

افسردگی، یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی، به‌ویژه در زنان است و پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۲۰ در جایگاه نخستین عامل ناتوان‌کننده جامعه بشری قرار گیرد.^۱ انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲ در سال ۱۹۹۴ برآورد کرده است که از هر پنج نفر، یک نفر در طول زندگی دچار افسردگی می‌شود.^۳ همچنین مطالعه همه‌گیرشناسی کاپوانی و همکاران،^۴ میزان شیوع افسردگی را در ایران بیش از کشورهای غربی نشان می‌دهد. احتمال ابتلای زنان به افسردگی اساسی^۵ در ایران نیز دو برابر مردان، یعنی ۹/۱٪ در مقابل ۴/۵٪ به دست آمده است.^۶ افزون بر جنسیت، متغیرهای دیگری نیز با افسردگی رابطه دارند که شامل نژاد و تجربه یک واقعه استرس‌زا در زندگی است.^۷ بیماران که گرفتار افسردگی‌اند، بیش از افراد دیگر دچار ترک کار، تعارض‌های زناشویی، کاهش عملکرد جسمی یا شغلی، سلامت جسمی ضعیف‌تر و بیماری‌های مختلف روانی و جسمی می‌شوند.^۸

اختلال افسردگی، دربرگیرنده حالتی همراه غمگینی^۹ و ملالت،^{۱۰} و از دست دادن علاقه و لذت در تقریباً همه فعالیت‌ها یا سرگرمی‌هاست. این حالت خلقی، چند هفته تداوم دارد و با نشانه‌هایی که تقریباً هر روز تکرار می‌شوند همراه است. این نشانه‌ها عبارت‌اند از: اختلال در اشتها (از دست دادن یا افزایش اشتها)؛ تغییراتی در وزن؛ اختلالات خواب (داشتن مشکل در به خواب رفتن، بیدار شدن در نیمه‌شب و ناتوانی در به خواب رفتن دوباره، صبح زود بیدار شدن و داشتن احساسی بد)؛ و از دست دادن علاقه و لذت در چیزهایی که پیش‌تر لذت‌بخش بوده‌اند، مانند غذا، رابطه جنسی، کار، خانواده و دوستان.^{۱۱}

یکی از نشانه‌های اساسی اختلال افسردگی - که در بیشتر مطالعات مربوط به بررسی عوامل تأثیرگذار بر این اختلال به طور ویژه به آن توجه شده است - مشکلات ارتباطی است که دربرگیرنده کاهش روابط با خانواده و دوستان، بی‌انگیزگی در ایجاد ارتباط‌های جدید و تمایل به تنها ماندن است.^{۱۲} افراد مبتلا به اختلال افسردگی (به‌ویژه افسردگی اساسی)، نسبت به اطرافیان بی‌تفاوت می‌شوند، که ریشه احتمالی آن، وجود مسائل حل نشده با این افراد است.^{۱۳}

نظریه‌های بسیاری درباره عوامل تأثیرگذار بر پدیدایی و ادامه افسردگی ارائه شده‌اند که هر یک بر دسته‌ای از عوامل تأکید کرده‌اند. نظریه‌های زیستی،^{۱۴} روان‌کاوی،^{۱۵} شناختی،^{۱۶} رفتاری^{۱۷} و بین فردی،^{۱۸} از جمله این نظریه‌ها هستند.^{۱۹} امروزه درمان‌های متعددی برای افسردگی وجود دارند؛ اما تعداد کمی از آنها توانسته‌اند در آزمایش‌های بالینی، اثربخشی خود را اثبات کنند. این درمان‌های اثربخش عبارت‌اند از: رفتاردرمانی؛ روان‌درمانی بین فردی و شناخت‌درمانی.^{۲۰}

تأثیر مداخله مبتنی بر خود معنوی و خود خانوادگی

بر کاهش علایم افسردگی دانشجویان

محسن سیفی* / احمد اعتمادی** / عبدالله شفیع آبادی***

چکیده

پژوهش حاضر به منظور تدوین پروتکل این مداخله و ارزیابی میزان اثربخشی آن در درمان افسردگی صورت گرفت. برای اجرای این پژوهش، ۲۴ دانشجوی دختر دانشگاه علامه طباطبائی که بر اساس آزمون افسردگی بک و مصاحبه بالینی، دارای علایم افسردگی بودند، به‌طور تصادفی به دو گروه دوازده نفره (یک گروه درمان و یک گروه گواه) تخصیص داده شدند. سپس پروتکل دوازده جلسه‌ای مداخله مبتنی بر خود معنوی و خود خانوادگی، در گروه آزمایش انجام شد. داده‌ها با آزمون t تحلیل شدند. نتایج این پژوهش نشان داد، آزمودنی‌هایی که مداخله مبتنی بر خود معنوی و خود خانوادگی را دریافت کرده بودند، به‌نسبت گروه گواه در علایم افسردگی بسیار کاهش داشته‌اند. نتایج پیگیری نیز نشان داد که این مداخله بر کاهش علایم افسردگی در گروه آزمایش، به‌نسبت گروه گواه مؤثرتر است. کلیدواژه‌ها: خود معنوی، خود خانوادگی، افسردگی، روان‌درمانی.

*mhseifi@gmail.com

ahmad_etemadi@yahoo.com

* دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

** دانشیار، گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

*** استاد، گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

دریافت: ۱۳۹۱/۵/۱ - پذیرش: ۱۳۹۱/۹/۶

برخی از مفهوم‌شناسی‌های اخیر از خود،^{۲۱} تأکید کرده‌اند که خود از اجزا یا جنبه‌های متعددی تشکیل یافته است. این مفهوم، دارای پیشایندهای تاریخی در نظریه‌ها و آثار افرادی چون زیگموند فروید،^{۲۲} ویلیام جیمز،^{۲۳} و گوردون آلپورت^{۲۴} بوده است. فروید سه مفهوم «نهاد»، «من» و «فرامن» را معرفی کرد که می‌توان آنها را به‌عنوان جنبه‌های مختلف شخصیت در نظر گرفت. جیمز سه جزء از خود را تحت عنوان «خود مادی»، «خود اجتماعی» و «خود معنوی» مطرح می‌کند. همچنین آلپورت هفت خود رشدی و تحولی را تحت عنوان «نفس»^{۲۵} مطرح می‌نماید که کارکردهای مختلف خود را توصیف می‌کنند. در سال‌های اخیر نیز نظریه‌پردازان و پژوهشگران دیگر به گسترش مدل‌های شخصیتی‌ای پرداخته‌اند که دربرگیرنده جنبه‌ها یا عوامل مختلف برای خود می‌باشند.^{۲۶}

