



معاونت دانشجویی و فرهنگی
مرکز مشاوره دانشجویی



وزارت علوم تحقیقات و فناوری
دفتر مرکزی مشاوره



بهار ۱۳۸۸

مشاوره و روان درمانگری بارویکیر و معنویت

تالیف دکتر باقر غباری بناب
عضویت علمی دانشگاه تهران



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سرشناسنامه : غباری بناب، باقر، ۱۳۳۸-
عنوان و نام پدیدآور : مشاوره و روان درمانگری با رویکرد معنویت
تالیف باقر غباری بناب

مشخصات نشر : تهران: آرون، ۱۳۸۸.

مشخصات ظاهری : ۲۱۵ صفحه.

شابک : 978-964-231-028-9

وضعیت فهرست نویسی : فیپا

یادداشت : کتابنامه: ص، ۲۰۲-۲۱۵

موضوع : روان درمانی - جنبه های مذهبی

موضوع : مشاوره - جنبه های مذهبی

موضوع : بهداشت روانی - جنبه های مذهبی

موضوع : روان شناسی مذهبی

رده بندی کنگره : ۱۳۸۸ غم/م ۴۸۹/RC

رده بندی دیویی : ۶۱۶ / ۸۹۱۴

شماره کتابشناسی ملی : ۱۶۵۱۹۲۵



معاونت دانشجویی و فرهنگی
مرکز مشاوره دانشجویی



وزارت علوم تحقیقات و فناوری
دفتر مرکزی مشاوره

نام کتاب : مشاوره و روان درمانگری
با رویکرد معنویت

مؤلف : دکتر باقر غباری بناب

نوبت چاپ : اول

شمارگان : ۱۰۰۰ نسخه

تاریخ چاپ : ۱۳۸۸

شابک : 978-964-231-028-9



تقدیم به معلمان معنوی، پدر و مادرم که مرا ناپخته رها کردند
و به ملکوتِ اعلیٰ پیوستند.
شاید گمان کردند که آتش فراقشان مرا پخته کند و
شاید هم منظور دیگری داشتند....

به نام خدا

تشکر و قدردانی

در شکل‌گیری ایده‌ معنویت به عنوان راهبرد درمانی افراد زیادی دخیل بوده‌اند که به علت رعایت اختصار تشکر از همه آنان در این مختصر مقدور نیست ولی از خداوند می‌خواهم که به همه ایشان اجر جزیل عطا فرماید. بهر حال سهم جلسات ماهیانه دفتر مطالعات اسلامی که به همت آقایان دکتر بوالهروی، دکتر واعظی و آقای رضانی و خانم صفوی در انستیتو روانپزشکی تشکیل می‌شد در این مورد قابل انکار نیست. به دنبال این جلسات ماهیانه، همایش‌های مختلفی تشکیل شدند که مطالب بیان شده در این جلسات را تقویت نمودند. بنابراین تشکر بنده مخصوصاً معطوف زحمت‌کشان عزیز در انستیتو روانپزشکی می‌باشد که جلسات ماهیانه‌ای دفتر مطالعات اسلامی را فعال نگه داشتند. در مرکز مشاوره دانشگاه تهران آقایان دکتر بوالهروی، حاج آقا دوست‌محمدی و حمید پیروی مشوق بنده در تهیه بورشورها و مطالب در زمینه معنویت بودند که از ایشان تشکر مخصوص می‌نمایم و با تشکر از آقای احمد عابدیان که ویرایش و غلط‌گیری متن را بر عهده داشتند. در ضمن بایستی اقرار کنم که اگر پیگیری‌های همکار عزیزم آقای حمید پیروی و تشویق‌های ایشان نبود این اثر وجود خارجی پیدا نمی‌کرد. تشکر مخصوص بنده معطوف زحمات ایشان در این زمینه است. از تحمل و حمایت‌های اعضای خانواده‌ام که در تهیه این اثر همراه بنده بودند تشکر ویژه دارم. امیدوارم که خداوند همه این عزیزان را مأجور بدارد.

باقر غباری بناب

فهرست مطالب

صفحه

۸

عنوان

پیش درآمد

۱۱

بخش اول: مبانی تئوریک

۱۳

فصل اول: گستره و اهمیت به کارگیری معنویت در مشاوره و روان‌درمانگری

۲۹

فصل دوم: فرایند به‌کارگیری معنویت در مشاوره و روان‌درمانگری

۵۹

فصل سوم: کاربرد معنویت در مشاوره و روان‌درمانگری

۶۱

بخش دوم: مباحث کاربردی

۶۳

فصل چهارم: سنجش و اندازه‌گیری ویژگی‌های معنوی مراجعان

۸۱

فصل پنجم: مداخلات معنوی

پیش در آمد

معنویت از ابتدای خلقت انسان‌ها قسمت عمده‌ی زندگی آنان را تشکیل می‌داده است. داستان‌های قرآنی به صورت بارزی این امر را نشان داده‌اند. انسان‌ها معنویت خود را در ارتباط با خدا، آنچه ماورای زندگی روزمره‌ی آنان است و به زندگی و حیات آنان معنی می‌دهد نشان می‌دادند. داستان خلقت آدم در قرآن نشان می‌دهد که پیوند ناگسستنی حضرت آدم (ابوالبشر) با خدا و فراز و نشیب‌های زندگی او (از هبوط گرفته تا پذیرش توبه و ورود دوباره‌ی او به حریم رحمت خداوندی) نشان می‌دهد که انسان‌ها به صورت نوعی یکی از عمده‌ترین انتقالات ذهنی شأن معنویت بوده است. وقتی خدا داستان خلقت را با فرشتگان در میان می‌گذارد و به آنها در مورد خلقت آدم به عنوان خلیفه‌ی خدا خبر می‌دهد و اسماء خود را به آدم آموزش می‌دهد، هستی آدم (ابوالبشر) و به تبع او هستی تمام انسان‌ها با معنویت شروع می‌شود. هر چند فراموشکاری و نسیان از فطرت ذاتی خود به او این امکان را می‌دهد که به طور موقت از اصل خویش غافل بماند و در برخی مواقع فراموش کند که او حامل امانت الهی است و عصیان بورزد، ولی در عمق روان خود هرگز فراموش نمی‌کند که او بعدی دارد که معنادهنده به زندگی و حیات، مرگ، نشور و گذرش از پیچ و خم‌های زندگی است. آگاهی حاصل کردن از محتوای معنوی روان ناخودآگاه (جمعی) و دریافت و درک خویشتن معنوی یکی از اهداف عمده‌ی زندگی است. سلامتی و بهبودی روانی و معنوی انسان‌ها نیز در گرو همین اشراق و عرفان است. وقتی مولوی در آغاز مثنوی معنوی از جدایی‌ها شکایت می‌کند منظورش جدایی انسان از خود واقعی است، خودی که او را با حضور ابدی و ازلی خداوندش پیوند می‌دهد. این جدایی به صورت‌های گوناگون برای انسان‌ها پیش آمده است و به همین جهت انسان‌ها احساس خلاء معنایی می‌کنند. پیامبران برای وصل کردن انسان‌ها به این بعد معنوی مبعوث شدند و فرهنگ غنی دینی را در اختیار انسان‌ها گذاشتند که در صورت تمسک انسان‌ها به این رهنمودهای معنوی اتصال دوباره‌ی انسان با معنویت ایجاد می‌شود. ولی انسان عصیانگر این رهنمودها را جدی نمی‌گیرد و به جدایی خود پافشاری می‌کند و نتیجه‌اش حیرانی، از دست دادن معنا، پوچی و سرگردانی است. از زمان رنسانس و عصر روشنگری شکاف عظیمی بین ماده و معنا صورت گرفت. به اصطلاح متفکران عصر روشنگری مأموریت رمز زدایی طبیعت در ذهن متفکران جای گرفت. تفکر در ارتباط بین ماده و معنا و در هم تنیدگی آنها از بین رفت و انسان با خلاء معنا مواجه شد. هر چند که این امر تسهیل در پیشرفت تکنولوژی را فراهم ساخت ولی رفته رفته به تهی شدن انسان‌ها از معنی انجامید. روان‌شناسان بزرگی مثل یونگ، جیمز، فرانکل و اریک فرام این خلاء معنا را مشاهده نموده و در نوشته‌های خود گزارش دادند. ولی عموم روانشناسان این گوشه‌ها را جدی نگرفتند. به هر حال تحقیقات ۲۵ سال اخیر نشان داد که معنویت یک بعد جدانشدنی انسان‌هاست و بایستی برای تأمین سلامت روانی پا به پای سازه‌های دیگر روانشناختی به طور جدی مورد توجه قرار گیرد.

در اثر انباشستگی تحقیقات معنویت و سلامت روان محافل و انجمن‌های بزرگ روانشناسان، مثل انجمن روانشناسان آمریکا یک بخش جداگانه‌ای برای تحقیقات معنوی و مذهبی افراد اختصاص دادند. کوشش حاضر در جهت تدوین کتابی در زمینه‌ی تلفیق معنویت با روان‌درمانگری در راستای پاسخگویی به این نیاز مبرم (توجه به معنویت) مراجعان است که در تحقیقات مختلف به کرات خود را نشان داده است. مشاوره‌های بالینی روان‌درمانگران نیز شاهد این مدعاست. در طی کار با مراجعان خود نه تنها بنده به اهمیت سلامت معنوی در تحصیل و حفظ سلامت روانی پی برده‌ام بلکه به کرات این موضوع را از همکاران روانشناس و درمانگر شنیده‌ام. تشویق‌های آقای دکتر بوالهروی و آقای پیروی در تهیه‌ی کتابی که روش‌های درمانگری معنوی را به اختصار توضیح دهد و روان‌درمانگران را ترغیب نماید که در صورت تمایل مراجعان خود از آنها در درمان‌های خود استفاده کنند بر اشتیاق من در تهیه‌ی چنین کتابی افزود. به هر حال اگر پیگیری‌های مداوم آقای پیروی و تشویق‌های پیوسته‌ی ایشان برای تهیه‌ی این اثر نبود هرگز این کتاب وجود خارجی پیدا نمی‌کرد. تشویق‌ها، پیگیری بی‌نظیر آقای پیروی و توفیق الهی باعث شد که علیرغم تمام مشکلات در برنامه‌ریزی بنده این کار به انجام برسد. توفیق و هدایت از خداوند است و حمد و ثناء به سوی اوست. امید است این مجموعه‌ی مختصر در تلفیق معنویت با برنامه‌ی درمانی مراجعان و ارتقای سلامت روانی آنان مفید واقع شود. از خداوند طلب اصلاح و حفظ از لغزش مسألت دارم. از همکاران نیز تمنا دارم که نظرات اصلاحی خود را به آدرس مرکز مشاوره‌ی دانشجویی دانشگاه تهران ارسال کنند تا در چاپ‌های بعدی از آنها استفاده شود.

من الله التوفیق

باقر غباری بناب





بخش اول: مبانی تئوریک



فصل اول :

گستره و اهمیت به کارگیری معنویت
در مشاوره و روان‌درمانگری

مقدمه

معنویت درمانی را در معانی مختلف می‌توان مورد استفاده قرار داد که از آن جمله به موارد زیر می‌توان اشاره نمود:

الف) معنویت درمانی به معنای در نظر گرفتن باورهای فرهنگی - مذهبی مردم در فرایند درمانگری و در نظر گرفتن بعد متعالی مراجعان می‌باشد. این بُعد متعالی آنان را به سوی خدا رهبری می‌کند.

ب) معنویت درمانی به معنای کمک به فرد که خویشتن واقعی را بیابد و از هجران و جدایی از خویشتن واقعی به وصل و اتصال برسد.

در معنای دوم است که عمده تلاش پیامبران، عرفا، کیمیاگران صرف شده است. قبل از همه، پیامبران برای اینگونه خویشتن‌یابی اهمیت فراوانی قایل شدند. رسالت انبیاء بدون در نظر گرفتن هدف اصلی ایشان در خویشتن‌یابی انسان‌ها قابل تصور نیست. قرآن مشحون از داستان‌های روانشناختی است که انسان از خود جدا شده و دور مانده از اصل خویش پیوسته می‌کوشد که به اصل وجودی خویش بپیوندد. رسالت پیامبران نیز در شناساندن خویشتن واقعی و هدایت آنان به اصل خویش، نقش اساسی داشته است. شاید داستان هبوط آدم یکی از هیجان‌انگیزترین این داستانها باشد که انسان در اثر تغییراتی که در درونش افتاده از اصل خویشتن و از روضه رضوان دور افتاده است. دوری از اصل خویش در بسیاری از متون مذهبی به نام هبوط^۱ تلقی شده است. البته اشارات بسیار غنی روان‌شناختی در داستان هبوط حضرت آدم وجود دارد که علت و فرایند هبوط را مشخص می‌کند. شیطان بعد از جریان رانده شدن از بهشت بعثت سجده نکردن بر آدم که سرپیچی از فرمان حضرت باریتعالی محسوب می‌شود، به سراغ آدم و زوجه او حوا می‌رود و آنان را وسوسه می‌کند که از درخت گندم (یا میوه ممنوعه) بخورند. او در وسوسه‌هایش به این نکته اشاره می‌کند که در اثر خوردن از گندم (یا میوه ممنوعه) دانش آنان زیادتر خواهد شد و به آنچه فعلاً آگاهی ندارند آگاه‌تر خواهند شد. بالاخره آدم و زوجه‌اش وسوسه می‌شوند که از آن میوه ممنوعه تناول کنند و پیامد آن تغییرات بعدی در وجود آنان است. مثل هجران و جدایی از سکونت در بهشت، و دوری از حضرت ربوبی که باعث می‌شود آدم برای بدست آوردن مجدد آن حضور ربانی سختی‌های زیادی بکشد.

در فرایند رانده شدن از بهشت در اثر خوردن میوه ممنوعه هر چند عرفا به مطالب خوبی اشاره کرده‌اند ولی از نظر روانشناختی این داستان به طور جدی مورد تحلیل قرار نگرفته است. عارفانی مثل مولوی این تغییرات را اساسی می‌دانند که در پی بردن به آن علاوه بر ابعاد بیرونی داستان تحلیل نمادین آن نیز لازم است مورد توجه قرار گیرد. در اثر این حادثه اولاً زندگی و دوران جدیدی شروع می‌شود که قانونمندی مخصوص خود را دارد و یکی از ویژگی‌های آن از پشت پرده دیدن دستوراتی است که از حضرت ربوبی به انسان می‌رسد. چون در هبوط علاوه بر دوری عاطفی، حجاب علمی نیز به صورت لایه‌ای بین حضرت

۱. کوشش بر این نیست که هبوط تاریخی، فلسفی، کلامی و فقهی را مترادف با هبوط روانی بدانیم ولی نویسنده این سطور با توجه به تخصص خود تمایل دارد هبوط روانی (جدا شدن از خویشتن اصلی و بعد متعالی خویش) را در اینجا مورد بررسی قرار دهد.

ربوبی و انسان رانده شده، کشیده شده است انسان باید به صورت نمادین از پشت پرده دستورات را بفهمد و آنها را ادراک کند. نیازهای زمینی انسان و دلمشغولی به زندگی دنیوی و انگیزه‌های سطح پایین هر آن این پرده‌ها را ضخیم‌تر می‌کنند و لایه‌های دیگری بر پرده فراق اصلی می‌کشند. ولی هیچ وقت این انسان حلاوت بهشت اولیه و نزدیکی به خدا را فراموش نمی‌کند. به همین جهت یک نوع احساس گم‌گشتگی، حیرانی، دورافتادگی از محبوب خویش را احساس می‌نماید. در عمقی‌ترین لایه‌های وجودش او فراموش نمی‌کند که روزی باید به حضرت معبودش برگردد (انالله و انا الیه راجعون). او مثل موسای جدا شده از مادر است که بنا به مصلحتی در رود نیل انداخته شده و جریان آب او را به قصر فرعون هدایت کرده است ولی او از شکوه قصر لذت نمی‌برد و می‌خواهد به دامن مادر خویش برگردد. اولین قطرات شیری که از سینه مادر خود خورده هیچ‌وقت فراموش نکرده است. آن شیر و آن سینه بقول روانشناسان لذت اولیه‌ای بوده است و موسی را به دنبال دریافت دوباره آن می‌کشاند. به همین جهت شیر از سینه هیچ مادری نمی‌خورد. بهر حال بخت با اوست که خواهرش او را می‌پاید و دوباره میانجی می‌شود که او را به مادر برساند. وقتی سینه مادر را دوباره می‌یابد تشخیص می‌دهد و با خوشحالی دوباره به تناول آن می‌پردازد. این داستان زندگی انسان امروزی است که با هیچ چیزی لذت آن پیوند اولیه با بهشت و نزدیکی به خدا را برابر نمی‌داند. او نیز مادر خود را گم کرده است ولی دچار مشکل دیگر نیز شده است. فراموش کرده است که تمام رنج‌هایش بخاطر این است که می‌خواهد به دامن مادر خویش برگردد. در اینجا کار او سخت‌تر است. اول باید تشخیص دهد که به دنبال مادر خود است و پس از آن باید بداند که چگونه می‌تواند مادر خود را پیدا کند.

«هر کسی که دورماند از اصل خویش باز جوید روزگار وصل خویش»

روانشناس چگونه می‌تواند تمهید این موضوع را فراهم کند که در حقیقت انسان بعد از هبوط، خود واقعی و خویشتن اصیل خود را گم کرده است و به دنبال خویشتن گم‌شده می‌گردد و به صورت ناخودآگاه جدایی از خویشتن اصیل خود را هرگز از یاد نبرده است. خواب‌هایش، آرزوهایش، اسطوره‌ها و داستان‌هایش، داستان‌های کیمیاگرانه او همگی گواه بر این مدعاست. ولی به صورت خودآگاه متأسفانه واقف بر این موضوع نیست. او فقط به صورت کلی می‌فهمد که احساس رضایتی از زندگی ندارد. او نیز مثل موسایی که از مادرش جدا شده بود فقط به صورت کلی می‌داند که باید دنبال مادر خود برگردد و بار دیگر از سینه آن مادر خود را سیراب کند، می‌داند که باید دنبال چیزی برگردد که فراتر از مادیات و اشتغالات زندگی است. ولی دقیقاً نمی‌داند که آن چیست؟ کار روان‌درمانگری معنوی این است که اولاً مراجع خود را روشن کند که گم کرده‌اش چیست؟ و در ثانی در فرایند درمان به او کمک کند که گم کرده‌اش را دریابد و اما چنین روان‌درمانگری ویژگی‌های مشخصی باید داشته باشد که از عهده این کار برآید. یکی از مهم‌ترین این ویژگی‌ها عدم شتاب در فرایند درمانگری است، او نباید معنویت را تلقین کند. او فقط می‌تواند بعنوان کاتالیزور عمل کند که مراجع خود این راه معنوی را پیدا کند. چون هرگونه عمل عجولانه، تلقینات خیرخواهانه فرایند درمان را به تأخیر می‌اندازد. فرد باید خودش این راه را برود، به تنهایی، با آزادی،

با آگاهی، درمانگری می‌تواند فقط تسهیل‌کننده باشد. علاوه بر این درمانگر بایستی فرد متوکلی باشد و از افت و خیزهای معنوی مراجع خود بیم نداشته باشد. توکل به خدا در اینجا این معنی را می‌دهد که درمانگر معنوی کار خودش را انجام می‌دهد و با تمام خلوص از خداوند توفیق می‌خواهد، و به خداوند امید واقعی دارد که در فرایند درمانگری او را مدد نماید. ویژگی سوم که برای چنین درمانگری لازم است صبور بودن است. مدت‌ها طول می‌کشد که پختگی درونی در مراجع (مددجو) ایجاد شود و زمان رشد و کمال و انسجام مراجع برسد. البته حرکت به سوی خویشتن‌یابی، به قول مولوی پیوستن دوباره به نیستان وجود، و یا رسیدن به فردیت متعالی که دربرگیرنده تمامیت وجود فرد است می‌باشد. این فرایند مرحله‌ای دارد که در بخش‌های بعدی این کتاب به آنها خواهیم پرداخت ولی صبر و بردباری در راه وصول به هدف هم برای مراجع و هم برای مشاور از ضرورت‌های اساسی گام برداشتن در این راه می‌باشد.

چهارم اینکه کار را با نظارت بر وضعیت روانی و معنوی مراجع خود شروع کند. درمان‌گران معنوی قبل از اینکه درمان را شروع کنند وضعیت مراجع را دقیقاً از نظر وضعیت معنوی، تاریخچه اعتقادات و باورها و تاریخچه پای‌بندی به تمرینات معنوی و مذهبی می‌سنجند و بعد از آن متناسب با ویژگی خاص او برنامه درمانی را شروع می‌کنند.

تعدادی از روان‌شناسان در پل زدن بین روان‌شناسی و معنویت کوشیده‌اند. حتی تعدادی از آنان اساس روان‌درمانگری را در معنویت درمانی دانسته‌اند (مثلاً وست^۱، ۲۰۰۰). شاید یونگ یکی از نخستین روان‌شناسانی بود که ارتباط بین باورها و اعتقادات دینی، اعمال مناسک مذهبی و سلامت روانی در افراد را کشف نمود (درای^۲، ۱۹۶۱). هر چند که مطالعات جیمز را از تجربیات مذهبی افراد نمی‌توان در پیشبرد روانشناسی معنویت نادیده گرفت. اخیراً علایق روان‌شناسان نسبت به مطالعه معنویت در روان‌درمانگری و مشاوره رو به فزونی گذاشته است (کلارک^۳، ۲۰۰۱؛ کینگ - اسپونر و نیونز^۴، ۲۰۰۱، شونتون^۵، ۲۰۰۱؛ وست^۶، ۲۰۰۰). رابطه معنویت با مشاوره و روان‌درمانگری اخیراً وارد پیشینه روانشناسی شده است (هلمینیاک^۶، ۲۰۰۱b)، و هوش معنوی بعنوان یکی از ابعاد مستقل هوشی (زهار و مارشال^۷، ۲۰۰۰) درصدد است که اهمیت معنویت در سازگاری و معناداری را دوباره احیا کند. انجمن روانپزشکان در امریکا (۱۹۹۴) در کتابچه تشخیصی طبقه‌ای مستقل برای اختلالات مذهبی و معنوی در نظر گرفته‌اند. شواهد حاکی از آن است که آگاهی روانشناسان به اهمیت بُعد معنوی انسان در بهبود و سلامت روانی انسان رو به افزایش است.

دلایل استفاده از معنویت درمانگری

دلایل زیادی برای استفاده از روان‌درمانگری معنوی ذکر شده است. ریچاردز و برگین (۱۹۹۷) دلایل زیر را برای استفاده از درمان معنوی بیان داشته‌اند:

1. west
2. Dry
3. Clark
4. King-Spooner & Newnes

5. Swinton
6. Helminiak
7. Zohar & Marshall

(الف) مذهب یکی از ابعاد جدانشدنی مراجعان و مشاوران می‌باشد که در فرهنگهای مختلف به انحاء گوناگون دیده شده است.

(ب) در صورت پیدا کردن مهارت در درمان معنوی و مذهبی روان‌درمانگران اعتماد مراجعان مذهبی خود را بهتر کسب می‌کنند و راحت‌تر با ایشان همدلی ایجاد می‌کنند.

(ج) از نظر اخلاقی وظیفه مشاوران و روان‌درمانگران است که در مورد مراجعان مذهبی بتوانند شایستگی و توانمندی خود را در درمان‌های معنوی و مذهبی بالا ببرند.

(د) احراز شایستگی در ابعاد معنوی و مذهبی به مشاوران و روان‌درمانگران کمک می‌کند که منابع موجود در رشد معنویت را در جامعه تشخیص داده و از آنها برای درمان و شکوفایی مراجعان خود کمک گیرند. این منابع در فرهنگ‌های مذهبی شامل رفتن به زیارتگاه‌ها، عبادتگاه‌ها، انجام مراسم مذهبی جمعی و پیوند دادن فرد بی‌پناه به خدا با توسل به ذکر و دعا به وفور یافت می‌شود.

علاوه بر موارد فوق که توسط ریچاردز و برگین (۱۹۹۷) بیان شده‌اند، همان‌طور که در عرفان اسلامی (مثلاً مولوی) و در روانشناسی اعماق (مثلاً یونگ، ۱۹۶۳، ۱۹۵۱) به روشنی نشان داده شده است، انسان ذاتاً و فطرتاً موجودی معنوی و مذهبی است. تا زمانی که این بُعد معنوی فرد به ساختار روانی او پیوند نخورد و با آن منسجم و یکپارچه نگردد درمان واقعی او صورت نمی‌گیرد. در این زمینه کافمن^۱ (۱۹۸۹) چنین بیان داشته است: تکنولوژی و دانش تجربی فقط یکی از راه‌های کمک به حل مشکلات روانی است، فراروندگی و معنویت راه دیگری برای درمان است (لازم به یادآوری است که عرفایی مثل مولوی عشق را درمانگر واقعی می‌دانند که می‌تواند همه نارسایی‌های درونی را از بین برده و فرد را برای درمان واقعی آماده کند). خودآگاه منطقی و عقلانی فقط یک قسمت کوچکی از تجربیات انسانی را تشکیل می‌دهد. صور ازلی ناخودآگاه (جمعی) یک حیطه وسیع‌تری از روان آدمی را تشکیل می‌دهند، در نتیجه تحقق واقعی^۲ انسان تنها از طریق فراروندگی و عروج انسانی و فردیت یابی^۳ صورت می‌پذیرد. این نیاز به فردیت‌یابی مثل نیازهای جنسی، گرسنگی، تشنگی، و پرخاشگری ذاتی است. در بسیاری از کتاب‌های یونگ کوشیده است از طریق تعبیر و تفسیر خواب‌های افراد مختلف نشان دهد که چگونه این افراد تلاش می‌کنند بُعد معنوی و مذهبی خود را وارد حیطه خودآگاه کنند. در یکی از کتاب‌های مشهورش بنام روانشناسی و کیمیاگری (۱۹۵۳) او با تعبیر و تفسیر خواب‌های مراجعانش نشان می‌دهد که افراد با ناراحتی‌های مختلف که برای کمک به کلینیک یونگ می‌شتابند اکثرشان از ناراحتی‌های معنوی رنج می‌برند ولی به این امر آگاهی ندارند. در صورت مطالعه کتاب دیگر او یعنی انسان متجدد در جستجوی روح خود به خوبی درمی‌یابیم که ناراحتی‌های عمده انسان متجدد به علت فراموش کردن بُعد معنوی خود است، انسانی که خدای خود را گم کرده در نتیجه خود را نیز گم نموده است و سرگردان دنبال گم کرده‌اش می‌گردد ولی نمی‌داند که دنبال چیست. وظیفه روان‌درمانگری مثل یونگ این است که برای این انسان از خود بیگانه گشته روشن

1. Kaufman
2. Self-realization
3. Individuation

کند که او دنبال چیست؟ و بینش لازم را در او ایجاد کند و بعد بعنوان روان درمانگر تسهیل کننده فرایند جستجو به مراجع خود کمک کند که گم کرده خود را دریابد، فقط در این صورت است که او بمعنای واقعی درمان خواهد شد.

علاوه بر فرایند درمان مراجعان دچار انواع آشفتگی های روانی، اعتلای زندگی، افزایش رضایت از زندگی و پربار نمودن زندگی افراد مراجعه کننده به روان درمانگر نیز لازم است. رشد معنوی افراد در این راستا می تواند کیفیت زندگی مراجعان مختلف را افزایش دهد. روان درمانگر معنوی می تواند با بیدار کردن منابع غنی معنوی افراد (از جمله مقابله های معنوی، تعبیر و تفسیرهای معنوی، کمک برای تعریف دوباره خود) زندگی افراد را غنی، معنادار و رضایتبخش و مقاوم و انعطاف پذیر^۱ نماید. همچنین روان درمانگران می توانند با کسب مهارت های لازم اختلال های معنوی افراد را درمان نمایند. تحقیقات جدید (مثلاً ریچاردز و برگین، ۱۹۹۷) نشان می دهند که برخی اختلالات روانی در اثر آسیب دیدن معنویت افراد ایجاد می شوند و به محض درمان معنویت آسیب دیده، اختلالات روانی افراد از قبیل اضطراب و افسردگی نیز درمان می پذیرند (نیلسن^۲، ۲۰۰۲).

استفاده از معنویت درمانی همچنین باعث می شود که روان شناسان دیدشان نسبت به درمان های روانی بازتر شود و دیدگاه جامع تری نسبت به روان و فعالیت های روانی داشته باشند. برای پی بردن به این امر بهتر است دیدگاه ملاصدرا را در مورد عذاب اخروی بدانید. در کتاب معاد جسمانی (۱۳۷۹) در بحث انواع عذاب اخروی ملاصدرا به این مسأله مهم اشاره می کند که رذایل درونی مثل درنده خویی و کینه توزی در آن دنیا به صورت جانوران مودی ظاهر می شوند و فرد را آزار می دهند. همانطور که در خواب پریشانی ها و اضطراب ها و ترس ها به صور جانوران و اشباح آزارنده ظاهر می شوند. در حقیقت از نظر ملاصدرا ناراحتی های درونی به صور جانوران آزار دهنده، به بیرون از روان فرد فراقکننده می شوند و این امر همان بحث روانشناسی است که توسط روان شناسان مورد مطالعه قرار گرفته است. بنابراین آرام نمودن افراد توسط روان تحلیل گر معنوی، و زدودن کینه های آنان با استفاده از روش بخشایشگری به آنان کمک می کند که از بارگران کینه ها و رنج ها آزاد شوند، رابطه آنان با افراد دیگر ترمیم شود، و علاوه بر آن از عذاب های اخروی نیز در امان باشند. یک وجود سالم و عاری از کینه و رذیلت که به نفس مطمئنه رسیده است آرام تر از دنیا رخت می بندد و بصورت آرام به سوی رب خویش مراجعت می کند و در زندگی آرام و پر نعمت اخروی متنعم می گردد.

نیروی بُعد معنوی انسان

ریچاردز و برگین (۱۹۹۷) در مورد فواید معنویت درمانی چنین اظهار داشته اند: تشویق مراجعان برای دعا کردن، بحث کردن در مورد مفاهیم کلامی و مفاهیم مذهبی، ارجاع دادن به قرآن و احادیث و نوشته های عرفان، استفاده کردن از تنش زدایی معنوی و تکنیک های تصویرسازی ذهنی، تشویق افراد برای استفاده از

1. Resilient
2. Nielsen

روش‌های گذشت درمانی، تشویق مراجعان و کمک به آنها که در راستای ارزش‌های معنوی خود زندگی کنند، خودافشاءسازی (اعتراف) معنوی، تقویت ارتباط با خدا از طریق انجام مناسک دینی، مشورت با رهبران مذهبی، استفاده از کتاب درمانی مذهبی تعدادی از روش‌هایی هستند که در معنویت درمانی توسط روان‌درمانگران مورد استفاده قرار می‌گیرند.

تسهیل بینش و الهام معنوی برای مراجعان با استفاده از تنظیم محیط مناسب بیرونی و تقویت نیروهای درونی صورت می‌گیرد و در رشد و تعالی آنان اثرات سازنده‌ای دارد. راجرز^۱ (۱۹۸۰) از تجربه حضور صحبت می‌کند که دیگران نیز آنرا تأیید کرده‌اند. انسان‌ها در فرایند فردیت یافتن و رفتن به سوی کمال به تجربه حضور می‌رسند که احساس می‌کنند با خود واقعی، خود متعالی و یا حتی وجود برتر از خود ارتباط و اتصال پیدا کرده‌اند و با آن یکی شده‌اند راجرز در این مورد چنین می‌گوید: زمانی که من خود را در حضور خود درونی، خود اشراقی می‌یابم، زمانیکه تا اندازه‌ای در تماس با خود ناشناخته ارتباط پیدا می‌کنم، زمانیکه در ارتباط بین فردی به جایی می‌رسم که اسم آن را حالت دگرگون شده خودآگاهی (فرار روندگی از خودآگاهی) می‌نامم، در این موقع هر چیزی که من انجام می‌دهم درمانگر و شفابخش می‌باشد. در این صورت فقط حضورم آرامبخش و التیام‌گر است. امکان دارد که در این مواقع بطور غیرمعارف عمل کنم که هیچ ارتباطی با بعد عقلانی و تبیین‌کننده علمی من ندارد و به فرایندهای شناختی من ارتباط پیدا نمی‌کند. در این لحظات است که به نظر می‌رسد روح درونی من پرگشوده تا اینکه با روح انسان دیگری در تماس باشد و به او کمک نماید. رشد عمیقی صورت می‌گیرد و انرژی‌های شفابخش جریان پیدا می‌کنند (ص ۱۲۹).

در معنویت درمانی آنچه خیلی برجسته است این است که روان‌درمانگر سعی می‌کند که به این درجه از تماس با روح درونی فرد دیگر نایل آید. و وقتی روح‌ها (بعد متعالی انسان‌ها) همدیگر را ملاقات نمودند اتفاقاتی می‌افتد که نمونه‌اش را در جریان ملاقات شمس تبریزی و مولوی ملاحظه کرده‌ایم. هر حرکت مرشد راهنمای مرید می‌گردد. این رابطه را در روان‌درمانگری پیدا نمودن و در روابط درمانی پیاده نمودن خودبخشی مهمی از ارتباط معنوی است که در روان‌درمانگری نقش اساسی دارد.

مسئله بعدی که در روان‌درمانگری معنوی عمیق اتفاق می‌افتد این است که فرد روان‌درمانگر وقتی بعنوان کاتالیزور عمل می‌کند (زمانی خود را بیرون می‌کشد) که مطمئن شود مراجع دیگر وجود مرشد بیرونی را درون‌سازی کرده و آماده است که راه را به سوی معنویت خود ادامه دهد. این فرایند را محو تدریجی فرایند بیرونی درمان برای تسهیل تجهیز نیروهای درونی فرد می‌نامیم.

تعدادی از درمانگران از این مؤلفه‌ها بنا به اقتضاهای درمان و یا خواست مراجع استفاده کرده‌اند و اینگونه درمان‌ها را با روان‌درمانگری خود تلفیق نموده‌اند و فواید درمانی آنها را ذکر کرده‌اند (مثلاً ریچاردز و برگین، ۱۹۹۷).

1. Rogers, C. R. (1980). *Away of being*. Boston; Houghton Mifflin

در موارد زیر در استفاده از مداخلات معنوی باید احتیاط کرد
هر چند که استفاده از مداخلات معنوی فواید زیادی دارد، از جمله‌ی این فواید ملحوظ داشتن بعد
معنوی در درمان‌ها و اقرار به اهمیت تمامیت مراجعان در درمان‌های روانی می‌باشد. انسان‌ها بعد معنوی
دارند که نباید در درمان‌ها از آنها غافل شد. سلامت معنوی مراجعان با سلامت فیزیکی و روانی آنها تعامل
اساسی دارد.
در هر حال بسیاری از روان‌درمانگران معتقدند که در موارد زیر نباید از درمان‌های معنوی استفاده
نمود:

الف) مراجعان اظهار داشته‌اند که آنان نمی‌خواهند در چنین درمان‌هایی شرکت کنند.

ب) مراجعانی که دچار توهم، و یا روان‌پریش^۱ می‌باشند،

ج) مسایل معنوی هیچ ارتباطی به مشکل روانی فرد نداشته باشد. البته در این زمینه بایستی احتیاط لازم
را رعایت کرد. شاید بطور مستقیم ارتباطی بین بیماری فرد و مشکلات معنوی مشاهده نشود ولی بطور
غیرمستقیم مشکل معنوی مراجعان در مسایل معنوی آنها تأثیر بگذارد، و

د) کودکانی که به سن قانونی نرسیده‌اند و والدین آنان اجازه نداده‌اند که در مورد مسایل معنوی با آنان
بحث شود. شاید موقعیت‌های دیگری نیز وجود داشته باشد که هر چند به‌کارگیری مداخلات معنوی در
آن شرایط بازداری نشده است ولی به‌کارگیری معنویت درمانی احتمال دارد که خطرناک و یا غیرقابل دفاع
باشد. بطور کلی مداخلات معنوی شاید در مواردی که مراجعان بطور شدید اختلال دارند، غیرمذهبی و
یا حتی مخالف مذهب می‌باشند، از نظر معنوی ناپخته و خام هستند، مذهب و معنویت را غیرمربوط به
مسایل روانی خود بدانند، خداوند را خیلی دور از خود و سرزنش کننده بدانند، مشکل‌زا باشد. علاوه بر
این عواملی از قبیل شباهت و میزان معنوی بودن مراجع و روان‌درمانگر در اثر بخشی مداخلات معنوی
تأثیرگذار می‌باشند. زمانی که بین باورهای معنوی مراجع و روان‌درمانگر اختلاف شدید باشد احتمال دارد
که به‌کارگیری مسایل معنوی در روان‌درمانگری زیاد سودمند نباشد. در جدول زیر تعدادی از متغیرهایی که
در اثربخشی مداخلات معنوی در روان‌درمانگری تأثیر می‌گذارند آورده شده است.

جدول (۱) متغیرهای مربوط به مراجع، روان‌درمانگر و فرایند درمانی که تناسب و اثربخشی مداخلات معنوی را تحت تأثیر قرار می‌دهند

نوع تأثیرگذاری	متغیرها مراجعان
<p>هر اندازه اختلال روانی مراجعان شدیدتر باشد احتمال کمتری دارد که از مداخلات معنوی در فرایند درمان بهره ببرند. مخصوصاً مراجعان با توهم، دچار روان‌پریشی و اختلالات شدید روانی، مراجعانی که دچار وسواس شدید هستند احتمال دارد کمتر از مداخلات معنوی بهره ببرند.</p>	<p>میزان و شدت اختلالات</p>
<p>مراجعانی که اعتقادات شدید به مسایل مذهبی دارند شاید بیشتر به مداخلات معنوی علاقه نشان دهند. ولی این مراجعان نیز در حیطهٔ نحله دینی و مذهبی خودشان علاقمند به بحث مسایل معنوی در حین درمان می‌باشند.</p>	<p>میزان باورهای معنوی و مذهبی</p>
<p>افرادی که از لحاظ معنویت پخته هستند و به درجه‌ای رسیده‌اند که بتوانند تعبیر و تفسیرهای مختلف دیگران را از مسایل مذهبی و معنوی برتابند احتمالاً راحت‌تر به این گونه مداخلات می‌توانند تن در دهند.</p>	<p>میزان رشد معنوی، سلامت معنوی (مذهب درون‌سو در مقابل برون‌سو)</p>
<p>تا حدی روشن است که برداشت‌های معنوی و مذهبی و جهان‌بینی فرد می‌تواند در سلامت و یا بیماری او تأثیر بگذارد. زمانی که مشکل فرد در ارتباط با یافتن معنا در زندگی باشد احتمال دارد که مداخلات معنوی در جهت افزایش معنا سودمندتر باشد.</p>	<p>نوع مشکل روانی</p>
<p>مراجعان کم‌سن و سال (کودکان و نوجوانان) شاید علاقمند به بحث در مسایل معنوی و مذهبی باشند ولی از آنجایی که آنان هنوز به پختگی لازم فکری و شناختی نرسیده‌اند که مسایل را به صورت انتزاعی درک کنند شاید در فهماندن مسایل معنوی به آنها تخصص بیشتر لازم باشد. علاوه بر این چون آنان به سن قانونی نرسیده‌اند والدین این کودکان می‌توانند روان‌درمانگر را در مورد استفاده از این روش مورد سؤال قرار دهند.</p>	<p>سن</p>
<p>مراجعانی که تجربیات مثبتی از خدا دارند و خداوند را بخشنده، حمایت‌گر و خیرخواه تلقی می‌کنند احتمال بیشتری دارد که باور داشته باشند که خداوند آنان را کمک می‌کند و بیشتر علاقه داشته باشند که در مداخلات معنوی شرکت کنند تا بیشتر در این زمینه‌ها اطلاعات جمع‌آوری کنند.</p>	<p>تصویر ذهنی از خدا</p>

نوع تأثیرگذاری	متغیرها مراجعات	
<p>مراجعاتی که نوع حل مسأله آنان اشتراکی است و فکر می‌کنند که برای مسأله بایستی خودشان برنامه داشته باشند، ولی بدون توفیق خداوند به نتیجه مطلوب نمی‌رسند شاید بیشتر از افرادی که حل مسأله خود محورانه دارند به شرکت در مداخلات معنوی علاقه نشان دهند و از این مداخلات بهره‌مند گردند. در تحقیقاتی چند که پژوهشگر در زمینه توکل به خدا انجام داده حل مسأله یا مقابله اشتراکی را که پارگامنت (۱۹۹۶) مطرح کرده است خیلی نزدیک به توکل دانسته است. در توکل نیز فرد در ضمن حفظ وضعیت فعال خود معتقد است که بدون همکاری و توفیق خدا نتیجه مطلوب حاصل نمی‌شود. پس افرادی که بیشتر رویکرد توکلی به روخداها دارند بیشتر علاقمند خواهند بود که در مداخلات معنوی شرکت کنند.</p>	<p>سبک مقابله‌ای و حل مسائل مذهبی:</p>	
<p>کرکپاتریک (۲۰۰۵) از سبک‌های ایمن و نایمن (اضطرابی و اجتنابی) در مورد خدا صحبت کرده است و نظریه دل‌بستگی بالبی در مورد کودکان به والدین را به ارتباط افراد به خدا توسعه داده است. طبق این نظریه افرادی که دل‌بستگی ایمن دارند بیشتر علاقمند به بحث در مورد مداخلات معنوی و مذهبی خواهند بود و احتمالاً بیشتر از این مداخلات بهره خواهند گرفت.</p>	<p>سبک وابستگی به خدا</p>	
<p>روان‌درمانگرانی که تحمل بالایی از تفاوت‌های معنوی و مذهبی دارند و می‌دانند که ویژگی‌های فرهنگی و شخصیتی در نوع فهم از دین‌داری و معنویت تأثیر می‌گذارد راحت‌تر می‌توانند تنوع برداشت‌ها از دین‌داری و معنویت را تحمل کنند و اینگونه افراد راحت‌تر بدون سوءگیری می‌توانند مراجعات را از لحاظ معنوی رهبری کنند. البته منظور نداشتن معیار برای تعبیر و تفسیر اصیل از تعبیر و تفسیر غیراصیل از دین‌داری نیست. بلکه منظور توانمندی گوش کردن به آرای مختلف و برداشت‌های متنوع مراجعات است.</p>	<p>داشتن دید انعطاف‌پذیر در مورد معنویت</p>	<p>متغیرهای مربوط به درمانگر</p>

نوع تأثیرگذاری	متغیرها مراجعان	
<p>روان درمانگرانی که از لحاظ معنوی پخته‌تر هستند بهتر می‌توانند مسایل و مشکلات معنوی خود را بفهمند و آنها را تحلیل کنند و به آنها کمک نمایند. پختگی معنوی و مذهبی با دانش در مورد روش‌ها و متدهای معنوی و مذهبی تفاوت دارد. فرد پخته خودش از لحاظ شخصی الگوی مناسبی برای مراجع است، علاوه بر این فرد پخته زودتر درک می‌کند که چگونه مشکلات معنوی با مسایل روانی تعامل پیدا می‌کنند.</p>	پختگی معنوی و مذهبی	
<p>هر اندازه شباهت‌های بین ارزش‌ها و معیارهای اخلاقی و معنوی بین مراجع و روان‌درمانگر بیشتر باشد به همین اندازه مراجعان بیشتر تشویق می‌شوند که نظرات خود را در مورد معنویت و مسایل معنوی با روان‌درمانگران در میان بگذارند، و از آن بهره ببرند.</p>	شباهت ارزش‌ها بین مراجع و روان‌درمانگر	
<p>زمانی که مراجعان خودشان از معنویت صحبت می‌کنند و بحث از مسایل معنوی در جلسه مطرح می‌کنند، این خود سرنخی است که روان‌درمانگران می‌توانند آن را دال بر علاقه مراجعان به بحث در مسایل معنوی تعبیر نمایند.</p> <p>زمانی که خود مراجع بحث از مسایل معنوی را به پیش بکشد به اثربخشی مداخلات معنوی می‌توان امیدوارتر بود.</p>	آغازگری مراجع از صحبت در مورد مسایل معنوی	فرایند (متغیرهای فرایندی)
<p>مداخلات معنوی که خارج از جلسه درمانی صورت بگیرد به چند دلیل با ریسک‌پذیری کمتر روان‌درمانگران توأم است: اولاً) مراجعان در جلسه درمان چون منخارجی را می‌پردازند در صورت شک به مؤثر بودن درمان‌های معنوی می‌توانند اعتراض کنند ولی در خارج از جلسه درمانی به عنوان تقویت اثرات روان‌درمانگری می‌توان از معنویت درمانی استفاده کرد.</p> <p>توصیه مداخلات معنوی برای انجام دادن در خارج از جلسه درمان نقش نامشخص درمانگر - رهبر مذهبی را در ذهن مراجعان زنده نمی‌کند. در هر حال اگر این مداخلات و تمرینات در جلسه درمانی صورت گیرد نقش روان‌درمانگر با رهبر مذهبی در ذهن مراجع مبتدی مغشوش می‌شود،</p>	خارج از جلسه درمانی	

نوع تأثیرگذاری	متغیرها مراجعات
<p>مگر اینکه به مراجع تفهیم شود که روان‌درمانگری و معنویت درمانی اشتراکات خیلی زیادی دارند که این امر امکان دارد با همه مراجعات در جلسات اولیه حاصل نشود.</p>	
<p>اگر مداخلات معنوی بعد از اینکه روابط صمیمی بین مراجع و روان‌درمانگر ایجاد گردید شروع شود، اثرات بهتری بدنبال خواهد داشت. در هر صورت روان‌درمانگران نباید عجله به خرج دهند و روان‌درمانگری را در ابتدا با مداخلات معنوی شروع کنند. آنها باید بگذارند که فرایند درمان به پیش برود. ابتدا رابطه صمیمی بین مراجع و روان‌درمانگر ایجاد شود. درثانی سنجش معتبر در مورد وضعیت روانی و معنوی و تاریخچه معنوی مراجع بدست آید، و پس از آن در مورد به‌کارگیری مداخلات معنوی تصمیم گرفته شود.</p>	<p>بعد از ایجاد رابطه صمیمی بین مراجع و روان‌درمانگر</p>

رهنمودهای اساسی در به‌کارگیری مداخلات معنوی

با فرض اینکه مداخلات معنوی را روان‌درمانگر تصمیم می‌گیرد که آن را به کار گیرد بایستی قبل از اینکه آن را به کار گیرد دستورات زیر را رعایت کند.

