

تلفیق دین و روان‌شناسی در درمان؛ مسائل و توصیه‌ها*

چکیده: این نوشتار به بررسی رابطه دین و روان‌شناسی، و مشکلات تلفیق دین و روان‌شناسی در روان‌درمانی می‌پردازد و توصیه‌هایی برای حل مشکل ارائه می‌کند. در این جستار، دو چارچوب مذهبی ارائه شده است که روان‌شناسان جهت کاهش تعارضات، و بهسازی درمان با توجه به موضوعات دینی، می‌توانند از آنها بهره بگیرند.

کلیدواژه‌ها: رابطه دین و روان‌شناسی، روان‌درمانی، مشکلات تلفیق دین و روان‌شناسی، کاهش تعارضات.

* پیدا است که این اثر، در فضا و فرهنگ دین مسیحیت نگارش یافته است.

فرهنگ آمریکا به طور کلی، گرایش فزاینده‌ای به دین از خود نشان داده است. ورتینگتون برای نشان دادن این گرایش فزاینده، به تفسیر چند عامل پرداخته است که عبارت‌اند از: افزایش ارتباط با دین‌های شرقی، تلفیق فزاینده دین و سیاست، و موضوعات اخلاقی و دینی مورد بحث در جامعه (Worthington, 1989). برجین نیز گرایش فزاینده به دین در درون قلمرو روان‌شناسی را مورد تأیید قرار داده است. وی همچنین ادغام چشم‌اندازهای دینی در روان‌شناسی را به منزله انقلابی توصیف نموده است که راه‌های جدیدی در نگرش ما نسبت به رفتار انسان و تغییرات آن می‌گشاید (Bergin, 1989). ورتینگتون پنج دلیل برای (ضرورت) توجه روان‌شناسان مشاوره به دینداری بیان کرده است: درصد بالایی از آمریکایی‌ها خود را مذهبی می‌دانند، بحران‌های عاطفی غالباً به طریقی به دین مربوط می‌شوند، مراجعان مردد هستند که از دین سخن بگویند، درمانگران به اندازه مراجعانشان مذهبی نیستند، و درمانگران ممکن است به اندازه مراجعانشان در مورد دین اطلاعات نداشته باشند (Worthington, 1989).

تلفیق دین و روان‌شناسی برای ما متخصصان بالینی، در سطح عملی و نظری اهمیت دارد. در سطح عملی، مراجعان ما اغلب به معنای زندگی و فعالیت‌هایشان علاقه‌مند هستند و از نظر برخی از مراجعان، معنای زندگی و اعمالشان در چارچوب دینی قرار دارد. از لحاظ نظری، هم روان‌شناسی و هم دین با زندگی افراد سر و کار دارند و هر دو بر این باورند که می‌توانند تأثیر شفا بخشی در زندگی مردم داشته باشند. دانکن گزارش کرده است که منابع دینی می‌توانند در بحران‌ها به مراجعان نیرویی ببخشند که آنان نمی‌توانند از راه دیگری به دست آورند. دانکن همچنین بیان می‌کند که منابع مذهبی ممکن است آنها را در تحقق بخشیدن به هدفشان در زندگی یاری کند (Duncan, 1981). از آنجا که قلمرو درمان هم با دین و هم با روان‌شناسی رابطه دارد، و این هر دو حوزه ابزارهایی را ارائه می‌کنند که درمانگر می‌تواند مورد استفاده قرار دهد، تحقیق در مورد تلفیق این دو حوزه در درمان اهمیت پیدا می‌کند. برجین اظهار می‌دارد که مشاوران برای اینکه تا آنجا که می‌توانند تأثیرگذار باشند، باید به سیستم اعتقاد مذهبی مراجع توجه داشته باشند (Bergin, 1980). هندلین گزارش کرده است که بسیاری از روحانیان آموزش کافی یا توانایی صرف نظر کردن از دیدگاه‌های مذهبی خود را هنگام مشاوره با

مراجعان ندارند (Hendlin, 1989). ورتینگتون به تفصیل به موضوعات مذهبی مراجعان در طول دوره زندگی پرداخته است (Worthington, 1989). اظهارات این مؤلفان به بررسی بیشتر در مورد تلفیق دین و روان‌شناسی در روان‌درمانی کمک می‌کند.

