درمان‌های یکپارچه شده دینی– معنوی و اختلال اضطراب فراگیر

محمد خدایاری فرد[1]، احمد منصوری[2]، محمدعلی بشارت[3]، مسعود غلامعلی لواسانی[4]

مقاله مروری

چکیده

اختلال اضطراب فراگیر، اختلال فراگیری است که از طریق اضطراب بیش از حد و نگرانی کنترل‌ناپذیر مشخص می‌شود و مکانیسم‌ها و عوامل خطرساز متعددی در ایجاد و تداوم آن دخیل می‌باشد. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف مرور رابطه بین دینداری و معنویت‌گرایی با اختلال اضطراب فراگیر و همچنین، درمان‌های یکپارچه شده دینی و معنوی این اختلال انجام گرفت. بررسی پیشینه پژوهش نشان داد که بین دینداری و مقابله‌های دینی با اختلال اضطراب فراگیر رابطه معنی‌داری وجود داشت. همچنین، دینداری و معنویت‌گرایی به گونه موفقیت‌آمیزی با درمان‌های اختلال اضطراب فراگیر یکپارچه شده است. علاوه بر این، درمان‌های یکپارچه شده دینی و معنوی تأثیر معنی‌داری بر نشانه‌های این اختلال دارد. نتایج پژوهش حاضر بیانگر اهمیت ترکیب عوامل دینی و معنوی در سایر رویکردهای درمانی اختلال اضطراب فراگیر است.

واژه‌های کلیدی: اختلالات اضطرابی، دینداری، معنویت‌گرایی

ارجاع: خدایاری فرد محمد، منصوری احمد، بشارت محمدعلی، غلامعلی لواسانی مسعود. **درمان‌های یکپارچه شده دینی- معنوی و اختلال اضطراب فراگیر.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۱): ۱۳۴-۱۲۶

دریافت مقاله: ۹۵/۹/۲۶ پذیرش مقاله: ۹۵/۱۲/۲

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر شایع‌ترین اختلال اضطرابی است و بالاترین نرخ همبودی را با سایر اختلال‌های روان‌شناختی دارد (۱). این اختلال به واسطه نگرانی و اضطراب بیش از حد، دشواری در کنترل نگرانی و شکایت‌های روان‌شناختی و جسمانی مختلف از جمله تنش عضلانی، بی‌قراری، خستگی، مشکلات تمرکز، تحریک‌پذیری و مشکلات خواب مشخص می‌شود. با وجود این، نگرانی بیش از حد مزمن و کنترل‌ناپذیر، ویژگی اصلی آن به شمار می‌رود (۲). ویژگی که به عنوان زنجیره‌ای از افکار و تصاویر دارای درون‌مایه عاطفی منفی به نسبت کنترل‌ناپذیر تعریف شده است و بر تلاش جهت اشتغال و مسأله‌گشایی روانی در مورد موضوعات واقعی یا خیالی دلالت دارد، پیامدهای آن نامعلوم است، اما شامل یک یا چند پیامد منفی می‌شود (۳). اختلال اضطراب فراگیر، سلامت جسمی و روانی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به سبب کاهش سرمایه انسانی، بارآوری و افزایش خدمات پزشکی، هزینه‌هایی را برای فرد و جامعه در پی دارد. به طور مثال، این اختلال می‌تواند سبب افزایش افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، اختلال نقش، اختلال در کارکرد شغلی، اختلالات جسمی (مانند بیماری‌های قلبی- عروقی)، ناتوانی، مشکلات حافظه، اختلال خواب و کاهش کیفیت زندگی شود (۶-۴، ۲). نرخ شیوع مادام‌العمر این اختلال در جمعیت‌های اروپایی و آمریکایی ۴ تا ۶ درصد گزارش شده است (۸، ۷). شیوع یک ساله آن در ایران ۵/۲ درصد برآورد گردید (۹). سیر طبیعی آن مزمن و دارای نوسان است (۲) و در صورت عدم درمان، پیش‌آگهی آن ضعیف خواهد بود (۱۰). اگرچه پژوهش‌های زیادی در مورد این اختلال انجام گرفته، اما هنوز هم نسبت به سایر اختلالات اضطرابی دیگر ناشناخته باقی مانده است و به همین دلیل مشکلات بیشتری در درمان آن وجود دارد (۵).

ساز و کارها و عوامل خطرساز متعددی در ایجاد و تداوم اختلال اضطراب فراگیر دخیل است. بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که عوامل زیست‌شناختی، شناختی، رفتاری، هیجانی، بین فردی و عصب زیست‌شناختی متعددی از جمله خلق، بازداری رفتاری، عاطفه منفی (روان رنجورخویی)، اجتناب از آسیب، رویدادهای منفی پیش‌بینی‌ناپذیر و کنترل نشدنی زندگی، بدرفتاری، فقدان یا جدایی طی دوران کودکی، فقدان تعاملات اجتماعی، سبک‌های دلبستگی و والدینی، روان‌بنه‌های مرتبط با تهدید، رضایت پایین از زندگی، الگوبرداری از یک خویشاوند مبتلا به اختلال اضطرابی، سوگیری‌های مرتبط با پردازش اطلاعات هیجانی و مهارت‌های بین فردی ضعیف از جمله عوامل خطرساز و پیش‌آگهی این اختلال محسوب می‌شود (۱۳-۱۱، ۶، ۲). یکی دیگر از ساز و کارها و عوامل مؤثر در ایجاد و پیشگیری از این اختلال، دینداری (Religiously)، معنویت‌گرایی (Spiritually) و مقابله‌های دینی (Religion coping) و معنوی (Spiritual coping) است.

دینداری، معنویت‌گرایی و اختلال اضطراب فراگیر

با وجود پیشرفت‌های چشمگیر در علم و فن‌آوری، امروزه ۹۰ درصد جمعیت

۱- استاد، گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۲- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۳- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۴- دانشیار، گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
نویسنده مسؤول: محمد خدایاری فرد
Email: khodayar@ut.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.17.6]

جهان درگیر برخی از اشکال اعمال دینی و معنوی هستند. علاوه بر این، دینداری و معنویت‌گرایی از تجربه‌های غنی و قدرتمند انسانی است (۱۴). شواهد مربوط به نقش دینداری و معنویت‌گرایی در زندگی انسان به ۵۰۰ هزار سال قبل برمی‌گردد؛ زمانی که درمان آیینی جمجمه طی دوره پارینه سنگی در چین صورت می‌گرفت (۱۶، ۱۵). در قرآن و منابع دیگر اسلامی تعابیر و کاربردهای وسیعی از عبارت دینداری صورت گرفته و تعاریف مختلفی از آن ارایه شده است. برای مثال، دینداری پیروی از یک راه و رسم اعتقادی است (سوره یوسف آیه ۳۷ و ۳۸، سوره ابراهیم آیه ۱۳)، دینداری تصدیق خداوند، رسول، کتاب، قیامت و معاد است (سوره انشقاق آیه ۲۲، سوره انفطار آیه ۹)، دینداری تسلیم در برابر امر خداوند است (سوره بقره آیه ۱۳۱)، دینداری پیروی از راه ابراهیم (ع) است (سوره انعام آیه ۱۶۱)، دینداری اعتقاد به توحید و عبودیت خداوند است (سوره یوسف آیه ۴۰)، دینداری همان چنگ زدن به حبل الهی است (سوره بقره آیه ۲۵۶)، دینداری اقامه نماز و پرداختن زکات است (سوره بینه آیه ۵)، دینداری به مفهوم قانون است (سوره یوسف آیه ۷۶)، دینداری به معنی جزا است (سوره حجر آیه ۳۵، سوره فاتحه آیه ۴). پیامبر خدا حضرت محمد (ص) فرمود: «الدین هوالعقل و العقل هوالدین. لادین لمن لاعقل له و لاعقل لمن لا عقل له: دینداری همان عقل است و عقل همان دینداری» (۱۷).

