

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

معرفی مدل های مداخله شناختی رفتاری مذهبی در درمان اضطراب و اختلال وسواسی - جبری





-
- عنوان و نام پدیدآور : معرفی مدل‌های مداخله‌شناختی رفتاری مذهبی در درمان اضطراب و اختلال وسواسی - جبری /
تالیف عباس رضائی ... او دیگران [برای] بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء،
تهران : میرماه ، ۱۳۹۳ .
- مشخصات نشر :
مشخصات ظاهری : ۸۸ ص.
شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۰۹۹-۳ ریال: ۶۱۰۰۰
- وضعیت فهرست نویسی : فیپا
یادداشت : Introduction of Religious Cognitive Behavioral Models in :
the treatment of anxiety and obsessive – compulsive disorder.
ص.ع. به انگلیسی:
- یادداشت : تالیف عباس رضائی فرانی، هادی کاظمی، پیرحسین کولیوند، محبوبه دادفر، فاضل بهرامی.
یادداشت : کتابنامه: ص. ۷۳-۸۷.
- موضوع : وسواس -- جنبه‌های مذهبی -- اسلام
موضوع : وسواس -- درمان
- شناسه افزوده : رضائی فرانی، عباس، ۱۳۴۵ -
شناسه افزوده : بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص). مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا
- رده بندی کنگره : ۱۳۹۳ / ۶۵ / ۲۳۲ BP
رده بندی دیویی : ۲۹۷ / ۴۸۵
شماره کتابشناسی ملی : ۳۶۵۱۷۷۶
-

معرفی مدل های مداخله شناختی رفتاری مذهبی در درمان اضطراب و اختلال وسواسی - جبری

تألیف:

دکتر هادی کاظمی

عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد
و رئیس مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا

دکتر عباس رضائی فرانی

روانشناس بالینی
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان

محبوبه دادفر

دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی
دانشگاه علوم پزشکی ایران - پردیس بین الملل

پیر حسین کولیوند

رئیس سازمان امداد و نجات هلال احمر
و معاون مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا

دکتر فاضل بهرامی

استادیار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی



میراث

۱۳۹۳ شمسی



معرفی مدل‌های مداخله شناختی رفتاری مذهبی در درمان اضطراب و اختلال وسواسی - جبری



تألیف: دکتر عباس رضائی فرانی، دکتر هادی کاظمی، پیرحسین کولیوند، محبویه دادفر، دکتر فاضل بهرامی

ناشر: میرماه

گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده

لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند

صحافی: عطف

نوبت و سال انتشار: نخست/ ۱۳۹۳

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

قیمت: ۶۱۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۰۹۹-۳

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا محفوظ است.

خیابان ولیعصر (عج) - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)

تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انتشارات میرماه: تخریش، دزاشیب، خیابان شهید رضائی، کوی شهید مرتضی عباسی، پلاک ۲، واحد ۲

تلفن: ۲۲۷۲۲۹۰۱-۲ و ۲۲۷۵۹۲۰۳-۴ فاکس: ۲۲۷۱۹۵۲۳

پیشگفتار

از آن جا که در بسیاری از رویکردهای مشاوره به ویژه رویکردهای انسان‌گرایانه توجه به خواسته‌ها، ارزش‌ها، تمایلات و اعتقادات مراجع مورد تاکید است، در استفاده از رویکرد درمانی در جامعه اسلامی نگرش اسلام به انسان، آفرینش هدف مند وی که در جهان بینی افراد مسلمان و نگرش آنان به زندگی نمودار می‌گردد، در درمان بسیاری از اختلالات نوروتیک نظیر اضطراب، افسردگی و وسواس باید مورد توجه درمانگر قرار گیرند. به استناد این مطلب که استفاده از نگرش، آموزش‌ها، آداب و عبادات دینی در قالب رویکردهای شناخت درمانی و رفتار درمانی نتایج مطلوب‌تر درمانی را در درمان افراد معتقد به دین دربردارد، بدیهی است به عنوان یک اصل در هر برنامه‌ریزی درمانی علاوه بر ارزیابی آسیب شناختی، دیدگاه‌ها، ارزش‌ها و اعتقادات فرد در کنار ویژگی‌های جمعیت شناختی و سایر اطلاعاتی که در یک مصاحبه تشخیصی گردآوری می‌گردد، باید مورد توجه و ارزیابی قرار گیرد تا به عنوان خزانه فکری مراجعه کننده در فرایند درمان مورد بهره برداری قرار گیرد. امر خطیری که متقدمین علم روان‌شناسی بدان توجه زیادی نشان می‌دادند و پس از یک دوره انکار این وجه مهم انسانی توسط درمانگران، اخیراً نیز توسط بسیاری از نویسندگان مورد تاکید قرار گرفته و برای چاپ تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی انجمن روانپزشکی امریکا نیز توصیه شده است (بیان زاده، ۱۳۷۶).

استفاده از روش‌های دینی در درمان بیماری‌های روانی در دو دهه اخیر مورد توجه و بررسی پژوهشگران

و روان‌درمانگران قرار گرفته است و گزارش‌های چندی در خصوص اثربخشی این روش انتشار یافته است (اظهر، وارمه و داراپ، ۱۹۹۴، اظهر و وارمه، ۱۹۹۵، پریستر، ۲۰۰۱). بر اساس یافته‌های اکثر پژوهش‌ها به نظر می‌رسد که بیماران دارای مشکلات روان‌شناختی با توجه به داشتن زمینه‌های دینی، از روان‌درمانی‌هایی که محتوای دینی نیز دارد، بیشتر بهره خواهند گرفت. به عبارتی، به نظر می‌رسد که اضافه کردن یک برنامه بر پایه قواعد دینی در بهبود علائم بیماری نقش موثری داشته باشد (بیان‌زاده، ۱۳۷۶، دادفر، ۱۳۷۶).

تکنیک‌های شناختی- رفتاری مذهبی نوعی روان‌درمانی می‌باشد که عبارت است از اقدامی سیستماتیک به منظور رفع بیماری روانی در یک رویکرد شناختی- رفتاری مذهبی که در آن از روش تجربی نگری توأم با همکاری استفاده می‌شود. استفاده و به‌کارگیری مقوله‌های مذهبی در جلسات روان‌درمانی با رویکردهای شناختی- رفتاری و با توجه به زمینه‌های فرهنگی و باورهای دینی مردم ما می‌تواند تأثیر سریع‌تر، عمیق‌تر و پایدارتری را در بیماران مبتلا به اضطراب و اختلال وسواسی- جبری به دنبال داشته باشد و از این طریق درمان مطلوب حاصل آید (بوالمهری، نوری قاسم آبادی و رضانی فرانی، ۱۳۷۸، نظیری، دادفر و کریمی کیسمی، ۱۳۸۴، بهرامی و رضانی فرانی، ۱۳۸۴، کاظمی، کولیوند، بهرامی، رضانی فرانی و دادفر، ۱۳۹۲، بهرامی، دادفر و دادفر، ۱۳۹۳، دادفر، نظیری و دادفر، ۲۰۱۴، کامکار، فضلی‌نژاد و کامکار، ۲۰۱۴).

بر این اساس ضرورت دارد تا درمان شناختی- رفتاری مذهبی در درمان بیماران مسلمان و ایرانی به کار گرفته شود. ضروری است این نظریه‌ها و مفروضات طی پژوهشی که روش‌شناسی تحقیق و فرآیند درمانی آن بر اساس روش‌ها و اصول مورد قبول علمی استوار می‌باشد، در عمل آزمایش شود و چنانچه نتایج مثبت عاید گردد، به عنوان روش‌های جایگزین در روان‌درمانی‌های کلاسیک که برای بیماران مبتلا به اضطراب و اختلال وسواسی- جبری مسلمان و ایرانی مورد استفاده می‌باشد، معرفی و توصیه گردد.

مؤلفین

۱۳۹۳ شمسی

فهرست

معرفی مدل‌های مداخله شناختی رفتاری مذهبی در درمان اضطراب و اختلال وسواسی-جبری...۱۱	۱۱
نقش دین در بهداشت روان و فرایندهای روان درمانی.....۱۱	۱۱
۱- دین و بهداشت روانی.....۱۵	۱۵
۲- دین و مقابله با فشار روانی.....۱۹	۱۹
۳- مقابله‌های دینی و سلامت روانی.....۲۲	۲۲
۴- دیدگاه افراد متدین در مورد جهان.....۲۴	۲۴
انتظارها و ارجحیت‌های مربوط به مذهب در مشاوره و روان درمانی.....۲۵	۲۵
۵- چگونگی پاسخ افراد متدین به مداخله‌های مشاوره‌ای و روان درمانی.....۲۵	۲۵
۶- فنون دینی مورد استفاده در روان درمانی.....۲۶	۲۶
مدل مداخله شناختی رفتاری مذهبی در درمان اضطراب.....۴۲	۴۲
فرآیند درمان شناختی رفتاری مذهبی اضطراب.....۴۴	۴۴
مدل مداخله شناختی رفتاری مذهبی در درمان اختلال وسواسی جبری.....۶۴	۶۴
فرآیند درمان شناختی- رفتاری مذهبی اختلال وسواسی جبری.....۶۶	۶۶
منابع.....۷۳	۷۳

معرفی مدل‌های مداخله شناختی رفتاری مذهبی در درمان اضطراب و اختلال وسواسی - جبری

نقش دین در بهداشت روان و فرایندهای روان درمانی

هنگامی که انسان دردمند و تنها، ناامید از کمک دیگران در کاهش دردهای جسمی یا روانی خود راهی به جایی نمی‌یابد، هنگامی که امید بهبودی از بیمار مبتلا به اختلال روانی یا جسمانی با سیری مزمن و پیش رونده سلب می‌شود و درمان‌های کلاسیک کمکی به او نمی‌کنند، تنها راهی که برای نجات از اضطراب، افسردگی و دردهای جان گاه او باقی می‌ماند یاری جستن از ایمان و باور دینی است (کالابرس، ۱۹۸۷).

باور به قدرت خداوند و نیایش او و سر نهادن به خواست و اراده الهی، در تسکین دردها به انسان توان تحمل می‌دهد. در این حال است که نیازهای روحی تامین می‌شوند، سرمایه‌های اخلاقی تبلور می‌یابند و انسان توان آن را می‌یابد که از جسم خود دور گردد و درد را حس نکند، یا آن چنان آرامش یابد که تنش را تجربه ننماید (گالانتر، ۱۹۸۲).

رفتارهایی از قبیل توکل به خداوند، صبر، دعا، زیارت و غیره می‌توانند از طریق ایجاد امید به نگرش‌های مثبت باعث آرامش درونی فرد شوند. باور به این که خدایی هست که موقعیت‌ها را کنترل می‌کند و مسئول عبادت کننده هاست، تا حد زیادی اضطراب مرتبط با موقعیت را کاهش می‌دهد، به طوری که اغلب افراد مومن، ارتباط خود را با خداوند مانند ارتباط با یک دوست بسیار صمیمی توصیف می‌کنند و معتقدند که می‌توان از طریق اتکا و توسل به خداوند، اثر موقعیت‌های غیر قابل کنترل را به طریقی کنترل کرد (کرال و شیهان، ۱۹۸۹).

افراد متدین به هر نسبت که ایمان قوی و محکم داشته باشند از بیماری‌های روانی مصون‌تر هستند. از جمله آثار ایمان دینی، آرامش خاطر است. ایمان دینی به حکم این که به انسان که یک طرف معامله است، نسبت به هیجان که طرف دیگر معامله است، اعتماد و اطمینان می‌بخشد، دلهره و نگرانی نسبت به رفتار جهان را در برابر انسان از میان می‌برد و به جای آن به او آرامش خاطر می‌دهد (مطهری، ۱۳۷۵).

به عقیده بواله‌ری (۱۳۷۶) دین، روان‌شناسی و روان‌پزشکی از بدو ظهور و گسترش فعالیت‌های خود، اهداف مشترکی چون اصلاح احساسات، تفکرات و رفتارهای فردی و گروهی داشته‌اند.

از نظر داویدیان (۱۳۷۶) ایمان، معتقدات مذهبی، دستورات دینی، مراسم و آیین‌های مذهبی همه عواملی هستند که می‌توانند در امر درمان و پیش‌گیری از اختلالات روانی به نحو موثری به کار برده شوند به شرط آن که، روش به کارگیری آنها آموخته شود و موارد استفاده از آنها شناخته شود، مخصوصاً این که افراد، چه سالم و چه بیمار، و چه درمان‌گر و درمان‌شونده، از لحاظ درجه ایمان و میزان دین‌داری تفاوت‌های فاحشی با یکدیگر دارند. برخورد آنها با مسایل دینی متفاوت است و انتظارات آنان از دین یکسان نیست.

روان‌درمانی دینی رویکردی نوین در درمان بیماری‌های روانی و اختلالات عاطفی است که به تحقیق می‌توان ریشه آن را در کارهای یونگ پیدا کرد. دین و سلامت روان هر دو به منزله یک سیستم با عوامل بی‌شماری در ارتباط هستند. آن‌طور که واندرزاندن (۱۹۹۳)

می‌گوید در گذشته‌های دور و حتی در حال حاضر در بعضی از نقاط، مسئولیت درمان بیماران با افرادی است که با نیروی مافوق طبیعی کار می‌کنند (رمضانی، نوبای نژاد و بواله‌ری، ۱۳۷۶). اعتقادات و اعمال دینی، نیاز انسان در جهان هستی است. نیاز به فهمیدن مبدأ وجود، هدف زندگی و نقش انسان در زندگی، نحوه ارتباط انسان با دیگران و پاسخ انسان به جهان هستی از جمله این نیازهای دینی است. این نیاز بشر در تمام دوران و در تمام جوامع مطرح بوده است (ساجمن و ماتوز، ۱۹۸۸).

نقش دین در رابطه با بهداشت و شفا از قرون بسیار دور شناخته شده بود. در طول هزاران سال، دین و پزشکی در مداوا و کاهش رنج‌های انسان شریک یک دیگر بوده‌اند (همان منبع). اما نقش دین در مورد اساس وجودی انسان و شفای انسان موضوع پژوهش‌های چندانی قرار نگرفته است (لارسون و همکاران، ۱۹۸۶). شاید فقدان بررسی‌های دقیق علمی ناشی از اثرات باقیمانده انقلاب علمی رنسانس باشد. رشد و اوج‌گیری موفقیت‌های علمی در این دوران تنش جدیدی ایجاد کرد و نهایتاً پزشکی و دین را جدا نمود و بدین امر منجر گردید که دین به مراقبت از روح و پزشکی به مراقبت از بدن و سپس روان محدود گردید. به این ترتیب، مذهب فقط و فقط به ایمان محدود گردید که بنا به ماهیتش قابل تصدیق و اثبات نبود و از این رو پژوهش‌های غیر علمی و پژوهش‌هایی که متکی بر داده‌ها نبود، اجرا گردید. در نتیجه بررسی‌های علمی اندکی در مورد تاثیر دین بر سلامتی صورت گرفت. این در حالی است که دین هم چنان عاملی اصلی در زندگی بسیاری از انسان‌هاست و اعمال مذهبی به طور رایجی در جمعیت عادی وجود دارد. با وجود آمارهای چشم‌گیر در مورد تاثیر دین بر زندگی مردم، پژوهش‌گران به اثر این متغیر در بهداشت و سلامت جسمانی و روانی غفلت کرده‌اند و فقط در سال‌های اخیر است که باور و اعتقادات دینی مورد پژوهش علمی قرار گرفته‌اند (همان منبع).

امروز بیش از هر زمان دیگر نیازمند تفکر و اندیشه در باب تاثیر گذاری تقیدات دینی بر تمامی امور انسانی به ویژه مسائل عاطفی و روحی هستیم. امروزه بسیاری از اندیشمندان و صاحب نظران بر این باورند که مذهب تاثیر انکارناپذیری بر سلامت روح و جسم و دیگر ابعاد

زندگی بشر دارد، و در میان ادیان الهی، دستورات اسلام پیرامون بهداشت جسم، روان و سایر امور، کامل‌ترین فرامین است، به ترتیبی که طبقه بندی رفتار از نظر اسلام متاثر از مفاهیم بهنجار و نابهنجار است. افزون بر آن، رفتار دارای دو بعد دیگر شامل: (۱) بعد اعتقادی؛ یعنی موضع‌گیری فلسفی در قبال هستی و (۲) بعد روانی است. تا زمانی که سلامت و بهنجاری اعتقادی حاصل نشود، سلامت روانی هم حاصل نمی‌شود. باید گفت که این دو صفت به طور اجمالی رفتار اسلامی فرد مقید و پایبند را نشان می‌دهند، یعنی رفتار سالم و بهنجار را در تمامی معانی آن (مطهری، ۱۳۷۵).

بسیاری از فرهنگ‌ها افزون بر درمان‌های پزشکی کلاسیک، روش‌های سازمان یافته‌ای برای مقابله با بیماری‌های بدنی و روانی در خود دارند. در این راستا همواره ایمان و اعتقاد دینی دارای اهمیت بوده و درمان مبتنی بر ایمان به خداوند به عنوان نیروی مافوق طبیعت، سابقه‌ای دیرینه در بین پیروان ادیان گوناگون داشته است (نس و ویتروپ، ۱۹۸۱). گرچه امروزه درمان بیماری‌های بدنی و روانی در پزشکی مبتنی بر استفاده از روش‌های مرسوم پزشکی، فیزیکی و شیوه‌های متداول روان‌درمانی است و بیشترین تأکید در این روش‌ها در کتب آموزشی مشاهده می‌شود، بررسی‌های بین فرهنگی که توسط روان‌پزشکان، روان‌شناسان و متخصصین مردم‌شناسی انجام شده نشان می‌دهد که رابطه ایمان و اعتقاد دینی با بهبودی نه تنها در جوامع شرقی بلکه در پیروان ادیان سراسر جهان موضوعی ثابت شده است. بنابراین، استفاده از این نیروی بالقوه در بهبودی بیماری‌های بدنی و اختلالات هیجانی و رفتاری آثار موثر درمانی را دربر دارد (فاوازا، ۱۹۸۲).

باید به یاد داشت که بروز بیماری صرفاً تحت تأثیر عوامل فیزیکی و زیستی نبوده و جسم و روان هر دو در بروز بیماری موثرند. تردیدی نیست که پزشکی نوین پیشرفت‌های زیادی نموده و سیر شتابانی نیز در دست یابی به دقیق‌ترین روش‌ها برای درمان بیماران دارد. تکنولوژی جدید پزشکی با پیچیده‌ترین ابزارها به کمک پزشکان آمده و آخرین روش‌های تشخیصی جراحی و طبی از یک سو و شیوه‌های دقیق روان‌درمانی مبتنی بر تازه‌ترین یافته‌های روان‌شناختی از سوی دیگر برای درمان و کاستن دردهای جسمی - روانی انسان به کار گرفته

می‌شود، با این حال انسان دردمند در چنگال بسیاری از بیماری‌ها اسیر مانده و این پیشرفت‌ها گره‌گشای مشکلات نمی‌گردد. از آن جا که بینش و ارتقا انسان به دین و ایمان به اصول الهی در بهبود سیر بیماری، کاستن از درد و رنج و افزایش تحمل عوارض بیماری نقش تعیین‌کننده‌ای دارد، به کارگیری این نیروهای بالقوه و ارزش مند، دارای اهمیت است.

بهترین شیوه برای بررسی نقش دین در سلامت روان و فرآیندهای روان درمانی این است که کنش دین را از لحاظ روان‌شناختی به چند جنبه تقسیم نماییم. آن گاه در هر جنبه به بررسی شواهد پژوهشی موجود بپردازیم تا نتیجه گیری آسان شود. می‌توان شواهد پژوهشی و تجربی نقش دین از لحاظ روان‌شناختی را در شش محور زیر طبقه بندی کرد:

۱. دین و بهداشت روانی

۲. دین و مقابله با فشار روانی

۳. مقابله‌های دینی و سلامت روان

۴. دیدگاه افراد دینی در مورد جهان

۵. چگونگی پاسخ افراد متدین به مداخله‌های روان درمانی و مشاوره‌ای

۶. فنون دینی مورد استفاده در روان درمانی.

۱- دین و بهداشت روانی

همان‌طور که قبلاً ذکر گردید الیس (۱۹۸۱) معتقد بود که دین با غیر منطقی بودن در ارتباط است. این اعتقاد الیس، برخی از اندیشمندان را بر آن داشت تا به کنکاش در مورد درستی یا نادرستی این فرضیه بپردازند. برگین، رینولدز و سالیوان (۱۹۹۱) با فرا تحلیل، ۲۴ مقاله پژوهشی، به بررسی رابطه بین دین و بهداشت روانی پرداختند و نتیجه گرفتند که پژوهش‌های انجام شده در این مورد به طور کلی نشان داده‌اند که مذهب تاثیر منفی بر بهداشت روانی ندارد. در مجموع، رابطه بین دین و بهداشت روانی مثبت است. با این وجود، افرادی که دارای دین درونی هستند، یعنی معتقدند که دین در ذات آنها ریشه دارد، در مقایسه با افرادی که دین بیرونی دارند، یعنی دین را وسیله‌ای برای دست یابی به چیز دیگری می‌دانند،

بهداشت روانی مثبت‌تری دارند. افراد دارای مذهب درونی، سلامت روان بالاتری دارند و افراد دارای دین بیرونی احتمالاً پی آمدهای منفی‌تری را تجربه می‌کنند (دوناهو، ۱۹۸۵). لیکن آن چه در این پژوهش‌ها مبهم است عدم صراحت در تعریف بهداشت روانی است. پژوهش‌ها در ابتدا، بهداشت روانی را یا به صورت فقدان مشکلات روان‌شناختی و یا به صورت وجود رفتار جامعه‌گرایانه (یا هر دو) در نظر می‌گرفتند. یافته عمده چنین پژوهش‌هایی این است که مفهوم بهداشت روانی مقوله‌ای پیچیده بوده و ارتباط آن با دین به تعریف بهداشت روانی یا دین هر دو بستگی دارد. برگین، بهداشت روانی مثبت را با جایگاه مهار درونی، صفات انگیزشی ذاتی، جامعه‌گرایی، احساس بهزیستی، مسئولیت، کنترل خویشتن، توانایی تحمل، میل به برداشت و تفسیر خوب و مثبت، پیشرفت از طریق هم‌رنگی و کارآمدی عقلانی برابر می‌داند. به نظر می‌رسد که این ویژگی‌های بهداشت روانی مثبت مورد توافق اغلب متخصصان بهداشت روانی است (جنسن و برگین، ۱۹۸۸). برگین (۱۹۹۱) به این نتیجه رسیده است که دین‌گرایی درون‌زاد با ویژگی‌های فوق در ارتباط است. به همین دلیل نیز تجربه افراد دارای دین درونی و بیرونی از رویدادهای زندگی متفاوت است. طبیعی است که افراد دارای دین درونی سعی دارند رویدادها را به شکل مثبت‌تر و به شکل آزمایش‌های الهی در نظر بگیرند و در نتیجه آنها را فرصتی برای رشد و پیشرفت به شمار آورند. این افراد به دلیل قابلیت‌هایی که دارند سعی می‌کنند تا از الگوهای شخصیتی مشابه به سخت‌کوشی روان‌شناختی برای مبارزه با بحران‌های زندگی استفاده کنند. می‌دانیم که سخت‌کوشی روان‌شناختی دارای سه مؤلفه مشارکت، کنترل و مبارزه است. به همین دلیل نیز با توجه به ویژگی‌های سخت‌کوشی روان‌شناختی و صفات مطرح شده فوق در خصوص افراد دارای دین درونی، این افراد توانایی بهتری برای مقابله با فشار روانی و رویدادهای زندگی دارند.

