



نقش ایمان و اعتقاد مذهبی در درمان بیماری‌ها و معرفی سه مورد درمان بارواندرمانی مذهبی

دکتر سید علی احمدی ابهری*

چکیده

درمان بیماریهای جسمی و اختلالات روانی در جوامع مختلف منحصر به استفاده از روشهای کلاسیک پزشکی نبوده و گاه به دلایل فرهنگی و اقتصادی میسر نیست و یا به جهت درمان ناپذیر بودن بیماری ممکن نمی‌باشد. بسیاری از جوامع بر حسب فرهنگ و باورهای خود از برخی مراسم خاص آن فرهنگ در درمان دردهای بدنی و روانی بیماران خود بهره می‌برند. از جمله روشهای سازمان یافته‌ای که مبتنی بر مبانی روانشناختی بوده، از اهمیت بالایی در درمان بیماریها و کاهش درد، اضطراب، افسردگی و تنش‌های ناشی از ابتلاء به آنها برخوردار است درمان با استفاده از ایمان مذهبی و اعتقاد به شفادهمی توسط خداوند است. پژوهشهای انجام شده در این زمینه نشان‌دهنده افزایش چشمگیر سرعت بهبودی با تحمل بهتر نشانه‌های بیماری در گروههای بیمار مبتلا به بیماریهای بدنی و روانی معتقد به رحمت خداوند و مبانی مذهبی در مقایسه با گروههای گواه است. در این مقاله سه مورد درمان با رواندرمانی مذهبی مبتنی بر تقویت اعتقاد به رحمت خداوند در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی گزارش گردیده است. هر سه مورد به نشانه‌های شدید بیماری روانی یا بدنی مبتلا بودند که به هیچیک از روش‌های درمانی پاسخ نداده بودند.

Andeesh
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۴

کلید واژه: شفای ایمانی، روان درمانی مذهبی، درمان مردمی

همواره ایمان و اعتقاد مذهبی دارای اهمیت بوده و درمان مبتنی بر ایمان به خداوند بعنوان نیروی فوق طبیعت، سابقه‌ای دیرینه در بین پیروان مذبهای گوناگون داشته

بسیاری از فرهنگها افزون بر درمانهای پزشکی کلاسیک، روشهای سازمان یافته‌ای برای مقابله با بیماریهای بدنی و روانی در خود دارند. در این راستا

* روانپزشک، عضو هیأت علمی و مدیر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، بیمارستان روانپزشکی روزبه، تهران، خیابان کارگر جنوبی.

است (نس^(۱) و ویستروب^(۲)، ۱۹۸۱). گرچه درمان بیماریهای بدنی و روانی در پزشکی امروز مبتنی بر استفاده از روشهای مرسوم پزشکی، فیزیکی و شیوههای متداول رواندرمانی بوده و بیشترین تأکید در این روشها در کتب آموزشی مشاهده می‌شود، بررسیهای بین فرهنگی که توسط روانپزشکان، روانشناسان و متخصصین مردم شناسی انجام شده نشان می‌دهد که رابطه ایمان و اعتقاد مذهبی با بهبودی نه تنها در جوامع شرقی بلکه در پیروان مذاهبهای سراسر جهان موضوعی ثابت شده است. بنابراین استفاده از این نیروی بالقوه در بهبودی بیماریهای بدنی و اختلالات هیجانی و رفتاری آثار مؤثر درمانی را در بردارد (فاوازا^(۳)، ۱۹۸۲).

باید به یاد داشت که بروز بیماری صرفاً تحت تأثیر عوامل فیزیکی و زیستی نبوده و جسم و روان هر دو در بروز بیماری مؤثرند.

پزشکان داخلی و جراحان در بسیاری موارد شاهد بروز نشانه‌های روانپزشکی در بیماران جسمی و روانپزشکان در بسیاری از مراجعین خود که از ناراحتیهای بدنی شکایت دارند به تشخیصهای روانپزشکی می‌رسند.

