



گستره پژوهش‌های روان‌شناختی در حوزه دین

دکتر محمد خدایاری فرد^{۱*}، دکتر باقر غباری بناب^{۲*}،

دکتر محسن شکوهی یکتا^{۳***}

چکیده

بررسی‌های مربوط به روانشناسی مذهب را که در رشته روانشناسی تجربی و روان تحلیل‌گری از قرن ۱۹ آغاز شده می‌توان به دو گروه تقسیم کرد: بررسی‌هایی که به بررسی آثار مذهب بر شئون مختلف فردی و اجتماعی می‌پردازند و نیز بررسی‌هایی که به روش‌شناسی مذهب مربوط می‌شوند. نوشتار حاضر به بررسی‌های نوع اول پرداخته است. پژوهش‌های چندی، رابطه‌ای مثبت میان مذهب و سلامت جسمانی و روانی را نشان داده و در این زمینه دیدگاهها و الگوهای گوناگون ارائه شده است که در این مقاله به دو مورد آن یعنی نقش مذهب در مقابله با عوامل فشار زا و مدل شناختی مذهب اشاره شده است. برخی از بررسی‌ها به ارتباط میان مذهب و اختلالهای شخصیت پرداخته‌اند. در این مورد ابعاد درونگرایی - برونگرایی، بعدها‌های روان نژندی، بعد روان پریشی و نیز اختلال شخصیت وسواسی و منبع کنترل درونی و بیرونی در رابطه با مذهب مورد توجه بوده‌اند. اثر مذهب بر پدیده‌های اجتماعی نیز در مشاوره و روان درمانی کاربردهای زیادی یافته است.

کلید واژه: مذهب، بهداشت روانی، فشارهای روانی، اختلالهای شخصیت

مقدمه

بحث از فطرت، گرایش‌هایی را برای انسان برمی‌شمرد که اولاً با خودمحوری قابل توجه نیست و ثانیاً شکل انتخابی و آگاهانه دارد. یکی از آن‌ها عبارت است از گرایش به عشق و پرستش.

بررسی‌های تاریخی نشان می‌دهند که "پرستش" همواره با انسان همراه بوده و به منزله اصلی جهان شمول در فطرت^(۱) انسان‌ها وجود داشته است. استاد مطهری^(۲) در

* دکتری تخصصی روانشناسی بالینی کودک، تهران، خیابان جلال آل احمد، رو به روی کوی نصر، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
*** دکتری تخصصی روانشناسی کودکان استثنایی، تهران، خیابان جلال آل احمد، رو به روی کوی نصر، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
*** دکتری تخصصی روانشناسی کودکان استثنایی، تهران، خیابان جلال آل احمد، رو به روی کوی نصر، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

۱- سوره روم / ۳۰

۲- گرفته شده از نوارهای سخنرانی استاد مطهری پیرامون «فطرت»

بی تردید بعد «پرستش و عبادت» در «دین الهی» زمینه ساز نیل به معرفت کامل یا «یقین» معرفی شده است.^(۱) میسیاک^(۲) (آلستون^(۳) و همکاران، ۱۳۷۶) در مورد ارزش دین برای انسان اظهار می‌دارد:

۱- دین، انسان را به فلسفه حیات مسلح می‌کند و به عقل وی روشنگری لازم را می‌بخشد. دین برای فرد، نقشی را ایفا می‌کند که قطب‌نما برای کشتی، یعنی در دریای زندگی جهت و راهنمایی در اختیار او قرار می‌دهد.

۲- دین بر اراده انسان تأکید دارد و آن را تقویت و به فرد کمک می‌کند تا به فرمان عقل گردن نهد.

۳- دین نیازهای اساسی روح، به ویژه نیاز به عشق و جاودانگی را تحقق می‌بخشد.

میسیاک بر این باور است که از این مساعدت‌ها، آرامش روح، سازگاری معنوی، و قدرت مقاومت در برابر خطرات اخلاقی به وجود می‌آید.

به دلیل اهمیت دین در تاریخ زندگی انسان، از هنگام آغاز به کار روان‌شناسی علمی، پرداختن به جنبه‌های روان شناختی دین نیز مورد توجه روان‌شناسان بوده است. نوشتار حاضر به بازنگری این بررسیها پرداخته است.

