

نقش مذهب بر بهداشت روانی، روان درمانی و روان شناسی بالینی

S. Khodarahimi and S.G. Jafari

THE ROLE OF RELIGION ON MENTAL HEALTH, PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOLOGY

Assuming the role of cultures on the processes of psychotherapy produced a good background for relationship between religion and psychotherapy. In this approach the role of religion on counseling and psychotherapy has been confirmed. So it is necessary for the students in the above fields to be educated in this trend. Contemporary psychologists believe that religiosity is one of the components of the control and prevention of psychiatric diseases. This tendency can help therapists to help their clients more effectively by urging them to have religious beliefs either for prevention or for treatment. This subject is better protected for health programs of late adulthood and longevity. Inner religiosity is more productive in having more cooperative personalities and stand against stressful life events. It has been confirmed that contrary to Ellis, religiosity has not any negative effect on mental health. Positive mental health has been reported within people with inner approach of religiosity in comparison with people lacking this trend. It seems that the role of religions on mental health refers to the following results, more life meaningfulness, hope, self control and creativity, good style of life and to confirm social normal behaviour.

بایستی ریشه بررسی نقش مذهب در روان درمانی را در مکتب روانکاوی یونگ یعنی «روان‌شناسی تحلیلی ژرفا» جستجو کنیم (یونگ، ۱۹۶۵).

یونگ معتقد بود که روان آدمی دارای دو سطح شخصی و فراشخصی است. به اعتقاد او سطح فراشخصی روان انسان دارای دو سطح دیگر است که یکی سطح عینی و دیگری سطح خودجوش نامیده می‌شود. به اعتقاد یونگ این دو سطح با یکدیگر کنش متقابل دارند و زمینه و مبنای مواد یا اطلاعات شخصی تر هستند و همچنین کنش متقابل این دو سطح با یکدیگر می‌تواند در عمل در اطاق روان درمانی بروز نماید. یونگ برای شناسایی این دو سطح، از اسطوره شناسی و علم تعبیر و تفسیر نمادها استفاده می‌کند. به اعتقاد وی، کنش مذهبی یکی از عملکردهای روان آدمی است. این موضوعی است که

نقش مذهب بر بهداشت روانی،

روان درمانی و روان شناسی بالینی

سیامک خداریحیمی^(۱) - سید غلامرضا جعفری^(۲)

مقدمه :

یکی از گام‌های اساسی در خصوص پیوند دادن مذهب با فرآیندهای روان‌درمانی، مطرح شدن دیدگاه چند فرهنگی در روان‌درمانی بوده است (آیوی، آیوی و سیمک - مورگان، ۱۹۹۳). در این رویکرد نقش مذهب در مشاوره و روان‌درمانی به عنوان یک موضوع قابل بحث و بررسی در فرایند آموزش روان‌شناسان بالینی مورد پذیرش واقع شد، زیرا کارآمدی روان‌درمانی نه تنها جنبه علمی بلکه جنبه اخلاقی نیز دارد. بنابراین با توجه به تفاوت‌های افراد از لحاظ مذهبی بودن، توجه به نقش مذهب در فرآیندهای روان‌درمانی حائز اهمیت است. البته

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور

۲- کارشناس روان‌شناسی بالینی

به‌عنوان مثال کنترل پدیده‌هایی مانند «آدم‌کشی» اخلال در زندگی اجتماعی را به‌احتمال قوی می‌توان با توجه دادن جامعه به مجازات‌هایی که در ادیان الهی برای این رفتارها در نظر گرفته شده‌است بهتر کنترل نمود و این خود مستلزم پژوهش‌های اختصاصی در این مورد است.

بنابراین امروزه به اعتقاد روان‌شناسان، مذهبی بودن یکی از عوامل مراقبت‌کننده در پیش‌گیری از ابتلای به اختلالات روانی است، به‌طوری‌که مذهب به‌عنوان یک مؤلفه درمانی در مراکز بهداشت روانی وارد شده‌است و بیماران را وادار می‌کند تا به نوعی مذهب یعنی اعتقاد به خداوند گرایش یابند. این موضوع در برنامه‌های مذهبی مربوط به سلامتی سالمندان و در مطالعات انجام شده بر روی افراد مبتلا به اختلال روانی که به‌طور سرپائی تحت درمان قرار می‌گیرند، مورد تأیید واقع شده‌است. افزون بر این، نقش مذهب در حفظ سلامتی جسمانی و افزایش طول عمر نیز مورد تأیید واقع شده‌است (کلاری، ۱۹۹۶).

همچنین نشان داده شده‌است که مذهب در مقابل مسایلی مانند رفتارهای جنایی و بالقوه خطرناک به سلامت افراد کمک می‌کند. برخی از روان‌شناسان معتقدند که مذهب می‌تواند در درمان، تأثیر تعیین‌کننده داشته باشد. بنابراین لازم است که ارزشهای مذهبی در فرایند درمان مورد بررسی قرار گیرند و بر نقش درمانی آنها در فرایند روان‌درمانی تأکید شود (خدارحیمی و بیت مشعل، ۱۳۷۶).

به‌طور کلی در دهه گذشته نقش مذهب در حیطه مشاوره و روانشناسی بالینی مورد پذیرش واقع شده‌است. پژوهش‌های انجام شده در فاصله سالهای ۱۹۷۴ تا اوایل ۱۹۸۴ به‌گردآوری شواهد تجربی در نقش مذهب در روان‌درمانی پرداخته‌اند. از سال ۱۹۸۶ علاقه به مذهب و مشاوره چندین برابر افزایش یافته‌است به‌طوری‌که افراد شرکت‌کننده در مشاوره‌های مذهبی، بین سالهای ۱۹۹۳ تا اوایل ۱۹۹۵ در آمریکا چندین برابر شده‌اند. نتیجه این تلاشها گام‌هایی بود که انجمن روان‌شناسی آمریکا به صورت برنامه‌ها و کارگاه‌های آموزشی درخصوص مذهب طی سالهای اخیر برقرار کرده‌است. حتی برنامه‌های آموزشی دوره دکترای روان‌شناسی بالینی باگرایش مذهبی، روان‌شناسان نسبتاً زیادی با این گرایش راتربیت

بعدها توسط روان‌شناسان دیگر گسترش داده شده‌است و در آخرین تغییرات، تحت عنوان رویکرد روان‌شناختی نسبت به کنش مذهبی روان نام گرفته‌است (کوربیت، ۱۹۹۶).

بنابراین هرچند که در گذشته روان‌شناسان به‌طور سنتی نسبت به اهمیت مذهب در بهداشت روانی و روان‌درمانی اعتماد اندکی داشته‌اند، لیکن این موضوع امروزه تغییر کرده‌است. امروزه اعتقاد براین است که جهت‌گیری مذهبی نوعی راهبرد است که به‌وسیله آن مردم می‌توانند مسایل زندگی خود را هدایت کنند. از جمله جیمز (۱۹۵۸) و سایر روان‌شناسان متقدم به این موضوع علاقمند گردیدند. امروزه روان‌شناسان خواهان تخصص در زمینه مذهب هستند. پژوهش نشان می‌دهد که صداقت مذهبی (چه در یهودیت، اسلام، مسیحیت، بودایی یا ادیان دیگر) می‌تواند واقعاً موجب افزایش میزان بهداشت روانی در برخی از موارد گردد.

البته در هنگام توجه به ارتباط سلامت روان با مذهب باید بر نوع نمود مذهبی مورد انتخاب مردم توجه کنیم. پژوهش‌های انجام شده در مورد نقش مذهب از لحاظ بهداشت روان نشان می‌دهد که مردم از مذهب برای مقابله با فشارهای روانی عمده زندگی یا مقابله با اختلاف، جنگ و بمب‌گذاری استفاده می‌کنند.

