



دانشگاه علامه طباطبائی

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

رساله جهت اخذ درجه دکتری رشته مشاوره

عنوان:

تدوین پروتکل درمانی بر اساس ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره های معنوی-اسلامی و مقایسه اثربخشی آن با درمان پردازشی- تجربه ای / هیجان مدار بر کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان

استاد راهنما:

دکتر عبدالله شفیع آبادی

اساتید مشاور:

دکتر ابوالفضل کرمی

دکتر علی دلاور

پژوهشگر:

حبیب اله اکبری



دانشگاه علامه طباطبائی
دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

رساله جهت اخذ درجه دکتری رشته مشاوره

عنوان:

تدوین پروتکل درمانی بر اساس ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره های معنوی-اسلامی و مقایسه اثربخشی آن با درمان پردازشی- تجربه ای / هیجان مدار بر کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان

استاد راهنما: دکتر عبدالله شفیع آبادی

اساتید مشاور:

دکتر ابوالفضل کرمی

دکتر علی دلاور

اساتید داور:

دکتر محمود گلزاری

دکتر رقیه موسوی

پژوهشگر:

حبیب اله اکبری

اردیبهشت 92

تقدیم به:

روان پاک پدرم که روح انساندوستی و معرفت را در
وجود من نهاد.

و

همسر عزیز و مهربانم که همراهی و همدلی او دلگرمی و
پشتوانه من در لحظه لحظه زندگی ام بوده است.

با تقدیر و تشکر از :

- جناب آقای **دکتر عبدالله شفیع آبادی**، پدر مشاوره ایران که علاوه بر راهنمایی و استادی، حق پدری بر گردن من دارند و خواهند داشت.
- جناب آقای **دکتر ابوالفضل کرمی**، که با راهنمایی های ارزنده خویش، مسیر رشد و تعالی را برایم روشن نمودند.
- جناب آقای **دکتر علی دلاور**، که با حمایت های بیدریغ و بی شائبه خود انجام این تحقیق را برایم میسر ساختند.

همچنین :

- از اساتید داور جناب آقای دکتر محمود گلزاری و سرکار خانم دکتر رقیه موسوی که زحمت داوری دقیق رساله را کشیدند سپاسگزارم.
- از جناب آقای دکتر حسین سلیمی بجزستانی که مانند یک دوست و برادر در تمام مراحل مرا یاری نمودند تشکر ویژه می نمایم.
- از جناب آقای مسعود ظفر که در تحلیل آماری این رساله کمک فراوانی نمودند نهایت تشکر را دارم.

چکیده

این پژوهش با هدف تدوین پروتکل درمانی بر اساس ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره های معنوی - اسلامی و مقایسه اثربخشی آن با درمان پردازشی - تجربه ای / هیجان مدار بر کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان انجام شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر را دانشجویان دختر پردیس تحصیلات تکمیلی دانشگاه علامه طباطبایی که در سال 90-1389 در این دانشکده مشغول به تحصیل بودند تشکیل می دهد. از بین آنان تعداد 45 نفر بصورت داوطلبانه و در دسترس که نمره بالاتر از خط برش را در اضطراب اجتماعی داشتند انتخاب شده و بصورت تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه 15 نفر) اختصاص یافتند. گروه های آزمایش هر کدام به مدت 8 جلسه تحت درمان پروتکل های تدوینی ذهن آگاهی مبتنی بر طرحواره های معنوی - اسلامی و درمان پردازشی - تجربه ای / هیجان مدار قرار گرفتند.

ابزار این پژوهش مقیاس اضطراب اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی (SPAI) بود که دو مؤلفه اضطراب اجتماعی و گذرهراسی را مورد سنجش قرار داد. برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش و آزمون فرضیه ها از تحلیل کواریانس و آزمون های تعقیبی استفاده شد. فرضیه های پژوهش عبارتند از:

1- پروتکل درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره های معنوی اسلامی بر کاهش اضطراب اجتماعی و گذرهراسی دانشجویان دختر مؤثر است.

2- درمان پردازشی - تجربه ای / هیجان مدار بر کاهش اضطراب اجتماعی و گذرهراسی دانشجویان دختر مؤثر است.

3- بین تأثیر دو روش درمانی فوق تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج نشان داد که هر سه فرضیه فوق با احتمال 99% مورد تأیید قرار گرفت.

واژگان کلیدی: ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره های معنوی - اسلامی، درمان پردازشی - تجربه ای / هیجان مدار، اضطراب اجتماعی، گذرهراسی.

فهرست مطالب

صفحه

چکیده.....1

فصل اول: کلیات پژوهش

مقدمه.....3

بیان مسئله.....5

اهمیت و ضرورت.....16

اهداف پژوهش.....17

فرضیه های پژوهش.....18

تعاریف نظری و عملیاتی واژگان.....18

جمع بندی.....20

فصل دوم: مروری بر ادبیات پژوهش

مقدمه.....22

اختلال اضطراب اجتماعی.....24

انواع اضطراب اجتماعی.....25

تاریخچه اضطراب اجتماعی.....26

سیر و پیش آگهی.....27

گذرهراسی.....28

29.....	سبب شناسی اضطراب اجتماعی.....
30.....	الگوهای نظری در مورد سبب شناسی.....
32.....	رویکردهای درمانی برای اضطراب اجتماعی.....
33.....	مراقبه ذهن آگاهی و اثرات آن.....
36.....	ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس.....
38.....	ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی.....
39.....	شخصیت سالم از دیدگاه اسلام.....
41.....	شیوه های اعتقادی کسب آرامش روانی.....
44.....	ایمان و سلامت روان از دیدگاه روانشناسان.....
45.....	رابطه دین و رواندرمانی.....
46.....	نگاه دوگانه روانشناسی به دین.....
48.....	چگونگی ارتباط مؤلفه های دینی و معنوی با فنون درمانی.....
49.....	مؤلفه های درمانی آموزه های معنوی و مذهبی.....
54.....	حضور قلب.....
55.....	ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره های معنوی - اسلامی.....
58.....	شکل شماره 1.....
59.....	درمان پردازشی - تجربه ای / هیجانمدار.....

61.....	نظریه هیجان.....
62.....	نظریه هیجان معاصر.....
64.....	تنظیم هیجان.....
66.....	بدتنظیمی هیجان.....
68.....	بدتنظیمی هیجان و توسعه آسیب روانی.....
69.....	نظریه های بالینی هیجان.....
72.....	نظریه انسان گرایی هیجان.....
73.....	طرحواره های هیجانی.....
74.....	پاسخ های هیجانی.....
76.....	مدل پردازشی - تجربه ای افسردگی.....
77.....	پردازش هیجانی و شناخت.....
80.....	وجوه متمایز درمان PE-EFT.....
85.....	تحقیقات داخلی.....
88.....	تحقیقات خارجی.....
95.....	جمع بندی.....

فصل سوم: روش پژوهش

99	مقدمه
100	جامعه آماری
101	روش اجرای پژوهش
102	ابزار پژوهش
103	روش آماری
103	جمع بندی

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل آماری داده ها

105	مقدمه
105	یافته های توصیفی
109	آمار استنباطی
112	یافته های مربوط به فرضیه های پژوهش
122	جمع بندی

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

124	مقدمه
124	تحلیل و تبیین فرضیه ها
124	تبیین فرضیه اول
131	تبیین فرضیه دوم

136.....	تبیین فرضیه سوم.....
137.....	بررسی فرضیه های فرعی.....
141.....	محدودیت ها.....
142.....	پیشنهادات پژوهشی.....
142.....	پیشنهادات کاربردی.....
144.....	منابع فارسی.....
149.....	منابع انگلیسی.....
161.....	ضمائم.....

فهرست جداول

جداول توصیفی:

105.....	جدول 1-4: توزیع فراوانی و درصد آزمودنیهای گروه ها یا آزمایش و گواه.....
106.....	جدول 2-4: داده های توصیفی مربوط به گروه آزمایش 1.....
107.....	جدول 3-4: داده های توصیفی مربوط به گروه آزمایش 2.....
108.....	جدول 4-4: داده های توصیفی مربوط به گروه گواه.....

جداول استنباطی:

- جدول 4-5: مقایسه میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون..... 109
- جدول 4-6: نتایج آزمون F 109
- جدول 4-7: مقایسه میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون..... 110
- جدول 4-8: نتایج آزمون F 110
- جدول 4-9: آزمون نرمال بودن..... 111
- جدول 4-10: آزمون برابری واریانس ها..... 111
- جدول 4-11: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی مداخله 1 بر اضطراب اجتماعی..... 112
- جدول 4-12: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی مداخله 1 بر گذر هراسی..... 113
- جدول 4-13: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی مداخله 2 بر اضطراب اجتماعی..... 114
- جدول 4-14: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی مداخله 2 بر گذر هراسی..... 115
- جدول 4-15: مقایسه میزان اضطراب اجتماعی در دو گروه آزمایش 1 و 2..... 116
- جدول 4-16: مقایسه میزان گذر هراسی در دو گروه آزمایش 1 و 2..... 117
- جدول 4-17: آزمونهای تعقیبی برای مقایسه اضطراب اجتماعی..... 118
- جدول 4-18: آزمونهای تعقیبی برای مقایسه گذر هراسی..... 120

فصل اول

کلیات پژوهش

اختلالات اضطرابی، شایع ترین اختلالات روانی هستند (کاپلان و سادوک، 2004). همچنین اختلالات اضطرابی یکی از شایع ترین اختلالات روانی-عاطفی کودکان و نوجوانان محسوب می شود. اختلالات اضطرابی در کودکان ممکن است در یکی از اشکال اضطراب جدایی، هراس اجتماعی، اختلال اضطراب تعمیم یافته، اختلال آسیمگی با بازارهراسی یا بدون آن، اختلال وسواس- اجبار و هراس های اختصاصی ظاهر شود. (موسوی و دیگران، 1389). صرف نظر از ملاک های تشخیصی، اضطراب با عنوان یک حالت هیجانی تقریباً توسط همگان تجربه شده است به همین دلیل توجه پژوهشی به این اختلال دارای اهمیت زیادی می باشد. اختلالات اضطرابی همچنین عموماً در زنان بیشتر از مردان مشاهده می شوند ولی اعتبار این گفته به نوع اختلال اضطرابی مورد بحث بستگی دارد (کسلر¹ و دیگران، 2000).

اضطراب اجتماعی، ترس شدید و مستمر از موقعیت هایی است که در آن حالت ممکن است شرمندگی روی دهد. مبتلایان به اضطراب اجتماعی از تحقیر شدن و شرمساری در موقعیت های اجتماعی خاص نظیر گفتگو در جمع و صحبت در قرار ملاقات به شدت می ترسند (کاپلان و سادوک، ترجمه پورافکاری، 1379).

براساس DSM-IV-TR فرد دچار اضطراب اجتماعی در موقعیت های ترس آور یا حتی در شرایطی که در انتظار یک موقعیت اجتماعی است دچار نشانه های بدکار کردی در کارکرد دستگاه عصبی خودمختار می شوند اما حضور این نشانه های فیزیولوژیک، نقش مرکزی در تشخیص این اختلال ندارد بلکه تشخیص فوبی اجتماعی براساس تاریخچه ای که از بیمار گرفته می شود، گذاشته می شود (کاپلان، سادوک، 2004).

در سالهای اخیر موج جدیدی از درمانهای رفتاری شناختی ایجاد شده است که یک رویکرد مرتبه دوم، بافتی و فراشناختی را بکار می گیرند. ذهن آگاهی² به عنوان مخرج مشترک این رویکردهای مبتنی بر پذیرش می باشد (ماسودا³ و همکاران، به نقل از مارلات، 2005). ذهن آگاهی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی از نظر تئوریک بر تحلیل رفتار معاصر و نظریه چارچوب ارتباطی بنا شده است. از نظر این دیدگاه بسیاری از انواع آسیب شناسی روانی با تلاش برای تغییر دادن یا اجتناب از افکار منفی یا هیجانات رابطه دارند (هایز و فلدمن⁴، 2004). در اضطراب اجتماعی، اجتناب هیجانی با تمایل فرد به دوری و عدم مشارکت در فعالیتهای اجتماعی مشخص می شود. در ذهن

¹.kessler.

².Mindfulness

³.Masuda

⁴.Hize & Feldman

آگاهی به فرد آموزش داده می شود تا افکار و احساسات خود را همانطور که ایجاد می شود بدون قضاوت، ارزیابی یا تلاش برای تغییر دادن و یا اجتناب نمودن از آنها تجربه نماید.

محققان باورهای معنوی و مذهبی را به عنوان یک سازه یا طرحواره شناختی مفهوم سازی می کنند که به کاهش اختلاف بین اهداف موجود و اهداف آرزومندانه کمک می کند. این مفهوم سازی امکان تلفیق مفاهیم روانشناسی مذهبی و معنوی را با روش شناختی روانشناسی شناختی معاصر فراهم می سازد. فرایند فعالسازی یک طرحواره مذهبی یا معنوی تفاوتی با فرایندهای عمومی فعالسازی طرحواره های شناختی دیگر ندارد. (مارگولین و آوانس، 2006). در روانشناسی شناختی، یک طرحواره ی خود، مجموعه ای از باورها یا دانشهای کاملاً خودکار، منظم و سازمان یافته درباره مقاصد و قابلیت های فرد می باشد که در حافظه بلند مدت ذخیره شده است و ملاکهای اثربخشی را برای تنظیم توجه، تمرکز، کدگذاری، ذخیره و بازیابی اطلاعات ایجاد می کند و یک رابطه تداعی قوی با سایر مؤلفه های سیستم مانند فیزیولوژی و هیجان دارد (رومر و اورسیلو، 2009). یکی از اصول ذهن آگاهی، کیفیت بخشی به آگاهی درونی¹ می باشد که این کار از طریق اسکن و بازبینی واکنشهای بدنی، هیجانات و طرحواره های شناختی، ممکن می شود (کاباتزین²، 2003).

در ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره های معنوی- اسلامی، مفاهیم اسلامی همچون ذکر، دعا و توسل، شکرگزاری، توکل به خدا، ایمان و تقوا به عنوان طرحواره ها مفهوم بندی می شوند. از آنجا که این مفاهیم اولاً ریشه در اعتقادات فطری و قلبی فرد داشته و ثانیاً دارای مؤلفه های شناخت، عاطفه و رفتار نیز می باشند (یانگ، ترجمه صاحبی و حمیدپور، 1384)، فعالسازی آنها در هنگام تهدید و ارزیابی های مربوط به موقعیت می تواند به آرامش درونی و کاهش اضطراب موقعیتی فرد کمک کند. از طرفی تلفیق ذهن آگاهی با فعالسازی این طرحواره ها باعث آگاهانه شدن و تسهیل فرایند پردازش های طرحواره ای در فرد شده و رشد و شکوفایی او را توسعه می بخشد.

رویکرد درمانی پردازشی تجربه ای، یک رویکرد هیجان مدار است که از آن با عنوان درمان هیجان مدار³ (EFT) نیز یاد می شود و مربوط به فعالسازی و سازماندهی مجدد طرحواره های هیجانی می شود (گرینبرگ⁴، 2002). گرینبرگ و واتسون⁵ (2006) طرحواره هیجانی را «نوعی پاسخ و سازماندهی درونی می دانند که سطوح مختلف اطلاعات شامل محرکهای حسی- حرکتی، حافظه هیجانی و اطلاعات سطح ادراکی را ترکیب می کند.» (ص 30)

¹ internal Awareness

² Kabat zin

³ emotion focused therapy

⁴ Greenberg

⁵ Watson

برخلاف طرحواره شناختی، طرحواره هیجانی ساختاری است که دارای مؤلفه های غیر کلامی و تجارب عاطفی بوده و تلفیق زیست شناسی و تجربه را در فرد نشان می دهد. مدل پردازشی - تجربه ای خاطر نشان می کند که فعالسازی و ترکیب هیجانان پایه ای مرتبط با طرحواره های اضطراب اجتماعی و ناتوانی در بیان و تجربه آنها باعث سازماندهی خود به شکل اضطرابی می شود (گرینبرگ و واتسون، 2006). افراد دارای اضطراب اجتماعی، سازماندهی خود را بیش از یک نگاه منفی به خود، دیگران و جهان دانسته و بیشتر آن را حاصل مشکلات بین فردی می داند. گرینبرگ خاطر نشان می کند که اضطراب و درماندگی ناشی از آن مربوط به تجربه هیجانان شرم و ترس و روشهای ناکارآمد برای مقابله با آن است. بوسیله سازمان بندی مجدد نگاه به خود، مراجعان می توانند دیدگاهی را توسعه دهند که بر تاب آوری و احساس عاملیت خود مبتنی است.

از آنجا که انسان یک مجموعه یکپارچه و تجزیه ناپذیر است سلامت روانی کامل وی هنگامی محقق می شود که وحدت و انسجام این سیستم حفظ شود و اجزای مختلف آن با همدیگر هماهنگ عمل نمایند (شریفی نیا، 1391). از طرفی در سالهای اخیر با توجه به غالب بودن نظریه های پست مدرن، توجه به خرده فرهنگ ها و التقاط در نظریه ها اهمیت بسزایی پیدا کرده است (واکتل، 1993، ترجمه قربانی و طاهباز، 1389). در همین راستا پژوهش حاضر، دو رویکرد درمانی التقاطی را از نظر اثربخشی مقایسه خواهد کرد.

بیان مسأله

اضطراب و افسردگی از شایع ترین پدیده های هیجانی هستند که انسان امروز را می آزارند. درک ما از ماهیت اضطراب و افسردگی با کارهای بک¹ دستخوش تغییرات زیادی شد. بک و به دنبال وی، باور² معتقدند که اضطراب و افسردگی با سوگیریهای هماهنگ با خُلق در همه رویکردهای پردازش اطلاعات مرتبط است. (فتی، 1380) اضطراب اجتماعی در DSM-IV-TR به عنوان ترس آشکار و مزمن از یک یا بیش از یک موقعیت اجتماعی که در آن فرد با افراد نا آشنا برخورد می کند و یا توسط آنها مورد ارزیابی قرار می گیرد، تعریف شده است (ترا³، 2003). در واقع، اضطراب اجتماعی با اضطراب شدیدی که فرد همواره با ناراحتی یا دخالت در عملکرد، تجربه میکند تشخیص داده می شود (استین⁴، به نقل از مارلات، 2005). ترس از صحبت کردن در جمع، اضطراب سخنرانی و کمرویی از انواع شایع اضطراب اجتماعی هستند. البته کمرویی تفاوتی با اضطراب اجتماعی

¹. Beck
². Bower
³. Thera
⁴. Astin

دارد (رحیمی، 1386). ترنر¹ و همکاران (1990) مطرح می کنند که کمرویی، حالتی غیربالینی است و نسبت به اضطراب اجتماعی به شکل یک سندرم خفیف تر ظاهر می شود (هندرسون و زیباردو²، 2001).

در حال حاضر بین محققین و درمانگران درباره تعاریف خاص و تمایز بین کمرویی، فوبی اجتماعی و اضطراب اجتماعی بخاطر همپوشی نشانگان و ویژگیها سردرگمی هایی وجود دارد. (هندرسون و زیباردو، 2001) لیری³ (1986) کمرویی را با عنوان «یک سندرم رفتاری - عاطفی می داند که بوسیله اضطراب اجتماعی و بازداری درون فردی که از ارزیابی های بین فردی ناشی می شود ایجاد می شود». اضطراب اجتماعی با عنوان «اضطرابی که از پیش بینی حضور ارزیابی بین فردی در موقعیتهای اجتماعی واقعی یا خیالی ناشی می شود» تعریف شده است. این اضطراب نوعی پاسخ عاطفی و شناختی است که مربوط به ترس از پیامدهای بالقوه منفی می شود که فرد فکر می کند نمی تواند با آن مواجه شود (شلنکر⁴ و لیری، 1982).

اضطراب اجتماعی مانند کمرویی ضرورتاً باعث بازداری از رفتار بین فردی نمی شود. تمرکز بیشتر اضطراب اجتماعی بر نشانگان عاطفی است، برای مثال فردی ممکن است رفتار بازدارنده داشته باشد اما نشانگان اضطراب اجتماعی را تجربه نکند برعکس، فردی ممکن است نشانگان اضطراب اجتماعی را تجربه کند اما رفتار اجتنابی از خود بروز ندهد. فوبی اجتماعی در DSM-IV-TR با عنوان یک حالت اضطراب بالینی که در اثر مواجه شدن با برخی موقعیتهای اجتماعی یا عملکردی بوجود آمده و غالباً منجر به رفتار اجتنابی می شود تعریف شده است (ص 426). اصطلاح فوبی اجتماعی برای طبقه بندی نوع خاصی از اختلال بالینی یا روانی مطرح شده است در حالی که اصطلاح کمرویی زبان عامیانه این اختلال محسوب می شود (کروزیر⁵، 2001). علاوه بر این کمرویی با عنوان یک ویژگی شخصیتی در نظر گرفته می شود (ترنر⁶، بی دل و تاونزلی، 1990). تفاوت دیگر فوبی اجتماعی و کمرویی اینست که فوبی اجتماعی، حد نهایت اضطراب را داراست و عکس العمل های هیجانی قویتری در بر دارد (کروزیر، 2001). کمرویی و فوبی اجتماعی دارای برخی ویژگیهای مشترک مثل ترس از ارزیابی منفی، داشتن افکار منفی در موقعیتهای اجتماعی، ضربان قلب و فشار خون سیستولیک بالا و اجتناب از مواجه شدن با موقعیت های اجتماعی می باشند (ترنر و دیگران، 1990).

¹.Terner

².Henderson & Zimbardo

³.Leary

⁴.Schlenker

⁵.Crozier

⁶. Townsley & Beidel & turner

بک و امری¹ (1995) بین فوبی اجتماعی و اضطراب اجتماعی تمایز قائل شده اند و معتقدند که در فوبی اجتماعی ترس از دست دادن کنترل، عملکرد ضعیف و آشفتگی مقدم بر ترس از طرد شدن است و در اضطراب اجتماعی ترس اصلی فرد، مورد توجه دیگران قرار گرفتن، مشخص شدن نقطه ضعفها و به عنوان یک فرد ضعیف مورد قضاوت قرار گرفتن می باشد.

گذرهراسی² ترس از اماکن یا موقعیت هایی است که امکان دارد در آنها حمله وحشت زدگی رخ دهد یا گریز از آنها دشوار باشد. برای مثال، افراد مبتلا به گذرهراسی از تنها بیرون رفتن، به سوپر مارکت رفتن، مسافرت با قطار یا هواپیما، رد شدن از پل ها، تونل ها، عبور از مکان های رو باز و سوار شدن به آسانسور اجتناب می کنند. بسیاری از بیماران وحشت زدگی را حتی در خواب تجربه می کنند. (لی هی و هالند³، 2000).

ذهن آگاهی نوعی توجه کردن است که از تمرینهای مراقبه بودیسم شرق نشأت می گیرد. درمورد اثرات مفید ذهن آگاهی تبیینات مختلفی وجود دارد. مارلات و دیگران (2005) پیشنهاد می کنند که ذهن آگاهی ممکن است بعنوان یک مداخله آرمیدگی، یک جستجوی معنوی، یک اعتیاد مثبت و یا یک مداخله عاطفی - شناختی عمل کند. در حال حاضر بالغ بر 240 بیمارستان و کلینیک در ایالات متحده از روش آموزش ذهن آگاهی برای برنامه های کاهش استرس استفاده می کنند (بائر⁴، 2006).

مشاوره کارآمد در بستر فرهنگ جامعه و در چارچوب ارزشهای اخلاقی این حرفه میسر و ممکن است (نوابی نژاد، 1387). همچنین ذهن آگاهی مبتنی بر چند اصل می باشد که در پژوهش حاضر تلاش شده است ذهن آگاهی با طرحواره های معنوی - اسلامی تلفیق شده و یک پروتکل برای درمان اضطراب اجتماعی از آن استخراج شود. شناخت آگاهی های درونی در ذهن آگاهی از طریق فنون حضور ذهن انجام می گیرد. یکی دیگر از اصول ذهن آگاهی، عدم واکنش و قضاوت درباره تجارب درونی است. این کار از طریق فنونی به نام ذهن آگاهی گسلیده⁵ انجام می گیرد (ولز، 2007). ولز و ماتیوس (1994) ذهن آگاهی گسلیده را اینگونه تعریف کرده اند: «حالت آگاهی از رویدادهای درونی بدون پاسخ دادن به آنها از طریق ارزیابی مداوم، تلاش برای کنترل یا سرکوب آنها یا پاسخدهی رفتاری به آنها. نمونه بارز این وضعیت، تصمیم گیری به استفاده از راهبردهایی مانند نگران نشدن در پاسخ به یک فکر مزاحم و در عوض اجازه دادن به آن فکر است تا فضای ذهنی خاص خود را اشغال کند بدون انجام هرگونه تفسیر یا اقدام دیگر با اشراف به اینکه آن فکر صرفاً رویدادی در ذهن است.»

¹ Beck & Emery

² Agoraphobia

³ Leahy & Holland

⁴ Baer

⁵ detached mindfulness

اصل دیگر ذهن آگاهی اجتناب تجربه ای¹ است. هایز و دیدگران (2004) اجتناب تجربه ای را به معنی عدم برقراری تماس با تجارب درونی و یا احساسات و افکار تعریف می کنند. اصل دیگر ذهن آگاهی، جهت دهی رفتار به سمت ارزشهای درونی شده است. ویلسون و مورل² (2004) معتقدند جهت رفتار در انسانها طوری است که ارزشهای درونی آنها را محقق سازد. آنها 10 ارزش درونی شده را در پرسشنامه ارزشهای زندگی مفهوم بندی می کنند. این ارزشها عبارتند از: ارزشهای خانوادگی، ازدواج، صمیمت، والدینی، دوستی، کار، تحصیل، معنویت، شهروندی و مراقبت از خود. مراجعان زمانی احساس آشفتگی روانشناختی می کنند که احساس کنند ارزشهای آنها از سوی دیگران و یا خودشان نادیده گرفته شده است.

اخیراً در میان روانشناسان گرایشهایی پیدا شده است که طرفدار توجه بیشتر به دین برای سلامت روان و درمان بیماریهای روانی است. آنها معتقدند در ایمان به خدا نیروی خارق العاده ای وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان متدین می بخشد و در تحمل سختی های زندگی او را کمک می کند و از نگرانی و اضطرابی که بسیاری از مردم قرن ما در معرض ابتلای به آن هستند دور می سازد. یکی از نخستین کسانی که این مسئله را مطرح کرد ویلیام جیمز، فیلسوف و روانشناس آمریکایی بود. او می گوید: «ایمان بدون شک مؤثرترین درمان اضطراب است.» و اضافه می کند: «ایمان نیرویی است که باید برای کمک به انسان در زندگی وجود داشته باشد. فقدان ایمان، زنگ خطر است که ناتوانی انسان را در برابر سختی های زندگی اعلام میکند.» و در جایی دیگر می گوید: «میان ما و خداوند رابطه ای ناگسستگی وجود دارد. اگر ما خود را تحت فرمان خداوند متعال درآوریم و تسلیم او شویم تمام آمال و آرزوهایمان محقق خواهد شد.» (نجاتی، ترجمه عرب، 1388)

در همین راستا حافظ می فرماید:

« کار خود گر به خدا وابگذاری حافظ
ای بسا عیش که با لطف خداداد کنی »

و خداوند در قرآن کریم می فرماید:

« وَمَنْ أَعْرَضَ عَنْ ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكًا »: و هر کس از یاد من رویگردان شود زندگی سخت و تنگی خواهد داشت. سوره طه آیه 124.

بریل، روانکاو آمریکایی معتقد است: «انسان متدین واقعی هرگز دچار بیماری روانی نخواهد شد.» هنری لینک، روانشناس آمریکایی در کتاب «بازگشت به ایمان» می گوید: «در نتیجه تجربه طولانی خود در اجرای

¹ experiential avoidance
² Wilson & Murrell

آزمایشهای روانی بر روی کارگران - در خصوص انتخابها و راهنمایی های شغلی - به این موضوع پی برده ام که افراد متدین و کسانی که به معابد رفت و آمد می کنند دارای شخصیت قوی تر و بهتر از بی دینان و یا کسانی هستند که هیچ وقت به عبادت خداوند نمی پردازند.» همچنین مورخ و جامعه شناس معروف آرنولد توین بی می گوید: « بحرانی که اروپاییان در قرن حاضر دچار آن شده اند اساساً به فقر معنوی آنان باز می گردد.» او معتقد است تنها راه درمان فروپاشیدگی اخلاقی غرب، بازگشت به دین است (نجاتی، ترجمه عرب، 1388).

بررسی تاریخ ادیان به ویژه دین اسلام نشان می دهد که ایمان به خدا در درمان بیماریها و اختلالات روانی و تحقق احساس امنیت و آرامش و پیشگیری از اضطراب و بیماریهای روانی کاملاً مؤثر بوده است. خداوند در سوره انعام آیه 82 می فرماید:

« آنها که ایمان آوردند و ایمان خود را با شرک نیامیختند امنیت مال آنهاست و آنان هدایت یافتگانند.»

و در سوره رعد آیه 28 می فرماید:

« آنان کسانی هستند که ایمان آورده اند و دلهایشان به یاد خدا مطمئن و آرام است، آگاه باشید با یاد خدا دلها آرامش می یابد.»

مؤمنی که حقیقتاً به خدا ایمان دارد از هیچ چیز در این دنیا نمی هراسد و می داند تا خدا نخواهد هیچ شر و آزاری به او نمی رسد و به همین دلیل مؤمن واقعی انسانی است که امکان ندارد ترس یا اضطراب به او چیره شود. (نجاتی، ترجمه عرب، 1388)

پروتکل درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر فعالسازی طرحواره های معنوی - اسلامی یک پروتکل درمان برگرفته از آموزه های دین مبین اسلام با توجه به آیات، احادیث و روایات می باشد. در تدوین این پروتکل درمانی بر اصول مشترکی که بین مفاهیم ذهن آگاهی غربی و آموزه های معنوی اسلام وجود داشته است تأکید شده است. سعی بر آن شده است که از نکات عملی و کاربردی که در متن آیات و روایات موجود بوده است فنون درمانی برای کاهش اضطراب اجتماعی استخراج و فرمول بندی شود.

مکانیسم های زیربنایی تغییر¹ در پروتکل درمان تدوین شده در این پژوهش به قرار زیر است:

¹. underlying mechanisms of change

1) همانطور که می دانیم اسلام از ریشه «سلم» و به معنای تسلیم شدن است. در ذهن آگاهی غربی، پذیرش یکی از اصول زیربنایی محسوب می شود. بنابراین یکی از اصول زیربنایی این طرح درمانی، تسلیم در برابر رضای خداوند و پذیرش تقدیر است. همانطوریکه خداوند در سوره اعراف آیه 34 می فرماید:

« برای هر قوم و جمعیتی زمان و مدت معینی است و به هنگامی که مدت آنها فرارسد نه ساعتی از آن تأخیر می کنند و نه ساعتی بر آن پیشی می گیرند.»

2) یکی دیگر از اصول ذهن آگاهی غربی، کیفیت بخشی به آگاهی درونی است که از طریق آموزش حضور ذهن انجام می گیرد. در اسلام علاوه بر توجه به خودشناسی که آنرا مقدمه ای بر خداشناسی میدانند و همچنین شناخت خود را سودمندترین معارف محسوب می کند به «حضور قلب» نیز در انجام کارها تأکید فراوانی شده است. وجه مشترک دیگری که در ذهن آگاهی غربی و پروتکل تدوینی وجود دارد اینست که در ذهن آگاهی غربی برای ایجاد آرامش درونی و تمرکز از نوعی «ورد» یا «مانترا» استفاده می شود در اسلام استفاده از «اذکار» و «دعیه» برای آرامش درون و پیوند با خداوند توصیه شده است. جوادی آملی ذکر را نوعی ارتباط پیوسته و دائمی با خداوند میدانند که پیوند بین خالق و مخلوق را در عرصه زندگی میسر می کند. (نعیمی، 1386).

از طرفی مولانا در مثنوی معنوی می گوید:

« این همه گفتیم و باقی فکر کن فکر اگر جامد بود رو ذکر کن »

« ذکر آرد فکر را در اهتزاز ذکر را خورشید این افسرده ساز »

3) یکی دیگر از مکانیسم های زیربنایی تغییر در اسلام، توبه است که حضرت علی (ع) چهار مرتبه برای آن برمی شمارد: 1) پشیمانی در دل 2) اقرار به زبان 3) عمل به اعضا 4) سعی در جبران مافات (جامع الاحادیث، 1382)

این چهار مرحله می تواند بر مراحل تغییر در رویکرد درمانی پذیرش و تعهد¹ (ACT) منطبق شود که شامل آگاهی به احساس درونی، نامگذاری و برچسب زدن به احساس و تجربه مجدد آن می باشد. خداوند در سوره نساء آیه 110 می فرماید:

¹ ACT: Acceptance & Commitment Therapy