افزون بر این، پژوهش دیگری نشان داده است که افراد دارای دین درون‌زاد موقعیت آزمایشی را به صورت دینی توصیف می‌کنند. در حالی که افراد غیر دینی چنین موقعیتی را به شکل غیر دینی توصیف می‌نمایند (هودا و همکاران، ۱۹۹۰). هم‌چنین افراد دارای گرایش بالای دینی، خشنودی بیشتری از زندگی دارند، شادمانی بیشتری دارند و در مواجهه با

معرفی مدل‌های مداخله شناختی رفتاری مذهبی / ۱۷

رویدادهای رنج زای زندگی پی آمدهای روانی - اجتماعی منفی کمتری را نشان می‌دهند (الیسون، ۱۹۹۱).

گارتنر و همکاران (۱۹۹۱) در زمینه سلامت روانی و اعتقادات مذهبی شش مقاله را بررسی کرده و دریافتند که در تمام این مطالعات بین اعتقادات دینی و سلامت روانی رابطه مثبتی وجود دارد (به نقل از پهلوانی و همکاران، ۱۳۷۶).

وتیر و همکاران (۱۹۸۵) نشان دادند که ۲۰ تا ۶۰ درصد متغیرهای سلامت روانی افراد بالغ توسط باورهای دینی تبیین می‌شود (به نقل از نیلمن و پرساد، ۱۹۹۵). در مطالعه دیگری ویلیتز و کریدر (۱۹۸۸) نشان دادند که در یک نمونه ۱۶۵۰ نفری با میانگین سنی ۵۰ سال، نگرش‌های دینی با سلامت روانی رابطه مثبتی دارند.

چامبرلیند و همکاران (۱۹۸۷) طی مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که بین دین دار بودن، معنی داری زندگی و سلامت روانی ارتباط معنی داری وجود دارد (به نقل از پین و همکاران، ۱۹۹۲).

در یک مطالعه که در آن ۸۳۶ بزرگسال با میانگین ۷۳/۴ سال شرکت داشتند روشن شد که بین سه شاخص دین دار بودن (فعالیت‌های مذهبی غیر سازمان یافته، فعالیت‌های دینی سازمان یافته و دین دار بودن درونی) و روحیه داشتن و دل گرمی به زندگی هم بستگی مثبتی وجود دارد. به ویژه میان دین دار بودن درونی و فعالیت‌های دینی سازمان یافته با دل گرمی به زندگی هم بستگی مثبتی وجود دارد (کونینگ و همکاران، ۱۹۸۸؛ به نقل از پین و همکاران، ۱۹۹۲).

نتیجه سایر پژوهش‌ها نیز حاکی از وجود تاثیر مثبت دین بر سازگاری و بهداشت روانی است. نس و وینتروب (۱۹۸۰)؛ براون، ندیبوس و گری (۱۹۹۰)؛ برگین، ماسترز و ریچاردز (۱۹۸۸)؛ لويس و مارکیدز (۱۹۸۸)؛ ویلیامز، لارسون و حکمان (۱۹۹۱)؛ هانس برگر (۱۹۸۵)؛ هاندل، بلاکر-لوپز و مورگن (۱۹۸۹)؛ کامستاک و پارتینگ (۱۹۷۲)؛ پولوما و پن دلتون (۱۹۹۱) تاثیر مثبت دین بر سلامت روانی، کاهش علائم بیماری، کاهش ناراحتی و آشفتگی را گزارش داده و از وجود یک رابطه مثبت بین دین و بهداشت روانی حمایت کردند.

در مجموع احتمالاً تاثیر مثبت دین بر بهداشت روانی به دلایل زیر است:

۱. دین می‌تواند موجب ایجاد معنی شود. بنابراین، دین به زیستن و مردن انسان معنی می‌بخشد (اسپیلکا، شارر و کیرک پاتریک، ۱۹۸۵). آنها ۳۶ مطالعه تجربی در مورد مرگ و درگیری دینی را مرور کردند و نتیجه گرفتند که ایمان قوی‌تر یا معتقد بودن به زندگی پس از مرگ با ترس کمتر از مرگ هم بستگی دارد. هم چنین افرادی که نمره بالاتری در شاخص دین دار بودن درونی داشتند، ترس کمتری را از مرگ گزارش کردند.
 ۲. دینی موجب امیدواری می‌شود و خوش بینی افراد را افزایش می‌دهد (شی‌یر و کارور، ۱۹۸۷؛ سلیگمن، ۱۹۹۱).
 ۳. دین به افراد متدین نوعی احساس کنترل و کارآمدی می‌بخشد که ریشه خدایی دارد و می‌تواند کاهش یافتگی کنترل شخصی را جبران کند (پارگامنت و همکاران، ۱۹۸۷).
 ۴. دین نوعی سبک زندگی سالم‌تر برای افراد تجویز می‌کند که بر سلامت و بهداشت روانی تاثیر مثبت دارد.
 ۵. دین مجموعه‌ای از هنجارهای اجتماعی مثبت است که اطاعت از آن موجب تایید، پشتیبانی و پذیرش از سوی دیگران می‌شود.
 ۶. دین نوعی احساس فراطبیعی به شخص می‌دهد که بدون تردید تاثیر روان‌شناختی دارد (برگین و پین، ۱۹۹۳).
- رضوانی، نوابی نژاد و بوالهروی (۱۳۷۶) پژوهشی با هدف بررسی ارتباط جهت‌گیری دینی درونی و برونی با سلامت روانی پیروان سه دین زرتشت، مسیحیت و اسلام انجام دادند. وسیله سنجش مقیاس جهت‌گیری دینی آلپورت و آزمون SCL-90-R بود. نمونه پژوهش شامل ۵۰۰ مرد و زن ۷۵ - ۵۵ ساله زرتشتی، مسیحی و مسلمان بود که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از نواحی پنج‌گانه، ناحیه مرکزی شهر تهران و از پنج منطقه (مناطق ۶، ۷ و ۱۲) به عنوان خوشه‌های اولیه؛ و از مناطق فوق‌واحدی از هر منطقه به عنوان خوشه ثانویه و از هر واحد، نمونه مورد نظر انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از ضریب هم‌بستگی پیرسون، تحلیل واریانس یک متغیره و دو متغیره و آزمون تعقیبی شفه، تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان

داد که: ۱. بین جهت گیری دینی درونی با سلامت روانی رابطه وجود دارد و هرچه نمره AROS کم می‌شود، نمره AROS بالا می‌رود (درونی می‌شود). بنابراین، هرچه فرد، دین‌داری درونی شده‌ای داشته باشد، سالم‌تر است. ۲. بین جهت گیری دینی برونی و سلامت روانی رابطه وجود دارد و هرچه نمره AROS کم می‌شود (برونی)، نمره AROS بالا می‌رود. آنها نتیجه گرفتند که کسانی که دین را در جهت رفع نیازهای اجتماعی خود می‌خواهند و به اصل آن توجه ندارند، از سلامت روانی برخوردار نیستند.

جلیوند (۱۳۸۰) پژوهشی با هدف بررسی رابطه سلامت روانی و پای بندی به تقیدات دینی (نماز) بر روی ۹۴۸ دانشجوی پزشکی (۴۴۷ نفر پسر) و (۴۸۲ نفر دختر) با استفاده از پرسشنامه GHQ و پرسشنامه ۲۸ سوالی سنجش میزان پای بندی عملی به تقیدات دینی (نماز) انجام داد. تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب هم بستگی اسپیرمن انجام گرفت. نتایج نشان داد که بین سلامت روانی و نماز رابطه وجود دارد.

۲- دین و مقابله با فشار روانی

رویداد فشارزای روانی یک رویداد منفرد یا مجموعه‌ای از رویدادها یا شرایط زندگی است که انسان در مقابل آنها نیاز به سازگاری دارد. پاسخ انسان به فشار روانی تحت تاثیر برداشت از رویداد فشارزای روانی قرار می‌گیرد. فشار روانی شبکه‌ای از محرک، برداشتها و واکنش‌هایی است که مستلزم این است که انسان از منابع سازش خود استفاده کند تا بتواند با این خواسته‌های درونی و بیرونی انطباق یابد (مونات و لازاروس، ۱۹۸۵). به نظر می‌رسد که افراد متدین و غیرمتدین میزان فشار روانی مشابهی را تجربه می‌کنند (شافر و کینگ، ۱۹۹۰). ولی افراد متدین بهتر می‌توانند با رویدادهای منفی زندگی و عوامل فشارزای روانی مقابله کنند. باورهای مذهبی مانند یک (سپر) در برابر استرس‌های زندگی عمل می‌کنند و از این طریق به راهبردهای مقابله‌ای فرد کمک می‌کنند. فرد متدین در بحران‌ها به عبادت و ستایش خدا می‌پردازد و برای رهایی، تقویت شدن، دریافت یک شفای مقدس^۲ و هم چنین برای دریافت کمک به موسسات دینی مراجعه می‌کند (پارک، کوهن و هرب، ۱۹۹۰). پژوهش

پارک و همکاران (۱۹۹۰) نیز از تاثیر مثبت دین در سازه‌های سازگاری با رویدادهای استرس‌زای زندگی حمایت می‌کند.

مکین تاش (۱۹۹۲) نقش دین را در سازه‌های افراد با یک رویداد منفی زندگی بررسی کرد. او با ۱۲۴ پدر و مادری که کودک خود را به علت سندرم مرگ ناگهانی از دست داده بودند مصاحبه کرده و دریافت که متدین بودن با یافتن معنی در مرگ ارتباط مثبتی دارند. به علاوه متدین بودن با افزایش سلامت روانی و کاهش ناراحتی در بین والدین طی ۱۸ ماه پس از مرگ کودکانشان، ارتباط داشت.

دین در تمامی عواملی که می‌توانند نقش موثری در استرس داشته باشند از قبیل ارزیابی موقعیت، ارزیابی شناختی خود فرد، فعالیت‌های مقابله، منابع حمایتی و... نقش کاهش دهنده فشار روانی را ایفا می‌کند.

به اعتقاد پارگامنت (۱۹۹۰) دین نقش مهمی در رویارویی با استرس‌های زندگی دارد و می‌تواند اثر بحران‌های شدید زندگی را تعدیل کند. از نظر وی افراد متدین در هنگام ارزش‌یابی نوع اول (آیا این رویداد به صورت بالقوه خطرناک است؟) و ارزش‌یابی نوع دوم (آیا من می‌توانم با این رویداد مقابله کنم؟) برای مقابله با فشار روانی به خوبی از دین استفاده می‌کنند، زیرا واکنش آنها به فشار روانی تحت تاثیر عواملی مانند حمایت اجتماعی، سخت‌کوشی شخصی، سبک مشکل‌گشایی و مانند آن قرار می‌گیرد، که در افراد متدین موجب کاهش فشار روانی می‌گردد. پس مهم‌ترین تاثیر دین برای مقابله با فشار روانی به خاطر نقشی است که در فرآیند ارزش‌یابی فشار روانی دارد. هم‌چنین دین از طریق عوامل تعدیل‌کننده پاسخ به فشار روانی که در بالا بیان گردیده، در سبک مقابله با فشار روانی تاثیر می‌گذارد. افزون بر این، اعتقادهای شناختی افراد متدین به آنان در مقابله با فشار روانی کمک می‌کند. اعتقادهایی مانند این که خداوند بر حق است، خداوند مهربان است، خداوند انسان را از بدبختی نجات می‌دهد. هم‌چنین افراد متدین از طریق نیایش، آداب و مناسک دینی می‌توانند تجدید قوای روان‌شناختی کنند. افزون بر این نیایش‌ها، صداقت و راز و نیاز حقیقی با خداوند باعث ایجاد اطمینان و آرامش در افراد می‌گردد. طبیعی است که پس از انجام چنین

مناسکی افراد می‌توانند بهتر بیندیشند، راه حل‌های جایگزین بهتری پیدا کنند و همین طور از طریق گریستن بخش زیادی از فشار روانی خود را تخلیه نمایند. هم چنین اعتقاد افراد به این که خداوند انسان را آزاد آفریده است و او را مسئول رفتار خودش قرار داده، موجب می‌شود تا افراد دارای دین درونی، کنترل بیشتری بر اوضاع و احوال خود داشته باشند. این راهبرد می‌تواند بر واکنش عاطفی - شناختی و رفتاری انسان دارای دین درون زاد در مقابله با فشار روانی تاثیر بگذارد.

ابوالقاسمی (۱۳۷۶) پژوهشی با هدف بررسی نقش گرایش‌های دینی در اتخاذ شیوه‌های مقابله با استرس دوره سالخوردگی و نیز مقایسه آن در سالمندان زن و مرد انجام داد. آزمودنی‌های پژوهش شامل ۱۰۰ سال مند ساکن تهران بودند که به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. ابزارها شامل پرسشنامه مقابله با استرس، چک لیست سنجش نگرش و گرایش‌های مذهبی (خودساخته) بودند. نتایج نشان داد که بیشتر سال مندان برای تقویت خود جهت حل مشکل، دعا کرده و به خدا توکل می‌کنند. سالمندانی که گرایش‌های مذهبی بیشتر و محکم‌تری دارند، از شیوه‌های مقابله مناسب‌تری استفاده می‌کنند و خیلی راحت‌تر با مسایل دوره سالمندی کنار می‌آیند.

صولتی، نجفی و نوری قاسم آبادی (۱۳۸۰) رابطه بین نگرش دینی، مهارت‌های مقابله و سلامت روانی را در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد بررسی کردند. آنها ۲۰۰ دانشجو را به صورت تصادفی انتخاب نمودند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل آزمون مقابله دینی (خودساخته)، آزمون سلامت عمومی GHQ، آزمون نگرش سنج دین و آزمون پاسخ‌های مقابله بود. نتایج نشان داد که بین نگرش دینی و سلامت روانی رابطه وجود دارد. افراد با نگرش دینی بیشتر از سلامت روانی بهتری برخوردار بودند. بین نگرش دینی و پاسخ‌های مقابله رابطه وجود دارد. ۶۵٪ از افراد در مقابل استرس‌های شدید از مقابله دینی و ۳۵٪ از مقابله غیردینی استفاده کرده بودند. بیشترین مقابله دینی مورد استفاده آزمودنی‌ها توکل و استعانت از خداوند و کمترین آن طلب مغفرت از خداوند بود.

۳- مقابله‌های دینی و سلامت روانی

شیوه‌های مقابله، توانایی‌های شناختی و رفتاری هستند که توسط فرد در معرض استرس به منظور کنترل نیازهای خاص درونی و بیرونی که فشارآور بوده و فراتر از منابع فردی می‌باشند، به کار گرفته می‌شوند (هینز و همکاران، ۱۹۹۱). در همین راستا مقابله دینی به عنوان روشی که از منابع دینی مانند دعا، نیایش، توکل و توسل به خداوند برای مقابله استفاده می‌کند، تعریف شده است. یافته‌های اخیر نشان داده‌اند، از آن جا که این نوع مقابله‌ها هم به عنوان منبع حمایت عاطفی و هم وسیله‌ای برای تفسیر مثبت حوادث زندگی هستند و می‌توانند به کارگیری مقابله‌های بعدی را تسهیل نمایند، از این رو به کارگیری آنها برای بیشتر افراد مفید است (کارور و همکاران، ۱۹۸۹).

به طور کلی مقابله دینی متکی بر باورها و فعالیت‌های دینی است و از این طریق در کنترل استرس‌های هیجانی و ناراحتی‌های جسمی به افراد کمک می‌کند. داشتن معنی و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل زای زندگی، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی، روحانی همگی از جمله منابعی هستند که افراد متدین با برخورداری از آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی آسیب کمتری را متحمل شوند.

کوئینگ و همکاران (۱۹۸۸) دریافتند که افرادی که همیشه از مقابله‌های دینی استفاده می‌کردند نسبت به افرادی که کمتر و گاهی از این مقابله‌ها استفاده می‌کردند در ۹ شاخص از ۱۲ شاخص سلامت روان شناختی، نمرات بالاتری کسب کردند (به نقل از کوئینگ و همکاران، ۱۹۹۲).

پژوهش‌های دیگری نیز در مورد رابطه بین مقابله‌های دینی و سلامت روان انجام شده است که بر وجود رابطه‌ای مثبت بین مقابله‌های دینی و سلامت روانی صحه گذارده‌اند (کان وی ۸۶ - ۱۹۸۵؛ کوئینگ، جورج و سیگلر، ۱۹۸۸؛ کوئینگ، سیگلر، میدور و جورج، ۱۹۹۰؛ سیلبر و رایلی، ۱۹۸۵؛ کوک و ویمبلی، ۱۹۸۳؛ به نقل از پارک و همکاران، ۱۹۹۰).

پارک و همکاران (۱۹۹۰) گزارش دادند که تعهدات دینی بر سازگاری والدینی که به تازگی فرزندشان را به علت سرطان یا بیماری‌های خونی از دست داده‌اند، اثر می‌گذارد. باورهای دینی بر ارزیابی اولیه اثر گذارده و از همین طریق نحوه مقابله با این رویدادها را تحت تاثیر قرار می‌دهند. به این ترتیب، بر اثر دیدگاه‌های متفاوت دینی، افراد رویدادهای زندگی را به گونه‌ای متفاوت ارزیابی می‌کنند. در همین رابطه تیلور (۱۹۸۳؛ نقل از همان منبع) در مطالعه بر روی بیماران سرطانی گزارش داد که افراد متدین مبتلا به سرطان، بیماری را یک مبارزه یا چالش ارزیابی می‌کنند در حالی که افراد غیرمتدین سرطان را یک تهدید ارزیابی می‌کنند. باورهای دینی ارزیابی ثانویه را نیز تحت تاثیر خود قرار می‌دهند و در نتیجه بر ادراک فرد و استفاده از فرصت‌های مقابله‌ای^۳ وی نیز تاثیر دارند.

پهلوانی، دولتشاهی و واعظی (۱۳۷۶) رابطه بین به کارگیری مقابله‌های دینی و سلامت روانی را بررسی کردند. آنها پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه مقابله دینی را بر روی سی دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی ایران (۱۵ زن و ۱۵ مرد) اجرا کردند. نتایج نشان داد که رابطه معنی‌دار منفی بین به کارگیری مقابله‌های دینی و سلامت روانی وجود دارد؛ یعنی افرادی که از مقابله‌های دینی بیشتر استفاده می‌کنند از سلامت روانی بهتری برخوردارند و افرادی که از این نوع مقابله‌ها کمتر استفاده می‌کنند، سلامت روانی پایین‌تری دارند.

عظیمی، لولتی و ضرغامی (۱۳۸۰) رابطه بین مقابله دینی و اضطراب را بررسی کردند. نمونه‌های پژوهش شامل ۳۱۶ دانشجو بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اشپیل برگر و پرسشنامه مقابله دینی بود. نتایج نشان داد که بین اضطراب حالت - صفت و مقابله دینی هم بستگی معکوس و معنی‌دار وجود دارد. میانگین نمرات اضطراب حالت صفت به طور معنی‌داری در افرادی که مقابله دینی ضعیف داشتند بالاتر بود.

یوسفی (۱۳۸۰) پژوهشی با هدف بررسی رابطه نگرش دینی و به کارگیری رفتارهای مقابله‌ای دینی با سلامت روانی در خانواده بیماران بستری در بخش فوریتهای بیمارستان انجام داد. ابزار پژوهش شامل مقیاس اضطراب SCL-90، پرسشنامه رفتارهای مقابله‌ای و پرسش‌نامه

نگرش دینی بود. نتایج نشان داد که ۷۳/۳٪ افراد رفتارهای مقابله‌ای دینی را همیشه در مواجهه شدن با استرس به کار می‌برند. میانگین سطح اضطراب و شدت اضطراب در افرادی که از رفتارهای مقابله‌ای دینی استفاده می‌کردند در مقایسه با سایر رفتارها به صورت معنی‌داری کاهش داشت. بین شدت اضطراب با نگرش دینی ارتباط منفی معنی‌دار وجود داشت. بین میزان نگرش با رفتارهای مقابله‌ای دینی رابطه مثبت معنی‌دار نشان داد.

۴- دیدگاه افراد متدین در مورد جهان

اعتقادات و اعمال دینی، نیاز انسان در جهان هستی است. نیاز به فهمیدن مبدأ وجود، نیاز به فهمیدن هدف زندگی و نقش انسان در زندگی، نحوه ارتباط انسان با دیگران و پاسخ انسان به جهان هستی از جمله این نیازهای دینی است. این نیاز بشر در تمام دوران‌ها و در تمام جوامع مطرح بوده است (ساجمن و ماتیوز، ۱۹۸۸).

شاید بهترین توصیه برای بررسی دیدگاه افراد متدین در مورد جهان توجه به علوم باطنی و ادیان شرق باشد، زیرا طبیعی است که دیدگاه افراد متدین و غیرمتدین و ضد دین در مورد جهان متفاوت است. افراد بسیار متدین، افراد دیگر را بر حسب سه معیار مورد ارزش‌یابی قرار می‌دهند که عبارتند از: ۱. اهمیتی که به نوشته‌های دینی می‌دهند؛ ۲. اهمیتی که به رهبران دینی می‌دهند و ۳. اهمیتی که به اولویت دین فردی می‌دهند. در حالی که افراد غیرمتدین و ضد دین در هنگام ارزیابی دیگران دارای چنین معیارهایی نیستند (ورتینگتون، ۱۹۸۸).

هم چنین برداشت‌های افراد متدین از پدیده‌های جهان و روابط اجتماعی، تحت تاثیر ساختار ارزشی آنان قرار می‌گیرد. به اعتقاد ورتینگتون (۱۹۸۸) افراد متدین از طرح‌واره دینی‌تر، یعنی ساختارهای شناختی (دینی‌گونه) برای ادراک جهان استفاده می‌کنند. ولی این موضوع برای افراد غیرمتدین و ضد دین مصداق ندارد.