هرچند که به اعتقاد برخی از روان‌شناسان، انواع خاصی از نمودهای مذهبی سودمند و انواع خاصی از آنها مضر هستند. در بسیاری از مطالعات، که شامل صدها آزمودنی بوده‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که آن دسته از مردم که خداوند را تنبیه‌کننده و توبیخ‌کننده می‌دانند، وضعیت بهداشت روانی ضعیف‌تری دارند، چون احساس می‌کنند حمایت عاطفی لازم را از سوی خداوند دریافت نمی‌کنند. معمولاً این افراد دچار آشفتگی، اضطراب و افسردگی می‌شوند. اما آن دسته از مردم که خداوند را مهربان می‌دانند، معتقدند که خداوند در حل مشکلات به آنها کمک می‌کند. این افراد معتقدند که همکاران و رهبران مذهبی آنان، حمایت مورد نیاز را در اختیارشان می‌گذارند و به‌نظر می‌رسد که اینان بهداشت روانی مثبت‌تری دارند (کلاری، ۱۹۹۶).

گرچه برداشت فوق به‌عنوان نتیجه یک تحقیق قابل طرح است ولی باید توجه داشت که زندگی انسان «چندبُعدی» است و

کرده است. این روان‌شناسان هم به درمان افراد مذهبی و هم به درمان افراد غیر مذهبی می پردازند. بنابراین پژوهش تجربی در مورد نقش مذهب در روان درمانی به طرز قابل توجهی افزایش یافته است. یکی از شاخصهای این پیشرفت تعدد مجلاتی است که در این زمینه به نشر مقاله پرداخته اند (ورتینگتون، گوروسو، مک کالوف و سانداج، ۱۹۹۶).

کوتاه این که مشاوره و روان‌درمانی مذهبی توسط روان‌شناسان مذهبی برای مراجعان مذهبی، امروزه رونق زیادی یافته است.

مروری بر مطالعات انجام شده

بهترین شیوه برای بررسی نقش مذهب در سلامت روان و فرآیندهای روان‌درمانی این است که کنش مذهب را از لحاظ روان‌شناختی به چند جنبه تقسیم نماییم. آنگاه در هر جنبه به بررسی شواهد پژوهشی موجود بپردازیم تا نتیجه گیری آسان شود. می توان شواهد پژوهشی و تجربی نقش مذهب از لحاظ روان‌شناختی را در پنج محور زیر طبقه بندی کرد:

الف) مذهب و بهداشت روانی

ب) مذهب و مقابله با فشار روانی

ج) دیدگاه افراد مذهبی در مورد جهان

د) چگونگی پاسخ افراد مذهبی به مداخله های روان درمانی

و مشاوره ای

ی) فنون مذهبی مورد استفاده در روان درمانی.

مذهب و بهداشت روانی

الیس (۱۹۸۱) معتقد بود که مذهب با غیر منطقی بودن در ارتباط است. به اعتقاد او افراد مذهبی نوعی تفکرات و رفتارهای جزمی دارند که موجب نابه سامانی وضع روانی آنها می شود. او معتقد است افراد مذهبی بهداشت روانی ضعیف تری دارند. این اعتقاد الیس، برخی از اندیشمندان را بر آن داشت تا به کنکاش در مورد درستی یا نادرستی این فرضیه بپردازند. برگین و همکاران با فراتحلیل ۲۴ مقاله پژوهشی، به بررسی رابطه بین دین و مذهب با بهداشت روانی پرداختند. آنها در سال ۱۹۹۱ نتایج این پژوهش را ارائه کردند (برگین، رینولدز

و سالیوان ۱۹۹۱).

پژوهشهای انجام شده در این مورد به طور کلی نشان داده اند که مذهب تأثیر منفی بر بهداشت روانی ندارد. در مجموع رابطه بین مذهب و بهداشت روانی مثبت می باشد، با این وجود، افرادی که دارای مذهب درونی هستند یعنی معتقدند که مذهب در ذات آنها ریشه دارد، در مقایسه با افرادی که مذهب بیرونی دارند یعنی مذهب را وسیله ای برای دستیابی به چیزی دیگر می دانند، بهداشت روانی مثبت تری دارند. افراد دارای مذهب درونی، سلامت روان بالاتری دارند و افراد دارای مذهب بیرونی احتمالاً پی آمدهای منفی تری را تجربه می کنند (دوناهو، ۱۹۸۵). لیکن آنچه در این پژوهش ها مبهم است عدم صراحت در تعریف بهداشت روانی است. در ابتدا پژوهش ها، بهداشت روانی را یا به صورت فقدان مشکلات روان شناختی و یا به صورت وجود رفتار جامعه گرایانه (باهر دو) در نظر می گرفتند. یافته عمده چنین پژوهش هایی این است که مفهوم بهداشت روانی مقوله ای پیچیده بوده و ارتباط آن با مذهب به تعریف بهداشت روانی یا مذهب هر دو بستگی دارد. بزگین بهداشت روانی مثبت را با جایگاه مهار درونی، صفات انگیزشی ذاتی، جامعه گرایی، احساس بهزیستی، مسئولیت، کنترل خویشتن، توانایی تحمل، میل به برداشت و تفسیر خوب و مثبت، پیشرفت از طریق هم رنگی و کارآمدی عقلانی برابر می داند. به نظر می رسد که این ویژگی های بهداشت روانی مثبت مورد توافق اغلب متخصصان بهداشت روانی است (جنسن و برگین، ۱۹۸۸). برگین (۱۹۹۱) به این نتیجه رسیده است که مذهب گرایی درون زاد با ویژگی های فوق در ارتباط است. به همین دلیل نیز تجربه افراد دارای مذهب درونی و بیرونی از رویدادهای زندگی متفاوت است. طبیعی است که افراد دارای مذهب درونی سعی دارند رویدادها را به شکل مثبت تر و به شکل آزمایشهای الهی در نظر بگیرند و در نتیجه آنها را فرصتی برای رشد و پیشرفت به شمار آورند. این افراد به دلیل قابلیت هایی که دارند سعی می کنند تا از الگوهای شخصیتی مشابه سخت کوشی روان شناختی برای مبارزه با بحران های زندگی استفاده کنند. می دانیم که سخت کوشی

مذهب و مقابله با فشار روانی

رویداد فشارزای روانی یک رویداد منفرد یا مجموعه‌ای از رویدادها یا شرایط زندگی است که انسان درمقابل آنها نیاز به سازگاری دارد. پاسخ انسان به فشار روانی تحت تأثیر برداشت از رویداد فشارزای روانی قرار می‌گیرد. فشار روانی شبکه‌ای از محرک‌ها، برداشت‌ها و واکنشهایی است که مستلزم این است که انسان از منابع سازش خود استفاده کند تا بتواند با این خواسته‌های درونی و بیرونی انطباق یابد (مونات و لازاروس، ۱۹۸۵). به نظر می‌رسد که افراد مذهبی و غیر مذهبی میزان فشار روانی مشابهی را تجربه می‌کنند (شافر و کینگ، ۱۹۹۰). لیکن افراد مذهبی بهتر می‌توانند با رویدادهای منفی زندگی و عوامل فشارزای روانی مقابله کنند. به اعتقاد پارگامنت (۱۹۹۰) افراد مذهبی در هنگام ارزشیابی نوع اول و ارزشیابی نوع دوم (آیا این رویداد به صورت بالقوه خطرناک است؟ و آیا من می‌توانم با این رویداد مقابله کنم؟) برای مقابله با فشار روانی به خوبی از مذهب استفاده می‌کنند. زیرا واکنش آنها به فشار روانی تحت تأثیر عواملی مانند حمایت اجتماعی، سخت‌کوشی شخصی، سبک مشکل‌گشایی و مانند آن قرار می‌گیرد، که در افراد مذهبی موجب کاهش فشار روانی می‌گردد. پس مهمترین تأثیر مذهب برای مقابله با فشار روانی به خاطر نقشی است که در فرایند ارزشیابی فشار روانی دارد.

