

کاربرد شناخت - رفتار درمانگری در درمان افسردگی با تاکید بر دیدگاه اسلامی (مطالعه موردی)

دکتر علی نقی فقیهی

استادیار گروه آموزشی علوم تربیتی دانشگاه قم

دکتر محمد خدایاری فرد

استادیار گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

چکیده

افسردگی اختلالی روان‌شناختی است که باعث ایجاد تغییرات بسیاری در خلق و خوی، دیدگاه، کمال‌طلبی، توانایی تفکر، میزان فعالیت و فرایندهای بدنی نظیر خواب، انرژی و اشتها می‌شود. هدف پژوهش حاضر شناسایی نقش تکنیک‌هایی است که در متون اسلامی به عنوان تکنیک‌های درمانی مبتنی بر شناخت - رفتار درمانگری جهت درمان افسردگی مطرح گردیده است. در این پژوهش دو آزمودنی بزرگسال مبتلا به افسردگی، با استفاده از روش شناخت - رفتار درمانگری برداشت شده از منابع حدیثی که حاکی از دیدگاه اسلامی است، مورد مطالعه و درمان قرار گرفتند. نتایج نشان دهنده کارآیی بالای این شیوه درمانی در درمان افسردگی می‌باشد.

کلید واژه‌ها: شناخت - رفتار درمانگری، فنون مذهبی و اسلامی، افسردگی، مطالعه موردی

افسردگی^۱ اختلالی عاطفی است که سلامتی فرد، روابط بین فردی، کار و توانایی لذت بردن او از زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. افسردگی یک مانع سلامتی است که با صرف غم و اندوه^۲ متفاوت است؛ زیرا غم پاسخ طبیعی به از دست دادن است و شامل تغییراتی در خلق و خو، فعالیت‌ها و فرایندهای بدنی است؛ منتها این تغییرات به اندازه افسردگی، شدید و گسترده نیست.

ملاک‌ها و علائم تشخیصی افسردگی بر اساس چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا، (۱۹۹۴، DSM-IV)^۳ عبارت‌اند از این که حداقل پنج علامت یا بیشتر از علائم زیر در یک دوره دو هفته‌ای وجود داشته باشد و تغییر سطح کارکرد قبلی را نشان دهند:

۱. خلق افسرده در بیشتر اوقات روز، که یا از طریق گزارش ذهنی (مثلاً احساس غمگینی یا پوچی) و یا از طریق مشاهده دیگران (مثلاً غمگینی و گریان بودن) اظهار شود.
 ۲. کاهش قابل ملاحظه در علاقه یا احساس لذت نسبت به همه افراد و همه فعالیت‌ها در بیشتر اوقات روز و تقریباً هر روز.
 ۳. از دست دادن میزان قابل ملاحظه‌ای از وزن بدن بدون رژیم غذایی یا افزایش وزن بدن، کاهش یا افزایش اشتها.
 ۴. بی‌خوابی یا پرخوابی هر روز.
 ۵. بی‌قراری یا تاخیرهای روانی - حرکتی تقریباً هر روز.
 ۶. احساس خستگی شدید و نداشتن انرژی تقریباً هر روز.
 ۷. احساس بی‌ارزشی شدید یا احساس گناه افراطی و نامتناسب تقریباً هر روز.
 ۸. کاهش توانایی تفکر یا تمرکز یا بلاتصمیمی تقریباً هر روز.
 ۹. افکار تکراری در مورد مرگ، اندیشه‌پردازی مکرر در مورد خودکشی بدون یک طرح خاص یا اقدام به خودکشی همراه با یک طرح خاص.
- افسردگی علل فراوانی دارد که از جمله می‌توان به ترکیبی از تنیدگی‌ها و تغییرات

1. Depression

2. Grief

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

فیزیولوژیکی در مغز اشاره کرد. بعضی از افسردگی‌ها نیز ارثی هستند که درصد آنها بسیار کم است (کمپ^۱، ۱۹۹۸). این در حالی است که میزان شیوع این اختلال بر اساس اطلاعات DSM-IV در مادام‌العمر برای زنان بین ۱۰ تا ۲۵ درصد و برای مردان بین ۵ تا ۱۲ درصد گزارش شده است. به علاوه حدود ۱۱ درصد از جمعیت سالم امریکا در حد متوسط یا شدیدی از افسردگی رنج می‌برند (کمپ، ۱۹۹۸).

روش‌های درمانی موجود برای درمان این اختلال عبارت‌اند از: دارو درمانی و روان‌درمانگری با استفاده از روش‌های روان‌تحلیل‌گری، شناختی، رفتاری، شناختی- رفتاری و خانواده‌درمانی به صورت ترکیبی، یا به تنهایی (واکر و روبرتس^۲، ۲۰۰۱).

با وجود این که دارو درمانی یکی از شیوه‌های رایج در درمان اختلال‌های عاطفی به خصوص افسردگی است، اما عوارض جانبی نامطلوب این داروها کاربرد آنها را در بسیاری از موقعیت‌ها محدود می‌کند. هم‌چنین مطالعاتی که در زمینه پی‌گیری‌های پس از درمان صورت گرفته است، نشان دهندهٔ نرخ بالای عودت نشانه‌های افسردگی در بیماران افسرده پس از قطع دارو است (دابسون^۳، ۱۹۸۹؛ کریچنر^۴، ۱۹۹۹).

به علاوه در بسیاری از موقعیت‌ها و شرایط طبی، داروها منع مصرف دارند (مایکلسون^۵، ۱۹۹۱؛ به نقل از مک‌گین^۶، ۲۰۰۰).

افزون بر این دیده شده است که افراد افسرده نواقصی را در پردازش اطلاعات دارند که به شیوه‌های منفی تفکر و تمایل آنها به ایجاد و حفظ افسردگی، در هنگام رویارویی با تجارب و وقایع تنش‌زای زندگی منجر می‌شود. هم‌چنین بر طبق نظریه‌های شناختی در مورد افسردگی، افرادی که الگوهای شناختی سازش نیافته دارند، نسبت به ابتلا به افسردگی بسیار آسیب‌پذیر هستند؛ زیرا آنها اطلاعات را درباره خود و تجاربشان به صورت منفی پردازش می‌کنند (بک^۷، ۱۹۸۳).

بر این اساس شناخت- رفتار درمانگری (CBT)^۸ در درمان افسردگی شامل به‌کارگیری راهبردهای خاصی است که بر اصلاح رفتار و پردازشگری اطلاعات

1. Kemp

3. Dobson

5. Mikelson

7. Beck

2. Walker & Roberts

4. Kirichner

6. McGinn

8. Cognitive - Behavior Therapy

افسردگی زا متمرکز است (لویسون^۱، ۱۹۷۵؛ لویسون و همکاران، ۱۹۸۶).

در واقع فلسفه اصلی و زیربنایی این رویکرد بر این اصل مبتنی است که حوادث و اشیاء باعث اختلال و پریشانی نمی‌شوند؛ بلکه نگرش فرد نسبت به این پدیده‌هاست که باعث آشفتگی و نگرانی می‌شود. به علاوه، بر اساس متون و منابع اسلامی نیز شناخت و نگرش فرد، از عوامل و ریشه‌های اصلی آشفتگی‌های روانی است و درمان آن هم با تغییر این نگرش‌ها و به‌کارگیری شیوه‌های اصلاح رفتار میسر می‌گردد؛ بنابراین در بینش اسلامی، شناخت - رفتار درمانگری جایگاه خاصی دارد و روان‌درمانگران و روان‌پزشکان به خوبی می‌توانند از این ابزار در پیش‌گیری، درمان و پی‌گیری بیماری‌های روانی، به ویژه افسردگی بهره‌گیرند (فقیهی، ۱۳۸۰).

با توجه به آنچه ذکر شد، هدف اصلی پژوهش حاضر شناسایی نقش تکنیک‌های شناخت - رفتار درمانگری در درمان افسردگی با تاکید بر دیدگاه اسلامی است.

۲. پیشینه پژوهش

در چند دهه اخیر مطالعات زیادی در مورد کارایی روش‌های شناخت - رفتار درمانگری در درمان افسردگی توسط پژوهش‌گران صورت گرفته است و این درحالی است که شناخت - رفتار درمانگری یکی از شیوه‌های روان‌درمانگری است.

مایکنام^۲ (۱۹۷۷)، اولین کسی است که شناخت - رفتار درمانگری را مطرح کرد. این روش یکی از شیوه‌های روان‌درمانگری است که تکنیک‌های آن به وسیله سازمان مراقبت‌های بهداشتی و مطالعات سیاسی (AHCPR)^۳ به عنوان راهبردهایی مؤثر جهت درمان افسردگی مشخص و پیشنهاد شده است (بریگس^۴ و همکاران، ۲۰۰۰).

