

بسیاری از ناسازگاری‌ها و ناهنجاری‌ها را تضادهای ارزشی و عدم استقرار یک نظام ارزشی سازمان یافته در فرد دانست. آیین اسلام در قرون متمادی، میلیون‌ها نفر از نژادهای گوناگون را در مناطق مختلف جغرافیایی به خود جذب کرد، روش زندگی انسان را تغییر داد، هدف خاصی به زندگی آنها بخشید و برای اداره زندگی فردی و اجتماعی آنها قوانین خاصی وضع کرد. این آیین با رویکردهای دینی و معنوی، اثر ویژه‌ای دارد. (کهنوجی، ۱۳۹۴) افسردگی یکی از اختلالات بسیار مهم روانی است که بخش بزرگی از ادبیات روان‌شناختی را به خود اختصاص داده است. این اختلال دومین عامل اصلی مرگ‌ومیر در بسیاری از کشورهای جهان است و در طول زندگی ۲۹٪ افراد را به خود مبتلا می‌کند (فیاض، ۱۳۹۴). اختلال افسردگی، دوره‌های نشانی را شامل می‌شود که در آنها فرد دستخوش خلق به شدت غمگین می‌شود. عنصر اصلی این اختلال، خلق غمگین بسیار بالاست که ملامت نامیده می‌شود (هالچین و ویتبورن، ۱۳۹۴).

قرآن کریم منبع بیکران وحی الهی است که برای هدایت از جانب پروردگار متعال نازل شده است. وقتی انسان خداپرست، خود را در مسیر تابش انوار آیات قرآن قرار دهد، می‌تواند در مسیر هدایت پروردگار قرار گیرد. در این مسیر، اختلال و نارضایتی، غم، افسوس، کسالت و ناامیدی معنایی ندارد. قرآن کریم برای مؤمنین شفایی است که موجب نجاتشان از سقوط به پرتگاه گمراهی است و با سمت و سو دادن به ادراکات، باورها، صفات، گرایش‌ها و رفتارها مسیر آرامش و امنیت را هموار می‌کند. با این اوصاف، اختلال و سختی در کسی که راه و رسم زندگی خود را از قرآن بیاموزد راه ندارد. امام علی علیه السلام می‌فرماید: «قرآن نوری است که خاموشی ندارد، چراغی است که درخشندگی آن زوال نپذیرد، دریایی است که حرف‌های آن درک نشود، راهی است که رونده آن گمراه نگردد، شعله‌ای است که نور آن تاریک نشود. خدا قرآن را فرونشاندن عطش علمی دانشمندان و باران بهاری برای قلب فقیهان و راه گسترده و وسیع برای صالحان قرار داده است. قرآن، دارویی است که با آن بیماری وجود ندارد. نوری است که با آن تاریکی

یافت نمی‌شود. ریسمانی است که رشته‌های آن محکم و پناهگاهی است که قله آن بلند است.».

بنابراین، همان‌طور که امکان ورود انواع اختلال‌ها از بیرون و درون برای فرد وجود دارد امکان برون‌رفت از آن نیز است. مطالعات مختلف نشان می‌دهد که سیطره فطرت الهی در انسان تحول اساسی پدید می‌آورد. تحولی که مانند سجده سحری مصر به حضرت موسی عَلَيْهِ السَّلَام به یک باره مسیر زندگی را تغییر دهد و حتی جان دادن را سهل و لذت‌بخش کند. طبیعی است مسیری که خداوند برای چگونه زیستن انسان معرفی کند بهترین مسیر برای آرامش روح و روان انسان است. (تاج‌آبادی و تحری، ۱۳۹۸) اختلال افسردگی، بیشترین بار بیماری را در جهان دارد (موری، و همکاران، ۲۰۱۲)، پیامد و نتیجه بسیاری از اختلالات دیگر بوده و شیوع بالایی در جوامع دارد. بنابراین، بررسی عوامل مرتبط با آن از یک طرف و تلاش برای رفع آن از طرف دیگر موجب تدوین برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی مناسبی می‌شود و افزایش بهزیستی فرد و جامعه را رقم می‌زند. توجه به عوامل افسردگی از منظر قرآن و بررسی ارتباط متغیرهای دیگر که در روان‌شناسی تعریف شده‌اند قدمی برای گسترش روان‌شناسی مبتنی بر فرهنگ در جوامع اسلامی مانند ایران است (زرگری، ۱۳۹۶). بررسی‌ها نشان می‌دهد که در حوزه افسردگی از منظر قرآن پژوهش‌های محدودی صورت گرفته که هر یک از آنها از زاویه‌ای به افسردگی و نگرش قرآن پرداخته‌اند. فراحسینی و مهدی‌زاده در مقاله افسردگی و عوامل آن تلاش کردند میزان افسردگی و عوامل آن را در دانشجویان فیروزکوه شناسایی کنند.

فیاض و همکاران (۱۳۹۴) در مقاله ساخت مقدماتی تشخیص افسردگی براساس بعضی از آیات قرآن به توصیف انواع افسردگی و ارائه ابزاری برای تشخیص آن اهتمام داشتند. تاج‌آبادی و تحری (۱۳۹۸) در مقاله بررسی عوامل فرهنگی و اخلاقی افسردگی از منظر قرآن کریم به اسباب و علل افسردگی توجه داشتند. هنرمند و همکاران (۱۳۹۰) در مقاله بررسی تأثیر درمان چندوجهی اسلامی بر افسردگی و عزت‌نفس دانشجویان بر درمان تمرکز کرده‌اند. با توجه به

پژوهش‌های صورت‌گرفته، ارائه پژوهشی که بتواند نمایانگر نگاه قرآن کریم به اختلال افسردگی باشد و از زوایای توصیف، سبب‌شناسی و درمان، جامعیت داشته باشد ضروری است.

۲. مفهوم‌شناسی

۲-۱. افسردگی

افسردگی به معنای تنگی و پژمردگی (عمید، ۱۳۶۳، ص ۱۷۴) و در اصطلاح به حالت مرضی-عاطفی گفته می‌شود که با احساس نومیدی، بی‌کفایتی، گناه و ترس همراه است (شعاری‌نژاد، ۱۳۷۵). اختلال افسردگی یک اختلال خلقی است. شاه‌بیت نشانه‌های افسردگی عبارت است از احساس غم شدید یا ناتوانی در لذت بردن (دیویسون، و همکاران، ۱۳۹۵، ص ۵). نشانه‌های این اختلال در ابعاد رفتاری، شناختی، هیجانی و زیستی فرد است که می‌تواند او را دچار آسیب کند. از نشانه‌های شناختی، خودملامت‌گری، تمرکز بر کاستی‌ها و نگاه منفی به زندگی را می‌توان نام برد. نشانه‌های جسمی و زیستی مانند خستگی، نیروی اندک، درد و آلام جسمانی هستند. این نشانه‌ها می‌توانند آن قدر شدید باشند که فرد مبتلا را دچار بیماری جسمی کنند هرچند هیچ علت بدنی واضحی برایش وجود نداشته باشد. به جز نشانه‌های جسمانی و شناختی، ابتکار عمل نیز ممکن است زایل شود. کناره‌گیری از دیگران نشانه‌ای رایج است. بسیاری از آنها ترجیح می‌دهند گوشه‌نشینی اختیار کنند (دیویسون، و همکاران، ۱۳۹۵، ص ۵). ملاک‌های تشخیصی افسردگی در DSM خلق افسرده، فقدان لذت، کاهش یا افزایش وزن و... بوده که مستلزم تداوم بروز نشانه‌ها در طول دو هفته (در افسردگی اساسی) تا دو سال (افسردگی پایدار) است (۲۰۱۳).