هر چند که در این زمینه دستورالعمل دقیق دادن بنا به تنوع مشکل و ویژگی‌های شخصیتی و معنویت مراجعات دشوار است، می‌توان رهنمودهای مفیدی را ارائه داد. ایده اصلی نویسنده حاضر این است که روان‌درمانگران به نحو مؤثری بین مشکل مراجع و انتخاب شیوه مداخله معنوی هماهنگی ایجاد کنند. مثلاً اگر مراجع در اعتماد به نفس، خشم، اضطراب و روابط بین فردی مشکل دارند و رابطه آنان با دیگر افراد اگر آسیب دیده است، با پیشنهاد بخشش درمانی ترمیم نمایند. در اینجا نیز عقل نظری و یافته‌های تحقیقاتی به روان‌درمانگران کمک می‌کنند. مثلاً تحقیقات نشان می‌دهند که در صورت اجرای بخشش درمانی، اضطراب، افسردگی و خشم مراجعات کاهش می‌یابد، روابط بین فردی بهبود می‌یابد و اعتماد به نفس افزایش می‌یابد. از لحاظ نظری نیز قابل درک است افرادی که به شدت از دیگران رنجیده‌اند (مخصوصاً از عزیزانی که به آنها خیلی نزدیک است مثل همسر، فرزندان) امکان دارد که افسردگی، اضطراب و خشم

افزایش یابد و در روابط بین فردی دچار مشکلاتی شوند، و در ارزشمندی خود نیز دچار مشکل گردند. البته روان‌درمانگر می‌تواند فرضیه خود را در مصاحبه اولیه به معرض سؤال بگذارد و تأیید و یا رد آن را نیز بدست آورد. مثلاً فرد می‌تواند سؤالاتی را در این راستا تنظیم کند از میزان رنجش فرد از افراد مهم در زندگی اطلاعاتی بدست آورد. در هر حال برای روان‌درمانگر متبحر، مطلع بر پیشینه تحقیقاتی، که ذهن‌تئوریک نیز دارد و می‌داند که فرضیه‌های ذهنی را باید با داده‌های بدست آمده از مصاحبه و روش‌های دیگر آزمایش کند، پیدا کردن ارتباط آسیب‌روانی با مشکلات معنوی مشکل نخواهد بود. بعلاوه روان‌درمانگر باید سعی کند که مداخلات درمانی او با نیازهای منحصر به فرد مراجعانش انطباق داشته باشد. روان‌درمانگران با درایت، حساسیت لازم، و با دقت مداخلات معنوی را که فکر می‌کنند برای مراجعان خود مفید است انتخاب کرده و به کار می‌برند. البته در صورت گرفتن نتیجه مثبت اعتماد آنان به خود و به کارآیی روش درمانی بیشتر می‌شود.

در جدول شماره (۲) تعدادی از رهنمودهای مفید آورده شده است. روان‌درمانگران به تناسب وضعیت درمان و برداشت خود از مرحله سنجش می‌توانند از این رهنمودها استفاده کنند. رهنمودهای ارائه شده در جدول (۲) حول محور اصول زیر می‌چرخند: الف) احترام عمیق به آزادی و خودمختاری مددجو در درمان، ب) حساسیت و درک عمیق باورهای مذهبی و معنوی مددجوی مورد نظر، ج) انعطاف‌پذیری و پاسخگویی به ارزش‌ها و نیازهای مددجویان. لازم است که این اصول را روان‌درمانگران در تلفیق مداخلات معنوی با برنامه‌های روان‌درمانگری در نظر بگیرند.

جدول (۲) پیشنهادهای لازم در تلفیق مداخلات درمانی در برنامه‌های روان‌درمانگری

پیشنهادها:

۱) روان‌درمانگر بایستی مددجویان خود را از به‌کارگیری شیوه‌ها و روش‌های مداخلات معنوی خود در برنامه‌های درمانی مطلع سازند.

۲) روان‌درمانگران لازم است پیشینه مذهبی و معنوی مراجعان و خود را مورد کاوش قرار دهند، همچنین وضعیت فعلی معنوی او و تغییراتی که در مراحل حساس زندگی در معنویت او اتفاق افتاده است، و علت احتمالی آن تغییرات را قبل از انجام مداخلات باید مورد بررسی قرار دهند.

۳) روان‌درمانگران بایستی روابط بین فردی مبتنی بر اعتماد و صفا و صمیمیت را قبل از انجام هرگونه مداخله معنوی و مذهبی ایجاد کنند.

۴) قبل از به‌کارگیری مداخلات معنوی روان‌درمانگران بایستی مشخص کنند که مداخلات معنوی لازم‌الاجرا، و یا ممنوع‌الاجراء تشخیص داده شده‌اند. این بحث قبلاً در فصل حاضر تحت عنوان به‌کارگیری احتیاط‌های لازم در به‌کارگیری مداخلات معنوی توضیح داده شده است.

۵) روان‌درمانگران بایستی بطور شفاف مداخلات معنوی و مذهبی را که دوست دارند انجام دهند و برای مراجعان خود توضیح دهند و اجازه لازم را برای اجرای این روش‌های درمانی از مددجو کسب کنند.

۶) روان‌درمانگران لازم است که مداخلات معنوی و مذهبی با روش‌های احترام‌آمیز به کار بگیرند بعلت اینکه از دیدگاه مراجعان مذهبی بسیاری از این تمرینات مقدس تلقی می‌شوند.

۷) روان‌درمانگران لازم است در چارچوبه ارزشی مراجعان خود کار کنند و مواظب باشند که ارزش‌های اخلاقی خود را به مراجعان خود تحمیل نکنند. هر چند که لازم است اعتقادات و باورهای غیرکارآمد را که در تشدید بیماری روانی‌شان سهم دارند، مورد چالش قرار دهند تا اینکه مراجع در جهت تغییر آن باورهای ناکارآمد معنوی تجدیدنظر کند.

۸) روان‌درمانگران نبایستی تمام مداخلات معنوی و مذهبی را به‌صورت یکنواخت و سخت‌گیرانه با تمام مراجعان خود به کار برند. بلکه این روش‌ها را بصورت انعطاف‌پذیر، و متناسب با ویژگی‌های مراجعان خود به کار گیرند.

۹) روان‌درمانگرانی که به خدا و وجود متعالی اعتقاد دارند بایستی برای گرفتن رهنمودها در کمک به مراجعان خود از خدا کمک بطلبند و از خداوند بخواهند که آنان را در انتخاب درمان مناسب با هر مراجع و روش درست به‌کارگیری آن یاری کند.

اهداف مداخلات معنوی

هدف عمومی مداخلات معنوی و مذهبی تسهیل و رشد سبک‌های مقابله‌ای و بهزیستی معنوی مددجویان می‌باشد. باور نویسنده بر این است: الف) افرادی که در حیطه معنوی به صورت سالم پرورش می‌یابند احتمال بیشتری دارد که در حیطه‌های دیگر زندگی نیز موفق باشند. علاوه بر این هدف کلی که در فوق به آن اشاره شد، در اثر درمان معنوی مراجعان هویت معنوی خود را مورد تأیید و شناسایی قرار می‌دهند، ب) از خداوند رهنمود و ارشاد می‌خواهند تا آنان را در کنار آمدن با مشکلات، التیام یافتن و رشد و ارتقاء کمک کند، ج) از جامعه مذهبی خود حمایت اجتماعی، عاطفی و مادی دریافت می‌کنند، د) باورهای غیرکارآمد معنوی و مذهبی خود را مورد ارزیابی، شناسایی و تعدیل و اصلاح قرار می‌دهند، ه) مشکل خود را از دیدگاه مذهبی و معنوی مورد ارزیابی و شناسایی قرار می‌دهند، و) شک‌ها و تردیدها و نگرانی‌های معنوی و مذهبی خود را مورد شناسایی قرار داده و در راه حل آن‌ها اقدام می‌کنند، ز) از لحاظ روانی و معنوی می‌توانند خطاهای گذشته افراد را مورد بخشش قرار داده و از زیر بار سنگین رنج و درد، خود را آزاد می‌سازند. ح) از خطای خود که در گذشته انجام داده‌اند توبه می‌کنند و سعی می‌کنند که

درصد جبران گذشته برآیند و اگر افرادی را رنجانده‌اند از آنان حلاوت طلب کنند، ط) در سایه ایمان به خدا و تعهد به ارزش‌های اخلاقی، معنوی و باورهای مذهبی رشد و تکامل پیدا کنند. البته اهداف دیگری در ملاقات معنوی مستتر است که در اینجا مجال اشاره به آنها نیست. مهمترین نکته‌ای که در اینجا لازم است به آن اشاره شود در نظر گرفتن بعد معنوی و مذهبی فرد و وارد کردن آن در درمان است که غیر از یونگ از روان‌درمانگران کسی به آن نپرداخته است. با احیاء این بعد از زندگی مراجعان سال‌ها بعد از یونگ تمامیت درمان مراجعان صورت عملی به خود می‌گیرد و درمان کلیت وجودی فرد بار دیگر احیاء می‌شود.





فصل دوم:
فرایند به‌کارگیری معنویت در
مشاوره و روان‌درمانگری

فرایند درمانی روان‌درمانگری معنوی از منظر گاه‌های مختلف

هر چند که فرایند روان‌درمانگری معنوی تاریخ پربراری دارد و کتاب‌های عرفانی (مثلاً منازل السائرین خواجه عبدالله انصاری) از مراحل مختلفی در رشد معنوی سخن گفته‌اند که طی آن مراحل، مرید و مرشد با هم و به کمک مرشد این مراحل را طی می‌کنند. حافظ شیرازی نیز هشدار می‌دهد که بدون مرشد و دلیل کسی راه معنویت را طی نکند.

(بکوی عشق منه بی دلیل راه قدم که من بخویش نمودم صد اهتمام و نشد)

تعداد مراحل و زنجیره‌های پشت سرهم رشد معنوی را از ۷ تا ۱۰ مرحله ذکر کرده‌اند. کتاب درصد میدان خواجه عبدالله انصاری، در منازل السائرین و در مقامات معنوی (بینا، ۱۳۸۳) این مراحل به تفصیل آورده شده‌اند. بهر حال درمان معنوی و مداخلات مذهبی دوران کودکی خود را می‌گذرانند و نیاز فراوان به تحقیق در این زمینه وجود دارد. در برخی از کتاب‌ها (مثلاً ریچاردز و برگین، ۱۹۹۷؛ میلر، ۲۰۰۳) از مؤلفه‌های درمانی معنوی به دعدرمانی^۱، مراقبه و تدبیر^۲، خواندن کتب و متون مقدس، شرکت در مراسم مذهبی دسته‌جمعی، بخشش درمانی، پرستش و انجام مناسک مذهبی، کتاب درمانی^۳، شرکت در کارهای خیر، مناجات و درخواست رهنمودهای معنوی، اشاره کرده‌اند. سؤال اساسی این است که آیا این مؤلفه‌های ذکر شده جامعیت و مانعیت لازم را دارند، مرجعیت این مداخلات از نظر تئوریک و از نظر عملیاتی کدام است؟ و چگونه می‌توان اینگونه درمان‌ها را اعتباریابی نمود و به عنوان درمان استاندارد معنوی ارائه داد. آیا این درمان‌ها مراحل تحول معنوی فرد را در ارائه درمان‌های معنوی در نظر می‌گیرند (فاولر، ۱۹۹۶). اخیراً ریچاردز و برگین (۲۰۰۴) کتابی را تحت عنوان کتابچه بررسی موردی برای به‌کارگیری رهیافت‌های معنوی در مشاوره و روان‌درمانی تألیف نموده‌اند که حاوی فصول مختلفی از نویسندگان متعدد در مورد روش‌ها و الگوهای مختلف در معنویت درمانی است که از آن جمله به الگوها و روش‌های زیر می‌توان اشاره نمود:

رهنمود معنوی خدامحور^۴ در روان‌درمانی، روان‌درمانگری انسجام‌یافته با رویکرد معنوی معنویت درمانی مبتنی بر انسان محوری^۵ با چاشنی عرفانی، درمان معنوی مبتنی بر الگوی «رفتاری، هیجانی - عقلانی» که در آن روان‌درمانگر با استفاده از قرآن و استناد به آیات قرآنی توانسته است اعتقادات غیرکارآمد مذهبی فردی مسلمان بنام عایشه را درمان کند و در نتیجه اختلالات روانی عایشه نیز به تبع اصلاح عقاید غیرکارآمد و جانشین‌سازی آن با عقاید کارآمد و اصیل مذهبی درمان شده است. از مطالعه این متون می‌توان به نتیجه زیر رسید: حداقل الگوهای درمانگری معنوی با رهیافت شناختی هیجانی؛ با رویکرد انسانگرایی و با رویکرد روان‌تحلیل‌گری متصور است که در رهیافت شناختی - هیجانی - رفتاری (الیس)

1. Prayer

2. Contemplation & Meditation

3. Bibliotherapy

4. A Theistic spiritual strategy

5. Integrative Spiritually Oriented psychotherapy

6. Humanistic Integrative Spiritual Psychotherapy with Sufi convert

و یا شناختی (بک) تأکید بر تصحیح باورهاست و تبدیل باورهای غیرکارآمد معنوی به باورهای کارآمد و درست معنوی و مذهبی است. در حالیکه در دیدگاه انسانگرایی، معنویت درمانی تأکید بر ارزش بدون قید و شرط و نشان دادن کرامت انسانی به مراجعان و افزایش اعتماد به نفس مراجعان با انسجام باورهای معنوی آنان و ارتباط ناگسستنی انسان با خدا می‌باشد. در روان تحلیل‌گری (مخصوصاً در روان‌شناسی اعماق) نشان دادن مرکزیت انسان بعنوان خویشتن و یا خود متعالی است که انسان پیوسته در صدد تکمیل آن و رسیدن به خود متعالی می‌باشد و به اعتقاد یونگ تمام فرایندهای روانی در این جهت تجهیز شده‌اند که تمامیت انسان را بدست آورند. یونگ بهترین نماینده اینگونه روان‌درمانگری معنوی به روش روان تحلیل‌گری هم از لحاظ هدف و هم از لحاظ تکنیک بوده است. البته روش‌های التقاطی مشاوره و روان‌درمانگری با رویکرد معنوی نیز قابل تصور است که در آن از مجموعه روش‌های روان‌درمانگری و مشاوره استفاده می‌شود تا عنصر معنویت را با روان انسان‌ها منسجم کند و پایه درمان معنویت آسیب دیده پرداخته شود.

یکی دیگر از دیدگاه‌های نظری که معتقد است می‌تواند در تبیین معنویت مفید واقع شود الگوی روابط است که کرکپاتریک (۲۰۰۵) آن را در الگوی دلبستگی به خدا خلاصه نموده است. البته الگوی روابط وسیعتر از الگوی دلبستگی می‌باشد ولی در هر حال دلبستگی نیز جز روابط انسان‌ها با موضوع دلبستگی به‌شمار می‌رود. الگوی مبتنی بر روابط معتقد است که: روابط می‌تواند سالم، ایمن، توأم با عشق و محبت بدون قید و شرط باشد. روابط می‌تواند نایمن، اجتنابی، اضطرابی، و یا حتی مشروط باشد. در روابط مشروط، معاملات مشروط داریم. مثلاً اگر کسی نیازهای ما را برآورده سازد و به ما سود رساند رابطه خود را با او حفظ می‌کنیم و به او نزدیک می‌شویم و او را تحسین می‌کنیم در این گونه روابط ما «خود محور هستیم» محوریت، نیازهای ما و برآورده شدن آنهاست. در روابط توأم با عشق، ما پخته‌تر عمل می‌کنیم به اندازه‌ای رشد کرده‌ایم که از خودمحوری خویشتن خلاصی یابیم و اجازه دهیم که عشق الوهی که شفابخش است در روابطمان جاری و ساری شود. عشق و علاقه از خود فراروندگی را با خود به ارمغان می‌آورد. در این روابط است که انسان می‌تواند معراج کند، چون می‌تواند از خود فراتر رود. اگر گفته‌اند نماز معراج مؤمن است، بدین جهت است که انسان در نماز (که یک نوع ارتباط عمیق با خداست) از خود فراتر می‌رود. از خود محوری بیرون می‌آید، به سوی ارزش‌های بالاتر و خود متعالی پرواز می‌کند. انسان دیگری می‌شود با ویژگی‌های برتر و والاتر. تعدادی از صاحب‌نظران (مثلاً فرم^۱، ۱۹۴۵) معتقدند که اساس دین بر روابط استوار است که در آن روابط نیروهای درونی با همدیگر و سامان دادن آنها در جهت ارتقاء رشد ما و ترکیب بهینه، روابط افراد با وجود متعالی و روابط انسان‌ها با همدیگر مستتر است. گری لی^۲ (۱۹۸۱) نیز بر این عقیده است او می‌گوید داستان زندگی هر فرد، داستان ارتباطات او با دیگران و با جهان خارج است، داستان زندگی مذهبی هر فرد نیز بیانگر رابطه اوست با خدا و با افراد دیگر. گلاک و استارک (۱۹۶۵) تجربیات معنوی را عبارت از روابط و تعاملات متقابل افراد می‌دانند که در یک داد و ستد معنوی

1. Ferm
2. Greeley

با هم برخورد می‌نمایند.

روان‌تحلیل‌گران در بیان رابطه موضوعی بین فرد و دیگران و انتقال این رابطه به رابطه فرد با وجود متعالی مطالب قابل توجهی ارائه نموده‌اند.

بعنوان مثال گان تریپ^۱ (۱۹۶۱) (به نقل از بیت - هالاهمی^۲، ۱۹۹۲) مطلب مذکور را به صورت زیر

بیان می‌نماید:

تجربیات مذهبی و معنوی بیانگر ویژگی طبیعت انسانی است که نیاز به ارتباط خوب و رضایتبخش ریشه دوانده است... دینداری عبارت است از نیاز درونی انسان برای پیدا کردن روابط موضوعی سالم و ایده‌آل که انسان با آن در سراسر زندگی به سر برد. در آیات قرآنی و احادیث نبوی تلویحاً به این رابطه در دینداری اشاره شده است. علاوه بر این که رساله حقوق حضرت سجاد (ع) تماماً در مورد روابط انسان است، خداوند وقتی از خود و ایمان به خدا صحبت می‌کند از والدین نیز نام می‌برد که بایستی رابطه دوستانه و عشق آمیز با آنان ایجاد شود. رابطه انسان با هستی، موجودات دیگر و انسان‌های دیگر بطور جدی در تمام مکاتب معنوی و در ادیان توحیدی به صورت جدی مطرح شده است. این رابطه سالم و ایده‌آلی که رکن اساسی دینداری و معنویت را تشکیل می‌دهد تنها به صورت تئوریک بیان نشده است. زمانیکه گالوپ و جونز^۳ در تحقیق پیمایشی کشوری سؤال نمودند که کدامیک از اظهارات زیر بیان‌کننده دینداری می‌باشند: مجموعه‌ای از باورها، عضویت در کلیسا و یا صومعه، پیدا کردن معنی در زندگی، و یا ارتباط با خدا؟ ۵۱ درصد نمونه انتخاب شده «رابطه با خدا» را بعنوان تعریف کننده دقیق‌تری از دینداری تلقی نمودند. و برای گزینه‌های بعدی بطور متناظر ۱۹٪، ۴٪ و ۲۰٪ جوابها تعلق گرفتند. در همان تحقیق وقتی از افراد در مورد افزایش دینداری سؤال شد، در حدود ۸۴٪ عمقی نمودن ارتباط با خداوند را به عنوان عمیق‌تر کردن ایمان تلقی نمودند. در تحقیق دیگری هوفز^۴ (۱۹۸۹) از افراد شرکت کننده در تحقیق خود پرسید «چگونه دینداری در زندگی روزانه به آنان کمک نموده است؟»

پاسخگران بدون استثناء ذکر کرده بودند «دسترسی پیدا کردن به خدایی عشق ورز که علاقمند است در زندگی روزانه به آنان کمک کند، در کنار آمدن با سختی‌ها و مشکلات زندگی بطور قطع مفید بوده است.

این رابطه عشق‌آمیز با خدا در نوشته‌های عرفانی نیز به کرات ذکر شده است. مثلاً جامی (۱۳۸۳) در کتاب لویح چنین گوید: توحید یگانه گردانیدن دل است. یعنی تخلیص و تجرید او از تعلق به ماسوای حق سبحانه هم از روی طلب و ارادت، و هم از جهت علم و معرفت (ص ۶۴) و این نشان می‌دهد که ارتباط صمیمی با خدا مرکزیت ادیان و عرفان و معنویت را تشکیل داده است. بر مبنای الگوی ارتباط به عنوان یک پارادایم معنویت ارتباط فرد با خدا و وجود متعالی، ارتباط فرد با دیگران، ارتباط فرد با خودش، و ارتباط فرد با طبیعت مورد بررسی است. در هر کدام از این محورهای چهارگانه ارتباط انسان آسیب ببیند معنویت او دچار اختلال و آسیب می‌گردد. هم در سنجش معنوی و هم در مداخلات معنوی روان‌درمانگران و

1. Guntrip

2. Beit Allahmi

3. Gallup & Jones

4. Hughes

مشاوران باید توجه مخصوص به ارتباط افراد و سلامت این ارتباط به صورت فعال در زندگی روزمره ایشان داشته باشند. این ارتباط حتی بین اجزای مختلف ساختار روانی هر فردی نیز متصور است. انسجام نیروهای روانی انسان را به سوی یکپارچگی، وحدت و سلامت سوق می‌دهد. تشتت در نیروها و انگیزه‌ها و عدم ترکیب بهینه آنها در ساحت روانی به تشتت و از هم گسیختگی می‌انجامد که برخلاف سلامت و یکپارچگی است. بسیاری از رهنمودهای معنوی مثل ذکر، دعا و نیایش برای یکپارچگی و اتصال انسان است به منشأ ربوبی و وجود متعالی. تا زمانی که این اتصال پیاده نشود و اتصال معنوی عاری از آسیب‌های ریا و جهالت نگردد سلامت معنوی تضمین نمی‌شود.

یکی دیگر از نظریه‌های اساسی درمان معنوی که هماهنگ با دیدگاه عرفان اسلامی است دیدگاه روان درمانگری یونگ است که با مختصر اصلاحاتی در اینجا آورده می‌شود. علت انتخاب نظریه یونگ به عنوان اساس کار، غنای این نظریه و علاقه وافر یونگ به مطالعه رفتارها، نمادها، مناسک و آداب و رسوم مربوط به معنویت بوده است. همچنین هماهنگی این نظریه با عرفان اسلامی و متون دینی به آن غنای ویژه‌ای بخشیده است که در مدل‌های دیگر این غنا دیده نمی‌شود. با توجه به ویژگی فرهنگی و دینی و معنوی کشور اسلامی ایران هر جا که تغییرات لازم بوده نویسنده آن تغییرات لازم را انجام داده است تا مطابق با فرهنگ اصیل اسلامی این معنویت درمانی صورت گیرد. معنویت درمانی از این نظر تأکید این مؤلف است که جوهره دین در معنویت دینی است.

انسان وقتی پا به عرصه وجود می‌گذارد دنبال فردیت و کمال خود می‌باشد و بقول مولوی دنبال خود گم گشته می‌گردد. این فردیت تنها از طریق کسب دانش، مقام و موقعیت مادی بدست نمی‌آید (یونگ ۱۹۷۱d)، بلکه فرد تفردیافته و به کمال رسیده بایستی فراتر از حیطه خودآگاهی رود و قسمت‌های عرفانی، معنوی و متعالی خود را نیز رشد دهد. افراد معنوی همراه با بعد عقلانی و خودآگاه، بعد عرفانی و ناخودآگاه خویشان را نیز می‌توانند رشد دهند و می‌توانند ادعا کنند که از تمام ظرفیت‌های وجودی خویش استفاده کرده‌اند و به تحقق خویشان واقعی نایل آمده‌اند. در انسان این تحقق خویشان با ترکیب هارمونیک صورت می‌گیرد و این امتیاز و ویژگی انسان بر فرشته است که بایستی از طریق ترکیب اضداد و در برخورد با مسایل و مشکلات خود را بسازد.

فردیت‌یابی^۱ فرایندی است که در مسیر آن افراد به سوی تحقق بخشی خود حرکت می‌کنند. در اصطلاح عرفانی این یک طریقت است که انسان برای رسیدن به حقیقت در آن قدم می‌گذارد. این فرایند پیچیده و دشوار است و لازمه‌اش به آشتی درآوردن و انسجام بخشیدن به نیروها، صفات، نگرش‌های مختلف و بعضاً متضاد می‌باشد که همه افراد نیز به آن فردیت خود نمی‌توانند برسند و در راه می‌مانند. در منطق الطیر عطار همانطور که مرغان بسیاری می‌خواستند بروند و سیمرغ (حقیقت و جود) را ملاقات کنند از سختی راه نتوانستند همگی به هدف برسند و فقط سی تا از آنها توانستند به قله قاف برسند تا سی مرغ (سیمرغ) را مشاهده کنند. افراد زیادی نمی‌توانند این مسیر را به کمال طی کنند. در اینجا است که درمان نقش اصلی خود

1. Individuation

را نشان می‌دهد: الف) در حداقل ممکن مراجعان سوق داده می‌شوند که علت مشکلات خود را کشف کنند و بدانند که بیشتر دردها و رنج‌ها که ایشان می‌برند از گم کردن راه بوده و فراموش کردن هدف اصلی‌شان که حرکت به سوی فردیت‌یابی و رسیدن به خویش‌نواختن واقعی است، ب) یادگیری روش‌ها و تکنیک‌هایی که بتوانند با این وضعیت کنار بیایند و در مسیر خود تحقق بخشی قدم بردارند. ج) برای برخی مراجعان نیز برطبق استعدادشان کمک می‌شود که به تبدیل نیروهای روانی خود بپردازند و بتوانند تولدی دوباره یابند و مثل عرفا و اولیا طیران پیدا کنند و به معراج انسانیت و به قله‌های رفیع انسانیت دسترسی پیدا کنند. اگر این توفیق نهایی را برخی از مراجعان پیدا کنند بطور کلی از بقیه انسانها متمایز شده و بقول مولوی می‌توانند به هویت‌یابی خویش نایل گردند.

برای تفریدیابی و تحقق خویش‌نواختن اصیل مراجعان باید در فرایند درمان به روان‌ناخودآگاه جمعی که منبع خزائن ازلی و ابدی است دسترسی پیدا کنند و بتوانند ابعاد وجودی خویش‌نواختن را کشف کنند. اینکه خداوند اسماء را به آدم یاد داد انسان را به خزائن درون خویش آشنا نمود و انسان که آئینه‌نمای هستی است، این اسماء را در آئینه وجود خویش مجسم دید و معنای آنها را فهمید ولی پس از پا گذاشتن به این جهان این‌ها را فراموش کرده او نیازمند است دوباره به درون خود برگردد و آرایش این اسماء الهی را در درون خویش مطالعه کند و درک کند که ظاهراً این اسمای مختلف چگونه در کنار هم یک سیستم کلی و متحدی را می‌سازند و به وحدت می‌رسند. یکی از راه‌های ارتباط با عمقی‌ترین وجود خویش برای کشف خویش‌نواختن برگشتن به درون است. با استفاده از سکوت، مراقبه و تمرینات مختلف مذهبی که در ادیان مختلف به آنها اشاره شده است افراد از قدیم خواسته‌اند که به خزاین درون خویش دسترسی پیدا کنند و فرادیت خود را پیدا کنند. یونگ در اینجا به الگوهای کهن اشاره می‌کند که خودش در اثر مطالعات فراوان به کشف آنها موفق شده است و آنها عبارتند از خود واقعی (Self) و یا خود متعالی که مرکزیت اصلی انسان است، و انسان بایستی بالاخره خویش‌نواختن واقعی خود را پیدا کند. خود غیر واقعی (Persona) که انسان برای سازگاری در اجتماع از آن استفاده می‌کند. نفس ناطقه (ego) که مرکز خودآگاهی فرد است، تفکر و استدلال و پردازش اطلاعات توسط این خود استدلالی صورت می‌پذیرد، خود نفس حیوانی (Shadow) که انسان در پی سرکوبی آن است و می‌خواهد آن بعد را از دید دیگران مخفی نگهدارد. نفس مطمئنه (Self) و یا خویش‌نواختن واقعی که انسان پس از طی طریق به آن می‌رسد و نشان از کمال یافتگی او دارد قسمتی از این خزاین درونی انسان است. انسان کامل شده با انسجام نیروهای دیگر در وجود خود به نفس مطمئنه رسیده است و شکوفا شده است. او انسان کامل شده است و یونگ شخصیت افراد را پویا، سیال، و پیچیده می‌داند که از مجموعه خرده‌سیستم‌هایی تشکیل شده است. این خرده‌سیستم‌های متعدد و عملکردهای متفاوت در این سیستم‌ها پیوسته فعال بوده و نسبت به همدیگر حالت متضاد دارند. یونگ اعتقاد داشت که روان آدمی از سیستم‌های وابسته به همدیگر تشکیل شده است که عبارتند از بخش خودآگاه که هماهنگی، جهت‌دهی را برعهده دارد و تنظیم‌کننده ادراکات، حافظه، افکار و احساسات می‌باشد.

ناخودآگاه شخصی که دربرگیرنده موادی است که واپس زده شده‌اند و از حیطه آگاهی فرد بیرون رفته‌اند ولی هنوز قابل بازخوانی می‌باشند، ناخودآگاه جمعی که فراشخصی بوده و از تجربیات شخصی فرارفته‌اند (یونگ، ۱۹۷۱a). شخصیت عبارت است از انسجام و تلفیق یکپارچه این بخش‌ها به صورت کلی (اسمیت و وتر، ۱۹۹۱).

اجزای این شخصیت یکپارچه عبارتند از:

خود (Ego)

در رأس و بالای سیلندر خودآگاهی وجود دارد و مرکز آن خود (Ego) می‌باشد. خود یکی از کمپل‌های اساسی است که مرکز خودآگاه فرد می‌باشد. خود در برگیرنده افکار، احساسات، ارزشیابی‌ها، ادراک و حس کردن‌ها و حافظه فعال می‌باشد. خود چارچوبه‌ای را برای ادراک خود و هویت افراد مشخص می‌کند. این قسمت شخصیت مرکز واقعیت‌گرایی در برخورد با محیط است. این قسمت از روان فرد تسلسل حوادث را پیگیری می‌کند. مقدمه‌چینی می‌کند، به استدلال می‌پردازد و نتیجه را هماهنگ با مقدمات تنظیم می‌نماید. در مقایسه با اصطلاحات به کار رفته در فرهنگ خودمان این قسمت از شخصیت را می‌توان با نفس ناطقه معادل گرفت.

نقاب شخصیتی (Persona)

این قسمت لایه‌ای ضخیم است که بر روی خود (ego) کشیده شده است. این قسمت در دوران کودکی تشکیل می‌شود، و چهره اجتماعی فرد است که فرد در اجتماعات مختلف خود را با آن معرفی می‌کند. این قسمت از وجود روانی مصالحه‌ای را بین خواست‌های شخصی و انتظارات اجتماعی برقرار می‌کند و خود را مورد پسند اجتماع قرار می‌دهد (اسمیت، و وتر، ۱۹۹۱).

این بعد شخصیت در زندگی روزانه نشانگر نقش‌های اجتماعی است که فرد آن نقش‌ها را بازی می‌کند مثلاً در محیط کاری، در خانواده، در اوقات فراغت. از نظر یونگ نقش تفردیافتگی ارتباط معکوسی با این بازی نقش‌ها دارد. انسان خود تحقق بخش نباید واقعیت وجود خود را با نقش‌های اجتماعی اشتباه بگیرد. توجه به اینکه این نقش را انسان‌ها در اجتماع به خود می‌گیرند می‌توان خود کاذب اجتماعی نامگذاری کرد. افراد برای انطباق و سازگاری اجتماعی شان از این بعد استفاده می‌کنند ولی اشتباه کردن این قسمت از وجود با خود واقعی خطرناک است. علاوه بر یونگ آبراهام مازلو نیز انسان‌های خودشکوف را افرادی می‌داند که در پی تحقق خویش‌تشن هستند و از پرسونا برای بازنمایی خود کمتر استفاده می‌کنند.

خویشتن (Self)

در وسط سیلندر شکل ناخودآگاه شخصی وجود دارد و در لایه مرکزی آن خویشتن وجود دارد. خویشتن متحدکننده و ثبات بخشنده به شخصیت فرد است که مرکزیت خودآگاه و ناخودآگاه را تشکیل می‌دهد. خویشتن تنظیم کننده مرکز شخصیت فرد است و واسطه‌ای بین خودآگاه، ناخودآگاه شخصی و ناخودآگاه جمعی قرار می‌گیرد (هال، ۱۹۸۹). خویشتن تا زمانی که سیستم‌های دیگر به رشد و کمال نرسیده‌اند بوجود نمی‌آید و بنابراین شکل‌گیری آن در حول و حوش میان سالی است. زمانی این بعد از شخصیت شروع به رشد و تحول می‌نماید که افراد از تکیه انحصاری به قسمت خودآگاه وجود دست بردارند و به سوی حفظ تعادل خودآگاه و ناخودآگاه کشیده شوند. بروز و رشد متعادل خودمعنوی و فلسفی در نتیجه ترکیب و سنتز بهینه خودآگاه و ناخودآگاه می‌باشد (نایستول؛ ۱۹۹۳). در حول و حوش خویشتن سه کهن الگوی اساسی بنام‌های سایه، انیما (زنانگی) انیمس (مردانگی) و تعداد زیادی انرژی‌های مجتمع در روان (کمپلکس) وجود دارند.

سایه

سایه هم از سوی ناخودآگاه جمعی و هم از سوی ناخودآگاه شخصی می‌آید و قسمت ابتدایی و غیرمتمدن شخصیت در درون ماست که برای اجتماع غیرقابل قبول است و به همین جهت واپس زده می‌شود (اسمیت و وتر، ۱۹۹۱). صفات منفی شخصیت و باورهای مربوط به شر معمولاً با سایه خود را همانند می‌کنند و افراد در وجود خود منکر این ویژگی‌ها می‌شوند و آن صفات را به دیگران فرافکنی می‌کنند (هال، ۱۹۸۹). حدس زده می‌شود که این غرایز حیوانی در طول تحول نوعی از حیوانات سطح پایین به ما انتقال پیدا کرده‌اند (نایستول، ۱۹۹۳). سایه درست در مقابل «نقاب شخصیتی» قرار می‌گیرد، باقیمانده ویژگی‌هایی از شخصیت است که ما آنها را نفرت‌انگیز یافته و دوست داریم خود را از آن مبرا بدانیم. هر چند که «سایه شخصی» را تا حدی آسان می‌توان تشخیص داد و با آن کنار آمد، سایه کهن الگویی خیلی ریشه‌های عمیق‌تر و وسیع‌تری در رشد دارد (هاریس، ۱۹۹۶). داستان کهن الگویی شر از زمان قدیم در ادیان مختلف نشان داده است که این سایه بسی فراتر از مسأله شخصی است که به تحول شخصی و ویژگی‌های تربیتی کودک توسط والدین ارتباط پیدا کند. داستان اهریمن در مقابل اهورمزدا در دین زرتشتی، و وجود شیطان در ادیان یهودی، مسیحی و اسلام خود نشانگر این الگوی کهن شر است که توجه ادیان، عرفان و کیمیاگری را به خود مشغول داشته است. این «سایه» از طریق فرافکنی افراد به همدیگر (معمولاً از جنس خودشان) نمایانده می‌شود. در دفتر چهارم مثنوی این فرافکنی در داستانی تحت عنوان «قصه ما اعظم شأنی گفتن ابویزید قدس الله سره و اعتراض مریدان و جواب او مرا ایشان را نه به طریق گفت زبان بلک از راه عیان» آورده شده است. در این داستان مریدان ناخالصی‌ها و کج‌فهمی‌های خود را به استاد خود ابویزید فرافکنی می‌کنند و به او اعتراض می‌کنند که تو در حالت شور عرفانی مستانه

می‌گویی که «لا اله الا انافاعبدون» (انبیاء، ۲۵) و این مسأله کفر است. با ظرافتِ موقعیتی که ابویزید بسطامی فراهم آورد مریدان نادان را واداشت که بفهمند این مسأله فرافکنی ناخالصی‌های خودشان به استاد خویش است. این داستان بسیار خواندنی است ولی به علت رعایت اختصار از آوردن آن در اینجا صرف‌نظر می‌کنیم^۱.

پذیرش سایه به عنوان قسمتی از شخصیت انسان در فرایند تحولی به حمایت‌های روان‌درمانگر و تشجیع فرد برای پذیرش واقعیت نیاز دارد چون انسان‌ها دوست دارند تصویر مثبتی از خود به جهان عرضه نمایند و پذیرفتن بعد منفی خودشان مشکل است. در فرایند درمان خواه روانی معنوی و خواه روانی تلفیق این قسمت از شخصیت فرد به کلیت وجودی او مرحله اول تحلیل را در روان‌درمانگری تشکیل می‌دهد (یونگ، ۱۹۷۱ا).

فرد وقتی به این قسمت وجودی خویش اطلاع حاصل کرد و به جای انکار و یا فرافکنی توانست این بعد منفی خود را بپذیرد در راه تحقق و شکوفایی خویش می‌تواند پیشرفت داشته باشد و به سوی فردیت‌یابی حرکت کند. متأسفانه بسیاری از افراد این بعد را نمی‌پذیرند و آن را انکار می‌نمایند و به جای اصلاح خویش با دیگران مشاجره می‌کنند.

