

معنویت، دین و درمان شناختی-رفتاری

دیوید رزمارین

ترجمه

حسام گودرزی

لیلا افشنگ

سرشناسنامه: رزمارین، دیوید اچ. Rosmarin, David H.
عنوان و نام پدیدآور: معنویت، دین و درمان شناختی-رفتاری / نویسنده دیوید رزمارین؛
ترجمه حسام گودرزی، لیلا افشنگ
مشخصات نشر: تهران: انتشارات اسبار، ۱۳۹۸.
مشخصات ظاهری: ۳۱۱ ص.؛ ۲۱/۵×۱۴/۵ سم.
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۹۶۴۹۰۳-۹
وضعیت فهرست: نویسی: فیپا
یادداشت: عنوان اصلی:

Spirituality, religion, and cognitive-behavioral therapy: a guide for clinicians, c2018.

موضوع: شناخت درمانی

Cognitive therapy: موضوع

موضوع: روان شناسی و دین

Psychology and religion: موضوع

شناسه افزوده: گودرزی، حسام، ۱۳۷۴، مترجم

شناسه افزوده: افشنگ، لیلا، ۱۳۶۱، مترجم

رده بندی کنگره: ۴۸۹RC

رده بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۴۲۵

شماره کتابشناسی ملی: ۶۱۰۷۴۰۵



نشر اسبار

معنویت، دین و درمان شناختی-رفتاری

ناشر: اسبار

تیراژ: ۳۰۰ نسخه

چاپ سوم: تابستان ۱۴۰۲

ناظر چاپ: کریم افروزمینش

صفحه‌آرا: علی اصغر فروغی

طراح جلد: بهمن لطفی

چاپ و صحافی: پردیس دانش

فروشگاه و دفتر مرکزی: خیابان سهروردی شمالی، خیابان شهید فندی، کوچه دوم، پلاک ۹

تلفن: ۸۸۵۱۲۶۸۸ - ۸۶۰۴۵۶۲۵

فروش اینترنتی: dr.hamidpour.asbar.pub

تقدیم به

برادران عزیزم احسان، مازیار و امیرعلی
که آسمان زندگی ام را پرستاره کرده اند.

ح. گودرزی

معرفی کتاب

«درهم آمیختن معنویت و درمان شناختی-رفتاری چنین ماهرانه. کتاب معنویت، دین و درمان شناختی-رفتاری آکنده از دانش نظری و مهارت‌های عملی نه تنها علت پرداختن به دین و معنویت در بافت درمان شناختی-رفتاری را توصیف می‌کند بلکه به شرح و وصف چگونه نظر کردن به این مهم می‌پردازد. کتاب رزمارین برای درمانگران سکولار و نیز درمانگران معنویت‌گرا که به دنبال راهی برای وسعت و عمق بخشیدن به مهارت‌های بالینی‌شان هستند، اثری بس ارزشمند است.»

کنت پارگامنت

دکترای تخصصی، دپارتمان روانشناسی (بازنشسته)

دانشگاه ایالتی بولینگ گرین

«موضوعات دینی و معنوی اثری مهم بر علت‌شناسی، پیشگیری و حل و فصل مشکلات سلامت روان دارند و این در حالی است که درمانگران با رویکرد شناختی-رفتاری حتی آماذگی ندارند که به ساده‌ترین موضوعات معنوی در روان‌درمانی بپردازند. رزمارین رهنمودنامه‌ای فراهم آورده که از حیث علمی، اخلاقی و بالینی منسجم و متقن است و به درمانگران شناختی-رفتاری کمک می‌کند تا این مؤلفه مهم مراقبت از سلامت را که اغلب در آموزش‌های بالینی کنار گذاشته می‌شود، فهم کنند و آن را مدنظر قرار دهند.»

ویلیام آر. میلر

دکترای تخصصی، دپارتمان‌های روانشناسی و روانپزشکی (بازنشسته)

دانشگاه نیومکزیکو

«بسیاری از درمانجویان تجربه‌های دینی و معنوی فراوانی دارند و دین و معنویت اثر مهمی بر سلامت روان ایشان دارد. با صرف نظر از دینداری بالینگران، چشم‌پوشی از معنویت در درمان نوعی لغزش جدی به شمار می‌رود. رزمارین با پیش‌نهادن راهنمایی در خصوص نحوه کار کردن با دین و معنویت در روان‌درمانی شواهدمحور خدمتی بسیار ارزشمند به این حوزه کرده است. این کتاب برای دانشجویان چراغ راه است و برای متخصصین مجرب بصیرت‌افزا زیرا منبعی است مهم که بالینگران را در اجرای مداخله‌هایی یاری می‌رساند که کل تجربیات زندگی را در بر می‌گیرند.»

