

اثربخشی فراشناخت درمانگری با رویکرد اسلامی در درمان افراد مبتلا به اختلال تنیدگی پس از ضربه

nasirabedini@gmail.com
afa1337@gmail.com
psychjan@gmail.com
msalarifar@rihu.ac.ir

✍️ نصیر عابدینی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه
علی فتحی آشتیانی / استاد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تربیت مدرس
مسعود جان‌بزرگی / دانشیار گروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه
محمدرضا سالاری‌فر / استادیار گروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه
دریافت: ۱۳۹۵/۶/۱ - پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۲۱

چکیده

هدف این پژوهش، مطالعه اثربخشی فراشناخت درمانگری با رویکرد اسلامی، در درمان افراد مبتلا به اختلال تنیدگی، پس از ضربه (ناشی از تصادف رانندگی) بود. بدین منظور از طرح تجربی تک‌موردی از نوع خط پایه چندگانه با دوره پیگیری استفاده شد. برای انجام این پژوهش، سه نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای هر یک از شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی، بین ۳ تا ۵ هفته مرحله خط پایه در نظر گرفته شد. ارزیابی‌ها با استفاده از مقیاس تجدیدنظر شده تأثیر رویداد (IES-R)، پرسش‌نامه افسردگی (BDI-II) و پرسش‌نامه اضطراب (BAI)، در مرحله خط پایه، جلسات درمان و دو ماه پس از پایان درمان (پیگیری) انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که هر سه مراجع، در پایان درمان کاهش معناداری را در طراز نمرات علائم تنیدگی پس از ضربه، افسردگی، اضطراب نشان دادند. براین اساس، به نظر می‌رسد فراشناخت درمانگری با رویکرد اسلامی یک درمان کوتاه‌مدت مؤثر برای کاهش علائم و نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از ضربه است.

کلیدواژه‌ها: فراشناخت درمانگری با رویکرد اسلامی، اختلال تنیدگی پس از ضربه، افسردگی، اضطراب.

مقدمه

حوادث رانندگی، علت بیش از ۵۰ درصد مرگ و میر در سنین ۱۵ تا ۴۴ سالگی در سراسر جهان هستند (وانگ (Wang) و همکاران، ۲۰۰۵). در ایران، حوادث رانندگی دومین علت عمده مرگ و میر می‌باشد (نیکو و توکلی کاشانی، ۱۳۹۱). یکی از مهم‌ترین علل مرگ‌های حادثه‌ای در کشورهای در حال توسعه، حوادث رانندگی است (کروناس (Coronas) و همکاران، ۲۰۰۸). حوادث رانندگی، یکی از شایع‌ترین علل ایجاد کننده اختلالات روانی مرتبط با ضربه هستند (خدادای و همکاران، ۱۳۹۳).

اختلالات مرتبط با ضربه و تنیدگی، اختلالاتی هستند که در مواجهه با یک رویداد ضربه‌آمیز و استرس‌زا به وجود می‌آیند. این اختلالات، شامل اختلال تنیدگی پس از ضربه (PTSD) می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

تاکنون مداخله‌های مختلفی برای درمان اختلال تنیدگی، پس از ضربه به کار گرفته شده است (بونتینگ (Bunting) و همکاران، ۲۰۱۳) که یکی از جدیدترین آنها، فراشناخت درمانگری بر اساس دیدگاه ولز (Wells) می‌باشد. مطالعات بسیاری، آثار فراشناخت درمانگری را مورد بررسی قرار داده‌اند. در زمینه اختلال تنیدگی پس از ضربه، ولز و سمبی (Sembi) (۲۰۰۴)، اولین کسانی بودند که فراشناخت درمانی را برای این اختلال به کار گرفتند. نتایج این تحقیق نشان داد که همه بیماران، بهبودی زیاد و معناداری از لحاظ آماری در مقیاس هیجان عمومی و مقیاس خاص اختلال تنیدگی، پس از ضربه نشان دادند. همچنین ولز و ولفرد (Welford) (۲۰۰۸)، اثربخشی درمان فراشناختی در اختلال تنیدگی، پس از ضربه مزمن در یک آزمایش بدون گروه کنترل، بررسی کردند و بهبودی زیاد و معناداری از لحاظ آماری در مقیاس تنیدگی، پس از ضربه و مقیاس‌های عمومی افسردگی و اضطراب بیماران مشاهده کردند. در همین راستا، بنت (Bennett) و ولز (۲۰۱۰) به مطالعه در پیرامون عدم سازماندهی حافظه فراشناختی و نشخوار ذهنی، در اختلال تنیدگی پس از ضربه پرداختند. یافته‌ها حمایت اولیه‌ای برای نقش فراحافظه در نگهداری نشانگان تنیدگی، پس از ضربه و پرسشی در اهمیت عدم سازماندهی حافظه فراهم آورد. ولز و کلبر (Colbear) (۲۰۱۲)، تأثیر فراشناخت درمانگری را در اختلال تنیدگی، پس از ضربه در یک آزمایش کنترل شده آزمودند و از نظر آماری تأثیر معناداری در نشانگان اختلال تنیدگی پس از ضربه و افسردگی و اضطراب در گروه آزمایش یافتند. فراشناخت درمانگری ولز، به عنوان یکی از روش‌های درمانی سکولار در حالی به رشد و نمو خود ادامه می‌دهد که استفاده از روش‌ها و باورهای مذهبی، در درمان بیماری‌های روانی در سه دهه اخیر، مورد توجه

پژوهشگران و روان‌درمانگران قرار گرفته است. گزارش‌هایی نیز پیرامون اثربخشی مداخله‌های دینی وجود دارد (ر. ک: پارگامنت، ۲۰۰۱). در بسیاری از رویکردهای روان‌درمانی، به ویژه رویکردهای انسان‌گرایانه به خواسته‌ها، ارزش‌ها، تمایلات و اعتقادات بیماران تأکید شده است. در استفاده از رویکرد روان‌درمانی در جامعه اسلامی، نگرش اسلام به انسان و آفرینش هدف‌دار وی، که در جهان‌بینی افراد مسلمان و نگرش آنها به زندگی نمایان می‌شود، باید در درمان اختلالات روان‌شناختی مورد توجه درمانگر قرار گیرند (بیان‌زاده، ۱۳۷۶، ص ۵۷). در جلسات روان‌درمانگری دینی، این باورداشت در بیمار ایجاد می‌شود که هر تلاش و رنجی، که در زندگی رخ می‌دهد، بی‌فایده نبوده، بلکه همراه با بازتاب و پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی همراه می‌باشد (انشقاق: ۶؛ زمر: ۱۰). با ایجاد این طرز تفکر، بیمار از احساس پوچی و سرگردانی‌هایی می‌یابد. در رویکرد مذهبی، این باورداشت، که جهان هستی واجد نظم است و بدون اراده خالق هستی برگی از درخت نمی‌افتد (انعام: ۵۹) و اعتقاد بیماران به این خالق هستی، بزرگ‌ترین حافظ (یوسف: ۶۴) و تکیه‌گاه (فرقان: ۵۹؛ زمر: ۳۸؛ انفال: ۶۴) است، در آنها تقویت می‌شود (یوسفی، ۱۳۹۱). تحقیقات نشان می‌دهد که بیماران انتظار دارند به عنوان یک انسان تمام و کامل، یعنی با توجه به همه ابعاد فیزیکی، هیجانی، اجتماعی و معنوی خود و نه به عنوان یک حالت بیمارگونه، مورد توجه قرار گرفته، درمان شوند. عدم توجه به این ابعاد انسانی بیمار، می‌تواند با درمان بهبودی وی تداخل نماید (استرو و همکاران، ۲۰۰۱). از این رو، ایمان و اعتقادات مذهبی و استفاده از نگرش، روش و آموزه‌های دینی در قالب رویکردهای شناختی - رفتاری، نتایج مطلوب‌تری را در درمان افراد معتقد به دین به همراه دارد (کندلر (Kendler) و همکاران، ۲۰۰۳). اغلب بیماران نیز از پزشک خود انتظار دارند به عقاید مذهبی آنها توجه داشته باشد. رعایت این نکته، موجب تقویت تأثیر درمان، کاهش عود، بالا بردن سطح بهبودی عملکرد بیمار و افزایش همکاری وی در فرایند درمان می‌گردد (میکاییلی بارزیلی و همکاران، ۱۳۹۰). درمانگرانی که باورها و انتظارات مراجع را نادیده می‌گیرند، موجب می‌شوند مقاومت و خصومت وی برانگیخته گردد و ممکن است در تلاش‌های خود برای کمک به مراجع، با مشکل جدی مواجه شوند (شریفی‌نیا، ۱۳۸۸).

