

کارآمدی درمان شناختی- رفتاری مذهب‌محور با تأکید بر بخشایش‌گری و مثبت‌نگری بر علائم افسردگی و اضطراب: تک بررسی

The efficacy of religion based cognitive behavioral therapy with focus on forgiveness and positive thinking techniques on depression and anxiety signs: A case study

الهه گلپاشا* / دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه تهران

Elaheh Golpasha (MA in Family Counseling, Department of Counseling, University of Tehran, Tehran, Iran)

محمدحسن آسایش / دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی

Mohammad Hassan Asayesh (Ph.D Candidate of Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran)

Abstract

Depression is one of the most e, various approaches have been used in treating these disorders; however, scommon psychological disorders and of the most common causes of suicides. Other disorders with high comorbidity with depression are some of anxiety disorders. To datome researchers suggested that the use of cognitive

چکیده

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی و از رایج‌ترین علل خودکشی است. اختلال‌های دیگری که همبودی چشمگیری با افسردگی دارند برخی از اختلال‌های اضطرابی هستند. تاکنون رویکردهای مختلفی برای درمان این اختلالات به کار گرفته شده، اما برخی محققان توصیه کرده‌اند ترکیب درمان شناختی -

تاریخ دریافت مقاله: ۲۱/ ۱۲/ ۱۳۹۴، تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴/ ۰۴/ ۱۳۹۵.

behavioral therapy in combination with spiritual-religious techniques is much effective in treating anxiety disorders. The purpose of this study was to case-study and research the effectiveness of religion based cognitive behavioral therapy with focus on positive thinking and forgiveness techniques on the diagnosed depression and anxiety signs. One of the clients is a 46 year woman who through clinical interview and MMPI and SCL-90 tests has been diagnosed with depression and anxiety signs. Then, eight therapy sessions based on Khodaayaarifard and Aabedini's (2015) intervention package were implemented. Results from the comparison of pre-test and post-test figures suggest that the religion based cognitive-behavioral therapy with focus on positive thinking and forgiveness techniques affects depression and anxiety signs. We could conclude that religion based cognitive-behavioral therapy with focus on positive thinking and forgiveness techniques, as a counseling-mixed, consistent with Iran's cultural/religion context method, is significantly effective in elevating anxiety and depression signs, so far that counselors and psychotherapists can use it in treating clients with religious background.

Keywords: Spiritual-religious therapy, Positive thinking, Absolution, Forgiveness, Depression, Anxiety.

رفتاری با فنون مذهبی و معنوی برای درمان اختلالات اضطرابی بسیار مفید است. هدف این تحقیق تک‌بررسی و تحقیق درباره کارآمدی درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور با تأکید بر فنون مثبت‌نگری و بخشایش‌گری و تأثیر آن بر علائم افسردگی و اضطراب مراجع دارای این علائم است. این پژوهش به روش تک‌بررسی انجام شده است. یکی از مراجعان زنی ۴۶ ساله است که از طریق مصاحبه بالینی و آزمون MMPI و SCL-90 دارای علائم افسردگی و اضطراب تشخیص داده شد. سپس هشت جلسه درمان بر اساس بسته مداخله‌ای خدایاری فرد و عابدینی (۱۳۹۴) اجرا شد. نتایج حاصل از مقایسه نمودارهای پیش‌آزمون و پس‌آزمون حاکی از کارآمدی مؤثر درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور توأم با فنون مثبت‌نگری و بخشایش و تأثیر آن بر علائم افسردگی و اضطراب است. می‌توان نتیجه گرفت درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور توأم با فنون مثبت‌نگری و بخشایش به عنوان روش مشاوره‌ای ترکیبی و منطبق با زمینه فرهنگی-مذهبی جامعه ایران، به طور معناداری در بهبود و کاهش علائم اضطراب و افسردگی مراجعان تأثیرگذار است، تا آنجا که مشاوران و روان‌درمانگران می‌توانند از آن برای درمان مراجعان دارای زمینه مذهبی استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: درمان معنوی - مذهبی، دین، مثبت‌نگری، عفو، بخشایش، افسردگی، اضطراب.

مقدمه

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی و از رایج‌ترین علل خودکشی‌ها است. بسیاری از افراد افسرده در توانایی تفکر، تمرکز، یا تصمیم‌گیری مشکل دارند و احتمال دارد به‌آسانی دچار حواس‌پرتی شوند یا مشکل حافظه داشته باشند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا،^۱ ۲۰۱۳). همه افراد در دوره‌هایی از عمر خود افسردگی را تجربه می‌کنند. این احساس معمولاً به دنبال فقدان یا ناکامی ایجاد می‌شود و در حالت طبیعی پس از چند ساعت یا چند روز از بین می‌رود (کهرازی و همکاران، ۱۳۸۲). در افراد افسرده کاهش محسوس علاقه یا لذت در تمام یا برخی از فعالیت‌ها در بخش عمده روز دیده می‌شود. از دیگر علائم افسردگی کاهش وزن یا افزایش وزن، بی‌خوابی یا خواب‌زدگی، خستگی یا نداشتن انرژی، احساس بی‌ارزشی یا گناه است (باچر^۲ و همکاران، ۲۰۱۴).

برخی از اختلال‌های اضطرابی همبودی چشمگیری با افسردگی دارند (وُتریچ^۳ و راپی^۴، ۲۰۱۳). اضطراب آمیزه پیچیده‌ای از هیجان‌های ناخوشایند و شناخت‌هایی است که بیشتر به سمت آینده‌گرایی دارد و پراکنده‌تر از ترس است (بارلو،^۵ ۲۰۰۲). اضطراب، هیجانی انطباقی است که به ما کمک می‌کند برای تهدید احتمالی برنامه‌ریزی کنیم و آماده شویم. افراد با اختلالات اضطرابی، احساساتی مانند بی‌کفایتی، خطر، تهدید و از دست دادن تسلط بر رفتارها و اعمال خود دارند. آنها از انتقاد دیگران می‌ترسند و به فقدان یا مرگ اطرافیان فکر می‌کنند (بوگلس و زیگترمن، ۲۰۰۰). پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، اضطراب را نگرانی شدید دربارہ چندین رویداد یا فعالیت تعریف می‌کند که کنترل آن مشکل است و می‌تواند با برخی علائم جسمانی نظیر تنش عضلانی، تحریک‌پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری همراه باشد (گنجی، ۱۳۹۳).

-
1. American Psychiatric Association
 2. Bucher
 3. Wuthrich, V. M.
 4. Rapee, R. M.
 5. Barlow, D. H.

مطالعات همه‌گیرشناسی نشان‌دهنده آن است که افسردگی و اضطراب ناهنجاری‌هایی مشترک در خلال چرخه حیات انسان‌ها به شمار می‌آید؛ به‌علاوه، این دو اختلال غالباً در ترکیب با یکدیگر قلمداد می‌شوند (بیکن^۱ و همکاران، ۱۹۹۸). تحقیقات نشان‌دهنده همپوشانی چشمگیر این نارسایه‌ها بر حسب عوامل خطر^۲ (وینک،^۳ آرتسن،^۴ و اسکورز،^۵ ۲۰۰۸)، ویژگی‌های پدیده‌شناسی^۶ (واتسون^۷ و همکاران، ۱۹۹۵) و عوامل ژنتیکی،^۸ به‌ویژه در ارتباط با اختلال اضطراب فراگیر (GAD) و اختلال افسردگی اساسی (MDD) (کندلر و همکاران، ۲۰۰۷) است. با توجه به شیوع بالای اضطراب و افسردگی همایند، نتایج تحقیقات بیانگر ضرورت توجه بیشتر به وجود علامت‌های همایندی و مداوای این نوع از اختلالات است. بررسی‌های اخیر در خصوص مداوای روانی مشکلات افسردگی معرف آن است که درمان شناختی-رفتاری (CBT) به عنوان روشی مؤثر در افراد جوان‌تر، و نیز روشی ممتاز در گروه انتظار به شمار آمده است (وُتریچ و رایبی، ۲۰۱۳).

درمان شناختی-رفتاری، افکار و رفتارهای افراد را بررسی و مشاهده روزانه می‌کند؛ افرادی که به موقعیتی واحد، واکنش‌های متفاوتی از خود نشان می‌دهند. توجیهی که نظریه‌پردازان شناختی-رفتاری مانند بک و همکاران (۱۹۷۹) و آلیس (۱۹۶۲) درباره این پدیده و واکنش‌های متفاوت افراد عرضه کرده‌اند، این است که تفسیر فرد از موقعیتی مشخص، تأثیر عمده‌ای بر عواطف و رفتار بعدی او خواهد داشت (اسکات، استاردینگ و درایدن، ۱۹۹۵؛ ترجمه خدایاری‌فرد، ۱۳۸۶). صاحب‌نظران تعاریف متفاوتی از شناخت-رفتار درمانگری به دست

1. Beekman, A. T. F.
2. risk factors
3. Vink, D.
4. Aartsen, M. J.
5. Schoevers, R. A.
6. phenomenology
7. Watson, D.
8. genetic factors
9. Kendler, K. S.

