

«فهرست عنوان»

شماره صفحه

فصل اول:

۲

مقدمه

۵

بیان مسئله

۷

سوال تحقیق

۷

ضرورت تحقیق

۸

اهداف پژوهش

۸

فرضیه

۸

تعریف عملیاتی واژه ها

واژه ها

فصل دوم

۱۱

زمینه مسئله

۱۵

تعریف روان درمانی

۱۷

اهداف روان درمانی

۱۸

درجات روانی درمانی

۲۰

روش های روان درمانی

- ۲۱ بیماری روانی از نظر فروید
- ۲۲ فرضیه ها و مفاهیم بنیادی روانکاوی
- ۲۳ تعریف روانکاوی
- ۲۴ هدف روانکاوی و روان درمانی تحلیل
- ۲۴ هدف روان درمانی تحلیل گرا
- ۲۵ انسان از دیدگاه مکتب رفتار گرائی
- ۲۵ فرضیه های رفتار گرای
- ۲۱ بیماری روانی از دیدگاه مکتب یادگیری
- ۶ رفتار درمانی
- ۲۷ تکنیک های رفتار درمانی
- ۲۸ رفتار درمانی شناختی
- ۲۸ انسان از دیدگاه روان شناسی انسان گرایی
- ۲۹ اصول و فرضیه های روانشناسی انسان گرایی
- ۳۳ روان شناسی شناختی
- ۳۴ فرضیات شناخت درمانی
- ۳۶ انسان در نظریه شناختی
- ۳۶ بیماری روانی در نظریه شناختی

۳۷	اهداف روان درمانی شناختی
۳۷	روش و شیوه شناخت درمانی
۳۸	نقش درمانگر در نظریه شناختی
۳۹	فنون و اجزا شناخت درمانی
۴۰	محدودیت های شناخت درمانی
۴۰	نظریه درمانی عقلانی عاطفی (الیس)
۴۲	مفاهیم بنیادی نظریه الیس
۴۳	نظریه شخصیت الیس
۴۵	اضطراب و بیماری روانی در نظریه عقلانی و عاطفی
۴۷	تفکرات غیر منطقی
۵۰	روان درمانی در نظریه عقلانی عاطفی
۵۲	فرایند درمانی
۵۳	نقش درمانگر
۶۴	اضطراب
۶۶	سطوح اضطراب
۶۷	خلاصه
۶۸	مبانی نظری اضطراب

۶۹	نظریه های یادگیری
۷۱	نظریه های اصالت و جودی
۷۲	نظریه های شناختی
۷۴	نظریه های زیست شناختی
۷۴	عوامل اضطراب و تنیدگی
۷۸	پاسخ های سیستم ایمنی
۸۰	پاسخ های شناختی به اضطراب
۸۱	دو مورد از تحقیق انجام شده در زمینه این پژوهش
	فصل سوم
۸۴	روش تحقیق
۸۵	جامعه آماری
۸۵	متغیرهای پژوهشی
۸۶	فرضیات مربوط به کنترل متغیرها
۸۷	ابزار تحقیق
۹۰	روش های آماری
۹۱	محدودیت های روش ها و چگونگی تاثیر آن بر تحقیق

فصل چهارم و پنجم

تجزیه و تحلیل داده ها

۹۳

فرضیه

۹۳

خلاصه

۹۹

منابع و مأخذ

۱۰۲

آنانکه طبیعت روحشان از سنخ

طبیعت هستی است

پیام های انسانی را می فهمند و رنگها را می شناسند

ابعاد را تشخیص می دهند و به حضور سبز حاضرند

تقدیم به پدر و مادر مهربانم که وجودشان

مالامال از عشق و بودنشان برایم پشوانه

محکمی بوده است

به آنان که با صبر و فداکاری گوهر عمر خویش داده توشه سفر

پایان ناپذیر علم و دانش نمودند

تقدیم به:

استاد عزیز و گرانقدر

جناب آقای رحال زاده که با شکیبائی، عظوفت و راهنمایی های

ارزشمند خود از هیچ کوشش و هدایتی در ارائه این پایان دریغ نمودند.

آن زمان که آدمی بر بلندای
پلکان رفیع علم و دانش می
ایستد آنجا آغازی دیگر است و
بر روی کره زمین کمتر جایی به
زیبایی یک دانشگاه وجود دارد.

**دانشگاه تربیت معلم تهران
(واحد حصارک)**

پایان نامه:

برای دریافت درجه کارشناسی در رشته مشاوره

موضوع:

بررسی رابطه بین باورهای غیر منطقی و

میزان اضطراب در دانشجویان پسر و دختر

استاد راهنما:

جناب آقای رحال زاده

پژوهشگر:

ابراهیم نامنی

سال تحصیلی ۸۱-۸۲

فصل اول

مقدمه:

رویکرد شناختی و روانی شناسی امروزه مورد توجه بسیار قرار گرفته است و بیشتر از هر رویکرد دیگری مورد تجربه واقع می شود.

رویکرد شناختی معتقد است که ریشه رفتارهای انسان در نوع تفکر و نگرش و طرز تلقی می گوید:

«نخستین اصل شناخت گرایی است که حال انسان نتیجه شناخت ها و تفکرات اوست.» با استفاده از تئوری ABC درمان شناختی- رفتاری

پیشرفت بسیار زیادی از دهه ۱۹۷۰ تاکنون داشته است و اکنون یکی از رایجترین اشکال درمان روان شناختی است (الیس، ۱۹۹۱، ص ۲) عبارت

زیر نیز توضیحی از این موضوع توسط الیس است. «در سالهای اخیر روان درمانیهای که گرایش شناختی دارند. نه فقط به دلیل پژوهش

هایی که اثر بخشی آن را تأیید کرده اند، بلکه به دلیل شهرت عامی که یافته اند، موفقیت زیادی داشته اند و سهولت گرایش شناختی در درمان

مستقیم باعث شده است که این شیوه نسبت به سایر شیوه ها مطبوعتر و کمتر تهدید کننده باشد. (الیس، ۱۹۸۹، ص ۳)

صدها مطالعه در تحقیقی کنترل شده نشان داده اند که RET و CBT مقایسه با سایر روش های روان درمانی به طور معنی دارتری به مراجعان کمک کرده اند تا کمتر پریشان باشند.

چند ده مطالعه دیگر نشان داده اند که آزمون هایی که برای سنجش باورهای غیر منطقی و نگرش مختل بر اساس تئوری ABC ساخته شده اند، به طول معنی داری گروه های پریشان و گروه های افراد کمتر

پریشان را از یکدیگر متمایز می سازد. (بایسدن ۱۹۸۰، دیجیوسپی، میلروت کسر ۱۹۵۹، الیس، ۱۹۷۹، هرلن و بمیس ۱۹۸۱، شوارتس، ۱۹۸۲، وودز به نقل از الیس، ۱۹۹۱ ص ۲).

اساس شکل گیری نظریه منطقی-هیجانی ارائه مدل ABC درباره پریشانی هیجانی است (الیس ۱۹۶۲، الیس، ۱۹۹۷a، ۱۹۷۷b به نقل از الیس، ۱۹۹۱ ص ۳) بر اساس این رویکرد پیامدهای هیجانی پریشان کننده (Cها) به طور مستقیم از وقایع فعال ساز (Aها) پیروی نمی کنند.

بلکه تاثیر وقایع فعال ساز بر پیامدهای هیجانی به وسیله باورهای شخص

(Bها) تحت تاثیر قرار می گیرد. الیس (شفیع آبادی، ۱۳۷۳، ص ۱۲۶ -

۱۲۲) بر مجموعه ای از باورها تاکید می کند.

که فرض می شوند رایجترین منبع های پریشانی هیجانی باشند. این

باورها مشتملند:

۱- اعتقاد فرد به این که لازم و ضروری است که همه افراد دیگر

جامعه او را دوست بدارند و تاییدش کنند.

۲- اعتقاد به اینکه لازمه احساس ارزشمندی وجود حداکثر لیاقت،

کمال و فعالیت شدید است.

۳- اعتقاد فرد به اینکه گروهی از مردم بد و شرور هستند و باید به

شدت تنبیه شوند.

۴- اعتقاد فرد به اینکه اجتناب و دوری از بعضی مشکلات زندگی و

مسئولیت های شخصی فرد، آسانتر از مواجه شدن با آنهاست.

۵- اعتقاد فرد به اینکه اگر حوادث و وقایع طوری نباشد که او می

خواهد. بی نهایت ناراحتی و بیچارگی می آورد.

۶- اعتقاد فرد به اینکه بدبختی و عدم خوشنودی او به وسیله عوامل

بیرونی به وجود آمده است.

۷- اعتقاد فرد به اینکه چیزهای خطرناک و ترس آور موجب نهایت

نگرانی می شوند و فرد همواره باید کوشا باشد تا امکان به وقوع

پیوستن آنها را به تاخیر بیاورد.

۸- اعتقاد فرد به اینکه باید متکی به دیگران باشد و بر انسان قویتر

تکیه کند.

۹- اعتقاد فرد به اینکه تجارب و وقایع گذشته و تاریخچه زندگی تعیین

کننده مطلق رفتار کنونی هستند و اثر گذشته را در تعیین رفتار کنونی

به هیچ وجه نمی توان نادیده انگاشت.

۱۰- اعتقاد به اینکه انسان باید در مقابل مشکلات و اختلالات رفتاری

دیگران کاملاً برآشفته و محزون شود.

۱۱- اعتقاد فرد به اینکه هر مشکلی همیشه یک راه حل درست و کامل

فقط یک راه حل وجود دارد و اگر انسان بدان دست نیابد بسیار

وحشتناک و فاجعه آمیز خواهد بود.

الیس می گوید این باورها منجر به این می شوند که افراد وقایع را بسیار

ناراحت کننده تلقی کرده و مطابق با آن پاسخ خواهند داد این مدل

اساسی محرک بزرگی برای دیدگاه شناختی که به رفتار درمانی و زمینه

های وابسته مربوط می شوند، بوده است (الیس ۱۹۷۷)

اساساً این باورها غیر منطقی تحت چهار عنوان قرار می گیرند:

۱- باور وحشتناک بودن

۲- باور مربوط به تحمل ناکامی پائین

۳- تقاضاها یا خواسته های مستبدانه

۴- ارزیابی از خود به صورت کلی

هدف پژوهش حاضر این است که با توجه به نظریه الیس نشان دهد

تفکرات غیر منطقی حاکم بر فرد می تواند میزان اضطراب فرد ارتباط

داشته باشد.

بیان مسئله

انسان عصر ما به دنبال آرامش روانی است. دنیای امروز با پیچیدگی ها

و ویژگی های خاص فرهنگ ماشینی انسان را درگیر و دار اضطرابهای

کشنده ای قرار داده است که چهره زندگی را رنگ بس نازیبا زده و آن

را غیر قابل تحمل ساخته است. آرزوی هر انسانی آرامشی است که بتواند در آن مسیر زندگی خود را به سوی سعادت طی کند و اضطراب سدی است محیط بر انسان و محاط در انسان که سراسر حیات درون و بیرون او تحت تاثیر خود قرار داده است و این سوال برای هر یک از ما مطرح است که ریشه اضطراب های انسان در چیست؟ و چگونه می توان به مقابله با آن پرداخت؟ با توجه به اینکه هر یک از مکاتب روان شناسی انسان و مشکلات او را از دریچه ای خاص مورد مطالعه قرار می دهد، بر

اساس دیدگاه خود راه حل هایی برای مشکلات او مطرح میکند.

اساس طبقه بندی روان درمانی، تمرکز درمان بر روی یکی از جنبه های عملکرد روان میباشد. این سه جنبه عبارتند از رفتار، عواطف و تفکر.

رفتار درمانی با تمرکز بر تئوری یادگیری و تغییر رفتار معتقد است که

تمام رفتارها حاصل یادگیری است درمان عاطفی، عواطف متعارض و

اظهار نشده فرد را ریشه مشکلات روانی می داند. و درمان بر اساس

تفکر معتقد است که رفتار بر اساس معنی که فرد به حوادث و پدیده ها

می دهد شکل می گیرد و تغییر می کند.

این پژوهش بر اساس روش درمان عقلانی-عاطفی (RET) الیس ۱۹۷۰ و (Elis پی ریزی و دنبال شده است).

الیس معتقد است که: دو اضطراب و اختلالات عاطفی نتیجه تفکر غیر منطقی و غیر عقلانی هستند به نظر او افکار و عواطف کنشهای متناوب و جداگانه ای به شمار نمی آیند.

انسان به وسیله اشیا خارجی مضطرب و آشفته نمی شود بلکه دیدگاه و تصویری که از اشیا دارد موجب نگرانی و اضطراب وی می شوند. تمام

مشکلات افراد از تفکرات موهومی سرچشمه می گیرند که از نظر تجربی معتبر نیستند. (ناصری، شفیع آبادی ۱۳۶۵).

سوال تحقیق:

۱- آیا رابطه ای بین سطح تفکرات غیر منطقی و میزان اضطراب وجود دارد؟

ضرورت تحقیق:

کلی می گوید: اختلال روانی عبارت است از استفاده از ساختارهای ذهنی که عدم صحت و کارایی آنها به اثبات رسیده است (شاملو ۱۳۶۸)

اضطراب مفهوم اساسی در همه نظریه های شخصیت و یکی از عوامل مهم در اختلالات رفتاری است. مطالعاتی که در زمینه های غیر از آسیب شناسی روانی، به ویژه در حیطه یادگیری و ادراک انجام گرفته نشان می دهد که تاثیر اضطراب فراتر از موارد بالینی بوده است (اسپیلبرگر ۱۹۹۶).

حدود ۵ تا ۲۰ درصد از مردم ممکن است از اضطراب حاد یا مزمن ناراحت باشند و زنها دوبار بیشتر از مردها از این اختلال در عذابند.

(احمدی ۱۳۶۸)

همچنین گفته می شود که حدود ۱۰ تا ۱۴ درصد مراجعین به متخصصین قلب مبتلایان به نورو اضطراب هستند. (توحیدی، ۱۳۶۴).

با توجه به اهمیت موضوع تفکر و گستره و حاکمیت آن در زوایای زندگی

از طرفی و اهمیت موضوع اضطراب به عنوان ریشه اساسی همه بیماری

های نوروتیک (فروید، ۱۳۶۹) از طرف دیگر لازم به نظر می رسد که

جایگاه تفکر در ایجاد اضطراب مشخص شود تا بتوان از نحوه های تفکر

اضطراب زا پیشگیری کرده و به اصطلاح آن پردازیم.

اهداف پژوهش

۱- بررسی ارتباط تفکرات غیر منطقی یا اضطراب

۲- معرفی شیوه عقلانی - عاطفی الیس به عنوان یک شیوه درمانی

فرضیه:

۱- هرچه تفکرات غیر منطقی در فرد بیشتر باشد میزان اضطراب در فرد

بالاتر است.

تعریف عملیاتی واژه ها

تفکر:

ونیکه معتقد است که تفکر به انعکاس، تعمق، عقیده، اندیشه، قضاوت یا

خیال پردازی و به آنچه در ذهن می گذرد اطلاق می شود و از دیدگاه

روان شناختی تفکر عبارت است از: سازمان یافتگی و دوباره یابی

آموخته های گذشته در موقعیت کنونی.

تفکر منطقی:

اسمیت و هرلینش (۱۳۷۱) تفکر منطقی را با اندیشیدن مترادف می دانند

و معتقدند که تفکر منطقی با دیگر انواع تفکر از این جهت که به وسیله

هدفی (حل مسئله) کنترل و هدایت می شود تفاوت دارد.

تفکر غیر منطقی:

شفیع آبادی (۱۳۶۸) می نویسد: تفکر غیر منطقی از نظر الیس همان

اندیشه باطل وهمی و خیالی می باشد که منجر به بروز اختلالات روانی

می گردد.

در این تحقیق غیر منطقی آن چیزی است که از طریق تست سنجیده می

شود.

اضطراب:

پریشانی در عین حال روانی و بدنی که در اثر ترسی مبهم و احساس نا

ایمنی و تیره روزی در فرد آدمی به وجود می آید. معمولاً اصطلاح

دلهره را به حسهای بدنی که با اضطراب همراهند اختصاص می دهند.

(منصور، دادستان راد: ۱۳۶۵)

اضطراب در این پژوهش: آن چیزی است که از طریق تست (۴۰ سوالی)

اضطراب کامل سنجیده می شود.

فصل دوم



زمینه مسئله

مقدمه

در این بخش زمینه ای بر روان درمانی و تئوری ها و تحقیقات انجام شده در رابطه با مسئله تحقیق (ارتباط تفکرات غیر منطقی با بروز حالات اضطراب) مورد بحث قرار می گیرد.

بشر در ابتدا امراض روانی را پدیده ای ماورا الطبیعه می دانست و از طریق جن گیری به درمان امراض می پرداخت. مثلا جمجمه را سوراخ می کرد و روح پلید را آزاد می کرد.

بقراط (۴۶۰ تا ۳۷۰ قبل از م) با تئوری های تازه خود اساس این علم را پایه ریزی کرد. او مرکز فعالیت های بشر را مغز می دانست و اختلال در آن را سبب بروز امراض روانی می دانست.

تلاشی که از زمان بقراط شروع شده بود به وسیله آریتوس Aritus و سورانوس Soranus ادامه یافت اما با مرگ یکی دیگر از علمای آن زمان به نام گالن Gallen (۱۱۰-۱۳۰ ق.م) متوقف ماند.

دانشمندان و حکما حالات نوروتیک را از روزگاران باستان می شناخته اند ملای رومی در مثنوی قصه کنیزکی که دچار سودای عشق شده بود را

می گوید که چگونه ناکامی و محرومیت حالاتی از بیماری روانی را در او ایجاد کرده بود. طیب الهی با پرستش و پاسخ نخست از ممالک شهرها و کوی و برزن نام می برد تا به دیار معشوق می رسد و سپس نام معشوق را جستجو می کند و با تدبیر حکیمانه کنیزک را درمان می کند.

بیانات دانشمندان اسلامی چون بوعلی سینا درباره ادراک، احساس، عواطف که برای تبیین آنها از زیر بنای زیستی استفاده های دقیقی انجام شده و متأسفانه به دلیل عدم آگاهی دانش پژوهان مسلمان و یا شاید

سهل انگاری آنان نادیده گرفته شده است میدان بزرگی از تحقیق را در این زمینه پیش رو قرار می دهد.

در قرن شانزدهم شخصی به نام وایوز Vives یک قرن قبل از هایز و سه قرن قبل از فروید درباره افکار و تأثیر عواطف بر آن بحث می کرد و این

نوشته ها شباهت بسیاری با نوشته های فروید دارد. پاراسلوس Paraceluses و وایر Weyer نیز سعی بر جدائی روان شناسی طبی از الهیات کردند.

در قرن نوزدهم هر چند در زمینه آناتومی و فیزیولوژی اعصاب پیشرفت محسوسی روی داد هنوز توسعه روان شناسی در اختیار فلاسفه ای چون:

بیکن (قرن ۱۷) دکارت قرن ۱۸ هابز، مالبنانش و اسپینوزا بود.

در ۱۷۹۶ م. ویلیام توک Tuke بیمارستانی در انگلستان ترتیب داد و

فیلیپ پینل pinel در قرن ۱۸ ریاست بزرگترین بیمارستان روانی فرانسه

را به عهده گرفت و فرایک Fricke در سال ۱۷۹۵ در آلمان گامهایی در

همین زمینه برداشت بنجامین راش Rash نیز در سال ۱۸۰۰ در آمریکا به

اقدامات مشابهی دست زد.

ظهور مسمریزم Mesmerism در قرن نوزدهم و شناخت هیپنوتیزم در

ایجاد پیسکوآنالیز و تئوری های جدید شخصیت تاثیر بسزایی داشت.

شارکو و برنهایم به منظور تحقیق و درمان از روش هیپنوتیزم کمک

گرفتند. پیرژانه Jonet نیز با تحقیق در زمینه «از هم گسیختگی شخصیت»

به پیشرفت این زمینه کمک کرد.

روان درمانی از سه جریان تاریخی ریشه می گیرد:

۱- روش جادوئی برخورد با مشکلات انسانی.

۲- روش های تداوی مذهبی.

۳- روش های علمی در روان درمانی، (احمد احمدی ۱۳۶۳).

با وجود آنکه بشر از دیرباز به نقش سازنده و پر اهمیت روابط کلامی در

تغییر طرز فکر، احساس و رفتار آدمیان واقف بوده و همیشه این شیوه را

در ترغیب افراد به انجام اموری که مقبولیت اجتماعی داشته است به کار

می داشته معهذاً باید روان درمانی را به معنایی که امروز در روان

شناسی بالینی مطرح است دانشی نوظهور دانست گرچه پینل در قرن ۱۸

با سعی در شناخت هر چه بیشتر بیماران روحی و ایجاد روابط انسانی با

آنان اصول روان درمانی را تا حدودی منظور داشت و با وجود آنکه در

همان قرن مسمر (Mosmer) پدیده روانی هیپنوتیزم را در درمان بعضی

از ناراحتی ها به کار بست. معهذاً باید اواخر قرن نوزدهم را سالهای

آغاز کاربرد منظم تکنیک های روان شناسی در درمان بیماری های

روانی بدانیم. شارکو (Charcot) با کاربرد هیپنوتیزم و بروئر با تشویق و

ترغیب بیماران به بیان آزادانه آنچه در درون دارند و فراهم داشتن

محیطی که در آن بیمار بتواند بدون بازداری های گوناگون آنچه می

خواهد بگوید فصل جدیدی را در درمان بیماری های روانی گشودند.

فروید که تحت تاثیر افکار شارکو و بروئر بود و خود نیز مدتی هیپنوتیزم

را در موارد معینی به کار برده بود با مطالعه دقیق روش های پیشنهادی این دو و تجربیاتی که خود اندوخته بود مکتب روان کاوی را بنیاد نهاد.

نهضت او انگیزه ای بود برای روان شناسان اروپائی و امریکائی که فصول جدیدتری بر کتاب روان درمانی بیفزاید و مکاتب نوینی را پیشنهاد نمایند (اخوت، ۱۳۳۵)

همزمان با فروید پاولف به قوانینی که حاکم بر ضوابط پاسخ ها و محرک های محیطی بود دست یافت. او نشان داد که چگونه سگها را می توان در

وضعیتی قرار داد که باعث بروز رفتار نورو تیک گردد. پاولف بعد از یافته های خود در مورد بیماری های روانی استفاده کرد. ثورندایک،

واتسون و اسکینر در مورد یادگیری و شرطی شدن تحقیق کردند و قوانین یادگیری و شرطی های عاملی را بیان کردند. و نحوه یادگیری رفتار غیر

عادی را بیان کردند. راجرز (Rogers) به مفهوم «خود» توجه کرد و مزلو، نیازهای انسانی را مورد تاکید قرار داد و فرانکل اشکال انسان را

نداشتن معنایی در زندگی دانست.

مدل درمان علمی ابتدا بیشتر در پزشکی و به وسیله روان پزشکان انجام میگرفت. ولی از اواسط قرن اخیر در رشته های دیگری مثل روان شناسی بالینی نیز پدید آمد.

روان درمانی به عنوان نوعی درمان برای انواع مختلف مشکلات عاطفی و رفتاری به کار رفت. (احمد احمدی ۱۳۶۳).

در روان پزشکی تعدادی نظریه ها یا الگوها به عنوان مدل برای توجیه رفتار انسان مورد استفاده قرار می گیرند. هر نظریه سبب شناسی، روش

درمانی مطابق خود را دارد که بر مدل های توضیحی اساسی مختلف رفتار

مبتهنی است. مثلا درمان های بیولوژیک، اساسی بیولوژیک برای رفتار

قائل است و مداخله های مطابق آن درمان های بیولوژیک، نظیر

پسیکوف فارماکونویژک و الکتروشوک درمانی را در بر می گیرد. سایر

درمان ها رفتار را از دیدگاه های غیر بیولوژیک می بینند. و مداوایابی

مطابق آن به طور کلی اصطلاحاً روان درمانی نامیده می شود. (کاپلان

و سادوک ۱۹۹۰).

تعریف روان درمانی

لوئیس ولبرگ (Wolberg, Lewis) یکی از بزرگترین روان درمان گری

های جهان در تعریف روان درمانی می گوید: «روان درمانی عبارت است

از درمان مشکلاتی که ماهیت عاطفی دارند. این درمان بر اساس روش

های روان شناختی و به وسیله یک فرد متخصص که با بیمار ارتباط خاص

حرفه ای برقرار می کند و به منظور های زیر انجام می شود:

۱- برطرف کردن، تغییر دادن و یا متوقف کردن علائم بیماری.

۲- مداخله در الگوهای نابهنجار رفتار.

۳- تقویت رشد و تکامل جنبه های سالم و مثبت شخصیت.

(سعید شاملو ۱۳۶۷)

منظور از روان درمانی درمان اختلالهای روانی به کمک تدابیر روان

شناختی است (و نه تدابیر جسمانی و زیستی) این اصطلاح شیوه های

درمانی گوناگونی را در بر میگیرد که همه معطوف به یاری دادن به بیمار

روانی است تا قادر شود رفتار و احساساتش را به گونه ای تغییر دهد که

بتواند از شیوه های بهتری برای کنار آمدن با فشارهای روانی و مردمان

پیرامون خود بهره گیری کند (تکینسون و دیگران ۱۹۸۳).

مایر (Meyer, N-D) از درمان به عنوان داد و ستد یاد می کند و منظور او تمایل و توجه دو جانبه پزشک و بیمار در جریان درمان می باشد و تاکید می کند که پزشک الزاماً باید خود را از هرگونه توجیه ثابت اجباری که ناشی از عقیده به موازین علمی قبلی و روش های سابق است، پرهیز کرده دیدی کلی داشته باشد، به طور خلاصه می توان نظریه درمانی مایر را به شرح زیر بیان کرد:

- درمان روانی باید متوجه رفتار مداوم فرد در محیط یعنی در زمینه اجتماعی فرد باشد. زیرا نمونه های بارز رفتاری در هر زمان فرضی، نماینده مقطعی از شخصیت است. مفهوم این روش، موضوع تهیه کامل شرح حال بیمار است.

- درمان باید در اطراف هر یک از سطوح تلفیقی شخصیت که می توان آن را به عنوان مبدا اصلی اختلافهای کلی فرد، تصور نمود، متمرکز باشد (ایزدی ۱۳۵۶)

روان درمانی به عنوان یک تکنیک درمانی در واژه نامه روان پزشکی چنین تعریف شده است:

رسیدن به کششها یا سائق های غریزی واپس زده و دفاعهای فرد در برابر این کشش ها از راه تحلیل تداعیهای آزاد، تفسیر رویاها- هیجان ها و رفتارهای فرد. (Rowe , 1984).

اهداف روان درمانی

به نظر می رسد اهداف درمانی در شیوه های مختلف یکسان است اما تفاوت ظاهر آنها ناشی از نقطه شروع برای رسیدن به هدف نهائی است شاید با دقت بیشتر در همه نظریه ها به این نکته برسیم که هدف اصلی تمام شیوه های روان درمانی سازگاری مثبت فرد با محیط و خود و مایه گرفتن در حد ممکن از استعدادهای نهفته در فرد است و این امر حاصل نمی شود الا به دخالت در الگوهای نابهنجار به کار گرفته شده توسط فرد حال چه مستقیماً این دخالت انجام شود مثل رفتارگرایی و چه غیر مستقیم مانند شناخت گرایی به هر حال روان درمانگر می خواهد و باید علائم بیماری مراجع را تشخیص دهد و آنها را متوقف کند و تغییر دهد و فرد در به کارگیری توانائی هایش در جنبه مثبت یاری رساند.

احمدی (۱۳۶۳) اهداف روان درمانی را از نظر نویسندگان زیر چنین

عنوان می کند:

راجرز (Rogers, 1951) حاصل از روان درمانی اضطراب کمتر مراجع است.

بوی و پاپن، (Boy & Popen 196): هدف روان درمانی کمک به فرد برای تحقیق بیشتر خود و کمال یافتن است.

پاترسون (Patterson, 1966): هدف روان درمانی حفظ بهداشت روانی

و احترام به خویش است (احمدی ۱۳۶۳).

تایلر (Taylor, 1969): هدف درمانی تسهیل انتخاب های معقولی است

که رشد بعدی فرد مبتنی بر آن انتخاب ها باشد (احمدی ۱۳۶۳).

نویسنده در ادامه می افزاید: روان درمانی به فرد کمک می کند تا یاد

بگیرد که چه چیزی را لازم است انتخاب کند و پس از احراز لزوم چنین

چیزی را انتخاب کند و به استقلال عملی در انتخاب های خود برسد.

از نظر بلاگر (Blicher, 1966): روان درمانی و مشاوره دو هدف دارد:

الف) افزایش آزادی فرد با توجه به محدودیت هایی که به وسیله او یا به

وسیله محیط بر او تحمیل شده است. ب) افزایش کارایی فرد بدین وسیله

که به خود نحوه کنترل محیط و پاسخ هایی مناسب نسبت به محیط را
عرضه کند (احمدی ۱۳۶۳).

در روان درمانی تنها کافی نیست که مراجع به شناخت ماهیت مشکلات و
تغییر فکر خود نسبت به آنها و نیز تغییر بینش نسبت به زندگی و خود
دست یابد، بلکه علاوه بر این کسب مهارت های جدید در زندگی توسط
بیمار روانی و پیاده کردن افکار جدید درباره خود و مردم در زمینه های
تازه ضرورت دارد (محمد عثمان نجاتی، ۱۳۶۷).

درجات روان درمانی

روان درمانی بر اساس نوع بیماری و شدت آن و همچنین میزان کمکی
که نیازمند است به چند سطح قابل قسمت است که از راهنمایی نسبتاً
ساده ای برای درست دیدن مشکل به واسطه فرد مراجع شروع می شود
تا حمایت و پشتیبانی برای گذراندن بحران و روان عمیق برای ایجاد
تغییرات اساسی در بینش و رفتار.

(شاملو ۱۳۶۷) در این باره می نویسد:

راهنمایی (Guidance):

کوتاهترین و ساده ترین نوع روان درمانی است. معمولاً از هفت یا هشت جلسه بیشتر طول نمی کشد و هدف آن برطرف کردن مشکل روانی محدود و حادی است که فرد با آن دست به گریبان است. در این شیوه روان شناسی به عمق خصوصیات روانی بیمار وارد نمی شود. او فقط می خواهد بیمار بتواند در مورد وضع خود تصمیم بگیرد و یا بتواند با مشکلات خود بهتر بسازد، راهنمایی در مورد افرادی بیشتر موثر است که قبل از ناراحتی فصلی خود، اشخاص شاد و فعال و مفید بوده اند و مشکل

فعلی آنها بر اثر تغییرات غیر منتظره ناگهانی ایجاد شده است.

روان درمانی تقویتی (Supportive Pyschtherapy):

این نوع روان درمانی کمی عمیق تر از راهنمایی است بدین معنی که روان شناس در عین آنکه بیمار را به بیان مشکلات خود تشویق می نماید راجع به چگونگی پیدایش بیماری هم سوالات و نظراتی عرضه می کند و بیمار را به بیان مشکلات خود تشویق می نماید، راجع به چگونگی پیدایش بیمار هم سوالات و نظراتی عرضه می کند و بیمار را به حیطة تعمق درباره آنها می کشاند. در واقع جلسه روان درمانی فرصتی برای بیمار است که در موقعیتی آرام و مطمئن به خود شناسی و اصلاح

خصوصیات روانی خود پردازد. هدف روان شناس در این نوع درمان بیشتر برای جلوگیری از وخیم شدن وضع بیمار است و تا اندازه ای هم قصد دارد تعادل شخصیت او را برای سازگاری با محیط برقرار سازد و از وقوع بسیاری از ناراحتی های بعدی جلوگیری کند.

بازآموزی روانی (Reeducative Psychotherapy):

شامل مجموعه روش هایی می شود که هدفهای آن عبارتند از کوشش عمدی برای سازگاری بهتر با شرائط زندگی، تغییر هدفهای فردی که

قابل دسترسی نیستند به اهدافی که رسیدن به آنها امکان پذیر است و بالاخره استفاده کامل از استعدادها، مهارتها، و خلاقیت های موجود در فرد برای بهتر زسیتن بدون آنکه الزاماً نسبت به انگیزه های ناخودآگاه و کشمکش های درونی بینش عمیقی داشته باشد.

روان درمانی عمیق (Deph Psychotherapy):

شامل تمام روش های روان درمانی می شود و هدف آنها ایجاد تغییرات عمقی و پایدار در افراد است. روان شناس به جای آن که تلاش خود را مصروف علائم و مشکلات آنی و فوری بیمار نماید سعی می کند عوامل پنهانی و ناخودآگاهی را بیابد که سبب اختلال در شخصیت بیمار شده

است و او را از ادامه زندگی سعادتمند باز می دارد این عوامل عبارتند
از: محرک ها، عواطف و احساسات طرز تفکر و خواسته های بیمار.

روش های روان درمانی

با توجه به جنبه های سه گانه عملکرد روان درمانی به سه گروه اصلی
تقسیم می شود رفتارگرایان با تاکید بر رفتار و اعتقاد به اینکه تمام
رفتارها یادگرفته شده اند در درمان به شیوه های تغییر رفتار می
پردازند.

روان کاوان با تاکید بر اینکه مشکلات روانی انسان ناشی از عواطف
پنهان و تعارضهای اظهار نشده اوست بسان مامائی به انسان کمک می
کند تا آنچه را در خود دارد بیرون بریزد و راههای مقابله با آن را
دریابد.

و شناخت گرایان معتقدند رفتار انسان متغیر وابسته تفکرات اوست و بسته
به اینکه چه معنایی به پدیده ها بدهد رفتار بهنجار یا نابهنجار خواهد
داشت.

ورای نظریه ها و در عمل روان درمانگران بنا به مناسبات و نوع بیماری
از شیوه های مختلف درمانی استفاده می کنند و یا از تلفیقی از آنها.

بیماری های روانی از نظر فروید

بین «خود» و «نهاد» دشمنی ذاتی وجود ندارد و هرگاه ایگو (خود)

بتواند به رشد کامل برسد و آن گونه که لازم است سازمانش را تنظیم

کند و بر تمام قسمت های «نهاد» راه یابد هیچگونه اختلال عصبی به

وجود نمی آید. برای بروز بیماری عصبی فرمول ساده ای وجود دارد،

«خود» کوشش کرده تا نیروها و قسمت های مشخصی از نهاد را به وسیله

شیوه نامناسبی پایمال و این کوشش به نتیجه نرسیده است. از سوی دیگر

«نهاد» نیز در این مبارزه انتقام گرفته است. بدین ترتیب بیماری عصبی

نتیجه زد و خوردهایی است بین «خود» و «نهاد» که «سرانجام» خود در

این مبارزه پیروز می شود. زیرا در تمام این مدت خود کوشش می کند

که سازش خود را با دنیای خارج حفظ کند، چیزی که باعث بروز بیماری

می شود وقوع کشمکش بین دنیای خارج و «نهاد» نیست. زیرا این

برخورد غیر قابل اجتناب است و وظیفه همیشگی «خود» است که بین آن

دو میانجی شود. اصلی که باعث بروز بیماری می شود آن است که

«خود» برای از بین بردن این اختلاف شیوه واپس زنی نارسا و نامناسبی

را به کار برده است. این اصل، از حقیقت دیگری هم ناشی می شود بدین

معنی که وقتی وظیفه سرکوبی به «خود» محول گردیده، «خود» رشد کافی نداشته و ناتوان بوده است. (Freud, 1929).

فرضیه ها و مفاهیم بنیادی در روان کاوی

- روان شناسان باید قوانین و تعیین کننده های شخصیت بهنجار و همچنین درمان اختلالات روانی را مطالعه کنند.

- ناخودآگاه یکی از وجوه پراهمیت شخصیت است. خودآگاه ساختن آنچه در ناخودآگاه است درمان قاطع اختلالات نوروتیک می باشد.

- مناسب ترین روش مطالعه شخصیت ارتباط نزدیک و دراز مدت بین بیمار و درمانگر می باشد. به محض آنکه بیماران آنچه را در ذهنشان

می گذرد گزارش کردند درمانگر این موضوعات و رفتارها را تحلیل و

تفسیر می کند. (Davidoff 1987)

تداعی آزاد (Free association):

یکی از روش های عمده ای که روانکاوی برای تسهیل فراخوانی تعارض

های ناهشیار به کار می بندد تداع آزاد است. به این ترتیب که درمانجو

تشویق می شود تا قید از اندیشه ها و احساسات خود بردارد و هر آنچه را

به ذهنش رسیده بدون دستکاری و سانسور بیان کند) (Atkinson et al, 1983)

مقاومت (Resistance):

فروید (Freud) معتقد است که در موقع تداعی آزاد، کنترل هایی که شخص به طور ناهشیار بر نکته ها و گوشه های حساس دارد موجب وقفه فکری یا مقاومت می شود. همین گوشه های حساس است که روانکاو بایستی در آنها کاوش کند.

تفسیر (Interpretation):

روانکاو می کوشد بر مقاومت دمانجو غالب آید و از راه تفسیر وی را به خودشناسی کامل تری رهنمون شود (Atkison et al, 1983)

تعریف روانکاوی

روان کاوی از دیدگاه تاریخی دارای سه معنی متفاوت است. نخست به سیستم روان فروید اشاره دارد و به ویژه بر نقش ناخودآگاه و نیروهای پویا در کنش های روانی تاکید می ورزد دوم به شکلی از درمان اطلاق می گردد که در آغاز از تداعی آزاد استفاده کرده و سپس با تکیه بر تحلیل انتقال و مقاومت ادامه می یابد و سوم به عنوان وجه

مشخصی رویکرد فرویدی و رویکردهای نوافرویدین ها به ویژه در زمینه روانکاوی تلقی می شود (برادران رفیعی، ۱۳۶۹).

هدف روانکاوی و روان درمانی تحلیلی

هدف عمده این نوع درمان ها کمک به بیمار برای بینش یابی به تعارض

های ناخودآگاه است که بر امیال حل نشده کودکی مبتنی بوده و به

صورت علائم تظاهر می کنند و نیز ایجاد الگوهای تعامل و رفتار بالغانه و

خودآگاه. (Kaplan & Sadock 1990)

هدف روان درمانی تحلیل گرا

این گرایش متکی بر همان اصول و روش های روان کاوی کلاسیک است

منتهی با شدتی کمتر، این نوع درمان دو نوع است: روان درمانی بینش

گرا یا بیانی و روان درمانی حمایتی یا رابطه ای.

هدف حل تعارض ناخود آگاه روانی شبیه روانکاوی است اما تاکید بیشتری بر واقعیات زندگی روزمره شده و اهمیت کمتری بر پیدایش انتقال داده می شود.

در روان درمانی حمایتی جز اساسی روش، حمایت است تا ایجاد بینش و برای بیمارانی با ایگو شکننده مناسب است. (همان منبع).

لازمه عمده روانکاوی ادغام تدریجی مواد سرکوب شده قبلی در ساختمان کلی شخصیت است. این کار فرایندی آهسته است که ایجاب

می کند روان کاو تعادلی بین تعبیر مواد ناخود آگاه و توانایی بیمار برای مدارای با آگاهی فزاینده برقرار نماید. اگر این کار به سرعت انجام پذیرد این خطر وجود دارد که بیمار آن روان کاوی را به شکل ضربه ای تازه تجربه کنند.

(Kaplan & Sadoch 1988) از نظر هورنای (Hornery, N-D) هدف روان درمانی یاری نمودن فرد در مبارزه با تصویر مجازی، کاذب و آرمانی است که از خویشن ساخته است (watts , 1362).

انسان از دیدگاه مکتب رفتار گرائی

اسکینر، اختیار و آزادی را در انسان نمی پذیرد و معتقد است که انسان مختار تصویر و برداشتی است که در غیاب یک توجیه علمی از رفتار انسان به او نسبت می دهیم.

انسان از دیدگاه این مکتب ذاتاً نه خوب است و نه بد بلکه یک موجود تجربه گراست. انسان تا حدود زیادی ماحصل محیط خود است. انسان بنابر فلسفه جبری بر اساس شرطی شدن زندگی می کند نه بر اساس عقاید.

فرضیه های رفتارگرایی

دیویدوف (Davidoff, 1987) در مورد فرضیه های اساسی رفتارگرایی

می نویسد: رفتارگرایان در عقاید زیر اشتراک دارند:

- روان شناسان بایستی به مطالعه حوادث محیطی (محرک) و رفتار

قابل مشاهده (پاسخ) بپردازند. یادگیری از طریق تجربه تأثیر عمده

ای در رفتار دارد و نقطه مرکزی تحقیق است.

- درون نگری را باید به نفع روش های عینی (آزمون و مشاهده) ترک

گفت.

- مطالعه رفتار حیوانی به موازات مطالعه رفتار انسان باید انجام شود، زیرا مطالعه و فهم ارگانیزم های ساده، سهل تر از ارگانیزم های پیچیده است.