بسیاری از پژوهشگران داخلی و خارجی، به جنبه‌ها و تأثیر و تأثرهای معنوی اختلال تنیدگی پس از ضربه و البته درمان آن پرداخته‌اند. برای نمونه، موضوعاتی همچون ضربه شخصی و جهان‌بینی (کارمیل و برزنیتز (Carmil & Breznitz)، ۱۹۹۱)، تغییرات در باورهای مذهبی پس از بروز ضربه

(فلسفی Falsetti) و همکاران، ۲۰۰۳)، درمان مرور زندگی، با تأکید بر اصول هستی‌شناسی اسلامی بر کاهش این اختلال (اسمعیلی، ۱۳۸۹، ص ۶۲)، مقابله مذهبی در میان آفریقاییان بازمانده از شکنجه لیمن (Leaman، ۲۰۰۹)، معنویت و مذهب در سلامت جسمی و روانی پس از ضربه جمعی (مکیتاش (McIntosh) و همکاران، ۲۰۱۱)، مرور نظام‌مند دین، معنویت و رشد پس از ضربه (شاو (Shaw) و همکاران، ۲۰۰۵) معنویت، تاب‌آوری و خشم در بازماندگان حادثه‌خشن (کونور (Connor) و همکاران، ۲۰۰۳) و نقش روحانیون مسیحی در درمان این اختلال (سیگموند (Sigmund)، ۲۰۰۳) مورد پژوهش قرار گرفته‌اند. همه این تحقیقات به گونه‌ای، بر اهمیت و توجه ویژه به عنصر معنویت در شناخت، ارزیابی و درمان هرچه بهتر و همه جانبه، اختلال تنیدگی پس از ضربه تأکید دارند.

به اعتقاد برخی روان‌شناسان (هادی و جان‌بزرگی، ۱۳۸۸)، اگر آموزه‌های الهی و معنوی، به ویژه مؤلفه اساسی توحید و ارتباط عمیق و صمیمانه با خداوند متعال، با یافته‌های روان‌درمانی ادغام گردد، کارآمدی و پایداری درمان به صورت چشمگیری افزایش می‌یابد؛ زیرا توحید، بیش از هر عامل دیگری دارای توان انسجام‌بخشی و یکپارچه‌سازی شخصیت را دارا می‌باشد. همچنین مسئله عود و پیشگیری از آن، یکی از مسائلی است که توجه به بعد معنوی مراجع در روان‌درمانگری را برجسته ساخته است. به زعم برخی پژوهشگران (میکایلی بارزلی، ۱۳۹۰)، عدم توجه روان‌درمانی سنتی، به عنصر معنویت و ارزش‌های دینی در فرایند درمان، ناپایداری تغییرهای رفتاری ایجاد شده در بلندمدت و درصد بالای بازگشت به رفتارهای ناهنجار را به دنبال دارد. از سوی دیگر، به نظر می‌رسد فراشناخت درمانی از جمله درمان‌هایی است که ظرفیت مناسبی برای بکارگیری مفاهیم و فنون مذهبی دارد.

در تبیین بهتر این مطلب باید گفت: از منظر فراشناخت درمانگری، هیجان‌ات، علائم (فیزیولوژیک) و افکار منفی زودگذرند و جزیی از تجارب معمول زندگی انسان‌ها به شمار می‌آیند. با این حال، زمانی که افراد با سبک تفکر درجامانده، سعی در حذف آنها نمایند، این هیجان‌ات، علائم و افکار منفی زودگذر، تداوم پیدا می‌کنند و منجر به اختلال روانی می‌شوند. در واقع تثبیت این سبک تفکر، که هدفش حذف تجارب مذکور است، افراد را به دام می‌اندازد (ولز، ۲۰۰۹، ص ۲۹). بر اساس الگوی فراشناخت درمانگری، به این سبک تفکر «سندرم شناختی - توجهی» گفته می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، پایش خطر و رفتارهای مقابله‌ای است. در واقع، اختلال روانی نتیجه فعال شدن سندرم شناختی - توجهی و راهبردهای ناکارآمد کنترل افکار است. این سندرم، با فعال‌سازی باورهای فراشناختی مثبت و منفی ارتباط دارد. باورهای فراشناختی، باورهایی هستند که منجر به تشکیل سندرم

شناختی - توجهی می‌شوند. در فراسناخت درمانگری، این‌گونه فرض می‌شود که باورهای فراسناختی تأثیر محوری، در شیوه پاسخ‌گویی به افکار، باورها، علائم و هیجانات منفی دارد (همان).
انواع باورهای فراسناختی عبارتند از: الف. باورهای فراسناختی مثبت که مربوط سودمندی نگرانی، نشخوار فکری، پایش تهدید، پر کردن شکاف و کنترل افکار مزاحم مرتبط با رویداد آسیب‌زا می‌شوند؛ ب. باورهای فراسناختی منفی، که مربوط به معنی و خطر مرتبط به علائمی مانند افکار مزاحم رؤیاهای و اضطراب می‌شوند.

برخی از باورهای فراسناختی منفی در مبتلایان به اختلال تنیدگی پس از ضربه عبارتند از:

- افکار مزاحم، نشانه اختلال روانی غیرقابل کنترل است؛
- افکار مزاحم، نشانه بی‌ثباتی روانی شدید است که می‌تواند به «فروپاشی روانی» منجر شود؛
- داشتن افکار مزاحم، نشانه «آسیب مغزی» است؛
- علائم برانگیختگی، غیرعادی است و نشانه «ضعف روانی» می‌باشد؛
- برگشت مکرر به گذشته، نشانه بی‌ثباتی روانی شدید است که می‌تواند به «فروپاشی روانی» منجر شود (ولز، ۱۳۹۲، ص ۲۱۳).

در فراسناخت درمانگری معمول، برای تضعیف این باورهای فراسناختی، از چالش‌های منطقی، علمی و تجربی استفاده می‌شود و در فراسناخت درمانگری با رویکرد اسلامی، علاوه بر استفاده از این چالش‌ها در موارد مقتضی، از چالش‌های اسلامی برگرفته از آیات و روایات استفاده می‌شود. در زمینه چالش اسلامی با باورهای فراسناختی منفی نسبت به خطر و کنترل‌ناپذیری افکار منفی و مزاحم تکرار شونده، باید به دو نکته توجه داشت: اول اینکه، دست‌کم برخی افکار منفی و مزاحم تکرار شونده منشأ شیطانی دارند. دوم اینکه، بر اساس آیات و روایات، وسواس شیطانی، یا به تعبیری افکار منفی و مزاحم تکرار شونده با منشأ شیطانی، از دو حیث «خطر» و «کنترل‌ناپذیری» قابل چالش‌اند (ر. ک: نساء: ۷۶؛ ابراهیم: ۲۲؛ نحل: ۹۹). این آیات می‌تواند محتوای گفت‌وگوی سقراطی در زمینه چالش اسلامی با فراسناخت‌های منفی، در زمینه به خطر و کنترل‌ناپذیری افکار منفی را شکل دهد.

در زمینه چالش اسلامی با باورهای فراسناختی منفی، درباره کنترل‌ناپذیری نگرانی، می‌توان از بحث تقاضاهای پردازشی بدیل اسلامی برای فراهم ساختن شواهدی مبنی بر اینکه نگرانی قابل کنترل است و به آسانی می‌توان آن را با این‌گونه تقاضاهای بدیل، جایگزین کرد، استفاده نمود. برای نمونه: «هنگامی که به شدت نگران هستید، اگر به یک فعالیت مذهبی (مانند ذکر، قرائت قرآن، توسل، توکل و...) مشغول شوید، چه اتفاقی می‌افتد؟ چه اتفاقی برای نگرانی شما می‌افتد؟»

- چالش اسلامی دیگر با باورهای فراشناختی منفی، درباره کنترل‌ناپذیری نگرانی این است که «اگر نگرانی واقعاً غیرقابل کنترل بود و به هیچ وجه نمی‌شد بر آن فائق آمد، پس چرا در آیات قرآن، بارها فعل امر به نترسیدن (نگرانی) آمده است؟» (ر. ک: قصص: ۷؛ طه: ۴۶؛ فصلت: ۳۰؛ آل عمران: ۱۷۵).

- یکی دیگر از چالش‌های اسلامی، که در زمینه چالش با باورهای فراشناختی منفی درباره کنترل‌ناپذیری نگرانی کاربرد دارد، تکنیک تصویرسازی ذهنی (با مضامین اسلامی) است.

در زمینه چالش اسلامی با باورهای فراشناختی مثبت، نسبت به «سندرم شناختی - توجهی»، باید به این نکته اشاره کرد که از نظر ولز (۲۰۰۹)، «نگرانی» یک فعالیت مفهومی معطوف به آینده، با هدف یافتن پاسخ به سؤال‌هایی مانند «چه می‌شود، اگر...»، «نکند که...» است و با پیش‌بینی و مقابله با خطر سر و کار دارد. «نشخوار فکری» نیز یک فعالیت مفهومی تکرار شونده است که عمدتاً معطوف به گذشته است و به طرح سؤال‌هایی مانند «چرا» و «یعنی چی» می‌پردازد. همچنین، نشخوار فکری شامل تفکر آروم‌مندانانه است که با افکاری مانند «اگر فقط...» تعیین می‌شود. هم نگرانی و هم نشخوار فکری، در اختلال تنیدگی پس از ضربه مهم هستند.

اما اینکه این توجه افراطی معطوف به گذشته و توجه افراطی معطوف به آینده، از نظر اسلام تا چه حد مورد تأیید است. امیرمؤمنان علی ع می‌فرماید: «إِنَّ مَاضِيَ يَوْمِكَ مَتَّقِلٌ، وَ بَاقِيَهُ مَتَّهَمٌ، فَاعْتَنِمِ وَقْتَكَ بِالْعَمَلِ»؛ روز گذشته تو، گذشت و آینده (به آمدن) متهم است و هنوز نیامده، پس فرصت حال را برای عمل کردن غنیمت شمار! (تمیمی آمدی، ۱۳۳۴، ص ۲۲۵).

