

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

موردی)

دکتر علی نقی فقیهی

دکتر محمد خدایاری فرد

چکیده

افسردگی اختلالی روانشناختی است که باعث ایجاد تغییرات زیادی در خلق و خو، دیدگاه، کمال‌طلبی، توانایی تفکر، میزان فعالیت و فرایندهای بدنی نظیر خواب، انرژی و اشتهاى افراد می‌شود. آمار سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که نزدیک به ۴۱ میلیون نفر از کل جمعیت جهان مبتلا به افسردگی هستند. از آنجایی که بیماران افسرده نواقصی در پردازش اطلاعات خود دارند که منجر به خلق افسرده و تداوم رفتار افسرده می‌گردد و با توجه به اینکه در نظریه‌های شناختی افسردگی بر دیدگاه منفی افراد افسرده نسبت به خود، جهان و آینده اشاره شده است، لذا در چند دهه اخیر محققان و پژوهشگران به دنبال ایجاد و توسعه روش‌های درمانی شناختی و شناختی-رفتاری برای درمان این اختلال بوده‌اند. از طرفی نتایج پژوهش‌ها نشان دهنده این است که دارو درمانی برای افسردگی نیست. به علاوه آثار جانبی داروها باعث شده است که تاثیر و کارآمدی این داروها محدود شود و بسیاری از بیماران علاقه‌ای به استفاده از آنها نداشته باشند. از طرف دیگر امروزه روان‌شناسان معتقدند که دینداری نه تنها یکی از عوامل مراقبت‌کننده در پیشگیری از ابتلای به اختلالات روانی، از جمله افسردگی است، بلکه می‌تواند در درمان نیز نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد. هم‌چنین دیده شده است که تعداد افراد شرکت‌کننده در مشاوره‌های مذهبی روبه افزایش است. بر این اساس 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 ۲ 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 کارایی بالای این شیوه درمانی در درمان افسردگی می‌باشد.

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

مقدمه

افسردگی اختلالی عاطفی است که سلامتی فرد، روابط بین فردی، کار و توانایی لذت بردن او از زندگی را تحت تاثیر قرار می دهد. افسردگی یک مشکل سلامتی است که با صرف غم و اندوه متفاوت است، زیرا غم پاسخ طبیعی به از دست دادن می باشد و شامل تغییراتی در خلق و خو، فعالیت ها و فرایندهای بدنی است که این تغییرات به اندازه افسردگی شدید و گسترده نمی باشند. ملاکها و علائم تشخیصی افسردگی بر اساس چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی امریکا، (۱۹۹۴، DSM-IV) عبارتند از:

وجود حداقل پنج علامت (یا بیشتر) از علائم زیر که در یک دوره دو هفته ای وجود داشته باشد و نشان دهنده تغییر از سطح کارکرد قبلی باشند:

۱. خلق افسرده در بیشتر اوقات روز، که یا از طریق گزارش ذهنی (مثلا احساس غمگینی یا پوچی) و یا از طریق مشاهده دیگران (مثلا غمگینی و گریان بودن) اظهار شود.
۲. کاهش قابل ملاحظه در علاقه یا احساس لذت نسبت به همه افراد و همه فعالیت ها در بیشتر اوقات روز و تقریبا هر روز.
۳. از دست دادن میزان قابل ملاحظه ای از وزن بدن بدون رژیم غذایی یا افزایش وزن بدن، کاهش یا افزایش اشتها.
۴. بی خوابی یا پر خوابی هر روز.
۵. بی قراری یا تاخیرهای روانی - حرکتی تقریبا هر روز.
۶. احساس خستگی شدید و نداشتن انرژی تقریبا هر روز.
۷. احساس بی ارزشی شدید یا احساس گناه افراطی و نامتناسب تقریبا هر روز.
۸. کاهش توانایی تفکر یا تمرکز یا بلاتصمیمی تقریبا 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 از جمله می‌توان به ترکیبی از تنیدگی‌ها و تغییرات فیزیولوژیکی در مغز اشاره کرد، بعضی از افسردگی‌ها نیز ارثی هستند که درصد آنها بسیار کم است (کمپ، ۱۹۹۸). و 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. از طرفی حدود ۱۱٪ از جمعیت سالم امریکا به طور متوسط یا شدیداً از افسردگی رنج می‌برند (کمپ، ۱۹۹۸).

روش‌های درمانی موجود برای درمان این اختلال شامل دارو درمانی و روان‌درمانگری با استفاده از روش‌های روان‌تحلیل‌گری، شناختی، رفتاری، شناختی- رفتاری و خانواده درمانی بصورت ترکیبی، یا به تنهایی می‌باشند (واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). با وجود اینکه 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 دهنده نرخ بالای عودت نشانه‌های افسردگی در بیماران افسرده پس از قطع دارو است (دابسون، ۱۹۸۹؛ کریچنر، ۱۹۹۹). به علاوه در بسیاری از موقعیت‌ها و شرایط طبی، داروها منع مصرف دارند (مایکلسون، ۱۹۹۱؛ به نقل از مک‌گین، ۲۰۰۰). از طرف دیگر دیده شده است که افراد افسرده نواقصی را در پردازش اطلاعات دارا هستند که منجر به شیوه‌های منفی تفکر و تمایل آنها به ایجاد و حفظ افسردگی، در هنگام رویارویی با تجارب و وقایع تنش‌زای زندگی 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، ۱۹۸۳). بر این اساس شناخت- رفتار درمانگری (CBT) در درمان افسردگی شامل بکارگیری راهبردهای خاصی است که متمرکز بر اصلاح رفتار و پردازشگری اطلاعات افسردگی زامی باشد (لوینسون، ۱۹۷۵؛ لوینسون و همکاران، ۱۹۸۶). در واقع فلسفه اصلی و زیر بنایی این رویکرد مبتنی بر این اصل است که حوادث و اشیاء باعث اختلال و پریشانی نمی‌شوند بلکه

نگرش فرد نسبت به این پدیده‌ها است که باعث آشفتگی و نگرانی میشود. از طرفی 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 بکارگیری شیوه‌های اصلاح رفتار میسر می‌گردد. بنابراین در بینش اسلامی، شناخت - رفتار درمانگری جایگاه خاصی دارد و روان‌درمانگران و روانپزشکان بخوبی می‌توانند از این ابزار در پیشگیری، درمان و پی‌گیری بیماریهای روانی، علی‌الخصوص 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 می‌باشد.