دین مککی

دکترای تخصصی، بورد تخصصی روانشناسی آمریکا، دپارتمان روانشناسی

دانشگاه فوردهام؛

رئیس پیشین انجمن درمانگران شناختی و رفتاری

فهرست

مقدمه ۱۱

بخش اول: مبانی نظری و تجربی معنویت و درمان شناختی-رفتاری

فصل یکم: مبانی معنویت، دین و درمان شناختی-رفتاری ۲۵

فصل دوم: معنویت، دین از منظر درمان شناختی-رفتاری ۴۹

فصل سوم: نیمه‌تاریخ معنویت ۸۵

فصل چهارم: مفهوم پردازی موردی کاربردی ۱۲۱

بخش دوم: تکنیک‌هایی برای یکپارچه‌سازی معنویت و رفتاردرمانی شناختی

فصل پنجم: شروع درمان سنجش دین و معنویت بیماران براساس رویکرد شناختی-رفتاری ۱۴۹

فصل ششم: چارچوب بندی درمان شناختی-رفتاری با دین و معنویت ۱۹۱

فصل هفتم: دین و معنویت و تکنیک‌های شناختی ۲۲۱

فصل هشتم: معنویت و دین و فعال‌سازی رفتاری ۲۵۵

ضمیمه ۲۹۱

منابع ۲۹۹

معرفی نویسندگان ۳۴۱

مقدمه

چرا در درمان شناختی-رفتاری به معنویت توجه می‌کنیم؟

- اریک بلاو^۱ فردی ۳۶ ساله است که در ۱۵ سال گذشته، بیش از ۱۰ اپیزود افسردگی را پشت سر گذاشته است و ضمن آنها نگرانی و اضطراب معناداری را تجربه کرده است. او مایل است بداند که دین و معنویت چگونه می‌تواند به او کمک کنند تا با سمپتوم‌هایش مقابله کند، اما نمی‌داند باید از کجا این کار را آغاز کند؟
- الیزابت کارمن ۲۴ ساله و یکی از اعضای کلیسای کاتولیک روم است. به تازگی، نزد درمانگری رفته است و از نخستین اپیزود افسردگی‌اش با او سخن گفته است؛ این اتفاقات از زمانی شروع شد که به اختیار خودش بچه‌اش را سقط کرد. احساس گناه الیزابت که از دینداری او سرچشمه می‌گرفت، بسیار چشمگیر بود، اما اکراه داشت که این موضوع را با درمانگر سکولارش در میان بگذارد، چرا که می‌ترسید درمانگرش این درگیری و دغدغه اخلاقی را نامرتبب به درمان بداند، یا حتی آن را آسیب‌زا تلقی کند.
- میشل سانتوزنی ۵۶ ساله از اهالی آمریکای لاتین است که در کل دوران زندگی‌اش سمپتوم‌های آسیمیگی (وحشت‌زدگی) را تجربه کرده است، بی‌آنکه به لحاظ بالینی این اختلال در مورد او تشخیص داده شود یا تحت درمان قرار بگیرد. این زن که به تازگی از همسرش جدا شده است، ماه گذشته به توصیه کشیش‌اش حاضر شد نزد روانشناس برود و روان‌درمانی را آغاز کند. او دلش می‌خواست پایی معنویت را به درمان بکشد، اما درمانگرش از او درباره این جنبه از زندگی‌اش، که همانا جنبه اساسی زندگی‌اش بود، هیچ سؤالی نکرد.

در مواردی که برشمردیم، و بی‌شمار نمونه‌های دیگر، متخصصین درمان شناختی-رفتاری معمایی پیش روی خود می‌بینند: با وجود سال‌ها علم‌آموزی و عمل بر اساس آموزه‌های علمی آن هم به روش‌های درمانی‌ای که شواهدمحور بوده‌اند، اکثر قریب به اتفاقشان حتی آموزش ابتدائی هم در باب نحوه رسیدگی و توجه به معنویت و دین در

۱. همه بیمارانی که در سراسر این کتاب به نحوی توصیف شده‌اند، جملگی نمونه‌های بالینی فرضی بر اساس شماری از بیماران واقعی هستند. در ضمن، همه اسامی و دیگر مشخصات ایشان نیز به‌طور کلی تغییر یافته است تا حریم خصوصی آنها حفظ شود و اصل رازداری خدشه‌دار نشود.

فرایند درمان نندیده‌اند (رزمارین، گرین، پیروتینسکی، و مک‌کی، ۲۰۱۳). با این وصف، طبیعی است که اکثر درمانگران درمان شناختی- رفتاری در مصاف با ابتدائی‌ترین مسائل مرتبط با معنویت، دین، و سلامت روان، نظیر مواردی که در بالا بررسی کردیم، از پا درمی‌آیند، چراکه در این زمینه چندان مهارتی نیافته‌اند.