۳. روش تحقیق

پژوهش حاضر به روش توصیفی-تحلیلی براساس مقاله‌های منتشر شده در این حوزه انجام شده و روش گردآوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای است. منابع دینی و روان‌شناسی،

کتاب‌ها، پایان‌نامه‌ها، مقالات علمی-پژوهشی و مقالات علمی-تخصصی نیز از مهمترین منابع تحقیق در پژوهش حاضر هستند.

۴. توصیف افسردگی از منظر قرآن کریم

برای دستیابی به تعریف افسردگی بر مبنای قرآن کریم در فرایند مرحله‌ای و روشمند، تعریف جدیدی از افسردگی حول محور واژه‌های افسردگی در هر سوره به دست آمد. با توجه به اینکه واژگان به دست آمده مربوط به شش سوره از قرآن کریم بودند شش تعریف از افسردگی به دست آمد و با توجه به معنای آن افسردگی، برای هر کدام نامی در هر سوره انتخاب شد. فرضیه استقلال یا عدم استقلال شش نوع افسردگی در مطالعه دوم براساس نتایج تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد.

۴-۱. افسردگی تطفیفی

حالتی از سختی در عمل، احساس فشار و در تنگنا بودن است که در نتیجه خودجانبداری و عدم توجه به حقوق دیگران و تمسخر و استهزای آنها روی می‌دهد. این نوع افسردگی، طراوت و نشاط را می‌گیرد و احساس حقارت و نارضایتی ایجاد می‌کند. انفعال در عواطف از نشانه‌های وجود خودجانبداری و افسردگی تطفیفی است. (ر.ک.، مطففین: ۲۹-۳۲).

۴-۲. افسردگی سرشکستگی

حالتی از یأس، ناکامی و احساس شکستی فراگیر نسبت به بی‌نتیجه بودن عمل است. علت آن، داشتن علم و کار بیهوده، ضعف تفکر، ولایت‌ناپذیری، فقدان باور به روز حساب و بی‌رغبتی در تغییر باورها و کسالت است که به ایجاد احساس نارضایتی، سرشکستگی و ناامیدی از تغییر می‌انجامد. در این نوع افسردگی چون رفتار بدون پشتوانه باوری حقیقی و درست است هرچند در ظاهر با ارزش و زیاد باشد، در مواجهه با مانع و یاناکامی باعث ایجاد پوچی، سرشکستگی و یأس می‌شود. (ر.ک.، غاشیة: ۱-۷)

۴-۳. افسردگی انزواطلبانه

افسردگی انزواطلبانه نوعی غم و اندوه فراگیر است که در نتیجه گرایش‌های فرد به افراد توانگر و دوری از افراد تلاشگر متواضع، و فقدان سعی بیرونی و خشیت درونی روی می‌دهد و ناکامی، ناتوانی، فرار، انزوا و احساس حزن و اندوه را برای او ایجاد می‌کند. (ر.ک.، عبس: ۴۰-۴۱)

۴-۴. افسردگی ولایت‌ستیزانه

حالتی از ناامیدی و درماندگی شدید که با احساس سقوط از پرتگاه (تعس) همراه است. در این شرایط، همه اعمال فرد در نتیجه عدم اعتماد به خداوند، کراهت نسبت به دستورات دین، دورویی و ادعای بدون عمل، کینه و قلب مریض و بخل از بین می‌رود و فرد در ستیز با ولی خدا قرار دارد هرچند با این شرایط، باز هم به توجیه کارهای خود دست می‌زند. (ر.ک.، محمد: ۱۱)

۴-۵. افسردگی معنوی

تیره‌روزی، سختی و تنگی در زندگی روزمره است که در نتیجه فقدان هدایت‌یافتگی و ذکر ایجاد می‌شود. در این وضعیت، فرد به دلیل ترس از دست دادن مال یا جان، باور به نفع‌رسانی یا ضرررسانی دیگران به او، آزمایش ندانستن بهره‌مندی و عدم بهره‌مندی‌ها در دنیا، تکبر، فقدان خضوع و تسلیم در برابر دستورات خدا، پیروی از هوای نفس، عدم توجه به نزدیک بودن قیامت، نارضایتی از داشته‌ها، بی‌توجهی به زودگذر بودن دنیا و توجه و میل زیاد به رفاه مادی دیگران، دچار سیاه‌روزی و تنگی در زندگی عادی خود شده و احساس بدبختی و حزن و اندوه شدید می‌کند. (ر.ک.، طه: ۱۲۴)

۴-۶. افسردگی دوسوگرایانه

نوسانات خلقی شدید بین رضایتمندی، نارضایتی، ارزشمندی، حقارت و شادی و غمگینی است که در نتیجه علاقه شدید فرد به مال و نعمت‌های پر زرق و برق دنیایی به وجود آمده است. در این وضعیت، فرد در ارائه مال یا دارایی به دیگران و به دلیل ترس از دست دادن آنها

بخیل است. عدم شناخت کافی از خداوند، عدم باور به امتحان بودن نعمت‌ها در دنیا و عدم ذکر خدا موجب طغیان و فساد او می‌شود و او را در شرایط نداری و سختی دچار احساسات شدید خواری، ذلت، حقارت و ناتوانی در عمل می‌کند. (ر.ک.، فجر: ۱۶ و ۲۴) باتوجه به تعریف شش نوع افسردگی از دیدگاه قرآن می‌توان افسردگی را به‌طور کلی به این صورت تعریف کرد: «افسردگی، خمودی است که به علت عدم اعتماد به خدا و ضعف تفکر در فرد شکل گرفته است و او را از سویی به احساس بی‌نتیجه بودن کارها و از سوی دیگر به بی‌رغبتی و عدم رضایت از زندگی و در نهایت به خواری درونی و غم فراگیر می‌کشاند» (فیاض، و همکاران، ۱۳۹۴).