داده‌اند؛ بعضی از آنها از تعداد نسبتاً نامحدودی از حوزه‌ها استفاده کرده‌اند (بک، ۱۹۹۵) و برخی دیگر از رویکردی خلاصه‌تر بهره برده‌اند که متشکل از ده‌ها راهبرد بسیار خاص و جزئی است (مک‌مولین، ۲۰۰۰؛ به نقل از: خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۹۴). بسته به نوع اختلالی که موضوع درمان است، راهبردهای شناختی به طور متفاوتی عرضه می‌شود. نخستین وظایف درمانی در درمان‌های شناختی - رفتاری، همان‌گونه که بک و آلیس پیش از دیگران مطالعه کرده‌اند، این است که به مراجعان خود کمک کنند به دقت سازگاران‌ترین و معقول‌ترین تفسیر را از موقعیتی مشخص برداشت کنند و رفتارهایی را در پیش بگیرند که با زاویه دید جدید هماهنگ باشد. ماهیت رویکرد شناختی - رفتاری این است که محصولات شناختی آن میان موقعیت‌ها و پاسخ‌های عاطفی، رفتاری و فیزیولوژیکی واسطه می‌شود و به این ترتیب این رویکرد، بسطی مهم از الگوی محرک و پاسخ رفتار انسان است (اسکات، استاردینگ و درایدن، ۱۹۹۵؛ ترجمه خدایاری فرد، ۱۳۸۶). در درمان شناختی - رفتاری، به مراجعان در رشد مهارت‌هایی برای تغییر رفتار، ارتباط با دیگران، حل مسئله، کشف افکار و عقاید تحریف‌شده، به‌چالش کشیدن فکر، تغییر باورها و نگرش‌های غیرمفید و بازسازی شناختی کمک می‌شود (بک، ۲۰۰۸).

در این رویکرد، فرآیند درمان به گونه‌ای طراحی شده که افکار و شناخت‌های منفی و خودکار شناسایی شود، پیوندهای بین شناخت، عاطفه و رفتار تعیین و شواهد مخالف، افکار تحریف‌شده را بررسی کند تا تعبیر واقع‌گرایانه را جایگزین شناخت‌های تحریف‌شده کند و در دستیابی به حل تعارضات زناشویی و افزایش سازگاری توفیق یابد (بری^۱ و گانل، ۲۰۰۶). جنبه رفتاری این رویکرد، بر آرمیدگی، هدف‌گذاری و بازسازی فعالیت‌های روزانه با هدف لذت و خرسندی تأکید می‌کند (برنان، ۲۰۰۴^۳).

از جمله مبانی و اصولی که در کنار درمان‌های شناختی - رفتاری به‌وفور از آنها استفاده می‌شود، تکنیک‌ها و روش‌های درمان معنوی و مذهبی است (پاکرت^۴ و همکاران، ۲۰۰۹).

-
1. Bray, I.
 2. Gunnell, D.
 ۳. Brennan, M.
 ۴. Paukert, A. L.

محققان توصیه کرده‌اند ترکیب درمان شناختی - رفتاری با درمان معنوی برای درمان اختلالات اضطرابی مفیدتر از سایر تکنیک‌ها است (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۱). مداخلات معنوی در انواع درمان‌ها از جمله درمان‌های انفرادی، گروه‌درمانی، خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی و درمان کودکان و نوجوانان به کار رفته است (ریچاردز،^۱ ۲۰۰۵ به نقل از: مجاهد و همکاران، ۱۳۸۸).

تحقیقات نشان داده است باورها و اعمال متعالی دینی نقش کلیدی در کارکردهای سالم خانوادگی دارد (بیورس و همسون،^۲ ۱۹۹۰، به نقل از: خدایاری‌فرد و عابدینی، ۱۳۹۴). برخی دیگر از تحقیقات نشان داده‌اند هر چه میزان معنویت و دینداری افراد بیشتر باشد مصونیت بیشتری از بیماری‌های روانی و انحرافات رفتاری پیدا می‌کنند (بهرامی چگنی، ۱۳۸۹). بنابراین، تا اینجا مشخص شد که دین و معنویت نقش بسزایی در سلامت روان و پیش‌گیری از اختلالات روانی دارد.

امروزه موج تازه‌ای از مطالعات، متوجه بررسی تأثیر درمان‌های معنوی بر کاهش ناسازگاری‌ها و اختلالات روانی شده است. راجاگوپال^۳ و همکاران (۲۰۰۴) اثربخشی مداخلات مبتنی بر معنویت را در رفع اضطراب و افسردگی خفیف بررسی کردند. نتیجه این مطالعه حاکی از کاهش معنادار علائم اضطراب و افسردگی بود.

ابراهیمی و همکاران (۲۰۰۷) اثربخشی روان‌درمانی یکپارچه‌گرایی دینی را در بیماران مبتلا به افسرده‌خویی در مقایسه با روش دارودرمانی و درمان شناختی-رفتاری بررسی کرد و نتیجه گرفت که روان‌درمانی یکپارچه‌گرایی دینی بر روی سه شاخص نمرات مقیاس افسردگی بک، نمرات مقیاس افسردگی هامیلتون و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد مؤثر است. پاکرت و همکاران (۲۰۰۹) با استفاده از رویکرد درمان ترکیبی CBT با مذهب و معنویت نشان دادند این رویکرد درمانی باعث بهبود مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر می‌شود.

۱. Recharads

۲. Beavers & Hamson

۳. Rajagopal, D.

در بین فنونی که در درمان‌های معنوی و مذهبی از آنها استفاده می‌شود، فنونی چون مثبت‌نگری و بخشایش‌گری،^۱ که ریشه در باورهای معنوی - مذهبی و علوم روان‌شناختی دارند، در ارتقای سلامت روان تأثیر بسزایی دارند (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۲). تحقیقات نشان می‌دهد برنامه عفو و بخشایش موجب کاهش اضطراب افراد می‌شود و در بهبود مشکلات روانی، افزایش صمیمیت و اعتماد در روابط زناشویی و حل مشکلات زناشویی بسیار مؤثر است (خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۹۴). بسیاری از فلاسفه بخشایش را مفهومی پایه در نظر می‌گیرند؛ نگرشی خیرخواهانه و واقعی در قبال فرد آسیب‌رسان (کوک، ۲۰۰۶). در واقع، بخشایش عبارت است از: انگیزشی آگاهانه و ارادی که سبب کاهش کناره‌گیری، خشم و انتقام در قبال فرد خطاکار می‌شود، احساسات مثبت را افزایش می‌دهد و جایگزین احساسات منفی می‌کند (مکاسکیل، ۲۰۱۲).

بخشایش مفهومی است که هرچند در ادبیات مذهبی به عنوان صفتی الهی تقدیس و تشویق شده است، اما مطالعات تک بررسی بالینی نشان داده است بخشایش می‌تواند برای افرادی که درد عاطفی عمیقی را به دلیل رفتار غیرعادلانه تجربه کرده‌اند، مفید باشد (باسکین، ۲۰۰۴). ری^۵ و همکاران (۲۰۰۰) با بررسی دیدگاه مذاهب مختلف درباره بخشایش دریافته‌اند که عفو در همه ادیان، اعم از اسلام، مسیحیت، هندوئیسم و آیین بودا ارزشمند و محترم شمرده شده است.

در آیات متعددی از قرآن بر بخشایش و عفو خطای دیگران تأکید شده و بخشایش، عاملی برای تسکین و رسیدن به آرامش درونی دانسته شده است؛ از جمله در: نساء: ۱۴۹؛ اعراف: ۱۹۹؛ بقره: ۲۳۷؛ آل عمران: ۱۳، ۱۴ و ۱۳۴؛ فصلت: ۳۸؛ مریم: ۱۰؛ رعد: ۲۸؛ عنکبوت: ۴۵؛ مائده:

1. forgiveness
2. Cooke, K. L.
3. Macaskill, A.
4. Baskin, T. W.
5. Rye, M.

۵۴؛ نور: ۲۲ و ۲۳؛ فرقان: ۶۳؛ طور: ۲۲ (حمید، کوچکی و حیات‌بخش ملایری، ۱۳۹۱).

آیات مشتمل بر واژه «عفو» یا واژه‌هایی که بر معنای عفو دلالت می‌کنند (مانند رحمت و مغفرت) به چند دسته تقسیم می‌شوند که در ادامه به برخی از آنها اشاره می‌کنیم. دسته‌ای از آیات به عفو خداوند اشاره دارند. مثلاً خداوند می‌فرماید: «خداوند وعده خود را به شما راست گفت، در آن هنگام دشمنان را به فرمان او به قتل می‌رساندید تا اینکه سست شدید و در کار خود به نزاع پرداختید، و بعد از آنکه آنچه را دوست می‌داشتید به شما نشان داد نافرمانی کردید، بعضی از شما خواهان دنیا بودند و بعضی خواهان آخرت، پس خداوند شما را از آنها منصرف ساخت تا شما را آزمایش کند و او شما را بخشید و خداوند نسبت به مؤمنان فضل و بخشش دارد»^۱ (آل عمران: ۱۵۲). همچنین خداوند می‌فرماید: «آنها (مسلمین) باید عفو کنند و گذشت نمایند، آیا دوست نمی‌دارید خداوند شما را ببخشد»^۲ (نور: ۲۲).

برخی از آیات به عفو اولیای خداوند اشاره دارد: «گفت امروز ملامت و توبیخی بر شما نیست. خداوند شما را می‌بخشد و ارحم الراحمین است»^۳ (یوسف: ۹۲). در این آیه حضرت یوسف علیه السلام نه تنها از حق خود گذشت و حتی حاضر نشد کمترین توبیخ و سرزنشی را در حق برادرانش روا دارد، بلکه از نظر حق الله نیز آنان را اطمینان داد که خداوند غفور و بخشنده است (مکارم شیرازی، ۱۳۷۹: ۵۷/۱۰).

