فصل اول

کلیات تحقیق

## بیان مسئله

رفتارهای پرخطر یکی از مهم‌ترین چالش­های بهداشتی و روانی-اجتماعی است که اکثر کشورهای جهان به نوعی با آن درگیر هستند و مشکلات گسترده و شدید‌ی را بر جوامع تحمیل می­نمایند. این رفتارهای پرخطر به ویژه در دوره جوانی به دلیل حساسیت خاص این دوره سنی اثرات منفی بیشتری بر فرد، خانواده و جامعه بر جای می­گذارد (نوری قاسم­آباد، صداقت و فهیم فر، 1389)، که از جمله این رفتارها، به ویژه در عصر حاضر که عصر رشد تکنولوژی است، اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند می­باشد. فناوري تلفن همراه پديده جهاني است كه به سـرعت درحــال رشــد و پيــشرفت اســت به‌طوری‌که تعــداد مـشتركين تلفـن همـراه در برخـي از كـشورها از شـمار جمعيت آن‌ها فراتر رفتـه اسـت. امـروزه تلفن همراه مفهومي فراتر از يك وسيله ارتباطي صرف به شمار رفته و بخش جدايي ناپذيري از زندگي انـسان‌ها را شـامل مي‌شود. با توجه به پيشرفت سريع فنـاوري، گـسترش قابليت‌ها و امكانات تلفن‌هاي همـراه و افـزايش خدمات شركت‌هاي مخـابراتي، نـوع اسـتفاده از ايـن وسيله ارتباطي تغيير يافته و در مواردي احتمـال اسـتفاده افراطي و مسئله سـاز و فراتـر از آن، اسـتفاده وسـواس گونه و اعتياد جوانان به تلفن همراه مشكلاتي را موجب شده است (پاتريك[[1]](#footnote-1) و جويس[[2]](#footnote-2)، 2008).

تلفن‌های همراه هوشمند نوعي وابستگي رفتاري را ايجاد مي­كند و با اين ويژگي­ها تعيين مي­شود: هزينه روزافزون براي اينترنت و موضوعات مربوط به آن، احساس هيجاني ناخوشايند (مانند اضطراب، افسردگي و مانند آن) و كساني كه به اين معيار مي­رسند، مشكلات روانشناختي، اجتماعي و شغلي پيدا مي­كنند (سیلوا[[3]](#footnote-3)، 2009). از سوی دیگر اعتیاد به اینترنت بر سازه­های مختلف سلامت روان تأثیر می­گذارد (رسولی و آزادمجد، 1392). پژوهش‌ها نشان داده که اعتیاد به اینترنت عامل پیش‌بینی‌کننده‌ی افسردگی، اضطراب و استرس است (خزایی، اسدی و محمدی، ۱۳۹۰). اضطراب و افسردگی و استرس از جمله حالات عاطفی منفی در افراد دچار اعتیاد به اینترنت است که تأثیر مخربی بر شایستگی اجتماعی و کار آمدی و روابط بین فردی آن‌ها دارد و از شکل گیری سالم هویت آن‌ها جلوگیری می­کند (قربانی، 1385).

افسردگی مجموعه‌هایی از علائم و نشانه‌های مختلف روانشناختی است که از احساس خفیف ملال تا سکوت و دوری از فعالیت روزمره بروز می‌کند و از جمله شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی است و به عنوان مشکل بهداشتی جهانی در تمامی فرهنگ‌ها خودنمایی می‌کند. افسردگی متعلق به قشر خاصی نیست اما افراد معتاد به تلفن‌های همراه هوشمند به دلیل موقعیت خاص، نسبت به این اختلال آسیب پذیرتر هستند. اضطراب و استرس از همراهان تقریباً همیشگی افسردگی است. اضطراب بدنی و استرس ذهنی نیز به عنوان پدیده‌های شایع در بین افراد معتاد به تلفن‌های همراه هوشمند، زیان‌آور بوده و نقش مهمی در شروع بیماری‌های روان‌تنی نظیر فشارخون، بیماری کرونر قلب، آنژین صدری و همچنین اختلالات روانپزشکی نظیر افسردگی بازی می‌کند (ولفلینگ[[4]](#footnote-4) 2011).

ایجاد برنامه‌هایی به منظور ارتقاء عاطفه مثبت و کاهش رفتارهای پرخطر مانند اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند، احتمالاً باعث بهبود عملکرد فرد در جامعه و زمینه‌های دیگر می‌شود. عدم آشنایی افراد با شیوه‌های مقابله با بحران می‌تواند سبب از پا درآمدن، استرس، اضطراب و یا افسردگی آن‌ها شود و یا می‌تواند ایشان را به‌ سوی رفتارهای اجتنابی مثل سیگار کشیدن، اعتیاد و انواع بزه‌ها سوق دهد (قنبری هاشم‌آبادی و کدخدازاده، ۱۳۸۶). یکی از دیدگاه‌هایی كه در زمينه اعتیاد اینترنتی و تلفن‌های همراه هوشمند وجود دارد، ديدگاه شناختي-رفتاري است. محققاني مانند فوكس[[5]](#footnote-5) (۱۹۷۹)، مك مالين[[6]](#footnote-6) (۱۹۶۷) و ميشن بام[[7]](#footnote-7) (۱۹۸۷) بر اين باورند كه يادگيري، نگهداري و حذف رفتارها، از راه نظام‌هايی كه در آن رويدادهاي بيروني و فرايندهاي شناختي بر يكديگر تعامل دارند، صورت مي‌گيرد (بکر و اسکارث[[8]](#footnote-8)، 2005). لذا، درمانگران شناختي-‌رفتاري، همانند درمانگران شناختي، تفكر غیرمنطقی و خودگويي‌هاي مخرب را سرچشمه مشكلات روان‌شناختي مي‌دانند؛ اما برخلاف درمانگران شناختي، در تغيير فرايندهاي شناختي بيشتر از فنون رفتاري سازمان‌يافته استفاده می‌كنند (روزنهان[[9]](#footnote-9) و سلیگمن[[10]](#footnote-10) ۲۰۰۷). در این رویکرد اساس کاهش استرس، اضطراب و یا افسردگی بر بازسازی شناختی استوار است که نتایج پژوهش­های مختلف، تأثیر مثبت و معنادار درمان شناختی-‌رفتاری را بر کنترل استرس‌، اضطراب یا افسردگی و بسیاری از رفتارهای مخرب تأیید کرده­اند (اودونهو[[11]](#footnote-11)و فیشر[[12]](#footnote-12)، ۲۰۱۰). عليرغم بهره­گيری از درمان­هاي قبلي، امروزه روش جديدتري نيز به مداخلات درماني افزوده شده است كه درمان فراشناختي[[13]](#footnote-13) نام دارد. درمان فراشناختی که کمتر از دو دهه از عمر آن می‌گذرد به انقلابی در درمان اختلال­های هیجانی منجر شده است. در جریان رشد و بالندگی درمان­های شناختی-رفتاری، زمانی فرا رسید که پژوهش­ها نشان داد در درمان باید به جای محتوا به فراشناخت‌هایی پرداخت که پردازش محتوا را مدیریت می‌کنند. به این ترتیب فنون فراشناختی ابداع شد. مدل فراشناختي، در ابتدا توسط ولز و ماتئوس (1994 و 1997) پيشنهاد شد و سپس ولز (2009) آن را اصلاح نمود. فراشناخت به باورها و فرايندهايي اشاره دارد كه براي ارزيابي، تنظيم و يا بررسي و بازبيني فكر استفاده مي­شود. باورهای فراشناختي مانند نياز به كنترل افكار و نيز اهميت افكار، به طور ويژه­اي در گروه باورهاي مربوط به تفكر دسته‌بندي مي­شوند. رويكرد فراشناختي بر اين باور است كه افراد به اين دليل در دام ناراحتي هيجانی گرفتار می­شوند كه فراشناخت‌هاي آن‌ها در برابر پاسخ‌دهی به تجربه‌هاي دروني، به الگويي منجر می­شود كه موجب تداوم هيجان منفي و تقويت باورهاي منفي در اين افراد مي‌گردد. اين الگو سندرم شناختی-توجهي[[14]](#footnote-14)1 (CAS) خوانده می‌شود كه شامل نگراني، نشخوار فکری، توجه تثبيت شده و راهبردهای خودتنظيمي يا رفتارهاي مقابله‌ای ناسازگارانه مي‌باشد (مؤمنی، رضایی و گرجی، 1392).

با توجه به مطالب فوق و حساسیت سنین جوانی و اثرات اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند بر سلامت فردی و بین فردی و رابطه آن با عاطفه منفی(اضطراب،استرس و افسردگی) و نیاز به مداخله در این زمینه جهت کاهش عوارض آن‌ها و همچنین با توجه به عدم وجود پژوهشی منسجم و کاربردی در خصوص موضوع؛ به ویژه در خصوص درمان فراشناختی بر متغیرهای حاضر، ديدگاه نظري و درماني فراشناخت بر باورها و تفكرات منفي به عنوان نتيجه كنترل فراشناختي شناخت تأكيد مي‌‌‌‌‌‌كند و بيان مي‌كند كه چگونه فراشناخت در تداوم و تغيير شناخت مؤثر است. درمان فراشناختي سطوحي از مداخله را عرضه مي‌كند كه بر چالش محتواي تفكر و باورهاي منفي كه در درمان‌هاي سنتي شناختي بر آن تمركز دارد؛ تأکید نمي‌‌‌‌‌‌‌‌‌‌‌‌‌‌‌‌‌‌‌‌‌‌‌ورزد، زيرا به جاي اينكه درمان شامل چالش با افكار و باورها در مورد آسيب و يا مواجهه‌های مكرر و طولاني مدت با خاطرات مربوط به تروما باشد، شامل ارتباط با افكار به طريقي است كه مانع ايجاد مقاومت و يا تحليل ادراكي پيچيده شود و بتواند راهبردهاي تفكر ناسازگار در مورد نگراني و همچنين نظارت غيرقابل انعطاف بر تهديد را از بين ببرد. در نتیجه محقق بر آن شده است تا دریابد که آیا بین اثربخشی درمان فراشناختی با درمان شناختی-‌رفتاری بر اضطراب، افسردگی و استرس افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند، تفاوت وجود دارد؟

## اهمیت و ضرورت پژوهش

با توجه به اینکه جامعه ایران از لحاظ هرم سنی جامعه جوانی محسوب می‌شود و بخش اعظم قشر جمعیتی آن را جوانان و نوجوانان تشکیل می‌دهند، توجه به این قشر از جمعیت می‌تواند ضروری و دارای اهمیت بالایی باشد. بنابر آمارهاي جهاني می­توان تخمين زد كه تعداد مبتلايان به اعتياد اينترنتی در حد قابل توجهی باشد (رسولی و آزادمجد، 1392). شايد بتوان گفت اهميت اعتياد به اينترنت، در سال­هاي آتي در زمره‌ی يكی از آسيب­هاي اجتماعی مهم قرار خواهد گرفت. امروزه به دليل اهميت اعتياد به تلفن‌های همراه هوشمند، در بسياری از كشورهاي غربي درمانگاه­هاي تخصصی ترك اعتياد به اينترنت و تلفن‌های همراه هوشمند داير شده است. براي مثال فقط دركشور آلمان بيش از200 مركز اختصاصي ترك اعتياد به اينترنت وجود دارد (ولفلینگ، 2011). تلفن‌های همراه هوشمند به جاي تأثيرگذاري مثبت بر مردم و بخصوص كودكان و نوجوانان می‌تواند كاركرد و پيامدهاي منفي داشته باشد. گسترش خشونت و هيجان، افت تحصیلی، اهمال‌کاری و سرانجام ایجاد تنش در خانواده و به ‌ویژه ایجاد تعارض والد-فرزندی بخشی از اثرات منفی اعتیاد به تلفن همراه هوشمند می‌باشد. با توجه به عدم وجود پژوهشی منسجم و کاربردی در خصوص موضوع؛ به‌ویژه در خصوص درمان فراشناختی؛ هدف از مقایسه این دو پژوهش، ارائه رهنمودهاي علمي و كاربردي مبني بر چگونگي بهبود اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند و كاهش اضطراب، استرس و افسردگی به صورت مؤثرتر و کاربردی­تر است.

## اهداف پژوهش

**هدف اصلی:**

مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی با درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب، افسردگی و استرس افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه‌ هوشمند.

**اهداف جزئی:**

1. بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند.

2. بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر استرس افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند.

3. بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر افسردگی افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند.

4. بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند.

5. بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر استرس افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند.

6. بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند.

7. مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی با درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند.

8. مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی با درمان شناختی-رفتاری بر استرس افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند.

9. مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی با درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند.

## فرضیه­های پژوهش

**فرضیه اصلی:**

بین درمان فراشناختی با درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب، افسردگی و استرس افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند تفاوت وجود دارد.

**فرضیه­های فرعی:**

1. درمان فراشناختی بر کاهش اضطراب افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند مؤثر است.

2. درمان فراشناختی بر کاهش استرس افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند مؤثر است.

3. درمان فراشناختی بر کاهش افسردگی افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند مؤثر است.

4. درمان شناختی–رفتاری بر کاهش اضطراب افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند مؤثر است.

5. درمان شناختی–رفتاری بر کاهش استرس افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند مؤثر است.

6. درمان شناختی–رفتاری بر کاهش افسردگی افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند مؤثر است.

7. بین اثربخشی درمان فراشناختی با درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند تفاوت وجود دارد.

8. بین اثربخشی درمان فراشناختی با درمان شناختی-رفتاری بر کاهش استرس افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند تفاوت وجود دارد.

9. بین اثربخشی درمان فراشناختی با درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند تفاوت وجود دارد.

## تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای پژوهش

### تعاریف مفهومی متغیرهای پژوهش

**استرس:** ناشي از شيء يا موقعيتي است كه اغلب افراد احساس آن را از نظر فيزيكي يا روان شناختي خطرناك مي‌دانند (تونتو[[15]](#footnote-15)، 2003).

**اضطراب:** اضطراب يك احساس منتشر، بسيار ناخوشايند و اغلب مبهم دلواپسي است كه با يك يا چند احساس جسمي همراه مي‌گردد؛ مثل احساس خالي شدن سر دل، تنگي قفسه سينه، تپش قلب، تعريق، سردرد، ميل جبري براي دفع ادرار، بی‌قراری. همچنین ميل به حركت نيز از علائم آن است (تونتو، 2003).

**افسردگي:** در زبان روزمره اصطلاح افسردگي براي اشاره به يك حالت احساسي، واكنشي به موقعيت و سبك رفتار مختص به فرد به كار مي‌رود و داراي دو ويژگي اختصاصي است : خلق ناشاد (افسردگي، غم، اندوه، ناامیدی، ناراحتي يا نگراني) و فقدان لذت و علاقه. تقریباً در همه فعالیت‌های عادي و سرگرمي‌هاي فرد كه تشخيص افسردگي دست كم يكي از آن دو ويژگي است (تونتو، 2003).

**اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند:** بر طبق نظر آکینی و ایسکندر[[16]](#footnote-16) (2011) اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند را به عنوان استفاده اجباري-افراطی از این ابزار معرفی می­کنند که فرد در صورت محروم شدن از آن بسیار تحریک پذیر گشته، از خود رفتارهاي توأم با بدخلقی نشان می­دهد.

**درمان شناختي-رفتاري:** درمان شناختی-رفتاری به روش‌های گوناگون اطلاق می‌شود که در همگی آن‌ها هم بر نقش فرآیندهای شناختی و رفتاری در شکل‌گیری اختلال‌های روان‌شناختی تکیه می‌شود و هم بر استفاده از تدابیر تجربی، رفتاری و شناختی برای تغییر الگوهای پاسخ ناکارآمد و رسیدن به خودیاری (بنت و ولز[[17]](#footnote-17)، 2011).

**درمان فراشناختی:** در این درمان به جای محتوا به فراشناخت­هایی می­پردازند که پردازش محتوا را مدیریت می­کنند. درمان فراشناختی فرض می­کند اختلال روان­شناختی به دلیل اثرات سبک تفکر یعنی سندرم شناختی-توجهی بر تجربه­های هیجانی و دانش (باورها) تداوم می­یابد. درمان بر تغییر سندرم شناختی-توجهی، تغییر باورهای فراشناختی و ایجاد شیوه­های جایگزین تجربه کردن و مقابله با رویدادهای درونی متمرکز می­شود (بنت و ولز، 2011).

### تعاریف عملیاتی متغیرهای پژوهش

**استرس:** منظور نمره‌ای است که فرد در خرده مقیاس استرس آزمون DASS-21 کسب می‌کند.

**اضطراب:** منظور نمره‌ای است که فرد در خرده مقیاس اضطراب آزمون DASS-21 کسب می‌کند.

**افسردگی:** منظور نمره‌ای است که فرد در خرده مقیاس افسردگی آزمون DASS-21 کسب می‌کند.

**اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند**: منظور از اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند، نمره­اي است كه آزمودني از پاسخ به مقیاس اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند به دست آورد.

**درمان شناختي-رفتاري:** در اين پژوهش، منظور از درمان شناختي-رفتاري هم شامل مهارت‌هاي شناختي، مانند فنون شناختي مربوط به درمان شناختي، و هم شامل مهارت‌هاي رفتاري سازمان‌يافته مانند آرامش عضلاني، ابراز وجود، مهارت‌هاي بين فردي، مسئله گشایی اجتماعي، جرئت ‌آموزي، توقف فكر، ايفای نقش و خودگويی‌های مثبت است كه در ۱۰ جلسه‌ی ۹0 دقيقه‌اي، به صورت گروهي، براي كاهش استرس، اضطراب، افسردگی و اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند، آموزش داده شد. مهارت‌هاي رفتاری فوق از كتاب رفتاردرماني شناختي هاوتون[[18]](#footnote-18) و همكاران (۱۹۸۹) ترجمه قاسم‌زاده (۱۳۸۸) و كتاب شناخت‌درمانی گروهی مایکل فری[[19]](#footnote-19) ترجمه جان بزرگی (۱۳۸۸) اخذ شد که عناوین جلسات در پیوست آمده است.

**درمان فراشناختی:** در این پژوهش منظور از درمان فراشناختی، 10 جلسه یک ساعته بود که بر اساس برنامه درمانی ولز طراحی شده است (بنت و ولز، 2011).

# فصل دوم مبانی نظری و پیشینه پژوهش

## مقدمه

در این فصل در دو بخش پیشینه نظری و پیشینه پژوهشی به متغیرهای پژوهش پرداخته می شود. در بخش اول نظریه­ها و ادبیات مربوط به اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند، اضطراب، افسردگی، استرس، درمان شناختی-رفتاری و درمان فراشناختی به صورت مفصل و مجزا شرح داده شده است. بخش دوم به پژوهش­های انجام شده می‌پردازد .

## موضع­گیری­های نظری در خصوص اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند

استفاده از فن‌آوری و تکنولوژی‌های نوین یکی از جلوه‌های آشکار دنیای پیش روست. تلفن‌های همراه هوشمند نیز به عنوان یکی از ابعاد نوپای این فن‌آوری‌های جدید جهان معاصر، نقش به سزایی در تغییر و تحول زندگی افراد جامعه دارد. تلفن‌های همراه هوشمند توانسته با ورود خود به سرعت به یکی از ابزارهای لازم زندگی تبدیل شود. تا جایی که حذف آن از امور روزمره زندگی امری دشوار است. این تغییر را می­توان با اختراع تلفن در اوایل قرن بیستم و تلویزیون در دهه پنجاه مقایسه کرد. تلفن‌های همراه هوشمند نویدبخش کم کردن فاصله‌ها و گسترش روابط میان آدمیان شده است (چو و لی[[20]](#footnote-20)1، 2006). تکنولوژی‌های نوین ارتباطی که امکان ارتباط هم‌زمان و نامحدود افراد را فارغ از مکان قرارگیری آنان در جهان جدید فراهم ساخته است؛ عامل تولد جهان جدیدی است که با عنوان "جهان مجازی" معرفی شده است. جهان مجازی برخلاف جهان واقعی امکانات بی‌شماری چون سهولت دسترسی، بیست و چهار ساعته بودن، سادگی کار، هزینه پایین، گم نام ماندن کاربران در آن و سایر موارد را داراست. از طریق این جهان دوم می‌توان به آسانی به تجارت پرداخت، خرید کرد، آموخت، به منابع اطلاعاتی وسیع دست یافت، از تازه‌ترین اخبار مطلع گردید، سرگرم شد، به راحتی و در عرض چند دقیقه با یک کشور در یک قاره‌ی دیگر ارتباط برقرار کرد، هویت جدیدی یافت و در نهایت یک زندگی دوباره و نو یافت. بودن در فضای مجازی تلفن‌های همراه هوشمند به کاربران فرصت‌های بی‌شماری می­دهد و به هر اندازه که این فرصت­ها و خشنودی‌های ناشی از استفاده از تلفن‌های همراه هوشمند افزایش یابد، کاربران بیشتر به سمت این پدیده نوین سوق خواهند یافت (کاپلان[[21]](#footnote-21)2، 2005).

علی‌رغم تمام ویژگی‌های برتری که تلفن‌های همراه هوشمند دارد؛ با این حال نگرانی‌های جدیدی در خصوص استفاده از آن و تأثیراتی که این تکنولوژی بر جسم و روح و روان انسان می‌گذارد وجود دارد. کاربران در پی استفاده روز افزون از تلفن‌های همراه هوشمند و زندگی در فضای مجازی به مدت طولانی، نوعی وابستگی کاذب نیز به آن می‌یابند که دیگر رهایی از آن امری دشوار است. در واقع موضوع این پژوهش اعتیاد به گوشی های هوشمند است.

### اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند

لفظ اعتیاد بیشتر تداعی‌گر اعتیادهای سنتی هم چون اعتیاد به الکل، نیکوتین، مواد مخدر و قمار است. اما اعتیاد از طریق گوشی های هوشمند با وجهه‌ی جدیدی روبرو شده است. گسترش رایانه‌های شخصی و افزایش اتصال به اینترنت در خانه و محل کار؛ منجر به ظهور معضلی به نام اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند شده است. اعتیاد به به تلفن‌های همراه هوشمند شامل اعتیاد به اتاق‌های گپ‌زنی، هرزه‌نگاری، قمار آنلاین و خریدهای اینترنتی می‌شود. همچون دیگر اعتیادها این نوع اعتیاد نیز فرد معتاد را از خانواده و اطرافیانش منزوی می‌سازد. اعتیادهای رفتاری، همچون اعتیاد به شبکه اینترنت می‌تواند موجب تخریب سلامت، روابط و احساسات فرد شود (گرینفیلد[[22]](#footnote-22)، 1384).

### تعاریف اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند

اگرچه مفاهیمی چون "اعتیاد به تکنولوژی" در نوشته‌های گریفیتز و "اعتیاد به رایانه" در آثار شاتون مورد مطالعه قرار گرفته بودند، اما "اعتیاد به اینترنت" اصطلاحی بود که اولین بار به وسیله یانگ مطرح گردید. این اختلال با عناوین متفاوتی از قبیل "وابستگی رفتاری به اینترنت"، "استفاده مرضی از اینترنت"، "استفاده مشکل‌زا از اینترنت"، "استفاده بیش از حد از اینترنت"، "سوء استفاده از اینترنت" و "اختلال اعتیاد به اینترنت" معرفی می‌شود (بحری، صادق ­مقدم، خدا دوست، محمدزاده و بنفشه، 1390).

" اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند " به گستره وسیعی از مشکلات رفتاری و کنترل انگیزه‌ی استفاده از اینترنت اشاره دارد. اعتیاد اینترنتی به عنوان یک رفتار وسواسی یا آرزوی برقراری پیوند؛ شاید حتی نمودی از انتقال و یا بازتاب روابط ابژه و یا رفع نیاز قلمداد می­شود (معیدفر، حبیب­پورگتابی و گنجی، 1386).

تحقیقاتی که اخیراً درباره اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند صورت گرفته­اند، چندین معیار برای اعتیاد به گوشی های هوشمند و بازشناسی آن برشمرده­اند. سه مورد از این معیارهای مهم عبارت‌اند از:

1. هنگامی که شخصی سعی می­کند تا از اینترنت گوشی های هوشمند خارج شود احساس بی‌قراری و بدخلقی می­کند.
2. از گوشی های هوشمند برای فرار از مشکلات و یا کاستن از احساس یاس، ناامیدی، گناه، اضطراب و یا افسردگی استفاده می­شود.
3. کاربر گوشی های هوشمند در مورد میزان و وسعت استفاده خود از اینترنت، به اعضای خانواده و یا دوستانش دروغ گفته و آن را کتمان می­کند و نهایتاً شخص با وجود هزینه بالای استفاده از اینترنت مکرراً از آن استفاده می‌کند (شافیرا[[23]](#footnote-23)، 2009).

### علائم اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند

مانند تمامی انواع اعتیادهای دیگر، اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند نوعی اختلال و بی‌نظمی روانی-اجتماعی با مشخصه­هایی چون عمل (نیاز به افزایش زمان لازم برای کسب مطلوبیت برابر با زمان­های اولیه استفاده)، علائم کناره­گیری (به ویژه رعشه و ارتعاش، اضطراب، بی­حوصلگی)، اختلالات عاطفی(افسردگی، تندخویی، بدخلقی) و از هم گسیختگی روابط و مناسبات اجتماعی (کاهش و یا فقدان روابط اجتماعی به لحاظ کمی یا کیفی) است (بحری، صادق مقدم، خدا دوست و محمد زاده، 1390).

علائم اختلال به به تلفن‌های همراه هوشمند عبارت‌اند از: مشکلات میان فردی و یا مشکلات در هنگام کار یا مطالعه، نادیده گرفتن مسئولیت‌هایی مربوط به دوستان، خانواده، کار و یا مسئولیت‌های فردی، تغییر در سبک زندگی به منظور گذران وقت بیشتر با اینترنت، کاهش فعالیت فیزیکی و بی‌توجهی به سلامت شخصی و بی‌خوابی (میرزاییان، باعزت و خاکپور، 1390).

### انواع اعتیادهای به تلفن‌های همراه هوشمند

اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند اصطلاح وسیعی است که تنوع گسترده‌ای از رفتارها و مشکلات مربوط به کنترل وسواس و انگیزش را در بر می‌گیرد. اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند چندین گونه دارد که پنج نوع آن شایع­ترین است: اعتیاد به سایبر سکس، اعتیاد به روابط سایبر، اعتیاد به خرید و تجارت و مزایده، اعتیاد به بازی­های کامپیوتری، اعتیاد به جست‌وجو و ذخیره بیش از حد اطلاعات (یانگ و تانگ[[24]](#footnote-24)، 2009).

معتاد به تلفن‌های همراه هوشمند در هر کدام از این اعتیادها در پی تأمین یکی از نیازهای بنیادین خویش است که در بخش بعدی با توضیح انواع نیازهای اولیه بشری از دیدگاه مازلو به تبیین آن‌ها پرداخته می‌شود.

### نیازهای بنیادین بشر و تبیین اعتیاد به به تلفن‌های همراه هوشمند

اعتیاد به دارو یا یک شیء (وسیله) مشخصاً در پی تأمین یک نیاز جسمی و یا روحی پدید می‌آید. معتادان به تلفن‌های همراه هوشمند افرادی هستند که در تلاش برای پر کردن خلأ هویتی خود بوده‌اند. آن‌ها در پی گریزگاه یا پناهگاهی برای دوری از واقعیت‌اند تا بدین‌وسیله خود را از زمینه واقعی که می­تواند یکی از انگیزه­های درونی رفتاری معتادان به تلفن‌های همراه هوشمند شود، دور سازند. گروه ملقب به معتادان به تلفن‌های همراه هوشمند در تلاش برای یافتن یک خانواده به منزله محیطی سرشار از عاطفه و یا مباحث دنیوی عاشقانه­اند. آنان سعی دارند توسط گمنام ماندن، هویت جدیدی برای خود دست و پا کنند تا از آن طریق احساس سرخوشی نمایند. بر اساس نظرات گلدبرگ اعتیاد به به تلفن‌های همراه هوشمند می‌تواند انکار یا اجتناب از مشکلات دیگر جاری را در پی داشته باشد (زارع زاده و کدیور، 1386).

اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند می­تواند مفری برای کسانی که از مشکلات روانی رنج می­برند و دچار تشویش، افسردگی و اعتماد به نفس پایین هستند، باشد. ارتباط مجازی از طریق اینترنت محملی برای گریز از واقعیت و وسیله­ای برای ارضای نیازهای هیجانی و روانی به وجود می­آورد (صفوی، 1383).

آنجاست که او به واقعیت مجازی که از طریق تلفن‌های همراه هوشمند به دست آورده چنگ می­زند و رهایی از آن، او را با مشکل مواجه می­سازد. به راستی ریشه این اعتیاد چیست و کاربر معتاد به تلفن‌های همراه هوشمند در پی ارضا و تأمین چیست؛ که این چنین شیفته و مجذوب تلفن‌های همراه هوشمند شده است؟ تئوری‌های مختلفی در مورد این موضوع وجود دارد. وجه مشترک این نظریات، این ایده است که افراد از آن ­رو شیفته یک شیء، فرد یا فعالیتی می­شوند که نیازی را در آن‌ها ارضاء می‌نماید. انسان‌ها موجودات پیچیده­ای هستند و از این ­رو نیازهایی که مسبب رفتار آن‌هاست نیز پیچیده و متعددند (چنگ و وانگ[[25]](#footnote-25)1، 2011). در اوایل دهه شصت مازلو گستره وسیعی از نیازهای آدمی را بر اساس هرمی از نیازهای بنیادین و بیولوژیکی گرفته تا نیازهای والاتر سرشتی خودشکوفا طبقه­بندی کرد، زمانی که فرد نیازی را در یک سطح ارضاء می­کند، به سطح بالاتر می­رود. اولین دسته از نیازهای موجود در این هرم، نیازهای جسمانی هستند. این نیازها هسته‌ی مرکزی دوام و بقاء جسمانی هر انسان است. نیازهای اولیه مانند نیاز به آب، غذا، گرما، امنیت فیزیکی در پایین هرم هستند. سکس نیز یک نیاز بیولوژیکی بنیادین است (زارع زاده و کدیور، 1386).