۵. سبب‌شناسی افسردگی قرآن کریم

امروزه بیشتر روان‌شناسان، رویکردی چندبعدی به اختلالات دارند و جنبه‌های زیستی روانی و اجتماعی را با یکدیگر در نظر می‌گیرند. نظریه‌های دوگانه‌انگاری که ذهن و بدن را از هم جدا می‌دانستند هم‌اکنون جای خود را به مدل‌های یکپارچه‌ای داده‌اند که عوامل بیولوژیکی روان‌شناختی و اجتماعی را در ایجاد افسردگی در تعامل با یکدیگر در نظر می‌گیرند. (بالدوین و برت ویسل، ۲۰۰۲؛ فریدمن، ۲۰۱۴) روان‌شناسان در دهه‌های اخیر به دنبال بررسی عوامل علی و همبستگی افسردگی از یک طرف و ارائه راهکارهای درمانی برای این اختلال از طرف دیگر بوده‌اند. یکی از سازه‌های مرتبط با افسردگی، خودشناسی است؛ یعنی یکپارچگی تجارب زندگی در قالبی معنایی که نشانگر واقعیت‌های خود است (قربانی، واتسون، فیاض و چین، ۲۰۱۵). این فرایند یکپارچه، آگاهی نسبت به حال را با فهم به گذشته و آرزوهای آینده در هم می‌آمیزد (براون و رایان، ۲۰۰۳). ظرفیت فهم فرایندها و تجربه‌های درونی به شکل نظام‌مند و سازمان‌یافته برای نظم بخشیدن به خود، خودشناسی انسجامی نامیده می‌شود (قربانی، واتسون، بینگ، دیویسون و لی‌پرتون، ۲۰۰۳؛ قربانی، واتسون و هرگیس، ۲۰۰۸).

این فرایند نوعی آگاهی لحظه به لحظه از حالات روان شناختی و توان تمایز و تحلیل محتوای تجارب کنونی محسوب می شود. خودشناسی انسجامی به فرد این امکان را می دهد که به واسطه توانمندی های خود، افکار و احساساتش را سازمان دهد و مناسب ترین فعالیت ها را برای رسیدن به نتایج مطلوب شناسایی و انتخاب کند. (قربانی، و همکاران، ۲۰۱۰) پژوهش حاضر نشان می دهد که خودشناسی با برآورده شدن نیازهای اساسی سه گانه همبستگی مثبت (قربانی و واتسون، ۲۰۰۶) و با بازی های روانی و افسردگی اضطراب و تنیدگی، همبستگی منفی دارد (موسوی و قربانی، ۱۳۸۵). به دلیل نقش توانایی بازبینی و ارزیابی خود در میزان سازش یافتگی و عملکرد بهینه، پژوهش هایی در این زمینه انجام شده است. نتایج نشان می دهد که خودشناسی انسجامی با ارزش خودافزون تر، سرزندگی و بهزیستی، تفکر سازنده و خودتعیین گری همبسته بوده و پیش بین سطوح پایین افسردگی، اضطراب، استرس ادراک شده، وسواس فکری و اضطراب اجتماعی است و با نشخوار ذهنی و سرکوب ناسازگارانه رابطه منفی دارد (قربانی، و همکاران ۲۰۰۸). این مفهوم با ارضای کامل نیازهای اساسی روان شناختی نیز رابطه دارد (بروان و رایان، ۲۰۰۳).

هرچه خودشناسی بیشتر باشد سازش یافتگی روانی بیشتر است. (قربانی و واتسون، ۱۳۸۴) خودشناسی برخلاف افسردگی که سلامت روان را تهدید می کند آن را پیش بینی می کند (بهجتی، سعیدی نوربالا، انجدانی و آقایی میبیدی، ۲۰۱۱). خودشناسی، کمال مطلوب است که نه تنها در تئوری روان شناسان و عمل، بلکه در مذهب و فلسفه و بسیاری از مزاحم جای دارد (قربانی، و همکاران، ۲۰۰۳). خودشناسی، تلاش آگاهانه و سازگارانه خود برای معنا بخشی به تجارب در طول زمان برای دستیابی به خواسته هاست حال آنکه بسیاری از مطالعات آن را به صورت خودارزیابی، عزت نفس و به اشکال دیگر تعریف کرده اند. براساس این دیدگاه، نوع رابطه افسردگی و خودشناسی در برخی از این مطالعات بررسی شده است (زرگری، ۱۳۹۶).

خودشناسی یا شناخت نفس از موضوعات مهمی است که در قرآن و روایات به آن تأکید شده است. براساس سوره مبارکه حشر خداوند انسان را از روند فراموشی برحذر می دهد؛ زیرا

فراموشی خداوند موجب خودفراموشی می‌شود و کسی که نتواند اتصال خود با خداوند را حفظ کند اتصالش با خود حقیقی‌اش را از دست می‌دهد. اتصال با خود حقیقی، معادل سلامت و در تقابل با افسردگی و غمی است که قرآن آن را تبیین می‌کند. (طباطبایی، ۱۳۷۴)

مفهوم خودشناسی با افسردگی از منظر قرآن در تقابل است. مدل‌های مختلف افسردگی از منظر قرآن نشان‌دهنده ضعف در خودشناسی هستند و امکان عمل هدفمند، آگاهانه و منطبق بر نیازهای حقیقی را از انسان سلب می‌کنند. در همه مدل‌های افسردگی، عدم اعتماد به خدا و ضعف در تفکر وجود دارد. کسی که نسبت به دیگران بی‌اعتنا بوده و حقوق خود را بر دیگران مقدم بداند اهداف، مقاصد و توانمندی‌های خود را نشناسد و از تفکر خود به‌درستی بهره‌نگیرد نسبت به افرادی که می‌تواند خود را به شکوفایی واقعی نزدیک کند بی‌اعتناست، نسبت به ذکر خدا و اتصال به او کراهت دارد و مبناهای متزلزل و ناپایدار را برای تعریف ارزشمندی خود انتخاب می‌کند. او حقیقت وجودی خود و نیازهایش را به‌درستی نشناخته است. چنین فردی به سمت اختلال سوق یافته و دچار افسردگی می‌شود. هریک از انواع شش‌گانه در جنبه‌هایی باعث صدمه دیدن خودشناسی فرد می‌شوند. بنابراین، انسان باید در همه ابعاد زندگی، خودشناسی خود را ارتقا داده و روابطش را براساس آن با خود، خدا و دیگران تنظیم کند؛ در غیر این صورت دچار انواع افسردگی، ناخوشی و غم می‌شود (زرگری، ۱۳۹۶). هرچند افسردگی در روان‌شناسی امروز با نشانه‌هایش مانند غم فراگیر، فقدان لذت، افکار خودکشی، ناامیدی و تغییرات بیولوژیکی شناخته می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، اما ریشه‌های زیربنایی افسردگی که عواملی باوری، صفتی، توجهی و گرایشی هستند نقش مهمتری نسبت به نشانه‌هایی دارند که به‌صورت پسینی ظاهر می‌شوند. از آنجاکه مبنای سنجش این انواع، عوامل علی هستند نه نشانه‌ای صرف، می‌توانند تغییرات خودشناسی را نیز پیش‌بینی کنند.