- کار روان شناسان اعم از توصیف، تفسیر، پیشگویی و کنترل، بایستی هدف و نتیجه عملی داشته باشد. روان شناسان همچنین باید متعهد به وظایف عملی باشند.

بیماری روانی از دیدگاه مکتب یادگیری

رفتارگرایان بیماری روانی را یک فرایند یادگیری، عادات ناقص، ناکامی و نامتناسب با محرک های محیط می دانند. شخص روان رنجور یادگرفته است به گونه ای رفتار کند که از لحاظ شخصی حقوقی یا اجتماعی قابل تأیید نیست.

ولپی روان نژندی را بر اساس نظریه اضطراب تبیین می کند و آن را یک رفتار اکتسابی تلقی می کند. از نظر رفتار درمانگران بسیاری از حالات غیر عادی روانی به خصوص حالات افراد روان - نژند پاسخ های شرطی هستند که به نحوی تقویت می شوند و ادامه می یابند.

اضطراب جز سازنده معمولی و یا هسته ای رفتار روان نژندی به شمار می آید.

رفتار درمانی

رفتار درمانی بر پایه نظریه یادگیری مطرح شده است و هدف آن حذف رفتار منحرف می باشد.

در این روش درمانگر برای آنکه مراجع مشکل خود را از راه بینش حل کند از چنین روش هایی استفاده نمی کند بلکه مستقیماً روی حذف رفتار

عمل می کند بقول و لپی (Wolpe, N-D) وظیفه درمانگر قطع رابطه پاسخ های اضطرابی رویدادهای عامل اضطراب و پاسخ های ناسازگار مربوط به آن است. توجه رفتار درمانی به آنچه در حال حاضر و تحت شرایط محیطی حاکم از فرد سر می زند می باشد.

تکنیک های رفتار درمانی

- حساسیت زدائی منظم Systematic Desontisitizative که عبارت است از ضعیف سازی یک پاسخ غیر انطباقی به کمک نیرومند سازی یک پاسخ مخالف یا ناهمراز با آن.

- آموزش خود اعمالی (Assertive Traning): آموزش پاسخهای

جرات ورزی به وسیله تجسم موقعیت و بعد قرار گرفتن آن.

- تقویت مثبتی و خاموشی (Postive Reinforcement and

Extiaction) تقویت پاسخ های مطلوب همزمان یا خاموش سازی

پاسخ های نامطلوب.

- درمان اجتنابی (Avodlance Thrapy): اجرای اصول بازداری

متقابل برای بر طرف کردن رفتار نابهنجار مثل ارائه محرک آزارنده

مثل شوک الکتریکی برای اجتناب از تکرار عاداتهای نامتناسب.

سرمشق دهی (Modeling): اثر بخش ترین روش برای از بین بردن

هراس است که شخص طی آن راهنمایی هایی را برای مواجه شدن با

موقعیت هراس آور دریافت می کند و سپس به تنهایی و عملاً به آن

نزدیک می شود (Atkinson et at,1983).

رفتار درمانی شناختی

در آغاز رفتار درمانی بر مدار اصول شرطی سازی کلاسیک و عامل می

چرخید. رفتار درمانگران سعی داشتند مشخص کنند محرک های پیشاینده

کدامند و چه شرایط محیطی موجب تقویت و تداوم یک پاسخ می شوند.
اما اخیراً رفتار درمانگران با توجه بیشتر به متغیرهای شناختی و تاثیر آنها بر تغییر رفتار به درمان می پردازند.

در سال های اخیر از سوی رفتار درمانگران نه تنها نقش شناخت مورد تحقیق قرار گرفته است بلکه استراتژی های درمانی جدید نیز بر فعالیت های شناختی متمرکزند.

(Bellack & Hersen 1988)

انسان از دیدگاه روان شناسی انسانگرا

در این مکتب بر فردیت انسان تاکید بسیار شده است به تمایز انسان و حیوان به دلیل کلیه خصوصیات پافشاری به عمل آمده است. انسان در تلاش است که نیروهای بالقوه خود را به فعلیت کامل برساند. و در این جریان به خودشناسی می پردازد و با دیگران رابطه برقرار می کند اما هرگز فردیت خود را از دست نمی دهد. انسان اساساً موجودی منطقی، اجتماعی واقع بین و خواهان پیشرفت است. دنیای یک شخص محصول ادراکات اوست و آزاد است که انتخاب کند و مسئولی انتخاب خود است.

مازلو می گوید: «روان انسان دارای نیازها، تمایلات، تکانه ها و گرایش هایی است که بر اساس وراثت تعیین می شود، این نیازها در اصل «خوب» و یا حداقل خنثی هستند و نه شیطانی و ضد اجتماعی. رشد سالم و طبیعی وقتی حاصل می شود که این فطرت و طبیعت خوب و مثبت در او شکوفا گردد. (شاملو ۱۳۶۸)

فرانکل می گوید:

«انسان جوهری است که دائماً در حال تصمیم گیری است. اولین خصوصیت انسان بعد معنوی اوست که او را از سایر حیوانات متمایز می کند. دومین خصوصیت انسان آزادی و سومین آن مسئولیت است. (شاملو ۱۳۶۸).

اصول و فرضیه های روان شناسی انسان گرا:

داویدوف (۱۹۷۸) اصول و فرضیات اساسی مورد توجه روان شناسان انسان گرا را به شرح زیر ارائه کرد:

- گرچه روان شناسان باید به گردآوری دانش پردازند اما عمده توجه آنها بایستی به ارائه خدمات باشد. انسان گرایان می خواهند با کمک

به مردم برای درک خویش و گسترش رضایتمندی زندگی آنها را باز
و غنی سازند.

- روانشناسان بایستی زندگی موجود انسان را در تمامیت خود مورد
مطالعه قرار دهند. تجزیه عملکرد انسان تحت عناوینی مثل ادراک،
یادگیری و انگیزش، اطلاعات معنی داری به دست نمی دهد.

- مشکلات عمده انسان بایستی موضوع تحقیقات روان شناختی واقع
شود. انسان گرایان متوجه موضوعاتی نظیر، مسئولیت پذیری، هدف

زندگی، تعهد، رضایتمندی، خلاقیت، فردیت و خود انگیختگی انسان
می باشد.

- انسان گرایان تاکید می کنند که (رفتار) فرد استثنایی و غیر قابل
پیش بینی است.

- روش های مطالعه نسبت به بررسی مشکلات و مسائل ثانوی هستند.

- انسان گرایان از روش همه روان شناسان در استفاده از ابزار و مسائل
پژوهش به طول گسترده بهره گیری می کنند.

اهداف درمان در شیوه انسان گرایی

(Watts 1362) وانز می گوید: هدف ایجاد استقلال، عدم وابستگی و تمامیت فرد است نه ایجاد امیدواری در وی برای حل مسائل شخصی. لذا می توان استنباط کرد که در این روش درمانی بیشتر بر مایه های عاطفی و احساسی فرد نسبت به مشکلات توجه می شود تا به جنبه های شناختی و هوشی، و توجه به مسائل فوری و در زمان حال تا تمرکز برگزیده شده فرد. بدین ترتیب، این رابطه درمانی به خودی خود رشد درمانجو را تسهیل خواهند کرد.

شیوه درمان در مکتب انسان گرایی

درمانگری های انسان گرا بی همتا بودن هر فرد آدمی و گرایش طبیعی وی به سوی رشد و خود شکوفایی در مدار توجه است. در این شیوه درمانی نه رفتار آدمی تعبیر و تفسیر می شود (چنان که شیوه روانکاوری است) و نه کوششی برای تغییر رفتار آدمی صورت می گیرد (چنان که شیوه رفتار درمانگران است).

هدف اینگونه درمان گران این است که امکاناتی فراهم آورند تا شخص بتواند اندیشه ها و احساسات خویش را واریسی کند و شخصاً به راه حل

هـ یای دس یاب

(Atkinson et al, 1983).

اصول بنیادی روش مراجع - محوری:

در سال ۱۹۴۰ راجرز (rogers) روش مراجع محوری را ارائه داد. این

نظریه می گوید در فرد انگیزشی در جهت تحقق نفس و متحقق ساختن

«خود» وجود دارد. مفهوم خود مرکز ثقل شخصیت فرد است و بقیه

ادراکات وی در اطراف آن سازمان می یابد.

دنیای یک شخص محصول ادراکات اوست بنابراین آنچه را که شخص

درباره دنیای شخصی خود می گوید باید به عنوان حقیقت نظری قبول

کرد. هر شخصی به نوبه خود منحصر به فرد و متمایز از دیگران است. هر

فردی در اصل ظرفیتی برای درک استعدادهای خود دارد. افراد آزاد

شایستگی انتخاب دارند، و مسئول انتخابها و عدم موفقیت های خود

هستند (Rowe, 1984).

راجز انسان را موجودی منطقی، اجتماعی، دارای انگیزه سالم برای

پیشرفت و تکامل و دارای روح همکاری و سازندگی می داند و معتقد

است اگر آدمی جنبه دفاعی به خودنگیرد، می تواند به طور مثبت و

سازنده و در جهت پیشرفت تکامل و تمامیت رفتار کند و لذا نیازی به کنترل پر خاشگری ها و گرایش های ضد اجتماعی وی نیست. (اخوت ۱۳۵۵).

بیماری روانی از دیدگاه راجرز:
راجرز معتقد است چنانچه انسان در مسیر تحقق خود و برخورد با واقعیات و تبادل و تقابل با آنها بین خود و تجربیاتش تضادی بیند دچار اضطراب و بی قراری می شود.

شیوه درمان مراجع محوری
راجرز (۱۹۴۰) می گوید: این روش درمان بیشتر به فرد اتکا می کند تا او به طرف رشد، سلامت و سازگاری حرکت کند. درمان، روش انجام عمل در برابر فرد و یا وادار کردن او به انجام کاری برای خود نیست. در عوض روش رهایی او برای رشد و پیشرفت طبیعی است. بر طرف کردن موانع تا اینکه او بتواند دوباره به سمت جلو حرکت کند (Kischenbaum & Hendrson, 1986)

در این نوع درمان مشاور واقعی و ملموس است، یعنی خود اوست و نقش

بازی نمی کند.

در مشاوره مراجع - محوری عمدتاً

- به جای مشکل فرد، خود او مورد توجه قرار می گیرد.
- به جای عقل، احساسات مورد توجه قرار می گیرد.
- به زمان حال توجه می شود نه به زمان گذشته فرد.
- رشد عاطفی در ضمن رابطه مشاوره ای صورت می پذیرد (احمدی

۱۳۶۳).

روان شناسی شناختی Cognitive Psychology

یکی از قدیمی ترین طرفداران آن ای.آر. گاتری بود که در حرفه خود

عمدتاً یک رفتار گرای پر حرارت محسوب می شد. وی در اواخر زندگیش

در مورد الگوی ماشینی روانشناسی اظهار تاسف کرد و اظهار داشت که

محرک را طوری همیشه نمی توان به امور فیزیکی کاهش داد. او

همچنین گفت که پاسخ های اشکار را نیز همیشه نمی توان به «حرکت

مکانی» امور فیزیکی کاهش داد. ما باید محرک را طوری توصیف کنیم

که روان شناسی در مورد امور ادراکی یا شناختی برخورد می کند به

گونه ای که «برای ارگانیزم پاسخ دهنده معنا داشته باشد» (گاتری

۱۹۵۹، ص ۱۷).

ای.سی. تولمن با رفتارگرایی هدفمندش یکی دیگر از پیشروان جنبش

شناختی است. شکل رفتارگرایی وی موجب شد که اهمیت متغیر های

شناختی به مقدار زیاد شناخته شود. تاکید او بر متغیر های فرضی رابط به

عنوان روشی برای تعریف عملیاتی حالت های درونی و غیر قابل

مشاهده، استفاده اش از نقشه های شناختی. و اسناد هدف به حیوانات

همگی در جهت کاهش رویکرد محرک - پاسخ در رفتارگرایی و افزایش
علاقه نسبت به عوامل شناختی خدمت کرد.

به نظر بعضی از روانشناسان، روان شناسی گشتالت پیشرو جنبش
شناختی است. روان شناسی شناختی زمان حاضر با تاکید بر سازمان،
ساخت، روابط، نقش فعال آزمودنی و نقش مهمی که ادراک در یادگیری
و حافظه ایفا می کند - نفوذ پیشاهنگان گشتالتی را منعکس می سازد.
(هرست ۱۹۷۵)

البته روش شناختی و اهمیت آن به صدها سال پیش بر میگردد اپکتوسی
(سال ۶۰ بعد از میلاد) می گوید: ما از برداشت هایمان بیشتر آزار می
بینیم تا از وقایع.

تئورسین های معاصر روان شناسی مانند آدلر، هورنای، الیس، برنز،
بک، لازاروس و همکارانش این نگرش را تئوریزه و علمی و عملی کرده
اند (Berens, 1367)

رفتار درمانی شناختی از عقاید میچن بام (Meichenbaum, 1977) و
مطالعه درمانی بک (Back, 1976) مایه می گیرد (Gelder et al
1988)

شبهات هایی نیز به کار ایس دارد که برخی افکار خود شکن (self-

defeating) را در بیماران نوروتیک شناسائی نموده و کوشید تا با بحث

مطئقی آنها را تغییر دهد. (همان منبع)

فرضیات شناخت درمانی

نظریه شناخت درمانی می گوید رفتار ناهنجار ناشی از اختلالات و

نارسائی طرز فکر و استدلال انسان در برخورد با محیط و مسائل زندگی

است شناخت درمانی معتقد است که کیفیت تفکر یک فرد در حالات

روانی او تاثیر می گذارد و معنای محرک مهمتر است از ماهیت و ساختار

آن.

برنز ۱۳۶۷ می گوید نخستین اصل شناخت درمانی این است که حال

انسان نتیجه شناخت ها و تفکرات اوست.

واکنش های طبیعی با وساطت فرایندهای شناختی که شخصی را به درک

درست واقعیت قادر می سازد پدید می آید. در پسیکو پاتولوژی این

توانایی مختل شده است و اشتباهاتی در شناخت و تفکرات اوست.

واکنش های طبیعی با وساطت فرایندهای شناختی که شخصی را به درک

درست واقعیت قادر می سازد پدید می آید. در پسیکو پاتولوژی این

توانایی مختل شده است و اشتباهاتی در شناخت روی می دهد.

(Kaplan & Sadock, 1988)

بالا ترین منبع رشد و پیشرفت در نظریه شناختی توان تفکر منطقی و تفکر

واقع گرایانه و برخورد صحیح آنان در مورد خویش و در مورد جهان

اطراف است.

شناخت درمانی گرفتاری هایی هر شخص را ناشی از خطاهای شناختی

می داند و معتقد است که برداشتهای اشتباه هر شخصی ناشی از درک

اشتباه او در زمان ایجاد شناخت است. (Beck, 1369)

مشترکات عقاید روان شناسان شناختی عبارت است از:

۱- تفکر مشخص کننده رفتار مناسب انسان است و لذا روان شناسان

باید بر فرایندهای ذهنی، ساخت و عمل آنها متمرکز شوند.

۲- هدف روان شناسی بایستی کسب دانش و کاربرد عملی آن باشد.

۳- هر چند روش های عینی ترجیح دارند اما خودنگری (self-

observation) درون نگری (Introspection) و خودپیانگری (self

reprot) نیز مفید هستند.

روان شناسان شناختی عقیده دارند که آنچه یک فرد فکر می کند باور دارد و انتظار دارد در زندگی روانی او و بر چگونگی رفتار او تأثیر می گذارد پس اساساً از دیدگاه مدل شناختی، حوادث روانی که عبارتند از انتظارات، باورها، خاطره ها و غیره - می تواند علت رفتار باشد (Rosenbaum & Seligman, 1989).

انسان در نظریه شناختی

نظریه شناختی انسان را موجود منطقی و دارای عقل می داند که می تواند از ثمره عقل خود حیات ارزشمندی داشته باشد و روانی سالم اما چنانچه اختلالاتی در تفکر انسان رخ دهد این اختلال موجب ناآرامی و در هم ریختگی روان و رفتار انسان می شود.

بیماری روانی در نظریه شناختی

در مجموع هر گاه فرد نتواند روال منطقی در سیستم شناختی خود حاکم کند دچار بیماری خواهد بود.

کلی می گوید اختلال روانی عبارت است از استفاده از ساختارهای ذهنی که عدم صحت و کارآیی آنها به اثبات رسیده است.

بک می گوید: در جریان یک بررسی طولانی به این نتیجه رسیدم که هر بیمار بر حسب مورد از تجربه ای تعبیر بد می کند. شدت خطای شناختی بیماران متفاوت بود. طرز تلقی بیمار نشان می دهد که از منطق و واقعیت فاصله گرفته است. اغلب این بیماران استنباطهای دلخواهی می کردند تجربدهای انتخابی، داشتند و تعمیم های مبالغه آمیز می کردند. خطاهای شناختی بر حسب مورد متفاوت بودند. مثلاً بیمار افسرده در ارزیابی ارزش، خود کارش به انحراف می کشید (Berens 1367).

اهداف روان درمان شناختی

روان شناسان شناختی می خواهند با تصحیح نارسائی های تفکر و استدلال مراجعان خود و ایجاد تفکر واقع بینانه و مفیدتر در برخورد با زندگی، خود و دیگران آنها درمان کنند.

مسائل روانی را می توان با اصلاح طرز تلقی های اشتباه برطرف نمود. نظر به اینکه خویشن نگری، فراست، آزمون واقعیت ها و یادگیری، اصولاً فرایندهای شناختی هستند این طرز برخورد با بیماری های روانی را شناخت درمانی نامیده اند. به وسیله این روش بیمار با کمک درمانگر

پس از شناسائی افکار مخدوش خود روش های واقع بینانه تری برای

شکل گیری تجربه هایش می آموزد. (Beck, 1976)

روش و شیوه شناخت درمانی

شناخت درمانی که به وسیله یک ابداع شد نوعی روان درمانی ساخت

یافته کوتاه مدت است که برای رسیدن به اهداف زمانی از مشارکت

فعالانه بیمار و پزشک کمک می گیرد. گرایش آن به مسائل جاری و حل

آنهاست. درمان معمولاً به صورت انفرادی صورت می گیرد. هر چند از

روش های گروهی نیز استفاده می شود. این نوع روان درمانی ممکن

است همراه با داروها به عمل آید (Bernes, 1367).

به طور کلی درمان شناختی ۵ تا ۷ هفته و هفته ای ۲ بار به طول می

انجامد. شناخت درمانی در آغاز هر جلسه مواد مورد بحث را مشخص

می سازد تکالیفی برای اجرا در فاصله جلسات معین می کند و مهارت

های جدید می آموزد. درمانگر و بیمار مشترکاً کار می کنند. شناخت

درمانی سه جز دارد، جنبه های آموزشی، فنون شناختی و فنون رفتاری.

نقش درمانگر در نظریه شناختی

درمانگر با رودررو قرار دادن اختلالات عاطفی و تجربه های زندگی و با استفاده از روش هایی که در اختیار دارد می تواند بلافاصله با بیمار

رابطه منطقی برقرار نماید. (Glietman 1987)

هرچند شباهت هایی بین هدف شناخت درمانی در به بصیرت رساندن بیمار و روان کاوی وجود دارد اما روان شناسان شناختی خود را در اجزای تکنیکهای درمانی به رفتار درمانگران نزدیکتر معرفی می کنند. زیرا روانشناسان شناختی با تاریخ گذشته فرد در زندگی چندان درگیر

نمی شوند و برعکس روی عقاید کنونی فرد متمرکز می شوند و تکالیفی نیز برای انجام در خانه به فرد می دهند.

روش درمان افکار نامعقول دلالت بر همبستگی نزدیک آن با رفتار درمانی دارد (Glietman, 1986).

فنون و اجزا شناخت درمانی

روش شناختی شامل چهار فرایند است.

- آشکار نمودن افکار اتوماتیک: افکار اتوماتیک شناخت هایی هستند که بین حوادث بیرونی و وانکش هایی هیجانی مشخص نسبت به آنها تداخل می کنند.

- آزمایش افکار اتوماتیک: درمانگر مثل یک معلم به بیمار کمک می کند که اعتبار افکار اتوماتیک خود را بسنجد. هدف، تشویق بیمار به رد افکار اتوماتیک نادرست و مبالغه آمیز پس از آزمایش دقیق آنهاست.

- شناسائی فرضیات غیر انطباقی پنهان: وقتی درمانگر و بیمار به شناسائی افکار اتوماتیک ادامه می دهند معمولاً الگوهای آشکار می شود که نشان دهنده اصول و فرضیات کلی غیر انطباقی حاکم بر زندگی بیمار است.

