشقدم شدن در کارها ممکن است به صورت انزوا طلبی اجتماعی ظاهر شود. افراد افسرده مرتباً می گویند که نمی خواهند از جای خود تکان بخورند و دوست دارند تنها باشند (گنجی، ۱۴۰۰).

نشانه های شناختی: افراد افسرده معمولاً احساس بی فایده گی، خلأ، تهی بودن، و نومیدی دارند، اما علاوه بر اینها، بعضی افکار و ایده ها، یا سمپتوم های شناختی، به وضوح با واکنش های افسردگی مرتبط هستند. افراد افسرده معمولاً خودشان را به بی عرضگی و بی لیاقتی متهم می کنند، از خودشان عیب و ایراد بیجا و غیرمنطقی می گیرند، خودشان را مسخره و تحقیر می کنند. بسیاری از افراد افسرده فکر می کنند که مرگ آنها به نفع اطرافیانشان است و به خودکشی فکر می کنند. سایر سمپتوم ها عبارتند از: ناتوانی در تمرکز حواس و ناتوانی در تصمیم گیری سریع و آسان. این افراد تفکر غلط، اشتباه و ناقص

دارند، یعنی، باورهای غیرمنطقی یا ناموجهی در ذهنشان وجود دارد که معمولاً به تصمیم گیری های بد منجر می شوند (گنجی، ۱۴۰۰؛ هالجین و ویتبورن، ۱۴۰۰).

نشانه های رفتاری: افراد افسرده سمپتوم های رفتاری نیز نشان می دهند، از جمله آهسته شدن گفتار و رفتار می باشد. افراد افسرده با جملات کوتاه به دیگران جواب می دهند. آنها از لحاظ فیزیکی غیرفعال هستند، ساعت ها در رختخواب می مانند، و به طور دایم به خستگی، بی رمقی، و کمبود انرژی دچار می شوند. به نظر می رسد که حتی کوچکترین کارها انرژی زیادی از آنها می گیرد. کند شدن همه حرکات بدنی، ژست های بیانی، و واکنش های خودجوش، کم تحرکی روانی - حرکتی (یا کُندی، آهستگی روانی - حرکتی) نامیده می شود. آنها جملات را به کندی بیان می کنند، حرکات بدنی آنها آهسته است، آهسته فکر می کنند، قبل از پاسخ دادن به سؤال، مدتی طولانی وقفه ایجاد می کنند، با صدای کوتاه حرف می زنند، هم محتوا و هم مقدار حرفهایشان اندک است، یا اصلاً حرف نمی زنند، و دیر واکنش نشان می دهند. کم تحرکی روانی - حرکتی در اکثر افسرده ها مشاهده می شود اما بعضی افراد افسرده ممکن است حالتی از پرتحرکی روانی - حرکتی و سمپتوم های بی تابی و بی قراری نشان دهند. سایر سمپتوم های رفتاری عبارتند از: پوشیدن لباس های شلخته یا کثیف، ژولیدگی موها، و اهمیت ندادن به بهداشت و تمیزی شخصی (گنجی، ۱۴۰۰).

نشانه های فیزیولوژیک: افسردگی معمولاً با بعضی سمپتوم های فیزیولوژیک همراه است:

اشتها و تغییر وزن. در طول افسردگی، بعضی افراد ممکن است کمتر یا بیشتر از گذشته بخورند یا لاغرتر یا چاقتر از قبل شوند. آنهایی که پرخوری می کنند ممکن است حتی زمانی که گرسنه نیستند نیز به خوردن ادامه دهند. بعضی دیگر به خوردن علاقه ای ندارند و به همین دلیل اشتهای خود را از دست می دهند. برای آنها، خوراکی ها و غذاهای مختلف بی مزه است. در افسردگی شدید، از دست دادن وزن ممکن است زندگی فرد را به خطر بیندازد (گنجی، ۱۴۰۰).

یبوست. ممکن است فرد چند روز پشت سر هم به دستشویی نرود.

اختلال خواب. فرد نمی تواند راحت به خواب برود، زود از خواب بیدار می شود، در طول شب چندبار از خواب می پرد، بی خوابی^۱ دارد، و کابوس های زیادی می بیند. همه اینها باعث می شوند او در طول روز خسته و بی رمق باشد. بسیاری از افراد افسرده از فرارسیدن شب می ترسند زیرا نشان می دهد که یک نبرد خسته کننده برای به خواب رفتن شروع خواهد شد. اما بعضی افراد افسرده بیش از اندازه می خوابند. آنها با این که ساعت ها خوابیده اند، باز هم به طور مداوم احساس خستگی می کنند (گنجی، ۱۴۰۰).

^۱ insomnia

اختلال در سیکل ماهانه عادی در زنان. سیکل یا پرئود معمولاً بیشتر از معمول ادامه می یابد، و زنان افسرده ممکن است یک یا چند ماه پرئود نشوند. حجم مایعات پرئودیک نیز ممکن است کاهش یابد. **بیزاری از فعالیت جنسی.** بسیاری از افراد افسرده می گویند که برانگیختگی جنسی آنها به شدت کاهش یافته است.

اختلال خواب و افسردگی. بعضی الگوهای خواب به افسردگی ربط داده شده اند. مثلاً، حرکت سریع چشم یا REM به در افراد افسرده بیشتر از افراد سالم دیده می شود. علت این موضوع هنوز نامعلوم است (هالچین و ویتبورن، ۱۴۰۰).

۲-۳-۲-۳- نظریه های مرتبط با افسردگی

نظریه های زیست شناختی

نظریه های زیست شناختی فرض می کند که علت افسردگی در ژن ها و یا در بعضی از کارکردهای ناقص فیزیولوژیایی است که احتمال دارد پایه توارثی داشته یا نداشته باشد. یافته های بدست آمده از بررسی دوقلوها از سالهای ۱۹۳۰ نشان می دهد عناصر وراثتی در بعضی موارد افسردگی نقش دارند. افراد دوقطبی، یعنی کسانی که هم شیدایی و هم افسردگی را تجربه می کنند، اغلب حداقل دو نسل از بستگانشان رفتارهای مشابه نشان می دهند. بیشتر موارد افسردگی یک قطبی که انتظار می رود تصادفی باشد نیز در خانواده های افراد دو قطبی روی می دهد (ساراسون و ساراسون، ۱۳۸۳؛ آزاد، ۱۳۹۳).

در حاضر حاضر، دو نظریه عمده درباره رابطه مواد شیمیایی انتقال دهنده اموج عصبی یا انتقال دهندگان عصبی وجود دارد. یکی اینکه پایین آمدن مقدار نورپی اپی نفرین باعث افسردگی می شود؛ همچنین ازدیاد آن، فرد را دچار مانیا می کند. نظریه دیگر اینکه، پایین آمدن سطح سروتونین مسئول ایجاد افسردگی است. هر دوی این نظریه ها براساس فعل و انفعالات بعضی از داروهای ضدافسردگی مطرح شده اند. به ویژه دو دسته از داروها به نام تری سیکلیک ها و بازدارنده های مونوآمین اکسیداز در جلوگیری از افسردگی موثر بوده اند. تحقیقات نشان داده است که این داروها در عین کاستن افسردگی، مقدار سروتونین و نوراپی نفرین مغز را افزایش می دهند. با این روش می توان به طور غیر مستقیم و تا حدی، رابطه این انتقال دهندگان عصبی را با افسردگی معلوم کرد (شاملو، ۱۳۹۷).

یک نظریه کالبد شناسی نیز در مورد افسردگی وجود دارد که معتقد است فزونی قطعه پیشانی راست در مغز موجب افسردگی می شود. آزمودنیها در مورد تصاویر چهره هایی که به نیمکره راست ارائه می شوند (میدان دیداری چپ) دید منفی تری از تصاویری دارند که به نیمکره چپ (میدان دیداری راست) عرضه می شوند. این حالتبه ویژه در افراد افسرده مشخص تر است. آسیب واره به نیمکره چپ در

اثر سکنه مغزی بیشتر از آسیب وارده به نیمکره راست موجب افسردگی می شود (روزنهان و سلیگمن، ۱۳۹۵).

نظریه روان کاوری

فروید در مقاله اصلی خود درباره افسردگی، ماتمزدگی و مالیخولیا را به عنوان واکنش های طبیعی نسبت به از دست دادن کسی یا چیزی که مورد محبت فرد بوده است، توصیف می کند. هرچند، برخلاف فرد سوگوار، کسی که به مالیخولیا مبتلا است، از نوع تنزل مفرط احترام به خود و از احساس حقارت خویشتن به مقیاس عظیم رنج می برد. افسردگی اولین اختلالی بود که فروید علت اصلی آن را به جای تمایلات جنسی، عامل هیجانی ذکر کرده بود. فروید عقیده داشت که فرد مبتلا به افسردگی یک وجدان یا فراخود تنبیه کننده قوی دارد. او بر احساس گناه که وجدان موجب آن می شود، تاکید می ورزد. طبق نظر فروید دلیلی برای اینکه وجدان چنین قوی می شود، مهار کردن احساسات خشم و پرخاشگری است؛ در غیر اینصورت، ممکن است به صورت آسیب رساندن به دیگران بروز کند (آزاد، ۱۳۹۳).

به نظر فروید پیدایش افسردگی مراحل دارد؛ بدین ترتیب که هر انسانی در ابتدا، شخصی را که از دست رفته است، درون فکنی می کند و سپس با او همانندسازی می کند؛ شاید به این علت که می خواهد در ذهن خود او را از دست ندهد. از آنجا که ما از کسانی که به آنها عشق می ورزیم، تنفر نیز داریم، لذا پس از درون فکنی تصویر شخص از دست رفته، از او متنفر می شویم؛ علاوه بر این، از فرد از دست رفته ناراحتیم؛ چون ما را ترک کرده است. در ضمن برای گناهای واقعی و تصویری که در مورد او مرتکب شده ایم، نیز احساس گناه می کنیم. بعد از مرحله درون فکنی، مرحله عزاداری پیش می آید. در این قسمت، خاطره عزیز از دست رفته را به ذهن خود می آوریم و در اثر تکرار آن، بتدریج از تصویر او جدا می شویم و برون فکنی کم کم از بین می رود (شاملو، ۱۳۹۷).

نظریه یادگیری

نظریه پردازان یادگیری معتقدند که اختلالات روانی به طور کلی، بر اثر آموختن پاسخ های ناکافی برای روبرو شدن با مسائل زندگی و یا نیاموختن پاسخ های لازم برای حل مشکلات زندگی است. تعداد زیادی از این نظریه ها عقیده دارند که علت اصلی افسردگی در انسان، کاهش تقویت و فعالیت فرد است. به طور خلاصه، این صاحب نظران معتقدند که انسان هنگامی دچار اختلالات عاطفی و به ویژه افسردگی می شود که در زمان یادگیری، مراحل زیر طی می شود (شاملو، ۱۳۹۷): وقتی رفتار فرد از جانب محیط تقویت و تشویق نمی شود، به علت این عدم تشویق و تقویت، کمیت رفتار و فعالیت فرد به نحو چشمگیری کاهش می یابد و این امر، خود باز هم از تقویت و تشویق می کاهد.

مقدار تقویت و تشویقی که فرد در برابر پاسخ های خود دریافت می کند، تابع عوامل زیر هستند:

الف--خصوصیات فرد مانند سن، جنس، زیبایی و زشتی مانند آن از نظر دیگران.

ب- نوع محیطی که در حال حاضر، شخص در آن زندگی می کند.

ت- استعداد ها و امکانات فردی برای بدست آوردن، تقویت و تایید محیط، مانند هوش، شغل، سواد، قدرت جسمی، امکانات مالی، قدرت سازگاری و مانند آن (شاملو، ۱۳۹۷).

لویس سون و همکاران وی از پیشوایان تحقیق در زمینه افسردگی از دیدگاه یادگیری هستند. آنها به طور کلی چنین تاکید می کنند که پایین بودن مقدار واکنش های رفتاری و احساسات غمگینی یا بدبختی که با افسردگی همراه می شود، مربوط است به کمی تقویت مثبت و زیادی تجربه های ناخوشایند (آزاد، ۱۳۹۳). بررسی ها آشکار کرده است که هر قدر تقویت های مثبت بیشتر باشد افسردگی کمتر است. لویس سون باور دارد که هرگاه شخص افسرده باشد این افسردگی به دلیل اینکه سایر افراد همنشینی با فرد را ناخوشایند می یابند ادامه می یابد. هنگامی که آشنایان، در حد امکان از فرد افسرده اجتناب می ورزند، نه تنها میزان تقویت فرد کاهش بیشتری می یابد، بلکه موجب تشدید افسردگی وی می شود (آزاد، ۱۳۹۳).

نظریه شناختی

در سال های اخیر، نظریه شناختی یا روان شناسی شناختی توسط روان شناسانی مانند جورج کلی و آلبرت بندورا و به ویژه در زمینه افسردگی، توسط روان پزشکی به نام آثرون بک ارائه شده است. به نظر بک علت اصلی ایجاد افسردگی طرز تفکر افراد است. فرد افسرده به این دلیل دچار افسردگی می شود که استدلال و منطقش در مورد مسائل، اشتباه و نارساست. بک با مطالعه روی بیماران خود مشاهده کرد که آنها غالباً اتفاقات ناگوار را که برایشان پیش می آید، به نوعی فاجعه، مصیبت و بدبختی تفسیر می کنند و اغلب خود را مورد سرزنش قرار می دهند. بنابراین، اگر فرد معمولی از خراب شدن اتومبیل خود ناراحت و عصبانی می شود، شخص افسرده آن را مصیبتی تعبیر می کند که در برابرش بیچاره و ناتوان است (شاملو، ۱۳۹۷).

به نظر بک، طرز استدلال و تفکر افراد، تعیین کننده حالات عاطفی آنهاست و نه برعکس آن و نه به شیوه ای که فروید معتقد بود. فرد افسرده محکوم طرز فکر غیر منطقی و قضاوت ناصحیح درباره خود است (شاملو، ۱۳۹۷). از دید بک دو مکانیزم موجب افسردگی می شود: سه گانان شناختی^۱ و خطاهای منطق^۲.

سه گانه های شناختی. سه گانان شناختی از افکار منفی درباره خود، تجربه جاری، و آینده تشکیل می شود. افکار منفی درباره خود عبارتند از اعتقاد فرد افسرده به این که او معیوب، به دردخور، و بی کفایت

^۱ Ognitive triad

^۲ Errors in Logic

است. نشانه عزت نفس کم از اعتقاد او به اینکه معیوب است ناشی می شود. چنانچه و تجربیات ناخوشایندی داشته باشد، آنها را به عدم شایستگی شخصی نسبت می دهد. چون باور دارد که معیوب است، معتقد است هرگز به خشنودی دست نخواهد یافت (روزنهان و سلیگمن، ۱۳۹۵).

خطاهای منطق. بک باور دارد که خطاهای منظم در منطق، دومین مکانیزم افسردگی است. از دید بک، فرد افسرده مرتکب پنج خطای منطقی متفاوت در تفکر می شود، و هریک از آنها تجربیات او را تیره می کنند: استنباط دلخواه، انتزاع گزینشی، تعمیم مفراط، بزرگ نمایی و کوچک نمایی، و شخصی سازی (روزنهان و سلیگمن، ۱۳۹۵).

▪ استنباط دلخواه؛ نتیجه گیری هایی اشاره دارد که شواهد ناچیزی برای حمایت آن وجود دارد یا اصلاً شواهدی وجود ندارد.

▪ انتزاع گزینشی؛ عبارت است از تمرکز بر یک امر جزئی بی اهمیت و در عین حال نادیده گرفتن ویژگیهای مهمتر موقعیت.

▪ تعمیم مفراط؛ اگر در موضوعی، اشتباهی از او سر بزند، آن را تعمیم می دهد و کل وجود خود را بی کفایت و نالایق می پندارد.

▪ بزرگ نمایی و کوچک نمایی؛ افراد افسرده تمایل به بزرگ کردن عیوب و کوچک شمردن محاسن خود دارند. در واقع، در درک بدی ها غلو می کنند و خوبی ها و امتیازات خود را در نظر نمی گیرند.

▪ شخصی سازی؛ اتفاقات نامربوط را به خود نسبت می دهد؛ مثلاً اگر هوا ابری است و نمی تواند به گردش برود آن را به دلیل بدشانسی خود می داند (روزنهان و سلیگمن، ۱۳۹۵).

• نظریه فرهنگی - اجتماعی

نقش موقعیت اجتماعی و اقتصادی در بروز افسردگی بخصوص در زنان بسیار مهم است. موقعیت اجتماعی و اقتصادی پایین، خطر بروز افسردگی را بیشتر می کند. بالا بودن سطح بهداشت فردی - اجتماعی و رسیدگی در دوران زندگی به تمام شرایط جسمانی و روانی، خطر بروز افسردگی را در سالمندان کاهش می دهد. نگرش افراد در زندگی به مسائل اجتماعی و اقتصادی نیز تاثیر بسزایی در بروز این بیماری دارد (طباطبایی، ۱۳۸۷). یافته های تحقیق موید آن است که فرودستی اجتماعی/اقتصادی زنان که یکی از مولفه های مهم و عینی ساختارهای اجتماعی است، به بروز بیماری روانی در زنان طبقه پایین جامعه می انجامد چنانکه فراوانی استرس در زنان طبقات پایین اجتماع به نسبت به زنان طبقات بالا گاه به بیش از ۲/۳ برابر می رسد. بنابراین رابطه معناداری بین متغیر فشار روانی و پایگاه اجتماعی و اقتصادی

زنان وجود دارد و بهبود وضعیت اقتصادی/اجتماعی و دست یابی بیشتر زنان به منابع ارزشمند اجتماعی/اقتصادی از احتمال بروز فشار روانی در آنها می‌کاهد (محسنی تبریزی و سیدان، ۱۳۸۳).

بنا به گزارش مردم شناسان، گرچه خودکشی در فرهنگ های بشری با بیماری های عاطفی مربوط است، ولی این امر، در فرهنگ ها و قبایل ابتدایی و بدوی به ندرت پیش می‌آید. همچنین در فرهنگ هایی که ابتدایی و بدوی نیستند، ولی اجتماعاتی بسته دارند نیز، میزان خودکشی کم است. هرچه فرهنگ بازتر، وسیع تر، صنعتی تر و پیچیده تر باشد، خودکشی بیشتر رواج دارد. در اغلب جوامع، زمانی که فشارها و ناهنجاری های اجتماعی از قبیل وضع نابسامان اقتصادی، بیکاری، حوادث سخت طبیعی و اجتماعی بیشتر می‌شود، میزان خودکشی و قتل نیز بالا می‌رود و البته افزایش این امر در مردان بیشتر است. پژوهشگران با بررسی های متعددی که در فرهنگ ها و مقایسه بین آنها انجام داده اند، اهمیت عوامل اجتماعی-روانی را جدا از مسئله خودکشی، در بیماریهای خلقی نیز دیده اند. آریتی به این نتیجه رسید که در فرهنگ های درون جهتی که بر قداست کار و فعالیت تاکید شده است و تنبلی را گناه می‌دانند، بیماریهای خلقی و به ویژه مانیک-دپر سیو بیشتر است؛ در حالی که فرهنگ های برون جهتی، این بیماری کمتر است (شاملو، ۱۳۹۷).

۲-۳-۴- جنسیت و افسردگی

افسردگی در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است. زنان بیشتر در معرض خطر افسردگی به دلایل تغییرات هورمونی هستند. تحقیقات اخیر نشان داده است، زنان به طور متوسط از سیستم لیمبیک عمقی بزرگتری نسبت به مردان برخوردارند. این موضوع، سود و زیان هایی برای زنان به همراه دارد. به خاطر داشتن لیمبیک عمقی بزرگتر زنان بیشتر دذگیر احساسات خود هستند و عموماً بهتر از مردان می‌توانند احساسات خود را بیان کنند. آنها توانایی بیشتری برای پیوند عاطفی و ارتباط با دیگران دارند. به همین دلیل زنان اولین پرستاران بچه هستند. زنان از حس بویایی قوی تری برخوردارند. بیشتر در گذشته زندگی می‌کنند و خاطرات را کمتر فرموش می‌کنند. ولی یکی از زیان های این سیستم، زنان را بیشتر مستعد افسردگی می‌کند. خصوصاً در زمان تغییرات هورمونی، زنان سه برابر مردان دست به خودکشی می‌زنند، در صورتی که خود کشی موفق در مردان بیشتر است. مردانی که در معرض خطر افسردگی هستند، مشخصات زیر را دارند: تحت استرس و تنش هستند؛ رفتار پرخاشگرانه دارند؛ سابقه بیماری افسردگی یا خود کشی در خانواده دارند (طباطبایی، ۱۳۸۷).

۲-۳-۵- افسردگی و استرس

فردی که در معرض اضطراب و استرس دائم می باشد اعتماد به نفس خود را از دست می دهد و ضمن احساس حقارت دچار افسردگی می گردد که آن نیز به نوبه خود بر چرخه معیوب تنش شغلی و کارایی او دامن خواهد زد. تداوم این چرخه می تواند به مرور باعث فرسایش توانایی های روانی و جسمانی افراد شده و پس از مدتی به اختلالات عصبی، روانی ناپایدار منتهی می گردد (علیپور و همکاران، ۱۳۹۴).

استرس تاثیر منفی روی سیستم ایمنی و متابولیک دارد و افرادی که سطوح بالایی استرس را تجربه می کنند ممکن است در معرض خطر ایجاد هیجانات منفی از قبیل افسردگی و اضطراب قرار گیرند (بلکستون^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). مطالعات زیادی نشان داده اند که استرس ادراک شده با افسردگی و اضطراب ارتباط مثبت دارد (کولی^۲ و همکاران، ۲۰۱۵؛ هینن^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). افرادی که احساسات منفی از قبیل افسردگی و اضطراب را تجربه می کنند فارغ از شرایط، حالت ناوم آشفتگی و نارضایتی را دارند (سیویتسی^۴، ۲۰۱۵). بنابراین، ممکن است که بیشتر روی جنبه های منفی خودشان و جهان اطراف تمرکز کنند (واتسون^۵، ۱۹۸۹). همچنین از آنجایی که عاطفه منفی می تواند روی کنترل رفتار افراد تاثیرگذار باشد، افسردگی و اضطراب به عنوان عوامل خطر برای بسیاری از رفتارهای مشکل در نظر گرفته می شوند (پنف^۶ و همکاران، ۲۰۱۳).

۲-۳-۳- استرس

۲-۳-۳-۱- تعریف و مفهوم استرس

به طور کلی اصطلاح فشار عصبی یا استرس از کلمه لاتین استرینگر^۷ مشتق شده است که به معنای در آغوش گرفتن، فشردن و باز فشردن است. رفتارهایی که می توانند با احساسات متضاد همراه باشند. فشرده شدن یا زیر فشار قرار گرفتن به اختناق منتهی می شود و احساس درماندگی و اضطرابی را به وجود می آورد که قلب و روح را در برمی گیرد. بدین ترتیب درماندگی و استیصال^۸ اصطلاح دیگری است که از استرینگر مشتق شده است و بیانگر احساس رها شدگی، انزوا، ناتوانی و جز آن است که در یک موقعیت حاد (نیاز، خطر، رنج) در فرد ایجاد می شود (دادستان، ۱۳۹۹).

^۱ Blaxton JM

^۲ Cole NN

^۳ Heinen I

^۴ Çivitci A

^۵ Watson D

^۶ Penf JX

^۷ Stringere

^۸ Distress

استرس^۱ ادراک شده بخشی از زندگی روزمره است. استرس حالت یا فرایندی روانشناختی است که در هنگام وقوع اش فرد با حوادثی مواجه می شود که آنها را نسبت به بهزیستی جسمی و روانشناختی خود تهدید آمیز ادراک می کند. استرس ادراک شده از تعامل با محیط نشأت می گیرد و زمانی رخ می دهد که بین فشارهای (استرس های) موقعیتی و منابعی که فرد در اختیار دارد ناهماهنگی وجود داشته باشد (هزاوه-ای، حسینی، معینی، مقیم بیگی، حمیدی، ۱۳۹۱). عامل تنیدگی یا استرس در برگیرنده نشانگانی همانند احساس فشار روانی (استرس یا تنیدگی) و احساس مضیقه است (وطن پرست، خلیل زاده، محمدی و همکاران، ۱۳۹۳). استرس ادراک شده واقعیتی غیر قابل انکار در زندگی بشر است و بعنوان یکی از مهمترین عوامل پیدایش بیماری ها شناخته می شود بنابراین، نحوه پاسخ یا واکنش به آن که می تواند در سازگاری فرد نقش بسزایی داشته باشد، مسأله ی بسیار مهمی است (نیکنامی، دهقانی، بوراکی و همکاران، ۱۳۹۳).

استرس شرایطی است که در نتیجه تعامل میان فرد و محیط به وجود می آید و موجب ایجاد ناهماهنگی - چه واقعی و چه غیر واقعی - میان ملزومات یک موقعیت و منابع زیستی، روانی و اجتماعی فرد می شود (سارافینو، ۱۳۹۸).

۲-۳-۳-۲- مولفه های زیستی و روانشناختی استرس

۲-۳-۳-۱- مولفه های زیست شناختی استرس

وقتی مردم با چالشی رو برو می شوند، معمولاً تلاش زیادی برای کنار آمدن با آن به خرج می دهند. همچنین وقتی مردم کنترل از دستشان خارج می شود، معمولاً کوشش می کنند تا دوباره کنترل را به دست گیرند. تحت این شرایط، بدن یک پاسخ سمپاتیک / آدرنال می دهد. دستگاه سمپاتیک به فرد اجازه می دهد با فعال ساختن بدن خود به درخواست های آنی محیطی پاسخ گوید: ضربان قلب بالا می رود، فشار خون افزایش می یابد و فرد هشیار تر می شود و خلاصه، فرد انگیزه می شود (فرانکن، ۱۳۹۹). دستگاه سمپاتیک / آدرنال مسئول انگیزه است و دستگاه هیپوفیز / آدرنال بیشتر مربوط به واکنش جنگ و گریز می شود. در شرایط استرس پاسخ های سمپاتیک / آدرنال و هیپوفیز آدرنال همزمان رخ می دهند. با وجود این این دو دستگاه در برخی از شرایط جداگانه عمل می کنند. معمولاً وقتی می کوشیم با انجام دادن برخی از انواع رفتارهای انطباقی بر استرس کنترل پیدا کنیم. وقتی سطح کنترل خود را به دست می آوریم، سطح کورتیزل افت می کند، در حالی که سطح اپی نفرین بالا می رود. کور

^۱. stress

تیزول شاخص عمل دستگاه هیپوفیز/آدرنال و اپی نفرین به عنوان شاخص فعالیت دستگاه سمپاتیک/آدرنال می دانند (فرانکن، ۱۳۹۹).

مطالعه علمی استرس با پژوهش های سلیه^۱ آغاز شد که اولین مقاله او در این زمینه به سال ۱۹۳۶ منتشر گردید. وی تغییرات فیزیولوژیایی و روان شناختی ناشی از تنیدگی را مورد توجه قرار داد. سلیه در این تئوری تشریح کرد که چگونه تعادل حیاتی از هم می پاشد. وی واکنش در برابر استرس را در یک فرایند سه مرحله ای موسوم به نشانگان عمومی انطباق^۲ (GAS) خلاصه کرد (سارافینو، ۱۳۹۸):

مرحله هشدار^۳: نخستین مرحله GAS، همانند واکنش جنگ- یا گریز موردی اضطراری است- کار آن، بسیج نیروهای بدن است. به هنگام آغاز مرحله هشدار، برانگیختگی روی می دهد؛ این برانگیختگی با وضعیت فشار خون سنجیده می شود- برای مثال فشار خون برای یک لحظه پایین می افتد، اما به سرعت بالا می رود. برانگیختگی شدید، در نتیجه ترشح هورمون ها به وسیله سیستم غدد درون ریز ایجاد می شود: غده هیپوفیز، ماده ACTH را ترشح می کند که افزایش ترشح اپی نفرین، نور اپی نفرین و کورتیزول را به وسیله غدد آدرنال در جریان خون، سبب می شود. در پایان این مرحله، بدن کاملاً بسیج شده است تا در برابر استرس به شدت مقاومت نشان دهد. اما بدن نمی تواند این برانگیختگی شدید را برای مدتی طولانی حفظ کند. بعضی از موجوداتی که مدتی طولانی، در شرایط بسیار پر استرس مرحله هشدار نگه داشته شده اند، طی چند ساعت یا چند روز مرده اند (سارافینو، ۱۳۹۸).

مرحله مقاومت^۴: اگر استرسی تداوم یابد، اما آنقدر شدید نباشد که به مرگ بینجامد، واکنش فیزیولوژیکی وارد مرحله مقاومت می شود. در این مرحله، بدن شروع به سازگار شدن با عامل استرس را می کند. برانگیختگی فیزیولوژیکی تا حدی تعدیل می یابد، اما به هر صورت بالاتر از حالت طبیعی باقی می ماند. با وجود تداوم این میزان از برانگیختگی، ارگانیزم ممکن است نشانه های اندکی از استرس را نشان می دهد. اما توانایی مقاومت آن در مقابل استرس های جدید، ممکن است مدت ها مختل شود. براساس نظریه سلیه، یکی از پیامدهای این اختلال، افزایش آسیب پذیری در برابر مشکلات بهداشتی است که او آن را «بیماری های سازگاری» نامیده است. این مشکلات بهداشتی، مواردی از قبیل فشار خون بالا، زخم معده، آسمو بیماری هایی که بر اثر اختلال سیستم ایمنی به وجود می آیند را شامل می شود (سارافینو، ۱۳۹۸).

¹ Selye, H

² General Adaptation Syndrome

³ Alarm reaction

⁴ Stage of resistance

مرحله فرسودگی^۱: برانگیختگی فیزیولوژیکی طولانی مدت، تضعیف سیستم ایمنی و کاهش اندوخته های انرژی را در پی دارد، به حدی که مقاومت بدن محدود می شود. در این زمان، مرحله فرسودگی آغاز می شود. اگر استرس ادامه یابد، احتمال آسیب و بیماری عضوهای درونی و حتی مرگ نیز وجود دارد (سارافینو، ۱۳۹۸).

۲-۳-۲-۲- مولفه شناختی استرس

نقش مولفه های شناختی در استرس را ریچارد لازاروس و همکارانش ارائه کرده اند. براساس این نظریه چگونگی ارزیابی فرد از هر رویدادی، نقشی بنیادی در تعیین مقدار پاسخ استرس و نیز نوع راهبرد های انطباقی ایفا می کند که فرد ممکن است در برخورد با استرس به کار گیرد. ارزیابی در دو مرحله رخ می دهد (فرانکن، ۱۳۹۹):

ارزیابی اولیه. فرایندی است که استرس توسط شخص شناخته می شود (شاهی، ۱۳۸۱). در واقع در این مرحله فرد به تحقیق معلوم می کند که آیا یک رویداد استرس زا باعث آسیب/فقدان، تهدید یا چالش می شود. آسیب/فقدان اشاره به صدمه ای دارد که رخ داده است، مانند از دست دادن یک عضو، از دست دادن شغل یا از دست دادن عزت نفس؛ تهدید اشاره به چیزی دارد که ممکن است باعث صدمه یا فقدان شود؛ چالش به معنای نیروی بالقوه برای رشد، تسلط یا اشکالی از موفقیت است (فرانکن، ۱۳۹۹).

ارزیابی ثانویه. عبارت است از فرایند شکل گیری واکنش در قبال تهدید (شاهی، ۱۳۸۱). بعد از ارزیابی اولیه، فرد منابع انطباقی و انتخاب های خود را ارزشیابی می کند؛ از خود می پرسد که چه کار می توان کرد. به طور کلی فرد برای کنار آمدن با استرس به منابع فیزیکی، اجتماعی، روانی و مادی چندی دسترسی دارد. منابع فیزیکی و جسمی شامل سلامتی و انرژی، منابع اجتماعی شامل خانواده و دوستان، منابع روانی شامل عزت نفس و توانایی های حل مسئله و منابع مادی شامل پول و تجهیزات است (فرانکن، ۱۳۹۹).

۲-۳-۳-۳- نظریه های مرتبط با استرس

با وجود تحقیقات وسیعی که در زمینه استرس انجام شده و استفاده گسترده ای که از این مفهوم می شود، هنوز هم استرس به طور دقیق تعریف نشده است. برخی از افراد وقتی درمورد استس صحبت می کنند، در واقع به یک محرک محیطی اشاره می کنند. بعضی آن را پاسخی به محرک محیطی می بینند و

¹ Stage of exhaustion

عده ای آن را در تعامل بین محرک محیطی و پاسخ جست و جو می کنند. نظریه پردازان و پژوهشگران مختلف نیز هر کدام استرس را از زاویه متفاوتی تحلیل کرده اند. در اینجا به بررسی برخی از این نظریه ها می پردازیم.

• نظریه روانکاوی

از نظر فروید "من"، هسته اصلی شخصیت است و هر نوع تهدید به ارزش و کفایت آن، در واقع هسته مرکزی وجود شخص را تهدید می کند. هنگام تهدید "من" مکانیسم های دفاعی مختلفی به منظور حفظ "من" از تحقیر و درهم پاشیدگی به کار گرفته می شوند. ما همواره از این مکانیسم ها استفاده می کنیم، زیرا وجود آنها برای ناچیز جلوه دادن شکست ها و حمایت در نگرانی ها و احساس ارزش و کفایت فردی ضروری است. البته اگر در استفاده از مکانیسم های دفاعی افراط شود، دفاع هایی که برای حفظ تمامیت شخص به وجود آمده، خود موجب بروز اختلال می شوند. گاهی مکانیسم های دفاعی (برای مثال دلیل تراشی) زمانی به کار برده می شوند که افراد برای مستدل جلوه دادن عقاید و رفتار خود در تکیه هستند. هنگامی که از درک اتفاقات و حوادث ناموافق و مخالف عاجز می مانیم یا در مقابل عمل و رفتار خود یا وقایع خارجی، دچار استرس می شویم، دفاع های ایمنی بخش برای حمایت ما در مقابل اضطراب وارد عمل می شوند. میزان استرس قابل تحمل در هر فرد بدون آنکه علائم اختلال و به هم خوردن سازمان رفتاری و تمامیت فردی در وی بروز کند، قدرت تحمل استرس نامیده می شود (روزنهان و سلیگمن، ۱۳۹۵).

• نظریه کانن

والتر کانن، ۱۹۲۰، نشان داد که پاسخ استرس بخشی از عملکرد دستگاه یکپارچه ذهن می باشند. وی مشاهده کرد سرمای شدید، فقدان اکسیژن و عواملی که باعث برانگیختگی هیجانی می شوند، باعث ترشح اپی نفرین (آدرنالین) و نور اپی نفرین (نور آدرنالین) می شوند. این هورمون ها وارد دستگاه گردش خون می شوند، و ضمن تحریک شاهراه های مغزی اعصاب سمپاتیک موجب افزایش ضربان قلب، تنفس و ارسال خون به عضلات مخطط و رها سازی چربی از ذخیره های بدن می شوند که بدن را برای جنگ یا گریز آماده می کنند (گیلبرت و دیگران ۲۰۰۴؛ به نقل از نظری، ۱۳۹۰).

