

سبب‌شناسی شکاکیت فلسفی در روان‌شناسی متداول

حسین روح‌الهی

نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی

طیبه پایندان

کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، روان‌شناس کلینیک ترک اعتیاد

محمدحسن طالبیان

عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی شهرضا

چکیده

یکی از مسائل موجود در روان‌شناسی و سایر زمینه‌های علوم انسانی گسترش شکاکیت فلسفی و جایگزینی آن با اعتقادات راسخ و عمیق دینی در جوامع مختلف است. در این پژوهش به بررسی علل پیدایش چنین رویکردی در روان‌شناسی و همچنین پیامدهایی که این مسئله می‌تواند در جامعه داشته باشد پرداخته‌ایم. در ادامه، بحران‌های فکری پیش آمده در غرب شامل انحطاط فکری در مسیحیت، دین‌گریزی فلسفی، شکست علم در جایگزین شدن به‌جای دین و در پایان چندصدایی فکری و عدم قطعیت در وجود حقیقت در فلسفه غرب، به‌عنوان علل ایجاد چنین مسائلی در علوم انسانی و به‌دنبال آن روان‌شناسی معرفی می‌شود. در قسمت نتیجه‌گیری پژوهش، راهکارهای برون‌رفت از این مشکل در حیطه روان‌شناسی مورد بررسی قرار می‌گیرد که شامل گسترش روش درمانی مراجع‌محوری در بین روان‌شناسان کشور، همکاری حوزه و دانشگاه در تبیین

مسائل هستی‌شناختی ایجادکننده شکاکیت، تبیین و تدوین مشاوره مذهبی به‌عنوان روش درمانی روان‌شناسی اسلامی برای برطرف کردن بحران هویت در مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره و مشاوران مدارس می‌باشد.

کلیدواژگان: شکاکیت فلسفی، بحران هویت و مشاوره مذهبی

مقدمه

از آنجایی که در بسیاری از مسائل روان‌شناسی، مباحثی مانند بحران هویت و معنای زندگی مطرح است، نوع بینش ارزشی روان‌شناس می‌تواند در فرآیند درمان تأثیر به‌سزایی داشته باشد. در چنین شرایطی وجود انواع مکاتب فلسفی، تضاد بین این مکاتب و نگاهی غیرمعرفتی به انسان، فرد را دچار تزلزل در معنای بودن و چگونه بودن قرار می‌دهد و گاه این مسئله در خود روان‌شناس نیز هویداست، زیرا نداشتن دیدگاهی غایت‌نگرانه به جهان هستی کانون مشکلات بشر است. فلسفه مغرب‌زمین از آغاز پیدایش، با جریان‌های شکاکانه و نسبی‌گرایانه گوناگونی روبه‌رو بوده است. بسیاری از برجسته‌ترین متفکران و اندیشه‌ورزان برای مهار چنین جریان‌هایی اقدام کرده و با آن به مقابله برخاسته‌اند. معرفت‌شناسان معاصری که به فلسفه تحلیلی گرایش دارند، همچون اسلاف خود، به این مهم پرداخته، به مشکلاتی که شکاکیت و نسبی‌گرایی در برابر آن‌ها نهاده، پاسخ گفته‌اند. آن‌ها پس از تعریف «معرفت» و تبیین ارکان و مؤلفه‌های آن، اظهار می‌کنند: دستیابی به معرفت، هم در قلمرو جهان محسوس و هم در قلمرو جهان غیرمحسوس، هم در مورد گزاره‌های پیشین و هم در مورد گزاره‌های پسین، امری ممکن، بلکه محقق است و در تحقق فی‌الجمله آن، جای هیچ تردیدی نیست. بدین‌سان، از منظر آن‌ها، معرفت دست‌یافتنی است و معرفت‌شناسی معاصر با این دیدگاه، شکاکیت و نسبی‌گرایی را به چالش فرا می‌خواند. در مقابل، نسبی‌گرایان دستیابی به معرفت مطلق را انکار می‌کنند و همه ادراکات انسان‌ها را، علی‌رغم تعارض‌ها و اختلاف‌هایشان، حقیقت و صادق می‌دانند؛ شکاکان نیز دستیابی به معرفت را انکار می‌کنند یا دست‌کم در این مسئله اظهار تردید می‌کنند.

شکاکیت در دیدگاه غرب و اسلام

با وجود پیدایش جریان‌های شکاکانه یا نسبیت‌گرایانه افراطی در تفکر فلسفی مغرب زمین، چنین جریان‌هایی در بستر تفکر و اندیشه اسلامی تکون نیافته‌اند، بلکه سیر معرفتی روبه‌رشد بوده و بر استحکام دیدگاه‌های فلسفی و کلامی افزوده شده و بر پایه‌های این اندیشه ژرف، کاخی استوار و تمدنی با شکوه بنا شده است. در عین حال، به دلیل آنکه فلسفه اسلامی متأثر از فلسفه یونانی است و این‌گونه مباحث در فلسفه یونانی مطرح شده‌اند، متفکران مسلمان نیز در لابه‌لای مباحث فلسفی، این‌گونه مباحث را مطرح کرده و به آن‌ها پرداخته‌اند.

فیلسوفان مسلمان به مسئله شکاکیت و نسبیت‌گرایی، نگاه ویژه‌ای دارند؛ نگاهی متأثر از رویکرد قدما. آن‌ها معرفت‌شناسی را با شک آغاز نمی‌کنند، بلکه فرض شک مطلق را تخطئه کرده، خروج از آن را با استدلال ناممکن می‌دانند. از منظر آن‌ها، ما ادراکات صادق، بلکه یقینی و تردیدناپذیر بسیاری داریم؛ همچون وجود خود و قوای ادراکی و تحریکی خود، احساسات و انفعالات نفسانی خود، اصل علیت و ... به نظر آن‌ها، مهم‌ترین مشغله معرفت‌شناسی این است که گزاره‌های صادق و مطابق با واقع را از گزاره‌های کاذب و غیر مطابق با واقع از راه ارجاع آن‌ها به این‌گونه معرفت‌ها تمییز دهد. در هر صورت، متفکران مسلمان با این رویکرد ویژه، به شکاکیت و نسبیت‌گرایی پرداخته‌اند و بر دستیابی به معرفت، به‌ویژه معرفت گزاره‌های یقینی و تردیدناپذیر، اصرار ورزیده‌اند. معرفت‌شناسان مسلمان و معرفت‌شناسان معاصر غرب با وجود اختلاف نظری که در معرفت یقینی دارند، شکاکیت و نسبیت‌گرایی را مردود می‌دانند. (حسین زاده، ۱۳۸۳: ۵۹)

شکاکیت در روان‌شناسی

شکاکیت در روان‌شناسی نیز تاریخچه‌ای به اندازه خود این علم دارد. شک در اینکه دانش ارثی است یا حاصل تجربه حسی، در بین فیلسوفانی مانند افلاطون و ارسطو

وجود داشته است. رنه دکارت^۱ در آغاز روان‌شناسی نوین در مبحث شکاکیت فلسفی در روان‌شناسی می‌کوشید تا همه پژوهش‌های فلسفی را با نگرشی تردیدآمیز انجام دهد. او می‌گفت «من می‌توانم به همه چیز شک کنم به جز به یک چیز، و آن هم این واقعیت است که من شک می‌کنم. اما وقتی که شک می‌کنم می‌اندیشم و وقتی می‌اندیشم پس باید وجود داشته باشم» و از این راه به نتیجه‌گیری معروف خود رسید: «من می‌اندیشم، پس وجود دارم». او با این استدلال به اثبات وجود خدا پرداخت و از آن نتیجه گرفت که تجارب حسی ما انعکاس واقعیت هستند، زیرا خدا ما را فریب نمی‌دهد. دکارت ذهن و جسم را از هم جدا فرض می‌کرد. بنابراین ذهن یا محیط فیزیکی می‌تواند باعث رفتار شود. از این رو دکارت را می‌توان یکی از پیشگامان روان‌شناسی محرک - پاسخ دانست (هرگنهان^۲ و اُسون^۳، ۱۳۸۱: ۵۱).

