

A Comparative Analysis of the Cognitive Mechanism of Tawakkul in the Holy Quran and Cognitive-Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder

Younes Rezazadeh¹

Matinsadat Arabzadeh²

1.Ph.D. Graduate in Islamic Studies Education, Major in Quran and Islamic Texts, Faculty of Theology and Religions, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. (Corresponding Author) rezazadeh1404@gmail.com

2.Assistant Professor, Department of Islamic Teachings, Faculty of Theology and Religions, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. m_arabzadeh@sbu.ac.ir

*Original
Research*

Received:
2026.09.16

Accepted:
2026.10.12

Keywords:

Holy Quran,
Tawakkul,
Cognitive-
Behavioral
Therapy (CBT),
Generalized
Anxiety Disorder
(GAD),
Cognitive
Restructuring

Abstract: This study aimed to systematically explain and map the cognitive and behavioral mechanisms of tawakkul (reliance on God) in the Holy Quran onto the six stages of the cognitive-behavioral therapy protocol for generalized anxiety disorder, which is grounded in the intolerance of uncertainty model of Dugas and Robichaud. A qualitative, analytical-comparative, documentary design was employed. Quranic verses related to tawakkul, together with authoritative exegetical works from both Sunni and Shia traditions, were compared against the protocol's stages: psychoeducation, evaluation of the usefulness of worry, reappraisal of negative beliefs about uncertainty, problem-solving, imaginal exposure, and relapse prevention. The findings indicate that several mechanisms align with the clinical aims of the protocol stages and offer considerable complementary potential. These include distinguishing effort in securing the means from entrusting the outcome to God, correcting metacognitive beliefs about worry, redefining moral responsibility, facilitating behavioral exposure through reliance on divine sufficiency, and reframing lapses within a framework of dynamic tawakkul. Nevertheless, the two frameworks differ in their teleology and in the source of authority underlying belief modification. Quranic tawakkul may therefore be used as a meaning-giving, complementary framework, rather than a substitute for standard treatment, in culturally adapted interventions for religious clients.

Publisher

Iranian Scientific Association for Quranic Studies and Islamic Culture

DOI

[10.22034/iscw.2026.2098252.1280](https://doi.org/10.22034/iscw.2026.2098252.1280)

تحلیل تطبیقی سازوکار شناختی توکل در قرآن کریم و درمان شناختی-رفتاری اختلال اضطراب فراگیر

متین السادات عرب‌زاده ۲

یونس رضازاده ۱

۱. دانش‌آموخته دکتری مدرسی معارف اسلامی، گرایش قرآن و متون اسلامی، دانشکده الهیات و ادیان، دانشگاه

شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول). rezazadeh1404@gmail.com

۲. استادیار گروه معارف اسلامی، دانشکده الهیات و ادیان، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

m_arabzadeh@sbu.ac.ir

صص

مقاله

علمی پژوهشی

دریافت:

۱۴۰۵/۰۵/۳۱

پذیرش:

۱۴۰۵/۰۷/۲۰

کلیدواژه‌ها:

قرآن کریم،

توکل،

درمان شناختی-

رفتاری،

اختلال اضطراب

فراگیر،

بازسازی شناختی.

چکیده: این پژوهش با هدف تبیین و تطبیق نظام‌مند سازوکارهای شناختی و رفتاری توکل در قرآن کریم با مراحل شش‌گانه پروتکل درمان شناختی-رفتاری اختلال اضطراب فراگیر بر اساس مدل عدم تحمل بلاتکلیفی روبه‌رو و همکاران انجام شد. پژوهش به شیوه کیفی، تحلیلی-تطبیقی و اسنادی صورت گرفت و آیات مرتبط با توکل و تفاسیر معتبر فریقین با مراحل روان‌آموزی، ارزیابی سودمندی نگرانی، بازبینی باورهای منفی درباره بلاتکلیفی، حل مسئله، مواجهه تجسمی و پیشگیری از عود تطبیق داده شدند. بر پایه یافته‌ها، سازوکارهایی مانند تفکیک تلاش برای دستیابی به اسباب از تفویض نتیجه، اصلاح باورهای فراشناختی درباره نگرانی، بازتعریف مسئولیت اخلاقی، تسهیل مواجهه رفتاری با اتکا به کفایت الهی و بازتعریف لغزش در چارچوب توکل پویا، با اهداف بالینی مراحل پروتکل هم‌سو بوده و ظرفیت تکمیلی درخور توجهی دارند. با این حال، تفاوت‌هایی در غایت‌شناسی و منشأ اقتدار اصلاح باورها وجود دارد. بنابراین، توکل قرآنی را می‌توان به‌عنوان چارچوبی معنابخش و مکمل، نه جایگزین درمان استاندارد، در مداخلات بومی برای مراجعان مذهبی به کار گرفت.

انجمن ایرانی مطالعات قرآنی و فرهنگ اسلامی

10.22034/iscw.2026.2098252.1280

ناشر

DOI

۱. بیان مسئله

«اختلال اضطراب فراگیر»^۱ از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است و آسیب‌های جدی به عملکرد شغلی، اجتماعی و کیفیت زندگی افراد وارد می‌کند (Barlow, 2021, p. 184). نشانگان اصلی آن نگرانی مفرط و غیرقابل کنترل درباره رویدادهای روزمره است؛ نگرانی‌ای که معمولاً با تنش عضلانی، بی‌قراری و تحریک‌پذیری همراه می‌شود. در سه دهه اخیر الگوهای شناختی-رفتاری متعددی برای تبیین این اختلال مطرح شده، اما مدل «عدم تحمل بلا تکلیفی»^۲ جایگاهی متفاوت دارد: آن را متغیری مرکزی و فراتشخیصی در شکل‌گیری و تداوم نگرانی مرضی می‌دانند (Robichaud et al., 2019, p. 19). بر پایه این مدل، افراد مبتلا ابهام ذاتی آینده را نه واقعیتی طبیعی، بلکه تهدیدی فاجعه‌بار ارزیابی می‌کنند. همین سوگیری کافی است تا چرخه‌ای از پردازش‌های ناکارآمد (اجتناب شناختی، تفکر جادویی، رفتارهای ایمنی‌جویانه) فعال شود؛ چرخه‌ای که فرد را در توهم کنترل بر محیط نگه می‌دارد (Leahy, 2017, p. 250).

دستورالعمل شش مرحله‌ای روبیشو و همکاران، به عنوان مداخله خط اول، اثربخشی تجربی قابل توجهی در بهبود این سازه نشان داده است. با این حال شواهد بالینی معاصر نشان می‌دهد این رویکرد همچنان با چالش‌های ساختاری روبه‌روست. یکی از محدودیت‌های اصلی، نرخ ریزش مراجعان و مقاومت روان‌شناختی آنان در مرحله رهاسازی کنترل و سواسی بر آینده است (Robichaud et al., 2019, p. 196). در درمان‌های شناختی کلاسیک از بیمار خواسته می‌شود ابهام جهان را به عنوان واقعیت عریان زندگی بپذیرد، آن هم بدون تکیه بر هیچ منبع بیرونی؛ فرایندی که برای بسیاری از بیماران به شدت اضطراب‌زا است. مسئله دیگر این است که نادیده گرفتن طرحواره‌های مذهبی و باورهای بنیادین مراجعان در جوامع اسلامی، کارآمدی درمان را محدود می‌کند. به همین دلیل روان‌شناسی بالینی بومی نمی‌تواند صرفاً به ترجمه پروتکل‌های غربی بسنده کند؛ باید درمان‌های شناختی

¹ Generalized Anxiety Disorder (GAD)

² Intolerance of Uncertainty (IU)

نهفته در متون وحیانی را نیز استخراج کرد تا پذیرش بلاتکلیفی در یک نظام معنایی آشنا برای بیمار قابل درک شود.

در همین چارچوب، سازوکار شناختی «توکل» در قرآن کریم ظرفیت قابل توجهی برای تعدیل هسته آسیب‌شناختی اختلال اضطراب فراگیر دارد. توکل در اندیشه اسلامی حالتی انفعالی یا جبرگرایانه نیست. ساختاری سه‌مرحله‌ای دارد: تدبیر عقلانی و اخذ اسباب (عزم)، اذعان به محدودیت دانش و کنترل انسانی، و در نهایت واگذاری پیامدها به مسبب‌الاسباب (رشیدرضا، ۱۴۱۴ق، ج ۴، ص ۲۰۵؛ طنطاوی، ۱۹۹۷م، ج ۲، ص ۳۱۹). قرآن کریم در آیه «وَمَنْ يَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ» (الطلاق: ۳) با تأکید بر اصل کفایت الهی، در برابر باورهای فراشناختی مثبت نسبت به نگرانی موضع می‌گیرد. توکل با تکیه بر سازوکار «حسن‌ظن» سوگیری‌های تفسیری تهدیدآمیز را بازسازی می‌کند و آینده مبهم را از قلمرویی فاجعه‌آمیز به فضایی امن و مصلحت‌محور تبدیل می‌سازد (طوسی، ۱۴۰۹ق، ج ۱۰، ص ۳۳؛ صادقی‌تهرانی، ۱۴۰۶ق، ج ۲۸، ص ۴۰۵). این چرخش، بار مسئولیت افراطی را از دوش مراجع برمی‌دارد و نیاز به پایش وسواسی محیط را کم می‌کند، چون کنترل جهان به قدرتی خیرخواه سپرده شده است (جوادی‌آملی، ۱۳۸۸ش، ج ۱۵، ص ۲۱۴؛ رنگین‌کمان و درزی، ۱۴۰۴ش، ص ۱۵۳).

مسئله اصلی این پژوهش آن است که سازوکار شناختی و رفتاری توکل در قرآن کریم چگونه با مراحل شش‌گانه پروتکل روبیشو و همکاران برای اختلال اضطراب فراگیر تطبیق می‌یابد. این تحقیق با روش تحلیلی تطبیقی و بررسی ساختاریافته آیات و تفاسیر اصیل تلاش می‌کند نشان دهد توکل چگونه از یک مفهوم انتزاعی اخلاقی به سازه‌ای درمانی و عملیاتی ارتقا می‌یابد. سازه‌ای که می‌تواند به عنوان چارچوبی مکمل در مدیریت عدم تحمل بلاتکلیفی عمل کند. هدف نهایی، پاسخ به ضرورت بومی‌سازی مداخلات روان‌شناختی و فراهم آوردن چارچوبی نظری است که با تلفیق علم بالینی و حکمت قرآنی، کارآمدی درمان اختلال اضطراب فراگیر را در جامعه اسلامی افزایش دهد.

