

مکانیزم‌های اثر معنویت بر سلامت روان

امید ساعد^۱، دکتر رسول روشن^۲

چکیده

بسیاری که تحقیقاتی که رابطه بین معنویت و سلامت روان را بررسی می‌کنند برآنند تا مکانیزم‌هایی که به واسطه آنها این اثرات بالقوه به وقوع می‌پیوندد، را مطالعه کنند. مکانیزم‌هایی که اغلب مواقع مورد بحث و بررسی هستند شامل موارد زیراند: سبک‌های مقابله‌ای، مکان کنترل، حمایت‌های اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی، مکانیزم‌های فیزیولوژیکی و نهایتاً محیط و معماری بناها. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد سبک مقابله مذهبی‌اشتراکی بیشترین ارتباط را با سلامت روان دارد. به همین ترتیب، نسبت دادن رویدادهای منفی به علل بیرونی و نیز نسبت دادن رویدادهای مثبت به علل درونی اساساً تحت عنوان سبک اسناد خوشبینی مورد توجه است و با سلامت روان بالاتر در ارتباط است. مانند سایر اشکال حمایت اجتماعی، حمایت معنوی و مذهبی نیز می‌تواند منبع ارزشمندی برای عزت نفس، اطلاعات، همیاری و کمک باشد، در اینصورت این حمایت به افراد در مقابله با استرس و رویدادهای ناخوشایند زندگی و اعمال بهترین رویه ممکن یاری می‌رساند. بسیاری از تحقیقات نشان داده‌اند که حالات و عناصر خاص معنویت ممکن است اثرات مثبتی بر مکانیزم‌های گوناگون فیزیولوژیکی درگیر در سلامت داشته باشند. آخرین مکانیزمی که می‌تواند تعدیل‌کننده رابطه معنویت و سلامت روان باشد، محیط است. همانند بناها و معماری

^۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مربی دانشگاه پیام نور سنندج؛ سنندج، خیابان دانشگاه، دانشگاه پیام نور سنندج، گروه روان‌شناسی شماره تلفن: ۰۹۱۸۱۷۰۸۶۱۹، آدرس امیل: omid1759@yahoo.com

^۲. استادیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد؛ بزرگراه تهران-قم، روبروی حرم امام(ره)، دانشگاه شاهد،

دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی بالینی؛ شماره تلفن: ۰۹۱۲۱۳۰۳۷۵۸

های مذهبی - مانند کلیساها، معابد و مساجد - طبیعت، هنر و موسیقی نیز همگی می‌توانند تاثیر قابل توجهی بر سلامت روان داشته باشند. واژه های کلیدی: معنویت، سلامت روان، مکانیزم های تعدیل کننده، نگرشهای مذهبی، فاکتورهای میانجی

Absract

Some of the research exploring the association between spirituality and mental health attempts to understand the mechanisms through which potential benefits may occur. Mechanisms most often discussed are: coping styles, locus of control, social support and social networks, physiological mechanisms, and architecture and environment.

*Findings show that a collaborative approach to religious coping is associated with the greatest improvement in mental health. Similarly, perceiving negative events as externally caused and positive events as internally caused is widely regarded as an 'optimistic' attributional style and is generally associated with better mental health. As with other forms of social support, spiritual support can be a valuable source of self-esteem, information, companionship and practical help that enables people to cope with stress and negative life events or exerts its own main effects. Some researchers have argued that certain expressions or elements of spirituality may positively affect various physiological mechanisms involved in health. A final mechanism that may mediate the relationship between spirituality and mental health is the environment. As well as specific 'spiritual' buildings and architecture - such as churches, temples or mosques - nature, art and music may all have an impact upon mental health. **Key word:** Spirituality, mental health, mediated mechanisms, religious beliefs, mediated factors*

مقدمه

در دو دهه گذشته محققین از رشته های مختلف به بررسی اثر معنویت^۱ بر سلامت روان^۲ پرداخته و به اثر مثبت آن اذعان کرده اند. بیماران و بازماندگان از رویدادهای دشوار (مانند سیل، زلزله، بیماری های صعب‌العلاج) نیز مانند افراد جوامع مذهبی می‌توانند من باب شیوه هایی که معنویت می‌تواند بر سلامت روان، بهزیستی، بیماری روانی و بهبود از بیماری تاثیر بگذارد،

^۱ . Spirituality

^۲ . Mental health

شواهدی بیافزایند. این مقاله به بررسی و مطالعه بسیاری از تظاهرات معنویت به عنوان یک رویکرد کل نگر در فهم سلامت و بهداشت روان می پردازد. در ابتدا تعاریفی از معنویت ارائه شده، سپس اثر معنویت بر سلامت روان و مکانیزم های تعدیل کننده و میانجی این ارتباط تشریح می شود. معنویت اصطلاحی است که به وفور مورد استعمال قرار می گیرد و برای افراد مختلف در دورها و فرهنگهای مختلف معانی متفاوتی دارد. اگرچه در طول اعصار در مذهب، هنر، علم و... از آن تعاریفی به عمل آمده، اما تعاریف امروزی از معنویت بسیار گسترده و دگرگون شده است. این دگرگونی ها و گستردگی را می توان در گستره واژگانی که برای توصیف و تعریف این اصطلاح استفاده می شوند، مشاهده کرد. در بسیاری از تحقیقات رایج در ادبیات پژوهش این اصطلاح را با استفاده از یک یا دو عنصر از عناصر زیر توصیف می کنند:

ادراک(شناخت) هدف (هاسد^۱، ۲۰۰۰)

حس پیوند- با خود، با دیگران، طبیعت، یا «خداوند» (هاسد، ۲۰۰۰)و...

جستجوی کمال و یکپارچگی (هامفریز^۲، ۲۰۰۰)

جستجوی امید و توازن (مک شری^۳، ۲۰۰۰)

اعتقاد به جوهری بالاتر و عظیم تر(هاسد، ۲۰۰۰)

بعضی از سطوح تعالی، حسی که فراتر از زندگی عادی، ماده و عمل است (اودنال^۴، ۱۹۹۶) وفعالیتها یا مناسکی که به زندگی افراد معنا و ارزش می بخشد. زیربنای بسیاری از این تحقیقات این فرضیه است که فعالیتهای ذاتی و درونی بشر تلاشی است برای درک معنای خویش، دنیای اطرافش و برقرارکردن ارتباط با آن (اوریلی^۵، ۲۰۰۴؛ پاول^۶، ۲۰۰۲؛ وست^۷، ۲۰۰۵). در این بافتار،

1. Hased, C. S

2. Humphreys, J

3. McSherry, W

4. Oldnall, A

5. O'Reilly, M. L

6. Powell, A.P

7. West, M

"معنویت" وسیله ای است که به واسطه آن این معنا حاصل می شود، و می تواند براساس عوامل سن، جنسیت، فرهنگ، ایدئولوژی سیاسی، سلامت جسمانی و روانی و هزاران عامل دیگر متفاوت باشد.