علامه طباطبایی دینداری را روش مخصوصی در زندگی تعریف می‌کند که صلاح دنیا را طوری که موافق کمال اخروی و حیات حقیقی باشد، تأمین می‌کند (۱۸). جوادی آملی دینداری را مجموعه عقاید، اخلاق، قوانین و مقرراتی می‌داند که هدف آن اداره امور جامعه انسانی و انسان‌ها است (۱۹). سه جزء عقاید، اخلاقیات و احکام موجود در این تعریف، در تعریف بیشتر علمای دینی دیگر نیز مشاهده می‌شود. بر اساس تعداد معانی ارایه شده برای دینداری، اندیشمندان مسلمان به دینداری به عنوان پدیده‌ای ساختاری و چند بعدی نگریسته و آن را راه و روشی دانسته‌اند که ابعاد آن تمامی زندگی انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و او را به یک هدف کلی و متعالی که همانا سعادت و خوشبختی است، رهنمون می‌سازد (۱۷).

در فرهنگ‌های دیگر نیز تعاریف مختلفی از دینداری ارایه شده است. برای مثال، Koenig و همکاران دینداری را شامل باورها، اعمال و آیین‌های مرتبط با متعالی (Transcendent) تعریف می‌کند که در سنت‌های دینی غرب متعالی خدا، الله، هاشم یا یک قدرت برتر (۲۰) و در سنت‌های شرق برهمن، بودا، دایو یا حقیقت/ واقعیت غایی است (۱۶، ۱۵). بر اساس این تعریف، دینداری ریشه در سنت‌های تأیید شده‌ای دارد که برآمده از باورها و اعمال مشترک یک گروه از مردم در مورد امور مقدس می‌باشد. به عقیده Koenig و همکاران، دینداری سازه‌ای چند بعدی شامل باورها، رفتارها، آیین‌ها و مراسمی است که می‌تواند حفظ شود یا در محیط‌های خصوصی و عمومی انجام گیرد (۲۰). دینداری سیستم سازمان یافته‌ای از باورها، اعمال و نمادهای طراحی شده برای تسهیل نزدیکی به مافوق و پرورش درک درستی از رابطه و مسؤولیت فرد نسبت به افراد دیگر در جامعه است. Pargament (۲۱) و Pargament و Raiya (۲۲) دینداری را جستجو برای معنی به روش‌های مرتبط با امور مقدس تعریف کرده‌اند. Pargament و Raiya معتقد هستند که دینداری پدیده‌ای چند بعدی است که می‌تواند در خدمت اهداف مختلف روان‌شناختی (مانند کاهش اضطراب، کنترل فردی، آرامش ذهنی، رشد خود و جستجوی معنی)، اجتماعی (مانند میل به صمیمیت اجتماعی، انسجام و ارتباط)، جسمانی (همچون اعمال بهداشتی بهتر و آرامش فیزیولوژیکال) و معنوی (همچون تعالی و شناخت خدا) باشد (۲۲). در مجموع، دینداری مجموعه‌ای از اعتقادات، احساسات و اعمال فردی یا جمعی است که حول مفهوم حقیقت غایی یا امور مقدس سامان یافته است. این حقیقت غایی را می‌توان بر حسب تفاوت ادیان با یکدیگر، واحد یا متکثر، متشخص یا نامتشخص، الوهی یا غیر الوهی و مانند آن تلقی کرد (۱۷).

معنویت‌گرایی نیز به عنوان جوهر فرد، جستجو برای معنی و هدف در زندگی (۲۳) و روش ارتباط با حال، خود، دیگران، طبیعت و معنی یا امور مقدس (۲۴) تعریف شده است. Pargament نیز معنویت‌گرایی را به عنوان جستجو برای امور مقدس تعریف می‌کند (۲۵). در تعریف مشابهی، معنویت به روش جستجو، بیان معنی، هدف و روش ارتباط با حال، خود، دیگران، طبیعت و معنی یا امور مقدس اشاره دارد (۲۶). به نظر Koenig، معنویت‌گرایی به واسطه ارتباط با آنچه مقدس است، مافوق از همه چیزهای دیگر (انسان‌گرایی، ارزش‌ها، اخلاقیات و سلامت روان) متمایز می‌شود (۲۰، ۱۶). متعالی چیزی در خارج از خود و در عین حال در درون خود است و در سنت‌های غربی خدا، الله، هاشم یا یک قدرت برتر و در سنت‌های شرقی حقیقت یا واقعیت غایی، ویشنو، کریشنا یا بودا نامیده می‌شود. معنویت ارتباط عمیق با ماوراء الطبیعه و دینداری است، اگرچه به فراتر از دینداری نیز گسترش می‌یابد. معنویت‌گرایی هم شامل جستجو برای تعالی و هم کشف تعالی است. در پژوهشی تعریف از معنویت‌گرایی بسیار شبیه دینداری است و همپوشی آشکاری بین آن‌ها وجود دارد و در مطالعات خود به سبب وجود این مشابهت‌ها از اصطلاح دینداری و معنویت‌گرایی به جای یکدیگر استفاده می‌کند. همچنین، معنویت‌گرایی یک ویژگی پویا است؛ چرا که می‌تواند رشد کند، تغییر یابد یا غیر قابل مشاهده شود (۲۷). چهار نوع معنویت‌گرایی دینی (Religious spirituality)، انسانی (Humanistic spirituality)، محیطی (Nature spirituality) و کیهانی (Cosmos spirituality) بر اساس نوع موضوع مقدس مشخص شده است (۲۸).

امجد و بخاری بر این باور هستند که مفهوم اسلامی معنویت با دین اسلام اشتراک دارد (۲۹). در اسلام، اساس معنویت‌گرایی مبتنی بر آگاهی از یگانگی، الله و زندگی طبق اراده او است و این مفهوم توسط حضرت محمد (ص) در حدیث مشهوری که به عنوان حدیث جبرییل شناخته می‌شود، توضیح داده شده است. در این حدیث حضرت محمد (ص) به سه بعد اصلی وجود انسان یعنی اسلام، ایمان و احسان اشاره می‌کند. معنی اسلام زندگی بر اساس کدهای اسلامی رفتار است. ایمان به معنی باور به آنچه خواسته شده می‌باشد و احسان به معنی احساس ارتباط و اطاعت خالصانه الله است. مطابق مطالعه‌ای، اساس معنویت‌گرایی اسلامی در رابطه مخلصانه با خدا، آیین اسلامی، دانش، تأدیب نفس و اصول اخلاقی است. همچنین، اسلام دینداری و معنویت‌گرایی را به عنوان مفاهیم در هم آمیخته‌ای مفهوم‌سازی می‌کند که نمی‌تواند مجزای از یکدیگر باشد (۲۹).