تاریخچه بررسیهای روان شناختی رفتار مذهبی

با آن که بررسی در زمینه‌های گوناگون مذهبی قدمتی بس طولانی دارد، اما مطالعه مذهب از دیدگاه روان شناختی از حدود یک صدسال پیش آغاز شده است. پیدایش روان‌شناسی دین، با بررسی تطبیقی ادیان در قرن نوزدهم در اروپا همراه است. این بررسیها با پایه‌گذاری دو رشته روان‌شناسی تجربی و روان‌تحلیل‌گری آغاز شده‌اند. یکی از نخستین دانشمندانی که در زمینه روان‌شناسی دین به بررسی پرداخت، ویلیام جیمز^(۴) بود. جیمز سلسله سخنرانی‌های خود را با عنوان تنوع تجارب مذهبی^(۵) در سال ۱۹۰۲ منتشر کرد. این نوشتارها، هنوز هم نقطه عطفی برای هرگونه بررسی دینی به‌شمار می‌روند. او کوشید به مذهب مفهومی کاربردی بدهد (براون^(۶)،

۱۹۸۷). جیمز براساس همین مفهوم، تعریف زیر را از مذهب ارائه داد:

«مذهب عبارت خواهد بود از تجربه و احساس رویدادهایی که برای هرانسانی در عالم تنهایی و دور از همه وابستگی‌ها روی می‌دهد. به طوری که انسان از این مجموعه در می‌یابد که بین او و آن چیزی که او آن را «امر الهی» می‌نامد، رابطه‌ای برقرار کرده است» (جیمز، ۱۳۵۶، ص ۶).

به طور کلی بارزترین ویژگیهای زندگی مذهبی از نظر جیمز، اعتقاد به موارد زیر است:

۱- دنیایی محسوس که در کنار جهانی نامحسوس به چشم می‌آید. این دنیای مرئی، ارزش و معنی خود را از آن عالم غیب و نامحسوس دریافت می‌کند.

۲- وحدت و برقراری ارتباط با این عالم محسوس، بستگی به هماهنگی با آن هدف نهایی دارد. نتیجه دعا و نماز و به بیان دیگر پیوند با روح عالم خلقت، ایجاد قدرت و نیرویی است که به طور محسوس دارای آثار مادی و معنوی می‌باشد.

در کنار روان‌شناسی تجربی و تلاش‌های جیمز باید به روان‌تحلیل‌گری اشاره کرد که با کارهای فروید^(۷) و یونگ^(۸) شکل گرفت. فروید در اغلب آثارش دین را پندار یا توهم تلقی می‌کند. به باور فروید دین از ترس‌های اولیه و نیاز به حمایت از سوی دیگران، سرچشمه گرفته است. از نظر او تصور خدا فرافکنی آرزوهای ناخودآگاه کودک درباره قدرت مطلق، حمایت شدن و کوشش برای مهار خشونت نامشخص جهان از طریق شخصیت بخشیدن به این قدرت مطلق به عنوان خدای پدرگونه است.

یونگ (۱۳۵۴)، باور دارد که همه پدیده‌های روحی

۱. حجر/ ۹۹

2. Misiak
3. Alston
4. James
5. The varieties of religious experience
6. Brown
7. Freud
8. Jung

از جمله رویا و توهمات ریشه در واقعیت دارند. یونگ معتقد است دین یکی از قدیمی‌ترین و عمومی‌ترین تظاهرات روح انسانی است و تنها یک پدیده اجتماعی و تاریخی نیست. به نظر او دین از ضمیر ناهشیار انسان سرچشمه گرفته و حالتی خاص از روح انسان است.

گالتون^(۱) نیز به جای جزم‌گرایی مذهبی، مجموعه‌ای از باورهای جدید با ساختار علمی را به جهان ارائه داد. او می‌اندیشید که تحول تکاملی یک نژاد بهتر و اصیل‌تر، از طریق به نژادی، باید آرمان ما باشد نه یافتن مکانی در بهشت (شولتز^(۲)، ۱۳۷۵).

دل‌بستگی استانی‌ها^(۳)، به بررسی آزمایشی روان‌شناسی دین وی را واداشت که «مجله روان‌شناسی مذهب» را در سال ۱۹۰۴ منتشر کند.

استارباک^(۴)، از شاگردان هال، تغییرات در باورهای مذهبی را با توجه به متغیرهای سن و جنس در مراجعان خود مورد بررسی قرار داد. کتاب «روان‌شناسی دین» استارباک، نخستین اثری بود که در این زمینه منتشر شد. او در این کتاب نتایج پژوهش پنج ساله خود را در مورد همبستگی بین بلوغ، اسکیزوفرنیا، و گرایش به دین منتشر کرد.

«لوبا»^(۵) به رغم آن که استادش هال به پژوهش عینی‌تر گرایش داشت، از مصاحبه‌های شخصی برای گردآوری داده‌ها استفاده می‌کرد. لوبا از آغاز بر این باور بود که آگاهی دینی و تجربه عرفانی، تفاوت کیفی با آگاهی عادی انسان ندارند.

