

A Comparative Study of Riḍawī Conduct with a Cognitive-Behavioral Approach to Depressive Disorder

Somaye Afshar¹ 

1. PhD in Psychology, Lecturer at Imam Reza University and Clinical Therap.

Email: afshar.s@imamreza.ac.ir

Article info

Abstract

Article type:
Research Article

Received:
28 August 2024

In Revised form:
6 November 2024

Accepted:
19 November 2024

Published:
20 Desember 2024

Depression, as one of the most common psychological disorders, represents a major challenge in the field of global mental health. It is projected to become the leading cause of disability worldwide by 2030. On one hand, psychological approaches such as Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), by focusing on the role of negative thoughts and cognitive distortions, have provided effective strategies for treating this disorder. Conversely, religious teachings and the conduct of the Infallible Imams, particularly the Riḍawī conduct, also contain profound cognitive and behavioral strategies for preventing and treating depression. This research aims to conduct a comparative study between the cognitive-behavioral approach and the Riḍawī conduct regarding the treatment of depression, examining the commonalities and contrasts between these two intellectual frameworks. The present study employs a comparative-analytical method with a qualitative approach, conducted through content analysis of religious and psychological texts using library resources and thematic inference. The findings indicate that key concepts of the cognitive-behavioral approach, such as identifying and restructuring negative thoughts, behavioral activation, and the role of the therapist, show significant alignment with the teachings of Riḍawī conduct in areas like self-knowledge, patience, trust in God, contemplation, and remembrance. This correspondence demonstrates the high capacity of Riḍawī conduct for presenting integrative models in the prevention and treatment of depression based on cognitive and spiritual foundations.

Keywords: Depression, Cognitive-Behavioral Approach, Riḍawī Conduct, Psychology, Integrative Therapy, Mental Health.



Reference: Afshar, Somayeh. (2024). A Comparative Study of Razavi Conduct with Cognitive-Behavioral Approach in Depression Disorder. *Imam Reza (A.S.) and Contemporary Sciences*. 2(5).93-127.

Publisher: Imam Reza (A.S.) International University

DOI: <https://doi.org/10.22034/ijs.2025.427612.1102>



1. Introduction

Depression is one of the most prevalent and debilitating psychological disorders globally, and it is predicted to become the leading cause of the disease burden worldwide by 2030. Alongside this challenge, modern psychotherapeutic approaches, particularly “Cognitive Behavioral Therapy” (CBT), focused on restructuring negative thoughts and cognitive distortions, are recognized as effective methods for treating depression. On the other hand, religious teachings and the conduct of the Infallible Imams (A.S.), especially the conduct of Imam Reza (A.S.), contain profound cognitive and behavioral strategies for confronting psychological crises, including depression. This research, aiming to discover the commonalities and the possibility of integrating these two intellectual frameworks, conducts a comparative study between the “Cognitive-Behavioral Approach” and the “Razavi Conduct” in the context of treating and preventing depression.

2. Research Objectives

The primary objective of this research is to systematically explain the points of commonality and difference between the Cognitive-Behavioral approach and the Razavi conduct regarding the causes, treatment strategies, and prevention of depression, which includes the following:

- A comparative study of key CBT concepts (such as negative automatic thoughts, the cognitive triad, and cognitive restructuring) with fundamental concepts in the Razavi conduct (such as self-knowledge, trust in God, patience, and contemplation).
- Extracting an integrated model for preventing and treating depression based on cognitive and spiritual foundations, and analyzing the causes of depression from the perspective of religious teachings compared to the cognitive model.

3. Methodology

This research is of a “comparative-analytical” type and has been conducted with a “qualitative” approach. The main method used was “content analysis of religious and psychological texts.” Data related to the Razavi conduct were collected through “library research” in authoritative narrative sources and categorized using the “thematic inference” method. Psychological data were also collected based on authoritative psychotherapy texts and DSM-5 diagnostic criteria. The analysis process was based on the “systematic comparison” of key components in the two domains

(causes, treatment goals, strategies, and the therapist’s role), and the validity and reliability of the analyses were ensured through “continuous reference to primary texts” and “logical correspondence between concepts«.

4. Findings

-Conceptual Commonalities: Findings indicate that key CBT concepts such as “identifying and restructuring negative thoughts,” “behavioral activation,” and the “therapist’s role” show significant alignment with the teachings of the Razavi conduct in areas such as “self-knowledge,” “patience,” “trust in God,” “contemplation,” and “remembrance of God.

-Causes of Depression: In both frameworks, the causes of depression are rooted in distorted cognition. CBT refers to “negative automatic thoughts” and the “cognitive triad,” while the Razavi conduct emphasizes factors such as “distance from God,” “following base desires,” “envy,” “attachment to the material world,” and “pessimism.

-Therapeutic Strategies: The comparison of therapeutic strategies shows that CBT techniques have meaningful equivalents in the Razavi conduct; for example:

- Cognitive restructuring in CBT is equivalent to “contemplation and reasoning,” and behavioral activation is equivalent to “righteous deeds and planning for this world and the hereafter.” Furthermore, coping with negative thoughts is equivalent to “remembrance of God and supplication,” and self-monitoring is equivalent to “self-knowledge.

-Role of the Therapist/Religious Guide: In both methods, the role of guidance, modeling, and education for changing attitudes and behaviors lies with the therapist or the Imam.

-Prevention: Both approaches emphasize the early identification of distorted thoughts and strengthening coping skills (in CBT) and strengthening faith, avoiding sin, and shunning envy (in the Razavi conduct).

5. Conclusion

The comparative examination conducted in this research clearly demonstrates that many of the fundamental strategies in contemporary cognitive-behavioral models for treating depression—such as examining and restructuring cognitions, distinguishing rational from irrational beliefs, and coping with negative automatic thoughts—have a rich and profound precedent in Islamic texts, particularly in the

Razavi conduct. While cognitive-behavioral psychology primarily focuses on treating the disorder of depression, the conduct of Imam Reza (A.S.), with a comprehensive perspective, in addition to providing corrective strategies, emphasizes primary prevention of depression by strengthening intellectual and spiritual foundations. In the Islamic paradigm, mental health is a direct function of correct cognition of God, oneself, and the surrounding world. Numerous hadiths and narratives consider the root of many psychological abnormalities to lie in “lack of reasoning” and “erroneous thinking,” and seek salvation in “the correct perception of realities.” In the intellectual framework of Imam Reza (A.S.), factors such as distorted cognitions, extreme tendencies, attachment to the material world, non-acceptance of realities, and internal and external stressors are identified as the most significant obstacles to mental health, and rationality is emphasized as the central axis for salvation from this abyss. He considered distance from rationality and plunging into the abyss of superstitions and misconceptions as the primary cause of the decline of humanity. This research, citing authoritative Razavi narratives, shows that the effect of correcting cognition on behavioral activation and motivation creation is pivotal. In depressive disorder, an individual’s cognition regarding the three domains of self, God, and the world becomes distorted. The Razavi conduct, by providing a correct semantic framework, helps the individual to exit the vicious cycle of negative thoughts by correcting these cognitive distortions. This approach is directly aligned with the core of cognitive-behavioral psychology, namely identifying and correcting cognitive errors (such as all-or-nothing thinking, overgeneralization, catastrophizing, etc.). Hadiths that prohibit people from misunderstanding, suspicion, and erroneous interpretations of events are, in fact, indirectly teaching skills to cope with these very cognitive errors.