بررسی 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 در حالی است که شناخت - رفتار درمانگری یکی از شیوه‌های روان‌درمانگری است که تکنیک‌های آن به وسیله سازمان مراقبت‌های بهداشتی و مطالعات سیاسی (AHCPR) به عنوان راهبردهایی مؤثر جهت درمان افسردگی مشخص و پیشنهاد شده است (بریگس و همکاران، ۲۰۰۰).

مک‌گین (۲۰۰۰) با مروری بر تاریخچه شکل‌گیری شناخت - رفتار درمانگری در درمان افسردگی دریافت که این شیوه درمانی، کارآمدی زیادی در درمان افسردگی دارا است. 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 بیماران گروه دوم با استفاده از فنون مشاوره غیرمستقیم مورد

درمان قرار گرفتند. نتایج نشان دادند که آزمودنی‌های گروه اول نسبت به آزمودنی‌های گروه دوم کاهش بیشتری را در نشانه‌های افسردگی از خود نشان دادند.

هم‌چنین بیماهر 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 - رفتاردرمانگری و گروه دوم با استفاده از خانواده درمانی توأم با رفتار درمانی و گروه سوم با استفاده از درمان حمایتی غیرمستقیم مورد درمان قرار گرفتند. نتایج نشان دادند که آزمودنی‌های گروه اول نه تنها سریعتر درمان شدند بلکه نشانه‌های افسردگی در آنها کاهش بیشتری پیدا کرد.

ادلمن، بل و کیدمن (۱۹۹۹) جهت مقایسه شناخت - رفتاردرمانگری 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 بیتشری را در میزان عزت نفس از خود نشان دادند.

کلارک 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 خانواده درمانی و گروه کنترل که هیچ‌گونه درمان خاصی دریافت نکردند. نتایج نشان دهنده کارایی بیشتر روش‌های شناخت - رفتاردرمانگری گروهی در درمان و کاهش نشانه‌های افسردگی نوجوانان بود. از سوی دیگر دروویس و همکاران (۱۹۹۹) نیز در یک فرا تحلیل به مقایسه نقش تکنیک‌های شناخت - رفتاردرمانگری و دارو درمانی در درمان بیماران مبتلا به افسردگی پرداختند. نتایج فراتحلیل مذکور نشان دهنده کارایی بیشتر تکنیک‌های شناخت - رفتار درمانگری در درمان افسردگی بود.

کریچنر (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 درمان قرار گرفتند، در حالیکه گروه دوم در این مدت فقط تحت درمان دارویی قرار گرفتند. نتایج نشان دادند 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 دو ساله 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 حالیکه این میزان در گروه دوم (دارو درمانی به تنهایی) برابر با ۸۰٪ بود. فوا (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 (۱۹۹۵) جهت مقایسه شیوه‌های شناخت - رفتار درمانی، رفتار درمانی و دارو درمانی، در درمان افسردگی تعداد ۶۰ بیمار افسرده را به طور تصادفی در این سه گروه قرار دادند، نتایج نشان دهنده این بود که شناخت - رفتار درمانی نسبت به رفتار درمانی و دارو درمانی کارآمدی بیشتری را در درمان افسردگی دارا است. دابسون (۱۹۸۹) نیز در پژوهشی دریافت که شناخت - رفتار درمانگری نسبت به دارو درمانی، درمان کارآمدتری برای درمان افسردگی است.

از طرف 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. به چند تحقیق در این زمینه اشاره می‌شود.

باسکی (۲۰۰۰) در پژوهشی با هدف بررسی اینکه آیا عملکردهای مذهبی باعث 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 دادند، از زندگی خود بیشتر رضایت داشتند و از الکل و مواد مخدر به میزان کمتری استفاده می‌کردند.

هاو کینز، تان و ترک (۱۹۹۹) در مطالعه‌ای باهدف مقایسه کارایی شناخت - رفتار درمانگری با تأکید بر درمان مذهبی و شناخت - رفتار درمانگری سنتی در درمان مراجعان افسرده، تعداد ۲۹ مراجع افسرده بزرگسال (۱۸ مراجع مذهبی و ۱۱ مراجع غیرمذهبی) 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 داده، در حالیکه مراجعان غیرمذهبی را با استفاده از تکنیک‌های شناخت - رفتار درمانگری، درمان نمودند. نتایج نشان دهنده کارایی بیشتر روش شناخت - رفتار درمانگری مبتنی بر درمان مذهبی و معنوی در درمان افسردگی بود.

هم‌چنین نتایج گزارشات مرکز سلامت روان هاروارد (۱۹۹۹) نشان دهنده این است که ایمان و اعتقادات 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 نتایج زیر دست یافتند: (۱) ابتلا به افسردگی در دانش‌آموزان مذهبی‌تر، اعم از پسر و دختر، کمتر می‌باشد، ولی تفاوت آماری معناداری بین افسردگی و اعتقادات مذهبی والدین دانش‌آموزان وجود ندارد. (۲) تفاهم اخلاقی و وابستگی عاطفی به خانواده در دانش‌آموزان و والدین مذهبی‌تر بیشتر می‌باشد. (۳) اشتغال ذهنی نسبت به مسایل جنسی در دانش‌آموزان خانواده‌های مذهبی‌تر کمتر است.

هم‌چنین خدایاری فرد (۱۳۷۹) با معرفی روش مثبت‌نگری به عنوان یکی از فنون روان درمانگری 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 می‌باشد.

با توجه به پژوهش‌های پیش‌گفته هدف این مقاله کاربرد شناخت - رفتار درمانگری در درمان افسردگی با تأکید 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.