بعضی وقتها نیز وسیله حصول به این معنا مذهب است. در جدیدترین سرشماری کشور انگلستان (اداره آمار ملی، به نقل از CCO، ۲۰۰۶) ۴۵ میلیون نفر از این جمعیت دین خود را مسیحیت، ۱،۵ میلیون اسلام، بیش از ۵۰۰،۰۰۰ نفر هندو، ۳۴۰،۰۰۰ نفر سیک، بیش از ۲۵۰،۰۰۰ نفر یهودی، و تعداد زیادی نیز خود را از سایر گروههای کوچک مذهبی ذکر کرده اند. در هر کدام از این گروههای مذهبی، سنت، اعمال و مناسک بسیار زیادی وجود دارد که این افراد از طریق انجام این امور و عمل به آنها حس معنویت یا مذهبی بودن را تجربه می کنند. بسیاری از تحقیقات در زمینه معنویت و سلامت روان بر عناصر قابل مشاهده و اندازه گیری مذهب مانند حضور در کلیسا، معبد، مسجد یا کنیسه یا زمان اختصاص داده شده برای عبادت، یا انجام مناسک مذهبی و خلسه تاکید دارند.

اسوینگتون^۱ (۲۰۰۱) دریافت که معنویت را به عنوان «یک نیاز بسیار گسترده بشری می توان جدای از ساختارهای متداول مذهبی» مورد بررسی و مذاقه قرارداد. وی معنویت را تظاهرات بیرونی فعالیت درونی روح بشر می داند و تعریف وی از معنویت تعریفی است که در این مقاله به کرات به آن رجوع شده است. «معنویت» جنبه ای از وجود انسان است که به آن «انسانیت» می بخشد. معنویت با ساختارهای با اهمیتی که به زندگی فرد معنا و جهت می دهند در ارتباط است و به فرد در رویارویی و مقابله با پستی و بلندی های زندگی کمک می کند. این اصطلاح به تنهایی شامل ابعاد اساسی ایی چون جستجوی معنا، هدف، شناخت تعالی خویشتن، روابط معنی دار و هدفمند، عشق و ایمان و نیز حس خداجویی است (اسوینگتون، پاتیسون^۲، ۲۰۰۱).

1 . Swinton, J

2 . Pattison, S

این تعریف از این دیدگاه حمایت می کند که بشر موجودی اجتماعی، زیستی، هیجانی، جسمانی و روحانی است و هرگونه ادراکی از روابط بین معنویت و سلامت روان فقط در یک بافت تلفیقی ممکن است.

معنویت و سلامت روان

در دو دهه گذشته، یک رویکرد کل گرایانه در شناخت بشر راه را برای انجام بررسی های بیشتر در زمینه معنویت به مثابه یک بعد از ابعاد شناختی، هیجانی، رفتاری، و بین فردی که سازنده ماهیت انسان اند، تسهیل کرده است. اگرچه ارتباط بین معنویت و سلامت روان در جهان بینی های شرقی (به خصوص بودیسم) قرنهایست که پذیرفته شده است (کینگ^۱، ۱۹۹۸)، اما شکاف تاریخی میان مذهب و علم در غرب اخیراً به علاقه نسبی به سمت و سوی این ارتباط کشیده شده است. این علاقه به ارتباط میان معنویت و سلامت روان به طرقتی در حال بررسی است. پژوهشگران در رشته های مختلفی چون روانشناسی، روانپزشکی، پرستاری، پیری شناسی^۲ و الهیات در حال بررسی ارتباط بین عناصر مختلف این دو بعد از وجود انسان هستند (آبلا^۳ و همکاران، ۲۰۰۴؛ آبی و همکاران^۴، ۲۰۰۲؛ آبی، پارک، ۲۰۰۵؛ باتز^۵ و همکاران، ۲۰۰۴؛ فوسکت^۶ و همکاران، ۲۰۰۴؛ مک شری^۷ و همکاران، ۲۰۰۴؛ فهرین^۸ و همکاران، ۱۹۹۶). بیماران و بازماندگان از رویدادهای دشوار (مانند سیل، زلزله، بیماری های صعب العلاج) نیز مانند افراد جوامع مذهبی می توانند من باب شیوه هایی که معنویت می تواند بر سلامت روان، بهزیستی، بیماری روانی و بهبود از بیماری دخیل

1 . King, U

2 . Gerontology

3 . Abela, J. R

4 . Ai, A

5 . Baetz, M

6 . Foskett, J

7 . McSherry, W

8 . Fehring, R. J

باشد، شواهدی بیافزایند (فوسکت و همکاران، ۲۰۰۴؛ نیکولاس^۱ و نیکولاس، ۲۰۰۲؛ بارکر^۲ و همکاران، ۲۰۰۵).

اسوینگتون (۲۰۰۱) بر این اعتقاد است که معنویت تجربه است برون - درون - و فرا شخصی که تجربه های فرد و جامعه ای که در آن زندگی می کند، مستقیماً آنرا شکل می دهد. به عبارت دیگر، معنویت پدیده ای است متشکل از عناصر بیرونی، گروهی، اجتماعی و مافوق طبیعی. بنابراین، تعامل آن با بهداشت روان فردی ممکن است پیچیده، تعاملی و پویا باشد. اگرچه تحقیقات زیادی به دنبال یک رابطه خطی ساده بین تظاهرات خاص معنویت با پیامدهای محدود سلامت روان هستند، اما این مقاله در پی استفاده از یک رویکرد یکپارچه و کل نگر در فهم بهداشت روان فردی است، و بر این عقیده است که روابط بین این دو سازه به احتمال قریب به یقین دوسویه و تعاملی است و هم چنین تحت تاثیر عوامل میانجی زیاد.

اگرچه این مقاله به واسطه اهمیت طرح پژوهش (توصیفی) در بررسی ارتباط معنویت با سلامت روان محدودیتهایی دارد، با این وجود، در آن سعی شده است تا حد زیادی بر محتوا و درون مایه تحقیقات انجام شده در این زمینه که عمدتاً کیفی است، متکی باشد. در واقع هدف این مقاله بیشتر بررسی فاکتورهای میانجی مابین معنویت و سلامت روان است تا پرداختن دقیق به خود پدیده معنویت.