۲. پیشینه پژوهش

پیشینه مطالعاتی انجام شده در زمینه پیوند آموزه‌های دینی و روان‌شناسی بالینی را می‌توان در سه محور اصلی تحلیل و دسته‌بندی کرد که مرور آن‌ها جایگاه، ضرورت و نوآوری پژوهش حاضر را برجسته می‌سازد. محور نخست شامل پژوهش‌هایی است که بنیادهای روان‌شناختی-دینی توکل و نقش آن را در کاهش اضطراب و تأمین بهداشت روان تبیین کرده‌اند. برای نمونه، خدایار و قائمی (۱۳۹۱) نشان دادند که توکل در نظام تربیتی اسلام با ایجاد اعتماد به خداوند، زمینه‌ساز سلامت معنوی و کمالاتی چون استقامت و عزت نفس می‌شود. در رویکردی تجربی‌تر، بواله‌ری و همکاران (۱۳۷۹) طی پژوهشی کمی بر روی دانشجویان پزشکی تأیید کردند که با افزایش نمره توکل، نشانگان استرس به‌طور معناداری در آزمودنی‌ها کاهش می‌یابد. محور دوم به ارزیابی اثربخشی مداخلات دینی-معنوی در قیاس با درمان شناختی‌رفتاری (CBT) متعارف اختصاص دارد. یعقوبی و همکاران (۱۳۹۱الف؛ ۱۳۹۱ب) در کارآزمایی‌های بالینی خود نشان دادند که هم رفتاردرمانی شناختی و هم روان‌درمانی مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام، در کاهش اضطراب آشکار و پنهان مؤثرند. یوسفی (۱۳۹۱) نیز اثربخشی شناخت‌درمانی مذهب‌محور را بر کاهش نشانگان اضطراب و افسردگی تأیید کرد. در مطالعات بالینی‌تر، آینه‌چی و همکاران (۱۴۰۰) امکان کاهش اضطراب را از طریق بسته مداخله مذهبی مبتنی بر مفهوم تقرب به خدا نشان دادند و خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۸) اثربخشی روان‌درمانی شناختی‌رفتاری مبتنی بر آموزه‌های دینی را بررسی کرده و بر همسویی اصول شناخت‌درمانی بک با مبانی اسلامی تأکید نمودند. در ارتباط مستقیم با اختلال اضطراب فراگیر، احمدی دستجردی (۱۳۹۵) تأثیر آموزش الگوی مراقبه اسلامی را بر کاهش نشانگان این اختلال در زنان متأهل اثبات کرد؛ بااین‌حال، مداخله مذکور بر اساس سازوکار شناختی توکل در چارچوب استاندارد CBT بنا نشده بود. محور سوم دربرگیرنده مطالعاتی است که اختلال اضطراب فراگیر را با استناد به متون قرآنی بازخوانی کرده‌اند. صنعت‌نگار و همکاران (۱۳۹۶) با بررسی معناشناختی این اختلال از دیدگاه قرآن نشان دادند که علل شناختی مطرح شده در

قرآن برای نگرانی مزمن، با مؤلفه‌های نظری روان‌شناسی بالینی هم‌پوشانی دارد؛
باین وجود، این پژوهش سازوکارهای درمانی و مراحل یک پروتکل بالینی مشخص را
ارائه نکرده است.

مرور این پیشینه، سه خلأ پژوهشی بنیادین را آشکار می‌سازد: نخست، فقدان
چارچوبی تلفیقی که ابعاد روان‌شناختی توکل را در سطح سازوکارهای درمانی به‌طور
نظام‌مند با پروتکل‌های استاندارد CBT پیوند دهد. دوم، نبود پژوهشی که به تطبیق
مرحله‌به‌مرحله سازوکارهای شناختی-رفتاری توکل با مراحل شش‌گانه پروتکل
استاندارد روبیشو و همکاران برای اختلال اضطراب فراگیر پرداخته باشد. سوم،
تقلیل مفهوم توکل به یک ارزش اخلاقی کلی در پژوهش‌های پیشین و بی‌توجهی به
قابلیت‌های عملیاتی آن در فرایندهای اساسی درمان (نظیر بازسازی شناختی،
اصلاح باورهای ناکارآمد، مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌آور و کاهش رفتارهای
ایمنی‌جویانه). بر این اساس، پژوهش حاضر می‌کوشد با بهره‌گیری از منابع معتبر
تفسیری و روان‌شناختی، مفهوم توکل را از یک سازه انتزاعی به یک مؤلفه بالینی
قابل عملیاتی‌سازی ارتقا دهد. نوآوری این مطالعه در تطبیق نظام‌مند توکل با مراحل
شش‌گانه پروتکل روبیشو و همکاران است که با هدف ارتقای اثربخشی درمان و
کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی، می‌تواند زمینه‌ساز توسعه مدل‌های درمانی بومی و
مبتنی بر شواهد در جوامع اسلامی گردد.

۳. چارچوب نظری تحقیق

تدوین یک الگوی درمانی تلفیقی و بومی برای مداخله در اختلال اضطراب فراگیر
مستلزم بررسی عمیق و تحلیل انتقادی مؤلفه‌های آسیب‌شناختی در رویکردهای
کلاسیک روان‌شناسی بالینی و پیوند دادن نظام‌مند آن‌ها با ساختارهای شناختی
موجود در نظام معرفتی اسلام است. برای رسیدن به چارچوبی عملیاتی، ابتدا باید
مدل‌های فراتشخیصی معاصر، از جمله عدم تحمل بلاتکلیفی و الگوهای
شناختی‌رفتاری وابسته به آن، تبیین شوند؛ سپس سازوکار عقلانی، تفسیری و

چندبعدی مفهوم توکل بر پایه آراء مفسران بررسی می‌شود تا بستر نظری لازم برای همگرایی این دو حوزه فراهم آید.

در آسیب‌شناسی روانی معاصر، فهم ماهیت اختلال اضطراب فراگیر دستخوش تحول شده است؛ این اختلال دیگر صرفاً حالتی از تنش عمومی و مبهم دانسته نمی‌شود، بلکه زنجیره‌ای از پردازش‌های اطلاعاتی سوگیرانه به شمار می‌آید. بر اساس این دیدگاه، نگرانی مرضی نوعی راهبرد اجتناب شناختی از جنس کلامی-فکری است که کارکرد اصلی آن جلوگیری از پردازش هیجانی تصاویر ذهنی فاجعه‌بار و مهار برانگیختگی شدید دستگاه عصبی خودمختار است (Barlow, 2021, p. 188). در میان مدل‌های تبیینی معاصر، مدل روییشو و همکاران (Robichaud et al., 2019) از الگوهای تبیینی‌ای است که پشتوانه تجربی گسترده دارد و در کنار الگوی اجتناب شناختی (Heimberg et al., 2004, pp. 77-108)، مدل فراشناختی (Wells, 1995) و الگوهای مبتنی بر پذیرش (Roemer & Orsillo, 2002) قرار می‌گیرد. انتخاب پروتکل روییشو و همکاران در این پژوهش بر سه ملاحظه استوار است. نخست، این الگو عدم تحمل بلا تکلیفی را سازه‌ای محوری می‌داند و با مواجهه انسان با پیامدهای نامعلوم آینده پیوند دارد؛ موضوعی که در گفتمان قرآنی توکل نیز، به‌عنوان رویکرد فرد به بخشی از نتیجه خارج از اختیار او پس از عزم و تدبیر، مطرح است. دوم، مؤلفه‌های شناختی این پروتکل به‌صورت مجزا و عملیاتی تعریف شده‌اند و مقایسه سازوکار به سازوکار را ممکن می‌سازند، در حالی که مدل فراشناختی و الگوهای مبتنی بر پذیرش انطباق کمتری با هدف پژوهش دارند. سوم، اثربخشی آن در کارآزمایی‌های بالینی تصادفی‌شده بررسی شده است (Ladouceur et al., 2000؛ Dugas et al., 2003, 2010).

عدم تحمل بلا تکلیفی سوگیری شناختی متمایزی است که در آن فرد رویدادهای مبهم و موقعیت‌هایی با پیامد نامعلوم را ذاتاً تهدیدآمیز و غیرقابل تحمل ارزیابی می‌کند. این سازه همچون فیلتری معیوب، پردازش اطلاعات را در چهار مؤلفه مختل می‌سازد. مؤلفه نخست، باورهای فراشناختی مثبت درباره سودمندی نگرانی است؛ فرد گمان می‌کند نگرانی مفرط ابزاری برای آمادگی در برابر حوادث ناگوار و

پیشگیری از فاجعه است و حتی نشانه‌ای از مسئولیت‌پذیری اخلاقی به شمار می‌آید (Robichaud et al., 2019, p. 34; Wells, 2009, p. 92). مؤلفه دوم، جهت‌گیری منفی نسبت به مسئله است که از خودارزیابی ضعیف ناشی می‌شود و در آن فرد چالش‌های روزمره را تهدیدی فلج‌کننده تلقی می‌کند و در توانایی حل مسئله خود تردید می‌ورزد (Robichaud et al., 2019, p. 138; Robichaud & Dugas, 2005a, p. 391). مؤلفه سوم، اجتناب شناختی است که فرد را برای گریز از تصاویر ذهنی ترسناک و هیجان‌های واقعی به نشخوار کلامی و طرح پرسش‌های فرضی «چه می‌شود اگر...؟» سوق می‌دهد (Robichaud et al., 2019, p. 39; Barlow, 2021, p. 184). مؤلفه چهارم، رفتارهای ایمنی‌جویانه و فرسایشی، مانند اطمینان‌جویی افراطی و پایش مداوم محیط، است که با هدف دستیابی به قطعیتی توهم‌آمیز شکل می‌گیرد؛ چرخه‌ای که به دلیل پویایی جهان، جز به فرسودگی شناختی نمی‌انجامد (Robichaud et al., 2019, p. 27; Clark & Beck, 2023, p. 151).

در برابر این آسیب‌شناسی، مفهوم «توکل» در نظام معرفتی قرآن کریم قرار دارد. برخلاف برداشت‌های رایج، توکل نه حالتی انفعالی و برخاسته از درماندگی آموخته‌شده، بلکه راهبردی چندبعدی برای تنظیم نظام شناختی و رفتاری انسان است. این راهبرد، نظام ارزیابی فرد را در مواجهه با ابهام آینده در سه بعد شناختی، انگیزشی-ارادی و رفتاری بازسازی می‌کند. در بعد شناختی، توکل بر تغییر در طرحواره‌های بنیادین فرد استوار است. حقیقت توکل، ارجاع نهایی علیت و تدبیر امور به مسبب‌الاسباب حقیقی است. فرد متوکل اسباب مادی را مستقل نمی‌پندارد و با درک محدودیت‌های انسانی، تدبیر نهایی را به قدرت الهی وامی‌گذارد (طباطبایی، ۱۴۱۷ق، ج ۱۱، ص ۲۱۹). چنین رویکردی مراجع را از تزلزل شناختی در برابر نوسانات محیطی می‌رهاند.

در بعد انگیزشی و ارادی، توکل مفهومی فعال است. بر اساس آیه «وَشَاوِرْهُمْ فِي الْأَمْرِ فَإِذَا عَزَمْتَ فَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ» (آل عمران: ۱۵۹)، توکل با «مشورت» و «عزم» پیوندی جدایی‌ناپذیر دارد. عزم پس از به‌کارگیری همه ظرفیت‌های عقلانی و مادی

برای حل مسئله پدید می‌آید و توکل دقیقاً پس از این مرحله جای می‌گیرد؛ از این رو تلاش عینی پیش‌شرط ساختاری توکل است. توکل به معنای سستی و کاهلی نیست، بلکه به معنای کنار گذاشتن اعتماد استقلالی به ابزارهای مادی و اطمینان کامل به پروردگار است. پیامد این تحول در بعد رفتاری و هیجانی، رهاسازی ارادی نیاز و سواس‌گونه به کنترل پیامدهاست که با عناوین تسلیم و تفویض شناخته می‌شود (زحیلی، ۱۴۱۸ق، ج ۴، ص ۱۳۹). جوادی‌آملی معتقد است فرد متوکل در برابر ابهام دچار خطای شناختی فاجعه‌سازی نمی‌شود، زیرا آینده را در چنبره قدرتی حکیم و خیرخواه می‌بیند (جوادی‌آملی، ۱۳۸۸ش، ج ۱۵، ص ۲۱۴). سید قطب نیز آرامش روانی ناشی از توکل را برخاسته از این باور قطعی می‌داند که خیرِ مقدرشده از جانب خداوند را هیچ سبب مادی نمی‌تواند مانع شود؛ نگرشی که نظام پردازش اضطراب را مهار می‌کند (قطب، ۱۴۰۸ق، ج ۱، ص ۵۰۲).

