

The Role of Psychotherapy with a Quranic Approach to Improving Women's Depression: A Case Study

Reza Farzi 

Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Fatemeh Fayyaz *

PhD, Department of Psychology, Women Research Center, Alzahra University, Tehran, Iran

Maedeh Sadat

Sabetghalam Fard 

Master of Family Counseling, Department of Psychology, Tehran University, Tehran, Iran

Extended Abstract:

1. Introduction

Major depressive disorder is one of the most prevalent mental disorders with a significant disease burden worldwide and in Iran. While common treatments such as cognitive-behavioral therapy are effective, they sometimes face issues of symptom relapse and cultural-religious limitations in Muslim societies. Given the role of spirituality and religious beliefs as protective factors against depression, it is essential to design indigenous interventions aligned with Islamic culture. Fayyaz's (2017) therapeutic model, by extracting six types of depression from the Quran, provides a etiology-oriented approach based on modifying fundamental beliefs. The present study was conducted with the aim of qualitatively examining the effectiveness of this model in improving a woman with major depressive disorder.

Research Question

What is the role of Quranic-based psychotherapy in the improvement process of a depressed individual, as investigated through a qualitative case study?

2. Literature Review

Major depressive disorder is one of the most common mental disorders in the world (Kessler & Bromet, 2013) and was projected to be the second leading cause of disability by 2020 (Azizi et al., 2019). The World Health Organization (2017) and the Institute for Health Metrics and Evaluation (2023) emphasize the high prevalence and heavy disease burden of this disorder. In Iran, some studies have reported a high prevalence of depression among clients of Tehran clinics (Eisa Morad, 2025).

* Corresponding Author: f.fayyaz@alzahra.ac.ir

How to Cite: Farzi, R., Fayyaz, F., Sabetghalam Fard, M. S. (2026). The Role of Psychotherapy with a Quranic Approach to Improving Women's Depression: A Case Study, *Journal of Counseling and Psychotherapy Culture*, 17(65), 33-61. DOI: 10.22054/qccpc.2025.87306.3502

Cognitive-behavioral therapy (CBT) is considered the first-line treatment for depression due to its strong empirical support (Kovich et al., 2023), and its effectiveness has been confirmed in various studies (Ciharova et al., 2021; Windahl et al., 2020). However, some evidence suggests that the effects of CBT may not be sustained in the long term, and the rate of symptom relapse in some patients is significant (Friborg & Johnsen, 2017). This issue has led researchers to investigate complementary or alternative treatments.

2.1. The Role of Culture and Religion in Understanding and Treating Depression

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR, 2022) emphasizes the importance of cultural considerations in explaining disorders (Alarcón, 2002). Culture influences the expression of symptoms, coping mechanisms, and treatment-seeking tendencies (Sam & Moreira, 2002). Among cultural components, religious and spiritual beliefs hold a special place. Studies have shown that these beliefs can play a protective role against depression by reducing hopelessness and increasing meaning (Koenig, 2012; Worthington et al., 2011). Some research has shown a significant correlation between religion and reduced depressive symptoms (Larson & Larson, 2003; Sage, 2011).

2.1.1. Research Related to Islamic-Quranic Therapies

Studies indicate that religiously integrated CBT can enhance efficacy for Muslim clients (Nawaz & Yousuf, 2025), and spiritual interventions can promote rapid improvement of symptoms (Hook, 2010; Sotillos, 2021). In Iran, research supports the benefits of spiritually-integrated approaches (Savadi et al., 2021; Farhush et al., 2022). A significant development in this area is the indigenous “Quranic-Based Model for Depression” developed by Fayyaz (2017). This model departs from a symptom-focused diagnostic approach, instead identifying six types of depression rooted in disruptions across six relational domains (self, God, others, etc.). Preliminary case studies and group trials in Iran have reported its effectiveness in reducing depressive symptoms (Bahrami Ehsan et al., 2021; Fayyaz & Sharifian, 2022; Fayyaz et al., 2020; Bouzhmehrani, 2018).

3. Methodology

The research method was a qualitative case study, utilizing a single-case baseline-intervention-follow-up design. The selected case was a 60-year-old married woman living in Tehran, with a bachelor's degree, who was a homemaker. She was selected through purposive sampling from women in Tehran meeting the criteria for major depressive disorder. She underwent 10 sessions of depression treatment with a Quranic approach. Research instruments included the Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID), the Beck Depression Inventory (BDI-II), and a Quran-based

Depression Scale; the individual's scores on these scales were examined in three stages: pre-test, post-test, and one-month follow-up.

4. Conclusion

The results of the present study generally showed that Quranic-based psychotherapy reduced the symptoms of major depressive disorder; furthermore, the examination of findings showed that Beck depression scores in the pre-test, post-test, and one-month follow-up stages had a decreasing trend, indicating improvement in depressive symptoms that continued at least up to one month after the end of treatment. Qualitative evaluations of the client also indicated high satisfaction with the treatment, a stable mood, and positive emotions. A similar decreasing trend was observed in the total score of the Quran-based depression scale.

Keywords: Clinical Depression, Spiritual-Religious Therapies, Quranic-Based Psychotherapy, Intervention, Case Study.



نقش روان‌درمانی با رویکرد قرآنی بر بهبود افسردگی: یک مطالعه موردی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران

رضا فرضی

گروه روانشناسی و علوم تربیتی، پژوهشکده زنان، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

فاطمه فیاض *

کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه تهران، تهران، ایران

مائده سادات ثابت قلم فرد

چکیده

اختلال افسردگی اساسی، یکی از چالش‌های مهم در حیطه سلامت روان محسوب می‌شود. هدف پژوهش حاضر بررسی کیفی نقش روان‌درمانی مبتنی بر قرآن کریم بر روند بهبودی افسردگی در یک نمونه افسرده بود. روش پژوهش، کیفی از نوع «مطالعه موردی» و بر اساس طرح خط پایه-مداخله-پیگیری بود. مورد انتخاب شده خانم ۶۰ ساله‌ی متأهل ساکن تهران، دارای تحصیلات لیسانس و خانه‌دار بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند از جامعه آماری زنان دارای تشخیص اختلال افسردگی اساسی ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۲، در دامنه‌ی سنی ۱۹-۶۰ سال انتخاب شد و طی ۱۰ جلسه، تحت فرایند درمان افسردگی با رویکرد قرآنی قرار گرفت. ابزارهای پژوهش شامل مصاحبه بالینی ساختاریافته تشخیصی (SCID)، پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) و مقیاس افسردگی مبتنی بر قرآن بود؛ نمرات فرد در مقیاس‌های مذکور در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه، مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد نمرات فرد در مقیاس افسردگی بک و مقیاس قرآنی در مرحله پس‌آزمون به نسبت پیش‌آزمون کاهش قابل توجهی داشته و پس از پیگیری یک‌ماهه نیز اثرات درمان حفظ شده بود. در مجموع نتایج حاکی از آن بود که روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد قرآنی در کاهش علائم ناشی از اختلال افسردگی و بهبود این اختلال مؤثر بوده است.

کلیدواژه‌ها: افسردگی بالینی، درمان‌های معنوی-مذهبی، روان‌درمانی مبتنی بر قرآن، مداخله، مطالعه موردی.

مقدمه

افسردگی اساسی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در تمام دنیا است (کسلر و برامت^۱، ۲۰۱۳) و طبق آخرین گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۷، پیش‌بینی می‌شود که افسردگی دومین علت عمده ناتوانی در کشورها در سال ۲۰۲۰ خواهد بود (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۸). انستیتوی سنجش و ارزیابی سلامت^۲ (۲۰۲۳) برآورد کرده است که ۳٫۸٪ از جمعیت، از جمله ۵٪ از بزرگسالان (۴٪ در میان مردان و ۶٪ در میان زنان) و ۵٫۷٪ از بزرگسالان بالای ۶۰ سال، افسردگی را تجربه می‌کنند. تقریباً ۲۸۰ میلیون نفر در جهان افسردگی دارند. همچنین برخی پژوهش‌های بومی، شیوع بالای افسردگی را به نسبت سایر اختلالات در مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های کلان‌شهری نظیر تهران گزارش کرده‌اند (عیسی مراد، ۱۴۰۴).

مطالعات مختلفی در مورد روش‌های درمانی مؤثر بر بهبود افسردگی انجام شده است؛ از جمله درمان‌های دارویی، رفتاردرمانی، درمان بین‌فردی، درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی و درمان شناختی-رفتاری. در میان این مداخلات، درمان شناختی-رفتاری به دلیل پشتوانه تجربی قوی، درمان خط اول افسردگی محسوب می‌شود (کوویچ^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهش‌های متعددی اثربخشی این درمان را در کاهش علائم افسردگی در گروه‌های مختلف سنی و فرهنگی تأیید کرده‌اند (سیهارووا و همکاران، ۲۰۲۱؛ ویندال و همکاران، ۲۰۲۰). با این حال، برخی شواهد نشان می‌دهد که اثرات درمان شناختی-رفتاری در درازمدت پایدار نیست و میزان بازگشت علائم در برخی بیماران قابل توجه است (فریبورگ و جانسون^۴، ۲۰۱۷). از این رو، پژوهشگران به بررسی درمان‌های مکمل یا جایگزین برای افزایش اثربخشی و ماندگاری نتایج درمانی روی آورده‌اند.

یکی از محورهای مهم در سال‌های اخیر، نقش فرهنگ در تکوین، تظاهر و درمان اختلالات روانی است. آخرین نسخه‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۵ (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲) بر اهمیت ملاحظات فرهنگی در تبیین اختلالات تأکید دارد. بر این اساس، مطالعه و مداخله در اختلالات روانی بدون در نظر گرفتن زمینه فرهنگی افراد ناقص خواهد بود (آلارکون^۶، ۲۰۰۲). فرهنگ نه تنها در تبیین رفتار بهنجار و نابهنجار، بلکه در نحوه‌ی ابراز علائم، شیوه‌ی مقابله و حتی گرایش به جستجوی درمان اثرگذار است (سم و موریرا^۷، ۲۰۰۲). علائمی که معمولاً با افسردگی در زمینه‌های فرهنگی مرتبط هستند و در معیارهای راهنمای

1 Kessler & Bromet

2 Institute of Health Metrics and Evaluation

3 Kovich

4 Friberg & Johnsen

5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

6 Alarcón

7 Sam & Moreira

تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی فهرست نشده‌اند، شامل انزوای اجتماعی یا تنهایی، خشم، گریه و درد و طیف وسیعی از شکایات جسمی دیگر هستند (کرمیر و همکاران^۱، ۲۰۱۷).

