



A Couples Therapy Plan Based on the Self-Regulation Model with an Islamic Approach

Mohammad Reza Jahangirzadeh Ghomi¹ 

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Imam Khomeini Education and Research Institute, Qom, Iran.

jahangirzademr@gmail.com

Received: 2024/01/20; Accepted: 2024/11/02

Extended Abstract

Introduction: Self-regulation refers to the way in which one has control over one's responses in order to pursue goals and meet criteria. In Bandura's (1991) social cognitive theory, self-regulation operates through three main sub-actions; these actions are as follows: self-monitoring of one's behavior, its effective factors and its outcomes; self-judgment of one's behavior relative to personal standards and environmental conditions; and emotional self-reactivity. Carver and Scheier (2004) presented the process of self-regulation to the psychological community in the form of cybernetic control theory. In the field of psychology of religion, researchers have attempted to demonstrate religious self-regulation by investigating the effects of religion on self-regulation processes. A review of Islamic sources in the field of "behavior regulation" shows that the central source of the process of behavior regulation is "reason". Research by Jahangirzadeh et al. (2020) showed that reason has twenty components that can be organized into four domains: cognitive, motivational, emotional, and executive. Explaining psychological damages based on self-regulation problems and adjusting therapeutic interventions based on self-regulation competencies has been the focus of various studies. In this regard, self-regulation-based couples therapy was first introduced by Halford, Sanders, and Behrens (2004) to help improve couples' relationships. Considering the importance of the self-regulation construct in psychological research in recent decades, the effect of religiosity on the self-regulation process, and the entry of the self-regulation construct into clinical interventions, the researcher has tried to design a couples therapy plan with the aim of influencing indicators of marital relationship quality, based on the self-regulation model based on the relationships among the components of reason in Islamic sources and with the help of Halford's couples therapy model.

Method: This study used the qualitative content analysis. Content analysis involves analyzing the content of a text containing author's beliefs, views, and feelings and helps to examine the concepts, principles, attitudes, and all elements raised within the framework of that text. The population includes the contents of verses and narratives in reliable religious sources based on Tabatabaei's classification (2014). The sample includes narratives that refer to self-regulation processes regarding the concept of "reason" and were purposefully selected. After filtering repetitive and similar narratives, the relationships between the components were extracted through the coding process and in the form of a self-regulation model. Then, within the framework of this model and with the help of the structure of self-regulation-based couples therapy (Halford, 1994), the plan of "self-regulation-based couples therapy with an Islamic approach" was developed to promote adaptive processes and increase marital satisfaction. Finally, the validity of the couples





Research Institute of
Hawzah and University

Studies in Islam & Psychology

Journal homepage: <https://islamicpsy.rihu.ac.ir>



Original Article

therapy plan in terms of structure, goals, and techniques was analyzed by five experts with higher education in psychology and seminary sciences and confirmed based on CVI and CVR.

Findings: The findings of the study show that the Islamic self-regulation model includes six dynamic processes facing the situation, analyzing the situation with a focus on one's role based on Islamic beliefs and values, activating innate transcendental motivations, emotional arousal, practical planning, directing attention, formulating action, and a posteriori evaluation. In this approach, first, sufficient information is collected from the situation of the family. Then, the current situation is examined based on one's role in the situation. This situation is measured by basic facts and moral standards in Islamic thought. Next, one's desired states are defined and self-oriented goal-setting is carried out in accordance with the ideal state at two levels of action and intention; for example, at the intention level, the ideal state is attention to the divine will and ultimate salvation and the requirement of moral performance; in contrast, it is attention to the desires of the self and worldly results. Then, practical self-change plans are designed to realize the situation, using common mechanisms in self-regulation-based psychotherapies or methods proposed in religious teachings. Engaging consciousness with spiritual matters, religious imagery, studying sacred and moral texts, cognitive adjustment through religious interpretations are examples of methods that can enrich the process of self-regulation based on religious teachings. In the last stage, the impact of self-change methods is evaluated. This evaluation can lead to changes in the way behavioral patterns, implementation plans, and even identified goals are activated. Finally, the validity of construct, goals, and treatment techniques was evaluated by experts and confirmed based on CVI and CVR.

Discussions: The similarities of the cybernetic process model of self-regulation (Carver and Scheier, 2011) and the process model of emotion regulation (Gross and Thompson, 2007) with the self-regulation model in Islamic sources can be summarized in the following: emphasis on the rational dimension of human; emphasis on the role of self-awareness and self-monitoring; emphasis on the role of goals and values in the regulation process; emphasis on pre-action processes or "planning processes"; and emphasis on post-action processes or "experience-achieving". The characteristics of the Islamic model can also be summarized in the following: the entry of transcendental beliefs and motivations in guiding the self-regulation process; expanding the concept of rationality to religious rationality; guiding the thinking process to human shortcomings on the path to happiness; the entry of specific religious concepts into the self-regulation process, such as self-mastery, opposition to sensual desires, and the intention to be close. The overall goal of the treatment in the Islamic approach is to regulate psychological processes based on religious criteria; The partial goals of the treatment are also to develop to think based on logic, belief in God, belief in the resurrection, and virtue; to enhance spiritual and moral motivations; to transform primitive and passive feelings into transcendent feelings; and to enhance the ability to self-regulate and practical skills in the couples' relationships. The couples therapy program based on the Islamic approach, while maintaining the structure of self-regulation couples therapy (Halford, 2004), guides cognitive-practical processes in line with values based on Islamic teachings and, in this regard, uses techniques derived from religious texts. This couples therapy model, by highlighting the position of self-change, personal responsibility, and freedom of action of individuals in regulating psychological actions, as well as adding spiritual and moral elements at the level of evaluation criteria, goal setting, and intervention techniques, approaches existential or spiritual therapies of a religious nature.

Acknowledgements: I would like to thank Dr. Fathi Ashtiani and Dr. Fereshteh Moutabi for assisting the author in formulating the theoretical foundations and designing the intervention plan.

Conflicts of interest and funding: It is declared that in relation to the submitted article, I have fully complied with the rules of publication ethics and have avoided any plagiarism, misconduct, falsification of data, and dual submission and publication. I have no commercial interests in this regard and have not received any payment for submitting my work.

Keywords: Couples Therapy, Self-Regulation, Reason, Islamic Approach.

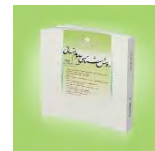
Cite this article: Mohammad Reza Jahangirzadeh Ghomi. (2025), "A Couples Therapy Plan Based on the Self-Regulation Model with an Islamic Approach,, Studies in Islam and Psychology, 19(36): 55-75.



Research Institute of
Hawzah and University

مطالعات اسلام و روان شناسی

Journal homepage: <https://islamicpsy.rihu.ac.ir>



نوع مقاله: پژوهشی

طرح زوج درمانی مبتنی بر الگوی خودنظم‌دهی با رویکرد اسلامی

محمد رضا جهانگیرزاده^۱

۱. استادیار، گروه روان‌شناسی، مؤسسه آموزشی پژوهشی امام خمینی (ره)، قم، ایران.

jahangirzademr@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۳۰؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۱۲

چکیده گسترده

مقدمه: خودنظم‌دهی به نحوه اعمال کنترل بر پاسخ‌های خود در جهت تعقیب اهداف و برآورده ساختن معیارها اشاره دارد. در نظریه شناختی اجتماعی بندورا (۱۹۹۱)، خودنظم‌دهی از طریق سه خرده‌کنش اصلی عمل می‌کند؛ این کنش‌ها عبارت‌اند از: خودنظارت‌گری بر رفتار فرد، عوامل مؤثر و نتایج آن؛ خودقضاوتی در مورد نسبت رفتارهای خود با معیارهای شخصی و شرایط محیطی و خودواکنشی عاطفی. کارور و شیر (۲۰۰۴) فرایند خودنظم‌دهی را در قالب نظریه کنترل سایبرنتیک به جامعه روان‌شناسی ارائه کردند. در قلمرو روان‌شناسی دین، محققان تلاش کرده‌اند که خودنظم‌دهی دینی را با بررسی تأثیرات دین بر فرایندهای خودنظم‌دهی نشان دهند. بررسی منابع اسلامی در قلمرو «تنظیم رفتار» نشان می‌دهد که منبع محوری فرایند تنظیم رفتار «عقل» است. پژوهش جهانگیرزاده و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که عقل دارای بیست مؤلفه است که در چهار ساحت شناختی، انگیزشی، هیجانی و اجرایی قابل سازمان‌دهی است. تبیین آسیب‌های روانی براساس مشکلات خودنظم‌دهی و تنظیم مداخلات درمانی بنابر صلاحیت‌های خودنظم‌دهی، محور پژوهش‌های مختلف بوده است. در همین راستا زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌دهی نخستین بار توسط هالفورد، ساندروز و بهرنس (۲۰۰۴) برای کمک به بهبود رابطه زوجین مطرح شد. با توجه به اهمیت سازه خودنظم‌دهی در تحقیقات روان‌شناختی دهه‌های اخیر، تأثیر دینداری بر فرایند خودنظم‌دهی و ورود سازه خودنظم‌دهی در حیطه مداخلات بالینی، محقق درصدد برآمده است براساس الگوی خودنظم‌دهی مبتنی بر روابط میان مؤلفه‌های عقل در منابع اسلامی و با الهام از مدل زوج‌درمانی هالفورد، یک برنامه زوج‌درمانی را با هدف تأثیر بر شاخص‌های کیفیت رابطه زناشویی طراحی کند.

روش: در این تحقیق از روش تحلیل محتوای کیفی استفاده شده است. تحلیل محتوا دربرگیرنده تحلیل درون‌مایه یک متن حاوی باورها، دیدگاه‌ها و احساسات گوینده آن می‌باشد و کمک می‌کند تا مفاهیم، اصول، نگرش‌ها و کلیه عناصر مطرح‌شده در چارچوب آن متن بررسی شود. جامعه پژوهش حاضر شامل مفاد آیات و روایات در منابع معتبر دینی براساس طبقه‌بندی طباطبایی (۱۳۹۳) می‌باشد. نمونه پژوهش شامل روایاتی است که درباره مفهوم «عقل» به فرایندهای خودنظم‌دهی اشاره دارد که به صورت هدفمند انتخاب شده‌اند. پس از غربال روایات تکراری و مشابه، روابط میان مؤلفه‌ها از راه فرایند کدگذاری و در قالب مدل خودنظم‌دهی استخراج شد. سپس در چارچوب این مدل و با الهام از ساختار زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌دهی (هالفورد، ۱۹۹۴)، طرح «زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌دهی با رویکرد اسلامی» برای ارتقای فرایندهای سازگاران و افزایش رضایت زناشویی تدوین گردید. درنهایت روایی طرح زوج‌درمانی در محورهای ساختار، اهداف و تکنیک‌ها از سوی پنج کارشناس دارای تحصیلات عالیه در روان‌شناسی و علوم حوزوی ارزیابی و براساس شاخص‌های CVI و CVR مورد تأیید قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش: یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد الگوی خودنظم‌دهی اسلامی دربردارنده شش روند پویای مواجهه با موقعیت، تحلیل موقعیت با تمرکز بر نقش خود بر مبنای باورها و ارزش‌های اسلامی، فعال‌سازی انگیزش‌های فطری متعالی، انگیزش‌های عاطفی، تدبیر عملی، هدایت توجه، صورت‌بندی عمل، و ارزیابی پسینی است. در این رویکرد، نخست، اطلاعات کافی از وضعیت خانواده جمع‌آوری می‌شود. سپس، وضعیت موجود براساس نقش خود در موقعیت مورد واری قرار می‌گیرد. این وضعیت با حقایق اساسی و معیارهای اخلاقی در اندیشه اسلامی سنجیده می‌شود. در ادامه، وضعیت‌های





Research Institute of
Hawzah and University

مطالعات اسلام و روانشناسی

Journal homepage: <https://islamicpsy.rihu.ac.ir>



نوع مقاله: پژوهشی

مطلوب خود تعریف شده و هدف گذاری معطوف به خود براساس وضعیت ایده آل در دو سطح عمل و قصد صورت می پذیرد؛ برای مثال، در سطح قصد، وضعیت ایده آل توجه به خواست الهی و رستگاری نهایی و اقتضای عملکرد اخلاقی؛ در نقطه مقابل توجه به خواسته نفس و نتایج دنیوی قرار دارد. سپس طرح های عملی خودتغییری برای تحقق وضعیت، با استفاده از سازوکارهای رایج در روند درمانی های مبتنی بر خودنظم دهی یا روش های مطرح شده در آموزه های دینی طراحی می شود. درگیر کردن هوشیاری با امور معنوی، تصویرپردازی های دینی، مطالعه متون مقدس و اخلاقی، تعدیل شناختی از راه تفسیرهای دینی، نمونه ای از روش هایی است که می تواند فرایند خودنظم دهی را براساس آموزه های دینی غنا بخشد. در آخرین مرحله، تأثیر روش های خودتغییری ارزیابی می شود. این ارزیابی می تواند به تغییراتی در نحوه فعال سازی الگوهای رفتاری، طرح های اجرایی و حتی اهداف تعیین شده بینجامد. در نهایت، روایی ساختار، اهداف و تکنیک های درمانی از سوی کارشناسان ارزیابی و براساس شاخص های CVI و CVR تأیید شد.