همچنین مذهب از طریق عوامل تعدیل‌کننده پاسخ به فشار روانی که در بالا بیان گردید، در سبک مقابله با فشار روانی تأثیر می‌گذارد. افزون بر این، اعتقادهای شناختی افراد مذهبی به آنان در مقابله با فشار روانی کمک می‌کند. اعتقادهایی مانند این که خداوند برحق است، خداوند مهربان است، خداوند انسان را از بدبختی نجات می‌دهد. همچنین افراد مذهبی از طریق نیایش و آداب و مناسک مذهبی می‌توانند تجدید قوای روان‌شناختی بنمایند. افزون بر این نیایش‌ها، صداقت و راز و نیاز حقیقی با خداوند باعث ایجاد اطمینان و آرامش در افراد می‌گردد. طبیعی است که پس از انجام چنین مناسکی

روان‌شناختی دارای سه مؤلفه مشارکت، کنترل و مبارزه است. به همین دلیل نیز با توجه به ویژگی‌های سخت‌کوشی روان‌شناختی و صفات مطرح شده فوق در خصوص افراد دارای مذهب درونی، این افراد توانایی بهتری برای مقابله با فشار روانی و رویدادهای زندگی دارند.

افزون بر این، پژوهش نشان داده است که افراد دارای مذهب درون‌زاد موقعیت آزمایشی را به صورت مذهبی توصیف می‌کنند. درحالی که افراد غیر مذهبی چنین موقعیتی را به شکل غیر مذهبی توصیف می‌نمایند (هودو همکاران، ۱۹۹۰). همچنین افراد دارای گرایش بالای مذهبی، خشنودی بیشتری از زندگی دارند، شادمانی بیشتری دارند و در مواجهه با رویدادهای رنج‌زای زندگی پی‌آمدهای روانی - اجتماعی منفی کمتری را نشان می‌دهند (الیسون، ۱۹۹۱). در مجموع احتمالاً تأثیر مثبت مذهب بر بهداشت روانی به دلایل زیر است:

۱- مذهب می‌تواند موجب ایجاد معنا شود بنابراین، مذهب به زیستن و مردن انسان معنا می‌بخشد (اسپیلکا، شاور و کیرک پاتریک، ۱۹۸۵).

۲- مذهب موجب امیدواری می‌شود و خوشبینی افراد را افزایش می‌دهد (شی پرکارور، ۱۹۸۷، سلیگمن، ۱۹۹۱).

۳- مذهب به افراد مذهبی نوعی احساس کنترل و کارآمدی می‌بخشد که ریشه خدایی دارد و می‌تواند کاهش یافتگی کنترل شخصی را جبران کند (پارگامنت و همکاران، ۱۹۸۷).

۴- مذهب نوعی سبک زندگی سالم‌تر برای افراد تجویز می‌کند که بر سلامتی و بهداشت روانی تأثیر مثبت دارد.

۵- مذهب مجموعه‌ای از هنجارهای اجتماعی مثبت است که اطاعت از آن موجب تأیید، پشتیبانی و پذیرش از سوی دیگران می‌شود.

۶- مذهب نوعی احساس فراطبیعی به شخص می‌دهد که بدون تردید تأثیر روان‌شناختی دارد (برگین و پینی، ۱۹۳).

امری مصداق ندارد. خلاصه این که افراد بسیار مذهبی، روان‌درمانگران مذهبی را ترجیح می‌دهند و از مشاوره مذهبی استقبال می‌کنند. این افراد، درمان‌گران مذهبی را حتی اگر از لحاظ تخصص پائین‌تر باشند ترجیح می‌دهند لیکن علیرغم ترجیح دادن درمان‌گران مذهبی، نمی‌خواهند که فرآیند روان‌درمانی و مشاوره به طور کلی بر مذهب مبتنی باشد. هنگامی که مشاوران و روان‌شناسان شروع به ابراز عقاید و ارزش‌های مذهبی خودشان برای این افراد می‌نمایند، رازگشایی آنها نیز از لحاظ انتظارات و رفتار مراجع درمورد فرآیند روان‌درمانی و بازده آن تحت تأثیر قرار می‌گیرد. چنان چه عقاید و ارزش‌های مذهبی روان‌شناس و مراجع کاملاً مشابه باشد، خود فاش‌سازی روان‌شناس می‌تواند موجب تسهیل درمان شود، البته به شرط آنکه تأکید عمده بر مذهب نباشد. لیکن چنان چه عقاید مذهبی روان‌شناس و مراجع متفاوت باشد، یا این که مراجع از افشاکردن خود در یک موقعیت حرفه‌ای بیمناک باشد، یا در مورد افراد مذهبی یا مشاوره مذهبی کلیشه‌های منفی قوی داشته باشد و یا در جلسات درمانی بر مذهب تأکید بیش از حد شود می‌تواند در فرآیند روان‌درمانی و بازده آن اختلال ایجاد کند (ورتینگتون و همکاران، ۱۹۹۶).

چگونگی پاسخ افراد مذهبی به مداخله‌های مشاوره‌ای و روان‌درمانی

به‌طور کلی به‌نظر می‌رسد که در روان‌درمانی و مشاوره موفق، مراجعان تمایل دارند که ارزش‌های درمانگر خود، به‌ویژه ارزش‌های سلامت روانی و شخصی را بپذیرند (کلی و استروپ، ۱۹۹۲). هرچند که به‌نظر می‌رسد میزان پذیرش ارزش‌های درمانگر توسط مراجع تحت تأثیر میزان شباهت بین نظام ارزشی درمانگر قرار می‌گیرد (کلی و استروپ، ورتینگتون). به‌همین دلیل در رویکرد روان‌شناختی نسبت به مذهب در روان‌شناسی ژرفای خویشتن، اعتقاد بر این است که مفاهیم سنتی خداوند برای بسیاری از کسانی که هرگز احساس مذهبی قوی را تجربه نکرده‌اند، قابل درک نیست. این افراد نیازمند طریقه‌ای در مذهب هستند که بتوانند نمودهای واقعی آن را در درون خودشان بشناسند. بنابراین روان‌شناسان ژرفا با استفاده از

افراد می‌توانند بهتر بیندیشند، راه‌حل‌های جایگزین بهتری پیدا کنند و همین‌طور از طریق زاری و گریستن بخش زیادی از فشار روانی خود را تخلیه نمایند. همچنین اعتقاد افراد به این که خداوند انسان را آزاد آفریده است و او را مسئول رفتار خودش قرار داده، موجب می‌شود تا افراد دارای مذهب درونی، کنترل بیشتری بر اوضاع و احوال خود داشته باشند. این راهبرد می‌تواند بر واکنش عاطفی - شناختی و رفتاری انسان دارای مذهب درون‌زاد در مقابله با فشار روانی تأثیر بگذارد.

دیدگاه افراد مذهبی در مورد جهان

شاید بهترین توصیه برای بررسی دیدگاه افراد مذهبی در مورد جهان توجه به علوم باطنی و مذاهب شرق باشد، زیرا طبیعی است که دیدگاه افراد مذهبی، غیر مذهبی و ضد مذهبی در مورد جهان متفاوت است. افراد بسیار مذهبی افراد دیگر را برحسب سه معیار مورد ارزشیابی قرار می‌دهند که عبارتند از: (۱) اهمیتی که به نوشته‌های مذهبی می‌دهند، (۲) اهمیتی که به رهبران مذهبی می‌دهند و (۳) اهمیتی که به اولویت مذهب فردی می‌دهند. در حالی که افراد غیر مذهبی و ضد مذهبی در هنگام ارزیابی دیگران دارای چنین معیارهایی نیستند (ورتینگتون، ۱۹۸۸).