تردیدی نیست که پزشکی نوین پیشرفتهای زیادی نموده و سیر شتابانی نیز در دستیابی به دقیقترین روشها برای درمان بیماران دارد. تکنولوژی جدید پزشکی با پیچیده ترین ابزارها به کمک پزشکان آمده و آخرین روشهای تشخیصی جراحی و طبی از یکسو و شیوههای دقیق رواندرمانی مبتنی بر تازه‌ترین یافته‌های روانشناختی از سوی دیگر برای درمان و کاستن دردهای جسمی - روانی انسان بکار گرفته می‌شود. با این حال انسان دردمند در چنگال بسیاری از بیماریها اسیر مانده و این پیشرفتهای گره‌گشای مشکلات نمی‌گردد. از آنجا که بینش و اعتقاد انسان به مذهب و ایمان به اصول الهی در بهبود سیر بیماری، کاستن درد و رنج و افزایش تحمل عوارض بیماری نقش تعیین کننده دارد، بکارگیری این نیروهای

بالقوه و ارزشمند دارای اهمیت است.

پیشینه پژوهش

در زمینه تأثیر مثبت روانی ارتباط با پروردگار چه بصورت فردی و چه در مراسم جمعی بهنگام روبرو شدن با سختیها در گنجینه ذخایر اسلامی شواهد بسیاری موجود است. اما پژوهشهای جدیدی که همگام با یافته‌های نوین پزشکی در داخل کشور انجام شده باشد محدود است. مروری بر پاره‌ای پژوهشهای انجام شده نشانگر نمونه‌هایی از تأثیر ایمان و اعتقاد مذهبی بر درمان بیماریهاست. پژوهشها نشان می‌دهند که ایمان مذهبی در ارتباط مستقیم با بهداشت روانی قرار داشته مکانیسمهای سازگاری^(۴) را افزایش داده بهبودی ناراحتیهای ناشی از رویدادهای ضربه‌ای^(۵) را تسریع می‌نماید (لارسن^(۶) و شریل^(۷)، ۱۹۹۲).

شریل و لارسون در چند پژوهش در افرادی که دچار سوختگی شدید بودند دریافتند که درمانهای مذهبی و تحکیم باور به خداوند بهبودی سریعتر ناراحتیها را در مقایسه با گروه شاهد در پی دارند (لارسن و شریل، ۱۹۸۸). کسم^(۸) مقاومت بیشتری نسبت به عوارض بیماری در مبتلایان به انواع بیماریهای سخت در افراد مذهبی در مقایسه با گروه گواه مشاهده کرد (کسم، ۱۹۸۸). روی^(۹) و پیترسون^(۱۰)، ۱۹۸۵، در مقاله پژوهشی ارزشمند خود با عنوان "جایگاه ایمان مذهبی در بهداشت روانی" نتیجه می‌گیرند که ایمان به خداوند و باور مذهبی در دوره‌های دشوار و تحمل ناپذیر از جمله رویارویی با بیماریهای سخت بدنی به انسان آرامش می‌بخشد. ویلتز^(۱۱)

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1-Ness | 2-Wintroob |
| 3-Favazza | 4-coping mechanisms |
| 5-traumatic events | 6-Larson |
| 7-Sherrill | 8-Cassem |
| 9-Roy | 10-Peterson |
| 11-Willets | |

پژوهشها نشان می‌دهند که افزون بر اثرات مثبت ایمان به خداوند و باور به قدرت او در درمان بیماریهای جسمی و روانی، تأثیر مراسم ویژه در درمان مذهبی دارای اهمیت است (کوآکلی و مکنا، ۱۹۸۶)

مراسم درمان جمعی در پایان برنامه‌های معمول مذهبی در کلیسا انجام می‌گیرد. ابتدا دعا و خواندن بخشهایی از کتاب مقدس در فضایی روحانی صورت گرفته و رهبر مذهبی نقش درمانگر را ایفا می‌کند. بیمارانی که در جمع حضور دارند و توسط پزشکان مختلف جواب شده‌اند و یا به درمانهای پزشکی پاسخ مطلوب نداده‌اند خداوند را می‌خوانند و با ندای درمانگر مذهبی که "خداوند قادر مطلق شفا دهنده بیماریها و قدرتش ماوراء جهان مادی است" یکدل و یکصدا می‌شوند. در این حالتها تأکید بر تقویت ایمان و باور بیشتر به شفایابی مذهبی است، نه کاهش نشانه‌های بیماری (پتیسون، لپینز^(۱۲) و دوئر^(۱۳)، ۱۹۷۳؛ اسنو^(۱۴)، ۱۹۷۴).