در نهایت، مقایسه نقاط تلاقی نظری این دو رویکرد نشان می‌دهد که هر دو در پی پاسخ به مواجهه انسان با ابهام و پیش‌بینی‌ناپذیری آینده‌اند؛ اما تفاوت پارادایمی آن‌ها در راهبرد بازسازی شناختی است. در درمان شناختی-رفتاری استاندارد، پروتکل می‌کوشد ظرفیت پذیرش عدم قطعیت را به‌عنوان واقعیتی اجتناب‌ناپذیر در مراجع افزایش دهد؛ فرایندی که اغلب با مقاومت و افزایش اضطراب در مراحل نخست همراه است (Clark & Beck, 2023, p. 77). در مقابل، چارچوب نظری توکل معنای ابهام را بازتعریف می‌کند و آینده مبهم را قلمروی تحت تدبیر علم مطلق الهی می‌داند. این مدل مفهومی، تمایل افراطی به کنترل آینده و عدم تحمل عدم قطعیت را، که از متغیرهای تداوم‌بخش اضطراب فراگیرند (Robichaud et al., 2019, p. 19)، از دوش مراجع برمی‌دارد و به جای آن احساس کارآمدی خدامحور را می‌نشانَد؛ بستری که پروتکل درمانی روبیشو و همکاران را از پذیرشی منفعلانه به الگویی فعال و منسجم بر پایه حکمت قرآنی ارتقا می‌دهد.

۴. روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر رویکرد کیفی و از نظر هدف نظری است و روش آن تحلیلی تطبیقی با گردآوری اسنادی است. مسئله ایجاب می‌کرد دو نظام معرفتی متفاوت، یعنی متون تفسیری قرآن کریم و ادبیات بالینی درمان شناختی-رفتاری، در سطح سازوکار با هم سنجیده شوند. برای همین از الگوی تطبیقی استفاده شد که هم‌سویی‌ها و تفاوت‌ها را هم‌زمان نشان می‌دهد.

مبنای بالینی تطبیق، پروتکل شش مرحله‌ای درمان اختلال اضطراب فراگیر مبتنی بر مدل عدم تحمل بلا تکلیفی است که روبیشو و همکاران (۲۰۱۹) آن را تشریح کرده‌اند. برای دقت در توصیف اهداف هر گام، آثار بارلو (۲۰۲۱)، لیهی (۲۰۱۷)، ولز (۲۰۰۹) و کلارک و بک (۲۰۲۳) نیز بررسی شد. در سوی دیگر، آیات مرتبط با توکل، تفویض و عزم شناسایی شد و تبیین آن‌ها از تفاسیر معتبر فریقین گرفته شد. از میان این تفاسیر می‌توان به المیزان، مجمع‌البیان، التبیان، تسنیم، تفسیر نمونه، مفاتیح‌الغیب، روح‌المعانی، التحریر و التنویر و المنار اشاره کرد.

تحلیل در سه مرحله انجام گرفت. نخست، هدف بالینی و متغیر واسطه هر گام از منبع اصلی پروتکل استخراج شد. سپس آرای مفسران درباره آیات مربوط بازخوانی، و سازوکار شناختی، انگیزشی و رفتاری متناظر با آن گام مشخص شد. در مرحله پایانی، داده‌های دو حوزه در هر گام مقایسه شدند تا سه پرسش پاسخ یابد: هم‌سویی کارکردی کجاست، توکل چه ظرفیت تکمیلی دارد، و مرز روش‌شناختی دو رویکرد از کجا می‌گذرد. یافته‌ها در قالب جدول تطبیقی سازمان یافت.

۵. تطبیق سازوکار مفهوم توکل در مراحل شش‌گانه پروتکل استاندارد درمان

اضطراب فراگیر

عملیاتی‌سازی یک الگوی درمانی بومی برای اختلال اضطراب فراگیر مستلزم آن است که از مفهوم‌پردازی‌های نظری فراتر برویم و به انطباقی ساختاریافته با نیازهای بالینی برسیم. در نظام معرفتی اسلام، توکل نه سازوکاری دفاعی و منفعلانه است و نه به جبرگرایی می‌انجامد؛ بلکه راهبردی فعال و چندبعدی در تنظیم شناختی و

هیجانی است و می‌تواند مستقیماً هسته آسیب‌شناختی این اختلال، یعنی عدم تحمل بلاتکلیفی، را هدف قرار دهد. با این همه، اثربخشی بالینی این مفهوم منوط به آن است که مؤلفه‌های شناختی، انگیزشی و رفتاری‌اش به‌صورت نظام‌مند در قالب یک پروتکل استاندارد و مرحله‌به‌مرحله جای گیرد.

رویکرد روان‌شناسی اسلامی در تأمین سلامت روان بر یکپارچگی ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی تأکید دارد (Rothman & Coyle, 2018; Cucchi, 2022). بر همین پایه، انطباق سازوکار توکل با مراحل پروتکل درمانی رویشو و همکاران این امکان را فراهم می‌کند که تکنیک‌های تخصصی مانند بازسازی شناختی و مواجهه رفتاری با مفاهیم اسلامی چون عزم، حسن‌ظن به خداوند و تفویض امر در کنار هم قرار گیرند. هدف از این ساختار تلفیقی نه حذف مسئله یا انکار ابهام واقعی جهان، بلکه تغییر در معنایی است که فرد به ابهام می‌دهد؛ به‌گونه‌ای که آینده نامعلوم، به‌جای آنکه تهدیدی فلج‌کننده تلقی شود، به عرصه‌ای امن و برخوردار از تدبیر خیرخواهانه الهی بدل گردد. متون روایی نیز به این کاهش بار شناختی توجه کرده‌اند؛ چنان‌که امام علی (ع) در روایت «أَصْلُ قُوَّةِ الْقَلْبِ التَّوَكُّلُ عَلَى اللَّهِ» (آمدی، ۱۳۶۸ش، ج ۱، ص ۱۹۸) توکل بر خداوند را ریشه قوت قلب و استواری روانی در برابر محرک‌های اضطراب‌زا معرفی می‌کنند.

با توجه به اینکه مراحل شش‌گانه پروتکل ماهیتی تدریجی، سلسله‌مراتبی و تراکمی دارند (Robichaud et al., 2019, p. 76)، پژوهش حاضر نیز نقش تعدیل‌کننده توکل را در هر مرحله درمانی به‌طور جداگانه بررسی و تحلیل می‌کند. این رویکرد، با مهار مسئولیت‌پذیری افراطی و پایش و سواسی محیط، نشان می‌دهد که آموزه‌های بنیادین وحیانی می‌توانند به‌عنوان مداخله‌ای شناختی مؤثر عمل کنند و نقشه راهی بالینی، بومی و جامع در اختیار روان‌درمانگران قرار دهند.

۵-۱. گام اول: روان‌آموزی و آموزش آگاهی از نگرانی

نخستین مرحله از پروتکل استاندارد درمان شناختی-رفتاری اختلال اضطراب فراگیر، یعنی «روان‌آموزی و آموزش آگاهی از نگرانی»^۱، تنها انتقال اطلاعات نیست و مداخله‌ای ساختاریافته با اهداف بالینی مشخص است (Robichaud et al., 2019, p. 79). در این رویکرد، عدم تحمل بلاتکلیفی فرایند شناختی محوری دانسته می‌شود؛ این سازه از طریق باورهای فراشناختی مثبت درباره نگرانی، جهت‌گیری منفی به مسئله و اجتناب شناختی، چرخه نگرانی مرضی را پایدار نگه می‌دارد (Dugas et al., 1998, p. 215). برخلاف رویکردهای کلاسیک، در این مدل مراجع را خودِ ابهام محیط آزار نمی‌دهد، بلکه تفسیر فاجعه‌آمیز و تحمل‌ناپذیری است که او از این بلاتکلیفی دارد. در این گام، درمانگر به مراجع می‌آموزد نگرانی‌هایش را در دو دسته جدا کند: نگرانی درباره موقعیت‌های واقعی و کنونی، و نگرانی درباره موقعیت‌های فرضی و تحقق‌نیافته در آینده (Robichaud et al., 2019, p. 92). (Leahy, 2017, p. 270). این تفکیک، همراه با خودپاشی و ثبت روزانه افکار، مراجع را از همجوشی شناختی بیرون می‌آورد و کمک می‌کند نگرانی را به جای واکنشی غیرارادی، فرایندی شناختی ببیند که قابل مشاهده و تغییر است (Barlow, 2021, p. 189).

از سوی دیگر، بررسی توکل در نظام معرفتی اسلام نشان می‌دهد این مفهوم می‌تواند گام نخست پروتکل را تکمیل کند. قرآن کریم توکل را واگذاری مسئولیت نتیجه به خداوند، پس از انجام کار اختیاری، معرفی می‌کند. از منظر شناختی، در توکل انسان اتکای مستقل خود را از اسباب ظاهری برمی‌دارد و تدبیر نهایی را به مسبب‌الاسباب می‌سپارد (طباطبایی، ۱۴۱۷ق، ج ۹، ص ۱۲۵). پروتکل روبیشو و همکاران در گام نخست بیشتر بر توصیف و پایش بلاتکلیفی متمرکز است، اما توکل از آغاز چارچوبی تفسیری جایگزین به دست می‌دهد و بلاتکلیفی را درون نظام معنایی گسترده‌تری قرار می‌دهد که بر علم و تدبیر الهی استوار است. این سازوکار

¹ Psychoeducation and Worry Awareness Training

معنابخش، که با سبک مقابله مذهبی مشارکتی نیز همخوان است (Pargament, 1997, p. 180)، می‌تواند در کنار خودپایشی به کار رود و ثبت رویدادهای مبهم را با سپردن نتیجه به خداوند همراه کند.

افزون بر این، تفکیک نگرانی‌های واقعی از فرضی در پروتکل روبیشو و همکاران با ساختار دوحل‌ای توکل همسویی مفهومی چشمگیری دارد. بر پایه مبانی قرآنی، توکل به معنای کنار گذاشتن اراده نیست؛ پس از مشورت و عزم استوار می‌آید و برنامه‌ریزی انسان را با آرامش قلبی کامل می‌کند (جوادی‌آملی، ۱۳۸۸، ج ۱۵، ص ۲۱۴). تفاوت در آن است که پروتکل شناختی-رفتاری معیار تفکیک را قابلیت حل عملی مسئله می‌گیرد، اما معیار توکل مرز میان قلمرو اختیار انسان و گستره تدبیر الهی است. این مرزبندی با تکیه بر اصل قرآنی تناسب تکلیف با توان انسان، خطای شناختی مسئولیت افراطی را اصلاح می‌کند و بار روانی امور فراتر از توان را از دوش نظام شناختی برمی‌دارد (طبرسی، ۱۴۰۸، ج ۲، ص ۶۹۰؛ فخر رازی، ۱۴۲۰، ج ۷، ص ۱۱۵). سرانجام، توکل با ایجاد یقین به مصلحت‌اندیشی تدبیر الهی، در تنظیم هیجان نقش مؤثری ایفا می‌کند و اضطراب ناشی از پیش‌بینی آینده را کاهش می‌دهد (ابن‌عاشور، ۱۴۲۰، ج ۱۲، ص ۲۳۴). با این حال، باید توجه داشت که هدف درمان بالینی کاهش علائم اضطراب است، در حالی که توکل با هدف نهایی تقرب به خداوند بنا شده و آرامش روانی در آن پیامدی ثانوی از این پیوند معنوی به شمار می‌رود (فضل‌الله، ۱۴۳۹، ج ۳، ص ۳۶۵).