همچنین برداشت‌های افراد مذهبی از پدیده‌های جهان و روابط اجتماعی، تحت تأثیر ساختار ارزشی آنان قرار می‌گیرد. به اعتقاد ورتینگتون افراد مذهبی از طرح‌واره مذهبی‌تر، یعنی ساختارهای شناختی «مذهبی‌گونه» برای ادراک جهان استفاده می‌کنند. لیکن این موضوع برای افراد غیر مذهبی و ضد مذهبی مصداق ندارد.

انتظارات و ارجحیت‌های مربوط به مذهب در مشاوره و روان‌درمانی

به اعتقاد ورتینگتون افراد بسیار مذهبی درمانگرانی را ترجیح می‌دهند که ارزش‌های مذهبی مطابق با خودشان داشته باشند، لیکن برای افراد مذهبی متوسط یا غیر مذهبی چنین

روان‌شناختی خود را تکرار نماید، از خاطرات رنج‌زای کودکی خود بگسلد، روشی معقول و منطقی برای سازگاری با شرایط جدید و نسبتاً فشارزای روانی و دشوار بیابد، تا علایم آسیب‌شناسی روانی ناپدید شود و فرصت‌های جدید و آزمایش‌های جدید انجام گیرند، تا راه‌بازگشت به معبد و محرابی که از ابتدا آدمی به آن تعلق داشت، گشوده شود و سرانجام به فلسفه علمی زندگی یا حیات یا فلسفه محض مذهبی دست بیابد (یونگ، ۱۳۷۳). طبیعی است که این راه دور و دراز، بس پرزحمت و پردردسر است. زیرا هنگامی کمال اتفاق می‌افتد که ناخودآگاه انسان به بازی آزادانه‌ای پردازد که پیدایش نمادهای صورتهای مثالی را تسهیل کند. چون تنها چیزی که به اعتقاد یونگ متقاعدکننده است، خودانگیختگی محتویات مثالی است، حال آنکه هرگونه مداخله متعصبانه سد راه تجربه اصیل صور مثالی است. چنان‌چه کاوش ناخودآگاه، ضمیر خودآگاه انسان را به تجلیات و جلوه‌های صورت مثالی برساند، انسان با حقیقت محض و تضادهای ژرف طبیعت بشری روبه‌رو خواهد شد. این رویارویی با تضادهای ژرف بشری انسان را با جنبه‌هایی مانند نیکی و بدی، خیر و شر، شیطان و مسیح، روشنائی و تاریکی و به عبارتی باهشت و جهنم آشنا می‌سازد. لیکن آنچه باید خاطر نشان کنیم، این است که دستیابی به این بصیرت با هیچ وسیله انسانی امکان‌پذیر نیست زیرا تجربه کردن اضداد ربطی به بصیرت فکری و تلقین ندارد.

همچنین درمان آسیب‌شناسی روانی منوط به این است که تجربه الهی فراشخصی در بطن سطح شخصی روان قرار گیرد، تا پیوند فراموش شده دوباره به یاد آورده شود، زیرا پندارهای موجودی که در جهان معاصر وجود دارند ترسیمی انسان‌انگارانه از خداوند و مذهب برای نسل کنونی بشر ارائه می‌کنند که موجب تعارض هرچه بیشتر بین سطح شخصی و فراشخصی روان می‌شود. به‌ناچار پیامد چنین امری نیز افزایش آسیب‌شناسی روانی خواهد بود.

در روان‌شناسی ژرفا برای ایجاد احساس و الهام مذهبی در افراد، همان‌گونه که بیشتر گفتیم، از علم تعبیر و تفسیر نمادها استفاده می‌شود. نمادها معمولاً در رؤیایها و پندارها یا تصورات ذهنی بروز می‌نمایند. هرچند در صورتی که روان‌ناشیار به صورت تهاجمی در ضمیر هشیار تجلی کند نیز باعث می‌شود

روشهای تفسیری ابداع شده یونگ و همچنین با استفاده از روان‌شناسی خویشتن و روان‌کاوانه سعی می‌کنند که بین سطوح شخصی و فراشخصی روان مراجعان ارتباط برقرار سازند. گسترش دهندگان معاصر روان‌شناسی ژرفا مانند کوربیت (۱۹۹۶) از طریق رویکرد روان‌شناختی نسبت به مذهب به افراد کمک می‌کنند تا بتوانند ضمن حل مشکلات مربوط به آسیب‌شناسی روانی در زندگی روزمره نیز از مذهب بهره‌جویند. او برای ایجاد تجربه ذهنی در مراجعان خود، روش‌های بالینی خاصی را مطرح می‌سازد که در صورت امکان در بخش‌های بعدی مقاله به شرح آنها می‌پردازیم.

فنون مذهبی مورد استفاده در روان‌درمانی

همان‌گونه که قبلاً اشاره کردیم، یکی از کسانی که در زمینه نقش مذهب در روان‌درمانی تلاش‌های بسیاری کرده یونگ است. او برای پیشروی روان‌درمانی چهار مرحله را مطرح می‌کند. اولین مرحله آشنایی با نقاب، دومین مرحله آشنایی با سایه، سومین مرحله آشنایی با زنانه روان و مردانه روان، و چهارمین مرحله جستجوی معنا است. یونگ معتقد است که برای رسیدن به کمال و تفرد که بالاترین مرحله تکامل شخصیت است، انسان باید با استفاده از مذهب یا هنر، نوعی معنا برای زندگی خویش بیافریند. صرف‌نظر از عوامل دیگری مانند جایگاه تأهل، سن، توانایی‌های هوشی، جنس، انگیزه‌های تحولی رشد روانی آدمی و مانند آن، یونگ بیشترین اهمیت را برای موفقیت روان‌درمانی به مذهب می‌دهد. او معتقد است انسان هنگامی به کمال می‌رسد که دارای نوعی مذهب درون‌زاد گردد. به اعتقاد او انسان بایستی پیاموزد که چگونه از نیروی مذهبی موجود در درون خویش استفاده کند.

یونگ برای این که جلوه‌های مذهبی ذاتی انسان را به مراجعان خود نشان دهد از علم تعبیر و تفسیر نمادها استفاده می‌کند. به اعتقاد او، هنگامی روان‌درمانی موفق خواهد بود که شخص اندرزی مفید را بشنود، نسبت به معایب خویش اعتراف درونی کامل بنماید. با استفاده از علم تعبیر و تفسیر اسطوره‌ها و نمادها در جلسات روان‌کاوی معنای انگیزشی آشفتگی‌های

که همان نمادسازی، جابه‌جایی و ادغام هستند و مکانیزم تشبیه نمادین مطرح شده توسط غزالی در مورد رؤیا اشاره کرد. همچنین می‌توانیم فرآیندهای نوع اول و نوع دوم رؤیا را در نظریه روانکاوی کلاسیک با اعتقاد به تفکیک اصل از فرع در نظریه رؤیای ابوعلی سینا در موضع مقایسه قرار دهیم. رگه‌هایی از این وجه تشابه را نیز می‌توانیم در اصل تبدیل محتوای ظاهری به واقعی در عقاید ملاهادی سبزواری پیدا کنیم. در همین راستا، بایستی به وجه تشابه بین رؤیاهای صادقه در عقاید علمای مسلمان و اعتقاد روانکاوی تحلیلی یونگ و طرفداران او به این رؤیاها اشاره کنیم (خدارحیمی، ۱۳۷۳، صفحات ۲۱۲-۲۱۱).

