

سیر تحولات رابطه^۵ دین و بهداشت روانی

سید علی مرعشی

نگاهی گذرا به تاریخ طب در ایران و جهان نشان می‌دهد که همواره مراقبت‌های مبتنی بر اصول اعتقادی یا دینی در کنار طب کلاسیک مطرح بوده‌اند.^۱ همان‌گونه که دولس (Doles، ۱۹۹۲) معتقد است دین اسلام دارای یک تاریخ طولانی از رحم و شفقت و دل‌سوزی نسبت به بیماران روانی است. به عقیده وی اسلام دیدگاه پیچیده‌ای را درباره ارتباط معنویت با سلامت روانی ارائه می‌کند.^۲

از نظر تاریخی ارتباط بین دین و روان‌پزشکی مورد توافق بوده است. حتی اولین مؤسسات روان‌پزشکی آمریکا به وسیله فرقه مذهبی کویکرها (یا: لرزندگان) بنا نهاده شده‌اند و آنان اولین روش‌های درمان روان‌پزشکی خود را «درمان اخلاقی» نامیدند.^۳

از قرن‌ها پیش مشاوره دینی مسیحی تحت عنوان «مشاوره کشیشی» برای درمان آلام بشر به کار گرفته شده است. مشاوره کشیشی اگرچه عموماً توسط روحانیون مسیحی یا سایر کارگزاران کلیسا انجام می‌گرفت، اما امروزه در کشورهای مسیحی به ویژه در اروپا در سطح وسیع‌تری توسط مشاورین غیرروحانی و در مراکز خصوصی با توجه به اعتقادات دینی و سنت مسیحی

درمان روح بشر صورت می‌پذیرد. از سال ۱۹۶۳ در آمریکا سازمانی تحت عنوان انجمن آمریکایی مشاورین کشیشی (AAPC)^۴ تأسیس شد که به طور رسمی در این زمینه فعالیت کرده و مشاور تربیت می‌کند.^۵

در قرن نوزدهم نهضتی تحت عنوان «علم مسیحی» در آمریکا به عنوان یکی از روش‌های درمانی بدون دارو به وجود آمد. از سال ۱۹۳۰ به بعد، هم‌گام با روش‌های کلاسیک روان‌درمانی در غرب گروه‌های درمان غیر کلاسیک و معنوی نیز با عناوین گروه‌های معتادان بی‌نام (NA)^۶، الکلی‌های بی‌نام (AA)^۷ و قماربازان بی‌نام (GA)^۸ در حوزه درمان اختلالات روان‌شناختی شکل گرفتند، به طوری که بیش از دو میلیون معتاد عضو NA یا AA ذکر گردیده‌اند. این نوع گروه‌های درمانی امروزه در بیش از ۶۰ کشور جهان به عنوان سازمان‌های خودیاری و عمدتاً در کلیساها و با تمرکز بر فروتنی و رشد معنوی بیماران فعالیت دارند. اخیراً این گروه در ایران تحت عنوان «گروه معتادان گمنام» فعالیت می‌کنند.^۹

با پیش‌رفت علوم پزشکی در قرن بیستم برخوردی مقابله‌آمیز با روش‌های مذکور به وجود آمد. در سال ۱۹۶۶ فروید دین را به عنوان یک اختلال نوروتیک جهانی مطرح کرد و دین‌باوری را برای بهداشت روانی مخاطره‌آمیز دانست. او گفت:

دین یک نوروز و سواسی جهان‌گیر در نوع بشر است. این نوروز همانند نوروز و سواسی در کودکان ناشی از عقده‌اودیپ و ارتباط با پدر می‌باشد. بنابراین، برای دستیابی به رشد ناچاریم از دین فاصله بگیریم، و اکنون ما در میانه این راه هستیم.^{۱۰}