Consequently, it can be claimed that the Razavi conduct not only contains propositions aligned with cognitive-behavioral psychology but, by providing robust philosophical and spiritual foundations, deepens it within a comprehensive worldview framework. This article, by comparing these two domains, demonstrates that the teachings of the Infallible Imams (A.S.) can be seriously considered by specialists as a rich and indigenous source for enriching theory-building and designing clinical interventions in the realm of mental health, offering an effective model for “lifestyle reform” towards preventing and treating psychological suffering.

Suggestions

-Designing and validating integrated treatment protocols (CBT + Razavi conduct) for Iranian and Islamic society (Utilizing the findings in the fields of counseling, psychotherapy, and life skills training with an interdisciplinary approach).

-Conducting further empirical and qualitative research to examine the practical effectiveness of strategies extracted from the Razavi conduct in reducing depressive symptoms.

Keywords: Depression, Cognitive-Behavioral Approach, Riḍawī Conduct, Psychology, Integrative Therapy, Mental Health.



مطالعه تطبیقی سیره رضوی با رویکرد شناختی-رفتاری در اختلال افسردگی

سمیه افشار^۱

Email: afshar.s@imamreza.ac.ir

۱. دکترای تخصصی روان شناسی، مدرس دانشگاه امام رضا علیه السلام و درمانگر بالینی.

چکیده

اطلاعات مقاله

افسردگی به عنوان یکی از شایع ترین اختلالات روانی، چالشی عمده در حوزه سلامت روان جهانی محسوب می شود و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۳۰ به عنوان مهم ترین بیماری ناتوان کننده در جهان مطرح گردد. از سویی دیگر، رویکردهای روان شناختی نظیر شناختی-رفتاری با تمرکز بر نقش افکار منفی و تحریف های شناختی، راهکارهای مؤثری برای درمان این اختلال ارائه داده اند. در مقابل، آموزه های دینی و سیره ائمه معصومین، به ویژه سیره رضوی، نیز حاوی راهبردهای شناختی و رفتاری عمیقی برای پیشگیری و درمان افسردگی هستند. این پژوهش با هدف مطالعه تطبیقی میان رویکرد شناختی-رفتاری و سیره رضوی در زمینه درمان افسردگی، به بررسی اشتراکات و تقابل های این دو منظومه فکری می پردازد. روش تحقیق حاضر، تطبیقی-تحلیلی و با رویکرد کیفی است که از طریق تحلیل محتوای متون دینی و روان شناختی و با استفاده از منابع کتابخانه ای و استنباط موضوعی انجام شده است. یافته ها نشان می دهد که مفاهیم کلیدی رویکرد شناختی-رفتاری، از قبیل شناسایی و بازسازی افکار منفی، فعال سازی رفتاری و نقش درمانگر، هم سویی قابل توجهی با آموزه های سیره رضوی در حوزه هایی مانند خودشناسی، صبر، توکل، تفکر و ذکر دارد. این تطابق نشان دهنده ظرفیت بالای سیره رضوی برای ارائه مدل های تلفیقی در زمینه پیشگیری و درمان افسردگی با تکیه بر بنیان های شناختی و معنوی است.

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت:

۱۴۰۳/۰۶/۷

تاریخ بازنگری:

۱۴۰۳/۰۸/۱۶

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۳/۰۸/۲۹

تاریخ انتشار:

۱۴۰۳/۰۹/۳۰

کلیدواژه ها: افسردگی، رویکرد شناختی-رفتاری، سیره رضوی، روان شناسی، درمان تلفیقی، سلامت روان.



استناد: افشار، سمیه. (۱۴۰۳). مطالعه تطبیقی سیره رضوی با رویکرد شناختی-رفتاری در اختلال افسردگی. امام رضا علیه السلام و علوم روز. ۲(۵). ۹۳-۱۲۷.

ناشر: دانشگاه بین المللی امام رضا علیه السلام



DOI: <https://doi.org/10.22034/ij.s.2025.427612.1102>

۱. بیان مسئله

افسردگی یکی از رایج‌ترین اختلالات روانی است. طبق گزارش سازمان جهانی بین مشکلات عمومی سلامت روان، شیوع افسردگی و اضطراب بسیار بالا گزارش شده است. شیوع اختلالات افسردگی اساسی در طول عمر در حدود ۵ تا ۱۷ درصد برآورد شده است. انجمن روانپزشکی آمریکا در سال ۲۰۱۳ نرخ شیوع یکساله اختلال افسردگی اساسی در آمریکا را حدود ۷٪ اعلام می‌دارد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در ایران شیوع افسردگی اساسی ۲۵٪ برآورد شده است (صادقی راد و همکاران، ۲۰۱۰).

بررسی‌ها نشان می‌دهد که طی دهه‌های اخیر، شیوع اختلالات روانی در دنیا و همچنین در ایران، سیر صعودی داشته است. از طرفی افسردگی بر اساس پیش‌بینی‌های سازمان بهداشت جهانی، تا سال ۲۰۳۰ مهم‌ترین بیماری ناتوان‌کننده در کل دنیا خواهد بود. بر اساس مطالعه ملی بیماری‌ها و آسیب‌ها، افسردگی در ایران سومین مشکل سلامتی کشور است. افسردگی بالینی که گاهی افسردگی اساسی هم نامیده می‌شود، وضعیتی است که در آن تغییر در عملکرد قبلی و حداقل در طی دو هفته ۵ مورد از علائم، از دست دادن علاقه یا لذت در تمام یا بیشتر فعالیت‌های روزانه، کاهش قابل توجه وزن و یا تغییر در اشتها، بی‌خوابی، خستگی یا ازدست‌دادن انرژی، عدم تمرکز فکر، بی‌تصمیمی، افکار مکرر مرگ، خودکشی بروز کند (رشید و همکاران، ۱۴۰۰).

نشانه‌های افسردگی اساسی متنوع است؛ به‌طور کلی چهار دسته نشانه برای افسردگی اساسی در نظر گرفته می‌شود: نشانه‌های خلقی، شناختی، انگیزشی و جسمانی.

نشانه‌های خلقی، شامل غم، فقدان مسرت و از بین رفتن شادی در زندگی است. همچنین فعالیت‌هایی که قبلاً موجب خشنودی می‌شدند، برای فرد یکنواخت می‌گردد.

مهم‌ترین نشانه‌شناختی افسردگی اساسی، افکار منفی فرد درباره خودش و آینده است. عزت‌نفس پایین، احساس گناه، بدبینی و ناامیدی از دیگر نشانه‌های شناختی افسردگی اساسی است.

نشانه‌های انگیزشی افسردگی اساسی به مشکل افراد افسرده در تصمیم‌گیری اشاره دارد. همچنین در موارد شدید، کندی روانی-حرکتی نیز در فرد دیده می‌شود. مشکلات اشتها، تغییرات وزن، اختلال خواب، کاهش میل جنسی، از نشانه‌های جسمانی افسردگی اساسی است (گنجی، ۱۳۹۳).

