

بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان با طراحی مذهبی - معنوی بر کاهش علائم و بهبود عملکرد عمومی زنان مبتلا به اختلال‌های اضطرابی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۹/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۳

رقیه سادات میرجلیلی^۱، مسعود جان بزرگی^۲، سید کاظم بتول زاده طباطبایی^۳، عباس پسندیده^۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان با طراحی مذهبی - معنوی بر کاهش علائم و بهبود عملکرد عمومی زنان مبتلا به اختلال‌های اضطرابی بود. برای انجام پژوهش از طرح تک‌آزمودنی از نوع خط پایه چندگانه با دوره پیگیری استفاده شد. سه زن مبتلا به اختلال‌های اضطرابی از طریق مصاحبه بالینی ساختار یافته براساس معیارهای تشخیصی DSM-5 برای اختلال‌های اضطرابی و به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ارزیابی‌ها با استفاده از مقیاس‌های اضطراب بک و سازگاری شغلی و اجتماعی در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری یک ماهه و سه ماهه صورت گرفت. مداخله در دوازده جلسه هفتگی و به صورت انفرادی انجام شد. داده‌ها با استفاده از روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا، درصد بهبودی و اندازه اثر تحلیل شد. نتایج نشان دهنده روند کاهشی هر سه مراجع در علائم اضطراب و بهبودی قابل ملاحظه‌ای در عملکرد عمومی بود؛ این نتایج در پیگیری یک ماهه و سه ماهه نیز حفظ شد. اندازه اثر درمان و درصد بهبودی کلی درمان نیز به لحاظ آماری معنادار محاسبه شد. براساس نتایج، درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان با طراحی مذهبی - معنوی یک مداخله فراتشخیصی مؤثر در کاهش علائم و بهبود عملکرد عمومی زنان مبتلا به اختلال‌های اضطرابی است.

واژگان کلیدی: درمان فراتشخیصی مذهبی - معنوی، تنظیم هیجان، اختلال‌های اضطرابی.

1. دکترای تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. Email: ra.mirjalili@modares.ac.ir

2. استاد گروه روان‌شناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران. (نویسنده مسئول) Email: psychjan@gmail.com

3. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. Email: rasool134@yahoo.com

4. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه قرآن و حدیث، قم، ایران. Email: Pasandide@riqh.ac.ir

۱. مقدمه

اختلال‌های اضطرابی یکی از مهم‌ترین دلایل ناتوانی در جهان است که شیوع طول عمر آنها بیش از ۲۹٪ و شیوع دوازده ماهه آنها ۲۰٪ گزارش شده است. کسلر، چيو، دلمار، و والترز^۱ (۲۰۰۵). علامت اصلی مشترک در این اختلال‌ها، اضطراب یا ترس شدید و ناتوان کننده و ناهنجاری‌های رفتاری است (DSM-5^۲). انجمن روان پزشکی آمریکا^۳ (۲۰۱۳). آمارهای به دست آمده در مطالعات همه‌گیرشناسی اختلال‌های روان پزشکی در جمعیت ایرانی نیز حاکی از شیوع ۸/۶٪ - ۱۵٪ اختلال‌های اضطرابی است که بیشترین شیوع را میان سایر اختلال‌ها دارد (محمدی، رهگذر، باقری یزدی، و همکاران، ۱۳۸۲؛ رحیمی موقر، امین اسماعیلی، شریفی، و همکاران، ۲۰۱۴). در مطالعه پیمایش سلامت روان در ایران که در سال ۱۳۹۰ انجام شد، اختلال‌های اضطرابی، شایع‌ترین طبقه اختلال‌ها شناخته شدند (۱۵/۶٪) که شایع‌ترین طبقه خاص بعد از اختلال افسردگی اساسی (۱۲/۷٪)، اختلال اضطراب فراگیر (۵/۱٪) بود (رحیمی موقر، امین اسماعیلی، شریفی، و همکاران، ۲۰۱۴). شیوع این اختلال‌ها برای زنان ۱۹/۴٪ و برای مردان ۱۲٪ گزارش شده است (رحیمی موقر، امین اسماعیلی، شریفی، و همکاران، ۲۰۱۴) که حاکی از اهمیت توجه به این اختلال‌ها در جمعیت زنان است. اختلال‌های اضطرابی علاوه بر رنج بسیار زیادی که برای فرد ایجاد می‌کند، سبب افزایش استفاده از خدمات پزشکی غیر روان پزشکی، افزایش کلی هزینه‌های بهداشت عمومی و از دست رفتن ساعات کاری می‌شود (ریکاردی، کورت، و اشمیت، ۲۰۱۷). این اختلال‌ها، مسئول ۲۴٪ از بار بیماری^۶ در اختلال‌های روانی است (ماترز، ووس، و استیونسون، ۱۹۹۲).

علاوه بر شیوع و هزینه‌های بالای اختلال‌های اضطرابی، پدیده همبودی در این اختلال‌ها نیز قابل توجه است. بیش از ۷۰٪ بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی یک اختلال روانپزشکی همبود نیز دارند و ۵۰٪ بیماران با اختلال اضطرابی اولیه، معیارهای یک اختلال

1. Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E.
2. The Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)
3. American Psychiatric Association (APA)
4. Rahimi-Movaghar, A., Amin-Esmaili, M., Sharifi, V., & et al
5. Riccardi, C. J., Korte, K. J., & Schmid, N. B.
6. Burden Of Disease
7. Mathers, C., Vos, T., & Stevenson, C.

اضطرابی دیگر را تجربه می‌کنند (ساندرسون، دینارو، راپ، و بارلو، ۱۹۹۰). همبودی بالا در اختلال‌های اضطرابی با شدت بیشتر اختلال، ناتوانی بیشتر، جست‌وجوی کمک بیشتر و پیامدهای بدتر اختلال اولیه نسبت به افراد بدون همبودی همراه است (نویس، ۲۰۰۱). بر اساس شواهد، همبودی در اختلال‌های اضطرابی، به‌طور معناداری احتمال موفقیت در تشخیص و اثربخشی درمان اختلال اضطرابی را کاهش می‌دهد (ویتچن، کسلر، بسدو، کراس، هافلر، هاینر، ۲۰۰۲) و درمان را با چالش‌هایی روبرو می‌کند که از آن جمله می‌توان به دشواری بیشتر برای انجام تکالیف منزل، ارزیابی پیشرفت و تمرکز بر روی یک مشکل در یک زمان خاص اشاره کرد.

همبودی بالا بین اختلال‌های اضطرابی، همپوشی فنوتایپی^۴ در این اختلال‌ها (که منجر به عدم پایایی تشخیصی^۵ می‌شود)، عدم تجانس^۶ قابل توجه بین طبقه‌های تشخیصی، تمایز ضعیف بین اختلال‌های هیجانی در ظاهر مجزا (براون، دینارو، لمان، کمپل، ۲۰۰۲) و شواهد گسترده در مورد پردازش‌های علت‌شناختی و نگهدارنده مشابه زیربنای اختلال‌های اضطرابی (نیویی، میکنون، کین، گیلیوی، داگلیش، ۲۰۱۵)، سبب علاقه روزافزونی به شناسایی عوامل مشترک زیربنایی در آسیب‌شناسی اختلال‌های اضطرابی و سایر اختلال‌های هیجانی مرتبط شده است (براون، و بارلو، ۲۰۰۹). شناسایی عوامل مشترک زیربنایی اختلال‌ها، سبب حرکت از رویکرد تک-تشخیصی به رویکردهای فراتشخیصی در فهم و درمان اختلال‌های اضطرابی و افسردگی شده است که فراتر از طبقه‌بندی‌های موجود بر فرایندهای مشترک زیربنایی این اختلال‌ها تمرکز می‌کند (کراسک، ۲۰۱۲). رویکرد فراتشخیصی، شباهت‌های بین اختلال‌های روانی چندگانه و به‌ظاهر مجزا را در افراد برجسته می‌کند و به این موضوع می‌پردازد که آسیب‌شناسی شامل چندین عامل سطح بالاتر است که در اختلال‌ها مشترک است (براون، و بارلو، ۲۰۰۹؛ نورتون، و پائولوس، ۲۰۱۶). جست‌وجوی فرایندهای زیربنایی مرتبط با علائم

1. Sanderson, W. C., Dinardo, P. A., Rapee, R. M., & Barlow, D. H.
2. Noyes, Jr. R.
3. Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P., Hofler, M., & Hoyer, J.
4. Phenotypal Overlap
5. Diagnostic Unreliability
6. Heterogeneity
7. Brown, T. A., DiNardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A.
8. Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T.
9. Brown, T. A., & Barlow, D. H.
10. Craske, M. G.
11. Norton, P. J., & Paulus, D. J.

بین اختلال‌های هیجانی و روان‌درمانی‌های مختلف، به لحاظ نظری مقتصدانه‌تر^۱ است و بهره‌وری درمانی را تقویت می‌کند.

شواهد پژوهشی زیادی مبنی بر خصوصیات مشترک و متمایزکننده^۲ اختلال‌های اضطرابی و فرایندهای فراتشخیصی درگیر در آنها وجود دارد. (فرسکو، همبرگ، منین، و تارک، ۲۰۰۲) یکی از فرایندهای فراتشخیصی شناخته‌شده، تنظیم هیجان است (گراتز، ویس، و تول، ۲۰۱۵). تامپسون^۵ (۱۹۹۴) تنظیم هیجان را شامل فرایندهای درونی و بیرونی می‌داند که مسئول نظارت، ارزیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی به‌ویژه اشکال شدید و موقتی برای نیل به اهداف فردی است. تنظیم هیجان، در طیف گسترده‌ای از اختلال‌های اضطرابی بررسی شده و فرایندی زیربنایی در اختلال‌های اضطرابی و سایر اختلال‌های هیجانی است (مکلافلین، منین، و فاراچ، ۲۰۰۷). براساس یافته‌ها، نارسایی در تنظیم هیجان، نقش مهمی در پدیدارشناسی اختلال‌های خلقی و اضطرابی دارد (کارل^۷، و همکاران، ۲۰۱۳). یافته‌های فراتحلیل اسلون، هال، مولدینگ، برس، میلرد و استاگر^۸ (۲۰۱۷) نشان داد که درمان‌های روان‌شناختی مجزا برای تعدادی از اختلال‌های متفاوت که فقط برای تنظیم هیجان طراحی نشده‌اند، تغییرات معناداری در این سازه ایجاد کرده است. براساس این یافته، تنظیم هیجان سازه‌ای فراتشخیصی در اختلال‌هاست (نورتون، و پائولوس، ۲۰۱۶).

