

روان‌درمانی با جهت‌گیری مذهبی

سمیه زاده‌هوش^۱ / دکتر حمیدطاهر نشاط‌دوست / دکتر سیدکاظم رسول‌زاده طباطبایی^۲

چکیده

محیط مجموعه‌ای چند لایه از عوامل تأثیرگذار است که برای کمک به سلامت جسمانی و روانی ما با هم ترکیب می‌شوند. خانواده اولین و بادوام‌ترین بستر رشد است. با وجود اهمیت بسترهای دیگر همچون مدرسه، محیط کار، جامعه و... هیچ بستری از لحاظ قدرت و گستره تأثیر، با خانواده برابری نمی‌کند. دو رکن اساسی خانواده زن و شوهر هستند که دارای ویژگی‌های منحصر به فرد و بی‌نظیری می‌باشند این تعاملات با هیچ یک از دیگر ارتباطات انسانی قابل مقایسه نیست فقط در این شکل از ارتباط است که تمام ابعاد زیستی، معنوی، اجتماعی و عاطفی انسان مورد توجه قرار می‌گیرد. لیکن عوامل متعددی کارکرد این نهاد را تحت تأثیر قرار داده و کاهش رضایت زناشویی که مهمترین شاخص رضایت از زندگی می‌باشد را در پی دارد. با توجه به اثرات سطح رضایت زناشویی بر عملکرد خانواده، فرزندان آسیب‌های روانشناختی زوجین، توجه به درمان زوجها در چند دهه گذشته افزایش چشمگیری داشته است به گونه‌ای که در سالهای اخیر نظریه‌ها و رویکردهای مختلفی در این زمینه رشد و گسترش یافته است، اما در بسیاری از این نظریه‌ها حلاءهایی احساس می‌شود، که به نظر می‌رسد با پرداختن به این نادیده انگاشته‌ها نتایج کامل‌تر و پایاتری در درمان زوجها بدست آید. در این مقاله علاوه بر پرداختن به اهمیت خانواده، عوامل مؤثر بر کارایی و ضعف آن، فرایندهای حل تعارض در میان زوجین، به معرفی الگوهای مختلف زوج درمانی و محدودیتهای آنها پرداخته می‌شود و در انتها با توجه به پژوهشهای اخیر در زمینه معنویت و مذهب بطور خلاصه، الگویی از یکی از زوج درمانی‌های سنتی (شناختی - رفتاری) با جهت

^۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه اصفهان

^۲- دانشیار دانشگاه اصفهان دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

^۳- استادیار دانشگاه تربیت مدرس دانشکده علوم انسانی

گیری مذهبی ارائه خواهد شد. واژه های کلیدی: رضایت زناشویی، زوج درمانی شناختی - رفتاری، جهت گیری مذهبی

Abstract

Environment is a set of layers that effect on physical and mental health. Family is the first and the most permanent base for development. Although school, workplace, societyhave critical role in development, family is the most powerful and the most effective factor. Spouses are main elements of family and they have unique features. Their interactions are different from others, in this kind of relationship all physical, spiritual, social and emotional dimensions are involved. There are many factors that can influence function of family and result to decrease of marital satisfactory. On the other hand, marital satisfactory is the most important index for life satisfactory. In recent decades, considering the effects of marital satisfactory on family function and children and couple's mental health, researches has been focused on couple therapies. Consequently, various theories and approaches has been developed and expanded. Nevertheless, many of these models have some deficiencies. It seems that study about these deficiencies can be useful to achievement to a comprehensive therapy for couples. In this study, in addition to discuss about family, the effective factors on family function and conflict solving processes between couples, various models of couple therapy and their limitations will be discussed. Finally, considering the recent researches about spirituality and religious, Religious- oriented cognitive behavioral therapy will be introduced.

Key words: Religious- oriented cognitive behavioral therapy, marital satisfactory

مقدمه

زندگی زناشویی یکی از جهانی‌ترین نهادهای بشری است که از دو نفر با توانایی‌ها و استعداد‌های متفاوت و با نیازها و علایق مختلف، در یک کلام با شخصیت‌های گوناگون تشکیل شده است (گلدنبرگ^۱ و گلدنبرگ، ۱۳۸۲). در واقع ازدواج مهمترین گام آدمی برای تغییر روند زندگی خود از حالت انفرادی به حالت زیست اجتماعی است که با این حرکت، نهادی به نام خانواده شکل می‌گیرد (مولوی‌نیا، ۱۳۸۵). بدون شک خانواده مهمترین رکن اجتماع قلمداد می‌گردد، نهادی که سلامت یا اختلال آن تعیین کننده سلامت با بیماری جامعه است.

^۱ -Goldenberg and Goldenberg

خانواده سالم نظامی باز است که اعضای آن در عین حال که از روابط عاطفی گرمی با هم برخوردارند هویت فردی خود را حفظ می‌کنند. در اینگونه خانواده عشق به طور نامشروط می‌باشد و اعضاء پذیرای یکدیگر هستند. آستانه تحمل خانواده در برابر کشمکش و استرس بالاست و به هنگام نیاز، اعضاء داوطلبانه به یکدیگر یاری می‌رسانند. در مقابل خانواده مختل قادر به تأمین نیازهای تکاملی اعضاء، حل مشکلات و تعارضات خود نیست. کارکردش مختل است لذا حمایت و همکاری رخ نمی‌دهد، نظام خانواده بسته و اعضای آن به لحاظ عاطفی سرد، جدا از هم و گسسته می‌باشند. (والش^۱ ۱۹۸۲).