در میان مؤلفه‌های فرهنگی، باورهای دینی و مذهبی جایگاه ویژه‌ای در درک، تجربه و درمان مشکلات روان‌شناختی دارند. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که باورهای دینی می‌تواند با کاهش ناامیدی و افزایش معنا، نقش محافظتی در برابر افسردگی ایفا کنند (کوینگ^۲، ۲۰۱۲؛ ورثینگتون^۳ و همکاران، ۲۰۱۱) برخی محققان ارتباط معنادار بین مذهب و علائم افسردگی و نقش پیشگیری‌کنندگی مذهب را کاوش کرده‌اند (مانند؛ لارسون و لارسون^۴، ۲۰۰۳؛ سیج^۵، ۲۰۱۱). یافته‌های پژوهش سواد و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد که آموزش مفاهیم وحدت‌مدار با محوریت پیوند با خداوند و معنابخشی الهی به رنج، موجب کاهش معنادار علائم افسردگی و افزایش بهزیستی معنوی در مادران داغ‌دیده می‌شود. به‌طور کلی در سال‌های اخیر، مطالعه‌ی مداخلات درمانی مبتنی بر مذهب، به‌ویژه در جوامع مسلمان، رشد قابل توجهی داشته‌اند. برای نمونه نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده است که ادغام آموزه‌های دینی با CBT می‌تواند اثربخشی درمان را در بیماران مسلمان افزایش دهد (نواز و یوسف، ۲۰۲۵). بر اساس یافته‌های پژوهش میر و میر^۶ (۲۰۱۵) در بررسی فعال‌سازی رفتاری سازگار شده برای درمان افسردگی برای مسلمانان، آموزه‌های دینی می‌توانستند اثرگذاری استراتژی‌ها و مفاهیم درمانی نظیر فعال‌سازی رفتاری را تقویت کنند. همچنین طبق برخی پژوهش‌ها رویکردهای مذهبی در جوامع مسلمان در مقایسه با درمان‌های سکولار، بهبودی سریع‌تری را در نشانگان افسردگی نتیجه داده‌اند (هوک^۷، ۲۰۱۰؛ سوتیلوس^۸، ۲۰۲۱).

با توجه به نقش پررنگ دین و باورهای دینی در نظام معنایی و سبک زندگی ایرانیان، پژوهشگران داخلی در سال‌های اخیر تلاش کرده‌اند مدل‌های درمانی بومی‌سازی‌شده‌ای را بر اساس منابع اسلامی توسعه دهند. یکی از این مدل‌ها، «الگوی اکتشاف و درمان علل افسردگی بر اساس قرآن کریم» است که توسط فیاض (۱۳۹۶) طراحی شده است. در این الگو که مبنای پژوهش حاضر است، نشانگان بالینی افسردگی به قرآن عرضه و کلیدواژه‌های مرتبط با این نشانگان از قرآن استخراج شده است؛ سپس با تحلیل مفهومی در شش سوره، علل افسردگی از منظر وحی شناسایی و مفهوم افسردگی بازتعریف گردیده است. در این معنا، افسردگی حالتی از خمودی و نارضایتی در نتیجه

1 Kirmayer

2 Koenig

3 Worthington

4 Larson & Larson

5 Sage

6 Mir & Meer

7 Hook

8 Sotillos

ضعف اعتماد به خدا و ضعف تفکر است که به بی‌معنایی و احساس بی‌ثمر بودن زندگی می‌انجامد (بهرامی احسان و همکاران، ۱۳۹۲). افسردگی در قرآن نه صرفاً بر اساس نشانه‌های ظاهری، بلکه بر مبنای عوامل علی و اختیاری تعریف می‌شود. این تعریف تشخیصی با روان‌شناسی و تعریف ملاک‌های تشخیص اختلال افسردگی در چهار وجه متمایز است: الف) تمرکز بر علل ریشه‌ای و ارادی، ب) تبیین عوامل علی در حوزه اختیار انسان، ج) اهمیت رشد، هدایت و جهت‌گیری الهی در زندگی، د) تقسیم‌بندی انواع افسردگی بر مبنای علل و ریشه‌ها و نه نشانه‌ها.

عوامل علی یا زمینه‌ساز افسردگی از منظر قرآن، در ظاهر نشانه‌هایی مشابه با افسردگی در روان‌شناسی ایجاد می‌کنند، اما از نظر گستره و شمول تفصیلی‌تر و جامع‌ترند و سلامت انسان را در دو زندگی دنیایی و آخرتی در نظر می‌گیرند. از منظر قرآن، ممکن است فردی دارای عوامل علی افسردگی باشد اما ظاهراً در شادی و رفاه به سر برد؛ این حالت، موجب نوعی «افسردگی پنهان» است که می‌تواند در دنیا یا آخرت آشکار شود؛ بنابراین، وجود عوامل علی قرآنی برای تشخیص این نوع افسردگی کافی است و بروز نشانه‌هایی مانند غم، ناکامی یا ناامیدی الزامی نیست. به عبارتی دو نوع افسردگی آشکار و پنهان وجود دارد که در هر دو، عوامل علی مشترک‌اند، ولی نشانه‌ها تنها در نوع آشکار بروز می‌کنند. افسردگی پنهان ممکن است در شرایط خاصی مانند ناکامی‌ها، اضطراب یا ازدست‌دادن‌ها به سطح آگاهی فرد بیاید و به افسردگی آشکار تبدیل شود. این موقعیت‌ها در واقع ضعف تاب‌آوری و باورهای نادرست انسان را نمایان می‌سازند. عوامل علی افسردگی در قرآن مانع رشد فطری و ملکوتی انسان‌اند (بهرامی احسان و همکاران، ۱۳۹۶).

نظریه روان‌پویشی افسردگی را ناشی از تعارضات ناخودآگاه و خشم سرکوب‌شده می‌داند (فروید^۱، ۱۹۱۷)، نظریه رفتاری بر کاهش تقویت مثبت محیطی تأکید دارد (لوینسون^۲، ۱۹۷۴)، نظریه شناختی افکار منفی و تحریف‌های شناختی را عامل افسردگی می‌داند (بک^۳، ۱۹۷۶)، نظریه بین‌فردی آن را نتیجه مشکلات و فقدان حمایت اجتماعی معرفی می‌کند (کلرمن^۴ و همکاران، ۱۹۸۴) و دیدگاه زیستی بر اختلال در ناقل‌های عصبی و عوامل ژنتیکی تأکید دارد (کسپی^۵ و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین نظریه‌های اجتماعی بر استرس‌های محیطی و فشارهای خانوادگی تأکید می‌کنند (براون و هریس^۶، ۱۹۷۸). رویکرد قرآنی نیز در شش بستر متمایز شامل خود، دیگران صمیمی، دیگران دارای حق، خدا، پدیده‌ها و ولیّ عوامل علی ویژه‌ای را تبیین می‌کند که چرخه‌های خاص خود را دارند و البته نشانه‌ها در آن اهمیت ثانویه دارند و ملاک دریافت تشخیص دارا بودن عوامل علی و

1 Freud

2 Lewinsohn

3 Beck

4 Klerman

5 Caspi

6 Brown & Harris

ریشه‌ای است نه نشانه‌ای. از این منظر می‌توان از افسردگی نهان (علی بدون نشانه) و افسردگی آشکار (علی همراه نشانه) سخن گفت (بهرامی احسان و همکاران، ۱۳۹۲؛ فیاض، ۱۳۹۶).

بر اساس تحلیل شش سوره‌ای، آسیب‌های فرد افسرده در شش حوزه زندگی نمایان می‌شود: ارتباط با خود، خدا، دیگران صمیمی، پدیده‌ها و رخدادها، روابط حق و تکلیفی و ارتباط با مرجع باید و نباید. برای هر حوزه، سازوکار درمانی ویژه‌ای متناسب با علت‌های درونی طراحی شده است. افسردگی‌های زیستی و ژنتیکی که خارج از اختیار انسانند، از قلمرو این الگو خارج بوده و نیازمند درمان دارویی‌اند و در فرهنگ قرآنی نیز در حوزه ابتلاء قرار می‌گیرند که در پژوهش‌های دیگر باید به آن‌ها پرداخته شود (بهرامی احسان و همکاران، ۱۳۹۶).

همان‌گونه که در الگوهای مختلف روان‌درمانی فرایندهای خاصی برای اثربخشی پروتکل درمانی وجود دارد، در مدل قرآنی نیز برای هر نوع افسردگی سازوکار درمانی ویژه و متناسب با نوع آسیب غالب فرد پیش‌بینی شده است که در جدول ۱ قابل مشاهده است. بر پایه این مدل، بسته روان‌درمانی افسردگی مبتنی بر قرآن توسط فیاض (۱۳۹۶) طراحی و روایی و پایایی آن در پژوهش‌های مختلف، تأیید شده است (فیاض، ۱۳۹۶؛ بوژمهرانی و همکاران، ۱۴۰۰).

جدول ۱. انواع افسردگی و نحوه تحلیل هر نوع بر اساس مدل فیاض (۱۳۹۶)

نوع افسردگی	بُعد آسیب‌دیده	هیجان غالب	وضعیت غالب در فرد	مشکل اساسی	راهبرد درمانی
سرشکستگی ^۱	ارتباط با خود	شکست، پوچی و ناکامی	یأس، بی‌حاصلی، ناکامی، پشیمانی، حسرت، بی‌انگیزگی و بی‌هدفی	فقدان غایت‌مندی و مقصدگرایی یا مقاصد ناپایدار ^۲	تغییر رابطه با خود از طریق فعال‌سازی تفکر و برنامه‌ریزی مقصدمحور، فعال‌سازی رفتارهای رضایت‌بخش با توجه به نیازهای حقیقی
حقارتی ^۳	ارتباط با پدیده‌ها و رخدادها	شرم و حقارت	سرکوفت زدن و سرزنش‌های مکرر، نوسان خلقی شدید بین رضایت/نارضایتی یا شادی/غمگینی، ترس از	پایگاه متزلزل ارزشی و مبناهای ارزشمندی پوشالی ^۴	تغییر رابطه با وقایع از طریق بازتعریف پیش‌فرض‌های ذهنی و ملاک‌های ارزشمندی-بی‌ارزشی

۱ سوره مبارکه غاشیه با محوریت واژگان عامله ناصبه و خاشعه

۲ ان لینا ایابهم (۲۵) ان علینا حسابهم (۲۶)

۳ سوره مبارکه فجر با محوریت واژه اهانت (هون)

۴ فَأَمَّا الْإِنْسَانُ إِذَا مَا أَبْتَلَهُ رَبُّهُ فَأَكْرَمَهُ وَنَعَّمَهُ فَيَقُولُ رَبِّي أَكْرَمَنِ (۱۵) وَأَمَّا إِذَا مَا ابْتَلَىٰهُ فَقَدَرَ عَلَيْهِ رِزْقَهُ فَيَقُولُ رَبِّي أَهْنَنِ (۱۶)

نوع افسردگی	بُعد آسیب‌دیده	هیجان غالب	وضعیت غالب در فرد	مشکل اساسی	راهبرد درمانی
			دست دادن		
معنوی ^۱	ارتباط با خدا	بیچارگی و درماندگی فراگیر	فراموشی خدا، ذکر و دوربودن از معنویات یا نگاه غلط به آن‌ها	خداپنداره‌ی ناقص یا غلط ^۲	بهبود رابطه با خدا از طریق پذیرش ویژگی‌های حیات دنیا و افزایش معنویت
مقایسه‌ای- انزوایی ^۳	ارتباط با نزدیکان	حسادت، مقایسه‌ی حسرت‌زا	نگاه طبقاتی نسبت به دیگران و مقایسه‌ی خود با افراد دارا و متمکن	ملاک استغنا در روابط، فقدان سعی بیرونی و خشیت درونی ^۴	تنظیم گرایش‌ها و دوستی‌ها از طریق کاهش مقایسه و حسرت و افزایش سعی و خشیت و همچنین توجه به استعدادهای فردی
تطفیفی ^۵	روابط حق و تکلیفی	خشم، کینه و انتقام	ادعاها و توقعات نسبت به دیگران، نشخوارهای ذهنی	خودجانبداری و استحقاق و عدم باور به آخرت ^۶	ایجاد تعادل در روابط حق و تکلیفی از طریق کاهش توقعات از دیگران و افزایش دیگرمداری، افزایش همدلی
مرجع‌ستیزی ^۷	ارتباط با مراجع بایدونباید	لجاجت و ترس	قلبی مملو از نفرت نسبت یا شبهه نسبت به دین یا احکام دین (یا سایر مراجع بایدونباید)، احساس ناامنی، تنهایی و سقوط از پرتگاه	پیروی از هوای نفس و لجاجت با مرجع امرونهی ^۸	تنظیم رابطه با مراجع بایدونباید از طریق افزایش حق‌پذیری، کاهش فاصله‌ی ادعا و عمل ادعاها به مواجهه‌ی انتقادی و رشد عقلانیت