انتظارها و ارجحیت‌های مربوط به مذهب در مشاوره و روان درمانی

به اعتقاد ورتینگتون (۱۹۹۱) افراد بسیار متدین درمان گرانی را ترجیح می‌دهند که ارزش‌های دینی مطابق با خودشان داشته باشند. ولی برای افراد متدین متوسط یا غیرمتدین چنین امری مصداق ندارد. خلاصه این که افراد بسیار متدین، روان درمان گران دینی را ترجیح می‌دهند و از مشاوره دینی استقبال می‌کنند. این افراد، درمان گران متدین را حتی اگر از لحاظ تخصص پایین‌تر باشند ترجیح می‌دهند، ولی علی‌رغم ترجیح دادن درمان گران متدین، نمی‌خواهند که فرآیند روان درمانی و مشاوره، به طور کلی بر دین مبتنی باشد. هنگامی که مشاوران و روان شناسان شروع به ابراز عقاید و ارزش‌های دینی خودشان برای این افراد می‌کنند، رازگشایی آنها نیز از لحاظ انتظارها و رفتار مراجع در مورد فرآیند روان درمانی و بازده آن تحت تاثیر قرار می‌گیرد. چنان چه عقاید و ارزش‌های دینی روان شناس و مراجع کاملاً مشابه باشد، خود فاش سازی روان شناس می‌تواند موجب تسهیل درمان شود، البته به شرط آن که تاکید عمده بر دین نباشد. ولی چنان چه عقاید دینی روان شناس و مراجع متفاوت باشد، یا این که مراجع از افشا کردن خود در یک موقعیت حرفه‌ای بیمناک باشد، یا در مورد افراد متدین یا مشاوره دینی کلیشه‌های منفی قوی داشته باشد و یا در جلسات درمانی بر دین تاکید بیش از حد شود می‌تواند در فرآیند روان درمانی و بازده آن اختلال ایجاد کند (ورتینگتون و همکاران، ۱۹۹۶).

برخی از پژوهش گران پیشنهاد کرده‌اند که درمان گران و مشاورانی که خود متدین هستند، بهتر از سایر درمان گران می‌توانند با مراجعان و بیماران متدین رابطه برقرار کنند و احساس همدلی بیشتری از خود نشان دهند (برگین و جنسن، ۱۹۹۰).

۵- چگونگی پاسخ افراد متدین به مداخله‌های مشاوره‌ای و روان درمانی

به طور کلی، به نظر می‌رسد که در روان درمانی و مشاوره موفق، مراجعان تمایل دارند که ارزش‌های درمان گر خود، به ویژه ارزش‌های سلامت روانی و شخصی را بپذیرند (کلی و استروپ، ۱۹۹۲). هرچند که به نظر می‌رسد میزان پذیرش ارزش‌های درمان گر به وسیله

مراجع تحت تاثیر میزان شباهت بین نظام ارزشی درمان گر قرار می‌گیرد (کلی و استروپ، ۱۹۹۲؛ ورتینگتون، ۱۹۹۱). به همین دلیل، در رویکرد روان‌شناختی نسبت به دین در روان‌شناسی ژرفای خویشتن، اعتقاد بر این است که مفاهیم سنتی از خدا برای بسیاری از کسانی که هرگز احساس دینی قوی را تجربه نکرده‌اند، قابل درک نیست. این افراد نیازمند طریقه‌ای در دین هستند که بتوانند نمودهای واقعی آن را در درون خودشان بشناسند. گسترش دهندگان معاصر روان‌شناسی ژرفا مانند کوربیت (۱۹۹۶) از طریق رویکرد روان‌شناختی نسبت به دین به افراد کمک می‌کنند تا بتوانند ضمن حل مشکلات مربوط به آسیب‌شناسی روانی در زندگی روزمره نیز از دین بهره‌جویند (به نقل از خدارحیمی و جعفری، ۱۳۷۸).

۶- فنون دینی مورد استفاده در روان‌درمانی

پژوهش‌ها نشان داده است که از فنون مختلفی در فرآیندهای مشاوره‌ای و روان‌درمانی استفاده می‌شود. گاهی این فنون به شکل منفرد به کار گرفته می‌شوند، مانند نماز و نیایش، گذشت و بخشایش و مراقبه. گاهی نیز از این فنون به همراه سایر فنون روان‌درمانی استفاده شود (ورتینگتون و همکاران، ۱۹۹۶). به طوری که پژوهش‌های تجربی و مطالعات میدانی، کارآمدی درمانی نماز و نیایش را در افراد متدین به اثبات رسانیده‌اند (فینی و مالونی، ۱۹۸۵). گذشت و ایثار نیز به عنوان یک مولفه درمانی در شرایط بالینی به کار گرفته شده‌اند (جونز و همکاران، ۱۹۹۲). از این روش در موارد درمان‌های انفرادی، خانوادگی و زناشویی استفاده شده است.

به طور کلی، در ارتباط با به کارگیری این روش در فرآیندهای روان‌درمانی نتایج زیر به دست آمده است:

الف) پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که گذشت و بخشش فواید بسیار دارد (مک کولاف و ورتینگتون، ۱۹۹۴؛ اینرایت و همکاران، ۱۹۹۴؛ هوانگ، ۱۹۹۰؛ هبل و اینرایت، ۱۹۹۳).

ب) مشاوران و روان‌درمان‌گران مطالعات موردی و مقاله‌های نظری در مورد تاثیر این موضوع نگاشته‌اند.

ج) مطالعات مختلفی گزارش داده‌اند که روان‌شناسان از مذهب در درمان‌های انفرادی، زناشویی و خانوادگی استفاده می‌کنند (دی بلاسیو، ۱۹۹۲، ۱۹۹۳؛ دی بلاسیو و پراکتور، ۱۹۹۳).

د) بدون تردید ایثار و گذشت در تقویت روابط بین فرد و بهداشت روانی مثبت نقش دارد و در این مورد شواهد روان‌شناختی، اجتماعی و بالینی زیادی وجود دارد (باسیت و همکاران، ۱۹۹۰؛ واینر و همکاران، ۱۹۹۱).

در مورد نقش مراقبه در فرآیندهای روان‌درمانی نیز در طی دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ مطالعاتی انجام شده است. این مطالعات بیشتر در مورد کارآمدی مراقبه مبتنی بر آئین‌های هندو و بودا در درمان اختلالات روان‌شناختی بوده‌اند (اسمیت، ۱۹۷۵). امروزه از این روش همراه با سایر فنون روان‌درمانی استفاده می‌شود و کارآیی مطلوبی نیز دارد (گرینبرگ، ۱۹۹۰؛ کارلسون و همکاران، ۱۹۸۸؛ الکساندر و همکاران، ۱۹۸۹؛ به نقل از خداحجیمی و جعفری، ۱۳۷۸).

تاثیرات درمان‌کننده سوگواری روحانی بررسی شده است. این روش اغلب در سیاه‌پوستان آمریکایی وجود دارد. براساس این روش، فرد داغ دیده به مدت هفت روز از سایر بستگان منزوی می‌شود و به نیایش و روزه می‌پردازد. مشخص شده است که این نوع سوگواری باعث تسکین خلق منفی، جلوگیری از رنجش‌ها و تعارض‌های بیشتر، بهبود تصمیم‌گیری، افزایش توانایی برای ارتباط با خداوند و درمان اختلال می‌شود (گریفیث و مهی، ۱۹۸۴).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بسیاری از افراد متدین، از نوعی آرامش و کنترل نفس برخوردارند و این توان را دارند که فشارهای عاطفی را تحمل کنند. این پرسش برای بسیاری از درمان‌گران پیش می‌آید که آیا می‌توان با ارائه یک (توصیه دینی) به بیمار، درجاتی از آرامش روانی را به او بخشید؟ کسانی که بر نقش سنتی دین در روان‌درمانی تاکید دارند، باور

دارند که لازمه درمان موثر، گسترش ایمان دینی است (آلستون و همکاران، ۱۳۷۶). بررسی‌های روان‌شناختی در زمینه مکتب‌های روحانی شرق به ویژه ذن، بودیسم و یوگا نشان داده‌اند که پدیده‌هایی چون تنظیم تنفس، مراقبه، ذکر و مانند آنها، از شیوه‌های موثر تلقی می‌شوند (الیاده، ۱۳۷۵).

در یک بررسی مشابه که به روش بالینی انجام شد، پروپست و همکاران (به نقل از ونیس، ۱۹۹۵)، به درمان افسردگی چهار گروه از آزمودنی‌ها با یکی از روش‌های زیر اقدام کردند:

۱. درمان شناختی - رفتاری با ارضای دینی. بدین معنا که درمان‌گران در این روش به شناخت‌ها و نگرش‌های دینی و تاثیر آنها نیز توجه می‌کردند.

۲. درمان شناختی - رفتاری مرسوم در روان‌درمانی

۳. درمان مشاوره‌ای به کمک پیشوای دینی. در این نوع مداخله درمانی، کار درمان با تکیه بر دین و جلسات دینی صورت می‌گیرد و درمان‌گر خود یک پیشوای دینی است.

۴. گروه کنترل

پس از هجده جلسه یک ساعته، گروه اول یعنی درمان شناختی - رفتاری با ارضای دینی، تنها گروه درمانی بود که براساس آزمون افسردگی بک نتایج بهتری، نسبت به گروه گواه نشان داد.

یافته‌های گوناگونی در مورد ارتباط بین دین و طول مدت درمان اختلالات روانی گزارش شده‌اند. در این مورد رازالی و همکاران (۱۹۹۸) با مطالعه طول مدت درمان بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب که دارای زمینه دینی قوی بودند، به این نتیجه رسیدند که این گروه سریع‌تر بهبود می‌یابند (به نقل از خسروپور و ساردویی، ۱۳۸۰).

در برخی از بررسی‌های انجام شده موثر بودن مداخلات دینی را در کاهش اضطراب و تحمل فشار روانی پس از بهبودی نشان داده‌اند. رابطه متدین بودن با اضطراب و ناراحتی‌های روانی در مطالعات همه‌گیری شناسی بررسی شده است. برای نمونه در دو بررسی، نتایج نشان داد افرادی که به اعتقادات دینی پای بند بودند، دارای اضطراب و ناراحتی‌های روانی خیلی

کمتری از کسانی بودند که به این اعتقادات پای بند نبودند (لیندنتال و همکاران، ۱۹۷۹؛ استارک، ۱۹۷۱؛ به نقل از جلیوند و اژه‌ای، ۱۳۷۶).

یونگ (۱۹۳۳) در جریان فعالیت‌های روان درمانی خود دریافت که اعتقاد دینی می‌تواند موجب بالا بردن یکپارچگی و معنا دادن به شخصیت فرد گردد. وی متوجه شد که تمام افرادی که مبتلا به بیماری روانی شده‌اند، فاقد آن معنا، استواری و انسجامی هستند که اعتقاد دینی قادر است به افراد بدهد (همان منبع).

تیلج (۱۹۵۷) هشدار می‌دهد که چنانچه اساس زندگی انسان صراحتاً روی ارزش‌های مافوق انسانی و متعالی قرار نگیرد، اساسی متزلزل و ناستوار است (همان منبع).

الکسیس کارل ثابت کرد که نماز سبب ایجاد نشاط معنوی مشخصی در انسان می‌گردد و همین حالت است که احتمالاً منجر به شفای سریع برخی از بیماران در زیارتگاه‌ها و معابد می‌شود (همان منبع).

بررسی‌های انجام شده در فرهنگ‌ها و ادیان دیگر، غالباً تأثیرات مثبت دعا و عبادت را بر ویژگی‌هایی چون میل به زندگی، احساس خوب بودن و شادی، کاهش اضطراب و تنش عضلانی، اثربخشی روان درمانی و تقویت فرآیند درمانی تأیید کرده‌اند (فینی و مالونی، ۱۹۸۵؛ کارلسون و همکاران، ۱۹۸۸؛ پولوما و پن دلتون، ۱۹۹۱؛ برد، ۱۹۸۸؛ اشنايدر و کاستنبام، ۱۹۹۳؛ کولپ، ۱۹۶۹، به نقل از موسوی و همکاران، ۱۳۸۰).

در زمینه دعا ویلیام جیمز می‌گوید: (هرگونه دعا و نمازی نشانه این اعتقاد است که با ارتباط با خداوند نیز ملکوتی که غذای روح می‌باشد به دست آمده و قیافه دنیا طور دیگری جلوه می‌کند (به نقل از بیان معمار، ۱۳۸۰).

یونگ می‌گوید: «از میان همه بیمارانی در نیمه دوم زندگی (یعنی بالای ۳۵ سال) یک نفر وجود نداشت که مسئله او پس از نومیادی از همه مسایل دیگر، یافتن چشم‌اندازی دینی به زندگی نبوده باشد. به جرأت می‌توان گفت که هر یک از آنان به جهت محرومیت از آن چه ادیان موجود در هر عصری به پیروانش می‌دهند، دچار مرض شده بود. هیچ یک از آنان که مجدداً آن عقیده دینی‌شان را به دست نیاوردند، واقعاً بهبود نیافتند (به نقل از همان منبع).

مانسون (۱۹۹۸) با مرور جامعی از بررسی‌ها، دعا را یکی از رفتارهای دینی مرتبط با سلامت و تن درستی گزارش می‌دهد. گریفیث (۱۹۹۹) گزارش داد که بهبود عملکرد جسمی و روانی با ایمان و اعمال دینی رابطه دارد (به نقل از شجاعیان و زمانی منفرد، ۱۳۸۰).

پژوهش‌های مربوط به اثربخشی باورهای دینی در مبتلایان به اختلالات روان پزشکی نیز بسیار زیاد است (فرانک، ۱۹۷۷). به ویژه در درمان و بهبود نشانه‌ها در مبتلایان به اختلالات اضطرابی و افسردگی (گالانتر، ۱۹۷۸)، هم چنین سوگ ناشی از فقدان‌ها و از دست دادن عزیزان، اختلالات روان تنی (گریفیث، ۱۹۸۳)، اختلالات شخصیتی و اختلالات روانی جنسی (پتیسون و پتیسون، ۱۹۸۵) با استفاده از درمان‌های دینی به نحو بارزی موثر شناخته شده‌اند.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افزون بر تاثیرات مثبت ایمان به خداوند و باور به قدرت او در درمان بیماری‌های جسمی و روانی، تاثیر مراسم ویژه در درمان مذهبی دارای اهمیت است (کوآکلی و مکنا، ۱۹۸۶). در این گونه مراسم که شفای ایمانی^۵ خوانده می‌شود با کمک خواستن از خداوند شفای بیماری خواسته می‌شود (تالبوت، ۱۹۸۳). استفاده از روش درمان دینی در جوامع دارای ادیان الهی به ویژه مسیحیت شایع است. مراسم درمان جمعی در پایان برنامه‌های معمول مذهبی در کلیسا انجام می‌گیرد. ابتدا دعا و خواندن بخش‌هایی از کتاب مقدس در فضایی روحانی صورت گرفته و رهبر مذهبی نقش درمان گر را ایفا می‌کند. بیمارانی که در جمع حضور دارند و توسط پزشکان مختلف جواب شده‌اند و یا به درمان‌های پزشکی پاسخ مطلوب نداده‌اند خداوند را می‌خوانند و با ندای درمان گر مذهبی که (خداوند قادر مطلق شفا دهنده بیماری‌ها و قدرتش ماورا جهان مادی است) یک دل و یک صدا می‌شوند. در این حالت‌ها تاکید بر تقویت ایمان و باور بیشتر به شفایابی مذهبی است، نه کاهش نشانه‌های بیماری (پتیسون، لپنیز و دوئر، ۱۹۷۳؛ اسنو، ۱۹۷۴).

گریفیث و همکارانش در دو پژوهش گسترده دست آوردهای درمان جویی دینی را در کسانی که مدت‌ها از رفتارهای پر خاشگرانه، اضطراب، افسردگی و دردهای مزمن جسمانی شکایت داشته‌اند، بسیار چشم گیر گزارش کرده‌اند. در پی گیری‌های بعدی، درمان جویان احساس بهبودی خلق، آرامش، افزایش عزت نفس، افزایش قدرت تصمیم گیری و از میان

رفتن دردهای مزمن بدنی را از جمله دست آوردهای درمان دانسته‌اند (گریفیث، مپی و یانگ، ۱۹۸۶؛ پتیسون و پتیسون، ۱۹۸۰).

در شش بررسی که پیرامون چگونگی بهبودی بیماری انجام گرفته، نشان داده شده که عملکرد روانی افراد به دنبال شرکت در مراسم مذهبی بهبود یافته است؛ برای نمونه، چو و کلین (۱۹۸۵) گزارش نموده‌اند که مدت بستری بیماران اسکیزوفرنیکی که به کلیسا می‌رفتند، به مراتب کمتر از گروه کنترل بوده است. هم چنین بر پایه تحقیقات دیگری، شرکت در مراسم مذهبی باعث پایین آمدن نشانه‌های مرض روانی به طور معنی‌دار شده است (فینی و مالونی، ۱۹۸۵؛ موریس، ۱۹۸۵).

اظهر و وارمه (۱۹۹۵) پژوهشی با هدف تعیین تاثیر روان درمانی دینی در بیماران دچار داغدیدگی انجام دادند. این پژوهش در بیمارستان دانشگاهی سانیز مالزیا (USMH)6 انجام شد. همه بیماران دارای تشخیص افسردگی اساسی مطابق با DSM-III-R در کلینیک روان درمانی بیمارستان فوق بین سال‌های ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۳ با استفاده از پرسشنامه دینی ۲۳ سوالی درباره اعتقاد به خداوند، قرآن کریم و حضرت رسول(ص) سرند شدند. بعد از واریسی دقیق سبب شناسی، مشخص شد که ۳۰ بیمار یک علت محیطی ویژه داشتند (از دست دادن فرد مورد علاقه). همه این بیماران نمونه مطالعه را تشکیل دادند. از این ۳۰ بیمار، ۱۵ نفر به طور تصادفی به دو گروه کنترل و گروه آزمایشی تقسیم شدند و بر روی همه بیماران مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون در خط پایه یک ماهه، سه ماهه، و شش ماهه به وسیله یک روان پزشک (خارج از کادر پژوهش) که نسبت به گروه بیماران بی اطلاع بود، اجرا شد. هر دو گروه بیماران داری ضد افسردگی و هر هفته روان درمانی حمایتی کوتاه مدت را دریافت نمودند. به گروه آزمایشی علاوه بر سایر درمان‌ها روان درمانی به شکل بحث در قواعد دینی ویژه (مثل خواندن سوره‌های قرآن و حدیث، تشویق به خواندن بیمار و غیره) ارائه گردید. بحث‌های دینی در یک رویکرد شناختی - رفتاری انجام شد و با استفاده از تجربه نگری توأم با همکاری ۱۲ تا ۱۶ جلسه روان درمانی به همه بیماران ارائه شد. تحلیل داده‌ها با آزمون t انجام گرفت. نتایج نشان داد که بیماران گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل در پایان شش ماه

به نحو پایداری بهبودهای معنی‌دار نشان دادند. آنها پیشنهاد کردند که در بیماران متدین دچار سوگ و داغدیدگی، وقتی که روان‌درمانی دینی با رویکردی شناختی - رفتاری به درمان آنها اضافه گردد، سریع‌تر بهبود پیدا می‌کنند.

اظهر، وارمه و داراب (۱۹۹۴) پژوهشی با هدف تعیین تاثیر روان‌درمانی دینی در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی انجام دادند. این پژوهش در بیمارستان دانشگاهی ساینز مالزیا (USMH) انجام شد. همه بیماران دارای تشخیص اختلالات اضطراب DSM-III-R با استفاده از پرسشنامه دینی مورد ارزیابی قرار گرفتند. این پرسشنامه در مالای تهیه شده که شامل ۲۳ سوال در خصوص عقاید بیماران درباره خداوند، قرآن کریم و حضرت رسول (ص) است. هر سوال طبق یک مقیاس ۱۰ امتیازی درجه بندی شد. ۱ امتیاز برای پاسخ خیلی ضعیف و ۱۰ امتیاز برای پاسخ خیلی قوی. افرادی که ۵ امتیاز یا بیشتر در حداقل ۷۰٪ از سوالات به دست آوردند، در مطالعه گنجانیده شدند. همه بیماران مسلمان بودند. مطالعه در یک محیط فرهنگی، مکانی که جمعیت غالباً مسلمان بودند انجام شد. کل ۷۷ بیمار معیارهای دینی بودن و نیز معیارهای تشخیصی DSM-III-R را برای اختلال اضطراب منتشر داشتند. بیماران بعداً به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. ۱۵ نفر از بیماران مدت کامل درمان را تکمیل نمودند و درمان را ترک کردند. بالاخره ۶۲ بیمار نمونه مطالعه را تشکیل دادند و از این تعداد ۳۱ بیمار به دو گروه تقسیم شدند. هر دو گروه درمان را با بنزودیازپین‌ها شروع کردند که بیشتر از ۸ هفته به آنها دارو داده نشد. برای هر دو گروه نیز به طور هفتگی روان‌درمانی برای کاهش اضطراب ارائه گردید. این درمان شامل روان‌درمانی حمایتی بود. به کلیه بیماران هفته‌ای یک بار هر دفعه حدود ۴۵ دقیقه درمان ارائه گردید. آنها به ۱۶-۱۲ جلسه درمان احتیاج داشتند. در گروه مطالعه، روان‌درمانی دینی علاوه بر دو روش قبلی به شکل بحث روی موضوعات خاص دینی برای بیماران (مثل خواندن سوره‌های قرآن کریم، تشویق به عبادت به عنوان شکلی از آرام‌سازی) ارائه گردید. همه بیماران با استفاده از مقیاس درجه‌بندی اضطراب هامیلتون به وسیله روان‌پزشک دیگری که از گروه بیماران بی‌اطلاع بود، در شروع درمان، سپس در پایان ماه سوم و ششم مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از

آزمون t تحلیل شد. نتایج نشان داد که بیمارانی که روان درمانی دینی را دریافت کردند، به طور معنی‌داری بهبود سریع‌تری را در علائم اضطراب نشان دادند تا بیمارانی که فقط روان‌درمانی حمایتی و دارو دریافت نمودند. آنها نتیجه گرفتند که بیماران متدین امکان دارد به شکل یا نوع متفاوتی از روان‌درمانی احتیاج داشته باشند.

اظهر و وارمه (۱۹۹۵) در پژوهش دیگری جهت تعیین تاثیر روان‌درمانی دینی بر روی بیماران افسرده، با چهارچوب دقیقاً مشابه گروه‌های پژوهش قبلی، دو گروه آزمایشی و کنترل را انتخاب کردند. در هر دو گروه ۳۲ نفر وجود داشتند. بیماران با مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون و پرسشنامه دینی برای تعیین میزان متدین بودن مورد ارزیابی قرار گرفتند. این پرسش تشابهی از لحاظ روش تلفیقی اتخاذ شده در پژوهش قبلی را نشان می‌دهد، هر دو گروه یک دوز متوسط داروی ضد افسردگی دریافت کردند. بیماران روان‌درمانی حمایتی هفتگی به مدت ۴۵ دقیقه یک بار در هفته به مدت ۲۰ جلسه و روان‌درمانی که شامل قرائت قرآن، نقل حدیث، روایات و آموزش باز مسائل دینی و ترغیب به نماز و دعا به عنوان یک نوع مراقبه بود را دریافت داشتند. روش آنها مثل پژوهش قبلی بود که توضیح داده شد. تکنیک شناخت درمانی با تاکید بر مضمون دینی و با استفاده از آموزش‌های دینی بود. نتیجه‌ای که از این پژوهش به دست آمده نشان می‌دهد که آزمون t یک ماهه و سه ماهه تفاوت معنی‌داری نشان داد، ولی در پایان شش ماه تفاوت معنی‌دار نبود. سرعت بهبود در بین افرادی که از این روش استفاده می‌کنند به طور چشم‌گیری زیاد است. آنها توصیه کردند که مطالعات بیشتری روی نحوه ارائه این نوع روان‌درمانی و به ویژه از نظر اجزا و ریز محتوی برنامه روان‌درمانی صورت گیرد.