اگرچه دو اصطلاح دینداری و معنویت‌گرایی به لحاظ تاریخی پیوند نزدیکی با یکدیگر دارد، مفهومی سازی‌های فعلی تمایز بین این دو را مهم ساخته است (۲۸). برای مثال، معنویت‌گرایی می‌تواند بر اساس اصطلاحات فردی و وجودی به‌عنوان رابطه فرد با خدا (یا واقعیت متعالی غایی) تعریف شود. در مقابل، دینداری را می‌توان تجلی معنویت‌گرایی توصیف کرد که خود را در قالب باورها، اشکال و اعمال خاصی آشکار می‌سازد که به واسطه پیوستگی با افراد دیگری که درک مشابه مشترکی از واقعیت متعالی دارند، ایجاد می‌شود (۳۰).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.17.6]

معنویت‌گرایی اصطلاح گسترده‌ای برای توصیف رابطه با خدا یا متعالی است؛ در حالی که اصطلاح دینداری مجموعه‌ای از باورها و رفتارهای مشترک در یک جامعه را توصیف می‌کند (۳۱). دینداری به عنوان سیستم یکپارچه‌ای از باورها، اعمال و آیین‌های طراحی شده جهت تسهیل نزدیکی به امور مقدس یا متعالی تعریف شده است؛ در حالی که معنویت‌گرایی جستجو برای درک سؤال‌های زندگی، معنی و هدف زندگی است (۳۲). علاوه بر این، برخی دینداری را سازه‌ای گسترده‌تر می‌دانند؛ در حالی که دیگران دینداری را زیرمجموعه یا بخشی از معنویت‌گرایی در نظر می‌گیرند (۳۰، ۲۷، ۲۳).

بر اساس شواهد موجود، دینداری می‌تواند منبع مهمی در زمان‌های پریشانی و هم منبع چالش و فشار باشد (۳۳). برای مثال، برخی از مطالعات مروری گزارش کرده‌اند که رابطه معنی‌داری بین عوامل دینی و معنوی با رفتارهای بهداشتی (سیگار کشیدن، ورزش کردن، رژیم غذایی سالم، رفتار جنسی و وزن)، سلامت جسمی (بیماری کرونر قلب، فشار خون، بیماری قلبی- عروقی، آلزایمر و زوال عقل، سرطان، درد و نشانه‌های جسمانی، کارکرد دستگاه ایمنی بدن و غدد درون‌ریز، مرگ و میر) و روانی (اضطراب، اختلال‌های روان‌پریشی/ اسکیزوفرنیا، افسردگی، دوقطبی، مصرف مواد، مشکلات اجتماعی و خودکشی) وجود دارد (۲۰، ۱۶، ۱۵). همچنین، بررسی ادبیات پژوهش بیانگر رابطه بین دینداری و معنویت‌گرایی با اختلال اضطراب فراگیر است. Kendler و همکاران با بررسی رابطه بین عوامل دینداری (دینداری عمومی، دینداری اجتماعی، بخشش، درگیری با خدا، خدا به عنوان قاضی، تشکر و عدم کینه‌جویی) و سابقه مادام‌العمر اختلال اضطراب فراگیر در بین ۲۶۲۱ مرد و زن دوقلو، دریافتند که بین دینداری اجتماعی، تشکر و عدم کینه‌جویی با اختلال اضطراب فراگیر رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین، این سه عامل با کاهش خطر ابتلا به این اختلال مرتبط بود (۳۴). Zohra با مقایسه ۸۰ زن و مرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و سالم، گزارش کرد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر سطوح پایین‌تری از دینداری را نسبت به افراد سالم دارا هستند (۳۵). Ellison و همکاران با بررسی ۱۵۱۱ نفر از بزرگسالان آمریکایی مربوط به زمینه‌یابی دینی بیلور (Baylor religion survey)، دریافتند که بین حضور ایمن و مضطربانه خداوند با اضطراب فراگیر رابطه وجود دارد (۳۶). با وجود این، رابطه‌ای بین عبادت (Prayer) و اضطراب فراگیر مشاهده نکردند. Ai و همکاران در بررسی همه‌گیر شناسی خود دریافتند که بین حضور دینی و اختلال اضطراب فراگیر رابطه معکوسی وجود دارد (۳۷). در مطالعه‌ای دیگر Ai و همکاران، رابطه‌ای بین حضور دینی مردان آمریکای لاتین با اختلال اضطراب فراگیر مشاهده نشد (۳۸). Wahlen نیز با بررسی رابطه بین دینداری، معنویت‌گرایی و دینداری/ معنویت‌گرایی با نگرانی آسیب‌شناختی در بین ۱۱۱ نفر از دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه دوبلین، اعضای کلیسا، اعضای خانواده و دوستان پژوهشگر رابطه‌ای بین این متغیرها مشاهده نکرد (۳۹).

مقابله‌های دینی و معنوی و اختلال اضطراب فراگیر

در ادبیات پژوهش، دینداری و معنویت‌گرایی به عنوان سازه‌های متفاوت مفهوم‌سازی شده است، اما این دسته‌بندی هنوز در زمینه مقابله با استرس معمول نیست. بسیاری از نشریات اصطلاح مقابله دینی/ معنوی را با هم به کار می‌برند و ابزار بسیاری از پژوهش‌ها تنها مقابله دینی را ارزیابی می‌کند (۲۷). به عبارت دیگر، در این پژوهش‌ها با وجود استفاده از پرسش‌نامه مقابله دینی از اصطلاح مقابله معنوی (۴۰) یا مقابله دینی/ معنوی (۴۱) استفاده می‌شود. شناخته شده‌ترین نظریه در مورد مقابله با استرس با استفاده از منابع دینی، مربوط به Pargament است و بسیاری از پیشرفت‌های حال حاضر در فهم و ارزیابی مقابله‌های دینی و معنوی به کار مداوم وی برمی‌گردد (۲۱).

Pargament مقابله دینی را به منزله تلاش برای درک و مقابله با عوامل استرس‌زای زندگی و به روش‌های مرتبط با امور مقدس تعریف کرده است (۲۱). Harper و Pargament (۴۲) بیان کردند که Pargament (۲۱)، مقابله دینی/ معنوی را به عنوان تقاطع (Intersection) جستجو برای معنی به روش‌های مرتبط با امور مقدس با جستجو برای معنی در زمان‌های استرس توصیف کرده است. این جستجو استفاده از باورها و رفتارهای دینی را به منظور تسهیل مسأله‌گشایی جهت جلوگیری یا تسکین پیامدهای منفی هیجانی ناشی از شرایط استرس‌زای زندگی در برمی‌گیرد. همچنین، مقابله دینی یا دینی/ معنوی شامل دو نوع مقابله دینی مثبت و مقابله دینی منفی، است. روش‌های مقابله دینی مثبت منعکس کننده رابطه ایمن با یک نیروی متعالی یا خدا، حس ارتباط معنوی با دیگران و جهان‌بینی خیرخواهانه است. در مقابل، روش‌های مقابله دینی منفی منعکس کننده تنش‌های معنوی اساسی و چالش‌های درونی با خود، دیگران و خدا است (۴۳). به عبارت دیگر، روش‌های مقابله دینی/ معنوی مثبت منعکس کننده ارتباط مثبت با خدا، خود و دیگران می‌باشد؛ در حالی که روش‌های مقابله دینی منفی اغلب با تعارض با خدا، خود و دیگران مرتبط است (۴۲). همچنین، شامل ارزیابی‌های مجدد منفی درباره قدرت خدا، ارزیابی‌های مجدد شیطانی، پرسش، شک معنوی و ناخشنودی دینی بین فردی می‌شود. با وجود این، نظریه مقابله دینی فرض می‌کند که کارامدی روش‌های مقابله به وسیله اثر متقابل عوامل شخصی، موقعیتی، اجتماعی- فرهنگی و روش‌های مفهوم‌سازی و اندازه‌گیری سلامت و بهزیستی روانی مشخص می‌شود (۴۳).

