

ارزیابی علائق دینی و معنوی در روان‌درمانی*

جان تی. چیربان ترجمهٔ مبین صالحی

امروزه بسیاری از متخصصان بالینی به ارزش دین و معنویت در زندگی بیمارانشان و همچنین اهمیت این عوامل در سلامت عاطفی و جسمانی اذعان می‌کنند. اما پژوهش پیرامون این مبحث در آغاز راه است و ارزیابی نیز همچنان با پیچیدگی‌هایی در محیط بالینی روبه‌رو است. مقاله حاضر اهمیت ارزیابی و پرداختن به دین و معنویت در درمان را تبیین نموده و مسائل اساسی این کار را بررسی می‌کند. همچنین ابعاد خاصی را که با پژوهش در روان‌درمانی مرتبط هستند، مشخص می‌کند. مقاله، به پیروی از طرح سیاهه شرح حال دینی و معنوی^۱ که بیانگر مؤلفه‌های اصلی برای ارزیابی دین و معنویت در زندگی بیمار است، به چالش‌هایی در ارتباط با نقش متخصص بالینی می‌پردازد.

تغییر نگرش‌ها دربارهٔ ارزیابی علائق دینی و معنوی در روان‌درمانی

با ظهور هزارهٔ سوم، آتش بسی موقت در بن‌بست تاریخی میان روان‌شناسی و دین اعلام شد. وند کمپ (1996) گزارش می‌دهد که با وجود این‌که بیشتر روان‌شناسان برجسته، دین را بررسی کرده‌اند، اما دین هنوز به جریان اصلی روان‌درمانی راه نیافته است. امروزه روان‌شناسان اهمیت توجه به علائق دینی و معنوی را، خواه به‌طور کلی در کارهای خود و خواه به صورتی خاص‌تر،

در محیط‌های روان‌درمانی مورد عنایت قرار می‌دهند. هم‌اکنون افکاری که طالب‌آند که روان‌شناسان به علائق دینی پردازند بر آراء منتقدانی که این تلاش را «غیرعلمی» و «غیرروان‌شناختی» ارزیابی می‌کنند، در حال فائق آمدن است. مخالفین اظهار می‌کنند که دین و عوامل معنوی، از جمله، ممکن است: (۱) از طریق وارد کردن پدیده‌های غیرعلمی [فرایند] درمان را سردرگم کنند؛ (۲) باعث ایجاد تعارض‌هایی میان درمان‌گر و بیمار شوند، خواه در مواردی که عقاید مشترکی دارند و خواه در مواردی که عقایدشان مخالف یکدیگر است؛ (۳) اهداف و معیارهای متفاوتی را مطرح کنند که باعث نقش برآب شدن درمان شوند؛ و (۴) پدیده‌هایی نامرتبط با اهداف روان‌شناسی را مطرح کنند، و این اظهارنظر مخالفان به طور صحیح ناشی از شیوه علمی است (Aguinis & Aguinis, 1995; Hoshmond, 1995; Ward, 1995). اما روان‌شناسی، علی‌رغم این خرده‌گیری‌ها، با اضافه نمودن بعدی معنوی به درمان، مشارکتی فعال را با دین و معنویت آغاز نموده است.

در واقع، با این که شاهد تجدید حیات دیدگاه کل‌نگرانه^۲ و روان‌تنی^۳ به انسان هستیم که $\psi\upsilon\chi\pi$ (*psyche*)، واژه یونانی برای «soul» [نفس، جان] را به روان‌شناسی و روان‌پزشکی وارد یا مجدداً وارد می‌کند (Chirban, in press)، این حوزه‌ها دامنه کار خود را برای وارد کردن علائق دینی در روان‌درمانی گسترش بیشتری داده‌اند. روان‌شناسی هم‌اینک با اشتیاق به موضوعات دینی می‌پردازد. کتاب هیل و هود (1999) صدوبیست‌وشش معیار ارزیابی برای روان‌شناسی و دین را که از سال ۱۹۳۵ بدین سو مطرح شده‌اند بررسی می‌کند و مؤلفان قول جلد دیگری را پیرامون معیارهای معنویت می‌دهند. تعدادی از نوشته‌های اخیر (شامل آثاری که انجمن روان‌شناسی آمریکا منتشر کرده است) اهمیت پرداختن به دین و معنویت در درمان را مورد بحث قرار می‌دهند و از تحقیق درباره این بعد حمایت می‌کنند (Kelly, 1995; Miller, 1999; Shafranske, 1996; see also Tan & Dong, Chapter 12, this volume). این قبیل آثار نمایان‌گر یک دگرگونی قابل ملاحظه در پرداخت روان‌شناسی به دین هستند.

با این حال، فقدان توجه به معنویت و دین در روان‌درمانی در سابق، باعث تردید متخصصان بالینی در این باره شد که چگونه به این موضوعات نزدیک شوند. هم‌اکنون آن‌ها ترغیب شده‌اند که علائقی را که پیش از این تابو یا نامرتبط با وظیفه آن‌ها تلقی می‌شد، مورد توجه قرار دهند. متخصصان بالینی اعتراف می‌کنند که این حوزه مایه زحمت آن‌هاست، چنان‌که ۸۵٪ از روان‌شناسان

بالینی گزارش می‌کنند که در روان‌شناسی، دربارهٔ دین یا آموزش اندکی دیده‌اند یا هیچ آموزشی ندیده‌اند (Shafraanske, 2000; Shafraanske & Malony, 1990; see also Shafraanske, Chapter 13, this volume). در حال حاضر درمانگران معدودی به طور منظم به دنبال اطلاعاتی دربارهٔ تدین و معنویت مراجعان خود هستند (Richards & Bergin, 1997).

تغییرات اساسی در نگرش‌ها پیرامون کاربرد و نقش دین و معنویت در روان‌شناسی، به همراه فقدان آموزش متخصصان بالینی برای پرداختن به این موضوعات، سوالات جدی را پیش روی قرار می‌دهند:

۱. آیا ترتیب اثر دادن به علائق دینی یا معنوی، با دیدگاه نظری و موضع درمانی متخصصان بالینی سازگار است؟

۲. پاسخ متخصصان بالینی به این مسائل تا چه حد درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟

۳. رویکرد مناسب برای پرداختن به علائق دینی و معنوی چیست؟

ارزیابی این حیطه در درمان نیازمند تشخیص اثر دین و معنویت در زندگی بیمار است و همانند دیگر ارزیابی‌های بالینی هم ریشه‌ها و هم مسائل را در بر می‌گیرد و به اثرگذاری متخصص بالینی در فرایند ارزشیابی توجه دارد. بخش نخست این مقاله رهنمودهایی را برای ارزیابی علائق معنوی و دینی در روان‌درمانی ارائه می‌کند: مزایای ارزیابی این مسائل چیست و متخصص بالینی باید به کدام حیطه‌های خاص پردازد؟ بخش دوم فرایند ارزیابی را مورد توجه قرار می‌دهد: چه مسائلی ممکن است در خلال ارزیابی پیش آیند؟ چگونه شخص متخصص درمانی و روابط درمانی به ارزیابی شکل می‌دهند؟ چه رهنمودهایی می‌تواند به هدایت پژوهش کمک کند؟

علائق درمانی

چرا مسائل معنوی را در روان‌درمانی ارزیابی می‌کنیم؟

چندین تلقی روان‌شناختی از دین و معنویت، که از تلقی شکاکانه به تلقی مشتاقانه گراییده است، حاصل پژوهش‌های نتیجه‌ای^۴ قانع‌کننده پیرامون سلامت است که نشان می‌دهد دین و معنویت برای بهزیستی روانی و برای کاهش بیماری جسمانی، عاطفی و روحانی دارای مزایای بالقوه‌ای هستند (Benson & Stark, 1996; Larson & Milano, 1995; Merwick, 1995). افرادی که از اشتغالات دینی یا معنوی بیشتری برخوردارند در قیاس با هم‌متایان‌شان که در امور دینی یا معنوی

سهمی ندارند، ظاهراً دارای میزان مرگ و میر کمتر، فراوانی پایین‌تر برخی بیماری‌ها، و سلامت روانی بهتری هستند (McCullough & Levin & Chatters, 1998; Gorsuch, 1994; Larson, 1999; see also Thoresen, Harris, & Oman, Chapter 2, McCullough, Chapter 3, and Plante & Sharma, Chapter 10, this volume). این عامل تجربی ممکن است واسطه‌ای برای پذیرش بیشتر دین و معنویت در روان‌شناسی باشد.

دوم این‌که، دین و معنویت جلوه‌گاه نیازهای وجودی هستند. از این رو ایمان فرد ممکن است با فراهم آوردن معنی و هدف، عزم و انسجام اهداف او را ارتقا ببخشد. در این فرایند چه بسا که ارزش‌ها و التزام ناشی از ایمان فرد راهنمایی‌هایی برای کنار آمدن با زندگی روزانه و موفقیت‌ترین آرامش در این زندگی ارائه کنند. مشکلات روانی اغلب جلوه‌های بیماری وجودی هستند (Maddi, 1970).

سوم این‌که، متخصص بالینی با التزام به دین و معنویت و درک این دو وارد حیطه‌ای از علائق و امیال محوری می‌شود. اغلب، شدیدترین احساسات مثبت و منفی بیمار با تجارب دینی و معنوی او در ارتباط‌اند. بهره‌برداری از این تجارب ممکن است اطلاعات بالینی قابل ملاحظه‌ای درباره ارزش‌ها، روابط، شخصیت، اهداف، و ریشه‌های عاطفی بیمار در اختیار گذارد.

چهارم این‌که، شناخت بعد دینی و معنوی بیماران برای فرایند ارزیابی ضروری است، زیرا متخصصان بالینی را قادر می‌سازد تا مشخص کنند که آیا عقاید دینی بیماران شخصی و چه بسا تشخیصی هستند یا متعارف و بازتاب سنت‌های آن‌ها و یا هر دوی آن‌ها. در حالی که ممکن است در سرگذشت یک شخص مشکلات روانی از علائق دینی و معنوی نشأت گرفته باشد، امکان دارد دین و معنویت منبع بهبود شخص دیگر از یک مشکل عاطفی باشد. شناسایی ریشه‌ها، نیروها، و حمایت‌ها یکی از بخش‌های متعارف مصاحبه مقدماتی را شکل می‌دهد. از سوی دیگر، سنت‌های دینی ممکن است افراد را در مسیرهای متعارض سوق دهند. یک کشیش، عضو کلیسای محل خود را که افسرده بود از مراجعه به روان‌پزشکی که من او را به وی ارجاع داده بودم، منع کرد. استدلال کشیش این بود که ایمان به خدا در درازمدت عضو کلیسای محلش را شفا خواهد داد. کشیش در حالی که نه از گرایش بیمار به خودکشی اطلاع داشت و نه خطرات بالقوه این توصیه را فهم می‌کرد از عملی پشتیبانی می‌کرد که ممکن بود مهلک باشد. اگر متخصصان بالینی به مسائل دینی و معنوی بیماران توجه نکنند، به این قبیل تعارضات پی نخواهند برد یا فرصت رفع آن‌ها را نخواهند یافت.