کن وی ضمن تحقیقی که در زمینه تاثیر دین بر سلامت روان در سال ۶ - ۱۹۸۵ روی اشخاص سالمند انجام داد دریافت که شرایط طبیی استرس‌زا در بین اشخاص سال مند شایع‌تر بوده ولی اعتقادات و اعمال دینی شامل نماز خواندن، فکر کردن در مورد خداوند و عقاید درونی فرد به عنوان مکانیزم‌های مهم برای کم کردن استرس و بهتر کردن توانایی سازش با

اینها در بین بیماران سال مند به ویژه سیاه پوستان به کار می‌روند (به نقل از طهماسبی پور و کمانگری، ۱۳۷۶).

کونینگ، جورج و سیگلر ضمن پژوهشی بر روی ۱۰۰ نفر بیمار بالغ گزارش دادند که استراتژی‌های سازگاری دینی در نحوه اداره و کنترل وقایع استرس زای زندگی خصوصاً در بالغین اهمیت زیادی داشته‌اند. این مطالعه نشان داد که شایع‌ترین رفتارهای سازگاری مورد استفاده با ماهیت دینی شامل ایمان و اعتقاد به خدا، نمازگزاران به درگاه خداوند و تقاضای کمک و نیرو از خداوند (به صورت دعا و نیایش) بود (به نقل از همان منبع).

موریس (۱۹۸۲) تاثیر زیارت دینی را روی افسردگی و اضطراب ۲۴ بیمار سال مند بررسی کرد. او دریافت که علائم بیماران بعد از زیارت رفتن کاهش معنی‌داری داشته و حداقل تا ده ماه بعد از برگشتن از زیارت هم این تاثیر ادامه دارد.

گاس (۱۹۸۴) در بررسی رابطه سلامت روان با ارزش‌های مذهب ارتدکس، پژوهشی بر روی ۱۰۰ دانشجوی ارتدکس و ۱۰۴ غیر ارتدکس انجام داد. نتایج نشان داد که بین ایمان مذهبی، دعا و تعلیمات انجیلی با اختلالات عاطفی و روانی رابطه منفی وجود دارد؛ یعنی دین و ارزش‌های دینی به عنوان روش‌های مقابله با ناراحتی‌ها و اختلالات عاطفی و روحی کاربرد دارد (به نقل از رمضان، نوابی نژاد و بوالهروی، ۱۳۷۶).

ابو، ریچ من و چفتز (۱۹۸۴)؛ به نقل از پارک، کوهن و هرب، ۱۹۹۰) دریافتند که کاتولیک‌های کریس ماتیک^۷ بیش از مسیحیان سائیتستز^۸ در موقعیت‌های بحرانی به عبادت می‌پردازند و برای دریافت حمایت اجتماعی به گروه‌های مذهبی خودی مراجعه می‌کنند.

پژوهش براون و هریس (۱۹۷۸)؛ به نقل از سلیگمن و روزنهان، ۱۹۸۹) چهار عامل را مطرح می‌کنند که حتی در صورت وجود عوامل مستعدکننده افسردگی و وجود رویدادهای مربوط به فقدان، از ایجاد افسردگی جلوگیری می‌کنند. این عوامل عبارتند از: ۱. وجود رابطه صمیمانه با همسر، ۲. داشتن یک شغل تمام وقت یا نیمه وقت، ۳. حضور کمتر از ۳ فرزند در منزل، و ۴. وجود تعهدات جدی دینی.

فیضی و بوالهری (۱۳۷۶) مقایسه‌ای با هدف بررسی رابطه اعتقادات مذهبی و برخی از رفتارهای بیماران وسواسی بین ۳۰ بیمار متدین مبتلا به اختلال وسواسی - جبری و ۳۰ مسلمان غیر بیمار انجام دادند. نتایج نشان داد که رفتارهایی مانند رعایت بیش از حد طهارت، پرهیز بیمارگونه از نجاسات، رعایت غیر معمول مخارج تجوید، و شک زیاد در نماز، همگی در کنار سایر علائم اختلال وسواسی - جبری قرار دارند و این رفتارهای دینی در گروه بیمار نسبت به گروه کنترل، تفاوت معنی‌داری (براساس آزمون‌های آماری) داشت. در گروه بیماران این رفتارها بیشتر تکرار می‌شد. میزان آگاهی از مسئله کثیرالشک بسیار پایین بود (۱۰٪ در گروه بیمار و ۲۰٪ در گروه کنترل). منبع کسب اطلاعات شرعی گروه بیمار در درجه اول (دوستان و آشنایان) بودند. در گروه کنترل منبع کسب اطلاعات شرعی بیشتر افراد، توضیح المسائل بود.

اسکندری و کرمی (۱۳۸۰) جهت بررسی نقش مشاوره دینی در بیماران وسواسی - جبری، از میان مراجعین به مرکز خدمات مشاوره‌ای مهر زنجان و مطب روان پزشکی ۸۶ بیمار را انتخاب کردند. بعد از تایید تشخیص مطابق با معیارهای تشخیصی DSM-IV، برای همه بیماران درمان دارویی شروع کردند و به تصادف نصف بیماران به مشاور دینی نیز معرفی شدند. جلسات مشاوره دینی به طور متوسط دو جلسه با تاکید بر روی انگاره‌های دینی بود. از تعداد ۸۶ بیمار، ۳۵ نفر به علت عدم مراجعه، پی‌گیری مجدد، یا عدم پذیرش مشاوره دینی و غیره از مطالعه حذف شده و نهایتاً ۵۱ نفر به عنوان جمعیت آماری مورد بررسی درمان را ادامه دادند که از این تعداد ۲۳ نفر تماماً درمان دارویی و مشاوره دینی و ۲۸ نفر فقط درمان دارویی را دریافت داشتند. ارزیابی بالینی و رضایت مندی از درمان حداقل دو ماه پس از شروع درمان نشان دهنده اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه درمانی بود.

احمدی ابهری (۱۳۷۶) از بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک روان پزشکی در یک سال گذشته سه مورد از بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی انتخاب نمود و مورد روان درمانی دینی فردی قرار داد، هیچ یک از بیماران در معاینه اولیه برای الکتروشوک درمانی، درمان‌های دارویی یا روان درمانی مناسب شناخته نشدند و یا درمان‌های پیشین موثر واقع نشده

بود. متدین بودن براساس یک پرسشنامه ۵ نمره‌ای تشخیص داده می‌شد. تکنیک درمان مبتنی بر تقویت اعتقاد به رحمت خداوند و این که خداوند بندگان گناه کار خود را می‌بخشاید و بیان و تفسیر آیات رحمت (آیه ۵۴، سوره ۳۹؛ ۲۱۵، سوره ۲؛ ۱۲، سوره ۳۹؛ ۱۵۰، سوره ۷؛ ۱ و ۲ سوره ۶؛ ۵۴، سوره ۶) و پذیرش مشیت الهی و یاری جستن از او در تقویت ایمان (۱۶، سوره ۶؛ ۹، سوره ۴۰؛ ۳۱، سوره ۴۳؛ ۸۶، سوره ۱۰؛ ۱۹، سوره ۲۷) بود. ارزیابی روان‌شناختی براساس مورد شامل مصاحبه، آزمون افسردگی بک و اضطراب و جلسات درمان هفتگی بین ۴۰ تا ۴۵ دقیقه بود. نتایج نشان داد که تکنیک فوق موجب کاهش افسردگی و اضطراب بیماران گردید.

خدایاری فرد (۱۳۷۹) کاربرد مثبت نگرى در روان درمان گری را با تاکید بر دیدگاه اسلامی بررسی کرده است. وی در یک کار بالینی روی هشت خانواده که یک یا چند نفر از اعضای آنها دچار افسردگی و ناسازگاری‌های رفتاری بودند و هم چنین پنج نفر از دانشجویانی که دچار احساس حقارت و یا افسردگی بوده و به یکی از مراکز مشاوره دانشجویی برای درمان مراجعه کرده بودند، با استفاده از روش مثبت نگرى از دیدگاه اسلام به درمان پرداخت. در این روش مراجعه کننده تشویق می‌شد تا نقاط قوت خود و دیگران را شناسایی و روی آنها تکیه کند.

خسروپور و ساردویی (۱۳۸۰) با هدف بررسی تاثیر ارزش‌های دینی در طول مدت درمان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، ۵۰ بیمار مرد در دامنه سنی ۶۰-۵۰ سال را با تشخیص اختلال افسردگی اساسی به وسیله روان پزشک براساس ملاک‌های DSM-IV از مرکز روان پزشکی شهید بهشتی کرمان انتخاب کردند. بیماران همگی تحت درمان ECT قرار گرفتند و پس از بهبودی به وسیله پرسشنامه بررسی ارزش‌های آلپورت، ورنون - لیندزی ارزیابی شدند. براساس نتایج اجرای آزمون ۲۰ نفر در گروه با (ارزش‌های دینی قوی) و ۱۴ نفر در گروه (با ارزش‌های دینی ضعیف) جای گزین شدند. پرسشنامه تجدیدنظر شده افسردگی در دو گروه نیز اجرا گردید. تحلیل داده‌های حاصل با استفاده از آزمون t نشان داد که گروه (با ارزش‌های دینی قوی) از لحاظ متوسط طول مدت درمان و میانگین نمرات BDI به طور معنی‌داری

پایین‌تر از گروه (با ارزش‌های دینی ضعیف) بود. در کل بیماران مورد مطالعه بین متغیرهای طول درمان و ارزش‌های دینی هم بستگی منفی و معنی‌داری وجود داشت. پژوهش‌گران نتیجه گرفتند که با توجه به یافته‌های پژوهش توجه به عقاید دینی بیماران روانی و تقویت آن خصوصاً در بیماران افسرده می‌تواند در کاهش طول مدت درمان موثر باشد.

سرگلزایی، بهدانی و قربانی (۱۳۸۰) در پاسخ به این پرسش که آیا فعالیت‌های دینی می‌تواند از افسردگی، اضطراب و سومصرف مواد در دانشجویان پیش‌گیری کنند، اقدام به یک مطالعه کنترل شده کردند. آنها تعداد ۲۵۰ نفر از دانشجویان رشته‌های مختلف در دانشگاه‌های مختلف شهر سبزوار را به صورت تصادفی انتخاب نمودند. کلیه دانشجویان پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اشیپیل برگر را برای سنجش افسردگی و اضطراب و پرسشنامه سبک زندگی بالدی ۹ را که شامل زیرآزمون فعالیت‌های دینی و زیرآزمون مواد بود به همراه پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و تحصیلی پر نمودند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های مجذوری و t نشان داد که هرچه میزان وقت صرف شده جهت فعالیت‌های دینی بیشتر باشد، افسردگی، اضطراب حالتی، اضطراب صفتی و احتمال سوء مصرف مواد کاهش می‌یابد.

نوغانی و محتشمی (۱۳۸۰) یک مطالعه نیمه تجربی را به منظور تعیین تاثیر آموزش فرهنگ عرفانی بر میزان افسردگی دو گروه از معلمان مدارس راهنمایی دخترانه شهر تهران انجام دادند. نمونه پژوهش شامل ۸۰ نفر معلم زن بود که به صورت تصادفی از میان مراجعانی که به کلینیک‌ها و مراکز آموزشی درمانی (روانی) مراجعه کرده بودند و تشخیص افسردگی آنان به وسیله روان‌پزشک محرز شده بود، انتخاب شدند. هر دو گروه مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایشی در کلاس ویژه آموزش عرفان شرکت کردند و پس از پایان کلاس مجدداً مورد ارزیابی مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون به اضافه پرسشنامه محقق ساخته، قرار گرفتند، تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های مجذوری و t صورت گرفت. نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و گروه آزمایشی، افسردگی کمتری

نسبت به گروه کنترل پس از شرکت در کلاس‌های ویژه آموزش عرفان دارند. هم چنین گروه آزمایشی که تحت عنوان روان درمانی دینی بودند سریع‌تر از گروه کنترل نسبت به سایر درمان‌ها، پیشرفت نشان دادند.

گله دار و ساکی (۱۳۸۰) پژوهشی نیمه تجربی را با هدف کلی تعیین تاثیر آوای قرآن بر کاهش اضطراب پیش از آزمون ۸۰ نفر از دانشجویان علوم پزشکی لرستان انجام دادند. این مطالعه در دو گروه آزمایشی و کنترل انجام شد. هر دو گروه در شروع آزمون با پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیل برگر ارزیابی شدند. سپس گروه آزمایش به مدت ۷ دقیقه آیات منتخب قرآن کریم را استماع کردند. گروه کنترل به مدت ۷ دقیقه هیچ گونه عامل مداخله‌گر دریافت نمودند. دو گروه مجدداً مورد ارزیابی آزمون فوق قرار گرفتند. تحلیل داده با استفاده از آزمون t نشان داد که کاهش اضطراب در گروه آزمایشی بیشتر از گروه کنترل می‌باشد و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است.

قهرمانی، نوقابی و توکلی زاده (۱۳۸۰) پژوهشی در شهر گناباد بر روی ۲۰۰ نفر از افرادی که سابقه قبلی بیماری روانی نداشتند و در طی ماه مبارک رمضان روزه می‌گرفتند، انجام دادند. نمونه از گروه‌های سنی مختلف شامل ۱۱۴ زن و ۸۶ مرد انتخاب شدند. کلیه افراد پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ-28) در دو مرحله قبل و بعد از ماه مبارک رمضان را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها توسط آزمون t و X2 صورت گرفت. نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین وضعیت سلامت روانی افراد در قبل و بعد از روزه‌داری وجود داشته و وضعیت سلامت روانی افراد بهتر شده است. میزان اختلالات روانی در قبل از روزه‌داری ۱۷/۵٪ بوده که بعد از روزه‌داری به ۱۲٪ کاهش یافته است و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود. هم چنین روزه‌داری باعث کاهش علائم اضطراب، افسردگی و بهبود عملکرد اجتماعی افراد شده و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود. پژوهش‌گران نتیجه گرفتند که انجام عمل دینی نظیر روزه، در (ریتیم)های زمانی تکرارشونده با متوجه کردن افراد به سوی خداوند باعث ایجاد نوعی آرامش روحی و روانی در انسان شده که می‌تواند در خودسازی، روش‌های مقابله با استرس و در نتیجه کاهش اختلالات روانی موثر باشند.

سردار پورگودرزی، سلطانی زرنندی و خضرائیان (۱۳۸۰) به منظور ارزیابی روزه‌داری در ماه مبارک رمضان بر سلامت روانی، تعداد هفتاد و چهار نفر مرد مسلمان ظاهراً سالم که تصمیم به روزه‌داری در ماه مبارک رمضان ۱۴۱۸ (دی ماه ۱۳۷۶) را داشتند و این فرضیه را در دو سال پی در پی قبل از آن نیز انجام داده بودند، طی یک دوره زمانی دو ماهه مورد بررسی قرار دادند. نمونه‌ها با استفاده از نسخه استاندارد شده ایرانی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) در سه مرحله، ابتدا، انتها و یک ماه پس از ماه رمضان از نظر سلامت جسمانی و روانی مورد ارزیابی قرار گرفتند و تغییرات حاصله در هر یک از مقیاس‌های GHQ-28 در طی ماه رمضان و یک ماه پس از آن را محاسبه و با استفاده از آزمون آماری t مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار دادند. هرچند روزه‌داری در ماه رمضان با کاهش میانگین نمره تمامی مقیاس‌ها به جز افسردگی و عدم روزه‌داری، به جز در مقیاس افسردگی، با افزایش در میانگین نمره سایر مقیاس‌ها همراه بود؛ هیچ یک از این تغییرات از نظر آماری معنی‌دار نبود.

زهروی و پهلوانی (۱۳۸۰) نقش مراسم عبادی روزه‌داری به عنوان یک رفتار دینی را در سلامت روانی بررسی کردند. بدین منظور نمونه‌ای متشکل از ۳۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان را به طور تصادفی انتخاب و سپس با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) قبل و بعد از ماه مبارک رمضان از لحاظ سلامت روانی ارزیابی کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون t انجام شد. نتایج نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین روزه‌داری و سلامت روانی وجود نداشت.

روحی عزیزی و روحی عزیزی (۱۳۸۰) تاثیر نماز را بر روی سلامت جسمی - روانی مورد بررسی کردند. در این پژوهش پرسشنامه‌های حاوی سوالات گوناگون درباره نماز و تاثیرات آن در اختیار ۴۵ دانشجوی دختر و پسر با میانگین سنی ۲۰ سال قرار گرفت. نتایج حاصله نشان داد که تقریباً ۱۰٪ نمازگزاران معتقد بودند که پس از انجام این فریضه الهی به حالت سکون و آرامش روحی می‌رسند، سختی‌ها و شداید زندگی را راحت‌تر تحمل کرده و نیروی مبارزه با مشکلات، امید و ایمان در آنها تقویت می‌گردد و در راه کسب فضایل و دوری از رذایل گام برمی‌دارند و به طور کلی به دستورات خداوند متعال که در جهت بهتر

زندگی کردن انسان ارائه شده گردن می‌نهند که نهایتاً منجر به سلامت روانی و جسمی آدمی شده، سلامت اجتماعی او تامین می‌گردد.

شجاعیان و زمانی منفرد (۱۳۸۰) پژوهشی با هدف تعیین رابطه بین دعا، سلامت روانی و عملکرد شغلی کارکنان یک مجتمع صنعتی بزرگ در شهر تهران انجام دادند. جهت سنجش سلامت روانی از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و برای عملکرد شغلی و دعا از پرسشنامه‌های محقق ساخته استفاده گردید. به منظور تعیین پایایی با روش بازآزمایی و حجم نمونه در یک بررسی مقدماتی، ۳۰ نفر از کارکنان به طور تصادفی انتخاب و پس از دو هفته مورد آزمون مجدد قرار گرفتند. ضرایب پایایی پرسشنامه‌های GHQ، دعا و کارآیی با روش بازآزمایی، به ترتیب، ۰/۹۴، ۰/۸۶ و ۰/۷۲ بدست آمد. حجم نمونه نیز با خطای ۴ درصد ۳۰۶ نفر تعیین شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون t و ضریب هم بستگی پیرسون انجام شد. نتایج نشان داد که بین استفاده از دعا با عملکرد شغلی رابطه معنی داری وجود نداشت.

واعظی، قدسی و فراغتی (۱۳۸۰) رابطه دعا و اضطراب حالتی و صفتی در گروهی از نوجوانان و جوانان مقطع متوسطه مناطق آموزش و پرورش شهر تهران را بررسی کردند. روش نمونه گیری از نوع مرحله‌ای خوشه‌ای بود. برای جمع آوری اطلاعات از آزمون اضطراب پنج حالتی - صفتی اشپیل برگر و به منظور بررسی میزان دعا از پرسشنامه محقق ساخته و اعتباریابی شده، استفاده کردند. نتایج نشان داد که افرادی که به میزان بیشتری از دعا استفاده می‌کردند، اضطراب کمتری را گزارش دادند.

موسوی و همکاران (۱۳۸۰) پژوهشی با هدف تعیین رابطه نحوه به پاداری نماز با اختلال افسردگی اساسی بر روی ۱۰۰ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان خورشید (۱۳۷۵) اصفهان انجام دادند. بدین ترتیب پرسشنامه‌ای محقق ساخته در مورد نحوه به پاداری نماز را بر روی بیماران و همزمان ۱۰۰ نفر از افراد غیر بیمار تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها توسط آزمون t و X2 صورت گرفت نتایج نشان داد که رابطه معنی داری بین نحوه به پاداری نماز در ۶ ماه قبل از ابتلا به اختلال افسردگی اساسی با ابتلا به این بیماری بود.

رادفر و عروجی (۱۳۸۰) در پژوهشی با هدف نقش پای بندی عملی به نماز در میزان شیوع اضطراب انجام دادند. در این پژوهش ۴۰۰ دختر دانش آموز از نواحی ۳ گانه آموزش و پرورش شهر قم به وسیله پرسشنامه اضطراب کتل و فرم سوالاتی که جهت ارزیابی پایبندی عملی به نماز طراحی شده بود، آزمون شدند. نتایج نشان داد که افرادی که نمره نماز بالاتری دارند (توجه و پای بندی بیشتری نسبت به اقامه نماز دارند) از اضطراب کمتری برخوردارند.

جلیوند و اژه‌ای (۱۳۷۶) پژوهشی با هدف بررسی رابطه پای بندی عملی به تقیدات مذهبی (نماز) و اضطراب دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران در سال تحصیلی ۷۶-۷۵ انجام دادند. در این پژوهش ۵۰۱ دانش آموز دختر و پسر از مناطق ۱۹ گانه آموزش و پرورش شهر تهران با پرسشنامه اضطراب کتل و پرسشنامه سنجش میزان پای بندی عملی به تقیدات دینی (نماز) آزمون شدند. نتایج نشان داد که بین نماز و اضطراب رابطه منفی و معنی دار وجود دارد.

غباری بناب و همکاران (۱۳۸۰) پژوهشی با هدف تعیین رابطه بین توکل به خدا و اضطراب در دانشجویان دانشگاه تهران انجام دادند. سایر اهداف پژوهش آنها بررسی ارتباط بین توکل و امیدواری، ارتباط بین توکل و صبر و تحمل بود. آنها تعداد ۵۱۳ نفر از دانشجویان دوره کارشناسی از دانشکده‌های مختلف به طور تصادفی خوشه‌ای انتخاب نمودند و بر روی آنها پرسشنامه‌های (راهیابی در حوادث و رخداد‌های زندگی) و اضطراب صفت اشپیل برگ را اجرا کردند. تحلیل داده‌ها نشان داد که بین گروه‌های دانشجویی با (توکل بالا) و (توکل پایین) مقاومت معنی دار از لحاظ اضطراب صفت وجود دارد. دانشجویانی که میزان توکل آنها در سطح بالا بود، از گروه دیگر به مراتب اضطراب‌شان پایین تر بود. هم بستگی مثبت و معنی داری بین توکل به خدا و امیدواری و هم چنین توکل به خدا و صبر و تحمل مشاهده گردید.

امیرزاده و امیرزاده (۱۳۸۰) پژوهش توصیفی به منظور بررسی فراوانی حضور در اجتماعات دینی در بیماران خودسوز بیمارستان امام خمینی ارومیه انجام دادند. نمونه‌های پژوهش به صورت نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های بود که بر روی ۵۰ بیمار خودسوز اجرا شد. جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی

استفاده شد. نتایج نشان داد که به ترتیب ۷۵٪ و ۷۴٪ مردان و زنان خودسوز اعلام کردند که اعتقادات دینی ضعیفی داشته و در اجتماعات حضور فعالی نداشته‌اند.

صادق زاده (۱۳۶۹) تحت عنوان «مذهب و ایجاد اختلالات روانی پژوهشی» بر روی یک گروه ۹۲ نفری از بیماران چند بیمارستان تهران و یک گروه نمونه ۷۰ نفری سالم از میان افراد مسلمان و اقلیت‌های مذهبی زن و مرد بدون در نظر گرفتن سن آنها انجام داد. هدف این بود که مشخص شود آیا افراد غیر مذهبی دچار اختلالات روانی می‌گردند یا افراد مذهبی. نتایج آزمون مجذور خی نشان داد که افراد مذهبی دارای گرایش کمتری به بیماری‌های روانی هستند.

