

مدل چندوجهی اسلامی با هدف شناسایی و درمان اختلالات روان‌شناختی: مورد مثال اختلال اضطراب منتشر

سید محمدرضا تقوی *

استاد بخش روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

mtaghavi@rose.shirazu.ac.ir

چکیده

با وجود موفقیت‌های بسیاری که روان‌درمانگران بالینی در نیم قرن گذشته داشته‌اند، رویکردهای رایج نمی‌توانند تمام ابعاد یک اختلال را هم‌زمان ملاحظه کنند. همچنین این رویکردها از بخش‌های مهم واقعیت (که از آن به واقعیات غیب یاد می‌شود) را غفلت کرده‌اند. براساس پژوهش‌های قبلی، متغیرهای علوم انسانی رایج، کمتر از متغیرهای شناسایی شده اسلامی، قادر به تبیین و پیش‌بینی اختلالات روان‌شناختی هستند. بررسی‌ها نشان می‌دهد رویکردهای رایج بر منطق‌هایی مبتنی هستند که عناصر لازم در تبیین پدیده‌های انسانی را به صورت بخشی در نظر می‌گیرند. مدل مختار یعنی مدل چندوجهی شناسایی و درمان اختلالات روان‌شناختی، ضمن نقد رویکردهای رایج، نشان می‌دهد برای تبیین اختلالات روان‌شناختی باید تمام مؤلفه‌های یک اختلال به صورت کل (قیاسی) احصاء شوند و در تعامل با مؤلفه‌های ادراکی محقق (منابع شناخت انسان) قرار بگیرند. پژوهش حاضر، ضمن معرفی این مدل که از ویژگی‌های انعطاف‌پذیری، جهان‌شمولی و جامعیت برخوردار است، زمینه را برای ورود متغیرهای دینی درباره اختلالات روان‌شناختی و مقایسه‌پذیری ادعاهای نظریه‌های مختلف فراهم می‌کند.

کلیدواژه‌ها: اختلالات روان‌شناختی، مدل چندوجهی، اختلال اضطراب منتشر، منابع شناخت انسان.

مقدمه

به تازگی منابع مهم روان‌شناسی بالینی، نقدهای مناسبی را به رویکردهای مختلف روان‌درمانی وارد کرده‌اند؛ البته ذکر این نقدها و به‌ویژه تأکید بر نقاط کمتر موفق اندیشمندان حوزه روان‌شناسی بالینی به معنای نادیده‌انگاشتن دستاوردهای بزرگی نیست که طی این مدت، روان‌درمانگران داشته‌اند. از آنجا که نویسنده قصد داشته نقدی بر رویکردهای رایج روان‌شناسی داشته باشد و رویکرد مختار خود با عنوان «مدل چندوجهی اختلالات روان‌شناختی» را مطرح کند، ابتدا مروری بر آنچه هنوز روان‌درمانگران به آن دست نیافته‌اند صورت گرفته است. در ادامه به برخی از این محدودیت‌ها در مطالعات دهه‌های اخیر اشاره می‌شود:

الف) محدودیت‌هایی که روان‌درمانگران در زمینه اثربخشی درمان با آن روبه‌رو هستند:

۱. نرخ خروج از درمان‌های روان‌شناختی حدود ۴۰ تا ۵۰ درصد است (Wierzbicki, and Pekarik, ۱۹۹۳).
۲. درمان‌های روان‌شناختی نرخ تخریبی ۸ درصدی دارند (Lambert and Ogles, ۲۰۰۴).
۳. نرخ بازگشت در درمان‌های روان‌شناختی میانگینی بین ۳۵ تا ۷۰ درصد دارد (Wiborg and Dahl, ۱۹۹۶).
۴. نرخ کاهش علامت‌ها حتی در اختلالاتی مانند افسردگی حدود ۵۰ درصد است (Khan et al, ۲۰۱۲).
۵. در درمان‌های روان‌شناختی تنها حدود ۳۰ درصد از بار اختلال رفع می‌شود (Andrews et al, ۲۰۰۴).

این سطح از ترک درمان و نرخ تخریب از آنجا اهمیت دوچندانی می‌یابد که در همین تحقیقات می‌بینیم افراد پس از ترک درمان یا تجربه یک درمان آسیب‌زا، امیدشان به بهبودی به شدت کاهش می‌یابد. همچنین در مواردی که با بازگشت روبه‌رو هستند، شاهد ترک درمان بیشتر و موفقیت کمتر در دوره‌های بعدی درمان هستیم. همچنین علاوه بر وجه و سویه فردی اختلالات روان‌شناختی با بار اجتماعی - مالی بالایی از سوی این اختلالات روبه‌رو هستیم که آن‌ها را به یک دغدغه جهانی تبدیل کرده‌اند؛ برای مثال سازمان بهداشت جهانی در گزارش اخیر خود (۲۰۲۰) تنها درباره افسردگی بیان کرده است که با آمار مرگ‌ومیر سالانه ۸۰۰۰۰۰ نفر بر اثر خودکشی ناشی از افسردگی در جهان روبه‌رو هستیم. یا در سوی دیگر گرینبرگ و دیگران (۲۰۱۵) هزینه ۱۰۰ میلیارد دلاری تحمیلی بر اثر افسردگی بر جامعه ایالات متحده آمریکا را تخمین زده‌اند. در نهایت تمام موارد ذکر شده ما را به سمت یک بازاندیشی جدی در مسیر سیستم بهداشت روان سوق می‌دهند.

ب) محدودیت روان‌درمانگران و روان‌درمانی: اورلانسکی، رونسِتاد و آمبوهل (۲۰۰۵) گزارش کردند ۷۶ درصد روان‌درمانگران در موارد زیر احساس ناتوانی دارند: ۱. برانگیختن

درمان جو برای درگیر شدن با فرایند درمانی، ۲. فهم لحظه به لحظه درمان، ۳. دریافت اینکه چه زمانی چه مداخله‌ای را برای دستیابی به هدفی خاص انجام دهیم. ۴. تنها ۴۸ درصد درمانگران احساس کنترل بر جلسه درمان دارند. از دیدگاه اِکر، تیسپیچ و هولی (۲۰۱۲) خروجی و اثربخشی روان‌درمانی‌ها حداقل ۵۰ سال است که تغییر معناداری کمی است. ومپولد و ایمل (۲۰۱۵) معتقدند در واقع تعامل تکنیک و فاکتورهای رابطه‌درمانی نتیجه مثبت درمان را پیش‌بینی می‌کند. سازمان بهداشت جهانی در گزارش سال ۲۰۱۵ به‌منظور تأکید بر لزوم بهینه‌سازی درمان‌ها، علاوه بر دغدغه‌مندی برای گسترش اختلالات روان‌شناختی ذکر می‌کند، هر ۱ دلاری که در بهبود خدمات درمانی مصرف شود، به صرفه‌جویی ۴ دلاری در سایر بخش‌ها می‌انجامد.