چنگ و وانگ (2011) معتقدند چیزی که باعث اعتیادآور شدن به تلفن‌های همراه هوشمند گردیده است، اجتماعی شدن است. به عقیده آن‌ها جنبه­هایی از اینترنت که کاربران بیشتری وقت خود را در آن‌ها سپری می­کنند، با تعامل اجتماعی مرتبط است. به عنوان مثال، کاربران با انسان­هایی همانند و دلخواه خود از طریق پست الکترونیکی گروه­های مباحثه یا خبری، چت، بازی آنلاین و مانند آن وارد تعامل اجتماعی می­شوند. احساس اینکه از طریق یک جعبه می­توان با دیگری ارتباط برقرار کرد، حس خوشایندی را به فرد کاربر می­دهد. او دیگر نیازمند یک مکان و فضای خاص برای ایجاد ارتباط نیست. برقراری ارتباطات اجتماعی از طریق اینترنت سهل الوصول­تر شده است. ارتباطات اینترنتی در محیط‌های چت، ضمن آنکه تقویت‌کننده‌ی رابطه‌ی غیر وابسته به زمان و مکان گردیده است به نوعی اعتیادآور نیز هست. ارتباط برقرار کردن با انسان‌های بی‌شمار از طبقات گوناگون و با جنسیت­های مخالف، با فرهنگ و زبان دیگر به فرد، نوعی احساس شناخت اجتماعی و حتی شناختی فرامحلی و ملی می­دهد (بیدی، نامداری، امانی، قنبری و کارشکی،1391).

برای معتادان به تلفن‌های همراه هوشمند ، دوستی اینترنتی خیلی سریع اهمیت و جایگاه روابط خانوادگی و دوستان قدیمی را می­گیرد. این اعتیاد در اکثر موارد منجر به شکست ازدواج‌ها و بی‌ثباتی در روابط بین فردی و اجتماعی می­شود. در رویکرد استفاده و خشنودی، نیز یکی از نیازهایی که موجب می‌شود مخاطبان به سمت رسانه بروند، نیاز اجتماعی (گفتگو و تعامل با دیگران) است(بحری، صادق مقدم، خدادوست و محمد زاده، 1390). معتادان به تلفن‌های همراه هوشمند نیز در پی یافتن روابطی فراتر از روابط محدود اجتماعی در دنیای واقعی، به محیط مجازی اینترنت وارد شده و در پی برقراری ارتباطاتی فارغ از محدودیت­های جهان واقعی هستند. تکرار این کار، برای آن‌ها مسرت­بخش و اعتیادآور است. یکی از جنبه­های اعتیادآور محیط چت و اتاق­های گفتگو نیز همین است. اگر کاربر، تلفن‌های همراه هوشمند که دوستان فراوانی را از این طریق یافته یک روز به اینترنت وصل نشود، مطمئناً فراموش خواهد شد و احساس و واقعیت خود را از دست می­دهد، برای بسیاری از معتادان دقیقاً همین وابستگی­های اجتماعی است که باعث می‌شود که دوباره به این محیط باز گردند. بر اساس رویکرد رفتارگرا پاداش­های دریافتی از اینترنت که می­تواند شامل دوستی­های مجازی و تشکیل اجتماعات مجازی توسط فرد کاربر باشد، منجر به بازگشت دوباره به این محیط می­شود و انجام این عمل را در فرد تقویت می­نماید. نیاز به یادگیری، پیشرفت و اشراف بر محیط و عزت نفسی که از دست آوردهای فرد ناشی می‌شود در سطح بعدی هرم مازلو قرار دارد (فرهنگی، 1382). محیط اینترنت این نیازها را به سرعت تأمین می­کند. اینترنت دریای بیکران اطلاعات است. از طریق آن می­توان آموخت و پیشرفت کرد. وفور اطلاعات قابل دسترس در شبکه، نوع جدیدی از عادات گریز ناپذیر کاوش و جست‌وجوی اینترنتی را پدید آورده است. بدین ترتیب که افراد زمان بیشتری را جهت جمع­آوری و سازماندهی داده­هایشان صرف می‌کنند (داگلاس[[26]](#footnote-26)1 و همکاران، 2008).

حال این سؤال مطرح است که تلفن‌های همراه هوشمند چه کمکی به شکوفایی "خود راستین[[27]](#footnote-27)1" می‌کند و فرد چگونه از طریق استفاده از اینترنت به خود شکوفایی می‌رسد. این بار باید از خصیصه گمنام بودن در فضای مجازی یاد کرد. گمنامی،دیده یا شنیده نشدن، به افراد اجازه می­دهد احساسات خود را بیشتر بروز دهند. در ناشناس ماندن، فرد می­تواند خود را فارغ از قید و بندها و محدودیت­های زندگی در دنیای واقعی، شکوفا کند. کاربران می­توانند در این محیط از احساسات پنهان خود بگویند، از علایق پنهان خود حرف بزنند و شاید "خود دیگری" را کشف کنند که این خود، خود واقعی آن‌ها باشد (هاردی و تی، 2007). خودی که فارغ از نقاب روزمره زندگی است و تنها در این محیط که بهترین مکان برای ناشناس ماندن است، کشف می­شود. فرد کاربر در این محیط و در ارتباط با کاربران دیگر به سؤالاتی پاسخ می­دهد که شاید هرگز به پاسخ آن نیندیشیده بود. کاربران اینترنتی می­توانند توانایی­های بالقوه خود را شناسایی کرده و آن‌ها را به فعلیت برسانند. محیط مجازی این امکان را به آن‌ها می­دهد. ساختن یک وبلاگ به عنوان یک دفتر خاطرات شخصی که حال، دیگر عمومی شده، می­تواند زمینه­ای برای بروز احساسات پنهان و شناساندن "خود واقعی" آن‌ها باشد. به واقع چه چیزی می­تواند برای یک کاربر فریبنده و اعتیادآورتر از جستجوی خود راستین باشد. به نظر‌ می­رسد کاربران بیش از زندگی واقعی، در دنیای مجازی شبیه خودهای راستین شان هستند؛ آن‌ها صریح­تر، گویاتر، گرم­تر، شوخ ­طبع­تر و دوستانه‌تر هستند (رسولی و آزادمجد، 1392).

### اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند و استرس، اضطراب و افسردگی

امروزه جمعيت عظيمي در دنيا از تلفن‌های همراه هوشمند استفاده می­نمايند. با وجود مزاياي بی­شمار اين فن­آوری و تحولات مثبتی كه در زمینه ارتباطات ایجاد کرده است، متأسفانه برخي از مطالعات، عوارض خطرناكی را به استفاده از اينترنت نسبت داده­اند كه ازجمله مخرب­ترين عوارض آن می­توان به اعتياد اينترنتي اشاره نمود (بحری، صادق مقدم، خدادوست و محمدزاده، 1390). از طرفی استفاده بیش از حد، افراطی و اعتیاد‌گونه از تلفن‌های همراه هوشمند سلامت فردی و بین فردی افراد را تحت تأثیر قرار می­دهد؛ که از جمله مهم‌ترین این عوارض: بروز ناراحتی­های عصبی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و درگیری بین فردی می‌باشد. به عبارت دیگر، استفاده‌ی مداوم از تلفن‌های همراه هوشمند علاوه بر آسیب­های مستقیم فیزیولوژی و عصب­شناختی، بر روابط بین فردی نیز اثرات منفی گذاشته که این هر دو سبب بروز درگیری در روابط بین فردی می­شوند (گنزالز[[28]](#footnote-28)1 2008).

نتایج پژوهش‌ها ضمن تأیید اثرات منفی اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند بر سلامت روان، بر اهمیت محیط خانوادگی در شدت یافتن استفاده از گوشی های هوشمند تأکید می­کند؛ از این ­رو در طراحی برنامه­های درمانی، محیط خانوادگی افراد حتماً باید مد نظر قرار گیرد (میرزائیان، باعزت و خاکپور، 1390).نتایج پژوهش­های مختلف نشان داده است که بین تلفن‌های همراه هوشمند با برخی از زیرمجموعه­های سلامت و عملکرد خانواده، مثل ابراز وجود، گرایش­های ذوقی و تأکیدات مذهبی، همبستگی منفی معنی داری وجود دارد. همچنین بین خرده مقیاس­های گسستگی در خانواده، تعارض زیاد، سبک خانوادگی مستبد و اعتیاد به اینترنت رابطه مثبت معنی­داری به دست آمده است (خسروی و علیزاده صحرائی، 1390).

## موضع­گیری­های نظري در خصوص اضطراب

در ذيل نظريه‌هاي مكاتب گوناگوني به اضطراب را از نظر مي­گذرانيم و خواهيم ديد كه اين مكاتب، سازه ی اضطراب را تبیين مي‌كنند، البته هيچ كدام از آن­ها تبيين رضايت­بخش يا كاملي از علت و ماهيت اضطراب ارائه نمي‌كنند، با اين همه، هر يك در پيشبرد دانش ما براي شناخت بيشتر اين پديده سهمي دارند.

### نظريه‌هاي زیست‌شناختی اضطراب

البته ترديدي نيست كه همراه با اضطراب يك فرآيند زیست‌شناختی نيز وجود دارد. اما پرسشي كه به ميان مي‌آيد اين است كه در بحث از سبب شناسي اضطراب، آيا اين فرآيند بعد از مكانيسم‌هاي روانشناختي اوليه قرار مي‌گيرد يا آنکه تجربه‌هاي متفاوت افراد از اضطراب صرفاً مبين ساخت زيست-شيميايي و كاركرد مغزي متفاوت آن‌هاست. به منظور درك پيچيدگي‌ مغز و فرآيندهاي زيست-شيميايي همراه با اضطراب، نخست لازم است بحث مختصري پيرامون مباني كالبدشناسي عصبي داشته ‌باشيم. مي‌توان مغز را تقريباً به سه ناحيه تقسيم كرد: ناحیه‌ی بسيار پیشرفته‌ی پيش مغز[[29]](#footnote-29)1، كه مركز هوش و استدلال است، ميان مغز يا سيستم ليمبيك به ويژه بادامه كه در فرآيندهاي هيجاني دخالت دارد و سومين ناحيه، مغز پسين است كه در تعادل حياتي نقش دارد. اين ناحيه شامل هيپوتالاموس و غده هيپوفيز است و اين ساختارها هستند كه در پاسخ‌های زيست-شناختي اضطراب و فشار رواني اهميت ويژه‌اي دارند (پاول[[30]](#footnote-30)1 و اندايت[[31]](#footnote-31)2، 1387). نظريه سليگمن پيرامون آمادگي در ابتلاء به هراس، تلفيقي است از نظريه‌هاي زيست شناختي و رفتاري؛ به نظر او آدمي، به واسطه فرآيندهاي تكاملي، از نظر زيستي مستعد ابتلاء به شماري ترس‌هاي شرطي در برابر محرك‌هاي خاصي است. اين ترس‌ها در انسان نخستين به مثابه پاسخي طبيعي و واكنشي، كه ضامن بقاي نوع به شمار مي‌رفته، تجلي پيدا كردند (به نقل از پاول و اندايت، 1387).

### نظريه‌هاي روانكاوي

#### نظریه‌ی فرويدي

فرويد بين سه نوع متفاوت از اضطراب تمايز قائل شده است: اضطراب عيني يا اضطراب در برابر واقعيت كه هر كسي آن را تجربه مي‌كند و قابليت واكنش به خطر واقعي است آن گونه كه در همان خارج رخ مي‌دهد. فرويد مشخص مي‌كند كه چنين اضطرابي هم منطقي و هم متناسب با محرك مي‌باشد. چنين اضطرابي شيوه‌اي سريع و سازگارانه است كه فرد هنگام مواجهه با خطر به آن متوسل مي‌شود. دو شكل اضطراب كه موجب مشكلات رواني مي‌شوند اضطراب اخلاقي و اضطراب روان رنجوري خوانده مي‌شوند.فرويد اظهار مي‌دارد كه نخستين تجربه‌ی اضطراب در اثر تولد رخ مي‌دهد. نوزاد از رحم، كه جايي امن براي اوست جدا مي‌شود و وارد يك موقعيت نو و ناآشنا مي‌شود و به ناگاه در مي‌يابد كه نيازهاي نهاد با تأخير ارضا مي‌شوند. اين اضطراب اوليه است كه پس از آن براي تمامي تجربه‌‌هاي ديگر الگو مي‌شود. به دومين شكل از اشكال سه گانه اضطراب فرويد بر مي‌گرديم؛ اضطراب اخلاقي به ترس از تنبيه توسط فراخود اشاره دارد و زماني رخ مي‌دهد كه نهاد، فرد را مجبور كند تا رفتاري را انجام دهد؛ يا تمايل انجام آن رفتار را در او برانگيزد درحالی که رفتار با هنجارهاي معمول، سازگار نباشد(پاول و اندايت، 1387).

در چنين مواقعي اضطراب به شكل احساس گناه در مي‌آيد. سومين شكل يعني اضطراب روان رنجوري نتيجه تهديد نهاد براي تسلط برخود است كه پيامد اجتماعي آن نيز رفتار ناپسند لذت جويانه يا پرخاشگرانه است. كودك شديداً به واسطه چنين رفتارهايي از گذشته تا حال مورد تنبيه قرار گرفته است. همچنين انتظار تنبيه آتي است كه اضطراب ايجاد مي‌كند. خود، تلاش مي‌كند تكانش­هاي نهاد را با توجه به نظارت فراخود، واپس زند ولي وقتي اين واپس زني به طور جزئي موفق باشد اضطراب به صورت شناور تجربه مي‌شود (پاول و اندايت، 1387).

#### نظريه نو فرويدي

نو فرويدی‌ها شخصيت آدمي را به ميزان زيادي پيامد و نتيجه تأثيرات اجتماعي مي‌دانند. آن‌ها بر اين باورند كه اضطراب اوليه نه در آغاز تولد بلكه بعدها بروز مي‌كند، زماني كه كودك فهميد به والدين وابسته است. كودك نه تنها براي ارضاي نيازهاي فيزيولوژيكي اساسي، بلكه براي حفاظت و حمايت نيز به والدين وابسته است. اضطراب در نتيجه ناكامي بالقوه يا واقعي چنين نيازهایي ايجاد مي‌شود. بر اثر رفتارهاي بد كودك، والدين ممكن است عواطف و حمايت خويش را از كودك دريغ كنند. اين تهديد، كودك را بر مي‌انگيزد تا با انتظارات والدين همنوا شود. با وجود اين، نياز مداوم كودك به واپس زني اين تكانه‌ها، ناكامي و سپس پرخاشگري معطوف به والدين را به وجود مي‌آورد. آشكارا اگر كودك اين پرخاشگري را ابراز دارد به طرد و اضطراب اوليه منتهي مي‌شود، در غير اين صورت در نتيجه مجبور مي‌شود، با استفاده از مكانيسم‌هاي دفاعي كاملاً تثبيت شده كه در اوان زندگي ایجاد می‌شوند براي سركوبي اضطراب اوليه به چالش گرفته شوند. بر طبق نظريه نو فرويدي‌ها وقتي كه دفاع‌هاي اوليه كه عليه اضطراب به كار گرفته مي‌شوند، منطقي و معقول باشند به آساني در موقعيت‌هاي جديد مورد تهديد قرار خواهند گرفت. اگر چنين دفاع‌هايي ضعيف باشند يا در نتیجه‌ی فشار رواني درازمدت تضعيف گردند، آنگاه دفاع‌هاي جديدي شكل مي‌گيرند كه اضطراب‌هاي جديد را دامن مي‌زنند و در نتيجه روان نژندي تمام عيار ايجاد مي‌شود (پاول و اندايت، 1387).

#### نظريه‌هاي رفتاري اضطراب

آزمايش‌هاي اوليه واتسون[[32]](#footnote-32) و رينر[[33]](#footnote-33) اضطراب را بر اساس نظریه‌ی رفتاري مورد پژوهش قرار داده است. بنابر توصيف آن‌ها، هراس‌ها مي‌توانند از طريق شرطي شدن كلاسيك فرا[[34]](#footnote-34) گرفته شوند و اين تبيين را از آزمايش‌هايي كه در مورد آلبرت كوچولو انجام داده بودند، به دست آوردند (اسمیت[[35]](#footnote-35) و ملیندا[[36]](#footnote-36)، 2008).

ماوور[[37]](#footnote-37) در اين مورد نظريه دو عاملي را ارائه داده است. در عامل اول، ترس‌ها همان گونه كه اشاره شد از طريق شرطي‌سازي كلاسيك ايجاد مي‌شوند و فرد ياد مي‌گيرد كه ترس را به وسيله گريز آموزي كاهش دهد. كاهش ترس از طريق اجتناب يعني دومين نوع يادگيري شرطی‌سازی فعال ايجاد مي‌شود و پاسخ اجتنابي فرا گرفته مي‌شود؛ مسئله آموخته شده و اضطراب كاهش مي‌يابد و تقويت مي‌شود. نظریه‌ی سليگمن نيز بر اساس پيوستار از پيش آمادگي می‌گوید که عدم آمادگي مي‌تواند بر فهم ترس شرطي شده كمك كند. محرك‌هايي كه ما نسبت به آن‌ها از نظر فيزيولوژيكي آمادگي داريم، با سرعت بيشتري نسبت به محرك‌هاي غير آماده، شرطي مي‌شوند (اسمیت و ملیندا، 2008).

#### نظریه‌ی يادگيري شناختي – اجتماعي

اين ديدگاه از رفتارگرايي تحول يافت و گسترش آن در نتيجه انتقاد از چيزي بود كه انعطاف‌ناپذيري و عقايد ساده‌گرايانه‌ی رفتارگرايي محض خوانده مي‌شد. بندورا[[38]](#footnote-38) اين نظريه را درست مي‌داند كه ترس و اضطراب فرا گرفته مي‌شوند، ولي براي يادگيري، چهار مكانيسم اجتماعي را بر شمرد: **نخست**، ترس ممكن است از طريق شرطي‌سازي كلاسيك دقيقاً به همان شيوه‌اي كه توصيف شده، فرا گرفته شود. **دوم**، بنا به اظهار بندورا تجربه نيابتي[[39]](#footnote-39) مي‌تواند با اهميت تلقي شود؛ اين فرآيند هم سرمشق گیری[[40]](#footnote-40) خوانده شده است. **سوم**، آموزش نمادين كه به يادگيري از طريق آموزش اشاره دارد؛ خواندن يا گفتن اينكه چيزهايي معين تهديدزا، درد زا و يا منع شده[[41]](#footnote-41) هستند. **چهارم**، بندورا به منطق نمادين[[42]](#footnote-42) كه بالقوه در ايجاد اضطراب مهم مي‌باشد نيز اشاره دارد. شخصي ممكن است استنباط كند چيزي خطرناك است. اين فرآيند ممكن است منطقي يا غيرمنطقي باشد. بنابراين در نظريه‌هاي يادگيري شناختي-اجتماعي بر اهميت تركيب اصول يادگيري همراه با نقش تفكر و استدلال فردي در ايجاد اختلالات اضطرابي تأکید مي‌شود (پاول و اندايت، 1387).

#### نظريه‌هاي شناختي اضطراب

در نظريه‌هاي شناختي عقيده بر اين است كه عامل به وجود آورنده‌ی اضطراب يا فشار رواني، رويدادها يا مشكلات نيستند، بلكه تفسير فرد از رويدادها يا وقايع است كه مي‌تواند اين مشكلات را به دنبال داشته باشد. نظريه‌هاي شناختي به عنوان رويكردي براي تبيين و درمان افسردگي توسعه يافته‌اند. اخيراً از اين نظريه‌ها در حیطه‌ی اضطراب نيز استفاده شده است و نكات مورد تأكيد و تلويحات درماني آن‌ها در اين مورد نيز معتبر به شمار مي‌روند. با وجود آن كه نظريه‌هاي مختلف نكات نسبتاً متفاوتي را مورد تأکید قرار مي‌دهند، در مجموع مي‌توان گفت كه اضطراب به‌وسیله‌ی ارزيابي اشتباه يا نادرست از موقعيت ايجاد مي‌شود (پاول و اندايت، 1387). تئوري شناختي بك از اضطراب و افسردگي، مورد بررسي قرار گرفته است. اين تئوري مطرح مي‌كند كه هر حالت آسيب شناختي يك نيمرخ شناختي خاصي دارد. در وضعيت اضطرابي، اين نيمرخ شامل موقع تهديد جسماني يا رواني ادراك شده در حوزه فردي است،‌ نظریه‌ی شناختي بك تفاوت ميان حالت عاطفي مبتني بر محتواي شناختي خاص همراه با هر اختلال را مطرح مي‌كند(بك[[43]](#footnote-43)، 1992). بك مي‌گويد افكار اضطراب‌زا در اثر يك يا چند مورد از 4 نوع معناي فكري ايجاد مي‌شود. اليس با طرح اين موضوع كه شماري از باورهاي غيرمنطقي، عامل اولیه‌ی رنج و ناراحتي آدمي هستند، به بسط و گسترش نظریه‌ی شناختي پرداخت. به نظر وي اضطراب از باورهاي غيرمنطقي ايجاد مي­شود. وي محرك‌ها را موجب اضطراب نمي‌داند. بلكه تفسير فرد از محرك‌ها در ايجاد اضطراب را مهم مي‌داند و بازده باور غيرمنطقي طرح مي‌كند (نیک آذین و نائینیان، 1392).

### درمان اختلالات اضطرابي

#### ديدگاه زیست‌شناختی

آرام‌بخش‌ها در تسكين اضطراب تا حدي مؤثرند و در كاهش شكايات بدني و تنظيم خواب نقش مؤثر و به سزايي دارند. هر چند تأثير آن‌ها در كاهش شكايات بدني و تنظيم خواب موقت است. تحقيقات نشان داده است كه پرامين دارويي است كه براي درمان افسردگي مؤثر است و در جلوگيري از حملات عصبي مؤثر است (کاپلان و سادوک، 1388).

#### ديدگاه روان تحليلي

در اين ديدگاه حل تعارضات دروني كه ريشه در اختلالات محسوب می‌شود از اهميت خاص برخوردار است مثلاً براي درمان وسواس به فرد كمك مي‌كند تا تمايلات منع شده‌ی خود را بشناسد (کاپلان و سادوک، 1388).

### شیوع اضطراب در طب عمومی

شیوع و بروز اختلالات روانپزشکی گزارش شده در طب عمومی بسته به وجوه تشخیص به کار گرفته شده تفاوت خاموشی نشان می­دهد. اختلالات اضطراب در 14% بیماران قلبی و 22% بیماران جراحی مشاهده شده است. با استفاده از مصاحبه‌ی روانی استاندارد هوپر؛ در% 7/26 بیماران مراجعه‌کننده به طبیب عمومی اختلال روانپزشکی گزارش شده است. از این عده 17% اختلال اضطراب نشان می­دادند. با استفاده از لیست علائم سایکوپاتولوژیک، گلاس و همکاران در یک درمانگاه پزشکی دیگر 27% مراجعین را مبتلا به اضطراب تشخیص دادند.اختلالات اضطراب به نظر می­رسد در کار طبابت، خوب شناخته نمی­شود. عدم تشخیص اضطراب بدون تردید تا حدودی مربوط به این واقعیت است که اغلب علائم جسمی بارزترین خصوصیات حالات اضطراب را تشکیل می­دهند (سادوک و سادوک، 1390).

### انواع اضطراب و نگرانی

نگرانی و اضطراب به دو دسته تقسیم می­شوند: 1- اضطراب روان­رنجوری(موهوم) 2- اضطراب واقع­گرایانه(معقول). اضطراب واقع­گرایانه، تقریباً معنایی مشابه ترس دارد. نگرانی عاقلانه در زندگی بشر امری طبیعی و اجتناب ­ناپذیر است و منشأ آن احساس، خطر واقعی است. این نوع نگرانی، آدمی را برای چاره جویی و حل مشکلات تحریک می­کند و لازمه‌ی سلامت فکر و توازن اندیشه است. احساس درد هنگام بیماری، نشانه سلامت شبکه‌ی اعصاب است (کاپلان و سادوک، 1388).

به طور کلی نگرانی‌های معقول با نگرانی‌های موهوم، از جهات مختلف تفاوت دارند:

1- نگرانی موهوم، شخص را از تفکر و تعقل باز می‌دارد و او را غرق در اوهام و خیالات می­کند، اما نگرانی معقول نیروهای انسان را به کار می­اندازد.

2- نگرانی موهوم، بر خطرات زندگی می­افزاید، اما نگرانی معقول خطر را کاهش می­دهد.

3- نگرانی موهوم، باعث اختلال در جسم و جان می‌شود، اما نگرانی معقول از اختلال جلوگیری می­کند (سادوک و سادوک، 1390).

### انواع علائم در اختلال اضطراب

#### علائم جسمی

1- تنش، لرز، سرآسیمگی، دردهای عضلانی، خستگی‌پذیری، ناتوانی برای احساس آرامش، انقباض‌های خفیف در پلک‌ها، درهم کشیدن ابرو، کشش در عضلات صورت، بی‌قراری، زود هراسان شدن.

2- فعالیت شدید اتونومیک، تعریق، تپش قلب، دست‌های سرد و مرطوب، خشکی دهان، سرگیجه، احساس سبکی در سر، ناراحتی معده، احساس توده در گلو، رنگ‌پریدگی صورت، نبض و تنفس سریع‌تر از معمول در حال استراحت.

#### علائم شناختی

1. انتظارات نگران­کننده، ترس، تکرار شدن مطالب در ذهن، پیش‌بینی بدبختی برای خود و دیگران.
2. دقت و تمرکز بیش از حد که ممکن است به حواس‌پرتی منجر شود، اشکال در تمرکز، بی‌خوابی، تحریک‌پذیری، بی­حوصلگی.

### درمان داروئی اضطراب

تجویز داروهای ضد اضطراب یک پدیده‌ی مشخص در تمام دنیاست. تخمین زده می‌شود که بین 10% تا 20% مردم در نیمکره غربی برای رفع تنش و اضطراب به‌طور مرتب از دارو استفاده می‌کنند. طبق اظهار سازمان دارو، در آمریکا در سال 1978، ده میلیون آمریکایی از بنزودیازپین‌ها استفاده نموده‌اند. کلردیازپوکساید در فوریه 1960 برای ورود به بازار پذیرفته شد، دیازپام در دسامبر 1963 و پس از آن سایر بنزودیازپین‌ها از جمله اکسازپام در 1965 و به دنبال آن کلرازپات، فلورازپام، لورازپام و پرازپام وارد بازار گردید (به نقل از نیک آذین و نائینیان، 1392).

## موضع‌گيري‌هاي نظري در خصوص استرس (فشار رواني)

### تعاريف استرس

لازاروس[[44]](#footnote-44) مي‌گويد: «فشار رواني به طبقه‌ي وسيعي از مشکلات اشاره دارد که وجه تمايزشان از ساير مشکلات اين است که در جريان فشار رواني، فشارهايي به سيستم وارد مي‌شود که واکنش سيستم نسبت به آن مورد توجه واقع مي‌شود. اين سيستم مي‌تواند فيزيولوژيکي، اجتماعي يا روان ‌شناختی باشد». او همچنين عقيده دارد که واکنش فرد به اين بستگي دارد که چگونه يک رويداد آسيب‌زا را، تهديد کننده يا چالش ‌برانگيز ارزيابي کند (لازاروس، 1993؛ به نقل از هرالد[[45]](#footnote-45) و توماکا[[46]](#footnote-46)، 2002).

بارون[[47]](#footnote-47) (1989) نيز مي‌گويد: «فشار رواني عبارت است از حالت هيجاني ناخوشايند که نيازمند تطابق با خواسته‌هايي است که شخص را دچار تغيير مي‌کند» (به نقل ازکارور[[48]](#footnote-48)، 2002). شفيع‌آبادي(1379) در مقاله‌ نقش مشاوران در کاهش استرس‌هاي دوره‌ي سالمندي، استرس را به عنوان حالت تنش رواني و محرکي که تماميت زيستي‌ـ‌رواني و اجتماعي انسان را تهديد مي‌کند تعريف کرده است (به نقل از اسلامي، 1380).

### تاریخچه‌ی شکل‌گيري مفهوم استرس

ريشه‌ اصلي لغت استرس از زبان انگليسي کلمه‌ (Stringere) گرفته شده است که به معناي در آغوش گرفتن و فشردن است. از قرن هجده به بعد استرس از فشار روي اشياء به فشار روي انسان تعميم پيدا کرد. فشرده شدن يا زير فشار قرار گرفتن به اختناق منتهي مي‌شود و احساس درماندگي و اضطرابي را به وجود مي‌آورد که قلب و روح را در بر مي‌گيرد. کاربرد واژه‌ي فشار رواني يا استرس نيز سابقه‌ي طولاني دارد. اين واژه را مي‌توان در نوشته‌هاي سده‌ي چهاردهم به معني مشقت و سختي يا فلاکت پيدا کرد. بدين ترتيب درماندگي يا استيصال[[49]](#footnote-49) نيز اصطلاح ديگري است که از Stringere مشتق شده است و بيانگر احساس رهاشدگي، انزوا و ناتواني است که در يک موقعيت حاد (نياز، خطر، رنج) در فرد ايجاد مي‌شود (استورا[[50]](#footnote-50)، 1991؛ به نقل از واعظي، 1384).

فشار رواني يا استرس اولين بار در انگلستان در قرن هفدهم ميلادي براي شرح سختي،‌ دشواري، فلاکت و محنت به کار رفته است. در اواخر قرن 18 ميلادي، معني آن به نيرو، فشار، زور و تلاش بسيار تغيير يافت و منظور از آن در وهله‌ي نخست نيروهاي ذهني و جسمي فرد يا افراد مي‌باشد (هرالد و توماکا، 2002). تحقيقات نظري درباره‌ي تأثيرات استرس روي بيمار جسمي و رواني در قرن 19 شروع شد. در اوايل قرن 20، يک پزشک بريتانيايي به نام اسلر[[51]](#footnote-51) بيان داشت که استرس در رشد بيماري قلبي سهيم مي‌باشد. وي روي گروه 20 نفري از پزشکان که از آنژين صدري رنج مي‌بردند، آزمايش خود را انجام داد و به اين نتيجه رسيد که اين پزشکان پرکاري داشته‌اند و ساعات کاري آن‌ها زياد بوده و همچنين در هر کدام از آن‌ها فاکتورهاي نگراني مشاهده شد (لاویباند و لاویباند[[52]](#footnote-52)، 2005).