مقابله معنوی نیز به عنوان جستجو برای معنی در هنگام استرس و به روش‌های مرتبط با امور مقدس تعریف شده است (۴۴). Charzynska مقابله معنوی را تلاش برای غلبه بر عوامل استرس‌زا بر اساس منابع غیر مادی (آنچه متعالی است) تعریف می‌کند (۲۷). تعالی می‌تواند به روش‌های مختلف تزکیه نفس، تعمیق روابط با دیگران، ایجاد حس هماهنگی با طبیعت یا دلبستگی و اعتماد به ذات الهی فرض شود. تعریف انجام گرفته، تعالی را در هسته اصلی معنویت قرار می‌دهد و هم‌زمان بر چند بعدی بودن آن تأکید دارد. به نظر Charzynska، بهتر است که معنویت‌گرایی به عنوان یک کل در نظر گرفته شود. کلی که تظاهرات آن می‌تواند اشکال متفاوتی داشته باشد. مقابله معنوی مثبت شامل تلاش‌های شناختی و رفتاری است که با هدف حل موقعیت‌های دشوار انجام می‌گیرد. علاوه بر این، خود را به شکل الف) جستجوی هدف، حس و معنی، تمرکز بر زندگی درونی خود، تلاش برای غلبه بر ضعف‌های خود و کسب خودآگاهی بیشتر و بیشتر و جستجو برای آرامش و هماهنگی درونی (بعد فردی)، ب) ایجاد و حفظ روابط عمیق و ارزشمند با افراد دیگر، توجه به ارزش‌های اخلاقی، رفتار عادلانه با مردم، مراقبت از دیگران، تمایل به کمک، نشان دادن عشق و همدلی و دلسوزی (بعد اجتماعی) و ج) تمرکز بر احساس دلبستگی و تعلق به طبیعت، درک هماهنگی و نظم موجود در آن، رفتار به طبیعت به عنوان دوست انسان‌ها، باز بودن به مشاهده معجزات موجود در طبیعت (بعد محیطی) و حفظ رابطه مستحکم با خدا/ قدرت برتر بر اساس حس

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.17.6]

حضور و عشق و اعتماد (بعد مذهبی) آشکار می‌سازد. مقابله معنوی منفی، دریافت نیرو از منابع معنوی موجود را غیر ممکن می‌سازد و مانع جستجوی حس و معنی در زندگی و مانع رشد فرد، حرکت رو به جلو و فرا رفتن از مادیات می‌گردد. مقابله معنوی منفی خود را به اشکال متفاوتی از جمله الف) نفی هدف و معنی زندگی فرد، تأکید بر ضعف‌ها و محدودیت‌های فرد و تمرکز بر خطاها یا تخلفات فرد (بعد فردی)، ب) فهم مردم به عنوان موجوداتی به طور ذاتی خودخواه و مراقب منافع خود که به بیزاری، خصومت یا حسادت به دیگران، ممانعت از ایجاد و حفظ روابط بین‌فردی عمیق و ارزشمند (بعد اجتماعی) منجر می‌شود، ج) رفتار با طبیعت به عنوان دشمن انسان، تأکید بر درماندگی و ناچیزی انسان در برابر قوانین طبیعت (بعد محیطی) و د) چالش (Struggle) دینی درونی که خود را به شکل کینه نسبت به خدا/ قدرت برتر، سرزنش او و نفی او، آشکار می‌سازد (۲۷).

بررسی ادبیات پژوهش بیانگر رابطه بین مقابله‌های دینی، معنوی، دینی/ معنوی و اختلال اضطراب فراگیر است. امجد و بخاری با بررسی ۴۰ فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، گزارش کردند که بین راهبردهای مقابله دینی و علایم اختلال اضطراب فراگیر رابطه معنی‌داری وجود دارد (۴۵). امجد و بخاری در بررسی خود دریافتند که افراد مبتلا به شرایط طبی عمومی خفیف (۵۰ نفر) از راهبردهای مقابله‌ای کاربردی فعال و دین‌محور بیشتری نسبت به افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (۴۰ نفر) استفاده می‌کنند (۲۹). Stanley و همکاران با بررسی گروهی از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با و بدون افسردگی همزمان دریافتند آن‌هایی (۸۳–۷۳ درصد) که ترکیب دین یا معنویت در درمان را مهم می‌دانستند، مقابله‌های دینی مثبت‌تری را گزارش کردند (۳۱). در مقابل، Ai و همکاران در بررسی همه‌گیرشناسی خود به این نتیجه رسیدند که رابطه‌ای بین مقابله دینی و اختلال اضطراب فراگیر وجود ندارد (۳۷). آن‌ها در مطالعه دیگری رابطه‌ای بین مقابله دینی مردان آمریکای لاتین با اختلال اضطراب فراگیر مشاهده نکردند (۳۸). با وجود این، در دو پژوهش اخیر برای بررسی مقابله دینی از یک سؤال در مورد فراوانی استفاده از مقابله‌ها استفاده شده است.

درمان‌های یکپارچه شده دینی، معنوی و اختلال اضطراب فراگیر

در گذشته، دینداری و معنویت‌گرایی به طور گسترده‌ای در کارهای بالینی نادیده گرفته شده بود (۴۶، ۱۴) و حتی توسط عده‌ای (مثل Freud، Watson، Skinner و Alis) نادیده یا کم‌اهمیت شمرده می‌شد (۴۷). Koszycki و همکاران بیان کردند که اگرچه باورها و اعمال خاصی می‌تواند به آسیب روانی کمک کند، اثر سودمند دینداری و معنویت‌گرایی بر سلامت روان مستند شده است (۴۶). بسیاری از افراد برای مقابله با بدبختی‌ها و مشکلات روزمره و ناکامی‌ها به دین روی می‌آورند و مراجعان به طور فزاینده‌ای به مراقبت‌های یکپارچه شده دینی/ معنوی تمایل دارند. آن‌ها همچنین، معتقد هستند که دیدگاه بالینی‌گران در مورد رابطه بین موضوعات و تجربه‌های دینی و معنوی در زندگی بیماران خود تغییر کرده است. درمان‌های دینی و معنوی یکپارچه شده مشابه روان درمانی‌های معمول است، با این تفاوت که منطق درمان ممکن است در چارچوب دینی و معنوی ارایه شود. باورهای دینی و معنوی ناسازگار به صراحت مورد هدف قرار می‌گیرد و اعمال دینی/ معنوی می‌تواند به گونه هدفمندی شامل راهبردهای فعال‌سازی رفتاری با هدف افزایش هیجان‌های مثبت (مانند قدرشناسی و امید) باشد (۴۸، ۳۳). مقایسه اثر درمان‌های یکپارچه شده دینی/ معنوی در مقابل درمان‌های سکولار اغلب نشان می‌دهد که درمان‌های یکپارچه شده حداقل به همان خوبی درمان‌های سکولار انجام می‌گیرد. علاوه بر این، اعتقاد بر این است که یکی از راهبردهای بالقوه برای کاهش نرخ افت و بهبود درمان‌های شناختی– رفتاری موجود برای اختلال اضطراب فراگیر در بزرگسالان، ترکیب آن‌ها با درمان‌های دینی و معنوی است (۴).