بر اساس (DSM-۵) یا ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، در صورتی که حداقل پنج یا تعداد بیشتری از نشانه‌های زیر که در طول مدت دو هفته وجود داشته باشد و موجب تغییر در عملکرد گذشته فرد شود نشانه این افسردگی است:

۱. خلق افسرده در بخش عمده روز و تقریباً هر روز
 ۲. کاهش علاقه یا لذت در فعالیت‌ها، در بخش عمده روز و تقریباً هر روز
 ۳. کاهش یا افزایش وزن (تغییر بیش از ۵ درصد وزن) در طول یک ماه (بدون آن که فرد رژیم گرفته باشد) یا کاهش یا افزایش اشتها تقریباً هر روز
 ۴. بی‌خوابی یا پرخوابی تقریباً هر روز
 ۵. تحریک‌پذیری یا کندی روانی حرکتی قابل مشاهده توسط دیگران، تقریباً هر روز
 ۶. خستگی یا فقدان انرژی، تقریباً هر روز
 ۷. احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه بیش از حد یا نامناسب (که ممکن است توهم باشد) تقریباً هر روز
 ۸. کاهش توانایی تفکر یا تمرکز کردن
 ۹. افکار مکرر مرگ (نه فقط ترس از مردن)؛ اندیشه خودکشی مکرر بدون برنامه‌ریزی یا اقدام به خودکشی یا برنامه خاص برای دست‌زدن به خودکشی
- ویژگی مهم یک دوره افسردگی اساسی، مدت زمان حداقل دو هفته در طول زندگی است که تقریباً در تمام فعالیت‌ها، حالت خستگی و افسردگی اساسی وجود دارد و یا در فرد از دست دادن علاقه یا لذت مشاهده می‌شود. روحیه کودکانه و نوجوانان مبتلا به افسردگی اساسی، ممکن است به جای غم‌انگیز بودن، تحریک‌پذیر باشد. نکته مهم دیگر در افسردگی اساسی این است که نشانه‌ها به تازگی ایجاد شده یا وضعیت فرد نسبت به گذشته به وضوح بدتر گردیده است.

۲. پیشینه پژوهش

مطالعات سه دهه اخیر، گواه توجه فزاینده به نقش متغیرهای دینی و معنوی در ابعاد مختلف سلامت جسمی و روان‌شناختی بوده است (ریپنتروپا و همکاران، ۲۰۰۵). همزمان، علاقه پزشکان و درمانگران به حوزه معنویت، به دلیل شواهد روزافزونی که حاکی از همبستگی مثبت بین التزامات دینی و برون‌دادهای مطلوب سلامت است، رو به افزایش است (جکینز و

پارگامنت، ۱۹۹۵). شمار قابل توجهی از تحقیقات از این فرضیه حمایت می‌کنند که ضعف یا فقدان باورهای دینی، می‌تواند زمینه‌ساز افزایش اختلالات روانی باشد (لوین، ۱۹۹۸). از نخستین چهره‌های اثرگذار در این عرصه ویلیام جیمز، روان‌شناس آمریکایی است که ایمان را مؤثرترین درمان افسردگی و اضطراب معرفی کرده است. به باور او، ایمان نیرویی است که در مواجهه با سختی‌های زندگی از انسان پشتیبانی می‌کند و فقدان آن، زنگ خطر برای ناتوانی فرد در برابر مصائب زندگی است. جیمز باورداشت که تسلیم در برابر خداوند و اطاعت از او، محقق‌کننده آرمان‌های انسانی است (جیمز، ۲۰۱۷). در بستر پژوهش‌های داخلی، خدایاری فرد (۱۳۷۲) در مطالعه‌ای با عنوان «کاربرد مثبت‌نگری در روان‌درمانگری با تأکید بر دیدگاه اسلامی» به این نتیجه دست یافت که آموزش مثبت‌نگری به شیوه اسلامی، به افراد افسرده کمک می‌کند تا نقاط قوت و ضعف خود و دیگران را به شکلی واقع‌بینانه‌تر شناسایی کنند. همچنین، مطالعه‌ای توسط رضایی و همکاران (۱۳۹۱) بر روی ۷۱۵ دانشجوی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی با سطوح اضطراب و افسردگی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد؛ بدین معنا که دانشجویان با نمرات بالاتر در جهت‌گیری مذهبی، از میزان کمتری از علائم اضطراب و افسردگی رنج می‌بردند. در مجموع، پیشینه پژوهش حاضر نشان می‌دهد که هم در متون روان‌شناسی جهانی و هم در مطالعات بومی، رابطه مثبت و معناداری بین باورهای دینی و سلامت روان به‌ویژه در حیطه اختلال افسردگی به اثبات رسیده است. این مقاله با اتکا به این پیشینه، در پی آن است تا به شکلی نظام‌مند و تطبیقی، به واکاوی اشتراکات بین یکی از مؤثرترین رویکردهای روان‌درمانی (CBT) با آموزه‌های سیره رضوی بپردازد.

۳. چارچوب نظری و روش پژوهش

پژوهش حاضر با هدف تبیین اشتراکات و تقابل‌های میان «رویکرد شناختی-رفتاری» به عنوان یکی از روش‌های مؤثر روان‌درمانی در حوزه اختلال افسردگی و «سیره رضوی» به عنوان منبعی غنی از آموزه‌های دینی و اخلاقی، طراحی شده است. چارچوب نظری تحقیق، بر دو پایه اصلی استوار است: نخست، «نظریه شناختی بک» که بر نقش افکار خودآیند منفی، باورهای ناکارآمد و تحریف‌های شناختی در ایجاد و تداوم افسردگی تأکید دارد؛ و دوم «مبانی انسان‌شناختی و معرفت‌شناختی اسلامی» با محوریت سیره امام رضا علیه‌السلام که بر اهمیت شناخت صحیح از خود، خدا و دنیا، تقویت عقلانیت، پرهیز از کج‌فهمی‌ها و

عوامل روان‌شناختی آسیب‌زا مانند هوای نفس، منفی‌نگری و وابستگی به دنیا تأکید می‌ورزد. پژوهش مذکور با این فرضیه اصلی پیش می‌رود که بسیاری از اصول و راهبردهای درمانی در رویکرد شناختی-رفتاری، هم‌سویی و تطابق قابل توجهی با آموزه‌های سیره رضوی دارد و این اشتراکات می‌تواند در قالب یک مدل تلفیقی برای پیشگیری و درمان افسردگی به کار گرفته شود.

از نظر روش تحقیق، این مطالعه از نوع «تلفیقی-تحلیلی» است و با رویکردی «کیفی» و با اتکا به «تحلیل محتوای متون دینی و روان‌شناختی» انجام می‌پذیرد. داده‌های مربوط به سیره رضوی از طریق «کاوش کتابخانه‌ای» در منابع معتبر حدیثی، روایی و تفسیری استخراج و با استفاده از «روش استنباط موضوعی» دسته‌بندی و تحلیل شدند. داده‌های روان‌شناختی نیز مبتنی بر متون معتبر روان‌درمانی و معیارهای تشخیصی DSM-5 گردآوری شده‌اند. فرایند تحلیل، مبتنی بر «مقایسه نظام‌مند» مؤلفه‌های کلیدی دو حوزه مانند علل افسردگی، اهداف درمان، راهبردهای مداخله و نقش درمانگر بوده و با هدف استخراج وجوه اشتراک، افتراق و امکان‌سنجی تلفیق این دو منظومه فکری انجام گرفته است. روایی و پایایی تحلیل‌ها از طریق «ارجاع مستمر به متون اصلی» و «تناظر منطقی بین مفاهیم استخراج شده» تضمین شده است. در نهایت، این چارچوب نظری و روشی، بستری برای ارائه یک الگوی مفهومی یکپارچه فراهم می‌آورد که قابلیت بهره‌گیری در حیطه‌های پژوهشی، درمانی و مشاوره‌ای با رویکردی بین‌رشته‌ای را دارا می‌باشد.