گریفیث^(۱۵) و همکارانش در دو پژوهش گسترده دستاوردهای درمان جویی مذهبی را در کسانی که مدت‌ها از رفتارهای پرخاشگرانه، اضطراب، افسردگی و دردهای مزمن جسمانی شکایت داشته‌اند، بسیار چشمگیر گزارش کرده‌اند. در پیگیریهای بعدی، درمانجویان احساس بهبودی خلق، آرامش، افزایش عزت نفس، افزایش قدرت تصمیم‌گیری و از میان رفتن دردهای مزمن بدنی را از جمله دستاوردهای درمان دانسته‌اند (گریفیث و ماهی^(۱۶)، ۱۹۸۶؛ پتیسون و پتیسون، ۱۹۸۰).

در پژوهش بالینی خود کاهش میزان درد را در بیمارانی که از دردهای شدید بدنی رنج می‌بردند و از مراسم مذهبی و اعتقاد به شفادهی خداوند بهره‌جسته‌اند ذکر می‌نماید (ویلتز و کریدر^(۱)، ۱۹۸۸).

پرسمن^(۲) بیماران بستری در یک بخش ارتوپدی را که دچار ضایعات استخوانی از جمله شکستگی استخوان ران بوده‌اند مورد معاینات بالینی جسمی و روانی قرار داده و به این نتیجه دست یافته است که بیمارانی واجد ایمان مذهبی که از باور خود بهره‌جسته و خواستار شفای بیماری خود از خداوند بوده‌اند در مقایسه با گروه شاهد افسردگی کمتری داشته و سریعتر از بستر برخاسته‌اند (پرسمن و لیون^(۳)، ۱۹۹۰). پژوهشهای مربوط به اثر بخشی باورهای مذهبی در مبتلایان به اختلالات روانپزشکی نیز بسیار زیاد است (فرانک^(۴)، ۱۹۷۷). به ویژه درمان و بهبود نشانه‌ها در مبتلایان به اختلالات اضطرابی و افسردگی (گالانت^(۵)، ۱۹۷۸)، همچنین سوگ ناشی از فقدانها و از دست دادن عزیزان، اختلالات روانتنی (گریفیث^(۶)، ۱۹۸۳)، اختلالات شخصیتی و اختلالات روانی جنسی (پتیسون^(۷) و پتیسون، ۱۹۸۵) با استفاده از درمانهای مذهبی به نحو بارزی مؤثر شناخته شده است. پژوهشها نشان می‌دهند که افزون بر اثرات مثبت ایمان به خداوند و باور به قدرت او در درمان بیماریهای جسمی و روانی، تأثیر مراسم ویژه در درمان مذهبی دارای اهمیت است (کوآکلی^(۸) و مکنا^(۹)، ۱۹۸۶). در این گونه مراسم که شفای ایمانی^(۱۰) خوانده می‌شود کمک خواستن از خداوند شفای بیماری خواسته می‌شود (تالبوت^(۱۱)، ۱۹۸۳). استفاده از روش درمان مذهبی در جوامع دارای مذبهای الهی به ویژه مسیحیت شایع است.

1-Crider	2-Pressman
3-Lyon	4-Frank
5-Galanter	6-Griffith
7-Pattison	8-Coakley
9-Mekenna	10-faith healing
11-Talbot	12-Lapins
13-Doerr	14-Snow
15-Griffith	16-Mahy

گزارش سه مورد روان‌درمانی مذهبی

از بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک روانپزشکی نگارنده در یک سال اخیر سه مورد از بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی انتخاب و مورد روان‌درمانی مذهبی فردی قرار گرفتند. هیچیک از بیماران در معاینه اولیه برای الکتروشوک‌درمانی، درمانهای دارویی یا روان‌درمانی مناسب شناخته نشدند و یادمانهای پیشین مؤثر واقع نشده بود.

