



درمان چندبعدی معنوی

یک رویکرد خداسو برای مشاوره و روان‌درمانگری (فنون و برنامه‌ها)

دکتر مسعود جان‌بزرگی



پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

پاییز ۱۳۹۸

جان‌بزرگی، مسعود، ۱۳۴۳- .
درمان چندبعدی معنوی: یک رویکرد خداسو برای مشاوره و روان‌درمانگری (فنون و برنامه‌ها) / مسعود
جان‌بزرگی. — قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، ۱۳۹۸.
دوازده، ۵۱۶ص. — (پژوهشگاه حوزه و دانشگاه؛ ۵۰۴: روان‌شناسی؛ ۴۸)
بها: ۵۸۰۰۰۰ ریال
ISBN: 978-600-298-268-1
فهرست‌نویسی براساس اطلاعات فیپا.
کتابنامه: ص. [۴۹۷]-۵۰۸؛ همچنین به صورت زیرنویس.
نمایه.
۱. روان‌درمانی — جنبه‌های مذهبی — اسلام. ۲. معنویت — اسلام — جنبه‌های روان‌شناسی. ۳. روان‌درمانی — ایران.
الف. پژوهشگاه حوزه و دانشگاه. ب. عنوان.
۱۳۹۸ ۲۳۲/۶۵ BP ۲۹۷/۴۸۵
شماره کتابشناسی ملی ۵۷۵۰۶۶۱



درمان چندبعدی معنوی: یک رویکرد خداسو برای مشاوره و روان‌درمانگری (فنون و برنامه‌ها)

مؤلف: دکتر مسعود جان‌بزرگی

ویراستار: مرتضی برزگر بفرویی

صفحه‌آرایی: کاما

چاپ اول: پاییز ۱۳۹۸

تعداد: ۳۰۰ نسخه

لیتوگرافی: سعیدی

چاپ: قم - جعفری

قیمت: ۵۸۰۰۰ تومان

کلیه حقوق برای پژوهشگاه حوزه و دانشگاه محفوظ و نقل مطالب با ذکر مأخذ بلامانع است.

قم: شهرک پردیسان، بلوار دانشگاه، نبش میدان علوم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، تلفن: ۳۲۱۱۱۱۰۰ - ۰۲۵ (انتشارات: ۳۲۱۱۱۳۰۰)

نمابر: ۳۲۸۰۳۰۹۰، ص.پ. ۳۱۵۱ - ۳۷۱۸۵ ● تهران: خیابان انقلاب، بین وصال و قدس، کوی اُسکو، پلاک ۴، تلفن: ۶۶۴۰۲۶۰۰ - ۰۲۱

مرکز پخش: قم، خیابان معلم، مجتمع ناشران، طبقه همکف، پلاک ۲۷، تلفن: ۶ - ۳۷۸۴۲۶۳۵ - ۰۲۵

www.rihu.ac.ir

info@rihu.ac.ir

سخن پژوهشگاه

پژوهش در علوم انسانی به منظور شناخت، برنامه‌ریزی و ضبط و هدایت پدیده‌های انسانی در راستای سعادت واقعی بشر ضرورتی انکارناپذیر است و استفاده از عقل و آموزه‌های وحیانی در کنار داده‌های تجربی و در نظر گرفتن واقعیت‌های عینی، فرهنگ و ارزش‌های اصیل جوامع شرط اساسی پویایی، واقع‌نمایی و کارآیی این‌گونه پژوهش‌ها در هر جامعه است.

پژوهش کارآمد در جامعه ایران اسلامی در گرو شناخت واقعیت‌های جامعه از یک‌سو و اسلام به عنوان متقن‌ترین آموزه‌های وحیانی و اساسی‌ترین مؤلفه فرهنگ ایرانی از سوی دیگر است؛ از این‌رو، آگاهی دقیق و عمیق از معارف اسلامی و بهره‌گیری از آن در پژوهش، بازنگری و بومی‌سازی مبانی و مسائل علوم انسانی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است.

توجه به این حقیقت راهبردی از سوی امام خمینی علیه السلام بنیانگذار جمهوری اسلامی، زمینه شکل‌گیری «دفتر همکاری حوزه و دانشگاه» را در سال ۱۳۶۱ فراهم کرد و با راهنمایی و عنایت ایشان و همت استادان حوزه و دانشگاه، این نهاد علمی شکل گرفت. تجربه موفق این نهاد، زمینه را برای گسترش فعالیت‌های آن فراهم آورد و با تصویب شورای گسترش آموزش عالی در سال ۱۳۷۷ «پژوهشکده حوزه و دانشگاه» تأسیس شد و در سال ۱۳۸۲ به «مؤسسه پژوهشی حوزه و دانشگاه» و در سال ۱۳۸۳ به «پژوهشگاه حوزه و دانشگاه» ارتقا یافت.

پژوهشگاه حوزه و دانشگاه تاکنون در ایفای رسالت سنگین خود خدمات فراوانی به جامعه علمی ارائه نموده است که از آن جمله می‌توان به تهیه، تألیف، ترجمه و انتشار بیش از ۵۰۰ عنوان کتاب و شش نشریه علمی اشاره کرد.

کتاب حاضر به عنوان متن درسی در روان‌درمانگری، مشاوره و درمان معنوی و درس‌های «درمان‌های معنوی (مذهبی)»، «مشاوره معنوی (مذهبی)» و «نظریه‌های روان‌درمانگری» برای دانشجویان رشته روان‌شناسی و روان‌پزشکی در مقطع کارشناسی ارشد و دکترا قابل استفاده است. از استادان و صاحب‌نظران ارجمند تقاضا می‌شود با همکاری، راهنمایی و پیشنهادهای اصلاحی خود، این پژوهشگاه را در جهت اصلاح کتاب حاضر و تدوین دیگر آثار مورد نیاز جامعه دانشگاهی یاری دهند.

در پایان پژوهشگاه لازم می‌داند از تلاش‌های مؤلف محترم اثر، دکتر مسعود جان‌بزرگی و نیز از ارزیابان محترم، آقایان حجت‌الاسلام دکتر محمدرضا سالاری‌فر و دکتر باقر غباری‌بناب سپاسگزاری کند.

فهرست مطالب

مقدمه	۱
فصل اول: مفهوم‌شناسی درمان معنوی	۷
۱. اهداف فصل	۷
۲. نکات کلی	۷
۳. نگاهی به تاریخچه درمانگری چندبعدی	۸
۴. مفاهیم اساسی	۱۰
۱-۴. تعریف و تصریح معنویت	۱۰
۲-۴. معنویت و دین	۱۵
۳-۴. بیماری، سلامت و فرهنگ	۱۷
۵. منطق وحدت معنویت در روان‌درمانگری	۱۸
۶. تعریف درمانگری چندبعدی معنوی	۲۴
۷. چالش‌ها و ویژگی‌های روان‌درمانگری چندبعدی معنوی	۲۶
۱-۷. معنویت توحیدی	۲۷
۲-۷. معنویت اصیل و عقل فطری	۲۹
۳-۷. واقعیت (مفهوم واقعی) و پنداره (تصور ذهنی)	۳۰
۴-۷. چندبعدی بودن	۳۱
۵-۷. هدفمندی	۳۴
۶-۷. ارزش	۳۷
۷-۷. معنای عمل	۴۱
۸-۷. تعادل جویی و تعالی‌خواهی	۴۳
۹-۷. تحولی‌نگری	۴۵
۱۰-۷. جامع‌نگری	۴۶
۱۱-۷. صراحت	۴۷
۱۲-۷. دارای بار ارزشی	۴۸
۱۳-۷. عمل‌گرایی توحیدی و اختیار انسان	۴۸
۱۴-۷. تجربه‌نگری	۵۰

۵۰	۱۵-۷. فضای جامع ادراکی
۵۲	۸. آمادگی درمانگر برای درمان چندبعدی معنوی
۵۳	۹. خلاصه فصل

۵۵	فصل دوم: نظریه درمان چندبعدی معنوی
۵۵	۱. اهداف فصل
۵۵	۲. مرور کلیات
۵۷	۳. انسان‌شناسی و شخصیت
۵۷	۴. تعریف انسان
۶۰	۵. سازمان و مکانیزم‌های تحول شخصیت
۶۲	۵-۱. سازه‌ها و کنش نظام روان‌شناختی
۶۳	۵-۲. خود الهی
۶۵	۵-۳. عقل: سازه تشخیص‌گر درونی
۷۴	۵-۴. قلب: سازه تصدیق‌گر روانی - معنوی
۸۶	۵-۵. صدر؛ سازمان ادراکی طبیعی - معنوی
۹۲	۵-۶. نظام ادراکی کلی انسان
۹۵	۵-۷. خود و عمل سازنده شخصیت
۱۰۴	۶. منطق درمان چندبعدی معنوی
۱۰۶	۷. خلاصه فصل

۱۰۹	فصل سوم: روش‌شناسی و اعتبار پروتکل درمان چندبعدی معنوی
۱۰۹	۱. اهداف فصل
۱۰۹	۲. مقدمه
۱۱۰	۳. زمینه‌های شکل‌گیری و پیش‌فرض‌های اولیه
۱۱۰	۳-۱. زمینه‌ها و پیش‌فرض‌های کلی
۱۱۲	۳-۲. شکل‌گیری مفاهیم اساسی و چهارچوب‌های درمان چندبعدی معنوی
۱۱۵	۳-۳. اهداف پروتکل
۱۱۵	۴. زمینه‌ها
۱۱۵	۴-۱. مطالعات پیشین
۱۱۶	۴-۲. منطق مطالعه
۱۱۷	۵. اهداف و منطق مطالعه
۱۱۷	۵-۱. اهداف اولیه
۱۱۸	۵-۲. اهداف ثانویه
۱۱۹	۵-۳. منطق انتخاب ارزیابی نتیجه و فرایند درمان
۱۱۹	۶. عوامل تحقیق
۱۱۹	۶-۱. داده‌های پیش‌بالینی
۱۲۳	۶-۲. داده‌های بالینی تجدیدپذیر
۱۲۳	۶-۳. آسیب‌ها و منافع مطالعه

۱۲۴	۷. طراحی مطالعه
۱۲۴	۱-۷. مرور خلاصه طرح
۱۲۴	۲-۷. انتخاب مشارکت‌کنندگان
۱۲۵	۳-۷. برنامه‌های به‌کارگیری مراجعان و فرایند جلب رضایت
۱۲۶	۴-۷. روش‌های انتخاب تصادفی و ملاحظات بالینی بی‌طرفانه
۱۲۶	۵-۷. خطرات و منافع
۱۲۷	۶-۷. کنارگذاری اولیه مراجعان
۱۲۷	۷-۷. زمان و چگونگی کنارگذاری مراجعان
۱۲۷	۸-۷. داده‌های مربوط به مراجعان ردشده
۱۲۹	۸. مطالعه برای تنظیم مداخله یا پروتکل درمان
۱۲۹	۱-۸. دستورالعمل و توصیف
۱۲۹	۲-۸. روش و چگونگی اجرای درمان (سازمان یا رژیم درمان)
۱۳۱	۹. جمع‌آوری اطلاعات، طراحی بسته درمان
۱۳۶	۱۰. اعتباریابی اقدامات درمانی و فنون از سوی کارشناسان
۱۳۶	۱-۱۰. اعتباریابی فنون در سطح گروه کارشناسی
۱۳۷	۲-۱۰. اعتباریابی فنون درمان در سطح بالینی
۱۳۸	۳-۱۰. روش‌های جایگزینی مراجعان در گروه‌های درمان
۱۳۸	۴-۱۰. آماده‌سازی و تعهدات
۱۳۹	۵-۱۰. نظارت بر شکایات و مشکلات مشارکت‌کنندگان
۱۳۹	۶-۱۰. درمان‌های پیشین و درمان‌های همراه
۱۴۰	۷-۱۰. بسته‌بندی درمانی
۱۴۰	۸-۱۰. شرایط تغییر و بازگشت
۱۴۰	۱۱. روش پژوهش
۱۴۱	۱-۱۱. روش‌های کیفی پژوهش
۱۴۸	۲-۱۱. روش‌های کمی پژوهش
۱۴۹	۳-۱۱. روش‌های غربالگری
۱۴۹	۴-۱۱. روش‌های سنجش
۱۴۹	۵-۱۱. روش‌های جمع‌آوری اطلاعات
۱۵۲	۶-۱۱. روش‌های تجزیه و تحلیل
۱۵۳	۷-۱۲. روش‌های طبقه‌بندی داده‌ها و پدیده‌های درمانی
۱۵۴	۸-۱۱. روش تحلیل داده‌های مخالف
۱۵۵	۹-۱۱. روش‌های مربوط به نظارت نتایج و شاخص‌ها
۱۵۶	۱۰-۱۱. روش‌های جمع‌بندی و سازمان‌دهی نتایج
۱۵۶	۱۲. سازمان‌ها و مراکز درگیر
۱۵۷	۱۳. گروه‌های متمرکز در مطالعه سازمان درمان
۱۵۷	۱۴. گسترش علمی و تجربی
۱۵۹	۱۵. پیوست‌ها
۱۵۹	۱-۱۵. جداول

۱۷۳	۲-۱۵. نمودارها و اشکال
۱۷۳	۳-۱۶. ابزارها
۱۷۶	۴-۱۵. فهرست کتاب‌ها و مقالات مرتبط
۱۷۷	۱۶. خلاصه فصل

فصل چهارم: ارزیابی و آسیب‌شناسی روانی - معنوی؛ تشخیص، برنامه‌ریزی و فرمول‌بندی

۱۷۹	۱. اهداف فصل
۱۷۹	۲. مرور کلیات
۱۸۰	۳. معنویت (مذهب) و آسیب‌شناسی روانی
۱۸۳	۴. آسیب‌شناسی کلی روانی - معنوی
۱۹۰	۵. مکانیزم‌های آسیب‌شناسی روانی معنوی
۱۹۵	۶. آسیب‌شناسی عوامل هسته‌ای (نظام تشخیص‌گر)
۱۹۷	۷. آسیب‌شناسی حوزه ادراکی
۱۹۹	۱-۷. آسیب‌پذیری از سوی گذشته (مبدأ ادراک‌شده)
۲۰۴	۲-۷. آسیب‌پذیری مربوط به آینده (غایت و هدف)
۲۰۵	۳-۷. آسیب‌پذیری حوزه ادراکی خود
۲۱۱	۴-۷. آسیب‌پذیری حوزه ادراکی هستی عینی (دنیا و دیگران)
۲۱۴	۸. عوامل آسیب‌زای بیرونی
۲۱۷	۹. عوامل تحولی
۲۱۸	۱۰. ارزیابی کلی سلامت و اختلال روانی معنوی
۲۲۰	۱۱. ارزیابی در روان‌درمانگری چندبعدی معنوی
۲۲۲	۱۲. ارزیابی گام‌به‌گام روانی معنوی
۲۲۶	۱۳. خلاصه فصل

فصل پنجم: آماده‌سازی مراجع برای درمان

۲۲۷	۱. اهداف فصل
۲۲۷	۲. نکات کلی
۲۲۷	۳. تصمیم نهایی برای پذیرش مراجع
۲۲۷	۴. تشخیص
۲۲۸	۵. آشناسازی مراجع و جهت‌گیری درمان
۲۲۹	۶. فرمول‌بندی
۲۳۹	۷. مراحل کلی درمان
۲۴۳	۸. فرایند و مراحل درمانگری چندبعدی معنوی
۲۴۴	۱۰. خلاصه فصل

فصل ششم: درمان غیرمستقیم؛ تحلیل روانی معنوی

۲۴۷	۱. اهداف فصل
۲۴۷	۲. مرور کلیات

۲۴۸	۳. تحولی‌نگری در ادبیات روان‌شناختی
۲۴۹	۴. تحولی‌نگری معنوی در منابع دینی
۲۵۴	۵. شرایط و اصول تحلیل روانی معنوی
۲۵۶	۶. فرایند تحلیل روانی معنوی (درمان غیرمستقیم)
۲۵۶	۶-۱. منطق درمانگری تحلیلی - معنوی با نگاه تحولی
۲۶۰	۶-۲. توصیف
۲۶۱	۶-۳. برنامه درمانگری
۲۷۹	۸. روان‌درمانگری مراجعان مرحله سوم (مرحله‌گذاری)
۲۸۰	۸-۱. بحران هویت معنوی
۲۸۲	۸-۲. بررسی جستجوها یا نگرش‌های معنوی
۲۸۲	۸-۳. ترس از تعهد
۲۸۳	۹. روان‌درمانگری مراجعان مرحله چهارم و پنجم
۲۸۴	۱۰. شرایط و آمادگی برای درمان مستقیم
۲۸۵	۱۱. خلاصه فصل

۲۸۷	فصل هفتم: مرحله اول درمان؛ فعال‌سازی مکانیزم‌ها و فنون هسته‌ای معنوی
۲۸۷	۱. اهداف فصل
۲۸۷	۲. بیان برخی نکات کلی
۲۸۸	۳. هدف‌گذاری
۲۹۱	۴. فعال‌سازی درونی و تقویت قوای عقلانی
۲۹۵	۵. موانع کنش عقل
۲۹۶	۶. اعتماد به کنش عقل
۳۰۲	۷. تقویت عقل (خردورزی)
۳۰۹	۸. عقلانی‌سازی فرایند تفکر (نجات عقل)
۳۱۲	۹. بیان منطق قرآنی درمان
۳۱۳	۱۰. تمرین دوره
۳۱۳	۱۱. خلاصه فصل

۳۱۵	فصل هشتم: درمان در حوزه مبدأ ادراک‌شده
۳۱۵	۱. اهداف فصل
۳۱۵	۲. بیان برخی نکات کلی
۳۱۶	۳. فنون و مکانیزم‌های درمان
۳۱۶	۳-۱. تماس با خویشتن خویش (خدا سو شدن عقل)
۳۲۱	۳-۲. در جستجوی خدای واقعی (خداپنداشت)
۳۳۰	۳-۳. خلق ید از خداپنداره‌ها (تسبیح)
۳۳۱	۳-۴. انسان مخلوق ویژه (تحمید)
۳۳۴	۳-۵. مدیریت الهی (ربوبیت)
۳۴۳	۳-۶. برنامه راهنمای انسان: انتخاب ویژه

۳۵۴	۷-۳. خدایی که برنامه‌اش را می‌پذیریم.....
۳۵۸	۴. خلاصه فصل.....

۳۵۹	فصل نهم: درمان در حوزه ادراکی خود: هویت معنوی
۳۵۹	۱. اهداف فصل.....
۳۵۹	۲. مرحله سوم درمان: خود ادراک شده.....
۳۶۱	۳. هویت معنوی.....
۳۷۰	۴. خودپنداره منفی.....
۳۷۴	۵. خودپنداشت.....
۳۸۱	۶. آشنایی با قوانین نظام روان‌شناختی انسان.....
۳۸۵	۷. تقویت عقل خداسو در این مرحله.....
۳۸۷	۸. معنایابی در زندگی.....
۳۹۰	۹. تسویه خود.....
۳۹۱	۱۰. پیگیری برنامه انتخابی زندگی (بعثت درونی).....
۳۹۵	۱۱. چهارسوی معنوی.....
۳۹۸	۱۲. آشکارسازی عقل: شکر یا صبر.....
۴۰۱	۱۳. ارزشیابی نتایج در این مرحله.....
۴۰۲	۱۴. خلاصه فصل.....

۴۰۳	فصل دهم: درمان در حوزه هستی (دیگران / دنیا) ادراک شده
۴۰۳	۱. اهداف فصل.....
۴۰۳	۲. بیان برخی نکات کلی.....
۴۰۴	۳. منطق درمان در حوزه هستی ادراک شده.....
۴۰۷	۴. فعال سازی عقل خداسو در مرحله چهارم: مدیریت عمل.....
۴۰۹	۵. بینش‌یابی نسبت به هستی (دنیا و دیگران).....
۴۱۱	۱-۵. اکتشاف یا بینش نسبت به دنیا پنداره.....
۴۱۳	۲-۵. مفهوم پردازی دنیای واقعی.....
۴۱۸	۳-۵. مفهوم دیگری.....
۴۲۲	۴-۵. تنظیم و تصریح ارزش‌ها.....
۴۲۷	۵-۵. زمینه‌سازی برای عمل برتر و پایدار (زندگی پاک).....
۴۴۳	۶. تنظیم رغبت.....
۴۴۵	۷. نجات عمل.....
۴۵۵	۸. وحدت‌دهی به اعمال (تجربهٔ یگانگی).....
۴۵۶	۹. تسویه روانی - معنوی.....
۴۵۹	تسویه با دیگران.....
۴۶۶	۹. تجربه تعادل.....
۴۶۶	۱۰. فراروی.....
۴۶۷	۱۱. خلاصه فصل.....

فصل یازدهم: درمان در حوزه غایت ادراک شده	۴۶۹
۱. اهداف فصل	۴۶۹
۲. بیان برخی نکات کلی	۴۶۹
۳. منطق درمان: معادباوری و سلامت روانی	۴۷۰
۴. تصور از مرگ و آخرت	۴۷۲
۵. سامان‌دهی باورهای یقینی درباره آخرت	۴۷۵
۶. بازگشت به خدا؛ احیای هویت معنوی با خودتقویت‌گری	۴۸۵
۷. پیشگیری از عود	۴۸۶
۷-۱. تطهیر با خداوند: استغفار	۴۸۶
۷-۲. خودمراقبت‌گری: دعا و مناجات	۴۹۱
۷-۳. خودتقویت‌گری خداسو	۴۹۲
۷-۴. خدایادسپاری (ذکر)	۴۹۳
۷-۵. تنظیم جلسات پیگیری	۴۹۵
۸. خلاصه فصل	۴۹۶
منابع و مأخذ	۴۹۷
پیوست‌ها	۵۰۹
نمایه اعلام	۵۱۳
نمایه موضوعات	۵۱۵

مقدمه

در دهه‌های پایانی قرن بیستم، زمانی که انسان‌های نیازمند، بیش از پیش علاقه‌مند به دریافت خدمات روان‌شناختی بودند؛ در ارزیابی‌ها از روان‌درمانگری‌های مختلف، نتایج دلگرم‌کننده‌ای به دست نمی‌آمد. یکی از عوامل مداخله‌گر در آن، تأثیر فرهنگ مراجع بود؛ به گونه‌ای که پنجمین مجموعه آماری و تشخیصی انجمن روان‌پزشکی آمریکا (DSM-5) در سال ۲۰۱۳، برای فرمول‌بندی فرهنگی در تشخیص اختلالات روانی، یک فصل اختصاص داد. همچنین، محدودیت نگاه نظریه‌پردازان در تعریف ماهیت انسان را می‌توان عامل مهم دیگری در نظر گرفت؛ در هر حال، به نظر می‌رسد این تنوع یافته‌ها و نظریه‌ها (استکیر و گلد، ۲۰۰۶^۱)، بیانگر تجربه‌منحصربه‌فردی است که اجازه‌قرار گرفتن انسان در قالب یک نظریه را نمی‌دهد.

حرکت‌های پایانی قرن بیستم نشان داد که روان‌شناسان به جای رقابت و از میدان به در کردن یکدیگر می‌توانند به وحدت رویه و استفاده از نقاط قوت یکدیگر بپردازند؛ بنابراین، آنها بیش از پیش درصدد استفاده از یافته‌ها و فنون تعمیم‌پذیر و کارآمد بودند. آنها از رویکردهایی که خود را به یک مکتب متعهد می‌دانستند، ناراضی بودند (نورکراس و گلدفرید، ۲۰۰۵^۲). و در این راستا، از تحولات اواخر قرن نوزدهم، توجه روان‌درمانگران به فرهنگ و استفاده از مذهب بود.

تحولات اخیر و نیازمحور در پژوهش‌های علمی در حوزه روان‌شناسی اتفاقات مهمی را در پی داشت؛ از آن جمله می‌توان به همگرایی دین و علم اشاره کرد. این همگرایی موجب تولید دانش، داده‌ها و فعالیت‌های جدید حرفه‌ای شد (ایمونز و پالوتزین، ۲۰۰۳^۳). از اتفاقات مهم دیگر، انباشت پژوهش‌های بالینی بی‌شماری است که رابطه قوی بین مذهب و سلامت روانی و

1. Stricker, G. C. & Gold, J.

2. Norcross, J. C. & Goldfried, M. R.

3. Emmons, P. A. & Paloutzian, R. F.

جسمی را برجسته می‌کنند، مانند مطالعات موسوی‌مقدم و همکاران (۲۰۱۸) در زمینه رابطه بین سلامت معنوی و سلامت روانی؛ آی. بی‌جورک، هوانک و اپل^۱ (۲۰۱۳) برای کاهش دوران افسردگی؛ برایان - داویس و ونگ^۲ (۲۰۱۳) در کاهش تنیدگی و کوئنیگ^۳ (۲۰۰۴). البته نه برای هر مذهب و معنویت، زیرا برخی شکل‌های مذهبی بودن و معنویت نه به سلامت انسان کمک کرده، نه سازگاری روان‌شناختی را افزایش داده است (پارگامنت، ۲۰۰۲a و پارگامنت، ۲۰۰۲b)، ولی فراتحلیل‌ها بیشتر بیانگر آن هستند که تعهد مذهبی عوامل مهم خطر در سلامت روانی را کاهش می‌دهند (کوئنیگ و لارسون، ۲۰۰۱^۵) و سبب بهبود هیجانات مثبت شده که به بهتر شدن انسان‌ها در افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری خلاقیت و عقلانیت و فضایل دیگر و نیز از نظر اجتماعی یکپارچه‌تر و از همه مهم‌تر سلامت جسمانی کمک می‌کند (فردریکسون، ۲۰۰۲^۶).

این پژوهش‌ها که تعداد آنها نیز بسیار زیاد است، بیانگر اهمیت بعد معنوی انسان هستند؛ ولی آموزه‌های روان‌شناسی در سطح دانشگاه‌ها عاری از هر گونه توجه به این بعد اساسی نظام روان‌شناختی انسان است. هرچند گام نهادن در این زمینه همواره خطر آمیختگی مسائل فلسفی، فقه و الهیات را فراهم می‌کند، ولی هر یک از آنها مرز مشخصی از دانش با روان‌شناسی را دارند و این دلیلی قانع‌کننده برای غفلت از این موضوعات نمی‌شود؛ زیرا مذهب و معنویت، افزون بر آنچه گفته شد؛ عامل مهمی در انتقال ارزش‌ها، اعتقادات و اعمالی است که به جهان‌بینی فرد مربوطند (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۰۲b) و نیز تنوعی ایجاد می‌کند که هنگام تحقیق یا ارائه خدمات بالینی باید در مد نظر باشد (انجمن مشاوره آمریکا، ۱۹۹۶ و انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۰۲a). برای بیشتر مراجعان مذهب یا معنویت چهارچوب جامعی برای زندگی است که در گستره وسیعی از تجارب انسانی کاربرد دارد (پارگامنت، ۱۹۹۷) و «ارزش‌هایی پایه»^۷ به شمار می‌آید (بامیستر، ۱۹۹۲^۸) که براساس آن اهداف و برنامه‌های سلامتی انسان بنا می‌شود. در بسیاری از فرهنگ‌ها چنین مطرح است که معنویت نه تنها با دین افراد و ایمان آنها برای تعالی از واقعیت‌ها سروکار دارد، بلکه محور موضوعات جسمی، روانی و سلامتی است (فوکویاما و

1. Bjorck. Ai; Huang & Appel

2. Bryan-Davis & Wong

3. Koenig, H. G.

4. Pargament

5. Larson

6. Fredrickson

7. ultimate value base

8. Baumeister

سویگ،^۱ ۱۹۹۹؛ تراکشور، استانتون^۲ و پارگامنت،^۳ ۲۰۰۳؛ همه اینها اهمیت ملاحظه معنویت را در تمامی مراحل روان‌درمانگری نشان می‌دهد.

اگر مشاوره و روان‌درمانگری را فرایند یاری‌رسانی توانمندساز به فردی که کمک می‌خواهد، بدانیم که به تنهایی از عهده حل مسائل خود بر نمی‌آید؛ بعد معنوی و تعالی جویانه که به ظاهر موضوعی فرادرمانگرانه به نظر می‌رسد، خارج از مسئله، راه‌حل و فرایند کمک‌رسانی نیست و نمی‌توان معنویت را از مسئله فرد به راحتی جدا کرد، هرچند ممکن است در دایره ادراکی فرد ظاهر نشود. تجربه‌های بالینی نشان می‌دهد که در بسیاری از موارد هرگاه فرد از مشکل روانی خود بیرون می‌آید، به دنبال موضوعات معنوی می‌گردد و یا درمی‌یابد که اگر بعد معنوی فعال می‌بود، مسیر دیگری در زندگی دنبال می‌شد به نحوی که به مشکلات روان‌شناختی منجر نمی‌شد. در مداخلات معنوی، با چالش‌هایی روبه‌رو هستیم که کمتر آنها را در مداخلات رفتاری شناختی یا دیگر روش‌ها تجربه می‌کنیم. هنگامی که واژه معنوی به روان‌درمانگری افزوده می‌شود، به لحاظ روش شناختی این پرسش به ذهن می‌آید که چرا و چگونه؟ به عبارت دیگر، چه دلایلی برای افزودن معنویت به روان‌درمانگری وجود دارد و چگونه معنویت به روان‌درمانگری افزوده می‌شود؟ هرچند ذکر پژوهش‌هایی که بیشتر به آنها اشاره شد؛ پاسخی ضمنی به این پرسش‌ها (به‌ویژه پرسش نخست) است، اما وقتی به چگونگی استفاده از معنویت برسیم، مشکل روشن‌تر می‌شود؛ زیرا پاسخ به این پرسش‌ها بیش از هر چیزی به تعریف انسان و پایگاه نظری یک روان‌درمانگر و روش‌ها و فرضیات درمانی او برمی‌گردد. حتی اینکه معنویت را با یک استراتژی تحویلی‌نگر^۳ (هیترکوپ، ۲۰۰۵)، تحویلی‌نگر^۴ (نودا، ۲۰۰۰)، تعاملی‌نگر^۵ و یا یک عامل منحصربه‌فرد بدانیم، الگوی نظری خاص خود و فرضیات درمانی مختلفی را می‌طلبد. در فرضیات درمانی مبتنی بر نظریه‌ای که به کار می‌گیریم، هرگاه انسان را «حیوان ناطق» بدانیم، از زمانی که او را «حی متألّه» بدانیم، بسیار متفاوت خواهد بود. برای انسانی که بعد معنوی او اصیل است و معنویت همه ابعاد وجودی او را فرا می‌گیرد، نسبت به انسانی که دارای چهار بعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است (بنا بر اعلام سازمان بهداشت روانی) و معنویت در کنار ابعاد دیگر تعریف می‌شود، نمی‌توان برنامه‌ای یکسان تنظیم کرد.

1. Fukuyama & Sevig

2. Tarakeshwar, Stanton

3. reductionist

4. developmentalist

5. inractionist

اکنون اگر معنویت را یک بعد اصیل بدانیم، نیازهای معنوی همان نیازهای وجودی و تعالی‌خواهانه خواهند بود که قوانین حاکم بر آنها با قوانین حاکم بر بعد مادی یکسان نیست. اگر نیازهای مادی تشفی‌پذیرند و می‌توان مواد غذایی را ذخیره کرد؛ نیازهای معنوی همیشگی و جاری هستند و بسیاری از انگیزه‌های پایدار را ایجاد می‌کنند. دریافت کرامت و احترام نیاز همیشگی و جاری است و می‌تواند همواره سبب انگیزش رفتار ما باشد. یا خداجویی که انسان را به فراروی از بسیاری امور برای رسیدن به اهداف غایی سوق می‌دهد؛ همه اینها با چالشی دیگر روبه‌رو است که معنویت را خداسو بدانیم یا غیرخداسو؛ چون خداسو بودن معنویت نظام ارزشی فرد را تغییر می‌دهد، و او را در پی دریافت تکریم از خداوند قرار می‌دهد و از شکل‌های دیگر احترام فراروی می‌کند. نبود فراروی، تعارض‌های معنوی را در پی دارد و تعارض‌های معنوی از مهم‌ترین زمینه‌های بروز مشکلات هیجانی هستند. روان‌درمانگر نمی‌تواند خود را از این موضوعات کنار بکشد، چون به گفته پارگامنت (۲۰۱۱)، نمی‌توانیم از او بخواهیم موضوعات معنوی خود را پشت در اتاق درمان بگذارد و بدون آن وارد جلسه درمان شود. پدیده‌های معنوی (مانند ادراک خدا و مذهب) که در نظام روان‌شناختی انسان شکل می‌گیرند، در روند پویشی و تعاملی با سایر پدیده‌ها تحول انسان را در ابعاد مختلف رقم می‌زنند.

کتاب حاضر نتیجه بیش از یک دهه فعالیت بالینی است که از چالش‌های یادشده عبور می‌کند و یک روان‌شناس بالینی معنوی را یاری خواهد کرد که به موضوعات گوناگون در درمان بپردازد. نیاز روزافزون مراجعان به پرداختن به مسائل معنوی و اثر انکارناپذیر معنویت و مذهب در زندگی آنها، انگیزه مهم پرداختن به آن و تدوین این کتاب شده است. بالا بردن سطح تحول روانی - معنوی تا پنداره‌زدایی از مفاهیم معنوی با تمرین‌های دقیق و مکمل برای پیشگیری از عود و تقویت روانی معنوی فرد، ویژگی منحصر به فرد این مجموعه است. در اینجا معنویت خداسو می‌باشد و به عنوان یک بعد اصیل انسانی در نظر گرفته می‌شود. این فرایند می‌کوشد تا عقل طبیعی را در درون فعال کند و با همسو کردن آن با عقل کل (خدا)، فرایندهای عقلانی را خداسو کند. در اینجا فرض بر این است که قطع ارتباط با خدا به قطع رابطه فرد با خودش می‌انجامد؛ پس خدشه‌دار بودن این رابطه به بی‌انسجامی فرد منجر می‌شود، هرچند ممکن است فرد با موضوعات جایگزین به‌طور موقت بر این مسئله پوشش بگذارد. اگر تبیین نظام روان‌شناختی براساس داده‌های وحیانی که معتبرترین داده‌های بشری است، امکان داشته باشد؛ آنگاه روش‌ها، موضع‌گیری‌ها و تبیین‌هایمان از انسان و نیز مشکلاتش متفاوت می‌شود. این

موضوع‌گیری هرگز در برابر موضع علمی فراگیر قرار نمی‌گیرد، بلکه هم متأثر از آن و هم درصدد است با استفاده از روش‌های دقیق علمی فرضیات خود را به اثبات برساند و دامنه آن را گسترش دهد. بنابراین، هرچند درمان چندبعدی معنوی به عنوان یک درمان مستقل برای برخی مشکلات روان‌شناختی کاربرد دارد، ولی به‌نوعی مکمل و در راستای تقویت درمان‌های موجود نیز هست و شاید نقاط قوت و ضعف خاص خود را داشته باشد. متخصصان کشور با به‌کارگیری این درمان و به چالش کشیدن کاربرد آن، پس از آموزش و دریافت نظارت کافی می‌توانند به غنای آن بیفزایند.

اگرچه، کتاب حاضر می‌کوشد تا برای متخصصان روان‌شناسی بالینی، روان‌پزشکان و مشاوران و همه کسانی که با راهنمایی انسان‌ها برای غلبه بر مسائل روان‌شناختی سروکار دارند، آسان باشد، ولی مانند روش‌های بالینی دیگر مستلزم آموزش و دریافت سوپروایزی است. خواننده این کتاب نخست با مفاهیم، نظریه و روش‌شناسی پژوهش و سپس با آسیب‌شناسی روانی - معنوی و نحوه فرمول‌بندی مشکل فرد آشنا می‌شود. مطالعه این فصول زمینه را برای آشنایی با منطق مداخلات معنوی فراهم می‌کند و سپس براساس تشخیص تحولی آسیب به سمت درمان صریح معنوی / مذهبی و یا درمان غیرمستقیم و تحلیلی - معنوی تنظیم می‌شود. در مسیر درمان صریح معنوی براساس فصول هفتم تا یازدهم به‌طور دقیق و همراه با راهنمایی‌های درمانگر و نیز راهنمای فنون کاربر این درمان انجام می‌شود. از ویژگی‌های کتاب این است که هر فن در مراحل پنج‌گانه درمان پس از توضیح در درون یک جدول گام‌به‌گام آموزش داده شده و هدف و منطق بالینی آن به همراه کاربرگ راهنمای مراجع در آن گنجانیده شده است. توضیح کاربرگ‌ها برای مراجعان و ترغیب به انجام آنها، اثر بسیار زیادی در پیشبرد اهداف درمان دارد. در هر جدول شواهد معنوی هر تمرین یا فن از قرآن کریم و یا دیگر منابع دینی آمده است تا موجب تحریک انگیزه درونی مراجعان و پیگیری فعالیت‌های تعادل‌جویی و تعالی‌خواهی آنان شود. فعالیت بالینی با توجه به مشکلات روان‌شناختی فرد تنظیم می‌شود و به‌کارگیری عجولانه و بی‌سازمان از فنون ممکن است سبب سطحی‌نگری و ایجاد مقاومت در فرد شود. مطالعه کتاب اصول روان‌درمانگری و مشاوره با رویکرد اسلامی (جان‌بزرگی و غروی، ۱۳۹۵) و مقالات مرتبط را برای تسلط بیشتر در درمان چندبعدی معنوی خداسو لازم می‌دانیم.

در پایان بر خود فرض می‌دانم که از اساتید گرانقدرم، آیت‌الله سیدمحمد غروی‌راد، آقای دکتر سیدمحمدحسن جلالی طهرانی و اساتیدی که حتی به عنوان ناظر و همکار در جلسات

درمانی حضور داشته، منشأ غنا بخشیدن به روش‌ها شدند؛ از جمله آقایان دکتر مسعود آذربایجانی و دکتر عباس پسندیده که به‌حق در شکل‌گیری این مجموعه سهیم بودند، سپاسگزاری کنم. برای روح بزرگ استادم سرکار خانم دکتر پریخ دادستان که در دهه هفتاد پشتیبان و تقویت‌گر اولیه این درمان در جوی پرمقاومت بودند و سبب شکل‌گیری نخستین رساله دکترای ایران در حوزه بالینی معنوی و روان‌درمانگری با روشی کاملاً علمی و رویکردی مذهبی شدند، طلب علو درجات از خداوند متعال دارم. از همسرم سرکار خانم ناهید نوری که همپای درمان چندبعدی معنوی از آغاز شکل‌گیری آن همراه بودند، سپاسگزارم؛ ایشان همواره بهترین ترغیب‌گر و همراه من در مسیرهای بدیع علمی بوده است و نیز قدردان گروه دانشجویان مستقر در مرکز مشاوره طلّیعه سلامت در تهران، به‌ویژه سرکار خانم مژگان نظری، مهدیه حیدری‌زاد، مهدیه عطری‌فرد، و همچنین طلاب پژوهشگر در حوزه علمیه قم هستم. درنهایت نیز از مسئولان و کارکنان پژوهشگاه حوزه و دانشگاه که در انتشار این کتاب تلاش کرده‌اند، قدردانی و تشکر می‌کنم.

دریافت نظرات و پیشنهادهای همکاران عزیزم در سراسر این مرز و بوم را ارج خواهم نهاد.

مسعود جان‌بزرگی

فصل اول

مفهوم‌شناسی درمان معنوی

۱. اهداف فصل

- مفاهیم اساسی در درمان‌های معنوی و درمان چندبعدی معنوی؛
- آشنایی با منطق وحدت معنویت و مذهب در روان‌درمانگری؛
- نوع درمان چندبعدی معنوی؛
- ویژگی‌های درمان چندبعدی معنوی؛
- مقدمات و آمادگی‌ها در درمان چندبعدی معنوی.

۲. نکات کلی

تک‌بعدی‌نگری، بی‌توجهی به مذهب و معنویت مراجع، و نادیده گرفتن سطح تحول فرد، سه چالش بزرگ در نظریه‌های روان‌درمانگری معاصر بوده است. این کتاب با معرفی و تبیین «درمانگری چندبعدی معنوی خداسو» می‌کوشد تا با توجه به چالش‌های موجود، برنامه‌ای متفاوت، به‌ویژه برای مراجعان مذهبی تدارک ببیند. در آغاز، این درمان در قالب درمان چندوجهی لازاروس^۱ (۱۹۹۷، ۲۰۰۸a) و جهت‌دهی معنوی به آن شکل گرفت (جان‌بزرگی، ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸). از آنجا که رویکرد لازاروس در درمان، نوعی تلفیقی‌نگری فنی و تا اندازه‌ای از تبیین‌های نظری به دور بود، برای تلفیق با معنویت مذهبی (اسلامی) انتخاب شد (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸)، ولی تحولات درمان چندبعدی معنوی در یک دهه گذشته، تحت تأثیر فعالیت‌های بالینی و با تکیه بیشتر به منابع معنوی، به‌طور کلی نسبت خود را با

1. Lazarus, A. A.

درمان چندوجهی لازاروس از دست داد. این مطلب به معنای آن نیست که چنین درمانی از فنون همخوان یا غیرمعارض سایر روش‌ها با چهارچوب نظری خود استفاده نمی‌کند. ممکن است، از فنون مذهبی/معنوی بدون اینکه ضرورت داشته باشد رفتار مذهبی مراجع مورد دستکاری قرار گیرد، استفاده کرد و برخی بررسی‌های تجربی به‌طور مستقیم و یا غیرمستقیم نشان داده که نسبت به ارائه درمان بدون جهت‌گیری مذهبی، کاربرد این رویکرد مؤثرتر واقع می‌شود (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸؛ جان‌بزرگی، ظهیرالدین، نوری، غفارثمر و شمس، ۲۰۰۹؛ جان‌بزرگی، ۱۳۹۵؛ نظری، ۱۳۸۹).

معنویت در درمان‌گری چندبعدی معنوی، بعدی تبعی در کنار ابعاد دیگر نیست و آن را نمی‌توان هم‌وزن سایر جنبه‌ها در نظر گرفت، بلکه به عنوان یک بُعد یا لایه روانی - معنوی اصیل و مجزا مطرح است که تمامی جنبه‌ها را برای جهت‌گیری متعالی پوشش می‌دهد. نتایج پژوهش‌های ما نشان داد که معنویت مذهبی توانست به همه ابعاد هفت‌گانه لازاروس وحدت ببخشد و آنها را در جهت توحید یافتگی شخصیت هدایت کند (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸).

بنابراین درمان‌گری چندبعدی معنوی، افزون بر بررسی جنبه‌های گوناگون شخصیت در سطح ابعاد مختلف (معنوی و غیرمعنوی)، مؤلفه‌های عمقی شخصیت در سطح روانی - معنوی را نیز در مد نظر قرار می‌دهد که این کار، مستلزم ارزیابی پویایی از شخصیت است. فرض اساسی این درمان آن است که هرگاه عقل طبیعی انسان با منبع بیرونی واقعی خود که خداوند و وحی (عقل کل) و بهترین برنامه پیشنهادی زندگی است، پیوند می‌خورد؛ نظام روان‌شناختی انسان را به منسجم‌ترین و پویاترین وضع خود می‌رساند (جان‌بزرگی، ۱۳۹۴ و ۲۰۱۶).

۳. نگاهی به تاریخچه درمان‌گری چندبعدی

بقراط^۱ (۴۰۰ سال پیش از میلاد) با نگاه چندلایه‌ای^۲ به شخصیت، جالینوس^۳ در قرن دوم و روان‌پزشک سوئیسی پل دابوس^۴ در قرن نوزدهم، اهمیت نگاه چندبعدی به انسان و درمان را برجسته کرده بودند (لازاروس، ۲۰۰۸a و ۲۰۰۸b). در بسیاری از نوشته‌های فلاسفه قرن نوزده نیز با آنچه در روان‌درمان‌گری چندبعدی مطرح می‌شود، شباهت‌هایی وجود دارد. در این باره لازاروس (۲۰۰۸a) به نوشته‌های برنتانو (۱۸۷۴) و نظریه کنشگری ویلیام جیمز^۵ (۱۸۹۰) اشاره می‌کند.

1. Hippocrates

2. multi-layered

3. Galen

4. Dubois, P.

5. James. W.

پیشینه تلفیقی‌نگری فنی در روان‌درمانگری به آرنولد لازاروس برمی‌گردد (لازاروس، ۱۹۶۷ و ۲۰۰۸b). لازاروس (۱۹۹۵) از تک‌بعدی یا دوبعدی بودن درمانگری‌های آن زمان ناراضی بود و به دنبال طرح درمانگری بود که بتواند ابعاد بیشتری از شخصیت را پوشش دهد. براساس تأثیرپذیری او از پری لاندن^۱ (۱۹۶۵) که معتقد بود این فنون هستند که به افراد کمک می‌کنند نه نظریه‌ها، جهت‌گیری درمانی لازاروس به سمت نوعی درمانگری چندبعدی هدایت شد (جان‌بزرگی و نوری، ۱۳۸۸).

روان‌درمانگری چندبعدی بر این فرض‌های اساسی استوار است که مشکلات روان‌شناختی بیشتر چندعاملی، چندبعدی و مرتبط با سطوح مختلف نظام روان‌شناختی هستند. درمانگری جامع^۲ به شیوه‌ای گفته می‌شود که در آن با دقت، پارامترها یا ابعاد هفت‌گانه؛ رفتار،^۳ عاطفه،^۴ دریافت حسی،^۵ تجسم،^۶ شناخت،^۷ روابط بین فردی^۸ و فرایندهای زیست‌شناختی^۹ ارزیابی می‌شوند (لازاروس، ۲۰۰۸b).

درمان‌های دیگری که مبتنی بر تلفیقی‌نگری فنی بودند (مانند باتلر، کانسولی و لانی، ۲۰۰۵)، در نگاه چندبعدی به انسان صراحتی نشان ندادند و درمان‌های مبتنی بر تلفیقی‌نگری نظری (همچون پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۱۰) نیز با وجود نارضایتی از تک‌بعدی‌نگری نظریات درمان، اشاره مستقیمی به ابعاد وجودی انسان نداشتند.

به‌طور کلی، مشکل نظریه‌های روان‌درمانگری، به‌ویژه نظریه لازاروس این بود که آنها تمایلی به دیدن بعد معنوی به عنوان یک بعد اصیل در انسان نداشتند و حتی آنچه که لازاروس آن را «بعد» می‌داند، به‌نوعی وجوه یک عمل انسانی هستند و نمی‌توان از آن به عنوان «بعد» نام برد؛ همچنین از بین درمان‌های اخیر، درمان‌های نوظهور بدون اشاره به ابعاد وجودی انسان، بعد معنوی را مورد توجه و تأکید قرار داده‌اند؛ از آن جمله می‌توان به درمان یکپارچه معنوی پارگامنت (۲۰۰۷)، یکپارچه‌سازی معنویت در روان‌درمانگری میلر (۲۰۰۳) و درمان الهی^{۱۱} ریچاردز و برجین^{۱۲} (۱۹۹۷، ۲۰۰۴ و ۲۰۰۵) اشاره کرد. البته پژوهش‌های تجربی زیادی رابطه بین معنویت و سلامت روانی را تأیید می‌کنند (ر.ک: جان‌بزرگی و غروی، ۱۳۹۵الف).

1. London, P.

3. behavior

5. sensation

7. cognition

9. biological processes

11. theistic psychotherapy

2. comprehensive therapy

4. affect

6. imagination

8. interpersonal relationships

10. Beutler, L. E.; Gonsali, A. J. & Lane, G.

12. Richards, P.S. & Bergin, A.

درمان چندبعدی معنوی، نخست با توجه به وجوه عمل انسان در نظریه لازاروس تلاش کرد که به این وجوه، بعدی معنوی دهد و با فعال کردن آن به وحدت دو بعد طبیعی و معنوی انسان در درمان بپردازد (جان‌بزرگی، ۱۳۷۸ و ۱۳۷۷).

از این درمان در سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۸۳ برای مراجعان دارای سطوح فرهنگی و انگیزشی متفاوت در بیمارستان امام حسین (علیه السلام) تهران و مراکز روان‌درمانگری و مشاوره برای درمان اضطراب (جان‌بزرگی، ۱۳۷۷، ۱۳۹۴ و ۲۰۱۶) استفاده و با اندکی تغییر، از آن برای درمانگری بیماران وسواس - بی‌اختیاری (جان‌بزرگی و راجزی، ۱۳۹۱؛ انصاری، ۱۳۹۵) و بیماری‌های مزمن جسمی (منتظری، ۱۳۹۴) به کار گرفته شد. در سال‌های بعدی، این تلاش‌ها ادامه یافت و همزمان، شیوه گروه درمانگری جامع با جهت‌گیری مذهبی در مرکز ثبت شیوه‌های کارآزمایی بالینی بین‌المللی ایران (IRTC، ۲۰۱۰^۱) به عنوان یک روش بالینی مستقل ارزیابی و ثبت شد (ر.ک: پایگاه اطلاع‌رسانی www.IRTC). هم‌اکنون آموزش و نظارت‌گری بر کاربرد این شیوه، در برخی مراکز تخصصی مشاوره و روان‌درمانگری در تهران، قم و مشهد به کار گرفته می‌شود.^۲ تبیین اصول درمان چندبعدی (جان‌بزرگی، ۱۳۹۴)، تبیین ساختار شخصیت در درمان چندبعدی معنوی (جان‌بزرگی، ۱۳۹۵) اثربخشی درمان چندبعدی معنوی بر مشکلات چندبعدی و اضطراب (جان‌بزرگی، ۱۳۹۵) و اضطراب تعمیم‌یافته (جان‌بزرگی، ۲۰۱۶)، کاهش اضطراب و تنیدگی بیماران ام. اس. (منتظری، ۱۳۹۴)، تبیین نظری درمان چندبعدی معنوی به عنوان یک امکان (جان‌بزرگی و غروی، ۱۳۹۵ الف) و بیان اصول و فنون روان‌درمانگری و مشاوره با رویکرد مذهبی (جان‌بزرگی و غروی، ۱۳۹۵ ب) همه از آثاری هستند که این درمان را از نظر شواهد پژوهش حمایت می‌کنند. اکنون در این باره پژوهش‌های مختلف دیگری در حال انجام است.

۴. مفاهیم اساسی

۴-۱. تعریف و تصریح معنویت

«معنویت» واژه‌ای با ریشه عربی و برگرفته از معناست. کلمه «معنوی» براساس آنچه در فرهنگ فارسی آمده است؛ به معنای حقیقی، راست، اصلی، ذاتی، مطلق، باطنی و روحانی است و در

1. Iranian Registry of Clinical Trials (IRTC)

۲. مانند: مرکز مشاوره طلیعه سلامت در تهران، مرکز مشاوره حوزه علمیه قم و مرکز مشاوره حرم حضرت رضا (علیه السلام) و مرکز آستان مهر در مشهد.

برابر مادی، صوری و ظاهری قرار می‌گیرد. معنایی که تنها به وسیله قلب شناخته می‌شود و زبان را در آن بهره‌ای نیست (دهخدا، ۱۳۷۳). فرهنگ لغات روان‌شناسی انجمن روان‌شناسی آمریکا (وندن‌باس، ۲۰۱۵)^۱ نیز کلمه spirit را بخش غیرفیزیکی شخص معنا می‌کند که شامل ویژگی‌های روانی، اخلاقی و هیجانی است و هسته هویت شخص را می‌سازد؛ نیرویی که به جسم موجودات زنده حیات می‌بخشد و گاهی از آن با عنوان روح یاد می‌شود که با مرگ همچنان بقا دارد. وجودهای غیرمادی مانند روح، روان، خدا^۲ و معنویت^۳ را سروکار داشتن با، و یا حساسیت نسبت به، روح و مسائل روحانی، به‌ویژه در مقابل مادی‌نگری، و به‌طور اختصاصی‌تر، معنویت به عنوان سروکار داشتن با خدا، تجربه‌های مذهبی و حقیقت یا حالتی از وجود یا بودن مجرد، معنا شده است. وندن‌باس (۲۰۱۵) به نقل از ویلیام جیمز نزدیک‌ترین مفهوم ذهنی یا فاعلی هر کس نسبت به خودش را «خود معنوی»^۴ می‌داند.

پس از میان تعابیر گوناگون، در اینجا تعبیر باطنی، روحانی و اصیل و نیز بخش غیرمادی که هسته هویت انسان را می‌سازد (روح و خدا) با تعبیر معنویت در درمان چندبعدی معنوی هماهنگی بیشتری دارد که در برابر آن ظاهری، مادی (عینی) و ناپایدار قرار می‌گیرد. از آن جهت بعد باطنی و اصیل انسان را معنوی می‌دانیم که هسته وجودی انسان و ریشه روان‌شناختی اوست؛ بنابراین، بعد معنوی انسان لایه‌های اصیل وجودی او را تشکیل می‌دهد. معنای روان‌شناختی و ورا ادراکی^۵ که انسان به این ابعاد می‌دهد، او را به بعد معنوی مربوط می‌کند. پس مفهوم معنویت در اینجا به بعد دیگر انسان که بیش از هر چیزی محل ادراک درونی و اصیل است، مربوط می‌شود؛ بعدی که ارتباط شناختی (ذهنی)، عاطفی، انگیزشی و رفتاری انسان با خدا و هر آنچه را که به او مربوط است، محور زندگی قرار دهد. چون مبدأ و معاد اعمال و هستی و همه‌چیز با خدا معنا و ارزش می‌یابد.

یکی از تعهدات متخصصان بالینی، کار در زمینه نظام ارزشی مراجعان است و یکی از مشکلات اصلی در درمان‌های روان‌شناختی، به‌ویژه در رویکردهای معنوی / مذهبی، نبود تعریف روشن و قابل پذیرشی از معنویت است. مشکل زمانی پیچیده‌تر می‌شود که بدانیم یک

1. VandenBos, G. R.

2. ghost or a deity

3. spirituality

4. spiritual self

۵. در اینجا از پیشوند «ورا» استفاده شد تا معنای ورای ظاهر رسانده شود و از «فرا» که بعد معنوی را پوشش نمی‌دهد، متمایز شود.

روان‌شناس با جامعه‌ای از مراجعان دارای فرهنگ و مذاهب مختلف سروکار دارد. در این وضعیت، برخی رویکردهای معنوی هیجانی‌تر، بعضی عقلانی‌تر و برخی مادی‌تر هستند (سولود و شافرانسکی،^۱ ۲۰۰۰).

در اینجا چند تعریف از معنویت ارائه می‌شود که مربوط به انجمن معنویت، اخلاق و ارزش‌های مذهبی در مشاوره (ASERVIC)^۲ است.

معنویت را می‌توان نیروی حیات‌بخشی دانست که به وسیله تصوراتی مانند دمیدن، نفس کشیدن، نیروزایی و شجاعت دادن وانمود پیدا می‌کند؛ معنویت، استخراج و یا القای روح در درون زندگی شخص است که به شکل فعال و منفعل تجربه می‌شود؛ معنویت، ظرفیت و تمایلی^۳ ذاتی در همه انسان‌ها است. این تمایل معنوی، انسان‌ها را به سمت دانش، عشق، معنا، صلح، امید، تعالی، وصال، شفقت و دل‌رحمی، نیکی و کلیت سوق می‌دهد و نظام ارزشی رشد داده‌ای را برای فرد تدارک می‌بیند (نقل از: میلر، ۲۰۰۳، ص ۶).

این تعریف بسیار کلی و به تجربه‌های ناب و مثبت زندگی معطوف است، ولی تا اندازه‌ای توانسته است خود را از تعریف مذهبی مجزا کند.

ریچاردز و برجین (۱۹۹۷) نیز تلاش کرده‌اند تعریفی از معنویت ارائه دهند. آنها با اشاره به فرهنگ‌نامه هریتیج^۴ (۱۹۹۲)، معنویت را موضوعی می‌دانند مربوط و یا منتج از روح که از خدا یا در ارتباط با اوست. از نظر آنها چنین تعریفی برای شروع خوب است، اما برای درک دنیای معنوی کافی نیست. ما با معنویت به تجربیات، باورها و پدیده‌هایی که وابسته به جنبه‌های متعالی و هستی‌نگرانه زندگی است، معنا می‌دهیم (مانند خدا یا قدرت مطلق، هدف زندگی، معنای زندگی، رنج، مرگ، نیکی و شر). آنها ادامه می‌دهند: ... عناصر مذهبی و معنوی با هم درآمیخته هستند، هرچند می‌توان آنها را در ابعاد مختلف از هم متمایز کرد. تجربه‌های مذهبی تمایل به تسمیه، بیرونی شدن، شناختی، رفتاری، مناسک، و... عمومیت دارند. تجربه‌های معنوی گرایش به جهانی بودن، عامیت مذهبی درونی، عاطفی، خودبه‌خودی و خصوصی دارند. این امکان وجود دارد که فرد مذهبی بدون معنویت و یا معنوی بدون مذهب باشد (ریچاردز و برجین، ۱۹۹۷، ص ۱۳).

1. Shafranske

2. Association for Spiritual, Ethical and Religious Values in Counseling

3. tendency

4. Heritage Dictionary

این تعریف تا اندازه‌ای روشن‌تر است و به‌خوبی مفاهیم تعالی،^۱ اختصاصی،^۲ خودبه‌خودی^۳ و هیجانی بودن^۴ را از نشانگرهای معنویت به‌شمار می‌آورد و افزون بر این باورهای توحیدی^۵ را برمی‌شمارد، اما بسیاری از تجربه‌های مذهبی را که به‌نوعی معنوی هستند، پوشش نمی‌دهد. توجه به جنبه معنوی (هرچند با مفهومی متفاوت از آنچه در منابع اسلامی آمده است) که امروزه بیشتر روان‌شناسان بدان توجه دارند؛ به‌نوعی پاسخ به نیازهای غیرمادی و تعالی‌جویانه‌ای است که انسان‌ها را به سمت پرستش و گرایش به امور معنوی می‌کشاند. آدلری‌نگرها توجه به معنویت را به دنبال تبیین سبک زندگی و سپس وظایف فرد برای پرداختن به اهداف این سبک زندگی در ابعاد گسترده‌ای در مد نظر داشتند و برای یک روان‌درمانگری کامل، آنها را لازم می‌دانستند (مانند موساک^۶ و مانیاکسی^۷، ۱۹۹۹). آنها مؤلفه‌های معنویت را از پرداختن به وظایف انسان در برابر خدا تا باور به امور غیرمادی گسترش داده‌اند. همچنین، نتیجه مطالعات دیگری که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم به این موضوع توجه کرده‌اند، گواه بر این مطلب است (از جمله پارگامنت^۸، ۲۰۱۱؛ فرانکل، ۱۹۵۹؛ دوورزین^۹ و آدامز، ۲۰۱۶).

مرور تعبیر گوناگون، صرف نظر از خاستگاه‌های نظری و فرهنگی آن، بیانگر همسانی مفهومی نسبی و اهمیت یک نیاز مشترک در انسان‌ها است. مک‌نایت^{۱۱} (۱۹۸۷) اظهار می‌دارد معنویت، نیرویی روح‌بخش و برانگیزاننده زندگی است؛ انرژی و نیرویی که الهام‌بخش فرد به سمت فرجامی معین یا هدفی فراسوی فردیت است. کاواناق^{۱۲} (۱۹۹۹) معنویت را به عنوان انرژی، معنا، هدف و آگاهی در زندگی تعریف می‌کند. معنویت ارتباط با همه هستی و سرمایه‌گذاری فعال بر مجموعه‌ای از ارزش‌های درونی مانند معنای زندگی، کلیت، انسجام، ارتباط با دیگران و وحدت با همه زندگی، طبیعت و جهان است (رایت، واتسون و بل^{۱۳}، ۱۹۹۶). معنویت جستجوی ارزش‌های والا، آزادی درونی و اموری است که به زندگی معنا می‌بخشد (شانون، ۲۰۰۰؛ ورگوت، ۲۰۰۳). مایرز^{۱۴} (۱۹۹۰) نیز معنویت را جستجوی مداوم

1. transcendence

2. privacy

3. spontaneity

4. emotionality

5. monotheistic

6. Mosak, H. H.

7. Maniaci, M.

8. Paragament, K. I.

9. Deurzen, E. V.

10. Adams, M.

11. McKnight, R.

12. Cavanagh, G.

13. Wright, L. M.; Watson, W.L. & Bell, J. M.

14. Myers, J.

برای یافتن معنا و هدف زندگی می‌داند که واجد درک عمیق و ژرف ارزش زندگی، وسعت عالم، نیروهای طبیعی موجود و نظام باورهای شخصی است. برخی دیگر، معنویت را تلاشی برای پرورش حساسیت نسبت به خود، موجودات غیرانسانی و خدا به عنوان نیروی برتر یا کندوکاوی در جهت آنچه برای انسان شدن مورد نیاز است و جستجویی برای رسیدن به انسانیت کامل، دانسته‌اند (هینلز،^۱ ۱۹۹۵). پارگامنت (۲۰۰۷) معنویت را بخش فرامعمولی و فوق‌العاده زندگی روزمره افراد می‌داند. از لحظه تولد تا مرگ، معنویت جلوه‌گاه نقاط حساس یا نقاط عطف^۲ زندگی است و راز و عمق این لحظات حساس و اساسی را آشکار می‌سازد. معنویت در بحران‌ها و فجایع، بیشتر در تلاش و ستیز برای فهم امور به ظاهر غیرقابل فهم و برای مدیریت امور به ظاهر مهارناپذیر در هم تنیده است، ولی معنویت به لحظه‌های گذار و بحران‌ها محدود نمی‌شود، بلکه در شبکه استخوان‌بندی تمام زندگی روزمره جریان دارد. معنویت در شیوه تفکر، شیوه‌های عاطفی و احساسی، روش‌های عمل کردن و روش‌های برقراری رابطه با دیگران، ظاهر می‌شود. بُعد معنویت به طور متناقض در احساس فقدان‌ها، مثل احساس پوچی، پرسش درباره معنا و هدف، احساس بیگانگی و رهاشدگی، فریاد علیه بی‌عدالتی و بی‌انصافی، حضوری برجسته دارد. کوتاه آنکه معنویت بُعد دیگر زندگی است. بُعدی فوق‌العاده است که بخش حیاتی زندگی معمول را تشکیل و به بودن بشر معنا می‌دهد؛ بنابراین، آدمی فراتر از وجود روان‌شناختی، اجتماعی و مادی، واجد وجود معنوی نیز هست. اگر براساس آنچه گذشت و در آنچه پایدمونت^۳ (۲۰۰۲ و ۲۰۰۴) معنویت را یافتن معنایی گسترده از هدف نهایی مرگ و زندگی می‌داند، تأمل کنیم؛ آنگاه معنویت را باید به نوعی، وحدت بین آغاز و پایان زندگی بدانیم. پس بازگشت همه یافته‌ها به کلام خداوند در قرآن کریم برمی‌گردد که خداوند آغاز و پایان زندگی بشر و معنای واقعی آن است.

در همه این توصیف‌ها؛ حیات‌بخش، ارزش، معنا، هدف، خدا، کمال، فراوی، گسترش‌یافتگی، همه بیانگر یک بعد خاص و غیرمادی در زندگی روان‌شناختی انسان و گویای اهمیت ویژه معنویت می‌باشد. در بیشتر این تعابیر، از نسبت دادن معنویت به خدا و دین اجتناب شده است.

به طور کلی، بحث از معنویت بدون در نظر گرفتن فرهنگ، جهان‌بینی و مذهب امری دشوار است و حال آنکه به تفاوت معنادار دیدگاه فرهنگ غرب و شرق مربوط باشد؛ به گونه‌ای که کامپل^۴ (۱۹۹۹) فهرستی از این وجوه متمایز را مشخص کرده است.

1. Hinnelis

2. turning points

3. Piedmont, R. L.

4. Campbell, C.

از آنجا که دین می‌کوشد انسان را از امور مادی فرا برده، زندگی ورای مادیت را در نظر بگیرد؛ تقلیل آن به امور عینی، راهی برای جدایی آن از معنویت است. دین (به‌ویژه اسلام)، مبدأ و معاد انسان را دنیای ورای مادی تعریف می‌کند.

۲-۴. معنویت و دین

در مغرب‌زمین گاه معنویت را به عنوان جایگزینی برای دین می‌آورند. ولف (۱۹۹۷) اشاره می‌کند که بیشتر افراد، از به کار بردن اصطلاح دین و دینی اجتناب می‌کنند، چون کلمه معنوی و معنویت را متناسب‌تر می‌دانند. از این رو، برخی آزمایش‌های تجربی در این زمینه انجام شده است؛ به‌طوری که در یکی از پژوهش‌های ولف (۱۹۹۷)، آزمودنی‌ها معنویت را واجد تعبیری جامع‌تر، آشناتر و مثبت‌تر دانستند.

جدایی معنویت از سنت دینی، تحول نوینی است. کلمه spirituality از کلمه لاتین spiritus به معنای «نفس» و از ریشه spirare به معنای «دمیدن» یا «نفس کشیدن» می‌آید. در ترجمه‌های لاتین عهد جدید، spiritualis یا شخص «معنوی» کسی است که زندگی‌اش تحت امر یا نفوذ روح القدس یا روح خداست.

اسم معنای spiritualities (معنویت) که دست‌کم از قرن پنجم (میلادی) به کار رفته، این معنای انجیلی را حفظ کرد؛ ولی در قرن دوازدهم، معنویت کم‌کم دلالت‌های نوعی کارکرد روان‌شناختی مجازی را پیدا کرد که در تضاد با جسمانیت یا مادیت بود. برای این کلمه، به‌زودی باز هم معنای دیگری پدید آمد که براساس آن spirituality در مورد اصحاب یا اموال کلیسا به کار می‌رفت. در معنای اصیل انگلیسی، معنویت بیانگر زندگی معنوی مسیحی در برابر زندگی مادی دنیوی است (ریزوتو،^۱ ۲۰۰۵). در قرن‌های هجده و نوزده این کلمه در هاله فراموشی فرو رفت. شاید به این علت که ولتر (کشیش معروف) و دیگران آن را به گونه‌ای تحقیرآمیز به کار بردند. تا اینکه در اوایل قرن بیستم، این کلمه باز به معنای اصلی عبادی و مذهبی خود ظاهر شد. کلمه معنویت که بیشتر نویسندگان کاتولیک فرانسوی آن را در غرب احیا کردند، به‌تدریج به طیف وسیعی از شکل‌های خاص [مذهبی] گفته شد؛ اما این روایت بیشتر براساس منابع غربی است، وجود منابع زنده و پرتطرفداری مانند مثنوی معنوی مولوی (۱۲۶۰م)، قدمت پرداختن مستقیم به این مفهوم در منابع اسلامی و ایرانی را باید مقدم بر تاریخ تحول این مفهوم در غرب دانست.

1. Rizzuto, A. M.

در پژوهشی که در زمینه فهم ملی در سال ۱۹۹۵، از ۱۷۱۳ فرد کانادایی به عمل آمد؛ شرکت‌کنندگان، این کلمه را به عنوان «نیازهای معنوی» تعبیر کردند. بیش از نیمی از آنها منظور خود را از معنویت، اعتقاد به خدا یا حضرت مسیح، عبادت و رفتن به کلیسا و کمک به دیگران عنوان کردند. آنها لفظ معنویت را با این معنا پیوند زدند که روح یا جان انسان، انجام اعمالی مانند مراقبه با تعمق، احساس از تمامیت یا وحدت و هشیاری نسبت به آفاق و انفس را بر عهده دارد (بیبی، ۱۹۹۵^۱؛ نقل از: ولف، ۱۹۹۵).

امروزه تعبیر پژوهشگران از معنویت بسیار متفاوت شده و در فضای علمی و روان‌شناسی به عنوان یک پدیده قابل مطالعه بازنگری شده است. پیگیری برخی از این نظریات، به‌ویژه در حوزه روان‌درمانگری برای فهم تعریف نهایی معنویت در این چهارچوب، از اهمیت بالایی برخوردار است. مؤلفه‌هایی مانند آگاهی، فراروی و ارتباط با خدا یا یک امر مقدس (مانند اشتیاق به رابطه با یک واقعیت فرامادی و دریافت چیزی فراتر از خود و شخصی‌سازی حضور آن در قالب نوعی الوهیت) و مفاهیم دیگری از این دست محوریت تعریف معنویت را تشکیل می‌دهد (হারدی، ۱۹۷۹^۲). پارگامنت (۲۰۱۱) معنویت را برگرفته از ادیان ابراهیمی به‌نوعی گرایش انسان به امر قدسی مشخص می‌کند.

برخی محققان از نیازهای معنوی سخن گفته‌اند؛ نیازهایی مانند بخشش، پرستش، عشق و محبت، و... همچنین، نیاز به ایمنی (کریک، ۱۹۹۹^۳، ص ۸۰۷)، نیازهای مربوط به خود مانند هدف و معنا در زندگی، نیازهای مربوط به دوست داشتن و خدمت کردن و نیازهای مربوط به خدا؛ از جمله یقین داشتن نسبت به خدا، دریافت حمایت و محبت از او، عبادت و جز آن (کوئینگ، ۱۹۹۸، ۱۹۹۴).

با توجه به آنچه درباره معنویت بیان شد؛ به نظر می‌رسد پربسامدترین مفاهیم برای تعریف و توصیف معنویت، ارزش، معنا، هدف، انسجام و وحدت و فراروی است. همچنین، سازه معنویت را بیشتر یک نیاز اساسی روان‌شناختی دانسته‌اند که دین و مذهب بهترین پاسخ را برای آن فراهم می‌کند. بنابراین، نمی‌توان معنویت را جدا از زندگی مادی یا مقابل آن قرار داد. معنویت مذهبی یا توحیدی (خداسو) می‌تواند بعد اصیل هر نوع فعالیت باشد. مسترز (۲۰۱۰) پس از اشاره به شواهدی برای قدرت مذهب و معنویت مذهبی در ایجاد تغییرات اساسی و غنا

1. Bibby, R. W.

2. Hardy, A.

3. Krik

بخشیدن به زندگی، اظهار تعجب می‌کند که چرا روان‌شناسی در برخی حوزه‌های کاربردی هنوز ایمان مذهبی را نادیده می‌گیرد و حتی گاهی آن را آسیب‌زا می‌داند. همراه با بسیاری از روان‌شناسان (مانند هیلمن، ۱۹۷۵؛ پارگامنت، ۲۰۱۱)، بر این نکته تأکید می‌کنیم که روان‌شناسی بدون مذهب، کاری از پیش نمی‌برد؛ چون در هر کاری که ما انجام می‌دهیم همیشه خدایی وجود دارد. اگر اعتقاد و باور نباشد، صرف وجود داشتن برای کسی که باور به آن ندارد، معنویتی در پی نخواهد داشت.

۳-۴. بیماری، سلامت و فرهنگ

سخن از بیماری و سلامت معنوی در همه فرهنگ‌های دنیا به چشم می‌خورد. پینه - جکسون^۱ (۲۰۰۸)، این موضوع را در فرهنگ‌های مهم آفریقایی آمریکایی تحلیل کرده است. به باور او، جهان‌بینی^۲ شامل نظام‌های اعتقادی یا باورهای^۳ فرد است که ادراک شناختی^۴ وی از دنیای طبیعی^۵ و رابطه‌اش با دنیای ماوراءالطبیعی^۶ را دربر می‌گیرد. یکی از کنش‌های نظام اعتقادی، ایجاد آگاهی از تجربه است (اسنو، ۱۹۹۳^۷). آگاهی از تجربه، معنای آن را در زندگی روشن می‌کند. این آگاهی و شعور، ادراک و تعبیر و تفسیرهای مربوط به خود باورهای مذهبی و امور مورد استفاده در نظام درمانی را نیز دربر دارد. نظام درمانی شامل مؤلفه‌های شناختی و رفتاری است (بارفیلد، ۲۰۰۱^۸). اینکه فرد چگونه بیماری یا حال بد خود را تبیین می‌کند، به مؤلفه‌های شناختی و چگونگی پیگیری درمان به مؤلفه‌های رفتاری مربوط است. در این باره، نمی‌توان به آسانی باورهای مذهبی و معنوی فرد را نادیده گرفت.

از دیدگاه معنوی یا الهی، زمانی شفا اتفاق می‌افتد که کلیت^۹ یا بهباشی^{۱۰} یک فرد اعاده شود؛ به گونه‌ای که فرد به یک تعادل بهینه بین ذهن، بدن و روح^{۱۱} یا نظام معنوی دست یابد (بارنز و تالامانتز، ۲۰۰۶^{۱۲}). بیماری و اقدامات و تشریفات درمانی، بیشتر به چگونگی درک باورهای هستی‌نگرانه و ارزش‌های فرهنگی مربوط است. امروزه، موضوع در نظر گرفتن مذهب و فرهنگ

1. Payne-Jackson, A.

3. belief system

5. natural world

7. Snow, L.

9. Equilibrium

11. mind, body & spirit

2. worldview

4. cognitive perception

6. supernatural world

8. Barfield, T.

10. well-being

12. Barnes, L. & Talamantez, I.

در بیماری و سلامت، آن قدر اهمیت یافته که شاخه جدید مطالعاتی به نام «قوم‌پزشکی»^۱ تأسیس شده است (بارفیلد، ۲۰۰۱). در بیشتر فرهنگ‌های دنیا خدا منبع شفا است و انسان‌ها ابزاری هستند که او برای شفای بندگان خود از آنها استفاده می‌کند؛ بنابراین در عرف بیشتر فرهنگ‌ها، حتی بیماری جسمی، نوعی معنای معنوی دارد. بیماری نه تنها ممکن است از عوامل بیرونی ناشی شود، بلکه به واسطه گناهایی که فرد در زندگی خود مرتکب شده است، به وجود می‌آید. پس هسته بیشتر بیماری‌های طبیعی و شخصیتی به این باور برمی‌گردد که اگر خدا بخواهد، سلامتی به دست می‌آید (پینه - جکسون، ۱۹۹۳).

۵. منطق وحدت معنویت در روان‌درمانگری

پارگامنت (۲۰۱۱) اشاره می‌کند که نمی‌توان در روان‌درمانگری به بعد معنوی انسان‌ها بی‌توجه بود. هنگامی که فردی به اتاق روان‌درمانگری مراجعه می‌کند، او بُعد معنوی خود را در اتاق انتظار جای نمی‌گذارد. وی با خود باورها و اعمال معنوی، تجربیات، ارزش‌ها، روابط و تلاش و مبارزه برای آنها را به همراه دارد. چه پنهان و چه آشکار، این عوامل پیچیده معنوی در فرایند روان‌درمانگری نقش دارند و هنوز بسیاری از روان‌درمانگران برای کار با این بُعد از روان، آمادگی لازم را ندارند. پارگامنت (۲۰۱۱) بیش از هر درمانگری چگونگی استفاده از این بعد وجود انسان را در روان‌درمانگری بحث کرده است.

دلیل دیگر توجه به معنویت در روان‌درمانگری، افزایش میزان اثربخشی درمان است (ریچاردز و برجین، ۲۰۰۵). براساس پژوهش‌های فراوانی که بیانگر تأثیر مذهب و معنویت روی سلامت روانی است؛ به‌ویژه، برای مراجعان مذهبی استفاده از مذهب در فرایند روان‌درمانگری به‌نوعی حق ایجاد می‌کند. درمان‌های معنوی به دلیل توسعه مکانیزم‌های مثبت مانند ثبات هیجانی (جان‌بزرگی و همکاران، ۲۰۰۹)، افزون بر تضعیف مکانیزم‌های منفی و آسیب‌زا مانند ناامیدی، احتمال پایداری نتایج درمان را افزایش می‌دهد. براساس نتایج پژوهش‌های مختلف، مکانیزم‌های تأثیر معنویت و مذهب روی سلامت روانی را می‌توان شامل موارد زیر دانست:

۱. مذهب به مثابه یک شیوه مقابله‌ای و بخشی از راه‌حل: هرچند حرفه‌های بهداشت روانی بیشتر معنویت را دلیل مشکل می‌دیده‌اند تا منبع مهمی برای راه‌حل مسئله، ولی شواهد تجربی زیادی نادرست بودن این فرض را به اثبات رسانیده‌اند.

1. ethnomedicine