۲-۵. گام دوم: ارزیابی مجدد سودمندی نگرانی

در گام دوم پروتکل درمان شناختی-رفتاری، تمرکز بالینی بر «ارزیابی مجدد سودمندی نگرانی»^۱ است. شواهد نشان می‌دهند که باورهای فراشناختی مثبت بیماران درباره نگرانی در تداوم اضطراب نقش مهمی دارند (Robichaud et al., 2019, p. 82; Wells, 1995, p. 303). این مرحله سه محور فنی دارد. نخست، شناسایی باورهای ضمنی‌ای مانند این که نگرانی راهی برای حل مسئله، نشانه‌ی

¹Reevaluating the Usefulness of Worry

مسئولیت‌پذیری یا سدی در برابر رویدادهای ناگوار است. دوم، جداکردن نگرانی از حل مسئله؛ نگرانی بیشتر نشخواری ذهنی و تکراری است، حال آن‌که حل مسئله به اقدام عملی نیاز دارد. سوم، بازسازی شناختی با استفاده از توالی‌های تصادفی کاذب: درمانگر نشان می‌دهد که رخ‌دادن پیامدهای منفی به نگرانی ربطی ندارد و پیوند علیّ میان این دو در واقع یک خطای شناختی است (Wells, 2009, p. 117). بازسازی شناختی کلاسیک بر کاهش فاجعه‌سازی تکیه می‌کند، اما این گام مستقیماً کارکرد ابزاری خودِ نگرانی را هدف می‌گیرد.

از سوی دیگر، سازوکار روان‌شناختی توکل با فراهم کردن یک جایگزین معنایی استوار، رهاکردن نگرانی را برای بیمار آسان‌تر می‌کند. نخستین ظرفیت مکمل توکل، تمایز شناختی میان تلاش سازگارانه و نشخوار ذهنی است. بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر معمولاً نگرانی را محرک انگیزه‌ی خود می‌پندارد، اما قرآن کریم بر کوشش جدی تأکید دارد. تعبیر قرآنی «خُذُوا حِذْرَكُمْ» (النساء: ۷۱) که به احتیاط و اقدام مؤثر اشاره می‌کند، با تمایز بالینی میان نگرانی و حل مسئله سازگار است. تفاوت در این است که معیار قرآن، اقدام عملی است و معیار بالینی، کارآمدی تجربی. دومین کارکرد توکل، مقابله با تفکر جادویی و توهم محافظت هیجانی است. پروتکل روبیشو و همکاران از بیمار می‌خواهد باور به محافظت‌کنندگی نگرانی را رها کند، کاری که ممکن است در کوتاه‌مدت اضطراب‌آور باشد؛ اما توکل در عوض یک پشتوانه‌ی شناختی جایگزین به او می‌دهد. بر پایه‌ی آیه‌ی «وَمَنْ يَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ» (الطلاق: ۳)، سپردن امور به خداوند فرد را در پناه الهی قرار می‌دهد (طباطبایی، ۱۴۱۷ق، ج ۱۹، ص ۳۱۵). افزون بر این، توهم کنترل ذهنی بر رویدادها با استناد به آیه‌ی «قُلْ لَنْ يُصِيبَنَا إِلَّا مَا كَتَبَ اللَّهُ لَنَا» (التوبة: ۵۱) و در پرتو مفهوم «قدر» نقد می‌شود. این آموزه جبرگرایی نیست؛ بلکه به معنای وانهادن توهم کنترل ذهنی به خداوند است و از نظر شناختی با هدف پروتکل روبیشو و همکاران در اصلاح توالی‌های تصادفی هم‌پوشانی دارد.

سومین مؤلفه، بازتعریف مسئولیت‌پذیری اخلاقی است. بیماران مضطرب اغلب نگرانی را با تعهد اخلاقی یکی می‌گیرند. آیه‌ی «وَعَلَى اللَّهِ فَتَوَكَّلُوا إِن كُنْتُمْ مُؤْمِنِينَ»

(المائدة: ۲۳) با پیوند دادن ایمان و توکل، ارزش ایمان را به توانایی انسان در سپردن امور به خداوند مربوط می‌کند، نه به میزان نگرانی او (مکارم شیرازی، ۱۳۷۴، ج ۲۰، ص ۱۱۸). این تغییر نگاه، بار مسئولیت افراطی را از دوش فرد برمی‌دارد و با برقراری توازن میان «خوف» و «رجا»، انگیزه‌ی اقدام مسئولانه را بدون گرفتارشدن در نگرانی مزمن حفظ می‌کند.

سرانجام، تفاوت روش شناختی این دو رویکرد در خاستگاه اعتبار اصلاح باور است. در پروتکل بالینی، بی‌اعتبارشدن سودمندی نگرانی از راه آزمون‌های تجربی خود مراجع به دست می‌آید، اما در نظام توکل این اصلاح بر یک تعهد ایمانی و کلامی پیشینی تکیه دارد. توجه به این تفاوت برای کاربرد بالینی این مدل تلفیقی ضروری است.

۵-۳. گام سوم: ارزیابی مجدد باورهای منفی درباره بلاتکلیفی

گام سوم پروتکل درمانی روبیشو و همکاران، با تمرکز بر «ارزیابی مجدد باورهای منفی درباره عدم قطعیت»^۱، مستقیماً هسته آسیب‌شناختی اختلال اضطراب فراگیر، یعنی عدم تحمل بلاتکلیفی را هدف قرار می‌دهد (Robichaud et al., 2019, p. 84). در این چارچوب نظری، بیماران مبتلا به این اختلال، موقعیت‌های مبهم و غیرقابل پیش‌بینی را به مثابه وضعیتی تهدیدکننده، فاجعه‌بار و غیرقابل تحمل تفسیر می‌کنند. اهداف بالینی این مرحله شامل بازشناسی تظاهرات بلاتکلیفی در تصمیمات روزمره است؛ به گونه‌ای که مراجع دریابد عدم تحمل بلاتکلیفی صرفاً یک واکنش به بحران‌های بزرگ نیست، بلکه ویژگی خلقی زمینه‌ای است که باید به عنوان یک الگوی قابل آزمون در نظر گرفته شود. گام بعدی، شناسایی رفتارهای ایمنی‌بخش نظیر واریسی مکرر یا کسب اطمینان افراطی است. در این مدل، خطر اصلی ناشی از خود رویداد نامطمئن نیست، بلکه برخاسته از تلاش مستمر برای حذف کامل بلاتکلیفی است که به تداوم چرخه اجتناب می‌انجامد (Robichaud et al., 2019, p. 88). ابزار اصلی مواجهه در این مرحله، آزمایش‌های رفتاری است که با هدف اصلاح

¹ Reevaluation of Negative Beliefs about Uncertainty

مستقیم باور فاجعه‌آمیز زیربنایی از طریق شواهد تجربی طراحی شده‌اند، نه صرفاً کاهش اضطراب از طریق عادت‌واری (Hebert & Dugas, 2019, p. 421).

در تبیین تطبیقی، توکل قرآنی از یک باور ذهنی انتزاعی فراتر رفته و به‌عنوان یک موتور محرک رفتاری و راهبرد تعدیل‌کننده سوگیری تفسیری عمل می‌کند. برای شکستن چرخه اجتناب رفتاری، توکل یک تکیه‌گاه جایگزین ارائه می‌دهد. بر اساس آیه «فَإِنْ تَوَلَّوْا فَقُلْ حَسْبِيَ اللَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ عَلَيْهِ تَوَكَّلْتُ وَهُوَ رَبُّ الْعَرْشِ الْعَظِيمِ» (التوبة: ۱۲۹)، اتکا به قدرت مطلق الهی، شجاعت رفتاری لازم را برای مواجهه با آینده مبهم فراهم می‌آورد؛ به‌نحوی که بیمار متوکل به‌جای تکیه بر رفتارهای ایمنی‌بخش فرسایشی، کار را به تدبیر پروردگار می‌سپارد (فضل‌الله، ۱۴۳۹ق، ج ۸، ص ۴۷۲). افزون بر این، سازوکار توکل سوگیری تفسیری تهدیدآمیز را از طریق آموزه‌هایی نظیر داستان حضرت موسی (ع) و خضر (ع) بازسازی می‌کند. حوادثی که در ظاهر بلا تکلیف و ناگوارند، در باطن دارای مصلحتی پنهان ارزیابی می‌شوند. این بازآفرینی معنایی، ابهام را بخشی از نظام حکیمانه الهی قلمداد کرده و تحمل آن را از یک فشار روانی به پذیرشی آرامش‌بخش و خوش‌بینانه ارتقا می‌دهد.

از منظر بالینی، توکل پایش وسواسی آینده را با تسلیم و تفویض شناختی جایگزین می‌سازد. عزل تدبیر وسواسی نفس در برابر تدبیر الهی (جوادی‌آملی، ۱۳۸۸ش، ج ۲۱، ص ۴۱۲)، معادل فرآیند رهاسازی کنترل در درمان‌های موج سوم است که با کاهش بار پردازش اطلاعات، فعالیت بیش‌ازحد سیستم سمپاتیک را متعادل می‌سازد. در این منطق، توکل جرأت اقدام در شرایط ابهام را افزایش داده و ترس فلج‌کننده را مهار می‌کند (طبری، ۱۴۲۲ق، ج ۷، ص ۳۸۲؛ آلوسی، ۱۴۱۵ق، ج ۴، ص ۱۰۱). علاوه بر این، مفهوم قرآنی «غیب» (لقمان: ۳۴) بلا تکلیفی را نه یک تهدید، بلکه خصیصه ذاتی نظام آفرینش معرفی می‌کند. تأکید قرآن بر عبارت «حَسْبُنَا اللَّهُ وَنِعْمَ الْوَكِيلُ» (آل عمران: ۱۷۳) و آیه «وَاللَّهُ يَعْلَمُ وَأَنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ» (البقرة: ۲۱۶) به‌معنای قطع وابستگی درونی به کثرت اسباب ظاهری است که تناظر کارکردی با هدف توقف رفتارهای ایمنی‌بخش دارد.

آموزه قرآنی «خُذُوا حِذْرَكُمْ» (النساء: ۷۱) و توصیه نبوی «اعْقِلْهَا وَتَوَكَّلْ» (دیلمی، ۱۳۷۰ش، ج ۱، ص ۱۲۱) (شترت را ببند، آنگاه توکل کن) هر دو بر احتیاط تأکید دارند، حال آنکه این گام از پروتکل بر کاهش رفتارهای ایمنی‌جویانه استوار است. این تعارض ظاهری با تفکیک «احتیاط معقول» از «رفتار ایمنی‌جویانه» برطرف می‌شود. احتیاط معقول متناسب با خطر واقعی است، در حوزه اختیار فرد باقی می‌ماند و پس از انجام آن، رها کردن نتیجه ممکن است. در مقابل، رفتار ایمنی‌جویانه، مانند واریسی مکرر و اطمینان‌خواهی، برای زدودن کامل عدم قطعیت انجام می‌شود و هر بار تکرار، نیاز به تکرار بعدی را تشدید می‌کند. معیار «وسع و اختیار» در مفهوم توکل می‌تواند به مراجع در شناخت این مرز یاری برساند.

