

الدين والصحة وسيكولوجيا الدين؛

كيف تساعدنا أبحاث الدين والصحة

على فهم الدين؟*

جيمس جونز** James w. Jones

تعريب: جيبور سمعان

خلاصة وتمهيد:

تجد دراسات متكررة علاقة متبادلة بين المعتقد الديني والممارسة، والصحة النفسية والجسدية وطول العمر، وتناقش هذه الورقة، البحث عن طرق يمكن من خلالها فهم الدين سيكولوجياً، فمعظم تأويلات هذه المعطيات تركز على وجود متغير وسيط واحد أو أكثر. وترى هذه الورقة أن وجود هذه العوامل الوسيطة يساعدنا على أن نفهم بدقة أكبر بعض الطرق التي يؤثر الدين من خلالها على حياة البشر، وكيف تتجلى القراءة السيكولوجية للدين فيها؟

ولم يعد مفاجئاً أن عدداً متزايداً من الدراسات تجد علاقات متبادلة إيجابية بين المعتقد الديني والممارسة، والصحة النفسية والجسدية وطول العمر؛ وفي الفترة الأخيرة، كرّست مجلات رئيسية في حقل علم النفس إصدارات خاصة لهذا الموضوع (مثلاً، مجلة أمريكيان سيكولوجيست، كانون الثاني، لسنة ٢٠٠٣، سيكولوجيكال إنكويري، ٢٠٠٢). ورغم ما أثير من انتقادات لدراسات معينة وللمناهج العامة، إلا أن أكثرية الأبحاث والمراجعات النقدية التي صدرت مؤخراً في أمريكا الشمالية، أيدت بثبات هذه العلاقات المتبادلة (مثلاً، جورج وآخرون ٢٠٠٢، باول وآخرون، ٢٠٠٣).

* Note: Journal of Religion and health, vol. 43, No. 4, winter 2004. used by permission of the publisher.

** دكتوراه في كل من فلسفة الدين وعلم النفس العيادي.

كيف يؤثر الدين على الصحة؟

إن معظم الأمثلة التي قُدمت لتوضيح هذه العلاقة تركز على عوامل متنوعة يمكنها أن تتوسط بين المعتقد الديني والممارسة، وصحة نفسية وجسدية أفضل. باختصار، هنا بعض العوامل الوسيطة الواضحة:

١- تُحدث تمارين دينية عديدة (مثل نشاطات التفكير العميق، وصلاة التركيز، والتأملات الروحية)، ما يمكن أن نسميه في اللغة الأدبية «استجابة استرخاء» ما يسهم في تخفيض مستوى نشاط الجهاز العصبي، وتخفيض التوتر العضلي، وتخفيض ضغط الدم وسرعة القلب، وفي تغييرات في موجات الدماغ. وكافة هذه التأثيرات التوسيطية المريحة تسهم كثيراً في تحسين الصحة (بنسون، ١٩٩٦).

٢- يظهر الدين كمساهم في تقليل أو تخفيف الانخراط في السلوك غير الصحي: التدخين، مساوئ الكحول والمخدرات، الجنس غير المؤمن، محاولات الانتحار، السلوك الميال للعنف، والحماية غير الصحية. في العديد من الحالات، يبدأ هذا التخفيف من الانخراط في عمر الطفولة والمراهقة؛ ولذلك فإنه يؤثر في الصحة خلال دورة الحياة (تشامبرلين وهول ٢٠٠٠، ستروبريدج وآخرون، ٢٠٠١). وبالنسبة لبعض الجماعات، يعد هذا الأمر عاملاً وسيطاً هاماً آخر.

٣- يُظهر البحث أن الأشخاص المنخرطين في الممارسة الدينية يتمتعون بدعم اجتماعي متزايد؛ هذا الدعم الذي يلعب دوراً مهماً في الصحة النفسية والجسدية (كاسيوبو وآخرون، ٢٠٠٢).

يجد البحث أن الانخراط الديني المتكرر يترافق أيضاً مع شبكات العمل الاجتماعي الأوسع، الذي ثبت أنه يرتبط بنتائج إيجابية متنوعة على صعيد الصحة الجسدية والنفسية (ستروبريدج وآخرون، ٢٠٠١).

إلا أن مسألة الدعم الاجتماعي كوسيط بين الدين والصحة هي أكثر تعقيداً من ذلك التعميم البسيط، فبينما تسهم العلاقات الإيجابية بين الأفراد ضمن رعايا أبرشية في تحسين صحتهم، نرى أن العلاقات السلبية والمتوترة مع رجال الدين ينجم عنها نتائج صحية أسوأ (إكسلاين، ٢٠٠٢). كما أن دراسات عديدة لا تنجح في إيجاد دور وسيط للدعم الاجتماعي، أو أنها تخرج بنتيجة مختلطة (جورج وآخرون، ٢٠٠٢). وهكذا، من غير الممكن أن نعزو ببساطة تأثيرات الدين الإيجابية إلى الدعم الاجتماعي.

غالباً ما تتم تجزئة الدعم الاجتماعي إلى أربعة عناصر أساسية: على مستوى الشبكة، حجم الاتصال مع الآخرين، حجم المساعدة الممنوح والمأخوذ، والاكتفاء الذاتي. ورغم إظهار مساهمة هذه العناصر في الصحة، إلا أن نتائجها ليست متساوية. ويبدو الاكتفاء الذاتي مؤشراً أقوى من غيره على النتائج الصحية. من ناحية أخرى، عندما تتم دراسة الدعم الاجتماعي الديني، فإن المظهر الرئيس أو الوحيد الذي يُدرس هو حجم الاتصال بالآخرين.

علاوة على ذلك، قارنت إحدى الدراسات (أليسون وآخرون، ١٩٩٧، الواردة في جورج وآخرين، ٢٠٠٢) بين الدعم الديني والديني، ووجدت أن الديني (من العائلة والأصدقاء، مثلاً) قد ترافق مع كرب نفسي قليل، لكن الدعم الآتي من أخوة الأبرشية يساهم أكثر بكثير في تخفيض الكرب، ويعمل كوسيط كامل في العلاقة. ربما يوحي هذا بوجود شكل فريد من الدعم الاجتماعي وهو الذي يأتي عن طريق الاخوة المتدينين، وهذا يوضح تماماً تأثيرات الدين. هناك قيدان في هذه الدراسة: الأول أنها اقتصرت على الأمريكيين من أصل أفريقي، بينما وجد البحث أن الدعم الاجتماعي يكون وسيطاً أقوى لدى الأمريكيين السود منه لدى الأمريكيين البيض، والثاني أن الدراسة بحثت الكرب النفسي فقط، ولم تتطرق إلى خطوات أكثر تحديداً في ما يتعلق بالصحة الذهنية أو الجسدية.

تقوم الجماعات الدينية بتزويد أعضائها بأنواع الدعم «الديني» ذاتها كما تفعل الجماعات الأخرى (شبكات الإنترنت، معونة ومساعدة، تفاعلات اجتماعية)، لكن السؤال إن كان يوجد عامل بارز إضافي خاص بالحياة الرعوية، يبقى قائماً. عملت دراسة أخرى (كروس وآخرون، ٢٠٠١) على تقسيم الدعم المتقدم من الكنيسة إلى ثلاث فئات: الدعم الروحي من الاخوة المتدينين، الدعم العاطفي من الاخوة المتدينين، والدعم العاطفي من الأكليروس، ثم بحثت الدراسة في ما يواكب هذه الفئات باستخدام الحماية الدينية، ووجدت أن الدعم الروحي هو المساهم الرئيس بإعطاء نتائج إيجابية.

ووجدت دراسة أخرى (كروس وآخرون، ١٩٩٨) أن تلقي الدعم العاطفي في إطار الرعية أسهم أكثر من غيره في السعادة النفسية، وأن النتيجة كانت أكثر وضوحاً في حالة أولئك المنخرطين أكثر من غيرهم في الحياة الرعوية (خاصة الأكليروس والقادة العلمانيين).

وكما الدين ذاته، يصبح الدعم الاجتماعي الديني نفسه بناء متعدد الأبعاد يؤكد نتائجه

الإيجابية عبر قنوات كثيرة، من ضمنها تشجيع الاعتماد على الحماية الدينية في أوقات الكرب والضيق، وتوفير الدعم العاطفي والروحي.

٤ . هناك بعض الأدلة على أن المتدينين، بعامّة، هم أكثر استجابة لتوصيات أطبائهم المعالجين، الأمر الذي ربما يسهم في تحسّن صحتهم . وتوحي دراسة واحدة على الأقل، أن الموظفين على حضور القداديس الدينية كانوا أكثر أهلية لبدء وتعزيز برنامج تدريبي (ستروبيريدج وآخرون، ١٩٩٧) . بطبيعة الحال، توجد أيضاً بعض المجموعات الدينية التي لا تشجّع العلاج الطبي، وهي تشكّل عيّنة من الاتجاه المعاكس .

٥ . يسهم الدين أيضاً بمنح إحساس بالتماسك وإعطاء الحياة معنى ونظرة تفاعلية إليها . وهذه جميعها تترافق مع تحسّن الصحة الجسدية والذهنية (أنطونوفسكي، ١٩٨٧) . ويصحّ الشّيء ذاته عن النتائج الإيجابية للأمل والتفاؤل الذي ثبت أنه يترافق مع صحة أفضل ومع تقوى حقيقية .

٦ . ترافقت التقوى الحقيقية مع احترام للذات أكبر، ومع قلق واكتئاب أقل . ولقد ترافقت هذه الحالات النفسية أيضاً مع إضعاف كفاءة جهاز المناعة وقابلية متزايدة للمرض . ولقد ثبت أن التقوى تمثّل آلية قوية للحماية، وهي بمثابة حاجز يحول دون التأثيرات الضارة والإجهاد على الجسم (بارجامنت، ١٩٩٧) .

٧ . إضافة إلى ذلك، هناك تأثير التفاعل بين الصحة الذهنية والصحة الجسدية؛ فالذين هم بخير من الناحية الجسدية يشعرون أنهم بخير على المستوى العقلي، وقد ثبت أنه كلما كان القلق والضغط أقل كلما ساهم ذلك بتحسّن الصحة الجسدية، وربما يعود ذلك إلى تأثير الحالات العاطفية على جهاز المناعة . إن مدى إسهام الدين في إحداها ينعكس بصورة غير مباشرة على الأخرى، وعندما يسهم في كليهما (الصحة الذهنية والجسدية) بشكل مستقل، فربما يكون ذلك بتأثير تفاعل كامن بينهما .

هل يجعل كل هؤلاء الوسطاء الدين ذاته غير ذي صلة بالموضوع؟

إن كافة هذه العوامل . استجابة الاسترخاء، السلوك الصحي، الدعم الاجتماعي، التماسك، ومعنى الحياة . التي تترافق بوضوح مع الممارسة الدينية الحقيقية، تنجح كثيراً في تفسير التأثيرات الإيجابية للدين على الصحة . ولكن يبقى سؤال، هل يمارس الدين تأثيره على الصحة عبر هذه القنوات العادية فقط، أم أنه يسهم بشكل فريد في خير الناس

أكثر من هذه القنوات؟ إنه سؤال حاسم يتوقف عليه فهم الأهمية السيكلولوجية للدين، وعلينا أن نكون واضحين إزاء المضمون الدقيق للسؤال.

يبقى للدين الحقيقي دوره الاستثنائي في الصحة والسعادة حتى ولو تم تفسير تأثيره بواسطة العوامل الوسيطة؛ فلربما يكون الدين مصدراً قوياً فريداً للدعم الاجتماعي أو التماسك والأمل. هناك إثبات على صحة ذلك، فلقد وجد البحث الذي أجري على الأشخاص الذين نجوا من معسكرات الاعتقال في ثلاثينيات القرن الماضي، أن المتدينين كانوا أفضل من زملائهم أصحاب الأيديولوجيات الدنيوية (ماركوس، ١٩٩٨). كذلك الحال بالنسبة للأشخاص الذين عانوا من صدمات قوية (تيديشي، ١٩٩٨). هنا أيضاً يبدو دور الدين بارزاً بشكل استثنائي، وهكذا يمكن للدين أن ينتج تأثيراته من خلال قنوات راسخة (مثل الدعم الاجتماعي، اختيار أسلوب الحياة الصحي، والشعور بالتماسك) من غير أن يُختصر بهذه القنوات بالضرورة.

وحقيقة إن متغيراً سيكولوجياً، مثل الدين، يؤثر على الصحة من خلال مرافقته لوسطاء متنوعين، لا يعني أنه لا يحظى بالأهمية؛ فلنأخذ على سبيل المثال، التوحد أو الانعزال كمتغير آخر.

تقدم دراسة التوحد والصحة موازيات عديدة للدين والصحة (كاسيويو وآخرون، ٢٠٠٢)، يناقش كاسيويو أربعة وسطاء محتملين بين التوحد والصحة:

١- السلوك الصحي (كتلة الجسد، مساوى المادة، التجاوب الطبي) لكن لم يوجد هنا أي اختلاف بين ما له صلة اجتماعية والتوحد.

٢- نشاط الأوعية الدموية في القلب، وجدت بعض العلاقات المتبادلة الثانوية ووسيط آخر - مشاعر بالخطر والعداء - المتوحدون يرون أن العالم أكثر خطراً.

٣- مستويات هورمون الكورتيزول، لم توجد هنا أيضاً أية فروقات بين المجموعات المنعزلة وغير المنعزلة.

٤- نوعية النوم، الظاهر أن المتوحدين لديهم نوعية نوم أسوأ، وهي تترافق مع صحة أسوأ. والحقيقة أن هذه الآليات وغيرها التي يمكن أن تتوسط تأثير العزلة أو التوحد على الصحة لا تؤدي إلى استنتاج أن التوحد غير جدير بالاهتمام؛ بل على العكس من ذلك، فإن التوحد غالباً ما يُذكر كمسهم هام في سوء الصحة.

كذلك الحال مع الدين الذي يمكن أن يؤثر على الصحة عبر عوامل أخرى متنوعة، إلا أن ذلك لا يعني أنه ليس مهماً. والقول: إن الدين يمكن أن يبقى عاملاً مهماً في الصحة، رغم أن كافة تأثيراته تُفسَّر عبر متغيرات وسيطة، لا يمثل مرافعة خاصة عن الدين. ويمكننا أن نلاحظ أن الدين أقوى تأثيراً من التوحُّد، نظراً لاكتشاف علاقات متبادلة بين الدين وثلاث من الآليات الأربع التي يذكرها كاسيوبو: «السلوك الصحي، نشاط الأوعية الدموية في القلب، مستويات الكورتيزول والعداء». وفي مراجعتي للأدبيات لم أجد أي دراسات عن نوعية النوم لدى المتدينين مقابل غير المتدينين.

إن كافة الاختبارات الإحصائية في هذه الدراسات هي معدلات من العينات؛ فإذا كان التغيير كبيراً ضمن كل عينة؛ أي إذا كان هناك تغيير فردي كبير في مدى تأثير الدين على صحة كل شخص، عندها يمكن للمعدلات أن تخفي النتائج الكبيرة جداً والصغيرة جداً. فعينة الأشخاص المدينين يمكن أن تحتوي على بعض ممن للدين تأثير كبير عليهم، وعلى بعض آخر ممن للدين تأثير أقل عليهم. واختلافات كهذه ضمن الأشخاص المتدينين مثل العامل الجوهري وغير الجوهري وعوامل محفزة أخرى (مستوى أهمية الدين في حياة شخص، والوزن النسبي للتقوى الخاصة مقابل العامة...) تُظهر تأثير الدين على الصحة. وهكذا نرى ضمن العينة الدينية الواحدة بعض الأشخاص الذين للدين تأثير كبير على صحتهم، وبعض آخر تأثير الدين على صحتهم قليل. هؤلاء يمكن أن يوازن أحدهما الآخر، فلا تسجَّل الاختبارات الإحصائية إلا تأثيراً ضئيلاً على الجميع. إن مثل نتائج البحث هذه تخفي التأثير البارز جداً في بعض الحالات، والتأثير الأقل أهمية في حالات أخرى.

هل يوجد دليل على أن الاستجابة الفيسيولوجية للممارسات الدينية تختلف كثيراً من شخص لآخر؟ نعم.

لنأخذ مثلاً على ذلك، يكتب ديفيدسون تقريراً عن دراسة حول تأثير التدريب التأملّي أجزاها (جون كابات - زن). لقد وجدوا أن مثل هذا التدريب أحدث تغييراً عيادياً واضحاً في نشاط الغدد الصمّاء العصبية، وأن الاختلافات الفردية لهذا التدريب كانت كبيرة.

يوجد بحث آخر في موضوع سيكولوجيا الصحة يتعلّق بمدى الاستجابة للأدوية المهدئة في فعالية علاج الاضطرابات النفسية (راجع: الوقاية والعلاج، المجلد ٥، ٢٠٠٢). وتُظهر إعادة تحليل معطيات فعالية هذه الأدوية أن معظم هذه الفعالية تعود لتأثير الأدوية المهدئة (التي تعطى للمريض حسب رغبته)، وعندما يجري إحصاء ذلك يهبط مستوى الفعالية كثيراً.

يستجيب هولون، عالم نفس وباحث، لهذا النقد باتفاقه مع التحليل، ثم يناقش بأن الاختبارات الإحصائية هي معدلات، وإن الاختلاف بين الأفراد بالاستجابة لهذه الأدوية، ربما يكون كبيراً، وهو يقدم بعض الأدلة على تلك النتيجة؛ وفي هذه الحالة، تحجب المعدلات حقيقة أن بعض المرضى يستفيدون كثيراً من هذه الأدوية بينما آخرون يستفيدون أقل أو لا يستفيدون أبداً.

إن الرأي الذي يتبنى أن بعض الدراسات ربما تقلل من قدر تأثير الدين على الصحة والمرض بسبب احتمال وجود اختلافات واسعة في تأثير الدين على الأفراد، ليس دفاعاً عن الدين وإنما يمثل اهتماماً جرى التعبير عنه في ميادين أخرى من سيكولوجيا الصحة. إن وجود كثرة من الوسطاء بين المعتقد الديني والممارسة، وصحة جسدية وعقلية أفضل، ينبغي أن لا يستخدم لإثبات عدم صلة الدين بالصحة^(١). وعلى العكس من ذلك، فإن استكشاف مثل هذه العوامل الوسيطة ربما يعمق فهمنا للوسائل المتنوعة التي من خلالها يمكن للدين أن يؤثر على حياة الناس. إن مثل هذا الاستنتاج ينسجم مع براهين وخلصات تم التوصل إليها في مجالات أخرى من سيكولوجيا الصحة.

هناك مقارنة أخرى لفهم العلاقة بين الدين والصحة وهي أن نفكر أنه ربما توجد متغيرات أخرى، غير مكشوفة، يمكنها أن تشكل أساساً للتقوى والصحة الأفضل، ويظهر البحث، مثلاً، علاقة متبادلة قوية بين الضمير الحي والصحة الأفضل، والضمير الحي يرتبط بقوة بالتقوى (ماكولو ٢٠٠١، ورنفتون وآخرون، ٢٠٠١). وليس من السهل هنا فك السببية: هل المتدينون هم أصحاب ضمائر حيّة؛ لأن الدين يجعلهم هكذا، أم أن أصحاب هذه الضمائر يجذبون للدين؟ في نطاق القسم الثاني من التساؤل، يمكن للضمير الحي أن يحضر الناس لكلا الأمرين التقوى والصحة الأحسن، والشيء ذاته ينطبق على التفاؤل، فقد وجدت دراسات عدة أن وجهات النظر المتفائلة ترتبط بنتائج صحية متنوعة، خاصة في مواجهة مرض خطير مثل التكيّف والتعلّب على مرض السرطان (شيرمان سايمنتون، ٢٠٠١). وإن التفاؤل يتوسط العلاقة بين الدين والصحة في هذه الأوضاع، مرة أخرى من الصعب هنا فك السببية، هل الناس الأكثر تفاؤلاً يجذبون إلى الدين، أم أن الدين يجعل الناس أكثر تفاؤلاً فيصنعهم في الصحة بتلك الطريقة؟ ويصحّ الأمر في حالة العداة التي تترافق مع ضغط الدم العالي، ومرض الشريان التاجي، والوفاة المبكرة (ورنفتون وآخرون، ٢٠٠١). الناس المتدينون في الجوهر هم في الغالب أقل عداة بكثير من الآخرين.

مرة أخرى، ربما يروّض الدين عدائيتهم أو أن الأقل عدائية ينجذبون للدين. في تلك الحالة يمكن لشخصية أكثر لطفاً واعتدالاً أن تشكل أساساً لكل من التقوى والصحة الأفضل، وبذلك تفسّر الارتباط بينهما. وهكذا مزايا شخصية - الضمير الحي، التفاؤل، والعداء في مستواه الأدنى - يمكنها تعطيل التقوى والصحة المتحسنة والعلاقة بينهما.

فهم الدين: فرادة الدين؟

بعد أن أخذت كافة هذه العوامل المحتملة بالاعتبار، هل بقي تأثير إضافي استثنائي للدين أم أن كل تأثيرات الدين على صحة الإنسان قد تم التعبير عنها عبر هذه القنوات القائمة؟ معظم الدراسات الأخيرة البعيدة النظر تطرقت إلى أكثرية، إن لم يكن كافة، هذه العوامل الوسيطة، وهي ما زالت تجد أن الدين يمارس تأثيراً تنبؤياً على النتائج الصحية. وهذا يوحي بالتأكيد بوجود تأثير فريد للدين، مهما كان ضئيلاً، أعلى وأبعد من هذه العوامل الاجتماعية - النفسية المعترف بها (جورج وآخرون، ٢٠٠٢).

ويجد (ماكولو وآخرون) أنه ورغم ضبط كافة المتغيرات المعتادة، فإن تأثيراً للدين لا يزال قائماً ولا يمكن التعبير عنه تماماً بواسطة المتغيرات الوسيطة.

وقد حاول بعض علماء النفس في الفترة الأخيرة أن يبحثوا هذه المسألة المتعلقة بفرادة ممكنة للدين، ويتخذ هذا المشروع أشكالاً مختلفة. فمن منظور سيكولوجيا الشخصية، يُحاجج (إيمونز، ١٩٩٩) بأن النضالات من أجل مسائل «الهَم النهائي» تؤلّف شكلاً فريداً من الدوافع؛ ووجد أن النضالات التي «تتعلق بعالم التجربة المتعالي» كانت عادية تماماً في حياة الناس، في حين أن نضالات روحية كهذه هي رسمياً مثل أي دوافع نفسية أخرى - من ضمنها: الشعور، الرغبة، الإدراك، الإرادة، إلخ... - إلا أنها فريدة بدافعها وغايتها، بسبب أنها «مركزة للسعي من أجل المقدس». يتابع إيمونز أولبورت في قوله إن الدوافع الدينية هي استثنائياً ذات مرتبة أعلى. أولبورت سمّى هذه الدوافع بـ «الوجدان الرئيسي»، بينما يرى إيمونز أنها «موضوعياً في نهاية خط النضال»؛ ولذلك فإنها «يجب أن تكون لها أولوية في سلسلة الأهداف الكلية للإنسان». إن النضالات من أجل الهموم الأساسية، مهما تكررت، تجسّد مجالاً فريداً من الدوافع، ولا تنشأ من دوافع أو رغبات إنسان آخر. إنها فريدة بسبب غايتها وبسبب مكانها في النظام النفسي للإنسان.

من وجهة نظر أخرى، أجرى (بارجامنت ومجموعته) سلسلة من الدراسات على

التأثير النفسي لاعتبار النشاط مقدساً أو طاهراً (مراجعة: بارجامنت وآخرين في الصحافة). على سبيل المثال، وجد (ماهوني وآخرون، ١٩٩٩) أن فهم شخص «للزواج بأنه يمتلك صفة روحية ومغزى كأن ينرافق مع توافق زوجي أكبر وفهم أعمق لفوائد الزواج، وخلافات أقل، وتعاون فعلي أكبر بين الأزواج والزوجات». وفي ذات السياق، اكتشف (سوانك وآخرون، ٢٠٠٠) أن أولئك الذين ينسبون معنى روحياً لوظيفتهم كأباء وأمهات، كانوا فعلياً أقل عدوانية وأكثر ثباتاً في تهذيبهم، من أولئك الذين لم يروا دورهم الأبوي مقدساً (مراجعة: بارجامنت وآخرين في الصحافة). وكذلك وجد (موراي - سوانك وآخرون، ٢٠٠٠) أن عينة من طلاب كلية ينظرون إلى الجنس كشئ مقدس، كانوا أكثر إشباعاً في حياتهم الجنسية من الطلاب الذين لم يروا الجنس مقدساً (بارجامنت وآخرون). ووجد (تاراكشوار وآخرون، ٢٠٠١) في عينة من أعضاء الكنيسة المسيحية (فئة بروتستانتية) أن نظرتهم إلى الطبيعة كشئ مقدس توافقت مع معتقدات وأفعال مؤيدة للبيئة أفضل من غيرهم. كما أن نظرة هؤلاء للنشاطات العادية مثل، الزواج والنشاط الجنسي، أو العمل الاجتماعي، بأن لها سمة روحية، يبدو أنها (النظرة) تضيف صفة أو بعداً آخر إليها.

جرت أبحاث واسعة وكثيرة على الحماية الدينية كجزء من العلاقة بين الدين والصحة، وهناك إجماع على أن المعتقد الديني والممارسة تسهم في معالجة الظروف الصعبة أكثر من وسائل الحماية العادية غير الدينية. ولقد قارن (كارفر وآخرون، ١٩٨٩) بين الحماية الدينية وغير الدينية، ووجدوا أن الأولى أسهمت بشكل فريد في النتائج. ولقد قام (تيكس وفرايزر) بدراسة المرضى الذين يخضعون لعمليات زرع الكلى، وقالوا: «إن الحماية الدينية تضيف عنصراً فريداً إلى تأكيد التكيّف مع أحداث الحياة الضاغطة، لاستطيع وسائل أخرى معروفة إضافته».

ويراجع (بارجامنت، ١٩٩٧) سلسلة من الدراسات التي تُظهر أن «الدين يضيف فعلاً بعداً فريداً لعملية الحماية». ويستنتج بحث (كروس) أن الدعم الروحي من الاخوة المتدينين هو عامل فريد من نوعه يسهم في النتائج الإيجابية أكثر من أشكال الدعم الاجتماعي الأخرى. ويظهر الدور الفريد للمعتقد الديني والممارسة، في الحماية إزاء أحداث الحياة كما في النشاطات البشرية المختلفة.

إن مثل هذا البحث ينقل النقاش السيكولوجي من السؤال الأكثر عمومية: هل الدين

فريد؟ إلى السؤال الأكثر تحديداً والقابل للبحث: أين توجد فريدة الدين؟ لا يوجد بالضرورة عامل ديني فريد واحد في حياة الإنسان، وإنما يبدو أن هناك مجموعة من الأبعاد السيكولوجية المختلفة خاصة بالدين، يسهم كل منها بصورة مختلفة في خير الإنسان.

ويمكن لكل واحد من هذه السمات المختلفة للمعتقد الديني أن يكون أكثر بروزاً للأفراد المختلفين، فبالنسبة للبعض ربما يكون النضال من أجل الهموم النهائية هو الأكثر أهمية، وللآخر ربما يكون المهم هو طهارة النشاطات اليومية، وهناك البعض الذي يمكن أن يعتمد على العضوية في المجموعة الدينية وعلى تلقّي ومنح الدعم الاجتماعي. وإذا جمعنا سوية نقاش العوامل المختلفة التي تتوسط العلاقات بين الدين والصحة، إضافة للبحث في الوظائف الفريدة الممكنة للدين، نستنتج أن تأثير الدين على أعمال البشر ينبغي أن يفهم بطريقة متعددة الأبعاد.^(٢)

منذ ويليام جيمس أضحت سيكولوجية الدين، في الغالب، هي بالدرجة الأولى سيكولوجية التجربة الدينية؛ وبدلاً من التركيز على التجارب المثيرة المعروفة من قبل قليلين فقط، يستقصي البحث عن الدين والصحة، والطرق التي يؤثر الدين عبرها على حياة الناس المتدينين العاديين. ويظهر شتّى الوسطاء بين الدين والصحة (كما تمّ تحديدهم في هذا البحث) وظيفية الدين في الحياة اليومية. ويمثل هذا مكسباً للفهم السيكولوجي للدين؛ إذ يوسّع مداه أبعد من تركيزه التقليدي على ما هو استثنائي وغير عادي، وحتى ما هو قرضي.

فهم الدين: السيكولوجي والروحي

علاوة على ما سبق، يقترح هذا البحث أن المعتقد الديني والممارسة يتضمن العمليات السيكولوجية العادية، والمحتويات السيكولوجية - الروحية الفريدة كلاهما. فمن جهة، يمارس الدين تأثيره عبر قنوات سيكولوجية معتادة كالدمج الاجتماعي، والسلوك الصحي، والإحساس بالتماسك، والاستجابة الطبية؛ ومن جهة أخرى، يمارس هذا التأثير عبر توجيه الدوافع نحو مسائل الهم النهائي، وإضفاء القداسة على النشاطات العادية. وبذلك يلعب الدين أيضاً دوراً مميزاً في حياة الإنسان.

إذا كانت الممارسة الدينية تؤثر في حياة الناس من خلال قنوات نفسية وجسدية،

طبيعية وعادية، فإن تأثيرات الدين يمكن فهمها بتعابير طبيعية بشكل كامل. وفهم تأثيرات الدين بواسطة الطبيعة لا يعني بالضرورة فهم الدين بطريقة غير دينية أو اختزالية. فلقد ادعى علماء لاهوت أن الله يمارس إرادة الله من خلال القنوات الطبيعية للعالم المخلوق. وحول هذه المسألة الخلافية توجد نظريتان لاهوتيتان: واحدة تؤمن بالله متعال جداً يجب أن يقهر ويتحكّم بالطبيعة، ويعمل بطريقة معزولة تماماً عن عمليات الطبيعة، ونظرية أخرى تقول: إن الله يستطيع أن يعمل في وعبر عمليات الطبيعة. إن مثل هذه النظرية يعبر عنها المبدأ المنسوب إلى توما الإكويني «النعمة الإلهية تُتمّ الطبيعة» بدلاً من تدميرها؛ ولهذا فإن الإدعاء بأن تأثيرات الدين الرئيسية على الصحة تحصل عبر هذه المتغيرات الوسيطة، يمكن أن ينسجم مع المعتقد اللاهوتي.

إذاً، توجد ثلاثة استخدامات تأويلية ممكنة لوجود هؤلاء الوسطاء النفسيين والطبيعيين، بين المعتقد والممارسة الدينية والنتائج الصحية هي:

أولاً: اختصار الدين ببساطة إلى عمليات سيكولوجية عادية.

ثانياً: فهم هؤلاء الوسطاء كطريقة يُؤثر الدين من خلالها لصالح الإنسان.

ثالثاً: اعتبار هذه العمليات السيكولوجية غير ذات صلة بالدين؛ لأن الله لا يُعرف إلا من خلال عالم ما وراء الخبرة وفوق السيكولوجيا.^(٣)

وأما إذا كان وجود متغيرات وسيطة كهذه يُفسّر كدليل على اختصار الدين إلى عمليات سيكولوجية، فإن ذلك يعتمد على الافتراضات الفلسفية واللاهوتية (أو المضادة لللاهوت) التي يتم تقديمها للمعطيات.

بطبيعة الحال، ربما تبقى بعض مظاهر تأثير الدين على الصحة أبعد من الاستقصاء السيكولوجي، هنا نكون قد انتقلنا إلى ما وراء حدود السيكولوجيا وعلم الأوبئة (ليفين، ١٩٩٦). البحث السيكولوجي في الدين والصحة يعالج الدين بوصفه نشاطاً إنسانياً يحتوي ذات العمليات السيكولوجية، كما سائر النشاطات الإنسانية الأخرى. ويشمل الدين عادة على عمليات سيكولوجية عامة كالصّفات المعزولة، الدوافع، العلاقات الاجتماعية، الشعور، والإدراك؛ لكن في مجال الدين تحمل هذه العمليات السيكولوجية مضموناً فريداً، وتشير إلى بُعد فريد لحياة الإنسان. وما هو فريد في الدين ليس العمليات السيكولوجية والاجتماعية التي تشكّله، ولكن تلعب الأديان دوراً فريداً في حياة الإنسان،

فهي ليست بحاجة للإدعاء بأنها تستلزم قدرات خاصة متعالية وروحية، أبعد من تلك التي يدرسها علماء النفس .

ويقترح البحث أن دوافع الهم النهائي، وإضفاء القداسة على النشاطات العادية، وتلقي الدعم الروحي، واختبار الإحساس بالقداسة، هي جميعها وسائل يسهم الدين من خلالها بشكل فريد في خير البشر. وبذلك يمكن أن يفهم الدين كبعد فريد في حياة الإنسان، وكشامل أيضاً لعمليات سيكولوجية عادية.

References

- 1- Antonovsky, A. (1987), *Unraveling the Mystery of Health*, San Francisco: Jossey-Bass.
- 2- Benson, H. (1996). *Timeless Healing*. New York: Scribner.
- 3- Cacioppo, J., et al. (2002) **Loneliness and health: Potential mechanisms**, *Psychosomatic Medicine*, 64, 407 - 417.
- 4- Carver, C., Scheier, M. and Weintraub, J. (1989), **Assessing Coping Strategies**, *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267 - 283.
- 5- Cederblad et al. (1995), **Coping with life span crisis**, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 91, 322 - 330.
- 6- Chamberlain, T. and Hall, C. (2000), **Realized Religion**, Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- 7- Davidson, R. (2001), **Mind, brain, and emotion, toward an affective neuroscience**, Paper presented at NIH conference on the science of mind-body interactions, Tuesday, March, 27, 2001.
- 8- Emmons, R. (1999), **The Psychology of Ultimate Concerns**, New York: Guilford.
- 9- Exline, J. (2002), **Stumbling Blocks on the Religious Road**, *Psychological Inquiry*, 13-(3), 182-189.
- 10- George, L., Ellison, C. and Larson, D. (2002), **Explaining the relationship between religion and health**, *Psychological Inquiry*, 13(3), 190 - 200.
- 11- Hunsberger et al.(2001), **Religious versus non-religious socialization: Does religious background have implications for adjustment?** *International Journal for Psychology Of Religion*, 11(2), 105 - 128.
- 12- Koenig, McCullough and Larson (2001), **Handbook of Religion and Health**, New York: Oxford.
- 13- King et al. (1994), **Spiritual and religious beliefs in acute illness**, *Social Science and Medicine*, 34(4), 631 - 636.

- 14- Krause, Ellison, Shaw, Marcum and Boardman (2001), **Church based social support and religious coping**, Journal for the Scientific Study of Religion, 40(4), 637 - 656.
- 15- Krause, Ellison and Wulff (1998), **Church based social support, negative interactions and wellbeing**, Journal for the Scientific Study of Religion, 37(4), 725 - 741.
- 16- Levin, J. (1996), **How prayer heals: A theoretical model**, Alternative Therapies, 2(1), 66 - 73.
- 17- Mahoney, A., Pargament, K., Jewell, T., Swank, A., Scott, E., Emery, E. and Rye, M. (1999), **Marriage and the spiritual realm**, Journal of Family Psychology, 15(3), 321 - 338.
- 18- Marcus, P. (1998), **The religious believer, the psychoanalytic intellectual and the challenge of sustaining the self in the concentration camps**, Journal for the Psychoanalysis of Culture & Society, 3(1), 61 - 75.
- 19- McCullough, M. (2001), **Religious Involvement and Mortality**, In Plante, T. and Sherman, A. (eds.) **Faith and Health: Psychological Perspectives**, New York: Guilford.
- 20- McCullough, M., Hoyt, W., Larson, D., Koenig, H., and Thoresen, C. (2000), **Religious involvement and mortality**, Health Psychology, 19, 211- 222.
- 21- Murray-Swank, Pargament and Mahoney (2000), **The sanctification of sexuality in loving relationships**, Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.
- 22- NIH conference on the science of mind-body interactions, March, 2001.
- 23- Pargament, K. (1997), **The Psychology of Religious Coping**, New York: Guilford.
- 24- Pargament, K., Magyar, G. and Nichole Murray-Swank (in press), **The sacred and the search for significance: Religion as a unique process**, Journal of Social Issues.
- 25- Pfieler, (1995), **Psychopathology and religious commitment**, Psychopathology, 28, 70 - 77.
- 26- Powell, Shahabi and Thoresen (2003), **Religion and Spirituality: Linkages to Physical Health**, American Psychologist 58(1), 36 - 52.
Prevention and Treatment, vol. 5, 2002.
- 27- Sherman and Simonton (2001), **Religious involvement among cancer patients**, In Plante, T. and Sherman, A. (eds.), **Faith and Health: Psychological Perspectives**, New York: Guilford.
- 28- Sloan, R., Bagiella, E. and Powell, T. (2001), **Without a prayer**, In Plante, T. and Sherman, A. (eds.), **Faith and Health: Psychological Perspectives**, New York: Guilford.
- 29- Strawbridge, W., Shema, S., Cohen, R., and Kaplan, G. (2001), **Religious atten-**

dance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health, and social relationships, *Annals of Behavioral Medicine*, 23, 68 - 74.

30- Strawbridge, W., Cohen, R., Shema, S. and Kaplan, G. (1997), **Frequent attendance at religious, services and mortality over 28 years**, *American Journal of Public Health*, 87, 957 - 961.

31- Swank, Mahoney and Pargament (2000), **The sanctification of parenting and its psychological implications**, Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.

32- Tarakeshwar, N., Swank, A., Pargament, K., and Mahoney, A. (2001), **The sanctification of nature and theological conservatism**, *Review of Religious Research*, 42(4), 387 - 404.

33- Tedeschi, R., Park, C., and Calhoun, L. (eds.), (1998), **Post-Traumatic Growth**, Mahwah: Erlbaum.

34- Tix, A., Frazier, P. (1998), **The use of religious coping during stressful life events**, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 411 - 422.

35- Worthington, Berry, and Parrott (2001), **Unforgiveness, forgiveness, Religion, and Health**, In Plante, T. and Sherman, A. (eds.), *Faith and Health: Psychological Perspectives*. New York: Guilford.

الهوامش

(١) يحمل جيمس جونز شهادتي دكتوراه في فلسفة الدين، وعلم النفس العيادي، وهو أستاذ الدين ومساعد أستاذ علم النفس العيادي في جامعة «روتجرز»، وأستاذ مساعد الإنسانيات الطبية في جامعة «درو»، وعضو كلية «زائر» في جامعة «أوبسالا» في السويد، وله عشرة كتب آخرها **مرآة الله: الإيمان المسيحي كتمارين روحية** - دروس من البوذية والعلاج النفسي، وقدمت نسخة أخرى من هذه الورقة أمام الجمعية الدولية لمؤتمر سيكولوجيا الدين (غلاسكو، سكوتلندا، آب ٢٠٠٣).

(٢) إحدى الاستجابات لنتائج هذه الأبحاث حول الترابط بين الدين والصحة كانت الاعتراف بدقتها، ومع مناقشة بأن وجود هذا العدد الكبير من المتغيرات المساعدة والوسطاء يختزل تقريباً مغزى الدين ذاته. وبطبيعة الحال، إذا كان الدين يؤكد تأثيراته أساساً من خلال هؤلاء الوسطاء المتنوعين، ثم إذا أزيلت هذه العوامل، فإن معنى الدين وحده سيختزل.

(٣) إن هذه مقارنة تعددية هي شيء تقليدي في الهندوسية التي تتكلم عن أربعة طرق روحية مختلفة جميعها مألوفة لديها. الأولى: راجا يوغا. السعي وراء الحقيقة المطلقة؛ الثانية: كارما يوغا. الالتزام بالعمل الأخلاقي؛ الثالثة: باكتي يوغا. الإخلاص للمعبود الشخصي؛ الرابعة: جنانا يوغا. طريق التأمل المنظم والتدريب الروحي.

(٤) من أجل نقد للمركزين الأول والثالث، أنظر (ج. و. جونز) «المقدس: تحقيق في التحليل النفسي للقرابة». في مجلة: (Dutch journal Psyche en Geloof ٢١ تشرين أول ٢٠٠١) و«الدين والسيكولوجيا في تحول» (New Haven: Yale University Press).