بحث و نتیجه گیری: شباهت های مدل فرایند سایبرنتیک خودنظم دهی (کارور و شیر، ۲۰۱۱) و مدل فرایندی تنظیم هیجان (گراس و تامپسون، ۲۰۰۷) با الگوی خودنظم دهی در منابع اسلامی را می توان در موارد زیر خلاصه کرد: تأکید بر بعد عقلانی انسان؛ تأکید بر نقش خودآگاهی و خودنظارتی؛ تأکید بر نقش اهداف و ارزش ها در فرایند تنظیم؛ تأکید بر فرایندهای پیشا عمل یا «فرایندهای تدبیری»؛ تأکید بر فرایندهای پساعمل یا «تجربه اندوزی». ویژگی های الگوی اسلامی را نیز می توان در موارد زیر خلاصه کرد: ورود باورها و انگیزش های متعالی در هدایت فرایند خودنظم دهی؛ گسترش مفهوم عقلانیت به عقلانیت دینی؛ هدایت فرایند تفکر به کاستی های انسان در مسیر سعادت؛ ورود مفاهیم دینی خاص به فرایند خودتنظیمی، همچون تسلط بر نفس، مخالفت با هواهای نفسانی و قصد قربت. هدف کلی درمان در رویکرد اسلامی، تنظیم فرایندهای روانی براساس معیارهای دینی است؛ اهداف جزئی درمان نیز گسترش تفکر منطقی، خداآوارانه، معادآوارانه و فضیلت اندیش؛ اعتلای انگیزش های معنوی و اخلاقی؛ تحول احساسات ابتدائی و انفعالی به احساسات متعالی و ارتقای توان خودنظم دهی و مهارت های اجرایی در روابط همسران می باشد. برنامه زوج درمانی مبتنی بر رویکرد اسلامی با حفظ ساختار زوج درمانی خودنظم دهی (هالفورد، ۲۰۰۴)، فرایندهای شناختی-اجرایی را در راستای ارزش های مبتنی بر آموزه های اسلامی هدایت می کند و در این راستا از تکنیک های برآمده از متون دینی نیز استفاده می نماید. این الگوی زوج درمانی با برجسته ساختن جایگاه خودتغییری، مسئولیت شخصی و آزادی عمل افراد در تنظیم کنش های روانی و نیز افزودن عناصر معنوی و اخلاقی در سطح ملاک های ارزیابی، هدف گذاری و تکنیک های مداخله، به درمان های وجودگرا یا معنوی از نوع دینی آن نزدیک می شود.

تقدیر و تشکر: از جناب آقای دکتر فتحی آشتیانی و سرکار خانم دکتر فرشته موتابی که در تدوین مبانی نظری و تنظیم طرح مداخله، نویسنده را یاری کردند، سپاسگزارم.

تعارض منافع: بدین وسیله اعلام می گردد که در رابطه با مقاله ارائه شده به طور کامل از قواعد اخلاق نشر تبعیت کرده و از هرگونه سرقت ادبی، سوء رفتار، جعل داده ها و ارسال و انتشار دوگانه پرهیز نموده ام و منافعی تجاری در این راستا وجود ندارد و در قبال ارائه اثر خود وجهی دریافت ننموده ام.

واژگان کلیدی: درمانی، خودنظم دهی، عقل، رویکرد اسلامی.

استناد: محمدرضا جهانگیرزاده (۱۴۰۴)، «طرح زوج درمانی مبتنی بر الگوی خودنظم دهی با رویکرد اسلامی». مجله مطالعات اسلام و روانشناسی،

۱. مقدمه

خودنظم‌دهی^۱ به نحوه اعمال کنترل بر پاسخ‌های خود در جهت تعقیب اهداف و برآورده ساختن معیارها اشاره دارد؛ معیارها شامل ایده‌آل‌ها، دستورات اخلاقی، هنجارها، اهداف عملکردی و انتظارات دیگران می‌شود و پاسخ‌ها، افکار، هیجانات، تکانه‌ها و عملکردها را دربرمی‌گیرند. به تعبیر پترسون^۲ (۲۰۰۴)، خودنظم‌دهی به فرایندهای تعیین هدف و تلاش برای تحقق آن و مواجهه با چالش‌هایی اشاره دارد که افراد به هنگام تلاش برای تحقق امور مهم و دشوار با آن روبه‌رو می‌شوند. سه عنصر اصلی خودنظم‌دهی عبارت‌اند از: معیارها، نظارت و توان. این عناصر در خودنظم‌دهی موفقیت‌آمیز نقش دارند، اما هیچ‌یک به تنهایی آن را تضمین نمی‌کنند. بامیستر و وهس^۳ (۲۰۰۷) برای ارائه تبیین بهتری از فرایند خودنظم‌دهی، مؤلفه «انگیزش» را نیز بدان افزوده‌اند (مید، آلکوئیت، بامیستر، ۲۰۱۰).

در نظریه شناختی اجتماعی بندورا، خودنظم‌دهی از طریق سه خرده‌کنش اصلی عمل می‌کند؛ این کنش‌ها عبارت‌اند از: ۱. «خودنظارت‌گری»^۴ بر رفتار فرد، عوامل مؤثر و نتایج آن؛ ۲. «خودقضاوتی»^۵ در مورد نسبت رفتارهای خود با معیارهای شخصی و شرایط محیطی و ۳. «خودواکنشی عاطفی»^۶. خودنظم‌دهی مکانیزم «خودکارآمدی»^۷ یا باور به توانمندی شخصی را نیز دربرمی‌گیرد که با تأثیر نیرومند بر افکار، عواطف، انگیزش‌ها و کنش‌ها، نقشی محوری در عاملیت شخصی^۸ دارد (بندورا، ۱۹۹۱، ص ۲۴۹).

کارور و شیر^۹ (۱۹۸۲) فرایند خودنظم‌دهی را در قالب نظریه کنترل سایبرنتیک^{۱۰} به جامعه روان‌شناسی ارائه کردند. از نظر آنها، رفتار اساساً به وسیله اهداف هدایت می‌شود. رسیدن به اهداف مستلزم برداشتن گام‌های فراوانی است. این گام‌ها را می‌توان خرده‌اهداف میانجی در نظر گرفت. افراد با توجه به محیط، به طور مستمر پیشرفت خود به سمت اهداف را رصد کرده، و رفتارهای خود را در پاسخ به محرک‌های مرتبط با اهداف و خرده‌اهداف تنظیم می‌کنند. اگر بین هدف فعلی فرد و محیطی که ادراک می‌کند ناهماهنگی وجود داشته باشد، فرایند مقایسه تکانه‌ای را ایجاد می‌کند که به نوبه خود رفتار خاصی را به قصد کاهش ناهمخوانی بین موقعیت (محیط ادراک‌شده فرد) و هدف راه می‌اندازد.

در قلمرو روان‌شناسی دین، محققان تلاش کرده‌اند که خودنظم‌دهی دینی را با بررسی تأثیرات دین بر فرایندهای خودنظم‌دهی نشان دهند. دینداری به عنوان یک نظام معنایی تأثیر ویژه‌ای بر فرایند خودنظم‌دهی دارد. تحقیقات زیادی تأثیر دینداری بر ابعاد مختلف خودنظم‌دهی را بررسی کرده‌اند (مکالو، ویلوبای، ۲۰۰۹، ص ۶۹). در یک فراتحلیل جامع به بررسی ارتباط میان دینداری و خودنظم‌دهی پرداختند. آنها دریافته‌اند دینداری می‌تواند از راه تأثیر بر انتخاب اهداف، انگیزش، خودنظارت‌گری و مهارت‌های اجرایی، خودنظم‌دهی را تقویت کند.

بررسی منابع اسلامی در قلمرو «تنظیم رفتار» نشان می‌دهد که منبع محوری فرایند تنظیم رفتار «عقل» است. از نظر اسلام عقل اصلی‌ترین تکیه‌گاه دین در عقاید، اخلاق و اعمال می‌باشد. عقل منشأ باورهای درست، اخلاق نیکو و عمل صالح است (پسندیده، ۱۳۸۸، ص ۵۲). تعقل مبنای حرکت هدفمند به سوی کمال و سعادت است.^{۱۲} پژوهش جهانگیرزاده و همکاران (۱۳۹۶، ۱۳۹۹) نشان داد که عقل دارای بیست مؤلفه است که در چهار ساحت شناختی، انگیزشی، هیجانی و اجرایی سازمان داده شدند.

از سوی دیگر تبیین آسیب‌های روانی براساس مسائل خودنظم‌دهی و تنظیم مداخلات درمانی بنابر صلاحیت‌های خودنظم‌دهی، محور

1. Self-regulation

2. Peterson, C.

3. Baumeister, R. F. & Vohs, K. D.

4. Self-monitoring

5. Self-judgement

6. affective self-reaction

7. Self-efficacy

8. moral agency

9. Carver, C. S. & Scheier, M. F.

10. Cybernetic Control Theory

11. McCullough, M. E. & Willoughby, B. L. B.

۱۲. امام صادق علیه السلام می‌فرماید: «العقل ما عبد به الرحمن و اكتسب به الجنان؛ عقل آن چیزی است که خداوند بدان پرستش شود و بهشت با آن به دست آید» (کلینی، ج ۱، ص ۱۰).

پژوهش‌های مختلف بوده است. مشکلات خودنظم‌دهی رفتار با حوزه‌های مختلف روان‌شناسی بالینی همچون اعتیاد، مشکلات سلامت، اضطراب اجتماعی، افسردگی و تعامل زوجین ارتباط داشته است. اختلالات فراوانی در روان‌شناسی بالینی به واسطه کژکاری یک یا چند جنبه از خودنظم‌دهی ایجاد یا تشدید می‌شوند (اندلر و کوفسکی،^۱ ۲۰۰۰). در همین راستا زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌دهی برای نخستین بار هالفورد، ساندرز و بهرنس^۲ در ۱۹۹۴ به عنوان روشی مفید برای کمک به بهبود رابطه زوجین مطرح کردند. زوج‌درمانی خودنظم‌دهی^۳ (SRCT) کاربرد نظریه خودنظم‌دهی در مشکلات ارتباطی بر پایه نظریه شناختی-اجتماعی است (کارولی،^۴ ۱۹۹۳). تمرکز SRCT بر خودتغییری، صلاحیت‌های سطح بالاتری را افزایش می‌دهد که فراتر از تغییر تعاملات رایج در روابط مشکل‌دار است. چهار صلاحیت سطح بالا که کلید خودنظم‌دهی هستند، عبارت‌اند از: خودارزیابی، هدف‌گذاری معطوف به خود، اجرای تغییر و ارزیابی تلاش‌های تغییر (هالفورد،^۵ ۲۰۰۳).