شناخت خود

در این مرحله به فرد افسرده کمک می‌شود تا از افکار و نگرش‌های خود آگاه شود و خود را بشناسد و توجه کند که دارای چه نگرش‌ها و باورهایی است. این آگاهی و شناخت می‌تواند زمینه آزادی خویش را فراهم سازد و خود را از افکار و نگرش‌های نادرست پاکسازی نماید و به همین جهت خودشناسی سودمندترین شناختها دانسته شده است. این مرحله دارای خرده‌مراحل یا گام‌هایی به شرح زیر است:

الف - آمادگی روانی در جهت بررسی باورها

به منظور بررسی باورها و نگرش‌ها و بازبینی آنها توسط فرد افسرده باید ذهن و عقل او آماده شود زیرا که بازسازی شناختی، حرکتی ذهنی و عقلی است که نیازمند معرفت و استبصار است و بدون اندیشیدن و بررسی باورها و نگرش‌ها به دست نمی‌آید. چنانکه حضرت علی (ع) می‌فرمایند: «فَمِنْ أَلَا نَ فَتَدَارِكَ نَفْسَكَ وَ انظُرْ لَهَا فَانْكَ انْ فَرطت حتى ينهد (ينهض) اليك عبدالله أرتجت عليك الامور و مُنعتَ امرأ هو منك اليوم مقبول...»

این آماده‌سازی ذهنی و عقلی با فنونی از قبیل فنون زیر انجام می‌گیرد:

۱. به هر یک از افکار خود توجه کند و روی آن اندیشه‌ای دقیق بنماید. (الفکر مرآه صافیة)
۲. دلیل هر یک از افکار خود را از خود بپرسد. در این شیوه درمانگر کمک می‌کند تا نارسایی دلیل وی بر افکار غیرمنطقی‌اش بر او کشف گردد. (الفکر جلاء العقول) و «الصواب من فروع الرویة».
۳. نقش تماشاگر را از بیرون 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؟ (بالفکر تصلح الرویة)

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 علامت سؤال روی خود و یا دیگری بگذارد، بر عملکرد خویش علامت سؤال بگذارد و کوتاهی وی در عمل را از عوامل بروز مشکل بداند و نه نالایق بودن خویش را. در حقیقت به تفسیرهای دیگر از

واقعیت را توجه نماید. (صواب الرأی باجاله الکلام).

ب - تشخیص درست از نادرست

در این مرحله به درمانجو بیشتر کمک می‌شود تا افکار نادرست را از افکار صواب و منطقی تشخیص دهد و این احتمال را بدهد که ممکن است افکار ناصواب داشته باشد. در این رابطه حضرت علی (ع) می‌فرمایند: «کان لی فیما مضی اخ فی الله... و کان اذا بدهه أمران ینظر ایهما اقرب الی الهوی فیخالفه فعلیکم بهذه الخلاق (الاخلا) فالزموها و تنافسوا فیما، فان لم تستطیعوها فاعلموا ان اخذ القلیل خیر من ترک الكثير...»

ج - پذیرش افکار خطایی در خویش

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

۱. گفتگوها، پرسش و پاسخها و رهنمودهای منطقی تا درمانجو ناصواب بودن افکار خویش را باور نماید. ارزیابی نتایج و عوارض هر یک 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.

۲. نکته دیگری که در این زمینه مفید واقع می‌شود این است که درمانجو بفهمد بسیاری از افکار او افکاری است که منشأ ظنی دارد و نه یقینی و به تقلید از دیگران پذیرفته است و خود فکر عمیق

در آنها نکرده است و با فکر عمیق و عقل درایت و فهم می‌تواند نادرستی آن افکار را پی ببرد و از آن دست بردارد و اصولاً افکاری علم محسوب می‌شود که دقیق فهم شده باشد که «العلم بالفهم» و صحت و درستی آن را عقل یافته باشد (اعقلو الخبر اذا سمعتموه عقل درایه لاعقل روایه... و «فانما البصیر من سمع فتفکر و نظر فأبصر»).

۳. و نکته سوم این است که به درمانجو توجه داده شود که چه بسیار افکاری که فرد خود نیز آن را صحیح می‌داند ولی در واقع اشتباه است چرا که چه بسیار افراد بصیر و متفکر هم اشتباه می‌کنند. «ربما اخطأ البصیر رُشده» از این رو احتمال نادرستی افکار درمانجو وجود دارد و می‌طلبند که به بررسی و تجدید فکر اقدام نماید و در این بررسی و تجدید فکر از رهنمودهای مشاور و روان‌شناس برخوردار شود.

د - دوری از افکار غیر رشدی

درمانجو پس از تشخیص و باور نسبت به افکار غیر رشدی خویش، با کمک روان‌شناس و مشاور از آن افکار پرهیز نماید و نگذارد ذهنش به آنها مشغول شود و عواطف و احساسات و رفتارش را تحت تأثیر قرار دهد بلکه تصمیم بگیرد این افکار را از خود دور نماید. که 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: «ویل لمن تمادی فی غیبه و لم یضیی الی الرشد» گرفتاریها و ناراحتیها برای کسی است که به ضلالت و افکار انحرافی ادامه می‌دهد و به نگرش و باور رشدی بر نمی‌گردد. همچنین به وی توجه داده می‌شود که با رشد فکری از آن چه گرفتار آن شده‌ای می‌توانی رهایی یابی. چنانچه حضرت علی (ع) در این زمینه می‌فرمایند: «... من ابغض شیئاً ابغض ان ینظر الیه و ان یذکر عنده».

ه - پذیرفتن رابطه نگرشهای منفی با افسردگی

کمک به درمانجو تا رابطه افسردگی خویش را با افکار غیر منطقی اش بفهمد. مثلاً رابطه این فکر و باور که «من از ارزش و عزت برخوردار نیستم» همراه است با عدم ابراز عقیده در شرایطی که می‌توان به صورت طبیعی ابراز عقیده کرد، تردید و دلهره در انجام کارها و عدم تصمیم‌گیری و تحقیر خود که همه از علائم افسردگی به شمار می‌آیند.

کسی که دیگران را شایسته می‌داند و هر چه آنها داشته باشند را ارزنده تلقی می‌کند و اندیشه «مرغ همسایه غاز است» در سر دارد و خود را شایسته و با ارزش نمی‌بیند خواه ناخواه اندوه او را فرا می‌گیرد و به تدریج افسرده می‌شود.