با وجود این همگرایی‌های عمیق، درک تمایز روش‌شناختی این دو چارچوب ضروری است. در پروتکل روبیشو و همکاران، اصلاح باور از طریق فرضیه‌سازی و آزمون تجربی در آزمایش‌های رفتاری حاصل می‌شود. اما در نظام توکل، پذیرش بلا تکلیفی مبتنی بر یک التزام معرفتی و ایمانی پیشینی به کفایت الهی است. از این‌رو، توکل فاقد ساختار کشف تجربی بوده و نمی‌تواند جایگزین متدولوژیک آزمایش رفتاری گردد؛ بلکه به‌عنوان یک تسهیل‌گر انگیزشی قدرتمند، پذیرش شواهد ضد فاجعه‌بار و ورود به مواجهه رفتاری را برای مراجع تسریع می‌نماید.

۴-۵. گام چهارم: آموزش حل مسئله و بازجهت‌دهی

گام چهارم پروتکل درمانی روبیشو و همکاران، با عنوان «آموزش حل مسئله و بازجهت‌دهی»^۱، سومین متغیر واسطه در مدل عدم تحمل بلا تکلیفی، یعنی جهت‌گیری منفی نسبت به مسئله را هدف قرار می‌دهد. این سازه شامل ادراک مسئله به‌عنوان یک تهدید، تردید در توانایی شخصی برای حل آن و بدبینی نسبت به نتیجه است (Robichaud & Dugas, 2005a; Robichaud & Dugas, 2005b). این گام از دو مرحله متمایز تشکیل شده است: نخست، بازجهت‌دهی شناختی پیش از آموزش مهارت که بر اصلاح ادراک تحریف‌شده مراجع متمرکز است. در این مرحله،

¹ Problem-Solving Training and Reorientation

با استفاده از فن «پیوستار تهدید-فرصت»^۱، مراجع می‌آموزد تا ادراک دوقطبی همه‌یاهیچ خود را تعدیل کرده و مسئله را در طیفی از تهدید تا فرصت ارزیابی کند. دوم، آموزش رسمی مهارت‌های حل مسئله است که مراحل کلاسیک تعریف مسئله، طوفان فکری، ارزیابی گزینه‌ها و اجرای راه‌حل را شامل می‌شود (Robichaud et al., 2019, p. 94). نکته حائز اهمیت این است که این آموزش صرفاً به نگرانی‌های موقعیت‌های واقعی و حاضر اختصاص دارد و نشان می‌دهد که برخلاف نگرانی که فرایندی ذهنی و مختل‌کننده است، حل مسئله نظامی منسجم برای گذار از تفکر به اقدام عینی است.

در تبیین تطبیقی، ساختار گام چهارم با آموزه نبوی «اغْفِلْهَا وَتَوَكَّلْ» (دیلمی، ۱۳۷۰ش، ج ۱، ص ۱۲۱) (شترت را ببند، سپس توکل کن) که در امتداد آیه ۱۵۹ آل عمران تفسیر می‌شود، همخوانی قابل‌توجهی دارد. توکل جایگزین تدبیر نیست، بلکه مکمل روانی آن پس از اتمام اقدام عملی است (طباطبایی، ۱۴۱۷ق، ج ۹، ص ۱۱۷). هر دو نظام، فرد را از قطب‌های ناکارآمد نگرانی بدون اقدام و اقدام بدون آرامش، به‌سوی الگوی متعادل (اقدام مؤثر توأم با رهاسازی روانی نتیجه) سوق می‌دهند.

در مقابله با مؤلفه تردید در توانایی شخصی، آیه «لَا يَكْلَفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا» (البقره: ۲۸۶) به‌عنوان یک باور زمینه‌ای عمل می‌کند. طبرسی (۱۴۰۸ق، ج ۲، ص ۷۰۹) «وسع» را توان بالفعل فرد در نظر می‌گیرد که این اصل کلامی- روان‌شناختی، بار روانی ناتوانی را تقلیل می‌دهد. همچنین، فن پیوستار تهدید-فرصت با مفهوم قرآنی «ابتلاء» و تأکید بر گشایش حتمی پس از سختی (انشرح: ۵-۶) تطابق معنایی دارد؛ به‌نحوی که ادراک صرفاً تهدیدآمیز را به ادراکی متعادل با در نظر گرفتن امکان رشد تغییر می‌دهد.

اوج این سازوکار تطبیقی در مفهوم «تفویض» تبلور می‌یابد که مرتبه‌ای فراتر از توکل و به‌معنای رهایی از وابستگی روانی نسبت به نتایج خارج از اختیار است

¹ Threat-Opportunity Continuum

(طباطبایی، ۱۴۱۷ق، ج ۱۷، ص ۳۳۴). تفویض، انتقال کانون ارزیابی امنیت از آینده نامعلوم به ربوبیت الهی است. درحالی که پروتکل شناختی رفتاری بر پایه واقع بینی شناختی، بیمار را به تحمل ابهام ترغیب می کند، تفویض قرآنی با القای احساس امنیت وجودی، عدم قطعیت را به عنوان بخشی از نظام حکیمانه الهی معنا می بخشد. این معنا در آیات دیگری از قرآن نیز مورد تأکید قرار گرفته است. خداوند می فرماید: «قُلْ لَنْ يُصِيبَنَا إِلَّا مَا كَتَبَ اللَّهُ لَنَا هُوَ مَوْلَانَا وَعَلَى اللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ الْمُؤْمِنُونَ» (التوبة: ۵۱). مفسران تصریح کرده اند که مقصود آیه، نفی تلاش انسان نیست، بلکه نفی اضطراب ناشی از تصور استقلال حوادث از اراده الهی است. آلوسی این آیه را ناظر به ایجاد ثبات روانی در شرایط تهدید می داند و معتقد است که مؤمن پس از انجام وظیفه، دیگر اسیر احتمال های بی پایان آینده نمی شود (آلوسی، ۱۴۱۵ق، ج ۵، ص ۳۰۶). فخر رازی نیز تأکید می کند که توکل در این آیه، نوعی بازسازی نگرش انسان نسبت به آینده است که از اضطراب ناشی از پیش بینی های ذهنی جلوگیری می کند (فخر رازی، ۱۴۲۰ق، ج ۱۰، ص ۶۷).

در نتیجه، اگرچه توکل قرآنی فاقد ساختار فنی و روش شناختی آموزش حل مسئله است، اما با اصلاح ارزیابی شناختی آینده، کاهش نیاز به کنترل وسواسی و ارتقای جرأت روان شناختی، نه تنها کیفیت هیجانی مواجهه را افزایش می دهد، بلکه به عنوان چارچوبی معنابخش، اثربخشی درمان را در بیماران معتقد تقویت می نماید.

۵-۵. گام پنجم: مواجهه تجسمی با نگرانی های فرضی

گام پنجم پروتکل درمانی روبیشو و همکاران با عنوان «مواجهه تجسمی یا شناختی»^۱، آخرین مؤلفه مدل عدم تحمل بلاتکلیفی، یعنی اجتناب شناختی، را هدف می گیرد و ویژه نگرانی های نوع دوم طراحی شده است؛ یعنی سناریوهای فرضی و انتزاعی که راه حل عملی روشنی ندارند. مبنای نظری این گام نظریه پردازش هیجانی فوا و کوزاک است (Foa & Kozak, 1986, p. 20). مداخله با شناسایی هسته ترس و با تکنیک فرود پلکانی شروع می شود؛ درمانگر در این تکنیک

¹ Imaginal/Cognitive Exposure

از نگرانی‌های سطحی می‌گذرد تا به عمیق‌ترین لایه‌های فاجعه‌آمیز ذهن مراجع، مانند ترس از مرگ، رهاشدگی یا از دست دادن کنترل، برسد. پس از آن، مراجع سناریوی مواجهه را همراه با جزئیات حسی و هیجانی می‌نویسد (Robichaud et al., 2019, p. 158). مرور و بازشنیدن مکرر این سناریو دو نتیجه درمانی اصلی دارد: عادت‌واری نسبت به برانگیختگی اضطرابی و شکل‌گیری یادگیری بازدارنده (Fracalanza et al., 2014, p. 559; Robichaud et al., 2019, p. 96). مقصود از این گام متقاعد کردن مراجع به وقوع نیافتن رخداد ناگوار نیست؛ مقصود افزایش تحمل او در برابر عدم قطعیت ذاتی سناریوهای فرضی و پیامدهای هیجانی آنهاست (Ovanessian et al., 2019). به این ترتیب، پس از اصلاح باورهای مربوط به سودمندی نگرانی، بلا تکلیفی واقعی و مهارت‌های حل مسئله، این مرحله عمیق‌ترین لایه اجتناب ذهنی مراجع را بازسازی می‌کند.

در مقایسه با این پروتکل، روایات قرآنی الگویی را نشان می‌دهند که از نظر کارکردی با مواجهه غیراجتنابی همسو است. دو نمونه روشن آن، سخن موسی (ع) هنگام رسیدن بنی‌اسرائیل و لشکریان فرعون به کنار دریا، «كَلَّا إِنَّ مَعِيَ رَبِّي سَيَهْدِينِ» (شعراء: ۶۲)، و سخن پیامبر اکرم (ص) در غار، «لَا تَحْزَنْ إِنَّ اللَّهَ مَعَنَا» (التوبة: ۴۰)، است. آرامش پیامبر (ص) از انکار خطر ناشی نمی‌شود؛ ریشه در بازتفسیر معنای حضور در برابر تهدید و تکیه بر معیت الهی دارد (فخر رازی، ۱۴۲۰ق، ج ۱۶، ص ۵۲). تفاوت اصلی این دو رویکرد در سازوکار تغییر است: پروتکل روییشو و همکاران با تکرار تدریجی به عادت‌واری و یادگیری بازدارنده می‌رسد، اما الگوی قرآنی بر بازتفسیر معنایی فوری و باور به حضور الهی تکیه دارد. افزون بر این، رفتار حضرت یعقوب (ع) در برابر اندوه پیاپی و بیان آشکار آن در قالب «صبر جمیل» (یوسف: ۱۸، ۸۴-۸۶) با پردازش هیجانی مداوم و عبور از اجتناب شناختی شباهت دارد؛ زیرا او تجربه هیجانی را بارها در آگاهی باز می‌گشاید و آن را با اعتماد به رحمت الهی پیوند می‌دهد، و همین از فروپاشی روانی جلوگیری می‌کند.

با وجود این همگرایی‌ها، میان این دو تفاوت روش‌شناختی مهمی هست. در گام پنجم پروتکل روییشو و همکاران، مواجهه با سناریویی فرضی و ذهن‌ساخته انجام

می‌شود تا اجتناب تخیلی کاهش یابد و تحمل بلا تکلیفی بالا رود؛ ولی روایات قرآنی به رخدادهای واقعی و در حال وقوع می‌پردازند. بنابراین این روایات فقط الگویی عمومی از مواجهه غیراجتنابی مبتنی بر تکیه‌گاه معنابخش عرضه می‌کنند و از نظر بالینی نمی‌توان آن‌ها را هم‌ارز یا جایگزین تکنیک ساختاریافته مواجهه تجسمی دانست. کاربست مستقیم آن‌ها بدون توجه به این تمایز گمراه‌کننده خواهد بود.