رولند^{۲۷} سه طبقه‌بندی اصلی از «خود» ارائه می‌دهد؛ خود فردی،^{۲۸} خود خویشاوندی (خانوادگی)^{۲۹} و خود معنوی.^{۳۰} خود فردی، سازمان روان‌شناختی درونی است که فرد را قادر می‌سازد تا با جامعه‌ای در حال تغییر که خودمختاری را به او می‌بخشد یا تحمیل می‌کند، سازگاری یابد. از سوی دیگر، خود خویشاوندی (خانوادگی) به سازمان روان‌شناختی درونی اشاره دارد که یک زن یا مرد را قادر می‌سازد تا در روابط مبتنی بر صمیمیت و سلسله‌مراتبی در خانواده، اجتماع و دیگر گروه‌ها عملکرد خوبی داشته باشد. برای نمونه، در نظام سلسله‌مراتبی فرهنگ‌های شرقی، اصلی وجود دارد مبنی بر اینکه پایین‌دستی‌ها به‌گونه‌ای همدلانه، در برابر بالادستی‌ها از خود تمکین، احترام و وفاداری نشان دهند و در مقابل، بالادستی‌ها با نشان دادن راه و انتقاد کردن به شیوه‌ای شایسته، وظیفه خود را در قبال آنها انجام دهند. آنها به این شیوه احساس عزت را به‌طور متقابل در یکدیگر تقویت می‌کنند. خود معنوی نیز واقعیت معنوی درونی فرد است که افراد کمی، از طریق روش‌های گوناگون معنوی و به میزان‌های متفاوت، آن را درک و تجربه می‌کنند.^{۳۱} حس پیوند با منبعی برتر، اعتقاد به ماهیت توأم با وحدت زندگی، تحقق دعا، تحمل تناقضات، عدم قضاوت و سپاس‌گذاری، از مهم‌ترین مؤلفه‌های خود معنوی است.^{۳۲}

فرهنگ‌های آمریکایی و غرب اروپا تمایل دارند که «خود»^{۳۳} را یک «من»^{۳۴} فردگرایانه تلقی کنند که بازنمایی فردی است مستقل، خودمختار و منحصربه‌فرد. در رویکردهای فردگرایانه فرهنگ غرب، خود را به مثابه مرکز چند دایره متحد‌المرکز در نظر می‌گیرند که فرهنگ در دایره‌های پیرامونی آن قرار دارد.^{۳۵}

بیشتر نظریه‌های مشاوره غربی، ماهیتاً بر فردگرایی^{۳۶} استوارند. حتی خانواده‌درمانی و بیشتر

رویکردهای فمینیستی به مشاوره نیز تحت تأثیر فردگرایی قرار دارند. برای مثال، نظریه و کاربست فمینیسم، زاده ایدئولوژی اصالت فرد است که بر حقوق بشر، خودمختاری^{۳۷} فردی و برابری^{۳۸} تأکید می‌کند. خانواده‌درمانی نیز تا حد زیادی با فردگرایی مدرن پیوند خورده است؛ اگرچه خانواده‌درمانی با تأکید بر اهمیت نظام‌های خانوادگی، داشتن دیدگاهی فردگرایانه به فرد را رد می‌کند.^{۳۹}

یاهود^{۴۰}، پذیرش خود، رشد و خودشکوفایی، یک‌پارچگی شخصیت، خودمختاری، دریافت درست از واقعیت جامعه و دیگران، و احساس قدرت و شایستگی را شش ویژگی سلامت روانی می‌داند که به نظر می‌رسد هم‌اکنون نیز به‌عنوان ویژگی‌های سلامت روانی، درباره آنها توافق کلی وجود دارد. این ویژگی‌ها که آشکارا تحت تأثیر نظریه‌های روان‌پویشی و انسان‌گرایانه قرار دارند، به گونه‌ای عمیق در ارزش غربی فردگرایی ریشه دارند. در واقع، ارزش‌های سلامت روانی به‌شدت تحت تأثیر فردگرایی قرار دارند؛ چراکه فردگرایی اساسی‌ترین ایدئولوژی حمایت‌کننده روان‌درمانی است.^{۴۱}

این در حالی است که مشاوران و روان‌درمانگران حرفه‌ای، به گونه‌ای فزاینده به زندگی معنوی مراجعان خود علاقه‌مند شده و اهمیت پرداختن به معنویت در درمان را تشخیص داده‌اند.^{۴۲} افزون بر این، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که می‌توان سلامت روان را از طریق پرداختن به امور معنوی و مخاطب قرار دادن خود معنوی افراد، ارتقا بخشید.^{۴۳}

بیشتر افراد، خود گزارش می‌دهند که دارای زندگی معنوی‌اند. مطالعاتی که بر جمعیت عمومی و بیماران انجام شده، به‌طور پیوسته نشان داده که بیش از نود درصد افراد، به وجودی برتر اعتقاد دارند. مطالعات بیانگر آن است که ۹۴ درصد بیماران به سلامت معنوی و جسمی خود، به یک اندازه اهمیت می‌دهند. بیشتر بیماران، خواهان رسیدگی و برآورده شدن نیازهای معنوی و مذهبی خود هستند. برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی نمی‌توانند عملکرد درست داشته باشند یا به بالاترین ظرفیت خود برسند و بنابراین، بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود.^{۴۴}

با اینکه پژوهش‌های بسیاری درباره معنویت در طول دهه‌های گذشته انجام شده است، هنوز یک تعریف کاری یا تئوریک قابل قبول از آن ارائه نشده است؛ به‌گونه‌ای که مشکل شناسایی، تعریف و اندازه‌گیری ابعاد معنویت، همچنان پابرجاست.^{۴۵} در این راستا، عدم افتراق معنویت از خود معنوی در بسیاری از منابع، یکی از مباحث قابل توجه است. اگرچه می‌توان به‌طور منطقی فرض کرد که هم‌پوشانی‌هایی بین تعریف معنویت و خود معنوی وجود دارد، می‌توان خود معنوی را مفهومی

کاربردی در نظر گرفته که مولفه‌های معنویت را در قالب رفتارها، افکار و احساسات مرتبط با خود، به عنوان یک کارکرد در نظر می‌گیرد.^{۴۶}

برخی معتقدند که معنویت، فراتر از مذهب است و مفاهیم دیگری همچون سلامت معنوی، آرامش و راحتی ناشی از ایمان و تطابق معنوی، تجربیات و تظاهرات روح فرد در یک روند بی‌همتا و دینامیک که منعکس‌کننده ایمان به خدا یا یک قدرت بی‌نهایت است، اتصال به یک فرد، دیگران، طبیعت یا خدا، و یک پارچگی همه ابعاد انسانی را در بر می‌گیرد.^{۴۷}

با توجه به آنچه درباره تمایز میان معنویت و مذهب عنوان شده است، معنویت بدون مذهب، معنویت منفی است و صرفاً به معنای نبودن اموری همچون خودخواهی و جاه‌طلبی است.^{۴۸} بنابراین، با توجه به اهمیت باورهای مذهبی در فرهنگ ایران و نقش مذهب در سلامت روان افراد جامعه، ویژگی‌های خود معنوی در بافت اسلام بررسی، و در نهایت در جلسات درمان به کار گرفته شدند.

