

مروری بر مداخله‌های مثبت‌گرای سرچشمه گرفته از مفاهیم دینی و معنوی برای کاهش نشانه‌های

افسردگی در پژوهش‌های داخلی

علی موسوی اصل^۱، زهرا امیری^۲

۱- عضو هیات علمی دانشگاه پیام نور

Musaviali^{۸۶}@yahoo.com

۲- دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه پیام نور

Zahraamiri^{۱۳۶۴۳۰۲}@gmail.com

چکیده

افسردگی را شاید بتوان شایع‌ترین و جدی‌ترین اختلال روانشناسی دانست؛ تاجایی که به این بیماری، سرماخوردگی روح هم می‌گویند. افسردگی بر احساسات، طرز تفکر و نحوه انجام اعمال روزانه فرد تأثیر منفی می‌گذارد؛ باعث احساس غم و اندوه یا از دست دادن علاقه به فعالیت‌هایی می‌شود که فرد در گذشته آن‌ها لذت می‌برده است؛ می‌تواند باعث انواع مشکلات عاطفی و جسمی شود و توانایی فرد را کاهش دهد و به‌علاوه ممکن است ارتباطات اجتماعی فرد را هم تحت‌تأثیر قرار دهد. شیوع اختلالات افسردگی و اهمیت آن به حدی است که موجب شده انواع و اقسام روش‌ها و رویکردهای درمانی متعدد اعم از دارو درمانی و روان درمانی برای آن ارائه شود. در سال‌های اخیر استفاده از رویکرد مثبت‌گرا برای درمان این اختلال مورد توجه قرار گرفته است. روان‌شناسی مثبت‌گرا این موضوع را هدف قرار داده که تمرکز روان‌شناسی را به فراتر از بیماری و تسکین مستقیم آن گسترش دهد. این رویکرد بر این نکته تأکید می‌کند که فقط از بین بردن نشانه‌های بیماری کافی نیست و درمانگران باید زندگی افراد را در جهت مثبت سوق دهند. نگاه‌های روانشناسی مثبت‌گرا زمینه را برای نگاه‌های دینی فراهم می‌کنند. با رویکرد دینی و معنوی می‌توان به مشکلات و اختلالات افراد افسرده نیز نگرست و به درمان و اصلاح آنان پرداخت و در کاهش رفتارهای افسرده‌وار و افزایش سازگاری روانشناختی آنان نتیجه‌ای مطلوب گرفت. در این پژوهش با استفاده از روش کتابخانه‌ای جستجو با کلمه کلیدی افسردگی انجام و پس از مرور اولیه مقالات، ۱۸ مقاله علمی پژوهشی که برای ارایه مداخله‌های مبتنی بر معنویت و دین با رویکرد روانشناسی مثبت اجرا شده بود، برای بررسی انتخاب شدند. نتایج نشان داد کلیه مداخلات دارای اثربخشی معنادار بوده‌اند؛ لیکن مقایسه با سایر رویکردهای درمانی، استفاده از اعمال عبادی اسلامی و ذخایر ادبی میراث پارسی مورد توجه چندانی قرار نگرفته است.

واژگان کلیدی: اختلال خلقی، افسردگی، روانشناسی مثبت‌گرا

مقدمه

افسردگی تجربه‌ای است که می‌توان آن را در مقابل بهزیستی روانشناختی و یا دست کم کاهنده آن دانست. بهزیستی روانشناختی یکی از مهم‌ترین عوامل افزایش سلامت روانی و جسمانی است. این امر نگاه مثبت به حوادث و رویدادهای زندگی را به دنبال دارد. در نتیجه آن فرد، فلسفه زندگی را برای خود مثبت تعبیر می‌کند. با چنین نگاهی به زندگی فرد به درک و انسجامی از خود و تجربیات زندگی دست پیدا می‌کند که ماهیتی شناختی به خود می‌گیرد. درک و بینش فرد، زندگی را به عنوان یک هدف غایی در نظر می‌گیرد که این نگاه در مسیر زندگی اثر فشارهای روانی را تقلیل می‌دهد (جاودان و همکاران، ۱۴۰۰). اما افسردگی همه این حالات را معکوس می‌کند. توصیف تجربه افسردگی در واژگان بسیار سخت است. ویژگی مهم افسردگی، نبود انعطاف‌پذیری در زمینه‌های مختلف است. افراد افسرده، خلق بسیار ضعیف و یا ناتوانایی لذت بردن از زندگی را گزارش می‌کنند و اغلب اوقات، محیط خود را تغییرناپذیر در نظر می‌گیرند. جهان از نظر این افراد، ثابت، ملال‌انگیز، پوچ و بی‌فایده است (کرمی بلداجی و همکاران، ۱۳۹۹). زمان برای فرد افسرده ثابت است. زمان برای او حرکت نمی‌کند. فرد خودش را در خلا تصور می‌کند. خود را در حالت بی‌مکانی و بی‌زمانی مشاهده می‌کند. نسبت