۵-۶. گام ششم: پیشگیری از عود

گام ششم و پایانی پروتکل درمانی روییشو و همکاران، با عنوان «پیشگیری از بازگشت»^۱، بر تثبیت و تعمیم بلندمدت دستاوردهای درمانی تمرکز دارد. این گام، برخلاف گام‌های پیشین، متغیر واسطه‌ای را هدف نمی‌گیرد و به تداوم مهارت‌های آموخته‌شده می‌پردازد (Robichaud et al., 2019, p. 97). سه محور اصلی آن چنین است. نخست، مراجع میان «لغزش»^۲ و «بازگشت کامل»^۳ تمایز می‌گذارد و می‌آموزد که بروز دوباره نگرانی در مواجهه با استرس واکنشی طبیعی و قابل انتظار است و به معنای شکست درمان نیست (Robichaud et al., 2019, p. 163). دوم، انتظارات غیرواقع‌بینانه از بهبودی کامل اصلاح می‌شود و مراجع درمی‌یابد که نگرانی بهنجار و مرضی در یک پیوستار قرار دارند و تفاوتشان در شدت و کنترل‌پذیری است، نه در دوگانه‌ای همه‌یا هیچ. سوم، برنامه‌ای عملی برای حفظ دستاوردها تدوین می‌شود که شامل شناسایی نشانه‌های هشدار اولیه و بازگشت سریع به خودپایشی، آزمایش‌های رفتاری، حل مسئله و مواجهه تجسمی است. از منظر شناختی، پایان جلسات درمان به معنای پایان تنظیم شناختی-هیجانی نیست و راهبردها باید همچنان درونی‌سازی شوند.

در تحلیل تطبیقی، این فرایند با ساختار پویای ایمان و توکل در قرآن کریم همخوانی کارکردی دارد. در نگاه قرآنی، آرامش روانی و توکل دستاوردی ایستا و

¹ Relapse Prevention

² Lapse

³ Relapse

یک باره نیست؛ حالتی تشکیکی و درجه دار است که در برابر رویدادها نیاز به تجدید دارد (الانفال: ۲). حالات ایمانی و توکل ماهیتی پویا دارند، متناسب با شرایط بیرونی نوسان می کنند و بازسازی پیوسته می طلبند (رشیدرضا، ۱۴۱۴ق، ج ۶، ص ۲۷۷). افزون بر این، خطر بالینی ناشی از یأس مراجع پس از یک لغزش موقت را می توان با نهی صریح قرآن از ناامیدی در آیه «وَلَا تَيْأَسُوا مِنْ رَوْحِ اللَّهِ» (یوسف: ۸۷) تعدیل کرد. این نهی، در بافت قصص قرآنی، ناظر به موقعیت هایی است که پس از ناکامی های ظاهری و طولانی هنوز امید و امکان تلاش دوباره باقی است (ابن عاشور، ۱۴۲۰ق، ج ۱۲، ص ۱۱۰). این آموزه کارکردی شبیه بازتعریف لغزش دارد و مانع رها شدن کامل راهبردهای مقابله ای می شود.

در آیه «وَعَلَى اللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ الْمُؤْمِنُونَ» (آل عمران: ۱۲۲؛ ابراهیم: ۱۱) نیز توکل خصیصه ای پایدار در مؤمنان تصویر می شود و می تواند پس از پایان جلسات درمان، همچون سازه ای انگیزشی به ادامه تمرین مهارت های شناختی-رفتاری کمک کند. با این همه، از نظر روش شناختی میان این دو نظام تفاوتی روشن وجود دارد. تدوین برنامه عملی برای شناسایی نشانه های هشدار و گام های مقابله با عود ابزاری بالینی و ساختاریافته است و در متون قرآنی همتای مستقیمی ندارد. توکل بینشی جهان شناختی و نگرشی پایدار به دست می دهد که بر تجدید اعتماد و نفی یأس استوار است، اما پروتکلی عملیاتی و سنجش پذیر نیست. بنابراین، تلفیق این دو رویکرد مستلزم تفکیک دقیق نگرش ایمانی کلی از ابزارهای ساختاریافته درمانی است.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تحلیل تطبیقی و ساختاری سازوکارهای شناختی و رفتاری مفهوم توکل در قرآن کریم با مراحل شش گانه پروتکل درمانی روبیشو و همکاران برای اختلال اضطراب فراگیر (GAD) مبتنی بر الگوی عدم تحمل بلا تکلیفی (IU) به انجام رسید. تحلیل تطبیقی نشان داد که سازوکار شناختی توکل، فراتر از یک

توصیه اخلاقی، دارای ساختاری چندبعدی و متناظر با اهداف درمانی تمامی مراحل پروتکل استاندارد روبیشو و همکاران است.

جدول ۱: تطبیق نظام‌مند سازوکارهای شناختی توکل با مراحل شش‌گانه پروتکل درمانی روبیشو و همکاران برای اختلال اضطراب فراگیر

گام درمانی پروتکل روبیشو و همکاران	هدف بالینی و متغیر واسط CBT	سازوکار شناختی- معرفتی توکل	ظرفیت تکمیلی، کارکرد بالینی و مرزبندی روشن‌شناختی
گام اول: روان‌آموزی و آگاهی از نگرانی	خودپایشی، تفکیک نگرانی واقعی (نوع ۱) از فرضی (نوع ۲)، شناخت سازه عدم تحمل بلا تکلیفی (IU).	تفکیک شناختی «اخذ اسباب» از «تفویض نتیجه»، بازتعریف مرز مسئولیت در حد وسع انسانی.	ارائه لنگرگاه معنایی برای دفترچه خودپایشی و ایجاد فاصله فراشناختی با نگرانی‌های فرضی. مرزبندی: CBT بر توصیف تجربی تمرکز دارد؛ توکل چارچوب وجودی/توحیدی ارائه می‌دهد.
گام دوم: ارزیابی باورهای منفی درباره بلا تکلیفی	چالش با باورهای فاجعه‌بار درباره ابهام، حذف رفتارهای ایمنی‌بخش، اجرای آزمایش‌های رفتاری.	بازتفسیر ابهام از «تهدید فاجعه‌بار» به «عرصه مصلحت و ربوبیت الهی»، اتکا به رکن وثوق.	ایجاد شجاعت رفتاری برای ورود به ابهام، تبدیل تحمل منفعلانه به پذیرش توأم با امنیت وجودی. مرزبندی: CBT بر واقع‌بینی تجربی تکیه دارد؛ توکل امنیت وجودی را نیز فراهم می‌کند.

گام سوم: ارزیابی مجدد سودمندی نگرانی	خنثی سازی باورهای فراشناختی مثبت (سودمندی نگرانی برای حل مسئله، کنترل یا مسئولیت).	جایگزینی «سعی هدفمند» به جای نشخوار فکری، نقد توهم کنترل جادویی از طریق اصل قدر و کفایت الهی.	ارائه تکیه گاه معنایی جایگزین، کاهش مقاومت مراجع در رها سازی کنترل گری افراطی. مرزبندی: CBT بی فایدگی را با آزمون تجربی می سنجد؛ توکل با ارجاع قدرت به مسبب الاسباب.
گام چهارم: آموزش حل مسئله و بازجهت دهی	اصلاح جهت گیری منفی نسبت به مسئله (NPO)، پیوستار تهدید-فرصت، آموزش حل مسئله مهارتی.	الگوی دومرحله ای «عزم + توکل»، بازتفسیر مشکلات در قالب «ابتلاء» و «گشایش همراه عسر».	تأمین انگیزه دینی برای غلبه بر تردید در توانمندی، ایجاد آرامش روانی پس از انجام تدبیر. مرزبندی: CBT تکنیک های مهارتی حل مسئله را ارائه می دهد؛ توکل فاقد آن هاست و به فنون CBT نیاز دارد.
گام پنجم: مواجهه تجسمی با نگرانی فرضی	پردازش هیجانی هسته ترس، عادت واری (Habituation)، کاهش اجتناب شناختی در سناریوها.	مواجهه روایی/شناختی با هسته ترس مبتنی بر معیت الهی و صبر جمیل.	ارتقای تاب آوری هیجانی حین مواجهه، از طریق بازتفسیر معنای حضور در خطر در پناه معیت الهی. مرزبندی: CBT عادت واری تدریجی تمرکز دارد؛ توکل بر چرخش معنایی آنی مبتنی بر سکینه است.

گام ششم: پیشگیری از عود	تفکیک «لغزش» از «عود»، اصلاح انتظارات غیرواقع‌بینانه، تدوین برنامه حفظ دستاوردها.	بازتعریف توکل به عنوان حالتی پویا و تجدیدشونده، نفی مطلق یأس، استمرار هویت ایمانی.	پیشگیری از فروپاشی هیجانی پس از لغزش، تأمین انگیزه مستمر برای خودپایشی و تمرین مهارت. مرزبندی: CBT ابزار عملیاتی پایش نشانه‌های عود را دارد؛ توکل فاقد آن است و به ابزارهای بالینی نیاز دارد.
-------------------------------	---	--	---

یافته‌های حاصل از تحلیل متون قرآنی حاکی از آن است که توکل از رهگذر چهار سازوکار مفهومی، هسته آسیب‌شناختی اختلال اضطراب فراگیر (GAD) را هدف قرار می‌دهد:

در روان‌شناسی بالینی معاصر، منبع کنترل به دو دسته داخلی و خارجی تقسیم می‌شود. بیماران مبتلا به GAD اغلب دچار منبع کنترل داخلی افراطی‌اند و همین امر به «مسئولیت‌پذیری بیش از حد» می‌انجامد. بر اساس یافته‌ها، توکل با برقراری تعادل میان «عزم انسانی» (اقدام) و «تفویض الهی» (نتیجه)، منبع کنترل سومی پدید می‌آورد. در این الگو، فرد تنها به اندازه توان خود مکلف است: «لَا يَكْلَفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا» (البقرة: ۲۸۶)؛ اما پیش‌بینی پیامدهای آینده و مهار آنچه از اختیار او بیرون است، به خداوند سپرده می‌شود: «وَمَنْ يَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ» (الطلاق: ۳).

مراجعان مبتلا به GAD به سبب ناتوانی در تحمل ابهام، به رفتارهای ایمنی‌جویانه فرساینده (مانند واریسی مکرر و اطمینان‌جویی) روی می‌آورند. توکل قرآنی با طرح اصل کفایت الهی و تقویت حسن‌ظن به خدا، سوگیری تفسیری منفی را کاهش می‌دهد و نیاز شناختی به پایش پیوسته محیط را فرو می‌نشاند. مراجع درمی‌یابد که

امنیت واقعی را نمی‌توان با پایش وسواس گونه آینده به دست آورد و این امنیت، ثمره اعتماد به تدبیر حکیمانه الهی است.

در درمان شناختی رفتاری متعارف، از مراجع خواسته می‌شود عدم قطعیت را همچون واقعیتی لاینفک از زندگی بپذیرد؛ حال آنکه ناتوانی مراجع در تحمل آن اغلب به مقاومت درمانی می‌انجامد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد توکل خود معنای ابهام را دگرگون می‌کند: آینده نامعلوم دیگر قلمروی تاریک و تهدیدآمیز نیست، بلکه در چارچوب علم و رحمت الهی معنا می‌یابد. این بازتفسیر معنایی، احساس امنیت وجودی پدید می‌آورد و شجاعت روان‌شناختی لازم را برای کنار نهادن رفتارهای ایمنی‌جویانه و ورود به آزمایش‌های رفتاری فراهم می‌سازد.

توکل با به چالش کشیدن این باور مثبت درباره نگرانی که آن را نشانه مسئولیت‌پذیری می‌داند، معیار اخلاقی تازه‌ای پیش می‌نهد: در پارادایم قرآنی، مسئولیت‌پذیری راستین در عمل جدی و عزم استوار نمود می‌یابد، نه در نشخوار فکری و نگرانی مزمّن. افزون بر این، باور به قضا و قدر الهی: «قُلْ لَنْ يُصِيبَنَا إِلَّا مَا كَتَبَ اللَّهُ لَنَا» (التوبة: ۵۱) توهم کنترل جادویی از راه نگرانی را از بنیاد سست می‌کند.

