

## رواندرمانی و مذهب (نقش مذهب بر فرآیندهای بهداشت روانی و رواندرمانی در روانشناسی بالینی)

سیامک خدارحیمی و سید غلامعلی جعفری

### چکیده:

با توجه به اهمیت نقش مذهب در فرآیندهای بهداشت روانی و رواندرمانی، این مقاله به بررسی این موضوع پرداخته است. ضمن بررسی سیر تاریخی اهمیت مذهب در فرآیندهای بهداشت روانی و رواندرمانی، با توجه به دیدگاه چند فرهنگی معاصر در رواندرمانی، به این موضوع پرداخته شده است. نگاه نقش مذهب در بهداشت روانی، مقابله با فشار روانی، جهان‌نگری و جهان‌بینی و انتظارات افراد در مورد مشاوره و رواندرمانی مطرح شده است. مشخص شده است که مذهب‌گرایی درون‌زاد با بهداشت روانی مثبت، جایگاه مهار درونی، صفات انگیزشی ذاتی، جامعه‌گرایی، احساس بهزیستی، مسئولیت، کنترل خویشتن، توانایی تحمل، گرایش به برداشت و تفسیر خوب و مثبت رویدادها و کارآمدی عقلی و پیشرفت از طریق همنوایی در ارتباط است. بطور کلی مذهب موجب ایجاد معنا، امیدواری، احساس کنترل، سبک زندگی سالم‌تر و پذیرفته شدن از سوی دیگران و ایجاد حمایت اجتماعی می‌گردد.

همچنین، فنون مذهبی مورد استفاده در رواندرمانی بالینی مورد بحث قرار گرفته‌اند. ارتباط بین روانشناسی تحلیلی ژرفا و عملکرد مذهبی روان و چگونگی استفاده از فنون مذاهب رایج برای درمان اختلالات روانی بحث شده‌اند. زیرا مهمترین نظریه‌ای که می‌توان ارتباط بین مذهب و بهداشت روانی و رواندرمانی را از دیدگاه آن بررسی کرد همین نظریه است. طبق نظریه روانشناسی تحلیلی ژرفا، روان دارای دو سطح شخصی و فراشخصی است و روح، اندام انتقال دهنده تجارب مذهبی و بارقه ملکوتی بین سطح شخصی و فرا شخصی روان است. سطح فراشخصی روان همان نفس یا جنبه مشترک ازلی بین انسان و خداوند است. طبق این مکتب روانشناسی، هنگامی تجربه الهی و بارقه ملکوتی ادراک

می‌شود و اثر شفابخش برای اختلالات روانی دارد که در سطح هشیارانه شخصی روان با استفاده از تعبیر و تفسیر نمادها مورد پذیرش قرارگیرد.

افزون بر بحث و بررسی عادات و مناسک مذهبی یا فلسفه عملی یا علم اخلاق در ارتقای بهداشت روانی و کمال روانشناختی انسان، تأثیر شفابخش فنون مذهبی مانند نیایش و نماز، گذشت و ایثار و مراقبه در شرایط روان‌درمانی بالینی مورد توجه قرار گرفته‌اند. در نهایت این که هدف روانشناسی تحلیلی ژرفا همانند عرفان اسلامی، ایجاد آشتی بین انسان و ماهیت الهی او است. این نکته هم برای روان‌درمانی بالینی و هم برای زندگی روزمره افراد حایز تلویحات با اهمیتی است.

یکی از گام‌های اساسی در خصوص پیوند دادن مذهب<sup>۱</sup> با فرآیندهای روان‌درمانی<sup>۲</sup> مطرح شدن دیدگاه چند فرهنگی<sup>۳</sup> در روان‌درمانی بوده است (آیوی، آیوی و سیمک - مورگان<sup>۴</sup>، 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 حایز اهمیت است. البته بایستی نقش مذهب در روان‌درمانی را در مکتب روانکاوی یونگ<sup>۵</sup> یعنی روانشناسی تحلیلی ژرفا<sup>۶</sup> جستجو کنیم (یونگ، ۱۹۶۵). زیرا یونگ بیش از روانشناسان دیگر به پایه‌های مذهبی روح و روان تأکید کرده است. یونگ معتقد بود که روان آدمی دارای دو سطح شخصی<sup>۷</sup> و فراشخصی<sup>۸</sup> است. به اعتقاد او سطح فراشخصی روان انسان دارای دو سطح دیگر است که یکی سطح عینی<sup>۹</sup> و دیگری سطح خودجوش<sup>۱۰</sup> نامیده می‌شود. به اعتقاد یونگ این دو سطح با یکدیگر کنش متقابل دارند و زمینه و مبنای مواد یا اطلاعات شخصی‌تر هستند و همچنین کنش متقابل این دو سطح با یکدیگر می‌تواند در عمل در اطاق روان‌درمانی بروز نماید. یونگ برای شناسایی این دو سطح، از

- 1 - Religion
- 2 - Psychotherapy
- 3 - Multiculturalism
- 4 - Ivey, Ivey & Simek - Morgan
- 5 - Jung
- 6 - Depth Analytical Psychology
- 7 - Personal
- 8 - Transpersonal
- 9 - Objective
- 10 - Autonomus

اسطوره‌شناسی<sup>۱</sup> و علم تعبیر و تفسیر نمادها استفاده می‌کند. به اعتقاد وی، کنش مذهبی یکی از عملکردهای روان آدمی است. این موضوعی است که بعدها توسط روانشناسان دیگر گسترش داده شده است و در آخرین تغییرات تحت عنوان رویکرد روانشناختی نسبت به کنش مذهبی روان نام گرفته است (کوربیت<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶).

بنابراین هرچند که روانشناسان بطور سنتی نسبت به اهمیت مذهب در بهداشت روانی و رواندرمانی اعتماد اندکی داشته‌اند، لیکن این موضوع امروزه تغییر کرده است. امروزه اعتقاد بر این است که جهت‌گیری مذهبی نوعی راهبرد است که بوسیله آن مردم می‌توانند مسایل زندگی خود را هدایت کنند. در اعتقادات قدیم روانشناسی، مذهب نشانه عدم ثبات عاطفی تلقی می‌شود اما جیمز<sup>۳</sup> (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، کاتولیک، پروتستان، بودایی یا مذاهب دیگر) می‌تواند واقعاً موجب افزایش بهداشت روانی در برخی از موارد گردد.

