



1 MEVNA - Y...AVTQ



دانشگاه اصفهان  
دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی  
گروه روانشناسی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی بالینی

مقایسه اثر معنویت درمانی و فراشناخت درمانی بر میزان اضطراب دانشجویان

دختر مراجعه کننده به مراکز جهاد دانشگاهی شهر اصفهان

۶ - ۲ / ۱۳۸۹

کتاب اطلاعات درون سمی برآورد  
توسط دکتر

استاد راهنما:  
دکتر محمد باقر کجیاف

استاد مشاور:  
دکتر حسین مولوی

پژوهشگر:  
سید روح الله رضوانی

مهر ماه ۱۳۸۸

۱۳۴۷۸۸

کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات  
و نوآوری های ناشی از تحقیق موضوع این پایان نامه  
متعلق به دانشگاه اصفهان است.



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

گروه روانشناسی

پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی آقای سید روح الله رضوانی  
تحت عنوان

مقایسه اثر معنویت درمانی و فراشناخت درمانی بر میزان اضطراب دانشجویان

دختر مراجعه کننده به مراکز جهاد دانشگاهی شهر اصفهان

در تاریخ ۱۳۸۸/۷/۲۹ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه عالی به تصویب رسید.

۱- استاد راهنمای پایان نامه

دکتر محمد باقر کجیاف

با مرتبه علمی دانشیار

امضاء

۲- استاد مشاور پایان نامه

دکتر حسین مولوی

با مرتبه علمی استاد

امضاء

۴- استاد داور داخل گروه

دکتر کریم عسگری

با مرتبه علمی استادیار

امضاء

۵- استاد داور خارج از گروه

دکتر مریم فاتحی زاده

با مرتبه علمی استادیار

امضاء

امضاء مدیر گروه

## تقدیر و تشکر:

### من لم یشکر المخلوق لم یشکر الخالق

با حمد و سپاس خداوند مهربان و درود بیکران بر پیامبران و اولیای الهی، از باب اخلاص و قدرشناسی بر خود لازم می دانم از زحمات تمامی کسانی که به نوعی در انجام این پژوهش مرا یاری کردند تشکر نمایم. بدینوسیله از زحمات استاد راهنمای محترم خود جناب آقای دکتر محمد باقر کجباف و استاد مشاور این پایان نامه جناب آقای دکتر مولوی، که با راهنمایی ها و حمایت های خود مرا در نگارش و به انجام رساندن این پایان نامه یاری رساندند، کمال قدردانی و امتنان را دارم.

از جناب آقای دکتر کریم عسگری و خانم دکتر فاطمی زاده نیز که در جلسه دفاع از پایان نامه این جانب زحمت مطالعه، ارزیابی و داوری را تقبل نمودند تشکر نموده، سپاس گذارشان خواهم بود. همچنین از همراهی و لطف مسئولین و کارمندان مراکز آموزش جهاد دانشگاهی شهر اصفهان، بخصوص جناب آقای صفری و خانم آزاد، که در کمال مساعدت و دلسوزی مرا یاری نمودند سپاس گذار بوده، خود را مدیون محبتشان می دانم.

در پایان از تمامی دوستان و عزیزانی که به نوعی در این امر مرا همراهی کردند، دوستان عزیزم آقای سید جعفر احمدی، علی سلیمانی، خانم پیروش میرزایی قدردانی نموده امیدوارم در مسیر سبز زندگی خویش دوستانی همچون خود را به همراه داشته باشند.

یقیناً این مسیر طی شده نتیجه پیوسته تمامی آموزگاران و معلمان بوده است که راه زندگی مرا از مهر و امید و روشنایی سرشار کردند و راهی به سوی علم و دانش بر من گشودند. خالصانه دستان پر مهرشان را می بوسم و دعاگوی و وامدار زحمات بی دریغشان هستم.

تقدیم به

پدر و مادر مهربانم که آنها را سایه مهر خداوند بر زندگی خویش احساس کرده ام.  
همچنین همسر عزیز و با گذشتم که با صبر و سکوتش مرا همراهی کرد.

و تقدیم به

روح پر مهر پدر بزرگ و مادر بزرگ مهربانم، که یادشان معنویت بخش دنیای خاطراتم  
است.

## چکیده

این پژوهش به مقایسه بین اثر معنویت درمانی و فراشناخت درمانی در میزان اضطراب دانشجویان دختر مراجعه کننده به مراکز جهاد دانشگاهی می پردازد.

اعضاء گروه های مداخله و کنترل که هر یک شامل ۸ نفر می باشند، به طور تصادفی از میان دانشجویان مراجعه کننده به مراکز جهاد دانشگاهی شهر اصفهان انتخاب و در دو گروه آزمایشی معنویت درمانی و فراشناخت درمانی، و همچنین گروه کنترل قرار داده شدند. افراد گروه آزمایش هر یک در ۸ جلسه مداخله شرکت کردند. اضطراب افراد دو گروه آزمایش به همراه گروه کنترل قبل و پس از اجرای مداخله و همچنین پس از یک ماه در مرحله پیگیری با استفاده از پرسشنامه اضطراب کتل مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته های حاصل از داده های آماری نشان داد که میزان اضطراب در مقایسه بین معنویت درمانی و گروه کنترل با نمره میزان معناداری ۰/۰۰۸ تفاوت معنادار وجود دارد که این تفاوت در مرحله پیگیری نیز با نمره ۰/۰۰۰ حفظ شده است ( $P < ۰/۰۵$ ). در مقایسه بین نمرات اضطراب کل گروه فراشناخت درمانی و گروه کنترل، در مرحله پس آزمون، نمره میزان معناداری ۰/۱۳۵، اختلاف معناداری را بین دو گروه نشان نمی دهد؛ اما در مرحله پی گیری این اختلاف با میزان معناداری ۰/۰۰۲ معنادار نشان داده می شود ( $P < ۰/۰۵$ ). در مقایسه بین گروه معنویت درمانی و فراشناخت درمانی در هیچ کدام از مراحل پس آزمون (با نمره معناداری ۰/۲۰۶) و پی گیری (با نمره معناداری ۰/۲۴۴) اختلاف معناداری مشاهده نمی شود ( $P > ۰/۰۵$ ).

اساس تحلیل نتایج بدست آمده از این پژوهش را می توان بر این تبیین استوار کرد که، شاید آنچه در گروه معنویت درمانی منجر به تأثیر گذاری آن بر کاهش اضطراب شرکت کنندگان شده است، تناسب بیشتر این نوع درمان با مؤلفه های اضطراب فراگیر و اضطراب وجودی، سازگاری این درمان با مشخصه های فرهنگی و بومی جامعه و همچنین در نظر گرفته شدن ابعاد گسترده تر و عمیق تر وجود انسان در فرایند درمان های معنوی است. در ارتباط با تأثیر درمان فراشناختی در مرحله پیگیری نیز می توان به این تبیین اشاره داشت که درمان های فراشناختی با توجه به این که مبتنی بر تمرین و یادگیری است و همچنین با توجه به این که تکنیک کلاه آبی که اصلی ترین قسمت فراشناخت درمانی محسوب می شود در جلسه آخر ارائه شده است، طبیعی است که مدت زمانی بیشتری را تا اثر گذاری آن در کاهش اضطراب افراد باید انتظار داشت.

**کلید واژه ها:** اضطراب فراگیر - معنویت درمانی - فراشناخت درمانی

## فهرست مطالب

صفحه

عنوان

### فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱-۱	مقدمه	۱
۲-۱	شرح و بیان مسأله	۲
۳-۱	اهمیت و ضرورت پژوهش	۶
۴-۱	اهداف پژوهش	۹
۱-۴-۱	اهداف اصلی	۹
۲-۴-۱	اهداف فرعی	۱۰
۵-۱	فرضیه ها و سوالات پژوهش	۱۰
۱-۵-۱	فرضیه های اصلی	۱۰
۲-۵-۱	فرضیه های فرعی	۱۱
۶-۱	تعاریف نظری	۱۲
۱-۶-۱	اضطراب	۱۲
۲-۶-۱	معنویت درمانی	۱۲
۳-۶-۱	فرا شناخت درمانی	۱۳
۷-۱	تعاریف عملیاتی	۱۳
۱-۷-۱	اضطراب	۱۳
۲-۷-۱	فرا شناخت درمانی	۱۳
۳-۷-۱	معنویت درمانی	۱۴

### فصل دوم: ادبیات و پیشینه پژوهش

۱-۱-۱	مقدمه	۱۵
۱-۲	اضطراب	۱۶
۱-۱-۲	اختلال اضطراب فراگیر چیست؟	۱۷
۲-۱-۲	شیوع	۱۷
۳-۱-۲	سیر و پیش آگاهی	۱۹
۴-۱-۲	شرایط هم آیتند	۲۰
۵-۱-۲	تشخیص افتراقی	۲۱



عنوان	صفحه
۶-۱-۲ دلشوره، ترس و اضطراب	۲۲
۷-۱-۲ سبب شناسی	۲۳
۸-۱-۲ علائم	۲۴
۹-۱-۲ عوامل ژنتیکی / زیست شناختی	۲۶
۱۰-۱-۲ عوامل رفتاری	۲۷
۱۱-۱-۲ عوامل روانی - اجتماعی	۲۸
۱۲-۱-۲ عوامل شناختی	۲۹
۱-۱۲-۱-۲ مدل های شناختی حالت‌های اضطرابی	۳۰
۲-۱۲-۱-۲ سطوح شناخت	۳۱
۳-۱۳-۱-۲ اختلال اضطراب فراگیر در مدل شناختی	۳۱
۴-۱۳-۱-۲ عوامل روان شناختی تشدید کننده	۳۲
۱۵-۱۳-۱-۲ نتایج حاصل از مطالعات درمان شناختی - رفتاری	۳۲
۶-۱۲-۱-۲ آیا شناخت ها علت اختلالات اضطرابی هستند؟	۳۴
۱۳-۱-۲ مدل بارکوک	۳۴
۱۴-۱-۲ مدل باتلر و ولز	۳۵
۱۵-۱-۲ اضطراب از دیدگاه وجود گرایان	۳۶
۲-۲ معنویت درمانی	۳۶
۱-۲-۲ مقدمه ای بر رویکرد های معنوی در روانشناسی	۳۶
۲-۲-۲ مطالعات سلامت روان ، بهداشت عمومی ، بهزیستی و امور مذهبی و معنوی	۳۹
۳-۲-۲ تاریخچه معنویت درمانی	۴۲
۱-۳-۲-۲ سیر تحولات رابطه دین و بهداشت درمانی	۴۲
۲-۳-۲-۲ از انسان گرایی تا معنویت درمانی	۴۵
۱-۲-۳-۲-۲ پایه های فلسفی رویکرد وجود گرایی	۴۵
۲-۲-۳-۲-۲ تفاوت معنا درمانی و تحلیل وجودی	۴۶
۳-۲-۳-۲-۲ پایه های نظری و فلسفی معنا درمانی	۴۷
۴-۲-۳-۲-۲ معنا درمانی، مذهب، وجدان، تعالی، خلاء وجودی	۵۰
۳-۲-۳-۲-۲ معنا درمانی در نشست های بالینی - مشاوره ای	۵۱

عنوان	صفحه
۴-۲-۲ معنویت در این پژوهش چیست؟	۵۲
۱-۴-۲-۲ ماهیت دین	۵۲
۲-۴-۲-۲ معنویت	۵۴
۱-۲-۴-۲-۲ معنویت بدون محوریت وجود قدسی و ماورایی (خدای یکتا)	۵۵
۲-۲-۴-۲-۲ بودیسم	۵۵
۳-۲-۴-۲-۲ دیدگاه برخی روانشناسان انسان گرای معاصر	۵۶
۳-۲-۴-۲-۲ معنویت با محوریت وجود قدسی و ماورایی (خدای یکتا)	۵۹
۳-۴-۲-۲ ماهیت معنی	۶۰
۴-۴-۲-۲ ابعاد وجودی انسان به عنوان یک سوی ارتباط	۶۳
۵-۴-۲-۲ انواع ارتباط در معنویت	۶۴
۶-۴-۲-۲ معنویت از دیدگاه اسلام	۶۵
۷-۴-۲-۲ هویت معنوی و تصویر ذهنی از خدا	۶۷
۵-۲-۲ مفهوم اضطراب در نظریات شخصیت روانشناسی وجودی	۶۸
۱-۵-۲-۲ مفهوم گناه	۷۰
۲-۵-۲-۲ اضطراب و مکانیسم های دفاعی از دیدگاه روانشناسی وجودی	۷۰
۳-۵-۲-۲ ریشه یابی اضطراب از دیدگاه اسلام	۷۲
۱-۳-۵-۲-۲ ترس و اضطراب در قرآن	۷۲
۲-۳-۵-۲-۲ انواع ترس	۷۴
۳-۳-۵-۲-۲ ریشه یابی اضطراب از دیدگاه اسلام	۷۵
۶-۲-۲ سبک ها و تمرینات مداخلات در درمانهای معنوی	۷۶
۱-۶-۲-۲ نیت	۷۷
۲-۶-۲-۲ توکل	۷۸
۳-۶-۲-۲ صبر	۸۴
۴-۶-۲-۲ دعا و نیایش	۸۵
۵-۶-۲-۲ ذکر	۹۰
۶-۶-۲-۲ جستجوی رهنمودهای معنوی	۹۱
۷-۲-۲ ملاحظیات درمانهای معنوی و خطرات بالقوه قرآن	۹۱
۸-۲-۲ خطرات بالقوه درمانهای معنوی	۹۲

عنوان	صفحه
۳-۲ فراشناخت درمانی	۹۵
۱-۳-۲ ریشه های تاریخی مفهوم فراشناخت	۹۵
۲-۳-۲ فراشناخت	۹۷
۳-۳-۲ انواع فراشناخت	۹۹
۴-۳-۲ فراشناخت در حیطه روانشناسی بالینی	۱۰۰
۵-۳-۲ مدل کنش اجرایی خود-نظم بخش ( S-REF )	۱۰۱
۶-۳-۲ اختلال اضطراب فراگیر از دیدگاه فراشناخت	۱۰۵
۱-۶-۳-۲ تعریف نگرانی	۱۰۶
۲-۶-۳-۲ مدل فراشناختی اختلال اضطراب فراگیر	۱۰۷
۳-۶-۳-۲ مفاهیم درمانی	۱۱۱
۴-۶-۳-۲ اصلاح نگرانی نوع (۲) و باورهای منفی	۱۱۳
۵-۶-۳-۲ تجربیات رفتاری	۱۱۴
۶-۶-۳-۲ اصلاح باورهای مربوط به خطرناک بودن نگرانی	۱۱۴
۷-۶-۳-۲ اصلاح باورهای مثبت در مورد نگرانی	۱۱۵
۷-۳-۲ درمان فراشناختی مبتنی بر راهبرد شش کلاه تفکر	۱۱۵
۴-۲ پیشینه پژوهشی	۱۲۴
۱-۱-۴-۲ پژوهش های خارجی معنویت درمانی	۱۲۴
۲-۱-۴-۲ پژوهش های داخلی معنویت درمانی	۱۲۸
۲-۴-۲ پیشینه پژوهشی فراشناخت درمانی	۱۳۳
۱-۲-۴-۲ پژوهش های خارجی فراشناخت درمانی	۱۳۳
۲-۲-۴-۲ پژوهش های داخلی فراشناخت درمانی	۱۳۷
۵-۲ نوآوری های این پژوهش	۱۳۷

#### فصل سوم : روش پژوهش

۳-۱ طرح تحقیق	۱۳۹
۳-۲ جامعه آماری	۱۴۰
۳-۳ روش نمونه گیری و تعداد نمونه	۱۴۰
۱-۳-۳ ملاک های ورود	۱۴۱

- ۱۴۱- ..... ۲-۳-۳ ملاک های خروج
- ۱۴۲- ..... ۴-۳ ابزار پژوهش
- ۱۴۲- ..... ۱-۴-۳ آزمون کتل
- ۱۴۳- ..... ۲-۴-۳ سیاهه شرح حال دینی و روانی (RSHI)
- ۱۴۴- ..... ۳-۴-۳ ابزار درمانی جلسات گروه معنویات درمانی
- ۱۵۰- ..... ۴-۴-۳ ابزار درمانی جلسات فراشناخت درمانی
- ۱۵۵- ..... ۵-۳ فرایند اجرای تحقیق
- ۱۵۶- ..... ۵-۳ روش های آماری تحلیل داده ها

#### فصل چهارم : نتایج تحقیق

- ۱۵۷- ..... ۱-۴ مقدمه
- ۱۵۷- ..... ۲-۴ یافته های اصلی پژوهش
- ۱۵۷- ..... ۱-۲-۴ توصیف داده ها
- ۱۶۱- ..... ۳-۴ پیش فرض تساوری واریانس ها
- ۱۶۱- ..... ۴-۴ فرضیه های اصلی
- ۱۶۴- ..... ۵-۴ فرضیه های فرعی
- ۱۶۸- ..... ۶-۴ داده های کیفی
- ۱۶۸- ..... ۱-۶-۴ داده های کیفی گروه معنویت درمانی
- ۱۶۹- ..... ۲-۶-۴ داده های کیفی گروه فراشناخت درمانی

#### فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری

- ۱۷۰- ..... ۱-۵ مقدمه
- ۱۷۱- ..... ۲-۵ جمع بندی و تبیین
- ۱۷۱- ..... ۱-۲-۵ بررسی فرضیه های اصلی
- ۱۷۹- ..... ۲-۲-۵ بررسی فرضیه های فرعی
- ۱۸۲- ..... ۳-۵ محدودیت های پژوهش
- ۱۸۳- ..... ۴-۵ پیشنهاد ها
- ۱۸۴- ..... پیوست
- ۱۹۰- ..... منابع

## فهرست جدول ها

عنوان	صفحه
جدول ۱-۲: علائم رایج اضطراب و توصیفهای افراد دچار اضطراب شدید از وضع خود	۲۵
جدول ۲-۲: عوامل فعال کننده S-REF	۱۰۵
جدول ۱-۳: شرح جلسات معنویت درمانی	۱۴۳
جدول ۲-۳: شرح جلسات فراشناخت درمانی	۱۵۰
جدول ۱-۴: میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمون اضطراب پنهان در گروه های آزمایش و کنترل	۱۵۸
جدول ۲-۴: میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمون اضطراب آشکار در گروه های آزمایش و کنترل	۱۵۹
جدول ۳-۴: میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمون اضطراب کل در گروه های آزمایش و کنترل	۱۶۰
جدول ۴-۴: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانسهای گروه های جامعه	۱۶۱
جدول ۵-۴: نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم اضطراب کل سه گروه	۱۶۲
جدول ۶-۴: مقایسه های زوجی گروه ها روی مقیاس های اضطراب کل در مرحله پس آزمون و پی گیری	۱۶۳
جدول ۷-۴: نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم اضطراب پنهان سه گروه	۱۶۴
جدول ۸-۴: مقایسه های زوجی گروه ها روی مقیاس های اضطراب پنهان در مرحله پس آزمون و پی گیری	۱۶۵
جدول ۹-۴: نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم اضطراب آشکار سه گروه	۱۶۶
جدول ۱۰-۴: مقایسه های زوجی گروه ها روی مقیاس های اضطراب آشکار در مرحله پس آزمون و پی گیری	۱۶۷

## فهرست شکل ها

عنوان	صفحه
شکل ۱-۲: مقایسه صورت بندی نظامهای روانکاوی و وجود گرایی در ارتباط با اضطراب	۷۰
شکل ۲-۲: مدل عملکرد سطوح جسم، خیال، عقل و قلب در فرایند شکل گیری رفتار و صفات	۹۴
شکل ۲-۲: جریان اطلاعات بین سطوح شناختی	۹۹
شکل ۳-۲: مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی (S-REF) ولز و متیوس (۱۹۹۴)	۱۰۲
شکل ۴-۲: یک مدل فراشناختی از GAD (ولز، ۱۹۹۷)	۱۰۷
شکل ۵-۲: مفهوم سازی موردی خاص براساس مدل GAD	۱۱۲
شکل ۶-۲: سیستم شش کلاه تفکر در درمان اختلال اضطراب فراگیر	۱۲۲
شکل ۱-۴: میانگین نمرات آزمون اضطراب پنهان در گروه های آزمایش و کنترل	۱۵۸
شکل ۲-۴: میانگین نمرات آزمون اضطراب آشکار در گروه های آزمایش و کنترل	۱۵۹
شکل ۳-۴: میانگین نمرات آزمون اضطراب کل در گروه های آزمایش و کنترل	۱۶۰

## فصل اول: بیان مسأله پژوهش

### ۱-۱ مقدمه

تمام افراد تا حدی شرایط فشارزای اضطراب را احساس می کنند و حد متعادلی از آن در همه انسان ها، بخشی از زندگی عادی آنهاست که پاسخی سازشی در برابر برخی محرک ها و عوامل درونی یا بیرونی تلقی می شود، و نبود آن گاهی انسان را با مشکلات و خطرهای جدی مواجه می کند. به قول استیفن<sup>۱</sup> (۱۹۸۲) اگر اضطراب وجود نداشته باشد، همه ممکن است پشت میزهایمان به خواب بروند (به نقل از بوتزین<sup>۲</sup> و اکوسلا<sup>۳</sup>، ۱۹۸۸). اما اگر اضطراب از حالت پیام دهی و حد متعادلش فراتر رفت و تداوم پیدا کرد، دیگر نمی توان حالت، رفتار و عملکرد فرد را پاسخی سازش یافته تلقی کرد؛ بلکه باید آن را به منزله منبع درماندگی نهایی دانست که تنها راه رهایی از آن بکارگیری روش هایی است که مستلزم محدود کردن اختیار و انعطاف و آزادی فرد است (بوتزین و اکوسلا، ۱۹۸۸).

درد و رنج ناشی از اضطراب<sup>۴</sup> بخشی از زندگی روزمره همه آدمیان است، و بر حسب شدت آن، موانعی در راه تحول و اداره زندگی فراهم می آورد. شاید بتوان گفت بزرگترین مشکل انسان، به ویژه در عصر کنونی، اضطراب و افسردگی و به عبارت عام تر، عدم وجود آرامش روانی و اطمینان قلبی است. به همین دلیل است که برخی دانشمندان، دوران کنونی را عصر اضطراب نامیده اند (آذربایجانی، ۱۳۸۵).

از طرفی شفا خواهی برای التیام این دردها نیز، بخش دیگری از زندگی انسانها را تشکیل می دهد. فرایند شفابخشی این دردها، هم بر عهده علم و هم از دیرباز یک تکلیف مقدس مذهبی به شمار می رفته است (جان

۱ - Stiphen

۲ - Bootzin, R.R.

۳ - Acocella, J.R.

۴ - anxiety

بزرگی، ۱۳۷۷). امروزه روانشناسی مثبت نگر<sup>۱</sup> نیز که طرفداران زیادی را در بین محققان به خود اختصاص داده است به جای تمرکز صرف بر جنبه های آسیب شناختی، بر مسایلی چون امید<sup>۲</sup>، عقل<sup>۳</sup>، خلاقیت<sup>۴</sup>، تفکر در مورد آینده<sup>۵</sup>، جسارت<sup>۶</sup>، معنویت، مسئولیت و ثبات قدم<sup>۷</sup> تاکید می کند. بدین ترتیب دیگر سلامتی به معنای عدم وجود بیماری تلقی نمی شود، بلکه پویایی، بالندگی و دارا بودن معنا و هدف در زندگی از ملاکهای مهم سلامت روان به شمار می رود (سلیگمن و سیکزنت میهالی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۰). بر این اساس در تعریف روان درمانی نیز تغییراتی ایجاد شده است. روان درمانی تنها به معنای حذف نشانه های اختلال نمی باشد بلکه اعتقاد بر این است که روان درمانی بایست علاوه بر حذف نشانه های اختلال، مراجع را به سطح کارکردی فراتر از کارکرد طبیعی رهنمون گردد. از مهمترین جنبه هایی که فرد را به این سطح راهنمایی می کند معنویت است که پیش از این مورد غفلت قرار گرفته است. اما امروزه برخی از صاحب نظران حیطه بالینی بر این باورند که روان درمانی برای حفظ جایگاه و ارتقای عملکرد خود ناگزیر از آشتی با معنویت است. زیرا معنویت مهمترین نیاز انسان امروزی است (وست<sup>۹</sup>، ۱۳۸۳؛ نلسون<sup>۱۰</sup> - جونز<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۳).

## ۲-۱ شرح و بیان مساله

کسانی که تحت هر شرایطی و به هر دلیلی از اضطراب و تنیدگی شدید رنج می برند اغلب در سطح نازلی از «سازش یافتگی»<sup>۱۲</sup> قرار دارند و معمولاً از «راهبردهای مقابله ای»<sup>۱۳</sup> مانند «اجتناب»<sup>۱۴</sup> و گریز از موقعیت استفاده می کنند (آلدوین<sup>۱۵</sup> و ریونسون<sup>۱۶</sup>، ۱۹۸۷). چه بسا این اضطراب شدید به طیف مشکلاتی که از اختلال های شناختی و بدنی تا ترس های غیر موجه و وحشت زدگی ها گسترده اند، پوشش داده، فرد را از بخش عمده ای از

۱ - positive psychology

۲ - hope

۳ - wisdom

۴ - creativity

۵ - future Mindedness

۶ - courage

۷ - perseverance

۸ - Seligman & Csikszentmihalyi

۹ - West

۱۰ - Nelson

۱۱ - Jonz

۱۲ - adaptation

۱۳ - coping Strategies

۱۴ - avoidance

۱۵ - Aldwin

۱۶ - Revenson



امکان‌اتش محروم گرداند و بدین ترتیب کارآمدی او را کاهش دهد. برای این نیاز (کاهش اضطراب و تنیدگی، و جلوگیری از پیامدهای ویرانگر آن) شیوه‌های متعدد درمانگری و مقابله‌ای شکل گرفته است (جان بزرگی، ۱۳۷۷).

روشهای «روان درمان گری<sup>۱</sup>»، شیوه‌های «تغییر رفتار<sup>۲</sup>» و فنون مختلف دیگر، در تلاشند و به نوعی انسان را یاری می‌دهند تا بر این مشکلات فائق آید. هر چند نوع شیوه‌هایی که برای مهار اضطراب و تنیدگی استفاده می‌گردد بستگی به علت‌شناسی مشکل دارد (جان بزرگی، ۱۳۷۷)، در حال حاضر تنوع این شیوه‌ها به حدی است که گاهی انتخاب شیوه‌ای خاص را مشکل می‌کند. کارآمدی این شیوه‌ها، رفته رفته به یکی از مسائل مهم روان درمان گران تبدیل گردیده است. بنابراین توجه خاصی به این نکته معطوف شده است که کدام شیوه درمانی مؤثرتر است؟ در پاسخ به این سؤال پرداختن به علت‌شناسی و تشخیص از اهمیت خاصی برخوردار است. اغلب روان درمان گران و مشاوران بر این نکته اذعان دارند که وقتی فرد در قلب یک بحران عاطفی قرار می‌گیرد، «چیزهایی» وجود داشته‌اند که وی را به این حد رسانده و لازم است به آنها دست یافت و فرایند ایجاد مشکل را مطالعه کرد. این چیزها همان عوامل و مسائلی هستند که رفتارنگرها آن را در قالب محرک - پاسخ و هستی‌نگرها آنها را در قالب معنی و روان تحلیل گران آنها را در قالب مسائل نا‌هشیار و سایر روی آوردها نیز بر مبنای بازخوردها تفسیر می‌کنند. اما اگر با فردی شدیداً نومید و از هم پاشیده روبرو شویم، تمامی فنون و روش‌ها نامؤثر می‌شوند. در حالی که در چنین شرایطی هنوز مذهب می‌تواند کارآمدی خود را حفظ کند (پروپست<sup>۳</sup>، ۱۹۸۸).

در روان درمان گری کلاسیک فقدان موضوع یا ترس از دست دادن «عشق موضوع» هسته اصلی اضطراب شناخته می‌شود و در بزرگسالی نیز فقدان احساس معنوی و تهی شدن انسان از معنویات به عنوان هسته اصلی اضطراب مطرح شده است (کریت ۱۹۹۶ به نقل از جان بزرگی، ۱۳۷۷). اگر سایر حوزه‌های روان‌شناختی بتوانند خداوند و اعتقادات مذهبی را نادیده بگیرند، در حوزه روان‌درمانی این مسئله چندان آسان نیست، زیرا در این قلمرو همواره مسائل ارزشی مطرح می‌شود، در صورتی که وحدت بین ارزش‌های معنوی و مادی را یکی از خاستگاه‌های اصلی اضطراب به حساب آوریم باید اذعان کنیم که این مسئله به جلسات روان‌درمانگری نیز گسترش می‌یابد. برخی از روان‌درمانگران نیز بر همین نکته تأکید ورزیده‌اند که جمع بین خواسته‌های

۱ - psychotherapy

۲ - behavior modification

۳ - Propest

ماوراء طبیعی و معنوی با خواسته های مادی و دنیوی از مهمترین مسائل عصر حاضر است (از جمله لاکاس<sup>۱</sup>، ۱۹۸۴). تورن<sup>۲</sup> (۱۹۹۸) معتقد است برخی از مراجعان مسائل خود را مذهبی تلقی می کنند و در راه جستجوی راه حل های مبتنی بر مذهب هستند. به نظر او این دسته از مراجعان تفسیر های روان شناختی را کافی نمی دانند و مایلند تفسیر های جامع تر و عمیق تر مبتنی بر منابع مذهبی به آن ها ارائه شود.

در واقع این یافته ها نشان می دهد که مذهب نقش درمانی داشته. لوین<sup>۳</sup> (۱۹۹۴) معتقد است نقش پیشگیرانه اساسی در اختلالات روانی دارد. «ماتلین<sup>۴</sup> و همکارانش (۱۹۹۰) نشان داده اند که کسانی که از مقابله های مذهبی استفاده می کنند به طور معنی داری سطح اضطراب و افسردگی آنها کمتر از کسانی است که از این مقابله ها، بهره نمی برند. بنابراین، مذهب یا ایمان مذهبی، به عنوان یک شیوه ی مقابله ای برای مهار تیدگی و اضطراب قابل بهره برداری است. برخی از مؤلفان دیگر نیز توجه به مذهب را به عنوان یک زمینه فرهنگی و ارزشی که راجع با آن زندگی می کند، مورد تأکید قرار داده و توجه به آن را برای باقی ماندن آثار درمانگری ضروری دانسته اند (برامر<sup>۵</sup> و دیگران، ۱۹۹۳).

از دیدگاه دین اسلام، یگانه چیزی که می تواند نیاز به آرامش را در انسان بر آورده کند یاد خداست. قرآن کریم با تأکید تمام، اعلام می کند که آرامش روان فقط در سایه توجه به خداوند امکان پذیر است: «الا بذکر الله تطمئن القلوب»<sup>۶</sup>. علامه طباطبایی این حصر را به این گونه تبیین می کند که تلاش انسان، دستیابی به سعادت و ایمنی از بدبختی است. انسان در این راه به هر وسیله ای که دسترسی داشته باشد چنگ می زند، ولی همه این وسایل و اسباب، اگر از یک جهت غالب و توانا باشند، از جهت دیگری مغلوب و ناتوان اند، جز خداوند تعالی که توانای مطلق است و ناتوانی در او راه ندارد (طباطبایی، ج ۱۱). با توجه به این نکته استفاده از ظرفیت های معنوی انسان در درمان اختلالاتی همچون اضطراب نه تنها مؤثر که ضروری است.

منظور از معنویت التزام معمول فرد به دین یا معنویت است که با ابزارهایی همچون تعهد مذهبی، تجارب معنوی، قوت ایمان، یا انگیزش مذهبی سنجیده می شود. این جنبه های متفاوت تجربه را، گاهی روی هم رفته، معنویت یا دینداری درونی می نامند (چاترز<sup>۷</sup>، لوین و تیلر<sup>۸</sup>، ۱۹۹۳). معنویت به باورها و اعمالی نسبت داده می

۱ - Lukas  
۲ - Thorne  
۳ - Levin  
۴ - Mattlin  
۵ - Brammer

۷ - Chatters  
۸ - Taylor

شوند که بر این فرض قرار دارند که ابعاد متعالی (و نه جسمانی) در زندگی وجود دارد که انسان را در ارتباط خصوصی و صمیمی با خداوند قرار داده و دامنه ای از فضیلت ها را در او شکل می دهد (سلیگمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). از آنجایی که دین و معنویت جلوه گاه نیازهای وجودی هستند، از این رو ایمان فرد ممکن است با فراهم آوردن معنی و هدف، عزم و انسجام اهداف او را ارتقاء ببخشد. در این فرایند چه بسا که ارزشها و التزامات ناشی از ایمان فرد، راهنمایی برای کنار آمدن با زندگی روزانه و موفقیت آرامش در این زندگی ارائه کنند. مشکلات روانی اغلب جلوه های بیماری وجودی هستند (مدی<sup>۲</sup>، ۱۹۷۰). در معنویت درمانی سعی می شود از ظرفیت های وجودی، گرایش ها و انگیزه های الهی و فضیلت های اخلاقی در بهبود و درمان بیماری استفاده شود. آنچه در معنویت درمانی حائز اهمیت است جنبه معنا گرایانه آن است که محتوای درمان را شکل می دهد و در قالب اصول و عبادات هر دین و مذهبی تجلی پیدا کرده است. این سازه ها و تکنیک های درمانی در معنویت درمانی می توانند جنبه رفتاری، شناختی، فراشناختی، عاطفی و اخلاقی داشته باشد که در مفاهیم و رفتارهای دینی همچون توکل، صبر، نماز، دعا، نیایش، مراقبه و ... تعریف می شوند. در معنویت درمانی تأکید بر محتوای درمان است و قالب ارائه ی این محتوا بیشتر وابسته به دین و مذهب و یا عوامل فرهنگی، همچنین نوع بیماری است که قرار است از طریق این تکنیک ها درمان شوند. از سوی دیگر می توان بسیاری از پیشنهاد های درمانی مؤثر در درمان اضطراب را با ایجاد انگیزه ها و تفسیر های معنوی و دینی در فرد ایجاد کرد و بر اثربخشی و انگیزه درمانی آن غنا بخشید. اساس معنویت درمانی تأکید بر محتوای درمان است و از آنجایی که درمانهای فراشناختی شباهت هایی را در نوع تکنیک و قالب درمانی با درمانهای معنوی دارد، در این تحقیق سعی می شود با مقایسه درمانهای معنوی و فراشناختی با یکدیگر، اهمیت محتوای معنوی در درمان اضطراب مورد مقایسه قرار گیرد.

فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است که شامل دانش (باور)، پردازش و راهبردهایی می شود که ارزیابی، نظارت یا کنترل شناخت را بر عهده دارند (ولز<sup>۳</sup>، ۱۳۸۵). دانش فراشناخت به باورها و نظریاتی که افراد درباره شناختشان دارند، اشاره می کند. برای مثال افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر معتقدند که نگرانی غیر قابل کنترل و خطرناک است و یا عموماً مردم بر این اعتقادند که نگرانی فوایدی دارد (ولز، ۱۳۸۵). راهبردهای کنترل فراشناختی، پاسخ هایی هستند که افراد برای کنترل فعالیتهای سیستم شناختی شان به کار می برند. در اختلال های اضطرابی که وقایع روانی اغلب به عنوان علائم آشفتگی روانی تعبیر و تفسیر می شوند، افراد ممکن است برای جلوگیری از فاجعه، افکار خاص خود را سرکوب نمایند یا سعی کنند به شیوه دیگری فکر کنند. باورهای

۱ - Seligman

۲ - Maddi

۳ - Wells

فراشناختی بیماران به گونه ای است که اعتقاد دارند این تصورات خطرناک اند و می توانند موجب مصیبت شوند. به همین دلیل برای حفظ خود و خانواده شان به سختی تلاش می کنند تا ذهن خودشان را در حین عبادت کنترل کنند. اضطراب در دیدگاه فراشناخت تنها یک پیامد بیمارگونه اضطراب نیست، بلکه یک شیوه برانگیخته شده و فعال ارزیابی و مقابله با تهدیدی است که توسط باورهای فرد ایجاد شده است. این گونه فرض می شود که فرد مبتلا به اضطراب فراگیر از نگرانی به این دلیل استفاده می کند تا با خطرات و تهدیدات پیش بینی شده مقابله کند. (ولز، ۱۳۸۵).

با توجه به آنچه آمد این تحقیق در پی بررسی مسائل زیر است.

با توجه به آنکه معنویت یکی از جنبه های وجودی انسان است و همچنین گرایشهای معنوی و اخلاقی یکی از ظرفیت های ایجاد تغییر در انسان است، آیا درمانهای معنوی نیز می تواند در کاهش اضطراب انسانها مؤثر واقع شود. همچنین آیا درمانهای فراشناختی در کاهش اضطراب مؤثر واقع می شود؟ در بررسی مقایسه ای نیز با توجه نزدیکی روشهای معنویت درمانی و فراشناخت درمانی، کدامیک در درمان اضطراب مؤثرترند؟

### ۱-۳ اهمیت و ضرورت پژوهش

اهمیت و ضرورت این پژوهش را از سه لحاظ می توان مطرح نمود. اول اهمیت و شیوع اختلالات اضطرابی در جامعه. دوم اهمیت نگرش جدید به انسان و استفاده از ظرفیت های معنوی انسان در درمان بیماریهای روانی سوم اهمیت روانشناسی بومی.

اولین نکته ای که باید به آن توجه داشت میزان شیوع اختلالات اضطراب در جوامع امروزی است. به خصوص جوامعی به سمت صنعتی شدن رو به رشد هستند. گزارش ها، شیوع میزان اختلالات اضطرابی را در جامعه ایران همانند افسردگی می دانند. برخی تحقیقات نیز نشان می دهند که میزان افسردگی و اضطراب در جامعه ایران احتمالاً اندکی کمتر از ۶۰ درصد می باشد (کاویانی و قاسم زاده، ۱۳۸۲). به عنوان نمونه، در مطالعه یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) در شهر صومعه سرا، اختلالات اضطرابی ۷/۲۵ درصد برآورد شده است. در مطالعه پالاهنگ (۱۳۷۵) در شهر کاشان اختلالات اضطرابی ۱۱/۵ درصد برآورد شده است (اعتمادی، ۱۳۷۴).

آمار منتشر شده از طرح پایش سلامت دانشجویان وزارت علوم تحقیقات و فناوری در سال ۱۳۸۶ نشان از شیوع بسیار بالا و قابل توجه مشکلات اضطرابی در بین دانشجویان جدیدالورود مقطع کارشناسی دارد. بر اساس این گزارش از مجموع چهل هزار دانشجوی ۹۸٪ درصد دارای اضطراب بوده اند.