فقدان تفکر هدفمند، فقدان ورودی‌های شناختی مفید و رفتارهایی که با نیازهای حقیقی انسان سازگار نیست از عوامل افسردگی سرشکستگی هستند که نشانه‌های غمگینی را آشکار

می‌کنند که موجب حذف خودشناسی می‌شود. در افسردگی خودجانبدارانه، فقدان خودشناسی نسبت به نقش‌ها، حقوق و وظایف خود در برابر دیگران از عواملی است که خودشناسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و گاهی انسان از حقوق متقابل خود و دیگران و مسئولیت‌های ناشی از آن غفلت می‌کند؛ زیرا این بینش تشکیل دهنده یکی از محورهای خودآگاهی است و کمک می‌کند تا روابط اجتماعی را براساس موازین صحیح تنظیم کند. (زرگری، ۱۳۹۶) یکی از تعالیم گرانسنگ در این باره سخنان امام سجاد علیه السلام است که در قالب ۵۱ حق به آن موضوع پرداخته است (شرفی، ۱۳۹۲). آگاهی به وجود خویشتن موجب می‌شود که انسان در امور مختلف، خود را جای دیگران بگذارد و بیندیشد که اگر در اوضاع و شرایط آنها باشد چه احساسی خواهد داشت و چگونه رفتار خواهد کرد (می، ۲۰۰۹). در افسردگی معنوی، اتصال با خداوند قطع می‌شود. انسان نیاز دارد تا لحظه به لحظه با قدرت ذکری که خداوند به او داده است به پروردگار خود متصل باشد و این اتصال لازمه خودشناسی واقعی است. بر همین اساس هرکس خدا را فراموش کند دچار خودفراموشی می‌شود (ر.ک.، حشر: ۱۹) (فیاض و همکاران، ۱۳۹۲). داشتن معیارهای خودارزشمندی ناپایدار، ریشه نوسان خلقی در افسردگی حقارتی و عاملی برای فقدان شناخت نسبت به ارزشمندی واقعی خود است. داشتن مبناهای ظاهری در نزدیک شدن به افراد و بی‌توجهی به مبناهای مهم مثل سعی و خشیت در روابط، عاملی برای خدشه وارد شدن به بعدی دیگر از خودشناسی است (زرگری، ۱۳۹۶).

در افسردگی مرجع‌ستیزی، فرد نسبت به اینکه در زندگی باید تابع امرونهی و ساختاری از باید و نبایدها باشد و از امرونهی منابع غیرمطمئن پرهیز کند بی‌توجه است. این بی‌توجهی باعث سرگستگی خود و تبعیت خود از منابع نادرست در زندگی و دور شدن از خودشناسی واقعی می‌شود. (فیاض، ۱۳۹۶) در افسردگی ولایت‌ستیزی، یکی از عوامل مهم افسردگی، عدم تبعیت از ولی است که مصداق کامل آن پروردگار است. امام علی علیه السلام می‌فرماید: «من عرف نفسه فقد عرف ربه؛ هرکس خودش را بشناسد خدایش را می‌شناسد» (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶). پس کسی که از پروردگارش تبعیت نکند و نسبت به او اکراه داشته باشد خودش را نمی‌شناسد.

نکته قابل توجه اینکه مؤلفه‌های علی و زمینه‌ساز افسردگی که در این مطالعه از قرآن استخراج شده‌اند مؤلفه‌های اختیاری هستند و انسان می‌تواند با برطرف کردن آنها در مسیر هدایت پروردگار و آرامش و سعادت‌مندی قرار گیرد. بنابراین، عوامل استخراج شده از عوامل زمینه‌ای افسردگی که خارج از اختیار انسان هستند را دربرنمی‌گیرد هرچند که فرد باایمان در صورت بروز نشانه‌های افسردگی بدون حضور عوامل علی اختیاری نیز می‌تواند به صورت دیگری این اختلال را در راستای بندگی بهتر خود در نظر گیرد و از این مسیر تغییرات مثبتی را در راستای هدایت بیشتر ایجاد کند (زرگری، ۱۳۹۶).

۶. درمان افسردگی از منظر قرآن کریم

۶-۱. خودشناسی

ظرفیت فهم فرایندها و تجربه‌های درونی به شکل نظام‌مند و سازمان‌یافته برای نظم بخشیدن به خود، خودشناسی انسجامی نامیده می‌شود. (قربانی، واتسون، بینگ دیویسون و لی برتون، ۲۰۰۳؛ قربانی، واتسون و هرگیس، ۲۰۰۸) خودشناسی کمک می‌کند تا انسان دریابد درباره خود و دیگران چگونه بیندیشد، چه احساسی داشته باشد، با دیگران چگونه رفتار کند و چگونه بتواند خود را به نمونه رفتارهای انسان سالم نزدیک کند (میرزا وزیری، ۱۳۸۶). بنابراین، افسردگی بیشتر، نشانه خودشناسی کمتر و افسردگی کمتر، نشانه خودشناسی بالاتر است (لوینسون، و همکاران، ۲۰۱۵؛ به نقل از رضایی، ۱۳۹۰). افراد افسرده، دید منفی از کارآمدی خود در برخورد با موقعیت‌ها دارند. رایان ودسی (۲۰۰۰) به نقل از براون و رایان (۲۰۰۳) به این نتیجه رسیدند که فرآیندهای خودآگاهی با فراهم کردن داده‌های شناختی و پردازش به موقع بازخوردهای بدنی و هیجانی در مواجهه با موقعیت‌های زندگی به‌ویژه موقعیت‌های استرس‌زا خودنظم‌بخشی رفتاری و هیجانی را تقویت می‌کند.

همچنین خودآگاهی موجب تسهیل شناخت نیازها، علایق و ارزش‌های فرد شده و به فرد کمک می‌کند واکنش‌های رفتاری‌اش را متناسب با نیازها و ارزش‌های خود انتخاب کند. آنچه

در فرآیند خودآگاهی سازش یافته اتفاق می افتد توجه به موقع به فرآیندهای جسمی و ذهنی خود است. (براون و رایان، ۲۰۰۳) آگاهی از خویش به معنای درک نقاط قوت و ضعف انسان از خود است و همین مطلب، زمینه را برای تقویت نقاط مثبت و تضعیف نقاط منفی فراهم می کند و زمینه رشد و بالندگی انسان تلقی می شود (شرفی، ۱۳۹۲). پژوهش ها نشان دادند که بین خودشناسی و سلامت روانی (سرافراز، و همکاران، ۱۳۸۹؛ قربانی، و همکاران، ۲۰۰۳؛ بهجتی، و همکاران، ۲۰۱۱)، ثبات هیجانی (طهماسب قربانی و واتسون، ۲۰۰۸)، نشانه های اضطراب و افسردگی و نشانه های جسمانی (قربانی کریستوفر و مکانیک ها و واتسون، ۲۰۰۰) ارتباط معنی داری وجود دارد.