مورد ۱- آقای ف - م، ۴۸ ساله، لیسانس، متأهل، دارای دو فرزند؛ مبتلا به سرطان پانکراس که شش ماه پیش از نخستین مراجعه تحت عمل جراحی لاپاراتومی قرار گرفته و بعلت انتشار تومور بدخیم، جراحی در مورد وی صورت نگرفته بود. به علت وجود دردهای شدید شکمی با انتشار به پشت و پهلوها روزانه ۴ آمپول پتیدین ۱۰۰ میلی گرمی به بیمار تزریق می‌شد و با گذشت زمان به وضوح بر شدت درد افزوده می‌گشت. بیمار به توصیه پزشکان معالج به روانپزشک ارجاع شده و توسط همسر و فرزندانش به کلینیک آورده شد. در نخستین معاینه روانپزشکی گرچه همکاری بیمار محدود بود اما بر اساس آخرین چاپ طبقه بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی^(۱) نشانه‌های موجود با افسردگی شدید^(۲) تطبیق می‌کرد، ضمن آنکه افکار بدبینانه^(۳) به ویژه نسبت به پزشکان داشت. بیمار بصیرت کافی نسبت به بیماری خود نداشت و در منتهی شدن بیماری خود به مرگ از مکانیسم انکار استفاده می‌نمود. به وی گفته شده بود که دچار پانکراتیت شده و دردهای وی ناشی از التهاب لوزالمعده است. شدت درد در بیمار به گونه‌ای بود که امکان ایجاد ارتباط^(۴) را در مصاحبه روانپزشکی از میان می‌برد. برای جلسه دوم توصیه شد پیش از مراجعه مسکن تزریق نماید. در این جلسه آرامبخشی عضلانی توأم با هیپنوز^(۵) به بیمار داده شد و گفته شد که آرامش به وی کمک خواهد کرد تا درد را بهتر تحمل نماید. سپس تأکید شد که آرامبخشی را تمرین کند و قرار جلسات هفتگی ۳۰ تا ۴۵ دقیقه‌ای گذاشته شد. در سومین جلسه بیمار بدون تزریق در ۵

ساعت اخیر حاضر گردید و امکان ارتباطی مطلوب برقرار شد. ارزیابی روانشناختی بک^(۶) نشان‌دهنده افسردگی شدید در بیمار بود و با معاینه بالینی همسویی داشت. در این جلسه از بیمار خواسته شد احساس‌ها، افکار و آنچه را که به ذهنش می‌رسد به آزادی بیان کند. در چهارمین و پنجمین جلسه، مصاحبه در جهت ابراز باورهای مذهبی بیمار اجرا شد. بیمار باورهای قوی مذهبی نداشت (نمره ۲ از یک طیف ۵ نمره‌ای) ولی از باور کافی نسبت به خداوند برخوردار بود. در این جلسات ذهن بیمار در این جهت که "ایمان به خداوند و درخواست کمک از او به کاهش درد کمک خواهد کرد" تقویت گردید. در حالت هیپنوز از بیمار خواسته شد با تمرکز بر ایمان به خداوند و قدرت او با خود تکرار کند "خدایا کمک کن بتوانم درد را تحمل کنم". در جلسات بعدی قبل از هیپنوز، بیمار از قدرت و اراده خداوند و نیاز انسان نیازمند به لطف و کمک او صحبت می‌کرد. کم کم "توسط درمانگر مالکیت مطلق خداوند نسبت به همه چیز از جمله جان انسان عنوان شد و این که همه چیز از آن اوست و بازگشت همه به سوی او. از بیمار خواسته شد آرامبخشی همراه با تمرکز و مرور موارد فوق را روزانه در حد امکان و به دفعات تکرار کند. در جلسات هفتم به بعد، بیمار تنها تزریق شبانه پیش از خواب داشت و سایر تزریق‌ها حذف شده بود. همکاری وی بسیار خوب بود و درد را قابل تحمل تر ذکر می‌کرد و اعلام نمود که بر خلاف گذشته کارهای شخصی خود را تا اندازه‌ای اداره می‌کند. در معاینه بالینی، افسردگی وی کاهش یافته و بیشتر به صورت تخلیه هیجانی به ویژه زمانی که راجع به اعتقادات خود به خداوند و یاری جستن از او صحبت می‌کرد بروز می‌نمود. او مرگ و اراده خداوند را در رخداد

- 1-Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV)
2-major depression 3-paranoid
4-rapport 5-relaxation hypnosis
6-Beck

آن به طور کامل پذیرفته بود. همچنین مواردی از آیات رحمت خداوند را که جهت وی در جلسات آخر بیان و تفسیر شده بود به یاد آورده تکرار می‌کرد (آیه ۵۴ سوره ۳۹، ۲۱۵ سوره ۲، ۱۲ سوره ۶، ۵۴ سوره ۶، ۱۵۰ سوره ۷، ۱۶ سوره ۶، ۹ سوره ۴۰، ۳۱ سوره ۴۳، ۸۶ سوره ۱۰، ۱۹ سوره ۲۷).