فاکتورهای تعدیل کننده رابطه بین معنویت و سلامت روان

بسیاری که تحقیقاتی که رابطه بین معنویت و سلامت روان را بررسی می کنند برآنند تا فاکتورها و مکانیزم های بالقوه تاثیر گذار در این ارتباط را بیابند. یعنی، علاوه بر پذیرش فرض تاثیرگذاری فعالیتها و مناسک معنوی یا مذهبی به واسطه مداخله خداوند، فاکتورهای دیگری نیز

^۱ . Nicholls, V

^۲ . Barker, P. J

ممکن است این تاثیرات را تبیین و توجیه کنند. مکانیزم‌هایی که اغلب مواقع مورد بحث و بررسی هستند شامل موارد زیراند:

سبک‌های مقابله‌ای^۱، مکان کنترل^۲، حمایت‌های اجتماعی^۳ و شبکه‌های اجتماعی^۴، مکانیزم‌های فیزیولوژیکی^۵ و نهایتاً محیط و معماری^۶

سبک‌های مقابله‌ای

سبک مقابله مذهبی همواره به مثابه یک میانجی به منظور تبیین و توجیه ارتباط معنویت و سلامت روان به ویژه در مواقع استرس مطرح بوده است. پولنر^۷ (۱۹۸۹) بر این اعتقاد است که ارتباط افراد با خداوند یا یک منبع ماوراء طبیعی اثر عمده‌ای بر توانایی‌های مقابله‌ای آنها دارد. «در متون و سنبل‌های مذهبی ماخذ بسیاری تصریح شده است که در آنها خداوند یا نیروی ماوراء طبیعه به عنوان منبعی برای حمایت، راهنمایی و تسلی دادن تجسم می‌شود». محققین ایده سبک‌های مقابله‌ای را تدوین کردند، و نوع شناسی سبک مقابله مذهبی شامل سبک‌های اشتراکی^۸، سبک تمکین^۹ و سبک خودجهت بخشی^{۱۰} را توسعه و گسترش دادند (پاراگامنت^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۰، ۲۰۰۱، ۲۰۰۴). سبک مقابله اشتراکی مصداق افرادی است که در هنگام رویارویی و تشدید مشکلات با استعانت از خداوند به مقابله با مشکلات بر می‌خیزند. در این سبک مقابله خداوند به مثابه یک همراه در فرایند حل مساله مشارکت دارد و مسوولیت حل مشکل فرایندی است مشترک.

1. Coping styles

2. Locus of control

3. Social supports

4. Social networks

5. Physiological mechanism

6. Environment and architecture

7. Pollner, M

8. Collaborative style

9. Deferring style

10. Self-directing style

11. Pargament, K. I

سبک مقابله تمکین بیانگر مقابله افرادی است که در حل مشکلاتشان نقش کاملاً منفعلانه بر عهده دارند، آنها افرادی هستند که بدون هیچ کار و مداخله ای از طرف خودشان، مسوولیت تمام امور را به خداوند می سپارند. سبک خودجهت بخشی نیز نمایانگر مقابله افرادی است که مسوولیت کامل مقابله با مشکل را برعهده می گیرند و اساساً براین عقیده اند که خداوند در صورت لزوم مهارت مقابله با مشکل و حل موفقیت آمیز را به آنان عطا خواهد کرد (فابریکتر^۱ و همکاران، ۲۰۰۴).

مدل بالابه منظور ارزیابی و سنجش مقابله مذهبی تحقیقات قابل ملاحظه ای را باعث شده است. یک مرور مطالعاتی نشان داده است که دیدگاه سبک مقابله ای اشتراکی اساساً برای سلامت روان سودمند و اثربخش است اما نتایج حاصله از این مرور مطالعاتی در زمینه سبکهای تمکین و خودجهت بخشی ضد و نقیض است (فابریکتر و همکاران، ۲۰۰۴). مطالعات انجام شده در این حوزه همواره با انتقاداتی همراه بوده است. ابتدا، در این تحقیقات مشکلات و استرسورهای مطرح شده اکثراً مشکلاتی پایا و ثابت اند (مانند مقابله با مرگ عزیز از دست رفته، یا رویارویی با یک بیماری صعب العلاج) و به موانع و مشکلات موقتی، کوتاه مدت و متغیر توجه نشده است. دوم، استرسورهای مطرح شده در این تحقیقات مربوط به رویدادهای مهم زندگی اند. در بسیاری از افراد ممکن است مقابله با استرسورهای موقتی و روزمره که اکثراً به واسطه ابزارهای سنجش در این تحقیقات قابل اندازه گیری نیست، در ارتباط میان معنویت و سلامت روان نقش میانجی و تعدیل کننده داشته باشند. سوم اینکه بسیاری از تحقیقات درصدد دستیابی به نوع مقابله ایی هستند که افراد در گذشته و نسبت به رویدادهای پیشین استفاده می کردند، در حالی که رویارویی با مشکلات کنونی مورد غفلت قرار گرفته است. و نهایتاً اینکه این مطالعات سلامت روان امروز فرد را به عنوان پیامد تاثیر سبک مقابله ای می دانند در حالی که باید تاثیر متغیر مستقل را به همانصورت که سوالات گذشته نگراند، در گذشته پی جویی کرد (فابریکتر و همکاران، ۲۰۰۴).

مطالعه ای با درنظر گرفتن چهار محدودیت بالا و با استفاده از یک طرح گذشته نگر از افراد خواست که چگونگی مقابله با استرسهای عمده و جزئی زندگی شان را توصیف کنند (فابریکتر و

^۱ . Fabricatore, A

همکاران، ۲۰۰۴). فابریکیتز و همکاران با استفاده از مدل معادلات ساختاری به این نتیجه رسیدند که سبکهای مقابله ای اشتراکی و تمکین به طور متفاوتی با سلامت روان در ارتباط اند. سبک مقابله اشتراکی با پیامدهای مطلوب سلامت روان مانند افزایش سلامت روانشناختی و کاهش آشفتگی های روانی همراه بود، اما سبک مقابله تمکین با کاهش عاطفه مثبت و رضایت از زندگی هنگام رویارویی با استرسهای عمده زندگی در ارتباط بود.