ج) ناتوانی‌ها در درمان‌های رایج روان‌شناختی و روان‌پزشکی: شواهد اندکی نشان می‌دهد اختلالات هیجانی ناشی از نقص در تفکر هستند (Barlow, ۲۰۰۰). موج سوم رفتاری بر آگاهی و تنظیم هیجانی تمرکز دارد (Ecker, Ticic and Hulley, ۲۰۱۲). همچنین اینکه گفته می‌شود سمپتوم‌های روانی نتیجه‌عیب شیمیایی در مغز هستند، پایه‌ای مقبول در شواهد علمی ندارد. توجه داشته باشید که میان هم‌بستگی با رخداد اختلال و نمایان شدن سمپتوم‌ها تفاوت وجود دارد (Kirsch, ۲۰۰۸). درمان‌های دارویی به‌تنهایی دامنه‌ اثر میانگین ۰/۳ را ایجاد می‌کنند؛ هرچند این دامنه در اختلالاتی مانند طیف اسکیزوفرنی و دوقطبی بالاتر از میانگین است. همچنین افراد تحت درمان با ضد افسردگی‌ها دوره‌های طولانی و مکررتر افسردگی را تجربه می‌کنند (Patten, ۲۰۰۴). در گزارش دیگری آمده است که می‌توان ۷۵ درصد تأثیرگذاری داروهای ضد افسردگی را با اثر پلانسیبو جعل کرد (Kirsch, ۲۰۰۸). درمان‌های روان‌شناختی در بعضی اختلالات مانند افسردگی نیز می‌توانند تا ۳ برابر واریانس دارودرمانی مؤثر باشند (Ankarberg and Falkenstrm, ۲۰۰۸)؛ بنابراین این ایده که بیوشیمی در درمان اختلالات هیجانی مهم‌تر از فاکتورهای اجتماعی و روان‌شناختی است، پشتوانه کمی دارد (McKay, Imel and Wampold, ۲۰۰۶).

د) نظریه عناصر مشترک درمان، آری یا خیر: از دیدگاه وینبرگر (۱۹۹۵) عناصر درمانی خاصی وجود دارند که در همه درمان‌ها به‌صورتی مشترک به شفابخشی می‌پردازند که عبارت‌اند از: رابطه‌درمانی، ایجاد امید، مواجهه با مشکلات، افزایش حس کنترل فرد و اسناد موفقیت به خود شخص. در این باره اِکر، تیسپیچ و هولی (۲۰۱۲) با نقد فاکتورهای مشترک اثربخشی، آن‌ها را حاصل ناتوانی و عملکرد منفی رویکردهای درمانی می‌داند. به

گزارش هاروات و دیگران (۲۰۱۱) رابطه‌درمانی تنها ۱۱ درصد واریانس اثرگذاری را تبیین می‌کند. همچنین ۴۰ درصد واریانس اثربخشی حاصل از مداخلات خاص، برای اهداف خاص است (کمک به مراجع برای رویارویی با آنچه از آن اجتناب می‌کند، منشأ می‌گیرد). **ه) دستاوردها و یافته‌های فعلی:** اصلی‌ترین متغیر پیش‌بین نتیجه‌درمانی، خود‌درمانگر است نه رویکرد او (Norcross, ۲۰۰۰). در واقع خطاهای جدی روش‌شناختی و البته سرجمع‌سازی اطلاعات اثرگذاری درمان‌ها را یکسان نشان می‌دهد (Coughlin, ۲۰۱۶). تنها ۲۰ درصد درمانگران به‌شکلی ویژه اثربخش هستند (Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., and Hubble, M. A., ۲۰۱۰...) طی یک سلسله پژوهش که نتایجشان در مقالات و کتاب‌های متفاوتی تجمیع شدند، با بررسی توانمندی روان‌درمانگرانی از رویکردهای مختلف نتیجه گرفتند که توزیع اثربخشی روان‌درمانگران نرمال نیست؛ یعنی ۸۰ درصد روان‌درمانگران اثربخش نیستند و تنها ۲۰ درصد جمعیت تأثیرات مثبت معنادار می‌آفرینند. آن‌ها این طیف درمانگران را «درمانگران تأثیرگذارتر» نامیده و به بررسی ویژگی آن‌ها پرداختند؛ برای مثال یکی از ویژگی‌های مشترک آن‌ها استفاده طولانی مدت از نظارت بالینی (سوپرویزن) است.

و) کاگلین (۲۰۱۶) و ویژگی درمان‌های اثربخش را با توجه به داده‌های جدید شامل این موارد می‌داند: تمرکز و تکرار، ایجاد و حفظ یک اتحاد کاری دوسویه، دربرگیری حد بهینه‌ای از اضطراب، تسهیل و دربرگیری سطوح مختلفی از هیجانات، ایجاد لحظات عمیق و آگاهانه از ارتباط و ایجاد و گسترش روایتی یکپارچه از زندگی درمان‌جو. در مجموع وضعیت و کاستی‌های موجود در چند جهت ما را به بازاندیشی سوق می‌دهند: ۱. اهمیت تقویت مهارت‌های بالینی درمانگران با استفاده از تمرین عامدانه^۲ و دریافت سوپرویزن، ۲. استفاده و گسترش درمان‌های نوین و هماهنگ‌سازی آن‌ها با یافته‌های جدید، ۳. گسترش و تأکید بیشتر بر درک آسیب‌شناسانه و سبب‌شناسی اختلالات؛ زیرا درمان‌های روان‌شناختی زمینه‌محور^۳ هستند.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر به لحاظ جمع‌آوری اطلاعات، کتابخانه‌ای و به لحاظ داوری، عقلی و فلسفی

1. Supershrinks
2. Deliberate practice
3. Contextual

است. نویسنده با مطالعه و تأمل درباره نظریات اندیشمندان علوم اسلامی و دیدگاه‌ها و رویه‌های علوم انسانی متداول و با توجه به مطالعات تجربی و تأملات قبلی به مدلی از تبیین اختلالات مبادرت ورزیده است که نقاط مثبت نظریه‌های قبلی را نشان دهد و میرا از نقاط ضعف آن‌ها باشد. برای این منظور نخست به سراغ منطق رفته و ضمن نقد منطق‌های موجود رویکردهای علوم انسانی رایج، به دستگامی منطقی دست یافته است. سپس براساس این منطق جدید تبیینی جدید از اختلالات ارائه داده است. به لحاظ روشی، پژوهش حاضر از استقراء (با استفاده از پیشینه موجود در مطالعات موضوع)، قیاس (با توجه به نظریه‌های موجود در این زمینه) و تجربه (مجموعه مطالعات تجربی در این موضوع) استفاده کرده است. به باور نویسنده هر نظریه باید به تناسب از هر سه روش و آموزه‌های وحی، عقل و تجربه با همین تقوم و ترتب استفاده کند (کیانی و صادق‌زاده قمصری، ۱۳۹۰).