در دهه‌های اخیر روند ورود دین و معنویت به فضاهاى بالینی شتاب بیشتری گرفته است (کونینگ،^۶ ۲۰۰۷). به عقیده بسیاری، معنویت می‌تواند بخشی از راه‌حل مشکلات روانی باشد. امروزه مداخلات دینی همچون نیایش و دعا، مطالعه متون مقدس، مراقبه‌های معنوی، مراسم دینی و انجام اقدامات اخلاقی، بخشی از اقدامات بالینی است که از سوی درمانگران معتقد به دین یا معنویت صورت می‌گیرد (والش،^۷ ۲۰۰۹).

کوتاه سخن آنکه با توجه به اهمیت و نفوذ سازه خودنظم‌دهی در تحقیقات روان‌شناختی دهه‌های اخیر، تأثیر دینداری بر فرایند خودنظم‌دهی و نیز ورود سازه خودنظم‌دهی در حیطه مداخلات بالینی، محقق درصدد برآمده است براساس الگوی خودنظم‌دهی مبتنی بر روابط میان مؤلفه‌های عقل در منابع اسلامی و با الهام از مدل زوج‌درمانی خودنظم‌دهی (هالفورد، ۲۰۰۳)، یک برنامه زوج‌درمانی را با هدف تأثیر بر شاخص‌های کیفیت رابطه زناشویی (رضایت و سازگاری زناشویی) طراحی کند. استفاده از ظرفیت اندیشه دینی و دینداری، هم‌نیازهای معنوی مراجعان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و هم می‌تواند با تأثیر بر خودنظم‌دهی، «بهبودی روانی» و «سازگاری بین‌فردی» افراد را ارتقا دهد.

۲. روش پژوهش

در این تحقیق از روش تحلیل محتوای کیفی استفاده شده است. تحلیل محتوا دربرگیرنده تحلیل درون‌مایه یک متن حاوی باورها، دیدگاه‌ها و احساسات گوینده آن می‌باشد و کمک می‌کند تا مفاهیم، اصول، نگرش‌ها و کلیه عناصر مطرح‌شده در چارچوب آن متن بررسی شود (ایمان و نوشادی، ۱۳۹۰). جامعه پژوهش حاضر شامل مفاد آیات و روایات در منابع معتبر دینی براساس طبقه‌بندی طباطبایی (۱۳۹۳) می‌باشد که در نرم‌افزار جامع احادیث نور ۳/۵ گردآوری شده است. نمونه پژوهش شامل روایاتی است که درباره مفهوم «عقل» به فرایندهای خودنظم‌دهی اشاره دارد که به صورت هدفمند انتخاب شده‌اند. پس از غربال روایات تکراری و مشابه، روابط میان مؤلفه‌ها از راه فرایند کدگذاری و در قالب مدل خودنظم‌دهی استخراج شد. سپس در چارچوب این مدل و با الهام از ساختار زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌دهی (هالفورد، ۱۹۹۴)، طرح «زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌دهی با رویکرد اسلامی» برای ارتقای فرایندهای سازگاران و افزایش رضایت زناشویی تدوین شد. درنهایت روایی طرح زوج‌درمانی در محورهای ساختار، اهداف و تکنیک‌ها از سوی پنج کارشناس دارای تحصیلات عالی در روان‌شناسی و علوم حوزوی ارزیابی و با شاخص‌های CVI و CVR تجزیه و تحلیل شد.

1. Endler and Kocovsky

2. Halford, W. K., Sanders, M. R. & Behrens, B. C.

3. Self-Regulatory Couple Therapy (SRCT)

4. Karoly

5. Halford

6. Koenig

7. Walsh

۳. یافته‌های پژوهش

۳-۱. مدل خودنظم‌دهی اسلامی

به نظر «عقل» با کارکردهای نظری، عملی و ابزاری خود، کلیدی‌ترین نیروی تنظیم رفتار در منابع اسلامی (آیات قرآن و روایات اهل بیت) است. بررسی مفاد آیات و روایات نشان می‌دهد که «عقل»، نیروی شناختی پایه در انسان، منبع ادراک حقایق و ارزش‌ها، تدبیرگر امور، نیروی انگیزشی تحریک‌کننده به سوی اعمال نیک و بازدارنده از اعمال بد و تنظیم‌گر کنش‌های مختلف روانی است. تعقل پایه‌ای در فطرت و پایه‌ای در آموزش و تجربه دارد.^۱ بررسی محقق نشان می‌دهد عقل بیست مؤلفه دارد که در چهار ساحت شناختی، انگیزشی، عاطفی و اجرایی سازمان داده شده‌اند (رک: جهانگیرزاده، ۱۳۹۹).

مؤلفه‌های مربوط به ساحت شناختی در دو بخش فرایندها و ساخت‌ها قرار دارند. مؤلفه‌های مربوط به بُعد فرایندی عبارت‌اند از:

۱. توجه؛ ۲. تفکر (در مقام نظر و عمل)؛ ۳. تدبیر (هدف‌گزینی - برنامه‌ریزی در مقام عمل)؛ ۴. تجربه‌اندوزی - عبرت‌گیری (در مقام عمل: نگاه پسینی). مؤلفه‌های مربوط به بُعد ساختی در دو مقوله شناخت حقایق و شناخت ارزش‌ها قرار دارند. مؤلفه‌های مربوط به شناخت حقایق نیز عبارت‌اند از: ۱. هستی‌شناسی؛ ۲. خداشناسی؛ ۳. خودشناسی؛ ۴. هدف‌شناسی؛ ۵. راه‌شناسی. مؤلفه‌های مربوط به شناخت ارزش‌ها، ارزش‌های فعلی (مربوط به عمل) و فاعلی (مربوط به نیت و منش) را در برمی‌گیرند. هرچند فرایند تعقل در خدمت شناخت تمام حقایق اعم از مادی و معنوی، درونی و بیرونی، عینی و انتزاعی قرار دارد، ولی تأکید منابع دینی بر محوریت شناخت‌های معنوی و اخلاقی است؛ به عبارت دیگر این فرایندها عمدتاً در خدمت سعادت و کمال‌گایی انسان قرار دارند^۲ (رک: محمدی ری‌شهری، ۱۳۷۸، ص ۱۹-۲۵). طبیعتاً در فرایند خودنظم‌دهی میان فرایندهای شناختی و ساخت‌های شناختی رابطه‌ای دوسویه برقرار است. براساس اندیشه اسلامی تجهیزات شناختی انسان با مکانیزم‌های فطری خاص خود با ابتدا بر بیش‌ها و گرایش‌های فطری، آموزش‌ها و تجربیات، مبنایی برای تنظیم عملکرد انسان را در اختیار می‌گذارد (رک: رجبی، ۱۳۹۰، ص ۱۳۶).

در بُعد انگیزشی نیز مشخص شده است که سه نیروی انگیزشی اساسی، پیشران انسان متصف به عقلانیت است. این انگیزه‌های بنیادین، فعالیت‌های شناختی و فرایندهای اجرایی (هر دو) را هدایت می‌کنند. نیروهای انگیزشی را می‌توان در سه طبقه سعادت‌جویی (اراده معطوف به رستگاری)،^۳ فضیلت‌گرایی (اراده معطوف به اخلاق)^۴ و معنویت‌خواهی^۵ (اراده معطوف به الوهیت) قرار داد. این بخش از مؤلفه‌های عقل، عنصری محوری در تعبیر دینی عقل است که عقل را منشأ گرایش به علم، دین و اخلاق می‌داند و آن را به وضوح از تعبیر فلسفی و روان‌شناختی عقل متمایز می‌سازد (رک: مهدی‌زاده، ۱۳۸۹).

بُعد عاطفی که از محصولات فرعی و جانبی بعد شناختی و انگیزشی است دارای مؤلفه‌های امید، بیم، و شرم/پروا می‌باشد. دو مؤلفه اول محصول پیش‌بینی و انتظار است. پیش‌بینی و انتظار موفقیت یا شکست در حوزه معنایی عقل که این موفقیت ناظر به سعادت انسان است در سایه عمل به تکالیف الهی و تقرب به خداوند یا نافرمانی الهی و دوری از وی به دست می‌آید. حیا نیز برگرفته از ادراک حضور ناظر محترم و با تأکید ویژه بر چهره‌های الوهی در ادبیات دینی است. این انفعالات پیامد توجه به شناخت‌های اساسی شامل خودشناسی، خداشناسی، هدف‌شناسی و ارزش‌شناسی است. به نظر می‌رسد هم در ادبیات فلسفی و هم در ادبیات دینی، هیجانات واکنش‌های انفعالی تحت تأثیر رویدادهای محیطی یا رویدادهای بدنی-روانی شناخته شده‌اند؛ آنچه در هیجانات مبتنی بر تعقل دیده می‌شود نوعی تعالی یا

۱. در سخنان حضرت امیرالمؤمنین (علیه السلام) آمده است: «عقل دو نوع است: عقل طبع و عقل تجربه، و هر دو منفعت می‌رسانند» (الشافعی، ص ۴۹).

۲. امام صادق (علیه السلام): «پایه شخصیت انسان عقل است و هوش و فهم و حافظه و دانش از عقل سرچشمه می‌گیرند. عقل انسان را کامل کند و راهنما، بیناکننده و کلید کار اوست و چون عقلش به نور خدایی مؤید باشد، دانشمند و حافظ و متذکر و باهوش و فهمیده باشد و از این رو بداند چگونه و چرا و کجاست و خیرخواه و بدخواه خود را بشناسد و چون آن را شناخت مسیر حرکت و وصل و فصل خویش بشناسد و در یگانگی خدا و اعتراف به فرمانش مخلص شود و چون چنین کند از دست‌رفته را جبران کرده، بر آینده مسلط گردد و بداند در چه وضعی است و برای چه در اینجا است و از کجا آمده و به کجا می‌رود؟ اینها همه از تأیید عقل است» (کلینی، ج ۱، ص ۲۵).

۳. پیامبر گرامی اسلام (صلی الله علیه و آله): همانا از نشانه‌های عقل، برخاستن از سرای فریب و روی آوردن به سرای جاودان، توشه‌گیری برای مرگ و آمادگی برای روز رستاخیز است» (مجلسی، مجلسی، ج ۷۴، ص ۱۷۸).

۴. پیامبر گرامی اسلام (صلی الله علیه و آله): «بهترین شما خردمندان هستند، آنان صاحبان اخلاق نیکو و خردها (پردباری‌های) استوار هستند...» (کلینی، ج ۲، ص ۲۴۰) و امام کاظم (علیه السلام) می‌فرماید: «خردمند کسی است که انجام کارهای حلال او را از شکرگزاری باز ندارد و حرام بر صبر و شکیبایی‌اش غالب نشود» (همان، ج ۱، ص ۱۵).

۵. پیامبر گرامی اسلام (صلی الله علیه و آله): خدای متعال عقل را بر سه پاره تقسیم کرد: هر که آن سه بخش را دارا شود عقلش کامل است و آنکه از آن بی‌ بهره است خردمند نیست. شناختی نیکو از خداوند، اطاعتی شایسته و صبری درخور بر دستورهای خداوند تعالی» (ابن شعبه الحرانی، ص ۵۴).