البته در هنگام توجه به ارتباط سلامت روان با مذهب می‌بایست بر نوع نمود مذهبی مورد انتخاب مردم توجه کنیم. مطالعات انجام شده در مورد نقش مذهب از لحاظ بهداشت روان نشان می‌دهد که مردم از مذهب برای مقابله با فشارزاهای روانی<sup>۴</sup> عمده زندگی یا مقابله با اختلال، جنگ و بمب‌گذاری استفاده می‌کنند. هرچند که به اعتقاد برخی از روانشناسان، انواع خاصی از نمودهای مذهبی سودمند و انواعی 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 آشفتنگی، 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 به نظر می‌رسد که اینها بهداشت روانی مثبت‌تری دارند (کلای<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶).

1 - Mythology

2 - Corbett

3 - James

4 - Stressors

5 - Clay

بنابراین امروزه به اعتقاد روانشناسان، مذهبی بودن یکی از عوامل مراقبت کننده در پیشگیری از ابتلاء به اختلالات روانی است. به طوری که مذهب بعنوان یک مؤلفه درمانی در مراکز بهداشت روانی وارد شده است و بیماران را وادار می‌کند تا به نوعی مذهب دوم یعنی اعتقاد به خداوند مهربان گرایش یابند. این موضوع در برنامه‌های مذهبی مربوط به سلامتی سالمندان و در مطالعات انجام شده بر روی افراد مبتلا به اختلال روانی که بطور سرپایی تحت درمان قرار می‌گیرند، مورد تأیید واقع شده است. افزون بر این، نقش مذهب در حفظ سلامت جسمانی و افزایش طول عمر نیز مورد تأیید واقع شده است (کلای، ۱۹۹۶).

همچنین نشان داده شده است که مذهب در مقابل مسایلی مانند رفتارهای جنایی و بالقوه خطرناک به سلامت افراد کمک می‌کند. بنابراین، برخی از روانشناسان معتقدند که مذهب می‌تواند در درمان، تأثیر تعیین کننده 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). همچنین نشان داده شده است که مذهبی بودن باعث می‌شود نمود اختلال روانی بیشتر به شکل کنشی<sup>۱</sup> بروز نماید تا عضوی<sup>۲</sup>. بعلاوه، مذهبی بودن دوره بستری شدن بیماران روانی را کاهش می‌دهد و در مداوای آنها تأثیر بسزای دارد (دالگالاروندو<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴). بنابراین، بطور کلی در دهه گذشته نقش مذهب در حیطه مشاوره و روانشناسی بالینی مورد پذیرش واقع شده است.

پژوهش‌های انجام شده در فاصله سال‌های ۱۹۷۴ تا اوایل ۱۹۸۴ به گردآوری شواهد تجربی در نقش مذهب در رواندرمانی پرداخته‌اند. از سال ۱۹۸۶ علاقه به مذهب و مشاوره چندین برابر افزایش یافته است. بطوری که افراد شرکت کننده 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 در خصوص مذهب طی سال‌های اخیر برقرار کرده است. حتی برنامه‌های آموزشی دوره دکترای روانشناسی بالینی با گرایش مذهبی، روانشناسان نسبتاً زیادی با این گرایش را تربیت کرده است. این روانشناسان هم به درمان افراد مذهبی و هم به درمان افراد غیر مذهبی می‌پردازند. بنابراین، پژوهش تجربی در مورد نقش مذهب در رواندرمانی به طرز قابل توجهی افزایش یافته است. یکی از شاخص‌های

1 - Functional

2 - Organic

3 - Dalgalarondo

این پیشرفت تعدد مجلاتی است که در این زمینه به نشر مقاله پرداخته‌اند (ورتینگتون، گوروسو، مک‌کالوف و سانداچ<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶).

همزمان با افزایش علاقه روانشناسان به نقش مذهب در رواندرومانی، عامه مردم به روح‌گرایی<sup>۲</sup> علاقه رو به افزایشی نشان داده‌اند (هیل و بوتر ۱۹۹۵، لوین و واندرپول ۱۹۹۱<sup>۳</sup>). کوتاه این که مشاوره و رواندرومانی مذهبی توسط روانشناسان مذهبی، برای مراجعین مذهبی، امروزه رونق زیادی یافته است.

### مروری بر مطالعات انجام شده

بهترین شیوه برای بررسی نقش مذهب در سلامت روان و فرآیندهای رواندرومانی این است که کنش مذهب را از لحاظ روانشناختی به مقولاتی تقسیم نماییم. آنگاه در هر مقوله به بررسی شواهد پژوهشی موجود بپردازیم تا نتیجه‌گیری آسان شود. می‌توان شواهد پژوهشی و تجربی نقش مذهب از لحاظ روانشناختی را در پنج محور زیر طبقه‌بندی کرد:

- الف - مذهب و بهداشت روانی
- ب - مذهب و مقابله با فشار روانی
- ج - دیدگاه افراد مذهبی در مورد جهان
- د - انتظارات و ارجحیت‌های مربوط به مذهب در مشاوره و رواندرومانی
- هـ - چگونگی پاسخ افراد مذهبی به مداخله‌های رواندرومانی و مشاوره‌ای
- ی - فنون مذهبی مورد استفاده در رواندرومانی

### مذهب و بهداشت روانی

الیس<sup>۴</sup> (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 نابسامانی وضع روانی آنها می‌شود. او معتقد است افراد مذهبی بهداشت روانی ضعیف‌تری دارند. این اعتقاد الیس، برخی از اندیشمندان را بر آن داشت تا به کنکاش در مورد درستی یا نادرستی این فرضیه بپردازند.

1 - Worthington, Kurusu, Mc Cullough & Sandage

2 - Spirituality

3 - Hill, Butter, Levin & Vanderpool

4 - Ellis

برگین<sup>۱</sup> 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<sup>۲</sup> ۱۹۹۱).