۷. الگوی درمان چندبعدی اسلامی

وجود مطالعات گسترده در حوزه عوامل خطر و راهکارهای درمان افسردگی در روان شناسی همچنان مسئله چالش بهداشت روان است که هنوز کارهای زیادی برای درمان آن باید انجام شود. (کلارک و فربرن، ۱۳۸۰) طی سالیان گذشته شماری از مدل های نظری و روش های درمانی برای افسردگی به وجود آمده اند، اما فقدان رویکرد یکپارچه آسیب شناسی و درمان افسردگی موجب نوعی سردرگمی و چندپارگی در نظریات مختلف را فراهم کرده است. همچنین یکی از نواقص مطالعات کنونی اتکا در منابع کمی و تجربی به تنهایی است. این شکاف عمیق بین مطالعات کیفی و کمی باعث عدم فهم دقیق و عمیق از واقعیت می شود (فقیهی، و همکاران، ۱۳۸۶). شایع ترین درمان انجام شده، دارودرمانی است. برخی از مطالعات نشان می دهد که 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 همکاران، ۱۹۷۴؛ به نقل از کلارک و فربرن، ۱۳۸۰). با توجه به عوارضی که برخی داروها برای برخی افراد دارند به نظر می رسد از بین مدل های روان شناختی در درمان افسردگی مدلی که بیش از سایرین تأثیرگذار شناخته شده و پژوهش های زیادی نیز پیرامون آن صورت گرفته است مدل شناختی در

درمان افسردگی است (فقیهی، و همکاران، ۱۳۸۶). مدل شناختی بک در درمان افسردگی مهم است. درمان شناختی عبارت است از تجارب آموخته شده خاصی که طراحی شده‌اند تا به بیماران آموزش داده شود که: الف) افکار منفی و خودکارشان را بازبینی کنند؛ ب) رابطه بین شناخت احساس و رفتار را بشناسند؛ ج) به آزمون افکار خود بپردازند؛ د) تفاسیر واقعیت را با شناخت‌های تحریف شده تعویض کنند؛ ه) یاد بگیرند باورهایی که آنها را مستعد خراب کردن تجربیاتشان می‌کند، بشناسند و اصلاح کنند (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 بپردازند و بدین وسیله تأثیرات آسیب‌رسان نیروهای فکری را تشخیص دهند و به جای دریافت‌های شناختی ناکارآمد خود الگوهای فکری سازش یافته‌تر و درست‌تری را جایگزین کنند. دریافت‌های شناختی زمانی ناکارآمد محسوب می‌شوند که به صورت مزمن، غیرواقعی و نادرست به نظر برسند و در پاسخ‌های عاطفی و رفتاری ناخواسته نقش داشته باشند. این تکنیک‌ها بر این فرض استوار است که اگر درمانجویان در زمینه بازسازی و اصلاح تحریم‌هایی که از واقعیت به عمل می‌آورند، آموزش ببینند، می‌توانند برای تغییر پاسخ عاطفی و رفتاری ناکارآمد مرتبط با خود در موقعیت بهتری قرار بگیرند. علائم شناختی که می‌تواند شامل باورها، تعبیر و تفسیرها، خودگویی‌های درمانجو و فرآیندهای شناختی تحریف شده باشند به‌عنوان هدف مداخله‌های بازسازی شناختی تعیین می‌شوند. (زارب، ۱۳۸۳، ص ۱۰۱)

در سال‌های اخیر، مدل چندوجهی برگرفته از متون حدیثی اسلامی نیز در درمان افسردگی مورد توجه قرار گرفته‌اند. از این شیوه در درمان بسیاری از افراد افسرده استفاده شده که تأثیر زیاد و ماندگاری داشته است. افسردگی طولانی (مجلسی، ۱۴۰۳، ۱۵۶/۷۴) در سیستم خلقی فرد اختلال ایجاد می‌کند و (آمدی، ۱۳۷۳؛ محمدی ری شهری، ۱۳۶۲، ۳/۳۷۶۴) باعث ضعف ولاغری بدن، سستی و از دست دادن توانایی (مجلسی ۱۴۰۳، ۷۳/۱۰۸) فرد می‌شود. در این مدل علاوه بر نقش عوامل شناختی مانند باورها و نگرش‌های منفی و غیر منطقی درباره خود،

دیگران و جهان که ناشی از پردازش شناختی نادرست درمانجو است، نقش عوامل مختلف اجتماعی-عاطفی مانند افراط یا تفریط در تمایلات وابستگی به دنیا، احساس حقارت و ناتوانی، کوتاهی در انجام تکالیف، حسادت، چشمداشت نابه جا به مال و کمک دیگری، آرزوهای طولانی، از سر خوردن نابه جا و غیر در شکل گیری و تداوم این اختلال دخیل است. نقش عوامل شناختی در رویکرد اسلامی بسیار بارزتر و برجسته تر از رویکرد سنتی است به طوری که نگرش ها، باورهای وهمی-خطایی و غیرمنطقی درباره خداوند و دیگران، عامل اصلی ایجاد افسردگی است. مقایسه نمره آزمودنی ها به صورت انفرادی و گروهی نشان می دهد که مدل چندوجهی اسلامی در کاهش علائم افسرده خویی بیش از شناخت درمانی بک مؤثر بوده است که به دلیل افزایش بهبودی رسوخ معنویت و علایق دینی در آنها به هنگام درمان بوده است. علاوه بر این، مدل اسلامی با مدل شناختی بک در درمان افسردگی تفاوت هایی دارد که یافته های پژوهش آنها را تأیید می کند (فقیهی، و همکاران، ۱۳۸۶).

۸. شناخت درمانی مبتنی بر آیات انسان شناسی

پژوهش ها نشان می دهد که ارتباط شگفت انگیزی بین افسردگی و تصویر شخصی فرد از خودش وجود دارد. فرد افسرده، افکار منفی نسبت به خود دارد. (کراز، ۱۳۸۱) افکار منفی، ریشه در ناآگاهی و آگاهی های نادرست دارد. این امر سبب انحراف در پردازش اطلاعات می شود (لی، ۱۳۸۵). به همین دلیل صاحب نظران معتقدند که شناخت درمانی از میان سایر روش های روان درمانی، بیشترین تأثیر را در درمان افسردگی دارد (ریچارد، ۲۰۰۳). در متون اسلامی نیز یقین، بالاترین درجه شناخت واقعی (راغب اصفهانی ۱۴۱۲) را دارد (مجلسی، ۱۴۰۴، ۲۱۲/۷۴). اگرچه شناخت درمانی در درمان افسردگی سابقه ۵۰ سال دارد (بلک برن، ۱۳۷۴)، اما تنها در دو دهه اخیر، نقش آموزه های دینی در شناخت درمان افسردگی توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است (فقیهی، و همکاران، ۱۳۸۶). از این دسته می توان به پژوهش کاربرد شناخت رفتار درمانگری در درمان افسردگی با تأکید بر دیدگاه اسلامی (فقیهی

و خدایاری فرد، ۱۳۸۰؛ به نقل از نجفی، و همکاران، ۱۳۹۲) اشاره کرد. در این پژوهش تنها یک مورد از آیات قرآن استفاده شده است. همین امر خلأ وجود پژوهش های قرآن محور در شناخت درمانی افسردگی را آشکار می کند (نجفی، ۱۳۹۲).