برخی دیگر از آیات، پیغامی الهی و خطاب‌ی ملکوتی به بندگان است تا عفو و گذشت را سنتی حسنه در زندگی خود قرار دهند: «ما آسمان و زمین و آنچه میان آن دو است، جز به حق نیافریدیم و ساعت موعود (قیامت) قطعاً فرا خواهد رسید. از آنها (دشمنان) به خوبی صرف نظر کن (و آنها را به نادانیشان ملامت نما)»^۴ (حجر: ۸۵). خداوند در این آیه به پیامبر

۱. «وَلَقَدْ صَدَقَكُمُ اللَّهُ وَعْدَهُ إِذْ تَحْسَبُونَهُمْ بِأَذْنِهِ حَتَّىٰ إِذَا فَسِلْتُمْ وَتَنَازَعْتُمْ فِي الْأَمْرِ وَعَصَيْتُمْ مِنْ بَعْدِ مَا أَرَاكُمْ مَا تُحِبُّونَ مِنْكُمْ مَنْ يَرِيذُ الدُّنْيَا وَمَنْكُمْ مَنْ يَرِيذُ الْآخِرَةِ ثُمَّ صَرَّفَكُمْ عَنْهُمْ لِيَبْتَلِيَكُمْ وَلَقَدْ عَفَا عَنْكُمْ وَاللَّهُ ذُو فَضْلٍ عَلَى الْمُؤْمِنِينَ».

۲. «وَلْيَعْفُوا وَلْيَصْفَحُوا أَلَا تُحِبُّونَ أَنْ يَغْفِرَ اللَّهُ لَكُمْ وَاللَّهُ غَفُورٌ رَحِيمٌ».

۳. «قَالَ لَا تَنْتَرِبَ عَلَيْكُمُ الْيَوْمَ يَغْفِرُ اللَّهُ لَكُمْ وَهُوَ أَرْحَمُ الرَّاحِمِينَ».

۴. «وَمَا خَلَقْنَا السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضَ وَمَا بَيْنَهُمَا إِلَّا بِالْحَقِّ وَإِنَّ السَّاعَةَ لَأْتِيَةٌ فَاصْفَحِ الصَّفْحَ الْجَمِيلَ».

اکرم علیه السلام دستور می‌دهد در برابر لجاجت‌ها، نادانی‌ها، تعصب‌ها، کارشکنی‌ها و مخالفت‌های سرسختانه انسان‌ها ملامت و محبت نشان دهد و از گناهان آنان صرف نظر کند و آنها را ببخشد، بخششی زیبا که حتی توأم با ملامت نباشد (مکارم شیرازی، ۱۳۷۹: ۱۲۶/۱۱). همچنین فرموده است: «جزای عمل زشت، مثل آن است و کسی که ببخشد و اصلاح کند، پاداش او با خداوند است و او ستمگران را دوست ندارد»^۱ (شوری: ۴۰).

همچنین روایات بسیاری از ائمه علیهم السلام درباره عفو وجود دارد که به آن تشویق کرده‌اند و نشان‌دهنده اهمیت و ارزش فراوان آن است. پیامبر اکرم صلی الله علیه و آله می‌فرماید: «هر کس قدرت (بر انتقام) دارد گذشت کند، خداوند در روز لغزش از او درگذرد»^۲ (ری‌شهری، ۱۳۸۴: ۳۸۳۷/۸). امام علی علیه السلام درباره عفو می‌فرماید: «(بدی یا خوبی را) به نیکی پاداش ده و از بدی درگذر، به شرط آنکه به دین لطمه‌ای نزنند یا در قدرت اسلامی ضعفی پدید نیآورد»^۳ (ری‌شهری، ۱۳۸۴: ۳۸۳۹/۸).

علاوه بر اهمیت آنچه گفته شد، از دیدگاه اسلامی عفو و بخشایش می‌تواند به عنوان یکی از روش‌های درمانی در اصلاح هیجانات و رفتار فرد با دیگران به کار رود (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۲). در این روش به فرد کمک می‌شود با شناخت بیشتر خود و محدودیت‌های افرادی که وی را رنجانیده‌اند، در او بینش جدیدی در خصوص موضوع اختلاف، رنج و بافت رنجش ایجاد شود تا بتواند فرد خاطی را ببخشد و خود را از رنج برهاند (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۹۴).

در فرآیند بخشایش، فرد آزرده معمولاً سه مرحله را سپری می‌کند: ۱. مواجهه با حادثه یا واکنش نشان‌دادن به آن؛ ۲. روشن‌سازی یا جست‌وجوی چرایی؛ ۳. بهبودی. هر یک از این مراحل دربرگیرنده سه جنبه شناختی، عاطفی و رفتاری است که مجموعاً این مراحل موجب احساس بهتری در افراد می‌شود (گوردن، ۱۹۹۹).

۱. «وَجَزَاءُ سَيِّئَةٍ سَيِّئَةٌ مِّثْلُهَا. فَمَنْ عَفَا وَأَصْلَحَ فَأَجْرُهُ عَلَى اللَّهِ، إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الظَّالِمِينَ».

۲. «مَنْ عَفَا عِنْدَ قُدْرَةِ عَفَا اللَّهُ عَنْهُ يَوْمَ الْعَتْرَةِ».

۳. «جَازٍ بِالْحَسَنَةِ وَتَجَاوَزُ عَنِ السَّيِّئَةِ مَا لَمْ يَكُنْ ثَلَمًا فِي الدِّينِ أَوْ وَهَنَا فِي سُلْطَانِ الْإِسْلَامِ».

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد بخشایش مفهومی است که می‌تواند سلامت و بهزیستی روانی و جسمانی را افزایش دهد (پترسون، ۲۰۰۴).^۱ بخشایش می‌تواند در موقعیت‌های تعارض برانگیز بین فردی، برخلاف لجاجت و انتقام‌جویی، موجب کنش‌ها و رفتارهای مثبت شود. بخشایش را نباید با مصالحه، عفو قانونی، چشم‌پوشی و فراموشی اشتباه گرفت، بلکه بخشایش فرآیندی درون‌فردی است که در آن، جنبه‌های شناختی، احساسی و رفتاری فرد در برابر خطا و خطاکار تغییر می‌کند.

یکی دیگر از راهکارهای عملی مؤثر در ایجاد تعادل روانی، «شناخت و تکیه بر ویژگی‌های مثبت افراد» به مثابه نوعی روش درمانگری است. به عبارت دیگر، یکی از فنون درمان معنوی - مذهبی فن مثبت‌نگری است (خدایاری‌فرد و عابدینی، ۱۳۹۴). هولشتین^۲ (۱۹۹۷) معتقد است در درمان به جای تأکید و کار بر صفات بیمارگونه مراجع، باید ویژگی‌های مثبت او را تقویت کرد. زیرا مراجعان احساس کامل بودن نخواهند کرد، مگر آنکه ویژگی‌های مثبت آنها و نه مشکلاتشان، محور روش درمانی قرار گیرد.

با بررسی آیات قرآن کریم به نظر می‌رسد اغلب تأکیدها بر خوبی‌ها، درستی‌ها و نقاط قوت افراد است و ضعف و کژی کمتر مد نظر قرار می‌گیرد. خداوند با توجه به توانایی‌ها و ظرفیت بشر می‌فرماید: «من در زمین انسان را خلیفه خود قرار می‌دهم»^۳ (بقره: ۳۰) یا «به درستی که ما انسان را در زیباترین هیئت آفریدیم»^۴ (تین: ۴). از این رو خداوند با تکیه بر این توانایی‌ها، انسان را به احسان دعوت می‌کند و از عیب‌جویی دیگران بر حذر می‌دارد. با بررسی مجموعه آیات می‌توان مشاهده کرد که خداوند در مقابل ضعف‌های بشر گذشت فراوان دارد و بیشتر بر نکات مثبت، درستی‌ها و راستی‌های او تکیه می‌کند. این نوع نگرش به انسان می‌فهماند که او هم باید به دیگران و حتی خودش با دیدی مثبت بنگرد، خوبی‌های دیگران را ببیند و به زبان خوش

1. Peterson, C.

2. Holstein, B. B.

۳. «إِنِّي جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً».

۴. «لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ».

با آنها تکلم کند (بقره: ۸۳). چنین نگرش مثبتی به یاری و امداد سازندگی روح آدمی می‌شتابد. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که در دین اسلام بر مثبت‌نگری^۱ تأکید فراوانی می‌شود. همچنین شوارتز (۱۹۸۶، به نقل از: خدایاری‌فرد، ۱۳۸۴) شواهدی مبین تأکید بر جنبه‌های مثبت در درمان‌های روان‌شناختی عرضه می‌کند. وی می‌گوید: «پژوهش‌های شناختی - رفتاری اخیر نشان می‌دهد که هر گاه بر جنبه‌های مثبت افکار بیشتر تأکید شود، عملکرد گروه، تقریباً یک‌و‌نیم برابر زمانی است که بر جنبه‌های منفی تأکید می‌شود». درمانگرهای شناختی معتقدند انگاره‌های تفکر منفی، موجب افسردگی و نگرانی می‌شود. آنها می‌گویند: «وقتی مثبت‌تر و واقع‌بینانه‌تر بیندیشیم از عزت نفس و کارایی بیشتری برخوردار می‌شویم» (خدایاری‌فرد و عابدینی، ۱۳۹۴).