به طور کلی احساس مذهبی رامی‌توان به چندین طبقه در فنون روان درمانی تجربه کرد. یکی از این روش‌ها این است که فرد از طریق خودشناسی و درون‌نگری و یا استفاده از خویش‌نگری و سیر در طبیعت و آفاق و همین‌طور با استفاده از سکوت و اندیشیدن محض و عالمانه به خودنگری بپردازد تا موفق به تزکیه نفس و دریافت الهام‌های درونی مذهبی گردد. در این شیوه نیز فرد می‌تواند با قدری آموزش از تعبیر رؤیا نیز برای کمک خویش بهره‌جوید. طبیعی است که در این شیوه برای نیل به کشف حقیقت و احساس مذهبی ناب، شخص بایستی آداب و مناسک مذهبی خاصی را با خلوص نیت به‌جای آورد. دومین روش برای تجربه احساس مذهبی ناب، تحت درمان قرار گرفتن به‌وسیله روان‌درمانی است. معمولاً یونگ و طرفداران او در این زمینه بیش از هر رویکرد روان‌شناختی دیگری موفق بوده‌اند (دانیلز ۱۹۹۲، کوریبت ۱۹۹۶).

در همین زمینه، برخی از اندیشمندان اسلامی روان‌درمانی مبتنی بر مذهب و اسلام را مطرح کرده‌اند. این روان‌شناسان نیز هم بر روش خودسازی و هم بر روان‌درمانی برای رفع مشکلات روانی تأکید دارند. به‌طوری‌که پاره‌ای از پیشوایان دینی معتقدند که فساد از سه طریق وارد نفس انسانی می‌شود که عبارتست از: (۱) نادرستی و نادرست بودن طبیعت انسان، (۲) همبستگی با برخی عادات و پای‌بندی به آنها و (۳) دلبستگی به تمایلات. طبیعی است که به اعتقاد اندیشمندان اسلامی با خودسازی و تمرین نفسانی می‌توان بر این سه آفت فایز آمد. همچنین می‌توان با روش‌های ریاضت و تمرین و ورزیده ساختن نفس با این آفات مبارزه کرد.

که برخی از اسرار و رمزها به‌صورت توهم و هذیان ابراز شوند که دارای نوعی معنای نمادین هستند. لیکن بزرگترین ابزار برای خودشناسی و تجربه مذهبی، بهره‌گیری و الهام از تفسیر نمادهای رؤیاها است. با این که این موضوع توسط یونگ مطرح شده و در موقعیت بالینی به کرات مورد استفاده قرار گرفته، باید بدانیم که این شیوه توسط اندیشمندان مسلمان نیز به‌کار گرفته شده است. به‌طوری‌که فارابی معتقد است معنای رؤیاها همیشه روشن و آشکار نیست و برای درک این رؤیاها شخص تفسیرگر بایستی بتواند واقعیتی را که در عالم رؤیا به رؤیابین الهام شده، از لابه‌لای محتوای تغییر داده شده رؤیا بیرون بیاورد. به عبارت دیگر، بتواند اصل را از فرع جدا کند و ارتباط و نسبت بین این دو را تشخیص دهد. منظور فارابی از اصل، همان واقعیت دست‌نخورده و بکر است و فرع همان واقعیت دومین است که توسط قوه خیال‌پردازی تحریف و دستکاری شده است. فارابی در این مورد می‌گوید: «تعبیر عبارت است از حدس‌زدن معبرکه به واسطه آن اصل را از فرع استخراج می‌نماید» (فارابی، فصل ۵۲، ص ۸۳).

ملاهادی سبزواری نیز به نقش تعبیر رؤیا برای خودشناسی و اتصال نفس با عالم جواهر عالی، یعنی ارتباط با ماورای طبع تأکید می‌کند. همچنین موضوع تعبیر رؤیا توسط راغب اصفهانی، الهی قمشه‌ای، غزالی و ابوعلی سینانیز مورد توجه قرار گرفته است (نقل از خدارحیمی، ۱۳۷۳).

به طور کلی اندیشمندان اسلامی به ریشه ماورای طبیعی رؤیاها اعتقاد دارند و معتقدند که گاهی به دلیل دخالت نابه‌جای مکانیزم تخیل این قبیل پیام‌های رؤیا، ناشناخته می‌ماند. در همین رهگذر معتقدند که پیام رؤیا به‌صورت نماد بروز می‌کند و این نمادها مستلزم تفسیر هستند و البته برای این منظور بایستی اصل یا واقعیت نخستین از فرع یا واقعیت دومین تفکیک شود. در نهایت به‌نظر آنان بین رؤیا و سلامت روان‌شناختی یا خودشناسی رابطه‌ای تنگاتنگ وجود دارد. به‌طوری‌که می‌توان گفت رؤیا ابزاری است برای کمک به رستگاری و خودشناسی انسان، به‌طور کلی از این جهت می‌توان برخی از یافته‌های روان‌شناسی علمی و روان‌کاوی را با یافته‌های اندیشمندان اسلامی مشابه دانست که از این جمله می‌توان به شباهت بین مکانیزم‌های رؤیا در روان‌کاوی سنتی،

دینی توجه نماید. آن‌گاه شیوه‌هایی از خصلت‌های بیمارگونه را به بیمار بیاموزد و در جهت ترک گناه و احساس مذهبی صادقانه او را هدایت کند (شراقوی، ۱۳۶۸).

در مجموع ارکان روان‌درمانی مذهبی مانند هر روش روان‌درمانی دیگر بر پایه‌ها و مبادی روشنی استوار است که به رفتار بشری مربوط می‌شود. برخی از این ارکان، تربیتی-روانی هستند و برخی دیگر به عقیده انسان و طبیعت او مربوط می‌شوند. سعی و اهتمام برای رشد دینی و پیروی از الگوهای نمونه مذهبی، ایمان، ایجاد توازن بین مقوله‌های حیات روحی و مادی، عبادت، تعاون و همکاری و توجه به نیازهای روانی-اجتماعی در چارچوب اجتماعی-دینی از جمله ارکان روانی-تربیتی روان‌درمانی مذهبی هستند (سوره احزاب آیه ۲۱، سوره بقره آیه ۲۸۵، سوره قصص آیه ۷۷، سوره رعد آیه ۲۸، سوره مائده آیه ۲، سوره حجرات آیه ۱۰، سوره فضیلت آیه ۳۴).

ارکان دیگری نیز در روان‌درمانی مذهبی مبتنی بر اسلام و قرآن مورد توجه است که به طبیعت انسان مربوط می‌شود. این ارکان شامل عواملی مانند «شدن»، «گردیدن»، «زیباگرایی»، «اندیشه‌گرایی»، «واقعیت‌گرایی»، «قضاوت منصفانه»، «عدالت‌جویی» و... می‌باشد. به‌طور کلی پیروان روان‌درمانی مذهبی اتفاق نظر دارند که خطا، لغزش و گناه مبتنی بر آگاهی و احساس گناه، از عناصر اساسی پیدایش بیماری عصبی هستند. عده‌ای نیز تأکید دارند که اختلال روانی واکنشی، و پدیده‌های عدم تطابق روانی ناشی از بیماری درونی وجدان است (مصطفی احمد، ۱۹۶۰). به‌همین دلیل در قرآن گام‌های عمده روان‌درمانی مذهبی شامل: (۱) اعتراف، (۲) خودآگاهی و بصیرت، (۳) توبه، (۴) تکرار آموزش و کسب روشهای رفتاری جدید و (۵) اسلوب و ارزش‌کاربردی است (سوره اعراف آیه ۲۳، سوره قیامت آیه ۱۴، سوره بقره آیه ۲۲۲، سوره فجر آیات ۳۰-۲۷، سوره هود آیه ۱۱۴).