- آزمایش اعتبار فرضیات غیر انطباقی: این آزمایش نیز نظیر آزمایش افکار اتوماتیک است (Kaplan sodock 1988). یک آزمون موثر این است که درمانگر پرسد «چرا این موضوع اینقدر برای شما مهم است؟»

جنبه های آموزشی شامل توضیح درباره تریاد شناختی طرحواره ها و منطق اشتباهی به بیمار است. برای شناخت درمانی باید رابطه افسردگی و تفکر عواطف و رفتار و فلسفه تمام جنبه های درمانی توضیح داده شود که این موضوع اختلاف با روانکاوی می شود.

محدودیت های شناخت درمانی

اولین محدودیت این است که اکثر افراد تمایلی به یافتن رابطه بین افکار خود و مشکلات را ندارند و بیشتر مایل هستند که مشکلات خود را به دیگران یا شرایط نسبت دهند. روش عقلی روان درمانی هم به نحو بارزی تعلیمی یا معلم وار، است. در این روش مشاور بیشتر فعال است تا مراجع و با توجه به اعتقاد زیاد به اجرای آزمون ها مشاور بیشتر نقش یک روان سنج را دارد. در این روش عواطف افراد کمتر مورد توجه قرار می گیرد و محدودیت دیگر اینکه مشاور به قضاوت درباره مراجع می پردازد در حالی که باید مراجع خود را آن گونه که هست بپذیرد.

نظریه درمانی عقلانی – عاطفی (الیسی)

آلبرت ایس در سال ۱۹۱۳ میلادی متولد شد. در سال ۱۹۳۴ درجه لیسانس خود را از سینی کالج نیویورک دریافت کرد. در سال ۱۹۳۴ درجه فوق لیسانس و ۱۹۴۷ درجه دکترای خود را از دانشگاه کلمبیا دریافت داشت. در سال ۱۹۴۳ به طور خصوصی به مشاوره و روان درمانی در زمینه خانوادگی ازدواج و امور جنسی ورزید. او ابتدا با روشی آمرانه به کمک مراجعان می پرداخت ولی چندی بعد متوجه مشکلات روانی و عاطفی آنها شد و به اعمال روانکاوی سنتی روی آورد و پس از مدتی به روش نوفرودینها روی آورد و بعد از آن به روش های یادگیری شرطی پرداخت. از سال ۱۹۴۵ میلادی به بعد ایس شیوه درمانی عقلانی - عاطفی را موثرتر از سایر روش ها دانست و به توسعه آن پرداخت.

سرمشا فلسفی نظریه ایس به افکار برخی از فلاسفه رواقی، بخصوص زنو (Zeno) سیسرو (Cicero) اپیکتوس (Eoictetus) بر می گردد. اپیکتوس که در قرن چهارم قبل از میلاد می زیست معتقد بود که انسانها به وسیله اشیا بر آشفته نمی شوند بلکه نگرشی که نسبت به امور پیدا می کنند آنها را بر آشفته می کند. سپس پیروان رواقیون و چند فیلسوف دیگر

نظیر اسپینوزا (Spinoza) برتراندراسل و شکسپیر اصول این افکار را در معرض توجه دنیای غرب قرار دادند. مثلاً شکسپیر فکرایکتتوس را به نحو زیبایی در کتاب هاملت منعکس کرده است و گفته است که هیچ چیزی وجود ندارد که خوب یا بد باشد، بلکه تفکر ماست که آن را خوب یا بد می کند. در حیطه مذاهب چند تن از متفکران آینه‌هایی باستانی تأو و بودا نیز بر دو نکته اصلی از فلسفه رواقیون تأکید کرده‌اند. اول آنکه به نظر آنها عواطف انسان اساساً زاده فکر است و دوم آنکه درمانگر برای تغییر و کنترل احساسات مراجع باید عقاید فرد را دگرگون کند. زیگموند فروید و بروئر نیز در اولین اثری که درباره هیستری به جای گذاشته اند به این پدیده اشاره کرده‌اند (کوسینی ۱۹۷۳، ایسی ۱۹۷۳، برون ۱۳۵۶، هرشر ۱۹۷۰).

از میان رواندرمانگران جدید که با ایسی از دیدگاه فلسفی تجانس فکری دارند می توان آلفرد آدلر را نام برد. به عقیده آدلر، رفتار فرد از عقایدش سرچشمه میگیرد و فرد بر اساس تعبیر و تفسیری که از خویش‌تند و موقعیتش دارد خود را با دنیای خارج مرتبط می کند. در زمینه روش مستقیم و فعالی که ایسی به کار می برد می توان از پیشگامانی نظیر

هرتزرگ (مبتکر تکلیف دادن) برنهایم، سالتز (مبدع خواب مصنوعی و

تلقین) دبوآ (Dubois) و دجرین (Dejerine) (پدید آورنده شیوع

ترغیبی در درمان) نام برد. همچنین عقیده ایس با عده زیادی از

درمانگری که به شیوه مستقیم عمل می کنند هماهنگی و همخوانی دارد

(هرشر ۱۹۷۰ کرسیتی ۱۹۷۳).

ایس درباره روان درمانی عقلانی- عاطفی چنین میگوید: روان

درمانی عقلانی-عاطفی کاملاً جدید نیست چون بعضی از اصول اساسی

آن توسط دبوآ و درمانگر قبل از فروید بیان شده است. متأسفانه این

درمانگران در اکثر زمینه ها ریشه های ناخودآگاه اختلافات عاطفی را

درک نمی کردند. (Ellis, 1971)

درمان عقلانی- عاطفی، تقریباً به طول انحصاری توسط ایس (۱۹۷۳)

عنوان شده و شاخه ای از درمان، بر اساس تئوری های شناختی، روان

تحلیل گری و انسان گرایی می باشد. (Meyer & Salman, 1988)

مفاهیم بنیادی نظریه ایس:

ماهیت انسان در مکتب عقلانی عاطفی:

این مکتب معتقد است که انسان موجودی منطقی و عقلانی و در عین حال غیر منطقی و غیر عقلانی است. انسان می تواند فکر کند و مهمتر اینکه می تواند درباره نحوه فکر کردن خود نیز فکر کند. وقتی عقلانی و منطقی می اندیشد موجودی کار آمد توانا و خوشحال است وقتی با توجه به یادگیری های غیر منطقی اولیه به تفکر غیر عقلانی که از نظر بیولوژیکی آمادگی پذیرش آن را داشته دچار شود با مشکل روبرو شده و بیمار شود. و البته با تصحیح تفکر خود می تواند اضطراب خود چیره شود و از شر ناراحتی ها خلاصی یابد.

ایس تجربه فردی هر انسان را دارای بالاترین ارزش و اهمیت در زندگی او می داند. انسان از نظر او باید در زمان حال زندگی کند محدودیت های زندگی خود را بپذیرد هر چند موجود آزاد است انسان از نظر ایس موجودی خلاق است که می تواند ضمن درک محرک های بیرونی به تعبیر و تفسیر آن پردازد. انسان از نظر او می تواند تلقین پذیر، آسیب پذیر، تأثیر پذیر و فریب خورده باشد. انسان را در مرکز عالم قرار می دهد که مسئول اعمال و احساسات خود است و می تواند افکار و

عواطف خود را کاملا کنترل کند. انسان ها به طور طبیعی همدیگر را دوست دارند و تنفر زائیده تفکرات غیر منطقی انسان است.

نظریه شخصیت ایس:

ایس شخصیت انسان را از سه زاویه مورد بحث قرار می دهد.

از دیدگاه شناختی انسان را دارای تمایلات زیستی استثنائی و نیرومندی برای تفکر و عمل به شیوه خاص می داند که این شیوه به تبع محیط خانواده و فرهنگ می تواند به شکل منطقی و یا غیر منطقی رشد یابد.

انسان از نظر بیولوژیکی آمادگی ذاتی شدیدی برای تفکر غیر منطقی و غیر عقلانی دارد. انسان به طول ذاتی احساس نیاز مفرط به برتر بودن از دیگران را دارد و اینکه صاحب همه مهارت ها باشد. انسان معمولا متوسل به نظریات احمقانه و بدبینانه می شود و به تفکر آرزومندانه گرایش دارد. توقع دارد که دیگران به صورت مداوم با او صحبت و خوش رفتار باشد و خود را در مواردی که ضعیف عمل کند به شدت محکوم می کند و تمایل عمیق به زودرنجی و برآشفتگی عاطفی دارد و چنانچه به این تمایلات طبیعی و در عین حال ناسالم خود نرسد دیگران و دنیای خارج را مورد سرزنش قرار می دهد.

به لحاظ اجتماعی: ایس انسان را موجودی اجتماعی می داند. انسان به طور طبیعی تمایل دارد که دیگران درباره او نظر مثبت داشته باشد و انسان مجبور است تا حدودی طبق انتظارات خود و دیگران زندگی کند اما نباید هستی و وجود خود را در گرو نگرش مثبت دیگران قرار دهد. از نظر روان شناختی: ایس معتقد است انسان می خواهد مورد محبت و توجه دیگران باشد و از بی توجهی و ناکامی دوری جوید، پس انسان در برخورد هر پدیده می تواند دو نوع برداشت داشته باشد: یکی افکار،

عقاید و باورهای منطقی و عقلانی
(Rational belief) و دیگری افکار عقاید و برداشتهای غیر عقلانی و غیر منطقی (Irrational belief) در حالی که خود تابع افکار و عقاید عقلانی و منطقی باشد به عواقب منطقی دست خواهد یافت و شخصیت سالمی خواهد داشت. و در صورتی که فرد دستخوش افکار غیر منطقی و غیر عقلانی قرار گیرد با عواقب غیر منطقی مواجه خواهد شد که در این حالت او فردی است مضطرب و غیر عادی که شخصیت ناسالمی دارد. عوامل موثر در رشد شخصیت ارتباط با دیگران، درس گرفتن از دیگران، تاثیر گروه های اجتماعی، سیاسی یا مذهبی، تنبیه و تقویت تصور از خود،

اهداف همانند سازی با دیگران، احساسات و اعتقادات مذهبی و ارتباط

بین فکر و حال (جلالی تهرانی، ۱۳۶۸)

اضطراب و بیماری روانی در نظریه عقلانی و عاطفی

از نظر ایس افکار و عواطف کنش های متفاوت و جداگانه ای نیستند و از

این رو تا زمانی که تفکر غیر عقلانی در فرد وجود دارد اختلالات عاطفی

نیز به قوت خود باقی خواهند بود. مشکلات عاطفی افراد ناشی از

تفکرات موهومی هستند که از نظر تجربی معتبر نیستند.

ایس اظهار می دارد مشکلات روانی نتیجه شناخت های نادرست افراد

است چرا که عواطف محصول شناخت است. (Carlson, 1987).

ایس معتقد است که بسیاری از ناراحتی های مردم و زندگی عاطفی

نامنظم آنها ریشه در انواع عقاید غیر منطقی و غیر واقعی در مورد خود

و جهان پیرامون آنها دارد. (Feldman, 1987)

ایس خود در این باره می گوید:

پیامدهای بسیاری که از تفکرات غیر منطقی ناشی می شوند علل اساسی

مهمترین اختلالات هیجانی به شمار می روند. یک انسان اگر به مفهومی

پوچ که در بر گیرنده چنین تصوراتی است معتقد باشد گرفتار حالات

بازداری، خصومت، دفاع، اضطراب، اندوه، سستی، احساس گناه و عدم قدرت کنترل خواهد شد. اگر او بتواند خود را به طور کامل از تمامی این تفکرات غیر منطقی رها کند بسیار کم اتفاق می افتد که دچار آشفتگی سختی شود (Ellis, 1971).

الیس، کرسینی و هرشر می گویند:
انسان با استعداد و آمادگی مشخصی برای مضطرب شدن متولد می شود و تحت تاثیر عوامل فرهنگی و شرطی اجتماعی این آمادگی را تقویت می کند. در عین حال انسان این توانایی قابل ملاحظه را هم دارد که به کمک تفکر و اندیشه از آشفتگی و اضطراب خود جلوگیری کند (ناصری، شفیع آبادی. ۱۳۶۵).

طبقه بندی و خصوصیات تفکر:

الیس افکار انسان را به دو دسته بزرگ منطقی و غیر منطقی تقسیم می کند.
فکر منطقی حقیقت دارد و با واقعیت مطابق است. با استدلال حمایت می شود گاهی با احساس ناخوشایندی همراه است و می تواند موجب

پشیمانی شود اما در مجموع موجب هماهنگی و سلامت است تعارض را به حداقل می رساند و در نهایت به رضایت منجر می شود.

بر عکس تفکر غیر منطقی حقیقت ندارد و با واقع مطابق نیست. قابل اثبات نیست، مطلق است می تواند منجر به پریشانی افسردگی و اضطراب و یا بی تفاوتی مشخص شود.

الیس (۱۹۷۱) گروهی از فرضهای غیر منطقی را بر می شمرد که از نحوه برخورد مراجعینش با جهان و خودشان دریافته است. او و دیگران

متوجه شدند که به دو دلیل عمده چنین عقایدی موجب رشد عدم تطابق های بسیاری شود. اول این اعتقادات متناوبا در عبارات کاملاً قاطع و مطلق بیان می شوند. دوم اینکه اعتقادات تحریف واضح واقعیت هستند (Meyer & Salmon, 1988).

تفکرات غیر منطقی:

تفکر غیر منطقی اول – اعتقاد فرد به این که لازم و ضروری است که همه افراد دیگر جامعه او را دوست بدارند و تعظیم و تکریم کنند. این یک تصور غیر عقلانی است زیرا چنین هدفی غیر قابل دسترسی است و اگر

فردی به دنبال چنین خواسته‌های باشد کمتر خود رهبر و بیشتر ناامن و مضطرب و ناقص نفس خویش خواهد شد.

تفکر غیر منطقی دوم- اعتقاد به این که لازمه احساس ارزشمندی وجود حداکثر لیاقت کمال و فعالیت شدید است. این تصور نیز امکان پذیر نیست و تلاش وسواسی در راه کسب آن فرد را به اضطراب و بیماری روانی مبتلا می کند و در زندگی احساس حقارت و ناتوانی به فرد دست می دهد. به این ترتیب زندگی فرد همواره با شکست همراه خواهد بود.

تفکر غیر منطقی سوم- اعتقاد فرد به اینکه گروهی از مردم شرور و بد ذات هستند و چنانچه اشتباهی از آنها سر بزند باید به شدت تنبیه و مذمت شوند این عقیده غیر عقلانی است زیرا معیار مطلق برای درست و نادرست وجود ندارد و انسان در انتخاب خود کاملاً آزاد نیست.

تفکر غیر منطقی چهارم- اعتقاد فرد به اینکه اگر وقایع و حوادث آن طور نباشد که او می خواهد نهایت ناراحتی و بیچارگی به بار می آید و بسیار فاجعه آمیز خواهد بود. این تفکر غلط است. زیرا ناکام شدن احساسی طبیعی است ولی حزن و اندوه شدید و طولانی یکی موضوع

غیر منطقی است. چرا که دلیلی وجود ندارد که وقایع از آنچه طبیعتاً هستند متفاوت باشند.

تفکر غیر منطقی پنجم – اعتقاد به اینکه بدبختی و ناراحتی فرد به وسیله عوامل بیرونی به وجود آمده است و انسان توانایی کنترل غم و اندوه و اختلالات عاطفی خود را ندارد و یا توانائیش اندک است. فشارها و حوادث خارجی و در عین حال که ممکن است از نظر جسمانی ناراحت کننده باشند. معمولاً نمی توانند موجب ناراحتی و آزار فرد شوند مگر آنکه فرد خودش بخواهد تحت تاثیر آنها قرار بگیرد.

تفکر غیر منطقی ششم – اعتقاد فرد به اینکه حوادث خطرناک و ترس آور موجب نهایت نگرانی می شود و فرد باید همواره بکوشد تا امکان به وقوع پیوستن آنها را به تاخیر بیندازد. این تصور غیر عقلانی است زیرا ناراحتی و اضطراب زیاد مانع از مقابله منطقی با حوادث احتمالی شده به ظهور آنها کمک میکند.

تفکر غیر منطقی هفتم – اعتقاد به اینکه اجتناب و دوری از بعضی مشکلات زندگی و مسؤلیت های شخص برای فرد آسانتر از مواجه شدن با آنهاست. این تفکر غیر منطقی است زیرا اجتناب از یک کار سخت

دردناکتر از انجام آن است و به مشکلات و نارضایتی های بعدی می انجامد و باعث کاهش اعتماد به نفس می شود.

تفکر غیر منطقی هشتم - اعتقاد فرد به اینکه باید متکی به دیگران باشد و بر انسان قوی تر دیگری تکیه کند. این فکر غیر منطقی است زیرا ما در عین حال که تا حدودی متکی به دیگران هستیم دلیلی وجود ندارد که بیش از اندازه وابسته شویم. زیرا وابستگی شدید به فقدان یا کاهش استقلال فردیت و تجلی نفس می انجامد.

تفکر غیر منطقی نهم - اعتقاد فرد به اینکه تجارب و وقایع گذشته و تاریخچه زندگی تعیین کننده مطلق رفتار کنونی است و اثر گذشته را در تعیین رفتار کنونی به هیچ وجه نمی توان نادیده انگاشت. این تفکر غیر منطقی است زیرا ممکن است رفتارهای گذشته در حال حاضر هیچگونه کاربرد و ضرورتی نداشته باشند ممکن است راه حل های گذشته به هیچ وجه برای مشکلات کنونی مناسب نباشند.

تفکر غیر منطقی دهم - اعتقاد فرد به اینکه انسان باید در مقابل مشکلات و اختلالات رفتاری دیگران کاملاً برآشفته و محزون شود و با مشاهده ناراحتی های دیگران تعادل روانی خود را از دست بدهد. چنین اعتقادی

غیر عقلانی است زیرا حتی اگر مشکل دیگران مربوط به ما باشد چگونگی برداشت ما از مشکل است که باعث ناراحتی ما می‌شود. از طرفی ممکن است نگاه کردن به موقعیتی که از بیرون موجب آشفتگی شدید شود اما وقتی از درون نگاه کنیم چنین نباشد. معمولاً ما بر رفتار دیگران کنترل کمی داریم.

تفکر غیر منطقی یازدهم – اعتقاد فرد به اینکه برای هر مشکلی همیشه یک راه حل درست و کامل و فقط یک راه حل وجود دارد که اگر انسان

بدان دست نیابد بسیار وحشتناک خواهد بود. این عقیده غیر عقلانی است زیرا هیچگاه چنین راه حلی کاملی وجود ندارد و تأکید بر یافتن این راه حل به اضطراب و ناراحتی می‌انجامد، از طرفی چنین گرایشی به کمال موجب بروز راه حل‌های ناقص‌تری خواهد شد. (ناصری شفیعی

آبادی، ۱۳۶۵)

ایس معتقد است که توسل به این عقاید یازده گانه به اضطراب و ناراحتی روانی منجر می‌شود وقتی فرد به چنین عقایدی توسط می‌جوید در نگرش و برداشت‌های خود شدیداً بر اجبار (Must) الزام (ought) و

وظیفه (should) تاکید دارد و خود را بی نهایت به وقوع امر خاصی مفید و پای بند می کند.

بنابراین اگر فرد خود را از این قیدها برهاند به احتمال قوی در جهت سلامت نفس و رشد شخصیت حرکت خواهد کرد. (ناصری. شفیع آبادی، ۱۳۶۵)

روان درمانی در نظریه عقلانی عاطفی

- با توجه به دیدگاه این نظریه درباره بیماری روانی نتیجه منطقی می گیریم که درمان اینگونه بیماری ها اصلاح نظام اعتقادی فرد است. یعنی برای تغییر رفتار نابهنجار بایستی نظام اعتقادی فرد را از یک وضعیت نامطلوب به یک وضعیت مطلوب تغییر داد. باید با ایجاد شناخت مطلوب اثرات مثبت و منطقی عاطفی و رفتاری را در فرد بیمار ایجاد کرد.

پس در پایان درمان انتظار می رود فرد بتواند عقاید غیر منطقی و غیر عقلانی خود را رها کرده و در روند اندیشه و رفتار و انتظارات از خود و دیگران بر اجبار و الزام و وظیفه تاکید نکند بلکه به شکل طبیعی به امور نگاه کند. علت همه ناراحتی ها را در محیط جستجو نکند بلکه به شیوه

تفکر و نگرش خود توجه داشته باشد و مسئولیت تغییر آن را به عهده بگیرد از مطلق گرایی و کمال جوئی غیر منطقی پرهیزد و در مجموع منطق صحیح و قابل قبولی را بر سیستم فکری خود حاکم کند.