پیشینه پژوهش حاضر، تا آنجا که نگارندگان بررسی کرده‌اند، استفاده توأم دو فن مثبت‌نگری و بخشایشگری در درمان‌های معنوی - مذهبی برای بهبود علائم افسردگی و اضطراب را نشان نداده است و جای خالی چنین پژوهشی را می‌توان احساس کرد. بنابراین، آنچه برای محقق پرسش‌برانگیز بوده و انگیزه تدوین این پژوهش را به وجود آورده بررسی این پرسش است که: آیا تأکید و تمرکز مشاوران و روان‌درمانگران بر بسته‌های مداخله‌ای و درمانی مذهب‌محور با تأکید بر فنون بخشایشگری و مثبت‌نگری (همان) توأم با هم، در کاهش علائم افسردگی و اضطراب مراجعان متقاضی کمک حرفه‌ای مؤثری خواهد بود؟ بنابراین، هدف این پژوهش بررسی کارآمدی درمان معنوی - مذهبی با تأکید بر فنون مثبت‌نگری و بخشایشگری در کاهش علائم افسردگی و اضطراب یک مراجع زن ۴۶ ساله است.

روش و طرح پژوهش

با توجه به اینکه هدف محقق بررسی کارآمدی نوعی الگوی درمانی جدید مبتنی بر رویکرد معنویت و رویکرد شناختی - رفتاری برای اولین بار در خصوص علائم افسردگی و اضطراب و مداخله درمانی برای یک آزمودنی دارای علائم افسردگی و اضطراب بود، طرح پژوهش از نوع

1. positive thinking

تک بررسی است. بدین‌منظور یک آزمودنی ۴۶ ساله، که به صورت در دسترس و بر اساس مصاحبه بالینی و آزمون‌های تشخیصی معتبر (MMPI و SCL-90)، مبتلا به علائم افسردگی و علائم اضطراب تشخیص داده شد، انتخاب گردید. ملاک ورود آزمودنی به فرآیند درمان، داشتن علائم افسردگی و اضطراب، نداشتن هم‌زمان دوره دارودرمانی، شرکت نکردن به صورت موازی در دوره روان‌درمانی یا آموزشی خاص دیگر و بررسی فقدان تغییرات محیطی خاص (از قبیل تغییر عوامل استرس‌زا یا اضطراب‌برانگیز دیگر) بود. پس از تشخیص بالینی، مراجع از طریق بسته درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر درمان معنوی - مذهبی با تأکید بر تکنیک مثبت‌نگری و عفو و بخشایش (خدایاری فرد، ۱۳۸۴؛ خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۹۴) درمان شد که روایی کافی دارد و پیش از این طراح آن در پژوهشی (خدایاری فرد، ۱۳۸۴) آن را آزموده است.

ابزار پژوهش

در این پژوهش از دو پرسش‌نامه تشخیصی استفاده شد. یکی از ابزارهای استفاده‌شده سنجش وضعیت روان‌شناختی آزمودنی پرسش‌نامه ۷۱ سؤالی MMPI بود. ابزار دیگر آزمون فهرست نشانگان بیماری (SCL-90) بود. این ابزارها یک بار قبل از شروع مداخلات و یک بار بعد از پایان مداخلات بر روی آزمودنی اجرا شد.

۱. فرم کوتاه آزمون MMPI

فرم ۷۱ سؤالی سیاهه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI) یکی از ابزارهای عینی سنجش شخصیت است و بر کلیدیابی ملاکی مبتنی است که مقیاس‌های بالینی چون خودبیمارانگاری (HS)، افسردگی (D)، هیستری (HY)، انحراف روانی - اجتماعی (Pd)، پارانویا (Pa)، خستگی روانی (pt)، اسکیزوفرنی (Sc) و هیپومانیا (Ma) را می‌سنجد. اخوت و دانشمند (۱۳۷۵) پایایی این فرم را با استفاده از محاسبه ضریب آلفا برابر ۰/۷۸ برای کل آزمون گزارش کرده‌اند. درباره روایی این آزمون مطالعات فراوانی صورت گرفته است. شپارد و همکاران (۱۹۸۸)؛ به نقل از: پرواز، پرواز و جهان‌بازنژاد، (۱۳۹۰) روایی سازه آزمون را مطلوب گزارش کرده‌اند. همچنین، از نظر خدایاری فرد و پرند (۱۳۹۵) این مقیاس روایی و پایایی کافی دارد.

۲. آزمون SCL-90

آزمون فهرست نشانگان بیماری (SCL-90) آزمونی برای تشخیص، تمیز و غربالگری است که هم برای بیماران روانی و هم برای افراد معتاد به الکل و مواد مخدر به کار برده می‌شود. این آزمون شامل ۹۰ پرسش بوده و ۹ بُعد دارد که ابعاد مختلف روان‌شناختی فرد از جمله شکایات جسمانی، وسواس بی‌اختیاری، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌گسستگی را اندازه‌گیری می‌کند. اعتبار این چک لیست در تحقیق انیسی، اکبری، مجدیان، آتشکار و قربانی (۱۳۹۰) با استفاده از ضرایب همسانی درونی و بازآزمایی با روش آلفای کرونباخ و همبستگی پیرسون به ترتیب ۰/۹۸ و ۰/۸۲ به دست آمده است. همچنین در تحقیق آنها روایی چک لیست نیز با روش تحلیل عاملی بدست آمده است و نقطه برش آن در شاخص کلی علائم مرضی ۰/۸۷ بدست آمده است.

شیوه اجرا

پس از انجام دادن مصاحبه تشخیصی بر اساس DSM-5 و اجرای آزمون‌های تشخیصی MMPI و SCL-90 به عنوان پیش‌آزمون، درمان‌شناختی - رفتاری مذهب‌محور با تأکید بر تکنیک مثبت‌نگری و عفو و بخشایش در هشت جلسه یک‌ساعته به صورت هفته‌ای یک بار و به صورت فردی اجرا شد.

معرفی مورد

در این پژوهش یک آزمودنی ۴۶ ساله شرکت داشت. این آزمودنی خانم م. د. با تحصیلات دوم راهنمایی دارای دو خواهر ۴۰ و ۵۱ ساله و یک برادر ۴۵ ساله است. مادر، ۶۵ ساله با تحصیلات ابتدایی و خانه‌دار، و پدر، ۶۰ ساله با تحصیلات سیکل و شغل شیشه‌بر است. ۳۰ سال از مدت ازدواج مراجع می‌گذرد. همسر او ۵۰ سال سن دارد و بیکار است. همچنین، دارای دو فرزند است؛ پسری ۲۸ ساله که از همسرش جدا شده است و دختر ۲۵ ساله که متأهل است.

تدابیر تشخیصی

در جلسه اول ابتدا شرح حال گرفته شد.

شرح حال

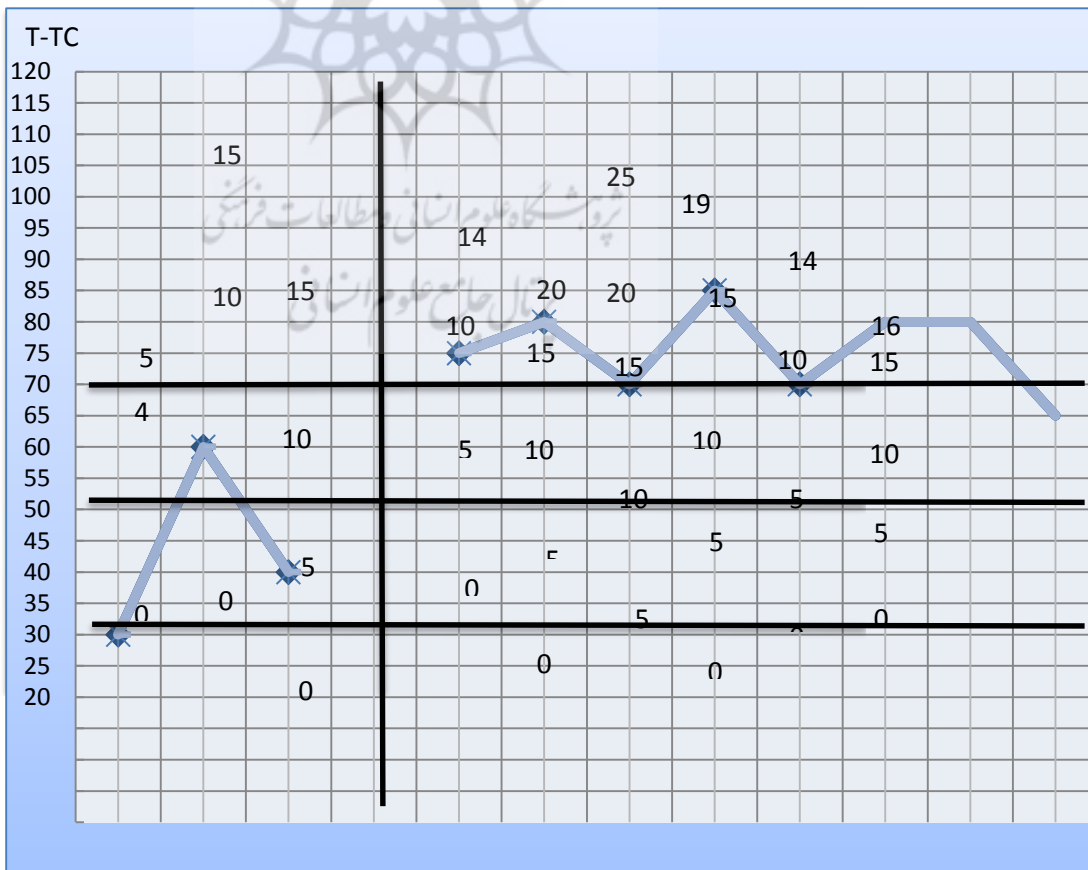
مراجعه اظهار کرد که از کودکی پدر و مادرش وی را آزار و اذیت می‌کرده‌اند و اغلب کتک‌ها بی‌دلیل بوده است. مادرش همیشه به او زور می‌گفته و او را مجبور می‌کرده است مدرسه نرود و کارهای خانه را انجام دهد. مدام از معلم‌های مدرسه نیز کتک می‌خورده و از مدرسه متنفر بوده است. همیشه شاهد ارتباط پدرش با خانم‌های دیگر بوده و در آرزوی این بوده است که زودتر ازدواج کند تا از این وضع رها شود. در نوجوانی به یکی از خواستگارهایش با وجود مخالفت پدر جواب مثبت می‌دهد و یک روز همراه خواستگارش از خانه خارج می‌شود و با او ازدواج می‌کند. پس از ازدواج، پدرش ۱۰ سال او را طرد می‌کند. از همان روزهای اول کم‌کم با پرخاشگری شوهرش روبه‌رو می‌شود. توهین شوهر و خانواده شوهر او را روزبه‌روز افسرده‌تر و بی‌انرژی‌تر می‌کند. همسرش به او اجازه رفت و آمد با پدر و مادرش را نمی‌داد و او را کتک می‌زد. این وضع ادامه پیدا کرد تا اینکه صاحب دو فرزند (یک دختر و یک پسر) شد. همسر او مدام بچه‌ها را آزار می‌داد و اجازه حرف‌زدن به آنها نمی‌داد. هیچ پولی به خانواده‌اش نمی‌داد و آنها را مجبور می‌کرد از دیگران پول قرض بگیرند. این رفتارها روزبه‌روز بدتر شد و باعث شد مراجع (مادر) از همسر خود متنفر شود. بعد از ازدواج فرزندان نیز دخالت پدر مشکلاتی را برای فرزندان و خانواده آنها به وجود آورد، به طوری که مادر معتقد است علت طلاق پسرش، دخالت‌ها و بدرفتاری‌های همسرش است و هرگز او را نمی‌بخشد و معتقد است او دارای موج منفی است و زندگی همه را به هم می‌ریزد.