بعد زنانگی و مردانگی

یونگ علاقمند به مطالعه فلسفه شروق بود که در آن پین و یانگ در تعامل با هم اتفاقات را می‌سازند. نیروهای متضاد جنسیتی را ایشان با توجه به این اصل تضاد جنسیتی در طبیعت در وجود انسان‌ها به عنوان کهن‌الگو می‌پذیرفت. آنیما در مردان بعد زنانگی آنهاست که در داستانها و در خواب‌های مراجعان یونگ به صورت مکرر دیده می‌شد. در مقابل اینها بعد ناخودآگاه زنانگی در مردان که باعث می‌شد مردان توسط آن بتوانند با زنان کنار بیایند و آنها را بشناسند و تصویر ذهنی از آنان داشته باشند، انیمس (بعد مردانگی ناخودآگاه در زنان) نیز نقش بعد مطلوب ناخودآگاه جنسی مردانه را در زنان بعهده دارد (هال، ۱۹۸۹). هر کدام از این بعدهای شخصیتی مسئول نگرش‌ها با جنس مخالف است. مثلاً آنیما شاید خود را در مردان به صورت عشقی و شفقت و رأفت نشان دهد و انیمس خود را در زنان به صورت پرخاشگری نشان بدهد. این ویژگی‌ها در مردان و زنان باعث می‌شود که مردان و زنان بتوانند همدیگر را درک کرده و نسبت بهم پاسخ مناسب از خود نشان دهند (یونگ، ۱۹۷۱ا) این الگوهای کهن در داستانهای عرفانی و مذهبی نقش اساسی داشته‌اند. مخصوصاً در مردان باعث حرکت و فردیت یافتگی شده‌اند. مثلاً در فرایند تحقق خویشتن و فردیت یافتن شیخ صنعان رهنمون می‌شود که به سوی دختر ارمنی بشتابد و حتی مدتها به دستور او به پرورشِ خوک بپردازد تا اینکه آن فرایند خودتحقیقی و فردیت در او بوجود آید. در داستان‌های مذهبی حوریان بهشتی که هم‌نشین مردان نیکوکار در بهشت می‌باشند و قلمان‌های منتظر زنان بهشتی به عنوان مشوق‌های اساسی برای بهشتیان به‌شمار می‌روند. در هر صورت هر موقع که فرشته‌ای از جنس مخالف

۱. رجوع شود به مثنوی، به تصحیح نیکلسون، چاپ امیرکبیر، ۱۳۶۰، ابیات ۲۱۰۱ الی ۲۱۵۳.

که به عنوان همنشین، رهنمود و ارشاد کننده مطرح می‌شود، پای انیما و انیمس از نظر روانشناسان در میان است. در بعد منفی نیز احتمال دارد الگوی کهن زن جادوگر و آزاردهنده جای انیمای ناسالم را پر کند و انیمای ناسالم به الگوهای کهن جادوگری، فریب‌دهندگی و فرافکنی شود.

انرژی‌های مجتمع در روان (کمپلکس‌ها)

ایدهٔ عقده‌ها (Complexes) توسط یونگ ابداع شده است و قسمت اساسی از ناخودآگاه شخصی می‌باشد. این عقده‌ها گروهی از ایده‌ها و یا تصاویر شارژ شده از لحاظ هیجانی هستند که به صورت مجتمع پویا درآمده‌اند. در قلب این مجتمع‌های روانی (عقده‌ها)، کهن الگوی شخصی و یا تصویر آرکتیپی وجود دارد (هال، ۱۹۸۹). در فرایند ارتباط انسان با محیط، و تعامل با دنیای واقعی تجربیات مربوط دور این مجتمع‌های پیچیدهٔ روانی جمع می‌شوند مثل براده‌های آهن که دور آهن‌ریا حلقه می‌زنند (رایچلک، ۱۹۷۳). یک مجتمع روانی (عقده) قدرت جمع‌آوری و استعداد جذب کردن تجربیات مربوط به خودش را دارد و از این طریق هر آن فربه‌تر و گسترده‌تر می‌گردد. این توانمندی در مجتمع‌های روانی (Complexes)، در صورت چک نکردن احتمال دارد که باعث شکسته شدن و قطعه قطعه شدن شخصیت آدمی شود که در اینصورت موجب ناسازگاری فردی می‌گردد (اسمیت و وتر، ۱۹۹۱). هر زمان که عکس‌العمل شدید هیجانی نسبت به فرد و یا موقعیت ویژه‌ای نشان داده شود، احتمالاً یک مجتمع روانی فعال شده است که این مقدار انرژی را تولید کرده است (هال، ۱۹۸۹). از این نظر که مجتمع‌های روانی (Complexes) در ناخودآگاه شخصی جا می‌گیرند، آگاهی از آنها نسبت به افراد درگیر کمتر است. این مجتمع‌ها بیشتر سرکوب شده و به نهانخانهٔ روان ناخودآگاه شخصی واپس زده شده‌اند. (یونگ، ۱۹۱۰).

ناخودآگاه شخصی

یونگ باور داشت که ناخودآگاه شخصی دربرگیرندهٔ آن اطلاعاتی است که آنها برای خود غیرقابل پذیرش می‌باشند (هاریس، ۱۹۹۶). او سه طبقه عمده از خودآگاه شخصی را مشخص نمود: اول آن محتوایی که ما آنها را فراموش می‌کنیم مثلاً یادداشت‌های خودم برای تهیهٔ این پروژه تحقیقاتی را کجا گذاشته‌ام؛ افکاری که واپس زده شده و از حیطه آگاهی بیرون رفته‌اند. دوم اجزایی که هرگز به خودآگاهی نرسیده‌اند (الگوهای کهنی که بدون اینکه ما به آنها آگاهی داشته باشیم ما را راهبری می‌کنند و در ما تأثیر می‌گذارند). سوم: حوادثی که یادآوری آنها، ما را دچار اضطراب می‌کند، لذا آنها را از حیطه آگاه دور می‌کنیم.

ناخودآگاه جمعی

یکی از بحث‌انگیزترین و جالب‌ترین یافته‌های یونگ روان ناخودآگاه جمعی است. این بعد از شخصیت

در برخی مواقع آگاهی فراشخصی نیز نامیده می‌شود (کافمن، ۱۹۸۹). روان ناخودآگاه جمعی یکی از بعدهای بسیار جالب در روان‌شناسی یونگ است که هسته اصلی نظریه او را تشکیل می‌دهد. این قسمت از ناخودآگاه متشکل از توحدیافتگی جهانی و فرهنگی است که در مرکزیت وجود دارد و تعداد بینهایتی از الگوهای کهن جهانی و فرهنگی پیرامون این مرکزیت را فرا گرفته‌اند (اسمیت و وتر، ۱۹۹۱). یونگ بر این باور بود که تمام انسانها تصاویر جهانی، اسطوره‌ها و نمادهایی دارند که حول محور مفاهیم مادر، پدر، زمین، بهشت، جهنم، تولد و مرگ دور می‌زنند. نه تنها این تصاویر در جهان پیرامون ما وجود دارند، آنها همچنین از نظر زیستی از طریق ردیابی حافظه‌ای در کرتکس (همانطور که یونگ معتقد بود) در ناخودآگاه ما حضور دارند. این الگوهای کهن از طریق اجداد به ما انتقال پیدا کرده‌اند و در هدایت افکار، احساسات و اعمال، نقش اساسی دارند. در حالی که ناخودآگاه جمعی بصورت مستقیم قابل بازخوانی به حیطه آگاهی نیست، با این وجود جهانی است و بعنوان تأثیرگذار اساسی در شخصیت انسانها عمل می‌کند (هال و لیندزی، ۱۹۷۸، کافمن، ۱۹۸۹). بازنمایی مجسم این بخش ناخود آگاه در زندگی روزمره افراد از طریق تصاویر ازلی و یا کهن‌الگویی می‌باشد.

تصاویر ازلی (کهن‌الگویی)

یونگ طرحواره‌های اساسی سازنده ناخودآگاه جمعی را که از طریق فرهنگی و بصورت ژنتیکی از طریق نسلهای گذشته به ما رسیده‌اند، کهن‌الگو می‌نامد (یونگ، ۱۹۷۱a) با توجه به اینکه این طرحواره‌ها از عمقی‌ترین وجود روان ناخودآگاه جمعی برخاسته‌اند و با توجه به قدرتشان آنها را صور ازلی نیز نامیده‌اند. کهن‌الگوهایی که بطور کامل تکامل یافته‌اند به صورت مجزا ولی در سیستم‌های درهم‌تنیده در شخصیت انسان جایگیر شده‌اند. این کهن‌الگوها انیما (نقش زنانگی)، انیمس (نقش مردانگی)، سایه شخصیتی و خویشتن می‌باشند (هال و لیندزی، ۱۹۷۸). کهن‌الگوهای معمولی که پایه الگوهای جهانی و یا انگیزه‌های اساسی قهرمانان می‌باشند محتوای اساسی مذهب، اسطوره‌ها، قصه‌ها، و داستان پریان دریایی می‌باشند. این کهن‌الگوها به صورت تصویرهای ذهنی، خوابها و پنداره‌ها قابل دسترسی به افراد هستند (هال، ۱۹۸۹).

پویایی شخصیت

شخصیت از نظر یونگ با پویایی توأم است. نیاز فطری و غریزی انسان برای پیگیری فردیت ایایی فراروندگی و تحقق خویشتن در این سیستم یک امر اساسی است (یونگ، ۱۹۵۴b). این امر که شخصیت انسان بطور پیوسته و مداوم به سوی کمال در حرکت است یک امر اساسی و اجتناب‌ناپذیر است. به این دلیل است که کیمیاگران، عرفا و مذاهب مختلف همگی به حرکت انسان به سوی کمال اشاره کرده‌اند و تحقیقات متفکرانی چون یونگ که قسمت اعظم آن در کتاب روانشناسی و کیمیاگری درج شده است نماینده این حقیقت است.

طبیعت ناسازگاری

ناسازگاری در روان آدمی در روانشناسی یونگ بعنوان بیماری و یا وضعیت غیرعادی به حساب نمی آید. بلکه، نشانگانی که با آسیب شناسی روانی توأم می باشند می توانند برای درمانگر و مراجع آموزنده باشند و سرنخه‌هایی را در مورد شخصیت فرد در اختیار بگذارند و یا نشان دهند که چیزی در سیستم شخصیتی فرد به درستی عمل نمی کند. این اشکال در روان خود را باید روانشناس و مراجع پیدا کنند (نایستول، ۱۹۹۳). زمانی که اختلال باعث رنج و ناراحتی می گردد در اثر عملکرد یک جانبه و افراطی در روان آدمی بوجود می آید. به محض اینکه این توازن دوباره برقرار شود، سلامتی به انسان بازگشت می نماید. این تعادل قسمتهای مختلف روان به فرد کلیت می بخشد و فرد می تواند تمام نیروهای عقلانی و عاطفی خود را به صورت بهینه و یکپارچه رشد دهد. آسیب در این مکتب تجمع انرژی روانی در یک قسمت از روان است که موجب می شود قسمتهای دیگر روان به صورت متعادل رشد نکنند. (رایچلک، ۱۹۷۳).

روان رنجوری در مقابل روان پریشی

تفاوت اساسی بین روان رنجوری و روان پریشی از قبیل اسکیزوفرنیا شکاف بین خود و تعدادی از کمپلکسها (انرژیهای مجتمع در روان) می باشند. در بیماریهای روان رنجورانه این شکاف کم است، در حالی که در بیماریهای روان پریشی این شکاف عمده و اساسی می باشد. گسستگی شخصیت در اسکیزوفرنیا کاملاً متفاوت است. در این حالت شخصیت فرد تقریباً بطور کامل از هم پاشیده است (کافمن، ۱۹۸۹). روان پریشی حمله و ریزش محتوای ناخودآگاه به حیطه خودآگاه می باشد که بطور کامل با خواستها و نیت خودآگاه، ناهماهنگ می باشند (رایچلک، ۱۹۷۳). البته این حالت زمانی پیش می آید که ریزش ناخودآگاه به صورت ناگهانی بوده و قابل کنترل نباشد. در حالت های عادی که خلاقیت فردی را به دنبال دارد مطالب و محتوای ناخودآگاه بتدریج با محتوای خودآگاه تلفیق می یابد.

عوامل مؤثر در روان نژندی

عوامل زیادی در روان نژندی تأثیر می گذارند. از آن میان می توان به عوامل زیر اشاره نمود:

الف) تهی شدن از معنای واقعی زندگی

برای بسیاری از افراد روان نژند زندگی دیگر معنایی ندارد. این امر می تواند به علت نگرش نادرست بیمار نسبت به زندگی باشد و یا اینکه زندگی واقعاً برای او از معنا تهی شده باشد. ولی معنای زندگی زمانی گم می شود که فرد از مبدأ اصلی وجود خود جدا شده باشد و بعد اساسی وجود متعالی خود را به بوتۀ نسیان بسپارد. به همین دلیل است که روان درمانگری معنوی اگر بتواند اتصال درباره فرد را با مبدأ اصلی وجود با کمک گرفتن از شناخت درمانی، مراقبه، نیایش و مناسک برقرار سازد فرد به زندگی عادی بر خواهد گشت. انگار که روان نژندی دارد فرد را هشدار می دهد که دست از نگرش خطاکارش بردارد.

مرحله اول سیر و سلوک معنوی را که عرفا یقظه می‌نامیدند، بیدار شدن از ناکارآمدی افکار و افعال گذشته و انتخاب راهی دیگر که به صلاح نزدیک است در اینجا معنا پیدا می‌کند. فرد هشدار لازم را از طریق روان بر می‌گیرد تا بیدار شود و از گذشته برگردد (توبه کند). بدون وجود روان نژندی نه وقوفی از بیماری در کار است و نه امکان درمان آن. و از آنجا که برداشت هر کس از زندگی پریچ و خم به خصوصیات فلسفی زندگی‌اش وابسته است، لازم است که جهت درمان بیمار به بررسی مجدد اصول اولیه حاکم بر حیات بشری پردازد. برای درمان بیمار لازم است که انسان و زندگی را در کلیت آن لمس نمود و در عمیق‌ترین مسایل و در عقاید و مبانی دیرینه و سنتی که بر روان آدمی اثر گذاشته‌اند، آگاهی حاصل کرد. یونگ^۱ می‌نویسد «هیچکس نمی‌تواند به عمق تضادهای اخلاقی و فلسفی و دینی که از مسأله روان‌نژندی سر می‌زنند پی ببرد، در اینجا واقعیات از تخیل پیشی می‌گیرند».

در این جا تأکید یونگ به ناهماهنگی‌های درونی افراد و عجز فرد از حل تضادها و تعارضات اخلاقی، فلسفی، و دینی به عنوان عامل فراخواننده روان‌پریشی روشن می‌گردد. فرد در اثر این تضادها از معنای یکپارچه زندگی نیز تهی می‌گردد. زندگی یکپارچگی قدسی و معنای والای خود را برای او از دست می‌دهد. بنابراین سلامت در انسجام و یکپارچگی است. یکپارچگی اعتقاد، با احساس و رفتار، یکپارچگی این سه حیطه با خواسته خود متعالی که صدای قدسی درون است. فقدان معنای زندگی اغلب حاصل برگزیدن ارزش‌های نسبی است به عنوان غایت نهایی زندگی و طبعاً چون ارزش‌های نسبی نمی‌توانند جای ارزش‌های مطلق را بگیرند بیمار روان‌نژند در درازمدت خود را واخورده و توخالی می‌یابد. پس باید دانست که ارزش‌های نسبی نمی‌توانند میل و خواست‌های درونی ما را برآورده کنند و لذا زندگی معنایش را از دست می‌دهد. فلسفه معنوی چیزی تجملی نیست، بلکه یک ضرورت است، بخصوص اگر بخواهیم به انسان سرگشته‌ای کمک کنیم.

بنابراین یکی از وظایف روان‌درمانگران این است که دریافتن یک فلسفه معنوی منسجم با ویژگی‌های روانی درمانجو به مراجعان خود کمک کنند.

علاوه بر این در کُنه روان‌نژندی بغض و کینه (بالتر از آن نفرت و انزجار) نهفته است. روان‌عذاب دیده بیمار علاج خود را تنها در بخشایش و گذشت از خطای دیگران می‌تواند بیابد. این روند بخشایشگری و خارج کردن کینه‌ها از درون تنها علاج‌رهایی از بار سنگین کینه‌ها و بغض و عداوت می‌باشد. روانی از هم گسیخته که از شدت نفرت نسبت به برادران خویشان بیگانه شده، فقط به یاری ابراز محبت است که می‌تواند دوباره با آنان (و با خود) یگانه گشته، از مرگ معنوی نجات پیدا کند. در اینجا است که بسیاری از عارفان از جمله مولوی عشق را درمان کلیه دردهای روانی می‌دانند. پس عشق و محبت سرانجام به بهبودی و یگانگی شخصیت راه می‌برد. یونگ می‌گوید «شفا بخشیدن را شاید بتوان یک معضل مذهبی دانست. در قلمرو روابط اجتماعی و طبیعی، رنج بردن ممکن است به علت وقوع یک جنگ داخلی باشد، که در آن صورت به یمن فضیلت بخشیدن و محبت کردن به دشمن خویش می‌باید آن رنج را زدود و بهبود بخشید»^۲.

1 . Coll. Works xvi, pp. 76-78.

2 . Coll. Works, xi, 431.

برای شفای روحی که زخم خوردهٔ نفرت است راهی جز گزینش ضد نفرت نیست، یعنی عشق و محبت کردن و در نور عشق دردها را التیام بخشیدن. محبت درمان کننده است چون که یگانگی و وحدت می‌بخشد، نفرت مایه بیماری و مرض است چون که جدایی و گسست را فراهم می‌آورد. فضیلت را بایستی در محبت، عشق و مودت جستجو کرد. در رأس فضایل اخلاقی عشق، مودت و محبت به خدا، خویش و مردم است.

وجدان و اخلاقیات

وجدان و اخلاقیات در انسان‌ها هدایت کننده هستند و باید به حرفشان گوش فراداد. زیرا گذاشتن دستورات وجدان و اخلاقیات می‌تواند به بیماری انسان منجر شود. و فرد را تدریجاً از خود بیگانه نمود. انکار مستمر اخلاقیات، باورها و هنجارهای اخلاقی که برای جبران رفتارهای خودمحورانه طراحی شده‌اند به روان رنجوری منجر می‌شود (یونگ، ۱۹۵۴b). بنابراین زمانی که وجدان اخلاقی مراجع صحبت می‌کند بهتر است که او به حرفهایش گوش فرادهد، در غیر اینصورت احتمال پیامدهای منفی وجود دارد (یونگ، ۱۹۶۰a)

در صورت بروز مشکلات روان درمانگر از خود می‌پرسد چه تکالیفی را مراجع بایستی در حال انجام دهد که از انجام آن سر باز می‌زند و از آن اجتناب می‌کند که باعث به وجود آمدن این اختلال در او شده است (یونگ ۱۹۶۱). مراجعانی وجود دارند که متأسفانه به دلایلی از قبیل تنبلی، ترس، و ملاحظه‌کاری بیجا از مواجهه با آنچه لازم است اجتناب می‌کنند و به همین جهت دچار بیماریهای نوروتیک (روان رنجوری) می‌گردند (یونگ، ۱۹۶۱).

روانشناس در مواقع بحران‌ها می‌تواند از مراجع خود بپرسد که او از پذیرش چه مسئولیتی سرباز می‌زند و در صورت پیدا کردن مسئولیت مورد نظر به او آموزش می‌دهد که چگونه با آن مسئولیت مواجه شود.

مفاهیم کلیدی در روانشناسی یونگ

تعدادی از مفاهیم کلیدی در روانشناسی یونگ وجود دارند که آشنایی با آنها به روان‌مانگران کمک می‌نماید تا اینکه در طراحی درمان، معنوی بر مبنای روان تحلیل‌گری یونگ موفق باشند. لذا به اختصار به این مفاهیم کلیدی اشاره می‌کنیم:

۱) انگیزه برای فردیت یافتن

هر چند الگوهای کهن به ارث رسیده از اجداد و نسل‌های گذشته و کمپلکس‌های روانی ایجاد شده در گذشته در رفتار انسان‌ها تأثیر می‌گذارند ولی انگیزه اصلی رفتارهای انسان پیوسته کشش به سوی فردیت‌یابی و رسیدن به خودشکوفایی می‌باشد. بنابراین در صورت درمان کمپلکس‌ها و کنترل اثرات آنها

خودبخود روانِ آدمی به سوی کمال گرایش پیا می‌کند و به سوی انسان کامل شدن و رسیدن به آن چیزی که ظرفیت آن را دارد در سیران و جریان است. بعلاوه انرژی‌های روانی از لحاظ حرکت در بین قطب‌های مخالف و تعدیل‌کننده یکدیگر باعث می‌شوند که روان مقدار زیادی انرژی تولید کند که این انرژی صرف حرکت فرد به سوی فردیت‌یابی می‌گردد.

۲) فراروندگی و معنویت

تکنولوژی و دانش تجربی فقط یکی از راه‌های حل مشکلات روانی است. فراروندگی و معنویت راه دیگری است. خودآگاه منطقی فقط قسمت کوچکی از تجربیات انسان را در بر می‌گیرد. کهن‌الگوهای ناخودآگاه حیطة وسیع‌تری از تجربیات انسانی را تشکیل می‌دهند. در نتیجه تحقق خویشتن فقط از طریق فراروندگی و فردیت‌یابی که مثل انگیزه‌های حسی، تشنگی، پرخاشگری، و گرسنگی، جزو غرایز طبیعی است امکان‌پذیر می‌باشد (کافمن، ۱۹۸۹).

هیچکدام از نظریه‌ها به اندازه نظریه یونگ در مورد روح، معنویت، و جنبه الهی انسان مطالبی را ارائه نداده‌اند. مطالعات یونگ از ادیان قدیمی مثل میترا، عرفان، مسیحیت، بودیسم، یهودیت گرفته تا به اسلام و کیمیاگری و سایر مکاتب اساسی معنویت کشیده شده است (هاریس، ۱۹۹۶). در جستار یونگی برای فهم بُعد فراروندگی انسان معمولاً هیچ مذهبی بدون مطالعه از کنارش رد نشده است، مخصوصاً اگر چاشنی عرفانی در آن مذهب وجود داشته باشد.

فردیت‌یابی^۱

انسان در فرایند زندگی به سوی سرنوشت کمال و تمامیت به پیش می‌رود و می‌خواهد آنچه‌ی شود که بالقوه توان شدنش را دارد. مولوی در مثنوی معنوی خود از فردی حکایت می‌کند که شتر خود را گم کرده بود و دنبال شتر خودش می‌گشت (دنبال خویشتن می‌گشت). بهر حال در فرایند فردیت‌یابی هرکس به نحوی به سوی سرنوشت خویش شتابان است. یکی مثل موسی با فرعون زمان در می‌افتد و قوم بنی اسرائیل را از ظلم و جور فرعونیان نجات می‌دهد و یکی نیز ابراهیم‌وار در بالای منجنیق قرار گیرد و با افتخار کمک فرشتگان را رد می‌کند، چون عهد بسته است که غیر از حضرت باری از کسی کمک طلب نکنند. ولی کار به این سادگی‌ها نیست تعدادی نیز در این سفر با مشکلاتی مواجه می‌شوند. مرغانی هستند که هرگز توفیق دیدار سیمرغ (خویشتن) را آنطور که باید و شاید بدست نمی‌آورند. روان‌درمانگر این مشکلات را شناسایی می‌کند و در فردیت‌یابی به انسان‌ها کمک می‌کند، شاید به افراد کمک کردن که خویشتن را بهتر بشناسند، یکی از بهترین راههایی باشد که به افراد کمک کند در راه خودسازی بهتر قدم بردارند. روان‌درمانگر این مسئولیت را به عهده می‌گیرد که در شناخت خویشتن افراد به آنان کمک کند. هدف اصلی فردیت‌یابی است و رسیدن به خویشتن روش کار نیز انسجام دادن و سنتز اضداد در جهت بهینه است ولی این امر چگونه صورت می‌گیرد؟ کهن‌الگوها در اسطوره‌ها و داستان‌ها به بهترین وجه این

نیروها را نشان داده‌اند. یونگ با تحلیل داستانها و تعبیر خوابهای مراجعانِ خودش فرایند فردیت یابی را شناسایی کرده است. ترکیب نیروهای متضاد در جهت یکپارچه سازی نیروهای روانی از مراحل اساسی حرکت به سوی فردیت یابی است.

فردیت‌یابی کوششی است در جهت تحقق خویشتن (کافمن، ۱۹۸۹). این تحقق خویشتن عبارت است از پرواز و حرکت به سوی اوج انسانیت متصور برای هرکس یا توجه به استعداد ذاتی او، و این حرکت به سوی تحقق خویشتن در فرایند درمان با گذشتن از مرحله‌های متوالی انتقالی صورت می‌پذیرد. نیروی درونی و غریزی است که پیوسته ما را به سوی یکپارچگی، تمامیت، و تحقق معنی ویژه‌ای که زندگی برایمان دارد سوق می‌دهد (کافمن، ۱۹۸۹). مسأله اصلی در فردیت‌یابی میزان پیشرفتی نیست که فرد بدست می‌آورد، بلکه تحقق‌یابی عبارت است از پیوند با عمقی‌ترین لایه‌های وجودی واقعی روان و پرورش استعدادهای نهفته در وجود انسان. در حالیکه تسلیم خودمداری و غرور شدن و پذیرش نقش کاذب اجتماعی ما را از هدف دور می‌کند، گوش دادن به صدای الوهی درونی، ما را به راه راست هدایت می‌کند. این فرایند هم در نظر و هم در عمل (که در روان درمانی به کار گرفته می‌شود) عبارت است از ادامه دیالوگ و گفتمان دوجانبه بین خود (ego) و خویشتن واقعی (Self). بنابراین حرکت موفقیت‌آمیز به سوی فردیت‌یابی هم شخصی است و هم فراشخصی، چون خودآگاه و ناخودآگاه بایستی در یک ترکیب متوازن با همدیگر و با همکاری همدیگر در فرایند فردیت‌یابی مشارکت نمایند (هال، ۱۹۸۹، یونگ ۱۹۷۱e).

فرایند درمانگری

برای یکپارچه‌سازی خودآگاه با ناخودآگاه وجود و ظهور خویشتن واقعی، درمانگری با فرایند آهسته، روشمند، اجزای نمادین، اغلب مبهم، و در برخی مواقع غیرقابل درک، ناخودآگاه را کشف می‌کند و از روی آن پرده برداری می‌کند. در هر حال حاضر سه مکتب اساسی در رسیدن به این هدف وجود دارند:

مکتب سنتی (کلاسیک) که تمرکز بر یکپارچگی خویشتن وجود می‌کند و کار درمان را عبارت از این یکپارچه‌سازی می‌داند. مکتب تحولی و ژنتیکی که تأکید به بررسی پدیده انتقال و تعبیر و تفسیرهای تجربیات دوران کودکی مراجع می‌نماید که بتواند از این طریق مشکل مراجع خود را تشخیص دهد و بتواند به او کمک نماید. مکتب کهن الگویی که بر تصاویر ازلی که از ناخودآگاه جمعی انشقاق یافته‌اند تمرکز می‌نماید (دهینگ، ۱۹۹۲).

برعکس نظام علت و معلولی در روان تحلیل‌گری فرویدی و یا رفتارگرایان، روان درمانگران پیرو مکتب یونگ به نمادشناسی و چندبعدی بودن تعبیر و تفسیرها تأکید می‌نمایند. قانونمندی ویژه‌ای در روان درمانگری یونگی که ثابت و غیرقابل انعطاف باشد وجود ندارد. در روان درمانگری یونگ جواب ساده بلی و خیر وجود ندارد. درمانگری نیز مثل زندگی بستگی به شرایط مختلف دارد. هر عمل و یا واکنشی که به طور یکجانبه فرد را به افراط و تفریط سوق دهد و موازنه نیروهای روانی را از بین ببرد خود به عنوان

یک نیروی متقابل عمل می‌کند و اساس این موازنه نیروهاست که تشکیل یک درمان پرتنر و قابل دفاع را می‌دهد. در نظریه شخصیتی یونگ زمانی که نیروهایی به سطح خودآگاه می‌رسند، نیروهای دیگری که متضاد آنها می‌باشند به صورت ناخودآگاه به فعالیت خود ادامه می‌دهند. مثلاً وقتی ویژگی‌های درون‌گرایی در فرد فعال می‌شود، صفات برون‌گرایی او بعد ناخودآگاه او را تشکیل می‌دهد.

معمولاً در روان‌درمانگری یونگی چهار مرحله اساسی وجود دارد: اعتراف، و تخلیه هیجانی، توضیح، آموزش و تبدیل. هر چند که هر مرحله به نوبه خود مستقل بوده و برای برگشت به وضعیت سلامت بسنده به نظر می‌رسند هیچکدام به تنهایی کافی نیستند. حتی تبدیل که آخرین مرحله قلمداد شده نقطه‌آخری در رسیدن به خویشتن واقعی و نقطه‌نهایی نیست (یونگ، ۱۹۶۶). انسان رشد خود را همچنان ادامه می‌دهد تا به نقطه فرضی فردیت‌یابی که برای هر کس با توجه به ویژگی‌هایش معنای متفاوتی دارد برسد.

اعتراف و تخلیه هیجانی^۱

اعتراف بعد هیجانی مشکل روانی را در بر می‌گیرد و بیانگر این مسأله است که تغییر در بینش به تنهایی برای ایجاد درمان مؤثر کافی نیست. با آغاز تملک برای افکار خود، مراجع با انرژی‌های مجتمع روانی که موجب ناسازگاری شده‌اند تماس پیدا می‌کند. این تخلیه هیجانی در هنگام اعتراف روانشناختی مثل اعترافات مذهبی می‌باشد (رایچلک، ۱۹۷۳). در هنگام اعتراف، مخصوصاً اعتراف در مقابل وجود متعالی علاوه بر تخلیه هیجانی ارتباط معنوی نیز بین اعتراف‌کننده و اعتراف شونده ایجاد می‌شود که این فرایند ارتباط خاصیت درمانگری دارد. یونگ اعتراف مذهبی را که انسان در مقابل خدا انجام می‌دهد درمان‌کننده و تخلیه‌کننده هیجانانگیز می‌داند.

برخی دعاها در اعتراف کردن افراد به گناهان، کاستی‌ها و اقرار نمودن به امید به بخشش خداوند فزاینده بسیار مناسبی دارند از جمله این دعاها می‌توان به دعای کمیل اشاره نمود. البته فرد می‌تواند بدون اینکه به دعای مخصوصی خود را پای بند نماید نیایش خود را به صورت ارتجالی و خود جوش شروع کند و دیالوگ ارتباطی و عاطفی خود را با خدا با عمیق‌ترین احساس‌ها و با عرفانی در شأن خود شروع کند. اینگونه اعتراف‌ها که به صورت بیان قصور فرد و درخواست کمک و مغفرت از خداوند صورت می‌گیرد اثرات بسیار عمیق روانشناختی دارند که از جمله آنها می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: (۱) ایجاد بینش در فرد نسبت به ابعاد وجودی خود، چون در دعا که انسان اعتراف خود را نسبت به کاستیها شروع می‌کند و به همراه آن از بزرگواری‌های خداوند سخن به میان می‌آورد یک نوع دل‌بستگی بین بنده و خدا ایجاد می‌شود که اثر سازنده و درمانی دارد و اثرات آن در سبک شدن انسان و تخلیه هیجانی او انکارناپذیر است. (۲) شناخت بهتر خود. در بسیاری از مرادوات انسان‌ها از شخصیت نقابی خود استفاده می‌کنند که خود را با جامعه موجود منطبق سازند و افراد دیگر نیز با فرد با تعارفات برخورد می‌کنند ولی در هنگام اعتراف مذهبی انسان در مقابل خدا، انسان آن گونه که خود را می‌شناسد، بدون پرده و بدون پوشش معرفی می‌کند.

این امر به انسان کمک می‌کند که هم سایه‌خود را بشناسد (بدون اینکه آنرا به دیگران فرافکنی کند و هم نقاب و جاهت از چهره بیندازد و با خودش بدون رو در بایستی بی‌پرده مواجه شود) که خود همین امر اثرات درمانی دارد. چون پس از شناخت سایه است که افراد می‌توانند مقابله با آن را تمرین کنند و یا آن را در وجود واقعی خود سنتز نمایند.

در دعا رفته رفته انسان در اثر دیالوگ عمیقی که بین او و خدا ایجاد می‌شود، خداوند را به خود نزدیک احساس می‌کند و محبت و عشق او به حضرت باریتعالی افزون می‌گردد و همین وضعیت رفته رفته به عمق دیالوگ‌ها می‌افزاید تا جایی که انسان احساس معراج به سوی وجود متعالی می‌نماید. لازم است روان درمانگران معنوی، دعا و اعتراف به کاستی‌ها در حضور حضرت باریتعالی را برای مراجعان خود در موقع لزوم بعنوان یک وسیله تقرب، تخلیه هیجانی، و تحکیم ارتباط و دلبستگی با او تجویز نمایند. در این مورد دعاهای عرفانی را می‌توان ترجمه سلیس و روان نمود و در اختیار مراجعان قرار داد که به تناسب وضعیت روانی از آنها استفاده کنند.

۲) ایضاح^۱

بندرت اعتراف و تخلیه هیجانی حاصل از آن برای فرایند درمانی مؤثر کافی است. ایضاح و روشن‌گری نیز برای تحکیم پایه‌های درمانی لازم است. ایضاح و روشن‌گری عبارت است از تعبیر و تفسیر پویای روان درمانگر از گذشته مراجع خود، و انتقال یا فرافکنی عقده‌های روانی متراکم (complexes) به روان درمانگر (یونگ، ۱۹۵۴b). بنابراین در صورتی مرحله ایضاح و روشن‌گری مؤثر است که پویایی روان درمانگری انتقال و انتقال متقابل اتفاق افتاده باشد و مراجع و روان درمانگر با این فرایندها به خوبی کنار بیایند.

در ایضاح و روشن‌سازی، روان درمانگر فرایندهای روانی مراجع خود را با توجه به خواب‌های او، فرافکنی‌هایش و برداشت‌های دیگری که از طریق آزمون‌های رسمی و غیررسمی بدست آورده است به تفصیل در جلسه درمان توضیح می‌دهد و آنها را بازنمایی می‌کند: در انتقال احساسات درونی، اگر درمانگر نکته‌هایی دارد که می‌تواند درمانجو را کمک و یاری کند تا خود را بهتر بشناسد با او در میان می‌گذارد. ایضاح و روشن‌سازی هم به صورت فردی و شخصی صورت می‌گیرد که در آن مراجع به فرایند تحول خود بر می‌گردد و اتفاقاتی را که در دوران تحول رخ داده و در رشد روانی او تأثیر گذاشته است بازشناسی می‌کند و به مشکلات خود که در سایه این اختلالات تحولی در خانواده، مدرسه و سایر محیط‌ها اتفاق افتاده است پی می‌برد. از لحاظ نوعی نیز از طریق توضیح داستانهای مذهبی که نشانگر وضعیت تحول نوعی فرد است نقصان‌ها، سایه روشن‌های این تحول نوعی را بازنمایی می‌کند. مثلاً توضیح داستان هبوط آدم از بهشت برای درمانجو روشن می‌کند که انسان‌ها از جمله خودش بالقوه هم توان تقرب و اسکان در باغ بهشت را دارد و هم اینکه احتمال هبوط و خطاکاری در او موجود است. علاوه بر داستان‌های قرآنی

آوردن آیاتی از قرآن در جلسه مشاور، و روان درمانگری که ویژگی‌های نوعی انسان‌ها را بیان می‌کند، به مراجع کمک می‌کند که از لحاظ نوعی خود را بهتر بشناسد. در اثر شناختن بهتر خود و دیگران هم می‌تواند فلسفه منسجم و منطبق با نیازها و ویژگی‌های نوعی خود انتخاب کند و هم اینکه تصمیم‌گیری‌های منطقی در آینده برای حل مشکل خود انتخاب کند. از مراجعان می‌توان سؤال کرد که این ویژگی‌های نوعی چگونه در زندگی فردی او پیاده شده است و نمود پیدا کرده است. در ارتباط بین روان درمانگر و مراجع خیلی بحث‌ها می‌تواند صورت گیرد و خیلی از فرایندها مثل فرایند انتقال می‌تواند توضیح داده شود که کمک به روشن‌گری و ایضاح وضعیت روانی مراجع بکند و در فرایند درمان به بهبود وضعیت مراجع کمک کند و او را به بینش برساند. شاید برای هدایت مراجعان برای شناخت خویش و فهم فرایندهای روانی لازم باشد اشعاری از بزرگان مثل مولوی به موقع مورد استفاده قرار گیرد. حالا به یکی از این اشعار از دیوان شمس توجه می‌کنیم:

دیدن خود در آئینه داستان‌های مذهبی

عارفان را شمع و شاهد نیست از بیرون خویش
خون انگوری نخورده باده‌شان هم خون خویش
هر کسی اندر جهان مجنون لیلی شدند
عارفان لیلی خویش و دم به دم مجنون خویش
ساعتی میزان آبی، ساعتی موزون این
بعد از این میزان خودشو^۱ تا شوی موزون خویش
گر تو فرعون منی از مصر تن بیرون کنی
در درون حالی به بینی، موسی و هارون خویش^۲
لنگری از گنج مادون بسته‌ای بر پای جان
تا فروتر می‌روی هر روز با قارون خویش
یونسی دیدم نشسته بر لب دریای عشق
گفتمش چونی جوایم داد بر قانون خویش
گفت: بودم اندرین دریا غذای ماهی
پس چو حرف نون خمیدم تا شدم ذالنون خویش
زین سپس ما را مگو چونی و از چون درگذر
چون زچونی دم زندآن کس که شد بی چون خویش^۳

۱. به درون و قلب خودت رجوع کن و با خود واقعی پیوند بر قرار کن تا با خودت هماهنگ شوی و به وحدت و یکپارچگی برسی.
۲. به این نتیجه که مولوی رسیده، مراجعان ما در جلسه‌های درمانی نزدیک می‌شوند و در داستانی‌های قرآنی فرایندهای روانی خود را مشاهده می‌کنند.

۳. انسان در فرایند تحول روانی و حرکت به سوی فردیت‌یابی از خود فراتر می‌رود. فرایند از خود فراروندگی در این انسان‌ها مثل حرکت به سوی معراج و گذشتن از لایه‌ها و طبقات مختلف روانی است. چقدر سودمند خواهد شد اگر تفسیر دقیق جریان معراج از نظر روانشناسی بیان شود تا لایه‌های عظیم روان آدمی و فرایند فراروندگی از این لایه‌ها شناخته شود.

ملاحظه آرایش اضداد در داستانهای مذهبی

در بیان داستان‌ها یکی از نکاتی که بایستی توجه مخصوص به آن شود، ردیف‌بندی، مقابله و مقایسه، و ترکیب اضداد است. و فرایندی که این اضداد در آن اوج می‌گیرند، به بالاترین نقطه خود می‌رسند و یا اینکه پس از مدتی ترکیب می‌شوند و سنتزی را به وجود می‌آورند و این سنتز دوباره در مقابل خود قرار می‌گیرد و فرایند جدیدی ایجاد می‌گردد و مسیر همانطور بین اضداد ادامه پیدا می‌کند تا اینکه تعادل جدیدی از دیالوگ این اضداد جدید بوجود آید و پیشرفت جدیدی حاصل شود. درمانگر سعی کند که این اضداد و یا قهرمانان رو در رو در داستان‌ها را بازنمایی کند و از حالت رمز بیرون آورد و ترکیب و تحول آنها را شرح دهد و از مراجع خود بپرسد که آیا در روان، خود اینگونه اضداد را مورد ملاحظه قرار داده است. آیا او برابر نهادهای سمبولیکی این اضداد را در سیر تحول روانی خود مورد ملاحظه قرار داده است و چگونه توانسته است در این میان جهت‌گیری نماید.

در جهت بازنمایی این داستان‌ها روان درمانگر سعی می‌کند که به مراجع بگوید برو داستان خویش را برابم پیدا کن و بیاور داستان کشمکش ابعاد مختلف روانی در وجود تو که هر آن تماشاگر آنی، و یکی از راه‌های شناخت خودت و شناخت پروردگارت^۱ تماشگری این نیروهای درون خویش که در آئینه این داستان‌های مذهبی افکنده شده‌اند و تو نمی‌دانی که آئینه است که با تو غماز است و یا تویی که خود را در آئینه می‌بینی.

دیدن خود در آئینه داستان‌های مذهبی

باز می‌توان به مراجع کمک کرد که در داستان‌های قرآنی و مذهبی داستان‌های تحول روانی خود را ببیند و بینش و بصیرت او در مورد خودش افزون‌تر گردد و شاید او بتواند با مولوی به صورت زیر همانندسازی کند که ندای ربوبی را از جان و دل خود بشنود، همان زمان که ندای خداوند به موسی را در داستان می‌بیند.

درخت و آتشی دیدم، ندا آمد که جانانم

مرا می‌خواند آن آتش، مگر موسی عمرانم

دخلت التیه بالبلوی و ذقت المن و السلوی^۲

چهل سال است که چون موسی به گرد این بیابانم

مپرس از کشتی و دریا، بیا به نگر عجایب‌ها

که چندین سال من کشتی در این خشکی همی رانم؟

بیا ای جان، تویی موسی و، این قالب عصای تو

۱. مَن عَرَفَ نَفْسَهُ فَقَدْ عَرَفَ رَبَّهُ

۲. داخل بیابان (متحان) شدم و از گوست پرند که مانده از طرف خدا بود چشیدم (اشاره به حرکت موسی و قومش از مصر به سرزمین موعود است. در این جا مولوی به عنوان حرکت به سوی «تمامیت»، هدف نهایی و فردیت یابی قلمداد نموده است و معنای سمبولیک روانی آن را در نظر گرفته است. حرکت به سوی تحقق خویشتن...).

چو برگیری عصا گردم، چو افکنندیم شعبانم
منم استون آن مسجد که مسند ساخت پیغمبر
چو او مسند دگر سازد ز درد هجر نالانم^۱

کمک به مراجعان که در داستان‌های مذهبی تحولات روانی خود را ببینند به آنها کمک می‌کند که الف) براحتی در جریان همانندسازی تخلیه هیجانی در آنها صورت بگیرد ب) بینش نسبت به ساخت و کار سیستم روانی خویش در آنان افزایش پیدا می‌کند، ج) لذت آنان از خواندن این داستان‌ها افزوده شود، د) فرایند فرافکنی خود را در داستان‌ها به راحتی ملاحظه کنند، ه) فرایند تفریدیابی را در کوشش قهرمانان مذهبی بهتر و راحت‌تر ملاحظه کنند.