از نظر اسلام، معنویت با فطرت و حقیقت وجود انسان سازگار می‌باشد و به تعبیر استاد شهید مطهری، «از نظر قرآن، معنویت پایه تکامل است»^{۴۹} از نظر علامه طباطبایی نیز سیر باطنی و حیات معنوی انسان یک رشته واقعیت‌های بیرون از واقعیت طبیعت و جهان ماده، و بسیار اصیل‌تر، واقعیت‌دارتر و پهنوارتر از جهان ماده و حس است.^{۵۰} در ادبیات عرفانی، معنویت را در رهایی از مملوکیّت نسبت به اشیا می‌دانند، نه در رهایی اشیا از مملوکیّت نسبت به انسان؛ از این رو، معنویت راستین انسان، در اصلاح و بازسازی و سپس نوسازی درونی و بیرونی امکان‌پذیر است.^{۵۱}

روح حاکم بر معنویت در قرآن، عبودیت است که با توحید و عدالت الهی و اجتماعی در هم تنیده شده است و طبق این اصول، معنویت در قرآن از دو ویژگی اساسی و کلیدی برخوردار است:

الف) جامعیت؛ یعنی همه ابعاد زندگی انسان اعم از فردی، خانوادگی، اجتماعی، دنیایی و آخرتی را دربرمی‌گیرد؛

ب) کمال؛ یعنی همه حدود و مراتب وجود انسان را در حرکت تکاملی شامل می‌شود.

معنویت قرآنی دارای ساحت‌های عقلانی، نفسانی، جسمانی و معرفتی است. از نظر قرآن، ما باید در آن واحد، هم نظام روحی و فکری و اخلاقی و معنوی خودمان را درست کنیم و هم نظام اجتماعی و روابط بیرون را. بنابراین، معنویت جامع و کامل یا درونی و بیرونی می‌تواند معنویت همگرا به فطرت انسان باشد و فرجام و سرانجام آن، سعادت حقیقی فرد و جامعه انسانی خواهد بود.^{۵۲}

یکی از مؤلفه‌های خود معنوی، پرداختن به تفکر عقلانی است معنویتی که پایه‌های خردگروانه و

عقل‌ورزانه ندارد و با عقلانیت در تعارض و حتی در ستیز است، معنویت نیست. عقل، ملاک و مبنای معنویت، و معیار فضیلت و آرامش درونی است.^{۵۳} اسلام بر اهمیت نقش خرد و آموزش در زندگی مردم تأکید دارد.^{۵۴} نخستین آیه نازل‌شده بر پیامبر اکرم ﷺ دعوت به خواندن بوده است: «بخوان به نام پروردگارت؛ آن‌که انسان را از لختی خون بسته شده آفرید. بخوان درحالی‌که پروردگار تو کریم‌تر است؛ آن کس که به وسیله قلم علم آموخت؛ به انسان آنچه را نمی‌دانست، آموخت.»^{۵۵} قرآن مملو از آیاتی است که از مسلمانان می‌خواهد تا عقل را به کار برند و فکر کنند.^{۵۶}

یکی دیگر از مؤلفه‌های خود معنوی، رسیدن به حالتی از تعادل حیاتی است. معنویت، نیاز روح انسان، و روح، محتاج تکامل و توسعه وجودی است تا به درجات عالیّه کمال دست یابد؛ لکن هم نیاز روح باید همه‌جانبه تأمین شود و هم روح باید در سیر تکاملی‌اش به صورت متوازن و متعادل پیش رود تا رشدی هماهنگ و مناسب یابد.^{۵۷}

صبر و تحمل، از مهم‌ترین آموزه‌های اسلام برای مقابله با دشواری‌ها و کنترل امور بیرونی و درونی است.^{۵۸} قرآن مؤمنان را به صبر دعوت می‌کند؛ زیرا در صبر فوایدی برای تربیت نفس، تقویت شخصیت و افزایش توانایی انسان در برابر سختی‌ها و بارهای سنگین زندگی و حوادث و مصائب روزگار نهفته است. آیات متعددی بر اهمیت صبر در زندگی تأکید کرده‌اند که به برخی از آنها اشاره می‌شود:

«از صبر و نماز یاری جوید و این کار، جز برای خاشعان، گران است.»^{۵۹}

«ای افراد باایمان! از صبر و استقامت و نماز کمک بگیرید؛ زیرا خداوند با صابران است.»^{۶۰}

«قطعاً همه شما را با چیزی از ترس، گرسنگی، زیان مالی و جانی و کمبودها آزمایش می‌کنیم و بشارت ده به استقامت‌کنندگان؛ آنها که هرگاه مصیبتی به آنها می‌رسد، می‌گویند: ما از آن خداییم و به سوی او باز می‌گردیم.»^{۶۱}

پژوهش‌ها نشان داده‌اند، افرادی که خود معنوی قوی‌تری دارند، کمتر احتمال دارد به افسردگی مبتلا شوند؛^{۶۲} اما در صورت ابتلا، زودتر از دیگران بهبود می‌یابند.^{۶۳} همچنین شمار زیادی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند، بیماران افسرده که مداخلات معنوی دریافت کرده‌اند، زودتر از دیگر آزمودنی‌هایی که مداخلات مادی‌گرایانه دریافت کرده یا هیچ مداخله‌ای دریافت نکرده‌اند، بهبود یافته‌اند.^{۶۴}

کوئینیک^{۶۵} به رابطه منفی بین خود معنوی قوی و اضطراب و افسردگی دست یافت. به علاوه، او مطالعات چندی انجام داد که یک رابطه منفی بین فعالیت‌های معنوی، مذهبی و دیگر اختلالات روانی را ثابت می‌کند. مطالعات دیگری نیز وجود دارد که چنین رابطه‌ای را گزارش کرده‌اند.^{۶۶}

پژوهش‌های زیادی بر تأثیر روابط خانوادگی نامناسب بر پدیدایی، ادامه و بازگشت افسردگی تأکید کرده‌اند. بیش از نیمی از مراجعان مبتلا به اختلال افسردگی، از عملکرد خانوادگی مشکل‌دار و پریشان رنج می‌برند. کمبود حمایت خانوادگی و ناتوانی در برقراری روابط مناسب با اعضای خانواده، می‌تواند خطر ابتلا به اختلال افسردگی را تا اندازه زیادی افزایش دهد.^{۶۷}

مشاوران در چنین فرهنگ‌هایی، باید به‌جای تأکید بر فرایندهای درون‌روانی مراجع، بیشتر به روابط بین اعضای خانواده و ائتلاف‌های بین آنها توجه داشته باشند؛ از سوی دیگر، تحمیل ارزش‌های غربی بر خانواده‌های فرهنگ‌های دیگر، هم غیراخلاقی و هم بی‌نتیجه است.^{۶۸}

روان‌درمانی غربی به‌طور عمده در پی بازیابی هماهنگی درون‌روانی از طریق «به هشیار درآوردن مسائل ناهشیار» یا ترغیب فرد به شکوفایی خود، خود شدن، و دستیابی به تمایز و استقلال است؛ درحالی‌که در جوامع شرقی، این نوع روان‌درمانی اغلب موجب به وجود آمدن مواجهه‌ای سخت میان فرد و خانواده‌اش می‌شود. زمانی که فرد از لحاظ اقتصادی، اجتماعی و روان‌شناختی به خانواده خود وابسته است، در این مواجهه طرف ناکام و مغلوب خواهد بود و این نوع روان‌درمانی، موجب تشدید مشکلات وی می‌گردد.^{۶۹}

با توجه به اینکه خود فردی، اصل فرهنگی مسلط در فرهنگ و روان‌درمانی مبتنی بر فردگرایی است^{۷۰} و در این نظام‌ها نقش خود معنوی و خود خانوادگی (خویشاوندی) در فرهنگ‌های شرقی نادیده گرفته شده است،^{۷۱} این پرسش برای پژوهشگر پیش آمد که آیا مداخله مبتنی بر خود معنوی و خود خانوادگی، بر کاهش افسردگی مؤثر خواهد بود؟ بنابراین، هدف این پژوهش، تعیین اثربخشی مداخله مبتنی بر خود معنوی و خود خانوادگی در کاهش افسردگی است.