یافته‌ها

مرور گذرا از نتایج درمان با رویکردهای مختلف ارائه‌شده نشان می‌دهد، با وجود تلاش‌های فراوان روان‌شناسان و حتی روان‌پزشکان برای درمان اختلالات روان‌شناختی، هنوز هم نادانسته‌های ما از مسائل روان‌شناختی به شکل وثیقی بیشتر از دانسته‌های ماست. تا این هنگام و در قرن بیست و یکم شاهدیم که بسیاری از روش‌های درمانی ابتر هستند. در واقع برای دستیابی به علم صائب، لازم است ویژگی‌های ادراکی فاعل شناسا در ویژگی‌های اختلال مورد مطالعه ضرب شوند. این امر در نتیجه پیوندداشتن یا بیگانه‌بودن تحقیقات محققان با موضوع مورد علاقه آن‌هاست. در این حالت باید مطالعه مورد نظر اندیشمند دینی با تمام وجود و با توجه به توانایی‌های او صورت بگیرد. به کمک روش‌های موجود مطالعه روان‌شناسی تنها می‌توان بخش‌هایی از پدیده را مطالعه کرد و قسمت‌هایی از توانمندی‌های محقق را به کار گرفت؛ زیرا این تحقیقات از بخش‌های مهم واقعیت (واقعیات غیب) غفلت می‌کنند. تقوی (۱۳۹۳) نمونه‌ای از تحلیل اختلال افسردگی توسط یک محقق و روان‌شناس متمایل به استفاده از روان‌شناسی دینی را ارائه کرد. پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد ورود متغیرهای دینی، موجب شده‌اند در مطالعات رگرسیونی، بتاهای پیش‌بینی‌کننده بسیار قوی‌تری به دست آیند. برخی از این منابع عبارت‌اند از: اکبری و فتحی‌آشتیانی (۱۳۸۸)، حاجی سید علیا (۱۳۹۴)، خسروپناه (۱۳۹۳)، رفیعی‌هنر (۱۳۹۷)، شجاعی، گودرزی و تقوی (۱۳۹۴)، کافی (۱۳۸۸)، مهدی‌یار، تقوی و گودرزی (۱۳۹۵)، ۱۳۹۶، ۱۳۹۸، موسوی، گودرزی و تقوی (۱۳۹۹).

مدل ارائه شده در این مقاله، نتیجه تبیین و تحلیل محقق از یک پدیده با توجه به چیستی، چرایی و به‌ویژه چگونگی یک پدیده است. در روان‌شناسی بالینی رویکردهای متفاوتی وجود دارد. هر یک از این رویکردها از منظری به اختلالات پرداخته‌اند و تلاش کرده‌اند برای تأیید دیدگاه‌های خود آزمایش‌های متعددی انجام دهند. اشکالی که در درمان‌های فعلی وجود دارد، این است که انسان با تمام قوای ادراکی خود، تمام جوانب اختلال را مطالعه نکرده و از این‌رو نتوانسته است به‌صورت همه‌جانبه اختلال را ببیند؛ برای مثال رویکردهای روان‌پویشی یا هیجان‌مدار، به هیجان عمدتاً توجه کرده‌اند و رویکردهای شناختی یا رفتاری تنها به جنبه‌های شناختی یا رفتاری پرداخته‌اند. در این میان، ما به رویکردی نیاز داریم که به تمام مؤلفه‌های یک اختلال توجه کند؛ البته رویکردهای یکپارچه کمی به این مسئله پرداخته‌اند، اما مبانی نظری قوی ندارند.

براساس مدل مختار نویسنده (مدل چندوجهی شناسایی و درمان اختلالات روان‌شناختی) به‌منظور تبیین اختلالات روان‌شناختی باید تمام مؤلفه‌های یک اختلال احصاء شده و در مؤلفه‌های ادراکی محقق (منابع شناخت انسان) ضرب شوند. بر این اساس به‌جای تبیین تک‌عاملی از اختلالات، با توجه به تمام جنبه‌های یک اختلال و با وارد کردن جنبه‌های مختلف ادراکی انسان عملاً به یک ماتریس دست می‌یابیم که محور عمودی آن، نشان‌دهنده ویژگی‌های انسان و محور افقی آن، بیان‌کننده ویژگی‌های اختلال است. بر این اساس، اگر محقق بخواهد اختلالی را مطالعه کند، باید این دو دسته مؤلفه‌های افقی و عمودی در ماتریس را در یکدیگر ضرب کند. در این مورد مثال، ۳ مؤلفه در محور عمودی و ۳ مؤلفه در محور افقی وجود دارد که از تصادم دادن آن‌ها با یکدیگر به یک ماتریس ۳ در ۳ و یا ۹ مؤلفه دست می‌یابیم. فرض بر این است که این مؤلفه‌ها تبیین‌کننده آن اختلال خواهند بود. مفهوم این کار آن است که به‌جای تبیین تک‌عاملی، در اینجا با ۹ عامل، یک اختلال را تبیین می‌کنیم؛ بنابراین با توجه به اینکه عامل‌های بیشتری شناسایی شده‌اند، منطقی است اگر مؤلفه‌ها درست انتخاب شده باشند، باید به تبیین دقیق‌تری دست یابیم. اکنون فرض کنید محور دیگری هم به این ماتریس اضافه شود؛ برای مثال عامل جسمی را هم در ایجاد و درمان اختلال اضطراب منتشر مؤثر بدانیم که خود از سه خرده‌عامل ژنتیک، عصبی و زیستی تشکیل شده باشد. در این صورت ما به یک ماتریس ۳ در ۳ در ۳ و یا ۲۷ مؤلفه دست می‌یابیم. در نظر بگیرید اگر محقق بخواهد یک پدیده را با ۲۷ عامل تبیین کند، باید بتواند دقیق‌تر از زمانی که تبیین وی تک‌عاملی است، بهتر آن را تبیین کند. در این پیوست، تلاش شده است برای نمونه اختلال اضطراب منتشر براساس رویکرد بالا تبیین نظری شود؛ البته تا این تبیین نتواند در عمل موفقیت خود را نشان دهد یا لاقلاً نشان دهد از دیدگاه‌های رقیب قدرت بیشتری دارد، تبیین و پیش‌بینی پدیده اضطراب منتشر نمی‌تواند در جرگه رقاب علمی وارد شود.