در شعر مشهوری که برخی بزرگان به امام علی ع نسبت داده‌اند می‌خوانیم:

مَا فَاتَ مَضَى، وَمَا سَيَاتِيكَ فَيَأْتِي؟
قُمْ! فَاعْتَنِمِ الْفُرْصَةَ بَيْنَ الْعَلَمَيْنِ

(بیدآبادی، ۱۳۷۹، ص ۳۸)

زمانی که گذشته، دیگر گذشته و زمانی که در آینده است، الان کجا هست؟ پس برخیز و بین این دو عدم فرصت (امروز) را غنیمت شمار (محمدی ری شهری، ۱۳۹۵، ج ۳، ص ۱۵۵).

از سوی دیگر، ذهن آگاهی گسلیده، یکی از مباحث محوری در فراشناخت درمانگری معمول است که با نگاهی به منابع اسلامی، می‌توان گفت: برخی از آموزه‌های اسلامی همچون بحث صبر، توکل، تفویض، تعافل، به نوعی کارکردی مشابه ذهن آگاهی گسلیده دارند. برای مثال، تعافل در حقیقت یک الگوی پاسخ‌دهی به سوءگفتار یا رفتار دیگران است. از رهگذر این الگوی پاسخ‌دهی به سوءگفتار یا رفتار دیگران، می‌توان به یک الگوی پاسخ‌دهی بدیل (به جای سندرم شناختی -

توجهی)، به افکار منفی و مزاحم تکرار شونده دست یافت. هرچند قریب به اتفاق روایات «تغافل»، ناظر به نادیده انگاشتن و چشم‌پوشی عمدی نسبت به اشتباهات سهوی، یا خطاهای دیگران، که هنوز به مرز جرم و گناه سنگین نرسیده‌اند، می‌باشند. ولی این نادیده انگاشتن و چشم‌پوشی می‌تواند به عنوان یک نوع الگوی پاسخ‌دهی به بسیاری از امور جزئی، کم‌ارزش یا بی‌ارزش دیگر، ز جمله افکار و علائم مزاحم به کار گرفته شود.

اساساً توصیه دین به «تغافل»، توصیه به عدم «درگیری» و «اشتغال ذهنی و عینی»، با امور قابل چشم‌پوشی از جمله اشتباهات و خطایای دیگران می‌باشد. از منظر فراشناختی، گویا دین به ما - حتی اگر در اعلی درجه ایمان، غیرت دینی و عرق مذهبی باشیم - توصیه می‌کند هر چیزی ارزش درگیر شدن ندارد و باید به جای پاسخ‌دهی فعال و البته مرضی، به بسیاری از امور جزئی منفی، آنها را به طور کامل نادیده بینگاریم. نادیده انگاری‌ای که برخلاف ظاهر غیرمسئولانه‌اش، ما را به یک زندگی مؤمنانه و مطلوب دین نایل می‌کند. در تغافل، با آنکه امور نادیده انگاشته شده، اموری عینی، واقعی و در عالم واقع، مصداق خارجی دارند. با این وصف، برای پرهیز از زندگی تیره و تار، باید آنها را همچون اولیای دین، به عالم عدم و نیستی سپرد.

در تغافل، گویا «ادراک» به صورت ناقص و مبهم صورت می‌گیرد. مؤمن، گویا برای نیل به یک زندگی خدایسندانه، باید حواس خود را به گونه‌ای تنظیم کند که از ادراک واضح و به تبع آن، پردازش مفهومی (عادی یا افراطی) بسیاری امور قابل چشم‌پوشی حذر نماید.

به نظر می‌رسد، الگوی تفکر و سبک پاسخ‌دهی تغافل‌گونه، در تضاد کامل با الگوی تفکر ناسازگارانه و سندرم شناختی - توجهی می‌باشد. برای نمونه، تغافل با «اجتناب» متفاوت و در تضاد با آن است؛ چرا که در اجتناب، فرد اساساً به گونه‌ای رفتار می‌کند که از مواجهه و دیدن امور استرس‌زا یا ناراحت‌کننده دوری کند، ولی در تغافل در عین مشاهده و ملاحظه، خود را به ندیدن می‌زنی. همان‌طور که گذشت، کسی که در تغافل مطلوب دین آگاه باشد، این توانایی را دارد تا به جای سبک اجتنابی با سبک تغافلی به افکار، علائم و نشانه‌های مزاحم بنگرد و راحت‌تر می‌تواند همچون خطای دیگران، از فکرهای خطای خود چشم‌پوشی کند و به جای نشخوار فکری خطاهای فکری و رفتاری خود، آنها را نادیده بیانگارد. همچنین، فردی که در تغافل ورزی اخلاقی مهارت لازم دارد، می‌تواند نسبت به افکار و هیجانات منفی، مرتبط با حوادث گذشته، خود را به تغافل بزند و نسبت به افکار و هیجانات منفی مرتبط با حوادث احتمالی آینده، به جای پاسخ

نگرانی، پاسخ غیر درگیرانه بدهد. پیامبر اکرم ﷺ می‌فرماید: «نیمی از انسان عاقل، بردباری و تحمل است؛ و نیم دیگرش تغافل و نادیده گرفتن» (تمیمی آمدی، ۱۳۳۴، ص ۱۹۵).

همچنین در فراشناخت درمانگری با رویکرد اسلامی، باید توجه داشت که در اختلال تنیدگی پس از ضربه، مفهوم ضربه، تفسیر و معنادگی به آن و البته، نوع مقابله مذهبی با آن، به شدت تحت تأثیر نوع دین (اسلام، مسیحیت و...) و باورداشتهای مذهبی مراجع است (ر.ک: پارگامنت (Pargament)، ۲۰۰۱). چه بسا ممکن است تفسیر یک مراجع مسلمان از بلایای طبیعی و حوادثی که انسانها مسبب آن هستند، با تفسیر یک غیرمسلمان از آنها، با توجه به تفاوت‌های متون دینی و فرهنگ مبتنی بر آن، تفاوت داشته باشد. بر همین اساس، شناخت‌ها و فراشناخت‌های مراجع و محتوای جلسات درمانی، به احتمال زیاد متفاوت می‌گردد. به هر حال، با توجه به خلأ شدید پژوهش‌های علمی و کاربردی با رویکرد اسلامی در این زمینه، نرخ نسبتاً بالای وقوع حوادث بسترساز اختلال تنیدگی، پس از ضربه از قبیل سیل، زلزله، درگیری با اشرار و قاچاقچیان در مرزها، سرقت، آدم‌ربایی، زورگیری، و البته جانبازان بسیار هشت سال دفاع مقدس در کشورمان، تصادفات بسیار زیاد منجر به جرح و فوت، همچنین اعتراض و امتناع از مراجعه برخی مبتلایان نیمه مذهبی / مذهبی، به دلیل برخی عدم سنخیت‌های روان‌درمانی سکولار با فرهنگ ایرانی و اسلامی و بعضاً عدم اعتماد به روان‌درمانگران سکولار، به دلیل کم‌توجهی به باورهای مذهبی / فرهنگی ایشان، ضرورت چنین پژوهشی بیش از پیش روشن می‌گردد. بر اساس همین ضرورت‌ها، این پژوهش درصدد پاسخ به این سؤال است که فراشناخت درمانگری با رویکرد اسلامی، تا چه میزان در درمان اختلال تنیدگی پس از ضربه اثربخش است؟

رتال جامع علوم انسانی

روش پژوهش

در این پژوهش، از طرح تجربی تک‌موردی از نوع خط پایه چندگانه استفاده شده است. علت استفاده از این طرح، وجود نکات مثبت طرح‌های تجربی تک‌موردی، مثل داشتن کنترل نسبی روی شرایط آزمایش، سنجش مداوم و سنجش خط پایه است (بارلو و هرسن (Barlow & Hersen)، ۱۹۷۹، ص ۸۹).

جامعه آماری این پژوهش، مردان مبتلا به اختلال تنیدگی، پس از ضربه (ناشی از تصادف رانندگی) می‌باشند که به مراکز مشاوره قم مراجعه نموده، با اجرای آزمون اختلال تنیدگی، پس از ضربه (IES-R)، این اختلال در آنها تشخیص داده شد. آزمودنی‌های پژوهش، از این جمعیت به روش هدفمند انتخاب شدند. غربال اولیه برای گزینش نمونه‌ای دارای معیارهای ورود انجام شد. معیارهای ورود عبارت بودند

از: ضربه ناشی از تصادف رانندگی، نداشتن اختلال شخصیت شدید، عدم دریافت درمان روان‌شناختی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی تا ۴ ماه پیش از درمان. برای تشخیص اینکه افراد اختلال شخصیت شدید ندارند، پرسش‌نامه چند محوری بالینی میلیون ۳ (MCMI-III) اجرا شد. حجم نمونه پژوهش، ۳ نفر بود که پس از موافقت بیماران برای شرکت در پژوهش، درمان فراشناختی با رویکرد دینی به گونه انفرادی بر روی آنها اجرا شد. ویژگی‌های نمونه مورد مطالعه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

آزمودنی	سن	جنس	وضعیت تأهل	تحصیلات	مدت ابتلا	پیامد جسمی تصادف
بیمار اول	۳۸	مرد	متاهل	لیسانس	تقریباً دو سال	جراحت و مصدومیت نسبتاً شدید دست و پای
بیمار دوم	۳۴	مرد	متاهل	دانشجوی ارشد	تقریباً ۲۰ ماه	فوت همسر و جرح بیمار
بیمار سوم	۲۵	مرد	متاهل	لیسانس	تقریباً دو سال و نیم	مصدومیت شدید بیمار و یکی از فرزندان

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II): این پرسش‌نامه، شکل بازنگری شده پرسش‌نامه افسردگی بک است که برای سنجش شدت افسردگی در نوجوانان و بزرگسالان تدوین شده است. این پرسش‌نامه ۲۱ ماده دارد. میزان افسردگی بر روی یک پیوستار ۴ درجه‌ای، از صفر (فقدان افسردگی یا افسردگی خفیف) تا ۳ (افسردگی شدید) طبقه‌بندی می‌شود. نمره کل، با جمع کردن نمره‌های ماده‌ها به دست می‌آید (از صفر تا ۶۳)، که نمره بالاتر بیانگر افسردگی بیشتر است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب ثبات درونی ۰/۹۲، در جمعیت آمریکایی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ضریب پایایی ۰/۹۴، در نمونه ایرانی به دست آمده است (فتی (Fata) و همکاران، ۲۰۰۵). در این پژوهش، این پرسش‌نامه برای تعیین شدت افسردگی مورد استفاده قرار گرفت.