پژوهش‌های انجام شده در این مورد، بطور کلی نشان داده‌اند که مذهب تأثیر منفی بر بهداشت روانی ندارد. در مجموع رابطه بین مذهب و بهداشت روانی مثبت هست. با این وجود افرادی که دارای مذهب درونی<sup>۳</sup> هستند یعنی معتقدند که مذهب در ذات آنها ریشه دارد، در مقایسه با افرادی که مذهب بیرونی<sup>۴</sup> دارند یعنی مذهب را وسیله‌ای برای دستیابی به چیزی دیگر می‌دانند، بهداشت روانی مثبت‌تری دارند. افراد دارای مذهب درونی، سلامت روان بالاتری دارند و افراد دارای مذهب بیرونی احتمالاً پیامدهای منفی‌تری را تجربه می‌کنند (دوناهو<sup>۵</sup>، ۱۹۸۵). لیکن آنچه که در این پژوهش‌ها مبهم است عدم صراحت در تعریف بهداشت روانی است. در ابتدا پژوهش‌ها، بهداشت روانی را یا به صورت فقدان مشکلات روانشناختی و یا به صورت وجود رفتار جامعه‌گرایانه<sup>۶</sup> (یا هردو) در نظر می‌گرفتند. یافته عمده چنین پژوهش‌هایی این است که مفهوم بهداشت روانی مقوله‌ای پیچیده بوده و ارتباط آن با مذهب به تعاریف بهداشت روانی یا مذهب مورد نظر بستگی دارد. برگین بهداشت روانی مثبت را با جایگاه مهار درونی<sup>۷</sup>، صفات انگیزشی ذاتی، جامعه‌گرایی، احساس بهزیستی، مسئولیت، کنترل خویشتن، توانایی تحمل، میل به برداشت و تفسیر خوب و مثبت، پیشرفت از طریق هم‌رنگی<sup>۸</sup> و کارآمدی عقلانی برابر می‌داند. به نظر می‌رسد که این ویژگی‌های بهداشت روانی مثبت مورد توافق اغلب متخصصان بهداشت روانی است (جنسن<sup>۹</sup> و برگین، ۱۹۸۸). برگین (۱۹۹۱) به این نتیجه رسیده است که مذهب گرایی درون‌زاد با ویژگی‌های فوق در ارتباط است. بنابراین کسی دارای بهداشت روان است که از احساس گناه رها باشد، از محدودیت‌های اجتماعی آزاد باشد، بدنیال استقلال باشد، ذهنش برای دریافت انواع عقاید و افکار باز باشد تا بتواند معنای ژرف مذهب درونی را تجربه کند.

1 - Bergin

2 - Reynolds, Sullivan

3 - Intrinsic

4 - Extrinsic

5 - Donahue

6 - Prosocial

7 - Internal locus of Control

8 - Conformity

9 - Jensen

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 مثبت‌تر 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 قابلیت‌هایی که دارند سعی می‌کنند تا از الگوهای شخصیتی مشابه سخت‌کوشی<sup>۱</sup> روانشناختی برای مبارزه با بحران‌های زندگی استفاده کنند. می‌دانیم که سخت‌کوشی روانشناختی دارای سه مؤلفه مشارکت<sup>۲</sup>، کنترل<sup>۳</sup> و مبارزه<sup>۴</sup> است. به همین دلیل نیز با توجه به ویژگی‌های سخت‌کوشی روانشناختی و صفات مطرح شده فوق در خصوص افراد دارای مذهب درونی، اینها 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. در حالی که، افراد غیر مذهبی چنین موقعیتی را به شکل غیر مذهبی توصیف می‌کنند (هود و همکاران، ۱۹۹۰). همچنین افراد دارای گرایش مذهبی بالا، خشنودی بیشتری از زندگی دارند، شادمانی بیشتری دارند و در مواجهه با رویدادهای رنج‌زای زندگی پیامدهای 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-یر و کارور، 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 مثبت‌تر دارد.

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

1 - Hardiness

2 - Comittment

3 - Control

4 - Challenge

۶- مذهب نوعی احساس فراطبیعی به شخص می‌دهد که بدون تردید تأثیر روانشناختی دارد (برگین و پینی، ۱۹۹۳).

### مذهب و مقابله با فشار روانی

رویداد فشارزای روانی یک رویداد منفرد یا مجموعه‌ای از رویدادها یا شرایط زندگی است که انسان در مقابل آنها نیاز به سازگاری<sup>۱</sup> دارد. پاسخ انسان به فشار روانی تحت تأثیر برداشت از رویداد فشارزای روانی قرار می‌گیرد. فشار روانی شبکه‌ای از محرکات، 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<sup>۲</sup>، ۱۹۸۵). به نظر می‌رسد که افراد مذهبی و غیر مذهبی میزان فشار روانی مشابهی را تجربه می‌کنند (شافر و کینگ<sup>۳</sup>، 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<sup>۴</sup> نوع اول<sup>۵</sup> و ارزشیابی نوع دوم<sup>۶</sup> (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<sup>۷</sup> پاسخ به فشار روانی که در بالا بیان گردید، در سبک مقابله با فشار روانی تأثیر می‌گذارد. افزون بر این، اعتقادات شناختی<sup>۸</sup> افراد مذهبی به آنان در مقابله با فشار روانی کمک می‌کند. اعتقاداتی مانند این که خداوند بر حق است، خداوند مهربان است، خداوند انسان را از بدبختی نجات می‌دهد. همچنین افراد مذهبی از طریق نیایش

1 - Adjustment

2 - Montal & Lazarus

3 - Schafer & King

4 - Appraisal

5 - Primar

6 - Secondary

7 - Mediator

8 - Cognitive



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 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 است، 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 بر حسب 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<sup>۱</sup> مذهبی‌تر، یعنی ساختارهای شناختی "مذهبی گونه" 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 رواندرومانی

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 امری مصداق ندارد. خلاصه اینکه افراد بسیار مذهبی، رواندرومانگران مذهبی را ترجیح می‌دهند و از مشاوره مذهبی استقبال می‌کنند. این افراد، درمانگران مذهبی را حتی اگر از لحاظ تخصص

پایین تر 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<sup>۱</sup> آنها نیز از لحاظ انتظارات و رفتار مراجع در مورد فرآیند رواندرمانی و بازده آن تحت تأثیر قرار می‌گیرد. چنانچه عقاید و ارزش‌های مذهبی روانشناس و مراجع کاملاً مشابه باشد، خود فاش‌سازی<sup>۲</sup> روانشناس می‌تواند موجب تسهیل درمان شود، البته به شرط آنکه تأکید عمده بر مذهب نباشد. لیکن چنانچه عقاید مذهبی روانشناس و مراجع متفاوت باشد، یا اینکه مراجع از افشا کردن خود در یک موقعیت حرفه‌ای بیمناک باشد، یا اینکه مراجع 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 مخل فرآیند رواندرمانی و بازده آن گردد (وریگتون، و همکاران، ۱۹۹۶).