توماس هابز^۴ با این باور که اندیشه‌های فطری یکی از منابع دانش هستند، به مخالفت برخاست. او می‌گفت که تأثرهای حسی سرچشمه همه دانش‌ها هستند. هابز معتقد بود محرکی که به ایجاد کارکردهای حیاتی بدن کمک می‌کند منجر به احساس درونی لذت می‌شود و لذا شخص می‌کوشد این تجربه را باز هم تکرار کند. محرک‌هایی که مانع کارکردهای حیاتی بدن می‌شوند به احساس درونی آزارنده منجر می‌شوند و شخص از آن‌ها دوری می‌کند. بنا به ادعای هابز رفتار انسان به وسیله این میل‌ها یا بیزاری‌ها کنترل می‌شود. رویدادهایی که فرد به دنبالشان می‌رود خوب و آن‌هایی که مورد احتراز او واقع می‌شوند شر نام دارند. بنابراین ارزش‌های خوب و بد جنبه فردی دارند و مطلق نیستند. بعدها فروید نیز طبق اصل لذت در دیدگاه خود نظریه‌های هابز را به کار گرفت. (هرگنهان و اُسون، ۱۳۸۱: ۵۷)

دیوید هیوم^۵ معتقد بود که ما به‌طور قطع هیچ چیز درباره محیط فیزیکی نمی‌دانیم. او

1. Decartes
2. Hergenhahn
3. Olson
4. Hobbes
5. Hume

همچنین معتقد بود که درباره اندیشه‌ها هم هیچ چیزی به طور قطع نمی‌دانیم. برای هیوم ذهن چیزی نبود به جز جریان اندیشه‌ها، خاطرات، تخیلات و احساسات درونی. ایمانوئل کانت ادعا کرده است که هیوم او را از خواب جزم‌اندیشی بیدار کرده و سبب شده است که وی بکوشد تا فلسفه را از شکاکیت هیوم نجات دهد. به اعتقاد کانت آنچه را که ما به‌طور هوشیار تجربه می‌کنیم، هم متأثر از تجربه حسی حاصل از جهان تجربی است و هم تحت تأثیر ذهن قرار دارد که خود، فطری است. فلسفه کانت را می‌توان پیش‌آهنگ روان‌شناسیِ خبرپردازیِ نوین و علم‌شناختی دانست. (هرگنهان و السون، ۱۳۸۱: ۵۸)

راهکارهای برون‌رفت از بحران شکاکیت در روان‌شناسی غرب

با توجه به کم‌رنگ شدن بینش‌های مذهبی در غرب و عدم قطعیت در مکاتب فلسفی به‌کار رفته در روان‌شناسی غربی، برای جلوگیری از اختلاف نظر بیش از حد و جلوگیری از تزریق تفکرات روان‌شناس در فرآیند درمان، دیدگاه مراجع محوری راجرز به‌عنوان راهبرد برون‌رفت از شکاکیت فلسفی اجرا شده است که در ادامه به آن پرداخته خواهد شد. در جامعه مسلمان این بینش ممکن است به شکل کامل کارایی نداشته باشد، اما تلفیق آن با روان‌شناسی اسلامی می‌تواند کمبودهای آن را برطرف کند؛ زیرا از یک‌سو این دیدگاه، نگاه ارزشی به انسان دارد و از سوی دیگر این نگاه در ترکیب با نگاه معرفتی اسلامی می‌تواند مسیر مناسب‌تری را پیش روی فرد قرار دهد.

مبانی و مفاهیم نظریه مراجع محوری

اساس روان‌درمانی مراجع محوری بر «اینجا و اکنون» قرار دارد و در آن حوزه است که «اگر، آن‌گاه» به گونه‌ای که خواهیم گفت طرح می‌شود. بدین معنی که اگر در جلسه روان‌درمانی، احترام و توجه و درک توأم با همفهمی بین مراجع و درمانگر به‌وجود آید، آن‌گاه تغییرات مطلوب و مقبول در مراجع به‌وقوع خواهد پیوست. راجرز نسبت به انسان‌نگرش مثبت دارد و معتقد است که انسان تمایل ذاتی به خودشکوفایی، تحقیق اهداف

ارگانسیم و حفظ تمامیت خود دارد. این تمایل ذاتی موجب تلاش و فعالیت انسانی و سبب خودرهبی، خودنظمی، تسلط بر نفس، استقلال، مسئولیت و اجتماعی شدن انسان می‌شود. اگر شرایط محیطی سرشار از صفا و صمیمیت و پذیرش باشد، احساس ارزشمندی و دوستی و محبت در فرد به وجود خواهد آمد و به خویشتن‌نگری مثبت خواهد انجامید. در مقابل، اگر شرایط محیطی مملو از خصومت و تنفر و طرد باشد، بدبینی و نفرت و شک و تردید در فرد به وجود می‌آید و به خویشتن‌نگری منفی منتهی می‌شود. (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۸۴: ۷۹)

به نظر راجرز، انسان اصولاً موجودی اجتماعی، واقع‌بین، پیش‌رونده به سوی رشد و تکامل، هدفدار و اعتمادپذیر است و در صورتی که شرایط مناسب باشد، توانایی خودشکوفایی دارد. انسان به شدت نیازمند توجه و احساس ارزشمندی است و در صورت برآورده شدن این نیازها، خشنودی و رضایت او حاصل خواهد آمد. انسان همچنین موجودی آزاد و در عین حال مسئول است، زیرا آزادی بدون مسئولیت به هرج و مرج می‌انجامد. هر تجربه‌ای که با سازمان خود در تضاد باشد، نوعی تهدید برای ارگانسیم محسوب می‌شود و به تحجر رفتار و تنش و بی‌قراری می‌انجامد. آدمی این تجربه‌ها را که با خودشکوفایی تباین دارند، به نحوی تحریف یا آگاهانه انکار می‌کند، در نتیجه دامنه فعالیت سازنده فرد تقلیل می‌یابد، مانع انتخاب آزاد می‌شود و تصمیم‌گیری مطلوب و معقول را غیرممکن می‌سازد. (روح‌الهی، شهنی ییلاق، پایندان و عشرتی، ۱۳۹۰: ۷)

مقایسه دیدگاه راجرز و اسلام

در دیدگاه راجرز انسان موجودی است ذاتاً خوب، قابل اعتماد و منطقی. همچنین انسان موجودی است که توان تعالی و دستیابی به صفات عالی و پسندیده را دارد. این رویکرد، در روان‌شناسی کمال معروف شده است؛ زیرا برعکس رویکرد سنتی غالب بر جوامع غربی و به تبع آن روان‌شناسی سنتی است که در آن، انسان موجودی گناهکار و درمانده شناخته می‌شود. در نگرش راجرز، انسان ذاتاً موجودی نیک‌نفس و خوش‌طینت

و دارای فطرتی پاک محسوب می‌شود. در قرآن، خیر بودن طبیعت انسان و گرایش ذاتی آدمی به خوبی‌ها و ارزش‌ها، فطرت خدادادی عنوان شده است. از جمله آیه‌هایی که در آن سرنوشت اولیه آدمی، خدایی و باارزش دانسته شده است، آیه سی‌ام سوره‌ی روم است که می‌فرماید: «فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا فِطْرَتَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا؛ بر پا دار شخصیت خود را براساس تعلیمات دینی و ارزش و حیانی که خدا فطرت انسان‌ها را منطبق با آن سرشته است». از این آیه استفاده می‌شود که انسان، از دیدگاه وحی، سرشت، بنیاد و ساختار ارزشی و ارزشگر دارد؛ یعنی استعداد و آمادگی برای حق‌گرایی، و کشش و نیروی گرایش‌دهنده به سوی ارزش‌ها و خوبی‌ها دارد. امام علی (ع) می‌فرماید: «فَبَعَثَ فِيهِمْ رَسُولَهُ وَوَاتَرَ إِلَيْهِمْ أَنْبِيَائَهُ لِيَسْتَأْذُوهُمْ مِيثَاقَ فِطْرَتِهِ وَيَذَكِّرُوهُمْ مَنْسِيَّ نِعْمَتِهِ وَ يَحْتَجُّوا عَلَيْهِمُ بِالتَّبْلِيغِ وَ يُثِيرُوا لَهُمْ دِفَائِنَ الْعُقُولِ؛ پس خداوند رسولانش را در میان آنان برانگیخت و پیامبرانش را پی در پی به سوی آنان روانه ساخت تا وفای به پیمان فطرت را از آن‌ها بخواهد و نعمت‌های فراموش شده او را یادآور شوند و با ابلاغ (وحی الهی) حجت را بر آنان تمام کنند و گنجینه‌های عقول را بر ایشان آشکار سازند». (محمدرضا دشتی، ۱۳۶۹، خطبه ۱، ۴) امام در این جمله‌ها، یکی از رسالت انبیای الهی را ایجاد زمینه‌های شناختی برای مردم می‌داند تا آنان به طبیعت و فطرت خدادادی برگردند، گنجینه‌های باارزش وجود خویش را شکوفا سازند و وجود واقعی پنهان شده خود را از پس غبارهای جهالت و عوامل اجتماعی رها سازند.

به علاوه از دیدگاه راجرز آدمی توانمندی‌های بالقوه‌ی بسیاری دارد و در صورتی که اجتماع مانعی ایجاد نکند، خود هم می‌خواهد و هم می‌تواند بالقوه‌ها را بالفعل کند و بدین‌گونه شخصیتش را اعتلا بخشد. میل به فعلیت بخشیدن و اعتلای وجود، انگیزشی فطری است. از دیدگاه اسلامی، توانمندی‌های آدمی بی‌نهایت است؛ زیرا هر توانمندی‌ای که بالفعل می‌شود، ظرفیت و توانمندی جدیدی پدید می‌آورد، چرا که آدمی توانمندی عقلی دارد که مرحله به مرحله رشد می‌یابد و توانمندی که بالفعل می‌شود، ظرفیت و توانمندی جدیدی را پدید می‌آورد.

همچنین راجرز به آزادی انسان و نقش تعیین‌کننده وی در تحقق توانایی‌های بالقوه اهتمام خاصی دارد؛ همان‌گونه که تأکید او بر احساس مسئولیت و آگاهی از تجارب خود در بالا بردن آزادی و قدرت برای تصمیم‌گیری است. (شکرکن و همکاران، ۱۳۷۲: ۵۱۱)

متون دینی و مضمون آیه‌ها و روایت‌ها، اندیشه‌مختار بودن آدمی را تأیید می‌کنند، از جمله: «إِنَّا هَدَيْنَاهُ السَّبِيلَ إِمَّا شَاكِرًا وَإِمَّا كَفُورًا؛ ما راه را به او نشان دادیم، خواه شاکر باشد خواه ناسپاس»، (سوره انسان، آیه ۳) «وَقُلِ الْحَقُّ مِنْ رَبِّكُمْ فَمَنْ شَاءَ فَلْيُؤْمِنْ وَمَنْ شَاءَ فَلْيُكْفُرْ؛ و بگو حق از پروردگارتان رسیده است، پس هر کس که بخواهد ایمان آورد و هر که بخواهد کفر ورزد» (سوره کهف، آیه ۲۹). در ضمن، آیه‌هایی که بر ابتلا و آزمایش انسان اشاره کرده‌اند، دلالت بر اختیار انسان دارند، از جمله: «إِنَّا جَعَلْنَا مَا عَلَى الْأَرْضِ زِينَةً لَهَا لِنَبْلُوهُمْ أَيُّهُمْ أَحْسَنُ عَمَلًا؛ در حقیقت ما آنچه را که بر زمین است، زیوری برای آنان قرار دادیم تا آنان را بیازماییم که کدام یک از ایشان نیکوکارترند». (سوره کهف، آیه ۷)

به عقیده راجرز، ساختار خود در نتیجه تعامل با محیط و مخصوصاً دیگران شکل می‌گیرد و نیاز به توجه مثبت نیز زمانی که آگاهی از خود ظاهر می‌شود، خود را نشان می‌دهد؛ زیرا این یک نیاز طبیعی است و در همه انسان‌ها وجود دارد و آدمی نیاز دارد به اینکه دیگران برایش قدر و منزلتی قائل باشند. (سیاسی، ۱۳۷۴: ۲۲۴) بنابراین از دیدگاه راجرز، رابطه فرد با دیگران و سپس رابطه فرد با خود تنها روابط تأثیرگذار هم در شکل‌گیری ساختار خود و هم در ایجاد احترام و توجه مثبت به خود است و به این دو بُعد در نظریه راجرز تأکید می‌شود. از دیدگاه اسلامی، ابعاد روابط انسان در چهار دسته زیر طبقه‌بندی می‌شوند و بر فرد تأثیر می‌گذارند: الف) رابطه فرد با خدا؛ ب) رابطه فرد با خودش؛ ج) رابطه فرد با دیگران؛ د) رابطه فرد با طبیعت که از این بین راجرز به رابطه فرد با خدا اشاره‌ای نکرده است. منظور از رابطه فرد با خدا، مجموعه ارتباط‌های نظری و عملی با خداوند است. پیوند انسان با خدا از معرفت و شناخت او آغاز شده که با علاقه و محبت قلبی و ایمان و گرایش‌های عملی در قالب توکل، شکرگزاری، بندگی، تقوا و مانند آن گسترش می‌یابد. راجرز در نظریه خود، این بُعد ارتباطی بسیار مهم و تأثیرگذار بر فرد

را ذکر ننموده است؛ رابطه‌ای که بیش از سایر روابط می‌تواند در فرد، خودپنداره مثبت ایجاد نموده، فارغ از محدودیت‌های رابطه با سایر انسان‌ها به فرد حرمت نفس ببخشد.

وجوه اشتراک دیدگاه راجرز و اسلام

به‌طور خلاصه وجوه اشتراک دیدگاه راجرز و اسلام به این قرار است: الف) تأکید هر دو دیدگاه بر طبیعت نیک انسان؛ ب) تأکید هر دو دیدگاه بر وحدت و انسجام ابعاد شخصیتی انسان؛ ج) قائل بودن هر دو دیدگاه به اراده آزاد برای انسان؛ د) تأکید هر دو دیدگاه بر مسئولیت و تعهد انسان نسبت به اعمال خود؛ ه) تأکید هر دو دیدگاه بر توانمندی‌های بسیار انسان؛ ذ) تأکید هر دو دیدگاه به روابط انسانی در ابعاد گوناگون؛ پ) توجه هر دو دیدگاه به خود و خودشناسی.

وجوه افتراق دیدگاه راجرز و اسلام

به‌طور خلاصه، وجوه افتراق دیدگاه راجرز و اسلام عبارت است از:

الف) اصلی‌ترین تفاوت این است که دیدگاه اسلامی، خدامحور است و اساس همه بایدها و نبایدها، قانونی است که از طرف خداوند صادر شده است ولی در دیدگاه انسان‌گرایی راجرز، انسان موجودی مستقل و یگانه پنداشته می‌شود که عموماً به نیازهای خود توجه دارد و هر چه خود صلاح بداند همان کار را انجام می‌دهد.

ب) تفاوت دوم بین این دو دیدگاه در نوع و میزان آزادی انسان است. در دیدگاه راجرز آزادی انسان بی‌نهایت است و وی مختار است هر گونه که بخواهد، تصمیم بگیرد و عمل کند، اما در دیدگاه اسلامی آزادی، گرایشی است فطری که هر فرد در مسیر کمال دوست دارد از هر مانع و قید و بندی رها باشد و هماهنگ با ضوابط و قوانین خدایی، راه سعادت را بییماید.

ج) سومین تفاوت بین دو دیدگاه این است که انسان‌گرایی راجرز، انسان را هدف و غایت خود تعریف کرده و سیر کمال را تنها در حوزه انسان خلاصه کرده است،

اما در اسلام تمام ابعاد فردی، اجتماعی، الهی و رابطه‌اش با طبیعت و جهان هستی که او را به کمال می‌رساند مورد توجه قرار می‌گیرد و کمال او در نظام جاوید اخروی تبلور می‌یابد.

د) در دیدگاه اسلامی، انسان گرچه در مورد خود مسئول و متعهد است، در برابر قدرت و جایگاه برتر دیگری یعنی خداوند نیز مسئول و متعهد است و نباید صرفاً به خاطر خود هر اقدامی انجام دهد.

با وجود اینکه دیدگاه راجرز بیش از سایر دیدگاه‌های غربی، به ارزش وجودی انسان توجه نموده است، اما راه پاسخ به این شأن وجودی را به نوعی به هدایت تکوینی ختم می‌کند. این در حالی است که دیدگاه اسلامی به صورت واضح راه شکوفایی این شأن وجودی را علاوه بر هدایت تکوینی، هدایت تشریحی نیز می‌داند. هر دو دیدگاه به ارزش و شأن والای انسان صحنه گذاشته‌اند، اما دیدگاه راجرز نیازمند بینش معرفتی شریعت مقدس اسلام است تا راهگشای مسائل بنیادین در روان‌شناسی باشد. در کلامی دیگر، روش مراجع محوری راجرز تنها می‌تواند ابزاری درمانی در کالبد دکتربین توحیدی اسلام باشد و مسیر درمان را به مسیری تربیتی و معرفتی تبدیل کند. در چنین مسیری، نگاه توحیدی حُسن ختام تمام جنجال‌های فلسفی غرب در راستای رسیدن به معنای زندگی است. در واقع شکاکیت در فلسفه غرب شروع مسیر تفکر و نگاه توحیدی، مقصد آن است.

شیوه درمان مراجع محوری

به‌طور کلی شرایط لازم برای روان‌درمانی مراجع محوری عبارتند از:

۱. درک توأم با همفهمی: درمانگر باید گفتار و احساسات مراجع را بدان‌گونه که مطرح می‌شود دریابد و بتواند خود را در جهان پدیداری مراجع قرار دهد و موقعیت او را احساس کند. درمانگر باید جهان درون مراجع را از دریچه چشم او نظاره کند. درک توأم با همفهمی، زمانی به‌وجود می‌آید که اولاً، درمانگر به مراجع

فعالانه گوش فرا دهد و موقعیتی فراهم آورد که مراجع احساسات و افکارش را به راحتی در جلسه روان‌درمانی مطرح سازد؛ ثانیاً، درمانگر مراجع را به عنوان موجودی منحصر به فرد که احساسات و افکار و خصوصیت‌های ویژه و جهانی متفاوت با دیگران دارد، بپذیرد؛ ثالثاً، درمانگر رابطه‌ای عمیق و دوستانه و عاری از تهدید با مراجع برقرار سازد.

۲. **توجه مثبت بی قید و شرط:** احترام بدون قید و شرط به مراجع و توجه به افکار و احساسات او، موجب مشارکت فعال مراجع و طرح مشکل در جلسه روان‌درمانی می‌شود. در عین حال که درمانگر، مراجع را به عنوان یک انسان و با ارزش‌های یک انسان می‌پذیرد، اما در رفتارها و افکار احتمالی نامطلوب وی جای بحث می‌گذارد و در خلال روان‌درمانی در موقعیت‌های مناسب، مراجع را به تغییر افکار و رفتارهای نامطلوب خود تشویق می‌کند.

۳. **خلوص:** خلوص عبارت است از خود بودن درمانگر در ارتباط با مراجع. بدین معنی که درمانگر در جریان روان‌درمانی، بدان گونه که خود هست عمل می‌کند؛ در گفتار و رفتارش ثبات وجود دارد، نقش شخص دیگری را ایفا نمی‌کند و در موارد ضروری تجربه‌های خود را آگاهانه و صادقانه با مراجع مطرح می‌سازد. برای انجام این کار، درمانگر باید بیاموزد چگونه می‌تواند به دیگران احترام گذارد، به چه طریقی دیگران را به سخنگویی بیشتر تشویق کند، به چه شیوه‌ای به جریان درون دیگران وارد شود، به چه نحوی ترس دیگران را بکاهد و چگونه از قضاوت درباره دیگران بپرهیزد. (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۴: ۸۲)

راهکارهای برون‌رفت از بحران شکاکیت در روان‌شناسی اسلامی

مشاوره دینی و مذهبی یا روان‌درمانی دینی یکی از راهکارهای عمده در کمک به حل شکاکیت در روان‌شناسی اسلامی است که به اختصار به آن خواهیم پرداخت.

روان‌درمانی دینی^۱

به اعتقاد تیلور^۲ (۲۰۰۱: ۶۴)، زمینه‌های تجربی بالینی و علمی نشان می‌دهد که نظام‌های عقیدتی مهم‌تر از آن هستند که بتوان به آن‌ها کم توجهی کرد. بیکن^۳ (۱۹۵۸: ۶۴) و فودور^۴ (۱۹۷۱: ۴۹) هم، اهمیتی را که فروید به رؤیا می‌داد، برگرفته از ایده ذهن ناخودآگاه^۵ در عرفان رمزی می‌دانند. یا مثلاً سالاد^۶ (۱۹۷۸: ۱۰۰) معتقد است که روش درمان مراجع محور راجرز نیز تحت تأثیر دیدگاه‌های پروتستانسیسم مسیحی به وجود آمده است. پیش‌تر، یونگ^۷ در کنفرانسی در سال ۱۹۵۳ گفت: «نه تنها مسیحیت، بلکه تمام ادیان، انواعی از روان‌درمانی هستند که رنج‌های روحی و جسمی را درمان کرده و بهبود می‌بخشند». او در سال ۱۹۴۶ در مقاله‌ای نوشت: «تنها دیدگاه‌های مفید و سودمند در جهان امروز، آن دسته از سیستم‌های روان‌درمانی هستند که ما آن‌ها را دین می‌نامیم». (کوشان و واقعی، ۱۳۷۸: ۱۵۰)

اصول روان‌درمانی معنوی - دینی

سالاد (۱۹۹۳: ۲۵۶) با بررسی نمونه‌هایی از روان‌درمانی معنوی به ده اصل مشترک برای روان‌درمانی دینی اشاره کرده است:

- **اصل اول:** تغییر در وضع هوشیاری درمانگر؛ درمانگر این مهارت را پیدا کرده که وارد حالات گوناگونی از هوشیاری شود که با هوشیاری عادی در زمان بیداری متفاوت هستند. از این هوشیاری‌ها برای تسهیل در فرآیند درمان استفاده می‌شود. درمانگر در این گونه حالات (هوشیاری‌های دگرگون‌شده) بر عوامل بیرون از ضمیر عادی خود

1. religious psychotherapy
 2. Taylor
 3. Baken
 4. Fodor
 5. subconscious mind
 6. Sollod
 7. Young

اتکا دارد. در واقع ضمیر^۱ و فعالیت‌های آن تحت نظارت قرار می‌گیرند تا در فرآیند درمان تداخل نکنند.

• **اصل دوم:** در نظر گرفتن مددجو به عنوان شخصی آزاد از محدودیت‌ها و ناتوانی‌ها؛ در درمان معنوی، دیدگاه و روش درمانگر برای درک و تصویرسازی از مددجو عامل مهمی است. اگر درمانگر به مددجو به عنوان شخصی ناقص و معیوب نگاه کند، نمی‌تواند او را درمان کند، اما دیدن مددجو به عنوان شخصی آزاد از محدودیت‌ها و ناتوانی‌ها، اثر درمانی خوبی دارد. همچنین به عنوان متمم باید برای درک مددجو از روش‌های تعالی^۲ و ناشناختگی^۳ استفاده کرد.

• **اصل سوم:** دسترسی به ادراکات شهودی؛ درمانگر قادر است به ادراکات شهودی دست یافته و از آن‌ها برای درمان مددجو استفاده کند.

• **اصل چهارم:** یگانگی و اتحاد بین درمانگر و مددجو؛ بین فرآیندهای روحی درمانگر و مددجو مرز واضحی وجود نداشته و در برخی موارد نوعی احساس یگانگی و اتصال بین درمانگر و مددجو، عنصر اساسی در روند درمان محسوب می‌شود. حتی در این روند ممکن است برخی مشکلات درمانگر هم به خوبی حل شوند.

• **اصل پنجم:** تجسم؛ هم درمانگر و هم مددجو به میزان قابل ملاحظه‌ای از تجسم فکری^۴ استفاده می‌کنند.

• **اصل ششم:** خلسه^۵؛ اغلب از القای خلسه برای تغییر در وضعیت هوشیاری مددجو استفاده می‌شود.

• **اصل هفتم:** دیدگاه معنوی نسبت به بیماران و درمان؛ از یک الگوی معنوی یا ماورایی برای توضیح بیماری و روند درمان استفاده می‌شود.

• **اصل هشتم:** اعتقاد به قابلیت تغییر در مددجو؛ همه نظریه‌های شخصیت که در

1. ego

2. transcendence

3. disidentification

4. visualization

5. trance

سنت‌های معنوی دیده می‌شوند، تأکید دارند که شخصیت افراد بالقوه قابل تغییر است. از دید ادیان توحیدی نیز انسان صاحب عقل و اختیار است.

• **اصل نهم:** شکر و رضا؛ غالباً برقراری یک رابطه آگاهانه با زندگی معنوی و رسیدن به حالت شکرگزاری در برابر خداوند و قوانین خلقت، به‌عنوان عامل بازگشت به سلامتی در نظر گرفته می‌شود.

• **اصل دهم:** تمرکز معنوی؛ از نماز، دعا و مراقبه به‌عنوان عامل بازگشت به سلامتی روانی، فراوان استفاده می‌شود.

تکنیک‌ها و روندهای روان‌درمانی معنوی - دینی

به عقیده سالاد (۱۹۳۳: ۲۵۸) رویکرد درمانی ویژه‌ای که با درمان معنوی ادغام شده باشد وجود ندارد، اما این موضوع پذیرفته شده است که برخی تکنیک‌های روان‌درمانی متداول، این قابلیت را دارند که با روش‌های معنوی و دینی تلفیق شوند. در ادامه به این روش‌ها اشاره می‌شود:

تغییر در حالت هوشیاری درمانگر

در سنت‌های معنوی، درمانگر مجرای درمان است و در اثر فعالیت‌های «درونی» درمانگر است که درمان انجام می‌شود. این فعالیت‌های درونی شامل تغییر در وضعیت هوشیاری و محتوای هوشیاری است. لذا اینکه یک روش درمانی تا چه حد اصول روان‌درمانی معنوی را در درون خود جای داده باشد، به فعالیت ذهنی درمانگر بستگی دارد. در حالت ایده‌آل، درمانگر موفق می‌شود به وضعیت متفاوتی از هوشیاری برسد که اغلب حالت معنوی دارد. این دگرگونی، در روند درمان اثر مثبت خواهد داشت. چنین حالاتی ممکن است همراه با عشق بی‌شائبه و عمیق به دیگران، حساسیت نسبت به آلام آن‌ها، شفقت و دلسوزی و در نظر گرفتن مراجعه‌کننده به‌عنوان یک شخص کامل یا بالقوه کامل باشد. براساس ادیان توحیدی، روان‌درمانگر عقیده دارد که مراجعه‌کننده موجودی

دوست‌داشتنی و ارزشمند است، زیرا صفات انسان بیش از سایر مخلوقات به صفات خدا شباهت دارد.

در نظر گرفتن مددجو به‌عنوان موجودی بالقوه سالم

عیناً همانند درمان‌های معنوی، در درمان‌های عرفی و مرسوم نیز در نظر گرفتن مددجو به‌عنوان یک موجود معیوب و بیمار مضر است. بر عکس، اگر مراجعه‌کننده به‌عنوان موجودی بالقوه قوی، شاد، سالم و کامل تلقی شود، برای روند درمان سودمند خواهد بود. در همین راستا آتشلیس^۱ (۱۹۸۸: ۹۶) که یک درمانگر معنوی یونانی است، توصیه می‌کند درمانگران به مددجویان کمک کنند تا آن‌ها ناخوشی خود را نه واقعی و بلکه ناشی از خطای حس بدانند.

تشویق مددجو به انجام فعالیت‌های پسندیده

یکی از تکنیک‌های روان‌درمانی که لشن^۲ (۱۹۹۰: ۳۱) در مورد بیماران سرطانی به کار برد، بسیار شبیه روان‌درمانی معنوی است. در این روش بیماران تشویق می‌شوند تا به فعالیت‌های مفید، مطبوع، امیدبخش و نوع‌دوستانه بپردازند. برای شروع کار، درمانگر از بیمار می‌پرسد: «تا کنون در چه فعالیت‌هایی شرکت داشته‌اید که برایتان بیشتر رضایت خاطر به بار آورده‌اند؟»، یا آن‌چنان که لشن پرسیده است: «دوست دارید با پولی برابر حقوق یک سال خود چه کار کنید؟»

انحراف توجه مددجو از مشکلات

تکنیک دیگر آن است که عمداً و به‌طور نسبی، توجه از مشکلات، تعارض‌ها و احساسات منفی مراجعه‌کننده برگرفته شود. در این روش هر چند که درمانگر در برابر بیان مشکلات از سوی مددجو باز عمل کرده و مانعی ایجاد نمی‌کند، اما نمی‌خواهد با

1. Atteshlis

2. Lashan

توجه زیاد و تکرار غیر ضروری این مشکلات، باعث تقویت آن‌ها شود. در مقابل سعی بر آن است که به مددجو کمک شود تا به بیان تجاربی بپردازد که با افکار و احساسات ارضاکنده و امیدبخش همراه هستند.

تکنیک لمس شفابخش

کرایگر^۱ (۱۹۷۵: ۷۸۵) روش «لمس شفابخش» را نیز در زمره روش‌های سنتی درمان محسوب می‌کند. به قول برنن^۲ (۱۹۸۷: ۳۸) در این گونه تکنیک‌ها، فرض یا وانمود می‌شود که لمس یا نزدیک شدن درمانگر به بیمار سبب انتقال یک انرژی شفابخش به بیمار می‌شود. از این روش‌ها هم برای درمان بیماری‌های جسمی و هم روحی استفاده شده است. آن دسته از روان‌درمانگران علمی که سعی می‌کنند از روش‌های سنتی در خلال کار خود بهره ببرند، ممکن است در استفاده از لمس شفابخش تجاربی کسب کنند و آن را به عنوان بخشی از روان‌درمانی به کار ببرند. بیمار ممکن است در اثر این تکنیک آرام شده و احساس نیرومندی بیشتری کند و حتی ممکن است برخی مشکلات روحی که تظاهرات جسمی هم داشته‌اند، حل شوند.

مدیتیشن، دعا، نماز، عبادت

روش‌هایی هستند که ممکن است برای تسهیل معالجات به کار روند. در مطالعاتی مانند آنچه کرینگتون^۳ (۱۹۷۷)، شفیع (۱۹۸۵) و لشهن (۱۹۷۴) انجام دادند، نشان داده شد که مدیتیشن درجات بالایی از آرام‌سازی، هوشیاری، آگاهی، همدلی، حساسیت، عدم همانندسازی و قابلیت پذیرش تغییرات را به وجود می‌آورد. هم درمانگر و هم مددجو ممکن است از تمرینات مدیتیشن بهره ببرند. نماز و دعا نیز بخشی از درمان‌های معنوی هستند. علاوه بر ارزش‌های متعارفی که برای این گونه تکنیک‌ها در نظر گرفته می‌شود، به

1. Krieger
2. Brennan
3. Carrington

بیان فولر^۱ (۱۹۸۶: ۸۷)، اثرهای پاراسایکولوژیک و به بیان سالاد (۱۹۹۳: ۲۵۸)، تأثیرهای فراشخصی^۲ هم از این طریق به دست می‌آید. شرح چگونگی تأثیرهای فراشخصی را در پی ملاحظه می‌کنید:

۱. **تصویرسازی ذهنی فراشخصی**^۳: مبنای روان‌شناسی فراشخصی که اتفاقاً با سنت‌های شفابخش معنوی همساز است، آن است که فعالیت‌های جهت‌دار درونی یک فرد، ممکن است بر روی دیگران تأثیر داشته باشد. این فعالیت‌ها غیر از دعا کردنِ درمانگران برای مددجو، شامل جهت دادن درمانگر به تصورات یا افکار خود برای سوق دادن مددجو به سوی تغییرات مفید می‌شود. همان‌گونه که برود^۴ و اشلیتز^۵ (۱۹۸۹: ۵۱) اشاره کرده‌اند، تصویرسازی ذهنی که احتمالاً منتج به تغییراتی در فرد دیگر می‌شود، تصویرسازی ذهنی فراشخصی نامیده می‌شود.

۲. **تکنیک‌های کمکی در درمان‌های معنوی**: تکنیک‌هایی مانند تصدیق و تأکید^۶، تجسم فکری، تلقین^۷ و خودتلقینی^۸، روش‌هایی هستند که به مددجو کمک می‌کند تا الگوهای فکری، عاطفی و رفتاری جدیدی بسازد. در درمان‌های معنوی از این تکنیک‌ها برای ایجاد محتواهای فکری و احساسی خاص استفاده می‌شود.

روان‌درمانی اسلامی

روان‌درمانی فراشخصی که پیش‌تر ذکر آن رفت، توانسته است جایگاه معنویت را در بین نظریه‌های معمول روان‌شناسی باز کند. اما باید توجه داشت که در روان‌درمانی فراشخصی غربی، معنویت معادل با دین نیست، بلکه یک انرژی یا نیروی حیاتی است

-
1. Fuller
 2. transpersonal
 3. transpersonal imaging
 4. Braud
 5. Schlitz
 6. affirmation
 7. suggestion
 8. autosuggestion

که درون فطرت هر موجود زنده‌ای وجود دارد و محرک آن موجود زنده برای دستیابی به کمال است.

محمد داوود حمزه^۱ (۲۰۰۶: ۷۹) از دانشگاه بین‌المللی مالزی، معتقد است که این دیدگاه سبب شد تا مسلمانان نتوانند بهره‌برداری کافی از روان‌درمانی فراشخصی داشته باشند. زیرا زندگی یک فرد مسلمان باید برگرد محور دین که منشأ الهی دارد بگردد. از نظر وی با آنکه روان‌درمانی معنوی تلاش کرده تا ارزش‌های معنوی را در درمان دخالت دهد، اما این تلاش‌ها از نظر مسلمانان ارضاکننده نیست، زیرا ایمان دینی و دیدگاه‌های اسلامی را در بر نمی‌گیرد. وی ماهیت الهی دین را مستلزم ایمان و ایمان را خلاصه و چکیده روان‌درمانی می‌داند. بر این اساس، کسانی که با خداواری زندگی می‌کنند، در امان بوده و از بیماری‌های روانی محفوظ هستند. در این دیدگاه، روان‌درمانی فراشخصی را به راحتی نمی‌توان از دین جدا کرد.

محمد رفیق میرزا^۲ از پاکستان (۲۰۰۲: ۳۳) معتقد است که اسلام اگر به درستی پیاده شود، همان بهداشت روان است. از دیدگاه او قرآن کریم، هم چهارچوبی برای توضیح روان یا نفس و هم رهنمودهایی برای عقل ارائه می‌کند. در این دیدگاه، انسان خلق شده است تا عقل خود را آزادانه به کار بندد، اما نفس نیز نقش خود را در این میان بازی می‌کند. رهنمودهای اسلام دستورالعملی برای استفاده انسان از توانایی‌های خود هستند تا این توانایی‌ها را به شکلی متعادل و مفید برای خود و جامعه بکار برد.

از نظر محمد رفیق میرزا نفس اماره، همان نهاد^۳، نفس لوامه همان من یا ضمیر و نفس مطمئنه همان سرسپردگی به خداست. او بر این اساس اصول روان‌درمانی اسلامی را چنین بیان می‌کند:

۱. اعتقاد راسخ به خدای یکتا، کتب آسمانی و روز جزا؛
۲. اعتقاداتی که به ما کمک کنند تا در برابر اراده خداوند تسلیم باشیم؛

1. Mohammad Daud Hamzah
2. Mohammad Rafiq Mirza
3. id

۳. اعتقاد به اینکه همه چیز از آن خداست و ما امانتدارانی بیش نیستیم.

بدین ترتیب، انجام دستورهای الهی و تکالیف دینی آسان، قابل قبول و بی آزار خواهند بود و شخص مسلمان چالش‌های زندگی را آن‌چنان که خدا خواسته است می‌پذیرد و می‌تواند با آن‌ها به زیبایی روبه‌رو شده و تطابق انجام دهد، با آن‌ها کنار آید و در اثر این چالش‌ها آسیب نبیند.

همان‌گونه که حسینی (۱۳۸۰: ۸۱) اشاره کرده است، براساس آموزش‌های اسلامی، انسان در سه بُعد حیات، قدرت تحرک و شهوت (غرایز طبیعی) با حیوانات مشترک بوده، و بُعد انسانی او که فطرت نامیده می‌شود و وجه تمایز او از حیوانات است، تنها در صورت اعتقاد به خدا و تقید به پیروی از دستورهای او امکان شکوفایی پیدا می‌کند و در این صورت حالت آرامش در او پدید می‌آید. در این دیدگاه، درمان عبارت است از تسلط فطرت بر شهوت.

محمد داوود حمزه، رویکرد اسلامی به روان‌درمانی معنوی را برابر با نوعی تعدیل رفتار می‌داند که بر مبنای رابطه بین انسان و خالق او (الله) و طبق یک برنامه عملی با محوریت ایمان به خدا انجام می‌شود. در دیدگاه او، ایمان هم شامل سازه‌های شناختی و هم سازه‌های اخلاقی است که همه اطلاعات و واقعیت‌های لازم برای درک صحیح فرآیند درمان را در بر می‌گیرد. ایمان در این نگاه، عبارت است از آگاهی از وجود خداوند و اعتقاد راسخ به این عقیده که خداوند نقطه شروع رفع ناخوشی‌های روانی در انسان است. وی با اشاره به آیه زیر در قرآن، نتیجه می‌گیرد که بیمار باید به این شناخت برسد که خالق و سازنده او خداست و یک مخلوق به کمک و مساعدت خالق خود نیاز دارد: «ایاک نعبد و ایاک نستعین؛ تنها تو را می‌پرستیم و تنها از تو یاری می‌جوییم». (حمد: ۵) تقوا و خداترسی که ملازم با تزکیه نفس است، مهم‌ترین شاخص رفتاردرمانی اسلامی است. از سوی دیگر، اطمینان به اینکه خالق انسان بهتر می‌داند چه چیز برای انسان خوب است، به‌عنوان عاملی تقویت‌کننده در رفتاردرمانی در نظر گرفته می‌شود. سمیه عبدالله^۱

(۲۰۰۵: ۶۱) نیز، عرفان اسلامی و تصوف را حاوی مبانی روان‌شناسی اسلامی می‌داند که می‌توان از آن در روان‌درمانی و مشاوره اسلامی استفاده کرد.

همان‌طور که از جمع‌بندی دیدگاه‌های فوق به‌دست می‌آید، روان‌درمانی اسلامی نوعی شناخت‌درمانی (عقیده و ایمان) است که با رفتاردرمانی (تزکیه و تقوا) پی‌گرفته می‌شود و هنگام بحران و استرس منجر به تغییرات عاطفی و رفتاری و همچنین قابلیت تطابق (توکل، مشورت، صبر، استعاذه، استغفار، رضا، تسلیم، دعا، عبادت، تلاوت، انفاق، استخاره، ذکر، زیارت، توسل، صله رحم، روزه، کظم غیظ، توبه و غیره) می‌شود. به این ترتیب، مشکلاتی مانند اضطراب یا نگرش‌های منفی نسبت به تجارب گذشته اصلاح می‌شوند. می‌توان از باورهای اسلامی در انواع روان‌درمانی‌ها اعم از روان‌درمانی‌های پویا، شناخت‌درمانی‌ها و رفتاردرمانی‌ها بهره‌برداری کرد. هدف از درمان، رفع مشکل از طریق جستجوی ارزش‌ها یا ایده‌ها و سپس تغییر آن‌ها با استفاده از روش‌های دینی می‌باشد. همان‌طور که کوشان و واقعی (۱۳۷۸) ذکر کرده‌اند، افراد به طرق گوناگون از منابع اعتقادی برای تطابق (کنار آمدن) با مشکلات استفاده می‌کنند، اما مشکلات قادرند گاه تطابق را در ابعاد مختلف مختل کنند. از جمله استرس شدید ممکن است تطابق در بُعد اعتقادی را تحت تأثیر قرار دهد و مثلاً سبب عصبانیت و خشم نسبت به خدا و ماورای طبیعت شود. عوامل استرس‌زا مانند بیماری شدید یا مرگ یکی از نزدیکان و یا حوادث طبیعی مانند سیل و زلزله ممکن است برداشت فرد از زندگی و جهان را تهدید کند و او را به طرف یک افسردگی معنوی سوق دهد. آن‌ها معتقدند که در تدارک مراقبت برای بیماری که عقاید دینی وی تحت تأثیر قرار گرفته است، درمانگر نباید به اقتضای احساسات دینی خود حکم کند، بلکه باید به مددجو در استفاده از منابع خودش جهت تطابق با مشکلات کمک کند.

در هر حال، تفاوت‌های عقیدتی بین درمانگر و مددجو، اگر در روان‌درمانی اعمال شوند، می‌توانند به‌جای حل مشکلات بر شدت آن‌ها بیفزایند. حسینی (۱۳۸۰) وجود هماهنگی اعتقادی بین درمانگر و جامعه را یک ضرورت می‌داند. در دیدگاه وی فردی

که در مسیر توحید حرکت نمی‌کند و اصول رشد (اصول تکاملی بهداشت روانی در مکتب اسلام) را نیاموخته و یا نپذیرفته است، نمی‌تواند و نباید در یک جامعه موحد به روان‌درمانی اشتغال یابد و در صورت اشتغال به روان‌درمانی، ممکن است حتی اختلالات مراجعه‌کننده خویش را عمیق‌تر کند. در این دیدگاه، درمانگر باید ابتدا اصول رشد را به میزان قابل ملاحظه‌ای در خویش پیاده کرده باشد.

نتیجه‌گیری

روان‌شناسی به‌عنوان شاخه‌ای از علوم انسانی و تجربه در سیر تاریخی خود با جدا شدن از فلسفه و تلفیق آن با پزشکی و آمار، فضای علمی‌تری به خود گرفت، اما فلسفه امری جدایی‌ناپذیر از آن بوده و هست؛ زیرا در بسیاری موارد مانند هنجارها و ناهنجار، ملاک‌های ارزشی تعیین‌کننده هستند و نوع فلسفه به‌کار رفته در روان‌شناسی می‌تواند این ملاک‌ها را تعیین کند و علت وجود شکاکیت در مکاتب روان‌شناسی و انواع مکاتب فلسفی آن است که در بسیاری موارد همگرا نیستند. البته این نکته اهمیت خاص دارد که در بسیاری موارد نیز مانند روان‌پزشکی و فیزیولوژی ابهام خاصی وجود ندارد و به دنبال آن شکاکیت هم جایگاهی ندارد. این امر مانند علوم مکانیک خودرو است که در هر کشور و فرهنگی علم مربوط به خودرو مشکل خاصی ایجاد نمی‌کند. اما در مورد ارزش‌های فلسفه روان‌شناسی غرب که جهت‌گیری نسبیته‌گرایانه دارد و در بسیاری موارد تصمیم قاطع نگرفته است، جایگاه اسلام به‌عنوان پایگاه فلسفی مشخص، بارزتر است، زیرا در این چندصدایی فلسفه، راه و مسیر مشخصی را نشان می‌دهد که می‌تواند علم روان‌شناسی را از این چرخه باطل نجات دهد.

کتابنامه

- قرآن کریم
- ۱. حسین‌زاده، محمد، ۱۳۸۳، شکاکیت و نسبت‌گرایی، معرفت فلسفی، شماره ۱.
- ۲. حسینی، سیدابوالقاسم، ۱۳۸۰، اصول بهداشت روانی، بررسی مقدماتی اصول بهداشت روانی، روان‌درمانی و برنامه‌ریزی در مکتب اسلام، مشهد، آستان قدس رضوی.
- ۳. روح‌الهی، حسین؛ شهنی بیلاق، منیجه؛ پایندان، طیبه، و عشرتی، طیبه، ۱۳۹۰، طرح شهرک آموزشی (شهروند مسئول ایرانی - اسلامی برای کودکان و نوجوانان)، همایش بین‌المللی شهروند مسئول، امر به معروف و نهی از منکر، اصفهان، خوراسگان.
- ۴. سیاسی، علی اکبر، ۱۳۷۴، نظریه‌های شخصیت یا مکاتب روان‌شناسی، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.
- ۵. شفیع‌آبادی، ع؛ ناصری، غ. ۱۳۸۴، نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی، تهران، مرکز نشر دانشگاهی.
- ۶. شکرکن، حسین، ۱۳۷۲، مکتب‌های روان‌شناسی و نقد آن، تهران، انتشارات سمت.
- ۷. کوشان، محسن؛ واقعی، سعید، ۱۳۷۸، روان پرستاری، سبزواری، دانشگاه علوم پزشکی.
- ۸. محمدی، سیدکاظم؛ دشتی، محمد، ۱۳۶۹، المعجم المفهرس لالفاظ نهج البلاغه، قم، نشر امام علی (ع).
- ۹. هرگنهان، بی. آر؛ السون، متیو، ۱۹۹۸، مقدمه‌ای بر نظریه‌های یادگیری، ترجمه علی اکبر سیف ۱۳۸۱، تهران. دوران.
- 10.10. Atteshlis, S. (1991). The Parables and Other Stories. Nicosia, Cyprus: Imprinta, Ltd.
- 11. Baken, D. (1958). Sigmund Freud and the Jewish Mystical Tradition. Princeton, NJ: Van Nostrand
- 12. Brennan, B. A. (1987). Hands of Light: A Guide to Healing Through the Human Energy Field. New York: Bantam.
- 13. Braud, W., Schlitz, M. (1989). A Methodology for Objective Study of Transpersonal Imagery. Journal of Scientific Exploration, 3,43-63.
- 14. Carrington, P. (1977). Freedom in Meditation. Garden City, NY: Anchor Press/ Doubleday.
- 15. Fodor, N. (1971). Freud, Jung and Occultism. New Hyde Park, NY: University Books
- 16. Fuller, R. C. (1986). Americans and the Unconscious. New York: Oxford University Press.
- 17. Hamzah, M. D., Garba Maitafsir, M. (2006). Transpersonal Psychotherapy.

- The Islamic Perspective. Available at: <http://www.ifew.com/insight/1403Brch/trancpsv.htm>.
18. Krieger, D. (1975). Therapeutic Touch: The Imprimatur of Nursing. *American Journal of Nursing*, 75, 784-787.
 19. Leshan, L. (1974). *How to Meditate*. Boston: Little, Brown.
 20. Leshan, L. (1990). *Cancer as a Turning Point: A Handbook for People with Cancer, their Families, and Health Professionals*. New York: Flume.
 21. RafiqMirza, M. (Aug. 21, 2002). Islamic Approach to Mental Health and Psychotherapy. Available at: [http://tetmedpak.com/psychiatry/abstracts/Rafiq%20 Mir=a.htm](http://tetmedpak.com/psychiatry/abstracts/Rafiq%20Mir=a.htm)
 22. Sollod, R. N. (1993). Psychotherapy with Anomalous Experiences. In R. Laibow, R. Soiled & J. Wilson (Ed), *Current Perspectives on Anomalous Experiences and Trauma* (pp. 247-260). Dobbs Ferry, New York: Treet publications.
 23. Somayya, A. (2005). *Islamic Counselling & Psychotherapy Trends in Theory Development*. New York: Plenum Press.
 24. Shaffii, M. (1985). *Freedom from The Self: Sufism, Meditation and Psychotherapy*. New York: Human Science Press
 25. Sollod, R. N. (1978). Carl Rogers and the Origins of Client-centered Therapy. *Professional Psychology*, 9, 93-104.
 26. Taylor, A. J. W. (2001). Spirituality and Personal Values: Neglected Components of Trauma Treatment. *Traumatology*, Vol. 7, No3. Available at: [http://pmeP.cce.Cornell.edu/profiles/extoxnet/dienachlorglyphosate/cimethoate- ext.html](http://pmeP.cce.Cornell.edu/profiles/extoxnet/dienachlorglyphosate/cimethoate-ext.html).