می‌توان گفت که روان‌درمانی مذهبی نوعی بازگشت به خویش است که از اهداف روان‌درمانی یونگ (۱۹۳۳) نیز قلمداد می‌شود. برای این منظور، انسان باید نوعی خودآگاهی کسب نماید. منظور از خودآگاهی، بینش و بصیرت نسبت به اعمال، گفتار، نیات، اندیشه‌ها، حالات و موقعیت خود در محیط است. این نوع

ریاضت مبتنی بر چهار نوع معرفت است که عبارتند از:

- ۱- معرفت خداوند متعال.
 - ۲- معرفت نسبت به دشمن خدا یعنی شیطان.
 - ۳- معرفت به این حقیقت که نفس همواره انسان را به بدی وامی‌دارد.
 - ۴- معرفت کردار و عمل برای خدا.
- برخی از پیشوایان دینی معتقدند که پیش‌نیازهای زیر در این مورد ضروری می‌باشند:
- انسان چه راست و چه دروغ، سوگند یاد نکند تا زبانش بدان خو نگیرد (سوره بقره، آیه ۲۲۴).
 - از دروغ گفتن چه به صورت شوخی یا جدی خودداری کند تا گرفتار عادات بد نشود.
 - از خلف وعده بپرهیزد، زیرا کسی که در وعده خلاف می‌کند از ایمان محروم است.
 - به آزار دیگران اقدام نکند تا خود آسوده و آرام باشد زیرا کینه و تجاوز زمینه‌ساز گمراهی است (سوره حجرات، آیه ۱۱).
 - به کسی نفرین نکند حتی اگر به او ظلم کرده باشد تا قلب او پاکیزه باشد (سوره فصلت، آیه ۳۴).
 - تهمت شرک و کفر و نفاق بر کسی روا ندارد تا دچار جرم و گناه خودبینی و خودستایی نشود.
 - از توجه به هرگونه گناهی در نهان و آشکار خودداری کند.
 - تاجایی که ممکن است مسؤولیت زندگی و نیازهای خود را به دوش دیگران نیفکند.
 - از طمع درخویشتن و در مردم دست بشوید.
 - مواضع باشد زیرا تواضع اصل و ریشه همه طاعت‌ها و نمایان‌گر کمال تقوای انسان، و این مفهوم برگرفته از قرآن است (سوره حجر، آیه ۹۹).
- بنابراین، روان‌درمانگران نیز می‌توانند در کسب ریاضت ادب، یعنی مخالفت با هوس‌ها مانند کبر، غرور، ریا، خودبینی و خودستایی از نفس و ریاضت طلب یعنی وادار کردن نفس به اوصاف ستوده و پسندیده مانند محبت، دلسوزی، مهر، گذشت و فداکاری به مراجعان خود کمک کنند. برای این کار درمان‌گر باید به نوع بیماری، شدت و ضعف بیماری، شرایط خانوادگی و اجتماعی و فرهنگی بیمار، سن، مزاج و قابلیت‌های بدنی او برای تحمل ریاضت و میزان آگاهی بیمار از حدود شرع و قوانین

آگاهی گرچه به کمک دو نوع آگاهی دیگر به دست می آید که یکی از اراده و دیگر از وجدان است، لیکن خود با ارزش ترین ابزار برای خودشناسی انسان می باشد (سوره قیامت آیات ۳-۱).

در حقیقت خودشناسی و بازگشت به خویشتن به معنای شناخت نمودهای نفس اماره، لوازمه و مطمئنه است. لیکن هنگامی خودشناسی به بالاترین سطح خود می رسد که نفس مطمئنه بر کل شخصیت انسان مسلط گردد.

افزون بر موارد فوق، پژوهش نشان داده است که از فنون مختلفی در فرآیندهای مشاوره‌ای و روان‌درمانی استفاده می شود. گاهی این فنون به شکل منفرد به کار گرفته می شوند مانند نماز و نیایش، گذشت و بخشایش، مراقبه. گاهی نیز این فنون به همراه سایر فنون روان‌درمانی مورد استفاده قرار می گیرند (ورتینگتون و همکاران، ۱۹۹۶). به طوری که پژوهش‌های تجربی و مطالعه‌های میدانی، کارآمدی درمانی نماز و نیایش را در افراد مذهبی به اثبات رسانیده‌اند (فینی و مالونی، ۱۹۸۵). گذشت و ایثار نیز به عنوان یک مؤلفه درمانی در شرایط بالینی به کار گرفته شده‌اند (جونز و همکاران، ۱۹۹۲). از این روش در موارد درمان‌های انفرادی، خانوادگی و زناشویی استفاده شده است.

به طور کلی در ارتباط با به کارگیری این روش در فرآیندهای روان‌درمانی نتایج زیر به دست آمده است:

الف) پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که گذشت و بخشش فواید بسیار دارد (مک‌کولاف و ورتینگتون، ۱۹۹۴، آ، اینزایت و همکاران ۱۹۹۴، ب، هوانگ ۱۹۹۰، هبل و اینزایت ۱۹۹۳).

ب) مشاوران و روان‌درمانگران مطالعات موردی و مقاله‌های نظری مختلفی در مورد تأثیر این موضوع نگاشته‌اند.

ج) مطالعات مختلفی گزارش کرده‌اند که روان‌شناسان از مذهب در درمان‌های انفرادی، زناشویی و خانوادگی استفاده می‌کنند (دی‌بلاسیو ۱۹۹۲ و ۱۹۹۳، دی‌بلاسیو و پراکتور، ۱۹۹۳).

د) بدون تردید ایثار و گذشت در تقویت روابط بین فردی و بهداشت روانی مثبت نقش دارد و در این مورد شواهد روان‌شناختی، اجتماعی و بالینی زیادی وجود دارد (باسیت، هیل، پوگل ولی، ۱۹۹۰، وینز، گراهام، پیتر و زمودیناس

(۱۹۹۱).

در مورد نقش مراقبه در فرآیندهای روان‌درمانی نیز در طی دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ مطالعاتی انجام شده است. این مطالعات بیشتر در مورد کارآمدی مراقبه مبتنی بر هندو و بودا در درمان اختلالات روان‌شناختی بوده‌اند (اسمیت، ۱۹۷۵). به طوری که گرینبرگ (۱۹۹۰) به شرح مفصل روش‌های مراقبه‌ای و آموزش خودزاد برای درمان و کنترل فشار روانی پرداخته است و علاقمندان می‌توانند برای کسب اطلاعات بیشتر به کتاب او مراجعه نمایند. البته بایستی افزوده شود که امروزه از این روش همراه با سایر فنون روان‌درمانی استفاده می‌شود و کارآیی مطلوبی نیز دارد (گرینبرگ ۱۹۹۰، کارلسون، باکاسیتا و سیمانتون ۱۹۸۸، الکساندر، لانگر، نیومن و چاندلر ۱۹۸۹).

در پایان این بحث بایستی خاطر نشان سازیم که اثرات درمان‌کننده سوگواری روحانی نیز مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. این روش اغلب در سیاهپوستان آمریکایی وجود دارد. براساس این روش، فرد داغ‌دیده به مدت ۷ روز از سایر بستگان منزوی می‌شود و به نیایش و روزه می‌پردازد. مشخص شده است که این نوع سوگواری باعث تسکین خلق منفی، جلوگیری از رنجش‌ها و تعارض‌های بیشتر، بهبود تصمیم‌گیری، افزایش توانایی برای ارتباط با خداوند و درمان اختلال می‌شود (گریفیث و مپی ۱۹۸۴). در همین رابطه بررسی تأثیر مراسم عزاداری مرسوم در مذهب شیعه دوازده‌امامی خودمان مانند مراسم شب هفتم، چهلم و... در پیش‌گیری و درمان عوارض افسردگی ناشی از داغ‌دیدگی می‌بایست مورد توجه پژوهش‌گران بالینی قرار گیرد.