مطالعه متفاوتی از تباط این سبکهای مقابله ای را با بهبودی در مقابله با بیماری شدید روانی مورد بررسی قرار داد، دیگر هدف این مطالعه دستیابی به عواملی بود که به طور تاثیرگذاری فرایند بهبود را تسهیل می کنند (یانگاربر- هیکس^۱، ۲۰۰۴). آنها علاوه بر سبکهای مقابله اشتراکی، تمکین، خودجهت بخشی، سبک مقابله چهارمی را نیز تحت عنوان «سبک التماس»^۲ توصیف کردند. مشخصه اساسی این سبک مقابله ای امتناع فرد از پذیرش وضع موجود و استدعا و دادخواهی از خداوند برای مداخله در امور به شیوه ای معجزه آسا برای رسیدن به نتایج مورد نظر خویش است. التماس کردن، چانه زدن برای وقوع یک معجزه یا شگفتی عموماً با آشفتگی بیشتر و غالباً با سبک ناسازگارانه مقابله مذهبی در ارتباط بوده است (یانگاربر- هیکس، ۲۰۰۴، رتینک^۳، ۲۰۰۴). از آزمودنی ها سئوالاتی درباره وضعیت سلامت، نگرشهای مذهبی پرسیده شد، سئوالاتی از قبیل اینکه افراد تا چه میزان تصمیمات مهم زندگی خود را برپایه ایمان مذهبی، هذیان های مذهبی، تکنیکهای حل مساله مذهبی و دید شخصی درباره بهبودی قرار می دهند. یافته ها حاکی از این است که رویکرد اشتراکی در مقابله مذهبی در مقایسه با سه سبک مقابله ای دیگر با درگیری بیشتر با فعالیت های بهبود دهنده و شفافبخش در ارتباط است، و مولفین این مقاله براین عقیده اند که این داده ها نشانگر افزایش توانمندی فرد به واسطه استفاده از این راهبرد است.

اتکای صرف به سبکهای مقابله ای خود جهت بخشی و التماس با پیامدهای ضعیف بهبودی در مقابله با بیماری و عوامل استرس در ارتباط است. یکی از این تبیین ها که در تعدیل

1. Yangarber-Hicks, N

2. Plead style

3. Rethink

ارتباط بین معنویت و سایر مسائل مرتبط با سلامت روان مطرح شده است، چگونگی تاثیر معنویت یا نگرشهای مذهبی بر اسنادهای فرد یا ادراکات مرتبط با مکان کنترل آنهاست (سیبولد^۱، هیل^۲، ۲۰۰۱).

مکان کنترل / اسنادها

یکی از راههایی که افراد دنیا را ادراک می کنند چگونگی تفسیر یا معنا بخشیدن به رویدادها و تجربه هاست. علل ارائه شده - یا اسنادها - برای وقوع رویدادها از دیرباز عامل مهم میانجی و تعدیل کننده سلامت روان بوده اند و تحقیقاتی که روابط بین سبکهای اسناد و مسائل گوناگون سلامت روان را بررسی می کنند امروزه از رشد قابل ملاحظه ای برخوردارند (آبلا^۳ و همکاران، ۲۰۰۴؛ سلیگمن^۴ و همکاران، ۱۹۷۹، ۱۹۸۴، ۲۰۰۵؛ میلر^۵ و همکاران، ۱۹۷۵؛ رپس^۶ و همکاران، ۱۹۸۲، ۱۹۸۰؛ پترسون^۷ و همکاران، ۱۹۸۱). نسبت دادن رویدادهای منفی به عوامل بیرونی و رویدادهای مثبت را به عوامل درونی اساساً «سبک خوش بینی» اسناد تلقی می کنند، که در مقایسه با سایر سبکهای اسناد با سلامت روان بالاتر در ارتباط است (سیبولد، هیل، ۲۰۰۱). به همین ترتیب، مکان کنترل درونی که به موجب آن فرد بر این اعتقاد است که توانایی کنترل و دستکاری رویدادهای زندگی خود را دارد - در مقایسه با مکان کنترل بیرونی - با سلامت روان ارتباط قوی تری دارد (پترسون و همکاران، ۱۹۸۱).

یک مرور ادبیات پژوهش نشان داده است که نگرشهای مذهبی ممکن است امکان تدوین و تفسیر مجدد رویدادهایی را که کنترل ناپذیر به نظر می رسند، برای فرد فراهم کنند، در اینصورت چنین رویکردی رویدادها را برای فرد کم استرس تر، کنترل پذیرتر و معنادارتر می نماید. به عنوان

¹ . Seybold, K. S.

² . Hill, P. C.

³ . Abela, J. R.

⁴ . Seligman, M. E.

⁵ . Miller, W. R.

⁶ . Raps, C. S.

⁷ . Peterson, C. S.

مثال، بسیاری از روایات که در آنها اعتقاد به خداوندی که قدرت لایتناهی و کنترل کننده عالم هستی است، درونی شده است، (این اعتقادات) سبب می شوند که افراد عامل حل نشدن مشکل یا نرسیدن به هدف خاصی را «خواست خداوند» تلقی کنند. این اعتقاد یا نگرش مذهبی موقعیتی را که در غیراینصورت فرد ممکن بود خود را سرزنش کرده و یا به واسطه عدم کنترل بر رویداد احساس ناتوانی کند، تغییر داده و بازسازی می کند. هم چنین، نسبت دادن رویدادهای منفی به نیروهای خارج از کنترل فرد ممکن است به سبک اسناد خوشبینانه تری بیانجامد. علاوه براین، یک مطالعه نشان داد که افراد دارای نگرشهای مذهبی بنیادی تر، احتمالاً «خوش بیتر» بودند، یعنی آنان بر این اعتقاد بودند که رویدادهای منفی «خواست خداوند» و رویدادهای مثبت پاداش یا پیامد «اطاعت از دستورات» یا «رفتار خوب» آنهاست (آسک - ماگتیک^۱، ۲۰۰۵).

همانطور که پیشتر گفته شد، این سبک اسناد ممکن است به بسیاری از افراد در درک آسیبهای مرتبط با مشکلات سلامت روان کمک کند. به این طریق، تعامل فاکتورهای معنوی، شناختی و هیجانی احتمالاً در تفسیر رویدادها به عنوان یک عامل آسیب در سلامت روانشناختی دخالت خواهند داشت.

بعضی از مواقع، بسیاری از اشکال معنویت ممکن است سبک اسنادی را ترویج دهند که باعث آسیب به سلامت روانشناختی فرد شود، به خصوص در افرادی که نسبت به ابتلا به بیماری های روانی آسیب پذیرتر اند. به عنوان مثال، گروهی از مسیحیان بنیادگرا بیماری روانی را «کار شیطان» می دانند و معتقدند که لازم یک روح خبیث آنرا از کالبد بیمار خارج کند (رتیک، ۲۰۰۴؛ کیم - گاه^۲، ۱۹۹۳).