سیستم درمانی ایس می گوید که یک دیدگاه منظمی از زندگی و مشکلاتی که فرد ناگزیر از مواجهه با آنهاست به تدریج به او القا کند (Meyer & Salmon, 1988)

برای داشتن یک زندگی موثر حذف اعتقادات مناسب نیست بلکه تغییر آنها به گونه ای است که هرچه بیشتر به اطلاعات و دلایل نزدیک باشد مهم است. درمانگر عقلانی می گوید انجام این امر به وسیله هدایت مردم به تجربه پرسیدن و فکر کردن در مورد عقایدشان ممکن است (Ellis, 1971).

روش ایس در درمان منطقی - عاطفی بر عوض کردن رفتارهای غیر منطقی از طریق روبرو کردن بیماران با عقاید غیر منطقی آنها و کسب آنها در بازسازی رفتارشان، با بکارگیری مجموعه عقاید منطقی که بتوان با آنها زندگی کرد، تاکید دارد (Rowe, 1984).

الیس به منظور شیوه درمانی مبتنی بر فرضیه عقلانی عاطفی پیشنهاد کرد که هدف درمان باید بازسازی سیستم عقاید فرد، در جهت واقعی، منطقی و معقول بودن هر چه بیشتر دیدگاههای او نسبت به جهان باشد (Feldman 1987).

فرایند درمان

الیس ۱۹۷۳ می گویند: درمانگر در جلسه درمان با فردی مواجه است که حادثه نا مطلوبی (A) (Activating event) برایش اتفاق افتاده است و دچار پیامدهای ناگوار عاطفی (C) (Consequence) شده است. مراجع، به غلط حالت اختلال عاطفی (IC) (Irrational consequence) خود را به (a) نسبت می دهد و از افکار غیر عقلانی (IB) (Irrational Belief) غافل است. درمانگر سعی می کند به او کمک کند تا عقاید غیر منطقی خود را کنار بگذارد و با آنها مبارزه کند (D) (Disputation) و عقاید افکار عقلانی تر و منطقی تر را جایگزین آنها کند (E) (Effect) در نتیجه به شناخت بهتر (CF)

(Consequence) و رفتار موثرتر (BF) و (Bellef efect) دست یابد. این

مطالب را می توان در یک نمودار نشان داد:

$$A \rightarrow IB \rightarrow IC \rightarrow D \rightarrow \begin{matrix} CE \\ BE \end{matrix}$$

(ناصری شفیق آبادی، ۱۳۶۵).

الیس اساسا روش درمان عقلانی عاطفی (Rational Emotive

Therpay) R.E.T را به صورت توالی چند پدیده که با حروف

(A.B.C.D.E) نمایش داده می شود بیان می کند.

A: نماینده یک حادثه یا اتفاق خارجی است که فرد با آن روبرو می شود.

B: معرف سلسله افکار و اندیشه ها یا گفتگو با خود است که در پاسخ به

حادثه، در فرد ایجاد می شود.

C: بر عواطف و احساساتی دلالت می کند که به دنبال افکار (B) به فرد

دست می دهد.

D: معرف کوششهایی است که درمانگر به منظور تغییر دادن افکار مربوط

به مرحله B به عمل می آورد و E گویای نتایج عاطفی و رفتاری مطلوب و

مفیدی است که به دنبال اقدامات درمانگر در فر بوجود می آید (جمشید

احمدی، ۱۳۶۸).

در مورد تجربیات گذشته، مراجع به بصیرتها و آگاهیهای نیاز دارد که عبارتند از: بصیرت اول اینکه رفتار خود تخریبی گرچه با علل قبلی مرتبط است ولی علت اصلی ناراحتی فرد، عقاید شخصی وی می باشد و وقایع گذشته علت اصلی نیستند.

بصیرت دوم اینکه مراجع با وجودی که در گذشته از نظر عاطفی، آشفته و مضطرب شده است ولی اضطراب فعلی او به این دلیل است که همان عقاید موهوم و غیر منطقی قبلی را پیوسته به خود تلقین می کند.

بصیرت سوم اینکه چون از ابتدا گرایش شخصی مراجع نسبت به افکار غیر منطقی باعث عملکرد نادرست عاطفی او شده است و چون ادامه این تلقینات باعث گسترش این افکار موهوم گردیده است، جز با تلاش و تمرین سخت، با چیز دیگری نمی توان این عقاید غیر منطقی را تصحیح کرد. مراجع برای تغییر جملات درونی و افکار خود نیاز به آموزش دارد (احمدی، ۱۳۶۳).

نقش درمانگر

در این روش، درمانگر یک مبلغ صریح می باشد و به همدلی در بکارگیری سخت ترین قواعد منطق، تفکر صحیح و روش علمی در زندگی

روزمره معتقد است. او بدون احساس شرم، پرده از مهمترین عوامل تفکر غیر منطقی در تجربیات بیمارش بر می گیرد و راههائی را برای رفتار هر چه معقولانه تر، به او می نمایاند. از طریق تفسیر مداوم و فشارهای فلسفی بر بیمار بر تغییر تفکر و عملش، درمانگر عقلانی به انگیزه هائی برای کسب سلامت روانی می دهد. (Ellis , 1971).

الیس و همکارانش بطور ثابت سعی در بیان جنبه های سفسطه آمیز مراجعین خود دارند و مستمرا اقدام به نشان دادن الگوهای افکار غیر

انطباقی مداخله گر در ساختار رفتار فرد می نمایند (Merey & Salmon 1988).

درمانگر به مراجع یاد می دهد که وقتی احساس پریشانی یا اضطراب کرد مکث کند و سعی کند تا آنچه را که به خود می گوید، روشن سازد.

هر جمله ای را که در آن اجبار یعنی «باید» و «لازم» هست مشخص کند و به جای آن از «بهرتر است» استفاده کند. درمانگر سعی می کند تا افکار

غیر منطقی مراجع را به طرق زیر اصلاح کند:

– آنها را قویا به قسمت آگاهی فرد بیاورد و او را متوجه آنها نماید.

— به او نشان دهد که چگونه، این افکار غیر منطقی، باعث ناراحتی شده اند.

— دقیقاً روشن کند که غیر منطقی بودن جملات درونی وی در چه مواردی است.

— به او بیاموزد که چگونه مجدداً فکر کند و این جملات را دوباره بسازد و آنها را بصورت افکار منطقی در آورد (احمدی ۱۳۶۳).

افرادی که به درمانی عقلانی عاطفی پاسخ نمی دهند:

افراد بسیار کم هوش، کم سن و سال و در خود فرورفته، بسیار مضطرب و یا بسیار خوشحال و افرادی که تماس خود را با واقعیت به کلی از دست داده اند.

اما بقیه افراد از نظر ایس می توانند تحت تاثیر این درمان قرار گیرند. به هر حال تحقیقاتی که در این زمینه انجام شد بر دو مساله تاکید داشته است:

اول تاثیر تکلم با خود که نتایج آزمایشهای متعددی آن را نشان داده است.

دوم نتایج به دست آمده از تاثیر این روش در تغییر رفتار.

خود ایس درباره تاثیر این شیوه می گوید:

ممکن است تصور شود که روان درمانی به شیوه عقلانی - عاطفی، پورسه

بسیار ساده ای است که فقط شامل آن می شود که به بیماران نشان داده

شود که مشکلات عاطفی آنها را عقاید ذهنی غیر منطقی آنان سرچشمه

می گیرد و به آنان ثابت شود که چگونه می توانند تفکرات خود را تجزیه

کرده و آنها را به مبارزه بطلبند و سپس (پس از چند هفته) برای همیشه

زندگی خوشی را در پیش گیرند. چنین دیدگاهی از یک اعجاز فوری

درباره مزایای درمان منطقی و یا هر شاخه دیگر روان درمانی کاملاً

اشتباه است. در حقیقت گمراهی محض است (Ellis , 1971).

محدودیت های روان درمانی از دیدگاه ایس:

نتایج روان درمانی در هر شکل محدودیت های دارد که شاید ربط زیادی با

آن شیوه ندارد خود ایس گزارش می کند که ۹۰٪ افراد، واجد شرایط

برای بودن تحت این شیوه درمان، بهبود یافته اند اما پس از مدتی

چنانچه به محیط بدی برگشته باشند که وضع نامطلوبی داشته دچار

مشکل شده اند و به همان شیوه های تفکر و رفتار آشفته گذشته برگشته

اند. و بقول ایس (از تمامی مطالب گفته شده و شواهد مشابه دیگر

آشکار می شود که حتی نتایج موثرترین اشکال روان درمانی هنوز

آشکارا محسوس است

(Ellis 1971).

مقاومت در درمان ممکن است به علل مختلفی باشد. علل بیولوژیکی

دوران طولانی کودکی، تجربیات اولیه کودک تا زمانی که او کاملاً

حساس است جایگزین می شوند و بنابراین معمولاً و به شدت در روان او

نفوذ می کنند. بدین ترتیب فرد به سختی می تواند از هر نوع پیش

داوری در مورد الگوهای رفتاری از پیش ساخته شده اش رها و آزاد

باشد حتی اگر این الگوها برای سازندگی بعدی او نامناسب باشد.

—مشکل اکتساب: اگر فرد عادت انجام کاری را که در روزهای کودکی

کاملاً مناسب بوده پیدا کرده و کشف می کند که این رفتار در سالهای بعد

نامناسب است، باز هم در کنار گذاشتن آن مشکل دارد حتی اگر ملاحظه

کند که آنها به هیچ وجه عملی نیستند.

—قوانین جبر: انسان به محض اینکه دست به کاری بزند — بر اساس

طبیعت جسمی یا روانی اش — تمایل دارد به گونه ای همواره در این

فعالیت به کار ادامه دهد، اما اساساً برای شروع به کار، نیاز به تصمیم

اضافی دارد و برایش بسیار دشوار است که انرژی اضافی برای شروع به کار اندازه.

—درونگری اندک: تمایل طبیعی درونگری کم در بیشتر انسانها وجود دارد، حتی وقتی که فردی بالغ در یک لحظه بسوی آینده جهت می گیرد، بزودی در می یابد که باقی ماندن بطور مستمر در چنین وضعیتی بسیار دشوار است، چرا که به خاطر برنامه ریزی درازمدت خود فعلا و در زمان حال دچار ناکامی شده است و بندرت می تواند کاملا مطمئن باشد

که با پذیرش این ناکامی عاقلانه ترین انتخاب را کرده است.

—نیرومندی خواسته ها: به نظر می رسد ارگانیسم انسان بگونه ای باشد که ارتباط کمی بین آنچه می خواهد و آنچه باید بطور مقبول انجام دهد و یا از انجام آن به خاطر منافع و یا بقای بیشتر خودداری کند وجود دارد. بخصوص در یک لحظه غالبا و بشدت خواست و آرزو بر عقل و منطق می چربد. بطوریکه موجب می شود بطور طبیعی فرد از خواستههای قوی فعلیش بیشتر از سلامتی عمومی حال یا آینده اش طرفداری کند.

—تلقین پذیری زیاد: به نظر می رسد انسان باید خیلی زیاد تلقین پذیر و تقلید کننده باشد. غالبا برای یک فرد معمولی بر آورد یک نقطه تعادل در

تمایلات تلقین پذیری - استقلال خود بوسیله مقتضیات فضا و بافت
زندگیش دشوار است و غالباً تمایل دارد اینطور دریابد که رفتار، بصورت
خیلی تلقین پذیرانه و یا خیلی سرسختانه (یعنی شیوه‌ای نوروپیک) آسان
است.

- بزرگنمایی و طغیان بیش از حد: آنچه در نوشته های روان شناسی به
ندرت به آن توجه می شود، جزء بزرگ نمائی و سرکشی شدید انسان
طبیعی است، یک کودک به درجات معینی در حالت سلامت بزرگنما،

سرکشی و کینه جو است. برای چنین کودکی آسان است که به این
رفتارها تا زمان بلوغ و بزرگسالی هم ادامه دهد.

- افراط و تفریط: بنابر طبیعت انسانها (بخصوص برخی) اتخاذ یک
موضوع میانه در برخی یا بیشتر مسائل مهم بسیار مشکل است. احتمال
دارد برخی از عناصر اساسی سیستم عصبی انسان - که غالباً بر اساس
قانون همه یا هیچ کار می کنند - شخصی را و او می دارند تا او به شیوه
های افراطی به جای شیوه های معتدل در فکر و عملش پاسخ می دهد.
به نظر می رسد از نظر بالینی قابل مشاهده است که بیشتر انسان های
معمولی و بخصوص بیشتر افرادی که دچار آشفتگی عاطفی هستند تمایل

دارند در بسیاری از موقعیتها با شیوه های خود شکنانه اقرای واکنش نشان دهند.

—نوسان و جابجائی: همان طور که مورفی و مازلو (۱۹۴۷) و برخی دیگر خاطر نشان کرده اند شخصیت انسان عموماً دارای تمایلاتی به طرف تغییر، نوسان، جابجائی و عدم تعادل است. اگر چه تعادل حیاتی و یا تقویت حالت تعادل نیز یک خصوصیت اصلی انسان است اما در بین حالت تعادل دوره های مشخصی از عدم تعادل وجود دارد. به علاوه اکثر افراد به نظر نمی رسد قادر باشند حالت تعادل و ثبات خود را به مدت طولانی حفظ کنند.

بی ارادگی و بی فکری: اگر چه یکی از مزایای مشخصی ارگانیزم انسان این است که الگوهای رفتارهای آموخته شده معین را جایگزین کرده و به زودی شروع به انجام آنها بصورت خودکار، عادت گونه و بدون فکر می کند، اما این بی ارادگی معایب خاص خود را نیز دارد. مثلاً فردی به محض اینکه به یک شیوه رفتاری نوروپیک عادت کرد، ممکن است بدون فکر آن الگوی رفتاری را همیشگی سازد.

– فراموشی: فرض بر این است که به خاطر اینکه بشر تمایلات بسیار

طبیعی و قابل پیش‌بینی برای فراموش کردن نتایج دردناک رفتارش

دارد، برایش بسیار آسان است که خودشکنانه رفتار کند و حتی وقتی

موقتا الگوهای رفتاری نامطلوب را شکست داده است، به همان شیوه‌های

رفتاری مخرب خود بازگردد.

– تفکر آرزومندانه: تمایلات شدید ما در تفکر آرزومندانه مداوماً با

واقعیات تلخ مشخص و محدودیتهای دنیای پیرامونمان روبرو می‌شود. به

علاوه حتی وقتی دچار نوروز هستیم، این تمایلات نسبت به روان درمانی

نیز همان پاسخی را می‌دهد که نسبت به هر چیز دیگر نشان می‌دهد و

غالباً ما مغرورانه انتظار معجزات درمانی را داریم که احتمالاً نمی‌توانند

به وقوع بپیوندند. در نتیجه وقتی سرخوردگی وجود دارد، تلاشهای

هماهنگ خودمان برای کمک به خویش به حداقل کاهش می‌یابد و منجر

به مقاومت در برابر درمان می‌شود.

– تمرکز و سازماندهی غیر موثر: بنظر می‌رسد توانائی ما در ادامه توجه

مداوم و متمرکز روی یک وظیفه مهم و معین، حتی وقتی کاملاً نسبت به

آن واقف هستیم، محدود شده است. در حالت اضطراب نوروژیک، غالباً

در می یابیم که مشکل است به اندازه کافی و مداوم روی آن موقعیت تمرکز داشته باشیم و ممکن است در برابر بهتر شدن مقاومت کنیم. نه به این دلیل که واقعا نمی خواهیم پیشرفت کنیم، بلکه به این علت که نمی توانیم به اندازه کافی بخصوص در یک دوره کوتاه زمانی و روی چنین پیشرفتی توجه و تمرکز داشته باشیم.

—تلاش و کوشش ناپایدار: بسیاری افراد بعد از درگیری طولانی در کاری بزودی خسته و کسل شده و ادامه هر تلاش هماهنگی را رها می کنند. این تمایل تا اندازه ای نتیجه انگیزه ضعیف و ترس از شکست است که محتمل است به میزان زیادی ریشه در مشکلات زیستی افراد داشته باشد. اگر این فرضیه صحیح باشد، پس بیشتر مقاومت افراد در برابر روان درمانی قابل توجیه است.

—بی عدالتی خیلی شدید: اگر این فرضیه که انسان یک تمایل بیولوژیک برای گناه، تقصیر و دشمنی دارد تضمین می گشت. پس به راحتی می شد دید که چگونه این تمایل او را در برابر دیگران تحت نفوذ خود در می آورد و وادارش می کند در برخی موقعیتها به شیوه ای خودشکن رفتار کند. همین خصوصیات موجب ضعف شدن فرصتهای روان درمانی

می شود. زیرا فرد این اعتقاد را دارد که اولاً نباید از نظر عاطفی آشفته می شد و ثانیاً تلاش سخت کند تا بر آشفتگیهایش فائق شود.

— فشار بیش از حد گناه: انسان در عین تمایل به ملامت دیگران، به سرزنش کردن خویش نیز متمایل است که ممکن است اساسی زیستی داشته باشد. خود ملامت کردن عاملی بسیار اساسی در ایجاد احساس اضطراب و بی ارزشی است بدین ترتیب انسان به آسانی می تواند خود را مضطرب و عصبی کند و در نتیجه شانس کمی برای آرامش و کمک به خود در غلبه بر آشفتگیهایش خواهد داشت.

— جستجوی خشم و هیجان: اگر چه انسان به دنبال امنیت، ثبات و یکنواختی است ولی از تنوع، حادثه و هیجان نیز لذت زیادی می برد. چنین تمایلاتی تنها در یک زندگی معقول ممکن است سودمند واقع شوند. اساس بسیاری از آنها مشخصاً منشأ نوروتیک دارند. این طبیعت در اکثر افراد معمولی احتمالاً ریشه زیستی دارد و در موقع بروز رفتار خودشکنانه از فرد حمایت می کند. فردی که در نتیجه این تمایلات، دچار مشکل شده است، در می یابد که تلاشهای روان درمانی او با مانع برخورد می کند.

– تمایل و آمادگی گسترش: زمانی که انسان در شرایط روانی و جسمی

ضعیفی قرار گرفته، تمایل دارد که جسما و روحا خسته شود و انتظار می

رود در چنین حالتی در بسیاری از موارد رفتار ناسازگارانه ای از خود

بروز دهد. بنابراین در وضعیتی که او به کمک نیاز دارد، در شرایطی

نیست که قادر باشد به خود کمک کند و یا از کمک دیگران سودی ببرد.

– فقدان دورنمای شخصی: یک فرد معمولی بطور قابل ملاحظه ای کمتر

قادر است خود و کارهای خویش را ببیند. علت آن عدم توانائی در

تمرکز روی خود است. بنابراین چنین افرادی بارها ندانسته تلاشهای

روان درمانی خویش را خراب می کنند. مثلا فردی ممکن است اشتباهها

معتقد شود که اختلالات عاطفی اش کاملا درمان شده در حالیکه واقعا

ممکن است فقط مختصر بهبودی پیدا کرده باشد.

– مشکلات تشخیصی: حتی بیشتر انسانهای با هوش نیز ممکن است در

بعضی یا بیشتر جنبه ها دچار مشکلات تشخیصی ارثی و طبیعی باشند.

مشکلات تشخیصی انسان به همان اندازه که ریشه در یادگیری اجتماعی

دارند، جنبه زیستی نیز دارند و به همان نسبت که با زندگی افراد در

تماسند، در برابر درمان نیز قرار می گیرند. درست به دلیل همین

خصوصیت است که روان درمانی معمولاً بصورت انفرادی اجرا می شود و درمانگر سعی می کند تا به مراجع در غلبه بر این تمایل کمک کند.

—تمایلات تعمیم بیش از حد نوع خاصی از شکل تشخیص: عبارت است از ایجاد و تشکیل تفکر غیر کارآمد و ناشایسته که تعمیم بیش از حد نامیده می شود. بسیاری از تئوریهای یادگیری عملا نوروژ را به عنوان تعمیم بیش از حد تعریف می کنند. زمانی که فرد در درمان R.E.T یاد می گیرد تا در مورد ادعاهایش سوال کند، به راحتی تعمیم بیش از اندازه می دهد.

وارشار و بایلری (Washaw & Bailery, 1962) معتقدند: در بسیاری از موارد، فرد می تواند از تمایلات تعمیم بیش از اندازه خودش استفاده کند تا جریان درمان را خراب کند.