جدول ۱. تعامل منابع شناخت و ویژگی‌های پدیده مورد مطالعه (اضطراب)

انسان / سلامت-اختلال	عمل	شناخت	هیجان
کنش (رفتار)	کنش (تظاهرات) رفتاری	کنش (تظاهرات) شناختی	کنش (تظاهرات) هیجانی
بینش (عقل)	مبانی نظری (چرایی) رفتار	مبانی نظری (چرایی) شناخت	مبانی نظری (چرایی) هیجان
گرایش (قلب)	جهت‌گیری رفتار	جهت‌گیری شناخت	جهت‌گیری هیجان

برای این منظور، نویسنده در محور عمودی ویژگی‌های ادراکی انسان (حس، عقل و قلب) را فرض کرده و در محور افقی، ویژگی‌های اختلال اضطراب منتشر را که شامل جنبه‌های رفتاری، شناختی و هیجانی است، در نظر گرفته است؛ البته این ماتریس انعطاف دارد. اگر محقق دیگری ویژگی‌های انسان را متفاوت می‌بیند، می‌تواند مؤلفه‌های موردنظر خود را در محور افقی بگذارد و محقق دیگری مؤلفه‌های دیگری را قرار دهد. در بخش اختلال نیز محقق می‌تواند مؤلفه‌های اختلال مفروض خود را قرار دهد. سپس باید راستی‌آزمایی مدل صورت بگیرد که در آن، دیدگاهی که مؤلفه‌ها یا پیش‌فرض‌های دقیق‌تری دارد، صحت خود را نشان می‌دهد. خاصیت اصلی این مدل این است که هر دیدگاهی می‌تواند با مؤلفه‌های مورد ادعای خود به میدان بیاید. در این میان، از جمله دیدگاه‌های بومی یا اسلامی که تاکنون به کمک برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که برای مثال متغیرهایی مانند شکرگزاری، اراده و تعلق هم می‌توانند در تبیین اختلالات روان‌شناختی نقش ایفا کنند، مجال می‌یابند تا بدین طریق، ادعاها و فرضیات خود را آزمایش کنند. در جدول ۲، خلاصه‌ای از آنچه گذشت آمده است:

ویژگی‌های مدل چندوجهی شناسایی و درمان اختلالات روان‌شناختی عبارت‌اند از:

الف) انعطاف‌پذیری: محقق می‌تواند مؤلفه‌ها/متغیرها را در هر خانه ماتریس تعریف کند (نظری و عملیاتی).

ب) جهان‌شمولی: به کمک این مدل می‌توان داده‌های تمام رویکردهای روان‌شناختی (از جمله رویکرد اسلامی) را احصاء کرد و به راستی‌آزمایی ادعاهای آن‌ها پرداخت. این مدل می‌تواند برای فرهنگ‌های مختلف و زیست‌بوم‌های متعدد تعریف عملیاتی شود.

ج) جامعیت: این مدل در حد دانش فعلی روان‌شناسی به شناسایی و احصای عوامل درگیر در اختلال می‌پردازد.

د) مدل آسیب‌شناسی راهنمای عمل مدل درمانی: براساس اینکه مراجع در چه مؤلفه‌هایی، به یک فرد بهنجار، برافراشتگی یا فرورفتگی نشان می‌دهد و با اولویت‌بندی درمانگر و با توجه به شرایط مراجع، مسیر درمانی می‌تواند مشخص و تعریف شود. در جدول‌های ۲ و ۳ ماتریس عملکرد انسان بهنجار و افراد اضطرابی ارائه شده‌اند:

جدول ۲. ماتریس عملکرد انسان بهنجار

مرحله	هیجان	شناخت	عمل	انسان / سلامت - اختلال
بستگی	کنش (تظاهرات هیجانی)	کنش (تظاهرات شناختی)	کنش (تظاهرات رفتاری)	جواس (ظاهری، باطنی و عقل) کنش (رفتار)
	هیجانان شامل غم، اضطراب، خشم، شرم، شادی و... / دل‌بستگی ایمن، نایمن و اجتنابی	محتوا/ فرایند شامل توجه و پیش‌توجه، حافظه، قضاوت، تفسیر، تصمیم‌گیری، حل مسئله	فیزیولوژی، نورولوژی، ژنتیک، مزاج/ فردی ۱/ اجتماعی ۲	
آزادی	مبانی نظری (چرایی) هیجان	مبانی نظری (چرایی) شناخت	مبانی نظری (چرایی) رفتار	بینش (عقل/ هوش)
	دل‌بستگی / محدودیت‌ها و غنای محیطی / هوش هیجانی	استراتژی شناختی ۳ / فراشناخت ۴	آسیب‌پذیری روان‌شناختی، سابقه رشدی، بلوغ یا maturation	
پرونگه و	جهت‌گیری هیجان سالم	جهت‌گیری شناخت سالم	جهت‌گیری رفتار سالم	گرایش (قلب/ نفس)
	طرح‌واره‌های هیجانی / پذیرش / شفقت / اجتناب / تجربه‌ای / فراهیجان	طرح‌واره‌های شناختی / شناخت‌های گرم و سرد	درون‌گرایی / برون‌گرایی؟	

۱. رفتارهای فردی، صبوری، شکرگزاری، امیدواری، ارتباط با خدا
۲. رفتارهای اجتماعی: میزان تعاملات اجتماعی با دیگران
۳. سوگیری به نفع محرک‌های خاص
۴. نشخوار، هم‌جوشی فکر و عمل، فرانگرانی مثبت و منفی

جدول ۳. ماتریس عملکرد افراد اضطرابی

انسان / سلامت- اختلال	عمل	شناخت	هیجان
جواس (ظاهری، باطنی و عقل) کنش (رفتار)	کنش (تظاهرات) رفتاری	کنش (تظاهرات) شناختی	کنش (تظاهرات) هیجانی
	اشکالات در فیزیولوژی، نورولوژی، ژنتیک، مزاج/ رفتار فردی و رفتار اجتماعی مراجع مشخص شود.	محتوای غالب تهدید و خطر/ فرایندهای شناختی شامل سوگیری توجه و پیش توجه، سوگیری در قضاوت و تفسیر، مشکل تصمیم‌گیری و حل مسئله مشخص شود.	هیجانان شامل غم، اضطراب، خشم، شرم/ دل‌بستگی ناایمن و اجتنابی از نوع اولیه و ثانویه مشخص شود.
بیش (عقل/ هوش)	مبانی نظری (چرایی) رفتار	مبانی نظری (چرایی) شناخت	مبانی نظری (چرایی) هیجان
	آسیب‌پذیری روان‌شناختی، سابقه رشدی، بلوغ یا maturation	نگرانی نوع ۲/ فرانگرانی/ غیر قابل کنترل بودن نگرانی	دل‌بستگی ناایمن یا اجتنابی/ محدودیت‌های محیطی/ هوش هیجانی
گرایش (قلب) / جهت‌گیری رفتار، شناخت و هیجان	جهت‌گیری رفتار بیمار اضطرابی	جهت‌گیری شناختی بیمار اضطرابی	جهت‌گیری هیجانی بیمار اضطرابی
	درون‌گرایی/ برون‌گرایی؟	طرح‌واره‌های شناختی/ شناخت‌های گرم و سرد	طرح‌واره‌های هیجانی/ پذیرش/ شفقت/ اجتناب تجربه‌ای/ فراهیجان