عوامل متعددی می‌تواند کارکردهای روانشناختی خانواده را بر هم زده و سبب شود که در سطح کلان خانواده یک نظام هدفمند و پویا نباشد از جمله این عوامل می‌توان گذر از سنت به مدرنیته، تغییر نظام خانواده، سست شدن روابط عاطفی، کارآمد نبودن الگوهای ارتباطی، مهاجرت، فشارهای شغلی و اجتماعی و... دانست که مشکلات و تعارضات زناشویی را به طور چشمگیری افزایش داده است. (آلیری^۲ و همکاران، ترجمه کیمیایی و باقری نژاد؛ ۱۳۸۴). از سوی دیگر پژوهشهای مختلف نشان دادند که بین آسیبهای روانشناختی و آشفتگی زناشویی رابطه وجود دارد (ویزمن^۳ و آبلاکر^۴، ۲۰۰۳). همچنین بین اختلالات اضطرابی و آشفتگی زناشویی ارتباط قوی وجود دارد (چامبلس^۵، ۲۰۰۲؛ به نقل از حسینی غفاری، ۱۳۸۵). این در حالی است که نه تنها مسایل مختلف می‌تواند بر کارکرد زندگی زناشویی اثرگذار باشد بلکه نابسامانی ازدواج نیز با شیوع اختلالات عاطفی - هیجانی در جمعیت عمومی به طور معناداری رابطه دارد (وارینگ^۶ و همکاران، ۱۹۸۱؛ به نقل از حسینی غفاری، ۱۳۸۵). به طوری که زوجهایی که گرفتار پریشانی زناشویی هستند گزارش کردند که از بودن با خانواده حداقل احساس رضایت را دارند، اضطراب زیادی دارند و احساس می‌کنند که توانایی کنار آمدن با مشکلات استرس‌زا در زندگی را ندارند (گاتمن^۷ ۱۹۹۸؛ به نقل از حسینی غفاری، ۱۳۸۵) همچنین پیامدهای سوءطلاق در پیکر اجتماع و پدیدایی نابسامانی متعاقب آن برای زن و

¹ Walsh

² -Oleary

³ - Whisman, M. A.

⁴ - Uebelacker, L. A

⁵ - Chambless

⁶ -Waring

⁷ - Gottman

شوهر در ابعاد مختلف روانی، اقتصادی و اجتماعی حائز اهمیت می‌باشد. از مهمترین عواملی که می‌تواند کارایی موثر این نهاد را تحت تأثیر قرار دهد سازگاری اعضاء خانواده به خصوص زن و شوهر با یکدیگر است. (سینها و مکرچی^۱، ۱۹۹۰) و یکی از راههای سازگاری در ازدواج برقراری و تداوم ارتباط موثر است که لازمه آن یادگیری شریک شدن در افکار و احساسات همدیگر است (سیلیمان^۲، ۲۰۰۱؛ به نقل از احمدی، آشتیانی و نوابی‌نژاد، ۱۳۸۴). در واقع ارتباط سالم و موثر عبارت است از توانایی افراد در توضیح و تصریح نیازها، خواسته‌ها و تمایلات و نیز توانایی توجه کردن به دیگران و دعوت کردن از آنان برای روشن سازی مطالب و موقعیتها؛ همچنین توجه مناسب و تبادلات کلامی مستقیم و صریح بین اعضای خانواده می‌تواند ارتباط سالم در خانواده را نشان دهد در حالیکه ارتباط ناکارآمد موجب کاهش توجه میان اعضای خانواده، ایجاد تبادلات کلامی مبهم و کاهش رضایت زناشویی می‌شود (برای^۳، ۱۹۹۵). به طوری که (گاتمن، ۱۹۷۹؛ به نقل از فرقانی، ۱۳۸۲) در پژوهشهای خود نشان می‌دهد که زوجهای گرفتار عموماً از تعاملهای خوشایندی برخوردار نیستند، در عین حال دارای تعاملهای خشم، سرزنش و تنبیه فراوانی هستند. این تعاملها اغلب با رفتار منفی متقابل^۴ مشخص می‌شود. اگر یکی از طرفین رفتاری منفی از خود نشان دهد طرف دیگر نیز پاسخی شبیه آن می‌دهد و به این ترتیب زنجیره تعامل منفی پیشرونده آغاز می‌شود. این روابط نابسامان با ناتوانی در حل تعارض مشخص می‌شود، فقدان مهارت در حل تعارض باعث می‌شود که نزاعهای حل نشده که در طی جریان ارتباط شکل گرفته‌اند روی هم انباشته شوند سابقه چنین تعارضهای حل نشده همچنین ممکن است به انتظارات منفی درباره تعارضهای آینده بینجامد و امکان حل مسئله در رابطه زوجها را حتی کمتر گرداند.

پژوهشهای مختلف موید تأثیر رابطه مثبت بر رضایت زناشویی می‌باشد (نظری و نوابی نژاد، ۱۳۸۴ و شعبانی، ۱۳۸۵). همچنین گوردون^۵، بیکام^۶، اپیستین^۷ و بورنت^۸ (۱۹۹۹) نشان

^۱ - Sinha and Makerje

^۲ - Siliman

^۳ - Bray

^۴ - reciprocated negative behavior

^۵ - Gordon, K. C.

^۶ - Baucom, H.

^۷ - Epistin

^۸ - Burnett, C. K.

دادند ارتباطات بین زوجین پیش‌بینی کننده رضایت زناشویی می‌باشد. استوارتز^۱ (۲۰۰۰) نیز اظهار نمود ابراز احساسات که از جمله مهارت‌های ارتباطی می‌باشد بر رضایت زناشویی موثر است. صالحی فدردی (۱۳۷۸) به این نتیجه دست یافت که برای متأهلان رضایتمندی زناشویی یکی از مهمترین شاخص‌های رضایت از زندگی محسوب می‌شود. مقوله رضایت زناشویی از ابعاد مختلف حائز اهمیت می‌باشد. گاتمن (۱۹۹۰)؛ به نقل از برنشتاین و همکاران. ترجمه: پورعابدینی و منشی، (۱۳۸۴) رضایت زناشویی را ارزیابی ذهنی و احساس فرد در مورد رابطه زناشویی می‌داند. در واقع رضایت زناشویی مفهومی چند بعدی دارد که عناصر متنوعی از جمله کیفیت تعاملات، اوقات فراغت، همبستگی، توافق در رابطه و در مورد مسایل مربوط به امور مالی، تربیت کودکان، تاریخچه استرس و فشارهای خانوادگی را شامل می‌شود (دنيس سوزو^۲، ۲۰۰۴).