۴. نشانه‌های افسردگی اساسی

خلق و خوی افسرده: افراد مبتلا به افسردگی اساسی خلق و خوی خود را این‌گونه توصیف می‌کنند که افسرده، غمناک، ناامید یا دل‌سرد هستند. در بعضی موارد، در ابتدا ممکن است غم و اندوه انکار شود، اما در ادامه با مصاحبه بروز نماید. مثلاً به نظر می‌رسد فرد قصد گریه دارد. در برخی از افراد که احساس اضطراب می‌کنند، وجود روحیه افسرده می‌تواند از صورت و رفتار فرد استنباط شود. برخی از افراد به جای گزارش دادن احساس غم و اندوه، بر شکایات جسمانی تأکید می‌کنند. بسیاری از افراد، نشانه‌های افسردگی اساسی را با تحریک‌پذیری نشان می‌دهند (به‌عنوان مثال، عصبانیت مداوم، تمایل به پاسخگویی با عصبانیت شدید یا سرزنش دیگران، احساس اغراق‌آمیز ناامیدی) به‌ویژه در کودکان و

نوجوانان ممکن است، به جای روحیه غم‌انگیز، یک روحیه تحریک‌پذیر یا لجباز ایجاد شود.

کاهش علاقه و لذت: ازدست‌دادن علاقه یا لذت تقریباً همیشه وجود دارد. افراد ممکن است احساس کنند که کمتر به سرگرمی علاقه دارند و به فعالیت‌هایی که قبلاً از انجام آنها لذت می‌بردند، اهمیتی نمی‌دهند. اعضای خانواده نیز متوجه کناره‌گیری اجتماعی یا غفلت از فعالیت‌های لذت‌بخش می‌شوند. به‌عنوان مثال، یک والیبالیست علاقمند، دیگر بازی نمی‌کند، کودکی که قبلاً از فوتبال لذت می‌برده است، بهانه می‌گیرد که تمرین نمی‌کند. در برخی از افراد، به میزان قابل توجهی علاقه یا تمایل جنسی کاهش می‌یابد.

تغییر در اشتها یا وزن: برخی از افراد مبتلا به افسردگی اساسی، گزارش می‌دهند که میل به غذا ندارند و خود را مجبور به خوردن می‌کنند. برخی دیگر ممکن است بیشتر بخورند و ممکن است غذاهای خاصی را میل کنند، مثلاً شیرینی یا سایر کربوهیدرات‌ها. هنگامی که تغییرات اشتها شدید باشد، ممکن است ازدست‌دادن یا افزایش قابل توجهی در وزن وجود داشته باشد. در کودکان، عدم موفقیت در افزایش وزن مورد انتظار ممکن است ذکر شود. اختلال خواب: اختلال خواب ممکن است به‌صورت مشکل در خواب یا خواب زیاد باشد. هنگامی که بی‌خوابی وجود داشته باشد، به‌طور معمول به‌صورت بی‌خوابی میانی، به‌عنوان مثال، بیدار شدن از خواب در شب و سپس داشتن مشکل در بازگشت به خواب یا بی‌خوابی پایانی به‌عنوان مثال، خیلی زود بیدار شدن از خواب و عدم توانایی بازگشت به خواب ایجاد شود. بی‌خوابی اولیه و مشکل در خوابیدن نیز ممکن است رخ دهد. افرادی که دچار خواب زیاد (بیش از حد) هستند ممکن است، خواب طولانی شب یا افزایش خواب در روز را تجربه کنند. گاهی اوقات دلیل اینکه فرد به دنبال معالجه است، خواب آشفته اوست.

تغییرات روانی حرکتی: این تغییرات شامل تحریک (مانند عدم توانایی در نشستن، قدم‌زدن، شستن دست، یا کشیدن یا ساییدن پوست، لباس یا اشیاء دیگر)، کندی (به‌عنوان مثال کندشدن گفتار، تفکر و حرکات بدن) و افزایش مکث قبل از پاسخ‌دادن است. گفتار از نظر حجم، میزان انعطاف‌پذیری، مقدار یا تنوع محتوا کاهش می‌یابد. تحریک یا کندی روانی باید آن قدر شدید باشد که توسط دیگران قابل مشاهده باشد و صرفاً احساسات ذهنی را نشان ندهد.

کاهش انرژی و خستگی: فرد ممکن است خستگی پایدار و بدون فشار جسمی را گزارش کند. حتی کوچک‌ترین وظایف به نظر می‌رسد نیاز به تلاش زیادی دارند، کارایی فرد کاهش می‌یابد. به‌عنوان مثال، یک فرد ممکن است شکایت کند که شستن لباس یا بیدار شدن هنگام صبح خسته‌کننده است و دو برابر بیشتر از حد معمول طول می‌کشد.

احساس بی‌ارزشی یا گناه: شامل ارزیابی‌های منفی غیرواقعی از ارزشمندی، گناه و نشخوار شکسته‌ای جزئی گذشته است. چنین افرادی اغلب حوادث روزمره بی‌ارتباط با خودیابی اهمیت را به‌عنوان گواهی بر نقص شخصی تفسیر می‌کنند و احساس مسئولیت مبالغه‌آمیز در قبال حوادث غیرمترقبه دارند. احساس بی‌فایده‌بودن یا گناه ممکن است از تفکر خیالی فرد باشد به‌عنوان مثال فردی که اطمینان داشته باشد که مسئول فقر جهانی است. سرزنش کردن خود به دلیل بیمار بودن و عدم انجام وظایف شغلی یا فردی در نتیجه افسردگی اساسی بسیار رایج است.

اختلال در تفکر و تمرکز: افسردگی اساسی در بسیاری از افراد، توانایی تفکر، تمرکز یا حتی تصمیم‌گیری‌های جزئی را مختل می‌کند. آنها ممکن است به‌راحتی پریشان شوند و یا از مشکلات حافظه شکایت کنند. در کودکان، افت شدید نمرات ممکن است نشان‌دهنده تمرکز ضعیف باشد. در افراد مسن، شکایت اصلی، مشکلات حافظه است و ممکن است با نشانه‌های اولیه زوال عقل اشتباه شود. هنگامی که افسردگی اساسی با موفقیت درمان می‌شود، مشکلات حافظه اغلب به‌صورت کامل کاهش می‌یابد. اما در بعضی از افراد، به‌ویژه افراد سالخورده، این ویژگی افسردگی اساسی گاهی ممکن است نشان یک زوال عقل غیرقابل‌برگشت باشد.

افکار مرگ و خودکشی: افکار مرگ، فکر خودکشی یا اقدام به خودکشی در این اختلال رایج است. آنها ممکن است از یک مشکل کوچک مانند دیر بیدار شدن در صبح‌ها، به این نتیجه برسند که مردن بهتر است و به یک برنامه خودکشی خاص دامن بزنند. در افسردگی‌های شدیدتر ممکن است زمینه اقدامات بعدی خود را فراهم کند، به‌عنوان مثال، وصیت‌نامه‌های به‌روز شده، بدهی‌های تسویه شده، ابزارهای موردنیاز نظیر طناب یا اسلحه را به دست آورده و مکان یا زمان خود را برای انجام خودکشی انتخاب کنند. انگیزه‌های خودکشی ممکن است شامل تمایل به تسلیم در برابر موانع غیرقابل‌تحمل باشد یا یک آرزوی شدید برای پایان دادن به یک وضعیت عاطفی بد و بی‌پایان باشد و یا عدم توانایی در پیش‌بینی هرگونه لذت در زندگی باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا ۲۰۱۳).