### فيزيولوژي استرس[[53]](#footnote-53)

سه دستگاه فيزيولوژيکي مستقيماً در پاسخ به استرس درگير هستند: دستگاه عصبي، دستگاه اندوکرين[[54]](#footnote-54) و دستگاه ايمني. دستگاه ليمبيک[[55]](#footnote-55) مرکز کنترل احساسات و هيجانات است. کارکرد اصلي دستگاه عصب ايجاد هماهنگي ميان تمام دستگاه‌هاي بدن است که اين کار با استفاده از شبکه‌ي ارتباطي که اطلاعات دروني و بيروني را به مغز و بر عکس منتقل مي‌کند، انجام مي‌شود. مهم‌ترين بخش دستگاه عصبي پيراموني در ارتباط با پاسخ استرس دستگاه عصبي خود مختار است که رانش‌هاي عصبي سمپاتيک[[56]](#footnote-56) و پاراسمپاتيک[[57]](#footnote-57) را فعال مي‌کند. اعصاب سمپاتيک منابع بدن را در پاسخ به موقعيت‌هاي اضطراري يا استرس‌زا و هيجاني بسيج مي‌کند (پاسخ جنگ و گريز) که موجود زنده را براي مقابله با عوامل استرس‌زا يا فرار از آن آماده مي‌کند و بدن براي فعاليت‌هايي نظير حمله، دفاع يا فرار آماده مي‌شود. تغييراتي که توسط اعصاب سمپاتيک ايجاد مي‌شود شامل گشاد شدن مردمک چشم، ‌افزايش ضربان، تنگ شدن رگ‌هاي خوني، کاهش فعاليت روده‌اي**-**معده‌اي، افزايش تنفس و اتساع ريه، تحريک غدد فوق کليوي، سرازير شدن خون به عضلات، توقف هضم غذا و خشکي دهان مي‌باشد که در مجموعه موجود زنده را براي مقابله يا فرار آماده مي‌کند. ترشح اپي نفرين[[58]](#footnote-58) و نوراپي نفرين[[59]](#footnote-59) در اين جا نقش اصلي را ايفا مي‌کند (گيردين[[60]](#footnote-60) و اورلي[[61]](#footnote-61)، 2000).

از طرف ديگر شاخه‌ پاراسمپاتيک در جهت ارتقاء آرامش عمل کرده، حافظ تعادل حياتي بدن است و عملکردهاي بالا را به شرايط ثابت طبيعي و بدون استرس برمي‌گرداند (کاهش ضربان قلب، تنفس و غيره) (کرتيس[[62]](#footnote-62)، 1382).

### نظريات مختلف در مورد فشار رواني (استرس)

#### نظريه‌ي سندرم سازش عمومي[[63]](#footnote-63)

سليه (به نقل از آقامحمديان و پاژخ زاده، 1381) با آزمایش‌های مختلف روي موش‌هاي آزمايشگاهي بر آن شد که تأثيرات بيولوژيکي استرس‌هاي مزمن را اندازه‌گيري کند. او با تأکيد بر سيستم غدد مترشحه‌ي داخلي بر اين نظر بود که تحت تأثير هر عامل يا محرکي، تغييرات حفاظتي و سازگار کننده‌اي در موجود زنده روي مي‌دهند که با مداخله‌ي غدد فوق کليوي و هيپوفيز صورت مي‌گيرد. موجودات زنده به واسطه‌ي داشتن رابطه‌ي چند جانبه با محيط بيروني همواره تحت تأثير محرک‌هايي با شدت و کيفيت متفاوت قرار دارند. تغييرات ناشي از تأثير يک محرک داراي دو کيفيت كلي يا موضعي مي‌باشند. اگر محرک به مدت طولاني و به صورت شديد بر موجود زنده اثر کند در آن علاوه بر تغييرات خاص موضعي، تعدادي از تغييرات کلي نيز روي مي‌دهد که داراي ماهيت قالبي مي‌باشد و ربطي به ويژگي‌هاي کيفي محرک‌ها ندارد.

آنچه سليه مورد آزمايش قرار داد، فشارهايي از قبيل کار و فعاليت بيش از حد طولاني، قرار گرفتن در معرض سرما و گرماي شديد، بيماري، فشار خون، صدمات جسماني و وحشت و هراس شديد بود (شهيدي و حمديه، 1381).

سليه (به نقل از سي وارد، 1380) با آزمايش روي موش‌ها، به اين نتيجه رسيد که انطباق‌‌هاي فيزيولوژيکي متعددي در نتيجه‌ تکرار قرار گرفتن در معرض استرس ايجاد مي‌شود که تغييرات عمده‌اي را در بدن ايجاد مي‌کند.

نمونه‌هايي از اين تغييرات عبارت‌اند از:

* بزرگ شدن کورتکس آدرنال[[64]](#footnote-64) (غده‌اي که هورمون‌هاي استرس را توليد مي‌کند)
* پخش شدن هورمون‌هاي استرس به طور مداوم، آزاد شدن کورتيکواستروئيد از کورتکس آدرنال
* انحطاط يا فرسودگي غدد لنفي[[65]](#footnote-65) (غده‌ي تيموس[[66]](#footnote-66)، طحال و گره‌هاي لنفي)
* کاهش قابل ملاحظه‌ گلبول‌هاي سفيد خون
* خون‌ریزی گوارشي، زخم معده و زخم روده
* مرگ موجود زنده

سلیه اين مجموعه تغييرات را سندرم سازش عمومي ناميد، فرايندي که بر اساس آن بدن براي کنار آمدن با استرس تلاش مي‌کند. سليه در جریان بررسي‌هاي خود سه مرحله سندرم سازش عمومي را تشخيص داد:

**مرحله‌ يک بازتاب هشداري:** در اين مرحله يک شوک[[67]](#footnote-67) اوليه کم مقاومت توسط يک شوک و ضربه‌ي متقابل دنبال مي‌شود که طي اين عمل، مکانيسم دفاعي فرد، به کار افتاده و فعال مي‌گردد. در اين مرحله افزايش واکنش فيزيولوژيکي و تغييرات فوري بدني فرد در برخورد با موقعيت استرس‌زا ايجاد مي‌شود (به نقل ازسارافينو، 1384).

**مرحله‌ دو مقاومت:** در مرحله‌ي دوم بدن سعي مي‌کند با عامل تنیدگی‌زا سازگاري ايجاد کند. افت‌وخیز تحريک فيزيکي در حد طبيعي باقي مي‌ماند. اين مرحله، مرحله‌ي تطابق کامل و موفقيت‌آميزي مي‌باشد که طي آن فرد تعادل خود را باز مي‌يابد، امّا اگر فشار ادامه داشته باشد و يا مکانيزم‌هاي دفاعي به کار نيفتد، فرد به مرحله‌ي سوّم مي‌رسد (به نقل ازسارافينو، 1384).

**مرحله‌ سه فرسودگي:** در اين مرحله، فرد به طور مداوم در معرض موقعيت استرس‌زا، قرار مي‌گيرد. تحليل فرسودگي، زماني دست مي‌دهد که يک يا چند اندام مورد هدف قرار گرفته، مقاومتش را از دست مي‌دهد، و نمي‌تواند به وظايف خود عمل کند. در اين شرايط ممکن است اندام مورد نظر از بين برود و با توجه به اين که اندام از بين مي‌رود (مثلاً قلب)، ممکن است باعث مرگ موجود زنده شود (به نقل ازسي‌وارد، 1380).

به طور کلي سليه با نگاه فيزيولوژيستي به پديده‌ي استرس در يک رابطه‌ي محرک و پاسخي بيشتر اثر اين پديده را بر روي تعادل حياتي و چگونگي عملکرد سيستم‌هاي فيزيولوژيکي بدن مثل سيستم غدد درون ريز، سيستم گردش خون و مواردي از اين قبيل بررسي نمود. او معتقد بود که الگوي نامتمايز فعاليت فيزيولوژيکي ذاتاً ناگوار است و مواردي مانند تند شدن ضربان قلب، تند شدن تنفس و افزايش تنش عضلاني، کارکرد تعادل حياتي را مختل مي‌سازد (ريو، 1378).

سليه نقش مهم تفاوت‌هاي فردي را در واکنش به استرس ناديده گرفته است. وي تنها به تجزيه و تحليل استرس‌هايي که شديداً زيان‌آور و مضر هستند پرداخته است. آزمایش‌های او اکثراً بر روي حيوانات انجام گرفته، او عکس‌العمل‌هايي را مي‌سنجد که ارگانيزم در مقابل استرس‌هاي مقاومت‌ناپذير مثل تغييرات شديد محيطي و صدمات جسماني از خود نشان مي‌دهد (شهيدي و حمديه، 1381).

سليه در ابتدا به استرس به عنوان محرک نگاه مي‌کرد ولي بعدها، عقيده‌ي خود را بسط داد و آن را به عنوان پاسخي که يک ارگانيزم مي‌دهد، در نظر گرفت. او اولين كسي بود كه بين واژه‌ي استرس و استرسور تفاوت قائل شد. وي استرس را پاسخي غير اختصاصي در نظر گرفت که مي‌توانست توسط هر تعداد از استرسورهاي محيطي ايجاد شود. واژه‌ي غير اختصاصي اين معني را در نظر دارد که بدن، بدون در نظر گرفتن ماهيت استرسور به تمام آن‌ها به يک روش پاسخ مي‌دهد (کرتيس، 1382).

#### نظريه‌ جنگ يا گريز[[68]](#footnote-68)

کانن در مورد اين که بدن چگونه به فوريت‌ها و حوادث واکنش نشان مي‌دهد، نظرياتي را ارائه داد. وي به واکنش فيزيولوژيکي انسان‌ها و حيوانات در پاسخ به خطر ادراک شده توجه داشت (سارافينو، 1384). کانن در توصيف مکانيزم‌هاي بدن براي برخورد با تهديد به منظور حفظ بقاء، اصطلاح جنگ يا گريز را مطرح کرد و به اين نتيجه رسيد که بدن انسان در برخورد با تهديد، دو اقدام انجام مي‌دهد: حمله و نبرد براي حفظ خود در برابر تهديد و يا فرار به منظور فاصله گرفتن از تهديد. به زبان ساده، پاسخ جنگ يا گريز از چهار مرحله تشکيل مي‌شود:

**مرحله‌ي يک:** محرک از يک يا چند حس يا حواس پنجگانه به مغز فرستاده مي‌شود (مانند فرياد، بوي آتش، طعم زهر، عبور کاميون از مسير حرکت شما).

**مرحله‌ي دو:** مغز محرک دريافتي را تهديد و يا غير تهديد ارزيابي مي‌کند. اگر محرک تهديد آميز ارزيابي نشود، به پايان واکنش يا پاسخ مي‌رسيم؛ اگر محرک تهديدي واقعي ارزيابي گردد آنگاه مغز سيستم‌هاي عصبي و اندوکرين را فعال مي‌کند تا بلافاصله براي دفاع يا گريز آماده شود.

**مرحله‌ي سه:** بدن به صورت فعال و برانگيخته يا گوش به زنگ باقي مي‌ماند تا تهديد به انتهاي خود برسد.

**مرحله‌ي چهار:** با تمام شدن تهديد، بدن به حالت تعادل حياتي باز مي‌گردد که حالتي از آرامش است (به نقل از سي وارد، 1380).

کانن عقيده داشت که سطوح پايين استرس، قابل تحمل مي‌باشد ولي شدت بالا يا استرس مداوم، باعث به هم خوردن تعادل حياتي مي‌شود و اگر ادامه پيدا کند، به سيستم بيولوژيکي آسيب مي‌رساند. نظريه‌ي سندرم سازش عمومي سليه (GAS) و هم چنين نظريه‌ي جنگ و گريز کانن هر دو به پاسخ‌هاي اتوماتيک (خودکار) فرد به استرس‌زاهاي بيروني اشاره دارد و استرس را دقيقاً بر مبناي چارچوب محرک و پاسخ توصيف مي‌کند. آن‌ها معتقدند که فرد پاسخ ثابتي در برخورد با منابع استرس دارد که در آن عوامل روان شناختي نقش کمي دارند. بنابراين اين دو مدل، افراد را به عنوان موجودات منفعلي که به صورت خودکار به دنياي بيروني‌شان پاسخ مي‌دهند، در نظر مي‌گيرند (اگدن[[69]](#footnote-69)، 1996).

#### نظريه‌ي لازاروس

در دهه‌ي 1970، لازاروس، در رابطه با استرس، در فهميدن واکنش استرس، مفاهيم روان‌شناسي را به کار برد (لازاروس و کوهن[[70]](#footnote-70)، 1973 و 1977؛ به نقل از کسيدي[[71]](#footnote-71)، 1999). اين نقش روانشناسي باعث شکل‌گيري مفهومي از ارزيابي شد. لازاروس اين چنين عنوان کرد که استرس، نيازمند رابطه‌ي تقابلي بين افراد و محيط خارجي‌شان مي‌باشد و يک واکنش در صورتي استرس خوانده مي‌شود که حادثه‌ي محيطي، استرس‌زا ارزيابي شود. بنابراين الگوي لازاروس، افراد را به عنوان موجوداتي روان‌شناختي که دنياي بيرون را ارزيابي مي‌کنند و به آن، به صورت منفعلانه، پاسخ نمي‌دهند، توصيف کرد. از ديد او مهم‌ترين متغيرها، وقايع محرک و دشوار و پاسخ‌هاي فيزيولوژيکي فزون‌کار نيستند، بلکه متغيرهاي مهم آن‌هايي هستند که درون فعاليت ذهني فرد قرار دارند (به نقل از ريو، 1378). در نظريه‌ي اوليه‌ي لازاروس، ارزيابي شناختي شامل دو جزء مي‌شود:1) ارزيابي اولیه 2) ارزيابي ثانويه

ارزيابي اولیه به اين صورت است که وقتي شخص با يک موقعيت بالقوه استرس‌زا روبه‌رو مي‌شود، آن موقعيت را از نظر آسيب‌زا بودن براي سلامتي خود بررسي مي‌کند. طبق نظر لازاروس، ارزيابي اولیه از واقعه يا محرک، خود انگيخته است و به صورت ممکن مي‌توان حادثه يا واقعه را ارزيابي نمود. در اين جا شخص سه نوع ارزيابي دارد:

1ـ يا آن موقعيت، ربطي به سلامتي ندارد و نامربوط است، يعني تهديد‌آميز نمي‌باشد.

2ـ موقعيت خوب و بي‌خطر است و مثبت مي‌باشد.

3ـ موقعيت تهديدآميز و آسيب‌زا مي‌باشد: وقايعي که به صورت پراسترس ارزيابي مي‌شوند از 3 جنبه‌ي ديگر مورد ارزيابي قرار مي‌گيرند:

ضرر، تهديد و چالش.

ـ منظور از ضرر يا خسارت، ميزان آسيبي است که تا آن وقت ايجاد شده است.

ـ تهديد يعني زيان‌هايي که احتمال مي‌دهيم در آينده با آن مواجه شويم.

ـ چالش: يعني فرصتي براي رشد کردن و سود بردن.

ارزيابي اولیه خود تحت تأثير دو عامل قرار دارد: 1) خود شخص 2) موقعيت

عوامل شخصي شامل باورها، شخصيت و انگيزش مي‌باشد و عامل دوم يعني موقعيت شامل خانواده و قابليت کنترل و غيره مي‌شود.

ارزيابي ثانويه شامل، ارزيابي دائم افراد از منابع در دسترس براي کنترل و امکانات در دسترس براي کاهش احتمالي آسيب و تهديد مي‌باشد. فرد در ارزيابي ثانويه، از سبک‌هاي مختلف مقابله‌ي خود، ارزشيابي به عمل مي‌آورد. ارزيابي ثانويه لزوماً از نظر زماني، پس از ارزيابي اولیه صورت نمي‌گيرد (به نقل از ايتکن[[72]](#footnote-72)، 1996).

به طور خلاصه، الگوي کلي استرس در نظريه‌ي لازاروس، به اين شکل است که استرس با ادراک واقعه‌ي محرک آغاز مي‌شود. اين واقعه مي‌تواند به صورت‌هاي مختلفي مثل طلاق، گرفتاري‌هاي روزمره يا موقعيت‌هاي مزمن زندگي مثل فقر بروز نمايد. پس از ادراک محرک، فرد دست به ارزيابي اولیه‌ی مناسب که تعیین‌کننده‌ نقش منبع استرس در ايجاد سلامت جسماني و يا آسيب‌زايي آن مي‌باشد، مي‌زند. سپس ارزيابي ثانويه انجام مي‌شود و بعد با توجه به نتايج ارزيابي‌ها، پاسخ‌هاي ارادي و سبک‌هاي کنار آمدن ارائه مي‌شوند. اگر پاسخ‌ها به نحو درست، انتخاب و ارائه شده باشند، استرس و عامل استرس‌زا مهار مي‌شود و حالت تهديد و چالش‌انگيزي خود را از دست مي‌دهد. اگر پاسخ‌ها مناسب نباشد، برانگيختگي دستگاه عصبي خودمختار ادامه مي‌يابد، تا اینکه يا استرس از بين برود و يا اینکه دستگاه عصبي در اثر خستگي ناتوان شود. الگوي تعاملي استرس لازاروس و فولکمن[[73]](#footnote-73) بر نياز به در نظر گرفتن عوامل شناختي، نظير ادراک، در فهم پاسخ استرس تأکيد کرده است (ريو، 1378).

### موضع‌گيري‌هاي نظري در خصوص عوامل استرس‌زا

موقعيت‌ها، شرايط و يا هر محرکي که تهديدي براي انسان تلقي شود، محرک تنش‌زا، نام دارد که ميزان استرس را افزايش مي‌دهد. شمار محرک‌هاي تنش‌زا نه تنها بيش از اندازه زياد است بلکه براي اشخاص مختلف متفاوت عمل مي‌کند (سي وارد، 1380). سليه، محرک را عامل استرس‌زا مي‌نامد و به عقيده‌ي او بايد ميان استرس و عامل به وجود آورنده‌ي آن تفاوت قائل شد. از ديدگاه او عوامل استرس‌زا گوناگون‌اند: سرما، گرما، خستگي، مواد سمي، عفونت، ضربه، اشعه‌ي خورشيد و تکان‌هاي عصبي کارکردي مانند ترس و خشم (به نقل ازلو[[74]](#footnote-74) و لو، 1371). گروهي از دانشمندان، استرسورها را به 3 دسته تقسيم کرده‌اند:

1. **استرسورهاي فيزيولوژيک:** بي‌خوابي يا خستگي مفرط بر اثر کار زياد، نخوردن و غیره.
2. **استرسورهاي بيماري‌زا:** خستگي عصبي، جراحي شدن، زايمان، عفونت‌هاي داخلي، کارهاي بدني خارج از ظرفيت و غیره.
3. **استرسورهاي رواني:** حالات هيجاني شديد و ناراحتي و نگراني‌هاي طولاني، عدم هماهنگي در زندگي زناشويي، زندگي در محيط نامناسب و مملو از کشمکش، فقر اقتصادي، شغل‌هاي پر مسئولیت و غيره (به نقل از واعظي، 1384).

دو مقوله‌ي عمده از استرسورها، استرسورهاي فيزيکي و روان شناختي هستند. استرسورهاي فيزيکي، حوادثي هستند که تهديد فيزيکي مستقيم بر سلامت فرد دارند، مانند گرما، سرما، عفونت و مواد سمي. استرسورهاي روان شناختي حوادثي هستند که با هيجانات ما درگير مي‌شوند که اين به ادراک ما از آن‌ها برمي‌گردد (لوالو، 1985؛ به نقل از بيکرچ[[75]](#footnote-75) و همکاران، 1999).

ما با انواع متفاوتي از استرسورها، مواجه مي‌شويم. بعضي محيطي هستند (سموم،گرما، سرما)، بعضي روان شناختي (تهديدهايي براي عزت نفس، افسردگي)، بعضي جامعه شناختي (عدم استخدام، مرگ يک عزيز) و بعضي ديگر فيلسوفانه (استفاده از زمان، هدف در زندگي) مي‌باشند (گرينبرگ[[76]](#footnote-76)، 2002).

### استرس و بيماري (پيامدهاي استرس)

استرس، حالت هيجاني را آشفته مي‌سازد، به فعاليت‌هاي شناختي، آسيب مي‌رساند و تعادل حياتي بدن را مختل مي‌کند. اختلال هيجاني به صورت احساس اضطراب، زودرنجي، خشم، افسردگي و احساس گناه است. اضطراب و افسردگي شايع‌ترين اختلال هيجاني است. به طوري که اضطراب به صورت هيجان انتظاري و افسردگي به صورت هيجان بعد از کنار آمدن ايجاد مي‌شود. رابطه‌ي ميان استرس و ناخوشي موضوع جديدي نيست. پلتير[[77]](#footnote-77) (1977) نقل از ريو(1378) به اين نتيجه رسيد که 50 تا 70 درصد تمام بيماري‌ها و ناخوشي‌ها با استرس در ارتباط هستند. در اين زمينه بعضي از محققان مانند زيکا[[78]](#footnote-78) و چمبرلين[[79]](#footnote-79) (1987) نقل از ريو (1378) پس از انجام مطالعاتي متوجه شدند که افرادي که گرفتاري‌هاي روزانه (منابع استرس) زياد و شديد داشتند به مراتب، اضطراب و ناکامي بيشتري را گزارش مي‌کنند. همچنين استرس علاوه بر اين که بر تهييج‌پذيري تأثير دارد،‌ اختلال شناختي را نيز به دنبال دارد و در موقعيت استرس، الگوي تفکر شخص اغلب آشفته است. حافظه‌ برخي اوقات دچار فراموشي مي‌شود، تمرکز، آسيب مي‌بيند و فرد را دچار نگراني و خود سنجی منفي مي‌کند. علاوه بر آسيب‌رساني استرس به هيجان و شناخت، استرس، اختلال فيزيولوژيکي نيز ايجاد مي‌نمايد. استرس ممکن است بر سيستم ايمني تأثير بگذارد و توانايي ارگانيزم در دفاع از خود در مقابل ميکروب‌ها را به خطر اندازد. استرس باعث فزون‌کاري دستگاه عصبي سمپاتيک مي‌شود و اين عامل از طريق فزون‌کاري هورمون‌ها و اعضاي ديگر، اختلال فيزيولوژيکي توليد مي‌کند (جموت[[80]](#footnote-80) و لاک[[81]](#footnote-81)، 1984؛ به نقل از ديماتئو[[82]](#footnote-82)، 1378).

### چه عواملي موجب مي‌شود که موقعيتي را پراسترس ارزيابي کنيم؟

لازاروس و فولکمن (1984، به نقل از لاویباند و لاویباند، 2005) بيان مي‌كنند كه ارزيابي وقايع به عنوان پراسترس به 2 گروه از عوامل بستگي دارد. عواملي که مربوط به فرد است و عواملي که مربوط به موقعيت است:

عوامل فردي شامل ويژگي‌هاي شخصيتي، هوشي و انگيزشي فرد مي‌باشد. در مورد انگيزه مي‌توان گفت که هر چه هدف، بيشتر در معرض خطر قرار گيرد و مهم‌تر باشد، فرد ميزان استرس را بيشتر ارزيابي خواهد کرد. مورد ديگر زمينه‌ي باورهاي فرد است. همچنان که اليس ذکر مي‌کند، باورهاي غير منطقي، بسياري از مردم موجب افزايش استرس آن‌ها مي‌شود. وقايعي که ملزومات شديدي را مي‌طلبد و امکان وقوعشان در آينده‌ي نزديک مي‌رود، پراسترس برآورد مي‌شوند.

يکي ديگر از عوامل استرس‌زا(موقعيتي)،گذارهاي زندگي هستند که شامل تغيير محل زندگي، شاغل شدن، ازدواج و غيره مي‌شوند (کوييک و کوييک[[83]](#footnote-83)، 1984؛ به نقل از پورگنابادي، صفاري و خزايي، 1386).

## موضع گیری نظری در خصوص‌ افسردگی

اختلال افسردگی اساسی[[84]](#footnote-84) زندگی میلیون­ها نفر در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار داده است (کاپلان و سادوک (1388). نتايج حاصل از مطالعات همه­گيري‌شناسي، افسردگي را شايع­ترين اختلال روان‌پزشكي گزارش نموده­اند (سگال، 2002)، اين در حالي است كه اين اختلال در بيشتر موارد مزمن و عود كننده مي‌باشد (کنی[[85]](#footnote-85)، 2007). علاوه بر اين، به اين دليل كه به طور تقريبي دو سوم از بيماران افسرده به خودكشي مي­انديشند و 10 تا 15 درصد آن‌ها از اين طريق به زندگي خود خاتمه مي­دهند (کاپلان و سادوک، 1388)، همواره در حيطه برجسته‌ترین معضل بهداشت روان مطرح بوده است. اين اختلال چهارمين عامل عمده بار بيماري­ها است كه به تنهايي بزرگ‌ترین سهم بار بيماري­هاي غیر کشنده را در جهان به خود اختصاص مي­دهد. مطالعات همه‌گیری‌شناسی كه در سطح ملي، منطقه­اي و در گروه‌های خاص در ايران انجام شده­اند، نشان مي‌دهند كه اختلالات رواني به ويژه افسردگي يكي از بيماري­هاي رايج در ايران است (مدبرنیا، 1387).افسردگي با علائمی از جمله از دست دادن انرژي و علاقه، احساس گناه، ضعف تمركز، تغييرات اشتها و افكار مرگ يا خودكشي همراه است. اختلال افسردگي اساسي مي‌تواند بدون سابقه از دوره‌هاي مانيا، مختلط يا هيپوماني رخ دهد. دوره افسردگي اساسي بايد حداقل دو هفته طول بكشد (منتظری، 1390).

بررسی‌ها نشان داده است كه افسردگي به طور معني­داري با كاهش قابل توجه عملكردهاي اجتماعي و همچنين بهره‌وری شغلي افراد ارتباط دارد (هایمَن[[86]](#footnote-86)، 2006).

### شیوع افسردگی

شیوع طول عمر [[87]](#footnote-87) این اختلال را در مردان 15 % و زنان تا 25 % تخمین زده‌اند. با وجود اینکه رویکردهاي درمانی گوناگونی براي کنترل این اختلال وجود دارد، شیوع آن همچنان بالاست. عود [[88]](#footnote-88) دوره‌هاي افسردگی اساسی سهم زیادي در میزان بالاي شیوع دارد؛ پژوهش­ها نشان داده­اند میزان عود افسردگی اساسی پس از یک سال 50% و پس از دو سال (75-60) % است. این میزان شش برابر بیشتر از میزان بروز [[89]](#footnote-89) اختلال افسردگی اساسی است (هامن [[90]](#footnote-90)، 2001).

### نظریه­های مرتبط با افسردگی

برخی نظریه پردازان شناختی دوره­هاي عود افسردگی اساسی را در چارچوب نظریه خود توجیه کرده‌اند؛ از میان این نظریه­ها می­توان به الگوي تجدید نظرشده نظریه درماندگی آموخته شده[[91]](#footnote-91) (آبرامسون[[92]](#footnote-92)، 1978)، مهارت­هاي جبرانی[[93]](#footnote-93) (باربر[[94]](#footnote-94)، 1989)، فرضیه اثر زخم[[95]](#footnote-95) (لوینسون[[96]](#footnote-96)، 1981) و نظریه فراشناختی [[97]](#footnote-97) ولز [[98]](#footnote-98) (1999)، فرضیه فعال­شدگی متمایز [[99]](#footnote-99) تیسدل [[100]](#footnote-100)(1988) و نظریه شناختی بک (کلارک[[101]](#footnote-101)، 1999) اشاره کرد. دو مورد اخیر از اصل­ترین نظریه­هاي عود افسردگی هستند.

طبق نظریه تیسدل هنگامی که فرد دچار افسردگی می­شود، همراه با علائمی از قبیل خلق افسرده، وجود افکار منفی را نیز تجربه می­کند. در طی دوره افسردگی، این علائم (از جمله خلق منفی) با افکار و شناخت‌هاي افسرده گونه تداعی پیدا می­کنند، به طوري که وجود هر یک می­تواند دیگري را نیز ایجاد کند. هنگامی که فرد به هر دلیلی خلق منفی را تجربه کند، به علت وجود تداعی مذکور، افکار و شناخت‌هاي افسردگی زا نیز ایجاد می‌شوند (سگال، 2002). در حقیقت، تجربه یک خلق منفی مختصر می‌تواند یک دوره افسردگی تمام عیار را ایجاد کند، چون این خلق منفی سازه­هاي مرتبط با خلق منفی [[102]](#footnote-102) را فعال کرده و باعث می‌شود که فرد آن خلق منفی را به عنوان یک تجربه آزارنده و غیر قابل کنترل تفسیر کند (کلارك، 1999). به بیان دیگر، وجود دوره‌های قبلی افسردگی در افراد بهبود یافته باعث می­شود که در طی دوره‌های غمگینی خفیف[[103]](#footnote-103)، دسترسی به طرح واره‌هاي منفی و پردازش افسرده گونه[[104]](#footnote-104) افزایش یابد. در حالی که فردي که سابقه افسردگی ندارد در طی این دوره‌ها به چنین طرح واره­هایی دسترسی ندارد، چون آن‌ها فقط با تجارب افسردگی قبلی تداعی می­شوند. همچنین، تیسدل (1988) بر این باور است که ناراحتی و نگرانی فرد افسرده درباره ماهیت و پیامدهاي افسردگی سبب ایجاد «افسردگی به خاطر افسردگی[[105]](#footnote-105)» می‌شود.

بر پایه الگوي شناختی بک، آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی با نگرش­ها یا فرضیه­هاي ناکارآمد ارتباط دارد، به ویژه فرضیه‌هایی که در آن‌ها ارزشمندي فرد به تأیید دیگران یا موفقیت در کارها وابسته است (بک، 1992). بک بر این باور است که ارزیابی بیماران افسرده در مورد خود، دنیا و آینده منفی است. بر پایه این الگو، فرد در طی دوران رشد و در اثر مواجهه با رویدادهاي منفی، فرض‌ها یا باورهاي بنیادي درباره خود و دنیا ایجاد می‌کند. این فرض‌ها و باورهاي بنیادي در سازمان‌بندی ادراك، کنترل و ارزیابی رفتار به کار می‌رود. برخی از این فرض‌ها ناکارآمد، انعطاف‌ناپذیر و افراطی و در برابر تغییر مقاوم هستند. این سازه­هاي شناختی ناکارآمد، پنهان و نافعال هستند، اما زمانی که یک رویداد منفی از جنس این فرض‌ها رخ می‌دهد، آشکار و فعال می­شوند. فعال شدن فرض‌ها به ایجاد افکار منفی خود‌آیند و سپس سایر نشانه‌هاي افسردگی می‌انجامد. نشانه­هاي افسردگی نیز افکار منفی خودآیند را شدت می­‌بخشند. به این ترتیب، بر پایه نظریه بک، افرادي که باورهاي ناکارآمد دارند، نسبت به عود افسردگی آسیب‌پذیر هستند. از سوي دیگر از آنجا که باورهاي بنیادي ناکارآمد در اثر تجربه‌هاي دردناك شکل می­گیرند و دوره‌هاي افسردگی نیز تجربه‌اي دردناك به شمار می‌آیند، افراد افسرده در اثر تجربه دوره­های چندباره افسردگی، باورهایی درباره افسردگی و پیامدهای آن تجربه می‌کنند. رویدادهایی که این باورهای بنیادی را فعال می‌کنند، از جنس نشانه‌های افسردگی (مانند خلق منفی، بی‌لذتی، کاهش یا افزایش خواب و اشتها، تمرکز نداشتن و خستگی) است.

