

مقایسه تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با درمان شناختی-رفتاری (CBT) بر افسردگی دانشجویان با توجه به سطح تحول روانی-معنوی آنها؛ (مطالعه مورد منفرد)

سمیه عزیزی^۱، کاظم رسول زاده طباطبائی^۲، مسعود جان بزرگی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۷/۱۴

تاریخ وصول: ۹۸/۰۲/۲۲

چکیده

افسردگی، یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی بوده و انتخاب شیوه‌های درمانی مناسب آن از اهمیت بالایی برخوردار است. با توجه به نقش معنویت در افسردگی و روش‌های درمان آن، این پژوهش سعی دارد با استفاده از روش مطالعه مورد منفرد، نقش سطح تحول روانی-معنوی افراد را در تاثیر درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد مقایسه قرار دهد. بدین منظور از بین دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس تعداد ۸ نفر مبتلا به افسردگی اساسی به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و بر اساس پرسشنامه سطح تحول روانی-معنوی (جان بزرگی، ۱۳۹۱) به دو گروه ۴ نفری با سطح تحول روانی-معنوی بالا و سطح تحول روانی-معنوی پایین تقسیم شده، و سپس افراد هر سطح تحول روانی-معنوی، بطور تصادفی در دو گروه ۲ نفری آزمایشی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و درمان شناختی-رفتاری) قرار گرفتند. نمرات افسردگی مراجعان با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک، قبل، حین و بعد از درمان، و همچنین پیگیری سه ماهه، با استفاده از درصد بهبودی و اندازه اثر مقایسه شد. نتایج بدست آمده نشان داد هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی موثر بوده ولی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی افراد با سطح تحول روانی-معنوی پایین، اثرگذاری بیشتری دارد و درمان شناختی-رفتاری در کاهش افسردگی افراد با سطح تحول روانی-معنوی بالا تاثیر بیشتری

۱. دانش‌آموخته دکتری، روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسئول) rasoolza@modares.ac.ir

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران.

دارد. بنابراین بنظر می‌رسد توجه به سطح تحول روانی-معنوی مراجعان در انتخاب رویکرد درمانی از اهمیت فراوانی برخوردار است.

واژگان کلیدی: افسردگی، درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سطح تحول روانی-معنوی

مقدمه

افسردگی اساسی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در تمام دنیا بوده (کسلر و برومت^۱، ۲۰۱۳)، و طبق آخرین گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۷، پیش‌بینی می‌شود که افسردگی دومین علت عمده‌ی ناتوانی در کشورها در سال ۲۰۲۰ خواهد بود (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۱۶). با توجه به اینکه پیامدهای ناشی از افسردگی به از بین رفتن بهزیستی شخصی^۳ بیماران محدود نشده و به خانواده، اجتماع، روابط شخصی و نظام سلامت روان گسترش می‌یابد (مور و گارلند^۴، ۲۰۰۳)، بنابراین انتخاب شیوه درمانی مناسب و شناسایی عوامل تاثیرگذار بر اثربخشی این شیوه‌های درمانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. یکی از عوامل مهم تاثیرگذار در افسردگی، که در انتخاب و اثربخشی شیوه‌های درمانی نیز نقش مهمی ایفا می‌کند، باورهای دینی و معنوی افراد است (اورت و ورثینگتون^۵، ۲۰۰۵). باورهای دینی افراد با توجه به نقشی که در انتخاب شیوه‌های مقابله‌ای موثر دارند، می‌توانند منجر به کاهش بروز افسردگی و افزایش سرعت بهبودی افسردگی شوند (مورفی^۶ و همکاران، ۲۰۰۰). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که همبستگی منفی و معناداری بین افسردگی و باورهای دینی افراد وجود دارد (فروتنی، ۱۳۸۴؛ سوراچاکول^۷ و همکاران، ۲۰۰۸؛ هاجز^۸، ۲۰۰۲؛ مک‌کولا و لارسون^۹، ۱۹۹۹). با این حال به عقیده پارگامنت^{۱۰} (۱۹۹۰)، آنچه باید مهم تلقی شده و روی آن تمرکز شود، نوع برداشت و

1. Kessler & Bromet
2. World Health Organization
3. Individual Wellbeing
4. Moore & Garland
5. Worthington
6. Murphy
7. Sorajjakool,
8. Hodges
9. McCullough & Larson
10. Pargament

تعریفی است که افراد از دین و از خدا دارند. فیلیپس و همکاران^۱ (۲۰۰۴) دریافتند وقتی افراد خدا را به عنوان خدای طردکننده و سختگیر (تصور منفی) در نظر می‌گیرند، دچار هراس و اضطراب می‌شوند و به تدریج از سلامت روانی آنها کاسته می‌شود. به عقیده جان بزرگی (۱۳۹۷) اینکه برخی افراد تصویر ذهنی غلطی را از خداوند در ذهن می‌پروراند و بر اساس همان تصویر، کارکردی برای خدا و رابطه خود با او تنظیم می‌کنند، به سطح معنویت^۲ آنها مربوط است. او معنویت را فرآیند انتخاب عمل ارزشمند، هدفمند و با معنا از طریق فعال‌سازی عقل خداسو تعریف می‌کند، که همین تعریف از معنویت در پژوهش حاضر مد نظر قرار گرفته است، و معتقد است در درمانگری لازم است به فرآیند دینی مراجعان و تحول معنوی آنها توجه ویژه‌ای شود (جان بزرگی، ۱۳۹۷).

ناکس و همکاران (۲۰۰۵) نیز معتقدند که تجربیات قبلی مراجعان در مورد دین و معنویت را باید برای انتخاب طرح درمانی مناسب در نظر داشت. در مورد نقش باورهای معنوی افراد در اثرگذاری درمان‌های روانشناختی، جنیا^۳ (۱۹۹۶) به سطح تحول روانی-معنوی^۴ اشاره کرده و معتقد است درک انسان از معنویت، همانند بسیاری از مفاهیم دیگر تحت تاثیر سطوح تحول روانی اوست. بر این اساس، در نظریه خود پنج مرحله تحول روانی-معنوی شامل «دین خودمیان‌بین^۵»، «دین جزمی نگر^۶»، «دین برزخی یا گذاری^۷»، «دین بازساخت یافته^۸»، و «دین متعالی^۹» را معرفی کرده و بیان می‌کند هر یک از سطوح تحول روانی-معنوی، ویژگی‌های معنوی و روانشناختی مخصوص به خود را دارد. او معتقد است در هر سطح تحول روانی-معنوی، لازم است از خطوط درمانی قابل پیگیری همان سطح تحول استفاده شود. جنیا (۲۰۰۰) نشان داد بین سطوح تحول روانی معنوی با جهت‌گیری دینی درونی همبستگی مثبت و با جهت‌گیری دینی بیرونی همبستگی منفی وجود دارد. ریچاردز^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۹) نیز توجه به جهت‌گیری دینی درونی و بیرونی

1. Phillips
2. Spirituality
3. Genia
4. Psycho-spiritual Development
5. Ego-centric Faith
6. Dogmatic Faith
7. Transitional Faith
8. Reconstructed Faith
9. Trancedence Faith
10. Richards

مراجعان را یک نقطه شروع مفید برای مشاوران می‌دانند، که به آنها برای انتخاب شیوه درمانی مناسب هر مراجع کمک می‌کند. آنها معتقدند مراجعان با جهت‌گیری دینی بیرونی، از بررسی احساسات خود در طول جلسات درمانی سود برده و در مقابل، مراجعانی که جهت‌گیری دینی درونی دارند، از بررسی باورهای خود و معنادگی به آنها در جلسات درمانی بهره می‌برند. ویلیامز^۱ (۲۰۱۷) نیز معتقدست روش‌های درمانی مناسب برای افراد دارای دینداری درونی و بیرونی لازم است متفاوت باشد.