پنجم این که، اگرچه خود روان‌شناسان در مقایسه با اکثر شهروندان امریکایی هم چنان کمتر به دنبال درگیر شدن در اعمال دینی و معنوی هستند، تغییرات فرهنگی-اجتماعی حاصل از یک «تجدید حیات معنوی» فعالیت معنوی امریکایی‌ها را به شدت افزایش داده است. یک نظرسنجی نشان داد که بیش از ۸۰٪ مردم به خدا یا یک نیروی معنوی اعتقاد دارند، اما ضرورتاً این طور نیست که به دین عمل کنند یا به عقاید دینی معتقد باشند (Lukoff, Francis, & Turner, 1992). افزون بر این، قابل توجه است که دامنه گسترده‌ای از اعمال تحت پوشش معنویت قرار می‌گیرد، از رسوم سنتی گرفته تا دین عصر جدید^۵ و از حلقه‌های الهه پرستی^۶ گرفته تا مراقبه و فنون رزمی. لوکاف، لو و ترنر (1998) حدس زدند که افزایش درصد افرادی که ارتباط با مردگان، مکاشفات، ادراک فراحسی، تجارب عرفانی، و دیگر رویدادهای غیر معمول را گزارش می‌دهند ممکن است از گسترش مشکلات مرتبط با معنویت در روان‌درمانی خبر دهد. در این جا قابل ذکر است که اصطلاح «religious» (=دینی) آن قدر فراگیر می‌شود که چه بسا معنی خود را از دست بدهد. واضح است که وابستگی یا شرکت دینی و معنوی خود به خود زمینه بهبودی را برای همه فراهم نمی‌آورد. برای نمونه ممکن است دین با سرکوب خودانگاره و عزت نفس پیروان، آن‌ها را منقاد خود بخواند. به نظر می‌رسد که عواملی از قبیل نیروهای محدودکننده دینی یا یک خدای محکوم‌کننده گاهی اوقات بر شرکت‌کنندگان [در اعمال دینی] تأثیر منفی می‌گذارند (Gorsuch & Miller, 1999). کیت لونتال (1995, p.121) می‌نویسد: دین می‌تواند با سلامت روان ضعیف در ارتباط باشد:

تعصب، شکنجه و بی‌تفاوتی نسبت به درد و رنج، همگی یک ویژگی مشترک به نام بی‌رحمی دارند. هم چنین ممکن است از ریشه‌های روانی مشابهی برخوردار باشند. آن‌ها همگی به درستی یک ویژگی شرم‌آور و بسیار معمول مذهب رسمی نیز تلقی شده‌اند. جنگ‌های مقدس، شکنجه‌ها، تفتیش عقاید، جنگ صلیبی، قتل عام... از بدترین فجایع در تاریخ بشرند که به نام دین صورت می‌گیرند و بنا به ادعا به وسیله دین توجیه می‌شوند.

گاهی دین را عامل کمک‌کننده به ضعف سازگاری اجتماعی یا افزایش خطرات سلامتی معرفی کرده‌اند (Fitchett & Handzo, 1998; Gorsuch, 1994). بنابراین، این دین یا معنویت در معنای وسیع (یعنی تعیین هویت عام) نیست، بلکه تجارب خاصی از دین و معنویت (یعنی نیایش و

ارتباط) است که باعث ارتقاء سلامت می‌شود-یا، برعکس، ممکن است سبب تجارب ناسالم شود و موجب نگرش‌های منفی‌ای نسبت به دین شود که خصیصه حوزه روان‌شناسی است. ادیان و معنویات-حتی در محدوده فرقه‌های خاص نیز-بسیار متفاوتند. تفاوت‌های مفهومی، مسائل روش‌شناختی، و دشواری‌های مربوط به اندازه‌گیری باعث شده‌اند که اتفاق نظر کمی درباره شاخص‌های استاندارد شده ارزیابی دین و معنویت به وجود آید. برخی با توجه به این پیچیدگی‌ها دلیل خوبی یافته‌اند تا کل تلاش در جهت توجه به علائق معنوی در مراقبت از سلامتی را به چالش بکشانند و با کمال تأسف نوزاد و آب لگن را یک‌جا بیرون می‌ریزند. منصفانه است اگر بگوییم این قبیل علائق باید از میان بروند، اما عاقلانه به نظر نمی‌رسد که فرد آن‌چه را که کاملاً نفهمیده انکار یا به آن بی‌اعتنایی کند. از این رو، در محیط بالینی که در آن شخص ناگزیر هم با تنوع متغیرهایی که دین و معنویت را تعریف می‌کنند و هم با دشواری در پرداختن به رشد و تحول بیمار روبه‌رو می‌شود، متخصص بالینی باید اساس و برنامه کار خود را در این زمینه مشخص کند.

معانی متفاوت دین در میان متخصصان بالینی مختلف: مورد بی. اف. اسکینر

بی. اف. اسکینر^۷ در رشد حرفه‌ای من در روان‌شناسی، عقاید و رویکردم به روان‌شناسی را با چالش اساسی روبرو نمود. اولین بحث‌های ما که از اوایل دهه ۱۹۷۰ آغاز شد، پیشینه بسیار متفاوت و درک متضاد ما از ماهیت انسان، هم از بعد روان‌شناختی و هم از لحاظ روحانی را منعکس می‌نمود. اسکینر یک دانشمند تجربی و پدر رفتارگرایی محض بود؛ اصول عقائد مذهبی او ریشه در آیین پرسبیتی^۸ داشت و از الهیات جانانان ادواردز^۹ منبعث شده بود. پیش از مطالعه روان‌شناسی، من دانشجوی الهیات ارتدکس یونان بودم؛ اگرچه رویکردم به روان‌شناسی التقاطی^{۱۰} بود، اما اصول روان‌پویش^{۱۱} جهت‌گیری من را تقویت می‌کرد. اسکینر انتظارات پایینی از دین داشت، اما انتظارات من بالا بود. او معتقد بود ایمان یا خدا تقویت‌کنندگی‌ای ندارند، اما من یافتم که ایمان و خدا تقویت‌کننده و محافظ هستند. عینک‌هایمان با هم فرق داشتند.

در اواسط دهه ۱۹۸۰ که اسکینر مشغول کار بر روی کتابی درباره اخلاق و رفتار بود، ما در طی گفت‌وگوهای هفتگی‌ای که چندین سال طول کشید، این‌بار مشترکاً و با توجه به دیدگاه‌های متفاوتمان، به تحلیل و بررسی فهم خود از «the spiritual» [=امور معنوی] پرداختیم. اسکینر

پیش از این دین ستیز و حتی بی خدا جلوه کرده بود. گفت و گوهای ما ریشه‌های خصوصیات روحی او و هم چنین دل مشغولی عجیب و غریب او به عنوان یک فیلسوف آرمان‌گرا را روشن نمود. بحث‌های هفتگی منظم ما در طول پنج سال پایانی زندگانی او، نمونه‌ای بود از این که آثار تجارب دینی حتی برای یک بی‌دین سوگند خورده تا چه حد چشمگیر می‌تواند بود.

دریافتم که در واقع تجارب دینی اولیه اسکینر بسیار مؤثر بوده است. او در زندگی نامه خودنوشتش به نام *Particulars of My Life* (۱۹۷۶) (= جزئیات زندگی من) می‌نویسد:

اولین تعلیم دینی که می‌توانم به یاد آورم در خانه مادر بزرگ پدریم بود. درخواست او این بود که من هرگز دروغ نگویم و تلاش می‌کرد، از طریق توصیف کاملاً زنده تنبیه در نظر گرفته شده برای دروغ‌گویی، من را در مقابل دروغ مسلح کند. به یاد می‌آورم که ذغال سنگ‌های برافروخته در بخاری داغ را به من نشان می‌داد و می‌گفت: بچه‌های کوچکی که دروغ بگویند پس از مرگ در چنین جایی افکنده می‌شوند.... بعدها یک بار به یک برنامه شعبده‌بازی رفتم که برنامه پایانی آن ظاهر کردن یک دیو بود. وحشت کرده بودم. از پدرم پرسیدم آیا دیوی شبیه همین دیو است که پسرهای کوچک را در جهنم می‌اندازد و او به من اطمینان داد که بله همین‌طور است. به نظرم هرگز از آن شکنجه روحی‌هایی نیافتم. زمان زیادی از آن واقعه نگذشته بود که برای فرار از تنبیه یک دروغ درست و حسابی گفتم و این مسئله سال‌ها آزارم می‌داد. به یاد می‌آورم شبی را که دراز کشیده بودم و در حالی که بیدار بودم و هق‌هق‌گریه می‌کردم از گفتن این مشکل به مادرم و از بوسیدن او هنگام خواب خودداری می‌کردم. هنوز می‌توانم تاسف، وحشت، و یأس قلب کوچکم را در آن زمان احساس کنم.... (Skinner, 1976, p.60)

آن‌گونه که من می‌فهمم تصویر خشک و تنبیهی خانواده او از دین باعث تنفر روحی می‌شد. تا چه حد این تجارب بر این تلقی او که دین منفی و نفرت‌انگیز است تأثیر گذاشت؟ هم‌چنان که صحبت می‌کردیم به مرور روشن و روشن‌تر می‌شد که تا چه حد عقاید مارویکردهای روان‌شناسی‌مان را شکل می‌دهند. اسکینر در *A Matter of Consequences* [= مسئله پیامدها] (۱۹۸۳) به صراحت اقرار نمود که بیشتر مواضع علمی او ریشه در الهیات

پرسببتری دارد. نقطه نظر او در روان‌شناسی که هیچ اختیار و هیچ آزادی‌ای وجود ندارد و اهمیتی که او به کنترل بیرونی داد، شباهت قابل توجهی با الهیات کلیساهای مستقل^{۱۲} جانانان ادواردز داشت. اسکینر در یکی از گفت‌وگوهایمان بیان نمود که:

همواره قدری ترس وجود داشت. نه دقیقاً از این که ممکن است دین باطل داشته باشم... [مثلاً] به جای کاتولیک پرسببتری باشم. به کلاس تعلیمات دینی رفتم، اما هرگز تاب نیاوردم. به نظرم تا حدودی از دین می‌ترسیدم. به طوری که در نهایت وقتی از آن جا فرار کردم، احساس آرامش کردم، اگرچه وقت زیادی را از من گرفت تا به این احساس دست یابم. یادم می‌آید وقتی دانشجوی سال اول دانشکده بودم هنوز دین تا حدودی مایه عذاب و دل‌نگرانیم بود. یادم می‌آید نزد استاد فلسفه رفتم و به او گفتم ایمانم را از دست داده‌ام. این واقعیت که آن زیست‌شناس، که بسیار مورد علاقه و تحسین من بود، در کلاس تعلیمات دینی تدریس می‌کرد مرا ناراحت کرد. این‌ها مشکلاتی بودند. (in Chirban, 1992)

همان‌طور که در حال صحبت بودیم متوجه شدم استدلال اسکینر در مخالفت با آن‌چه من آن را «spirituality» [=معنویت] می‌خواندم نیست؛ سوءظن او به معنویت ناشی از سوءاستفاده‌هایی در دین بود که او شخصاً احساس می‌نمود. علاوه بر این، تمایل خود او اشتیاقش را به فهم و خلق ویژگی مثبتی که نمی‌توانست آن را بیابد، تشدید می‌نمود. این میل امیدوارکننده خود را در هویت اسکینر به عنوان یک انسان ژرف بین‌آزمایی نشان می‌داد (Skinner, 1989). او به من گفت: «آن‌چه تو می‌گویی شباهتی به دین ندارد... به نظر من به آن‌چه من بر روی آن کار کرده‌ام بسیار شبیه است» (in Chirban, 1992, p.32). فهم او از واژه «معنویت» مبتنی بر تصاویر خام و تداعی‌های دوره کودکی بود. او دین را با تجارب معنوی برابر نمی‌دانست. در گفت‌وگوها بیان نمود که تاکنون با آن دسته از تجارب دینی‌ای که من گفته بودم که ارتباطی با معنویت دارند، برخورد نداشته است. با این همه، این تجارب معنوی را «حالات احساسی» می‌نامید و معتقد بود که برای روان‌شناسی بسیار اهمیت دارند. برای نمونه او تعهد خود به نقش روان‌شناسی در خلق آینده‌بتر برای بشریت را تشریح می‌نمود و علاقه‌مند بود به این که چگونه ممکن است طریقت‌های معنوی از طریق تربیت فرهنگی به این امر کمک کنند. در پایان به این نکته توجه نمودیم که چگونه تلفیق جلوه قابل قبول روح، هم برای ایمان و هم برای علم حیاتی است.

بنابراین، پرسش پیش روی ما به عنوان درمان گر درک و تشخیص این است که دین و معنویت به چه صورتی توسط بیمار ادراک و تجربه می‌شوند و چرا؟ ممکن است زمانی که بیماران یا درمان‌گران به ساختارهای کلی «دین» و «معنویت» اشاره می‌کنند تلویحاً سخنان فراوانی گفته باشند. اما، مطلب اندکی از این واژه‌ها واقعاً فهم می‌شود، مگر این که زمان لازم را صرف کنیم برای فهم این که این قبیل واژه‌ها برای آن شخص خاص چه مدلول معنوی و چه لازمه روان‌شناختی دارند.

رویکردهایی برای فهم دین و معنویت

اگرچه پژوهشگران در خلال چند دهه شاخص‌های کمی متعددی برای ارزیابی دین و معنویت ابداع و اصلاح نموده‌اند (Gorsuch & Miller, 1999; Hill & Hood, 1999; see also Sherman & Simonton, Chapter 6, this volume)، اما یک مقیاس کافی و وافی یا جامع برای این بعد از محیط بالینی وجود ندارد. افزون بر این، پرسش‌نامه‌های تنظیم شده برای انجام تحقیقات شخصی و درون‌نگری عمقی سازگار با درمان مطلوب نیستند. نخستین کار متخصص بالینی توجه به ادراک خود فرد از دین و معنویت با در نظر گرفتن کثرت متغیرهای هم‌پیوند با چارچوب دین و معنویت است. از این رو، یک رویکرد مصاحبه‌ای بازپاسخ^{۱۳} - به نام سیاهه شرح حال دینی و معنوی (RSHI) - برای محیط‌های بالینی پیشنهاد می‌شود. این رویکرد در مقایسه با پرسش‌نامه‌های پژوهشی مختصر درک عمیق‌تر و گسترده‌تری را تضمین می‌کند و بر تجارب خاصی تأکید می‌وزد که در سلامت روانی بیمار دخیلند.

چندین مصاحبه در محیط پزشکی ابداع شد تا به جنبه‌هایی از دین و معنویت به عنوان یک حوزه پژوهشی صحیح و هدف‌مند پردازند (Fitchett & Handzo, 1998; Maugans, 1996). برخی از این ارزیابی‌های بالینی ممکن است برای روان‌درمانی هم مناسب باشند. برای نمونه یک ارزیابی کارکردی شش مرحله‌ای از نیازهای معنوی توسط استودارد (1993) ابداع شد تا سطوحی از علائق معنوی را که بر پایه‌علائم خاصی استوار هستند، مشخص کند و با ارجاع افراد به کشیشان [به درمانشان] کمک کند. در مقابل، RSHI برای استفاده در روان‌درمانی ابداع شد و هدف از آن ممکن ساختن یک بررسی غنی‌تر و فراگیرتر از بررسی‌هایی که معمولاً در محیط‌های پزشکی امکان‌پذیرند، بود. این مصاحبه یک چارچوب گسترده برای درک دین و معنویت بیمار فراهم می‌آورد و فرصتی برای خود ارزیابی بیمار در رابطه با این موضوعات بدست می‌دهد.

مصاحبه شرح حال دینی و معنوی

طرح کلی RSHI در ضمیمه این مقاله ترسیم شده است. این مصاحبه، همانند بیشتر ارزیابی‌های بالینی، به همراه نیازهای بیمار و پرسش‌های درمانی بسط می‌یابد. توصیه می‌شود که در طول بررسی مقدماتی پیشینه بیمار، پرسش‌های کلی درباره وابستگی‌های دینی و معنوی و میزان مشارکت کنونی بیمار [در امور دینی و معنوی] صورت گیرد. برای ارزیابی میزان مورد نیاز اجرای RSHI و مناسب بودن استفاده از ارزیابی معیار شده در این حوزه یک تصمیم بالینی لازم است. به طور مثال، ممکن است بیشتر بخش‌های این مصاحبه برای بیماری که با علائق وجودی، هویت و خودانگاره، یا افسردگی در حال کشمکش است، مورد استفاده قرار گیرد، در حالی که امکان دارد برای شخص مبتلا به اختلال شخصیت پارانویید^{۱۴} یا فرایندهای روان‌پریشانه^{۱۵} نامناسب و زیان‌بخش باشد.

مسائل دینی و معنوی، همانند بیشتر درمان‌ها، باید بنابر قصه و انگیزه بیمار بررسی شوند. از این رو، یک شرح حال دینی و معنوی لازم است که مناسب با بیمار باشد، به این صورت که موضوعات دینی و معنوی‌ای را که به روان‌شناسی ربط پیدا می‌کنند و بر اساس قضاوت بالینی درباره نیازهای بیمار استوار شده‌اند، استخراج کند.

این مصاحبه به مسائل مرتبط با اکثر بیماران می‌پردازد، خواه خودشان را متدین، لادری‌گر،^{۱۶} ملحد، معنوی، یا بی‌علاقه به معنویت توصیف کنند یا خیر. پرسش‌نامه، طیفی گسترده از تفاسیر و برداشت‌ها از کلمات «معنویت» و «دین» را که با نیت، خودآگاهی، و روابط بیمار ربط دارند، بررسی می‌کند. افزون بر این، پرسش‌نامه بحثی پیرامون مرز مشترک میان مسائل دینی و معنوی و علائق وجودی را پیش می‌کشد. از این رو، این ارزیابی بیمار، چه دارای جهت‌گیری معنوی باشد و تعارض‌های دینی آشکار نشان دهد و چه تعارض‌های معنوی داشته باشد، اما از ارتباط آن‌ها با مشکلات بالینی خودش آگاه نباشد و آشکارا نسبت به معنویت بی‌علاقه باشد، در هر دو صورت، باید به یکسان مورد توجه واقع شود.

RSHI مقتضی بررسی در چندین موضوع است که پژوهش‌ها اهمیت آن‌ها را نشان داده‌اند. از جمله این موضوعات این‌ها هستند:

تاریخچه خانوادگی. اکثر مردم، سنتی را که با آن رشد کرده‌اند حفظ می‌کنند. برگرفتن سنت دینی خانواده بر اعتقادات و به طور کلی‌تر بر تکوین هویت فرد تأثیر می‌گذارد، به ویژه هنگامی که

فرد ارزش‌های درونی ایمان را که در خانواده بیان می‌شوند، نشان داده می‌شوند و مورد استقبال می‌شوند، بپذیرد. دیگر این که عصیان کردن یا نکردن بیمار نسبت به خانواده خود نیز ممکن است با گزینش‌های دینی و معنوی مطابقت داشته باشد. از این رو، اهمیت دارد که میان ترجیح دینی، وابستگی فرقه‌ای، و داشتن دین رسمی تمایز قائل شد.

وابستگی دینی. اکثر مردم در سرتاسر جهان با یک فرقه دینی پیوند دارند (Richards & Bergin, 1997). سنت دینی فرد هم زبان و هم نمادهای دینی [او] را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هم‌چنین حساسیت فرد را به تجارب و علائق خاص زندگی بالا می‌برد. برای نمونه، یک هندوی متدین که از یک مرحله دشوار در زندگی خود رنج می‌برد، امکان دارد بپذیرد که این دشواری آزمونی برای سنجش توانایی او در پاسخ دادن به امتحان الهی است که منجر به پاداش گرفتن وی در زندگی اخروی می‌شود. در مقابل، یک یهودی اصلاح طلب^{۱۷} ممکن است احساس کند که امتحان الهی برای این است که همه مردم به هرچیزی که در همین زندگی دنیوی در توان آن‌هاست، برسند؛ از این رو، نگرش او به مراحل دشوار زندگی ممکن است با نگرش هندو متفاوت باشد، پس سنت‌های دینی مختلف ممکن است بیمار را به چارچوب‌های متفاوتی از معنا و عمل هدایت کنند.

رشد دینی و معنوی. جیمز فاولر در آثار خود (Fowler, 1981, 1996; Fowler & Keen, 1985) که هم بر پایه الهیات و هم بر پایه روان‌شناسی است، جلوه دین‌داری و معنویت را گذر از مراحل مجزا و جهانی می‌داند. به طور مثال، اگرچه آموزش رسمی یک بزرگسال درباره خدا ممکن است از طریق کلاس تعلیمات دینی سال سوم بوده باشد، اما جلوه ایمان او ممکن است درک بسیار تکامل یافته‌تری را نشان دهد که بازتاب رشد و تغییر او است. الگوی ساختاری/رشدی فاولر پیشرفت ایمان فرد را از میان هفت متغیری توصیف می‌کند که نظام ایمانی او را مشخص می‌کنند: (۱) شکل منطقی، (۲) شکل یکپارچگی جهانی، (۳) پذیرش نقش، (۴) مرزهای آگاهی اجتماعی، (۵) قضاوت اخلاقی، (۶) نقش نمادها، و (۷) جایگاه تعبد و مرجعیت. ممکن است RSHI برای کسب اطلاعات از بیمار برای ارزیابی مرحله ایمان او سودمند باشد.

ادگیزش درونی/برونی دینی. پژوهش آلپورت (Allport & Ross, 1967) در زمینه دین درونی و برونی، ایمان درونی را بخشی از شخصیت توصیف می‌کند که فرد از طریق آن فطرتاً معنوی و دین‌دار است. آن‌هایی که جهت‌گیری پخته و درونی دارند، انگیزه اصلی خود را در دین می‌یابند.

در مقابل، ایمان برونی نیازهای خارجی یا فرعی را برآورده می‌سازند. آن‌هایی که جهت‌گیری برونی دارند، از دین برای اهداف خود استفاده می‌کنند؛ آن‌ها رو به خدا می‌کنند بدون این‌که از خود روی بگردانند. نظرات بیماران در این باره که چه چیزی به زندگی معنا و هدف می‌بخشد و درباره‌ی تعهد آن‌ها نسبت به ایمان و نیز درباره‌ی تجارب دینی‌شان، به متخصص بالینی در درک اهداف روانی بیمار در زمینه‌ی گسترده‌تری از ارزش‌ها، ایمان، و تعهداتی که سائقه درونی یا برونی دارند، کمک می‌کند (Chirban, 1981). درونی بودن، یک جهت‌گیری دینی پخته است که با سازگاری عاطفی و اجتماعی پیوند مثبت برقرار نموده است، در حالی که انطباق دینی بیرونی و ناپخته، با سازگاری همبستگی منفی برقرار کرده است (Richards & Bergin, 1997). افزون بر این، متخصص بالینی ممکن است میان جهت‌گیری درونی شده و برونی شده‌ی ایمان بیمار و نوع شخصیت او ارتباطی بیابد (محور II در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی [DSM IV-TR]، انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). انواع خاص شخصیت می‌تواند باعث بیشتر یا کمتر شدن جهت‌گیری درونی یا بیرونی شود. به‌طور نمونه کسانی که ویژگی‌های هیستریایی^{۱۸} دارند ممکن است به سوی جهت‌گیری دینی برونی هدایت شوند، در حالی که کسانی که ویژگی‌های اجتنابی^{۱۹} دارند ممکن است با جهت‌گیری دینی درونی سازگاری بهتری یابند.

تصویر خدا. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که چندین عامل بر تصویر فرد از خدا تأثیر می‌گذارد، از جمله روابط والدینی، ارتباط با سایر افراد مهم، عزت‌نفس، تعلیم دینی، و اعمال دینی. به نظر می‌رسد که روابط والدینی و عزت‌نفس تأثیر قوی‌تری بر تصویر فرد از خدا دارند. آن‌هایی که روابط محبت‌آمیز و حمایتی را تجربه نموده‌اند و از عزت‌نفس مثبت برخوردارند معمولاً خدا را پذیرنده، بخشاینده، و مهربان می‌دانند (Richards & Bergin, 1997). ادراک خدا به منزله‌ی موجودی مادی و معنوی اغلب «دقیقاً خاص» است (Rizzuto, 1992, p.57) و حاصل عملکرد دین، فرهنگ، و رشد عاطفی فرد است (Rizzuto, 1979). تصاویر خدا هم آگاهانه و هم ناآگاهانه مورد اعتقاد واقع می‌شوند، هم‌چنان که ممکن است فرد از کارکردهای یک تصویر درونی آگاه نباشد. از این‌رو، فهم کودک از خدا ممکن است بازتاب فرایندهای خود تفسیرگرانه‌ای باشد که به منزله‌ی یک عنصر مهم در دیدگاه کودک نسبت به خود، سایرین، و جهان عمل می‌کند.

مسئله گشایی و کنار آمدن.^{۲۰} پارگامنت (1988; Pargament et al., 1997) سه شیوه مسئله‌گشایی

دینی تعیین نمودند که رویکردهای اساسی به رویدادهای زندگی معمول را توصیف می‌کنند: تسلیم، خودفرمانی، و مشارکت. افرادی که از شیوه تسلیم پیروی می‌کنند، مسئولیت را به خدا «واگذار» می‌کنند؛ آن‌هایی که از شیوه خودفرمانی استفاده می‌کنند، به یک رویکرد مسئله‌گشایی فعال روی می‌آورند که خدا مستقیماً در آن دخالت ندارد؛ کسانی که شیوه مشارکتی دارند در مسئله‌گشایی رویه‌ای مشترک با خدا اتخاذ می‌کنند. پژوهش‌های انجام گرفته پیرامون کنار آمدن بر نقش دین در جست‌وجوی معنا توسط فرد و تلاش برای روبرو شدن با چالش‌های زندگی متمرکز شده است. پارگامنت (1997) در کتاب خود بیان می‌کند که گونه‌های متفاوت کنار آمدن دینی ممکن است نتایج مختلفی به بار آورد: بر سر مفید این طیف برنامه‌های کنار آمدنی قرار دارند از قبیل حمایت معنوی، کنار آمدن دینی مشارکتی، بازسازی دینی خیرخواهانه، و حمایت جمعی؛ برنامه‌های زیان‌آور عبارتند از ابراز نارضایتی از جماعت عبادت‌کنندگان و خدا و بازسازی منفی. برخی از برنامه‌های کنار آمدن لوازم آمیخته‌ای دارند (آیین‌های دینی، کنار آمدن دینی خودفرمانی و تسلیم، و تغییر دین).

اعمال دینی. غالب سنت‌های دینی آیین‌ها و فعالیت‌های خاصی را ترغیب و برخی دیگر را منع می‌کنند. به طور نمونه دعا و مراقبه به طور خاص با سلامت و بهروزی مرتبط هستند (Goldbourt, Yaeri, & Madalie, 1993). هم‌چنین روزه دینی و الزامات غذایی تأثیرات سودمندی بر سلامتی دارند. برعکس، منع‌های دینی هم ممکن است برای سلامتی مؤثر باشند. به تحریم انتقال خون از نظر شاهدان یهوه^{۲۱} و مراقبت پزشکی ناهمانند درمانی^{۲۲} پیروان فرقه علم مسیحی^{۲۳} توجه کنید (Maugans, 1996).

تجارب معنوی. تجارب معنوی شخصی ممکن است حوزه مهم دیگری برای ارزیابی باشد. پژوهش انجام گرفته توسط کس و همکاران (1991) بر «تجارب معنوی محوری» تأکید دارد، از جمله حس تقرب به خدا یا این برداشت که خدا در درون انسان جای دارد. آن‌ها به این نکته رسیدند که آن دسته از بیماران پزشکی که این تجارب را گزارش می‌نمایند در مقایسه با سایر بیماران هدف و رضایت‌مندی بیشتری از زندگی دارند و علائم پزشکی کمتری نشان می‌دهند.

ابعاد دیگر دین‌داری و معنویت را که به وسیله RSHI ارزیابی می‌شوند در ضمیمه مقاله

مشاهده کنید.

چالش‌های پیش روی متخصص بالینی در ارزیابی دین و معنویت

فرایند پرداختن به موضوعات دینی و معنوی

بحث از دین و معنویت اغلب حتی برای متخصص بالینی متدین دشوار است. با این حال، این درمان‌گر است که تا حدود زیادی چگونگی نزدیک شدن و بررسی علائق و مسائل دینی و معنوی را مشخص می‌کند و در حقیقت مشخص می‌کند که آیا به طور کلی باید به آن‌ها نزدیک شد یا نه. از این رو، خواه مشکلات بیمار بر مسائل دینی متمرکز باشد و خواه دین صرفاً به منزله ابزار درک خصوصیات روحی بیمار مورد استفاده قرار گیرد، درمان‌گر باید این تصمیم حساس را بگیرد که آیا به دین پردازد یا نه، و اگر بلی چگونه.

دین و معنویت در بسیاری از جنبه‌های زندگی شخص انسان نمود دارند (زیستی، روانی، ارتباطی، صمیمانه، خانوادگی/اجتماعی، و معنوی)؛ هر نمودی جنبه متفاوتی از «خود» روانی و ارتباطی او را نشان می‌دهد. متخصص بالینی برای پرداختن به خصوصیات روحی یک فرد باید همه این ابعاد را مورد توجه قرار دهد و برای پرداختن به آن‌ها آموزش ببیند. هنگامی که متخصصان بالینی با تفاوت‌های ظریف دین و معنویت آشنا باشند، فهم خود را از مشکلات بیمارانشان و از صور مختلفی که دین و معنویت از طریق آن‌ها نمود پیدا می‌کنند، عمیق‌تر می‌کنند. با این فرض چگونه یک شخص می‌فهمد که کدام ابعاد دین و معنویت مورد بحث هستند؟ و چه چیزی را ارزیابی می‌کند؟

دیدگاه چندوجهی

گاهی اوقات به این دلیل که شخص یک چکش دارد، همه مشکلات مانند یک میخ به نظر می‌رسند. اگر آموزش‌های یک متخصص بالینی چنان باشد که برای نزدیک شدن به یک موضوع صرفاً یک طریق بشناسد یا فقط یک مسئله خاص را ببیند یا تنها از یک ابزار خاص استفاده کند، -هم چنان که برخی در زمینه مسائل دینی و معنوی به این صورت آموزش دیده‌اند- ممکن نیست پذیرای سایر دیدگاه‌ها یا گزینه‌های مؤثر باشد.

چکش ممکن است الگوی نظری یا موضع کلامی متخصص بالینی، یا توجه او به متغیرهای واحد و جنبه‌های جزئی دین و معنویت و نفی ملاحظات و نکات گسترده‌تر باشد. هیچ‌گویی

سحرآمیز یا راهکار چند منظوره‌ای برای ارزیابی دین و معنویت وجود ندارد، بنابراین متخصص بالینی باید از آن چه در شکل‌گیری علائق یا مسائل دینی یا معنوی بیمار مؤثر است، آگاه باشد.

ارزیابی چندوجهی دین و معنویت نیازمند آشنایی با یک چرخه درهم‌تنیده چندسطحی است. من از طریق بررسی کلی پنج حوزه وارد علائق دینی و معنوی می‌شوم: ابعاد زیستی (سن، جنسیت و سلامتی)؛ ابعاد روانی (مسائل عاطفی، مسائل رشد، و الگوهای شخصیت)؛ پویایی ارتباطی (روابط شخصی و خانوادگی)؛ ابعاد جامعه‌شناختی (فرهنگ، گروه اجتماعی، هنجارها، سنت‌ها، و آداب و رسوم)؛ و ابعاد معنوی (ارزش‌ها، باورها، و نظام ایمانی). هرچند این حوزه‌ها تناقضی با هم ندارند، اما اطلاعات مهمی درباره ریشه‌ها و آثار مختلف دین و معنویت در زندگی بیمار فراهم می‌آورند. به‌طور نمونه به برخی از جنبه‌های مهم این پنج حوزه توجه کنید:

- زیستی: تجربه‌های تهدیدکننده سلامتی و زندگی ممکن است نقش مهمی در علائق وجودی ایفا کنند.
- عاطفی: نیازهای رشد، شخصیت، و بهداشت روانی ممکن است فرد را به سوی راه‌حل‌های دینی یا معنوی خاص بکشند.
- ارتباطی: پویایی متقابل با دیگران، به‌خصوص اعضاء خانواده، ممکن است تأثیر شگرفی بر گزینش دینی بیمار داشته باشد.
- جامعه‌شناختی: تجارب فرهنگی بیمار ممکن است نقش قابل توجهی در هویت دینی او ایفا کنند. هم‌چنین انتظارات فرهنگی ممکن است در زمان برخورد فرد با آداب و رسوم متفاوت باعث ایجاد تعارضات درونی و ارتباطی شوند.
- معنوی: دین و معنویت بالقوه هم متضمن عناصر مثبت عدیده هستند و هم عناصر منفی فراوان. دین و معنویت ممکن است موجب احساس گناه، ترس، و انکار خود و زندگی شوند یا معانی و ارزش‌هایی را به وجود آورند که زندگی را بهبود ببخشند.

هرکدام از این حوزه‌ها ممکن است کانون علاقه و توجه متخصص بالینی باشد و همه این ابعاد ممکن است نقشی ایفا کنند. چالش رودرروی متخصص بالینی ارزیابی حوزه‌های مرتبط و پی‌گیری یک برنامه انسجام‌بخش است. متخصص بالینی برای تعیین این که کدام حوزه یا حوزه‌ها باید کانون علاقه و توجه قرار گیرند باید شرح حال دینی و معنوی بیمار را به همراه پرسش یا تشخیص بالینی بررسی کند. این نوع شرح حال حوزه‌های الگوی چند وجهی‌ای را که این جا

اجمالاً بیان شد، ارزیابی می‌کند و متخصص بالینی را به سوی نظامی که بیشترین ربط و نسبت را با موضوع بحث دارد راهنمایی می‌کند. مهارت، هوشمندی، و هنر متخصص بالینی به طور یکسان برای برنامه ارزیابی و درمان مورد نیازند.

دیدگاه تعاملی-ارتباطی

بیماران هنگام بحث با متخصص بالینی پیرامون مسائل دینی و معنوی ممکن است برخی از شخصی‌ترین تجارب خود، حتی تجاربی را که هرگز با شخص دیگری در میان نگذاشته‌اند، فاش کنند. اگر متخصص بالینی توجه و احترام نشان دهد بیمار روراست‌تر می‌شود. بیماران علائق دینی و معنوی خود را به سبب اضطراب خود و سطح آرامش یا تفاهمی که در ارتباطشان با متخصص بالینی مشاهده می‌کنند، مطرح می‌نمایند.

رویکرد تعاملی-ارتباطی (Chirban, 1992; in press) با تأکید بر تأثیر متخصص بالینی بر فرایند درمان یک دیدگاه سودمند برای ارزیابی مسائل دینی در درمان پیشنهاد می‌کند. این رویکرد بر اهمیت خصلت‌های هم‌دلانه متخصص بالینی و بر اهمیت آن‌چه او از طریق شخص خود به صحنه مواجهه درمانی می‌آورد، تأکید دارد. با توجه به خودافشایی آگاهانه و ناآگاهانه متخصص بالینی، ویژگی‌های شخصی (اعم از مثبت و منفی)، باورها، و ارزش‌های خود او در فرایند درمان، مهم تلقی می‌شوند. از این گذشته، با این‌که شناخت رابطه متخصص بالینی و بیمار برحسب انتقال^{۲۴} و انتقال متقابل^{۲۵} اهمیت دارد، اما این موارد ابعاد واقعی و اصیل ارتباط را که برای درمان حیاتی هستند، توجیه نمی‌کنند. اهمیت نقش متخصص بالینی تنها به خاطر مداخله حرفه‌ای او نیست، بلکه این‌که او کیست و چگونه ارتباط ویژه‌اش با بیمار بر درمان تأثیر می‌گذارد نیز قابل توجه است. دیدگاه تعاملی-ارتباطی راهی برای پرداختن به مسائل دینی در رابطه درمانی فراهم می‌آورد؛ این دیدگاه تأکید دارد بر این‌که مراجع و متخصص بالینی در معرض آسیب‌پذیری ای واقع‌اند که در ضمن پرداختن به علائق حساس به وجود می‌آید.

پیش از مطرح نمودن پیشنهادهای خاصی برای پرداختن به موضوعات دینی و معنوی در محیط درمانی، پنج هدف بزرگ را برای متخصصان بالینی با توجه به رویکردشان به این مسائل مشخص می‌کنیم.

نخست این‌که، پذیرا بودن^{۲۶} خود را در زمینه دین، معنویت، و علائق وجودی بیمار نشان

دهید و به آن‌ها پردازید. در طول مشاورهٔ مقدماتی پرس و جو کنید از این که بیمار خود را دارای چه دین و مذهبی^{۲۷} می‌داند و با چه دین و مذهبی ارتباط و سروکار دارد. دین و معنویت یک حوزه اساسی را تشکیل می‌دهند که متخصص بالینی باید، فارغ از این که مشکل چیست، دقیقاً همان گونه که سلامت عمومی، آموزش، و پیشینهٔ خانوادگی بیمار را بررسی می‌کند، به آن‌ها پردازد. صرف سؤال پذیرا بودن متخصص بالینی را برای بحث پیرامون این قبیل مسائل نشان می‌دهد. براساس پاسخ بیمار ممکن است سؤالات دیگری در زمینهٔ شرکت کردن یا نکردن او در فعالیت‌های دینی و در زمینهٔ معنا یا ارزش‌هایی که از این تجارب فهم کرده است، به دنبال آید. آن‌چه این‌جا مورد توجه قرار دارد روشن ساختن نقش معنویت در زندگی بیمار است. در تجارب من غیر عادی نبود که بیمار پاسخ دهد، «...، شما در این مورد سؤال می‌کنید» و منظورش این باشد که «این مسئله واقعاً برای من اهمیت بسیار دارد، اما هرگز فکرش را هم نمی‌کردم که این‌جا در موردش بحث کنیم.» بیماران آموخته‌اند که درمان بدن، ذهن، و روح را از یک‌دیگر مجزا کنند و خود را متناسب با آن‌چه فکر می‌کنند متخصصان مختلف از آن‌ها انتظار دارند، نشان می‌دهند. این نوع تفکیک اغلب باعث می‌شود بیمار اطلاعات حیاتی را حذف کند و ناراحت‌کننده‌تر این که احساس انزوا و تنهایی کند. متخصص بالینی با اظهار پذیرا بودن نسبت به علاقت دینی و معنوی می‌فهماند که همهٔ جنبه‌های زندگی بیمار مورد توجه است.

از سوی دیگر، به نظر من وظیفهٔ ویژهٔ متخصص بالینی تقویت ایمان نیست، بلکه بررسی و درک آن از منظر اهداف بالینی است. در مقاله‌ای (Sloan, Bagiella & Powell, 1999) به نقل از یکی از نشریات انجمن پزشکی امریکا، این مسئله را مورد بحث قرار داد که از متخصصان بالینی خواسته شد که از بیماران پرسند «برای تقویت ایمان یا تعهد دینی تو چه کاری می‌توانم انجام دهم؟» این پرسش تلویحاً بیان می‌کند که متخصص بالینی از دانش و آموزش کافی برای «تقویت» تعهد دینی بیمار برخوردار است و این امر موجب پدید آمدن انتظاراتی می‌شود که متخصص بالینی ممکن است قادر به برآورده ساختن آن‌ها نباشد. افزون بر این، پرسش مذکور حاکی از این است که حجیت نقش حرفه‌ای متخصص بالینی به حوزهٔ دین منتقل می‌شود. من احساس می‌کنم این کار ممکن است از مرز مسئولیت حرفه‌ای عبور کند. دل‌مشغولی حرفه‌ای [متخصص] در زمینهٔ دین و معنویت بیمار ممکن است در این پرسش به صورت تقویت‌کننده تری بیان شود، «چگونه می‌توانم مشکل شما در زمینهٔ ایمانتان را درک کنیم؟»

من مشاهده کرده‌ام که بسیاری از روحانیون و مؤمنین غیرروحانی اغلب مشاوره روانی برای علائق معنوی و عاطفی را بر مشاوره مذهبی ترجیح می‌دهند، که علت آن بیم از محرمانه بودن، قضاوت و سردرگمی نقش^{۲۸} است. به نظر من درمان‌گران باید به این پرسش پاسخ مثبت دهند: «آیا بیمار برای بیان علائق، احساسات، یا تجارب دینی و معنوی احساس راحتی می‌کند؟»

دوم این که، تمامیت دین و معنویت بیمار را مورد اعتراف قرار دهید و آن‌ها را با تفاسیر روان‌شناختی تنزل مقام ندهید. بیماران اغلب به علت انتظار فقدان تأیید مسائل دینی و معنوی از جانب متخصصان بهداشت روان از بیان نظرگاه معنوی خود امتناع می‌ورزند و این امر باعث جلوگیری از ظهور یک راه درمان بالقوه می‌شود و بالقوه مسائل مهم زندگی بیمار را به طور کلی می‌پوشاند. ارزیابی بعد دینی و معنوی بیمار، متخصص بالینی را قادر می‌سازد تا هم از سنت‌های بیمار مطلع شود و هم ایمان و فرهنگ بیمار را با علائق روانی او مرتبط سازد. آیا بیمار احساس می‌کند باورهای او درک شده‌اند یا صرفاً تجزیه و تحلیل روانی و آسیب‌شناختی شده‌اند یا برحسب مقوله‌های کاهش‌گرایانه^{۲۹} تفسیر گردیده‌اند؟

سوم این که، ارزش درونی، قوی و تعیین‌کننده دین و معنویت بیمار را درک کنید و ارج نهید. وارد ساختن بیمار در بحث درباره دین و معنویت او ممکن است باعث بهره‌برداری از سرچشمه تجارب، تاثیرات، و امیال شخصی عمیق او باشد. علائق دینی و معنوی بیمار چگونه زندگی روزانه‌اش را تحت تأثیر قرار می‌دهند؟

چهارم این که، تاثیر بعد دینی و معنوی را بر بیمار بررسی کنید. بهتر است متخصص بالینی موارد بهبود و هم‌چنین جنبه‌های مشکل‌آفرین تلفیق زندگی دینی و معنوی بیمار را با ابعاد دیگر زندگی او بررسی کند. دین و معنویت چگونه با کارکرد روانی بیمار پیوند برقرار می‌کنند؟

پنجم این که، از تاثیر دین و معنویت بر رابطه درمانی آگاه باشید. هم‌چنان که درمان‌های معطوف به دین و معنویت شناخت [متخصص بالینی را از] شخصی‌ترین و قوی‌ترین علائق بیمار افزایش می‌دهند، متخصص بالینی ارتباط خود را با بیمار از طریق تأیید فرد، کاهش احساس انزوا، و درک بیمار به عنوان موجودی بیش از صرفاً یک مورد روانی گسترش می‌دهد. متخصصان بالینی از طریق درک این که چگونه ارزش‌های معنوی باعث بهبود روابط بیمار با دیگران می‌شوند، رابطه خود را با بیمار افزایش می‌دهند (Chirban, 1996b). آیا بحث در مورد دین باعث بهبود این رابطه درمانی می‌شود؟

دیدگاه متخصص بالینی

اگرچه امروزه روان‌شناسان احساس آزادی بیشتری برای ارزیابی دین در روان‌درمانی می‌کنند، اما یکنواختی اندک و رهنمودهای معیار شده خیلی کمتری در این ارزیابی وجود دارد. در واقع، در طول این سال‌ها چند رویکرد بالینی مجزا پدید آمده است. آلبرت انیشتین (Watzlawick, 1977) خاطر نشان ساخت «این نظریه است که تصمیم می‌گیرد ما چه چیزی را مشاهده کنیم». ارزش‌های ما بر آنچه ما واقعیت تلقی می‌کنیم، تاثیر می‌گذارند.

فروید (1927/1961) و اسکینر (1953) که الگوهای آن‌ها مراقبت بهداشت روانی سنتی را هدایت می‌کرد، از یک رویکرد منفی و کاهش‌گرا دفاع می‌کردند که به دین و معنویت با تردید می‌نگریست و آن‌ها را منحصرأبرحسب دیدگاه‌های نظری خاص خود این دو شخصیت تبیین می‌نمود.

ریزوتو (1979) و مایسنر (1984) که یک دیدگاه بی‌طرف را ارائه می‌کنند، یک رویکرد توصیفی عرضه کردند که در صدد تبیین این بود که چرا افراد علائق دینی را کسب می‌کنند و چگونه این علائق را پردازش می‌کنند. یونگ (1993) و فرانکل (1962) در زمینه مسائل معنوی به رویکردی مثبت روی آوردند و این بعد را ضروری و فطری تلقی نمودند. اخیراً ریچاردز و برگین (1997) از یک رویکرد خداگرایانه^۳ حمایت نمودند که یک برنامه معنوی برای روند کلی روان‌شناسی و روان‌درمانی پیشنهاد می‌کند. تلقی این رویه این است که «خدا وجود دارد، انسان‌ها مخلوقات خدایند، و فرایندهایی معنوی و ناپیدا وجود دارد که از طریق آن‌ها ارتباط بین خدا و بشریت حفظ می‌شود» (Richards & Bergin, 1997).

متخصص بالینی برای پرداختن به بعد دینی و معنوی باید هم از لحاظ شخصی و هم از لحاظ حرفه‌ای آماده باشد. این که از روان‌شناسان بخواهیم که نسبت به مسائل دینی حساس باشند (همان‌گونه که رهنمودهای اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۱۹۹۲، مقرر داشته است) یک چیز است و این که انتظار داشته باشیم که روان‌شناسان این علائق را به طور یکسان یا به طریقی که تحت تأثیر باورهای خودشان نباشد، ارزیابی کنند چیز دیگری است. به علت دخالت مسائل شخصی، آموزشی، روانی-فلسفی، و روانی-نظری متخصصان بالینی باید آمادگی خود را در چهار حوزه ذیل روشن سازند.

نخست این که، متخصصان بالینی باید نقطه نظر روانی-دینی خود را روشن کنند. گرچه از

متخصصان بالینی انتظار نمی‌رود ارشادکننده دینی و معنوی باشند یا در این حوزه متخصص باشند، اما آن‌ها نمی‌توانند این بعد حساس را بدون داشتن یک دیدگاه منسجم به نحو مؤثر پی‌گیری نمایند. رویکردهای گوناگونی پیشنهاد شده است. تان (1996) خاطر نشان می‌سازد که متخصصان بالینی در روان‌درمانی یا از طریق انسجام تلویحی^{۳۱} و یا از طریق انسجام تصریحی^{۳۲} به دین پرداخته‌اند. انسجام تلویحی متخصص بالینی‌ای را توصیف می‌کند که به بحث پیرامون محتوای دینی و معنوی از قبیل نماز، کتاب مقدس، یا دیگر اعمال دینی اقدام نمی‌کند، اما برای بحث دربارهٔ علائق معنوی که توسط بیمار مطرح می‌شود آماده است؛ انسجام تصریحی متخصص بالینی‌ای را توصیف می‌کند که به طور مؤثر وارد این مباحث می‌شود. متخصص بالینی باید رویکردی را به کار گیرد که عقاید شخصی و نظریش را تقویت کند، بدون این که توجه به امکانات گسترده‌تر موضوعات دینی را محدود کند. هم‌چنین در این روند متخصص بالینی باید یک سیاهه از شرح حال دینی و معنوی خودش تهیه کند. به وسیلهٔ این نوع بررسی، مثلاً از طریق RSHI که در این جا پیشنهاد شده است، متخصص بالینی می‌تواند مسائلی را برای خودش روشن سازد. این گونه خودکاوی ممکن است [مشکلات] عقاید فرد را حل نکند، اما دست کم می‌تواند باعث ایجاد آگاهی از مسائل شخصی، و از این طریق کاهش انتقال متقابل، شود، گرچه خودآگاهی خود متخصص بالینی را بهبود نبخشد.

دوم این که، متخصصان بالینی باید اطلاعاتی اساسی از دین و معنویت بیمار کسب کنند. متخصص بالینی برای تفسیر و درک نقش و کارکرد دین و معنویت در زندگی بیمار باید شناختی مقدماتی از سنت‌ها، آیین‌ها، و عقاید بیمار در اختیار داشته باشد. کتاب‌های متعددی راهنمایی‌هایی برای متخصصان بالینی دربارهٔ لوازم سنت‌های دینی خاص برای مشاوره و روان‌درمانی ارائه نموده‌اند (Kelly, 1995; Richards & Bergin, 2000).

سوم این که، متخصصان بالینی می‌بایست میان استفادهٔ صحیح و مشکل‌ساز از دین و معنویت تمایز قائل شوند. حساسیت چندفرهنگی باعث ترغیب جوی روانی شده که پذیرای طیف گسترده‌ای از تجارب و رفتارهای انسانی است (Bhugra, 1996) و هم‌چنین باعث ترغیب نوعی عینیت بی‌طرفانه شده که به خوبی جلوهٔ هنجاری دینی و معنوی می‌یابد. اما متخصصان بالینی باید بین دو هدف، یکی تأیید ارزش‌های مورد اعتقاد بیمار و دیگری حل تعارضاتی که در میان این ارزش‌ها وجود دارد، توازن ایجاد کنند.

چهارم این که، لازم است متخصصان بالینی به ابعاد انتقال و انتقال متقابل دین و معنویت پردازند. مسائل معنوی ناگزیر انتقال، مقاومت، ۳۳ و انتقال متقابل را تشدید می کنند که ممکن است باعث پیچیدگی روند درمان شود. متخصص بالینی باید، درست مانند دیگر موضوعاتی که از لحاظ شخصی حساس اند، مانند مسائل جنسی و سیاسی، از لحاظ شخصی و حرفه ای احساس راحتی کند و با هشیاری پیش رود. گرچه مسائل معنوی فرصت هایی برای درک عمیق تر بیمار فراهم می آورند، اما عدم رسیدگی صحیح به این قبیل مسائل می تواند باعث خلط و برآمیدگی مرزها، نقش ها و برداشت غلط از تلاش بیمار شود.

انتقال متقابل

واژه های «دین» و «معنویت» معانی مختلفی برای بیمار و متخصص بالینی دارند و باعث واکنش های متفاوتی در آن ها می شوند. از این رو، متخصص بالینی در معرض تأثیر نیروهایی آگاهانه است که از درون پیشینه خود او سربرمی آورند و می توانند، قطع نظر از نیت های خیرخواهانه، درمان را تحت تأثیر قرار دهند. با توجه به توان متخصص بالینی در پرداختن، دنبال نمودن، و هدایت کردن و هم چنین مختصر نمودن یا کنار کشیدن از بررسی دین و معنویت، او باید مراقب انتقال متقابل باشد.

متخصص بالینی حتی پیش از شروع درمان باید موارد ذیل را در نظر بگیرد:

۱. رویکرد خود را برای پرداختن به دین و معنویت در درمان روشن کند. برای بیماران مفید خواهد بود اگر متخصصان بالینی در پاسخ به آن ها رویکرد بالینی و برنامه درمانی خود برای پرداختن به این مسائل را به وضوح بیان کنند.
۲. ارزیابی کند که تا چه حد درک و علاقه او نسبت به پی گیری موضوعات دینی و معنوی با اهداف بیمار مطابقت دارد. علاوه بر این، متخصص بالینی اگر درکی روشن از اهداف خود در پرداختن به دین و معنویت داشته باشد، مرزهای اخلاقی درمان باید در کانون توجه باشد.
۳. پیش داوری ها، سوگیری ها، و ارزش های اساسی خود را در زمینه ماهیت معنویت «سالم» بشناسد. این مسئله مهم است که فرد ارزش های دینی و معنوی خود را از ارزش های دینی و معنوی بیمار متمایز کند.
۴. زبان خود را تنظیم کند تا طبیعی، حرفه ای و با زبان بیمار هم زمان باشد. ممکن است

لازم شود متخصص بالینی اصطلاحات مورد استفاده خود را روشن سازد و نسبت به معانی ای که دین و معنویت برای بیمار دارند حساسیت نشان دهد.

ارزیابی و درک دین و معنویت باید معلول پی گیری اهداف روانی تعیین شده و نیازهای دینی بیمار باشد، و نباید تحت تاثیر مسائل شخصی متخصص بالینی ارزیابی و درک دین و معنویت پررنگ یا کم رنگ شود. روان تحلیل گران به مفهوم «بین ذهنی بودن»^{۳۴} عطف توجه نموده اند (Stolorow, 1991) تا تأکید کنند که چگونه هریک از طرفین در رابطه درمانی لاجرم به پاسخ های شخصی، ارزش های بنیادی و عقاید متوسل می شود.

آسیب پذیری گفت و گو درباره دین و معنویت

طیف گسترده ای از متخصصان بالینی، که خود را روان شناسان مذهبی نمی دانند، با سرمشق گیری از الگوهای ارزیابی چند بعدی و یک دیدگاه تلفیق گرانه، در موضعی قرار دارند که به مسائل دینی می پردازند. اما هنوز برخی از متخصصان بالینی، حتی پس از اشتغال به آموزش ها و راهنمایی های مناسب، در بحث پیرامون این موضوعات احساس راحتی نمی کنند و بیمارانی را که چنین علائقی دارند برای انجام مداخلات ویژه به متخصصان بالینی آموزش دیده در زمینه دین ارجاع می دهند. ارجاع بیماران به متخصصان دیگر، هنگامی که پرداختن به علائق آن ها فراتر از توانایی متخصص بالینی است، همواره کار مناسبی به نظر می رسد، اما گاهی اوقات شتاب از این تصمیم ناشی از آسیب پذیری متخصص بالینی در پرداختن به دین و معنویت است.

دین و معنویت عرصه ای را تشکیل می دهند که بسیار شخصی است و در آن بیماران و متخصصان بالینی ممکن است از لحاظ روان آسیب پذیر باشند. این مسائل سوالات به خصوص مهمی برای [احساس] آسودگی متخصصان بالینی مطرح می کنند:

● چگونه تجارب دینی و معنوی خود متخصص بالینی توانایی او را برای پرداختن به این مسائل تحت تأثیر قرار داده اند؟

● با فرض این که افکار و احساسات یک شخص درباره دین و معنویت معمولاً شخصی می ماند و تنها هنگامی آشکار می گردد که فرد احساس اعتماد عمیق کند، متخصص بالینی در چه نقطه ای به احساسات و انتقال متقابل دینی یا معنوی ای پردازد که در روند درمان استخراج و استنباط شده اند.

هم برای بیمار و هم متخصص بالینی آرزوی به هم پیوستگی و هدف داشتن، واکنش‌هایی را موجب می‌شوند که در طول یک پیوستار گسترده شده‌اند که از ساخت و ساخت گرفته تا تشویق و دلسرد کردن‌های ظریف و لطیف کلامی و غیر کلامی و قضاوت در مورد موضوعات ویژه در درمان را شامل می‌شود. اغلب ناراحتی آگاهانه متخصص بالینی از دین و معنویت، از طریق پرداختن نامناسب به مباحث دینی و معنوی (هدایت کردن، کاهش دادن، و فرار کردن از موضوعات دینی) معلوم می‌شود. ناراحتی‌های ناآگاهانه نیز اغلب به وسیله ارتباط غیر کلامی از جمله واکنش‌های بدنی، سکوت، آهنگ صدا، انتخاب کلمات خاص، خنده، و تفاسیر نشان داده می‌شوند. بیمار این پیام‌ها را احساس می‌کند (Chirban, 2001).

اسپرو (1981) پیشنهادهای خاصی برای افزایش آگاهی درمان‌گران از انتقال متقابل دینی و معنوی ارائه می‌کند. این آگاهی از طریق شناخت موارد ذیل حاصل می‌شود: (۱) ارزش‌های مشابه دینی و معنوی مشاور و مراجع که در مورد مشاور و مراجع دارای ریشه و کارکرد ناهمسان هستند؛ (۲) ارزش‌های مشترک دینی و معنوی که ممکن است به جای روشن‌سازی و چه بسا بررسی پرزحمت عقاید و اعمال، منجر به اجتناب سازشکارانه شود؛ (۳) ناهمانندی عقاید، اعمال، و رشد دینی و معنوی متخصص بالینی و مراجع که منجر به واکنش منفی یا تحقیرآمیز مشاور به بعد دینی یا معنوی رفتار مراجع می‌گردد؛ (۴) علاقه دینی متخصص بالینی که ممکن است، به قیمت پرداختن به عوامل پویای مناسب‌تر، منجر به توجه نادرست به مسائل دینی و معنوی شود؛ و (۵) مداخلات اشخاص ثالث علاقه‌مند (به‌طور مثال روحانیون، خویشان، و معلمان) که اعتقادات دینی و معنوی آن‌ها می‌تواند موجب واکنش‌های شدید عاطفی در متخصص بالینی شود (Kelly, 1995).

اگر درمان به‌طور کلی یک تجربه صمیمانه است، پس پرداختن به مسائل دینی و معنوی در درمان باعث تشدید این صمیمیت می‌شود. اغلب متخصصان بالینی می‌دانند که دارای عقاید، احساسات، یا تعهدات دینی هستند، اما به این امور نمی‌پردازند یا آن‌ها را وارد کار نمی‌کنند. آن‌ها باید با این‌گونه توداری، مقابله کنند و با جدیت به این موضوعات توجه نمایند.

وظیفه ارزیابی دین و معنویت شامل درک لوازم عقاید بیمار، با عطف توجه به روشن ساختن چگونگی تاثیر این عقاید بر بهبودی یا وخیم‌تر شدن سلامتی بیمار می‌شود. با نظارت دقیق بر انتقال متقابل، فرد درگیر صحت یا سقم عقاید نمی‌شود، بلکه به شناختی عمیق‌تر از عوامل غالباً بسیار مهم می‌رسد که بیمار را تحت تاثیر قرار می‌دهند.

نتایج

این مقاله بر اهمیت ارزیابی موضوعات دینی و معنوی در روان‌درمانی به منظور تحقق درکی کامل‌تر و عمیق‌تر از بیمار تأکید نمود. این بحث مسائل موجود در ارزیابی دین و معنویت در محیط بالینی را مورد توجه قرار داد. علی‌رغم وجود مشکلات تعریفی، روش‌شناختی، و اندازه‌گیری و با توجه به اهمیت مسائل دینی برای سلامت عاطفی نباید از آن‌ها در روان‌درمانی صرف‌نظر نمود.

اگر می‌خواهیم به تأثیرات دین و معنویت بر سلامتی پی ببریم، باید نسبت به جنبه‌های ذاتاً ابهام‌انگیز، مرموز، و احیاناً فریبنده این حوزه‌ها حساس باشیم. نظارت و آموزش کافی در زمینه این مسائل برای متخصص بالینی ضروری است. هم‌چنان‌که روان‌شناسی به بررسی اهمیت دین و معنویت ادامه می‌دهد و هم‌چنان‌که پژوهش‌ها به تعیین جنبه‌هایی از این ابعاد که تجارب سالم و ناسالم را می‌سازند، مشغول هستند، البته با حساسیت به سوگیری، ابزارهای ارزیابی نیز مدام اصلاح می‌شوند. مهم است که این تلاش‌ها پیچیدگی ذاتی کارهای روان‌شناسی‌ای که به دین و معنویت می‌پردازند درکی داشته باشند؛ این بعد مهم هرگز نباید دوباره دچار کاهش‌گرایی همه‌جانبه شود و به آن به عنوان یک [مسئله] تک‌بعدی نزدیک شد و بدتر از همه از آن صرف‌نظر کرد. در باب انتظاراتی که از ارزیابی مسائل دینی و معنوی داریم هشدار داده می‌شود. با توجه به موضوع اصلی دین و معنویت (یعنی علائق مربوط به ایمان، خوب بودن، و قداست)، در عین حال که از روش‌شناسی علمی برای درک بهتر این قبیل پدیده‌ها استفاده می‌کنیم در باب میزان و قابلیت ممکن روش‌شناسی علمی برای اندازه‌گیری دقیق تجارب دینی و معنوی نیاز به «فروتنی» هم هست.

RSHI جهت ارائه رهنمودهای ویژه برای پژوهش در زمینه معنویت و دین مطرح شد. افزون بر این، توصیه‌هایی برای کمک به متخصصان بالینی در ارزیابی و مدیریت انتقال متقابل خود در خصوص موضوعات دینی و معنوی ارائه گردید. درمان زمانی آغاز می‌شود که درمان‌گر فرصت‌هایی را برای بیمار فراهم آورد تا از طریق ارتباطی که ویژگی آن پیوند و اعتماد است به بررسی و کشف خود پردازد. بحث پیرامون مسائل دینی و معنوی هرگاه با پذیرا بودن و رازداری همراه شود، بیمار و متخصص بالینی را قادر می‌سازد تا چنین ارتباطی را محقق سازند. در طی فرایند ارزیابی علائق معنوی و دینی در روان‌درمانی، آزادی شخصی که هدفی مشترک میان روان‌درمانی و دین و معنویت است، در چنگ ما قرار می‌گیرد.

ضمیمه

سیاهه شرح حال دینی و روانی

این سیاهه شرح حال دینی و معنوی نکات عمده‌ای را مطرح می‌کند که خطوط اصلی پژوهش را برای احراز شرح حال دینی بیمار در بر می‌گیرد. مقصود، یک پرسش‌نامه معیار نیست که به عنوان بخشی از یک مصاحبه روانی، مو به مو اجرا شود. متخصصان بالینی می‌توانند براساس نیازهای بالینی مصاحبه‌شوندگان، دستورالعمل پژوهش را که توسط این طرح کلی پیشنهاد شده است برای بررسی جنبه‌های خاص دینی و معنوی زندگی بیمار برگزینند.

۱. اطلاعات جاری

الف. بیمار:

۱. سن:

۲. جنس:

۳. وضعیت تأهل:

۴. دین:

۵. سوابق فرهنگی:

۶. تحصیلات:

۷. شغل:

ب. والدین (نام):

۱. سن:

۲. در صورت فوت، زمان و سن فوت:

۳. محل تولد:

۴. وضعیت تأهل (تأهل، متارکه، طلاق، ازدواج مجدد):

۵. دین:

۶. سوابق فرهنگی:

۷. تحصیلات:

۸. شغل:
 ۹. نگرش به دین و معنویت:
 ۱۰. تعهد نسبت به اعمال دینی یا معنوی:
 ۱۱. کیفیت ارتباط شما با والدیتان:
 ۱۲. کیفیت ارتباط والدین با یکدیگر:
- پ. خواهران و برادران:
۱. سن:
 ۲. جنس:
 ۳. وضعیت تأهل:
 ۴. دین:
 ۵. تحصیلات:
 ۶. شغل:
 ۷. نگرش به دین و معنویت:
 ۸. احساس شما نسبت به خواهران و برادران:
- ت. همسر (نام):
۱. سن:
 ۲. جنس:
 ۳. وضعیت تأهل:
 ۴. دین:
 ۵. تحصیلات:
 ۶. سوابق فرهنگی:
 ۷. شغل:
 ۸. نگرش به دین و معنویت:
 ۹. کیفیت ارتباط شما با همسر:
 ۱۰. نگرش‌ها و فعالیت‌های دینی و معنوی همسر:
- مثلاً آیا عقائد یا اعمال دینی و معنوی ای دارد؟

ث . فرزندان (نام) :

- ۱ . سن :
- ۲ . جنس :
- ۳ . وضعیت تأهل :
- ۴ . دین :
- ۵ . تحصیلات :
- ۶ . شغل :
- ۷ . نگرش به دین و معنویت :
- ۸ . کیفیت ارتباط شما با فرزندان :
- ۹ . کیفیت ارتباط فرزندان با یکدیگر :

۲ . دین و معنویت در کودکی

الف . نگرش به دین و معنویت در خانواده

- ۱ . کیفیت این نگرش‌ها : مثبت بی طرفی منفی
- ۲ . دفعات بحث درباره دین در خانه
- ۳ . فعالیت‌های دینی (در جامعه / خانه) - به طور نمونه، دعا هنگام صرف غذا، حضور در مسجد :

۴ . آیا به نظر شما والدیتان به خدا ایمان داشتند؟ توضیح دهید .

ب . تجارب دینی و معنوی در کودکی

- ۱ . منابع مهم یادگیری درباره دین :
- ۲ . تأثیرپذیری‌های مهم درباره دین - به طور نمونه، نخستین خاطره :
- ۳ . در چه سنی :
- ۴ . میزان علاقه دین و معنویت در کودکی :
- ۵ . ارتباط با خدا، [موجود] متعالی، یا قدرت برتر در کودکی :
- ۶ . تجربه و دفعات دعا در کودکی :

پ. تحصیلات رسمی دینی

۱. تجربه دین رسمی و/یا نقش های رسمی در سنت های دینی در کودکی:
۲. اهمیت سنت های دینی در کودکی:
(اگر بیمار کودک است به بخش ۴/ت منتقل شوید)

۳. دین و معنویت در نوجوانی

الف. تغییرات در عقاید دینی یا معنوی در طول نوجوانی

۱. میزان/ماهیت تغییرات:
۲. تأثیر این تغییرات بر زندگی خانوادگی:
۳. تأثیر این تغییرات بر زندگی شخصی:
۴. تأثیر این تغییرات بر زندگی اجتماعی:

ب. تجربه دینی و معنوی در نوجوانی

۱. منابع مهم یادگیری دین:
۲. در چه سنی:
۳. میزان علاقه به دین و معنویت در نوجوانی:
۴. ارتباط با خدا، [موجود] متعالی، یا یک قدرت برتر در نوجوانی:
۵. تجربه و دفعات دعا در نوجوانی:

پ. تحصیلات رسمی دینی

۱. تجربه دین رسمی و/یا نقش های رسمی در سنت های دینی در نوجوانی:
۲. اهمیت سنت های دینی در نوجوانی:
۳. آیا تفکر دینی به نحوی بر نگرش شما به این موارد تأثیرگذار بود؟
قرار گذاشتن [با معشوق]، مسائل جنسی، هویت، و صمیمیت:
(اگر بیمار نوجوان است به بخش ۴/ت منتقل شوید.)

۴. دین و معنویت در بزرگسالی

الف. تغییرات در عقاید دینی یا معنوی در بزرگسالی

۱. میزان / ماهیت این تغییرات :
 ۲. تأثیر این تغییرات بر زندگی خانوادگی :
 ۳. تأثیر این تغییرات بر زندگی شخصی :
 ۴. تأثیر این تغییرات بر زندگی اجتماعی :
- ب. تجربه دینی و معنوی در بزرگسالی
۱. منابع مهم یادگیری دین :
 ۲. در چه سن یا سنینی ؟
 ۳. آیا به خدا ایمان دارید ؟
 ۴. میزان علاقه به دین و معنویت :
 ۵. ارتباط با خدا، [موجود] متعالی، یا یک قدرت برتر :
 ۶. تجربه و دفعات دعا :
- پ. تحصیلات رسمی دینی
۱. تجربه دین رسمی و / یا نقش های رسمی در جامعه دینی در بزرگسالی :
 ۲. اهمیت سنت های دینی در بزرگسالی :
- ت. چرا معنویت / دین / خدا برای شما اهمیت دارد یا اهمیت ندارد ؟
- ث. تجارب دینی و معنوی جاری
۱. آیا خودت را شخصی مذهبی می دانی ؟ توضیح دهید .
 ۲. آیا مناسک یا نمادهای دینی در زندگی تو نقشی دارند ؟ روزه داری، عزلت گزینی، اعتراف، مراقبه، سایر فعالیت های معنوی ؟
 ۳. آیا دعا می کنی ؟ چه زمانی دعا می کنی ؟ آیا خدا یا یک قدرت برتر به دعا های تو پاسخ می دهد ؟
 ۴. چه احساسی درباره خدا یا یک قدرت برتر داری ؟
 ۵. خدا را چگونه تصور، تعریف، یا تصویر می کنی ؟ (انتخاب کن : توضیح ده .)
 ۶. آیا به زندگی پس از مرگ ایمان داری ؟ چرا بلی یا چرا خیر ؟
 ۷. آیا عقاید جاری تو مشابه عقاید خانواده ات است ؟ اگر بلی، چه قدر عقاید والدینت عقاید تو را شکل داده و تعیین نموده است ؟ و اگر نه، تفاوت ایدئولوژی هایتان را معلول چه می دانی ؟

۸. عقائدت برایت چه معنا و مفهومی دارند؟
۹. آیا دین و معنویت زندگی روزمره تو را تحت تأثیر قرار می دهند؟ توضیح بده.
۱۰. چه جنبه‌هایی از دین و معنویت تو بیشترین جذابیت را دارند؟
۱۱. چه جنبه‌هایی از دین و معنویت تو کمترین جذابیت را دارند؟ آیا جنبه‌ای وجود دارد که آن را تأیید نمی کنی؟ توضیح بده.
۱۲. هر نوع تغییر دین یا تجربه دینی غیر عادی را توصیف کن. تکان دهنده ترین تجربه معنوی تو چه بوده است؟
۱۳. چه چیزی به زندگی تو معنا می دهد؟ توضیح بده.
۱۴. به نظر تو هدف از زندگی چیست؟ توضیح بده.
۱۵. کدام عقاید و ارزش‌ها زندگی تو را هدایت می کنند؟ توضیح بده.
۱۶. آیا به وجود فقط یک دین حقیقی اعتقاد داری؟ توضیح بده.
۱۷. هنگام ناامیدی چه چیزی امید تو را از نو برقرار می کند؟ توضیح بده.
۱۸. آیا هنگام بروز مشکل یا فشار روحی از دین و معنویت خود کمک می گیری؟ توضیح بده. موارد ذیل را لحاظ کنید:
 - (رفتاری، مانند حضور در مسجد، با جزئیات دقیق)
 - (شناختی، مانند «پاسخ» خواستن)
 - (عاطفی، مانند تقویت آسایش)
 - (وجودی، مانند برنامه الهی)
۱۹. دین و معنویت تو تا چه حد باعث دوستی یا ارتباطت با دیگران شده است؟ توضیح بده.
۲۰. چه ارتباطی میان دین و معنویت خود و مسائل و کارهای درمانی می بینی؟ توضیح بده.
۲۱. آیا هنگامی که با مشکلاتی روبرو می شوی، آن‌ها را به خدا واگذار می کنی («اراده تو تحقق یابد»)? آیا شخصاً اقدام به حل آن‌ها می کنی، یا خدا را نیز در حل آن‌ها شریک می دانی؟ توضیح بده.
۲۲. آیا تا به حال احساس حضور قداست، تقدس، یا هیبت کرده‌ای؟ توضیح بده.

پی نوشت های مترجم:

* مشخصات کتاب شناختی اصل این مقاله چنین است:

Chirban, John T., "Assessing Religious and Spiritual Concerns in Psychotherapy" in Plante, Thomas G. and Allen C. Sherman (ed.). *Faith and Health. Psychological Perspectives* (New-York and London: The Guilford Press, 2001), pp. 265-290.

گفتنی است که مؤلف در این مقاله به سایر فصول کتاب ارجاعاتی داده است که به اقتضای درج ترجمه در مجله حذف شده اند.

1. Religion and Spiritual History Inventory

۲. holistic. مفهوم کلی دیدگاه کل گرای این است که یک پدیده مرکب را نمی توان با تحلیل اجزاء تشکیل دهنده آن فهمید.

۳. psychosomatic. به طور کلی مربوط به چیزی که فرض می شود هم اجزاء روانی (psychic) و هم جسمی (somatic) دارد. مفهوم ضمنی اصطلاح این است که آن دو تأثیر متقابل بر یکدیگر دارند.

۴. outcome research. هرگونه پژوهش معطوف به ارزیابی تأثیر یک یا چند نوع درمان یا روش.

۵. New Age. جریانی معنویت گرا که ارزش های جدید غربی را رد می کند و بر پایه اندیشه ها و عقاید معنوی استوار است.

6. goddess circles

۷. B. F. Skinner (۱۹۰۴-۱۹۹۰). نظریه عمده اسکینر که به رفتارگرایی موسوم است، فقط با رفتار قابل مشاهده، قابل سنجش و قابل عملیات سازی سروکار دارد. شاخص های انتزاعی و ذهن گرایانه در چارچوب نظریات اسکینر جایی ندارند. روانی در کار نیست، فقط یک مغز یادگیر وجود دارد که تحت تأثیر محرک های درونی و برونی قرار می گیرد.

۸. Presbyterianism. اصول عقاید کلیسای مشایخی یا کلیسای شبانی که شاخه ای از کلیسای پروتستان است. این کلیسا توسط ریش سفیدانی اداره می شود که دارای رتبه مساوی هستند.

۹. Jonathan Edwards (۱۷۰۳-۱۷۵۸). فیلسوف، کشیش، و متخصص الهیات کلیساهای مستقل امریکا. شهرت او مرهون مواعظ مؤثر و کالوینیسیم افراطی (نگرش های اخلاقی بسیار خشک) است که در جلسات و عظ مانند «گناهکاران در دستان خدای خشمگین» ایراد شده است. دکترین اصلی وی در مورد مفهوم آزادی اراده در جوامع کنونی است.

- ۱۰ . eclectic . در اینجا، گزینش و استفاده از مکاتب مختلف روان‌شناسی .
- ۱۱ . psychodynamic . صفت مشخص هر نظام روان‌شناسی که می‌کوشد رفتار را بر حسب انگیزه‌ها یا سابق‌ها تبیین و تفسیر کند .
12. congregation
- ۱۳ . open-ended . در مصاحبه‌های بازپاسخ سؤالاتی مطرح می‌شود که شخص می‌تواند آزادانه پاسخ دهد، در مقایسه با سؤالی که شخص ناگزیر است از بین چند پاسخ خاص یکی را برگزیند . هرچند از طریق این نوع مصاحبه‌ها می‌توان اطلاعات جامعی از بیمار کسب نمود، اما نمره دادن و تحلیل پاسخ‌های بدست آمده از این سؤالات مشکل است .
- ۱۴ . paranoid personality disorder . خصوصیات اصلی این نوع اختلال شخصیت سوءظن و حساسیت است .
- ۱۵ . psychosis . به‌طور کلی انواع شدیدتر اختلالات روانی مثل اختلالات روانی عضوی، اسکیزوفرنی، و اختلالات خلقی .
- ۱۶ . agnostic . فردی که در وجود خدا تردید دارد یا معتقد است که ما نمی‌توانیم به وجود داشتن یا نداشتن خدا پی ببریم .
17. Reform Jew
- ۱۸ . hysterical . هیستری (اختلال تبدیلی) نوعی واکنش روان‌رنجوری است که در آن تعارض‌های هیجانی به نشانه‌های جسمانی از قبیل فلج یا ناشنوایی تبدیل می‌شوند .
- ۱۹ . aroidant . ویژگی شخصیت اجتنابی ناشناس ماندن و مورد توجه دیگران نبودن است . فرد از تعامل اجتماعی پرهیز می‌کند در حالی که به آن علاقه دارد، مانند افراد خجالتی .
- ۲۰ . coping . تلاش‌های شناختی و رفتاری برای فائق آمدن بر خواسته‌های برونی، خواسته‌های درونی یا هر دو .
- ۲۱ . Jehovah's Witnesses . فرقه مسیحی که در سال ۱۸۷۰ پایه‌گذاری گردید و موضوع اصلی آن بازگشت سلطنت مسیح(ع) است .
- ۲۲ . allopathic . روش درمانی که در آن از داروهایی استفاده می‌شود که آثاری متفاوت با آثار حاصل از بیماری ایجاد می‌کنند .
23. christian scientist

- ۲۴ . transference . انتقال وقتی است که بیمار عواطف و احساسات و برداشت‌هایی را که در رابطه با والدین و یا افراد مهم زندگی تجربه کرده به درمانگر نسبت می‌دهد .
- ۲۵ . countertransference . آن دسته از عکس‌العمل‌های درمانگر که در رابطه میان مراجع و درمانگر متناسب نیست . این عکس‌العمل‌ها در نتیجه خصوصیت شخصی درمانگر به وجود می‌آیند و فرایند درمان را مختل می‌کنند .
26. openness
- ۲۷ . identification . فرایندی روانی است که فرد طی آن جوانب رفتاری یا نگرش‌های فردی محبوب یا مورد ستایش (در اینجا نگرش‌های دینی) را در شخصیت خود درونی می‌کند و ارزش‌ها، افکار و عقاید و تمایلات آن‌ها را در شخصیت خود ظاهر می‌سازد .
- ۲۸ . role confusion . عدم اطمینان شخص از نقشی که باید اجرا کند .
- ۲۹ . reductionist . کاهش‌گری دیدگاهی فلسفی مبنی بر این است که پدیده‌های مرکب را با تحلیل آن‌ها به جنبه‌های ابتدایی و اساسی بهتر می‌توان درک کرد . نقطه مقابل کل‌گرایی یا گشتالت .
30. theistic
31. implicit integration
32. explicit integration
- ۳۳ . resistance . مقاومت بیمار در برابر آشکار ساختن نگرش‌ها و عقاید خود برای درمانگر .
- ۳۴ . intersubjectivity . تجربه ذهنی (مانند عقاید دینی و ارزش‌ها) هرگاه توسط چند نفر تجربه شود، به طور نمونه اگر همگی از یک تجربه ذهنی مساوی خبر دهند، بین ذهنی گفته می‌شود .

کتاب نامه:

- Aguinis, H., & Aguinis, M. (1995). Integrating psychological science and religion. *361*, 50 (7), 541-542.
- Allport, G. W., & Ross, J.M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV-TR* (DSM IV-TR). Washington, DC: Author.

- American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1597-1611.
- Benson, J., & Stark, M. (1996). Reason to believe. *Natural Health*, 26 (3), 72-78.
- Bhugra, D. (1996). Religion and mental health. In D. Bhugra (Ed.), *Psychiatry and religion: Context, consensus and controversies* (pp. 1-4). London: Routledge.
- Chirban, J. T. (1981). *Human growth and faith: Intrinsic and extrinsic motivation in human development*. Washington, DC: University Press of America.
- Chirban, J. T. (1992, August). *B. F. Skinner's struggle with religion*. Invited address presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.
- Chiban, J. T. (1996a). *Interviewing in depth: The interactive-relational approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Chiban, J. T. (1996b). Spiritual discernment and differential diagnosis: Interdisciplinary concerns. In J.T. Chiban, J. T. (Ed.), *Personhood: Orthodox Christianity and the connection between body, mind, and soul* (pp. 35-43). Westport, CT: Bergin & Garvey.
- Chiban, J. T. (2001). Introduction. In J. T. Chiban (Ed.), *Sickness or sin? Spiritual discernment and differential diagnosis* (pp. 1-9). Brookline, MA: Holy Cross Press.
- Chirban, J. T. (in press). Enhancing the skills of mental health practitioners: Treating mind and body and spirit. In D.S. Satin (Ed.), *The twenty-second annual Erich Lindemann memorial Lecture*. New York: Jason Aronson.
- Fitchett, G., & Hanszo, G. (1998). Spiritual assessment, screening, and intervention. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 790-808). New York: Oxford University Press.
- Fowler, J. W. (1981). *Stages of faith: The psychology of human development and the quest for meaning*. New York: Harper & Row.
- Fowler, J. W. (1996). Pluralism and oneness in religious experiences: William James, faith development theory, and clinical practice, In E. P. Shafrankse (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 165-186). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fowler, J. W., & Keen, S. (1985). First presentation: Jim Fowler-Life patterns: Structure of trust and loyalty. In J. W. Bergman (Ed.), *Life maps: Conversations on the journey of faith* (pp.14-101). Waco, TX: Word Books.

- Frankl, V.E. (1963). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy* (I. Lasch, Trans.). Boston: Beacon Press.
- Freud, S. (1961). Future of an illusion. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud* (Vol.21, pp.1-57). London: Hogarth Press. (Original work published 1927)
- Goldbourt, U., Yaeri, S., & Madalie, J.H. (1993). Factors predictive of longterm coronary heart disease mortality among 10, 059 male israeli civil servants and municipal employees. *Cardiology*, 82, 100-121.
- Gorsuch, R. (1994). Religious aspects of substance abuse and recovery. *Journal of Apecial Issues*, 51, 65-83.
- Gorsuch, R., & Miller, W. R. (1999). Assessing spirituality. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (pp.147-164). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hill, P. C., & Hood, R. W., Jr. (1999). *Measures of religiosity*. Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Hoshmond, L. T. (1995). Psychology's ethic of belief. *American Psychologist*, 50 (7), 540.
- Jung, C.G. (1933). *Modern man in search of a soul*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Kass, J. D., Friedman, R., & Lessrman, J., Lessrman, J., Zuttermeister, P. C., & Benson, H. (1991). Health outcomes and a new index of spiritual experience. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 30 (2), 203-211.
- Kelly, E. W., Jr. (1995). *Spirituality and religion in counseling and psychotherapy: Diversity in theory and practice*. Alexandria, VAL American Counseling Association.
- Kuhn, C.C. (1988). A spiritual inventory of the medically ill patient. *Psychiatric Medicine*, 6 (2), 87-99.
- Lasron, A. D., & Milano, M. (1995). Are religion and spirituality clinically relevant in health care? *Mind/Body Medicine*, 1 (3), 147-157.
- Levin, J. S., & Chatters, L. M. (1998). Research on religion and mental health: An overview of empirical findings and theoretical issues. In H. G. Koenig, (Ed.), *Handbook of religion and mental health* (pp.33-50). San Diegom CA: Academic Press.

- Lowenthal, K. M. (1995). *Mental health and religion*. London: Chapman & Hall.
- Lukoff, D., Francis, L., & Turner, R. (1992). Towards a more culturally sensitive DSM-IV: Psycho-religious and psychospiritual problems. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 180, 673-682.
- Lukoff, D., Lu, D., & Turner, R. P. (1998). From spiritual emergence to spiritual problem: The transpersonal roots of the new DSM-IV category. *Journal of Humanistic Psychology*, 38 (2), 21-50.
- Maddi, S. R. (1970). The search for meaning. In W.S. Arnold & M. Page (Eds.), *Nebraska Symposium on Motivation* (Vol.18, pp.137-186). Lincoln, NB: University of Nebraska.
- Maugans, T. A. (1996). The spiritual history. *Archives of Family Medicine*, 5, 11-16.
- McCullough, M. E., & Larson, D.B. (1999). In W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into prayer treatment: Resources for practitioners* (pp.85-110). Washington, DC: American Psychological Association.
- Merwick, C. (1995). Should physicians prescribe prayers for health? Spiritual aspects of well-being considered. *Journal of the American Medical Association*, 273 (20), 1561-1562.
- Miller, W. R. (Ed.). (1999). *Integrating spirituality into treatment: Prayer resources for practitioners*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27, 90-104.
- Richards, P. S., & Berin, A. E. (1997). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Richards, P. S., & Berin, A. E. (Eds.). (2000). *Handbook of psychotherapy and religious diversity*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rizzuto, A. (1979). *The birth of the living God: A psychoanalytic study*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rizzuto, A. (1992). Christian worshipping and psychoanalysis in spiritual truth. In J. T. Chirban (Ed.), *Personhood: Orthodox Christianity and the connection between body, mind, and soul*

- (pp. 51-60). Westport, CT: Bergin & Gravery.
- Shafranske, E. P. (Ed.). (1996). *Religion and the clinical practice of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Shafranske, E. P. (2000). Religious involvement and professional practices of psychiatrists and other mental health professionals. *Psychiatric Annals*, 30 (8), 1-8.
- Shafranske, E. P., & Malony, N. H. (1990). Clinical psychologists: Religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 72-78.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Skinner, B. F. (1976). *Particulars of my life*. New York: Knopf.
- Skinner, B. F. (1983). *A matter of consequences*. New York: Knopf.
- Sloan, R. P., Bagiella, E., & Powell, T. (1999). Religion, spirituality, and medicine. *Lancet*, 353, 664-667.
- Spero, M. H. (1981). Countertransference in religious therapists of religious patients. *American Journal of Psychotherapy*, 35 (4), 565-576.
- Stoddard, G. A. (1993). Chaplaincy by referral: An effective model for evaluation staffing needs. *Caregiver Journal*, 10 (1), 37-52.
- Stolorow, R. (1991). Chapter 2. In R. Curtis (Ed.), *The relational self: Theoretical convergences in psychoanalysis and social psychology*. New York: Guilford.
- Tan, S. Y. (1996). Religion in clinical practice: implicit and explicit integration. In E. P. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of Psychology* (pp. 365-390). Washington, DC: American Psychological Association.
- Vande Kemp, H. (1996). Historical perspective: Religion and clinical psychology in America. In E. P. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 71-112). Washington, DC: American Psychological Association.
- Watzlawick, P. (1977). *How real is real? Confusion, disinformation, communication*. New York: Guilford Press.
- Ward, L. C. (1995). Religion and science are mutually exclusive. *American psychologist*, 50 (7), 542-543.