روش

طرح کلی مطالعه حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی متشکل از یک گروه آزمایشی و یک گروه گواه بود. این روش نمونه‌گیری، برای روش‌های آزمایشی مناسب است؛ زیرا برای این نوع طرح‌ها، گمارش تصادفی مهم است، نه انتخاب تصادفی نمونه از میان اعضای جامعه.^{۷۲} برای اجرای این پژوهش، از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد.

جامعه آماری مطالعه حاضر، دانشجویان دختری بودند که به کلینیک مراجعه می‌کردند. از میان این افراد، ۲۴ نفر انتخاب شدند که دوازده نفر در گروه آزمایش و دوازده نفر در گروه گواه، به‌طور تصادفی

گمارش شدند. به این منظور، با افرادی که به دلیل ابتلا به افسردگی به کلینیک مراجعه می‌کردند، یک جلسه مصاحبه تشخیصی انجام شد و اعضا بر اساس معیارهای زیر برای شرکت در این پژوهش انتخاب شدند: ۱. ابتلا به افسردگی بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته؛ ۲. کسب نمره بالاتر از چهارده در پرسش‌نامه افسردگی بک؛ ۳. عدم استفاده از داروهای ضدافسردگی در شش ماه گذشته.

ابزار: پرسش‌نامه افسردگی بک^{۷۳} یا BDI احتمالاً شناخته شده‌ترین و پرکاربردترین مقیاس افسردگی است. بررسی‌های مربوط به این پرسش‌نامه تقریباً همه‌جا وجود دارند.^{۷۴} و گویه‌های آن نشانه‌های هیجانی، رفتاری و بدنی را دربردارند.

این پرسش‌نامه نسخه بازنگری‌شده آزمون افسردگی بک (BDI) می‌باشد و با ملاک‌های افسردگی در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) منطبق شده است. همانند BDI-II، BDI نیز ۲۱ پرسش دارد و پاسخ‌ها بین ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. نقاط برش در BDI-II با BDI تفاوت دارد. این نقاط عبارت‌اند از: ۰ تا ۱۳ = افسردگی جزئی؛^{۷۵} ۱۴ تا ۱۹ = افسردگی خفیف؛^{۷۶} ۲۰ تا ۲۸ = افسردگی متوسط؛^{۷۷} و ۲۹ تا ۶۳ = افسردگی شدید. نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده علائم افسردگی شدیدترند. BDI-II با مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون^{۷۸} (HRSD) همبستگی^{۷۹} دارد و پایایی بازآزمایی یک‌هفته‌ای آن ۰/۹۳ است. همسانی درونی این پرسش‌نامه نیز ۰/۹۱ است.^{۷۹} همچنین ضریب اعتبار این پرسش‌نامه در ایران به روش بازآزمایی و به فاصله دو هفته، ۰/۸۰ گزارش شده است.^{۸۰}

روش اجرای پژوهش: روند اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا با دختران دانشجویی که به دلیل افسردگی به کلینیک مراجعه می‌کردند، مصاحبه بالینی انجام، و پرسش‌نامه افسردگی بک در مورد آنها اجرا شد. از میان افرادی که نمره آنها در آزمون افسردگی بک بیش از چهارده بود و در مصاحبه بالینی افسرده تشخیص داده شدند، ۲۴ نفر به‌طور تصادفی انتخاب شدند. ابتدا یک جلسه توجیهی برای این افراد برگزار گردید و این نکته توضیح داده شد که دوازده نفر از آنها در یک گروه درمانی شرکت خواهند کرد و دوازده نفر دیگر پس از اتمام پژوهش، مورد گروه درمانی قرار خواهند گرفت. این کار به این منظور انجام شد که تأثیر انتظار درمان میان گروه آزمایش و گروه گواه یک‌سان باشد و اثر آن با اثر مداخله مبتنی بر خود معنوی و خود خانوادگی بر کاهش میزان افسردگی، مشتبّه نشود. سپس این ۲۴ نفر به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جای‌گزین شدند. در ادامه، مداخله مبتنی بر خود معنوی و خود خانوادگی به مدت هشت جلسه نود دقیقه‌ای در مورد گروه آزمایش انجام شد. پس از اجرای

جلسات، پس از آزمون روی گروه آزمایش و گروه گواه اجرا شد و داده‌های به دست آمده از پیش آزمون و پس از آزمون، مورد تحلیل آماری قرار گرفتند. برای تحلیل نتایج، از آزمون t استفاده شد. در بیشتر مطالعات انجام شده در این حوزه، از این آزمون برای تحلیل نتایج استفاده شده است.^{۸۱}

آشنایی با انواع خود و برقراری ارتباط با آنها، شناخت قدرت شفابخش ایمان و معنویت در زندگی، اکتشاف ارزشمندی شخصی و هدف و مأموریت فرد در زندگی، پذیرش مسئولیت، بخشودن و وداع با گذشته، درک و رشد عشق الهی و حرکت به سمت یکپارچگی و تعادل، شناسایی جایگاه اعضا در خانواده و نسبت آن با خود فردی اعضا، بررسی تراز پرداخت‌های عاطفی میان اعضا و خانواده‌هایشان و بخشودگی، بررسی قواعد و ارزش‌های خانوادگی و قدردانی، و تعهد برای حرکت به سمت پیوندهای عاطفی با خانواده، از مهم‌ترین اهداف جلسات در مداخله مبتنی بر خود معنوی و خود خانوادگی‌اند.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی گروه آزمایش و گواه، در جدول ۱ آمده است. همچنین میان اعضای گروه آزمایش و گروه گواه از نظر سن، تفاوت معناداری وجود نداشت ($t=1/06$; $P=0/489$).