مراجع در بیش از ۶ ماه در وضعیتی است که دائماً احساس خلق افسرده، مشکلات خواب، خستگی، درماندگی، احساس گناه و اعتماد به نفس ضعیف می‌کند. دست و دلش به کاری نمی‌رود، دلهره و دلشوره و تپش قلب مدام با او است و اغلب احساس فشار در گلو و تعریق و خشکی دهان دارد. به پزشک مراجعه کرده و علت این علائم عوامل جسمانی نبوده است. مراجع معتقد بود تنها چیزی که او را کمی آرام می‌کند ایمان او به خدا است و اینکه خداوند تا به حال با وجود تمام مشکلاتی که داشته پشتیبان او بوده است.

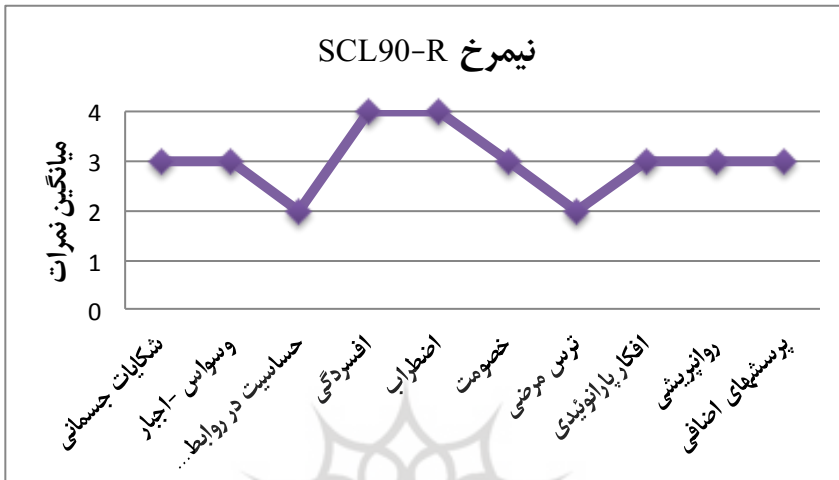
در جلسه دوم، پس از آنکه مراجع نزد پزشک رفت و دلایل طبی و پزشکی برای مشکلات او حاصل نشد گمان‌های مختلف روان‌شناختی برای نگارندگان بیشتر محل توجه قرار گرفت.

با توجه به علائمی که مراجع داشت احتمال داشتن اختلال افسردگی و اضطراب مطرح شد. برای تشخیص نوع اختلال آزمودنی علاوه بر مصاحبه بالینی با توجه به ملاک‌های تشخیصی DSM-5 درباره افسردگی و اضطراب، به منظور تشخیص دیگر اختلالات و تأیید این فرضیه، از آزمون MMPI فرم ۷۱ سؤالی و SCL-90 استفاده شد. نتایج آزمون MMPI در نمودار ۱ و نتایج آزمون SCL-90 در نمودار ۲ نشان می‌دهد آزمودنی علاوه بر اضطراب و افسردگی دارای علائم وسواس، مشکلات جسمانی‌سازی، تمایل به افکار پارانوییدی، و خستگی روانی است. از طریق مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 و ابزارهای معرفی شده وجود اختلال افسردگی و اضطراب فراگیر در آزمودنی تأیید شد. البته ما در پی تشخیص و درمان سایر مشکلات مراجع در این پژوهش نبودیم و آنها در فرآیند تشخیصی و درمانی مجزایی پیگیری شد.

نمودار ۱: نیمرخ روانی MMPI-2 مراجع در پیش‌آزمون



نمودار ۲: پیش‌آزمون نیمرخ روانی آزمون SCL-90R



تدابیر درمانی

پس از جلسات تشخیصی و برگزاری آزمون‌های بالینی، و با توجه به زمینه دینی مراجع جلسات درمان شناختی-رفتاری بر پایه رویکرد معنوی-مذهبی و با تأکید بر فنون مثبت‌نگری و عفو و بخشایش طرح‌ریزی شد. ابتدا به منظور کاهش نشانگان جسمانی مراجع و نیز آرامش و شفافیت ذهن و آرامش قلب و کاهش تنش به مراجع فن تن‌آرامی^۱ آموزش داده شد و توصیه شد هر روز سه بار و همچنین هر زمان که احساس اضطراب در او احساس شد اجرا کند.

در دو جلسه اول بعد از معرفی اهمیت فکر و نقش آن در رفتار و عواطف، به مراجع کمک شد با شناسایی سطح اول افکار (افکار خودکار) بر اساس تحلیل A-B-C برای تغییر آنها بکوشد. همچنین، با دادن تکالیفی به مراجع از او خواسته شد روند شناسایی-تغییر افکار خودکار را در موقعیت‌های مختلف اجرا کند و گزارش آن را برای جلسات بعدی بیاورد. گزارش

۱. Relaxation

تکالیف در طول جلسات، بررسی، و تذکرات لازم به مراجع برای اجرای بهتر آن داده شد. در جلسه سوم، در کنار مداخلات شناختی - رفتاری به منظور بازسازی شناختی و برای بهبود مشکلات فردی و بین‌فردی در خانواده روش حل مسئله نیز آموزش داده شد. در جلسه چهارم، با توجه به رویکرد مذهبی مداخله حاضر برای ارتباط دادن مداخلات شناختی - رفتاری با جنبه‌های مذهبی، مراجع با مفهوم خوبستن، خدا و خوش‌بینی و امیدواری آشنا گردید و طی گفت‌وگو باورها و اعتقادات خود را بیان کرد و با یکی از راهبردهای مقابله‌ای معنوی مذهبی، یعنی کمک‌طلبیدن از خداوند برای درک و رویارویی با موقعیت‌های تنش‌زای زندگی، آشنا گردید. همچنین، توضیح داده شد که ذکر خداوند، زیارت بارگاه اولیای الهی و اجرای دستورهای دینی (همچون نماز و روزه و خواندن قرآن و دعا) جنبه آرامش‌بخشی دارد.

در جلسه پنجم و ششم، برای مقابله بیشتر با افسردگی و اضطراب و ایجاد احساس مثبت، تکنیک مثبت‌نگری (خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۹۴) اجرا شد که مراحل آن چنین است: از مراجع خواسته شد: ۱. ویژگی‌های مثبت خود را نام ببرد؛ ۲. دست‌کم ۱۰ تا ۱۵ تجربه خوب خود یا کارهای خوبی را که از انجام دادن آن لذت می‌برد بنویسد؛ ۳. بر اساس اهمیت نسبی ویژگی‌های مثبت مطرح‌شده آنها را اولویت‌بندی کند و به نقاط مثبتی که در تجارب خوشایند وجود داشته اشاره کند؛ ۴. شواهدی را عرضه کند که با ارزش‌ترین و معتبرترین ویژگی مثبت آنها قابل اتکا است. ۵. بر نقاط قوت مذهبی مراجع تأکید شد و در این زمینه تکالیفی نیز به او داده شد.

