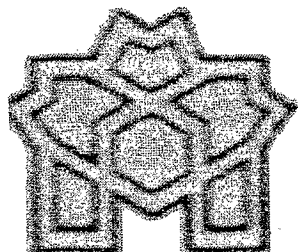


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

١٠٧٠

۸۷/۱۱۰۵۸۲۸  
۸۷/۱۲/۳



## دانشگاه علامه طباطبائی

دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی

رساله دکتری (Ph.D) روان شناسی

موضوع:

مقایسه اثربخشی رفتار درمانی شناختی و روان درمانی معنوی - مذهبی مبتنی بر الگوی ریچاردز و برگین بر کاهش میزان اضطراب دانشجویان خوابگاهی دانشگاه علامه طباطبائی

استاد راهنما:

دکتر فرامرز سهرابی

استادان مشاور:

دکتر حسین اسکندری

دکتر علی دلاور

پژوهشگر:

حسن یعقوبی

سال تحصیلی ۱۳۸۶-۸۷

۱۰۷۰۲۷

کتابخانه  
دانشگاه علامه طباطبائی  
تهران

۱۳۸۷ / ۱۱ / ۳۵

تقدیم به

روح پاکہ مادر

پدر مہربان

ہمسفر عزیز و وفاکار

و

فرزند محکمہ ہدی

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
الف	فهرست جداول
ب	فهرست نمودارها
ج	تشکر و قدردانی
د	چکیده
<b>فصل اول: کلیات پژوهش</b>	
۱	۱- مقدمه
۴	۲- ۱- بیان مسأله
۹	۳- ۱- اهمیت و ضرورت مسأله
۱۲	۴- ۱- اهداف تحقیق
۱۲	۵- ۱- فرضیه های اصلی تحقیق
۱۳	۶- ۱- متغیرهای پژوهش و تعاریف آنها
۱۳	۷- ۱- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها
<b>فصل دوم: مبانی و پیشینه تحقیق</b>	
۱۸	۱- ۲ اضطراب
۱۸	۱-۱-۲- تعریف اضطراب
۲۰	۲-۱-۲- ویژگی های اضطراب
۲۱	۳-۱-۲- شیوع اضطراب

۲۲	۲-۱-۴- درمان های اضطراب
۲۳	۲-۱-۵- آموزش مهارت ها و درمان های دیگر اضطراب
۲۴	۲-۱-۶- منشاء اساسی اضطراب
۲۴	۲-۱-۷- درمان معنوی - مذهبی اضطراب از دیدگاه اسلام
۲۸	۲-۲- رفتار درمانی شناختی (CBT)
۲۸	۲-۲-۱- منشاء CBT
۳۲	۲-۲-۱- چارچوب مفهومی پایه در (CBT)
۳۴	۲-۲-۳- اصول رفتار درمانی شناختی
۳۵	۲-۲-۴- شناخت در مانی بک
۳۷	۲-۲-۵- درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری الیس
۳۹	۲-۲-۶- درمان بازسازی شناختی مک مک مالین
۴۰	۲-۳- معنویت و مذهب
۴۱	۲-۳-۱- تعریف معنویت و مذهب
۴۵	۲-۳-۲- شکاف بین روان شناسی و معنویت
۴۸	۲-۳-۳- معنویت در برابر مذهب
۵۱	۲-۳-۴- موانع رایج بین روانشناسی و مذهب
۵۲	۲-۳-۵- پل هایی بین معنویت / مذهب و درمان
۵۴	۲-۳-۶- راهبردهای معنوی - مذهبی برای روان درمانی
۵۵	۲-۳-۷- استفاده از مداخلات معنوی توسط متخصصان سلامت روانی

۵۸	۲-۳-۲- چارچوب نظری روان درمانی معنوی
۵۸	۲-۳-۸- بنیان های فلسفی و مذهبی
۶۴	۲-۳-۹- دیدگاه مذهبی نسبت به شخصیت
۶۷	۲-۳-۱۰- دیدگاه معنوی - مذهبی روان درمانی
۷۳	۲-۳-۱۱- مؤلفه های معنویت
۷۷	۲-۳-۱۲- مذهب و معنویت درون (در قالب و بافت آموزش متنوع
۸۳	۲-۳-۱۳- مداخلات معنوی - مذهبی
۸۳	۲-۳-۱۴- دعا و نیایش
۸۵	۲-۳-۱۴-۱- برخی از آثار روان شناختی دعا
۸۶	۲-۳-۱۵- مطالعه متون مقدس (قرآن مجید)
۸۸	۲-۳-۱۶- بخشایش
۹۶	۲-۳-۱۷- عبادات و مناسک مذهبی
۹۸	۲-۳-۱۸- اندیشه معنوی و مراقبه
۱۰۰	۲-۳-۱۹- توبه
۱۰۲	۲-۴- پیشینه پژوهش
	<b>فصل سوم: روش پژوهش</b>
۱۱۵	۳-۱- روش تحقیق
۱۱۵	۳-۲- جامعه آماری
۱۱۶	۳-۳- روش نمونه گیری و حجم نمونه

- ۱۱۷ ۳-۴- ابزار جمع آوری اطلاعات
- ۱۱۹ ۳-۵- فرایند اجرای پژوهش
- ۱۲۰ ۳-۵-۱- فعالیت های هر جلسه درمانی
- ۱۳۹ ۳-۶- روش تجزیه و تحلیل داده ها

### فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها

- ۱۴۲ ۴- توصیف آماری داده ها
- ۱۴۳ ۴-۲- استنباط آماری
- ۱۴۳ ۴-۲-۲- بررسی مفروضه های تحلیل کوواریانس

### فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

- ۱۶۱ ۵- بحث و نتیجه گیری
- ۱۷۱ ۵-۱- محدودیت های پژوهش
- ۱۷۲ ۵-۲- پیشنهادها

### منابع

- ۱۷۴ الف - فارسی
- ۱۷۸ ب - انگلیسی
- پیوست ها
- ۱۸۶ الف - مقیاس اضطراب کتل
- ب - نمونه هایی از تحلیل آماری داده ها

## فهرست جداول

صفحه	عنوان
۲۰	جدول ۲-۱ ویژگی های اصلی اختلالات اضطرابی در کودکان و جوانان
۵۹	جدول ۲-۲ مقایسه دیدگاه معنوی مذهبی و دیدگاه طبیعی گرایانه و منکر خدا
۶۱	جدول ۲-۳ کشمکش فرضیات فلسفی علوم طبیعی و منکر خدا و روان درمانی مذهبی
۶۵	جدول ۲-۴ اساس نظری روان درمانی مذهبی
۷۰	جدول ۲-۵ خلاصه مهم ترین فرایندها و اجزای روان درمانی مذهبی
۱۱۸	جدول ۳-۱ نمره های طراز شده عوامل اضطرابی (مذکر)
۱۴۱	جدول ۴-۱ شاخص های گرایش به مرکز و پراکنندگی متغیرها در سطوح گروه ها
۱۴۳	جدول ۴-۲ ضریب همبستگی بین نمره پیش آزمون و پس آزمون اضطراب کل
۱۴۵	جدول ۴-۳ شیب خط رگرسیون متغیر اضطراب کل در بین سطوح گروه ها
۱۴۵	جدول ۴-۴ واریانس اضطراب کل در درون گروه ها
۱۴۶	جدول ۴-۵ تحلیل کوواریانس نمره ی اضطراب کل در بین گروه ها
۱۴۷	جدول ۴-۶ تفاوت میانگین اضطراب کل بین سطوح گروه ها
۱۴۸	جدول ۴-۷ ضریب همبستگی بین نمره ی پیش آزمون و پس آزمون در متغیر پنهان
۱۵۰	جدول ۴-۸ شیب خط رگرسیون متغیر اضطراب پنهان در سطوح گروه ها
۱۵۰	جدول ۴-۹ واریانس اضطراب پنهان در درون گروه ها
۱۵۰	جدول ۴-۱۰ تحلیل کوواریانس نمره ی اضطراب پنهان در بین گروه ها
۱۵۱	جدول ۴-۱۱ تفاوت میانگین اضطراب پنهان بین سطوح گروه ها
۱۵۳	جدول ۴-۱۲ همبستگی بین نمره ی پیش آزمون و پس آزمون در متغیر اضطراب آشکار
۱۵۵	جدول ۴-۱۳ شیب خط رگرسیون متغیر اضطراب آشکار در سطوح گروه ها
۱۵۵	جدول ۴-۱۴ واریانس اضطراب آشکار در درون گروه ها
۱۵۶	جدول ۴-۱۵ تحلیل کوواریانس نمره ی اضطراب آشکار در بین گروه ها
۱۵۷	جدول ۴-۱۶ تفاوت میانگین اضطراب آشکار بین سطوح گروه ها



## فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۱۴۲	نمودار شماره ۴-۱ فراوانی متغیرهای مورد مطالعه در بین سطوح گروه ها
۱۴۴	نمودار شماره ۴-۲ همبستگی بین نمره پیش آزمون و پس آزمون در اضطراب کل
۱۴۸	نمودار شماره ۴-۳ میانگین تعدیل شده گروه ها در متغیر اضطراب کل
۱۴۹	نمودار شماره ۴-۴ همبستگی بین نمره ی پیش آزمون و پس آزمون در اضطراب پنهان
۱۵۳	نمودار شماره ۴-۵ میانگین تعدیل یافته گروه ها در متغیر اضطراب پنهان
۱۵۴	نمودار شماره ۴-۶ همبستگی بین نمره های پیش آزمون و پس آزمون در اضطراب آشکار
۱۵۸	نمودار شماره ۴-۷ میانگین تعدیل یافته ی گروه ها در متغیر اضطراب آشکار

## تشکر و قدردانی

با حمد و ستایش الهی، پس از مدتها تلاش و کوشش سرانجام این پژوهش به پایان رسید. آنچه انجام یافت، مجموعه ای است از توجهات بی شائبه استادان گرامی: جناب آقای دکتر فرامرز سهرابی استاد راهنما، که این رساله به مدد دانش و تجربه ایشان به ثمر رسید. از راهنمایی های ارزنده ایشان صمیمانه سپاسگزارم.

قدردانی و تشکر فراوان از استادان مشاور: استاد ارجمند جناب آقای دکتر علی دلاور که با ارایه نظرات ارزشمند و دقت خاص خویش بر غنای پژوهش افزودند، و جناب آقای دکتر حسین اسکندری که با هدایت های مؤثر و سودمند، محقق را ارشاد نمودند.

شایسته است در اینجا از استادان داور سرکار خانم دکتر معصومه اسماعیلی و استاد ارجمند جناب آقای دکتر علی اصغر نژاد فرید که از روی اخلاص با ارایه رهنمودهای سازنده یاری نمودند و دوست ارجمند جناب آقای ایرج خوش خلق به لحاظ برنامه ریزی کامپیوتری و همکاری ایشان در امر تحقیق همچنین از جناب آقای مهندس صادق بجانی و جناب آقای مهندس علی صفائی زاده و مهندس محمدجواد دوستی و دکتر محمد صادق دوستی به لحاظ کمک در تهیه پاورپونت صمیمانه تشکر و قدردانی شود.

در پایان برای تمامی این عزیزان و بزرگواران آرزوی موفقیت و پیروزی از خداوند متعال مسألت می نماید.

## چکیده

پژوهش حاضر به منظور مقایسه اثربخشی رفتار درمانی شناختی و روان درمانی معنوی - مذهبی مبتنی بر الگوی ریچاردز و برگین با تأکید بر آموزه های اسلام بر کاهش میزان اضطراب دانشجویان پسر ساکن در خوابگاه های دانشگاه علامه طباطبائی انجام شد. این پژوهش از جمله پژوهش های آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بوده و نمونه گیری آن به روش تصادفی خوشه ای صورت گرفت. با اجرای آزمون اضطراب کتل به منظور غربالگری، از بین دانشجویان خوابگاهی که دارای اضطراب بودند تعداد ۴۵ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به طور گمارش تصادفی در سه گروه به عنوان گروه آزمایشی اول (مداخله رفتار درمانی شناختی)، گروه آزمایشی دوم (مداخله روان درمانی معنوی - مذهبی) و گروه کنترل قرار گرفتند. اعضای گروه های آزمایشی هر یک در ۱۲ جلسه مداخله درمانی به صورت گروهی ۲ ساعت در هفته شرکت کردند و در گروه کنترل هیچ مداخله ای انجام نشد. در پایان مداخله درمانی، هر سه گروه بار دیگر با آزمون یاد شده مورد سنجش قرار گرفتند. داده های به دست آمده با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج نشان داد که بین دو شیوه درمانی در کاهش میزان اضطراب دانشجویان تفاوت معناداری وجود ندارد، و هر دو شیوه درمانی به طور معناداری ( $P < 0/05$ ) در کاهش میزان اضطراب کلی، اضطراب پنهان و اضطراب آشکار دانشجویان موثر بود.

کلید واژه ها: اضطراب، رفتار درمانی شناختی، معنویت، مذهب، روان درمانی معنوی - مذهبی

# فصل اول

کلیات پژوهش

زندگی انسان در این جهان همواره با اضطراب و دلهره همراه بوده است. انسان ها معمولاً در اثر عوامل گوناگون دچار میزانی از اضطراب و دلهره هستند. روان شناسان کوشیده اند برای پیشگیری و درمان اضطراب، روش های گوناگونی را به افراد آموزش دهند. اما به نظر می رسد که استفاده از روش های سنتی و ساده برای درمان اضطراب کافی نیست، لذا اهمیت مذهب و به کارگیری روش های معنوی در چند دهه گذشته به صورت روز افزون توجه روان شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است.

شواهدی وجود دارد که عموم مردم به طور فزاینده ای به معنویت تمایل دارند و بررسی های همگانی افزایش قابل ملاحظه در علاقه به امور معنوی را تایید می کنند (گال آپ<sup>۱</sup> و جونز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰، به نقل از میلر<sup>۳</sup> و تورسن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳). هیل و پارگامنت<sup>۵</sup> (۲۰۰۳) بیان می کنند که آثار بسیار زیادی وجود دارد که مذهب و معنویت را با سلامت جسمی (جورج<sup>۶</sup>، الیسون<sup>۷</sup> و لارسون<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲، کوئینگ<sup>۹</sup>، مک کولا<sup>۱۰</sup>، و لارسون، ۲۰۰۱؛ لارسون، اسویر<sup>۱۱</sup> و مک کولا، ۱۹۹۸؛ سیلد<sup>۱۲</sup> و هیل، ۲۰۰۱؛ تورسن،

---

1 - Gall up

2 - Jones

3 - Miller

4 - Thoresen

5 - Hill & Pargament

6 - George

7 - Elison

8 - Larson

9 - Koeing

10 - Mc cullough

11 - Swyers

12 - Sybold

۱۹۹۹؛ تورسن، هریس<sup>۱</sup> و اومن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱؛ پاول<sup>۳</sup>، شهابی<sup>۴</sup>، و تورسن، ۲۰۰۳؛ سیمن، دابین<sup>۵</sup> و سیمن، ۲۰۰۳) و سلامت روانی (لارسون و همکاران، ۱۹۹۸؛ پلنت<sup>۶</sup> و شرمن<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱) در ارتباط هستند.

مطالعات آزمایشی نیز نشان می دهد بین مذهب و معنویت و سلامت رابطه معناداری وجود دارد، با این حال دلایل این ارتباط مبهم است (هیل و پارگامنت، ۲۰۰۳)، همچنین در خصوص اهمیت و نقش مذهب و معنویت در زمینه سلامتی و بیماری علاقه رو به رشدی وجود دارد (سان بویل و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶).

به طور کلی می توان گفت که بیگانگی میان روان شناسی و مذهب عمدتاً در خلال قرن ۲۰ خاتمه یافت. تاکنون صدها مقاله در زمینه مذهب و سلامت روانی و معنویت و روان درمانی در مجلات تخصصی چاپ شده است. همچنین ارایه مقالات بی شماری در کنفرانس های تخصصی وجود داشته است. بسیاری از انتشارات کتاب هایی در این دو موضوع چاپ کرده اند. تمام سازمان های سلامت روان به طور وضوح امروزه مذهب را یکی از موارد متنوعی می دانند که افراد متخصص و حرفه ای باید به آن احترام گذارند (ریچاردز<sup>۹</sup> و برگین<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۴).

بنابراین، در این رساله از طرفی تلاش شده است تا اثربخشی روان درمانی معنوی - مذهبی مبتنی بر الگوی ریچاردز و برگین با تأکید به آموزه های دین متعالی اسلام بر کاهش اضطراب به بوته آزمایش گذاشته شود و از طرف دیگر این روش درمانی را با روش رفتار درمانی شناختی که علاقه

---

1 - Oman

2 - Powell

3 - Shahabi

4 - Seeman

5 - Dubin

6 - Plante

7 - Sherman

8 - Shipley & Fazio

9 - Richards

10 - Bergin

زیادی را در متخصصان بالینی به خود معطوف داشته است (گلدرا<sup>۱</sup> ۱۹۸۹)، و طبق بررسی های انجام شده درمان شناختی - رفتاری موثرتر از روان درمانی حمایتی و روان درمانی تحلیلی است (شیب لای و فازیو، ۱۹۷۳ به نقل از اسکات ویلیامز، ویک، ۱۹۹۱). مقایسه نماید.

این رساله براساس چارچوب پژوهش های علمی در پنج فصل ارائه شده است:

در فصل اول نکات کلی مربوط به تحقیق مثل بیان مسئله، سؤال های پژوهشی، اهمیت و ضرورت تحقیق، فرضیه ها و تعریف واژه ها اشاره شده است.

فصل دوم با نکاتی در مورد اضطراب و درمان آن آغاز شده است. سپس به معرفی اجمالی و چارچوب نظری دو روش درمانی یعنی رفتار درمانی شناختی و درمان معنوی - مذهبی پرداخته شده است. در قسمت اخیر ضمن بیان تحولات تاریخی معنویت و مذهب به تحقیقاتی در ارتباط با موضوع پژوهش حاضر پرداخته شده است.

فصل سوم: روش شناسی پژوهش است، در این فصل ضمن ارائه روش پژوهش، ابزارها، جامعه آماری، روش نمونه گیری و شیوه تجزیه و تحلیل داده ها تشریح شده اند.

فصل چهارم در مورد تجزیه و تحلیل داده هاست. در این فصل یافته ها مورد توصیف و تجزیه و تحلیل قرار گرفته اند. جدول ها و نمودارها در این فصل گویای یافته هایی است که برای بحث پیرامون فرضیه های پژوهش مورد استفاد قرار گرفته است.

فصل پنجم شامل خلاصه، بحث و نتیجه گیری است، در این فصل فرضیه های پژوهش پیگیری شده اند و به تبیین یافته های تحقیق پرداخته شده است و همچنین در این فصل به محدودیت های پژوهش و در انتها پیشنهادهایی ارائه شده است.

---

<sup>1</sup> - Gelder

## ۲- ۱ بیان مسأله

اضطراب امروزه از مهم‌ترین مسایل روان‌شناختی جوامع بشری است، نظام‌های روان‌شناختی اغلب از اضطراب سخن گفته‌اند و هر کدام براساس روی آورد خود به آن پرداخته و در سطح کاربردی تلاش کرده‌اند، تا شیوه‌هایی برای مهار آن ارایه دهند.

بررسی‌ها نشان داده‌اند که اختلال‌های اضطرابی دارای بیشترین فراوانی در سطح کل جمعیت

هستند. اضطراب بزرگسالی، پدیده‌ای رایج، شناخته شده و فراگیر به نظر می‌آید (آزوریاگرا<sup>۱</sup>، ۱۹۸۲).

بسیاری از دانشجویان برای نخستین بار دور از خانواده خود زندگی می‌کنند. آنان باید خود را با

اوضاع و احوالی که مستلزم انواع رفتارهای سازشی جدید است، تطبیق دهند. علاوه بر آن، گرچه

دانشگاهها دانشجویان خود را از بین مستعدترین و پیشرفته‌ترین دانش آموزان دبیرستانها انتخاب

می‌کنند، ولی تحصیل در سطح دانشگاه بسیار مشکل تر و رقابت انگیزتر است و بسیاری از دانشجویان

که همواره جزء بهترین های کلاس خود بوده اند، نمی‌توانند مقامی نازل تر را در دانشگاه تحمل کنند.

دانشجویان غالباً مطمئن نیستند که کدام خط مشی را می‌خواهند دنبال کنند (آزاد، ۱۳۷۸). بسیاری از

دانشجویان علاوه بر جدایی و دوری از خانواده، عدم علاقه به رشته تحصیلی، ناسازگاری با سایر افراد

در محیط زندگی و کافی نبودن امکانات رفاهی و اقتصادی و مشکلاتی نظیر آنها، از جمله شرایطی

هستند که می‌توانند مشکلات و ناراحتی های روانی را بوجود آورده باعث افت عملکرد فرد گردند

(لپس لی<sup>۲</sup>، ۱۹۸۹)

کسانی که تحت هر شرایط و به هر دلیلی از اضطراب رنج می‌برند و اغلب در سطح نازلی از

سازش‌یافتگی قرار دارند و معمولاً از راهبردهای مقابله‌ای<sup>۳</sup> مانند اجتناب و گریز از موقعیت استفاده

1 - Azoreagra

2 - Lapsley

3 - coping strategies



می‌کنند (آلدوین<sup>۱</sup> و رونسون<sup>۲</sup>، ۱۹۸۷) و چه‌بسا این اضطراب شدید به طیف مشکلاتی که از اختلال‌های شناختی و بدنی تا ترس‌های غیرموجه و وحشت‌زدگی‌ها گسترده‌اند، پوشش داده، فرد را از بخش عمده‌ای از امکاناتش محروم کند. بدین ترتیب کارآمدی او تقلیل می‌یابد. برای کاهش اضطراب و جلوگیری از پیامدهای ویرانگر آنها، شیوه‌های متعدد درمانگری و مقابله با اضطراب شکل گرفته‌اند. روش‌های روان‌درمانگری، شیوه‌های تغییر رفتار و فنون مختلف دیگر، در تلاشند به نوعی انسان را یاری کنند تا بر این مشکلات فائق آید. هرچند نوع شیوه‌هایی که برای مهار اضطراب استفاده می‌شود بستگی به علت‌شناسی مشکل دارد (فارز<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹)، در حال حاضر رواج کاربرد این شیوه‌ها به حدی است که گاهی انتخاب شیوه‌ای اجاص را با مشکل روبه‌رو می‌کند. شایان ذکر است که در میان این شیوه‌ها رفتار درمانی شناختی، رشد و توسعه‌جدیدی در درمان‌ها، به شمار می‌آید این شیوه در این مدت کم، توانسته است علاقه‌زپادی را در متخصصان بالینی به خود معطوف سازد. سه دلیل عمده، برای این علاقه وجود دارد. نخست آن‌که روش‌های شناختی- رفتاری برعکس سایر شکل‌های رفتاردرمانی، مستقیماً با افکار و احساسات - که در تمامی اختلال‌های روانی از اهمیتی آشکار برخوردارند- سروکار دارد. دوم آن‌که رفتار درمانی شناختی، شکافی را که بسیاری از درمانگران بین روش‌های صرفاً رفتاری و روان‌درمانی‌های پویا احساس می‌کنند، پر می‌سازد. سوم آن‌که این روش جدید درمانی، برعکس روان‌درمانی پویا، پایه‌های علمی دارند و قابلیت بیشتری در ارزیابی فعالیت‌های بالینی، از خود نشان می‌دهند (گودر<sup>۴</sup>، ۱۹۸۹).

---

1 - Aldwin  
2 - Revenson  
3 - Phares  
4 - Goder

همچنین مقایسه انواع روش‌های گروه‌درمانی نیز اطلاعات مفیدی به ما می‌دهد. میلر<sup>۱</sup> و برمان<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که رفتار درمانی شناختی از سایر روش‌ها مؤثرترند. از طرف دیگر فایت، وانگ و کارنپیر (۱۹۹۵) با مرور تحقیقات موجود مربوط به گروه‌های آموزشی حساسیت با روش فراتحلیل متوجه شدند که این نوع گروه‌ها باعث افزایش خودشکوفایی و عزت نفس و بهبود روابط بین‌فردی می‌شوند (اشنایدر و اینگرام، ۲۰۰۰).

از طرف دیگر در سال‌های اخیر علاقه خاصی به روان‌شناسی مذهبی و معنوی به وجود آمده است اما اغلب زمینه‌هایی که علاقه‌مندان را به خود جلب کرده است در حوزه خاصی مانند تحول ایمان مذهبی (مثلاً فولر<sup>۳</sup>، ۱۹۸۱؛ و جینیپا<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵) و یا جنبه‌های روان‌شناختی اجتماعی مذهبی (دیتز<sup>۵</sup>، ۱۹۸۱؛ به نقل از پروپست<sup>۶</sup>، ۱۹۹۸) بوده است.

اسپیکا<sup>۷</sup>، هود<sup>۸</sup> و باجیلا<sup>۹</sup> (۱۹۸۵) در متون روان‌شناسی مذهبی خود نکات روشنی را درباره این که برخی تمرین‌های مذهبی می‌توانند اثر درمانی داشته باشند بیان کرده‌اند. از این میان می‌توان به تجربه‌های مذهبی، تأویل‌ها، عبادات و مناسک مذهبی، اشاره کرد. چنانچه برگین<sup>۱۰</sup> و ریچاردز<sup>۱۱</sup> (۱۹۹۷)، دعا، عبادات و مناسک مذهبی، خدمت به دیگران، بخشایش و ... را به عنوان مداخلات مهم مذهبی مطرح می‌کنند.

---

1 - Miller  
2 - Berman  
3 - Fowler  
4 - Genia  
5 - Dittes  
6 - Propst  
7 - spilka  
8 - Hood  
9 - Bagiella  
10 - Bergin  
11 - Richards

شواهد بسیاری نشان می‌دهد که رشد و معنویت و تجربه‌های معنوی برای سلامت انسان سودمند است. همبستگی بین دانستن تجربه‌های معنوی و سلامت (هی<sup>۱</sup>، ۱۹۸۲؛ هی و موریس<sup>۲</sup>، ۱۹۷۸)، انعطاف‌پذیری شخصی و تجربه‌های معنوی (توماس<sup>۳</sup> و کوپر<sup>۴</sup>، ۱۹۸۰)، عزت نفس و ایمان مذهبی (فورست<sup>۵</sup> و هی‌لی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۰)، با ادعاهای مبنی بر داشتن ارتباط با خدا و سلامت (پولنر<sup>۷</sup>، ۱۹۸۹)، نشان داده شده است و تجربه‌های معنوی را می‌توان به عنوان یک سازوکار خود شفا دهنده تفسیر کرد (والا<sup>۸</sup> و پرنیس، ۱۹۸۹؛ به نقل از وست، ۲۰۰۴).

درباره رابطه بین معنویت، مذهب و سلامت روان یافته‌ها متنوع و متعدد هستند. کوینک<sup>۹</sup> (۲۰۰۱) به رابطه منفی بین معنویت، مذهب و اضطراب دست یافت اما مطالعات دیگری نیز وجود دارد که چنین رابطه‌ای را گزارش نکرده‌اند (سالمن و همکاران، ۲۰۰۵).

در ارزیابی‌های مربوط به مذهب و معنویت که رابطه بین فعالیت‌های مذهبی و پیامدهای سلامتی مورد آزمایش قرار گرفت، اکثریت مشخص کردند که افراد مذهبی سالم‌تر هستند (اسلاون و باجیلا، ۲۰۰۲). پیدمنت<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۴) نوشت که معنویت بیشتر به ارتباط شخصی فرد با واقعیت‌های بزرگ‌تر و متعالی نظیر خدا و کائنات مربوط است و به نظر می‌رسد شناسایی حوزه‌ای برتر برای معنا، تأثیر سودمندی بر روی احساس فرد از سلامت و بهزیستی شخصی داشته باشد (داناو و بنسون<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۵؛ کوئینگ<sup>۱۲</sup>، جرج<sup>۱۳</sup> و پترسون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸).

---

1 - Hay  
2 - Morisy  
3 - Thomas  
4 - Cooper  
5 - Forst  
6 - Healey  
7 - Pollner  
8 - Valla  
9 - Koenig  
10 - Piedmont  
11 - Benson  
12 - Koeing  
13 - Gorge

گرچه تحقیقات، مؤثر بودن روش‌های گوناگون را در کاهش اضطراب نشان داده‌اند، (جونز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳، پالمر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۶) اما می‌توان از خود درباره تأثیر زمینه فرهنگی مراجع در افزایش اثربخشی آنها سؤال کرد. به این معنی که ارزش‌ها و اخلاقیات از جمله عوامل فرهنگی هستند که نقش زیادی در مشاوره و روان‌درمانی ایفا می‌کنند (کراس<sup>۴</sup> و پاپادوپولوس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱) و روان‌شناسان می‌توانند از آن در جهت بهبود حال مراجعان خود بهره ببرند. در میان سیستم‌های ارزشی موجود، معنویت و مذهب پتانسیل زیادی بر این امر دارند، به نظر ال‌کینز<sup>۶</sup> (۱۹۹۵) وظیفه اصلی روان‌درمانی پرورش و شفاف‌بخشی برای روح است. به بیان دیگر، روان‌درمانی فرایند ارتباطی برای مراقبت و رفع بیماری‌ها و گرفتاری‌های روح و روان آدمی است و ما تنها با بازگشت به این شکل از درمان می‌توانیم به مراجعان کمک کنیم و در این راستا به کارگیری عناصر مذهبی در قالب تکنیک‌های مشاوره و روان‌درمانی در ارتقاء سطح معنویت و درمان روحانی مراجعان سهم به‌سزایی ایفا می‌نماید.

باتوجه به این که، ما در جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که مذهب نقش بنیادی در زندگی افراد ایفا می‌کند و اکثریت قاطع آن را مسلمانان تشکیل داده‌اند. بدیهی است که در چنین جامعه‌ای نادیده گرفتن زمینه ارزشی مراجع خسارت عمده‌ای بر روان‌درمانی به دنبال خواهد داشت، هماهنگی بین راهبردها و ارزش‌های اعتقادی مراجع موجب تداوم آثار درمانی می‌شود (برامر و دیگران، ۱۹۹۳). از طرف دیگر، در ارتباط با برتری هر یک از روش‌های درمانی مذکور (رفتار درمانی شناختی و روان‌درمانی معنوی - مذهبی) نسبت به یکدیگر هیچ‌گونه تحقیقی به عمل نیامده است و یا حداقل محقق پژوهشی در این

---

1 - Peterson  
2 - Jones  
3 - Palmer  
4 - Cross  
5 - Papadopolus  
6 - Elkins