با توجه به آنچه بیان شد، در ادامه نکاتی ذکر شده است:

الف) تلاش برای دست‌یافتن به تبیین قیاسی، یکی از نکات مهمی است که علم دینی به دنبال آن است. علوم انسانی با مفاهیم و متغیرها سروکار دارد. در علوم انسانی رایج دانشمندان معمولاً با روش استقرایی آغاز کرده و سعی می‌کنند به تدریج بر مفهوم و متغیر مورد مطالعه اشراف بیشتری داشته باشند.

ب) گاهی محققان در علم رایج، از فرایندهای بالا به پایین (Top-Down) و پایین به بالا (bottom-up) صحبت می‌کنند و از این طریق می‌کوشند فرایند کسب علم را پیش ببرند. این مطلب برای محققان علم رایج پذیرفتنی است.

ج) فرایند استقراء از ابتدا تا انتها در دانش امروز برچسب «علم» می‌خورد، اما در علوم انسانی اسلامی شاید مناسب‌ترین واژه برای این فرایند و تا زمانی که به یک دیدگاه قیاسی نرسیده‌ایم، «شبه علم» باشد؛ البته پس از تخمین کل، فرایندهای بالا به پایین و پایین به بالا (تئوری به عمل و عمل به تئوری یا قیاس به استقراء و استقراء به قیاس) به همان شکل می‌تواند ادامه یابد. **د)** برای تخمین کل در ابتدا فرایندی که نام آن را در علوم انسانی اسلامی «علم» نهادیم (تخمین کل حتی به اجمال) ممکن است که از دال دینی یا از منطقی که قابل فهم و پذیرش از سوی اندیشمندان آن علم باشد، استفاده کنیم. منطقی در اینجا یعنی ورود مدلمند یا روشمند به مسئله مورد پژوهش. البته حتماً باید این تخمین، به‌ویژه اگر بر مبنای منطقی انسانی (و نه دال دینی مورد اجماع علماء) باشد، نیازمند راستی‌آزمایی بر مبنای ملاک صحت مورد اجماع اندیشمندان آن دانش است.

مسلم است ابتدای چنین منطقی نمی‌تواند با ادله دینی مغایر باشد؛ از این رو گفته می‌شود علم دینی با آموزه‌های دینی مرزبندی دارد؛ شاید مرز آن این است که آموزه‌های دینی، لزوماً مبتنی بر دال دینی است، اما علم دینی می‌تواند مبتنی بر منطقی و نظریه‌پردازی محقق علم دینی باشد؛ اگرچه هر دو نیازمند راستی‌آزمایی هستند. در ادامه آنچه صورت گرفته، به صورت یک منطقی مفهوم‌پردازی شده است. منطقی روش‌شناسی علوم انسانی را می‌توان در بندهای زیر خلاصه کرد:

۱. روش استقراء (روش علوم انسانی رایج) به دلیل نبود نگاه کل‌نگرانه (سیستمی) و استفاده نکردن از منطقی تکاملی (به معنای قابلیت‌داشتن برای شناسایی تغییرات کلّ متغیر)، روش مناسبی برای ورود به ادراک صائب پدیده‌ها نیست (برای مطالعه بیشتر نک: بستان، ۱۳۹۸).
۲. شناسایی صائب یک پدیده نمی‌تواند اتفاق بیفتد؛ مگر آنکه عوامل زیر با هم رخ دهند: شناسایی کل، شناسایی مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده کل به‌عنوان عوامل ثابت، شناسایی

تغییرات عوامل ثابت در طول زمان و مکان (متغیرها یا عوامل متغیر)، شناسایی ارتباط مؤلفه‌ها با یکدیگر (همراه با شناسایی عامل/عوامل تقویم‌بخش در سیستم) و شناسایی یا تجویز برای سیستم؛ به عبارت دیگر نه نگاه قیاسی و نه نگاه استقرایی صرف به پدیده‌ها نمی‌توانند در شناسایی درست پدیده‌ها به ما کمک کند، بلکه نگاه مختار، تبیین یکپارچه کل، مؤلفه‌های کل، رابطه میان مؤلفه‌ها و بررسی تغییرات آن‌ها در بعد زمان و مکان، عوامل تقویمی و شناسایی کارساز برای سیستم هستند (مختاری، ۱۳۸۷؛ برای مطالعه بیشتر نک: رشاد، ۱۳۹۸).

۳. در بسیاری از اوقات، ممکن است شناسایی کل از ابتدا احصاشدنی نباشد؛ در این صورت ناچار تلاش‌های محققان از مسیر استقراء می‌گذرد. در این میان، محقق علوم انسانی این تلاش اجتناب‌ناپذیر (مطالعه استقرایی پدیده‌ها، در جایی که احصای کل از ابتدا امکان‌پذیر نیست) را «شبه علم» می‌نامد. محقق در این حالت تلاش می‌کند با احصای مراحل چهارگانه فوق «علم» را محقق کند.

۴. تلاش محقق برای ادراک کل، تلاشی قیاسی خواهد بود؛ درحالی‌که محقق می‌کوشد کل را شناسایی کند که شامل عوامل ثابت و متغیر است. معمولاً این شناسایی باید چنان قوتی داشته باشد که محقق بتواند عوامل مهم درگیر در وقوع پدیده را شناسایی کند که معمولاً عواملی ثابت، مشخص و معین هستند؛ البته با گذشت زمان‌های نسبتاً طولانی، محتمل است که حتی این عوامل ثابت تغییر یابند، اما معمولاً این اتفاق، چنانچه روش مطالعه محقق از قوت کافی برخوردار بوده باشد، به سهولت اتفاق نخواهد افتاد، اما از آنجا که نگاه ما تکاملی است، راه برای رشد و تغییر نیز بسته نیست (برای مطالعه بیشتر نک: بستان، ۱۳۹۸).