باز درمانگر متبحر می‌تواند در حین تحلیل داستان‌هایی انتخاب شده با توجه به ویژگی‌های قهرمانان داستان‌ها به مراجع خود بفهماند که روان لایه‌های مختلفی دارد و هر زمان بنا به موقعیت و وضعیت پیش آمده از بیرون شاید یک قسمتی از روان بیشتر فعال شود و انسان خود را در چهره‌های گوناگون ببیند. وقایع تاریخی، داستان‌ها و تصاویر شعرا از انسانها موقعیت‌هایی را فراهم آورده‌اند تا انسان‌ها بتوانند نمودهایی از روان خود را در بافت حوادث و داستان‌ها دریابند و خود را بهتر بشناسند. داستان‌ها برای قهرمانان بستری را فراهم آورده‌اند که در آن بستر شکوفا شوند و به فردیت برسند و خودشان را تحقق بخشند و در این مسیر کشمکش‌های روانی خود را به صورت داستان با تمام فراز و نشیب آن برای ما به ارمغان بگذارند. شناخت لایه‌های مختلف روان در داستان‌ها بهتر صورت می‌گیرد. حالا تصویر مولوی را در دیوان شمس از برخی از این لایه‌های روانی ملاحظه کنید.

خداوند خداوندان و صورت ساز بی صورت

چه صورت می‌کشی بر من، تو دانی، من نمی‌دانم

گهی سنگم، گهی آهن، زمانی آتشم جمله

گهی میزان بی سنگم، گهی هم سنگ و میزانم

زمانی می‌چرم اینجا، زمانی می‌چرند از من

گهی گرگم، گهی میشم، گهی خود شکل چوپانم

انسان از بررسی داستان‌ها به نیروهای درون خود به لایه‌های روانی خود بینش پیدا می‌کند. می‌داند که یک بعدی دارد که موسی است و بعد دیگرش فرعونیت و این ابعاد با هم در حالت تعارض می‌باشند و در این تعارض چه فرایندی در درون ایجاد می‌شود. بعد دیگری در وجودش چون خضر همیشه او را به تازگی، تولدی دوباره، نوشدن می‌خواند، ولی وجود محافظه‌کار او با احتیاط فراوان این خضر را دنبال می‌کند و حتی

۱. یکبار دیگر مولوی در داستان ستون حنانه فراق و جدایی را مطرح می‌کند و به هجران از خویشتن واقعی اشاره می‌کند. هر کسی کو دور ماند از اصل خویش باز جوید روزگار وصل خویش این قطعه از دیوان شمس اتخاذ شده است.

نمی‌تواند در برابر اعمالش صبر کند تا نتیجه آن را ببیند. بی‌صبرانه اعتراض می‌کند. این آرایش نیروها همیشه در حالت موازنه نیستند و همیشه در سطح خود آگاه عمل نمی‌کنند. و سرنوشت فردیت‌یابی این نیروهای مختلف و بعضاً متخاصم را در جهت مختلفی شکل می‌راند تا تقدیر قهرمان روشن شود و آنچه در ناخودآگاه است به خودآگاه کشیده شود. در هر حال داستان‌های مذهبی، تصویرسازی‌های شعرای عارف مسلک همگی بستری می‌شوند که در مرحله ایضاح (elucidation) در اختیار روان درمانگر قرار می‌گیرند و روان درمانگر ماهر با استفاده از این بستر مناسب می‌تواند در شناخت نیروهای درونی افراد به آنان کمک کند و آنان را به بینش برساند.

انتقال و انتقال متقابل

در فرایند درمانگری انتقال و انتقال متقابل اتفاق می‌افتد، این فرایندها می‌توانند شخصی و یا کهن‌الگویی باشند، مثبت و یا منفی بوده و بطور ثابتی نیروهای متضادی را از جاذبه و دافعه موجب شوند (هریس، ۱۹۹۶). انتقال مورد مخصوصی از پدیده عمومی فرافکنی می‌باشد و لازم است که مورد تجزیه و تحلیل روانشناختی قرار گیرد. از نظر یونگ انتقال فقط موضوع جنبی نیست. بلکه نمادی از پیوند اجتماعی است که باعث انسجام رابطه اجتماعی می‌گردد (یونگ، ۱۹۶۱). این فرایند با احساسی برون‌ریزنده توأم است و آهنگ فرافکنی‌ها را مشخص می‌کند. زمانیکه مراجع تشخیص دهد که او بر درمانگر فرافکنی می‌کرده است فرایند انتقالی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد (رایچلک، ۱۹۷۳). انتقال متقابل نیز از طرف روان درمانگر بایستی تشخیص داده شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. بدون حصول این شناخت (انتقال و انتقال متقابل) فرایند درمانگری به سوی التیام ناراحتی‌ها سوق داده نمی‌شود، و افراد نمی‌توانند به خودشناسی رسیده و بینش لازم برای آنها ایجاد نمی‌شود. داستانی در مثنوی معنوی در مورد فرافکنی مریدان نسبت به رفتار مرشد خود آورده شده که خواندنی است. داستان تحت عنوان قصه سبجانی ماعظم شأنی گفتن ابویزید به صورت زیر آغاز می‌شود.

با مریدان آن فقیر محتشم	با یزید آمد که نک یزدان منم
چون گذشت آنحال گفتندش صباح	تو چنین گفتی و این نبود صلاح
گفت این بار ار کنم من مشغله	کاردها بر من زیند آن دم هله
حق منزله از تن و من با تنم	چون چنین گویم بیاید کشتنم
چون وصیت کرد آن آزاد مرد	هر مریدی کردی آماده کرد
چون همای بی‌خودی پرواز کرد	آن سخن را با یزید آغاز کرد
عقل را سیل تحیر در ربود	ز آن قوی‌تر گفت کاول گفته بود
نیست اندر جبهام الا خدا	چند جویی بر زمین و بر سما

آن مریدان جمله دیوانه شدند
هرک اندر شیخ تیغی می خلید
یک اثر نه بر تن آن ذوفنون
روز گشت و آن مریدان کاسته
پیش او آمد هزاران مرد و زن
این تن تو گر تن مردم بدی
ای زده بر بیخودان تو ذوالفقار
نقش او فانی و او شد آینه
گر کنی تف سوی روی خود کنی
ور ببینی روی زشت آن هم تویی
او نه اینست و نه آن او ساده است
چون رسید اینجا سخن لب در بیست
(مثنوی، دفتر چهارم، اشعار ۲۱۰۱ تا ۲۱۵۳)

کاردها در جسم پاکش می زدند
باز گو نه از تن خود می درید
و آن مریدان خسته و غرقاب خون
نوحها از خانه شان برخاسته
کای دو عالم درج در یک پیرهن
چون تن مردم ز خنجر گم شدی
بر تن خود می زنی آن هوش دار
غیر نقش روی غیر آنجای نه
ور زنی بر آینه بر خود زنی
ور ببینی عیسی و مریم تویی
نقش تو در پیش تو بنهاده است
چون رسید اینجا قلم در هم شکست

داستان مولوی در مثنوی نکته‌های بسیار جالب روانشناختی دارد: ۱) در فرایند روان درمانگری، فرافکنی و یا انتقال را بطور اخص نشان می‌دهد. و این فرافکنی به علت خواسته‌ها و دلمشغولی‌های درونی درمانجویان (مریدان) می‌باشد. ۲) بایزید بسطامی شرایطی پیش آورد که مریدان بدانند آنها دارند فرافکنی می‌کنند تا به بینش برسند و در فرایند درمان معنوی ساخته شوند، ۳) این فرافکنی‌ها و انتقال‌های منفی اگر درمان نشوند خود مراجع آسیب می‌بیند.

۳) مرحله آموزش

در این مرحله روان درمانگر بایستی به مراجعان کمک کند که در تمام قسمت‌های زندگی که در آنها مشکل دارند آموزش ببینند. یونگ روش ویژه‌ای را برای این امر پیشنهاد نمی‌کند، او فقط اظهار می‌دارد که آنچه که مورد نیاز است انجام شود تا آخر این مرحله روشن می‌شود، و روان درمانگر بایستی مثل یک دوست صمیمی در ارائه حمایت‌های عاطفی و پشتیبانی کردن از مراجع عمل کند (رایچلک، ۱۹۷۳).

برای بسیاری این سه مرحله قبلی کافی است و پس از این سه مرحله درمان تمام شده تلقی می‌گردد. چون مراجعان دانش و بینش لازم را کسب کرده‌اند که بتوانند موازنه لازم را در زندگی خود کسب کنند (رایچلک، ۱۹۷۳). در این مرحله برای مراجع فرایند کار روشن می‌شود و به مراجع گفته می‌شود که دوتایی چگونه عمل خواهند کرد که به سوی درمان نهایی پیش بروند. همچنین به مراجع گفته می‌شود که هدف اساسی کشف آن چیزی است که ترا اذیت می‌کند و دوتایی در کشف آن همکاری و اهتمام خواهیم نمود.

۴) تبدیل ۱

تعدادی از روان تحلیل‌گران درمان را در انتهای مرحله سوم که مراجع دانش و بینش لازم را برای رفتارهای خود پیدا می‌کند، تمام شده تلقی می‌کنند. بهر حال یونگ معتقد است که تعدادی از مراجعان بیشتر از این از درمان‌گر انتظار دارند. بیشتر مراجعان از نظر یونگ نیاز به خودشکوفایی را حس کرده‌اند و دنبال تحقق خود هستند. افرادی که در نیمه دوم زندگی خود هستند بیشتر علاقمند فراروندگی از زندگی معمولی هستند. انتقال این مراجعان علیرغم نشان دادن ریشه‌های دوران کودکی مشکلات آنان کنار نمی‌رود. این مراجعان به دانش و بینش زیادتری نیاز دارند تا آنان را به مرحله نهایی - تبدیل - سوق دهد. یونگ این مرحله را به عنوان «مرحله خودشکوفایی ۲» معرفی کرده است؛ افراد در این مرحله علاوه بر تجربیات خودآگاه، تجربیات ناخودآگاه خویش را نیز ارج می‌نهند. در مرحله انتقال تصویر ذهنی از کهن الگوی «خویشتن»، در خواب‌ها و خیال‌پردازی خود را نشان می‌دهد. این تصویر ذهنی «تمامیت ۳» فرد را به سوی خویشتن‌یابی، دربرگرفتن و تحقق آنچه که او می‌تواند باشد سوق می‌دهد. از ویژگی‌های این مرحله داشتن تفکر و بینش و الهام، انسجام خودآگاه و ناخودآگاه با همدیگر می‌باشند. ترکیب و انسجام اضداد وجودی و رسیدن به کلیت و تمامیت در این مرحله صورت می‌گیرد که در زبان عرفانی انسان کامل نامیده می‌شود.

در این مرحله مسأله انتقال و انتقال متقابل عمیق‌تر می‌شود، و هر چیزی که به مراجع اتفاق می‌افتد در این مرحله به روان‌درمانگر اتفاق می‌افتد، شخصیت روانی درمانگر نبایستی به صورت نامناسبی به مراجع عکس‌العمل نشان دهد. در حقیقت دو فرد وجودشان آئینه‌ای می‌شود که همدیگر را در آن آئینه می‌توانند ببینند. روان‌درمانگر مسایل خود را در آئینه وجودی مراجع ملاحظه می‌کند و نبایستی اشتغال به مشکلات مراجع او را از پراختن به خود باز دارد. (یونگ، ۱۹۶۶). درمانگر قبل از اینکه موفق به اصلاح زندگی مراجع خود گردد بایستی چالش‌های اساسی در تغییر سبک زندگی خود را شروع کند. یونگ در این مورد مثالی از درمان‌گری خود می‌زند و می‌نویسد: در برهه‌ای که خیلی مشهور شده بودم و به درمان بیماری زنی می‌پرداختم که تا حد پرستش به من احترام می‌گذاشت، متوجه شدم که پیشرفتی در درمان اتفاق نمی‌افتد تا اینکه در تحلیل روابط بین من متوجه شدم که من خود را بالاتر از او (مراجع) تلقی می‌کنم، بعداً با کار بر روی خود نگرش خود را عوض نمودم و احترام به زن را به عنوان یک فرد برگزیده خدا بالا بردم تا اینکه فرایند درمان نیز رو به رشد نهاد و پیشرفتی در این بین حاصل شد. این مرحله را یونگ با آوردن مثالها و تشبیه‌هایی از فرایند کیمیاگری که در آن کیمیاگر در جستجوی خویشتن است و می‌خواهد مس وجود را به طلای ناب «خویشتن» تبدیل کند شرح می‌دهد.

یونگ دریافت که نمادها و فرایند کیمیاگری قرون وسطایی با فرایند روان‌درمانگری قابل مقایسه است،

1 . Transformation
2. Self actualization
3 . Self

4 . Wholeness

۵. اصلاح درون خویشتن قبل از پرداختن به عیوب دیگران

در این فرایند اغلب کیمیاگران با جفت‌های ضد (اضداد) کار کردند و سندی را بجا گذاشتند که نشان می‌دهد در حین کار برای تبدیل مواد پائین و کم ارزش از طریق سلسله‌ای از مراحل به طلا آنها در حقیقت خود وجودشان را به «خویشتن متعالی» تبدیل می‌نمودند. فرایند کیمیاگری شبیه فرایند درمانگری بوده است. شامل نمودن خود شکوفایی به عنوان قسمتی از فرایند درمانگری به صورت قابل ملاحظه‌ای باعث بسط و گسترش دامنه روان درمانگری شده و دامنه‌های درمان را تا حد گسترش خود شکوفایی در افراد (مراجعان) بالا برده است. در درمان یونگی است که عرفان و درمانگری به هم نزدیک می‌شوند. عرفا به دنبال انسان کامل هستند و یونگ انسانی فردیت یافته را جستجو می‌کند.

یونگ در فرایند درمانش بتدریج به مرحله تبدیل علاقه فراوان پیدا کرد و در مطالعات موردی‌اش برای ثابت نمودن این مرحله اسناد و مدارک فراوانی پیدا کرد. او به این نکته پی برد که در این مرحله نمادهای خواب از شخصی به کهن الگویی تبدیل می‌یابند. یونگ فرایند تبدیل را با موردی که با آن کار می‌کرد توضیح داد که چگونه در انتقال او نیز علاوه بر نمادهای خوابش تغییراتی ایجاد شد. مراجع او در سه مرحله ابتدایی تصویر ذهنی پدر خویش را به یونگ فرافکنی می‌نمود. بهر حال زمانی که او به مرحله تبدیل رسید، خواب‌های او از پدرش بعنوان پدری شایسته تغییر نمود. او پدر خویش را به صورت تصویر بزرگی در خواب مشاهده نمود که بر روی مزرعه‌ای از گندم رسیده خم شده و او را در دستهای قوی خود گرفته و همراه با ریتم وزش باد او را تکان می‌دهد بسان پدری که طفل خویش را برای ساکت و آرام نمودن در گهواره و یا در بغل خود تکان می‌دهد. با توجه به نمادهای گندم رسیده، تکان دادن همراه با وزش باد، یونگ این خواب را بعنوان خواب کهن الگویی تلقی نمود که پدر کهن الگویی در شکل خدای کشتزار و گندم او را به سوی تمامیت سوق می‌دهد، و رسیدگی گندم نیز نشانه‌ای از پختگی این فرد و رسیدن او به مرحله نهایی درمان می‌باشد (یونگ، ۱۹۶۶). از نظر یونگ هر مرحله می‌تواند بطور جداگانه‌ای هدف درمانی داشته باشد. بهر حال هر مرحله نسبت به مرحله قبلی انسان را به سوی فرایند نهایی درمان بیشتر سوق می‌دهد. فرایند تبدیل که مرحله نهایی درمانگری در این الگوی درمانی است باعث می‌شود که فرد از مرحله شخصی به مرحله جمعی و اتحاد و انسجام با هستی عبور کند و این فرایند را او فرایند فردیت‌یابی تلقی نموده است. از نظر یونگ ناخودآگاه جمعی سر منشأ تجربه دینی و مقر و مأوای تصویر ذهنی از خدا است و فردیابی زندگی در خداست، یعنی بشر هیچگاه قادر نیست بدون خدا مبدل به یک کل شود. وقتی انسان در درمان یونگی مخصوصاً در مراحل بالا کار می‌کند به خوبی به اصطلاحات عرفای بزرگ پی می‌برد. عرفا نیز آخرین مرحله تبدیل را فنا فی‌الله می‌نامند و یونگ هم معتقد است که در مرحله آخر تبدیل (Transformation) انسان بدون خدا نمی‌تواند زندگی کند. او از حیطه شخصی و محدوده خود آگاه فراتر رفته است و معراجی را شروع کرده است که او را به خدا راهبری می‌کند. بهمین جهت است که خواب‌های او نیز از خواب‌های شخصی فرا رفته و بیشتر خواب‌های نوعی و کهن الگویی شده است. به نظر می‌رسد که انسان در درمان یونگی در آخرین مرحله، تغییر کیفی بزرگی پیدا می‌کند و با ناخودآگاه

جمعی ارتباط برقرار می‌کند و این امر اتصال انسان به مبدأ اصلی اوست که شروع شده است. روان درمانگری یونگی، مراقبه‌های طولانی، داشتن مرشد تزکیه شده و قوی و بسیاری از ریاضت‌های معنوی از قبیل انجام واجبات و عمل به مستحبات و پیشه کردن تقوی این فرایند فردیت‌یابی را تسهیل می‌کنند. هر چند فردیت‌یابی و تغییر خواب‌ها و تصاویر ذهنی از شخصی به نوعی منشأ فردیت‌یابی است و تغییر کیفی عظیمی در سلامت روان و عروج انسانی است ولی کار تمام شده تلقی نمی‌شود. انسان فردیت یافته نیز می‌تواند گستره رشد و تحول خود را هر آن بالا برد. حتی وجود مبارک حضرت رسول (ص) پس از آن همه رشد معنوی به سازندگی خودش با نوافل و شب زنده‌داری ادامه می‌داد تا اینکه مرحله اساسی دیگری بعنوان معراج نبوی برایش پیش آمد که قربت او به خدا باعث شد که عقل و منطق در عروج حضرتش حیران بمانند که چگونه جایی که حضرت جبرئیل نمی‌توانست پرواز کند، وجود مبارک حضرت طی طریق می‌کرد. تحلیل معراج حضرت رسول (ص) برای روان‌شناسان از لحاظ شناختن منتهای معراج انسان بسی با ارزش است ولی متأسفانه تا کنون این کار انجام نشده است.

تفرد یابی تکلیفی به غایت دشوار است زیرا همواره درگیر تضاد میان وظایف و خواسته‌هاست؛ خواست خودآگاه علیه خواست ناخودآگاه و راه حل نهایی این تضاد نیز در درک این نکته نهفته است که ضد اراده (Counter will)، یعنی ناخودآگاه نیز وجهی از اراده خداوندی است. تفردیابی حکمی شجاعانه و دردناک است. راه و رسم ضروری است که بشر را در مسیر سرنوشت خویش به پیش می‌راند. تفردیابی فرایندی رنج‌آور است، یعنی هر گامی که در این مسیر برداشته می‌شود با رنج معنوی شدیدی همراه است. یعنی کهن الگوی شوریدگی من (ego) است که در برابر تعهدی که خویشتن (Self) بر آن اعمال می‌کند.^۱

فرایند تفردیابی

نهایت درمان یونگی این است که مراجع خود را به تفردیابی یا خودشکوفایی برساند. در فرایند تفردیابی دو مورد اساسی وجود دارد.

۱) جریان پیراستن یا تهی کردن روان از لفافه‌های دروغین که پرسونا و یا نقاب شخصیتی نامیده می‌شود و نیز حفظ و حراست آدمی از گزند نیروهای وسوسه‌آمیز تصاویر ازلی و یا کهن الگویی. در مورد اینکه انسان خود را با پرسونای خود همانند نداند روان‌شناسان مختلف و ادیان نظر مشترک دارند. در دعاهای عرفانی انسان‌ها نقاب از چهره خود بر می‌دارند و با خدای خود بی‌پرده و شفاف صحبت می‌کنند، همانگونه که هستند، چون معتقدند که خداوند از نهان و آشکار آنان خبر دارد. انسانها وقتی به کاستی‌ها و تقصیرات خود اعتراف می‌کنند خود را بهتر می‌شناسند. حداقل برای مدت کوتاهی هم شده باشد نقاب از چهره خود برمی‌دارند. و نیز زمانی که انسان‌ها از شر وجود وسوسه‌انگیز شیطان (به عنوان صورت ازلی شر که در وجود همه‌شان وجود دارد) به خدا پناه می‌برند در حقیقت می‌خواهند که از گزند نیروی وسوسه‌آمیز تصاویر ازلی در امان باشند. سوره‌های معوذتین در قرآن فرایند این پناهندگی به خدا برای محفوظ ماندن

1. Collected works, xi 156-157, 198, 272.

از گزند و سوسه انگیز نیروهای کهن الگویی را مطرح می‌نمایند.

۲) کمال‌پذیری، یا جریان آگاه ساختن محتویات روان ناخودآگاه به بهترین وجه ممکن، و ترکیب آنها با آگاهی از طریق بازشناسی این فرایند ترکیب محتوای ناخودآگاه با ضمیر خودآگاه به صورت تدریجی صورت می‌گیرد که فرایندی بس عمیق و حساس است. سه مرحله اول فرایند درمانی، اعتراف، ایضاح و آموزش در این راستا تنظیم شده‌اند که انسان در جهت بدست آوردن دانش، و بینش در شناخت خویش کمک نمایند. جالب اینکه خواندن دعاهای عرفانی که در آن فرد احساس یگانگی با هستی می‌کند هم به فرد کمک می‌کند که مرحله اعتراف را به نحو احسن سپری کند و هم تخلیه هیجانی برای او ایجاد شود و هم اینکه خود را بهتر بشناسد. انتخاب آیتاتی از قرآن که در آن بصورت کلی نکات قوت و ضعف انسانی را بیان می‌کند و تفسیر داستان‌های قرآنی که در آنها فرایند تحول انسانی نشان داده می‌شود و انجام اعمال و مناسک مذهبی که در آنها افراد با خود واقعی خویش تماس پیدا می‌کنند همگی در این مسیر می‌باشند و باعث می‌شوند که افراد خودشان را بهتر بشناسند و به صورت نوعی بدانند که در معرض چه افت و خیزهایی قرار دارند.

از آنجا که ناخودآگاه را نمی‌توان سرکوب کرد و یا نادیده گرفت. جذب محتویات ناخودآگاه و رشد شخصیت بدون تمایز و تفکیک (خودآگاه از ناخودآگاه) میسر نیست. این تمایز و تفکیک مشخص نمودن این امر است که کدام عامل به خودآگاهی تعلق دارد و کدام عامل به ناخودآگاهی ارتباط پیدا می‌کند. تمایز مبهم و یا نیمه تمام به استحاله فوری فرد در جمع می‌انجامد. از این رو، فرایندهای هشیار را باید از فرایندهای ناهشیار به روشنی تمیز داد، و پس از آن فرایندهای ناهشیار را به طور عینی مورد مشاهده قرار داد. تنها این گونه شناسایی است که همجواری با ناخودآگاه و از آن پس تلاش بیشتر جهت رسیدن به ترکیب تازه را امکان پذیر می‌سازد.

دین و تفریدیابی

به نظر بسیاری از افراد، یونگ روان‌درمانگر مدرنی است که توانسته عنصر دینی را به انسان بازگرداند و میان روانشناسی و دین پلی را که از دیرباز چشم به راهش بوده‌ایم، برپا کند. در قاموس یونگ تفریدیابی و دیانت عمیقاً به هم تنیده‌اند و از اینجاست که روانشناسان پیرو نظریه یونگ مذهب و دینداری را در رشد و تحول روانی بسیار مهم تلقی می‌کنند. این تفریدیابی از طریق ترکیب اضداد حاصل می‌شود (مثلاً ترکیب خودآگاه و ناخودآگاه). هدف انسان نیز به واقع همین وحدت و یکپارچگی است، هدفی که عمیقاً در محتوای دینی در هم آمیخته و به طور نمادین به یاری کهن الگوی خویشتن بیان شده است. در بسیاری از داستان‌های قرآنی این آرایش اضداد به صورت قهرمان‌های داستان نمودار شده است. مثل موسی و فرعون که در نهایت باعث آغاز، فرایند و اختتام فرایند تفریدیابی قهرمان داستان می‌شوند. برای یونگ فهم وجود عامل دینی در انسان، یک اصل پیشینی نیست، بلکه حاصل تجربه و عمل است. یونگ به عنوان یک روان‌درمانگر می‌باشد و از طریق تجربه به این عامل مهم (دین) در انسان پی برده است.

او از آزمایش بیماران بی‌شماری که برای درمان مراجعه کرده‌اند، این عنصر دینی را مشاهده کرده است. «من از صدها آزمون و تجربه عملی دریافته‌ام که جان آدمی حاوی همه آن چیزهایی است که در احکام دینی آمده است و چه بسا بیش از آن نیز وجود دارد. من به روان کارکرد دینی نسبت نداده‌ام، بلکه واقعیتی را برشمرده‌ام که نشان می‌دهد روان آدمی دارای طبیعت دینی است.^۱»

نمودگارهای کارکرد دینی در انسان چنان فوق‌العاده و غیرعادی است، و مختصاتش چنان متفاوت از سایر کارکردهای انسانی می‌باشد، که به هیچ روی نمی‌توان دین را به سطح سایر فعالیت‌های انسانی فروکاهید. آنچه معنوی و روحانی است به صورت سائقه‌ای قوی در روان آدمی نمود پیدا می‌کند که مشخص می‌کند از سائقه‌های دیگری پدید نیامده و اصلی خود جوش است. یعنی نیرویی است ابتدایی و اصلی و اجتناب‌ناپذیر در حیطه کشاننده‌ها و انگیزه‌های اصلی بشری. از آنجایی که دین بی‌چون و چرا یکی از کهن‌ترین و جامع‌ترین کهن‌الگوهای ذهن انسان است، بدیهی است که هرگونه روانشناسی‌ای که با ساختار روان‌شناختی شخصیت انسان سروکار داشته باشد، نمی‌تواند این واقعیت را ندیده بگیرد که دین نه تنها پدیده تاریخی و جامعه‌شناختی، بلکه پدیده‌ای است که شمار زیادی از انسان‌ها بدان عشق و علاقه نشان می‌دهند.^۲ همین نیروی برتر دین است که در همه اعصار مردمان را بر آن داشته که به آنچه نااندیشیدنی است بیندیشند، بزرگترین رنج‌ها را بر خود تحمیل کنند، تا به اهدافی که لازمه تقدس است نایل آیند. یونگ می‌گوید که دین همان‌قدر واقعی است که گرسنگی و ترس از مرگ؛ و میان فعالیت‌های معنوی انسان از همه قوی‌تر و اصیل‌تر است، هر چند که این همان کرد و کاری است که بر سر راهش، حتی بیش از مسأله جنسی یا مسأله انطباق اجتماعی مانع ایجاد کرده‌اند.^۳ در اینجا یونگ به موانع زیادی که در راه بروز این انگیزه اساسی وجود دارد اشاره می‌کند و موانعی را که در اجتماعات مختلف در راه شکوفایی انگیزه دینداری وجود دارد بر می‌شمرد. با وجود این کشفیات عظیم، یونگ به عنوان یک روانشناس اصیل نمی‌تواند نسبت به دینداری مراجعان خود بی‌طرفی انتخاب کند، چون بسیاری از آسیب‌های روانی انسانها به علیت آسیب‌زدگی و ناکامی در بروز ظهور و شکوفایی انگیزه‌های دینی آنان صورت گرفته است.

ماهیت روانی دین

راه اساسی شناخت دین، راه مکاشفه است. مکاشفه‌ای که از طریق تحلیل کهن‌الگوهای روانی حاصل می‌شود. هر کسی می‌تواند در صورت فراهم شدن شرایط، دینداری را تجربه کند. مکاشفه، بیش از هر چیز، حجاب برگرفتن از ژرفای روح انسان و عیان کردن ماهیت آن است؛ بنابراین رویدادی اساساً روانشناختی می‌باشد.^۴ در اینجا است که کفر یا پوشاندن انگیزه اصلی دینداری معنا پیدا می‌کند و مشکلاتی که برای کفار شمرده شده است از لحاظ روانشناختی قابل تفسیر می‌نماید. چون کفار عمیق‌ترین خواسته روان خود را به دلایلی انکار می‌کنند و روی آن پرده می‌کشند.

به بیان دیگر دین مشاهده دقیق و سنجیده آن چیز است که رودلف اُتو آن را امر نومن (numinosum)

1. Coll. Works, xii, 12-13

2. Coll. Works, xi, 5

3. Coll. Works, x, 155, vii, 237; xi, 104-105

4. Coll. Works xi, 74

نامیده یعنی عامل یا اثری بسیار پویا و توانا که حاصل کنش خودسرانه اراده نیست، بلکه به عکس، فرد آدمی را که بیشتر قربانی اوست تا ایجادکننده‌اش، یکسره فرا می‌گیرد و مهار می‌کند. این فوران انگیزه دینی از ناخودآگاه جمعی در زبانِ جیمز تجربه دینی نامیده شده است و در اصطلاح رودلف اتو امر نومن نامگذاری شده است. تجربه دینی، تجربه‌ای آن چنان قوی است که تأثیرات روانشناختی عمیقی به جا گذاشته، باعث دگرگونی شخصیت انسان و دگرگونی آگاهی می‌شود.^۱ ریشه دین وحی و مکاشفه است. پس ماهیت دین و در نتیجه ماهیت خدا، در زبانِ روانشناختی همه بستگی به ماهیت محتویات ناخودآگاه جمعی دارد، و وقتی در اثر وحی و مکاشفه گنجینه‌های ذخیره شده در ژرفنای روانِ انسان گشوده و سرریز می‌شوند، این محتویات نیز به حیطة آگاهی نفوذ می‌کنند. ناآگاه جمعی، به صورت چیزی آکنده از قدرتِ با حسی از رمز و راز و با احساس‌های قوی، خود را آشکار می‌کند.

این گونه تجربه انسانی را یونگ تجربه دینی می‌نامد، و عواملی که این تجربه را سبب می‌گردند، کهن الگوهای (وصور ازلی) ناخودآگاه جمعی‌اند، درونه‌ها و اندیشه‌هایی که در آگاهی پدیدار می‌شوند ناشی از فعال شدن این صور ازلی می‌باشد. خدا در روانِ ناخودآگاه انسانی وجود دارد و شاید معنای فطری بودن این نیز همین باشد.^۲

کهن الگوهای ناخودآگاه جمعی، عوامل تولیدکننده ناخودآگاه جمعی می‌باشند. دین همواره عامل مهمی در رفتار انسان به حساب می‌آمده و بنابراین صور ازلی که مخزن تجربیات نیاکان ماست می‌باید تمامی میراث معنوی تکامل انسان باشند که در قسمتی از کرتکس مغز نقش بسته است.^۳ از آنجایی که دین پدیده کلی است و در پس همه رویدادها نهفته است، تاریخ دین نیز به معنای فراخش گنجینه‌ای از صور و اشکال کهن الگو وار است، که از آن میان کهن الگوی خویشتن از همه مهمتر است.

تجربه دینی از قوانین کلی حاکم بر فعالیت روانِ ناخودآگاه پیروی می‌کند. محتویات روانِ ناخودآگاه در نیمه دوم زندگی، یعنی در سنین سی و پنج به حوزه آگاهی نفوذ می‌کنند. در آن زمان ناخودآگاه به خودی خود به آگاهی نفوذ می‌کند، و چون آگاهی و ناآگاهی، طرفین یک قطبیت دوگانه‌اند، دین، در این میان در مقام جبران کننده آگاهی پدیدار می‌گردد که از من جداست و ماهیتش از آگاهی بشری فرا می‌گذرد. از آنجایی که به‌طور تجربی و عملی می‌توان نشان داد که کهن الگوهای ناخودآگاه جمعی معادل دگمه‌های دینی‌اند، هر چه این احکام بصورت کامل ضمیر ناخودآگاه را بیان کنند، بهترند و بیشتر دوام می‌یابند و امکان موفقیت بیشتری دارند. علاوه بر این دگمه‌ها برای بیماریهای روانی نظام‌های شفافبخش می‌باشند. چون قادرند ارزش‌های عاطفی سهمگین روانِ ناخودآگاه را مهار کنند و بدینسان این دگمه‌ها انسان را در برابر عوامل مرموزی که در ژرفای روان او پدید می‌آیند حمایت می‌کنند. به همین جهت یونگ به بیماران خود پیشنهاد می‌کند که در اعمال مناسب دینی جدی باشند و این اعمال را به جا آورند تا از این طریق به سلامت روانِ خود کمک نمایند.

فقدان روحیه دینی در انسان اختلالات و تشویش‌های روانی طبیعی را تولید می‌کند. ممکن است روان

1. Rudolf Otto, «the idea of Holy» (oxford, 1936), p. 12.

2. Coll. Works, xi 7, 312.

3. Coll. Works, xi, 163.

4. Collected works, viii, 158.

5. Collected works, xii 294; xi, 488.

خودآگاه این تشویش‌ها را نادیده بگیرد، ولی محرک آنها جایی جز در روان ناخودآگاه نیست و هر چه خود (ego) سعی کند بیشتر آنها را سرکوب کند، اختلالات بیشتر و خودمختاری و قدرت عقده‌های ناخودآگاه جمعی نیز افزون‌تر می‌گردد. دین به این معنا، خود شکلی از روان درمانی است و یکی از مهمترین عوامل یاری دهنده به فرایند روان‌شناختی و سازگاری با محیط است. با توجه به اینکه دین دارای نیاز و ضرورتی روان‌شناختی در انسان است، هر گاه فکر و ذکر انسان از خدا خالی گردد، جای او را جانشین دیگری در ناخودآگاه فرا می‌گیرد. در این حال انرژی روان ناخودآگاه، محروم از سد و حصار ایمنی به دگمه‌های غیردینی به فاشیسم و کمونیسم و هیتلریسم و غیره پناه می‌برد. یعنی به هیولاهای مدرنی که به قصد بلعیدن زمین به پا خاسته‌اند!

علاوه بر این، یونگ معتقد است که بسیاری از روان‌نژندها هیچگاه درمان نمی‌یابند مگر اینکه شرایطی پیش آید که عامل مذهبی بتواند دوباره به بیمار بازگردد. «در این سی سال گذشته، با اشخاص گوناگونی از کشورهای پیشرفته و متمدن سروکار داشته‌ام... میان همه بیمارانی که کسی را ندیدم که در نیمه دوم زندگی، یعنی از سی و پنج سالگی به بعد دغدغه‌اش یافتن دیدگاهی دینی نسبت به زندگی نباشد. لازم است بگویم هر یک از آنان وقتی بیمار می‌شد که از چیزی که ادیان زنده هر زمانه به پیروان خود می‌بخشید محروم شده بود؛ و هیچکدام تا دیدگاه دینی خویش را از نو نیافت درمان نشد».

ادیان تا آنجا که ریشه در تجربه دینی دارند ارزش مندند. نقطه آغازین آنان تجربه دینی است تجربه‌ای که دست کم بخشی از آن را در حیطه عقل و منطق نمی‌توان گنجانند لذا فرااستدلالی و فراعقلی می‌باشند. و اگر ادیان بیش از حد دور و تهی از تجربه باشند، یکسره از کار می‌افتند و به یادگارهای فرسوده باستانی تبدیل می‌شوند. ذهن خردورز می‌باید همواره با روان ناخودآگاه در تماس باشد و برحسب طبیعت روان ناخودآگاه احکام دینی را تجربه کند و به ضابطه درآورد.

برای دستیابی به تفردیابی کامل، به معنایی که یونگ مراد می‌کند، ضروری است که از فرافکنی به بیرون از خود دست کشید، تفرد تنها آنگاه تحقق می‌یابد که فرد از فرافکنی دست بردارد و به عرفان برسد و از درون سائقه دینداری را در خود بیدار نماید^۳. خویشتن (یا مسیح)، بدون دست برداشتن از فرافکنی‌های بیرونی نمی‌تواند به آگاهی درآید و واقعیت یابد^۴. از آنجایی که فرافکنی صرفاً دینی ممکن است روان آدمی را از ارزش‌های خویشتن محروم کند و چون ادیانی فرامود محتوای ناخودآگاه جمعی‌اند، این محتوا در نهایت به روان ناخودآگاه تعلق دارند. پس دست کشیدن از فرافکنی و رسیدن به بینش در مورد خویشتن نتیجه طبیعی درمان یونگی است. منظور یونگ این است که انسانها علاوه بر تمرین‌های دینی اتصال خود را از درون نیز با خدا حفظ کنند تا دستورالعمل‌های دینی به صورت کلیشه‌های خشک تقلیدی در نیاید و همیشه ریشه اعمال در روان است و بایستی با سرنمون‌های روانی آبیاری شود.

1. Coll. Works, vii 202-203

2. Coll. Work, xi, 334.

۳. در این زمینه مولوی داستانی را تعریف می‌کند «تحت عنوان مردی که شتر خود را گم کرده بود» که بسیار خواندنی است. او در این داستان معتقد است که هر فردی باید شتر خود را پیدا کند (یعنی رابطه‌ای عمیق با خدا پیدا کند) تا دیندار واقعی شود.

4. C. G. Jung, in H. L. philp. Jung and The problem of Evil, p. 233. coll. Works, xiii, 53.

۵. سرنمون، صورت ازلی، کهن‌الگو ترجمه آرکتایپ (Archetype) است. در فلسفه افلاطون مثال نامیده می‌شود (رجوع شود به مثل افلاطونی)



فصل سوم:
کاربرد معنویت
در مشاوره و روان‌درمانگری

بخش اول کتاب حاضر که شامل گذری بر معنویت در روان‌درمانگری و مشاوره بود و تمرکز اصلی آن بر روان‌درمانگری معنوی از دیدگاه یونگ استوار بود زمینه را در به‌کارگیری نظرات یونگ در روان‌درمانگری فراهم نمود و علت استفاده از روان‌درمانگری معنوی را برای بهبود و سلامت مراجعان تا حدی روشن نمود. در بخش اول تمهیدات استفاده از معنویت در روان‌درمانگری ریخته شد. بخش حاضر فرایند استفاده از معنویت درمانی در حین درمان‌های روانشناختی مورد بحث قرار می‌گیرد. در بخش حاضر از مطالب بخش قبلی به نحوی استفاده می‌شود و یا اینکه روان‌درمانگران برای درک مواضع درمانی و علت پیشنهادی استفاده از تکنیک‌های مخصوص امکان دارد که به بخش اول ارجاع داده شوند. در بخش حاضر هدف از درمان معنوی و مذهبی به اختصار توضیح داده می‌شود. هر چند که در بخش نخست از نظر یونگ مطالبی بیان شد که نمایانگر اهمیت والای معنویت درمانی در فرایند شفابخشی و بهبود بیماران روانی بود و موضع یونگ را در ارتباط با موضوع مذهب و معنویت نشان می‌داد که اکثراً بیماران تا زمانی که از لحاظ معنوی و مذهبی به یکپارچگی در احساس، شناخت و رفتار معنوی و مذهبی نرسند سلامت و بهبودی کامل خود را بدست نمی‌آورند. سنجش وضعیت مراجعان از لحاظ تاریخچه معنوی و دینی، و رشد و تحول معنوی قبل از شروع درمان لازم است صورت گیرد و روش و فرایند این سنجش نیز لازم است برای مشاوران و روان‌درمانگران توضیح داده شود و در آنها رئوس درمان مذهبی انتخاب شده توسط این نویسنده نیز بیان شود. تنوع درمان‌هایی معنوی در حال حاضر بقدری زیاد است که نمی‌توان به تمام آنها در این مختصر اشاره نمود و لازم نیست که همگی آنها در این کتاب آورده شوند. آنچه اساسی است آوردن رئوس یک درمان معنوی معتبر است که براحتی توسط مشاوران و روان‌درمانگران به کار گرفته شود و کارآیی آن توسط پژوهشگران سنجیده شود. این مداخله و روان‌درمانگری مذهبی با استفاده از نظرات روانشناسان بزرگی چون یونگ توضیح داده خواهد شد.



بخش دوم: مباحث کاربردی



فصل چهارم:
سنجش و اندازه گیری ویژگی های
معنوی مراجعان

سنجش مذهبی و معنوی

از زمانی که نهضت تلفیق نظریه‌های روانشناختی در درمان مراجعان مطرح شده است و روانشناسان به این نتیجه رسیده‌اند که حیات روانی انسان یک نظام پیچیده است (برگین، ۱۹۸۸)، رویکرد سنجش جامع بطور مکرر مورد حمایت روان تحلیل‌گران، روان درمانگران و مشاوران قرار گرفته است (بیوتلر و کلارکین ۱۹۹۰). بسیاری از روان‌درمانگران و مشاوران در حال حاضر در ابعاد چندگانه مراجعان خود داده جمع‌آوری می‌کنند که از جمله ابعاد مورد علاقه روان‌درمانگران می‌توان به ابعاد فیزیکی، روانی، رفتاری، شناختی، آموزشی، خانوادگی، و نژادی اشاره نمود. بهر حال بسیاری از روان‌درمانگران متأسفانه در زمینه‌های مذهبی و معنوی مراجعان خود اطلاعاتی بدست نمی‌آورند.

در فصل حاضر، دلایلی را ذکر می‌کنیم که اهمیت جمع‌آوری داده‌ها در حیطه‌های مذهبی و معنوی مراجعان را نشان می‌دهند. روان‌شناسان ابعادی از معنویت و مذهب را کشف نموده‌اند که از لحاظ بالینی بررسی آنها مهم است. علاوه بر این ارزیابی نظام‌مند حیطه‌های مختلف مراجع که در این فصل توضیح داده خواهد شد که از مهمترین آن حیطه‌ها می‌توان به بعد معنوی و مذهبی افراد اشاره نمود. در آخر نیز روش‌های مختلف ارزیابی معنوی و مذهبی مراجعان را از طریق مصاحبه به هنگام پذیرش، مصاحبه‌های بالینی، آزمون‌های هنجاری و دیگر روش‌ها نشان خواهیم داد.

دلایل سنجش معنویت و مذهبی بودن مراجعان

دلایل زیادی برای سنجش میزان دینداری و چگونگی دینداری و معنویت مراجعان وجود دارد که در زیر به ۵ مورد اساسی آنها اشاره می‌شود.