محققان در مطالعات خود به این نتیجه رسیده اند که دستگاه پاسخ به استرس دیگری نیز وجود دارد، دستگاه قشر مخ از طریق هیپوتالاموس و بخش بیرونی غده فوق کلیوی را تحریک کرده و کورتیزول ترشح می شود. این هورمون به عنوان شاخص فیزیولوژیک استرس شناخته شده است. پاسخ ارگانیک، پاسخ جنگ یا گریز می باشد، یعنی موجود زنده برای رهایی از موقعیت به فعالیت می پردازد و سعی می

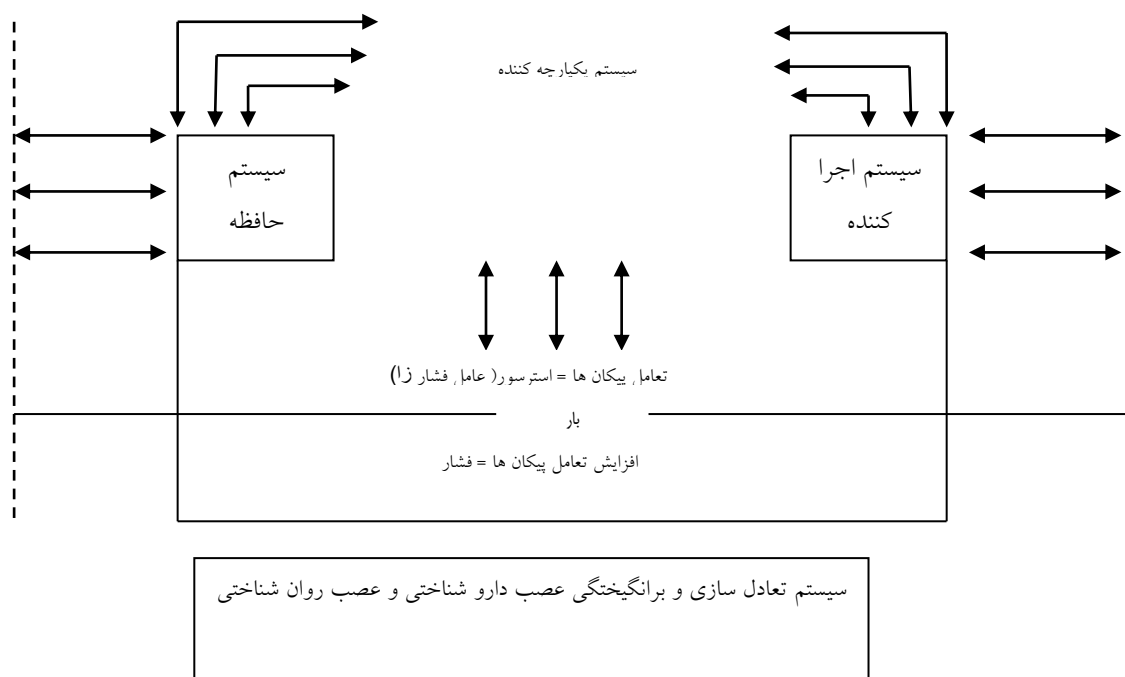
کند آن را حذف کرده و از میان بردارد و یا برعکس برای حذف خود از آن اجتناب نموده و از آن فرار می کند (گیلبرت و دیگران ۲۰۰۴؛ به نقل از نظری، ۱۳۹۰).

• مدل پردازش اطلاعات^۱

این دیدگاه استرس فیزیولوژیکی، روانشناختی و زیست شیمیایی را از یکدیگر متمایز میکند (هامیلتون، ۱۹۸۰؛ به نقل از کریم پور، ۱۳۹۳) و معتقد است که نمی توان استرس را بدون تغییر و تفسیر محرک به عنوان عامل فشار زا، شناخت و در واقع این مدل هم استرسور (عامل فشار زا) و هم پاسخ استرس را مورد توجه قرار داده است و تاکید خاصی بر ارزیابی شناختی و توجه قرار دارد و در واقع تعبیر و تفسیر فرد از استرس مستلزم توجه انتخابی است. یعنی این که به کدام محرک در حافظه کوتاه مدت توجه می شود و کدام محرک نادیده گرفته می شود و علاوه بر این پردازش مستلزم ساخت های حافظه دراز مدت نیز هست. یعنی زمینه شناختی است که سبب می شود فرد بعضی را ناخوشایند تفسیر کند به طور کلی، توجه حافظه کوتاه مدت و دراز مدت و فرآیند تصمیم گیری در ارزیابی شناختی محرک ها و پاسخ ها به عنوان فشار زا ضروری هستند. این مدل فرض می کند که عوامل فشار زایی که توسط افراد بیشتر ارزیابی می شوند فشار بیشتری بر سیستم وارد می کند.

با توجه به نظریاتی که در زمینه استرس مطرح گردیده صرف نظر از اینکه استرس را به عنوان محرک و پاسخ و یا به عنوان تبادل این دو در ارتباط با محیط در نظر بگیریم یک فرآیند پیچیده است که دارای ابعاد فیزیولوژیک، محیطی، اجتماعی، شناختی و روان شناختی است و از طرف دیگر قرار گرفتن در شرایط استرس زا انسان را از جهات مختلف تحت تاثیر قرار می دهد و نهایتاً منجر به آشفتگی و اختلالات جسمی، روانی و اجتماعی می شود و به طور کلی اثرات مخرب بسیاری بر انسان باقی می گذارد.

^۱ .Information Processing



نمودار ۱-۲. مدل پردازش اطلاعات (هامیلتون، ۱۹۸۰؛ به نقل از آدینه، ۱۳۹۴)

• نظریه فولکمن و لازاروس (الگوی تبادلی)

لازاروس و فولکمن اعتقاد دارند که تفسیر وقایع استرس زا بیشتر از خود وقایع اهمیت دارند. ادراک، خطر بالقوه، تهدید ها، چالشها، به همراه میزان اطمینان از برخورد با آنهاست که توانایی ما برای مقابله با استرس را تعیین می کند. استرس به عنوان یک رابطه خاص میان فرد و محیطی است که توسط فرد به صورت طاقت فرسا یا فراتر از منابع خود ارزیابی می شود و فرد آن را برای سلامتی مخاطره آمیز می داند. این تعریف نشانگر رویکرد تبادلی است که بر تعامل بین فرد و محیط در تعیین استرس تاکید دارد. این رویکرد همچنین بر اهمیت ارزیابی در تعیین ماهیت این تبادل تاکید داشته و معتقد است که استرس تنها در موقعیت هایی ایجاد می شود که تهدید کننده چالش انگیز یا به طور بالقوه خطرناک ارزیابی شود (کریم پور، ۱۳۹۳).

ارزیابی بر دو نوع است ارزیابی اولیه^۱ و ارزیابی ثانویه^۲ نمودار ۲ ارزیابی اولیه و ثانویه را نشان می دهد. به هنگام مواجهه با یک واقعه تاثیر آن بر سلامت خود را مورد ارزیابی قرار می دهیم، یک واقعه ممکن است نا مربوط، مطلوب و مثبت یا استرس زا ارزیابی شود. ارزیابی نا مربوط بودن موقعیت معمولاً

^۱. Primary Appraisal

^۲. Secondary Appraisal

هیچ تاثیری بر هیجان ما ندارد. ارزیابی مثبت و مطلوب بدین معناست که به نظر می رسد آن مفهوم خوبی دارد و ارزیابی استرس زا بودن موقعیت می تواند بدین معنا باشد که آن واقعه خطرناک، تهدید کننده یا چالش انگیز است. به علاوه هر یک از این ارزیابی ها احتمالاً هیجانات متفاوتی ایجاد میکند. ارزیابی خطر یعنی احتمال آسیب روانی که در حال وقوع است. مثل بیماری یا آسیب ارزیابی تهدید یعنی پیش بینی ارزیابی شده، زیان و چالش می تواند به معنای اطمینان فرد درغلبه بر خواست های دشوار باشد. ارزیابی خطر می تواند باعث ایجاد خشم، نفرت، ناامیدی یا ناراحتی شود. ارزیابی تهدید می تواند منجر به ایجاد نگرانی اضطراب یا ترس و ارزیابی چالش می تواند به ایجاد انتظار، امید یا برانگیختگی منجر شود این هیجانات مستقیماً منجر به استرس نمی شود، بلکه به واسطه ارزیابی از وقایع منجر به استرس می شوند، این فرایند ارزیابی اولیه نامیده می شود (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴).

پس از ارزیابی اولیه، یک ارزیابی ثانویه از موقعیتی که در آن قرار داریم انجام می دهیم. بدین صورت که بهترین روش مقابله با آن موقعیت را جستجو می کنیم. یعنی منابع موجود برای مقابله را در نظر گرفته و بهترین مورد را انتخاب می کنیم. اگر مکانیسم های موجود برای مقابله با موقعیت کافی نباشد استرس ایجاد می شود، در غیر این صورت استرس را تجربه نمی کنیم. استرس، خصوصیت شخص یا محیط به هنگام تاثیر بر یکدیگر است. به اعتقاد لازاروس افراد، قربانی صرف نیستند، به عبارت دیگر، نحوه ارزیابی آنها از تاثیر شخصی و منابع مقابله و رویارویی با این رویدادها (ارزیابی ثانویه) ماهیت استرس را تعیین می کند (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴).

۲-۳-۴- نقش معنویت بر کاهش واکنش های هیجانی

معنویت می تواند به عنوان عامل محافظتی در برابر پریشانیهای روان شناختی و مشکلات به ایفای نقش بپردازد. فردی که از میزان مناسب معنویت برخوردار است مشکلات زندگی را به عنوان یک چالش می پندارد و با اعتقاداتی که دارد می تواند در برابر مشکلات به مقابله بهتری بپردازد، این موضوع در جمعیت دچار اختلالات بالینی و بهنجار امری تأیید شده است (مانن^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). افراد معنوی از امیدواری بیشتری برخوردارند و با معنی و هدفی که برای خود میبینند در برابر آسیب های روانشناختی تاب آوری بهتری از خود نشان داده و از نشانه های اضطراب و افسردگی کمتری نیز دارند (بونیلی^۲ و همکاران، ۲۰۱۲).

^۱ Mann JR

^۲ Bonelli

معنویت با آداب و رسوم خاص خود مانند عبادت، اعمال مذهبی و خواندن متون مذهبی همیشه با اضطراب و افسردگی کمتر ارتباط داشته است (پیرز^۱ و همکاران، ۲۰۰۹)، معنویت باعث رشد تجربه خودآگاهی، کاهش تعارضات هیجانی و بهبود خلق می شود، معنویت در واقع منجر به بهبود نگرش به معنای زندگی می شود و عامل محافظتی در برابر بازگشت افسردگی است. همچنین می تواند به عنوان رویکردی نوین در بحث درمان اختلالات خلقی مطرح شود (موریتز^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). معنویت از طریق تأثیر بر چهار حوزه ی شناخت، هیجان، رفتار و تعالی، منجر به مقابله مؤثر با فشارهای روانی می شود. در واقع، معنویت با فراهم نمودن یک دیدگاه اسنادی مطلوب و معنای زندگی منجر به بهزیستی روان شناختی می شود. در مواقع پرفشار معنویت با ایجاد نگرش موقتی بودن حوادث زندگی، تحمل رنجهای زندگی را تسهیل می بخشد. معنویت می تواند فرد را به سمت سبک زندگی سالم سوق دهد. این عامل از طریق ارتباط با خداوند منجر به ایجاد نوعی حمایت و آرامش از سوی خداوند می شود که خود می تواند به سلامت جسمی و روانی فرد کمک کند (کیم و سیدلتیز^۳، ۲۰۱۶).

۲-۴- واکنش های معنوی

۲-۴-۱- صبر

۲-۴-۱-۱- تعریف و مفهوم معنویت

معنویت به عنوان یکی از ابعاد انسانیت شامل آگاهی و خودشناسی می شود بیلوتا معتقد است معنویت، نیاز فراتر رفتن از خود در زندگی روزمره و یکپارچه شدن با کسی غیر از خودمان است، این آگاهی ممکن است منجر به تجربهای شود که فراتر از خودمان است، (جانسون، ۲۰۰۱؛ به نقل از غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۶).

معنویت امری همگانی است و همانند هیجان، درجات و جلوههای مختلفی دارد؛ ممکن است هشیار یا ناهشیار، رشدیافته یا غیر رشدیافته، سالم یا بیمارگونه، ساده یا پیچیده و مفید یا خطرناک باشد. (وگان^۴، ۲۰۰۲). وگان (۲۰۰۲) بعضی از خصوصیات معنویت را چنین عنوان کرده است: ۱. بالاترین سطح رشد در زمینه های مختلف شناختی، اخلاقی، هیجانی و بین فردی را در بر می گیرد. ۲. یکی از حوزه های رشدی مجزا می باشد. ۳. بیشتر به عنوان نگرش مطرح است (مانند گشودگی نسبت به عشق) و شامل تجربه های اوج می شود. در این راستا یکی از حوزه های معنویت صبر است.

¹ Pérez JE

² Moritz S

³ Kim Y, Seidlitz L

⁴ Vaughan, F

۲-۴-۱-۲- تعریف و مفهوم صبر

صبر در لغت به معنای حبس و در تنگنا و محدودیت قرار دادن است. "صبر نفس" به معنای مهار کردن آن است. صبر کردن بازداشتن نفس از افراط و زیاده روی است صبر عبارت است از بازداری و مدیریت رفتار و عمل و هیجان ها در راستای هدایت آن ها به اعتدال که موجب خودسازی و عمل کردن بر طبق عقل و تدبیر انسان می گردد و انسان را از شتاب در رسیدن به نتایج مطلوب ملایم و خوشایند و با فرار و دوری کردن از نتایج نامطلوب باز می دارد تا این که فرد رفتاری را که موافق عقل و اندیشه ورزی است انتخاب کند و از افتادن در دام رفتارهای تکانشی محفوظ بماند (توماس، گوانجوبل و ریچارد، ۱۳۹۳).

فیض کاشانی در محجۀ البیضا در مورد انواع و اقسام صبر بیان می دارد که: «صبر دو نوع است: صبر تن مانند تحمل سختی هایی که بر بدن وارد می شود و پایداری در برابر آن ها و این دو قسم است: یکی از راه انجام دادن کارهای سخت و دشواره اعم از عبادات مثل روزه داری و اقامه نماز و دوم از راه تحمل، مانند شکیبایی در برابر سختی ها و پایداری در برابر بیماری های دشوار و زخم های هولناک، اما ستوده ترین نوع آن، صبر روحی در برابر خواسته ها، امیال و هوس هاست (مجلسی، ۱۴۰۳ مق). اگر شکیبایی در برابر مصیبتی باشد، تنها به واژه صبر اکتفا می شود و ضد آن حالتی است که آن را «جزع و بی تابی» می نامند. اگر صبر در تحمل رنج باشد، آن را ضبط نفس می نامند و ضد آن حالتی است که آن را «بطر» می گویند، اگر صبر در جنگ و کارزار باشد آن را شجاعت می خوانند و ضد آن «ترس» است. اگر صبر بر فرو بردن خشم باشد، حلم گفته می شود و ضد آن «خشمگینی» است. اگر صبر در برابر یکی از حوادث روزگار باشد آن را سعه صدر می گویند و ضد آن «دلتنگی و آزرده گی و ضیق صدره است، اگر پایداری در پوشیده داشتن سخنی است. آن را کتمان می خوانند و صاحب آن راز دار گفته می شود. اگر صبر بر محرومیت از زرق و برق زندگی است، آن را زهد می گویند و ضد آن «حرص» است و اگر صبر بر مقدار اندکی از بهره های زندگی باشد، آن را قناعت و ضد آن را «شره» یا «حرص» می خوانند. بنابراین بیشتر خصلت های خوب ایمان داخل در صبر است. از این رو هنگامی که از پیامبر خدا (ص) درباره ایمان پرسیدند، فرمودند: «آن صبر است، زیرا صبر بزرگترین و دشوارترین اعمال ایمان است» امام علی (ع) در نامه شان به امام حسن (ع)، صبر را همتای جهاد کردن عادت کردن به جهد و کوشش معرفی می کنند. یکی از مهم ترین اجزای جهاد کردن، صبوری ورزیدن به ویژه بر مکروهات - ناخوشایندی ها است، جهان همواره بر وفق مراد انسان نمی گردد. صبر پیشگی به ویژه در برابر مکروهات محصول دو عامل است: علم و همت، عامل علم - شناخت به این معنی است که شخص بداند این جهان به کام هیچ فرد خاصی نمی گردد. ممکن است انسان برای به دست آوردن مقصود، برنامه ریزی های دقیق کرده

باشد و تاحد امکان در بر طرف کردن ناملايمات كوشيده باشد، اما اين همه هيچ گاه نمى تواند مطمئن باشد كه ديگر هيچ مانعى براى او پيش نخواهد آمد. از سوى ديگر، اين علم بايد با همت همراه گردد. انسان براى اين كه بتواند اين علم، آگاهى و بصيرت را در عمق جان خود بنشاند و به عمل در آورد، به همت بلندى نياز دارد (مجلسى، ۱۴۰۳ ق).

بر طبق مدل پنج عاملى صبر (خرمائى و فرمانى، الف ۱۳۹۳)، صبر فضيلى اخلاقى است كه به استقامت، شكيبايى، خويشتن دارى، رضايت و متعالى شدن فرد در موقعيت هاى اشاره دارد كه براى او دشوار و ناخوشايند است. اين مدل كه از طريق بررسى كل آيات قرآن در مورد صبر و معانى مستر در اين آيات و بر اساس روش تحليل عاملى تدوين شده، پنج مولفه صبر را مورد شناسايى قرار داده است. اين مؤلفهها عبارت اند از: متعالى شدن (تحمل سختيها، دشواري ها و ناملايمات جهت رسيدن به قرب الهى و رشد معنوى)، شكيبايى (بردارى و تحمل مصائب و سختى ها)، رضايت پذيرش وضع موجود بدون گلايه و شكايه و قبول وضعيتى كه فرد در آن قرار دارد، استقامت (پافشارى و ثبات در انجام امور و مداومت در كار و فعاليت) و درنگ (خويشتن دارى در مقابل خواسته ها و كنترل اميال درونى) (خرمائى و همكاران، ج ۱۳۹۳).

۲-۴-۱-۳- صبر از نگاه مذهبي و روانشناختي

۲-۴-۱-۳-۱- صبر از نگاه مذهبي

در قرآن كريم، واژه صبر بيش از هفتاد بار تكرر شده است، جالب آن كه، هيچ يك از فضيلت هاى دينى به اين اندازه در قرآن تكرر نشده است، قرآن، مؤمنان را به صبر دعوت مى كند، زيرا در صبر فوايدى براى تربيت نفس و تقويت شخصيت و افزايش توانمندى انسان در برابر سختى ها وجود دارد. قرآن كريم، سختى ها، بلايا و مصائب را امرى جداناپذير از زندگى انسان مى داند (بلد ۴) و رنج و مصيبت را آزمائش الهى براى انسانها بيان مى كند (بقره: ۱۵۳، ۱۵۶، ۱۵۵). از نظر قرآن، شكيبايى و پرهيزگارى نشان قدرت اراده انسان است (آل عمران. ۱۸۶)، و انسان را در هنگام مشكلات و سختيها. امر به صبر و دعا مى كند (حديد: ۲۳-۲۲۰).

يكي از مفاهيم صبر در مقام تحمل كردن است؛ از اين منظر صبر عبارت است از آن كه انسان سختى را تحمل كند و امر دشوار را به انجام برساند. گاهى تحمل مصيبت ها و مكروهات بر انسان سخت هستند و بنا بر اين انسان در برابر مصيبت ها به صبر دعوت مى شود. گاهى اطاعت فرمان الهى بر آدمى دشوار است و بنا بر اين اسنان به صبر بر طاعت دعوت مى شود. گاهى نيز پرهيز از معصيت ها دشوار است و انسان به صبر بر معصيت دعوت مى شود. صبر به معنى خود را باز داشتن و خوددارى كردن. هر گاه كسى خود

را از عملی اختیاری باز دارد، صبر کرده است. در لغتنامه عربی المنجد آمده: «صبر بر چیزی به معنی جرات و شجاعت و ایستادگی و شکست ناپذیری در آن چیز است»، صبر کردن یعنی بهترین واکنش را در بهترین زمان ممکن نشان دادن، صبر و استقامت با شناخت صحیح از هستی و خود، امکان پذیر است صبر یعنی مقاومت در برابر سختی ها و از دست ندادن تاب و قرار، یکی از معانی صبر مقاومت در برابر ضربه ها و مهارت در به حداقل رساندن فشارهای روانی حاصل از آنها است، شیخ طوسی در تعریف صبر می گوید: «صبر، خودداری از بی تابی هنگام پیشانید ناخوشایند است و این کار روان را از اضطراب و ناآرامی زبان را از شکایت؛ و اعضاء را از حرکتهای غیرارادی باز می دارد». بی تابی در روان انسان به شکل اضطراب ظاهر می شود و بر زبان به شکل شکایت و ناسزا و ملامت و در اندام ها به شکل اقدامات نسنجیده. بنابراین انسانی صبور است که هم آرامش روانی دارد، هم شکایت، ناسزا و ملامت خود و دیگران بر زبان او جاری نمی شود و هم در عمل اقدامی نسنجیده مرتکب نمی شود (غباری بناب و راقیان، ۱۳۹۶).

افزون بر آن صبر به شکل انتظار کشیدن نیز آمده است، صبر در این مقام یعنی دانستن این که در این جهان حاصل و ثمره برخی تلاش ها دیر تشویق می شوند که آنها را مشاهده کنند. نام گذاری خلاصه و جزئی تجربیات قابل مشاهده، با استفاده از کلمات و عبارات کوتاه، مورد تشویق قرار می گیرد. به طور معمول، از شرکت کنندگان خواسته می شود که حالت پذیرش (اعتقاد)، تمایل، اجازه دادن، صراحت، کنجکاوی، مهربانی و صمیمیت را در تجربیات مشاهده شده بگنجانند و از تلاش هایی در خصوص ارزیابی، قضاوت، تغییر و پایان یافتن از آنها، حتی اگر نامطلوب و ناخوشایند باشند، خودداری نمایند. مهارت های پائین شامل غیر قابل قضاوت بودن (پذیرش، اجازه یا خودداری از ارزیابی)، تک بعدی فکر کردن (با تمایل و گرایش متمرکز) و مؤثرتر دست می آید. باید به انتظار نشست تا اقدامات و برنامه ریزی ها در زمان مقتضی خود به ثمر بنشینند. به قول امیر المؤمنین (ع) «آن کس که قبل از وقت رسیدن بخواهد میوه را بچیند، همچون کسی است که در زمین دیگری زراعت کند.» (نهج البلاغه، خطبه ۵). این مسئله بسیار مهم است که انسان صبر کند که طبیعت شکوفه های خود را به بار نشاند و قانونمندی های خدایی به موقع خود به کمک او بشتابند. وقتی حضرت موسی (ع) در سیر و سلوک معنوی می خواهد رهرو حضرت خضر (ع) گردد، خضر (ع) از او صبر می خواهد تا علت کارهایش بر او هویدا شود، ولی موسی (ع) ظاهراً نمی تواند آن گونه که خضر (ع) می خواست با او کنار بیاید و خضر (ع) از او جدا می شود. این اتفاق معنای بسیار ژرفی دارد و آن این که اتفاق هایی که در زندگی برای ما می افتند چه خوشایند و مطابق خواست ما و چه دشوار و ناخوشایند، معنایی در زندگی ما دارند. زمانی که ما نمی توانیم صبر کنند

تا معنای این اتفاق ها برای آنها روشن شوند و می خواهند اتفاق های ناخوشایند به سرعت از صحنه زندگی محو شوند، نخواهند توانست پیام حوادث ناگوار را دریابند (غباری بناب و راقیان، ۱۳۹۶).

اندیشمندان اسلامی مفهوم الصبره را با استناد به آیات وحی در حیطه اخلاق بررسی کرده اند و آن را مقولهای اخلاقی به شمار می آورند. به همین دلیل در منابع اخلاق اسلامی مرجع (مانند کیمیای سعادت، اخلاق ناصری و معراج السعاده) این مفهوم به عنوان مهمترین فضیلت و صفت اخلاقی بررسی شده و به پیروی از این تلقی، صبر نیز به عنوان فضیلتی اخلاقی محل استناد قرار می گیرد و مانند اکثر فضیلت های اخلاقی صفت گونه است که اکثر علمای اخلاق از آن به عنوان ویژگی های پایدار و راسخ یاد می کنند که هم می تواند جنبه سرشتی داشته باشد و هم صفتی ثانویه فرض شود که در نتیجه تکرار و تمرین مستقر شده است (مثلا غزالی، ۱۳۹۰؛ نراقی، ۱۳۶۲؛ مجلسی، ۱۴۱۳). این صفات پایدار موجب می شود رفتارهایی متناسب با آن صفات به سهولت و با بدون نیاز به تأمل از انسان صادر شود (مجلسی، ۱۴۱۳).

صبر از جمله مفاهیم دینی است که ۱۰۳ بار در قرآن کریم و در ۱۳ آیه مطرح شده است بنابراین، واژه «صبر» و مشتقات آن از لحاظ فراوانی یکی از واژه های مهم قرآن کریم بعد از واژه هایی مانند «آخرت» و «قیامت» است. بر اهمیت صبر در قرآن کریم بسیار تأکید شده است، از جمله می فرمایند: «از صبر و نماز یاری جوید و این کار جز برای خاشعان، گران است» (بقره: ۴۵)؛ «ای افرادی که ایمان آورده اید! از صبر و استقامت و نماز، کمک بگیرید (زیرا) خداوند با صابران است» (بقره: ۱۵۳)، علت تقدم صبر بر نماز از نظر برخی از مفسران (مکارم شیرازی، ۱۳۷۲) آن است که نماز با حضور قلب کاری دشوار و بزرگ است و این مرتبه به دست نمی آید مگر اینکه فرد در طاعت خداوند صابر باشد.

در واقع صبر با همسوسازی نیروی مثبت درون انسان تأثیر سازنده ای بر عملکرد او می گذارد و پایداری و ثبات قدم وی را در مواجهه با مصائب و سختی ها به دنبال دارد. انسان صبور زخم زبان های دیگران را تحمل می کند و در برابر سختی ها مقاوم است؛ پس تو بر آنچه می گویند صبر و تحمل پیش گیر و خدای را پیش از طلوع خورشید و بعد از غروب آن و ساعاتی از شب تار و اطراف روز روشن ستایش و تسبیح گو، باشد که خشنود شوی» (طه: ۱۳۰). قرآن کریم به انسان توصیه می کند که صبر و شکیبایی برای خداوند در پیش گیر؛ «و برای خدایت صبر و شکیبایی پیش گیر» (مدثر: ۷۴). در این صورت است که خداوند پاداش نیکوکاران و صابران را ضایع نمی کند: «شکیبایی پیشه کن که خداوند پاداش نیکوکاران را فرو نمی گذارد» (هود: ۱۱۵) و وعده می دهد که این پاداش بزرگ تر از عملی است که شکیبایان داشته اند؛ «آنچه نزد شما است همه نابود خواهد شد و آنچه نزد خدا است (از ذخایر اعمال نیک و ثواب آخرت، تا ابد) باقی خواهد بود و البته اجری که به صابران بدهیم اجری است بسیار بهتر از عملی که به جا می آوردند» (نحل: ۹۶). قرآن کریم بشارت می دهد که این سرانجام، نیک فرجام

است؛ «(و می گویند) سلام و تحیت بر شما باد که صبر پیشه کردید و پس نیک است سرانجام این سرای» (رعد: ۲۴). و آنانی که ایمان آورده اند و کارهای شایسته انجام داده اند و یکدیگر را به حق و صبر سفارش کرده اند و استقامت و ایثار داشته اند، پاداشی بزرگ در انتظارشان است؛ «و به آنان به خاطر شکیبایی که ورزیده اند بوستانی (بهشتی) و (جامه) ابریشم پاداش دهد» (انسان: ۱۲). تقریباً همه منابع اخلاق اسلامی (مانند کیمیای سعادت، اخلاق ناصری و معراج السعاده) به این فضیلت پرداخته اند. اندیشمندان حوزه اخلاق در توصیف صفت گونه «اخلاق» اتفاق نظر دارند، لیک برخی آن را «صفات نفسانی پایدار» تلقی کرده اند که در نفس انسان رسوخ کرده و پایدار شده است (مانند ابن مسکویه، ۱۳۷۱؛ نراقی، ۱۳۶۲). برخی آن را «صفات نفسانی غیر پایدار» دانسته اند (مانند یحیی بن عدی، ۱۳۶۵). این توصیف ها به منشأ «اخلاق» نیز اشاره دارد. راغب اصفهانی (۱۳۶۲) «اخلاق» را نیرو و سرشت باطنی انسان می داند که فقط با دیده بصیرت و غیر ظاهر قابل درک است. همچنین، «اخلاق» را صفت نفسانی راسخ می داند که انسان افعال متناسب با آن صفت را بی درنگ انجام می دهد. این حالت استوار درونی ممکن است در فردی به طور طبیعی، ذاتی و فطری وجود داشته باشد یا منشأ آن تکرار و تمرین باشد. صفت راسخ درونی ممکن است فضیلت و منشأ رفتار خوب، یا ردیلت و منشأ کردار زشت باشد (ابن مسکویه، ۱۳۷۱؛ نراقی، ۱۳۶۲).

۲-۳-۱-۴-۲- معانی صبر از دیدگاه روانشناختی

از دیدگاه روانشناختی، صبر را می توان یکی از روش های خودتنظیمی دانست که موجب اعتدال روان آدمی می گردد. منظور از خود تنظیمی قدرت استفاده از راهبردهایی است که انسان را در مقابل محرکهای درونی (از قبیل افکار و حالات مانند غضب و خشم) و یا محرکهای محیطی (مانند مواجهه با حوادث ناگوار، ناکامی ها و یا خوشی های افراطی) متعادل نگاه می دارد، صبر کردن موجب آرام ماندن افراد در مواجهه با ناکامیها، بدیاری ها و رنج ها می گردد. صبر در موقعیت های گوناگون از فعالیت های معمولی و روزمره گرفته تا موقعیت های طولانی مدت از قبیل سر و کار داشتن با بیماری وخیم کاربرد دارد. صبر کردن علاوه بر این که در تغییر محرکهای بیرونی اثر می گذارد و انسان صبور بدون شتاب و عجله منتظر می ماند تا شرایط محیطی برای تصمیم مناسب او آماده گردد، برای تنظیم شرایط درونی و تعدیل آنها مثل مدیریت هیجان ها نیز کمک می کند و به انسان کمک می کند که در حالت خشم و ترس و طمع و غلبه احساسات، تصمیم گیری نکند (غباری بناب و راقیان، ۱۳۹۶).

علاوه بر این، طبق نظریه روان شناسان، انسانها در محیط های فرهنگی شرطی می شوند که به محرک ها به نحو مشخصی پاسخ دهند، صبر کردن و تأمل نمودن به ما کمک می کند که کمتر توسط تطمیع و

تهدید دیگران کنترل شویم و تدیر و اندیشه ورزی و حزم و دوراندیشی را جانشین تکانش ورزی نماییم. صبر، پاسخی اعتدالی و سالم به بیشتر موقعیت ها است معمولاً صبر یک خصیصه در نظر گرفته می شود، اما صبر می تواند یک حالت موقت که حاصل تعامل افراد با موقعینی خاص است نیز در نظر گرفته شود. افراد صبور ظرفیت تحمل ناملایمات را دارند، شجاعانه ناملایمات را تحمل می کنند. در مواجهه با موانع یا معطلی ها می توانند با آرامش بر خود تسلط داشته باشند، خلق و خوی نسبتاً ثابت و یکنواختی دارند و معمولاً خونسرد و آرام هستند افراد صبور در انجام امور دارای ثبات قدم و استقامت هستند، می توانند خشنودی خود را به تعویق بیندازند شتابزده نیستند، در انجام کارها تعمق می کنند و احساس می کنند زمان کافی برای انجام کارهایشان را دارند. همچنین در روابط بین فردی، افراد صبور اهل مدارا و تحمل هستند، انسان صبور در مواجهه با سختی ها ناملایمات زندگی آرامش خود را حفظ می کند و بدون گله و شکایت کردن، با عشق، امید و ایمان به خدا، روز و شب زندگی را می گذرانند، زیرا باور دارد که زندگی در دنیا همواره آمیخته به دشواری است. تنها کسانی مانند کوه استقامت می کنند که دل هایشان با یاد خدا آرام می گیرد (توماس، گوانجوبل و ریچارد، ۱۳۹۳).

صبر فضیلتی اخلاقی است و به استقامت، شکیبایی، خویشن داری، پذیرش و متعالی شن فرد در موقعیت هایی اشاره دارد که برای او دشوار و ناخوشایند است. مدل پنج عاملی صبر از جمله مدل هایی است که می خواهد از یک سو با استناد به آیات قرآن کریم و از سوی دیگر با نگاه به پژوهش های تجربی، چارچوب مناسبی برای شناسایی مفاهیم بنیانی «صبر» و تبیین نظری آن فراهم آورد. این مدل با پذیرش رویکرد فضیلتی اندیشمندان مسلمان و قرارداد صبر در حوزه روان شناسی اخلاق، آثار روان شناختی این فضیلت دینی و اخلاقی را بررسی می کند. روانشناسی با اتکا به سازوکار جنگ و گریز و تلفیق آن با عقلانیت سعید داشته است چگونگی مواجهه با این موقعیت دشوار را تبیین کند. همچنین، برخی از سازوکارهای مقابله ای، گریز از موقعیت است، مثل دانش آموزی که مدرسه نمی رود یا ترک تحصیل می کند، بدان جهت که از موقعیت دشوار اجتناب ورزد؛ با شخصی که عزیزی را از دست داده، و از دست دادن او را انکار می کند. باقی ماندن در موقعیت های دشوار و ناخوشایند و تحمل و استقامت و شکایت نکردن از این موقعیت ها کمتر بررسی تجربی شده است. صبر سازهای روانشناختی است که هنگام قرارگیری در موقعیتهای سخت، دشوار و ناخوشایند استفاده می شود، اما از بررسی تجربی آن غفلت شده است (مرحمتی و خرمایی، ۱۳۹۶).