Barrera و همکاران اصول کلی برای ترکیب دین و معنویت در درمان را شامل مواردی برشمردند که در ادامه به تفصیل بیان شده است (۴). اول و از همه مهم‌تر هرگونه تصمیمی جهت ترکیب دین و معنویت در درمان باید بین مراجع و درمانگر مشترک باشد. اگر مراجع نشان داد که دین و معنویت برای او مهم است، درمانگر می‌تواند موضوع ترکیب دین/ معنویت را در درمان پیشنهاد دهد. با این حال، این تصمیم باید مبتنی بر ترجیح مراجع باشد و نباید تحت تأثیر باورها یا ترجیحات درمانگر قرار گیرد. یکی از موضوعات مهم دیگر این است که آیا بحث درباره باورها و ارزش‌های دینی/ معنوی درمانگر با مراجع جایز است؛ چرا که پیامدهای منفی این نوع افشاگری شامل طرد مراجع از درمانگر دارای باورهای متفاوت، عدم تمایل مراجع برای بحث درباره باورهای خود یا تمرکز بیش از حد بر موضوعات دینی در درمان می‌شود. بیان شده است که درمانگران به استثنای مواردی که باورهای دینی و معنوی مراجع رابطه مستقیم با تشدید علایم فیزیولوژیک و باورهای نابهنجار فرد دارد، به چالش با باورها و ارزش‌های دینی مراجعان خود نپردازند؛ چرا که این کار به رابطه درمانی آن‌ها آسیب می‌رساند. در نهایت، درمانگران نباید فرض کنند که باورهای دینی/ معنوی مراجعان را بر اساس وابستگی دینی خود به راحتی می‌فهمند. تجربه‌ها و باورهای متفاوتی حتی در سنت‌های دینی یا معنوی مشابه وجود دارد. از این‌رو، دادن فرصتی به مراجع برای به اشتراک گذاشتن باورهای دینی/ معنوی خود به درمانگر اجازه می‌دهد تا بفهمد که چگونه تجربه‌های دینی/ معنوی مراجع زندگی او را شکل می‌دهد و تمایل به یادگیری را به مراجع منتقل می‌کند (۴).

Stanley و همکاران با بررسی گروهی از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با و بدون افسردگی همزمان دریافتند که بسیاری از شرکت کنندگان (۸۳–۷۳ درصد) ترکیب دینداری یا معنویت‌گرایی را در درمان اضطراب و افسردگی ترجیح می‌دهند. شرکت کنندگانی با این اعتقاد که ترکیب دینداری یا معنویت‌گرایی در درمان مهم است، مقابله‌های دینی مثبت‌تر، ایمان بیشتر و سبک‌های حل مسأله با مشارکت بیشتر را گزارش کردند. ۸۳ درصد آن‌ها معتقد بودند که بحث در مورد موضوعات معنوی در مشاوره مهم است (۴۴ درصد بسیار مهم، ۳۹ درصد تا اندازه‌ای مهم، ۱۴ درصد نامعلوم و ۳ درصد خیلی مهم نیست). ۶۱ درصد معتقد بودند که بحث در مورد موضوعات دینی در مشاوره مهم است (۳۵/۲۶ درصد بسیار مهم، ۲۳ درصد تا اندازه‌ای مهم، ۱۲ درصد نامعلوم و ۵ درصد خیلی مهم نیست). بر اساس مصاحبه با افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مشخص شد که ۸۲ درصد آن‌ها معتقد هستند که ترکیب دینداری و معنویت‌گرایی برای مشاوره مهم است (۳۱).

بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که دینداری و معنویت‌گرایی به گونه موفقیت‌آمیزی با درمان‌های شناختی، شناختی– رفتاری و سایر درمان‌های دیگر اختلال اضطراب فراگیر یکپارچه شده است. Azhar و همکاران در بررسی خود دریافتند که افراد دیندار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دریافت کننده روان

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.17.6]

درمانی‌های دینی، حمایتی و داروهای ضد اضطرابی سرعت بهبود چشمگیرتری پس از سه ماه پیگیری نسبت به آن‌هایی که فقط روان درمانی حمایتی و دارو درمانی دریافت کرده بودند، نشان دادند. با این وجود، شش ماه پس از درمان تفاوت معنی‌داری در بهبود دو گروه وجود نداشت (۴۹). Razali و همکاران با بررسی گروهی از بیماران مالایی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (۵۴ نفر گروه آزمایش و ۴۹ نفر گروه شاهد) به این نتیجه رسیدند که افراد گروه آزمایش (دریافت کننده شناخت درمانی اسلامی به همراه درمان استاندارد: بنزودیازپین‌ها، درمان حمایتی و آرامش برای گروه مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر)، سرعت بهبود شایان توجهی در علایم اضطراب نسبت به گروه شاهد در ۴ و ۱۲ هفته پس از درمان نشان دادند. با وجود این، تفاوتی بین دو گروه در ماه ششم پیگیری مشاهده نشد (۵۰). Razali و همکاران با بررسی ۸۵ فرد دیندار و ۸۰ فرد بی‌دین مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، گزارش کردند که بیماران دیندار دریافت کننده درمان استاندارد (مصرف بنزودیازپین، روان درمانی حمایتی و آرامش)، به همراه روان درمانی دینی- فرهنگی سرعت بهبود چشمگیری در علایم اضطراب نسبت به افراد گروه شاهد دریافت کننده درمان استاندارد داشتند، اما این تفاوت در پایان شش ماه پیگیری معنی‌دار نبود. آن‌ها نتیجه گرفتند که روان درمانی دینی- فرهنگی علایم اضطرابی را در بیماران مسلمان دارای زمینه دینی قوی به سرعت بهبود می‌بخشد (۵۱).

Paukert و همکاران در یک مطالعه موردی دریافتند که ترکیب دینداری و درمان شناختی- رفتاری برای یک مرد ۸۳ ساله مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افسردگی عمده همبود مؤثر بوده است (۴۸). Koszycki و همکاران با بررسی اثر مداخله‌های مبتنی بر معنویت‌گرایی چند ایمانی (Multifaith) و درمان شناختی- رفتاری بر روی ۲۲ فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نتیجه‌گیری کردند که هر دو درمان اثر شایان توجهی در کاهش اضطراب، نگرانی و علایم افسردگی و همچنین، افزایش سازگاری اجتماعی در دوره‌های پس از درمان، سه و شش‌ماهه پیگیری داشت. اگرچه درمان شناختی- رفتاری اثر معنی‌داری بر تحمل ناپذیری بلاتکلیفی پس از درمان و دوره‌های پیگیری داشت، مداخله‌های مبتنی بر معنویت‌گرایی چند ایمانی چنین اثری در هیچ یک از دوره‌ها نداشت. سرانجام، آن‌ها تفاوت معنی‌داری بین دو درمان در نرخ‌های پاسخ و بهبود مشاهده نکردند (۵۲). Rosmarin و همکاران با بررسی گروهی از یهودیان دیندار دارای سطوح بالای استرس و نگرانی، گزارش کردند که درمان معنوی یکپارچه شده اینترنتی کاهش شایان توجهی در استرس، نگرانی، افسردگی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی افراد در مقایسه با آرمش عضلانی پیش رونده ایجاد می‌کند. شرکت کنندگان گروه درمان معنوی یکپارچه شده، افزایش شایان توجه اعتماد به خداوند و استفاده از مقابله‌های دینی مثبت، کاهش بی‌اعتمادی به خداوند و استفاده از مقابله‌های دینی منفی را گزارش نمودند. آن‌ها اعتقاد بیشتری به اعتبار درمان و انتظارات بیشتری از درمان داشتند و به میزان بیشتری دوره درمان را تکمیل کردند (۳۳).

Barrera و همکاران با بررسی سه مراجع زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال‌های همایند (اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب فراگیر و افسردخویی، اختلال اضطراب فراگیر و وحشت‌زدگی بدون بازار هراسی)، مشاهده کردند که ترکیب باورهای دینی/ معنوی مراجعان با درمان شناختی- رفتاری سبب کاهش چشمگیر نگرانی، اضطراب و بی‌خوابی و همچنین، افزایش رضایت از زندگی آن‌ها می‌شود. آن‌ها دریافتند که یک راهبرد برای افزایش اثربخشی درمان شناختی- رفتاری، ترکیب باورهای دینی/ معنوی مراجعان در درمان است (۴). Abdullah و همکاران با بررسی دو زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، گزارش نمودند که مداخله مبتنی بر روان درمانی اسلامی (مبتنی بر قرآن، سنت و عمل علمای اسلامی گذشته)، اثر معنی‌داری بر کاهش علایم اختلال اضطراب فراگیر دارد (۵۳). خدایاری فرد و فاطمی با بررسی یک مرد و یک زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به این نتیجه رسیدند که ترکیب خانواده درمانی شناختی- رفتاری و معنوی نقش مهمی در کاهش علایم افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارد (۵۴). Abdullah و همکاران با انجام یک مطالعه موردی (خانم ۲۴ ساله)، نتیجه‌گیری کردند که مداخله مبتنی بر روان درمانی اسلامی (مبتنی بر قرآن، سنت و عمل علمای اسلامی گذشته) واکنش‌های مثبتی را در پی دارد و به کاهش اختلال اضطراب فراگیر در بین دانشجویان کمک می‌کند (۵۵).