اگرچه در بعضی از موارد فقدان فهم صحیح نهادهای مذهبی سبب سردرگمی و ابهام در ارتباط با دلایل و اسنادهای مشکلات و مسائل مرتبط با سلامت روانشناختی می شوند، با این وجود بسیاری براین اعتقادند که رویدادهای منفی پیامد «گناه» یا «حکم» خداونداند (کیم - گاه،

^۱ . Ukst-Margetic, B

^۲ . Kim-Goh, M

۱۹۹۳؛ فیفر^۱، ۱۹۹۴). این طرز تلقی باعث شکل گیری سبک اسناد درونی یا غیرقابل کنترل می شود که در اینصورت ممکن است افزایش میزان اضطراب را در اغلب افراد پرورش یافته در یک محیط مذهبی سخت گیرانه یا آنانی که برداشت شان از خداوند برپایه رویکرد گناه یا پاداش استوار است، تبیین کند (ترنهولم^۲ و همکاران، ۱۹۹۸).

حمایت اجتماعی

حمایت از افراد توسط اعضا، پیشوایان و روحانیون اجتماعات مذهبی به مثابه یکی از میانجی های کلیدی روابط میان معنویت و سلامت روان به طور گسترده ای مورد توجه بوده است (هیل، پاراگامنت، ۲۰۰۳). مانند سایر اشکال حمایت اجتماعی، حمایت معنوی و مذهبی نیز می تواند منبع ارزشمندی برای عزت نفس، اطلاعات، همیاری و کمک باشد، در اینصورت این حمایت به افراد در مقابله با استرس و رویدادهای ناخوشایند زندگی و اعمال بهترین رویه ممکن یاری می رساند (کوهن^۳، ویلز^۴، ۱۹۸۵). لونتال (۱۹۹۵) بعضی از رویدادهای خاصی را که اجتماعات مذهبی از آن طریق سیستمهای حمایتی خود را اعمال می کنند، برشمرده است. این رویه ها به شرح زیر اند:

- حمایت از افراد در مقابل انزوای اجتماعی

- بهبود و تقویت خانواده و شبکه های اجتماعی

- پرورش افرادی با حس تعلق و عزت نفس و

- ارائه حمایتهای معنوی به هنگام ناملايمات و پریشانهالی

علاوه بر این مزایا، حمایتهای معنوی و مذهبی ممکن است با سایر شبکه های اجتماعی و فرهنگی، حمایتهای بسیار ارزشمندتری فراهم نمایند (هیل، پاراگامنت، ۲۰۰۳). هیل بر این اعتقاد

1. Pfeifer, S

2. Trenholm, P

3. Cohen, S

4. Wills, T.A

است که اعضای سایر شبکه های اجتماعی ممکن است موقتی و ناپایا باشند اما حمایتی که شبکه های مذهبی یا معنوی به عمل می آورند ممکن است فرد را تولد تا مرگ مشایعت کند. افرادی که به شبکه های اجتماعی و فرهنگی تعلق دارند ممکن است در گذر زمان تغییر کنند، اما آنهایی که متعلق به اجتماعات اعتقادی اند:

«می توانند روی حمایت گروهی از افراد همفکر که دارای یک سری ارزشهای مشترک و دیدگاه یکسان درباره جهان هستند، حتی در شرایط بسیار سخت و طاقت فرسا مانند ابتلا به یک بیماری صعب العلاج، پیری یا مرگ و... حساب کنند»

این داده با یافته های کیفی گزارش شده از پروژه معنویت سامرست^۱ کاملاً هماهنگ است. بسیاری از مصاحبه های انجام شده در این طرح پژوهشی نمایانگر مساعدت و حمایت از افراد توسط چنین اجتماعات مذهبی است (نیکولاس و نیکولاس، ۲۰۰۲). در زیر به قسمتهایی از مصاحبه های کوتاه (به نقل از پروژه سامرست) که نشاندهنده نقش حمایتی چنین نهادهایی است، اشاره شده است:

«از زمانی که اعمال و مناسک مذهبی را انجام می دهم احساس خیلی خوبی دارم، در کلیسا دوستان زیادی دارم که از من حمایت می کنند و برایم نگران هستند اگرچه آنها هیچ وقت مرا ندیده اند و گفته هایم را نشنیده اند اما تصور می کنم در مقایسه با سایرین مشکلات زیادی ندارم... واقعاً نمی دانم بدون حمایت آنها چکار کنم»

«کلیسا مانند یک خانواده است... آنجا محلی برای دیدن دوستان قدیمی است... آنجا همه به طور دوستانه ای هنگام دست دادن، دستم را فشار می دهند... مکانی است که افراد کمابش از حال همدیگر جويا می شوند... اعضای کلیسا واقعاً یک خانواده بزرگ اند.»

اگرچه نهادهای معنوی و مذهبی به مثابه منبعی از سرمایه اجتماعی حمایتیایی اعمال می کنند، اما محتوا و نگرشهای مذهبی مانند آگاهی مومنین از گردهم جمع شدن یا اعتقاد به اینکه

^۱ . Somerset Spirituality Project

خداوند از طریق دیگران مساعدتهای خود را نازل می کند، ممکن است اثرات حمایتیهای اجتماعی را هرچه بیشتر تقویت نماید (هیل، پاراگامت، ۲۰۰۳).

دیگر منبع تاثیرگذار و حمایتی برای افرادی که درگیر فعالیتهای معنوی یا مذهبی هستند، رهبر، رهبران یا روحانیون نهادها و اجتماعات مذهبی هستند. یک مطالعه مروری که به بررسی ارتباط معنویت و بهبود فرد در مقابله با استرس پس از ضربه پرداخته است، نشان می دهد که در ایالات متحده رهبران نهادهای مذهبی برای بسیاری از مردم «فعالان خط مقدم سلامت روان» هستند (ویور^۱ و همکاران، ۲۰۰۳). تحقیقات در انگلستان نیز در این زمینه نتایج مشابهی به دست داده است، این تحقیقات نشان داده اند که رهبران روحانی می توانند برای افرادی که از خدمات سلامت روان استفاده می کنند حمایتیهای زیادی فراهم آورند، اما باید همواره در نظر داشت که متخصصین مسایل مذهبی لازم است در زمینه مسایل مرتبط با سلامت روان، بهداشت روانی و مشکلات مربوط به سلامت روان آموزشهای کافی را ببینند (فوسکت و همکاران، ۲۰۰۴). برای بسیاری از مردم، رهبران روحانی نقش بسیار مهمی در کمک به افراد برای درک حس حمایت، بازی می کنند.