۵. راهبرد درمانی شناختی - رفتاری

درمان شناختی- رفتاری افسردگی برای اولین بار توسط آرون بک در دهه‌ی ۷۰ میلادی برای درمان اختلال افسردگی مورد استفاده قرار گرفت. پایه درمان شناختی- رفتاری برای درمان اختلال افسردگی بر روی نظریه‌ی شناختی آرون بک در مورد سبب‌شناسی ابتلا به اختلال افسردگی قرار دارد. بر اساس نظریه شناختی فوق علائم اختلال افسردگی در پی فعال شدن برخی از انواع افکار خودکار منفی، ظاهر می‌شود. علت اصلی فعال شدن این افکار منفی، روبروشدن با انواع محرک‌های استرس‌زا است. همچنین بر اساس مدل شناختی بک، اشخاصی که به اختلال افسردگی مبتلا هستند، دچار یک سلسله خطاهای فکری یا شناختی می‌شوند. این خطاها در ایجاد افکار خودکار منفی نقش مهمی دارند (برنز، ۱۳۹۳).

برطبق این دیدگاه، افرادی که در مقابل افسردگی آسیب‌پذیرند، سوگیری منفی شناختی درباره خود، دنیا و آینده دارند که از دیدگاه بک همان مثلث شناختی منفی است. این افراد به دلیل سبک پردازش اطلاعات تحریف شده، نمی‌توانند از اتفاقات مثبت در نظام شناختی خود استفاده کنند. آرون بک مطرح می‌کند که نگرش‌های ناکارآمد در ساختار تفکر افراد افسرده یا به‌عبارت‌دیگر در نظام معنادهی آنها قرار دارند. نگرش‌های ناکارآمد نظیر جمله زیر است:

«اگر در امری شکست بخورم این معنا را دارد که آدم شکست‌خورده‌ای خواهم بود»
 نگرش‌های ناکارآمد، باورها و عقایدی هستند که فرد را در مقابل افسردگی یا اختلالات دیگر روان‌شناختی آسیب‌پذیر می‌گردانند. این نگرش‌ها، عقاید کلی است که افراد در نتیجه اتفاقات استرس‌زا درباره خود، جهان و آینده پرورش می‌دهند. باور بر این بوده که چنین عقایدی فرد را مستعد می‌سازد تا وضعیت‌های خاصی را به شکل افراطی منفی و ناسازگارانه تفسیر کنند. همچنین آرون بک مطرح می‌کند که نگرش‌های ناکارآمد، استانداردهای بدون انعطاف و کمال‌گرایانه‌ای هستند که فرد به واسطه آن خود و دیگران را ارزیابی می‌کند. این پیش‌فرض‌ها در چگونگی سازمان یافتن، درک کردن، مراقبت و قضاوت در مورد رفتار دیگران به کار می‌روند (بک، ۱۳۹۰). استانداردهای این افراد بدون انعطاف و کمال‌گرا و مقاوم در برابر تغییر هستند، از این رو ناکارآمد یا ناسازگارانه‌اند. اگر فرد به شکل افراطی انعطاف‌ناپذیر بوده و عقاید کمال‌گرایانه‌ای درباره جهان و افراد داشته باشد، زمانی که با وضعیتی روبرو می‌گردد، راهکارهای ناکارآمد، همچون اجتناب را به عنوان راهبرد مواجهه

با رویداد استرس‌زا استفاده می‌کند. در این حالت فرد از راهکارهای جبرانی که واقع بینانه نیستند، استفاده می‌کند. به بیان دیگر مکانیسم اولیه بین نگرش‌های ناکارآمد و اختلالات روانشناختی، نحوه‌ی مواجهه فرد با رویداد منفی است. چنانچه فرد دیدگاهی کمال‌گرا و انعطاف‌ناپذیر درباره محیط داشته باشد، به هنگام مقابله با یک وضعیت منفی از راهکارهای ناسازگارانه همچون انکار استفاده خواهد کرد. بنابراین می‌توان خلاصه کرد افرادی که باورهای انعطاف‌ناپذیر دارند، در صورت مقابله با یک عامل منفی بیشتر آسیب می‌بینند (بک، ۱۹۹۷).

بیماران از طریق فرایند درمان شناختی رفتار، این افکار را بررسی می‌کنند و ترغیب می‌شوند تا به واقعیتی بنگرند که این افکار را پشتیبانی یا رد می‌کند. افراد با انجام این کار، قادرند نگاه دقیقتر و واقع‌گرایانه‌تری به افکاری داشته باشند که در و افسردگی آنها نقش دارند و با شناخت افکار منفی و غالباً واهی که احساسات و خلق و خوی آنها را تضعیف می‌کنند، می‌توانند در الگوهای تفکر سالم شرکت کنند (همان).

در رویکرد شناختی-رفتاری به درمان جو کمک می‌شود تا الگوهای تحریف شده و همچنین رفتارهای ناسازگار خود را تشخیص داده و در جهت تغییر آنها بکوشد. در این رویکرد تاکید می‌شود که مفاهیم به صورت عملیاتی بیان شود (فصیحی و همکاران ۱۳۹۷). درمان شناختی رفتاری به فرد کمک می‌کند تا نگرش و دید خود را نسبت به وقایع تغییر دهد و در نتیجه به روش مؤثرتری با اتفاقات برخورد کند تا زندگی سالم‌تری داشته باشد. علاوه بر این در این روش درمانگر سعی می‌کند نگرش را تغییر دهد و مشکلات و اختلالات روانی را شناسایی کند و تنها بر مشکلات حال تمرکز دارد.

هدف از درمان شناختی رفتاری، این است که به بیماران آموزش داده شود که با اینکه نمی‌توانند تمام جوانب جهان اطراف خود را کنترل کنند، اما می‌توانند نحوه تفسیر و برخورد با چیزهایی که در محیط آنها وجود دارد را کنترل نمایند. (هاوتون، ۱۳۹۳). برای این منظور موقعیت نامناسب، احساسات ناسالم، تغییرات جسمانی آزاردهنده و رفتارهای مضر مورد بررسی قرار می‌گیرند. تغییر در هر یک از این موارد می‌تواند تاثیر زیادی در روند درمان بگذارد. (کری ۲۰۱۳). در این درمان به فرد آموزش داده می‌شود که: ۱. افکار خودکار منفی خود را شناسایی کند. ۲. ارتباط بین افکار، احساسات و رفتار را بشناسد. ۳. انواع افکار و از جمله افکار غلط خود را شناسایی کند. ۴. افکار مثبت را جایگزین افکار تحریف شده

خود کند. ۵. تفکراتی که زمینه‌ساز استفاده نادرست از تجربیات است را بشناسد و آنها را اصلاح کند (فقیهی و همکاران، ۱۳۸۶)

در روش درمان شناختی-رفتاری بررسی دو موضوع مهم، عبارت است از تغییر دادن افکار آسیب‌رسان مراجع و سپس کمک به مراجع کننده برای تغییر رفتارهای مخرب. در واقع این دو ساختار، درمان را تکمیل می‌کنند. در ادامه به بررسی هر کدام از این موارد به طور جداگانه می‌پردازیم:

۵-۱. تغییر دادن فکر

یکی از مهم‌ترین بخش‌های فرایند برای درمان افسردگی تغییر دادن فکر و نگرش در افراد افسرده است، افرادی که افسرده هستند معمولاً اتفاقات مختلف زندگی خودشان را به صورت ناامیدانه تفسیر می‌کنند و اگر با شکستی روبه‌رو شوند آن را به بی‌کفایتی خودشان و موفقیتشان را به شانس و عوامل بیرونی مربوط می‌سازند. به همین دلیل زمانی که فرد افسرده به پیشرفت و یا موفقیتی می‌رسد باز هم در زندگی دچار بیماری افسردگی است. درمانگر برای این که بازسازی شناختی را انجام دهد باید اتفاقات زندگی را مرور کرده و به بررسی آن‌ها پردازد تا بازسازی معنای اتفاقات برای بیمار انجام شود. به‌عنوان مثال فرد افسرده زمانی که در امتحانی نمره متوسط کسب می‌کند احساس می‌کند ناتوان است و خودش را مورد سرزنش قرار می‌دهد. در این شرایط درمانگر با استفاده از تکنیک‌هایی مانند «قاب‌گیری مجدد»^۱ به فرد کمک می‌کند تا از دریچه دیگری به وقایع نگاه کند و در این هنگام افسردگی فرد درمان شود.