حفظ مسائل معنوی و روحانی و تقویت هر گونه عقاید مذهبی یا معنوی به تخفیف افسردگی در سالمندی کمک می‌کند (دادفر، بهرامی، رضوانی فرانی و دادفر، ۱۳۹۱). بهرامی، دادفر و دادفر (زیر چاپ) در یک طرح آزمایشی تک موردی و طرح AB، شش آزمودنی (سه زن، سه مرد) را به مدت ۲ ماه در طول ۸ جلسه شرکت دادند. آزمودنی‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از تعیین خطوط پایه در متغیرهای وابسته، وارد مرحله درمان شدند. شاخص بهبودی در هر یک از متغیرها، سیر نزولی منحنی در مرحله درمان نسبت به خط پایه در نظر گرفته شد. این شاخص‌ها شامل ابزارهای مصاحبه روانی، مقیاس افسردگی سالمندان فرم ۱۵ سوالی (15 - GDS) و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS) بودند. یافته‌ها نشان داد که آموزه‌های مذهبی در کاهش شدت افسردگی و کاهش نگرش‌های ناکارآمد موثر بود.

مدل مداخله شناختی رفتاری مذهبی در درمان اضطراب

در انجام هر کاری به طور مطلوب، اضطراب تا اندازه‌ای طبیعی و ضروری است. با این وجود، اضطراب بسیار شدید یا خیلی کم، همیشه بر روی هر کاری اثر زیان‌آوری دارد. مضطرب بودن، تا اندازه‌ای به عنوان بخشی از یک پاسخ مقابله‌ای طبیعی به مسایل زندگی

روزمره در نظر گرفته می‌شود. با این حال، زمانی که اضطراب شدید و یا نامتناسب با موقعیت باشد به عنوان یک اختلال و یا یک مشکل بالینی در نظر گرفته می‌شود. بر اساس نظر لانگ اضطراب ممکن است بر حسب تفکر به عنوان مثال «من ترسیده‌ام»، بر حسب نشانه‌های جسمانی مانند افزایش ضربان قلب، عرق کردن، تنش، بر حسب رفتارها مثل اجتناب از یک موقعیت یا فرار کردن تعبیر و تفسیر شود. این مدل سه نظامی اضطراب می‌باشد. نیمرخ اضطراب در اشخاص مختلف بر حسب اینکه کدام نظام بیشتر موثر است، متفاوت خواهد بود. این سه نظام با هم پیوستگی دارند و تاثیر مستقیمی بر همدیگر می‌گذارند. یکی از روش‌های درمان اختلال‌های اضطرابی، استفاده از درمان شناختی رفتاری است. الگوی شناختی بر اساس مدل شناختی بک است که در آن بیمار افکار منفی را شناسایی، اصلاح و افکار واقع بینانه را جانشین آنها می‌کند. بک معتقد است که اضطراب بیمارگونه از احساس خطر بی جا و مکرر در یکی یا بیشتر از یکی از چهار بعد زیر ناشی می‌شود:

۱- برآورد بیش از اندازه احتمال وقوع رویدادی ترسناک

۲- برآورد بیش از اندازه شدت رویداد ترسناک

۳- دست کم گرفتن توانایی‌های شخصی برای کنار آمدن با مشکل

۴- ناچیز گرفتن احتمال کمک از سوی شخص دیگر (پاول و انرایت، ۱۳۷۴).

الگوهای شناختی اضطراب بیانگر سوداری‌هایی در سه سطح پردازش اطلاعات یعنی در سطح محتوای تفکر، پردازش محرک‌ها و در سطح ساخت‌های شناختی هستند (بلک برن و دیویدسون، ۱۳۷۴).

روش رفتاری شامل آموزش آرام‌سازی کاربردی اوست می‌باشد. آموزش آرمیدگی یک مهارت و یک پاسخ اکتسابی است که بیمار می‌تواند برای مقابله با استرس و نشانه‌های اضطراب مورد استفاده قرار دهد. درمان شناختی رفتاری طی ۱۲ جلسه، هر جلسه ۴۵ دقیقه، به صورت هفته‌ای یکبار صورت می‌گیرد.

پژوهش‌ها تاثیر مداخله‌های دینی را در کاهش اضطراب نشان داده‌اند. پارگامنت و ماتون (۱۹۹۲) اثر بخشی انجام اعمال دینی را در کاهش اضطراب گزارش دادند. از نظر

داویدیان (۱۳۷۶) دستورها، مراسم و آیین‌های دینی همه عواملی هستند که می‌توانند در امر درمان و پیشگیری اختلال‌های روانی و نیز ارتقاء سلامت روان به نحو موثری به کار گرفته شوند.

فرآیند درمان شناختی رفتاری مذهبی اضطراب

فرآیند درمان شناختی رفتاری مذهبی اضطراب به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول:

مصاحبه تشخیصی و بالینی

جلسه دوم:

ارزیابی روانشناختی با استفاده از آزمون اضطراب بک، مقیاس درجه بندی اضطراب هامیلتون، مقیاس نگرش‌های ناسالم و ارزیابی شناختی دینی که با برداشتی آزاد از سوال‌های ارزیابی دینی در رویکرد درمان شناختی معنوی استیونس و استیونس (۱۹۹۹) تهیه شده است. این سوال‌ها به درمانگر کمک می‌کنند تا باورها، تعلقات، نیازها و تمایلات دینی مراجع را بهتر بشناسد و بررسی نماید که آیا بین عقاید دینی مراجع با حالات اضطرابی وی رابطه‌ای وجود دارد یا خیر؟ و آیا مراجع تمایل دارد از مداخله‌های دینی در فرآیند درمان سود ببرد یا خیر؟

جلسه سوم:

اهداف:

۱- آشنا کردن مراجع با درمان دینی و مفاهیم مورد استفاده در درمان

۲- آموزش مفاهیم دعا و ذکر به صورت کاربردی به مراجع

خلاصه جلسه:

۱- منطق درمان دینی شامل مفاهیم مرتبط، دلایل و فواید بهره‌گیری از آنها در

رویارویی با اضطراب توضیح داده می‌شود.

۲- آموزش ذکر

۳- تمرین ذکر

۴- آموزش دعا

۵- تمرین دعا

۶- ارائه جزوه آموزشی ذکر و دعا

۷- ارائه تکالیف خانگی

۱- منطق درمان دینی شامل مفاهیم مرتبط، دلایل و فواید بهره‌گیری از آنها در رویارویی با اضطراب به شرح زیر توضیح داده خواهد شد:

«از آنجا که شما اظهار تمایل کردید که از راهبردها و شیوه‌های دینی در درمان اضطرابتان استفاده نمایم و از طرفی اعتقادات و اعمال دینی می‌توانند نقش موثری را در مقابله با اضطراب ایفا کنند بنابراین ما در طی جلسه‌های درمانی که با هم خواهیم داشت سعی می‌کنیم علاوه بر شیوه‌های درمانی روانشناختی رایج در درمان اضطراب، از برخی راهبردها و فنون دینی نیز طبق یک برنامه مشخص سود ببریم. مفاهیم کلیدی در دین وجود دارند که به عنوان یک راهبرد می‌توانند در کاهش اضطراب موثر باشند. این مفاهیم شامل ذکر، نماز، دعا، شکر، اسوه‌گزینی حسنه و تاثیر همنشین می‌باشند»:

الف) در ذکر انسان با یاد خداوند و توجه به صفات و ویژگی‌های رحمت، قدرت، استعانت و ... خداوندی، دل خود را مملو از وجود حضرتش نموده و بدین گونه خود را برای مقابله با نگرانی‌ها تجهیز می‌نماید. زیرا که می‌داند او پناهگاه امنی است که هر کس خود را به آنجا برساند آرام خواهد الا بذکرالله تطمئن القلوب. این ذکر هم به صورت یادآوری ذهنی است و هم کلامی.

ب) نماز یکی از ارکان دین است که ما را به یاد خداوند می‌اندازد و هر روز ما را با او مرتبط می‌سازد. این ارتباط با آداب و مناسک خاصی صورت می‌گیرد و طی آن انسان زمانی را پیدا می‌کند تا به خود بیندیشد و به کوچکی خود اعتراف نماید و از خداوند رب‌العالمین و

مالک یوم الدین کمک و یاری بطلبد و در یاد خداوندی چنان خود را غرق نماید که نماز معراج او شود.

ج) در دعا انسان با وجودی مملو از احتیاج و دستی از روی نیاز با زبانی از روی استغاث (به داد رسیدن) به پیشگاه قاضی الحاجات والبیات می‌رود و از او طلب اجابت می‌نماید از این طریق محرم رازی می‌یابد که با او درد دل کند زیرا او حافظ و ستار است و خود را تخلیه نماید، و از سوی دیگر از آن قادر و اجابت کننده مطلق یاری نماید تا مشکلش حل شود و می‌داند که او وعده به اجابت داده و خلف وعده نمی‌نماید.

د) شکر مقام دیگری است که در آنجا انسان با نگاه به نعمت‌های خداوندی آنها را به زبان آورده، از خداوند سپاسگزاری می‌نماید و می‌داند که این شکر گزاری به نعمتش خواهد افزود زیرا که او وعده به ازدیاد داده است و ان شکرتم لا زیدنکم ابراهیم. شکر باعث می‌شود که فرد به داشته‌های خود و جنبه‌های نعمتی آنها توجه داشته باشد و در مقابل از خداوند شکر گزاری نماید.

ه) توجه به اسوه حسنه و همانند سازی با آن به کرات در قرآن آورده شده است زیرا نداشتن معیار در رفتار و کردار خود عاملی است که فرد را مضطرب می‌کند. انسان با الگو قرار دادن یک اسوه آرام و با وقار و بازی کردن در نقش او می‌تواند خود را به طرف آرامش درونی سوق دهد و و از طرفی با مراقبت از خود در الگو قراردادن افراد مضطرب، تاثیر آنها را کاهش دهد.

و) هم‌نشینی به طور مستقیم بر رفتار فرد تاثیر می‌گذارد. امام صادق (ع) فرموده‌اند که اگر کسی را می‌خواهید بشناسید به دوستان او توجه کنید. همچنین حضرت علی (ع) فرموده‌اند که که با نیکان رفت و آمد کنید تا از آنان شوید. لذا دوستان آرام و غیر مضطرب می‌توانند در کسب آرامش به ما یاری رسانند.

۲- آموزش ذکر

همان طور که گفته شد ذکر یعنی یادآوری خداوند با تمامی قدرت و توانایی و همه صفات دوست داشتنی او هم در ذهن و هم در زبان. ما در آموزش تن آرامی به هنگام تمرین تنفس در حالت بازدم از شما می‌خواهیم یکی از ذکرهایی که با آن بیشتر احساس آرامش می‌کنید را بدین گونه بیان نمایید (درمانگر نشان می‌دهد) و در آن حال به معنی ذکر هم توجه داشته باشید. ذکرهای پیشنهادی درمانگر به مراجع شامل یا الله، یا رحیم، یا معین، یا فتاح، یا رزاق، یا قدیر، سبحان الله، لا اله الا الله، الحمد لله و ... می‌باشد.

۳- تمرین ذکر

قبل از شروع تمرین آرام‌سازی اوست به هنگام انجام ۳ بار تمرین تنفس و در زمان بازدم، ذکرهای انتخابی با صدای آهسته شروع و با صدای درونی شده خاتمه می‌پذیرد. درمانگر به عنوان مدل آن را اجرا می‌کند و از مراجع می‌خواهد که آن را تمرین کند.

۴- آموزش دعا

همان طور که گفته شد دعا رابطه بین خالق و مخلوق است و خداوند به ما اجازه داده است تا با او صحبت کنیم، خواسته‌هایمان را به طور روشن و مشخص با او در میان نهیم و از او طلب کمک و یاری نماییم و او هم وعده اجابت داده است. لذا برای اینکه بتوانید از دعا بهتر در جهت درمان استفاده کنید، بایستی به معنی دعا و اینکه زبان احتیاج خودتان باشد (درخواست روشن و مشخص از خداوند)، بیشتر توجه نمایید.

۵- تمرین دعا

بعد از هر نماز یومیه دعای *أَمِنْ يُجِيبُ الْمُضْطَرَّ إِذَا دَعَا* و *يَكْشِفُ السُّوءَ* (سوره نمل، آیه ۶) را با توجه به ترجمه آن «او خدایی است که درمانده را چون بخواندش پاسخ می‌دهد و رنج را از او دور می‌نماید»، ۵ بار بخوانید و سعی کنید در این حالت به اضطراب و نگرانی خود توجه نمایید. سپس دعای محقق ساخته زیر را که به طور مشخص نشان دهنده مشکل شماست،

۵ بار بخوانید و در راستای درمان از خداوند مدد بخواهید: «بار پروردگارا، ای قادر متعال، مرا یاری نما تا روابط بین افکار، احساسات و رفتارم را کشف کنم و بر آنها تسلط یابم».

۶- ارائه جزوه آموزشی ذکر و دعا

جزوه آموزشی ذکر و دعا به همراه کتابچه آیات بخش ذکر و دعا به مراجع داده خواهد

شد

۷- ارائه تکالیف خانگی

۱- مطالعه جزوه‌های آموزشی ذکر و دعا

۲- تمرین ذکر در هنگام بازدم طی ۳ بار تنفس

۳- تمرین دعای امن یجیب المضطر اذا دعاه و یکشف السوء بعد از هر نماز ۵ بار

۴- تمرین دعای محق ساخته بعد از هر نماز ۵ بار

جلسه چهارم:

اهداف:

۱- ارزیابی نقش دعا و ذکر بر اساس تکالیف خانگی

۲- آشنا کردن مراجع با دو مفهوم دیگر دینی یعنی نماز و شکر برای استفاده درمانی از

آنها

۳- مراجع بتواند موفقیت‌های خود را مورد توجه قرار داده و آنها را شناسایی نماید.

خلاصه جلسه:

۱- بازنگری تکالیف خانگی جلسه قبل

۲- مفهوم نماز به عنوان بالاترین ذکر و زمانی برای به خود اندیشیدن، جزء برنامه درمانی

قرار می‌گیرد.

۳- تمرین نماز و دعای بعد از نماز

۴- مفهوم شکر و چگونگی بهره‌گیری از آن در فرایند درمان توضیح داده می‌شود.

۵- آموزش مرحله اول شکرگزاری یعنی شناخت نعمت

۶- تمرین شکر، شاخص‌های تغییر اضطراب به عنوان یکی از نعمت‌های الهی مورد تاکید قرار می‌گیرد.

۷- ارائه جزوه شکر

۸- ارائه تکالیف خانگی

۱- بازنگری تکالیف خانگی جلسه قبل

ابتدا برداشت مراجع از جزوه ذکر و دعا طی ۵ دقیقه، مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد. سپس سوال‌هایی در مورد نتایج تمرین تنفس با ذکرها و نیز دعاهای بعد از نماز از مراجع پرسیده می‌شود و میزان اضطراب وی با استفاده از آزمون اضطراب بک و مقیاس درجه بندی اضطراب هامیلتون سنجیده می‌شود.

۲- مفهوم نماز به عنوان بالاترین ذکر و زمانی برای به خود اندیشیدن، جزء برنامه درمانی قرار می‌گیرد.

ابتدا توضیح‌های زیر به مراجع داده می‌شود:

نماز به عنوان یکی از عبادت‌های اساسی روزانه زمانی را برای هر فرد فراهم می‌نماید تا با خداوند راز و نیاز نموده و به پرستش حضرت باری تعالی پردازد. در این زمان انسان فرصتی می‌یابد تا به خود بیندیشد، خود را با تمام ویژگی‌هایش در مقابل حضرت باری تعالی با تمامی صفاتش قرار دهد، سپس به تصحیح خود پردازد و از حضرتش مسئلت نماید تا راه مستقیم و بدون تاریکی و اضطراب را نیز او هموار نماید. لذا در هر نماز به او می‌گویند ای‌یاک نعبد و ای‌یاک نستعین تنها تو را می‌پرستیم و از تو مدد می‌خواهیم.

شما می‌توانید از این آداب و مناسک عبادی دینی استفاده نموده، به خود بیندیشید و به خصوص با توجه به معنای سوره حمد به ویژه معنای آیه ای‌یاک نعبد و ای‌یاک نستعین از این عبادت دینی در جهت حل مشکل اضطراب خود استفاده نمایید. در ضمن بعد از نماز فرصتی به وجود می‌آید تا با خداوند در مورد مشکل خود صحبت نمایید. از شما می‌خواهیم از این به بعد نماز را با شرایط زیر بخوانید:

- (۱) نماز را یک یا دو دقیقه طولانی‌تر نمایید.
- (۲) مقدمات نماز مثل اقامه را رعایت کنید و آن را بخوانید.
- (۳) به معنی سوره حمد توجه نموده و با توجه به اضطراب خود به معنای آیه ایاک نعبد و ایاک نستعین توجه نمایید.

(۴) دو روزی یک بار دو رکعت نماز حاجت برای کسب آرامش بخوانید.

(۵) بعد از هر نماز دعا‌های زیر را بخوانید:

- الف) دعای امن یجیب المضطر اذا دعاه و یکشف السوء با توجه به معنی آن او خدایی است که در مانده را چون بخواندش پاسخ می‌دهد و رنج را از او دور می‌نماید (۵ بار)
- ب) دعای محقق ساخته « خداوندا مرا یاری نما تا برداشت‌های دیگری را که ممکن است از یک واقعه نمود به ذهن خود بیاورم، از دریچه‌ای دیگر نیز به آن نگاه کنم و از برداشت یک سو به سویه که موجب نگرانی و اضطرابم می‌شود رهایی یابم».

۳- تمرین نماز و دعای بعد از نماز

از مراجع خواسته می‌شود مطالب ارائه شده را یک بار اجرا نموده و سوره حمد و دعاها را تمرین نماید.

۴- مفهوم شکر و چگونگی بهره‌گیری از آن در فرایند درمان توضیح داده می‌شود.

بعد از توضیح نماز و تمرین آن مفهوم شکر به شرح زیر توضیح داده می‌شود:

شکر یکی از دیگر مفاهیم دینی است که در پژوهش‌های انجام شده در دنیا از آن به عنوان مثبت اندیشی یاد می‌کنند یعنی دیدن نیمه پر لیوان نه نیمه خالی آن. شکر از مفاهیم کلیدی قرآن مجید و از معانی ژرف عرفانی است که در تعریف آن گفته شده است: سپاسگزاری انسان در برابر نعمت‌های الهی. خداوند وعده داده است که انسان شکرگذار را پاداش می‌دهد و در برابر شکر نعمت، نعمت را افزایش خواهد داد. برای رسیدن به مقام شاکر لازم است:

الف) نعمت‌های خداوندی را شناسایی نمود. هر چند این کار در ابتدا بسیار سخت می‌نماید ولی با تمرین و ممارست این کار راحت خواهد شد. در این مسیر توجه به هر موفقیتی

و هر ویژگی مثبتی هر چند کوچک (و هر نعمت دیگری) بسیار مهم است. لذا لازم است که در طول هفته آن نعمت‌ها را ثبت و ضبط نماید.

ب) نعمت‌های شناسایی شده را به زبان آورد و به آن اقرار نمود. تک تک نعمت‌های شناسایی شده در بند الف را بایستی نام برد و به آن اقرار نمود. زیرا نقش شکر زبانی در مثبت‌اندیشی بسیار مهم است. به این دلیل که آنچه در ذهن می‌گذرد بی صدا شده آن چیزی است که قبلاً به زبان آورده ایم.

ج) پس از اقرار به نعمت‌ها، از خداوند بخاطر آنها سپاسگزاری می‌نماییم با این امید که و ان شکرتم لا زیدنکم یعنی کسی که شکر گزار باشد خداوند به آن خواهد افزود.

۵- تمرین شکر، شاخص‌های تغییر اضطراب به عنوان یکی از نعمت‌های الهی مورد تاکید قرار می‌گیرد.

مراجع بایستی شاخص‌های تغییر اضطراب را که قبل و بعد از تمرین آرام‌سازی به دست می‌آید مورد توجه قرار دهد تا تمرین مرحله اول شکرگزاری انجام گیرد یعنی مراجع بتواند به شناسایی نعمت‌های الهی (موفقیت‌ها) بپردازد. این تمرین در طول هفته در حیطه‌های مختلف بایستی دنبال شود.

۶- ارائه جزوه شکر

جزوه شکر که شامل تعریف شکر، مراحل شکر، مطالب فرهنگی و ادبی مربوط به شکر می‌شود در اختیار مراجع گذاشته می‌شود.

۷- ارائه تکالیف خانگی

۱- تمرین نماز و دعاها پس از آن بر اساس آنچه در محتوای شماره ۲ درباره مفهوم نماز اشاره شد.

۲- تمرین مرحله اول شکر یعنی شناسایی نعمت‌ها با تاکید بر مشکل مراجع

۳- تمرین ذکر به هنگام اجرای تنفس آموزش آرام‌سازی

۴- ارائه جزوه شکر

جلسه پنجم:

اهداف:

- ۱- ارزیابی مداخله‌های قبلی
- ۲- آشنا کردن مراجع با دعاهای دیگری که مرتبط با مداخله‌های درمان شناختی رفتاری است.

۳- آشنا کردن مراجع با مفهوم تاثیر همنشین در افزایش یا کاهش اضطراب

خلاصه جلسه:

- ۱- مرور تکالیف خانگی جلسه قبل
 - ۲- تمرین مرحله شکرگزاری
 - ۳- آموزش دعای یا منزل السکینه فی قلوب المومنین انزل... به مراجع
 - ۴- تمرین دعای یا منزل السکینه فی قلوب المومنین انزل...
 - ۵- آشنا کردن مراجع با مفهوم تاثیر همنشین
 - ۶- تمرین تاثیر همنشین
 - ۷- ارائه تکالیف خانگی
- ۱- مرور تکالیف خانگی جلسه قبل
- ابتدا تکالیف جلسه قبل شامل نماز، ذکر، دعا و مرحله اول شکر مرور شده و باز خورد لازم به مراجع داده خواهد شد. برداشت وی نیز از این تکالیف مورد بررسی قرار خواهد گرفت.
- ۲- تمرین مرحله شکرگزاری
- ضمن مرور تکالیف خانگی، موفقیت‌های کسب شده مراجع در مواجهه با اضطراب شناسایی می‌شود. سپس مرحله دوم شکرگزاری اجرا می‌گردد یعنی از مراجع خواسته می‌شود که این نعمت‌ها و موفقیت‌ها را به طور زبانی بیان کند و به آنها اقرار نماید.
- ۳- آموزش دعای یا منزل السکینه فی قلوب المومنین انزل... به مراجع

بعد از آموزش مرحله سوم آرام‌سازی و قبل از شروع تمرین تنفس به مراجع دعای یا منزل السکینه فی قلوب المومنین انزل... یعنی ای آرامش دهنده به قلب مومنین به قلب من آرامش بده، به مراجع آموزش داده می‌شود.

۴- تمرین دعای یا منزل السکینه فی قلوب المومنین انزل...