رهبران روحانی تمایل خود را برای پذیرش نقش حائز اهمیت خویش در بهبود و گسترش بهداشت روان در انگلستان، در جنبشها و اقداماتی نشان داده اند. به عنوان مثال، شورای مرکزی کلیسای انگلستان^۲ (تدی من^۳، سیمور^۴، ۲۰۰۴) موضوع بهداشت روان را در جلساتی مورد بحث و مذاکره قرار داده و در نامه ای به دولت خواستار انجام اصلاحات در سیستم بهداشت روان شدند. در جنبش ارباب کلیسا در دو بند به طور اخص به نقش رهبران روحانی در توجه به بهداشت روان در هر ناحیه کلیسایی اشاره شده است، این دو بند شامل موارد زیراند:

- از کشیشان و سرکشیشان خواسته شد مراقبتها و حمایتیهای خود را از بیماران روانی گسترش دهند، و از تصمیمات اتخاذ شده جهت بهبود و توسعه بهداشت روانی استقبال کنند:

^۱ . Weaver, A. J

^۲ . Church of England General Synod

^۳ . Tidyman, M

^۴ . Seymour, L

رهبران روحانی می‌توانند از منابع آموزشی به مثابه ابزاری برای تجهیز و آماده کردن خویش جهت انجام این مهم استفاده کنند.

- توصیه به مسوولان سیستم بهداشت روان در مورد گسترش و توسعه رفاه و سلامت روانی و نیز توجه بیشتر به مراجعین و فراهم‌کنندگان خدمات بهداشتی به همین ترتیب، انجمن یهودی برای بیماریهای روانی^۱ (JAMI, ۲۰۰۶) یک انجمن مذهبی است که توسط رهبران مذهبی به منظور حمایت از مراجعین و بیماران مبتلا به بیماری‌های شدید و مزمن روانی و نیز حمایت از شغل، خانواده و خویشاوندان آنان تاسیس شده است. این انجمن مسوولیت اداره و مدیریت یک مرکز سرپایی، یک برنامه امداد رسانی بیمارستانی و گستره وسیعی از فعالیتهای اجتماعی و فرهنگی را برعهده دارد.

به نقش حمایت اجتماعی در گسترش و حفظ بهداشت و سلامت روان در ادبیات پژوهش به طور قابل ملاحظه‌ای پرداخته شده است (آلمدوم^۲، ۲۰۰۵؛ بیبر^۳، کاتزو^۴، ۲۰۰۵؛ فوگ^۵ و همکاران، ۲۰۰۴؛ هیت^۶، درمونت^۷، ۲۰۰۴؛ شیلد^۸، ۲۰۰۴). مکانیزمی که به واسطه آن معنویت ممکن است به سلامت روان افراد تاثیر بگذارد، فراهم کردن حمایت‌های معنوی، جسمانی، و هیجانی پیگیر و منظم به خصوص در هنگام استرس و سوگ است.

تأثیرات فیزیولوژیکی

بسیاری از تحقیقات نشان داده‌اند که حالات و عناصر خاص معنویت ممکن است اثرات مثبتی بر مکانیزم‌های گوناگون فیزیولوژیکی درگیر در سلامت داشته باشند (سیبولد، ۲۰۰۱؛ لارسن

^۱ . Jewish Association for Mentally Ill

^۲ . Almedom, A. M

^۳ . Beeber, L. S

^۴ . Canuso, R

^۵ . Fudge, E

^۶ . Highet, N

^۷ . Drummond, P

^۸ . Shields, M

و لارسن، ۱۹۹۸). هیجانانی مانند امیدواری، قناعت، عشق ورزیدن و گذشت که در عرف مذهب ترویج می شوند، به واسطه تاثیر بر مسیرهای نورونی مربوط به سیستم درونریز و سیستم ایمنی ممکن است اثر خود را در بهبود سلامت، اعمال کنند (سیبولد، ۲۰۰۱). هیجانان منفی مانند خشم و ترس که در بسیاری از مذاهب به طور جدی منع می شوند، عامل ترشح نوروترانسمیتر نوراپی نفرین و هورمون درونریز کورتیزول اند. ترشح مداوم این هورمون باعث بازداری سیستم ایمنی، افزایش ریسک ابتلا به عفونت، افزایش فشار خون و افزایش ریسک سکته یا بیماری های قلبی عروقی می شود.

مدیتیشن و عبادت آرام ممکن است سطوح نوراپی نفرین و کورتیزول را کاهش داده و از این طریق میزان استرس و مشکلات سلامت روانی مرتبط با آن را به طور قابل توجهی پایین بیاورد. پژوهش براون^۱ و همکاران (۲۰۰۵) ضمن حمایت از این یافته بر ارتباط بین تمرین یوگا و کاهش میزان استرس، اضطراب، اختلال استرس پس از ضربه، افسردگی و بیماری پزشکی مرتبط با استرس تاکید دارد. هم چنین، این پژوهش نشان داد که ۳۰ دقیقه تمرین روزانه یوگا خلق، توجه، تمرکز ذهنی، تحمل استرس و سلامت روانشناختی را در این افراد افزایش می دهد. (براون و همکاران، ۲۰۰۵). این پژوهش یک مدل فیزیولوژیکی پیشنهاد می کند که براساس این مدل استفاده از یک سری تکنیکهای تنفسی که می تواند ناهماهنگی های ضربان قلب را کاهش دهد با بهبود پیامدهای سلامت روان در ارتباط است (سروان - شریبر^۲، ۲۰۰۵).

معماری و محیط بنای مذهبی

آخرین مکانیزمی که می تواند تعدیل کننده رابطه معنویت و سلامت روان باشد، محیط است. اگرچه بسیاری از مردم تظاهرات معنویت را در گذر در طبیعت، کوهپیمایی (الیوت^۳، ۲۰۰۳) و... می بینند، اما بسیاری نیز آرامش و تسکین را در اماکن روحانی و مذهبی مانند کلیسا، مساجد و

^۱. Brown, R. P

^۲. Servan-Schreiber, D

^۳. Elliot, N

معابد می یابند. این مفهوم که معماری بنای مذهبی می تواند اثر معنوی داشته باشد نیز در زیان گویای اماکن مذهبی بازتاب یافته است. در بسیاری از مساجد، معابد و کلیساها یک «خلوتگاه درونی» وجود دارد که به طور سنتی سنبل یک اتاق بسته است که فقط برای روحانیون و افرادی که صلاحیت مذهبی دارند دخول به آن جایز است. در حقیقت، بسیاری از معابد، مساجد و کلیساها و اماکن مذهبی در سراسر طرحهایشان آکنده از نمادگرایی اند. هانی تاکید می کند که «دیوارها و ستونهای کلیساهای قدیمی نمایانگر آسمان و زمین ... و کلیسای جامع یک دایره المعارف بصری از خلقت است».