تحلیل تطبیقی پژوهش حاضر نشان داد که توکل قرآنی و درمان شناختی رفتاری روبیشو و همکاران در اهداف بالینی (کاهش نگرانی، پذیرش ابهام و بهبود عملکرد) همسویی کارکردی قابل توجهی دارند، اما در مبانی معرفت‌شناختی، غایت‌شناختی و روش‌شناختی تفاوت‌های ساختاری بنیادین میان آن‌هاست که غفلت از آن‌ها می‌تواند به فروکاست مفاهیم دینی بینجامد:

در CBT، اصلاح باورهای تحریف‌شده صرفاً بر شواهد استقرایی، تجربه شخصی و داده‌های حاصل از آزمایش‌های رفتاری استوار است. در مقابل، اصلاح باور در سازوکار توکل بر پایه تعهدی وجودی و معرفتی و پیشینی به آموزه‌های وحیانی، حکمت و ربوبیت الهی شکل می‌گیرد.

غایت نهایی در پروتکل روبیشو و همکاران، کاهش نشانه‌ها و برانگیختگی فیزیولوژیک و بازگرداندن عملکرد سازگارانه به فرد است. اما در منظومه قرآنی، هدف

اصلی توکل تقرب به خداوند، رشد معنوی و رسیدن به مقام تسلیم و رضاست و کاهش اضطراب و حصول آرامش روانی، پیامدی جانبی و برکتی ثانوی از این سیر معرفتی به شمار می‌آید.

کاربست توکل در فرایند درمان مستلزم رعایت ملاحظات است که باید از پیش مدنظر قرار گیرد. نخست اینکه مراجع ممکن است «سپردن به خدا» را نه بازتفسیری از معنای عدم قطعیت، بلکه وسیله‌ای فوری برای تسکین اضطراب و به‌دست‌آوردن اطمینان به کار ببرد. در این صورت، توکل خود به رفتار ایمنی‌جویانه یا نوعی اجتناب شناختی تبدیل می‌شود و با هدف پروتکل درمانی همخوانی ندارد. دوم اینکه اگر مراجع اضطراب را نشانه‌ی ضعف ایمان تلقی کند، احساس گناه و کشمکش معنوی او می‌تواند تشدید شود؛ در ادبیات روان‌شناسی دین نیز الگوی مقابله مذهبی منفی با پریشانی بیشتر ارتباط نزدیکی دارد. سوم اینکه باید میان توکل و جبرگرایی تمایز قائل شد؛ توکل پس از فراهم کردن اسباب و تلاش اختیاری معنا می‌یابد و در سنت کلامی امامیه نیز با تعبیر «أمر بین الأمرین»، اختیار انسان محفوظ مانده است. چهارم اینکه این چارچوب تنها برای مراجعانی مناسب است که خود بدان باور دارند؛ درمانگر نیز باید هم باور مراجع را مبنا قرار دهد و هم با شایستگی لازم در هر دو حوزه، یعنی روان‌درمانی و معارف دینی، آن را به کار گیرد. در مواجهه با مراجعانی که وسواس فکری-عملی با محتوای دینی (وسواس مذهبی) دارند، احتیاط بیشتری ضروری است.

یافته‌ها به‌روشنی نشان می‌دهد که توکل قرآنی پروتکلی فنی و جایگزین CBT نیست؛ زیرا فاقد ابزارهای ساختاریافته‌ای همچون جدول‌های خودپایشی، تکنیک‌های پنج‌گانه حل مسئله و فرم‌های ثبت نشانه‌های عود است. در مقابل، CBT نیز بستر معنابخش وجودی لازم برای پاسخ به نیازهای عمیق مراجعان مذهبی را ندارد. از این رو، توکل را می‌توان زیرساختی شناختی-معنایی و مکملی معنوی دانست که می‌تواند اثربخشی و سرعت پذیرش تکنیک‌های بالینی CBT را در جوامع اسلامی افزایش دهد.

در نهایت، یافته‌ها نشان داد که تلفیق بومی سازوکار شناختی توکل با مراحل شش‌گانه پروتکل روبیشو و همکاران می‌تواند مراجع مبتلا به GAD را از پذیرش منفعلانه و اجباری عدم قطعیت به پذیرش فعال، امن و معنادار ابهام رهنمون شود. چنین چرخشی مقاومت روان‌شناختی مراجعان را در رهاسازی رفتارهای ایمنی‌جویانه کاهش می‌دهد و می‌تواند به پایداری دستاوردهای درمانی در مواجهه با استرس‌های آینده کمک کند.

منابع

• قرآن کریم.

۱. آلوسی، محمود بن عبدالله. (۱۴۱۵ق). روح المعانی فی تفسیر القرآن العظیم والسبع المثانی. بیروت: دار الکتب العلمیه.
۲. آمدی، عبدالواحد بن محمد تمیمی. (۱۳۶۸ش). غرر الحکم و درر الکلم. قم: دار الکتاب الإسلامی.
۳. آینه چای، عباس؛ جان بزرگی، مسعود؛ و حسن آبادی، حمیدرضا. (۱۴۰۰ش). امکان سنجی بسته مداخله مذهبی مبتنی بر تقرب به خدا در کاهش نشانگان اضطراب: مطالعه تک جنسیتی با طرح تک آزمودنی-خط پایه چندگانه. روان شناسی فرهنگی، ۵(۱)، ۳۳-۳۸.
۴. ابن عاشور، محمد طاهر. (۱۴۲۰ق). التحریر و التنویر. بیروت: مؤسسة التاریخ العربی.
۵. احمدی دستجردی، هاجر. (۱۳۹۵ش). اثربخشی آموزش گروهی الگوی مراقبه اسلامی بر سبک زندگی و اضطراب فراگیر زنان متأهل مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. مطالعات اسلام و روان شناسی، ۱۰(۱۹)، ۵۷-۸۲.
۶. بوالهیری، جعفر؛ احسان منش، مجتبی؛ و کریمی کیسمی، عیسی. (۱۳۷۹ش). بررسی رابطه بین عوامل تنش‌زا، میزان توکل به خدا و نشانگان استرس در دانشجویان پزشکی. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۶(۱)، ۲۰-۲۵.
۷. جوادی آملی، عبدالله. (۱۳۸۸ش). تسنیم: تفسیر قرآن کریم (جلد ۱۵). قم: مرکز نشر اسراء.
۸. خدایار، دادخدا؛ و قائمی، مهدی. (۱۳۹۱ش). نگاهی قرآنی به کارکردهای تربیتی توکل و نقش آن در سلامت معنوی (بهداشت روان). مجله اخلاق پزشکی، ۶(۲۲)، ۵۵-۹۱.
۹. خدایاری فرد، محمد؛ یونسی، سید جلال؛ اکبری زردخانه، سعید؛ فقیهی، علی نقی؛ و به‌پژوه، احمد. (۱۳۸۸ش). اثربخشی روان درمانی شناختی-رفتاری گروهی و فردی مبتنی بر آموزه‌های دینی بر ناسازگاری‌های روان شناختی زندانیان در زندان رجایی شهر. پژوهش در سلامت روان شناختی، ۳(۴)، ۵۵-۶۷.
۱۰. دیلمی، حسن بن محمد. (۱۳۷۰ش). إرشاد القلوب. قم: الشریف الرضی.
۱۱. رشیدرضا، محمد. (۱۴۱۴ق). تفسیر المنار. بیروت: دار المعرفة.
۱۲. رنگین کمان، رقیه؛ درزی، قاسم. (۱۴۰۴ش). تحلیل چند مؤلفه‌ای کنش انسان در قرآن بر پایه نظریه شناختی-رفتاری و رویکردهای تفسیری. اسلام شناسی و قرآن پژوهشی در جهان معاصر، ۴(۱)، ۱۳۷-۱۶۰.
۱۳. زحیلی، وهبه. (۱۴۱۸ق). التفسیر المنیر فی العقیده والشریعة والمنهج. دمشق: دار الفکر.

۱۴. صادقی تهرانی، محمد. (۱۴۰۶ق). الفرقان فی تفسیر القرآن بالقرآن و السنة. بیروت: مؤسسة الأعلمی للمطبوعات.
۱۵. صنعت نگار، سارا؛ بهرامی احسان، هادی؛ اخوت، احمدرضا؛ و جان بزرگی، مسعود. (۱۳۹۶ش). معناشناسی اختلال اضطراب فراگیر از دیدگاه قرآن کریم. مطالعات اسلام و روان شناسی، ۱۱(۲۰)، ۸۹-۱۱۵.
۱۶. طباطبایی، سید محمدحسین. (۱۴۱۷ق). المیزان فی تفسیر القرآن. قم: دفتر انتشارات اسلامی جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.
۱۷. طبرسی، فضل بن حسن. (۱۴۰۸ق). مجمع البیان فی تفسیر القرآن. تهران: انتشارات ناصر خسرو.
۱۸. طبری، محمد بن جریر. (۱۴۲۲ق). جامع البیان عن تأویل آی القرآن. قاهره: دار هجر.
۱۹. طنطاوی، محمدسید. (۱۹۹۷م). التفسیر الوسیط للقرآن الکریم. قاهره: نهضة مصر.
۲۰. طوسی، محمد بن حسن. (۱۴۰۹ق). التبیان فی تفسیر القرآن. بیروت: دار إحياء التراث العربی.
۲۱. فخر رازی، محمد بن عمر. (۱۴۲۰ق). التفسیر الکبیر (مفاتیح الغیب). بیروت: دار إحياء التراث العربی.
۲۲. فضل الله، سید محمدحسین. (۱۴۳۹ق). من وحی القرآن. بیروت: دار الملائک للطباعة والنشر والتوزیع.
۲۳. قطب، سید. (۱۴۰۸ق). فی ظلال القرآن. بیروت: دار الشروق.
۲۴. مکارم شیرازی، ناصر. (۱۳۷۴ش). تفسیر نمونه. تهران: دار الکتب الإسلامیة.
۲۵. یعقوبی، حسن؛ سهرابی، فرامرز؛ و محمدزاده، علی. (۱۳۹۱ش الف). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و روان درمانی معنوی-مذهبی با تأکید بر آموزه های اسلام بر کاهش اضطراب آشکار دانشجویان. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰(۲)، ۹۹-۱۰۷.
۲۶. یعقوبی، حسن؛ سهرابی، فرامرز؛ و محمدزاده، علی. (۱۳۹۱ش ب). مقایسه تأثیر رفتاردرمانی شناختی و روان درمانی معنوی-مذهبی بر کاهش اضطراب پنهان. مطالعات روان شناسی بالینی، ۳(۷)، ۱۵۱-۱۶۹.
۲۷. یوسفی، ناصر. (۱۳۹۱ش). تأثیر شناخت درمانی مذهب محور و معنادرمانگری بر کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری دانشجویان. فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۳(۹)، ۱۳۷-۱۵۸.