تاریخچه ارتباط

هرچند «روان‌شناسی‌های مسیحی» پیش از روان‌درمانی وجود داشته‌اند (VandeKemp, 1985) اما روان‌شناسی برای تثبیت خود به عنوان یک علم تجربی به جای نظامی عقلانی همچون فلسفه، از بُعد معنویت چشم‌پوشی نمود (Shafransky & Gorsuch, 1984). جداسدن این دو حوزه، مجال برای تعارض و تضاد بعدی میان آنها به وجود آورد. تا قرن بیستم تعارض اندکی میان متخصصان دین و سلامت روانی وجود داشت. چند نمونه از تعارض‌هایی که بین مکاتب مختلف روان‌شناسی و دین شکل گرفت، در پی می‌آید: فروید در سال ۱۹۱۰ آشکارا اعلام کرد که رفتارهای دینی و روان‌رنجورانه در بسیاری از عوامل مشترک هستند (Spilka, Hood, & Gorsuch, 1984). زدن چنین برچسب موهنی به رفتارهای دینی، تضاد بین روان‌شناسی و دین را افزایش داد. در دهه ۱۹۳۰ که رفتارگرایی به نظریه رایج در روان‌شناسی تبدیل شد، رهبران مذهبی قادر نبودند باورهای رفتارگرایانه را با باورهای مذهبی وفق دهند؛ چون رفتارگرایی برای دنیای درونی افراد (یعنی ارزش‌های آنان) اهمیتی قائل نبود (Sperry, 1988). این مثال‌ها جدایی و تضادی را که بین این دو حوزه واقع شد، نشان می‌دهد. روان‌شناسی شبانی^۱ (کشیشی) که در سال ۱۹۳۰ پدیدار شد، و روان‌شناسی دینی که در سال‌های ۱۹۰۰ تا ۱۹۲۰ شکل گرفت (VandeKemp, 1985)، تلاش کردند بینش‌های مذهبی را در روان‌شناسی منظور کنند؛ اما دین و روان‌شناسی تا اواخر دهه ۱۹۶۰ که تلاش‌هایی در جهت تلفیق آنها صورت گرفت، روابط دوستانه‌ای با یکدیگر نداشتند (Sperry, 1988). کلمنت و وارن نشانه‌هایی از تلفیق را در دهه ۱۹۶۰ خاطر نشان کرده‌اند؛ (الف) در این دوره، روان‌شناسان، تحقیق در مورد دین را آغاز نمودند، و (ب) در مدرسه الهیات فولر^۲ در سال

1. Pastoral

2. Fuller Theological Seminary.

(به نام توماس فولر روحانی مسیحی و نویسنده کتاب تاریخ کلیسای انگلستان).



۱۹۶۴ یک دانشکده روان‌شناسی تأسیس گردید (Clement and Warren, 1973). طرفداران روان‌شناسی و دین، تصورات کلیشه‌ای منفی از یکدیگر داشتند. روان‌شناسان، رهبران روحانی را افرادی خرافی می‌دانستند و رهبران روحانی، روان‌شناسان را کاهش‌دهندگان می‌کنند و وجود خداوند را بی‌اهمیت جلوه دهند (Leger, 1984). اسپری نشان داده است که روان‌شناسی در پانزده سال گذشته، دیدگاه‌هایش را نسبت به انسان‌ها توسعه داده است تا جنبه‌های شناختی وجود انسان را نیز در بر بگیرد. این تغییر جهت، احتمال تلفیق جنبه‌های جسمانی و روحانی، و عینی و ذهنی را افزایش داده است (Sperry, 1988). این تغییر، امکان تلفیق روان‌شناسی و دین را تا حد زیادی بالا می‌برد، چرا که هم دین و هم روان‌شناسی، دنیای درونی فرد را به رسمیت می‌شناسند.

مشکلات تلفیق

۱. تلفیق مفهومی

کلمنت و وارن پنج مشکل را در تلفیق روان‌شناسی و دین مورد توجه قرار داده‌اند. مشکل محوری در این مورد، فقدان گفت‌وگویی هدف‌دار میان این دو حوزه است. گفت‌وگوهایی که به جنبه‌های شفاف‌بخش هر حوزه برای افراد بپردازد، رخ نداده است. پنج مشکل خاصی که کلمنت و وارن در مورد تلفیق روان‌شناسی و دین خاطر نشان کرده‌اند، از این قرار است: نخست اینکه روان‌شناسی و دین، زبان‌های متفاوتی برای توصیف معضلات انسانی به کار می‌گیرند، مثلاً ممکن است دین به یک اختلال، برچسب گناه بزند؛ در حالی که روان‌شناسی اصطلاحات تشخیصی را به منظور پی بردن به اختلال به کار می‌گیرد. در داخل هر یک از این دو حوزه نیز زبان‌های متفاوتی وجود دارد؛ به عنوان مثال، تعاریف متعددی از دین، معنویت و سلامت روانی وجود دارد. این تعاریف گوناگون، مشکلات ارتباطی بین این حوزه‌ها به وجود می‌آورد. دوم اینکه هر یک از این دو حوزه معمولاً یا دیگری را کم‌ارزش تلقی می‌کند، یا نگران ارزش خود در مقایسه با دیگری است. مشکل سوم آن است که برخی الهیون به حقایق غایی تمسک می‌کنند و این معمولاً روان‌شناسان را دلزده می‌کند. چهارمین مشکل این است که در هر دو قلمرو افراد زیادی که به امر تلفیق علاقه‌مند باشند، وجود ندارد. بالاخره مشکل پنجم آن است که افراد علاقه‌مند به

تلفیق، دانش کافی نسبت به هر دو قلمرو، ندارند (Clement and Warren, 1973).

