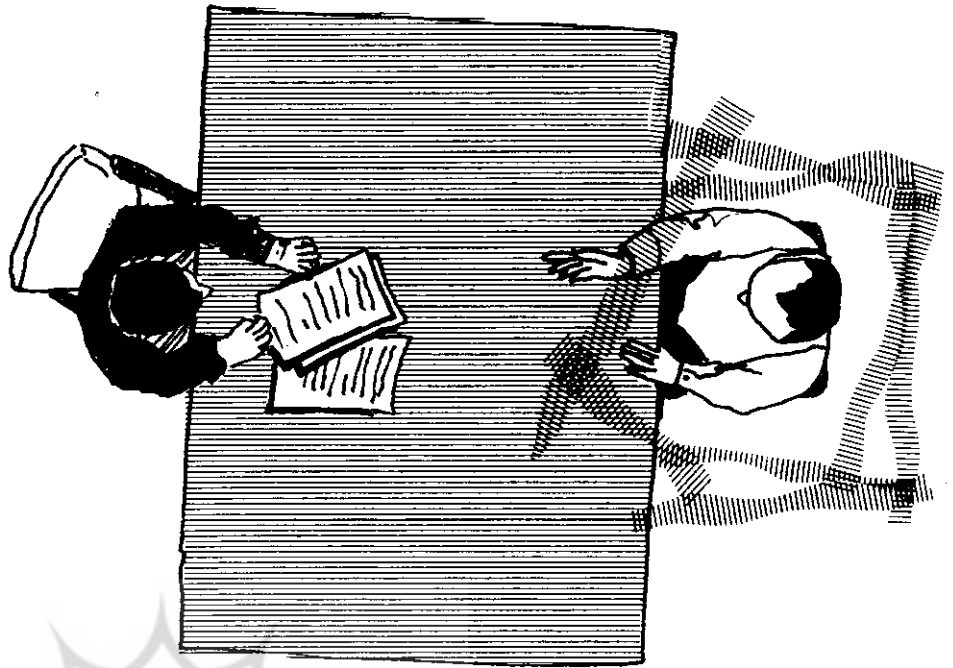


ضرورت توجه به ارزشهای دینی در مشاوره و روان‌درمانی

سیداکبر بیان زاده*



بین فردی، شکل دادن عادات جدید و مفید فکری، عاطفی - هیجانی و عملکردی.

به طور کلی شیوه‌های مورد استفاده در مشاوره و روان‌درمانی با توجه به تعریف مفاهیمی همچون سرشت انسانی، هدف از زندگی، آسیب‌شناسی روان و بالاخره مفهوم سلامت و بهداشت روانی اتخاذ می‌گردد. از این رو برنامه‌ها و اهداف درمانی بر مبنای برداشتهای درمانگر از مفاهیم مزبور تنظیم می‌شوند.

حال باید بررسی نمود که با کدام الگو، ملاک، ضابطه، چارچوب و فلسفه باید چنین کمکی را به فرد مددجو ارائه نمود؟ با الگوهای خود مراجعه کننده که برای زندگیش کفایت نکرده، محدودنگر بوده، دچار دگماتیسم در نگرشها، برداشتها و تغییرهایش گشته و موفق نشده تا از همه پتانسیلها و استعدادهای بالقوه انسانیش - حداقل در زمان مراجعه - استفاده به عمل بیاورد و قرار است این اشکالات در فرآیند

بنا بر تعریف، مشاوره فرآیندی است که از طریق گفتگوی بین مشاور و مراجعه کننده، به فرد کمک می‌شود تا با استفاده از تجربیات، توانایی‌ها، ظرفیت‌ها، استعدادها، شرایط و امکانات زندگی، به زندگی مطلوب‌تر، سالم‌تر و مؤثرتری دست یابد.

یکی از نقش‌ها و وظایف مشاوره که مورد تأکید انجمن مشاورین بریتانیا^(۱) نیز می‌باشد، این است که به فرد مراجعه کننده کمک شود تا راههای زندگی رضایت‌بخش‌تر و مفید و مؤثرتر را دریابد. در توضیح چنین فرآیندی خانم دکتر و آن^(۲) (۱۹۹۷) اظهار می‌دارد که همان‌گونه که تکرار تمرینها و حرکات ورزشی می‌تواند فرم و شکل بدن را تغییر دهد، در طول جلسات درمان با یک روان‌درمانگر، مدل و الگوی ذهنی فرد نیز می‌تواند تغییر یابد.