28. Barlow, David. (2021). Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual (6th ed.). Guilford Press.

29. Clark, David, & Beck, Aaron. (2023). The anxiety and worry workbook: The cognitive behavioral solution (2nd ed.). The Guilford Press.
30. Cucchi, Angie. (2022). Integrating cognitive behavioural and Islamic principles in psychology and psychotherapy: A narrative review. *Journal of Religion and Health*, 61(6), 4849–4870.
31. Dugas, Michel, Gagnon, Fabien, Ladouceur, Robert, & Freeston, Mark. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215–226.
32. Dugas, Michel, Ladouceur, Robert, Léger, Eric, Freeston, Mark, Langlois, Frédéric, Provencher, Martin, & Boisvert, Jean-Marie. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 821–825.
33. Foa, Edna, & Kozak, Michael. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35.
34. Fracalanza, Katie, Koerner, Naomi, & Antony, Martin. (2014). Testing a procedural variant of written imaginal exposure for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 559–569.
35. Hebert, Elizabeth, & Dugas, Michel. (2019). Behavioral experiments for intolerance of uncertainty: Challenging the unknown in the treatment of generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 421–436.
36. Heimberg, Richard, Turk, Cynthia, & Mennin, Douglas (Eds.). (2004). *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. Guilford Press.
37. Ladouceur, Robert, Dugas, Michel, Freeston, Mark, Léger, Eric, Gagnon, Fabien, & Thibodeau, Nicole. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 957–964.
38. Leahy, Robert. (2017). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide* (2nd ed.). Guilford Press.
39. Ovanessian, Melina, Koerner, Naomi, Antony, Martin, & Dugas, Michel. (2019). A preliminary test of the therapeutic potential of

- written exposure with rescripting for generalized anxiety disorder. *Journal of Experimental Psychopathology*.
40. Pargament, Kenneth. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford Press.
 41. Robichaud, Melisa, & Dugas, Michel. (2005a). Negative problem orientation (Part I): Psychometric properties of a new measure. *Behaviour Research and Therapy*, 43(3), 391–401.
 42. Robichaud, Melisa, & Dugas, Michel. (2005b). Negative problem orientation (Part II): Construct validity and specificity to worry. *Behaviour Research and Therapy*, 43(3), 403–412.
 43. Robichaud, Melisa, Koerner, Naomi, & Dugas, Michel. (2019). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice (2nd ed.)*. Routledge.
 44. Roemer, Lizabeth, & Orsillo, Susan. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 54–68.
 45. Rothman, Abdallah, & Coyle, Adrian. (2018). Toward a framework for Islamic psychology and psychotherapy: An Islamic model of the soul. *Journal of Religion and Health*, 57(5), 1731–1744.
 46. Wells, Adrian. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 301–320.
 47. Wells, Adrian. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. Guilford Press.

References

• Holy Quran.

1. Alusi, Mahmud ibn Abdullah. (1415 AH). *Ruh al-Ma'ani fi Tafsir al-Qur'an al-Azim wa al-Sab' al-Mathani* [The spirit of meanings in the interpretation of the great Quran and the seven oft-repeated verses]. Beirut: Dar al-Kutub al-Ilmiyya.
2. Amidi, Abd al-Wahid ibn Muhammad Tamimi. (1368 SH). *Ghurur al-Hikam wa Durar al-Kalim* [Exalted aphorisms and pearls of speech]. Qom: Dar al-Kitab al-Islami.
3. Ayenehchi, Abbas, Janbozorgi, Masoud, & Hasanabadi, Hamidreza. (1400 SH). Feasibility of a religious intervention package based on closeness to God in reducing anxiety symptoms: A single-gender study with a single-subject multiple-baseline design. *Cultural Psychology*, 5(1), 1–33.
4. Ibn Ashur, Muhammad Tahir. (1420 AH). *Al-Tahrir wa al-Tanwir* [Verification and enlightenment]. Beirut: Mu'assasat al-Tarikh al-Arabi.
5. Ahmadi Dastjerdi, Hajar. (1395 SH). The effectiveness of group training in the Islamic meditation model on lifestyle and generalized anxiety of married women with generalized anxiety disorder. *Studies in Islam and Psychology*, 10(19), 57–82.
6. Bolhari, Jafar, Ehsanmanesh, Mojtaba, & Karimi Keisomi, Isa. (1379 SH). A study of the relationship between stressors, degree of trust in God, and stress symptoms in medical students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh va Raftar)*, 6(1), 20–25.
7. Javadi Amoli, Abdullah. (1388 SH). *Tasnim: Tafsir-e Qur'an-e Karim* [Tasnim: Interpretation of the Holy Quran] (Vol. 15). Qom: Markaz-e Nashr-e Isra.
8. Khodayar, Dadkhoda, & Ghaemi, Mahdi. (1391 SH). A Quranic look at the educational functions of tawakkul (trust in God) and its role in spiritual health (mental hygiene). *Journal of Medical Ethics*, 6(22), 55–91.
9. Khodayarifard, Mohammad, Yunesi, Seyyed Jalal, Akbari Zardkhaneh, Saeed, Faghihi, Ali-Naghi, & Behpazhuh, Ahmad. (1388 SH). The effectiveness of group and individual cognitive-behavioral psychotherapy based on religious teachings on psychological maladjustments of prisoners in Rajaei Shahr Prison. *Research in Psychological Health*, 3(4), 55–67.

10. Daylami, Hasan ibn Muhammad. (1370 SH). *Irshad al-Qulub* [Guidance of the hearts]. Qom: Al-Sharif al-Radi.
11. Rashid Rida, Muhammad. (1414 AH). *Tafsir al-Manar* [The Manar exegesis]. Beirut: Dar al-Ma'rifa.
12. Rangan Kaman, Roqayyeh, & Darzi, Ghasem. (1404 SH). A multi-component analysis of human action in the Quran based on cognitive-behavioral theory and interpretive approaches. *Islamic Studies and Quranic Research in the Contemporary World*, 4(1), 137–160.
13. Zuhayli, Wahba. (1418 AH). *Al-Tafsir al-Munir fi al-Aqida wa al-Shari'a wa al-Manhaj* [The illuminating exegesis on creed, law, and method]. Damascus: Dar al-Fikr.
14. Sadeghi Tehrani, Muhammad. (1406 AH). *Al-Furqan fi Tafsir al-Qur'an bi al-Qur'an wa al-Sunna* [The criterion in the interpretation of the Quran by the Quran and the Sunna]. Beirut: Mu'assasat al-A'lami lil-Matbu'at.
15. Sanatnagar, Sara, Bahrami Ehsan, Hadi, Okhovat, Ahmadsreza, & Janbozorgi, Masoud. (1396 SH). Semantics of generalized anxiety disorder from the perspective of the Holy Quran. *Studies in Islam and Psychology*, 11(20), 89–115.
16. Tabataba'i, Seyyed Muhammad Husayn. (1417 AH). *Al-Mizan fi Tafsir al-Qur'an* [The balance in the interpretation of the Quran]. Qom: Daftar-e Intisharat-e Islami-ye Jami'e-ye Mudarrisin-e Hawza-ye Ilmiyya-ye Qom.
17. Tabarsi, Fadl ibn Hasan. (1408 AH). *Majma' al-Bayan fi Tafsir al-Qur'an* [Compendium of expositions in the interpretation of the Quran]. Tehran: Nasir Khusraw Publications.
18. Tabari, Muhammad ibn Jarir. (1422 AH). *Jami' al-Bayan 'an Ta'wil Ay al-Qur'an* [Comprehensive exposition on the interpretation of the verses of the Quran]. Cairo: Dar Hajr.
19. Tantawi, Muhammad Sayyid. (1997). *Al-Tafsir al-Wasit lil-Qur'an al-Karim* [The intermediate exegesis of the noble Quran]. Cairo: Nahdat Misr.
20. Tusi, Muhammad ibn Hasan. (1409 AH). *Al-Tibyan fi Tafsir al-Qur'an* [The exposition in the interpretation of the Quran]. Beirut: Dar Ihya al-Turath al-Arabi.
21. Fakhr al-Razi, Muhammad ibn Umar. (1420 AH). *Al-Tafsir al-Kabir (Mafatih al-Ghayb)* [The great exegesis (Keys to the unseen)]. Beirut: Dar Ihya al-Turath al-Arabi.

22. Fadlallah, Seyyed Muhammad Husayn. (1439 AH). *Min Wahy al-Qur'an* [From the revelation of the Quran]. Beirut: Dar al-Malak lil-Tiba'a wa al-Nashr wa al-Tawzi'.
23. Qutb, Sayyid. (1408 AH). *Fi Zilal al-Qur'an* [In the shade of the Quran]. Beirut: Dar al-Shuruq.
24. Makarem Shirazi, Naser. (1374 SH). *Tafsir-e Nemuneh* [Exemplary exegesis]. Tehran: Dar al-Kutub al-Islamiyya.
25. Yaghoobi, Hasan, Sohrabi, Faramarz, & Mohammadzadeh, Ali. (1391 SH-a). Comparison of the effectiveness of cognitive behavior therapy and spiritual-religious psychotherapy emphasizing Islamic teachings on reducing state anxiety of students. *Behavioral Sciences Research, 10*(2), 99–107.
26. Yaghoobi, Hasan, Sohrabi, Faramarz, & Mohammadzadeh, Ali. (1391 SH-b). A comparison of the effect of cognitive behavior therapy and spiritual-religious psychotherapy on reducing trait anxiety. *Clinical Psychology Studies, 3*(7), 151–169.
27. Yousefi, Naser. (1391 SH). The effect of religion-oriented cognitive therapy and logotherapy on reducing symptoms of depression, anxiety, and aggression in students. *Culture of Counseling and Psychotherapy, 3*(9), 137–158.
28. Barlow, David. (2021). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (6th ed.). Guilford Press.
29. Clark, David, & Beck, Aaron. (2023). *The anxiety and worry workbook: The cognitive behavioral solution* (2nd ed.). The Guilford Press.
30. Cucchi, Angie. (2022). Integrating cognitive behavioural and Islamic principles in psychology and psychotherapy: A narrative review. *Journal of Religion and Health, 61*(6), 4849–4870.
31. Dugas, Michel, Gagnon, Fabien, Ladouceur, Robert, & Freeston, Mark. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy, 36*(2), 215–226.
32. Dugas, Michel, Ladouceur, Robert, Léger, Eric, Freeston, Mark, Langlois, Frédéric, Provencher, Martin, & Boisvert, Jean-Marie. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 821–825.

33. Foa, Edna, & Kozak, Michael. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35.
34. Fracalanza, Katie, Koerner, Naomi, & Antony, Martin. (2014). Testing a procedural variant of written imaginal exposure for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 559–569.
35. Hebert, Elizabeth, & Dugas, Michel. (2019). Behavioral experiments for intolerance of uncertainty: Challenging the unknown in the treatment of generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 421–436.
36. Heimberg, Richard, Turk, Cynthia, & Mennin, Douglas (Eds.). (2004). *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. Guilford Press.
37. Ladouceur, Robert, Dugas, Michel, Freeston, Mark, Léger, Eric, Gagnon, Fabien, & Thibodeau, Nicole. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 957–964.
38. Leahy, Robert. (2017). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide* (2nd ed.). Guilford Press.
39. Ovanessian, Melina, Koerner, Naomi, Antony, Martin, & Dugas, Michel. (2019). A preliminary test of the therapeutic potential of written exposure with rescripting for generalized anxiety disorder. *Journal of Experimental Psychopathology*.
40. Pargament, Kenneth. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford Press.
41. Robichaud, Melisa, & Dugas, Michel. (2005a). Negative problem orientation (Part I): Psychometric properties of a new measure. *Behaviour Research and Therapy*, 43(3), 391–401.
42. Robichaud, Melisa, & Dugas, Michel. (2005b). Negative problem orientation (Part II): Construct validity and specificity to worry. *Behaviour Research and Therapy*, 43(3), 403–412.
43. Robichaud, Melisa, Koerner, Naomi, & Dugas, Michel. (2019). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice* (2nd ed.). Routledge.
44. Roemer, Lizabeth, & Orsillo, Susan. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing

- cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 54–68.
45. Rothman, Abdallah, & Coyle, Adrian. (2018). Toward a framework for Islamic psychology and psychotherapy: An Islamic model of the soul. *Journal of Religion and Health*, 57(5), 1731–1744.
46. Wells, Adrian. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 301–320.
47. Wells, Adrian. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. Guilford Press.