در جلسه هفتم و هشتم، به منظور غلبه مراجع بر رنجش حاصل از رفتارهای پدر و مادر و همسرش و همچنین رهایی از احساس تنفر از پدر و مادر و همسرش از تکنیک عفو و بخشایش استفاده شد. برای اجرای این تکنیک از روش اسلامی عفو و بخشایش (خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۹۴) استفاده شد که شامل هشت مرحله زیر است:

۱. فرد رنجیده خود را در برابر نوعی احساس (انتقام) و نیز نوعی اندیشه (بخشایش)

می‌بیند و با خود فکر می‌کند در عین اینکه حق انتقام از فرد رنجاننده را دارد، حق عفو و بخشایش نیز با او است. در این مرحله، فرد با راهنمایی روان‌شناس به این حقیقت می‌اندیشد که بر اساس اصول دین اسلام حقی از تو ضایع شده و می‌توانی انتقام بگیری یا از خاطی بگذری؛ اگر بگذری برای خود تو سودمند است؛ «عفو را پیشه کن (و کار را بر مردم آسان گیر و بخشش پیشه ساز) و به کار نیک فرمان ده» (اعراف: ۲۹۹).

۲. در این مرحله، مراجع احساس می‌کند همگان و حتی دین ضایع‌شدن حق او را قبول دارند. از سوی دیگر، درمی‌یابد که از نظر دینی فرد خاطی گناهکار است و گناهی انجام داده است، از این رو برای چنین گناهی کیفری وجود دارد. او آگاه می‌شود که حتی اگر از فرد رنجاننده انتقام نگیرد و حق خود را نتواند بگیرد، خداوند از او می‌گیرد. «هر کسی به اندازه ذره‌ای بدی کند (کیفر) آن را می‌بیند» (زلزال: ۸). همچنین، آگاه می‌شود که اگر خطاهای دیگران را نادیده بگیرد و ببخشد خداوند گره از کارش می‌گشاید. این مسئله موجب کاهش احساس‌های منفی او می‌شود و در نتیجه ممکن است به قصد انتقام حرکتی نکند.

۳. مراجع از پیامدها و آثار منفی انتقام‌گیری و نبخشودن آگاه می‌شود. او به استمرار رنج و عوارض روانی و بدنی آن پی می‌برد و درمی‌یابد که برای رهایی از آنها راهی جز نادیده‌گرفتن آن خطا و بخشودن خاطی ندارد. حضرت علی علیه السلام می‌فرماید: «نبخشودن و شتاب برای انتقام‌گیری بزرگ‌ترین آثار نامطلوب را دارد» (مجلسی، بی تا، ۳/۱۸/۷۱؛ به نقل از خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۹۴). به این ترتیب احساسات منفی فرد باز هم کاهش می‌یابد.

۴. مراجع درمی‌یابد که از نظر انسانی و دینی گمان بد به دیگری نداشته باشد و فراتر از آن به رنجاننده نیز با محدودیت‌هایی که دارد بنگرد و با این دید موقعیت او و عملکردش را ارزیابی کند. امام علی علیه السلام می‌فرماید: «عمل و شرایط برادر مؤمن خود را به نیکوترین دید بنگر تا آنکه چیزی برخلاف آن برای تو یقین شود» (همان: ۱۹۶/۷۵). این دید مثبت سبب می‌شود محدودیت‌ها و موقعیت‌های فرد رنجاننده درک شود و ارزیابی وی از کردار او چه بسا این خواهد شد که او هم در آن شرایط به جز این نمی‌توانسته است رفتار کند.

۵. با تقویت مثبت‌نگری، درمانگر می‌تواند برای تجدیدنظر احساس فرد رنجیده در نسبت با فرد رنجاننده، او را به بازشناسی دلایل عفو هدایت کند، به طوری که مراجع بتواند ویژگی‌های مثبت رنجاننده را نیز ببیند و به خوبی‌ها، خدمات‌ها، انسان‌بودن رنجاننده، قوم و خویشی‌اش با او، مخلوق و بنده خدا بودن یا مؤمن‌بودن او و دلایلی مانند آن، آگاهی پیدا کند و به‌تدریج احساس مثبتی به رنجاننده به‌دست آورد تا به فکر بخشودن او بیفتد. در قرآن کریم آمده است: «ما در دل‌های مؤمنان، رأفت و محبت قرار دادیم» (حدید: ۲۷).

۶. درمانگر مراجع را متوجه می‌کند که بخشودن عزت است و برعکس اصرار ورزیدن بر عفو نکردن، از نظر ارزشی نوعی دوری از ارزش‌ها است. به این ترتیب او را متمایل به بخشودن می‌کند و نظرش را در این باره جلب می‌کند. فرد رنجیده به بخشودن تمایل و احساس مثبت پیدا می‌کند و متوجه این حقیقت می‌شود که اگر ببخشاید بهتر است.

۷. مراجع با پشت سر گذاشتن مراحل قبلی به فکر چاره‌جویی می‌افتد و درمانگر او را به بخشایش تشویق می‌کند و هر دو با یکدیگر دلایل عفو را مرور می‌کنند تا اندیشه و عواطف فرد رنجیده در خصوص رنجاننده مثبت‌تر شود و مراجع تصمیم نهایی خود را برای بخشایش بگیرد.

۸. فرد رنجیده تصمیم به بخشایش می‌گیرد و آن را با رفتارهایی مانند سلام کردن، دست‌دادن، روبوسی و غیره ابراز می‌کند. در صورتی که فرد رنجاننده در زندگی و یا در دسترس مراجع حضور نداشته باشد، مراجع ابراز می‌کند که از خاطی کینه‌ای در دل ندارد. درمانگر با ذکر مطلوبیت رفتارهای موفق از دیدگاه دینی، رنجیده را به انجام‌دادن آن رفتارها تشویق می‌کند. برای مثال با اشاره به آیه ۶۳ فرقان می‌گوید افراد پرهیزکار در مواجهه با رفتارهای جاهلانه افراد، خوب و سالم رفتار می‌کنند و به آنها سلام می‌دهند.

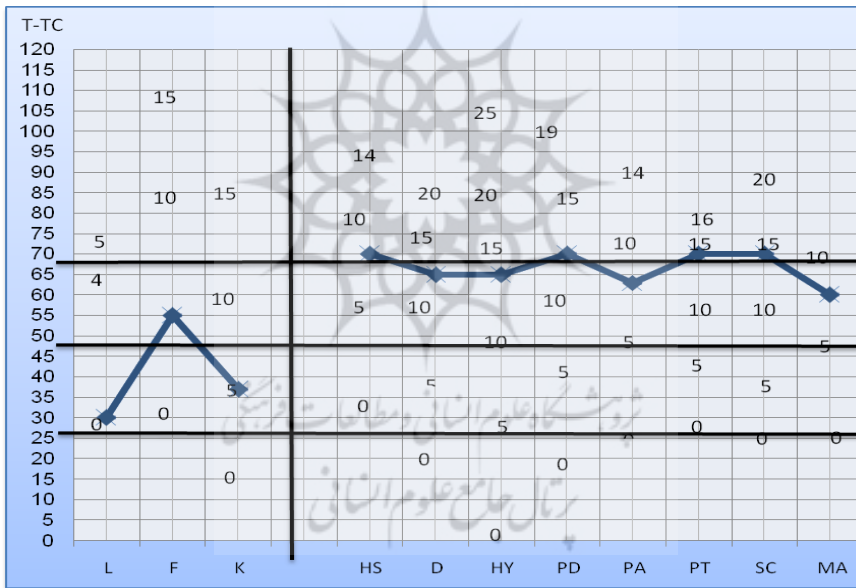
در آخرین مرحله، افکار و احساسات منفی فرد رنجیده راجع به فرد خطاکار کم‌کم کاهش پیدا می‌کند یا از بین می‌رود و مثبت‌نگری، علاقه‌مندی، رفتار همراه با ادب و احترام جایگزین آن می‌شود. درمانگر او را به رفتارهای مطلوبی همچون برقراری مجدد رابطه دوستی، احسان

و نیکی تشویق می‌کند.

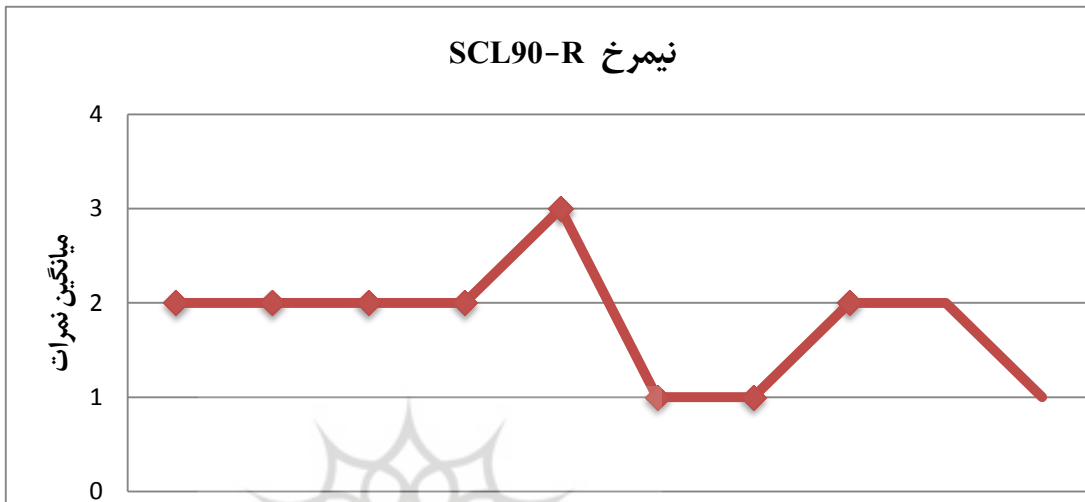
خلاصه آنکه از دیدگاه اسلامی بخشایش می‌تواند به عنوان یکی از روش‌های درمانی در اصلاح رفتار فرد با دیگران به کار رود. در این روش، به فرد کمک می‌شود با شناخت بیشتر خود و محدودیت‌های فرد یا افرادی که او را رنجانده‌اند، در او بینش جدیدی راجع به موضوع اختلاف، رنج و بافت رنجش ایجاد شود تا بتواند فرد یا افراد خطاکار را ببخشد و خود را از رنج برهاند.