آلپورت^(۶) دو نوع گرایش مذهبی را در آزمودنیهای خود تشخیص داد که عبارتند از سوگیری درونی^(۷) و سوگیری برونی^(۸). به تعبیر او، سوگیری برونی را افرادی دارا هستند که مذهب را وسیله‌ای برای رسیدن به اهداف خود تلقی می‌کنند. ارزش‌های بیرونی همیشه به منزله وسیله‌ای برای نیل به هدفی مورد استفاده قرار می‌گیرند و هدف از به‌کارگیری آن‌ها بهره‌مند شدن از منافع آن ارزش هاست. افراد دارای گرایش درون سو، دارای ویژگی‌های

متفاوتی هستند.

«این افراد، نیازهای خود را در درجه دوم اهمیت قرار داده و باورهای دینی آن‌ها را کمتر تحت تأثیر قرار می‌دهند. افراد، برآورده شدن این نیازها را در گرو اجرای اعتقادات مذهبی ممکن می‌دانند. افراد مذهبی با این ویژگی سعی دارند که مذهب مورد اعتقاد خود را درونی ساخته و آن را، تمام و کمال در زندگی خود عملی کنند (آلپورت و راس، ۱۹۶۷). مزلو^(۹) در بررسی انسان سالم، انسانی که نیاز به خودشکوفایی در او ارضا شده است، به گونه‌ای ویژه به دین توجه نشان می‌دهد. به باور او افراد خودشکوفای ویژگی‌های مشترکی هستند فرد خودشکوفای، گاه وجد و سرور و گاه شگفتی ژرف و چیره‌گر مانند ژرف نگری دینی را تجربه می‌کند (مزلو، ۱۳۶۷).

فرانکل^(۱۰) نیز از دیدگاه دیگری به دین و معنویت توجه داشت. به باور وی سه عامل، جوهر وجود انسان را تشکیل می‌دهند: معنویت^(۱۱)، آزادی و مسئولیت (شولتز، ۱۳۶۹). به باور فرانکل در معنای انسان سالم معنویت مستتر است. به باور او در سایه همین «سلامتی معنوی»^(۱۲) است که فرد به کمال می‌رسد و فراتر از ابعاد عینی و مادی زندگی حرکت می‌کند (ریس و برانت^(۱۳)، ۱۹۹۷).

با نگاهی به پژوهش‌های انجام شده در این زمینه می‌توان آنها را در دو گروه جای داد.

۱- پژوهشهایی که به بررسی آثار مذهب در شئون گوناگون فردی و اجتماعی انسان پرداخته‌اند.

۲- پژوهشهایی که در زمینه روش‌شناسی، بررسی باورها و رفتارهای مذهبی انجام گرفته‌اند.

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 1. Galton | 2. Schultz |
| 3. Hall | 4. Starbuck |
| 5. Leuba | 6. Allport |
| 7. intrinsic orientation | 8. extrinsic orientation |
| 9. Maslow | 10. Frankl |
| 11. spirituality | 12. healthy spirituality |
| 13. Reece & Brandt. | |

مقاله حاضر به تشریح بررسیهای گروه اول پرداخته است.

پژوهش‌های میدانی در قلمرو روان‌شناسی دین

۱- اثر مذهب در بهداشت بدنی و روانی

بسیاری از پژوهش‌ها رابطه‌ای مثبت بین مذهب و سلامت بدنی را نشان داده‌اند. آکلین^(۱)، براون^(۲) و مینیوگر^(۳) (۱۹۸۳) در بررسی رابطه مذهب و توانایی مقابله با سرطان دریافتند که نگرش مذهبی در مبتلایان به سرطان شکل‌گیری نگرشی مثبت نسبت به زندگی را در پی دارد. کاکزروسکی^(۴) (۱۹۸۹) نیز در بررسی بیماران مختلف نشان داد که مذهب باعث کاهش اضطراب ناشی از بیماری می‌شود.

کولپ^(۵) (۱۹۶۹) در بررسی کودکان مبتلا به سرطان خون، نشان داد که عبادت می‌تواند عمر این کودکان را افزایش دهد. در افراد سالخورده نیز رابطه‌ای مثبت بین سلامت جسمانی و روانی آنها با مذهب به دست آمده است (بیکر^(۶) و گورساج^(۷)، ۱۹۸۲؛ کونینگ^(۸)، موربرگ^(۹) و کرال^(۱۰)، ۱۹۸۸).

در پژوهشی لو^(۱۱) و هاندال^(۱۲) (۱۹۹۵) در ۵۰۰ دانشجو که سن آنها از ۱۶ تا ۴۷ سال بود به رابطه معناداری بین مذهب و سازگاری با دانشگاه، به‌ویژه برای دانشجویان تازه وارد، دست یافتند. از سوی دیگر، رابینز^(۱۳) و فرانسیس^(۱۴) (۱۹۹۶) و فرانسیس و استابز^(۱۵) (۱۹۸۷) پی بردند که بین خلق مثبت و مؤلفه‌های مذهبی ارتباط مثبتی وجود دارد. همچنین، ویراسینگ^(۱۶) و تیرمان^(۱۷) (۱۹۹۴) دریافتند که مذهب موجبات زندگی شادمانه‌تر افراد را فراهم می‌آورد.

در مورد اضطراب و افسردگی ناشی از انتظار مرگ^(۱۸)، به ویژه در سنین پیری، آلوارادو^(۱۹)، تمپلر^(۲۰)، برسلا^(۲۱) و تومان^(۲۲) (۱۹۹۵) دریافتند که هرچه نگرش مذهبی نیرومندتر باشد، از میزان اضطراب و افسردگی ناشی از انتظار مرگ کاسته می‌شود. این پژوهشگران همچنین دریافتند که نگرش مذهبی به مراتب بیش از انجام اعمال

مذهبی در کاستن اضطراب و افسردگی مؤثر است. بهرامی (۱۳۷۳) با استفاده از پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا^(۲۳) و آزمون عبادت سنج (محقق ساخته) رابطه منفی معناداری را بین میزان عبادت و افسردگی و اضطراب پیدا کرد.

پارک^(۲۴)، کوهن^(۲۵) و هرب^(۲۶) (۱۹۹۰) نشان دادند که در میان پیروان مذهب پروتستان هر قدر که میزان جهت‌گیری درونی مذهبی بالاتر باشد، احتمال ابتلا به افسردگی کمتر است. در یک بررسی روی دانش‌آموزان ایرانی نیز، یافته‌ها حاکی از همبستگی منفی بین افسردگی و نگرش مذهبی بوده است (اسلامی، ۱۳۷۶).

در زمینه افکار و اعمال وسواسی، مالتبی^(۲۷) (۱۹۹۵) در پژوهشی که روی دو نمونه از مردان و زنان آمریکایی و انگلیسی انجام داد دریافت که بین اعمال وسواسی و باورهای مذهبی رابطه معنی داری وجود دارد. به بیان دیگر، باورهای مذهبی تا اندازه‌ای باعث افزایش اعمال وسواسی در آزمودنیها شده است. از سوی دیگر افکار وسواسی، برخلاف اعمال وسواسی، با باورهای مذهبی رابطه معنی داری نشان ندادند.

به‌طور کلی در زمینه نقش مذهب در بهداشت روانی و جسمانی و نیز مقابله با عوامل فشارزا^(۲۸) نظریات و

1-Acklin	2. Brown
3. Manuger	4. Kaczorowski
5. Collipp	6. Bacher
7. Gorsuch	8. Koenig
9. Morberg	10. Krale
11. Low	12. Handal
13. Robbins	14. Francis
15. Stubbs	16. Weerasinghe
17. Tepperman	
18. anxiety & death depression	
19. Alvarado	20. Templer
21. Bresler	22-Thoman
23. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I)	
24. Park	25. Cohen
26. Herb	27. Maltby
28. stressor	

الگوهای گوناگونی ارائه شده است که در اینجا به ذکر دو مورد عمده بسنده می‌شود:

الف: نقش مذهب در مقابله با عوامل فشارزا. پارگامنت^(۱) از جمله پژوهشگرانی است که نظریهٔ جامعی در زمینهٔ نقش مذهب در مقابله با عوامل فشارزا مطرح کرده است. او به سه شیوه تأثیرگذار مذهب در جریان مقابله با فشارهای گوناگون روانی و محیطی اشاره دارد:

نخست آن‌که، مذهب می‌تواند به‌عنوان بخشی از فرایند مقابله تلقی شود و بر نحوه ارزیابی فرد از عامل تهدیدکننده و شدت آن اثر گذارد.

دوم آن‌که، مذهب می‌تواند در فرایند مقابله مداخله کند. بدین معنی، که در تعریف مجدد از مشکل به گونه‌ای قابل حل کمک کند (کاهو^(۲)، ۱۹۸۲).

سوم آن‌که، مذهب می‌تواند روی نتایج و پیامدهای حاصل از عوامل فشارزا تأثیر گذارد. به عبارت دیگر، تفسیر افراد از نتایج و پیامدهای مربوط به رویدادهای زندگی، تحت تأثیر باورهای مذهبی قرار می‌گیرد. (ابراهیمی قوام، ۱۳۷۴).

ب: تأثیر مذهب در سلامت از طریق تغییر سبک زندگی. والریت^(۳) و لاری^(۴) (۱۹۹۵) الگویی ارائه داده‌اند که باورهای مذهبی را به دستگاه ایمنی عصبی - روانی^(۵) پیوند می‌دهد. این پژوهشگران دیدگاهی روانی - اجتماعی^(۶) را برای توجیه رابطهٔ بین مذهب و سلامت روان پیشنهاد می‌کنند. آن‌ها سلامتی را حالتی تعریف می‌کنند که در بردارندهٔ مؤلفه‌هایی همچون عمر طولانی، شادمانی، بهبودی بیماری‌های حاد و بازگشت به سطح سلامتی پیشین است. آنان مذهب را به منزله یک سامانه اجتماعی دارای تأثیر زیادی بر رفتار و نگرش‌های مهم افراد از جمله برنامه‌ریزی خانواده، کار، سیاست و چگونگی تفسیر رویدادهای زندگی روزانه داشته باشد.

۲- شخصیت و باورهای مذهبی

بررسی ارتباط بین مذهب و ابعاد گوناگون شخصیت نیز مورد توجه پژوهشگران بوده است. مالتبی (۱۹۹۵) با

استفاده از پرسشنامهٔ شخصیتی آیزنک^(۷)، در نمونه‌ای از زنان آمریکایی (۱۹ تا ۷۳ ساله) رابطهٔ بین ابعاد درونگرایی - برونگرایی^(۸)، روان‌نژندی^(۹) روان‌پریشی^(۱۰) شخصیت را با میزان حضور در کلیسا و نیز انجام عبادات فردی، مورد بررسی قرار داد و دریافت که تنها بین بعد روان‌پریشی، شخصیت و مؤلفه‌های مذهبی رابطهٔ منفی معناداری وجود دارد.

یافته‌های فرانسیس و پیرسون^(۱۱) (۱۹۹۳) نیز در تأیید یافته‌های یاد شده بوده است.

خداپناهی و خوانین زاده یزدی (۱۳۷۹) جهت‌گیری مذهبی ۴۰۵ نفر از دانشجویان را بر حسب نوع شخصیت بررسی کردند. نتایج به دست آمده نشان داد که در عامل پای بندی به مذهب، دانشجویانی که در مراسم مذهبی شرکت نمی‌کنند یا کمتر شرکت می‌کنند، ریخت‌های شخصیتی برونگرایی ناپایدار هیجانی دارند. همچنین نتایج پژوهش یاد شده نشان داد که زنان بیش از مردان گرایش به مذهب دارند.

همچنین بررسی‌ها نشان داده‌اند که زنان دارای اختلال شخصیت وسواسی هم نگرش‌های مذهبی نیرومندتری دارند و هم بیش از دیگران اعمال مذهبی را انجام می‌دهند. (لوئیس و مالتبی، ۱۹۹۵؛ لوئیس و مالتبی، ۱۹۹۴).

راسموسن^(۱۲) و چارمن^(۱۳) (۱۹۹۵) نشان دادند که در بین مسیحیان، رابطهٔ مثبت معنی‌داری بین درجهٔ نگرش مذهبی و اعتقاد به منبع کنترل بیرونی و قدرت ماورای خود وجود دارد. به عبارت دیگر، هر چه باور مذهبی بیشتر باشد، میزان اعتقاد به منبع کنترل بیرونی و قدرت ماورای خود نیز افزایش می‌یابد.

- | | |
|--|----------------|
| 1. Pargament | 2. Kahoe |
| 3. Valeriet | 4. Laurie |
| 5. psycho-neuro-immunological system | |
| 6. psychosocial approach | 7. Eysenck |
| 8. Introversion- Exrovervion Dimension | |
| 9. Neurosism | 10. Psychosism |
| 11. Pearson | 12. Rasmussen |
| 13. Charman | |

۳- مذهب و سازگاری اجتماعی

محمودی^(۱) (۱۹۹۲) نشان داد که انجمن های مذهبی مهاجران تبتی در هندوستان، از جمله عوامل مهم تسهیل سازگاری آن ها با جامعه هندوستان بوده اند.

از جمله موضوع های اجتماعی دیگر مورد علاقه پژوهشگران انحرافات، کجروی های اجتماعی و نیز سازگاری اجتماعی است. یکی از بررسی هایی که در این زمینه صورت گرفته نشان داد، گروه دوستان و همسالان نقش بسیار بزرگی در گرایش به سمت بزهکاری ایفا می کنند. همچنین بررسی ها نشان داده اند که مذهب سهم مهمی در جلوگیری از گرایش به سوی بزهکاری دارد (چادویک^(۲) و تاپ^(۳)، ۱۹۹۳).

در بررسی ۹۶ زندانی (۷۲-۵۰ ساله) مشخص شد که ویژگی های مذهبی عامل مهمی برای سازگاری دوباره و اصلاح رفتار زندانیان به شمار می آید (کونینگ، ۱۹۹۵). در پژوهشی که توسط وهر^(۴) و احمد^(۵) (۱۹۹۳) روی ۳۰ نوجوان بزهکار و ۳۰ نوجوان غیربزهکار صورت گرفت پژوهشگران دریافتند که نوجوانان غیربزهکار از نگرش مذهبی قوی تری برخوردار بوده اند.

۴- کاربرد مذهب در مشاوره و روان درمانگری

پژوهش ها نشان داده اند که بسیاری از افراد متدین، از نوعی آرامش و کنترل نفس برخوردارند و این توان را دارند که فشارهای عاطفی را تحمل کنند. این پرسش برای بسیاری از درمانگران پیش می آید که آیا می توان با ارائه یک «توصیه دینی» به بیمار، درجاتی از آرامش روانی را به او بخشید؟ کسانی که بر نقش سنتی دین در روان درمانگری تأکید دارند، باور دارند که لازمه درمان مؤثر، گسترش ایمان دینی است (آلستون و همکاران، ۱۳۷۶). بررسی های روان شناختی در زمینه مکتب های روحانی شرق به ویژه ذن^(۶)، بودیسم و یوگا نشان داده اند که پدیده هایی چون تنظیم تنفس، مراقبه^(۷)، ذکر^(۸) و مانند آن ها، از شیوه های مؤثر تلقی می شوند (الیاده^(۹)، ۱۳۷۵).

ازهر^(۱۰) و همکاران (۱۹۹۴) برنامه روان درمانی به

شیوه مذهبی را برای بهبود علائم اضطراب فراگیر^(۱۱) روی ۶۲ بیمار مذهبی مورد بررسی قرار دادند. همه این بیماران از روان درمانی حمایتی بهره برده و از داروهای ضد اضطرابی نیز استفاده کرده بودند. ۳۱ نفر از بیماران افزون بر روش های یاد شده، از روش درمان مذهبی نیز بهره مند شدند. این روش مشتمل بر بحث و گفتگو در زمینه مسائل مذهبی بود. پس از طی دوره درمان نتایج ارزیابی نشان داد، بیمارانی که علاوه بر روش های معمول از درمان مذهبی نیز برخوردار شدند، بهبود سریع تری داشتند. در بررسی مشابه که به روش بالینی انجام شد، پروپست^(۱۲) و همکاران (به نقل از ونتیس^(۱۳)، ۱۹۹۵)، به درمان افسردگی چهارگروه از آزمودنی ها با یکی از روش های زیر اقدام کردند:

۱- درمان شناختی - رفتاری با ارضای مذهبی. بدین معنا که درمانگران در این روش به شناخت ها و نگرش های مذهبی و اثر آن ها نیز توجه می کردند.

۲- درمان شناختی - رفتاری مرسوم در روان درمانگری

۳- درمان مشاوره ای به کمک پیشوای مذهبی^(۱۴). در این نوع مداخله درمانی، کار درمان با تکیه بر مذهب و جلسات مذهبی صورت می گیرد و درمانگر خود یک پیشوای مذهبی است.

۴- گروه کنترل

پس از هجده جلسه یک ساعته، گروه اول یعنی درمان شناختی - رفتاری با ارضای مذهبی، تنها گروه درمانی بود که براساس آزمون افسردگی بک^(۱۵) نتایج بهتری، نسبت به گروه گواه نشان داد.

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. Mahmoudi | 2. Chadwick |
| 3. Top | 4. Vohra |
| 5. Ahmad | 6. Zen |
| 7. Meditation | 8. Mantra |
| 9. Elyadeh | 10. Azhar |
| 11. generalized anxiety | 12. Propest |
| 13. Wentis | 14. pastoral counselling |
| 15. Beck | |

در ایران نیز خدایاری فرد (۱۳۷۹) کاربرد مثبت‌نگری در روان‌درمانگری را با تأکید بر دیدگاه اسلامی مورد بررسی قرار داده است. وی در یک کار بالینی روی هشت خانواده که یک یا چند نفر از اعضای آن‌ها دچار افسردگی و ناسازگاری‌های رفتاری بودند و همچنین پنج نفر از دانشجویانی که دچار احساس حقارت و یا افسردگی بوده و به یکی از مراکز مشاوره دانشجویی برای درمان مراجعه کرده بودند، با استفاده از روش مثبت‌نگری از دیدگاه اسلام به درمان پرداخت. در این روش مراجع تشویق می‌شد تا نقاط قوت خود و دیگران را شناسایی و روی آن‌ها تکیه کند. برخی از پژوهشگران پیشنهاد کرده‌اند که درمانگران و مشاورانی که خود مذهبی‌اند، بهتر از سایر درمانگران می‌توانند با مراجعان و بیماران مذهبی رابطه برقرار کنند و احساس همدلی بیشتری از خود نشان دهند (برگین^(۱) و جنسن^(۲)، ۱۹۹۰).

منابع

ابراهیمی‌قوام، صفری (۱۳۷۴). روان‌شناسی و تحول مذهبی در انسان. مجله تربیت، دوره دوازدهم، شماره ۵، ۳۹-۳۴. اسلامی، احمدعلی (۱۳۷۶). بررسی نگرش فرد نسبت به مذهبی بودن و رابطه آن با افسردگی در دانش‌آموزان سال آخر دبیرستانهای اسلام‌شهر در سال تحصیلی ۱۳۷۵-۷۶. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی.

آلستون، پیترو، بیکر، ملتون و لگنهاوزن، محمد (۱۳۷۶). دین و چشم‌اندازهای نو. ترجمه غلامحسین توکلی، قم: انتشارات دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم.

الیاده، میرچا (۱۳۷۵). دین پژوهی (جلد اول)، ترجمه بهاء‌الدین خرمشاهی، تهران پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.

بهرامی‌مشعوف، عباس (۱۳۷۳). بررسی رابطه بین میزان عبادت و سلامت روان در دانشجویان پسر مرکز تربیت معلم همدان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم

تربیتی دانشگاه تربیت معلم.

جیمز، ویلیام (۱۳۵۶). دین و روان، ترجمه مهدی قائمی. تهران: انتشارات بنگاه ترجمه و نشر کتاب.

خدایاری فرد، محمد (۱۳۷۹). کاربرد مثبت‌نگری در روان‌درمانگری با تأکید بر دیدگاه اسلام، مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، شماره ۵، ۱۶۴ - ۱۴۱.

خدانهای، محمدکریم و خوانین زاده سریزدی، مرجان (۱۳۷۹). بررسی نقش ساخت شخصیت در جهت‌گیری مذهبی دانشجویان، مجله روانشناسی، شماره ۱۴، ۲۰۴ - ۱۸۵.

ساراسون، ایروین جی؛ و ساراسون، باربارا آر. (۱۳۷۱). روان‌شناسی مرضی. ترجمه بهمن نجاریان، محمدعلی اصغری مقدم، و محسن دهقانی، تهران: انتشارات رشد.

شولتز، دوان، (۱۳۶۹). روان‌شناسی کمال (الگوهای شخصیت سالم). ترجمه گیتی خوشدل. تهران: نشر نو (۱۳۶۹).

شولتز، دوان پی، و شولتز، سیدنی آلن. (۱۳۷۵). تاریخ روان‌شناسی نوین، ترجمه علی‌اکبر سیف و همکاران، انتشارات رشد (۱۳۷۵).

مزلو، ابراهام. (۱۳۶۷). روان‌شناسی شخصیت سالم. ترجمه شیوا رویگران. تهران: چاپ هدف.

یونگ، کارل گوستاو (۱۳۵۴). روان‌شناسی و دین. ترجمه فؤاد روحانی، تهران: انتشارات فرانکلین.

Acklin, M. W., Brown, E. C., & Manuger, P.A. (1983). The role of religious value in coping with cancer. *Journal of Religion and Health*, 22, 322-333.

Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal orientation and prejudice religious. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443.

Alvarado, A. K., Templer, I.D., Bresler, C., & Thoman D. S. (1995). The relationship of religious variable to death depression and death anxiety. *Journal of clinical Psychology*, 51, 202-204.

Azhar, M. Z., Varms, S.L., & Dharap, A.S. (1994).

1. Bergin

2. Jensen

- Religious psychotherapy in anxiety disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 1-3.
- Bacher, M., & Gorsuch, R. (1982). Trait anxiety and intrinsic - extrinsic religiousness. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 21, 119-122.
- Bankston, C. L., & Zhou, M. (1995). Religious participation, ethnic identification and adaptation of Vietnamese adolescents in an immigrant community. *Sociological Quarterly*, 36, 530-534.
- Bergin, A. E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist*, 46, 394-403.
- Bergin, A. E., & Jensen, J.P. (1990). Religiosity of psychotherapists: A national survey. Special Issue: Psychotherapy and religion. *Psychotherapy*, 27, 3-7.
- Bergin, A. E., Masters, K.S., & Richards, P.S. (1988). Religiousness and mental health reconsidered: A study of an intrinsically religious sample. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 197-204.
- Brown, L. B. (1987). *The Psychology of religious belief*. London. Academic Press Inc.
- Chadwick, A., & Top, B.L. (1993). Religiosity and delinquency among LDS adolescents. *Journal for the Scientific study of Religion*, 32, 51-67.
- Collipp, P. H. (1969). The efficacy of prayer: A triple blind study. *Medical Times*, 97, 201-204.
- Eisinga, R., Felling, A., & Peters, J. (1990). Religious belief, church involvement and ethnocentrism in the Netherlands. *Journal for the Scientific study of Religion*, 29, 54-75.
- Francis, L. J. & Pearson, P. R. (1993). The personality characteristics of students churchgoers. *Personality and Individual Differences*, 15, 373-380.
- Francis, L. J., & Stubbs, M. T. (1987). Measuring attitudes towards christianity: From childhood to adulthood. *Personality and Individual Differences*, 8, 741-743.
- Hunssberger, B. (1985). Religion, age, life satisfaction and perceived sources of religiousness: A study of older persons. *Journal of Gerontology*, 40, 612-620.
- Kaczorowski, J. M. (1989). Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. *Hospice Journal*, 5, 105-116.
- Kahoe, R. D. (1982). *The power of religious hope*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Washington, D. C.
- Koenig, H. G. (1995). Religion and older men in prison. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 219-230.
- Koenig, H. G., Morberg, D.O., & Krale, J. N. (1988). Religious activities and attitudes of older adults in a geriatric assessment clinic. *Journal of American Geriatric Society*, 36, 362-374.
- Lewis, J. S., & Markids, K. S. (1988). Religious attendance and psychological well being in middle-age and older Mexican Americans. *Sociological Analysis*, 49, 66-72.
- Lewis, C. A. & Maltby, J. (1994). Religious attitudes and obsessional personality trait among UK adults. *Psychological Reports*, 75, 353-354.
- Lewis, C. A., & Maltby, J. (1995). Religious attitude and practice: The relationship with obsessionality. *Personality and individual Differences*, 19,

105-108.

Low, C. A., & Handal, P. J. (1995). The relationship between religion and adjustment to college. *Journal of College Student Development*, 39, 406-412.

Lukoff, D. L. U., Francis, G., & Turner, R. (1995). Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems. *Psychiatric Clinics of North America*, 18, 467-485.

Mahmoudi, K. M. (1992). Refugee cross-cultural adjustment: Tibetans in India. *International Journal of Intercultural Relations*, 16, 17-32.

Maltby, J. (1995). Frequency of church attendance and obsessive actions among English and U. S. adults. *Journal of Psychology*, 12, 599-600.

Ness, R. C., & Wintrob, R. M. (1980). The emotional impact of fundamentalist religious participation: An empirical study of intragroup variation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50, 302-314.

Park, C., Cohen, L. H. & Herb, L. (1990). Intrinsic religious coping as life stress moderators for Catholics versus Protestants. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 562-574.

Poloma, M. M. & Pendleton, B. F. (1991). The effects of pray and prayer experiences on measures of general well-being. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 71-83.

Rasmussen, L., & Charman, T. (1995). Personality and religious belief: A test of Flugel's superego projection theory. *International Journal for the Psychology of Religion*, 5, 109-117.

Reece, B. L., & Brandt, R. (1997). Human relations: principles and practices. *Journal of Personality and Individual Differences*, 8, 134-135.

Robbins, M., & Francis, L.J. (1996). Are religious

people happier? A study among Undergraduates. *Journal of Personality Individual Differences*, New York: 23,199-204.

Sansone, R. A., Khatain, K. & Rodenbauser, P. (1990). The role of religion in Psychiatric education: A national survey. *Academic Psychiatry*, 14, 34-38.

Schwab, R. & Peterson, K.U. (1990). Religiousness: It's relation to loneliness, neuroticism and subjective well-being. *Journal for the Scientific study of Religion*, 29, 335-345.

Tan, S. Y. (1991). Religious values and interventions in lay Christian counseling. Special Issue: Religious values in Psychotherapy. *Journal of Psychology and Christianity*, 10, 173-182.

Valeriet, D., & Laurie, A. S. (1995). A cognitive model of religion's influence on health. *Journal of Social Issues*, 51, 49-62.

Vohra, S., & Ahmad, H. (1993). Personality and value patterns of delinquents and non-delinquents: A comparative study. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 9, 31-37.

Weerasinghe, J., & Tepperman, L. (1994). Suicide and happiness: seven tests of the connection. *Social Indicators Research*, 32, 199-233.

Wentis, W. L. (1995). The relationship between religion and mental health. *Journal of Social Issues*, 15, 33-48.

Worthington, L. E. (1988). Understanding the values of religious clients: A model and its application to counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 166-174.