۲. تغییر خود

الف - جایگزینی افکار صواب به جای ناصواب

در این مرحله به درمانجو کمک می‌شود تا افکار درست و منطقی را بیابد و آن‌ها را جایگزین افکار ناصواب و غیرمنطقی اش بنماید. افکار منطقی و یقینی ریشه افسردگی را می‌خشکاند. امام علی (ع) می‌فرماید: شناخت یقینی درمان خوبی برای افسردگی است (نعم طارد الهموم الیقین). و در احادیث متعددی بر این امر تأکید شده است که شناخت واقع بینانه، صحیح و معرفت نیکو افسردگی را می‌زداید در این زمینه نیز امام علی (ع) می‌فرماید: «اندوه‌ها و افسردگی‌هایی را که بر اثر عواملی در تو پدید آمده است، با پرورش نیروی مقاومت و صبر در برابر ناملازمات و شکست‌ها و مشکلات و با شناخت یقینی نیکو از بین ببر»

از این حدیث چند نکته روان شناختی برداشت می‌شود:

۱. افسردگیها عارضی هستند و معلول علل و عوامل متعددی می‌باشند (واردات الهموم).
۲. عدم شناخت و یا عدم معرفت واقع بینانه و یا شناخت غیرنیکو در پدید آمدن افسردگی مؤثر است (واردات الهموم... حسن الیقین).
۳. راه‌های درمان افسردگی متعدد است و از جمله تقویت اراده و پرورش نیروی مقاومت و صبر و شناخت درمانی و رشد معرفت یقینی نیکو است (بعزائم الصبر و حسن الیقین).

ب - 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 رشدی شکها و تردیدها برطرف می‌شود (بتکرر الفكر ینجاب الشک) به فکر و نظر بهتری

می‌رسد (من طال فکرة حسن نظره) وی را از جهت عاطفی و احساسی به آرامش می‌رساند. («ثمره الفکر السلامه» و «اصل العقل الفکر و ثمرته السلامه»).

حضرت علی (ع) نیز در این رابطه می‌فرمایند: «... فانهم لم يدعوا ان نظرو الأنفسهم...». (آنان درباره خود فکر کرده و به بینش رسیده‌اند همان گونه که تو می‌اندیشی. آن‌ها پس از فکر و اندیشه ورزی به این جا رسیده‌اند که آن چه را به خوبی شناخته‌اند بگیرند و آن چه را که مکلف نیستند رها سازند و اگر روانت از قبول این ابا دارد که تا همانند آن‌ها آگاهی نیابی، اقدام نکنی، می‌بایست از راه صحیح این راه را بپویی، 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...

ج - پیشگیری از عود افکار غیر رشدی

پیشگیری از بروز دوباره افکار غیرمنطقی در ذهن از طریق:

۱. تکرار اندیشه‌های عمیق منطقی (بتکرر الفکر تسلّم العواقب) و «دوام الفکر و الحذر یؤمن الزلل و ینجی من الغیر» و «من طالت فکرته حسنت بصیرته» و «من اکثر الفکر فیما تعلم اتقن علمه و فهم مالم یکن یفهم».

۲. اشتغال ذهنی به ذکر و توجه قلبی به پروردگار.

«الذکر جلاء البصائر و نورالسرائر» و «الذکر هدیة العقول و تبصره النفوس» و «الذکر نورالعقل و حیاة النفوس و جلاء الصدور».

۳. پرورش عزت نفس در فرد و ایجاد باور بر این که افکار غیرمنطقی شایسته او نیست. عزت نفس وقتی رشد می‌یابد 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 («العزّان تذللّ للحق اذالزمک») و به میزانی که آن اتکاء و این بر حذر بودن بیشتر در فرد راه پیدا کند به مراتب و درجات بالاتر عزت نائل می‌گردد «اوصیکم عبادالله بتقوی الله... و منازل العزّ» و در صورتی که فرد از عزت بالایی برخوردار گردد تکیه بر افکار غیرمنطقی و نادرست را شایسته خویش نمی‌بیند و کوشش می‌کند تمرکز بر افکار معقول و منطقی داشته باشد.

لازم به ذکر است که طی فرایند درمان به روش فو از تکنیک‌ها و فنون زیر جهت پرورش عزت نفس در مراجعان استفاده شده است:

۱- مثبت‌نگری یا شناخت نقاط قوت افراد، در این روش درمانی، مراجع تشویق می‌شود تا تجربه‌های مثبت و خوب خود را بازشناسی کند و نقش آنها را در افزایش احترام به خود و ارتقای عزت نفس بازیابی کند. این تکنیک می‌تواند به دو صورت فردی و خانوادگی اجرا شود و شامل مراحل زیر است:

الف. در مرحله اول از مراجع خواسته می‌شود تا نقاط قوت خود را نام ببرد.

ب. 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.

ج. 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.

د. 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 خوانده می‌شود برگزیند.

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

۲- توجه به این حقیقت که انسان برجسته‌ترین مخلوق و اشرف مخلوقات است.

۳- توجه به این مسئله که خداوند نفس و روح را مستقیماً خود آفریده و انتصاب مستقیم به خداوند دارد و این از ارزشمندی بالای او حکایت دارد.

۴- تأکید بر این موضوع که احساس عزت مطلوب پروردگار است و احساس ذلت بنده مورد بی‌مهری خداوند است.

۵- ذکر این نکته که یکی از ویژگی‌های اساسی افراد مؤمن، دارا بودن عزت نفس است.

۶- تقویت افکار منطقی.

۷- فراهم سازی زمینه انجام رفتارهای ارزشمند جهت ارزشمند ساختن افکار مراجع.

۸- مورد محبت قرار دادن فرد.

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

۱۰- فراهم ساختن امکانات برای موفقیت در کارها.

همچنین جهت پرورش عزت نفس در جنبه افکار منطقی بر فنون زیر تأکید می‌شود:

۱- آموزش اندیشه ورزی منطقی و عقلانی.