۵-۲. تغییر رفتار

کار کردن بر روی افکار به زمان بیشتری نیاز دارد و زمانی که درمانگر بر روی افکار فرد کار می‌کند، سعی می‌کند تا برنامه‌ای تحت عنوان فعال‌سازی رفتاری را برای درمان افسردگی اجرا نماید در این صورت مراجع، به کمک درمانگر سعی می‌کند تا فعالیت‌های روزانه را مورد بررسی قرار دهد و برنامه زمانی مشخصی برای انجام فعالیت‌های ثمربخش تعیین

۱. قاب‌گیری مجدد، راهبردی درمانی برای ارائه چارچوب‌های ادراکی جدید به مراجع است. به کارگیری عبارات کلیشه‌ای دل‌داری‌دهنده در برابر نگرش منفی مراجع، فاقد اثربخشی است. در این رویکرد، درمانگر با بازتعریف موقعیت، دید گسترده‌تری از رویدادها ارائه می‌دهد تا بدینی مراجع کاهش یابد (گلدارد، ۱۳۹۳). کاربست این فنون، موجب ایجاد انگیزه، ترغیب به آزمون دیدگاه‌های بدیل، اتخاذ چارچوب‌های فکری نو، بروز رفتارهای کاربردی‌تر و تقویت مسئولیت‌پذیری می‌شود (نوابی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۳).

نماید. در صورتی که فعالیت‌ها بیشتر باشد انرژی روانی فرد بیشتر شده و در نتیجه مراجع کننده در یک چرخه مثبت و سالم قرار می‌گیرد و این چرخه باعث خواهد شد تا افکار منفی و مخرب نیز بهبود یابد و بر روی این افکار تأثیر گذار خواهد بود (گنجی، ۱۳۹۳).

مقایسه مفاهیم کلیدی رویکرد شناختی-رفتاری (CBT) و سیره رضوی در درمان افسردگی		
مؤلفه	رویکرد شناختی-رفتاری (CBT)	سیره رضوی
علت افسردگی	خطاهای شناختی فعال شدن افکار خودکار منفی مثلث شناختی منفی (خود، دنیا، آینده)	دوری از خدا وابستگی به دنیا پیروی از هوای نفس منفی‌نگر سوءظن به خدا
هدف درمان	اصلاح رفتار تغییر افکار و باورهای ناسازگار تقویت مهارت‌های مقابله‌ای	شناخت صحیح از خود خدا و دنیا تقویت ایمان رضایت به قضای الهی پناه بردن به خدا
راهبردهای درمانی	شناسایی افکار منفی	خودشناسی
	بازسازی شناختی	صبر و شکیبایی
	فعال‌سازی رفتاری	توکل و رضا
	تمرینات رفتاری	ذکر و دعا
		تفکر و تعقل
نقش درمانگر / رهبر دینی	راهنمایی برای شناسایی و تغییر افکار و رفتارهای ناسالم	الگو دهی آموزش مفاهیم دینی تشویق به عبادت و تفکر
پیشگیری	آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناسایی زود هنگام افکار تحریف شده	تقویت ایمان پرهیز از گناه دوری از حسادت و منفی‌نگری عمل به واجبات

جدول ۱: مقایسه مفاهیم کلیدی رویکرد شناختی-رفتاری (CBT) و سیره رضوی در درمان افسردگی

از منظر منابع اسلامی تاثیر تفکر و شناخت صحیح واقعیت (خود، خدا و جهان پیرامون) بر سلامت رفتار و شخصیت افراد امری کاملاً مشهود است. در بسیاری از آیات و روایات دلیل رفتارهای نابهنجار به عدم تعقل و تفکر نادرست نسبت داده شده است و از طرفی دیگر برای رسیدن به سلامت روانی به تفکر و تعقل و ادراک صحیح از واقعیت‌ها توصیه مکرر شده است. با توجه به اینکه در اختلال افسردگی، شناخت فرد نسبت به خود، خدا و جهان پیرامون ضعیف و دچار تحریف می‌شود، شناخت و ادراک صحیح از واقعیت‌ها باعث ایجاد انگیزه و فعال‌سازی رفتاری می‌شود و از تحریف‌های شناختی و افکار منفی جلوگیری می‌کند. در افسردگی عواملی نظیر غم، اندوه، بدبینی، احساس گناه، بی‌زاری از خود، ناامیدی و عدم لذت هسته اصلی اختلال را تشکیل می‌دهد. با توجه به متون اسلامی، روایات و احادیث ائمه اطهار این وضعیت وقتی اتفاق می‌افتد که شخص از ایمان به خدا و اعتقاد به قدرت او برای رفع مشکلاتش فاصله بگیرد و یا اعتقاد به فضل و بخشش پروردگار در او ضعیف شود. در جهان‌بینی اسلامی، مشکلات و مصیبت‌های دنیا و خوشی‌ها و نعمت‌ها همگی آزمایش‌های الهی برای بندگان توصیف شده است (اعراف/۱۶۸، آل عمران/۱۵۴، بقره/۱۵۵، مائده/۴۸). از طرفی خدای متعال، همه را به پناهگاه امن خود دعوت می‌کند، چیزی که در اختلال افسردگی فرد از آن فاصله می‌گیرد (بقره/۱۸۶، حجر/۴۹، زمر/۵۳، حجر/۵۳، یوسف/۷۸، طلاق/۳، غافر/۴۴).

در رویکرد اسلامی بر نقش شناخت‌های غلط، تمایلات افراطی، وابستگی به مظاهر دنیوی، عدم‌پذیرش واقعیت‌ها و تنیدگی‌های بیرونی و یا خودساخته تاکید بیشتری می‌شود. در اندیشه امام رضا علیه‌السلام یکی از مهم‌ترین عوامل سقوط انسانیت، دوری از عقلانیت و گرفتار شدن به خرافات و کج‌فهمی‌هاست. امام رضا علیه‌السلام عقل را موهبت خداوندی می‌دانند زیرا انسان به وسیله آن با شناخت خداوند و خود، از ارتکاب شر و جرم نجات پیدا می‌کند و منبع بخشش و فیض الهی را برای خود و جامعه درمی‌یابد (تمیمی آمدی، ص ۵۴۷). عقلانیت و استفاده درست از قوه فکر در نزد امام رضا علیه‌السلام اهمیت بالایی دارد و آن را به عنوان حقیقت عبادت و بندگی پروردگار معرفی می‌فرمایند: «لَيْسَ الْعِبَادَةُ كَثْرَةَ الصَّلَاةِ وَالصَّوْمِ إِنَّمَا الْعِبَادَةُ التَّفَكُّرُ فِي أَمْرِ اللَّهِ عَزَّ وَجَلَّ؛ عبادت به زیادی نماز و روزه نیست، عبادت واقعی تفکر در کار خداوند متعال [و اسرار جهان آفرینش] است» (کلینی، ۱۳۸۸، ج ۲، ص ۵۵).