در روان شناسی غرب مفهوم «صبر» کوتاه زمانی است که توجه معدودی از روان شناسان را به خود جلب کرده است. این مفهوم در حال گذار از روند تکوینی است، زیر بنای مفهومی «صبر» در این دیدگاه، بر اساس توانش موجود زنده در به تأخیر اندازی برخی از خواسته ها به منظور دست یابی به پاداش های

بالا‌تر در آینده‌ای نزدیک و به عبارتی توانایی انتظار کشیدن برای دریافت پاداش استوار است (استیونس، هالینان و هوسر^۱، ۲۰۰۵). این پژوهش‌ها به خصوص منشأ تکاملی صبر در انسان را جست و جو کرده‌اند. پژوهش بر روی نخست‌ی‌ها گام نخست شروع این پژوهش‌ها بوده و به پیروی از رویکرد تکاملی، به نقش صبر بر سازگاری بهتر توجه شده است (روساتی، استیونس، هار و هوسر^۲، ۲۰۰۷)، روساتی و همکاران (۲۰۰۷) «صبر» را به معنای چشم‌پوشی از منافع زمان حال به منظور به دست آوردن پاداش‌های ارزشمندتر در آینده تعریف می‌کنند. در مطالعه دای و فیشباخ^۳ (۲۰۱۳) انتظار باعث افزایش ارزشمندی چیزهایی می‌شود که فرد در انتظار آن است. بنابراین، در این دسته از پژوهش‌ها، انتظار برای دریافت چیزی ارزشمند در آینده، هسته مفهومی «صبر» تلقی می‌شود. به نظر می‌رسد در سالهای اخیر توجه پژوهشگران غربی به مقوله اخلاق به عنوان ویژگی بارز صبر جلب شده است. از نظر کومر و سیکرکا (۲۰۱۴) ادیان مهم دنیا صبر را به عنوان فضیلت اخلاقی و ظرفیت مقابله با سختی‌ها در نظر می‌گیرند. از دیدگاه وی، افراد صبور کمتر احتمال دارد در موقعیتهای دشوار با خشم پاسخ دهند. کومر و سیکرکا^۴ (۲۰۱۴) معتقدند در دوران جدید صبر مغفول واقع شده است. آنان به طبقه بندی پیترسون و سلیگمن^۵ (۲۰۰۴) از فضایل اخلاقی اشاره می‌کنند و معتقدند در این طبقه بندی، صبر در جای مناسب قرار داده نشده است. اشنیتکر^۶ (۲۰۱۲) صبر را یکی از توانمندیهای انسان می‌داند که در بهزیستی او نقش اساسی دارد. از نظر وی، صبر تمایلی است که موجب آرامش فرد در مواجهه با ناکامیها، تلخیها و رنج‌ها می‌شود. روان‌شناسی تجربی غرب بنیانهای «صبر» را بر تاریخچه تکاملی انسان استوار می‌کند.

زیربنای مفهومی «صبر» در این دیدگاه بر اساس توانش موجود زنده در به تأخیر اندازی برخی از خواسته‌ها برای دست‌یابی بهتر به آنها در آینده‌ای نزدیک استوار است. توانش انتظار کشیدن برای دریافت پاداش زیربنای این تلقی است. استیونس و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی با عنوان «اکولوژی و تکامل صبر در دو گروه از میمون‌ها»، صبر را از دیدگاه تکاملی بررسی کرده‌اند و نشان داده‌اند که توانایی انتظار کشیدن در دو گروه از نخستینها (پریماتها) به نام‌های مارموس‌ها و تمارینها از چه عواملی متأثر می‌شود. از نظر آنها، منتظر ماندن با هدف دریافت پاداش بزرگ‌تر، «صبر» تعریف میشود. این دو گروه از نخستینها در آزمایش خودکنترلی می‌بایست بین دریافت پاداش کوچک و فوری و دریافت پاداش بزرگ، البته پس از انتظار، یکی را انتخاب می‌کردند. بتینگر و اسلونیم^۷ (۲۰۰۶) «صبر» را

¹ Stevens, J. R.; Hallinan, E. V.; Hauser, M. D

² Rosati, A. G.; Stevens, J. R.; Hare, B.; Hauser, M. D

³ Dai, X.; Fishbach, A

⁴ Comer, D. R.; Sekerka, L. E

⁵ Peterson, C.; Seligman, M. E. P

⁶ Schnitker, S. A

⁷ Bettinger, E.; Slonim, R

در کودکان ۵ تا ۱۶ ساله بررسی کردند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که هر چه کودکان رشد می کنند، صبورتر می شوند و پسرها صبر کمتری نسبت به دخترها نشان دادند. از سوی دیگر، رابطه ای بین درآمد و تربیت والدین با صبر کودکان مشاهده نشده است. نتایج این پژوهش بر نقش عوامل رشدی بر رفتارهای عاقلانه، از جمله صبر به عنوان تأمل در رسیدن به مزایای آتی، تأکید دارد. در پژوهش روستای و همکاران (۲۰۰۷) نیز «صبر» به معنای چشم پوشی از منافع زمان حال به منظور به دست آوردن پاداش های ارزشمندتر در آینده تعریف شده، و از جمله پیامدهای صبر رفتارهای نوع دوستانه و افزایش مشارکت و همکاری دانسته شده است. این محققان معتقدند تفاوت در سطوح صبر در انسانها ناشی از تفاوت در ساز و کارهای نشان دهنده پاداش های زیستی و نه پاداش های انتزاعی است. مثلاً وقتی از افراد می خواهند میان گرفتن ۱۰ دلار پس از ۳۰ روز و ۱۱ دلار پس از ۳۱ روز یکی را انتخاب کنند، پاداش بیشتر را انتخاب می کنند، اما اگر از آنان خواسته شود میان گرفتن ۱۰ دلار امروز و ۱۱ دلار فردا یکی را انتخاب کنند، آنان پاداش فوری را انتخاب می کنند. این محققان می گویند نوع پاداش هم در صبر نقش دارد که به بحث اهمیت هدف و انگیزه در صبر اشاره دارد. کومر و سیکرکا (۲۰۱۴) فایده دیگر صبر را سلامت جسمی و روانی می دانند. مورینیس^۱ (۲۰۰۷) می گوید صبر می تواند افراد را برای کنار آمدن با مشکلات زندگی توانمند کند، به طوری که افراد صبور به جای بدترکردن اوضاع و احوال، سعی در بهترکردن آن دارند. پژوهش های تجربی نشان داده است که صبر رابطه منفی با هیجانات منفی، افسردگی و علایم روان تنی دارد (اشنیتکر و امونز^۲، ۲۰۰۷).

۲-۴-۱- کارکرد صبر و دلبستگی به همسر

پژوهش ها نشان می دهد که افراد با دلبستگی ناایمن در صبر کردن و انتظار مشکلات بیشتری دارند ولی افراد با دلبستگی ایمن میتوانند خواسته های خود را به تعویق بیندازند (میکولینسر و شیور^۳، ۲۰۰۷). مطالعات نیز نشان داده است دلبستگی از طریق افزایش صبر می تواند کاهش دهنده آسیب های روانشناختی باشد (لیلان، خیری و بابا پور، ۲۰۱۵)، هر چند در مطالعه مذکور دلبستگی به همسر هدف قرار نگرفته بود. به هر حال صبر با دشواری در تنظیم هیجان رابطه است و پیش بینی کننده انعطاف پذیری است (گوکن و همکاران، ۲۰۲۰).

^۱ Morinis, A

^۲ Emmons, R. A

^۳ Mikulincer M, Shaver PR.

۲-۴-۱-۵- کارکرد صبر و کنترل زبان

صبر کردن جلوی بسیاری از اعمال ناشیانه، شتاب زده و نسنجیده را می گیرد و انسان را در راستای تفکر و تدبیر هدایت و رهنمون می سازد. تصور کنید که اگر معلم در مقابل نارسایی هایی که از سوی دانش آموزان و رفتار آنها مشاهده می کند، صبوری پیشه کند، می تواند بر مشکلات شغلی خود غلبه پیدا کند و اگر دانش آموزان نسبت به همکلاسی های خود رفتار صبورانه تر و سنجیده تری داشته باشند، بسیاری از دعوها و خشونت ها در مدرسه جای خود را به صلح و آرامش خواهند داد (غباری بناب و راقیان، ۱۳۹۶).

هر کلمه ای احساسات، عواطف خاص و عملکرد متفاوتی را در فرد مقابل برمی انگیزد و اگر کلمات در مکان مناسب خود به کار برده شود سرعت بر جسم و روح افراد تأثیر . گذارد. اگرچه بیان الفاظ دلپذیر و موزون موجب برانگیختن محبت طرف مقابل می شود، کلام مغرضانه و کینه جویانه، اغلب خشم طرف مقابل را برمی انگیزاند و او را به جبهه گیری و تعارض دعوت و می دارد (سجادی بور، ۱۳۸۶).

۲-۴-۲- کنترل معنوی زبان

۲-۴-۱- تعریف و مفهوم کنترل زبان

یکی از چیزهایی که انسان در این جهان بدان نیاز شدید دارد، وسیله تفهیم مقاصد، یعنی زبان است. زبان عضو بسیار مهم و نقش آفرین برای انسان است. همان گونه که این عضو به ظاهر کوچک، فوائد و کاربردهای مثبت برای انسان دارد، خطاها و لغزش هایی نیز دارد (تحف العقول). اهمیت زبان به گونه ای است که رسول خدا(ص) در حدیثی می فرمایند که تمام زیبایی انسان در زبان است (مجلسی، ۱۴۰۴). بی شک زبان دریچه روح آدمی است، یعنی از لابه لای کلمات هر کس به خوبی می توان به اعماق درون او پی برد و به عکس سخنان و کلمات هر کس در روح و جان او اثر می گذارد و به تدریج آن را به رنگ خود در می آورد و به این ترتیب این دو در یکدیگر تأثیر متقابل دارند (آقاگل زاده، ۱۳۸۲).

افزون بر این، الیشی (۱۳۷۹) در کتاب خود بیان داشت که زیادی سکوت و کنترل زبان از راه های مهم برای پاکیزه کردن، مهار و هدایت فکر است. همچنین، زبان عامل تجلی توانایی های شناختی و عاطفی برای پرداختن به جهان اطراف، به دیگران و به خود است. ویگوتسکی دو نقش برای زبان قائل است؛ یکی نقش بیرونی برای ایجاد ارتباط با محیط اطراف و دیگری نقش درونی برای کنترل افکار. به بیان دیگر، زبان ابزار جدیدی را به سازمان درونی فرد می افزاید و موجب رشد کنش و تفکر می شود (هیگمن^۱، ۱۹۸۶).

^۱ Hickmann, M

۲-۴-۲- کارکرد های زبان

مهمترین فوائد و کارکردهای زبان عبارتند از:

۱. زبان وسیله بیان و ابراز مقاصد درونی است: امام صادق(ع) فرمود: «الْكَلَامُ إِظْهَارُ مَا فِي قَلْبِ الْمَرْءِ مِنْ الصِّفَاتِ وَالْكَدَرِ وَالْعِلْمِ وَالْجَهْلِ» (عبد الرزاق گیلانی، ۱۳۷۷). سخن گفتن، وسیله آشکار ساختن صمیمیت و کدورت، دانش و نادانی است که در باطن انسان پنهان است.
۲. زبان وسیله شناخت است: امام علی(ع) فرمود: «تَكَلَّمُوا تُعَرَفُوا فَإِنَّ الْمَرْءَ مَحْبُوءٌ تَحْتَ لِسَانِهِ» (صبحی، ۱۳۷۴). سخن بگوئید تا شناخته شوید، زیرا شخصیت انسان در زیر زبانش پنهان است.
۳. زبان میزان سنجش عقل است: امیرالمؤمنین علی علیه السلام فرمود: «يُسْتَدَلُّ عَلَى عَقْلِ كُلِّ امْرِئٍ بِمَا يَجْرِي عَلَى لِسَانِهِ» (آمدی، ۱۳۶۸). به آنچه که بر زبان جاری می شود بر میزان عقل انسان استدلال می شود.
۴. زبان عامل سلامت عقل است: پیامبر گرامی اسلام فرمود: «لَا يَسْتَقِيمُ إِيْمَانُ عَبْدٍ حَتَّى يَسْتَقِيمَ قَلْبُهُ وَلَا يَسْتَقِيمُ قَلْبُهُ حَتَّى يَسْتَقِيمَ لِسَانُهُ» (صبحی، ۱۳۷۴). ایمان بنده ای درست نمی شود جز آنکه قلب او درست شود و قلب او درست نمی شود مگر آنکه زبان او درست شود.
۵. زبان وسیله اسلام و طهارت است: کافر نجس است، اگر شهادتین (أَشْهَدُ أَنْ لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ . . .) بگوئید، مسلمان و پاک می شود.
۶. زبان ابزار حلال شدن حرام است: با خواندن صیغه عقد، حرام به حلال تبدیل شده و دختر و پسر باهم محرم می شوند.
۷. زبان جهنم را به بهشت تبدیل می کند: گناهکار با گفتن کلمه «استغفار»، توبه کرده و از جهنم نجات پیدا می کند.
۸. زبان، قهر را به آشتی تبدیل می کند: گاهی یک سخن زیبا و عاطفی، باعث می شود که دشمنی به دوستی، قهر به آشتی، اختلاف به وحدت و جنگ به صلح تبدیل شود (صبحی، ۱۳۷۴).

۲-۴-۳- آثار روانشناختی مثبت زبان

کنترل شناختی زبان در مطالعه رخشانی، شهابی زاده و عزیزاده (۱۳۹۵) و شهابی زاده و رخشانی (۱۳۹۸) براساس متون دینی نهج البلاغه، احادیث و روایات در دو مؤلفه بررسی شد: ۱) جنبه شناختی کنترل زبان که به تفکر قبل از سخن گفتن اشاره دارد و این موارد را شامل می شود: اندیشیدن در عاقبت

و پیامد گفته ها قبل از سخن گفتن، توجه به مفید و حکمت آموز بودن سخن، درستی و صدق گفته ها، بار اخروی داشتن سخن و رعایت احترام در روابط بین فردی و ارزیابی سود و ضرر آنچه به زبان آورده میشود و همچنین تفکر نسبت به محتوا و مضمون سخن و نسبت به اینکه سخنان آیا می تواند به افزایش آگاهی و دانش دیگران منجر شود و توجه به تلف نکردن وقت دیگران و توجه به ارزش محتوایی سخن در جهت تبدیل تاریکی جهل به روشنایی دانایی است. مؤلفه دوم جنبه رفتاری دارد و شامل رعایت ادب و زیبایی در کلام، کوشش در بیان موضوعات مهم و با معنا، رعایت نرم گویی در گفتار و رعایت حدود الهی و شرعی در گفتار و بازداری از بدگویی، مراقبت در گفتار به منظور فاش نکردن راز دیگران و حفظ کنترل در زبان است، در مجموع نتایج نشان داد هر دو مؤلفه در کاهش دزدگی زناشویی نقش مؤثری دارد. به هر حال مطالعه شهابی زاده و رخشانی (۱۳۹۸) نیز نشان داد آموزش بهداشت کلام می تواند دلتنگی به همسر را افزایش دهد. طبق گفته ویگوتسکی (۱۹۶۲) زبان در کنترل افکار نقش درونی دارد؛ به عبارتی زبان مجرای ظهور اندیشه است (خالدیان و حسینی، ۱۳۹۵) و ابزار جدیدی را به سازمان درونی فرد می افزاید و موجب رشد کنش و تفکر می شود؛ لذا کنترل شناختی زبان و کنترل سخن می تواند به کنترل عواطف منجر شود که رخشانی پور (۱۳۹۴) در الگوی آماری خود به این نتیجه دست یافت.

۲-۴-۲- گناهان و لغزش های زبان

زبان نسبت به سایر اعضای بدن، گناهان و لغزش های بیشتری را مرتکب می شود. پیامبر گرامی اسلام فرمود: «إِنَّ أَكْثَرَ خَطَايَا ابْنِ آدَمَ فِي لِسَانِهِ وَمَنْ كَفَّ لِسَانَهُ سَتَرَ اللَّهُ عَوْرَتَهُ» (طبرسی، ۱۳۸۵). بیشترین لغزش های پسر آدم در زبان اوست، و اگر کسی زبان خود را از خطا و لغزش باز دارد، خداوند بدی های او را می پوشاند.

امام سجاد (ع) فرمود: «إِنَّ لِسَانَ ابْنِ آدَمَ يُشْرِفُ عَلَى جَمِيعِ جَوَارِحِهِ كُلِّ صَبَاحٍ، فَيَقُولُ: كَيْفَ أَصْبَحْتُ؟ فَيَقُولُونَ: بِخَيْرٍ إِنْ تَرَكْتَنَّا، وَ يَقُولُونَ: اللَّهُ اللَّهُ فِينَا، وَ يَنَاشِدُونَهُ وَ يَقُولُونَ: إِنَّمَا تُثَابُ وَ نَعَاقِبُ بِكَ». (کلینی، ۳۲۹ هجری). زبان فرزند آدم (انسان) هر صبح بر تمام اعضای او اشراف و اطلاع پیدا کرده می گوید: چگونه صبح کردید؟ آنها می گویند: اگر تو ما را رها کنی، به خوبی صبح خواهیم کرد، و می گویند: در مورد ما از خدا بترس، و او را سوگند می دهند و می گویند: ثواب و عقاب ما، پاداش و مجازات ما به وسیله توست. در مجموع دانشمندان علم اخلاق برای زبان، گناهانی زیادی را برشمرده اند که هریک در جای خود می تواند بسیار خطرناک بوده باشد.

گناهان زبان در همه ادیان، ناپسند است. در آیات قرآن کریم در دم گناهان آمده است و در روایات از پیامبر و ائمه معصومین درباره انواع گناهان زبان، بیان خطرهای و آفات ناشی از آن بیان، و کنترل زبان

مهم شمرده شده است (مجلسی، ۱۴۰۳)، پرخاشگری رابطه ای (خراب کردن وجهه اجتماعی طرف مقابل با کنایه و توهین) که با تعارضات زناشویی رابطه مستقیمی دارد (کارول^۱ و همکاران، ۲۰۱۰) در اسلام یکی از گناهان زبان است. گناهان زبان بر کاهش تعالی روح و روان مؤثر است (هاشمی و آل رسول، ۱۳۹۵؛ محلاتی، ۱۳۹۱) افزون بر این حسادت در گفتار از جمله گناهان زبان است و انسان را به غیبت و بدگویی وادار می کند (احمدی، هراتیان، ولی زاده، ۱۳۹۴؛ نراقی، ۱۳۷۸) و در آموزه های اسلامی بدان اشاره شده است، به گونه ای که نقش عمده ای در کاهش لذت (مجلسی، ج ۷۰، ۱۴۰۳)، از بین رفتن انسجام بین فردی (مجلسی، ج ۳۰، ۱۴۰۳) و عدم جلب محبت طرف مقابل (مجلسی، ۱۴۰۳، ج ۷۴) و کاهش ارتباطات زناشویی ایفا می کند (هپ^۲، ۲۰۱۸). پرخاشگری کلامی نیز به عنوان گناه زبان با خشونت های جسمی و تعارضات زناشویی تداعی می شود (هان، سیمونس، ولکر^۳، ۲۰۱۹؛ لیرلا، گیل لاکروس^۴، ۲۰۱۸). غیبت نیز به عنوان آفت اخلاقی فضایی حاکی از بی اعتمادی را در روابط بین فردی ایجاد می کند و به عدم کنترل خویشتن و گسترش عدم صداقت منجر می شود (خاکی، ۱۳۷۴) و در نهایت گزیده گویی مانع فتنه انگیزی می شود (کریمی و فیاض، ۱۳۸۹).

۲-۴-۵- آسیب های دینی و روانشناختی عدم کنترل زبان

۲-۴-۵-۱- آسیب های دینی عدم کنترل زبان

با توجه به گناهان و لغزش هایی که برای زبان ذکر شد، و نیز پیامدهای زیانبار آنها برای دنیا و آخرت انسان، لازم است که در حفظ و کنترل زبان، نهایت سعی و تلاش را نمود. حفظ و حراست از زبان هم حکم عقل است و هم روایات، مکرر به آن توصیه و سفارش نموده است. امام صادق (ع) فرمود: «مَعَاشِرَ الشَّيْعَةِ! كُونُوا لَنَا زَيْنًا وَلَا تَكُونُوا عَلَيْنَا شَيْنًا، قُولُوا لِلنَّاسِ حُسْنًا، احْفَظُوا أَلْسِنَتَكُمْ وَكُفُّوْهَا عَنِ الْفُضُولِ وَ قَبِّحِ الْقَوْلِ». ای جماعت شیعه! زینت و زیبایی ما باشید، باعث عار، ننگ، رسوایی و بدنامی ما نشوید. زبان های تان را حفظ کنید و آنها را از زیاده گویی و سخن زشت، باز دارید.

امیرالمؤمنین (ع) در وصیتی به فرزندش محمد بن حنفیه فرمود: «وَاعْلَمْ أَنَّ اللِّسَانَ كَلْبٌ عَقُورٌ، إِنْ خَلِيَتْهُ عَقْرٌ، وَرُبَّ كَلِمَةٍ سَلَبَتْ نِعْمَةً، فَأَخْزَنْ لِسَانَكَ كَمَا تَخْزُنُ ذَهَبَكَ وَوَرَقَكَ» (مفید، ۱۳۹۴). بدان که زبان، سگ گازگیر است، اگر رهایش کنی زخمی می کند، و بسا کلمه ای که موجب سلب نعمت می شود، پس زبانت را حفظ کن، همان گونه طلا و پولت را حفظ می کنی.

¹ Carroll, J. S

² Hupp, M

³ Hahn, A.M, Simons, R.M, Simons, J.S. Welker, L.E

⁴ Lairla, M & Gil-Lacruz, M

و نیز فرمود: «الْكَلَامُ فِي وَثَاقِكَ مَا لَمْ تَتَكَلَّمْ بِهِ فَإِذَا تَكَلَّمْتَ بِهِ صِرْتَ فِي وَثَاقِهِ فَاخْزُنْ لِسَانَكَ كَمَا تَخْزُنُ ذَهَبَكَ وَوَرَقَكَ فَرُبَّ كَلِمَةٍ سَلَبَتْ نِعْمَةً وَجَلَبَتْ نِقْمَةً» (صالح، ۱۳۷۴). تا زمانی که سخن نگفته‌ای، سخن در بندِ توست، زمانی که سخن گفتی، تو در بندِ سخن خواهی بود. پس زبانت را حفظ کن، همان‌گونه درهم و دینارت را حفظ می‌کنی. پس بسا کلمه‌ای که نعمتی را زایل و عذابی را فرود می‌آورد.

و نیز روایت شده است که مردی خدمت پیامبر رسید، عرض کرد: مرا توصیه نمایید، حضرت فرمود: زبانت را حفظ کن، مرد این درخواست را سه‌بار تکرار کرد و حضرت هربار همان پاسخ را داد، سپس فرمود: وای بر تو، مگر انسان‌ها را جز محصولات زبان‌های شان با بینی در آتش می‌اندازند؟ (کلینی، ۳۲۹ هجری).

در حدیثی از «سعید بن جبیر» از رسول خدا (صلی الله علیه و آله) نقل شده است که فرمود: «إِذَا أَصْبَحَ ابْنُ آدَمَ أَصْبَحَتِ الْأَعْضَاءُ كُلُّهَا تَسْتَكْفِي اللِّسَانُ أَتَى تَقُولُ اتَّقِ اللَّهَ فِينَا فَإِنَّكَ إِنْ اسْتَقَمْتَ اسْتَقَمْنَا وَإِنْ اغْوَجْتَ اغْوَجْنَا» هنگامی که فرزندان آدم صبح می‌کنند تمام اعضای بدن به زبان هشدار می‌دهند و می‌گویند تقوای الهی را در مورد ما مراعات کن، چرا که اگر تو به راه راست بروی ما نیز به راه راست می‌رویم و اگر تو به راه کج بروی ما نیز به راه کج می‌رویم! (کاشانی، ۱۳۸۳) در حدیث دیگری از امام علی ابن الحسین (علیه السلام) آمده است: «إِنَّ لِسَانَ ابْنِ آدَمَ يُشْرِفُ عَلَى جَمِيعِ جَوَارِحِهِ كُلِّ صَبَاحٍ فَيَقُولُ كَيْفَ أَصْبَحْتُ؟! فَيَقُولُونَ بِخَيْرٍ إِنْ تَرَكْتَنَا وَ يَقُولُونَ اللَّهُ اللَّهُ فِينَا، وَ يُنَادُونَهُ وَ يَقُولُونَ إِنَّمَا نُثَابُ وَ نُعَاقَبُ بِكَ؛ زَبَانُ إِنْسَانٍ هَرَّ رَوْزَ صَبْحٍ بِهَ تَمَامِ أَعْضَاءِ بَدَنِ نَظَرٍ مِ افكند و می‌گوید: صبح شما چگونه است؟ می‌گویند خوب است اگر تو ما را به حال خود واگذاری! (سپس اضافه می‌کنند) خدا را، خدا را، رعایت حال ما را بکن، و به او قسم می‌دهند و می‌گویند ما به واسطه تو مشمول ثواب یا عقاب واقع می‌شویم!» (کلینی، ۱۳۷۵).

در حدیث معروفی که در لا به لای کلمات قصار مولا امیر مؤمنان علی (علیه السلام) آمده این حقیقت منعکس شده است؛ آنجا که می‌فرماید: «تَكَلَّمُوا تُعْرِفُوا فَإِنَّ الْمَرْءَ مَخْبُوءٌ تَحْتَ لِسَانِهِ» (سخن بگویند تا شناخته شوید، چرا که شخصیت انسان در زیر زبان او نهفته شده است (مجلسی، ۱۴۰۳). و در حدیثی از رسول خدا (صلی الله علیه و آله) می‌خوانیم: لَا يَسْتَقِيمُ إِيْمَانُ عَبْدٍ حَتَّى يَسْتَقِيمَ قَلْبُهُ، وَ لَا يَسْتَقِيمُ قَلْبُهُ حَتَّى يَسْتَقِيمَ لِسَانُهُ؛ (ایمان کسی استقامت و راستی پیدا نمی‌کند، مگر این که قلب او راستی و استقامت یابد قلب نیز راستی و استقامت نمی‌یابد مگر این که زبان راستی و استقامت پیدا کند). (قرآن مجید در دو آیه از سوره «بلد» و «الرَّحْمَن» حقّ سخن را ادا کرده است: در سوره بلد، آیه ۸ تا ۱۰، می‌خوانیم: «الْمُ نَجْعَلُ لَهُ عَيْنَيْنِ * وَ لِسَانًا وَ شَفَتَيْنِ * وَ هَدَيْنَاهُ النَّجْدَيْنِ»؛ (آیا برای او [انسان] دو چشم قرار ندادیم - و

یک زبان دو لب ؟ - و او را به خیر و شرش هدایت نمودیم!). آیات فوق در مقام بیان بزرگترین نعمتهای الهی است، نعمت چشم و زبان و لبها، نعمت هدایت، و معرفت خیر و شر (شریف الرضی، ۱۴۱۴ق).

۲-۴-۲-۵-۲- آسیب های روانشناختی عدم کنترل زبان

عدم کنترل زبان در قالب گناهان زبان، عملکرد و زندگی زناشویی را تحت تأثیر قرار میدهد؛ لذا شناخت «آفات زبانه برای مصونیت از آنها و حفظ خانواده از نگاه آیات و روایات و منابع اخلاقی و گفتار بزرگان اخلاق و عرفان، لازم و ضروری است (محدثی، ۱۳۸۷). از دیدگاه روانشناسی چون پیازه و کلبه‌گ، عدم رعایت اخلاق با آسیبهای فردی اجتماعی همراه است و این نوع از بد اخلاقی های زبان مانند دروغگویی جنبه یادگیری (بیرجندی، قطبی و شعیری، ۱۳۹۷) دارد و بتدریج ملاحظات فیزیکی خارجی کاهش پیدا می کند و ملاحظات غیر محسوس افزایش می یابد و اخلاق درونی می شود (قاسمی و محدثی گیلوایی، ۱۳۹۶). در این راستا نیز نتایج نشان می دهد عدم کنترل زبانی از جمله پرخاشگری کلامی فرزندان بویژه دختران تحت تأثیر تعارضات والدین و والدفرزندی است (کوکاکی، مورانیدی، سیل^۱، ۲۰۱۷). البته قابل تأمل است که پرخاشگری کلامی خانواده در دوران کودکی به طور مستقیم نیز می تواند تداعی کننده عقاید زیانبار فرزندان در بزرگانی در زمینه تعارضات زناشویی (آلویا^۲، ۲۰۱۸) و پرخاشگری کلامی (آلویا و سولومون^۳، ۲۰۱۳؛ آلویا، ۲۰۱۸) باشد. به هر حال نتایج حاکی از اهمیت نقش پرخاشگری کلامی مادران با پدران در جهت پیشبینی پرخاشگری کلامی دختران و استفاده بیشتر از توهین در ارتباط با همسرانشان است (اوراماس، استیفن، ویدن^۴، ۲۰۱۷). تحقیقات اخیر حاکی است که عدم بهداشت کلامی از جمله توهین، حادث، تمسخر و پرخاشگری کلامی ممکن است به عنوان عاملی تحریک کننده خشونت بین همسران در اختلافات زناشویی عمل کند. نقص مهارتهای ارتباطی ممکن است همراهِ را وادار کند که به جای شکلهای سازنده تر ارتباطات به توهین و پرخاشگری کلامی در موقعیتهای درگیری خانوادگی متکی باشند، این امر نیاز به درک بهتر نقش سلامت کلامی را در روابط زناشویی نشان میدهد. مطالعات نیز مؤید نقش پرخاشگری کلامی (اینفنت، سابورین، راد و شانون^۵، ۲۰۰۹) و دروغگویی (قاسمی و محدثی گیلوایی، ۱۳۹۶) در افزایش تعارضات زناشویی است، لذا پرخاشگری کلامی و رابطه ای و استفاده نامناسب از زبان در جهت خشونتهای زبانی می تواند با افزایش

¹ Koçak, A., Mouratidis, A., Sayıl, M

² Aloia, I.S

³ Solomon, D. H

⁴ Oramas, L.A. Stephens, D.P. Whiddon, M

⁵ Infante, D.A. Sabourin, T.C. Rudd, J.E. & Shannon, E.A

روابط عاطفی منفی در روابط روماتیک در بزرگسالی تداعی شود؛ همچنین میزان تعارضات زناشویی (آلویا، ۲۰۱۸) و شکایت از روابط را افزایش دهد (آلیو و ورلی^۱، ۲۰۱۸).

از طرفی درباره نقش کنترل زبان بر سلامت روان، مارتیگانی^۲ (۲۰۱۱) در مطالعه خود نشان داد گفتگوها و تعاملات بین زوجین خصوصا خود گویهای آنها در مورد موضوعات مختلف زناشویی، موقعیتی است که زمینه تجربه عواطف منفی را فراهم می آورد. همه انسانها عواطف و هیجانها را در زندگی خود تجربه می کنند؛ اما هیجانها و عواطف منفی شامل خستگی، ملاله‌ی علافگی، افسردگی و در موارد شدید عصبانیت، ترس و ناکامی و رنجش از دیگران است که نه تنها سازنده نیست بلکه آثار زیانباری نیز دارد. طبق نتایج پژوهشی دانهام^۳ (۲۰۰۸) مهارت کنترل عواطف بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد، تعاملات بین فردی، بهداشت روانی و سلامت جسمانی تأثیر دارد. مطالعه شوماخر و لئونارد^۴ (۲۰۰۵) نیز نشان داد ابراز عواطف مثبت توسط زوجین با احساس رضایت از زندگی در آنها رابطه مثبت دارد و ابراز عواطف منفی در زندگی زناشویی احساس رضایت را در زوجین کاهش میدهد؛ لذا عدم کنترل زبان می تواند کنترل عواطف و هیجانهای چون اضطراب و افسردگی را با مشکل روبه رو سازد. در این راستا مطالعات نشان داده ارتباط کلامی مثبت والد با کاهش مشکلات عاطفی فرزندان در روابط روماتیک همراه است (بکمن^۵، ۲۰۱۹) و در مقابل، پرخاشگری کلامی والد تداعی کننده اضطراب و نشانه‌های عاطفی فرزندان در اوایل نوجوانی است (اسماروس، استریدر، دارلجیر^۶، ۲۰۱۹؛ درالا، برکت، استپ و هیول^۷، ۲۰۱۹؛ آلویا، ۲۰۱۹) که حاکی از اهمیت نقش عدم سلامت گفتار از جمله خوشنویهای کلامی والد در سلامت روان و کنترل عواطفی چون اضطراب و فردگی در رویارویی با بحران است. به هر حال نکته قابل تأمل این است که این ارتباط در روابط دانش آموزان با معلم و یا والد بررسی شده است، هرچند مطالعاتی دیگر نیز نشان داد عدم سلامت گفتار از جمله پرخاشگری کلامی فرد در بزرگسالی نیز می تواند تداعی کننده طردهای اجتماعی و بین فردی (آموه و الورد^۸، ۲۰۱۹) و اختلالات عاطفی چون اضطراب و افسردگی (کاسپر، کارد، بانمن و تومی^۹، ۱۲۰۱۷؛ کاشر، مرزوف، ورشکی اسپالهورن و تکت^{۱۰}، ۲۰۱۸؛ استفن، اسمیت، پولینگ، ورس، زوو و تیلور^{۱۱}، ۲۰۱۹) باشد. افزون بر این عدم بهداشت کلامی چون

¹ Worley, T

² Martignani, L

³ Dunham, G.D

⁴ Schumacher, J.A & Leonard, K.E

⁵ Beckmann, L

⁶ Smarius, L.J.C.A., Strieder, T.G.A., Doreleijers, T.A.H

⁷ Derella, O.J. Burke, J.D. Stepp, S.D. & Hipwell, A.E

⁸ Amoh, A. & Allwood, M.A

⁹ Casper, D.M. Card, N.A. Bauman, S. Toomey, R.B

¹⁰ Kushner, S.C. Herzhoff, K. Vrshek-Schallhorn, S. Tackett, J.L

¹¹ Stephen W. Smith, S.W. Poling, D.V. Worth, M.R. Zhou, S.J. Taylor, G.G

حسادت با اضطراب (پریرلر فیلو، پادووانی و ویلیامز^۱، ۲۰۱۹) و غم و اندوه (مجلسی، ۱۴۰۳) و تمخر با انردگی (پسی، ریسکریت، هاسد، مندان و کایف^۲، ۱۹۹۶)، دروغ با افسردگی (دکتر^۳، ۲۰۱۹) و اضطراب (کیون، مسیر، ود^۴، ۲۰۱۸؛ گولدنر^۵، ۱۹۹۲) و نفرین نیز بویژه در زنان با افسردگی (کیون و همکاران، ۲۰۱۸)، غیبت کردن نیز با کاهش امنیت روان (خاکی، ۱۳۷۴)، تضعیف روابط خانوادگی و اجتماعی، ترویج ضد ارزشها و عدم پویایی و کاهش سلامت روان و جامعه (دل آرانعمتی و مهری، ۱۳۹۴) تداعی می شود.

۲-۴-۲-۶- کنترل معنوی زبان در دلبستگی به همسر

سبک های دلبستگی هر یک از همسران، بر بروز و چگونگی مواجهه با تعارضات زناشویی و نوع جهت گیری عاطفی اثر می گذارد. براین اساس، داشتن سبک دلبستگی نایمن اضطرابی با اجتنابی موجب می شود که زوجین تجارب رمانتیک و ارتباطی خود را از دیدگاه منفی بنگرند. به عبارت دیگر، درگیر فرایند استاندهی منفی شوند. در نتیجه، موقعیتهای تعارض را به سمت درگیر شدن در رفتارهای مخرب متمایل خواهند شد. ارتباطات مؤثر، موجب شکوفایی هویت و کمال انسان و مبنای اولیه پیوند وی با دیگران و بهبود کیفیت روابط افراد می شود در حالی که ارتباطات غیرمؤثر، مانع شکوفایی انسان شده و روابط را تخریب می کند زندگی بسیاری از زوج ها، به دلیل فقدان مهارتهای ارتباطی لازم و بی توجهی به اصول و آداب گفتوگو، به رابطه موازی بدون صمیمیت و حتی مخرب می انجامد (بولتون، ۱۳۸۱).