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی گروه آزمایش و گواه

گروه آزمایش	گروه گواه	
۱۲	۱۲	تعداد
۲۳	۲۲	میانگین سن
۷	۵	سابقه افسردگی
۲	۵	سابقه استفاده از خدمات درمانی روان‌شناختی
۱	۲	سابقه استفاده از داروهای ضد افسردگی

به منظور تعیین تأثیر مداخله مبتنی بر خود معنوی و خود خانوادگی بر کاهش افسردگی، ابتدا آزمون t برای تعیین تفاوت میانگین میان پیش آزمون گروه‌های آزمایش و گواه انجام شد. میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون گروه آزمایش و گروه گواه، در جدول ۲ آمده است. نتایج آزمون t بر روی پیش آزمون گروه آزمایش و گروه گواه نشان داد که دو گروه، از نظر میزان حضور علائم افسردگی در ابتدای انجام پژوهش، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند ($t=0/517$; $P=0/610$). بنابراین می‌توان انتظار داشت که هرگونه تفاوت میان گروه آزمایش و گواه، در پس آزمون ناشی از تأثیر متغیر مستقل (مداخله مبتنی بر خود معنوی و خود خانوادگی) بوده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های آزمایش و گواه

گروه	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	۲۰/۳۳	۱/۸۷
گواه	۱۹/۹۱	۲/۰۶
پس آزمون	۹/۹۱	۱/۱۶
گواه	۱۹/۱۶	۱/۶۴

سپس آزمون t بر روی تفاضل پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و گروه گواه انجام شد (جدول ۳). این نتایج نشان می‌دهد که میان تفاضل نمرات پس آزمون و پیش آزمون گروه آزمایش و گروه گواه، تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین مشخص شد که مداخله مبتنی بر خود معنوی و خود خانوادگی در کاهش علائم افسردگی گروه آزمایش تأثیرگذار بوده است.

جدول ۳. نتایج آزمون t تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های آزمایش و گواه

حجم نمونه	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	T مشاهده شده	درجه آزادی	سطح معناداری
۱۲	۹/۶۶	۰/۸۰	۱۲/۰۳	۲۲	۰/۰۰۰
۱۲					

آزمون افسردگی بک، پس از سه ماه بر روی اعضای گروه آزمایش و گروه گواه اجرا گردید و نتایج حاصل از آن ارزیابی و تحلیل شد. برای تعیین پایداری اثر مداخله مبتنی بر خود معنوی و خود خانوادگی بر اعضای گروه آزمایش، تفاضل نمرات پیش آزمون و نمرات حاصل از پیگیری سه‌ماهه، از طریق آزمون t بررسی شد. نتایج نشان داد که پس از سه ماه میان اعضای گروه آزمایش و گروه گواه، تفاوتی معنادار در میزان بروز علائم افسردگی وجود دارد. بنابراین مشخص شد مداخله مبتنی بر خود معنوی و خود خانوادگی پس از سه ماه همچنان در کاهش علائم افسردگی مؤثر است. نتایج حاصل از انجام آزمون t بر روی تفاضل نمرات پیش آزمون و نمرات حاصل از پیگیری، در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون t تفاضل نمرات پیش آزمون و نمرات پیگیری پس از سه ماه

حجم نمونه	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	T مشاهده شده	درجه آزادی	سطح معناداری
۱۲	۷/۵۸	۱/۲۳	۶/۱۵	۲۲	۰/۰۰۰
۱۲					

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که پروتکل مداخله مبتنی بر خود معنوی و خود خانوادگی، بر درمان افسردگی مؤثر است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های مطالعاتی که نشان‌دهنده تأثیر خود معنوی

بر کاهش افسردگی^{۸۳}، همچنین تأثیر روابط خانوادگی بر کاهش افسردگی را نشان داده‌اند،^{۸۳} همسو می‌باشد.

اهمیت این یافته در این است که از سازه‌هایی برای درمان افسردگی استفاده کرده است که پیش از این در نظریه و درمان‌های رایج در درمان افسردگی مورد غفلت قرار گرفته‌اند یا دست‌کم به آنها کم‌توجهی شده است. خود معنوی و خود خانوادگی از سازه‌های مهم شخصیتی و از ابعاد مهم خود در بسیاری از جوامع جمع‌گرایند.^{۸۴} با توجه به آنچه فوکو^{۸۵} دربارهٔ رابطه دانش و قدرت و تلاش جریان‌های قدرت برای کنترل مسیر دانش مطرح می‌کند و با توجه به اینکه جریان اصلی روان‌درمانی در آمریکای شمالی و اروپای غربی شکل یافته و رشد کرده است، پارادایم‌های مطرح‌شده در جریان اصلی روان‌درمانی، آگاهانه یا ناآگاهانه بر اساس اصول و مبانی فکری و اعتقادی و ساختارهای شخصیتی و اجتماعی فرهنگ‌های آن کشورها بوده است. همچنین جریان اصلی روان‌درمانی، به سمت صادر کردن همین نظریه‌ها و درمان‌ها به فرهنگ‌ها و جوامع دیگر بوده است که این خود می‌تواند دلایل متعددی همچون تلاش برای نفوذ فرهنگی، عدم آمادگی جوامع مقصد برای صورت‌بندی نظریه‌های بومی یا بی‌توجهی به تفاوت‌های فرهنگی داشته باشد.

بنابراین، پرواضح است که اصول و مبانی نظری و عملی این روش‌های درمانی، متناسب با پارادایم‌های فرهنگی غالب در جوامعی باشد که در آنها شکل گرفته‌اند. این پژوهش در راستای ساختاردهی دوباره به ترکیب مفاهیم نظری و صورت‌بندی عملی درمان‌ها، مداخله مبتنی بر خود معنوی و خود خانوادگی را طراحی و اثربخشی آن را ارزیابی کرده است. یافته این پژوهش مبنی بر تأثیر این مداخله بر کاهش افسردگی، نشان‌دهنده اهمیت این سازه‌ها در پدیدایی، تداوم و درمان افسردگی است. از آنجاکه تاکنون پژوهشی از این پروتکل دوسازه‌ای استفاده نکرده است، شواهد پژوهشی برای تأیید اثربخشی یا عدم اثربخشی آن وجود ندارد. بنابراین، در اینجا به پژوهش‌هایی اشاره می‌شود که اهمیت ابعاد معنوی یا ابعاد خانوادگی در درمان افسردگی را تأیید کرده‌اند.

پژوهش‌های زیادی به تعیین اثربخشی مداخله‌های مبتنی بر معنویت یا خود معنوی در درمان افسردگی پرداخته‌اند. توترسکی^{۸۶} در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که معنویت‌درمانی ده جلسه‌ای آنها که روی پانزده نفر انجام شده بود، در کاهش افسردگی این افراد مؤثر بوده است. در این پژوهش بر مفاهیم معنوی سخت‌کوشی، ارتباط با یک منبع فرامادی، صبر، گذشت و قدردانی تأکید شده است و پس از ده جلسه آموزش این مفاهیم به‌صورت نظری و عملی به افرادی که بر اساس

پرسش‌نامه افسردگی بک و همیلتون دارای علایم افسردگی بوده‌اند، مشخص شد که این درمان بر کاهش علایم افسردگی در این افراد مؤثر بوده است.