نتایج مداخلات این پژوهش در نمودار ۳ و ۴ نمایش داده شده است.

نمودار ۳: نیمرخ روانی MMPI-2 مراجع در پس‌آزمون



نمودار ۴: نیمرخ روانی آزمون SCL90-R در پس‌آزمون



همان‌طور که در نمودار ۳ و ۴ نشان داده شده است، بیشتر مقیاس‌های بالینی کاهش داشته، و با توجه به مصاحبه بالینی در پس‌آزمون، نتایج گویای رضایت و شادابی بیشتر در مراجع بود. با توجه به اینکه مراجع اشاره داشته است که روند زندگی او در طی این جلسات مطابق گذشته بوده و اتفاق یا تغییر خاصی واقع نشده، می‌توان چنین نتیجه گرفت که تغییرات به‌وجودآمده ناشی از جلسات مداخله است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این تحقیق مداخله شناختی-رفتاری به همراه درمان معنوی و مذهبی بر روی یک نمونه (خانم ۴۶ ساله) با علائم افسردگی و اضطراب انجام شد. فنون مثبت‌نگری و عفو و بخشایش به همراه تکنیک‌های شناختی-رفتاری، از جمله بازسازی شناختی، حل مسئله و تحلیل A-B-C اجرا شد. نتایج حاکی از کارآمدی مداخله بر علائم افسردگی و اضطراب بود، که این یافته با دیگر تحقیقات در این زمینه، از جمله پاکرت و همکاران (۲۰۰۹)، یعقوبی و همکاران (۱۳۹۱)، مجاهد و همکاران (۱۳۸۸)، وُتریچ و رابی (۲۰۱۳)، راجاگوپال و همکاران (۲۰۰۴)،

ابراهیمی (۲۰۰۷)، خدایاری‌فرد، محمدی و پرنده (۱۳۸۲) و تحقیق حمید، کوچکی و حیات‌بخش (۱۳۹۱) سازگار است.

وُتریچ و رایپی (۲۰۱۳) در تحقیق خود تحت عنوان آزمایش کنترل‌شده تصادفی گروه درمانی شناختی-رفتاری در خصوص اضطراب و افسردگی همایند در افراد مسن، به این نتیجه رسیدند که گروه درمان شناختی-رفتاری در زمینه کاهش اضطراب و افسردگی در جمعیت سالمندان مؤثر است. راجاگوپال و همکاران (۲۰۰۴) اثربخشی مداخلات مبتنی بر معنویت را در رفع اضطراب و افسردگی خفیف بررسی کردند. نتیجه این مطالعه حاکی از کاهش معنادار علائم اضطرابی و روند کاهشی علائم افسردگی بود. همچنین، مشخص شد که ترک‌کردن درمان مذهبی باعث افزایش علائم افسردگی در مراجع می‌شود. ابراهیمی (۲۰۰۷) اثربخشی روان‌درمانی یکپارچه‌گرایی دینی را در بیماران مبتلا به افسرده‌خویی در مقایسه با روش دارودرمانی و درمان شناختی-رفتاری بررسی کرده و نتیجه گرفته است که روان‌درمانی یکپارچه‌گرایی دینی بر روی سه شاخص نمرات مقیاس افسردگی بک، نمرات مقیاس افسردگی هامیلتون و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد، مؤثر است. همچنین، پاکرت و همکاران (۲۰۰۹) با استفاده از رویکرد درمان ترکیبی CBT با مذهب و معنویت نشان دادند این رویکرد درمانی باعث بهبود مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر می‌شود.

در تبیین کارآمدی این رویکرد می‌توان این نکته را توضیح داد که در رویکرد روان‌درمانی شناختی-رفتاری مبتنی بر مذهب علاوه بر روش‌های شناختی-رفتاری، که هدف آن تغییر باورداشت‌های غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، طی جلسات درمانگری به فرد کمک می‌شود اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و بر نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الاهی توجه و تمرکز کند. در واقع، در این رویکرد علاوه بر مجادله با افکار ناکارآمد و تحریف‌های شناختی فرد، سعی می‌شود به کارگذاری شناختی جدیدی که مبتنی بر آموزه‌های مذهبی و اسلامی است (از جمله در نظر گرفتن خداوند در همه امور، توکل کردن بر خداوند، عفو و گذشت، و نیکو یادکردن از

نعمت‌های عطا شده از سوی خداوند) اقدام شود. هدف کلی این رویکرد، هوشیار کردن مراجعان به عادات، تجربه‌ها، سبک زندگی، افکار، اسنادها و علایق خود و سپس تغییر دادن و اصلاح کردن آنها است. افراد به تدریج کشف خواهند کرد که تعارض‌ها و اختلاف‌های آنها فقط از رویدادهای بیرونی نشئت نگرفته و فقط مربوط به نقایص همسر آنها نیست، بلکه زائیده حالت‌های نفسانی و شناخت‌های کژکار آنها نیز هست. در این مداخله طی جلسات درمان، تأکید ویژه‌ای بر مفهوم بخشایش و بازآموزی آن در مراجع با استناد به منابع و مفاهیم اسلامی شده است.

در آموزش بخشایش به مراجعان کمک می‌شود با شناخت بیشتر نقش خود و محدودیت‌های افراد دیگر یا همسرشان که وی را رنجانیده است، در آنها بینش جدیدی درباره موضوع اختلاف و تعارض، رنج و بافت رنجش ایجاد شود تا بتواند همسر خاطی خود و پدر و مادرش و رفتارهای آزاردهنده آنها را ببخشد و خود را از رنج برهاند. خداوند در قرآن کریم خطاب به پیامبر می‌فرماید: «بخشودگی را در پیش بگیر و امر به معروف کن و از نادانان روی برگردان»^۱ (اعراف: ۱۹۹). همچنین، در جای دیگری می‌فرماید: «گذشت، به تقوا نزدیک‌تر است»^۲ (بقره: ۲۳۷).

یکی دیگر از دلایل کارآمد بودن این پژوهش استفاده از فن مثبت‌نگری (خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۹۵) است. در این زمینه شوارتز (۱۹۸۶؛ به نقل از: خدایاری فرد، ۱۳۸۴) اذعان می‌کند که هر گاه بر جنبه‌های مثبت افکار بیشتر تأکید شود، عملکرد افراد بسیار بهتر است تا زمانی است که بر جنبه‌های منفی آنها تأکید می‌شود. از آنجا که در این تحقیق تمرکز ما بر افسردگی و اضطراب مراجع بود و نتایج نشان‌دهنده کارآمدی درمان معنوی و مذهبی بر کاهش این علائم است، لذا می‌توان نتیجه گرفت این مداخلات نگرش‌های ناکارآمد زمینه‌ساز افسردگی و اضطراب را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. در تأیید این کارآمدی برخی مطالعات به عنوان مثال پروپست (۱۹۸۰؛ به نقل از: مجاهد و همکاران، ۱۳۸۸) این نکته را مطرح کرده است که

۱. «خُذِ الْعَفْوَ وَأْمُرْ بِالْعُرْفِ وَأَعْرِضْ عَنِ الْجَاهِلِينَ».

۲. «... وَأَنْ تَعْفُوا أَقْرَبُ لِلتَّقْوَى وَلَا تَنْسُوا الْفَضْلَ بَيْنَكُمْ إِنَّ اللَّهَ بِمَا تَعْمَلُونَ بَصِيرٌ».

روان‌درمانی با استفاده از مذهب برای افراد مذهبی بیش از سایرین مؤثر است. با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی شناختی-رفتاری مذهب‌محور توأم با آموزش عفو و بخشایش و مثبت‌نگری به عنوان نوعی رویکرد درمانی ترکیبی و منطبق بر زمینه فرهنگی-مذهبی جامعه ایران، به طور معناداری در بهبود و کاهش علائم افسردگی و اضطراب کارآمد است. بنابراین، با توجه به «احتمال» کارآمدبودن این درمان، دیگر پژوهشگران می‌توانند زمینه را برای بررسی «اثربخشی» چنین مداخله‌ای در آینده فراهم کنند. لذا به دیگر پژوهشگران پیشنهاد می‌شود کارآمدی بیشتر این درمان را با افراد دیگر، در موقعیت‌های بالینی دیگر، و با گروه‌های دیگر بررسی کنند و به اثبات «اثربخشی» این مداخله بپردازند.