کاکنباس، پریوت، و کلنتز پس از کلمنت و وارن، برای نشان دادن جدایی روبه‌رشد میان دین و روان‌درمانی، چهار دیدگاه متضاد رایج را به صورت خلاصه مطرح می‌کنند، و در طرح هر یک از آنها، فردی را به عنوان نماینده آن دیدگاه معرفی می‌نمایند. دیدگاه اول، دیدگاه ارتدوکسی است. موضعی که این دیدگاه اتخاذ می‌کند، نوعاً مثبتی بر مذاهب سنتی همچون مسیحیت کاتولیک رومی است. در دیدگاه ارتدوکسی که نماینده آن مورر^۳ است، اختلالات روانی، حالات مجرمانه‌ای هستند که از گناه ناشی می‌شوند. در این دیدگاه، کلیسا به ارائه مشاوره به مردمی که با آن ارتباط دارند، ترغیب می‌شود. دیدگاه دوم، که الیس^۴ نماد آن است، دیدگاه الحادی نامیده می‌شود. مطابق این دیدگاه، افرادی که مرتکب اشتباه می‌شوند، نباید به خاطر اشتباهاتشان احساس گناه کنند و لازم نیست در زندگی شان وجود خدا را مفروض بگیرند. سومین دیدگاه دیدگاه، بی‌طرف است، که در آن، درمانگران وارد مباحث مذهبی نمی‌شوند. در این دیدگاه که راجرز^۵ آن را شکل داد (۱۹۵۱، ۱۹۸۰) درمانگران، به طرفداری از یک دیدگاه مذهبی نمی‌پردازند. در دیدگاه چهارم، یعنی دیدگاه میان‌رو، آن گونه که توسط اودن (Oden, 1966) بیان شده است، درمانگران می‌توانند جهت‌گیری مذهبی داشته باشند، اما نباید آن را بر مراجعان تحمیل نمایند. وجود این چهار دیدگاه متداول، دشواری تلفیق روان‌شناسی و دین را نشان می‌دهد (Quackenbos, Privette, and Klents, 1986). هر یک از این چهار دیدگاه به شیوه‌ای متفاوت، جدایی دین و درمان را تصدیق و تا اندازه‌ای تقویت می‌نماید.

۲. تلفیق درمانی

چند مسئله در مورد تلفیق روان‌شناسی و دین در درمان وجود دارد. در حیطه تشخیص، نظرات متعارضی در این مورد که آیا مشکل، بیشتر دینی است یا روان‌شناختی، وجود دارد. در چهار دیدگاهی که توسط کاکنباس و همکاران (Quackenbos et al., 1986)، مطرح شده است، دیدگاه ارتدوکسی بیان می‌دارد که مشکلات روانی با گناه مرتبط اند؛

3. Mowrer.

4. Ellis, Albert.

5. Rogers, Carl (1902-1987).

درحالی که دیدگاه الحادی مشکلات را کاملاً روان‌شناختی می‌بیند. به نظر می‌رسد این چهار دیدگاه بر روی یک پیوستار ارزیابی قرار گرفته‌اند که به ترتیب ذیل از معنوی تا روان‌شناختی متغیرند: ارتدوکسی، میانه‌رو، بی‌طرف، و الحادی. برخی از متخصصان بالینی در درمان مشکلات مراجعان، این پیوستار را با شیوهٔ دوبخش کردن، به کار می‌گیرند. مثلاً، شیدلر بیان می‌کند که کشیش باید به معنای زندگی پردازد و درمانگر باید با موضوعات دنیوی سر و کار داشته باشد. شیدلر توصیه نموده است که درمانگران محدودیت‌های شخصی‌شان را بشناسند و از منابع اجتماعی^۶ برای جبران کمبودهای تخصص‌شان کمک بگیرند (Shiedler, 1983). کاکس عقیدهٔ متفاوتی را اظهار داشته است: اینکه مشکل شخص، بیماری یا گناه نامیده شود، اگر بتوان او را برای غلبه بر تبعات زمین‌گیر کنندهٔ مشکلش یاری نمود در دراز مدت اهمیت چندانی ندارد. (Cox, 1973، ص ۱۰) در دیدگاه کاکس، نکتهٔ اصلی در تشخیص، درک این مطلب است که مشکل در ساختار وجود فرد است، نه در شناسایی علت مشکل.