به تغییرات بیرونی کاملاً بی تفاوت است. فقط با افکار و احساسات خود احاطه شده است. فرد افسرده گاهی تلاشی برای رهایی از بند این افکار و احساسات انجام می‌دهد؛ اما زود مغلوب می‌شود و باور می‌کند که همه چیز در زندگی او ثابت است و چیزی را نمی‌تواند تغییر دهد. در همین لحظه است که تسلیم هیولای افسردگی می‌شود. ناامیدی و بدبینی از علایم رایج اختلال افسردگی هستند (فولادی و همکاران، ۱۴۰۲). به طور کلی علائم افسردگی را می‌توان به ۵ دسته تقسیم کرد. در دسته اول نشانه‌های انگیزشی قرار دارند. افراد مبتلا به افسردگی انگیزه و اراده انجام هیچ کاری را ندارند و بیشتر از بیحالی شاکی هستند. این افراد باید خود را برای صحبت کردن با دوستان، کار کردن، غذا خوردن و رابطه جنسی مجبور کنند. دسته دوم شامل نشانه‌های رفتاری است. مانند کاهش فعالیت، تمایل به تنها بودن، آرام صحبت کردن و گذراندن زمان طولانی در رختخواب. دسته سوم نشانه‌های جسمی هستند که شامل سردرد، سوءهاضمه، سرگیجه، یبوست و درد کلی و مشکل در خوابیدن است. در دسته چهارم با نشانه‌های شناختی مواجه هستیم. دید منفی نسبت به ظاهر خود، ناکافی، حقیر و بد دانستن خود از جمله این نشانه‌ها هستند. سرزنش کردن خود به خاطر هر اتفاق بد، منفی‌گرایی، احساس ناتوانی نسبت به تغییر دادن زندگی خود، احساس درماندگی و ناامیدی از دیگر علائم شناختی افسردگی است. شکایت از توانایی‌های شناختی (تمرکز)، یادآوری، حواس‌پرتی و ناتوانی در حل مسئله از دیگر علائم شناختی بیماران افسرده است. دسته آخر شامل نشانه‌های هیجانی است. بیشتر افراد افسرده احساس غمگینی، احساس بدبختی، خالی بودن و حقیر بودن دارند و حس شوخ طبعی را از دست داده و اضطراب و خشم و بی‌قراری را تجربه می‌کنند (قاسم خانلو و همکاران، ۱۴۰۱).

افسردگی سومین علت اصلی از دست دادن سلامت غیرکشنده جهانی در سال ۲۰۱۷ معرفی شده است که بیش از ۳۰۰ میلیون نفر را در سراسر جهان تحت تاثیر قرار داده است (Baurecht et al., ۲۰۲۱). ۳۵ تا ۴۵ درصد از بیماری‌های روانی در ایران را افسردگی تشکیل می‌دهد. در سال ۲۰۰۰ افسردگی در رتبه چهارم بار بیماری‌ها قرار داشت و پیش‌بینی می‌شود این بیماری در سال ۲۰۳۰ به رتبه اول صعود کند (محمدنژادی و همکاران، ۱۴۰۲).

شیوع اختلالات افسردگی و اهمیت آن به حدی است که موجب شده انواع و اقسام روش‌ها و رویکردهای درمانی متعدد اعم از دارو درمانی و روان درمانی برای آن ارائه شود. تعدادی از این رویکردها و درمان‌ها توانسته‌اند در کارآزمایی‌های بالینی، اثربخشی خود را به اثبات برسانند و تعداد زیادی از آنها نیز کم اثر بوده‌اند. اغلب این رویکردها نیز دیدگاهی آسیب‌شناسانه به اختلال داشتند و هدفشان تسکین و تخفیف بیماری بود در حالی که در دو دهه اخیر رویکردهای جدید مثبت‌گرا مورد توجه واقع شده است.

روانشناسی مثبت‌گرا، رویکرد تازه‌ای است که به دنبال تصویری مطلوب از زندگی است. این رویکرد برای اینکه مشخص کند چه چیزهایی زندگی را برای زیستن با ارزش می‌کند از روش‌های عینی استفاده می‌کند. موضوع اصلی روانشناسی مثبت‌گرا، پژوهش درباره تجربه‌های ذهنی مثبت است. این تجربه‌ها شامل به ورزشی، خشنودی، رضایت خاطر، لذت، امید، خوشبینی روانی، شایستگی و عشق هستند. روانشناسی مثبت‌گرا به دنبال آن است که افراد را نیرومندتر و پرتوان‌تر کرده و استعدادهايشان را شکوفا کند. همچنین، تجربه‌های مثبتی مانند خوشبینی، شادکامی و شوخ طبعی را در افراد رشد دهد. روان درمانی مثبت‌گرا، با ایجاد و گسترش هیجان‌های مثبت، دامنه تفکر مثبت را گسترش داده و همزمان فرد را برای انجام کارهای مثبت آماده می‌کند. در رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا به مطالعه امور درست در زندگی مانند صفات مثبت، دارایی‌های روانشناختی و توانمندی‌های منشی توجه می‌شود. نگاه‌های روانشناسی مثبت‌گرا با ارزش‌هایی مانند شکرگزاری شادکامی، عفو و ... سر و کار دارند و زمینه را برای نگاه‌های دینی فراهم می‌کنند. به عنوان مثال بررسی آیات قرآن کریم نشان می‌دهد بیشترین تاکید بر خوبی‌ها، درستی‌ها و نقاط قوت افراد است و به ضعف و کژی کمتر توجه می‌شود. قرآن کریم با هدف کاهش فشار وارده بر انسان در روبرویی با مصایب و حوادث، شیوه‌ها و عملکردهایی را آموزش می‌دهد تا او توانایی دستیابی به نتایج مطلوب از جمله آرامش و شادی را بیابد (ملکی گلندوز و سرداری، ۱۳۹۹). از روش‌هایی که ریشه در دین و معنویت دارند و مطابق با رویکرد مثبت‌گرا هستند؛ برای درمان افسردگی یا کاهش علایم آن نیز استفاده شده است. در این پژوهش به مرور روش‌های درمانی دینی و معنوی این رویکرد که در پژوهش‌های داخلی جدید پنج سال اخیر به آن اشاره شده است خواهیم پرداخت.

در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ اختلالات یک قطبی (افسردگی) و اختلالات دوقطبی روی هم اختلالات خلقی در نظر گرفته می‌شد، اما در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-۵) این دو طبقه جدا شده‌اند. بنابراین اختلالات خلقی شامل دو گروه اختلال هستند.

تاریخ نگاران موارد افسردگی را از زمان های بسیار دور ثبت کرده‌اند و توصیف‌هایی از آنچه ما امروزه اختلالات خلقی می‌خوانیم در بسیاری از منابع قدیم وجود دارد. داستان شاه سائول در عهد عتیق و داستان خودکشی آژاکس در ایلید هومر، هر دو یک سندرم افسردگی را توصیف کرده‌اند. حدود ۴۰۰ سال قبل از میلاد، بقراط اصطلاح مانی و ملانکولی را برای توصیف اختلالات روانی بکار برد. حدود سال ۳۰ میلادی، پزشک رومی، سلسوس در کتاب خود ملانکولی را ناشی از صفرای سیاه معرفی نمود. در سال ۱۸۵۴، ژول فاله حالتی را توصیف نمود و آن را جنون ادواری نامید. چنین بیماری‌هایی متنوباً حالات خلقی مانی و افسردگی را تجربه می‌کنند. در سال ۱۸۸۲، کارل کالباوم روانپزشک آلمانی، با استفاده از اصطلاح سایکلوپاتی، مانی و افسردگی را مراحل مختلف یک بیماری توصیف کرد. امیل کرپلین در سال ۱۸۹۹، بر اساس معلومات روانپزشکان فرانسوی و آلمانی، مفهوم بیماری منیک - دپرسیو را شرح داد که شامل اکثر ملاک‌های تشخیصی است که امروزه روانپزشکان برای تشخیص اختلال دو قطبی نوع یک از آن‌ها استفاده می‌کنند.

افسردگی عبارتست از یک دوره طولانی غم، خلق پایین و گوشه‌گیری. در ایجاد افسردگی دو نوع رویداد اهمیت ویژه دارند: از دست دادن و شکست. برای برخی افراد سمپتوم‌های افسردگی به مدت طولانی باقی می‌ماند و در همه جوانب زندگی نفوذ می‌کند. همچنین آنها در جنبه‌های هیجانی، رفتاری، شناختی و فیزیکی افراد تاثیر می‌گذارند و این تاثیر به افسردگی بالینی منجر می‌شود. افسردگی بالینی یعنی افسردگی پاتولوژیک و قابل تشخیص با معیارهای رسمی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. اختلال افسردگی بر اساس این راهنما شامل اختلال نامنظمی خلقی اخلاص گرانه، افسردگی مازور، افسردگی مزمن، افسردگی پیش از قاعدگی، افسردگی ناشی از یک عارضه پزشکی، افسردگی ناشی از مصرف ماده یا دارو و دیگر اختلال افسردگی مشخص یا نامشخص است (م. گنجی، ۱۴۰۲). ملاک‌های DSM-۵ برای اختلال افسردگی اساسی عبارتند از:

پنج یا تعداد بیشتری از نشانه‌ها در طول مدت دو هفته وجود دارد و باعث انحراف از عملکرد قبلی می‌شود. حداقل یکی از نشانه‌های خلق افسرده یا فقدان علاقه یا لذت نشان دهنده افسردگی اساسی است. این نشانه‌ها عبارتند از:

خلق افسرده در بخش عمده روز تقریباً هر روز، توسط گزارش ذهنی احساس غمگینی، پوچی و ناامیدی یا مشاهده دیگران (بیمناک به نظر می‌رسد) و در کودکان و نوجوانان بصورت خلق تحریک پذیر دیده می‌شود.