مک‌گین (۲۰۰۰) با مروری بر تاریخچه شکل‌گیری شناخت - رفتار درمانگری در درمان افسردگی دریافت که این شیوه درمانی، کارآمدی بسیاری در درمان افسردگی داراست. بریگس و همکاران (۲۰۰۰) نیز جهت مطالعه ۱۹۷ بیمار افسرده، آنها را در دو گروه آزمایشی قرار دادند. هر دو گروه برای مدت ۴ ماه مورد درمان و مطالعه قرار گرفتند. با این تفاوت که بیماران گروه اول با استفاده از فنون شناخت - رفتار درمانگری و

1. Lewinsohn
2. Michenboum.
3. Agency For Health Care and Policy Research (AHCPR).
4. Briggs

بیماران گروه دوم با استفاده از فنون مشاوره غیرمستقیم مورد درمان قرار گرفتند. نتایج نشان داد که آزمودنی‌های گروه اول نسبت به آزمودنی‌های گروه دوم کاهش بیش‌تری را در نشانه‌های افسردگی از خود نشان دادند.

هم‌چنین بیرماهر^۱ و همکاران (۲۰۰۰) تعداد ۱۰۷ بیمار افسرده^{۱۳} تا ۱۸ ساله را به طور تصادفی در سه گروه درمانی قرار داده و مطالعه نمودند. گروه اول با استفاده از تکنیک‌های شناخت - رفتار درمانگری و گروه دوم با استفاده از خانواده‌درمانی توأم با رفتار درمانی و گروه سوم با استفاده از درمان حمایتی^۲ غیرمستقیم مورد درمان قرار گرفتند. نتایج نشان داد که آزمودنی‌های گروه اول نه تنها سریع‌تر درمان شدند، بلکه نشانه‌های افسردگی در آنها کاهش بیش‌تری پیدا کرد.

ادلن، بل و کیدمن^۳ (۱۹۹۹) جهت مقایسه شناخت - رفتار درمانگری گروهی و درمان حمایتی در درمان افسردگی و افزایش عزت نفس بیماران مبتلا به سرطان، تعداد ۶۰ بیمار افسرده مبتلا به سرطان را به طور تصادفی به دو گروه تقسیم کردند. آنها دریافتند، بیمارانی که به صورت گروهی مورد شناخت - رفتار درمانگری قرار گرفته بودند، نسبت به بیمارانی که با استفاده از درمان حمایتی مورد درمان قرار گرفته بودند، کاهش بیش‌تری را در نشانه‌های افسردگی و افزایش بیش‌تری را در میزان عزت نفس از خود نشان دادند.

کلارک^۴ و همکاران (۱۹۹۹) نیز جهت مطالعه^{۱۲۳} نوجوان دارای افسردگی، آنها را به طور تصادفی به ۳ گروه تقسیم کردند. این گروه‌ها عبارت بودند از: شناخت - رفتار درمانگری گروهی، رفتار درمانگری گروهی توأم با خانواده‌درمانی و گروه کنترل که هیچ‌گونه درمان خاصی دریافت نکردند. نتایج نشان دهنده کارایی بیشتر روش‌های شناخت - رفتار درمانگری گروهی در درمان و کاهش نشانه‌های افسردگی نوجوانان بود. درو بیس^۵ و همکاران (۱۹۹۹) نیز در یک فراتحلیل به مقایسه نقش تکنیک‌های شناخت - رفتار درمانگری و دارودرمانی در درمان بیماران مبتلا به افسردگی پرداختند. نتایج فراتحلیل مذکور نشان دهنده کارایی بیش‌تر تکنیک‌های شناخت - رفتار درمانگری

1. Birmaher

2. Supportive Therapy

3. Edelman, Bell & Kidman

4. Clarck

5. Derubeis

در درمان افسردگی بود.

کریچنر^۱ (۱۹۹۹) نیز برای مطالعه ۴۰ بیمار افسرده، آنها را به دو گروه تقسیم کرد. گروه اول به مدت ۲۰ هفته، با مراجعه هر دو هفته یکبار در جلسه‌های ۳۰ دقیقه‌ای با استفاده از تکنیک‌های شناخت - رفتار درمانگری توأم با دارو درمانی مورد قرار گرفتند؛ در حالی که گروه دوم در این مدت فقط تحت درمان دارویی قرار داشتند. نتایج نشان داد که بیماران گروه اول در مقایسه با بیماران گروه دوم بهبودی بیش‌تری پیدا کردند و کاهش بیش‌تری را در نشانه‌های افسردگی از خود نشان دادند. هم‌چنین در یک پی‌گیری دوساله پس از درمان دیده شد که میزان عودت نشانه‌های افسردگی در آزمودنی‌های گروه اول (شناخت - رفتار درمانگری توأم با دارو درمانی) برابر با ۲۵٪ بود؛ در حالی که این میزان در گروه دوم (دارو درمانی به تنهایی) برابر با ۸۰٪ بود.

فوا^۲ (۱۹۹۸) نیز در پژوهشی دریافت که تکنیک‌های شناخت - رفتار درمانگری، فنون کارآمد و مؤثری برای پیش‌گیری از عودت بیماری در بیماران افسرده‌ای است که برای مدتی تحت درمان دارویی قرار گرفته‌اند.

هم‌چنین مورفی و کارنی^۳ (۱۹۹۵) جهت مقایسه شیوه‌های شناخت - رفتار درمانی، رفتار درمانی و دارو درمانی، در درمان افسردگی تعداد ۶۰ بیمار افسرده را به‌طور تصادفی در این سه گروه قرار دادند. نتایج نشان‌دهنده این بود که شناخت - رفتار درمانی نسبت به رفتار درمانی و دارو درمانی کارآمدی بیش‌تری را در درمان افسردگی داراست. دابسون^۴ (۱۹۸۹) نیز در پژوهشی دریافت که شناخت - رفتار درمانگری نسبت به دارو درمانی، درمان کارآمدتری برای درمان افسردگی است.

این از یک سو، و اما از سوی دیگر، تحقیقات نشان داده است که شناخت‌ها و عواطف مذهبی و عمل‌کردها و شیوه‌های رفتاری مورد تأکید دین در بهبودی و یا کاهش بیماری بیماران مبتلا به افسردگی تأثیر قابل ملاحظه‌ای داشته است که اینک به چند تحقیق در این زمینه اشاره می‌شود.

باسکی^۵ (۲۰۰۰) در پژوهشی با هدف بررسی این که آیا عمل‌کردهای مذهبی باعث

1. Kirchner

2. Foa

3. Murphy & Carney

4. Dobson

5. Basky

تسریع بهبودی بیماری‌های روانی می‌شود، تعداد ۸۸ بیمار مبتلا به افسردگی را مورد مطالعه و بررسی قرار داد. نتایج نشان داد آن دسته از بیمارانی که به طور منظم به کلیسا می‌رفتند و به خواندن دعا می‌پرداختند، نسبت به آن دسته از بیمارانی که به کلیسا نمی‌رفتند و دعا نمی‌خواندند، نه تنها سریع‌تر بهبودی یافتند، بلکه کاهش بیش‌تری را در نشانه‌های افسردگی از خود نشان داده، از زندگی خود بیشتر رضایت داشتند و از الکل و مواد مخدر به میزان کم‌تری استفاده می‌کردند.

هاوکینز، تان و ترک^۱ (۱۹۹۹) در مطالعه‌ای باهدف مقایسه‌ی کارایی شناخت - رفتار درمانگری با تأکید بر درمان مذهبی و شناخت - رفتار درمانگری مبتنی بر درمان مراجعان افسرده، تعداد ۲۹ مراجع افسرده بزرگسال (۱۸ مراجع مذهبی و ۱۱ مراجع غیرمذهبی^۲) را مورد مطالعه و بررسی قرار دادند. آنها بدین منظور مراجعان افسرده مذهبی را با استفاده از شناخت - رفتار درمانگری مبتنی بر درمان معنوی و مذهبی مورد درمان قرار دادند؛ اما مراجعان غیرمذهبی را با استفاده از تکنیک‌های شناخت - رفتار درمانگری، درمان نمودند. نتایج نشان‌دهنده‌ی کارایی بیش‌تر روش شناخت - رفتار درمانگری مبتنی بر درمان مذهبی و معنوی در درمان افسردگی بود.

هم‌چنین نتایج گزارش‌های مرکز سلامت روان هاروارد^۳ (۱۹۹۹) نشان‌دهنده‌ی این است که ایمان و اعتقاد مذهبی نقش به‌سزایی در کاهش افسردگی افراد داشته و افراد مذهبی نسبت به افراد غیرمذهبی، به مشاوره‌ها و فنون مذهبی بیشتر پاسخ داده و استفاده از فنون مذهبی برای درمان اختلالات روانی آنها کارآمدی بیش‌تری دارد.