—تمایلات یادگیری کند و آرام: کم و بیش به نظر می رسد که انسان طبیعتاً بسیاری از چیزها را خیلی کند فرا می گیرد. بنابر این تمایل خواهد داشت که بطور قابل توجهی در برابر تغییرات سریع درمان، مقاومت کند.

—شتابزدگی و تحریک پذیری بیش از حد: به نظر می رسد شتابزدگی به همان اندازه که ریشه در یادگیری اجتماعی دارد، جنبه های واضح

زیستی نیز در آن دخیل است همانطور که شتابزدگی فرد را به سمت رفتار نوروپیک می راند، ممکن است به پیشرفت درمان نیز کمک کند اما ضمنا افراد با این خصوصیت، روند ثابت یادگیری و تمرین را که برای درمان موثر ضروری است دوست ندارند و ممکن است درمان را متوقف کنند.

—تاخیر زمانی ادراکی: در بسیاری از جنبه های زندگی هیجانی فرد، تاخیر زمانی بین ادراک فرد و پاسخ او وجود دارد. به نظر می رسد تاخیر در کی بنامیم. بنابراین فردی وقتی مثلا عصبانی می شود. حالش را عمیقا احساس می کند ولی افکاری که باعث آنها شده واقعا احساس نمی کند. به همین تاخیر زمانی ادراکی مخصوصا در درک اینکه هیجانات تقریبا بطور کامل مربوط به تفکرات ما هستند. متمایلیم در بیشتر مواقع رفتاری خود شکن داشته باشیم.

—کنار آمدن آسان با اختلال: اهمیتی ندارد که چطور و چگونه آشفتگی یک فرد نا توان کننده است، او معمولا در عمل متوجه می شود که می تواند با آسانی به آن سازگار شود، زندگی کند و حتی سود و نتایج مشخصی هم از ان بگیرد، به همین دلیل است که بعضی افراد عملا هیچ

تلاشی برای رهائی خود از علایم بیماری نمی کنند و این یکی از مهمترین فاکتورها در ایجاد و بقای اضطراب هیجانی آنهاست.

—ناراحتی و بیقراری جسمی: زمانی که افراد بطور حاد یا مزمن بیمار می شوند، بقدر کافی احساس انرژی در خود نمی کنند تا با مشکلات روانیشان روبرو شوند و در این زمان هر تلاش روان درمانی می تواند به آسانی خراب شود.

—مشکل تحمل نظم و ترتیب: اگر چه انسان در مواقعی از نظم لذت می برد، اما در مواقعی نیز انجام آن را دشوار و سخت می بیند و بدین ترتیب حتی از غلبه بر بسیاری از اهدافش احتراز می کند. برای فرد نوروتیک آسانتر است تا به خود اجازه دهد بر طبق احساسات بیمارگونه اش عمل کند، بجای آنکه به تجزیه کردن و مبارزه با ریشه های اساسی این احساسات پردازد، همانطور که باید در هر شکل درمان موثر چنین کند (Ellis 1971).

اضطراب

تعریف

کلمه اضطراب از ریشه یونانی به معنای محکم فشار دادن To presstight

یا فشردن گلو To strangle آمده است. همچنین اصطلاح برانگیختگی

Anxious به معنای تنگنا Contriccion یا انتقباض narrowness معمولا

همراه می باشند.

اضطراب با اصطلاح «خشم» anger وقتی که به عنوان «رنجش» یا

«آشفتگی» تعریف می شود و یا اصطلاح «دلهره» anguish وقتی به عنوان

«درد شدید»، «رنج بردن» یا «پریشانی» توصیف شود، ارتباط نزدیکی

پیدا می کند. اضطراب مفهومی است چند بعدی، پدیده ای است بدنی،

تجربی و بین فردی. بنابراین جسم و ادراک فرد و ارتباط او را با دیگران

در بر می گیرد.

در هر حال تعریف اضطراب از دیدگاههای مختلف متفاوت است. البته

مشکل تعریف بیشتر در زمینه عملیاتی است بعضی از نظریه پردازان از

تمایز ترس و اضطراب برای توضیح آن استفاده می کنند و بعضی دیگر از

تنیدگی و برانگیختگی.

تعاریف عمده اضطراب

۱- اضطراب عموماً به منزله یک انتظار به ستوه آورنده است. به منزله

چیزی است که ممکن است در یک تنش گسترده و موحش و غالباً بی نام

اتفاق افتد. این حالت به شکل احساس و تجربه کنونی مانند هر اغتشاش

هیجانی درد و سطح همبسته روانی و بدنی پدید می آید ممکن است به

یک تهدید عینی «اضطراب آور» (تهدید مستقیم یا غیر مستقیم مرگ،

مجازات ...) نیز وابسته است. (لافون)

۲- اضطراب عبارت است از واکنش فرد در مقابل یک موقعیت ضربه آمیز

یعنی موقعیتی که تحت تاثیر بالا گرفتن تحریکات واقع شده است و فرد

در مهار کردن آن ناتوان باشد (Choplin . J.P (چاپلن ۱۹۷۵).

۳- ناراحتی روانی در عین حال بدنی که بر اثر ابهام و احساس نا ایمنی

و تیره روزی قریب الوقوع در فرد آدمی به وجود می آید (پیه رون).

۴- در چارچوب رفتارنگری تجربی، اضطراب به منزله یک کشاننده

ثانوی است که پاسخی اجتنابی را در بر می گیرد مثلاً در حضور یک

محرک شرطی رفتارهای از حیوان سر میزند که در حکم نشانگان محرز

اضطراب قلمداد می شود (چاپلن ۱۹۷۵).

در مجموع اضطراب مستلزم مفهوم تهدید یا ناامنی است که آزمودنی منبع آن را به وضوح درک نمی کند. اما احساس ترس در مقابل یک شیء خطرناک درک شده است (واقعی یا غیر واقعی) کاپلان ترس و اضطراب را اینگونه متمایز می سازد. (ترس، واکنش به تهدیدی معلوم، خارجی قطعی، و از نظر منشا بدون تعارض است ولی اضطراب واکنش به تهدیدی نا معلوم، دورنی، مبهم و از نظر منشا همراه با تعارض می باشد.»

سطوح اضطراب:

۱- سطحی عصبی - غددی

۲- سطح حرکتی - عضلانی - احشایی

۳- سطح هشیاری - آگاهانه

حرکت هیجان ها در این سه سطح خود حالتی پسخوراندی دارد یعنی وقتی سطح عصبی غددی، با هیجانی مثل اضطراب درگیر می شود، به دلیل واحد عمل کردن سیستم سمپاتیک، سطح حرکتی - عضلانی و احشایی نیز درگیر می شود، درگیری این سطح خود باعث افزایش سطح برانگیختگی سطح عصبی - غددی شده و آن نیز در بازگشت، سطح دوم

را برانگیخته تر می کند، به همین ترتیب سطح هشیاری و شناختی فرد را نیز در بر می گیرد و به گفته جاکوبسن حرکتی حلزونی به خود می گیرد (هب ۱۹۷۲).

بنظر می رسد اختلالات اضطراب در کار طبابت خوب شناخته نمی شوند. بدون تردید عدم تشخیصی اضطراب تا حدودی مربوط به این واقعیت است که علائم جسمی اغلب بارزترین خصوصیات حالات اضطراب است علت دیگر این است که بیمار اغلب خود را مبتلا به یک اختلال جسمی

تصور می کند و بیشتر به درمانگاه داخلی مراجعه می کند تا به مرکز بهداشت روانی در واقع برای ارزیابی اولیه این بیماران درمانگاه داخلی مناسبترین محل است زیرا با معاینه دقیق عده قابل ملاحظه ای از این بیماران اختلالاتی جسمی نشان می دهند که می تواند علت اضطراب آنها را روشن کند (ریچارد گلدبرگ).

خلاصه
حالت اضطراب بطور عمده اختلال افراد جوان است که شروع آن معمولاً در اواسط دهه سوم عمر است. (ریچارد گلدبرگ).

هر فردی اضطراب را در زندگی خود تجربه می کند اما این تجربه برای بعضی از افراد به شکل مرضی تبدیل می شود پورافکاری می گوید نسبت بیماران مبتلا به اختلال اضطراب مزمن به پزشکان چهل بر یک است و ۳۰٪ از کسانی که به پزشک عمومی مراجعه می کنند از این ناراحتی در عذا بند (۱۳۶۸).

سبب شناسی اختلالات اضطرابی از چشم اندازهای متفاوتی مورد بررسی و تفسیر قرار می گیرد پزشکان بیشتر به جنبه های فیزیوپاتولوژیک می کنند و روان شناسان به علل پنهانی، کشمکشهای درونی و فرایندهای شناختی بیمار توجه بیشتری نشان می دهند.

بررسی فیزیوپاتولوژیک اضطراب و درمان دارویی و پزشکی آن بر عهده روان پزشکان و فیزیولوژیست می باشد اما مطالعه و اصلاح نوع تفکرات، هیجانات، احساسات این بیماران در حیطه روان شناسی قرار می گیرد.

آنچه به اجمال بیان شد، ما را متوجه مکتب عقلانی - عاطفی، از الیس می نماید که محور اصلی آن بررسی تفکرات غیر منطقی در افراد مبتلا به نورو است.

مبانی نظری اضطراب

با توجه به اینکه اضطراب در اغلب نظریه های شخصیت آسیب شناسی روانی و روان درمانی یک مفهوم زیر بنایی است اما اضطراب یک تعریف واضح و مورد قبول همه نظریات ندارد و اضطراب را گاهی پاسخ محرک، گاهی یک متغیر مداخله گر و گاه حالت هیجانی انگیزه یا سائق، یک صفت یا یک علامت بالینی با یک برانگیختگی بیش از حد تعریف کرده اند.

نظریه روان تحلیلی

اضطراب به خودی خود نیازی به توصیف ندارد. هر کس شخصاً چنین احساسی داشته یا به عبارت بهتر با این وضع عاطفی مواجه شده است. اما به نظر من این مسئله که چرا اشخاص عصبی این قدر اضطراب دارند و اضطراب آنها بیشتر از دیگران است توجهی نشده است.» (فروید، ۱۹۳۶).

فروید در اینجا اضطراب را به عنوان یک نشانگان بالینی و جدای از خستگی روانی neurasthenia شناسائی کرده و آن را عامل مهمی در رشد شخصیت و شکل گیری سندرهای روان آزردهی تلقی کرده است.

فروید در عین اینکه تغییرات فیزیولوژیک را بخشی از حالت اضطراب می دانست ولی توجه ویژه ای به آن نداشت. او کیفیت ذهنی و تجربه شده و احساس بیم، تنش را مهم تلقی می کرد و در نظر می گرفت. و به این لحاظ به وسیله روش تحلیلی خود و درون نگری به کشف سابقه زندگی و تجربیات درونی بیماران می پرداخت. او در ابتدا اضطراب را حاصل تخلیه انرژی سرکوب شده جنسی تلقی کرد. این انرژی لیبدو نام دارد. چنانچه این انرژی یا مانع روبرو شدن انرژی متراکم و به طور ناخودآگاه به علائم روان آزردهگی تبدیل می شود. اضطراب از نظر فروید زیربنای علائم روان آزردهگی است. بعدها او این نظریه را اصلاح کرد و اضطراب را به عنوان واکنش هیجانی و بیانگر وجود یک موقعیت خطرناک دانست.

نظریه های یادگیری

مدل اصلی در این دیدگاه نظریه شرطی شدن کلاسیک است که در واقع اشاره به اکتسابی بودن اضطراب دارد. البته باید دقت داشته باشیم که عاملی که رفتار را به وجود می آورد الزاماً حافظ آن نمی باشد.

در نظریه پاولف همراهی مکرر محرک غیر شرطی با محرک شرطی ترس و اضطراب در مقابل محرک شرطی را که قبلاً خطرناک نمی نموده و اضطراب آور نبوده در پی دارد. این نظریه پس از پاولف کامل تر شده است. از جمله اصلاحات انجام شده این است که برای ایجاد پاسخ اجتنابی و اضطراب مجاورت زمانی بین محرک شرطی و غیر شرطی کافی نیست بلکه باید بتوان وقوع محرک غیر شرطی را پیش بینی کرد. و در صورت عدم همراهی این دو محرک احتمالاً پس از مدتی رفتار خاموش خواهند شد.

رفتارگرایان مسائل شناختی را نیز در نظریه های خویش به کار گرفته اند و این به علت کاستی هایی بود که در نظریه شرطی وجود داشت. نظریه های شرطی شدن اصولاً نظریه های «پیوندی» (connection) نیز نامیده می شوند. زیرا این نظریه پردازان معتقدند که اضطراب با محرک علامت دهنده مرتبط است. اما آنچه درباره ابهام مانده واسطه‌ای است که برای این پیوند به کار گرفته می شود. به نظر می رسد به همین دلیل رفتارگرایان به نظریات شناختی روی آورند و پاسخ های واسطه ای

اهمیت یافت. روند شکل گیری اضطراب در نظریه های یادگیری به این

ترتیب است:

محرك علامت دهنده ← فرایندهای واسطه ای شناختی ← اضطراب
طبق این فرمول شناختی - رفتاری، شخصی با آگاه شدن از یک علامت،
آسیب یا خطری را پیش بینی می کند و انتظار خطر موجب اضطراب می
شود:

علامت ← انتظار خطر ← اضطراب

در شرطی شدن اجتنابی نیز وضع بدین گونه است:

محرك شرطی ← انتظار محرك غیر شرطی ← اضطراب

اضطراب پاسخی درونی است که متغیرهای وابسته دیگری را نیز تحت
تأثیر قرار می دهد.

اضطراب به طور کلی در چهار مرحله پدیدار می گردد.

علامت ← انتظار خطر ← اضطراب ← نمود

در شرطی شدن اجتنابی مرحله اول همان محرك شرطی و مرحله
چهارم پاسخ شرطی است. ساخت های واسطه ای دوم و سوم ارتباط
دهنده آنها می باشد. (ولپراتو، مک گلین، ۱۹۸۴).

نظریه های اصالت وجودی

در این نظریه ها انسان همیشه آزاد است اما آنچه می تواند او را مضطرب کند مسئولیت این آزادی است مسئولیت نوع انتخاب فرد و مسئله دیگر درگیری بودن و نبودن است نبودن همیشه بودن را تهدید می کند و این مسئله اضطراب برانگیز است و دیگر گناه مسئله ای که انسان هرگز نمی تواند آن را نادیده بگیرد. در این نظریه ها مسئله علیت نیست بلکه انگیزش است، معنی است که هر کس برای دنیای خود و خود

معنی دارد که می تواند روشن یا مبهم محدود یا گسترده باشد به هر حال مسئولیت هر معنی با انسان است و این اضطراب زاست.

نظریه های شناختی

در این نظریه ها بر این است که امکان دارد خبر Information موجب بروز یا کاهش اضطراب گردد. در فرایندهای شناختی دو عامل در پیشامدهای نامطلوب اهمیت دارد:

الف) قابل پیش بینی بودن ب) قابل کنترل بودن پیشامدهای قابل پیش بینی و قابل کنترل اصولاً فشار روانی کمتری بر فرد می آورد.

ایدون بک:

بک (۱۹۷۶) عقیده دارد که اضطراب بیمارگونه از تکرار بیشتر سنجی

over stimulation خطر ناشی می شود که در آن فرد تهدید را بیشتر از

آنچه واقعاً هست بر آورد می کند و با یک یا چند جنبه از موارد زیر

همراه است:

- **وقایع ترسناک را بیش از آنچه هست به شانس نسبت می دهد.**

- **شدت یک واقعه ترسناک را بیش از آنچه هست می سنجد.**

- **توانایی های خود را برای مقابله کمتر از آنچه هست می سنجد.**

- **توانایی افراد دیگر را از نظر کمکی می توانند به او کمک کنند کمتر**

از واقع می سنجد.

بک عقیده دارد که تفکرات اضطراب برانگیز از طریق یک فکر با ترکیب

از چهار نوع تفکر غلط زیر ناشی می شود.

۱- فاجعه گرایی Catastrophizing در هر موقعیت که امکان حادثه

ناخوشایندی وجود داشته باشد بیمار به بدترین حادثه ای که می

تواند رخ می دهد می اندیشد.

۲- مبالغه کردن Eaggrating اشتباهات یا عیوب کوچک به منزله

شکست مطلق یا عیوب مقرر و چاره ناپذیر تلقی می شوند.

۳- تعمیم بیش از حد overgeneraliarion: یک تجربه مشکل، به یک

قانون هدایت کننده درون شخص تبدیل می شود. تعمیم محرک

دامنه، نوسان محرک اضطراب را بیشتر می کند به طوری که تقریباً هر

صدا، هر حرکت و یا هر تغییر محیطی، خطر محسوب می شود.

۴- چشم پوشی از امور مثبت: شخصی از تمام گذشته های خود منابع

شخصی یا قدرتی که در اختیار دارد و نیز توانایی خود چشم پوشی

می کند.

آلبرت الیس: (۱۹۶۲-۱۹۷۶)

افراد وقتی احساس خوشبختی یا خوشحالی بیشتر می کنند که بتوانند

برای زندگی خود هدف و منظوری را برگزینند. و برای رسیدن به آن

تلاش کنند. باورهای غیر عقلانی باعث توقف فرد در راه رسیدن به این

اهداف می شوند. این باورها مطلق بوده و به شکل «باید» و «اجبار» و «وظیفه» بیان می شود.

در حالت اضطراب فرد ذاتاً احساس بی کفایتی و بی ارزشی می کند و نمی تواند با خطرات به نحو رضایت بخشی مواجه شود. فرد درباره خودش به ارزشیابی های بدبینانه، منفی گرایانه، و اخلاقی دست می زند و توان مقابله و حل مشکل را از خود سلب می کند (الیسی ۱۹۷۳).

نظریه های زیست شناختی:

این نظریه ها بر معیارهای عینی متکی هستند و کارکردهای مغز در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی را با افراد عادی مقایسه می کند. این فرضیه ها در زمینه اضطراب به بررسی سلسله اعصاب خود مختار ناقل های عصبی و سیستم لیمبیک پرداخته اند. مثلاً منتقل کننده های عصبی «نوراپی نفرین» که در اضطراب افزایش می یابد گاما آمینو تریک اسید "GABA" و سرتونین که از همه بیشتر در اضطراب مهم هستند. تجویز سرتونین به حیوانات به نشانه های اضطراب منجر می شود همچنین بر نقش سیستم عصبی خود مختار - سیستم سمپاتیک - فعالیت بیشتری از

خود نشان داده نسبت به محرک های ضعیف تر سازش یافته و نسبت به محرک های متوسط واکنش بیش از حد نشان می دهد.

همچنین از دیدگاه زیست شناختی، اضطراب و تنیدگی سیستم ایمنی بدن را ضعیف میکند و فرد را مسعد ابتلا به بیماریهای مختلف جسمی و روانی می کند. زیرا با ضعیف شدن سیستم ایمنی بدن انسان توان مقابله را از دست می دهد تحقیقات نشان داده است که تغییرات عصبی درون ریز Neuroendocrine که در پاسخ به یک عامل تنیدگی زا حادث می شوند

و ممکن است در توان ایمنی immunolopetence بدن تأثیر بگذارد.

عوامل اضطراب و تنیدگی

عوامل اضطراب را از مطالعه روی آوردهای نظری می توان تا حدودی مشخص نمود. مثلا عواملی که باعث اضطراب می شوند در نظریه هورنای عواملی هستند که احساس نا ایمنی را در کودک به وجود می آورند مثل تسلط زیاد، بی تفاوتی، رفتار بی ثبات، عدم احترام به نیازهای کودک، توجه و محبت افراطی و ... یا از نظر بالینی جدایی کودک از مادر اساس اضطراب او را تشکیل می دهد و ...

در تحقیقات متعدد درباره عوامل تنیدگی بیشتر به وقایع مهم زندگی مثل طلاق، مرگ یکی از عزیزان و تقریباً فهرستی که هلمز و لاهه (۱۹۶۷) پیشنهاد کرده اند پرداخته شده است. پاره ای از مولمان نیز عواملی را به کلی و اختصاصی تقسیم کرده اند مثلاً از عوامل کلی می توان به مشکلات جسمی، پشتوانه کافی، کار کردن به مدت طولانی، پائین آمدن منزلت اجتماعی، تشریفات و امور غیر ضروری که باعث تاخیر در کارها می شوند و ... از عوامل اختصاصی مانند مشخص نبودن نقش بخصوص فرد در محیط کار یا خانه، تعارض نقش ها، انتظارات غیر واقعی فرد از خودش ناتوانی در تصمیم گیری، فقدان تنوع در زندگی، کارهای نیمه تمام و ... اشاره نمود. می توان به این عوامل فهرست هلمز و لاهه را نیز اضافه نمود.