به هنگام تمرین مرحله سوم آرام‌سازی، قبل از شروع تمرین تنفس، در حالتی ساکن، دعای یا منزل السکینه فی قلوب المومنین انزل... تمرین می‌شود. در ادامه، زمانی که طبق درمان شناختی رفتاری به مراجع آموزش داده می‌شود تا ارتباط بین طرز تلقی و احساسات خود را درک نماید، دعای جلسه قبل در این زمینه یادآوری می‌شود.

۵- آشنا کردن مراجع با مفهوم تاثیر همنشین

در بخش پایانی جلسه در مورد تاثیر همنشین و نقش آن در رفتار، مطالب زیر به مراجع ارائه و در این مورد جزوه‌ای نیز به وی داده خواهد شد:

همنشین یعنی کسی که ما بیشتر اوقات خود را با او سپری و ارتباط عاطفی با وی برقرار می‌کنیم مثل پدر، مادر، اعضاء خانواده، دوستان صمیمی به ویژه دوستان نزدیک. این افراد به طور خود آگاه و در بیشتر مواقع ناخود آگاه بر روی افکار و رفتار ما تاثیر دارند. اکثر عقایدی که برای ما حتمی، یقینی و بدیهی هستند و بدون هیچ استدلالی پذیرفته شده‌اند، شیوه‌های مقابله ما در برابر مشکلات زندگی، تصمیم‌گیری‌های مهم و نیز واکنش‌های عاطفی ما به مسائل زندگی مان در وجود همنشین‌های ما قابل مشاهده می‌باشند. امام علی (ع) می‌فرمایند «با نیکان بنشین تا از آنان شوی» و یا در ادبیات ما آمده که همنشینت به شود تا من از او بهتر شوم، همنشینت بد شود تا من از او بدتر شوم. بحثی کوتاه (۵ دقیقه) در این مورد انجام می‌گیرد. از مراجع پرسیده می‌شود نظر شما در این مورد چیست؟ آیا تا به حال به این تاثیر توجه داشته‌اید؟ سپس به مراجع گفته می‌شود سعی کند افراد مضطرب محیط خود را شناسایی کند و با آگاهی از این ویژگی آنها، میزان تاثیر پذیری از آنها را کاهش دهد. همچنین افراد آرام و باطمینان محیط خود را شناسایی کند و ارتباط خود را با آنها افزایش دهد تا از آنها بیشتر تاثیر بگیرد.

۶- تمرین تاثیر همنشین

پس از بحث در مورد همنشین، تاثیر آن و شناسایی افراد مضطرب موثر بر مراجع، تکلیفی به وی داده خواهد شد تا در طول هفته مشاهده نماید که افکار، احساسات و رفتارهای اضطرابی وی در کدامیک از همنشین‌هایش بیشتر وجود دارد.

۷- ارائه تکالیف خانگی

۱- ادامه تمرین‌های جلسه قبل (نماز + دعای امن یجیب المضطر اذا دعاه و یکشف السوء + دعای محقق ساخته جلسه چهارم)

۲- دعای یا منزل السکینه فی قلوب المومنین انزل... همراه با مرحله سوم آرام‌سازی (۵ بار)

۳- مراجع با شیوه مشاهده کشف کند که افکار، احساسات و رفتارهای اضطرابی وی در کدامیک از همنشین‌هایش بیشتر وجود دارد.

۴- جزوه همنشین به مراجع ارائه و از وی خواسته می‌شود تا در طول هفته آن را مطالعه نماید.

۵- مرحله اول و دوم شکرگزاری در مواجهه با هر تغییر موفقیت آمیز در اضطراب، انجام گیرد.

جلسه ششم:

اهداف:

۱- ارزیابی تکالیف خانگی

۲- آموزش مرحله سوم شکرگزاری

۳- آشنا کردن مراجع با مفهوم اسوه حسنه و نقش آن در کاهش اضطراب

۴- آموزش دعاهای جدید

خلاصه جلسه:

۱- بازنگری تکالیف خانگی جلسه قبل

۲- تمرین مرحله سوم شکرگزاری به همراه مراحل قبلی

۳- تمرین ذکرها به هنگام آموزش مرحله چهارم آرام‌سازی

۴- اسوه حسنه و نقش آن در اضطراب آموزش داده می‌شود.

۵- تمرین اسوه حسنه

۶- دعای محقق ساخته آموزش داده می‌شود.

۷- تمرین دعای محقق ساخته

۸- ارائه تکالیف خانگی

۱- بازنگری تکالیف خانگی جلسه قبل

تکالیف خانگی در ارتباط با نماز، ذکر، دعا، شکر و همنشین مورد بررسی قرار گرفته و سپس مراجع موفقیت‌های بدست آمده در تکالیف خانگی را شناسایی و به طور کلامی تک تک آنها را بیان می‌کند.

۲- تمرین مرحله سوم شکرگزاری به همراه مراحل قبلی

پس از اقرار زبانی به موفقیت‌ها و نعمت‌های الهی، مراجع مرحله سوم شکرگزاری را که سپاس و شکرگزاری از خداوند به خاطر وجود چنین نعمت‌هایی است را انجام می‌دهد. در ضمن برای تمرین جلسه بعد می‌توان یکی از دعا‌های امام سجاد (ع) در دعا‌های خمس عشر را که در زمینه شکر است، توصیه نمود تا مراجع بخواند.

۳- تمرین ذکرها به هنگام آموزش مرحله چهارم آرام‌سازی

به هنگام آموزش مرحله چهارم آرام‌سازی (آرامش از راه کنترل نشانه‌ها)، به مراجع توصیه می‌شود در صورتی که مایل است به هنگام بازدم به جای «راحت باش» یا «آرام باش»، از ذکرهایی که قبلاً توصیه شده بود و در تمرین تنفس بکار می‌برد استفاده کند: «چنانچه مایل باشید می‌توانید از هر یک از ذکرهایی که بیشتر با آن احساس آرامش پیدا می‌کنید به جای «راحت باش» یا «آرام باش» استفاده نمایید».

۴- اسوه حسنه و نقش آن در اضطراب آموزش داده می‌شود.

اسوه حسنه و نقش آن در اضطراب به مراجع آموزش داده می‌شود و جزوه‌ای نیز در این

زمینه در اختیار وی گذاشته می‌شود. توضیحات مربوط به اسوه حسنه به شرح زیر می‌باشد:

فرد از طریق مشاهده رفتار و عقاید دیگران از آنها الگو می‌گیرد و معیارهای رفتاری را از طریق همانندسازی (خودآگاه یا ناخودآگاه) با آنها برای خود بر می‌گزیند. از آنجا که هر الگو دارای نقاط قوت و ضعفی است لذا گاهی اوقات به علت وجود یک ویژگی مثبت، ویژگی‌های منفی وی را نیز ممکن است بپذیریم و با او همانندسازی کنیم. اسوه حسنه در اسلام، الگو برداری کاملاً آگاهانه از ویژگی‌های مثبت یک فرد نمونه تمام عیار است که شامل پیامبر اسلام (ص)، حضرت ابراهیم (ع) و تمامی اولیاء الهی (شامل پیامبران، ائمه اطهار و...) می‌شود. آنها نمونه کامل رفتارهای نیک آدمی و در عین حال دارای سایر ویژگی‌های مثبت مثل صبر در حضرت ایوب هستند. اسوه حسنه‌ای را انتخاب نمایید که دارای آرامش و طمانینه باشد. لذا لازم است ابتدا چنین فردی را شناسایی و سپس با او همانندسازی و نقش او را بازی کنید تا به تدریج شما هم مانند او شوید. بزرگترین اسوه حسنه حضرت محمد (ص) است که به داشتن ویژگی سکینه الوقار (آرامش دار با وقار) معروف است. شما می‌توانید با تصور ایشان در رفتن، حرف زدن، فکر کردن و رفتار کردن خود را به جای ایشان فرض نموده و نقش وی را ایفا نمایید.

طی درمان به فراخور موضوع مطرح شده در جلسه نمونه‌هایی از این بزرگوار و سایر اسوه‌های حسنه، جهت برداشت‌های واقع بینانه و مثبت گرایانه در رویارویی با یک رویداد و واقعه، ارائه خواهد شد.

۵- تمرین اسوه حسنه

مراجع در جلسه سعی نماید نقش پیامبر را در آرامش داشتن تصور نماید و به صورت عملی تمرین کند. سپس نظر مراجع در این مورد مطرح می‌شود.

۶- دعای محقق ساخته آموزش داده می‌شود.

به هنگام آموزش افکار ناکارآمد، دعای محقق ساخته زیر که بایستی پس از نماز و دعای امن یجیب المضطر اذا دعاه و یکشف السوء خوانده شود، به مراجع آموزش داده می‌شود:

«بار خدایا، کمک کن تا افکار و برداشت‌های ناکارآمد خود از یک رویداد را شناسایی و به آنها فائق آیم. ای معین و ای یاری رسان، تو خود می‌دانی که با این نگرانی‌ها که برایم پیش می‌آید و این افکاری که به ذهنم می‌آید از زندگی باز می‌مانم» و همچنین این دعا «خداوندا مرا یاری رسان تا افکار نا کارآمد و خودکاری را که طی اضطراب و نگرانی به ذهنم می‌آید، شناسایی و ثبت کنم و در جهت درمان پیش بروم».

۷- تمرین دعای محقق ساخته

دعای فوق بوسیله مراجع در جلسه خوانده می‌شود و به وی توصیه می‌گردد پس از نماز و دعای امن یجیب المضطر اذا دعاه و یکشف السوء ۵ بار خوانده شود.

۸- ارائه تکالیف خانگی

۱- ادامه تمرین‌های قبلی در زمینه نماز، ذکر، دعا، شکر و همنشین

۲- نشانه ذکر در مرحله ۴ آرام‌سازی مشخص و در طی هفته تمرین گردد.

۳- مراجع مراقب تاثیر همنشین‌های مضطرب در افکار و رفتارشان باشد. این مراقبت بر اساس شناسایی که در هفته قبل انجام شده صورت می‌گیرد.

۴- مراجع در محیط خود همنشین آرام و باطمینان را شناسایی نماید.

۵- جزوه اسوه حسنه در اختیار مراجع قرار دهد می‌شود تا در طول هفته آن را مطالعه کند.

۶- پس از نماز و دعای امن یجیب المضطر اذا دعاه و یکشف السوء، دعای محقق ساخته در شماره ۶ خلاصه جلسه ۵ بار خوانده شود. سپس موفقیت‌ها و نعمت‌های خداوندی به طور کلامی یادآوری شده و نسبت به آنها شکرگزاری انجام گیرد.

جلسه هفتم:

اهداف:

۱- ارزیابی تکالیف خانگی

۲- آموزش مرحله کاربردی اسوه حسنه با استفاده از تصویرسازی ذهنی

خلاصه جلسه:

۱- مرور تکالیف خانگی جلسه قبل

۲- تمرین شکرگزاری

۳- تصویرسازی ذهنی از نقش اسوه حسنه پس از تمرین مرحله پنجم آرام‌سازی

۴- تمرین تصویرسازی ذهنی از نقش اسوه حسنه پس از تمرین مرحله پنجم آرام‌سازی

۵- استفاده از اسوه حسنه (اسوه‌گزینی) در چالش کلامی

۶- ارائه تکالیف خانگی

۱- مرور تکالیف خانگی جلسه قبل

در این جلسه ابتدا تکالیف خانگی نماز، ذکر، دعا، همنشین، اسوه حسنه و شکر بررسی و سپس بازخوردهای لازم داده خواهد شد.

۲- تمرین شکرگزاری

موفقیت‌ها و نعمت‌های شناسایی شده در تمرین‌ها یک به یک بیان شده و از خداوند به خاطر آنها سپاسگزاری می‌شود. به عنوان نمونه «خداوندا میزان اضطراب من در برابر... در جلسه قبل ۹۰ بود ولی حالا به ۸۰ رسیده است. بخاطر این موفقیتیم از تو سپاسگزارم».

۳- تصویرسازی ذهنی از نقش اسوه حسنه پس از تمرین مرحله پنجم آرام‌سازی

پس از تمرین مرحله پنجم آرام‌سازی به مراجع توضیح زیر داده خواهد شد: «برای آنکه بتوانیم از شیوه اسوه‌گزینی در کاهش اضطراب شما کمک بگیریم در این جلسه شما پس از تمرین این مرحله از آرام‌سازی با چشمان بسته در ذهنتان تصور نمایید که در نقش پیامبر(ص) قرار دارید و سعی نمایید همه وجود خود را مملو از آرامش حضرت رسول کنید. هر چند خود می‌دانید که به آن آرامش متعالی نخواهید رسید ولی میزان کمی از آن هم شما را بیمه خواهد کرد زیرا او معروف به وقار و آرامش است. سپس شما با موقعیت‌های اضطراب‌آوری روبرو خواهید شد که قبلاً در مورد آنها صحبت کرده بودید. البته این موقعیت‌ها در حدی خواهد بود که شما بتوانید با آرامش خود آنها را کنترل نمایید».

۴- تمرین تصویرسازی ذهنی از نقش اسوه حسنه پس از تمرین مرحله پنجم آرام‌سازی درمانگر با بازی کردن نقش، مطالب مطرح شده در شماره ۳ را تمرین خواهد کرد و سپس از مراجع می‌خواهد تا آن نقش را بازی کند.

۵- استفاده از اسوه حسنه (اسوه‌گزینی) در چالش کلامی در طول جلسه به هنگام چالش کلامی از شیوه اسوه‌گزینی برای دستیابی به برداشت‌های دیگری از یک رویداد و پیدا کردن افکار جایگزین استفاده خواهد شد. به این صورت که اگر پیامبر بود در این مورد چه نظری داشت؟ اگر... (اسوه دیگری) بود در این مورد چه نظر و برداشتی داشت؟

۶- ارائه تکالیف خانگی

- ۱- ادامه تمرین‌های قبلی در زمینه نماز، ذکر، دعا، شکر، همنشین و اسوه‌گزینی
- ۲- دعای یا منزل السکینه فی قلوب المومنین انزل... + ذکر به هنگام بازدم + آرام‌سازی + تصویرسازی ذهنی در نقش اسوه حسنه
- ۳- سعی در برقراری ارتباط با افراد آرام و باطمینان در طول هفته
- ۴- پس از نماز، دعای امن یجیب المضطر اذا دعاه و یکشف السوء و آخرین دعای محقق ساخته جلسه قبل ۵ بار خوانده شود.

جلسه هشتم:

اهداف:

- ۱- ارزیابی تکالیف خانگی
- ۲- استفاده کاربردی از اسوه حسنه
- ۳- استفاده از قرآن در چالش کلامی

خلاصه جلسه:

- ۱- مرور تکالیف خانگی جلسه قبل
- ۲- تمرین شکرگزاری

۳- تمرین آرام‌سازی به همراه بازی کردن نقش اسوه حسنه با استفاده از تصویر سازی

ذهنی

۴- ارائه شواهدی از قرآن و حدیث در چالش کلامی

۵- ارائه شواهدی از اسوه حسنه در چالش کلامی

۶- ارائه تکالیف خانگی

۱- مرور تکالیف خانگی جلسه قبل

ابتدا تکالیف خانگی مربوط به اضطراب و مداخله‌های دینی (نماز، ذکر، دعا، شکر، همنشین و اسوه‌گزینی) مورد بررسی قرار گرفته و بازخوردهای لازم داده خواهد شد.

۲- تمرین شکرگزاری

موفقیت‌های کسب شده در ایجاد آرامش و نیز موفقیت‌های دیگری که بر اساس مداخله‌های درمانی بدست آمده‌اند مورد شناسایی قرار گرفته، سپس یک به یک بیان شده و نسبت به آنها از خداوند بزرگ سپاسگزاری می‌شود.

۳- تمرین آرام‌سازی به همراه بازی کردن نقش اسوه حسنه با استفاده از تصویر سازی ذهنی

در این جلسه مانند جلسه قبل پس از دعای یا منزل السکینه فی قلوب المومنین انزل...، تمرین تنفس و آرام‌سازی، مراجع با استفاده از روش تصویر سازی ذهنی، خود را در نقش اسوه حسنه قرار داده و سعی می‌نماید ویژگی آرامش را در خود به وجود آورد و بدین وسیله خود را تا حد امکان شبیه اسوه نماید.

۴- ارائه شواهدی از قرآن و حدیث در چالش کلامی

پس از تمرین شماره ۳، به هنگام چالش کلامی با افکار ناکارآمد خودکار به فراخور موضوع، مطالب زیر مطرح می‌گردد: «برای آنکه بتوانید افکار ناکارآمد را از ذهن خود دور نمایید لازم است مدارک و شواهدی را که دال بر تأیید فکر شما است جمع آوری نمایید، زیرا افکار ناکارآمد اصولاً بدون هیچ دلیل کافی پذیرفته شده و بدیهی بنظر می‌رسند. لذا وقتی با عدم وجود مدارک و شواهد کافی روبرو می‌شوند، تضعیف خواهند شد و شما تا حدودی از آنها راحت خواهید شد. قرآن هم برای تغییر نگرش افراد نسبت به افکار غیر مذهبی از این

معرفی مدل‌های مداخله شناختی رفتاری مذهبی / ۶۱

روش به کرات استفاده کرده است. برای مثال می‌گوید: اگر مدعی هستند خدای دیگری وجود دارد مدارک و شواهد خود را بیاورند» (سوره بقره، آیه ۲۲).

۵- ارائه شواهدی از اسوه حسنه در چالش کلامی

برای آنکه مراجع به برداشت‌های دیگری نسبت به رویداد توجه نماید می‌توان از وی خواست تا با بازی کردن نقش بجای یکی از اسوه‌های حسنه، برداشت خود را از آن واقعه ارائه نماید. همچنین بر اساس هر بخش از مطالب مربوط به چالش کلامی و یا روش‌های رفتاری، می‌توان از احادیث و زندگی اسوه‌های حسنه مطالبی را ارائه نمود.

۶- ارائه تکالیف خانگی

۱- ادامه تمرین‌های قبلی در زمینه نماز، ذکر، دعا، شکر، همنشین و اسوه‌گزینی

۲- همراهی شیوه آرام‌سازی با تصویرسازی نقش اسوه و سپس مواجهه با یک موقعیت

اضطراب‌زا

۳- تمرین شکرگزاری به دنبال موفقیت در مورد فوق

۴- مراجع از برداشت همنشین‌های آرام و باطمینان خود در باره موقعیت‌های

اضطراب‌زا، پرسش نماید.

جلسه‌های نهم و دهم:

اهداف:

۱- ارزیابی تکالیف خانگی

۲- آموزش نحوه مواجهه مذهبی با فعالیت‌های ناموفق

۳- تکرار آموزه‌های قبلی جهت رسیدن به مرحله کاربرد آموزش

خلاصه جلسه:

۱- مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، دادن بازخورد و شکرگزاری نسبت به موفقیت‌ها

۲- آموزش نحوه مواجهه مذهبی با فعالیت‌هایی که با عدم موفقیت همراه بوده‌اند.

۳- تمرین آموزه شماره ۲

- ۴- تمرین تصویر سازی نقش اسوه + آرام سازی + مواجهه با یک موقعیت اضطراب زا
۵- به کار گیری شواهد قرآنی و حدیثی و نیز سیره اسوه‌های حسنه در چالش‌های کلامی
۶- ارائه تکالیف خانگی

۱- مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، دادن بازخورد و شکرگزاری نسبت به موفقیت‌ها
در این جلسه‌ها ابتدا تکالیف خانگی بررسی و پس از باز خوردهای مربوط به تمرین‌ها،
شکر گذاری از موفقیت‌ها انجام می‌گیرد.

۲- آموزش نحوه مواجهه مذهبی با فعالیت‌هایی که با عدم موفقیت همراه بوده‌اند.
در بررسی تکالیف، عدم موفقیت‌ها نیز مورد توجه قرار گرفته و برای موفقیت در آنها از
خداوند طلب کمک می‌شود. برای رسیدن به چنین مقصودی توضیح زیر به مراجع داده
خواهد شد: «در این قسمت‌هایی که موفقیت کمتری به دست آورده اید شما می‌توانید با یاری
خواستن از خداوندی که معین است برای موفقیت خود طلب کمک نمایید و با نیرویی
مضاعف، موفقیت‌هایتان را دو چندان کنید».

۳- تمرین آموزه شماره ۲

درمانگر از طریق بازی کردن نقش، عدم موفقیت‌ها را شناسایی و با آن مقابله می‌کند تا
مراجع این روش را یاد بگیرد. سپس از وی خواسته می‌شود که نقش فوق را بازی کند.

۴- تمرین تصویر سازی نقش اسوه + آرام سازی + مواجهه با یک موقعیت اضطراب زا
در این جلسه‌ها قبل از آرام سازی، دعای یا منزل السکینه فی قلوب المومنین انزل... و
ذکر در حالت بازدم تمرین می‌گردد و بعد از تمرین آرام سازی، تصویر سازی در نقش اسوه
حسنة آرام و با طمانینه انجام می‌گیرد. سپس مراجع با موقعیت‌های اضطراب زا مواجهه
می‌شود. در پایان موفقیت‌های کسب شده طی مراحل شکر، مورد شکرگزاری قرار می‌گیرد.

۵- به کار گیری شواهد قرآنی و احادیث و نیز سیره اسوه‌های حسنه در چالش‌های کلامی
شواهد قرآنی و حدیثی و نیز سیره اسوه‌های حسنه در چالش‌های کلامی مانند جلسه‌های
قبل به کار گرفته می‌شوند.

۶- ارائه تکالیف خانگی

- ۱- ادامه تمرین‌های قبلی در زمینه نماز، ذکر، دعا، شکر، همنشین و اسوه‌گزینی
- ۲- ارتباط با همنشین‌های آرام و باطمینان و سعی در ایفای نقش آنها در خود از نظر نگرشی، احساسی، رفتاری و کلامی

جلسه یازدهم:

اهداف:

- ۱- ارزیابی تکالیف خانگی
- ۲- ارزیابی کلی مداخله‌های درمانی

خلاصه جلسه:

- ۱- مرور تکالیف خانگی جلسه قبل و باز خورد نسبت به آن
 - ۲- انجام تمرین‌های قبلی
 - ۳- ارزیابی مداخله شناختی رفتاری دینی
 - ۴- ارائه تکالیف خانگی
- ۱- مرور تکالیف خانگی جلسه قبل و باز خورد نسبت به آن
- مرور تکالیف خانگی جلسه قبل و باز خورد نسبت به آن مانند جلسه‌های قبل خواهد بود.
- ۲- انجام تمرین‌های قبلی
- انجام تمرین‌های قبلی شامل خلاصه‌ای از ترکیب‌های آرام‌سازی مذهبی و نیز چالش کلامی خواهد بود.
- ۳- ارزیابی مداخله شناختی - رفتاری دینی
- در این بخش تغییرهای درمانی مورد توجه و سپس نظر مراجع در باره مداخله‌های فوق مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.
- ۴- ارائه تکالیف خانگی
- تکالیف خانگی مانند جلسه‌های نهم و دهم خواهد بود.

جلسه دوازدهم:

اهداف:

ارزیابی درمان بر اساس آزمون‌های روانی انجام شده در جلسه دوم

خلاصه جلسه:

۱- اجرای مجدد آزمون اضطراب بک، مقیاس درجه بندی اضطراب هامیلتون و مقیاس

نگرش‌های ناسالم

۲- ختم درمان

مدل مداخله شناختی رفتاری مذهبی در درمان اختلال وسواسی جبری

در ایران برخی از پژوهشگران گزارش داده‌اند که افکار وسواسی یا مناسک اجباری رنگ و بوی مذهبی دارند (فیضی، ۱۳۷۳، فتی و بوالهروی، ۱۳۷۸، دادفر، بوالهروی، ملکوتی و بیانزاده، ۱۳۸۰).