همچنین لازم است پژوهشگران بالینی کشورمان به تأثیر شفاف‌بخش رفتارهایی مانند نماز، روزه، ذکر و زیارت در درمان اختلالات روانی بپردازند. چون این روش‌ها مؤلفه‌های بنیادین مذهبی هستند که می‌توانند در فرآیندهای روان‌درمانی مورد استفاده قرار گیرند و کارآمدی روان‌درمانی را افزایش دهند. البته باید به بررسی چگونگی به کارگیری این روش‌ها در شرایط بالینی و در موقعیت روزمره زندگی توسط درمانگران و بیماران نیز بپردازیم.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که در این مقاله اشاره کردیم، امروزه پیوند مذهب با فرآیندهای درمان روان‌شناختی براساس رویکرد چند فرهنگی در روان‌درمانی معاصر است. بدون تردید با توجه به شواهد موجود، مذهب در حیطه وسیعی از مسایل روان‌شناختی مانند بهداشت روانی، مقابله با فشار روانی، جهان‌نگری و جهان‌بینی، انتظارات مربوط به بازده روان‌درمانی و چگونگی واکنش به مداخله‌های بالینی روان‌درمانی و روان‌شناسی سلامتی نقش اساسی دارد.

تاریخچه کنونی علم روان‌شناسی نشان می‌دهد که هرچند مذهب برای مدتی مورد بی‌توجهی روان‌شناسان قرار گرفته بود، اما این بی‌توجهی، اکنون از بین رفته است. تأثیر مذهب در درمان اختلال‌های روانی به شکل کاربرد بعضی از فنون در شرایط بالینی است. این فنون به‌طور عمده همان روش‌هایی هستند که در سنن مذهبی مختلف و در خارج از فرآیندهای روان‌درمانی قبلاً به کار گرفته شده‌اند.

کوشش ما در این مقاله پیوند دادن فنون مرسوم مذهبی با موقعیت‌های روان‌درمانی بالینی است. چون بر این اعتقاد هستیم که براساس روان‌شناسی ژرفا، روح و روان آدمی بنیادی الهی و ملکوتی دارد.

افزون بر این، توصیه‌های عمومی در خصوص فلسفه اخلاق و اخلاق عملی، هرکدام از مذاهب فرضیه‌هایی را مطرح کرده‌اند که می‌تواند در این مسیر رهنمودساز باشد. شواهد بالینی موجود در این مقاله بیشتر حاکی از تأثیر روش‌هایی مانند نماز و نیایش، گذشت و ایثار و مراقبه برای کمک به تعالی روان‌شناسی انسان و درمان اختلال‌های روانی است.

همان‌گونه که عرفان اسلامی و روان‌شناسی ژرفا به کرات نشان داده است، هدف، بازگشت به خویشتن است. این بازگشت نیز از طریق فنون فلسفه عملی مذاهب یا علم اخلاق در سبک زندگی افراد و بابه کارگیری فنون نیایش، گذشت، ایثار و مراقبه در شرایط بالینی امکان‌پذیر است.

لیکن بهره‌گیری بیشتر از فنون مذهبی برای درمان اختلال‌های روانی و کمک بهتر به انسان، مستلزم انجام

پژوهش‌های بالینی و میدانی وسیع در خصوص بسیاری از آداب و مناسک مذهبی است. پژوهش‌گران بالینی باید بکوشند تا شفاف‌بخشی فریضه‌هایی مانند نیایش، روزه، ذکر، ریاضت و زیارت را با شرایط بالینی به‌گونه‌ای وفق دهند که کاربرد بالینی و اثربخشی آنها به‌همراه سایر مؤلفه‌های بالینی بتواند در تسکین خلق منفی، پیش‌بینی بروز تعارض‌ها، افزایش توانایی تصمیم‌گیری و درنهایت افزایش ارتباط افراد با خداوند سودمند باشد.

بدون تردید هنگامی کاربرد شیوه‌های مذهبی در روان‌درمانی کارساز است که ارکان اساسی روان‌درمانی مذهبی در آن مورد توجه قرار گیرد.

منابع:

- ۱- خدارحیمی، سیامک (۱۳۷۳) رؤیا، تشخیص، پیش‌آگاهی و درمان فوبیا در روان‌کاوی و روان‌شناسی تحلیلی. رساله کارشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- ۲- خدارحیمی، سیامک (۱۳۷۳) مفهوم سلامت روان‌شناختی. انتشارات جاویدان‌خرد. چاپ اول، تهران.
- ۳- خدارحیمی، سیامک و بیت مشعل، بلقیس (۱۳۷۶). بهداشت روانی. زیر چاپ. نشر اندیش‌ورزان تهران.
- ۴- شرقاوی، حسن محمد (۱۳۶۸). گامی فراسوی روان‌شناسی اسلامی یا اخلاق و بهداشت روانی اسلام. ترجمه سیدمحمدباقر حجتی و دفتر فرهنگ اسلامی تهران.
- ۵- فارابی، ابونصر. فصوص‌الحکم، فصل ۵۲
- ۶- قرآن کریم (۱۳۷۱ هـ.ق) ترجمه محمدکاظم معزی. انتشارات علمیه اسلامی قم.
- ۷- گرینبرگ، جerald اس (۱۹۹۰). کنترل فشار روانی. ترجمه بهمن نجاریان، محسن دهقانی و سیامک خدارحیمی (زیر چاپ).
- ۸- محمدکامل، النحاس (۱۹۶۴) الدین و الصحة النفسية. مجله الصحة النفسية. العدد الثانی ۷، ۵.
- ۹- مصطفی احمد، فهمی (۱۹۶۰) الانسان و الصحة النفسية، القاهرة مکتبه الامجلند المصریه.
- ۱۰- یونگ، کارل گوستاو (۱۳۷۳) روان‌شناسی و

کیمیایگری، ترجمه پروین فرامرزی، انتشارات قدس رضوی، مشهد مقدس.

11. Alexander, C.N, Laanger, E.J, Newman, R.I, Chandler, H.M (1989) Transcendental meditation, mindfulness, and Longevity: An Experimental Study with the Elderly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 950-964.
12. Basset, R.L. Hill, P.C. Pogel, M.C & Lee. M. (1990). Comparing Psychological Quilt and Godly Sorrow: Do Christian Recognize the Difference: *Journal of Psychology and Theology*, 18, 244-254.
13. Bergin A.E. (1991). Values and Religious Issues in Psychotherapy and Mental Health. *American Psychologist*, 46, 394-403.
14. Bergin, A.E. & Payne, I.R. (1993). Proposed Agend afor a Spiritual Strategy in Personality and Psychotherapy. In E.L. Worthington, Jr, (ed). *Psychotherapy and Religious Values* (pp. 243-260). Grand Rapids, MI: Baker.
15. Bergin, A.E. Reynolds, E.M. & Sullivan, C.E. (1991). Religious Lifestyles and Mental Health: a Follow- Up Stydy. *Counseling and Values*, 35,211-224.
16. Carlson, C.R. Bacaseta, P.E & Simanton, E.A. (1988). A controlled Evaluation of Meditation and Progressive Relaxation. *Journal of Psychology and Theology*. 16, 362-368.
17. Clay, R.A. (1996) Religion and Psychology Save Ideals and Beliefs. *A.P.A. Monitor*. Vol 27, No 18, p 47.
18. Clay R.A. (1990) *The Religious Function of the Psyche*. Routledge, London.
19. Dalgarrondo, P. (1994) *ReligioustsitpaB Affiliation and Mental Health in Brazil*. *ActaPsiquiatr- Psicol- Am- Lat*, 40(4): 385-9.
20. Daniels, M. (1992) *Self- Discovery in the Jungian way: The Watchword Technique*. Routledge, London.
21. Diblasio, F.A (1992). Forgiveness in Psychotherapy: Comparison of Older and younger Therapists. *Journal of Psychology and Christianity*, 11(2), 181-187.
22. Diblasio, F.A (1993). The Role of Social Workers, Religious Velifs in Helping Family Members. *Forgive. Families in Society*, 74, 163-170.
23. Diblasio, F.A & Proctor J.H (1993). Therapists and the Clinical Use of Forgiveness. *American Journal of Family Therapy*, 21, 175-185.
24. Donahue, M.J (1985). Intrinsic and Extrinsic Religiousness: Review and Meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 400-416.
25. Ellis, A (1981). Science,religiosity and Rational- Emotive Psychology. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 18, 155-158.
26. Ellison, C.G. (1991). Religious Involvement and Subjective well- Being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 80-99.
27. Enright, R.D. Santos M.J & Al- Mabuk, R. (1989). The Adolescent of Forgiver. *Journal of Adolescence*, 12, 95-110.
28. Finney, J.R. & Malony, H.N (1985b). An empirical Study of Contemplative Prayer as Adjunct to Psychotherapy. *Journal of Psychology and Theology*, 13, 248-290.
29. Giffith, E.E.H, & Mahy, G.H (1984).