در جلسه دهم آزمون بک نشان دهنده کاهش افسردگی در بیمار بود که با معاینه بالینی همسو بود. مراجعات بعدی بیمار به علت عدم امکان حرکت وی متوقف ماند. به گفته همسر و فرزندان بیمار مسکن در یک هفته اخیر بندرت تزریق شده بود و مرگ وی در آرامشی غیر قابل تصور در حالی که در هشیاری نام خداوند را بر زبان می‌راند فرارسیده بود.

مورد ۲ - آقای ج - ر، ۳۳ ساله، فوق دیپلم، متأهل، دارای دو فرزند؛ که به دنبال سانحه اتومبیل در سال پیش مبتلا به فلج اندامهای تحتانی (پاراپلژی) شده، با شکایت اضطراب شدید و احساس افسردگی به کلینیک روانپزشکی مراجعه نمود. در ارزیابی روانشناختی شامل مصاحبه روانشناسی، آزمونهای عینی^(۱) شخصیت و فرافکن^(۲)، اضطراب و افسردگی واکنشی شدید^(۳) گزارش گردید که با معاینه بالینی روانپزشکی نیز تطبیق می‌کرد. علاوه بر خلق افسرده و اضطرابی، اختلالات شناختی نیز در بیمار بارز بود تا آنجا که اختلال حافظه و تمرکز موجب اختلال در فعالیتهای روزمره وی گردیده بود. درمانهای معمول روانپزشکی شامل رواندرمانی حمایتی و شناختی و دارودرمانی با مقادیر کافی و زمان لازم، مؤثر واقع نشده بود. بیمار آمادگی خود را برای هرگونه روش درمانی اعلام کرد. وی از زمینه مذهبی و اعتقادی مطلوبی برخوردار بود (نمره ۳ از یک طیف ۵ نمره‌ای). نوع درمان برای بیمار توضیح داده شد و قرار جلسات هفتگی به مدت ۳۰ تا ۴۵ دقیقه گذاشته شد. در نخستین جلسه درمان از بیمار خواسته شد در مورد باور خود به خداوند هر چه به ذهنش می‌رسد بیان کند. در جلسه دوم و سوم، درمان در جهت پذیرش مشیت الهی و یاری جستن از او در تقویت ایمان

رهبری گردید. در جلسات چهارم به بعد با بیان و تفسیر آیات رحمت (آیه ۵۴ سوره ۳۹، ۲۱۵ سوره ۲، ۱۲ سوره ۶، ۵۴ سوره ۶، ۱۵۰ سوره ۷)، از بیمار خواسته شد احساس خود را بیان کند. در جلسه دوازدهم بیمار بدون مصرف دارو ابراز آرامش می‌کرد و از اضطراب و افسردگی و نگرانی از بابت پاراپلژیک بودن خود شکایتی نداشت. اظهار می‌کرد بدون ادامه جلسات مستمر درمانی قادر خواهد بود با آنچه که از "تابش نور ایمان به قلب خود" تعبیر می‌کرده زندگی عادی خودپیدا کند. مجدداً از بیمار آزمونهای روانشناختی که پیش از شروع درمان انجام شده بود به عمل آمدنتیجه "وضعیت روانی حدود نرمال" گزارش گردید.

مورد ۳ - خانم ژ - م، ۲۵ ساله، دیپلمه؛ که در یک خانواده مرفه غیر مذهبی با رفتارهای ضد مذهبی و غیر اخلاقی رشد کرده بود به کلینیک مراجعه نمود. وی در ۲۰ سالگی با فردی غیر مذهبی که به اعمال خلاف قانون اشتغال داشت ازدواج کرده و مرتکب گناهان مکرری شده بود. فشارهای روانی شدیدی را طی سه سال زندگی زناشویی با وی تجربه کرد به ویژه در حمل کالای غیر قانونی و درگیری با اشرار و تکرار گناهان دچار آسیبهای روانی شدیدی شده بود. چندی بعد همسرش وی را مجبور به ازدواج با یکی از اعضاء گروه خود نمود. پس از آن بیمار دچار حالت‌های شبه پسیکوتیک، تجربه مجدد صحنه‌های استرس‌زا در ذهن، همراه با تحریک پذیری و بی خوابی گردیده بود. به هر حال وضعیت بیمار با تشخیص اختلال استرس پس از ضربه^(۴) با ملاکهای آخرین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انطباق داشت. ناراحتیهای یاد شده منجر به جدایی از همسر دوم و مراجعه به روانپزشک شده، درمانهای دارویی ضد افسردگی، ضد اضطرابی، ضد پسیکوز و روان درمانیهای حمایتی و شناختی موجب کاهش تحریک پذیری و شبه

1-objective 2-projective
3-severe reactive depression and anxiety
4-post traumatic stress disorder

توهمات گردید؛ اما اضطراب، افسردگی و به ویژه احساس شدید گناه باقی ماند. وی باور داشت که برای کاهش بار گناهان خود بایستی در کوهستان اقامت کند و از لباس و غذای ساده با استفاده از دسترنج خود به زندگی ادامه دهد. چندی بعد با فردی آشنا شد که دارای باورهای فرقه‌ای بود و در یکی از کوهستانهای شمالی کشور با همسرش زندگی می‌کرد. بیمار در چند نوبت ۳ تا ۷ روزه با آنان زندگی کرد. به دنبال پیشنهاد ازدواج از سوی فرد یاد شده، بیمار دوباره دچار احساس ناامیدی و افسردگی شده و به کلینیک روانپزشکی مراجعه نمود. نتیجه آزمونهای روانشناختی، افسردگی و اضطراب با دوره‌هایی از نشانه‌های پسیکوتیک را نشان داد. بیمار برای رواندرمانی مذهبی مناسب به نظر رسید و شیوه درمان برای وی توضیح داده شد. اعتقاد مذهبی بیمار ۲ از یک طیف ۵ نمره‌ای ارزیابی گردید. قرار جلسات درمانی هفتگی ۳۰ تا ۴۵ دقیقه‌ای گذاشته شد. در جلسات اول تا چهارم اجازه داده شد بیمار احساسهای خود و وقایع گذشته را آنچنان که تمایل داشت بیان کند و تخلیه هیجانی صورت گیرد. جلسات پنجم به بعد در این جهت که خداوند بندگان گناهکار خود را می‌بخشاید و بیان و تفسیر آیات رحمت (آیه ۵۴ سوره ۳۹، ۲۱۵ سوره ۲، ۱۲ سوره ۳۹، ۱۵۰ سوره ۷) ادامه یافت، ضمن آنکه در جریان درمان چند بار با والدین بیمار دیدار و وضعیت روانی و نوع درمان وی توضیح داده شد. در جلسه چهاردهم بیمار بدون دارو ابراز آرامش می‌نمود و عنوان می‌کرد به رحمت خداوند در گذشت از گناهان خود امیدوار شده و اضطراب و افسردگی وی بکلی از میان رفته است. او همچنین ابراز داشت می‌تواند به زندگی عادی خود ادامه دهد و خود را برای ورود به دانشگاه آماده سازد. بیمار فرایض مذهبی را بجا می‌آورد و عادت به طلب کمک از درگاه خداوند و دعا کردن نموده بود، ضمن آنکه والدین خود را نیز قانع کرده بود رفتارهای ضد مذهبی و ضد اخلاقی خود را ادامه ندهند. والدین وی نیز به بهبود رفتار و تغییر مثبت و متعالی وضعیت خود و فرزند خود اقرار

روبرتری یکی از پژوهشگران درمانهای مذهبی بر این باور است که باید در کنار هر دانشکده مدرن پزشکی نمازخانه‌ای بر پا کرد.

داشتند. تکرار آزمون روانشناختی وضعیت وی را در حدود بهنجار نشان داد که با معاینه بالینی انطباق داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

زمانی که انسان دردمند و تنها، ناامید از کمک دیگران در کاهش دردهای جسمی یا روانی خود راهی به جایی نمی‌یابد، هنگامی که امید بهبودی از بیمار مبتلا به ضایعه‌ای روانی یا جسمانی با سیری مزمن و پیشرونده سلب می‌شود و درمانهای کلاسیک کمکی به او نمی‌کنند تنها راهی که برای نجات از اضطراب، افسردگی و دردهای جانکاه او باقی می‌ماند یاری جستن از ایمان و باور مذهبی است (کالابرس^(۱)، ۱۹۸۷). باور به قدرت خداوند و نیایش او و سر نهادن به خواست و اراده الهی در تسکین دردها به انسان توان تحمل می‌دهد. در این حال است که نیازهای روحی تأمین می‌شوند، سیمایه‌های اخلاقی تبلور می‌یابند و انسان توان آن را می‌یابد که از جسم خود دور گردد و درد را حس نکند، یا آنچنان آرامش یابد که تنش را تجربه ننماید (گالاتر، ۱۹۸۲). با بهبود وضعیت روانی، دگرگونیهای فیزیولوژیک از جمله تغییرات ایمنولوژیک و هورمونی که در جریان بیماری ایجاد شده بودند با تأثیرات مرکزی (قشر مغز) اصلاح می‌شوند (کالابرس، ۱۹۸۷؛ گالاتر، ۱۹۷۸) و از احساس گناه که به دنبال دوری از یاد خداوند شکل گرفته و اضطراب و افسردگی را در فرد به وجود آورده بود می‌کاهد؛ چرا که شفا جویی ایمانی در هماهنگی بین جسم، روح و هیجانات فرد شکل

می‌گیرد. در این حال است که دعا و نیایش عوارض هیجانی فرد مبتلا را بهبود بخشیده تحمل درد ناشی از بیماری جسمی سخت درمان را افزایش داده و در کاهش و درمان بسیاری از نشانه‌های بیماریهای روان تنی و روانی مؤثر واقع می‌گردد.

پس ایمان به هستی بخش در درون و فطرت انسان نهفته است، نیرویی عظیم از احساسهای عمیقی که برای هر انسان به دور از دلبستگیهای مادی می‌تواند به جوشش درآید، در حالی که بالقوه است بالفعل شود و آنگاه یاد آفریننده توانا و تصویر عظمت او در ذهن توأم با درخواست از درگاه توانمند او منجر به التیام و تسکین دردهای جسمی و روانی گردد. روشن است که اندیشه در آیات قرآن و رهنمودهای اسلام در تحکیم ایمان انسان به قدرت او وی را از گناهان دور ساخته، حس اعتماد به نفس را تقویت بخشیده، در کاهش تعارضات و تلطیف روح مؤثر است. بنابراین ضروری است با توجه به زمینه‌های باوری و فطری موجود در انسان همیشه این پرسش برای پزشک مطرح باشد که چگونه می‌تواند با تقویت باورهای بیماران خود به درمان آنان کمک کند. او باید در نظر داشته باشد که همه بیماران و خانواده‌های آنان لزوماً نظریه‌های علمی ایجاد بیماریها را نمی‌پذیرند و مسایل خود را بخوبی بیان نکرده و تمایلی به ابراز باورهای خود برای پزشک ندارند. چرا که می‌ترسند باورهایشان فهمیده نشده یا مردود شناخته شود. گرچه می‌پذیرند که بیماریشان در تخصص پزشکان است اما در درون و فطرت خود برای تأثیرات ماوراء ماده و رحمت خداوند مقام ویژه‌ای قائلند. بنابراین لازم است به موازات آموزش بهداشت و رعایت موازین پزشکی به مردم اطمینان داده شود که باورهای مذهبی آنها در زمینه علل ایجاد بیماریها و شفا جویی‌های مذهبی مورد احترام است و از این باورها در جهت درمان بیماری بهره گرفته شود. خوشبختانه همراه با پیشرفتهای علوم پزشکی نه تنها برخوردهای تند برخی جوامع جهانی با باورهای مذهبی مردم، از نتایج مثبت حاصله از تأثیر

این باورها در بهبودی بیماریهای جسمی و روانی نکاسته بلکه برای پزشکان و پژوهشگران علوم پزشکی آشکار گردیده که آگاهی بیشتر و استفاده از این باورها توأم با پیشرفتهای علمی می‌توانند در کنار هم درمان بیماران را تقویت بخشند (کرول^(۱)، شیهان^(۲)، ۱۹۸۹). از جانب دیگر روحانیون نیز اغلب نسبت به ضرورت آشنایی با فیزیولوژی بدن و روانشناسی انسان آگاه شده و با کسب اطلاعات مذکور بر کارآیی خود در کمک به درمان جویان مذهبی افزوده‌اند.

روبرتز^(۳) یکی از پژوهشگران درمانهای مذهبی بر این باور است که باید در کنار هر دانشکده مدرن پزشکی نمازخانه‌ای بر پا کرد و دانشجویان پزشکی را آگاه نمود که می‌توانند با کمک گرفتن از روحانیون و تکیه بر ایمان و اعتقاد شفا جویان به تجربه‌های جدیدی دست یابند. چنین تجربه‌هایی برای جوامع شرقی به ویژه صاحبان فرهنگ مذهبی و اعتقادی غنی کشورهای اسلامی ضرورتی قطعی و اجتناب ناپذیر است. بدیهی است در این راستا روانپزشکان و روانشناسان بالینی در آموزش به دانشجویان و درمان بیماران خود وظیفه سنگین تری به عهده دارند.

منابع

- Calabress, J. (1987). Alternation in immunocompetence during stress, breavement and depression, focus on neuroendocrine regulation. *American Journal of Psychiatry*, 144, 9-16.
- Cassem, E. H. (1988). The person confronting death. the *Harvard Guide to Psychiatry*. Cambridge: Harvard University Press.
- Coakley, D. V., & Mekenna, G. W. (1986). Safety of faith

1-Kroll
3-Roberts

2-Sheehan

for psychological wellbeing. *Review Religious Research*, 27, 49-62.

Pressman, P., Layon, S., et al. (1990). Religious belief, depressions, and ambulation status in elderly women with broken hips. *American Journal of Psychiatry*, 147, 758-60.

Sherrill, K. A., & Larson, D. B. (1988). Adult burn patients: the role of religion in recovery. *South Medical Journal*. 81: 821-9.

Snow, L. F. (1974). Folk medical beliefs and their implications for care of patients. *Annual International Medicine*, 81, 82-96.

Talbot, N. A. (1983). The position of the Christian science church. *The New England Journal of Medicine*, 26, 1641-44.

Willets, F. K., & Crider, D. M. (1988). Religion and well being: men and women in the middle years. *Review Religious Research* 29: 281-92.

healing. *Lancet*, 1, 444-5.

Favazza, A. R. (1982). Modern christian healing of mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 139, 728-35.

Frank, J. D. (1977). The two face of psychotherapy. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 164, 3-7.

Galanter, M. (1982). Charismatic religious sects and psychiatry, an overview. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1539-48.

Galanter, M. (1978), The "relief effect": a sociobiological model for neurotic distress and large group therapy. *American Journal of Psychiatry*, 135, 588-91.

Griffith, E.E.H. (1983). The significance of ritual in church based healing model, *American Journal of Psychiatry*, 149, 568-72.

Griffith, E.E.H., Mahy, & G.E., Young, J.L. (1986). Psychological benefits of spiritual Baptist "mourning" II an empirical assessment; *American Journal of Psychiatry*, 143, 226-9.

Kroll, J., & Sheehan, W. (1989), Religious beliefs and practices among 52 psychiatric inpatients in Minnesota. *American Journal of Psychiatry*, 146, 67-72.

Larson, D. B., Sherrill, K. A., et al. (1992). Associations between dimensions of religious commitment and mental health. *American Journal of Psychiatry*, 149, 557-9.

Ness, R. C., & Wintrob, R. M. (1981). Folk healing; A description and synthesis. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1477-81.

Pattison, E. M., Pattison, M. L., (1980). religiously mediated, change in homosexuals. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1553-1562.

Paterson, L. R., & Roy, A. (1985). Religion's consequences



قابل توجه اساتید و پژوهشگران روانپزشک

ضمن تشکر از استقبال خوب خوانندگان
گرامی از نشریه اندیشه و رفتار، به اطلاع
می‌رساند نشریه آمادگی دارد مقالاتی را که در
زمینه روانپزشکی، دارو درمانی، مطالعات
مسوردی و مطالعات بالینی ارسال می‌گردد
بدون قرار دادن در لیست انتظار چاپ نماید.