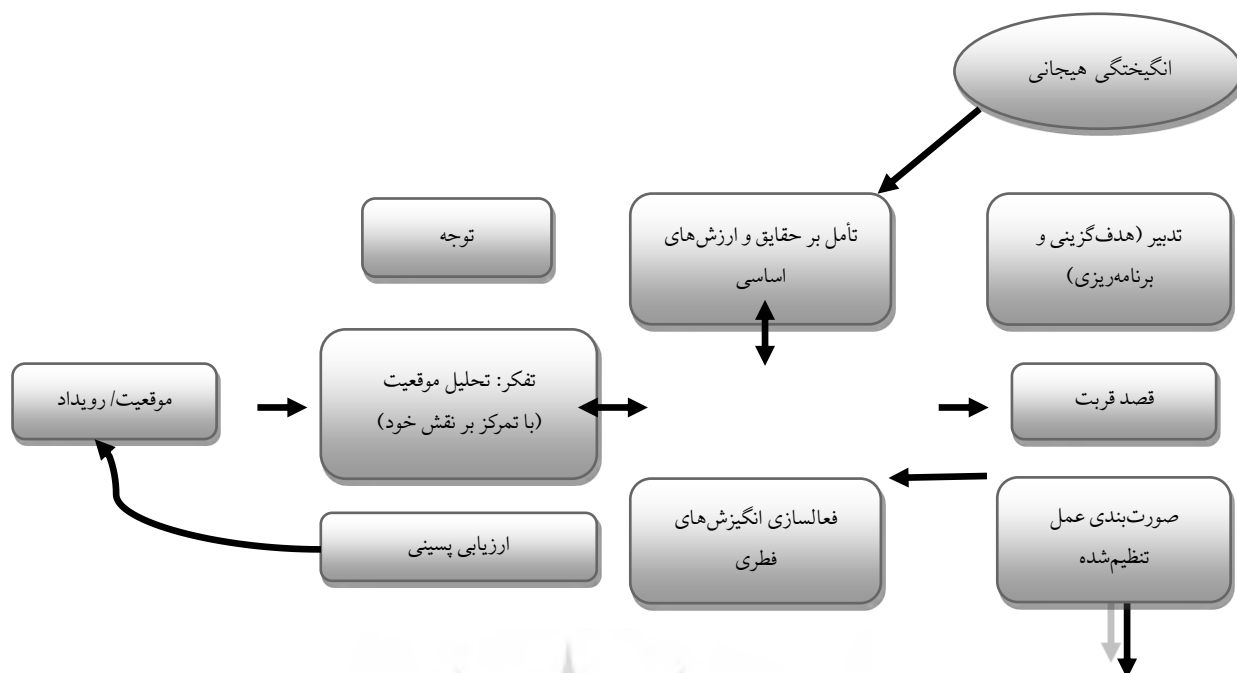
والایش هیجانات یا کاربست آنها در مسیر اهداف غایی است (ر.ک: پسندیده، ۱۳۸۸: اصول عملیاتی خویشنداری). و در نهایت بعد اجرایی عقل که براساس پژوهش محقق بر دو مفهوم صبر^۱ و تقوا^۲ استوار است. صبر عنوان عام‌تری می‌باشد که در معنای عام خود، فضیلت حاضر در تمام کنترل‌های اخلاقی و معنوی است؛ در واقع توانشی است که با ابتنا بر شناخت‌ها و انگیزش‌های متعالی، امیال، تکانه‌ها و رفتارهای مرتبط با ابعاد فروتر وجود انسان را مهار و مدیریت می‌کند. تقوا را بیشتر محصول ایمان می‌دانیم، پس از آن جهت که عقل آبخور ایمان است، شاید بتوان گفت رابطه عقل و تقوا با میانجی‌گری ایمان برقرار می‌شود. تحلیل مفاهیم صبر و تقوا سه مؤلفه خودمراقبتی، قصد متعالی پایدار و صورت‌بندی عمل را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد در روایات تأکید فراوانی بر این بعد از عقل شده است (ر.ک: پسندیده، ۱۳۸۸، ص ۵۷-۵۹).

با این مقدمات، الگوی خودنظم‌دهی اسلامی در بردارنده شش روند پویاست:

- (۱) مواجهه با موقعیت؛^۳
- (۲) تحلیل موقعیت^۴ با ویژگی:
- ≠ تمرکز بر نقش خود
- ≠ بر مبنای باورها^۵ و ارزش‌های اساسی^۶
- (۳) فعال‌شدن انگیزش‌های پایه؛^۷
- (۴) انگیزش‌های عاطفی؛^۸
- (۵) تدبیر عملی؛^۹
- (۶) هدایت توجه (قصد متعالی)؛^{۱۰}
- (۷) صورت‌بندی عمل؛^{۱۱}
- (۸) ارزیابی پسینی.^{۱۲}



۱. امام علی (ع): پایه‌های اسلام هفت است: خرد نخستین پایه است و صبر بر آن استوار است» (ابن شعبه الحارثی، ص ۱۹۶).
۲. امام علی (ع): بندگان خدا تقوا پیشه کنید؛ تقوای خردمندی که اندیشه دلش را مشغول داشته و ترس بدنش را سست ساخته... و امید عطش روزانه‌اش را سیراب کرده است» (نهج البلاغه، خطبه ۸۳).
۳. مبتنی بر مؤلفه هوشیاری.
۴. مبتنی بر مؤلفه تفکر، به‌ویژه در مورد خود.
۵. مبتنی بر مؤلفه‌های خداشناسی، خودشناسی، هدف‌شناسی و راه‌شناسی.
۶. مبتنی بر مؤلفه‌های ارزش‌شناختی (ارزش عمل، ارزش نیت).
۷. مبتنی بر مؤلفه‌های انگیزشی عقل شامل: سعادت‌جویی، فضیلت‌گرایی و معنویت‌خواهی.
۸. مبتنی بر مؤلفه‌های عاطفی عقل شامل: امید، بیم، شرم و پروا.
۹. مبتنی بر مؤلفه تدبیر (هدف‌گزینی و برنامه‌ریزی).
۱۰. مبتنی بر مؤلفه قصد متعالی (برگرفته از مفهوم تقوا).
۱۱. مبتنی بر مؤلفه‌های صبر و تقوا.
۱۲. مبتنی بر مؤلفه‌های تجربه و عبرت.



نمودار ۱: فرایند خودنظم‌دهی در مدل اسلامی

۴. طرح زوج درمانی

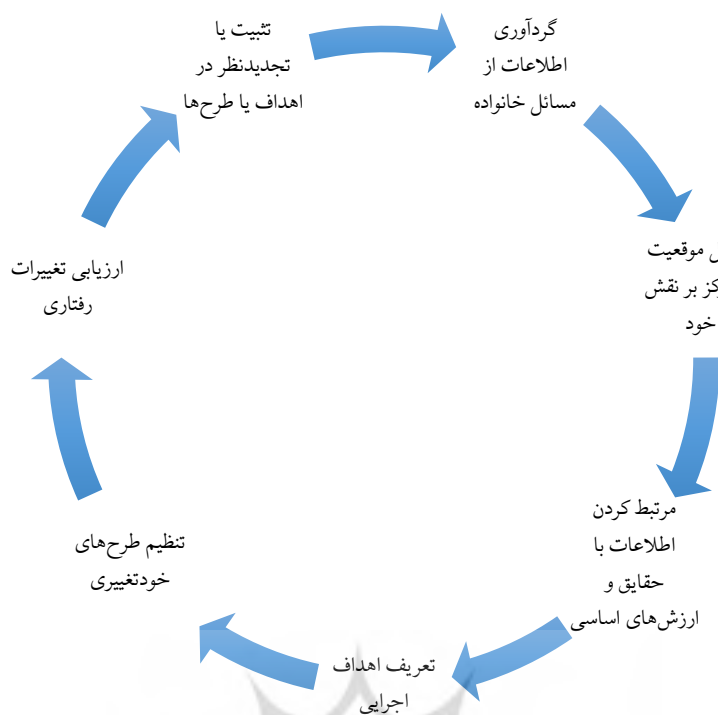
زوج درمانی مبتنی بر خودنظم‌دهی (هالفورد، ۲۰۰۴) در بافت رابطه به این مسئله اشاره دارد که همسران به فرایندهای خودتغییری می‌پردازند تا رضایتمندی و استحکام رابطه را افزایش دهند. به عبارت دیگر، هدف کلی این فرایند ارتقای شاخص‌های بهزیستی روانی و سازگاری اجتماعی است؛ ولی در درمان خودنظم‌دهی مبتنی بر رویکرد اسلامی، هدف درمان ارتقای این شاخص‌ها با ارتقای عملکرد ذهنی (توجه، تفکر، تدبیر و ارزیابی) در جهت هدف سعادت براساس حقایق اساسی و ارزش‌های دینی است. به بیان دیگر ارتقای عقلانیت در مواجهه با مسائل همسران که هدف نهایی درمان با رویکرد اسلامی تلقی شده، اساساً فراتر از بافت رابطه درصدد گسترش خودآگاهی، تفکر منطقی و توان اجرایی در تنظیم حیطه‌های مختلف عملکرد براساس اهداف و ارزش‌های دینی است. از همین جاست که روح حاکم بر درمان در این دو رویکرد با یکدیگر تفاوت اساسی می‌یابند. در اینجا ارتقای دینداری، معنویت و اخلاق هم هدف درمان و هم بخشی از ابزار درمان است. البته این تغییر در قلمرو روابط میان همسران اتفاق می‌افتد.

صلاحیت‌های سطح بالا در درمان خودنظم‌دهی عبارت‌اند از: خودارزیابی، هدف‌گذاری معطوف به خود، اجرای خودتغییری و ارزیابی تلاش‌های مربوط به تغییر. درمانگر درصدد است تا با ارتقای این مهارت‌ها، مسائل زناشویی را تحت تأثیر قرار دهد. در رویکرد اسلامی این صلاحیت‌ها مورد توجه‌اند، ولی درمانگر با تکیه بر ابعاد عقلانی، معنوی و اخلاقی «خود» و برجسته‌سازی و تلاش برای تحول و ارتقای این ابعاد، فرایندهای ارزیابی وضعیت موجود، تعریف وضعیت مطلوب و هدف‌گذاری و اجرا را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ در واقع درمانگر و مراجع با مشارکت یکدیگر تلاش می‌کنند که باورها و انگیزش‌های متعالی، فرایند خودنظم‌دهی را هدایت کنند.

ساختار اساسی درمان مبتنی بر خودنظم‌دهی، خودتغییری است. این ساختار در رویکرد اسلامی با اتکا به روایاتی انتخاب شده‌اند که رستگاری را در نهایت به اصلاح رابطه فرد با پروردگار و تنظیم رفتار خود منوط می‌کنند. امیرالمؤمنین (علیه السلام) می‌فرماید: «مَنْ كَانَتْ الْآخِرَةُ هَمَّهُ كَفَاهُ اللَّهُ مِنَ الدُّنْيَا وَمَنْ أَصْلَحَ سِرِّرَتَهُ أَصْلَحَ اللَّهُ عَلَانِيَتَهُ وَمَنْ أَصْلَحَ فِيمَا بَيْنَهُ وَبَيْنَ اللَّهِ أَصْلَحَ اللَّهُ فِيمَا بَيْنَهُ وَبَيْنَ النَّاسِ؛ کسی که همیشگی آخرت باشد خداوند مهمات او را در دنیا کفایت می‌کند و کسی که باطنش را اصلاح کند خداوند ظاهر او را اصلاح می‌کند و کسی که رابطه خود را با خدا اصلاح کند خداوند رابطه او را با مردم اصلاح می‌کند (صدوق، ۱۴۱۳، ج ۴، ص ۳۹۶).