۵. غیر از عوامل ثابت، که معمولاً هسته اصلی تبیین یک پدیده را مشخص می‌کنند، همیشه عوامل متغیری (گاه قابل پیش‌بینی و گاه غیر قابل پیش‌بینی) وجود دارند که محقق باید در تحلیل پدیده‌های انسانی به آن‌ها توجه کند؛ در غیر این صورت پیش‌بینی انعطاف‌ناپذیر محقق، علاوه بر آنکه با واقعیت هماهنگ نخواهد بود، ما را به روش اثباتی نزدیک می‌کند که معتقد است «قوانین ثابتی بر جهان حاکم بوده و وظیفه محقق شناسایی این عوامل است»؛ البته محقق باید تمام تلاش خود را به کار گیرد تا عوامل متغیر را به حداقل برساند و حتی الامکان همان عوامل را نیز در یک محدوده حد بالا و حد پایین (Limit) قابلیت احصا و محاسبه ببخشد؛ زیرا مجموع عوامل ثابت و متغیر، حد (توانایی محقق) را برای کنترل و پیش‌بینی پدیده‌ها مشخص می‌کنند.

۶. شاید به تدریج که دانش مسیر تکاملی خود را طی می‌کند، بتوان عوامل متغیر را در طبقه‌بندی‌های خاصی قرار داد و تا حدودی قواعد مترتب بر آن‌ها را نیز شناسایی کرد؛ برای نمونه عوامل ژنتیکی، عوامل تداوم‌بخش یک مشکل، عوامل مستعدکننده/ تسهیل‌کننده شرایط وقوع پدیده و عوامل تعدیل‌کننده (عوامل معدّ و مغل).
۷. در منطق تکاملی، سیستم باز فرض می‌شود؛ به این معنا که عوامل درون سیستم در حالتی یکپارچه با سایر عوامل محیطی و تأثیرگذار در این پدیده، به‌سوی غایتی واحد حرکت می‌کنند (توحید). برای تعیین متغیرها (مؤلفه‌های غیر ثابت)، باید میزان تغییرات ثابتات در زمان و مکان را احصا کرد (برای مطالعه بیشتر نک: واسطی، ۱۳۹۸).
۸. به نظر می‌رسد عوامل متغیر که بر پدیده مورد مطالعه تأثیرگذارند، عواملی رها نیستند، بلکه جزئی از یک (خرده) سیستم دیگر محسوب می‌شوند؛ بنابراین برای تعیین میزان ضریب تأثیر عوامل متغیر در پدیده مورد مطالعه، باید (خرده) سیستمی را که این عوامل متغیر جزئی از آن محسوب می‌شود، حداقل تا حدودی مطالعه کرد؛ زیرا عالم سامانه‌ای است که از خرده‌سامانه‌های درشت و ریز تشکیل شده که در یک هماهنگی کامل با هم قرار دارند و اگر غیر از این بود عالم فرومی‌ریخت (همان).
۹. چالش بعدی این است که چگونه می‌توان ضریب تأثیر عوامل متغیر بیگانه (که جزئی از یک خرده‌سیستم دیگر هستند) را روی پدیده مورد مطالعه احصا کرد؟ آیا مطالعه سیستم‌هایی که این عوامل متغیر را درون خود جای داده‌اند، موضوع مورد مطالعه اصلی را به محاق نمی‌برد و محقق را درگیر یک مطالعه گسترده یا شاید غیرممکن به لحاظ پیچیدگی نمی‌کند؟
۱۰. چالش بعدی این است که آیا می‌توان از روش تحلیل آماری در هر یک از این مراحل سود برد؟ به نظر می‌رسد از روش آماری تحلیل عاملی نمی‌توان برای شناسایی عوامل ثابت استفاده کرد؛ زیرا روش تحلیل آماری هم یک روش هنجاری و هم یک روش استقرایی است، اما پس از شناسایی عوامل اصلی (ثابتات)، جایی که می‌خواهیم تغییرات عوامل ثابت را در بعد زمان و مکان مطالعه کنیم، می‌توان از روش تحلیل عاملی استفاده کرد؛ زیرا هدف روش تحلیل عاملی، شناسایی عوامل فرعی تشکیل‌دهنده یک عامل اصلی با توجه به نمونه مورد مطالعه در زمان فعلی و مکان خاصی است که با هدف پژوهش در یک راستا قرار دارد؛ مشروط بر آنکه نمونه مورد مطالعه، بیانگر یا نماینده جامعه‌ای باشد که قرار است نتایج به آن تعمیم داده شود. در این زمینه ملاحظات خاصی باید رعایت شود.
- در علوم انسانی رایج، مؤلفه‌های مؤثر در یک تبیین با تکیه بر روش‌های آماری مانند تحلیل

عامل^۱ و جایگاه تقومی عوامل براساس بار عاملی مؤلفه‌ها به دست می‌آید. علوم انسانی اسلامی آشکارا این روش را رد می‌کند؛ زیرا تحلیل عامل بیانگر عوامل مؤثر (همچنین شناسایی جایگاه هر عامل) از منظر گروه نمونه مورد آزمایش است (که بیان‌کننده جامعه هدف است که قرار است این نتایج به آن جامعه تعمیم داده شود) و نه بیانگر عوامل مؤثر واقعی؛ چراکه نتایج تحلیل عامل برای شناسایی عوامل مؤثر و بار عاملی هریک از عوامل در تبیین، می‌تواند با تغییر نمونه تغییر یابد. چالش این مرحله اینجاست که علوم انسانی اسلامی چگونه این عوامل ثابت را شناسایی می‌کند؟ برای نمونه مهدی‌یار، تقوی و گودرزی (۱۳۹۶ الف) پرسش‌نامه «تعلقات دنیوی» را طراحی و تحلیل عامل کردند و به سه عامل کلیدی دست یافتند: تعلق به وضع موجود، تعلق عاطفی و تعلق به افراد. براساس آنچه پیش از این بیان شد، این روشی هنجارمدار است که به روش استقراء مربوط است و نمی‌تواند از منظر علوم انسانی اسلامی حجیت خود را تمام کند. یک دیدگاه در فضای علوم انسانی اسلامی سه عامل کلیدی تعلقات دنیوی را تعلق به خود، تعلق به جهان و تعلق به غایت فرض می‌کند. دیدگاه دیگر سه عامل تعلقات حسی، تعلقات بینشی و تعلقات قلبی را عوامل ثابت در «تعلقات دنیوی» فرض می‌نماید. در این صورت این پرسش مطرح می‌شود که علوم انسانی اسلامی بر چه مبنایی مؤلفه‌های ثابت یک تبیین (ثابتهات) را احصاء می‌کند؟ آیا محقق براساس «تجربه شخصی» یا براساس «دال دینی» یا «نص گرای» «روش اجتهادی»، «اعتباریات علامه طباطبائی (ره)»، «مفاهیم قرآنی شهید صدر» و یا براساس روش قیاسی (که باید تعریف شود)، عوامل اصلی مؤثر در یک تبیین را شناسایی می‌کند؟ همچنین ملاک صحت این روش چیست؟ دقیقاً در چه مرحله‌ای از پژوهش و چگونه به نص مراجعه می‌کنیم؟ (همچنین نک: خسروپناه، ۱۳۹۳).