در مجموع با وجود مطالعات مختلفی که در زمینه اثربخشی درمان‌ها بر اختلال افسردگی انجام شده است، درمان

۱ سوره مبارکه طه با محوریت واژه معیسه ضنکا

۲ بخش دوم آیات سوره مبارکه طه و به ویژه آیه: وَمَنْ أَعْرَضَ عَنْ ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكًا وَنَحْشُرُهُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ أَعْمَى (۱۲۴)

۳ سوره مبارکه عبس با محوریت واژه ترهق، قتره و فر

۴ همه آیات سوره مبارکه عبس به ویژه عَبَسَ وَتَوَلَّى (۱) أَنْ جَاءَهُ الْأَعْمَى (۲) وَمَا يُدْرِيكَ لَعَلَّهٗ يَزَكَّى (۳) أَوْ يَذَّكَّرُ فَتَنْفَعَهُ الذِّكْرَى (۴) أَمَّا مَنْ اسْتَعْنَى (۵) فَأَنْتَ لَهُ تَصَدَّى (۶) وَمَا عَلَيْكَ أَلَّا يَزَكَّى (۷) وَأَمَّا مَنْ جَاءَكَ يَسْعَى (۸) وَهُوَ يَخْشَى (۹) فَأَنْتَ عَنْهُ تَلَهَّى (۱۰)

۵ سوره مبارکه مطففین با محوریت واژه سجين

۶ وَيَلُ لِّلْمُطَفِّفِينَ (۱) الَّذِينَ إِذَا اكْتَالُوا عَلَى النَّاسِ يَسْتَوْفُونَ (۲) وَإِذَا كَالُواهُمْ أَوْ زَوَّاهُم يُحْسِرُونَ (۳) أَلَا يَظُنُّ أُولَٰئِكَ أَنَّهُمْ مَبْعُوثُونَ (۴) لِيَوْمٍ عَظِيمٍ (۵) يَوْمَ يَقُومُ النَّاسُ لِرَبِّ الْعَالَمِينَ (۶) كَلَّا إِنَّ كِتَابَ الْفُجَارِ لَفِي سَجِينٍ (۷)

۷ سوره مبارکه محمدصلی الله علیه و آله با محوریت واژه تعس، ضل اعمال و اصلح بال (معکوس)

۸ وَالَّذِينَ كَفَرُوا فَتَعَسَا لَهُمْ وَأَصْلٌ أَعْمَالُهُمْ (۸) ذَلِكَ بِأَنَّهُمْ كَرِهُوا مَا أَنْزَلَ اللَّهُ فَأَحْبَطَ أَعْمَالَهُمْ (۹) ... ذَلِكَ بِأَنَّ اللَّهَ مَوْلَى الَّذِينَ آمَنُوا وَأَنَّ الْكَافِرِينَ لَا مَوْلَى لَهُمْ (۱۱) ... أَفَمَنْ كَانَ عَلَىٰ بَيْتِهِ مِنْ رَبِّهِ كَمَنْ ذُرِّيَّتُهُ لَكَ سَوْءٌ عَمَلِهِ وَاتَّبَعُوا أَهْوَاءَهُمْ (۱۴) ... وَيَقُولُ الَّذِينَ آمَنُوا لَوْلَا نُزِّلَتْ سُورَةٌ فَإِذَا أَنْزَلْتَ سُورَةً مُّحْكَمَةً وَذُكِرَ فِيهَا الْقِتَالُ رَأَيْتَ الَّذِينَ فِي قُلُوبِهِمْ مَرَضٌ يُنظَرُونَ إِلَيْكَ نَظَرَ الْمَعْشِيِّ عَلَيْهِ مِنَ الْمَوْتِ فَأُولَٰئِكَ لَهُمْ (۲۰)

افسردگی همچنان یکی از مهم‌ترین چالش‌های کار روان‌درمانگران است؛ از طرفی در کشور ما نیز کمتر به درمان‌های متناسب با فضای فرهنگی و اقتضائات بومی پرداخته شده است. بر همین اساس و با توجه به اهمیت درمان اختلال افسردگی از یک سو و لزوم توجه به درمان‌های منطبق با فرهنگ و اعتقادات مردم جامعه از سوی دیگر، ضرورت به کارگیری مدل‌های درمانی جدیدتر مبتنی بر فرهنگ اهمیتی دوچندان می‌یابد؛ بر این اساس پژوهش حاضر درصدد بررسی کیفی نقش روان‌درمانی مبتنی بر قرآن کریم بر روند بهبودی افسردگی در یک نمونه افسرده است.

روش

پژوهش حاضر یک «مطالعه موردی»^۱ بر اساس طرح خط پایه -مداخله- پیگیری است. مطالعه موردی به‌عنوان یک روش‌شناسی مستقل به علت ویژگی‌های ذاتی خود، یعنی کل‌گرا و خاص‌گرا بودن، در سنت تحقیق کیفی جای دارد؛ اما از آنجا که هدف اصلی در این روش‌شناسی، مطالعه عمیق یک مورد از طریق گردآوری و تحلیل داده‌های تفصیلی از مأخذ اطلاعاتی چندگانه است، امکان ترکیب روش‌های کمی و کیفی در جمع‌آوری داده‌ها را فراهم می‌کند. (علامه، ۱۴۰۰). این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، تجربی تک‌موردی^۲ است. در این طرح، فرد یا افراد مورد مطالعه در مراحل خط پایه، درمان، پس‌آزمون و پیگیری ارزیابی می‌شوند. هدف از این طرح، بررسی اثربخشی مداخله درمانی بر تغییر رفتار مراجع است. در طرح‌های تک‌موردی، مانند طرح‌های گروهی، تأثیر مداخله با مقایسه شرایط مختلف سنجیده می‌شود، با این تفاوت که گروه کنترل جداگانه وجود ندارد و خط پایه هر فرد نقش کنترل را ایفا می‌کند (آندرسون و کیم^۳، ۲۰۰۳).

مورد انتخاب شده به روش نمونه‌گیری هدفمند^۴ از جامعه آماری زنان دارای تشخیص اختلال افسردگی اساسی ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۲، در دامنه‌ی سنی ۱۹-۶۰ سال انتخاب شد. بدین صورت که افراد از طریق فراخوان عمومی و همکاران متخصص معرفی شدند و پس از مصاحبه‌ی اولیه و احراز ملاک‌های ورود، یک نفر وارد مطالعه شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دامنه‌ی سنی ۱۹-۶۰ سال، سکونت در تهران، مدرک تحصیلی حداقل سیکل، تشخیص افسردگی بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته تشخیصی و مقیاس بک، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی هنگام شرکت در پژوهش، نداشتن افکار خودکشی شدید از طریق مصاحبه‌ی تشخیصی و نمرات مربوط به این افکار خودکشی در مقیاس بک بود. ملاک‌های خروج نیز شامل وجود یک یا

1 Case study

2 Single Case Experimental Design

3 Anderson & Kim

4 Purposive Sampling

نقش روان‌درمانی با رویکرد قرآنی بر بهبود افسردگی: یک مطالعه موردی؛ فرضی و همکاران | ۴۳

چند مورد از اختلالات خلقی، اضطرابی و سایکوتیک و قطع فرایند درمان (غیبت) توسط مراجع بیش از دو جلسه در نظر گرفته شد.

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه دموگرافیک یا جمعیت‌شناختی (جهت اخذ اطلاعات جمعیت‌شناختی از قبیل سن، جنسیت، مقطع و رشته‌ی تحصیلی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی و همچنین سوابق ابتلا به بیماری‌های مختلف جسمی و روانی)، مصاحبه بالینی ساختاریافته تشخیصی^۱ (SCID)، پرسشنامه افسردگی بک، ویرایش دوم^۲ (BDI-II)، مقیاس تشخیصی افسردگی مبتنی بر قرآن (فیاض و همکاران، ۲۰۱۵) و الگوی درمانی افسردگی مبتنی بر قرآن (فیاض، ۱۳۹۶) بود.

روایی و پایایی ابزارها

مصاحبه بالینی ساختاریافته تشخیصی (SCID)

مصاحبه بالینی ساختاریافته تشخیصی یک مصاحبه نیمه ساختاریافته است که توسط اسپیتزر^۳ و همکاران در سال ۱۹۸۹ تدوین و نخستین نسخه آن در سال ۱۹۹۲ برای DSM-III-R منتشر شد (توسط اسپیتزر و همکاران، ۱۹۹۲). این مصاحبه، برای تشخیص‌گذاری اختلالات عمده محور یک بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به کار می‌رود. مصاحبه بالینی ساختاریافته تشخیصی به منظور انجام یک مصاحبه تکمیلی، رد یا تأیید تشخیص‌های افتراقی و یا اختلالات همراه تهیه گردیده است. شریفی و همکاران اعتبار و روایی نسخه فارسی را مطلوب و توافق تشخیصی برای بیشتر تشخیص‌های خاص را متوسط تا خوب گزارش کردند (کاپای بالاتر از ۰٫۶۳) و توافق کلی برای کل تشخیص‌های فعلی ۰٫۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰٫۵۵ بود؛ اکثر مصاحبه‌شوندگان و مصاحبه‌کنندگان قابلیت اجرایی نسخه فارسی مصاحبه بالینی ساختاریافته تشخیصی را مطلوب گزارش کردند (شریفی و دیگران، ۱۳۸۳). امینی و همکاران نیز اعتبار و روایی آن را مطلوب گزارش کردند (امینی و دیگران، ۱۳۸۶).

پرسشنامه افسردگی بک، ویرایش دوم (BDI-II)

یک پرسش‌نامه‌ی ۲۱ ماده‌ای است که توسط بک، استیر و براون^۴ در سال ۱۹۹۶ ساخته شد که در واقع شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است و وجود و شدت علائم افسردگی را در خصوص وضعیت شناختی-

1 Structured Clinical Interview for DSM

2 Beck's Depression Inventory

3 Spitzer

4 Beck, Steer & Brown

عاطفی و وضعیت جسمی-فیزیولوژیک در افراد اندازه‌گیری می‌کند. نمره کل افسردگی از جمع نمره کل ماده‌ها حاصل می‌شود و از صفر تا ۶۳ متغیر است. اعتبار بازآزمایی یک هفته‌ای این پرسشنامه ۰,۹۱، به دست آمد و همسانی درونی این پرسشنامه نیز ۰,۹۱، گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران بدین شرح گزارش شده است: ضریب آلفا ۰,۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه آزمون ۰,۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰,۹۴ بود. همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه‌بندی همیلتون^۱ (۱۹۶۰)، ۰,۷۱، و با پرسشنامه افسردگی بک و ویرایش اول، ۰,۹۳، به دست آمد که بیانگر روایی همگرایی این پرسشنامه است.

مقیاس تشخیصی افسردگی مبتنی بر قرآن

این مقیاس که توسط فیاض و همکاران (۲۰۱۵) تدوین شده است، پرسشنامه‌ای ۶۵ سؤالی است که در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت، شش نوع افسردگی مبتنی بر قرآن را موردسنجش قرار می‌دهد؛ شش زیرمقیاس این پرسشنامه شامل افسردگی سرشکستگی، افسردگی ولایت‌ستیزی، افسردگی انزوایی، افسردگی تطفیفی، افسردگی ناشی از حقارت و افسردگی معنوی‌اند که به ترتیب ۱۳، ۱۰، ۱۵، ۱۴، ۶ و ۷ آیت‌م را به خود اختصاص می‌دهند و علاوه بر نشانگان مربوط به هر نوع، ریشه‌ها و علت‌های زیربنایی بروز افسردگی را نیز می‌سنجد (بهرامی احسان و همکاران، ۱۳۹۲). این پرسشنامه در دو مرحله یکی در نمونه مقدماتی ۱۰۰ نفره (فیاض و همکاران، ۱۳۹۴) و دیگری در یک نمونه ۱۰۲۷ نفره (بهرامی احسان و همکاران، ۱۳۹۶) اجرا و تحلیل شده است. متوسط آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰,۹۵، و برای هر یک از زیرمقیاس‌های سرشکستگی، ولایت‌ستیزی، انزوایی، تطفیفی، ناشی از حقارت و معنوی به ترتیب ۰,۹۴، ۰,۹۲، ۰,۸۷، ۰,۷۴، ۰,۸۵، ۰,۸۱، گزارش شده است. روایی ملاک این مقیاس با مقیاس افسردگی بک ۲۱ سؤالی در نمونه ۱۰۰ نفره، ۰,۵۰ و در نمونه ۱۰۲۷ نفری، ۰,۴۶ محاسبه شده است (بهرامی احسان و همکاران، ۱۳۹۶).

الگوی درمانی افسردگی مبتنی بر قرآن

فرآیند درمانی این الگو که توسط فیاض در سال ۱۳۹۶ تدوین شده است، از چند بخش تشکیل می‌شود که عبارت‌اند از:

ارزیابی عمومی) باهدف آشنایی با مراجع، شناخت مشکل، عوامل مرتبط با آن، امکانات و توانمندی‌های مراجع و طرح‌ریزی درمان؛ ارزیابی اختصاصی) باهدف تشخیص نوع اختصاصی افسردگی و شدت آن. درمان

عمومی) منظور از درمان عمومی، توصیه‌هایی برای بهبود وضعیت عمومی جسمانی، روان‌شناختی و به‌طور کلی تعادل وضعیت عمومی فرد است. مداخلات این مرحله از درمان، با سایر اختلالات مشترک است. درمان اختصاصی) منظور از درمان اختصاصی، درمان اختصاصی هر یک از شش مدل افسردگی مبتنی بر قرآن است که یا درمانگر آن را به‌عنوان اختلالی خاص تشخیص داده یا درمانجو به خاطر آن به درمانگر مراجعه کرده است (فیاض و اخوت، ۱۳۹۷). بر این اساس ساختار کلی جلسات درمان در جدول شماره ۲ اشاره شده است:

جدول ۲. پروتکل جلسات درمانی افسردگی مبتنی بر قرآن (فیاض، ۱۳۹۶)

مراحل	محتوا
۱	ارزیابی اختصاصی: از طریق اجرای پرسشنامه پیش از آغاز جلسه اول
۲	ارزیابی عمومی (جلسه اول تا دوم): مصاحبه و ارزیابی بر اساس محورهای فرم ارزیابی عمومی
۳	درمان عمومی (از جلسه اول تا انتهای جلسات درمانی): تعیین تکالیف درمان عمومی بر اساس نتایج ارزیابی عمومی
۴	درمان اختصاصی (جلسات میانی: جلسه سوم تا حداکثر جلسه سیزدهم): ارزیابی خلق در هفته گذشته و اتفاقات مهم ارزیابی تکالیف و بررسی موانع پیش رو و رفع آنها مداخله متناسب با نوع افسردگی بر اساس نقشه درمانی توافق برای تکالیف جدید
۵	اتمام درمان و حفظ نتایج درمانی (حداکثر تا جلسه پانزدهم): ارزیابی روند تغییر خلق طی جلسات بررسی تکالیف و امکان تداوم آن مرور تکنیک‌ها، راهکارها و دستاوردها طی جلسات برنامه‌ریزی برای حفظ وضعیت موجود و ارتقای آن اجرای پرسشنامه بعد از اتمام جلسه پایانی
۶	پیگیری یک‌ماهه: ارزیابی اختصاصی از طریق اجرای پرسشنامه و در صورت لزوم، جلسه‌ی کوتاه ارزیابی

روش انجام پژوهش

فرد مورد مطالعه، خانم ۶۰ ساله، ساکن تهران، متأهل و صاحب ۳ فرزند دختر، دارای تحصیلات لیسانس و خانه‌دار بود که به مدت یک سال و نیم از افسردگی اساسی رنج می‌برد.

قبل از شروع جلسات درمان، شرایط انجام پژوهش برای فرد تشریح شد و فرایند درمان با تکمیل فرم رضایت آگاهانه از سوی مراجع آغاز شد؛ در ابتدا فرد به تکمیل پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس افسردگی مبتنی بر قرآن پرداخت؛ نمرات فرد در این دو مقیاس در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب ۳۶ و ۷۱ بود که نمره ۳۶ در مقیاس بک نشانه افسردگی شدید است؛ همچنین بالاترین نمرات فرد در زیرمقیاس‌های مدل افسردگی مبتنی بر

قرآن مربوط به افسردگی سرشکستگی، مقایسه‌ای-انزوایی و ناشی از حقارت بود که به ترتیب نمرات ۲۴، ۱۵ و ۱۱ کسب شد. این نمرات بر اساس نقطه برش هر مدل (افسردگی سرشکستگی: نمره ۱۷، افسردگی مقایسه‌ای-انزوایی: نمره ۱۵ و افسردگی ناشی از حقارت نمره ۱۲)، درخور توجه بالینی بود.

ارزیابی عمومی و اختصاصی در جلسه اول از طریق مصاحبه‌ی بالینی و انجام پرسشنامه انجام شد. با توجه نمرات بالاتر فرد در افسردگی سرشکستگی و قرار داشتن دو مدل دیگر در مرز مشکل‌آفرینی، طرح درمان متناسب با وضعیت فرد، برای ۱۰ جلسه ۴۵ الی ۵۰ دقیقه‌ای تنظیم شد؛ ابتدا به مدت ۵ جلسه، درمان اختصاصی افسردگی سرشکستگی اجرا شد، پس از آن به مدت ۲ جلسه بسته‌ی درمان افسردگی ناشی از حقارت به اجرا درآمد. با توجه به زیرساختی بودن درمان‌های سرشکستگی و ناشی از حقارت، مسائل مربوط به افسردگی مقایسه‌ای-انزوایی تا حدی رفع شده بود و فقط ۱ جلسه به جنبه‌هایی از درمان اختصاصی افسردگی مقایسه‌ای-انزوایی پرداخته شد. در جلسه‌ی انتهایی نیز مباحث مربوط به مرور طرح درمان و خاتمه‌ی درمان موردبررسی قرار گرفت و بیمار مذکور بعد از اتمام فرآیند مداخله، مجدداً از طریق پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین بعد از گذشت یک ماه، پیگیری از طریق اجرای مجدد پرسشنامه انجام شد. گزارش سیر جلسات در جدول ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۳. سیر جلسات درمانی مورد

جلسه	هدف	سیر اقدامات جلسه	ماهیت تکنیک‌ها/تکالیف
۱	ارزیابی عمومی و اختصاصی	الف- ارزیابی عمومی طبق فرم مصاحبه‌ی اختصاصی، ب- ارزیابی اختصاصی پیرامون نشانه‌های انواع شش‌گانه افسردگی، ج- شروع درمان عمومی با تنظیم چرخه‌ی زیستی با محوریت تنظیم ساعت خواب.	تنظیم ساعت خواب: رفتاری ثبت موقعیت‌های تنش‌زا با تفکیک باورها از احساسات و رفتارها: کاربرگ
۲	تعیین نقطه‌ی شروع درمان متناسب با آمادگی مراجع	الف- سنجش آمادگی و بررسی یکی از موقعیت‌های تنش‌زا و حل‌نشده‌ی مراجع و تبیین ریشه‌ها و نشانه‌های مشکل در فرد با تأکید بر مدل‌های سرشکستگی، مقایسه‌ای-انزوایی و حقارتی، ب- سست کردن باورهای مربوط به اهمیت شرایط بیرونی در ایجاد کرامت درونی در فرد، ه- بررسی پیامدهای منفی وابستگی حالات خلقی به شرایط بیرونی.	ارائه‌ی برگه‌ی تمرین «ثبات هیجانی در موقعیت‌ها» به‌عنوان تکلیف خانگی
۳	تبیین و شکستن چرخه‌ی ناکامی سرشکستگی	الف- فعال‌سازی تفکر برای شناخت توانمندی‌ها و امکان‌سنجی انجام رفتارهای جایگزین در شرایط دشوار، ب- آماده‌سازی روانی جهت مواجهه‌ی مؤثر با مشکلات احتمالی تکرارشونده از طریق ایفای نقش حین تصویرسازی یک موقعیت بحرانی، ج- ترغیب برای بیان مؤثر و	گفت‌وگو و ابراز صحیح نیاز با همسر و برنامه‌ریزی اقدام مشترک با همسر به‌عنوان تکلیف خانگی: رفتاری

جلسه	هدف	سیر اقدامات جلسه	ماهیت تکنیک‌ها/تکالیف
		توأم با همدلی جهت شکستن هسته‌ی اصلی ناکامی منجر به سرشکستگی.	
۴	اصلاح آسیب‌های ارتباطات بین فردی مراجع	الف- فعال‌سازی رفتاری از طریق بیان احساسات به همسر با تأکید بر یک مورد خاص اخیر، ب- تغییر هدف‌گذاری در رابطه فرزندان از قضاوت به ابراز عاطفه‌ی صحیح مادرانه.	تمرین عاطفه‌ورزی و وقت‌گذاری با فرزندان به‌عنوان تکلیف خانگی: رفتاری
۵	ترسیم مسیر رشد مقصدمحور مبتنی بر نیازهای حقیقی	الف- تبیین انواع نیازهای حقیقی، واقعی و کاذب، ب- توضیح مقصد به‌عنوان نقطه‌ی اتکای پایدار جهت حرکت در مسیر رشد، ج- تغییر هدف‌گذاری روی نیازهای حقیقی در فضای روابط خانوادگی به‌جای نیازهای کاذب.	مقصدگزینی، تعیین حوزه‌های رشدی و بررسی نیازها به‌عنوان تکالیف خانگی: کاربرگ
۶	تنظیم نقش‌های مراجع	الف- تبیین نقش‌های کلیدی در خانواده و پیامدهای جابجایی نقش‌ها با تأکید بر تنظیم نقش مادری و همسری مراجع، ب- سست کردن باورهای کاذب ارزشمندی مراجع در مورد همسر و مادر خوب و فعال‌سازی ظرفیت مدیریت عاطفی ایشان.	برنامه‌ریزی رشدمحور و تمرکز بر تنظیم و ابراز عاطفه در موقعیت‌های مشخص به‌جای حل مسئله‌ی منطقی به‌عنوان تکلیف خانگی: کاربرگ
۷	شناسایی باورهای بنیادین پوشالی	الف- تبیین سطوح مختلف باور و نحوه‌ی ارتباط آن‌ها با استفاده از تمثیل درخت باورها، ب- ارائه‌ی کاربرگ باورهای توحیدی و معرفی نمونه‌ی باورهای بنیادین حقیقی، ج- تبیین اهمیت و ضرورت نسبت داشتن رفتارها با باورهای حقیقی و تلاش برای نزدیک کردن فاصله‌ی علم با عمل، ج- بررسی مبناهای حقیقی ارزشمندی و نارزشمندی و تحریک تفکر از طریق شناسایی تکیه‌گاه‌های پوشالی در زندگی د- آموزش روند تثبیت باورها.	تکمیل درخت باورها به‌عنوان تکلیف خانگی: کاربرگ
۸	جایگزینی باورهای بنیادین توحیدی	الف- تمرین تصویرسازی جهت تقویت جزئی‌نگری و توصیف احساسات، ب- تغییر هدف‌گذاری از نتیجه‌گرایی صرف به فرایندنگری جهت اصلاح کمال‌گرایی، ج- تفصیل رفتاری متناسب با باورها با استفاده از تکنیک یادیار، د- معرفی نمونه باورهای توحیدی و متناسب‌سازی آن‌ها با نیازهای مراجع.	شخصی‌سازی فهرست باورها و چالش روی آن‌ها، تمرین رجوع به باورهای توحیدی به‌عنوان تکلیف خانگی: کاربرگ
۹	درمان افسردگی مقایسه‌ای انزوایی	الف- تبیین عواطف مختلف و بروزهای متناسب با هر کدام، ب- ارزیابی روابط دوستی و ملاک‌های آن، ج- تبیین چرخه‌ی ناکامی در مدل مقایسه‌ای-انزوایی و پیامدهای گرایش مادی‌گرایانه به افراد، د- تحریک تفکر برای شناخت و پذیرش اولیه‌ی شرایط زندگی مراجع توسط خودش و رهایی از مقایسه، ه- معرفی ملاک‌های سعی و خشیت به‌عنوان معیارهای روابط دوستانه.	خلوت بعد از سجده، مناجات خمس عشر و شرکت در جلسات دینی به‌عنوان تکلیف خانگی: رفتاری
۱۰	خاتمه درمان	الف- مرور طرح درمان و مسیر طی‌شده، ب- مقدمات خاتمه‌ی درمان و توضیح فرایندها و تکنیک‌های بعد از قطع درمان که مراجع	-

ماهیت تکنیک‌ها/تکالیف	سیر اقدامات جلسه	هدف	جلسه
	بتواند با تکیه بر توانمندی‌های کسب‌شده در طول فرایند درمان، با مشکلات مواجه بشود.		

یافته‌ها

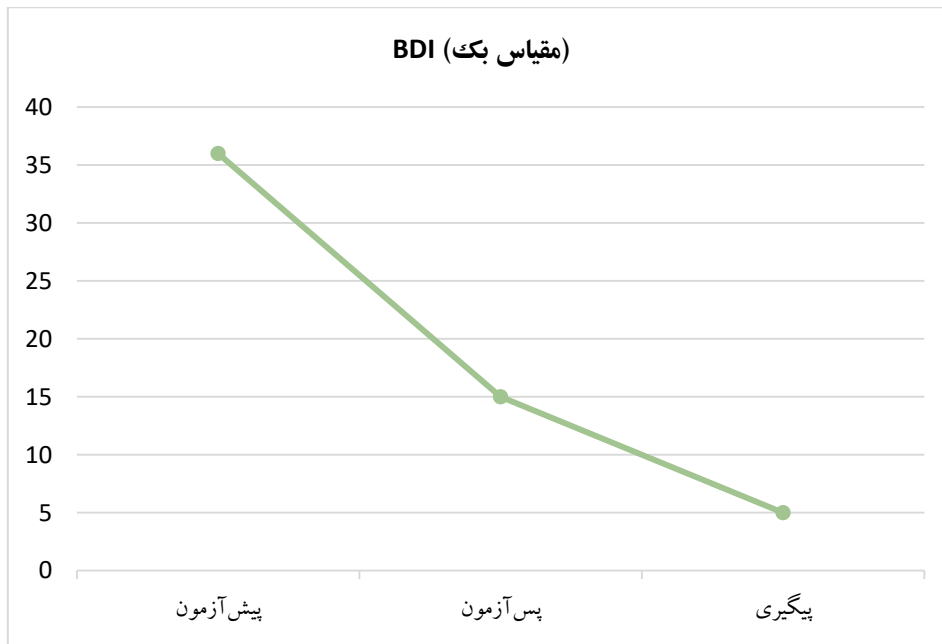
یافته‌های حاصل از سه نوبت سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه) نشان داد درمان افسردگی مبتنی بر رویکرد قرآنی، در کاهش نمرات مقیاس افسردگی بک و مقیاس افسردگی بر اساس قرآن اثرگذار بوده است. پیگیری‌های بعد از درمان نیز تأثیرات پایدار این مداخله را در بازه یک‌ماهه تأیید کرد؛ جدول شماره ۳ نمرات آزمودنی را در انواع افسردگی مبتنی بر قرآن، نمرات کل این مقیاس و هم‌چنین مقیاس افسردگی یک در سه مقطع نشان می‌دهد.

جدول ۴. نمرات آزمودنی در سه نوبت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه

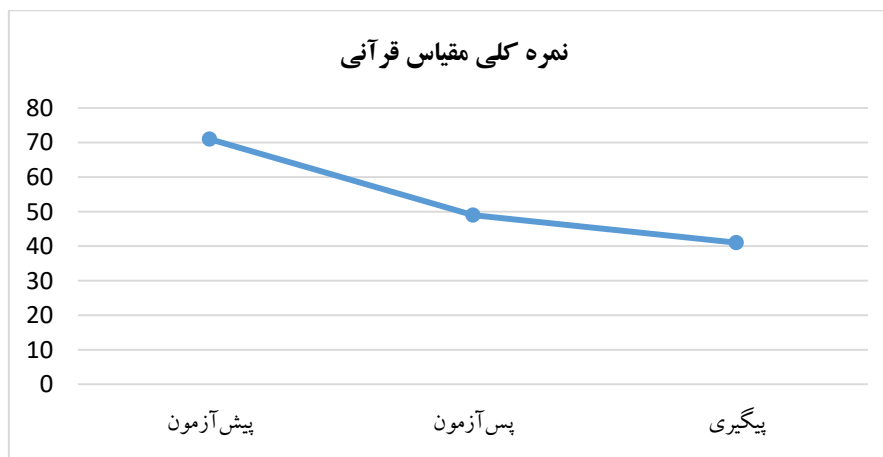
مقیاس	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
BDI	۳۶	۱۵	۵
نمره کل مقیاس قرآنی	۷۱	۴۹	۴۱
مقایسه‌ای-انزوایی	۱۵	۱۴	۱۰
سرشکستگی	۲۴	۱۱	۶
مرجع‌ستیزی	۲	۰	۱
معنوی	۳	۳	۳
تطفیفی	۱۶	۱۲	۱۱
ناشی از حقارت	۱۱	۹	۱۰

نمره آزمودنی در مقیاس بک پیش از فرایند درمان، ۳۶ بوده که حاکی از افسردگی شدید است؛ پس از انجام مداخلات درمانی، این نمره به ۱۵ یعنی درجه افسردگی خفیف رسید و در پیگیری یک‌ماهه نیز نمره ۵ نشان‌دهنده حداقل میزان افسردگی است. نمره کل افسردگی در مقیاس قرآنی نیز ۷۱ بود که با انجام مداخلات درمانی با ۲۲ واحد کاهش، به ۴۹ رسیده و همان‌طور که در بخش نمرات پیگیری قابل مشاهده است، بعد از توقف درمان نیز سیر کاهشی داشته است. بالاترین نمره آزمودنی در میان انواع مدل‌های افسردگی مبتنی بر قرآن، متعلق به افسردگی سرشکستگی بوده که فرد پیش از انجام مداخله درمانی نمره ۲۴ را کسب کرده و پس از انجام مداخلات درمانی، با کاهش ۱۳ نمره‌ای، به ۱۱ رسید؛ در پیگیری یک‌ماهه نیز نمره فرد با ۵ واحد کاهش به ۶ رسید؛ نمرات فرد در دو مدل افسردگی ناشی از حقارت و افسردگی مقایسه‌ای-انزوایی نیز پیش از انجام

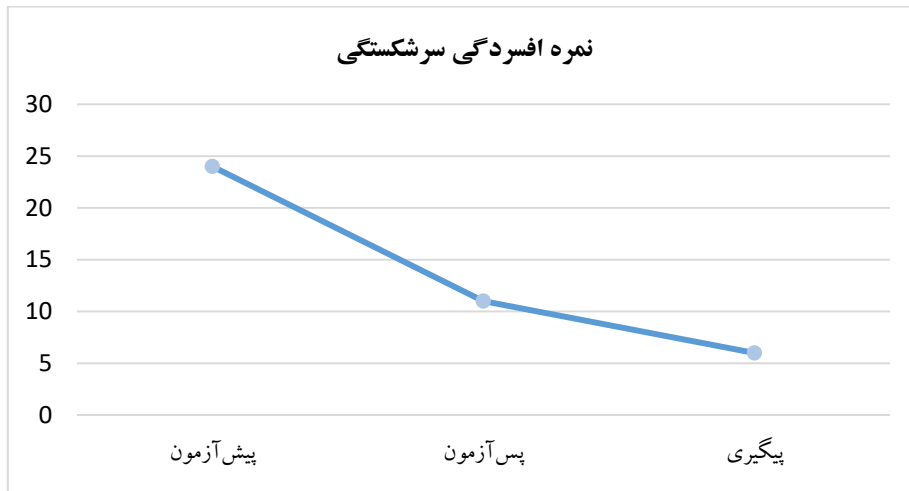
مداخلات درمانی، به ترتیب ۱۵ و ۱۱ است که درخور توجه بالینی بوده و مداخلاتی جهت درمان این دو مدل نیز انجام شد. یافته‌ها نشان می‌دهد درمان افسردگی مبتنی بر رویکرد قرآنی در کاهش نمرات اکثر زیرمقیاس‌های افسردگی مؤثر بوده و طی زمان نیز نتایج درمان، پایدار مانده و تنها در مدل افسردگی معنوی نمره فرد بدون تغییر بوده است. نمودار شماره ۱ و ۲، سیر تغییر نمرات آزمودنی را بر اساس مقیاس افسردگی بک و مقیاس افسردگی از منظر قرآن در سه مقطع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه نشان می‌دهد.