امام رضا علیه السلام این حقیقت را که انسان موجودی ارزشمند است به روش های مختلف به افراد گوناگون گوشزد می کردند (کلینی، ۱۳۸۸، ج ۲ ص ۵۵).

۶. عوامل ایجاد افسردگی در آموزه های دینی

در احادیث و روایات معصومین علیهم السلام عوامل شناختی، عاطفی و رفتاری متعددی وجود دارد که می توانیم آنها را با علل ایجاد افسردگی مرتبط نماییم که به تعدادی از آنان اشاره می شود:

۱-۶. وابستگی مبتنی بر تمایل افراطی به دنیا و چشم داشت به مال و کمک دیگری

وابستگی شامل تمایل افراطی به دنیا و چشم داشت به مال و کمک دیگران است. با توجه به اینکه انسان نمی تواند به تمامی تمایلات افراطی خود برسد، این ناکامی فرد را به غمگینی طولانی و افسردگی مبتلا می سازد. در همین زمینه امام رضا علیه السلام می فرمایند: «لَا يَجْتَمِعُ الْمَالُ إِلَّا بِخِصَالِ خَمْسٍ بِيْخُلْ شَدِيدٌ وَ أَمَلٌ طَوِيلٌ وَ حِرْصٌ غَالِبٌ وَ قَطِيعَةٌ الرَّحِمِ وَ إِثَارِ الدُّنْيَا عَلَى الْآخِرَةِ؛ مال و ثروت جمع نگردهد، جز با داشتن پنج خصلت: بخل شدید، آرزوی دراز، آزمندی چیره (بر جان)، رسیدگی نکردن به خویشاوندان و برگزیدن دنیا بر آخرت» (ابن بابویه، ۱۳۷۸، ج ۱، ص ۲۷۶؛ عطاردی قوچانی، ۱۴۱۳، ج ۱، ص ۲۸۷).

ایشان علاوه بر پیامدهای وابستگی، ژنتیک روانی ثروت اندوزی افراطی را نیز تشریح می فرمایند. این پنج خصلت، صفات مجزایی نیستند، بلکه حلقه های یک زنجیره روانی-اخلاقی به هم پیوسته هستند. آرزوی دراز به عنوان موتور محرک این چرخه عمل می کند. این آرزو، یک تصور خطی و بی پایان از زمان و امکان را در ذهن فرد ایجاد می کند که در آن، فردایی نامتناهی برای لذت بردن از مال وجود دارد. این توهم، حرص غالب را تغذیه می کند تا هرچه بیشتر بیاندوزد، و بخل شدید را تقویت می کند تا از آنچه اندوخته، حتی برای خود و نزدیکانش بهره ای نبرد. این فرآیند، ناگزیر به قطع رحم می انجامد، زیرا روابط انسانی تبدیل به مانعی در برابر انباشت بی وقفه ثروت می شوند. در نهایت، این چرخه شوم، خود را در «إِثَارِ الدُّنْيَا عَلَى الْآخِرَةِ متجلی می سازد؛ یعنی انتخاب آگاهانه یک نظام ارزشی مادی و محدود به جای یک نظام ارزشی متعالی و نامحدود.

از سوی، امام رضا علیه السلام در ترک دوستی دنیا تأکید می فرمایند «قبل از این که

بدن‌هایتان از دنیا خارج شود، دل‌هایتان را از آن خارج کنید.» (ابن بابویه، ۱۳۷۸، ج ۱، ص ۲۹۸) این فرمان، پاسخی قاطع به آن وابستگی و آرزوی دراز است که در بخش‌های قبل به عنوان ریشه رنجش تحلیل شد.

وابستگی روانشناختی به حمایت بین‌فردی می‌تواند در صورت عدم ارضای انتظارات، به حالت عاطفی درماندگی منجر شود. در مقابل، برخی از افراد گرچه مستقیماً درخواست کمک نمی‌نمایند، اما درگیر پدیده مقایسه اجتماعی^۱ می‌شوند. واقعیت این است که افرادی که در چرخه مقایسه اجتماعی قرار می‌گیرند، با وجود تلاش حداکثری برای کاهش احساس محرومیت نسبی و حتی دستیابی به جایگاه برتر در عرصه انباشت سرمایه مادی، همچنان خود را در موقعیت کم‌پرتری نسبت به دیگران ادراک می‌کنند. این ادراک مقایسه‌ای تداوم‌یابنده، به تداوم حالت‌های عاطفی منفی از قبیل اندوه و احساس درماندگی در آنان می‌انجامد.

۲-۶. دوری از معنویت

امام رضا علیه‌السلام راز گرفتاری دنیا و آخرت انسان را در دوری از خدا معرفی می‌فرمایند. در حدیث معروف «سلسله الذهب» ایمنی و آرامش زندگی انسان را در زندگی خدامحورانه می‌دانند: «کلمه لا اله الا الله حصن و دژ من است و هر کس داخل آن شد از عذاب من در امان است.» (ابن بابویه، ۱۳۷۸، ج ۱، ص ۶۱۱). بازگشت به خدا یکی از توصیه‌های مهم حضرت رضا علیه‌السلام برای رهایی از آسیب‌هایی همچون افسردگی و ناامیدی و اضطراب در زندگی است. دوری از خدا که به عنوان راز اصلی گرفتاری‌ها معرفی می‌شود، به معنای ترک این دژ امن و قرار گرفتن در معرض تیرهای این میدان نبرد، بدون هیچ پناهگاه درونی است. در چنین شرایطی، طبیعی است که انسان در مواجهه با کوچکترین ناملایمات، دچار اضطراب (ترس از آینده نامعلوم)، افسردگی (احساس درماندگی در برابر گذشته و حال) و ناامیدی (فقدان چشم‌انداز برای بهبودی) گردد. بنابراین، بازگشت به خدا را می‌توان مؤثرترین راهبرد مقابله‌ای در مواجهه با بحران‌های روانی دانست. این بازگشت، یک فرار از دنیا نیست، بلکه یک بازتعریف رابطه با دنیا از موضعی امن و برتر است.