پس در مشاوره و روان‌درمانی، هدف، ایجاد تغییر است؛ تغییر در آموزش و کمک به یادگیری اشکال جدید یا متفاوتی از نگاه کردن به زندگی، توجه به رابطه رفتارها، احساس‌ها و ادراک‌ها، به تغییرها، به عادات و رفتارها، تغییر نگرش، مقایسه نتایج و پیامدهای مطلوب و یا نامطلوب، فعالیت‌های فکری، هیجانی و رفتاری فرد، تعیین اهداف واقع‌بینانه، کمک به اصلاح برداشتهای فرد از زندگی، کمک به بهبود ارتباطهای

* - دکتر سید اکبر بیان زاده، استادیار و عضو هیأت علمی انستیتو روانپزشکی تهران.

1 - British Association for Counselling (BAC)

2 - Vaughan

مشاوره تغییر یابد؟ با الگوی فردی شخص مشاور؟ کدام مشاوره را می‌شناسیم که انسان کاملی است که خود الگویی باشد برای همه مراجعین با هر گونه مشکلی؟ آیا سبک زندگی و فلسفه فکری و نگرش هر مشاوره به صرف داشتن تحصیلات مشاوره‌ای می‌تواند ملاک قرار گیرد و حتی اگر مشاور واجد شرایط بود، با این همه تفاوت‌های فرهنگی، قومی، نژادی، جنسی، سنی، خانوادگی، تحصیلی و استعدادی، امکاناتی و موقعیتی و ... آیا همه مراجعین می‌توانند از الگوی فردی هر چند مطلوب و موفق فرد مشاور (البته برای خودش)، برای زندگی خود تقلید و اقتباس نمایند؟ این به مانند «قیاس مع الفارغ» است که نمی‌شود افراد را بدون در نظر گرفتن شرایط خاص هر فرد، یکسان و شبیه به هم فرض نمود و برای همه، صرفنظر از ویژگیها، تمایلات، خواستها و موقعیت‌شان یک فرمول (یعنی سبک زندگی مشاور موفق!) را ارائه نمود. حال، فشارهایی که بر روی خود مشاورین بر حسب بروز اختلالات روانی می‌تواند وارد بشود و یا از فاصله‌هایی که برخی از مشاورین، آن گونه که در غرب گزارش می‌گردد، از اصول و ضوابط اخلاقی پیدا می‌کنند، مطلبی به میان نمی‌آوریم.

سوال دیگر درباره نوع سوگیریها و رویکردهایی است که هر مشاور بنا به اینکه تحت تأثیر چه مکتب و استادی در روانشناسی قرار گرفته باشد، مطرح می‌شود. اینکه انسان را فقط وجود اجتماعی فرض کرده باشد، یا فقط شناخت فرد را مورد توجه قرار داده باشد، مبنای یادگیری و یا تمرکز را بر رفتار در جلسات درمانی مشاوره قرار دهد؟

اما این انسان جامع چند وجهی، هر وجهش نیز می‌تواند روی آن دگر اثر بگذارد. امیرالمؤمنین فرمود: «صحت الجسد من قلت الحسد» و مولوی گفت که «تن زجان و جان ز تن مستور نیست»، اشاره به اینکه نوعی از بیماریهای تن ریشه در

مشکلات «جان»، «نفس» یا «روان» یا به تعبیر دیگر، فکر هیجان و رفتار دارد.

در نتیجه، این سؤال پیش می‌آید که چه طور می‌شود مشاوران و درمانگران در سایه علمی که نورش همه گستر نیست و بخشی از وجود انسان را نشان می‌دهد و بخشی را در تاریکی نمی‌نمایاند، یکی مشکلات را بیولوژیک، یکی سایکولوژیک، یکی اقتصادی، یکی سیاسی، یکی اجتماعی و یکی خانوادگی می‌داند و آن کس که جمع اینها را نیز واجد است، در عمل جز به یکی نمی‌پردازد، انسان را تبیین نمایند؟ و کدام فلسفه است که چرایی زندگی را کاملاً و به درستی، توضیح دهد؟ روشن است که جز شناختی و راهی را که آفریدگار یکتا به انسان ارائه می‌کند، همه مشمول نقصان خواهند بود و این مطلبی است که در تحلیل بسیاری از روانشناسان مثل ویلیام جیمز، اریک فرم و یونگ نیز آمده است. به طور مثال فروم (۱۹۵۰) در کتاب روانکاوی و دین می‌نویسد:

«نیاز دینی نیاز به یک الگوی جهت‌گیری و مرجعی برای اعتقاد و ایمان است. هیچ کس را نمی‌توان یافت که فاقد این نیاز باشد» (ص ۳۸).

فروم در تحلیل عوارض ناشی از پیروی از مکاتب غیر خدایی، مانند یونگ اعتقاد دارد که جامعه صنعتی غرب، انسان را از فطرت خود دور کرده و پیدایش بسیاری از مشکلات را که سالیوان (Sullivan) آنها را مشکلات زندگی "Living Problem" می‌نامد، ناشی از نپرداختن به دین الهی - این وجه مهم زندگی - می‌داند.

یونگ همه افراد بشر را دارای یک کنش دینی می‌داند و سلامت و ثبات روح و روان انسان را به تظاهر و بیان صحیح این کنش نیازمند می‌شمرد. با وجود این و علی‌رغم تصریح مستقیم روانشناسی بر اهمیت نقش

▶ پژوهشگران در سالهای اخیر در جوامع اسلامی در مطالعات تجربی خود نشان داده‌اند که به کارگیری روان‌درمانی مذهبی مثل استفاده از آموزش‌های قرآنی و احادیث و بحث درباره موضوعات مذهبی بیماران به بهبود بیشتر و درمان سریع‌تری نسبت به گروه مشابهشان که در درمانهای غیر مذهبی دریافت داشته‌اند، دست می‌یابند.

دین در بهداشت روانی، این وجه پراهمیت کمتر در جلسات درمانی مورد استفاده در مانگران قرار گرفته است. این در حالی است که برخی محققین (مثل: Keith, G. et al, ۱۹۹۲) تأکید دارند که مذهب می تواند جایگزینی برای تمام مؤلفه های تأثیرگذار مثل عوامل اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و خانوادگی بشود و به رضایت و تعادل و سلامت فرد کمک نماید.

در سالهای اخیر استفاده از مذهب و اعتقادات دینی به ویژه اعتقادات اسلامی، مورد توجه سیاست گزاران و تدوین کنندگان استراتژیهای سلامت جوامع در سازمان جهانی بهداشت (WHO) نیز قرار گرفته و این سازمان بخشی از انتشارات خود را از سال ۱۹۹۲ میلادی به آموزش بهداشت از طریق مذهب به عنوان راه کار زندگی سالم اختصاص داده و کتب و جزوات زیادی را تحت عناوینی نظیر: بهداشت از دیدگاه اسلامی (۱۹۹۷)، ارتقاء سطح بهداشت از طریق سبک زندگی اسلامی (Health Promotion through Islamic Life Styles) و نیز نقش مذهب و اخلاق در پیشگیری و کنترل بیماری ایدز (۱۹۹۲) منتشر نموده است.

همان گونه که اشاره شد، پژوهشگران به یافته های فراوان و معتبری از لحاظ علمی دست یافته اند که روشن نموده است که اعتقادات مذهبی نه تنها در پیشگیری، بروز و شیوع بیماریهای روانی و درمان آنها می تواند تأثیر داشته باشد، بلکه دینداری، عوارض جسمانی را کاهش داده و طول مدت بیماریها را (اعم از جسمی یا روانی) کم می نماید (Maltby, 1995, Ventis, 1995; Levin & Vanderpool, 1992).

در زمینه استفاده از اعتقادات مذهبی در درمانهای روانشناختی - روانپزشکی نیز پژوهشگران یافته های تأیید کننده ای را در کشورهای غربی بدست آورده اند؛ از آن جمله کلتکو (Koltko) در مقاله ای که در سال ۱۹۹۰، در نشریه «روان درمانی» (Psychotherapy) تحت عنوان «اعتقادات دینی روی روان درمانی تأثیر می گذارد»، تأکید می نماید که درمانگران بایستی به خاطر داشته باشند که اعتقادات و ارزشهای مذهبی افراد به مراتب برای مدت طولانی تری در آنان تأثیر می گذارد تا جهت گیری درمانی به سمت مکتب خاص روان درمانی. از این رو، وی توصیه می نماید که «روان درمانگر بایستی تأثیر این اعتقادات را در درمان در نظر داشته باشد».

در راستای ضرورت توجه به دین در فرآیند روان درمانی پروفیسور جان کاکس (Cox) رئیس دپارتمان روانپزشکی در دانشگاه کیل (Keete) انگلستان، در مقاله سال ۱۹۹۴ خود با

عنوان «روانپزشکی و دین» توصیه می نماید که در ارزشیابی روانی (Psychiatric Assessment)، زمینه مذهبی افراد بایستی مورد توجه قرار گیرد. ایشان در مقاله مذکور تشریح می کند که وجود خلأ مذهبی (Religious gab) در ارزیابی روانپزشکی و ارائه خدمات درمانی، ناشی از این واقعیت است که مردم عادی که بیماران از میان آنان می باشند، از نظر اعتقادی به مراتب از کارکنان خدمات بهداشت روانی مذهبی تر هستند و از این جهت تأکید فزاینده ای از سوی مردم عادی بر ارزشهای معنوی و اخلاقی وجود دارد. ایشان در ادامه بحث خود از قول سرپرست کالج سلطنتی روانپزشکان انگلستان می نویسد:

«ما اعتقاد داریم که در خطر این امر قرار گرفته ایم که خودمان را محصور در دنیایی کنیم که فقط ذهن (Mind) و بدن (Body) را می شناسد. آموزش افراد برای حرفه روانپزشکی و حفظ مهارتهای حرفه ای این رشته، این نیست که متخصصین صرفاً نسبت به آخرین داروها و نحوه بکاربردن آنها در درمان بیمارهای روانی شناخت پیدا کنند، بلکه باید به معنی اساسی درمان در تمامی ابعاد فیزیکی (بدنی)، ذهنی و معنوی (روحانی) (Spritual) توجه پیدا کنند» و خطاب به روانپزشکان تأکید می نماید که: «اگر این بنیاد اساسی را رها کنید، اعتقاد من بر این است که در این خطر قرار خواهید گرفت که مآلاً راه خودتان را گم کنید» (ص ۶۷۳ - Cox, ۱۹۹۴).

پروفیسور جان کاکس در فراز دیگری از بحث خود در مقاله اخیرش خاطر نشان می سازد که چنانچه درمانگر از بُعد معنوی و روحانی مراجعه کننده اش (بیمارش) غافل بماند، خود و بیمارش را از یک پتانسیل (امکان بالقوه درمانی) محروم نموده است.

شواهد زیادی بر این مدعا در پژوهشهایی که در چند دهه اخیر در کشورهای غربی انجام گرفته، می توان یافت. به طور مثال تمپلر (Templer, ۱۹۷۲) در پژوهش خود به رابطه بین پایین بودن اضطراب از مرگ و مذهبی بودن افراد مورد مطالعه اشاره می کند، مینین و بروش (۱۹۸۰) ارتباط معنی داری بین اضطراب پایین از مرگ و اعتقاد به زندگی پس از مرگ را در مطالعاتش در می یابد و همینطور پژوهشگران دیگری مثل آدی (۱۹۸۴) و کاترین و همکاران (۱۹۹۵)، همین پدیده را با حضور بیشتر افراد در کلیساها و بالا بودن میزان اعتقادات دینی افراد مورد بررسی مرتبط می یابند.

جالب توجه آن که پژوهشگرانی در سالهای اخیر در جوامع اسلامی مثل ایران و مالزی دست به تجربه تازه ای در

اتخاذ شیوه روان‌درمانی برای بیماران مسلمان مبتلا به مشکلاتی نظیر اضطراب، افسردگی و یا داغ‌دیدی زده‌اند و طی آن، در مطالعات تجربی خود نشان داده‌اند که با بکارگیری روان‌درمانی مذهبی مثل استفاده از آموزشهای قرآنی و احادیث، ترغیب به عبادت مثل نماز و دعا و ذکر به عنوان یک نوع مراقبه (Meditation) و بحث درباره موضوعات مذهبی بیماران، به بهبود بیشتر و درمان سریع‌تری نسبت به گروه مشابهشان که درمانهای غیر مذهبی دریافت داشته‌اند، دست می‌یابند (اظهر و وارمه، ۱۹۹۵، اظهر، وارمه و ذاراب، ۱۹۹۴ و ابهری، ۱۳۷۵).