### چگونگی پاسخ افراد مذهبی به مداخله‌های مشاوره‌ای و رواندرمانی

بطور کلی به نظر می‌رسد که در رواندرمانی و مشاوره موفق، مراجعین تمایل دارند که ارزش‌های درمانگر خود، بویژه ارزش‌های سلامت روانی و شخصی را بپذیرند (کلی و استروپ<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲). هرچند که به نظر می‌رسد میزان پذیرش ارزش‌های درمانگر توسط مراجع تحت تأثیر میزان شباهت بین نظام ارزشی درمانگر قرار می‌گیرد (کلی و استروپ، ورتینگتون). به همین 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 روش‌های تفسیری ابداع شده یونگ و همین‌طور با استفاده از روانشناسی خویشتن<sup>۴</sup>، روانگاوانه سعی می‌کنند که بین سطوح شخصی و فراشخصی روان مراجعین ارتباط برقرار سازند. گسترش‌دهندگان معاصر روانشناسی ژرفا مانند کوریبت (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،

1 - Revelation

2 - Self - disclosure

3 - Kelly & Strupp

4 - Self - Psychology

روش‌های بالینی خاصی را مطرح می‌سازد که در صورت امکان در بخش‌های بعدی مقاله به شرح آنها می‌پردازیم.

### فنون مذهبی مورد استفاده در رواندرومانی

همانگونه که قبلاً اشاره کردیم، یکی از کسانی که در زمینه نقش مذهب در رواندرومانی تلاش‌های بسیاری کرده است، یونگ بوده است. او برای پیشروی رواندرومانی چهار مرحله را مطرح می‌کند. اولین مرحله آشنایی با نقاب، دومین مرحله آشنایی با سایه<sup>۱</sup>، سومین مرحله آشنایی با زنانه روان<sup>۲</sup> و مردانه روان<sup>۳</sup> و چهارمین مرحله جستجوی معنا<sup>۴</sup> است. یونگ معتقد است که برای رسیدن به کمال و تفرده<sup>۵</sup> که بالاترین مرحله تکامل شخصیت است، انسان می‌بایست با استفاده از مذهب یا هنر، نوعی معنا برای زندگی خویش بیافریند. صرف نظر از عوامل دیگری مانند جایگاه تأهل، سن، توانایی هوشی، جنس، انگیزه‌های تحولی رشد روانی آدمی و مانند آن، یونگ بیشترین اهمیت را برای موفقیت رواندرومانی به مذهب می‌دهد. او معتقد است، انسان هنگامی به کمال می‌رسد که دارای نوعی مذهب درونزاد گردد. به اعتقاد او انسان بایستی بیاموزد که چگونه از نیروی مذهبی موجود در درون خویش استفاده کند. چون به اعتقاد وی مذهب و خداوند در ذات انسان وجود دارند و آنچه برای افزایش کمال شخصیتی و مذهبی انسان ضرورت دارد بازشناسی نموده‌ها یا جلوه‌های ماهیت مذهب ذاتی است.

یونگ برای اینکه جلوه‌های مذهبی ذاتی انسان را به مراجعین خود نشان دهد از علم تعبیر و تفسیر نمادها<sup>۱</sup> استفاده می‌کند. به اعتقاد او، هنگامی رواندرومانی موفق خواهد بود که (۱) شخص اندرزی مفید را بشنود، (۲) نسبت به معایب خویش اعتراف درونی کامل بنماید، (۳) با استفاده از علم تعبیر و تفسیر اسطوره‌ها و نمادها در جلسات روانکاوای معنای انگیزشی آشفته‌گی‌های روانشناختی خود را تکرار نماید، (۴) از خاطرات رنج‌زای کودکی خویرگسلد، (۵) روشی معقول و منطقی برای سازگاری با شرایط جدید و نسبتاً فشارزای روانی و دشوار بیاید، تا (۶) علایم آسیب شناسی روانی ناپدید شود و (۷) فرصت‌هایی جدید و آزمایشاتی جدید انجام

1 - Shadow

2 - Anima

3 - Animus

4 - Search for meaning

5 - Individuation

6 - Symbols

گیرد، تا (۸) راه بازگشت به معبد و محرابی که از ابتدا آدمی به آن تعلق داشته است گشوده شود و سرانجام (۹) 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 که مال اتفاق می‌افتد که ناخودآگاه<sup>۱</sup> انسان به بازی آزادانه‌ای بپردازد که پیدایش نمادهای صورت‌های مثالی را تسهیل کند. چون تنها چیزی که به اعتقاد یونگ متقاعد کننده است، خودانگیختگی محتویات مثالی است، حال آنکه هرگونه مداخله متعصبانه سد راه تجربه اصیل صور مثالی است. چنانچه کاوش ناخودآگاه، ضمیر خودآگاه<sup>۲</sup> انسان را به تجلیات و جلوه‌های صور مثالی برساند، انسان با حقیقت محض و تضادهای ژرف طبیعت بشری روبرو خواهد شد. این رویارویی با تضادهای ژرف بشری انسان را با مقولاتی مانند نیکی و بدی، خیر و شر، شیطان و مسیح، روشنایی و تاریکی و به عبارتی با بهشت 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. اینجاست که نقش رویکرد روانشناختی در تجربه کردن خداوند به شکل حضوری<sup>۳</sup> و بی‌واسطه امکان پذیر می‌گردد. این رویکرد با آشنا کردن انسان با بارقه ملکوتی<sup>۴</sup> به او می‌آموزد تا سطوح فراشخصی حقیقت یعنی خداوند را در درون سطح شخصی روان خود و در بدن خود و در روابط اجتماعی خود تجربه کند. به اعتقاد رویکرد روانشناختی ژرفا نسبت به مذهب، درک تجربه الهی هنگامی ممکن است که حقیقت فراشخصی با سطح درون شخصی روان درهم بیامیزد. این امر منوط به تجربه بارقه ملکوتی و درک پیامهای اسطوره‌ها و نهادها است. بدیهی است که درک سطح فراشخصی روان جمعی انسان یا خداوند نسبت به شرطی سازی<sup>۵</sup> فرهنگی تأثیر ناپذیر است. پس با آموزش این رویکرد می‌توان به افراد کمک کرد تا خداوند را در درون خود و همیشه با خود بیابند. طبیعی است که این دریافت منبعی سرشار از حمایت و پشتیبانی در انسان ایجاد می‌کند.