نتایج پژوهش Koszycki و همکاران بر روی ۲۳ فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر حاکی از آن بود که مداخله‌های مبتنی بر معنویت‌گرایی چند ایمانی، تأثیر معنی‌داری بر کاهش اضطراب، شدت بیماری، نگرانی و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی و افزایش بهزیستی معنوی افراد مبتلا به این اختلال دارد. پیگیری سه ماهه آنان نیز نشان داد که مداخله‌های مبتنی بر معنویت‌گرایی چند ایمانی به استثنای تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، اثر معنی‌داری بر اضطراب، شدت بیماری و نگرانی دارد. آن‌ها دریافتند که این مداخله‌ها اثر به مراتب بهتری نسبت به درمان حمایتی در پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه دارد (۴۶). نتایج مطالعه صفاریان و همکاران نشان داد که معنویت درمانی سبب افزایش رضایت زناشویی و کاهش اضطراب فراگیر زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره می‌شود (۵۶). کوپانی و تقوی نشان دادند که گروه درمانی معنوی- دینی با تأکید بر آموزه‌های اسلام، سبب کاهش اضطراب فراگیر (اضطراب صفت و حالت) دانشجویان می‌شود (۵۷).

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از مهم‌ترین چالش‌های پیش روی آسیب‌شناسی روانی، بررسی ویژگی‌هایی است که افراد را نسبت به اختلال‌های روانی آسیب‌پذیر می‌سازد (۵۸). از سوی دیگر، بررسی درمان‌هایی که بتواند به تنهایی یا در ترکیب با سایر رویکردهای درمانی دیگر به درمان موفقیت‌آمیز اختلالات روانی کمک کند، اهمیت بسزایی دارد. در همین زمینه، پژوهش حاضر با هدف بررسی مروری رابطه بین دینداری، معنویت‌گرایی و مقابله‌های دینی و معنوی با اختلال اضطراب فراگیر و همچنین، درمان‌های یکپارچه شده دینی و معنوی اختلال اضطراب فراگیر انجام گرفت. نتایج نشان داد که نتایج متناقضی در مورد رابطه بین دینداری و معنویت‌گرایی با اختلال اضطراب فراگیر یا نگرانی آسیب شناختی به عنوان یکی از ویژگی‌های عمده این اختلال وجود دارد. به طور مثال، Kendler و همکاران (۳۴)، Zohra (۳۵)، Ellison و همکاران (۳۶) و Ai و همکاران (۳۷) دریافتند که بین دینداری با اختلال اضطراب فراگیر یا نگرانی آسیب شناختی رابطه معنی‌داری وجود دارد. با وجود این، Ai و همکاران (۳۸) و Wahlen (۳۹) ارتباطی بین آن‌ها مشاهده نکردند. مطالعه‌ای درباره رابطه بین معنویت‌گرایی با اختلال اضطراب فراگیر یا نگرانی آسیب شناختی مشاهده نشد. نتایج متفاوت موجود ممکن است که ناشی از فقدان اجماع در مورد چگونگی مفهوم‌سازی و اندازه‌گیری بهتر سازه‌های همپوش دینداری و معنویت‌گرایی، تفاوت‌های روش

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.17.6]

شناختی و فرهنگی بین این پژوهش‌ها باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که توجه کمی به رابطه بین مقابله‌های دینی و معنوی، به ویژه مقابله‌های معنوی، با اختلال اضطراب فراگیر یا نگرانی آسیب شناختی شده است. علاوه بر این، نتایج موجود بیانگر شواهد متناقضی در مورد رابطه بین مقابله‌های دینی و معنوی با این اختلال است. به طور مثال، در حالی که امجد و بخاری نشان دادند که بین مقابله‌های دینی و اختلال اضطراب فراگیر رابطه وجود دارد (۴۵، ۲۹)، Ai و همکاران دریافتند که رابطه‌ای بین مقابله‌های دینی و اختلال اضطراب فراگیر وجود ندارد. با وجود این، در دو پژوهش اخیر برای بررسی مقابله دینی از یک سؤال در مورد فراوانی استفاده از مقابله‌های دینی استفاده شده است (۳۸، ۳۷). همچنین، نتایج برخی مطالعات نشان داد که دینداری و معنویت‌گرایی اهمیت بسیار زیادی برای افراد مبتلا به بیماری‌های طبی و روان‌شناختی از جمله افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارد؛ چرا که دینداری و معنویت‌گرایی رفتارهای مقابله‌ای قوی است که به افراد در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا کمک می‌کند (۲۰، ۱۶، ۱۵). علاوه بر این، دینداری، معنویت‌گرایی و مقابله‌های دینی و معنوی می‌توانند مشکلات روان‌شناختی از جمله اختلال اضطراب فراگیر را به واسطه مکانیسم‌های متفاوتی تحت تأثیر قرار دهد. دینداری، معنویت‌گرایی و باورهای دینی و معنوی منابعی را برای مقابله با استرس فراهم می‌کند و از این طریق هیجان‌های مثبت را افزایش و اختلال‌های هیجانی ناشی از استرس از جمله اختلال اضطراب فراگیر را کاهش می‌دهد. باورها و اعمال دینی و معنوی مردم را قادر به حس درد، رنج و مشکلات زندگی می‌کند، امکان کنترل نیروهای فشارآور درونی و بیرونی را فراهم می‌سازد و قوانین اجتماعی را که سبب تسهیل زندگی جمعی، همکاری و حمایت متقابل می‌شود، گسترش می‌دهد. باورهای دینی و معنوی سبب احساس معنی و هدفمندی در شرایط دشوار زندگی می‌شود، رهنمودهایی برای زندگی سالم و ارتباط با دیگران فراهم می‌سازد، اغلب یک دیدگاه جهانی مثبت را که خوش‌بینانه و امیدوارانه است، ترویج می‌کند. جهان‌بینی خوش‌بینانه‌ای که شامل یک نیروی متعالی (خدا، الله، یهوه و...) است، نیرویی که انسان را دوست دارد، از او مراقبت می‌کند و پاسخگوی نیازهای او است. باورهای دینی و معنوی پاسخ‌های رضایت‌بخشی برای سؤال‌های وجودی و نیز پاسخ‌هایی برای زندگی فعلی و بعدی فراهم می‌کند. همچنین، به عادی‌سازی فقدان و تغییر کمک می‌کند. ادیان، مدل‌های نقشی را در نوشته‌های مقدس مطرح می‌سازد که پذیرش درد و رنج را تسهیل می‌کند. آن‌ها حس کنترل غیر مستقیم بر شرایط را می‌دهند و نیاز به کنترل شخصی را کاهش می‌دهند. آن‌ها اجتماعی را برای حمایت و کمک به کاهش انزوا و تنهایی پیشنهاد می‌کنند. مشابه بسیاری از منابع مقابله‌ای دیگر، دینداری و معنویت‌گرایی در دسترس هر کسی در هر زمانی و بدون در نظر گرفتن شرایط مالی، اجتماعی، جسمانی یا روانی است (۲۰، ۱۶، ۱۵).