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با معرفی «مدل چندوجهی شناسایی و درمان اختلالات روان‌شناختی: مورد مثال اختلال اضطراب منتشر» بر مبنای آنچه به عنوان مقدمات لازم برای ورود به علم دینی در پژوهش‌های قبلی آمده، به مدلی عملیاتی در روان‌شناسی بالینی دست یافته است (تقوی، ۱۳۹۹، ۱۴۰۰). این مدل طبعاً باید جهان‌شمول بوده و از ساختاری برخوردار باشد که بتواند نظریه‌های مختلف با مبادی مختلف را واکاوی، ارزیابی و تدقیق کند یا سره را از ناسره تشخیص دهد. فرض

اساسی این گفتار آن است که برای مطالعه دقیق پدیده‌های انسانی، از یک سو محقق باید بتواند از تمام منابع شناخت خود هم‌زمان استفاده کند و از طرف دیگر بتواند وجوه مختلف پدیده‌های مورد مطالعه را نیز به روش قیاسی، ولو به اجمال احصاء کند. آنگاه از تعامل ظرفیت ادراکی خود و وجوه مختلف پدیده بتواند به یک «کل متغیر» دست یابد. برای این منظور ابتدا «محدودیت‌های روان‌درمانی رایج، از دغدغه‌های دیروز تا دستاوردهای امروز» به‌عنوان پیشینه بحث استفاده شده است. البته مقصود از این بررسی، بیان وضعیت فعلی روان‌شناسی بالینی در جهان امروز نیست. بلکه منظور این بوده است که با وجود پیشرفت‌های زیادی که در دانش روان‌شناسی بالینی رایج اتفاق افتاده است، هنوز چه محدودیت‌های عمده‌ای در این مطالعات وجود دارد.

سپس با نگاهی کل‌نگرانه به‌صورت آزمایشی یک مدل چندوجهی برای تبیین اختلالات روان‌شناختی پیشنهاد شد. پیش‌فرض این قسمت از بحث این است که با وجود رویکردهای متعددی که امروزه برای مقابله با اختلالات روان‌شناختی وجود دارد، که شاید تا حد زیادی مکمل یکدیگر باشند، مبادی نظری این رویکردها به‌شدت با یکدیگر متفاوت هستند؛ به همین دلیل استفاده از رویکردهای مختلف برای درمان یک کیس (مورد) بیمار معمولاً کم‌اثر و بسیاری از تحقیقات آن را برابر با پلاسیبو (دارونما= به معنای کم‌اثر یا بی‌اثر بودن) گزارش کرده‌اند؛ بنابراین ما نیازمند نگرشی وسیع به انسان هستیم تا در زیر چتر چنین مبانی نظری‌ای بتوان دیدگاه‌های مختلف را جمع‌آوری کرد؛ به عبارت دیگر اگرچه رویکردهای درمانی روان‌شناسی رایج به لحاظ روبناها (تکنیک‌ها و روش‌های درمانی) به ظرفیت‌های نسبتاً بالایی رسیده‌اند، به دلیل آنکه مبادی نظری و زیربنایی این رویکردها به‌شدت با یکدیگر متفاوت هستند، امکان جمع آن‌ها ذیل یک نظریه واحد تقریباً غیرممکن است. مدل ارائه‌شده در این گفتار با عنوان «مدل چندوجهی اختلالات روان‌شناختی» (با مورد مثال اضطراب) مدلی جامع برای بررسی و تبیین اختلالات روان‌شناختی ارائه کرده است؛ البته ارائه پیشنهاد نیازمند تبیین‌های دقیق‌تر و مهم‌تر، راستی‌آزمایی این مدل و کاربرد عملی آن در درمان است.

کتابنامه

۱. بستان، حسین. ۱۳۹۵. «روش نظریه‌سازی دینی در علوم اجتماعی». فصلنامه روش شناسی علوم انسانی، پیاپی ۸۶. صص ۱۲۱-۱۴۱.
۲. تقوی، سید محمدرضا. ۱۳۹۳. «سه تفاوت مبنایی در علم دینی و علم سکولار». مطالعات معرفتی در دانشگاه اسلامی. سال هجدهم. شماره ۴. صص ۵۳۸-۵۲۳.
۳. تقوی سید محمد رضا. (۱۳۹۵). «بررسی تفاوت‌های روش‌شناختی علم دینی و علم رایج». فصلنامه تحقیقات بنیادین علوم انسانی. ش ۲. صص ۷-۲۳.
۴. _____ . ۱۳۹۹. الگوی نظری و عملیاتی علوم انسانی اسلامی. تهران: مرکز پژوهش‌های علوم انسانی اسلامی صدرا.
۵. _____ . ۱۴۰۰. در مرحله داوری. تحول در علوم انسانی: حرکت از ضرورت و مبادی به سمت منطوق و روش‌شناسی: مورد مثال روان‌شناسی بالینی.
۶. اکبری، الله‌رضا؛ فتحی آشتیانی، علی. ۱۳۸۸. «بررسی رابطه دنیاگرایی و سلامت روانی». روان‌شناسی و دین. سال دوم. شماره ۳. صص ۱۴۳-۱۰۵.
۷. حاجی سید علیا، مهرناز. ۱۳۹۴. پیش‌بینی شدت اختلال‌های روانی براساس حسادت و تعلقات مادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. به راهنمایی محمدعلی گودرزی. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه شیراز.
۸. خسروپناه، عبدالحسین. ۱۳۹۳. در جست‌وجوی علوم انسانی اسلامی: تحلیل نظریه‌های علم دینی و آزمون الگوی حکمی - اجتهادی در تولید علوم انسانی اسلامی. جلد ۲. تهران: دفتر نشر معارف.
۹. رشاد، علی اکبر. ۱۳۹۸. نظریه ابتناء: بر ساختگی تکون و تطور معرفت دینی بر تأثیر - تعامل متناوب - متداوم مبادی خمسه. جلد ۴. تهران: آفتاب توسعه.
۱۰. رفیعی هنر، حمید. ۱۳۹۷. الگوی درمانی خود‌نظم‌جویی برای افسردگی براساس منابع اسلامی: تدوین مدل مفهومی و طرح‌نمای درمان و امکان‌سنجی و نتایج اولیه آن. به راهنمایی مسعود جان بزرگی. رساله دکتری رشته روان‌شناسی. قم: مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره).
۱۱. شجاعی، زهره؛ گودرزی، محمدعلی؛ تقوی، محمدرضا. ۱۳۹۴. «پیش‌بینی علائم اختلالات روانی بر مبنای ایمان مذهبی و شکرگزاری». پژوهش در سلامت روان‌شناختی. دوره نهم. شماره ۳. صص ۴۳-۵۴.