افسردگي علاوه بر يك اختلال خلقي در قالب يك خصیصه‌ی شخصيتي نيز قابل بررسي است. خصيصه‌ها، گرایش‌هایی براي نشان دادن الگوهاي ثابت افكار، احساسات و اعمال هستند. خصيصه­ها در جمعيت عمومي به طور پيوسته توزيع شده‌اند و معمولاً توزيع آن‌ها شبيه يك منحني نرمال يا زنگوله‌ای شكل است (ویچیانسون، 2010). بررسی‌ها نشان داده است که علائم افسردگی با خصایص روان‌رنجوری و گشاده‌رویی در برابر تجارب مختلف، ارتباط مثبت و با خصیصه برونگرایی، ارتباط منفی دارد. بحث درباره خصیصه­ها زیرمجموعه­ای از مطالعه در مورد تفاوت­های فردی در شخصیت است. برخی خصیصه‌ها ممکن است به ارث رسیده باشند، برخی ممکن است توسط والدین ایجاد شده باشند و برخی ممکن است از تجربه آموخته شده باشند. اما منشأ خصایص شخصیتی هر چه باشد، خصیصه­ها می­توانند اندازه‌گیری شوند و برای پیشگویی کردن معیارهای مهم زندگی مورد استفاده قرار گیرند (ویچیانسون، 2010).

### درمان شناختی-رفتاری در بیماران افسرده

برای درمان اين اختلال رويكردهاي متفاوتي وجود دارد. در رويكرد روانپزشكي، درمان دارويي به عنوان خط مقدم درمان اين اختلال تلقي مي‌شود. اما رويكردهاي ديگر، مانند رويكرد شناختي– رفتاري افسردگي، بر ديدگاه فرد درباره خود و جهان اطراف خود تأکید دارد. بر اساس درمان شناختي– رفتاري، تجارب افراد به تشكيل فرض‌ها و يا طرح واره‌هايي درباره خويشتن و جهان مي‌انجامد و اين فرض يا طرح ­واره‌ها، بر سازمان‌بندی ادراكي و كنترل و ارزيابي رفتار تأثیر مي­گذارند و منجر به افسردگي مي­گردند (منتظری، 1390).از نظر بك، افسردگي نتيجه اختلال در فرآيندهاي شناختي و تفسير غلط بيمار از رويدادهاي اطراف خود مي‌باشد. از نظر او، درمان شناختی–رفتاري، بيماران را به حل فعالانه مسائل و درگيري جرئت‌مندانه در محيط تشويق و بر توانايي فرد جهت تفسير و تغيير مناسب رويدادها تأكيد مي­نمايد (بک، 1967). اگر چه، دارو درماني از درمان‌هاي تثبيت شده در درمان افسردگي اساسي هستند، اما نتايج درمان، به عوامل جنبي ديگري نيز وابسته است (ویچیانسون، 2010).

در يك مطالعه فرا تحلیل مبني بر مقايسه درمان شناختي–رفتاري با درمان‌هاي ديگر، نتايج نشان داد، مزيت دارو درماني به هزينه كمتر و سرعت پاسخ به درمان و اثر‌بخشي سريع­تر آن روي علائم جسماني و خلقي مي‌باشد. اما درمان شناختي–‌رفتاري، تأثیرات عميقي بر ساختار شناخت و نظام پردازش شناختي و هيجاني عميق بيمار از خود باقي مي­گذارد (وامپولد[[106]](#footnote-106)، 2002)

فرا تحلیل جدیدی از 22 مطالعه پیشنهاد كرده است كه اثر پیشگیرانه درمان شناختی-رفتاری به عنوان بهترین پیشنهاد درمانی برای اختلال افسردگی حاد در ورای جلسات درمان نیز حفظ می­گردد (نولن[[107]](#footnote-107)، 1991) و می­توان درمان شناختی-رفتاری را به عنوان خط اول درمان مرحله نگهداری اختلال افسردگی در نظر گرفت (کِلِر[[108]](#footnote-108)، 1998). درمان شناختی-رفتاری به طور خاص آسیب­پذیری صفت و استعداد برای افسردگی را با خطاب قرار دادن طرحواره شناختی ناكارآمد (نگرش‌های ناكارآمد) كه دلالت بر وقوع مجدد افسردگی دارند، تعدیل می­نماید (کونرادی[[109]](#footnote-109)، 2008).

## مبانی نظری رویکرد شناختي-رفتاري

رشد و تکامل رویکرد شناختي ـ رفتاري در سه مرحله روي داد: ابتدا رفتار درماني در بريتانيا و ایالات‌متحده، به طور مستقل اما موازي در دوره زماني 1970-1950 پديد آمد. در مرحله دوم، از نيمه سال‌هاي 1960 به بعد شناخت­درماني در ایالات‌متحده آمريکا آغاز گرديد و در مرحله سوم پيوند درمان‌هاي شناختي و رفتاري در قالب رفتاردرمانی شناختي حرکتي را در سال‌هاي پاياني دهه 1980 ايجاد کرد. اکنون بيش از سه دهه است که افزايش قابل ملاحظه‌اي در گرايش به درمان شناختي-رفتاري به وجود آمده است (فری، 1388).

نظريه لانگ[[110]](#footnote-110) درباره‌ي نظام «سه پاسخي[[111]](#footnote-111)» شالوده لازم را براي پذيرش مفاهيم شناختي در رويکرد رفتاري فراهم آورد. در زمينه روانشناسي رفتاري اهميت متغيرهاي شناختي بيش از پيش مورد توجه قرار گرفت. کارهاي بندورا[[112]](#footnote-112) درباره يادگيري مشاهده‌اي مخصوصاً در عطف توجه به عوامل شناختي، در رفتار درماني مهم بودند. شايد نخستين رويکرد تمام عياري که علاقه پژوهشگران رفتاري را برانگيخت تعليم خودآموزي مايکنبام[[113]](#footnote-113) باشد. شهرت اين رويکرد بر اساس نظريه آن و شباهت آن به مفهوم رفتار کنشگر ذهني در چارچوب نظريه کنشگر قرار مي‌گيرد (رایلی و شاپ شایر، 1390).

لازم به تذکر است که تا اواخر دهه 1970 رفتاردرمان‌گران علي‌رغم اينکه تمام سعي خود را مي‌کردند در بعضي از موارد سودي نمي‌بردند. مثلاً بيش از پيش روشن شد که مشکلات وابسته به پذيرش درمان از سوي بيماران را نمي‌توان به سادگي به «انگيزه ضعيف» در بيمار نسبت داد. اين مسئله و همچنين کوشش براي ارائه نظريه‌ها و متوني که بشود آن‌ها را در درمان ساير مسائل رواني به کار گرفت زمينه را براي پذيرش اهميت شناخت و لزوم پرداختن به آن در جلسه‌هاي درماني از سوي بسياري از درمانگران، از جمله رفتارگرايان فراهم ساخت. از طرفي ديگر اليس و بک هر دو ارزشمندي رفتار­درماني را به رسميت شناختند و به همين سبب رفتاردرمان‌گران نسبت به چارچوب‌هاي شناختي روي خوش نشان دادند و شيوه آن‌ها که پيش از اين به مثابه مخالف مورد نظر بود به عنوان مکمل تلقي گرديد (لاپشین، اوکانر، لانکتوت و فینشتاین[[114]](#footnote-114)، 2013).

رویکرد شناختی-رفتاری در اواخر دهۀ پنجاه میلادی در کشورهای غربی مطرح شد و برای درمان بسیاری از مشکلات روان شناختی و اختلالات روانپزشکی، از کنترل خشم و اختلالات اضطرابی و خلقی گرفته تا درمان اسکیزوفرنی به کار رفت. یافته‌های علمی متعددی که طی این سال‌ها به دست آمده، درمان شناختی-رفتاری را به عنوان روش کارآمد در درمان برای بسیاری از مشکلات روان شناختی و اختلالات روانپزشکی مطرح کرده است. همان طور که اویی[[115]](#footnote-115) در کتاب خود در سال 1998 مطرح کرده است، درمان شناختی-رفتاری، نه تنها در کشورهای غربی پذیرفته شده و به کار می‌رود، بلکه در کشورهای آسیایی به خصوص چین، هند، پاکستان، تایلند و اندونزی نیز جایگاه ویژه‌ای یافته است. واقعیت این است که برای کاربرد شناخت درمانی در آسیا، مشکلات فلسفی، فرهنگی و سیاسی بسیاری وجود دارد. با وجود این، یافته‌های به دست آمده (هرچند در حد آزمایشی) به طرز امیدوارکننده‌ای نشان‌دهنده‌ی مؤثر بودن آن هستند. در حال حاضر متخصصان بالینی و پژوهش گران، بر اساس یافته‌های علمی پذیرفته‌اند که شناخت درمانی به عنوان یک رویکرد روان درمانی کارآمد مبتنی بر شواهد، در کاهش رنج افراد و مشکلات روانی، مؤثر است(فری، 1388).

### تعریف آموزش شناختي-رفتاري

**«** شناخت[[116]](#footnote-116)» از مباحث عمده در زمينه رشد انسان تلقي مي‌شود. اين واژه مفهوم جامع و گسترده‌اي است و به فعاليت‌هاي ذهني‌ای اطلاق مي‌شود که در اکتساب، پردازش، سازمان‌بندي و استفاده از دانش دخالت دارد. واژه شناخت اين فرايندهاي عمده را در برمي‌گيرد: کشف کردن، تعبير و تفسير، رده‌بندي، به خاطر آوردن اطلاعات، ارزيابي مفاهيم، استنتاج اصول و استنباط قوانين، به تصور در آوردن امکانات، ايجاد راهبردها، خيال‌پردازي و رؤيا (ماسن[[117]](#footnote-117) و همکاران، 1385).

کلمه شناختي[[118]](#footnote-118) در مفهوم بسيار کلي آن به همه فرايندهايي اطلاق مي‌شود که تفکر را ممکن مي‌سازد. محتويات و محصولات اين فرايندها خود نيز از اجزاء شناخت محسوب مي‌شود. «رفتار» واژه کليدي ديگر در اين پژوهش مي‌باشد. ساده‌ترين تعريفي که مي‌توان از رفتار به دست داد اين است که گفته شود رفتار يعني عملي که از فرد سر مي‌زند يا سخني که بر زبان مي‌آورد. اما در روانشناسي رفتاري اين اصطلاح دقيق‌تر تعريف شده است: «هر فعاليتي که ارگانيسم انجام می‌دهد و به وسيله ارگانيسمي ديگر و يا يک ابزار اندازه‌گيري قابل مشاهده يا اندازه‌گيري است» (اودونهو و فیشر[[119]](#footnote-119)، 2010).

آموزش شناختی-رفتاری شامل روش‌هاي گوناگوني است که وجه مشترک همه آن‌ها تأکيد بر نقش فرايندهاي شناختي و رفتاري در شکل‌گيري و تداوم اختلال‌هاي روان شناختي است. در اين رويکرد درماني با بهره‌گيري از شيوه‌هاي آزمايشي مبتني بر رفتارگرايي و شناخت‌گرايي به درمان و بهبود الگوهاي پاسخ‌دهي پرداخته مي‌شود. همچنين در آموزش شناختی-رفتاری بر کاهش فراواني و شدت پاسخ‌هاي سازش نيافته درمان‌جويان و آموزش مهارت‌هاي نوين شناختي و رفتاري در راستاي کاهش رفتارهاي ناخواسته و افزايش رفتارهاي سازش ­يافته‌تر تأکيد مي‌شود (زارب[[120]](#footnote-120)، 1386).

آموزش شناختي-رفتاري يک مداخله مشکل‌مدار است که تعاريف شناختي، اسنادهاي غلط و عزت‌نفس پايين را مورد توجه قرار می‌دهد. هدف درمان اين است که نگرش‌هاي خود محکوم کننده[[121]](#footnote-121) را کاهش دهد و اسنادهاي مثبت را افزايش داده و مهارت‌هاي مقابله‌اي را بهبود بخشد.

رویکرد شناختی-رفتاری بر مدل پردازش اطلاعات استوار است و می‌گوید«هنگام مواجهه با ناراحتی‌های روان شناختی، نحوه تفکر فرد انعطاف ناپذیر و تحریف می‌شود، قضاوت او بیش از حد تعمیم یافته و مطلق می‌گردد و باورهای پایه ای فرد دربارۀ خود و دنیا قطعی و تثبیت شده می‌شود» (لاپشین[[122]](#footnote-122) و همکاران، 2013).

در رویکرد شناختی-رفتاری، مسیر متداول برای آغاز حل مسئله این است که فرد، افکار و باورهای ناکارآمد خود را شناسایی کرده و تغییر دهد، زیرا این افکار و باورها بر چهار جنبه تجارب زندگی تأثیر مهمی دارد. مطلب مهم در شناخت درمانی این است که تغییرات شناختی برای تغییر فرآیندهای انسان اهمیت زیادی دارند. بنابراین اگر بهبود رفتاری و هیجانی به دست آید و اگر به شکل ساده با رویدادهای نامطلوب برخورد شود، شناخت بازسازی می‌گردد (یعنی، افکار و باورها تغییر می‌کنند). انطباق میان آسیب‌پذیری خاص یک فرد (مثلاً فرد خود را ارزشمند نمی‌داند مگر اینکه دوستش بدارند) و یک رویداد خاص در زندگی که منعکس‌کننده باورهای میانجی است (مثلاً اگر شریک زندگی فرد او را ترک نماید، احساس افسردگی می‌کند) توسط بک[[123]](#footnote-123)(1987) در قالب یک مفهوم کلیدی یعنی مدل استرس-آمادگی[[124]](#footnote-124) بیان شده است که در این مدل، استرس اشاره به رویدادهای نامطلوب زندگی (عوامل تسریع‌کننده) و آمادگی اشاره به آسیب‌پذیری شناختی (عوامل مستعد کننده) دارد (به نقل از عاشوری، 1388).

### ويژگي‌هاي آموزش شناختي-رفتاري

آموزش شناختي-رفتاري يک رويکرد مشارکتي[[125]](#footnote-125) است. درمانگر و بيمار به طور مشترک در مورد اهداف درماني مناسب، نوع درمان، آموزش مهارت‌ها، نحوه مشارکت افراد ديگر در برخي جلسات، ماهيت تکاليف خارج از جلسات درمان و غيره تصميم مي‌گيرند. اين رويکرد نه تنها ايجاد رابطه‌ی درماني خوب و اجتناب از موضع منفعلانه را در درمانگر تقويت مي‌کند، بلکه سودمندي و متناسب بودن درمان با وضعيت بيمار را تضمين مي‌نمايد (هالون[[126]](#footnote-126)، 2009).

برخي از ويژگي‌هاي رويکرد شناختي-رفتاري به شرح زير مي‌باشد:

1ـ درمان کوتاه مدت است (کمتر از 20 جلسه).

2ـ درمان ساختار يافته است و از يک طرح تحولي از پيش آماده شده استفاده مي‌کند.

3ـ توجه روي مسائل کنوني است.

4ـ بيمار ترغيب به خود­ مشاهده‌گري افکار و رفتار خويش مي‌شود.

5ـ تکاليف خانگي به وسيله درمانگر ارائه مي‌شود و در جلسات بعدي مرور مي‌گردد.

6ـ هدف درمان افزايش مهارت‌هاي بيمار در برابر مشکلاتش است.

7ـ مسئله ‌مدار بوده و به جاي تأکيد بر منشأ مشکل، متمرکز بر عوامل نگهدارنده (تداوم بخش[[127]](#footnote-127)) است.

8 ـ بر اساس روش استقرايي بنا شده است که در آن بيمار مي‌آموزد تا افکار و باورها را به عنوان پديده‌هايي بنگرد که بايد اعتبار آن‌ها مورد آزمون قرار گيرد.

9ـ تکنيک‌هاي موجود در رفتاردرمانی شناختي جهت‌گيري تربيتي دارند، به اين معنا که مهارت‌ها از طريق عملي ياد گرفته مي‌شوند و از طريق تکاليف خانگي به محيط بيمار انتقال مي‌يابند (فري، 1388).

فنل[[128]](#footnote-128) (1989؛ فری، 1388) ویژگی‌های زیر را برای درمان شناختی-رفتاری ذکر می‌کند:

\* بر یک مدل شناختی قابل فهم از اختلالات هیجانی مبتنی است نه مجموعه‌ای درهم و برهم از روش‌هایی فاقد منطق؛

\* بیمار به عنوان عضو گروه درمان و به منظور حل مشکل، در درمان شرکت می‌کند؛

\* بیمار، برای کشف مهارت‌های کمک به خود[[129]](#footnote-129) در محدوده‌ی زمانی کوتاه و مشخصی، تشویق می‌شود؛

\* دارای جهت و ساختار بودن درمان؛

\* نگرش برخورد با مشکل با تمرکز بر عوامل نگهدارنده‌ی مشکلات، به جای ریشه‌یابی آن‌ها؛

\* تکیه‌بر پرسش و پاسخ و کشف هدایت شده به جای سخنرانی، تشویق، یا بحث کردن؛

\* استفاده از روش‌های استقرایی[[130]](#footnote-130)، به طوری که بیماران یاد می‌گیرند افکار و باورهایی را بیابند که قابل آزمون باشند؛

\* فنون آموزشی درمان شناختی-رفتاری، به شکل مهارت‌هایی هستند که با تمرین یاد گرفته می‌شوند و به محیط زندگی بیمار، انتقال می‌یابند.

### کاربرد آموزش شناختي-رفتاري در قالب گروه

با توجه به اينکه مي‌توان تعامل رفتار و افکار شخص را در موقعيت‌هاي مختلف بهنجار و نابهنجار مشاهده کرد و نيز با توجه به اينکه در بسياري از مواقع خود شخص قادر نيست به نحوي رابطه بين اين دو بعد را تشخيص دهد و نيازمند کمک از طرف يک ناظر بيروني است لذا مي‌توان اصول رویکرد شناختي-رفتاري را در موقعيت‌هاي گروهي و براي جمعيت‌هاي متفاوت مورد استفاده قرار داد و گروه درماني­ شناختي-رفتاري را به شکل فعال و اثرگذار به وجود آورد. آموزش گروهی شناختي-رفتاري جزء روش‌هاي هدايت‌گر، آموزشي و کلامي در روان‌درماني است و سعي دارد شيوه‌ي نگرش و تفکر شخص را در مورد مسائل و مشکلات خود با کنکاش و چالش رفع نمايد و براي رسيدن به اين هدف نه تنها خود درمانگر بلکه ساير افراد حاضر در جلسه نيز تلاش مي‌نمايند (کولانی و ورنر[[131]](#footnote-131)، 2005).

یک راهبرد اصلی برای مؤثرتر کردن درمان، ارائه درمان در گروه است. شاید اولین فردی که به طور جدی به این کار پرداخت، ماکسول جونز[[132]](#footnote-132) روانپزشک بود که طی جنگ جهانی دوم، متوجه کمبود نیروی کافی برای درمان سربازان مبتلا به روان آزردگی جنگ شد و از طرفی متوجه شد که می‌توان این افراد را به شکل کاملاً مؤثری در گروه­ها درمان کرد. برای درمان‌های انسان گرایانه[[133]](#footnote-133)، گشتالت درمانی و تحلیل تبادلی[[134]](#footnote-134)، گروه­هایی شکل گرفتند، با شکل­گیری رفتاردرمانی در ابتدای دهه 60، کوشش­های موفقیت­آمیزی برای حساسیت­زدایی منظم در گروه، آغاز شد. همین حالت برای شناخت درمانی هم اتفاق افتاد. دو نقطه‌ی عطف در توسعه شناخت درمانی، عبارت بودند از انتشار اولین مطالعه پیامد درمان در 1977(راش، بک، کوواکز و هالون[[135]](#footnote-135)، 1977) و راهنمای درمانی(بک، راش، شاو[[136]](#footnote-136) و امری[[137]](#footnote-137)، 1979). از آن زمان، درمان شناختی-رفتاری به روان درمانی غالب در اغلب کشورهای غربی، تبدیل شده است و از آن به عنوان چهارچوبی برای بسیاری از درمان‌های معتبر تجربی استفاده می‌شود (به نقل از فری، 1388).گروه درمانی، یکی از شیوه‌های برخورد با اشخاصی است که دچار مشکلات عاطفی و سازشی هستند. این نوع درمان برای تجدید سازمان نیروهای روانی دارای اهمیت بسزایی است(سیف، 1388).

## موضع­گیری­های نظری در خصوص درمان فراشناختی

### تاریخچه و تعریف

روان­شناسی شناختی، پیشرفت پرشتاب خود را از نیمه دوم قرن بیستم آغاز کرد و در شرایطی اوج گرفت که مخالفان سرسختی مثل واتسون در برابر آن قد علم کرده بودند. اما روانشناسی فراشناخت، حوزه اندیشه‌گری نوینی است که پیشنیه‌ی آن به حدود دهه‌ی 1970 می­رسد. واژه‌ی «فراشناخت[[138]](#footnote-138)» که نخستین بار توسط فلاول[[139]](#footnote-139) (1979) به کار برده شد، به فرآیند «تفکّر درباره‌ی تفکّر» و دانش در مورد اینکه «چه می‌دانیم» و «چه نمی‌دانیم» اطلاق می‌شود. مطالعه‌ی فراشناخت در ابتدا در حیطه‌ی روان‌شناسی رشد آغاز شد و به دنبال آن به حوزه‌های دیگر از جمله روان‌شناسی حافظه، پیری و همچنین روان‌شناسی عصب شناختی گسترش یافت (سولم، مایرز، فیشر، وگل و ولز[[140]](#footnote-140)، 2011). اخیراً فراشناخت به عنوان پایه و اساس بسیاری از مشکلات روان شناختی مورد بررسی قرار گرفته است. فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است که شامل دانش[[141]](#footnote-141) (باورها)، فرآیندها[[142]](#footnote-142) و راهبردهایی[[143]](#footnote-143) است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کنند. فراشناخت را می‌توان به سه حیطه‌ی دانش فراشناختی[[144]](#footnote-144)، تجربه‌های فراشناختی[[145]](#footnote-145) و راهبردهای فراشناختی[[146]](#footnote-146) تقسیم کرد. فراشناخت عبارت است از هر نوع دانش یا فرآیند شناختی که در آن ارزیابی، نظارت یا کنترل شناختی وجود داشته باشد(فلاول و میلر[[147]](#footnote-147)، 2003).

از یک نظر، آن را می‌توان به عنوان یک جنبه‌ی عمومی از شناخت در نظر گرفت که در تمام فعالیت‌های شناختی نقش دارد. برخی از جنبه‌های خاص فراشناخت با اختلالات روان شناختی رابطه دارد. نظریه و تحقیق در مورد فراشناخت عمدتاً از طریق کار در روانشناسی رشد شناختی، نوروسایکولوژی، عملکرد حافظه و سالمندی توسعه یافته است. عواملی که تفکر را کنترل می‌کنند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند. این عوامل اساس نظریه فراشناختی می­باشند. فراشناخت شامل عوامل شناختی درونی است که تفکر را کنترل، نظارت و ارزیابی می­کند. فراشناخت به سه زیر گروه تقسیم می‌شود: دانش فراشناختی (مثل، من باید نگران باشم تا بتوانم با موقعیت مقابله کنم)، تجربه فراشناختی (مثل، احساس دانستن) و راهبردهای فراشناختی (مثل راه­های کنترل افکار خاص) (ولز، 1385).

دانش فراشناختی به باورها و نظریاتی اطلاق می‌شود که افراد در مورد تفکّرشان دارند، مانند باورهای فرد در مورد کارایی حافظه یا قدرت تمرکز خود. نمونه‌هایی از باورهای فراشناختی از این قرارند: «نگرانی می‌تواند موجب حمله‌ی قلبی شود»، «اگر بر خطر متمرکز شوم، از آسیب احتمالی مصون خواهم بود»، «ناتوانی در کنترل افکارم، نشانه‌ی ضعف من است»، «حافظه‌ی ضعیفی دارم» (فیت و ریس[[148]](#footnote-148)، 2012).

تجربه‌ی فراشناختی به ارزیابی‌ها و احساسات خاصی اطلاق می‌شود که افراد درباره‌ی حالت ذهنی‌شان دارند. نگرانی در مورد نگرانی، که خصیصه‌ی بارز اختلال اضطراب فراگیر است، مثالی از تجربه‌ی فراشناختی است. علاوه بر این، تجربه‌ی فراشناختی، احساسات ذهنی را نیز در برمی‌گیرد. پدیده‌ « اثر نوک زبان بودن[[149]](#footnote-149)» یک احساس فراشناختی متداول است که در آن افراد حس می‌کنند اطلاعات خاصی در حافظه ‌آن‌ها ذخیره شده است، هر چند در حال حاضر قادر به بازیابی آن نباشند. احساس دانستن یعنی «می‌دانم که می‌دانم» نمونه‌ی دیگری از تجربه‌ی فراشناختی است. راهبردهای فراشناختی پاسخ‌هایی هستند که افراد برای کنترل و تغییر تفکر خود و تنظیم هیجانی و شناختی به کار می‌گیرند. برای مثال فردی ممکن است برای حفظ آمادگی خود، توجه‌اش را بر تهدید متمرکز سازد (پایش تهدید[[150]](#footnote-150))، افکار ناراحت‌کننده‌ی خود را سرکوب نماید (سرکوب فکر[[151]](#footnote-151))، یا به تفکر مداوم درباره‌ی برخی مسائل بپردازد (نشخوار فکری[[152]](#footnote-152))(سولم[[153]](#footnote-153)، مایرز[[154]](#footnote-154)، فیشر[[155]](#footnote-155)، وگل[[156]](#footnote-156)، ولز[[157]](#footnote-157)، 2011).

بر اساس مدل فراشناختی انتخاب راهبرد، تحت تأثیر باورهای فراشناختی فرد درباره‌ی ضرورت و پیامد راهبرد انتخابی است، با این حال، همه‌ی این راهبردها بر آستانه‌ی توجهی فرد برای شناسایی اطلاعات مغایر با باورهای غلط تأثیر منفی می‌گذارد. علاوه بر این، با توجه به اینکه «کارکرد اجرایی خود نظم بخش» دارای فعالیت ارادی و هشیارانه است، فعال شدن این الگو «منابع توجهی» فرد را مصرف نموده و مانع از جذب اطلاعات مناسب و نفی‌کننده‌ی باورهای غلط شده و به این ترتیب موجب تداوم هیجان‌های منفی می‌شوند. درمان فراشناختی از لحاظ تأکید بر نقش اختلال یا سوگیری تفکر در ایجاد و تداوم اختلال‌های هیجانی، در زمره‌ی ‌رویکردهای شناختی-رفتاری قرار می‌گیرد. اما از لحاظ بنیان‌های نظری و مفهومی، ارائه‌ی ‌مدل‌های ویژه‌ هر اختلال، تأکید بر فرآیندها و دانش فراشناختی و بسیاری از فنون مورد استفاده، با درمان‌های شناختی سنتی تفاوت‌های عمده‌ای دارد. باورهایی که در درمان فراشناختی حائز اهمیت هستند، شناخت‌های معمولی و متعارف (مانند افکار خودآیند منفی) مورد توجه درمان‌های شناختی-رفتاری نیستند، بلکه باورهای فرد درباره‌ی تفکر خود، یعنی باورهای فراشناختی هستند (فیشر و ولز، 2009). باورهای فراشناختی به باورها و نظریاتی اطلاق می‌شوند که افراد در مورد تفکر و فرآیندها و تجربه‌های شناختی خود دارند. مدل فراشناختی دو نوع باور فراشناختی را شناسایی کرده است (ولز، 2009):

باورهای فراشناختی مثبت، باورهایی هستند که به فواید و سودمندی‌های درگیر شدن در فعالیت‌های شناختی خاص مانند نگرانی، نشخوار فکری، پایش تهدید و... مربوط می‌شوند، مانند « نگرانی درباره‌ی آینده به من کمک می‌کند تا از خطر اجتناب کنم». باورهای فراشناختی منفی باورهایی هستند که به کنترل ناپذیری[[158]](#footnote-158)، معنی[[159]](#footnote-159)، اهمیت[[160]](#footnote-160) و خطرناک بودن افکار و تجربه‌های شناختی[[161]](#footnote-161) مربوط می‌شوند. مثلاً «اگر افکار خصمانه‌ای داشته باشم، ممکن است بر خلاف میل خود به آن‌ها عمل کنم». نظریه‌ی ‌فراشناختی بر این اصل استوار است که بر خلاف شباهت‌های بنیادی در مکانیزم‌های آسیب‌شناختی اختلال‌های روان شناختی مختلف، هر اختلال محتوای خاص خود را در سطوح شناختی و فراشناختی دارد. برای مثال، اختلال اضطراب فراگیر، شامل باورهای منفی درباره‌ی کنترل‌ناپذیری و خطر نگرانی است. در حالی که اختلال وسواس فکری و عملی، شامل باورهای فراشناختی منفی درباره‌ی معنی و قدرت افکار مزاحم است (پاپاجورجیا[[162]](#footnote-162) و ولز[[163]](#footnote-163)، 2003).

یکی از ویژگی‌های اختلال‌های روان شناختی نظیر اضطراب یا افسردگی آن است که تفکر دچار سوگیری شده و کنترل آن دشوار می‌شود و همین امر موجب بدتر شدن و تداوم ناراحتی هیجانی می‌شود. اکثر بیماران گزارش می‌نمایند که احساس می‌کنند کنترلی بر افکار و رفتارشان ندارند. یک خصیصه‌ی مهم دیگر اختلال‌های روان شناختی آن است که الگوهای تفکر و توجه شخص بر خود و موضوعات تهدیدکننده متمرکز می‌شود. درمان فراشناختی بر تغییر این الگوهای تفکر تأکید می‌کند و آن را بسیار مهم می‌داند. رویکرد فراشناختی بر این باور است، که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می­شوند که فراشناخت‌های آنان با الگوی خاصی از پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود این الگوی سندرم توجهی-شناختی خوانده می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی یا رفتارهای مقابله­ای ناسازگارانه است. مطابق مدل فراشناختی فعال شدن باورهای فراشناختی ناکارآمد، موجب ارزیابی منفی فکر مزاحم به عنوان نشانه‌های تهدید می­شود. این ارزیابی در جای خود باعث تشدید هیجان­های منفی می­شود که عمدتاً به صورت اضطراب هستند درنتیجه فرد برای کاهش اضطراب خود و کنترل نظام شناختی خود به راهبردهای کنترل فکر متوسل می­شود (ولز، 1385).