رضایت زناشویی را می‌توان بالا بودن میزان تعاملات مثبت بین همسران (قاسم‌زاده، ۱۳۸۳) و یا وضعیتی دانست که در آن فرد از ارتباط با همسر خویش کمال لذت را ببرد (براون، ۱۹۹۸) آنچه که آشکار است این است که رضایتمندی زناشویی به صورت خودبخودی ایجاد نمی‌شود و نیازمند تلاش همسران است. میلر و دیگران؛ ترجمه بهاری (۱۳۸۴) اظهار داشتند: هنگامی که بین زن و شوهر تعارض پیش می‌آید به سه نتیجه احتمالی می‌انجامد:

- ناپدید شدن: موضوعی که موجب تعارض شده با گذشت زمان از بین می‌رود.
- بن بست: زوج به بن بست می‌رسند و هیچ اقدامی نمی‌کنند و احتمالاً به مخالفت ورزی برای مدت زمان طولانی تر یا رسیدن به کناره گیری و بی تفاوتی همراه با جبهه گیری واقعی منجر می‌شود.
- حل و فصل: زن شوهر برای خاتمه دادن به تعارض دست به کار می‌شوند.

فرایندهای حل تعارض:

شیوه عمل زوجها در مقابل مشکل معمولاً یکی از موارد زیر می‌باشد:

¹ - Stowarts, R. O.

² - Denise Sousou

- اجتناب کردن: برخی از زوجها در برخورد با مسأله بالقوه تعارض انگیز سعی می‌کنند، با پرحرفی از کنار آن گذشته یا با تغییر موضوع اهمیت موضوع را نادیده بگیرند و یا انکار کنند. این فرایند در کوتاه مدت ممکن است مؤثر باشد اما در دراز مدت و بسته به اینکه کدام یک از طرفین بیشتر با مسأله سروکار دارد می‌تواند موجب عدم رضایت گردد.

- ترغیب کردن: در این شیوه زوج می‌کوشند یکدیگر را به فکر کردن درباره روش برخورد با مسأله ترغیب کنند. این روش می‌تواند مسأله را حل کند اما حاصل آن غالباً حساسات منفی دو طرف است.

- مراقبه: عدم توافق زوج می‌تواند تا حد یک بحث مخرب تشدید شود، در این صورت حتی اگر زوج به راه حل دست یابد فرایند مراقبه می‌تواند در دراز مدت برای رابطه مخرب باشد.

- بلا تکلیفی: زوج درباره راه حل بحث می‌کند، اما در عین بحث صورت مسأله را پاک می‌کند و هیچ اقدامی انجام نمی‌دهد، و نتیجه رضایت بخشی به دنبال ندارد.

- مصالحه: در این شیوه زن و شوهر با اشتیاق امتیازاتی به یکدیگر می‌دهند که برای دیگری مهم است هر کدام از زوج امتیازی می‌دهد تا امتیازی دریافت کند، این راه حل گاهی مؤثر است لیکن ممکن است برای هر دو طرف همیشه رضایت‌آمیز نباشد.

- مشارکت جویی: در این فرایند هرکدام از زوجین درصدد است راه حلی برای مسأله پیدا کند که به نفع هر دوی آنهاست، در این شیوه زوجین کل اطلاعات خود را برای درک تعارض و پیدا کردن راه حل عملی بکار می‌گیرند. با این روش رابطه تحکیم می‌شود و در دراز مدت باعث صرفه جویی در زمان و انرژی دو طرف می‌شود (میلر و دیگران؛ ترجمه بهاری، ۱۳۸۳).

اگر تعارض زناشویی سرکوب یا واپس زنده شود رضایت زناشویی کاهش و در نهایت زوج به دنبال مفری برای نیازهای شخصی خود خواهند بود. شواهد بسیار واضحی در این زمینه وجود دارد که زوجها در جامعه معاصر مشکلات شدید و فراگیری را هنگام برقراری و حفظ روابط خود تجربه می‌کنند. در واقع مشکل درماندگی زناشویی بیش از هر مقوله روانپزشکی دیگر سبب ارجاع جهت دریافت مراقبتهای بهداشت روانی می‌گردد. در این میان تقاضاهای فزاینده زوجین برای حل مشکلات ارتباطی و زناشویی موجب شکل‌گیری الگوهای متعدد درمانی شده است. هدف این رویکردها فهم متغیرهایی است که بر ثبات و رضایت

زناشویی اثرگذار است همچنین تدوین راهبردهای مداخله‌ایست که متناسب با شرایط خاص زوجها باشد (احمدی و همکاران، ۱۳۸۳). بطور کلی رویکردهای مختلف زوج درمانی را می‌توان به سه دسته تقسیم‌بندی نمود (حسینی غفاری، ۱۳۸۵): رویکردهایی که از روشهای آزمایشی و استقرایی نشأت گرفته‌اند مثل الگوی مک‌ماستر^۱ (۱۹۶۰)، الگوی اولسون^۲ (۱۹۸۳) و الگوی سیستمی بیورز^۳ (۱۹۸۱). رویکردهایی که از ترکیب چند رویکرد به وجود آمده‌اند که معمولترین این تلاشها عبارت است از ترکیب دو سیستم یعنی الگوهای روان‌تحلیلی و رفتاری مثل رویکرد چند سطحی یکپارچه فلدمن^۴ (۱۹۹۲)، رویکرد یکپارچه والش^۵ (۱۹۹۱) و رویکرد زناشویی درمانی یکپارچه نیکلز^۶ (۱۹۸۸) و رویکردهای سستی از جمله: رویکرد رفتاری، خانواده درمانی ساختاری و غیره... از جمله رویکردهای سستی، رویکرد شناختی - رفتاری است که تحقیقات وسیعی در زمینه زوج درمانی با استفاده از این الگو انجام گرفته است.

شناخت درمانی و رفتاردرمانی دو اسم برای شاخه ای از درمان هستند که به کنش باورهای غلط و غیرمنطقی که عامل مشکلات عاطفی و رفتاری هستند، توجه نشان می‌دهد (فاوا^۷، ۲۰۰۰). چنانکه در رویکرد شناختی - رفتاری بر نقش فرایندهای رفتاری و شناختی در شکل‌گیری مشکلات زناشویی و بر استفاده از تدابیر تجربی رفتاری و شناختی برای تغییر الگوهای پاسخ ناکارآمد بهره می‌جویند؛ به گونه‌ای که هم رفتارهای ناخواسته را کاهش دهند و هم رفتارهای سازگارانه افزایش یابد (زارب^۸؛ به نقل از طغیانی، ۱۳۸۴). مدل‌های شناختی و رفتاری در زوج درمانی پیوندی تنگاتنگ دارند (جکویسون، هولتزورت^۹ و مولزو^{۱۰}، ۱۹۸۶؛ ایستین و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از هاوتون و همکاران؛ ترجمه قاسم‌زاده، ۱۳۸۳). به سخن دیگر هدف درمان زناشویی شناختی - رفتاری عبارت است از افزایش رفتارهای مثبت و خوشایند، بهبود در ارتباط، ایجاد مهارت‌های حل مسئله، ایجاد تغییر در الگوهای زیان‌بخش یا

^۱ - Mac Master Model

^۲ - Olson Circumplex Model

^۳ - Beavers System Model

^۴ - Feldman Integrative Multi-level

^۵ - Walsh Integrative approach

^۶ - Nichols Integrative approach

^۷ - Fava, G. B.

^۸ - Zarb

^۹ - Holtzwo

^{۱۰} - Mulzo

مخدوش فکری که ممکن است زوج داشته باشد، پیدا کردن راههایی برای جلوگیری از تشدید تعارضهای تخریبی و کوشش برای تغییر الگوهای رفتاری که به اختلافات زناشویی منجر می شود (قاسم‌زاده، ۱۳۸۳). چنانکه، فینچام^۱ و همکارانش (۲۰۰۰) ارتباط بین اسنادها و رضایت زناشویی و عوامل علی بین اسنادهای نسبت به رفتار منفی همسر و رضایت زناشویی را بررسی کردند. نتایج نشان داد که بین اسنادهای همسران و میزان رضایت آنها رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. افراد مجموعه ای از انتظارات، باورها و تصورات خیالی مربوط به نقش خود و همسرشان را در پیوند زناشویی دخیل می کنند. همچنین در یک مطالعه فرا تحلیل شادیش و بالدوین^۲ (۲۰۰۳) تأثیرات زوج درمانی رفتاری را مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش فرا تحلیل بصورت تصادفی ۳۰ پژوهش که در آنها زوج درمانی رفتاری همراه با گروه کنترل در زوجهای دارای نقش بررسی شده بوده را مقایسه کردند، نتایج نشان داد که زوج درمانی رفتاری بطور بارزی بر کاهش میزان نقش بین زوج و افزایش میزان رضایت آنها از زندگی زناشویی تأثیر دارد. از سوی دیگر مهارتهای حل مسأله و تظاهرات عاطفی نیز در روابط میان زوجین اثرگذار میباشند. جانسون و کوهن^۳ در مطالعه ای به بررسی اثر مهارتهای حل مسأله و تظاهرات عاطفی بر تغییرات میزان رضایت زناشویی پرداختند. یافته ها نشان دادند که بین احساسات مثبت و مهارتهای منفی رابطه قوی وجود دارد. یعنی با افزایش مهارت حل مسأله منفی میزان احساسات مثبت کاهش می یابد. (جانسون^۳ و کوهن و دیگران، ۲۰۰۵).

درمانگری چندبعدی

تمامی روشهای روان‌درمانگری نوعی فرایند یاری‌گری است که در روی‌آوردهای مختلف، به معرفی و بررسی آن پرداخته‌اند (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸). با وجود تنوعی که در شیوه های درمانگری وجود دارد به نظر می‌رسد اغلب متخصصان گرایش به روشی وحدت یافته و تلفیقی‌نگر دارند (جان‌بزرگی، ۱۳۷). تحقیقات پین و همکاران (۱۹۹۲) ترجمه شهیدی و شیرافکن (۱۳۸۳) حاکی از این است که رویکردهای التقاطی و ترکیبی بهترین چشم انداز را در زمینه بکپارچه ساختن معنویت و درمان ارائه می‌دهد، از جمله مدل رابطه درمانی پنج سطحی

^۱ - Finchaem, F.D.

^۲ - Shadish & Baldwin

^۳ - Johnson, D.M. & Cohen, C.L

کلارکسون که در سال ۱۹۹۰ ارائه شد این رویکرد ترکیبی از روانشناسی و عوامل فرا فردی می‌باشد. گارفیلد^۱ و برگین^۲ (۱۹۹۴) در مطالعه خود دریافتند بین ۲۹ تا ۶۸ درصد درمانگران جهت درمانگری خود را تلفیقی ذکر کرده‌اند. در این میان انتخاب مدل درمانی کارآمد باید علاوه بر توجه به متغیرهای اثرگذار مختلف در ایجاد آن مشکل شرایط خاص فرهنگی و بومی را نیز در نظر بگیرد.

محدودیت درمانهای غیرمذهبی

در دهه گذشته انتقادهایی از درمانهای غیرمذهبی شده است، چنانچه بتدریج فرایند درمانگری لاقابل بنخاطر مسائل مرتبط با هزینه ها فرایندهای مختصر در نظر گرفته می‌شود. در این شرایط درمانگر متمایل به معنویت براساس عقاید مسیحیت یا عقاید معادل دیگر راه توفیق یافتن از جانب خدا را باز می داند که تلویحاً بیانگر وجود امکان بیشتر برای تغییر و رشد مراجع است. این تغییر و رشد بسیار بیشتر از رشدی است که از طریق مهارتهای معمول درمانگر امکانپذیر می‌شود. (وست، ترجمه: شهیدی و شیرافکن؛ ۱۳۸۳) در این راستا تحقیقات بسیاری به بررسی عوامل موثر بر درمان مشکلات زناشویی پرداخته‌اند که با توجه به این پژوهشها اعتقادهای مذهبی افراد در سلامت روانی و جسمانی و اثربخشی درمان تأثیرگذار است (کوئینگ^۳، ۲۰۰۴).