هم چنین، اندازه ساختمان نیز می توان فوق العاده تاثیرگذار باشد. اماکن و ساختمانهای بزرگ مذهبی در بسیاری از افراد حس بزرگی و عظمت آنها را القا می کند که به طور معماگونه ای در افراد حس بزرگی، یکپارچگی و پیوستگی ایجاد می کند. این احساس یکپارچگی و پیوستگی در طول اعصار از طریق طبیعت، هنر و موسیقی نشان داده شده است، همه این عوامل می توانند ابزارهای معنوی مهمی برای بسیاری از افراد باشند.

این احساس یکپارچگی - با خود، با دیگران و با خداوند - ممکن است فاکتور مهمی باشد که شالوده و بنیان بسیاری از تظاهرات معنوی است. اگرچه فقط یک یا دو مقاله چاپ شده درباره اثر درمانی معماری مذهبی در دست است (میس^۱، ۱۹۹۱؛ CCO، ۲۰۰۶) اما، تحقیقات بیشتری برای دستیابی به این موضوع که چگونه محیط و اماکن مذهبی می توانند به طور موثرتری برای بهبود سلامت روان مورد استفاده قرار گیرند، لازم می نماید.

به طور خلاصه، باید خاطر نشان کرد که اثرات معنویت بر سلامت روان احتمالاً نتیجه مجموعه ای از فاکتورهای در هم تنیده و تعاملی است، به بسیاری از این فاکتورها در ادبیات پژوهش پرداخته شده است، و سایر فاکتورها نیز نیاز به بررسی بیشتری دارند. مکانیزم های ظرفیتی که معنویت اثرات خود را از طریق آنها اعمال می کند، مانند سبک متفاوت مقابله، پذیرش مکان کنترل مثبت، بهره مندی از یک شبکه حمایتی در مواقع استرس یا پاسخهای فیزیولوژیکی به

^۱. Meis, J

فعالیت‌های مذهبی - ممکن است با تعدادی از فاکتورهای فردی مانند وضعیت قبلی سلامت روان فرد، سن، جنسیت و زمینه فرهنگی وی به خوبی در تعامل باشد. افرادی که به مبحث سلامت روان علاقه منداند، به خصوص آنهایی که از موسسات و نهادهای مذهبی هستند باید با متغیرهای تعدیل کننده بالقوه در ارتباط معنویت و سلامت روان آشنا شوند. با دستیابی و کسب اطلاعات در این زمینه، افراد می توانند به فهم و دسترسی به یک رویکرد موثرتر در بهبود سلامت روان خود و سایرین نزدیک شوند.

References

- Abela, J. R., Brozina, K., Seligman, M.E. (2004). A test of integration of the activation hypothesis and the diathesis-stress component of the hopelessness theory of depression: *Br. J. Clin. Psychol.*, v. 43, no. Pt 2, p. 111-128
- Ai, A., Peterson, L.C., Bolling, S.F., Koenig, E. (2002). Private prayer and optimism in middle-aged and older patients awaiting cardiac surgery: *Gerontologist*, v. 42, no. 1, p. 70-81.
- Ai, A. L., Park, C.L. (2005). Possibilities of the positive following violence and trauma: informing the coming decade of research: *J. Interpers. Violence*, v. 20, no. 2, p. 242-250.
- Almedom, A. M. (2005). Social capital and mental health: an interdisciplinary review of primary evidence: *Soc. Sci. Med.*, v. 61, no. 5, p. 943-964.
- Baetz, M., Griffin, R., Bowen, R., Koenig, H.G., Marcoux, E. (2004). The association between spiritual and religious involvement and depressive symptoms in a Canadian population: *J. Nerv. Ment. Dis.*, v. 192, no. 12, p. 818-822.
- Barker, P. J., Buchanan-Barker, P. (2005). *Barker, P. J., and P. Buchanan-Barker Spirituality and Mental Health Breakthrough*: London
- Beeber, L. S., Canuso, R. (2005). Strengthening social support for the low-income mother: five critical questions and a guide for intervention: *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.*, v. 34, no. 6, p. 769-776.
- Brown, R. P., Gerbarg, P.L. (2005). Sudarshan Kriya yogic breathing in the treatment of stress, anxiety, and depression: part I—neurophysiologic model: *J. Altern. Complement Med*
- Brown, R. P., Gerbarg, P.L. (2005). Sudarshan Kriya Yogic breathing in the treatment of stress, anxiety, and depression. Part II—clinical applications and guidelines: *J. Altern. Complement Med.*, v. 11, no. 4, p. 711-717.
- Catholic Culture Organisation. (2006). Ten theses on a church door: http://www.catholicculture.org/docs/doc_viewcfm?recnum=121, Accessed March 25, 2006.
- Cohen, S., Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis: *Psychol. Bull.*, v. 98, no. 2, p. 310-357.
- Elliot, N. (2003). *The spirituality of snowboarding: A research project*. Working Paper No 8, Faculty of Law and Social Sciences, UCE Birmingham.
- Fabricatore, A. N., Handal, P.J., Rubio, D.M., Gilner, F.H. (2004). Stress, Religion, and Mental Health: Religious Coping in Mediating and Moderating Roles: *International Journal for the Psychology of Religion*, v. 14, no. 2, p. 91-108.
- Fehring, R. J., Miller, F.F., Shaw, C. (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer: *Oncol. Nurs. Forum*, v. 24, no. 4, p. 663-671.
- Foskett, J., Roberts, E., Mathews, R., Macmin, L., Cracknell, P., Nicholls, V. (2004). From research to practice: The first tentative steps: *Mental Health, Religion & Culture*, v. 7, no. 1, p. 41-58.
- Foskett, J., Marriott, J., Wilson-Rudd, F. (2004). Mental health, religion and spirituality: Attitudes, experience and expertise among mental health professionals and religious leaders in Somerset: *Mental Health, Religion & Culture*, v. 7, no. 1, p. 5-22.