شافرانسی و گورساک در مورد حرفهٔ درمان، خاطر نشان کرده‌اند که در آمریکا، اکثر افراد، دین را امر مهمی در زندگی خود می‌دانند، اما به نظر می‌رسد روان‌شناسان کمتر از اکثر مردم، مذهبی هستند (Shafransky and Gorsuch, 1984). کاکنباس، پریوت، و کلنتز در نمونهٔ ۸۶ نفری که از افراد عادی داشتند، دریافتند که بیشتر این مراجعان خواستار گنجاندن دین در فرایند درمانشان هستند (Quackenbos, Privette, and Klentz, 1985). گرایش کمتر روان‌شناسان به دینداری ممکن است نگرشی سوگیرانه نسبت به افراد مذهبی در آنان به وجود آورد. نگرش سوگیرانه می‌تواند درمانگر را از به کارگیری فنون خاصی همچون زبان استعاره‌ای دین که ممکن است برای مراجعان مذهبی شفاف‌بخش باشد، باز دارد (stovich, 1985). جالب است در اینجا نمونه‌ای از یافته‌های هوتس را ذکر نماییم. به گفتهٔ وی، هم درمانگران مذهبی و هم غیرمذهبی، در مورد مراجعان مذهبی به طور متوسط، پیش‌بینی‌های بدبینانه‌تری دارند و آنها را به عنوان کسانی که دارای آسیب روانی بیشتری هستند، می‌نگرند (Houts, 1986). با اینکه ممکن است نسبت به افراد مذهبی نگرش سوگیرانه وجود داشته باشد، اما این سوگیری در برخی موارد در هر دو دسته درمانگران مذهبی و غیرمذهبی مشترک است. گرچه عبارات پیشین برخی خطرات

6. Community resources.

کنار گذاشتن مذهب را از فرایند درمان نشان می‌دهد، میدو از خطرات وارد کردن مذهب در درمان سخن گفته است. وی موارد ذیل را بیان کرده است: (الف) مذهب نباید به شیوه‌ای عمل‌گرایانه مورد استفاده واقع شود. (ب) برخی از باورهای مذهبی ممکن است با دیدگاه‌هایی در مورد بهداشت روانی ارتباط داشته باشند. (ج) درمانگران ممکن است از قدرت تخصص‌شان در جهت هواداری از دیدگاه‌های مذهبی خودشان استفاده کنند. (د) درمانگران ممکن است آگاهی محدود خود را از دین بر مراجعانشان تحمیل کنند (Meadow, 1986).

گرچه تمایز بین دین و معنویت ممکن است مبهم به نظر بیاید، هندلین توضیح داده است که درمانگران به منظور برخورداری از یک دیدگاه معنوی ژرف، باید روحیه‌ای باز نسبت به نظام‌های آگاهی بخش شرقی داشته باشند. در این صورت، معنویت ممکن است حاکی از یک حالت پذیرا به ادیان باشد (Hendlin, 1989). به نظر می‌رسد گنجاندن معنویت در درمان محاسنی با خود به همراه داشته باشد. شافرانسکی و گورساک دریافتند که موضع درمانگر در مورد معنویت، بر نتیجه درمان مراجعانی که جهت‌گیری معنوی دارند، تأثیر می‌گذارد (Shafrensky and Gorsuch, 1984). به نظر می‌رسد این یافته مکمل یافته ریچاردز است. ریچاردز صد شرکت‌کننده مورمون^۷ را بررسی کرد و دریافت که مراجعان، نسبت به مشاورانی که باور به خدا را از خود بروز می‌دهند، اعتماد بیشتری دارند (Richards, 1989).

توصیه‌هایی به عنوان راه حل

نگاهی اجمالی: ما چگونه دیندار هستیم؟
به منظور بررسی تأثیر دین بر افراد در زمینه درمان، بررسی تعریف دین ضروری به نظر می‌رسد. بتسون و وتیس دین را این‌گونه تعریف نموده‌اند: . . . هر آنچه شخصاً در مواجهه با مسائل انجام می‌دهیم، مسائلی که به آن دلیل به آنها روبه‌رو هستیم که می‌دانیم ما و دیگرانی که مثل ما هستیم، زنده ایم و نهایتاً خواهیم مرد. (Batson and Ventis, 1982, ص ۱۹)

دین در مواجهه با پرسش‌های اساسی وجودی همچون «من چه کسی هستم؟» و

۷. عضو کلیسای مورمون (Mormon Church) که آموزه‌های آن مبتنی بر کتاب مقدس، و کتابی است که جوزف اسمیت در ۱۹۳۰ با عنوان کتاب مورمون منتشر نمود.