۱) سنجش معنویت و دینداری مراجعان به روان‌درمانگران کمک می‌کند که جهان‌بینی مراجعان خود را بهتر بشناسند و بتوانند یک رابطه صمیمی دوجانبه با آنها برقرار نمایند. در طول ۵۰ سال گذشته بسیاری از روان‌درمانگران تأکید نموده‌اند که در فرایند روان‌درمانگری ایجاد رابطه صمیمانه با مراجع و درک جهان‌بینی ذهنی او، و فهم چارچوبه‌ای که او جهان را با آن تعبیر و تفسیر می‌کند ضروری است (مثلاً می ۲، ۱۹۶۱، راجرز، ۱۹۵۱، ۱۹۵۷، ۱۹۶۱، یالوم ۳، ۱۹۸۰) نتایج مطالعات روان‌درمانگری نشان داده است که فهم و درک صمیمانه از مراجع و دنیای ذهنی او توأمأ با نتایج و درمانی بهتر همراه بوده است (لامبرت ۴ و برگین، ۱۹۹۴). در سال‌های اخیر نویسندگان چند فرهنگی به روان‌درمانگران کمک کرده‌اند که در یابند که روان‌درمانگران سفیدپوست به علت تفاوت‌های عمده در جهان‌بینی و تجربیات فرهنگی نمی‌توانند گروه‌های اقلیت را درک کنند و این امر در نتایج درمانی آنان تأثیر می‌گذارد (ابراهیم ۵، ۱۹۸۵، پونتروتو ۶ و

1. Beutler & Clarkin
2. May
3. Yalom

4. Lambert & Bergin
5. Ibrahim
6. Ponterotto et al

همکاران، ۱۹۹۶). این نویسندگان تأکید نموده‌اند برای جلوگیری از سوءگیری و کمک مؤثر به درمانجویان اقلیت لازم است که روان درمانگران با چارچوبه تفسیری این مددجویان و تجربیات منحصر با فرد آنان در زندگی شناخت پیدا کنند (ابراهیم، ۱۹۸۵، سو و سو، ۱۹۹۰).

درمانگران بایستی همین روند را با مراجعان مذهبی و معنوی پیگیری نمایند. جهان‌بینی و ارزش‌های اکثر روان‌درمانگران با ارزش‌ها و جهان‌بینی بسیاری از مراجعان معنوی و مذهبی در تضاد می‌باشند (برگین و جنسن^۲، ۱۹۹۰، جونز^۳، ۱۹۹۴). در کشورهای اسلامی نیز این تفاوت در برداشت‌ها از مسایل دینی و اخلاقی و ارزش بین مراجعان و روان‌درمانگران وجود دارد. لذا برای فهم و درک بهتر مراجعان و فهم ارزش‌های آنان لازم است جهان‌بینی مذهبی و معنویت مراجعان قبل از شروع درمان شناخته شود. این امر حاصل نمی‌شود مگر از طریق سنجش معتبر تحول معنوی مراجعان.

۲) سنجش وضعیت مذهبی - معنوی مراجعان به روان‌درمانگران کمک می‌کند که مشخص کنند کدامیک از باورهای مذهبی و معنوی مراجعان درست شکل گرفته و به مراجعان در کنار آمدن با مسایل و مشکلات یاری می‌رساند و کدام یک از آنها آسیب دیده و نادرست فهمیده شده است و به اختلالات فرد و عدم سازگاری او با محیط زندگی اش منجر می‌شود.

اگر روان‌درمانگران متوجه شوند که باورهای مذهبی و معنوی مراجعان بنا بر عللی درست فهمیده نشده است و به سلامت و تمامیت فرد آسیب می‌رساند، در جهت اصلاح باورهای او قدم بر می‌دارند و یا اینکه او را پیش روحانی آگاه به مسایل روانی و دینی هدایت می‌کنند و از او می‌خواهند که در فهم درست مطالب و باورهای معنوی به او کمک نمایند.

نظریه‌های فعلی در معنویت و مذهب و یافته‌های تحقیقاتی از این موضوع حمایت می‌کنند که مذهب و معنویت یک پدیده پیچیده است و اثرات گوناگونی در سلامت و سازگاری افراد دارد (برگین، ۱۹۸۳). به عنوان مثال روی آورد درون‌سویی به مذهب و یا دل‌سپردگی تمام عیار به آن همراه با سلامت جسمی، سازگاری اجتماعی، بهبود عاطفی توأم بوده است (بتسون، شونراد و ونتیس^۴، ۱۹۹۳)، در حالی که مذهب برون‌سو یا وسیله‌ای معمولاً با سلامت روانی پائین‌تر و سازگاری کمتر توأم بوده است (بتسون و همکاران، ۱۹۹۳). بنابراین، نوع ارتباط تجربی مذهب و سلامت روانی بستگی به اندازه‌گیری و مقیاس مذهب و سلامت روانی دارد (بتسون و همکاران، ۱۹۹۳). نوع مذهبی که افراد به آن پای‌بند می‌باشند (درون‌سو، برون‌سو) از لحاظ تأثیرگذاری بر سلامت او بسیار اهمیت دارد. حضرت علی (ع) نیز عبادت‌تجار و بندگان (برون‌سو) را از عبادت‌افرادی که خدا را شایسته عبادت می‌یابند (درون‌سو) جدا ساخته است و تأکید نموده است که افرادی که خداوند را شایسته عبادت می‌دانند و حضور او را در زندگی خود لازم می‌دانند در درجه بالاتری قرار دارند.

در موقعیت‌های بالینی نیز روان‌درمانگران احتمال دارد که با این پیچیدگی در مسایل معنوی و مذهبی

1. Sue & Sue

2. Bergin & Jensen

3. Jones

4. Batson, schoenrade, & Ventis

مراجعان خود مواجه شوند مثلاً برخی افراد با باورهای مذهبی اختلال بیشتری نشان دهند (الیس، ۱۹۸۰). در برخی افراد دیگر باورهای مذهبی احتمال دارد که با مسایل عاطفی و هیجانی مراجعان تعامل داشته باشند (ریچاردز، اسمیت، و دیویس، ۱۹۸۹). در برخی دیگر از مراجعان احتمال دارد که باورهای مذهبی و سبک زندگی افراد معنوی در سلامت آنان تأثیر مثبتی داشته باشند و باعث مقاومت این افراد در برابر فشارهای روانی گردند (برگین و همکاران، ۱۹۸۷). برای کمک به مراجعان، روان‌درمانگران بایستی نه تنها از مذهبی بودن مراجعان خود و نوع مذهبی بودن آنان اطلاعاتی بدست آورند، بلکه تأثیر باورهای مذهبی را بر وضعیت روانی افراد و سلامت آنان مورد بررسی قرار دهند.

۳) انجام سنجش معنوی و مذهبی به روان‌درمانگران کمک می‌کند تا مشخص کنند که آیا باورهای مذهبی آنان و با اجتماع مذهبی را می‌توان بعنوان منبعی برای کمک به مراجع که بتواند با مشکلات خود کنار بیاید مورد استفاده قرار داد. در سنجش همه جانبه برای درمان مؤثر، شناخت نقاط قوت و منابع مراجعان لازم می‌باشد تا اینکه از این منابع برای استفاده بهینه برای مقابله در برابر فشارها و ایجاد تغییرات مناسب در آنان استفاده شود. مثلاً در سنجش ویژگی‌های فرد افسرده، که احتمال خودکشی دارد، تعیین نکات زیر ضروری می‌باشد: الف) چه ارزش‌ها و باورهایی مراجع دارد که به زندگی او معنا دهد و تمایل او را به زندگی افزایش دهد، ب) چه منابعی از دوستان، اجتماعات مذهبی، و افراد فامیل وجود دارند که در شرایط بحرانی بتوانند به او کمک کنند. منابع شخصی مراجع می‌تواند باورهای خود او، ارزش‌ها، توانمندیها، وضعیت اقتصادی، استخدامی، در دسترس بودن دوستان و اعضای فامیل و اجتماع دوستان مذهبی و معنوی باشد.

باورهای دینی، اجتماعات مذهبی و محافل معنوی منابع بالقوه غنی در راستای حمایت از بسیاری از مراجعان می‌باشند (پارگامنت و همکاران، ۱۹۸۷). مثلاً اعتقاد به اینکه «خدا مرا دوست دارد، هدف متعالی و قدمی برای زندگی من وجود دارد، من یک هویت معنوی نهایی دارم. خدا از من انتظار دارد که دیگران را ببخشم و آنها را دوست داشته باشم، امتحانات و سختی‌ها در زندگی امتحانی از سوی خداوند برای من می‌باشند، خداوند مرا در حل مشکلاتم راهنمایی و هدایت خواهد کرد؛ در زمان بحران خداوند در کنارم هست که می‌توانم به او تکیه کنم» همگی می‌توانند به مراجع در مقابله با سختی‌ها و بحران‌های زندگی کمک کنند و روان‌درمانگر نه تنها عقاید کاربردی فوق را تقویت می‌کند، بلکه از آنها به موقع برای کنار آمدن مراجع یا سختی و تسریع درمان او استفاده می‌کند (کولتکو، ۱۹۹۰).

۴) سنجش معنویت و دینداری مراجع به روان‌درمانگران کمک می‌کند که مشخص کند چه نوع مداخله معنوی می‌تواند در فرایند درمان به مراجعان کمک کند. وفاق عمومی روان‌درمانگران بر این است که ویژگی‌های مخصوص مراجعان، فردیت، میزان شناخت، نوع و میزان پای بند بودن آنها به مذهب و معنویت هدف درمانی و منابع موجود همگی می‌توانند در طرح درمان تأثیر بگذارند (برگین و گارفیلد، ۱۹۹۴). درمان مراجعان بایستی با نوع معنویت آنان در یک راستا باشد. از آنجایی که مسایل معنوی برای تمام

1. Koltko

2. Bergin & Garfield

مشکلات مراجعان تأثیر یکسان نمی‌گذارند، این درمان‌های معنوی نبایستی به طور اتوماتیک و خودکار در مورد تمام مراجعان به کار گرفته شوند. بایستی پس از اندازه‌گیری دقیق وضعیت مراجعان مشخص شود که چه نوع مشکلی وجود دارد و معنویت مراجع چگونه می‌تواند در آن مشکل تأثیر بگذارد. بعنوان مثال اگر مراجعی عمده مشکلش در سازگاری اجتماعی و عملکرد فردی بعلت کینه‌ها و ناراحتی‌هایی است که از دیگران دارد، می‌توان در صورت تمایل او از گذشت درمانی استفاده کرد. در حالی که اگر مشکلات مراجع ناشی از عدم اعتماد به خداست که در او در شرایط مختلف اضطراب ایجاد می‌کند می‌توان در صورت امکان از افزایش توکل او به خدا استفاده کرده و به او کمک نمود کارهایی را که مدیریت آن خارج از تدبیر و اندیشه اوست به خدا واگذار کند و مطمئن شود که خداوند برای مدیریت آن کارها و سامان امور او کفایت می‌کند.

در صورتی که روان‌درمانگران درمان‌های معنوی را به طور نامناسب به کار گیرند و یا به صورت یکسان در تمام موقعیت‌های آنها را بطور مداوم به کار برند احتمال دارد که مراجعان پیشرفت نکنند و یا حتی استفاده نابجا از معنویت درمانی موجب کندی کارشان گردد (ریچاردز و پاتز، ۱۹۹۵a). روان‌درمانگران بایستی ببینند که مداخله معنوی با توجه به نوع اختلال و اهداف درمان اصلاً لازم است به کار گرفته شود یا نه. علاوه بر این روان‌درمانگران باید مشخص کنند که آیا مراجعان آنان علاقمندند که در همچو درمان‌هایی شرکت کنند و با روان‌درمانگران همکاری کنند یا نه. اگر درمانگران بخواهند به صورت مؤثر این درمانها را جزو برنامه درمانی مراجعان خود به کار گیرند، اطلاعاتی در زمینه تاریخچه معنوی، باورها، وضعیت فعلی معنویت آنان لازم است.

۵) سنجش معنوی - مذهبی مراجعان کمک می‌کند که روان‌درمانگران روشن نمایند که آیا مراجعان آنها مشکلات و یا تردیدهای حل نشده معنوی، نگرانی‌ها و یا نیازهای مخصوصی در معنویت و مذهب دارند که لازم است در جلسه درمان آنها مورد بحث قرار گیرند. بر مبنای منظرگاه معنویت مذهب‌گرا تمام انسان‌ها نیازهای ویژه معنوی دارند. مثلاً نیاز دارند که هویت معنوی و ارزش قدسی خود را دریابند تا اینکه احساس کنند با خداوندگار خود و واقعیت‌هایی در اتصال می‌باشند، نیاز دارند که معنای متعالی زندگی را بدانند، خداوند را دوست داشته باشند، و در راه خدمت به او و بندگان او از هیچ کوششی فروگذار نباشند، از لحاظ معنوی معنای رنج، درد و مرگ را بفهمند، تا اینکه با ارزش‌های اخلاقی و معنوی کنار بیایند و از لحاظ معنوی شکوفا شوند و نیازهای معنوی خود را برطرف نمایند زمانی که افراد نیازهای معنوی و مذهبی دارند آنها برای کمک گرفتن در این مورد به روحانیان و رهبران مذهبی رو می‌آورند ولی مشکلاتی وجود دارد که روان‌درمانگر بایستی آمادگی جواب دادن به آنها را داشته باشد، چون انتظار برخی مراجعان این است که روان‌درمانگر آنان لازم است مهارت‌های لازم در این زمینه‌ها را نیز دارا باشد (گانج فلینگ و مکاری، ۲، ۱۹۹۱).

هر چند که احتمال دارد روان‌درمانگران ترجیح دهند مسایل معنوی و مذهبی مراجعان خود را به رهبران

مذهبی ارجاع دهند این امر شاید همیشه مورد توافق و علاقه مراجعان نباشد. مراجعان احتمال دارد که در برخی مواقع راحت‌تر باشند که با یک فرد بی‌طرف مسایل مذهبی خود را در میان بگذارند و در مورد ارجاع به روحانی احساس کنند که مورد قضاوت او قرار خواهند گرفت. علاوه بر این احتمال دارد که مسایل معنوی مراجعان با مشکلات روانی و بین فردی ایشان درهم تنیده باشد (برگین و همکاران، ۱۹۸۸).

بنابراین وقتی مشکلی در معنویت و اعتقادات مذهبی مراجع رخ می‌دهد امکان دارد که ریشه‌های آن در مشکلات روانی و بین فردی افراد باشد که لازم است توسط روانشناس کشف و درمان شود. به عنوان مثال تجربیات بالینی نشان می‌دهد مراجعانی که احساس بیگانگی و عدم اعتماد به خدا دارند در دوران کودکی مورد سوءاستفاده والدین قرار گرفته‌اند و یا اینکه افراد مذهبی (مثل ارباب کلیسا) از آنان سوء استفاده کرده‌اند. در مورد این گونه افراد عدم اعتماد آنان به خدا ریشه در سوءاستفاده والدین و یا مورد غفلت قرار دادن نیازهایشان در دوران کودکی توسط والدین دارد (گانج - فلینگ و مکاری، ۱۹۹۴). درمانگران این گونه افراد بایستی مجهز به تکنیکهای روان‌شناختی و روان‌درمانگری باشند که احتمال دارد برخی از روحانیون این مهارت‌ها را نداشته باشند.

یافته‌های پژوهشگر حاضر نشان می‌دهد (مقاله زیرچاپ) که «صله رحم کردن به والدین» حداقل متأثر از نوع سبک دلبستگی افراد به والدین خود، و سبک‌های تربیتی والدین می‌باشد. افرادی که سبک‌های نایمن (اجتنابی و یا اضطرابی دارند) در صله رحم کردن دچار مشکلات می‌باشند و همچنین در صورتیکه سبک‌های فرزند پروری توأم با زورگویی و یا تساهل باشد فرزندان کمتر به صله رحم رو می‌آورند. بنابراین ملاحظه می‌کنید که یک رفتار مذهبی مثل «صله رحم»، چگونه تابع عواملی تحولی در دوران کودکی قرار می‌گیرد. در صورتیکه افراد بعثت مشکلات تحولی خود نتوانند معنویت آسیب دیده خود را درمان کنند بایستی روان‌شناسان متبحر علت آنرا پیدا کرده و به درمان علت‌ها بپردازند زیرا نصیحت کردن و پند دادن احتمال دارد که در اینگونه موارد کارایی لازم را نداشته باشد. علاوه بر این درمانگران بایستی گوش بزنگ باشند و ببینند چه مواقعی مراجعان آنان مشکلات روانی و بین فردی نشان می‌دهند، احتمال دارد که مشکلات آنان ریشه در مسایل معنوی و مذهبی داشته باشند. برطبق منظرگاه سیستمی رفتارهای انسان، مشکلات در بُعد معنوی مراجعان احتمال دارد که سلامت روانی و کارکرد اجتماعی آنان را تحت تأثیر قرار دهد.

بعنوان مثال مشاهدات بالینی نویسنده نشان می‌دهد که مراجعانی که چالش‌های اساسی در تنظیم احساسات و روابط بین فردی دارند، دارای اعتماد به نفس پائین بوده، خجالتی و عزت نفس پائین دارند، در اطمینان به ارزش معنوی خود دچار مشکل هستند و از هویت معنوی خود بیگانه گشته‌اند. درمان قوی و پایدار زمانی حاصل می‌شود که آنان بتوانند هویت و ارزش معنوی خود را بازیابند و به عنوان یک وجود معنوی عزت و احترام ویژه‌ای پیدا کنند.

با توجه به مسایل فوق، بهتر است که روان‌درمانگران مراجعان خود را به صورت کلی در نظر آورند و به

عنوان یک سیستم چندگانه به انسان و سلامتی او توجه داشته باشند و فقط در سلامت روانی و کارکردهای اجتماعی او کار نکنند. برای کمک به مراجعان که بتوانند سلامتی خود را بازیابند و بصورت مؤثر در اجتماع عمل نمایند لازم است مسایل معنوی آنان نیز مورد توجه قرار گیرد.

سنجش معنوی و مذهبی در صورتیکه روان درمانگران بخواهند به صورت عمقی به مراجعان خود کمک کنند بخش اجتناب‌ناپذیری از سنجش فراگیر مراجعان در فرایند درمان می‌باشد.

بعدهای مهم مذهب و معنویت در سنجش بالینی

چه بعدهایی از مذهب و معنویت را روان‌درمانگران بایستی در حین سنجش بالینی اندازه‌گیری نمایند؟ این سؤال چالش برانگیزی است که جواب ساده‌ای به آن نمی‌توان داد. هر چند که پژوهشگران در برخی مطالعات خود برای اندازه‌گیری مذهب سؤالات ساده‌ای به کار برده‌اند (مثلاً فراوانی مسجد رفتن، نوع پیوند مذهبی، و انجام عبادات) ولی در طی سی سال گذشته مشخص شده است که مذهب یک پدیده چند بعدی است و می‌تواند به انحای مختلف تعریف گردد. گلاک و استارک^۱ (۱۹۶۵) پنج بعد مختلف از مذهبی بودن را مشخص کرده‌اند، کینگ^۲ و هانت (۱۹۶۹) ۱۱ بعد از مذهب را برشمرده‌اند، مالونی^۳ (۱۹۸۵، ۱۹۸۸) آنرا در ۸ بعد خلاصه کرده و اسمارت^۴ (۱۹۸۳) به ۶ بعد آن اشاره نموده است.

با توجه به پیچیدگی سازه، و با توجه به اینکه تحقیقات تجربی و بالینی در بخش بعد معنوی - دینی مراجعان در مراحل اولیه خود است، روان‌درمانگران بایستی در حین سنجش ابعاد معنوی مراجعان خود بایستی به دانش بالینی خود تکیه نمایند. در هر حال با توجه به وضعیت فعلی تحقیقات و دانش نظری، از پدیده دینداری و معنویت ابعادی را می‌توان در اینجا برای سنجش و اندازه‌گیری پیشنهاد کرد. امید است که این پیشنهادها درمانگران و مشاوران را در طراحی برنامه سنجش معنویت کمک کند.

جهان‌بینی فلسفی

جهان‌بینی فلسفی عبارت است از باورهایی که یک فرد درباره جهان هستی ذات و حقیقت مطلق دارد. برای فهم مراجعان و تماس با دنیای واقعی آنان لازم است که جهان‌بینی فلسفی آنان را شناسایی کنیم: سؤالاتی در مورد اینکه از کجا آمده‌ایم، به کجا می‌رویم، و چرا به این هستی پا گذاشته‌ایم آیا گرداننده‌ای برای این چرخ گردون وجود دارد، او را با چه صفاتی ما می‌شناسیم، هدف از خلقت چه بوده است؟ چگونه مردم باید زندگی کنند که به نجات و رستگاری نایل آیند، چه چیزی اخلاقی و انسانی است؟ چرا رنج، درد، اندوه و ناراحتی در این جهان وجود دارد؟ آیا حیاتی پس از مرگ وجود دارد؟ بینش به باورهای مراجعان در مورد سؤال‌های فوق به روان‌درمانگران کمک می‌کند که مراجعان خود را بهتر بشناسند و چگونه زندگی خود را سامان می‌دهند و چگونه با هستی ارتباط برقرار می‌کنند.

1. Glock & stark
2. King & Hunt

3. Malony
4. Smart

میزان و نوع مذهبی بودن

لازم است که بطور غیرمستقیم میزان باورهای فرد و پایبندی او به مناسک دینی سنجیده شود و تا حدی که روابط بین فردی اجازه می‌دهد تغییرات در باورها و اعتقادات او که اخیراً رخ داده است مورد بررسی قرار گیرد. بسیاری از مراجعان من خودشان در مورد مسایل حساس معنوی صحبت می‌کنند و تعدادی از آنها اظهار می‌دارند که اخیراً باورهای آنان دستخوش تحولاتی شده است. کشف میزان مذهبی بودن به روان درمانگران این کمک را می‌کند که آیا آنان به درمان‌های مذهبی پاسخ خواهند داد و یا درمان‌های مذهبی را بعنوان عقاید خرافی و غیرعلمی کنار خواهند گذاشت و بیان تغییرات در اعتقادات و اعمال مذهبی به روان درمانگران کمک می‌کند که ارتباط بین اختلال و معنویت را کشف کنند. اگر از هنگام بروز اختلال باورها، اعتقادات و احساسات مذهبی دچار تحول شده است بایستی دید که در جهت مثبت این تحولات صورت گرفته و یا در جهت منفی. در صورتی که این تحولات در جهت منفی صورت گرفته باشد بایستی روشن شود که آیا تغییرات در خلق و خوی فرد تابعی از تغییرات معنوی او بوده است و یا برعکس. یا اینکه هر دو علت و منشأ دیگری داشته‌اند و یا اینکه علت واقعه‌ای باعث تغییرات در معنویت و تغییرات در حالات روانی شده است.

سبک‌های حل مسائل مذهبی - معنوی

باورهای معنوی و مذهبی افراد تأثیر خود را در نوع مواجهه افراد با مشکلات و روش‌های حل مسأله و کنار آمدن با مشکلات و موانع می‌گذارند (پارگامنت، ۱۹۹۶). پارگامنت و همکارانش (۱۹۸۸) سه نوع سبک حل مسأله را مطرح می‌نمایند که عبارتند از: خود راهبری شده، واگذاری و اشتراکی. در نوع حل مسأله خود راهبری شده افراد باور دارند که خودشان مسئولیت حل مسأله‌ی مشخص را بعهده دارند، خداوند بطور مستقیم در حل مشکلات آنان دخالت نمی‌کند، خداوند به مردم عقل، منابع مورد نیاز و آزادی داده است که مشکلات خود را حل کنند (پارگامنت و همکاران، ۱۹۸۸). در سبک واگذاری (تفویض) مردم حل مشکلات خود را به خدا واگذاری می‌کنند. خودشان دست به کار نمی‌شوند بلکه منتظر می‌مانند که خداوند مشکلات آنان را حل کند (پارگامنت و همکاران، ۱۹۸۸). در سبک اشتراکی^۱ افراد معتقدند که مسئولیت حل مسأله به عهده خودشان و خدا بطور مشترک گذاشته شده است. هر دو تا بایستی بصورت فعال در حل مشکل پیش آمده با هم همکاری داشته باشند. نویسنده در ساختن مقیاس اندازه‌گیری توکل و تفویض به خدا هر سه تای این سبک‌ها را به نحوی تعدیل شده به کار گرفته - سبک اشتراکی را معادل با توکل دانسته، سبک واگذاری را معادل با تفویض به حساب آورده و سبک مسئولیت شخصی را به عنوان سبک خود مدار تلقی نموده است. با مختصر تصرفاتی در نوع سبک‌ها می‌توان با مسامحه این سبک‌ها را توکل، تفویض و خود مدار تلقی کرد.

روان درمانگران بایستی سبک حل مسأله مراجعان خود را مورد سنجش قرار دهند، چون که این سبک‌ها به روان درمانگر کمک می‌کنند که در طراحی درمان و مداخله برای مراجع، از این داده‌ها استفاده کند. مراجعی که سبک اشتراکی دارد و در بیشتر مواقع از آن سبک استفاده کرده است راحت تر معنای توکل را می‌فهمد و بهتر می‌تواند تا آنجا که توان دارد برای حل مسائل خود برنامه‌ریزی کند و مسایل دور از توان و دانش خود را به خدا واگذارد و از اضطراب و نگرانی و وسواس فکری خود را نجات دهد.

برای انجام مداخلات نیز لازم است این سبک‌ها را مورد بررسی قرار داد. مثلاً اگر مراجعی کارهایی را که خودش می‌تواند برنامه‌ریزی کند به خدا واگذار می‌کند و دست از کوشش بر می‌دارد، روان‌مانگر می‌تواند به او آموزش دهد که واگذاری مقام و موقعیت خود را دارد، در کارهایی که فرد خودش می‌تواند برنامه‌ریزی کند به کارگیری سعی و کوشش خود او لازم است هر چند که به ثمر رسیدن نتیجه در دست خداست. لازم است درمانگر در مورد مراجعانی که سبک واگذاری را بیش از اندازه به کار می‌گیرند بیشتر بررسی کند و کشف کند که آیا این افراد فقط کارهایی را به خدا واگذار می‌کنند که برنامه‌ریزی آنها خارج از توان اوست و یا در مورد کارهای دیگر نیز چنین هستند. مثلاً اگر روان‌مانگر متوجه شد که این گونه مراجعان کارهای خود را به دیگران از جمله روان‌مانگر واگذار می‌کنند و خود مسئولیت اصلی را بعهدہ نمی‌گیرند لازم است که در برنامه برای این افراد بطور مستقیم عمل کند و رفته رفته پذیرش مسئولیت شخصی را به آنان بیاموزد. مراجعانی که سبک خود راهبری را بر می‌گزینند احتمال دارد که خیلی برانگیخته باشند ولی بنا به عقیده خود که فکر می‌کنند خودشان باید مسئولیت حل مسائل خود را به عهده بگیرند در تمرینات معنوی از قبیل کمک خواستن از خدا برای حل مشکلات کمتر علاقه نشان دهند. علاوه بر این در صورت مشکلات این افراد دچار ناکامی شدید شده و احتمال دارد که افسردگی به آنان روی آورد. مداخلات معنوی احتمالاً در مورد مراجعانی که سبک اشتراکی در حل مسأله دارند بهتر از دیگران کارآیی داشته باشد. افرادی با سبک اشتراکی در حل مسأله، احتمال دارد که به انواع درمان‌های معنوی و معمولی بهتر از گروه‌های دیگر پاسخ دهند. این افراد نسبت به شکست هم مقاوم می‌باشند چون در حین به کارگیری نیروهای شخصی از خداوند نیز برای موفقیت خود توفیق طلب می‌کنند. از طرف دیگر افرادی که به موقع و بنا به موقعیت خود از واگذاری امر به خدا (و تفویض) استفاده می‌کنند احتمال دارد که نتیجه هر چه باشد آنها را راضی کند چون فکر کنند که مصلحت آنها از منظر خدا همیشه ملحوظ است.

هویت معنوی^۱

هویت معنوی به ادراک فرد از هویت و ارزشمندی در ارتباط با خدا و مقام و موقعیت او در جهان هستی دلالت دارد. افرادی که ادراک مثبتی از هویت معنوی و ارزش خود دارند بر این باورند که آنان موجودات معنوی بوده و برگزیده خداوند می‌باشند و مقام و موقعیتی در هستی دارند که خداوند برای احراز آن

موقعیت ایشان را آفریده است. ایشان فکر می‌کنند که از لحاظ معنوی به عشق الهی پیوند خورده‌اند و ارزش الوهی دارند که از آنها جدا شدنی نیست. آنان همچنین بر این باورند که استعداد‌های ایشان نامحدود است و در راستای محقق ساختن استعداد‌های بالقوه بایستی کوشش کنند. این افراد همچنین باور دارند که روح والایشان و یا هویت‌شان دائمی بوده، هویت آنان با مرگ از بین نمی‌رود بلکه به نحو دیگری به زندگی خود پس از مرگ ادامه می‌دهند.

افرادی که ادراک مثبت از هویت خود نداشته باشند شاید از نظر عقلی فکر کنند که آفریده خداوند هستند و بنا به گفته فقها و متکلمان در زبان بیان دارند که وجودشان از بین نمی‌رود ولی در درون خود احساس باارزش بودن نکنند، آنان عشق الوهی را در زندگی خود احساس نکنند، و در این امر شک و تردید داشته باشند که آیا واقعاً ارزش بالقوه‌ای دارند و یا برای هدف مخصوصی خلق شده‌اند. داشتن ادراک مثبت هویت معنوی برای احساس ارزشمندی، و تحول رشد سالم یک امر اساسی است. افرادی که هویت معنوی استوارتری دارند از لحاظ عاطفی، اجتماعی و معنوی بهتر از افراد دیگر عمل می‌کنند.

برخی یافته‌ها نشان می‌دهند افرادی با هویت معنوی استوار که خود را موجوداتی روحانی می‌دانند و احساس ارزشمندی می‌کنند زودتر از بیماری‌ها شفا می‌یابند، و در طول زندگی تغییرات عمده‌ای در راستای بهبودی برای خود و دیگران بوجود می‌آورند (برگین و همکاران، ۱۹۹۴، ریچاردز و پاتز، ۱۹۹۵b). سنجش هویت معنوی مراجعان به دلایل متعددی مهم است: ۱) هویت معنوی مثبت احتمالاً با شفایابی و رشد معنوی و روانی توأم است. داده‌ها نشان می‌دهند که اینگونه افراد در چالش‌های سخت زندگی می‌توانند مقاومت به خرج دهند چون باور دارند که عشق لایزال خداوندی با آنهاست و خداوند آنان را دوست دارد.

علاوه بر این چنین مراجعانی به نیروهای خود اعتماد دارند و هدف نهایی را در زندگی خود متصورند و می‌دانند که ابتلا و سختی‌ها آزمون‌های خداوند می‌باشند. این هویت معنوی مثبت را روان‌درمانگر به عنوان یک منبع قوی می‌تواند برای کنار آمدن با سختی‌ها و چالش‌های دردآور در زندگی مراجعان خود مورد استفاده قرار دهد.

از سوی دیگر مراجعانی که هویت معنوی قوی ندارند، روان‌درمانگر می‌تواند روند شکست، اعتماد به نفس پائین، مشکلات در سلامت روانی را به علت هویت معنوی پائین او پیگیری کند. تحقیقات زیادی در سال‌های اخیر ارتباط بین هویت‌یابی، اعتماد به نفس، عزت نفس، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی را نشان داده‌اند (مثلاً اریکسون، ۱۹۶۸، راجرز، ۱۹۶۱).

در مراجعان مذهبی فهم چگونگی شکل‌گیری هویت معنوی و دلالت‌های آن برای درمان بسیار اساسی است. برای چنین مراجعانی روان‌درمانگران باید از تکنیک‌هایی استفاده کنند که هویت‌یابی معنوی آنان را توسعه دهد و آنان خود را موجوداتی با ارزش تلقی کنند. توصیه کردن اشعار عرفانی که هویت معنوی

انسان‌ها را قوت می‌بخشند (مثل اشعاری از دیوان شمس تبریزی)، بجا آوردن نماز و عبادات و نیایش‌های عاشقانه که ارتباط فرد را با خدا استوار سازد از اولویت برخوردار است. در کل باید تمریناتی قرارداد که باعث تحکیم هویت معنوی گردد.

نوع تصویر ذهنی از خدا

تصویر ذهنی از خدا عبارت است از ادراک و یا بازنمایی از صفات خدا (ولف^۱، ۱۹۹۷). تعدادی افراد خداوند را «دوست دارنده»، مهربان، بخشنده، پذیرنده، «خیرخواه» تلقی می‌کنند و تعداد دیگری او را «خشمگین»، بازخواست کننده، دور از دسترس تصور می‌نمایند (بنسون و اسپیکا^۲، ۱۹۷۳).

به نظر می‌رسد که عوامل مختلفی در شکل‌گیری تصویر ذهنی از خدا اثر گذار باشند که از آن جمله، ارتباط با والدین، ارتباط با افراد مهم دیگر در زندگی، تجربیات معنوی که خداوند را فرد وقتی به دادرسی می‌خوانده آیا فریادرسی او را ادراک نموده است و یا فکر کرده است که به حال خود رها شده است. آموزه‌های دینی، تمرینات اعمال مذهبی نیز مهم می‌باشند، هر چند که به نظر می‌رسد روابط والد، فرزندی و اعتماد به نفس بیشترین نقش را در شکل‌گیری نوع تصویر ذهنی از خدا بازی می‌کند. افرادی که والدین خود را با محبت، دوست دارنده یافته‌اند و آنهایی که اعتماد به نفس بالایی دارند احتمال بیشتری دارد که خداوند را دوست دارنده، پذیرنده، و بخشنده، تلقی نمایند (بنسون و اسپیکا، ۱۹۷۳، دیکي، میراسکو، جیورنک، و جانسون^۳، ۱۹۹۳).

حداقل دو دلیل عمده وجود دارد که سنجش ادراک مراجعان از ویژگی‌های خداوند را لازم می‌دارد: (۱) در ارتباط با تنیدن معنویت به بدنه برنامه درمانی مراجعان بایستی در نظر گرفت مراجعانی که تصویر ذهنی سخت‌گیرانه و تنبیه کننده از خدا دارند، معنویت درمانی بایستی طوری طراحی شود که مراجعان را قادر سازد محبت خدا را درک کنند، نزدیکی حضرت باری تعالی به خود را لمس کنند و به این امر باور پیدا کنند که خداوند آنان را دوست می‌دارد، فقط در این صورت است که اعتماد به نفس آنان بالا رفته و عزت نفس‌شان افزایش پیدا می‌کند و به ارزش خود پی می‌برند. در تحقیق اخیری که صورت گرفته مشاهده شده است که معنویت درمانی متمرکز بر اطمینان بخشی از عشق و علاقه خدا به انسان باعث افزایش عزت نفس و ارزشمندی مراجعان شده است (ریچاردز، ۱۹۹۵). در مداخلات معنوی با افرادی که خداوند را به صورت منفی از قبیل تنبیه کننده، انتقام‌گیر، بازخواست کننده تلقی می‌کنند بایستی احتیاط‌های لازم به عمل آید چون اینگونه مراجعان یا در مداخلات معنوی شرکت نمی‌کنند و یا اینکه نتیجه قابل قبولی از معنویت درمانی برای آنان بدست نمی‌آید (ریچاردز و پاتز، ۱۹۹۵a). البته این یافته با افراد مسیحی بدست آمده است ولی احتمال دارد که با افراد مسلمان نیز درست باشد چون تصویر تنبیه کنندگی خاطرات تنبیه والدین را تداعی می‌کند و باعث می‌شود که افراد احساس خوبی نکنند، لذا از درمان‌های معنوی بهره لازم نبرند.

1. Wulff

2. Benson & Spilka

3. Dickie, Merasco, Geurink, & Johnson

دلیل دیگری که فهم و درک مراجعان از صفاتِ خداوندی را لازم می‌دارد این است که روانشناسان با دانستن نوع برداشت مراجع از صفات خداوندی بهتر می‌توانند به مشکلات روانی و بین فردی مراجعان خود پی ببرند در جدول (۱) رئوس مطالب مهمی که در مصاحبه با مراجعان باید از آنها در این زمینه سؤال شود آورده شده است. برطبق نظریه رابطه موضوعی، و برخی تحقیقات انجام شده (مثلاً دیکی و همکاران، ۱۹۹۳ اسپرو، ۱۹۹۲) ادراک افراد از خداوند بطور نزدیکی به ارتباط آنان با والدین، دیگران و خود بستگی دارد. دانستن برداشت افراد از تصویر ذهنی خداوند اطلاعات سودمندی می‌دهد که روان‌درمانگر تصویر درونی شده ارتباط با خدا در روانِ مراجع خود را شناسایی می‌کند و در مرحله درمان برای تغییر آن می‌تواند گام‌هایی اساسی بردارد.

در هر حال برای سنجش تصویر ذهنی مراجعان از خدا در مراجعان هم می‌توان از مصاحبه استفاده نمود و با پرسیدن «تصویر ذهنی شما از خداوند چگونه است؟ خداوند را چگونه و با چه صفاتی در ذهن خود تصور می‌کنید و پیگیری جواب مراجعان می‌توان به تصویر افراد از خداوند پی برد و هم از سیاهه‌های موجود در این زمینه می‌توان استفاده کرد. لارنس^۱ (۱۹۹۱) سیاهه‌ای در این زمینه ساخته است که در بافت جامعه مسیحی هنجاریابی شده است. شاید بتوان از این ابزار و یا ابزارهای مشابه آن در جامعه مسلمانان استفاده کرد، قبل از اینکه مقیاس معتبرتری در فرهنگ بومی ایران در این مورد ساخته شود.

ارزش‌های اخلاقی مراجع

هماهنگی سبک زندگی مراجعان با ارزش‌های معنوی آنان رضایت و شکوفایی در زندگی به ارمغان می‌آورد. ولی سبک زندگی برخلاف ارزش‌های معنوی موجب احساس گناه، شرم و در نهایت اختلال روانی می‌شود. افرادی که در خانواده‌های اخلاقی و مذهبی بزرگ می‌شوند و افراد خانواده معیارها و استانداردهای اخلاقی را رعایت می‌کنند، ممکن است پای‌بند به اصول اخلاقی بآیند و اخلاقیات در روابط بین فردی را درونی‌سازی کنند. هماهنگی بین ارزش‌های اخلاقی فرد و انتخاب سبک زندگی مطابق با معیارهای اخلاقی نقطه اوج سلامت شخصیت و رشد اخلاقی و عملکرد سالم او می‌باشد. ناهماهنگی بین ارزش‌های اخلاقی، سبک زندگی، موجب ایجاد گناه، و اضطراب می‌گردد و احتمال دارد به اختلالات روانی و مشکلات در روابط بین فردی بیانجامد. با این توصیف لزوم سنجش ارزش‌های اخلاقی و هماهنگی آن با سبک زندگی فرد روشن می‌شود. در مواقعی که هماهنگی بین ارزش‌های اخلاقی و سبک زندگی فرد وجود نداشته باشد احتمال دارد که احساس گناه، اضطراب در فرد رشد کند.

در این موارد لازم است که شقاق و ناهماهنگی بین ارزش‌های اخلاقی و سبک زندگی در مراجعان به آنان گوشزد شود و به آنان تفهیم شود که علت اصلی ناراحتی‌های روانی آنان ناهماهنگی بین سبک زندگی و ارزش‌های اخلاقی آنان می‌باشد. در برخی مواقع مراجعان با کمک روان‌درمانگران هدایت می‌شوند که سبک زندگی جدیدی اتخاذ کنند که هماهنگ با ارزش‌های اخلاقی آنان است.

جدول (۱) رئوس مطالبی که در مصاحبه ساختاری لازم است در مورد وضعیت تصویر ذهنی مراجعان از

خدا مورد بررسی قرار گیرد

(۱) می‌توانی به یاد آوری که اولین بار چه کسی درباره‌ی خدا با تو صحبت کرد؟

(۲) در آن موقع شما چندساله بودید؟

(۳) آیا می‌توانی برایم توصیف کنی که در مورد خدا چه فکر می‌کردی، فکر می‌کردی که خدا کیست، و چه کاری انجام می‌دهد و چه کار انجام نمی‌دهد؟

(۴) درحالی که شما از دوران کودکی به بزرگسالی می‌رسیدید، آیا مفهوم شما از خدا تغییر کرد؟

(۵) آیا بعنوان فرد بزرگسال مفهوم خدا باز هم دارد در ذهن شما تغییر پیدا می‌کند.

(۶) آیا می‌توانی دفعه‌ی اولی که از وجود خدا آگاهی پیدا کردی و یا خدا را تجربه نمودید به یاد آورید. مثلاً اولین دفعه‌ای که حضور خداوند را احساس کردی. احساس کردی که خداوند به تو کمک می‌کند تا با مسأله‌ای کنار بیایی، و یا دیدی که خداوند دارد در جهان / طبیعت امورات را به عهده می‌گیرد (در مقابل دانشی که درباره‌ی خدا بدست آورده‌اید؟)

(۷) در آن موقع چند ساله بودی؟

(۸) چه چیزی را در مورد تجربه به خاطر می‌آوری؟ مثلاً چه احساس کردی (در مقابل چه فکر در مورد خدا می‌کردی) آیا در این تجربه به خدا پاسخ دادی؟ اگر در مقابل این تجربه پاسخ دادی، روشن کنی که چگونه پاسخ دادی؟

(۹) پس از این تجربه‌ی اولیه / یا در مجموع پس از تجربیات دوران کودکی چه احساسی در برابر خدا به شما روی آورد.

(۱۰) آیا در دوران نوجوانی تجربه شما از خدا دستخوش تغییراتی شد.

(۱۱) اگر تغییرات اتفاق افتاد؟ چه تغییراتی و چگونه اتفاق افتاد؟

(۱۲) پنج صفت یا کلمه‌ای را ذکر کنید که رابطه دوران کودکی و نوجوانی شما را با خدا نشان می‌دهد، اول از دوران خیلی دور (دوران کودکی) شروع کنید و بعد رفته رفته در طی تحول این صفت‌ها را که نمایانگر رابطه شما با خدا بودند ذکر کنید. بعنوان مثال رابطه من با خدا در دوران نوجوانی متلاطم و در حال تغییر بود، ولی در دوران کودکی رابطه صمیمی داشتم.

۱۳) شما رابطه خود را با خدا توصیف کردید (یکی از پاسخ‌های مراجع را انتخاب کنید). می‌توانید حادثه و یا تجربه‌ای را بیاد آورید که باعث شد رابطه شما با خدا تغییر کند (لطفاً نوع حادثه / تجربه و جهت تغییر را نام ببرید). مثلاً رابطه من با خدا بر مبنای عشق و محبت استوار شد زمانی که من تجربه کردم...

۱۴) آیا شما حالا نیز می‌توانید همان کلمات را برای توصیف رابطه خود با خدا به کار برید.

۱۵) اگر نه، رابطه خود را با خدا در حال حاضر چگونه توصیف می‌کنید (مثلاً رابطه من در دوران نوجوانی با خداوند متلاطم بوده ولی در حال حاضر این رابطه را استوار و بر مبنای اطمینان می‌باشد).