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 یادآورده شود. زیرا پندارهای

- 1 - Unconscious
- 2 - Conscious
- 3 - Immediate
- 4 - Numinosum
- 5 - Conditioning

موجودی که در جهان معاصر وجود دارند ترسیمی انسان انگارانه<sup>۱</sup> از خداوند و مذهب برای نسل کنونی بشر ارائه می‌کنند که موجب تعارض هر چه بیشتر بین سطح شخصی و فراشخصی روان می‌شود. به ناچار پیامد چنین امری نیز افزایش آسیب‌شناسی روانی خواهد بود.

در روانشناسی ژرفا، برای ایجاد احساس و الهام مذهبی در افراد، همانگونه که پیشتر گفتیم از علم تعبیر و تفسیر نمادها استفاده می‌شود. نمادها معمولاً در رؤیاهای و پندارها یا تصورات ذهنی بروز می‌نمایند. هرچند در صورتیکه روان ناهشیار به صورت تهاجمی در ضمیر هشیار تجلی کند نیز باعث می‌شود که برخی از اسرار و رمزها بصورت 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 رؤیاهای است. با اینکه این موضوع توسط یونگ مطرح شده است و در موقعیت بالینی به کرات مورد استفاده قرار گرفته است، بایست بدانیم که این شیوه توسط اندیشمندان مسلمان نیز به کار گرفته شده است. بطوری که فارابی معتقد است معنای رؤیاهای همیشه روشن و آشکار نیست و برای درک این رؤیاهای شخص تفسیرگر بایستی بتواند واقعیتی را که در عالم رؤیا به رؤیا بین الهام شده است، 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 دست نخورده 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 حدس زدن معبر که به واسطه آن اصل را از فرع استخراج می‌نماید.» (فارابی، فصل ۵۲، ص ۸۳).

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

بطور کلی اندیشمندان اسلامی به ریشه ماورای طبیعی رؤیاهای اعتقاد دارند و معتقدند که گاهی بدلیل دخالت نابجای مکانیزم تحیل این قبیل پیام‌های رؤیا، ناشناخته می‌ماند. در همین رهگذر معتقدند که پیام رؤیا به صورت 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 به نظر آنان بین روایا و سلامت روانشناختی یا خودشناسی رابطه‌ای تنگاتنگ وجود دارد.

بطوریکه می‌توان گفت رؤیا ابزاری است برای کمک به رستگاری و خودشناسی انسان، بطور 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، که همان نمادسازی<sup>۱</sup>، جابجایی<sup>۲</sup> و ادغام<sup>۳</sup> 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 ملا هادی سبزواری پیدا کنیم. در همین راستا، بایستی به وجه تشابه بین رؤیاهای صادقانه در عقاید علمای مسلمان و اعتقاد روانکاوی تحلیلی یونگ و طرفدارانش به این رؤیاها اشاره کنیم (خدارحیمی، ۱۳۷۳، صفحات ۲۱۲ - ۲۱۱).

بطور کلی احساس مذهبی و خداوندی را می‌توان به چندین طریقه در فنون روان‌درمانی تجربه کرد. یکی از این روش‌ها، این است که فرد از طریق خودشناسی و درون‌نگری<sup>۴</sup> و با 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 الهامات درونی مذهبی گردد. در این شیوه نیز فرد می‌تواند با قدری آموزش از تعبیر رؤیا نیز برای کمک خودش بهره جوید. 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 بجای آورد. دومین روش برای تجربه احساس مذهبی ناب، تحت درمان قرار گرفتن بوسیله روان‌درمانی است. معمولاً یونگ و طرفداران او در این زمینه بیش از هر رویکرد روانشناختی دیگری موفق بوده‌اند (دانیلز<sup>۵</sup>، ۱۹۹۲، کوریت 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. به طوری که پاره‌ای از پیشوایان دینی معتقدند که فساد از سه طریق وارد نفس انسانی می‌شود که عبارت است از: (۱) نادرستی و نادرست بودن طبیعت انسان، (۲)

1 - Symbolization

2 - Displacement

3 - Condensation

4 - Introspection

5 - Daniels

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 فایق آمد. همچنین می‌توان با روش‌های ریاضت و تمرین و ورزیده ساختن نفس با این آفات مبارزه کرد. 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 وا می‌دارد

۴ - معرفت کردار و عمل برای خدا

برخی از پیشوایان دینی معتقدند که این ریاضت مستلزم این است که انسان دارای صفات زیر گردد:

- 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 زمینه ساز 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.

- تا جای که ممکن است مسئولیت زندگی و نیازهای خود را به دوش دیگران نیفکند.

- از طمع در خویشتن و در مردم دست بشوید.

- متواضع باشد، زیرا تواضع اصل و ریشه همه طاعات و نمایانگر کمال تقوای انسان است 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 نفس به اوصاف ستوده و

پسندیده مانند محبت، دلسوزی، مهر، گذشت و فداکاری به مراجعین خود کمک کند. 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 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 (شرقاوی، 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. به طور 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 بیماری روانی و پدیده‌های عدم تطابق روانی ناشی از بیماری درونی وجدان است (مصطفی احمد، ۱۹۶۰). به همین 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) اصول و ارزش کاربرد است (سوره اعراف آیه ۲۳، سوره قیامت آیه ۱۴، سوره بقره آیه ۲۲۲، سوره فجر آیات ۳۰ - ۲۷، سوره هود آیه ۱۱۴).

لذا می‌توان گفت که رواندرمانی مذهبی نوعی بازگشت به خویشتن 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 آگاهی گرچه به کمک دو نوع آگاهی دیگر به



دست می‌آید که یکی از اراده و دیگری از وجدان است. لیکن با ارزش‌ترین ابزار برای خودشناسی انسان است (سوره قیام 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 می‌رسد که نفس مطمئنه بر کل شخصیت انسان مسلط گردد. بنابراین می‌توان گفت همانگونه که در مراحل چهارگانه عرفان اسلامی آمده است، خودشناسی مستلزم عبور از این چهار مرحله است که عبارتند از: (۱) تخلیه، (۲) تجلیه، (۳) تحلیه، (۴) فناء (خدارحیمی، ۱۳۷۴).