این خودتغییری در سه مرحله اتفاق می افتد:

۱. خودتغییری کوتاه مدت؛ زمانی که همسران بتوانند اهداف تغییر را به خوبی بشناسند، طرح های عملی را برای تغییر صورت بندی کنند و مهارت های اجرای طرح را داشته باشند.
 ۲. آموزش روان شناختی؛ زمانی که همسران نتوانند اهداف تغییر را مشخص کنند. در این مرحله از درمان، درمانگر با معرفی عناصر درون روانی، بین فردی و زمینه ای مؤثر بر مسائل همسران و آموزش الگوی خودنظم دهی و از جمله خودنظم دهی با رویکرد اسلامی، مراجعان را برای شناسایی اهداف، آن گونه که به تغییرات مؤثر بینجامد، یاری می دهد.
 ۳. درمان رهنمودی؛ زمانی اجرا می شود که مراجعان می توانند اهداف را تعیین نمایند، اما نمی توانند طرح های عملی مناسب را انتخاب و اجرا کنند. تعبیر «تغییر تعالی بخش» برای این نوع از تنظیم مناسب است؛ زیرا اهداف بودن، اجرا و زنجیره های عمل، براساس ایده آل ها و سازوکارهای معنوی - اخلاقی تعیین می شوند.
- در زوج درمانی مبتنی بر خودنظم دهی با رویکرد اسلامی، فرایند کلی کار بدین گونه است که نخست در قلمرو مسائل خانواده، اطلاعات کافی از وضعیت جمع آوری می شود. سپس وضعیت موجود براساس نقش خود در موقعیت مورد بررسی قرار می گیرد. این وضعیت با حقایق اساسی و معیارهای اخلاقی سنجیده می شود. سپس وضعیت های مطلوب خود تعریف خواهند شد. این تعریف از سوی مراجعان، درمانگر یا با استفاده از منابع اسلامی مشخص می شود. وضعیت مطلوب خود دو سطح دارد؛ سطح اول، ویژگی های مربوط به عمل و سطح دوم، ویژگی های مربوط به قصد را دربرمی گیرد. هدف گذاری معطوف به خود براساس وضعیت ایده آل در هر دو سطح عمل و قصد صورت می پذیرد؛ برای مثال در سطح قصد، وضعیت ایده آل توجه به خواست الهی و رستگاری غایی و اقتضای عملکرد اخلاقی در نقطه مقابل توجه به خواسته نفس و نتایج دنیوی قرار دارد. سپس طرح های عملی خودتغییری برای تحقق وضعیت ایده آل طراحی می شود. این طرح ها می تواند با کمک گرفتن از سازوکارهای موجود در روان درمانگری های مبتنی بر خودنظم دهی یا روش های مطرح شده در آموزه های دینی باشد، مثلاً می توان به روش های مربوط به مدیریت موقعیت، درگیرکردن هوشیاری و تغییر جهت توجه، تصویرپردازی های ذهنی به منظور تنظیم هیجانات، بازسازی شناختی، تکنیک های انگیزشی، حل مسئله و تکنیک های مربوط به پذیرش شرایط و افزایش تعهد اشاره کرد. درگیرکردن هوشیاری با امور معنوی، تصویرپردازی های دینی، مطالعه متون مقدس و اخلاقی، تعدیل شناختی از راه تفسیرهای دینی، نمونه ای از روش هایی است که می تواند فرایند خودنظم دهی را براساس آموزه های دینی غنا بخشد. در آخرین مرحله تأثیر روش های خودتغییری به نحو نظام دار و مستمر بایستی ارزیابی شود. این ارزیابی می تواند به تغییراتی در ناحیه نحوه فعال سازی الگوهای رفتاری، طرح های اجرایی و حتی اهداف تعیین شده بینجامد.



نمودار ۲: منطق کلی طرح زوج‌درمانی مبتنی بر رویکرد خودنظم‌دهی با رویکرد اسلامی

در ادامه عناصر کلی طرح زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌دهی با رویکرد اسلامی شامل اهداف، اصول، ساختار کلی، گام‌ها و حیطه‌های تغییر و ساختار جلسات مطرح می‌شود.

۵. عناصر کلی طرح درمانی

(۱) هدف کلی:

≠ تنظیم عملکرد خود در حیطه‌های مختلف روابط میان همسران؛

(۲) اهداف خرد:

≠ گسترش خودآگاهی در روابط همسران؛

≠ گسترش تفکر منطقی در تحلیل مسائل؛

≠ تقویت خودارزیابی بر اساس باورها و ارزش‌های معیار؛

≠ تقویت توان آینده‌نگری و برنامه‌ریزی؛

≠ تقویت توان اجرایی ارگانیزم (تحریک قصد متعالی و صورت‌بندی عمل).

(۳) اصول حاکم بر فرایند خودنظم‌دهی:

≠ عقلانیت که در استفاده بهینه از توانش‌های عقلی منعکس می‌شود.

≠ فضیلت‌گرایی که در مدیریت انگیزه‌ها در مسیر تحقق فضیلت و رستگاری منعکس می‌شود.

≠ معنویت‌گرایی که در حفظ و رعایت «جهت‌گیری الهی» منعکس می‌شود.

(۴) ساختار کلی:

≠ خودتغییری؛

- ≠ آموزش‌های روان‌شناختی؛
- ≠ هدایت تغییر از سوی درمانگر.
- (۵) گام‌های تغییر:
- ≠ خودارزیابی؛
- ≠ تعیین اهداف خودتغییری در چارچوب باورها و ارزش‌های دینی؛
- ≠ تعریف برنامه‌های خودتغییری؛
- ≠ اجرای برنامه‌های خودتغییری؛
- ≠ بازخورد.
- (۶) حیطه‌های تغییر:
- ≠ فضای عمومی رابطه؛
- ≠ الگوهای تعامل؛
- ≠ شناخت‌های ارتباطی؛
- ≠ هیجانات در رابطه.

۶. ساختار جلسات

جلسات زوج‌درمانی در چهار بخش جلسات ارزیابی و بازخورد، خودتغییری کوتاه‌مدت، جلسات آموزش روان‌شناختی و جلسات درمان رهنمودی تنظیم شده‌اند. جلسات ارزیابی و بازخورد به هدف برقراری رابطه درمانی، جلب اعتماد همسران و متعهدکردن آنها، ارزیابی و تصحیح انتظارات، ایجاد امیدواری واقع‌بینانه به حل مشکلات، شناسایی نقاط قوت و عوامل تهدیدکننده فرد یا رابطه، ایجاد درک مشترک از مسائل رابطه، ایجاد تمرکز خودنظم‌دهی و درنهایت ارزیابی عملی بودن زوج‌درمانی برگزار می‌شود.

در جلسات ارزیابی، درمانگر موفقیت درمان کوتاه‌مدت را به عنوان فرضیه‌ای در نظر می‌گیرد که وی و همسران به طور مشترک بایستی آن را بیازمایند. جلسات ارزیابی و بازخورد نشان می‌دهد که آیا همسران صلاحیت‌های خودنظم‌دهی به طور عام و خودنظم‌دهی با رویکرد دینی را دارند؛ درمانگر با پرسیدن مجموعه‌ای از سؤالات این احتمال را ارزیابی می‌کند. در پایان جلسات ارزیابی ساختار درمانی مناسب انتخاب می‌شود. فرایند درمانی در ساختار خودتغییری کوتاه‌مدت بین ۱ تا ۶ جلسه، در ساختار آموزش روان‌شناختی بین ۷ تا ۱۰ جلسه و در ساختار درمان رهنمودی ۱۱ تا ۲۰ جلسه زمان می‌برد.

اگر افراد از صلاحیت کافی برای خودارزیابی، هدف‌گزینی و اجرای تغییر برخوردار باشند، ساختار «خودتغییری کوتاه‌مدت» انتخاب می‌شود. در صورتی که مراجعان نتوانند ارزیابی دقیقی از عوامل مؤثر بر مشکلات داشته باشند و در پی آن نتوانند راهکارهای مناسبی برای تغییر تعریف کنند درمان وارد ساختار «آموزش روان‌شناختی» می‌شود و در پایان، اگر مراجعان مهارت‌های لازم برای تحقق اهداف تعیین شده را نداشته باشند، درمان وارد فاز «رهنمودی» می‌شود که در آن درمانگر مهارت‌های لازم برای ایجاد تغییرات را به مراجعان معرفی کرده، و مراجع زیرنظر درمانگر این مهارت‌ها را برای ایجاد تغییرات پایدار تکرار و تمرین می‌کند.

۶-۱. جلسات خودتغییری کوتاه‌مدت

اهداف جلسات

- (۱) استفاده از صلاحیت‌های خودنظم‌دهی دینی برای:
- ≠ هدف‌گزینی؛
- ≠ طراحی تغییرات؛

≠ اجرای تغییرات؛

(۲) ارزیابی تغییرات مورد نظر و آثار آن؛

(۳) تسهیل و رفع موانع خودتغییری؛

(۴) حفظ و تعمیم خودتغییری در رابطه؛

(۵) پیشگیری از عود.

ساختار جلسات

جلسات خودتغییری در قالب جلسات «اولیه» و «بازنگری» برگزار می‌شوند. ساختار جلسات اولیه به شرح زیر است:

(۱) مرور جلسات قبل؛

(۲) تعیین دستور جلسه؛

(۳) توافق بر سر اهداف خودتغییری در حیطه‌های مختلف؛

(۴) تعیین راهبردهای خودتغییری؛

(۵) تعیین شیوه‌های ارزیابی تلاش‌های خودتغییری؛

(۶) پیش‌بینی موانع اجرای شیوه‌های خودتغییری؛

(۷) تعیین راهبردهای کنترل موانع؛

(۸) برنامه‌ریزی برای بازنگری رابطه؛

(۹) دریافت بازخورد.

در جلسات بازنگری، تلاش‌های خودتغییری و تأثیر آن بر رابطه ارزیابی می‌شود و مراجع موانع خودتغییری را شناسایی و راهبردهای جدیدی را تعریف و اجرا می‌کنند.

افرادی که می‌توانند درباره اهداف توافق کنند، اما نمی‌توانند خودتغییری را انجام دهند، ممکن است سه مشکل داشته باشند: ۱. دانش کافی برای تشخیص آن رفتارهایی نداشته باشند که روابط آنها را بهبود می‌بخشد؛ ۲. اندیشه‌ها و احساسات منفی نیرومندی داشته باشند که با خودتغییری تداخل دارد؛ ۳. مهارت‌های کافی برای اجرای روش‌های خودتغییری را نداشته باشند. در مورد نخست و تا اندازه‌ای در مورد دوم، درمان وارد ساختار «آموزش روان‌شناختی» می‌شود و در مورد دوم و سوم، ساختار به «درمان رهنمودی»، انتقال می‌یابد. البته هدف نهایی در هر سه ساختار تقویت صلاحیت‌های لازم برای خودتغییری شامل مهارت‌های خودارزیابی، هدف‌گزینی، اجرا و ارزشیابی است.

۲-۶. جلسات آموزش روان‌شناختی

اهداف جلسات

(۱) افزایش دانش همسران درباره تعامل سازگاران و عوامل مؤثر بر آن؛

(۲) افزایش دانش همسران درباره عناصر و ساختار خودنظم‌دهی با رویکرد اسلامی؛

(۳) افزایش دانش همسران درباره تأثیر دینداری بر فرایند خودنظم‌دهی؛

(۴) غلبه بر هیجان‌های منفی شدید و افزایش توان همدلی؛

(۵) درنهایت افزایش توان خودارزیابی، هدف‌گزینی و تنظیم روش‌های خودتغییری.

ساختار جلسات: آموزش روان‌شناختی و خودتغییری

در این مرحله تلاش می‌شود نخست الگوی رابطه^۱ و عوامل مؤثر بر فرایندهای سازگاری^۲ از راه آموزش روان‌شناختی و اکتشاف هدایت‌شده بررسی شود و سپس براساس بازسازی شناختی، زوجین بر اندیشه‌ها و عواطف منفی شدید خود غلبه کنند تا درنهایت بتوانند راه‌حل‌های مفیدی را برای مشکلات ارتباطی خود - براساس الگوی خودنظم‌دهی اسلامی و آگاهی از تأثیر دینداری بر فرایند خودنظم‌دهی - پیدا کنند. پس از تعیین اهداف و راهبردهای تغییر، درمان به مرحله خودتغییری بازمی‌گردد و در آن ساختار ادامه می‌یابد.