نتایج پژوهش نظیری، دادفر و کریمی کیسمی (۱۳۸۴)، دادفر، نظیری و دادفر (۲۰۱۴) نشان داد که باورهای ناکارآمد مذهبی در مورد مناسک شستشو و طهارت پیش‌بینی‌کننده بهتری برای شدت علایم وسواسی-جبری هستند تا باورهای ناکارآمد شناختی. آنها نتیجه گرفتند که در این صورت ایجاب می‌کند که در کار روان‌درمانی با این بیماران تجدید نظر شود.

در پژوهش‌های مختلف اثربخشی استفاده از روش‌های مذهبی در درمان بیماری‌های روانی از جمله اختلال وسواسی-جبری گزارش گردیده است (پریستر^۲، ۲۰۰۱؛ اسکندری و کرمی، ۱۳۸۰؛ بیانزاده، ۱۳۷۶؛ دادفر، ۱۳۷۶، ۱۳۸۳؛ یعقوبی و اسداللهی؛ ۱۳۸۴؛ کجیاف و سجادیان، ۱۳۸۴، رضانی فرانی و دادفر، ۱۳۸۴، رضانی فرانی، ۱۳۹۱).

تکنیک‌های شناختی- رفتاری: الگوی شناختی که در این اختلال مبنای درمان قرار می‌گیرد، در امتداد مدل شناختی اختلالات افسردگی و اضطرابی بک^۱ (۱۹۷۶) و مدل شناختی اختلال وسواسی- جبری سالکوسکیس^۲ (۱۹۸۵) می‌باشد که راهبردهای اصلی در آن عبارتند از:

اول: در نظر گرفتن افکار مداخله گر به عنوان محرک؛ **دوم:** شناسایی افکار اتوماتیک منفی که منجر به ارزیابی منفی از افکار مداخله گر می‌گردد و اصلاح آنها و جایگزین افکار غیرآشفته ساز؛ **سوم:** شناسایی طرحواره‌ها یا نگرش‌های ناکارآمد اساسی و اصلاح آنها با تأکید بر اصلاح مسئولیت بالا و ارزیابی بیشتر احتمال خطر؛ **چهارم:** جلوگیری از خنثی سازی که در پی احساس مسئولیت و ادراک خطر ایجاد می‌شود.

در ارائه این تکنیک از روش ارائه شده، توسط سالکوسکیس و کریک^۳ (۱۹۸۹) برای اصلاح ارزیابی منفی افکار مداخله گر با تأکید بر تکنیک‌های ویژه اصلاح فرایند ارزیابی احساس مسئولیت و ادراک خطر ارائه شده توسط ون اوپن^۴ و آرنتز^۵ (۱۹۹۳) استفاده می‌شود. این تکنیک هم هفته‌ای ۲ جلسه و هر جلسه ۴۵ دقیقه، و در کل هر بیمار، ۱۶ جلسه درمان شناختی دریافت می‌دارد.

تکنیک رفتاری شامل مواجهه تدریجی و پیشگیری از پاسخ می‌باشد که عبارت است از مواجهه سیستماتیک با محرک‌های ایجادکننده افکار و رفتار وسواسی و پیشگیری از پاسخ به طور همزمان. هدف از بکارگیری این تکنیک اصلاح نگرش‌های بیمار در رابطه با مسئولیت و ادراک خطر و همچنین ایجاد فرایند خوگیری با محرک‌های اضطراب زا است. تکنیک مواجهه تدریجی و پیشگیری از پاسخ مستقلاً است که جهت درمان به کار گرفته می‌شود. این

1 - Beck

2 - Salkovskis

3 - Krik

4 - Van Oppen

5 - Arntz

روش متأثر از کار راکمن^۱ و همکاران (۱۹۷۶) به اضافه توصیه‌های استکتی^۲ (۱۹۹۳) در مورد روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ است.

این تکنیک هفته‌ای دو جلسه و هر جلسه ۴۵ دقیقه اجرا می‌شود، و در کل هر بیمار در پایان طرح، ۱۶ جلسه درمان مواجهه تدریجی و پیشگیری از پاسخ دریافت می‌دارد. مواجهه بر مبنای سلسله مراتب اضطراب‌زایی نشانه‌های درونی و بیرونی اضطراب را از کمترین عامل اضطراب‌زا شروع شده و بیمار آن را در تکلیف روزانه منزل نیز مورد استفاده قرار می‌دهد.

تکنیک درمان شناختی- رفتاری عبارت است از ترکیب دو تکنیک فوق در یک جلسه و به موازات یکدیگر. در مجموع هر بیمار هفته‌ای دو جلسه، و هر جلسه حدود ۱/۵ ساعت تحت درمان با روش درمان شناختی همراه با مواجهه تدریجی و پیشگیری از پاسخ (تکنیک‌های شناختی- رفتاری) و نهایتاً طی ۱۶ جلسه ۱/۵ ساعته تحت درمان قرار می‌گیرد.

الگوی شناختی- رفتاری قبلاً شرح داده شد. تکنیک‌های مذهبی مورد استفاده در این مدل از یک مطالعه تحلیل محتوایی از آیات قرآن کریم استخراج گردیده است (رمضانی، فرانی، عمادی و عاطف‌وحید، ۱۳۸۰) که برخی از آنها به طور مفصل شرح داده خواهند شد. روان‌درمانی به شیوه شناختی- رفتاری مذهبی طی ۱۶-۱۲ جلسه برای بیمارانی که به تشخیص روانپزشک واجد شرایط ملاک‌های تشخیصی برای وجود اختلال اضطرابی و سواسی- جبری براساس DSM-IV می‌باشند، انجام می‌شود. طول و مدت جلسات درمان عیناً مشابه الگوی درمان شناختی- رفتاری می‌باشد.

فرآیند درمان شناختی- رفتاری مذهبی اختلال سواسی جبری

تکنیک‌های شناختی رفتاری شامل تکنیک‌هایی که قبلاً ذکر گردید، می‌باشند. قبل از شروع درمان در مصاحبه ارزیابی شناختی- مذهبی صورت می‌گیرد که بر اساس پنج سوال اقتباس شده از درمان شناختی معنوی (SCT)^۳ استیونس^۴ و استیونس (۱۹۹۹) می‌باشد و شامل

^۱ - Rachman

^۲ - Steckete

^۳ - Spiritual Cognitive Therapy (SCT)

^۴ - Stevens

پیوندها و تجارب مذهبی در دوران کودکی، اعتقاد به نقش باورها یا شیوه زندگی مذهبی در مشکلات فعلی، علائق و نیازهای معنوی و مذهبی، اعتقاد به این که باورها، اعمال، عبادات و اجتماعات مذهبی منبعی از توانایی و کمک هستند و تمایل به مشارکت در مداخلات درمان مذهبی می‌باشند. بنابراین فرآیند مداخلات درمان مذهبی به شرح زیر است:

جلسه اول درمان:

هدف این جلسه آشنا کردن بیمار با درمان مذهبی یا مداخلات مذهبی در درمان اختلال وسواسی-جبری و دستور کار جلسه شامل: ۱- ارائه منطق مداخلات مذهبی، ۲- ارائه جزوه آموزشی در زمینه دعا می‌باشد.

در این جلسه ابتدا منطق مداخلات مذهبی به شرح زیر برای بیمار توضیح داده می‌شود: «از آن جا که شما اظهار تمایل نمودید از راهبردها و شیوه‌های مذهبی نیز در راستای درمان بیماری تان استفاده نمایید و از طرفی به نظر می‌رسد برخی اعتقادات و اعمال مذهبی چنانچه با یک برنامه حساب شده مورد استفاده قرار گیرند، می‌توانند نقش مؤثری را در مقابله با افکار و اعمال وسواسی ایفا نمایند. بنابراین ما در طی جلسات درمانی که با هم خواهیم داشت سعی خواهیم نمود تا به همراه تکنیک‌ها و شیوه‌های رایج در درمان وسواس از برخی از این راهبردها و فنون استفاده نمایم. از جمله آنها می‌توان به راهبردهای ذکر، دعا، شکر و اسوه‌گزینی (الگویابی) اشاره نمود. در پژوهش‌های مختلف به کرات تأیید شده است وقتی انسان به ذکر خدا و یادآوری قدرت بی‌نهایت او می‌پردازد و از او طلب حاجت، کمک و یاری می‌نماید، پله‌های رسیدن به هدفش را سریعتر طی خواهند نمود. برای آن که شما بتوانید از این باورها و راهبردها در جهت درمان مشکل خود بهتر استفاده نمایید. ما در طی جلسات، طبق یک برنامه مشخص از این راهبردها استفاده خواهیم کرد.»

پس از توضیحات درمانگر به توضیح در مورد مفهوم دعا می‌پردازد و کیفیت و تأثیر آن را در درمان علائم وسواسی با بیمار به بحث می‌گذارد. هدف از این اقدام: ۱- ارزیابی برداشت بیمار از دعا، و ۲- کیفیت استفاده بیمار از دعا می‌باشد.

الف- آیا دعا کلی گویی است یا اختصاصی و شخصی.

ب- آیا دعا کردن تشریفات صرف مذهبی است یا با زبان و نیاز بیمار هماهنگ است.

ج- دعا مرتبط با پاسخ‌های اختلال و سواسی- جبری است و یا دعای سالم است مثلاً صلوات فرستادن برای رفع اضطراب ناشی از یک فکر و سواسی است یا برای تقرب به خداوند.

۳- توضیح و ارائه تعریف از دعا که دارای اوصاف زیر است:

الف- دعا یک گفتگوی دوطرفه میان خداوند و بنده او است.

ب- دعا اعلام یک نیاز است به یک موجود بی نیاز، قدرتمند و بخشنده.

ج- دعا بیان خالص، روشن و واضح یک حاجت است به اجابت کننده‌ای که از وعده‌اش تخلف نمی‌کند.

د- در دعا ذکر ویژگی‌های خداوند، متناسب با موضوع مورد حاجت ضروری است.

ه- دعا یک ذکر و یادآوری است لذا محتوای سازنده آن از اهمیت برخوردار است.

دعای سازنده مثل دعاهایی است که جنبه‌های مثبت و کارآمدی را برای خود و دیگران دارد در مقایسه با دعاهایی مثل "خدایا مرا از روی زمین بردار تا از شر و سواس خلاص شوم". که جنبه غیر سازنده و منفی دارد.

در پایان جلسه جزوه دعا به عنوان تکلیف خانگی به بیمار داده می‌شود.

جلسه دوم درمان:

هدف این جلسه ۱- آموزش کاربردی دعا در راستای جهت‌گیری درمان و ۲- استفاده

از حدیث حضرت علی (ع) در مورد مواجهه با ترس جهت تسهیل در پذیرش شیوه درمان است، لذا دستور کار این جلسه عبارت است:

۱- بیمار از مطالعه جزوه دعا به چه نگرشی از دعا رسیده است.

۲- بیمار با مثال، دعاهای روشن و خالص را در راستای نیازهای درمانی اش ارائه و

تمرین نماید.

۳- حدیث حضرت امام علی (ع) در مورد مواجهه با موضوع ترس بیان می‌گردد.

در ابتدا از بیمار خواسته می‌شود تا برداشت خود را از مطالعه جزوه آموزش "دعا" بیان نماید. سپس به بیمار گفته می‌شود که ما در این جلسه سعی خواهیم کرد با همدیگر دعاهای متناسب در جهت کاهش علائم و سواسی - جبری شما را پیدا نماییم.

پس از ارائه منطق در مان اختلال و سواسی - جبری با شیوه مواجهه سازی و پیشگیری از پاسخ، ابتدا کلام امام علی (ع) در مورد مواجهه با ترس برای بیمار خوانده می‌شود: "از آن چه می‌ترسی در آن در شو که خود را پاییدن سخت تر است تا در شدن در آن" (حکمت ۱۷۵) و برداشت بیمار از آن ارزیابی می‌گردد. در پایان جلسه، برای آماده شدن بیمار در استفاده از تکنیک مواجهه و پیشگیری از پاسخ، دعای "امن یجیب" به بیمار توصیه و سپس درمانگر با کمک وی دعای متناسب با مشکل، انتخاب و در جلسه تمرین می‌گردد.

جلسه سوم درمان:

هدف این جلسه بسط حوزه معنایی و کاربردی دعا و آشنا کردن بیمار با شیوه اسوه‌گزینی (الگویابی) است. دستور کار شامل: ۱- ارزیابی تکالیف دعا ۲- تمرین دعای جلسه قبل در جلسه ۳- تعریف اسوه‌گزینی و بکار بردن آن در تمرین مواجهه و ۴- تلاش جهت بیان دعاهای دیگر می‌باشد.

در این جلسه پس از ارزیابی تکالیف خانگی مربوط به دعا، از بیمار خواسته می‌شود تا دعای جلسه قبل را برای شروع تمرین مواجهه سازی بیان نماید. سپس شیوه اسوه‌گزینی تعریف و از بیمار خواسته می‌شود به هنگام تمرین مواجهه سازی خود را به جای یکی از اسوه‌ها فرض و در نقش او تمرین نماید.

در پایان جلسه بیمار با کمک درمانگر دعاهای دیگر را تنظیم و در جلسه تمرین می‌نماید و به عنوان تکلیف خانگی آن‌را در خانه انجام می‌دهد. ضمناً در تکالیف خانه "نقش بازی" کردن در نقش اسوه انتخاب شده به هنگام تمرین مواجهه‌سازی توصیه می‌شود.

جلسه چهارم درمان:

هدف این جلسه آشنا کردن بیمار با مفهوم شکر و تمرین مرحله اول آن و همچنین تسلط مفهومی استفاده از راهبردهای دعا و اسوه‌گزینی است. دستور کار شامل: ۱- ارزیابی تکالیف مربوط به دعا و اسوه‌گزینی، ۲- آموزش مفهوم شکر و مراحل آن، و ۳- تمرین مرحله اول شکر می‌باشد.

در جلسه چهارم ابتدا تکالیف مربوط به دعا و اسوه‌گزینی ارزیابی و سپس بیمار با راهبرد شکر آشنا می‌شود (علت آموزش راهبرد شکر در این جلسه این است که در تمرین‌های خانگی درمان شناختی- رفتاری اختلال وسواسی- جبری موفقیت‌های درمانی هرچند ناچیز شروع شده است) برای آشنایی بیمار با این راهبرد توضیح زیر ارائه می‌شود.

"پس از دعا و اسوه‌گزینی که با هم آن‌ها را مرور و در درمان بکار بردیم در این جلسه می‌خواهیم با کمک شما یک راهبرد دیگر دینی را مرور و در درمان از آن یاری جوئیم. راهبردی که به شما کمک می‌کند تا به داشته‌های مثبت خود بیشتر توجه نمایید و نداشته‌ها را کمتر به نظر آورید زیرا که شکر، سپاسگزاری است از خداوند به خاطر نعمت‌هایی که به ما ارزانی داشته است. خداوند وعده داده است که در مقابل این شکرگزاری هم به ما پاداش می‌دهد و هم نعمت خود را بر ما فزونی می‌بخشد. برای رسیدن به چنین پاداشی لازم است:

۱- ابتدا نعمت‌های خداوند را بشناسید. نعمت‌های الهی شامل هر ویژگی مثبت شخصی، داشته و یا موفقیتی می‌شود که شما در زندگی دارید. اما در درمان، منظور فقط موفقیت‌هایی است که شما در طول درمان بر اثر تلاش و کوشش آن را کسب می‌نمایید. مثل صرف وقت کمتر در افکار یا اعمال وسواسی؛ یا تداخل کمتری که افکار یا اعمال وسواسی در سایر فعالیت‌های شما طی درمان ایجاد می‌شود که نشان دهنده بهبود در علائم وسواسی- جبری است.

۲- پس از شناسایی موفقیت‌ها به عنوان یک عطیه الهی، بایستی تک تک آن‌ها را به زبان بیاورید. زیرا شکر زبانی شما را برای دستیابی به هدف درمان آماده می‌سازد.

۳- پس از شناسایی موفقیت‌ها شکر زبانی در مورد به دست آوردن آن‌ها، از خداوند به خاطر این موفقیت‌ها سپاسگزاری نمایید. با این امید که "وان شکرتم لازیدنکم". کسی که شکرگزار باشد خداوند به آن خواهد افزود.

حال مرحله اول این راهبرد را که شناسایی موفقیت‌ها است با هم به انجام خواهیم رساند. اطلاعات ثبت شده در تکالیف خانگی شما می‌تواند در این زمینه کمک کننده باشد. در ادامه جلسه، به هنگام تمرین مواجهه سازی و پیشگیری از پاسخ مثل جلسه قبل، از دعا و اسوه گزینی استفاده می‌شود.

در پایان تکالیفی در خصوص مرحله اول شکر و نیز دعا و اسوه گزینی در زمان تمرین مواجهه به بیمار ارائه می‌گردد.

جلسه پنجم تا هشتم درمان:

هدف این جلسه تسلط مفهومی و مهارتی بر راهبردهای دعا، اسوه گزینی و شکر است. دستور کار جلسه شامل: ۱- تمرین مرحله دوم و سوم شکرگزاری و ۲- تمرین دعا و اسوه گزینی به هنگام تمرین مواجهه سازی و پیشگیری از پاسخ می‌باشد. موفقیت‌های شناسایی شده در تکالیف خانگی یک به یک شناسایی و به زبان آورده می‌شوند، سپس از خداوند سپاسگزاری می‌گردد. پس از آن به هنگام تمرین مواجهه سازی و پیشگیری از پاسخ مثل جلسات قبل از دعا و اسوه گزینی استفاده می‌شود.

جلسه نهم تا شانزدهم درمان:

هدف این جلسه تغییر فرض‌های ناکارآمد دینی بیمار که با وسواس وی در ارتباط می‌باشد، است. لذا آموزه‌های دینی زیر مد نظر قرار می‌گیرند:

۱- دین اسلام دین میانه است. لذا در تکالیف آن سهولت وجود دارد.

۲- بین عمل، نیت و آنچه به زور به ذهن می‌آید تفاوت وجود دارد و "وسواس‌های

فکری"، اعمال انسان‌ها محسوب نمی‌شود که مورد بازخواست خداوند باشد. زیرا در حوزه

اختیار از انسان‌ها بازخواست می‌شود. همچنین لازم است احساس گناه بیمار در خصوص افکار و سواسی مذهبی (کفر به خدا...) به چالش گذاشته شوند.

۳- تکالیف هر کسی بر اساس وسع و میزان و محدوده توانایی‌های او است. در اینجا بین سختگیری‌های اضطرابی (در اخلاق) و آموزه‌های دینی تمایز ایجاد می‌شود.

۴- توجه به خوبی‌ها و توانمندی‌های خود و تحسین آن‌ها به عنوان آموزه‌ای از حضرت سبحان که پس از آفرینش انسان خود را مورد تحسین قرار داده و فرمود "فتبارک الله... احسن الخالقین" مورد تأکید قرار می‌گیرد. ضمن تحسین از خود تفاوت آن با تکبر و غرور مشخص می‌شود.

در هر جلسه یکی از موضوعات فوق از منظر دین مورد بحث قرار می‌گیرد و افکار بیمار به چالش کشیده می‌شود. این موضوعات تنها نمونه‌ای از فرض‌های دینی و اخلاقی افراد و سواسی هستند که از فردی به فرد دیگر فرق می‌کند و می‌تواند فرض‌های دیگری را نیز که درمانگر در طی جلسات بسته به مورد به دست می‌آورد در بر گیرد.

منابع:

- آلستون، پیتر، بیکر، ملتون، لنگهاوزن، محمد (۱۳۷۶). دین و چشم اندازهای نو، ترجمه غلامحسین توکلی، قم، انتشارات دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم.
- آهنگر، طلعت (۱۳۷۵). دعا و نیایش و تأثیر آن بر بهداشت روانی، پایان نامه کارشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران.
- ابوالقاسمی، عباس (۱۳۷۶). نقش گرایش‌های مذهبی در اتخاذ شیوه‌های مقابله با استرس در سال مندان تهرانی، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- احمدی ابهری، سید علی (۱۳۷۵). نقش ایمان و اعتقاد مذهبی در درمان بیماری‌ها و معرفی سه مورد درمان با روان درمانی مذهبی، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوم، ص ۴-۱۱.
- اسداللهی، قربانعلی (۱۳۷۶). رابطه اعتقادات مذهبی در درمان بیماری‌های افسردگی، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۴-۲۷ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- اسکندری، محمدرضا، کرمی، صغری (۱۳۸۰). بررسی مقایسه‌ای تأثیر دارو درمانی همراه مشاوره مذهبی در بیماران دارای اختلال وسواسی-اجبار. چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان، تهران ۳۰-۲۷ فروردین ماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران.
- امیرزاده، جمیله، امیرزاده، نوریه (۱۳۸۰). بررسی فراوانی حضور در اجتماعات مذهبی در بیماران خودسوز بیمارستان امام خمینی ارومیه سال (۱۳۷۸-۷۹)، ارائه شده در اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روانی، تهران ۲۷-۳۰ فروردین ماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

امینی، فریبا، ملکشاهی، فریده (۱۳۸۰). بررسی تأثیر دعا بر کاهش اضطراب قبل از امتحان دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی خرم آباد سال ۱۳۷۹ ارائه شده در اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روانی، تهران ۲۷-۳۰ فروردین ماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

اوستا، (۱۳۷۴). ترجمه ابراهیم پور داود. تهران: دانشگاه تهران.

بلک برون، ایوی ماری، دیویدسون، کیت ام (۱۳۷۴). شناخت درمانی افسردگی و اضطراب، ترجمه حسن توزنده جانی، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.

بهرامی، فاضل، دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته (زیر چاپ). اثربخشی آموزه‌های مذهبی در کاهش افسردگی سالمندان. مجله مطالعات ناتوانی خاورمیانه.

بهرامی، فاضل، رمضان‌فرانی، عباس (۱۳۸۴). نقش باورهای مذهبی درونی و بیرونی در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان. توانبخشی، دوره ۶، شماره ۱، ۴۷-۴۲.

بهرامی، فاضل، رمضان‌فرانی، عباس (۱۳۸۸). بهداشت روان سالمند در قرآن و حدیث، سالمند، ۴، ۱۱، ۸۰-۷۲.

بوالهری، جعفر (۱۳۷۶). موضوعات و زمینه‌های پژوهش در موارد مشترک روان‌شناسی، روان‌پزشکی و مذهب، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سوم، ضمیمه شماره ۹ و ۱۰، ۴۸-۴۴.

بوالهری، جعفر، نوری قاسم آبادی، ربابه، رمضان‌فرانی، عباس (۱۳۷۸). آیات قرآنی در زمینه بهداشت روان (برای کارکنان بهداشت روانی و مربیان مدارس). تهران: انستیتو روانپزشکی تهران.

بیان زاده، اکبر (۱۳۷۶). ضرورت نگاه به ارزش‌های دینی در انتخاب رویکرد مشاوره‌ای و روان‌درمانی. چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان، تهران ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران.