۲- هدایت مرحله به مرحله مراجع توسط مشاور جهت اندیشه ورزی و دستیابی به افکار صحیح و منطقی.

۳- پیشگیری از افکار موهوم و توجه دادن به این که چه نوع افکاری موهوم است.

۴- تأکید بر این نکته که افکار موهوم شایسته فرد به عنوان انسان متفکر نیست.

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،

مورد مطالعه و درمان قرار گرفتند. طی جلسه‌های درمانی برای هر آزمودنی دو مرتبه آزمون افسردگی بک اجرا و تفسیر شد: یک‌بار قبل و یک‌بار 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 مورد درمان قرار گرفتند.

در این روش فرایند درمان شامل دو مرحله کلی است و هر مرحله نیز از زیر مجموعه‌هایی تشکیل شده است.

مرحله اول شامل شناخت خود و مرحله دوم شامل تغییر خود است.

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 پیش دانشگاهی 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 پیش دانشگاهی، دبیرستان و ابتدایی مشغول به تحصیل هستند.

طول درمان

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

تدابیر درمانی

مراجع اول، در اولین جلسه درمانی اظهار کرد: "به شدت افسرده هستم، چندین مرتبه به روانپزشک مراجعه کردم، دارو تجویز کرده است که 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 مشروب‌خواره است و این رفتار او مرا به شدت آزار می‌دهد، از سوی دیگر چند سال اول ازدوادم 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 نشان دهنده 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 پراز نقاط منفی است، از جمله اینکه فکر می‌کرد باید همیشه برای مردم زندگی کند و بخاطر دیگران نسبت به فرزندان خود سخت‌گیری نماید. از مراجع خواسته شد تا به صورت هفتگی فرم مثبت و منفی را تکمیل کرده و به ورزش‌هایی چون پیاده روی و شنا پردازد. 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 پردازد. پس از این مرحله مراجع اظهار کرد که در تبدیل نقاط منفی خود به نقاط مثبت موفق بوده‌ام و احساس شادی می‌کنم، اما مشروب خواری 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، 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 درست اندیشیدن و منطقی بودن خود می‌دانم زیرا با برخورد صحیح با همسرم 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 ایجاد کننده مشکل پرداخته و 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 می‌بیند 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 نرمال و عادی وی بود بطوری 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 اینکه زندگی او به حالت اول بازگشته است از درمانگر تشکر کرد. لازم به توضیح است که آزمودنی تا ۸ ماه مورد پیگیری پس از درمان بوده و تا کنون هیچ نشانه‌ای از عودت افسردگی در او مشاهده نشده است.

مراجع دوم در اولین جلسه به درمانگر اظهار کرد: "۱۴ ساله بودم که با همسرم 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، نمی‌توانم خوب بخوابم، همیشه غمگین و ناراحت هستم، افسرده و عصبی‌ام و هیچ انگیزه‌ای برای زنده بودن ندارم، همیشه دوست دارم گریه کنم و اگر ترسی از خداوند نداشتم حتماً خودکشی می‌کردم (مراجع به شدت گریه می‌کرد)، 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، اگر چه همسرم فرد خیرتری است و از لحاظ مالی وضع خوبی دارد اما من همیشه به او شک دارم و از روابط او با زنهاى 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 نگرش های مثبت و منفی خود به خودشناسی رسیده و نگرش های 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 فعالیت های ورزشی چون پیاده روی 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 می کند و به زندگی علاقمندتر شده است. طی مراحل بعدی از مراجع خواسته شد تا به تجزیه و تحلیل علل وقایع و مسایل پردازد، نقش تماشاگر را نسبت به خود و افکار خود داشته باشد و به بررسی عمیق تر علل و عواملی پردازد که موجبات افسردگی او را فراهم آورده اند و منجر به شکل گیری نگرش های نادرست در وی شده اند. مراجع در جلسات بعدی اظهار کرد که احساس بهبودی بیشتری نموده و در یافته است که افکار مثبت فراوانی دارد که باید به آنها توجه نماید و سعی کند افکار منفی خود را کاهش داده و تبدیل به افکار مطلوب 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 می کند و کاملاً بهبود یافته است. جلسات پایانی مجدداً برای آزمودنی آزمون افسردگی بک (فرم کوتاه و بلند) اجرا و تفسیر گردید. نتایج آزمون نشان دهنده وضعیت کاملاً نرمال و 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. لازم به ذکر است که این مراجع نیز تا ۶ ماه پس از درمان مورد پیگیری قرار گرفته و تاکنون هیچگونه نشانه ای از عودت نشانه های افسردگی در وی مشاهده نشده است.

شناخت خود

در این مرحله به فرد افسرده کمک می‌شود تا از افکار و نگرش‌های خود آگاه شود و خود را بشناسد و توجه کند که دارای چه نگرش‌ها و باورهای است. این آگاهی و شناخت می‌تواند زمینه آزادی خویش را فراهم سازد و خود را از افکار و نگرش‌های نادرست پاکسازی نماید و به همین جهت خودشناسی سودمندترین شناختها دانسته شده است. این مرحله دارای خرده مراحل یا گام‌هایی به شرح زیر است:

الف - آمادگی روانی در جهت بررسی باورها

آماده سازی ذهنی و عقلی در جهت بررسی باورها و نگرش‌ها و بازبینی آنها توسط فرد افسرده.

چرا که بازسازی شناختی، حرکتی ذهنی و عقلی است که نیازمند معرفت و استبصار است و بدون اندیشیدن و بررسی باورها و نگرش‌ها به دست نمی‌آید. چنانکه حضرت علی (ع) می‌فرمایند: «... من أَلَا ن فتدارك نفسك وَ انظر لها فأنك ان فرطت حتى ينهد (ينهض) اليك عبادة الله أرتجت عليک الامور و مُنعتَ امرأ هو منك اليوم مقبول...»

این آماده سازی ذهنی و عقلی با فنونی از قبیل فنون زیر انجام می‌گیرد:

۱. به هر یک از افکار خود توجه کند و روی آن اندیشه‌ای دقیق بنماید. (الفکر مرآة صافیة)
۲. دلیل هر یک از افکار خود را از خود بپرسد. در این شیوه درمانگر کمک می‌کند تا نارسایی دلیل وی بر افکار غیرمنطقی‌اش بر او کشف گردد. (الفکر جلاء العقول) و «الصواب من فروع الرویة».
۳. نقش تماشاگر را از بیرون 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؟ (بالفکر تصلح الرویة)

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 علامت سؤال روی خود و یا دیگری بگذارد، بر عملکرد خویش علامت سؤال بگذارد و کوتاهی وی در عمل را از عوامل بروز مشکل بداند و نه نالایق بودن خویش را. در حقیقت به تفسیرهای دیگر از واقعیت را توجه نماید. (صواب الرأی باجاله الکلام).

ب - تشخیص درست از نادرست

در این مرحله به درمانجو بیشتر کمک می‌شود تا افکار نادرست را از افکار صواب و منطقی تشخیص دهد و این احتمال را بدهد که ممکن است افکار ناصواب داشته باشد. در این رابطه حضرت علی (ع) می‌فرمایند: «کان لی فیما مضی اخ فی الله... و کان اذا بدهه أمران ینظر آیهما اقرب الی الهوی فیخالفه فعلیکم بهذه الخلاق (الاحلا) فالزموها و تنافسوا فیما، فان لم تستطیعوها فاعلموا ان اخذ القلیل خیر من ترک الكثير...»

ج - پذیرش افکار خطایی در خویش

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

۱. گفتگوها، پرسش و پاسخها و رهنمودهای منطقی تا درمانجو ناصواب بودن افکار خویش را باور نماید. ارزیابی نتایج و عوارض هر یک 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.

۲. نکته دیگری که در این زمینه مفید واقع می‌شود این است که درمانجو بفهمد بسیاری از افکار او افکاری است که منشأ ظنی دارد و نه یقینی و به تقلید از دیگران پذیرفته است و خود فکر عمیق

در آنها نکرده است و با فکر عمیق و عقل درایت و فهم می‌تواند نادرستی آن افکار را پی ببرد و از آن دست بردارد و اصولاً افکاری علم محسوب می‌شود که دقیق فهم شده باشد که «العلم بالفهم» و صحت و درستی آن را عقل یافته باشد (اعقلو الخبر اذا سمعتموه عقل درایه لاعقل روایه... و «فانما البصیر من سمع فتفکر و نظر فأبصر».

۳. و نکته سوم این است که به درمانجو توجه داده شود که چه بسیار افکاری که فرد خود نیز آن را صحیح می‌داند ولی در واقع اشتباه است چرا که چه بسیار افراد بصیر و متفکر هم اشتباه می‌کنند. «ربما اخطأ البصیر ریشه» 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 فکر از رهنمودهای مشاور و روان‌شناس برخوردار شود.

د - دوری از افکار غیر رشدی

درمانجو پس از تشخیص و باور نسبت به افکار غیر رشدی خویش، با کمک روان‌شناس و مشاور از آن افکار پرهیز نماید و نگذارد ذهنش به آنها مشغول شود و عواطف و احساسات و رفتارش را تحت تأثیر قرار دهد بلکه تصمیم بگیرد این افکار را از خود دور نماید. که 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: «ویل لمن تمادی فی غیبه و لم یضیی الی الرشد» گرفتاریها و ناراحتیها برای کسی است که به ضلالت و افکار انحرافی ادامه می‌دهد و به نگرش و باور رشدی بر نمی‌گردد. همچنین به وی توجه داده می‌شود که با رشد فکری از آن چه گرفتار آن شده‌ای می‌توانی رهایی یابی. چنانچه حضرت علی (ع) در این زمینه می‌فرماید: «... من ابغض شیئاً ابغض ان ینظر الیه و ان یذکر عنده».

ه - پذیرفتن رابطه نگرشهای منفی با افسردگی

کمک به درمانجو تا رابطه افسردگی خویش را با افکار غیر منطقی اش بفهمد. مثلاً رابطه این فکر و باور که «من از ارزش و عزت برخوردار نیستم» همراه است با عدم ابراز عقیده در شرایطی که می‌توان به صورت طبیعی ابراز عقیده کرد، تردید و دلهره در انجام کارها و عدم تصمیم‌گیری و تحقیر خود که همه از علائم افسردگی به شمار می‌آیند.

کسی که دیگران را شایسته می‌داند و هر چه آنها داشته باشند را ارزنده تلقی می‌کند و اندیشه «مرغ همسایه غاز است» در سر دارد و خود را شایسته و با ارزش نمی‌بیند خواه ناخواه اندوه او را فرا می‌گیرد و به تدریج افسرده می‌شود.

۲. تغییر خود

الف - جایگزینی افکار صواب به جای ناصواب

در این مرحله به درمانجو کمک می‌شود تا افکار درست و منطقی را بیابد و آنها را جایگزین افکار ناصواب و غیرمنطقی اش بنماید. افکار منطقی و یقینی ریشه افسردگی را می‌خشکاند. امام علی (ع) می‌فرماید: شناخت یقینی درمان خوبی برای افسردگی است (نعم طارد الهموم الیقین). و در احادیث متعددی بر این امر تأکید شده است که شناخت واقع بینانه، صحیح و معرفت نیکو افسردگی را می‌زداید در این زمینه نیز امام علی (ع) می‌فرماید: «اندوه‌ها و افسردگی‌هایی را که بر اثر عواملی در تو پدید آمده است، با پرورش نیروی مقاومت و صبر در برابر ناملایمات و شکست‌ها و مشکلات و با شناخت یقینی نیکو از بین ببر»

از این حدیث چند نکته روان شناختی برداشت می‌شود:

۱. افسردگیها عارضی هستند و معلول علل و عوامل متعددی می‌باشند (واردات الهموم).
۲. عدم شناخت و یا عدم معرفت واقع بینانه و یا شناخت غیرنیکو در پدید آمدن افسردگی مؤثر است (واردات الهموم... حسن الیقین).
۳. راه‌های درمان افسردگی متعدد است و از جمله تقویت اراده و پرورش نیروی مقاومت و صبر و شناخت درمانی و رشد معرفت یقینی نیکو است (بعزائم الصبر و حسن الیقین).

ب - آگاهی از رابطه افکار رشدی با آرامش روانی

بالا بردن رشد عقلی در مانجو و کمک به وی در یافتن این حقیقت که با خو گرفتن با افکار رشدی شکها و تردیدها برطرف می‌شود (بتکرر الفکر ینجاب الشک) به فکر و نظر بهتری می‌رسد (من طال فکره حسن نظره) وی را از جهت عاطفی و احساسی به آرامش می‌رساند. («ثمره الفکر السلامه» و «اصل العقل الفکر و ثمرته السلامه»).

حضرت علی (ع) نیز در این رابطه می‌فرمایند: «... فانهم لم يدعوا ان نظرو الأنفسهم...». (آنان درباره خود فکر کرده و به پیش رسیده‌اند همان گونه که تو می‌اندیشی. آن‌ها پس از فکر و اندیشه ورزی به این جا رسیده‌اند که آن چه را به خوبی شناخته‌اند بگیرند و آن چه را که مکلف نیستند رها سازند و اگر روانت از قبول این ابا دارد که تا همانند آن‌ها آگاهی نیابی، اقدام نکنی، می‌بایست از راه صحیح این راه را بیویی، 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...

ج - پیشگیری از عود افکار غیر رشدی

پیشگیری از بروز دوباره افکار غیرمنطقی در ذهن از طریق:

۱. تکرار اندیشه‌های عمیق منطقی (بتکرر الفکر تسلّم العواقب) و «دوام الفکر و الحذر یؤمن الزلل و ینجی من الغیر» و «من طالت فکرته حسنت بصیرته» و «من اکثر الفکر فیما تعلم اتقن علمه و فهم مالم یکن یفهم».

۲. اشتغال ذهنی به ذکر و توجه قلبی به پروردگار.

«الذکر جلاء البصائر و نورالسرائر» و «الذکر هداية العقول و تبصرة النفوس» و «الذکر نورالعقل و حياة النفوس و جلاء الصدور».

۳. پرورش عزت نفس در فرد و ایجاد باور بر این که افکار غیرمنطقی شایسته او نیست. عزت نفس وقتی رشد می‌یابد 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 («العزّان تذللّ للحق اذالزمک») و به میزانی که آن اتکاء و این بر حذر بودن بیشتر در فرد راه پیدا کند به مراتب و درجات بالاتر عزت نائل می‌گردد «اوصیکم عبادالله بتقوی الله... و منازل العزّ» و در صورتی که فرد از عزت بالایی برخوردار گردد تکیه بر افکار غیرمنطقی و نادرست را شایسته خویش نمی‌بیند و کوشش می‌کند تمرکز بر افکار معقول و منطقی داشته باشد.

لازم به ذکر است که طی فرایند درمان به روش فو از تکنیک‌ها و فنون زیر جهت پرورش عزت نفس در مراجعان استفاده شده است:

۱- مثبت‌نگری یا شناخت نقاط قوت افراد، در این روش درمانی، مراجع تشویق می‌شود تا تجربه‌های مثبت و خوب خود را بازشناسی کند و نقش آنها را در افزایش احترام به خود و ارتقای عزت نفس بازیابی کند. این تکنیک می‌تواند به دو صورت فردی و خانوادگی اجرا شود و شامل مراحل زیر است:

الف. در مرحله اول از مراجع خواسته می‌شود تا نقاط قوت خود را نام ببرد.

ب. 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.

ج. 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.

د. 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 خوانده می‌شود برگزیند.

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

۲- توجه به این حقیقت که انسان برجسته‌ترین مخلوق و اشرف مخلوقات است.

۳- توجه به این مسئله که خداوند نفس و روح را مستقیماً خود آفریده و انتصاب مستقیم به خداوند دارد و این از ارزشمندی بالای او حکایت دارد.

۴- تأکید بر این موضوع که احساس عزت مطلوب پروردگار است و احساس ذلت بنده مورد بی‌مهری خداوند است.

۵- ذکر این نکته که یکی از ویژگی‌های اساسی افراد مؤمن، دارا بودن عزت نفس است.

۶- تقویت افکار منطقی.

۷- فراهم سازی زمینه انجام رفتارهای ارزشمند جهت ارزشمند ساختن افکار مراجع.

۸- مورد محبت قرار دادن فرد.

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

۱۰- فراهم ساختن امکانات برای موفقیت در کارها.

همچنین جهت پرورش عزت نفس در جنبه افکار منطقی بر فنون زیر تأکید می‌شود:

۱- آموزش اندیشه ورزی منطقی و عقلانی.

۲- هدایت مرحله به مرحله مراجع توسط مشاور جهت اندیشه ورزی و دستیابی به افکار

صحیح و منطقی.

۳- پیشگیری از افکار موهوم و توجه دادن به این که چه نوع افکاری موهوم است.

۴- تأکید بر این نکته که افکار موهوم شایسته فرد به عنوان انسان متفکر نیست.

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 نشان دهنده وجود افسردگی شدید در آنها است، در حالیکه نمرات آزمودنی‌ها در فرم کوتاه و بلند آزمون افسردگی بک پس از درمان بسیار پایین بوده که نشان دهنده سلامت و بهبودی کامل آزمودنی‌ها و وجود وضعیت نرمال و عادی در آنها می‌باشد.

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

درمان

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

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

درمان

نمره	نمره آزمودنی در فرم کوتاه آزمون	نمره آزمودنی در فرم بلند آزمون
شرایط درمانی		

شرایط درمانی	کوتاه آزمون	بلند آزمون
قبل از درمان	۲۵	۳۰
بعد از درمان	۴	۱۰

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که شناخت - رفتار درمانگری مبتنی بر متون و منابع اسلامی تأثیر و کارایی بالایی در درمان افسردگی داراست (جدول شماره ۱ و ۲). چنانچه 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 چنانکه مشاهده می‌شود آزمودنی دوم با سرعت بیشتری بهبودی یافته است (طی ۷ جلسه درمانی)، در حالیکه 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)؛ نتایج گزارشات مرکز سلامت روان هاروارد (۱۹۹۹)، ثنایی و همکاران (۱۳۷۷) همسویی دارد. باسکی (۲۰۰۰) نیز تعداد ۸۸ بیمار مبتلا به افسردگی شدید را مورد مطالعه قرار داد. او دریافت که فنون مذهبی چون خواندن دعا و رفتن به کلیسا به طور 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 گزارشات مرکز سلامت روان هاروارد (۱۹۹۹) حاکی از این است که ایمان و اعتقادات مذهبی نقش به‌سزایی در کاهش افسردگی دارد. نتایج پژوهش ثنایی و همکاران (۱۳۷۷) نیز نشان می‌دهد که گروه درمانی شناختی - مذهبی درمان کارآمدی برای افسردگی واضطراب بیماران مبتلا به اختلالات خلقی است.

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، کارآیی 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 به کارگیری این روش، پشتیبانی و حمایت تجربی بیشتری را برای شناخت- رفتار درمانگری اسلامی فراهم نمایند.

فهرست منابع

- نصیری، حمید. (۱۳۷۶). بررسی رابطه میزان افسردگی سالمندان مقیم خانه سالمندان بانگرس و عملکردهای دینی آنها. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- ثنایی، باقر؛ موسوی، غفور؛ ابراهیمی، امرالله و نصیری، حمید. (۱۳۷۷). بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی- مذهبی در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی. مقاله ارائه شده در دومین کنگره روان پزشکی فرهنگی و اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- شاددل، فرشاد و نوربالا، احمدعلی. (۱۳۷۵). شواهد پژوهشی درباره تأثیر اعتقادات مذهبی فرد در کاهش ابتلا به افسردگی. مجله دانشور، سال چهارم، شماره‌های ۱۳ و ۱۴، ص ۲۵-۳۰.
- خدایاری فرد، محمد. (۱۳۷۹). کاربرد مثبت‌نگری در روان‌درمانگری با تأکید بر دیدگاه اسلامی. مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، شماره ۱، ص ۱۶۴-۱۴۰.
- فقیهی، علی‌نقی. (۱۳۸۰).

- American Psychiatric Association.(1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, Fourth Edition, Washington, D.C.
- Harvard Mental Health Letter.(1999). How Does Religious Faith Contribute to Recovery from Depression? 15(8), 8-10.
- Basky, G.(2000). Does Religion Speed Recovery in Mental Illness?. *Canadian Medical Association Journal*, 163(11). 1497-1502.
- Hawkins, R.S., Tan,S.Y.; & Turk, A.A.(1999). Secular Versus Christian inpatient Cognitive-behavioral therapy program: Impact on depression and spiritual well-being. *Journal of Psychology and Theology*, 27(4), 309-318.
- Birmaher,B.; Brent, D.A; Kolko, D.; Baugher, M.; Bridge, J.; Holder, D.; Iyengar, S.; & Vlooa, R.E.(2000).
Clinical outcome after short term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57(t), 29-36.
- 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.
- Derubeis, R.J.; Gelfand, L.A.; Tang, T.Z.; & Simons, A.D.(1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatient. *American Journal of Psychiatry*, 59(7), 1007-1013.
- Kirichner, J.T.(1999). Chronic depression: the use of cognitive Behavior Therapy. *American Family Physician*, 59(4), 976-802.
- Murphy, G.E.; & Carney, R.M.(1995). Cognitive behavior therapy, relaxation Training and tricyclic antidepressant medication. *Psychological Reports*, 77(2), 403-420.
- 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.
- Dobson, A.(1989). Meta-analysis of Cognitive therapy for depression. *Journal Consult Clinic Psychol*, 57, 414-420.
- McGinn, L.K.(2000). Cognitive behavioral therapy of depression: theory, treatment, and Empirical status. *American Journal of Psychotherapy*, 54(2), 257-263.
- 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.
- Beck, A.T.(1963). Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.

- 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.
- Lewinsohn, P.M.; Manoz, R.; Youngren, M.; & Zeiss, A. M.(1986). *Control your depression*. New York: Fireside.
- Rush, A.;Beck, A.T.; Kovacs, M.; & Klosko, J.S.(1979). Comparative efficacy of cognitive therapy and imipramine in the treatment of depressed patient. *Cognitive Therapy and Research,1*, 17-37.
- Seligman, M.E.P.(1975). *Helplessness: on depression, development, and death*. San francisco, CA: W.H. Freeman.
- Clarck, G.N.; Rohde, P.; Lewinshon, P.M.; Hops, H.; & Seeley, J.R.(1999). Cognitive behavioral treatment of adolescent depression: Effecacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38(3)*, 272-280.
- Byramkarosu, T.(1999). Spritual Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 53(2)*, 143-162.
- Holstein,B.B.(1997). *The enchanted self: A Positive therapy*. Singapore: Harward Academic Press.
- Jones, S.L.; Watson, E.J.; & Wolfram, T.J.(1992). Results of the rech conference surveg on Religious faith and professional Psychology. *Journal of Psychology and Theology, 20(A)*, 153-160.
- Pargament, K.L.; Echemendia, R.J.; Johnson, S.; Cook, P.M.; Mayers, J.; & Brannick, M.(1987). The conservative church: Psychosocial advantages and disadvantages. *American Journal of Community Psychology, 15*, 269-286.
- Spilika, B.; Sharer, P.; & Kirkpatrick, L.A.(1985). A general attribution theory for the Psychology of Religion. *Journal for the Scientific Study of Religion, 24*, 1-20.
- Worthington, E.L.; Kursu, T.A.; McCullough, M.E.; & Sandage, S.J.(1996). Empirical Research on Religion and Psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-Year Review and Research prospectus. *Psychological Bulletin, 119(3)*, 448-487.
- Walker, C.E.; & Roberts, M.C.(2001). *Hand Book of Clinical Child Psychology*. Third Edition. John wileg & sons, INC. NewYork.
- Fod,E.(1998). *Failures in Behavior therapy*. NewYork: Wiely & Sons.