علاوه بر آنچه ذکر شد، بیشتر ادیان قواعد و آیین‌هایی درباره چگونگی زندگی و رفتار با دیگر گروه‌های اجتماعی دارند. قواعد و آیین‌هایی که رعایت آن‌ها اثر رویدادهای استرس‌زای زندگی بر هیجان‌های مثبت را کاهش می‌دهد. ادیان به طور معمول استفاده از داروها و مصرف بیش از حد الکل را که خطر ارتکاب رفتارهای پرخطر (جرم، رفتارهای جنسی پرخطر) را در پی دارند، کاهش می‌دهد. بیشتر ادیان بر دوست داشتن دیگران، شفقت، اعمال نوع دوستانه و همچنین، ملاقات یکدیگر در طی رویدادهای اجتماعی دینی تأکید دارند. این رفتارهای مفید اجتماعی دارای پیامدهای بسیاری است؛ چرا که سبب تعدیل استرس و حمایت از انسان به هنگام دشواری‌ها می‌شود. همچنین، از آن‌جا که دین کمک به دیگران را تشویق می‌کند و بر تمرکز به خارج از خود تأکید دارد، اشتغال به این فعالیت‌ها می‌تواند هیجان‌های مثبت را افزایش دهد و به منحرف کردن توجه نسبت به مشکلات خود کمک کند. دینداری و معنویت‌گرایی فضایل اخلاقی از جمله صداقت، بخشش، قدردانی، صبر و قابلیت اعتماد را افزایش می‌دهد؛ عواملی که به سهم خود روابط اجتماعی را ارتقا و تداوم می‌بخشد. پیروی از این فضایل اخلاقی ممکن است به طور مستقیم هیجان‌های مثبت را افزایش دهد و هیجان‌های منفی را خنثی سازد (۲۰، ۱۶، ۱۵).

بررسی پیشینه پژوهش نشان داد که معنویت درمانی (۵۶) و گروه درمانی معنوی- دینی با تأکید بر آموزه‌های اسلام (۵۷) به ترتیب سبب کاهش اضطراب فراگیر (اندازه‌گیری شده به وسیله پرسش‌نامه اضطراب Cattle) زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره و دانشجویان می‌شود. با وجود این، نتایج این بررسی مروری نشان داد که دینداری و معنویت‌گرایی به گونه موفقیت‌آمیزی با رویکردهای درمانی دیگر به خصوص درمان‌های شناختی و شناختی- رفتاری اختلال اضطراب فراگیر یکپارچه شده است (۵۵-۴۸، ۴۶، ۳۳، ۴). مقایسه اثر درمان‌های یکپارچه شده با دینداری و معنویت‌گرایی نیز در مقایسه با درمان‌های سکولار نشان می‌دهد که درمان‌های یکپارچه شده حداقل به اندازه درمان‌های سکولار در درمان اختلال اضطراب فراگیر مفید بوده است (۵۹، ۴). همچنین، سرعت بهبود افراد بیشتر بوده و نرخ‌های نگهداری خوبی برای تکمیل این درمان‌ها گزارش شده است. نتایج این پژوهش‌ها از کاربرد درمان‌های یکپارچه شده دینی و معنوی در درمان این اختلال حمایت می‌کند (۵۲-۴۹، ۴۶، ۳۳، ۳۲). به عبارت دیگر، بر اساس نتایج این پژوهش و ادبیات موجود، درمان‌های یکپارچه شده دینی و معنوی می‌تواند به گونه مؤثری برای افرادی که به ترکیب باورها، اعمال دینی و معنوی خود در درمان تمایل دارند، مورد توجه قرار گیرد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری آقای احمد منصوری می‌باشد. بدین وسیله از حمایت‌های مالی و معنوی معاونت پژوهشی دانشگاه تهران و تمامی افرادی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

References

1. Besharat MA, Mirjalili RS, Bahrami Ehsan H. The mediating role of meta-cognitive beliefs and cognitive emotion regulation deficit on the relationship between cognitive perfectionism and worry in generalized anxiety disorder. J Fundam Ment Health 2015; 17(3): 115-22.
2. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders .5th ed. Washington, DC: APA; 2013.
3. Borkovec TD, Robinson E, Pruzinsky T, DePree JA. Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.17.6]

Behav Res Ther 1983; 21(1): 9-16.
4. Barrera TL, Zeno D, Bush AL, Barber CR, Stanley MA. integrating religion and spirituality in to treatment for late-life anxiety: Three case studies. Cogn Behav Pract 2012; 19(2): 346-58.
5. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. Behav Res Ther 2005; 43(10): 1281-310.
6. Newman MG, Llera SJ, Erickson TM, Przeworski A, Castonguay LG. Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. Annu Rev Clin Psychol 2013; 9: 275-97.
7. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Life time prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62(6): 593-602.
8. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. Eur Neuropsychopharmacol 2005; 15(4): 357-76.
9. Hajebi A, Sharifi V, Amin-Esmaeili M, Motevalian A, Rahimi-Movaghar A, Hefazi M, et al. Prevalence of psychiatric disorders in Iran: Result from Iranian Mental Health Survey. Proceedings of 30th Annual Meeting of the Iranian Psychiatric Association; 2013 Oct 22-25; Tehran, Iran. [In Persian].
10. van der Heiden C, Muris P, van der Molen HT. Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. Behav Res Ther 2012; 50(2): 100-9.
11. Aikins DE, Craske MG. Cognitive theories of generalized anxiety disorder. Psychiatr Clin North Am 2001; 24(1): 57-74.
12. Barlow DH, Durand VM. Abnormal psychology: An integrative approach. 7th ed. New York, NY: Wadsworth Publishing; 2014.
13. Behar E, DiMarco ID, Hekler EB, Mohlman J, Staples AM. Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. J Anxiety Disord 2009; 23(8): 1011-23.
14. Khodayarifard M, Shokuhi Yekta M, Ghobari Bonab B, Akbari Zardkhaneh S, Paknejad M, Hooman HA. Development of a short-version of religiosity scale for university student population. Tehran, Iran: School of Psychology and Education, University of Tehran; 2014. [In Persian].
15. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. Can J Psychiatry 2009; 54(5): 283-91.
16. Koenig HG. Spirituality and mental health. International Journal of Applied Psychoanalytic Studies 2010; 7(2): 116-22.
17. Khodayarifard M, Faghihi AN, Ghobari Bonab B, Shokuhi Yekta M, Beh-Pajooh A. Preparation and standardization of the religious attitude scale for university students. Tehran, Iran: School of Psychology and Education, University of Tehran; 2014. [In Persian].
18. Tabatabai SMH. Tafsir Al-Mizan. Qom, Iran: Scientific Foundation and Intellectual Allameh Tabatabaei; 1985.
19. Javadi Amoli A. Shariat in the mirror of knowledge. Qom, Iran: Asra Publications; 1999. [In Persian].
20. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. ISRN Psychiatry 2012; 2012: 278730.
21. Pargament KI. The psychology of religion and coping: Theory, research, practice. New York, NY: Guilford Press; 1997.
22. Pargament KI, Raiya HA. A decade of research on the psychology of religion and coping: Things we assumed and lessons we learned. Psyke and Logos 2007; 28(2): 742-66.
23. Valcanti CC, Chaves E C, Mesquita AC, Nogueira DA, de Carvalho EC. Religious/spiritual coping in people with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. Rev esc enferm USP 2012; 46: 838-45.
24. Delgado-Guay MO, Hui D, Parsons HA, Govan K, De la Cruz M, Thorney S, et al. Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. J Pain Symptom Manage 2011; 41(6): 986-94.
25. Pargament KI. Spiritually integrated psychotherapy understanding and addressing the sacred. New York, NY: Guilford Press; 2007.
26. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. J Palliat Med 2014; 17(6): 642-56.
27. Charzynska E. Multidimensional approach toward spiritual coping: construction and validation of the Spiritual Coping Questionnaire (SCQ). J Relig Health 2015; 54(5): 1629-46.
28. Worthington EL, Jr., Hook JN, Davis DE, McDaniel MA. Religion and spirituality. J Clin Psychol 2011; 67(2): 204-14.
29. Amjad F, Bokharey IZ. The Impact of spiritual wellbeing and coping strategies on patients with generalized anxiety disorder. J Muslim Ment Health 2014; 8(1): 21-38.
30. Hodge DR. Spiritually modified cognitive therapy: a review of the literature. Soc Work 2006; 51(2): 157-66.
31. Stanley MA, Bush AL, Camp ME, Jameson JP, Phillips LL, Barber CR, et al. Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. Aging Ment Health 2011; 15(3): 334-43.
32. Rasic D, Robinson JA, Bolton J, Bienvenu OJ, Sareen J. Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. J Psychiatr Res 2011; 45(6): 848-54.
33. Rosmarin DH, Pargament KI, Pirutinsky S, Mahoney A. A randomized controlled evaluation of a spiritually integrated treatment for subclinical anxiety in the Jewish community, delivered via the Internet. J Anxiety Disord 2010; 24(7): 799-808.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.17.6]