حضرت امیرالمؤمنین می فرمایند: «سخن در اختیار تو بوده مادامی که آن را بر زبان جاری نکردهای، ولی هر گاه سخن گفتی تو در بند آن گرفتار می شوی، اکنون زبانت را همانند طلا و نقرات حفظ کن، بسا سختی که نعمتی را از انسان سلب می کند» (مجلسی، ۱۴۰۴ق). پس هر چه نمیدانی، از گفتن آن خودداری کن. خداوند بر اعضا و جوارحت چیزهایی واجب کرده که روز قیامت از آنها سؤال خواهد کرد. در آن روز، خوار خواهد شد کسی که زبانش بر او حکومت کند (توانایی و سلیم زاده، ۱۳۸۹) مذهب و معنویت، ارتباط با خداوند و میزان تقید به اصول مذهبی با توجه به تأکیدات دین مبین اسلام در مورد رفتار سنجیده و درست با همسران و از جمله کنترل زبان، می تواند عامل مهمی در برابر ناملایمات زندگی باشد. اما نقطه مقابل آن، یعنی کفر، عداوت و یاس و ناامیدی از خداوند، می تواند نتیجه ای عکس داشته باشد در قرآن کریم، یاس و ناامیدی از چنان جایگاهی برخوردار است که از جمله گناهان

¹ Priolo Filho, S.R, Padovani, R. C, & Williams, L.A

² Psy, D., Rickert, F.I. Hassed, M.S. Hendon, B.S. Cuniff, C

³ Dykstra, V

⁴ Kennison, S. Messer, R. Wood, E

⁵ Goldner, E

کبیره شمرده شده است. از این رو، هیچ صاحب ایمانی نمی تواند و نباید از رحمت خدا ناامید باشد. امید و توکل، باورهای ذهنی انسان مؤمن است. بنابراین، انسان آن گونه که می اندیشد، باور دارد باورمندی انسان به حضور خداوند در سراسر زندگی، در بازدارندگی او از گناهان، از جمله گناهان زبان بسیار تأثیرگذار است (روحانی و معنوی پور، ۱۳۸۷).

به هر حال، حضرت علی می فرماید: «برای جلب دل، چیزی مؤثرتر از زبان نیست» (تمیمی آمدی، ۱۳۶۰). برخی صفات اخلاقی ناپسندیده به روابط مناسب اعضای خانواده آسیب می رسانند و از موانع تحکیم خانواده به شمار می آیند روابط کلامی مناسب، مهم ترین عامل ارتباط مؤثر همسران است که در ایجاد رابطه زناشویی و اخلاقی درست اهمیت بسیاری دارد گاهی در اختلافات خانودگی، به این اصل مهم توجه نمی شود و بدتر از آن، گاه توهین و بدزبانی آغاز می شود باید توجه داشت توهین و بنزانی؛ از بدترین شیوه های غیر مشروع در برخورد با اندیشه های مخالف است. در روابط زن و شوهر، بدگمانی موجب می شود که برداشت نادرستی از رفتار یکدیگر داشته باشند. در این هنگام، جنبه های مثبت اخلاقی طرف مقابل نادیده انگاشته می شود و نکات منفی بیشتر از اندازه دیده می شود. احترام متقابل، یکی از اصول موفقیت در زندگی زناشویی است. در مقابل، تحقیر همسر گامی به سوی فروپاشی بنای خانواده است. در زندگی زناشویی عیب جویی، به ویژه در صورت مقاومت، موجب رنجش و سردی روابط و یا ایجاد روابط خصمانه خواهد شد. انتقاد در روابط زن و شوهر، باید با خیر خواهی و در سخن گفتن کمال ادب و احترام رعایت شود، تا انتقاد سالم و سازنده به عیب جویی و مخاصمه تبدیل نشود زن و شوهر، برای بهبود روابط خود، باید بدانند هرگز از سرزنش کاری ساخته نیست و به جای سرزنش و ملامت به سخنان یکدیگر گوش دهند و اشتباهات را ببخشند. این بهترین راه پیشگیری از خطاها و اشتباه دوباره است (نوری، ۱۳۸۹)، حضرت علی می فرماید: «لا تكثر العتاب فانه يورث الضغينه و يدعوا الي البغضاء» (محمدي ري شهري، ۱۳۸۴)؛ سرزنش را زياد مکن؛ چون کينه و دشمني را برمي انگيزد. در صورتی که روابط کلامی مناسب، مهم ترین عامل ارتباط مؤثر همسران است و در ایجاد رابطه زناشویی اهمیت بسیاری دارد؛ و این رابطه کلامی مناسب، دلبستگی زوجین به یکدیگر را افزایش می دهد (نوری، ۱۳۸۹).

۲-۴-۲- معنویت و انعطاف پذیری روانشناختی

انعطاف پذیری روان شناختی، فرآیند تمرین آگاهی لحظه ای و گشودگی نسبت به تجربیات احساسات و افکار است، در حالی که تصمیم می گیرند در اعمالی مطابق با ارزش های فرد شرکت کنند. این

رویکرد باز، آگاهانه و متعهدانه به زندگی به خوبی با تلاش های معنوی سازگار است (بورگس^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). درمان پذیرش و تعهد ارزش هایی را که بخش مهمی از فرد هستند و حفظ اقدامات اختصاص داده شده به این ارزش ها را ترویج می کند. اعتقاد بر این است که ارزش های مورد بحث در زمینه درمان پذیرش و تعهد باید توضیح داده شود تا ارزش ها با مفاهیم دیگری مانند اهداف و خواسته ها اشتباه گرفته نشود. محیط درمانی محیطی دلگرم کننده را فراهم می کند که در آن مراجع می تواند به وضوح درباره ارزش های خود صحبت کند. این ارزش ها در ارزش های معنوی دیده می شود. هنگامی که ارزش هایی که توسط درمان پذیرش و تعهد در نظر گرفته می شوند همراه با سنت های معنوی در نظر گرفته شوند، کارکرد مهمی پیدا می کنند (یوگور^۲، ۲۰۱۶).

تمرکز بر چگونگی حفظ زندگی مطابق با ارزش های مراجع در طول فرآیند درمانی، مستلزم جهت گیری رویکرد معنوی به شیوه های درمان پذیرش و تعهد است. چگونه به یک زندگی خوب دست یابیم؟ و برای یافتن معنای زندگی چه باید کرد؟ وقتی سؤالات در محور ارزش ها مطرح می شود، مشاهده می شود که ادغام معنویت در فرآیند درمان پذیرش و تعهد اجتناب ناپذیر است. فرآیند کمک به نحوه زندگی یک فرد شامل تعامل با رویکردهای معنوی است (جیسون^۳ و همکاران، ۲۰۱۶).

نکته دیگری که می توانید وجود درمان پذیرش و تعهد و معنویت را در زمینه مشترک مشاهده کنید. چرا ما عذاب میکشیم و در برابر رنج چه کنیم؟ سؤالاتی هستند مواجهه با تغییر، از دست دادن و مرگ در زندگی اجتناب ناپذیر است. از درد نمی توان اجتناب کرد. درد بخشی اجتناب ناپذیر از رابطه ای است که انسان با آن برقرار می کند زندگی نکته مهم، رابطه فرد با درد است (لمون و نونری^۴، ۲۰۱۶).

¹ Borges, M. L

² Uygun, A.E

³ Jason, A

⁴ Lemon, C.J., Nunnery, R

۲-۵- ابعاد روانشناختی انعطاف پذیری

۲-۵-۱- تعریف و مفهوم انعطاف پذیری

نظریه ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برخاسته از یک اصطلاح کلی به نام انعطاف پذیری روانشناختی می باشد. انعطاف پذیری روان شناختی عبارت است از فرآیند تماس کامل با لحظه ی حاضر به عنوان انسان آگاهی که رفتارش را در جهت ارزش های انتخاب شده اش، تغییر می دهد (بورگس و همکاران، ۲۰۲۲).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تنها شیوه ای برای درمان رفتارهای نابهنجار نیست، بلکه مدلی برای پیشرفت انسان است که زیربنای فلسفی و نظری خاصی دارد. درمان مذکور بر این باور است که مشکلات انسان عمیقاً از آن دسته فرآیندهای رفتاری نشأت می گیرد که تمام انسان های بهنجار را تحت تاثیر قرار می دهد و در واقع بر زبان و ادراک انسان ها تاثیر می گذارد. این درمان تلاش می کند تا به جای تغییر شکل یا محتوای رفتار هدف، بافتار اجتماعی/کلامی را از لحاظ بالینی تغییر دهد (فلکسمن و همکاران، ۱۳۹۳).

انعطاف پذیری از دیدگاه های مختلفی مورد تعریف قرار گرفته است:

کانر و دیویدسون^۱ (۲۰۰۳) انعطاف پذیری را به عنوان توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی - روانی در شرایط خطرناک، در نظر می گیرند.

کامپفر، ۱۹۹۹، انعطاف پذیری را به معنی بازگشت به تعادل اولیه با رسیدن به تعادل سطح بالاتر (در شرایط تهدید کننده) می داند که باعث سازگاری موفقیت آمیز در زندگی می شود (سامانی، جو کار و صحراگرد، ۱۳۸۶).

در آسیب شناسان تحولی معاصر، انعطاف پذیری به عنوان فرایندی پویا تعریف می شود که باعث ایجاد سازگاری یا انطباق مثبت در شرایط ناگوار یا تروماتیک می شود (کمبل سیلس، کوهان و استین^۲، ۲۰۰۶؛ کیم کوهن^۳، ۲۰۰۷). در واقع، وجود دو عامل "در معرض خطر گرفتن" و "نشان دادن سازگاری مثبت علیرغم خطر و شرایط ناگوار" شروط ضروری انعطاف پذیری است (مستن^۴، ۱۹۹۴).

طبق نظریه های اولیه، انعطاف پذیری بیش تر بر فهم و ویژگی های افراد انعطاف پذیر متمرکز بود که به واسطه آن افراد می توانستند در رویارویی با شرایط ناگوار به سازگاری و پیامدهای مثبت دست یابند، اما پژوهش های بعدی در این زمینه با مسائل اجتماعی، بدر رفتاری، خشونت، بیماری های روانی والدین و

^۱ Conner, K. M., & Davidson, J. R. T

^۲

^۳ Kim-Cohen, J

^۴ Masten, A. S

حوادث مصیبت بار زندگی که می تواند منجر به کاهش انعطاف پذیری شود، گسترش یافت (لوتار و سیکتی و بک^۱، ۲۰۰۰). نظریه های نوین به انعطاف پذیری به عنوان ساختار چندبعدی نگاه می کنند که شامل متغیرهای بنیادی مانند مزاج، شخصیت و مهارت های خاصی چون مهارت حل مسئله می باشد، این مهارت ها به فرد اجازه می دهند تا با وقایع تروماتیک و آسیب زای زندگی سازگاری مطلوبی ایجاد کند و افراد به گونه ای موفقیت آمیز با استرس و حوادث آسیب زا سازگاری مثبت نشان دهند (کمیل سیلس، کوهان و استین^۲، ۲۰۰۶).

بنابراین در سیر تحولی این متغیر، می توان به ۳ نقطه عطف اشاره کرد:

الف) انعطاف پذیری به عنوان یکی از ویژگی های شخصیتی که مک کرا و کاستا (۱۹۸۰) آن را معرفی نمودند. در واقع ایشان شاخص گشودگی به تجربه را به عنوان یکی از ابعاد شخصیتی مطرح کردند که با توجه به توضیحات، به شاخص انعطاف پذیری معروف شده است. در این شاخص، افراد انعطاف پذیر در باروری تجارب دنیای درونی و دنیای بیرونی کنجکاو هستند و زندگانی آنها از لحاظ تجربه غنی است. آنها مایل به پذیرش عقاید جدید و ارزش های غیر متعارف بوده و بیشتر و عمیق تر از اشخاص غیر انعطاف پذیر، هیجان های مثبت و منفی را تجربه می کنند. ۶ عنصر این شاخص عبارت اند از: تخیل و تصور فعال، زیبا پسندی و درک عمیق تر از هنر، توجه به احساسات و موقعیت های هیجانی، تنوع طلبی در رفتار و انتخاب موقعیت ها و مسئولیت ها، کنجکاوی ذهنی و درک جنبه های نوین و نظریات غیر متعارف و گشودگی و آمادگی برای بازبینی ارزشها (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸)، انعطاف پذیری در این معنا از مؤلفه های خرد نیز می باشد (منظمی تبار و همکاران، ۱۳۹۸) و در روابط بین فردی خصوصاً روابط خانوادگی بسیار مؤثر است (صادقی زمانی و ضرغامی، ۱۳۹۷).

ب) انعطاف پذیری شناختی که حدود چهار دهه است مورد توجه و علاقه محققان قرار گرفته (چنگ^۳، ۲۰۰۳) و در اواسط دهه ی ۸۰ میلادی همزمان با شکل گیری نظریه ی طرحواره ها که ریشه در دانش حافظه داشت، رشد کرد (کو الجیک و داوسن^۴، ۲۰۰۳). انعطاف پذیری شناختی؛ توانایی انتزاع و تغییر راهبردهای شناختی به تغییر بازخوردهای محیطی است که مستلزم برنامه ریزی، جستجوی سازمان یافته و توانایی استفاده از بازخوردهای محیطی برای تغییر آمایه شناختی می باشد (ارتگا، تریسی، گلد و پاربخ^۵، ۲۰۱۳) و انعطاف ناپذیری به در جاماندگی فرد در یک الگو اشاره دارد. (رجبی، نظریور و

¹ Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Bec, B

² Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B

³ Cheng, C

⁴ Kovalchick, A., & Dawson, K

⁵ Ortega, L.A.; Tracy, B.A.; Gould, T.J. & Parikh, V

تابناک، ۱۳۹۶) بعضی پژوهش‌ها (گان، لیو و ژانگ^۱، ۲۰۰۴؛ زونگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۰)، انعطاف پذیری شناختی را میزان ارزیابی فرد در مورد قابل کنترل بودن شرایط تعریف کرده‌اند، که این ارزیابی در موقعیت‌های مختلف تغییر می‌کند. (تقی زاده و فرمانی، ۱۳۹۲).

ج) افزایش انعطاف پذیری روانشناختی به عنوان هدف درمان فرامدرن مبتنی بر پذیرش و تعهد (رویز و همکاران، ۲۰۱۳) معرفی شده است. مطابق با این نظریه، انعطاف پذیری روانشناختی به توانایی افراد برای تمرکز بر موقعیت کنونی و استفاده از فرصت‌های آن موقعیت برای گام برداشتن در راستای اهداف و ارزش‌های درونی با وجود حضور رویدادهای روان شناختی چالش‌انگیز یا ناخواسته (برای نمونه ۱ افکار، احساسات، احساسات فیزیولوژیایی، تصاویر ذهنی و خاطره‌ها) اشاره دارد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶)؛ بنابراین، انعطاف پذیری روانشناختی به معنای مجموعه رفتارهایی است که فرد در راستای ارزش‌هایش انجام می‌دهد (صداقت خواه و بهزادی پور، ۱۳۹۶). در این نظریه درمانی، انعطاف پذیری روان شناختی از طریق شش فرایند اصلی پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، در زمان حال بودن، ارزش‌ها و عمل متعهدانه انجام می‌گیرند (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). در واقع، بر اساس نظریه ACT عدم انعطاف پذیری روان شناختی یک عامل آسیب شناختی اختلال‌های روانی برای تمام افراد بوده و وابسته به جنسیت نمی‌باشد (هیز و همکاران، ۲۰۱۳).

۲-۵-۲- انعطاف پذیری هیجانی

هیجان به عنوان هر گونه حالت ذهنی است که با درجات مختلف احساس مشخص می‌شود و معمولاً همراه با یک ابراز حرکتی بسیار شدید است. این حالت ذهنی ممکن است لذت بخش، تهدید کننده، ترسناک یا برخی دیگر از حالات طبیعی باشد. در واقع هیجان به معنی احساس‌ها و واکنش‌های عاطفی-ذهنی فرد است که دارای سه مؤلفه‌ی شناختی، فیزیولوژیک و رفتاری می‌باشد (کورسینی^۳، ۲۰۰۹). انعطاف پذیری یک مفهوم پیچیده و چندبعدی است. توانایی یا ظرفیت سازگاری یا پاسخ به یک محیط در حال تغییر اشاره به انعطاف پذیر بودن دارد. مهارت‌های مقابله‌ای یا انعطاف پذیری به طور مثبت در ارتباط با سازگاری روان شناختی است (چنگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۴). حتی برخی پژوهشگران انعطاف پذیری روان شناختی را مرتبط با سلامت جسمانی میدانند و معتقدند که این توانایی بخش عمده‌ای از

¹ Gan, Y., Liu, Y., & Zhang, Y

² Zong, J. G

³ Corsini RJ

⁴ Cheng C

رفتارهای مربوط به سلامت میباشد که به توانایی فرد با لحظه ی کنونی و نیز پافشاری بر تغییر رفتار در راستای ارزشهای برگزیده ی فرد اشاره دارد (جهانگیری و همکاران، ۲۰۱۷).

پژوهش گران انعطاف پذیری هیجانی را زیرمجموعه انعطاف پذیری روان شناختی دسته بندی کرده اند. انعطاف پذیری روان شناختی عبارت است از توانایی افراد برای تمرکز بر موقعیت کنونی و استفاده از فرصتهای آن برای گام برداشتن در راستای اهداف و ارزش های درونی با وجود رویدادهای چالش انگیز یا ناخواسته (مثلاً افکار، احساسات، حس های بدنی، تصاویر ذهنی و خاطره ها) (ایمانی، ۲۰۱۶). انعطاف پذیری روان شناختی ارتباطات افراد را نیز تحت تأثیر قرار می دهد. چنان که صداقت خواه و بهزادی پور (۲۰۱۷) دریافتند که کیفیت روابط زناشویی براساس انعطاف پذیری روان شناختی قابل پیش بینی است. سازه ی انعطاف پذیری هیجانی توسط بارتون و بونانو^۱ (۲۰۱۶)، فوجیمورا و اوکینویا^۲ (۲۰۱۲)، سیورت^۳ (۱۱) معرفی شده است. آنها ابتدا مفهوم انعطاف پذیری بیانی را مطرح کردند که به معنای توانایی برای سرکوب یا بیان هیجانات براساس خواسته های شرایط است. در سال ۲۰۰۸ کویفمان رسماً مفهوم انعطاف پذیری هیجانی را تعریف نمود و این ایده را مورد بحث قرار داد که هیجان یک نظام انعطاف پذیر است. با توجه به مطالبی که بیان شد می توان انعطاف پذیری هیجانی چنین تعریف نمود: «توانایی فرد برای تنظیم هیجانات خود براساس خواستههای زمینه و بافت»؛ این تنظیم از طریق تجربه کردن یا اجتناب از هیجانات و بیان یا سرکوب آنها رخ می دهد (رشید و بیات، ۱۳۹۸).

در این زمینه بارتون و بونانو (۲۰۱۶) به عنصر اساسی را مطرح کرده اند: حساسیت زمینه ای، خزانه ی رفتاری و پاسخ دهی به پسخوراند. از آن جایی که هم هیجانات مثبت و هم هیجانات منفی وجود دارد، این موارد دربرگیرنده ی هشت طبقه در مورد انعطاف پذیری هیجانی است که شامل ظرفیت هیجانی (منفی مثبت) به تجربه اجتناب) × (بیان سرکوب) میباشد.

تنظیم هیجان یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازمان دهی رفتار سازگارانه و جلوگیری از هیجانات منفی و رفتارهای ناسازگارانه است. فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت با استمرار احساس درونی و هیجانی مرتبط با فرآیندهای اجتماعی، روانی و فیزیکی در به انجام رساندن هدفی های فرد تنظیم هیجان می باشد (کریمی و همکاران، ۲۰۱۵). حال این تنظیم هیجان می تواند هم برای هیجانات مثبت (مانند شادی، عشق) به کار رود و هم می تواند برای هیجانات منفی (مانند خشم، ترس) مورد استفاده قرار گیرد. فو^۴ و همکاران (۲۰۱۷) ارتباطات هیجانی را تعاملات هیجانی بین دو نفر

¹ Burton CL, Bonanno GA

² Fujimura T, Okanoya K

³ Seivert NH

⁴ Fu F, Chow A, Li J, Cong Z

تعریف کرده اند. آلدائو^۱ و همکاران (۲۰۱۵) مفهوم انعطاف پذیری در تنظیم هیجان را مطرح کرده اند و این که افراد چگونه در تنظیم هیجانی خود انعطاف نشان می دهند. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که داشتن توانایی انعطاف پذیری در تنظیم هیجان رابطه ی مستقیم با سلامت روان دارد. روتر موند^۲ و همکاران (۲۰۰۸) تنظیم مواجهه ای را در سوگیری های توجهی عاطفی به عنوان یک مکانیزم بنیادی که انعطاف پذیری هیجانی و انگیزشی را تضمین و تأیید می کند، معرفی نمودند موخرجی^۳ (۲۰۱۱) در پژوهش خود نوعی انعطاف پذیری هیجانی را مطرح نمود و به این نتیجه رسید که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان می تواند به عنوان میانجی رابطی بین رنج هیجانی و عزت نفس در نظر گرفته شود.

۲-۵-۳- انعطاف پذیری مقابله ای

انعطاف پذیری مقابله به طور کلی به عنوان توانایی فرد برای اصلاح راهبردهای مقابله ای خود برای سازگاری با موقعیت های مختلف استرس زا تعریف می شود (کاتو، ۲۰۱۲) از این رو، هنگامی که از نظر روانی و فیزیکی به عوامل استرس زا پاسخ می دهند، انعطاف پذیری مقابله ای غنی تر تمایل به ایجاد نتایج انطباقی بیشتری دارد (لازاروس^۴، ۱۹۹۹؛ چنگ^۵ و همکاران، ۲۰۱۴). این درک به عنوان فرضیه انعطاف پذیری مقابله ای نامیده می شود (کاتو، ۲۰۱۲). اخیراً، اثراتی مشابه انعطاف پذیری مقابله در برخی تحقیقات انعطاف پذیری بر اساس پیش زمینه های نظری مختلف، مانند انعطاف پذیری شناختی (لانز^۶ و همکاران، ۲۰۱۷)، انعطاف پذیری تنظیم کننده احساسات (بونانو و بورتون^۷، ۲۰۱۳) پیدا شده است.

۲-۵-۳-۱- رویکردهای موجود برای مقابله با انعطاف پذیری

رویکردهای موجود برای انعطاف پذیری مقابله ای را می توان به سه نوع دسته بندی کرد: رپرتوار مقابله، تغییرپذیری و تناسب اندام (کاتو، ۲۰۱۵). رپرتوار مقابله ای به گستره راهبردهای مقابله ای در دسترس فرد اشاره دارد و با شمارش تعداد راهبردهای مقابله ای واقعی استفاده شده یا تعداد کل راهبردها بالاتر از میانگین یا میانگین نمونه اندازه گیری شده است. با این حال، استفاده از راهبردهای مقابله ای چندگانه با داشتن بسیاری از راهبردهای موجود برای مقابله با یک موقعیت خاص در هر زمان که لازم باشد، متفاوت

¹ Aldao A

² Rothermund K

³ Mukherjee T

⁴ Lazarus R. S

⁵ Cheng C

⁶ Lange F

⁷ Bonanno G. A., Burton C. L

است (کاتو، ۲۰۱۵)، و چنین استفاده از مقابله چندگانه همیشه نتایج مطلوبی ایجاد نمی کند (چنگ و همکاران، ۲۰۱۴).

تنوع مقابله ای توانایی فرد برای تغییر استراتژی مقابله ای مورد استفاده برای مقابله با انواع مختلف موقعیت های استرس زا یا حتی به دلیل دوره های زمانی مختلف است. تنوع مقابله به طور کلی با تعداد راهبردهایی که فرد در میان عوامل استرس زای مختلف یا در طول زمان استفاده کرده است سنجیده می شود. با این حال، صرفاً تغییر یک استراتژی با توجه به یک موقعیت یا زمان استرس زا همیشه منجر به نتایج سازگارتر نمی شود (کاتو، ۲۰۱۵). علاوه بر این، افرادی که به طور تصادفی یک استراتژی را انتخاب می کنند، اغلب با پیامدهای نامطلوب مواجه می شوند (چنگ و همکاران، ۲۰۱۴).

تناسب اندام مقابله ای شامل انتخاب یک استراتژی مقابله ای بسته به تغییرات در ارزیابی شناختی یک موقعیت استرس زا است. برای مثال، زمانی که یک عامل استرس زا را قابل کنترل ارزیابی می کنیم، اگرچه مقابله متمرکز بر مشکل (یعنی تلاش فرد برای مدیریت مشکلی که عامل استرس زا بوده است) ممکن است سودمند باشد، متمرکز بر احساسات (یعنی تلاش های فرد برای تنظیم پاسخ های عاطفی خود) و مقابله اجتنابی (یعنی تلاش های فرد برای فرار یا اجتناب از مشکل) ممکن است بی اثر باشد. برعکس، هنگامی که یک عامل استرس زا را غیرقابل کنترل ارزیابی می کنیم، مقابله متمرکز بر هیجان و اجتناب ممکن است سودمند باشد، در حالی که مقابله متمرکز بر مشکل ممکن است به استراتژی های ناکارآمد تبدیل شود (چنگ و همکاران، ۲۰۱۴).

۲-۳-۵-۲- نظریه دو فرآیندی انعطاف پذیری مقابله

نظریه دو فرآیندی انعطاف پذیری مقابله (کاتو، ۲۰۱۲ و ۲۰۱۵)؛ از این پس نظریه فرآیند دوگانه با رویکردهای موجود برای انعطاف پذیری مقابله و رویکردهای انعطاف پذیری در سایر زمینه ها متفاوت است. این نظریه بیان می کند که انعطاف پذیری مقابله ای، توانایی کنار گذاشتن راهبرد مقابله ای که ناکارآمد تلقی می شود و طراحی و اجرای یک استراتژی جایگزین است. همچنین بیان می کند که عدم انعطاف پذیری مقابله، ادامه درگیر شدن در استراتژی ای است که بی اثر تلقی می شود، یعنی پشتکار بر روی یک استراتژی شکست خورده. اگرچه رویکردهای قبلی برای انعطاف پذیری رویارویی صرفاً بر تغییر استراتژی متمرکز شده اند (لازاروس، ۱۹۹۹؛ چنگ و همکاران، ۲۰۱۴؛ کاتو، ۲۰۱۵). نظریه فرآیند دوگانه حول قابلیت جایگزینی یک استراتژی شکست خورده متمرکز است، اما نه تغییرپذیری یا سیال بودن ساده. برخی از تعاریف عملیاتی انعطاف پذیری شناختی چنین قابلیت جایگزینی یک استراتژی را منعکس می کند (کاتو، ۲۰۱۵).

۲-۵-۴- فرایند زیربنایی انعطاف پذیری روانشناختی

انعطاف پذیری روانی از شش فرایند زیربنایی به هم پیوسته تشکیل شده است. مکانیسم های پیشنهادی موثر در کاهش درد و رنج عبارتند از :

- پذیرش
- جدایی شناختی
- تماس با زمان حال
- چارچوب شخصی
- روشن شدن ارزش ها
- اقدام متعهدانه (سیاروچی، بلیچ و گودسل^۱، ۲۰۱۰).

اینها شامل توانایی در داشتن آگاهی از تجربه اکنون، سرگرم یک فعالیت خاص شدن بدون حواس پرتی های درونی، و دارا بودن نگرش باز و بدون قضاوت می باشد. توجه آگاهی، یک حالت روانی آگاهانه، باز بودن و تمرکز، اجزاء کلیدی در انعطاف پذیری روانشناختی می باشند (فلتچر^۲ و هیز، ۲۰۱۵). توجه آگاهی ابزاری برای توسعه خود آگاهی، پذیرش، هوش هیجانی، آگاهی از فرآیندهای فکری، کاهش واکنش به تجارب دردناک، و پرورش روابط سالم شناخته می شود (هریس^۳، ۲۰۰۸).

ACT یک رویکرد است که برای درمان انعطاف ناپذیری روانشناختی استفاده می شود. ACT یک روش روان درمانی بر اساس زمینه گرایی کاربردی است، یک جهان بینی فلسفی که در آن وقایع روانشناختی به عنوان اقدامات در حال انجام که جدا از زمینه های کنونی و تاریخی هستند تفسیر می گردند. ACT شامل جنبه های رفتاری، CBT و تئوری چهار چوب رابطه^۴ (RFT) می باشد. تئوری چهار چوب رابطه (RFT) یک نظریه شناخت، زبان، احساسات و انگیزه است که شامل فرایند های شرطی سازی رابطه ای می باشد. زبان ذاتا مشکل ساز در نظر گرفته می شود و درد و رنج روانشناختی ایجاد می کند، زیرا فرایندهای شناختی مانند حل مسئله و تجزیه و تحلیل، رفتاری را به وجود می آورد که که توسط قواعد کنترل می گردد (کاشدن و روتنبرگ، ۲۰۱۵).

همانطور که توسط هریس (۲۰۰۸) ذکر شده است، اکثر درمانگران و مراجعان اهدافی با کاهش علائم، افکار، و احساسات منفی و یا روانشناختی دارند. اما از طریق مداخلات طراحی شده برای افزایش انعطاف پذیری روانشناختی، هریس و هیز و همکارانش روشن کردند که مراجعین به انجام این کار

¹ Ciarrochi, J., Bilich, L., & Godsell, C

² Fletcher, L

³ Harris, R

⁴ Relational frame theory

تشویق نمی شوند، اما به جای آن تشویق می شوند تا انرژی و زمان صرف شده به درد و رنج روانشناختی را به پذیرش تجربه و آگاهی از نقش زبان در آن درد و رنج اختصاص دهند. تلاش برای تغییر افکار و احساسات دردناک می تواند به درد و رنج بیشتر منجر شود، با این حال، هسته ی فرآیندهای انعطاف پذیری روانشناختی یک رویکرد جدید ارائه می دهد. هدف اولیه ی درمان (ACT) افزایش انعطاف پذیری روانشناختی از طریق ارتباط کامل با زمان حال و رفتاری متعهدانه که منجر به زندگی ارزشمند می شود، می باشد. به عبارت دیگر، ACT به این معنی است:

- پذیرش افکار و احساسات

- انتخاب جهت

- اقدام و عمل (ایفرت و فورترس^۱، ۲۰۱۵).

انعطاف پذیری روانی شامل تعامل شش فرآیند اصلی پذیرش، جدایی شناختی، تماس با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش ها، و اقدام متعهدانه، می باشد. هیز و همکاران (۲۰۰۶) توضیح دادند که انعطاف پذیری روانی از طریق ارتباطات بین این فرآیندها آغاز شده است، و اینکه آن ها تکنیک های کاهش علائم روانشناختی نیستند بلکه مهارت های روانشناختی سالم هستند. آنها خواص کاربردی را به اشتراک می گذارند و به دو دسته تقسیم می شوند: فرآیند پذیرش و توجه آگاهانه به حال، و همچنین رفتار و تعهد، فرآیندها را تغییر می دهد.

ارتباط با لحظه حال که اغلب اشاره به توجه آگاهانه به حال دارد، افزایش آگاهی با بی قضاوتی در تجربه ی فعلی شخص، از جمله هر گونه افکار، احساسات، حس ها، و یا برداشت می باشد. همانطور که توسط هیز و همکاران (۲۰۰۶) شرح داده شد از نظر روانشناختی افراد انعطاف ناپذیر اغلب با تجربه فعلی از طریق شناخت های قالبی در ترس از آینده یا تصویرسازی گذشته، مربوط می شود. نویسندگان توضیح دادند که توجه آگاهی و یا حضور در زمان حال با فرآیندهای دیگر متصل هستند که تأثیر آنها را افزایش می دهد.

پذیرش روانشناختی یک جایگزین برای اجتناب از تجربه است. اجتناب از تجربه عدم تمایل برای تجربه کردن احساسات منفی (یا مثبت) می باشد در حالی که تلاشی برای زندگی کردن با توجه به ارزش های فرد نمی باشد و همچنین می تواند شامل مقاومت و بی حرمتی نسبت به واقعیت های زندگی باشد. اجتناب از تجربه شامل حضور افکار درهم تنیده (منفی و قضاوتگرانه) می باشد که تلاش هایی در کاهش درد از جمله دلیل تراشی، سرکوب و عدم فعالیت ایجاد کرده است. از سوی دیگر، پذیرش روانی تمایل به تجربه احساسات منفی (یا مثبت) همزمان با تلاش برای زندگی کردن با توجه به ارزش های فرد

^۱ Eifert, G. H., & Forsyth, J. P

می باشد. که می تواند شامل پذیرش و احترام نسبت به زندگی باشد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). همانطور که توسط هیز و همکاران (۲۰۰۶) توضیح داده اند سردرگمی شناختی هنگامی رخ می دهد که زبان بر راهبرد های تنظیم رفتار مسلط شود و بیشتر از تجربه مستقیم بر ادراکات تأثیر بگذارد. هنگامی که فرد در تماس با تجربه مستقیم نباشد، سردرگمی شناختی اغلب می تواند به اجتناب از تجربه منجر شود.

تکنیک جدایی شناختی ACT توسط هیز و همکاران (۲۰۰۶) به عنوان تلاش برای تغییر رابطه شخص و ایجاد زمینه های که باعث کاهش کارکردهای ناکارآمد افکار و تجربیات می شود، توصیف می گردد تا تلاش برای تغییر دفعات و یا فرم آنها. دلبستگی به تصویر خود و یا خود به عنوان محتوا، توسط باند و همکاران (۲۰۰۸) به عنوان فرایندی توصیف می شود که به دلیل ایجاد شناختهای غیر قابل تغییر در مورد هویت، باورها، ارزیابی و قضاوت، منجر به عدم انعطاف روانی می گردد. همچنین شواهد توضیح داده اند که پذیرش و جدایی شناختی از طریق آگاهی خود به عنوان چارچوب به وجود آمده، زیرا شخص از تجارب خود جدا شده و تحت کنترل آنها نیست.

ویلسون و همکاران (۲۰۱۰) ارزش ها را به عنوان الگوهای در حال انجام فعالیت که یک فرد را در یک جهت معنی دار خاص هدایت می کند، شرح داده اند که در عین حال با اهداف متفاوتند چرا که اهداف شامل مجموعه ای از نتایج مورد نظر در آینده می باشند. به ویژه، همانطور که توسط ویلسون و سندز (۲۰۰۸) گفته شده است، ارزش ها یک دسته خاص از تقویت کننده ها هستند که بطور شفاهی به صورت الگوهای پویا و در حال انجام فعالیت ها ساخته می شوند که برای آن ها تقویت کننده غالب در الگوی رفتاری ارزش ذاتی است. عدم روشن شدن ارزش ها منجر به عدم انعطاف روانشناختی می شود، که این اتفاق زمانی می افتد که اقدامات تحت سلطه ی تغییر پذیری باشند. ویلسون و سندز (۲۰۰۸) این نظریه را ارائه دادند که تشکیل ارزشهای روشن کمک می کند تا یک فرد عاقلانه تر و با معنی تر عمل کند. همانطور که توسط ویلسون و سندز اشاره شد، فرد باید به صورت مداوم از ارزش های خود آگاهی یابد که مستلزم تعهد و عمل می باشد.