«معنای زندگی چیست؟»، به ما کمک می‌کند. بتسون و وتیس (۱۹۸۲) اظهار داشته‌اند که تجربه دینی عبارت است از یک بازسازی شناختی در پاسخ به پرسش‌های وجودی که می‌تواند موجب انعطاف‌پذیری یا جمود بیشتر گردد. بتسون و وتیس برای درک چگونگی دیندار بودن شخص، چارچوبی ارائه نموده‌اند. آنان معتقدند ما مشاوران برای درک تأثیر دین در سلامت روانی باید بتوانیم بین شیوه‌های مختلف دینداری تمایز قائل شویم. آنان سه بعد عمود بر هم را توصیف نموده‌اند: جست‌وجو،^۸ فرجام،^۹ و ابزار^{۱۰}. هر بعد به صورت پیوستاری است که از درجه کم تا سطح عالی متغیر است. در محور جست‌وجو پرسش‌های وجودی اهمیت پیدا می‌کنند، اما از پاسخ‌های نهایی به این پرسش‌ها خودداری می‌شود. کسی که در طیف عالی این پیوستار قرار دارد، معمولاً در مورد باورهای مذهبی تردیدهایی دارد و در دیدگاه‌های مذهبی، موضعی احتمالی اتخاذ می‌کند. محور ابزاری میزان برآورده شدن نیازهای خدمت به خود^{۱۱} را به وسیله دین می‌سنجد. فردی که در محدوده بالایی این محور قرار دارد، دارای باورهایی دینی بسیار بیرونی^{۱۲} و اجماعی^{۱۳} است. در محور فرجام، میزان التزام^{۱۴} شخص به اعمال و باورهای یک دین خاص سنجیده می‌شود و افرادی که در دامنه بالایی این پیوستار قرار دارند، باورهای مذهبی بسیار درونی و متعهدانه‌ای دارند. برای توضیح بیشتر این پیوستارها، نمونه‌های کاملی از افرادی که در هر یک از این پیوستارها رتبه بالا را دارا هستند، ارائه می‌شود:

۱. جست‌وجو: فیلسوفی که پرسش و فرایند بررسی پرسش‌ها را دوست دارد.
۲. فرجام: شخصی که هر روز یا هر هفته به کلیسای واحدی می‌رود و به رستگاری ناشی از پیروی راهنمایی‌های کلیسا اعتقاد دارد.
۳. ابزار: تاجری که به کلیسا می‌رود به این خاطر که فکر می‌کند این، برای کار تجارتش مفید است.

8. quest.

9. end.

10. means.

11. Self-serving .

12. extrinsic .

13. consensual.

14. dedication.

این پیوستارها به لحاظ مفهومی مستقل هستند، اما دانستن جایگاه فرد بر روی هر پیوستار، چارچوبی برای توصیف دیدگاه مذهبی وی فراهم می‌کند.

مشاوران می‌توانند با درک چارچوب مذهبی افراد، تأثیر دیدگاه‌های مذهبی آنان را بر سلامت روانی‌شان بفهمند. بتسون و ونتیس بر احتیاط در ارزیابی سلامت روانی مراجع تأکید نموده‌اند: اینکه متخصصان بالینی این تأثیر مذهبی را مثبت بدانند یا منفی، بستگی به این دارد که سلامت روانی را چگونه تعریف نماییم. اگر سلامت روانی را به اعتماد به نفس، خویشتن‌پذیری، باز بودن ذهن، و انعطاف‌پذیری تعریف کنیم، افراد عالی در محور جست‌وجو، به لحاظ روانی سالم‌ترین افراد هستند؛ اما اگر سلامت روانی را به رهایی از نگرانی و گناه و تکیه داشتن بر قدرت خداوند تعریف نماییم، افراد [عالی در محور] فرجام به لحاظ روانی سالم‌ترین افراد هستند. بنابراین، تعریف ما از سلامت روانی، دیدگاه ما را در مورد اینکه دین تأثیر مثبت یا منفی بر زندگی افراد دارد، تعیین می‌کند.

برای بررسی تأثیر دیدگاه‌های مذهبی بر زندگی افراد چارچوب دیگری اهمیت دارد که در آن، انواع کنترل ثانوی که از سوی دین در اختیار شخص قرار می‌گیرد، مورد بررسی واقع می‌شود (Spilca, 1986). کنترل اولیه هنگامی است که افراد به طور کلی قادر به تغییر واقعیت خارجی باشند، در حالی که کنترل ثانوی هنگامی است که ما خودمان را برای سازگاری با واقعیت تغییر می‌دهیم. اسپیلکا (۱۹۸۶) چهار نوع از کنترل ثانوی قابل دسترس از طریق مذهب را توصیف نموده است:

۱. پیش‌بینی‌کننده: ^{۱۵} مضمونی معنوی که برای متقاعد نمودن خود به اینکه نتیجه مثبت خاصی رخ خواهد داد، مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ یعنی «اگر دعا کنیم، این اتفاق خواهد افتاد.»

۲. نیابتی: ^{۱۶} در این نوع، تمرکز بر یکی انگاشتن خود با منبع قدرت بالاتر است؛ یعنی «وقتی به عبادت و تفکر می‌پردازم، حضور خدا را احساس می‌کنم.»