انقلاب‌های «کوپرنیکی»، «نیوتونی» و «فرویدی» سبب شدند که انسان به عنوان یک موجود بی‌هدف و دارای حدود مشخص در نظر گرفته شود که رفتار او تابع قوانین فیزیک و زیست‌شناسی است.^{۱۱} در این راستا اسکینر دین و معنویات را نادیده گرفت و آلبرت آیس دین را به عنوان یک تفکر غیر منطقی قلمداد کرد.^{۱۲} در مقابل، یونگ از یک موضع افراطی هرگونه اعتقاد دینی ولو خرافه‌آمیز و ابتدایی را در سلامت روانی افراد معتقد به آن لازم و ضروری دانست.^{۱۳} ویلیام جیمز از یک موضع معتدل‌تر برخی رویکردهای دینی را سلامتی‌بخش و برخی را بیماری‌زا خواند.^{۱۴} وی هم‌چنین اثر «دین رسمی»^{۱۵} و «دین شخصی»^{۱۶} را در سلامتی متضاد دانست.^{۱۷} از سوی دیگر، آلپورت (۱۹۶۷) اثر «ارزش‌های فردی یا فرهنگی»^{۱۸} از جمله ارزش

دینی را در معنی دار بودن زندگی و سلامت روانی مورد مذاقه قرار داد. او «دین درونی»^{۱۹} یا پای بندی قلبی به دین را شکل بالغ و سلامتی بخش و «دین برونی»^{۲۰} یا استفاده ابزاری از دین را بیماری زا خواند.^{۲۱} اما فضایی که فروید ساخته بود تا اواخر قرن بیستم بر روان شناسی و پزشکی حاکمیت مطلق داشت.

سرانجام در اواخر قرن بیستم توجه به مقوله جدیدی به نام «پزشکی ذهن-بدن» یا «طب روان-تنی»^{۲۲} توجه جامعه علمی را به نقش معنویت در مراقبت های بهداشتی جلب کرد. روبرت با تحقیقات وسیع و جامع خود در خصوص نیازهای اعتقادی بیماران سال مند، قرن بیست و یکم را قرن معنویت خواند. او بهترین راه تصفیه یک ذهن مغشوش را رابطه با خدا دانست. روبرت تأکید کرد که تیم درمان باید از اهمیت نیازهای روحانی و معنوی در فرهنگ های مختلف آگاهی داشته باشد و آن را به خصوص در مراقبت های سال مندان به کار گیرد.^{۲۳}

در مطالعه موسوم به «بررسی عمومی جامعه آمریکا» که در سال های ۱۹۷۲ تا ۱۹۷۷ در مرکز ملی تحقیقات نظری (National Opinion Research Center) انجام گرفت مشخص شد که اگر پای بندی دینی را صرف نظر از نوع دین به دو نوع قوی و ضعیف دسته بندی کنیم، آنان که پای بندی قوی به دین دارند رضایت بالاتری نیز از سلامتی خود دارند. در اطلاعات ۱۹۸۴ همین پیمایش افرادی که گزارش کردند پای بندی قوی به دین دارند بیشتر از سایرین خود را خوشبخت و رضایت مند از زندگی خانوادگی می دانستند.^{۲۴}

راسموسن (Rasmussen) و کرنال (Crandall) در ۱۹۷۵^{۲۵} و ونگ (Wong) در ۱۹۸۸^{۲۶} اهمیت بالای ارزش دینی را در معنی دار بودن زندگی نشان دادند.

پیتر پرسمن (Peter Pressman) و همکاران (۱۹۹۲) پس از یک تحقیق که در آمریکا روی گروهی از زنان مسن با شکستگی لگن انجام دادند مشاهده کردند که زنان با باورهای دینی دارای نمرات افسردگی پایین تر و وضعیت حرکتی بهتری در قیاس با افراد غیردینی هستند.^{۲۷}

کونینگ (Koenig) و همکاران (۱۹۹۷) در تحقیقی بر روی بیماران بستری در دو بیمارستان نشان دادند که بیماران عامل به دین انعطاف بیشتری برای کنار آمدن با مشکل خود دارند. آنان در تحقیق دیگری افسردگی بسیار پایین را در گروه سال مندان عامل به دین در مقایسه با سایر سال مندان نشان دادند.^{۲۸}

هیلز (Hales) در سال ۲۰۰۰ نتایج بررسی جدیدی را از ۱۳۹ تحقیق علمی ارائه کرد که نشان می‌دهد اعتقادات و فعالیت‌های دینی از قبیل دعا کردن، شرکت در مراسم دینی، و برقراری ارتباط با خداوند، بر سلامت و بهبود وضعیت روانی افراد تأثیر مثبت می‌گذارد.^{۲۹}

تیلر (Taylor، ۲۰۰۱) بر نقش دین و معنویت در درمان ضربه‌های روانی^{۳۰} تأکید کرد.^{۳۱} در تحقیقی به وسیله جنی داویس (Jeanie Davis) در سال ۲۰۰۲ بر تأثیر معنویات بر پیش‌گیری از افسردگی در افراد مسن تأکید شد.^{۳۲}

در مطالعه دیگری توسط کولمن (Coleman) نشان داده شد که اعتقادات دینی به زنان بیوه کمک می‌کند تا با سوگ همسر خود کنار بیایند و معنی و هدف زندگی را از دست ندهند.^{۳۳}

براساس گزارش جفری. اس. لوین (Jeffrey S. Levin) و همکاران (۲۰۰۲) در سال‌های اخیر حجم بسیار بالایی از مطالعات مشابه که به چند هزار تحقیق بالغ می‌شوند ارتباط قوی گرایش دینی را با سلامت روانی و جسمی نشان می‌دهند. بسیاری از این تحقیقات در «مرکز تحقیقات دین، معنویت و سلامتی» دانشگاه دوک (Duke) و بقیه در دانشگاه‌های راتگرز (Rutgers)، تگزاس (Texas)، برکلی/بارکلی (Berkeley)، میشیگان (Michigan) انجام شد و منجر به پدیداری یک دیدگاه جدید علمی به نام «طب خدایی-تنی»^{۳۴} گردید.^{۳۵}

به عنوان نمونه لوین (Levin) به بررسی ۵۰ مطالعه اشاره می‌کند که همگی تفاوت قابل ملاحظه ابتلاء و مرگ و میر ناشی از بیماری‌های سیستم قلبی-عروقی را در بین گروه‌های دینی و غیردینی نشان داده‌اند. از جمله این موارد می‌توان به آرتریواسکلروزیس (تصلب شرائین)، انفارکتوس میوکارد، بیماری شرائین کرونر، بیماری‌های روماتیسمال قلب، بیماری‌های هایپر تنسیو قلب، آنژین صدری، کلسیفیکاسیون آئورت، آندوکاردیت مزمن، و مرگ به دنبال حالات مذکور و هم‌چنین انسیدانس تعداد زیادی از ریسک فاکتورهای قلبی مانند کلسترول بالا، تری‌گلیسرید بالا، و مصرف زیاد کالری و چربی، اشاره کرد. هم‌چنین تحقیقات زیادی وجود دارد که نشان می‌دهند دین یک اثر محافظتی قوی در مقابل سرطان دارد. تحقیقات انجام شده به وسیله UCLA، دانشگاه یوتا و دانشگاه آبرتا از این دست هستند.^{۳۶}

کیت لورنتان (Kate Loewenthal) و همکاران (۲۰۰۲) از گروه روان‌شناسی دانشگاه لندن

در تحقیقی دریافتند که دین می‌تواند احتمال افسردگی و مصرف الکل را تحت تأثیر قرار دهد.^{۳۷} بسیاری دیگر از مطالعات انجام شده متمرکز بر این موضوع هستند که چگونه وابستگی دینی میزان‌های کلی ابتلا و مرگ را در یک جمعیت کاهش، و امید به زندگی و شاخص‌های سلامتی را ارتقاء می‌دهد.

تحقیقات حجیم و مستقلی که نشان دادند پای‌بندی دینی برای سلامت عمومی و به ویژه برای سلامت روانی مفید است، سبب شدند تا در انجمن روان‌پزشکی آمریکا از سرکوب دین در مسائل روان‌پزشکی انتقاد و برهم‌بستگی مثبت بین گرایش دینی و سلامت روانی تأکید گردد. طبق گزارش انجمن روان‌پزشکی آمریکا هم‌جمعیت عمومی و هم‌بیماران روانی خیلی دینی تر از جمعیت درمان‌گر (روان‌پزشکان و روان‌شناسان) هستند که شاید نظام آموزشی سنتی مسئول بروز این شکاف باشد، زیرا در این نظام مقوله فرهنگ و دین به عنوان یک موضوع مهم فرهنگی نادیده گرفته شده است. در DSM-III هیچ‌کجا اصطلاح «فرهنگ» به کار نرفته است. در DSM-III R در قسمت معانی لغات فقط یک جا لفظ فرهنگ در خصوص تشخیص‌دهیان به کار رفته است. در واقع روان‌پزشکان و روان‌شناسان (شاید تحت تأثیر آموزه‌های فروید) عادت کرده‌اند که دین و معنویت را نادیده بگیرند. اما اخیراً پژوهش‌گرانی مانند ترنر (Turner) و لوکاف (Lukoff) کمک کردند تا این مفاهیم در DSM-IV گنجانده شوند.^{۳۸} بالاخره در DSM-IV کلمه معنویت به طور صریح در ذیل عنوان «سایر حالاتی که ممکن است اهمیت بالینی داشته باشند» قید شد.^{۳۹} هم‌چنین در گزارش سال ۲۰۰۱ سازمان جهانی بهداشت WHO بهداشت روانی اساساً یک مقوله میان فرهنگی^{۴۰} خوانده شد.^{۴۱} این تحول بخشی از تلاش‌هایی بود که برای اصلاح تفکر حاکم بر روان‌پزشکی انجام شد. تفکری که در آن به دلیل اتکای صرف به مبانی بیولوژیک، نسبت به دین و معنویت بی‌اعتنایی می‌شد. اینک روان‌شناسی بیشتر در حال دور شدن از بیولوژی است تا نزدیک شدن به آن.^{۴۲} تلاش‌های اخیر انجمن روان‌پزشکی آمریکا APA برای استقرار یک «روان‌شناسی مثبت»^{۴۳} که متمرکز بر عوامل مؤثر در سلامت روانی (نه بیماری روانی) است، منجر به توجه باز هم بیشتر متخصصان به معنویت و رفتارهای دینی شده است.^{۴۴}

پی نوشت ها:

۱. موقری، محمدرضا، و نیک‌بخت نصرآبادی، علیرضا، «اهمیت توجه به نیازهای مذهبی در سال‌مندان بستری در بخش‌های روانی»، چکیده مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۸۰.
2. Koenig, H. G. (1998). *Religion and Mental Health*, California: Academic Press.
3. Neldon, R. (2002). Mental Health and Spiritual Wealth, <http://webmd.lycos.com/cotent/article/1728,60765>.
4. American Association of Pastoral Counselors
5. American Pastoral Counselors (2002). About Pastoral Counseling, <http://www.aapc.org/about.htm>.
- و ممتازی، سعید، «مشاوره مذهبی در فرهنگ مسیحی»، چکیده مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۸۰.
6. Narcotic Anonymous
7. Alcoholic Anonymous
8. Gambler Anonymous
9. NA Society. (2002). What Is The Narcotic Anonymous?, <http://stepsalanostl.org.html>.
- و شیخی، سیامک و همکاران، «اصول و مبانی گروه‌های درمانی معتادان بی‌نام»، چکیده مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۸۰.
10. Amaro, J. W. F. (1998). Psychology, Psychoanalysis and Religious Faith, <http://www.psychwww.com/psyrelig/amaro.html>.
11. Sollod, R. N. (2002). Integrating Spiritual Healing Approaches and Techniques into Psychotherapy, <http://www.psychwww.com/psyrelig/sollod2.html>.
۱۲. نصر اصفهانی، مهدی، «به سمت تطابق فرهنگی در DSM-IV»، مجموعه چکیده ۴۰ سخنرانی، دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روانی انستیتو روان‌پزشکی تهران، ۱۳۷۶.
۱۳. حمدیه، مصطفی، «تفکر الهی و بهداشت روانی»، مجموعه چکیده ۴۰ سخنرانی، دفتر مطالعات اسلامی در

بهداشت روانی انستیتو روان پزشکی تهران، ۱۳۷۶.

14. Clinebell, H.J. (2002). The Christian Massage and Mental Health, <http://faculty.plts.edu/gpence/html/mental.html>.
15. Institutional Religion
16. Personal Religion
17. Amaro, J. W. F. (1998). Psychology, Psychoanalysis and Religious Faith, <http://www.psychwww.com/psyrelig/amaro.html>.
18. Personal of Cultural Values
19. Intrinsic Religion
20. Extrinsic Religion
21. Boeree, C. G. (2002). GORDON ALLPORT, 1897-1967, <http://www.ship.edu/~egboeree/allport.html>.
22. Mind-Body or Psychosomatic Medicine
۲۳. موقری، محمدرضا، و نیک‌بخت نصرآبادی، علیرضا، «اهمیت توجه به نیازهای مذهبی در سال‌مندان بستری در بخش‌های روانی»، چکیده مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۸۰.
24. Levin, J. S. et al (2002). *God Faith and Health*. New York: John Wiley & Sons, INC.
25. Crandall, J., & Rasmussen, R. (1975). Purpose in life as related to specific values, *Journal of Clinical Psychology*, 31, 483-485.
26. Wong, P. T. P. (1998-b). Spirituality, meaning, and successful aging. In P. Wng & P. Fry (Eds.), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical application*, (pp.359-394). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
27. Pressman, Peter (1992). *Journal of Hospital & Community Psychiatry*, vol43, No:12.
۲۸. قریشی راد، فخرالسادات، «نقش مذهب و رویارویی مذهبی در بهداشت روانی»، چکیده مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۸۰.

۲۹. هیلس، دایان، رهنمودی به سوی سلامتی، ترجمه جمعی از اساتید دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۰.
30. Psychologic Traumas
31. Taylor, A. J. W. (2001). Spirituality and Personal Values: Neglected Components of Trauma Treatment, *Traumatology*, Vol.7, No.3, <http://pmep.cce.cornell.edu/profiles/extoxnet/dienochlor-glyphosate/cimethoate-ext.html>.
- ۳۲ و ۳۳. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، چکیده مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، ۱۳۸۰.
34. Theosomatic or God-Body Medicine
- 35-36. Levin, J. S. et al (2002). *God Faith and Health*. New York: John Wiley & Sons, INC.
37. Loewenthal, Kate et al (Jan 28, 2002). Religion May Influence Attitudes Towards Alcohol and Depression, http://www.findarticles.com/cf_dls/m.BSC/4_12/82551723/print.jhtml.
38. American Pastoral Councelors (2002). About Pastoral Counseling, <http://www.aapc.org/about.htm>.
39. The Royal College of Psychiatrists. (2002). Spirituality and Psichiary Special Interst Group, <http://www.rcpsych.ac.uk/college/sig/spirit>.
40. Cross-Cultural
41. WHO., Mental Health: New Understanding, New Hope, The WORLD HEALTH REPORT, (2001).
42. Drake C. (2002). Religion Vs. Psychiatry in Alienation, <http://home.earthling.net/~openedbook/Religion.psychiatry.aliens.html>.
43. Positive Psychology
۴۴. شجاعیان، رضا و زمانی منفرد، افشین، «بررسی رابطه بین استفاده از دعا در زندگی روزمره و سلامت روانی و عملکرد شغلی...»، چکیده مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۸۰.