فهم نارسای دانش دینی

اگر دانش در کلام و فقه دینی نارسا باشد اختلالاتی را در ارتباطات اجتماعی و سلامت و سازگاری افراد بوجود می‌آورد. دانش دینی توسط نظریه پردازان و محققان قسمت عمده‌ای از دینداری افراد را تشکیل می‌دهد (گلاک و استارک، ۱۹۶۵، کینگ، ۱۹۶۷). فهم درست دانش دینی برای سلامتی مراجعان حیاتی است. لذا لازم است این بعد از دینداری و معنویت افراد جدی تلقی شود. چه بسیار از مراجعانی که به مشکلات عاطفی مبتلا می‌شوند بعلمت اینکه دکتربین مذهبی را که پای بند آن هستند درست نفهمیده‌اند. درمانگران معنوی بایستی دانش عمیقی را از دکتربین‌های مذهبی مراجعان خود بدست آورند تا بتوانند به مراجعان خود کمک کنند. تعبیر و تفسیرهای غیرکارا از متون دینی، باید با توجه به متن اصلی قرآن و تفسیرهای معتبر آن اصلاح شود. هر موقعی که اعتقادات غیرکارآمد مراجعان برای آنان مشکلات ایجاد کند بایستی در صحت آنها دقت کرد و مطمئن شد که متون دینی درست فهمیده شده و از تحریف‌های تفسیری بدور مانده است. در مواقع تشخیص فهم نارسای مراجعان از متون دینی، آنان را می‌توان به فقهای دینی ارجاع داد تا اعتقادات خود را تصحیح نمایند و یا اینکه آنان را تشویق نمود که در متون اصیل دین (قرآن و احادیث موثق و متواتر) تحقیق انجام دهند و اعتقادات خود را تصحیح نمایند.

سلامت و پختگی معنوی / مذهبی

در طول قرن گذشته تعدادی نظریه‌پردازی و پژوهش‌های اساسی در حیطه معنویت دینداری صورت گرفته است تا تفاوت‌های معنویت پخته و سالم را از معنویت ناپخته و غیرسالم متمایز سازد (مثلاً آلپورت و راس، ۱۹۶۷، چاندلر، هالدن، وکولاندر، ۱۹۹۲). شاید مفهوم‌سازی آلپورت از پختگی و رسش مذهبی و معنوی و تفاوت گذاری آن از معنویت خام اشتهار بیشتری از دیگر نظریه‌پردازی‌ها بدست آورده باشد. آلپورت معنویت و دینداری را به درون‌سو^۲ و برون‌سو^۳ تقسیم کرده است. برطبق نظر آلپورت و راس

1. Chandler, Holden, & Kolander

3. Extrinsic

2. Intrinsic

افراد خام و یا برون‌سو از لحاظ مذهبی:

«مذهب را در راستای رسیدن به اهداف شخصی خود به کار می‌برند... افرادی با این رویکرد شاید مذهب را در انواع مختلف رسیدن به اهداف خود مفید تلقی نمایند - بدست آوردن امنیت، آرامش، اجتماع‌پذیری، کسب مقام و موقعیت، و یا کسب تأیید و توجیه خود افراد برون‌سو به خدا برمی‌گردند، درحالی که در پی توجیه کارهای خودمحورانه خود هستند.

افراد پخته از نظر مذهبی، و یا افراد درون‌سو

انگیزه اصلی خود را در مذهب می‌یابند، نیازهای دیگر هر اندازه قوی‌تر باشند، در مقابل انگیزه مذهبی از اهمیت کمتری برخوردارند، و افراد آن نیازها را با باورهای مذهبی خود هماهنگ می‌سازند. با پذیرش اعتقاد دینی افراد سعی می‌کنند آنها را درونی سازند و بطور دقیق از آنها تبعیت نمایند. در این معنی است که می‌توان گفت آنها مطابق مذهب خود زندگی می‌کنند (آپورت و راس، ۱۹۶۷، ص. ۶۴). علیرغم پیچیدگی و برخی اختلاف نظرها در مورد نظریه آپورت (هانت و کُنیک، ۱۹۷۱، کرکپاتریک و هوود، ۱۹۹۰) نتیجه‌گیری در مورد این که رویکرد درونی به مذهب (مذهب درون‌سو) به صورت مثبتی با شاخص‌های شخصیت، سازگاری عاطفی و اجتماعی ارتباط دارد پذیرفته شده است.

بعلاوه، دینداری برون‌سو معمولاً به صورت منفی با سازگاری در ارتباط بوده است (گارتنر^۱ و همکاران، ۱۹۹۱) و یا اینکه ارتباط قابل ملاحظه‌ای با سازگاری نداشته است (پین و همکاران^۲، ۱۹۹۱).

نظریه آپورت در مورد نوع دینداری افراد (درون‌سوایی / برون‌سوایی) برای روان‌درمانگران نقطه شروع را فراهم می‌کنند و روان‌درمانگران به این امر پی می‌برند که تا چه اندازه مذهب با وجود افراد عجیب شده است. افراد، رویکرد برون‌سو که برای منافع شخصی و یا اجتماعی به مذهب روی آورده‌اند احتمال دارد که عدم هماهنگی بین باورها و اعمال مذهبی خود را احساس کنند. این افراد لازم است که به کمک روان‌درمانگر به بررسی اعتقادات برون‌سو و انگیزه‌های خود و هرگونه تعارضات بین انگیزه‌ها و اختلالات هیجانی و تعارضات موجود در روان خود بپردازند و سعی کنند که آنها را حل نمایند.

افرادی که رویکرد دینی‌شان درون‌سو است احتمال دارد که بین باورهای مذهبی و سبک زندگی خود هماهنگی احساس کنند و مذهب خود را منشأ معنی‌یابی، حمایت و قوت بدانند. اینگونه مراجعان بیشترین بهره را از مداخله معنوی می‌برند و بهتر می‌توانند به کشف این مطلب بپردازند که چگونه مذهب به آنان کمک می‌کند که با سختی‌ها کنار بیایند زخم‌های خود را درمان بخشند و به رشد روانی و معنوی خود ادامه دهند. در برخی اوقات کج‌فهمی دکترین‌های مذهبی در این افراد نیز وجود دارد لذا این افراد نیز بایستی باورهای خود را مورد بررسی قرار دهند و ببینند که چگونه احتمال دارد باورهای غیرکارآمد داشته باشند که احتمالاً در اختلالات و آشفتگی‌های روانی آنان تأثیر می‌گذارد.

1. Gartner et al.

2. Payne et al.

فرایند سنجش معنویت - دینداری مراجعان

سنجش معنویت مراجعان در دو مرحله اساسی صورت می‌گیرد: مرحله انجام سنجش مختصر از ویژگی‌های معنوی مراجعان، و مرحله سنجش اصلی و اساسی.

در مرحله سنجش مختصر معنویت، تمام مراجعان در سنجش معنویت اسکرین می‌شوند تا مشخص شود که وضعیت کلی ایشان از لحاظ معنوی چگونه است و این امر بنخاطر ارتباط معنویت با شاخص‌های سلامت می‌باشد (گورساج و میلر، ۱۹۹۹) سوالات یکسان در مورد مذهب و معنویت بطور ساده در فرایند ارزیابی و سنجش مراجعان می‌توانند تلفیق شوند. میتوز (۱۹۹۸) سنجش مختصر معنویت را که در برخورد اولیه با مراجعان خود آن را به عمل می‌آورد بیان می‌دارد. این بررسی اولیه در برگیرنده سه سؤال اساسی می‌باشند که بصورت زیر مطرح می‌شوند:

۱) آیا معنویت و یا مذهب برایتان مهم است؟

۲) آیا معنویت و باورهای مذهبی‌تان در نگاه شما به مسایل و مشکلات خود و یا به نحوی که تو در مورد سلامت خودت فکر می‌کنی تأثیر می‌گذارد.

۳) دوست داری که باورهای مذهبی و یا معنویت تو را در حین درمان مورد بحث و بررسی قرار دهم (ص. ۲۷۴).

اگر مراجعان به سؤال اول جواب منفی دهد، روان‌درمانگران می‌توانند سؤال کنند که آیا مذهب و یا معنویت هرگز برایشان اهمیت داشته است.

میتوز اظهار می‌دارد از آنجایی که تحقیقات نشان می‌دهند که طرد کردن مذهب و معنویت همراه با استفاده بالایی از مواد مخدر و اختلالات همراه بوده و کاهش رضایت از خویشتن و خوشحالی را به همراه داشته است، این اطلاعات می‌تواند به عنوان شاخص پیش‌آگاهی استفاده شود. پاسخ مثبت به سؤال سوم معمولاً پیگیری می‌شود تا اطمینان حاصل شود که ترجیحات و انتظارات مراجع از درمان معنوی چیست. میتوز همچنین سؤال دیگری را اضافه می‌کند. و می‌پرسد: آیا شما عضوی از اجتماع معنوی و مذهبی بوده‌اید (کونیک و پریچت، ۱۹۹۸)

این سؤال معمولاً بین سؤال دوم و سوم که قبلاً مطرح شد افزوده می‌شود. معمولاً این غربال‌گری مختصر در حدود سه دقیقه و یا کمتر وقت می‌گیرد. تعدادی از روان‌درمانگران احتمال دارد که در مرحله غربالگری سوالات متفاوتی پرسند ولی در هر صورت سوالات این مرحله خیلی خلاصه تر از مرحله دوم که سنجش عمیق معنویت نامیده می‌شود می‌باشد.

سطح دوم سنجش معنویت: بررسی عمیق‌تر

این قسمت زمانی پیگیری می‌شود که مرحله اول سنجش نشان دهد که مراجع جهان بینی معنوی دارد و سبک زندگی معنوی برای خود انتخاب کرده است و دوست دارد روان‌درمانگری معنوی با او به کار گرفته

شود و فکر می‌کند که به نحوی از انحاء باورهای معنوی‌اش ارتباطی با مشکل مورد نظر دارند و دوست دارد که موضوعات معنوی را بیشتر با درمانگر خود مورد بررسی قرار دهد. در مرحله دوم سؤالات معنویت در ارتباط با مذهب مخصوصی که او دارد پرسیده می‌شود. سؤالات در سطح دوم زمانی پرسیده می‌شوند که مراجع اطمینان پیدا کند که به مذهب او از عمق جان و از سویدای دل، درمانگر احترام قایل است. احتمال دارد که مذهب او با مذهب درمانگر یکی باشد و یا اینکه مذهب او از مذهب درمانگر متفاوت باشد.

در سنجش درجه دوم که اختصاص به مذهب درمانجو دارد، روان درمانگر باید در استفاده از زبان محتاط باشد تا کلمه‌ای را نگوید که در نظر مراجع توهین‌آمیز تلقی شود. گذشته از اختصاصی بودن سطح دوم سنجش هر دو سطح شباهتهایی دارند.

سؤالات بسیاری وجود دارند که برای درمانگر در مرحله دوم سنجش معنوی می‌توانند مهم تلقی شوند. این سؤالات می‌توانند در ارتباط با مسأله‌ای که مراجع با آن درگیر است متفاوت باشند. هدف از سنجش در این مرحله اساساً کشف این موضوع است که معنویت مراجع سالم است یا ناسالم و چه ارتباطی با مشکلی که مراجع در حال حاضر دارد، پیدا می‌کند. در زیر تعدادی از این سؤالات را که از لحاظ بالینی درست تشخیص داده شده است می‌آوریم:

۱) تا چه اندازه فرد در باورها و اعتقادات و رفتارش جدی می‌باشد؟

۲) سبک‌های حل مسأله مراجع کدام‌ها می‌باشند (واگذاری، مشارکتی، خودمداری)

۳) مراجع خدا را چگونه تصور می‌کند (مثلاً دوست دارنده، بخشایشگر، در مقابل انتقام‌گیر و دور از دسترس)

۴) آیا از اصول مذهبی خود مراجع برداشت صحیح و قابل قبولی دارد. تعبیر و تفسیرهایش از دکتترین مذهبی‌اش درست و قابل قبول است.

۵) آیا رفتارها و سبک زندگی مراجع با ارزش‌ها و باورهای معنوی و مذهبی خود هماهنگ و سازگار است؟

۶) مراجع در چه مرحله‌ای از رشد معنوی قرار دارد (رجوع شود به مراحل رشد معنوی فاولر)

۷) آیا مراجع از هویت معنوی خود و ارزش ذاتی‌اش اطمینان دارد؟

۸) آیا مراجع احساس بهزیستی معنوی می‌کند (رابطه‌اش با خداوند موجب آرامش و منبع قدرت او به حساب می‌آید؟)

۹) آیا رویکرد او به دینداری و معنویت درون‌سو می‌باشد و به پختگی معنوی رسیده است و یا اینکه دینداری او برون‌سو و وسیله‌ای است.

۱۰) در صورت تأثیرگذاری معنویت او در روند و شدت بیماری‌اش، چگونه معنویت او در اختلال و بیماری او تأثیر می‌گذارد.

در حال حاضر اساسی‌ترین روش بدست آوردن اطلاعات در جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه می‌باشد. با

استفاده از سؤالات باز مراجعان را وادار کنید که فکر کنند و مصاحبه را با پرسیدن سؤالات پیگیری تا روشن شدن مطلب ادامه دهید.

بسیاری از مراجعان مصاحبه را در این زمینه بسیار سودمندتر از روش‌های دیگر جمع‌آوری داده‌ها سودمند تشخیص داده‌اند.

یکی از دلایل استفاده از مصاحبه کمبود مقیاس‌ها در زمینه معنویت و باورهای مذهبی می‌باشد البته آزمونهایی در برخی از حیطه‌های معنویت (مثلاً تصویر ذهنی از خدا) وجود دارند ولی بیشتر آنها در مورد افراد مسیحی ساخته و هنجاریابی شده‌اند. برخی از ابزارهایی که در این مورد علاوه بر مصاحبه می‌تواند به روان‌درمانگران کمک کند، مقیاس مذهبی درون سو - بیرون سووی آلپورت می‌باشد (گورساک و مک فرسون، ۱۹۸۹).



فصل پنجم:
مداخلات معنوی

تمرینات معنوی و مذهبی به عنوان مداخلات درمانی

همانطوری که قبلاً اشاره شد روان‌درمانگران مداخلات معنوی، تمرینات و یا سنت‌هایی را مورد استفاده قرار می‌دهند که قرن‌هاست به نحوی از انحاء در رفتارهای مذهبی، معتقدان به ادیان الهی از آنها استفاده می‌کنند (مثل نیایش، مراقبه، خواندن متون مقدس، بخشایشگری). در این فصل به ذکر تعدادی از این تمرینات پرداخته می‌شود که بالقوه اثر درمانی دارند و در ادیان مختلف برای حل مشکلات مختلف انسانها از این تمرینات و رفتارها برای حفظ سازگاری و سلامت و تقویت معنویت خود از آنها سود جستند. همچنین برای کاربرد این تمرینات در موقعیت‌های درمانی همچنین پیشنهادهایی داده می‌شود. هر کدام از این تمرینات معنوی به اشکال مختلف در ادیان توحیدی از جمله اسلام مورد تأیید قرار گرفته و به کار گرفته شده‌اند. از نظر روانشناسان علت اینکه این تمرینات در ادیان مختلف به کار گرفته شده‌اند و قرون متمادی بشر آنها را به کار بسته است دلالت بر این دارند که نیازهای عمیق انسانی را مطرح نموده و یا به آنها پاسخ می‌گویند و در حل مشکلات انسانها در قرون متمادی مفید واقع شده‌اند. اگر به اصطلاحات یونگ برگردیم این درمانها کهن‌الگویی هستند و از تولیدات روان‌ناخودآگاه جمعی می‌باشند که توسط پیامبران به ما رسیده‌اند. تحقیقات نشان می‌دهند که بسیاری از این تمرینات قدرت ترمیمی و شفابخشی عجیبی دارند (مثلاً بوری سنکو^۱ و بوری سنکو، ۱۹۹۴).

در فصل حاضر ضمن توضیح این روش‌ها و تمرینات به اثر بخشی درمانی آنها اشاره می‌شود و به اختصار شواهد تحقیقاتی برای اثربخشی آنها آورده می‌شود. امید بر این است که این مجموعه باعث شود که روان‌درمانگران بیشتر و بطور مؤثر این درمان‌های معنوی را در جلسات درمانی به کار گیرند و به مراجعان خود کمک کنند تا با مشکلات بهتر کنار بیایند، سریع‌تر شفا یابند و به رشد و شکوفایی لازم برسند.

نیایش

نیایش یکی از قدیمی‌ترین تمرینات در ادیان الهی بوده است که اثرات درمانی آن با تحقیقات مختلف مورد شناسایی قرار گرفته است. در ادیان مختلف انواع مختلف نیایش‌ها برای رشد و ارتقای معنوی دینداران مورد تأکید قرار می‌گیرد. جیمز (۱۹۰۲، ۱۹۳۶) نیایش را به طریق زیر تعریف می‌کند: هر نوع ارتباط درونی و یا دیالوگ و صحبت با قدرت الوهی و قدسی نیایش نامیده می‌شود (ص. ۴۵۴). نیایش‌ها را می‌توان به صورت کلامی و یا غیرکلامی انجام داد (میدو و کاهو^۲، ۱۹۸۴). نیایش کردن در تمام ادیان توحیدی مورد حمایت و تأکید قرار گرفته است. هر چند که شکل و نوع نیایش از مذهبی به مذهب دیگر احتمال دارد که متفاوت باشد. نیایش پیوند و وصلت با وجود متعالی برقرار می‌کند و باعث تخلیه هیجانی گشته و اعتراف به گناهان و عجز بنده و بزرگواری و بخشندگی خدا

1. Borysenko & Borysenko
2. Meadow & Kahoe

می‌کند. صمیمیت فرد با خدا در اثر نیایش افزایش می‌یابد. انسان به شناخت می‌رسد و روابط موضوعی به بهترین نحو خود برقرار می‌گردد. انواع مختلف نیایش‌ها در کتاب‌های دعا، صحیفه سجادیه، مفاتیح‌الجنان آورده شده است، علاوه بر این نماز و راز و نیازهای دیگر که افراد با زبان خود با خدا دارند نیایش محسوب می‌شود. در بسیاری از متون روانشناسی معنوی به برخی از معروف‌ترین انواع نیایش‌ها اشاره می‌شود که از جمله آن‌ها درخواست^۱ چیزی برای خود فرد، دعا برای دیگران، اعتراف به گناهان و درخواست بخشش از خداوند، تضرع و گریه و زاری در درماندگی و از خداوند طلب چاره‌اندیشی کردن، تحسین خداوند و ذکر بزرگواری‌ها و نعمات او را شمردن، جلالت و بزرگواری و شکوه و عظمت او را نام بردن و او را شکرگزاری نمودن، دیالوگ عاشقانه و معبودانه با خدا برقرار نمودن (ریچاردز، ۱۹۹۱) می‌باشند. مولوی در مثنوی خود دعا را به عنوان ارتباط معنوی مطرح می‌کند که بین خداوند و بنده برقرار می‌گردد و برکت آن نیز در همین است که انسان فرصت پیدا می‌کند با معبود خود به گفتگو بپردازد. آنچه در دعا و نیایش از لحاظ روانی مهم است مسحور واقع شدن بنده در برابر خداوند است که انسانها در اثر پیشرفت در فرایند دعا‌های عرفانی خود را فراموش می‌کنند و حضور قلب بدست می‌آورند. هر اندازه این حضور بیشتر باشد دعا اثرات بیشتری می‌تواند داشته باشد.

تحقیقات قابل ملاحظه‌ای در مورد اثرات نیایش در سلامت جسم و روان انجام شده است. تعدادی از روانشناسان علاقمند بودند بدانند که آیا دعا برای بهبود دیگران که خودشان می‌دانستند افرادی برای آنها دعا می‌کنند می‌تواند در شفا و بهبود بخشی آنان تأثیری داشته باشد و سلامت جسمی و روانی آنان را افزایش دهد (مثلاً دوسی^۲، ۱۹۹۳، جويس و ولدون^۳، ۱۹۶۵). در بسیاری از این تحقیقات اثرات مثبت دعا دیده شده است. برخی پژوهشگران معتقدند که انواع مختلف دعاها می‌تواند اثرات مختلفی بر ثبات عاطفی، بهبود روانی و رضایت از زندگی افراد داشته باشند (داکرو و مگالیتا^۴، ۱۹۹۴، مک لاف^۵، ۱۹۹۵).

تحقیقات همچنین نشان داده‌اند که روان درمانگران برخی اوقات الف) به طور آهسته در جلسه درمان و یا بیرون از جلسه درمانی برای مراجعان خود دعا می‌کنند، ب) با صدای بلند در طی جلسات درمانی همراه مراجع دعا می‌کنند، ج) مراجعان را ترغیب می‌کنند که بعد از جلسه درمان برای بهبود خود دعا کنند (بال و گودی^۶، ۱۹۹۱؛ چامبرلین و همکاران^۷، ۱۹۹۶). تحقیقاتی که به آنها اشاره شد اغلب از دعا برای درخواست بهبود خود و یا بهبود دیگران استفاده کرده‌اند. در حال حاضر ما نمی‌دانیم که آیا درمانگران از انواع نیایش‌های دیگر نیز استفاده کرده‌اند یا نه. فینی و مالونی (۱۹۸۵b) پیشنهاد می‌کند که روان درمانگران مراجعان خود را تشویق نمایند که از انواع دیگر دعاها از جمله دعا‌های مراقبه‌ای و تمرکزی استفاده کنند. در این نوع دعاها فرد در حین دعا به تفکر در خلقت خدا می‌پردازد. با توجه به اینکه مطالعات مقدماتی نشان می‌دهد که انواع مختلف دعاها می‌تواند اثرات درمانی متفاوتی داشته باشند روان درمانگران باید در دادن نوع دعاها برای مراجعان خویش ویژگی‌های روانی آنها را در نظر بگیرند. تحقیقات بیشتری نیز در این زمینه

1. Petition
2. Dossey

3. Joyce & Welldon
4. Duckro & Magaletta

5. Mc Cullough
6. Ball & Good year
7. Chamberlain et al

لازم است تا اینکه روشن کند چه دعاهایی برای چه افرادی بیشترین اثر را دارند. در حال حاضر تجربه نویسنده نشان می‌دهد دعاهایی که عرفانی باشند (مثل دعای کمیل و یا دعاهای صحیفه سجاده‌یه) و به زبان خود فرد باشند و تناسب با ویژگی‌های احساسی و ادراکی فرد داشته باشند اثرش بیشتر است. روان درمانگرانی که به خدا ایمان دارند و فکر می‌کنند که خداوند می‌تواند به افراد دانش عطا نموده و آنان را راهنمایی کند بهتر است که مرتب دعا کنند و از خداوند بخواهند که آنان را در کمک به مراجعانش هدایت دعا کردن و رهنمود خواستن از خداوند نبایستی جانشین تخصص و درایت و سلامت روانی مراجعان گردد. با این وجود روان درمانگرانی که از تخصص لازم برخوردارند و کمک و رهنمود خواستن از خداوند برای راهنمایی در امر درمان، می‌تواند مفید باشد و به درمانگری حالت قدسی دهد که دو طرف در یک بافت مقدس رو در رو می‌نشینند و فرایند درمانگری با کمک خواستن از خداوند در توفیق مزید شروع می‌شود. در لحظاتی اینگونه درمانگران به بینش‌هایی می‌رسند، و سرنخ‌هایی را دریافت می‌دارند که به آنان کمک می‌کند در لحظات سرنوشت‌ساز بتوانند مراجعان خود را درست راهنمایی کنند. (چامبرلین^۱ و همکاران، ۱۹۹۶). در اینجا نمی‌توان از اعتقاد یونگ براحتی گذشت که هر آن خضر زمان و بنده صالح خدا آماده است همه کس و حتی روان درمانگران را راهنمایی کند، مهم آمادگی روان‌درمانگر است برای پذیرش این رهنمودهای درمانی. داشتن نگرش معنوی در درمان، با وضو در جلسه درمانی حاضر شدن، از خداوند نیرو طلبیدن و رهنمود خواستن و معتقد به دریافت کمک‌های غیبی بودن فضایی را ایجاد می‌کند که در آن درمانگر با اخلاص، نیرو، قدرت و با تقدس لازم به درمانگری می‌پردازد و حساسیت مسأله درمان را به خود یادآوری می‌کند که انسان‌ها با درمان مناسب احیاء می‌شوند، انسجام، هماهنگی و یکپارچگی بدست می‌آورند و هر کس فردی را احیا کند قومی را احیاء نموده است.

همچنین لازم است که روان درمانگران مراجعان را تشویق نمایند که در نیایش‌های خود از خداوند کمک طلبیده و از او توانمندی و عقل و دانش طلب کنند. حتی روان درمانگرانی که به خدا و نیایش اعتقاد ندارند، بایستی به یاد داشته باشند که رابطه ادراک شده مراجعان با خدا می‌تواند برای آنان منبع توان و آرامش باشد. در تاریک‌ترین ساعات زندگی، بسیاری از افراد این باور را دارند که خداوند وجود دارد و آنان را دوست می‌دارد (دانکن^۲، ادی و هانی، ۱۹۸۱). نیایش یک عمل مذهبی است که به بسیاری از افراد کمک می‌کند عشق خدا و توان شفابخشی او را احساس کنند. پس تشویق برای دعا کردن، مراجعانی را که با مشکلات اساسی دست و پنجه نرم می‌کنند آرام‌تر می‌کند.

پیشینه‌های خارجی نشان می‌دهند که نیایش به همراه مراجع در جلسات درمانی کمتر مورد استفاده روان درمانگران قرار گرفته است (جونز و همکاران، ۱۹۹۲؛ ریچاردز و پاتز، ۱۹۹۵a). در تحقیقی که ریچاردز و پاتز (۱۹۹۵a) انجام دادند ۳۳ درصد از روان‌درمانگران مورد بررسی گزارش دادند که معتقدند نباید به همراه مراجع روان‌درمانگر دعا کند. دعا کردن روان‌درمانگر با مراجع در جلسه درمان احتمال دارد که محدوده وظایف نقش‌های روحانی و روان‌درمانگر را با هم درآمیزد. مراجعان احتمال دارد که نقش درمانگر

1. Chamberlain et al

2. Duncan, Eddy, & Haney

روانی را با رهبر مذهبی اشتباه بگیرند. علاوه بر این جلسه درمانی مدت محدودی است که مراجعان برای درمان در آن جلسه پول می پردازند. شاید بهتر باشد دعا کردن را به بعد از جلسه درمانی واگذار کنند. اثرات انتقال تجربیات گذشته که مراجعان با روحانی و رهبران مذهبی داشته‌اند به روان درمانگر در صورت دعا و نیایش در طول جلسه درمان نیز افزایش می‌یابد. احتمال دارد که مراجعان اگر عصبانیت در مورد مسایل دینی و روحانی داشته باشند آنها را به روان درمانگر انتقال دهند و در اثر این انتقال روند درمانی آسیب ببینند. البته اگر چنین انتقال‌هایی صورت گیرد از آنها باید در درمان استفاده کرد، ولی بروز این گونه انتقال‌ها در بسیاری از شرایط درمانی ضررش بیشتر از نفع استفاده از آنها در کاربردهای درمانی است.

ما نمی‌گوییم که روان درمانگران هرگز نباید با مراجعان خود در جلسات درمانی دعا کنند، دعا کردن در برخی مواقع با برخی مراجعان شاید مناسب‌تر از مواقع دیگر و یا مراجعان دیگر باشد. مثلاً روان درمانگرانی که در محل‌هایی مذهبی به حرفه درمان اشتغال دارند (مثلاً در مؤسسات مذهبی)، شاید راحت‌تر باشند که در جلسات درمان همراه مراجع به دعا و نیایش بپردازند. همچنین روان درمانگران احتمال دارد که با مراجعان مذهبی راحت‌تر باشند که در جلسه درمان به دعا و نیایش بپردازند تا با مراجعانی که مذهبی نیستند

در هر حال وقتی روان تحلیل‌گران با مراجعان خود به دعا و نیایش می‌پردازند و یا آنان را به دعا تشویق می‌نمایند، باید در نظر داشته باشند که در حیطه نظام باوری مراجع کار می‌کنند و باورهای خود را در مورد نوع دعا و یا روش آن به مراجعان خود نباید تحمیل نمایند.

اگر مراجعان خودشان از روان درمانگر خواستند که نوع دعا را تعیین کند روان درمانگران می‌توانند متناسب موقعیت و حالات روانی فرد دعایی را انتخاب کرده و آن را به مراجع آموزش دهند.

تمرکز ۱ و مراقبه ۲

تمرکز و تفکر در طبیعت در ایده‌های عرفانی هم در متون اسلامی تأکید شده است و هم آرامبخشی آن توسط روان‌شناسان و پژوهشگران گزارش داده شده است. متون عرفانی اسلامی بسط و شرح لازم را در مورد این تمرینات داده است. پیامبران و بزرگان از این روش‌ها استفاده کرده‌اند. ساعتی را که پیامبر اکرم (ص) در دوره جوانی در غار حراء می‌گذراند و به تمرکز، تفکر و مراقبه می‌پرداخت تاریخ‌نویسان، به تفصیل ثبت کرده‌اند و کتب سنن به آن تمرینات خودسازی التفات مخصوص داشته‌اند. میلر^۳ (۱۹۹۴) معتقد است که تمرکز علاوه بر اینکه مراقبه را هم در بر می‌گیرد لحظات بالبداهه و غیرساختارمندی را نیز در بر می‌گیرد که افراد احساس وصلت یگانگی با اشیاء می‌کنند... مراقبه نیز نوعی تمرکز است که دربرگیرنده تمرین‌های متمرکز (تمرکز یافته) است (صفحات ۲ الی ۳). اسمیت (۱۹۷۵) مراقبه را جزو تمرینات ذهنی به حساب می‌آورد که بطور کلی شامل آرام نمودن، محدود کردن حیطه فعالیت فکر و تمرکز است. این گونه تمرینات تنوع زیادی دارند و طبقات مختلفی از جمله مراقبه متعالی و سایر انواع مراقبه را در بر می‌گیرند.

بطور ساده نشستن در گوشه‌ای و شمردن دم و بازدم‌ها و توجه به افکاری که به ذهن خطور می‌کنند و تمرکز نمودن به یک موضوع درونی و یا بیرونی مراقبه محسوب می‌شود (ص. ۵۵). تصویرسازی ذهنی، مراقبه متعالی، مراقبه به روش ذن، تکرار ذکر، و انواع دیگر آن که در کتاب‌ها آورده شده است هر کدام می‌توانند با تجویز روان درمانگر مورد استفاده قرار گیرند. تمام انواع این روش‌های آرام‌سازی ذهن، رها کردن مقاومت در برابر افکار هجوم‌آور، تهذیب ذهن از افکار مزاحم را تجویز می‌نمایند.

از آنجا که مراقبه و تمرکز توسط روان‌شناسان رفتارگرا برای آرام‌سازی به کار گرفته می‌شود تعدادی از روان‌شناسان این روش‌ها را روش‌های آرمیدگی می‌شناسند که هیچ ارتباطی با مسایل معنوی ندارد. در حالی که مراقبه و تمرکز اولین بار توسط افرادی برای رشد معنوی به کار گرفته شده است و استدلال این افراد بدین صورت است که روان ناخودآگاه که مخزن اسرار الهی می‌باشد (ناخودآگاه) در صورتی در دسترس افراد قرار می‌گیرد که ذهن آرام باشد و از هیجان و نگرانی به آرامش و سکون رسیده باشد. در یک ذهن شلوغ، آشفته و پرمشغله، نه تفکری دقیق صورت می‌گیرد و نه تدبری و نه الهامی. لذا بزرگانی چون ملاصدرا که مدتها در کهریزک قم به تمرکز و مراقبه و تهذیب نفس می‌پرداختند رفتارگرا نبودند و هدف اساسی آنان آرام کردن هیجان‌ات و تموجات ذهنی بود که بتوانند پیام‌های اساسی را از روان ناخودآگاه (جمعی) بگیرند و یا اینکه به فعالیت‌های ذهنی یکپارچگی ببخشند تا ذهن از حالت شلوغی و هیجانی بیرون بیاید.

افرادی که در این زمینه علاقمندند لازم است که به کتاب‌های عرفانی مراجعه کنند و تمرینات مراقبه را از آن کتاب‌ها که اصیل‌تر می‌باشند مورد مطالعه و بررسی قرار دهند. بنسون (۱۹۹۶) به عامل ایمان در تمرینات مربوط به تمرکز و مراقبه اشاره نموده است و برطبق یافته‌های خود بیان داشته است که عامل ایمان در اثر بخشی این روش‌ها نقش اساسی بازی می‌کند. افرادی که با ایمان و اعتقاد معنوی این روش‌ها را به کار می‌گیرند نسبت به افرادی که بدون باورهای دینی این تمرینات را به کار می‌گیرند بهره‌های فراوان‌تری از این روش‌ها می‌گیرند. افرادی که این روش‌ها را استفاده می‌کنند گزارش می‌دهند که، روش‌های فوق به آنان کمک کرده است که بیشتر به درون خود برگردند و با احساسات و عواطف و معنویات خود بیشتر در تماس باشند (بنسون، ۱۹۹۶).

روان‌درمانگران بایستی از این مسأله اطمینان حاصل کنند که تمرکز، مراقبه و یا هر روش دیگری که برای مراجعان خود پیشنهاد می‌کنند هماهنگ با دکترین مذهبی آنان می‌باشد.

مثلاً یکی از روش‌های بسیار خوب در این زمینه استفاده از ذکرها در حین مراقبه و تمرکز می‌باشد. تمرکز به اشیای مقدس، به کارگیری ذکرهای متداول برای کاهش تنش‌ها، و تمرکز بر آیات قرآن برای فهم بهتر آن از روش‌هایی هستند که هم هماهنگ با معنویت اسلامی می‌باشند و هم در آرامش ذهن و روان مؤثر هستند.

خواندن قرآن و سایر کتاب‌های دینی

خواندن قرآن و داستان‌های قرآنی و تدبر در آنها نه تنها معنویت افراد را بالا می‌برد بلکه در زندگی به انسان کمک می‌کند که خود را بهتر بشناسد. روانشناسان در داستان‌های قرآن خزائنی می‌یابند که نشان دهنده فرایند رشد و تحول معنوی انسان است. تفاسیرهای مختلفی بر قرآن نوشته شده است که تعدادی از این تفاسیر عرفانی است و با دیدگاه روانشناسان سازگارتر می‌باشد، خواندن این تفاسیرها به روانشناسان کمک می‌کند که خود و مراجعان خود را بهتر بشناسند و بتوانند با روش‌هایی اتخاذ شده از دین به مراجعان خود کمک کنند. از میان این تفاسیرها می‌توان به نوشته‌های پراکنده ملاحظه‌ای دربارۀ برخی از سوره‌های قرآنی اشاره نمود. تفسیر میبیدی، و تفسیر عرفانی محی‌الدین ابن عربی را می‌توان نام برد. مثنوی معنوی یکی از کتاب‌های معروف عرفانی است که هم تعدادی از آیات قرآنی را از دیدگاه عرفانی تفسیر نموده است و هم مسایل معنوی را به زبان شیرین شعر و عرفان و داستان بیان نموده است. بنابراین می‌تواند هم برای فهم عرفانی برخی از آیات قرآنی مورد استفاده قرار گیرد و هم اینکه راهی را برای سیر و سلوک در مسیر عرفان و معنویت می‌گشاید که روان‌شناسان به مقتضای وضعیت مراجعان خود می‌توانند از آنها استفاده کنند. گزیده دیوان شمس تبریزی که به همت شفیع کدکنی تهیه شده است و انتشارات امیرکبیر آن را چاپ نموده است اشعاری را که در اوج قله‌های عرفان می‌درخشد درج نموده است. مطالعه آن می‌تواند به مراجعان هویت دینی بخشد و کمک کند که خداوند را همه جا حاضر و ناظر دیده و عشق سرشار او را لمس کنند. علاوه بر این مولوی در دیوان شمس به برخی از داستان‌های قرآنی گریزی می‌زند که می‌تواند دیدگاه افراد را در مورد تفسیر آیات قرآنی و فهم آنها وسعت بخشد. تفاسیر معتبر تحقیقی مثل تفسیر المیزان، تفسیر نور الثقلین، برهان، نیز وجود دارد که برای تحقیق با راهنمایی در مانگران معنوی مراجعان می‌توانند از آنها استفاده کنند. آنچه مهم است این است که مراجعان بایستی در خواندن قرآن تصویر ذهنی خود را تنظیم کنند و ذهن خود را از تشنگی بزدایند و طهارت جسم و روح و روان را تأمین کنند و فکر خود را به همراه تن خود تطهیر نمایند تا رهنمودهای خداوندی در جان و دلشان نقش بندد و شکل گیرد. اگر زبان عربی مراجعان خوب باشد، خواندن قرآن به زبان عربی و تدبر در آیات آن و کمک خواستن از خداوند که در تفهیم آن کمک نماید بهترین روش است. در صورتی که مراجعان آشنایی با زبان عربی نداشته باشند، انتخاب یک متن دقیق و سلیس که متن دقیق را بزبان فارسی انتقال دهد لازم و ضروری است. ترجمه‌های مختلفی از قرآن از قدیم به زبان فارسی وجود دارد که انتخاب ترجمه دقیق و سلیس با پرسیدن از متخصصان و استادان علوم قرآنی میسر می‌باشد.

تحقیقات نشان داده‌اند که روان‌دورانگران قبلاً به صورت زیر از نوشته‌های کتاب‌های مقدس استفاده کرده‌اند:

الف) آیاتی را برای مراجعان خود در صورت لزوم عیناً نقل کرده‌اند.

ب) آیه‌های قرآنی، سوره‌ها و داستان‌های کتاب‌های مقدس را برای مراجعان خود تعبیر و تفسیر

نموده‌اند،

ج) به صورت غیرمستقیم به آیات کتاب‌های مقدس استناد نموده‌اند و از آن در آموزش مفاهیم معنوی سود جسته‌اند،

د) داستانهایی را از کتاب‌های مقدس نقل کرده‌اند،

ه) مراجعان خود را تشویق نموده‌اند که آیاتی از کتاب مقدس را حفظ کنند،

و) مراجعان خود را تشویق نموده‌اند که در بیرون جلسه درمانی کتاب مقدس را خوانده و آن را در ارتباط با مشکل خود مورد بررسی قرار دهند،

ز) از آیات کتاب مقدس استفاده کرده‌اند تا افکار غیرکارآمد مراجعان خود را به چالش بگذارند (بال و گودیرا^۱، ۱۹۹۱، جونز و همکاران^۲ ۱۹۹۲)

الگوهای متکی بر درمان‌های شناختی از متون کتاب مقدس استفاده نموده‌اند که افکار ناکارآمد و غیرمنطقی مراجعان خودشان را تعدیل نمایند و بدینوسیله افسردگی مراجعان خود را کاهش داده‌اند (مثلاً پروپست^۳ و همکاران، ۱۹۹۲)، علاوه بر این، از طریق خواندن کتاب مقدس و تدبیر در آن به همراه استفاده از نیایش پژوهشگران توانسته‌اند عصبانیت، اضطراب، و تنش عضلانی را در مراجعان کاهش دهند (کارلسون و همکاران، ۱۹۸۸). بهر حال در این مطالعه معلوم نبوده است چه مقدار اثر به علت خواندن کتاب مقدس و چه مقدار دیگر ناشی از نیایش بوده است. ما در کتابهای دینی خود مثل مفاتیح‌الجنان و ثواب الاعمال شیخ صدوق برای خواندن سوره‌های مشخصی از قرآن ثواب‌های ذکر شده فراوانی خوانده‌ایم ولی متأسفانه در مورد اثربخشی خواندن این سوره‌ها در کاهش اختلال‌های روانی، و افزایش سلامتی و مقاومت افراد تحقیق تجربی صورت نگرفته است. عقیده شخصی من این است که خواندن سوره‌های قرآن همانطور که ثوابهای اخروی دارد برای سازندگی معنوی و روانی ما نیز اثرات فراوانی دارد ولی مسلماً تحقیقاتی باید در این زمینه صورت گیرد تا به صورت تجربی در مورد افراد مختلف و با ویژگی‌های روانی و شخصیتی مختلف فرایند این تأثیرگذاری کشف شود.

نوشته‌جات مذهبی به طور مختلف و به منظوره‌های گوناگونی توسط روان‌درمانگران مورد استفاده قرار می‌گیرند که در زیر به برخی از آنها اشاره می‌شود: الف) برای چالش و تعدیل افکار ناکارآمد ب) تجدید ساختار و بینش پیدا کردن به مسأله مراجع و زندگی کردن از منظر معنویت ازلی، ج) روشن نمودن و فهم دکترین مذهبی و برطرف کردن ابهامات در مذهب خود، د) جستجوی برکت خدا، روشنایی بخشی او، بدست آوردن، آرامش، و رهنمود از حضرت باریتعالی. لازم به یادآوری است که قبل از استفاده از متون کتاب‌های مذهبی در درمان بایستی روان‌درمانگران نظریات و دیدگاه‌های مراجعان خود را در مورد کتب مذهبی جویا شوند و بیشتر از متونی استفاده کنند که با اعتقادات و باورهای مراجعان ناهماهنگی نداشته باشند. مثلاً برای برادران اصل تسنن و افراد شیعی از کتاب‌های مورد اعتماد هر کدام استفاده کنند. هدف کمک به مراجعان است و باید با کمترین استهلاک عقیدتی این کمک صورت گیرد.

1. Ball & GoodYear
2. Jones et al

3. Propst et al

لازم به یادآوری است که درمانگران نباید در بحث‌های کلامی متون دینی وارد شوند. تعدادی از مراجعان از این بحث‌ها شاید لذت ببرند ولی تعداد دیگر آن بحث‌ها را برتابند. بحث در مورد دلالت‌های کلامی و مذهبی در این مورد غیراخلاقی بوده و باعث می‌شود که روان‌درمانگر عقیده خود را بر مراجع تحمیل کند. بنابراین اینگونه بحث‌ها و مناظرات بندرت می‌تواند مفید و کارآمد باشد. زمانی که نظر روان‌درمانگر در مورد تفسیر متون پرسیده شود، روان‌درمانگر بایستی این مسأله را روشن نماید که او صرفاً نظر شخصی خود را بیان می‌کند و منظورش هیچگونه مرجعیت قانونی نیست (رجوع شود به لاونگر، ۱۹۸۴)

زمانی که روان‌درمانگران باور داشته باشند که فهم مراجعانشان از متون دینی نادرست و ناکارآمد می‌باشد بهتر است آنان را به افراد ذیصلاح ارجاع دهند تا مسأله مورد بحث و روشن شود. این مسأله مخصوصاً زمانی جواب‌گو است که روان‌درمانگر موضوع را با فرد روحانی ذیصلاح از نزدیک مورد بحث قرار دهد. اگر مراجع و روان‌درمانگر هر دو از یک مذهب باشند، درمانگر می‌تواند از مراجع بخواهد که بنشینند و متون مورد نظر را با هم بررسی کنند، ولی حتی در این صورت نیز نباید روان‌درمانگر خود را صاحب نظر و مرجع نشان دهد.