رویکرد فراشناختی، این الگوهای تفکر و توجه را «سندرم شناختی-توجهی[[164]](#footnote-164)» می‌نامد. سندرم شناختی-توجهی، شامل مجموعه‌ای از فرآیندها و فعالیت‌های شناختی و توجهی است که بیشتر به صورت پردازش مفهومی مداوم به شکل نگرانی، نشخوار فکری، پایش تهدید، تمرکز بر خطر، سرکوب افکار و رفتارهایی مانند اجتناب رفتاری، شناختی و هیجانی است که فرد برای مقابله با ناهماهنگی ادراک شده و تنظیم هیجان‌های منفی ناشی از آن انجام می‌دهد، که در دراز مدت نتیجه‌ی معکوس دارد و منجر به تداوم اختلال هیجانی می‌شود. بر اساس مدل فراشناختی، سندرم شناختی-توجّهی توسط باورهای فراشناختی کنترل می‌شود و در همه‌ی اختلال‌های هیجانی قابل شناسایی است ولی شکل آن فرق می‌کند. مثلاً بیماری که معتقد است «اگر درباره‌ی علائم خود نگران باشم، چیزهای مهم را نادیده نخواهم گرفت» به نگران شدن درباره‌ی مسائل خود می‌پردازد. بنابراین سندرم شناختی-توجهی، منعکس‌کننده‌ی نحوه‌ی پاسخ‌دهی فرد به تجربه‌ی افکار خاص است و چون باعث تداوم مشکل می‌شود، باید حذف شده و با روش‌های سالم‌تر جایگزین شود (فیت و ریس[[165]](#footnote-165)، 2012).

ولز و میتوس در مدل فراشناختي به فرمول‌بندی پردازش شناخت دروني، قوانين و مکانیسم‌هایی كه موجب مي‌شود تا بيماران به تعبير و تفسير باورهاي ناسازگار بپردازند، توجه می‌كنند. در اين الگو، علاوه بر توجه به محتواي فكر به چگونگي فكر كردن افراد نيز توجه مي‌شود. آنان، اختلال هيجاني را به فراشناخت و شكل تفكر در آسیب‌پذیری هيجاني مرتبط مي‌سازند (تونتو[[166]](#footnote-166)،2003).

همه، افکار منفی دارند و هر کسی گاهی افکار منفی خود را باور می‌کند. اما همه دچار اضطراب، افسردگی و ناراحتی هیجانی پایدار و مداوم نمی‌شوند. برای بسیاری از ما، تجربه‌ی ناراحتی هیجانی، گذرا و کوتاه مدت است، چون راه‌های مقابله‌ی انعطاف‌پذیر در برابر عقاید منفی ساخته‌ی ذهن‌مان (مانند افکار و باورها) را آموخته‌ایم. رویکرد فراشناخت بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها به الگوی خاصی از پاسخ‌دهی[[167]](#footnote-167) به تجربه‌های درونی[[168]](#footnote-168) منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود. این الگو ((سندرم شناختی–توجهی شناختی)) خوانده می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری[[169]](#footnote-169)، توجه تثبیت شده [[170]](#footnote-170) و راهبردهای خود تنظیمی[[171]](#footnote-171) یا رفتارهای مقابله­ای ناسازگارانه است. اختلال هیجانی پیامد فرآیندهای فراشناختی است که به شکل­گیری سبک­های تفکر خاصی منجر می­شوند. فرد را در وضعیت­های طولانی مدت و عودکننده پردازش منفی اطلاعات مربوط به خود گرفتار می­سازد. به طور کلی، درمان فراشناختی با عواملی سر و کار دارد که منجر به تفکر پایدار و مقابله نادرست می­شوند (ولز،1385).

بسیاری از تجربیات انسان مستلزم آگاهی از خود[[172]](#footnote-172) است. اختلال در فرآیند خودآگاهی و خود تنظیمی، پایه و اساس ناراحتی و پریشانی انسان را تشکیل می‌دهد. فراشناخت‌ها از فرآیندهای دخیل در ایجاد و تصحیح خودانگاره[[173]](#footnote-173)حمایت می‌کنند. همچنین فراشناخت‌ها به ما اجازه می‌دهند تا به عنوان یک ناظر، افکارمان را مشاهده کنیم، دیدمان را ببینیم، شنیدن‌مان را بشنویم و ما را قادر می‌سازند تا ناظر بی‌طرف همه‌ی افکار، احساسات و ادراکات خود باشیم (بیابانگرد،1383). ولز (2009) در این باره می‌گوید: "افکار مهم نیستند، اما پاسخ­های شما به آن­ها مهم‌اند". این پاسخ‌ها توسط فراشناخت هدایت می‌شوند، محور تجربه هیجانی و آگاهانه ما را از خودمان و جهان، تشکیل می­دهند.

### مدل بنیادی درمان فراشناختی

#### مدل کارکرد اجرایی خودنظم­بخش

این رویکرد ابتدا در مورد اختلال اضطراب فراگیر به کار برده شد و بعد به عنوان یک رویکرد درمانی کلی گسترش یافت. انسان دارای توانایی­های سازنده در رویارویی با چالش­ها و رسیدن به اهدافی است که با استفاده از کارکردهای شناختی سطح بالا موسوم به کارکردهای اجرایی به آن‌ها نائل می­آید. کارکردهای اجرایی مهارت­هایی هستند که به ما کمک می­کنند تا در انتخاب نوع فعالیت­ها و یا اهداف زندگی­مان درست تصمیم بگیریم و رفتارهای خود را سازماندهی و برنامه­ریزی کنیم، این کارکردها کمک می­کنند تا یک تصویر از هدف و منابع و ابزار مورد نیاز در طول مسیر رسیدن به هدف شناسایی گردد (جانگ مایر، بک و رید[[174]](#footnote-174)، 2009).

کارکردهای اجرایی، کارکردهای عالی شناختی و فراشناختی هستند که این کارکردها، مجموعه­ای از توانایی­های عالی شامل خودگردانی، بازداری، خود آغازگری، برنامه­ریزی راهبردی، انعطاف شناختی و کنترل تکانه را به انجام می­رسانند (درگاهیان، محمدخانی، حسنی و شمس، 1390).

#### مهم‌ترین مؤلفه­های کارکردهای اجرایی (ولز، 2009)

**سازماندهی:** به توانایی مرتب کردن و جای­دهی اجزاء مطابق با اصول مشخص و از پیش تعیین شده گفته می­شود.

**برنامه‌ریزی:** شاید نقطه اوج کارکردهای اجرایی، برنامه­ریزی باشد. چرا که برنامه­ریزی یک قسمت حیاتی و حساس از رفتارهای هدف­گراست. در واقع برنامه­ریزی توانایی تنظیم اعمال و رفتارها برای راه‌یابی به اهداف بالاتر و بزرگ‌تر است.

**بازداری رفتاری:** بازداری توانایی متوقف کردن یک محرک غالب و خودکار است، علاوه بر این بازداری، مستلزم داشتن کنترل تداخل، کنترل هیجانی و کنترل حرکتی است. همچنین بازداری توانایی شخص در توقف رفتارش در یک زمان مناسب می­باشد. در واقع می­توان گفت بازداری یعنی توانایی فکر کردن قبل از انجام کار.

**حافظه کاری:** توانایی نگهداری اطلاعات در ذهن در حین انجام تکالیف پیچیده و استفاده از تجربه­های قبلی برای موقعیت فعلی و استفاده از راهبردهای حل مسئله برای آینده نیز با حافظه کاری ارتباط دارد.

اصطلاح کارکردهای اجرایی، سازه شناختی سطح بالایی است که به مجموعه وسیعی از فرآیندهای فراشناختی آگاهانه از قبیل برنامه‌ریزی، جستجوی نظام­دار، کنترل تکانه، خودتنظیمی، رفتار هدفمند، به کارگیری راهبردهای انعطاف‌پذیر، توجه انتخابی، کنترل توجهی و ارزیابی خود اطلاق می­شود (پاپاجورجیا و ولز[[175]](#footnote-175)، 2003).

بر اساس مدل "کارکرد اجرایی خودنظم بخش" دلیل اصلی آسیب­پذیری به اختلالات هیجانی نوعی الگوی توجه معطوف به خود افراطی-فعال شدن باورهای غیرمنطقی و فرآیندهای بازتابی خاص است. برای بسیاری از ما تجربه ناراحتی هیجانی گذرا و کوتاه مدت است، چون راه­های مقابله انعطاف‌پذیر با عقاید و افکار و باورهای منفی را آموخته­ایم (جانگ مایر[[176]](#footnote-176) و همکاران، 2009). درمان فراشناختی بر این اصل استوار است که فراشناخت برای درک نحوه عملکرد شناخت و نحوه تولید تجربه­های هشیارانه ما درباره خودمان و جهان اطرافمان بسیار مهم است. فراشناخت تأثیر اساسی بر باورها و تفکر دارد و پایه و اساس تجربه­های هیجانی عادی و غیرعادی و هشیار ما را تشکیل می­دهد (الیس و هادسون[[177]](#footnote-177)، 2011).

### تفاوت­های رویکرد فراشناختی با رویکرد شناختی– رفتاری

سبک تفکر درمان­های شناختی-رفتاری، تحریف­های شناختی است، ولی سبک مورد توجه درمان فراشناختی، سندرم شناختی-توجهی است. باورهایی که در درمان­های شناختی-رفتاری حائز اهمیت­اند، شناخت­های معمولی درباره جهان، خود جسمانی و خود اجتماعی است، ولی باورهایی که در درمان فراشناختی مد نظرند، باورهای فرد درباره تفکر (باورهای فراشناختی) است.

درمان­های شناختی-رفتاری به تغییر محتوای فکر و باورهای شخص درباره درست بودن محتوا می‌پردازند، ولی درمان فراشناختی با شیوه تفکر افراد سروکار دارد و معتقد است مشکلات افراد محصول سبک تفکر انعطاف­پذیر و تکراری در واکنش به افکار، احساسات و باورهای منفی است. درمان فراشناختی بر نحوه تجربه رخدادهای درونی تأکید می­کند و ساختار شناختی که سطوح مختلف پردازش اطلاعات را از هم متمایز می­سازد مشخص است ولی در درمان شناختی این گونه نیست. نظریه شناختی بر باورهای اخباری یا بیان شده، تأکید می­کند ولی نظریه فراشناختی معتقد است باورها به دو شکل باورهای اخباری و رویه­ای وجود دارند. نظریه فراشناختی افکار خودآیند منفی را برانگیزاننده­های سندرم شناختی-توجهی تلقی می­کند، نه علت اختلال روان شناختی. سندرم شناختی-توجهی سبک تفکر تکرار شونده، نگرانی یا نشخوار فکری که بر تهدید و رفتارهای مقابله­ای ناسازگارانه مثل سرکوب فکر، اجتناب و مصرف مواد متمرکز است. پیامدهای این طرز تفکر به حفظ و تداوم هیجان­ها و افزایش افکار منفی منجر می­شود. پس به ‌طور کلی سندرم شناختی-توجهی موجب تداوم احساس تهدید در فرد می­شود. مثالی از اثرات سندرم شناختی-توجهی در شکل­گیری اختلال وحشت­زدگی قابل مشاهده است. حملات وحشت­زدگی خودانگیخته بسیار رایج است و برای بسیاری از افراد در دوره­های خاصی از زندگی­شان رخ می­دهد، اما نگرانی درباره حملات بعدی موجب طولانی شدن اضطراب شده و بازبینی احساس­های بدنی را در حملات بعدی افزایش می­دهد، پس فردی که الگوی پاسخ­دهی شناختی-توجهی دارد، بیشتر احتمال دارد که دچار اضطراب مداوم و پایدار شده و حملات وحشت­زدگی مکرری داشته باشد. سندرم شناختی-توجهی از دانش و باورهای فرد ناشی می­شود که این دانش و باورهای فراشناختی هستند و همان طور که قبلاً بیان شد دو نوع باور بسیار مهم­اند: 1- باورهای مثبت درباره لزوم درگیر شدن در جنبه­هایی از سندرم شناختی-توجهی. 2- باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری، خطر یا اهمیت افکار و احساسات. درمان باید بر تغییر سندرم شناختی-توجهی، تغییر باورهای فراشناختی و ایجاد شیوه­های جایگزین تجربه کردن و مقابله با رویدادهای درونی متمرکز ­شود (جانگ مایر و همکاران، 2009).

### مهارت­های اساسی درمان فراشناختی

درمان فراشناختی بر پایه‌ی چهار مهارت اساسی استوار است (بنت و ولز[[178]](#footnote-178)، 2011):

1. مهارت توانایی درمانگر در درک سطوح مختلف شناخت و ایجاد تمایز بین فراشناخت و شناخت­های معمولی که توانایی در متمرکز کردن درمان در سطح فراشناختی و دوری از شناخت­های معمولی بسیار مهم است.
2. توانایی در شناسایی فرآیندهای شناختی ناسازگارانه که مؤلفه­های سندرم شناختی-توجهی را تشکیل می‌دهند. آگاهی و توانایی درمانگر و بیمار در شناسایی نگرانی، نشخوار فکری، پایش تهدید و رفتارهای مقابله­ای ناسازگارانه بسیار ضروری است.
3. مهارت استفاده از گفت‌وگوی سقراطی متمرکز بر فراشناخت برای بررسی سندرم شناختی-توجهی و باورهای فراشناختی و متوقف کردن آن‌ها.
4. یادگیری رویارویی و استفاده بهینه از آن در درمان فراشناختی؛ هدف رویارویی در درمان فراشناختی تغییر باورها و تقویت پردازش خاصی است که از یادگیری انطباقی حمایت می­کند.

درمان فراشناختی بر دو نوع تغییر فراشناختی تأکید می­کند (درگاهیان، محمد خانی، حسنی و شمس، 1390): 1- بیمار چگونه با افکارش رابطه برقرار می­کند و آن‌ها را تجربه می­کند. 2- فرد چه نوع باورهایی درباره افکارش دارد.

### دو تکنیک پر کاربرد در درمان فراشناختی

#### تکنیک آموزش توجه

هدف این تکنیک متوقف کردن توجه معطوف به خود افراطی و انعطاف‌ناپذیر و افزایش کنترل اجرایی است. تکنیک آموزش توجه شامل سه مؤلفه اصلی است: الف) توجه انتخابی (5 دقیقه طول می­کشد.) ب) تغییر سریع توجه (5 دقیقه). ج) توجه تقسیم شده (2 دقیقه)

**توجه انتخابی:** شامل هدایت توجه بیمار به صداهای خاص در میان مجموعه­ای از صداهای متفاوت محیط پیرامون است که در آن به بیمار آموزش داده می­شود در حالی که در برابر حواس پرتی ناشی از سایر صداها مقاومت می­کند، توجه عمیق خود را بر صداهای خاص معطوف می­کند.

**تغییر سریع توجه:** شامل آموزش بیمار برای تغییر و جابجایی سریع توجه خود بین صداهای خاص است که به تدریج بر سرعت آن افزوده می­شود. در آغاز 10 ثانیه صرف صداهای خاص متفاوت می­شود، سپس سرعت تغییر افزایش یافته و در هر 5 ثانیه به یک صدای خاص توجه می­شود.

**آموزش توجه تقسیم شده:** که در آن از بیمار خواسته می­شود وسعت و عمق توجه را بسط داده و سعی کند هم زمان چند صدا و موقعیت فضایی را پردازش کند.

این سه مؤلفه تأکید می­کنند که رخدادهای درونی که وارد آگاهی می­شوند باید به عنوان سر و صدای اضافی تلقی شوند و نباید در برابر آن‌ها مقاومت شود (تونتو[[179]](#footnote-179)، 2003). تکنیک متمرکز کردن مجدد توجه بر موقعیت یک تکنیک تغییر توجه است که در درمان فراشناختی مورد استفاده قرار می­گیرد. این تکنیک به منظور افزایش و تقویت پردازش اطلاعات مغایر با باورهای ناکارآمد بیمار و برای خنثی کردن پایش تهدید خارجی در درمان اختلال استرس پس از آسیب طراحی شده است. این تکنیک جنبه­های پایش تهدید سندرم شناختی-توجهی را تغییر می­دهد (موسس و بیرد[[180]](#footnote-180)، 2006).

#### تکنیک ذهن­آگاهی گسلیده

تکنیک ذهن­آگاهی گسلیده بیشتر بر ایجاد فراشناخت و به تعویق انداختن پردازش مفهومی و جدا کردن خود از رخدادهای شناختی تأکید می­کند. ولز (1385) ذهن­آگاهی گسلیده را این چنین تعریف می­کند: "حالت آگاهی از رویدادهای درونی بدون پاسخ دادن به آن‌ها از طریق ارزیابی مداوم، تلاش برای کنترل یا سرکوبشان و یا پاسخ­دهی رفتاری به آن‌ها. نمونه بارز این حالت تصمیم‌گیری برای استفاده از راهبردهایی مثل نگران نشدن در پاسخ به یک فکر مزاحم و در عوض اجازه دادن به آن فکر است تا فضای ذهنی خاص خود را اشغال کند، بدون انجام هر گونه تفسیر یا اقدام دیگر، با اشراف به اینکه آن فکر فقط رویدادی در ذهن است.

## تحقیقات داخلی و خارجی در خصوص موضوع

### پژوهش‌های داخلی

شاره، دولتشاهی و کاهانی (1393) در پژوهشی که تحت عنوان اثربخشی درمان گروهی فراشناختی در بهبود افسردگی، باورهای فراشناختی و پاسخ­های نشخواری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که درمان گروهی فراشناختی در بهبود افسردگی، باورهای فراشناختی و پاسخ‌های نشخواری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مؤثر است.

مؤمنی، رضایی و گرجی (1392) پژوهشی درباره اثربخشي مشاوره فراشناختي بر ميزان اضطراب امتحان دانش­آموزان دختر انجام دادند که نتایج آن حاکی از اثربخشی معنادار مشاوره فراشناختي بر کاهش اضطراب امتحان دانش­آموزان بود.

خدابخش، عباسی و شاهنگیان (1392) در پژوهشی که درباره اثر درمان فراشناختي ولز بر كنترل افكار وسواسی و افزايش سازگاری يك مورد وسواس-جبري انجام دادند به این نتیجه رسیدند که درمان فراشناختي ولز بر كاهش باورهای فراشناختی مثبت در مورد افكار وسواسي و در نتيجه كاهش نشانه‌هاي وسواس مؤثر بوده و علاوه بر آن به طور غير مستقيم باعث افزايش سازگاري، به ويژه سازگاری عاطفي و خانگي، شده است.

سترگ، کاظمی و رئیسی (1392) در پژوهشی که تحت عنوان اثربخشي درمان فراشناختي بر عقايد وسوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد در بيماران وابسته به مواد صنعتي انجام دادند به این نتیجه رسیدند که درمان فراشناختي در اصلاح عقايد وسوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد در هر دو گروه وابسته به مواد كراك، هرويين و شيشه تأثير معناداري داشته است.

کاظمینی (1391) در پژوهشی که تحت عنوان [مقایسه ی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش خشم و پرخاشگری رانندگی](http://thesis.um.ac.ir/moreinfo-1331-pg-1.html) انجام داد به این نتایج رسید: (الف) گروهی که درمان شناختی مبتنی بر ذهن ­آگاهی را دریافت کردند در مقایسه با گروهی که درمان شناختی-رفتاری را دریافت کردند کاهش بیشتری در خشم رانندگی و پرخاشگری رانندگی نشان دادند؛ (ب) در مقایسه با گروه کنترل، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود خشم رانندگی و پرخاشگری رانندگی کمک کرد؛ (ج) در مقایسه با گروه کنترل، خشم رانندگی در گروه شناختی-رفتاری بهبود یافت. این یافته‏ها از لحاظ نظری و اهمیت آن‏ها در مداخلات بالینی به بحث گذاشته‌شده‌اند.

صفایی راد، احمدی، ربیعی و نجفی (1391) در پژوهشی که تحت عنوان مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی-رفتاري با درمان فراشناختی بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی انجام دادند به این نتیجه رسید که بین میانگین نمرات سه گروه در مرحله پس‌آزمون در متغیر وابسته هراس اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج آزمون تعقیبی حاکی از کاهش علائم هراس اجتماعی گروه­های آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون بود، ولی بین نمرات گروه­های آزمایش تفاوت معناداری دیده نشد.

متشکری (1390) در پژوهشی که تحت عنوان بررسي اثربخشی آموزش مهارت‌هاي زندگي مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش پرخاشگري نوجوانان بی‌سرپرست و بد سرپرست انجام داد به این نتیجه رسید که آموزش مهارت‌هاي زندگي در مقايسه با گروه کنترل به طور معناداری باعث کاهش نمره کلي در پرسشنامه پرخاشگري باس و پري شده است.

[رحیمی احمدآبادی](http://thesis.um.ac.ir/index-l-ath-%D8%B3%D9%85%DB%8C%D9%87%20%D8%B1%D8%AD%DB%8C%D9%85%DB%8C%20%D8%A7%D8%AD%D9%85%D8%AF%D8%A2%D8%A8%D8%A7%D8%AF%DB%8C.html) (1390) در تحقیقی که درباره ب[ررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری در کاهش خشم و پرخاشگری افراد مبتلا به ترومای ضربه‌ی سر](http://thesis.um.ac.ir/moreinfo-1452-pg-1.html) انجام داد، به این نتیجه رسید که گروه آزمایش که درمان شناختی-رفتاری را دریافت کردند در مقایسه با گروه کنترل که هیچ‌گونه روان‌درمانی دریافت نکرده بودند از نظر میزان کاهش خشم تفاوت معناداری نداشتند ولی از نظر میزان کاهش پرخاشگری تفاوت معناداری داشتند.

کاظمینی، قنبری هاشم‌آبادی، مدرس غروی و اسماعیلی‌زاده (۱۳۹۰) در پژوهشی که درباره‌ی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاري در كاهش خشم و پرخاشگري رانندگي انجام دادند به این نتیجه رسیدند كه گروه‌درمانی شناختی-رفتاری در مقايسه با گروه كنترل باعث كاهش معنادار خشم رانندگی، ابراز پرخاشگرانه‌ی خشم رانندگی و افزايش معنادار ابراز انطباقی-سازنده خشم رانندگي مي­گردد. در نتیجه با توجه به يافته‌هاي پژوهش، گروه‌درمانی شناختی-رفتاري در كاهش خشم و پرخاشگري رانندگي در رانندگان تاكسي مؤثر است.

محمدخانی و ظفرپناهی (1390) در پژوهشی که درباره‌ی هيجان­هاي منفي و استفاده‌ی آسيب­زا از اينترنت: نقش واسطه­ای باورهای فراشناختي انجام دادند نشان دادند که ميان همه ابعاد باورهاي فراشناختي و استفاده آسيب­زا از اينترنت همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنين ميان هيجان‌هاي منفي و استفاده از اينترنت نيز همبستگي مثبت معناداری مشاهده شد. نتيجه ارزيابي مدل ساختاري از اين فرض كه باورهاي فراشناختی در رابطه‌ی بين هيجان­های منفی و استفاده‌ی آسيب­زا از اينترنت ميانجی­گري می‌كنند، حمايت كرد.

درگاهیان و همکاران (1390) در پژوهشی که تحت عنوان اثربخشی درمان فراشناختی بر بهبود باورهای فراشناختی، نشخوار فکری و علائم افسردگی در مطالعه تک آزمودنی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که درمان فراشناختی با کاهش میزان نشخوار فکری، توجه معطوف به خود، باورهای فراشناختی منفی و مثبت در کاهش علائم افسردگی اساسی مؤثر است و تغییرات درمانی ایجاد شده در پیگیری دوماهه پایدار باقی ماند.

عبداله­زاده و همکاران (1390) در پژوهشی که تحت عنوان مقايسه تأثير درمان فراشناختي و درمان دارويي در وسواس فكري انجام دادند به این نتیجه رسیدند که كاهش شدت وسواس­هاي فكری، استرس و باورهای فراشناختي منفی با استفاده از روش درماني فراشناختي، نتايج بهتري نسبت به درمان دارويي دارد. اما نتايج در خصوص افزايش عملكرد كلی به نفع درمان دارويي مي­باشد.

مهرابی زاده هنرمند و همکاران (1389) در تحقیقی که تحت عنوان بررسی تأثیر آموزش مهارت­های زندگی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر اضطراب و پرخاشگری همسران شهدا انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت­های زندگی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری موجب کاهش اضطراب و پرخاشگری همسران شهدای گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه شده است.

هجری (1389) در پژوهشی که تحت عنوان مقايسه ميزان اثربخشی گروه‌درمانی با رويکرد تحليل رفتار متقابل و رويکرد شناختي-رفتاري بر کاهش پرخاشگري نوجوانان انجام داد به این نتیجه رسید که بين اثر بخشي گروه‌درمانی با رويکرد تحليل رفتار متقابل و شناختي-رفتاري تفاوت معناداري وجود ندارد ولي بين ميزان اثر بخشي اين دو گروه آزمايشي با گروه کنترل تفاوت معناداري بود.

افشاری، نشاط دوست، بهرامی و افشار (1389) در پژوهشی که تحت عنوان اثر بخشی درمان رفتاری-فراشناختی بر میزان باورهای هراس بیماران زن مبتلا به اختلال هراس انجام دادند به این نتیجه رسیدند که بیماران زنی که تحت درمان رفتاری-فراشناختی قرار گرفتند نمره باورهاي هراس پایین­تري نسبت به گروه شاهد داشتند. بنابراین، نتایج تحقیق حاکی از این است که این درمان باعث کاهش باورهاي هراس بیماران زن مبتلا می­شود.

### تحقیقات خارجی در خصوص موضوع

الیس و هادسون (2011) پژوهشی تحت عنوان تأثیر درمان فراشناختی بر اختلال اضطراب منتشر در کودکان و نوجوانان انجام دادند. نتایج حاکی از اثر بخشی معنادار درمان فراشناختی بر کاهش اضطراب کودکان و نوجوانان بود.

ریس و ونکاسولد (2010) تحقیقی با عنوان تأثیر گروه درمانی فراشناختی بر اختلال وسواسی-جبری انجام دادند. نتایج حاکی از اثر بخشی معنادار این درمان بر کاهش نشانه­های اختلال وسواس بود.

ولز و همکاران (2009) در پژوهشی به بررسی اثر بخشی یک دوره درمان فراشناختی بر مبتلایان به اختلال افسردگی پرداختند که نتایج حاکی از تأثیر درمان فراشناختی بر کاهش نشانه­های افسردگی بود.

سیلوا (2009) در تحقیقی، اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را در کاهش اضطراب و افسردگی مردان متأهل بررسی کرد. در این مطالعه از یک طرح مبین آزمودنی با چند خط پایه استفاده شد و نمونه‌های متشکل از چهار مرد متأهل که در ارتباط با خشم مشکلاتی داشتند در هفت جلسه هفته‌ای روان‌درمانی شرکت کردند. در میانگین نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب از خط پایه تا پایان درمان کاهش آماری معناداری مشاهده شد که این کاهش تا مرحله پیگیری نیز حفظ شد. تمام شرکت‌کنندگان گزارش کردند که برنامه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر زندگی آنان تأثیر مثبت داشته و به آن‌ها در برطرف کردن هیجانات کمک کرده است.

فیشر و ولز[[181]](#footnote-181) (2009) در پژوهشی با عنوان تأثیر درمان فراشناختی بر نشانه­های وسواس فکری-عملی به این نتیجه رسیدند که این درمان بر کاهش نشانه­های وسواس فکری-عملی تأثیر معناداری دارد.

ویتلی[[182]](#footnote-182) و همکاران (2009؛ به نقل از هجری، 1389)، در تحقیقی شبه آموزشی، یک دوره آموزش مدیریت افسردگی برای جوانان در مدارس بر مبنای درمان شناختی-رفتاری طراحی کردند. نتایج، یافته­های مختلفی را به همراه برخی از بهبودها در رفتار منفعل‌کننده، تعلیقی­ها و گوشه‌گیری‌ها طی دوره آموزشی نشان داد.

ولز و کینگ[[183]](#footnote-183) (2008) در یک مطالعه آزمايشي، تأثير درمان فراشناختي را با ساير روش­های درماني در درمان بيماران دارای اختلال اضطراب فراگير مقايسه كردند. در پژوهش آنان همه بيماران تحت درمان با اين روش درمان شدند، بنابراين نتيجه گرفتند روش درمان فراشناختي يك روش مؤثر در درمان اختلال اضطراب فراگير است.

در يک درمان انفرادي، تایلر[[184]](#footnote-184) (2007؛ به نقل از قنواتی و نیسی، 1388)، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر روی بيماران با ناتواني خفيف ذهني و سابقه افسردگی، مورد مطالعه قرار دادند. 40 نفر بيمار فوق در دو گروه قرار گرفته و گروه آزمايش درمان­هاي بهبود افسردگی بار و شناختي-رفتاري تعديل شده را دريافت کردند و گروه ديگر، تحت مراقبت معمول و به عنوان گروه كنترل در نظر گرفته شد. گروه آزمايش 18 جلسه درمان فردي دريافت كردند. نتايج بيانگر آن بود كه مردان با ناتواني خفيف تا متوسط هوشي و سابقه افسردگی شديد، می­توانند به طور موفقيت آميز در درمان شناختي-رفتاري بهبود افسردگی شركت و از آن سود ببرند.

كائو و سو[[185]](#footnote-185) (2006) پژوهشي تحت عنوان شيوع اعتياد به اينترنت در بين نوجوانان چيني و بررسي شيوع و ويژگي­هاي روان­شناختي در ارتباط با اعتياد به اينترنت انجام دادند. ميانگين سني 19-15 سال بود؛ بر اساس پرسشنامه استاندارد YDQ اصلاح‌شده، 64 دانش‌آموز به عنوان اعتياد به اينترنت و64 نفر تحت عنوان افراد نرمال تشخيص داده شدند. نتايج به دست آمده، از اين پژوهش نشان مي­دهد كه ميزان استفاده از اينترنت 88% بود كه ميزان اعتياد% 4/2 گزارش شد. گروه معتاد به اينترنت امتيازات بالايي در مقياس روان نژندگرايي و سايكوتيسم داشتند. اين گروه در مقياس كنترل نسبت به زمان، ارزش زمان و وقت و كارايي وقت، امتياز كمتري به دست آوردند. در مقايسه با گروه كنترل، گروه داراي اعتياد، امتيازات بالايي در مورد علائم احساس، مسائل مقابله‌ای، بيش­فعالي، مشكلات كلي و رفتارهاي اجتماعي كسب كردند. اين مطالعه نشان داد كه اعتياد به اينترنت در بين نوجوانان چيني بالاست، علاوه بر اين، این افراد ويژگي­هاي روان شناختي مختلفي در مقايسه با ساير افراد نشان مي­دهند.