بیان زاده، سید اکبر (۱۳۷۵). روان درمانی مذهبی در درمان بیماری‌های مضطرب و افسرده، مجموعه سخنرانی‌ها در دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روانی، انستیتو روان پزشکی تهران.

بیان معمار، احمد (۱۳۸۰). نقش دین در بهداشت روانی: مراسم دینی، عبادات و مکان‌های دینی در بهداشت روانی، ارائه شده در اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. پاول، ترور ج، انرایت، سیمون ج (۱۳۷۶). کنترل اضطراب و استرس، ترجمه حسن توزنده جانی و نسرين کمال پور، گناباد، شرکت تعاونی چاپ گناباد.

پهلوانی، هاجر، دولتشاهی، بهروز، واعظی، سیداحمد (۱۳۷۶). بررسی رابطه بین به کارگیری مقابله‌های مذهبی و سلامت روانی، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. پور داود، ابراهیم (۱۳۷۴). یشتها (جلد ۱ و ۲)، تهران، انتشارات طهوری.

جلیلووند، محمدامین (۱۳۸۰). بررسی رابطه سلامت روانی و پای بندی به تقیدات دینی (نماز) در دانشجویان پزشکی. مقاله ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه.

جلیلووند، محمدامین، اژه‌ای، جواد (۱۳۷۶). مطالعه رابطه نماز و اضطراب در دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران ۷۶-۷۵، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

جیمز، ویلیام (۱۳۷۲). دین و روان، ترجمه مهدی قائمی، تهران، انتشارات آموزش انقلاب اسلامی.

حسینی، ابوالقاسم (۱۳۷۹). مکانیزم بروز اضطراب دیدگاه روان شناسی اسلامی، فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره هفتم و هشتم، سال دوم، ۶۴-۵۸.

خدا رحیمی، سیامک و غلامرضا جعفری (۱۳۷۸). نقش مذهب بر بهداشت روانی، روان درمانی و روان‌شناسی بالینی، فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره ۴، سال اول، ۱۹۷-۱۸۵.

خدایاری فرد، محمد (۱۳۷۹). کاربرد مثبت‌نگری در روان‌درمان‌گری با تأکید بر دیدگاه اسلام، مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، شماره ۵، ۱۶۴-۱۴۱.

خدایاری فرد، محمد (۱۳۸۰). کاربرد عفو و گذشت در روان‌درمان‌گری با تأکید بر دیدگاه اسلامی، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

خدییوی زند، محمدمهدی (۱۳۸۰). هنگامه‌های دعا و درمان، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

خسروپور، فرشید، ساردوئی، غلامرضا (۱۳۸۰). بررسی تأثیر ارزش‌های مذهبی در طول مدت درمان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

دادفر، محبوبه (۱۳۷۶). روان‌درمانی مذهبی در درمان بیماران مضطرب و افسرده. مقاله منتشر نشده موجود در دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روانی. دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، انستیتو روانپزشکی تهران.

دادفر، محبوبه (۱۳۸۳). بررسی نقش مذهب در بهداشت روانی و فرآیندهای روان‌درمانی، نقد و نظر، سال نهم، شماره سوم و چهارم، ۱۲۱-۸۴.

دادفر، محبوبه، بهرامی، فاضل، رمضان‌فرانی، دادفر، فرشته (۱۳۹۱). حقوق سالمندان در قرآن و حدیث. مقاله ارائه شده در سومین کنگره بین‌المللی حقوق پزشکی: حقوق بیماران. ۲۲-۲۴ بهمن‌ماه، جزیره کیش، ایران.

معرفی مدل‌های مداخله شناختی رفتاری مذهبی / ۷۷

دادفر، محبوبه، بوالهروی، جعفر، ملکوتی، کاظم، بیان زاده، سید اکبر (۱۳۸۰). بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی - جبری، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم، شماره ۱ و ۲.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان شناختی تحلیلی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، عاطف وحید، محمد کاظم، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). روانشناسی جامعه نگر. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، محبوبه، غرابی، بنفشه، نوری قاسم آبادی، ربابه، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). درمان فراشناختی (MCT) برای اختلال وسواسی جبری: به انضمام راهنمای عملی درمان فراشناختی (MCT) برای بیماران. تهران: انتشارات میرماه.

داویدیان، هاراطون (۱۳۷۶). بهداشت روانی از دیدگاه ادیان توحیدی، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

دولت‌شاهی، بهروز، زهروی، طاهره، پهلوانی، هاجر (۱۳۸۰). بررسی نقش زیارت در سلامت روانی افراد. مقاله ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

رادفر، شکوفه، عروجی، زهرا (۱۳۸۰). بررسی نقش نماز در میزان شیوع اضطراب دختران دانش آموز مقطع دبیرستان شهرستان قم در سال تحصیلی (۱۳۷۹-۱۳۷۸)، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

رمضانی فرانی، عباس (۱۳۹۱). اثربخشی درمان تلفیقی شناختی رفتاری مبتنی بر جنبه‌های مذهبی (اسلامی) در مبتلایان به اختلال وسواسی - اجباری با محتوای مذهبی (نجسی و

پاکی). رساله دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان.

رمضانی فرانی، عباس، دادفر، محبوبه (۱۳۸۴). معرفی یک مدل مداخله شناختی- رفتاری دینی در درمان اختلال وسواسی- جبری، نقد و نظر، شماره ۳۷ و ۳۸، ۳۳۸-۳۴۸.

رمضانی فرانی، عباس، عمادی، سیدکمال‌الدین، عاطف‌وحید، محمدکاظم (۱۳۸۰). راهبردهای تأمین سلامت روانی در قرآن. چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان. تهران ۳۰-۲۷ فروردین ماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران.

رمضانی، ولی‌الله، نوایی نژاد، شکوه، بوالهری، جعفر (۱۳۷۶). بررسی ارتباط جهت‌گیری دینی درونی و بیرونی با سلامت روانی پیروان سه دین زرتشت، مسیح و اسلام، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

روحی عزیزی، مهتاب، روحی عزیزی، مریم (۱۳۸۰). تأثیر نماز به عنوان یکی از ارکان دین مبین اسلام بر سلامت جسمی- روانی نسل جوان، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

زهروی، طاهره، پهلوانی، هاجر (۱۳۸۰). مطالعه نقش روزه‌داری در سلامت روانی گروهی از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

سردار پورگودرزی، شاهرخ، سلطانی زرنندی، احمد، خضرائیان، حمیده (۱۳۸۰). بررسی تأثیر روزه‌داری در ماه مبارک رمضان بر ارزیابی فرد از سلامت جسمانی- روانی خود، ارائه

شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

سرگلزایی، محمدرضا، بهدانی، فاطمه، قربانی، اسماعیل (۱۳۸۰). آیا فعالیت‌های مذهبی می‌توانند از افسردگی، اضطراب و سوءمصرف مواد در دانشجویان پیش‌گیری نمایند؟، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

شجائیان، رضا، زمانی منفرد، افشین (۱۳۸۰). بررسی رابطه استفاده از دعا در زندگی روزمره و سلامت روانی و عملکرد شغلی کارکنان فنی یک مجتمع صنعتی بزرگ در شهر تهران، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

صادق زاده، حمیرا (۱۳۶۹). مذهب و ایجاد اختلالات روانی. پایان‌نامه کارشناسی روان‌شناسی مشاوره، دانشگاه آزاد رودهن.

صولتی، کمال، نجفی، مصطفی، نوری قاسم آبادی، ربابه (۱۳۸۰). بررسی رابطه بین نگرش مذهبی، مهارت‌های مقابله و سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

طهماسبی پور، نجف، کمانگری، مرتضی (۱۳۷۶). بررسی ارتباط نگرش مذهبی با میزان اضطراب، افسردگی و سلامت روانی گروهی از بیماران بیمارستان‌های شهدای هفتم تیر و مجتمع حضرت رسول اکرم (ص) در نیمه اول ۱۳۷۵، پایان‌نامه دوره دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

عظیمی لولتی، حمیده، ضرغامی، مهران (۱۳۸۰). مقابله مذهبی و اضطراب، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

علامه طباطبایی، محمد حسین (۱۳۶۷). تفسیر المیزان، تهران: مرکز نشر فرهنگی رجاء.
غباری بناب، باقر (۱۳۷۶). باورهای مذهبی و اثرات آنها در بهداشت روان، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سوم، ضمیمه شماره ۹ و ۱۰، ۴۳-۳۸.

غباری بناب، باقر، خدایاری فرد، محمد، شکوهی یکتا، محسن، فقیهی، علی نقی (۱۳۸۰).
رابطه توکل به خدا با اضطراب و صبر و امیدواری در شرایط ناگوار در دانشجویان
دانشگاه تهران، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴
آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

فتی، لادن، بوالهروی، جعفر (۱۳۸۳). بررسی مشخصات بالینی اختلال وسواسی فکری - عملی
در بیماران مراکز درمانی منتخب شهر تهران. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال
ششم، شماره ۲.

فرانکل، ویکتور (۱۳۷۳). پزشک و روح، ترجمه فرخ سیف بهزاد، تهران: رسا.

فروم، اریک (۱۳۶۸). روانکاوی و دین، ترجمه آرسن نظریان، تهران: پویش.

فیضی، اسماعیل (۱۳۷۳). بررسی رابطه اعتقادات مذهبی و برخی از رفتارهای بیماران
وسواسی. پایان نامه برای دریافت درجه دکترای پزشکی: دانشکده پزشکی دانشگاه علوم
پزشکی ایران. قرآن کریم (۱۳۷۶). ترجمه محمد مهدی فولادوند، تهران: نشر دارالقرآن
کریم.

فیضی، اسماعیل، بوالهروی، جعفر (۱۳۷۶). بررسی رابطه اعتقادات مذهبی و برخی از رفتارهای
بیماران وسواسی، مقاله ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران،
۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

قهرمانی، محمد، دلشاد نوقابی، علی و جهانشیر توکلی زاده (۱۳۸۰). بررسی تأثیر روزه‌داری
بر وضعیت سلامت روانی، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی،
تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

کاپلان، هارولد، بنیامین، سادوک (۱۳۷۹). خلاصه روانپزشکی. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، تبریز، انتشارات شهر آب.

کاظمی، هادی، بهرامی، فاضل، رمضان‌فرانی، عباس، کولیوند، پیرحسین، دادفر، محبوبه (۱۳۹۲). مقدمه‌ای بر بهداشت روان سالمند از دیدگاه قرآن و حدیث. تهران: انتشارات میر ماه.

کجباف، محمدباقر، سجادیان، ایلناز (۱۳۸۴). روان‌درمانی در قلمرو مذهب، چکیده مقالات نخستین همایش کشوری گفتگوی علم و دین: مفهوم حیات، انسان و مباحث کاربردی. تهران ۱۵-۱۲ اردیبهشت ماه، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور.

گله دار، نسرین و ماندانا ساکی (۱۳۸۰). تأثیر آوای قرآن بر کاهش اضطراب پیش از آزمون دانشجویان، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

مطهری، مرتضی (۱۳۷۵). انسان و ایمان، قم: انتشارات صدرا.

مطهری، مرتضی (۱۳۷۵). طهارت روح، انتشارات ستاد اقامه نماز.

موسوی، سید غفور، شیخ سجادیه، حسین، رحیمی، حجت‌اله، فرهمند، محمد، ابراهیمی، امراله و محمد یعقوبی (۱۳۸۰). رابطه نحوه به پاداری نماز با اختلال افسردگی اساسی، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

نظیری، قاسم، دادفر، محبوبه، کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۸۴). بررسی نقش پایبندی‌های مذهبی، باورهای ناکارآمد مذهبی، احساس گناه و باورهای ناکارآمد شناختی در شدت علایم اختلال وسواسی-اجباری. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال یازدهم، شماره ۳.

نهج‌البلاغه (۱۳۷۹). ترجمه محمد دشتی، قم: انتشارات محدث (دفتر مطالعات تاریخ و معارف اسلامی).

نوغانی، فاطمه، محتشمی، جمیله (۱۳۸۰). (تعیین تأثیر آموزش فرهنگ عرفانی)، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

واعظی، سید احمد، قدسی، صهبا، فراغتی، مریم (۱۳۸۰). بررسی رابطه دعا و اضطراب، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

الیاده، میرچاد (۱۳۷۵). دین پژوهشی (جلد اول). ترجمه بهاء‌الدین خرمشاهی، تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.

یعقوبی، محمد، اسداللهی، قربانعلی (۱۳۸۴). بررسی تأثیر مشاوره مذهبی در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری (حساس نسبت به طهارت، غسل و...). چکیده مقالات نخستین همایش کشوری گفتگوی علم و دین: مفهوم حیات، انسان و مباحث کاربردی. تهران ۱۵-۱۲ اردیبهشت ماه، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور.

یوسفی، هادی (۱۳۸۰). رابطه نگرش مذهبی و به‌کارگیری رفتارهای مقابله‌ای مذهبی با سلامت روانی در خانواده بیماران بستری در بخش‌های فوریتهای بیمارستان، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، ۲۷-۲۴ آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

یونگ، کارل گوستاو (۱۳۷۰). روان‌شناسی و دین، ترجمه فواد رحمانی، تهران: کتابهای جیبی.

یونگ، کارل گوستاو (۱۳۷۷). روان‌شناسی و کیمیاگری، ترجمه پروین فرامرزی، تهران: آستان قدس رضوی.

Azhar, M. Z., Varma, S. L. (1995). Religious psychotherapy as management of breavement. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 233-35. Azhar, M. Z., Varma, S. L. & Dharap, A. S. (1994). Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 1-3.

- Azhar, M. Z., Varma, S. L. (1995). Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychotherapy Psychosomatic*, 63, 165-680.
- Basset, R. L., Hill, P.C., Pogel, M.C. & Lee, M. (1990). Comparing psychological guilt and godly sorrow: Do christian recognize the difference: *Journal of Psychology and Theology*, 18, 244-254.
- Bergin, A. E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist*, 46, 394-403.
- Bergin, A. E., Jensen, J. P. (1990). Religiosity of psychotherapists: A national survey. Special issue: Psychotherapy and religion. *Psychotherapy*, 27, 3-7.
- Bergin, A. E., Payne, I. R. (1993). Proposed agenda for a spiritual strategy in personality and psychotherapy. In E. L. Worthington, J. R. (ed). *Psychotherapy and religious values* (pp: 243-60). Grand Rapids. M. I. Baker.
- Calabress, J. (1987). Alternation in immunocompetence during stress, breavement and depression, focus on neuroendocrine regulation. *American Journal of Psychiatry*, 144, 9-16.
- Chu, C. & Klein, H. E. (1985). Psychological and environmental variables in outcome of black schizophrenics. *Journal of National Medical Association*, 77, 793-796.
- Coakley, D. V., & Mekenna, G. W. (1986). Safety of faith healing. *Lancet*, 1, 444-445.
- Collip, P. H. (1960). The efficacy of prayer: Artiple blinet study, *Medical Times*, 97, 201-204.
- Dadfar, M., Naziri, GH., & Dadfar, F. (2014). Dysfunctional religious believes about cleaning/washing rituals in Muslim Iranian OCD patients. Poster proposal 21st Annual OCD Conference in International OCD Foundation, **July, 18-20**. Los Angeles, CA, USA.
- Diblasio, F. A. & Proctor, J. H. (1993). Therapists and the clinical use of forgiveness. *American Journal of Family Therapy*, 21, 175-185.
- Diblasio, F. A. (1992). Forgiveness in psychotherapy: Comparison of older and younger therapists. *Journal of Psychology and Christianity*, 11 (2), 181-187.
- Diblasio, F. A. (1993). The role of social workers, religious beliefs in helping family members. *Forgive, Families in Society*, 74, 163-170.
- Donahue, M. J. (1985). Intrinsic and extrinsic religiousness: Review and meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 400-

16. Ellis, A. (1981). Science religiosity and rational-emotive psychology. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 18, 155-58.
- Ellison, C. G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 80-99.
- Favazza, A. R. (1982). Modern christian healing of mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 139, 728-735.
- Finny, J. R., Malony, H. N. (1985). An empirical study of contemplative prayer as an adjunct to psychotherapy. *Journal of Psychology and Theology*, 13, 284-29.
- Frank, J. D. (1977). The two face of psychotherapy. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 164, 3-7.
- Galanter, M. (1978). The "relief effect": American sociobiological model for neurotic distress and large grouptherapy. *American Journal of Psychiatry*, 135, 288-291.
- Galanter, M. (1982). Charismatic religious sects and psychiatry, an overview. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1533-48.
- Griffith, E. E. H. (1983). The significance of ritual in church based healing model. *American Journal of Psychiatry*, 149, 598-72.
- Griffith, E. E. H., & Mahy, C. E., Young, J. L. (1986). Psychological benefits of spiritual baptist "mourning" it an empirical assessment; *American Journal of Psychiatry*, 143, 226-229.
- Griffith, E. E. H., & Mahy, G. H. (1984). Laurips of stifeneb lacigolothcys "mourning". *American Journal of Psychiatry*, 141, 269-273.
- Hebl, J. & Engifhlt, R. D. (1993). Forgiveness as a psychotherapeutic goal with elderly females. *Psychotherapy*, 30, 657-668.
- Hood, R. W., Morris, R. J., Watson, P. J. (1990). Quasi-experimental elicitation of the differential report of religious experience among intrinsic and indiscriminately proreligious types. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 29, 164-72.
- Huang S. T. (1990). Cross-cultural and relife validations of the theory of forgiveness in Taiwan. The Republic of China. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Wisconsin. Madison.
- Jenesen, J. P., Bergin, A. E. (1988). Mental health values of professional therapists: A national interdisciplinary survey. *Professional psychology: Research and Practice*, 19-290-97.

- Jones, S. L., Watson, E. J. & Wolfran, T. J. (1992). Results of the rech conference survey of religious faith and professional psychology. *Journal of Psychology and Theology*, 20, A.
- Kamkar, Z., Fazlinejhad , M., & Kamkar , A. (2014). Relaxation” in reducing anxiety and nervous tension comparison with “prayer relaxation with presence of heart. *Reef Resources Assessment and Management Technical Paper*, Vol. 40 (2), 2014, 1, 837-84
- Kelly, T. A. & Strupp, H. H. (1992). Patient and therapist values in psychotherapy: Perceived changes, assimilation, similarity, and outcome. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 60, 34-40.
- Kroll, J., & Sheehan, W. (1989). Religious belifes and practices among 52 psychiatric inpatient in Minnesota. *American Journal of Psychiatry*, 109, 673.
- Larson, D. B., Pattison, E. M., Blazer, D. G., Omran, A. R., & Kaplan, B. H. (1986). Systematic analysis of research of religious variables in four major psychiatric Journals, 1978-82. *American Journal of Psychiatry* , 143, 3, 329-334.
- Monat, A., Lazarus, R. S. (1985). *Stress and Coping: An introduction*. NewYork: Colombia University Press.
- Morris, P. A. (1982). The effect of pilgrimage on anxiety and religious attitude. *Psychological Medicine*, 12, 1115-1121.
- Morris, P. A. (1982). The effect of pilgrimage on anxiety, depression, and religious attitude. *Psychological Medicine*, 12, 2, 91-294.
- Pargament, K. I. (1990). God help me: Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 2, 195-224.
- Pargament, K. I., Echemendia, R. J., Johnson, S., Cook, P., McGath, C., Mayers, J., Brannick, M. (1987). The conservative church: Psychosocial advantages and disadvantages. *American Journal of Community Psychology*, 15, 269-86.
- Park, G., Chohen, L. H. & Herb, L. (1990). Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for catholics versus protestants. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (3), 562-574.
- Pattison, E. M., Pattison, M. L. (1985). Religiosity mediated, change in homosexuals. *American Journal of Psychiatry* , 137, 1553-1562.

- Pergament, K.I. & Maton, K.I. (1992). Religion and prevention in mental health. Haworth Press Inc.
- Priester, P. E. (2001). Cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder with religious features. 1st International Congress on Religion and Mental Health, Tehran, I. R. 16-19 April.
- Priester, P. E. (2001). Cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder with religious features. 1st International Congress on Religion and Mental Health, Tehran, I. R. 16-19 April.
- Salkovskis, P. (1991). Obsessions and compulsions, In J. Scott, G. Williams, & A. T. Beck (Eds.), *Cognitive therapy in clinical practice* (pp: 50-78). London: Routledge.
- Salkovskis, P., & Jakes, I. (1989). Cognitive behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behavioral Research and Therapy*, 27, 677-684.
- Schafer, W. E., King, M. (1990). Religiousness on stress among college students: American survey report. *Journal of College Student Development*, 31, 336-41.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. (1987). Disposition optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies of health. *Journal of Personality*, 55, 169-120.
- Seligman, M. E. P. & Rosenban, D. (1989). *Abnormal psychology*, (second ed.), Norton & company Inc.
- Seligman, M. E. P. (1991). *Learned of optimism psychotherapy: American review of the literature*. New York: Random House.
- Snow, L. F. (1974). Folk medical and their implications for case of patients. *Annual International Medicine*, 81, 82-96.
- Spilka, B., Sharer, P., Kirkpatrick, L. A. (1985). A general; attribution theory for the psychology of religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 24, 1-20.
- Steketee, G. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. New York: Guilford Press.
- Stevens, T. G., & Stevens, S.H. B. (1999). Spiritual Cognitive Therapy (SCT). American Counselling Association World Conference, 14 April.
- Suchman, A. L. & Mathews, D. A. (1998). What makes the doctor-patient relationship therapeutic exploring the commexioual dimensions of patient care. *Annals of Internal Medicien*, 108, 125-130.

- Talbot, N. A. (1983). The position of the christian science church. *The New England Journal of Medicine*, 26, 1641-44.
- Van Oppen, P., & Arntz, A. (1993). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 32, 79-87 .
- Weiner, B., Grahan, S., Peter, O. & Zumuidinas, M. (1991). Public confessions and forgiveness. *Journal of Personality*, 59, 263-312.
- Wentis, W. L. (1995). The relationship between religion and mental health. *Journal of Social Issues*, 15, 33-48.
- Worthington, E. L. (1988). Understanding the values of religious clients: Model and its application of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 166-174.
- Worthington, E. L. (1991b). Psychotherapy and religiousness: An update. *Journal of Psychology and Chri*, 10(2), 211-223.
- Worthington, E. L., Kursusu, T. A. Mc Cullough, M. E. & Sandage, S. J. (1996). Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: American 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, 119, 3, 448-487.

!

Introduction of Religious Cognitive Behavioral Models in the treatment of anxiety and obsessive – compulsive disorder



by:

Dr. Abbas Ramezani Farani

Clinical psychologist
Faculty member of Iran University of Medical Sciences
School of Mental Health & Behavioral Sciences

Hadi Kazemi MD

Faculty of Shahed University and
Director of Shafa Neuroscience Research Center Clinical

Pir Hossein Kolivand

Director of Crescent & Rescue Organization and
Assistant of Shafa Neuroscience Research Center

Mahboubeh Dadfar

PhD student in clinical psychology,
International Campus,
Iran University of Medical Sciences

Dr. Fazel Bahrami

Faculty member of Rehabilitation and Welfare University