این موضوع بی‌اهمیت نیست و پیر واضح است که معنویت و دین^۱ عواملی هستند که در کم‌وبیش همه فرهنگ‌های جهان، اقتصاد، سیاست و رفتار اجتماعی را متأثر می‌سازند. به‌ویژه این موضوع را می‌توان در ایالات متحده دید؛ در این کشور، سازمان ضرب و چاق پول روی هراسکناس (اعم از کاغذی و سکه‌ای) این عبارت را چاپ می‌کند «به خدا اعتماد داریم»^۲؛ پس می‌توان از اینجایی برد که حیات معنوی ارتباط گسترده‌ای با اجتماع دارد. با این همه، چندان به این مسئله توجهی نشده است که دین و معنویت اغلب به لحاظ فردی و نیز روانشناختی برای بسیاری از افراد حائز اهمیت است. به گزاره‌های آماری زیر توجه بفرمائید:

- ۷۳ درصد آمریکائی‌ها به‌صراحت می‌گویند که به خداوند باور «یقینی» دارند، و ۵۶ درصد اذعان می‌کنند که دین در زندگیشان «بسیار مهم» است (گالوپ^۳، ۲۰۱۱).
- ۵۸ درصد آمریکائی‌ها دستِ کم، روزی یک‌بار به دعا مشغول می‌شوند، و ۳۹ درصد ایشان دستِ کم هفته‌ای یک‌بار در مراسم دینی حضور می‌یابند (مرکز پژوهشی پیو^۴، ۲۰۰۹).
- بیش از ۲۰ درصد اهالی نیوهمپشایر و ورمونت^۵ (ایالاتی از آمریکا که کمترین میزان اعتقاد دینی را در میان سایر ایالات دارند) هفتگی در مجالس و مراسم دینی شرکت می‌جویند (مرکز پژوهشی پیو، ۲۰۱۴b).
- ۸۳٫۷ درصد جمعیت جهان عضو یکی از گروه‌های دینی هستند و صرفاً ۲٫۷ درصد از کل مردم در اقلیت دینی به سر می‌برند (مرکز پژوهشی پیو، ۲۰۱۲).

۱. در باب تعریف این واژه‌ها و توصیف آنها در مقام کاربردشان در سراسر این کتاب به فصل یک بنگرید.
 2. In God We Trust
 3. Gallup
 4. Pew Research Center
 5. New Hampshire and Vermont

- حدود ۶۸ درصد افرادی که در سراسر جهان، وابستگی دینی ندارند، به داشتن یک یا چند باور دینی اذعان می‌کنند، و حدود ۴۴ درصد نوعی مراسم سالیانه دینی دارند (مرکز پژوهشی پیو، ۲۰۱۲).
- به بیان دیگر، حتی در این دوران به ظاهر سکولار، اکثر مردم معنویت و دین را به واقع مفاهیمی انتزاعی و بسیار در دوردست یا امور مرسوم سالیانه‌ای که چندان اهمیتی ندارند، قلمداد نمی‌کنند، بلکه این مفاهیم را بخشی از ذهن، هویت، و زندگی روزمره خود می‌پندارند. با عنایت به اینکه درمانگران صلاحیت کافی در پرداختن به معنویت و دین ندارند، همین مانع از آن می‌شود که بیماران را بفهمند و با ایشان ارتباط بگیرند.^۱

آنچه نزد درمانگران به مراتب از اهمیت بیشتری برخوردار است آن است که گاهی معنویت و دین به کارکرد روانشناختی و سلامت روان ربط و نسبت می‌یابند.

در واقع، حدود ۳۰ سال می‌شود که علم روانشناسی «دین و معنویت» را به کارکرد روانشناختی پیوند داده است. پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که اعمال و باورهای دینی و معنوی به نوعی افراد را از سوء مصرف مواد باز می‌دارد (کندلر، گاردنر، و پرسکت، ۱۹۹۷) و سبب می‌شود فرد در مقابل سمیتوم‌های افسردگی دیرتر از پا درآید (اسمیت، مک‌کالف، و پل، ۲۰۰۳)، گرچه اندازه اثر این دو مفهوم بر گروه اول بیشتر از اندازه اثر آن بر گروه دوم است. افزون بر این، پژوهش‌های غنی اینک روش‌های بسیاری در مقابله دینی مطرح می‌کنند. تلفیقی از راه‌ها و شیوه‌هایی که معنویت و دین می‌توانند در پیرایشان حالی و درماندگی دست افراد را بگیرند (پارگامنت، ۱۹۹۷). بیش از ۸۰ درصد بیماران حاضر در روان‌درمانی (تپر، راجرز، و مالونی، ۲۰۰۱)، حدود ۷۳ درصد از بیماران مبتلا به سرطان (تونی-بوپل، استیگال، کشتگار، دیویدسون، و نومان، ۲۰۱۳) و حدود ۹۰ درصد افراد در یک نمونه‌گیری ملی به دنبال حملات تروریستی ۱۱ سپتامبر، ۲۰۰۱ (شوسترو و دیگران، ۲۰۰۱) گزارش کردند که از آموزه‌های دینی برای مقابله با این موقعیت بهره جسته‌اند.