در پژوهش ديگر، مورل[[186]](#footnote-186)، الیوت و مورفی (2003) تأثير درمان شناختی-رفتاری و درمان حمايتي در مردانی كه سابقه تهاجم به همسرانشان را داشتند، را مورد مطالعه قرار دادند. نتايج پژوهش فوق نشان داد، درمان‌جویان پس از طي درمان، كاهش قابل توجهي در خشونت بدنی و ايراد جراحت نسبت به همسر خود نشان می­دهند. نتايج اين پژوهش، كاهش بيشتر رفتارهاي پرخاشگرانه و استرس را ناشی از تكنیك­های شناختی-رفتاری نسبت به گروه درمان حمايتي نشان داد.

تانگ[[187]](#footnote-187) (2001) در پژوهشی نشان داد که گروه‌درمانی کنترل خشم و اضطراب با رویکرد شناختی-رفتاری بر روی مراجعان سرپایی به درمانگاه روانپزشکی کودکان، باعث بهبود مکانیسم‌های انطباقی خشم و کاهش حساسیت نسبت به برانگیزاننده‌های آن در مبتلایان به پرخاشگری و خشم (مراجعان سرپایی به درمانگاه روانپزشکی کودکان) می­شود.

# فصل سوم ‌‌‌‌‌ ‌ روش پژوهش

## مقدمه

طرح پژوهش حاضر به صورت نیمه آزمایشی بوده با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل به همراه پیش‌آزمون-پس‌آزمون می‌باشد.كه براي گروه اول (گروه آزمايشي A)، درمان فراشناختی و برای گروه دوم (گروه آزمایشی B)، درمان شناختی-رفتاری به عنوان متغير مستقل اجرا شد و گروه کنترل (C) هیچ درمانی دریافت نکرد.

G1 T1 X1  T2

G2 T1 X2 T2

G3  T1  T2

## جامعه آماری

جامعه مورد مطالعه کلیه‌ی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد بودند.

## نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد 36 نفر از دانشجویان سال دوم به بالای کارشناسی تا سال اول کارشناسی ارشد که دارای نمرات بالایی در مقیاس استرس، اضطراب، افسردگی داس 21 و مقیاس اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند بودند به عنوان نمونه انتخاب شدند. این 36 نفر به طور کاملاً تصادفی در 3 گروه 12 نفره A، B و C گزینش شدند که گروه A، درمان فراشناختی و گروه B، درمان شناختی-رفتاری را دریافت کردند و گروه C گروه کنترل بود که در لیست انتظار قرار داشتند.

## ملاک­های ورود و خروج

ملاک های ورود: دانشجویان سال دوم به بالای کارشناسی تا سال اول کارشناسی ارشد، نمرات بالا در استرس، اضطراب و افسردگی و نمره 55 در اعتیاد به گوشی هوشمند، عدم شركت هم‌زمان در ساير برنامه‌هاي درماني و عدم دريافت مشاوره فردي يا دارو درمانی در ضمن اجرای درمان، تمايل و رضايت آگاهانه براي مشاركت در پژوهش. همچنین افرادی که دارای اختلالات روانی شدید، اختلالات شخصیت و روان‌پریشی که از طریق مصاحبه بالینی ساختاریافته SCID تشخیص داده شدند.

ملاک های خروج: افراد با بیش از دو جلسه غیبت و کسانی که هم‌زمان از درمان روان شناختی دیگری استفاده می‌کنند، از نمونه آماری حذف می شوند.

## ابزار گردآوري داده‌ها و اعتبار و روایی آن

### پرسشنامه das21:

برای اجرای پژوهش مورد نظر از پرسشنامه داس که توسط لویبندز در سال 1990 ساخته شده است، استفاده شده است و آن دارای دو فرم می‌باشد: فرم بلند و فرم کوتاه این پرسشنامه توسط دکتر محمد علی صاحبی هنجاریابی شده است. ما در این پژوهش از فرم کوتاه آن استفاده نموده‌ایم. پرسشنامه داس دارای21 سؤال است و سه مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس را ارزیابی می کند. پایایی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ برای افسردگی 81/0 و اضطراب 72/0 و استرس 81/0 بدست آمده است (سروقد و همکارن،1389).

### آزمون اعتیاد به تلفن‌‌های همراه هوشمند:

آزمون اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند شامل12 سؤال می‌باشد که بر اساس نشانه­های تشخیص اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند طراحی شده است. این پرسشنامه به روش صفر و یک نمره­گذاری می­شود. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به گونه‌ای است که نمره‌ی کلی 4 به بالا نیازمند مداخلات و تغییر سبک زندگی است. اعتبار و روایی این آزمون در پژوهش حاضر مورد بررسی مقدماتی قرار گرفت و نتایج نشان داد.....

## روش تجزيه و تحليل داده‌ها

داده­های این پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. در بررسی توصيفی، شاخص­هاي آماري توصيفي یعنی محاسبه فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد برای گروه های پزوهش (گروه آزمایش و کنترل) انجام گرفته است. در بررسی‌های استنباطي، به دلیل وجود 3 گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) و نیز داشتن پیش‌آزمون، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد؛ لازم به ذکر است که تحلیل‌های صورت گرفته با نرم‌افزار spss-19 انجام شده است.

**3-7- پروتکل درمان شناختی – رفتاری و فراشناختی**

1. **عناوین جلسات درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی**

جلسه اول: آشنایی اعضا با یکدیگر، معرفی قوانین گروه

جلسه دوم: آشنا نمودن گروه با هیجانات

جلسه سوم: اجرای فنون شناختی - رفتاری

جلسه چهارم: توجه به افکار و باورهای قبل و بعد از هیجانات

جلسه پنجم: یادگیری آرامش، آموزش ریلکسیشن

جلسه ششم: آموزش روش های تحلیل منطقی افکار

جلسه هفتم: ادامه شناسایی باورهای بنیادی و تغییر آن

جلسه هشتم: آموزش مهارت جرأت‌ورزی و تمرین آرامش عضلانی

جلسه نهم: استفاده از راهبرهای حل مسئله و بررسی پیشرفت اعضاء در رسیدن به اهداف

جلسه دهم: مرور کلی تکنیک های آموزش داده شده و جمع بندی نتایج

1. **عناوین جلسات درمان فراشناختی به شیوه گروهی**

جلسه اول: معارفه وآشنايي آزمودنی­ها و آزمونگر

جلسه دوم: توضیح علايم و مشخصه­هاي استرس،اضطراب،افسردگی و اعتیاد به گوشی های هوشمند

جلسه سوم: بررسي دلایل استرس،اضطراب،افسردگی و اعتیاد به گوشی های هوشمند آزمودنی­ها

جلسه چهارم: به چالش با باورها ادامه داده شد ،آموزش تکنیک آموزش توجه

جلسه پنجم: تضعيف باورهاي فراشناختي درباره غيرقابل مهار بودن استرس،اضطراب،افسردگی و اعتیاد به گوشی های هوشمند

جلسه ششم: آموزش تکنیک به تعويق انداختن توجه متمرکز برباورهای کنترل ناپذیری هیجانات و اعتیاد

جلسه هفتم: بررسي باورهاي مثبت مربوط به استرس،اضطراب،افسردگی و اعتیاد به گوشی های هوشمند

جلسه هشتم: آموزش تکنیک رویارویی

جلسه نهم: آموزش روش متمركز كردن توجه و بررسي و ارزيابي باورهای مثبت و منفی آزمودنی­ها

جلسه دهم: مرور کلی تکنیک های آموزش داده شده و جمع بندی نتایج

# فصل چهارم تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش

## مقدمه

در اين فصل ابتدا ويژگي‌هاي جمعيت شناختي آزمودني‌ها به صورت اجمالي مورد بررسي قرار گرفته، سپس به تجزيه و تحليل توصيفي و استنباطي فرضيه‌هاي ارائه شده در فصل یک با استفاده از نرم‌افزار آماري spss19 پرداخته شد.

## بررسی جمعیت شناختی

در اين پژوهش که اثر بخشی درمان فراشناختی و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب، افسردگی و استرس افراد مبتلا به اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند مورد بررسی و مقایسه قرار می‌گیرد. گروه نمونه شامل تعداد 36 نفر از دانشجویان مبتلا به اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند می‌باشد كه از اين ميان 12 نفر در گروه درمان فراشناختی، 12 نفر در گروه شناختی-رفتاری و 12 نفر در گروه گواه گمارش شدند. جدول 4-1 اطلاعات مربوط به توزيع وضعیت تأهل اعضاي گروه درمان فراشناختی، گروه شناختی-رفتاری و گروه گواه را ارائه مي‌دهد. در جدول4-2 اطلاعات مربوط به وضعيت سني آزمودني‌های گروه درمان فراشناختی ارائه شده است.

جدول ‏4‑1: توزيع وضعیت تأهل اعضاي گروه درمان فراشناختی، گروه شناختی-رفتاری، گروه گواه

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **فراشناختی** | **وضعیت تاهل** | **فراواني** | **فراواني درصدي** |
| مجرد | 11 | 7/91 |
| متاهل | 1 | 3/8 |
| مجموع | 12 | 0/100 |
| **شناختی-رفتاری** | مجرد | 10 | 3/83 |
| متاهل | 2 | 7/16 |
| مجموع | 12 | 0/100 |
| **گواه** | مجرد | 10 | 3/83 |
| متاهل | 2 | 7/16 |
| مجموع | 12 | 0/100 |

جدول ‏4‑2: وضعيت سني آزمودنی‌های گروه درمان فراشناختی، گروه شناختی-رفتاری، گروه گواه

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **گروه** | **میانگین** | **انحراف استاندارد** | **حداقل** | **حداکثر** |
| **فراشناختی** | 66/22 | 55/1 | 00/20 | 00/25 |
| **شناختی-رفتاری** | 50/22 | 02/2 | 00/20 | 00/26 |
| **گروه گواه** | 75/22 | 81/1 | 00/21 | 00/26 |

همان گونه که در جدول 4-2 مشاهده می‌شود میانگین سنی آزمودني‌های گروه درمان فراشناختی 66/22 سال می‌باشد و دامنه سنی آن‌ها از 20 تا 25 سال است و میانگین سنی آزمودني‌های گروه شناختی -رفتاری 5/22 سال می‌باشد و دامنه سنی آن‌ها از 20 تا 26 سال است. همان گونه که در جدول 4-2 مشاهده می‌شود میانگین سنی آزمودني‌های گروه گواه 75/22 سال می‌باشد و دامنه سنی آن‌ها از 21 تا 26 سال است.

## یافته های توصیفی پژوهش

در این قسمت داده های حاصل از اجرای پرسشنامه‌‌ تحقیق بر روي اعضاي سه گروه مورد تجزیه و تحلیل توصیفی قرار می‌گیرد. اطلاعاتي كه در اين قسمت ارائه می‌گردد شامل میانگین و انحراف استاندارد نتايج حاصل از اجراي پرسشنامه‌‌ تحقیق بر روي دانشجویان عضو گروه گواه و گروه‌های آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مي‌باشد. جدول 4-3 شاخص‌های توصیفی داده­های حاصل از اجراي پرسشنامه‌ تحقیق را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه نشان می­دهد.

جدول ‏4‑3: شاخص‌های توصیفی داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **گروه** | **متغير** | **تعداد** | **پيش‌آزمون** | | **پس‌آزمون** | |
|  |  |  | ميانگين | انحراف معيار | ميانگين | انحراف معيار |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **درمان فراشناختی** | افسردگی | 12 | 91/14 | 56/1 | 91/10 | 50/1 |
| اضطراب | 12 | 91/14 | 78/1 | 16/10 | 11/1 |
| استرس | 12 | 50/15 | 56/1 | 50/10 | 78/1 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **شناختی-رفتاری** | افسردگی | 12 | 25/13 | 86/1 | 66/9 | 15/1 |
| اضطراب | 12 | 91/13 | 67/1 | 50/9 | 83/1 |
| استرس | 12 | 66/13 | 66/1 | 41/9 | 50/1 |
|  |
| **گواه** | افسردگی | 12 | 08/14 | 60/2 | 08/14 | 56/1 |
| اضطراب | 12 | 41/14 | 62/1 | 33/14 | 22/2 |
| استرس | 12 | 25/14 | 42/1 | 58/13 | 50/1 |
|  |  |  |  |  |  |  |

همان گونه که در جدول 4-3 مشاهده می‌شود میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس اعضای گروه درمان فراشناختی و شناختی-رفتاری، در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، کاهش چشم‌گیری داشته است. این تغییر در گروه گواه مشاهده نمی‌شود.

## تجزیه و تحليل استنباطی داده‌ها

در این قسمت اطلاعات حاصل از اجرای پرسشنامه‌ تحقیق در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی اعضاي نمونه مورد تجزيه و تحليل استنباطي قرار مي‌گيرد. جهت سنجش و مقایسه اثر‌‌بخشی ‌درمان فراشناختی و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس آزمودنی‌ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده می‌گردد. در تحلیل کوواریانس چند متغیره، تفاوت گروه‌ها در چند متغیر با کنترل یک یا چند متغیر دیگر که ممکن است بر نتایج اثر بگذارد، اندازه‌گیری می‌شود. بنابراین برای مقایسه میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس آزمودنی‌های سه گروه در پس‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده می‌شود، به این صورت که اثرات پیش‌آزمون به عنوان هم‌متغیر کنترل می‌گردد.

در این مرحله به مقایسه میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در آزمودنی‌های سه گروه در پس‌آزمون با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره مي‌پردازيم. قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره، مفروضه نرمال بودن توزیع و همگنی واریانس‌های متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس و مفروضه تعامل پیش‌آزمون و گروه مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه نرمال بودن توزیع متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف بررسی شد. نتایج این آزمون در جدول 4-4 گزارش شده است.

جدول ‏4‑4: آزمون کولموگروف-اسمیرنوف توزيع نمرات افسردگی، اضطراب و استرس ‌ ‌

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| متغير | اسمیرنف | سطح معناداري |
| افسردگی | 772/0 | 590/0 |
| اضطراب | 865/0 | 547/0 |
| استرس | 973/0 | 615/0 |

همان‌طور كه در جدول 4-4 نشان داده شده است، داده­های به دست آمده از اجرای پرسشنامه تحقیق داراي توزيع نرمال هستند (آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس معنادار نمی‌باشد). بنابراین پیش‌فرض نرمال بودن توزيع داده­ها رعایت شده است.

مفروضه همگنی واریانس‌های متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس با استفاده از آزمون های باکس و لون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون باکس در جدول 4-5 گزارش شده است.

جدول 4-5: **آزمون** باکس برای اطمینان از همگني واريانس‌های متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| شاخص‌ها | باکس | F | درجه آزادی 1 | درجه آزادی2 | سطح معناداری |
| ارزش‌ها | 13/10 | 731/0 | 12 | 462/5277 | 722/0 |

همان‌طور که مشاهده می‌شود نتایج نشان داد که آزمون باکس معنی­دار نمی‌باشد که نشان دهنده این است که واریانس­ها همگن هستند.

نتایج آزمون لون در جدول 4-11 گزارش شده است.

جدول ‏4‑5: آزمون لون به منظور بررسی پیش فرض همگنی واریانس ها ‌ ‌

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **متغیر** |  | **درجه آزادی 1** | **درجه آزادی2** | **سطح معناداری** |
| افسردگی | 304/1 | 2 | 33 | 285/0 |
| اضطراب | 768/0 | 2 | 33 | 472/0 |
| استرس | 074/1 | 2 | 33 | 353/0 |

همان‌طور که در جدول 4-5 مشاهده می‌شود نتایج نشان داد که آزمون لون در متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس معنی­دار نمی‌باشد که نشان‌دهنده این است که واریانس­ها همگن هستند.

مفروضه تعامل پیش‌آزمون و گروه نیز با در نظر گرفتن نمره متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس در پیش‌آزمون به عنوان هم‌پراش[[188]](#footnote-188) در آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد توجه قرار گرفت. در واقع با این کار اثر پیش‌آزمون بر گروه حذف می‌گردد. بنابراین آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره قابل اجراست؛ نتایج کلی تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول 4-6 ارائه شده است.

جدول ‏4‑6: نتایج کلی تحلیل کوواریانس چند متغیره

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نوع آزمون** | **مقدار** | **فرضی** | **خطا** |  |  |
| اثر پیلایی | 850/0 | 000/6 | 000/58 | 140/7 | 0001/0 |
| لامبدای ویلکز | 161/0 | 000/6 | 000/56 | 947/13a | 0001/0 |
| اثر هاتلینگ | 157/5 | 000/6 | 000/54 | 206/23 | 0001/0 |
| بزرگترین ریشه روی | 144/5 | 000/3 | 000/29 | 728/49b | 0001/0 |

معنادار شدن شاخص‌های آزمون­ چند متغیره یعنی لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ، بزرگ‌ترین ریشه اختصاصی روی و اثر پیلایی موید این موضوع است که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس در بین گروه های پژوهش وجود دارد.

**جدول 4-12: مقايسه پس آزمون افسردگی، اضطراب و استرس در دو گروه با کنترل اثر پيش‌آزمون**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| منابع تغییرات | متغیرها | مجموع مجذورات | Df | میانگین مجذورات | F | P | مجذور اتا | توان آماری |
| پيش آزمون | افسردگی | 17.717 | 1 | 17.71 | 13.74 | .0010 | .314 | .948 |
|  | اضطراب | 10.302 | 1 | 10.30 | 4.74 | .037 | .136 | .559 |
|  | استرس | 3.482 | 1 | 3.48 | 1.30 | .262 | .042 | .198 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| گروه | افسردگی | 120.286 | 2 | 60.14 | 46.66 | .00010 | .757 | 1.000 |
|  | اضطراب | 156.150 | 2 | 78.075 | 35.92 | .00010 | .705 | 1.000 |
|  | استرس | 110.645 | 2 | 55.32 | 20.72 | .00010 | .580 | 1.000 |

همان‌طور که مشاهده می‌شود نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون افسردگی در سه گروه با کنترل کردن اثر پيش‌آزمون حاکی از این است که بین سه گروه به لحاظ افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد (0005/0P<، 662/46 =(2.30)F). همچنین نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون اضطراب در سه گروه با کنترل کردن اثر پيش‌آزمون حاکی از این است که بین سه گروه به لحاظ اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد (0005/0P<، 921/35 =(2.30)F). نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون استرس در سه گروه با کنترل کردن اثر پيش‌آزمون حاکی از این است که بین سه گروه به لحاظ استرس تفاوت معناداری وجود دارد (0005/0P<، 728/20 =(2.30)F).

**جدول ‏4‑8: مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیرهای پژوهش**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **متغیر** | **گروه** | **در مقایسه با گروه** | **تفاوت میانگین** | **سطح معنی دار** |
| **افسردگی** | درمان فراشناختی | درمان شناختی- رفتاری | 098/0 | 000/1 |
| درمان فراشناختی | گواه | -844/3\* | 0001/0 |
| درمان شناختی- رفتاری | گواه | -942/3\* | 0001/0 |
| **اضطراب** | درمان فراشناختی | درمان شناختی- رفتاری | 023/0 | 000/1 |
| درمان فراشناختی | گواه | -427/4\* | 000/01 |
| درمان شناختی- رفتاری | گواه | -450/4\* | 000/01 |
| **استرس** | درمان فراشناختی | درمان شناختی- رفتاری | 561/0 | 000/1 |
| درمان فراشناختی | گواه | -416/3\* | 0001/0 |
| درمان شناختی- رفتاری | گواه | -976/3\* | 000/01 |

با استفاده از این نتایج می‌توانیم به بررسی فرضیه‌‌های تحقیق بپردازیم. فرضیه اول تحقیق این عبارت است از: درمان فراشناختی بر کاهش اضطراب افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند مؤثر می‌باشد. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که پس‌آزمون اضطراب افرادی که در گروه‌ درمان فراشناختی شرکت داشتند، کمتر از نمره پس‌آزمون اضطراب افرادی است که در گروه گواه جایگزین شده بودند. لذا اضطراب افرادی که در گروه‌ درمان فراشناختی شرکت داشتند، نسبت به افرادی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، کاهش معناداری داشته است بنابراین فرضیه اول تحقیق تأیید می‌شود. لذا درمان فراشناختی بر کاهش اضطراب افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند مؤثر است.

فرضیه دوم تحقیق این بود که درمان فراشناختی بر کاهش استرس افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند مؤثر است. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که پس‌آزمون استرس افرادی که در گروه‌ درمان فراشناختی شرکت داشتند، کمتر از نمره پس‌آزمون استرس افرادی است که در گروه گواه جایگزین شده بودند. لذا استرس افرادی که در گروه‌ درمان فراشناختی شرکت داشتند، نسبت به افرادی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، کاهش معناداری داشته است . بنابراین فرضیه دوم تحقیق نیز تأیید می‌شود. لذا درمان فراشناختی بر کاهش استرس افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند مؤثر است.

فرضیه سوم تحقیق این بود که درمان فراشناختی بر کاهش افسردگی افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند مؤثر است. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که پس‌آزمون افسردگی افرادی که در گروه‌ درمان فراشناختی شرکت داشتند، کمتر از نمره پس‌آزمون افسردگی افرادی است که در گروه گواه جایگزین شده بودند. لذا افسردگی افرادی که در گروه‌ درمان فراشناختی شرکت داشتند، نسبت به افرادی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، کاهش معناداری داشته است . بنابراین فرضیه سوم تحقیق نیز تأیید می‌شود. لذا درمان فراشناختی بر کاهش افسردگی افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند مؤثر است.

فرضیه چهارم تحقیق این بود که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند مؤثر است. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که پس‌آزمون اضطراب افرادی که در گروه‌ درمان شناختی-رفتاری شرکت داشتند، کمتر از نمره پس‌آزمون اضطراب افرادی است که در گروه گواه جایگزین شده بودند. لذا اضطراب افرادی که در گروه‌ درمان شناختی-رفتاری شرکت داشتند، نسبت به افرادی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، کاهش معناداری داشته است . بنابراین فرضیه چهارم تحقیق تأیید می‌شود. لذا درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند مؤثر است.

فرضیه پنجم تحقیق این بود که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش استرس افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند مؤثر است. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که پس‌آزمون استرس افرادی که در گروه‌ درمان شناختی-رفتاری شرکت داشتند، کمتر از نمره پس‌آزمون استرس افرادی است که در گروه گواه جایگزین شده بودند. لذا استرس افرادی که در گروه‌ درمان شناختی-رفتاری شرکت داشتند، نسبت به افرادی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، کاهش معناداری داشته است . بنابراین فرضیه پنجم تحقیق نیز تأیید می‌شود. لذا درمان شناختی-رفتاری بر کاهش استرس افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند مؤثر است.

فرضیه ششم تحقیق این بود که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند مؤثر است. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که پس‌آزمون افسردگی افرادی که در گروه‌ درمان شناختی-رفتاری شرکت داشتند، کمتر از نمره پس‌آزمون افسردگی افرادی است که در گروه گواه جایگزین شده بودند. لذا افسردگی افرادی که در گروه‌ درمان شناختی-رفتاری شرکت داشتند، نسبت به افرادی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، کاهش معناداری داشته است . بنابراین فرضیه ششم تحقیق نیز تأیید می‌شود. لذا درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند مؤثر است.

فرضیه هفتم تحقیق این بود که بین اثربخشی درمان فراشناختی و شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند، تفاوت وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که پس‌آزمون اضطراب افرادی که در گروه‌ درمان شناختی-رفتاری شرکت داشتند و پس‌آزمون اضطراب افرادی که در گروه شناختی-رفتاری جایگزین شده بودند، تفاوت معناداری نداشته است. بنابراین فرضیه هفتم تحقیق رد می‌شود. لذا بین اثربخشی درمان فراشناختی و شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند، تفاوتی وجود ندارد.

فرضیه هشتم تحقیق این بود که بین اثربخشی درمان فراشناختی و شناختی-رفتاری بر کاهش استرس افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند، تفاوت وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که پس‌آزمون استرس افرادی که در گروه‌ درمان شناختی-رفتاری شرکت داشتند و پس‌آزمون استرس افرادی که در گروه شناختی-رفتاری جایگزین شده بودند، تفاوت معناداری نداشته است. بنابراین فرضیه هشتم تحقیق نیز رد می‌شود. لذا بین اثربخشی درمان فراشناختی و شناختی-رفتاری بر کاهش استرس افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند، تفاوتی وجود ندارد.

فرضیه نهم تحقیق این بود که بین اثربخشی درمان فراشناختی و شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند، تفاوت وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که پس‌آزمون افسردگی افرادی که در گروه‌ درمان شناختی-رفتاری شرکت داشتند و پس‌آزمون افسردگی افرادی که در گروه شناختی-رفتاری جایگزین شده بودند، تفاوت معناداری نداشته است. بنابراین فرضیه نهم تحقیق رد می‌شود. لذا بین اثربخشی درمان فراشناختی و شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند، تفاوتی وجود ندارد. در جدول 4-8 مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیرهای پژوهش ارائه‌شده است.

# فصل پنجم بحث و نتیجه‌گیری

در اين بخش به بحث در مورد يافته‌هاي به دست آمده از تحليل داده‌هاي آماري پژوهش پرداخته مي‌شود. به تفكيك هر فرضيه، بحث‌ها و استدلال‌ها در زير ارائه شده است:

نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان داد که در (اضطراب، افسردگی و استرس) تفاوت میان گروه­ها، درمان شناختی و درمان شناختی-رفتاری آماری معنادار نیست (05/0<P). ولیکن دو گروه کاهش تقریباً یکسانی در اضطراب، افسردگی و استرس افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند داشته­اند.

در تبیین آن می‌توان به این نکته اشاره کرد که درمان فراشناختی و شناختی-رفتاری بر روی فرآیند تفکر فرد نیز تمرکز دارند که یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر عواطف منفی افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند است. بنابراین به نظر می‌رسد استفاده از این رویکرد‌ها برای اصلاح باورهای غلط، پردازش هیجانات و بهبود مهارت‌های عاطفی و کیفیت روابط مؤثر باشد.

همچنین در تبیین آن می‌توان به این نکته اشاره کرد که مداخله‌های شــناختي-رفتــاري بــا جايگزين كردن الگو‌های سازگاری در فرد، به وی امکان می‌دهند که از خزانه‌ی رفتاری گسترده‌تر و مناسب‌تری در مواجهه با موقعیت برخوردار باشد و در واکنش به مسائل با برنامه‌ریزی و آینده‌نگری عمل کند. بنابراین با استفاده از مداخله‌های شناختی و رفتاری بهتر می‌توان از اضطراب، افسردگی و استرس افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند کاست. درمان شناختی-رفتاری به اعضای گروه کمک می­کند تا بتوانند با تغییر افکار و احساسات به تغییر رفتارهای نامطلوب خود بپردازند. درمان شناختی-رفتاری بر این اعتقاد است که فرآیندهای شناختی معیوب و باورهای غیرمنطقی علت اساسی رفتارهای ناسازگارانه افراد است پس هم به تغییر فرآیندهای شناختی می‌پردازد و هم به مهارت‌های رفتاری و مقابله‌ای سازمان یافته مثل مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های گفتگوی بین فردی و آرامش عضلانی. بنابراین درمانگران شناختی-رفتاری معتقدند درمان‌جو باید در جلسات درمانی مجهز به مهارت‌های رفتاری و مقابله‌ای سازمان یافته شود و به طور عملی بیاموزد که در برابر رویدادهای استرس آفرین زندگی چگونه برخورد کند. در این صورت است که می‌تواند رفتارهای سازگارانه‌تری در محیط زندگی خود داشته باشد. در حالی که در درمان فراشناختی به جای اینکه درمان شامل چالش با افکار و باورها در مورد آسیب و یا مواجهه‌های مکرر و طولانی مدت با خاطرات مربوط به پرخاشگری باشد، شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و همچنین نظارت غیرقابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد. بنابراین، از آنجا که دیدگاه شناختی-‌رفتاری در اصلاح رفتارهای ناسازگارانه نه تنها به بازسازی طرح‌واره‌های ناکارآمد اعتقاد دارد، بلکه مسلح کردن فرد به مهارت‌های رفتاری سازمان‌یافته را هم باور دارد. البته درمان فراشناختی نیز به افراد کمک می­کند تا به افکار خودآگاهی کامل پیدا کرده و شناخت­ها و باورهای نادرست خود را تغییر دهند و بهبودی در اضطراب، افسردگی و استرس خود داشته باشند. در درمان فراشناختی، روش‌های اسناد سازی مجدد کلامی و تجارب رفتاری، درآمیختگی افکار را به چالش می‌طلبند. می‌توان احتمال داد که افزایش کنترل فراشناختی به فرد کمک کرده است رابطه‌ی جدیدی با افکار خود شکل دهند و آن‌ها را قادر نموده تا فراشناخت‌هایی را که شیوه­ی ناسازگارانه‌ی تفکرات منفی تکرارشونده را فزونی می‌بخشند و یا باعث افزایش باورهای عمومی منفی می­گردند، تغییر دهند. ضمن این‌که به افراد روش‌هایی آموزش داده شد که در آینده و در صورت هجوم افکار مزاحم با به‌کارگیری این روش‌ها با آن­ها مقابله کنند. در الگوی فراشناختی سعی بر این بوده است که این نواقص از طریق تأکید بر فرآیند تفکر فرد اصلاح شود.

این یافته با سایر پژوهش­های مشابه همخوان بوده است مانند پژوهش درگاهیان و همکاران (1390)، پژوهش عبداله­زاده و همکاران (1390)، پژوهش شاره، دولتشاهی و کاهانی (1393)، همچنین این یافته هم راستا با یافته‌های سیمبایی[[189]](#footnote-189)(2015) و ملکمان[[190]](#footnote-190)(2015) می‌باشد.

فرضيه فرعی اول و دوم و سوم

به دليل اينكه اين فرضيه‌ها بيانگر اثر بخشي درمان فراشناختی بر (اضطراب، استرس و افسردگی) بودند،‌ تبيين اين فرضيه‌ها به طور مشترك ارائه شده است. اين فرضيه ها ناظر به اين مسئله هستندكه درمان فراشناختی موجب بهبود اضطراب، استرس و افسردگی در بين افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند مي‌شود. نتايج حاصل از تحليل داده‌ها نشان‌دهنده‌ی تأييد شدن اين فرضيه‌ها بود. به عبارت ديگر اين رويكرد بر بهبود عواطف منفی در بين افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند، اثر بخش بود.

مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که بین باورهای فراشناختی منفی و مثبت و عواطف منفی (اضطراب، استرس و افسردگی) رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود داشته است و تبیین مدل فراشناختی از عواطف منفی بر پایه‌ی سندرم شناختی-توجهی، نشخوار فکری است. برخی افراد نگران وقوع مجدد علائم عواطف منفی هستند و درباره‌ی توانایی خود برای مقابله با این علائم در آینده، فاجعه سازی می‌کنند (به عنوان مثال: اگر افسردگی من پایان نیابد، چه می‌شود؟)، (اگر این علامت نشانه‌ی برگشت دوباره بیماری باشد، چه می‌شود؟). بیمار به طور مکرر سؤال‌هایی در مورد دلایل عواطف منفی خود، معنی آن و چگونگی یافتن پاسخ (راه حل) مطرح می‌کند. این فرآیند چرخه‌ای است و به نتیجه‌ی منفی منجر می‌شود که ممکن است ناامیدی قلمداد شود (ولز،2011).