پرسش‌نامه اضطراب بک (BAI): این پرسش‌نامه، یک پرسش‌نامه خودگزارشی برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان است. این پرسش‌نامه ۲۱ ماده دارد. میزان اضطراب بر روی یک پیوستار ۴ درجه‌ای، از صفر (فقدان اضطراب یا افسردگی اضطراب) تا ۳ (اضطراب شدید) طبقه‌بندی می‌شود. نمره کل، با جمع کردن نمره‌های ماده‌ها به دست می‌آید (از صفر تا ۶۳)، که نمره بالاتر، بیانگر اضطراب بیشتر است. ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ)، ۰/۹۲، پایایی آن با روش بازآزمایی، به فاصله یک هفته، ۰/۷۵ و همبستگی سؤالات آن از ۰/۳ تا ۰/۷۶ متغیر است (لباخ و کتز (Loebach & Gatz)، ۲۰۰۵). ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب پایایی پیش‌آزمون - پس‌آزمون، ۰/۷۵ و ضریب آلفای ۰/۹۲ و ضریب پایایی از طریق دونیمه‌سازی برابر

با ۰/۹۱، در مطالعه ایرانی به دست آمده است (فتی و همکاران، ۲۰۰۵). در این پژوهش، این پرسش‌نامه به منظور تعیین شدت اضطراب مورد استفاده قرار گرفت.

مقیاس تجدید نظر شده تأثیر رویداد و ایس و مارمر (IES-R): این مقیاس برای اندازه‌گیری ناراحتی ذهنی شایع پس از یک سانحه ناگوار در زندگی طراحی شده است (کریمر (Creamer) و همکاران، ۲۰۰۳). این مقیاس ۲۲ ماده دارد و از سه خرده‌مقیاس تشکیل شده است که عبارتند از: اجتناب (۸ ماده)، افکار و تصاویر مزاحم ناخوانده (۸ ماده)، برانگیختگی (۶ ماده). بالاترین نمره در این مقیاس، ۸۸ است. طیف پاسخ‌گویی آن از نوع لیکرت می‌باشد. ضریب پایایی پیش‌آزمون برای خرده‌مقیاس اجتناب، ۰/۸۹، خرده‌مقیاس افکار و تصاویر مزاحم ناخوانده ۰/۹۴ و خرده‌مقیاس برانگیختگی ۰/۹۲ گزارش شده است. اعتباریابی نسخه فارسی این مقیاس، توسط پناغی و همکاران (۱۳۸۵) صورت گرفته است.

اجرای پژوهش

پس از اجرای آزمون اختلال تنیدگی پس از ضربه و غربال معیارهای ورود، سه بیمار مرد مبتلا به اختلال تنیدگی، پس از ضربه انتخاب شدند. پس از برگزاری جلسه توجیهی و جلب رضایت افراد برای انجام روند درمان، رضایت‌نامه دریافت گردید. سپس، هر سه آزمودنی ابزارهای پژوهش، شامل مقیاس تجدیدنظر شده تأثیر رویداد و ایس و مارمر، پرسش‌نامه اضطراب بک و پرسش‌نامه افسردگی بک، ویرایش دوم را در سه نوبت به فاصله زمانی یک هفته تکمیل نمودند. هنگامی که خطوط پایه با شیب نسبتاً ثابت، برای همه آزمودنی‌ها در مورد ابزارهای فوق تشکیل شد. درمان توسط پژوهشگر طبق دستورالعمل جدول ۲، به روش پلکانی با فواصل یک هفته‌ای آغاز گردید. از این مرحله به بعد، آزمودنی‌ها در جلسات اول، سوم، پنجم، هشتم، دهم درمان، و دو ماه پس از درمان، سه ابزار را برای تعیین سیر پیشرفت درمان تکمیل نمودند. دو بیمار دیگر نیز که در انتظار شروع درمان بودند، ابزارهای پژوهش را همچنان تا ورود درمان تکمیل نمودند.

پس از گذشت دو جلسه از درمان مراجع اول، درمان مراجع دوم آغاز و پس از گذشت دو جلسه از درمان مراجع دوم، درمان مراجع سوم آغاز گردید. ترتیب ورود بیماران به طور تصادفی بود. به این ترتیب که آزمودنی اول، دارای سه خط پایه، آزمودنی دوم دارای چهار خط پایه و آزمودنی سوم دارای پنج خط پایه بود. در انتهای جلسات درمانی و ماه دوم پیگیری نیز مجدداً مقیاس‌های فوق توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد.

جدول ۲. پروتکل فراشناخت درمانگری با رویکرد اسلامی در قالب ده جلسه درمانی

جلسه	محتوای جلسات	تکلیف خانگی
اول	تدوین فرمول‌بندی موردی، معرفی الگو با رویکرد مذهبی و آماده‌سازی مراجع، چالش مذهبی (استعاره کید شیطان، فن تقاضای پدازشی بدیل مذهبی، فن تصویرسازی ذهنی مذهبی و...) و غیرمذهبی با باورهای منفی درباره علائم، تمرین ذهن آگاهی گسلیده و معرفی و ارائه مؤیدهای مذهبی این سبک تفکر (فن تغافل، استعاره کی نماز می‌خوانی؟ تمثیل «دهقانی که با قضاوت میانه نداشت» و...)، معرفی به تعویق انداختن نگرانی (فن صبر و...)	تمرین ذهن آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نگرانی
دوم	مرور تکلیف خانگی و مقیاس PTSD-S، به ویژه بخش‌های ۲ و ۳، ادامه آماده‌سازی در صورت نیاز، تحلیل مزایا و معایب نگرانی / نشخوار فکری با رویکرد مذهبی (فن سود و زیان مذهبی و...) و غیرمذهبی، ادامه چالش مذهبی قاعده «لایکلف الله نفساً الا وسعها»، فن ترک اعتیاد شیطان، استعاره مذهبی «به هیچی فکر نمی‌کنم» و...) و غیرمذهبی با باورهای منفی درباره علائم	ادامه تمرین ذهن آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نگرانی
سوم	مرور تکلیف خانگی و مقیاس PTSD-S، به ویژه بخش‌های ۲ و ۳، چالش مذهبی (استعاره مذهبی اندرو نیویبرگ و فن دقت عقلی - دقت عقلائی، فن خیرباوری... و غیرمذهبی با باورهای مثبت درباره نشخوار فکری و نگرانی، مرور به تعویق انداختن نگرانی و گسترش کاربردهای آن (فن مشارطه یک روزه و...)، بررسی و متوقف کردن سرکوب فکر (استعاره عارف و جوان خام و...)	ادامه تمرین ذهن آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نگرانی همراه با گسترش کاربردهای آن / متوقف کردن تلاش برای سرکوب فکر
چهارم	مرور تکلیف خانگی و مقیاس PTSD-S، به ویژه بخش‌های ۲ و ۳، گسترش کاربردهای به تعویق انداختن نگرانی / نشخوار فکری (استعاره روح مجرد و...)، چالش مذهبی (فن «اعقلها و توکل»، استعاره «ما فات مضی و...»، استعاره «تا رب الابل و...»، استعاره «یا بن آدم... لا تعلمنی ما یصلحک» و...) غیرمذهبی با باورهای مثبت باقی مانده درباره نشخوار فکری و نگرانی و باورهای منفی درباره علائم، بررسی و حذف سایر راهبردهای مقابله‌ای غیرانطباقی (معرفی راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه همچون توکل، دعا، صدقه و...)	ادامه تعمیم تکنیک به تعویق انداختن نگرانی / نشخوار فکری، متوقف کردن رفتارهای مقابله‌ای غیرانطباقی خاص
پنجم	مرور تکلیف خانگی و مقیاس PTSD-S، بررسی ماهیت پدازش مفهومی، بررسی مقابله اجتنابی و غیرانطباقی و حذف آن. کار بر روی باورهای مثبت باقی مانده (تمثیل «علاقه به دانستن زبان حیوانات»، استعاره «این نیز بگذرد» و...) درباره نگرانی و نشخوار فکری	ادامه خودداری از نگرانی و نشخوار فکری. حذف مقابله غیرانطباقی، به ویژه اجتناب
ششم	مرور تکلیف خانگی و مقیاس PTSD-S، تحلیل مذهبی و غیرمذهبی مزایا و معایب پایش (بازبینی) تهدید چالش مذهبی (استعاره «هدهد سلیمان»، فن توجه به قضا و قدر و استعاره دیوار شکسته و...) و غیرمذهبی با باورهای مثبت درباره پایش تهدید، متوقف کردن پایش تهدید و ارائه گزینه‌های مذهبی جانشتین (فن توکل و فن تفویض و...)	ادامه خودداری از نگرانی و نشخوار فکری، تمرین آگاهی از پایش تهدید و کنار گذاشتن آن
هفتم	مرور تکلیف خانگی و مقیاس PTSD-S، آموزش تمرکز مجدد توجه با رویکرد مذهبی (فن فوکوس اند فلو مذهبی و...) و غیرمذهبی، چالش مذهبی و غیرمذهبی با باورهای مثبت و منفی باقی مانده (استعاره موسی و خضر و...)	بازگشت به روند قبل از رویداد آسیب‌زا و به کارگیری راهبردهای جدید. مرور مقابله غیرانطباقی باقی مانده
هشتم	مرور تکلیف خانگی و مقیاس PTSD-S، کار بر روی نگرانی، نشخوار فکری، باورها، مقابله، توجه؛ کار بر روی باورهای باقی مانده، شروع کار بر روی «طرح کلی درمان»، معرفی فن «ذکر کثیر»	درخواست از بیمار برای نوشتن برگه خلاصه درمان. ادامه خودداری از نگرانی، نشخوار فکری، پایش تهدید
نهم	مرور تکلیف خانگی و مقیاس PTSD-S، کار بر روی موضوعات باقی مانده مشخص شده در مقیاس PTSD-S، تدوین برنامه جدید برای مقابله با افکار مزاحم و علائم، تکمیل طرح کلی درمان	تمرین اجرای برنامه جدید
دهم	مرور تکلیف خانگی و مقیاس PTSD-S، تقویت برنامه جدید و تشریح آن با استفاده از مثال فرضی، واریسی هرگونه باور باقی مانده، برنامه‌ریزی جلسات تقویتی	شناسایی کاربرد مداوم درمان