روان‌درمان‌های متعددی وجود دارد که بر راهبردهای تنظیم هیجانی تأثیرگذار است و از این طریق موجب کاهش علائم بالینی در اختلال‌های روانی می‌شود. برخی از این درمان‌ها مانند پروتکل یکپارچه^۹ (بارلو، و همکاران، ۲۰۱۱) و درمان تنظیم هیجان^{۱۰} (منین، و فرسکو، ۲۰۱۴) به‌طور مستقیم، تنظیم هیجان را هدف قرار می‌دهند و برخی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و

1. Parsimonious
2. Overlapping And Distinguishing Features
3. Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Mennin, D. S., & Turk, C. L
4. Gratz, K. L., Weiss, N. H., & Tull, M. T.
5. Thompson, R. S.
6. Mclaughlin, K. A., Mennin, D. S., & Farach, F. J.
7. Carl, J. R.
8. Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K
9. Unified Protocol (U P)
10. Emotion Regulation Therapy
11. Mennin, D. S., & Fresco, D. M.

تعمهد (هیز، استروشال، و ویلسون، ۱۹۹۹) به طور غیرمستقیم اثرات مثبتی بر تنظیم هیجان می‌گذارد (به نقل از گراتز، و همکاران، ۲۰۱۵). هریک از این درمان‌ها می‌توانند بدون نیاز به متناسب‌سازی^۲ برنامه درمان، برای طیف گسترده‌ای از اختلال‌های هیجانی به کار برده شوند و بدین ترتیب هزینه‌های ناشی از ارزیابی دقیق اختلال و آموزش درمان‌های چندگانه را کاهش دهند.

علاوه بر پژوهش‌هایی که به مطالعه تنظیم هیجان به صورت سازه‌ای فراتشخیصی پرداخته‌اند، پژوهش‌های گسترده‌ای ارتباط فرهنگ و مؤلفه‌های فرهنگی را با تنظیم هیجان مطالعه کرده‌اند. براساس این مطالعات، فرهنگ از طریق فراهم کردن ارزش‌ها و قواعدی که مشخص می‌کند کدام هیجان‌ها و کدام شیوه ابراز هیجان مناسب است و کدام شیوه مناسب نیست، نقش مهمی در تنظیم هیجان‌ها دارد. فرهنگ بر انگیزه افراد برای تنظیم هیجان‌ها اثر می‌گذارد و تعیین می‌کند که آیا تنظیم هیجان انطباقی است یا غیرانطباقی (فورد، و ماوس، ۲۰۱۵). یافته‌های این مطالعات نشان می‌دهد که افراد وقتی هیجان‌های مثبت یا منفی را تجربه می‌کنند، بسته به فرهنگ خود از روش‌های مختلف برای حفظ، افزایش یا کاهش هیجان استفاده می‌کنند (میا موتو، ما، پترمن، ۲۰۱۴). این یافته‌ها بر اهمیت توجه به باورها و ارزش‌های حاکم بر فرهنگ جامعه در مورد هیجان‌ها و تنظیم هیجان‌ها و در نظر گرفتن این ملاحظات فرهنگی در تدوین درمان‌های روان‌شناختی تأکید دارند.

یکی از ابعاد مهم فرهنگ جوامع که مطالعات متعددی در مورد رابطه آن با تنظیم هیجان صورت گرفته است، معنویت و مذهب است. برخی شواهد پژوهشی حاکی از ارتباط معنویت و دین‌داری با تنظیم هیجان است. افرادی که ارتباط دین‌داری با تنظیم هیجان را مطالعه کرده‌اند، معتقدند که دین‌داری ویژگی یا خصلتی فردی است که می‌تواند به منبعی درونی برای کنترل هیجان‌ها بدل شود. به دلیل نقش محوری نظارت درونی و تأثیری که دین و مذهب می‌تواند در ابعاد مختلف احساسی، هیجانی و رفتاری ایجاد کند آن را یک منبع تنظیم‌گر درونی معرفی کرده است (کاسن^۵، و همکاران، ۲۰۱۲، به نقل از محمدی، و مزیدی،

1. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G.
2. Tailoring
3. Ford, B. Q., & Mauss, I. B.
4. Miyamoto, Y., Ma, M., & Petermann, A. G.
5. Kasen, S. P.

۱۳۹۳). مذهب با فراهم آوردن دیدگاه‌های اسنادی که نوعی ارزیابی مجدد شناختی و فرایند شناختی تنظیم هیجان است، به فرد کمک می‌کند که معنا و هدف خود را بیابد، هیجان منفی را کاهش و احساس امنیت و راحتی را افزایش دهد (همدان، ۲۰۰۸).

افراد دین دار خودتنظیمی بالاتری دارند، با بهره‌مندی از ارتباط با مبدأ هستی، نسبت به حوادث زندگی تفسیر خوش بینانه‌تری داشته و با تقویت هیجان‌ات مثبت، نسبت به ناخوشی‌ها شکیباتر هستند و احساس شادکامی و آرامش بیشتری را تجربه می‌کنند. (محمودی، صادقی، جمال امیدی، ۱۳۹۶) برخی (رک، پالوتزیان، و پارک، ۲۰۱۳) فعالیت‌های مذهبی - معنوی را بهترین روش تنظیم حالات هیجانی ناخوشایند معرفی کرده‌اند و بر کاربرد مداخله‌های مبتنی بر معنویت برای تسکین هیجان‌های منفی و تقویت احساس‌های مثبت مانند شفقت تأکید نموده‌اند. اعمال مذهبی می‌تواند اثرات مضر استرس را از طریق ایجاد شبکه‌های حمایت اجتماعی کاهش و رفتارهای سالم را ارتقا دهد و در نهایت معنویت کمک می‌کند که فرد از پریشانی روان شناختی و جسمانی دور شود و با ایجاد حس تعالی در وی موجب کنترل ثانویه موقعیت شود. به طور کلی، معنویت و مذهب می‌توانند نقش قابل توجهی در تنظیم هیجان داشته باشند. به ویژه در جامعه ایران که سبک زندگی افراد و شیوه‌های تفکر آنها آمیخته با دین اسلام است (جوشن‌لو، ۲۰۱۳)، توجه به مؤلفه‌های معنوی - مذهبی در مفهوم‌پردازی تنظیم هیجان و طراحی درمان‌های مبتنی بر آن اهمیت بیشتری دارد.

دین اسلام با تقویت و نهادینه کردن آموزه‌هایی مثل «خردگرایی»، «خویشتن داری»، ارزیابی مجدد شناختی واقعیت‌های توحیدی (مثل ناپایداری دنیا) و با تقویت فضایی مانند صبر، زهد، توکل و غیره می‌تواند به خوبی از عهده تنظیم و کنترل هیجان‌ها برآید. (شجاعی، ۱۳۸۸) قرآن کریم یکی از دلایل بی‌نظمی و بی‌ثباتی هیجانی را وابستگی حال روانی فرد به خیر و شر و گشایش و تنگنا می‌داند. این‌گونه انسان‌ها هنگام تنگنا ناامید و هنگام گشایش حریص و منع‌کننده می‌شوند. درحالی‌که یکی از نشانه‌های سلامت روان، تعادل و ثبات هیجانی است. همچنین در اسلام، برخی عناصر مذهبی مانند تکذیب‌گری و انکار واقعیت‌ها، دلبستگی به امور ناپایدار، بی‌تابی کردن و عدم پذیرش سختی‌ها و عدم

1. Hamdan, A.

2. Paloutzian, R. F., & Park, C. L.

توحید یافتگی از عوامل آشفته‌ساز هیجان شناخته شده‌اند (جان بزرگی، و غروی، ۱۳۹۵).

چون درمان فرهنگی پاسخگو و مسئول، درمانی است که ارزش‌های مراجع را بشناسد و به آن احترام بگذارد و مشکل مراجع را با توجه به هنجارهای فرهنگی وی تعریف کند (هیزا، ۱۹۹۵)، توجه به عوامل تنظیم‌گر و آشفته‌ساز هیجانی از دیدگاه اسلام در درمان مراجعان مسلمان، می‌تواند پیامدهای درمانی بهتری به دنبال داشته باشد (واتق، ۲۰۰۹). وقتی بیماران درمان‌های مطابق با فرهنگ و مذهب خویش دریافت کرده‌اند، هم از نظر معنوی و هم از نظر روان‌شناختی بهبودی بیشتری نسبت به کسانی که درمان غیرمعنوی دریافت کرده‌اند، نشان می‌دهند (ورتینگتون، هوک، داویس، و مک دنیل، ۲۰۱۳؛ به نقل از جان بزرگی، و داستانی، ۱۳۹۳). متخصصان با در نظر گرفتن بعد معنوی و دینی در برنامه درمانی، می‌توانند سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی مراجعان را به شکل یکپارچه در اولویت قرار دهند و درک عمیق‌تری از نیازهای آنها داشته باشند (دیسوزا، ۲۰۰۷). توجه به نیازهای معنوی مراجع به حفظ منزلت بیمار کمک کرده و منجر به پیامدهای مثبتی از جمله تبعیت درمانی بهتر می‌شود (بواله‌ری، غباری بناب، قهاری، و همکاران، ۱۳۹۲). این درمان‌ها علاوه بر اینکه به دنبال کاهش نشانه و اصلاح رفتارند، مراجع را به فلسفه خاصی از زندگی مجهز می‌کنند و می‌توانند درمان کامل‌تری باشند (وحیدی مطلق، کجیاف، و صالح‌زاده، ۱۳۹۰). از دیگر سو، عدم توجه روان‌درمانی به عنصر معنویت و ارزش‌های دینی در فرایند درمان، ناپایداری تغییرهای رفتاری ایجاد شده در درازمدت و درصد بالای بازگشت به رفتارهای نابهنجار را به دنبال دارد. هماهنگی درمان با ساختارهای فرهنگی، نیازهای معنوی و محتوای تفکر دینی بیمار، علاوه بر اینکه با پذیرش و اثربخشی بیشتر درمان همراه است، احتمال عود را نیز کاهش می‌دهند. براین اساس، برخی درمانگری‌های معنوی و مذهبی سعی کرده‌اند خلاء درمان‌های غیرمعنوی را در سازماندهی هیجانی پوشش دهند. از جمله می‌توان به پارگامنت (۲۰۱۱) اشاره کرد که تلاش کرده است با توجه به انگیزه انسان برای جستجوی امر قدسی، توجه به معنویت را محور تنظیم هیجانی قرار دهد.

1. Hays, P. A.
2. Vasegh, S.
3. Worthington, E. L., Hook, J. N., Davis, D. E., & Mcdaniel, M. A.
4. D>Souza, R.

روان‌درمان‌گری چندبعدی معنوی (SMP) که در آن انسان را دارای دو بعد مادی و معنوی با تکیه بر منابع مذهبی می‌داند، فعال‌سازی بعد معنوی را با طرح چهار حوزه ادراکی به نام‌های مبدأ، خود، هستی و معاد، یک فعالیت محوری در روان‌درمانگری می‌داند. فعال‌سازی عقل طبیعی و خداینداشت^۲، این چهار حوزه را واجد بازخورد توحیدی می‌داند و این بازخورد، زمینه را برای تنظیم هیجان‌ات یا توحید یافتگی شخصیت فراهم می‌کند (جان‌بزرگی، ۱۳۹۶، ۱۳۹۵، ۱۳۹۴؛ جان‌بزرگی، و غروی، ۱۳۹۵). از این درمان برای مهار اضطراب به شکل‌های مختلف استفاده شده است (جان‌بزرگی، ۱۳۹۵، ۱۳۷۷؛ جان‌بزرگی، ظهیرالدین، نوری، غفارسمار، شمس، ۲۰۰۹). با این حال، هیچ‌یک از درمان‌های معنوی تا کنون با رویکردی فراتشخیصی به حل مشکلات مراجعان نپرداخته‌اند. با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان با طراحی مذهبی - معنوی بر کاهش علائم و بهبود عملکرد عمومی زنان مبتلا به اختلال‌های اضطرابی انجام شد و درصدد پاسخ به این سؤال است که آیا درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان با طراحی مذهبی - معنوی بر کاهش علائم و بهبود عملکرد عمومی زنان مبتلا به اختلال‌های اضطرابی مؤثر است؟

۲. شیوه اجرای پژوهش

۱-۲. روش پژوهش

این پژوهش از نوع شبه تجربی^۴ به شیوه مورد منفرد^۵ یا پژوهش تک آزمودنی^۶ است که به آن پژوهش سری‌های زمانی^۷ نیز گفته می‌شود. در این پژوهش از طرح تجربی خط پایه چندگانه^۸ بین آزمودنی با دوره پیگیری استفاده شد (سیبانی، ۲۰۰۹). پس از محرز شدن

1. Spiritually Multidimensional Psychotherapy
2. God - concept
3. Janbozorgi, M., Zahirodin, A., Norri, N., Ghafarsamar, R., & Shams, J.
4. Quasi Experimental
5. Single Case Design
6. Single Subject Experiment
7. Time- Series Experiment
8. Multiple Baselines
9. Cipani, E.

شرایط ورود مراجعان به طرح پژوهش (از طریق انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته و سنجش پای بندی مذهبی) و کسب رضایت آگاهانه از آنها، پرسش نامه های سنجش علائم اضطراب و سازگاری کاری و اجتماعی در دو مرحله خط پایه (موقعیت کنترل) اجرا گردید تا حالت ثابتی در سطح پایه برقرار شود. پس از آن مداخله های درمانی آغاز شد. هر درمان شامل دوازده جلسه یک ساعته بود که به صورت فردی و هفته ای یک بار توسط پژوهشگر اجرا شد. پرسش نامه های اضطراب بک در موقعیت مداخله درمانی در جلسات سوم، ششم، نهم و دوازدهم و پرسش نامه سازگاری کاری و اجتماعی در جلسه ششم و دوازدهم توسط شرکت کنندگان تکمیل شد. هر دو پرسش نامه در پیگیری یک ماهه و سه ماهه به منظور بررسی حفظ نتایج درمان اجرا گردید.

۱-۱-۲. اجرای درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان با طراحی مذهبی-معنوی

درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان با طراحی مذهبی-معنوی، درمانی دوازده جلسه ای است که برای درمان اختلال های هیجانی از جمله انواع اختلال های اضطرابی و اختلال های افسردگی تدوین شده است. برای تدوین این شیوه درمانی، در یک پژوهش جداگانه، با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی، متون مورد تأیید مانند کتب تألیفی، پایان نامه و مقالاتی که با توجه به آیات و روایات به مطالعه انواع هیجان ها پرداخته بودند، تحلیل شد و مؤلفه های مذهبی-معنوی مؤثر بر تنظیم هیجان استخراج گردید. در مرحله کیفی، ۱۴۲ کد استخراج شد که در قالب هجده طبقه فرعی^۱، شش طبقه^۲ و دو درون مایه^۳ اصلی (عوامل تنظیم گر هیجان و عوامل آشفته ساز هیجان) دسته بندی شدند. به منظور تحقق معیارهای استحکام داده ها در پژوهش کیفی، علاوه بر اقداماتی که برای اعتبارپذیری^۴، اطمینان پذیری^۵، تأییدپذیری^۶ و انتقال پذیری^۷ داده ها صورت گرفت، به منظور سنجش روایی محتوای مؤلفه های مذهبی-معنوی استخراج شده، نظر

1. Subcategory
2. Category
3. Theme
4. Credibility
5. Dependability
6. Confirmability
7. Transferability

ده روان‌شناس حوزوی در مورد ارزیابی ارتباط این مؤلفه‌ها با تنظیم هیجان و ضرورت آنها برای تنظیم هیجان (با استفاده از فرمی که به همین منظور تنظیم شده بود) دریافت شد. مؤلفه‌هایی که با محاسبه دو شاخص ضریب نسبی روایی محتوا (CVR^۱) و روایی محتوا (CVI^۲) در این مرحله تأیید شدند، برای طراحی درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان با طراحی مذهبی - معنوی مورد استفاده قرار گرفت. با توجه به مؤلفه‌های تأییدشده در مرحله تحلیل محتوا، ابتدا ساختار درمان و اهداف هر جلسه مشخص شد و طی جلسات متعدد با ناظرین طرح، این ساختار مورد بررسی و بازبینی قرار گرفت. سپس متناسب با اهداف جلسات، فنون متناسب از درمان‌های شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان چند بعدی معنوی (جان بزرگی، ۱۳۹۶؛ جان بزرگی، و غروی، ۱۳۹۵) و همچنین درمان یکپارچه بارلو و همکاران (۲۰۱۱) پیشنهاد شد. ساختار، اهداف و فنون جلسات به ده داور با سابقه در درمان‌گری ارائه شد و روایی محتوایی برنامه درمان با استفاده از دو شاخص CVI و CVR محاسبه گردید. در این مرحله، برخی فنون مورد بازبینی قرار گرفت و ساختار نهایی درمان برای اجرا آماده شد. برخی از اهداف این درمان شامل ایجاد نگرش توحیدی در مراجع، تنظیم رغبت به دنیا، تقویت احساس هدفمندی و توجه به غایت زندگی، تنظیم رفتار، خویشتن‌داری هیجانی و مواجهه هیجانی است.

در جلسه اول برای آماده‌سازی مراجع در مورد مدل و منطق درمانی، توضیحاتی داده شد و برای تقویت انگیزه مراجع، از فن عینی‌کردن اهداف و تعیین فواید و معایب تغییر در برابر عدم تغییر استفاده شد. در جلسه دوم، مراجع با سیستم چندبعدی و متعادل انسان، ماهیت هیجان‌ها و اهمیت آنها در حفظ تعادل سیستم انسان، آشنا شد و به منظور فعال‌سازی عقل فطری، از فن جزیره استفاده گردید. در جلسه سوم، مراجع با استفاده از فن تصویر مبهم، با مفهوم ارزیابی شناختی و ارتباط متقابل افکار و هیجان‌ها آشنا شد. همچنین با مفهوم ارزیابی معنوی از طریق فن تحلیل مسئله به صورت «من و مشکل» و مثلث «من و خدا و مشکل» آشنا گردید. در جلسه چهارم، در مورد اهمیت ادراک از خدا و نقش آن در تنظیم هیجان بینش‌دهی شد. خداپنداره‌های مراجع و تاریخچه شکل‌گیری

1. Content Validity Ratio (CVR)

2. Content Validity Index (CVI)

آنها شناسایی گردید و از طریق فن تسبیح (با توجه به آیه «سبحان الله عما يصفون») (صافات: ۱۱۵۹) و با توجه به مفهوم آیه نور (آیه ۳۵ سوره نور)، تلاش شد که پنداره‌ها و تصاویر ذهنی مراجع از خدا زدوده و با مفهوم خدای واقعی (خداپنداشت) هشیار شود. در جلسه پنجم، سایر تحریف‌های شناختی مرتبط با مبدأشناسایی شد و با استفاده از فنون گفت‌وگوی سقراطی، پرسش‌گری جایگزین و بازسازی شناختی اصلاح و تعدیل گردید. در جلسه ششم، در مورد ادراکات از دنیا و نقش آن در تجربه هیجان آموزش داده شد و افکار ناکارآمد و خطاهای شناختی مرتبط با دنیا (خطای جاودانگی) شناسایی و با استفاده از استعاره‌های گوی نقره‌ای یخی و استعاره خواب، بازسازی شناختی در مورد دنیا صورت گرفت. در جلسه هفتم، به منظور تقویت هدفمندی، هشیاری مراجع به غایت زندگی و تعدیل لذت جویی، از فنون تصریح ارزش‌ها و فن قطب‌نما (تنظیم مجدد هدف‌ها در راستای هدف غایی) استفاده شد. همچنین، پنداره‌های مراجع در مورد مرگ و آخرت شناسایی و اصلاح گردید. در جلسه هشتم در مورد اهمیت رفتارها در تنظیم هیجان، رفتارهای ناشی از هیجان و خویشتن‌داری رفتاری آموزش داده شد. برای تقویت صبر و خویشتن‌داری از مراجع خواسته شد که به تمرین مراقبت از رفتار فردی و پیش‌بینی اثر و پیامد رفتار پردازد. در جلسه نهم به حس‌های بدنی مراجع پرداخته شد و در مورد حس‌های بدنی و ارتباط آن با هیجان‌ها، مفهوم القای هیجان و تحمل حس‌های بدنی آموزش داده شد. در جلسه دهم، در مورد آگاهی متمرکز بر حال و تمرین‌های خداآگاهی (ترکیبی از ذهن‌آگاهی همراه با احساس حضور خدا) آموزش داده شد و از مراجع خواسته شد که هر روز یک فعالیت را انتخاب کند و آن را با آگاهی به حضور خدا انجام دهد. در جلسه یازدهم، برای تقویت و تثبیت مهارت‌های معنوی و روان‌شناختی تنظیم هیجان از طریق تمرین آنها در موقعیت‌های واقعی، در مورد مواجهه هیجانی و مواجهه موقعیتی، آموزش داده شد و با کمک مراجع، تمرینات مؤثر مواجهه هیجانی طراحی و تنظیم شد. در جلسه دوازدهم، مهارت‌های معنوی و روان‌شناختی تنظیم هیجان مرور شد و برای تعمیم و تداوم پیشرفت به تنظیم اهداف بلندمدت پرداخته شد.