انفعال، تکانشگری، و تداوم اجتنابی توسط هیز و همکاران (۲۰۰۶) به عنوان فاصله گرفتن افراد از ارزش های خود و منجر شدن به عدم انعطاف روانشناختی، تعریف می شود. آن ها توضیح دادند که چگونه تجربه محرک داخلی با حالت تنفر ممکن است باعث آغاز اجتناب از تجربه یا انفعال شود و در عین حال شخص قادر به انتخاب رفتاری است که در جهت ارزشهای شخصی اش می باشد. به اعتقاد این پژوهشگران انعطاف پذیری روانشناختی در میان مراجعین از طریق تشویق آنها برای توسعه الگوهای در حال انجام عمل متعهدانه بر اساس ارزش های خود، ارتقاء پیدا می کند، همچنین نشان می دهد که چهار فرآیند اصلی، بدون اتصال خود به این دو فرایند، نسبتاً بی اهمیت می باشند.

۲-۵-۵- انعطاف ناپذیری و واکنش های هیجانی

انعطاف ناپذیری روانشناختی شامل فرایندهای ذهنی است که باعث می شود که شخص در رنج گرفتار شود. این یک اتفاق فراگیر در بیماران روانی می باشد، که اغلب نشان دهنده انعطاف ناپذیری روانشناختی از طریق رفتارهای دلبستگی و یا تکیه بر راهبردهای اجتنابی برای مدیریت درد و یا تروما است (فلتچر و هیز، ۲۰۱۵). علاوه بر آن فلتچر و هیز (۲۰۱۵) روشن کردند که زمانی که روابط به دست آمده بر فرآیندهای ذهن مسلط است، روند تفکر مداوم اغلب از محصولات تفکر تفکیک نشده، و در نتیجه بی فکری، اجتناب از تجربه، سردرگمی شناختی و آسیب شناسی روانی را ایجاد می کند.

هنگامی که ساختار انعطاف پذیری روانشناختی را توصیف می کنیم، توصیف اجتناب از تجربه، بسیار مهم است، چرا که آنها در اصل مخالف فرآیندهای تجربی هستند. اجتناب از تجربه یک رفتار احساسی و اجتنابی است که زمانی اتفاق می افتد که شخص مایل به در تماس باقی ماندن با تجربه شخصی نمی باشد (به عنوان مثال، حس های بدنی، احساسات، افکار، خاطرات، زمینه های رفتاری). در حالی که شخص قدم های برای تغییر شکل، دفعات و حساسیت های موقعیتی این رویدادها بر می دارد، حتی اگر انجام چنین کاری باعث بروز آسیب های روانشناختی شود. درد و رنج روانشناختی اغلب به علت فرایند همجوشی شناختی و فرایند اجتناب از تجربه ادامه پیدا می کند که در طی آن افکار به صورت غیرموثر تنظیم می شوند (فلتچر و هیز، ۲۰۱۵). اجتناب از تجربه و الگوهای پاسخ های دفاعی مشابه در گیر در عدم انعطاف پذیری روانشناختی توسط هیز و همکاران (۱۹۹۶) به عنوان یک فرایندی فراگیر در آسیب شناسی رفتار انسان در نظر گرفته شده اند.

با در نظر گرفتن آمار و ارقام بالا در بیماری های روانی و خود کشی، اهمیت فهمیدن فرایند درد و رنج، انعطاف ناپذیری روانشناختی و بیماری های روانی باید به طور مشهود تری ظاهر شود. این امر به ویژه زمانی صدق می کند که پایه شواهد برای حمایت از سودمند بودن افزایش انعطاف پذیری روانشناختی در رابطه با اختلالات و بیماری های گوناگون در جمعیت های گوناگون شامل بزرگسالان و بچه ها فراهم باشد. تحقیقات نشان داده است که انعطاف پذیری روانشناختی با سلامت روانی بهتر همراه است در حالی که به طور معکوس با اشکال مختلفی از آسیب شناسی روانی مرتبط است (کاشدن و روتنبرگ^۱، ۲۰۱۰).

اکثر تحقیقات انعطاف پذیری روانشناختی در زمینه روانشناسی بالینی هدایت شده است. محققان دریافته اند که عدم انعطاف روانشناختی با اضطراب، افسردگی، عملکرد ضعیف کار، ناتوانی در یادگیری، سوء مصرف مواد، ترس، رفتار ضد اجتماعی، با کیفیت پایین از زندگی، اضطراب اجتماعی،

¹ Kashdan, T. B., & Rottenberg

تری کوتیلومانیای، سوء استفاده جنسی، رفتار پرخطر جنسی، سرکوب، آلكسی تایمیا، معلولیت، و روان، همراه با اختلالات های مختلف مرزی شخصیت^۱ (BPD)، اختلال اضطراب منتشر^۲ (GAD) و اختلال وسواسی اجباری^۳ (OCD) همراه است (هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

در زمینه روانشناسی سلامت، آزمایشات کنترل شده تصادفی (RCT)، شواهدی در حمایت از تاثیر افزایش انعطاف پذیری روانشناختی در میان افراد مبتلا به درد مزمن، و همچنین مطالعات در میان کسانی که اعتیاد به نیکوتین، دیابت، صرع، ام اس، سرطان، ویروس نقص ایمنی انسانی^۴ (HIV)، چاقی، کاهش وزن، لوپوس، و وزوز گوش داشتند، را فراهم کرده است (رویز^۵، ۲۰۱۰). همانطور که توسط هیز، لوما و همکارانش (۲۰۰۶) گزارش شده است، به نظر می رسد انعطاف پذیری روانشناختی بر طیف گسترده ای از اختلالات موثر باشد، و اغلب موثرتر از درمان های دیگر مانند درمان شناختی رفتار (CBT)، به ویژه در موقعیت های گسترده تر، می باشد.

این واقعیت که کاهش علائم روانشناختی هدف اولیه درمان نیست (هر چند اغلب یک محصول جانبی)، توسط ویلسون و لین (۲۰۰۸) به عنوان چالش پژوهش های انعطاف پذیری روانشناختی در تعیین نحوه کارکرد آن، اشاره شده است. نویسندگان توضیح دادند که بخشی از آن به دلیل این واقعیت است که درمان با هدف افزایش انعطاف پذیری روانشناختی در مقایسه با درمان های روانشناختی سنتی، در رابطه با تغییر فرآیندها و تمرکز پیامدهای درمان متفاوت هستند، که در آن شش زیررویه درگیر در انعطاف پذیری روانشناختی اغلب به عنوان واسطه تغییر در نظر گرفته شده اند.

۲-۶- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

۲-۶-۱- تاریخچه و بسط درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) توسط هیز در اواخر دهه ۱۹۸۰ از رویکرد های رفتارگرایی به درمان پدید آمد (لارمر^۶، ویترو ویسکی^۷ و لوپس درایور^۸، ۲۰۱۴). درمان رفتاری در سه گروه یا سه نسل مفهوم سازی شده بود که شامل: رفتار درمانی؛ رفتار درمانی شناختی (CBT) و "نسل سوم" و "یا" موج

^۱ Borderline personality disorder (BPD)

^۲ Generalized Anxiety Disorder

^۳ obsessive compulsive disorder

^۴ Human immunodeficiency virus

^۵ Ruiz, F. J

^۶ Larmar, S

^۷ Wiatrowski, S

^۸ Lewis-Driver, S.

سوم "رفتار درمانی (هریس، ۲۰۰۶، هیز، ۲۰۰۵). در دمان های موج سوم تلاش می شود بجای تغییر شناخت ها، ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (رودیتی^۱ و روبین سون^۲، ۲۰۱۱). ACT ریشه در رفتار گرایی دارد اما بوسیله فرایندهای شناختی مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد (هیز، لوین^۳، پلمب-ویلاردیج^۴، ویلاتی^۵ و پیستورول^۶، ۲۰۱۳). این درمان با ادغام مداخلات پذیرش و توجه آگاهی در راهبردهای تعهد و تغییر، به درمانجویان برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند، و بامعنا کمک می کند. برخلاف رویکردهای کلاسیک رفتار درمانی شناختی، هدف ACT تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزار دهنده نیست؛ بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف پذیری روان شناختی است. مراد از انعطاف پذیری روان شناختی توانایی تماس با لحظه لحظه های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضات موقعیت، همسو با ارزش های فرد می باشد. به بیانی دیگر، به افراد یاری می رساند تا حتی با وجود افکار، هیجانات، و احساسات ناخوشایند، زندگی پاداش بخش تری داشته باشند (فلکسمن، بلک و باند، ۱۳۹۳). با وجود بسط نظریه و پژوهش قبلی از دو موج اول درمان (روان تحلیلی و شناختی)، درمان موج سوم تفاوت های زیادی دارد. یکی از تفاوت های اشاره شده توسط هیز و همکاران (۲۰۰۴) این است که افکار یا رفتار مسئله ساز در طول درمان آسیب شناسی نشده است، زیرا روش های انعطاف پذیری به کار گرفته شده اند که بر روی فرآیندهای اساسی سلامت روان شناختی از طریق فرآیندهای تغییر زمینه ای و تجربی متمرکزند. سایر درمان ها تمایل بر کاهش علائم نامطلوب تمرکز دارند. در طول درمان، این راهبردهای کنترل در تلاش برای پرورش پذیرش تجارب دردناک و جدایی از باورهای گذشته گسترش یافتند (وان دن بوس، ۲۰۱۷). توانمند سازی مراجعین برای پذیرش تجارب دردناک، منجر به افزایش تعامل و تعهد نسبت به اعمالی می شود که موید ارزش های زندگی است (ویلسون و ساندوز، ۲۰۰۸).

۲-۶-۲- هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

هدف ACT انعطاف پذیری روانشناختی و ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا در حالی است که فرد رنج ناگزیر موجود در آن را می پذیرد. ACT (به معنی اقدام) مخفف جالبی است چون این درمان درباره انجام اقدام مؤثری است که به وسیله عمیق ترین ارزش ها هدایت می شود فرد درحالی که ما کاملاً آماده و

¹ Roditi, D

² Robinson, M. E

³ Levin, M.E

⁴ Plumb-Villardaga, J

⁵ Villatte, J. L

⁶ Pistorello, J

متعهد است. تنها از طریق اقدام هشیارانه است که می‌توان یک زندگی پرمعنا ساخت. البته همین که برای ساختن چنان زندگی تلاش خود را آغاز کردیم با انواع و اقسام موانع به شکل تجربه‌های درونی ناخواسته و نامطلوب روبه‌رو خواهیم شد (افکار، تصورات، احساسات، حس‌های بدنی، تکانه‌ها و خاطرات). ACT برای اداره این تجربه‌های درونی مهارت‌های مؤثر توجه آگاهی را به ما می‌آموزد (هریس^۱، ۲۰۰۶).

در ACT هیچ تلاشی برای کاهش، تغییر، اجتناب، سرکوب یا کنترل این تجربیات درونی نمی‌شود، بلکه مراجعین یاد می‌گیرند تا اثر و نفوذ افکار و احساسات نامطلوب را با استفاده مؤثر از توجه آگاهی کاهش بدهند. مراجعین یاد می‌گیرند تا مبارزه با تجربیات درونی خود را متوقف کنند- آغوش خود را برایشان بگشایند و بی‌زحمت به آن‌ها اجازه بدهند تا بیایند و بروند. وقت، نیرو و پولی که قبلاً برای کنترل کیفیت حال خود خرج می‌کردند حال صرف این می‌شود که اقدامی مؤثر در جهت ارزش‌های زندگی خود انجام دهند تا ساعت‌های زندگی‌شان جان یابد و لحظه‌هایش گرانبار شود (هریس، ۲۰۰۶). توجه آگاهی یعنی اینکه هشیارانه و با علاقه و پذیرش آگاهی خود را به تجربه‌ای که اینجا و اکنون از سر می‌گذرانند معطوف شود. توجه آگاهی جنبه‌های زیادی دارد، مثلاً در لحظه اکنون زندگی کنید، به جای غرق شدن در افکار کاملاً درگیر آنچه انجام می‌دهید شوید؛ به احساسات خود اجازه دهید تا همان‌طور که هستند باشند و به جای کنترل کردنشان اجازه بدهید تا بیایند و بروند. وقتی تجربه‌های درونی خود را با پذیرش نظاره می‌کنیم حتی خاطرات، احساسات، افکار و حس‌های بدنی دردناک نیز به نظر کمتر تهدیدکننده و تحمل‌ناپذیر به نظر می‌رسند. توجه آگاهی به این شیوه کمک می‌کند تا رابطه با افکار و احساسات دردناک را به نوعی تغییر داد که تأثیر و نفوذ آن‌ها بر زندگی کمتر شود (هریس، ۲۰۰۶).

کاهش رنجش انسان و افزایش کارآمدی یکی از اهداف آن است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، استروسال، و ویلسون، ۱۹۹۹) به عنوان جایگزینی برای اشکال سنتی تر روان درمانی (مانند درمان شناختی-رفتاری کلاسیک) تدوین شده است که تأکید اصلی آن‌ها کاهش شدت فراوانی هیجانات و افکار آزار دهنده است. ACT به جای تلاش مستقیم برای کاهش موارد اخیر، بر افزایش کارآمدی رفتاری در عین وجود افکار و احساسات ناخوشایند، تأکید می‌کند. به عبارت دیگر، درمانگر ACT تلاش نمی‌کند تا افکار آشفته ساز درمانجو را تغییر دهد یا هیجانات ناخوشایندش را کاهش دهد (فلکسمن و همکاران، ۱۹۷۰؛ ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۳).

مفروضه اصلی ACT از این قرار است که بخش قابل توجهی از پریشانی روان شناختی، جزء بهنجار تجربه انسانی است. از دیدگاه ACT و نظریه چارچوب ارتباطی، شیوع بالای رنجش انسانی، چیز عجیب و غریبی نیست. ظاهراً حیوانات برای رشد و نمو به چیزهای زیادی احتیاج ندارند و به نظر می‌رسد نسبتاً

¹ Harris, R

شاداند؛ یعنی، اگر غذا، آب، گرما، سرپناه، و اندکی ارتباط جسمی داشته باشند و آزار جسمی چندانی نبینند به خوبی و خوشی زندگی می کنند. نظریه چارچوب ارتباطی نشان می دهد که چگونه فرایندهای طبیعی زبان، تجربه انسان را به نحو چشمگیری تغییر می دهد. این فرایندها سبب می شود که تقریباً همه جوانب تجربه انسان، به سادگی و به کرات، منفی ارزیابی شود. انسان ها هنگامی که ظرفیت کلامی منحصر به فردی پیدا می کنند تا درباره هستی شان تأمل نمایند، به هدف نهایی آن فکر کنند، آن را با آرمان های ذهنی مقایسه نمایند، نقایص شخصی را تشخیص دهند، و از این نقایص به عنوان شاهدهی برای بی ارزشی استفاده کنند، ظرفیت پریشانی به طور نظری افزایش می یابد. نظریه چارچوب ارتباطی فرض را بر این می گیرد که این قابلیت کلامی ظرفیتی برای اجتناب تجربه ای پدید می آورد. اجتناب تجربه ای به معنای تلاش برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات، و این تجارب ناآشکار اما ناخوشایند است (فلکسمن و همکاران، ۱۳۹۳).

یکی دیگر از اهداف مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش اجتناب تجربه ای است. ظرفیت انسان برای اجتناب تجربه ای دست کم به دو دلیل حائز اهمیت است. نخست اینکه بسیاری از رفتارهای این چنینی، یا موجب آسیب جسمی می شود یا به وخیم شدن مسائل اولیه دامن می زند. می بارگی، سوء مصرف مواد، پرخوری، و ورزش نکردن، اغلب نمونه های معمول اجتناب تجربه ای هستند که منجر به آسیب جسمی می شوند. رفتارهایی مثل اهمال کاری و اجتناب از تعارض سازنده، اغلب پریشانی موجود را بدتر هم می کنند. به عبارت دیگر، بسیاری از نمونه های اجتناب تجربه ای ممکن است برای مدت کوتاهی تسکین دهنده باشد، اما مشکلات و پریشانی ما را در دراز مدت وخیم تر می کند. دوم اینکه بسیاری از مصادیق اجتناب تجربه ای، مانع از زندگی با معنا، هدفمند، و پورشور می شود. برای مثال، اگر برای فردی داشتن رابطه صمیمی و دلسوزانه و عاشقانه ارزشمند است و در عین حال، همواره به دنبال هیجانات ناخوشایند، از فرد مورد علاقه خود کناره گیری می کند، بعید است چنین رابطه ای ایجاد و حفظ نماید. در مجموع اگر پریشانی فزاینده، بخشی از زندگی بهنجار انسان است که اجتناب از آن غالباً ممکن نیست؛ و اگر اجتناب تجربه ای مکرر، اغلب باعث تسریع پریشانی و کاهش کیفیت زندگی می شود، پس، شاید روان درمانی ملزم است به درمانجویان کمک کند تا راههایی برای پذیرش این پریشانی پیدا کنند، پریشانی ای که در حین زندگی معنادار، هدفمند، و پورشور ایجاد می شود (ولیز^۱ و همکاران، ۲۰۰۳).

به طور کلی مراجعین با هدف کنترل هیجانی به اتاق درمان می آیند. آن ها می خواهند از استبداد و ظلم افسردگی، اضطراب، اشتیاق به نوشیدن، خاطرات فجایع زندگی، عزت نفس پایین، ترس از طرد شدن،

^۱ Vallis, M

خشم، سوگ و نظیر این‌ها خلاص بشوند. با این توصیف مداخلات ACT حول وحوش دو فرایند اصلی تمرکز دارد (ولیز و همکاران، ۲۰۰۳؛ هریس، ۲۰۰۶):

پذیرش تجربیات درونی ناخواسته که قابل کنترل نیستند.

تعهد به زیستن یک زندگی ارزشمند و اقدام در جهت آن.

مواجهه با هدف کنترل هیجانی: در این مرحله، هدف مراجع برای رسیدن به کنترل هیجانی به نرمی و با مراقبت از طریق فرایندی شبیه به مصاحبه انگیزشی تضعیف شد. مراجعین از این طریق راه‌هایی را که برای خلاصی از دست تجربیات نامطلوب یا اجتناب از آن‌ها پیموده‌اند تشخیص می‌دهند. سپس از آن‌ها خواسته می‌شود تا هر شیوه‌ای که به کار برده‌اند را ارزیابی کنند (هریس، ۲۰۰۶): آیا این شیوه علائم شما را در بلندمدت کاهش داد؟ این راهبرد چه هزینه‌ای از بابت وقت، نیرو، سلامتی، سرزندگی، روابط برای شما داشت؟ آیا شما را به زندگی مطلوب‌تان نزدیک‌تر کرد؟

کنترل مشکل است نه راه‌حل: در این مرحله، ما این آگاهی را در مراجع تقویت می‌کنیم که راهبردهای کنترل هیجانی مسئول بخش بزرگی از مشکلات آن‌ها است؛ و هرچه قدر که به مدت طولانی‌تری در تلاش برای کنترل احساس خود درجا بزنند بیشتر در دور باطل افزایش رنج چرخ خواهند زد. استعاره مناسبی که می‌توان در اینجا به کار برد باتلاق شنی، سوئیچ مبارزه و مفاهیم ناخشنودی پاک و ناخشنودی کثیف است. ما این استعاره‌ها را معمولاً این‌طور به کار ببریم (هریس، ۲۰۰۶): آن فیلم‌های قدیمی را به یاد بیاورید که آدم بده داستان در باتلاق شنی گرفتار می‌شد. او هرچه قدر بیشتر دست‌وپا می‌زد بیشتر در شن فرو می‌رفت. راه نجات البته این بود که دست از این کار بردارد، دستانش را باز کند و بر روی سطح شناور بماند. این کار مکارانه است چون غریزه به آدم می‌گوید که دست‌وپا بزن اما اگر این کار را بکنیم فرو خواهیم رفت (هریس، ۲۰۰۶). درباره احساسات دردناک هم اصل مشابهی برقرار است: هرچه قدر بیشتر با آن‌ها مبارزه کنیم، بیشتر بر ما مسلط می‌شوند. تصور کنید که در پشت ذهنمان یک کلید مبارزه وجود دارد. وقتی این کلید در حالت روشن است معنی‌اش این است که ما می‌خواهیم تا با هر درد جسمانی و هیجانی که به سراغمان می‌آید مبارزه کنیم، هرچه قدر هم که اذیت بشویم تمام تلاشمان را می‌کنیم تا از دست آن‌ها خلاص بشویم یا از آن‌ها اجتناب کنیم (هریس، ۲۰۰۶).

۲-۶-۳- شش فرایند اصلی ACT

ACT از شش اصل کمک می‌گیرد تا مراجعین بتوانند به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برسند: گسلش شناختی، پذیرش، تماس با لحظه اکنون، خویش‌شن مشاهدگر، ارزش‌ها، اقدام متعهدانه. هر اصل روش‌شناسی، تمرین، تکلیف خانگی و استعاره‌های مخصوص به خود را دارد (هریس، ۲۰۰۶).

گسلش شناختی؛ یادگیری نگریستن به افکار، تصورات، خاطرات و دیگر شناخت‌ها همچنان که هستند- یعنی چیزی بیش از مقداری کلمات و تصاویر دیده نشوند. یادگیری این که آن‌ها را آن‌چنان که به نظر می‌آیند یعنی وقایع وحشتناک، قواعد لازم‌الاجرا و حقایق عینی نبینیم. به عبارت دیگر گسلش برای جلوگیری از در آمیختگی شناختی است. در آمیختگی شناختی بدین معناست که فرد، خود و افکارش را در آمیخته (یکی) می‌داند. گسلش شناختی بدین معناست که بپذیریم افکار ما از ما جدا هستند و چیزی بیش از وقایع خصوصی موقت نیستند (هریس، ۲۰۰۶). تکنیک های گسلش شناختی تلاش می‌کند عملکرد نامطلوب افکار و رویداد های شخصی دیگر را به جای تلاش برای تغییر شکل، فراوانی یا حساسیت موقعیتی تغییر دهد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). به عنوان مثال در سطح گسلش شناختی ما با زبان سروکار داریم. افکار ما به صورت تحت‌اللفظی فهمیده شده و حقیقی به نظر می‌رسند یا قواعدی در نظر گرفته می‌شوند که بایستی از آن‌ها فرمان برد یا وقایع مهمی به نظر می‌آیند که تمامی توجه ما را طلب می‌کنند یا انگار وقایع وحشتناکی هستند که باید از آن‌ها دور شد. به عبارت دیگر وقتی با این افکار آمیخته می‌شویم، آن‌ها نفوذ زیادی روی رفتار ما پیدا می‌کنند (هریس، ۲۰۰۶). گسلش شناختی به معنای آن است که قدمی عقب بگذاریم و بدون آنکه درگیر زبان بشویم آن را مشاهده کنیم. ما می‌توانیم تشخیص بدهیم که افکار چیزی بیشتر یا کمتر از وقایع گذرای درونی یا موج‌گذاری از کلمات، افکار و تصاویر نیستند. وقتی از زنجیر افکار خود رها شدیم تأثیر و نفوذ آن‌ها بسیار کمتر خواهد شد (هریس، ۲۰۰۶).

پذیرش؛ پذیرش شامل پذیرفتن فعال و هوشیار وقایع خصوصی برخاسته از گذشته شخص بدون تلاش برای تغییر در فراوانی و شکل آن (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). به عبارت دیگر، پذیرش به معنای ایجاد فضایی برای احساس‌ها، حواس‌ها، امیال و دیگر تجربه‌های خصوصی ناخوشایند، بدون تلاش برای تغییر آن‌ها، فرار از آن‌ها یا توجه مجدد به آن‌ها است (هریس، ۲۰۰۶). پذیرش به عنوان یک جایگزین برای اجتناب تجربی آموزش داده می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

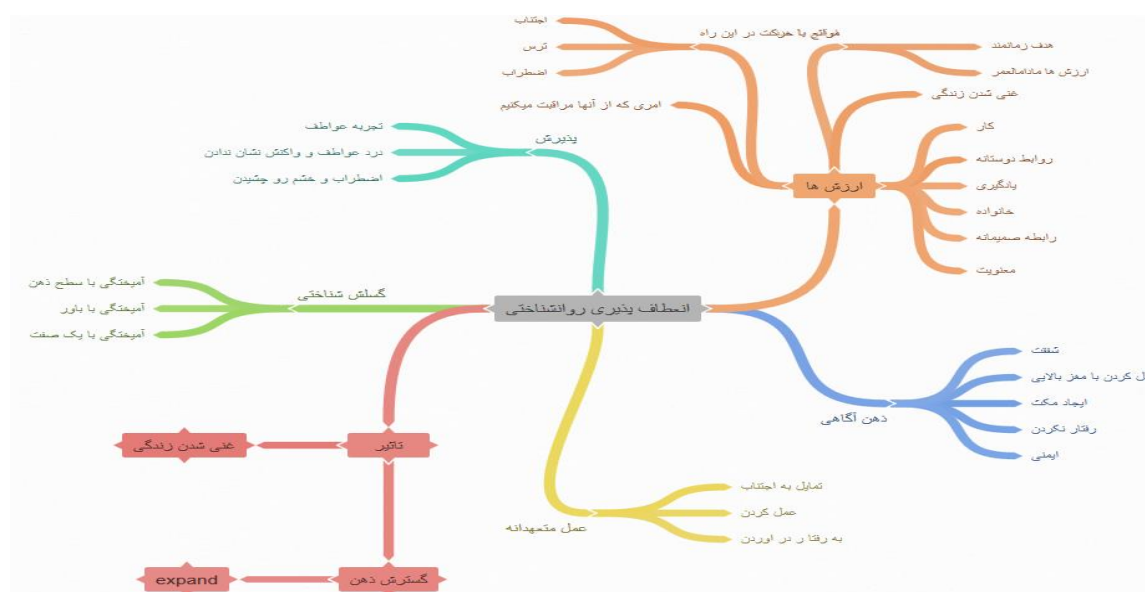
تماس با لحظه اکنون؛ تجربه کردن اینجا و اکنون، با گشودگی، علاقه، پذیرش و آگاهی کامل؛ و درگیری کامل و با تمرکز با هر آنچه انجام می‌شود (هریس، ۲۰۰۶). ACT تماس بدون قضاوت با حوادث روانی و محیطی همانطور که آنها اتفاق می‌افتد را ترویج می‌کند. هدف این است که درمانجویان جهان را به طور مستقیم تجربه کنند به طوری که رفتار آنها انعطاف پذیرتر شود و در نتیجه فعالیت های بیشتری را برای ساگاری با ارزش ها در آنها فراهم گردد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

خویش‌ن مشاهده‌گر؛ دسترسی به حسی متعالی از خود؛ جویباری از آگاهی که تغییرناپذیر، همیشه حاضر و آسیب‌ناپذیر است. از این دیدگاه می‌توانید این نکته را دریابید که شما افکار، احساسات،

خاطرات، هوس‌ها، حس‌ها، تصورات، قواعد یا جسم مادی خود نیستید. این پدیدارها به‌طور مداوم تغییر می‌کنند و جنبه‌های ثانوی وجود شما هستند اما جوهره وجود شما را تشکیل نمی‌دهند (هریس، ۲۰۰۶).

ارزش‌ها؛ روشن‌سازی اینکه چه چیزی برایتان واقعاً اهمیت دارد و در عمق قلبتان ریشه دارد؛ می‌خواهید چگونه فردی باشید؛ چه چیزی برای شما پرمعنا و مهم است و می‌خواهید در این زندگی چگونه باشید (هریس، ۲۰۰۶). ارزش‌ها ویژگی‌هایی از عملکرد هدفمند انتخاب می‌شوند که هرگز نمی‌توانند به عنوان یک شیء بدست آمده باشند اما می‌توانند لحظه به لحظه انتخاب شوند (هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

اقدام متعهدانه. ارزش‌ها و عمل متعهدانه بدین معنا هستند که فرد آنچه را که برای او مهم‌ترین و عمیق‌ترین است، تشخیص دهد، بر مبنای آن هدف‌هایی را تنظیم کند و برای رسیدن به آن‌ها متعهدانه و موثر عمل کند (هریس، ۲۰۰۶).



نمودار ۲-۳. یک مدل از فرایندهای روانی مثبت ACT (هیز و همکاران، ۲۰۰۶)

۲-۶-۴- مراحل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

ACT چندین ویژگی مجزا و مشخص دارد. از برجسته‌ترین این ویژگی‌ها ارتباط کامل با یک نظریه و پژوهش درباره ماهیت زبان و شناخت انسان (معرف «نظریه چارچوب ارتباطی»^۱ یا RFT) است. این پیوند با قواعد رفتاری بنیادی، به ایجاد مدلی منحصر به فرد و تجربی از عملکرد انسان منجر شده است.

^۱ Relational frame theory

مدل مزبور متشکل از شش فرایند درمانی است؛ فرایندهایی که ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند: گسلش شناختی، پذیرش، تماس با لحظه اکنون، خویشتن مشاهده گر، ارزش ها، اقدام متعهدانه (فلکسمن و همکاران، ۱۳۹۳).

در این درمان ابتدا سعی می شود پذیرش روانی^۱ فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی^۲ فرد در لحظه حال افزوده می شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی^۳ یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن سازی ارزش ها). در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه^۴؛ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می تواند افکار افسرده کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث، هراس ها و یا اضطراب های اجتماعی و ... باشند (پور فرج عمران، ۱۳۹۰).

با توجه به آنچه گفته شد مراحل درمان ACT را می توان در پنج مرحله به صورت زیر خلاصه کرد: مرحله نخست، «نامیدی خلاق» است. در این مرحله، درمانگر مراجعانش را با این حقیقت روبرو می کند که تلاش های پیشین آنان برای پرهیز از افکار و احساسات ناخوشایند و نامقبولشان بی ثمر و مایوس کننده بوده است. در مرحله دوم مراجعان تشویق می شوند ببینند چرا این تلاش ها مخرب و بی ثمر بوده است. این بخش از پذیرش و تعهد درمانی شبیه مشاهده درمانی راهبردی است که می گوید مسئله راه حل است؛ یعنی راه حل مراجع در قبال احساسات نامقبولش که همان پرهیز از تجربه نمودن آنهاست همان رفتارهای اجتنابی مسئله ساز محسوب می شود. در مرحله سوم به مراجعان کمک می شود بین خودشان و واکنش های رفتاری شان فرق بگذارند. هرچه آدم ها بیشتر بتوانند بین خودشان و افکار و احساساتشان فرق بگذارند هنگام تجربه کردن احساسات نامقبول خویش کمتر احساس تهدید و ناامنی

^۱ Psychological Acceptance

^۲ Psychological Awareness

^۳ Cognitive Defusion

^۴ Committed Action

خواهند کرد. برای مثال در این مرحله مراجعان تشویق می شوند به جای آنکه بگویند «من خنگم و نمی توانم گزارش شفاهی ام را ارائه دهم» بگویند «تصور می کنم خنگم و نمی توانم گزارش شفاهی ام را ارائه دهم» و در مرحله چهارم یا مرحله «برو به جنگش» مراجعان را تشویق می کنند افکار و احساسات منفی خود را تجربه کنند و از آنها نپرهیزند. در پنجمین مرحله نیز بر متعهد بودن نسبت به ایجاد تغییر و ایجاد تغییرات تاکید می شود که بیش از مراحل دیگر به رفتار درمانی سنتی شبیه است (تاد و بوهارت، ۱۳۹۲).

۲-۶-۵- نقش و کاربرد استعاره های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

نظریه چهارچوب رابطه ای، نظریه های رفتاری در زمینه زبان و شناخت انسان است. براساس این نظریه کارکرد زبان ارتباط برقرار کردن بین محرک ها است. زبان در این نظریه به عنوان عنصری کنشگر تعریف می شود که میتواند براساس ارتباطات فرض شده بین محرک ها نتیجه گیری کند. به عبارت دیگر برخلاف نظر اسکینر که معتقد است تنها یادگیری پیشین و مواجهه با محرکی خاص می تواند رفتار بعدی فرد را پیش بینی کند، در نظریه چهارچوب رابطه ای فرد بدون تجربه محرک و فقط براساس ارتباطاتی که در ذهن شکل می گیرد، رفتار خاصی را بروز می دهد (فلکسمن^۱ و همکاران، ۲۰۱۵) روابطی که زبان در ذهن فرد شکل می دهد، چند ویژگی مهم دارد متقابل، مکملی و به زمینه وابسته است. این زمینه رابطه ای در ابتدا از طریق آموزش های چندگانه به دست می آید. بر اساس نظریه چهارچوب رابطهای آسیب شناسی مشکلی در زمینه کلامی است که فرد رویدادهای درونی را در آن تجربه می کند. هماهنگی با این نظریه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخلاف بسیاری از رویکردهای دیگر که مشکل را در شکل، محتوا با فراوانی رویدادها می دانند، مسئله و مشکل را در نوع رابطه فرد با آن رویدادها میندازد. مسئله اصلی وقتی به وجود می آید که فرد روابطی را که براساس زبان شکل می دهد، حقیقت محض می داند و زبان از تجربه اصیل رویدادها پیشی می گیرد. حتی زمانی که تجربه بارها و بارها حقیقی بودن افکار را به چالش می کشد، همچنان افکار بر اصیل بودن خود اصرار می ورزند (فنی و هیز^۲، ۲۰۱۶) بنابراین هدف اصلی درمانگر در رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رهایی مراجع از اصیل فرض کردن روابط زبانی است. باتوجه به اینکه خود درمانگر نیز به نوعی در این روابط زبانی گرفتار است، استعاره به عنوان ابزاری که می تواند فضای انتزاعی-ذهنی را به محیطی ملموس تر تجربی نزدیک کند، همانند عصای دست درمانگران به شمار می آید. استعاره ها به فراوانی در رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به کار رفته

¹ Flaxman PE

² Feeney TK, Hayes SC

است. در کتاب بزرگ استعاره ها در ACT لیستی از استعاره های کاربردی در شش فصل، منطبق با شش مفهوم اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آورده شده است. در این کتاب در فصل دو به این موضوع پرداخته می شود که درمانگران باید بتوانند استعاره هایی منطبق با وضعیت مراجع و هماهنگ با جلسه درمان خلق کنند؛ همچنین خلاقیت به عنوان عنصری اصلی در استعاره های مرتبط با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مدنظر قرار گرفته است (استودارد و آفری، ۲۰۱۴).

۲-۶-۵-۱- انواع استعاره های درمان پذیرش و تعهد

الف - استعاره های ناامیدی سازنده:

۱- انسان در چاه. ۲- تقلا در ماسه. ۳- تقلادر گرداب. ۴- خارش پوست. ۵- مسابقه طناب کشی.

ب - استعاره های پذیرش:

پذیرش یعنی قبول وقایع و رویدادها بدون تلاش برای فکر کردن با اجتناب. عبارت دقیق تر یعنی فراهم کردن فضا برای احساسات، حس های بدنی، هوسها و دیگر تجربیات درونی بدون اینکه با آنها مبارزه کنند، یا از آنها بگریزند یا بیش از حد مورد توجهشان قرار دهند، به آنها رخصته دهند تا بیایند و بروند (استودارد و آفری^۱، ۲۰۱۴).

۱- دروغ سنج. ۲- چدانه در دریا. ۳- همسایه مزاحم. ۴- تخته جلو صورت لکه. ۵- مسافران اتوبوس
۶- لیمو ترش. ۷- به موز فکر نکن. ۸- هم اتاقی دانشجویی. ۹- توپ در استخر. ۱۰- کودک، گریان در هواپیما.