در جدول ۲، پروتکل فراشناخت درمانگری با رویکرد اسلامی در قالب ده جلسه درمانی آمده است. این پروتکل، مبتنی بر آموزه‌های اسلامی و با الگوگیری از پروتکل ولز، به صورت اولیه توسط پژوهشگر طراحی شده است. پروتکل پس از طراحی مقدماتی، به هشت نفر از روان‌شناسان مقطع دانشجویان دکترا و بالاتر که در علوم حوزوی نیز متخصصان بودند، ارائه شد تا با استفاده از شاخص‌های ارزیابی پروتکل، روایی محتوایی آن را مورد بررسی قرار دهند. از این تعداد، شش

فرم ارزیابی بازگردانده شد. شاخص‌های ارزیابی پروتکل، پنج بخش بود که متخصصین، باید هر بخش را از لحاظ انطباق پروتکل با آن قسمت از ۱ تا ۱۰ نمره‌گذاری می‌کردند. در این شاخص‌ها، با توجه به رویکرد مذهبی پروتکل تغییراتی صورت گرفت. این پنج بخش، شامل میزان انطباق با نظریه درمان فراشناختی ولسز، میزان انطباق با اصول و فرایندهای درمان‌های نسل دوم و سوم (گفت‌وگوی سقراطی، ساختارمند بودن، اکتشاف هدایت شده، مشارکت‌پذیری و...)، میزان صحت برداشت‌های انجام شده از آیات و روایات (اصل مستندات در خود پروتکل آورده شده بود)، میزان انسجام محتوای پروتکل طراحی شده و قابلیت اجرا، تدوین گردید. میانگین نمرات متخصصان در این مقیاس، ۷/۴ بود که با توجه به ضریب انطباق لیهی، برای تدوین پروتکل (حدود نمره ۷ و بیشتر از آن) قابل قبول بود.

یافته‌های پژوهش

برای محاسبه داده‌های حاصل از این پژوهش، از روش معناداری بالینی استفاده گردید. برای به دست آوردن معناداری بالینی، از فرمول درصد بهبودی استفاده می‌شود. این فرمول، اولین بار توسط بلانچارد و اسکوارز (اوگلز (Ogels) و همکاران، ۲۰۰۱)، برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک‌موردی ارائه شده است. در این فرمول، نمرهٔ پیش‌آزمون را از نمرهٔ پس‌آزمون کم کرده و حاصل را بر نمرهٔ پیش‌آزمون تقسیم می‌کنند.

جدول ۳. مقایسهٔ نمره‌های مراجعان در IES-R، با توجه به ملاک‌های اصلی اختلال تنیدگی پس از ضربه، یعنی تجربه مجدد علائم مزاحم ناخوانده (I)،

اجتناب (A) و بیش‌انگیختگی (H) قبل از شروع درمان، حین درمان و در پایان

مراجعان	خرده‌مقیاس‌های IES-R	میانگین خطوط پایه	اول	سوم	پنجم	هشتم	دهم	میزان بهبودی	بهبودی کلی در هر سه خرده‌مقیاس	بهبودی کلی
	A	۲۶/۳	۲۸	۱۹	۱۲	۹	۷	٪۷۵	٪۷۸	
مراجع اول	I	۲۵/۲	۲۵	۱۸	۱۲	۶	۵	٪۸۰		
	H	۲۱/۷۵	۲۱	۱۹	۱۶	۸	۴	٪۸۰		
	A	۱۷/۸	۱۹	۱۴	۱۵	۹	۶	٪۶۸		
مراجع دوم	I	۲۹	۲۶	۱۴	۱۵	۱۰	۷	٪۷۳	٪۶۴	
	H	۲۲/۲	۲۳	۲۰	۱۷	۱۲	۱۱	٪۵۲	٪۷۳	
	A	۱۹/۲	۲۱	۱۶	۱۴	۸	۵	٪۷۶		
مراجع سوم	I	۱۷،۲۵	۱۸	۱۶	۱۰	۶	۴	٪۷۷	٪۷۷	
	H	۱۵،۹	۱۸	۱۵	۸	۷	۴	٪۷۷		

در جدول ۳، به نمره‌های بیماران در IES-RU با توجه به ملاک‌های اصلی اختلال تنیدگی پس از ضربه، یعنی تجربه مجدد علائم مزاحم ناخوانده (I)، اجتناب (A) و بیش‌انگیزگی (H) پیش از شروع، حین و در پایان درمان اشاره شده است. نتایج این جدول بیانگر این است که نمره‌های همه بیماران در روند درمان، کاهش داشته است. درصد بهبودی کلی برای سه بیمار، ۷۳٪ بوده است. بنابراین، تغییرهای ایجاد شده در سه بیمار، نتیجه مداخله‌های درمانی بوده است. روند نمرات سه بیمار در BAI و BDI-II و درصد بهبودی آنان در جداول ۴ و ۵ نشان داده شده است.

جدول ۴. مقایسه نمره‌های مراجعان در BDI-II و درصد بهبودی آنان

مراحل درمان	درمان فراشناختی	
	مراجع اول	مراجع دوم
خطوط پایه	۳۲/۵	۳۳/۴
جلسه اول	۳۳	۳۳
جلسه سوم	۲۶	۲۸
جلسه پنجم	۲۳	۲۶
جلسه هشتم	۱۶	۱۷
جلسه دهم	۱۲	۱۶
میزان بهبودی	٪۶۶	٪۵۱
بهبودی کلی		٪۶۰
نمره در مرحله پیگیری دو ماهه	۱۱	۱۷
میزان بهبودی	٪۶۷	٪۴۸
بهبودی کلی		٪۶۱

جدول ۵. مقایسه نمره‌های مراجعان در BAI و درصد بهبودی آنان

مراحل درمان	درمان فراشناختی	
	مراجع اول	مراجع دوم
خطوط پایه	۴۱/۷۵	۴۲/۵
جلسه اول	۳۹	۴۲
جلسه سوم	۳۲	۳۱
جلسه پنجم	۱۹	۳۰
جلسه هشتم	۱۲	۱۹
جلسه دهم	۸	۱۴
میزان بهبودی	٪۷۹	٪۶۶
بهبودی کلی		٪۷۲
نمره در مرحله پیگیری دو ماهه	۷	۱۶
میزان بهبودی	٪۸۲	٪۶۱
بهبودی کلی		٪۷۴

جدول ۶. مقایسه نمرات مراجعان در IES-R در مرحله پیگیری (دو ماهه)

مراجعان	خرده‌مقیاس‌های IES-R	نمرات مراجعان در مرحله پیگیری (دو ماهه)	میزان بهبودی	بهبودی کلی در هر سه خرده‌مقیاس	بهبودی کلی
	A	۵	٪۸۲		
مراجعه اول	I	۵	٪۸۰	٪۸۲	
	H	۳	٪۸۵		
	A	۷	٪۶۳		
مراجعه دوم	I	۸	٪۶۹	٪۶۲	٪۷۴
	H	۱۰	٪۵۶		
	A	۴	٪۸۰		
مراجعه سوم	I	۴	٪۷۷	٪۸۰	
	H	۳	٪۸۳		

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش، با هدف تعیین اثربخشی فراشناخت درمانگری با رویکرد اسلامی، بر درمان مردان مبتلا به اختلال تنیدگی پس از ضربه ناشی از تصادف رانندگی انجام شد. تجربه مجدد علائم مزاحم ناخوانده، اجتناب و بیش‌انگیزختگی، آماج‌های اصلی درمان محسوب می‌شدند. نتایج حاصل از نمره‌های مراجعان در آماج‌های اصلی، بیانگر این است که فراشناخت درمانگری، در کاهش این آماج‌ها موفق بوده است. اینگرام (Ingram) و همکاران (۲۰۰۰)، در بررسی اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی به شش متغیر اشاره می‌کنند. آنها معتقدند: نتایج پژوهش‌های مداخله‌ای را باید بر اساس این متغیرها بررسی نمود. نتایج این پژوهش نیز بر اساس این شش متغیر بررسی می‌گردند:

۱. اندازه تغییر: چقدر کاهش در آماج‌های اصلی درمان رخ داده است؟ تجربه مجدد علائم مزاحم ناخوانده، اجتناب و بیش‌انگیزختگی از آماج‌های اصلی درمان بودند نتایج نشان می‌دهند که همه بیماران کاهش چشم‌گیری در آنها داشته‌اند. نمره‌های کلیه بیماران در پایان درمان و ماه دوم پیگیری، در مقیاس تجدید نظر شده تأثیر رویداد وایس و مارمر (IES-R) کاهش داشته است و این امر بیانگر این است که درمان مؤثر بوده است.