۱. من در این کتاب، به دلیل دغدغه خاطر به مدرسه پزشکی، از واژه «بیمار» به جای «مراجع» استفاده می‌کنم.

مقابله دینی سازنده به طور معمول باعث می شود پریشانی هیجانی کاهش یابد و به زیستی هیجانی افزایش یابد، حتی وقتی که پای روش های مقابله ای سکولار به میان باز نشود (هریسون، کوئینگ، هایس، ام-آکواری، و پارگامنت، ۲۰۰۱). این مسئله در مورد مشاغل و حرفه های پراسترس (پراتی، پیترانتونی، و سیسوگانی، ۲۰۱۱)، تروما (مک اینتوش، پولین، سیلور و هولمن، ۲۰۱۱)، و بیماری درمان ناپذیر (والورویلا و دیگران، ۲۰۱۲) بسیار سودمند است. پژوهش های جدید حاکی از آن هستند که مقابله دینی می تواند حتی از سرعت پیشرفت بیماری ایدز بکاهد (تروینو و دیگران، ۲۰۱۰).

با این همه، به قول یکی از استادانم، «همه چیز در زندگی می تواند به کار آید و گُل به ارمغان آورد، یا بلعکس، به خاری در پای آدمی بدل شود.» بنابراین، جای تعجب نیست که معنویت و دین هم بتوانند آثاری منفی بر هیجان آدمی بر جای بگذارند. به مثل، کشمکش های معنوی، نظیر باورهای منفی درباره خدا یا احساس اینکه از جمعی دینی یا معنوی به دور افتاده ایم، به جد پریشانی هیجانی را در افراد پیش بینی می کند (مک کنل، پارگامنت، الیسون، و فلانلی، ۲۰۰۶)، و حتی می تواند با مرگ و میر (پارگامنت، کوئینگ، تاراکشوار، و هان، ۲۰۰۱) و زوال جسمی مرتبط با بیماری (آی، پارگامنت، کرونفل، تاپس، و اپل، ۲۰۱۰) نیز در ارتباط باشد. افزون بر این، پژوهش های جدید در نمونه های روانپزشکی بالینی نشان می دهد که کشمکش های معنوی یکی از عوامل خطر برای خودکشی به شمار می رود (رزمارین، بیگدا- پیتون، اُنگر، پارگامنت و بیورگ وینسون، ۲۰۱۳)، و به علاوه شدیدتر بودن سمپتوم های خلقی را حتی در میان کسانی پیش بینی می کند که به هر طریق دیگری معنوی نیستند (رزمارین، مالوی، و فورستر، ۲۰۱۴). شاید به همین دلایل است که بسیاری از بیماران مایل اند در بافت روان درمانی، موضوعات دینی و معنوی را مطرح کنند.

از تجربه شخصی خودم بگویم؛ برای رساله دکتری ام، نوعی آزمایش بالینی تصادفی شده در درمان آمیخته با معنویت برای سمپتوم های غیربالینی اختلال اضطراب تعمیم یافته در جامعه یهودی اجرا کردم (رزمارین، ۲۰۰۹). با وجود آموزش بسیار اندک و تجربه کم در زمینه جمع آوری افراد برای پژوهش، ۴۸۶ نفر، که به واقع خیره کننده و سه برابر بیشتر از

تعداد مورد نظرم بود، از سراسر دنیا، برای مشارکت در این پژوهش اعلام آمادگی کردند. حتی از این هم جالب‌تر، تا پایان سال ۲۰۱۱. یعنی پس از چندسال که از انتشار این مطالعه می‌گذشت. همچنان سیر مداوم علاقه و توجه از افرادی دریافت می‌کردم که می‌خواستند در آینده مشارکت داشته باشند؛ حتی در این ایام هم افرادی به من متن درخواست می‌فرستند مبنی بر اینکه مایل اند هر زمانی که باشد در پژوهش من مشارکت کنند! این تجربه شخصی من و شاهد بودن اشتیاق زائدالوصف برای درمان آمیخته با معنویت، مُهر تأییدی بر داده‌های کنونی در باب این موضوع است.