ج- استعاره های هم جوشی زدایی (گسلش)

آمیختگی (چسبیدگی یا) یعنی چسبیدن به افکار خود، و آنها را واقعیت مطلق فرض نمودن و احساس اینکه همه چیز را درباره آن فکرمی دانند. بر اساس واقعی پنداشتن معانی کلامی و افکارمان، عکس العمل نشان می دهند. گسلش یعنی جدا شدن از افکارمان، فاصله گرفتن از برخی از آنها، به عقب برگشتن و تماشای افکار بدون قضاوت و چسبیدن به آنها. گسلش شامل «یک گام به عقب رفتن» در ذهن است: مثل اینکه به داستانی که ذهن می گوید، گوش دهند اما مجذوبش نشوند. در حالت آمیختگی (چسبیدگی): ، در افکار خود گم می شوند. گسلش شناختی یعنی یادگیری نگریستن به افکار، تصورات، خاطرات و دیگر شناخت ها همچنان که هستند- یعنی چیزی پیش از مقداری کلمات و تصاویر دیده نشوند. به عبارت دیگر یادگیری این که آن ها را وقایع وحشتناک، قواعد لازم الاجرا و حقایق عینی نبینند. یعنی آنها چیزی جز کلمات، افکار تصویرها و تصورات، خاطرات... نیستند (استودارد و آفری، ۲۰۱۴).

¹ Stoddard JA, Afari N

۱- مسافران در اتوبوس. ۲- دست ها روی صورت. ۳- تمرین شیر شیر. ۴- قصه گوی ماهر. ۵- برگهای روی رودخانه. ۶- تمرین استفاده از واژه و بجای اما یا چون مثلاً همسر را دوست دارم. و، او مرا خیلی عصبانی می کند. ۷- تمرین گفتن جمله منفی مثل من بدم بصورت سریع برای ۲ دقیقه. ۸- تمرین استفاده از احساس دارم، یا این فکر را دارم که... ۹- تمرین بیان افکار در قالب صدایی مضحک و کار تونی. ۱۰- تمرین بیان افکار در قالب یک شعر فکاهی مثلاً دلم می خواهد بر گردم سر کار اما هنوز خیلی افسرده ام به مراسم جشن چون تریدم هیچکسی دوست ندارد بامن حرف بزند. ۱۱- تمرین نوشتن افکار. ۱۲- تمرین بر چسب زدن به افکار. ۱۳- طعمه ماهیگیری. ۱۴- فرد متعصب.

د- تمثيل های خود مشاهده گری و خود مفهومی

۱- صفحه شطرنج و مهره های شطرنج. ۲- آسمان و شرایط جوی مانند ابرها، باد، ۳- منزل و اسباب و اثاثیه منزل. ۴- تلویزیون و برنامه های تلویزیون. ۵- زره ات را از تن برکن. ۶- پل طنابی. ۷- تمرین قدم زدن با ذهن. ۸- استعاره پرنس و گدا (استودارد و آفری، ۲۰۱۴).

۲-۶- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت ورزی توجه آگاهانه

درمان های موج سومی از قبیل کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی، شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی، رفتار درمانی دیالکتیک و درمان پذیرش و پایبندی نیز به نوعی شفقت به خود را پرورش می دهند (برنارد و کوری، ۲۰۱۱). در کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی بیماران یاد می گیرند که افکار و احساس های خود را تحمل و تصدیق کنند، به آنها برچسب بزنند و آنها را بپذیرند و با اجتناب به آنها واکنش نشان ندهند (شاپیرو و همکاران، ۲۰۰۵). تحقیقات نشان داده است که کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی منجر به افزایش چشمگیری در شفقت به خود می شود؛ و افزایش در شفقت به خود پیش بینی کننده کاهش در استرس است (کنگ، اسمو سکی، رابینز، اکبلد، برنتلی^۱، ۲۰۱۲).

برخی از مؤلفان معتقدند که درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی با مفهوم بندی نف در مورد شفقت به خود همپوشی هایی دارد. شش فرایند اصلی اکت شامل نا هم آمیزی شناختی، پذیرش، تمرکز بر زمان حال، خود به عنوان بافتار، ارزش ها و عمل متعهدانه است (هیز^۲ و همکاران، ۲۰۰۴). سه فرایند اول مؤلفه های توجه آگاهی هستند. در فرایند اصلی چهارم یعنی خود به عنوان رفتار درمانگر به بیمار کمک می کند تا بررسی کند چگونه جنبه خود سرزنش - گر با جنبه تجربه کننده ارتباط برقرار می کند. در آکت به بیمار کمک می شود تا دریابد خود سرزنش گری های آن ها لزوماً انعکاسی از واقعیت نیستند. همین

¹ Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ, Ekblad AG, & Brantley JG

² Hayes SC

نکته ممکن است با ملایم کردن قضاوت ها، شفقت به خود را بالا ببرد. در مورد ارزش ها و پابندی به آن ها، آکت به بیمار می آموزد که هیچ کس قادر نیست همیشه در مسیر ارزش ها عمل کند و برای همه افراد درگیری در زندگی ارزشمند دشوار است. این دو نکته اخیر خیلی شبیه به مؤلفه «تجربه مشترک بشری در برابر انزوا» در شفقت به خود می شود (به نقل از برنارد و کوری، ۲۰۱۱). همچنین بین شفقت به خود و انعطاف پذیری روان شناختی نیز همپوشی هایی وجود دارد. مفهوم اصلی نف با عنوان خود مهربانی ارتباط نزدیکی با پذیرش خود دارد. پرسشنامه پذیرش و عمل نیز که به منظور سنجش انعطاف پذیری روانشناختی استفاده می شود، همبستگی بالایی با شفقت به خود داشته است. در یک مطالعه کنترل شده تصادفی نیز درمان پذیرش و پابندی، شفقت به خود را به طور معناداری در بیماران بالا برد (یاداوایا، هیز، ویلاردگا^۱، ۲۰۱۴). با این حال مداخله پذیرش و تعهد به طور مستقیم شفقت ورزی توجه آگاهانه را به طور مستقیم هدف قرار نمی دهد.

۲-۲- خودشفقت گری توجه آگاهانه

۲-۲-۱- توجه آگاهی

۲-۲-۱-۱- تعریف و مفهوم توجه آگاهی

«توجه آگاهی» یک ترجمه انگلیسی از کلمه پالی، ساتی است که آگاهی، توجه و به خاطر سپردن از آن استنباط می شود (پالی زبانی است که از همان ابتدا در آموزش های بودا کاربرد داشت و ضبط می شد). اولین ترجمه لغت ساتی از توجه آگاهی به سال ۱۹۲۱ بر می گردد (واستد^۲، ۲۰۰۱) و اکنون یک گسترده وسیعی از نظرات و تمرین ها را شامل می گردد (دیدونا، ۲۰۰۹).

توجه آگاهی یکی از مهم ترین دیدگاه های سنت ۲۵۰۰ ساله در روانشناسی بوده است. توجه آگاهی در آیین بودا تحت عنوان "توجه محض"^۳ یا ثبت غیر استدلالی رویدادها بدون واکنش یا ارزیابی ذهنی تعریف شده است. توجه آگاهی به فرایند توجه مداوم بیشتر از محتوای هر رویداد تمرکز دارد (کارداسیوتو^۴، ۲۰۰۵). کابات زین مهم ترین پیشگام در کاربرد درمانی، توجه آگاهی است و آن را به عنوان «آگاهی که از طریق توجه کردن به هدف در زمان و عدم قضاوت و تحلیل لحظه به لحظه تجربه است تعریف کرد (کابات زین، ۲۰۰۳). در سال ۲۰۰۴، بیشاپ و همکارانش (۲۰۰۴؛ نقل از دیدونا، ۲۰۰۹) یک تعریف را با اتفاق آراء در باره تعریف توجه آگاهی ارائه کردند: توجه آگاهی کنترل

^۱ Yadavaia JE, Hayes SC, & Vilardaga R

۲- Vastd

۱ -Pure Attention

^۴ Cardaciotto, L. A

شخصی از توجه است که بر تجربه آنی باقی می ماند در نتیجه اجازه می دهد که تشخیص و درک رویدادهای ذهنی در زمان کنونی افزایش یابد.

می توان گفت یکی از ویژگی های انسان موفق کسب مهارت های لازم برای مدیریت بر خود (رفتار، هیجان، ذهن و ...) است. با توجه به مشغله های مختلف روزمره، نشخوارهای فکری مداوم و شرایط پر استرسی که پیرامون اکثریت ما وجود دارد، اهمیت مدیریت کردن ذهن بیش از پیش نمایان می شود. برای مدیریت ذهن لازم است قوانین ذهن را به درستی شناخته و با مدیریت آن، از حداکثر توانمندیش بهره برد. توجه آگاهی راهکاری موثر برای دستیابی به حداکثر توانمندی ذهن و مدیریت بر آن است. توجه آگاهی یا حضور ذهن به معنای آگاهی از افکار، رفتار، هیجانات و انگیزه ها است به طوری که بهتر بتوانیم آنها را مدیریت و تنظیم کنیم. به عبارت دیگر توجه آگاهی به معنای توجه کردن به شیوه ای خاص است. یعنی توجه و تمرکزی که سه عنصر در آن دخالت دارد: ۱- بودن در حال حاضر ۲- هدفمند ۳- بدون قضاوت. این نوع توجه موجب افزایش آگاهی، شفافیت و وضوح و پذیرش واقعیت حال حاضر می شود. در مجموع شاید متداولترین تعریف ها تعریفی باشد که توسط کابات زین (۱۹۹۴) ارائه شد: توجه آگاهی عبارتست از توجه به شیوه ای خاص: روی یک هدف، در زمان حال و بدون قضاوت.

یک تعریف روشن دیگر از توجه آگاهی، آگاهی از تجربیات کنونی، با پذیرش است (حرمر، سگال و خاتون، ۲۰۰۵؛ نقل از دیدونا، ۲۰۰۹). کابات زین (۲۰۰۳) مطرح می سازد توجه آگاهی شامل کیفیت و ویژگی مهربانانه و دلسوزانه از طریق توجه، حس علاقه و باور دوستانه و صمیمی است. مارلت و کریستلر^۱، ۱۹۹۹، توجه آگاهی را به عنوان اختصاص توجه کامل فرد به تجربه فعلی به صورت لحظه به لحظه تعریف کرده اند و براون و رایان (۲۰۰۳) از آن به عنوان حالت توجه داشتن یا آگاه بودن از آنچه در حال اتفاق می افتد تعریف کرده اند. برخی تعاریف دیگر تا حدی جزئی ترند. طبق تعریف بیشاب (۲۰۰۴) توجه آگاهی عبارتست از فرایند تنظیم توجه به منظور اختصاص کیفیت آگاهی غیر مشروح به تجربه فعلی و حاضر و اختصاص کیفیت مرتبط با تجربه فرد از طریق کنجکاوی، صراحت تجربی و پذیرش.

توجه آگاهی به معنای هوشیاری و آگاهی کامل در هر لحظه از زندگی است. همان گونه که حافظ می فرماید: "حضور گریز نمی خواهی ز خود غافل مشو حافظ" غفلت از خود موجب از بین رفتن هوشیاری و آگاهی است. زمانی که فرد دچار غفلت می شود و در واقع تماس خود را با جهان اطراف از دست می دهد به تدریج دچار افسردگی می شود و نمی تواند از زندگی لذت ببرد. تکنیک توجه آگاهی موجب می شود که فرد بتواند با تجارب زندگی در تماس باشد و از آن ها لذت ببرد (عیوضی، ۱۳۹۰).

1 - Marlatt, Kristeller

در ۳۰ تا ۲۵ سال گذشته علوم پزشکی غربی توجه زیادی به ارتباطات جسمی و روان شناختی تمرینات مراقبه و توجه آگاهی از خود نشان داده است (والش و شاپیرو، ۲۰۰۶) و پژوهشگران جدید از اساتید مراقبه برای ارائه تعاریفی از توجه آگاهی مشارکت خواستند (جدول ۲-۲).

جدول ۲-۲. تعاریف توجه آگاهی (برانتلی و گریسون^۱؛ نقل از دیدونا، ۲۰۰۹)

تعریف	مرجع
((مشاهده بدون قضاوت از محرک های درونی و بیرونی.))	
خود تنظیمی توجه و پذیرش جهت گیری ویژه به سمت تجربه	بانتر (۲۰۰۳)
آگاهی فرد از زمان حال که با کنجکاوی و پذیرش همراه است. ((	بیشاب و دیگران (۲۰۰۴)
((آگاهی در لحظه حال، دوستانه و بدون قضاوت))	برانتلی (۲۰۰۳)
((آگاهی از تجربیات زمان حال با پذیرش))	جرمر (۲۰۰۵)
((آگاهی که از توجه هدفمند در زمان حال بدون قضاوت	
برای آشکار شدن تجربیات لحظه به لحظه بروز می کند. ((	کابات - زین (۲۰۰۳)
((کاملاً در زمان حال بودن بدون پاسخ های عاداتی))	سالزبرگ و گلدشتاین ^۲ (۲۰۰۱)

شیوه هایی که بطور معمول در آموزش توجه آگاهی بکار می روند در راستای این تعاریف و توضیحات قرار می گیرند. ویژگی های خاص توجه بسیار مهم بنظر می رسد. اصطلاحاتی که برای این ویژگی ها بکار می رود عبارتست از: پذیرش^۳، صراحت^۴، عدم قضاوت^۵، تمایل^۶، مهربانی^۷ و کنجکاوی^۸ (دیدونا، ۲۰۰۹). آن ارتباط منطقی که با استفاده از توجه شدید، آگاهی متمرکز شده در زمان حال، پذیرش و خود آگاهی بهبود می یابد می تواند موجب رهایی روانشناختی از اضطراب مستمر و انعطاف رفتاری بیشتر در فرد گردد. تمرین توجه آگاهی ابزار مؤثر و سالم تری در ارتباط با تجربه درونی ترس و اضطراب از طریق خود تنظیمی عمومی آگاهی بدون قضاوت محسوب می شود. تمرین توجه آگاهی با بکارگیری فرایندهای درونی تفکر و احساس همراه با تثبیت الگوهای ناخود آگاه در بدن و ذهن در تعامل با رابطه ای منطقی بر اساس پذیرش، شامل تمام حیطه تجربه بشری در هر لحظه صورت می گیرد (دیدونا، ۲۰۰۹).

۱- Brantly, Garrison

۲- Salzbrg, Goldstein

3 - Acceptance

4 - openness

۳- un judgment

۴ -interest

۵-kindness

۶-curiosity

۲-۱-۷-۲- عناصر توجه آگاهی

هفت عنصر اساسی توجه آگاهی عبارتند از:

(۱) بی قضاوتی: یعنی بدون پیش داوری و حذف و تائید با زندگی برخورد کنیم و ورای درستی و نادرستی اتفاقات درون و بیرون خود را نظاره کنیم.

(۲) صبور بودن: یعنی حوصله داشتن و شکایا بودن و حق دادن به اتفاقات برای اینکه در زمان مناسب خودشان رخ دهند.

(۳) ذهنی باز داشتن: یعنی درک همه چیز همانگونه که هستند. یعنی تقسیم نکردن ذهن به سیاه و سفید. یعنی آمادگی کامل درونی داشتن برای روبرو شدن با واقعیت های زندگی همانگونه که هستند. بی کم و کاست.

(۴) اطمینان داشتن: یعنی مطمئن بودن به اینکه توانایی "ذهن آگاه" شدن در وجود همه آدمها هست و هر انسانی می تواند این شکل متفاوت بیداری و هشیاری را در تمام لحظات زندگی اش حفظ کند. یعنی یقین داشتن که درست ترین شیوه زندگی توجه آگاهی است.

(۵) اصالت بخشیدن به بودن به جای سرگرم کاری شدن: یعنی به جای فرار از لحظه الان و مشغول ساختن عمدی خود به انجام یک کار (و چه بسا کارهای بی فایده)، پذیریم که بودن و حضور ذهن داشتن در لحظه اکنون، بسیار ارزشمندتر از انجام هر کار دیگری است.

(۶) پذیرفتن واقعیت های زندگی در هر لحظه: به این شکل که اوضاع و اتفاقات و شرایط زندگی خود را همینطوری که واقعا هست بپذیریم و آن ها را انکار نکنیم. در حقیقت با دیدن واقعیت به همین شکلی که هست خود را برای تغییر و اصلاح آن به شکل درست آماده می کنیم.

(۷) دلبسته نبودن و رها کردن: یعنی خود را با هیچ چیز دیگری در این عالم یکی ندانستن. و اسیر و دلبسته نبودن به هیچ چیز!

اگر این هفت عنصر کلیدی در وجود یک شخص پیدا شود، آن شخص را می توان یک فرد ذهن آگاه دانست و به محض اینکه یکی از این عناصر از وجود شخص دور شود او از حالت توجه آگاهی دور می شود. حال فرقی نمی کند که آن شخص پنجاه سال تمرین توجه آگاهی کرده باشد یا پنج دقیقه. مهم این است که اگر می خواهیم ذهن آگاه باشیم همیشه این عناصر کلیدی را در روحیه و شخصیت خود حفظ کنیم و آنها را شناسایی و تقویت نمائیم (کابات زین، ۲۰۰۵).

در ارتباط با این مولفه ها و چگونگی رابطه بین آنها، بیر (۲۰۰۳) معتقد است قضاوت نکردن، توجه آگاهی را پرورش می دهد وقتی شما با وضعیت هیجانی یا فیزیکی سختی روبه رو می شوید، قضاوت نکردن درباره تجربیات، بیشتر از آن چه که می بینید و هستید و چیزی که باید باشید، آگاه می شوید و

البته این از پذیرش تجربیات لذت آور و دردناک ناشی می شود. پذیرش این نیست که دوباره چیزهایی که از نظر اخلاقی قابل قبول نیست را تصدیق کنیم، بلکه پذیرش در مورد رفتارها متفاوت است. به عبارت دیگر تغییر همسان پذیرش است اگر چه سریعتر اتفاق می افتد.

۲-۱-۳- ویژگی های افراد توجه آگاه

اگر بخواهیم به زبان ساده و به صورت مقایسه ای روحیه و رفتار یک فرد ذهن آگاه را با یک فرد معمولی مقایسه کنیم، می توانیم بگوئیم فرد ذهن آگاه زندگی را به صورت مستقیم تجربه می کند و جرات رودررو شدن با حوادث و اتفاقات واقعی زندگی درست همین الان و همین جا را دارد. اما فرد معمولی اصرار دارد که با توسل به رفتارهای عاداتی و واکنش های از قبل برنامه ریزی شده ضمیر ناخود آگاه مانند کبک سرخود را زیر برف غفلت پنهان کند و به شکلی خود را سرگرم کند و بگذارد امواج زندگی از کنار او بگذرند و او با حواس پرت کردن خودش آنها را نبیند و با آنها روبرو نشود. فرد ذهن آگاه با شوق و اشتیاق و اراده خودش به استقبال واقعیت همین الان زندگی اش می رود و فرد معمولی از آن می گریزد و طفره می رود. فرد ذهن آگاه با قصد و نیت مشخص و از روی عمد شش دانگ حواسش را حتی در سخت ترین شرایط حواس جمعی روی زمان همین الان زندگی اش متمرکز می کند. اما فرد معمولی کنترل اوضاع را به ضمیر ناخود آگاه و عادت ها می سپارد. فرد ذهن آگاه در هر لحظه با اراده خود، توجه خودش را روی یک موضوع متمرکز می کند. اگر هم حواسش پرت شد و فکرش جای دیگر رفت بلافاصله به خاطر ذهن آگاه بودنش این انحراف فکر را می فهمد و با مهربانی و بدون اینکه خود را سرزنش یا انتقاد کند دوباره حواسش را روی موضوع دلخواه و انتخابی خودش جمع می کند. فرد ذهن آگاه خیلی حواس جمع است. بهره وری و کار آیی او در فعالیت های زندگی عالی است. چون با تمام توجه هر کدام از کارهای روزمره اش را انجام می دهد. او سرشار از انرژی است چون انرژی حیانی اش را روی افکار بی ربط هدر نمی دهد. فرد ذهن آگاه در زمان الان حضور کامل دارد در حالی که فرد معمولی در گذشته و آینده زندگی می کند و هیچ سهمی از حیات را برای همین الان زندگی اش کنار نمی گذارد. در حقیقت اگر بخواهیم تفاوت روحیه فرد ذهن آگاه با فرد معمولی را مشخص کنیم باید هفت عنصر کلیدی توجه آگاهی را از قبل بشناسیم تا بتوانیم نسبت به ذهن آگاه بودن یک فرد یا معمولی بودن او اظهار نظر کنیم (کوثری، ۱۳۹۰).

۲-۱-۷-۴- فرایند اثرگذاری توجه آگاهی

توجه آگاهی یک عامل زیربنایی و روشی موثر و قوی برای خاموش کردن و توقف فشارهای دنیا و یا فشارهای ذهنی خود فرد می باشد که در ادامه به بعضی مکانیسم های اثرگذاری آن پرداخته می شود.

۲-۱-۷-۴-۱- مواجهه

آگاهی به صورت فطری قدرتمند است و توجه، چیزی است که به آگاهی معطوف می شود. فقط با فهمیدن اینکه در اطراف چه اتفاقی می افتد، می توان خود را از احساسات سخت و دل مشغولی ها رها کرد (سینگ، والر، آدکینز و میرز،^۱ ۲۰۰۳). توجه آگاهی بخش مهمی از یک پروژه طراحی شده است تا عادت های مستحکم، یا حرص و یا رفتارهایی که به ما و دیگران صدمه می رساند را ریشه کن کند (کابات زین، ۲۰۰۵). در این راستا اولین مطالعه ای که اثرات کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی (کبات زین، ۱۹۸۲) را مورد توصیف قرار داد، کاربرد آن در درمان بیماران مبتلا به درد مزمن بود. دوره های وسیع نشستن بدون حرکت، اگر چه یک وضعیت نسبتاً آرامش یافته ای ایجاد می شود، اما عدم تحرک طولانی می تواند منجر به ایجاد درد در عضلات و مفاصل شود. در دستور العمل هایی که به مراجعان در مراقبه داده می شود، تاکید می گردد که وضعیت خود را برای رهایی از درد تغییر ندهند، بلکه در عوض مستقیماً توجه دقیقی بر حس های درد داشته باشند و با نگرش های بدون قضاوت به این حس ها توجه کنند؛ همچنین شناخت ها، هیجانات و کنش هایی که غالباً با حس های درد همراه هستند را مورد توجه دقیق و پذیرش قرار دهند. اعتقاد بر این است که توانایی مشاهده بدون قضاوت، حس های درد و پریشانی همراه با درد را کاهش می دهد (امیدی و محمدخانی، ۱۳۸۷). در مجموع توجه آگاهی شکلی از مراقبه^۲ است که ریشه در تعالیم و آئین های مذهبی شرقی خصوصاً بودا^۳ دارد (اوست^۴، ۲۰۰۸). بواسطه تمرین ها و تکنیک های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد نسبت به فعالیت های روزانه خود آگاهی پیدا می کند، به کارکرد اتوماتیک ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت های جسمانی بر آنها کنترل پیدا می کند و از ذهن روزمره و اتوماتیک متمرکز بر گذشته و آینده رها می شود (سگال، تیزدل و ویلیامز، ۲۰۰۲، رای و ساندرسون^۵، ۲۰۰۴).

1 - Myers

2 - Meditation

3 - Buddhism

4 - Ost

5 - Rygh & Sanderson

مولفین متعددی مطرح ساخته اند که تمرینات حضور ذهن می تواند باعث ایجاد تغییراتی در الگوهای فکری، یا نگرش های فرد در مورد افکارش شود. لینهان (۱۹۹۳) مطرح می سازد که مشاهده بدون قضاوت، فرصت شناخت پیامدهای یک رفتار را ممکن می سازد (نظیر عصبانی کردن رئیس با تأخیرهای مکرر خود). این شناخت، تغییرات رفتاری مؤثرتری را به دنبال خواهد داشت. حضور ذهن صحیح بدان معنا است که شخص آگاهی خود را از گذشته و آینده به حال حاضر معطوف کند. زمانی که فرد در حال حاضر حضور داشته باشد، واقعیت را با تمام جنبه های درونی و بیرونی اش می بیند و در می یابد که ذهن به دلیل قضاوت و تعبیر و تفسیرهایی که انجام می دهد دائما در حال نشخوار و گفتگوی درونی است، در نتیجه وی قادر می شود با دقت بیشتری به افکار خود توجه کند و بدون بیزاری یا قضاوت آنها را مورد بررسی قرار دهد و علت وجود آنها را دریابد. تمرین توجه آگاهی این توانایی را به فرد می دهد که دریابد « افکار صرفا افکار هستند » و زمانی که می فهمد افکارش ممکن است حقیقت نداشته باشند راحت تر می تواند آنها را رها کند (کابات زین، ۲۰۰۵). لذا توجه آگاهی کیفیتی از بیداری است که در آن شخص از آگاه بودن خود آگاه می شود (کابات زین، ۲۰۰۵). قبل از اینکه توجه آگاهی اتفاق بیفتد بیداری و هوشیاری دستکاری شده و نیمه خواب است. واکنش های انسان از قبل شرطی و برنامه ریزی شده است و به جای این که در زمان حال باشد، برنامه های آرشویی و قدیمی مربوط به گذشته را نظاره می کند. در مجموع می توان گفت هر چه انسان بیدارتر و هوشیارتر باشد و حواسش نسبت به اتفاقات جاری و اکنون زندگی اش جمع تر باشد ذهن آگاه تر است و پاسخ هایش به تحریکات زندگی خردمندانه تر و مؤثرتر و آرامش و اطمینان قلبی او بیشتر است (کوثری، ۱۳۹۰).

در مجموع هر تمرین توجه آگاهانه به طور هدفمند و آگاهانه می تواند ظرفیت و توانایی نظام پردازش اطلاعات، را افزایش دهد. تمرین های توجه آگاهی می تواند به عنوان یک نظام هشدار اولیه مانع شروع یک انفجار یا سیل قریب الوقوع شود. آموزش توجه آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی و راهبردهای رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ های نگران کننده است و همچنین باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجانات ناخوشایند می شود (کری جی^۱، ۲۰۰۴؛ نقل از بیرامی و عبدی، ۱۳۸۸). لیهان (۱۹۹۳) نیز خاطر نشان می سازد که مشاهده افکار و احساسات و به کار گرفتن برچسب های توصیفی برای آنها، این درک و فهم را به وجود می آورد که آنها همیشه نمایانگر صحیحی از واقعیت نیستند. تیزدل و همکاران (۱۹۹۵) متذکر می شوند

1 - Kerry J

که مزیت عملی مهارت های توجه آگاهی در ترغیب تغییرات شناختی این است که همیشه تمرینات حتی در دوره های بهبودی قابلیت انجام دارند.

۲-۷-۱-۴-۳- پذیرش

رابطه بین پذیرش و تغییر، یک مفهوم محوری در بحث های رایج روان درمانی است (هایز، جاکوبسن، فولت، و داگر، ۱۹۹۴). هایز، ۱۹۹۴، مطرح ساخت که پذیرش شامل «تجربه رویدادها به طور کامل و عاری از دفاع، همان گونه که هستند» می باشد و ذکر نمود که متخصصین بالینی که تجربه مدار هستند، ممکن است که بر اهمیت تغییر کلیه نشانه های ناخوشایند، تاکید بیش از حدی داشته باشند و اهمیت پذیرش را مورد توجه قرار ندهند. برای مثال، فردی که حملات هراس را تجربه می کند، ممکن است در رفتارهای ناسازگارانه متعددی برای پیشگیری از حملات آتی هراس درگیر شود، از جمله سوء مصرف دارو و الکل، اجتناب از فعالیت های مهم، و گوش به زنگی مضطربانه و افراطی نسبت به حالت های بدنی. فرد بپذیرد که حملات هراس ممکن است گاه گاهی رخ دهند، زود گذرند و خطرناک نیستند، و اگر چه ناخوشایند هستند باید تحمل شوند، و نباید از آنها اجتناب نمود یا آنها را خطرناک تلقی کرد (امیدی و محمد خانی، ۱۳۸۷).

۲-۷-۱-۴-۴- آرام سازی

رابطه بین توجه آگاهی و آرام سازی قدری پیچیده است. مولفین متعددی (گلدبرگ و همکاران، ۱۹۹۴؛ کبان-زین و همکاران، ۱۹۹۸) مطرح ساخته اند که توجه آگاهی مبتنی بر کاهش استرس ممکن است در اختلالات طبی وابسته به استرس از جمله پسوریازیس فیرومیاگلیا کاربرد داشته باشند. این مولفین خاطرنشان می سازند که مراقبه غالباً آرامش بخش است و از این راه می تواند در ادراه این اختلالات موثر باشد. ایجاد آرامش از طریق راهبردهای گوناگون مراقبه ثبت شده است (اروم - جانسون، ۱۹۸۴؛ به نقل از امیدی و محمد خانی، ۱۳۸۷). البته هدف آموزش حضور ذهن، ایجاد آرامش نیست، بلکه در عوض آموزش زیر نظر گرفتن بدون قضاوت شرایط فعلی است، شرایطی که ممکن است برانگیختگی دستگاه صبی خود مختار، افکار رقابتی، تنش عضلانی، و سایر پدیده های ناسازگار با آرامش را باعث شوند. به علاوه، شواهد نشان می دهند که اثرات آرام سازی منحصر به مراقبه نیستند، بلکه در بسیاری از راهبردهای آرام سازی وجود دارند (شاپیرو، ۱۹۸۲). از این رو، گرچه تمرینات توجه آگاهی ممکن است منجر به آرام سازی شوند، اما این پیامد دلیل اولیه درگیری در مهارت های توجه آگاهی نیستند (امیدی و محمد خانی، ۱۳۸۷).

۲-۷-۲- شفتت گری

۲-۷-۲-۱- تعریف و مفهوم خودشفقت گری

هنگامی که بین روان شناسی غربی و افکار بودایی گفتمانی برقرار گردید. درک جدیدی از مفهوم بهزیستی ذهنی در ذهن روان شناسان غربی مانند بارنس و ریستلر^۱ (۲۰۱۶) و نف (۲۰۱۶) پدیدار شد. از آنجایی که روان شناسی بودایی تمرکز فراوانی بر تحلیل و درک طبیعت خود دارد، بسیاری از مفاهیم آن برای روان شناسانی که علاقمند به فرایندهای خود هستند مفید به نظر می رسد، یکی از این مفاهیم که مرتبط به «خودپنداره» و «خودنگرشی» است مفهوم «شفقت خود» است (نف، ۲۰۱۶).

درمان های موج سوم شناختی رفتاری از قبیل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان متمرکز بر شفقت، اهمیت زیادی برای عواطف مثبت در فرایند درمانی قائل هستند. این درمان ها همچنین بر تسکین پریشانی روانشناختی از طریق تغییر در نوع رابطه فرد با مشکلاتش اشتراک دارند. یکی از مهم ترین جنبه های این درمان ها ایجاد یک نگرش غیر قضاوتی و همراه با شفقت است. در واقع درمانگران لازم است که پذیرش و شفقت را به عنوان جنبه های کلیدی از فرایند درمانی ارتقاء دهند (مکبث و گاملی^۲، ۲۰۱۲).

اگرچه روان شناسان غرب زمان زیادی را در کارهای تجربی خود صرف بررسی همدلی و شفقت نسبت به دیگران کرده اند اما شفقت به خود اخیرا مورد بررسی قرار گرفته است. از سال ۲۰۰۳ که نف «این سازه را تعریف کرد و ابزارهایی برای سنجش آن ارائه داد تا سال ۲۰۱۷ بر اساس جستجوی واژه «self-compassion» در پایگاه Google Scholar، ۱۸۴۰ پژوهش صورت گرفته بود (گرمر و نف^۳، ۲۰۱۹)؛ اما شفقت به خود دقیقه چه معنایی دارد؟

برای اینکه شفقت به خود را بهتر بفهمیم، نخست باید معنای شفقت را بفهمیم. در روانشناسی بودایی شفقت یعنی توجه به رنج خود و دیگران. شفقت حساسیت به تجربه رنج را شامل می شود و با تمایل قوی برای تسکین آن همراه است. این نکته بدین معناست که برای تجربه شفقت، نخست باید وجود درد را تصدیق کنید. شفقت به خود صرفا شفقتی است که متوجه درون فرد می شود. فرد زمانی که با تجربه رنج مواجه می شود با خودش به عنوان ابژه مراقبت و نگرانی رفتار می کند (نف، ۲۰۰۳). شفقت به خود در زمانهای درد و شکست بهتر مشخص می شود.

در جهان غرب شفقت به معنای محبت به دیگران است، در حالی که در فرهنگ بودایی شفقت نسبت به خود ضروری تر و مهم تر از شفقت نسبت به دیگران است، زیرا شفقت نسبت به خود زمینه ساز احساس

¹ Barnes, B.A., & Kristeller, J.K

² MacBeth A, & Gumley A

³ Germer CK, & Neff KD

مراقبت از خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به نابسندگی و شکست های خود، و پذیرش این نکته که تجربه های فردی نیز بخشی از تجربه های بشری است، می شود (نف، ۲۰۱۶)، شفقت خود مستلزم درک این واقعیت است که رنج، شکسته و نابسندگیها بخشی از تجارب معمول بشری است و همه انسان ها از جمله خود فرد زبینه مهربانی و شفقت هستند (ازدمیر و سیف^۱، ۲۰۱۷).

شفقت خود توازنی میان روش های مشفقانه و غیرمشفقانه است که ضمن آن فرد با موقعیت های فرارو با مهربانی (خود-مهربانی) یا قضاوت (قضاوت خود) برخورد می کند، یا به صورت آگاهانه ای به مشکلات به عنوان بخشی از تجربه مشترک (اشتراک بشری در برابر تنهایی (انزوا) و یا به عنوان مسیری که منجر به ذهن آگاهی می شود یا به شیوه ای متمایز همسان سازی افراطی با آن مقابله می کند، می نگرد این سه بعد به صورت قطبی، ابعاد شفقت خود را تشکیل می دهند؛ یعنی (۱) خود-مهربانی در برابر قضاوت خود. (۲) اشتراک بشری در برابر انزوا، و (۳) ذهن آگاهی در برابر همسان سازی افراطی (نف، ۲۰۱۶).

گیلبرت (۲۰۰۹)، معتقد است که شفقت به خود یک ظرفیت تکامل یافته است و از سیستم های رفتاری ناشی می شود که شامل دلبستگی و پیوندجویی هستند. جستجوی نزدیکی و کسب آرامش از سوی مراقبان به منظور فراهم کردن یک پایگاه امن برای عمل کردن درجهان، یکی از رفتارهای پستانداران است. در میان انسان - ها، حس دلبستگی ایمن و تعلق که از سیستم مراقبت کردن ناشی می شود، احساس های امنیت، برخورداری از ارزش دوست داشتن و مراقبت، افزایش شادکامی و کاهش اضطراب و افسردگی را در پی دارد (میکولینسر و شاور^۲، ۲۰۰۷). به همین دلیل افرادی که در محیط مطمئن مطمئن و امن بزرگ می شوند و کسانی که روابط حمایت کننده و معتبرسازی را با مراقبین خود تجربه می کنند باید بیشتر قادر باشند با شفقت و مراقبت با خودشان رفتار کنند. در مقابل افرادی که در محیط های ناامن، پراسترس و تهدید کننده بزرگ می شوند، احتمالاً سیستم خود - آرام بخشی آنها به خوبی رشد نیافته است و از مدل های درونی شده معدودی از شفقت برخوردارند (گیلبرت و پروکتر^۳، ۲۰۰۶).