کاهش علاقه یا لذت در فعالیت‌ها در بخش عمده روز و تقریباً هر روز

کاهش یا افزایش وزن (بیش از ۵٪ وزن) یا کاهش یا افزایش اشتها تقریباً هر روز (ناتوانی در کسب وزن مورد انتظار)

بی خوابی یا پر خوابی هر روز

سراسیمگی یا کندی روانی حرکتی هر روز قابل مشاهده نه صرفاً ذهنی

خستگی یا فقدان انرژی هر روز

احساس بی ارزشی یا احساس گناه

کاهش توانایی فکر یا تمرکز کردن یا دو دلی تقریباً هر روز (مشکل فکر کردن، تمرکز کردن، تصمیم گرفتن)

افکار مکرر مرگ (نه فقط ترس از مردن)، اندیشه پردازی خودکشی بدون برنامه‌ریزی یا اقدام به خودکشی یا برنامه خاص برای دست زدن به خودکشی

در افسردگی، اختلال در عملکرد اجتماعی، شغلی یا دیگر عملکردها ایجاد می‌شود؛ ناشی از تاثیرات فیزیولوژیکی مواد یا بیماری جسمی نیست؛ با اختلالات روان پریشی دیگر بهتر توجیه نمی‌شود و هرگز دوره منیک یا هایپومنیک وجود نداشته است.

روان درمانی مثبت گرا یک مداخله درمانی با هدف تقویت لذت، تعامل و معناست. مولفه‌های درمان شامل استفاده از نقاط قوت به صورت انطباقی برای مقابله با عوامل استرس زا، ابراز قدردانی و تقویت روابط مثبت و معناست (Seligman et al., ۲۰۲۰). روان شناسی مثبت گرا این موضوع را هدف قرار داده که تمرکز روان شناسی بالینی را به فراتر از بیماری و تسکین مستقیم آن گسترش

دهد. این رویکرد بر این نکته تأکید می کند که فقط از بین بردن نشانه های بیماری کافی نیست و درمانگران باید زندگی افراد را در جهت مثبت سوق دهند. روانشناسان مثبت گرا شروع به طراحی مداخله های جدیدی کرده اند. مداخله های روانشناسی مثبت گرا شیوه های درمانی یا فعالیت های قصدمندی هستند که هدفشان این است که احساسات، رفتارها یا شناخت های مثبت را پرورش دهند. هم اکنون درمان های مختلفی در زمینه روان شناسی مثبت گرا وجود دارد که برخی از آنها عبارت اند از: درمان توانایی محور، مشاوره مبتنی بر توانایی ها، روان درمانی مثبت گرا، بهزیستی درمانی، امید درمانی، مداخله های فعالیت مثبت، معنا درمانی، خانواده درمانی مثبت و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی. هرچند اثر بخشی مداخله های مثبت گرا بر روی افسردگی در مطالعات مختلفی تأیید شده است، برخلاف درمان های دیگر که در آن تأکید بر کاهش علائم اختلال است، در روان درمانی مثبت گرا بر توانایی ها و صفات مثبت فرد تأکید می شود. همچنین روان درمانی مثبت گرا از نظر زمان و هزینه مقرون به صرفه تر است و تربیت یک روان درمانگر مثبت گرا به وقت و هزینه کمتری نیاز دارد (Tayyab & Baddar, ۲۰۱۹). در مورد نحوه عمل و سازوکار مداخله های مثبت گرا، نظریه های منسجمی وجود دارد. نظریه ساخت و گسترش هیجان های مثبت و نظریه یافتن، یادآوری و پیوستن دو مورد از مهم ترین آنهاست (بهارلو و همکاران، ۱۳۹۸). از دیدگاه روانشناسی مثبت گرا نیز که ارزش زیادی برای فرهنگ قائل است، انسان محصول و ساخته فرهنگ خویش است و باید مشکلات وی با توجه به فرهنگش درک و پیگیری شود؛ بنابراین، در روانشناسی علاوه بر شرایط بیولوژیکی باید به اعتقادهای فرهنگی توجه ویژه ای شود. این مسئله برای افراد دارای اختلال افسردگی هم مستثنی نیست؛ به طوری که می توان با رویکرد دینی و معنوی به مشکلات و اختلالات این گروه از افراد نگرست و به درمان و اصلاح آنان پرداخت و در کاهش رفتارهای افسرده وار و افزایش سازگاری روانشناختی آنان نتیجه ای مطلوب گرفت. در این راستا، دستورات و احکام اسلام می توانند در جهت مثبت اندیشی، بردباری، تحمل دشواری ها، معنابخشی به سختی ها و ناکامی ها و رشد پتانسیل های فردی به طور مؤثری عمل کنند. هدف اصلی از شیوه های توصیه شده در آموزه های دینی، یاری رساندن به انسان به منظور برخورداری از روح و روان سالم است تا بتواند با توسل به بهترین راه های ممکن، با مشکلات مقابله کرده و با امید به الطاف بیکران الهی به آرامش برسد (فاضلی کبریا و همکاران، ۱۳۹۸).

روش شناسی

در این پژوهش از روش کتابخانه ای استفاده شده است. روش تحقیق کتابخانه ای شامل یک رویکرد سیستماتیک برای جمع آوری، ارزیابی و استفاده مؤثر از اطلاعات است. این روش شامل چندین مرحله اساسی است که محقق را در جهت یابی در دریای وسیع دانش در منابع کتابخانه راهنمایی می کند. این اصول عبارتند از: تعریف موضوع تحقیق، بررسی نوشتارها، شناسایی منابع، استراتژی های جستجوی موثر، ارزیابی منابع، ترکیب و تجزیه و تحلیل و در نهایت استناد و ارجاع. به منظور بازیابی مدارک علمی مرتبط، در سه پایگاه اطلاعاتی نورمگز و پرتال جامع علوم انسانی و پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی جستجو با کلمه کلیدی افسردگی انجام شد. پس از مرور اولیه مقالات، تعداد ۳۷ مورد مداخله اجرایی فهرست شده با رویکرد روانشناسی مثبت با استفاده از روش های مبتنی بر دین و معنویت در طول پنج سال گذشته (۱۳۹۷ تا ۱۴۰۲) یافت و با حذف موارد تکراری ۱۸ مقاله علمی پژوهشی که برای آرایه مداخله های مبتنی بر معنویت و دین با رویکرد روانشناسی مثبت اجرا شده بود، برای بررسی انتخاب شدند.

تحلیل یافته ها

خلاصه ای از یافته های مقاله در جدول زیر فهرست شده است.

جدول شماره ۱- خلاصه یافته ها

ردیف	پژوهشگران و سال	نوع مداخله	تأثیر
۱	رضاپورمیر صالح و رضازاده ۱۴۰۲	مبتنی بر هستی شناسی دینی	پیشرفت های بالینی و آماری معنادار در کاهش نشانگان بالینی و افزایش تفکر وجودی بعد از مداخله

افزایش معنادار رضایت از زندگی و کاهش معنادار مولفه های افسردگی بعد از مداخله	کرامت درمانی اسلامی	غیورباغبانی و همکاران ۱۴۰۲	۲
افزایش معنادار سازگاری زوجی و کاهش معنادار مولفه های افسردگی بعد از مداخله	مبتنی کرامت انسانی	جمالی راد و همکاران ۱۴۰۲	۳
افزایش معنادار کیفیت زندگی و کاهش معنادار مولفه های اضطراب و افسردگی بعد از مداخله و پایداری نتایج بعد از ۴۵ روز	درمان معنوی خداسو	وهابی ماشک و مجتبابی ۱۴۰۱	۴
اهتمام به اقامه فریضه نماز منجر به سطح افسردگی کمتر و التزام به حضور در نماز جماعت منجر به پایین ترین سطح افسردگی می شود.	ادای فریضه نماز	خشنودی و همکاران ۱۴۰۰	۵
بسته آموزشی ذکر برای کاهش نشانگان افسردگی از لحاظ نظری قابلیت تدوین دارد.	بسته آموزشی ذکر	انتصاری و همکاران ۱۴۰۰	۶
افزایش معنادار خودکارآمدی و کاهش معنادار مولفه های اضطراب و افسردگی بعد از مداخله و پایداری نتایج	موسیقی قرآن	میرعرب رضی و همکاران ۱۳۹۹	۷
معنویت درمانی دینی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری در کاهش افسردگی و چندش داشته است.	معنویت درمانی دینی	برقعی و همکاران ۱۳۹۹	۸
افزایش معنادار کیفیت زندگی و کاهش معنادار مولفه های افسردگی بعد از مداخله	معنا درمانی گروهی	طاهری و همکاران ۱۳۹۹	۹
کارآیی بیشتر درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری نسبت به درمان مبتنی بر ودیعه های انسانی	درمان مبتنی بر ودیعه های انسانی	کرمی بلداجی و همکاران ۱۳۹۹	۱۰
کاهش معنادار مولفه های افسردگی بعد از مداخله	درمان مبتنی بر ودیعه های انسانی	کرمی بلداجی و همکاران ۱۳۹۸	۱۱
کاهش معنادار مولفه های افسردگی بعد از مداخله	انس با قرآن کریم	ورعی و همکاران ۱۳۹۸	۱۲
کاهش معنادار مولفه های افسردگی بعد از مداخله	قرآن درمانی	یدالله پور و همکاران ۱۳۹۸	۱۳
کاهش معنادار مولفه های افسردگی بعد از مداخله	مراقبت مذهبی روحانیون	شجاعی و همکاران ۱۳۹۷	۱۴
کاهش معنادار مولفه های افسردگی بعد از مداخله	روان درمانی معنوی	رستمی نسب دولت آباد و همکاران ۱۳۹۷	۱۵
کاهش معنادار مولفه های افسردگی بعد از مداخله	روان درمانی معنوی	بنی سی و همکاران ۱۳۹۷	۱۶
کاهش معنادار مولفه های افسردگی، استرس و اضطراب بعد از مداخله و پایداری نتایج	معنویت درمانی ایرانی اسلامی	خیاطان مصطفوی و همکاران ۱۳۹۷	۱۷
افزایش معنادار کیفیت زندگی و کاهش معنادار مولفه های افسردگی بعد از مداخله	روان درمانی معنوی	عسکری و همکاران ۱۳۹۷	۱۸

بررسی مقالات پژوهشی نشان می‌دهد کلیه مداخلات طراحی شده مبتنی بر معنویت توانسته‌اند اثرگذاری خود را نشان دهند. این مداخلات شامل روان درمانی معنوی، درمان‌های مبتنی بر قرآن، ادای فرایض و ذکر، درمان مبتنی بر کرامت انسانی و ودیعه‌های انسانی، هستی‌شناسی دینی و خداسویبی و مراقبت روحانیون بر بالین بیماران است. مقایسه بین این روش یا رویکرد با سایر رویکردها کمتر مورد توجه بوده است و فقط در یکی از پژوهشها به آن پرداخته شده که نشان می‌دهد مداخله مبتنی بر ودیعه انسانی نسبت به درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری کارآیی کمتری داشته است. در تعدادی از پژوهشها یک روش درمان خاص روان درمانی معنوی برای گروه‌های مختلف تکرار شده و در همه آنها اثربخش بوده است. پرداختن به فرایض دینی مانند نماز و اعمال عبادی اسلامی مانند ذکر و انس با قرآن فقط در تعداد بسیار محدودی از پژوهشها مورد توجه بوده که اثربخشی بالایی را نیز نشان داده است.

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

افسردگی تجربه‌ای است پیچیده و آسیب‌رسان به سلامت روان و بهزیستی روانشناختی. شیوع افسردگی به حدی است که آن را بیماری قرن نامیده‌اند و بیشترین تعداد مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های درمانی را داشته است. واضح است که چنین اختلالی باید مورد بیشترین توجه درمانگران و پژوهشگران قرار بگیرد. برای درمان افسردگی و کاهش نشانگان آن انواع و اقسام رویکردها و تکنیک‌ها از دارو درمانی گرفته تا خودیاری توسعه داده شده است. در این میان روانشناسی مثبت‌گرا از زاویه دیگری به موضوع نگاه می‌کند. موضوع اصلی روانشناسی مثبت‌گرا، پژوهش درباره تجربه‌های ذهنی مثبت به جای تمرکز بر موضوعات منفی و اختلالهاست. این رویکرد بر این نکته تأکید می‌کند که فقط از بین بردن نشانه‌های بیماری کافی نیست و درمانگران باید زندگی افراد را در جهت مثبت سوق دهند. روانشناسان مثبت‌گرا شروع به طراحی مداخله‌های جدیدی کرده‌اند. این رویکرد زمینه را برای مداخله‌های مبتنی بر معنویت و دینداری فراهم می‌کند. از روش‌هایی که ریشه در دین و معنویت دارند و مطابق با رویکرد مثبت‌گرا هستند؛ برای درمان افسردگی یا کاهش علائم آن نیز استفاده شده است. در این پژوهش به مرور روش‌های درمانی دینی و معنوی این رویکرد که در پژوهش‌های داخلی جدید پنج سال اخیر به آن اشاره شده است پرداخته شد و ۱۸ پژوهش مرتبط مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد کلیه مداخلات مبتنی بر معنویت و دین که با رویکرد مثبت‌گرا انجام شده دارای اثربخشی بوده‌اند؛ اما در مورد اینکه نسبت به سایر روش‌های درمانی کارایی بالاتر یا پایین‌تری نشان می‌دهند در پژوهش‌های پنج سال گذشته گزارشی وجود ندارد. این موضوع نشان می‌دهد علیرغم اثربخشی این روش‌ها، مقایسه آنها با رویکردهای رقیب در روانشناسی مثبت‌گرا و در سایر رویکردها ضروری است. چرا که در دنیایی که پر از روش‌های مداخله‌های درمانی است صرف اتکا به اثربخش بودن یک مداخله نمی‌تواند اطمینانی قابل‌تأمل ایجاد کند. همچنین ذخایر معنوی ایرانی اسلامی و اعمال عبادی مانند نماز، روزه، دعا و نیایش، اعتکاف و ذکر در مداخله‌ها مورد توجه نبوده‌اند. پیشنهاد می‌شود از این موضوعات در قالب مداخله‌های درمانی بهره‌برداری بیشتر و علمی‌تری صورت پذیرد. در عین حال توجه به میراث ادبی و تاریخی ایرانی مانند شعر و نثر پارسی که سرچشمه تمدن ایرانی اسلامی است نیز می‌تواند موضوع مداخله‌های روانی با رویکرد مثبت باشد.

منابع

- انتصاری، ا.، تبرایی، ر.، & جهانگیرزاده، م. (۱۴۰۰). طراحی بسته آموزشی ذکر به منظور کاهش نشانه‌های افسردگی بر اساس منابع اسلامی. *اسلام و پژوهش‌های روانشناختی*، ۲(۲۷)، ۳۰-۷.
- برقعی، ش. س.، روشن، ر.، & بهرامی، ه. (۱۳۹۹). مقایسه معنویت درمانی دینی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی و تاثیرشان بر بهبود احساس چندش و اختلال افسردگی زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی. *روان‌شناسی و دین*، ۱۳(۱)، ۳۹-۵۶.
- بهارلو، غ.، محمدی، ک.، فلاح‌چای، س.، ر.، & جاودان، م. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی زوج درمانی مثبت‌گرا با رفتاری تلفیقی بر

- سازگاری زناشویی زوجین. *مطالعات زن و خانواده*, ۷(۳), ۸۳-۱۰۷.
- <https://doi.org/10.22051/jwfs.1791.21059>
- جاودان، م.، کیا، ط. ر.، & آجی رمکانی، ا. (۱۴۰۰). مدلیابی روابط ساختاری پیش بینی تاب آوری بر اساس بهزیستی روانشناختی و ارزشهای شخصی بامیانجیگری معنای زندگی در دانشجویان. *روانشناسی معاصر*, ۱۶(۱), ۱۴۵-۱۵۸.
- جمالی راد، ف.، آزادی، م.، صالحی، م.، طالبیان شریف، ج.، & رضاداد، ع. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر کرامت انسانی بر افسردگی و سازگاری زوجی زنان خیانت دیده. *زن و خانواده*, ۱۸(۶۴), ۲۴۳-۲۶۵.
- خشنودی، م.، صفری، ع.، حسینی، م. ق.، & نجاتی پرواز، ن. (۱۴۰۰). بررسی ارتباط فریضه نماز با میزان افسردگی و نوع سبک های هویتی دانشجویان. *پژوهش در دین و سلامت*, ۷(۲), ۲۸-۴۰. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v10i7.28399>
- خیاطان مصطفوی، ص.، اقای، ا.، & پرور، م. گ. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی ایرانی اسلامی بر استرس، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا. *روانشناسی سلامت*, ۷(۳), ۶۲-۸۰.
- رستمی نسب دولت آباد، ز.، ا.، علیزاده، ن.، حقیقت، ش.، سردارزاده، ف.، & سردارزاده، ۴، فرشته. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی رواندرمانی معنوی - مذهبی بر افسردگی، ارضای نیازهای بنیادین روانشناختی و رضایت از زندگی در مبتلایان به اچ.آی.وی مثبت. *دین و سلامت*, ۴(۴), ۷-۲۰. <http://journals.sbm.ac.ir/en-jrrh/article/view/20-7>. ۲۲۹۱۵.
- رضایپور میر صالح، ی.، & رضاداد، ا. (۱۴۰۲). تاثیر مداخله مبتنی بر هستی شناسی دینی بر نشانگان بالینی و تفکر وجودی دانشجویان دارای اختلال افسردگی. *فصلنامه علمی پژوهشهای مشاوره*, ۲۲(۲), ۸۶. <https://doi.org/10.18502/13546122/qjcr.v10i18.502>
- سی. پ. ب.، هوازاده، م.، & سی. و. ب. (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی معنوی مذهبی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی سربازان معتاد به مواد مخدر. *نشریه تعالی مشاوره و روان درمانی*, ۷(۲۶), ۵۶-۶۸.
- <https://www.magiran.com/paper/2123101>
- شجاعی، ث.، عباسی، م.، رحیمی، ط.، واحدیان، م.، فرهادلو، ر.، ا.، موحد، ا.، & پرورش مسعود، م. (۱۳۹۷). مراقبت مذهبی روحانی بر بالین بیماران و تاثیر آن بر افسردگی و اضطراب بیمارستانی. *دین و سلامت*, ۴(۳), ۴۵-۵۵.
- <https://www.sid.ir/FileServer/JE/5006320180305>
- طاهری، س.، هاشمی رزینی، ه.، & وکیلی، س. (۱۳۹۹). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد. *اعتیاد پژوهی و سو مصرف مواد*, ۱۴(۱۴), ۵۵.
- عسکری، م.، محمدی، ح.، رادمهر، ح.، & جهانگیر، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی رواندرمانی معنوی - مذهبی بر افزایش کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی سالمندان. *دین و سلامت*, ۴(۲), ۲۹-۴۱. <http://journals.sbm.ac.ir/jrrh41-29>
- غیورباغبانی، آ.، آزادی، م.، & طالبیان شریف، ج. (۱۴۰۲). اثربخشی کرامت درمانی اسلامی بر روی رضایت از زندگی و افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*, ۴۱(۷۳۱), ۶۷۴-۶۸۱.
- <https://doi.org/10.48305/jims.v10i41.674>
- فاضلی کبری، م.، حسن زاده، ر.، میرزاییان، ب.، & خواجهوند خوشلی، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش روانشناسی مثبتگرا با رویکرد اسلامی بر سرمایه های روانشناختی بیماران قلبی - عروقی. *دین و سلامت*, ۷(۱), ۳۹-۴۸.
- فولادی، م.، وزیر، س.، فلاح، م.، & افشانی، ع. (۱۴۰۲). طراحی و اعتبارسنجی الگوی برنامه آموزشی تقویت انگیزش در دختران دانشجو با علایم افسردگی. *مطالعات روانشناختی جوان و نوجوان*, ۴(۸), ۲۵-۳۵.
- http://jpsnay.ir/files/site/eng/godadmin-A-400674/user_files_1.pdf
- قاسم خانلو، آ.، عطادخت، ا.، & صبری، و. (۱۴۰۱). تأثیر طرحواره درمانی هیجانی بر شدت افسردگی و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*, ۱۴(۱), ۳۸-۴۴.
- <https://doi.org/10.52547/nkums.14138>
- کرمی بلداجی، ر.، ا.، زارعی، ا.، فلاح چای، س.، & صادقی فرد، م. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان ودیعه های انسانی و درمان عقلانی

- عاطفی رفتاری بر افسردگی زنان مطلقه شهرکرد. *زنان و خانواده*, ۱۵ (۵۳), ۸۵-۱۰۴.
- کرمی بلداجی, ر. ا., زارعی, ا., فلاح جای, س., & فرد, م. ص. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی درمان ودیعه های انسانی بر کاهش افسردگی, اضطراب و باورهای غیرمنطقی زنان مطلقه. *پژوهشهای علوم شناختی و رفتاری*, ۹ (۱), ۷۶-۵۷. <https://doi.org/10.22108/cbs.1425/124296>.
- گنجی, م. (۱۴۰۲). *آسیب شناسی روانی* (ح. گنجی, ed.). ساوالان.
- محمدنژادی, ب., شمالی اسکویی, آ., & سلیمانی, م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی و تلفیق فراشناخت درمانی با رویکرد روان درمانی تکامل نکر بر کاهش علائم افسردگی. *مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*, ۴ (۳), ۴۷-۵۴. http://jspnay.ir/files/site/eng/godadmin-A-40674/user_files_1172df28-1-2-10.pdf.
- ملکی گلندوز, پ., & سرداری, ب. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش روانشناسی مثبت گرا با تاکید بر آموزه های دینی بر کاهش رفتارهای پرخطر دانش آموزان دارای افکار خودکشی. *پژوهشنامه روانشناسی مثبت*, ۶ (۳), ۵۱-۶۸. <https://doi.org/10.22108/ppls.1907/122201>.
- میرعرب رضی, ر., طالبی, م., & بادله, ع. (۱۳۹۹). موسیق قرآن: راهبردی اثربخش در کاهش علائم افسردگی و افزایش خودکارآمدی تحصیلی. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*, ۱۱ (۴۲), ۷۳-۹۶.
- ورعی, پ., پورداد, س., & دارابی, ر. (۱۳۹۸). اثربخشی انس با قرآن بر کاهش میزان افسردگی دانشجویان. *رویش روانشناسی*, ۸ (۵), ۴۵-۵۲. <http://frooyesh.ir/article-928-1>.
- وهابی ماشک, م., & مجتبابی, م. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش درمان معنوی معنوی خداسو بر کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان در شهر تهران. *خانواده درمانی کاربردی*, ۳ (۵), ۱۳۷-۱۵۷.
- یدالله پور, م., فر, ح. م., & زاده, ر. ح. (۱۳۹۸). مداخله آموزشی مبتنی بر مذهب بر نشانگان افسردگی زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز فرهنگی شهر بابل. *پژوهش در دین و سلامت*, ۵ (۱), ۶۴-۷۵. <https://journals.sbmu.ac.ir/en-75-64>. <https://doi.org/10.1111/bjd.20092>.
- Baurecht, H., Welker, C., Baumeister, S. E., Weidnger, S., Meisinger, C., Leitzmann, M. F., & Emmert, H. (۲۰۲۱). Relationship between atopic dermatitis, depression and anxiety: a two-sample Mendelian randomization study. *British Journal of Dermatology*, 185(4), 781-786. <https://doi.org/10.1111/bjd.20092>
- Seligman, M., Rashid, T., & Parks, A. (۲۰۲۰). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 75(6), 774-788.
- Tayyab, R., & Baddar, M. (۲۰۱۹). Positive psychotherapy: Clinical and cross-cultural applications of positive psychology. In *Positive psychology in the Middle East/North Africa: Research, policy, and practise* (pp. 333-362).