

تأثیر روان‌بنه‌های ناسازگار نخستین بر تحول روانی - معنوی: یک متغیر تعدیل‌گر در روان‌درمانگری

مسعود جان‌بزرگی*

فاطمه دائمی**

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر روان‌بنه‌های ناسازگار نخستین بر تحول روانی-معنوی انجام شده است. بدین منظور، ۱۵۰ نفر از میان دانشجویان دانشگاه‌های شهر تهران انتخاب شدند و به نسخه دوم پرسشنامه تحول روانی-معنوی و نسخه سوم پرسشنامه روان‌بنه‌های ناسازگار نخستین پاسخ دادند. داده‌های حاصل با استفاده از روش‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره تحلیل شدند. نتایج همبستگی حاکی از ارتباط معکوس معنادار میان پنج حوزه روان‌بنه‌های ناسازگار نخستین و پانزده نوع روان‌بنه با تحول روانی-معنوی است. نتایج رگرسیون نیز حاکی از نقش روان‌بنه‌های حوزه انفصال و طردشدگی و حوزه محدودیت‌های آسیب‌زا از میان دیگر حوزه‌ها در پیش‌بینی تحول روانی-معنوی است. بنابر یافته‌های این پژوهش، روان‌بنه‌های ناسازگار نخستین در حد حوزه‌های کلی، تحول روانی معنوی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. چنین تأثیری علاوه بر اینکه باورها و ادراک‌های مذهبی را با خطا همراه می‌کند، زمینه تأخیر تحول روانی-معنوی را فراهم می‌کند.

واژه‌های کلیدی: روان‌بنه ناسازگار نخستین (طرحواره ناسازگار اولیه)، تحول روانی-معنوی، ناسازگاری زوجین، روان‌درمانی مذهبی

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت در تعریف ابعاد وجودی انسان به بعد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره و اهمیت بعد چهارم، یعنی بعد معنوی را نیز در رشد و تکامل انسان مطرح می‌کند (وست^۱، ۲۰۰۲؛ ترجمه شهیدی و شیرافکن، ۱۳۸۲).

در راستای این بازجهت‌گیری معنوی و به موازات بررسی رابطه بین دین و معنویت و دیگر مؤلفه‌های روان‌شناختی (مثل سلامت و روان)، مفاهیم سلامت معنوی (مک‌دونالد، ۲۰۰۰)، تحول معنوی (ریش، ۲۰۰۱)، بهزیستی معنوی (گومز و یشر، ۲۰۰۳)، در آستانه هزاره سوم میلادی به ادبیات آکادمیک روان‌شناسی اضافه شدند (به نقل از سهرابی، ۱۳۸۷). کراچ (۲۰۰۲) نیز معتقد است که معنویت عاملی اساسی در بهزیستی شخصی و خانوادگی است.

انسان‌شناسان امروزی، برخلاف گذشته که انسان را موجودی ابزارساز، سیاست‌ورز و یا حیوان ناطق می‌دانستند، از انسان «دین‌ورز» سخن می‌گویند، زیرا با جدیدترین پژوهش‌های جامعه‌شناختی که در جوامع گوناگون، اعم از توسعه‌یافته و توسعه‌نیافته انجام شده است، بیش از ۹۵ درصد انسان‌ها به وجود خدا ایمان دارند. توجه و گرایش به معنویت به صورت مهم‌ترین پدیده زمان جلوه‌گری می‌کند، زیرا از سویی علم در پاسخ به پرسش‌های اساسی انسان ناتوان مانده و از سوی دیگر، ناامنی و احساس پوچی، آدمی را خیلی آزوده است (یونگ، ۱۳۸۲). در بین علمای اسلامی آیت‌الله جوادی آملی (۱۳۷۷) براساس تفسیر آیات قرآن انسان را «حی متأله» می‌داند. این تعریف از انسان با واقعیت وجودی انسان نزدیکی بیشتری دارد که او را موجود همواره زنده‌ای می‌داند که به دلیل مخلوق خدا بودن و دمیده شدن روح الهی در او، منحصر به فرد است. اگر معنویت و به‌ویژه معنویت مذهبی را هسته‌ای وجودی برای انسان بدانیم، پس همچون سایر خطوط تحول مانند اخلاق، رفتار اجتماعی، هوش و فرایندهای شناخت و حتی جسم، در طول مراحل مختلف زندگی تحول می‌یابند. این دیدگاه تحولی را باید از اتفاقات مهم عصر جدید علم، به‌ویژه در زمان حاضر، تلقی کرد.

تحولی‌نگری، درک پدیده‌ها را آسان و تعریف آنها را مشکل می‌کند؛ زیرا تعریف،

1. West, W.

باعث تعین و تقید می‌شود. ادراک تحولی، هر پدیده را در جایگاه خود بررسی می‌کند. نگاه صرفاً عینی‌نگر، مستلزم از دست دادن تعامل و تقابل است. اگر ذهن انسان متحول شود، معنای رفتارها نیز تغییر می‌کند (جان‌بزرگی، ۱۳۸۶).

تحول روانی- معنوی را در قالب تحول شخصیت می‌توان پیگیری کرد. تحول شخصیت، بازخوردها و باورهای فرد درباره معنویت را نیز دربرمی‌گیرد (آدامز^۱ و دیگران، ۱۹۹۴). اما در این راستا، همواره معنویت به عنوان یک ساخت دگرگون می‌شود (جدول ۱) و برخی این دگرگونی را تحت‌تأثیر تحول شناختی می‌دانند (جنیا^۲، ۱۹۹۵ و فولر^۳، ۱۹۸۶). در فضای نگرش تحولی است که بهترین شکل تقابل، تعامل و خودراهبری اتفاق می‌افتد، درک همدلانه امکان‌پذیر و مداخله معنادارتر می‌شود. اگر بتوان از بلوغ معنوی، همانند بلوغ عاطفی و شناختی یا حتی جسمی بحث کرد، می‌توان گفت کسانی که به این بلوغ دست می‌یابند، نوسان کمتر و استواری یا ثبات هیجانی بیشتری از خود نشان می‌دهند. اگر تحول شناختی را اصل بدانیم، تحول روانی معنوی هم به نوعی متأثر از آن است. اگر شناخت را واجد ساختار (روان‌بنه‌ها)، محتوا (قواعد، اصول و موضع‌گیری‌ها) و فرایند (نحوه استدلال و خطاهای مربوط به آن) بدانیم (بک و ویشار^۴، ۲۰۱۱)، احتمالاً مشکل ساختاری به سایر فضاها و مکانیزم‌های شناختی نیز سرایت می‌کند.

یانگ (۱۹۹۹) بر ساختارهای شناختی عمیقی، شامل باورهایی درباره خود، دیگران و محیط نظر دارد که از ارضا نشدن نیازهای اولیه، به‌ویژه نیازهای هیجانی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند و به این ساختارها روان‌بنه‌های ناسازگار اولیه می‌گوید. این روان‌بنه‌ها، اطلاعات مربوط به رابطه بین فرد و محیط را تحریف و افکار خودکار منفی را فعال می‌کنند و درنهایت، نگرش‌ها و پردازش شناختی نابهنجار را در پی دارند و بنابر عقیده استالارد^۵ (۲۰۰۷) بر حافظه، شناخت، احساسات جسمانی و روابط بین‌فردی فرد اثر می‌گذارند.