این همه، اهمیت بهره‌برداری از پتانسیل مذهب را در برنامه‌های درمان بیماران آشکارتر و مؤکدتر می‌نماید و امید می‌رود توجه به بُعد مذهبی مراجعین توسط مشاورین و روان‌درمان‌گران به منظور کمک مؤثرتر به آنان بیشتر مورد رضایت واقع گردد.

آخرین نکته در راستای ضرورت نگاه به ارزشهای دینی در برنامه‌های مشاوره و روان‌درمانی، موضوع عدم پذیرش برخی درمانها و رویکردها و تفسیر و تحلیلها و راه‌حلهای مبتنی بر فرهنگ غیر مانوس توسط مراجع یا بیمار است که ممکن است منجر به احساس ناامیدی و ناکامی از درمان و حل نشدن مشکل شود و یا اینکه در اثر القای درمانگر بی‌توجه به ویژگیهای فرهنگی و مذهبی مراجعه‌کننده، موجب بروز پدیده فرهنگ‌باختی «Deculturation» (یا از خود بیگانگی شبیه حالتی که در جامعه‌شناسی به آن آلیاناسیون گفته می‌شود) شود که به نوبه خود نه تنها کمکی به فرد مراجعه‌کننده ننموده، بلکه تطابق وی را با اطرافیان، محیط زندگی و مآلاً با خودش دشوار خواهد نمود؛ زیرا تغییر ایجاد شده متناسب با شرایط ذهنی خود فرد و محیط اطراف که در نهایت می‌بایستی در آن جو اجتماعی زندگی نماید، نخواهد بود و مشکل دیگری بر مشکلاتش اضافه خواهد گردید.

بنابراین از آنجا که چنین رویکردی با فرمول $B=f(PXOXE)$ که رفتار را تابعی از تعامل فرد با جنبه‌های زیستی و محیطی وی می‌شناسد، تطابق نخواهد داشت، خود موجبی برای بروز مشکلات دیگر خواهد شد.

منابع و مآخذ

فارسی:

- ۱- احمد ابهری، سیدعلی (۱۳۷۵)، نقش ایمان و اعتقاد مذهبی در درمان بیماریها و معرفی سه مورد درمان با روان‌درمانی مذهبی، نشریه اندیشه و رفتار، (۴)، ۲، ۴-۱۱.
- ۲- جیمز، ویلیام (ترجمه مهدی فانی، ۱۳۷۲)، دین و روان، تهران، انتشارات آموزش انقلاب اسلامی.
- ۳- فروم، اریک (ترجمه آرسن نظریان، ۱۳۶۳)، روان‌کاوی و دین، تهران، انتشارات پویش.
- ۴- یونگ، کارل، گوستاو (نویسنده: فورد هایم، ترجمه: دکتر مسعود میربهاء، ۱۳۵۶)، مقدمه‌ای بر روانشناسی یونگ، تهران، انتشارات اشرقی.
5. Azhar, M.A. & Varma, S.L. (1995). Religious Psychotherapy as acivanidacs acirtaiheysp Acta .tneveaerb of nemegana,m, 233-235.
6. Azhar, M.A. & Varma, S.L. (1995). Religious Psychotherapy in depressive patients, Psychother, Psychosom, 63, 165-868.
7. Azhar, M.A. & Varma, S.L. & Dharap, A.S. (1994). Religious Psychotherapy in Anxiety Disorder patients, Acta Psychiatrica Scandinavica, 90, 1-3.
8. Cox, J. (1994). Psychiatric Bulletin, 18, 673-676.
9. Khayat, M.H. (1997). Health: An Islamic Perspective, Alexandria, WHO/EMRO.
10. Levin, J. & Vanderpool, H.Y. (1991). Relations Factors in Physical Health and the prevention of illness; Human Services, 9, 54-64.
11. Malthy, J. (1995). Frequency of church attendance and obsession actions among english and U.S. Adults. Journal of Psychology, 12, 599-600.
12. Vaughn, S. (1997). The talking cure: the science behind psychotherapy. New Yourk, Putnam's Sons.
13. Ventis, W.L. (1995). The Relationship between religion and mental health. Journal of Social Issues, 15, 33-48.
14. WHO (1996). Health Promotion Through Islamic Lifestyles. Alexandria, WHO/EMRO.
15. WHO (1992). The Rols of Relition and Ethies in the prevention and control of AIDS. Alexandria, WHO/EMRO.