بهره مندی از آموزه های شناختی قرآن با توجه به ویژگی شفا دهندگی آن، ضرورتی دوچندان می یابد. آیه: «و نزل من القرآن ما هو شفاء و رحمت للمومنین ولا یزید الظالمین الا خساراً» (اسرا: ۸۲) این ویژگی را بیان می کند. در بسیاری از تفاسیر، یکی از موارد شفا دهندگی قرآن، شفای بیماری های روانی (طوسی، بی تا، ۵۱۳/۶) اعم از بیماری های پدید آمده از کفر و نفاق و بیماری های برخاسته از کژکاری های روانی و اخلاقی است (رازی، ۱۴۲۰، ۳۹۰/۲۱؛ طباطبایی، ۱۴۱۷، ۱۸۳/۱۳). بنابراین، شایسته است در راستای این ویژگی و شایستگی قرآن کریم و نیاز آشکار جهان کنونی به درمان اختلالات شخصیتی به درمان های مبتنی بر استنباط های قانون مند از آیات قرآن روی آورد. آموزه های قرآنی، گستره وسیعی دارد که موضوعات گوناگونی از آن برمی تابد. آنچه از این گستره در شناخت درمانی افسردگی درخور بهره وری است شناخت جایگاه ویژه انسان در نظام آفرینش و شناخت ویژگی های فردی و نوعی انسان است.

۸-۱. شناخت جایگاه ویژه انسان در نظام آفرینش

احساس بی ارزش بودن، یکی از نشانه های آشکار افسردگی است. (پاول، ۱۳۸۶) این احساس فرد را به خطای برچسب زدن دچار می کند؛ یعنی فرد به خود نام ها و لقب های ناشایستی نسبت می دهد (لی هی، ۱۳۸۵). توجه به جایگاه ارزشمند انسان در نظام آفرینش، جایگزین مناسبی برای این انگار است و تصویر ذهنی فرد از خود را به گونه ای واقع گرایانه مثبت می کند. «روح الهی انسان چنان ارزشمند است که شایسته سجده فرشتگان شد» (حجر: ۲۹). «انسان به عنوان جلوه گاه تمام قدرت خداوند شایسته خودکم بینی نیست» (ص: ۷۵). «انسان از عزت مندی که بر تمام هستی برتری دارد سزاوار خودکم بینی نیست» (اسراء: ۷۰).

۸-۲. شناخت ویژگی‌های فردی و نوعی انسان

ره‌آورد انسان‌شناسی فردی و نوعی، نگاه واقع‌گرایانه به نقش و دامنه اختیارات انسانی و ارتباط با تقدیرات الهی و توجه به توانمندی‌های فردی و نوعی انسان و تعدیل سطح انتظارات از خود و اطرافیان است که پیامد آن، پرهیز از احساس گناه به‌گونه‌ای نامطلوب، بالا رفتن آستانه شکیبایی در رویارویی با کلام و رفتار نامناسب دیگران است. در گزاره‌های زیر به این موارد پرداخته می‌شود: «بایدها در گستره توانمندی‌ها معنا می‌گیرد» (بقره: ۲۸۶). «رفتارهای برآمده از شخصیت‌های ناهمسان و پیچیده سزاواره داوری و مقایسه نیست» (اسراء: ۸۴). «میزان چشم‌داشت از دیگران هماهنگ با شخصیت آنهاست» (بقره: ۲۸۶). بنابراین، حوزه‌های شناختی استنباط‌شده، جایگزین مناسبی برای افکار منفی افسرده‌ساز هستند. این آموزه‌ها در دو محور جایگاه انسان در نظام آفرینش و ویژگی‌های فردی و نوعی انسان مطرح می‌شود.

توان بالقوه انسان بر تسخیر فرشتگان، نمود تمام قدرت خداوند در آفرینش انسان، برتری ذاتی و خدادادی انسان در تمام آفریده‌های الهی و آموزه‌های قرآنی است که به جایگاه ارزشمند انسان در جهان آفرینش اشاره دارد و جایگزین‌های شناختی مناسبی برای افکار منفی خودکم‌بین‌ساز هستند. توجه به دیدگاه قرآن در مورد گستره اختیار انسان در پرتو قوانین حکیمانه الهی، فرد را به ویژگی‌های نوعی خود آشنا کرده خطاهای شناختی شخصی‌سازی و تصادفی‌انگاری رخدادها و برجسب بداقبالی به خود را می‌زداید. از یافته‌های آیات تکلیف و شاکله، توجه به ویژگی‌های فردی و معناگیری بایدها در گستره توانمندی‌های فردی است. رهاورد این آموزه، رهایی از خطای بایدها در مورد خود و دیگران است. رهیافت دیگر آیات تکلیف و شاکله، پرهیز از داوری در مورد رفتار دیگران، مقایسه خود با دیگران و تعدیل سطح انتظار از دیگران به میزان شخصیت آنهاست. (نجفی، و همکاران، ۱۳۹۲)

۹. نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر با بررسی مقالات پیرامون افسردگی از منظر آیات قرآن کریم روشن شد که در پرتو آیات الهی می‌توان به سه حوزه شناختی از اختلال افسردگی دست یافت: حوزه اول، تبیین و توصیف نشانگان افسردگی و انواع آن براساس آیات است. فیاض و همکاران (۱۳۹۶) در مقاله بررسی رابطه انواع افسردگی از منظر قرآن با جهت‌گیری مذهبی نشان دادند که انواع به دست آمده از شش سوره قرآن کریم قدرت پیش‌بینی افسردگی را دارد و با جهت‌گیری مذهبی افراد همبستگی منفی دارد. بنابراین، جهت‌گیری مذهبی با افسردگی از منظر قرآن ارتباط دارد و می‌تواند آن را پیش‌بینی کند. بهرامی احسان و همکاران (۱۳۹۷) در مقاله همبستگی مؤلفه‌های افسردگی از دیدگاه قرآن و آزمون شخصیت چندوجهی مینه‌سوتا از آنجا که مشخصه‌های افسردگی مانند مزمن بودن و شدت آن به آسیب‌شناسی شخصیت مربوط است و یکی از پرکاربردترین و مهمترین ابزار عینی در تشخیص آسیب‌شناسی روانی، پرسش‌نامه شخصیت چندوجهی مینه‌سوتا است، پژوهشی را روی تمام دانشجویان دانشگاه تهران در سال ۹۵ انجام دادند. یافته‌ها حاکی از ارتباط بین افسردگی انزوایی با ابعاد افسردگی، انحراف روانی-اجتماعی، پارانویا، ضعف روانی و درون‌گرایی اجتماعی، افسردگی سرشکستگی با ابعاد افسردگی، پارانویا، ضعف روانی و درون‌گرایی اجتماعی و همچنین افسردگی معنوی با ابعاد ضعف روانی و درون‌گرایی اجتماعی، افسردگی تطفیفی با ابعاد افسردگی، انحراف روانی اجتماعی، پارانویا، ضعف روانی و درون‌گرایی اجتماعی و افسردگی دوسوگرایانه با ابعاد خود بیمارانگاری، مانیا و اسکیزوفرنی همبستگی مثبت معنی‌داری وجود دارد. انواع افسردگی از منظر قرآن قادر به پیش‌بینی تغییرات متغیرهای شخصیتی MMPI یا متغیرهای ملاک بود. بنابراین، میان ابعاد افسردگی از منظر قرآن و مقیاس‌های بالینی آزمون مینه‌سوتا همبستگی وجود دارد و هر دو مقیاس با وجود مبانی نظریه متفاوت t سازه واحدی را می‌سجد.

در بحث سبب و عوامل اختلال افسردگی، تاج‌آبادی و تحریری (۱۳۹۸) در مقاله بررسی عوامل فرهنگی و اخلاقی افسردگی از منظر قرآن با تبیین ضرورت پژوهش‌های کیفی چنین

نتیجه‌گیری کردند که با توجه به پیش فرض مدل ساختار وجودی انسان در مسیر معناشناسی تشخیص و درمان، ابعاد مختلف انسان با توجه به آیات و روایات در یک نظام ساختاری و فرایندی قابل توصیف است. یکی از ابعاد مهم ساختاری وجودی که ورودی کل ساختار محسوب می‌شود و بر مسیر تفکرات، باورها، امیال، انگیزه‌ها و رفتارها اثر می‌گذارد، بعد حس و خیال است. بسترهای مختلف خانواده، جامعه و روابط دوستی بر حس و خیال تأثیر مستقیم داشته و در شکل‌گیری اختلال نقش دارند. با توجه به داده‌های به دست آمده در پژوهش تاج‌آبادی می‌توان علاوه بر آسیب‌های بیان شده در پژوهش پیش‌رو، تخیلات و اسباب اجتماعی را زمینه‌ای برای اختلال افسردگی از منظر متون دینی دانست.

در حوزه درمان نیز درمان چندوجهی اسلامی توسط مهرابی‌زاده هنرمند و همکاران (۱۳۹۰) روی دانشجویان ارزیابی و بررسی شد. نتایج نشان می‌دهد که درمان با رویکرد چندوجهی اسلامی به شیوه گروهی در کاهش افسردگی و افزایش عزت‌نفس دانشجویان مؤثر است. یافته‌ها بیانگر این است که درمان چندوجهی اسلامی به شیوه گروهی در مقایسه با گروه کنترل، روی کاهش افسردگی و افزایش عزت‌نفس بسیار مؤثر است. موسوی و نجفی (۱۳۹۲) در مقاله: شناخت درمانی افسردگی با تکیه بر آموزه‌های قانونمند قرآنی نیز علاوه بر تأکید بر اثرگذاری شناخت درمانی و نتیجه آن بر درمان افسردگی برخی مؤلفه‌های دیگر شناختی را آموزه قرآنی برای درمان افسردگی معرفی کردند. آموزش یاد الهی، اولین راه بسته ورود افکار منفی همگانی و همیشگی بودن فراز و نشیب‌های زندگی، احساس رضایت با اعمال قانونی شکر و غم، جزای غم، جایگزین‌های مناسبی برای افکار افسرده‌ساز معرفی شدند. کهنوجی (۱۳۹۴) نیز در مقاله اختلال افسردگی عمده و آموزه‌های قرآنی چنین نتیجه‌گیری می‌کند که افراد هرچه بیشتر به تقویت باورها و تغییرات درونی و به تبع آن، رعایت آموزه‌های قرآنی در طول حیاتشان بپردازند بیشتر و مطمئن‌تر می‌توانند خودشان را از گزند آسیب‌های روانی به‌ویژه آسیب اختلال افسردگی رهایی بخشند.

فهرست منابع

- * قرآن کریم
- * نهج البلاغه
۱. آمدی، عبدالواحد (۱۳۶۶). تصنیف غررالحکم و دررالکلم. قم: دفتر تبلیغات اسلامی.
 ۲. انجمن روان پزشکی آمریکا (۱۳۹۶). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. مترجم: رضاعی، فرزین. و همکاران. تهران: انتشارات ارجمند.
 ۳. بلک برن. ماری.، و ایوی، دیوید سون کیت ام (۱۳۷۴). شناخت درمانی افسردگی و اضطراب. مترجم: تونزنده جانی، حسن. مشهد: آستان قدس رضوی.
 ۴. بهرامی احسان، هادی.، زراعت کار، هانیه.، و علی نژاد، نعیمه (۱۳۹۷). همبستگی مؤلفه‌های افسردگی از دیدگاه قرآن، آزمون شخصیت چندوجهی مینه‌سوتا. نشریه سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت، (۲)، ۲، ۱۳۸-۱۴۳.
 ۵. پاول، گیلبرت (۱۳۸۶). غلبه بر افسردگی. مترجم: جمال فر، سیاوش. تهران: رشد.
 ۶. تاج‌آبادی. حسین، تحریری النجاری، اعظم (۱۳۹۸). بررسی عوامل فرهنگی و اخلاقی افسردگی از منظر قرآن کریم. نشریه مدیریت فرهنگی، شماره ۴۳، ۸۳-۹۴.
 ۷. دیویدسون. جرالده. و همکاران (۱۳۹۵). آسیب‌شناسی روانی. مترجم: دهستانی، مهدی. تهران: نشر ویرایش.
 ۸. رازی، فخرالدین محمد بن عمر (۱۴۲۰). مفاتیح الغیب. بیروت: دار احیاء التراث العربی.
 ۹. راغب اصفهانی، حسین بن محمد (۱۴۱۲). المفردات فی غریب القرآن. دمشق: دارالعلم.
 ۱۰. رضایی، حسن (۱۳۹۰). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی زندانیان مثبت. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشگاه رازی. کرمانشاه.
 ۱۱. زارب. ژانت. م (۱۳۸۳). ارزیابی و شناخت رفتار درمانی نوجوانان. مترجم: خدایاری فرد، محمد. و عابدینی، یاسمین. تهران: رشد.
 ۱۲. زرگری. مرضیه. و همکاران (۱۳۹۶). تبیین خودشناسی بررسی انواع افسردگی از منظر قرآن در دانشجویان. نشریه دستاوردهای روان‌شناسی بالینی، ۲۳(۳)، ۲۶۵-۲۸۲.
 ۱۳. سرافراز، مهدی‌رضا.، بهرامی، احسان. و همکاران (۱۳۸۹). فرآیندهای خودآگاهی و سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی. نشریه پژوهش در سلامت روان شناختی، ۴(۳-۴)، ۴۲-۳۳.
 ۱۴. شرفی، محمدرضا (۱۳۹۲). مهارت‌های زندگی در سیره نبوی. مشهد: انتشارات قدس رضوی.
 ۱۵. شعاری نژاد، علی اکبر (۱۳۷۵). فرهنگ علوم رفتاری. تهران: امیرکبیر.
 ۱۶. طباطبایی، سید محمد حسین (۱۴۱۷). المیزان فی تفسیر القرآن. قم: دفتر انتشارات اسلامی.
 ۱۷. طوسی، محمد بن حسن (بی‌تا). البیان فی تفسیر القرآن. بیروت: دار احیاء التراث العربی.
 ۱۸. عمید، حسن (۱۳۶۳). فرهنگ فارسی. تهران: سپهر.
 ۱۹. فقیهی، علی نقی.، غباری بناب، باقر. و قاسمی پور، یدالله (۱۳۸۶). مقایسه الگوی چندوجهی اسلامی با مدل شناختی بک در درمان افسردگی. نشریه مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۱(۱)، ۶۹-۸۶.
 ۲۰. فیاض، فاطمه (۱۳۹۶). طراحی مدل اکتشافی اختلال افسردگی از منظر قرآن و ارزیابی اثربخشی الگوی درمانی مبتنی بر آن. رساله دکتری روان‌شناسی. دانشگاه تهران.

۲۱. فیاض، فاطمه، و همکاران (۱۳۹۴). ساخت مقدماتی مقیاس تشخیص افسردگی مبتنی بر بعضی سوره‌های قرآن کریم. نشریه مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۱۷(۹)، ۱۵۳-۱۸۰.
۲۲. قربانی، نیما، و واتسون، پی. جی (۱۳۸۴). فرایندهای خودشناسی و نظام‌های پردازش خبر عقلانی و تجربه‌ای در ایران و آمریکا. نشریه روان‌شناسی تحولی روان‌شناسان ایرانی، ۲(۵)، ۳-۱۳.
۲۳. کراز ژرژ (۱۳۸۱). بیماری‌های روانی. مترجم: منصور. م، و دادستان، پروین. تهران: رشد.
۲۴. کلارک. دیوید، و کریستوفر، مزبورن (۱۳۸۰). دانش و روش‌های کاربردی رفتار درمانی-شناختی. مترجم: کاویانی، حسین. تهران: مؤسسه مطالعاتی علوم شناختی.
۲۵. کهنوجی، مرضیه (۱۳۹۴). اختلال افسردگی عمده و آموزه‌های قرآنی. نشریه طب و تزکیه، ۲۴(۲)، ۱۹-۲۸.
۲۶. لی‌هی، رابرت (۱۳۸۵). تکنیک‌های شناخت درمانی. مترجم: حمیدپور، حسن، و اندوز، زهرا. تهران: انتشارات ارجمند.
۲۷. مجلسی، محمدباقر (۱۴۰۴). بحارالانوار. بیروت: مؤسسه الوفا.
۲۸. محمدی‌ری‌شهری، محمد (۱۳۶۲). میزان الحکمه. قم: دفتر تبلیغات اسلامی.
۲۹. مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز، هاشمی، سید اسماعیل، و بساک‌نژاد، سودابه (۱۳۹۰). بررسی تأثیر درمان چندوجهی اسلامی بر افسردگی و عزت‌نفس دانشجویان. نشریه روان‌شناسی و دین، ۴(۱)، ۳۳-۴۴.
۳۰. موسوی، اشرف سادات، و قربانی، نیما (۱۳۸۵). خودشناسی خودانتقادی و سلامت روان. نشریه مطالعات روان‌شناختی، ۲(۴)، ۷۵-۹۲.
۳۱. موسوی، فاطمه، و نجفی، محمدجواد (۱۳۹۴). شناخت درمانی افسردگی با تکیه بر آموزه‌های قانونمند قرآنی. نشریه مطالعات اسلامی علوم قرآن و حدیث، ۴۷(۷۹)، ۹۷-۹۴.
۳۲. می. رولو (۲۰۰۹). انسان در جست‌وجوی خویشتن. مترجم: ثریا، سیدمهدی. تهران: انتشارات ویژه.
۳۳. میرزوزیری، هما (۱۳۸۶). جست‌وجوی کمال خودشناسی در تعلیمات عرفانی. نشریه متن‌پژوهی ادبی، ۱۱(۳۴)، ۱۱۴-۱۲۸.
۳۴. نجفی. محمدجواد، رحمان ستایش، محمدکاظم، و موسوی، فاطمه (۱۳۹۲). تفسیر آیات انسان‌شناسی و نقش آن در شناخت درمانی افسردگی. نشریه مطالعات تفسیری، ۱۶(۴۱)، ۵۴-۴۱.
۳۵. ویلهلم (۱۹۷۹). روان‌شناسی در عمق. مترجم: استپان سیمونیان. تهران: رشد.
۳۶. هالچین، ریچارد پی. و ویتبورن، سوزان کراس (۱۳۹۴). آسیب‌شناسی روانی. مترجم: سید محمدی، یحیی. تهران: نشر روان.
37. Baldwin, D. S., & Birtwistle, J. (2002). *An Atlas of depression: University of southampton*. United State: The Parthenon Publishing Group.
38. Behjati, Z., Saeedi, Z., Noorbala, F., Enjedani, E., & Aghaie Meybodi, F. (2011). Integrative self-knowledge and mental health. *Procedia*, 30, 705-708.
39. Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present mindfulness and Its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (4), 822-848.
40. Friedman, E. S. (2014). *Classification, causes, and epidemiology*, Handbook of Depression. London: Springer Healthcare.
41. Ghorbani, N., Christopher, J., Cunningham, C. J. L., & Watson, P. J. (2010). Comparative analysis of integrative self-knowledge, mindfulness, and private selfconsciousness in predicting responses to stress in Iran. *International Journal of Psychology*, 42 (2), 147-154

42. Ghorbani, N., Christopher, J., Cunningham, C. J. L., & Watson, P. J. (2010). Comparative analysis of integrative self-knowledge, mindfulness, and private self-consciousness in predicting responses to stress in Iran. *International Journal of Psychology*, 42 (2), 147-154.
43. Ghorbani, N., Watson, P. J., & Hargis, M. B. (2008). Integrative self-knowledge scale: Correlations and incremental validity of a cross-cultural measure developed in Iran and United States. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 142 (4), 095-412.
44. Ghorbani, N., Watson, P. J., Bing, M. N., Davison, H. K., & LeBreton, D. L. (2003). Two faces of self-knowledge: Cross-cultural development of measures in Iran and United States. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 129 (3), 238-268.
45. Ghorbani, N., Watson, P. J., Fayyaz, F., & Chen, Z. (2015). Integrative self-knowledge and marital satisfaction. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 149 (1), 1-18.
46. Murray, C. J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., ... & Memish, Z. A. (2012). Disability-adjusted life years (dalys) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *Journal of Lancet*, 15 (380), 2197-223.
47. Richard G; Garland Ann (2003). *Cognitive therapy for chronic and persistent Depression*. England: West Sussex.
48. Ryan, R. M., & Brown, K. W. (2003). Why we don't need self-esteem: On fundamental needs contingent love and mindfulness. *Psychological Inquiry*, 14, 71-76.
49. Tahmasb, A., Ghorbani, N., & Watson, P. (2008). Relationships between self- and peer-reported integrative self-knowledge and the big five factors in Iran. *Current Psychology*, 27 (3), 169-176.