در سال ۲۰۱۰ مطالعه‌ای در ۶ کلینیک سلامت روان از مناطق مختلف ایالات متحده به انجام رسید؛ نتیجه آنکه بیش از ۵۵ درصد بیماران این طور گزارش کرده بودند که به نوعی مایل بودند به موضوعات معنوی در درمان پرداخته شود (رز، وست‌فلد، و آنسلی، ۲۰۰۱). به‌تازگی، من و همکارانم در بیمارستان مک‌لین^۱ واقع در شرق ماساچوست دریافتیم که ۵۸٫۲ درصد بیماران گفتند که «کاملاً» علاقه‌مند هستند یا علاقه‌ای وافر دارند به اینکه پای معنویت به درمان روانشناختی آنها باز شود، و ۱۷٫۴ درصد گفتند که علاقه «بسیار زیادی» دارند که معنویت داخل در درمان روانشناختی‌شان شود (بالاترین میزان در مقیاسی پنج‌گزینه‌ای؛ رزمارین، فورستر، شاسیان، وب، و بیورگوبینسون، ۲۰۱۵). نیز شایان ذکر است که مردمان آمریکایی با احتمال بسیار بیشتری به دنبال کسب حمایت از روحانیون دینی، و نه متخصصان سلامت روان، بر می‌آیند، (۱۶٫۷ درصد) و حتی در خصوص اختلال‌های روانی آسیب‌رسان نیز این موضوع صادق است (وانگ، برگلاند، و کسلر، ۲۰۰۳).

افزون بر مباحث فوق، و شاید مهم‌ترین مسئله برای درمانگران شناختی-رفتاری این باشد که درک نمی‌کنند که شاید رواج تازه رویکردهای درمان شناختی-رفتاری موج سوم، از قبیل درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی (اکت)^۲ و رفتاردرمانی دیالکتیکی (دی‌بی‌تی)^۳، به‌درجاتی، ناشی از وجود زمینه‌های پیدا و پنهان معنوی باشد که خود

1. McLean Hospital

2. Acceptance and commitment therapy (ACT)

3. Dialectical behavior therapy (DBT)

را در بافت توجه-آگاهی^۱ بر ما پدیدار می‌کند. در واقع، در یکی از مطالعاتی که به تازگی انجام شده است، ۴۹ درصد کسانی که در دوره کاهش استرس مبتنی بر توجه-آگاهی^۲ مشارکت داشته‌اند اذعان کردند علت اصلی آغاز درمان برای ایشان چیزی جز «رشد و تحول معنوی» نبوده است (گریسون و دیگران، ۲۰۱۱).

خلاصه مطالبی که تاکنون از نظر گذرانده‌ایم، به قرار زیر است:

- معنویت و دین بسیار شایع و فراگیر هستند، به ویژه در ایالات متحده.
- معنویت و دین قادرند بر کارکردهای هیجانی، به شیوه‌هایی کارآمد و ناکارآمد، اثر بگذارند.
- بسیاری از بیماران مایل‌اند موضوعات معنوی را در بافت درمان و مراقبت‌های سلامت روان وارد کنند.

همه مطالبی که در بالا بحث شد، به نوعی برای درمانگران شناختی-رفتاری ناخوشایند و نامطلوب به شمار می‌رود. در کل، برخی از متفکرین بزرگ و پیشگام درمان شناختی-رفتاری در جهان، با شدت و حدت بر پیکره دین می‌تازند و به نوعی دین ستیز محسوب می‌شوند. به مثل، آلبرت ایس. بنیانگذار رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی^۳ - متن طول و درازی با عنوان «ادله‌ای علیه دین» به نگارش درآورده است و گستاخانه و بی‌پرده به جهان بینی معنوی تاخته است. در ادامه بخشی از مطالب او را از نظر می‌گذرانیم:

اگر دین به معنای اتکای آدمی به قدرتی ماورای او است، آنگاه، من در مقام یک درمانگر، دین را امری مضرو آسیب‌رسان قلمداد می‌کنم؛ زیرا به طور معمول روان‌درمانگر به انسان، به طور اعم، و به بیماران، به طور اخص، کمک می‌کند تا به پاره‌ای اهداف ناظر به سلامت روان دست یابند، و در حقیقت، همه این اهداف به نوعی در تضاد و تغایر با جهان بینی راستین دینی است. (الیس و مورای، ۱۹۸۰، ص ۲).