نف (۲۰۰۳، ۲۰۰۷)، شفقت به خود را این گونه تعریف می کند گشوده بودن و همراه شدن با رنج های خود، تجربه حس مراقبت و مهربانی نسبت به خود، اتخاذ نگرش غیر قضاوتی و همراه با درک و فهم نسبت به بی کفایتی ها و شکست های خود و تشخیص اینکه تجربه فرد بخشی از تجربه بشری است. به عبارتی شفقت به خود مبتنی بر قضاوت ها یا ارزیابی های مثبت در مورد خود نیست، شفقت به خود

¹ Ozdemir, B., & Seef, N.

² Mikulincer M, & Shaver PR

³ Procter S

نوعی رابطه مثبت با خود است. افراد احساس شفقت به خود را به خاطر اینکه انسان هستند دارند، نه اینکه فردی خاص یا بالاتر از متوسط مردم هستند؛ بنابراین در اینجا بر ارتباط و پیوند تأکید می شود نه جدا دانستن خود (نف، ۲۰۱۵).

۲-۲-۲-۲- مولفه های شفقت به خود

نف سه مؤلفه برای شفقت به خود در نظر گرفته است که ارتباط درونی با هم دارند. در مفهوم بندی نف هر مؤلفه دو بخش را شامل می شود و در برابر هر جنبه مثبت یک مؤلفه، جنبه منفی قرار می گیرد. برای سنجش این سازه و سازه های مرتبط با آن ابزارهایی از جمله مقیاس شفقت به خود فرم بلند (نف، ۲۰۰۳)، مقیاس شفقت به خود - فرم کوتاه (ریس، پامیر، نف و همکاران^۱، ۲۰۱۱)، مقیاس شفقت (پامیر، نف و تاد کیرالی^۲، ۲۰۱۹) و مقیاس ترس از شفقت (گیلبرت، مکثیون، ماتوس و ریوس^۳، ۲۰۱۱) ساخته شده است. ویژگی های روان - سنجی این مقیاس ها در ایران نیز تأیید شده است (عزیزی و همکاران، ۲۰۱۳؛ خانجانی، فروغی، صادقی و بحرینیان، ۲۰۱۷؛ خانجانی، فروغی و نوری، ۲۰۱۹). در ادامه نیز مؤلفه های شفقت به خود تشریح می شود.

الف. خود مهربانی در برابر خودسرزنش گری

خود مهربانی شامل بخشش، همدلی، حساسیت، گرمی و صبر نسبت به همه جنبه های خود از جمله اعمال، احساس ها، افکار و تکان ها است. افرادی که دیدگاه مهربانی با خود دارند، ارزش خود را نامشروط در نظر می گیرند. خود مهربانی بر این نکته تأکید دارد که فرد حتی پس از شکست، مستحق عشق، شادمانی و محبت است. در مقابل، در خودسرزنش گری فرد نسبت به خودش خصمانه، پر توقع و انتقادگر است. افرادی که خودسرزنش گری بالایی دارند احساس ها، افکار، تکان ها، اعمال و ارزش خود را رد می کنند. خودسرزنش گری اغلب بی رحمانه است؛ و درد ناشی از آن می تواند مساوی یا فراتر از دردی که خود موقعیت ایجاد می کند باشد. (برنارد و کوری^۴، ۲۰۱۱).

ب. تجربه مشترک بشری در برابر انزوا

حس تجربه مشترک بشری شامل تشخیص این نکته می شود که همه انسانها کامل نیستند، شکست می خورند، اشتباه می کنند و در رفتارهای ناسالمی درگیر می شوند (نف، ۲۰۰۳). تجربه مشترک بشری، بخشش خود به خاطر انسان بودن، محدود و ناکامل بودن را شامل می شود. با این وجود، بسیاری از افراد در زمان درد یا ناکامی احساس بریدگی از سایر افراد را دارند. چنین افرادی معتقدند که وجود خودشان،

¹ Raes F, Pommier E, Neff KD, & Van Gucht D

² Tóth-Király I

³ Gilbert P, McEwan K, Matos M, & Ravis A

⁴ Barnard LK, & Curry JF

شکست هایشان و هیجان هایشان شرم آور است و اغلب باید خود واقعی شان را مخفی کنند و احساس می کنند تنها آنها با بی کفایتی ها با شکست ها دست و پنجه نرم می کنند (به نقل از برنارد و کوری، ۲۰۱۱).

ج. توجه آگاهی در برابر همانند سازی افراطی یا اجتناب

کابات زین توجه آگاهی را به صورت معطوف کردن توجه به شیوه ای خاص تعریف کرده است. از نظر او این شیوه خاص سه ویژگی دارد: متمرکز بر زمان حال، هدفمند و غیر قضاوتی است (کابات زین، ۱۹۹۰). توجه آگاهی نه تنها شامل توجه شناختی بلکه علاقمندی صمیمانه و مهربان به تجربه کنونی خود را نیز در بر می - گیرد.

۲-۷-۳- شفقت گری توجه آگاهانه

۲-۷-۳-۱- تاریخچه و مفهوم مداخله شفقت گری توجه آگاهانه

در طول دو دهه گذشته توجه روبه رشدی به امکان اثر بخشی روان شناسی شرقی در یک محیط بالینی و به خصوص آن دسته از تکنیک های مبتنی بر شیوه های با منشاء بودایی به وجود آمده است. مطالعات متعددی به بررسی امکان کاربرد بالینی این دیدگاهها و کاربرد آنها در درمان اختلالات روان شناختی صورت گرفته است. فعالیت ها و پژوهش های محققین و درمانگران، سرانجام منجر به کاربرد اصول و روش های درمانی در موقعیت های بالینی شد. روش هایی که به طور وسیعی ریشه در روان شناسی شرقی داشته است. اگرچه توجه آگاهی و شفقت گری توسط روان درمانگر غربی مورد قبول واقع شد، ولی ریشه در آموزه های کهن اش دارد (دیدونا، ۲۰۰۹).

درمان های موج سوم شناختی رفتاری از قبیل درمان متمرکز بر شفقت، اهمیت زیادی برای عواطف مثبت در فرایند درمانی قائل هستند. این درمان ها همچنین بر تسکین پریشانی روان شناختی از طریق تغییر در نوع رابطه فرد با مشکلاتش اشتراک دارند. یکی از مهم ترین جنبه های این درمان ها ایجاد یک نگرش غیر قضاوتی و همراه با شفقت است. در واقع درمانگران لازم است که پذیرش و شفقت را به عنوان جنبه های کلیدی از فرایند درمانی ارتقاء دهند (مکبث و گاملی^۱، ۲۰۱۲).

عبارت هایی که در توجه آگاهی درمانی استفاده شود شامل، هوشیاری محبت آمیز، پذیرش توجه آگاهی، شخصیت بی غل و غش و توجه به شفقت می باشد (دیدونا، ۲۰۰۹)، لذا بین شفقت و توجه آگاهی ارتباط متقابلی می تواند وجود داشته باشد، به عبارتی شفقت گری با توجه آگاهی می تواند اثربخش تر باشد، چرا که شرایط پذیرش را تسهیل می کند. شفقت و پذیرش شخصی «ابزارهای مهارتی»

¹ MacBeth A, & Gumley A

هستند و برای آگاه بودن و تلاش کردن تحت شرایط و موفقیت های مختلف و برای داشتن چشمان باز به قلبی باز نیاز است (دیدونا، ۲۰۰۹). گرم ر ارتباط بین توجه آگاهی و شفقت به خود را این گونه توصیف می کند: توجه آگاهی بیان می کند که درد را احساس کن و شفقت به خود می گوید در زمان درد خودت را تسلی ده، دو شیوه ای که با آنها زندگی خود را از صمیم دل در آغوش می گیریم (گرم ر، ۲۰۰۹). توجه آگاهی و شفقت در برابر این دو شیوه مخالف با هم یعنی همانند سازی بیش از حد و اجتناب قرار دارد. توجه آگاهی به عنوان مسیری میانه بین این دو شق قرار می گیرد. همانندسازی افراطی شامل نشخوار ذهنی در مورد محدودیت های خود است و منجر به دید تونلی می شود که از تجربه عمیق زمان حال ممانعت می کند. دیگر راه افراطی، اجتناب از تجربه هیجان ها و افکار دردناک است. فرض بر این است که اجتناب، احساس های منفی را در طولانی مدت تشدید می کند (برنارد و کوری، ۲۰۱۱).

برای فرد ذهن آگاه مشفق فکر نهایتاً فقط یک فکر است و ربطی به واقعیت ندارد. فکر چیزی جز چرخیدن ذهن در لابلای تصاویر حافظه و ایده ها و نظرات ذهنی نیست. فرد ذهن آگاه خودش را با فکر خودش یکی نمی داند و بر اساس افکار و احساساتش، هویت خود را شناسایی نمی کند. بعضی افکار بیمارگونه و مریض اند. بعضی افکار برعکس شادی بخش و انرژی آفرین اند. بعضی افکار هم خنثی هستند. فرد ذهن آگاه با همه این افکار و احساسات مشفق و مهربان است. او به همه آنها اجازه می دهد جلوی چشمانش رژه برونند و هر خوش رقصی و عرض اندام و جلوه گری که دوست دارند را انجام دهند، اما در عین حال، فرد ذهن آگاه بر این باور است که این افکار و ایده ها و احساسات ربطی به خود واقعی او ندارند. فرد ذهن آگاه با افکار بد نمی جنگد و طرف افکار خوب را نمی گیرد. با افکار خنثی کنار نمی آید و خلاصه خود را وارد بازی خسته کننده و انرژی بر فکرچرخشی نمی کند. چون فکر، فکر است، حوزه وظایف مشخصی دارد و برای حل مساله به درد می خورد اما نمی تواند در حوزه هویت درونی فرد وارد شود و در این حوزه سهم بخواهد و دنبال "من" برای خودش بگردد. احساس هم در جای خود فقط احساس است و چیزی بیشتر از آن نیست. مهم این است که فرد به این مرتبه از بیداری و هوشیاری برسد که خودش را با افکار و اندیشه هایش یکی نگیرد. همینطور با افکار و ایده ها و نظرات دیگران خودش را یکی نپندارد (کوثری، ۱۳۹۰).

۲-۳-۲-۲- درمان شفقت گری توجه آگاهانه

شفقت به خود مبتنی بر توجه آگاهی که توسط کریستین نف و کریستوفر گرم ر (۲۰۱۳) طراحی شده است، یکی از برنامه های آموزشی پرورش شفقت به خود است که برای افراد غیربالینی به کار می رود.

¹ Germer C

در این برنامه شرکت کنندگان هر هفته به مدت ۲ ساعت طی یک دورهی ۸ هفته ای در جلسات حاضر می شوند. از تمرین های رسمی ای که در طول جلسات آموزش داده می شود، می توان تنفس تسکین بخش و مدیتیشن عشق ورزی و مهربانی را نام برد. از تمرین های غیررسمی می توان به تکرار مجموعه ای از جملات مشفقانه در مواقع پرسترس اشاره کرد. در میان برنامه تمرین های میان فردی برای کمک به ایجاد احساسات مشترک انسانی استفاده می شود. در پایان هر جلسه، تکالیفی برای منزل ارائه می شود؛ مثلاً نوشتن نامه مشفقانه به خود. از شرکت کنندگان خواسته می شود در طول روز ۴۰ دقیقه را به انجام تمرین های شفقت به خود اختصاص دهد. نتایج نشان می دهد که افرادی که در معرض مداخلهی شفقت به خود مبنی بر توجه آگاهی قرار گرفتند به طور قابل ملاحظه ای نسبت به گروه گواه در شفقت به خود پیشرفت نشان دادند. این نتایج تا یک سال بعد از مداخله پایدار بوده است. این موضوع نشان می دهد که شفقت به خود یک مهارت قابل آموزش است که می تواند در طی زندگی افزایش یابد (نف و گرمر، ۲۰۱۳).

با وجود اینکه شفقت به خود ریشه در روابط اولیه فرد با مراقبین خود دارد اما مهارت های آن را می توان آموزش داد. گیلبرت و ایرون^۱ (۲۰۰۵)، اعتقاد دارند که شفقت به خود سیستم تهدید (این سیستم با احساس های دل بستگی ناایمن، دفاعی بودن و برانگیختگی خودمختار همراه است) را نافع و سیستم خود آرام بخشی (این سیستم با احساس های دل بستگی ایمن، امنیت و سیستم اکسی توسین - افیون همراه است) را فعال می کند. راک کلیف، گیلبرت، مک ایوان و همکاران^۲ (۲۰۰۸)، (۲۰۰۸)، در حمایت از این اعتقاد دریافتند که ارائه یک تمرین شفقت به خود کوتاه به افراد، سطح هورمون کورتیزول را در زمان استرس پایین می آورد. همچنین تغییر پذیری ضربان قلب را افزایش می دهد که با توانایی بالاتری برای خود-آرام سازی در زمان استرس همراه است.

شفقت به خود یک راه مؤثر برای مقابله با تجربیات هیجانی منفی (نف و دام^۳، ۲۰۱۵) و مرتبط با مفهوم تنظیم هیجان است (نف، ۲۰۰۳). تنظیم هیجان اشاره دارد به فرایندهایی که به وسیله ی آن افراد به هیجانهایشان توجه کرده و شدت و مدت انگیزتگی هیجانی را هنگام رویارویی با موقعیتهای استرس زا مدیریت می کنند. شفقت به خود نیازمند هشیاری با توجه آگاهانه نسبت به هیجانهای خود است؛ بنابراین از احساسات پریشان کننده و دردناک اجتناب نمی شود بلکه در عوض با آنها با مهربانی، پذیرش و احساس انسانیت مشترک برخورد می شود (نف، ۲۰۰۳). گیلبرت (۲۰۰۹) بیان می کند که در حوزه ی نوروفیزیولوژی شفقت به خود حداقل سه نوع سیستم تنظیم هیجان را می توانیم تمیز دهیم: ۱. سیستم

¹ Irons C

² Rockliff H, Gilbert P, McEwan K, Lightman S, & Glover D

³ Dahm, K. A

تهدید و حفاظت؛ کارکرد آن شناسایی سریع تهدید است و به ما هشدار می دهند که باید واکنشی نسبت به تهدید داشته باشیم تا از خودمان محافظت کنیم (گیلبرت، ۲۰۰۱؛ به نقل از گیلبرت، ۲۰۰۹) ۲. سیستم سائق، جستجوی منبع و انگیزتگی؛ این سیستم تنظیم هیجان هنگام پیگیری اهداف، هیجان خواهی و تلاش برای پیروزی و موفقیت فعال می شود و در نوع واکنش ما به دنیای اطراف نقش کلیدی را به عهده دارد (تیرچ، ساندورف، آر، و استین، ۱۳۹۵) ۳. سیستم تسکین، آرامش و امنیت؛ این سیستم که محور رویکرد متمرکز بر شفقت در نظر گرفته می شود، به طور ویژه ای نسبت به نشانه های بین فردی، پذیرش، و مراقبت شدن نفوذپذیر است. هم چنین کلیدی است برای تنظیم سیستمهای تهدید و سائق (گیلبرت، ۱۳۹۵). ابراز شفقت به سمت خود، سطوح اکسی توسین را افزایش می دهد. افزایش سطوح او کسی توسین با فعال شدن سیستم تسکین رابطه دارد (تیرچ و همکاران، ۱۳۹۵). امنیت فقط مربوط به غیاب تهدید یا کاهش فعالیت نیست. بلکه به نظر می رسد سیستم ویژه ای است که به تسکین دهنده ها که احساسات بهزیستی و رضایت را ایجاد می کنند، پیوند خورده است (گیلبرت، ۲۰۰۹). بر همین اساس برنامه های آموزشی و درمانی پرورش شفقت به خود سعی در تقویت سیستم تسکین دارند (گیلبرت، ۱۳۹۵).

۲-۳-۳- تکنیک های شفقت گری توجه آگاهانه

تمرین های مراقبه و ذهن آگاهی به افزایش توانایی خودآگاهی و پذیرش خود در بیماران منجر می شود. ذهن آگاهی یک روش یا فن نیست، اگرچه در انجام آن روش ها و فنون مختلف زیادی به کار رفته است. ذهن آگاهی را می توان به عنوان یک شیوه "بودن" یا یک شیوه "فهمیدن" توصیف کرد که مستلزم درک کردن احساسات شخصی است (بائر^۱، ۲۰۰۳). ذهن آگاهی با وجودی که هم اکنون در دانشگاه های معتبر جهان به عنوان یک روش کارآمد و بی نظیر جهت بازیابی شخصیت های آسیب دیده و سالم سازی و برگرداندن روح و ذهن به حالت طبیعی شناخته شده است، اما در عین حال روشی است تجربی و فوق العاده ساده و عملی که هر فردی بدون نیاز به سواد و دانشی خاص، می تواند به راحتی آن را در زندگی خود تجربه کند (کوثری، ۱۳۹۰).

۲-۳-۴- گستره پیامدهای روانشناختی شفقت گری و توجه آگاهی

در یک مطالعه اولیه در مورد بیمارانی با شرم شدید و خودسرزنش گری، آموزش توجه آگاهی شفقت ورز به کاهش چشمگیری در افسردگی، حمله به خود، شرم و احساس های حقارت پس از درمان

منجر شد (گیلبرت و پروکتر، ۲۰۰۶). لويس و اوتلی^۱ (۲۰۱۵)، در مطالعه مروری اولیه ای نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت در کاهش آسیب شناسی روانی به ویژه خودسرزنش گری بالا مؤثر است. گرمرونف برنامه ای برای آموزش مهارت های شفقت به خود برای جمعیت عمومی تهیه کرده اند که «شفقت به خود توجه آگاهانه» نامیده می شود. ساختار این برنامه شبیه به برنامه کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی است (گرمرونف، ۲۰۱۳). در یک مطالعه کنترل شده تصادفی برنامه آموزشی شفقت به خود ذهن آگاهانه به افزایش چشمگیری در سطح شفقت به خود منجر شد. همچنین سطح توجه آگاهی، شفقت به دیگران و رضایت از زندگی افراد گروه مداخله به طور معناداری افزایش یافت. در عین حال میزان افسردگی، اضطراب، استرس و اجتناب هیجانی نیز به طور معناداری کاهش یافت. شاپیرو و مانگرین^۲ (۲۰۱۰)، آزمایشی را هدایت کردند که در آن از افراد خواستند به مدت ۷ روز، روزانه یک نامه شفقت به خود را برای خودشان بنویسند. آنها متوجه شدند که این مداخله کوتاه، سطح شادکامی را در مقایسه با گروه کنترل که از آنها خواسته بودند در مورد خاطرات اولیه بنویسند بالا برد. علاوه بر این، شادکامی آنها در دوره پیگیری یک ماه، سه ماه و شش ماهه تداوم داشت. به نظر می رسد شفقت به خود یک مکانیسم عمل در انواع متفاوتی از درمان ها باشد (بائر^۳، ۲۰۱۰). برای مثال، بعد از درمان روان پویشی کوتاه مدت، کاهش در اضطراب، شرم و گناه و افزایش تمایل به تجربه غم، خشم و نزدیکی با سطح بالاتری از شفقت به خود همراه است. علاوه بر این شفقت به خود به نظر می رسد مکانیسم کلیدی در اثربخشی مداخلات مبتنی بر توجه آگاهی است (به نقل از گرمرونف، ۲۰۱۳).

یکی از یافته های ثابت در تحقیقات گذشته این است که شفقت به خود با اضطراب و افسردگی کمتری همراه است. چندین فرا تحلیل با ترکیبی از ۹۸ پژوهش گزارش کرده اند که شفقت به خود با کاهش آسیب شناسی روانی و افزایش بهزیستی روانشناختی در نوجوانان و بزرگسالان همراه است (مکبث و گاملی، ۲۰۱۲؛ زسین، دیکهاوزر و گارباده^۴، ۲۰۱۵؛ مارش، چان^۵ و مکبث، ۲۰۱۷). در فراتحلیلی دیگر، موریس و پاتروچی^۶ (۲۰۱۷) به این نتایج دست یافتند که شاخص های مثبت شفقت به خود (خود مهربانی، تجربه مشترک بشری و توجه آگاهی) به طور منفی با آسیب شناسی روانی ارتباط دارند، این یافته از نقش محافظتی شفقت به خود حکایت می کند. در حالی که جنبه های منفی شفقت به خود (خوسرزنش - گری، انزوا و همانند سازی بیش از حد) رابطه مثبتی با آسیب شناسی روانی دارند و

¹Leaviss J, & Uttley L

²Shapira LB, & Mongrain M

³Baer RA

⁴Zessin U, Dickhäuser O, & Garbade S

⁵Marsh IC, Chan SW

⁶Muris P, Petrocchi N

موجب آسیب پذیری فرد به مشکلات سلامت روان می شوند. همین طور مطالعه فروغی، خانجانی و موسوی (۲۰۱۹) نشان داد که شفقت به خود نقش میانجی محافظتی را در رابطه بین عاطفه منفی و کمال گرایی با نگرانی در مورد بدشکلی بدن ایفا کرد. پژوهش های مختلف نشان دادند که شفقت نقش محافظتی در برابر افکار خودکشی و رفتارهای خود جرحی دارد (خاویر، پینتو - گوویا، گونا^۱، ۲۰۱۶؛ بشرپور، خانجانی و فروغی، ۲۰۱۷؛ جیانگ، بو، ژنگ، لین^۲، ۲۰۱۷؛ کلیر، گوملی، او کونور^۳، ۲۰۱۹؛ هاسکینگ، بویس، فینلی جونز، مک اووی و ریس^۴، ۲۰۱۹).

شواهد روزافزونی نشان می دهد که شفقت به خود با بهزیستی روان شناختی رابطه دارد و به عنوان عامل محافظتی مهمی در نظر گرفته می شود که تاب آوری هیجانی را ارتقاء می دهد. یافته های قوی نشان می دهد که شفقت به خود بالا با اضطراب و افسردگی کمتری همراه است (ریس، ۲۰۱۰). تحقیقاتی که در مورد شفقت به خود صورت گرفته نشان داده است که شفقت به خود به طور مثبتی با رضایت از زندگی، شادکامی، خوش بینی، خرد، ابتکار شخصی، خلاقیت و به طور منفی با افسردگی، اضطراب، عاطفه منفی، نشخوار ذهنی و سرکوب فکر رابطه دارد (نف، ۲۰۰۳؛ نف، کریک پاتریک و رود^۵، ۲۰۰۷؛ هولیس - واکر و کولوسیمو^۶، ۲۰۱۱). مطالعات همچنین نشان داده است که افرادی که شفقت به خود بالایی دارند به طور مؤثری با استرس های مانند شکست تحصیلی کنار می آیند (نف، هسیه و دیجیتریت^۷، ۲۰۰۵). در یک مطالعه طولی که توسط ریس (۲۰۱۱)، انجام شد شفقت به خود به طور چشمگیری تغییرات نمرات افسردگی را پیش بینی کرد. وان دم، شپرد، فورسیث و ارلیوین^۸ (۲۰۱۱)، در یک مطالعه مقطعی دریافتند که شفقت به خود در مقایسه با توجه آگاهی همبستگی قوی تری با شدت نشانه ها و کیفیت زندگی در بیمارانی که اضطراب و افسردگی را با هم تجربه کردند دارد.

در خصوص توجه آگاهی، در حال حاضر در سراسر جهان به عنوان یک رویکرد فوق العاده موثر و کارآمد برای مقابله با مشکلات روز افزون روانی قرن بیست و یک مطرح است و در حال حاضر بسیاری از روانشناسان بالینی از توجه آگاهی به عنوان یک ابزار غیر دارویی بسیار کارآمد، برای کاهش استرس و اضطراب استفاده می کنند. توجه آگاهی به طور چشم گیری ارتباط انسان ها را با تجربیاتشان مورد تغییر قرار می دهد و می تواند تحمل سختی و عذاب را کاهش داده و جنبه های مثبت وجودی را دگرگون

¹ Xavier A, Pinto-Gouveia J, & Cunha M

² Jiang Y, You J, Zheng X, & Lin MP

³ Cleare S, Gumley A, & O'Connor RC

⁴ Hasking P, Boyes ME, Finlay-Jones A, McEvoy PM, & Rees CS

⁵ Kirkpatrick KL, & Rude SS

⁶ Hollis-Walker L, & Colosimo K

⁷ Hsieh YP, & Dejitterat K

⁸ Van Dam NT, Sheppard SC, Forsyth JP, & Earleywine M

سازد. این یک اصل در روند روانشناسی است که می تواند چگونگی پاسخ ما به سختی های اجتناب ناپذیر زندگی را تغییر دهد؛ نه تنها درباره چالش های موجود، بلکه مشکلات حاد روانشناسی مانند خودکشی (لینهان، ۱۹۹۳)، افسردگی مزمن (سگال ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲) و روانپزشکی (باخ و هایز^۱، ۲۰۰۲). توجه آگاهی پدیده جدیدی نیست، بلکه قابلیت آگاه بودن و هوشیاری کامل است قسمتی از خصوصیات روحی و روانی انسان است که او را بشر می سازد. متأسفانه در این دنیا، تنها برای دوره ای مشخصی زندگی می کنیم و خیلی زود مجذوب خیالبافی و حکایت های شخصی می شویم (کابات زین، ۲۰۰۵).

علاقه به توجه آگاهی در دو دهه گذشته رشد یافته و اثر بخشی آن در افراد زیادی از قبیل بیماران سرطانی، افسردگی، بیماران قلبی و همچنین کارمندان بخش مراقبت های سلامتی بررسی شده است. (بیدو و مورفی^۲، ۲۰۰۴؛ پریس و داویز^۳، ۲۰۰۵؛ گازل^۴، ۲۰۰۵؛ اسمیت و ریچاردسون^۵، هافمن و گتون^۶، ۲۰۰۵؛ تکن^۷ و دیگران، ۲۰۰۳؛ نقل از پریسمان^۸، ۲۰۰۹).

۲-۸- مروری بر پیشینه پژوهش

۲-۸-۱- پژوهش های داخلی

بیگلری، اصلی آزاد و میری سنگتراشانی (۱۴۰۱) پژوهشی با هدف اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب کووید-۱۹ و تحمل پریشانی بهبودیافتگان کرونا ویروس انجام دادند. نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب کووید-۱۹ و تحمل پریشانی بهبودیافتگان کرونا ویروس تأثیر معنادار داشته ($P < 0.001$) و توانسته منجر به کاهش اضطراب کووید-۱۹ و بهبود تحمل پریشانی این افراد شود. بر اساس یافته های پژوهش حاضر می توان چنین نتیجه گرفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با بهره گیری از نگرش ذهن آگاهانه، فعالیت های ذهن آگاهانه، پرداختن به احساسات و هیجانات مشکل ساز و تمرینات تنفس می تواند به عنوان یک مداخله موثر جهت کاهش اضطراب کووید-۱۹ و بهبود تحمل پریشانی بهبودیافتگان کرونا ویروس مورد استفاده گیرد.

1 - Bakh, Hayz

2 - Beddoe and Murphy

3 - Bruce and Davies

4 - Gazella

5 - Smith and Richardson

6 - Haffman and Pilkington

7 - Tacon

8 - Praissman

مختاری (۱۴۰۱) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) بر کاهش اضطراب کرونا در پرستاران کاشان انجام دادند. نتیجه حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) بر کاهش اضطراب کرونا (علایم روانی و علایم جسمانی) در پرستاران کاشان تاثیرگذار است. میزان تاثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) بر کاهش علایم روانی ۲۵/۵ درصد و بر علایم جسمانی ۱۳/۸ درصد بوده است. میانگین نمرات گروه آزمایش در نمره زیرمقیاس‌های اضطراب کرونا (علایم روانی و علایم جسمانی) در مرحله پس از آزمون کمتر از میانگین نمرات گروه کنترل می‌باشد.

ضامنی، شهابی زاده، جراحی فریز، و قنبر زاده (الف ۱۴۰۰) پژوهشی با هدف مقایسه اثربخشی آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک دوره بارداری توأم با رایحه‌درمانی اسطوخودوس فاز فعال زایمان بر اضطراب و صبر زنان نخست‌زا با دل‌بستگی نایمن به همسر انجام دادند. نتایج تحلیل واریانس مکرر نشان داد آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک توأم با رایحه‌درمانی بر کاهش اضطراب و افزایش صبر مؤثر بود و نتایج در طول دوره پیگیری بعد از تولد نیز پایدار بود و افزایش نیافت. علاوه بر آن نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد اضطراب حین زایمان در هر دو گروه آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک توأم با و بدون رایحه‌درمانی به‌طور معنی‌داری کاهش یافت و اثربخشی آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک توأم با رایحه‌درمانی بر کاهش اضطراب حین زایمان بیش از رایحه‌درمانی بود.

ضامنی، شهابی زاده، جراحی فریز، و قنبر زاده (ب ۱۴۰۰) پژوهشی با هدف اثربخشی آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک توأم با رایحه‌درمانی اسطوخودوس بر افسردگی زنان با دل‌بستگی نایمن به همسر انجام دادند. نتایج تحلیل واریانس مکرر نشان داد، آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک توأم با رایحه‌درمانی بر کاهش افسردگی در طول زمان مؤثر بود ($P < 0.01$). تحلیل کوواریانس نشان داد، افسردگی دوره بارداری بعد از آموزش فنون رفتاردرمانی دیالکتیک به‌طور معنی‌داری کاهش یافت ($P < 0.01$). در تحلیل واریانس چندمتغیره، هر دو مؤلفه شایستگی مادری، در گروه مداخله ۱ به‌طور معنی‌داری افزایش نشان داد ($P < 0.05$).

تاجیک، حسینی المدنی و خدابخشی کولایی (۱۴۰۰) پژوهشی با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان فراشناختی و ذهن آگاهی مبتنی بر خود شفقت ورزی بر اضطراب پرستاران در همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ انجام دادند. نتایج نشان داد آموزش مبتنی بر درمان فراشناختی و ذهن آگاهی مبتنی بر خودشفقت-ورزی بر اضطراب پرستاران در همه-گیری کووید-۱۹ تأثیر دارد و تأثیر هر دو روش نسبت به مرحله پیش-آزمون پایدار است. تفاوت معناداری بین دو گروه مداخله در اثربخشی مشاهده نشد.

علیپورشهیر، اصفهانی، مهدی عرب زاده و علیپور شهیر (۱۴۰۰) پژوهشی با هدف تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر اضطراب کرونا و مولفه های آن بر پزشکان در دوره همه گیری بیماری کرونا تاثیر ذهن آگاهی بر اضطراب کرونا و مولفه های آن بر پزشکان انجام دادند. نتایج حاصل از یافته های تحلیل کواریانس تک متغیره و چندمتغیره نشان دادند که از نظر اضطراب کرونا و مولفه های آن (علائم جسمانی، علائم روانی) در مرحله پس آزمون بین گروه ها تفاوت معناداری دیده می شود. بدین ترتیب فرضیه موردنظر مورد تایید قرار گرفت و میتوان گفت که آموزش ذهن آگاهی در کاهش اضطراب کرونا و مولفه های آن در پزشکان موثر بوده است

زمانی (۱۴۰۰) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس کرونا، اضطراب کرونا و پریشانی روان شناختی در افراد وابسته به مواد مخدر انجام دادند. نتایج بیانگر این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است استرس کرونا، اضطراب کرونا و پریشانی روان شناختی به طور معناداری بهبود بخشیده و نتایج در دوره پیگیری نیز ماندگار بوده است ($P < 0.05$). نتایج حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می- تواند به عنوان مداخله- ای مؤثر برای بهبود استرس کرونا، اضطراب کرونا و پریشانی روان شناختی در افراد وابسته به مواد مخدر مورد استفاده قرار گیرند.

دوستی، خلعتبری، باصری و پروین گنابادی (۱۴۰۰) پژوهشی با هدف مقایسه ی اثربخشی مدل بومی شده پذیرش و تعهد درمانی متمرکز بر شفقت با مدل غیربومی این درمان بر علائم روان شناختی در زنان انجام دادند. جامعه ی آماری پژوهش همه ی زنان داوطلب مراجعه کننده به کلینیک آوای دوستی در بازه ی زمانی مهر تا دی ماه ۱۳۹۷ به تعداد ۲۰۰ نفر بود. یافته ها نشان داد میانگین تغییرات در سه خرده مقیاس مشکل در ارتباط بین فردی، مشکل در مهار عاطفی و افسردگی در گروه تحت مداخله با مدل بومی بیشتر از مدل غیربومی است ($P < 0.05$).

جمالی، نجفی، قریشی و رحیمیان بوگر (۱۴۰۰) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افکار خودکشی و انعطاف پذیری روان شناختی بیماران مبتلا اختلال دوقطبی انجام دادند. با توجه به نتایج به دست آمده در این پژوهش درمان پذیرش و تعهد موجب بهبود انعطاف پذیری روان شناختی می شود و می توان از آن به عنوان روش درمانی موثر بهره برد.

حسینی، تنها، کریمی و قدم پور (۱۴۰۰) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری شناختی بیماران گوارشی انجام دادند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری شناختی اثربخش بوده است و به شکل معناداری موجب بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری شناختی بیماران گوارشی شد.

طالبی (۱۴۰۰) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی بر میزان اضطراب و شادی و توجه آگاهی در پرستاران انجام دادند. با توجه به یافته های حاصل از پژوهش، میانگین توجه آگاهی و شادی در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش افزایش یافت. همچنین، نتیجه تحلیل کوواریانس برای اضطراب نشان داد که مراقبه تاثیر معناداری بر اضطراب نمی گذاشت؛ اما موجب افزایش معنادار شادی در گروه آزمایش شد. نتیجه گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی باعث افزایش آگاهی در شاخصه های رفتاری گروه آزمون در مرحله پس آزمون شد. به نظر می رسد که درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی تاثیر مطلوبی بر افزایش میزان شادی و توجه آگاهی پرستاران می گذارد.

پناهی، شهابی زاده و محمودی راد (۱۴۰۰) پژوهشی با هدف تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توام با و بدون شفقت ورزی بر مقدرنگری معنوی دیابت و افسردگی بیماران دیابتی افسرده غیربالینی انجام دادند. نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نشان داد هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با و بدون مداخله شفقت ورزی بر افزایش مقدرنگری معنوی و کاهش افسردگی در بیماران دیابتی افسرده غیربالینی تاثیرگذار بود و نتایج در پیگیری دو ماه نیز پایدار بودن اثربخشی نتایج را نشان داد.

رجائی و سدرپوشان (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف اثربخشی شفقت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی معنوی بر امید به زندگی، افسردگی و افکار ناکارآمد زنان دارای تجربه بیماری مولتیپل اسکلروزیس انجام دادند. یافته ها نشان داد شفقت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی بر امید به زندگی، افسردگی و افکار ناکارآمد تأثیر داشته است.