به عبارت دیگر بالاترین سطح رواندرومانی برای تهذیب روح و روان انسان هنگامی است که بخش فراشخصی نفس یعنی خداوند و حقیقت ازلی در بخش شخصی نفس یعنی روح تجسم یابد. به این معنا که روح اندام واسطه بین بخش شخصی و بخش فراشخصی نفس است. طبیعی است تا هنگامی این پیام‌های انتقالی به وسیله روح در حیطه هشیارانه روان پذیرفته نشود، احساس و تجربه بارقه ملکوتی ممکن نیست. لیکن وقتی که این اجازه داده شود و در سطح هشیارانه روان پذیرفته شود، در بالاترین مرتبه کمال که همان یکی شدن سطوح شخصی و فرا شخصی روان است قابل دسترسی می‌شود. در این مرحله است که انسان به اصل خودش یعنی خداوند می‌پیوندد و این همان مرحله فناء در عرفان اسلامی است.

افزون بر موارد فوق، پژوهش نشان داده است که از فنون مختلفی در فرآیندهای مشاوره‌ای و رواندرومانی استفاده می‌شود. گاهی این فنون به شکل منفرد به کار گرفته می‌شوند مانند نماز و نیایش<sup>۱</sup>، گذشت و بخشایش<sup>۲</sup> یا مراقبه<sup>۳</sup>. گاهی نیز این فنون به همراه سایر فنون رواندرومانی مورد استفاده قرار می‌گیرند (ورتینگتون و همکاران، ۱۹۹۶). به طوری که پژوهش‌های تجربی و مطالعات میدانی، کارآمدی درمانی نماز و نیایش را در افراد مذهبی به اثبات رسانیده‌اند (فینی و مالونی<sup>۴</sup>، ۱۹۸۵). گذشت و ایثار نیز به عنوان یک مؤلفه درمانی در شرایط بالینی به کار گرفته شده‌اند (جونز<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۲). از این روش در موارد درمانهای انفرادی، خانوادگی و زناشویی استفاده شده است. به طور کلی در ارتباط با بکارگیری این روش در فرآیندهای رواندرومانی نتایج زیر بدست آمده است:

1 - Prayer

2 - Forgiveness

3 - Meditation

4 - Finny & Malony

5 - Jones

الف - پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که گذشت و بخشش فواید بسیاری دارد (مک کولاف و ورتینگتون، ۱۹۹۴، آ. اینریت و همکاران ۱۹۹۴ ب، هوانگ ۱۹۹۰، هیل و اینریت ۱۹۹۳).<sup>۱</sup>

ب - به طوری که مشاوران و روان‌م‌نگران مطالعات موردی و مقاله‌های نظری مختلفی در مورد تأثیر این موضوع نگاشته‌اند.

ج - مطالعات مختلفی گزارش کرده‌اند که روان‌شناسان از مذهب در درمان‌های انفرادی، ناشویی و خانوادگی استفاده می‌کنند (دی بلاسیو<sup>۲</sup> ۱۹۹۲ و ۱۹۹۳، دی بلاسیو و پراکتور<sup>۳</sup>، 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<sup>۴</sup>، ۱۹۹۰، واینر، گراهام، پیترو و زمودیناس<sup>۵</sup> 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<sup>۶</sup>، ۱۹۷۵). بطوری که گرینبرگ<sup>۷</sup> (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<sup>۸</sup> ۱۹۸۸، آلکساندر، لاتگر، نیومن، و چاندلر<sup>۹</sup> ۱۹۸۹). در پایان این بحث بایستی خاطر نشان سازیم که اثرات درمان‌کننده سوگواری روحانی<sup>۱۰</sup> نیز مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. این روش اغلب در سیاهپوستان آمریکایی وجود دارد. بر اساس این روش، فرد داغ‌دیده به مدت هفت روز از سایر بستگان منزوی

1 - Enright, Huang, Hebl

2 - Diblasio

3 - Proctor

4 - Basset, Hill, Pogel & Lee

5 - Weiner, Graham, Peteer & Zmuidinas

6 - Smith

7 - Greenberg

8 - Carlson, Bucaseta & Simanton

9 - Alexander, Langer, Newman & Chandler

10 - Spiritual Mourning

می‌شود و به نیایش و روزه می‌پردازد. مشخص شده است که این نوع سوگواری باعث تسکین خلق منفی، جلوگیری از رنجش‌ها و تعارضات بیشتر، بهبود تصمیم‌گیری، افزایش توانایی برای ارتباط با خداوند و درمان اختلال می‌شود (گریفیت و مهی<sup>۱</sup> ۱۹۸۴). در همین رابطه بررسی تأثیر مراسم عزاداری مرسوم در مذهب شیعه دوازده امامی خودمان مانند مراسم شب هفتم، چهلم و ..... در پیشگیری و درمان عوارض افسردگی ناشی از داغدیدگی می‌بایست مورد توجه پژوهشگران بالینی قرار گیرد.

همچنین بایستی پژوهشگران بالینی کشورمان به تأثیر شفابخش فرضیه‌هایی مانند نماز، روزه، چله نشینی، ذکر و زیارت در درمان اختلالات روانی بپردازند. چون این روش‌ها مؤلفه‌های بنیادین مذهبی هستند که می‌توانند در فرآیندهای رواندرومانی مورد استفاده قرار گیرند و کارآمدی رواندرومانی را افزایش دهند. البته بایستی به بررسی چگونگی بکارگیری این روش‌ها در شرایط بالینی و در موقعیت روزمره زندگی توسط درمانگران و بیماران نیز بپردازیم.

### بحث و نتیجه‌گیری:

همانگونه که در مباحث قبلی این مقاله اشاره کردیم، امروزه پیوند مذهب با فرآیندهای درمان روانشناختی بر اساس رویکرد چند فرهنگی در رواندرومانی 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 رواندرومانی و چگونگی واکنش به مداخله‌های بالینی رواندرومانی و روانشناسی سلامتی<sup>۲</sup> نقشی 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 اختلالات روانی به شکل کاربرد بعضی از فنون در شرایط بالینی است. این فنون به طور عمده همان روشهایی هستند که در سنن مذهبی مختلف و در خارج از فرآیندهای رواندرومانی قبلاً به کار گرفته شده‌اند.

