

رسالة محمد



دانشگاه پیام نور
دانشکده علوم انسانی
مرکز تهران جنوب

پایان نامه

برای دریافت مدرک کارشناسی ارشد

رشته روان شناسی عمومی

گروه روان شناسی

عنوان پایان نامه: مقایسه اثر بخشی معنویت درمانی و طرحواره درمانی بر

افسردگی دانشجویان دانشگاه پیام نور سمیرم

راهنمای آصفی

استاد راهنما: دکتر احمد علیپور

استاد مشاور: دکتر مجید صفاری نیا

بهمن ۱۳۹۲

تقدیم به:

پدر فاضل و اندیشمند،

مادر مهربان و صبورم و

که وجودم

برایشان همه درد بوده است و

وجودشان

برایم همه مهر.

چکیده

این مطالعه به مقایسه اثر بخشی معنویت درمانی و طرحواره درمانی بر افسردگی دانشجویان دانشگاه پیام نور شهرستان سمیرم می پردازد. اعضاء گروه های آزمایش و کنترل که بعد از ریزش نهایی هر یک شامل هشت نفر می باشند، از میان دانشجویان دانشگاه پیام نور سمیرم که از طریق فراخوان، از میان کسانی که از طرف مرکز مشاوره دانشگاه تشخیص افسردگی داشتند، بصورت تصادفی انتخاب و در گروه های معنویت درمانی و طرحواره درمانی جایگزین شدند. افراد گروه آزمایش هر یک در هشت جلسه درمان شرکت کردند، افسردگی افراد هر دو گروه آزمایش و کنترل، قبل و بعد از اجرای مداخله مورد ارزیابی قرار گرفت. یافته های حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که، طرحواره درمانی و معنویت درمانی ($P=0/001$) بر بهبود افسردگی نسبت به گروه کنترل در پس آزمون بطور معنی داری مؤثر بوده ($P<0/05$). در مقایسه بین گروه معنویت درمانی و طرحواره درمانی ($P=0/004$)، افراد گروه معنویت درمانی بهبود بیشتری را نسبت به گروه طرحواره درمانی در افسردگی نشان دادند ($P<0/05$). همچنین طرحواره درمانی و معنویت درمانی بر روی ابعاد سه گانه (جسمانی - حیاتی، شناختی - روان شناختی، بدبینی - احساس بی ارزشی) افسردگی، در سطح معناداری ($P<0/05$) تأثیر معنی داری داشتند. نتایج این تحقیق از طرفی نشانگر مؤثر بون طرحواره درمانی در درمان افسردگی و از طرف دیگر مؤثرتر بودن درمان معنوی در مقایسه با طرحواره درمانی به خاطر داشتن مؤلفه های خاص از قبیل، عدم تداخل معنویت مراجعان با درمان و همخوانی بیشتر عناصر درمان با افسردگی بود. با توجه به عدم لحاظ کردن معنویت در درمان مراجعان از سوی بسیاری درمانگران، این تحقیق لزوم توجه به معنویت در درمان را خاطر نشان می سازد.

کلید واژه: افسردگی، معنویت درمانی، طرحواره درمانی.

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول کلیات تحقیق

۲	۱-۱ مقدمه
۳	۲-۱ شرح و بیان مسأله پژوهش
۸	۳-۱ اهمیت و ضرورت تحقیق
۱۰	۱-۳-۱ جنبه نوآورانه پژوهش
۱۰	۴-۱ اهداف پژوهش
۱۰	۱-۴-۱ هدف کلی
۱۱	۲-۴-۱ اهداف جزئی
۱۱	۵-۱ فرضیه های پژوهش
۱۱	۶-۱ تعاریف نظری
۱۱	۱-۶-۱ افسردگی
۱۲	۲-۶-۱ معنویت درمانی
۱۲	۳-۶-۱ طرحواره درمانی
۱۳	۷-۱ تعاریف عملیاتی
۱۳	۱-۷-۱ افسردگی
۱۳	۳-۷-۱ طرحواره درمانی

فصل دوم مبانی نظری و پیشینه تحقیق

۱۵	۱-۲ مقدمه
۱۵	۲-۲ افسردگی
۱۶	۳-۲ علائم افسردگی
۱۶	۱-۳-۲ نشانه های هیجانی
۱۷	۲-۳-۲ نشانه های شناختی
۱۷	۳-۳-۲ نشانه های انگیزشی
۱۸	۴-۳-۲ نشانه های بدنی
۱۸	۴-۲ تقسیم بندی اختلالات خلقی

۱۸	..... ۱-۴-۲ افسردگی اساسی
۱۹	..... ۱-۱-۴-۲ ضوابط افسردگی اساسی براساس DSM IV
۲۰	..... ۲-۴-۲ افسردگی اساسی با بهبود نسبی
۲۰	..... ۳-۴-۲ افسرده خویی
۲۱	..... ۱-۳-۳-۲ ضوابط افسرده خویی براساس DSM IV
۲۲	..... ۴-۳-۲ افسردگی مضاعف
۲۲	..... ۵-۳-۲ اختلال های افسردگی تصریح نشده در جای دیگر
۲۳	..... ۴-۲- جنسیت، فرهنگ، نوگرایی و افسردگی
۲۳	..... ۱-۴-۲ جنسیت
۲۵	..... ۲-۴-۲ فرهنگ
۲۶	..... ۳-۴-۲ نوگرایی
۲۶	..... ۵-۲ همایندی با دیگر اختلالها
۲۷	..... ۱-۵-۲ اختلالات اضطرابی
۲۸	..... ۲-۵-۲ سوء مصرف مواد
۲۸	..... ۳-۵-۲ اختلالات شخصیت
۲۹	..... ۶-۲ مدل های سبب شناسی اختلال افسردگی مزمن
۲۹	..... ۱-۶-۲ ژنتیک
۳۰	..... ۲-۶-۲ خاطرات بد در دوران کودکی
۳۱	..... ۳-۶-۲ مدل بیولوژیکی و عوامل زیستی در اختلال افسردگی
۳۳	..... ۴-۶-۲ مدل شناختی افسردگی
۳۶	..... ۵-۶-۲ مدل بین فردی افسردگی
۳۷	..... ۷-۶-۲ مدل روان پویایی افسردگی
۳۸	..... ۸-۶-۲ مدل اجتماعی و حوادث زندگی در افسردگی
۴۰	..... ۹-۶-۲ رویکرد رفتاری
۴۱	..... ۷-۲ رویکرد راهبردهای درمانی در اختلال افسردگی
۴۲	..... ۱-۷-۲ داروهای ضد افسردگی
۴۲	..... ۱-۱-۷-۲ بازدارنده های اختصاصی باز جذب سروتونین
۴۳	..... ۲-۱-۷-۲ داروهای سه حلقه ای

- ۴۴ ۳-۱-۷-۲ بازدارنده های مونوآمین اکسیداز
- ۴۵ ۴-۱-۷-۲ ضدافسردگی های جدید یا آتیپیک
- ۴۶ ۲-۷-۲ مدل فراشناختی در درمان افسردگی
- ۴۸ ۷-۱۱-۲ ساختاردرمان مدل فراشناخت
- ۴۸ ۳-۷-۲ مدل بین فردی در درمان افسردگی
- ۵۰ ۴-۷-۲ نظام رواندرمانی تحلیل شناختی - رفتاری
- ۵۱ ۵-۷-۲ درمان شناختی تحلیلی (CAT)
- ۵۱ ۶-۷-۲ درمان شناختی - رفتاری
- ۵۴ ۱-۶-۷-۲ نقد رویکردشناختی - رفتاری
- ۵۶ ۸-۲ معنویت درمانی
- ۵۶ ۱-۸-۲ مقدمه ای بر رویکردهای معنوی در روانشناسی
- ۵۹ ۲-۸-۲ مطالعات سلامت روان، بهداشت عمومی، بهزیستی و امور مذهبی و معنوی
- ۶۲ ۹-۲ تاریخچه معنویت درمانی
- ۶۲ ۱-۹-۲ سیرتحولات رابطه دین و بهداشت روان
- ۶۴ ۲-۹-۲ از انسانگرایی تا معنویت درمانی
- ۶۴ ۱-۲-۹-۲ پایه های فلسفی رویکرد وجودگرایی
- ۶۵ ۲-۲-۹-۲ تفاوت معنادرمانی و تحلیل وجودی
- ۶۶ ۳-۲-۹-۲ پایه های نظری و فلسفی معنادرمانی
- ۶۷ ۴-۲-۹-۲ معنادرمانی، مذهب، وجدان، تعالی و خلاء وجودی
- ۶۸ ۵-۲-۹-۲ معنادرمانی در نشست های بالینی - مشاوره ای
- ۶۹ ۱۰-۲ معنویت در این پژوهش چیست؟
- ۷۰ ۱-۱۰-۲ ماهیت دین
- ۷۱ ۲-۱۰-۲ معنویت
- ۷۲ ۱-۲-۱۰-۲ معنویت در مکاتب مختلف
- ۷۲ ۲-۲-۱۰-۲ معنویت بدون محوریت وجود قدسی و ماورایی (خدای یکتا)
- ۷۲ ۳-۲-۱۰-۲ بودیسم
- ۷۳ ۴-۲-۱۰-۲ دیدگاه برخی روانشناسان انسانگرایی معاصر
- ۷۶ ۵-۲-۱۰-۲ معنویت بامحوریت وجود قدسی و ماورایی (خدای یکتا)

۷۶	..... ماهیت معنی ۳-۱۰-۲
۷۹	..... ابعاد وجودی انسان به عنوان یکسوی ارتباط ۴-۱۰-۲
۸۰	..... انواع ارتباط در معنویت ۵-۱۰-۲
۸۲	..... معنویت از دیدگاه اسلام ۶-۱۰-۲
۸۳	..... هویت معنوی و تصویر ذهنی از خدا ۷-۱۰-۲
۸۵	..... انسان در اسلام ۸-۱۰-۲
۸۷	..... تبیین افسردگی در اسلام ۹-۱۰-۲
۸۷	..... ۱-۹-۱۰-۲ تعریف افسردگی در دین اسلام
۸۹	..... ۱۰-۱۰-۲ سبک ها و تمرینات مداخلات در درمانهای معنوی
۹۰	..... ۱-۱۰-۱۰-۲ نیت
۹۱	..... ۲-۱۰-۱۰-۲ توکل
۹۳	..... ۱-۲-۱۰-۱۰-۲ ارتباط توکل با کنترل نیابتی و تفسیری
۹۳	..... ۲-۲-۱۰-۱۰-۲ کنترل نیابتی
۹۳	..... ۳-۲-۱۰-۱۰-۲ کنترل تفسیری
۹۴	..... ۴-۲-۱۰-۱۰-۲ مفهوم توکل در روانشناسی
۹۵	..... ۵-۲-۱۰-۱۰-۲ شواهد تجربی توکل و بهداشت روان
۹۶	..... ۶-۲-۱۰-۱۰-۲ روش تشریک مساعی با خداوند
۹۷	..... ۳-۱۰-۱۰-۲ صبر
۹۸	..... ۴-۱۰-۱۰-۲ دعا و نیایش
۱۰۰	..... ۱-۴-۱۰-۱۰-۲ دعا و نیایش در پژوهش های خارجی
۱۰۲	..... ۵-۱۰-۱۰-۲ ذکر
۱۰۳	..... ۱۱-۱۰-۲ جستجوی رهنمودهای معنوی
۱۰۳	..... ۱۱-۲ ملاحظات درمانهای معنوی و خطرات بالقوه آن
۱۰۴	..... ۱-۱۱-۲ خطرات بالقوه درمانهای معنوی
۱۰۵	..... ۱۲-۲ تدوین طرحواره درمانی
۱۰۷	..... ۱۴-۲ طرحواره ناسازگار اولیه
۱۰۸	..... ۱-۱۴-۲ تجارب زندگی
۱۰۹	..... ۲-۱۴-۲ خلق و خوی هیجانی

- ۱۱۰ حوزه های طرحواره و طرحواره های ناسازگار اولیه
- ۱۱۶ بیولوژی طرحواره های ناسازگار اولیه
- ۱۱۷ تداوم طرحواره
- ۱۱۹ درمان طرحواره های
- ۱۱۹ ۱-۱۸-۲ فنون شناختی
- ۱۲۰ ۲-۱۸-۲ فنون تجربی
- ۱۲۰ ۳-۱۸-۲ الگوشکنی رفتار
- ۱۲۰ ۴-۱۸-۲ رابطه درمانگر- بیمار
- ۱۲۰ ۱۸-۲ مزیت و معایب طرحواره درمانی
- ۱۲۱ ۱۹-۲ پیشینه پژوهش
- ۱۲۱ ۱-۱۹-۲ پژوهش های خارجی معنویت درمانی
- ۱۲۸ ۲-۱۹-۲ پژوهش های داخلی معنویت درمانی
- ۱۳۵ ۳-۱۹-۲ پیشینه مطالعات داخلی طرحواره درمانی
- ۱۴۰ ۴-۱۹-۲ پیشینه مطالعات خارجی طرحواره درمانی

فصل سوم روش تحقیق

- ۱۴۲ ۱-۳ مقدمه
- ۱۴۳ ۲-۳ روش پژوهش
- ۱۴۳ ۳-۳ جامعه آماری
- ۱۴۳ ۴-۳ روش نمونه گیری و تعداد نمونه
- ۱۴۴ ۵-۳ ملاکهای ورود
- ۱۴۴ ۶-۳ ملاکهای خروج
- ۱۴۵ ۷-۳ ابزار پژوهش
- ۱۴۵ ۱-۷-۳ پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)
- ۱۴۵ ۲-۷-۳ سیاهه شرح حال دینی و روانی (RSHI)
- ۱۴۶ ۳-۷-۳ ابزار درمانی جلسات گروه معنویت درمانی
- ۱۴۷ ۴-۷-۳ ابزار درمانی گروه طرحواره درمانی
- ۱۴۸ ۸-۳ فرآیند اجرای تحقیق

۳-۹ روش آماری تجزیه تحلیل داده ها ۱۴۸

فصل چهارم یافته های تحقیق

۴-۱. مقدمه ۱۵۰

۴-۲. تجزیه و تحلیل توصیفی یافته های پژوهش ۱۵۰

۴-۳. تجزیه و تحلیل استنباطی یافته های پژوهش ۱۵۴

۴-۳-۱. پیش فرض های تحلیل کوواریانس ۱۵۴

۴-۳-۱-۱. نرمال بودن توزیع متغیرها ۱۵۴

۴-۳-۱-۲. بررسی همگنی شیب رگرسیون ۱۵۵

۴-۳-۱-۳. بررسی آزمون لون ۱۵۷

فصل پنجم جمع بندی و نتیجه گیری و ارائه پیشنهادات

۵-۱ مقدمه ۱۶۱

۵-۲ جمع بندی و نتیجه گیری ۱۶۲

۵-۳ محدودیت های پژوهش ۱۷۰

۵-۴ پیشنهادات پژوهش ۱۷۱

پیوست ۱۷۲

منابع و مآخذ ۱۹۲

الف) منابع فارسی ۱۹۲

ب) منابع خارجی ۱۹۷

فهرست جدول‌ها

عنوان	صفحه
جدول ۱-۳ طرح کلی پژوهش تجربی.....	۱۴۳
جدول ۲-۳ شرح جلسات معنویت درمانی.....	۱۴۶
جدول ۳-۳ شرح جلسات طرحواره درمانی.....	۱۴۷
جدول ۱-۴: میانگین و انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمره مقیاس افسردگی در گروه‌های آزمایش و کنترل.....	۱۵۰
جدول ۲-۴ میانگین و انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمره مؤلفه‌های مقیاس افسردگی در گروه معنویت درمانی.....	۱۵۱
جدول ۳-۴ میانگین و انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمره مؤلفه‌های مقیاس افسردگی در گروه طرحواره درمانی.....	۱۵۲
جدول ۴-۴ میانگین و انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمره مؤلفه‌های مقیاس افسردگی در گروه کنترل.....	۱۵۳
جدول ۵-۴ جدول نرمال بودن توزیع متغیرها.....	۱۵۴
جدول ۶-۴ بررسی همگنی شیب رگرسیون متغیر مورد پژوهش.....	۱۵۵
جدول ۷-۴ خلاصه نتایج آزمون لون.....	۱۵۷
جدول شماره ۸-۴ خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به اثر مداخلات درمانی در کاهش افسردگی.....	۱۵۷
جدول شماره ۹-۴ نتایج آزمون تعقیبی متغیر افسردگی در گروه‌های مورد پژوهش.....	۱۵۸
جدول شماره ۱۰-۴ خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به مؤلفه‌های افسردگی در گروه‌های مورد پژوهش.....	۱۵۹
جدول شماره ۱۱-۴ نتایج آزمون تعقیبی مؤلفه‌های افسردگی در گروه‌های مورد پژوهش.....	۱۶۰

فهرست نمودارها

صفحه

عنوان

- نمودار ۱-۴: میانگین نمرات مقیاس افسردگی در گروه های آزمایش و کنترل ۱۵۱
- نمودار ۲-۴: میانگین نمرات مؤلفه های افسردگی در گروه معنویت درمانی ۱۵۲
- نمودار ۳-۴: میانگین نمرات مؤلفه های افسردگی در گروه طرحواره درمانی ۱۵۳
- نمودار ۴-۴: میانگین نمرات مؤلفه های افسردگی در گروه کنترل ۱۵۴
- نمودار ۴-۵: توزیع نرمال متغیر افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل ۱۵۵
- نمودار ۴-۶: رابطه خطی بین متغیر افسردگی در گروه های آزمایش و کنترل ۱۵۶

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱ مقدمه

در زندگی همه ی ما روزهایی وجود دارند که همه چیز را سیاه می بینیم، هیچ چیز شادی ما را بر نمی انگیزد و هیچ امیدی به موفقیت نداریم، بد خلق و غمگین هستیم، احساس تنهایی، خلأ، ناامیدی و گنهکاری بر ما چیره می شود و اضطراب ما را فرا می گیرد. همه ما با چنین حالت ها و احساس هایی که اغلب پس از شکست ها یا فقدان ها و یا حتی بدون دلیلی آشکار به وجود می آیند، کم و بیش آشنا هستیم و با آنها با موفقیت بیش و کم مقابله می کنیم. اما آنچه موجب می شود تا چنین احساس هایی به صورت اختلال های روانی درآیند، نوع و تعداد نشانه ها، شدت و طول مدت و همچنین حدی است که به جریان به هنجار زندگی روزمره آسیب می رسانند. در قلمرو زندگی بهنجار و در زمینه تجربه ی آسیب شناختی، این احساس ها و شیوه ی دریافت آنها را با مفهوم «افسردگی»^۱ مرتبط گشته اند (دادستان، ۱۳۹۱).

افسردگی یکی از رایجترین انواع ناراحتی های روانی است که باعث مراجعه به روانشناسان، روانپزشکان و دیگر متخصصان بهداشت روانی می گردد. مطالعاتی که در سال های اخیر از طرف متخصصان «سازمان بهداشت جهانی» در کشورهای در حال توسعه آسیا و آفریقا انجام گرفته از افزایش دامنه شیوع افسردگی در میان ملل در حال رشد حکایت می کند (مهریار، ۱۳۸۷). از این رو در حال حاضر گروه های متنوعی و متعددی از متخصصان بالینی به درمانگری افسردگی با کمک روش های گوناگون درمانی می پردازند (دادستان، ۱۳۹۱).

از طرفی ظهور دوباره کشش و ایمان معنوی و جستجوی درک روشن تری از ایمان و کاربرد آن در زندگی روزمره و تجلی آن در مجلات، کتب، رسانه های جمعی و خلاصه سرایت مذهب به همه جا، تقاضا برای درمانگران جهت آگاهی و حساسیت به مسایل معنوی و مذهبی مراجعان را ایجاد می کند. از سوی دیگر نتایج تحقیقات در مورد رابطه ایمان با عملکرد سالم جمعی، عاطفی و اجتماعی، ارزیابی مجدد نقش مذهب و بهداشت روانی را ایجاب می کند. لذا امروزه باورهای مذهبی و معنوی مراجعین نه تنها کارآمد و منطقی تلقی می شود بلکه به عنوان منابع قدرتمند برای بهبود و درمان در نظر گرفته می شود. مضافاً بر اینکه در بسیاری از موارد مشکل مراجعان با مسائل مذهبی درهم بافته است و بدون مداخله معنوی درمان کامل نمی شود (اعتمادی، ۱۳۸۴).

^۱-Depression

۲-۱ شرح و بیان مسأله پژوهش

افسردگی تأثیر زیادی بر توانایی عملکردی افراد در محیط کار، روابط و بخش های دیگر زندگی دارد. طبق تخمین سازمان بهداشت جهانی^۱ تا سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین عامل ناتوان کننده خواهد بود و تنها بیماری های قلبی و عروقی بیشتر از آن باعث ناتوانی خواهند شد. تأثیرات افسردگی نه تنها توانایی برای عملکرد و کیفیت زندگی بلکه همچنین سلامت فیزیکی را به وسیله وادار کردن افراد به خودکشی (بیش از یک میلیون فرد از دست رفته در سراسر جهان) یا تغییر فرآیندهای حیاتی لازم برای بقا (سیستم ایمنی، خود درون ریز و متابولیسم و عملکردهای قلبی و عروقی) مختل می کند (بنلی، کونینگ، رزمارین^۲، ۲۰۱۲). در دو دهه ی آخر قرن بیستم افسردگی جای اضطراب را که در دو دهه ی بعد از جنگ بین المللی دوم به عنوان مهمترین عارضه ی روانی تلقی می شده، گرفته است و اینک رایج ترین ناراحتی روانی افراد بالغ را تشکیل می دهد. همراه با بروز شیوع افسردگی، هم در کل جمعیت و هم در جمعیت «مراجعان» به مراکز بهداشت و درمان روانی، اقدامات گوناگونی از طرف متخصصان بهداشت روانی در زمینه «تشخیص»، «بررسی علل» و «درمان انواع افسردگی» به عمل آمده است (مهاریار، ۱۳۸۷).

روشهای «روان درمانگری»^۳، شیوه های «تغییر رفتار»^۴ و فنون مختلف دیگر، در تلاشند و به نوعی انسان را یاری می دهند تا بر این مشکلات فائق آید. در حال حاضر تنوع این شیوه ها به حدی است که گاهی انتخاب شیوه ای خاص را مشکل می کند. کارآمدی این شیوه ها، رفته رفته به یکی از مسائل مهم روان درمانگران 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 علت شناسی 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 می گیرد، «چیزهایی» وجود داشته اند که وی را به این حد رسانده و لازم است به آنها دست یافت و فرآیند ایجاد مشکل را مطالعه کرد. این چیزها همان عوامل و مسائلی هستند که "رفتار نگرها آن را در قالب محرک- پاسخ" و "هستی نگرها آنها را در قالب معنی و روان" "تحلیل گران آنها را در قالب مسائل ناهشیار" و "سایر روی آوردها نیز بر مبنای بازخوردها" تفسیر می کنند. اما اگر با فردی شدیداً نومید و از هم پاشیده روبرو شویم، تمامی فنون و

¹ - World Health Organization

² - Bonelli, Koenig, Rosmarin

³ - Psychotherapy

⁴ - Behavior change

روش‌ها نامؤثر می‌شوند. در حالی که در چنین شرایطی هنوز مذهب می‌تواند کارآمدی خود را حفظ کند (رضوانی به نقل از پروپست^۱، ۱۳۸۸).

اگر سایر حوزه‌های روانشناختی بتوانند خداوند و اعتقادات مذهبی را نادیده بگیرند، در حوزه روان‌درمانی این مسأله چندان آسان نیست، زیرا از یک سو بدون توجه به بعد معنوی شناخت و درمان انسان کامل نخواهد بود و از سوی دیگر مراجعین امروزه بیشتر متمایلند تا این توجه را از درمانگران دریافت کنند و شاید همانطور که در ابعاد دیگر (مانند مشاور تحصیلی، ازدواج و خانواده) افراد بیشتر نیازمند خدمات تخصصی هستند و منبع این ارضاء نیازها از خانواده و گروه‌های طبیعی معطوف به نهادهای رسمی و افراد متخصص شده است، در این زمینه نیز مراجعین بیشتر متقاضی توجه و دقت از سوی درمانگران هستند. چراکه از یک سو کانون مشکل برخی از مراجعین مسائل ارزشی و معنوی است و از سوی دیگر مسائل معنوی با سایر مسائل روانی-عاطفی و بین فردی در هم بافته است (اعتمادی، ۱۳۸۴). برخی از محققین و روان‌درمانگران نیز به اهمیت معنویت در روان‌درمانی تأکید کرده‌اند (کونینگ^۲، ۲۰۱۲). پارگامنت^۳ (۲۰۰۷) بیان می‌کند به طور خلاصه معنویت یکی از ابعاد زندگی انسان است و هنگامی که افراد به اتاق مشاوره و درمان وارد می‌شوند، بعد معنوی خود را پشت در نمی‌گذارند بلکه باورهای معنوی، اعمال و تجارب، ارزش‌ها، ارتباطات، و چالش‌های معنوی خود را نیز به همراه خود به اتاق مشاوره و درمان می‌آورند. موهر^۴ (۲۰۱۱) بیان می‌کند با توجه به نظر متخصصان سلامت، معنویت و دین اغلب یک نقش کلیدی در فرآیند بهبودی از بیماری‌های ذهنی بازی می‌کند و اکثر بیماران دوست دارند از منابع دینی و مذهبی شان در دوره درمان و مراقبت آنها استفاده شود.

در واقع این یافته‌ها نشان می‌دهد معنویت^۵ نقش درمانی دارد. صف آرا، سینگ، دژکام^۶ به نقل از بنسون^۷ (۲۰۰۰) نتیجه‌گیری می‌کند که مداخلات برای ارتقاء آرامش و پاسخ‌های آرام‌سازی وقتی که با عمیق‌ترین اعتقادات مردم ارتباط داشته باشند مؤثرتر هستند. او به این موضوع به عنوان «عامل ایمان» اشاره کرده و نشان داد به نظر می‌رسد که ایمان مردم در یک "نیروی فراتر از زندگی یا ابدی" تأثیرات متوسط پاسخ آرام‌سازی را افزایش می‌دهد. مداخلات معنوی که دسترسی پذیری مراجعان به منابع معنوی شان از خداوند و معنویت به طور کلی را افزایش می‌دهد و میتواند تأثیرات

1- propest

2-Koenig

3- pargament

4-Mohr

5-Spirituality

6- Safara, Singh, Dezhkam

7-Benson

اشکال مختلف درمان روانی را افزایش دهد (صف آرا، سینگ، دژکام، ۲۰۱۲). هفتی^۱ (۲۰۱۱) نتیجه می‌گیرد که نتایج روان درمانی در بیماران مذهبی می‌تواند به وسیله یکپارچه سازی عناصر مذهبی در پروتکل درمانی افزایش داشته باشد. بنابراین معنویت و ایمان مذهبی، به عنوان یک شیوه درمانی برای مقابله با افسردگی قابل بهره برداری است و طبق گفته هدلی^۲ (۲۰۰۳) استفاده از درمان معنوی در دهه های اخیر در دنیا مؤثر و رایج واقع شده است و اخیراً مقالات و کتب بسیاری درباره کارآمدی ادغام معنویت با درمان جسمی و روان درمانی به رشته تحریر درآمده است.

بسیاری از متفکران و نویسندگان اسلامی (مطهری، نجاتی، ابن قیم، علامه طباطبائی و...) این نظر را که ایمان به خدا و پایبندی به اعتقادات اسلامی تأمین کننده آرامش و سلامتی روانی یا عامل بازدارنده بسیاری از بیماری‌های روانی است، مورد توجه قرار داده اند (یاسمی نژاد، گل محمدیان، سعیدی پور، ۱۳۸۹). نگاهی به تعالیم اسلامی نشان می‌دهد که اسلام برای هر یک از امور زندگی دستورالعمل دقیق و تعریف شده ای دارد که راه و رسم زندگی را در تمامی زمینه ها در نظر می‌گیرد. البته تردیدی نیست که انسان در حوزه تربیت انسان سالم و نجات انسان از افسردگی و استرس با تکیه بر نگرش خاصی در مورد بشر آموزه های خود را در غالب مفاهیم متعالی و آیات قرآنی ارائه می‌نماید. اسلام مبدأ و منشأ عالم هستی را صرفاً ناظر به ذات اقدس ربوبی می‌داند، حقیقت وجود آدمی را محدود به جسم نمی‌داند بلکه علاوه بر آن روح نیز مورد تصدیق قرار می‌گیرد. اسلام ضمن اینکه نیاز به امور دنیوی و توجه به ملزومات جسمانی را مورد عنایت قرار می‌دهد اما در نهایت یاد خداوند را مایه آرامش جان و روح انسان معرفی می‌نماید. لازم به ذکر است آیه قرآنی «الا به ذکر الله تطمئن القلوب، با یاد خدا دلها آرامش می‌یابد» بر این نتیجه صحنه می‌گذارد (یحیی زاده جلودار، گودرزی، ۱۳۹۱). با توجه به این نکات استفاده از ظرفیت های معنوی انسان در درمان اختلالاتی همچون افسردگی نه تنها مؤثر که ضروری می‌باشد.

معنویت بعدی از انسان است که ارتباط و یکپارچگی او را با عالم هستی نشان می‌دهد. ارتباط و یکپارچگی به انسان امید و معنا می‌دهد و او را از محدوده‌ی زمان و مکان و علایق مادی فراتر می‌برد (غباری بناب، ۲۰۰۹، نقل از بوالهروی، نظیری، زمانیان، ۹۱). ریکی^۳ (۲۰۱۱) معتقد است که معنویت نیروی برانگیزاننده فرد به سمت ایجاد مفهوم گسترده ای از معنای شخصی است. معنویت به باورها و اعمالی نسبت داده می‌شوند که بر این فرض قرار دارند که ابعاد متعالی (و نه جسمانی) در

¹-Hefti

²-Hedli

³-Rickhi

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^۱، 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 ببخشند. رویکردهای معنویت درمانی، درمانگران را تشویق می کنند که درمان مسائل مهم معنوی درمانجویان را در زمان مناسب مورد خطاب قرار دهند و در راستای استفاده از قدرت بالقوه ی ایمان و معنویت درمانجویان در درمان و بهبودی، از درمان و مداخله هایی استفاده کنند که بیانگر احترام و ارزش قائل شدن درمانگر نسبت به مسائل معنوی درمانجو باشد (ریچاردز و هارمن^۲، ۲۰۰۷). 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 معناگرایانه 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.

اساس معنویت درمانی تأکید بر محتوای درمان است و از آنجایی که درمانهای شناختی، از جمله طرحواره درمانی شباهت هایی را در نوع تکنیک و قالب درمانی با درمانهای معنوی دارد، در این تحقیق سعی می شود با مقایسه درمان معنوی و طرحواره درمانی با یکدیگر، اهمیت محتوای معنوی در درمان افسردگی مورد آزمایش قرار گیرد.

شناخت درمانی^۳ به طور گسترده ای برای مشکلات روان شناختی از قبیل افسردگی، اضطراب و اختلالات خوردن به کار رفته است. پژوهشگران و متخصصان بالینی رویکرد شناختی- رفتاری در تدوین درمانهای اثر بخش برای اختلالات محور I از جمله اختلالات خلقی، اضطرابی، جنسی، خوردن و غیره پیشرفت قابل ملاحظه ای داشته اند. این درمانها، کوتاه مدت بوده و هدف آنها کاهش نشانه ها، مهارت آموزی و حل مسایل فعلی بیمار است. با این حال، اگر چه بسیاری از بیماران با این شیوه درمان مشکلاتشان حل می شود، ولی بسیاری از آن ها به این نوع درمان جواب

¹-Seligman

²- Richards & Hardman

³- Cognitive Therapy

نمی دهند، اغلب کسانی که مشکلات منش شناختی زیر بنایی دارند در بلند مدت به این درمانها جواب نمی دهند بنابراین دلایل یانگ^۱ (۱۹۹۰، ۱۹۹۹)، طرحواره درمانی^۲ را برای درمان بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی مزمی که به قدر کافی از رفتار درمانی شناختی کلاسیک کمکی دریافت نمی کردند تدوین کرد. طرح واره درمانی بسته به مشکل بیمار می تواند به صورت کوتاه مدت، بلند مدت و میان مدت به کار گرفته شود. طرح واره درمانی بر پایه رفتار درمانی شناختی کلاسیک بنا شده و با تأکید بیشتر بر ریشه های تحولی مشکلات روانشناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک های برانگیزنده و افق های نوینی فراروی مرزهای درمان کلاسیک گشوده است (کلمن^۳، ۲۰۱۰).

طرح واره درمانی درون مایه های روان شناختی را مد نظر قرار می دهد که شاخصه بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی می باشد. این درون مایه ها را طرحواره های ناسازگار اولیه می نامیم. یانگ (۱۹۹۰ و ۱۹۹۹) فرض می کند که طرحواره های ناسازگار اولیه، الگوها یا درون مایه های فراگیر و عمیقی هستند که از خاطرات، هیجان ها، شناخت واره ها و احساسات بدنی تشکیل شده اند، در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته اند، در مسیر زندگی تداوم یافته اند، درباره خود و در رابطه با دیگران هستند و در الگوهای هیجانی و شناختی آسیب رسان به شدت ناکارآمدند. این درمان در بهبود افسردگی، اضطراب مزمن، اختلال خوردن، مسائل زناشویی و مشکلات پایدار در حفظ روابط صمیمانه و ارضا کننده، پیشگیری از عود بیماری در مصرف کنندگان مواد و مجرمان قانونی مفید گزارش شده است (کلمن، ۲۰۱۰).

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 گرایش های معنوی و اخلاقی یکی از ظرفیت های ایجاد تغییر در انسان است، آیا درمانهای معنوی نیز می تواند در کاهش افسردگی مؤثر واقع شود؟ همچنین آیا درمان طرحواره ای در کاهش افسردگی مؤثر واقع می شود؟ در بررسی مقایسه ای نیز با توجه نزدیکی روشهای معنویت درمانی طرحواره درمانی، کدامیک در درمان افسردگی مؤثرترند؟

¹-Young

²-Schema Therapy

³-Colman

۳-۱ اهمیت و ضرورت تحقیق

امروزه افسردگی در همه جوامع شایع هست، تا آنجا که آن را «سرماخوردگی اختلالات دماغی» نامیده اند. تعداد معدودی از افراد هستند که افسردگی را در طول زندگی‌شان تجربه نمی‌کنند. افسردگی محدود به قشر خاصی نیست، اما برخی افراد جامعه به دلیل موقعیت خاص، نسبت به این اختلال آسیب پذیرترند. زندگی پر از فراز و نشیب و هیجان است اما وقتی که این اتفاقات طولانی می‌شوند، می‌توانند در توانایی و عملکرد افراد تأثیر گذاشته و ایجاد افسردگی نمایند. تحقیقات نشان می‌دهند که هر ساله در ایالات متحده ی آمریکا در حدود ۱۹٪ میلیون نفر از مردم افسردگی را تجربه می‌کنند (یک نفر از هر ده بزرگسال) و تقریباً دو سوم از افراد نیز کمک‌هایی را که لازم است را دریافت نمی‌کنند و به عبارتی اکثر افرادی که از افسردگی رنج می‌برند برای درمان مراجعه نمی‌کنند و آن دسته از افرادی که به پزشک مراجعه می‌کنند بیشتر از ناراحتی‌های جسمانی، نداشتن انرژی یا احساس ضعف شکایت می‌کنند (لایبلافت، به نقل از امانی، ۱۳۸۹). در حالی که افسردگی مسئله‌ای است که دامنه وسیعی از افراد هر سن، جنس و فرهنگی را شامل می‌شود، دانشجویان دانشگاه نیز افسردگی را تجربه می‌کنند. شیوع افسردگی در دانشجویان از ۱۰ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۱۶ درصد در سال ۲۰۰۶ افزایش یافته است. برخی از علل افسردگی دانشجویان، به استرس‌سورهای محیطی مربوط می‌شود که شامل ملزومات و فشارهای تحصیلی، محیط زندگی جدید، مسئولیت‌های مالی، تغییرات عاطفی و ارتباطی و آماده شدن برای بعد از فارغ‌التحصیلی می‌باشد (کر، جانسون، گانز^۱، ۲۰۰۴). افسردگی در اکثر موارد با اختلالات اضطرابی و سوء مصرف مواد همراه است (کلمن، ۲۰۱۲)، و در هر دو صورت تنها یا همراه با دیگر اختلال‌ها، این شرایط ممکن است به آسیب‌های کارکردی قابل توجهی منجر شود (هوپکو و مالانا^۲، ۲۰۰۸). افسردگی همچنین علت بسیاری از مشکلات دانشجویان از جمله کاهش کیفیت زندگی و افزایش خطر خودکشی است.

در خصوص اهمیت پرداختن به معنویت در درمان باید خاطر نشان کرد که بر خلاف تفکر روانشناختی قرن بیستم که سوگیری منفی نسبت به معنویت یکی از مشخصه‌های آن بود، با فرا رسیدن قرن جدید این تفکر بایک مدل نسبتاً جدید زیستی، روانی، اجتماعی، مذهبی، جایگزین شده است، به این معنا که بسیاری روانشناسان پذیرفته‌اند که درمانجویان در واقع موجوداتی معنوی هستند و روان‌درمانی ذاتاً یک تلاش معنوی می‌باشد (موهر، ۲۰۱۱). در نشست ۱۹۸۴ سازمان جهانی بهداشت یک تصمیم تاریخی گرفته شد و جنبه‌های معنوی و مشخصاً غیرمادی به عنوان بخشی از

^۱ - Kerr, Johnson., Gans

^۲ - Hopko & Mullane