سیاه پوش و گلستانی بخت (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روان شناختی و تنظیم هیجانی زنان مطلقه انجام دادند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اثربخشی معناداری بر شاخص های انعطاف پذیری روان شناختی ($P < 0.001$) و تمامی مؤلفه های شش گانه تنظیم هیجان، از جمله: عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، ناتوانی در مشارکت رفتاری و فعالیت های هدف محور، مشکلات کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، محدودیت در دستیابی به راهکارهای مؤثر تنظیم هیجانی و فقدان وضوح هیجانی نشان داد.

رستم پور برنجستانکی، عباسی و میرزائی (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود انعطاف پذیری روان شناختی و کاهش خود انتقادی در مادران دارای کودکان کم توان ذهنی انجام دادند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت در بهبود انعطاف پذیری روان شناختی اثربخش بود. اثردوری کازرونی، نامی پس ویشه و مظلومین (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان توجه آگاهی بر کاهش اضطراب کرونا و حل تعارضات زناشویی زوجین تهرانی در دوران همه گیری بیماری کووید -

۱۹ انجام دادند. یافته ها نشان داد درمان توجه آگاهی بر کاهش اضطراب و تعارضات زناشویی و خرده مقیاس های آنها موثر بوده است.

رضایی و همکاران (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس انجام دادند. یافته ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش افسردگی و اضطراب موثر بوده است. بخشی پور، شجاعی کلاته بالی، بهجت و همکاران (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف تاثیر زوج درمانی پذیرش و تعهد بر آشفته گی زناشویی، انعطاف پذیری روانشناختی و نگرانی اجتماعی در زوجین متقاضی طلاق انجام دادند. نتایج نشان داد که روش زوج درمانی پذیرش و تعهد باعث کاهش آشفته گی زناشویی و نگرانی اجتماعی و افزایش انعطاف پذیری روانشناختی در زوجین متقاضی طلاق شد ($P < 0.001$). بر اساس نتایج توصیه می گردد که مشاوران و درمانگران خانواده در کنار سایر روش ها از روش زوج درمانی پذیرش و تعهد برای بهبود مشکلات زوجین متقاضی طلاق به ویژه کاهش آشفته گی زناشویی و نگرانی اجتماعی و افزایش انعطاف پذیری روانشناختی استفاده کنند.

اورکی و بیتانه (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر خودشفقتی بر کمال گرایی و سبک های دلبستگی دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام دادند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر خودشفقتی بر کمال گرایی و سبک های دلبستگی اضطرابی، ایمن و اجتنابی دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه دارای اختلال اضطراب فراگیر تاثیر معنادار داشته است. بدین صورت که این درمان توانسته منجر به کاهش کمال گرایی و سبک های دلبستگی اضطرابی و اجتنابی و بهبود سبک دلبستگی ایمن دانش آموزان دختر دارای اختلال اضطراب فراگیر شود.

پاشازاده مرادی (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف رابطه انواع سبک های دلبستگی و واکنش افراد به ویروس کرونا انجام دادند. به نظر می رسد که براساس نوع سبک دلبستگی خاصی که دارند، واکنش های متفاوتی نشان می دهند. بعضی ها واکنش های هیجانی خیلی شدید، برخی متوسط و برخی موضع انکار و اجتناب را از خود نشان می دهند. افرادی که دارای سبک دلبسته ایمن هستند، علائم ناراحتی و واکنش های هیجانی کمتری به کرونا نشان می دهند، اضطراب شفا بخش (مفید) دارند و بیماری کرونا را در حد معقول تهدید کننده می دانند، اما در مقابل افراد دارای سبک دلبسته نایمن و واکنش های هیجانی شدیدتری را نشان می دهند، دارای اضطراب مختل کننده (دردساز) هستند و این بیماری را خیلی تهدید کننده می دانند.

نصیرزاده، آخوندی، جمالیزاده نوق و همکاران (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف بررسی وضعیت استرس، اضطراب، افسردگی و تاب آوری ناشی از شیوع بیماری کرونا (COVID-۱۹) در خانوارهای شهرستان

انار در سال ۱۳۹۹ انجام دادند. نتایج نشان داد آزمودنی ها در اپیدمی کووید ۱۹ به ترتیب (۵۷/۷ درصد) ۲۵۱، (۵۱/۴ درصد) ۲۳۳ و (۵۷/۳ درصد) ۲۶۰ نفر استرس، اضطراب و افسردگی داشتند.

چراغ پور خنکدار (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی بر تنظیم هیجانی در بیماران دارای اضطراب کرونا انجام دادند. یافته های این پژوهش مبنی بر تایید درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی بر تنظیم هیجانی در بیماران دارای اضطراب کرونا در شرایط کرونایی، ابزاری راهبردی در اختیار روان شناسان و برنامه ریزان کشور قرار می دهد. نتایج این پژوهش گویای آنست که درمان شناختی مبتنی بر توجه آگاهی بر تنظیم هیجانی میتواند در بهبود و تعدیل اثرات اضطراب حاصل از بحران کرونا، و خودمراقبتی بیماران اضطرابی و حفظ تندرستی افراد مورد استفاده قرار گیرد.

فاریابی، رفیعی پور، حاجی علیزاده و همکاران (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب، استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله با درد بیماران مبتلا به سرطان خون انجام دادند. نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد به صورت معنی داری روی نمره اضطراب، استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله با درد تأثیر دارد.

نعمتی، دوکانه ای فرد و بهبودی (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف مقایسه اثربخشی سه روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان هیجان مدار و درمان تلفیقی بر بهزیستی معنوی خانواده های مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان ساری: مطالعه نیمه آزمایشی انجام دادند. تحلیل های آماری نشان داد که سه روش درمان ACT، EFT و تلفیق این دو روش درمانی موجب افزایش معنی دار بهزیستی معنوی همسران متقاضی طلاق در مقایسه با گروه کنترل شد، اما تفاوت معناداری بین سه روش درمان مشاهده نشد. ماندگاری اثر درمان هر سه روش نیز در پیگیری یک ماهه نشان داده شد.

شهابی زاده و محمدی مقدم (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف اثربخشی کنترل شناختی زبان مبتنی بر آموزه های اسلامی بر کنترل عواطف زنان با تعارضات زناشویی انجام دادند. یافته های تحلیل کواریانس چندمتغیره حاکی از اثربخشی آموزش کنترل شناختی زبان مبتنی بر آموزه های اسلامی بر کاهش میزان خشم، اضطراب و افسردگی و افزایش عاطفه مثبت است. براساس نتایج این مطالعه، آموزش کنترل شناختی زبان در جهت فعال سازی گفتار سودمند و بازداری از گناهان زبان مبتنی بر آموزه های اسلامی می تواند بر کنترل عواطف مؤثر باشد.

شهابی زاده و رخشانی (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف تدوین مدل الگوی ارتباط با خدا و دلزدگی زناشویی با میانجی گری کنترل شناختی زبان انجام دادند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مسیر مثلث ایمان خدا محورانه (احترام و اعتماد به خدا) و ایمان خود محورانه (احترام و اعتماد عقبایی و دنیایی به خدا) تنها به طور غیر مستقیم به ترتیب سهم منفی و مثبت به ترتیب از طریق کنترل فکر در جهت پیش

بینی دزدگی زناشویی نشان داد. مدل مذکور توانست ۱۵٪ دزدگی زناشویی را تبیین کند. به هر حال در این مدل مسیر الگوی ابعادی ارتباط با خدا (مثلث ایمان خدامحورانه و خودمحورانه) معنادار شد که در مدل اخیر با حضور کنترل فکر غیر معنادار می شود، لذا کنترل فکر میانجیگر رابطه مذکور است به هر حال مدل مفهومی حاضر توانست ۲۲٪ دزدگی زناشویی را با حضور کنترل فکر تبیین کند.

تقوایی، جهانگیری و زارع بیدکی (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روان شناختی و ارتقای سلامت مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم انجام دادند. نتایج نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر ارتقای سلامت و انعطاف پذیری روان شناختی ($P < 0/01$) مادران دارای کودکان مبتلا به اوتیسم، تأثیر معناداری دارد.

یراقچی و همکاران (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به چاقی انجام دادند. یافته‌ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث کاهش کاهش راهبردهای منفی و افزایش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان می شود ($P < 0/01$).

مصطفی زاده، عبادی، موسوی و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی به بررسی تأثیر اجرای آموزش توجه آگاهی بر افسردگی، اضطراب و استرس در دانش آموزان دبیرستانی اهواز پرداختند. نتایج تحلیل داده ها نشان داد که آموزش ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس موثر است.

سیادت، خواجهوند خوشلی و اکبری (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی و نگرش معنوی در مادران دارای فرزند اوتیسم انجام دادند. یافته‌ها نشان داد درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش معنادار نگرش معنوی در مادران دارای فرزند اوتیسم شد.

نریمانی و طاهری فرد (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی روان شناختی نوجوانان دارای اختلال یادگیری خاص انجام دادند. نتایج نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان شناختی نوجوانان موثر است.

طاهر پور، سهرابی و زمستانی (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان افسردگی، اضطراب، استرس و خودکارآمدی وزن در افراد مبتلا به اختلال خوردن انجام دادند. نتایج درمانی بر روی گروه آزمایش پس از دریافت ۸ جلسه درمان متمرکز بر شفقت نشان داد که این درمان موجب کاهش معنی دار در علایم افسردگی بود.

خلج زاده و هاشمی (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف اثربخشی آموزش خود شفقت ورزی بر ادراک شایستگی و انعطاف پذیری روانشناختی دختران بد سرپرست انجام دادند. یافته های حاصل از این پژوهش نشان دادند آموزش خودشفقت ورزی با اطمینان ۹۵ درصد منجر به افزایش ادراک شایستگی

(شناختی ۵۷٪، اجتماعی ۶۰٪ و فیزیکی ۴۴٪) و انعطاف پذیری روان شناختی (اجتناب و آمیختگی ۵۷٪ و پذیرش و توجه آگاهی ۷۱٪) در گروه آموزش شده است.

عزیزی، رسول زاده طباطبایی و جان بزرگی (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف مقایسه تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با درمان شناختی-رفتاری (CBT) بر افسردگی دانشجویان با توجه به سطح تحول روانی-معنوی آنها انجام دادند. نتایج بدست آمده نشان داد هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی موثر بوده ولی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی افراد با سطح تحول روانی-معنوی پایین، اثرگذاری بیشتری دارد و درمان شناختی-رفتاری در کاهش افسردگی افراد با سطح تحول روانی-معنوی بالا اثربخشی بیشتری دارد.

محمدي، خوشنویس و جلایی (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی زنان سرپرست خانوار انجام دادند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمامی سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا و مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته، رشدنیافته و روان‌آزرده زنان سرپرست خانوار شهر تهران (در سطح خطای ۰/۰۵) موثر است. لذا با توجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان نتیجه‌گیری نمود که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند با آموزش مفاهیمی همچون شناسایی ارزش‌ها، ذهن‌آگاهی و عمل متعهدانه به عنوان یک درمان موثر برای بهبود سبک‌های دلبستگی قلمداد شود.

خلج زاده و هاشمی (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف اثربخشی آموزش خود شفقت ورزی بر ادراک شایستگی و انعطاف پذیری روانشناختی دختران بد سرپرست انجام دادند. با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان از آموزش خودشفقت ورزی به عنوان روشی موثر در افزایش ادراک شایستگی و انعطاف پذیری روان شناختی در دختران بد سرپرست استفاده نمود.

احمدی، سجادیان و جعفری (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در زنان مبتلا به ویتلیگو انجام دادند. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به‌عنوان یک شیوه‌ی درمانی در کاهش اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی مطرح گردد.

فخاریان، ثمری صفا و قزل‌سفلو (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید هاشیموتو انجام دادند. نتایج تفاوت معناداری را بین عملکرد دو گروه آزمون و شاهد در اضطراب ($F=16/14$ ، $P=0/001$)، افسردگی ($F=12/13$ ، $P=0/001$) و بهزیستی روان‌شناختی ($F=60/26$ ، $P=0/001$)، در مرحله پس‌آزمون

و پس از سه ماه پیگیری نشان داد. لذا یافته‌ها بیانگر تاثیر آموزش پذیرش و تعهد بر اضطراب، افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی بود.

تیلکی، طاهر، مجرد و همکاران (۱۳۹۷) پژوهشی با هدف اثر بخشی آموزش پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روان‌شناختی و ناگویی هیجانی زنان مبتلا به درد مزمن انجام دادند. تحلیل داده‌ها نشان داد نمرات گروه آزمایش در مقایسه با نمرات گروه کنترل در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به طور معنادار افزایش یافته است.

مرادزاده، فریبا و پیرخائفی، علیرضا. (۱۳۹۷) پژوهشی با هدف تاثیر آموزش پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری شناختی و شفقت خود کارکنان اداره بهزیستی شهر ورامین انجام دادند. یافته‌ها در مرحله پس آزمون بین گروه‌های مداخله و کنترل در متغیرهای انعطاف پذیری شناختی و شفقت خود تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر، آموزش پذیرش و تعهد به طور معناداری باعث افزایش انعطاف پذیری شناختی ($F=040/49, P<0/001$) و شفقت خود ($F=115/53, P<0/001$) کارکنان شد.

اسماعیلی، شعله، عابدی و مولوی (۱۳۹۷) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، بر اضطراب دختران نوجوان انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان از وجود تفاوت معنادار در گروه آزمایش و گواه، بود.

نژادمحمد نامقی و نصرتی بیگ زاده (۱۳۹۷) پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف پذیری روانشناختی زنان نابارور: طراحی پروتکل درمانی انجام دادند. یافته‌ها نشان داد میانگین نمرات گروه آزمایش در پیش آزمون از میانگین نمرات گروه کنترل پایین تر است. این در حالی است که در پس آزمون میانگین نمرات گروه آزمایش بالاتر از گروه کنترل است. لذا با توجه به نتایج بدست آمده می توان گفت پروتکل درمانی حاضر توانسته اثربخشی مولفه های درمان پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف پذیری روانشناختی زنان نابارور نشان دهد.

باباپور و همکاران (۲۰۱۶) پژوهشی با هدف تعیین نقش واسطه صبر در رابطه بین دلبستگی به خدا و مراقبت های بهداشت روان در بین دانشجویان انجام دادند. نتایج نشان داد صبر پیش بینی کننده شاخص های سلامت روان است. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مسیر نشان داد صبر می تواند میانجی گر دلبستگی خدا و سلامت روان باشد.

سلگی (۱۳۹۶) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر دلبستگی ناایمن، ترس از صمیمیت و اعتیاد به شبکه های اجتماعی در نوجوانان دارای سابقه خودکشی انجام دادند. نتایج نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر دلبستگی ناایمن ($F=26/10, P=001/0$)، ترس از صمیمیت ($F=18/19$)،

$P=001/0$ و اعتیاد به شبکه های اجتماعی ($F=26/83$ ، $P=001/0$) اثر داشته و این تأثیر در مرحله پیگیری سه ماهه پایدار مانده است.

زارع (۱۳۹۶) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود انعطاف پذیری و همجوشی شناختی انجام دادند. نتایج نشان داد که بین دو گروه در انعطاف پذیری و همجوشی شناختی تفاوت معناداری وجود دارد.

صادق پورمرادی، نصیریان و چابکی نژاد (۱۳۹۵) پژوهشی با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر میزان معنویت همسران مردان مبتلا به اماس شهرستان یزد انجام دادند. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان معنویت زنان معنادار است. حر، آقایی، عابدی و عطاری (۱۳۹۲) در پژوهش خود به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان افسردگی افراد مبتلا به دیابت پرداختند. نتایج نشان داد بین نمرات پس آزمون و پیش آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد، تفاوت معنی داری وجود داشت.

۲-۸-۲- پژوهش های خارجی

اوست، اسچولینگ، گریون^۱ (۲۰۲۱) پژوهشی با هدف تاثیر درمان خود شفقتی مبتنی بر توجه آگاهی در افراد افسرده مکرر انجام دادند. داده ها از یک نمونه های از یک گروه موازی مورد استفاده قرار گرفت کارآزمایی تصادفی کنترل شده بررسی اثر MBCL در بزرگسالان پیوسته افسرده انجام شد. خود گزارش های خوددلسوزی و عاطفه مثبت/منفی در شروع هر یک از هشت جلسه MBCL به دست آمد. مدل سازی مسیر نهفته خودرگرسیون دو متغیره نشان داد که وقتی به تأثیر متقابل بین شفقت به خود و عاطفه مثبت/منفی بر اساس جلسه به جلسه نگاه می کنیم، هیچ اثر متقاطع متقابل معنی داری بین شفقت به خود و عاطفه مثبت یافت نشد. مطالعه حاضر نشان می دهد که افزایش شفقت به خود با کاهش عاطفه منفی در MBCL برای افسردگی همراه است.

ترینداد و سیرویس^۲ (۲۰۲۱) مطالعه ای با هدف بررسی تاثیر شفقت به خود بر علائم افسردگی، اضطراب و استرس در افراد مبتلا به بیماری التهابی روده در طول زمان انجام دادند. نتایج نشان داد شرکت کنندگانی که برای مدت طولانی تری مبتلا به بیماری التهابی روده بودند، سطوح بالاتری از شفقت خود را نشان دادند. دلسوزی به خود در ابتدا پیش بینی سطوح پایین تر پیگیری از نشانه های افسردگی، اضطراب و استرس، حتی در حضور سطوح پایه علائم بیماری التهابی روده بود.

¹ Avest, J M, ., Schuling, R., Greven, C.,

² Trindade, I. A & Sirois, F. M

چنگ، لوزیر، لويس^۱ و همکاران (۲۰۲۱) به تاثیر انعطاف ناپذیری روانشناختی همراه با مفاهیم مرتبط نزدیک مانند توجه آگاهی و خود شفقت بر افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام دادند. نتایج نشان داد با کنترل توجه آگاهی و شفقت به خود، جانبازان مبتلا به PTSD در مقایسه با افراد بدون PTSD دارای سطوح قابل توجهی انعطاف پذیری روانی بالاتری بودند. علاوه بر این، عدم انعطاف روانی با شدت کلی PTSD، حتی پس از کنترل توجه آگاهی، شفقت به خود، افسردگی، مصرف الکل و مواد، و متغیرهای جمعیت شناختی مرتبط بود. جنبه مشاهده ای توجه آگاهی به طور قابل توجهی با سطوح بالاتر PTSD مرتبط بود، در حالی که جنبه توصیف کننده با علائم کلی پایین تر PTSD مرتبط بود.

آرندا، گارسیا-کامپیو، گیودی^۲ و همکاران (۲۰۲۱) این مطالعه به بررسی تأثیر واسطه‌ای تاب‌آوری در تأثیر ذهن آگاهی و شفقت به خود بر علائم اضطراب و افسردگی می‌پردازد. مدل‌های تحلیل مسیر تأثیر مستقیم معنادار ذهن آگاهی و شفقت به خود را بر علائم اضطراب و افسردگی نشان دادند، اما تنها تأثیر غیرمستقیم معنی‌دار از طریق تاب‌آوری بر افسردگی یافت شد. تاب‌آوری می‌تواند تا حدی تأثیر ذهن آگاهی و شفقت به خود را بر افسردگی واسطه‌ای کند، اما نه بر اضطراب.

مودریگو-آلرکون، لوپز-دل-هویو، گارسیا-کامپیو^۳ و همکاران (۲۰۲۱) به ارزیابی اثربخشی یک برنامه مبتنی بر توجه آگاهی (MBP) برای کاهش استرس در دانشجویان دانشگاه و مکانیسم‌های عمل آن و کشف ظرفیت قرار گرفتن در معرض واقعیت مجازی انجام دادند. نتایج نشان داد که توجه آگاهی و شفقت به خود برای کاهش استرس در دانشجویان دانشگاه به عنوان مکانیسم‌های تغییر پشتیبانی می‌کند. فاینلی-جونز، استرایوس، پری^۴ و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی به بررسی اثربخشی خودشفقتی ذهن آگاهانه بر سلامت روان نوجوانان پرداختند. نتایج نشان داد که آموزش خودشفقتی ذهن آگاهانه به صورت ویدیو کنفرانس موجب افزایش سلامت روان نوجوانان شد.

توبین و دانکلی^۵ (۲۰۲۱) پژوهشی با هدف نقش ذهن آگاهی و شفقت به خود برای پیش‌بینی علائم اضطراب و افسردگی در افراد با کمالگرایی بالا در طی دو سال انجام دادند. ذهن آگاهی (یعنی مشاهده، عدم واکنش) و شفقت به خود (یعنی مهربانی با خود، توجه آگاهی، شناسایی بیش از حد) برای پیش‌بینی پریشانی عمومی و/یا علائم برانگیختگی اضطرابی تعامل داشت. این یافته‌ها اهمیت پرورش توجه آگاهی و شفقت به خود را برای کاهش آسیب‌پذیری در برابر علائم اضطرابی و افسردگی در افراد با کمال‌گرایی بالاتر نشان می‌دهد.

¹ Cheng, H. Z., Lozier, C. C., Lewis, M. M.,

² Aranda, P.A., García-Campayo, J., Gude, F.,

³ Modrego-Alarcón, M., López-del-Hoyo, Y., García-Campayo, J.,

⁴ Finlay-Jones, A., Strauss, P., Perry, Y.,

⁵ Tobin, R & Dunkley, D. M

کینونن، پولاکاناها و لاپالینن،^۱ (۲۰۲۱) در پژوهشی به بررسی سیر تکاملی اجتناب تجربی و علائم افسردگی و ارتباط با رفتارهای بهداشتی در بین نوجوانان طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آنلاین هدایت شده کوتاه مدت پرداختند. مداخله (ACT) در زمینه مدرسه اجرا شد. مدل سازی مخلوط سه زیرگروه جداگانه را بر اساس خط پایه و تغییرات در طول مداخله شناسایی کرد: ۱) اجتناب تجربی زیاد و کاهشی و علائم افسردگی (۱۶٪)، ۲) اجتناب تجربی متوسط و پایدار و علائم افسردگی (۳۶٪) و ۳. اجتناب تجربی کم و کاهش خفیف علائم افسردگی (۴۶٪). نتایج نشان می دهد که دو سوم نوجوانان در طول ACT آنلاین سود می برند، در حالی که نوجوانان با علائم اولیه بالا بیشتر از نوجوانان با علائم اولیه کم سود می برند. سرانجام، نوجوانانی که در طول مداخله دنبال مسیر اجتناب تجربی زیاد و کاهشی بودند و علائم افسردگی در طول مداخله، سلامت و خواب ضعیف تر، سوء مصرف مواد بیشتر و فعالیت بدنی کمتر را قبل از مداخله نسبت به نوجوانان سایر مسیرها گزارش کردند. نتایج نشان می دهد که ACT آنلاین هدایت شده ممکن است اجتناب تجربی و علائم افسردگی را در بین نوجوانانی که رفتارهای پرخطر سلامت، علائم افسردگی بالا و اجتناب تجربی را در ابتدا گزارش می کنند، کاهش دهد.

ایکسیو، شن و وانگ^۲ (۲۰۲۱) به بررسی اثر مداخله ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان نوجوانان در طول شیوع COVID-19 با ترکیب ورزش هوازی بر اساس نظریه مدل دوعاملی سلامت روان پرداختند. برای افراد آسیب پذیر، علامت دار اما راضی و مضطرب، قبل از مداخله، تفاوت معنی داری بین گروه مداخله و گروه کنترل از نظر پریشانی روانی، بهزیستی و انعطاف پذیری روانی وجود ندارد. پس از مداخله، پریشانی روانی در گروه مداخله به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل است. برای افراد آسیب پذیر، علامت دار اما راضی و مضطرب، قبل و بعد از مداخله، تفاوت معنی داری در پریشانی روانی و انعطاف روانی گروه مداخله وجود دارد.

باتاب و الهادی^۳ (۲۰۲۱) بررسی پذیرش بالقوه، امکان سنجی، و تأثیر بالینی درمان پذیرش و تعهد (ACT) در قالب گروهی برای زنان سعودی که با افسردگی و اختلالات اضطرابی انجام شد. نتایج نشان داد که ACT می تواند یک رویکرد درمانی مؤثر و با دریافت خوب برای زنان مسلمان سعودی باشد، زیرا علائم افسردگی و اضطراب را کاهش می دهد و تغییر کلی مثبت در نگرش ها و رفتار آنها ایجاد می کند و همچنین اعتماد به نفس را افزایش می دهد.

¹ Keinonen, K., Puolakanaho, A., Lappalainen, P

² Xu, W., Shen, W & Wang, S

³ Bahattab, M & AlHadi, A. N.

نیست، بجورناگارد، ویتینگتون و همکاران^۱ (۲۰۲۱) در پژوهشی به مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری و درمان کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی بر سلامت روان و تنظیم هیجان مردان پرداختند. نتایج نشان داد بین گروهها از نظر کاهش علائم اضطراب و افسردگی تفاوت معنادار وجود نداشت. هر دو گروه کاهش کمی اما از نظر آماری معنادار در کاهش نمرات مقیاس تنظیم احساس در پیگیری ۱۲ ماهه داشتند.

وانگ، بارنی و برت^۲ و همکاران (۲۰۱۹) به بررسی نقش انعطاف پذیری روانشناختی و خود شفقت در درمان پذیرش و تعهد برای کمال گرایی بالینی پرداختند. تجزیه و تحلیل مدل سازی چند سطحی نشان داد که کاهش انعطاف پذیری روانشناختی رابطه بین شرایط و کیفیت بالاتر زندگی را افزایش می دهد و افزایش خود شفقت باعث کاهش نگرانی نسبت به اشتباهات می شود. علاوه بر این، عدم انعطاف پذیری روانشناختی تفاوت نتایج را با توجه به نتیجه آزمایش شده تعدیل می کند. به عنوان مثال، عدم انعطاف پذیری پایه کمتری بهبود بیشتری در کیفیت زندگی پیش بینی می کند در حالی که عدم انعطاف پذیری پایه بالاتر، بهبود بیشتر در پریشانی علائم و اختلال عملکرد را پیش بینی می کند. شرکت کنندگان با متوسط دلسوزی پایه، بیشترین بهره را از ACT می برند. این یافته ها روشن می کند که چگونه انعطاف پذیری روانشناختی و خود شفقت بر نتایج پس از ACT برای کمال گرایی بالینی تأثیر می گذارد.

ایکس اینگمین، پینگ، زینگینگ^۳ و همکاران (۲۰۱۹) به بررسی تأثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی بر اضطراب، افسردگی و درد در بیماران مبتلا به نورالژی بعد از هورمون (PHN) است. این مطالعه شواهدی از اثربخشی MBSR در کاهش افسردگی، اضطراب و درد پس از مداخله برای بیماران تبخال مبتلا به نورالژی نشان داد.

یون سوک و می یانگ^۴ (۲۰۱۸) به اثربخشی توجه آگاهی بر اعتماد به نفس و افسردگی دانشجویان پرستاری پرداختند. نتایج نشان داد استرس و افسردگی بین گروهها اختلاف معنی داری وجود داشت، اما عزت نفس معنی دار نبود.

هافمن و گومز^۵ (۲۰۱۷) در مطالعه ای به بررسی اثربخشی مداخلات مبتنی بر توجه آگاهی بر اضطراب و افسردگی پرداختند. نتایج مطالعات حاکی از آن بود که مداخلات مبتنی بر توجه آگاهی بر اضطراب و افسردگی تأثیر دارد.

¹ Nasset, M. B., Bjørngaard, J. H., Whittington, R., Palmstierna, T

² Ong, Barney & Barrett

³ Xingmin, Ping & Zhengying,.

⁴ Yun Sook & Myung

⁵ Hofmann & Gómez

هالیس^۱ و همکاران (۲۰۱۶) به بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افسردگی پرداختند. نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد افسردگی مراجعان را به طور معناداری کاهش می دهد. یاداوا^۲، هیز و ویلدرگا^۳ (۲۰۱۴) پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خود شفقتی انجام دادند. در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان پذیرش و تعهد بر پریشانی روانی، اضطراب، افسردگی و استرس موثر است. بلوتی، هومان، موریسون، لوین و توهینگ^۴ (۲۰۱۴) پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال اضطرابی پرداختند. نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال طیف اضطراب موثر است. هافمن، هالسبو، ایلنبرگ، جن سن و فروشلم^۵ (۲۰۱۴) پژوهشی با هدف بررسی آزمایشی فرآیندهای تغییر در پذیرش و تعهد درمانی مبتنی بر اضطراب سلامت پرداختند. به این نتیجه دست یافتند که مداخله پذیرش و تعهد با تغییر در انعطاف پذیری روانی و توجه آگاهی علائم اضطراب سلامتی و فشارهای روانی را کاهش می دهد. فلیددیروس، بولمی جر، فوکس و اسچریورس^۶ (۲۰۱۳) پژوهشی با عنوان نقش انعطاف پذیری روانی در یک مداخله پذیرش و تعهد درمانی برای پریشانی روانی به این نتیجه دست یافتند که انعطاف پذیری در طول مداخله موجب کاهش علایم افسردگی و اضطراب می شود. ایلنبرگ، کرون استرند^۷، فینک^۸ و فروشلم (۲۰۱۳) پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامتی انجام دادند. آنها در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که مداخله پذیرش و تعهد با تغییر در انعطاف پذیری روانی و توجه آگاهانه به حال علائم اضطراب سلامتی و فشارهای روانی را کاهش می دهد. نتایج پژوهش برینگ بورگ، میچانک، هسیر و بریج لند^۹ (۲۰۱۱) با عنوان پذیرش و تعهد درمانی برای درمان استرس در مددکاران اجتماعی انجام دادند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش سطح استرس و افزایش سلامت عمومی می شود.

جمع بندی

¹ Hallis

² Yadavaia

³ Vilardaga

⁴ Bluett, Homan, Morrison, Levin & Twohig

⁵ Hoffmann, Halsboe, Eilenberg, Jensen & Frosthalm

⁶ Fledderus, Bohlmeijer, Fox & Schreurs

⁷ Kronstrand

⁸ Fink

⁹ Brinkborg, Michanek. Hesser & Berglund

افراد با آسیب های روانشناختی از جمله اضطراب کرونا در روابط بین فردی تنش زا، بیش از پیش با کاهش سطح تحمل پریشانی، اضطراب را تجربه کنند. به بیان دیگر یکی از سازه های گویای کیفیت روابط بین فردی، دلبستگی است. سبک های دلبستگی پیش بینی کننده مهمی برای بهداشت روانی هستند (لینلی، ۲۰۰۶؛ به نقل از افضل، ۱۳۹۱) و سبک دلبستگی نا ایمن نسبت به ایمن بیشتر با مشکلات روانی مانند اضطراب، افسردگی و ... تداعی می شود (پریستون، ۲۰۱۲؛ بارون و همکاران، ۲۰۰۸) و می تواند نقش مهمی را در ایجاد و حفظ اختلالات اضطراب ایفاء نمایند (پژوهی نیا، فرجی و فاطمی اردستانی ۱۳۹۳). به نظر می رسد مولفه های معنویت از جمله عواملی هستند که شدت اثربخشی پیامد های منفی دلبستگی ناایمن در روابط بین فردی بر سطح تجربه اضطراب را متاثر می سازند. در طول پاندمی کووید-۱۹ حضور بیشتر زن و شوهر در خانه و تعارضات زناشویی کاهش دهنده ادراک حمایت همسر است، اما در این بین مذاکره و گفتگوی تعاملی سودمند با شریک زندگی بر خلاف اثر دلبستگی اجتنابی از همسر، می تواند ادراک حمایت شریک (وولز و کارنلی، ۲۰۲۰) و در نتیجه ادراک دلبستگی ایمن را افزایش دهد که حاکی از اهمیت گفتار کلامی مناسب در میان زوجین است. بنابراین یکی از عوامل تقویت کننده دلبستگی به همسر، نقش کنترل معنوی زبان است، لازمه کنترل زبان و قدردانی در روابط، صبر و گذشت در روابط است، چرا که صبر با سطوح پایین اضطراب (خرکایی، ۲۰۱۵) و سلامت روان (باباپور و همکاران، ۲۰۱۶) همراه است و در نتیجه شرایط قدردانی و کنترل زبان افزایش می یابد. مولفه های معنوی چون صبر و قدردانی که تعدیل کننده اثر دلبستگی ناایمن بر اضطراب است، خود می تواند از طریق سازه انعطاف پذیری، مکانیسم کاهش نشانه های روانشناختی چون اضطراب و افسردگی را موجب شود. از طرفی بعضی مطالعات نیز نشان دادند زوجین ایمن بیشتر از انعطاف پذیری استفاده می کنند (جونز، کسیدی و شاور، ۲۰۱۵؛ گوندوز، ۲۰۱۳). انعطاف پذیری در ابعاد مختلفی از جمله هیجانی و مقابله ای می تواند وجود داشته باشد. انعطاف پذیری یک مهارت روانشناختی مثبت است که نقش مهمی در افزایش سلامت روان، بهزیستی روانی، سلامت هیجانی و کیفیت زندگی و کاهش اضطراب، افسردگی، پریشانی روانشناختی و نشخوار فکری دارد (ووقان -جانستون و همکاران، ۲۰۱۷). انعطاف پذیری هیجانی نیز ظرفیت تولید پاسخهای هیجانی وابسته به موقعیت به وقایع مثبت و منفی زندگی است (گوپتا و بونانو، ۲۰۱۱). انعطاف پذیری مقابله ای نیز به عنوان توانایی برای قطع یک استراتژی مقابله ای بی اثر (به عنوان مثال، مقابله با ارزیابی) و تولید و اجرای یک استراتژی مقابله ای جایگزین (به عنوان مثال، مقابله تطبیقی) تعریف شد (کاتو، ۲۰۱۲). انعطاف پذیری در قلب درمان پذیرش و تعهد قرار دارد که اثر بخشی آن در درمان های اضطراب و افسردگی (ویسکویچ و همکاران، ۲۰۲۱؛ هیل و همکاران، ۲۰۲۰؛ توهینگ و لوین، ۲۰۱۷؛ زتلی، ۲۰۱۵؛ فلیددیروس و همکاران، ۲۰۱۳) و کاهش استرس (برینگ

بورگ و همکاران، ۲۰۱۱ و فلکسمن و بوند، ۲۰۱۰) به اثبات رسیده است. درمان پذیرش و تعهد شش اصل اساسی دارد: گسلش، پذیرش، تماس با لحظه حاضر، مشاهده خود، ارزش ها و عمل متعهدانه. از طرفی درمان های نوینی مانند خود شفقت گری مبتنی بر ذهن آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه های خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است (نف و گرامر، ۲۰۱۳). به عبارتی هدف درمان شفقت به خود با تمرکز بر ذهن آگاهی توجه به طریقی خاص، معطوف به هدف در زمان حال و بدون داوری است. علاوه بر این درمان متمرکز بر شفقت از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی، به کاهش مشکلات روان شناختی مراجعان کمک می کند (رایان و دسی، ۲۰۰۰؛ کورنل و فریک، ۲۰۰۷؛ پاسانسی و همکاران، ۲۰۱۵؛ فاینلی-جونز و همکاران، ۲۰۲۱؛ رین و همکاران، ۲۰۲۱؛ توین و دانکلی، ۲۰۲۱؛ پیرز-آرندا و همکاران، ۲۰۲۱).

برای دانلود فایل word و پنج فصل کامل این رساله دکتری به
همراه منابع کلیک کنید