شاددل و نوربالا (۱۳۷۵) در پژوهشی با هدف بررسی تأثیر اعتقادات مذهبی فرد در کاهش ابتلا به افسردگی به این نتایج دست یافتند:

۱. ابتلا به افسردگی در دانش‌آموزان مذهبی‌تر، اعم از پسر و دختر، کمتر است؛ ولی تفاوت آماری معناداری بین افسردگی و اعتقادات مذهبی والدین دانش‌آموزان وجود ندارد.

۲. تفاهم اخلاقی و وابستگی عاطفی به خانواده در دانش‌آموزان والدین مذهبی‌تر بیش‌تر است.

1. Hawkins, Tan & Turk

2. Secular

3. Harvard Mental Health Letter

۳. اشتغال ذهنی نسبت به مسایل جنسی در دانش‌آموزان خانواده‌های مذهبی‌تر کمتر است.

هم‌چنین خدایاری فرد (۱۳۷۹) با معرفی روش مثبت‌نگری^۱ به عنوان یکی از فنون روان‌درمانگری مذهبی، نشان داد که استفاده از این روش نه تنها باعث افزایش احترام به خود و عزت نفس درمان‌جویان می‌شود، بلکه روش کارآمدی جهت درمان اختلال افسردگی، ناسازگاری‌های خانوادگی و اختلالات شخصیتی است.

هدف این مقاله کاربرد شناخت - رفتار درمانگری در درمان افسردگی باتأکید بر دیدگاه اسلامی است. فرایند درمان براساس هدف مذکور شامل دو مرحله کلی است و هر مرحله نیز از زیرمجموعه‌هایی تشکیل شده است. مرحله اول شامل شناخت خود و مرحله دوم شامل تغییر خود است.

۳. شناخت خود

در مرحله شناخت خود، به فرد افسرده کمک می‌شود تا از افکار و نگرش‌های خود، آگاه‌شود و توجه کند که دارای چه نگرش‌ها و باورهایی است. این آگاهی و شناخت می‌تواند زمینه آزادی‌اش را فراهم سازد و خود را از افکار و نگرش‌های نادرست پاکسازی نماید.

چنان‌که در روایات آمده است: «آگاهی فرد را به افکار شایسته راهنمایی و ارشاد می‌کند و از افکار بد رها می‌سازد» (خوانساری، ج ۲، ص ۶۰۳، ش ۶۸۴). نیز آمده است: «شناسنده واقعی کسی است که خود را بشناسد و آزادش کند و از هر چه او را از این معرفت دور می‌کند و یا باز می‌دارد، پاک گرداند.»^۳ (همان، ج ۲، ص ۴۸، ش ۶۸۴) به همین جهت خودشناسی سودمندترین شناخت‌ها دانسته شده است^۴ (همان، ج ۶، ص ۱۴۸).

این مرحله دارای خرده‌مراحل یا گام‌هایی به این شرح است:

1. Positive Thinking

۲. ان العلم یهدی و یرشد و ینجی.

۳. المعارف من عرف نفسه فاعتقها و نزهها عن کل ما یبعدها و یوبقها.

۴. معرفة النفس انفع المعارف.

۳. ۱. آمادگی روانی در جهت بررسی باورها

به منظور بررسی باورها و نگرش‌ها و بازمینی آنها توسط فرد افسرده باید ذهن و عقل او آماده شود؛ زیرا که بازسازی شناختی، حرکتی ذهنی و عقلی است که نیازمند معرفت^۱ (مجلسی، ج ۷۷، ص ۲۶۶) و استبصار^۲ (خوانساری، ج ۳، ص ۴۸، ش ۵۲۳۲ و ج ۲، ص ۱۴۳، ش ۲۱۲۴) است و بدون اندیشیدن و بررسی باورها و نگرش‌ها به دست نمی‌آید. چنان‌که حضرت علی (ع) می‌فرمایند: «از هم اکنون خود را دریاب و به آن نظر افکن زیرا اگر کوتاهی کنی تا افراد بر علیه تو اقدام کنند درهای چاره به رویت بسته می‌شود و چیزی که امروز از تو مورد قبول است فردا نخواهند پذیرفت»^۳. (نهج البلاغه، نامه ش ۶۵) این آماده‌سازی ذهنی و عقلی با فتونی از این قبیل انجام می‌گیرد:

۱. به هریک از افکار خود توجه کند و روی آن اندیشه‌ای دقیق بنماید. اندیشیدن آینه شفاف کننده افکار است.^۴ (خوانساری، ج ۱، ص ۲۳۱، ش ۹۳۵)

۲. دلیل هریک از افکار خود را از خود بپرسد. در این شیوه درمانگر کمک می‌کند تا نارسایی دلیل وی بر افکار غیرمنطقی‌اش بر او کشف گردد. «اندیشیدن عقل‌ها را جلا می‌دهد.»^۵ (همان، ص ۲۳۲، ش ۹۳۵) و «رویه و بررسی ریشه‌های اندیشه می‌تواند انسان را به اندیشه‌های صحیح و درست برساند.»^۶ (همان، ص ۳۱۱، ش ۱۱۸۷)

۳. از بیرون، نقش تماشاگر را نسبت به خود و افکار خود داشته باشد؛ یعنی ملاحظه کند، این افکار اگر برای دیگری بود، او آنها را چگونه ارزیابی می‌کرد. آیا غیر از این نمی‌اندیشید و منطقی‌تر فکر نمی‌کرد؟ «با اندیشیدن درایت عقلی اصلاح و متکامل می‌شود.»^۷ (همان، ج ۳، ص ۲۰۶، ش ۴۲۱۶)

۱. مَا مِنْ حَرَكَةٍ اِلَّا وَاَنْتَ مُحْتَاجٌ فِيهَا اِلَى مَعْرِفَةٍ؛ هیچ حرکتی نایل به مقصود نیست ترا مگر آن که در آن حرکت نیازمند به معرفت و شناخت هستی.

۲. «رَأْسُ اِلِسْتِبْصَارِ الْفِكْرَةِ؛ سرچشمه استبصار اندیشه و فکر است» (خوانساری، ج ۳، ص ۴۸، ش ۵۲۳۲) و نیز «اَلْفِكْرُ يُوْجِبُ اِلِغْتِبَارًا وَ يُوْثِقُ الْعِيَانَ وَ يَنْمِرُ اِلِسْتِظْهَانَ؛ اندیشیدن باعث می‌گردد معرفت و نگرش فرد از اعتبار برخوردار شود و از لغزش مصون بماند و متمرکز شود.» (همان، ج ۲، ص ۱۴۳، ش ۲۱۲۴)

۳. فَمِنْ اَلْاَن فَتَدَارِكُ نَفْسَكَ وَ اَنْظُرْ لَهَا فَانْكَ اِنْ فَرَطْتَ حَتَّى يَنْهَدَ (بِنَهْضِ) اِلَيْكَ عِبَادُ اللّٰهِ اُرْتَجَتْ عَلَيْكَ اَلْاُمُورُ وَ مُنِعَتْ اَمْرًا هُوَ مِنْكَ اَلْيَوْمَ مَقْبُولٌ....

۴. اَلْفِكْرُ مِرَاةٌ ضَايِفَةٌ. ۵. اَلْفِكْرُ جَلَاءُ الْعُقُولِ.

۶. اَلصَّوَابُ مِنْ فُرُوعِ الرُّوْيَةِ. ۷. بِالْفِكْرِ تَصْلَحُ الرُّوْيَةُ.

۴. کمک به درمان‌جو جهت بررسی عمیق‌تر علل و عوامل بروز حادثه یا شکست، غیر از آنچه به خود یا دیگری نسبت داده و نگرش منفی در او پدید آورده است. مثلاً به جای این که خود و یا دیگری مسئول بشمارد، عملکرد خویش را مورد سئوال قرار دهد و کوتاهی خود را در عمل از عوامل بروز مشکل بداند^۱ (نهج البلاغه، حکمت ۱۲۷) و نه تالایق بودن خویش را. در حقیقت به برداشت‌ها و تفسیرهای دیگر از واقعیت را توجه نماید. «درستی اندیشه در سایه توجه به برداشت‌ها و اندیشه‌های دیگران و بررسی آنها به دست می‌آید.»^۲ (خوانساری، ج ۴، ص ۲۰۱، ش ۵۸۲۳)

۳.۲. تشخیص درست از نادرست

در این مرحله به درمان‌جو بیش‌تر کمک می‌شود تا افکار ناصواب را از افکار صواب و منطقی تشخیص دهد^۳ (همان ج ۴، ص ۵۸۶) و این احتمال را بدهد که ممکن است افکار ناصواب داشته باشد^۴ (همان ج ۲، ص ۲۶۷).