۲-۲. جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری شامل کلیه زنان ۱۸-۳۰ سال مبتلا به اختلال‌های اضطرابی است که در سال ۱۳۹۶ در شهرستان یزد ساکن بودند. سه زن از بین افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره مهر شفا واقع در شهرستان یزد به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بود از: جنسیت، سن ۱۸-۳۰ سال، تحصیلات حداقل دیپلم، ابتلا به یک اختلال اضطرابی در تشخیص اصلی بر اساس DSM-5 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، رضایت کامل برای شرکت در جلسات و پایبندی مذهبی. ملاک‌های خروج در این پژوهش عبارت بود از: داشتن علائم اختلال‌های طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلال‌های سایکوتیک، اختلال وسواس فکری-عملی و اختلال‌های مرتبط با آن، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال‌های مرتبط با آن، اختلال خلقی دوقطبی و اختلال‌های مرتبط با آن، سوء مصرف مواد و الکل، اختلال اضطرابی ناشی از مواد-دارو یا ناشی از سایر شرایط پزشکی، داشتن سابقه اقدام و افکار خودکشی، مصرف دارو و یا دریافت روان‌درمانی در طول شش ماه گذشته برای درمان اختلال اضطرابی و عدم پایبندی مذهبی.

۲-۳. ابزار پژوهش

۲-۳-۱. نسخه بزرگسالان برنامه مصاحبه اختلال‌های اضطرابی برای DSM-5

برنامه مصاحبه اختلال‌های اضطرابی برای DSM-5 (براون، و بارلو، ۲۰۱۴) مصاحبه نیمه ساختاریافته بالینی و تشخیصی برای اختلال‌های اضطرابی است که علاوه بر اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های خلقی، جسمانی شکل و تاریخچه قبلی سلامت روان فرد را نیز در برمی‌گیرد. این مصاحبه همچنین شامل غربالگری مختصری برای علائم سایکوتیک و سوء مصرف مواد و الکل است. در ADIS-5 از درجه شدت بالینی (CSR^۱) برای نشان دادن میزان پریشانی/تداخل مرتبط با هر اختلال خاص استفاده می‌شود. CSR یک مقیاس صفر تا هشت درجه‌ای است که با استفاده از آن می‌توان سطح آسیب و شدت هر اختلال را ارزیابی کرد. همچنین CSR ها برای تمایز بین تشخیص‌های بالینی و زیربالینی^۲ استفاده

1. Clinical Severity Rating (CSR)

2. Subclinical

می‌شود. برایناساس، CSR های چهار یا بالاتر حاکی از این است که علائم بیمار به آستانه تشخیصی DSM-5 می‌رسد یا از آن عبور می‌کند و واجد شرایط برای دریافت اختلال DSM-5 است. اختلال‌هایی که CSR بالای چهار دریافت کرده‌اند و مسئول بیشترین سطح پریشانی و تداخل در عملکرد مراجع بوده‌اند به عنوان تشخیص اصلی و اختلال‌هایی که CSR بالای چهار دریافت کردند، اما برای مراجع مشکل‌ساز نبودند، تشخیص‌های اضافی همبود تعیین می‌شوند.

۲-۳-۲. پرسش‌نامه پایبندی مذهبی

این پرسش‌نامه برای سنجش رفتارهای دینی و میزان پایبندی افراد در جوامع اسلامی و براساس گزاره‌های قرآن کریم و نهج‌البلاغه درباره ویژگی‌های مؤمنان ساخته شده است. این آزمون یک پرسش‌نامه شصت سؤالی است که دارای سه عامل پایبندی مذهبی، دوسوگرایی مذهبی و ناپایبندی مذهبی است. (جان بزرگی، ۱۳۸۸) سؤالات مربوط به هر بعد در طیف لیکرت پنج درجه‌ای سنجیده می‌شود. در مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه ضریب آلفای کرونباخ کل آزمون برابر ۰/۸۱۶ و ضریب همسانی درونی عامل پایبندی مذهبی ۰/۸۷۸، ضریب همسانی درونی عامل دوسوگرایی ۰/۶۸۷ و ضریب همسانی درونی (عامل ناپایبندی مذهبی) ۰/۷۲۵ گزارش شد که همگی نشان‌دهنده اعتبار این پرسش‌نامه است (جان بزرگی، ۱۳۸۸). همچنین برای محاسبه روایی ملاک، صورت اولیه این آزمون پیش از تحلیل عاملی با آزمون جهت‌گیری مذهبی آلپورت محاسبه شد که ضریب همبستگی نمره دو آزمون با $n=60$ از میان دانشجویان $0/47$ ($p < 0/001$) گزارش شد. برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر زیرمقیاس، مجموع امتیازات سؤالات مربوط به آن زیرمقیاس با هم جمع می‌شوند. برای موارد بالینی و پژوهشی، اگر نمره فرد در زیرمقیاس دوسوگرا از شصت خیلی بالاتر بود و ناپایبندی از پنجاه بالاتر بود از درمان حذف می‌شود.

۳-۳-۲. پرسش‌نامه اضطراب بک

این پرسش‌نامه (بک، اپستین، برون، و استیر، ۱۹۸۸) دارای ۲۱ ماده است که نشانه‌های اضطراب را در مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت می‌سنجد. این پرسش‌نامه با هدف سنجش شدت

نشانه‌های اضطراب و کاهش همپوشی با نشانه‌های افسردگی ابداع شده و مشخصه‌های روان‌سنجی قرارگرفته است (بک، و همکاران، ۱۹۹۳). روایی ($r=0/001$, $p < 0/001$)، اعتباربازآزمایی ($r=0/83$, $p < 0/001$) و همسانی درونی ($r=0/92$) این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی مناسب ارزیابی شده است (کاویانی، و موسوی، ۱۳۸۷).

۲-۳-۴. مقیاس سازگاری کاری و اجتماعی WSAS

این مقیاس، پنج آیتمی است که آسیب‌های ناشی از علائم اختلال را در کار، مدیریت خانه، اوقات فراغت فردی و جمعی و روابط بین فردی درجه‌بندی می‌کند. تداخل در عملکرد طی هفته گذشته از صفر (عدم آسیب) تا هشت (آسیب جدی) درجه‌بندی می‌شود. همسانی درونی این ابزار ۰/۷۵، اعتباربازآزمایی دوهفته‌ای ۰/۷۳ و همبستگی آن با شدت علائم اختلال افسردگی و وسواس فکری-عملی به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۶۱ گزارش شده است (مونت، مارک، شایر، و گریست، ۲۰۰۲).

۲-۶. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در طرح‌های تک‌موردی، روش اصلی برای تحلیل داده‌ها، استفاده از نمودار و تحلیل دیداری^۲ آن است. (لین و گاست، ۲۰۱۴) در تحلیل دیداری، تغییرات حاصل از مداخله بر اساس سطح^۴، روند^۵ و تغییرپذیری^۶ مشاهدات بررسی و تفسیر می‌شود (اسکات، گایون، سوسان، برد، و نلسون، ۱۹۹۹). در پژوهش حاضر علاوه بر تحلیل دیداری نمودارها، به منظور سنجش معناداری بالینی از شاخص‌های دیگری مانند درصد بهبودی^۸ و اندازه پایا^۹ (جیکوبسن، و تروآ، ۱۹۹۸) استفاده شد. برای محاسبه درصد بهبودی، نمره پس‌آزمون فرد از نمره پیش‌آزمون تفریق و حاصل بر نمره پیش‌آزمون تقسیم و در صد ضرب می‌شود (اوگلز، بونن، و بونستیل، ۲۰۰۱).

1. Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. H
2. Visual Analysis
3. Lane, J. D., & Gast, D. L.
4. Level
5. Trend
6. Variability
7. Scott, T., Gaynor, M. A., Susan, C., Baird, M. A., & Nelson-Gray, R. O.
8. Improvement Percentage
9. Reliable Change Index (RCI)
10. Jacobson, N. S., & Truax, P.
11. Ogels, B. M., Lunnen, K. M. Q., & Bonesteel, K.

طبق این فرمول، درصد بهبودی، ۵۰٪ کاهش در علائم نشانه موفقیت در درمان است (اوگلز، بونن و، بونستیل، ۲۰۰۱). برای محاسبه شاخص تغییر پایا که به منظور محاسبه تغییر آماری معنادار استفاده می‌شود، نمره پس‌آزمون یا پیگیری از نمره پیش‌آزمون تفریق شده و حاصل بر خطای استاندارد تفاوت‌ها (Sdiff) تفریق می‌گردد. خطای استاندارد تفاوت‌ها (Sdiff) از طریق خطای استاندارد اندازه‌گیری، ضریب پایایی و انحراف استاندارد نمرات در پیش‌آزمون محاسبه می‌شود. در صورتی که شاخص تغییر پایا بزرگتر از $1/96$ ($p < 0/05$) باشد، با ۹۵٪ اطمینان می‌توان تغییر یا بهبودی به دست آمده را به اثر مداخله نسبت داد. همچنین برای سنجش اثربخشی درمان، شاخص اندازه اثر^۲ (پارکر، و هاگان‌برک، ۲۰۰۷) برای هر یک از متغیرها در مراحل مداخله و پیگیری با استفاده از فرمول کوهن محاسبه شد. کوهن (۱۹۸۸) اندازه اثر $0/2$ را کوچک، $0/5$ را متوسط و $0/8$ به بالا را بزرگ می‌داند.