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

ملکوتی دارد. در حقیقت، جوهره اصلی رواندرمانی مبتنی بر روانشناسی ژرفا، این است که سطح شخصی و سطح فراشخصی روان همان نفس یا جوهر مشترک بین انسان و خداوند است. بنابراین، هنگامی می‌توان به درک مذهب و اثرات شفابخش آن برای درمان اختلالات روانی نایل شد که اجازه دهیم روح به سطح فراشخصی روان یعنی خداوند دسترسی بیابد. زیرا مشکل اساسی نظریه‌های موجود رواندرمانی آن بوده است که مانع این امر شده‌اند.

طبیعی است که انجام این کار جز از طریق بهره‌گیری از علم تعبیر و تفسیر نمادها امکان پذیر نیست. ما به کمک تعبیر و تفسیر اسطوره‌ها در رواندرمانی بالینی می‌توانیم به فرد کمک کنیم تا هم بارقه ملکوتی درونی خداوند را تجربه کند و هم با کمک گرفتن از این بارقه ملکوتی به درمان نشانه‌ها و علایم آشفتگی روانشناختی بیمار بپردازیم. افزون بر این، می‌توان با بهره‌گیری از توصیه‌های مذهبی در شرایط بالینی به بیمار کمک کنیم تا آمادگی بیشتری برای دریافت بارقه‌ای ملکوتی پیدا نماید. این کار مستلزم انجام تکالیفی است که در مذاهب مختلف تحت عنوان فریضه یا آداب و مناسک دستیابی به کمال روحانی و عرفانی مطرح شده‌اند.

افزون بر این توصیه‌های عمومی در خصوص فلسفه اخلاق و اخلاق عملی، هرکدام از مذاهب فریضه‌هایی 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 روانشناختی انسان و درمان اختلالات روانی است. همچنین هدف رواندرمانی برای درک بارقه ملکوتی و درمان اختلالات روانی بایستی متمرکز بر این باشد که انسان را به خویشتن‌نگری و مراقبه وادار نماید.

زیرا اعتقاد ما بر این است که ماهیت انسان در ازل با سرشت الهی عجین بوده است و در گذر رشد و تحول ممکن است این پیوند اصیل به فراموشی سپرده شود. 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 یا بکارگیری فنون نیایش، گذشت، ایثار و مراقبه در شرایط بالینی امکان پذیر است.

لیکن بهره‌گیری بیشتر از فنون مذهبی برای درمان اختلالات روانی و کمک بهتر به انسان برای درک بارقه ملکوتی، مستلزم انجام پژوهش‌های بالینی و میدانی وسیع در خصوص بسیاری از آداب و مناسک مذهبی است. پژوهشگران بالینی باید بکوشند تا شفابخشی فریضه‌هایی مانند نیایش، روزه، چله‌نیشینی، ذکر، ریاضت و زیارت را با شرایط بالینی به گونه‌ای وفق دهند که کاربرد بالینی و اثر بخشی آنها به همراه سایر مؤلفه‌های بالینی بتواند در تسکین خلق منفی،

پیش‌بینی بروز تعارضات، افزایش توانایی تصمیم‌گیری و در نهایت افزایش ارتباط افراد با خداوند سودمند باشد.

البته بدون تردید هنگامی کاربرد شیوه‌های مذهبی در رواندرمانی کارساز است که ارکان اساسی رواندرمانی مذهبی در آن مورد توجه قرار گیرد. در مجموع رواندرمانی مذهبی با مراحل تخلیه، تجلیه، تحلیه و فناء که عرفان برای ارتقای شخصیت انسانی مطرح کرده است مطابقت دارد. زیرا هدف رواندرمانی معاصر تنها از بین بردن نشانه‌های اختلال روانی نیست. همانگونه که گفتیم، هدف مکتب روانشناسی تحلیلی ژرفا در رواندرمانی، شناختن کنش مذهبی روان است. این کنش مذهبی هم در درک بارقه ملکوتی و هم در درمان علایم و نشانه‌های آسیب‌شناسی روانشناختی حائز اهمیت است. پس این مکتب و عرفان هر دو در نهایت بدنبال آماده ساختن انسان برای درک بارقه الهی و شکوفایی کمال شخصیتی انسان و نیل به محبوب ربانی هستند.

#### منابع:

- ۱- خدا رحیمی، سیامک (۱۳۷۲) رؤیا، تشخیص، پیش‌آگهی و درمان فوبیا در روانکاوی و روانشناسی تحلیلی. رساله کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه فردوسی مشهد.
- ۲- خدا رحیمی، سیامک (۱۳۷۲) مفهوم سلامت روانشناختی. انتشارات جاودان فرد. چاپ اول تهران
- ۳- خدارحیمی، سیامک و بیت مشعل، بلقیس (۱۳۷۶) بهداشت روانی. زیر چاپ. نشر اندیش ورزان. تهران
- ۴- شرفاوی، حسن محمد (۱۳۶۸) گامی فراسوی روانشناسی اسلامی یا اخلاق و بهداشت روانی اسلام. ترجمه سید محمد باقر حجتی و دفتر نشر فرهنگ اسلامی. تهران
- ۵- فارابی، ابونصر، فصوص الحکم، فصل ۵۲
- ۶- قرآن کریم (۱۳۷۱ هـ.ق) ترجمه محمد کاظم معزی. انتشارات علمیة اسلامی. قم.
- ۷- گرینبرگ، جerald. اس (۱۹۹۰) کنترل فشار روانی. ترجمه بهمن نجاریان. محسن دهقانی و سیامک خدا رحیمی (زیر چاپ).
- ۸- محمد کامل، النحاس (۱۹۶۴)، الدین و صحتة النفسیة. محله الصحة النفسیة، العدد الثانی ۵، ۷.
- ۹- مصطفی احمد، فهمی (۱۹۶۰) الانسان و صحتة النفسیة، القاهرة مکتبه الامجلند المصریة.
- ۱۰- یونگ، کارل گوستاو (۱۳۷۲) روانشناسی و کیمیاگری، ترجمه پروین فرامرزی - انتشارات آستان قدس رضوی. مشهد مقدس.

\*\*\*\*\*

1 - 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.

2 - Basset, R.I., Hill, P . c. Pogel, M.C & lee, M. (1990). Comparing psychological guilt and Godly sorrow: Do Christian recognize the difference? *Journal of psychology and Theology*, 18, 244 - 254.