به نظر می‌رسد که بسیاری از روانشناسان مذهبی در غرب متون کتاب مقدسی را برای تعدیل افکار ناکارآمد مراجعان خود به کار بسته‌اند. باور نویسنده بر این است که کتاب‌های مقدس مخصوصاً قرآن می‌تواند برای تعدیل عواطف و احساسات نیز به کار گرفته شود. داستانهای قرآن پر از مسایل نغز روانشناختی است که می‌تواند در ترغیب افراد برای توکل و واگذاری امر به خدا، برای آموزش فرایند و لزوم صبر و رضا دادن به قضای خدا مورد استفاده قرار گیرد. یونگ در مطالعه بسیاری از داستانهای قرآن از جمله داستان اصحاب کهف به مسأله کهن الگوی تولدی دوباره اشاره می‌کند که یکی از مباحث عظیم در روانشناسی اعماق می‌باشد. بنابراین روانشناسان، و روان‌درمانگران تشویق می‌شوند که با دید درمانی به قرآن و آیات آن نگاه کنند و برای التیام جراحات‌های روانی مراجعان خود، برای رشد و شکوفایی مراجعان از آیات و سوره‌های قرآنی استفاده کنند.

بسیاری از افراد مذهبی باور دارند که خواندن متون مقدس می‌تواند وسیله‌ای باشد که آن‌ها بتوانند با خداوند ارتباط برقرار نموده و مشیت او را در مورد خودشان بفهمند. با مراجعانی که چنین فکر می‌کنند، لازم است که روان‌درمانگر آنان را به خواندن متون مقدس، و تفکر و تدبیر در آن ترغیب کند تا اینکه مراجعانشان بتوانند از این طریق بیش متعالی در مورد مسأله و نگرانی‌های خود پیدا کنند. اگر مراجعان به پیشنهاد روان‌درمانگر متون دینی را مطالعه می‌کنند و به روشنگری مورد نظر نمی‌رسند و یا نمی‌توانند روشهای مقابله خود را همانطور که انتظار می‌رفت افزایش دهند، روان‌درمانگران باید آمادگی داشته باشند که فرایند عدم توفیق مراجع را مورد بازرسی قرار دهند و به اشکال کار پی ببرند.

بخشایشگری و توبه

توبه و بخشایشگری در ادیان توحیدی مطرح شده است. در اسلام توبه جایگاه مخصوصی دارد و در اثر توبه افراد مورد گذشت قرار می‌گیرند. توبه مقدمه بخشایشگری به حساب می‌آید. در توبه مردم از خدا طلب مغفرت می‌نمایند و یا اینکه از افراد دیگری که باعث رنجش آنان شده‌اند می‌خواهند که آنان را به ببخشند

بخشایشگری تغییر در فکر، احساس و عمل است. فردی که دیگری را بخشیده است فکرش از منفی به مثبت تغییر یافته و نگرش مثبت‌تری نسبت به فردی که او را رنجانده بود پیدا می‌کند. تغییرات چشمگیر در احساسات و رفتار او نیز از منفی به مثبت صورت می‌گیرد (مک لاف، ساندریچ، و ورتنگتن، ۱۹۹۷). تمام ادیان الهی به مردم یاد می‌دهند که دیگرانی را که آنان را رنجانده‌اند ببخشند و نسبت به افرادی که موجب رنجش آنان شده‌اند بخشش طلب کنند.

البته در مورد اینکه چه کسانی را چگونه و در چه مواقعی می‌توان بخشید بین تعبیر و تفسیر مختلف از متون دینی تفاوت‌هایی وجود دارد. مثلاً در سنت مسیحی، به پیروان گفته شده است تمام دشمنان و افرادی را که آنان را رنجانده‌اند هر چند که در خور بخشیدن نباشند مورد بخشش قرار دهند (پین و همکاران، ۱۹۹۲). در سنت یهودی افرادی را که عذرخواهی نکنند و اشتباه خود را در رنجاندن دیگران به گردن نگیرند و سعی کنند رفتار خود را توجیه کنند نباید بخشید (لاوینگر، ۱۹۹۰). در اسلام نیز فضیلت بخشیدن در قرآن و حدیث به کرات مورد تأکید قرار گرفته است. از دیدگاه مذهبی، بخشایشگری بعنوان عملی تعریف شده است که پیامدهای معنوی زیاد دارد. بعنوان مثال از منظر مسیحیان بخشودن باعث می‌شود که ارتباط انسان با خدا حفظ شود و آنان را برای رستگاری واجدالشرایط می‌کند، افراد با این کار ایمان خود را به خدا و مسیح و مشیت الهی نشان می‌دهند (مک لاف و ورتینگتون، ۱۹۹۴b).

در اسلام نیز تأکید بر بخشیدن شده است و در قرآن سفارشات زیادی برای بخشش و گذشتن از تقصیر دیگران شده است (برای نمونه سوره بقره آیات ۱۰۹ و ۱۳۷، و سوره آل عمران آیه ۱۵۹ را ملاحظه کنید). از منظر روانشناختی پژوهشگران دریافته‌اند که

الف) بخشایشگری تغییرات مثبت را در حیطه عاطفی و بهبود روانی انسان ایجاد می‌کند، ب) موجب افزایش سلامت جسمی و روانی می‌گردد، ج) انسانها در اثر بخشیدن احساس قدرت و توانمندی می‌کنند، د) آشتی بین فرد رنجیده و رنجاننده ایجاد می‌گردد، ه) افراد در اثر بخشیدن دیگران خوش‌بینی خود را حفظ می‌کنند (برگین، ۱۹۸۸، مک لاف و ورتنگتن، ۱۹۹۴a، ۱۹۹۴b).

هوپ (۱۹۸۷) اظهار داشته است که با بخشیدن افراد فرصت، انتخاب و آزادی خود را برای رشد بیشتر بدست می‌آورند. وقتی افراد طلب بخشش می‌کنند مسئولیت خود را برای انجام عمل ناروا می‌پذیرند و برای افرادی که رنجیده‌اند کمک می‌کنند که راحت‌تر جراحتهای خود را التیام بخشند و بهبود یابند.

تحقیقات نشان می‌دهند که تسهیل بخشودن یکی از مداخلات معنوی است که به کرات توسط روانشناسان و روان‌درمانگران مورد استفاده قرار گرفته است (دی بلاسیو، ۱۹۹۲، ریچاردز و پاتر، ۱۹۹۵a). روان‌درمانگران مراجعان خود را تشویق نموده‌اند که الف) والدین، و افراد دیگری را که آنان را رنجانیده‌اند ببخشند، ب) خودشان را برای کوتاهی‌ها و تقصیرهایی که داشته‌اند ببخشند، همچنین روانشناسان و روان‌درمانگران مراجعان خود را تشویق می‌نمایند که از گناهان خود توبه کنند و از خداوند طلب مغفرت نمایند. همچنین اگر افراد دیگری را رنجانیده‌اند از آنان نیز بخواهند که آنان را مورد بخشش قرار دهند.

پژوهش دلالت بر این می‌کند که بخشیدن قسمت مهمی از روابط بین فردی است که موجب شفابخشی و التیام روانشناختی می‌گردد (مک‌لاف و ورتینگتون، ۱۹۹۴a، و مک‌لاف و ورتینگتون، ۱۹۹۴b). با توجه به اینکه بخشایشگری ابزار نیرومندی برای بهبود و التیام جراحات‌های روانی است لازم است که روان‌درمانگران بطور مؤثر از آن در روان‌درمانگری استفاده کنند. اشتها روش بخشایشگری بعنوان درمان‌کننده جراحات‌های بین فردی موجب شده است که حتی روان‌درمانگران غیر مذهبی نیز از آن استفاده کنند (دی بلاسیو، ۱۹۹۳). بهر حال همانگونه که بنسون (۱۹۹۶) در مورد اثربخشی روش‌های درمان معنوی برای افراد مذهبی اظهار داشته است، وقتی که اینگونه روش‌ها بعنوان روش‌های معنوی آموزش داده می‌شوند، اثربخشی این روش‌ها افزایش می‌یابد. برگین (۱۹۸۸) معتقد است که نباید اجازه داد که در خانواده‌ها انتشار پیدا کند. باید افرادی را که ما را رنجانیده‌اند ببخشیم و مثل اسفنج که آب را به خود جذب می‌کند، رنج را به خود جذب کنیم و نگذاریم که به افراد دیگر در خانواده از نسلی به نسل دیگر سرایت پیدا کند. با این روش است که جلو انتشار رنج از نسلی به نسل دیگر گرفته می‌شود، و افراد یاد می‌گیرند که همدیگر را ببخشند و از جابجاسازی عصبانیت و خشم و انتشار آن در نسل‌های گوناگون جلوگیری به عمل آید.

قبل از اینکه مراجعان تشویق شوند که فرایند درمان بخشایشگری را طی کنند، روان‌درمانگران باید مشخص کنند که آیا مراجعان آنها آمادگی لازم را برای اینگونه مداخلات معنوی دارند. بخشودن دیگران یک فرایند عاطفی است که به کارگیری آن زمان‌بر است و در برخی موارد زمانی طولانی باید بگذرد و فرد در فرایند درمان به نکته‌ای برسد که بتواند طرف مقابل خود را ببخشد. وقتی مراجعان مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند و به شدت در روابط بین فردی مورد رنجش قرار گرفته‌اند بایستی برای بهبود یافتن مراحل را بگذرانند که رؤس این مراحل به صورت زیر می‌باشد: الف) گذراندن مرحله‌ی شوکه شدن و انکار درد ناشی از رنج، ب) آگاهی پیدا نمودن و پذیرفتن اینکه آنان مورد سوءاستفاده قرار گرفته، جریحه‌دار شده‌اند. ج) احساس رنج، اندوه، عصبانیت و خشم و پیدا کردن فرصت که به صورت مناسبی این احساسات را به دیگران نشان دهند، د) نیاز برای تأیید که در مورد آنان اشتباه و خطا صورت گرفته است و در صورت امکان دنبال آن هستند که ببینند عدالت برقرار شده و حق به حق دار رسیده است، ه) اطمینان از اینکه خطا و اشتباه دوباره رخ نخواهد داد، و) درگذشتن از رنج، بخشیدن طرف مقابل و زندگی را ادامه دادن. اگر درمانگران قبل از اینکه فرد آمادگی لازم را در این فرایند بدست آورد که فرد مورد نظر را ببخشند، تشویق به

بخشیدن کنند، احتمال دارد آسیب قابل ملاحظه‌ای به فرد رنج دیده وارد شود. بنابراین قبل از تشویق فرد به بخشیدن دیگران بایستی مراحل بخشودگی طی شود. زمانیکه افراد بخواهند به صورت ناپخته دیگران را ببخشند، التیام روانشناختی صورت نمی‌گیرد، و اینگونه بخشایشگری، بخشودن روانشناختی نیست چون که احساس درد، رنج، اندوه، احساس گناه، عصبانیت ادامه یافته و برای آنان در زندگی دردسر ایجاد می‌کند.

البته فرایند معنویت یک فرایند رسیدن و درک کردن است. بخشش نیز به خودی خود صورت نمی‌گیرد. فرایندهای روانی در طول رنج و بخشش تغییر پیدا می‌کنند. وقتی به ناحق به ما ظلم می‌شود، حق‌مان پایمال می‌گردد، ما می‌رنجیم، جریحه‌دار می‌شویم ولی زمانی که تغییرات اساسی در وجودمان پدید آمد به مسأله با دیدگاه جدیدی نگاه می‌کنیم که این دیدگاه جدید کمک می‌کند که بتوانیم دیگران را ببخشیم. کسب دیدگاه جدید به این آسانی نیست، زمان می‌خواهد، کار سخت مراجع و روان‌درمانگر را می‌طلبد و از همه مهمتر توفیق خداوند در این کار شرط است. بنابراین افراد را قبل از آمادگی روانشناختی نباید به بخشیدن تشویق نمود. حتی عذرخواهی کردن افراد نیز نباید به صورت ناپخته و خام و تعارفاتی باشد. بایستی افراد رنجاننده به این نتیجه رسیده باشند که حق یکی را ضایع کرده‌اند و برای جبران ضرر روانی، معنوی، و یا دنیوی که زده‌اند لازم است عذرخواهی کنند. از نظر این نویسنده یکی از ارکان اصلی معنویت بر عدالت استوار است، عدالت نباید خدشه‌دار شود حتی در روابط بین فردی زمانی که عدالت در روابط بین فردی خدشه‌دار شود رنج و ناراحتی بوجود می‌آید. افراد از همدیگر می‌رنجند، دل‌شکسته می‌شوند عداوت و خصومت همدیگر را در دل می‌پروراند و این همان است که شیطان می‌خواهد. رنجش، پیامدهای روانی، فیزیکی و معنوی دارد و بایستی اگر اتفاق افتاد در فکر چاره‌جویی و درمان بود. یکی از راه‌های اصیل جبران رنج، فکر کردن به بخشیدن، بخشودگی خواستن، و تسهیل فرایند آن است. بخشیدن با منفعل بودن، مسامحه‌کاری، نادیده گرفتن رنج، انکار کردن آن چیزی که اتفاق افتاده است یکی نیست، بلکه فرایندی است که در آن فرد رنجیده هدیه‌ای را که فرد رنجاننده قابل دریافت آن نبوده است به فرد رنجاننده می‌دهد تا اینکه او رشد کند، در راه سلامت گام بردارد و به فرد رنجاننده نیز اجازه رشد دهد. در اثر دادن این هدیه به دیگری خود فرد بیشتر از همه سود می‌برد (از رنج آزاد می‌شود، فراتر از رنج فکر می‌کند، در رنج معنایی پیدا می‌کند، و به خدای خود نزدیک‌تر می‌شود).

عبادت و انجام اعمال مذهبی

معمولاً ارتباط و عشق و محبت به خدا وقتی به صورت ظاهری نمود پیدا می‌کند به صورت نیایش (دعا) و پرستش (عبادت) خود را نشان می‌دهند. پرستش بنا به حالت‌های فرد پرستنده اشکال زیادی می‌تواند داشته باشد. از نماز گرفته تا خدمت به افراد نیازمند، رفتن به حج و روزه گرفتن تا کارکردن و روزی حلال برای خود و خانواده فراهم کردن همگی می‌توانند عبادت و پرستش خدا تلقی شوند.

آنچه در این اعمال به ظاهر متنوع اساس و بنیان عبادت نامیده می‌شود، «نیت» است. نیت یعنی انگیزه‌ای که پشت یک عمل و یا رفتار عبادی وجود دارد. عبادت اگر انگیزه‌اش تقرب به خدا باشد، و انسان چون خداوند را شایسته می‌بیند و به این اعمال برای نزدیکی بیشتر با حضرتش دست می‌زند مورد قبول است، در غیر اینصورت خدشه‌دار خواهد بود.

اساس عبادت و بندگی رسیدن به انسانیت، تکامل و رشد معنوی، خودشکوفایی و به قول یونگ عبادتها راهی برای رسیدن به فردانیت^۱ می‌باشند، هر انسانی در اثر عبادت آن می‌شود که قرار بود بشود. عبادتها در اصطلاح یونگ انسان را از خود (ego) به سوی خویشتن (Self) سوق می‌دهند: حالا بایستی پرسید که آیا یک انسان سالم و عاقل غیر از این می‌خواهد؟ افراد کلی زحمت می‌کشند و هزینه پرداخت می‌کنند و روانشناسی را پیدا می‌کنند که بتواند به آنان کمک کند قدمی به سوی خودشکوفایی و فردانیت (Individuation) بردارند. چگونه است که عبادات را جدی نمی‌گیرند. یکی از جوابهای این سؤال این است که افراد چون تقلید بسیاری از مسایل دینی را از والدین و جامعه خود می‌گیرند و آسان این روش‌ها را به دست می‌آورند دقیقاً معنای عبادات را نمی‌فهمند. وقتی پیامبرن به امت خود توصیه می‌کردند که عبادات را از روی خلوص انجام دهند و جزای این عبادات را رسیدن به خدا و بهشت معنوی معرفی می‌نمودند، شاید منظورشان همین بوده است که با عبادات انسان‌ها را بسازند و آنان را به شکوفایی برسانند ولی رفته رفته مردم این معنای عظیم عبادات را گم کرده‌اند و نمی‌توانند رشد و کمال خود را در اثر عبادت کردن به صورت عینی مشاهده کنند، لذا اشتیاق لازم را برای عبادات بدست نمی‌آورند. در اصطلاح روانشناسان عبادات برای آنان انگیزه درونی نمی‌شود همیشه یک چیزی بیرونی و ملموس از عبادت کردن می‌طلبند. مثلاً اگر کسی دعایی را برای رهایی از زندان از کتاب مفاتیح‌الجنان انتخاب کرده می‌خواند، انتظارش این است که از این چهاردیواری که در آن محبوس است رها شود. به فکرش نمی‌رسد که در اثر تدبیر در معانی عرفانی دعا می‌تواند از زندان جهل و نادانی رها شود و به طرف نور و روشنایی هدایت شود. البته نویسنده حاضر درصدد این نیست که این اثرات خارق‌العاده را از عبادات و دعاها سلب کند، چون این اثرات را هم بر دعاها و عبادات مترتب می‌داند. ولی بیشتر علاقه دارد که فهم روانی پاداش‌های در نظر گرفته شده برای عبادات و نیایش‌ها را هم افراد در نظر بگیرند. از نظر روانشناسانی چون یونگ وقتی درون آدم خدایی شد و در راستای صدق و صفا تنظیم شد، بیرون (طبیعت) نیز به تبع اصل همزمانی^۲ از درون تبعیت می‌کند، سلامت و صفا و نعمات را به ارمغان می‌آورد. تأکید به فهم معنوی بهشت روانی در عبادات به معنای کم‌اهمیت گرفتن معنای کلامی بهشت که از آن صحبت می‌شود نیست ولی هدف این است که به حلقه مفقوده‌ای که در فهم متون دینی بین اکثر مردم وجود دارد اشاره شود. پیدا کردن این حلقه مفقوده به آنان کمک می‌کند که شکوفایی و فردانیت خود را در عبادات جستجو کنند و حتی عبادات خود را عرفانی و عمیق‌تر کنند که این اثرات در آنان دیده شود.

زمانی که گفته می‌شود هستی عبادت می‌کند، گیاهان، نباتات، جمادات، کهکشانها و فرشتگان ... همگی

عبادت می‌کنند یکی از معانی ظریف آن همین است که در جهت رشد و کمال هستی قدم برمی‌دارند، در هستی همان کاری که بایستی انجام می‌دادند انجام می‌دهند. در راستای انتظار قدم برمی‌دارند. ولی انسان است که برخی مواقع طغیان می‌کند. نیروهای متعارض درونی را نمی‌تواند بدرستی سامان دهد، توفیق لازم را بدست نمی‌آورد که همیشه در جهت شکوفایی خود و فردانیت خویشتن قدم بردارد. در اینجا اگر فهم روان درمانگر، از رسالت انبیاء در حد بالا باشد می‌تواند به مراجع خود کمک کند. در فردانیت یابی و رسیدن به شکوفایی روان درمانگر دو نیروی عظیم را مشاهده می‌کند که آماده هستند در جهت کمک به او سهم اساسی داشته باشند:

الف) نظام روانی و معنوی فرد که به سوی فردانیت یابی و در جهت شکوفایی تجهیز شده است و علیرغم تمام پیچ و خم‌های زندگی انسانها در نهایت به سوی کمال و فردانیت در نظر گرفته شده حرکت می‌کنند، ب) نظام تشریحی که توسط انبیاء راه‌های رسیدن به فلاح، شکوفایی، فردانیت، کمال انسانی و بهشت معنوی ترسیم شده است. در چالش‌های سخت روان درمانگر ماهر می‌تواند بر روی این دو نیروی عظیم حساب کند.

به هر حال تمام انگیزه‌های فردانیت یابی و رسیدن به خودشکوفایی خودآگاه نیستند. یعنی انسانها در فرایند فردانیت یابی و رسیدن به کمال متصور خود همیشه برنامه‌ریزی آگاهانه نمی‌کنند. بسیاری از حیطه‌ها وجود دارند که پویایی خود را به صورت ناخودآگاه نشان می‌دهند و رمز تشریح ادیان و رسالت پیامبران نیز در هدایت انسانها در همین بیان کدهایی است که هرچند همگی رمزگشایی نشده‌اند در صورت اجرای دقیق به خودشکوفایی انسان و رسیدن به کمال معنوی و فردانیت مطلوب او کمک می‌کنند.

ادیان بزرگ از جمله ادیان توحیدی نیاز پیروان خود به عبادت را مورد تأیید قرار داده‌اند و مناسکی را نیز مشخص نموده‌اند که قسمتی اعظم دینداری را انجام این مناسک مشخص می‌کنند. در زیر به عنوان مثال به برخی از این مناسک اشاره می‌شود. همانطور که یاد، یونگ و دیگران اشاره کرده‌اند ادیان با مقدس و نامقدس سروکار داشته‌اند و مکانها، زمانها، اعداد و اشیای مقدسی را معرفی نموده‌اند. عبادت و مناسک انسانی را به تقدس نزدیک می‌کنند. انجام مناسک در مکانها و زمانهای مقدس به تأثیر آنها می‌افزاید.

الف) برای انجام مناسک، مکانهای مقدس را ادیان معرفی نموده‌اند که در اسلام مسجد، در مسیحیت کلیسا و در یهود کنیسه می‌باشد. مناسک و عبادات اگر در این مکانها صورت گیرد تأثیر بیشتری دارد و به ثواب نزدیک‌تر است. ب) مناسک مشخصی نیز در ادیان معرفی شده‌اند که انجام آنها به طوری که در ادیان مشخص شده است لازم دانسته شده است، مثل نماز، روزه، حج، و سایر مناسک و عبادات که به تفصیل در رساله‌های عملیه از آنها بحث شده است. ج) برپاداشتن اعیاد و مراسم مذهبی، مثل اعمال عید قربان، عید فطر و بسیاری از مراسم و اعیادی که در ادیان مختلف از آنها نام برده شده است. اعمال درونی و بیرونی در روزها و زمانهای مقدس در کتابهای ادعیه، رساله‌های عملیه و رساله‌های علمیه آورده شده است. نویسندگانی که مشرب عرفانی داشته‌اند نه تنها به این اعمال به صورت رفتارهای نمادین پای‌بند بوده‌اند و

آنها را در کتابهای خود آورده‌اند، بلکه سعی کرده‌اند که به پیروان خود یاد دهند که لازم است معنا و مفهوم این عبادات، مناسک و اعمال رمزگشایی شود، و افراد به کنه این اعمال پی ببرند. از بین دانشمندان یونگ همت والایی را در رمزگشایی از این مناسک و اعمال به خرج داده است و سعی نموده است که افراد را به نمادگشایی و فهم معنای درونی این اعمال رهنمون سازد تا افراد بهتر به اهمیت روانشناختی این مناسک و اعمال پی ببرند. یکی از این اعیاد معروف که به جشن گرفتن آن تأکید فراوان شده است عید فطر است که با تمام شدن ماه رمضان همراه است. این عید واقعاً یک عید معنوی می‌باشد، چون قرآن به پیامبر در ماه مبارک رمضان تلقین شده است. شبی که قدر پیامبر نامیده می‌شده است. «انا انزلناه فی لیلۃ القدر» (سوره قدر: ۱). این شب قدر که ارزش آن از هزار ماه بیشتر است. انسان چگونه می‌تواند به ارزش لیلۃ القدر پی ببرد و لیلۃ القدر خود را دریابد. در شبی که روح و فرشتگان دیگر فرمان نزول و نزدیکی به انسانها پیدا کرده‌اند تا انسانها به قدر توان خود از این نزدیکی و قربت نیروهای متعالی بهره‌ها بردارند. خاتمه‌ی همچو ماهی را که مسلمانان به قدر توان خود و قابلیت درک فیض در آن با روزه‌داری، شب‌زنده‌داری و تصفیه و تزکیه خود بهره‌ها چیده‌اند جشن می‌گیرند. چون معتقدند که تولدی دوباره یافته و از گناهان پاک شده‌اند. (از جمله این مناسک حج است. مسافرت به قصد زیارت خانه خدا، خانه‌ای که حضرت ابراهیم باخلاص تمام آن را بنا کرد و خداوند زیارت آن را در صورت داشتن استطاعت مالی و جانی مورد تأکید قرار داد و اعمال حج خود نشان‌دهنده نمادین بودن این مناسک است و لازم است انسان این اعمالی را با رمزگشایی به قصد قربت و با عرفان کامل انجام دهد و پس از زیارت خانه خدا تغییرات انجام شده در خود را مورد ملاحظه قرار دهد. این مختصر اشاره‌ای بود به چند تا از اعمال و مناسک مذهبی و معنوی. چون در این زمینه کتابهای مفصلی به زبان فارسی نوشته شده است لازم است خوانندگان به آنها رجوع کنند. در انجام این مناسک و عبادات لازم است به این مسأله توجه شود که چه نیازی از انسان برطرف می‌شود: بنا به پرستش، نیایش، عبادت، نشان دادن عشق و تعهد و سرسپردگی. پیامبران که اولین بار این مناسک را انجام دادند چه حالاتی داشتند و چه احساس می‌کردند. مثلاً حضرت ابراهیم که اولین بار دور خانه خدا گشت چه احساسی داشت حضرت رسول (ص) که اولین بار این عبادات را به جا آوردند چه حالت‌هایی داشتند.

از منظرگاه معنویت عبادت و مناسک مذهبی اهداف زیر را دنبال می‌کنند:

الف) اظهار بندگی، عشق، و احترام به خدا، ب) تعهدمندی فرد نسبت به زندگی معنوی و اخلاقی، ج) اظهار تعهد فرد در قبال جامعه مذهبی، د) تقدیم هدایا و قربانی در مقابل گناهان، و اشتباهات، ه) نشان دادن وابستگی و پیوند با اعضای دیگر در جامعه اسلامی، و) طلب هدایت، روشنگری، رهنمود و التیام (اسمارت ۱، ۱۹۸۳، ۱۹۹۳).

اعمال عبادی و مناسک می‌تواند از لحاظ روانی، و فیزیکی التیامبخش باشد.

بنسون (۱۹۹۶) بیان داشته است که «مراسم عبادی و مناسک بالقوه دارای محتوای غنی درمانی می‌باشند مناسک آشنا، نیایش، تفکر، کنار گذاشتن کارهای روزمره، فرصت برای اجتماعی شدن و یافتن دوستان

مذهبی و آموزش‌های مذهبی (ص. ۶۰). او دلیل ادعای خود را چنین بیان می‌کند:

«دربارهٔ مناسکی که شما در دوران کودکی آن را انجام داده‌اید یک چیز بسیار تأثیرگذار وجود دارد - ایجاد و تحریک دوباره شبکه‌های نورونی که شما در دوران کودکی آن وضعیت را در حین انجام مناسک مذهبی تجربه کرده‌اید. در تجربیات طبابت من این مورد بارها تأیید شده است. حتی اگر شما در بزرگسالی مذهب را از زاویه دید کاملاً متفاوتی تلقی کنید، کلماتی که شما می‌خوانید نیایش‌هایی که شما از آنها استفاده می‌کنید، درست به همین طریقی که در کودکی به شما آرامش داده بودند دوباره همان تجربیات را زنده می‌کنند. حتی اگر به صورت خود آگاه نتوانید تشخیص دهید که عواطفی مخصوص همراه با آن تجربه اعتقادی دوران کودکی وجود داشته‌اند. این تجربیات عیناً همان گونه که در کودکی اولین بار عواطف و احساسات را برانگیخته بودند دوباره همین احساسات و عواطف را زنده می‌کنند. مغز همان سیستم فعالیتی را که اولین بار در تجربه انجام مناسک داشته‌اید دوباره زنده می‌گرداند. همان محتوای عواطف و احساسات که امکان می‌دهد دوباره در مغز زنده گردد و همان مواد بیوشیمی فعال شود که اولین بار هنگام انجام مناسک در نفر ایجاد شده بود.

تحقیقات نشان می‌دهند که روان‌درمانگران اغلب اوقات مراجعان خود را برای اشتغال در مناسک و عبادات تشویق نمی‌کنند (بال و گوددیر، ۱۹۹۱، ریچارد و یاتز، ۱۹۹۵).

در مناسک مذهبی از قبیل تشویق مراجعان به شرکت در مراسم مذهبی، روزه‌داری بندرت به عنوان مداخلات معنوی به کار گرفته شده‌اند. جای تأسف است که روان‌درمانگران از مناسک بعنوان درمان استفاده نمی‌کنند چون برخی از عبادات و مناسک مذهبی می‌توانند سلامت روانی و جسمانی را افزایش دهند (بنسون، ۱۹۹۶؛ گارتز، لارسون، و آلن، ۱۹۹۱). از سوی دیگر بسیاری از مراجعان در اینگونه مراسم و مناسک شرکت می‌کنند ولی سودمندی این مناسک بندرت در موقعیت‌های بالینی مورد بررسی قرار گرفته است. بحث کردن سودمندی این مناسک احتمال دارد که فواید درمانی آنها را افزایش دهد و جلسهٔ درمانی را غنی‌تر سازد.

اشکال مختلف مناسک و عبادتی که به مراجعان کمک می‌کند هویت معنوی، ارزش و تراث معنوی و هدف زندگی را دریابند و در اجتماعات مذهبی شرکت کنند، برای مراجعانی که با احساس گناه، شرم، از خودبیگانگی، اضطراب، افسردگی و اندوه دست و پنجه نرم می‌کنند مفید می‌باشد.

اینگونه مناسک و عبادات همچنین به مراجعان کمک می‌کنند که با تغییرات عمده در زندگی مثل ازدواج، بیماری، طلاق، فقدان، تولد و یا ازدواج و کوچ فرزندان کنار بیایند. البته مناسک می‌تواند به صورت نادرست، وسواس‌گونه، بصورت جزمی به کار گرفته شوند که در این صورت می‌تواند از لحاظ سلامت فیزیکی و روانی آسیب‌زا تلقی شود.

بنابراین ما هرگونه عبادت و انجام مناسک را بدون بررسی کردن پیشنهاد نمی‌کنیم، ولی اصرار می‌ورزیم که روان‌درمانگران به دقت مناسکی را مورد بررسی قرار دهند که می‌تواند انجام آنها برای درمان و شفایابی

مفید باشد. زمانی که اینگونه مناسک مشخص شدند مراجعان باید آنها را در موقعیت‌های بالینی مورد بررسی قرار دهند.

در مورد شرکت در مراسم مذهبی به همراه مراجعان احتیاط‌های لازم را باید رعایت کرد. این احتمال وجود دارد که مراجعان شما نقش درمانگری شما را با نقش رهبران مذهبی اشتباه کنند و محدوده‌های ارشادی و درمانی را در هم بیامیزند. روان‌درمانگران بایستی مراجعان خود را تشویق کنند در مناسک مذهبی شرکت نمایند. مراجعان می‌توانند در این مراسم همراه خانواده خود، یا به تنهایی و یا اینکه در کنار دوستان خود در این مراسم شرکت کنند. اگر روان‌درمانگر دوست دارد که به همراه مراجع خود در مراسم مذهبی شرکت کند، بایستی قبل از این کار، این تصمیم را با همکاران خبره خود در میان بگذارد و نظر آنان را نیز جویا شود.

روان‌درمانگر به همراه مراجعان خود لازم است مراسم و مناسکی را که مراجعان می‌توانند در آن شرکت نمایند جستجو کنند، شاید با همدیگر مجامعی را پیدا کنند که برای بهبود مراجع لازم است در آن مراسم شرکت کند. اگر مراجعان کمرو هستند و ریا نمی‌دانند که چگونه در مراسم شرکت کنند و جای خود را در میان جمع پیدا کنند، روان‌درمانگران لازم است در سازگاری در میان جمع مذکور به آنان کمک کنند. در موارد لزوم می‌توان مراجعان را به روحانی معتمد محل ارجاع داد تا او انجام مناسک را به مراجع آموزش دهد و در سازگاری او با جمع او را کمک نماید.

کمک‌رسانی و انجام خدمات داوطلبانه

تمام ادیان به پیروان خود توصیه می‌نمایند که در کارهای خیر شرکت نموده و در خدمت‌رسانی به هم‌نوع خویش پیش قدم باشند. نوع دوستی در تمام ادیان الهی و خیررسانی به هم‌نوعان سفارش شده است. در این خدمات داوطلبانه تبادلات سالم اجتماعی نیز صورت می‌گیرد. افراد بسیاری از مسایل را از همدیگر یاد می‌گیرند و نیازهای اجتماعی همدیگر را برآورده می‌کنند.

خدمات نوع دوستانه انواع مختلفی به خود می‌گیرد مثلاً احسان و اطعام فقراء، رساندن کمک‌های لازم از قبیل لباس، پول برای افراد فقیر، عیادت افراد مریض، دادن حمایت‌های عاطفی برای افرادی که ناامید، افسرده و غمگین می‌باشند.

از لحاظ معنوی، حمایت از هم‌نوع، رساندن خدمات نوع دوستانه، می‌تواند بالقوه فواید زیادی داشته باشد. در زیر به برخی از آنها اشاره می‌کنیم: الف) زمانیکه از لحاظ معنوی افراد نیاز به تقویت دارند، این خدمات نوع دوستانه می‌تواند به تقویت معنویت آنان بیانجامد، ب) آنان را در برابر فشارهای دنیوی و تأثیرات منفی حوادث ناگوار مقاوم می‌سازد، ج) به آنان کمک می‌کند که از اشتغال ذهنی به مشکل خود بیرون بیایند و دنیا را در بافت معنویت و در گستره وسیع‌تری ببینند، د) به آنان کمک می‌کند که از خودبینی نجات پیدا کنند، و یاد بگیرند که به دیگران عشق بورزند، ه) به آنان کمک می‌کند که احساس تعلق نموده

و از لحاظ اجتماعی احساس قبول شدن در جمع کنند، و) احساس معنا در زندگی پیدا کنند و بدانند که وجودشان حداقل برای خوشبختی عده‌ای لازم است، ز) کمک می‌کند که قلب خود را با شادی و عشق هموعانشان لبریز کنند، ح) این احساس به آنان دست می‌دهد که احساس هماهنگی با خدا کنند، ط) این خدمات به آنان کمک می‌کند که با استرس‌ها، فقدان‌ها، و تروما مقابله کنند (پارگامنت، ۱۹۹۶).

مدارک قابل ملاحظه‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد کمک‌رسانی، و نوع دوستی فواید فیزیکی و روانشناختی زیادی دارد. مثلاً لوین^۱ (۱۹۹۴) بیان داشته است که مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد که حمایت‌های اجتماعی و کمک به دیگران که توسط ادیان مورد تشویق قرار می‌گیرد، «اثرات منفی استرس، عصبانیت، را شاید از طریق شبکه‌های ایمنولوژی روان عصب شناختی^۲ خنثی کند. (ص، ۶۰).

لاکس^۳ (۱۹۹۳) در کتاب قدرت درمانی انجام کارهای خیر از تحقیقاتی که بر روی هزاران داوطلب در سراسر آمریکا صورت گرفته است، نتیجه‌گیری کرده است که افراد داوطلب در کارهای خیر به طور مکرر گزارش داده‌اند که در مقایسه با افراد دیگر سلامتی بالاتری دارند. بسیاری از این افراد گزارش می‌دهند که زمانی سلامتی آنان رو به بهبودی گذاشت که کارهای داوطلبانه را شروع کردند. بسیاری از این افراد گزارش می‌دهند که کمک به دیگران و کارهای داوطلبانه به آنان انرژی بیشتری، احساس خوشی، و آرامش روانی می‌دهد. نتایج تحقیقات دیگر نشان داده است که ارائه حمایت‌های اجتماعی، و فرصت‌های کمک‌رسانی که توسط ادیان مورد تشویق قرار می‌گیرد موجب بهبود سلامت فیزیکی، و روانی گشته و نرخ مرگ و میر را پائین می‌آورد (مثلاً بنسون، ۱۹۹۶؛ پارگامنت، ۱۹۹۶).

تحقیقات در زمینه ترغیب روان درمانگران به مراجعان خود که در خدمات کمک‌رسانی و انجام خدمات داوطلبانه شرکت کنند خیلی روشن نیست. ریچاردز و پاتز در تحقیق پیمایشی خود متوجه شدند که روان درمانگران مرمون در هنگام درمان شرکت مراجعان خود در اجتماع مذهبی را تشویق می‌کردند. بال و گوددیر (۱۹۹۱) نیز چنین گزارشی را در مورد روانشناسان و مشاوران پروتستان گزارش داده‌اند. ولی دقیقاً مشخص نیست که این شرکت در اجتماع مذهبی چه اندازه در کارهای داوطلبانه درگیر می‌شده است، و تا چه اندازه آنان در کارهای خیر شرکت نموده و خدماتی را عرضه کرده و یا دریافت نموده‌اند. تا آنجا که اطلاعات حاضر نشان می‌دهد روان‌درمانگران معمولاً مراجعان خود را برای انجام کارهای نوع‌دوستانه، و شرکت در کمک‌رسانی دادن کمک‌های لازم به دیگران و گرفتن کمک‌های لازم از جامعه مذهبی تشویق نمی‌نمایند، دقیقاً نمی‌دانیم که چرا روان‌درمانگران مراجعان خود را با وجود اینهمه فوایدی که انجام کارهای داوطلبانه برای آنها دارد به انجام چنین کارهایی ترغیب نمی‌کنند.

پیشنهاد ما این است که روان‌درمانگران مراجعان خود را مخصوصاً زمانی که آنان احساس تنهایی می‌کنند، افسرده هستند و یا تغییرات عمده‌ای را در زندگی تجربه می‌کنند (مثلاً مرگ عزیزان، طلاق، از دست دادن شغل) در شرکت به کارهای خیر اجتماعی تشویق نمایند. حمایت‌های اجتماعی، و علایقی که در اجتماع‌های مذهبی وجود دارد، امکان دارد که زندگی این افراد را احیاء کند. البته این نوع خدمات نیز

1. Levin
2. psychoneuroimmunology

3. Luks

بایستی به تناسب وضعیت مراجعان به آنان داده شود برخی از مراجعان خودشان به اندازه کافی در این خدمات مشغول شده‌اند و سرشان به اندازه کافی شلوغ است، افزودن مشغله جدید بر اشتغالات قبلی شان شاید صلاح نباشد.

در هر صورت روان‌درمانگر علاقمند که تاریخچه اشتغالات مراجعان خود را می‌داند می‌تواند در این مورد تصمیم عاقلانه‌ای بگیرد و در صورت لزوم از منابع مذهبی جامعه موجود استفاده کند تا نیازهای اساسی فرد را برآورده سازد.

در کمک کردن به مراجعان که در کمک‌رسانی به دیگران و انجام کارهای داوطلبانه شرکت کنند، بایستی جانب احتیاط را در پیش گرفت. هرچند که افرادی وجود دارند که در این گونه جوامع با نیت کمک‌رسانی در کارهای خیر شرکت می‌کنند، تمام افراد موجود در این اجتماعات قابل اعتماد نیستند و یا صلاحیت این گونه کارها را ندارند. برخی از افراد در این گونه اجتماعات خودشان مشکلاتی دارند، می‌توانند از افرادی که برای کارهای کمک‌رسانی و انجام کارهای داوطلبانه معرفی می‌شوند بهره‌کشی کنند، و یا به نحو آسیب‌زایی با آنان برخورد نمایند.

بحث کنونی در این راستاست که روان‌درمانگران هرچند می‌توانند از منابع موجود در جامعه برای شرکت در کارهای خیر در صورت تمایل مددجویان استفاده کنند، ولی بایستی قبل از اقدام در این مسیر بررسی‌های لازم را کرده باشند. لازم است که روان‌درمانگران با روحانیون معتمد در این مورد مشورت کنند و افراد کارآ و مؤثر در این اجتماعات را شناسایی کنند تا در صورت لزوم با بصیرت و تیزبینی عمل نمایند. علاوه بر این دانستن نگرش مراجع در مورد اینگونه اجتماعات و شرکت در کارهای خیر و داوطلبانه ضروری است. البته رضایت کتبی مددجو لازم است قبل از اینکه در این زمینه‌ها اقدامات اساسی به عمل آید و با روحانیون و افراد دیگر در مورد شرکت دادن فرد موردنظر در کارهای داوطلبانه اقداماتی به عمل آید.