۳. یافته‌های پژوهش

جدول ۱

ویژگی‌های جمعیت شناختی و بالینی مراجعان

مراجع سوم	مراجع دوم	مراجع اول	مراجعان متغیر
زن	زن	زن	جنس
۲۷	۲۵	۳۰	سن
متاهل	مطلقه	متاهل	وضعیت تأهل
خانه‌دار	کارمند	خانه‌دار	شغل
کارشناسی	کارشناسی	دیپلم	تحصیلات
اختلال اضطراب فراگیر	اختلال اضطراب فراگیر	اختلال وحشت‌زدگی	اختلال‌های اصلی
سه سال	چهار سال	دو سال	مدت بیماری
اختلال اضطراب جدایی، هراس خاص (ارتفاع)	اختلال افسردگی اساسی، اختلال هراس خاص	اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب اجتماعی	تشخیص‌های اضافی همبود
نداشته	نداشته	دارودرمانی	اقدامات درمانی پیشین

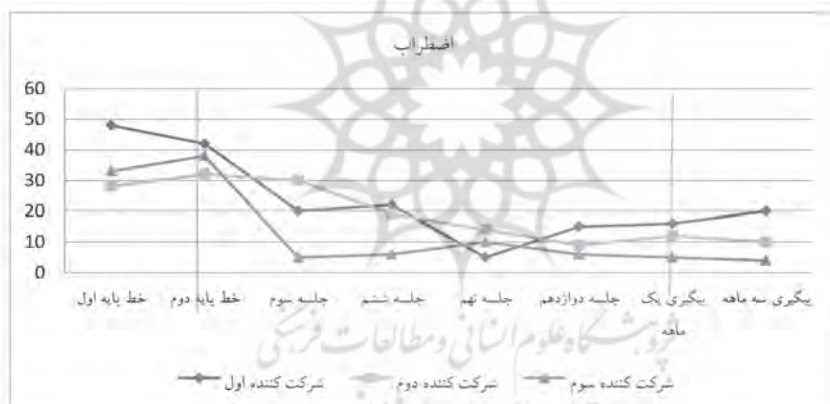
جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، تشخیص‌های اصلی و همبود، مدت بیماری و اقدامات درمانی پیشین هر یک از مراجعان را نشان می‌دهد.

جدول ۲

نمرات مراجعان در زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه پایبندی مذهبی

مراجع	پایبندی مذهبی	دوسوگرایی مذهبی	ناپایبندی مذهبی
الف	۹۸	۶۳	۴۷
ب	۷۵	۶۵	۴۵
ج	۹۸	۴۴	۲۴

جدول ۲ نمرات هریک از مراجعان را در سه زیرمقیاس پرسش‌نامه پایبندی مذهبی نشان می‌دهد. با توجه به جدول ۲، نمرات ناپایبندی مذهبی هیچ یک از مراجعان از پنجاه بالاتر نیست و نمرات دوسوگرایی مراجعان اول و دوم اندکی از ۶۵ بالاتر است. براین اساس، مراجعان از شرط پایبندی مذهبی برای ورود به پژوهش برخوردار بودند.



نمودار ۱. روند تغییر نمرات اضطراب مراجعان طی مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

نمودار ۱ روند تغییر نمرات اضطراب را در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری نشان می‌دهد. براساس نمودار، اضطراب مراجع اول در مرحله خط پایه افت کمی داشته و از خط پایه تا جلسه سوم، میزان تغییر با توجه به روند یا شیب نمودار، کاهش قابل توجهی را نشان می‌دهد. از جلسه سوم تا ششم، افزایش یا کاهشی در سطح تغییرات وجود ندارد و از جلسه ششم تا نهم روند کاهشی نمرات قابل مشاهده است. از جلسه نهم تا دوازدهم و همچنین مرحله پیگیری، روند تغییر نمرات افزایشی است. در مجموع، برای مراجع اول،

اندازه تغییر متوسطی را با توجه به سطح تغییر نمرات می‌توان در نمودار مشاهده کرد. برای مراجع دوم، با توجه به نمودار، روند تغییر نمرات اضطراب در مرحله خط پایه، تقریباً ثابتی است و از خط پایه تا جلسه نهم درمان، شیب نمودار، روند کاهشی سطح تغییرات را نشان می‌دهد. از جلسه نهم تا مرحله پیگیری روند تغییر نمرات، افزایش پیوسته‌ای در میزان اضطراب نشان می‌دهد. در مجموع، برای مراجع دوم، اندازه تغییر متوسطی را با توجه به سطح تغییر نمرات می‌توان در نمودار مشاهده کرد. بر اساس نمودار ارائه شده از نمرات اضطراب، برای مراجع سوم، روند تغییر نمرات اضطراب در مرحله خط پایه، افزایش جزئی را نشان می‌دهد و از خط پایه تا جلسه نهم درمان، تغییر با شیب نسبتاً تند شبیه مراجع دوم، روند کاهشی را نشان می‌دهد. از جلسه نهم تا مرحله پیگیری، روند تغییر نمرات، افزایش پیوسته‌ای در میزان اضطراب نشان می‌دهد. در مجموع، برای مراجع سوم، اندازه تغییر زیادی را با توجه به سطح تغییر نمرات می‌توان در نمودار مشاهده کرد.



نمودار ۲. روند تغییر نمرات عملکرد عمومی مراجعان در طی مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

بر اساس نمودار ۲، روند تغییر نمرات عملکرد عمومی برای مراجع اول در مرحله خط پایه افزایش کمی داشته و از خط پایه تا حین درمان، میزان تغییر با توجه به روند یا شیب نمودار، کاهش نمرات را نشان می‌دهد. بر اساس شیوه نمره‌گذاری مقیاس سازگاری کاری و اجتماعی، کاهش نمره بیانگر افزایش و بهبود در عملکرد عمومی فرد است. در مرحله درمان، افزایش یا کاهشی در سطح تغییرات وجود ندارد و در مرحله پیگیری، روند تغییر نمرات افزایش جزئی را نشان می‌دهد. در مجموع، برای مراجع اول، اندازه تغییر اندکی را با

توجه به سطح تغییر نمرات می توان در نمودار مشاهده کرد. برای مراجع دوم، با توجه به نمودار، روند تغییر نمرات عملکرد عمومی در مرحله خط پایه افزایشی است و از خط پایه تا مرحله درمان، شیب نمودار، روند کاهش قابل توجهی را در نمرات نشان می دهد. به عبارتی در مرحله درمان، عملکرد عمومی بهبود خوبی داشته است. در مرحله پیگیری روند تغییر نمرات، در حد تقریباً ثابتی قرار دارد. در مجموع، برای مراجع دوم، اندازه تغییر متوسطی را با توجه به سطح تغییر نمرات می توان در نمودار مشاهده کرد. نمودار ارائه شده از نمرات عملکرد عمومی برای مراجع سوم نشان می دهد، روند تغییر نمرات عملکرد عمومی در مرحله خط پایه، نوسان خاصی نداشته و از خط پایه تا مرحله درمان، تغییر با شیب تند، روند کاهش زیاد نمرات را که بیانگر بهبود عملکرد عمومی این مراجع است، نشان می دهد. در مرحله پیگیری، روند تغییر نمرات، در حد نسبتاً ثابتی است. در مجموع، برای مراجع سوم، اندازه تغییر زیادی را با توجه به سطح تغییر نمرات عملکرد عمومی می توان در نمودار مشاهده کرد.

جدول ۳

شاخص های توصیفی، درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای نمرات بیماران در اضطراب و عملکرد عمومی

متغیر	شاخص	مراجعات		
		مراجع ۱	مراجع ۲	مراجع ۳
اضطراب	خط پایه	۴۵/۰۰	۳۰/۰۰	۳۵/۵۰
	مداخله	۱۸/۵۰	۱۸/۰۰	۶/۷۵
	تغییر پایا	-۸/۷۷	-۳/۹۷	-۹/۵۲
	درصد بهبودی	-۶۵/۸۸	-۴۰/۰۰	-۸۰/۹۹
	پیگیری	۱۸/۰۰	۱۱/۰۰	۴/۵۰
	تغییر پایا	-۸/۹۴	-۶/۲۹	-۱۰/۲۶
	درصد بهبودی	-۶۰/۰۰	-۶۳/۳۳	-۸۷/۳۲
	خط پایه	۱۴/۰۰	۱۹/۰۰	۳۱/۵۰
عملکرد عمومی	مداخله	۵/۰۰	۵/۰۰	۷/۰۰
	تغییر پایا	-۱/۴۲	-۲/۲۰	-۳/۸۵
	درصد بهبودی	-۶۴/۲۹	-۷۳/۶۸	-۷۷/۷۸
	پیگیری	۶/۵۰	۱/۰۰	۲/۵۰
	تغییر پایا	-۱/۱۸	-۲/۸۳	-۴/۵۶
	درصد بهبودی	-۵۳/۵۷	-۹۴/۷۴	-۹۲/۰۶

جدول ۳ شاخص‌های توصیفی (میانگین) برای مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری و همچنین شاخص درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای نمرات مراجعان را در اضطراب و عملکرد عمومی نشان می‌دهد. با توجه به جدول ۲، برای مراجع اول مقدار شاخص تغییر پایای اضطراب از مرحله خط پایه تا مداخله و پیگیری به ترتیب ۹/۷۷- و ۸/۹۴- است که هر دو مقدار از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۵ معنادار هستند. با این حال، روند کاهش اضطراب در مرحله پیگیری نسبت به مرحله مداخله، اندکی کاهش دارد. نتایج برای مراجع دوم نشان می‌دهد مقدار شاخص تغییر پایای اضطراب از مرحله خط پایه تا مداخله و پیگیری به ترتیب ۳/۹۷- و ۶/۲۹- است که این مقادیر از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۵ معنادار هستند. بر اساس مقادیر شاخص تغییر پایا، روند تغییر در مرحله پیگیری نسبت به مرحله مداخله، افزایش قابل توجهی دارد. مقدار شاخص تغییر پایای اضطراب برای مراجع سوم از مرحله خط پایه تا مداخله و پیگیری به ترتیب ۹/۵۲- و ۱۰/۲۶- است که این مقادیر از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۵ معنادار بوده و روند تغییر در مرحله پیگیری نسبت به مرحله مداخله، اندکی افزایش دارد. مقادیر درصد بهبودی برای اضطراب هر یک از مراجعان نشان می‌دهد بهبودی اضطراب هر سه مراجع در مراحل مداخله و پیگیری قابل ملاحظه بوده است. مراجع سوم در مقایسه با دو مراجع دیگر، بیشترین درصد بهبودی را در اضطراب در مراحل مداخله و پیگیری داشته است.