- lauriripS fo stifeneB lacigolohcysP "Mourning". *American Journal of Psychiatry*, 141, 269-273.
30. Hebl, J. & Engifht, R.D (1993). Forgiveness as a Psychotherapeutic Goal with Elderly Females. *Psychotherapy*, 30, 658-667.
31. Hill, P.C & Butter, E.M (1995). The Role of Religion in Promoting physical Health. *Journal of Psychology and Cristianity*, 14, 144-155.
32. Hood R.W. Morris R.J. & Watson P.J. (1990). Quasi- Experimental Eliciation of the Differential Report of Religious Experience Among Intrinsic and Indiscriminately Proreligious Types. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 29-164-172.
33. Huang S.T. (1990). Cross- Cultural and Rellife Validations of the Theory of Forgiveness in Taiwan. The Republic of China. Unkpublshed Doctoral Dissertation, University of Wisconsin. Madison.
34. Ivey, A.E Ivey, M.B & Simek- Morgan, L. (1993). *Counseling and Psychotherapy; A Multicultural perspective*. Boston: Allyn & Bacon.
35. James, W (1985) *The Variations of Relious Experience*. Mentor Books. New York.
36. Jensen, J.P. & Bergin, A.E(1988). Mental Health Values of Professional Therapists: A National Interdisciplinary Survey. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 290-297.
37. Jones S.L. Watson, E.J & Wolfram, T.J 91992). Results of the Rech Conference Survey on Religious Faith and Professional Psychology. *Journal of Psychology and Theology*, 20, A
38. Jung C (1933). *Modern Man in Search of Soul*. New York: Hancourt Brace and World.
39. Kelly, T.A & Strupp, H.H. (1992). Patient and Therapist Values in Psychotherapy: Perceived Changes, Assimilation, Similarity, and Outcome. *Journal of Counsulting and Clinical Psychology*. 60, 34-40.
40. Levin, J.S & Vanderpool, H.Z. (1991). Religious Factors in Pysical Health and the Prevention of Illness. *Prevention in Human Services*, 9 (2), 41-164.
41. Monat, A & Lazarus, R.S (1985). *Stress and Coping: An Introduction* (2nd ed) New York: Colomba University Press.
42. Pargament, K.I (1990). God Help me: Toward a Theoretical Framework of Coping for the Psychology of Religion. *Research in the Social Scientific Study of Religion*. Z. 195-224.
43. Pargament K.I, Echemendia, R.J, Johnson, S. Cook, P. McGath, C. Mayers, J, & Brannick, M (1987). *The Conservative Church: Psychosocial Advantages and Disadvantages*. *American Journal of Community Psychology*, 15, 269-286.
44. Schafer, W.E & King, M (1990) *Religiousness an Stress Among College Students: A Survey Report*. *Journal of College Student Development*, 31, 336-341.
45. Scheier, M.F & Carver, C.S (1987). Disposition Optimism and Physical Well- being: the Influence of Generalized Outcome Expectancies on Health. *Journal of Personality* 55, 169-120.
46. Seligman, M.E.P (1991). *Learned optimism*. New York: Random House.

- Psychotherapy: A Review of the Literature.
47. Spilka, B. Sharer, P. & Kirkpatrick, L.A (1985). A General Attribution Theory for the Psychology of Religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 24, 1-20.
48. Weiner, B. Graham, S. Peter O. & Zumuidinas, M (1991). Public Confessions and Forgiveness. *Journal of Personality*, 59, 263-312.
49. Worthington, E.L. Jr (1988). Understanding the Values of Religious Clients: Model and its Application of Counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 166-174.
50. Worthington, E.L. Jr (1991b). Psychotherapy and Religiosity: An Update. *Journal of Psychology and Christianity*, 10(2), 211-223.
51. Worthington E.L., Kuru, T.A. McCullough, M.E & Sandage S.J (1996). Empirical Research on Religion and Psychotherapeutic Processes and Outcomes: A 10- Year Review and Research Prospectus. *Psychological Bulletin*, Vol. 119, No, 3, 448-487.



S.E. Hosseini⁽¹⁾

Preventive methods of attempted suicides on the basis of epidemiologic study and stressful life events in 100 attempted suicide, clients of a university poisoning ward in Mashhad

non-governmental forces with related professionals.

Abstract:

Suicide is "a joint problem", which has been studied in many fields of sciences and researches. In our research suicidal attempt by self-poisoning was studied in epidemiological and psychological trends. Population of the study was 100 cases of deliberately self-poisoned who had been admitted to the university hospital and treated successfully with professional medical care. Two questionnaires were provided. The first one was an epidemiological questionnaire, and the second was social readjustment rating scale of Holmes and Rahe, which enables us to obtain a quantitative assessment of the amount of stress experienced during the previous year. Data were analyzed by software of Statistica and tables of analysis variance, Duncan tests, regression and correlation tests were performed. Throughout every interview, cases answered an open-ended question about the main cause of suicidal attempt. Our results show that 78% of cases of attempted suicide lived in urban areas and their life change unit (LCU) was significantly higher than cases who lived in rural areas. Unemployment for at least one month was reported in 19% of respondents. 40% of cases said that their income was insufficient for their life. 43% of cases were single and 42% were married, 18 of them (40% of marrieds) had married in the previous year. In couples who were living separately and families with two wives, life change unit was significantly higher than others.

34% of cases had visited psychiatrists at least once, during their life, 6 of them had a history of psychiatric hospitalization. 25% had overdosed drugs, which had been prescribed for themselves. 58% of cases had fulfilled their suicidal decision in less than 24 hours, whereas 19% had had suicidal thoughts for more than one month. 30% had declared their intention at least with one of their family

members, or their friends, before their attempt. 24% declared that conflicts often existed between their parents, and parents of 14% had divorced. So, we found parental conflicts in 38% of cases. The study of psychiatric or medical disorders accompanying attempted suicide showed depression in 23%, history of psychosis in 10%, 3 of them had been diagnosed schizophrenia and 49% had miscellaneous disorders including epilepsy, migraine, dysmenorrhea, infertility, psychiatric disorder induced by war or a recent history of an acute disease of surgery.

Statistical tests confirmed that stressful life events were distributed normally between cases of attempted suicide.

It seems it is practical to put strategies of preventing suicide according to the triangle of pathogenesis i.e., pathogenic factors, individual and environment.

Strategies affecting pathogenic factors contain controlling stressful life events such as unemployment, and restricting accessibility to drugs and other poisonous substances.

Strategies affecting an individual, should focus on modifying cognition, affection and conation. Cognitive modification includes correcting faulty information processing, and changing the meaning of stressful life events to enable the individual for a better problem solving trend. Strategies affecting affects, are to accent on the punishments confirmed for who commit suicide in the Day of Resurrection in Divine instructions. Strategies focusing on conation can be summarized in relaxation therapy and continuous control on persons with suicidal thoughts, till the risk subsides. Strategies affecting environment, consider finding solutions for family conflicts, helping new established families, vocational stressors, correcting friendly peer groups relationships and socio-cultural trends.

Finally in order to control all aspects of systems interfering with suicide, we emphasize on establishing a "National centre of preventing suicide" with contribution of