جستجوی رهنمودهای معنوی

جستجوی رهنمودهای معنوی سابقه کهن در ادبیات دینی و عرفانی ما دارد. در قرآن در سوره کهف حضرت موسی دنبال رهنمود معنوی است و از خداوند به صورت بارزی می‌طلبد که فردی را به او معرفی کند که بتواند به او رهنمود دهد. خداوند عبدصالح را به او معرفی می‌کند. در بسیاری از برداشته‌ها این فرد همان خضر بوده است که در داستان‌های عرفانی ما نقش بسیار اساسی پیدا کرده است. خضر با شرایطی می‌پذیرد که رهنمودهای معنوی در اختیار موسی قرار دهد ولی کلید این شرایط در صبر نهفته است. خضر از صبر موسی (ع) صحبت می‌کند و نگرانی خود را از اینکه موسی نتواند صبر کند تا بسیاری چیزها عیان شود ابراز می‌کند. داستان به قدری زیبا و پرمحتواست که توضیح ابعاد آن در این مختصر ممکن نیست (علاقمندان به تفاسیر عرفانی قرآن رجوع کنند و تفصیل این داستان را ملاحظه نمایند). ولی توصیه خضر به صبر کردن بسیار امر اساسی است چون مرشدوار می‌داند که بسیاری از مسایل روانی با پختگی و تحول

روانی و معنوی رخ می‌دهند که بدون آن پختگی درک بسیاری از مسایل برای مرید بسیار دشوار خواهد بود. مرید و راه رو باید صبر کند و تا پختگی درونی حاصل شود و زمان فهمیدن بسیاری از مسایل معنوی فرارسد تا اینکه او بتواند مسایل را درک کند. امروزه که اهمیت تحول معنوی، روانی، روانشناختی و عاطفی برای رسیدن به پختگی و درک بسیاری از مسایل عمیق همراه با آن توسط روان‌شناسان کشف و توصیف شده است، عمق حرف خضر را افراد بهتر از گذشته درک می‌کنند، و می‌دانند که یکی از صفات برجسته‌ای که رهرو باید داشته باشد صبر است. صبر تا اینکه شناخت لازم به موقع مناسب ایجاد شود، رشد معنوی به پختگی خود برسد، درمان‌ها و ریاضت‌ها اثرات خود را بگذارند. صبر برای اینکه آمادگی‌های درونی (روانی) و بیرونی (شرایط محیطی-اجتماعی) برای دریافت بسیاری از فیض‌ها از جمله درک و فهم مسایل آماده گردد. این صبر کردن اصلاً به انفعالی بودن و تنبلی کردن ربطی ندارد. شبیه این است که کشاورز تمام کوشش خود را می‌کند و از آبیاری کردن، فراهم کردن خاک مناسب و استفاده بجا از سم‌پاشی را انجام می‌دهد ولی مدت زمان مناسبی را باید صبر کند تا غوره به انگور شیرین و رسیده در تاکستان بدل گردد. یکی از خصیصه‌هایی را که رهبران معنوی باید در مراجعان خود ایجاد کنند صبر به جا و پرهیز از شتاب‌زدگی در پختگی معنوی می‌باشد.

در سوره کهف موسای جستجوگر است که دنبال خضر می‌گردد و از خداوند می‌خواهد که این بنده صالح را به او نشان دهد، این خود نشان می‌دهد که تا مراجع آمادگی لازم را نداشته باشد نمی‌تواند به جستجوی معنوی بپردازد و از آن بهره‌گیری. پس روان‌درمانگران در معرفی کردن چهره‌های معنوی به مراجعان خود لازم است که انگیزه و علاقه مراجعان خود را به مسایل معنوی و به تکاپوگری برای دریافت مرشد موردسنجش قرار دهند. عده‌ای از عرفای بنام معتقدند که وقتی فرد برای دیدار خضر زمان از درون آمادگی پیدا کرد خضر خودش را به او نشان می‌دهد. در اینجا نیز به مسأله پختگی و صبر در جستجوگری فعال برمی‌خوریم که قبلاً به آن اشاره شد. در مرحله‌سنجش آمادگی و اشتیاق مراجعان برای یافتن مرشد و دریافت رهنمودهای معنوی توسط روان‌درمانگران کشف و شناسایی شده است، روان‌درمانگران با توجه به آن داروها در این مرحله گام برمی‌دارند.

رهبر معنوی نیز باید مشخصاتی داشته باشد که به مهم‌ترین آنها به اختصار اشاره می‌شود. اولاً فرد خود سیر و سلوکی در معنویت داشته باشد و راه را از چاه در این زمینه تشخیص دهد، خواجه عبدالله انصاری به جا تذکر داده است: خفته را خفته کی کند بیدار. در ثانی فردی خود ساخته و تزکیه شده باشد که بتواند الگوی عملی نیز برای مراجعان قرار گیرد، و با عمل خویش بیش از کلام خود در رهنمود مراجعان مفید و مؤثر باشد. حضرت صادق (ع) فرموده‌اند: «کونوا دعاء الناس بغير النستكُم»، هدایت از طریق عمل صورت گیرد. ثالثاً به علم روانشناسی و درمانگری آشنا باشد و مراحل رشد معنوی مراجعان را در هدایت معنوی آنان ملحوظ بدارد.

گانجی - فلینگ و مکارتی^۱ (۱۹۹۱) رهنمودهای معنوی را به صورت زیر تعریف کرده‌اند: ارتباطی که

1. Ganje-Fling & Mc carthy

اهداف خود را در رشد پیوسته و مستمر معنوی خویش دارا باشد (ص، ۱۰۴). ورتینگتن و همکارانش آن را تفکر رهنمود شده درباره بعد معنوی زندگی فرد (ص، ۶۵) می‌دانند. معتقدان تمام ادیان جهانی در مواقعی رهنمود و ارشاد از رهبران معنوی خود جستجو می‌کنند. این رهبران می‌توانند فقها، مرشدان و در نهایت پیامبران باشند. سلسله‌های مختلفی در بسیاری از مسالک معنوی وجود دارند که معتقدند در نهایت این رهنمودها و ارشادها بایستی به پیامبران الهی وصل شوند. در مذهب شیعه مجتهد و فقیه دانا و متقی که ویژگی‌هایش در کتاب‌های مذهبی آورده شده است، این هدایت و رهبری را می‌تواند تحت لوای ائمه معصوم و در نهایت نبی اکرم (ص) به عهده بگیرد.

در برخی از نحله‌های مذهبی این ارشادها در حیطه معنویت قرار می‌گیرد و برخی نحله‌های دیگر شاید علاوه بر مسایل معنوی جنبه‌های اجتماعی، اقتصادی، روانی، خانوادگی و ارشادهای روزمره فرد را نیز به عهده بگیرند.

دوره‌های آموزش و انضباط معنوی نیز در نحله‌های متفاوت مختلف می‌باشد. در کتابهای عرفانی این دوره‌های آموزش به تفصیل آورده شده است. در کتاب‌های روان‌درمانگری معنوی نیز طول این دوره‌ها را از چند جلسه تا آموزش طولانی مدت ذکر کرده‌اند. لازم به یادآوری است که مهارت‌مرشد و آمادگی و استعداد مرید نیز در طول این جلسات تأثیر می‌گذارد. ساختار این جلسات نیز می‌تواند رسمی، نیمه رسمی و یا کاملاً غیررسمی و ارتجالی باشد.

هرچند که رهنمون گرفتن از رهبران معنوی سابقه طولانی دارد، تحقیقات تجربی در مورد اثرات این رهنمودها در سلامت معنوی و روانی نسبتاً نادر است. تحقیقات پیمایشی نشان می‌دهند که مردم عموماً بر این باورند که در حل مشکلات عاطفی گروه‌های مذهبی و روحانیون به آنان کمک نموده‌اند (برگین و لامبرت، ۱۹۷۸، لامبرت و برگین، ۱۹۹۴). تحقیق آزمایشی با گروه‌های مقایسه‌ای نشان داد که اثر مشاوره گرفتن از سوی روحانی همانند تأثیر دریافت درمان از طریق متخصصان در کاهش افسردگی بوده است (پروپست^۲ و همکاران، ۱۹۹۲). به نظر می‌رسد که افراد معتقد به انحاء مختلف از گرفتن رهنمودهای معنوی از سوی رهبران مذهبی‌شان بهره می‌برند که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: الف) افزایش روشنگری و رشد معنوی، ب) رها شدن از گناه توسط توبه‌ای که رهبران به او آموزش می‌دهند و رهایی از احساس گناه و شرمندگی، ج) گرفتن رهنمودهایی در کنار آمدن با مشکلات اقتصادی، خانوادگی و اتفاقات ناخوشایند، د) معنا پیدا کردن در سختی‌ها و رنج‌های زندگی (دریافت معنای الوهی در اتفاقات)، ه) رهنمون گرفتن در مورد مسایل اقتصادی (مثلاً معرفی نمودن به صندوقهای قرض الحسنه، خ) آشنا شدن با تکنیک‌های مقابله‌ای که قرن‌هاست توسط افراد مورداستفاده قرار گرفته و مفید بودن آنها در سازگاری مورد تأیید افراد بوده است. مثل دعا کردن برای تقرب و روشنگری، مثل روش‌های مقابله‌ای صبر، واگذاری امر به خدا، توکل به خدا، مثل صلح ارحام (دید و بازدیدهای نزدیک خانوادگی). امید بر این است که روانشناسان با بکارگیری تحقیقات آزمایشی در این زمینه‌ها اثرات این تکنیک‌ها را از لحاظ تجربی روشن‌تر نمایند.

در حال حاضر مراکز مشاوره از روحانی که به معنویات مراجعان رسیدگی کند و به آنها در حل مشکلات معنوی کمک نماید استفاده می‌کنند و این یک تمرین پربرکتی است که روانشناسان و روان‌درمانگران لازم دیده‌اند مشکلات معنوی و مذهبی مراجعان خود را مورد بررسی قرار دهند. برای مؤثر نمودن نقش روحانی در کلینیک‌های مشاوره‌ای لازم است اولاً ارتباط بین روانشناسان، روان‌پزشکان و روحانیون در کلینیک‌ها و مراکز مشاوره قوی‌تر شود. روحانیون و سایر اعضای تیم درمانی روش‌سیستمی درمان زیستی - اجتماعی - روانی - معنوی را بین همدیگر توجیه کنند و مشخص کنند که چگونه بیماریهای روانی مختلفی مثل افسردگی، اضطراب، وسواس می‌توانند ریشه‌های معنوی داشته باشند. در ثانی روحانیون لازم است با تکنیک‌های روانشناسی آشنا شوند که به صورت مؤثرتری بتوانند به مراجعان خود کمک نمایند. علاوه بر این داده‌های اثربخشی مداخلات معنوی و مذهبی جمع‌آوری شود تا از لحاظ تجربی روشن شود که چه نوع درمان‌های معنوی با چه نوع مراجعانی و با چه فرایندی مفیدتر می‌باشند. هرچند که به صورت جدی وارد کردن بعد معنویت در درمان چالش‌آور خواهد بود. ولی برکات و حسنات آن هم برای روحانی و هم برای تیم درمانگران بسیار مفید خواهد بود و کارآیی درمان‌های تلفیقی (معنوی - روانی - زیستی - اجتماعی) را نسبت به درمان‌های تک بعدی نشان خواهد داد.

اطلاعات در زمینه این‌که چگونه رشد معنوی افراد (فاولر^۱، ۱۹۹۱) در برداشت آنان از متون دینی و تعبیر و تفسیرهای آشکار و تلویحی مراجعان تأثیر می‌گذارد به روحانیون کمک خواهد نمود که مداخلات معنوی را متناسب با رشد معنوی افراد ارائه دهند. مهمتر از این مسأله شناسایی آسیب‌های وارده بر دینداری و معنویت افراد است که در فرایند تحول بنا به دلایل مختلف (از جمله سبک‌های تربیتی والدین تحول سبک دلبستگی افراد نسبت به موضوعات دلبستگی) فراهم آمده است. افرادی که در رشد و تحول معنوی آسیب دیده‌اند، نمی‌توانند به راحتی، با مسایل معنوی و مذهبی کنار بیایند. نوع آسیب‌های آنان در روند تحول باید شناخته شود و متناسب با نوع آسیبی که دیده‌اند برای بهبود معنوی آنان روان‌درمانگری مناسب تنظیم شود.

بنا به دلایل فوق است که روحانیون علاقمند در حرفه مشاوره و روان‌درمانگری لازم است بطور عمیق با روانشناسی و مدل‌های تحولی معنویت آشنا شوند. پیدا کردن تحریف‌های شناختی در معنویت نیز در برداشت مراجعان تأثیر می‌گذارد. افرادی از مراجعان در مسایل معنوی افکار ناکارآمد دارند. مثلاً فکر می‌کنند که خداوند آنان را دوست ندارد و به حال خودشان رها کرده است یا فکر می‌کنند که در اثر ارتکاب گناه معمولی از نظر خدا افتاده‌اند. شناخت درمانی معنوی به این افراد کمک می‌کنند که آنان این افکار ناکارآمد را تصحیح کنند و بتوانند رابطه صمیمی و توأم با عشق و محبت با خدای خود برقرار نمایند. تعدادی از روانشناسان علاوه بر چالش‌های فکری که برای مراجعان خود در تعبیر و تفسیر متون ایجاد کرده‌اند و تعبیر و تفسیرهای آنان را از متون تصحیح و کارآمد نموده‌اند، آنان را برای مطالعه بیشتر در متون دینی در ارتباط با مشکلی که دارند ترغیب نموده‌اند. این گونه روانشناسان فکر مراجعان را با نص دینی

مواجهه نموده‌اند و در اثر فهم بهتر نص دینی شناخت آنان از دین و موضع‌گیری معنوی تغییر یافته و آنان در اثر تغییر در حیطه شناختی و برداشت کارآمد از معنویت بهبود یافته‌اند. همه این فنون که در دسترس یک روحانی به عنوان درمانگر معنوی عمل می‌کند قرار دارد. بهر حال دانش عمیق روانشناختی برای این روحانیون لازم است تا بتوانند به مراجعان خود به طور مؤثرتری کمک نمایند.

بحث و نتیجه‌گیری

نقش معنویت در سلامت روانی از قدیم مورد توجه بوده است. پیامبران الهی در صحف عهد قدیم، عهد جدید و قرآن کریم به نقش اساسی معنویت در فلاح و رستگاری انسان‌ها اشاره نموده‌اند. قرآن به صراحت به تأثیر معنویت و ایمان در رستگاری، خروج از ظلمات (جهل) و رسیدن به نور فلاح (الهام و اشراق) اشاره می‌کند. به هر حال بعد از رنسانس التفات به علوم تجربی صرف و سوق دادن علوم انسانی به سوی الگوهای کاهش‌گرانه‌ی تحصیلی موجب دوری برخی از روانشناسان (از جمله فروید، ایس و اسکینر) از توجه به اهمیت معنویت در نقش سلامت روان انسان‌ها گردید. به هر حال روانشناسان بزرگی چون یونگ، جیمز، فرانکل و مازلو هرگز اهمیت بعد معنوی را در رشد و بالندگی انسان‌ها فراموش نکردند. یونگ عمیق‌تر از دیگر روانشناسان با استفاده از داستان‌های مذهبی، مطالعه در کتب مقدس از جمله قرآن، تورات و انجیل و تحلیل روشمندانه‌ی کوشش کیمیاگران و اهل تصوف و عرفان به نقش مذهب و معنویت در سلامت و یکپارچگی روانی و معنوی انسان‌ها پی برد. او با تعبیر خواب‌های مراجعان خود به صورت تجربی برداشت‌های خود را از کتب مقدس، داستان‌های مذهبی و کار کیمیاگران در معرض تجربه و آزمایش گذاشت و دریافت که روان ناخودآگاه جمعی مرکز و جایگاه معنویت و مذهب و دستورات مذهبی در انسان‌هاست، تا زمانی که این خزائن ناخودآگاه به صورت خودآگاه در نیایند انسان به سلامت و تمامیت و کمال نمی‌رسد. او هدف درمان را عبارت از رشد و کمال بعدهای روانی و معنوی انسان‌ها دانست و مثل ابن عربی به این نتیجه رسید که روان درمانگر نیز مثل یک کیمیاگر باید طلای ناب فطری (فطرت پاک انسانی) را از آلودگی‌های روان آزاد کنند (به نقل از بوركهارت، ۱۹۶۷) تا انسان بتواند به کمال خود برسد. شاید مطالعات عمیق یونگ در عرفان اسلامی و کیمیاگری به او این بینش را داده بود و شاید هم کاربرد روان تحلیلگری فرویدی به صورت کاهش‌گرانه ناکارآمدی خود را به او نشان داده بود و او را به سوی تهیه‌ی یک الگوی جامع روانشناختی سوق داده بود که معنویت قسمت عمده‌ی آن به شمار می‌آمد. او دریافت که روان‌درمانگر نیز مثل یک کیمیاگر در آزاد نمودن طلا (فطرت پاک آدمی) از آلودگی‌های دیگر بایستی از طبیعت انسان‌ها کمک بگیرد و وضعیت معنوی و روانی مراجع خود را دقیقاً بسنجد، خود نیز بعنوان کاتالیزور فرآیند رشد انسانی و رسیدن او به کمال معنوی را تسهیل نماید و در این فرایند به فرد کمک کند که مس وجود خویش (روان خود) را به طلای ناب (جوهر فطری و متعالی) تبدیل کند. البته در این فرایند تبدیل توفیق خداست که نقش اساسی بازی می‌کند. بدون توفیق خداوندی کوشش‌های درمانگر

بی توفیق خواهد بود. علاوه بر این در فرایند تبدیل نفس اماره به نفس مطمئنه در مراجعان، روان درمانگر نیز تغییر می‌یابد. تغییرات درون روان درمانگر نقش اساسی در درمان مراجعان دارد. تا زمانی که فرایند درمانی از روی اخلاص صورت نگیرد و احترام متقابل بین درمانگر و مراجع حفظ نشود فرآیند درمان به کندی پیش خواهد رفت. انجام مناسک مذهبی، استفاده از سمبول‌های معنوی و مذهبی فهم داستان‌های مذهبی تا جایی که به شناسایی نیروهای ناخودآگاه انسان کمک کنند و به ارتباط انسان با عمق وجود خود و ارتباط با روان ناخودآگاه کمک کنند و به یکپارچگی بعد عقلانی و عرفانی و مذهبی انسان بینجامند، نقش اساسی را در سلامت و رشد و کمال (تفردیابی) او بازی می‌کنند. علاوه بر این، اعتراف به کاستی‌ها در برابر خدا به جای انکار و فرافکنی تقصیرات خود به خدا و دیگر نیروها، فرآیند درمانی را تسهیل می‌کند. به دلایل فوق بود که بخش اول کتاب به شرح نظریات یونگ به عنوان یک روانشناس معنوی اختصاص داده شد. هر چند که این کتاب دربرگیرنده‌ی تمام نظریات یونگ در مورد اهمیت معنویت و سلامت و بالندگی انسان‌ها نمی‌باشد، حتی المقدور سعی شده است که به عنوان یک چاشنی قوی شمه‌ای از عقاید و تحقیقات او در این زمینه آورده شود تا علاقمندان برای مطالعات بیشتر به منابعی که در آخر کتاب داده شده است رجوع کنند. عمق نوشته‌های یونگ به عنوان یک پژوهشگر پیشرو در قلمروی روانشناسی دین و معنویت باعث شده است که نقش او در این کتاب برجسته‌تر از بقیه‌ی روانشناسان نشان داده شود. به علت محدودیت فضای نوشتاری مجال پرداختن به همه‌ی نظریه‌های معنویت به طور مسبوط ممکن نشد و در این مختصر به آوردن نظرات یونگ به صورت کلی اکتفا شد و به نظرات دیگر روانشناسان به اجمال پرداخته شد.

بخش دوم این کتاب به بحث در مورد مسایل کاربردی پرداخته است. در این قسمت روش‌های انسجام درمان‌های معنوی و مذهبی با مشاوره و روان‌درمانگری نشان داده شده است. در این قسمت از تحقیقات روانشناسان در زمینه‌ی به کارگیری معنویت در جلسات درمانی و خارج از جلسات درمانی به صورت فشرده استفاده شده است و سعی شده روش‌هایی برای درمان معنوی پیشنهاد شود که قبلاً مورد تحقیق و بررسی قرار گرفته‌اند و کارآیی آنها در درمان اختلالات روانی نشان داده شده است. بخش دوم کتاب از دو فصل عمده تشکیل شده است که هر دو مکمل یکدیگر می‌باشند. فصل سنجش و اندازه‌گیری وضعیت معنوی و تاریخچه‌ی تحول معنوی مراجعان (فصل سوم کتاب)، به روان‌درمانگران و مشاوران کمک می‌کند تصمیم بگیرند که آیا می‌خواهند درمان معنوی را به همراه درمان‌های دیگر به کار گیرند و در صورت به کارگیری درمان‌های معنوی به روان‌درمانگران کمک می‌کند که در مورد فرایند کار آگاهانه تصمیم بگیرند. روان‌درمانگران در به کارگیری روش‌های درمان معنوی از یافته‌های حاصل از سنجش ویژگی‌های مراجعان خود استفاده می‌کنند تا درمان متناسب با وضعیت مراجع خود را انتخاب نمایند. روان‌درمانگران در فصل چهارم کتاب با تعدادی از درمان‌های متداول معنوی ارائه شده که قبلاً به کار گرفته شده‌اند و کارآیی آنها تا حدی به محک آزمایش گذاشته شده است آشنا خواهند شد. البته به علت کمبود تحقیقات در کشور اسلامی ایران در این قسمت بیشتر از تحقیقات خارجی استفاده شده است و این امر

نشان می‌دهد که روانشناسان ماهر تا حدی بنا به مهارت خود این روش‌ها را در بافت فرهنگ اسلامی ایران تعدیل خواهند نمود تا با وضعیت روانی و معنوی آنان منطبق سازند. در کل مجموعه‌ی ارائه شده قسمت نظری درمان معنوی و بعد عملی آن را در بر می‌گیرد و امید است که تلفیق معنویت با روان‌درمانگری مفید واقع شده و روان‌درمانگران را در ارائه‌ی خدمات جامع به مراجعان خود یاری نماید.

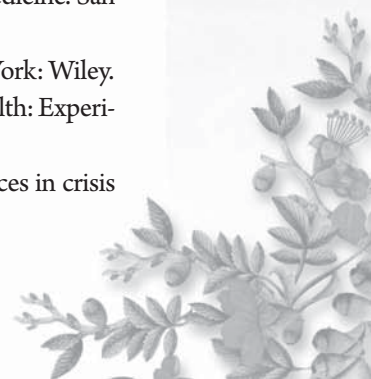
منابع فارسی

- انصاری الهروی، عبدالله بن محمد (۱۳۶۰). صد میدان (به اهتمام قاسم انصاری). تهران - کتابخانه‌ی طهوری.
رومی، محمد جلال‌الدین بلخی (۱۳۶۰). مثنوی (به تصحیح نیکلسون)، تهران: امیرکبیر.
جلال‌الدین آشتیانی (۱۳۵۴). معاد جسمانی: شرح برزاد المسافر ملاصدرا. مشهد: مؤسسه‌ی چاپ و انتشار و گرافیک دانشگاه فردوسی.
جامی، نورالدین عبدالرحمن (۱۳۸۳). لواط، تهران: اساطیر.
بینا، محسن (۱۳۷۴). مقامات معنوی، ترجمه و تفسیر منازل السائرین خواجه عبدالله انصاری. تهران: مؤلف.
انصاری الهروی، عبدالله بن محمد (۱۳۵۵). منازل السائرین، کابل: بیهقی.
مولوی - محمد بلخی، جلال‌الدین (۱۳۸۳). گزیده‌ی غزلیات شمس (مقدمه و شرح لغات و ترکیبات و فهارس به کوشش محمدرضا شفیعی کدکنی). تهران: شرکت سهامی کتاب‌های جیبی با همکاری مؤسسه‌ی انتشارات امیرکبیر.

منابع انگلیسی

- Alport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443.
- Ansari al-Harawi, Abd Allah ibn Muhammd (1983). *Sad maydan. Hundred fields between man and God* (trans. Munir Ahmad Mughal). Lahore: Islamic Book Foundation.
- Ball, R. A., & Goodyear, R. K. (1991). Self-reported professional practices of Christian psychologist. *Journal of Psychology and Christianity*, 10, 144-153.
- Batson, C. D., Schoenrade, P., & Ventis, W. C. (1993). *Religion and the individual: A social-psychological perspective*. New York: Oxford University Press.
- Beatler, L. E., & Clarkin, J. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- Beit-Hallahmi, B. (1992). Between religious psychology and psychology of religion. In M. Finn & J. Gartner (Eds.), *Object Relations Theory and religion: clinical applications* (pp. 119-128). West port, CT: Praeger.
- Benson, H. (1996). *Timeless healing: The power and biology of belief* New York: Scribner.
- Benson, P. L. & Spilka, B. (1973). God image as a function of self-esteem and locus of control. *Journal for the Scientaia Study of Religion*, 12, 297-310.
- Bergin, A. E. (1983). Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 170-184.
- Bergin, A. E. (1988). The contributions of spiritual perspective to counseling, psychotherapy, and behavior change. *Counseling and Values*, 32, 21-31.
- Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (Eds.) (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed.) New York: Wiley.

- Bergin, A. E., & Jensen, J. P. (1990). Religiosity of Psychotherapists: A national Survey. *Psychotherapy*, 27, 3-7.
- Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Barfield & A. E. Bergin (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An empirical analysis* (2nd ed., pp. 137-189). New York: Wiley.
- Bergin, A. E., Masters, K. S., & Richards, P. S. (1987). Religiousness and mental health reconsidered: A study of an intrinsically religious sample. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 197-204.
- Bergin, A. E., Masters, K. S., Stinchfield, R. D., Gaskin, T. A., Sullivan, C. E., Reynolds, E. M., & Greaves, D. (1994). Religious life-styles and mental health. In L. B. Brown (Ed.). *Religion, Personality, and Mental Health* (pp. 69-93). New York: Springer-Verlag.
- Bergin, A. E., Stinchfield, R. D., Gaskin, T. A., Masters, K. S., & Sullivan, C. E. (1988). Religious life styles and mental health: An exploratory study. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 91-98.
- Borysenko, J., & Borysenko, M. (1994). *The power of mind to heal: Renewing body, mind, and spirit*. Carson, CA: Hay House.
- Burckhardt, T. (1960). *Alchemy* (trans. by Stoddart, Olten). UK: Robert Cunningham and Sons Ltd.
- Carlson, C. R., Bacasera, P. E., & Simanton, D. A. (1985). A controlled evaluation of devotional meditation and progressive relaxation. *Journal of Psychology and Theology*, 16, 362-368.
- Chamberlain, R. B., Richards, P. S., & Scharman, J. S. (1996). Using spiritual perspectives and interventions in psychotherapy: A qualitative study of experienced AMCAP therapists. *Association of Mormon Counselors and Psychotherapists Journal*, 22, 29-74.
- Chandler, C. K., Holden, J. M., & Kolander, C. A. (1992). Counseling for spiritual wellness: Theory and practice. *Journal of Counseling and Development*, 71, 168-175.
- Dehing, J. (1992). The therapist's interventions in Jungian analysis. *Journal of Analytical Psychology*, 37, 29-47.
- DiBlasio, F. A. (1992). Forgiveness in psychotherapy: Comparison of older and younger therapists. *Journal of Psychology and Christianity*, 11, 181-187.
- DiBlasio, F. A. (1993). The role of social workers' religious beliefs in helping family members forgive. *Families in Society*, 74, 163-170.
- Dickie, J. R., Merasco, D. L., Geurink, A., & Johnson, M. (1993 August). Mother, father, God, Children's perceptions of nurturing authority figures. Paper presented at the 101st Annual Convention of American Psychological Association, Toronto, Canada.
- Dossey, L. (1993). *Healing words: The power of prayer and practice of medicine*. San Francisco: Harper Collins.
- Dry, A. M. (1961). *The psychology of Jung: A critical interpretation*. New York: Wiley.
- Duckro, P. N., & Magaletta, P. R. (1994). The effect of prayer on physical health: Experimental evidence. *Journal of Religion and Health*, 33, 211-219.
- Duncan, H. D., Eddy, J. P., & Haney, C. W. (1981). Using religious resources in crisis



intervention. *Counseling and Values*, 25, 178-191.

Eliade, M. (1959). *The sacred and profane: The nature of religion*. New York: HBJ.

- Ellis, A. (1980). Psychotherapy and atheistic values: A response to A. E. Bergin's psychotherapy and religious values. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 635-639.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Ferm, V. (1945). *The encyclopedia of religion*. Secaucus, NJ: Polar.
- Finney, J. R., & Maloney, H. N. (1985b). Contemplative prayer and its use in psychotherapy: A theoretical model. *Journal of Psychology and Theology*, 13, 172-181.
- Fowler, J. W. (1991). Stages in faith consciousness. In F. K. Oser & W. G. Scarlett (Eds.), *Religious development in childhood and adolescence*. (pp. 27-45). San Francisco: Jossey-Bass.
- Fowler, J. W. (1996). Pluralism and oneness in religious experience: William James, faith-development theory, and clinical practice. In E. P. Shafranske (Ed.), *Religion and the Clinical Practice of Psychology* (pp. 165-186). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gallup, G. Jr., & Jones, S. (1989). *One hundred questions and answers: Religion in America*. Princeton, NJ: Princeton Religious Research Center.
- Ganje-Fling, M. A., & McCarthy, P. R. (1991). A comparative analysis of spiritual direction and psychotherapy. *Journal of Psychology and Theology*, 19(1), 103-117.
- Ganje-Fling, M. A., & McCarthy, P. R. (1994, April). Impact of childhood sexual abuse on client's spiritual development: Counseling implications. Paper presented at the annual convention of American Counseling Association, Minneapolis, MN.
- Gartner, J., Larson, D. B., & Allen, G. D. (1991). Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 6-25.
- Glock, C. Y., & Stark, R. (1965). *Religion and society in tension*. Chicago: Rand McNally.
- Gorsuch, R. L., & McPherson, S. E. (1989). Intrinsic/extrinsic measurement: I/E-revised and single-item scale. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 28, 348-354.
- Gorsuch, R. L., & Miller, W. R. (1999). Assessing spirituality. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating Spirituality in to Treatment* (pp. 47-64). Washington, DC: American Psychological Association.
- Greeley, A. (1981). *The religious imagination*. New York: Sadlier.
- Hall, C. S., & Lindzey, G. (1978). *Theories of Personality* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Hall, J. A. (1989). *Jung: Interpreting your dreams — A guide book to Jungian dream philosophy and psychology*. New York: St. Martin's Press. (Cassette, booklet accompanying audio renaissance tape, Inc., Los Angeles, CA, entitled, *Jung: Interpreting your dreams*).
- Hall, N. (1991). *Chaos: A guide to the new science of disorder*. New York: W. W. Norton.
- Harris, A. S. (1996). *Living with paradox: An introduction to Jungian Psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks-Cole.
- Hebl, J., & Enright, R. D. (1993). Forgiveness as a psychotherapeutic goal with elderly

females. *Psychotherapy*, 30, 658-667.

■ Helminiak, D. A. (2001). Treating spiritual issues in secular psychotherapy. *Counseling and values*, 45, 163-189.

■ Hope, D. (1987). The healing paradox of forgiveness. *Psychotherapy*, 24, 240-244.

■ Hughes, P. J. (1989). *The Australian clergy: Report from the combined churches survey for faith and mission*. Melbourne, Australia: Acorn Press.

■ Hunt, R. A., & King, M. B. (1971). The intrinsic-extrinsic concept: A review and evaluation. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 10, 339-356.

■ Ibrahim, F. A. (1985). Effective cross-cultural counseling and psychotherapy: A framework. *The counseling psychologist*, 13, 625-638.

■ James, W. (1936). *The varieties of religious experience*. New York: Modern library. (Original work published 1902).

■ Jones, S. L. (1994). A constructive relationship for religion with the science and profession of psychology: Perhaps the bolder model yet. *American Psychologist*, 49, 184-199.

■ 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.

■ Joyce, C. R. B., & Welldon, R. M. C. (1965). The objective efficacy of prayer: A double-blind clinical trial. *Journal of Chronic Disease*, 18, 367-377.

■ Jung, C. G. (1910). The association method. *American Journal of Psychology*, 21, 219-240.

■ Jung, C. G. (1938). *Psychology and religion*. New Haven, CT: Yale University Press.

■ Jung, C. G. (1951). *Aion*, Zurich: Rascher.

■ Jung, C. G. (1953). *Psychology and alchemy*. (R. F. C. Hull, trans.) New York: Penguin Books.

■ Jung, C. G. (1953). *Two essays on analytical psychology*. *Collected works*, vol.7, (R. F. C. Hull, trans.). New York: Pantheon Books.

■ Jung, C. G. (1954b). *The practice of psychotherapy*. *Collected works*, vol. 16 (R. F. C. Hull, trans.) New York: Pantheon Books.

■ Jung, C. G. (1955). *The interpretation of nature and psyche*. *Synchronicity: An acausal connecting principle*. New York: Pantheon Books.

■ Jung, C. G. (1958). *Psychology and religion: West and East*. (Coll. work 11, translated by R. F. C. Hull). New York: Pantheon Books.

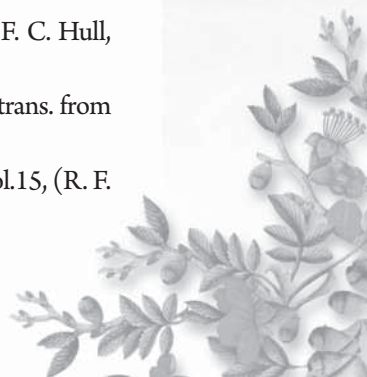
■ Jung, C. G. (1960a). *The psychogenesis of mental disease*. *Collected works*, vol.3 (R. F. C. Hull, trans.). New York: Pantheon Books.

■ Jung, C. G. (1960b). *The structure and dynamics of psyche*. *Collected works*, vol.8 (R. F. C. Hull, trans.). New York: Pantheon Books.

■ Jung, C. G. (1961). *Freud and psychoanalysis*. *Collected works*, vol.4 (R. F. C. Hull, trans.). New York: Pantheon Books.

■ Jung, C. G. (1963). *Memories, dreams, reflections*, (edited by Aniela Jaffe trans. from German by Richard and Clara Winston.). New York: Pantheon Books.

■ Jung, C. G. (1966). *The spirit in man, art, and literature*. *Collected works*, vol.15, (R. F.



C. Hull, trans.). New York: Pantheon Books.

■ Jung, C. G. (1967). *Alchemical studies*. Collected works, vol.13, (R. F. C. Hull, trans.). Princeton, NJ: Princeton University Press.

■ Jung, C. G. (1971a). *Aion*. In J. Campbell (Ed.), *The portable Jung* (R. F. C. Hull, trans.) (pp.139-162). New York: Penguin Books.

■ Jung, C. G. (1971b). *Personality types*. In J. Campbell (Ed.), *The portable Jung* (R. F. C. Hull, trans.) (pp. 178-272). New York: Penguin Books.

■ Jung, C. G. (1971e). *The structure of the psyche*. In J. Campbell (Ed.), *The portable Jung* (R. F. C. Hull, trans.) (pp.Z3-4.6). New York: Penguin Books.

■ Kaufmann, Y. (1989). *Analytical Psychotherapy*. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current Psychotherapies* (4th ed., pp. 118-125). Itasca, IL: F. E. Peacock.

■ King, M. B. (1967). *Measuring the religious variable: Nine proposed dimensions*. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 6, 173-190.

■ King, M. B., & Hunt, R. A. (1969). *Measuring the religious variable: Amended findings*. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 8, 321-323.

■ Kirkpatrick, L. A. (2005). *Attachment, evolution, and the psychology of religion*, New York: The Guilford Press.

■ Kirkpatrick, L. A., & Hood, R. W., Jr. (1990). *Intrinsic-extrinsic religious orientation: The boon or bane of contemporary psychology of religion?* *Journal for the Scientific Study of Religion*, 29, 442-462.

■ Koenig, H. G., Pitchett, J. (1998). *Religion and psychotherapy*, In H. G. Koenig (Ed.), *Handbook of Religion and Mental Health*, (pp. 323-336): San Diego, CA: Academic Press.

■ Koltko, M. E. (1990). *How religious beliefs affect psychotherapy: The example of Mormonism*. *Psychotherapy*, 27, 132-141.

■ Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). *The effectiveness of psychotherapy*. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143-189). New York: Wiley.

■ Lawrence, R. T. (1991). *The God Image Inventory: The development, validation, and standardization of a psychometric instrument for research, pastoral and clinical use in measuring the image of God*. Unpublished doctoral dissertation, The Catholic University of America, Washington, DC.

■ Levin, J. S. (1994). *Investigating the epidemiologic effects of religious experience*. In J. S. Levin (Ed.), *Religion in aging and health: Theoretical Foundations and Methodological Frontiers*, (pp. 3-17). Thousand Oaks, CA: Sage.

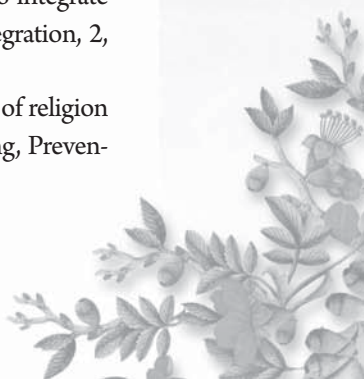
■ Lovinger, R. J. (1984). *Working with religious issue in therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

■ Lovinger, R. J. (1990). *Religion and counseling: The psychological impact of religious belief* New York: Continuum.

■ Luks, A. (1993). *The healing power of doing good*. New York: Balantine Books.

■ Maloney, H. N. (1985). *Assessing religious maturity*. In E. M. Stem (Ed.) *Psychotherapy and the religiously committed patient*. (pp. 25-33). New York: Haworth Press.

- Maloney, H. N. (1988). The clinical assessment of optimal religious functioning. *Review of Religious Research*, 30, 3-17.
- Mathews, D. A., & Clark, C. (1998). *The faith factor: Proof of the healing power of prayer*. New York: Viking.
- May, R. (1961) (Ed.). *Existential psychology*. New York: Random House.
- McCullough, M. E. & Worthington, E. L., Jr. (1994a). Models of interpersonal forgiveness and their applications to counseling: Review and critique. *Counseling and Values*, 39, 2-14.
- McCullough, M. E., & Worthington, E. L., Jr. (1994a). Encouraging clients to forgive people who have hurt them. Review, critique, and research prospectus. *Journal of Psychology and Theology*, 22, 15-29.
- McCullough, M. E., Sandage, S. J., Worthington, E. L. (1997). *To forgive is human*. Donners Grove, IL: Intervarsity Press.
- Meadow, M. J. & Kahoe, R. D. (1984). *Psychology of religion: Religion in individual lives*. New York: Harper & Row.
- Miller, G. A. (2003). *Incorporating spirituality in counseling and psychotherapy: Therapy and techniques*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Miller, J. P. (1994). *The contemplative practitioner: Meditation in education and the professions*. Westport, CT: Bergin & Garvey.
- Nystul, M. S. (1993). *The art and science of counseling and psychotherapy*. New York: MacMillan.
- Otto, R. (1936). *The idea of the holy: An inquiry into the non-rational factor in the idea of divine and its relation to the rational* [trans. by John W. Harvey]. London: Oxford University Press.
- Pargament, K. I. (1996). Religious methods of coping. Resources for the conservation and transformation of significance. In E. Shafranske (Ed.), *Religion and the Clinical Practice of Psychology* (pp. 215-239). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pargament, K. I. (1996). Religious methods of coping: Resources for the conservation and transformation of significance. In E. Shafranske (Ed.), *Religion and Clinical Practice of Psychology*, (pp. 215-239). Washington, DC : American Psychological Association .
- Pargament, K. I., Echemendia, R. J., Johnson, S., Cook, P., McGrath, C., Myers, J. G., & Brannick, M. (1987). The conservative church: Psycho-social advantage and disadvantage. *American Journal of Community Psychology*, 15, 269-286.
- Pargament, K. I., Kendell, J., Hathaway, W., Grenvengood, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and problem-solving process: Three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27, 90-104.
- Payne, I. R., Bergin, A. E., & Loftus, P. E. (1992). A review of attempts to integrate spiritual and standard psychotherapy techniques. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2, 171-192.
- Payne, I. R., Bergin, A. E., Bielema, K. A., & Jenkins, P. H. (1991). Review of religion and mental health: Prevention and the enhancement of psychosocial functioning, *Prevention in Human Services*, 9, 11-40.



- Philip, H. L. (1958). *Jung and the problem of evil*. New York: R. M. McBride.
- Propst, L. R., Ostrom, R. Watkins, P., Dean, T., Dean, T., & Mashburn, D. (1992). Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 94-103.
- Richards, P. S. (1991). Religious devoutness in college students: Relations with emotional adjustment and psychological separation from parents. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 189-196.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (1997). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2000) (Eds.). *Handbook of psychotherapy and religious diversity*, Washington, DC: American Psychological Association.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2004). *Case book for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy*, Washington, DC: American Psychological Association.
- Richards, P. S., & Potts, R. (1995b). Spiritual interventions in psychotherapy: A survey of practices and beliefs of AMCAP members. *Association of Mormon Counselors and Psychotherapists Journal*, 2], 39-68.
- Richards, P. S., & Potts, R. W. (1995a). Using spiritual interventions in psychotherapy: Practices, success, failure, and ethical concerns of Mormon psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 163-170.
- Richards, P. S., Smith, S. A., & Davis, L. F. (1989). Healthy and unhealthy forms of religiousness manifested by psychotherapy clients: An empirical investigation, *Journal of Research in Personality*, 23, 506-524.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Counseling Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*: Boston: Houghton Mifflin.
- Rumi, Jalal al-Din (1990). *The Mathnawi of Jalaluddin Rumi* (translation & commentary by Reynold A. Nicholson). Cambridge: The Trustees of the "E. J. W. Gibb Memorial".
- Rychalk, J. F. (1973). *Introduction to personality and psychotherapy: A theory construction approach*, Boston: Houghton Mifflin.
- Smart, N. (1983). *Worldviews: Cross cultural explorations of human beliefs*. New York: Scribner.
- Smart, N. (1993). *Religions of Asia*. Englewood cliffs. NJ: Prentice Hall.
- Smith, B. D., & Vetter, H. J. (1991). *Theories of personality* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Smith, J. C. (1975). Meditation as psychotherapy: A review of literature, *Psychological Bulletin*, 82, 558-569.
- Spero, M. H. (1992). *Religious objects as psychological structures*. Chicago: University of Chicago Press.
- Sue, D., & Sue, D. (1990). *Counseling the culturally different: Theory and practice* (2nd

ed.) New York: Wiley.

■ Swinton, J. (2001). *Spirituality and mental health care: Rediscovering a forgotten dimension*, Philadelphia: J. Kingsley Publisher.

■ The American Psychiatric Association (1994). *The American Psychiatric Association Auxiliary Cook Book: 150 years of cooking and caring*, Washington, DC: The Association.

■ West, W. (2000). *Psychotherapy and spirituality: Crossing the line between therapy and religion*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

■ Worthington, E. L., Jr., Kurusu, T. A., McCullough, M. E., & Sanders, S. J. (1996). Empirical research on religion and psychotherapeutic process and outcomes: A ten year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, 119, 448-487.

■ Wulff, D. M. (1997). *Psychology of religion: Classic and contemporary views*, (2nd ed.) New York: Wiley.

■ Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

■ Zohar, D., & Marshall, I. (2000). *SQ: Spiritual intelligence, the ultimate intelligence*, London: Bloomsbury.





معاونت دانشجویی و فرهنگی
مرکز مشاوره دانشجویی

<http://counseling.ut.ac.ir>



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
دفتر مرکزی مشاوره

www.iransco.org