در همین راستا جان بزرگی (۱۳۸۷) با در نظر گرفتن مراحل تحول روانی-معنوی جنیا، تاکید می‌کند که شیوه مداخله برای مراجعانی که در مرحله دین خودمیان‌بین، یعنی پایین‌ترین مرحله تحول روانی معنوی قرار دارند، همان شیوه‌هایی نیست که در دیگر مراحل تحول مورد استفاده قرار می‌گیرد. در مراحل پایین تحول روانی-معنوی، افراد ویژگی‌های انسانی برای خدا قائل هستند؛ به‌طور سحرآمیزی خود را با موجودی که قادر مطلق است، همسان سازی کرده، و تمایل دارند خود را با دستورات و نمادهای مذهبی همنا کنند. با این حال از رفتار و از خشم خود شدیداً احساس گناه می‌کنند و همین احساس گناه، درونی سازی ارزش‌ها را در آنها بازدار می‌کند. این افراد همچنین انعطاف‌پذیری کمی نیز داشته و تنوع مذهبی را به‌راحتی نمی‌پذیرند (جان بزرگی، ۱۳۹۰). بنابراین لازم است درمانی برای این افراد انتخاب شود که با ویژگی‌های این مراجعان هماهنگی داشته و بتواند آنها را به سمت پذیرش و انعطاف‌پذیری بیشتر سوق بدهد. همچنین در مراحل بالای تحول روانی-معنوی، نقد و بررسی باورهای قبلی، سازماندهی مجدد ارزش‌ها و اندیشه‌های معنوی، و اتکا بر وجدان شخصی در افراد بوجود می‌آید. در این سطوح افراد به هویت مذهبی خود رسیده و تعهد به دین انتخابی خود، معنادگی و هدفمندی، و تکامل بر اساس دین انتخابی خود در فرد ایجاد می‌شود. در نتیجه فرد این ظرفیت را پیدا می‌کند که بتواند تنوع مذهبی افراد را به‌راحتی تحمل کند و انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشد. در مراحل بالای تحول روانی-معنوی هرچند ممکن است فرد در سلامت روانی کامل نباشد، اما امکان آسیب‌دیدگی عمیق او از نظر روانشناختی کم است. در این مراحل نیز لازم است درمانی برای این افراد انتخاب شود که با ویژگی‌های آنها انطباق داشته و بتواند از ظرفیت انتقادی و پرسشگری این افراد استفاده کند.

1. Williams

جنیا (۲۰۰۰) معتقد است با وجود اقبالی که نسبت به روش‌ها و تکنیک‌های درمانگری معنوی در حال وقوع است، اما این رویکردها می‌توانند دفاع‌های مذهبی مراجعان را فعال کرده و اثربخشی درمان را با مشکل مواجه سازند. گوئد^۱ (۲۰۰۱) نیز معتقد است برخی مراجعان با ورود باورهای دینی خود به جلسات درمانی احساس راحتی نکرده و نگرانی‌های مختلفی راجع به بحث در مورد مذهب و معنویت در درمان دارند که شامل ترس از مورد قضاوت قرار گرفتن توسط درمانگر، تشخیص آسیب‌زا بودن دینداری یا معنویت آنها توسط درمانگر، و زبان متفاوت دینی یا معنوی با درمانگر می‌باشد (گوئد، ۲۰۰۱). مایرز^۲ و همکاران (۲۰۰۷) نیز در پژوهشی به بررسی تجربه مراجعان مذهبی از جلسات درمانی پرداخته و به این نتیجه رسیدند که بعضی مراجعان باورهای مذهبی دارند که تبیین معنوی مشکلات شان را مشکل می‌کند (باورهایی مثل اینکه «خدا مرا مجازات می‌کند» و...). بنابراین در پژوهش حاضر درمان‌هایی مورد مقایسه قرار گرفتند که محتوای مستقیم معنوی نداشته باشند تا این مشکلات به حداقل خود رسیده و بتوان تفاوت‌های مشاهده شده در گروه‌ها را به تاثیر معنویت و سطح تحول روانی معنوی افراد در اثربخشی درمان‌ها، و نه محتوای معنوی آنها، نسبت داد.

از بین رویکردهای روان‌درمانی مختلف، که محتوای معنوی نداشته باشند، به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با ویژگی‌های مراجعان سطوح پایین تحول روانی معنوی هماهنگی بیشتری داشته و از اثربخشی مناسبی برای این افراد برخوردار باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل ترکیبی از استعاره، مهارت‌های توجه آگاهی، طیف گسترده‌ای از تمرین‌های تجربی و مداخلات رفتاری هدایت شده است که با توجه به ارزش‌های مراجع توسط درمانگر به کار برده می‌شود. هدف این شیوه درمانی کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر، از طریق افزایش پذیرش و انعطاف‌پذیری روانشناختی است (هایز و استروسال^۳، ۲۰۱۰). شواهد تجربی در مورد تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلالات روانی مختلف رو به افزایش است. برای مثال کارایی این روش در مورد اختلالاتی مثل افسردگی و افکار خودکشی (روبین^۴

1. Goedde
2. Mayers
3. Hayes & Strosahl
4. Robyn

و همکاران، ۲۰۱۵؛ رویز^۱، ۲۰۱۲؛ عزیزی و قاسمی، ۱۳۹۶)، و سواس (وکیلی^۲ و همکاران، ۲۰۱۴؛ توهیگک و ویتال^۳، ۲۰۰۸) و اضطراب (پیترسون و ایفرت^۴، ۲۰۱۱؛ علوی زاده و شاکریان، ۱۳۹۵)، نشان داده شده است.

علاوه بر این، از بین رویکردهای روان‌درمانی مختلف، که محتوای معنوی نداشته باشند، به نظر می‌رسد درمان شناختی-رفتاری با ویژگی‌های مراجعان سطوح بالای تحول روانی معنوی هماهنگی بیشتری داشته و از اثربخشی مناسبی برای این افراد برخوردار باشد. در این درمان بر پیوستگی افکار، احساسات و رفتار تأکید می‌شود و اعتقاد بر این است که افراد با بازسازی افکار می‌توانند با فشارهای روانی مقابله کنند. نتایج تحقیقاتی که به بررسی اثربخشی رویکرد شناختی-رفتاری پرداخته‌اند، نشان می‌دهد که این رویکرد بر مدیریت اضطراب، افسردگی و افزایش رضایت از سطح زندگی (مک‌هاگ^۵ و همکاران، ۲۰۱۰)، بهبود علایم خلقی و اضطرابی، افزایش تحمل و بهبود کیفیت زندگی بیماران (سوگرم^۶ و همکاران، ۲۰۱۰)، بهبود ارتباط با اطرافیان، کاهش افسردگی (اوسیلا^۷ و همکاران، ۲۰۰۳)، موثر است.

از آنجا که درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری، بیشتر از موج دوم این درمان‌ها، به مؤلفه‌های معنوی توجه کرده و بر اساس نظر هایز و همکاران (۲۰۱۰) تا حدودی مبتنی بر فرهنگ و مذاهب شرقی هستند، در این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یکی از درمان‌های متداول موج سوم، و درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان یکی از درمان‌های متداول موج دوم، که در یک چارچوب نظری هستند اما از نظر توجه به موضوعات معنوی متفاوتند، مورد مقایسه قرار گرفتند. بنابر آنچه بیان شد، با توجه به نقشی که سطح باورهای معنوی و تحول روانی-معنوی افراد در اثرگذاری روش‌های درمانی مختلف دارد، این پژوهش در پی آزمون این فرضیات است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سطوح بالا و پایین تحول روانی-معنوی، اثرگذاری متفاوتی بر کاهش علایم بالینی افسردگی افراد

-
1. Ruiz
 2. Vakili
 3. Twohig & whittal
 4. Peterson & Eifert
 5. Mc Hugh
 6. Sugarman
 7. Osilla

دارد؛ درمان شناختی-رفتاری در سطوح بالا و پایین تحول روانی-معنوی، اثرگذاری متفاوتی بر کاهش علائم بالینی افسردگی افراد دارد؛ و بدون در نظر گرفتن سطح تحول روانی معنوی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثرگذاری بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی افراد، دارد.

روش

در این پژوهش به منظور مقایسه تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری از روش مطالعه مورد منفرد^۱ استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان و مراجعہ کنندگان به مرکز مشاوره دانشگاه تربیت مدرس که افسردگی آنها به تشخیص متخصصان این مرکز رسیده است، می باشد. حجم نمونه آماری این بخش از پژوهش با توجه به ماهیت روش مطالعه مورد منفرد ۸ نفر بوده، که با توجه به طرح دو عاملی ۴ گروهی، برای هر گروه ۲ نفر تعیین شد. در این پژوهش نمونه گیری به شیوه در دسترس، انتخاب شده و آزمودنی ها بصورت تصادفی در گروه ها جایگزین شدند.

پس از انتخاب گروه نمونه، افراد بر اساس سطح تحول روانی-معنوی به دو گروه ۴ نفری با سطح تحول روانی-معنوی بالا و سطح تحول روانی-معنوی پایین تقسیم شده، و سپس افراد هر سطح تحول روانی-معنوی، بطور تصادفی در دو گروه ۲ نفری آزمایشی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و درمان شناختی-رفتاری) قرار گرفتند. به این ترتیب چهار گروه آزمایشی تنظیم شد که افراد دو گروه آزمایشی، شامل یک گروه با سطح تحول روانی معنوی بالا و یک گروه با سطح تحول روانی-معنوی پایین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرده، و افراد دو گروه آزمایشی دیگر، شامل یک گروه با سطح تحول روانی معنوی بالا و یک گروه با سطح تحول روانی-معنوی پایین، درمان شناختی-رفتاری را دریافت کردند. هر درمان شامل ۱۰ جلسه یک ساعته بود که به صورت فردی و هفته ای یک بار اجرا شد. در این پژوهش، سه جلسه غیبت به عنوان ملاک ریزش و به معنای انصراف از درمان است. شرایط ورود و خروج نمونه نیز به این ترتیب می باشد که افرادی در گروه نمونه قرار می گیرند که نمره افسردگی آنها در تست بک، بالاتر از ۱۹ باشد؛ افسردگی آنها در سطح سایکوتیک نباشد؛ اختلال شخصیت شدید نداشته؛

درمان‌های روانشناختی دیگری دریافت نکرده باشند و برای شرکت در پژوهش رضایت داشته باشند. نمرات افسردگی مراجعان دو نوبت قبل از درمان و در مرحله خط پایه، سه نوبت در حین درمان و در موقعیت مداخله، و یک نوبت پیگیری، بدست آمده و با استفاده از درصد بهبودی^۱ (اوگلز^۲ و همکاران، ۲۰۰۱) و اندازه اثر^۳ کوهن (۱۹۸۸)، به نقل از فرگوسن^۴، (۲۰۰۹) مقایسه شد.

ابزارهای پژوهش: پرسشنامه افسردگی بک^۵ (BDI): این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک تدوین شد و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده می‌باشد و هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد. هر یک از مواد این پرسشنامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. اعتبار بازآزمایی آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۶۸ گزارش شده است. کایوانی و موسوی (۱۳۸۶)؛ به نقل از رجبی و یزدخواستی، (۱۳۹۳) ضریب آلفای این پرسشنامه را ۰/۸۷، ضریب بازآزمایی آن را ۰/۷۴، و همبستگی آن با ویرایش اول پرسشنامه افسردگی بک را ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه تحول روانی-معنوی^۶: این پرسشنامه بر اساس معیارهای بالینی مراجعان روانشناختی که جینیا (۱۹۹۶) آن را گزارش کرده است، توسط جان بزرگی (۱۳۹۱)، به نقل از دلجو و همکاران، (۱۳۹۲) با جهت گیری فرهنگی و دینی، تهیه شده است. این ابزار ۱۵ ماده دارد و هر ماده آن دارای ۵ گزینه می‌باشد که منطبق با پنج مرحله تحول روانی-معنوی جینیا است. دلجو و همکاران (۱۳۹۲) جهت بررسی همسانی درونی این مقیاس در جمعیت ایرانی آن را روی ۳۴۱ دانشجوی مؤنث اجرا کرده و آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۸ به دست آورده است. روایی و اعتبار این پرسشنامه در بخش مقدماتی پژوهش حاضر با استفاده از نمونه ۱۷۲ نفری نیز مورد بررسی قرار گرفته و آلفای کرونباخ آن ۰/۴۷ بدست آمده است. همچنین ضریب اعتبار بازآزمایی پرسشنامه تحول روانی-معنوی ۰/۷۱ بدست آمد.

-
1. Improvement Percentage
 2. Ogels
 3. Effect Size
 4. Ferguson
 5. Beck Depresfsion Index
 6. Psycho-Spiritual Scale

درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مانند سایر درمان‌های روانشناختی، دارای پروتکل‌های درمانی متعددی برای انواع اختلالات و بیماری‌های روانی می‌باشد. در این پژوهش از شناخت درمانگری مایکل فری^۱ (فری، ۲۰۰۷) که ترکیبی از نظریه و درمان آلبرت الیس^۲ و آرون تی بک^۳ می‌باشد، و پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایفرت^۴ و همکاران (۲۰۰۶) استفاده می‌گردد. این شیوه‌های درمانی بصورت انفرادی و همراه با تکلیف خانگی توسط پژوهشگر اجرا شد و شامل اصول کلی زیر است:

جدول ۱. محتوای درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طول جلسات درمانی

جلسات	محتوای درمان شناختی- رفتاری	محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
اول	آشنایی با ساختار جلسات؛ معرفی منطق زیربنایی شناخت- درمانگری؛ و مرور قواعد اساسی.	آشنایی با ساختار جلسات؛ معرفی منطق زیربنایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ و مرور قواعد اساسی.
دوم	معرفی مفاهیم اصلی شناخت- درمانگری نظیر رویدادهای فعال‌کننده، باورها، خطاهای منطقی و...	بررسی باورهای رایج در مورد خشم، ارزیابی هزینه های خشم خود.
سوم	مرور جدول سه ستونی و شناخت دقیق تر خطاهای منطقی به همراه نمونه‌هایی از هر کدام.	کشف ریشه‌ی کشمکش فرد با خشم و پایان دادن به آن، با ترسیم فرآیند خشم.
چهارم	مرور خطاهای منطقی مراجع در جدول سه ستونی و آشنایی با منطق متناسب.	آشنایی با دو موقعیتی که کنترل خشم اثری ندارد: کنترل دیگران و کنترل احساسات دردناک خود.
پنجم	مرور نحوه استفاده از منطق متناسب در مورد افکار غیرمنطقی در لحظه؛ و آشنایی با مخالف‌ورز.	یادگیری کنترل خود بجای کنترل دیگران، و کمتر جدی گرفتن ذهن بجای کنترل احساسات.
ششم	مرور نحوه استفاده از مخالف‌ورزها و آشنایی با مدل عمومی اختلالات هیجانی و رفتاری.	یادگیری پذیرش فعال، اهمیت پذیرش خشم و احساسات نهفته در آن، پذیرش خود و آسیب- پذیری‌ها.
هفتم	آشنایی با ماهیت و محتوای روان‌بنه‌های منفی؛ و شناسایی روان‌بنه‌ها با استفاده از روش پیکان عمودی.	فراگیری چگونگی پذیرش آنچه تجربه می‌شود، با مهارت پذیرش آگاهانه.
هشتم	تثبیت یادگیری پیکان عمودی؛ و معرفی برخی قواعد مفید در انجام تحلیل پیکان عمودی.	شناسایی ارزش‌ها و کشف مسائلی که برای فرد مهم است.
نهم	معرفی تحلیل هم‌وردی، تحلیل جستجوگرانه و تحلیل علمی به همراه نمونه‌ای از هر کدام.	رویارویی با رنجش از طریق بخشش.

1. Free
2. Ellis
3. Beck
4. Eifert

دهم مرور همه باورها؛ رفع مشکلات احتمالی؛ و خاتمه کاربرد عملی ارزش‌ها و برنامه‌ریزی برای آنها. درمان.

تحلیل داده‌ها: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، مدت بیماری و اقدامات درمانی پیشین هر یک از مراجعان در جدول شماره ۳ آورده شده است. میانگین سنی مراجعان ۲۷/۶ سال بوده و در هر گروه درمانی، مراجعان دارای سطح تحول روانی معنوی پایین، مراجع اول و دوم، و مراجعان دارای سطح تحول روانی معنوی بالا، مراجع سوم و چهارم در نظر گرفته شده‌اند.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی مراجعان

نوع مداخله	درمان شناختی-رفتاری							
مراجعات متغیر	مراجعات ۱	مراجعات ۲	مراجعات ۳	مراجعات ۴	مراجعات ۱	مراجعات ۲	مراجعات ۳	مراجعات ۴
سن	۳۲	۲۶	۲۸	۲۱	۲۴	۳۳	۳۰	۲۹
تحول روانی معنوی	پایین	پایین	بالا	بالا	پایین	پایین	بالا	بالا
وضعیت تأهل	متاهل	مجرد	مجرد	مجرد	مجرد	متاهل	متاهل	مجرد
تحصیلات	کارشناسی	کارشناسی ارشد	کارشناسی	کارشناسی	کارشناسی	کارشناسی ارشد	کارشناسی	کارشناسی
مدت بیماری	۱۰ ماه	۵ ماه	۶ ماه	۹ ماه	۱۰ ماه	۸ ماه	۶ ماه	۱۲ ماه
اقدامات درمانی پیشین	۲ جلسه مشاوره	نداشته	نداشته	۲ جلسه مشاوره	۲ جلسه مشاوره	نداشته	نداشته	۲ جلسه مشاوره

برای مقایسه تاثیر درمان‌ها ابتدا مراجعان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس سطح تحول روانی-معنوی اولیه خود به دو گروه با سطح تحول روانی-معنوی بالا و سطح تحول روانی-معنوی پایین تقسیم شده و سپس درصد بهبودی و اندازه اثر برای متغیر افسردگی در این گروه‌ها محاسبه شد. برای محاسبه درصد بهبودی، نمره پس‌آزمون (یا پیگیری) از نمره پیش‌آزمون (خط پایه) تفریق و حاصل بر نمره پیش‌آزمون تقسیم شده و در صد ضرب

شده است (اوگلز و همکاران، ۲۰۰۱). اندازه اثر درمان نیز در مراحل مداخله و پیگیری، با توجه به میانگین و انحراف استاندارد هر گروه در متغیر پژوهشی و با استفاده از فرمول کوهن محاسبه گردید.

$$d = \frac{\text{میانگین نمره پس آزمون} - \text{میانگین نمره پیش آزمون}}{\sqrt{\frac{(\text{انحراف معیار پیش آزمون})^2 + (\text{انحراف معیار پس آزمون})^2}{2}}}$$

در جدول زیر شاخص‌های توصیفی نمرات افسردگی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آورده شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات افسردگی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

تحول روانی-معنوی	خط پایه		مداخله		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پایین	۲۱	۳/۵۶	۷	۴/۶	۶/۵	۲/۱۲
بالا	۲۴/۵۰	۳/۴۲	۱۱/۵۰	۴/۷۲	۱۰/۵۰	۰/۷۱

بر اساس این اطلاعات، میانگین نمرات افسردگی مراجعان گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سطح تحول روانی-معنوی پایین و بالا به ترتیب در مرحله خط پایه ۲۱ و ۲۴/۵؛ در مرحله مداخله به ترتیب ۷ و ۱۱/۵؛ و در مرحله پیگیری به ترتیب ۶/۵ و ۱۰/۵ است. مقادیر درصد بهبودی کلی و اندازه اثر برای افسردگی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در دو مرحله مداخله و پیگیری در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۴ درصد بهبودی کلی و اندازه اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افسردگی

تحول روانی-معنوی	درصد بهبودی کلی		اندازه اثر	
	مداخله	پیگیری	مداخله	پیگیری
پایین	-۰/۷	-۰/۷	۳/۴	۴/۹
بالا	-۰/۵	-۰/۶	۳/۲	۵/۷

بر اساس این اطلاعات، درصد بهبودی افسردگی مراجعان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله مداخله، در گروه سطح تحول روانی-معنوی پایین (۷۰ درصد)، نسبت به

گروه با سطح تحول روانی-معنوی بالا (۵۰ درصد)، بهبودی بیشتری داشته است. به عبارت دیگر با اینکه درصد بهبودی افسردگی در مرحله مداخله برای هر دو گروه با سطح تحول روانی-معنوی پایین و بالا، بیشتر از ۵۰٪ بوده و نشان از موفقیت درمان برای هر دو گروه دارد؛ اما برای گروه با سطح تحول روانی-معنوی پایین درصد بهبودی در افسردگی به مراتب بیشتر از گروه با سطح تحول روانی-معنوی بالاست. در مرحله پیگیری نیز همین برتری در گروه سطح تحول روانی-معنوی پایین نسبت به گروه دیگر حفظ شده است.

به منظور بررسی دقیق‌تر معناداری بالینی نتایج پژوهش، اندازه اثر نیز برای گروه‌های درمانی در مرحله درمان و پیگیری محاسبه شد. فرگوسن^۱ (۲۰۰۹) معتقد است اندازه اثر کمتر از ۰/۴۱ نشان‌دهنده حداقل اندازه اثر، بین ۰/۴۱ تا ۱/۱۵ نشان‌دهنده اندازه اثر متوسط، بین ۱/۱۵ تا ۲/۷ نشان‌دهنده اندازه اثر بالا و همچنین اندازه اثر بالاتر از ۲/۷ نیز اندازه اثر بزرگ محسوب می‌شود. نتایج مندرج در جدول بالا نشان می‌دهد اندازه اثر در مرحله مداخله برای متغیر افسردگی در هر دو گروه بزرگ و بیشتر از ۲/۷ بوده و در گروه با سطح تحول روانی-معنوی پایین، بالاتر از گروه دیگر است. بنابراین می‌توان اینطور جمع‌بندی نمود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی افراد با سطح تحول روانی-معنوی پایین، نسبت به افراد با سطح تحول روانی-معنوی بالا تاثیر بیشتری دارد.

برای مقایسه تاثیر درمان شناختی-رفتاری در سطوح بالا و پایین تحول روانی-معنوی، نیز از مقایسه دو شاخص درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شده است. در این بخش نیز مانند بخش قبلی، ابتدا مراجعان درمان شناختی-رفتاری بر اساس سطح تحول روانی-معنوی اولیه خود به دو گروه با سطح تحول روانی-معنوی بالا و سطح تحول روانی-معنوی پایین تقسیم شده و سپس درصد بهبودی و اندازه اثر برای هر یک از متغیر افسردگی در این گروه‌ها محاسبه شد. در جدول زیر شاخص‌های توصیفی نمرات افسردگی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای درمان شناختی-رفتاری آورده شده است.

جدول ۵. **Error! No text of specified style in document.** شاخص‌های توصیفی

افسردگی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای درمان شناختی-رفتاری

خط پایه		مداخله		پیگیری	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۲۱/۵۰	۵/۶۹	۷/۱۷	۵/۰۹	۹/۵	۰/۷۱
۱۹	۲/۹۴	۳/۱۷	۶/۲۷	۳	۲/۸۳

تحول روانی-معنوی

بر اساس این اطلاعات، میانگین نمرات مراجعان گروه درمان شناختی-رفتاری در افسردگی برای مراجعان با سطح تحول روانی-معنوی پایین و بالا به ترتیب در مرحله خط پایه ۲۱/۵ و ۱۹؛ در مرحله مداخله به ترتیب ۷/۱۷ و ۳/۱۷؛ و در مرحله پیگیری به ترتیب ۹/۵ و ۳ است. مقادیر درصد بهبودی کلی برای افسردگی گروه‌های درمانی در دو مرحله مداخله و پیگیری نیز در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول ۶. درصد بهبودی کلی و اندازه اثر درمان شناختی-رفتاری در افسردگی

درصد بهبودی کلی		اندازه اثر	
مداخله	پیگیری	مداخله	پیگیری
-۰/۵۸	-۰/۵۳	۲/۶۶	۲/۹۶
-۰/۸۳	-۰/۶۳	۳/۲۳	۵/۵۴

تحول روانی-معنوی

بر اساس این اطلاعات، درصد بهبودی افسردگی مراجعان درمان شناختی-رفتاری در مرحله مداخله، در گروه سطح تحول روانی-معنوی پایین (۵۸ درصد)، و گروه با سطح تحول روانی-معنوی بالا (۸۳ درصد) است که گروه با سطح تحول روانی-معنوی بالا بهبودی بیشتری نسبت به گروه دیگر داشته است. به عبارتی با اینکه درصد بهبودی افسردگی در مرحله مداخله برای هر دو گروه با سطح تحول روانی-معنوی پایین و بالا، بیشتر از ۵۰٪ بوده و نشان از موفقیت درمان برای هر دو گروه دارد؛ اما برای گروه با سطح تحول روانی-معنوی بالا درصد بهبودی در افسردگی به مراتب بیشتر از گروه با سطح تحول روانی-معنوی پایین است. در مرحله پیگیری نیز همین برتری در گروه سطح تحول روانی-معنوی پایین نسبت به گروه دیگر حفظ شده است.

به منظور بررسی دقیق‌تر معناداری بالینی نتایج پژوهش، اندازه اثر نیز برای گروه‌های درمانی در مرحله درمان و پیگیری محاسبه شد. نتایج مندرج در جدول بالا نشان می‌دهد

در مرحله مداخله، اندازه اثر افسردگی در گروه با سطح تحول روانی-معنوی پایین، بالا (بین ۱/۱۵ تا ۲/۷) بوده، ولی در گروه با سطح تحول روانی-معنوی بالا، بزرگ (بیشتر از ۲/۷) می‌باشد. این بدین معناست که کاهش نمرات افسردگی در مرحله مداخله در سطح تحول روانی-معنوی بالا بیشتر از گروه دیگر بوده است. این برتری در مرحله مداخله نیز حفظ شده و بنابراین می‌توان اینطور جمع بندی کرد که درمان شناختی-رفتاری در افراد با سطح تحول روانی-معنوی بالا تاثیر بیشتری بر کاهش علائم بالینی افسردگی دارد.

در ادامه به تحلیل‌های مربوط به مقایسه مداخلات درمانی بدون در نظر گرفتن سطح تحول روانی معنوی افراد می‌پردازیم. برای مقایسه تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی افراد، بدون در نظر گرفتن سطح تحول روانی-معنوی از شاخص‌های درصد بهبودی کلی، اندازه اثر کلی و شاخص تغییر پایا^۱ استفاده شده است. شاخص تغییر پایا، به منظور محاسبه تغییر آماری معنادار^۲ و با توجه به میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های درمانی در متغیر پژوهشی، از طریق فرمول زیر محاسبه شده است.

$$R = \frac{\text{نمره آزمودنی در خط پایه} - \text{نمره آزمودنی در پس آزمون}}{\text{خطای استاندارد تفاوت دو نمره}}$$

شاخص‌های توصیفی نمرات افسردگی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای دو گروه مراجعان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۷. شاخص‌های توصیفی نمرات افسردگی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای دو گروه

گروه	خط پایه		مداخله		پیگیری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۲/۷۵	۳/۶۲	۹/۲۵	۴/۲	۸/۵
درمان شناختی-رفتاری	۲۰/۲۵	۳/۷۳	۷/۸۳	۵	۶/۲۵

1. Reliable Change Index (RCI)
2. statistical significance change

بر اساس این اطلاعات، میانگین نمرات افسردگی مراجعان گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری در مرحله خط پایه به ترتیب ۲۲/۷۵ و ۲۰/۲۵؛ در مرحله مداخله به ترتیب ۹/۲۵ و ۷/۸۳؛ و در مرحله پیگیری به ترتیب ۸/۵ و ۶/۲۵ است. جدول زیر مقادیر درصد بهبودی کلی را برای افسردگی گروه‌های درمانی در دو مرحله مداخله و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۸. درصد بهبودی کلی و اندازه اثر گروه‌ها در افسردگی

گروه	درصد بهبودی کلی		اندازه اثر		شاخص تغییر پایا	
	مداخله	پیگیری	مداخله	پیگیری	مداخله	پیگیری
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۶۱	۰/۶۷	۳	۴/۴	۷/۱۰	۷/۳
درمان شناختی-رفتاری	۰/۶	۰/۶۸	۲/۵۸	۳/۲۸	۹/۱۲	۱۰/۴

بر اساس این اطلاعات، افسردگی آزمودنی‌های گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله مداخله (۶۱ درصد)، در مقایسه با گروه درمان شناختی-رفتاری (۶۰ درصد)، بهبودی مشابهی داشته است. به عبارتی درصد بهبودی افسردگی در مرحله مداخله برای دو گروه درمانی از ۵۰٪ بالاتر بوده و از لحاظ بالینی معنادار می‌باشد؛ اما تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشته و به یکدیگر نزدیک هستند. در مرحله پیگیری نیز این عدم برتری درمان‌ها حفظ شده است.

به منظور بررسی دقیق‌تر معناداری بالینی نتایج پژوهش، اندازه اثر نیز برای گروه‌های درمانی در مرحله درمان و پیگیری محاسبه شد. نتایج مندرج در جدول بالا نشان می‌دهد در مرحله مداخله، اندازه اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بزرگ (بیشتر از ۲/۷) بوده و اندازه اثر درمان شناختی-رفتاری بالا (بین ۱/۱۵ تا ۲/۷) می‌باشد. همچنین در مرحله پیگیری، اندازه اثر برای هر دو گروه درمانی بیشتر از ۲/۷ و بزرگ بوده، هرچند در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مقدار اندازه اثر در مرحله مداخله و پیگیری بیشتر است. این بدین معناست که کاهش نمرات افسردگی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از گروه درمان شناختی-رفتاری بوده است. علاوه بر این بررسی شاخص تغییر پایا نیز نشان می‌دهد که با توجه به بزرگتر بودن مقدار عددی این شاخص در هر دو درمان از ۱/۹۶، میتوان با اطمینان ۹۵ درصد بهبودی حاصل در هر دو درمان را به روش درمانی نسبت داد. بنابراین می‌توان اینطور جمع بندی کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان

شناختی-رفتاری بر کاهش علائم افسردگی افراد، بدون در نظر گرفتن سطح تحول روانی-معنوی آنها، اثرگذاری تقریباً مشابهی با درمان شناختی-رفتاری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که پیش از این اشاره شد، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثرگذاری بیشتری در افسردگی مراجعان با سطح تحول روانی-معنوی پایین نسبت به مراجعان با سطح تحول روانی-معنوی بالا دارد. نتایج این بخش، در مورد تاثیر کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی مراجعان با نتایج پژوهش‌های قبلی همخوانی دارد. زاتل^۱ (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی پرداخت و نشان داد که افراد گروه آزمایشی در مقایسه با گروه انتظار، بعد از مداخله و در دوره پیگیری، افسردگی کمتری را تجربه نموده‌اند. حر و همکاران (۱۳۹۲) نیز در پژوهشی به بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی پرداخته، ۳۰ شرکت‌کننده را مورد بررسی قرار داده و بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایشی با گروه گواه تفاوت معناداری را مشاهده کردند. آنها نتیجه گرفتند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی موثر بوده و اثر درمان در زمان پیگیری نیز ماندگار است. البته لازم به ذکر است که در مورد تاثیر بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی مراجعان با سطح تحول روانی معنوی پایین نسبت به مراجعان با سطح تحول روانی معنوی بالا پژوهشی یافت نشد، ولی با این حال می‌توان این یافته را از جهت دیگری تبیین نمود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان به ویژگی‌های افراد با سطح تحول روانی معنوی مختلف و خطوط قابل پیگیری در درمانگری آنها اشاره کرد. بنابر آنچه در مورد ویژگی مراجعان با سطح تحول روانی-معنوی پایین بیان شد، این مراجعان، به دلیل خودمیان بینی^۲ و جزمی‌نگری^۳ بالا، در برابر سختی‌ها و تهدیدهای طبیعی واکنش‌های افراطی تری نشان داده و انعطاف‌پذیری پایینی داشته و همین امر سبب بروز مشکلات بسیاری برای آنها می‌گردد. بنابراین درمانی که بتواند روی انعطاف‌پذیری موثر باشد، بر این افراد تاثیرگذاری مناسبی

-
1. Zettle
 2. Ego Centric
 3. Dogmatism

خواهد داشت. در فرایند درمان تعهد و پذیرش، انعطاف‌پذیری شناختی به‌عنوان اساس سلامت روانشناختی شناخته و به عنوان هدف اصلی این رویکرد مشاوره و روان‌درمانی مطرح می‌شود (هایز^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). در این راستا، پژوهش‌های بسیاری تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی را تایید کرده‌اند که می‌توان به پژوهش‌های طیبی نائینی و همکاران (۱۳۹۶)؛ و مک کراکن و مارتینز^۲ (۲۰۱۱) اشاره کرد. فرایند درمان تعهد و پذیرش به افراد کمک می‌نماید تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد و هر زمان که لازم بود تغییر یا پافشاری نماید و در واقع این درمان به دنبال متعادل کردن شیوه‌های متناسب با موقعیت است (کایتو^۳، ۲۰۱۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز با تاثیرگذاری بر انعطاف‌پذیری شناختی پایین افراد با سطح تحول روانی-معنوی پایین، تاثیر بیشتری بر افسردگی این گروه از مراجعان نسبت به افراد با سطح تحول روانی-معنوی بالا دارد.

علاوه بر این، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی-رفتاری اثرگذاری بیشتری در افسردگی مراجعان با سطح تحول روانی-معنوی بالا نسبت به مراجعان با سطح تحول روانی-معنوی پایین دارد. لازم به ذکر است که در مرور پژوهش‌های قبلی، پژوهشی یافت نشد که در آن به مقایسه تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی در مراجعان با سطوح مختلف تحول روانی معنوی پرداخته شده باشد. ولی با این حال می‌توان این یافته را از جهت دیگری تبیین نمود. در تبیین اثرگذاری بیشتر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی مراجعان با سطح تحول روانی معنوی بالا نسبت به مراجعان با سطح تحول روانی معنوی پایین لازم است به ویژگی‌های افراد با سطح تحول روانی معنوی مختلف و خطوط قابل پیگیری در درمانگری آنها و همچنین تفاوت روش‌های درمانی مورد استفاده در پژوهش اشاره شود.

بنابر آنچه بیان شد، مراجعان با سطح تحول روانی معنوی بالا، از انعطاف‌پذیری بالا و توانایی بالای نقد و بررسی ارزش‌ها و اندیشه‌ها برخوردارند. توانایی بالای این مراجعان در نقد و ارزیابی باورها، می‌تواند توانایی بهتری به این مراجعان برای استفاده از برنامه آموزشی درمان شناختی-رفتاری و ارزیابی مجدد باورهای غیرمنطقی زیربنایی خود بدهد.

-
1. Hayes
 2. McCracken & Martínez
 3. Kato

به این ترتیب درمان شناختی- رفتاری می‌تواند بر کاهش افسردگی مراجعان با سطح تحول روانی معنوی بالا تاثیر بیشتری داشته باشد. از سوی دیگر در مراجعان با سطح تحول روانی معنوی پایین، جزمی‌نگری‌های مذهبی اجازه منطقی کردن فکرها و اثرگذاری این درمان را نداده و تاثیر کمتری برای این درمان در مراجعان با سطح تحول روانی معنوی پایین حاصل می‌شود.

علاوه بر این، در تبیین تاثیر بهتر درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی مراجعان با سطح تحول روانی معنوی بالا، می‌توان به انعطاف‌پذیری این افراد نیز اشاره کرد. همانطور که پیش از این در مورد ویژگی مراجعان با سطح تحول روانی-معنوی بالا بیان شد، این مراجعان، از انعطاف‌پذیری بالایی برخوردارند. با وجود اینکه نظریه‌پردازان شناختی معتقدند که درمان شناختی- رفتاری می‌تواند به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی کمک کند؛ اما پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام شده‌اند، به نتایج یکسانی دست نیافته‌اند.

با اینکه پژوهش‌های گاندوز^۱ (۲۰۱۳)؛ زونگ^۲ و همکاران (۲۰۱۰)؛ سلطانی و همکاران (۲۰۱۳)؛ فاضلی و همکاران (۱۳۹۳) رابطه‌ی مثبت بین درمان شناختی- رفتاری و انعطاف‌پذیری شناختی را نشان داده‌اند، اما فنایی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری می‌تواند در عین حال که سلامت روان را افزایش می‌دهد، منجر به کاهش انعطاف‌پذیری روانشناختی شود. جانکو^۳ و همکاران (۲۰۱۶) نیز در پژوهش خود نشان دادند که در ۱۰ درصد از مراجعان، پس از دریافت درمان شناختی- رفتاری، انعطاف‌پذیری شناختی افزایش یافته، در ۵ درصد از آنها کاهش داشت و در ۸۵ درصد مراجعان با وجود دریافت درمان شناختی- رفتاری و بهبود افسردگی و اضطراب، تغییری در انعطاف‌پذیری شناختی حاصل نشد.

این پژوهشگران در تبیین کاهش انعطاف‌پذیری شناختی با درمان شناختی- رفتاری، معتقدند از جمله مهم‌ترین مؤلفه‌های ذکر شده برای سلامت روان، توانایی مقابله‌ی مؤثر با چالش‌ها و موقعیت‌های استرس‌زا است که یکی از مهمترین انواع این مقابله، معنادهی و تعبیر مناسب موقعیت‌ها می‌باشد (مک دونالد^۴، ۲۰۰۶). دستیابی به این توانمندی، هدف

-
1. Gunduz
 2. Zong,
 3. Johnco
 4. MacDonald

اصلی رویکرد شناختی- رفتاری است، چراکه فرض اصلی این رویکرد، این است که با تغییر شناخت‌ها، کل نظام رفتاری و هیجانی یک فرد، تغییر خواهد کرد. بنابراین با قبول این فرض، بدیهی و قابل انتظار خواهد بود که شناسایی و تضعیف شناخت‌های ناکارآمد، و جایگزین کردن شناخت‌هایی سازگارانه‌تر و کارآمدتر می‌تواند به ارتقاء سطح کلی سلامت بیانجامد. ولی نکته‌ای در میان نظریه پردازان شناختی-رفتاری، کمتر مورد تأکید و توجه قرار گرفته است، اینست که تأکید بیش از حد این رویکرد، بر چالش صریح و مستقیم با جنبه‌های شناختی منفی، ممکن است به نوعی اجتناب مفرط از جنبه‌های منفی ذهنی و در نتیجه عدم توانایی پذیرش فرد نسبت به این بخش از سیستم روانشناختی خود، منجر شود (فناپی و همکاران، ۱۳۹۴). علاوه بر این، روند اصلی دنبال شده در درمان شناختی- رفتاری، بر شناسایی جنبه‌های شناختی ناکارآمد مولد هیجانات و رفتارهای ناکارآمد و چالش و مقابله مستقیم با این جنبه‌ها استوار است. در واقع در این رویکرد، فرد خود را در نقطه‌ی مقابل جنبه‌های ناکارآمد ذهن خود می‌بیند (لیهی^۱، ۲۰۰۸). این درحالی است که ابعاد شناختی منفی، جزئی طبیعی از نظام ذهنی افراد بوده و عدم پذیرش این بخش از نظام ذهنی می‌تواند به کاهش سطح انعطاف‌پذیری روانشناختی و افزایش اجتناب از توجه و پذیرش دنیای ذهنی درونی منتج شود (بلکلج^۲ و همکاران، ۲۰۰۹).

بنابراین درمان شناختی-رفتاری برای مراجعان با سطح تحول روانی-معنوی پایین که انعطاف‌پذیری کمی هم دارند، مناسب نبوده و با توجه به اینکه مراجعان با سطح تحول روانی-معنوی بالا، انعطاف‌پذیری بالاتر، و توانایی بیشتر در نقد و ارزشیابی باورهای متضاد دارند، بهتر می‌توانند با آموزش‌های درمان شناختی-رفتاری هماهنگ شده و موفقیت بیشتری در عملیاتی کردن درمان شناختی-رفتاری بدست آورند.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که بدون در نظر گرفتن سطح تحول روانی-معنوی افراد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری اثرگذاری مشابهی بر افسردگی مراجعان دارند. این نتیجه با یافته‌های ایزدی و همکاران (۱۳۹۳)؛ یاسایی و همکاران (۱۳۹۶)؛ رویز (۲۰۱۲)؛ آست^۳ (۲۰۱۴) همخوانی دارد. در تبیین این یافته لازم است به این نکته اشاره شود که هنوز معلوم نیست که آیا دو رویکرد درمانی مبتنی بر

1. Leahy
2. Blackledge
3. Ost

پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری واقعا تغییرات متفاوتی در سطح فرایند درمان ایجاد می‌کنند یا نه. رویز (۲۰۱۲) معتقد است یکی از انتقاداتی که نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مطرح می‌شود، اینست که به نظر می‌رسد این درمان تفاوتی با درمان شناختی-رفتاری ندارد (هافمن و آسموندسون، ۲۰۰۸). او به این انتقاد اینطور پاسخ می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های شناختی-رفتاری به حساب می‌آید، ولی در عین حال ویژگی‌های متمایزکننده و منحصر بفرد خود را دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه در تحلیل‌های رفتاری کاربردی درمان رفتاری دارد. از سوی دیگر از نظر فلسفی بر بافت‌گرایی عملکردی استوار است، به این معنی است که هر رفتار را با توجه به متغیرهای زمینه‌ای آن تبیین می‌کند. همچنین مشابه با درمان شناختی-رفتاری، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ارتباط بین شناخت و زبان با آسیب‌شناسی روانی و روان‌درمانی تاکید می‌شود، ولی تفاوتی که بین این دو درمان در این بخش وجود دارد، اینست که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خلاف درمان شناختی-رفتاری، افکار و باورها را علت مستقیم رفتارها نمی‌داند. بنابراین در این درمان تلاشی برای تغییر محتوای افکار و باورها به منظور تغییر در عملکرد فرد صورت نمی‌گیرد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افکار و باورها به عنوان سالم و ناسالم ارزیابی نشده و صرفا بر اساس سودمندی آنها در دستیابی به زندگی ارزشمند به آنها نگریسته می‌شود.

در واقع تفاوت اصلی بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و درمان شناختی-رفتاری، تمرکز درمان است. درمان شناختی-رفتاری بر کاهش نشانه تمرکز دارد اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز مستقیمی بر کاهش نشانه ندارد. با اینحال لازم به ذکر است که تحقیقات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هنوز در آغاز راه است و بنابراین شواهد بیشتری در خصوص مکانیزم عمل این درمان لازم و ضروری است. گرچه شواهدی وجود دارد مبنی بر این که تغییر در پذیرش و گسلش و نه تغییر در محتوای شناختی یا هیجانی میانجی پیامدها هستند، اما کارهای بیشتری در این زمینه و مخصوصا در ایران لازم است.

با توجه به اینکه تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری با در نظر گرفتن سطح تحول روانی-معنوی افراد یکسان نبوده و نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی مراجعان با سطح تحول

روانی-معنوی پایین موثرتر بوده و درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی مراجعان با سطح تحول روانی-معنوی بالا اثرگذاری بهتری دارد؛ می توان تاثیر مشابه درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی مراجعان را به عدم توجه به سطح تحول روانی-معنوی آنها نسبت داد. چراکه زمانی که این متغیر بعنوان متغیر تعدیل گر وارد می شود، همانطور که در پژوهش حاضر نشان داده شد، این دو درمان تاثیر یکسانی نخواهند داشت. بنابراین به نظر می رسد لزوم توجه به متغیرهای معنوی مراجعان در بررسی تاثیر شیوه های درمان و مقایسه رویکردهای درمانی مختلف از اهمیت بالایی برخوردار است.

محدودیت های پژوهش: با یادآوری برخی محدودیت های پژوهش حاضر، تفسیر و تعمیم نتایج این پژوهش باید با احتیاط صورت گیرد. نخست آنکه پژوهش حاضر در مورد جمعیت دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس انجام شد. بنابراین، در تعمیم نتایج به سایر گروه ها از جمله دانشجویان دیگر دانشگاه ها و همچنین جمعیت بالینی باید احتیاط لازم صورت گیرد. همچنین به دلیل روش مطالعه مورد منفرد، یک نمونه حداقلی مورد ارزیابی و تحلیل قرار گرفت. بدیهی است که استفاده از روش های دیگر مثل روش شبه تجربی می تواند به افزایش توان آماری روش های بکار رفته و قدرت تعمیم نتایج بیانجامد.

منابع

- اسکندری، حسین، پژوهی نیا، شیما، ابویسانی، یلدا. (۱۳۹۵). «تبیین مشکلات روانی مبتنی بر انعطاف پذیری شناختی و تمایز یافتگی خود». شفای خاتم، ۴(۳): ۱۹-۲۷.
- ایزدی، راضیه، نشاط دوست، حمید طاهر، عسگری، کریم، عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۳). «مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر علایم بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار». مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۲(۱): ۱۹-۳۳.
- ایفرت، جورج. اچ، مک کی، ماتيو، فوریست، جان. پی. (۲۰۰۶). کلید رهایی از خشم، پذیرش و تعهد درمانی: راهکاری جدید برای مسئله خشم. ترجمه محمدرضا کرامتی و علی مال میر. ۱۳۹۱. چاپ اول. تهران: نشر قطره.

پرزور، پرویز؛ میکائیلی، نیلوفر؛ معاضدی، کاظم؛ ابراهیمی، اباصلت. (۱۳۹۴). «پیش‌بینی سلامت عمومی بر اساس تصور مثبت و منفی از خدا در دانشجویان»، مجله سلامت و مراقبت، ۱۷(۱): ۳۰ تا ۳۹.

جان بزرگی، مسعود. (۱۳۹۷). *درمان چند بعدی معنوی: یک رویکرد خدا/سو*. چاپ اول. قم: انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

جان بزرگی، مسعود؛ فاکر، حسین؛ جان بزرگی، امین. (۱۳۹۰). «ارزیابی «تحول روانی-معنوی» درمانگران مراجعان مذهبی». *دوفصلنامه علمی-پژوهشی مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۵(۸): ۴۹-۷۰.

جان بزرگی، مسعود. (۱۳۸۷). «وضعیت تجربی درمانگری شناختی-رفتاری: یک مطالعه مروری روی فراتحلیل-گری‌ها». *دوفصلنامه مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۲(۳): ۷-۴۵.

جان بزرگی، مسعود؛ فاکر، حسین؛ جان بزرگی، امین. (۱۳۹۰). «ارزیابی «تحول روانی-معنوی» درمانگران مراجعان مذهبی». *دوفصلنامه علمی-پژوهشی مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۵(۸): ۴۹-۷۰.

دلجو، زهرا؛ جان بزرگی، مسعود؛ بزازیان، سعیده؛ موسوی، الهام. (۱۳۹۲). «رابطه سطح تحول روانی-معنوی و احساس تنهایی با اضطراب وجودی در دانشجویان». *دوفصلنامه مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۷(۱۳): ۵-۲۴.

رجبی، ساجده؛ یزدخواستی، ساجده. (۱۳۹۳). «اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام-اس». *روانشناسی بالینی*، ۶(۱): ۲۹-۳۸.

سلطانی، اسماعیل، شاره، حسین، بحرینیان، عبدالمجید، فرمانی، اعظم. (۱۳۹۲). «نقش واسطه‌ای انعطاف‌پذیری شناختی در ارتباط بین سبک‌های مقابله‌ای و تاب‌آوری با افسردگی». *پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)*، ۱۸(۲): ۸۸-۹۹.

طیبی نائینی، پری ناز، محمدخانی، شهرام، اکبری، مهدی، عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۶). «تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی کودکان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری»، *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۴(۳): ۹۱-۱۰۷.

عزیزی، آرمان، قاسمی، سیمین. (۱۳۹۶). «مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه حل مدار، شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه». فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۸(۲۹): ۲۰۷-۲۳۶.

علوی زاده، فرانک، شاکریان، عطا. (۱۳۹۵). «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم استرس، اضطراب و افسردگی زنان دارای تجربه روابط فرازنشویی (عاطفی، جنسی)». روان پرستاری. ۴(۶): ۱۴-۸.

فاضلی، مژگان، احتشام زاده، پروین. هاشمی شیخ شبانی، اسماعیل. (۱۳۹۳). «اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف پذیری شناختی افراد افسرده». اندیشه و رفتار، ۹(۳۴): ۲۶-۳۶.

فراهانی، حجت الله، عابدی، احمد، آقامحمدی، سمیه، کاظمی، زینب. (۱۳۹۲). «مبانی کاربردی طرح‌های مورد منفرد در پژوهش‌های علوم رفتاری و پزشکی». چاپ اول، تهران: انتشارات روانشناسی و هنر.

فروتنی، محمدرضا. (۱۳۸۴). «بررسی افسردگی در دانشجویان مراکز آموزش عالی». فصلنامه پرستاری ایران، ۱۸(۴۱-۴۲): ۱۲۳-۱۳۰.

فری، مایکل. (۲۰۰۷). راهنمای ۲۵ جلسه عملی شناخت درمانی گروهی. ترجمه مسعود جان بزرگی. ۱۳۸۸. چاپ اول. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

فناپی، سعیده، غضنفری، احمد، حبیب الهی، اعظم. (۱۳۹۴). «اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری به شیوه‌ی گروهی بر سلامت روان و انعطاف‌پذیری روانشناختی افراد دارای اضافه وزن». مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت، ۲(۲): ۲۸-۳۸.

یاسایی سکه، معصومه، شفیق آبادی، عبدالله، فرزاد، ولی الله. (۱۳۹۶). «مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی بیماران همودیالیزی». ویژه‌نامه سومین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روان‌شناسی، مشاوره و علوم رفتاری، ۱۹(۳): ۲۲۰-۲۳۰.

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

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

- Carbonella J. Y., & Timpano K. R. (2016). "Examining The Link Between Hoarding Symptoms and Cognitive Flexibility Deficits". *Behav Ther.* 47(2): 262-73.
- Dennis, JP., Vander Wal, JS. (2010). "The Cognitive Flexibility Inventory: Instrument Development and Estimates of Reliability and Validity". *Cogn Ther Res*, 34(3), 241-53.
- Everett L. Worthington, Jr. (2005). *Handbook of Forgiveness*. New York: Routledge.
- Ferguson, C.J.(2009). "An Effect Size Primer: A Guide for Clinicians and Researchers". *Professional Psychology: Research and Practice*. 40(5): 532-538.
- Gan, Y., Zhang, Y., Wang, X., Wang, S., & Shen, X. (2006). "The Coping Flexibility of Neurasthenia and Depressive Patients". *Pers Individ Diff* , 40(5):859-71.
- Genia, V. (1996). "I, E, Quest, and Fundamentalism as Predictors of Psychological and Spiritual Well-being". *Journal for the Scientific Study of Religion*, 35(1): 56-64.
- Genia, V. (2000). "Religious Issues in Secularly Based Psychotherapy". *Counseling & Values*, 44(3): 213-221.
- Gunduz, B. (2013). "Emotional Intelligence, Cognitive Flexibility and Psychological Symptoms in Preserviceteachers". *Educ Res Rev*. 8(13): 1048-56.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2010). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer Science and Business Media Inc.
- Hayes, S.C.; Luoma, J.B.; Bond, F.W.; Masuda, A. & Lillis, J. (2006). "Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes". *Behaviour Research and Therapy*, 44(1): 1-25.
- Hodges, S., (2002). "Mental Health, Depression, and Dimensions of Spirituality and Religion". *Journal of Adult Development*. 9(2): 109-115.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). "Acceptance and Mindfulness-based Therapy: New Wave or Old Hat?", *Clinical Psychology Review*, 28: 1-16.
- Johnco, C., Wuthrich, V.M., Rapee, R.M. (2016). "The Influence of Cognitive Flexibility on Treatment Outcome and Cognitive Restructuring Skill Acquisition During Cognitive Behavioural Treatment for Anxiety and Depression in Older Adults: Results of a Pilot Study". *Behaviour Research and Therapy*, 57: 55-64.
- Kashdan T. B., Rottenberg J. (2010). "Psychological Flexibility as a Fundamental Aspect of Health". *Clin Psych Rev*; 30: 865-878.
- Kato, T. (2016). "Relationship Between Coping Flexibility and The Risk of Depression in Indian Adults". *Asian Journal of Psychiatry*, 24: 130-134.
- Kessler, R. C., Bromet, E. J. (2013). "The Epidemiology of Depression Across Cultures". *Annu Rev Public Health*, 34, 119-138.

- Leahy, R. L. (2008). *Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide*. Gullford Press.
- Masuda, A., & Tully, E. C. (2012). "The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample". *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*. 17 (1): 66-71.
- McCracken, L. M. & Martínez, O. G. (2011). "Processes of Change in Psychological Flexibility in an Interdisciplinary Group-based Treatment for Chronic Pain Based on Acceptance and Commitment Therapy". *Behaviour Research and Therapy*, 49: 267-274.
- McCullough, H. G. K. & Larson, D. B. (1999). "Religion and Depression: a Review of The Literature". *Twin researches*. 2(2): 126-136.
- McDonald, G. (2006). "What is Mental Health?". In M. Cattan, & S. Tilford, *Mental health promotion: A life span aproach*. NewYork: Open University Press.
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2012). "Cognitive Behavioral Therapy for Substance Use Disorders". *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3): 511-505.
- Meiran, N., Diamond, G.M., Toder, D., Nemets, B. (2011). "Cognitive Rigidity in Unipolar Depression and Obsessive Compulsive Disorder: Examination of Task Switching, Stroop, Working Memory Updating and Post – Mindfulness: The Role of Trait Anxiety, Attachment Anxiety and Attentional Control", *Personality and Individual differences*, 46: 94-99.
- Moore, R. C., Garland, A. (2003). *Cognitive Therapy for Chronic and Persistent Depression*. John Wiley & Sons Ltd.
- Murphy, P. E., Ciarrocchi, J. W., Piedmont, R. L., Cheston, S., Peyrot, M., & Fitchett, G. (2000). "The Relation of Religious Belief and Practices, Depression, and Hopelessness in Persons with Clinical Depression". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6): 1102-1106.
- Osilla, K. C., Hepner, K. L., Muñoz, R. F., Woo, S., & Watkins, K. (2009). "Developing an Integrated treatment for substance use and depression using cognitive-behavioral therapy". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(4): 410-402.
- Ost, L. G. (2014). "The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An Updated Systematic Review and Meta-analysis". *Behaviour Research and Therapy*, 61: 105-121.
- Pargament, K. (1990). "God Help Me: Religious Coping Efforts as Predictors of The Outcomes to Signigicant Negative Life Events". *American Journal of Community Psychology*. 18: 793-824.
- Peterson, B. D., Eifert, G. H. (2011). "Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Infertility Stress". *Cogn Behav Pract.*;18(4): 577-587.
- Phillips, R.E., Pargament, K.I., Lynn, O.K., crossley, C.D. (2004) "Self-Directing Religious Coping: A Deistic God, Abandoning God, or No God at all?". *Journal for the Scientific Study of Religion*. 43(3): 409-418.

- Preiss, M., Kucerova, H., Lukavsky, J., Stepankova, H., Sos, P., Kawaciukova, R. (2009). "Cognitive Deficits in The Euthymic Phase of Unipolar Depression". *Psychiatry Res*, 169(3): 23-39.
- Richards, P. S., Bartz, J. D., and O'Grady, K. A. (2009). "Assessing Religion and Spirituality in Counseling: Some Reflections and Recommendations". *Counseling and Values*, 54: 65-79.
- Robyn, D., Walsler, D. W., Garvert, E., Karlin, M., Trocke, I., & Danielle, M. (2015). "Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Treating Depression and Suicidal Ideation in Veterans". *Behavior Research and Therapy*, 74: 05-31.
- Ruiz, F. (2012). "Acceptance and Commitment Therapy Versus Traditional Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review and Meta Analysis of Current Empirical Evidence". *Int J Psychol Psychol Ther*. 12(3): 333-357.
- Sharma, A. (2018). "Spirituality and Modern Day Life: A Conceptual Model". *PURSHARTHA*, Vol.X, No. 2: 69-81.
- Sorajjakool, S., Aja, V., Chilson, B., Ramirez-Johnson, J., & Earll, A. (2008). "Disconnection, Depression and Spirituality: A Study of The Role of Spirituality and Meaning in The Lives of Individuals with Sever Depression". *Pastoral psychology*. 56: 521-532.
- Sugarman, D. E., Nich, C., & Carroll, K. M. (2012). "Coping Strategy Use Following Computerized Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders". *Psychology of Addictive Behaviors*, 04(4): 689-695.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., Williams, JMG., Ridgeway, VA., Soulsby, JM., Lau, MA. (2000). "Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulnessbased Cognitive Therapy". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68: 615-623.
- Twohig, M. P., & Whittal, M. L. (2008). "An Evaluation of Mechanisms of Action in ACT, CT, and RFT Forced". Paper presented at the Annual Conference of the Association for Behavior Analysis, May 04-07, Chicago, IL.
- Vakili, Y., Gharraee, B., Habibi, M., Lavasani, F., Rasoolian, M. (2014). "The Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Their Combination in The Treatment of Adults with Obsessive-Compulsive Disorder". *Zahedan J Res Med Sci*. 16(Suppl 1): 10-14.
- Weathers, E. (2018). "Spirituality and Health: A Middle Eastern Perspective". *Religions*, 9(33): 17 pages.
- Williams, V. (2017). "Exploring Religion and Spirituality in Psychological Therapy". Thesis submitted for the degree of Master of Philosophy, University of Leiceste.
- World Health Organization. (2016). Depression. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.
- Zong, J. G., Cao, X. Y., Cao, Y., Shi, Y. F., Wang, Y. N., Yan, C., et al. (2010). "Coping Flexibility in College Students with Depressive Symptoms". *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 66, <http://www.hqlo.com/content/8/1/66>.