15. predictive.

16. vicarious.

۳. وهمی: ۱۷ در این نوع، تمرکز بر پذیرش واقعیت به منزله نتیجه اراده الهی است؛ یعنی «خدا این کار را برای مجازات من انجام می دهد؛ من در این موقعیت نمی توانم کاری بکنم.»

۴. تفسیری: ۱۸ در اینجا تمرکز بر کوشش برای فهم مشکلات به منظور برداشت معنا از آنها است؛ یعنی «من شغلم را از دست دادم، چون لازم است متواضع بشوم.»
درک انگیزه کنترل فرد می تواند به شناخت دیدگاه های مذهبی و حیطة های کشمکش شخصی وی کمک کند. این درک می تواند درمانگر را به تعارضی که باید در درمان به آن پرداخته شود نیز هدایت کند. مثلاً اگر فرد مراجع، نوعی کنترل وهمی را پذیرفته باشد، ممکن است از داشتن جسارت و اعتماد به نفس^{۱۹} در جنبه های مختلف زندگی اش خودداری کند. آگاهی نسبت به کنترل وهمی مراجع، به درمانگر کمک می کند به بررسی باورهایی بپردازد که تعارض مربوط به جسارت داشتن را به وجود آورده اند.

آموزش

کلمنت و وارن (۱۹۷۳) اظهار داشته اند که «فرهنگ دانشگاهی نوعاً گرایش دارد که دانشجوی رشته بالینی را از تلفیق روان شناسی با خداشناسی شخصی اش باز دارد و آن را تقویت نکند.» (ص ۴۲۵). آنان نشان داده اند که بسیاری از دانشجویان تحصیل کرده در روان شناسی تعارضات مذهبی متوسط و حتی شدیدی دارند که در خلال آموزش به آن پرداخته نمی شود. آنان همچنین توصیه کرده اند که دانشجویان سخن گفتن با زبان گروه های دینی را بیاموزند. هفت سال بعد، برجین مجدداً نگرانی های آموزشی را بیان نمود. برجین از عجین کردن دین در روان شناسی بالینی، در نظریات، پژوهش ها، و فنون آن، به ویژه در شخصیت و روان درمانی، دفاع نمود (Bergin, 1980).

اغلب، در برنامه های آموزشی بالاتر از کارشناسی، کلاس هایی به منظور آموزش تفاوت های فرهنگی برگزار می شود، اما چنین کلاس هایی به ندرت در مورد

17. illusory.

18. interpretative.

19. being assertive.

چارچوب‌های مذهبی ارائه می‌گردد. اگر دین از لحاظ معنوی، روانی، و هیجانی، برای مراجعان منبعی شفافبخش است، ما متخصصان بالینی به لحاظ حرفه‌ای لازم است هم در خلال تحصیل و هم پس از آن، به بررسی سوگیری‌های خودمان راجع به دین بپردازیم. اگر دین به گونه‌ای آزادانه‌تر در دوره‌های آموزشی درمانگران مورد بحث قرار می‌گرفت، حساسیت و آگاهی درمانگران از علائق دینی مراجعانشان گسترش می‌یافت.

مؤسسات دولتی تمایلی به ارائه دوره‌های آموزشی با جهت‌گیری دینی ندارند. با این حال، در دوره‌های آموزشی که به موضوعات چندفرهنگی یا مسائل مربوط به تندرستی می‌پردازند، معنویت نیز گنجانده می‌شود. می‌توان گروه‌های مذهبی را به منزله گروه‌های چندفرهنگی و دین یا معنویت را به عنوان مؤلفه‌ای ضروری برای تندرستی ملاحظه نمود. می‌توان ارائه چنین دوره‌ای از سوی فردی بی‌طرف را برای مؤسسات آموزشی، امری حیاتی دانست (Quackenbos et al., 1986). خودداری از ارائه چنین برنامه‌ای در یک مؤسسه دولتی ممکن است بیش از آنکه خواست خود مؤسسه باشد، منعکس‌کننده سوگیری‌های دینی یا معنوی اعضای هیئت علمی آن باشد. از آنجا که مراکز آموزشی باید مأمنی برای مباحثه درباره اندیشه‌ها باشند، هیچ دلیل آشکاری وجود ندارد که اندیشه‌های دینی یا معنوی نتوانند در این مأمن جایی داشته باشند.