محدودیت‌ها

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به فقدان گروه کنترل و دسترسی نداشتن به سایر افراد به منظور به‌کارگیری روش‌های متعدد درمانگری و مقایسه تأثیر آنها با یکدیگر اشاره کرد. همچنین، این پژوهش فقط در بستر مذهبی دین اسلام انجام شده و در معتقدان به سایر ادیان بررسی نشده است. بنابراین، باید در تعمیم نتایج این پژوهش به افراد جوامع دیگر و نیز معتقدان به سایر ادیان احتیاط شود.

پیشنهادها

بر این اساس، پیشنهاد می‌شود برای افزایش گستره تعمیم‌پذیری یافته‌ها، این پژوهش در نمونه وسیع‌تر و نیز در بین معتقدان به ادیان دیگر نیز تکرار شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود میزان کارآمدی این رویکرد درمانی ترکیبی، با هر یک از رویکردهای رفتاری-شناختی کلاسیک و نیز رویکرد روان‌آموزی بخشایش یا سایر رویکردهای درمانی، به صورت مقایسه‌ای بررسی شود.

منابع

قرآن کریم.

اسکات، مایکل جی.؛ استاردینگ، استفان جی.؛ درایدن، ویندی (۱۳۸۶). مشاوره شناختی - رفتاری، ترجمه: محمد خدایاری فرد (تاریخ اثر به زبان اصلی: ۱۹۹۵)، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

انیسی، جعفر؛ اکبری، فاطمه؛ مجدیان، محمد؛ آتشکار، مجید؛ قربانی، زهره (۱۳۹۰). هنجار یابی چک لیست نشانه های اختلالات روانی در کارکنان نیروهای مسلح، در: روانشناسی نظامی، س ۲، ش ۵، ص ۲۹-۳۷.

باچر، جیمز؛ هولی، جیل؛ مینکا، سوزان (۱۳۹۴). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5، ترجمه: یحیی سیدمحمدی، (تاریخ اثر به زبان اصلی: ۲۰۱۴)، تهران: ارسباران، ج ۱.

بهرامی چگنی، ذبیح‌الله (۱۳۸۹). «بررسی رابطه بین دینداری با اختلالات روانی دانشجویان دانشگاه آزاد خرم‌آباد»، در: روان‌شناسی و دین، س ۳، ش ۲، ص ۹۱-۱۰۲.

پرواز، یونس؛ پرواز، سهیلا؛ جهانبازنژاد، خوبانه (۱۳۹۰). «بررسی مقایسه‌ای خصایص شخصیتی در بیماران مبتلا به میگرن و افراد سالم توسط پرسش‌نامه شخصیتی (MMPI)»، در: مطالعات روان‌شناسی بالینی، ش ۱ (۳)، ص ۶۱-۷۹.

حمید، نجمه؛ کوچکی، رحیم؛ حیات‌بخش ملایری، لیدا (۱۳۹۱). «اثربخشی روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور توأم با بازآموزی بخشودگی بر کاهش تعارضات زناشویی و افزایش رضایت از زندگی در زوجین»، در: روان‌شناسی و دین، دوره ۵، ش ۲، ص ۵-۳۴.

خدایاری فرد، محمد (۱۳۸۴). «دین‌درمانی و کاربرد مثبت‌نگری اسلامی در روان‌درمانگری»، در: پگاه حوزه، ش ۱۷۴.

خدایاری فرد، محمد؛ پرند، اکرم (۱۳۹۵). ارزیابی و آزمون‌گری روان‌شناختی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

خدایاری فرد، محمد؛ محمدی، محمدرضا؛ پرند، اکرم (۱۳۸۲). خانواده‌درمان‌گری شناختی - رفتاری تغییر جنسیت‌طلبی با تأکید بر درمان‌گری معنوی: تک‌بررسی، گزارش دانشگاه تهران.

خدایاری فرد، محمد؛ یاسمین، عابدینی (۱۳۹۴). نظریه‌ها و اصول خانواده‌درمانی و کاربرد آن در درمان اختلالات کودکان و نوجوانان، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

ری‌شهری، محمد (۱۳۸۴). میزان الحکمة، قم: نشر دارالحديث، چاپ پنجم.

کهرآهی، فرهاد؛ آزاد فلاح، پرویز؛ الله‌یاری، عباس‌علی (۱۳۸۲). «بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های حل مسئله در کاهش افسردگی دانش‌آموزان»، در: مجله روان‌شناسی، دوره هفتم، ش ۲، ص ۱۲۷-۱۴۲.

گنجی، مهدی (۱۳۹۳). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5، تهران: انتشارات ساوالان، ج ۱. مجاهد، عزیزالله؛ کلانتری، مهرداد؛ مولوی، حسین؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر؛ بخشانی، نورمحمد (۱۳۸۸). «مقایسه تأثیر درمان شناختی-رفتاری با رویکرد اسلامی و درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بر سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان»، در: اصول بهداشت روانی، س ۱۱، ش ۴۴، ص ۹۱-۲۸۲.

مکارم شیرازی، ناصر (۱۳۷۹). تفسیر نمونه، تهران: دارالکتب الاسلامیه، چاپ نوزدهم. یعقوبی، حسن؛ سهرابی، فرامرز؛ محمدزاده، علی (۱۳۹۱). «مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و روان‌درمانی معنوی-مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کاهش اضطراب آشکار دانشجویان»، در: مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره دهم، ش ۲، ص ۹۹-۱۰۷.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic (2nd Ed.)*, New York: Guilford Press.

Baskin, Thomas W.; Enright, Robert D. (2004). "Intervention Studies on Forgiveness: A Meta-Analysis", in: *Journal of Counseling and Development*, 82 (1): 79-90.

Beck, Judith (2008). *Questions and Answers about Cognitive Therapy*, Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, p. 134.

Beekman, A. T. F.; Bremmer, M. A.; Deeg, D. J. H.; Van Balkom, A. J. L. M.; Smit, J. H.; De Beurs, E. & et al. (1998). "Anxiety Disorders in Later Life: a Report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam", in: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13: 717-726.

- Boegels, S. M.; Zigterman, D. (2000). "Dysfunctional Cognitions in Children with Social Phobia, Separation Anxiety Disorder, and Generalized Anxiety Disorder", in: *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28: 205-211.
- Bray, I.; Gunnell, D. (2006). "Suicide Rates, Life Satisfaction and Happiness as Markers for Population Mental Health", in: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41: 333-337.
- Brennan, M. (2004). "Spirituality and Religiousness Predict Adaptation to Vision Loss in Middle- aged and Older Adults", in: *The International Journal for the Psychology of Religion*, 14 (3): 193-214.
- Cooke, K. I. (2006). Models of Forgiveness and Adult Romantic Attachment in Ended Relationships: Forgiveness over Time, A thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science at Virginia Commonwealth University.
- Ebrahimi, A.; Molavi, H.; Moosavi, G.; Bornamanesh, A.; Yaghoobi, M. (2007). "Psychometric Properties and Factor Structure of General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian Psychiatric Patients", In: *Journal of Research in Behavioral Sciences*; 5 (1): 5-11(Persian).
- Gordon, Kristina Coop; Baucom, Donald H. (1999). "A Multitheoretical Intervention for Promoting Recovery from Extramarital Affairs", in: *Journal of Clinical Psychology: Science and Practice*, 6 (4): 382-399.
- Holstein, B. B. (1997). *The Enchanted self: A Positive Therapy*, Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Kendler, K. S.; Gardner, C. O.; Gatz, M.; Pedersen, N. L. (2007). "The Sources of Comorbidity between Major Depression and Generalised Anxiety Disorder in a Swedish National twin Sample", in: *Psychological Medicine*, 37: 453-462.

- Macaskill, Ann (2012). "Differentiating Dispositional Self- Forgiveness from Other-Forgiveness: Associations with Mental Health and Life Satisfaction", in: *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31 (1): 28-50.
- Paukert, A. L.; Phillips, L.; Cully, J. A.; Loboprabhu, S. M.; Lomax, J. W.; Stanley, M. A. (2009). "Integration of Religion into Cognitive-behavioral Therapy for Geriatric Anxiety and Depression", in: *The Journal of Psychiatr Pract*, 15 (2): 103-112.
- Peterson, C.; Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strengths and Virtues*, Oxford: New York.
- Rajagopal, D.; Mackenzie, E.; Bailey, C.; Lavizzo-Mourey, R. (2004). "The Effectiveness of a Spiritually- based Intervention to Alleviate Subsyndromal Anxiety and Minor Depression among Older Adults", in: *Journal of Religion and Health*, 4 (2): 153-66.
- Rye, M.; Pargament, K.; Amir, A. M. (2000). *Religious Perspective on Forgiveness: Forgiveness, Theory, Research, and Practice*, New York: the Guilford Press.
- Vink, D.; Aartsen, M. J.; Schoevers, R. A. (2008). "Risk Factors for Anxiety and Depression in the Elderly: a Review", in: *Journal of Affective Disorders*, 106: 29-44.
- Watson, D.; CLark, L. A.; Weber, K.; Assenheimer, J. S.; Strauss, M. E.; McCormick, R. A. (1995). "Testing a Tripartite Model, II: Exploring the Symptom Structure of Anxiety and Depression in Student, Adult, and Patient Samples", in: *Journal of Abnormal Psychology*, 104: 15-25.
- Wuthrich, V. M.; Rapee, R. M. (2013). "Randomised Controlled Trial of Group Cognitive Behavioural Therapy for Comorbid Anxiety and Depression in Older Adults", in: *Behaviour Research and Therapy*, 51: 779-786.