در تبیین کاهش تجربه مجدد علائم مزاحم ناخوانده، باید گفت: در فراشناخت درمانگری با رویکرد اسلامی، با فراشناخت‌های منفی بیماران درباره خطر علائم، چالش مذهبی می‌شود. پس از تضعیف این فراشناخت‌های منفی، بیمار می‌آموزد که این علائم، خطری برای وی به همراه ندارد و نباید به آن، با الگوی‌های پاسخ‌دهی ناسازگارانه همچون سندرم شناختی - توجهی پاسخ

دهد. همچنین، نباید برای پیشگیری از تجربه مجدد علائم، درصدد سرکوبی آنها برآمد و پرهیز از سرکوبی، می‌تواند موجب کاهش چشمگیر تجربه مجدد علائم در هر سه بیمار شده باشد. همچنین، در فراشناخت درمانگری با رویکرد اسلامی، سانه‌تصادف راندگی، معنایی بالنده‌تر و متعالی‌تر می‌یابد. همین امر می‌تواند موجب گردد تا تجربه مجدد علائم، همچون گذشته پریشانی روانی بیماران را به همراه نداشته باشد. این معنادهی متفاوت به ضربه و سانه، می‌تواند یکی از وجوه تمایز فراشناخت درمانگری رویکرد معمول با رویکرد اسلامی تلقی گردد. چه بسا در تحقیقات بعدی روشن گردد که این مسئله در پایداری درمان و کاهش عود نیز مؤثر است. در تبیین کاهش نمره اجتناب هر سه بیمار، باید خاطر نشان کرد که در مداخلات فراشناخت درمانگری با رویکرد معمول و رویکرد اسلامی، فراشناخت های مثبت بیماران درباره سودمندی اجتناب به چالش کشیده می‌شود و الگوی‌های پاسخ‌دهی سازگارانه‌تر به علائم، جایگزین اجتناب می‌گردد. در رویکرد اسلامی، بحث ایمان به قضا و قدر الهی و ناکارآمدی اجتناب در تغییر و دگرگونی تقدیرات الهی برای بیماران تبیین می‌شود. این بحث در کنار بحث رضامندی و راضی بودن از مقدرات الهی، می‌تواند در حذف یا دست‌کم تضعیف اجتناب تأثیرگذار باشد.

در تبیین کاهش بیش‌انگیزختگی سه بیمار، باید به این نکته اشاره کرد که مقابله‌های مذهبی همچون توکل، ذکر، صدقه که در فراشناخت درمانگری با رویکرد اسلامی بر روی آن تأکید می‌گردد، می‌تواند در کاهش بیش‌انگیزختگی مؤثر باشد؛ چرا که بر اساس نتایج بسیاری از پژوهش‌ها در جهان، امور معنوی و مقابله‌های مذهبی، رابطه همبستگی مثبتی با کاهش اضطراب، برپایی فیزیولوژیک و بیش‌انگیزختگی دارد (ر. ک: پارگامنت، ۲۰۰۱).

۲. کلیت تغییر: چند درصد افراد تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟، نتایج پژوهش نشان می‌دهد که مراجعان در پایان درمان، در مؤلفه‌هایی که مقیاس تجدید نظر شده تأثیر رویداد وایس و مارمر (IES-R) مورد سنجش قرار می‌دهد (تجربه مجدد علائم مزاحم ناخوانده، اجتناب و بیش‌انگیزختگی)، به ۷۳ درصد بهبودی کلی دست یافتند. این درصد، در مرحله پیگیری دو ماهه به ۷۴ درصد رسید.

این نتایج، حاکی از این است که هر سه بیمار تغییر کرده‌اند. این متغیر یعنی کلیت تغییر تأمین شده است. با توجه به اندک بودن تعداد بیماران، این متغیر باید در نمونه‌های بزرگ‌تر نیز مورد بررسی قرار گیرد. ممکن است در نمونه‌های بزرگ‌تر، این کلیت تغییر تا حدی کاهش یابد. در تبیین متغیر

کلیت باید گفت: هر سه بیمار خود را مذهبی می‌دانستند و در مصاحبه اولیه و در فرایند درمان نیز مؤلفه‌های مذهبی بودن در هر سه مراجع مشهود بود. بی‌تردید روحیه مذهبی بیماران و سنخیت روحيات آنان با فراشناخت درمانگری با رویکرد اسلامی، می‌تواند در متغیر کلیت تغییر، تأثیرگذار بوده باشد. تبیین دیگر اینکه، همه انسان‌ها فطرت مذهبی دارند. روشن است وقتی در معرض درمان‌هایی هم‌راستا با فطرت مذهبی خود قرار می‌گیرند، احتمالاً بیشتر با تغییرات درمانی، همساز و همراه می‌گردند.

۳. عمومیت تغییر: در سایر حوزه‌های زندگی چه میزان تغییر داده است؟ در حوزه افسردگی، در مقیاس BDI-II در پایان درمان، شاهد ۶۰ درصد بهبودی کلی در مراجعان هستیم. این درصد، در پایان ماه دوم پیگیری به ۶۱ درصد رسیده است. مراجعان در حوزه اضطراب نیز در مقیاس BAI، به بهبودی کلی ۷۲ درصد در پایان درمان دست یافتند. این درصد در پایان ماه دوم پیگیری، به ۷۴ درصد رسید. بنابراین، می‌توان گفت: همه بیماران تغییر کرده‌اند.

در تبیین این بخش باید گفت: فنون و مداخله‌های اسلامی به کار برده شده در فراشناخت درمانگری با رویکرد اسلامی، الگویی پاسخ‌دهی انطباقی تری به بیماران ارائه می‌دهند. الگوهای همچون الگوی صبر، رضا، ذکر که می‌تواند در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مؤثر باشد (ر. ک: حسینی بیرجندی، ۱۳۹۴) و سایر حوزه‌های زندگی بیماران را تغییر دهند.

از سوی دیگر، در فراشناخت درمانگری با رویکرد اسلامی، فراشناخت‌های منفی درباره خطر و کنترل‌ناپذیری نگرانی (اضطراب) و نشخوار ذهنی (افسردگی) و همچنین فراشناخت‌های مثبت، درباره سودمندی‌های نگرانی و نشخوار ذهنی به چالش مذهبی کشیده می‌شود. به عنوان نمونه، تأکید برخی از آموزه‌های اسلامی بر زندگی در زمان حال، می‌تواند سهم بسیاری در تصحیح افکار اضطراب‌آلود و افسرده‌وار داشته باشد. همان‌طور که گفته شد در جلسات روان‌درمانگری دینی، این باور داشت در بیمار ایجاد می‌شود که هر رنجی که در زندگی رخ می‌دهد، بی‌فایده نبوده، بلکه با بازتاب و پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی توأم است. با ایجاد این طرز تفکر، بیمار از احساس پوچی و سرگردانی رهایی می‌یابد. همچنین، در رویکرد مذهبی این باور داشت که جهان هستی واجد نظم است و بدون اراده خالق هستی، برگی از درخت نمی‌افتد و اعتقاد بیماران به این خالق هستی، بزرگ‌ترین حافظ و تکیه‌گاه است، در آنان تقویت می‌شود (یوسفی، ۱۳۹۱).

۴. میزان پذیرش: افراد تا چه اندازه در فرایند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند؟ کزدین (Kazdin) معتقد است: افت آزمودنی‌ها را باید به عنوان یکی از متغیرهای درمان محاسبه نمود. آزمودنی‌های این پژوهش، از ابتدا تا انتها، جلسات درمانی را ادامه دادند و در تمامی ده جلسه، بر اساس زمانبندی قبلی در فراشناخت درمانگری با رویکرد اسلامی، شرکت کردند (حمیدپور، ۱۳۸۹). هر چند دلایلی همچون تعداد اندک بیماران، کوتاه‌مدت بودن فراشناخت درمانگری و البته پیگیری مجدانه درمانگر، می‌توانست در نبود افت در این پژوهش مؤثر باشد، ولی نباید از این نکته غفلت کرد که در جامعه اسلامی ایران، کمتر مشاور و روان‌درمانگری یافت می‌شود که در فرایند درمان، به صورت تخصصی و ساختارمند از ایمان و عقاید مذهبی بیمار بهره‌جوید. این استفاده ساختارمند از ابعاد مذهبی بیماران، در کنار سنخیت بیشتر مداخلات درمانی با باورها و نگرش‌های بیماران مذهبی و همچنین، تعهد اخلاقی و ایمانی نسبتاً بالاتر روان‌درمانگران مذهبی نسبت به بیمارانشان، می‌تواند در این کاهش افت مؤثر بوده باشد.