پاره ای دیگر از شناخت گرایان عوامل اصلی تنیدگی را عبارت می دانند از: ناکامی، تعارض تغییر و فشار برای این تقسیم بندی سه عامل کلیدی را در ارزیابی ما از یک واقعه بالقوه تندگی را مهم می دانند:

۱- آشنائی پذیری familiarity با مبارزه challenge (فرد چقدر با شیوه های مقابله آشناست).

۲- کنترل پذیری وقایع controlability

۳- پیش بینی پذیری وقایع predictability

گروهی دیگر از مولفین عوامل تسریع کننده احساس اضطراب و تنیدگی را به دو گروه تقسیم کرده اند:

۱- عوامل تهدید کننده وحدت جسمانی شخص

۲- عوامل تهدید کننده حرمت خود در شخص

بخش اول به ناتوانی های بدنی و تقلیل استعداد انجام فعالیت های

روزمره اشاره دارد. از قبیل بیماری های جسمی، ناتوانی مکانیسم های

بدنی، فقدان پناهگاه یا مسکن، غذا لباس کافی و یا بازداری،

سالخوردگی و خلاصه منابع داخلی و خارجی که موجودیت بدنی خود

را به نحوی در معرض تهدید قرار می دهد.

عوامل تهدید کننده حرمت خود به عملکرد اجتماعی وحدت یافته شخص

بر می گردد. شاید شماری از وقایع متعدد مانند از دست دادن همسر،

والدین و یا دوست نزدیک، مشکلات روابط بین فردی، اتخاذ یک نقش

جدید مثل والد، شاگرد، مستخدم، رهبر و ... بحران های اختلافی،

فشارهای گروهی و ... را بتوان جزء این عوامل به حساب آورد. حتی

جنبه های شناختی و ذهنی عوامل تهدید کننده جسمانی نیز حرمت خود را تهدید می کنند.

در هر حال رسیدن به یک درک ثابت و واقع نگرانه از اضطراب مستلزم وحدت معلومات و دیدی همه جانبه بر مبنای نقطه نظرهای مختلف (مانند روان تحلیل گری، رفتاری نگری روابط بین فردی و ژنتیک و زیست شناختی است.

علائم اضطراب و تنیدگی

پاسخ به اضطراب و تنیدگی ممکن است فیزیولوژیکی، رفتاری و یا شناختی باشد.

پاسخ های فیزیولوژیکی (بدنی)

از نظر زیست شناختی اثر فیزیولوژیکی تنیدگی تا سه هفته بعد باقی می ماند. پاسخ های بدنی اضطراب و تنیدگی را می توان در سه قسمت توضیح داد.

۱- پاسخ های سیستم اعصاب خود مختار

۲- پاسخ های غده درون ریز

۳- پاسخ های سیستم ایمنی بدن

پاسخ های فیزیولوژیک عبارت است از پاسخ های قلبی مانند طپش،

سرعت ضربان قلب یا کاهش و افزایش فشار خون ، سکنه و ...

پاسخ های تنفسی مانند: سرعت تنفس، کوتاهی تنفس، احساس فشار در

قفسه سینه و..

- علائم عصبی عضلانی مثل: افزایش رفلکس ها، بیخوابی، لرزش،

سختی عضلات و بیقراری ...

پاسخ های امعا و احشاء مانند: فقدان کاهش اشتها، ناراحتی شکم، اشکال

در بلع، درد شکم

پاسخ های دستگاه ادراری، فشار در مثانه، تکرار ادرار

پاسخ های پوستی: قرمزی پوست صورت، خارش، رنگ پریدگی

پاسخ های غدد

ترشح اپی نفرین و نوراپی از فوق کلیه که موجب سطح برانگیختگی بالا

می شود. و دیگر کورتیکو استروئیدها از این دسته کورتیزول که خصوصا

در پاسخ به تنیدگی های روان شناختی تولید می شود که تاثیرات بسیار

قوی در بدن می گذارد که در ابتدا موجب سازگاری می شود اما چنانچه

به شکل طولانی در بدن عمل کند موجب اثرات مضر از جمله زخم معده می شود.

پاسخ های سیستم ایمنی

در تجربیات سلیه مشخص شد حیواناتی که تحت تنیدگی طولانی قرار دادند نه تنها غده آدرنال آنها بزرگ می شود بلکه غده های تیموس و لنفوی کوچک و چروکیده می شوند. این یافته ها دانشمندان را به تفکر وا داشت و نهایتاً منجر به تایید این نظر شد که تنیدگی سبب وقفه ایمنی و

کاهش مقاومت بدن در مقابل بیماری می شود (Ader 1981) برای مثال در افراد داغدیده کندی فعالیت لنفوسیت ها دیده شده است که این خود می تواند آنها را در مقابل بیماری مستعد نگهدارد. همین طور که کورتیکو استروئیدهایی که در مدت تنیدگی تحریک می شوند می توانند باعث نقصان در سلول های T شده سرعت و رشد تومورهای سرطانی را افزایش دهند. همچنین تنیدگی می تواند در سلول های B وقفه ایجاد کرده و مقاومت بدن را در مقابل عفونت ها کاهش دهد. زیرا وقفه ایمنی این تغییرات هورمونی ناشی از تنیدگی را

طولانی کرده و تقلیل مقاومت همچنان بعد از اتمام تنیدگی ادامه می یابد.

اغلب تحقیقات نشان می دهد که تنیدگی برای سلامتی مضر است اما بعضی تحقیقات نیز در ادبیات پزشکی متضاد با تحقیقات فوق در زمینه تنیدگی و بیماری وجود دارد به طور مختصر دریافته اند که عوامل تنیدگی زای قابل کنترل، از، رشد تومورها جلوگیری می کند (اسکلار و آیتیمین ۱۹۸۱ همچنین تفاوتی قائل است بین اینکه آیا موجود زنده قبلاً

تجربه تنیدگی داشته است؟ سیمور لوین ۱۹۶۲ نشان داد که حیوانات جوانی که تحت استرسی هایی از قبیل شوک الکتریکی خفیف، ترساندن و لمس شدن قرار گرفته بودند به مراتب از حیواناتی که هیچ تنیدگی دریافت نکرده بودند قوی تر بزرگ تر و چاق تر، رشد کردند. در حیواناتی که هیچ تنیدگی دریافت نکرده بودند قوی تر، و چاق تر، رشد کردند. در حیواناتی که قبلاً تنیدگی را تجربه کرده بودند غده آدرنال رشد بیشتر و بزرگتری داشت.

در هر حال در رابطه با تنیدگی و سلامتی با توجه به یافته های فوق بهتر است قانون طلایی زیر را مورد تاکید قرار داد که «مقدار خیلی زیاد

تندگی نتایج زیان باری به بار می آورد همانطور که خیلی کم آن نیز
چندان مطلوب نیست».

پاسخ های رفتاری به اضطراب و تندگی:

این پاسخ ها عبارت هستند از:

- مشکلات گفتاری مثل تندگی و تکرار سخن (لکنت)
- کاهش علاقه و شور و شوق
- تمایل فرد به شانه خالی کردن از زیر بار مسئولیت
- افزایش رفتارهای مربوط به سوء استفاده از داروها و مواد مخدر
- کاهش سطح کلی انرژی
- اختلالات خواب
- افزایش رفتارهای منفی درباره مردم مثل عیبجویی و بهانه جویی
- بروز الگوهای رفتاری غیر مانوس و عجیب و غریب
- امکان بروز تهدید به خود کشی
- افزایش تنش عضلانی
- ناتوانی فرد در استراحت کردن
- افت فعالیت های بین فردی

- بازداری و یا اجتناب

- افزایش تنفس و تهویه

پاسخ های شناختی به اضطراب

- تقلیل توجه و تمرکز - افزایش فراموشی و حواس پرتی - افزایش

میزان خطاها و خطا در قضاوت - توقف تفکر - تقلیل حوزه ادراکی -

تقلیل خلاقیت - تقلیل قدرت سازمان دهی تولید و برنامه ریزی دراز

مدت - درهم شدگی - غیر قابل پیش بینی شدن سرعت پاسخ ها - از

دست دادن عینیت - ترس از دست دادن کنترل - وحشت از تجسم

های بصری - ترس از آسیب دیدگی یا مرگ - افزایش هذیان و

اختلال تفکر - زوال حافظه کوتاه مدت و بلند مدت

پاسخ های عاطفی - هیجانی به اضطراب و تنیدگی

تحریک - بی تابی - ناراحتی - بالا رفتن تنش های روانی و بدنی -

ایجاد تغییر در رگه های شخصیت (مثل ژولیده شدن آدم مرتب) -

عصبانیت - ترسیدن - خودبیمار پنداری - تضعیف قیدهای اخلاقی و

هیجانی - تقلیل سریع حرمت خود - هراسناکی از وقوع خطری قریب

الوقوع - سخن گفتن با عصبانیت.

البته باید دقت داشته باشیم که این علائم لزوماً همزمان نیستند و بعد از درمان هم ممکن است بعضی از علائم زودتر رفع شوند و یا بعضی باقی بمانند.

دو مورد از تحقیق انجام شده در زمینه این پژوهش

در سال ۱۹۹۱ تحقیقی در زمینه رابطه تفکرات غیر منطقی حمایت اجتماعی با میان اضطراب انجام شد.

با توجه به این فرض که عوامل تفاوت های فردی می تواند بر جنبه های

محیط اجتماعی موثر باشد نشان داده شده است که اولاً افرادی با سطوح

بالای تفکرات غیر منطقی نسبت به افرادی که از تفکرات غیر منطقی

کمتری برخوردارند در روابط بین فردی از حمایت کمتری برخوردارند.

ثانیاً تفکرات غیر منطقی همبستگی مثبتی با میزان اضطراب نشان می

دهند.

(Hittner- JB & Hart- KE)

در تحقیق دیگری در زمینه اثرات انحرافات شناختی و تفکرات غیر

منطقی در اضطراب و افسردگی نتایج به دست آمده نشان داد گروه های

بالینی به طور معنی داری نسبت به گروه های غیر بالینی از شناخت غیر

کارا و تفکرات غیر منطقی بیشتر بر خور دار هستند. این تحقیق در سال

۱۹۹۳: توسط Muran- TM & Motta – RW انجام شده است.

فصل سوم

روش های تحقیق:

در این فصل جمع آوری اطلاعات شامل روش، تحقیق، چگونگی انتخاب آزمون ها مورد استفاده متد گردآوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل آنها مورد توجه و بررسی قرار می گیرند. در پایان فرضیه های متدلوژیکی و محدودیت های موجود در امر تحقیق بیان می گردد.

روش تحقیق:

الف: در این تحقیق از روش مقایسه ای (Comparative survey)

استفاده شده است. جهت این روش معطوف به زمان حاضر یعنی وضعیت

و موقعیت حال را مورد بررسی قرار می دهد. بررسی ارزیابی مقایسه ای

به مقایسه در موقعیت موجود می پردازد. تا معلوم شود کدام یک بر طبق

معیار خاصی موثرتر است.

Best می گوید: تحقیق ارزیابی به کاربرد یافته های خود توجه دارد و

مستلزم نوعی قضاوت درباره موثر بودن. ثمربخشی اجتماعی و مطلوب

بودن محصول فرایند یا برنامه است بر حسب هدفها یا ارزش های

پذیرفته شده ای که به دقت تعریف شده اند.

(۱۹۸۳)

ب) دلیل انتخاب این روش

این روش را از آن جهت برگزیدیم که (به معلومات زیادی در تحقیق های

موردی نیاز است احتیاجی ندارد و در عین حال واقعی ترین تجربه ای

است که اکثر محققین دانشگاهی قادر به انجام آن هستند فاکس ۱۹۴۹).

سوال ما این است که آیا رابطه ای بین سطح تفکرات غیر منطقی و میزان

اضطراب وجد دارد یا خیر؟

برای پاسخ به این سوال همبستگی بین نمرات اضطراب و تفکرات غیر

منطقی محاسبه شد.

جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش دانشجویان پسر و دختر متأهل و مجرد دانشگاه

تربیت معلم واحد حصارک می باشد.

انتخاب آزمودنی ها

نوع آزمودنیها

نوع آزمودنیها مشتمل بر ۴۰ نفر از دانشجویان دختر و پسر متأهل و

مجرد دانشگاه تربیت معلم واحد حصارک که به طریق تصادفی صورت

گرفت انتخاب شدند.

متغیرهای پژوهش

متغیر مستقل: تفکرات غیر منطقی

متغیر وابسته: اضطراب

متغیرهایی از قبیل اجتماعی - اقتصادی خصوصیات فرهنگی، وضعیت خانوادگی، میزان استعداد، انگیزش می توانستند به عنوان مستقل بر این رابطه تاثیر گذارند اما به دلیل تصادفی بودن انتخاب آزمودنی ها تاثیر این عوامل کنترل شد. متغیر جنسیت، تاهل و تحصیل و سن به عنوان متغیرهای مستقل از طریق وارد شدن در طرح پژوهش کنترل گردیدند. ضمناً با سوالی که از آزمودنی ها در مورد واقعه تاثیر گذار بر اضطراب در یک ماهه اخیر صورت گرفت این عامل نیز حذف شد.

متغیرهای بومی بودن، دین، تابعیت و رشته تحصیلی کنترل شدند.

فرضیات مربوط به کنترل متغیرها

تصادفی ساختن شیوه ای است برای کنترل متغیرهای مربوط به تورش گزینش بدون آنکه شناسائی این متغیرها در آغاز کار ضرورت داشته باشد. تصادفی ساختن، دست کم از لحاظ نظری بهترین روش و در ضمن تنها روش کنترل همه متغیرهای نامربوط خواهد بود. تصادفی ساختن موجب می شود که فرضیات دخالت منابع نامربوط و ناخواسته واریانس نظام را در آزمایش به کمینه مقدار برسد.

ساختار کلی استدلال احتمالی - آماری بستگی به تصادفی بودن دارد و بنابراین باید هر کجا ممکن است از روش تصادفی ساختن استفاده کرد.

(هومن ۱۳۶۸)

یک روش برای کنترل متغیرهای ناخواسته آن است که آنها را به عنوان یک متغیر مستقل وارد طرح پژوهش کنیم. چنانچه احتمال اثرات بالقوه یکی از متغیرهای خصیصه ای روی فرضیه مورد آزمون خیلی زیاد باشد، در این صورت می توان آن را هم به عنوان یک منبع تورش، کنترل کرد و

هم (در واقع تعامل آن را با متغیر مستقل تجربی) به عنوان متغیر تعدیل کننده مورد مطالعه قرار داد. بدین ترتیب هم کنترل حاصل می شود و هم اطلاعات پژوهش اضافی درباره اش آن متغیر وابسته و اثر تعادل احتمالی آن متغیر با سایر متغیرهای مستقل به دست می آید. (هومن

۱۳۶۸)

یکی از راه های کنترل متغیرهای نامربوط و ناخواسته آن است که متغیر نامربوط به کلی از محیط حذف کنیم. برای حذف اثر یک متغیر مستقل احتمالا موثر، آزمودنی را می توان به گونه ای برگزید که از لحاظ آن

متغیر مستقل تا حد ممکن همگون باشد (هومن ۱۳۶۸)

ابزار تحقیق

تست باورهای غیر منطقی جونز

تست باورهای غیر منطقی جونز شامل ۱۰۰ سوال است که فرد با جواب دادن به صورت ۵ گزینه کاملاً مخالف تا حدی مخالف، نه مخالف و نه موافق، تا حدی موافق و کاملاً موافق نظر خود را در مورد جمله سوال شده مطرح می‌دارد که در پاسخ نامه با علامت * مشخص می‌کند. در پایان به ترتیب که در بالا ذکر شد به هر جواب به ترتیب نمره ۱ و ۲ و ۳ و

۴ و ۵ تعلق می‌گیرد و در نهایت جمع نمرات ۱۰۰ سوال و بعد نتیجه گیری به این صورت است که اگر نمره فرد به ۵۰۰ نزدیک باشد فرد دارای افکار و باورهای غیر منطقی است و به آن گرایش دارد و هر چه نمره به ۱۰۰ نزدیک باشد افکار و باورها منطقی تر است.

پرسشنامه ۴۰ سوالی اضطراب کنترل

پرسشنامه ۴۰ سوالی اضطراب کنترل از نوع تست های مداد- کاغذی است که برای اندازه گیری اضطراب مورد استفاده قرار می‌گیرد و تستی است که همواره با مصاحبه بالینی احتمالاً وسیله بسیار معتبری برای سنجش اضطراب است که تاکنون مورد استفاده قرار گرفته است این پرسشنامه

خودسنجی شامل ۴۰ عبارت سه گزینه ای است و هر عبارت به صورت جمله ای خبری آمده است که نمایشگر جلوه ای از حالت های بدنی یا روانی می باشد.

آزمودنی باید هر یک از این حالت ها را بر اساس حالت هایی که در خود حس می کند با علامت * و در پاسخنامه مشخص کند.

فرضیات مربوط به تست اضطراب کتل

مقایس اضطراب کتل بر اساس پژوهش های گسترده ای فراهم شده است

و احتمالاً موثر ترین ابزاری است که به صورت یک پرسشنامه کوتاه فراهم

آمده است پرسشنامه ای که می تواند مکمل تشخیص بالینی باشد و نتیجه

ای عینی با هدف های پژوهشی به دست دهد.

مقیاس اضطراب را می توان در هر دو جنس در همه سنین بعد از ۱۵-

۱۴ سالگی و در اکثر فرهنگها به کار بست. نمره اصلی یا کلی به صورت

یک نمره طراز شده اضطراب کلی که موضع فرد را در پهنه یک مقیاس

یازده پارگی مربوط به گروهی که آزمودنی به آن تعلق دارد نشان می

دهد اما نمرات دیگر نیز می توان به دست آورد که:

الف) نقش ساخت شخصیت و مشارکت آنها در ایجاد اضطراب را مشخص می‌کند.

ب) بین اضطراب آشکار نشانه دار و پنهان که هوشیارانه به کار نمی‌افتند تمایز ایجاد می‌کند.

پرسشنامه اضطراب (ASQ) (Anxiety Scale Questionier) به رغم تفاوت دیدگاه تهیه کنندگان این مقیاس به نظر تهیه کننده مقیاس اضطراب آشکار (تیلور ۱۹۵۳) و چهارچوب مواد و ساخت آنها همبستگی

بین این دو مقیاس در حدود ۰/۸ و بالاتر بوده است. چون همبستگی در این حد نزدیک وابسته به اعتبار هر یک از آن دو است می‌توان گفت که مقیاس اضطراب آشکار و پرسشنامه مقیاس اضطراب، عامل اضطراب را به گونه ای مشابه اندازه گیری می‌کند (اسپیلبرگر و گوانسر ۱۹۸۸).

این تست در ایران توسط دانشجویان دانشگاه تهران روی ۲۴۸۹۴ نفر هنجارگزینی شده است. وقتی تشخیص تست اضطراب کتل با علائم تشخیصی DSMIII برای اضطراب مقایسه شد حساسیت کامل (۱۰۰٪) را نشان داد.

چگونگی نمره گذاری تست باورهای غیر منطقی جونز

تست باورهای غیر منطقی جونز شامل ۱۰۰ سوال کوتاه که معین کننده نگرش و باور فرد در مورد وقایعی است که در زندگی وجود دارد که آزمودنی به صورت کاملا مخالف تا حدی مخالف نه موافق نه موافق، تا حدی موافق و کاملا موافق از نظر خود را راجع به جمله سوال شده مطرح می دارد که در پاسخ نامه علامت * مشخص می کند در پایان به ترتیب که در بالا ذکر شده به هر جواب نمره ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ داده می شود و در نهایت جمع همه نمرات گرفته شده اگر نمره به دست آمده نزدیک به ۵۰۰ باشد فرد باور و تفکر غیر منطقی دارد ولی هر چه نمره به ۱۰۰ نزدیک تر باشد فرد منطقی است.

چگونگی نمره گذاری تست ۴۰ سوالی اضطراب کتل

در این تست ۲ سری ۲۰ سوالی مطرح است که نمره گذاری آنها به شکل جداگانه انجام می شود هر سوال می تواند بین ۰ تا ۲ نمره دریافت کند یعنی صفر یک یا دو که دو بیشترین حد اضطراب در آن سوال را نشان می دهد و صفر کمترین حد را به این ترتیب ۲۰ سوال اول می تواند از

صفر تا چهل نمره و ۲۰ سوال بعدی نیز از صفر تا چهل نمره و در مجموع هر فرد بین ۰ تا ۸۰ نمره می تواند کسب کند صفر تا ۴۰ نمره اول نشانگر اضطراب پنهان و نمرات سری دوم نشانگر اضطراب آشکار است. پس از تعیین نمره کل با مراجعه به جدول نمرات طراز شده به نمرات طراز شده تبدیل می شود.