- 3 - Bergin, A. E. (1991). *Values and religious issues in psychotherapy and mental health*. *American Psychologist*, 46, 394 - 403.
- 4 - Bergin, A.E. & Payne, I.R. (1993). *Proposed agenda for a spiritual strategy in personality and psychotherapy*. In E.L. Worthington, Jr. (Ed). *Psychotherapy and religious values* (PP. 243 - 260). Grand Rapids, MI: Baker.
- 5 - Bergin, A.E, Reynolds, E.M.& Sullivan, C.E.(1991). *Religious lifestyles and mental health: a follow - up Study*. *Counseling and Values*, 35, 211 - 224.
- 6 - Carlson, C.R. Bacaseta, P.E & Simanton, D. A. (1988). *Acontrolled evaluation of meditaion and progressive relaxation*. *Journal of Psychology and Theologe*, 16, 362 - 368.
- 7 - Clay, R.A (1996) *Religion and psychology shave ideals and beliefs*. *A.P.A. monitor*. Vol. 27, No, 18.P 47
- 8 - Clay. R.A (1996) *Psychologists, faith in religion begins grow* *A.P.A monitor*. Vol. 27, no. 8.P.1.
- 9 - Corbett, L. (1996) *the Religious Functions of the psyche*. Routledge, London.
- 10 - Dalgalarondo, P. (1994) *Religious affiliation and mental hearth in Brazil*. *Acta - Psiquiatr - Psicol - Am - Lat*, 40 (4) :385 - 9
- 11 - Daniels, M. (1992) *Self - discovery in the Jungian way : The watchword Technique*. Routledge, London.
- 12 - Diblasio, F.A (1992), *Forgiveness in Psychotherapy: Comparison of older and younger therapists*. *Journal of Psychology and christianity*, 11 (2), 181 - 187.
- 13 - Diblasio, F.A (1993). *The role of social workers, religious belifs in helping family members*. *forgive. Families in society*, 74, 163 - 170.
- 14 - Diblasio, F.A & Proctor, J.H (1993). *Therapists and the clinical use of forgiveness*. *American Journal of family therapy*, 21, 175 - 185.
- 15 - Donahue, M.J (1985). *Intrinsic and extrinsic religiousness: review and meta - analysis*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 400 - 419.
- 16 - Ellis, A. (1981). *Science, religiosity and rational - emotive psychology*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 18, 155 - 158.
- 17 - Ellison, C.G. (1991). *Religious involvement and subjective well - being*. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 80 - 99
- 18 - Enrigh, R.D, Santos M.J & Al - Mabuk, R.(1989).*The Adolescent as forgiver*. *Journal of Adolescence*, 12, 95 - 110.
- 19 - Finney, J.R, & Malony, H.N (1985 b). *An empirical study of contemplative prayer as adjunct to psychotherapy*. *Journal of Psychology and Theology*, 13, 284 - 290.
- 20 - Griffith, E.E.H, & Mahy, G.H (1984). *Psychological benefits of spiritual Baptist "mourning"*. *American Journal of Psychiatry*, 141, 769 - 773.
- 21 - Hebl, J. & Enright, R.D (1993). *l'orgivess as a psychotherapeutic goal with elderly females*. *Psychotherapy*, 30, 658 - 667.

- 22 - Hill, P.C & Butter, E.M. (1995). *The role of religion in promoting physical health. Journal of Psychology and Christianity*, 14, 144 - 155.
- 23 - Hood R.W. Morris R.J. & Watson P.J. (1990). *Quasi - Experimental elicitation of the differential report of religious experience among intrinsic and indiscriminately proreligious types. Journal for the Scientific Study of Religion*, 29 - 164 - 172.
- 24 - Huang S.T.(1990). *Cross - Cultural and rellife validations of the theory of forgiveness in taiwan, the republic of china. Unpublished doctoral dissertation, University of Winsconsin. Madison.*
- 25 - Ivey, A.E Ivey, M.B & Simek - Morgan, L.(1993). *Counseling and psychotherapy: A Multicultural perspective. Boston: Allyn & Bacon.*
- 26 - James, W (1985) *The Variations of Relious Experience. Mentor Books. New york.*
- 27 - 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.
- 28 - Jones, S.L. Watson, E.J & Wolfram, T.J (1992). *Results of the Rech Conference survey on religious faith and professional Psychology. Journal of Psychology and Theology*, 20, 147 - 158.
- 29 - Jung C (1933). *Modernman in search of soul. New York: Harcourt Brace and world. (1933).*
- 30 - Kelly, T.A & Strupp, H.H. (1992). *Patient and therapist values in Psychotherapy: Perceived changes, assimilation, similarity, and outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 34 - 40.
- 31 - 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.
- 32 - Monat, A & Lazarus, R.S (1985). *Stress and coping : An introduction. (2 nd ed). NewYork: Columbia university Press.*
- 33 - 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.
- 34 - 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.
- 35 - Schafer, W.E & King, M (1990). *Religiousness and stress among college students: A survey report. Journal of College Student Development*, 31, 336 - 341.
- 36 - Scheier, M.F & Carver, C.S (1987). *Dispositional optimism and physical well - being: the influence of generalized outcome expectancies on health. Journal of Personality*, 55, 169 - 120.
- 37 - Seligman, M.E.P (1991). *Learned optimism. New York: Random House.*
- 38 - Smith, J.C (1975). *Meditation as Psychotherapy: A review of the literature. Psychological Bulletin*, 82, 558 - 564.
- 39 - Spilka, B, Sharer, P, & Kirkpatrick, L.A (1985). *A general attributionthrorry for the Psychology of religion. Journal for the Scientific study of Religion*, 24, 1 - 20.
- 40 - Weiner, B, Graham, S, Peter, O, & Zumuidinas, M (1991). *Public confessions and forgiveness. Journal of personality*, 59, 263 - 312.

- 41 - Worthington, E.L, Jr (1988). *Understanding the values of religious clients: A model and its application to counseling. Journal of Counseling Psychology, 35, 166 - 174.*
- 42 - Worthington, E.L, Jr (1991b). *Psychotherapy and religiousness: An update. Journal of psychology and Chri, 10(2), 211 - 223.*
- 43 - Worthington, E.L, Kurusu, 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.*

\*\*\*\*\*