- Fudge, E., Falkov, A., Kowalenko, N., Robinson, P. (2004). Parenting is a mental health issue: *Australas. Psychiatry*, v. 12, no. 2, p. 166-171.
- Hight, N., Drummond, P. (2004). A comparative evaluation of community treatments for post-partum depression: implications for treatment and management practices: *Aust. N.Z. J. Psychiatry*, v. 38, no. 4, p. 212-218.
- Hill, P. C., Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research: *Am. Psychol.*, v. 58, no. 1, p. 64-74.
- Kim-Goh, M. (1993). Conceptualization of mental illness among Korean-American clergymen and implications for mental health service delivery: *Community Ment. Health J.*, v. 29, no. 5, p. 405-412.
- Loewenthal, K. M. (1995). *Loewenthal, K. M. Mental Health and Religion*: London, Chapman & Hall
- McSherry, W., Cash, K., Ross, L. (2004). Meaning of spirituality: implications for nursing practice: *J. Clin. Nurs.*, v. 13, no. 8, p. 934-941.
- Hassed, C. S. (2000). Depression: dispirited or spiritually deprived?: *Med. J. Aust.*, v. 173, no. 10, p. 545-547.
- Humphreys, J. (2000). Spirituality and distress in sheltered battered women: *J. Nurs. Scholarsh.*, v. 32, no. 3, p. 273-278.
- JAMI. (2006). Jewish Association for the Mentally Ill. <http://www.jamiuk.org/index.cfm>, Accessed March 24, 2006
- King, U. (1998). Spirituality, in JR Hinnels ed., *The new penguin handbook of living religions*: London, Penguin Books, p. 667-681.
- Larson, D. B., Larson, S.S. (1998). Spirituality's potential relevance to physical and emotional health: a brief review of quantitative research: *Journal of Psychology & Theology*, v. 31, no. 1, p. 37
- McSherry, W. (2000). Education issues surrounding the teaching of spirituality: *Nurs. Stand.*, v. 14, no. 42, p. 40-43.
- Meis, J. A. (1991). A haven for the spirit. A well-designed chapel can improve nursing home residents' spiritual and psychological health: *Health Prog.*, v. 72, no. 5, p. 56-59
- Miller, W. R., Seligman, M.E., Kurlander, H.M. (1975). Learned helplessness, depression, and anxiety: *J. Nerv. Ment. Dis.*, v. 161, no. 5, p. 347-357.
- Nicholls, V., Nicholls, V. (2002). *Taken Seriously: The Somerset Spirituality Project*: London, Mental Health Foundation.
- Oldnall, A. (1996). A critical analysis of nursing: meeting the spiritual needs of patients: *J. Adv. Nurs.*, v. 23, no. 1, p. 138-144.
- O'Reilly, M. L. (2004). Spirituality and mental health clients: *J. Psychosoc. Nurs. Men Health Serv.*, v. 42, no. 7, p. 44-53.
- Pargament, K. I., Koenig, H.G., Perez, L.M. (2000). The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE: *J. Clin. Psychol.*, v. 56, no. 4, p. 519-543
- Pargament, K. I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N., Hahn, J. (2001). Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study: *Arch. Intern. Med.*, v. 161, no. 15, p. 1881-1885.
- Pargament, K. I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N., Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study: *J. Health Psychol.*, v. 9, no. 6, p. 713-730.
- Pfeifer, S. (1994). Belief in demons and exorcism in psychiatric patients in Switzerland: *Br. J. Med. Psychol.*, v. 67. (Pt 3), p. 247-258.
- Pollner, M. (1989). Divine relations, social relations, and well-being: *Journal of Health and Social Behaviour*, v. 30, p. 92-104.
- Peterson, C., S. M. Schwartz, and M. E. Seligman, 1981, Self-blame and depressive symptoms: *J. Pers. Soc. Psychol.*, v. 41, no. 2, p. 253-259.
- Powell, A.P. (2002). *Mental Health and Spirituality*. Revision of paper given to the College of Psychic Studies. 27-9
- Raps, C. S., Reinhard, K.E., Seligman, M.E. (1980). Reversal of cognitive and affective deficits associated with depression and learned helplessness by mood elevation in patients: *J. Abnorm. Psychol.*, v. 89, no. 3, p. 342-349.
- Raps, C. S., Peterson, C., Reinhard, K.E., Abramson, L.Y., Seligman, M.E. (1982). Attributional style among depressed patients: *J. Abnorm. Psychol.*, v. 91, no. 2, p. 102-108.
- Rethink. (2004). Spirituality and Mental Illness www.rethink.org/information/living/spirituality.html, Accessed March 3, 2006.
- Seligman, M. E., Abramson, L. Y., Semmel, A., von, B.C. (1979). Depressive attributional style: *J. Abnorm. Psychol.*, v.

88, no. 3, p. 242- 247

Seligman, M. E., Peterson, C., Kaslow, N.J., Tanenbaum, R.L., Alloy, L.B., Abramson, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children: *J. Abnorm. Psychol.*, v. 93, no. 2, p. 235-238.

Seligman, M. E., Steen, T.A., Park, N., Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions: *Am. Psychol.*, v. 60, no. 5, p. 410-421.

Servan-Schreiber, D. (2005). *Servan-Schreiber, D. Healing without Freud or Prozac: Natural Approaches to curing Stress, Anxiety and Depression*: London, Rodale International Ltd

Sethi, S., Seligman, M.E. (1993). Optimism and fundamentalism: *Psychological Science*, v. 4, p. 256-300

Shields, M. (2004). Stress, health and the benefit of social support: *Health Rep.*, v. 15, no. 1, p. 9-38

Swinton, J., Swinton, J. (2001). *Spirituality and Mental Health Care: Rediscovering a forgotten dimension*: London, Jessica Kingsley Publishers.

Swinton, J., Pattison, S. (2001). Spirituality. Come all ye faithful: *Health Serv. J.*, v. 111, no. 5786, p. 24-25

Seybold, K. S., Hill, P.C. (2001). The Role of Religion and Spirituality in Mental and Physical Health: *Current Directions in Psychological Science*, v. 10, no. 1, p. 21-24.

Tidyman, M., Seymour, L. (2004). Promoting Mental Health: A Resource for Spiritual and Pastoral Care. <http://www.cofe.anglican.org/info/socialpublic/homeaffairs/mentalhealth/parishresource.pdf>, Accessed March 24, 2006.

Trenholm, P., Trent, J., Compton, W.C. (1998). Negative religious conflict as a predictor of panic disorder: *J. Clin. Psychol.*, v. 54, no. 1, p. 59-65.

ukst-Margetic, B., Margetic, B. (2005). Religiosity and health outcomes: review of literature: *Coll. Antropol.*, v. 29, no. 1, p. 365-371.

Weaver, A. J., Flannelly, L.T., Garbarino, J., Figley, C.R., Flannelly, K.J. (2003). A systematic review of research on religion and spirituality in the *Journal of Traumatic Stress : 1990-1999: Mental Health, Religion & Culture*, v. 6, no. 3, p. 215-228

West, M. (2005). *Queer Spirituality*: <http://www.mcccchurch.org>

Yangarber-Hicks, N. (2004). Religious coping styles and recovery from serious mental illnesses: *Journal of Psychology & Theology*, v. 32, no. 4, p. 305-317.