در درمان فراشناختی، تکنیک آموزش توجه به کسب آگاهی و کنترل انعطاف‌پذیر بر تفکر نشخواری کمک می‌کند. در جریان کنترل انعطاف‌پذیر توجه به بیمار آموزش داده می‌شود تا با افکار یا احساسات مزاحم درونی (برانگیزاننده‌های) خود، به عنوان "سروصداهایی" برخورد کنند. از روش آموزش توجه نه برای توجه برگردانی از برانگیزاننده‌ها، بلکه به عنوان روشی برای حفظ آگاهی از آن‌ها بدون محدود کردن توجه به پاسخ‌های نشخوار فکری استفاده می‌شود. البته بیمار باید متوجه شود که این تعویق انداختن فرآیند نشخوار فکری با سرکوب فکر اشتباه نشود. هدف بیرون راندن فکر یا احساس منفی اولیه از ذهن نیست بلکه هدف، درگیر نشدن در آن از طریق نشخوار فکری مداوم است (ولز، 2011).

نتایج این یافته بدین معناست که درمان فراشناختی با ضریب اثر بالایی منجر به کاهش عواطف منفی افراد می­شود و این نشان می­دهد که اعضای گروه می‌توانند با شناخت و آگاهی نسبت به افکار و باورها بر رفتارهای خود نیز کنترل داشته باشند. در تبیین این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که درمان فراشناختی از این رو مؤثر است که موجب آگاهی فرد از فرآیند پردازش فراشناختی‌شان می‌شود و کمک می‌کند به شیوه پردازش باورهای فراشناختی بیندیشند. همچنین افراد متوجه می‌شوند این افکار مزاحم نامربوط هستند و یاد می‌گیرند با فاصله گرفتن از افکار مزاحم و انجام تمرین می‌توانند پاسخ‌های مقابله‌ای غیرارادی را که ناسازگار هستند از بین ببرند.

رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام عواطف منفی گرفتار می‌شوند که فراشناخت آن‌ها در برابر پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی به الگویی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی در این افراد می‌شود. این رویکرد سندرم شناختی-توجهی خوانده می‌شود. که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت‌شده و راهبرد‌های خودتنظیمی با رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌باشد. درمان فراشناخت به جای تمرکز بر محتوای فکر بیمار بر کاهش فرآیند‌های شناختی غیر مفید و تسهیل پردازش فراشناختی تأکید می‌کند. درمان فراشناخت بر اساس نظریه‌ی بنیادی (الگوی کارکرد اجرایی خود نظم بخشی) استوار است. این مدل  دلیل آسیب‌پذیری  به اختلالات هیجانی را الگوی توجه معطوف به خود افراطی – فعالیت باورهای فراشناختی ناسازگارانه و فرآیندهای بازتابی خاص می‌داند (ولز ،2000) این فرآیند زمانی فعال می‌شود که فرد بین اهداف درونی خود و شرایط بیرونی، احساس ناهماهنگی کند. پس، راهبردهای خاصی مثل جذب اطلاعات به درون باورها، سرکوب فکر، نشخوار فکری و نگرانی به منظور جلوگیری از ورود محرک‌های ناراحت‌کننده به هشیاری یا حل مشکلات ناشی از ناهماهنگی نظارت بر حالت‌های جسمی-روانی و آمادگی در برابر خطر به منظور کاهش این ناهماهنگی توسط کارکرد اجرایی خود نظم بخشی بکار گرفته می‌شود.

از دلایل اثر بخش بودن درمان فراشناختی در (اضطراب، استرس و افسردگی) می‌توان گفت از آنجایی که بیماران مبتلا به عواطف منفی به شیوه پردازش عینی عمل می‌کنند، ارزیابی‌هاي مربوط به معناي افکار مزاحم را کاملاً معتبر قلمداد می‌کنند. درمان فراشناختی از این رو مؤثر می‌افتد که موجب آگاهی بیماران از فرآیند سیستم پردازش فراشناختی‌شان می‌شود و در واقع کمک می‌کند به شیوه پردازش فراشناختی بیندیشند. این امر از این رو اهمیت دارد که تأکید درمان را از توقف بر روي افکار وسواس گونه بر می‌دارد و به سمت یادگیري این موضوع هدایت می‌کند که افکار وسواس گونه و یا انواع دیگر افکار مزاحم )مربوط به عواطف منفی )، الزاماً به عمل ختم نمی‌شود. مثلاً در بیمارانی که افکار مربوط به رفتارهای عواطف منفی(اضطراب، استرس و افسردگی) دارند و در نتیجه در آمیختگی افکار بیشتري هم به چشم می‌خورد، بیمار یاد می‌گیرد که صرف افکار مربوط به عواطف منفی، به معناي واقعیت )واقعاً تحت نظر هستند) نیست چرا که این فقط یک فکر مزاحم است و نباید اضطراب، استرس و افسردگی در مورد چیزي که واقعیت ندارد، متحمل شود. از دیگر دلایل اثر بخشی درمان فراشناختی این است که بیماران یاد می‌گیرند از افکار خود فاصله بگیرند و متوجه شوند که این افکار مزاحم مربوط به عواطف منفی (اضطراب، استرس، افسردگی) به فرآیندها و اعمال بعدي، نامربوط می‌باشند. انجام این کار در مدل فراشناختی با اصلاح باورهاي فراشناختی که به افکار وسواسی مربوط عواطف منفی (اضطراب، استرس و افسردگی) معنا و مفهوم خاصی می‌دهد امکان پذیر می‌شود. این تمرین‌هاي وسیع می‌توانند پاسخ‌هاي مقابله‌ای غیر ارادي را که ناسازگار هستند از بین ببرند.

این یافته با سایر پژوهش­های مشابه همخوان بوده است مانند پژوهش‌های شکیبایی و همکاران (1383)، بهرامی (1384)، خونساری (۱۳۸۶)، کمالی (1386)، جعفری (1388)، متشکری (1390)، درگاهیان و همکاران (1390)، عبداله­زاده و همکاران (1390)، شاره، دولتشاهی و کاهانی (1393) و تانگ (2001) پاپاجورجیا و ولز (2003)، ویتلی و همکاران (2009)، ولز و همکاران (2011)، ولز و سمبی (2006)، فیشر و ولز (2009).

در تبیین دیگر از اثر بخشی الگوي فراشناختی می‌توان گفت که به جاي چالش با افکار مزاحم، اضطراب زا و اعتیادآور، شامل ارتباط با افکار می‌باشد که مانع از ایجاد مقاومت یا تحلیل ادراکی پیچیده می‌شود و افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند را به این سمت هدایت می‌کند که افکار مزاحم، الزاماً به عمل ختم نمی‌شود و صرفاً یک فکر مزاحم است که باید به حال خودش رها کرد و درگیر آن نشد، که در نتیجه به اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند براي فرار از افکار مزاحم کمتر روي بیاورند. به عبارت دیگر افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند می‌آموزند که رویدادهاي استرس‌زای زندگی را فاجعه‌آمیز تلقی نکنند و در مقابل آن‌ها هیچ‌گونه پاسخ-دهی تلاشگرانه شناختی یا رفتاري نشان ندهند که این خود باعث کاهش اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند در این افراد گردید که این آموزه‌ها با استفاده از فنون تصویرسازي ابرها، تمثیل ایستگاه قطار، تمثیل کودك نافرمان و تجویز ذهن سرگردان فراهم شد. این رویکرد اثرات درمانی خود را از طریق قطع فعالیت‌هاي پردازشی مقاوم مانند نگرانی و نشخوار فکري اعمال می‌کند. بدین معنی که اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند به این افراد کمک می‌کند تا بتوانند از پریشانی‌هاي روان شناختی، در رویارویی با موقعیت‌ها جلوگیري کنند. از این رو اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند، تبدیل به نوعی مکانیزم مقابله‌اي شده است. باورهاي فراشناختی باعث می‌شوند که این افراد در موقعیت‌هاي مشکل‌ساز، دچار سندرم شناختی-توجهي گردند و با فعال شدن این سندرم، باورهاي فراشناختی منفی (نظارت و سوگیري توجه بر تهدید) براي مقابله با هیجانات ناخوشایند به تلفن‌های همراه هوشمند روي آورند. در حالی که در درمان‌هاي شناختی-رفتاري بر محتواي افکار همچون مثلث شناختی افراد در مورد خود، جهان، آینده و همچنین بر افکار غیر‌منطقی آنان توجه می‌شود و بیشتر محتوا‌ی افکار را به چالش می‌کشد اما در درمان فراشناختی بر فرآیند افکار توجه می‌شود و نقش آگاهی یافتن نسبت به فرآیند افکار را تأکید می‌نماید و ضعف درمان شناختی-رفتاري را هم در این مورد آشکار می‌کند. در واقع درمان فراشناختي به افراد دچار عواطف منفی كمك می‌کند تا رابطة جديدي با افكار خود ايجاد كنند و نيز آن‌ها را قادر مي‌سازد تا فراشناخت‌هايي را كه شيوه‌ی ناسازگارانه‌ی تفكرات نگران كننده و تكراري را فزوني مي‌بخشند و باعث افزايش باورهاي عمومي منفي و عواطف منفی (اضطراب، استرس و افسردگی) مي‌گردند را تغيير دهند.

در نتیجه در تبیین اثر بخشی مداخلات فراشناختی باید به این نکته اشاره کرد که درمان فراشناختی علاوه بر فنون درمانی متمرکز بر آموزش توجه، شامل طیف وسیعی از راهبردهای درمانی خاص است که به منظور تسهیل تغییر شناختی و هیجانی طراحی شده اند. برای مثال، اعتبار فنونی از قبیل گفتگوی سقراطی نیز در برخی پژوهش‌ها مورد بررسی قرار گرفته است. ولز (2008) در پژوهش خود کاربرد این فن را برای شناسایی و متوقف کردن سندرم شناختی-توجهی مورد بررسی قرار دادند که نتایج، حاکی از اثر بخشی این فن درمانی است و همان طور که در پژوهش‌ها نشان داده شده است، اضطراب، استرس و افسردگی با مواردی از قبیل نشخوار فکری و فراشناخت‌های مثبت و منفی همراه است. از این رو اگر درمان روی مؤلفه‌هایی از قبیل کاهش نشخوا‌رهای فکری و تغییر فراشناخت‌ها گام بردارد می‌تواند علائم اضطراب، استرس و افسردگی را کاهش دهد. از سویی اضطراب، استرس و افسردگی نه تنها با علائم روانی از قبیل خلق پایین، ناامیدی، کندی روانی-حرکتی و بی‌قراری همراه است، بلکه سایر علائم فیزیولوژیک نیز می‌توانند در شدت این اختلال نقش داشته باشند. چنانچه روان‌درمانی بتواند به موازات تغییر علائم روانی در زمینه‌‌ی کاهش علائم جسمانی نیز مؤثر باشد موفقیت درمان بیش ‌از پیش افزایش خواهد یافت. چنانچه در پژوهش‌های پیرامون درمان فراشناختی افسردگی نیز اشاره شده است، بنابراین می‌توان احتمال داد که درمان به کار گرفته شده در این پژوهش توانسته است اضطراب، استرس و افسردگی دانشجویان دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند را تحت تأثیر قرار دهد. نولن و هوکسما به نقل از ولز در تبیین اثر بخشی فنون فراشناختی، به ماهیت این درمان اشاره کرده و آن را در اثر بخش بودن روند درمان مؤثر دانسته‌اند‌. از آن جا که در اضطراب، استرس و افسردگی الگوهای تفکر شخص، بر خود و موضوعات تهدیدکننده متمرکز می‌شود، درمان مذکور بر تغییر این الگوهای تفکر، تأکید می‌کند. از سوی دیگر درمان فراشناختی به تغییر فرآیندها و فعالیت‌هایی از قبیل نشخوار فکری، پایش تهدید، تمرکز بر خطر، فرونشانی افکار و رفتارهایی مانند اجتناب رفتاری، شناختی و هیجانی که افراد دارای اضطراب، استرس و افسردگی برای مقابله با ناهماهنگی ادراک شده و تنظیم هیجانات منفی ناشی از آن انجام می‌دهند؛ ولی در دراز مدت نتیجه‌ی معکوس می‌گیرند، پرداخته است.

همچنین از جمله دلایلی که باعث شد نمره‌ی اضطراب، استرس و افسردگی افراد مورد مطالعه کاهش یابد ماهیت درمان فراشناختی و ساختار درمان آن بود. درمان فراشناختی از طریق ایجاد بینش در بیماران، زمینه را برای به دست آوردن نتایج درمانی بهتر فراهم می‌کند. به عبارت دیگر هدف مدل درمانی فراشناختی اختلال اضطراب، استرس و افسردگی، نشان دادن فراشناخت‌ها و فرآیندهای تداوم بخش دوره‌ای افسرده ساز است. همچنین در تبیین نتایج درمان فوق می‌توان به این نکته اشاره کرد که درمان فراشناختی اضطراب، استرس و افسردگی دارای برنامه‌ی ارزیابی و مقیاس‌های دقیقی بوده و از این طریق، درمانگر را از نتایج درمانی خود مطلع نموده و بازخوردهای مناسبی به بیماران می‌دهد.

فرضيه فرعی چهارم و پنجم و ششم

به دليل اينكه اين فرضيه‌ها بيانگر اثر بخشي درمان شناختی-رفتاری بر (اضطراب، استرس و افسردگی) بودند،‌ تبيين اين فرضيه‌ها به طور مشترك ارائه شده است. اين فرضيه ها ناظر به اين مسئله هستند كه درمان شناختی-رفتاری موجب بهبود اضطراب، استرس و افسردگی در بين افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند می‌شود. نتايج حاصل از تحليل داده‌ها نشان‌دهنده‌ی تأييد شدن اين فرضيه‌ها بود. به عبارت ديگر اين رويكرد بر بهبود عواطف منفی در بين افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند، اثر بخش بود.

در تبيين اثر بخشي گروه‌درمانی شناختي-رفتاري در بهبود عواطف منفی(اضطراب، استرس و افسردگی) افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند مـي‌تـوان گفت در اين رويكـرد تغييـر دادن تفكـر نادرسـت و کژ کار مستقيم‌ترين راه براي تغييـر دادن هيجـان‌هـا و رفتارهـاي کژ کار مراجعان است. لذا در اين رويكرد شرکت‌کنندگان از تأثيري كه شناخت بر احساس‌ها و رفتارهاي آن‌ها دارد، آگـاه مي‌شوند. آن‌ها يـاد مـي‌گيرنـد كـه افكـار خود آیند منفـي و خطاهاي منطقي خود در موقعيت‌هاي عواطف منفی ، شناســايي كــرده، بــا اســتفاده از روش پيكــان عمودي به طرح‌واره‌های اصلي منفي ایجادکننده عواطف منفی در خود دست يابند و از طريـق بررسـي كـردن تجربـي آن‌هـا، تحليل باورهاي منفي، يادداشت كردن باورهاي مخالف آنان و تعبير كردن به شكل ديگر، طرح‌واره‌های خود را بازسازي كنند. در نتیجه تغييـر طرحـ‌واره‌هـاي ناكارآمـد و بازسـازي شناختي باعث كاهش تجربه عواطف منفی(اضطراب، استرس و افسردگی) مي‌شود. به علاوه استفاده از روش‌هـاي رفتـاري آرميـدگي تخيلي هدايت شـده، تهيـه سلسـله مراتـب عواطف منفی و تغييـر ادراكي به كاهش برانگيختگي هيجاني، منجر مي‌شود. در واقـع تغيير طرح‌واره‌هاي منفي و بازسازي شناختي كه منجـر بـه كاهش تجربه عواطف منفی شـده، احتمـال (اضطراب، استرس و افسردگی) را كـاهش مي‌دهد. همچنين بازسازي شناختي و آموزش تكنيك‌هـايي مثـل آرميـدگي تخيلـي هـدايت شـده و بـازداري قشـري اختياري، مخالفت كردن يا معكوس سازي به افـراد كمـك مي‌كند كه عواطف منفی خـود را بـا اسـتفاده از رفتارهاي انطباقي‌تر و سازنده‌تري ابراز كنند. این یافته نشان می­دهد که درمان شناختی-رفتاری به طور مؤثری باعث کاهش (اضطراب، استرس و افسردگی) می­شود و درمانی کارآمد برای این افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند است. این نمونه با استفاده از تکنیک­های شناختی-رفتاری توانستند بر خطاهای شناختی فائق آمده و با جایگزینی آن‌ها به افکار کارآمد، بر عواطف منفی (اضطراب، استرس و افسردگی) خود را کاهش دهند.

این یافته با سایر پژوهش­های مشابه همخوانی دارد برای مثال پژوهش‌های انجام شده توسط شکیبایی و همکاران (1383)، بهرامی (1384)، خونساری (۱۳۸۶)، کمالی (1386)، جعفری (1388)، آذريان (1386)، قنواتی و نيسي (1388)، هجری (1389)، کاظمینی، قنبری هاشم‌آبادی، مدرس غروی و اسماعیلی‌زاده (۱۳۹۰)، متشکری (1390)، تانگ (2001). مورل و همکاران (2003).

همچنین درباره تبیین نتایج تحقیق که چرا آموزش شناختی و رفتاری باعث بهبود عواطف منفی افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند می‌شود می‌توان این گونه تبیین کرد که افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند، از مشکلاتی چون ناتوانی در مدیریت زمان، مشکل در غلبه بر وسواس ، ناتوانی در مدیریت هیجان‌ها، نداشتن جانشین در صورت استفاده نکردن از اینترنت در زندگی روزمره و مشکل در مقابله با استرس و هیجانات منفی رنج می‌برند. درمان شناختی رفتاری روش‌هایی به کاربران آموزش می‌دهد تا بتوانند این مشکلات را مدیریت و حل کنند. مثلاً در این درمان به آزمودنی‌ها آموزش‌های مدیریت افکار در مدیریت زمان، برنامه‌ریزی فعالیت‌ها، شناسایی افکار استرس آمیز و آموزش‌های مقابله با آن، شناسایی عوامل وسوسه کننده آنلاین بودن و آموزش مقابله با آن‌ها و شناسایی افکار مزاحم و آموزش روش‌هایی برای مقابله با آن‌ها آموزش داده می‌شود. مسئله دیگر در تبیین علل اثر بخشی این درمان، افزایش خودکارآمدی بیماران است. بندورا (2010) معتقد است افرادی که از خودکارآمدی بالاتری برخوردارند بهتر می‌توانند با موقعیت‌های فشارزا و ناامیدکننده کنار بیایند و اضطراب آن‌ها کاهش پیدا می‌کند و طبیعی است با کسب این توانایی وابستگی آن‌ها به گوشی‌های هوشمند کمتر خواهد شد(پروین ،1389). از طرفی درمان شناختی-رفتاری به سبب داشتن تکالیف خانگی می‌تواند باعث افزایش خودکارآمدی افراد شده یعنی کاربران پس از طی دوره درمان به این باور می‌رسند که می‌توانند بر مشکل خود غلبه کنند. در برنامه‌های درمانی شناختی-رفتاری، افراد مهارت‌های جدیدی یاد می‌گیرند كه جواب‌های بهتری برای مسائل و مشكلات آنان دارد و عادات یكنواخت قبلی (استفاده از اینترنت برای تسكین و یا كاهش دردهای جسمانی و یا روانی) را با مهارت‌های مؤثر مورد مقایسه و مقابله قرار می‌دهند و می‌توانند جانشین خوبی برای عادات مضر خود پیدا كنند و در نتیجه در هنگام مشكلات به جای پناه بردن به تلفن‌های همراه هوشمند از روش‌های مقابله‌ای مؤثر استفاده كنند.

فرضيه فرعی هفتم و هشتم و نهم

به دليل اينكه اين فرضيه‌ها بيانگر اثر بخشی درمان فراشناختی و شناختی-رفتاری بر کاهش (اضطراب، استرس و افسردگی) بودند،‌ تبيين اين فرضيه‌ها به طور مشترك ارائه شده است. اين فرضيه ها ناظر به اين مسئله هستند كه بین اثر بخشی درمان فراشناختی و شناختی-رفتاری بر کاهش (اضطراب، استرس و افسردگی) افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند، تفاوت وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که پس‌آزمون (اضطراب، استرس و افسردگی) افرادی که در گروه‌ درمان شناختی-رفتاری شرکت داشتند و پس‌آزمون (اضطراب، استرس و افسردگی) افرادی که در گروه شناختی-رفتاری جایگزین شده بودند، تفاوت معناداری نداشته است. بنابراین فرایض هفتم و هشتم و نهم تحقیق رد می‌شود. لذا بین اثر بخشی درمان فراشناختی و شناختی-رفتاری بر کاهش (اضطراب، استرس و افسردگی) افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند، تفاوتی وجود ندارد.

نتایج نشان داد که هر دو درمان، عملکرد تقریباً یکسانی برای کاهش عواطف منفی(اضطراب، استرس و افسردگی) دارد و هیچ کدام بر عواطف منفی(اضطراب، استرس و افسردگی) کارایی بیشتری نسبت به دیگری ندارد. این یافته را می‌توان این‌طور تبیین کرد که هر دو درمان روی خطاهای شناختی افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند مثل تفکرات فاجعه‌آمیز، تعمیم افراطی، باورهای فاجعه‌آمیز و منفی کار می‌کنند. البته این موضوع نیاز به تحقیق و پژوهش بیشتری دارد. هر دو رویکرد شناختی-رفتاری و درمان فراشناختی تأکید می‌نمایند که محتوای باورها و افکار، نوع اختلال تجربه شده را تعیین می‌کنند. افکار مربوط به خطر موجب اضطراب می‌شوند و افکار مربوط به فقدان و بی‌ارزش شمردن خود، به احساس غمگینی منجر می‌شوند. درمان فراشناختی ادعا می‌کند که این نوع محتوا موجب اختلال نمی‌شود، چون اکثر افراد این نوع افکار را دارند، اما در بسیاری از آدم‌ها هیجان‌های منفی موقتی و گذرا هستند. اختلال هیجانی مشکلی است که در آن فرد گرفتار حالت پریشانی می‌شود. این نوع اختلال مزمن یا عودکننده است. اختلال هیجانی پیامد فرآیندهای فراشناختی است که به شکل‌گیری سبک‌های تفکر خاصی منجر می‌شوند و فرد را در وضعیت‌های طولانی مدت و عودکننده پردازش منفی اطلاعات مربوط به خود گرفتار می‌سازند. به طور کلی، درمان فراشناختی با عواملی سرو‌کار دارد که منجر به تفکر پایدار و مقابله‌ی نامناسب می‌شوند. در درمان شناختی-رفتاری فرض بر این است که تفسیرهای غلط فرد از رویدادها، از باورهای او نشأت می‌گیرند، اما باورهای مورد تأکید، در حیطه‌ی شناختی متداول و معمول قرار دارند. این باورها شامل باورهایی از قبیل «جهان خطرناک است» و «من بی‌کفایتم» هستند. این یافته هم راستا با یافته‌های رنجر و خبیری(1388)، سیمبایی[[191]](#footnote-191)(2015) و ملکمان[[192]](#footnote-192)(2015) می‌باشد.

نتیجه­گیری نهایی

در این پژوهش به بررسی اثربخشی و مقایسه بین درمان فراشناختی با درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب، افسردگی و استرس افراد دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند پرداخته شد و نتایج حاکی از این بود که درمان فراشناختی و شناختی-رفتاری هردو درمان­های مؤثری برای کاهش اضطراب، افسردگی و استرس هستند. درمان شناختی-رفتاری با استفاده از تکنیک­های شناختی-رفتاری می­تواند به افراد کمک کند تا به تغییر خطاهای شناختی پرداخته و به اصلاح و جایگزینی آن‌ها بپردازد و در نهایت با تغییر شناخت­ها به تغییر رفتار منجر می­شود. در درمان فراشناختی، فراشناخت به باورها و فرايندهايي اشاره دارد كه براي ارزيابي، تنظيم و يا بررسي و بازبينی فكر استفاده مي‌شود. باورهای فراشناختي مانند نياز به كنترل افكار و نيز اهميت افكار، به طور ويژه­اي در گروه باورهاي مربوط به تفكر دسته‌بندي مي‌شوند. رويكرد فراشناختي بر اين باور است كه افراد به اين دليل در دام ناراحتي هيجانی گرفتار می­شوند كه فراشناخت‌هاي آن‌ها در برابر پاسخ‌دهي به تجربه‌هاي دروني، به الگويي منجر می­شود كه موجب تداوم هيجان منفي و تقويت باورهاي منفي در اين افراد مي‌گردد.

محدوديت­هاي پژوهش

* نبود مرحله‌ی پیگیري به دلیل محدودیت زمانی از محدودیت‌هاي پژوهش است.
* مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس یک مقیاس نشانه‌شناسی است و صرفاً نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس را می‌سنجد و از این رو نمی‌توان آن را یک ابزار تشخیصی معادل ملاك‌هاي تشخیصی DSM-5قلمداد کرد.
* پژوهش حاضر بر روی جامعه­ی دانشجویان دختر صورت گرفته است، بنابراین در تعمیم نتایج به جوامع دیگر می­بایست محتاط بود.

پیشنهادها

هدف از پیشنهادهایی که در ادامه ارائه می‌شود این است که به پژوهشگرانی که مایل به پژوهش در این حوزه هستند کمک شود تا به نحو بهتر و آسان‌تری موضوع مورد علاقه خود را بیابند و در این حوزه به انجام پژوهش بپردازند.

پیشنهادهاي پژوهش

* پژوهش­های درمانی آینده، گروه­های دیگری با دارودرمانی و دارونما در کنار گروه آزمون و گواه بررسی شود تا امکان مقایسه­های بیشتر فراهم گردد.
* هم­چنین در تحقیقات آتی، این مطالعه بر روی نمونه­های بالینی و نمونه‌های غیر دانشجویی انجام شده و از روش­های نمونه­گیری دقیق­تری مانند نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود
* پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌هاي آتی از مقیاس‌هاي تشخیصی دقیق‌تری که مبتنی بر نشانه‌شناسی و ملاك هاي تشخیصی باشند براي سنجش افسردگی، اضطراب و استرس استفاده شود.

پیشنهاد‌های کاربردی

* با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود:
* پیشنهاد می‌گردد این دیدگاه‌های درمانی در مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌درمانی در زمینه افسردگی، اضطراب، استرس و اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند مورد استفاده قرار گیرند.
* پیشنهاد می‌شود دوره‌های آموزشی گوناگونی در زمینه کاهش افسردگی، اضطراب و استرس ، با بهره‌گیری از مفاهیم این دو دیدگاه در سطح کلینیک‌های درماني برگزار شود.
* با توجه به موقعیت حساس دانشجویان در دوره جوانی لازم است پیشگیری از رفتارهای پرخطر(اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند) در برنامه آموزشی دانشگاه‌ها به ‌طور جدی تر دنبال شود.
* پيشنهاد مي‌شود كه برنامه‌‌هاي آموزشي با هدف آگاهي از وضعيت روان شناختي جوانان دچار اعتیاد به تلفن‌های همراه هوشمند براي والدین آن‌ها ارائه شود.

# منابع

## منابع فارسی

* افشاری، م؛ نشاط دوست، ح؛ بهرامی، ف؛ افشار، ح.(1389). اثربخشی درمان رفتاری- فراشناختی بر میزان باورهای هراس بیماران زن مبتلا به اختلال هراس. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، 13 (1)، 16- 9.
* امیدوار، احمد؛ صارمی، ع. (1385). *اعتیاد به اینترنت*. تهران: نشر تمرین.
* بحری، ن؛ صادق مقدم، ل؛ خدادوست، ل؛ محمدزاده، ج؛ بنفشه، ا.(1390). وضعیت اعتياد به اينترنت و ارتباط آن با سلامت عمومي دانشجويان دانشگاه علوم پزشكی گناباد. *مراقبت­های نوین*، 8 (3)، 173- 166.
* بهرامي، ف؛ آذریان، ز.(1387). مطالعه مقدماتي رابطه نشانگان پيش قاعدگي و افسردگي با باورهاي فراشناختي در زنان دانشجو*. مجله تحيقات علوم رفتاري*، 6 (2)،45-38.
* بیدی، ف؛ نامداری، پ، م؛ امانی، ا؛ قنبری، س؛ کارشکی، ح.(1391). تحلیل ساختاری ارتباط بین اعتیاد به اینترنت با افسردگی، سازگاری اجتماعی و عزت نفس. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان*، 19 (3)، 65- 57.
* پروين، لارنس.اي (1995). *روانشناسي شخصيت*. ترجمه محمدرضا جوادي و پروين كديور (1389). تهران. انتشارات پارسا.
* خدابخش، ر؛ عباسی، ل؛ شاهنگیان، س.(1392). اثر درمان فراشناختي ولز بر كنترل افكار وسواسی و افزايش سازگاری يك مورد وسواسی- جبري. *فصلنامه تازه­های علوم شناختی*، 15 (3)، 41-30.
* خسروی، ز؛ علیزاده، ا.(1390). رابطه اعتیاد به اینترنت با عملکرد خانواده و سلامت روان در داتش­آموزان. *علوم اجتماعی*، 6 (12)، 16- 9.
* درگاهیان، ر؛ محمدخانی، ش؛ حسنی، ج ؛ شمس، ج.(1390). اثربخشی درمان فراشناختی بر بهبود باورهای فراشناختی، نشخوار فکری و علایم افسردگی: مطالعه تک آزمودنی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، 3 (1)، 98- 81.
* دهقان، ع.(1384). قماربازی اینترنتی. *فصلنامه انجمن ایرانی مطالعات فرهنگی و ارتباطات*، 1 (2)، 72- 45.
* دیتبلورن، ت.(2002). *آسیب شناسی روانی.* ترجمه یحیی سید محمدی (1386). تهران. نشر روان.
* [رحیمی احمدآبادی](http://thesis.um.ac.ir/index-l-ath-%D8%B3%D9%85%DB%8C%D9%87%20%D8%B1%D8%AD%DB%8C%D9%85%DB%8C%20%D8%A7%D8%AD%D9%85%D8%AF%D8%A2%D8%A8%D8%A7%D8%AF%DB%8C.html)، ج.(1390). ب[ررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری در کاهش خشم و پرخاشگری افراد مبتلا به ترومای ضربه‌ی سر](http://thesis.um.ac.ir/moreinfo-1452-pg-1.html). *پایان­نامه کارشناسی ارشد*. دانشگاه فردوسی مشهد.
* رسولی، م؛ آزادمجد، ا.(1392). اعتیاد به اینترنت و اثرات ناشی از آن دربین دانش­آموزان دوره متوسطه شهر تهران. *یافته­های نو در روانشناسی*، 9 (6)، 41-32.
* زارع­زاده، ح؛ کدیور، ق.(1386). خودکارآمدی در افراد کاربر و غیرکاربر به اینترنت. *پژوهش­های نوین در روانشناسی*، 8 (11)، 32-22.
* سادوك، ب ؛ سادوك، و.(2008). *خلاصه روان پزشكی.* ترجمه نصرت ا...پورافكارى (1385). تهران. شهر آب. چاپ سوم.
* سپهریان، ف؛ جوکار، ل.(1391). ارتباط اعتياد به اينترنت با اضطراب در تيپ­های شخصيتی نوع A و B. مجله *پژوهش­های علوم شناختی و رفتاری*، 2 (2)، 65- 52.
* سترگ، ص؛ کاظمی، ح؛رئیسی، ز.(1392). اثربخشي درمان فراشناختي بر عقايد وسوسه انگيز و باورهای مرتبط با مواد در بيماران وابسته به مواد صنعتي. *فصلنامه اعتياد پژوهي سوءمصرف مواد*، 7 (28)، 91-75.
* سروقد، س؛ دانش‌پور، آ.(۱۳۸۹). رابطه راهبردهای فراشناختی با پرخاشگری و شیوه‌های مقابله با استرس دانش‌آموزان دوره پیش‌دانشگاهی شهر شیراز. *مجله روش‌ها و مدل‌های روانشناسی*، ۱ (۲)، 29-21.
* شاره، ح؛ دولتشاهی، م؛ کاهانی، م.(1393). اثربخشی درمان گروهی فراشناختی در بهبود افسردگی، باورهای فراشناختی و پاسخ­های نشخواری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، 21 (1)، 41-32..
* صفایی راد، ا؛ احمدی، م؛ ربیعی، م ؛ نجفی، م.(1391). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاري با درمان فراشناختی بر علائم اختلال هراس اجتماعی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، 9 (3)، 77-59.
* صفوی، ب.(1383). ازاعتیاد اینترنتی پیشگیری کنیم. *فصلنامه انجمن ایرانی مطالعات فرهنگی و ارتباطات،* 4 (9)، 41-30.
* عبداله­زاده، ف؛ جوانبخت، م ؛ عبداله­زاده، ح.(1390). مقايسه تأثير درمان فراشناختي و درمان دارويي در وسواس فكري. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، 18 (2)، 118- 110.
* فري، م. (۲۰۰۸). *راهنماي عملي شناخت درماني گروهي*. ترجمه جان‌بزرگی، م. (1388). تهران: آرين.
* فیروزآبادی، ع.(1382). پیامدهای اعتیاد مدرن وابستگی به اینترنت. *ماهنامه گزارش*، 29، ص100.
* گرینفیلد، د.(2001). *اینترنت وجامعه*. ترجمه عباس گلیگوری (1384). تهران :کتابدار..
* محمدخانی، ش؛ ظفرپناهی، م.(1390). هيجان­هاي منفي و استفاده آسيب­زا از اينترنت: نقش واسطه­ای باورهای فراشناختی. *فصلنامه علمی- پژوهشی پژوهش در سلامت روانشناختی*، 5 (1 و 2)، 84- 71.
* معیدفر، س؛ حبیب پور گتابی، ک ؛ گنجی، ا.(1386). مطالعه پدیده استفاده اعتیادي از اینترنت در بین نوجوانان و جوانان شهر تهران. *مجله جهانی رسانه*، 2 (2)، 45- 34.
* مؤمنی، م؛ رضایی، ف؛ گرجی، ی.(1392). اثربخشي مشاوره فراشناختي بر ميزان اضطراب امتحان دانش­آموزان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، 14 (4)، 105- 99.
* مهرابی زاده هنرمند، م؛ گراوند، ل ؛ ارضی، س.(1389). بررسی تأثیر آموزش مهارت های زندگی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری بر اضطراب و پرخاشگری همسران شهدا. *ماهنامه زن و فرهنگ*، 6 (3)، 54-41.
* میرزائیان، ب؛ باعزت، ف؛ خاکپور، ن.(1390). اعتیاد به اینترنت در بین دانشجویان و تأثیرآن بر سلامت روان. *فناوری اطلاعات و ارتباطات در علوم تربیتی*، 2 (1)، 71-60.
* ولز، آدرین.(2000). *اختلالات هیجانی و فراشناخت*. ترجمه بهرامی، فاطمه و رضوان، شیوا (1385). اصفهان. مانی.
* هاوتون، ک.(۱۹۸۹). *رفتار درمانی شناختی*. ترجمه قاسم زاده، حبیب الله (1388). تهران. ارجمند.

## منابع انگلیسی

* Adelson, R. (2004). Hormones, stress and aggression vicious cycle, 35 (10),1-4.
* Akini A & Iskender M. (2011). Internet addiction and depression, anxiety and stress. International Online Journal of Educational Sciences. 3 (1), 138-148.
* Baker.L & Scarth.K. (2005). Cognitive-behavioral therapy for conduct disorder. Edition six.U.S.A.
* Bennett H, & Wells A .(2011). Metacognition, memory disorganization, and rumination in posttraumatic stress symptoms. J Anx Dis; 24: 318-325.
* Bullen, P., & Harré, N. (2000). The internet: Its effects on fatety and behavior implications for adolescents. Department of Psychology, University of Auckland.
* Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. Journal of Personality and Psychology, 63, 452-459.
* Byun,S., Ruffini, C., Mills, J. E., Douglas, A. C., Niang, M., Stepchenkova, S., Lee, S. K., Loutfi, J., Lee, J.-K., Atallah, M., & Blanton, M. (2009). Internet Addiction: Metasynthesis of 1996-2006 quantitative research. Cyberpsychology & Behavior , 12, 2.
* Cao, F & Su, L .(2006). Internet addiction among Chinese adolescents: prevalence and psychological features. Child: Care, Health and Development, 33 (3), 275–281.
* Caplan, S. E. (2005). A social skill account of problematic internet use. Journal of Communication, 55, 721–736.
* Cheung, LM & Wong, WS .(2011). The effects of insomnia and internet addiction on depression in Hong Kong Chinese adolescents: an exploratory cross-sectional analysis. J Sleep Res; 20 (2): 311-17.
* Cho, Y & Lee, H. (2006). A study on a model for Internet addiction of adolescents. Korean Acad Nurs, 34(1),102-110.
* Denman, C .(2006). Cognitive- analytic therapy. Advances in psychiatric treatmeni, 8 (3), 76-64.
* Douglas, A,. Mills, J,. Niang, M,. Stepchenkova, S,. Byund, S & Ruffini, C .(2008). Internet addiction: Meta-synthesis of qualitative research for the decade 1996-2006. Computers in Human Behavior; 24(6) 3027-44.
* Ellis DM & Hudson JL .(2011). The Metacognitive Model of Generalized Anxiety Disorder in Children and Adolescents. Clin Child Fam Psychol Rev; 13: 151-163
* Fisher, P.L & Wells, A .(2008). Meta cognitive therapy for obsessive- compulsive disorder: A case series. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39, 117-132.
* Fitt s & Rees c .(2012). Metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder by videoconference: preliminary study. Behavior change; (29):213-29.
* Flavell JH & Miller, K .(2003). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitivedevelopmental inquiry. Am Psychol; 34 (10), 906- 11
* Gonzalez, N. A. (2008). Internet addiction disorder and it's relation to impulse control. MA. Dissertation. USA: Texas University, College of Psychology, 6-25.
* Hardie, E., & Tee, M. Y. (2007). Excessive internet use: The role of personality, loneliness and social support networks in internet addiction. Australian Journal of Emerging chnologies and Society, 5(1), 34-47.
* Hollon, SD. (2009). Cognitive therapy in the treatment and prevention of depression. In: Joiner JS, Brown J, editors. The interpersonal, cognitive and social nature of depression. Mahwah, NJ: Erlbaum.
* Jong-Meyer, R., Beck, B & Riede, K. (2009). Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. Personality and Individual Differences.46, 547–551.
* Kim, J. H., Lou, C. H., Cheuk K. K., Kan P., Hui, H., & Griffiths, S. M. (2009). Predictors of heavy internet use and associations with health-promoting and health risk behavior among Hong Kong university students. *Journal of Adolescence*, 10, 10-16.
* Lapshin H, O’Connor P, Lanctot KL, Feinstein A .(2013). Computerized cognitive testing for patients with multiple sclerosis. *J MS Relat Disord*; (25):211-216.
* Ling-yan, L., Deng-HUA, S & Ran, T. (2007). Family function of adolescents with excessive internet usage. *Chineese mental health journal*, 21(12), 837-840.
* Man Sally LP. (2006). *Prediction of internet addiction for undergraduates in Hong Kong*. [BSc thesis]. School of Business, Hong Kong Baptist University, Kowloon Tong.
* Morrel, T. M., Elliott, J. D., & Murphy, C. M. (2003). Cognitive behavioral, and supportive group treatments for partner-violent men*. Behavior Therapy*, 34 (1), 77- 85*.*
* Morrison, C. M., & Gore, H. (2010). The Relationship between Excessive internet use and Depression: A questionnaire-based study of 1.319 Young People and Adults. *Psychopathology*, 43, 121-126.
* Moses LJ & Baird JA .(2006). *Metacognition*. In: Wilson RA, Keil FC (Eds). The MIT encyclopedia of the cognitive sciences. Cambridge: MIT Press.
* O`Donohue W & Fisher J E. (2010). *Cognitive Behavior Therapy*. New Jersey: Wiley & Sons Press.
* Papageorgiou, C & Wells, A (2003). Meta cognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*. 8, 160-164.
* Patrick, F., & Joyce, J. (2008). Internet addiction: Recognition and intervention. *Journal Psychiatr Nurse* , 22(6), 1067-1071.
* Rees CS & van Koesveld KE .(2010). An open trial of group metacognitive therapy for obsessivecompulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*; 39(4): 451-8.
* Rosenhan .L. D & Seligman E.P.M .(2007). *Abnormal psychology*. Third Edition. New York.
* Rosen, L. H. & Underwood, M.K. (2011). Facial attractiveness as a moderator of the association between social and physical aggression and popularity in adolescents. *Journal of school psychology*, 16 (5), 19-29.
* Shafira, N., Lessing, M., Goldsmith, T., Szabo, S., Lazoritz, M & Gold, M .(2006). Problematic internet use: Proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and Anxiety*; 17(4) 207-16.
* Silva, J. (2009). *Mindfulness based cognitive therapy for the reduction of anger in married men, Up published doctorial dissertation*, Hofstra university: New York.
* Solem S, Myers SG, Fisher PL, Vogel PA, Wells A .(2011). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: replication and extension. *Journal of Anxiety Disorder*; 24(1):79-86.
* Tang, M. (2001). Clinical outcome and client satisfaction of an anger management group program. *Journal of Occupational Therapy*, 68, 228-236.
* Weiser, EB .(2009). The prevalence of anxiety disorders among adults with asthma: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*; 14 (4), 297-307
* Wells. A. (2009). *Meta cognition therapy for anxiety and depression*. New York, culford press
* Wells, A. & King, P .(2008). Meta cognitive therapy for generalized anxiety disorder: an open trail. *Journal of Behavior therapy and Experimental Psychiatry,* 37, 206 - 212.
* Wells ,A & Sembi, S .(2006). Meta cognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 365-377.
* Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T & Brewin, C. (2009). An open trial of meta cognitive therapy in the treatment of major depressive disorder. *Manuscript in preparation*.
* Wölfling, K. (2011). ‘Internet Addiction-the New Digital Disorder’. *European Psychiatry*, 26 (1), 94-106.
* Yang,S.C .(2005). Comparison of Internet addicts and non addicts in Taiwanese high school. Computers in Human Behavior,23 (1),79-96.
* Young KS .(1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyber Psychology & Behavior*; 1(3) 237-244.
* Yong, SC & Tung, CJ. (2009). Comparison of internet addicts and non-addicts in Taiwanese high school. Computers in Human Behavior; 23(1) 91-6

# ضمایم

عناوین جلسات درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی

**جلسه اول:** آشنایی اعضا با یکدیگر، معرفی قوانین گروه، بیان اهداف جلسات و برنامه کلی جلسات و تبیین وظایف شرکت‌کنندگان

**جلسه دوم:** آشنا نمودن گروه با هیجانات مثبت و منفی، تمرکز بر هیجانات، تشخیص موقعیت­های برانگیزاننده آن‌ها و دادن تکلیف (تحلیل رفتار برای شناسایی برانگیزاننده‌ها)

**جلسه سوم:** اجرای فنون شناختی-رفتاری (سؤال کردن سقراطی، بازسازی شناختی و...)، آموزش مدل توجه کردن به افکار و باورها، توجه به نشانه‌های جسمانی و هیجانی و ارائه تکلیف

**جلسه چهارم:** توجه به افکار و باورهای قبل از هیجانات، توجه به رفتارهای بعد از افکار و باورها، کمک به تغییر تفکر و بررسی برخی از عقاید اساسی و ارائه تکلیف

**جلسه پنجم:** یادگیری آرامش، آموزش ریلکسیشن (ریلکسیشن پیش­رونده به شیوه جاکوبسن به آزمودنی­ها آموزش داده و به صورت گروهی اجرا شد و فایل صوتی آن به آزمودنی‌ها داده شد تا در منزل تمرین کنند)

**جلسه ششم:** آموزش روش‌های تحلیل منطقی افکار و استفاده از تکنیک‌های ثبت افکار روزانه، توجه برگردانی، تحلیل مزایا و معایب، تمرین پیکان رو به پایین، تصویرسازی ذهنی ... شناسایی و تغییر و تبدیل رفتارهای مخرب بعد از افکار و خودگویی‌های منفی از طریق کند کردن روند افکار منفی و جایگزینی با افکار منطقی و کارآمد و خودگویی‌های مثبت و ارائه تکلیف

**جلسه هفتم:** ادامه شناسایی باورهای بنیادی و تغییر آن، شیوه‌های رفتاری مذاکره در مورد هیجانات، ریلکسیشن، به تعویق انداختن واکنش، تمرکز بر تنفس، آموزش حل مسئله و نحوه واکنش­های رفتاری مناسب به موقعیت‌های گوناگون و مدیریت هیجانات و ارائه تکلیف

**جلسه هشتم:** آموزش مهارت جرئت ورزی و تمرین آرامش عضلانی، آموزش خطاهای شناختی و مقابله با آن‌ها

**جلسه نهم:** استفاده از راهبردهای حل مسئله و بررسی پیشرفت اعضاء در رسیدن به اهداف، آموزش مهارت‌های کنار آمدن با موقعیت‌ها و جلوگیری از بازگشت به الگوهای قدیمی

**جلسه دهم:** مرور کلی تکنیک‌های آموزش داده شده و جمع‌بندی نتایج، تأکید بر انجام تمرین­ها در فواصل زمانی و اجرای پس‌آزمون.

عناوین جلسات درمان فراشناختی به شیوه گروهی

**جلسه اول:** معارفه و آشنايي آزمودنی­ها و آزمونگر و نيز توجيه آزمودنی­ها در مورد هدف برگزاري جلسات و قوانين گروه و نيز برنامه کلی جلسات و بیان وظایف شرکت‌کنندگان.

**جلسه دوم:** توضیح علائم و مشخصه­هاي افسردگی، اضطراب ، استرس و اعتیاد اینترنتی و سبب­شناسي آن‌ها، مشخص كردن علائم این دو اختلال در مورد خود به عنوان تكليف خانگي به آزمودني­ها.

**جلسه سوم:** بررسي دلایل افسردگی، اضطراب، استرس و اعتیاد اینترنتی آزمودنی­ها و چالش با باورهاي مربوط به این دلایل.

**جلسه چهارم:** به چالش با باورها ادامه داده شد و از شیوه‌ی تجسم پلنگ نيز استفاده خواهد شد، آموزش تکنیک آموزش توجه.

**جلسه پنجم:** تضعيف باورهاي فراشناختي درباره غير قابل مهار بودن افسردگی، اضطراب و استرس و اعتیاد اینترنتی، که به چالش با اين­گونه باورها پرداخته خواهد شد و به همين منظور از استعاره‌ی كودك نافرمان در اين زمينه استفاده خواهد شد. آموزش تکنیک ذهن آگاهی گسلیده و آزمایش سرکوب – عدم سرکوب.

**جلسه ششم:** آموزش تکنیک به تعويق انداختن توجه متمرکز بر باورهای کنترل ناپذیری افسردگی، اضطراب و استرس و اعتیاد اینترنتی و بیان تفاوت بین به تعويق انداختن فکر و فروپاشي فكر.

**جلسه هفتم:** به بررسي باورهاي مثبت مربوط به افسردگی، اضطراب و استرس و اعتیاد اینترنتی پرداخته خواهد شد. اين باو‌رها مورد چالش قرار خواهد گرفت و به همين منظور راهبردهاي كارآمد فراشناختي مثل راهبرد اسناد مجدد كلامي و راهبرد عدم تناسب نگراني آموزش داده خواهد شد.

**جلسه هشتم:** آموزش تکنیک رویارویی و جلوگیری از پاسخ متمرکز بر باورهای اطمینان بخشی و تکنیک ایجاد تغییر در پایش تهدید متمرکز بر باورهای خودآگاهی.

**جلسه نهم:** آموزش روش متمركز كردن توجه بر موقعيت انجام خواهد شد و به بررسي و ارزيابي باورهای مثبت و منفی آزمودنی­ها پرداخته خواهد شد، به اين منظور كه اگر هنوز باور مثبت يا منفي در مورد افسردگی، اضطراب و استرس و اعتیاد اینترنتی باقی‌مانده باشد به چالش با آن‌ها پرداخته و دوباره از راهبردهاي گفته شده استفاده خواهد شد.

**جلسه دهم:** مرور کلی تکنیک‌های آموزش داده شده و جمع‌بندی نتایج، تأکید بر انجام تمرین‌ها در فواصل زمانی و اجرای پس‌آزمون.

**Abstract**

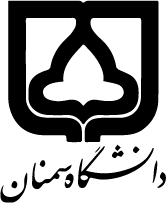
The purpose of this research was to compare the effectiveness of meta-cognitive therapy (MCT) and cognitive-behavioral therapy (CBT) on anxiety, depression and stress of people with smartphone addiction. A pre-test, post-test research model with unequal control group has been used in this research.

All students of Ferdowsi university was the target population and thirty six(N=36) male and female second-year undergraduate students up to first-year post graduate students who has got a high score in Dass (21) scale and smartphone addiction scale, were chosen for this experiment by purposive sampling.

All the participants were designated into two experimental and one control groups. Each consisted of twelve (N=12). During the treatment, the first experimental group was received meta-cognitive therapy, the second group was received cognitive-behavioral therapy; the control group did not receive any particular instruction. After the treatment, the collected data was analyzed through calculating the covariance analysis.

The result indicates that the level of stress, depression and anxiety for both meta-cognitive and cognitive-behavioral group decreased significantly in comparison with control group. Furthermore, no difference has been observed between meta-cognitive and cognitive-behavioral therapy in reduction the level of stress, depression and anxiety in the people with smartphone addiction. The result reveled that both meta-cognitive and cognitive-behavioral therapy are effective in decreasing the level of stress, depression and anxiety.

**Keywords:** meta-cognitive therapy (MCT), cognitive-behavioral therapy (CBT), stress, depression, anxiety, smartphone addiction.



Semnan University

School of Psychology and Educational Sciences  
Thesis for Master Degree in Clinical Psychology

Subject:   
**Comparing effectiveness of meta-cognitive and cognitive-behavioral therapy on anxiety, depression and stress, on people addicted to smartphones**

Researcher:   
**Homa Shaelaie**

Supervisor:   
**Parviz Sabahi**

Advisor:   
**Shahrokh Makvand Hosseini**May 2017

1. Patrick [↑](#footnote-ref-1)
2. Joyce [↑](#footnote-ref-2)
3. Silvas [↑](#footnote-ref-3)
4. Wolfeling [↑](#footnote-ref-4)
5. Fox [↑](#footnote-ref-5)
6. McMalin [↑](#footnote-ref-6)
7. MichenBam [↑](#footnote-ref-7)
8. Beker&Scarth [↑](#footnote-ref-8)
9. Rosenhan [↑](#footnote-ref-9)
10. Seligman [↑](#footnote-ref-10)
11. O`Donohue [↑](#footnote-ref-11)
12. Fisher [↑](#footnote-ref-12)
13. Metacognitive therapy [↑](#footnote-ref-13)
14. Cognitive Attention Syndrom 1 [↑](#footnote-ref-14)
15. Teoneatto [↑](#footnote-ref-15)
16. Akini & İskender [↑](#footnote-ref-16)
17. Bennett&Wells [↑](#footnote-ref-17)
18. Howton [↑](#footnote-ref-18)
19. Michel Ferry [↑](#footnote-ref-19)
20. 1 Cho & Lee [↑](#footnote-ref-20)
21. 2 Caplan [↑](#footnote-ref-21)
22. Greenfield [↑](#footnote-ref-22)
23. Shafira [↑](#footnote-ref-23)
24. Yong & Tung [↑](#footnote-ref-24)
25. 1 Cheung & Wong [↑](#footnote-ref-25)
26. 1 Douglas [↑](#footnote-ref-26)
27. Self-actualization 1 [↑](#footnote-ref-27)
28. 1 Gonzalez [↑](#footnote-ref-28)
29. 1 forebrain [↑](#footnote-ref-29)
30. 2 powle [↑](#footnote-ref-30)
31. 3 endite [↑](#footnote-ref-31)
32. Watson [↑](#footnote-ref-32)
33. Rayner [↑](#footnote-ref-33)
34. Classical conditioning [↑](#footnote-ref-34)
35. Smith, G [↑](#footnote-ref-35)
36. Melinda [↑](#footnote-ref-36)
37. Mawrer [↑](#footnote-ref-37)
38. Mondura [↑](#footnote-ref-38)
39. Vicarious exprience [↑](#footnote-ref-39)
40. Modeling [↑](#footnote-ref-40)
41. Taboo [↑](#footnote-ref-41)
42. Symbolic logic [↑](#footnote-ref-42)
43. Beck [↑](#footnote-ref-43)
44. Lazarus [↑](#footnote-ref-44)
45. Herrald [↑](#footnote-ref-45)
46. Tomaka [↑](#footnote-ref-46)
47. Baron [↑](#footnote-ref-47)
48. Carver [↑](#footnote-ref-48)
49. Distress [↑](#footnote-ref-49)
50. Ostourah [↑](#footnote-ref-50)
51. Osler [↑](#footnote-ref-51)
52. Lovibond [↑](#footnote-ref-52)
53. Physiology of stress [↑](#footnote-ref-53)
54. Endocrine [↑](#footnote-ref-54)
55. Lymbic [↑](#footnote-ref-55)
56. Sympathetic [↑](#footnote-ref-56)
57. Parasympathetic [↑](#footnote-ref-57)
58. Epinephrine [↑](#footnote-ref-58)
59. Norepinephrine [↑](#footnote-ref-59)
60. Girdane, D. A., [↑](#footnote-ref-60)
61. Everly, G. S [↑](#footnote-ref-61)
62. Curtis,A.J. [↑](#footnote-ref-62)
63. The General Adaptation Syndrom [↑](#footnote-ref-63)
64. Adrenal [↑](#footnote-ref-64)
65. Lymph [↑](#footnote-ref-65)
66. Thymus [↑](#footnote-ref-66)
67. Schoch [↑](#footnote-ref-67)
68. Fight or Flight [↑](#footnote-ref-68)
69. Ogden [↑](#footnote-ref-69)
70. Cohen [↑](#footnote-ref-70)
71. Cassidy [↑](#footnote-ref-71)
72. Aitken, J [↑](#footnote-ref-72)
73. 1 Folkman, S [↑](#footnote-ref-73)
74. Lovallo [↑](#footnote-ref-74)
75. Beykirch, A. M [↑](#footnote-ref-75)
76. Greenberg, J.S [↑](#footnote-ref-76)
77. Pelletier [↑](#footnote-ref-77)
78. Zika [↑](#footnote-ref-78)
79. Chamber lain [↑](#footnote-ref-79)
80. Jemmot [↑](#footnote-ref-80)
81. Locke [↑](#footnote-ref-81)
82. Di Matteo [↑](#footnote-ref-82)
83. Quick& Quick [↑](#footnote-ref-83)
84. Major mepressive misorder [↑](#footnote-ref-84)
85. Kenny [↑](#footnote-ref-85)
86. Hyman [↑](#footnote-ref-86)
87. Life time prevalence [↑](#footnote-ref-87)
88. Relapse [↑](#footnote-ref-88)
89. Incidence [↑](#footnote-ref-89)
90. Hammen [↑](#footnote-ref-90)
91. Learned helplessness [↑](#footnote-ref-91)
92. Abramson [↑](#footnote-ref-92)
93. Compensatory skills [↑](#footnote-ref-93)
94. Barber [↑](#footnote-ref-94)
95. Scar hypothesis [↑](#footnote-ref-95)
96. Lewinsohn [↑](#footnote-ref-96)
97. Meta-cognitive theory [↑](#footnote-ref-97)
98. Wells [↑](#footnote-ref-98)
99. Differential activation hypothesis [↑](#footnote-ref-99)
100. Teasdale [↑](#footnote-ref-100)
101. Clark [↑](#footnote-ref-101)
102. Negative self-referent constructs [↑](#footnote-ref-102)
103. Dysphoric [↑](#footnote-ref-103)
104. Depressotypic processing [↑](#footnote-ref-104)
105. Depression about depression [↑](#footnote-ref-105)
106. Wampold [↑](#footnote-ref-106)
107. Nolen [↑](#footnote-ref-107)
108. Keller [↑](#footnote-ref-108)
109. Conradi [↑](#footnote-ref-109)
110. Long [↑](#footnote-ref-110)
111. Three-systems response [↑](#footnote-ref-111)
112. Bandora [↑](#footnote-ref-112)
113. Michenbam [↑](#footnote-ref-113)
114. Lapshin, O’Connor, Lanctot & Feinstein [↑](#footnote-ref-114)
115. Oei [↑](#footnote-ref-115)
116. Cognition [↑](#footnote-ref-116)
117. Masen [↑](#footnote-ref-117)
118. Cognitive [↑](#footnote-ref-118)
119. O'Donhue & Fisher [↑](#footnote-ref-119)
120. Zarb [↑](#footnote-ref-120)
121. Self-defeating [↑](#footnote-ref-121)
122. Lapshin [↑](#footnote-ref-122)
123. Beek [↑](#footnote-ref-123)
124. Strees- diathesis [↑](#footnote-ref-124)
125. Collaborative [↑](#footnote-ref-125)
126. Hollon [↑](#footnote-ref-126)
127. Maintaining Factors [↑](#footnote-ref-127)
128. Fennell [↑](#footnote-ref-128)
129. Self- helpskills [↑](#footnote-ref-129)
130. Inductive [↑](#footnote-ref-130)
131. Collani & Werner [↑](#footnote-ref-131)
132. Maxwell Jones [↑](#footnote-ref-132)
133. Humanistic therapies [↑](#footnote-ref-133)
134. Tronasationel analysis [↑](#footnote-ref-134)
135. Rush, Bek, Kovacsa Hollon [↑](#footnote-ref-135)
136. Shaw [↑](#footnote-ref-136)
137. Emery [↑](#footnote-ref-137)
138. Metacognition [↑](#footnote-ref-138)
139. Flavell [↑](#footnote-ref-139)
140. Solem S, Myers SG, Fisher PL, Vogel PA, Wells [↑](#footnote-ref-140)
141. Knowledge [↑](#footnote-ref-141)
142. Processes [↑](#footnote-ref-142)
143. Strategies [↑](#footnote-ref-143)
144. Metacognive knowledge [↑](#footnote-ref-144)
145. Metacognitive experiences [↑](#footnote-ref-145)
146. Metacognitive strategies [↑](#footnote-ref-146)
147. Felavel & Miler [↑](#footnote-ref-147)
148. Fitt& Rees [↑](#footnote-ref-148)
149. Tip-on-the-tongue effect [↑](#footnote-ref-149)
150. Threat monitoring [↑](#footnote-ref-150)
151. Thought suppression [↑](#footnote-ref-151)
152. Rumination [↑](#footnote-ref-152)
153. Solem [↑](#footnote-ref-153)
154. Myers [↑](#footnote-ref-154)
155. Fisher [↑](#footnote-ref-155)
156. Vogel [↑](#footnote-ref-156)
157. Wells [↑](#footnote-ref-157)
158. Uncontrollability [↑](#footnote-ref-158)
159. Meaning [↑](#footnote-ref-159)
160. Importance [↑](#footnote-ref-160)
161. Cognitive experiences [↑](#footnote-ref-161)
162. Papageorgiou [↑](#footnote-ref-162)
163. Wells [↑](#footnote-ref-163)
164. Cognitive attentional syndrome [↑](#footnote-ref-164)
165. Fitt & rees [↑](#footnote-ref-165)
166. Teoneatto [↑](#footnote-ref-166)
167. Responding [↑](#footnote-ref-167)
168. Inner experiences [↑](#footnote-ref-168)
169. Rumination [↑](#footnote-ref-169)
170. Fixated attention [↑](#footnote-ref-170)
171. Self-regulatory strategies [↑](#footnote-ref-171)
172. Self [↑](#footnote-ref-172)
173. Self-image [↑](#footnote-ref-173)
174. Jong-Meyer, Beck & Riede [↑](#footnote-ref-174)
175. Papageorgiou & Velz [↑](#footnote-ref-175)
176. Jong- Meyer [↑](#footnote-ref-176)
177. Ellis & hudson [↑](#footnote-ref-177)
178. Bennett& Wells [↑](#footnote-ref-178)
179. Toneatto [↑](#footnote-ref-179)
180. Moses & Baird [↑](#footnote-ref-180)
181. Fisher & Wells [↑](#footnote-ref-181)
182. Witly [↑](#footnote-ref-182)
183. Wells & King [↑](#footnote-ref-183)
184. Taylor [↑](#footnote-ref-184)
185. Caeo & Su [↑](#footnote-ref-185)
186. Morrel, Elliot & Murphy [↑](#footnote-ref-186)
187. Tang [↑](#footnote-ref-187)
188. Covariate [↑](#footnote-ref-188)
189. Simbayi [↑](#footnote-ref-189)
190. Melkman [↑](#footnote-ref-190)
191. Simbayi [↑](#footnote-ref-191)
192. Melkman [↑](#footnote-ref-192)