1. Reference

2. MBSR (Mindfulness-based stress reduction)

3. Rational -emotive behavior therapy

اسکینر، واتسون، و دیگر رفتارگرایان آنقدرها هم دین‌ستیزی نمی‌کردند. دست کم این‌گونه از نوشته‌هایشان برداشت می‌شود. اما ماورر، که رفتارگرایی کمتر شناخته شده ولی در عین حال بسیار مهم است، بحث می‌کند که معنویت به واقع انگیزه‌ای بیرونی در جهت تسهیل روابط میان فردی است (ماورر، ۱۹۶۱). گرچه الیس و ماورر، هردو، نظریه‌هایشان را در باب دین بعدها جرح و تعدیل کردند (الیس، ۱۹۹۲؛ ماورر، ۱۹۶۷)، به ظاهر تأثیر خود را در این زمینه برجای گذاشته‌اند. در پیمایشی تازه از حدود ۲۵۰ درمانگر شناختی-رفتاری، مشارکت‌کنندگان در قیاس با جمعیت معمول افراد، باورهای دینی بسیار اندکی دارند و در قیاس با درمانگران غیرشناختی-رفتاری، چندان در عمل به مسائل دینی پایبند نبودند؛ در ضمن، ۷۱ درصد گزارش کردند که آموزش اندک یا هیچ آموزشی در نحوه برخورد با موضوعات معنوی در درمان ندیده‌اند (رزمارین، گرین، و دیگران، ۲۰۱۳).

تا اوایل دهه ۱۹۹۰، شاید به دلیل جریان‌های دین‌ستیز فوق، در دنیای درمان شناختی-رفتاری خبری از هیچ روشی برای پرداختن به معنویت و موضوعات معنوی بیماران نبود اما از این زمان به بعد بسیاری از آزمایشگاه‌ها روش‌های درمان شناختی-رفتاری را برگرفته و سعی کردند آنها را با باورها و اعمال دینی مسیحیت در یکدیگر بیامیزند و در زمینه شناخت درمانی و رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی به کار برند (به مثل، جانسون، دوریس، ریدلی، پتورینی، و پیترسون، ۱۹۹۴؛ جانسون و ریدلی، ۱۹۹۲؛ پرایس، استروم، واتکینز، دین، و ماشبرن، ۱۹۹۲). این رهیافت‌ها تبیین‌های دینی را در کنار تبیین‌های روانی-زیستی-اجتماعی مربوط به پریشان‌حالی افراد قرار می‌دهند؛ نیز، رهنمودهایی عقلانی از آموزه‌های مسیح را وارد روند درمان می‌کند، از ادله دینی کمک می‌گیرند تا با شناخت‌واره‌های ناسازگار مقابله کنند، و از نمادها و شعائر دینی نیز بهره می‌برند. از آن زمان تا هم امروز، چند آزمایش کنترل شده تصادفی دیگر ناظر به درمان شناختی-رفتاری با محوریت دین^۲ با نتایج نویدبخشی به اجرا درآمده است (به مثل، آرمنتو، مک‌ناتلی، و هاپکو، ۲۰۱۲؛ کمبس، بافورد، کمپبل، وهالتر، ۲۰۰۰؛ کوئنیگ و دیگران، ۲۰۱۵؛ کوزیسکی، بیلدو،

1. Cognitions

2. Religionbased CBT

راب-مایو، و بردوین، ۲۰۱۴؛ ناهر، ۲۰۰۱؛ تانکین، ۲۰۰۵؛ وانوی و هایت، ۲۰۰۴؛ یانگ و دیگران، ۲۰۰۲). در مجموع، به نظر می‌رسد اگر درمان شناختی-رفتاری با دین و معنویت آمیخته شود، از جنبه اثربخشی تفاوتی با حالت معیار و استاندارد این درمان ندارد (مک‌کالف، ۱۹۹۹)، و احتمال دارد برای برخی بیماران نیز مؤثرتر از آب درآید (هوک، ورثینگتون، دیویس، جنینگز، گارتز، و هوک، ۲۰۱۰؛ اسمیت، بازتز و ریچاردز، ۲۰۰۷). در طول چند دهه پیشین، مبنای تجربی در حمایت از ادغام معنویت با درمان شناختی-رفتاری مستحکم‌تر شده‌اند و به همین ترتیب نیز، آثاری چند اعم از مقالات بالینی و مطالعات موردی که از دقت و ظرافت خاصی برخوردار بوده‌اند، به زیور طبع آراسته شده‌اند و فرایندهای بالینی توجه و پرداختن به معنویت بیماران را در زمینه درمان شناختی-رفتاری اضطراب سالمندی^۱ (پوکرت، فیلیس، کولی، لوبوپرابو، لوماکس، و استنلی، ۲۰۰۹)، اختلالات خورد و خوراک (اسپنگلر، ۲۰۱۰)، اسکیزوفرنی (وایسمن، ممانی، تاجمن، و دوآرت، ۲۰۱۰)، و پریشانی روانی حاد (رزمارین، اورباخ، بیگدا-پیتون، بیورگوینسون، و لوندوسکی، ۲۰۱۱) وصف و شرح داده‌اند. دیگر آثار و مکتوبات با محوریت این موضوع، روش‌هایی را توصیف و مشخص کرده‌اند که می‌توان از آنها برای آمیختن محتوا و مضمون دینی با درمان شناختی مبتنی بر توجه-آگاهی استفاده کرد (هثاوی و تان، ۲۰۰۹) و نیز بر کاربرد روش‌های درمانی رویارویی و اجتناب از پاسخ برای سمپتوم‌های وسواسی-اجباری مرتبط با باورهای دینی صخه گذاشته‌اند (به مثل، آبرامویتز و ژاکوبی، ۲۰۱۴؛ هوپرت و سیو، ۲۰۱۰).