با توجه نتایج ارائه شده برای عملکرد عمومی مراجعان در جدول ۳، برای مراجع اول مقدار شاخص تغییر پایا از مرحله خط پایه تا مداخله و پیگیری به ترتیب ۱/۴۲- و ۱/۱۸- است که هر دو مقدار از لحاظ آماری معنادار نیستند، یعنی تغییر و بهبودی بوجود آمده برای این مراجع معنادار نبوده است. نتایج برای مراجع دوم نشان می‌دهد مقدار شاخص تغییر پایا از مرحله خط پایه تا مداخله و پیگیری به ترتیب ۲/۲۰- و ۲/۸۳- است که این مقادیر از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۵ معنادار است؛ عبارتی تغییر و بهبودی ایجاد شده برای این مراجع، معنادار بوده است. بر اساس مقادیر شاخص تغییر پایا، روند تغییر در مرحله پیگیری نسبت به مرحله مداخله، افزایش دارد. مقدار شاخص تغییر پایا برای مراجع سوم از مرحله خط پایه تا مداخله و پیگیری به ترتیب ۳/۸۵- و ۴/۵۶- است که

این مقادیر از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۵ معنادار است، یعنی تغییر و بهبودی ایجاد شده برای این مراجع نیز مانند مراجع دوم معنادار بود. همچنین بر اساس مقدار شاخص تغییر پایا، روند تغییر در مرحله پیگیری نسبت به مرحله مداخله، اندکی افزایش داشت. بر اساس جدول ۳ مقادیر درصد بهبودی هر سه آزمودنی در مراحل مداخله و پیگیری قابل ملاحظه و به لحاظ آماری است. با این وجود، در مرحله مداخله، آزمودنی سوم و در مرحله پیگیری، آزمودنی دوم بیشترین درصد بهبودی را داشتند.

جدول ۴

شاخص‌های توصیفی متغیرها در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری، درصد بهبودی کلی و اندازه اثر درمان

متغیر	خط پایه		مداخله		پیگیری		درصد بهبودی کلی		اندازه اثر
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	پیگیری	انحراف معیار	مداخله	پیگیری	
اضطراب	۳۶/۸۳	۷/۵۸	۱۳/۴۱	۵/۹۰	۱۱/۱۶	۶/۷۵	-۶۳/۵۸	-۶۹/۶۹	۳/۴۴
عملکرد عمومی	۲۱/۵۰	۹/۰۱	۵/۶۶	۱/۱۵	۳/۳۳	۲/۸۴	-۷۳/۶۷	-۸۴/۵۱	۲/۴۶

جدول ۴ شاخص‌های توصیفی، درصد بهبودی کلی و اندازه اثر درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان با طراحی مذهبی-معنوی را در کاهش اضطراب و بهبود عملکرد عمومی در مراحل مداخله و پیگیری نشان می‌دهد. بر اساس جدول، میانگین نمرات اضطراب مراجعان در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری به ترتیب ۳۶/۸۳، ۱۳/۴۱ و ۱۱/۱۶ است. درصد بهبودی کلی اضطراب در مرحله مداخله، ۶۰/۸۷- و در مرحله پیگیری، ۶۹/۶۹- محاسبه شد. به دلیل این که درصد بهبودی کلی اضطراب بالاتر از ۵۰٪ است، به لحاظ بالینی معنادار محسوب می‌شود. با توجه به جدول، اندازه اثر در مرحله مداخله ۳/۴۴ و در مرحله پیگیری ۱۰/۲۵ محاسبه گردید. با توجه به شاخص کوهن (۱۹۸۸) اندازه اثر محاسبه شده بالاتر از ۰/۸ است. از این رو اثربخشی درمان فراتشخیصی در کاهش علائم اضطراب در بیماران اضطرابی قابل توجه است و این اثربخشی در پیگیری‌های یک ماه و سه ماهه داوم داشته است.

بر اساس جدول ۴ درصد بهبودی کلی برای عملکرد عمومی مراجعان در مرحله مداخله و پیگیری به ترتیب ۷۳/۶۷- و ۸۴/۵۱- محاسبه گردید. هر دو مقدار به دلیل آنکه از ۵۰٪ بالاتر است از نظر بالینی معنادار می‌باشند. اندازه اثر درمان در بهبود عملکرد عمومی

بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی در مرحله مداخله و پیگیری به ترتیب ۲/۴۶ و ۱/۹۲ به دست آمد که بیشتر از ۰/۸ است و نشان دهنده اثربخشی بالای این درمان در مراحل مداخله و پیگیری است.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های به دست آمده از این پژوهش نشان می‌دهد که درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان با طراحی مذهبی-معنوی می‌تواند به عنوان یک مداخله فراتشخیصی در کاهش علائم و بهبود عملکرد عمومی زنان مبتلا به اختلال‌های اضطرابی مؤثر باشد. نتایج این پژوهش با پژوهش وارسته خو و جعفری (۱۳۹۴) هماهنگ است که نشان داد آموزش تنظیم هیجان با رویکرد اسلامی بر کاهش اضطراب زنان مؤثر است. همچنین این نتایج با یافته‌های پژوهش‌هایی که اثربخشی درمان‌های آمیخته با معنویت / مذهب را در بهبود مؤلفه‌های سلامت روان و کاهش علائم بالینی در بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی نشان داده‌اند، هماهنگ است (راموس، بررا، و استنلی، ۲۰۱۴^۱؛ کوزیکی، بیلودیا، راب، و برادویچ، ۲۰۱۴^۲؛ کونینگ، و شعیب، ۲۰۱۴^۳؛ جان بزرگی، ۱۳۷۷، ۱۳۹۵). به علاوه این یافته‌ها تأییدکننده شواهدی است که نشان می‌دهد مؤلفه‌های معنوی-مذهبی با راهبردهای سازگارانه تر تنظیم هیجان رابطه دارد. به عنوان مثال، یافته‌های پژوهش محمودی، صادقی و جمال امیدی (۱۳۹۶) نشان داد که هرچه فرد دارای نگرش معنوی بیشتری باشد، از کنترل بیشتری برای تنظیم شناختی هیجان‌های خود برخوردار است.

در تبیین اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان با طراحی مذهبی-معنوی می‌توان به نقش فعال‌سازی عقل فطری و تقویت نیروی تشخیص‌گرو تنظیم‌گر درونی مراجع در بهبود تنظیم هیجان اشاره کرد. عقل که هسته درونی شخصیت انسان است، مرکز شناخت و مهارگری است و هرگاه تحریک شود می‌تواند به واقع‌نگری و خویشتن‌داری مراجع کمک کند. سایر مکانیسم‌های درمان مانند اصلاح خداپنداره‌ها، دنیاپنداره‌ها، معادپنداره‌ها و خودپنداره‌ها، ایجاد بازخورد توحیدی و تنظیم رفتارها منوط

1. Ramos, K., Barrera, T. L., & Stanley, M. A.
2. Koszycki, D., Bilodeau, C., Raab-Mayo, K., & Bradwejn, J.
3. Koenig, H. G., & Shohaib, S. A.

به فعال شدن عقل فطری است.

مکانیسم محوری دیگر در این درمان توجه به اصلاح خداپنداره‌ها و ایجاد بازخورد توحیدی است. بررسی خداپنداره فرد به درمانگر کمک می‌کند که نوع رابطه فرد با خدا و کل نظام هستی را درک کند و درک بهتری از مشکلات بین فردی و روان‌شناختی مراجع داشته باشد (جان‌بزرگی، و غروی، ۱۳۹۵). خداپنداره‌ها و برخی تحریفات شناختی مربوط به خدا مانند خطای استقلال، موجب می‌شود فرد نیروهای طبیعی و فردی را مستقل از قدرت و اراده خدا بداند. وقتی فردی عمل خود را دارای اثر استقلالی در نظر می‌گیرد، خوشایندی‌ها و ناخوشایندی‌های زندگی می‌تواند زمینه‌ساز آشفتگی هیجانی در فرد شود. مستقل تصور کردن اثرات و اسباب و علل پدیده‌ها باعث می‌شود که انسان به نتیجه عمل وابسته شود و به دنبال موفقیت قطعی بگردد و اگر موفق نشود، افسردگی یکی از نتایج احتمالی است. همچنین، وجود این خطای ذهنی موجب می‌شود فرد بخواهد همه چیز را در آینده به طور قطعی پیش‌بینی کند (جان‌بزرگی، و غروی، ۱۳۹۵) و عدم تحمل بلا تکلیفی و ابهام، اضطراب و نگرانی را به دنبال خواهد داشت. همچنین، با توجه به اینکه توحید، محور تمام کنش‌های سالم بوده و گرایش فطری در انسان محسوب می‌شود، مواردی مانند داشتن معیارهای چندگانه برای سنجش درستی اعمال و داشتن اهداف چندگانه به جای هدف واحد، موجب از دست رفتن وحدت درونی و زمینه‌ساز آشفتگی و بی‌نظمی هیجانی است. از این رو، اصلاح خداپنداره‌ها و اکتساب بازخورد توحیدی می‌تواند به تنظیم هیجان‌های منفی کمک کند.

یکی دیگر از مؤلفه‌هایی که در این درمان مورد توجه قرار می‌گیرد، ارزیابی مجدد شناختی اسنادها و پذیرش تدبیر خدا در هستی است. اسناد رویدادها به تصادف، یکی از خطاهایی است که زمینه‌ساز هیجان‌های منفی مانند اضطراب و غم است. از طرف دیگر، باور به تقدیر خدا و خیر بودن آن، موجب رضایت و خشنودی از وقایع پیش‌آمده یا وقایع احتمالی در آینده و پذیرش نامشروط آنها می‌شود. بر اساس منابع اسلامی، پذیرش قضا و خشنودی به آن، انسان را از گرفتار شدن در رنج و بسیاری از هیجان‌های ناخوشایند مانند ترس، اضطراب، اندوه و حسد رها می‌کند و وی را در برابر بلاهای دنیوی مقاوم می‌سازد (محمدی

ری شهری، ۱۳۹۱) و موجب شادکامی می‌گردد (پسندیده، ۱۳۹۲). همچنین، با توجه به اینکه احساس عدم امنیت، تمرکز بر ناتوانی، درماندگی و آسیب‌پذیری شخصی از ویژگی بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی است (کلرک، ویک، ۲۰۱۲) و موجب می‌شود فرد به رفتارهای اجتنابی، انزواطلبی و اطمینان‌جویی‌های مکرر و تکیه‌گاه‌های لرزان پناه ببرد، در این درمان از طریق گفت‌وگوی سقراطی به مراجعان کمک شد تکیه‌گاه‌های لرزان خود را شناسایی کنند و کالت و ایمنی بخشی خداوند را در جایگاه تکیه‌گاهی زوال‌ناپذیر و قابل اطمینان ببینند. یکی دیگر از فنون شناختی که در این درمان استفاده شد، بازسازی شناختی مفهوم مالکیت است. احساس غم ناشی از فقدان‌ها، نگرانی در مورد فقدان‌ها در آینده و اضطراب ناشی از آن می‌تواند ناشی از باور انسان به مالکیت آن چیز باشد. اصلاح تفسیر مالکیت نه تنها موجب تنظیم هیجان‌های منفی، بلکه تنظیم هیجان‌های مثبت می‌شود. فردی که خود را مالک می‌داند (توهم خودمالکی)، داشته‌ها را حق خود و فقدان‌ها را ظلم به خود تفسیر می‌کند، در نتیجه هیجان‌های شدیدتر و واکنش‌های منفی‌تری نشان می‌دهد. از عوامل مهار واکنش منفی در هر دو موقعیت، باور به مالکیت مطلق خداوند است و اینکه دارایی‌ها و همه آنچه را متعلق به خود می‌دانیم، امانتی بیش نیست (پسندیده، ۱۳۹۲).

اصلاح خطاهای شناختی مربوط به دنیا، تنظیم رغبت به دنیا و عدم سرمایه‌گذاری بر روی موضوعات افول‌پذیر از دیگر مباحث مهم در درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان با طراحی مذهبی - معنوی است که نقش عمده‌ای در تنظیم هیجان‌ها دارد. در منابع اسلامی، محبت دنیا در رأس همه خطاها شناخته شده است که بدترین محنت‌ها و رنج‌ها را برای فرد ایجاد می‌کند و کلید همه بدی‌ها و محل بذر همه فتنه‌ها و گرفتاری‌ها معرفی شده است (جان‌بزرگی، و غروی، ۱۳۹۵). معنادهی مجدد به مرگ و هشیاری به مقصد زندگی از مکانیسم‌های درمانگری مهم در این درمان محسوب می‌شود که می‌تواند ترس از مرگ و ترس‌های مذهبی مانند ترس از عذاب خدا را تعدیل نموده و فرد را به هدف غایی و ارزش‌های اصیل هشیار نماید. تقویت خویشتن‌داری، صبر و مقابله‌های معنوی مانند ذکر و دعا از دیگر مکانیسم‌های درمانی در این مدل درمانی است که به فرد کمک می‌کند

به جای رفتارهای غیرانطباقی ناشی از هیجان، اعمال و رفتارهای سازگارانه‌تر و سالم‌تری را برای تنظیم هیجان‌ها به کار برد. جایگزین‌سازی رفتارها و اعمال معنادار، هدفمند و ارزشمند برخاسته از خرد به جای رفتارهای هیجانی تحت کنترل نیروهای ضدعقل، موجب خارج شدن فرد از چرخه معیوب هیجانی شده و به تنظیم هیجان‌ها کمک می‌کند.

بر اساس آنچه گفته شد، درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان با طراحی مذهبی-معنوی از سویی سودمندی درمان‌های منطبق با فرهنگ و درمان‌های آمیخته با معنویت-مذهب را دارد (مانند بهبود تبعیت درمانی و کاهش عود) (دیسوزا، ۲۰۰۷؛ بوالهری، غباری بناب، قهاری، و همکاران، ۱۳۹۲) و از سویی دیگر، به دلیل هدف قرار دادن تنظیم هیجان به عنوان مکانیسم زیربنایی اختلال‌های اضطرابی (و سایر اختلال‌های هیجانی) از مزایای متعدد درمان‌های فراتشخیصی نیز برخوردار است. برخی از منافع درمان‌های فراتشخیصی عبارت‌اند از: تسهیل تعمیم اثرات درمانی به اختلال‌های هیجانی همبود، عدم نیاز به تشخیص‌گذاری دقیق و صرف زمان کمتر برای ارزیابی (منسل، هاروی، واتنس، و شافران، ۲۰۰۹)، عدم تأثیرپذیری از تغییر و ناپایداری تشخیص‌ها، امکان اجرا برای گروه‌های ناهمگن اختلال‌ها و کاهش عود اختلال به دلیل تمرکز بر عوامل مشترک و سطح بالاتر (مک ایوی، ناتان، و نورتون، ۲۰۰۶). همچنین، درمان‌های فراتشخیصی می‌تواند انگ ناشی از برخی تشخیص‌ها را از بین ببرد و برای درمان بیمارانی که علائم آنها هیچ‌کدام از معیارهای تشخیصی اختلال‌های اضطرابی را تکمیل نمی‌کند، بهترین گزینه باشند (شافران، مک مانوس، ولی، ۲۰۰۸). پژوهش‌هایی از این قبیل می‌تواند دانش پژوهشگران را درباره نقش مذهب و معنویت در درمان فراتشخیصی اختلال‌های اضطرابی و سایر اختلال‌های هیجانی افزایش دهد. به علاوه، این فرصت را در اختیار روان‌درمان‌گران قرار می‌دهد تا بدون نیاز به تشخیص‌گذاری دقیق اختلال‌ها، از یک برنامه درمانی واحد منطبق با فرهنگ ایرانی-اسلامی برای درمان انواع اختلال‌های هیجانی و مواردی که تشخیص‌های چندگانه وجود دارد استفاده کنند.

چون پژوهش حاضر بر روی زنان مبتلا به اختلال‌های اضطرابی با دامنه سنی ۱۸-۳۰

1. Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. & Shafiran, R.
2. Mcevoy, P. M., Nathan, P., & Norton P. J.
3. Shafiran, R., Mcmanus, F., & Lee, M.

سال و ساکن شهريزد انجام شد، در تعميم یافته‌های آن به جامعه مردان و ساير گروه‌های سنی و ساير مناطق باید با احتیاط انجام گیرد. همچنين، چون شرایط ورود افراد به این پژوهش پایبندی مذهبی آنان بود، تعميم نتایج این پژوهش به افراد با سطوح دین داری متفاوت یا افراد غیرمذهبی را با محدودیت روبرو می‌کند.

از این رو، پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی، به ارزیابی عملکرد روان‌درمانگری فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان با طراحی مذهبی-معنوی در ساير گروه‌ها از جمله مردان و ساير گروه‌های سنی پرداخته شود. همچنين سودمندی درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان با طراحی مذهبی-معنوی برای افراد با دینداری مختلف و بدون در نظر گرفتن پایبندی مذهبی بررسی شود. از آنجا که این درمان، درمانی فراتشخیصی است و نیاز نیست با هر تشخیص خاص متناسب شود، پیشنهاد می‌شود اثربخشی آن برای ساير اختلال‌های هیجانی (مانند اختلال‌های افسردگی، اختلال‌های خوردن) به شکل گروهی یا فردی مورد استفاده قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود از درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجان با طراحی مذهبی-معنوی با هدف پیشگیری در گروه‌های با علائم پیش‌بالینی و در معرض خطر ابتلا به اختلال‌های اضطرابی و ساير اختلال‌های هیجانی استفاده شود. همچنين پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان با ساير برنامه‌های درمانی فراتشخیصی در بهبود علائم اختلال‌های روان‌شناختی مقایسه شود.

فهرست منابع

- * قرآن کریم (۱۳۹۱). مترجم: فولادوند، محمد مهدی. قم: چاپخانه بزرگ قرآن کریم.
۱. براون، تیموتی، و بارلو، دیوید (۲۰۱۴). برنامه مصاحبه اختلال‌های اضطرابی و اختلال‌های مرتبط براساس DSM-5 (ADIS-5). مترجم: میرجلیلی، رقیه سادات.، جان بزرگی، عرفانه.، و جان بزرگی، مسعود (در حال چاپ). تهران: انتشارات ارجمند.
 ۲. بوالهروی، جعفر، غباری بناب، باقر.، قهاری، شهریانو.، میرزایی، مصلح.، راقیبیان، رؤیا.، دوست علیوند، هدی.، و زارعی دوست، الهام (۱۳۹۲). مهارت‌های معنوی، کتاب ویژه مربیان. تهران: دانشگاه تهران.
 ۳. پسندیده، عباس (۱۳۹۲). الگوی اسلامی شادکامی یا رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا. قم: انتشارات دارالحدیث.
 ۴. جان بزرگی، مسعود (۱۳۷۷) بررسی اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه مدت با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر عوامل اضطرابی شخصیت. نشریه روان‌شناسی، ۸، ۳۴۳-۳۶۸.
 ۵. جان بزرگی، مسعود (۱۳۸۸). ساخت و اعتباریابی آزمون پایبندی مذهبی بر اساس گزاره‌های قرآن و نهج‌البلاغه، نشریه مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۵ (۳)، ۷۹-۱۰۵.
 ۶. جان بزرگی، مسعود (۱۳۹۴). اصول روان‌درمانگری چندبعدی معنوی. پژوهش‌نامه روان‌شناسی اسلامی، (۱۱)، ۴۵-۹.

۷. جان بزرگی، مسعود (۱۳۹۶). *روان‌درمانگری چندبعدی معنوی: یک رویکرد خدا/سو*. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۸. جان بزرگی، مسعود (۱۳۹۵). روان‌درمانگری چندبعدی معنوی: فعالسازی عمل معنوی و اثربخشی آن بر مشکلات روان‌شناختی مراجعان مضطرب. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی اسلامی*، ۳(۲)، ۸-۳۹.
۹. جان بزرگی، مسعود، و داستانی، محبوبه (۱۳۹۳). مروری بر وضعیت تجربی روان‌درمانگری‌ها در ایران. *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۸(۱۵)، ۱۴۵-۱۹۰.
۱۰. جان بزرگی، مسعود، و غروی، سید محمد (۱۳۹۵). *اصول روان‌درمانگری و مشاوره با رویکرد اسلامی (مفاهیم، فرآیند و فنون)*. تهران: سمت.
۱۱. شجاعی، محمدصادق (۱۳۸۸). *درآمدی بر روان‌شناسی تنظیم رفتار با رویکرد اسلامی*. قم: مؤسسه علمی فرهنگی دارالحدیث.
۱۲. کاویانی، حسین، و موسوی، اشرف السادات (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *نشریه دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۶(۲)، ۱۲۶-۱۴۰.
۱۳. محمدی ری شهری، محمد (۱۳۹۱). *الگوی شادی از نگاه قرآن و حدیث*. قم: پژوهشگاه قرآن و حدیث.
۱۴. محمدی، حمیده، و مزیدی، محمد (۱۳۹۳). نقش دین‌داری در پیش‌بینی راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان دانشجویان. *نشریه فرهنگ در دانشگاه اسلامی*، ۴(۱۳)، ۶۲۰-۶۰۵.
۱۵. محمدی، محمدرضا، رهگذر، مهدی، باقری یزدی، سید عباس، نقوی، محمدرضا، پوراعتماد، حمیدرضا، امینی، همایون، رستمی، محمدرضا، و همکاران (۱۳۸۲). همه‌گیرشناسی اختلال‌های روان‌پزشکی در استان تهران. *نشریه روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی*، ۹(۲)، ۴-۱۳.
۱۶. محمودی، فیروز، صادقی، فرزانه، و جمال‌امیدی، معصومه (۱۳۹۶). تحلیل کانونی رابطه نگرش معنوی با راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجانی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تبریز. *نشریه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۱۵(۳)، ۲۸۰-۲۹۰.
۱۷. وارسته‌خو، فاطمه، و جعفری، مجتبی (۱۳۹۴). بررسی تأثیر آموزش تنظیم هیجان با رویکرد اسلامی بر کاهش اضطراب زنان شهر اصفهان. *نشریه زن و مطالعات خانواده*، ۷(۲۳)، ۱۰۱-۱۱۲.
۱۸. وحیدی مطلق، لیدا، کجباف، محمدباقر، و صالح‌زاده، مریم (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و شناخت‌درمانی مذهبی بر اضطراب دانش‌آموزان. *نشریه علوم رفتاری*، ۵(۳)، ۱۹۵-۲۰۱.
19. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. VA: American Psychiatric Publishing.
20. Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook*. New York: Oxford University Press.
21. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
22. Brown, T. a., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological assessment*, 21(3), 256-71.
23. Brown, T. A., DiNardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 49-58.
24. Carl, J. R., Fairholme, C. P., Gallagher, M. W., Thompson-Hollands, J., & Barlow, D. H (2013). The Effects of Anxiety and Depressive Symptoms on Daily Positive Emotion Regulation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(2), 224-236.
25. Cipani, E. (2009). *Practical research methods for educators*. U.S.A: Springer Publishing.
26. Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012) *The Anxiety and Worry Workbook: The*

Cognitive Behavioral Solution. New York: The Guilford Press.

27. Cohen, J (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. London: Routledge.
28. Craske, M. G. (2012), Transdiagnostic Treatment For Anxiety And Depression. *Journal of Depress Anxiety*, 29 , 749-753.
29. D'Souza, R. (2007). the importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice. *Journal of Med J Aust*, 186 (10), 57-9.
30. Ford, B. Q., & Mauss, I. B. (2015). Culture and emotion regulation. *Journal of Current Opinion in Psychology*, 3, 1-5.
31. Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Mennin, D. S., & Turk, C. L (2002). Confirmatory factor analysis of the Penn State Worry Questionnaire. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 40, 313-323.
32. Gratz, K. L., Weiss, N. H., & Tull, M. T. (2015). Examining Emotion Regulation as an Outcome, Mechanism, or Target of Psychological Treatments. *Journal of Curr Opin Psychol*, 1(3) , 85 -90.
33. Hamdan, A. (2008). Cognitive Restructuring: An Islamic Perspective. *Journal of Muslim Mental Health*, 3, 99-116.
34. Hays, P. A. (1995) multicultural application of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Professional psychology: research and practice*, 26 (3), 309- 315.
35. Jacobson, N. S., & Truax, P. (1998). *Clinical Significance: A Statical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research*, In. Washington DC: American Psychological Association.
36. Janbozorgi, M., Zahirodin, A., Norri, N., Ghafarsamar, R., & Shams, J. (2009). Providing emotional stability through relaxation training. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 5(3), 75-84.
37. Joshanloo, M. (2013). A Comparison Of Western And Islamic Conceptions Of Happiness. *Journal Of Happiness Studies*, 14, 1857-1874.
38. Kessler, R. C., Chiu, W. T. M., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey. *Journal of Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627.
39. Koenig, H. G., Shohaib, S. A. (2014). *Health and Well-Being in Islamic Societies*. U.S.A: Springer.
40. Koszycki, D., Bilodeau, C., Raab-Mayo, K., & Bradwejn, J. (2014). A multifaitth spiritually based intervention versus supportive therapy for Generalized Anxiety Disorder: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 489-509.
41. Lane, J. D., & Gast, D. L. (2014) Visual analysis in single case experimental design studies: brief review and guidelines. *Journal of Neuropsychol Rehabil*, 24 (3-4), 445-463.
42. Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. & Shafran, R. (2009). Conceptual Foundations of the Transdiagnostic Approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6–19.
43. Mathers, C., Vos, T., & Stevenson, C. (1999). *The burden of disease and injury in Australia*. Canberra: AIHW.
44. McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton P. J. (2009). Efficacy of Transdiagnostic Treatments: A Review of Published Outcome Studies and Future Research

- Directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 20-33.
45. McLaughlin, K. A., Mennin, D. S., & Farach, F. J. (2007). The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *Journal of Behav Res Ther*, 45(8), 1735-1752.
 46. Mennin D. S., & Fresco D. M. (2014). Emotion regulation therapy. *Handbook of Emotion Regulation*. New York : Guilford Press.
 47. Miyamoto, Y., Ma, M., & Petermann, A. G. (2014). Cultural Differences in Hedonic Emotion Regulation After a Negative Event. *Journal of Emotion*, 14 (4), 804–815.
 48. Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. H. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *Journal of Br J Psychiatry*, 180, 461-464.
 49. Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Journal of Clinical psychology review*, 40, 91-110.
 50. Norton, P. J., & Paulus, D. J. (2016). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders: Update on the Science and Practice. *Journal of Behavior Therapy*, 47 (6), 854-868.
 51. Noyes, Jr. R. (2001). Comorbidity in generalized anxiety disorder. *Journal of North Am*, 24, 41-55.
 52. Ogels, B. M., Lunnen, K. M. Q., & Bonesteel, K. (2001). Clinical Significance: History, Application and Current Practice. *Journal of Clinical Psychological Review*, 21(3), 421-446.
 53. Paloutzian R. F., & Park, C. L. (2013). *Handbook Of The Psychology Of Religion And Spirituality*. London: The Guilford Press.
 54. Pargament, K. I. (2011). *Spirituality integration psychotherapy*. New York: Guilford press.
 55. Parker R. I., & Hagan-Burke, S. (2007). Useful effect size interpretation for single case research. *Journal of Behavior Therapy*, 38, 95 -105.
 56. Rahimi-Movaghar, A., Amin-Esmaeili, M., Sharifi, V., Hajebi, A., Radgoodarzi, R., Hefazi, M., & Motevalian, A. (2014). Iranian Mental Health Survey: Design and Field Proceed. *Iranian Journal of Psychiatry*, 9(2), 96-109.
 57. Ramos, K., Barrera, T. L., & Stanley, M. A. (2014). *Incorporating nonmainstream spirituality into CBT for anxiety: A case study. Spirituality in Clinical Practice*. Advance online publication.
 58. Riccardi, C. J., Korte, K. J., & Schmidt, K. N. (2017). False Safety Behavior Elimination Therapy: A randomized study Of A Brief Individual Transdiagnostic Treatment For Anxiety Disorders. *Journal Of Anxiety Disorders*, 46, 35-45.
 59. Sanderson, W. C., Dinardo, P. A., Rapee, R. M., & Barlow, D. H (1990). Syndrome Comorbidity In Patients Diagnosed With Adsm-III-R Anxiety Disorder. *Journal Of Abnormal Psychology*, 99, 308-312.
 60. Scott, T., Gaynor, M. A., Susan, C., Baird, M. A., & Nelson-Gray, R. O. (1999). *Application of time-series (single-subject) designs in clinical psychology*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
 61. Shafraan, R., Mcmanus, F., & Lee, M. (2008). A Case Of Anxiety Disorder Not Otherwise Specified (ADNOS): A Transdiagnostic Approach. *International Journal*

Of Cognitive Therapy, 1 (3), 256-265.

62. Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion Regulation As A Transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clin Psychol Rev*, 57, 141-163.
63. Thompson, R. S. (1994). Emotion Regulation: A Theme In Search Of Definition. *Monogr Soc Res Child Dev*, 59 (2-3), 25 - 52.
64. Vasegh, S. (2009). Psychiatric treatments involving religion: *Psychotherapy from an Islamic perspective, Religion and Spirituality in Psychiatry*. Cambridge :Cambridge University Press.
65. Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P., Hofler, M., & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *Psychiatry*, 63 (8), 24-34.





پروفیسر شگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی