

مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و روان‌درمانی معنوی- مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کاهش اضطراب آشکار دانشجویان

حسن یعقوبی^۱، فرامرز سهرابی^۲، علی محمدزاده^۳

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر به منظور مقایسه اثربخشی رفتار درمانی شناختی و روان‌درمانی معنوی- مذهبی با تأکید بر آموزه‌های اسلام بر کاهش میزان اضطراب آشکار دانشجویان پسر خوابگاهی انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع کارآزمایی‌های بالینی بود. با اجرای آزمون اضطراب آشکار Cattels به منظور غربال‌گری، از بین دانشجویان خوابگاهی ساکن در خوابگاه‌های دانشگاه علامه طباطبایی (در سال تحصیلی ۸۶-۸۷) که دارای اضطراب بودند، تعداد ۴۵ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. این افراد به طور تصادفی در سه گروه، به عنوان گروه آزمایشی اول (مداخله رفتار درمانی شناختی)، گروه آزمایشی دوم (مداخله روان‌درمانی معنوی- مذهبی) و گروه شاهد قرار گرفتند. اعضای گروه‌های آزمایشی هر یک در ۱۲ جلسه مداخله درمانی به صورت گروهی ۲ ساعت در هفته شرکت کردند و در گروه شاهد هیچ مداخله‌ای انجام نشد. داده‌های به دست آمده با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بین دو شیوه درمانی در کاهش میزان اضطراب آشکار دانشجویان تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و هر دو شیوه درمانی به طور معنی‌داری ($P < 0/01$) در کاهش میزان اضطراب آشکار دانشجویان مؤثر بود.

نتیجه‌گیری: تأکید بر آموزه‌های اسلامی در قالب روان‌درمانی معنوی- مذهبی نیز همانند روش‌های شناختی رفتاری می‌تواند در کاهش اضطراب مفید واقع گردد.

واژه‌های کلیدی: اضطراب آشکار، رفتار درمانی شناختی، معنویت، مذهب، روان‌درمانی معنوی- مذهبی.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۰/۸/۷

پذیرش مقاله: ۹۱/۲/۲۵

مقدمه

ناراحتی‌های روانی را به وجود آورند و باعث افت عملکرد گردند (۱). کسانی که به هر دلیلی از اضطراب رنج می‌برند، اغلب در سطح نازلی از سازش یافتگی قرار دارند و اغلب از راهبردهای مقابله‌ای (Coping strategies) مانند اجتناب و گریز از موقعیت استفاده می‌کنند و چه بسا این اضطراب شدید

جدایی و دوری از خانواده بسیاری از دانشجویان، 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

Email: yaghoubi.hassan@yahoo.com

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران. (نویسنده مسؤول)

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

روان‌درمانی پویا، پایه‌های علمی دارند و قابلیت بیشتری در ارزیابی فعالیت‌های بالینی از خود نشان می‌دهند (۳). از طرف دیگر در سال‌های اخیر علاقه خاصی به روان‌شناسی مذهبی و معنوی (Spiritual) به وجود آمده است، اما اغلب زمینه‌هایی که علاقه‌مندان را به خود جلب کرده است، در حوزه خاصی مانند تحول ایمان مذهبی و یا جنبه‌های روان‌شناختی اجتماعی مذهبی بوده است (۴-۶). تحقیقات متعددی در مورد روان‌درمانی معنوی- مذهبی صورت گرفته است که به برخی از آن‌ها در ذیل اشاره می‌شود. Paukert و همکاران با استفاده از رویکرد درمان ترکیبی CBT با مذهب و معنویت، نشان دادند که این رویکرد درمانی باعث بهبود مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر می‌شود (۷). Ellison و همکاران با انجام پژوهشی بر روی جمعیت عمومی نشان دادند که شدت پابندی به باورهای مذهبی و باور به مفاهیمی مانند معاد، همبستگی منفی معنی‌داری با احساس اضطراب و همبستگی مثبت معنی‌داری با احساس آرامش دارد (۸). Koszycki و همکاران نشان دادند که کارآمدی مداخلات مبتنی بر معنویت، در درمان اختلال GAD بسیار بالا بوده، باعث کاهش معنی‌دار در نگرانی و علائم اختلال اضطرابی در مبتلایان می‌شود (۹). Barrera و همکاران نشان دادند که درمان ترکیبی CBT با تأکید بر مذهب و معنویت، طی ۱۲ جلسه مداخله بر روی افراد سالمند دارای اختلال اضطراب، باعث کاهش علائم بارز اختلال از قبیل نگرانی و نفع ثانویه ناشی از این اختلال در گروه آزمایشی بود (۱۰). نتایج نشان دهنده تداوم بهبودی ناشی از درمان در مدت ۶ ماه پیگیری بود. این محققین توصیه نموده‌اند که ترکیب درمان CBT با رویکرد مذهبی/ معنوی برای درمان اختلالات اضطرابی سالمندان، مفیدتر از سایر تکنیک‌ها می‌باشد. Weisman و همکاران با انجام درمان ترکیبی مذهبی/ معنوی با تکنیک‌های مختلف خانواده درمانی برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، نشان دادند که این رویکرد درمان ترکیبی حتی در بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانی از جمله

به طیف مشکلاتی که از اختلال‌های شناختی و بدنی تا ترس‌های غیر موجه و وحشت‌زدگی‌ها گسترده‌اند، منجر شده، فرد را از بخش عمده‌ای از امکاناتش محروم کند. در یک تقسیم‌بندی اضطراب در دو مقوله آشکار و پنهان قابل بحث است (۲). اضطراب آشکار (State)، می‌تواند به عنوان مقطعی از زندگی یک شخص محسوب شود یا به عبارتی، بروز آن موقعیتی است و اختصاص به موقعیت‌های تنش‌زا (جر و بحث‌ها، از دست دادن موقعیت‌های اجتماعی، تهدید امنیت و سلامت انسان) دارد. اما، اضطراب پنهان (Trait)، به تفاوت‌هایی فردی، در پاسخ به موقعیت‌های پر استرس با میزان‌های مختلف اضطراب آشکار، دلالت دارد. اضطراب آشکار و پنهان، در برخی زمینه‌ها به مثابه انرژی جنبشی و پتانسیل، با هم قابل مقایسه هستند. اضطراب آشکار همانند انرژی جنبشی، به یک عکس‌العمل یا فرایند ملموس اشاره دارد که در زمانی معین و در سطحی معین از شدت واقع می‌شود. اضطراب پنهان، همانند انرژی پتانسیل، به تفاوت‌های فردی در عکس‌العمل‌ها اشاره دارد. انرژی پتانسیل، به تفاوت‌هایی در میزان انرژی جنبشی اشاره دارد که با یک موضوع جسمانی ویژه، همراه شده است و در صورتی که یک نیروی مناسب پدید آید، می‌تواند ظاهر شود (۲).

برای کاهش اضطراب و جلوگیری از پیامدهای آن، شیوه‌های متعدد درمان‌گری و مقابله با اضطراب شکل گرفته‌اند. شایان ذکر است که در میان این شیوه‌ها رفتار درمانی شناختی، رشد و توسعه جدیدی در درمان‌ها به شمار می‌آید. این شیوه در این مدت کم، توانسته است تا علاقه زیادی را در متخصصان بالینی به خود معطوف سازد. سه دلیل عمده، برای این علاقه وجود دارد. نخست آن که روش‌های شناختی- رفتاری برعکس سایر شکل‌های رفتار درمانی، به طور مستقیم با افکار و احساسات- که در تمامی اختلال‌های روانی از اهمیتی آشکار برخوردارند، سر و کار دارد. دوم آن که رفتار درمانی شناختی، شکافی را که بسیاری از درمان‌گران بین روش‌های تنها رفتاری و روان‌درمانی‌های پویا احساس می‌کنند، پر می‌سازد. سوم آن که این روش جدید درمانی، بر عکس

هماهنگی بین راه‌بردها و ارزش‌های اعتقادی مراجع موجب تداوم آثار درمانی می‌شود. از طرف دیگر، در ارتباط با برتری هر یک از روش‌های درمانی مذکور (رفتار درمانی شناختی و روان‌درمانی معنوی- مذهبی) نسبت به یکدیگر تحقیقات اندکی به عمل آمده است و مشخص نیست که در شرایط یکسان کدام یک از روش‌های درمانی در مقایسه با یکدیگر بر کاهش میزان اضطراب اثر دارند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتار درمانی شناختی و روان‌درمانی معنوی- مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام در کاهش اضطراب آشکار دانشجویان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع کارآزمایی‌های بالینی بود. جامعه‌ای که نمونه مورد مطالعه از آن انتخاب شده است، شامل جامعه دانشجویان پسر دانشگاه علامه طباطبایی است که در خوابگاه دانشجویی مستقر هستند و در سال تحصیلی ۸۷-۸۶ در مقاطع مختلف مشغول به تحصیل بودند ($N = 1750$). در این پژوهش از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای استفاده شد؛ نخست از بین ۵ خوابگاه پسرانه به تصادف ۳ خوابگاه انتخاب شد، سپس از بین طبقات این خوابگاه‌ها به تصادف ۳ طبقه انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. بر اساس جدول Krejcie-Morgan تعداد ۲۷۴ پرسش‌نامه مقیاس اضطراب Cattels بین دانشجویان خوابگاهی به طور تصادفی اجرا شد. پس از نمره‌گذاری پرسش‌نامه‌ها ۴۵ نفر از میان دانشجویان که نمره اضطراب متوسط به بالا داشتند، به صورت تصادفی به منظور سازمان‌دهی ۳ گروه ۱۵ نفری انتخاب شدند (۳۶). در مرحله گمارش تصادفی هر یک از آزمودنی‌ها در یکی از گروه‌ها، گروه آزمایشی اول (برای اعمال روش رفتار درمانی شناختی)، گروه آزمایشی دوم (برای اعمال روان‌درمانی معنوی- مذهبی) و بالاخره گروه سوم گروه شاهد انتخاب شدند. بنابراین، آزمودنی‌ها از پیش نمی‌دانستند که در کدام گروه قرار خواهند گرفت و نوع درمان به صورت تصادفی در مورد گروه‌ها اعمال شد. شرکت

اسکیزوفرنی نیز مؤثر بوده، نتایج بسیار مثبتی در کاهش علائم بیماری و سازگاری بیماران مبتلا داشت (۱۱). در یک جمع‌بندی به نظر می‌رسد که تلفیق رویکردهای معنوی و مذهبی با روش‌های مختلف روان‌درمانی می‌تواند باعث ارتقای اثربخشی این روش‌ها شود.

در ایران مطالعات اندکی درباره روان‌درمانی با رویکرد معنوی پرداخته شده است. به عنوان مثال در یک بررسی اثربخشی روان‌درمان‌گری کوتاه مدت آموزش خودمهارگری با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی سنجیده شد (۱۲). نتایج این پژوهش نشان داد که درمان‌گری چند بعدی با یا بدون جهت‌گیری مذهبی اسلامی اضطراب و تنیدگی را کاهش می‌دهد. علاوه بر این درمان‌گری با جهت‌گیری مذهبی اسلامی دارای تأثیری فراتر از درمان‌گری بدون جهت‌گیری مذهبی در کاهش اضطراب بود.

گرچه تحقیقات، مؤثر بودن روش‌های گوناگون را در کاهش اضطراب نشان داده‌اند، اما می‌توان 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 و روان‌شناسان می‌توانند از آن در جهت بهبود حال مراجعان خود سود ببرند. در میان سیستم‌های ارزشی موجود، معنویت و مذهب پتانسیل زیادی بر این امر دارند. به نظر Elkins وظیفه اصلی روان‌درمانی پرورش و شفاف‌بخشی برای روح است. به بیان دیگر، روان‌درمانی فرایند ارتباطی برای مراقبت و رفع بیماری‌های 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 ارتقای سطح معنویت و درمان روحانی مراجعان سهم به‌سزایی ایفا می‌نماید (۱۳). با توجه 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 تأثیرات منفی بر روان‌درمانی خواهد داشت و

شناختی Beck و درمان عقلانی- عاطفی Alice و درمان بازسازی شناختی مک مالین است. ب: روان‌درمانی معنوی- مذهبی مبتنی بر الگوی Richards و Bergin (۱۵)، با تأکید بر آموزه‌های اسلام. این مداخلات شامل: دعا و نیایش، مطالعه متون مقدس، بخشایش، مراقبه و تصویرسازی معنوی، عبادات و مناسک مذهبی، نوشتن در مورد احساسات معنوی، توبه و استفاده از سیستم حمایتی مذهبی شرکت کنندگان بود. هر دو روش درمانی در یک دوره ۱۲ جلسه‌ای درمان گروهی به منظور کاهش میزان اضطراب در قالب جلسات هفتگی به مدت ۲ ساعت در هفته اجرا شد. فعالیت‌های هر جلسه درمانی عبارت بودند از ۱- چک کردن تکالیف شرکت کنندگان که جلسه قبل، برای آن‌ها مشخص شده را انجام داده‌اند. ۲- دادن بازخورد به شرکت کنندگان از سوی درمان‌گر، ۳- بیان فهرست‌وار و خلاصه مطالب قبلی برای ایجاد پیوستگی بین مطالب بحث شده و ایجاد آمادگی ذهنی شرکت کنندگان برای بحث جدید، ۴- انجام تمرین‌های جدید، ۵- دادن تکالیف خانگی برای هفته جاری به شرکت کنندگان، ۶- ارائه توضیحات و جمع‌بندی از سوی درمان‌گر در خصوص موضوع جلسه.

یافته‌ها

آزمودنی‌ها در دامنه سنی ۳۲-۱۹، با میانگین سنی ۲۲/۷۳ سال و انحراف معیار ۴/۱۸ قرار داشتند. حدود ۸۰ درصد از آن‌ها در مقطع کارشناسی و ۲۰ درصد نیز در مقطع کارشناسی ارشد بودند. از نظر جنسیتی نیز همه مذکر بودند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثرات روش‌های درمانی و نیز کنترل آماری اثر متغیر کمکی (پیش‌آزمون) بر متغیر وابسته (میزان اضطراب) استفاده شد. جداول زیر نتایج تحلیل کوواریانس برای هر یک از فرضیه‌ها را نشان می‌دهد. نتایج حاصل از اجرای تحلیل کوواریانس یک عاملی نشان می‌دهد که با کنترل آماری واریانس پیش‌آزمون حداقل واریانس یکی از سطوح گروه‌ها از لحاظ آماری معنی‌دار است. ضریب همبستگی بین سطوح گروه‌ها و متغیرها اضطراب آشکار برابر با $\eta^2 = 0/27$ است. به عبارت

کننده‌ها قبل از اجرای پژوهش توسط محققین از نظر بیماری‌های همایند (به جز اختلالات اضطرابی) و استفاده از داروهای ضد اضطراب هر کدام در یک جلسه مصاحبه‌ای بررسی و کنترل شدند. متأسفانه زمینه مذهبی افراد مورد بررسی قرار نگرفت که در قسمت محدودیت‌ها بدان اشاره شده است. روان‌درمانی توسط محقق اول و به صورت گروهی و در یک دوره ۱۲ جلسه‌ای انجام گرفت. به هر یک از اعضای گروه‌های پژوهشی گفته شد که شما در یک برنامه کاهش اضطراب شرکت می‌کنید، اما اطلاعاتی در مورد این که هدف مقایسه اثربخشی رفتار درمانی شناختی و روان‌درمانی معنوی- مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام در کاهش اضطراب است، اطلاعاتی به شرکت کنندگان ارائه نشد. افراد پس از شرکت در جلسات دوباره آزمون اضطراب را انجام دادند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثرات روش‌های درمانی و نیز کنترل آماری اثر متغیر کمکی بر متغیر وابسته استفاده شد.

ابزار گردآوری اطلاعات

مقیاس اضطراب Cattels. در این پژوهش از مقیاس اضطراب Cattels استفاده شده است. این مقیاس از ۴۰ ماده تشکیل شده، که با اجرای آن سه نمره اضطراب کل، اضطراب پنهان و اضطراب آشکار به دست می‌آید. پایایی آزمون Cattels در مورد دانشجویان پسر ۰/۷۳ و در مورد دختران ۰/۷۷ گزارش شده است (۲). مقیاس اضطراب Cattels در ایران نیز توسط دادستان و منصور با همکاری گروهی و با استفاده از یک نمونه ۲۴۸۹۴ نفری از دانشجویان که در گستره سنی ۳۰-۱۸ سالگی قرار داشتند، هنجاریابی شده، پایایی و روایی آن نیز مشخص گردیده است (۲).

فرایند اجرای پژوهش

روش‌های درمانی به کار گرفته شده در این پژوهش عبارت بودند از الف: رفتار درمانی شناختی بر اساس دیدگاه Ferry (به نقل از محمدی و Rabert) (۱۴)، که ترکیبی از رویکرد

دیگر ۲۷ درصد از واریانس اضطراب آشکار از روی سطوح گروه‌ها قابل تبیین است. جدول ۱. تحلیل کوواریانس نمره اضطراب آشکار در بین گروه‌ها

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	ضریب اتا	توان آزمون
پیش‌آزمون	۶۸۸	۱	۶۸۸	۴۰	۰/۵۵	
گروه‌ها	۲۰۳	۲	۱۰۱/۵	۶/۷۷*	۰/۲۷*	۰/۸۴
خطا	۵۵۰	۳۲	۱۷/۱۸			
کل	۱۵۷۴	۳۶				

*P < ۰/۰۵

جدول ۲. تفاوت میانگین اضطراب آشکار بین سطوح گروه‌ها

میانگین تعدیل شده اضطراب آشکار	$\bar{X}_1 = 18/4$	$\bar{X}_2 = 18/1$	$\bar{X}_3 = 23/4$
میانگین گروه رفتار درمانی شناختی	۱۸/۴	۰/۳۲	۴/۹*
میانگین گروه روان‌درمانی معنوی- مذهبی	۱۸/۱		۵/۳*
میانگین گروه شاهد	۲۳/۴		

*P < ۰/۰۱

با ۹۹ درصد اطمینان قضاوت کنیم که این شیوه منجر به کاهش میزان اضطراب دانشجویان شده است. تحقیقات بسیاری در این زمینه وجود دارد که همگرایی قابل ملاحظه‌ای با این فرضیه دارند از جمله این تحقیقات می‌توان به اثر بخشی رفتار درمانی شناختی بر روی اختلال اضطرابی تعمیم یافته در یک مجموعه ای از تحقیقات فرا تحلیلی اشاره کرد که نتایج آن نشان داده است رفتار درمانی شناختی نسبت به گروه شاهد، درمان غیر مستقیم و قرص دارونما برتری داشته است همچنین به پژوهش‌هایی می‌توان اشاره کرد که همسو با این فرضیه هستند و نشانگر این واقعیت می‌باشند که رفتار درمانی شناختی نقش اساسی در کاهش اضطراب دارد (۱۶، ۱۷). در تبیین کاهش اضطراب آشکار نیز باید گفت که Ellis از نظریه پردازان شناختی اضطراب و اختلالات عاطفی را نتیجه طرز تفکر غیر منطقی و غیر عقلانی می‌داند. به نظر او افکار و عواطف، کنش‌های متفاوت جداگانه‌ای نیستند، افرادی که خود را اسیر و گرفتار افکار غیر منطقی و غیر عقلانی خویش می‌کنند، احتمالاً خود را در حالت خشم، مقاومت، دفاع، گناه، اضطراب و بی‌ثمری قرار می‌دهند. انسان به وسیله اشیای خارجی مضطرب و برآشفته نمی‌شود، بلکه

برای بررسی تفاوت میانگین اضطراب آشکار در بین سطوح گروه‌ها از آزمون تعقیبی Tukey به شرح جدول ۲ استفاده می‌شود.

نتایج حاصل از اجرای آزمون Tukey نشان می‌دهد که اختلاف میانگین گروه رفتار درمانی شناختی و گروه شاهد، نیز اختلاف میانگین گروه روان‌درمانی معنوی- مذهبی و گروه شاهد معنی‌دار است، از این رو فرض‌های صفر در سطح ۹۹ درصد اطمینان با آلفای ۱ درصد رد می‌شود و نتیجه گرفته می‌شود که رفتار درمانی شناختی و روان‌درمانی معنوی هر دو در مقایسه با گروه شاهد بر کاهش اضطراب آشکار تأثیر دارد. همچنین اصلاحات جدول ۲ حاکی از آن است که اختلاف میانگین گروه رفتار درمانی شناختی و گروه روان‌درمانی معنوی- مذهبی معنی‌دار نیست و تفاوت معنی‌داری بین میانگین اضطراب آشکار دو گروه درمانی وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

در ارتباط با اثربخشی رفتار درمانی شناختی، نتایج به دست آمده نشان داد رفتار درمانی شناختی بر کاهش میزان اضطراب آشکار دانشجویان تأثیر معنی‌داری دارد و می‌توانیم

دیدگاه و تصویری که او از اشیاء دارد، موجب نگرانی و اضطرابش می‌شود. در این پژوهش رفتار درمانی شناختی موجب شده تا اعضای گروه با تغییر نگرش و دیدگاه خویش میزان اضطراب آشکار خود را، اضطرابی که به آن هشیار هستند، آگاهانه کاهش دهند.

در ارتباط با اثربخشی روان‌درمانی معنوی- مذهبی بر کاهش میزان اضطراب آشکار دانشجویان، نتایج به دست آمده حاکی از آن است که دانشجویانی که در معرض روان‌درمانی معنوی- مذهبی قرار گرفتند با دانشجویانی که در معرض چنین روشی قرار نگرفتند، میزان اضطراب آشکار آن‌ها کاهش یافت که در سطح $(P < 0/01)$ معنی‌دار بود. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های دیگر که در زمینه درمان معنوی- مذهبی برای کاهش اضطراب انجام شده است (۱۰-۶) همسو است. همچنین پژوهش حاضر با تحقیقات جان برزگی مبنی بر اثر بخشی روان‌درمانگری کوتاه مدت، آموزش خود مهارگری، با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی، نشان داد که درمانگری با جهت‌گیری مذهبی اسلامی دارای تأثیری فراتر از درمانگری بدون جهت‌گیری مذهبی در کاهش اضطراب دارد (۱۲). همچنین با پژوهش وحیدی مطلق و همکاران در دانش‌آموزان همسو است (۱۸).

اثر بخشی روان‌درمانی معنوی- مذهبی بر کاهش میزان اضطراب آشکار دانشجویان بدین صورت می‌توان تبیین نمود که ابعاد مختلف دین با توجه به مؤلفه‌های شناختی، رفتاری، عاطفی و هستی‌گرایانه خود می‌تواند نقش عمده‌ای در ثبات خلق و بهزیستی هیجانی افراد ایفا نماید و مهارت‌های ایمانی مانند نیایش، ذکر و درگیری در فعالیت‌های لذت بخش معنوی باعث تغییرات خلقی و رفتاری مطلوب می‌گردد.

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد، با وجود این‌که هر دو شیوه درمانی در کاهش میزان اضطراب آشکار دانشجویان مؤثر هستند اما بین این دو شیوه درمانی در کاهش میزان اضطراب دانشجویان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اساسی‌ترین سؤالی که در ارتباط با نتیجه این فرضیه می‌توان مطرح کرد این است که، چرا بین دو شیوه درمانی

(رفتار درمانی شناختی و روان‌درمانی معنوی- مذهبی) تفاوت معنی‌دار وجود ندارد؟ پاسخی که می‌توان ارایه کرد مربوط به شباهت‌هایی است که بین این دو روش درمانی وجود دارد؛

۱- هر دو شیوه درمانی با فرایند تفکر و باورها سروکار دارند. رفتار درمانی شناختی با فرایندهای تفکر و باورهای غیر منطقی افراد سروکار دارد و تأکید آن بر رفتار کلامی و تصورات ذهنی مددجویان در رابطه با خودشان و جهان پیرامونشان و آینده است (۱۹). در درمان معنوی- مذهبی نیز تغییرات شناختی و فکری مدنظر است؛ یعنی مراجعان به درک آگاهانه و منطقی از عالم، انسان، خدا، دنیای دیگر و ارتباط آن‌ها با یکدیگر نایل می‌شوند. ۲- در هر دو روش درمانی بر رفتار و جنبه‌های عاطفی تأکید می‌شود. در رفتار درمانی شناختی نحوه عملکرد و یا رفتار شدیداً بر الگوی افکار و عواطف تأثیر می‌گذارد (۲۰) در درمان معنوی- مذهبی تغییرات رفتاری و عاطفی نیز مطرح است. بدین معنی که عملکرد مراجعان در جهت اعمال اجتماعی سازنده و رضایت بخش برای خود و دیگران پیش می‌رود و هیجان‌های مثبت، لذت بخش، خوشایند، امیدوار کننده و شادی بخش رشد می‌یابند. شاید بتوان گفت که اساساً هم رفتار درمانی شناختی و هم تغییر و توجه در مذهب، در درجه اول شامل نوعی واقع‌نگری است که شخص از زندگی ناخوش خویش ارایه می‌دهد و سپس نوعی تلاش برای تغییر سبک زندگی را در بر می‌گیرد. اما هنوز به پژوهش‌های دقیق بیشتری در این زمینه نیازمندیم. اما تفاوت‌هایی نیز در این دو روش درمانی وجود دارد که آن‌ها را از یکدیگر متمایز می‌کند. اولاً، هدف رفتار درمانی شناختی بازسازی شناختی است و آن کمک به مددجویان در تغییر الگوهای فکری غلط است (۱۶). اما هدف اصلی و نهایی درمان معنوی- مذهبی همان چیزی است که در متون دینی برای خلقت مطرح شده است یعنی ایمان به خداوند و پرستش او. مطابق این دیدگاه، تمام مخلوقات آفریده شده‌اند برای عبادت خداوند که انسان ذاتاً به آن تمایل دارد اما آن را نادیده گرفته و به فراموشی سپرده است و خداوند از انسان می‌خواهد که دوباره به سمت دین که از

می‌شد. بنابراین پیشنهاد می‌شود نمونه‌گیری از جامعه‌ای فراتر از گروه دانشجویی انجام گیرد تا امکان تعمیم نتایج در گروه‌های غیر دانشجویی را فراهم سازد، در پژوهش‌های دیگر می‌توان نمونه را از بین دانشجویان دختر انتخاب کرد و نحوه تأثیر دو شیوه درمانی را بر روی این گروه مورد بررسی قرار داد. پژوهشی ساماندهی شود که میزان مذهبی بودن (درونی و بیرونی) را به عنوان یک متغیر تعدیل‌کننده تعیین کند تا تفاوت‌ها در برابر شیوه‌های درمانی مشخص شود. به طور کلی نتیجه‌گیری می‌گردد که تأکید بر آموزه‌های اسلامی در قالب روان درمانی معنوی- مذهبی نیز همانند روش‌های شناختی رفتاری، که تأثیر آن‌ها قبلاً به اثبات رسیده است، می‌تواند در کاهش اضطراب مفید واقع گردد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از دانشجویان ساکن در خوابگاه‌های دانشگاه علامه طباطبایی که در جلسات طولانی این پژوهش شرکت نمودند، قدردانی می‌شود.

طریق آن می‌تواند به پرستش خداوند نایل شود بازگردد. رسیدن به این هدف که در درمان معنوی- مذهبی به عنوان یک هدف نهایی و غایی دنبال می‌شود به آشکار شدن درون مایه زندگی و یافتن انگیزش محوری در زندگی می‌انجامد که وحدت بخش وجود فرد خواهد شد (۲۱). ثانیاً، رفتار درمانی شناختی به ارزش‌ها و اخلاقیات که از جمله عوامل فرهنگی هستند بی توجه است ولی ارزش‌ها و اخلاقیات نقش زیادی در مشاوره و روان درمانی معنوی- مذهبی ایفا می‌کنند. بنابراین، با وجود تفاوتی که بین دو شیوه درمانی وجود دارد شباهت زیادی بین این دو روش وجود دارد که می‌توان توجیه کننده فرضیه اول این پژوهش باشد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌های نیز بود که ممکن است نتایج حاصل شده را تا حدودی تأثیر قرار داده باشد، لذا توصیه می‌شود تفسیر یافته‌ها این محدودیت‌ها مد نظر قرار گیرد، محدودیت‌های مذکور عبارت بودند از عدم کنترل دقیق پیش زمینه مذهبی شرکت کنندگان، محدود بودن جامعه آماری پژوهش و نمونه تک جنسیتی که فقط گروه مذکر را شامل

References

1. Lapsley DK, Rice KG, Shadid GE. Psychological separation and adjustment to college. *Journal of Counseling Psychology* 1989; 36(3): 286-94.
2. Dadsetan P, Mansoor M. *Clinical psychology: clinical method testing and diagnosis*. Tehran; 1998. [In Persian].
3. Richards PS, Bergin AE. *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. 1st ed. Washington DC: American Psychological Assn; 1997.
4. Propst LR. *Psychotherapy in a religious framework: spirituality in the emotional healing process*. New York: Human Sciences Pr; 1998.
5. Genia V. Religiousness and psychological adjustment in college students. *Journal of College Student Psychotherapy* 1998; 12: 67-77.
6. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press, USA; 2001.
7. Paukert AL, Phillips L, Cully JA, Loboprabhu SM, Lomax JW, Stanley MA. Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *J Psychiatr Pract* 2009; 15(2): 103-12.
8. Ellison CG, Burdette AM, Hill TD. Blessed assurance: religion, anxiety, and tranquility among US adults. *Soc Sci Res* 2009; 38(3): 656-67.
9. Koszycki D, Raab K, Aldosary F, Bradwejn J. A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: a pilot randomized trial. *J Clin Psychol* 2010; 66(4): 430-41.
10. Barrera TL, Zeno D, Bush AL, Barber CR, Stanley MA. Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: three case studies. *Cognitive and Behavioral Practice* 2012; 19(2): 346-58.
11. Weisman De Maman AG, Tuchman N, Duarte ea. Incorporating religion/spirituality into treatment for serious mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice* 2010; 17(4): 348-57.

12. Janbozorgi M. The study of effectiveness of psychotherapy with and without religious orientations on reducing of anxiety and stress. [Thesis]. Tehran: Tarbiat Modares University; 1999 . [In Persian].
13. Elkins DN. Psychotherapy and spirituality: Toward a theory of the soul. *Journal of Humanistic Psychology* 1995; 35(2): 78-98.
14. Mohammadi M, Rabert F. Practical manual of group cognitive behavior therapy . Tehran: Roshd Publications; 1999. [In Persian].
15. Bergin AE, Richards PS. Casebook for a spiritual strategy of counseling and psychotherapy. 1st ed. Washington DC: American Psychological Association; 2004.
16. Durham RC, Chambers JA, MacDonald RR ,Power KG, Major K. Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8-14 year follow-up of two clinical trials. *Psychol Med* 2003; 33(3): 499-509.
17. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev* 2006; 26(1): 17-31..
18. Vahidi-Motlagh L, Kajbaf MB, Salehzadeh M. The effectiveness of cognitive-behavioral and religious cognitive therapy on anxiety in students. *J Behav Sci* 2011; 5(3): 195-210. [In Persian].
19. Seif A. Behavior modification and behavior therapy; theories and methods. Tehran: Doran Publications; 2004. [In Persian].
20. Wright JH, Basco MR, Thase ME. Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2005.
21. Tehrani SM. Islamic theory and humanistic psychology: Partners in prison reform. *The Humanistic Psychologist* 1996; 24(3): 341-8.

The comparison of cognitive behavior therapy and Islamic based spiritual religion psychotherapy on reducing of student's overt anxiety

Hassan Yaghubi¹, Faramarz Sohrabi², Ali Mohammadzadeh³

Abstract

Aim and Background: This research aimed to compare the effects of cognitive behavioral therapy and Islamic-based spiritual-religious psychotherapy on reducing overt anxiety level of male students residing in dormitory.

Methods and Materials: This clinical trial study used Cattell's anxiety questionnaire to identify anxious students. Afterwards, 45 students from Allame Tabatabaie University selected and randomly assigned into 3 groups of cognitive behavioral therapy, spiritual-religious psychotherapy, and control. They received therapeutic methods in the form of groups for two hours per week (12 sessions). Data was analyzed using analysis of covariance (ANCOVA).

Findings: The results showed that no significant difference between the two therapeutic methods in reducing anxiety levels. In fact, both methods were significantly effective in reducing overt anxiety of students.

Conclusions: Islamic-based spiritual-religious psychotherapy and cognitive behavioral therapy can reduce overt anxiety.

Keywords: Overt anxiety, Cognitive behavior therapy, Spiritual-Religious psychotherapy, Spirituality, Religion.

Type of article: Original

Received: 29.10.2011

Accepted: 14.05.2012

1. Assistant Professor of Azerbaijan University of Shahid Madani, Tabriz, Iran. (Corresponding Author)

Email: yaghoubi.hassan@yahoo.com

2. Associate Professor, Psychology, Allame tabatabaee University, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor of Psychology, Payam-e-noor University, Tehran, Iran.