به‌رغم این پیشرفت‌های چشمگیر و مهم، اتفاق نظری در آراء اندیشمندان این حوزه به چشم می‌خورد مبنی بر اینکه لازم است پژوهش‌های بیشتری در زمینه ادغام معنویت با درمان شناختی-رفتاری در خصوص بیماران متدینی صورت گیرد که به دنبال درمانی ممزوج از این دو هستند. در ضمن، به نظر می‌رسد که درمانگران شناختی-رفتاری تمایل دارند تا در این حوزه آموزش بیشتری دریافت کنند: در مطالعه‌ای که درباره درمانگران شناختی-رفتاری صورت پذیرفته است و چندی پیش از آن سخن گفتیم، بیش از ۵۰ درصد مشارکت‌کنندگان گفته بودند که علاقه وافری دارند تا آموزش ببینند و بتوانند

موضوعات معنوی را در درمان شناختی-رفتاری سنجش کنند و به درمان آنها مبادرت ورزند (رزمارین، گرین، و دیگران، ۲۰۱۳).

به بیانی، برای رسیدگی و توجه به معنویت و دین در بافت درمان شواهدمحور نیاز به آموزش و رهنمودهای مشخص مشهود است (رزمارین، پارگامنت، و راب، ۲۰۱۰؛ تان، ۲۰۱۳؛ والر، تریکا، کولرتون، و هاوکینز، ۲۰۱۰). به بیان دقیق‌تر، موضوعاتی که در ادامه می‌آیند، جملگی از موضوعاتی هستند که باید در درمان شناختی-رفتاری حساس به معنویت به آنها پرداخته شود و لازم است مورد بحث و بررسی قرار گیرند:

- چگونه به باورهای معنوی بیمار احترام بگذاریم و آنها را خدشه‌دار نکنیم و در عین حال به چارچوب علمی و تجربی پایبند بمانیم.
- چگونه در بافت بالینی می‌توان جنبه‌هایی از معنویت و درمان را مورد توجه قرار داد که با مسائل روانشناختی ربط و نسبت دارند.
- با چه سازکاری می‌توانیم از طریق زبان و مفاهیم درمان شناختی-رفتاری کارکرد دین و معنویت را مفهوم‌پردازی کنیم.
- به چه شیوه‌ای می‌توان دین و معنویت بیمار را به لحاظ کارکردی سنجید.
- چگونه می‌توان روش‌های درمان شناختی-رفتاری را با استفاده از مفاهیم دینی و معنوی و به منظور افزایش انگیزه برای درمان سر و شکل داد.
- چگونه از دین و معنویت بیمار در زمینه فعال‌سازی رفتاری بهره ببریم.
- برای استفاده از باورهای معنوی در شناخت درمانی چه باید کرد.
- چگونه می‌توان به شیوه‌ای فرهنگی، به مسائل و موضوعاتی از دین و معنویت پرداخت که به لحاظ بالینی ناسازگار و آسیب‌رسان هستند.

در این کتاب بنا داریم راهنمایی عملی، به لحاظ نظری متقن و شواهدمحور به دست دهیم که روشن سازد چگونه می‌توان معنویت را با درمان شناختی-رفتاری ادغام کرد. رویکردی که از دل این ادغام پدید می‌آید، تفاوت بنیادینی با رویکرد مرسوم درمان شناختی-رفتاری ندارد، جز اینکه تلاش می‌کند دربارهٔ ربط و نسبت باورهای دینی و معنوی بیمار با مشکلات کنونی‌اش که در فرایند درمان مطرح نظر هستند، مفهوم‌پردازی کند.