در این زمینه، حضرت علی (ع) می‌فرماید: «در وصف برادر خدایی خود می‌فرماید او هرگاه دو چیز برایش پیش می‌آمد، می‌اندیشید که کدام به هوی و هوس نزدیک‌تر است، با آن مخالفت می‌ورزید. بر شما باد به داشتن این شیوه نیک از یکدیگر در داشتن آن سبقت گیرید و اگر قدرت انجام همه آنها را ندارید، بدانید انجام کمی از آن بهتر از ترک بسیار است.»^۵ (نهج البلاغه، حکمت ۲۸۹، ش ۵ و ۶)

۳.۳. پذیرش افکار خطایی در خویش

فراهم کردن زمینه پذیرش افکار خطایی در فرد افسرده شامل مراحل زیر است:

۱. من قصر فی العمل ابتلی بالهم؛ کسی که در فعالیت کوتاهی کند، به غم و افسردگی دچار می‌شود.
۲. صواب الرأی باجالة الأفكار.
۳. کفاک من عقلک ما أبان لک رشدک من غیک؛ عقل تو آن قدر باید توانمند گردد که افکار درست تو را از افکار نادرستت جدا سازد.
۴. اتهموا عقولکم فانه من الثقة بها یكون الخطاء؛ استدلال‌های خود را متهم بسازید و باور داشته باشید که شاید درست نباشند؛ زیرا که به همان میزان اعتماد به آنها احتمال خطا نیز وجود دارد.
۵. کَانَ لِي فِيهَا مَضَىٰ أَحْ فِي اللَّهِ... وَ كَانَ إِذَا بَدَّهْ أَمْرَانِ يَنْظُرُ أَيُّهُمَا أَقْرَبُ إِلَى السَّهْوِيِّ فَيُخَالِفُهُ فَعَلَيْكُمْ بِهَذِهِ الْخُلَاقِ (الاخلاق) فَالزُّمُوها وَ تَنَافَسُوا فِيها، فَإِنْ لَمْ تَسْتَطِيعُوا فَاعْلَمُوا أَنَّ أَحْذَ الْقَلِيلِ خَيْرٌ مِنْ تَرْكِ الْكَثِيرِ....

۱. گفتگوها، پرسش‌ها و پاسخ‌ها و رهنمودهای منطقی تا درمان‌جو ناصواب بودن افکار خویش را باور نماید. ارزیابی نتایج و عوارض هریک از افکار درمان‌جو و مقایسه افکار منطقی و غیرمنطقی وی، در رسیدن به این باور کمک می‌نماید. در این صورت است که زمینه‌ای فراهم می‌شود تا از این افکار دست بردارد.^۱

۲. نکته دیگری که در این زمینه مفید واقع می‌شود، این است که درمان‌جو بفهمد بسیاری از افکار او منشأ ظنی دارد و نه یقینی^۲ (همان، ج ۱، ص ۳۷۰). او آن افکار را به تقلید از دیگران پذیرفته است و خود، فکر عمیق در آنها نکرده است و با فکر عمیق و درایت و فهم می‌تواند به نادرستی آن افکار پی ببرد و از آن دست بردارد و اصولاً افکاری علم محسوب می‌شود که دقیق فهم شده باشد^۳ (همان، ج ۱، ص ۱۸، ش ۳۸) و صحت و درستی آن را به عقل یافته باشد و با درایت و نه با روایت چیزهایی را که می‌شنود، ادراک نماید^۴ (همان ج ۲، ص ۲۶۰، ش ۲۵۵۲) و بینا کسی است که حرف‌ها را می‌شنود و در آنها می‌اندیشد و به بصیرت و شناخت صحیح می‌رسد^۵ (نهج البلاغه، خ ۱۵۳، ش ۳).

۳. به درمان‌جو توجه داده شود که چه بسیار افکاری که خود نیز آن را صحیح می‌داند، ولی در واقع اشتباه است؛ چرا که چه بسیار افراد بصیر و متفکر هم اشتباه می‌کنند^۶ (خوانساری، ج ۴، ص ۷۹، ش ۵۳۶۸)؛ از این رو احتمال نادرستی افکار درمان‌جو وجود دارد و می‌طلبد که به بررسی و تجدید فکر اقدام نماید و در این بررسی و تجدید نظر از رهنمودهای مشاور و روان‌شناس برخوردار شود.

۳.۴. دوری از افکار غیر رشدی
درمان‌جو پس از تشخیص و باور نسبت به افکار غیر رشید خویش، با کمک روان‌شناس و مشاور از آن افکار پرهیز نماید و نگذارد ذهنش به آنها مشغول شود و عواطف و

۱. مَنْ لَمْ يَعْرِفْ مَضْرَبَةَ الشَّرِّ لَمْ يَقْدِرْ عَلَى الْإِمْتِنَاعِ بِهِ؛ کسی که زبان و بدی «فکر ناصواب» را نشناسد نمی‌تواند از آن دست بردارد (همان، ج ۵، ص ۴۱۹، ش ۹۰۰۸) و نیز مَنْ عَرَفَ كَفًّا؛ کسی که (افکار

ناصواب و بدیها را) درست بشناسد از آنها دست بر می‌دارد. (همان، ج ۵، ص ۱۳۵، ش ۷۶۴۵)

۲. الظَّنُّ يُخْطِئُ وَ الْيَقِينُ يُصِيبُ وَ لَا يُخْطِئُ؛ ظن و گمان خطا بردار است و یقین نوعاً به راه درست

هدایت می‌کند و خطا ندارد. ۳. اَلْعِلْمُ بِالْفَهْمِ.

۴. اِعْقَلُوا الْخَيْرَ اِذَا سَمِعْتُمُوهُ عَقْلٌ دِرَایَةٌ لِأَعْقَلِ رَوَایَةٍ...

۵. فَإِنَّمَا الْبَصِيرُ مَنْ سَمِعَ فَتَفَكَّرَ وَ نَظَرَ فَأَبْصَرَ.

۶. رَبِّمَا أَخْطَأَ الْبَصِيرُ رُشْدَهُ.

احساسات و رفتارش را تحت تأثیر قرار دهد^۱ (همان، ج ۵ ص ۳۹۶)؛ بلکه تصمیم بگیرد این افکار را از خود دور نماید. در غیر این صورت مشکلات روانی همچنان باقی می‌ماند و چه بسا شدت پیدا می‌کند.

امام علی (ع) به همین عوارض افکار غیر رشدی (غیبی)، در صورت ادامه یافتن اشاره می‌کند و می‌فرماید: «گرفتاری‌ها و ناراحتی‌ها برای کسی است که به ضلالت و افکار انحرافی ادامه می‌دهد و به نگرش و باور رشدی بر نمی‌گردد.»^۲ (همان ج ۶، ص ۲۲۷) همچنین به وی توجه داده می‌شود که با رشد فکری از آن چه گرفتار آن شده، می‌تواند رهایی یابد^۳ (همان، ج ۳، ص ۲۹۶). نیز در این زمینه می‌فرماید: «کسی که چیزی را متفور دارد، نگاه کردن و یادآوری آن را نیز متفور می‌شمارد^۴ (نهج البلاغه، خ ۱۶۰، ش ۳۰).

۵.۳. پذیرفتن رابطه نگرش‌های منفی با افسردگی

کمک به درمان‌جو تا رابطه افسردگی خویش را با افکار غیر منطقی اش بفهمد. مثلاً بداند که این فکر و باور که «من از ارزش و عزت برخوردار نیستم»، با عدم ابراز عقیده در شرایطی که می‌توان به صورت طبیعی ابراز عقیده کرد، همراه است.

نیز بداند، کسی که دیگران را شایسته می‌داند و هر چه را آنها داشته باشند، ارزنده تلقی می‌کند و اندیشه «مرغ همسایه غاز است» را در سر دارد و خود را شایسته و با ارزش نمی‌بیند، خواه ناخواه اندوه او را فرا می‌گیرد و به تدریج افسرده می‌شود^۵ (مجلسی، ج ۷۷، ص ۱۱۶).

۱. مَنْ اسْتَعَانَ بِذَوِي الْأَلْبَابِ سَلَكَ سَبِيلَ الرُّشَادِ؛ کسی که از متخصصان خردمند کمک بگیرد، راه رشد را خواهد رفت.

۲. وَيَلْ لِمَنْ تَمَادَى فِي غَيْبِهِ وَ لَمْ يُضَيِّئِي إِلَى الرُّشْدِ.

۳. تَحَرَّ مِنْ أَهْرِكِ مَا... يَقْبِيئِي إِلَيْكَ بِرُشْدِكَ؛ کوشش کن از آن چه نامعقول و ناصواب است، خود را رها کنی و به رشد و صواب برگردی.

۴. مَنْ أَبْغَضَ شَيْئًا أَبْغَضَ أَنْ يَنْظُرَ إِلَيْهِ وَ أَنْ يَذْكَرَ عِنْدَهُ.

۵. قال النبي (ص): مَنْ رَمَى بِبَصَرِهِ إِلَى مَا فِي يَدِ غَيْرِهِ كَثُرَ هَمُّهُ وَ لَمْ يَشْفِ غَيْظُهُ وَ مَنْ نَظَرَ إِلَى مَا فِي أَيْدِي النَّاسِ، طَالَ حَزْنُهُ وَ دَامَ أَسْفُهُ؛ کسی که چشمش را به دست، قدرت و امتیازات دیگران بدوزد و او را با ارزش‌تر از خود بداند، اندوهش زیاد می‌شود و ناراحتی اش بهبود نمی‌یابد و کسی که بنگرد به آن چه مردم دارند و آن را با ارزش‌تر از خود تلقی نماید، غمگینی او طولانی می‌شود و تأسفش

۲. تغییر خود

در مرحله تغییر خود به درمان جو کمک می شود که این فعالیت ها را انجام دهد:

۱.۲. جایگزینی افکار صواب به جای ناصواب

به درمانجو کمک می شود تا افکار درست و منطقی را بیابد و آنها را جایگزین افکار ناصواب و غیرمنطقی اش بنماید. افکار منطقی و یقینی ریشه افسردگی را می خشکاند. امام علی (ع) می فرماید: «شناخت یقینی درمان خوبی برای افسردگی است»^۱

در احادیث متعددی بر این امر تأکید شده است که شناخت واقع بینانه، صحیح و معرفت نیکو افسردگی را می زداید. در این زمینه نیز امام علی (ع) می فرماید: «اندوه ها و افسردگی هایی را که بر اثر عواملی در تو پدید آمده است، با پرورش نیروی مقاومت و صبر در برابر نامایمات و شکست ها و مشکلات و با شناخت یقینی نیکو از بین ببر»^۲ (نهج البلاغه، نامه ۳۱)

از این حدیث چند نکته روان شناختی برداشت می شود: ۱. افسردگی ها عارضی هستند و معلول علل و عوامل متعددی می باشند (وَارِدَاتِ الْهُمُومِ). ۲. عدم شناخت یا عدم معرفت واقع بینانه و یا شناخت غیر نیکو در پدید آمدن افسردگی مؤثر است (وَارِدَاتِ الْهُمُومِ... حُسْنِ الْيَقِينِ). ۳. راه های درمان افسردگی متعدد است که از آن جمله تقویت اراده، پرورش نیروی مقاومت و صبر، شناخت درمانی و رشد معرفت یقینی نیکو است (بِعَزَائِمِ الصَّبْرِ وَ حُسْنِ الْيَقِينِ).

۲.۲. آگاهی از رابطه افکار رشدی با آرامش روانی

بالا بردن رشد عقلی درمانجو و کمک به وی در یافتن این حقیقت که با خوگرفتن با افکار

ادامه می یابد.

۱. نِعْمَ طَارِدِ الْهُمُومِ الْيَقِينِ (هندی، ج ۱۶، ص ۱۸۱) و در نهج البلاغه نیز آمده است: إِنَّ اللَّهَ جَعَلَ الرُّوحَ وَ الْفَرَجَ فِي الرِّضَا وَ الْيَقِينِ؛ خدا آرامش و شادی و پیروزی را در رضامندی و یقین قرار داده است (خ ۷۳۳۳) و در شرح غرر آمده است: طوبی لمن بوشر قلبه ببرد اليقین؛ خوشا به حال کسی که دلش را با سردی یقین شادمان می سازد (ج ۴ ص ۲۴۵، ش ۵۹۶۸) و من ایقن ینج؛ کسی که دارای فکر و باور یقینی شود نجات می یابد (همان، ج ۱۴۹۵، ش ۷۷۲۰).

۲. اِطْرَحْ عَنْكَ وَاِرِدَاتِ الْهُمُومِ بِعَزَائِمِ الصَّبْرِ وَ حُسْنِ الْيَقِينِ.

رشدی، تردیدها برطرف می‌شود^۱ (خوانساری، ج ۳، ص ۲۲۰، ش ۴۲۷۱) و به فکر و نظر بهتری می‌رسد^۲ (همان ج ۵، ص ۱۵۵، ش ۷۷۵۷) و او را از جهت عاطفی و احساسی به آرامش می‌رساند^۳.

حضرت علی (ع) در این باره می‌فرمایند:

آنان درباره خود فکر کرده و به بینش رسیده‌اند؛ همان گونه که تو می‌اندیشی. آنها پس از فکر و اندیشه‌ورزی به این جا رسیده‌اند که آن چه را به خوبی شناخته‌اند، بگیرند و آن چه را که مکلف نیستند، رها سازند و اگر روایت از قبول این ابا دارد که تا همانند آنها آگاهی نیابی، اقدام نکنی، می‌بایست از راه صحیح این راه را ببویی، نه این که خود را به شبهات بیفکنی و یا به دشمنی‌ها تمسک جویی. اما قبل از آن که در طریق آگاهی در این باره گام نهی از خداوندت استعانت بجوی و در توفیق خود در این راه رغبت و میل نشان بده و هرگونه عاملی را که موجب اخلال در افکار صحیح تو می‌شود یا تو را در شبهه می‌افکند، یا تو را تسلیم گمراهی می‌سازد، رها کن... (نهج البلاغه، نامه ۳۱)

۳.۲. پیش‌گیری از عود افکار غیر رشدی

پیش‌گیری از بروز دوباره افکار غیر منطقی در ذهن از این طرق صورت می‌گیرد:

۱. تکرار اندیشه‌های عمیق منطقی. امام علی (ع) می‌فرماید: «اندیشیدن مکرر پایانه‌های سالم و صحیح به جای خواهد گذاشت.»^۴ (همان، ج ۳، ص ۲۳۹، ش ۴۳۴۸) و «استمرار اندیشیدن و دور نگهداشتن خود از افکار نامطلوب باعث مصونیت از لغزش و نجات از افکار ناصواب است.»^۵ (همان، ج ۴، ص ۲۲، ش ۵۱۴۹) و «کسی که اندیشیدنش طولانی باشد، بصیرت و بینش او نیکو می‌شود.»^۶ (همان، ج ۵، ص ۲۷۲، ش ۸۳۱۹) و «کسی که در معلومات و افکارش زیاد بیندیشد، علمش متقن می‌شود و آن چه را نمی‌فهمیده

۱. بِتَكَوَّرِ الْفِكْرِ يَنْجَابُ الشُّكَّ؛ با اندیشیدن مکرر تردید و شک از بین می‌رود.

۲. مَنْ طَالَ فِكْرُهُ حَسِنَ نَظَرُهُ؛ کسی که فکر و اندیشه‌اش طولانی و عمیق بشود به نظر نیکو می‌رسد.

۳. تَمَرَّتْ أَلْفِكْرٍ السَّلَامَةُ؛ میوه اندیشه آرامش است (همان، ص ۳۳۳، ش ۴۵۹۵) و أَضَلُّ الْعَقْلُ الْفِكْرُ وَ

تَمَرَّتْ السَّلَامَةُ؛ اساس خردمندی اندیشه است و نتیجه آن آرامش روان است. (همان، ج ۲، ص ۴۱۷،

ش ۳۰۹۳). ۴. بِتَكَوَّرِ الْفِكْرِ تَسْلِمُ الْعَوَاقِبُ.

۵. دَوَامُ الْفِكْرِ وَالْحَذَرُ يُؤْمِنُ الرُّكْلَ وَ يُنْجِي مِنَ الْغَيْرِ.

۶. مَنْ طَالَتْ فِكْرَتُهُ حَسِنَتْ بَصِيرَتُهُ.

می فهمد.»^۱ (همان، ج ۵، ص ۳۹۷، ش ۸۹۱۷)

۲. اشتغال ذهنی به ذکر و توجه قلبی به پروردگار. امام علی (ع) می فرماید: «ذکر خدا بینش ها را جلا می دهد و باطن ها را نورانی می کند»^۲ (همان، ج ۱، ص ۳۶۲، ش ۱۳۷۷) و «ذکر باعث راهنمایی خردها و بینایی دل هاست.»^۳ (همان، ج ۱، ص ۳۶۹، ش ۱۴۰۳) و «ذکر باعث نورانیت و درخشندگی خرد و زندگی دل ها و جلای سینه هاست.»^۴ (همان، ج ۲، ص ۱۰۸، ش ۱۹۹۹)

۳. پرورش عزت نفس در فرد و ایجاد باور بر این که افکار غیرمنطقی شایسته او نیست. عزت نفس وقتی رشد می یابد که هدایت افکار را به عقل ناب بسپارد و خوب و شایسته فکر کند تا حق برایش روشن شود و با روشن شدن فکر حق، آن را بپذیرد و بر آن تکیه کند و از روی آوردن به افکار موهوم و غیرمنطقی دوری نماید. امام صادق (ع) می فرماید: «عزت و ارزشمندی تو به این است که وقتی حق برایت روشن شد بپذیری و سرباز نرنی.»^۵ (مجلسی، ج ۷۸، ص ۲۲۸، ح ۱۰۵) و به میزانی که آن اتکا و این بر حذر بودن، در فرد بیشتر راه پیدا کند، به درجات بالاتر عزت نائل می گردد. امام علی (ع) می فرماید: شما بندگان خدا را به تقوا و صعود به مراتب و درجات عزت سفارش می کنم.»^۶ (نهج البلاغه، حکمت ۳۷۱) و در صورتی که فرد از عزت نفس بالایی برخوردار گردد، تکیه بر افکار غیرمنطقی و نادرست را شایسته خویش نمی بیند و کوشش می کند بر افکار معقول و منطقی تمرکز داشته باشد.

برای پرورش عزت نفس در مراجع از تکنیک ها و فنون زیر استفاده می شود.

۱. مثبت نگری^۷ یا شناخت نقاط قوت افراد، در این روش درمانی، مراجع تشویق می شود تا تجربه های مثبت و خوب خود را بازشناسی کند و نقش آنها را در افزایش احترام به خود و ارتقای عزت نفس بازبایی کند. این تکنیک می تواند به دو صورت فردی و خانوادگی اجرا شود و شامل این مراحل است:

در مرحله اول از مراجع خواسته می شود تا نقاط قوت خود را نام ببرد.

۱. مَنْ أَكْثَرَ الْفِكْرَ فِيمَا تَعَلَّمَ اتَّقَنَ عِلْمَهُ وَ فِهِمْ مَالَمْ يَكُنْ يَفْهَمُ.

۲. الذِّكْرُ جَلَاءُ النَّبْضَاتِ وَ نُورُ السَّرَائِرِ. ۳. الذِّكْرُ هِدَايَةُ الْعُقُولِ وَ تَبْصِيرَةُ النُّفُوسِ.

۴. الذِّكْرُ نُورُ الْعَقْلِ وَ حَيَاةُ النُّفُوسِ وَ جَلَاءُ الصُّدُورِ.

۵. الْعِزُّ أَنْ تَذِلَّ لِلْحَقِّ إِذَا لَزِمَكَ. ۶. أَوْصِيكُمْ عِبَادَ اللَّهِ بِتَقْوَى اللَّهِ... وَ مَنَازِلِ الْعِزِّ.

در مرحله دوم و در طی چندین جلسه از مراجع خواسته می‌شود، حداقل ۱۰ تا ۱۵ تجربه خوب را که از آن احساس شادی و غرور می‌کند، نام ببرد.

در مرحله سوم از مراجع خواسته می‌شود که به نقاط قوت قابل اتکایی اشاره کند که در این تجارب خوشایند از آنها استفاده کرده است.

در مرحله چهارم از مراجع خواسته می‌شود، تا نقاط قوت مشخص شده خود را به ترتیب اولویت معین کند و پنج تا هشت توانمندی را که نقاط قوت قابل اتکا خواننده می‌شود، برگزیند.

در آخرین مرحله از مراجع خواسته می‌شود، شواهد و معیارهایی را دال بر این که با ارزش‌ترین و معتبرترین نقاط قوت او قابل اتکا هستند، ارائه دهد (خدایاری فرد، ۱۳۷۹).

۲. جلب توجه مراجع به این حقیقت که انسان برجسته‌ترین مخلوق و اشرف مخلوقات است؛ زیرا خداوند روح را مستقیماً خود آفریده و انتصاب مستقیم به خداوند دارد و این از ارزشمندی بالای او حکایت دارد (سجده، آیه ۱۰)^۱

۳. تأکید بر این موضوع که احساس عزت بنده، مطلوب پروردگار است و احساس ذلت او مورد بی‌مهری خداوند است و به همین دلیل یکی از ویژگی‌های اساسی افراد مؤمن، دارا عزت نفس بودن، دانسته شده است.^۲ (محمدی ری‌شهری، ج ۶، ص ۲۸۸، ش ۱۲۵۳)

۴. معرفی اسوه‌های عزت نفس و نشان دادن افکار و رفتارهای ارزشمند آنان.

۵. فراهم ساختن امکانات برای موفقیت در کارها.

۳. روش پژوهش

در پژوهش حاضر دو آزمودنی بزرگسال که بر اساس نتایج مصاحبه بالینی، آزمون افسردگی بک، توجه به ملاک‌های DSM-IV و نظر روان‌پزشک مبتلا به افسردگی شدید بودند، بر اساس فرایند پیش‌گفته مورد مطالعه و درمان قرار گرفتند.

طی جلسه‌های درمانی برای هر آزمودنی دو مرتبه آزمون افسردگی بک اجرا و تفسیر شد: یک بار قبل و یک بار پس از درمان. پس از تشخیص افسردگی در آزمودنی‌ها، هر دو آزمودنی با استفاده از روش شناخت-رفتار درمانگری مبتنی بر متون و منابع اسلامی

۲. فالمؤمن یكون عزیزاً و لا یكون ذلیلاً....

۱. و نفع فیه من روحه.

مورد درمان قرار گرفتند.

۴. مشخصات آزمودنی‌ها

آزمودنی اول، خانم ح.ج.ن، ۳۸ ساله، متأهل، میزان تحصیلات دیپلم، خانه‌دار، دارای یک دختر ۱۸ ساله و یک پسر ۱۲ ساله که به ترتیب در مقطع پیش‌دانشگاهی و راهنمایی مشغول به تحصیل هستند.

آزمودنی دوم، خانم س.ج، ۳۴ ساله، متأهل، میزان تحصیلات دیپلم، خانه‌دار، دارای یک دختر ۱۸ ساله و دو پسر ۱۷ و ۷ ساله که به ترتیب در مقطع پیش‌دانشگاهی، دبیرستان و ابتدایی مشغول به تحصیل هستند.

درمان آزمودنی اول، طی ۱۷ جلسه با مراجعه هر هفته یک‌بار و درمان آزمودنی دوم طی ۷ جلسه با مراجعه هر هفته یک‌بار صورت گرفته است.

۵. تدابیر درمانی

مراجع اول، در اولین جلسه درمانی اظهار کرد:

به شدت افسرده هستم. چندین مرتبه به روان‌پزشک مراجعه کردم و او دارو تجویز کرد؛ اما من هیچ تمایلی به استفاده از داروها نداشتم و هرگز از آنها استفاده نکردم. یکی از مشکلاتم بی‌خوابی شدید است و هیچ‌گونه رابطه‌ای با همسر ندارم. احساس می‌کنم که صبر و تحمل من به اتمام رسیده است؛ چون ۲۰ سال است که تمامی این مشکلات را تحمل کرده‌ام (مراجع به شدت گریه می‌کرد). همیشه شوهرم عقایدش را به من تحمیل می‌کرد. او فردی مشروب‌خوار است و این رفتار او مرا به شدت آزار می‌دهد. از سوی دیگر چندسال اول ازدوایم را با خانواده شوهرم زندگی می‌کردم که آنها فشارهای زیادی به من تحمیل کردند. اغلب اوقات به خودکشی می‌اندیشم و دوست دارم که خودکشی کرده و بمیرم.....

در دومین جلسه درمانی، ابتدا آزمون افسردگی بک (فرم کوتاه و بلند آزمون بک) برای مراجع اجرا و سپس تفسیر گردید. نتایج آزمون نشان‌دهنده وجود افسردگی شدید مراجع بود؛ به طوری که نمره وی در فرم بلند آزمون ۳۶ و در فرم کوتاه آزمون ۱۸ بود. مراجع نیز صحت نتایج را تأیید نموده و اظهار کرد: هیچ‌گاه احساس شادی و خوشحالی نمی‌کنم و اگر یکبار احساس شادی داشته باشم، کوچکترین چیزی مرا ناراحت کرده و

به حالت اولم باز می‌گردم.

در این مرحله از درمان، از مراجع خواسته شد تا افکار خود را بازگو کند و به مثبت و منفی خود و نگرش درست و نادرست خود اندیشیده و آنها را مورد بازبینی قرار دهد. او اظهار کرد که تمام وجودش پر از افکار منفی است؛ از جمله این که فکر می‌کرد، باید همیشه برای مردم زندگی کند و برای دیگران نسبت به فرزندان خود سخت‌گیری نماید. از مراجع خواسته شد تا به صورت هفتگی فرم افکار مثبت و منفی را تکمیل کرده و به ورزش‌هایی چون پیاده‌روی و شنا بپردازد.

در جلسات بعدی مراجع پذیرفت که افسردگی وی با افکار منفی او رابطه دارد. اظهار کرد تمایل دارد که افکار منفی خود را به افکار مثبت تبدیل نماید و تا حدودی احساس بهبودی می‌نماید.

در این مرحله از مراجع خواسته شد تا افکار و نگرش‌های خود را مورد بازبینی قرار داده، به آنها توجه کند و سعی کند که نقش تماشاگر را نسبت به افکار و نگرش‌های خود داشته باشد و به تجزیه و تحلیل علل و عوامل بروز ناراحتی‌های خود از جمله افسردگی و اندوه مفرط خود بپردازد.

پس از این مرحله مراجع اظهار کرد که در تبدیل نقاط منفی خود به نقاط مثبت موفق بوده‌ام و احساس شادی می‌کنم، اما مشروب‌خواری همسرم همچنان ادامه دارد و مرا آزار می‌دهد.

در این مرحله از درمان طی جلسه‌ای با حضور زن و شوهر مثبت‌نگری خانوادگی اجرا شد و از شوهر خواسته شد جهت کاهش افسردگی همسر خود حتی‌الامکان مشروب نخورد. هم‌چنین طی جلسه‌ای انفرادی از مراجع خواسته شد تا رفتار مشروب‌خواری همسر خود را با بی‌تفاوتی نسبت به این رفتار او خاموش ساخته و رفتارهای مثبت همسر خود را با محبت، مهربانی و توجه زیاد به وی، تشویق نماید.

از سوی دیگر در این مرحله درمان وارد مرحله دوم خود یعنی تغییر خود شده و از مراجع خواسته شد افکار نادرست خود را بازشناسی کرده و آنها را با افکار درست و منطقی جایگزین نماید. مراجع اظهار کرد: ریشه تمام مشکلاتم در بی‌اعتمادی به همسرم بوده است. حالا که می‌بینم همسرم خودش را عوض کرده و کمتر مشروب می‌خورد، دوست دارم خود را تغییر داده و به همسرم نزدیک‌تر شوم و کمتر احساس ناامیدی و پوچی می‌کنم.

در جلسات بعدی مراجع اظهار کرد که دیگر احساس غمگینی ندارم و احساس آرامش می‌کنم و این آرامش خود را مدیون درست‌اندیشیدن و منطقی بودن خود

می دانم؛ زیرا با برخورد صحیح با همسر و مشروب خواری او، اکثر مشکلات ما حل شده است. در این مرحله به مراجع آموزش داده شد که از هجوم افکار نادرست به ذهن خویش جلوگیری نماید و هنگام بروز مشکلات به تجزیه و تحلیل عوامل ایجادکننده مشکل پرداخته، سعی کند که راه حل درستی برای آن بیابد و خود را مقصر نداند.

در جلسات بعدی مراجع اظهار کرد که حالش کاملاً خوب است و همه چیز را مثبت و خوب می بیند و احساس شادی کرده و به زندگی امیدوار است.

در جلسه ماقبل آخر مجدداً آزمون افسردگی بک برای مراجع اجرا و تفسیر شد. نتیجه آزمون نشان دهنده وضعیت عادی وی بود؛ به طوری که نمره مراجع در فرم بلند آزمون ۶ و در فرم کوتاه آزمون برابر صفر بود.

در جلسه آخر مراجع ضمن مروری بر جلسات درمانی، و ابراز خوشحالی از این که زندگی او به حالت اول بازگشته است، از درمانگر تشکر کرد.

شایان ذکر است که آزمودنی تا ۸ ماه مورد پی گیری پس از درمان بود و تاکنون هیچ نشانه ای از عودت افسردگی در او مشاهده نشده است.

مراجع دوم در اولین جلسه به درمانگر اظهار کرد:

۱۴ ساله بودم که با همسر که ۱۸ سال داشت، ازدواج کردم. زمان بارداریم، شوهرم به ترکیه رفت. شغلش را از دست داد و من دچار مشکل شدم. اکنون نیز اضطراب دارم. آرام و قرار ندارم. نمی توانم خوب بخوابم. همیشه غمگین و ناراحت هستم. افسرده و عصبی ام و هیچ انگیزه ای برای زنده بودن ندارم. همیشه دوست دارم گریه کنم و اگر ترسی از خداوند نداشتم حتماً خودکشی می کردم (مراجع به شدت گریه می کرد). دائماً منتظر مرگ هستم و تنها آرزویم مردن و نبودن است؛ چون دیگر تحمل این زندگی را ندارم.....

در دومین جلسه درمانی ابتدا به مراجع آزمون افسردگی بک (فرم کوتاه و بلند آزمون) انجام شده و سپس نتایج آن برای او تفسیر گردید. نتایج آزمون نشان داد، آزمودنی باتوجه به کسب نمره ۲۵ در فرم کوتاه و نمره ۳۰ در فرم بلند از افسردگی شدید رنج می برد. مراجع نیز صحت نتایج آزمون را تأیید کرد و اظهار نمود، اگرچه همسر فرد خیر است و از لحاظ مالی وضع خوبی دارد؛ اما من همیشه به او شک دارم و از روابط او با زن های دیگر ناراحت هستم و همین موضوع مشکل مرا تشدید می کند و مرا در زندگی ناامیدتر می کند.

در این مرحله از درمان به مراجع کمک شد تا با شناسایی افکار و نگرش‌های مثبت و منفی خود به خودشناسی رسیده و نگرش‌های خویش را مورد بازبینی قرار دهد. بدین منظور از مراجع خواسته شد تا فرم افکار مثبت و منفی را به صورت هفتگی تکمیل نماید و بر افکار مثبت خود تمرکز داشته باشد و همزمان به فعالیت‌های ورزشی چون پیاده‌روی و شنا پردازد.

در جلسات بعدی مراجع اظهار کرد که تا حدودی احساس بهتری دارد. روابطش با همسرش بهتر شده است. کمتر به او شک می‌کند و به زندگی علاقه‌مندتر شده است. طی مراحل بعدی از مراجع خواسته شد تا به تجزیه و تحلیل علل وقایع و مسایل پردازد و نقش تماشاگر نسبت به خود و افکار خود داشته باشد و به بررسی عمیق‌تر علل و عواملی پردازد که موجبات افسردگی او را فراهم آورده‌اند و به شکل‌گیری نگرش‌های نادرست در وی منجر شده‌اند.

مراجع در جلسات بعدی اظهار کرد که احساس بهبودی بیشتری نموده و دریافته است که افکار مثبت فراوانی دارد که باید به آنها توجه نماید و سعی کند افکار منفی خود را کاهش داده و به افکار مطلوب تبدیل نماید.

در این مرحله از مراجع خواسته شد تا افکار نادرست خویش را با افکار صحیح و منطقی جایگزین نماید و از عودت افکار منفی جلوگیری نماید.

در جلسات بعد مراجع اظهار کرد که بر خلاف گذشته شاد بوده و احساس خوشحالی می‌کند و کاملاً بهبود یافته است.

در جلسات پایانی مجدداً برای آزمودنی آزمون افسردگی بک (فرم کوتاه و بلند) اجرا و تفسیر گردید. نتایج آزمون نشان‌دهنده وضعیت کاملاً عادی مراجع بود. نمره آزمودنی در فرم کوتاه آزمون برابر با ۴ و در فرم بلند آزمون برابر با ۱۰ بود.

در جلسه آخر مراجع ضمن اظهار خوشحالی از بهبودی کامل خود از درمانگر تشکر نمود. درخور ذکر است که این مراجع نیز تا ۸ ماه پس از درمان مورد پی‌گیری قرار گرفته و تاکنون هیچ‌گونه نشانه‌ای از عودت نشانه‌های افسردگی در وی مشاهده نشده است.

۶. یافته‌های پژوهش

چنانچه در جداول شماره ۱ و ۲ مشاهده می‌شود، قبل از درمان هر دو آزمودنی در فرم کوتاه و بلند آزمون افسردگی بک نمرات بالایی دریافت کرده‌اند که نشان‌دهنده وجود

افسردگی شدید در آنها است؛ در حالی که نمرات آزمودنی‌ها در فرم کوتاه و بلند آزمون افسردگی بک پس از درمان بسیار پایین بوده است که نشان‌دهنده سلامت و بهبودی کامل آزمودنی‌ها و وجود وضعیت عادی در آنهاست.

جدول ۱. نتایج آزمون افسردگی بک (فرم کوتاه و بلند آزمون) در آزمودنی اول قبل و بعد از درمان

نمره	نمره آزمودنی	نمره آزمودنی
شرایط درمانی	در فرم کوتاه آزمون	در فرم بلند آزمون
قبل از درمان	۱۸	۳۶
بعد از درمان	۰	۶

۱۱۹

کاربرد شناخت - رفتار درمانگری در درمان افسردگی

جدول ۲. نتایج آزمون افسردگی بک (فرم کوتاه و بلند آزمون) در آزمودنی دوم قبل و بعد از درمان

نمره	نمره آزمودنی	نمره آزمودنی
شرایط درمانی	در فرم کوتاه آزمون	در فرم بلند آزمون
قبل از درمان	۲۵	۳۰
بعد از درمان	۲	۱۰

۷. نتیجه

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که شناخت - رفتار درمانگری مبتنی بر متون و منابع اسلامی تأثیر و کارایی بالایی در درمان افسردگی داراست؛ چنان که قبلاً نیز ذکر شد، هر دو آزمودنی از یک جنس (زن) و دارای افسردگی شدید بوده‌اند و سن و میزان تحصیلات آنها نیز تقریباً مشابه بوده است؛ اما چنان که مشاهده می‌شود، آزمودنی دوم با سرعت بیش‌تری بهبودی یافته است (طی ۷ جلسه درمانی)؛ در حالی که آزمودنی اول مدت طولانی‌تری تحت درمان بوده است (۱۸ جلسه درمانی). احتمالاً یکی از دلایل سرعت بهبودی در آزمودنی دوم مربوط به همکاری بیش‌تر این آزمودنی و همسر او در فرایند درمان بوده است.

نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های باسکی (۲۰۰۰)، هاوکینز، تان و ترک (۱۹۹۹) و نتایج گزارشات مرکز سلامت روان هاروارد (۱۹۹۹)، همسویی دارد. باسکی (۲۰۰۰) نیز تعداد ۸۸ بیمار مبتلا به افسردگی شدید را مورد مطالعه قرار داد. او

دریافت که باورها و عمل‌کردهای مذهبی چون خواندن دعا و رفتن به کلیسا به‌طور مرتب تأثیر زیادی بر کاهش افسردگی و تسریع درمان این اختلال داراست. هم‌چنین هاوکینز، تان و ترک (۱۹۹۹) در مطالعه خود دریافتند، شناخت - رفتار درمانگری مبتنی بر درمان معنوی و مذهبی نسبت به شناخت - رفتار درمانگری سنتی کارایی بالاتری را در درمان افسردگی داراست. از سوی دیگر گزارش‌های مرکز سلامت روان هاروارد (۱۹۹۹) حاکی از این است که ایمان و اعتقاد مذهبی نقش به‌سزایی در کاهش افسردگی دارد. قابل توجه است که محورهای ذیل، در فرایند درمان بر کاهش افسردگی در دو آزمودنی تأثیر بیشتری داشته است؛ زیرا پس از اجرای هریک از این مراحل احساس بهتری در مراجع پدید می‌آمده است.

الف. بررسی باورها و نگرش‌ها و تشخیص افکار درست از نادرست توسط مراجع؛
ب. فراهم‌سازی ذهنی و عملی جهت تغییر افکار نامطلوب و تبدیل آن به افکار مطلوب در مدت زمان معینی؛

ج. کشف رابطه افکار و نگرش‌های منفی با افسردگی و افکار معقول و مطلوب با آرامش روانی در طی جلسات درمان؛

د. برنامه‌ریزی و کوشش فرد برای پیش‌گیری از عود افکار نامطلوب؛
ه. پرورش عزت نفس و تقویت نگرش مثبت در خرد مراجع.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، تعداد محدود آزمودنی‌های مورد مطالعه و نداشتن گروه کنترل است. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی ضمن افزایش تعداد آزمودنی‌ها، کارایی روش‌های شناخت - رفتار درمانگری سنتی و شناخت - رفتار درمانگری اسلامی با یکدیگر مقایسه گردد. هم‌چنین به دلیل نوپا بودن این شیوه درمانی پیشنهاد می‌گردد که پژوهش‌گران با به‌کارگیری این روش، پشتیبانی و حمایت تجربی بیشتری را برای شناخت - رفتار درمانگری اسلامی فراهم نمایند.

منابع.....

نهج البلاغه، تصحیح صبحی الصالح، بیروت، مؤسسه الوفاء

حدایاری فرد، محمد؛ کاربرد مثبت‌نگری در روان‌درمانگری با تأکید بر دیدگاه اسلامی. مجله

روان‌شناسی و علوم تربیتی، ش ۱، ۱۳۷۹ش

خوانساری، محمدتقی؛ شرح غرر الحکم و درر الکلم با مقدمه و تصحیح و تعلیق محدث میر جلال

الدین حسین ارموی، تهران، دانشگاه تهران، ۱۳۶۴ش

شاددل، فرشاد و نوربالا، احمد علی. (۱۳۷۵). شواهد پژوهشی درباره تأثیر اعتقادات مذهبی فرد

در کاهش ابتلا به افسردگی. مجله دانشور، سال چهارم، شماره‌های ۱۳ و ۱۴

فقیهی، علی‌نقی؛ نقش شناخت درمانگری در درمان افسردگی با تأکید بر منابع اسلامی، اولین

همایش بین‌المللی دین و بهداشت روان، ۱۳۸۰ش

فلک، فردریک؛ افسردگی واکنش یا بیماری، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، تهران، انتشارات

آزاده، ۱۳۷۱ش

لو، پیر، و لو، هنری؛ استرس دائمی، ترجمه عباس قریب، مشهد، انتشارات درخشش، ۱۳۷۱ش

مجلسی، محمدباقر؛ بحار الانوار، بیروت، دار احیاء التراث العربی

محمدی ری شهری، محمد؛ میزان الحکمة، قم، دفتر تبلیغات اسلامی، ۱۳۶۲ش

هندی، علی‌المتقی ابن حسام‌الدین؛ کنز العمال و سنن الاقوال و الافعال، بیروت، مکتبه التراث

الاسلامی، ۱۳۸۹ق

Basky, G.(2000). does Religion Speed recovery in Mental illness?. *Canadian Medical Association Journal*, 163(11). 1497-1502.

Beck, A.T.(1983). Cognitive therapy of depression: New Perspective. In P.J.Clayton & J.E.Barret(Eds.), *Treatment of depression: old controversies and new approaches*. New York: Raven Press.

Birmaher, B.; Brent, D.A; Kolko, D.; Baugher, M.; Bridge, J.; Holder, D.; Iyengar, S.; & Vlioa, R.E.(2000).

Briggs, W.E.; King, M., Loyd, M.; Bower, P.; Sibbald, B.; Farrelly, S.; Gabby, T.; & Nicholas, A.H.J.(2000). randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive behavior therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. *British medical Journal*, 321, 1383-1391.

Clinical outcome after short term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 29-36.

Derubeis, R.J.; Gelfand, L.A.; Tang, T.Z.; & Simons, A.D.(1999). Medications versus

- cognitive behavior therapy for servery depressed outpatient. *American Journal of Psychiatry*, 59(7), 1007-1013.
- Dobson, A.(1989). Ameta-analysis of Cognigive therapy for depression. *Journal Consult Clinic Psychol*, 57, 414-420.
- Edelman,S.; Bell, D.R., & Kidman, A.D.(1999). group CBT versus supportive therapy with patients who have primary breast cancer. *Journal of cognitive Psychotherapy*, 13(3), 189-202.
- Harvard Mental Heasth Letter.(1999). How Does Religious Faith Contribute to Recovery from Depression? 15(8), 8-10.
- Hawkins, R.S., Tan,S.Y.; & Turk, A.A.(1999). Secular Versus Christian inpatient Cognitive-behavioral therapy program: Impact on depression and spritual well-being. *Journal of Psycjology and Theology*, 27(4), 309-318.
- Kemp,B.J.(1998). Depression...It Can better. *Accent on living*, 93(2), 88-92. American Psychiatric Association.(1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*,Fourth Edution, Washington, D.C.
- Kirichner, J.T.(1999). Chronic depression: the use of cognitive Behavior Therapy. *American Family Physician*, 59(4), 976-802.
- Lewinsohn, P.M.(1975). The behavioral study and Treatment of depression, In M. Hersen, & R.M. Eisler(Eds.), *Progress in behavior modification*. New York: Academic press, PP. 19-64.
- McGinn, L.K.(2000). Cognitive behavioral therapy of depression: theory, treatment, and Empirical status. *American Journal of Psycho therapy*, 54(2), 257-263.
- Michenbaux , D. (1977. cognitive Behavior Modification , New York: Pkxum.
- Murphy, G.E.; & Carney, R.M.(1995). Cognitive behavior therapy, relaxation Training and tricyclic antidepressant medication. *Psychological Reports*, 77(2), 403-420.