نمودار ۱. نمرات مقیاس بک در مراحل انجام پژوهش

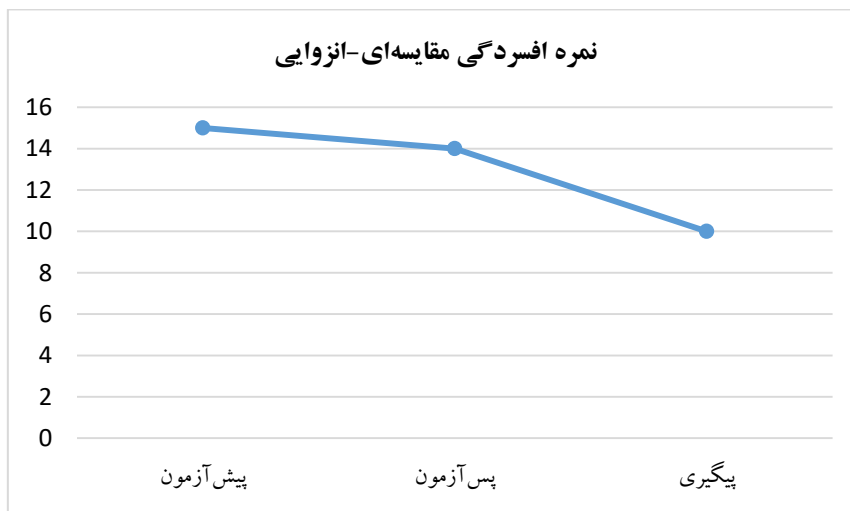


نمودار ۲. نمره کلی مقیاس افسردگی از منظر قرآن در مراحل انجام پژوهش

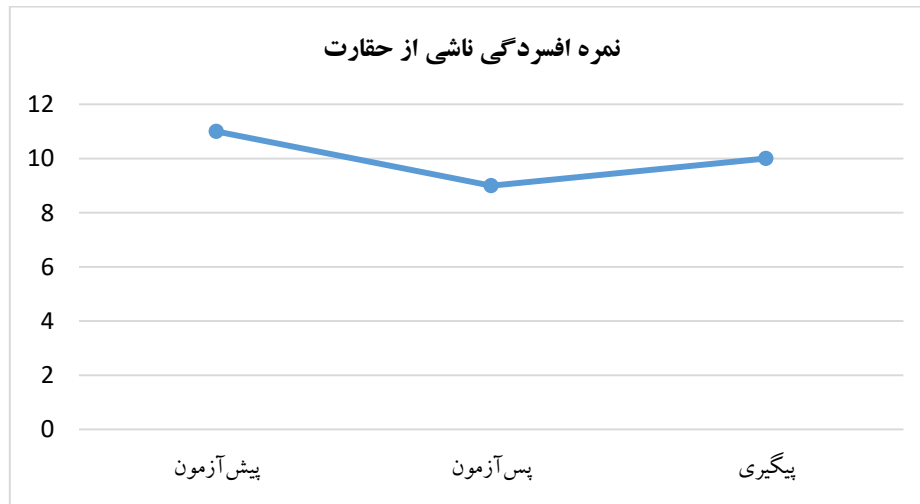


نمودار ۳. نمرات افسردگی سرشکستگی در مراحل انجام پژوهش

همان‌طور که در نمودار (۳) قابل مشاهده است، بیشترین نمره افسردگی از منظر قرآن در مرحله پیش‌آزمون متعلق به مدل افسردگی سرشکستگی بود که با انجام مداخلات درمانی مبتنی بر این مدل، ۱۸ نمره یا به عبارتی ۷۵ درصد کاهش طی پیگیری یک‌ماهه مشاهده شد. این درصد کاهش، قابل توجه بوده و حاکی از اثربخشی بالای مداخلات درمانی مبتنی بر قرآن در بهبود این مدل از افسردگی است.



نمودار ۴. نمرات افسردگی مقایسه‌ای-انزوایی در مراحل انجام پژوهش



نمودار ۴. نمرات افسردگی ناشی از حقارت در مراحل انجام پژوهش

به‌طور کلی نمودارهای بالا نشان‌دهنده‌ی سیر تغییرات و کاهش‌ی بودن نمرات افسردگی بک و همچنین افسردگی از منظر قرآن در سه نوبت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه است. تمامی نمرات فرد در ۳ مدل افسردگی شناسایی شده نیز بعد از انجام مداخلات درمانی مبتنی بر رویکرد قرآنی در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه کاهش‌ی بوده که این نتایج، حاکی از اثربخشی این مدل درمانی بر بهبود افسردگی است.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر به‌طور کلی نشان داد که درمان افسردگی با رویکرد قرآنی، علائم افسردگی اساسی را بهبود می‌بخشد؛ همچنین بررسی یافته‌ها نشان می‌دهد نمرات افسردگی بک در پیش‌آزمون با پس‌آزمون و مرحله‌ی پیگیری یک‌ماهه، سیر کاهش‌ی داشته که این کاهش نشان‌دهنده‌ی بهبود علائم افسردگی و تداوم آن حداقل تا یک ماه پس از اتمام دوره‌ی درمانی است. ارزیابی‌های کیفی از مراجع نیز نشان‌دهنده رضایتمندی بالا از درمان، تجربه خلق پایدار و تجربه هیجانات مثبت است. روند کاهش‌ی هم در نمرات مقیاس بک و هم در نمره کلی مقیاس افسردگی مبتنی بر قرآن مشاهده شد. با توجه به اینکه نمره مقیاس قرآنی تجمیع همه شش خرده مقیاس است و لزوماً مراجع در همه انواع افسردگی دچار اختلال نیست، پس تغییرپذیری کم این نمره در مقایسه با نمره بک قابل تبیین است. علاوه بر این، تست بک مقیاسی نشانه محور است و اثرات درمان را بهتر نشان می‌دهد و مقیاس افسردگی مبتنی بر قرآن از آنجاکه عوامل علی افسردگی را می‌سنجد، میزان تغییرپذیری‌اش مانند بک نیست و عوامل علی در طول زمان تغییر کرده و تغییر در حد

کم آن‌ها نیز می‌تواند اثرات گسترده‌ای را بر نشانه‌ها بروز دهد. در کل تغییرپذیری این دو مقیاس باهم قابل‌مقایسه دقیق نیست. آنچه اهمیت دارد کاهش نمرات هر دو مقیاس برای مراجع است که یکی در سطح نشانه و دیگری در سطح عوامل ریشه‌ای است.

اثربخشی درمان افسردگی با رویکرد قرآنی در این مطالعه موردی، با نتایج پژوهش‌های بارث^۱ و همکاران (۲۰۱۳)، مارکس^۲ و همکاران (۲۰۲۲)، بهرامی‌احسان و همکاران (۱۴۰۰)، بوژمهرانی (۱۳۹۷)، پاکرت و همکاران (۲۰۱۱)، فرهوش و همکاران (۱۴۰۱)، فیاض (۱۳۹۶)، فیاض و همکاران (۱۳۹۹)، فیاض و شریفیان (۱۴۰۱)، هایبرز^۳ و کوپیرز^۴ (۲۰۱۵)، کوپیرز^۴ و همکاران (۲۰۲۱)، کوپیرز و همکاران (۲۰۲۳) و محسنی (۱۳۹۸) همخوانی دارد. پژوهش فرهوش و همکاران نشان داد (۱۴۰۱) درمان شناختی رفتاری مذهبی به‌طور معناداری موجب کاهش افسردگی و بهبود خودپنداره و مؤلفه‌های آن می‌شود. همچنین نتایج فراتحلیل و مرور سیستماتیک در پژوهش مارکس و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد مداخلات مبتنی بر مذهب در مقایسه با روش‌های استاندارد یا سایر روش‌های معمول برای درمان افسردگی، اثرات برتری برجای می‌گذارند. به‌طور کلی با افزایش دینداری می‌توان انتظار داشت که سطح بهزیستی معنوی و قدرت پردازش هیجانی افراد افزایش یابد (تقی‌زاده و علیانسیب، ۱۴۰۳) و درمان‌هایی که بتوانند سطح معنویت و دینداری مراجعین را بالا ببرند، زمینه‌ی ایجاد یا بروز علائم اختلالات مبتلا به روانی را تضعیف می‌کنند (لئونگ و لی^۵، ۲۰۲۴؛ آگاروال^۶ و همکاران، ۲۰۲۳؛ لئونگ و لی، ۲۰۲۳). دین با تنظیم ابعاد مختلف وجود انسان شامل بعد شناختی (باورها و اعتقادات)، رفتاری (اعمال)، عاطفی (حب و بغض‌ها) و وجودی، نقش مهمی در حفظ ثبات عاطفی و ارتقای رفاه فرد ایفا می‌کند؛ شیوه‌های دینی مانند دعا، انجام مناسک عبادی و... تأثیر قابل‌توجهی بر بهبود رفتار و عملکرد افراد دارند (پردل و حجازی‌پور، ۱۴۰۴).

در نگاه اولیه به نظر می‌رسد که الگوی درمان افسردگی با رویکرد قرآنی با درمان‌های دیگر از نظر سازوکار اثربخشی مشابهت دارد؛ به‌عنوان مثال تغییر شناختی در درمان شناختی-رفتاری، اصلاح باورهای بنیادین در طرح‌واره‌درمانی، اصلاح الگوهای اسناد در روانشناسی مثبت‌گرا، تنظیم پردازش عاطفی در درمان هیجان‌مدار، ذهن‌آگاهی، احساس ارزشمندی، پذیرش و سازگاری در درمان‌های موج سوم، حل مسئله در درمان حل مسئله، فعال‌سازی رفتاری در درمان‌های رفتارگرا و همچنین عوامل غیراختصاصی مانند اتحاد

1 Barth

2 Marques

3 Huibers

4 Cuijpers

5 Leung & Li

6 Aggarwal

درمانی و همدلی، همگی از مواردی هستند که در فرایند درمان افسردگی با رویکرد قرآنی نیز دیده می‌شود، در واقع در این رویکرد هم روی باورهای ارزشمندی و هم روی روابط و تعاملات مداخله صورت می‌گیرد؛ هم روی طرح‌واره‌های بنیادین کار می‌شود و هم روی جنبه‌های بین فردی و اجتماعی مراجع مداخله صورت می‌گیرد. به همین دلیل یک درمان یکپارچه‌نگر به نظر می‌رسد. همچنین شش الگوی محوری در رویکرد قرآنی، با برخی مفاهیم مطرح شده در سایر درمان‌ها نزدیکی دارند؛ برای مثال درماندگی آموخته شده با الگوی سرشکستگی، خطاهای شناختی و باورهای غیرعقلانی در درمان شناختی-رفتاری با باورهای پوشالی در الگوی حقارتی، طرح‌واره‌های حوزه‌ی بریدگی و طرد^۱ (مانند رهاشدگی^۲ و نقص/شرم^۳) و حوزه‌ی دیگرجهت‌مندی^۴ (مانند خودقربانی‌پنداری یا ایثار^۵ و پذیرش‌جویی^۶) با الگوی حقارتی، طرح‌واره‌های حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختل^۷ (مانند شکست^۸) با الگوی سرشکستگی، طرح‌واره‌های حوزه‌ی محدودیت‌های مختل^۹ (مانند استحقاق^{۱۰}) با الگوی تطفیفی مشابهت دارد.

اغلب درمان‌های مبتنی بر دین اسلام و به‌ویژه رویکرد قرآنی، با شناسایی باورهای غیرحقیقی (پوشالی) مراجعین و اصلاح یا جایگزینی آن‌ها با باورهای متقن و حقیقی (عقلانی و دینی) و اصلاح تصویر ذهنی افراد از خود، جهان، خدا، دیگران، پدیده‌ها، روابط، سختی‌ها و مشکلات و نسبت بین این عناصر، بستر اصلی پردازش شناختی، تنظیم عاطفی و رفتارها و سبک زندگی مراجعین را به نحوی زیرساختی اصلاح می‌کنند. برای مثال، تأثیر مثبت هدف داشتن در زندگی بر بهبود افسردگی، در مطالعات مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است (بورهام و شوت^{۱۱}، ۲۰۲۳)؛ در مدل درمانی با رویکرد قرآنی نیز تلاش برای راهنمایی فرد جهت یافتن هدف و مقصد بخش مهمی از فرایند درمان است، با این تفاوت که صرف یافتن هدف مقصود نیست، بلکه پایدار و حقیقی بودن هدف اهمیت ویژه‌ای دارد، چراکه بر اساس الگوی تبیینی این درمان، بخش زیادی از ناکامی‌ها و عدم توفیق‌ها در بسیاری از افراد ناشی از انتخاب اهداف و مقاصد غیرحقیقی، ناپایدار و مادی است و برای شکسته شدن چرخه‌ی ناکامی، این اهداف و مقاصد مراجع است که باید ارتقاء

1 Disconnection and Rejection

2 Mistrust

3 Defectiveness/Shame

4 Other-Directedness

5 Self-Sacrifice

6 Approval-Seeking

7 Impaired Autonomy and Performance

8 Failure

9 Impaired Limits

10 Entitlement

11 Boreham & Schutte

یابد. به‌عنوان نمونه‌ای دیگر می‌توان به احساس ارزشمندی یا بی‌ارزشی اشاره کرد که در رویکردها و نظریات مختلف از عوامل مؤثر بر وضعیت روان‌شناختی فرد به شمار می‌رود؛ برای مثال در رویکرد طرح‌واره‌درمانی، طرح‌واره بی‌ارزشی یا حقارت از عوامل مؤثر بر افسردگی دانسته شده است (بیشاپ^۱ و همکاران، ۲۰۲۲؛ داوودی و همکاران، ۲۰۱۸)؛ در مدل درمانی مبتنی بر قرآن نیز باورهای ارزشمندی در ثبات خلقی مراجعین مؤثر دانسته می‌شود؛ با این تفاوت که در مدل قرآنی، مراجع طی فرایند درمان به کمک درمانگر مباحث حقیقی ارزشمندی را می‌یابد و به تثبیت آن‌ها در نظام باورهای خود می‌پردازد؛ لذا در این الگو صرف احساس ارزشمندی کفایت نمی‌کند. همچنین تفاوت مداخلات این درمان با مداخلاتی نظیر فعال‌سازی رفتاری که در سایر مطالعات از مداخلات اثربخش بر بهبود افسردگی شناخته شده است (وانگ و فنگ^۲، ۲۰۲۲)، این است که در مدل درمان قرآنی، درمانگر ابتدا هدف و مقصد زندگی و به‌طور کلی معانی زندگی فرد را اصلاح می‌کند و در نتیجه این تغییر، انگیزه فرد را برای انجام رفتارهای مفید تقویت می‌نماید. به عبارتی فعال‌سازی تفکر فرد بر اساس باورهایی با مبنای الهی، فرد را قادر می‌سازد در مواجهه با چالش‌ها به حل مسئله پرداخته، مسیر درست و مرتبط با مقاصد خود را شناسایی نماید و در آن مسیر حرکت کند. به‌طور کلی روان‌درمانی مبتنی بر قرآن با تأکید بر تقویت باورهای درونی و ارزش‌های حقیقی و پایدار، به مداخله جهت بهبود افسردگی مبادرت می‌ورزد و به لحاظ ارزشی درمانی خنثی نیست. طبق نتایج پژوهش قربانی و همکاران نیز (۱۴۰۲) نیز هرچه میزان اعتقاد به وقوع قیامت، کوتاهی رنج‌ها و در مقابل اعتقاد به پاداش دهی در قیامت و زندگی مطلوب ابدی بیشتر شود و مرور آن بر ایمان و توکل انسان بیفزاید، تاب‌آوری افزایش می‌یابد و سبب تقویت روحیه مقاومت انسان می‌شود.

درمان افسردگی با رویکرد قرآنی، علاوه بر توجه به نشانه‌ها که در سایر رویکردها نیز محوریت دارد، مبتنی بر شناخت علل در لایه‌ی آسیب‌شناسی و متمرکز بر اصلاح بسترهای ایجاد آسیب‌ها، در لایه‌ی مداخله و درمان است. محور این الگوی درمانی، شناخت و اصلاح مشکلات به وجود آمده در شش بستر ارتباط فرد با خود (در افسردگی سرشکستگی)، ارتباط فرد با پدیده‌ها و رخدادها (در افسردگی حقارتی)، ارتباط فرد با خدا (در افسردگی معنوی)، ارتباط فرد با دوستان و نزدیکان (در افسردگی انزوایی)، ارتباطات حق و تکلیفی فرد با دیگران (در افسردگی تطفیفی) و ارتباط فرد با مراجع بایدونباید در سطوح مختلف (در افسردگی ولایت‌ستیزی) است و به‌جای پرداختن اولیه به پیامدهای این مشکلات یا نشانه‌های افسردگی و شکایات

1 Bishop

2 Wang & Feng

اولیه‌ی مراجع (مثل مشکلات زوجی، خشم، اضطراب، بی‌انگیزگی، مشکلات خواب و...) که در مراجعین افسرده مشهود و شایع است، روی بسترهای ایجاد مشکلات و به‌نوعی علل ایجاد افسردگی متمرکز می‌شود و در این فرایند، به‌طور عمیق روی باورها و الگوهای فکری و رفتاری آسیب‌زای مراجع کار می‌کند. به همین دلیل مراجعین با انبوهی از مشکلات مراجعه می‌کنند ولی ظرف مدت نسبتاً کوتاهی، مشکلات اساسی آنان شناسایی و در مسیر درمان قرار می‌گیرد و همان‌طور که نتایج نشان داد، این بهبودی پایداری نسبی دارد. در گزارش آزمودنی دیده می‌شد که بسیاری از شکایت‌های اولیه در انتهای دوره‌ی درمان وجود نداشت و این در حالی است که مستقیماً روی اغلب این نشانه‌ها کار نشده بود ولی چون بسترهای ایجاد آن اصلاح شده بود، نشانه‌ها هم از بین رفته بود.

همچنین نتایج این پژوهش نشان می‌دهد درمان افسردگی با رویکرد قرآنی در کاهش نمرات مقیاس افسردگی قرآنی در انتهای دوره‌ی درمانی، اثرگذار بوده است. این نتایج با نتایج پژوهش بوژمهرانی (۱۳۹۷)، بهرامی احسان و همکاران (۱۴۰۰)، فیاض (۱۳۹۶)، فیاض و شریفیان (۱۴۰۱)، فیاض و همکاران (۱۳۹۹) و محسنی (۱۳۹۸) همخوانی دارد.

درمان افسردگی با رویکرد قرآنی مبتنی بر ملاحظات بومی، فرهنگی و دینی طراحی شده است و اگرچه ظاهر درمان و نحوه‌ی تعامل درمانگر با مراجع الزاماً رنگ و بوی دینی ندارد، ولی مراجع، سنخیت بیشتری نسبت به درمان‌های فارغ از اعتقادات دینی احساس کرده و رضایت بیشتری از فرایند درمان گزارش می‌نماید؛ همچنین احساس امنیت بیشتری داشته و درمان عمیق‌تری را به‌واسطه اصلاح ریشه‌ای‌تر مسائل تجربه می‌نماید؛ بر این اساس می‌توان گفت اثرات این درمان چه در فعال‌سازی فکری و چه در اصلاح الگوهای رفتاری به‌خصوص برای مسلمانان بادوام‌تر است؛ تجربه‌ی عمیق خودآگاهی، تنظیم نسبت خود با هستی، خالق، پدیده‌ها و دیگران، کار اساسی روی اصلاح باورهای بنیادین و ترمیم یا جایگزینی آن‌ها با باورهای حقیقی، فعال شدن فکر، شناخت مسیر زندگی و وظایف خود، شناخت نیازهای اساسی و تمرکز بر آن‌ها، انتخاب مقاصد پایدار و پیگیری مسیر رشد متناسب با نیازهای حقیقی، یادگیری رفتارهای سالم و الگوهای مواجهه‌ی فعال با مشکلات، واقع‌بینی و سازگاری سالم با شرایط، ایفای نقش سالم در روابط، از جمله مواردی است که مراجع طی دوره‌ی درمانی فرامی‌گیرد و پایداری نتایج نیز ناشی از همین اصلاحات عمیق است. این در حالی است که عوامل زمینه‌ساز بیرونی، کماکان در زندگی فرد وجود داشته و بعضاً تشدید شده است؛ ولی مراجع از درون مقاوم‌سازی شده و فعالانه با مسائل مواجه می‌شود و نه تنها آسیب‌های گذشته را نمی‌بیند، بلکه در بسیاری مواقع با الگوهای فکری و رفتاری جدید، شرایط را مدیریت می‌کند و از

این طریق، اصلاح برخی رفتارهای مخرب اطرافیان نیز گزارش شده است.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

نظیر هر پژوهشی، پژوهش حاضر نیز دارای محدودیت‌هایی است؛ از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این موارد اشاره کرد: الف) کوتاه بودن دوره پیگیری درمان که به دلایل مختلف امکان اجرای پیگیری‌های متوالی و بیشتر نبود، ب) تعداد پایین بررسی تغییرات در طول دوره پژوهش در مراحل مختلف پژوهش، ج) با توجه به جنسیت مراجع، نتایج این بررسی قابل تعمیم به مردان نیست، د) مراجع مورد بررسی از جهت اعتقادی جزو افراد مذهبی محسوب می‌شد و در نتیجه امکان تعمیم به همه‌ی افراد با همه‌ی اعتقادات امکان‌پذیر نیست، ه) طرح پژوهش تک‌آزمودنی که ماهیتاً از امکان تعمیم‌پذیری گسترده برخوردار نیست، و) نبودن گروه کنترل مجزا اشاره کرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که با توجه به مشکل تعمیم‌پذیری نتایج، پژوهش‌های بیشتری با روش‌های مختلف و با شرایط آزمایشی کنترل‌شده‌تر و دوره‌های پیگیری بیشتر انجام شود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی با گستردگی و تنوع بیشتری از مراجعین به لحاظ جنسیت و گرایش‌های مذهبی انجام شود.

تعارض منافع

تعارض منافع وجود ندارد.

ORCID

Reza Farzi

Fatemeh Fayyaz

Maedeh Sadat Sabetghalam

Fard



<https://orcid.org/0000-0003-0490-179X>

منابع

- امینی، همایون؛ شریفی، ونداد؛ اسعدی، سیدمحمد؛ محمدی، محمدرضا؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزیتا؛ حکیم شوشتری، میترا؛ صدیق، ارشیا و جلالی رودسری، محسن. (۱۳۸۶).
روایی نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای اختلال‌های محور I در DSMIV و SCID-I. *پایش*، ۷
(۱)، ۴۹-۵۷. <https://sid.ir/paper/23239/fa>
- بوژمهرانی، زهرا. (۱۳۹۷). اثربخشی مشاوره گروهی رشد محور بر افسردگی از منظر قرآن و رضایت زناشویی: نقش
تعدیل کننده بلوغ عاطفی. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه تهران.
- بهرامی احسان، هادی؛ اخوت، احمدرضا و فیاض، فاطمه. (۱۳۹۶). درمان افسردگی از منظر قرآن کریم. انتشارات قرآن و
اهل بیت نبوت علیهم السلام. تهران.
- بهرامی احسان، هادی؛ اخوت، احمدرضا و فیاض، فاطمه. (۱۳۹۶). معناشناسی افسردگی از منظر قرآن. تهران. انتشارات
دانشگاه تهران.
- بهرامی احسان، هادی؛ اخوت، احمدرضا و فیاض، فاطمه. (۱۳۹۲). تبیین ریشه‌های افسردگی از منظر سوره مبارکه غاشیه؛
تمرکز بر نقش رفتارهای بی حاصل. *فرهنگ در دانشگاه اسلامی*، ۳(۳) (پیاپی ۸)، ۳۷۱-۳۹۴.
https://ciu.nahad.ir/article_177.html
- بهرامی احسان، هادی؛ بوژمهرانی، زهرا؛ فیاض، فاطمه؛ ابوالحسنی، منصورهو مدنی، یاسر. (۱۴۰۰). اثربخشی مشاوره
گروهی رشد مدار بر شاخص‌های افسردگی، از منظر قرآن و افسردگی (بک) در زنان. *فصلنامه فرهنگی- تربیتی
زنان و خانواده*، ۱۶(۵۶)، ۶۷-۹۲. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.26454955.1400.16.56.3.1>
- پردل، هادی؛ و حجازی پور، محمد (۱۴۰۴). تأثیر مداخلات معنوی اسلامی بر سلامت روان و کیفیت زندگی: مرور
نظام مند. *فرهنگ و ارتقاء سلامت*، ۳۰(۹)، ۱۵-۲۲. <http://dx.doi.org/10.22034/9.1.2>
- تقی زاده، غلامرضا و علیانسیب، سیدضیاءالدین (۱۴۰۳). بررسی ارتباط ذهن آگاهی و دینداری با بهزیستی معنوی و
پردازش هیجانی دانشجویان مقید به انجام فریضه نماز. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۸(۲)، ۲۸۹-
۳۰۱. https://www.islamiilife.com/article_205599.html
- خواجه، زهرا و عزیزی ابرقوئی، محسن. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش شفقت با رویکرد درمان یکپارچه توحیدی بر کاهش
افسردگی زنان خانه دار. *پژوهشنامه روان‌شناسی اسلامی*، ۴(۹)، ۵۵-۶۶.
https://psychology.riqh.ac.ir/article_13142.html
- زرگری، مرضیه؛ فیاض، فاطمه؛ بهرامی احسان، هادی؛ فیاض، ریحانه؛ و مدنی، مریم سادات. (۱۳۹۶). تبیین خودشناسی:
بررسی انواع افسردگی از منظر قرآن در دانش جویان. *دستاوردهای روانشناسی بالینی*، ۱۱(۳)، ۲۶۶-۲۸۲. doi:
10.22055/jacp.2020.27211.1091
- سوادی، زهرا؛ بهمنی، بهمن و زاده محمدی، علی (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مفاهیم رویکرد وحدت مدار بر کاهش علائم

- افسردگی و افزایش بهزیستی معنوی مادران داغ‌دیده. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۲(۴۶)، ۲۵۹-۲۸۰. doi: 10.22054/qccpc.2020.47787.2240
- شریفی، ونداد؛ اسعدی، سیدمحمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزیتا؛ حکیم شوشتری، میترا؛ صدیق، ارشیا و جلالی رودسری، محسن. (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای (DSM-IV SCID). تازه‌های علوم شناختی، ۶(۲-۱) (مسلسل ۲۲)، ۱۰-۲۲. <http://icssjournal.ir/article-1-26-fa.html>
- عزیزی، سمیه؛ رسول‌زاده طباطبایی، کاظم و جان بزرگی، مسعود. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با درمان شناختی-رفتاری (CBT) بر افسردگی دانشجویان با توجه به سطح تحول روانی-معنوی آن‌ها؛ (مطالعه موردی). مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۱۰(۳۵)، ۱۴۷-۱۷۲. doi: 10.22054/jcps.2019.35499.1963
- عیسی مراد، ابوالقاسم (۱۴۰۴). وضعیت سنجی اختلالات روانی در مراجعان مراکز خدمات روان‌شناختی و مشاوره شهر تهران. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۶(۶۲)، ۱۹۹-۲۲۰. doi: 10.22054/qccpc.2025.79472.3307
- فروهش، محمد؛ جمشیدی، محمدعلی؛ داستانی، محبوبه؛ عبدالجباری، مرتضی و فروهش، مجتبی. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری کلاسیک در افسردگی و خودپنداره و خداینداره در مبتلایان به افسردگی. روان‌شناسی بالینی، ۱۴(۱)، ۷۳-۸۶. doi: 10.22075/jcp.2022.24097.2215
- فیاض، فاطمه و اخوت، احمدرضا. (۱۳۹۷). درمان‌گری افسردگی مبتنی بر قرآن. انتشارات قرآن و اهل‌بیت (ع)، مدرسه دانشجویی قرآن و عترت (ع) دانشگاه تهران.
- فیاض، فاطمه و شریفیان، محمدحسن. (۱۴۰۱). یک مطالعه موردی اثربخشی مداخله درمانی قرآنی برای اختلال افسردگی. قرآن و طب، ۷(۲)، ۲۱-۲۹.
- فیاض، فاطمه. (۱۳۹۶). طراحی مدل اکتشافی اختلال افسردگی از منظر قرآن کریم و بررسی اثربخشی الگوی درمانی مبتنی بر آن. (رساله دکتری). دانشگاه تهران.
- فیاض، فاطمه؛ سلگی، مریم و نبوی، زهره سادات. (۱۳۹۹). پیشنهاد درمان قرآنی برای اختلال افسردگی؛ یک مطالعه موردی. قرآن و طب، ۵(۲)، ۱۱-۱۹.
- قربانی لاکتراشانی، فاطمه؛ آبادیان، علی و آرینا، محمد (۱۴۰۲). بررسی نقش معادباوری در تاب‌آوری رنج مراقبت از فرزندان با معلولیت ذهنی. نشریه دین و سلامت، ۱۱(۲)، ۳۲-۴۵. <http://jrh.mazums.ac.ir/article-1-1041-fa.html>
- محسنی، عاطفه. (۱۳۹۸). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر «افسردگی از منظر قرآن»، بر افسردگی و خودکارآمدی نوجوانان دبیرستانی تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره). (کارشناسی ارشد). دانشگاه تهران.

References

- Aggarwal, S., Wright, J., Morgan, A. et al. (2023). Religiosity and spirituality in the prevention and management of depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 23, 729 <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05091-2>
- Alarcón, R., Bell, C., Kirmayer, L., Lin, K., Ustun, B., & Wisner, K. (2002). Beyond the funhouse mirrors: research agenda on culture and psychiatric diagnosis In Kupfer DJ, First MB, Regier DA. (eds) *A Research Agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Anderson, C. M., & Kim, C. (2003). Evaluating treatment efficacy with single-case designs. *Handbook of research methods in clinical psychology*, 73. DOI:10.1002/9780470756980.ch5
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Jüni, P., & Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS medicine*, 10(5), e1001454. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001454>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory.
- Bishop, A., Younan, R., Low, J., & Pilkington, P. D. (2022). Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(1), 111–130. <https://doi.org/10.1002/cpp.2630>
- Boreham, I. D., & Schutte, N. S. (2023). The relationship between purpose in life and depression and anxiety: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 79(12), 2736–2767. <https://doi.org/10.1002/jclp.23576>
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., ... Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301(5631), 386–389. <https://doi.org/10.1126/science.1083968>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World psychiatry*, 22(1), 105-115. <https://doi.org/10.1002/wps.21069>
- Cuijpers, P., Quero, S., Noma, H., Ciharova, M., Miguel, C., Karyotaki, E.,... Furukawa, T. A. (2021). Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. *World psychiatry*, 20(2), 283-293. <https://doi.org/10.1002/wps.20860>
- Davoodi, E., Wen, A., Dobson, K. S., Noorbala, A. A., Mohammadi, A., & Farahmand, Z. (2018). Early maladaptive schemas in depression and somatization disorder. *Journal of affective disorders*, 235, 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.017>

- Fayyaz, F., Sarmast, Z., Bahrami, H., Okhovvat, A. Fayyaz, R. (2015). Preliminary construction of depression diagnosis scale based on Quran and investigation of its psychometric characteristics. *Argos Special Issu*, 105-122.
- Freud, S. (1917). *Mourning and melancholia*. Standard Edition, 14, 237–258.
- Friborg, O., & Johnsen, T. J. (2017). The effect of cognitive-behavioral therapy as an antidepressive treatment is falling: Reply to Ljòtsson et al. (2017) and Cristea et al. (2017). *Psychological Bulletin*, 143(3), 341-345. doi:10.1037/bul0000090
- Hook, J. N., Worthington Jr, E. L., Davis, D. E., Jennings, D. J., Gartner, A. L., & Hook, J. P. (2010). Empirically supported religious and spiritual therapies. *Journal of clinical psychology*, 66(1), 46-72. <https://doi.org/10.1002/jclp.20626>
- Institute of Health Metrics and Evaluation. (2023). Global Health Data Exchange (GHDx). Retrieved from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>.
- Kirmayer, L. J., Gomez-Carrillo, A., & Veissière, S. (2017). Culture and depression in global mental health: An ecosocial approach to the phenomenology of psychiatric disorders. *Social science & medicine* (1982), 183, 163–168. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.034>
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *International Scholarly Research Notices*, 2012(1), 278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Kovich, H., Kim, W., & Quaste, A. M. (2023). Pharmacologic Treatment of Depression. *American family physician*, 107(2), 173–181. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36791444/>
- Larson, D. B., & Larson, S. S. (2003). Spirituality's potential relevance to physical and emotional health: A brief review of quantitative research. *Journal of Psychology and Theology*, 31(1), 37-51.
- Leung, J., & Li, K. K. (2023). Faith-Based Spiritual Intervention for Persons with Depression: Preliminary Evidence from a Pilot Study. *Healthcare* (Basel, Switzerland), 11(15), 2134. <https://doi.org/10.3390/healthcare11152134>
- Leung, J., & Li, K. K. (2024). Spiritual Connectivity Intervention for Individuals with Depressive Symptoms: A Randomized Control Trial. *Healthcare* (Basel, Switzerland), 12(16), 1604. <https://doi.org/10.3390/healthcare12161604>
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157–178). Washington, DC: Winston.
- Marques, A., Ihle, A., Souza, A., Peralta, M., & de Matos, M. G. (2022). Religious-based interventions for depression: A systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Journal of affective disorders*, 309, 289–296. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.126>
- Mir, G., Meer, S., Cottrell, D., McMillan, D., House, A., & Kanter, J. W. (2015). Adapted behavioural activation for the treatment of depression in Muslims. *Journal of Affective Disorders*, 180, 190-199. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.060>
- Nawaz, B., & Yousuf, T. (2025). Islamic Integrated Cognitive Behavioral Therapy for Treating Depression in Young Adults: A Quasi- Experimental Study. *Proceedings*, 39(1), 30–36. <https://doi.org/10.47489/szmc.v39i1.584>

- Sage, M. (2011). *Religiosity and depression: A ten-year follow-up of offspring at high and low risk for depression*. Columbia University,
- Sam, D., & Moreira, V. (2002). The mutual embeddedness of culture and mental illness. I WJ Lonner, DL Dinnel, SA Hayes, & DN Sattler (Eds.), *Online readings in psychology and culture* (Unit 9, Chapter 1).
- Sotillos, S. (2021). Bridging psychologies: Islam and secular psychotherapy [Review of the book *Islamically Integrated Psychotherapy: Uniting Faith and Professional Practice* by C. Y. Al-Karam]. *Spiritual Psychology and Counseling*, 6(2), 95–99. <https://dx.doi.org/10.37898/spc.2021.6.2.143>
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of general psychiatry*, 49(8), 624–629. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820080032005>
- Wang, X., & Feng, Z. (2022). A Narrative Review of Empirical Literature of Behavioral Activation Treatment for Depression. *Frontiers in psychiatry*, 13, 845138. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.845138>
- Woody, C., Ferrari, A., Siskind, D., Whiteford, H., & Harris, M. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 219, 86-92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>
- Worthington Jr, E. L., Hook, J. N., Davis, D. E., & McDaniel, M. A. (2011). Religion and spirituality. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 204-214. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/jclp.20760>
- Zakhour, S., Nardi, A. E., Levitan, M., & Appolinario, J. C. (2020). Cognitive-behavioral therapy for treatment-resistant depression in adults and adolescents: a systematic review. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 42, 92-101. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0033>

استناد به این مقاله: فرضی، رضا، فیاض، فاطمه، ثابت‌قلم‌فرد، مائده‌سادات. (۱۴۰۵). نقش روان‌درمانی با رویکرد قرآنی بر بهبود افسردگی: یک مطالعه موردی، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۷(۶۵)، ۳۳-۶۱. DOI: 10.22054/qccpc.2025.81613.3355



Counseling Culture and Psychotherapy is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.