درمان

برخی از پرسش‌هایی که درمانگر در روان‌درمانگری با آنها مواجه می‌شود، عبارت‌اند از: «من به لحاظ مذهبی چه کسی هستم؟» و «چه محسنات یا محدودیت‌های حرفه‌ای از باورهای مذهبی من نشئت می‌گیرد؟» درمانگر برای بررسی حرفه‌ای علایق معنوی یا مذهبی مراجع، لازم است به باورهای مذهبی خود آگاهی داشته باشد. درمانگر با قرار دادن خود در چارچوب‌های بتسون و ونتیس (۱۹۸۲) و اسپیلکا (۱۹۸۵)، می‌تواند خودآگاهی و آگاهی‌اش را نسبت به سوگیری‌هایی که ممکن است در فرایند درمان مداخله کند، افزایش دهد. درمانگران وقتی از محدودیت‌هایی که باورهای

مذهبی‌شان برای عمل درمان به ارمغان می‌آورد آگاه باشند، می‌توانند به مراجعانی که دارای علایق مذهبی هستند، به شیوه‌ای انسانی و اخلاقی‌تر خدمت کنند. قرار دادن مراجعان در این چارچوب‌ها با پرسش‌های شفاهی یا آزمون‌های تشخیصی (Batson and Ventis, 1982) می‌تواند در آشکار کردن تعارض‌های ارزشی بین درمانگر و مراجع، و در آشکار کردن حیطه‌های خاص مشکل در زندگی مراجع (مثلاً شخص اهل جست‌وجو که با خانواده‌ای فرجام‌گرا زندگی می‌کند) مفید باشد. تعارض‌های احتمالی متعددی بین چارچوب‌های دینی مراجعان و درمانگران وجود دارد که در جدول‌های ۱ و ۲ نمونه‌هایی از آنها ارائه شده است.

در جدول ۱، مثال ۱، درمانگر و مراجع در محور جست‌وجو متضاد هستند (درمانگر بالا و مراجع پایین است) و در محور فرجام نیز در نقطه‌مقابل هم قرار گرفته‌اند (درمانگر پایین، مراجع بالا است). در این مثال، مراجع دیدگاه‌های مذهبی افراطی دارد که درمانگر آنها را تنفربرانگیز و ناکام‌کننده می‌یابد. از دیدگاه درمانگر، باورهای مذهبی مراجع باعث تداوم مشکلات روانی شده است. اما احساس مراجع این است که درمانگر دارد تلاش می‌کند دیدگاه‌هایش را بر وی تحمیل نماید و او را از باورهای مذهبی‌اش دور نماید. نمونه‌ای از این گونه موقعیت، زن مذهبی بسیار متدینی است که شوهرش او را کتک می‌زند. او مانع کتک زدن شوهرش نمی‌شود، چون عقیده دارد شوهرش از نظر خداوند سرپرست خانواده است. درمانگر در تلاش برای جلوگیری از ادامه ضرب و شتم‌ها، مراجع را ترغیب می‌کند که دیدگاه‌هایش در مورد دین را تغییر دهد. مراجع ممکن است این ترغیب را به عنوان حمله به باورهای مذهبی‌اش تفسیر نماید.

در مثال ۲ در جدول ۱ نیز مراجع و درمانگر را می‌بینیم که در هر دو محور جست‌وجو و فرجام در تعارض هستند. البته در این وضعیت، دیدگاه‌ها با آنچه که در مثال ۱ آمد، متضادند. در این مثال، درمانگر باورهای مذهبی محکمی دارد و درمی‌یابد که دغدغه‌های زندگی مراجع از فقدان ایمان نشئت گرفته است؛ اما مراجع معتقد است که درمانگر دغدغه‌های او را درک نکرده است و تلاش دارد او را به مذهب خویش در آورد. نمونه‌ای از این وضعیت می‌تواند مراجعی باشد که تلاش می‌کند هدف زندگی خود را

بفهمد و درمانگر پیشنهاد می کند که با هم در این باره دعا کنند. این پیشنهاد درمانگر ممکن است مراجع را به شدت خشمگین کند، چون او این پیشنهاد را به عنوان تلاش درمانگر برای تحمیل باورهای مذهبی اش بر خویش تفسیر می کند.

در جدول ۲ مثال هایی برای هر یک از چهار شکل کنترل ثانوی که از طریق دین در اختیار فرد قرار می گیرند، ارائه شده است: پیش بینی کننده، نیابتی، وهمی، و تفسیری. بررسی نوع کنترل ثانوی که مراجع از آن استفاده می کند، می تواند منشأ کشمکش های درون فردی و میان فردی وی را آشکار کند. جدول ۲ به بررسی کشمکش هایی می پردازد که ممکن است وقتی مراجع و درمانگر در هر یک از چهار حیطه رودرروی یکدیگر باشند، بین آنان به وجود بیاید. در مثال کنترل پیش بینی کننده، درمانگر معتقد است که دعا کردن می تواند به مراجع کمک کند، اما مراجع اعتقادی به دعا ندارد. مثال کنترل نیابتی نشان می دهد که مراجع در مراقبه و تأمل به آرامش می رسد، اما این، با چارچوب مذهبی درمانگر سازگار نیست. مثال کنترل وهمی نشان می دهد که مراجع با موقعیت خود کنار آمده است، چون می گوید خداوند این طور خواسته است، اما درمانگر به چنین خدایی اعتقاد ندارد و منفعل بودن مراجع، او را مستأصل می کند. و بالاخره در مثال کنترل تفسیری، درمانگر خواستار این است که مراجع موقعیت زیربنایی معنوی در زندگی اش را درک کند، اما مراجع علاقه ای به این کار ندارد. در هریک از این مثال ها، صراحت و اعتماد در رابطه درمانی ممکن است کاهش پیدا کند (تا آنجا که رابطه درمانی ممکن است از بین برود) چون درمانگر و مراجع انواع متضادی از کنترل ثانوی را مورد استفاده قرار می دهند.