۱۲. کافی، مجید. ۱۳۸۸. «طرح سنجش تأثیر کثرت‌گرایی بر سکولارشدن افراد با تحصیلات عالی». اسلام و علوم اجتماعی. دوره اول. شماره ۲ (پیاپی ۲). صص ۸۰-۴۹.
۱۳. کیانی، معصومه؛ صادق‌زاده قمصری، علیرضا. ۱۳۹۰. «تبیین رویکردهای غالب روش‌شناختی پژوهش فلسفه تعلیم و تربیت در ایران و توصیف روش‌شناختی رساله‌های دکتری». پژوهش‌نامه مبانی تعلیم و تربیت. دوره اول. شماره ۲ (پیاپی ۲). صص ۱۳۲-۱۱۹.
۱۴. مختاری، قاسم. ۱۳۹۵. تفکر سیستمی (مبانی، ابزار و روش). تهران: بعثت.
۱۵. مهدی‌یار، منصوره؛ تقوی، محمدرضا؛ گودرزی، محمدعلی. ۱۳۹۶ الف. «ساخت و اعتباریابی مقیاس تعلقات دنیوی». فرهنگ در دانشگاه اسلامی. دوره هفتم. شماره ۲۵. صص ۴۸۴-۴۶۷.
۱۶. _____ . ۱۳۹۶ ب. «پیش‌بینی افسردگی براساس صبر و مؤلفه‌های آن در دانشجویان دانشگاه شیراز در سال ۹۳-۹۴». پژوهش در دین و سلامت. دوره سوم. شماره ۴. صص ۳۱-۲۱.
۱۷. _____ . ۱۳۹۵. «پیش‌بینی صبر براساس تعلق مادی و دل‌بستگی به خدا در دانشجویان». دین و سلامت. دوره چهارم. شماره ۲. صص ۳۸-۲۹.
۱۸. _____ . ۱۳۹۸. «پیش‌بینی افسردگی براساس تعلق مادی، دل‌بستگی به خدا و نگرش‌های ناکارآمد». روان‌شناسی و دین. سال دوازدهم. شماره ۱ (پیاپی ۴۵). صص ۹۸-۸۷.
۱۹. موسوی، سیده زهرا؛ گودرزی، محمدعلی؛ تقوی، سید محمدرضا. ۱۳۹۹. «پیش‌بینی رشد پس از آسیب براساس تعلق مادی و ابعاد آن در بیماران متأهل مبتلا به سرطان خون». پژوهش در دین و سلامت. دوره ششم. شماره ۲. صص ۴۸-۳۷.
۲۰. واسطی، عبدالحمید. ۱۳۹۸. «پارادایم شبکه‌ای به‌مثابه یک نظریه برای پارادایم علم دینی و علوم انسانی اسلامی در رقابت با پارادایم‌های سه‌گانه اثباتی، تفسیری و انتقادی». کتاب نظریه. شماره ۵. تهران: آفتاب توسعه.
21. Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., and Lapsley, H. 2004. "Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders". The British Journal of Psychiatry. Vol. 184. No. 6. pp. 533-526.
22. Ankarberg, P., and Falkenstrm, F. 2008. "Treatment of depression with antidepressants is primarily a psychological treatment". Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. Vol. 45. No. 3. p. 329.

23. Barlow, D. H. 2000. "Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory". *American psychologist*. Vol. 55. No. 11. p. 1247.
24. Coughlin, P. 2016. *Maximizing effectiveness in dynamic psychotherapy*. Routledge.
25. Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., and Hubble, M. A. 2010. *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*. American Psychological Association.
26. Ecker, B., Ticic, R., and Hulley, L. 2012. *Unlocking the emotional brain: Eliminating symptoms at their roots using memory reconsolidation*. Routledge.
27. Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., and Symonds, D. 2011. "Alliance in individual psychotherapy". *Psychotherapy*. Vol. 48. No. 1. p. 9.
28. Khan, A., Faucett, J., Lichtenberg, P., Kirsch, I., and Brown, W. A. 2012. "A systematic review of comparative efficacy of treatments and controls for depression". *PloS one*. Vol. 7. No. 7. p. e41778.
29. Kirsch, I. 2008. Challenging received wisdom: antidepressants and the placebo effect. *McGill Journal of Medicine: MJM*. Vol. 11. No. 2. p. 219.
30. Lambert, M. J., and Ogles, B. M. 2004. "The efficacy and effectiveness of psychotherapy". In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed., pp. 139-193. New York: Wiley & Sons.
31. McKay, K. M., Imel, Z. E., and Wampold, B. E. 2006. "Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression". *Journal of affective disorders*. Vol. 92. No. 2-3. pp. 290-287.
32. Norcross, J. C. 2002. *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.
33. Orlinsky, D. E., Rnnestad, M. H., and Ambühl, H. 2005. How

psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth. Washington, DC: American Psychological Association.

34. Patten, S. B. 2004. "The impact of antidepressant treatment on population health: synthesis of data from two national data sources in Canada". *Population Health Metrics*. Vol. 2. No. 1. pp. 7-1.
35. Wampold, B., and Imel, Z. E. 2015. *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
36. Weinberger, J. 1995. "Common factors aren't so common: The common factors dilemma". *Clinical Psychology: Science and Practice*. Vol. 2. No. 1. pp. 69-45.
37. Wiborg, I. M., and Dahl, A. A. 1996. "Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder?" *Archives of General Psychiatry*. Vol. 53. No. 8. pp. 694-689.
38. Wierzbicki, M., and Pekarik, G. 1993. "A meta-analysis of psychotherapy dropout". *Professional psychology: research and practice*. Vol. 24. No. 2. p. 190.
39. Greenberg, P. E., Fournier, A. A., Sisitsky, T., Pike, C. T., and Kessler, R. C. 2015. "The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States 2005 and 2010". *The Journal of clinical psychiatry*. Vol. 76. No. 2. p. 5356.
40. W.H.O. 2020. Depression. Available online at: <https://www.who.int/news room /factsheets/detail/depression> last accessed May 19, 2020.