روان‌بنه‌ها فراتر از یک فکر، بلکه کاملاً آینده‌ای از فکر، احساس و عمل هستند که

1. Adams, G. R.
 2. Genia, V.
 3. Fowler, J.
 4. Beck, A.T. & Weishaar M.F
 5. Stallard, P.

به شکلی پویا، علاوه بر طرح عمل بودن، عمل انسان را نیز طراحی می‌کنند. خاصیت تکراری بودن آنها سبب می‌شود که فرد نسبت به آنها خیلی آگاهانه عمل نکند و خاصیت اولیه بودن آنها باعث می‌شود که آنها خودتقویت‌گر نیز باشند و این خودتقویت‌گری به آنها قدرت و ثبات می‌دهد و با توجه به اینکه عنصر آگاهی خیلی در آنها دخالت ندارند، نسبت به تغییر مقاوم هستند (جان‌بزرگی و غروی، زیر چاپ).

یک روان‌بنه الگوی عمل است، همان‌گونه که الگویی برای عمل نیز هست (نایسر، ۱۳۷۶)؛ بنابراین، روان‌بنه‌ها عناصر سازمان‌یافته واکنش‌ها و تجارب گذشته هستند که تاحدی مجموعه‌ای منسجم و باثبات از دانش را شکل می‌دهند که قادر به هدایت ادراک و ارزیابی‌های بعدی است (سگال، ۱۹۸۸)؛ به نقل از جان‌بزرگی، زیر چاپ). از این‌رو، باید روان‌بنه‌ها را فراتر از یک فکر، بلکه کاملاً آمیخته‌ای از فکر، احساس و عمل بدانیم که به شکلی پویا بر عمل انسان حاکم می‌شوند. روان‌بنه‌های منفی نیز واجد همین ویژگی‌ها هستند، مانند آنچه که در تمامی اختلالات شخصیت مشاهده می‌شود. از آنجایی که این ساخت‌ها در دوره ابتدایی تحول شکل می‌گیرند، انتظار می‌رود که فرایندها و خطوط تحول را تحت‌تأثیر قرار دهد و مشکلاتی را برای فرد ایجاد کند. دانستن این تعامل‌ها به خصوص زمانی اهمیت پیدا می‌کند که فرد برای روان‌درمانگری مراجعه کرده است.

جدول ۱: وجه بالینی مراجعان در مراحل تحول روانی-معنوی (جان‌بزرگی و همکاران، ۱۳۹۰)

مرحله اول: دین خودمیان‌بین	خرافی و سحری، تغییر روزمره، ترس از رهاشدگی، استفاده از مذهب برای آرامش و آزادسازی هیجانی رفتار تکانه‌ای و تحمل کم در برابر ناکامی، رابطه با خدا به عنوان موضوع ارضاکنده نیازها، پرستش خداوند برای رسیدن به لذت و ارضای نیازها، نگاه تهدیدآمیز و خطرناک به دنیا، خیال‌پردازی درباره قدرت، بزرگ‌منشی و کمال.
مرحله دوم: دین جزمی‌نگرانه	وجدانی سخت‌گیر، بازخوردی کامل‌نگر، فعالیت‌های مذهبی بی‌اختیار، در نظر گرفتن خداوند به‌منزله یک قضاوت‌کننده و درخواست‌کننده، وابستگی دین به قدرت مذهبی، مبتنی بودن هویت او بر احساس همنوایی و هم‌رنگی، احساس گناه بسیار زیاد و قوی، خیال‌پردازی‌های مذهبی، بازخوردهای برتری‌جویانه اخلاقی، ترس از مسائل جنسی و رابطه صمیمانه.
مرحله سوم: دین بحرانی یا دوسوگرانه	پرسشگری مذهبی و تردید، آزمون بحرانی باورهای مذهبی و تعهدها، کاوشگری دینی، تغییر عاطفی یا وابستگی، سردرگمی هویت معنوی، بازارزیایی اندیشه‌ها تا رسیدن به بی‌ثباتی عملی و ارزش‌های اخلاقی، انتقال از منبع اقتدار بیرونی به درونی.

<p>تفکر به نسبت منطقی، ثبات هیجانی، پایبند و وفادار و صمیمی نسبت به تفرد، موضع‌گیری‌های روشن، وفاداری و تعهد مذهبی درونی، خداوند خالق هستی و پرستش نیاز اساسی، جایگاه متمایز بنده از خالق، گاهی آلودگی به شر و نفاق اضطراب‌ها و نگرانی‌هایی را به راه می‌اندازد، ترس از دست دادن رابطه صمیمانه، عبادات اختیاری و تکلیف‌پذیر.</p>	<p>مرحله چهارم: دین خودسازمان‌یافت ته و توحیدی</p>
<p>عدم نشانه بالینی، همه رفتارها دارای شروع و پایان ارادی، خداوند شایسته پرستش، رابطه با او مبتنی بر شناخت و محبت، عبادات اختیاری و لذت‌بخش و از روی صمیمیت.</p>	<p>مرحله پنجم: دین متعالی‌ساز و فرابرنده</p>

با توجه به مطالب فوق، مبنی بر اینکه همواره معنویت یک ساخت است که دگرگون می‌شود و این دگرگونی تحت‌تأثیر تحول شناختی است، احتمالاً از روان‌بنه‌های ناسازگار اولیه نیز تأثیر می‌پذیرد. روان‌بنه‌های ناسازگار اولیه چه رابطه‌ای با تحول روانی- معنوی افراد دارند؟ و آیا تغییرات تحول روانی معنوی را پیش‌بینی می‌کنند؟ چنانچه این رابطه قابل تبیین باشد، آنگاه می‌توان در مداخله‌های روان‌شناختی با مدیریت تأثیر روان‌بنه‌های ناسازگار اولیه، زمینه را برای ارتقای تحول روانی معنوی فراهم کرد.

روش

جامعه آماری شامل زنان و مردان متأهل شهر تهران بود.

روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس و گروه نمونه نیز شامل ۱۵۰ نفر (۷۵ زن و ۷۵ مرد) بود که از میان متأهلان دانشگاه‌های شهر تهران (از جمله دانشگاه تهران، علوم و تحقیقات) انتخاب شده بودند. معیارهای ورود افراد به پژوهش، سپری شدن حداقل دو سال از زندگی مشترک، داشتن فرزند و دارا بودن حداقل مدرک سیکل بود. از این میان، کسانی که سابقه بیماری روانی، بیماری جسمی مزمن، سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی و مصرف مواد، ازدواج مجدد (قبلی)، زندگی خارج از شهر تهران و یا دینی به جز دین اسلام داشتند، از مطالعه حذف شدند. از آنجایی که تحول در دوران قبل از ازدواج تاحدی تحت‌تأثیر بحران‌های درحال‌گذار است و روان‌بنه‌های ناسازگار نخستین در شرایط بعد از ازدواج بر روابط زوجین تأثیر واضح‌تری دارند و همان‌گونه که داتیلیو بیرشک (۱۳۸۵) معتقد است که هریک از زوجین علاوه بر روان‌بنه‌هایی که با خود به رابطه می‌آورند، در ارتباط فعلی خود نیز روان‌بنه‌هایی را به وجود می‌آورند

که خاص این رابطه‌اند و همچنین، به دلیل اینکه این مسئله تاکنون در بین زوجین بررسی نشده بود، از این گروه نمونه استفاده شد.

ابتدا پرسشنامه‌های مربوط به هر متغیر انتخاب شدند، سپس پرسشنامه‌ها به ترتیب پرسشنامه دموگرافیک، روان‌بند‌های ناسازگار اولیه و تحول روانی- معنوی پشت سرهم قرار گرفتند.

برای یکسان‌سازی پاسخگویی و پیروی از شیوه‌ای استاندارد، دستورالعملی برای پاسخگویی آماده شد که در آن بر محورهای زیر تأکید گردید: ۱. ترتیب اجرای پرسشنامه‌ها براساس بسته تنظیم‌شده انجام شود؛ ۲. زوجین به‌طور انفرادی و بدون مشورت با یکدیگر سؤال‌ها را پاسخ دهند؛ ۳. ذکر نام و مشخصات برای رعایت اصول اخلاقی برای زوجین آزاد است و ۴. زوجین بعد از یک هفته بسته‌های پرسشنامه را تحویل دهند.

درنهایت، برای جلب مشارکت زوج‌ها و رعایت حقوق آنها قرار شد که در یک بازه زمانی دو تا سه ماهه تفسیر کوتاهی از پرسشنامه آنها در اختیارشان قرار گیرد، به نحوی که به شناخت کلی آنها از خودشان کمک کند.

به‌طور کلی، ۴۵۰ پرسشنامه توزیع شد. از این میان، پرسشنامه‌هایی که به‌طور ناقص تکمیل شده و یا بعد از موعد مقرر تحویل داده بودند، از پژوهش حذف شدند که درنهایت ۱۵۰ پرسشنامه تکمیل شده به دست آمد که قابلیت تجزیه و تحلیل را داشتند. در این پژوهش از چندین ابزار برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد:

پرسشنامه روان‌بند‌های ناسازگار نخستین، فرم کوتاه (نسخه سوم) (YSQ-S3): نسخه سوم فرم کوتاه پرسشنامه روان‌بند‌های ناسازگار اولیه، یک ابزار نود سؤالی است که برای سنجش هجده باور هسته‌ای توسط یانگ^۱ (۲۰۰۵) تهیه شد.

هر ماده به کمک شش گزینه و به سبک لیکرت (از کاملاً غلط تا کاملاً درست) درجه‌بندی می‌شود. نمره بالا در یک خرده‌مقیاس معین احتمال بیشتر وجود یک روان‌بند ناسازگار را برای آن فرد نشان می‌دهد. مطالعات بر روی فرم بلند و کوتاه پرسشنامه روان‌بند‌ها حاکی از اعتبار مناسب تفکیکی و پیش‌بین این مقیاس هستند (اویی و بارانوف^۲، ۲۰۰۷). نسخه دوم این پرسشنامه در ایران توسط آهی و همکاران

1. Young, J. E.

2. Oei, T. P. S. & Baranoff, J.

(۱۳۸۴) بررسی و کارایی آن تأیید شد، ولی برای استفاده از نسخه سوم، ابتدا پرسشنامه از انگلیسی به فارسی توسط محقق ترجمه شد، سپس توسط چهار روان‌شناس با حداقل ده سال سابقه کار بالینی و عضویت در هیأت علمی در این حیطه ویرایش و سپس نسخه نهایی ترجمه‌شده به انگلیسی بازگردانده شد و پس از بررسی مشکلات ترجمه و بازنگری نهایی استفاده گردید. آلفای کرونباخ به دست آمده برای پرسشنامه مذکور در این پژوهش ۰/۹۵ است.

یوسفی و شیربیگی (۲۰۱۰) نیز با ترجمه‌ای که از این پرسشنامه داشتند، اعتبار پرسشنامه را بر روی یک نمونه ایرانی بررسی کردند که آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۸۶ گزارش کردند.

پرسشنامه تحول روانی- معنوی (نسخه دوم) (PSDQ2): نسخه دوم پرسشنامه تحول روانی- معنوی براساس معیارهای بالینی که جنیا (۱۹۹۵)، آن را گزارش کرده بود، توسط جان‌بزرگی با جهت‌گیری فرهنگی و دینی تهیه شد. این ابزار پانزده ماده دارد که هر ماده آن به ابعاد مختلف تحول روانی توجه دارد و هر ماده دارای پنج گزینه است و پنج سطح تحول روانی معنوی را سنجش می‌کند. نسخه اول این پرسشنامه توسط جان‌بزرگی و همکاران (۱۳۹۰) بررسی و کارایی آن تأیید شد. آلفای کرونباخ به دست آمده برای پرسشنامه مذکور در این پژوهش نیز ۰/۷۶ است.

داده‌ها بعد از کدگذاری و ورود به رایانه با نرم‌افزار SPSS16 ارزیابی و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات علاوه بر توصیف داده‌های آماری از روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی زوج‌های شرکت‌کننده نشان داد که میانگین سنی زنان گروه نمونه ۳۱/۴۴ و انحراف معیار ۷/۳۷ و میانگین سنی مردان گروه نمونه ۳۴/۹۳ و انحراف معیار ۸/۱۵ است؛ همچنین، مشاهده شد که میانگین سنوات ازدواج مشارکت‌کنندگان، ۱۰/۹۶ و انحراف معیار ۹/۱۳ است. از نظر سطح تحصیلی نیز یافته‌ها نشان داد که مدرک دیپلم اولین رتبه را در سطوح تحصیلی زوج‌های مذکور به خود اختصاص می‌دهد.

نتایج حاصل از میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی پنج حوزه روان‌بنه‌های

ناسازگار نخستین، روان‌بنه‌های مربوط به آنها و سطح تحول روانی- معنوی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

کشیدگی	کجی	انحراف استاندارد	میانگین	مقیاس
				روان‌بنه‌های ناسازگار نخستین
۰/۶۲۴	۰/۹۴۹	۱۷/۰۸۹۲	۵۱/۸۳۸۹	حوزه انفصال و طردشدگی
-۰/۲۷۴	۰/۶۲۳	۴/۷۲۰۷	۱۱/۸۷۳۳	رهاشدگی / بی‌ثباتی
-۰/۱۵۲	۰/۶۴۵	۴/۵۱۴۷	۱۱/۲۹۳۳	بی‌اعتمادی / سوءاستفاده
۱/۴۷۲	۱/۲۴۵	۴/۶۰۳۰	۱۰/۴۴۶۷	محرومیت عاطفی
۱/۷۴۶	۱/۴۳۲	۳/۶۸۷۸	۸/۴۴۹۷	نقص / شرم
۰/۸۳۵	۰/۹۶۹	۳/۵۹۱۸	۹/۶۸۶۷	انزوای اجتماعی / احساس بیگانگی
-۰/۴۱۵	۰/۶۲۷	۱۵/۰۶۴۹	۴۱/۲۵۶۸	حوزه استقلال و عملکرد معیوب
۰/۲۵۷	۰/۸۳۵	۴/۱۴۹۴	۹/۹۰۰۰	وابستگی / بی‌کفایتی
-۰/۲۲۱	۰/۸۵۶	۴/۸۶۳۸	۱۰/۱۶۶۷	آسیب‌پذیری در برابر خطر
۰/۰۷۳	۰/۷۸۵	۴/۷۴۶۸	۱۱/۴۱۲۲	گرفتارشدگی / خود تحول نیافتگی
۰/۱۶۱	۰/۹۲۵	۴/۳۱۸۱	۹/۷۷۳۳	شکست
-۰/۴۹۴	-۰/۰۷۵	۹/۰۶۶۵	۳۰/۸۶۰۰	حوزه محدودیت‌های آسیب‌زا
-۰/۵۷۲	-۰/۰۳۷	۵/۰۹۲۸	۱۶/۷۱۳۳	محق بودن / خود بزرگ‌بینی
-۰/۳۳۲	۰/۵۸۶	۴/۹۹۵۸	۱۴/۱۴۶۷	خودمهارگری ناکافی / انضباط فردی ناکافی
-۰/۲۵۶	-۰/۰۶۴	۱۱/۴۱۶۸	۴۴/۸۵۱۴	حوزه جهت‌گیری دگرسو
۰/۳۴۸	۰/۷۸۱	۴/۷۴۶۸	۱۱/۲۶۱۷	انقیاد
-۰/۳۴۱	-۰/۲۹۲	۴/۷۰۸۵	۱۷/۵۱۶۸	از خودگذشتگی
-۰/۴۹۹	۰/۲۵۵	۵/۷۰۹۳	۱۶/۱۰۷۴	جلب توجه / جلب تحسین

۰/۸۵۹-	۰/۲۱۱-	۱۵/۹۷۸۰	۵۹/۹۰۵۴	حوزه‌ی گوش‌به‌زنگی افراطی و بازداری
۰/۶۰۵-	۰/۴۳۳	۵/۰۴۰۹	۱۲/۶۷۱۱	بازداری هیجانی
۰/۱۵۷-	۰/۰۵۷-	۵/۰۴۱۶	۱۷/۳۳۳۳	استانداردهای سخت‌گیرانه / عیب‌جویی افراطی
۰/۹۴۰-	۰/۱۵۵	۵/۶۲۷۱	۱۴/۷۴۵۰	منفی‌نگری / بدبینی
۰/۰۲۹	۰/۰۹۴-	۴/۴۷۹۶	۱۵/۱۴۰۰	تنبیه‌گری
۰/۳۷۶-	۱/۰۲۱-	۱/۴۴۹۷	۳/۸۴۸۳	تحول روانی - معنوی

تاباچنیک و فیدل^۱ (۱۹۹۶) معتقدند که اگر کجی و کشیدگی مقیاس‌ها کمتر از ۱۲۱ باشد، نیازی به تبدیل مقیاس‌ها نیست و ادامه روند تحلیل با این مقیاس‌ها، خللی در نتایج ایجاد نمی‌کند. چنان‌که در جدول نیز دیده می‌شود، تمامی مواد این مقیاس و نمره کلی در نمونه حاضر، کجی و کشیدگی کمتر از ۱۲۱ دارند.

پیش از انجام رگرسیون چندمتغیره، همبستگی بین پنج حوزه روان‌بنه‌های ناسازگار نخستین و سطح تحول روانی-معنوی بررسی شد که در جدول ۳ نمایش داده شده است. همبستگی میان هجده روان‌بنه با تحول روانی-معنوی نیز محاسبه شد که نشان داد به‌جز روان‌بنه‌های از خودگذشتگی، بازداری هیجانی و استانداردهای سخت‌گیرانه / عیب‌جویی افراطی، میان پانزده روان‌بنه دیگر با تحول روانی-معنوی ارتباط معکوس معناداری حاکم است.

جدول ۳: نتایج تحلیل همبستگی بین حوزه‌های روان‌بنه‌های ناسازگار نخستین و سطح تحول روانی-معنوی

مقیاس‌ها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
حوزه انفصال و طردشدگی	۱					
حوزه استقلال و عملکرد معیوب	۰/۶۶۵**	۱				
حوزه محدودیت‌های آسیب‌زا	۰/۶۷۱**	۰/۵۹۱**	۱			

1. Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S.

		۱	۰/۶۹۰**	۰/۶۲۷**	۰/۷۱۴**	حوزه جهت‌گیری دگرسو
	۱	۰/۷۵۶**	۰/۷۳۹**	۰/۷۲۷**	۰/۷۳۳**	حوزه گوش‌به‌زنگی افراطی و بازداری
۱		-۰/۲۸۷**	-۰/۳۰۴**	-۰/۳۸۱**	-۰/۲۸۸**	تحول روانی- معنوی

** P<۰/۰۱ * P<۰/۰۵

همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد، در میان حوزه‌های روان‌بنه‌های ناسازگار نخستین و سطح تحول روانی- معنوی همبستگی معنادار معکوسی در سطح معناداری ۰/۰۱ وجود دارد.

برای بررسی قدرت پنج‌حوزه روان‌بنه‌های ناسازگار نخستین در پیش‌بینی سطح تحول روانی- معنوی متأهلان شهر تهران از تحلیل رگرسیون چندمتغیره استفاده شد. مقیاس سطح تحول روانی- معنوی به عنوان متغیر ملاک و پنج‌حوزه روان‌بنه‌های ناسازگار نخستین به عنوان متغیرهای پیش‌بین وارد معادله رگرسیون چندمتغیره شدند. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون در جدول ۴ نمایش داده شده است.

جدول ۴. تحلیل رگرسیون چندمتغیره مقیاس حرمت خود کودک بر پنج حوزه و پانزده بعد روان‌بنه‌های ناسازگار اولیه مادر

سطح معناداری	t	ضریب بتا	ضریب b	R ²	سطح معناداری	درجه آزادی	F نسبت	
۰/۰۳۷	۲/۱۰۴-	۰/۲۶۸-	۰/۰۲۲-					حوزه انفصال و طردشدگی
۰/۷۸۶	۰/۲۷۲-	۰/۰۳۲-	۰/۰۰۳-					حوزه استقلال و عملکرد معیوب
۰/۰۲۵	۲/۲۶۹-	۰/۲۷۳-	۰/۰۴۳-	۰/۲۰	۰/۰۰۱	۵ و ۱۳۵	۶/۱۸	حوزه محدودیت‌های آسیب‌زا
۰/۹۰۱	۰/۱۲۵-	۰/۰۱۶-	۰/۰۰۲-					حوزه جهت‌گیری دگرسو
۰/۳۹۵	۰/۸۵۴	۰/۱۲۶	۰/۰۱۲					حوزه گوش‌به‌زنگی افراطی و بازداری
۰/۱۸۳	۱/۳۴۱-	۰/۱۵۱-	۰/۰۴۶-					رهاشدگی / بی‌ثباتی
۰/۹۹۳	۰/۰۰۹	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰					بی‌اعتمادی / سوءاستفاده
۰/۶۶۵	۰/۴۳۴	۰/۰۴۹	۰/۰۱۵					محرومیت عاطفی
۰/۶۰۳	۰/۵۲۱-	۰/۰۷۵-	۰/۰۲۹-					نقص / شرم

۰/۸۹۳	۰/۱۳۵-	۰/۰۱۹-	۰/۰۰۷-					انزوای اجتماعی / احساس بیگانگی
۰/۷۸۲	۰/۲۷۸-	۰/۰۴۲-	۰/۰۱۴-					وابستگی / بی کفایتی
۰/۴۵۸	۰/۷۴۴-	۰/۰۹۵-	۰/۰۲۸-					آسیب پذیری در برابر خطر
۰/۲۸۶	۱/۰۷۱	۰/۱۲۳	۰/۰۳۷	۰/۲۷	۰/۰۰۲	۱۸ و ۱۲۲	۲/۴۸۷	گرفتارشدگی / خود تحول نایافتگی
۰/۲۳۶	۱/۱۹۲	۰/۱۵۲	۰/۰۵۰					شکست
۰/۲۲۹	۱/۲۰۸-	۰/۱۵۷-	۰/۰۴۴-					محق بودن / خود بزرگ بینی
۰/۱۲۱	۱/۵۶۲-	۰/۲۰۸-	۰/۰۶۰-					خودمهارگری ناکافی / انضباط فردی ناکافی
۰/۴۶۴	۰/۷۳۴-	۰/۰۹۷-	۰/۰۲۹-					انقیاد
۰/۳۷۹	۰/۸۸۳	۰/۰۸۹	۰/۰۲۷					از خودگذشتگی
۰/۲۹۴	۱/۰۵۴-	۰/۱۱۹-	۰/۰۳۰-					جلب توجه / جلب تحسین
۰/۹۰۱	۰/۱۲۵	۰/۰۱۴	۰/۰۰۴					بازداری هیجانی
۰/۱۷۷	۱/۳۵۸	۰/۱۶۰	۰/۰۴۵					استانداردهای سخت گیرانه / عیب جویی افراطی
۰/۳۰۷	۱/۰۲۵-	۰/۱۳۳-	۰/۰۳۴-					منفی نگری / بدبینی
۰/۵۹۲	۰/۵۳۸	۰/۰۵۸	۰/۰۱۹					تنبیه گری

چنانچه در جدول ۴ دیده می شود، مقیاس سطح تحول روانی- معنوی توسط حوزه انفصال و طردشدگی (ضریب بتا = $-0/268$) و حوزه محدودیت های آسیبزا (ضریب بتا = $-0/273$) پیش بینی می شود ($p < 0/05$ و $F(5 و 135) = 6/18$). به طور کلی، این پنج حوزه قادرند حدود بیست درصد از پراکندگی نمرات سطح تحول روانی- معنوی متأهلان شهر تهران را پیش بینی کنند ($R^2 = 0/20$).

نتایج رگرسیون حاکی از آن است که میزان رابطه هریک از پنج حوزه با سطح تحول روانی- معنوی متفاوت است، به نحوی که حوزه انفصال و طردشدگی بیش از چهار حوزه دیگر در این زمینه ایفای نقش می کند.

سؤال دیگر این پژوهش به دنبال بررسی قدرت هریک از روان بنه های ناسازگار نخستین در پیش بینی سطح تحول روانی- معنوی است. برای این منظور از تحلیل

رگرسیون چندمتغیره استفاده شد. مقیاس سطح تحول روانی- معنوی به عنوان متغیر ملاک و ابعاد روان‌بنه‌های ناسازگار نخستین به عنوان متغیرهای پیش‌بین وارد معادله رگرسیون چندمتغیره شدند.

نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون برخلاف نتایج همبستگی پیرسون که ارتباط معنادار معکوسی را بین هجده روان‌بنه (به جز سه روان‌بنه از خودگذشتگی، بازداری هیجانی و استانداردهای سخت‌گیرانه/ عیب‌جویی افراطی) و تحول روانی- معنوی نشان داد، رابطه معناداری را گزارش نکرد؛ بدین معنا که هیچ‌یک از روان‌بنه‌ها به‌طور جداگانه قادر به پیش‌بینی سطح تحول روانی- معنوی نبودند، ولی در مجموع قادرند حدود ۲۷ درصد از پراکندگی نمرات سطح تحول روانی- معنوی متأهلان شهر تهران را پیش‌بینی کنند ($R^2 = 0.27$).

بحث و نتیجه‌گیری

در راستای جهت‌گیری معنوی سازمان جهانی بهداشت و به موازات رونق بررسی رابطه بین دین و معنویت و دیگر مؤلفه‌های روان‌شناختی (مثل سلامت و روان)، مفاهیم سلامت معنوی (مک‌دونالد، ۲۰۰۰)، تحول معنوی (ریش، ۲۰۰۱)، بهزیستی معنوی (گومز و یشر، ۲۰۰۳)، در آستانه هزاره سوم میلادی به ادبیات آکادمیک روان‌شناسی اضافه شده‌اند (به نقل از سهرابی، ۱۳۸۷). به هر ترتیب، معنویت عاملی اساسی در بهزیستی شخصی و خانوادگی است (کرلاچ، ۲۰۰۲).

در دو دهه اخیر روان‌شناسان به‌طور فزاینده‌ای به روان‌شناسی دین و مطالعه موضوعات معنوی توجه کرده‌اند و بیشترین مطالعه صورت گرفته در حوزه روان‌شناسی دین تحقیقات مربوط به رابطه دین و معنویت با سلامت روانی است. در بیشتر این مطالعات یک رابطه مثبت بین باورهای دینی و معنوی با سلامت روانی یافت شده است (برای نمونه، رجایی و همکاران، ۱۳۸۷؛ پارگامنت و ساندرز^۱، ۲۰۰۷؛ پارگامنت و همکاران، ۲۰۰۰؛ مارتینز^۲ و همکاران، ۲۰۰۷؛ هاج^۳، ۲۰۰۶؛ ریچاردز و برگین^۴، ۲۰۰۵؛ کول^۵، ۲۰۰۵). افزون بر این، بعضی از روان‌درمانگران سعی کرده‌اند تا از دین و

1. Pargament, K. I., & Saunders, S.M.
2. Martinez, J. S.
3. Hage, S. M.
4. Richards, P.S., & Bergin, A. E.
5. Cole, B. S.

معنویت در درمان اختلالات روان‌شناختی استفاده کنند؛ برای مثال، درمان شناختی-هیجانی (رجایی، ۱۳۸۷ و ۲۰۰۸)؛ درمان انسان‌گرایانه و هستی‌نگر (ماهرر و شفرنسکی^۱، ۱۹۹۶)؛ درمان مراجع‌محور (وست، ۲۰۰۰)؛ درمان عقلانی هیجانی (نیلسون^۲ و همکاران، ۲۰۰۱)؛ درمان شناختی (پروپست^۳ و شفرنسکی، ۱۹۹۶)؛ روان‌درمانی یکپارچه معنوی (پارگامنت، ۲۰۰۷)؛ مداخله مذهبی- معنوی به عنوان طب مکمل (لیوین^۴ و همکاران، ۲۰۰۹؛ ویتفرد^۵ و همکاران، ۲۰۰۸)؛ درمانگری چندبعدی با جهت‌گیری مذهبی (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸). همچنین، بررسی‌های زیادی روی خانواده و زوجین انجام شده است که حاکی از نقش مثبت باورهای معنوی یا هوش معنوی بالا در بهزیستی خانواده است (برای مثال، مهدوی و همکاران، ۱۳۹۰؛ کیان‌پور و همکاران، ۱۳۹۱).

جان‌بزرگی و همکاران (۱۳۹۰) نیز رابطه مثبت معناداری را بین مراحل تحول روانی معنوی با سلامت روانی یافتند که این یافته حاکی از نقش تأثیرگذار این مهم بر بهزیستی و لزوم تحقیقات بیشتر در این حوزه است. یافته‌های پژوهش حاضر در راستای پژوهش‌های پیشین واجد یک نکته اساسی است که در روان‌شناسی بالینی و روان‌درمانگری حائز اهمیت است، تحول روانی معنوی که با بهزیستی روانی رابطه‌ای مستقیم دارد، با روان‌بنه‌های منفی رابطه‌ای معکوس دارد؛ یعنی روان‌بنه‌های منفی نه تنها سلامت روان‌شناختی فرد را به خطر می‌اندازند، بلکه به احتمال معناداری سلامت معنوی را نیز مختل می‌کند. در چنین شرایطی کنش‌وری دینداری یا مذهب نیز به احتمال قوی از مسیر واقعی (از جمله وحدت‌دهی و تعالی‌بخشی) خارج می‌شود. نتایج تحلیل‌ها در رابطه با حوزه‌های روان‌بنه‌های ناسازگار نخستین حاکی از آن است که در این نمونه مورد بررسی، حوزه‌های روان‌بنه‌های ناسازگار اولیه با تحول روانی- معنوی زوجین رابطه معنادار معکوسی دارند؛ همچنین، نتایج همبستگی درخصوص روان‌بنه‌ها نیز نشان داد که میان پانزده الگو از روان‌بنه‌ها (به جز روان‌بنه‌های از خودگذشتگی، بازداری هیجانی و استانداردهای سخت‌گیرانه/ عیب‌جویی افراطی) با

1. Mahrer, A. R., & Shafranske, E. P.

2. Nielsen, S. L.

3. Propst, L. R.

4. Levine, E. G.

5. Whitford, H. S.

تحول روانی- معنوی رابطه معنادار معکوسی حاکم است. بدین معنا که هر چقدر حضور این روان‌بنه‌ها و حوزه‌های آنها پررنگ‌تر باشد، تحول روانی- معنوی در مراحل پایین‌تری قرار دارند؛ بنابراین، ضمن تأیید نسبی اینکه بین روان‌بنه‌های ناسازگار نخستین و تحول روانی معنوی رابطه‌ای معنادار وجود دارد، اما باید در نظر داشت که کدام دسته از روان‌بنه‌ها مؤثرترند و آیا پایین بودن سطح تحول روانی معنوی تاحدی از وجود روان‌بنه‌های ناسازگار اولیه تأثیر می‌پذیرد؟

نتایج رگرسیون چندمتغیره درخصوص حوزه‌های روان‌بنه‌ها نیز نشان داد که میان حوزه‌های روان‌بنه‌های ناسازگار نخستین با تحول روانی- معنوی ارتباط معنادار معکوسی وجود دارد، به گونه‌ای که روان‌بنه‌های حوزه انفصال و طردشدگی، و حوزه محدودیت‌های آسیب‌زا قادر به پیش‌بینی سطح تحول روانی- معنوی می‌باشند. به گفته یانگ (۲۰۰۳)، افرادی که دارای روان‌بنه‌های منفی این حوزه هستند، نمی‌توانند دلبستگی‌های ایمن و رضایت‌بخشی برقرار کنند و این افراد انتظار دارند که نیازهای آنان به مهرورزی، همدلی، درمیان گذاشتن احساسات به شیوه‌ای قابل پیش‌بینی برآورده نشود (جان‌بزرگی و غروی، زیرچاپ)، پس طبیعی است که این افراد از مذهب برای آرامش، آذاسازی هیجانی و رفتار تکانه‌ای استفاده کنند و یا رابطه با خدا را به عنوان موضوع ارضا کننده نیازها بدانند و به دلیل وجود روان‌بنه‌های منفی فرد در مراحل بالاتر سنی در این موضع خود باقی می‌ماند. حتی احتمالاً ازدواج و بچه‌دار شدن هم شرایط را برای تحول روانی معنوی فراهم نمی‌کند، زیرا با محتوای روان‌بنه ناسازگار همساز است؛ بنابراین، افراد متناسب با محتوای روان‌بنه‌ها، پرستش خداوند را برای رسیدن به لذت و ارضای نیازها انجام می‌دهند. افرادی که در سطوح ابتدایی تحول روانی- معنوی قرار دارند، نگاه تهدیدآمیز و خطرناکی به دنیا دارند و هیچ بعید نیست که این نگاه آنان ناشی از روان‌بنه‌های ناسازگار نخستینی باشد که محتوای آنها را انتظار برآورده نشدن نیازهای آنان به همدلی و مهرورزی تشکیل می‌دهد. پس حضور روان‌بنه‌های این حوزه می‌تواند عامل پیش‌بینی‌کننده‌ای برای دین خودمیان‌بین باشد. همچنین، داشتن روان‌بنه‌هایی چون رهاشدگی می‌تواند زیربنای ترس از رهاشدن افراد دارای دین خودمیان‌بین باشد، زیرا با داشتن این روان‌بنه معتقدند که افراد مهم زندگی‌شان هم نمی‌توانند حمایت عاطفی و تشویق لازم را برای او فراهم کنند، زیرا

این افراد از لحاظ هیجانی بی‌ثبات، غیرقابل پیش‌بینی، اعتمادناپذیر و نامنظمند. بدیهی است که داشتن چنین دیدی در رابطه آنان با پروردگارشان نیز تأثیر می‌گذارد، چون یکی از ویژگی‌های روان‌بنه‌های ناسازگار نخستین تحریف واقعیت به نفع تأیید روان‌بنه‌ها است و فرافکنی این ویژگی‌ها به خداوند زمینه تعارض‌های بیشتری را در زندگی فراهم می‌کند. همچنین، حضور دیگر روان‌بنه‌های این حوزه همچون بی‌اعتمادی / سوءاستفاده، محرومیت هیجانی، نقص / شرم، انزوای اجتماعی / احساس بیگانگی می‌تواند منجر به داشتن ویژگی‌های مراحل پایین‌تر تحول روانی-معنوی چون داشتن وجدان سخت‌گیر، احساس گناه زیاد، در نظر گرفتن خداوند به منزله یک قضاوتگر سخت‌گیر شود.

افزون بر این، روان‌بنه‌های حوزه محدودیت‌های آسیب‌زا که شامل محق بودن / خودبزرگ‌بینی و خودمه‌ارگری ناکافی / انضباط فردی ناکافی است، به جهت ایجاد مشکلاتی که در رابطه با رعایت حقوق دیگران، همکاری با دیگران، تعهد یا هدف‌گزینی و اهداف واقع‌بینانه ایجاد می‌کنند، به تغییر روزمره در تحول روانی-معنوی، فعالیت‌های مذهبی بی‌اختیار، بازخوردهای برتری‌جویانه اخلاقی، بزرگ‌منشی و کمال (که همگی از ویژگی‌های مراحل اولیه تحول روانی-معنوی هستند) می‌انجامد، زیرا این افراد نقصی در محدودیت‌های درونی، احساس مسئولیت در برابر دیگران یا جهت‌گیری نسبت به اهداف بلندمدت زندگی دارند؛ بنابراین، کسی که بر این باور است، نسبت به دیگران یک سرگردن بالاتر است و حقوق ویژه‌ای برای خودش قائل است، از ویژگی بزرگ‌منشی و کمال مرحله اول تحول روانی-معنوی برخوردار می‌باشد و یا فردی که به سبب داشتن روان‌بنه خودمه‌ارگری ناکافی / انضباط فردی ناکافی، مشکلات مستمری در خویش‌تنداری دارد، بدیهی است که فعالیت‌های مذهبی بی‌اختیار و وسواس‌گونه انجام دهد.

از سوی دیگر، برای اینکه تحلیل همبستگی و رگرسیون رابطه‌ای دوسویه را بیان می‌کنند. این تبیین نیز برای یافته‌ها قابل تصور است که مذهب (به‌طور خاص) و تحول روانی معنوی (به‌طور کلی) می‌تواند اثر روان‌بنه‌های منفی را تعدیل کند؛ به عبارت دیگر، احتمالاً داشتن زمینه مذهبی مناسب و اعتقادات استدلالی قوی (معرفت دینی)، می‌تواند محتوای روان‌بنه‌های منفی را تغییر دهد. اعتقادات محکمی مانند خوش‌بین

بودن به خداوند و گناه بدبینی نسبت به او^۱، حمایت خداوند از بندگان^۲، فزون بخشنده بودن او و یادگیری ادب بندگی و... می‌تواند به تعدیل محتوای روان‌بنه‌ها کمک کند. تجربه بالینی پژوهشگر در درمان شناختی رفتاری با فنون دینی نشان می‌دهد که توجه مجدد یک فرد مسلمان به اینکه به‌طور متوسط بیش از سی بار در روز نام خدا را با دو کلمه بخشنده و مهربان بودن تکرار می‌کند، در تغییر محتوای روان‌بنه‌های فوق اثربخش است و به مهربان و بخشنده بودن خود فرد نیز کمک می‌کند و یا زمانی که مراجع با مفهوم «الله اکبر» یک رابطه مفهومی صحیح برقرار کند، ترس او به شدت تعدیل می‌یابد.

نتیجه این پژوهش برای روان‌شناسان بالینی، به ویژه کسانی که علاقه‌مند به مداخله‌های مذهبی در درمان اختلالات روانی هستند و همچنین، برای پژوهشگران حوزه کاربردی دین، حاوی این پیام مهم است که روان‌بنه‌های منفی نخستین، به عنوان متغیرهای تعدیل‌گر اساسی می‌توانند رابطه فرد را در زمینه پاسخدهی به موضوع مورد پرستش خود (خداوند متعال)، به‌طور اساسی تحت‌تأثیر قرار دهد. همچنین، برای درمانگر بالینی قابل فرض است که برداشتن موانع اساسی مانند روان‌بنه‌های نخستین راه را برای مداخلات مؤثر مذهبی به منظور ارتقای سطح تحول روانی معنوی تا جایی که فرد به ثبات اعتقادی لازم برسد، فراهم می‌کند. این تغییر احتمالاً نتایج درمان را از ماندگاری بیشتری برخوردار خواهد کرد. مراجعه به سرنوشت انسان‌های به شدت بزهکاری که با ایمان‌آوری خود به خداوند و پایبندی مذهبی توانسته‌اند تغییرات اساسی و ماندگاری در زندگی خود ایجاد کنند، شاهد این مدعا است. همچنین، می‌توان فرض کرد که تغییر سطح تحول روانی معنوی فرد از راه مداخله‌های مذهبی می‌تواند به تغییر محتوای روان‌بنه‌های نخستین منجر شود و مسیر درمان را به‌ویژه در اختلالات

۱. «... الظَّائِنِينَ بِاللَّهِ ظَنَّ السَّوْءِ...» (فتح، ۶)؛ همچنین در روایات بسیاری مانند اینکه امام باقر(ع) فرمود: «رسول خدا(ص) در بالای منبر فرمود: سوگند به آنکه نیست الهی مگر او، خیر دنیا و آخرت به مؤمنی داده نمی‌شود، مگر به علت حسن ظن به خدا و خوی نیکو و اجتناب از غیبت مؤمنان، سوگند به آن که نیست الهی مگر او، خداوند مؤمنی را بعد از توبه و استغفار عذاب نمی‌کند، مگر به علت سوء ظن به خدا و...» (حرعالمی، ۱۳۶۴، ص ۹۰).
اسماعیل بن بزیر گوید: حضرت رضا(ع) به من فرمود: گمان خود را به خدا نیکو کن، چون خداوند می‌فرماید: من در نزد گمان بنده‌ام هستم (طبق آن با او رفتار می‌کنم)، پس جز گمان نیکو به من نداشته باش (همان، ص ۹۲).
۲. «... رَبَّنَا لَا تُؤَاخِذْنَا إِنْ نَسِينَا أَوْ أَخْطَأْنَا... وَاعْفُ عَنَّا وَارْحَمْنَا... أَنْتَ مَوْلَانَا فَانصُرْنَا عَلَى الْقَوْمِ الْكَافِرِينَ...» (بقره، ۲۸۶)؛ مولی از ماده ولایت است که به معنای عهده‌داری و تصدی امر است (طباطبایی، ۱۳۷۴، ج ۲، ص ۶۸۷).

شخصیت (از جمله روان‌بند درمانگری) به‌طور معناداری کوتاه کند. بنابراین گستره تأثیر روان‌بندها به حدی وسیع است که در رابطه میان انسان و خداوند نیز ایفای نقش می‌کند، زیرا روان‌بندها آن‌گونه که بیان شد، الگوی عمل هستند، همان‌گونه که الگویی برای عمل نیز هستند. این الگو می‌تواند یادگیری مذهب را، به‌ویژه وقتی که مذهب از مسیر و توسط کسانی آموزش داده می‌شود که در شکل‌دهی روان‌بندهای منفی سهیمند، با مشکل جدی روبه‌رو کند.

محدودیت‌های پژوهش حاضر، برآورد داده‌ها را در زمینه‌های مختلف واجد احتیاط می‌گرداند. نمونه حاضر صرفاً نمونه‌ای از شهر تهران است، هرچند حجم آن مناسب بود، اما تعمیم یافته‌ها به جمعیت شهرهای دیگر و یا افراد مجرد باید با احتیاط صورت گیرد؛ همچنین، محدودیتی را که ابزارها برای تعمیم نتایج ایجاد می‌کنند و غیرقابل اجتناب بودند نیز باید در نظر داشت.

پیشنهاد می‌شود چنین پژوهشی بر روی جمعیت سنین مختلف، شهرهای دیگر و به‌ویژه، دانشجویان تکرار شود. همچنین، آزمون این فرض که سطح تحول روانی معنوی به سطح تحول شناختی وابسته است، با ابزار مورد استفاده در این طرح و نیز بررسی بالینی تأثیر روان‌بندهای منفی با سطح تحول روانی معنوی می‌تواند به تصریح بیشتر نتایج این پژوهش کمک کند. انجام پژوهشی مبتنی بر روان‌بند درمانگری با افرادی که در سطوح پایین تحول روانی هستند، می‌تواند ضمن تصریح نتایج این پژوهش به راه‌های عملی برای ارتقای سطح تحول روانی معنوی منجر شود. همچنین، درمانگری شناختی رفتاری یا روان‌بند درمانگری با جهت‌گیری دینی می‌تواند به تصریح نقش مذهب در تغییر محتوا و تعدیل تأثیر روان‌بندهای منفی در اختلالات روان‌شناختی، کمک شایان توجهی به‌ویژه در جامعه اسلامی بنماید.

منابع

- قرآن کریم.
- آهی، قاسم (۱۳۸۴)، هنجاریابی فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ "SQ-SF" (بررسی ساختار عاملی) بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران در سال تحصیلی ۸۴-۱۳۸۳. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۸۶)، «جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی»، پژوهش در پزشکی، دوره ۳۱، ش ۴، ص ۳۴۵-۳۵۰.
- جان‌بزرگی، مسعود (زیر چاپ). نظریه‌های نوین روان‌درمانگری و مشاوره، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۷۸). بررسی اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه مدت و بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی، پایان‌نامه دکترای، تهران: دانشگاه تربیت مدرس.
- جان‌بزرگی، مسعود؛ فاکر، حسین و جان‌بزرگی، امین (۱۳۹۰)، ارزیابی تحول روانی-معنوی در درمانگری مراجعان مذهبی، مطالعات اسلام و روان‌شناسی، س ۵، ش ۸، ص ۴۹-۷۰.
- جوادی آملی، عبدالله (۱۳۷۷)، تفسیر موضوعی قرآن کریم، قم: اسراء.
- رجایی، علیرضا؛ بیاضی، محمدحسین و حبیبی‌پور، حمید (۱۳۸۷)، «بررسی رابطه بین باورهای اساسی دینی با بحران هویت و سلامت روان در جوانان» فصلنامه روان‌شناسان ایرانی.؟؟؟
- سهرابی، فرامرز (۱۳۸۷)، «مبانی هوش معنوی»، فصلنامه سلامت روان، س ۱، ش ۱.
- حر عاملی، محمد بن حسن (۱۳۶۴)، جهاد النفس وسائل الشیعه، ترجمه علی صحت، ج ۱، تهران: ناس.
- طباطبایی، سیدمحمدحسین (۱۳۷۴)، تفسیر المیزان، ترجمه سیدمحمدباقر موسوی همدانی، دفتر انتشارات اسلامی جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.

کیانپور، سعید؛ دائمی، فاطمه؛ مهدوی، نفیسه و احمدی-نوده، خدابخش (۱۳۹۱). «هوش معنوی و تعارضات زناشویی». هشتمین کنگره ملی سلامت خانواده. مهدوی، نفیسه؛ دائمی، فاطمه و کیانپور، سعید (۱۳۹۰)، «هوش معنوی و رضایت زناشویی»، سومین کنگره سراسری پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی. وست، ویلیام (۲۰۰۲). روان‌درمانی و معنویت، ترجمه؟؟؟ شهیدی و؟؟؟ شیر افکن (۱۳۸۷)، تهران: رشد.

- Adams, G. R., T. P. Gullotta & Markstorm-Adams, G. (1994), *Adolescent Life Experiences* (3rd Ed). Books/Cole. P: USA.
- Beck, A.T. & Weishaar M.F. (2011), *Cognitive therapy in Corsini,R.Y.&Wedding, D: Current psychotherapies, (9th Edi), Brooks/cole.*
- Cole, B. S. (2005), *Spiritually-Focused Psychotherapy For People Diagnosed With Cancer: A Pilot Outcome Study. Journal Of Mental Health, Religion & Culture, 8 (3), 217-226.*
- Fowler, J. (1986), *Faith and the structuring of meaning; in C. Dystra & Parks (Eds), Faith Development and Fowler, Birmingham, AL: Religious Education Press.*
- Genia, Vicky (1995), *Counseling And Psychotherapy Of Religious Clients: A Developmental Approach, Praeger.*
- Hage, S. M. (2006), *A Closer Look At The Role Of Spirituality In Psychology Training Programs, Professional Psychology: Research And Practice , 37, 303- 310.*
- Levine, E. G., Aviv, C., Yoo, G., Ewing, C. & Au, A. (2009), *The Benefits Of Prayer On Mood And Wellbeing Of Breast Cancer Survivors, Supportive Care In Cancer, 17(3): 295-306.*
- Mahrer,A. R., & Shafranske, E. P. (Eds) (1996), *Existential Humanistic Psychotherapy And The Religious Person, Religious And The Clinical Practice Of Psychology (pp.433- 460), Washington, DC: APA Press.*
- Martinez, J. S., Smith , T. B., & Barlow, S. H. (2007), *Spiritual Interventions In Psychotherapy: Evaluations By Higly Religious Clients, Journal Of Clinical Psychology, 63 (10), 943- 960.*
- Nielsen, S. L., Johnson, W. B., Ellis, A. (2001), *Counseling And Psychotherapy With Religious Persons: A Rational Emotive Behavior Therapy, Mahway,NJ :Elbaum.*
- Oei, T. P. S., & Baranoff, J. (2007), *Young Schema Questionnaire: Review Of Psychometric And Measurement Issues, Australian Journal Of Psychology, 59, 78-86.*
- Pargament ,K . I. (2007), *Spirituality Integrated Psychotherapy, New York: Guilford Press.*

- Pargament, K. I., & Saunders, S.M. (2007), Introduction To The Special Issue On Spirituality And Psychotherapy, *Journal Of Clinical Psychology* 63 (10), 903- 907.
- Pargament, K. I., Koenig, H.G., & Perez, L. M. (2000), The Many Methods Of Religious Coping: Development And Initial Validation Of The RCOPE, *Journal Of Clinical Psychology*, 56, (4), 519- 543.
- Propst , L. R ., & Shafranske, E. P. (Eds.) (1996), *Cognitive-Behavioral Therapy And The Religions Person, Religion And The Clinical Practice of Psychology* (391-407), Washington, DC: APA Press.
- Rajaei, A .R. (2008), *Religious Cognitive-Emotional Therapy (RCET)*, The 5th Congress For Psychotherapy, Beijing, China, p.414.
- Richards, P.S., & Bergin, A. E. (2005), *A Spiritual Strategy For Counseling And Psychotherapy* (2 Nd Ed), Washington, DC: American Psychological Association.
- Stallard, P. (2007), Early Maladaptive Schemas In Children: Stability And Differences Between A Community And A Clinic Referred Sample, *Clinical Psychology And Psychotherapy*, 14,10–18.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1996), *Using Multivariate Statistics*. New York: Happer Collins College.
- West, W. (2000), *Psychotherapy And Spirituality: Crossing The Line Between Therapy And Religion*, London: Sage.
- Whitford, H. S., Olver, I. N. & Peterson, M. J. (2008), Spirituality As A Core Domain In The Assessment Of Quality Of Life In Oncology, *Psycho-Oncology*, 17(11): 1121-1128.
- Young, J. E. (2005), *Young Schema Questionnaire–Short Form*, New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., Klosko, J., Weishoar, M. E. (2003), *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press.
- Yousefi. N., Shirbagi. N. (2010). Validating The Young Early Maladaptive Schema Questionnaire (YEMSQ) Among Students. *Iranian Journal of Psychiatry And Behavioral Sciences (IJPBS)*, V.4, N.1: 38-46.