درمانگران با آگاهی یافتن از چارچوب های مذهبی و کنترل های ثانوی مذهبی خود و مراجعشان، می توانند اثربخشی درمان را افزایش دهند. این آگاهی می تواند نوع تعارض مذهبی پیش آمده در شرایط درمان را پیش بینی کند و آن را کاهش دهد.

همچنین ضروری است درمانگران، محدودیت های شخصی خود را در کارشناسی مسائل دینی بشناسند. هنگامی که محدودیت ها شناخته شد، درمانگران می توانند از منابع اجتماعی در کار کردن با مراجعان بهره بگیرند (Shiedler, 1983).

درمانگر با آگاه شدن از سوگیری‌های خود نسبت به دین و سلامت روانی، بهتر می‌تواند به مراجع خدمت نماید، و این سوگیری‌ها کمتر احتمال خواهد داشت که فرایند درمان را مختل نمایند. وقتی درمانگر نمی‌تواند یا نمی‌خواهد سخن گفتن با زبان دینی مراجعانش را بیاموزد، یا ناهمگونی اجتناب‌ناپذیری بین چارچوب‌های مذهبی مراجع و درمانگر وجود دارد، ارجاع به درمانگران دیگر، یا رهبران مذهبی کار مناسبی است. تعیین زمان و نوع ارجاع مذهبی شبیه دیگر انواع ارجاعاتی است که درمانگران انجام می‌دهند. این ارجاع بستگی به تجربه درمانگری دارد و در حوزه‌ی علایق دینی می‌تواند مفید باشد.

خلاصه

روان‌شناسی مسئولیت بررسی هر چه دقیق‌تر قلمرو دین از نظر روان‌درمانگری را بر عهده دارد. لازم است گفت‌وگوهایی همه‌جانبه، طولانی و پرمعنا میان رهبران مذهبی و روان‌شناسان انجام شود. کارگاه‌ها و همایش‌هایی که رهبران هر دو حیطه در آن حضور داشته باشند، می‌تواند راه‌حلی برای ابتکاری برای مشکلات فرایند تلفیق به دست دهد. تعامل رهبران در هر دو حوزه می‌تواند دیدگاه‌های کلیشه‌ای و سوگیرانه را کاهش دهد. درمانگران می‌توانند این گفت‌وگوها را به صورت فردی با رهبران مذهبی در مجامع‌شان آغاز کنند. روابط همیارانه بین رهبران مذهبی و متخصصان سلامت روانی می‌تواند فرایند ارجاع بیماران را تسهیل کند و سلامتی درونی مراجعان را ارتقا دهد. در آموزش روان‌شناسان باید بررسی سوگیری‌ها و باورهای مذهبی دانشجویان گنجانده شود. این بررسی درونی درمانگران آینده، باید پس از دوره آموزش نیز ادامه یابد. درمانگران می‌توانند با قرار دادن خود و مراجعانشان در چارچوب‌هایی که حیطه‌های تعارض بالقوه را نشان می‌دهد، این کار را انجام دهند. همان‌گونه که می‌دو اظهار داشته است، «اکنون زمان به وجود آمدن روان‌شناسی آگاه از معنویت فرا رسیده است.» (Meadow, 1986، ص ۵۹).

جدول شماره ۱

چارچوب‌های مذهبی بتسون و ونتیز (۱۹۸۲): نمونه‌های کاربردی از تعارض

چارچوب‌های مذهبی	
مراجع	درمانگر
مثال ۱	
جست‌وجو	
	X
X	
ابزار	
	X
X	
فرجام	
X	
	X
مثال ۲	
جست‌وجو	
X	
	X
ابزار	
	X
X	
فرجام	
	X
X	



جدول شماره ۲
چارچوب کنترل دینی ثانوی اسپیلکا (۱۹۸۶)

کنترل های دینی ثانوی		
مراجع	درمانگر	پیش بینی کننده
	X	بالا
X		پایین
		نیابتی
X		بالا
	X	پایین
		وهمی
X		بالا
	X	پایین
		تفسیری
	X	بالا
X		پایین

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی