

## مقایسه الگوی چند وجهی اسلامی با مدل شناختی بک در درمان افسردگی

دکتر علی نقی فقیهی\*

دکتر باقر غباری بناب\*\*

یداله قاسمی پور\*\*\*

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی مدل چندوجهی اسلامی در درمان افسردگی و مقایسه آن با مدل درمانی شناختی بک است. دو مدل مذکور، از بهترین مدل‌های مؤثر در درمان افسردگی شناخته شده‌اند. این دو مدل برای دوازده نفر از مراجعان مرکز مشاوره که شرایط مساوی داشته و با مصاحبه تشخیصی براساس علائم DSM-IV افسرده شناخته شده بودند، به کار گرفته شد. چهار نفر با مدل بک و هشت نفر دیگر با مدل اسلامی درمان شدند. همه مراجعان مؤثر بودند. آزمودنی‌ها (هر دو گروه) در مرحله پیش از درمان (خط پایه) و در طی جلسه‌های چهارم، هشتم و دوازدهم و پس از درمان و در مرحله پیگیری (سه ماه پس از اتمام درمان) مقیاس افسردگی بک را تکمیل کردند. مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و مرحله پیگیری نشان داد که هر دو مدل مؤثر بودند، اما تفاوت‌های عمده‌ای از کاربردهای این دو مدل مشاهده گردید. مقایسه نمره‌های انفرادی و گروهی نشان داد که مدل چندوجهی اسلامی در کاهش علائم افسرده‌خویی بیش از شناخت درمانی بک مؤثر بوده است. همچنین این مدل، برخلاف مدل شناختی بک که تنها به فرآیندهای شناختی مراجعان می‌پردازد، به جنبه‌های شخصیتی - رفتاری و معنوی مراجعان نیز می‌پردازد. مدل اسلامی برخلاف مدل شناختی در درمان افرادی که گرایش مذهبی دارند، بیشتر مؤثر واقع شد و در مورد افرادی که افسردگی معنایی یا وجودی دارند مفیدتر بود. در مدل چند وجهی اعتقادات مذهبی با مذهب مطابقت داده شده ولی در مدل شناختی، این افکار و اعتقادات کنار گذاشته می‌شود. این امور باعث تمایز چند وجهی در درمان افسردگی از روش بک گردیده است.

**واژه‌های کلیدی:** افسردگی، شناخت درمانی بک، مدل چند وجهی درمانی برگرفته از متون اسلامی، جنبه معنوی، اعتقادات و رفتارهای دینی.

Email: an-faghihi@qom.ac.ir

Email: bghobari@ut.ac.ir

Email: yghasemipour@yahoo.com

\* دانشیار دانشگاه قم

\*\* استادیار دانشگاه تهران

\*\*\* دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت در دانشگاه تهران

### مقدمه

در چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup> -DSM-IV- (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)، اختلال افسردگی اساسی<sup>۲</sup>، یکی از اختلالات خلقی شمرده می‌شود. در اختلال افسردگی در حالت خفیف آن، فرد به تفکر درباره موضوعات فردی می‌پردازد. در بیشتر ساعات روز و بیشتر روزهای هفته، غمگین و ناراحت است. با عمق یافتن افسردگی، علائم بیشتری افزوده می‌گردد. این علائم شامل تغییرات هیجانی همانند احساسات غمگینی و ناامیدی مفرط، تغییرات شناختی مانند احترام به خود پایین، گناه و تقصیر، حافظه و مشکلات تمرکزی، تغییرات در رفتار و انگیزش مانند احساس بی‌قراری یا کندی، کاهش علاقه به فعالیت‌های اجتماعی یا تفریحی و تغییرات جسمی مانند خواب، مسائل خوردن و جنسی و توان باختگی است. چنانچه افسردگی به اندازه‌ای شدید باشد که پنج علامت یا بیشتر از این علائم را برای مدت بیش از دو هفته دربرگیرد، افسردگی اساسی است. میزان خطر ابتلای فرد به افسردگی اساسی در طول زندگی، در مردان حدود ۱۲٪ و در زنان ۲۰٪ است (استورت<sup>۳</sup>، ۱۹۸۴). در هر مقطع زمانی، حدود ۵٪ جامعه از افسردگی با این شدت در رنج هستند؛ ۲۵٪ از برهه‌های افسردگی کمتر از یک ماه طول می‌کشد و ۵۰٪ در کمتر از سه ماه بهبود می‌یابند (کلارک، دیوید.م و همکارانش، ترجمه حسین کاویانی، ۱۳۸۰، ص ۴۰۶).

مشاهدات بین‌المللی، بدون ارتباط با کشور تحت مطالعه، افسردگی یک قطبی را در زنها دو بار شایع‌تر از مردها نشان داده است. در ۵۰٪ بیماران، سن شروع بین ۲۰ تا ۵۰ سالگی است. بعضی از داده‌های همه‌گیرشناختی جدید حاکی است که میزان بروز اختلال افسردگی اساسی احتمالاً در افراد زیر ۲۰ سال در حال فزونی است (کاپلان، ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۹، ص ۱۲۵).

افسردگی همچنان به عنوان یک مسئله چالش‌انگیز در حوزه بهداشت روانی باقی است؛ به گونه‌ای که هنوز پژوهش‌های زیادی در شیوه درمانی آن بایستی انجام شود. شایع‌ترین درمان انجام شده دارودرمانی است. برخی از مطالعات حکایت از آن دارد که

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4th ed)  
2. Major depression  
3. Sturt

تداوم مصرف داروهای ضد افسردگی برای ادامه درمان برای دست کم پنج تا شش ماه بعد از بهبودی، در پیشگیری از بیماری مؤثر است (پرین و دیگران، ۱۹۷۴؛ گلن و دیگران، ۱۹۸۴؛ فرانک و دیگران، ۱۹۹۱، به نقل از کلارک، ترجمه کاویانی، ۱۳۸۰). قابل توجه است که در درمان افسردگی نیاز به مدل روان شناختی است، زیرا اولاً هر افسرده‌ای مایل به مصرف دارو نیست؛ ثانیاً برخی از بیماران عوارض جانبی ضد افسردگی سه حلقوی را به سختی تحمل می‌کنند و یا اصلاً تاب نمی‌آورند (مک لین و هاگستیان، ۱۹۷۹؛ بلاک و دیگران، ۱۹۸۱، به نقل از همان). ثالثاً ضد افسردگی‌های سه حلقوی برای بیمارانی که نارسایی قلبی دارند، احتمالاً خطرناک است؛ زیرا استفاده از آن داروها در مقادیر بالای مصرف، برای قلب مسمومیت‌زا است؛ رابعاً، تحقیقات نشان داده است نصف تا سه چهارم افراد افسرده در فاصله زمانی دو سال پس از بهبودی، دوباره با دوره دیگری روبه‌رو شده‌اند (انگست، ۱۹۹۸، به نقل از همان).

از بین مدل‌های روان شناختی در درمان افسردگی، مدلی که بیش از سایرین تأثیرگذار شناخته شده است و پژوهش‌های زیادی نیز پیرامون آن صورت گرفته است، مدل شناختی در درمان افسردگی است. از این میان مدل شناختی بک در درمان افسردگی، حائز اهمیت می‌باشد. درمان شناختی عبارت است از تجارب آموخته شده خاصی که طراحی شده‌اند تا به بیماران آموزش داده شود که: ۱. افکار منفی و خودکارشان را بازبینی کنند؛ ۲. رابطه بین شناخت، احساس و رفتار را بشناسند؛ ۳. به آزمون افکار خود پردازد؛ ۴. تفاسیر واقعی‌تر را با شناخت‌های تحریف شده، تعویض نمایند؛ ۵. یاد بگیرند که باورهایی را که آنها مستعد خراب کردن تجربیاتشان می‌نمایند، بشناسند و اصلاح کنند (بک، راش و همکاران، ۱۹۷۹، ص ۲۳۲).

مهم‌ترین کنش تکنیک‌های بازسازی شناختی، آموزش الگوهای تفکر سازش یافته‌تر به درمانجویان است تا بتوانند به کمک آنها، به کشف الگوهای فکری منفی و تحریف شده در خود پردازند و بدین وسیله تأثیرات آسیب‌رسان، این الگوهای فکری را تشخیص دهند و به جای دریافت‌های شناختی ناکارآمد خود، الگوهای فکری سازش یافته‌تر و درست‌تری را جایگزین سازند. دریافت‌های شناختی، زمانی ناکارآمد محسوب می‌شوند که به صورتی مزمن، غیرواقعی و نادرست به نظر برسند و در پاسخ‌های عاطفی و رفتاری ناخواسته نقش داشته باشند. این تکنیک‌ها بر این فرض استوارند که

اگر درمانجویان در زمینه بازسازی و اصلاح تحریف‌هایی که از واقعیت به عمل می‌آورند، آموزش ببینند، می‌توانند برای تغییر پاسخ‌های عاطفی و رفتاری ناکارآمد مرتبط با خود، در موقعیت بهتری قرار بگیرند. علائم شناختی که می‌تواند شامل باورها، تعبیر و تفسیرها، خودگویی‌های درمانجو و فرایندهای شناختی تحریف‌شده باشند، به عنوان هدف مداخله‌های بازسازی شناختی تعیین می‌شوند (زارب، ترجمه خدایاری‌فرد، ۱۳۸۳، ص ۱۰۱).

شناخت درمانی یک در مطالعات کنترل‌شده متعددی که نتایج درمانی را می‌سنجد، مورد ارزشیابی قرار گرفته است. از چنین بررسی‌هایی چندین جمع‌بندی برمی‌خیزد. نخست، رفتار درمانی شناختی (CBT)<sup>۱</sup> بر طیفی از جمعیت‌های افسرده (از نوع مرضی و پیش‌مرضی، از دامنه نسبتاً وسیع طبقات اجتماعی و دست‌کم در آمریکای شمالی، استرالیا و اروپا) مؤثر است؛ دوم، ترکیب داروها و CBT گاهی اوقات از درمانگری شناختی - رفتاری به‌تنهایی مؤثرتر است؛ CBT به‌تنهایی بیشتر قابل‌مقایسه با دارودرمانی است. اما تاکنون دیده نشده است که دارودرمانی برتر از درمانگری شناختی - رفتاری باشد. نتایج این پژوهش‌ها، میزان اثربخشی بالایی را برای درمانگری شناختی - رفتاری یک در درمان افسردگی نشان می‌دهد (کلارک، ترجمه کویانی، ۱۳۸۰، ص ۴۱۳ و ۴۱۴).

حمیدپور و همکاران (۱۳۸۰) در پژوهشی پیرامون مقایسه کارایی و اثربخشی درمانگری شناختی یک با درمانگری شناختی تیزدل (۱۹۹۳) در درمان افسرده‌خویی، نشان دادند که دو روش درمان در کاهش افسرده‌خویی مؤثر بوده و این کارایی و اثربخشی در مورد شناخت درمانی تیزدل بارزتر بوده است و نیز یافته‌های پژوهش داداش‌زاده و همکاران (۱۳۷۸) این فرضیه را تأیید می‌کند که آموزش مهارت‌های اجتماعی، به عنوان یک روش درمانی می‌تواند به‌طور معناداری منجر به افزایش سازگاری در زنان مبتلا به افسردگی گردد.

در سال‌های اخیر، مدل چندوجهی برگرفته شده از متون حدیثی اسلامی نیز در درمان افسردگی مورد توجه قرار گرفته و از این شیوه در درمان بسیاری از افراد افسرده استفاده شده که دارای تأثیرگذاری زیاد و ماندگاری بوده است. در متون حدیثی نیز، افسردگی به‌غمگینی طولانی گفته می‌شود (مجلسی، ۱۴۰۳، ج ۷۴، ص ۱۵۶، ح ۱) که در سیستم خلقی فرد اختلال ایجاد نموده (آمدی، ترجمه خوانساری، ۱۳۷۳، ش ۲۰۲۴) و باعث

1. Cognitive behavior Therapy

رنجوری دل (محمدی ری شهری، ۱۳۶۲، ج ۳، ش ۳۷۶۴)، ضعیفی و لاغری بدن (همان، ش ۳۷۶۱ و ش ۳۷۶۴) سستی و از دست دادن توانایی (مجلسی، ۱۴۰۳، ج ۷۳، ص ۱۰۸، ح ۱۰۹) فرد می گردد و از جمله بیماری های روانی (آمدی، ترجمه خوانساری، ۱۳۷۳، ش ۳۷۴) محسوب می شود. به عبارت دیگر، افسردگی، اندوهگینی عمیق و بث<sup>۱</sup> است که در وجود فرد ریشه دوانده است و باعث عوارضی از قبیل اضطراب و تنش، احساس ناتوانی، اختلال در عملکردهای طبیعی مانند خوابیدن، عمل جنسی، تمرکز، توجه، عدم علاقه به زندگی، احساس گناه، ابراز ناراحتی، گریه و... می شود (فقیهی، ۱۳۸۲، ص ۲۴۷).

در این مدل، علاوه بر نقش عوامل شناختی، نظیر باورها و نگرش های منفی و غیرمنطقی درباره خود، دیگران و جهان که ناشی از پردازش شناختی نادرست درمانجو می باشد، بر نقش عوامل مختلف اجتماعی - عاطفی نظیر افراط یا تفریط در تمایلات، وابستگی به دنیا، احساس حقارت و ناتوانی، کوتاهی در انجام تکالیف، حسادت، چشم داشت نابجا به مال و کمک دیگری، آرزوهای طول و دراز داشتن، تأسف خوردن نابجا و ... در شکل گیری و تداوم این اختلال توجه شده است. همچنین نقش عوامل شناختی، در رویکرد اسلامی بسیار بارزتر و برجسته تر از رویکرد سنتی مطرح گردیده است؛ به طوری که نگرش ها، باورهای وهمی خطایی و غیرمنطقی درباره خود، خداوند، جهان و دیگران عامل اصلی و اساسی ایجادکننده افسردگی قلمداد شده است و نیز در زمینه سبب شناسی افسردگی به شناخت های نادرست مراجع به امور معنوی از عوامل ایجاد و یا ادامه افسردگی تلقی گردیده است، و در درمان هم توجه به امور معنوی همچون معطوف ساختن آرزوها به زندگی اخروی، توکل به خداوند و رضایت نسبت به آنچه فرد دارد و مقدر پروردگار است، توجه به تدبیرات الهی در جهان، شناخت واقعیت دنیا و اینکه مقدمه آخرت است و زندگی دنیا همراه با سختی ها است، ذکر، عبادت و اینکه خدا و اولیای دین در زمینه تغییر در خود چه دستور داده اند و لزوم فعالیت در این زمینه، و اموری دیگر تأکید شده است. لازم به توجه است که شیوه های درمانی برگرفته شده از آیات و احادیث اسلامی، از آنجا که عموماً منطبق با فطرت انسانی افراد است، به صورت طبیعی پیش بینی می شود که صحت و درستی و میزان تاثیرگذاری آن بر افراد و ماندگاری تأثیرات آن نیز بیشتر باشد.

۱. بث به حالت اندوهگینی عمیق گفته می شود که عوارض آن آشکار می گردد و نمی توان آن را پنهان ساخت (قریشی، ۱۳۵۲، ج ۱، ص ۱۶۱ و ج ۲؛ ص ۱۲۷).

در این پژوهش سعی شده است تا به مقایسه مدل اسلامی با مدل شناختی-بک، پرداخته شود و بررسی گردد که مدل اسلامی چه شباهت‌ها و تفاوت‌هایی با مدل بک دارد و در وجوه مختلف شناختی، عاطفی، معنوی و رفتاری میزان تأثیرگذاری هر کدام به چه میزان می‌باشد و در نتیجه میزان اثربخشی هر دو روش مورد بررسی قرار گیرد.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر به شیوه مداخله موردی صورت گرفته است. جامعه آماری این پژوهش را مراجعه‌کنندگان به دو مرکز مشاوره در قم و کلینیک روان‌درمانگری در تهران تشکیل می‌دادند. با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس، از بین کسانی که به این دو مرکز مراجعه می‌کردند، افرادی که بر طبق معیارهای DSM-IV مبتلا به افسردگی بودند انتخاب شدند. سپس بر روی آزمودنی‌های انتخاب شده، پیش‌آزمون (آزمون بک BDI) اجرا گردید. حجم نمونه پژوهش، دوازده نفر بود که پس از انتخاب به طور تصادفی به دو گروه چهار و هشت نفره تقسیم شدند. چهار نفر با گروه اول با شناخت درمانی بک و هشت نفر دوم با مدل درمانی چند وجهی اسلامی به طور انفرادی بر روی آنها اعمال شد. در مورد هر درمانجو سن، جنسیت، سن شروع علائم و مدت زمان وجود علائم افسردگی بر حسب اطلاعات موجود در پرونده و مصاحبه بالینی ساختاریافته با درمانجو و همراهان، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل یا مجرد، سابقه خانوادگی، وضعیت مذهبی، وضعیت روانی عاطفی و رفتاری، عوامل استرس‌زا تمایل و یا اقدام به خودکشی و حمایت اجتماعی ثبت می‌گردید. میانگین مدت زمان ابتلا به افسرده‌خویی در درمانجویان هر دو گروه ۳۸ ماه بود. چهار نفر مجرد (یک نفر در گروه ۱ و سه نفر در گروه ۲) و بقیه متأهل بودند. این دو گروه از نظر مذهبی وضعیت مشابهی داشتند. به غیر از ۳ نفر (یکی در گروه ۱ و دو نفر در گروه ۲) که از اعتقادات نسبتاً خوبی برخوردار بودند؛ بقیه در حد ضعیف بودند. به منظور یکسان‌سازی شرایط در هر دو گروه چهارچوب جلسات درمانی مطابق با اصول کلی مشاوره و روان‌درمانگری (که عبارت بودند از بررسی وضعیت درمانجو، دستور کار هر جلسه، مرور تکالیف خانگی، هدف جلسه، تکلیف خانگی و پس‌خوراند جلسه) اجرا شد.

روند شناخت‌درمانی بک به صورت ارائه منطق درمان، بازبینی افکار خودآیند و ارتباط آن با خلق، بازبینی فعالیت‌های روزانه و برنامه‌ریزی برای افزایش لذت و پرداختن

به مشکلات جلسات پیشین و بازبینی تکالیف در هر جلسه، به کار گرفته می‌شد. برای اجرای فرایند درمان در مدل چند وجهی پنج مرحله کلی انجام شد.

### ۱. شناخت و تشخیص

در این مرحله به فرد افسرده کمک شد تا از افکار، نگرش‌ها، عواطف و احساسات، نیازها و خواهش‌های خود آگاه شود و خود را بشناسد و نسبت به واقعیت‌های مربوط به خود و آنچه در ارتباط با اوست؛ از جمله: وجود پروردگار و تأثیرات او در زندگی افراد شناخت پیدا کند. در متون دینی خودشناسی سودمندترین شناخت‌ها دانسته شده است (محدث، ۱۳۷۳، ص ۲۴۴، ش ۹۸۶۵، به نقل از خوانساری، ج ۶، ص ۱۴۸).

### ۲. ایجاد آمادگی روانی در جهت بررسی تفکرات، باورها و عواطف

در این مرحله درمان‌جو راهنمایی شد تا رابطه افسردگی خویش را با افکار، باورها و احساسات و عواطف غیرمنطقی‌اش بفهمد؛ به‌ویژه رابطه با عواملی مانند: نپذیرفتن واقعیت و خیال‌پردازی (شهوترانی و تبعیت از هواهای نفسانی)، رشک بردن به مقام و مال کسی، تردید به الطاف خداوندی و ناخشنودی از زندگی، برآورده نشدن انتظارات و داشتن نگرش منفی نسبت به اطرافیان، کوتاهی در فعالیت‌ها و انجام تکالیف و احساس ترحم دیگران نسبت به خویشتن را بیابد.

### ۳. تمییز افکار و عواطف صواب از ناصواب و پذیرش آن

در این مرحله از طریق رهنمودهای عقلانی و ارزیابی، به درمان‌جو بیشتر کمک شد تا افکار و عواطف نادرست را از افکار و عواطف صواب و منطقی تشخیص دهد و وجود افکار و عواطف خطایی را در خود بپذیرد. در این زمینه نتایج و عوارض افکار و عواطف درمان‌جو توسط خودش ارزیابی گردید و افکار و عواطف منطقی و غیرمنطقی وی با هم مقایسه شد و به اینکه بسیاری از افکار و احساسات او افکار و احساساتی است که منشأ حدس و گمان دارد و یقینی نیست (همان، ج ۱، ص ۳۷۰) و او آنها را به تقلید از دیگران پذیرفته است و خود، تفکر عمیق در آنها نکرده است و حتی اگر بعضی از آنها را صحیح می‌داند چه بسا که در واقع اشتباه باشد، توجه کرد.

#### ۴. تغییر افکار و عواطف ناصواب در خویش و جایگزینی آنها به صواب

در این مرحله از طریق تقویت اراده، پرورش نیروی مقاومت و صبر، شناخت درمانی و رشد معرفت یقینی، راهنمایی در بی‌توجهی به افکار غیررشدی و خوگرفتن با افکار رشدی؛ به درمانجو کمک گردید تا افکار و عواطف درست و منطقی را بیابد و آنها را جایگزین افکار و عواطف ناصواب و غیرمنطقی خود بنماید. همچنین به منظور افزایش انگیزه برای از بین بردن حالات، باورها، نگرش‌ها، عواطف و رفتارهای منفی، مراجع با وظیفه شرعی خود مبنی بر لزوم تلاش در این زمینه آشنا شده و با افزایش آگاهی‌های او نسبت به قدرت خدا و پذیرش این حقیقت که هر مشکلی با تکیه بر قدرت پروردگار حل می‌شود و با اقدام به ذکر لاجول و لا قوه الا بالله و درونی کردن مفهوم آن در خویش در درمان و بهبودی، به وی کمک شد (مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج ۳، ص ۱۸۶، ح ۵).

#### ۵. پیشگیری از بازگشت افکار و احساسات ناصواب

به منظور پیشگیری از بروز دوباره افکار و احساسات غیرمنطقی در درمانجو آموزش شد تا اندیشه‌های عمیق منطقی را تکرار کند، عوارض و پیامدهای افسردگی را بازشناسی نماید، خود را از افکار و احساسات نامطلوب مصون نگهدارد، پرورش عزت نفس خود را بالا ببرد، برای فعالیت و تلاش برنامه‌ریزی کند، از بیکارماندن پرهیز نماید و بر قدر و روزی مقدر تکیه کند (صدوق، ۱۴۰۰ق، ۵/۱۶؛ طوسی، ۱۴۱۴ق، ص ۲۲۵ و ۳۹۳) و خوشنودی خود را نسبت به آنچه خدا خواسته است، ابراز نماید (محمدی ری‌شهری، ۱۳۶۲، ش ۳۷۸۱ و همان، ش ۳۷۸۳ و حرانی، ۱۴۰۴ق، ۶) و به بندگی پروردگار همت گمارد (مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج ۹۰، ص ۲۸، ح ۱) و آرزوهای خود را به زندگی اخروی معطوف سازد و از توجه به آرزوهای غیرواقعی و دنیوی (شافعی، بی‌تا، ص ۵۵) پرهیز کند و به مراقبت از زبان، احساسات و رفتارهای خود استمرار بخشد.

برای گردآوری داده‌های پژوهش، از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه افسردگی بک (BDI): این آزمون یکی از مقیاس‌های متداول خودسنجی افسردگی است و توسط بک در سال ۱۹۶۷ تهیه شده است. در یک فراتحلیل، برای همسانی درونی این ابزار ضریب همبستگی ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ گزارش شده



است (حمیدپور و همکاران، ۱۳۸۴، ص ۱۲۶، به نقل از مارنات، ۱۹۹۰). شیوه دیگر برای گردآوری داده‌های پژوهش از طریق مصاحبه‌های بالینی بوده است. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: نداشتن مشکل زیستی تأثیرگذار در اختلال، مصرف نکردن داروهای روان‌گردان پیش از آغاز درمان و نیز دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی پیشین. البته لازم به توجه است که دوفنر از آنان که قبلاً دارودرمانی شده بودند، بعد از فاصله هشت ماه از مصرف دارو، درمان برایشان آغاز گردید. در ابتدا برای تعیین خط پایه در شیوه‌های درمانی، آزمون بک اجرا گردید و مصاحبه بالینی نیز صورت گرفت. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی طبق اصول طرح‌های خط پایه‌ای چندگانه، در جلسه سوم مراجع اول، مراجع دوم در هر گروه درمانی وارد جلسه درمان می‌شد و به همین ترتیب در دو جلسه که از درمان بک مراجع می‌گذشت، درمان مراجع بعدی آغاز می‌گردید. در هر جلسه نیز توسط مصاحبه بالینی و براساس گزارش خود مراجع، میزان فشار روانی و اضطراب او نیز تحت کنترل بوده است. همچنین آزمودنی‌ها در طی جلسه‌های چهارم، هشتم، دوازدهم و پس از درمان و در مرحله پیگیری (سه ماه پس از اتمام درمان) مقیاس افسردگی بک را (در هر دو گروه) تکمیل کردند. نتایج به‌کارگیری این دو مدل مورد تحلیل قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها همانند سایر طرح‌های موردی، با استفاده از نمودار و مقایسه تغییرات در روند بهبودی و عوامل اثرگذار در جلسات مشاوره انجام گرفته است و تغییرهای پدید آمده به عنوان تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته در نظر گرفته شد. در این پژوهش، مقایسه یافته‌های بالینی نیز برای مقایسه دو شیوه درمانی به‌کار گرفته شده است.

### یافته‌های پژوهش

در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش نشان داده شده است و نمرات پرسشنامه افسردگی بک در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

بررسی اثرمندی مدل چند وجهی اسلامی بر درمان افسردگی و مقایسه آن با مدل شناختی بک، هدف پژوهش حاضر بود. در راستای تحقق این هدف داده‌های خام

جمع‌آوری شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های این پژوهش میزان اثربخشی مدل چندوجهی اسلامی و مدل درمانی شناختی بک را نشان داد. این بدین معنی است که هر دو مدل بک و چندوجهی اسلامی برای درمان کارایی دارند. اما داده‌هایی که از مراجعان به دست آمد، نشان می‌دهد که از چند جنبه مدل چندوجهی اسلامی بر درمان شناختی بک مزیت دارد که در ذیل می‌آید:

اولاً، در مدل چندوجهی دوره درمان در مدت زمان کوتاه‌تری کامل می‌شود. به این معنی که با در نظر گرفتن شرایط یکسان، مراجعانی که افسردگی آنها با شیوه چندوجهی مورد مداخله قرار می‌گیرد، زودتر درمان می‌شوند. (میانگین تعداد جلسه‌های درمان در گروه ۱ سیزده و در گروه ۲ ده جلسه بوده است).

ثانیاً، در مدل چندوجهی برخلاف مدل شناختی بک که تنها به فرآیندهای شناختی مراجعان می‌پردازد و مراجعان ممکن است دست به رفتارهایی بزنند که بازگشت و تشدید افسردگی داشته باشند و یا ممکن است از لحاظ معنوی و ارتباط با خدا دچار مشکل باشند؛ این مدل به جنبه‌های شخصیتی - رفتاری و معنوی مراجعان می‌پردازد و راهبردهایی را به کار می‌گیرد که در این پژوهش عدم بازگشت به افسردگی تا دو سال بعد از درمان به اثبات رسیده و همچنین تغییراتی در زمینه معنوی و عاطفی مراجعان از جمله کاهش پرخاشگری آنان دیده شد.

ثالثاً، مدل چندوجهی برخلاف مدل شناختی در درمان افرادی که گرایش‌های مذهبی دارند بیشتر مؤثر بود و در مورد افرادی که افسردگی معنایی یا وجودی دارند به سبب اینکه این درمان از سوی متخصص علوم دینی و فلسفی ارائه می‌شد، در درمان این نوع افسردگی‌ها مؤثر بود.

رابعاً، در مدل چندوجهی اعتقادات مذهبی با متون مذهبی مطابقت می‌گردد و به تصحیح و ارتقای آنها پرداخته می‌شود ولی در مدل شناختی، این افکار و اعتقادات کنار گذاشته می‌شوند، و چه بسا همین باعث شود که درمانجو دوباره به افسردگی بازگردد و حتی تشدید نیز بشود؛ در حالی که در مدل چندوجهی اعتقادات و باورهای فرد با متون دینی مقایسه می‌شود و فرد به تحریف‌های شناختی و باورهای خود اذعان پیدا می‌کند، آنها را تصحیح می‌نماید و دیگر آن اعتقادات نادرست و نامعقول وجود ندارد که افسردگی را در فرد موجب شود.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش

ردیف	ویژگی	تعداد	درصد
۱	جنسیت	۲۲	۱۰۰٪
۲	سن	۲۲	۱۰۰٪
۳	وضعیت تاهل	۲۲	۱۰۰٪
۴	وضعیت اشتغال	۲۲	۱۰۰٪
۵	وضعیت تحصیلی	۲۲	۱۰۰٪
۶	وضعیت اقتصادی	۲۲	۱۰۰٪
۷	وضعیت فرهنگی	۲۲	۱۰۰٪
۸	وضعیت مذهبی	۲۲	۱۰۰٪
۹	وضعیت خانوادگی	۲۲	۱۰۰٪
۱۰	وضعیت اجتماعی	۲۲	۱۰۰٪
۱۱	وضعیت سیاسی	۲۲	۱۰۰٪
۱۲	وضعیت فرهنگی	۲۲	۱۰۰٪
۱۳	وضعیت مذهبی	۲۲	۱۰۰٪
۱۴	وضعیت خانوادگی	۲۲	۱۰۰٪
۱۵	وضعیت اجتماعی	۲۲	۱۰۰٪
۱۶	وضعیت سیاسی	۲۲	۱۰۰٪
۱۷	وضعیت فرهنگی	۲۲	۱۰۰٪
۱۸	وضعیت مذهبی	۲۲	۱۰۰٪
۱۹	وضعیت خانوادگی	۲۲	۱۰۰٪
۲۰	وضعیت اجتماعی	۲۲	۱۰۰٪
۲۱	وضعیت سیاسی	۲۲	۱۰۰٪
۲۲	وضعیت فرهنگی	۲۲	۱۰۰٪
۲۳	وضعیت مذهبی	۲۲	۱۰۰٪
۲۴	وضعیت خانوادگی	۲۲	۱۰۰٪
۲۵	وضعیت اجتماعی	۲۲	۱۰۰٪
۲۶	وضعیت سیاسی	۲۲	۱۰۰٪
۲۷	وضعیت فرهنگی	۲۲	۱۰۰٪
۲۸	وضعیت مذهبی	۲۲	۱۰۰٪
۲۹	وضعیت خانوادگی	۲۲	۱۰۰٪
۳۰	وضعیت اجتماعی	۲۲	۱۰۰٪
۳۱	وضعیت سیاسی	۲۲	۱۰۰٪
۳۲	وضعیت فرهنگی	۲۲	۱۰۰٪
۳۳	وضعیت مذهبی	۲۲	۱۰۰٪
۳۴	وضعیت خانوادگی	۲۲	۱۰۰٪
۳۵	وضعیت اجتماعی	۲۲	۱۰۰٪
۳۶	وضعیت سیاسی	۲۲	۱۰۰٪
۳۷	وضعیت فرهنگی	۲۲	۱۰۰٪
۳۸	وضعیت مذهبی	۲۲	۱۰۰٪
۳۹	وضعیت خانوادگی	۲۲	۱۰۰٪
۴۰	وضعیت اجتماعی	۲۲	۱۰۰٪
۴۱	وضعیت سیاسی	۲۲	۱۰۰٪
۴۲	وضعیت فرهنگی	۲۲	۱۰۰٪
۴۳	وضعیت مذهبی	۲۲	۱۰۰٪
۴۴	وضعیت خانوادگی	۲۲	۱۰۰٪
۴۵	وضعیت اجتماعی	۲۲	۱۰۰٪
۴۶	وضعیت سیاسی	۲۲	۱۰۰٪
۴۷	وضعیت فرهنگی	۲۲	۱۰۰٪
۴۸	وضعیت مذهبی	۲۲	۱۰۰٪
۴۹	وضعیت خانوادگی	۲۲	۱۰۰٪
۵۰	وضعیت اجتماعی	۲۲	۱۰۰٪
۵۱	وضعیت سیاسی	۲۲	۱۰۰٪
۵۲	وضعیت فرهنگی	۲۲	۱۰۰٪
۵۳	وضعیت مذهبی	۲۲	۱۰۰٪
۵۴	وضعیت خانوادگی	۲۲	۱۰۰٪
۵۵	وضعیت اجتماعی	۲۲	۱۰۰٪
۵۶	وضعیت سیاسی	۲۲	۱۰۰٪
۵۷	وضعیت فرهنگی	۲۲	۱۰۰٪
۵۸	وضعیت مذهبی	۲۲	۱۰۰٪
۵۹	وضعیت خانوادگی	۲۲	۱۰۰٪
۶۰	وضعیت اجتماعی	۲۲	۱۰۰٪
۶۱	وضعیت سیاسی	۲۲	۱۰۰٪
۶۲	وضعیت فرهنگی	۲۲	۱۰۰٪
۶۳	وضعیت مذهبی	۲۲	۱۰۰٪
۶۴	وضعیت خانوادگی	۲۲	۱۰۰٪
۶۵	وضعیت اجتماعی	۲۲	۱۰۰٪
۶۶	وضعیت سیاسی	۲۲	۱۰۰٪
۶۷	وضعیت فرهنگی	۲۲	۱۰۰٪
۶۸	وضعیت مذهبی	۲۲	۱۰۰٪
۶۹	وضعیت خانوادگی	۲۲	۱۰۰٪
۷۰	وضعیت اجتماعی	۲۲	۱۰۰٪
۷۱	وضعیت سیاسی	۲۲	۱۰۰٪
۷۲	وضعیت فرهنگی	۲۲	۱۰۰٪
۷۳	وضعیت مذهبی	۲۲	۱۰۰٪
۷۴	وضعیت خانوادگی	۲۲	۱۰۰٪
۷۵	وضعیت اجتماعی	۲۲	۱۰۰٪
۷۶	وضعیت سیاسی	۲۲	۱۰۰٪
۷۷	وضعیت فرهنگی	۲۲	۱۰۰٪
۷۸	وضعیت مذهبی	۲۲	۱۰۰٪
۷۹	وضعیت خانوادگی	۲۲	۱۰۰٪
۸۰	وضعیت اجتماعی	۲۲	۱۰۰٪
۸۱	وضعیت سیاسی	۲۲	۱۰۰٪
۸۲	وضعیت فرهنگی	۲۲	۱۰۰٪
۸۳	وضعیت مذهبی	۲۲	۱۰۰٪
۸۴	وضعیت خانوادگی	۲۲	۱۰۰٪
۸۵	وضعیت اجتماعی	۲۲	۱۰۰٪
۸۶	وضعیت سیاسی	۲۲	۱۰۰٪
۸۷	وضعیت فرهنگی	۲۲	۱۰۰٪
۸۸	وضعیت مذهبی	۲۲	۱۰۰٪
۸۹	وضعیت خانوادگی	۲۲	۱۰۰٪
۹۰	وضعیت اجتماعی	۲۲	۱۰۰٪
۹۱	وضعیت سیاسی	۲۲	۱۰۰٪
۹۲	وضعیت فرهنگی	۲۲	۱۰۰٪
۹۳	وضعیت مذهبی	۲۲	۱۰۰٪
۹۴	وضعیت خانوادگی	۲۲	۱۰۰٪
۹۵	وضعیت اجتماعی	۲۲	۱۰۰٪
۹۶	وضعیت سیاسی	۲۲	۱۰۰٪
۹۷	وضعیت فرهنگی	۲۲	۱۰۰٪
۹۸	وضعیت مذهبی	۲۲	۱۰۰٪
۹۹	وضعیت خانوادگی	۲۲	۱۰۰٪
۱۰۰	وضعیت اجتماعی	۲۲	۱۰۰٪

جدول ۲- نتایج آزمون افسردگی «بک» قبل و بعد از درمان و مرحله پیگیری

درمانجو	نمرات پیش آزمون	نمرات پس آزمون	نمرات مرحله پیگیری
۱	۳۸	۸	۸
۲	۳۶	۱۰	۱۰
۳	۴۰	۱۰	۸
۴	۳۸	۱۰	۱۰
۵	۳۶	۸	۸
۶	۴۰	۱۲	۱۰
۷	۳۸	۸	۸
۸	۴۰	۸	۸
۹	۳۶	۱۲	۱۴
۱۰	۳۸	۱۰	۱۰
۱۱	۳۸	۱۶	۱۶
۱۲	۴۰	۱۲	۱۰

### بحث و نتیجه‌گیری

مقایسه نمره‌های آزمودنی‌ها به صورت انفرادی و گروهی نشان می‌دهد که مدل چندوجهی اسلامی در کاهش علائم افسرده‌خویی بیش از شناخت درمانی بک مؤثر بوده است. آزمودنی‌های گروه ۱ در مرحله پس آزمون بهبودی کمتری از گروه ۲ داشتند و در مرحله پیگیری گروه ۱ نسبت به برخی از علائم افسرده‌خویی برگشت کرده بودند، درحالی‌که گروه ۲ در حد بهبودی پس از درمان باقی ماندند و برخی بهبودی بیشتری یافته بودند. دلیل افزایش بهبودی، رسوخ معنویت و علائق دینی در آنان به هنگام درمان بوده است؛ علاوه بر این، مدل اسلامی با مدل شناختی بک در درمان افسردگی تفاوت‌هایی دارد که یافته‌های پژوهش آنها را تأیید می‌کند و آنها عبارتند از: کوتاه‌مدت

بودن آن، توجه به جنبه‌های شخصیتی - رفتاری - معنوی شخص، تسهیل فرآیند درمان در افراد مذهبی، اثربخشی در افسردگی معنایی یا وجودی، و مطابقت اعتقادات مذهبی با مذهب به جای حذف آنها. این تفاوت‌ها ممکن است ناشی از تفاوت‌های ساختاری بین این دو مدل باشد که در ذیل می‌آید.

۱. در مدل چندوجهی از جمله عوامل افسردگی، اجتناب از معنویات و اخلاقیات فرض شده است.

۲. در مدل چندوجهی بر شناخت عمیق و همه‌جانبه تأکید می‌شود؛ علاوه بر شناخت استدلالی، منطقی و فلسفی، شناخت عرفانی - معنوی نیز در این مدل ملحوظ گردیده است.

۳. در مدل چندوجهی ارزیابی افکار، خواسته‌ها و رفتارها و زدودن موارد غیرمنطقی آنها از وظایف شرعی محسوب می‌شود، و این امر انگیزه مراجع معتقد به مبانی اسلام را برای پذیرش ذهنی خود از تحریفات شناختی بالا می‌برد.

۴. در مدل چندوجهی، افکار مذهبی صحیح باعث اعتلای فکری فرد می‌گردند و احتجاجات الیس و برخی روان‌شناسان شناختی در مورد باورهای مذهبی مربوط به تعبیر و تفسیرهای نارسا و غلط از افکار مذهبی، باورهای مذهبی می‌باشند.

۵. در مدل چندوجهی، رابطه عاطفی با خدا در درمان تأثیر بسزایی دارد.

در هر دو مدل اسلامی و مدل بک در مورد افسردگی با توجه به عوامل افسردگی به درمان پرداخته می‌شود و افکار غیرمنطقی مهمترین عامل افسردگی محسوب شده است. البته در دیدگاه اسلامی عواطف منفی هم از عوامل مهم به حساب آمده است. توجه به این دسته از عوامل از آن جهت است که گاه منشأ عواطف منفی، افکار غیرمنطقی نیست بلکه انحراف در خواسته‌های عاطفی فرد است؛ مانند وابستگی به مقام و دنیاپرستی و محرومیت از آنها که مستقل از عوامل شناختی در ایجاد افسردگی مؤثرند. از دیگر عوامل ایجادکننده افسردگی، براساس دیدگاه اسلامی، بالا بودن انتظارات فرد و بایدهایی است که برای خود وضع نموده است. چنین کسی چون بیشتر اوقات، خواسته‌ها و انتظاراتش برآورده نمی‌شود، بنابراین دچار یأس و سرخوردگی می‌گردد.

در دیدگاه اسلامی خواسته و انتظارات نابجا از جمله خطاهای عاطفی محسوب گردیده است. این عامل در دیدگاه بک از جمله خطاهای شناختی برشمرده شده است.

دور شدن از معنویات و دنباله‌روی از شهوات و هواهای نفسانی، یکی از مهم‌ترین عواملی است که دیدگاه اسلامی آن را موجب ایجاد افسردگی در فرد می‌داند. اما این عامل مهم در دیدگاه بک از جایگاهی برخوردار نمی‌باشد و به آن توجهی نشده است؛ هرچند که برخی از روان‌شناسان، کنترل خود و جلوگیری از رفتارهای تکانشی را برای سلامت مفید دانسته‌اند ولی در نظام شناختی بک به این مسئله اشاره نشده است.

در دیدگاه اسلامی، انواع نگرش‌های منفی، از جمله عوامل ایجاد افسردگی برشمرده شده‌اند، از جمله آنها تردید نسبت به الطاف خداوندی و ناخشنودی از زندگی و نعمت‌های آن، عدم پذیرش واقعیت و خیال‌پردازی، داشتن نگرش منفی نسبت به اطرافیان و تأسف شدید به خاطر فقدان یک امر مهم است. در دیدگاه بک نیز، وجود نگرش‌های منفی مانند دوری از واقعیت و خیال‌پردازی و غیرواقعی ساختن امور، نتیجه‌گیری شتاب‌زده درباره دیگران و داشتن دید منفی نسبت به آنان، جزء عوامل ایجادکننده افسردگی می‌باشد؛ ولی به نگرش‌های منفی نسبت به الطاف خداوندی و قانع نبودن و ناخشنودی فرد از آنچه دارا است، توجهی در این دیدگاه نشده است.

در هر دو دیدگاه، یکی از انواع خطاهای شناختی، استدلال احساسی است، بدین معنا که چون فرد احساس می‌کند که انجام یک فعالیت، دشوار و غیرممکن یا بی‌فایده است، از انجام فعالیت دوری می‌نماید و این امر به نوبه خود موجب ناکامی و یأس در فرد می‌گردد. براساس دیدگاه اسلامی ضعف اراده در فرد باعث افسردگی می‌شود زیرا کسی که اراده‌اش ضعیف است کارها را به تأخیر می‌اندازد، فکرش با عملش هماهنگ نیست، زیاد تأثیرپذیر است و خود را در برابر دیگران کم‌ارزش می‌پندارد، برای خود احترام و نقاط قوتی قائل نیست و از این‌رو در کارها احساس ناتوانی می‌کند؛ بنابراین شکست می‌خورد که به‌عنوان ناکامی از پیشانی‌ندهای افسردگی است. این عامل در دیدگاه بک مورد توجه نیست.

در نظریه بک «بزرگ‌نمایی» یا «کوچک‌نمایی»، شخصی کردن کارها، استنباط اختیاری، انتزاع‌گزینی از جمله خطاهای منطقی منظم و از عناصر اصلی اختلال افسردگی محسوب شده‌اند. در مدل اسلامی نیز خطاهای منطقی به‌عنوان تشدید افسردگی شناخته شده‌اند؛ ولی بک بیش از اندازه روی خطاهای منطقی فوق‌الذکر تأکید می‌کند، درحالی‌که منشأ بسیاری از این خطاها به علت مشکلات اصلی است که به

احترام به خود، اعتماد فرد به خود و خدا برمی‌گردد و فرد چون خدا را جدا از منشأ هستی می‌بیند؛ لذا مسائل کوچک را بزرگ تلقی می‌کند. فاجعه‌گرایی و نتایج فعالیت‌ها را وحشتناک دیدن در دیدگاه بک از عناصر اصلی افسردگی محسوب شده؛ درحالی‌که در دیدگاه اسلامی، فاجعه‌گرایی به علت خود کم‌بینی و نداشتن حوصله برای فعالیت و درحقیقت عدم اراده قوی و کوتاهی در انجام فعالیت‌ها دانسته شده است. حالت‌های «باید» (مثل اینکه من باید زمانی که خانواده‌ام می‌خواهند آنها را ملاقات کنم، آنها باید با من مطلوب‌تر باشند) در دیدگاه بک از عناصر اصلی دانسته شده؛ درحالی‌که در دیدگاه اسلامی عناصر فرعی هستند، زیرا این نوع بایدهایی که فرد در وجود خویش می‌یابد به دلیل آن است که وابسته به دیگران است و خود را پیش دیگران زیردست و حقیر تصویر می‌کند. نکته قابل تأمل براساس دیدگاه اسلامی این است که بایدها دودسته‌اند: بایدهایی که منشأ عقلانی دارند، مانند: «باید به عدالت رفتار کرد، باید صادق بود و نباید دروغ گفت». این نوع بایدها منشأ افسردگی نمی‌شوند بلکه افراد با این نوع بایدها به سلامت روانی می‌رسند. بایدهای دینی رهنمودهایی هستند که انطباق بر فطرت سلیم انسانی دارند و رعایت آنها بر سلامت روان کمک می‌کند. در مدل اسلامی به فطرت درونی و الهام فطری ارزش اولیه‌ای قائل می‌شود و به آن اولویت داده می‌شود، چون انطباق با خواسته‌های اصیل نوعی (نوع انسانی) دارد، و در جهت برآوردن آن خواسته‌های اصیل قدم برمی‌دارند و در این صورت بین هست و باید را پر می‌کنند. یعنی از هست (وضعیت فعلی، برنامه‌ریزی و اقدام و عمل به باید - آنچه که موردنظر نهایی است - می‌رسند). در هر حال «بک» در مدل خود از این زاویه روان‌شناختی و دیدگاه عمیق عرفانی و اسلامی به موضوع نگاه نمی‌کند و به صورت سطحی بیان می‌دارد که بایدها جزء تحریف‌های شناختی هستند؛ در صورتی‌که تحلیل عمیق و فهم اینکه این «بایدها» از کجا سرچشمه گرفته‌اند و چه عملکردی در سلامت و پویایی روانی دارند، در درمان افسردگی لازم است. در اینجا نیز دیدگاه اسلامی با دیدگاه منطبق‌گرایی «بک» تفاوت می‌کند. برای درک معانی اصیل «بایدها» لازم است که تحول معنوی، نوعی، و عملکرد بایدها در ارتقای معنویت، سلامت و یکپارچگی روانی را مورد ملاحظه قرار داد.

مقایسه خود با دیگران و خود را هم‌ردیف دیگران ندانستن نیز از احساس خود

کم‌بینی فرد حکایت دارد؛ بنابراین عنصر اصلی، احساس خود کم‌بینی است و نه مقایسه کردن خود با دیگران.

توجه به پاداش آسمانی در جمله «اگر من هرکاری را در دنیا درست انجام دهم، پس از انجام آن پاداش می‌گیرم» اشتباه نیست و به معنای سرهم‌بندی کردن زندگی فعلی نیست بلکه با امید به پاداش و نتایج بهتر، تلاش و فعالیت فرد افزایش می‌یابد و زندگی فعلی‌اش را بهتر سامان می‌دهد. به این دلیل اعتقاد به پاداش اخروی یکی از الگوهای کهن در تاریخ تمدن انسانی بوده است و انسان، گذشته از نوع تمدن و فرهنگ در هر نقطه‌ای از جهان به پاداش اخروی معتقد بوده است. اینکه فرد موفقیت خود را اتفاقی می‌داند و نه اینکه خود شایسته آن بوده است نیز به دلیل احساس خود کم‌بینی و عدم اعتماد به خود است.

کسی که می‌گوید: «من همانی هستم که دیگران فکر می‌کنند»، به دلیل خطای شناختی نیست که بک عنوان می‌کند بلکه به دلیل عدم باور خود از یک سو و وابستگی به دیگران از سوی دیگر است و اینکه تصور کند که ارزش خود وابسته به آن چیزی است که دیگران درباره او می‌اندیشند، ناشی از همین وابستگی و عدم اعتماد به خود است. در دیدگاه اسلامی کمال‌خواهی امری فطری و درونی است که باعث رشد و بالندگی فرد می‌شود. این خواسته درونی یعنی برتری، تعالی، شکوفایی و جستجوی کمال انسانی هیچ‌گونه مشکلی برای فرد از لحاظ سلامت روان ایجاد نمی‌کند. ولی انتظارات بیش از حد از فرد داشتن آرزوهای طول و دراز و دست‌نیافتنی هستند که باعث مشکل می‌شوند. فرد خواسته‌های کاذبی برای خود ایجاد می‌کند ولی نمی‌تواند به آن خواسته‌ها برسد و دچار مشکلات می‌گردد. در مورد پاداش بهشتی نیز دیدگاه اسلامی این است که اعتقاد به بهشت و پاداش خداوند باعث مشکل روانی نمی‌شود زیرا در دیدگاه اسلامی منظور از بهشت عبارت است از: الف) بهشت روانی و رسیدن به آرامش روانی و هدف‌دار دیدن زندگی که در نوشته‌های آبراهام مازلو و ویکتور فرانکل در قالب معنایابی بیان شده است و این معنا باعث می‌شود روابط انسان با طبیعت، جامعه و کل هستی بهبود یابد نه آنکه باعث بیماری روانی شود؛ ب) اثر انتظار در مورد بهشت رسیدن و وارد شدن به جرگه افراد خودشکופا خود زمینه‌ساز فعالیت‌های انسان در راستای آرامش می‌شود و علاوه بر آن انرژی‌های مثبت را به سوی



خود جلب می‌کند؛ ج) انگیزه انسان را برای انجام رفتارهای مثبت افزایش می‌دهد و سبب می‌شود افراد برای رسیدن به بهشت از رفتارهای منفی دوری نمایند؛ د) برخی از تجربیات زندگی که انسان به خاطر رسیدن به بهشت، خود را از آنها محروم می‌کند، از آن جهت است که به جنبه روانی معنوی و شکوفایی درونی فرد صدمه می‌زنند و از این نظر این نوع تجربیات در جهت شکوفایی نیستند و بلکه بازدارنده هستند؛ مانند: پرهیز از غذایی که پزشک ممنوع کرده است و ما از خوردن آن و تجربه چشیدن آن به خاطر سلامت خود سرباز می‌زنیم.

در مدل اسلامی علاوه بر افکار منفی، عواطف منفی نیز باعث افسردگی می‌شوند. خواسته‌های نامعقول و غیرمنطقی فراوانی مانند: وابستگی به دنیا و از دست دادن مال دنیا و کمبود محبت از جمله عوامل افسردگی است. از این رو، در درمان فرد افسرده باید این نوع عواطف و هیجانات نیز تغییر یابند و عواطف مثبت جایگزین آنها شوند.

## منابع

- آمدی، عبدالواحد بن تیمیمی (۱۳۷۳). *غررالحکم و دررالکلم*، شرح محمد خوانساری، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- ابن شعبه حرّانی، حسن بن علی بن الحسین (۱۴۰۴ ه.ق). *تحف العقول*، ترجمه فارسی به تصحیح علی‌اکبر غفاری، تهران: کتابفروشی اسلامیه.
- ابن طلحه شافعی، محمد (بی‌تا). *مطالب السؤل*، قم: مکتبه آیه الله مرعشی.
- راش، ویلهلم (۱۹۷۹). *روان‌شناسی در عمق*، ترجمه استپان سیمونیان (۱۳۸۲). تهران: رشد.
- زارب، ژانت. م (۱۳۸۳). *ارزیابی و شناخت - رفتاردرمانی نوجوانان*، ترجمه محمد خدایاری فرد و یاسمین عابدینی، تهران: رشد.
- صدوق، بابویه قمی (۱۴۰۰ ق). *آمالی الصدوق*، بیروت: مؤسسه الاعلمی.

طوسی، محمد بن حسن (۱۴۱۴ق). *الأمالی الطوسی*، تحقیق مؤسسه البعثه، قم: دارالتقافه.

فقیهی، علی‌نقی (۱۳۸۲). *جوان و آرامش روان*، قم: پژوهشکده حوزه و دانشگاه.

قریشی، علی‌اکبر (۱۳۵۲). *قاموس قرآن*، تهران: دارالکتب الاسلامیه.

کاپلان، سادوک (۱۹۹۴). *خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری - روان‌پزشکی بالینی*، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری (۱۳۷۹)، تهران: انتشارات شهر آب.

کلارک، دیویدم و کریستو فرج، مزبورن (۱۳۸۰). *دانش و روش‌های کاربردی رفتار درمانی شناختی*، ترجمه حسین کاویانی، تهران: موسسه مطالعاتی علوم شناختی.

مجلسی، محمد باقر (۱۴۰۳ق). *بحار الانوار*، بیروت: داراحیاء التراث العربی.

محدث، سیدجلال‌الدین (۱۳۷۳)، *فهرست موضوعی شرح فارسی غرر و دررالکلم*، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

محمدی ری‌شهری، محمد (۱۳۶۲)، *میزان الحکمه*، قم: دفتر تبلیغات اسلامی.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., and Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford press.

Bellack A., and Schwartz, J.(1976). *Assessment for self-control programs*. In M. Hersen and S. Belack (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook* (pp.111-142), New York: Pergamon Press.

Teasdale, J.D., & Barnard, P.J.(1993). *Affect, cognition and change: Re-modeling depressive thought*. Hove, UK: Erlbaum.

Frank, E., Prien, R.F., Jarrett, R.B., Keller, M.B., Kupfer, D.J., et al. (1991). *Conceptualization and rationale for consensus definition of terms in major depressive disorder: remission, recovery, relapse and recurrence*. Archives of General Psychiatry, 48,851-5.