این کتاب به دو بخش تقسیم شده است: بخش اول (فصول ۱ تا ۴) به مبانی تجربی و نظری می‌پردازد و امر مفهوم‌پردازی موردی ناظر به معنویت را در بافت درمان شناختی-رفتاری تسهیل می‌کند، و بخش دوم (فصول ۵ تا ۸) تعدادی از تکنیک‌های درمان شناختی-رفتاری را پیش می‌نهد که معطوف به دین و معنویت بیمار در کار بالینی هستند. به بیان دقیق‌تر، فصل اول تعاریف دین و معنویت را پیش می‌کشد، در باب پاره‌ای موضوعات اخلاقی در پرداختن به دین و معنویت بیمار در درمان بحث می‌کند، و پرده از رویکردی برمی‌دارد که می‌توان از منظر آن به تنوع و تفاوت دینی نگریست. در فصل دوم، مجموعه‌ی منعطفی از اصول، برگرفته از نظریه‌ی یادگیری (موج اول درمان شناختی-رفتاری)، نظریه‌ی شناختی (موج دوم درمان شناختی-رفتاری)، و نظریه‌ی تنظیم هیجان (موج سوم درمان شناختی-رفتاری)، مطرح می‌شوند؛ این مجموعه اصول به بیماران کمک می‌کنند تا به دین و معنویت از دریچه‌ی درمان شناختی-رفتاری نظر کنند و از آن رهگذر به محل تلاقی حیات دینی و معنوی با سلامت روان آگاه شوند. فصل سوم بحث متمرکزی در این زمینه پیش می‌کشد که چگونه می‌توان باورهای دینی و معنوی بیمار را به مفهوم درآورد، آن هنگام که این قبیل باورها از منظر روانشناختی ناسازگار و آسیب‌رسان می‌نمایند و در پیریشان حالی فرد، شامل سمپتوم‌های معنوی (به مثل، اختلال وسواسی-اجباری دینی)، و کشمکش‌های معنوی (به مثل، اعمال یا باورهای دینی‌ای که موجب بدتر شدن احساس گناه، تنش، و ترس می‌شوند، یا به نوعی منبع و منشأ نزاع و جر و بحث میان فردی می‌شوند) دخیل هستند. فصل چهارم، که فصل پایانی بخش اول است، اصول مطروحه در فصول ۱ تا ۳ را به کار پنج مورد (کیس) می‌برد که نمودار طیف گسترده‌ای از مشکلات، از جمله افسردگی، نگرانی، استرس، اختلال وسواسی-اجباری، محدودیت غذا، و درد مزمن، هستند.

دومین بخش کتاب شامل گذار از متن کتاب به فعالیت‌های عملی بالینی است. فصل پنجم نوعی راهنمایی گام به گام در خصوص نحوه‌ی آغازیدن بحث درباره‌ی معنویت در بافت درمان شناختی-رفتاری مطرح می‌کند و نوعی سنجش کارکردی ناظر به عوامل معنوی مرتبط با عوامل روان‌شناختی برای تک‌تک بیماران پیش می‌نهد که به شیوه‌ای

فردنگرانه^۱ [مخصوص هر فرد] فراهم آمده‌اند. محل تمرکز فصول ششم، هفتم و هشتم درمان است، نه سنجش؛ در این سه فصل روش‌هایی برای استفاده از معنویت بیمار برای ایجاد تغییر عاطفی، رفتاری، و شناختی مطرح نظر قرار می‌گیرند. به بیان دقیق‌تر، فصل ششم نوعی «چارچوب‌بندی» ارائه می‌دهد؛ به این معنا که با استفاده از زبان، تعبیر و مفاهیم دینی و معنوی بتوان تکنیک‌های درمان شناختی-رفتاری مرسوم را برای بیماران توصیف و تبیین کرد. در فصل هفتم، بحث از روش‌هایی می‌شود که بناست از طریق آنها باورهای دینی و معنوی وارد تکنیک‌های درمان شناختی شوند. فصل هشتم درصدد است توضیح دهد که چگونه از دین و معنویت در فعال‌سازی رفتاری، آن هم از طریق استفاده از فعالیت‌های دینی و معنوی معمول در فرایند درمان، می‌توان بهره جست. فصل پایانی کتاب نیز که فصلی مختصر و موجز است پای بحث از موضوعاتی را به میان می‌کشد که به اجرای درمان شناختی-رفتاری آمیخته با معنویت و نیز، نیاز به مشاوره و/یا نظارت بالینی مربوط می‌شود. دست آخر، ضمیمه آمده است که شامل نوعی طرح کوتاه مکمل مربوط به رویکردی فلسفی به موضوع معنویت و درمان شناختی-رفتاری است. در سراسر کتاب، انتهای هر فصل خلاصه‌ای کوتاه از مطالب همان فصل گنجانده شده است تا بدین ترتیب بر مهم‌ترین نکات و مطالب فصل تأکید شود. کلام آخر اینکه، امیدوارم (و از خدا هم می‌خواهم!) که کتاب حاضر بتواند پاره‌ای ابزارها و اصول اساسی پیش روی درمانگران شناختی-رفتاری بنهد تا به این ترتیب، قادر شوند به ساحتی از زندگی بیمارانشان التفات کنند که هم مهم است و هم در عین حال گاه مغفول مانده است.