۵. ایمنی: آیا در اثر درمان، سلامت جسمی و روانی بیماران کاهش یافته است؟ مقایسه نمره‌های آزمودنی‌ها در مرحله خط پایه و مرحله پیگیری، در همه ابعاد نشان داد که آزمودنی‌ها به بهبودی دست یافته‌اند، ولی هر یک از آنها به میزان معینی تغییر کرده‌اند و آثار جانبی خاصی در نتیجه کاربرد این شیوه درمان دیده نشد. تحقیقات متعدد نشان می‌دهد که روان‌درمانی معنوی و مذهبی، در ارتقاء سلامت جسمی و روانی بیماران مؤثر است (ر.ک: حسینی بیرجندی، ۱۳۹۴؛ نیوبرگ و والدمن، ۲۰۱۰).

۶. ثبات: دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته‌اند؟ *دگاس* و *رابسی چاوود* (۲۰۰۷)، معتقدند: وجود مرحله پیگیری دو ماهه، برای ارزیابی ماندگاری آثار درمان کافی است. مشاهده فرایند پیگیری دو ماهه، در جدول ۶ نشان می‌دهد که نمره‌های بیمار اول و سوم در مرحله پیگیری دو ماهه، در سه خرده‌مقیاس تجربه مجدد علائم مزاحم ناخوانده، اجتناب و بیش‌انگیختگی مقیاس تجدیدنظر شده، تأثیر رویداد *وایس* و *مارمر* (IES-R) در مرحله پیگیری، نه تنها تداوم داشته، بلکه عمیق‌تر شده و به ۸۲٪ و ۸۰٪ بهبودی کلی رسیده است. در تبیین ثبات دستاوردهای درمان این پژوهش، باید گفت: به اعتقاد برخی روان‌شناسان (هادی و جان‌بزرگی، ۱۳۸۸)، ادغام روان‌درمانی با آموزه‌های الهی و معنوی، پایداری درمان را به صورت چشم‌گیری افزایش می‌دهد. همچنین، به زعم برخی پژوهشگران (دسوزا و رودریگو، ۲۰۰۴)، عدم توجه روان‌درمانی سنتی به عنصر معنویت و ارزش‌های دینی در فرایند درمان، ناپایداری تغییرهای رفتاری ایجاد شده در بلندمدت و

درصد بالای بازگشت به رفتارهای نابهنجار را به دنبال داشته است. در زمینه کاهش دو درصدی بهبودی بیمار دوم، در مرحله پیگیری به نسبت پایان درمان به نظر می‌رسد، به دلیل فوت همسر و دل‌تنگی‌های بیش از حد فرزندان و عدم مداخله روان‌شناختی مستقیم، در زمینه مشکلات روانی-عاطفی فرزندان، دستاوردهای درمان، به نسبت دوام کمتری داشته است. همچنین، جدول ۴ نشان می‌دهد که میزان افسردگی بیمار اول و سوم، در مقیاس BDI-II در پایان مرحله پیگیری نه تنها دوام داشته، بلکه عمیق‌تر شده و به ۶۷٪ و ۶۹٪ بهبودی رسیده است. به دلایلی که گذشت، نمره افسردگی بیمار دوم، در مقیاس BDI-II در پایان مرحله پیگیری، به نسبت پایان درمان ۱۲ درصد کاهش داشت و به ۴۸٪ بهبودی رسید. همچنین، جدول ۵ نشان می‌دهد که میزان اضطراب بیمار اول و سوم، در مقیاس BAI در پایان مرحله پیگیری نه تنها دوام داشته، بلکه عمیق‌تر و به ۸۲٪ و ۷۹٪ بهبودی رسیده است. نمره اضطراب بیمار دوم، در مقیاس BAI در پایان مرحله پیگیری به نسبت پایان درمان، ۱۳ درصد کاهش داشت و به ۶۱٪ بهبودی رسید. در مجموع، بهبودی کلی هر سه بیمار، در مرحله پیگیری نسبت به بهبودی کلی پایان درمان در هر سه مقیاس (IES-R)، BDI-II و BAI بیشتر شده است و به ترتیب، به ۷۴٪، ۶۱٪، ۷۴٪ ارتقا یافته است. بنابراین، فراشناخت درمانگری با رویکرد اسلامی در دوره پیگیری نیز قادر است دستاوردهای درمان را در بیماران حفظ کند و روند بهبودی را ادامه دهد و اثربخشی خود را به لحاظ این ملاک نیز به اثبات برساند.

با توجه به عمر کوتاه و نوپا بودن اصل فراشناخت درمانگری، این پژوهش، اولین پژوهشی است که در زمینه فراشناخت درمانگری با رویکرد اسلامی صورت گرفته است. تا پیش از این، فراشناخت درمانگری با رویکرد معنوی و یا رویکرد دینی (بودایی، مسیحی، اسلامی) انجام نشده است. از این رو، شاید نتوان در زمینه همسویی یا ناهمسویی یافته‌های این پژوهش، با سایر پژوهش‌ها بحث کرد. اما اگر یافته‌های این پژوهش را با یافته‌های پژوهش‌هایی که به‌طور کلی با رویکرد معنوی و دینی، به درمان اختلال تنیدگی پس از ضربه پرداخته‌اند، مقایسه کنیم باید گفت: یافته‌های این پژوهش، همسو با یافته‌های پژوهش عیسی‌مراد و همکاران (۱۳۸۹)، که اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر آموزه‌های دینی در کاهش نشانگان اختلال تنیدگی پس از ضربه مزمن آزادگان ایرانی را به اثبات رساندند می‌باشد. همچنین یافته‌های این پژوهش همسو با یافته‌های تحقیق اسمعیلی (۱۳۸۹)، که اثربخشی درمان مرور زندگی با تأکید بر اصول هستی‌شناسی اسلامی، بر کاهش نشانگان اختلال تنیدگی پس از ضربه، مورد مطالعه قرار داد می‌باشد. یافته‌های پژوهش طیبی و قنبری هاشم‌آبادی (۱۳۹۰)، در زمینه مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی و

شناختی رفتاری، در کاهش فشار روانی همسران جانبازان اختلال استرس پس از ضربه نیز با یافته‌های این پژوهش همسو می‌باشد.

در مجموع، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که فراساخت درمانگری با رویکرد اسلامی، در کاهش تجربه مجدد علائم مزاحم ناخوانده، اجتناب و بیش‌انگیزگی از کارایی و اثربخشی لازم برخوردار است. یکی از اهداف اصلی فراساخت درمانگری با رویکرد اسلامی، همانا چالش مذهبی با فراساخت‌های مثبت و منفی (درباره علائم و افکار مزاحم و منفی تکرارشونده)، حذف سندرم شناختی - توجهی و جایگزینی آن، با الگوهای پاسخ‌دهی بدیل اسلامی به این افکار و باورها است. به نظر می‌رسد، این اهداف تا حدی در این پژوهش تحقق یافته است، هرچند تا تحقق کامل آن، راه بسیاری باقی مانده است.

همچنین، یافته‌های این پژوهش از این باور که توجه، تقویت و استفاده از باورهای مذهبی بیمار، می‌تواند سهم ویژه‌ای در چالش با باورهای فراساختی مثبت و منفی داشته باشد، حمایت می‌کند. آموزه‌های اسلامی مورد استفاده در مداخلات و چالش‌های مذهبی، علاوه بر تضعیف باورهای فراساختی مثبت و منفی، به نوبه خود در معنادگی و مفهوم‌بخشی به حوادث و سوانح رانندگی و تصحیح تفسیر آسیب‌زای بیمار از آنها مؤثر است. این مهم، در فرایند درمان به خوبی ملموس و مشهود بود.

این پژوهش، اگر چه به دلیل رویکرد اسلامی‌اش در نوع خود بدیع است، ولی با محدودیت‌های چندی روبه‌رو بوده است. پژوهش به شکل تک‌موردی و با ۳ بیمار انجام گرفت که تعمیم‌پذیری دستاوردهای درمان را به سایر افراد جامعه محدود می‌کند. همچنین، آزمودنی‌های پژوهش همگی از جنس مذکر بودند. از این رو، پیشنهاد می‌شود که اثربخشی این رویکرد درمانی در حجم نمونه بیشتر و همچنین، جنس مؤنث مورد بررسی قرار گیرد. در این پژوهش، فقط یک نوع ضربه (یعنی ضربه ناشی از تصادفات رانندگی) مورد مطالعه قرار گرفت. این امر تعمیم‌پذیری نتایج درمان را به سایر ضربه‌ها محدود می‌کند. نتایج این پژوهش را باید با احتیاط تفسیر کرد؛ چرا که پژوهشگر و ارزیاب یک نفر بوده است و ممکن است در نتایج سوگیری‌های پدید آمده باشد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده، ارزیاب‌های مستقل (به جز درمانگر) به ارزیابی دستاوردهای درمانی بپردازند. هر چند در این پژوهش از آموزه‌های اسلامی استفاده شده، ولی با توجه به جایگاه ویژه استعاره‌ها در درمان، باید سعی کرد در پژوهش‌های بعدی تا حد امکان از استعاره‌هایی با مضمون اسلامی استفاده کرد.

منابع

نهج البلاغه، ۱۳۹۰، ترجمه محمد دشتی، قم، هجرت.