34. Kendler KS, Liu XQ, Gardner CO, McCullough ME, Larson D, Prescott CA. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. Am J Psychiatry 2003; 160(3): 496-503.

35. Zohra NI. Religiosity and anxiety disorder in Peshawar religiosity and anxiety disorder in Peshawar. FWU Journal of Social Sciences 2012; 6(1): 57-64.

36. Ellison CG, Bradshaw M, Flannelly KJ, Galek KC. Prayer, attachment to god, and symptoms of anxiety-related disorders among U.S. adults. Sociol Relig 2014; 75(2): 208-33.

37. Ai AL, Weiss SI, Fincham FD. Family factors contribute to general anxiety disorder and suicidal ideation among Latina Americans. Womens Health Issues 2014; 24(3): e345-e352.

38. Ai AL, Pappas C, Simonsen E. Risk and protective factors for three major mental health problems among Latino American men nationwide. Am J Mens Health 2015; 9(1): 64-75.

39. Wahlen C. Intrinsic religiosity, spirituality, life-satisfaction and worries, what is the relationship between them? Dublin, Ireland: Dublin Business School; 2013.

40. Reynolds N, Mrug S, Britton L, Guion K, Wolfe K, Gutierrez H. Spiritual coping predicts 5-year health outcomes in adolescents with cystic fibrosis. J Cyst Fibros 2014; 13(5): 593-600.

41. Fallot RD, Heckman JP. Religious/spiritual coping among women trauma survivors with mental health and substance use disorders. J Behav Health Serv Res 2005; 32(2): 215-26.

42. Harper AR, Pargament KI. Trauma, religion, and spirituality: Pathways to healing. In: Cherry KE, editor. Traumatic Stress and long-term recovery: coping with disasters and other negative life events. New York, NY: Springer; 2015. p. 349-67.

43. Pargament K, Feuille M, Burdzy D. The brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. Religions 2011; 2(1): 51-76.

44. Ambrose SD. Religion and psychology: New research. New York, NY: Nova Publishers; 2006.

45. Amjad F, Bokharey IZ. Comparison of spiritual well-being and coping strategies of patients with generalized anxiety disorder and with minor general medical conditions. J Relig Health 2015; 54(2): 524-39.

46. Koszycki D, Bilodeau C, Raab-Mayo K, Bradwejn J. A multifaith spiritually based intervention versus supportive therapy for generalized anxiety disorder: a pilot randomized controlled trial. J Clin Psychol 2014; 70(6): 489-509.

47. Plante TG. Integrating spirituality and psychotherapy: ethical issues and principles to consider. J Clin Psychol 2007; 63(9): 891-902.

48. 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.

49. Azhar MZ, Varma SL, Dharap AS. Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. Acta Psychiatr Scand 1994; 90(1): 1-3.

50. Razali SM, Hasanah CI, Aminah K, Subramaniam M. Religious--sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. Aust N Z J Psychiatry 1998; 32(6): 867-72.

51. Razali SM, Aminah K, Khan UA. Religious-cultural psychotherapy in the management of anxiety patients. Transcult Psychiatry 2002; 39(1): 130-6.

52. 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.

53. Abdullah CH, Ismail HN, Ahmad ASH, Hissan WSM. Generalized anxiety disorder (GAD) from Islamic and Western perspectives. World J Islamic History and Civilization 2017; 2(1): 44-52.

54. Khodayarifard M, Fatemi S. Combination of spirituality and cognitive-behavioral family therapy on treatment of generalized anxiety disorders. Psychology 2013; 4(4): 427-32.

55. Abdullah CHB, Abidin ZBZ, Hissan WSM, Kechil R, Razali WN, Zin MZM. The effectiveness of generalized anxiety disorder intervention through islamic psychotherapy: The preliminary study. Asian Soc Sci 2013; 9(13): 157-62.

56. Saffarian MR, Hajiarbabi F, Ashoori J. The effectiveness of spiritual therapy in order to increase marital satisfaction and decrease generalized anxiety disorder of women. Journal of Woman and Study of Family 2015; 8(27): 95-113. [In Persian].

57. Koopani S, Taghavi MR. The effectiveness of spiritual-religious group therapy based on Islamic viewpoints on reducing generalized anxiety in university students. Culture in the Islamic University 2015; 5(2): 183-200. [In Persian].

58. Bakhshipour Rodsari A, Mansouri A. Comparison of positive, negative and disorganized schizotypy characteristics in secure, avoidance and anxiety attachment student in Tabriz University. J Res Behav Sci 2011; 9(1): 24-32. [In Persian].

59. Paukert AL, Phillips LL, Cully JA, Romero C, Stanley MA. Systematic review of the effects of religion-accommodative psychotherapy for depression and anxiety. J Contemp Psychother 2011; 41(2): 99-108.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.17.6]

Religiously and Spiritually Integrated Treatments and Generalized Anxiety Disorder

Mohamad Khodayarifard[1], Ahmad Mansouri[2], Mohammad Ali Besharat[3], Masoud Gholamali-Lavasani[4]

Review Article

Abstract

Generalized anxiety disorder (GAD) is a pervasive disorder that is characterized by excessive anxiety and uncontrollable worry. Numerous mechanisms and risk factors are involved in the development and maintenance of GAD. This study aimed to review the relationship between religiosity and spirituality and GAD as well as its religiously and spiritually integrated treatments. The literature demonstrates that there is a significant relationship between religiously and religious coping with GAD. In addition, religiosity and spirituality have been successfully integrated into GAD treatments. Moreover, religiously and spiritually integrated treatments have a significant effect on GAD symptoms. The finding of the present study underscores the importance of the combination of religious and spirituality factors in the treatments of GAD.

Keywords: Anxiety disorders, Religiosity, Spirituality

Citation: Khodayarifard M, Mansouri A, Besharat MA, Gholamali-Lavasani M. **Religiously and Spiritually Integrated Treatments and Generalized Anxiety Disorder.** J Res Behav Sci 2017; 15(1): 126-34.

Received: 16.12.2016 Accepted: 20.02.2017

1- Professor, Department of Educational Psychology and Consulting, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
2- PhD Student, Department of Educational Psychology and Consulting, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
3- Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
4- Associate Professor, Department of Educational Psychology and Consulting, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
Corresponding Author: Mohamad Khodayarifard, Email: khodayar@ut.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.17.6]