نمره ۳-۰ مربوط به افرادی است که دارای اضطراب نیستند و شخصی از آزمایش برخوردار است که بلغمی، پابرجا و تنش زدوده است نمرات

بین ۴ تا ۶ نشان دهنده درجه متوسط اضطراب است نمره ای که ۷ یا ۸ باشد نشانگر شخصی است که ممکن است به طور مشخصی روان آزرده مضطرب باشند و بالاخره نمره ۹ تا ۱۰ معرف فردی است که به وضوح خواه به منظور مشورت باروان درمانگر نیاز به کمک دارد.

روش های آماری

برای بررسی ارتباط بین تفکرات غیر منطقی و اضطراب افراد از فرمول ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون هنگامی که داده ها دارای مقیاس فاصله ای و یا نسبی هستند

ضریب همبستگی بین دو متغیر را می توان از طریق محاسبه همبستگی گشتاوری پیرسون محاسبه کرد.

نمرات به دست آمده و طراز شده در اضطراب کتل طبق جدول صفحات بعد * قرار داده شد و نمرات باورهای غیر منطقی افراد y در نظر گرفته شد در پایان محاسبه مقادیر خواسته شده از فرمول های زیر استفاده شد.

$$r_{xy} = \frac{n \sum xy - (\sum y)}{\sqrt{\left[n \sum x^2 - (\sum x^2)^2 \right] \left[n \sum y^2 - (\sum y^2)^2 \right]}} \quad r = \frac{r \sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

محدودیت های روش ها و چگونگی تاثیر آنها بر تحقیق

۱- پاسخ به تست و پرسشنامه به علت سوالات نسبتاً زیاد آن وقت گیر بوده و در نتیجه عدم دقت کافی، تصادفی پاسخ دادن به سوالات و به طور کلی امکان خطا در پاسخ ها افزایش می یابد. بدین ترتیب، نتایج از اعتبار کمتری برخوردار خواهند شد.

۲- در اینجا به دلیل اینکه افراد اضطرابی شدیداً بی قرار و نارآم هستند نمی توانند به راحتی به دو تست تقریباً طولانی پاسخ دهنده و

به این خاطر تعداد زیادی از تست ها به طور نیمه کاره باقی ماند و

این وقت زیادی را گرفت.

فصل چهارم و پنجم

در این فصل روش و نمره گذاری و چگونگی تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع آوری شده است.

در این تحقیق بر روی ۴۰ نفر راز دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تربیت معلم واحد حصار ت انجام شد که اطلاعات مندرج در جدول صفحات بعد نشان داده شده است.

در این تحقیق متغیرهای طبقه اجتماعی خصوصیات فرهنگی، وضعیت خانوادگی، میزان استعداد و انگیزش و شغل به دلیل تصادفی بودن نمونه، متغیرهای جنسیت وضعیت تاهل و سن، از طریق حذف کنترل گردیدند اما متغیر دین کنترل نشد.

تجزیه و تحلیل داده ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها مراحل ذیل طی شد.

- ۱- نمره گذاری پاسخنامه ها
- ۲- محاسبه ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات اضطراب حاصل از مقیاس اضطراب کتل و نمرات تفکرات غیر منطقی حاصل از تست باورهای غیر منطقی جونز و مقایسه آنها با ضریب همبستگی در جدول

در سطح آلفای ۰.۵٪ و درجه آزادی ۳۸

فرضیه:

هر چه تفکرات غیر منطقی در فرد بیشتر باشد سطح اضطراب در فرد بالاتر خواهد بود. ابتدا ضریب همبستگی بین نمرات حاصل از مقیاس

باورهای غیر منطقی جونز محاسبه شد.

عملیات در جدول (۱-۱) نمایش داده می شود.

جدول ۱-۱

آزمودنی ک	X	Y	XY	X ²	Y ₂
۱	۶	۳۵۹	۲۱۵۴	۳۶	۱۲۸۸۸۱
۲	۳	۳۵۴	۱۰۶۲	۹	۱۲۵۳۱۶
۳	۱	۳۲۳	۳۲۳	۱	۱۰۴۳۲۹
۴	۱۰	۳۶۱	۳۶۱۰	۱۰۰	۱۳۰۳۲۱
۵	۴	۳۲۴	۱۲۹۶	۱۶	۱۰۴۹۷۶
۶	۹	۳۱۱	۲۷۹۹	۸۱	۹۶۷۲۱
۷	۳	۳۱۳	۹۳۹	۹	۹۷۹۶۹
۸	۳	۴۵۷	۱۳۷۱	۹	۲۰۸۸۴۹
۹	۲	۳۲۴	۶۴۸	۴	۱۱۱۵۵۶
۱۰	۴	۲۷۸	۱۱۱۲	۱۶	۷۷۲۸۴
۱۱	۶	۳۱۵	۱۸۹۰	۳۶	۹۹۲۲۵
۱۲	۷	۲۱۹	۱۵۳۳	۴۹	۴۷۹۶۱
۱۳	۷	۳۲۰	۲۲۴۰	۴۹	۱۰۲۴۰۰
۱۴	۴	۳۲۴	۱۲۹۶	۱۶	۱۰۴۹۷۴
۱۵	۴	۳۶۵	۱۴۶۰	۱۶	۱۳۳۲۲۵
۱۶	۸	۳۳۲	۲۶۵۶	۶۴	۱۱۰۲۴
۱۷	۷	۳۷۹	۲۶۵۳	۴۹	۱۴۳۶۴۱
۱۸	۶	۳۷۹	۲۲۷۴	۳۶	۱۴۳۶۴۱
۱۹	۴	۳۴۳	۱۳۷۲	۱۶	۱۱۷۶۴۹
۲۰	۴	۳۴۳	۱۳۷۲	۱۶	۱۱۷۶۴۹
۲۱	۷	۴۵۶	۳۱۹۲	۴۹	۲۰۷۹۳۶
۲۲	۵	۳۷۵	۱۸۷۵	۲۵	۱۴۰۶۲۵
۲۳	۴	۴۵۰	۱۸۰۰	۱۶	۲۰۲۵۰۰
۲۴	۳	۳۶۳	۱۰۸۹	۹	۱۳۱۷۶۹
۲۵	۸	۳۹۴	۳۱۵۲	۶۴	۱۵۵۲۳۶
۲۶	۶	۴۵۶	۲۷۳۶	۳۶	۲۰۷۹۳۶
۲۷	۵	۳۹۶	۱۹۸۰	۲۵	۱۵۶۸۱۶
۲۸	۳	۲۵۴	۷۶۲	۹	۶۴۵۱۶
۲۹	۲	۳۲۳	۶۴۶	۴	۱۱۰۸۸۹
۳۰	۷	۳۹۵	۲۷۶۵	۴۹	۱۵۶۰۲۵
۳۱	۶	۴۶۵	۲۷۹۰	۳۶	۲۱۶۲۲۵
۳۲	۱	۳۲۳	۳۲۳	۱	۱۰۴۳۲۹

۳۳	۴	۳۱۵	۱۲۶۰	۱۶	۹۹۲۲۵
۳۴	۸	۳۶۷	۲۹۳۶	۶۴	۱۳۴۶۸۹
۳۵	۸	۴۴۷	۳۵۷۶	۶۴	۱۹۹۸۰۹
۳۶	۸	۴۵۹	۳۶۷۲	۶۴	۲۱۰۶۸۱
۳۷	۸	۴۵۹	۳۶۷۲	۶۴	۲۱۰۶۸۱
۳۸	۹	۳۷۳	۳۳۵۷	۸۱	۱۳۹۱۱۲۹
۳۹	۹	۳۴۳	۳۰۸۷	۸۱	۱۱۷۶۴۹
۴۰	۱۰	۴۵۹	۴۵۹۰	۱۰۰	۲۱۱۰۶۸۱

مقادیر به دست آمده را در فرمول زیر قرار می دهیم:

$$t = \frac{r\sqrt{n-2}}{1-r^2} = \frac{1/91}{0/95} = 2/01$$

$$n = 40$$

$$\sum y^2 = 5484139$$

$$\sum x = 223$$

$$\sum y = 14615$$

$$\sum xy = 83360$$

$$\sum x^2 = 1485$$

$$r_{xy} = \frac{40 \times 83360 - 223 \times 14615}{\sqrt{[40 \times 1485 - (223)^2][40 \times 5484139 - (14615)^2]}} = \frac{75255}{236169/2122}$$

$$= 0/31$$

$$t = \frac{0/31\sqrt{38}}{\sqrt{1-(0/31)^2}} = \frac{1/91}{0/95} = 2/01$$

با توجه به اطلاعات جمع آوری شده در سطو آلفای $a=5\%$ و درجه

آزادی فرض صفر پذیرفته می شود یعنی بین باورها و تفکرات) غیر

منطقی در این پژوهش تفاوت معنا داری وجود ندارد.

$$df = 40 - 1 = 29$$

$$a = 0/05$$

$$tc = 2/021$$

آزمودنی ک	X	Y	XY	X ²	Y ₂
۱	۴	۲۷۸	۱۱۱۲	۱۶	۷۷۲۸۴
۲	۶	۳۱۵	۱۸۹۰	۳۶	۹۹۲۲۵
۳	۷	۲۱۹	۱۵۳۳	۴۹	۴۷۹۶۱
۴	۷	۳۲۰	۲۲۴۰	۴۹	۱۰۲۴۰۰
۵	۴	۳۲۴	۱۲۹۶	۱۶	۱۰۴۹۷۶
۶	۴	۳۶۵	۱۴۶۰	۱۶	۱۳۳۲۲۵
۷	۸	۳۳۲	۲۶۵۶	۶۴	۱۱۰۲۲۴
۸	۷	۳۷۹	۲۶۵۳	۴۹	۱۴۳۶۴۱
۹	۶	۳۷۹	۲۲۷۴	۳۶	۱۴۳۶۴۱
۱۰	۴	۳۴۳	۱۳۷۲	۱۶	۱۱۷۶۴۹
۱۱	۸	۳۴۳	۱۳۷۲	۱۶	۱۱۷۶۴۹
۱۲	۷	۴۵۶	۳۱۹۲	۴۹	۲۰۷۹۳۶
۱۳	۵	۳۷۵	۱۸۷۵	۲۵	۱۴۰۶۲۵
۱۴	۴	۲۹۴	۱۱۷۶	۱۶	۸۶۴۳۶
۱۵	۲	۳۱۲	۶۲۴	۴	۹۷۳۴۴
۱۶	۱	۳۲۳	۳۲۳	۱	۱۰۴۳۲۹
۱۷	۸	۴۵۶	۳۶۴۸	۶۴	۲۰۷۹۳۶
۱۸	۴	۳۲۴	۱۲۹۶	۱۶	۱۰۴۹۷۶
۱۹	۷	۲۵۲	۱۷۷۸	۴۹	۶۴۵۱۶
۲۰	۳	۳۱۳	۹۳۹	۹	۹۷۹۶۹
۲۱	۵	۲۵۳	۱۲۶۵	۲۵	۶۴۰۰۹
۲۲	۶	۳۳۴	۲۰۰۴	۳۶	۱۱۱۵۵۶
۲۳	۳	۳۶۳	۱۰۸۹	۹	۱۳۱۷۶۹
۲۴	۸	۳۹۴	۳۱۵۲	۶۴	۱۳۱۷۶۹
۲۵	۶	۴۵۶	۲۷۳۶	۳۶	۲۰۷۹۳۶
۲۶	۶	۳۹۶	۲۳۷۶	۳۶	۱۵۶۸۱۶
۲۷	۵	۲۵۴	۱۲۷۰	۲۵	۶۴۵۱۶
۲۸	۳	۳۹۶	۱۱۸۸	۹	۱۵۶۸۱۶
۲۹	۲	۲۵۴	۵۰۸	۴	۶۴۵۱۶
۳۰	۷	۳۳۳	۲۳۳۱	۴۹	۱۱۰۸۸۹
۳۱	۷	۲۶۵	۱۸۵۵	۴۹	۷۰۲۲۵
۳۲	۹	۳۷۳	۳۳۵۷	۸۱	۱۳۹۱۲۹

۳۳	۴	۳۱۵	۱۲۶۰	۱۶	۹۹۲۲۵
۳۴	۸	۳۶۷	۲۹۳۶	۶۴	۱۳۴۶۸۹
۳۵	۷	۴۶۵	۳۲۵۵	۴۹	۲۱۶۲۲۵
۳۶	۸	۴۵۹	۳۶۷۲	۶۴	۲۱۰۶۸۱
۳۷	۸	۴۵۹	۳۶۷۲	۶۴	۲۱۰۶۸۱
۳۸	۱	۳۲۹	۳۲۳	۱	۱۰۴۳۲۹
۳۹	۶	۳۱۵	۱۸۹۰	۳۶	۹۹۲۲۵
۴۰	۷	۳۶۷	۲۵۶۹	۴۹	۱۳۴۶۸۹

$$\sum x = \quad \quad \quad \sum y^2$$

$$\sum xy =$$

$$r_{xy} = \frac{40 \times 77417 - 218 \times 13845}{\sqrt{[40 \times 1364 - (218)^2][40 \times 4929632 - (13845)^2]}}$$

$$\sum x^2 = \quad \quad \quad r_{xy} = \frac{78470}{196740}$$

$$r_{xy} = 0/39$$

$$t = \sqrt{\frac{n-2}{1-r^2}}$$

$$t = 0/39 \sqrt{\frac{40-2}{1-(0/39)^2}}$$

$$t = 2/6$$

با توجه به اطلاعات جمع آوری شده در سطح آلفای $f = 5\%$ فرض صفر

(H_0) رد می شود و H_1 پذیرفته می شود یعنی بین باورها و تفکرات غیر

منطقی با اضطراب در این پژوهش ارتباط معناداری وجود دارد.

$$df = 40 - 2 = 38$$

$$8 = 0.05$$

$$tc = 1/68 \text{ (سطح معناداری آزمون یک دامنه)}$$

بحث DAISCNSSION

داده های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که همراه با افزایش میزان

تفکرات غیر منطقی میزان اضطراب در افراد افزایش می یابد.

به عبارت دیگر هر چند تفکر غیر منطقی در فرد وجود داشته باشد تمایل

او در جهت اضطراب بیشتر بوده است و این پژوهش نظریات الیس را

تأیید می کند که بیان داشته است بسیاری از ناراحتی های مردم و

زندگی عاطفی نامنظم آنها در انواع عقاید غیر منطقی و غیر واقعی خود

و جهان ریشه دارد.

این پژوهش نشان داد که باورهای غیر منطقی در بعضی افراد ایجاد

اضطراب می کند و در بعضی دیگر چنین نیست. یعنی می تواند در فرد

تفکرات غیر منطقی وجود داشته باشد ولی اضطراب او پائین باشد

کما اینکه در تحقیق چنین افرادی وجود داشتند که تفکرات غیر منطقی

آنها بالا بود ولی اضطراب بسیار پائین داشتند.

این یافته ها با توجه به اینکه در عصر اضطراب قرار گرفته ایم همچنین

نظر بک مبنی بر این بود که علت اصلی ایجاد اضطراب طرز تفکر افراد

است را تأیید نمی کنند.

او می گوید فرد مضطرب به این دلیل دچار اضطراب می شود که استدلال و منطقش در مورد مسائل اشتباه و نارواست. بک با مطالعه بر روی بیماران خود مشاهده کرد که آنها غالباً اتفاقات ناگواری را که بر ایشان پیش می آید به نوعی بی فاجعه و بی مصیبت و بدبختی تفسیر می کنند و اغلب خود را مورد سرزنش قرار می دهند.

یافته های بک بر روی بیماران کاملاً درست بود. اما این زمانی است که افراد علت اضطرابشان واقعاً تفکرات غیر منطقی باشد یعنی اتفاق ناگوار که بر ایشان پیش می آید را بدبختی و فاجعه تفسیر کنند.

اما زمانی که اتفاق ناگوار واقعاً بدبختی و مصیبت باشد و نه تفسیر آن موقع است که فرد هر قدر هم منطقی باشد ولی اضطراب او به دلیل بدبختی ها و نگرانی هایش افزایش پیدا می کند.

ما در آن تحقیق کسانی را داشتیم که با مصاحبه با آنها فهمیدیم که فرد واقعاً در موقعیت مشکل قرار دارد و اضطراب او واقعی است نه به خاطر تفکرات غیر منطقی اش. ما در عصری قرار گرفته ایم که مشکلات عیبی و واقعی است نه خیالی و تفسیر کردنی.

بنابراین باید برای درمان بعضی از بیماران اضطرابی شیوه های جدیدی

را به کار برد.

خلاصه

این پژوهش تحت عنوان رابطه تفکرات یا باورهای غیر منطقی و اضطراب

در دانشجویان پسر و دختر متأهل و مجرد می باشد هدف کلی این تحقیق

نشان دادن اهمیت تفکرات غیر منطقی در ایجاد اضطراب می باشد.

فرضیه پژوهش

۱- هر چه میزان تفکرات یا باورهای غیر منطقی در فرد بیشتر باشد

میزان اضطراب در او نیز بیشتر خواهد بود.

طبق فرضیه همان طور که بارها گفته شد و همچنین طبق نظریه الیس-

بک- برنز- مزلو که هرچه باورها و تفکرات غیر منطقی در فرد بیشتر

باشد اضطراب در او بیشتر است ولی یافته های این پژوهش نشان داد که

اولاً در افراد این مسئله متفاوت است دوماً: در عصر های مختلف به خاطر

تغییر شیوه های زندگی مردم و نگرش آداب، سنت ها و غیره بیماری

های روانی و اختلالها و همچنین علت آنها نیز تغییر می کند.

آزمودنی ها ۴۰ نفر از دانشجویان دختر و پسر متأهل و مجرد دانشگاه تربیت معلم واحد کرج بودند. در این تحقیق از تست ۴۰ سوالی اضطراب کنترل و تست باورای غیر منطقی جونز استفاده شد. برای انجام این پژوهش روش آماری زیر استفاده شد:

۱- ضریب همبستگی پیرسون

محدودیت های تحقیق

۱- پاسخ به تست و نشانه ها به علت سوالات نسبتاً وقت گیر بوده و در

نتیجه به علت عدم دقت کافی یا تصادفی پاسخ دادن به سوالات و به

طور کلی امکان خطا در پاسخ ها افزایش می یابد بدین ترتیب با

نتایج از اعتبار کمتری برخوردار خواهند شد.

۲- در اینجا به دلیل اینکه افراد اضطرابی شدیداً بی قرار و ناآرام

هستند و نمی توانند به راحتی به دو تست تقریباً طولانی پاسخ دهند و

به این خاطر تعداد زیادی از تست ها به طور نیمه کاره باقی ماند و

این وقت زیادی را گرفت.

پیشنادهای تحقیق

۱- بر اساس یافته های این تحقیق بهتر است که انواع سبکهای شناختی

در آموزش و پرورش از ابتدائی شروع شود تا فرد شیوه های صحیح

درست فکر کردن را بیاموزد و در مراحل بعدی زندگی دچار

اضطرابی های ناشی از باورهای غیر منطقی نشود.

۲- بر اساس یافته های تحقیق ما باید شیوه های جدیدی برای درمان

بعضی از بیماری های اضطرابی ابداع کنیم.

فهرست منابع لاتین

Ellis,A (1977). (1987). Undrestanding Psychology.

NewYork:

MCSYWHAILL.

Ellis,A. (1973). Humanistic Psychothrapy: The Rational-
motive Approach, N.Y.

فهرست منابع فارسی

شریفی حسن یاشا- نجفی زند جعفر ۱۳۷۶ روش های آماری در علوم

رفتاری انتشارات سخن- تهران

هومن حیدر علی ۱۳۶۸ اندازه گیری روانی و تربیتی و فن تهیه تست .

تهران.

هومن حیدر علی پژوهش و علوم رفتاری شناخت روش علمی ۱۳۶۸

دلاور علی ۱۳۷۶ روش های تحقیق دانشگاه پیام نور

دژکام محمود ۱۳۶۶ روان شناسی روان درمانی نظریه های عمده روان

درمانی

جلالی طهرانی ۱۳۶۸ جزوه روان درمانی بر اساس نظریه الیس

دانشگاه تهران

اتکینسون هیلگارد ۱۹۸۳ زمینه روان شناسی جلد دوم تهران انتشارات

رشد.