اسمعیلی، معصومه، ۱۳۸۹، «مطالعه اثربخشی درمان مرور زندگی با تأکید بر اصول هستی‌شناسی اسلامی بر کاهش نشانگان اختلال استرس پس از سانحه»، فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ش ۲، ص ۵۳-۷۸.

بیان‌زاده، سیداکبر، ۱۳۷۶، «ضرورت نگاه به ارزش‌های دینی در انتخاب رویکرد مشاوره و روان‌درمانی»، در: چکیده مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران.

بیدآبادی، حکیم آقا محمد، ۱۳۷۹، حسن دل در سیر و سلوک الی‌الله، قم، نهایندی.

پناغی، لیلی و همکاران، ۱۳۸۵، «اعتباریابی نسخه فارسی مقیاس تجدید نظر یافته تأثیر حوادث»، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ش ۳، ص ۱۰۴-۱۲۱.

تیمیمی آمدی، عبدالواحد، ۱۳۳۴، غررالحکم و دررالکلم، قم، دارالکتاب.

حسینی بیرجندی، مهدی، ۱۳۹۴، روان‌درمانی و مشاوره با رویکرد اسلامی، تهران، آوای نور.

حمیدپور، حسن و همکاران، ۱۳۸۹، «کارایی طرح‌واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر»، اندیشه و رفتار، ش ۶۳، ص ۴۲۰-۴۳۱.

خدادادی، نعیم و همکاران، ۱۳۹۳، «عوامل مرتبط با شروع اختلال استرس پس از سانحه در حوادث جاده‌ای»، پرستاری و مامایی جامع‌نگر (فصل‌نامه دانشکده‌های پرستاری و مامایی استان گیلان)، ش ۷۲، ص ۹-۱۷.

شریفی‌نیا، محمدحسین، ۱۳۸۸، «درمان یکپارچه‌ی توحیدی، رویکردی دینی در درمان اختلالات روانی»، مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ش ۴، ص ۲۵-۴۲.

فخررازی، محمدبن عمر، ۱۳۷۱، تفسیر کبیر (مفاتیح‌الغیب)، ترجمه علی اصغر حلبی، تهران، اساطیر.

مفید، محمدبن محمد، ۱۳۹۴، امالی شیخ مفید، ترجمه طه طرزی، تهران، آدینه سبز.

عیسی‌مراد، ابوالقاسم و همکاران، ۱۳۸۹، «اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر آموزه‌های دینی در کاهش نشانگان اختلال استرس پس از ضربه‌ای (PTSD) مزمن آزادگان ایرانی»، فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ش ۱، ص ۱-۱۸.

طیبی، هاجر و بهرامعلی قنبری‌هاشم آبادی، ۱۳۹۰، «مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی رفتاری در کاهش فشار روانی همسران جانبازان اختلال استرس پس از ضربه»، روان‌شناسی و دین، ش ۱۳، ص ۲۳-۳۵.

گودرزی، محمدعلی، ۱۳۹۰، «رابطه نگرش مذهبی و علائم اختلال استرس پس از سانحه در زلزله زدگان شهرستان بم»، اصول بهداشت روانی، ش ۵۰، ص ۹۳-۱۸۲.

محمدی ری شهری، محمد، ۱۳۹۵، ترجمه میزان‌الحکمه، ترجمه حمیدرضا شیخی، چ پانزدهم، قم، دارالحدیث.

میکاییلی بارزلیلی، نیلوفر و همکاران، ۱۳۹۰، «مقایسه اثربخشی درمان اسلامی و درمان شناختی- رفتاری در مبتلایان به

اختلال وسواس فکری- عملی»، *دستاوردهای روان‌شناختی (علوم تربیتی و روان‌شناسی)*، ش ۲، ص ۶۱-۸۶.
نیکو، نریمان و علی‌توکل کاشانی، ۱۳۹۱، «*تحلیل ارتباط سهم حمل و نقل ریلی و نرخ تصادفات و تلفات در حمل و نقل جاده‌ای*»، در: مجموعه مقالات دوازدهمین کنفرانس مهندسی حمل و نقل و ترافیک ایران، تهران.
ولز، آدریان، ۱۳۹۲، *راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی*، ترجمه شهرام محمدخانی، تهران، وراى دانش.

هادی، مهدی و مسعود جان‌بزرگی، ۱۳۸۸، «اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های شخصیت و بالینی»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۶، ص ۱۲-۲۸.
یوسفی، ناصر، ۱۳۹۱، «تأثیر شناخت درمانی مذهب‌محور و معنادارنگری بر کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری دانشجویان»، *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ش ۱۰، ص ۸۷-۱۰۲.

American Psychiatric Association, 2013, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Publishing Incorporated.

Astrow, A. B, et al, 2001, "Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations", *American Journal of Medicine*, N. 110, p. 283-287.

Barlow, D. H, & Hersen, M, 1997, *Single case experimantal designs strategies for studying behavior change*, New York, Pergamon Press.

Bennett, H, & Wells, A, 2010, "Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms", *Journal of Anxiety Disorders*, N. 24, p. 318-325.

Bunting, B. P, et al , 2013, "Trauma Associated With Civil Conflict and Posttraumatic Stress Disorder: Evidence From the Northern Ireland Study of Health and Stress", *Journal of Trauma Stress*, N. 26, p.134-141.

Carmil, D, & Breznitz, S, 1991, "Personal trauma and world view-Are extremely stressful experiences related to political attitudes, religious beliefs, and future orientation", *Journal of Traumatic Stress*, N. 4, p. 393-405.

Creamer, M, et al, 2003, "Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised", *Behaviour Research and Therapy*, N. 41, p. 1489-1496.

Connor, K. M, et al, 2003, "Spirituality, Resilience, and Anger in Survivors of Violent Trauma: A Community Survey", *Journal of Traumatic Stress*, N. 16, p. 487-494.

Coronas, R, et al, 2008, "Clinical and socio demographic variable with the onset of post traumatic stress disorder in road traffic accidents", *Journal of Depression and Anxiety*, N. ۲۵, P. ۱۶-۲۳.

Dugas, M. J, & Robichaud, M, 2007, *Cognitive-behavioral Treatment for Generalized: Anxiety Disorder from Science to Practice*, New York, Rutledge.

Falsetti, S. A, et al, 2003, "Changes in Religious Beliefs Following Trauma", *Journal of Traumatic Stress*, N. 16, p. 391-398.

Fata, L, et al, 2005, "Semiotic Structures of schemas: anxiety modes & cognitive processing of anxiety information; A comparison between two conceptual frameworks", *Journal of Thought & Behavior*, N. 11, p. 18-30.

Ingram, R. E, et al, ۲۰۰۰, "*Empirically supported treatment: A Critical analysis*", In. C. R.

- Snyder & Q. R. E. Ingram (Eds.), Handbook of psychological change. New York: Wiley
- Kendler, K. S, et al, 2003, "Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime", *American Journal of Psychiatry*, N. 11, p. 18-30.
- Leaman, S. C, 2009, "Risk factors for psychological distress and uses of religious coping among African torture survivors", *The George Washington University*, N. 132, p. 140-175.
- Loebach Wetherell, J, & Gatz, M, 2005, "The Beck Anxiety Inventory in Older Adults With Generalized Anxiety Disorder", *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, N. 27, p. 17-24.
- McIntosh, D. N, et al, 2011, "The distinct roles of spirituality and religiosity in physical and mental health after collective trauma: a national longitudinal study of responses to the 9/11 attacks", *Journal of Behavioral Medicine*, N. 34, p. 497-507.
- Newberg, A, & Waldman, M. R, 2010, *How God Changes Your Brain: Breakthrough Findings from a Leading Neuroscientist*, NewYork, Baltimore Books.
- Pargament, K, 2001, *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*, Guilford Press.
- Ogels, B. M, et al, 2001, "Clinical significance: History, Application and current practice", *Clinical psychological Review*, N. 21, p. 421- 446.
- Shaw, A, et al, 2005, "Religion, spirituality, and posttraumatic growth: A systematic review", *Mental Health Religion & Culture*, N. 8, p. 1-11.
- Sigmund. J. A, 2003, "Spirituality and Trauma: The Role of Clergy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Religion and Health*, N. 42, p. 221-230.
- Trevino, K. M, & Archambault, E, 2012, "Religious Coping and Psychological Distress in Military Veteran Cancer Survivors", *Journal of Religion and Health*, N. 51, p. 87-98.
- Wang C. H, et al ,2005, "Post-traumatic stress disorder, depression, anxiety and Quality of life in patients with traffic-related injuries", *Journal of Advanced Nursing*, N. 52, p. 22-30.
- Wells, A, 2009, *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*, New York: Guilford Press.
- Wells, A, 2013, "Advances in Metacognitive Therapy. International Journal of Cognitive Therapy", *Innovations and Advances in the Cognitive-Behavioral Therapies*, N. 6, p. 186-201.
- Wells, A, & Sembi, S, 2004, "Metacognitive therapy for PTSD: a preliminary investigation of a new brief treatment", *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, N. 35, p. 307-318.
- Wells, A, & Colbear, J. S, 2012, "Treating Posttraumatic Stress Disorder With Metacognitive Therapy: A Preliminary Controlled Trial", *Journal of Clinical Psychology*, N. 68, p. 373-381.
- Wells, A, & Welford, M, 2008, "Chronic PTSD Treated With Metacognitive Therapy: An Open Trial", *Cognitive and Behavioral Practice*, N. 15, p. 85-92.