معنویت و مذهب

(الکینو و دیگران، به نقل از جیمز، ۲۰۰۳) درباره مفهوم معنویت از نظر افراد جامعه تحقیق کرده و تعریف زیر را ارائه داده‌اند:

معنویت از واژه لاتین اسپیریٹوس به معنای نقش زندگی یا «روشی برای بودن» و «تجربه کردن» است که با آگاهی یافتن از یک بعد غیرمادی بوجود می‌آید و ارزشهای قابل تشخیص آن را معین می سازد این ارزشها به دیگران، خود، طبیعت و زندگی مربوط است و به هر چیزی که فرد به عنوان غایی قلمداد می‌کند، اطلاق می‌شوند.

^۱ - Garfield, S. L.

^۲ - Bergin, A. E.

^۳ - Koeing

بررسی نظریات موجود نشان می‌دهد که اکثر محققان در این حیطه بر این باورند که معنویت و مذهب دو واژه تقریباً همپوش هستند اما معنویت مفهومی کلی‌تر از مذهب است. کلی (۱۹۹۵؛ به نقل از میلر، ۲۰۰۳) معتقد است معنویت یک ارتباط شخصی با جهان را شامل می‌شود، درحالی‌که در مذهب اعتقاد به آیین، عرف و پرداختن به مناسک دین خاصی مدنظر است.

آملینگ و پاولونس^۱ (۲۰۰۱) به نقل از تامپسون^۲ (۲۰۰۲) از مذهب به مثابه "یک مجموعه عقاید سازمان یافته" یاد می‌کند که به پاسخ‌گویی سؤالات زندگی اقدام می‌کند و در قالب ستون مذهبی، تشریفات و اعمال سازمان‌دهی می‌شود.

امروزه اکثر دانشمندان مذهب پذیرفته‌اند که مذهب به نیاز انسان برای معنای غائی در تجارب زندگی جهان همچون تولد، مرگ، زندگی، آزادی، طبیعت، کار، لذت و اندوه اشاره دارد. تحقیقات نشان داده معنویت فهم بهتری از چالشهای زندگی به انسان می‌دهد و به او کمک می‌کند تا برای موقعیتهای سخت دلایل بزرگ بیابد که ماوراء نیازها و نگرانی‌های آنی باشد. بنابراین رسیدن به این سطح از بینش زندگی فرد را به سمت هدف کلی‌تر سوق می‌دهد که می‌تواند خود منشأ رشد شخصی برای فرد باشد و رضایت او را از زندگی افزایش دهد (کروز، ۲۰۰۳).

مداخله‌های معنوی

ریچاردز^۳ و برگین^۴ (۱۹۹۷) در کتابی که توسط انجمن روانشناسی آمریکا به چاپ رسیده است، نوعی راهبرد معنوی برای استفاده در مشاور و روان‌درمانی مطرح می‌کنند در این قسمت، بخش از این مداخله‌ها توضیح داده می‌شود.

برخی از این مداخله عبارتند از: دعا کردن برای مراجعان و ترغیب آنان به دعا کردن، بحث در مورد مسائل الهی، استفاده از نوشته‌های کتابهای مقدس در امر درمان، استفاده از فنون تن آرامی معنوی و تصویرسازی، ترغیب مراجعان به بخشش و ایثار، کمک کردن به مراجعان

^۱ - Ameling and Pavilonis

^۲ - Thompson

^۳ - Krause

^۴ - Richards, P. S.

^۵ - Bergin, A. E.

برای هماهنگ و همخوان بودن با ارزشهای معنوی، مشاوره با رهبران مذهبی و استفاده از کتاب درمانی مذهبی. آنها به شواهد تحقیقی وسیعی اشاره می‌کنند که مؤید اینگونه مداخله‌های معنوی هستند. در حال حاضر بسیاری از مکاتب درمانی عمده از مداخله‌های معنوی استفاده می‌کنند (وست، ترجمه: شهیدی و شیرافکن، ۱۳۸۳).

پیشینه پژوهش

پژوهشهای انجام شده در خصوص نقش مذهب و اثر آن بر سلامت روان موید تأثیر مثبت دین بر درمان اختلالات و مشکلات مختلف روانشناسی می‌باشد؛ به طوریکه (کوئینگ و همکاران، ۱۹۹۷؛ لارس و کوئینگ، ۲۰۰۰؛ به نقل از صدری و هماران، ۱۳۸۴) در مطالعه خود نشان دادند که عقاید مذهبی قویتر، باعث ایجاد اثر مثبت روانی می‌شود که در ارتقاء بهداشت روانی مؤثر است. همچنین اعتقادات مذهبی باعث افزایش سلامت روان افراد شده و رابطه مستقیمی بین مذهب و قدرت انطباق با محیط وجود دارد.

ساروگلو^۱ (۲۰۰۰) در پژوهش فرا تحلیلی خود رابطه بین مذهب و پنج عامل شخصیت را مورد بررسی قرار دادند در این پژوهش با توجه به ابزارهای سنجش مذهب به چهار مقوله طبقه بندی شد.

۱) مذهب درونی (۲) مذهب باز یا پخته^۲ (۳) بنیادگرایی مذهبی^۳ (۴) مذهب بیرونی نتایج حاکی از آن بود که خوشایندی وجدیت عواملی هستند که ارتباط زیادی با مذهبی بودن دارند بطوریکه مذهب بطور نظامند با سایکوتیک گرایی کم مربوط است همچنین مذهب باز و پخته با استواری هیجانی بالا همبستگی دارد و مذهبی بودن با سطح پایینی از نوروزگرایی مربوط است در حالیکه باز بودن ارتباط منفی با بنیادگرایی مذهبی داشت و مذهب با برون گرایی مرتبط بود.

. دانش (۱۳۸۳) میزان تأثیر خودشناسی اسلامی را در درمان اختلافهای زناشویی مورد بررسی قرارداد، نتایج حاکی از آن بود که افزایش خودشناسی به طور معناداری باعث افزایش سازگاری زناشویی می‌شود. (مائیس و هاجرز ۲۰۰۱؛ به نقل از مور و همکاران، ۲۰۰۱) مذهب و معنویت را به صورت متغیرها و مداخله‌های مستقلی در زندگی می‌دانند، آنها بر مکانیزمهای

¹ Saroglou, V.

² Open and mature

³ Religious fundamentalism

رفتاری و شناختی موثری تأکید می‌کنند که این مکانیزمها توسط مذهب و معنویت بر روابط بین فردی در طول فراخنای تحولی تأثیرگذار می‌باشد.

ماهنی^۱ و همکاران (۱۹۹۹) به بررسی نقش سازه‌های دوری و نزدیکی مذهبی در کنشهای زناشویی پرداخت، نتایج حاکی از آن بود که هم در زنان و هم مردان متغیرهای سازه‌های نزدیکی به مذهب مستقیماً در انسجام ازدواج منعکس شده و با سازگاری کلی‌تری در ازدواج، منافع دریافتی، تعارضات زناشویی کمتر، همکاری و نزدیکی کلامی بیشتر، استفاده کمتر از پرخاشگری کلامی و به بن‌بست رسیدن در مواقع عدم توافق منعکس گردید.

ساکسنا و همکاران^۲ (۲۰۰۶) در پژوهشی با عنوان مطالعه بین فرهنگی از معنویت و مذهب به عنوان مولفه‌های کیفیت زندگی تحقیقی بین المللی در ۱۸ کشور انجام داد، نتایج نشان داد معنویت و مذهب میزان بالایی از واریانس حوزه‌های کیفیت زندگی را تبیین می‌کند.

(پراپست^۳، ۱۹۸۸، پراپست، آستروم، وانکین، دین^۴ و ماسبرن؛ ۱۹۹۲؛ به نقل از جیمز، ۲۰۰۳) در مطالعه ای درمان شناختی - رفتاری همراه با تصویرسازی ذهنی مذهبی^۵ را با درمان شناختی - رفتاری بدون تصویرسازی ذهنی مذهبی بر روی دو گروه از بیماران اجرا کردند، نتایج تأثیر مثبت بیشتری را در گروه نخست نشان داد. در این پژوهش نیز در کنار بهره جستن از روشهای شناختی - رفتاری و با در نظر گرفتن، استعدادهای این رویکرد در درمان اختلالات زناشویی، با آگاهی از این مطلب که بدون توجه به ساختار وجودی انسان و بدون لحاظ کردن بعد معنوی در زوجها به نتیجه کامل درمانی دست نمی‌یابیم، الگویی از تلفیق این رویکرد با جهت گیری مذهبی ارائه می‌دهیم. با توجه به پویایی های گروه، این روش به شیوه گروهی انجام می‌شود. خدیوی زند (۱۳۸۲) فضاهای بالینی گروهی را فضاهایی می‌داند که از رویارویی و ارتباطهای هر فردی با دیگر افراد و یا چیزها در گروه پیدا می‌شود. فضاهای بالینی گروه های درمانی از جمله فضاهای بالینی گروهی است. در واقع هر نگاه، حرکت، کلمه، لبخند، گردش چشم، فشردن دست، نشستن، برخاستن، آمدن، رفتن، جابجا شدن، سخن گفتن، ساکت بودن، پذیرفتن، رد کردن، فریاد، گریه... یک هنگامه است، از لحظه ای که یک فرد وارد گروه می‌شود

^۱ - Mahoney, A.

^۲ - Saxena

^۳ - Propest.

^۴ - Ostrom, Watkin, Dean, Mashbrn

^۵ - Religions - Imagery Treatment

هنگامه های تازه برپا می‌شود، رفتارها، حالتها، خیالها، اوهام، امیدها، هیجانها، میلهای آن فرد و تمام گروه دگرگون می‌شود: گروه به نوبه خود دستخوش تغییرات و ارتباطات تازه ای می‌گردد که از رفتارها، حالتها، جنسیت، ارزشها، عقاید، مقامها و نقشهای هر فرد در گروه بروز می‌کند. ارتباطات گروهی، ارتباطی خطی و علت و معلولی و یک طرفه نیست بلکه ارتباطها بیچند سویه است.

در حقیقت گروه درمانی بخودی خود واجد یک سری مزایای درمانی می باشد که درمان فردی فاقد آن است. امروز، متخصصین گروه درمانی را با رویکردهای مختلف از جمله: انسانگرایی، گشتالت، روان تحلیلی، شناختی و تحلیل تبدالی مورد استفاده قرار می دهند (صاحبی و جمعه پور، ۱۳۸۲).

خلاصه ای از جلسات درمانی

بطور کلی این جلسات با معارفه و آشنایی اعضای گروه با همدیگر آغاز می‌شود، افراد گروه بطور مختصر در مورد مشکل خود و دلیل مراجعه‌شان به کلینیک صحبت می کنند، پیش از آن در مورد رازداری در گروه و دلایل آن با اعضا بحث می‌شود به گونه ای که خودشان به ضرورت رازداری آگاه شده و بطور آگاهانه آنرا بپذیرند، در مورد منطبق مدل تعاملی برایشان توضیح داده می شود (پیش از انتخاب اعضاست نگرش مذهبی توسط آنها تکمیل و گروه با هم همگن خواهند بود)، همچنین در خصوص سبک زندگی سؤالاتی پرسیده می شود و اطلاعاتی در مورد فواید رعایت نظم در زندگی به گروه داده می شود و در ادامه در مورد برنامه ریزی اوقات و ساعات روز (خوابیدن خوردن، تفریح، عبادت، تفکر، ورزش، دیگران...) با توجه به متون مذهبی بحث و از اعضا بازخورد دریافت خواهد شد.

در بخش رفتاری گروه را با تبادل رفتار آشنا می‌کنیم، از آنها خواسته می شود فعالیتهایی که می تواند در رضایت زناشویی اثر مثبتی داشته باشد مشخص کنند و انجام دهند این رفتارها تغییرات مثبتی در الگوی تعاملی زوجها در ابتدای درمان ایجاد می کند و زمینه لازم را برای بحث در مورد مسائل عمده فراهم میکند، وپذیرش درمانگر را از نظر زوج بیشتر می گرداند.

در ادامه با نظر به متون مذهبی در خصوص کنترل خواسته ها و مفهوم توکل، اثرات آرامش بخش آن در زندگی بحث و نمونه هایی از سوی درمانگر ارائه می شود همچنین از

اعضا گروه خواسته می شود تجربیات خود را در زمانهای مختلف با توجه به بحث مورد نظر بیان کنند.

در بخش شناختی - رفتاری، ضمن توضیح در مورد رفتار، تفکر و فیزیولوژی بطور جداگانه، مدل سه سیستمی هیجان در انسان (مدل A-B-C) یعنی، رابطه رفتار، تفکر و فیزیولوژی با مثالهایی به گروه توضیح داده می شود به گونه ای که اعضا به خوبی به اثرات متقابل این سه مولفه بر هم آگاه شوند، از اعضا خواسته می شود ابتدا این رابطه را در شخص ثالث شناسایی کنند و سپس موقعیتهایی که اخیراً تجربه کرده اند را با توجه به جدول سه ستونی (رویداد فعال کننده، یاور یا فکر و پیامد هیجانی) پر کنند، به این ترتیب اعضا تغییرات هیجانی، حوادث همراه با آنها را شناسایی می کنند. در ادامه در خصوص تفکرات متعصبانه غیرمنطقی، غیرمذهبی بحث می شود آنچه جز و دین پنداشته می شود، لیکن دلیلی بر آن وجود ندارد و از سوی دین تائید نمی شود، همچنین با توجه به مدل سه سیستمی هیجان در مورد بد گویی در مورد همسر و اثر آن در رفتار و فکر بحث و با توجه به متون دینی مضرات آن یادآور می گردد.

در بخش شناختی به برخی از خطاهای شناختی که در تحقیقات نشان داده شده در بین زوجین و در اختلافات زناشویی فراوانی بیشتر دارد همراه با مثالهایی برای هرکدام توضیحاتی داده می شود، از جمله: ادراک گزینشی، ادراکها، اسنادها وغیره...


در کنار شناسایی خطاهای شناختی اعضا و تمرین در مورد آنها با استفاده از آموزه های مذهبی در خصوص گفتگوی مؤثر مذهبی و تمرین کنترل زبان نکات کلیدی و مفیدی به اعضا گفته می شود. همچنین با اشاره به آیات و روایات در مورد مثبت نگری و اثرات آن بر روابط بین فردی به اعضا اطلاعاتی داده می شود و از آنها نمونه هایی در زندگی واقعی پرسیده می شود.

در جلسات بعد روی موانع ارتباطی در روابط از جمله: انتقاد، برچسب زدن، تهدید، دستور و... توضیح داده می شود، از گروه درخواست می شود در هر مورد مثالهای عینی از بکار بردن این موانع ارتباطی و نتایج ناشی از آن برای دیگر اعضا بزنند، در همین خصوص موانع ارتباطی که از نظر مذهبی به آن اشاره شده نیز گفته می شود از جمله: خشم، عدم صبر و....

جلسه بعد به مهارتهای ارتباطی و اثرات آن بر بهبود روابط بحث می شود که از جمله مهمترین آنها، مهارتهای گوش دادن می باشد و در زمینه مذهبی با استفاده از قرآن دینی آنچه

بعنوان مهارتهای ارتباطی در متون مذهبی آمده بیان می شود، از جمله: گذشت، احترام، ابراز محبت و

در آخرین جلسه درمان با اعضا گروه در مورد مهارتهای حل مسئله بحث می شود و تمرینات لازم صورت می گیرد، و با توجه به آموزهای دینی راجع به امید، آثار آن در زندگی و روابط بین فردی خصوصاً روابط خانوادگی توضیحات کامل داده می شود. در هر جلسه با توجه به محتوای آن جلسه تکالیف خانگی داده می شود و در انتهای هر جلسه از تصویرسازی ذهنی با محتوای مذهبی با هدف، ایجاد آرامش استفاده می شود.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- احمدی، خ. فتحی آشتیانی، ع و نوابی نژاد، ش. (۱۳۸۴). بررسی عوامل زمینه ای، فردی و ارتباطی دو جانبه ای مؤثر بر سازگاری زناشویی. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۳۱(۳)، ۲۳۷-۲۲۱.
- احمدی، خدابخش؛ آشتیانی، علی؛ و اعتمادی، احمد. (۱۳۸۳). بررسی تاثیر مداخله‌ای حل مشکل خانوادگی بر کاهش نامازگاری زوجین. مجله روانشناسی (۳۲)، سال هشتم، شماره ۴.
- البری، ک. دانیل. هیمن، ریچارد ای. جانگما، آرتور ای. (۱۳۸۴). راهنمای گام به گام درمان مشکلات زناشویی (طرح های مدون زوج درمانی). ترجمه: سید علی کیمیایی و زهرا باقریان. تهران: انتشارات رشد.
- برنشتاین، فلیپ اچ و برنشتاین، ماری تی. (۱۳۸۴). زناشویی درمانی: از دیدگاه رفتاری - ارتباطی. ترجمه: حسن پور عابدینی نائینی و غلامرضا منشی. تهران: انتشارات رشد.
- جان بزرگی، مسعود. (۱۳۷۸). بررسی اثر بخشی روان‌درمانگری کوتاه مدت با وبدون جهت گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی. رساله دکتری روانشناسی. دانشگاه تربیت مدرس.
- حسینی غفاری، فاطمه. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر نظریه انتخاب در مقایسه با درمان انگیزشی نظام دار بر میزان رضایت زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه فردوسی مشهد.
- خدیبوی زند، محمد مهدی. (۱۳۸۲). هنگامه های آزادی درمانی. فصلنامه تازه های روان‌درمانی. سال هفتم، شماره ۲۷ و ۲۸. ص ۲-۱۲۸.
- دانش، ع. (۱۳۸۳). تأثیر خودشناسی اسلامی در افزایش سازگاری زناشویی. فصلنامه تازه ها و پژوهشهای مشاوره. جلد ۳. شماره ۱۱. تهران: انجمن مشاوره ایران.
- شواد میلرفیلیس میلر، الام و، نانالی، دانیل ب، واکمن. (۱۳۸۵). آموزش مهارت های ارتباط زناشویی. ترجمه: فرشاد بهاری. تهران: انتشارات رشد.
- شعبانی، افسانه. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر رضایتمندی زناشویی زوجین. پایان نامه کارشناسی ارشد مطالعات زنان. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.
- صاحبی، علی و جمعه پور، حمید (۱۳۸۲). شناخت درمانی گروهی. فصلنامه تازه های روان‌درمانی. سال هفتم، شماره ۲۷ و ۲۸. ص ۱۶۴-۱۸۳.
- صالحی فرددی، جواد. (۱۳۷۸). رضامندی زناشویی: گزارشی از تدوین و هنجاریابی پرسشنامه رضایت زناشویی بر روی نمونه ای از دانشجویان دانشگاه فردوسی. فصلنامه تازه های روان‌درمانی، ۱۳ و ۱۴، ۱۰۸-۸۴.
- صدری، محمدرضا. غیاری بناب، باقر. کججاف، محمد باقر. (۱۳۸۴). نقش دین (توکل به خدا) در بهداشت روانی. فصلنامه تازه های روان‌درمانی. سال دهم، شماره ۳۷ و ۳۸. ص: ۹۰-۱۰۹.
- طیفانی، زهرا. (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی آموزش گروهی بانوان و آموزش غیرحضوری همسران آنها به شیوه شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه اصفهان.
- فرقانی، رضوان. (۱۳۸۲). بررسی اثربخشی آموزش گروهی شناختی رفتاری بر رضایت زوجین. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه اصفهان.
- گلدنبرگ، ا. گلدنبرگ، ه. (۱۳۸۲). خانواده درمانی. ترجمه برواتی، ح. رنقشیدی، س. تهران: روان.
- مولوی نیا، محمد جواد. (۱۳۸۵). دانستی های جنسی و زناشویی. تهران: انتشارات امام عصر.
- نظری، علی محمد و نوابی نژاد، شکوه. (۱۳۸۴). بررسی تأثیر برنامه بهبود بخشی ارتباط بر رضایت زناشویی زوجین هر دو شاغل. تازه ها و پژوهشهای مشاوره. بهار ۱۳۸۴؛ ۴(۱۳): ۳۵-۵۹.

هاوتون، کیت؛ کرک، جوان؛ سالکوس کیس، پال و کلارک، دیوید. (۱۳۷۸). رفتار درمانی شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلال های روانی. ترجمه حبیب ا... قاسم زاده. (جلد دوم)، تهران: انتشارات ارجمند. وست، و (۱۳۸۳). روان درمانی و معنویت. ترجمه ش شهیدی و س.ع. شیرافکن. تهران: انتشارات رشد.

Reference

- Bray, J. H. (1995). Family assessment: Current issues in evaluating families. *Family Relation*, 44, 4. 469-477. Shh.
- own, N. (1998). Relationship Belief and Marital Expectation. *Journal of Marriage and Family*.
- Denise Sousou, S. (2004). The Role of Agreeableness and Neuroticism In Marital Satisfaction: Actor And Partner Contributions. Dissertation Submitted To The University At Albany, State University Of New York.
- Fava, G.A. (2000). Cognitive Behavioral Therapy. *Encyclopedia of Stress*, 1, 484-487.
- Fincham, F. D., Harold, G.T. & Gano-Phillips, S. (2000). The Longitudinal Association between Attributions and Marital Satisfaction: Direction of Effects and Role of Efficacy Expectations. *Journal of Family Psychology*, 14, 267-285.
- Garfield, S. L & Bergin, A.E. (1994). Introduction and historical overview, In A. E. Bergin and S.L. Garfield (Eds), *Handbook of psychology and behavior change*, (4 Th ed) New York: Wiley.
- Gordon, K.C., Baucom, H., Epstein, N, B., Burnett, C.K., & Rankin, L.A. (1999). The interaction between marital standards and communication patterns: How does it contribute to marital adjustment? *Journal of Marital and Family Therapy*. 25(2), 211- 223.
- James, A & Wells, A. (2003). Religion and mental health: Toward a cognitive behavioral framework. *British Journal of Health psychology*, 8, 359-376.
- Johnson, D.M., Cohen, C. L., & et al. (2005). Problem-Solving Skills and Affective Expressions as Predictors of Change in Marital Satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 15- 27.
- Koenig, H.G. (2004). Spirituality, Wellness, and Quality of Life. *Sexuality, Reproduction & Menopause*, 2.2. 76-82.
- Krause, N. (2003). Religious Meaning and Subjective Well-being in Late Life. *The journal of Gerontology*.
- Mahoney, A. Pargament, K.I. Jewell, T. Swank, A. B. Scotte, E. Emery, E & Rye, M. The role of proximal distal religious constructs in marital functioning. *Journal of Family psychology*, vol 13(3) 321-338.
- Miller, G. (2003). *In corporating Spirituality in Counseling and psychotherapy (Theory and Technique)*. New Jersey: John Wiley.
- Moore, T. Kloos, B. rasmussen, R. (2001). Complementary inquiry and collaborative interventions of spirituality, religion, and psychology. *Journal of community psychology*, vol 29(5) 487-495.
- Reichards, P.S. and Bergin, A. E. (1997). *A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Saxena, shekhar. WHOQOL SRPB Group. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine* 62, 1486-1497.
- Saroglou, V. (2002). Religion and the five factors of personality: a meta-analytic review. *Personality and individual differences*. vol 32, 15-25.
- Schwartz, R.C. (2000). Does Couple And Family Have Emotional Intelligence. *International Journal Of Family Therapy*, 19, 44-53.
- Shadish, W. and Baldwin, S. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 547-570.
- Sinha, p., & Mukerjee, N. (1991). Marital adjustment and space orientation. *Journal of social psychology*, 130, 633-639.
- Thompson, I. (2002). Mental health and spiritual care. *Proquest Nursing Journals. art&science*. 17.9. 33-38.
- Walsh, W. (1991). *Case Study in Family Therapy: An Integrated Approach*. Boston: Allyn and Bacon.
- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2003). *Emotional, Behavioral, and Health*.