جدول ۱: محورهای آموزش روان‌شناختی

فرایندهای سازگاران؛ ویژگی‌های فردی؛ رویدادهای زندگی؛ عوامل بافتاری.	الگوی رابطه
تجارب خانواده اصلی؛ الگوی نقش‌های جنسیتی؛ خانواده و دوستان؛ مسائل تحصیلی و شغلی؛ فرهنگ.	عوامل مؤثر بر فرایندهای سازگاری
مرزها؛ قدرت و کنترل؛ مایه‌گذاری در رابطه.	مسائل مشترک در روابط آشفته
فرایند تغییر در خودنظم‌دهی با رویکرد اسلامی؛ شیوه‌های مختلف تأثیر دینداری بر خودنظم‌دهی.	الگوی خودنظم‌دهی با رویکرد اسلامی

تکنیک‌ها

(۱) آموزش روان‌شناختی؛

≠ به صورت مستقیم

≠ از طریق مواد و منابع آموزشی (مکتوب و چندرسانه‌ای)

(۲) اکتشاف هدایت‌شده؛

(۳) بازسازی شناختی-عاطفی.

۳-۶. جلسات درمان رهنمودی

تغییر رهنمودی درمانگر زمانی اتفاق می‌افتد که همسران «اهداف ارتباطی مشترک» را مشخص کرده باشند، اما به سبب ضعف «مهارت‌های روان‌شناختی و ارتباطی» لازم نتوانند به خودتغییری دست یابند.

هدف کلی جلسات

ارتقای مهارت‌های روان‌شناختی لازم برای خودتغییری با هدایت روان‌درمانگر در حیطه‌های مشکل‌ساز روابط همسران.

۱. شامل: مبادله رفتار، محبت، ارتباط و حل تعارض و پرخاشگری، ایفای نقش، حمایت متقابل، باورها و انتظارات.

۲. شامل: رویدادهای زندگی، مشخصات فردی، تجارب خانواده اصلی، بافت فرهنگی-اجتماعی، سایر روابط و نقش‌ها و متغیرهای محیطی.

ساختار کلی جلسات: تغییر با هدایت درمانگر

همان‌طور که گفته شد، در درمان خودنظم‌دهی هدف نهایی همسران حرکت به سوی «خودتغییری» است. پس از این مرحله (تغییر با هدایت درمانگر)، همسران به سوی شیوه‌های خودتغییری حرکت می‌کنند. اگر زوجین به کار بر روی چند زمینه نیاز داشته باشند، باید در مورد توالی کار بر روی این زمینه‌ها مذاکره کرد؛ افزون بر آن، ممکن است درمانگر پیشنهاد کند به مسائلی بپردازند که به نظر او محور مشکلات است. جلسات درمان رهنمودی در حیطه‌های فضای عمومی رابطه، روابط کلامی و غیرکلامی، تنظیم شناخت‌های ارتباطی و تنظیم هیجانات در روابط اجرا می‌شود.

جدول ۲: جلسات درمان رهنمودی: حیطه فضای عمومی رابطه

اهداف جلسات	تکنیک‌ها
(۱) راه‌اندازی چرخه‌های مثبت و تقویت متقابل؛ (۲) فعال‌سازی فضای اخلاقی - معنوی در تعامل میان همسران؛ (۳) افزایش مسئولیت‌پذیری و همدلی در رابطه همسران.	(۱) برنامه‌ریزی رفتارهای مثبت در رابطه؛ * روزهای عشق * قرارهای برنامه‌ریزی شده (۲) تدوین و اجرای طرح رابطه اخلاقی - معنوی؛ (۳) افزایش فضای حمایت همدلانه از همسر.

جدول ۳: جلسات درمان رهنمودی: حیطه روابط کلامی و غیرکلامی

اهداف جلسات	تکنیک‌ها
(۱) جهت‌دهی اخلاقی - معنوی فرایند ارتباط؛ (۲) انتقال پیام‌های کامل و سالم؛ (۳) ابراز بهینه احساسات در تعامل؛ (۴) مطالبه جرئت‌مندانه - سازگارانه نیازها؛ (۵) ارتقای صمیمیت با ایجاد درگیری کلامی.	(۱) تدوین و اجرای طرح گفتگوی اخلاقی؛ (۲) تمرین گفتگوی سالم برای؛ * ابراز احساسات * بیان خواسته‌ها و نیازها (۳) تراژکردن خودافشایی؛ (۴) مدیریت تعارض‌ها؛ * تمرین مهارت‌های حل مسئله * اداره افکار و احساسات منفی (در ادامه می‌آید).

جدول ۳: جلسات درمان رهنمودی: تنظیم شناخت‌های ارتباطی

اهداف جلسات	تکنیک‌ها
(۱) جهت‌دهی اخلاقی - معنوی شناخت‌های ارتباطی ^۲ در حیطه؛	(۱) شناسایی عناصر شناختی ارتباطی براساس تکنیک‌های ABC و پیکان عمودی؛

۱. حسن خلق، رفق و مدارا، ادب و تواضع، وقار و طمأنینه و حلم مشخصاً از ابعاد اجتماعی عقل و از نشانه‌های ایمان برشمرده شده‌اند که در ایجاد فضای مثبت ارتباطی بین همسران کمک می‌کنند؛ همچنین با مراجعه به متون دینی در قلمرو روابط خانوادگی درمی‌یابیم که منابع اسلامی با تأکید ویژه بر حسن معاشرت، مهرورزی، ملائمت و نرم‌خویی و اکرام بین همسران به ویژگی‌هایی مثل توجه و اهتمام، احسان، مراقبت، خدمت و اعانت، ادخال سرور، همنشینی مثبت، رعایت علایق خانواده، در الگوی ارتباطی زوجین اشاره می‌کند.
 ۲. در روابط میان‌فردی، عناصر اخلاقی - رفتاری چندی وجود دارد که مورد تأکید دین است و موجب تسهیل، استواری و بهینه‌سازی ارتباط می‌شود: مهم‌ترین عناصر یادشده از نگاه آموزه‌های دینی عبارت‌اند از: ۱. سخن‌گویی شایسته با تعبیری همچون قول حسن و قول معروف با ویژگی‌های راست باشد، شیوا و رسا باشد، سالم و عقیفانه باشد، نرم و شفاف باشد، اندیشیده، استوار و سنجیده باشد، توأم با ادب و احترام باشد؛ ۲. گوش دادن شایسته. مواردی نیز به عنوان موانع ارتباطی شناخته شده که عبارت‌اند از: ارتباط یک‌سویه، گزندگی و سرزنش‌گری، گفتگوی آمرانه و از روی تکبر، گفتگوی منفعلانه، مجادله برای چیره‌جویی، پرگویی، زشت‌گویی، پرخاشگری، گناه‌آلودگی، تعارض گفتار با رفتار؛ همچنین ویژگی‌های خاص گفتگو با همسر را می‌توان در دو عنوان گفتگوهای «محب‌آمیز» و «آرامش‌بخش» خلاصه کرد.
 ۳. بررسی متون دینی نشان می‌دهد زمانی پردازش اطلاعات به بهترین وجه صورت می‌گیرد که اولاً، مبتنی بر اطلاعات و دانش درست و جامع باشد و ثانیاً نسبت به این اطلاعات و دانش‌ها توجه و هوشیاری وجود داشته باشد. یادآوری این نکته مهم است که هرگونه استنتاج و قضاوتی باید مستظهر به دلایل و مدارک کافی و معتبر باشد و شتاب و تعجل در آن، یکی از لغزش‌های اندیشه است. قرآن کریم سرمایه علمی و فکری بشر را اندک و ناکافی می‌داند، پس اظهار جزم در قضاوت‌ها را دور از احتیاط و غیرعقلانی می‌داند؛ همچنین لازم است تأثیر انگیزه‌های نفسانی بر فرایندهای شناختی کنترل شود. انگیزه‌های نفسانی می‌تواند شامل برخی رذایل اخلاقی همچون خودخواهی، تکبر و برتری‌جویی، خودفریبی، پیروی از هوای نفس، پیروی از سنت‌های فرهنگی بدون پشتوانه عقلانی باشد.
- از نظر محتوای تفکر به نظر می‌رسد فرایندهای فکری در انسان عاقل تحت‌تأثیر شناخت فرد از خداوند، خود، سعادت غایی و ارزش‌ها باشد. تحلیل تأثیر خودشناسی الهی و سعادت‌اندیشی بر فرایندهای تفکر می‌تواند راهی برای اصلاح و تغییر باز کند. در سطح تفکر عملی، انسان عاقل با ویژگی‌های تدبیر، حزم (دوراندیشی)، تجربه و عبرت مشخص می‌شود. البته جهت‌گیری تفکر عملی به سوی تحقق کمال نفسانی و تأمین سعادت غایی است. نشانگان اجتماعی عقل (فضایل اخلاق اجتماعی)، خود‌گویی نوعی سبک تفکر است که در موقعیت‌های بین‌فردی فعال می‌شود. طبیعتاً افرادی با این ویژگی‌های اخلاقی در فضای بین‌فردی، فرایندهای توجهی، اسنادی، انتظارات، فرض‌ها و معیارهای ارتباطی خاصی دارند. اهم این فضیلت‌ها عبارت‌اند از: مهرورزی، خیراندیشی، رفق و مدارا، تملک نفس، وقار، حلم، تواضع، ادب، حیا، انصاف.

۲) تحلیل عناصر شناختی براساس شاخص‌های دینی برای هدایت فرایند خودنظم‌دهی؛	* معیارها و فرض‌ها * انتظارات و اسنادها * توجه
۳) ارزیابی صحت و دقت افکار خودکار، فرض‌ها و باورها؛	۲) جایگزین کردن افکار منطقی؛
۴) ارزیابی کارآمدی و هماهنگی باورها در موقعیت‌های مختلف؛	۳) جایگزین کردن افکار با استفاده از سبک تفکر دینی.
۵) مخالف‌ورزی.	

جدول ۴: جلسات درمان رهنمودی: هیجانات در روابط

اهداف جلسات	تکنیک‌ها
۱) ارتقای خودآگاهی هیجانی؛	۱) ثبت حالات هیجانی؛
۲) جهت‌دهی اخلاقی-معنوی هیجانات؛	۲) اعتبارسنجی هیجانات براساس ارزش‌های دینی؛
۳) کاهش آسیب‌پذیری هیجانی و افزایش توان خودنظم‌دهی؛	۳) تنظیم دستورالعمل‌های بهداشت بدنی؛
۴) ارتقای توانایی‌های شناختی در مدیریت هیجانات؛	۴) استفاده از افکار مقابله‌ای (با تأکید بر آموزه‌های دینی)؛
۵) والایش (متعالی‌سازی) هیجانات؛	۵) اخلاقی-معنوی‌سازی موقعیت‌ها برای تحریک هیجانات متعالی؛
۶) کنترل زمینه‌سازهای موقعیتی هیجانات.	۶) تمرین فنون خودآرام‌سازی؛
	۷) عمل برخلاف امیال هیجانی؛
	۸) حل مسئله.

جلسات پیگیری

پس از گذراندن مراحل درمان رهنمودی لازم است جلسات پیگیری با یک فاصله زمانی دوماهه و اجرای ارزیابی‌های مجدد (پرسشنامه سازگاری زناشویی، شاخص رضایت زناشویی) برای تحقق اهداف زیر برگزار شود.

۱) ارزیابی تلاش‌های خودتغییری و تأثیر آن بر رابطه؛

۲) تقویت تلاش‌های خودتغییری در صورت موفقیت؛

۳) کمک به شناسایی و غلبه بر موانع خودتغییری در صورت شکست؛

۴) افزایش تعمیم و حفظ خودتغییری رابطه؛

۵) برنامه‌ریزی برای بازنگری رابطه؛

۶) پیشگیری از عود.

گزارش روایی سنجی

جدول ۲: سنجش روایی جلسات خودتغییری کوتاه‌مدت

عنوان: جلسات خودتغییری کوتاه‌مدت	CVR	CVI	تأیید یا رد
میانگین روایی اهداف	۰/۸۸	۱/۰۰	تأیید
روایی ساختار جلسات	۰/۸۰	۱/۰۰	تأیید
روایی تکنیک‌های خودتغییری	۱/۰۰	۱/۰۰	تأیید

۱. بررسی منابع اسلامی نشان می‌دهد هیجانات معطوف به رستگاری یا هیجانات ناشی از مواجهه با امور قدسی و یا یادآوری پیامدهای درازمدت اعمال انسان در روز جزا، هیجانات ارزشمند شناخته می‌شوند؛ همچنین هیجان‌های مرتبط با در نظر گرفتن نقاط ضعف خود در تعهد به مسئولیت‌های اخلاقی و ایمانی انسان در قبال پروردگار، خود و دیگران همچون احساس گناه و شرم ناشی از توجه به نظارت پروردگار، اولیای الهی، انسان‌ها (به طور عام که از کرامت تکوینی برخوردارند) و مؤمنانی که به واسطه ایمان از کرامت ثانوی برخوردارند، پیش یا پس از ارتکاب تخلفات اخلاقی و ایمانی از ارزش ذاتی برخوردارند.

از سوی دیگر هیجانات مرتبط با امور دنیوی یا هیجانات برخاسته از رذائل اخلاقی همچون کبر، حرص و حسد، هیجانات ناشی از به دست آوردن و از دست دادن دارایی‌های مادی، هیجانات برخاسته از ارضا یا ناکامی امیال پست از هیجان‌هایی به شمار می‌روند که فاقد ارزش اخلاقی می‌باشند و یا در نقطه مقابل ارزش‌های اخلاقی قرار دارند؛ به این ترتیب متعلق هیجانات می‌تواند تعیین‌کننده ارزش اخلاقی آنها باشد. تجربه و ابراز شادی، غم، خشم، ترس و اضطراب، بسته به اینکه در چه موقعیت‌هایی تحریک یا بازدارنده شوند، می‌تواند دارای ارزش یا فاقد ارزش باشد؛ همچنین هیجانات نشان‌دهنده توجهات قلبی، دغدغه‌ها، تعلقات و به‌طور کلی حال و هوای عمومی افراد می‌باشند. به بیان دیگر هیجانات را می‌توان نشانه‌ای از منش افراد در نظر گرفت.

جدول ۳: سنجش روایی جلسات آموزش روانی

عنوان: جلسات آموزش روانی	CVR	CVI	تأیید یا رد
میانگین روایی اهداف	۰/۸۸	۰/۹۴	تأیید
روایی ساختار جلسات	۱/۰۰	۱/۰۰	تأیید
میانگین روایی تکنیک‌ها	۰/۹۵	۰/۹۷	تأیید

جدول ۴: سنجش روایی جلسات درمان رهنمودی (حیطه تنظیم رفتاری)

عنوان: جلسات درمان رهنمودی	CVR	CVI	تأیید یا رد
میانگین روایی اهداف	۰/۹۲	۰/۹۶	تأیید
روایی ساختار جلسات	۱/۰۰	۱/۰۰	تأیید
میانگین روایی تکنیک‌ها	۰/۸۴	۰/۹۲	تأیید

جدول ۵: سنجش روایی درمان رهنمودی (حیطه تنظیم شناختی)

عنوان: جلسات درمان رهنمودی	CVR	CVI	تأیید یا رد
میانگین روایی اهداف	۰/۸۷	۰/۹۳	تأیید
روایی ساختار جلسات	۱/۰۰	۱/۰۰	تأیید
میانگین روایی تکنیک‌ها	۰/۹۱	۰/۹۵	تأیید

جدول ۶: سنجش روایی درمان رهنمودی (حیطه تنظیم هیجانی)

عنوان: جلسات درمان رهنمودی	CVR	CVI	تأیید یا رد
میانگین روایی اهداف	۰/۸۴	۰/۹۲	تأیید
روایی ساختار جلسات	۱/۰۰	۱/۰۰	تأیید
میانگین روایی تکنیک‌ها	۰/۷۲	۰/۸۲	تأیید

۷. بحث و نتیجه‌گیری

در مورد «فرایند» خودنظم‌دهی دو تبیین فرایندی در چارچوب مدل‌های سایبرنتیک (کارور و شیر، ۲۰۱۱) و تنظیم هیجان (گراس و تامپسون، ۲۰۰۷) مطرح شده است. در مدل سایبرنتیک در فرایند خودنظم‌دهی عناصر ادراک (درون‌داد از محیط)، مقایسه وضعیت موجود با ارزش‌های مرجع، برانگیختگی تکانه برای عمل، و رفتار (برون‌داد در محیط) و در مدل تنظیم هیجان نیز عناصر موقعیت، توجه، ارزیابی، هیجان و پاسخ مطرح شده‌اند. در الگوی اسلامی خودنظم‌دهی، انگیزش‌های بنیادین متعالی (شامل انگیزه‌های اخلاقی و معنوی) و باورهای اساسی فرد در مورد خود، خداوند، اهداف، و ارزش‌ها را که ریشه در فطرت، آموزش و تجربه دارند به عنوان عناصر بالادستی فرایند خودنظم‌دهی تعریف می‌کند. سپس فرایند خودنظم‌دهی را براساس عناصر توجه، تفکر، تدبیر و تنظیم توصیف می‌نماید.

با مرور تلاش‌های نظری محقق در توصیف الگوی خودنظم‌دهی براساس مؤلفه‌های عقل در منابع اسلامی، شباهت‌های الگوی فرایند سایبرنتیک خودنظم‌دهی و الگوی خودنظم‌دهی در منابع اسلامی را می‌توان در موارد زیر خلاصه کرد:

(۱) تأکید بر بعد عقلانی-شناختی انسان به عنوان یک بعد محوری؛

(۲) تأکید بر نقش خودآگاهی و نظارت بر خود در تنظیم رفتار؛^۱

(۳) تأکید بر نقش اهداف و ارزش‌ها در تنظیم رفتار؛^۲

۱. مقوله «علم» در منابع اسلامی در معنایی اعم از آگاهی و شناخت، یکی از مؤلفه‌های اساسی عقل به شمار می‌رود. آگاهی و شناخت مبنای عمل و متعلق این آگاهی و شناخت، حقایق، خود، خداوند، اهداف و ارزش‌هاست.

۲. یکی از کارکردهای اساسی عقل، شناسایی ارزش‌ها و تحریک به سمت آنهاست.

۴) تأکید بر فرایندهای پیش از عمل یا به تعبیر دینی «فرایندهای تدبیری»؛

۵) تأکید بر فرایندهای پس از عمل با تعابیر دینی «حفظ تجربه» و «اعتبار»؛

همچنین تفاوت‌های میان الگوی روان‌شناختی و الگوی اسلامی را نیز می‌توان در موارد زیر خلاصه کرد:

۱) ورود باورها و انگیزش‌های متعالی در هدایت فرایند خودنظم‌دهی؛

۲) گسترش مفهوم عقلانیت به ایمان دینی و وجدان اخلاقی؛

۳) هدایت فرایند تفکر در مورد کاستی‌ها و نقاط ضعف انسان در مسیر کمال و سعادت؛

۴) تعیین عناصر هدایت‌کننده فعالیت‌های تدبیری (شامل تجربه و عبرت)؛

۵) تعیین عناصر هیجانی مرتبط با رفتار سعادت‌گرا؛

۶) تعیین عناصر هیجانی مرتبط با ادراک نظارت عوامل الوهی؛

۷) ورود عناصر خاص دینی به فرایندهای تنظیمی همچون تسلط بر نفس، مخالفت با امیال و هواهای نفسانی و قصد قربت.

همان‌گونه که بیان شد، ساختار کلی درمان در برنامه زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌دهی با رویکرد اسلامی دارای سه بخش خودتغییری، آموزش روان‌شناختی و درمان رهنمودی (با هدایت درمانگر) است. هدف کلی درمان، تنظیم فرایندهای رفتاری، شناختی و هیجانی براساس معیارهای دینی - روان‌شناختی است؛ اهداف جزئی درمان نیز گسترش تفکر منطقی، خداپاورانه، معادپاورانه و فضیلت‌اندیش؛ اعتلای انگیزش‌های معنوی و اخلاقی؛ تحول احساسات ابتدائی و انفعالی به احساسات والایش‌شده و ارتقای توان خودنظم‌دهی و مهارت‌های اجرایی در روابط همسران می‌باشد. تکنیک‌ها نیز در خدمت این اهداف درمانی قرار دارند.

برنامه زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌دهی با رویکرد اسلامی با حفظ ساختار زوج‌درمانی خودنظم‌دهی (هالفورد، ۲۰۰۳)، فرایندهای شناختی- تنظیمی را در راستای اهداف و ارزش‌های مبتنی بر آموزه‌های اسلامی هدایت می‌کند. فرایند کار به این صورت است که نخست ارزش‌ها و اهداف تغییر (وضعیت‌های ایده‌آل در حیطه‌های مختلف روانی- ارتباطی) با رویکرد عقلانی و به صورت مشارکتی تعیین می‌شود. منظور از رویکرد عقلانی، ورود اهداف دینی- اخلاقی به فرایند تغییر است که به نحو قابل ملاحظه‌ای محتوای جلسات درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سپس فرایند خودنظم‌دهی (شامل نظارت و ارزیابی، هدف‌گزینی، طراحی راهبردی، اجرا و ارزیابی تلاش‌های تغییر)، برای تحقق آن اهداف و ارزش‌ها، تعریف و حمایت می‌گردد. در ساخت تکنیک‌ها نیز با الگوگیری از تکنیک‌های شناختی- رفتاری و روان‌شناسی مثبت‌گرا، متناسب با منطق خودنظم‌دهی و ترجیحاً با محتوای دینی، فنونی ساخته و توصیف شده است. پژوهش‌های روان‌شناسان دین درباره تأثیر دینداری بر فرایند خودنظم‌دهی در هدایت ذهنیت محقق برای تنظیم برنامه درمانی خود، نقش بسزایی داشته‌اند.

الگوی زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌دهی اسلامی در عین حال که متأثر از ساختار درمان مبتنی بر خودنظم‌دهی است، با تأکید بر نقش اهداف و ارزش‌های حاکم بر عمل و برجسته ساختن جایگاه خودتغییری، مسئولیت شخصی و آزادی عمل افراد در تنظیم کنش‌های روانی خود و نیز افزودن عناصر معنوی و اخلاقی به درمان در سطح ملاک‌های ارزیابی، هدف‌گذاری و تکنیک‌های مداخله به درمان‌های وجودگرا یا معنوی از نوع دینی (خدامحور) آن نزدیک می‌شود. تمرکز بر افزایش صلاحیت‌های سطح بالایی همچون خودسنجی، خودتدبیری و خودتغییری به قصد تقویت منش عقلانی، اخلاقی و معنوی، چیزی بیش از حل مسائل بین‌فردی در اختیار مراجعان قرار می‌دهد و این امر آن چیزی است که درمان با رویکرد اسلامی را متمایز می‌سازد.

در روان‌درمانگری‌های معنوی، مدل‌هایی ایجاد شده‌اند که از جهان‌بینی‌های دینی- معنوی و نگرش‌های روان‌شناختی توأمان بهره برده‌اند؛ به طور خاص تلاش‌هایی که در برقراری گفتگوی بین مسیحیت و روان‌شناسی صورت گرفته از این دست هستند (وند کمپ، ۱۹۹۶؛ به نقل از شافرانسک، ۲۰۰۵). برخی الگوهای بالینی نیز دیدگاه‌ها، اعتقادات، سنت‌ها و اعمال شفابخش دینی (مثل بودیسم، مسیحیت، یهود، و اسلام) و سکولار را تلفیق کرده‌اند (ریچاردز و برگین، ۲۰۰۰). زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌دهی با رویکرد اسلامی به

1. Shafranske

2. Rechar & Bergin

این دست از الگوهای بالینی نزدیک‌تر است. این رویکرد همانند برخی الگوهای بالینی (ر.ک: ریچاردز و برگین، ۲۰۰۵)، مدعی یک «واقع‌گرایی الهی» است که در آن ایمان مراجع مبتنی بر آموزه‌های دینی، شاخص حقانیت است. این رویکردها تعهدات ایمانی مراجع، اعتقاد به قدرت شفابخش الهی، چارچوب اخلاق دینی و آیین‌های معنوی مثل نیایش، خواندن کتاب مقدس و اعمال مراقبه‌ای را مستقیماً به رابطه درمانی وارد می‌کنند. در این رویکردها ابعاد روان‌شناختی و معنوی ممکن است به عنوان روندهای متمایز، مشابه و مکمل در نظر گرفته شوند (ر.ک: شافرانسک و اسپری، ۲۰۰۴).

رویکردی که در این مقاله برای تلفیق عناصر دینی در روان‌درمانگری اتخاذ شده از نوع تلفیق صریح (نه ضمنی) منابع دینی—معنوی در روان‌درمانی است. البته محقق از نظر ساختار در چارچوب رویکرد خودنظم‌دهی (هالفورد، ۲۰۰۳) عمل می‌کند، ولی اعتقاد به واقع‌گرایی الهی و حجیت و اعتبار ذاتی آموزه‌های دینی از مشخصه‌های این رویکرد است که در تعیین ارزش‌ها و اهداف خودنظم‌دهی در راستای هدف متعالی رخ می‌نماید که دین برای انسان تعریف می‌کند.

یکی از تمایزهای اساسی این برنامه زوج‌درمانی اسلامی با برخی از زوج‌درمانی‌های اسلامی، ابتنای بر یک الگوی نظری و عمومیت منطق آن در حل مسائل زناشویی است. در برخی از درمان‌های موجود، یک فضیلت محوری مثل بخشش (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۱)، خودآگاهی (دانش، ۱۳۸۸)، صمیمیت و روابط جنسی (حسینی‌زند، شفیع‌آبادی و سودانی، ۱۳۹۱) اساس مداخله قرار گرفته است؛ این برنامه‌ها عمدتاً می‌توانند نقش مکمل را برای رویکردهای درمانی داشته باشند یا در حیطه مسائل خاص به کار روند. برخی از برنامه‌های اسلامی زوج‌درمانی نیز به آموزش مستقیم مهارت‌های زناشویی براساس آموزه‌های اسلامی (ر.ک: باقریان و بهشتی، ۱۳۹۰) پرداخته‌اند. این رویکردها معمولاً به مبانی آسیب و تغییر نمی‌پردازند و از حیث منطق مداخله با نوعی التقاط و چندگانگی روبه‌رو هستند؛ هرچند از نظر اصالت آموزش‌های دینی، ارتدوکس‌تر به نظر می‌رسند. برخی از برنامه‌ها نیز مدعی هستند که مبانی آسیب و تغییر خود را از منابع دینی گرفته‌اند و براساس آن اقدامات درمانی خود را بنابر آموزه‌های دینی تدوین کرده‌اند (ر.ک: سالاری‌فر و همکاران، ۱۳۹۲؛ رفیعی هنر). این برنامه هرچند از نظر مسائل مورد مداخله جامع به نظر می‌رسد، اما از نظر منطق نظری همچنان مبتلا به التقاط و چندگانگی است که ممکن است از نظر طراحان آن بدون اشکال و حتی مفید در نظر گرفته شود.

در مورد محدودیت‌ها و پیشنهادها می‌توان گفت در بخش نظری، تمرکز پژوهش بر مفهوم «عقل» برای استخراج مدل خودنظم‌دهی، روایی پژوهش را محدود کرده است و در بخش عملی نیز انتظار می‌رود که کارآمدی طرح درمان در مقام عمل سنجیده شود.

منابع

۱. ابن شعبه الحرانی، ابو محمد الحسن بن علی بن الحسین (۱۴۰۴). تحف العقول، تحقیق علی اکبر غفاری. قم: مؤسسه نشر اسلامی.
۲. ایمان، محمد تقی و محمود رضا نوشادی (۱۳۹۰)، «تحلیل محتوای کیفی»، پژوهش، ۳ (۲): ص ۱۵-۴۴.
۳. باقریان، مهرانوش و سعید بهشتی (۱۳۹۰)، «بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی زناشویی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر سازگاری زناشویی زوجین»، فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ش ۶، ص ۷۳-۸۹.
۴. پسندیده، عباس (۱۳۸۸)، اخلاق پژوهی حدیثی. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
۵. جهانگیرزاده، محمدرضا؛ فتحی آشتیانی، علی؛ موتابی، فرشته و عباس پسندیده (۱۳۹۶)، «مؤلفه‌های خودنظم‌دهی براساس مفهوم عقل در منابع اسلامی و برنامه زوج‌درمانی مبتنی بر خودنظم‌دهی با رویکرد اسلامی». رساله دکتری، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی رحمته‌الله.
۶. جهانگیرزاده، محمدرضا؛ فتحی آشتیانی، علی؛ موتابی، فرشته و عباس پسندیده (۱۳۹۹)، «مؤلفه‌های خودنظم‌دهی براساس مفهوم عقل در منابع اسلامی»، روان‌شناسی و دین، ش ۴۹، ص ۷-۲۴.
۷. حسینی زند، مهناز؛ شفیع‌آبادی، عبدالله و منصور سودانی (۱۳۹۱)، «اثربخشی زوج‌درمانی براساس آموزه‌های اسلامی بر صمیمیت جنسی زوج‌های مراجعه‌کننده به کلینیک نیکان شهر تهران»، یافته‌های نو در روان‌شناسی، ش ۲۵، ص ۲۷-۳۹.
۸. خدایاری‌فرد، محمد؛ غباری بناب، باقر؛ فقیهی، علینقی و شادی وحدت تربتی (۱۳۸۱)، «روش درمانی عفو با تأکید بر دیدگاه اسلامی»، اندیشه و رفتار، ۸ (۱): ص ۳۹-۴۸.
۹. دانش، عصمت (۱۳۸۸)، «افزایش سازگاری زناشویی زوج‌های ناسازگار با مشاوره از چشم‌اندازی اسلامی»، مطالعات روان‌شناختی، ش ۲، ص ۲۳.
۱۰. رجبی، محمود (۱۳۹۰)، انسان‌شناسی، قم: مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی رحمته‌الله.
۱۱. سالاری‌فر، محمدرضا؛ یونسی، جلال؛ شریفی‌نیا، محمدحسین و سید محمد غروی (۱۳۹۲)، «مبانی و ساختار زوج‌درمانی اسلامی»، مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ش ۱۲، ص ۳۷-۶۸.
۱۲. الشافعی، محمد بن طلحه (۱۴۱۲). مطالب السؤول فی مناقب آل الرسول صلی‌الله‌علیه‌وآله‌وسلم. بیروت: دارالبلاغ.
۱۳. صدوق، محمد بن علی بن الحسین بن بابویه قمی (۱۴۱۳). کتاب من لا یحضره الفقیه. تحقیق علی اکبر غفاری، چاپ دوم. قم: مؤسسه نشر اسلامی.
۱۴. طباطبایی، سید محمد کاظم (۱۳۹۰)، منطق فهم حدیث. قم: مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی رحمته‌الله.
۱۵. کلینی، محمد بن یعقوب (۱۳۸۸). الاصول من الکافی. تحقیق علی اکبر غفاری. تهران: دارالکتب الاسلامیه.
۱۶. مجلسی، محمدباقر (۱۴۰۳). بحار الانوار الجامعه لدرر اخبار الائمه الاطهار علیهم‌السلام. بیروت: مؤسسه الوفا.
۱۷. محمدی‌ری‌شهری، محمد (۱۳۷۸)، خردگرایی در قرآن و حدیث. ترجمه مهدی مهریزی، قم: سازمان چاپ و نشر دارالحديث.
۱۸. مهدی‌زاده، حسین (۱۳۸۹)، «درآمدی بر معناشناسی عقل در تعبیر دینی»، معرفت، ش ۷۴.
۱۹. نرم‌افزار جامع احادیث (نور ۳/۵)، قم، مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی نور.
20. Bandura, A. (1991). Social Cognitive Theory of Self Regulation, Organizational Behavior and Human Decision Processing, 50, 248-287.
21. Baumeister, R. F. & Vohs, K. D. (2007). Self-control, ego depletion, and motivation, Soc Personal Psychol Compass, 1, 115-128.
22. Carver & Scheier. (1982). Control theory: A useful conceptual framework for personality-social, clinical and health psychology, Psychol Bull, 92, 111-135.
23. Carver, Charles S. & Sheier, Michael F. (2011). Self Regulation of Action and Affect, In Baumeister, Roy F. &

- Vohs, Kathleen D. *Handbook of Self Regulation*, New York: Guilford Press.
24. Emmons, R. A. (1999). *The psychology of ultimate concerns: Motivation and spirituality in personality*, New York: Guilford Press.
25. Endler, Norman S. & Kocovsky, Nancy L. (2000). *Self Regulation and Distress in Clinical Psychology*. In Boekaerts, M. & Pintrich, P. R. & Zeidner, M. *Handbook of self regulation*, New York: Academic Press.
26. Gallup, G. H. & Lindsay, D. M. (1999). *Surveying the Religious Landscape: Trends in U.S. Beliefs*, Harrisburg, PA: Morehouse.
27. Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*, In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24), New York, NY, US: Guilford Press.
28. Halford, W. K. (2004). The future of couple relationship education, *Family Relation*, 53, 559-566.
29. Halford, W. K., Sanders, M. R. & Behrens, B. C. (1994). Self-regulation in family therapy, *Journal of Marital and Family Therapy*, 25, 431-452.
30. Halford, W. Kim (2003). *Brief Therapy for Couples*, New York & London: Guilford Press.
31. Karoly, P. (1993). Mechanisms in self-regulation: A systems view, *Annual Review of Psychology*, 44, 23-51.
32. Koenig, H. G. (2007). *Spirituality in Patient Care* (2nd ed.), Conshohacken, PA: Templeton Press.
33. McCullough, M. E. & Willoughby, B. L. B. (2009). Religion, Self Regulation and Self Control, *Psychological Bulletin*, V. 135, No. 1, pp. 69-93.
34. Mead, Nicole L., Alquist, Jessica L. & Baumeister, Roy, F. (2010). Ego Depletion and The Limited Resource Model of Self-Control, In Hassin Ran R., Ochsner, Kevin, N. & Trope, Yaacov, *Self Control in Society, Mind and Brain*, New York: Oxford University Press.
35. Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strength and virtues*, New York: Oxford university Press.
36. Richards P. S., & Bergin, A. E. (Eds.). (2000). *Handbook of psychotherapy and religious diversity*. Washington, DC: American Psychological Association.
37. Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2005). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
38. Shafranske, Edward, P. (2005). The Psychology of Religion in Clinical and Counseling Psychology, In Palutzian, R. F. & Park, C. L. (2005), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*, Guilford Press.
39. Shafranske, E. P., & Sperry, L. (2004). Addressing the spiritual dimension in psychotherapy: Introduction and overview. In L. Sperry & E. P. Shafranske (Eds.), *Spiritually oriented psychotherapy* (pp. 11-29). Washington, DC: American Psychological Association.
40. Walsh, F. (2009). *Spiritual Resources in Family Therapy*, New York: Guilford Press.