تغییرات به وجودآمده در ساختار اجتماع، موجب پیچیده‌تر شدن روابط میان‌فردی و افزایش نقش این روابط در سلامت روان افراد شده است. پژوهش‌های زیادی به تأثیر روابط میان‌فردی نامناسب بر پدیدایی، ادامه و بازگشت افسردگی تأکید کرده‌اند.^{۸۷} بیش از نیمی از مراجعان مبتلا به اختلال افسردگی، از عملکرد میان‌فردی و روابط خانوادگی مشکل‌دار و پریشان رنج می‌برند.^{۸۸} مشکلات خانوادگی و میان‌فردی، شایع‌ترین پدیده گزارش‌شده از سوی مراجعان مبتلا به اختلال افسردگی بوده است. همچنین کمبود حمایت خانوادگی و ناتوانی در برقراری روابط مناسب با اعضای خانواده می‌تواند خطر ابتلا به اختلال افسردگی را تا اندازه زیادی افزایش دهد.^{۸۹} پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه درمان افسردگی، همواره درصدد کشف عوامل تأثیرگذار بر پدیدایی، ادامه و بهبود این اختلال بوده‌اند.^{۹۰} مطالعات انجام‌شده در این زمینه نشان می‌دهند که نقش روابط خانوادگی، همواره به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر افسردگی مطرح بوده است.^{۹۱} بنابراین، استفاده از آن دسته از کاربست‌های درمانی که به روابط خانوادگی و نقش‌های فرد در سیستم خانواده می‌پردازند، می‌تواند نقش مؤثری بر کنترل، بهبود و جلوگیری از بازگشت علایم افسردگی داشته باشد.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خود خانوادگی و میان‌فردی افراد، تا اندازه زیادی به فرهنگ وابسته است و نمی‌توان بدون توجه به این مؤلفه در بسیاری از فرهنگ‌ها، به ویژه فرهنگ‌های شرقی جمع‌گرا، به بازده درمانی مناسبی دست یافت.^{۹۲} بنابراین، مشاورانی که با مراجعان دارای فرهنگ جمع‌گرا کار می‌کنند، باید توجه خاصی به درک روابط بین میان‌فردی (تعارض‌ها، ائتلاف‌ها و موازنه‌های قدرت) و موقعیت فرد در خانواده داشته باشند. مشاوران و درمانگرانی که روابط خانوادگی را نادیده می‌انگارند و در مقابل بر مسائل درون‌فردی افراد تمرکز می‌کنند، به بیراهه می‌روند و در درک وضعیت واقعی مراجع ناکام می‌مانند. مشاوران در چنین فرهنگ‌هایی، باید به‌جای تأکید بر فرایندهای درون‌روانی مراجع، بیشتر به روابط بین اعضای خانواده و ائتلاف‌های بین آنها توجه داشته باشند. از سوی دیگر، تحمیل ارزش‌های غربی بر خانواده‌های چنین فرهنگ‌هایی، هم غیراخلاقی و هم بی‌نتیجه خواهد بود.^{۹۳} بنابراین، با توجه به اهمیت مسائل خانوادگی در فرهنگ و جامعه ایرانی، استفاده از آن دسته از رویکردهای درمانی که بر این مؤلفه‌ها تأکید دارند، بازده درمانی مناسب‌تری در پی خواهد داشت.

همان‌گونه‌که پیشتر اشاره شد، نظریه‌های رایج روان‌درمانی تا اندازه زیادی بر خود فردی مراجعان و

فرایندهای درون‌روانی آنها متمرکز شده‌اند که این امر تا حد زیادی به واسطه فرهنگ مسلط در کشورهایی است که این نظریه‌ها در آن کشورها به وجود آمده و توسعه یافته‌اند. این در حالی است که این گونه روان‌درمانی در جوامع غیرغربی، به واسطه نادیده گرفتن جنبه‌های ارتباطی، بازده درمانی مناسبی ندارد. بنابراین، ارائه روش‌های درمانی مبتنی بر ارزش‌های فرهنگی و مذهبی بومی در کشور ما نیز مهم و ضروری است.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از آزمودنی‌های یک جنس است. در این پژوهش، تنها از دختران دانشجوی برای اجرای پژوهش استفاده شد که به دلیل مراجعه بیشتر دختران دانشجوی به کلینیک بوده است. تشکیل منظم جلسات و حضور به‌موقع اعضای گروه، دیگر محدودیت این پژوهش بود.

پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهش‌هایی در زمینه اثربخشی مداخلات مبتنی بر خود معنوی و خود خانوادگی، بر روی پسران و جامعه‌های آماری دیگر انجام شود. بررسی افتراقی میزان تأثیر خود معنوی در مقایسه با خود خانوادگی نیز موضوع مناسبی برای پژوهش‌های آینده است.

پی‌نوشت‌ها

1. E. Schramm, et al., "Efficacy of Interpersonal Psychotherapy plus pharmacotherapy", *Journal of Affective Disorders*, v109, p: 68.
2. APA.
3. A. Zuckoff, et al., *Motivational interviewing as a prelude to psychotherapy of depression*, In, Arkowitz, H., et al, 2008, Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems, p: 125.
۴. حسین کاویانی و همکاران، «شیوع اختلال‌های افسردگی در شهر تهران»، *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ش ۵، ۱۳۷۹، ص ۳۹۵.
5. Major depression.
۶. مهدی سلیمانی و پروانه محمدخانی، «تأثیر روان درمانی بین فردی گروهی کوتاه مدت در کاهش علائم افسردگی دانشجویان و اثر این درمان بر سبک اسناد و نگرش‌های ناکارآمد»، *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ش ۱، ۱۳۷۸، ص ۴۴.
7. M. P. Seligman, et al, *The Abnormal psychology*.
8. I. Elkin, et al., "National institutes of mental health treatment of depression collaborative research program, General effectiveness of treatments", *Archives of General Psychiatry*, v 4611, p: 978.
9. Sadness.
10. Dysphoric.
11. A. Zuckoff, et al., *Motivational interviewing as a prelude to psychotherapy of depression*, In, Arkowitz, H., et al, 2008, Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems, p: 230.
12. M. Weissman, J. C. Markowitz., *Interpersonal psychotherapy*, In B, J, Sadock, & V, A, Sadock Eds., Kaplan & the Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, p: 165.
13. I. Elkin, et al., "National institutes of mental health treatment of depression collaborative research program, General effectiveness of treatments", *Archives of General Psychiatry*, v 4611, p: 978.
14. Biological.
15. Psychoanalysis.
16. Cognitive.
17. Behavioral.
18. Interpersonal.
19. M. Weissman, J. C. Markowitz., *Interpersonal psychotherapy*, In B, J, Sadock, & V, A, Sadock Eds., Kaplan & the Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, p: 256.
20. M. P. Seligman, et al., *The Abnormal psychology*, p: 352.
21. Self.
22. Freud.
23. James.
24. Allport.
25. Proprium.
26. D. Pederson., "Identity characteristics of groups with high and low spiritual identity", *Journal of social behavior and personality*, v 28, p: 532.
27. A. Roland., *Cultural pluralism and psychoanalysis*, p: 230.
28. Individualized self.
29. Familial self.
30. Spiritual self.
31. A. Roland., *Cultural pluralism and psychoanalysis*, p: 199.
32. J. Poll, T. Smith., "the spiritual self, toward a conceptualization of spiritual identity development", *Journal of psychology and theology*, v 31, p: 135.
33. Self.

66. J. Rosselló & G. Bernal., The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v 67, p: 742.
67. A. DiMascio, etal., "A control group for psychotherapy research in acute depression, One solution to ethical and methodological issues", *Journal of Psychiatric Research*, v 15, p: 189.
68. J.Christopher., "Counseling's inescapable moral visions", *Journal of Counseling and Development*, v 751, p: 19.
69. M. Dwairy., *Counseling and Psychotherapy with Arabs and Muslims*, p 324.
70. J.Christopher., "Counseling's inescapable moral visions", *Journal of Counseling and Development*, v 751, p: 21.
71. A. Roland., *In search of self in India and Japan*, p: 211- 224.
72. S. Kittner., "Familial aggregation of ischemic stroke in young women, The Stroke Prevention in Young Women Study", *Genet Epidemiology*, v 30, p: 606.
73. Beck Depression Inventory
74. A, T. Beck., & M.E. Weishaar., *Cognitive therapy*, In R, J. Corsini & D. Wedding Eds, Current psychotherapies, p: 247.
- A, T. Beck, etal., *Manual for the Beck Depression Inventory- II*, p: 168.
75. Partial Depression.
76. Light Depression.
77. Moderate Depression.
78. Hamilton.
79. M. Kelly, etal., "Non-treatment related sudden gains in depression, The role of self evaluation", *Behaviour Research and Therapy*, v 45, p: 740.

۸۰. بنفشه غرای، « بررسی پاره‌ای ازالگوهای شناختی در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی»، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، ص ۱۱۵.

81. L. Mufson, etal., "Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents", *Archives of General Psychiatry*, v 566, p: 575.
- M. Weissman., etal., "The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes", *American Journal of Psychiatry*, v 1364B, p: 556.
- P. Bolton, etal., "Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda, A randomized controlled trial", *JAMA*, v 289, p: 3121.
82. G. A. Hinrichsen, & K. F. Clougherty., *Interpersonal psychotherapy for depressed older adults*, p: 175- 178.
83. A. DiMascio, etal., "A control group for psychotherapy research in acute depression, One solution to ethical and methodological issues", *Journal of Psychiatric Research*, v 15, p: 192.
- W. Tseng, J. Streltzer, *culture and psychotherapy, a guide to clinical practice*, p: 202.
84. H. Koenig., *Spirituality in patient care, Philadelphia*, p 98.
85. M. Foucault., *The Order of Things, An Archaeology of the Human Sciences*, p: 111.
86. A. Twerski., *the spiritual self, reflections on recovery and God, Minnesota*, p: 54- 58.
87. R. Mulcahy., "A randomised control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression", *Archives of Women's Mental Health*, v 132, p: 127.
88. B. Xie, *Chinese International Students' Perceptions and Attitudes Toward Seeking Psychological Counseling Services*, A Qualitative Exploration, p: 116.
89. P. Ravitz., "The interpersonal fulcrum-interpersonal psychotherapy for depression", *CPA Bulletin*, v 36, p: 15.
90. J. Markowitz., "Interpersonal psychotherapy for chronic depression", *JCLP*, v 59, p: 849.
91. V. McIntosh., "Interpersonal psychotherapy for anorexia nervosa", *International Journal of Eating Disorders*, v 27, p: 133.
92. K. Conner, & N. Grote., "A model for evaluating the cultural relevance of empirically-supported mental health interventions", *Families in Society*, v 89, p: 6.
93. M. Dwairy., *Counseling and Psychotherapy with Arabs and Muslims*, p: 142.

34. "I".
35. A. Roland., *Cultural pluralism and psychoanalysis*, p: 251.
36. Individualism.
37. Autonomy.
38. Equality.
39. B. .Xie., *Chinese International Students' Perceptions and Attitudes Toward Seeking Psychological Counseling Services*, A Qualitative Exploration, p: 134.
40. R. Yahuda., *Predicting the development of PTSD from acute response to a trauma event*, p: 341.
41. C. Yoonhwa., *Mental health values, culture, and the therapeutic process, A systematic investigation of value-related discourse between a White American counselor and a Korean client*, p: 121- 4.
42. J. Poll, T. Smith., "the spiritual self, toward a conceptualization of spiritual identity development", *Journal of psychology and theology*, v 31, p: 129- 132.
43. A.Twerski., *the spiritual self, reflections on recovery and God, Minnesota*, p: 123- 126.
44. L. Ross., "Spiritual aspects of nursing", *Journal of Advanced Nursing*, v 19, p: 439- 441.
45. Y. Levkovitz, etal., "Group interpersonal psychotherapy for patients with major depression disorder-Pilot study", *Journal of Affective Disorders*, v 60, p: 193.
46. A.Twerski., *the spiritual self, reflections on recovery and God, Minnesota*, p: 121- 125.
47. A. Roland., *In search of self in India and Japan*, p: 298.

۴۸. مرتضی مطهری، *مجموعه آثار*، ج ۲۲، ص ۲۴۷.

۴۹. همان.

۵۰. محمدحسین طباطبائی، *معنویت تشیع*، ص ۱۶۳.

۵۱. عبدالله جوادی آملی، *ادب فئای مهربان*، ص ۱۱۰- ۱۰۲.

۵۲. مرتضی مطهری، همان، ج ۲۲، ص ۲۷۶- ۲۸۹.

۵۳. عبدالله جوادی آملی، همان، ص ۱۱۸.

54. M. A. Al-Jabiri., *Formation of arab thought*, p: 120-131.

۵۵. علق: ۱ - ۵.

۵۶. عبدالله جوادی آملی، همان، ص ۱۲۶.

۵۷. مرتضی مطهری، همان، ج ۲۲، ص ۳۱۵.

۵۸. محمدعثمان نجاتی، *قرآن و روان‌شناسی*، ترجمه عباس عرب، ص ۲۳۱.

۵۹. بقره: ۴۵.

۶۰. بقره: ۱۵۳.

۶۱. بقره: ۱۵۵ - ۱۵۷.

62. H. Koenig., "Religion, spirituality and health in medically ill hospitalized older patients", *J Am Geriatr Assoc*, v 52, p: 556.

63. J. Rush, M. Thase., *Psychotherapies for depressive disorders*, A Review, In Maj, M, & Sartorius, N, 2002 Depressive Disorders, p: 174- 182.

۶۴. مصطفی حمدیه و صدیقه ترقی جاه، « تأثیر گروه درمانی شناختی معنوی بر میزان افسردگی»، *پژوهنده*، ش ۵، ۱۳۸۷، ص ۱۸۵.

65. I. Elkin., etal., "National institutes of mental health treatment of depression collaborative research program, General effectiveness of treatments", *Archives of General Psychiatry*, v 4611, p: 985.



Koenig H., "Religion, spirituality and health in medically ill hospitalized older patients", *J AmGeriatr Assoc*, 52, 2001, p: 554- 562.

Koenig, H., *Spirituality in patient care, Philadelphia*, Templeton Foundations Press, 2002.

Levkovitz, Y., etal., "Group interpersonal psychotherapy for patients with major depression disorder-Pilot study", *Journal of Affective Disorders*, 60, 2004, p: 191- 195.

Lipsitz, J.D., "Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia", *American Journal of Psychiatry*, 156, 1999, p: 1814- 1816.

Markowitz, J., "Interpersonal psychotherapy for chronic depression", *JCLP*, 59, 2003, p: 847- 858.

McIntosh, V., "Interpersonal psychotherapy for anorexia nervosa", *International Journal of Eating Disorders*, 27, 2000, p: 125- 139.

Mufson, L., etal., "Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents", *Archives of General Psychiatry*, 566, 1999, p: 573- 579.

Mulcahy, R., "A randomised control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression", *Archives of Women's Mental Health*, 132, 2010, p: 125- 139.

Pederson, D., "Identity characteristics of groups with high and lowspiritual identity", *Journal of social behavior and personality*, 28, 2000, p: 529- 538.

Poll, J., Smith, T., "the spiritual self, toward a conceptualization of spiritual identity development", *Journal of psychology and theology*, 31, 2003, p: 129- 141.

Ravitz, P., , The interpersonal fulcrum-interpersonal psychotherapy for depression, *CPA Bulletin*, 36, 2004, p: 15- 19.

Roland, A., *Cultural pluralism and psychoanalysis*, New York, Routledge, 1996.

Roland, A., *In search of self in India and Japan*, New Jersey, Princeton University Press, 1988.

Ross, L, A., "Spiritual aspects of nursing", *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1995, p: 439- 447.

Rosselló, J, & Bernal, G., "The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 1999, p: 734- 745.

Rush, J., Thase, M., *Psychotherapies for depressive disorders*, A Review, In Maj, M, & Sartorius, N, 2002 Depressive Disorders, England, Wiley, 2002

Schramm, E., etal., "Efficacy of Interpersonal Psychotherapy plus pharmacotherapy", *Journal of Affective Disorders*, 109, 2008, p: 65- 73.

Seligman, M, P., etal, *The Abnormal psychology*, 4 Ed, New York, Norton, 2001.

Swartz, H, A., etal., "A pilot study of brief interpersonal psychotherapy for depression among women", *Psychiatry Services*, 61, 2009, p: 142- 150.

Tseng, W., Streltzer, J., *culture and psychotherapy, a guide to clinical practice*, Washington, American Psychiatric Press, 2001.

Twerski, A., *the spiritual self, reflections on recovery and God, Minnesota*, Hezelden, 2000.

Weissman, M, M., etal., "The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes", *American Journal of Psychiatry*, 1364B, 1979, p: 555- 558.

Weissman, M, M., Markowitz, J, C., *Interpersonal psychotherapy*, In B, J, Sadock, & V, A, Sadock Eds., Kaplan & the Sadock's comprehensive textbook of psychiatry 7 Ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

Xie, B., *Chinese International Students' Perceptions and Attitudes Toward Seeking Psychological Counseling Services*, A Qualitative Exploration, Ph,D, dissertation, University of Miami, United States, 2007.

Yahuda, R., *Predicting the development of PTSD from acute response to a trauma event*, Emmitsburg, National Emergency Training Center, 1985.

Yoonhwa, C., *Mental health values, culture, and the therapeutic process, A systematic investigation of value-related discourse between a White American counselor and a Korean client*, Ph,D, dissertation, Indiana University, United States, 2007.

Zuckoff A, etal., *Motivational interviewing as a prelude to psychotherapy of depression*, In, Arkowitz, H., etal, 2008, Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems, New York, Guilford, 2008.

امینی، فریبا و علی فرهادی، « بررسی میزان شیوع اضطراب و افسردگی و تأثیر آنها بر عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان»، *ویژنامه همایش دانشجو و بهداشت روانی*، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۰.

جوادى آملی، عبدالله، ادب فنای قربان، قم، اسراء، ۱۳۸۳.

حمديه، مصطفى و صديقه ترقى جاه، « تأثیر گروه درمانی شناختی معنوی بر میزان افسردگی»، *پرونده*، ش ۵، ۱۳۸۷، ص ۳۸۹-۳۸۳.

سلیمانی، مهدی و پروانه محمدخانی، « تأثیر روان درمانی بین فردی گروهی کوتاه مدت در کاهش علائم افسردگی دانشجویان و اثر این درمان بر سبک اسناد و نگرش‌های ناکارآمد»، *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ش ۱، ۱۳۸۷، ص ۵۸-۴۱.

شفیع‌آبادی، عبدالله و ناصر احمدی، *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*، تهران، مرکز نشر دانشگاهی، ۱۳۸۴.

طباطبایی، محمدحسین، معنویت تشیع، قم، تشیع، ۱۳۸۵.

غرابی، بنفشه، « بررسی پاره‌ای از الگوهای شناختی در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی»، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۲.

کاوایانی، حسین وهمکاران، « شیوع اختلال‌های افسردگی در شهر تهران»، *مجله دانشکده پزشکی*، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ش ۵، ۱۳۷۹، ص ۳۹۳-۳۹۹.

مطهری، مرتضی، *مجموعه آثار*، ج ۲، تهران، صدرا، ۱۳۸۳.

نجاتی، محمدعثمان، *قرآن و روان‌شناسی*، ترجمه عباس عرب، تهران، بنیاد پژوهش‌های اسلامی آستان قدس رضوی، ۱۳۷۹.

Al-Jabri, M, A., *Formation of arab thought, Beirut*, Saghafi, 1991.

Beck, A, T., & Weishaar, M, E., *Cognitive therapy*, In R, J, Corsini & D, Wedding Eds, Current psychotherapies 6th Ed, 241- 272, Illinois, Peacock Publishers, 2000.

Beck, A,T., etal., *Manual for the Beck Depression Inventory- II*, San Antonio, TX, Psychological Corporation, 1996.

Bolton, P., etal., "Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda, A randomized controlled trial", *JAMA*, 289, 2003, p: 3117- 3124.

Christopher, J., "Counseling's inescapable moral visions", *Journal of Counseling and Development* , JCD, 751, 1996, p: 17- 25.

Conner, K, & Grote, N., "A model for evaluating the cultural relevance of empirically-supported mental health interventions", *Families in Society*, 89, 2008, p: 1- 9.

DiMascio, A., etal., "A control group for psychotherapy research in acute depression, One solution to ethical and methodological issues", *Journal of Psychiatric Research*, 15, 1979, p: 189- 197.

Dwairy, M., *Counseling and Psychotherapy with Arabs and Muslims*, New York, Teachers College Press, 2006.

Elkin, I., etal., "National institutes of mental health treatment of depression collaborative research program, General effectiveness of treatments", *Archives of General Psychiatry*, 4611, 971-982, 1989.

Fairburn, C, G., etal., "Psychotherapy and bulimia nervosa, The longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behaviour therapy and cognitive behaviour therapy", *Arch Gen Psychiatry*, 50, 1993, p: 419- 428.

Foucault, M, *The Order of Things, An Archaeology of the Human Sciences*, London, Routledge, 1966.

Hinrichsen, G, A., & Clougherty, K, F., *Interpersonal psychotherapy for depressed older adults*, Washington, DC, American Psychological Association, 2006.

Kelly, M, A, R., etal., "Non-treatment related sudden gains in depression, The role of self evaluation", *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2007, p: 737- 747.

Kittner S, J., "Familial aggregation of ischemic stroke in young women, The Stroke Prevention in Young Women Study", *Genet Epidemiology*, 30, 2005, p: 602- 608.