۳-۶. پیروی از هوای نفس

اقدامی که بر اساس تمایل شدید و بدون هدایت عقل و دین صورت می‌گیرد و به عوارض نامطلوب آن توجه نمی‌شود، باعث افسردگی می‌شود و چه بسا سرزنش عقل و وجدان و احساس گناه و دوری از پروردگار احساس بی‌ارزشی و ناامیدی را در پی خواهد داشت. امام رضا علیه‌السلام می‌فرماید: «مبادا از هوای نفس پیروی کنی که در آن نابودی نهفته است» (طبرسی، ۱۳۸۵ق، ص ۴۵۵). افسردگی در این بستر، تنها یک اختلال خلقی ساده نیست، بلکه نشانه‌ای از یک زخم وجودی عمیق‌تر است؛ زخمی که بر اثر شکاف میان اراده معیوب انسان و معیارهای حقیقت و خیر که توسط عقل و دین نمایندگی می‌شوند، پدید می‌آید. هنگامی که عمل بر اساس هوای نفس که در اینجا می‌توان آن را به خواستِ فاقد خردورزی تعبیر کرد صورت می‌پذیرد، فرد به طور ناخودآگاه پیمانی را با نیرویی خودتخریب‌گر می‌بندد و نتیجه نهایی آن، همان نابودی است که امام رضا علیه‌السلام به آن اشاره می‌فرماید. این نابودی، پیش از آنکه فیزیکی باشد، یک نابودی معنوی و روانی است: نابودی کرامت نفس، نابودی صلح درونی و نابودی احساس ارتباط با مبدأ متعالی. همچنین می‌فرماید «هیچ یک از شیعیان علی علیه‌السلام نیست که در روز، بدی یا گناهی مرتکب شود؛ مگر اینکه در شب اندوهی به او می‌رسد که آن بدی و گناه را فرومی‌ریزد» (طبرسی، ۱۳۸۵، ص ۴۵۵). اندوهی که در شب می‌رسد و گناه روز را فرومی‌ریزد، یک مکانیسم تنبیهی نیست، بلکه یک واکنش طبیعی و درمانگر وجدان بیدار است. این اندوه، یک درد سازنده و تصفیه‌کننده است؛ نشانه‌ی سلامت روح و زنده بودن عقل و دین در درون فرد است که همچون سیستم ایمنی عمل می‌کنند تا عفونت گناه را پاکسازی نمایند. این نوع اندوه، موقت، هدفمند و منجر به ترمیم و بازگشت می‌شود. در مقابل، افسردگی که در بخش اول متن به آن اشاره شد، حاصل انباشت و سرکوب این اندوه‌های سازنده است. هنگامی که فرد به طور مکرر از هدایت عقل و دین سرپیچی می‌کند و به عوارض نامطلوب آن توجه نمی‌کند، سیستم پاکسازی درونی او دچار اختلال می‌شود. در این حالت، احساس گناه سازنده به احساس بی‌ارزشی مخرب تبدیل می‌شود، سرزنش عقل و وجدان به یک خودتحقیری دائمی مبدل می‌گردد و دوری از پروردگار به یک احساس رها شدگی و ناامیدی مطلق منجر می‌شود.

۴-۶. حسادت به مقام و مال دیگران

حسد از دو جهت موجب افسردگی فرد می‌شود، یکی از آن جهت که هرچه حسادت و ابراز ناراحتی فرد از موقعیت دیگران ادامه می‌یابد، اندوهگینی فرد استقرار می‌یابد و دوم آنکه چون حسود برخلاف فطرت انسانی خواهان زوال مقام یا مال دیگری است مورد سرزنش دیگران و وجدان خود قرار می‌گیرد و ناراحتی او مضاعف می‌گردد. بر این اساس، امام رضا علیه‌السلام می‌فرماید: «لَيْسَ لِبَخِيلٍ رَاحَةٌ وَلَا لِحَسُودٍ لَذَّةٌ وَلَا لِمُلُوكٍ وَفَاءٌ وَلَا لِكَذُوبٍ مُرُوَّةٌ؛ بخیل را آسایش نیست، حسود را خوشی و لذتی نیست، زمامدار را وفایی نیست و دروغگو را مروت و مردانگی نیست» (ابن شعبه حرانی، ۱۳۶۳، ص ۴۵۰).

در این بحث حسد به عنوان یک احساس گذرا نیست، بلکه به عنوان یک آسیب شناسی فعال در نظام شناختی-عاطفی فرد معرفی می‌کند که به طور سیستماتیک، شادی را از ریشه می‌خشکاند. نکته عمیق در این تحلیل، دوگانگی مکانیسم تخریب است: از یک سو، استقرار اندوهگینی ناشی از تمرکز مداوم بر داشته‌های دیگران، و از سوی دیگر، سرزنش دوگانه (اجتماعی و درونی) ناشی از تناقض میان خواسته فطری خیرخواهی و تمایل بیمارگونه به زوال نعمت دیگران. به عبارت دیگر، حسود، در جستجوی لذت بیشتر برای خود، با حذف فرضی رقبا، در عمل خود را از هرگونه لذتی محروم می‌سازد که این عبارت، بیان یک قانون نفسانی غیرقابل تخلف است. لذت، محصول آرامش، رضایت و احساس کامیابی است و حسود، به دلیل آن که همواره دیگری را در آینه خود می‌بیند، هرگز قادر به سکونت در اکنون و بهره‌گیری از خویشتن نیست. او در حسرت آینده‌ای که برای دیگری رقم خورده یا گذشته‌ای که برای خود آرزو می‌کند، محبوس است و از این رو، از موهبت حال که تنها بستر تجربه لذت است، محروم می‌ماند. در نتیجه، می‌توان استدلال کرد که درمان افسردگی ناشی از حسد، مستلزم یک بازتعریف هویت است. فرد باید از هویت مقایسه‌ای که ارزش خود را در برتر بودن از دیگران می‌جوید، به هویت ذاتی که ارزش خود را در عبد خدا بودن می‌یابد، کوچ کند. در این پارادایم جدید، نعمت دیگران نه به عنوان عاملی برای تهدید، که به عنوان جلوه‌ای از جود و کرم پروردگار دیده می‌شود و موفقیت او، فرصتی برای شکرگزاری و مشارکت در خیر فراهم می‌آورد. این تحول، هم اندوه ناشی از مقایسه را از بین می‌برد و هم سرزنش وجدان را به آرامش درونی تبدیل

می‌کند. کلام امام رضا علیه‌السلام در اینجا، هم بیماری را با دقتی شکفت‌انگیز تشخیص می‌دهد و هم با اشاره به ریشه آن (فقدان لذت ناشی از دوری از حقیقت خویشتن)، مسیر درمان را نشان می‌دهد.

۵-۶. منفی‌نگری

ریشه هر احساس افسردگی و اندوهی در اندیشه‌های منفی است و در اثر همین افکار منفی، انسان دچار احساس شکست و ناکامی می‌گردد. اگر انسان از کارها، برداشت درستی داشته باشد، احساسات او هم واقعی است و اگر درک و تصور او اشتباه باشد، واکنش او هم غیرطبیعی و خلاف واقع خواهد بود. امام رضا علیه‌السلام در این رابطه می‌فرماید: «صَدِيقُ كُلِّ امْرِئٍ عَقْلُهُ وَعَدُوُّهُ جَهْلُهُ؛ دوست هر آدمی، خرد او و دشمن او بی‌خردی‌اش است.» (کلینی، ۱۴۲۹، ج ۱، ص ۱۱).

خوش‌بینی، علاوه بر سلامت دنیوی، آرامش روانی و نجات از بیماری‌های روحی، سلامت اخروی نیز به همراه دارد. در مقابل خوش‌بینی، منفی‌نگری، بدگمانی و سوءظن قرار دارد که خداوند در قرآن می‌فرماید: «يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اجْتَنِبُوا كَثِيرًا مِّنَ الظَّنِّ إِنَّ بَعْضَ الظَّنِّ إِثْمٌ؛ ای کسانی که ایمان آورده‌اید، از بسیاری از گمان‌ها پرهیزید. همانا بسیاری از گمان‌ها گناه است» (حجرات/۱۲) هنگامی که انسان سوءظن پیدا کند، روح او ناتوان و فرسوده می‌شود. آنگاه این بیماری به جسم اثر می‌گذارد. وقتی بیماری به جسم انسان راه پیدا کند، جسم ضعیف شده، پذیرای بیماری‌های دیگر می‌شود. بدگمانی، کارهای انسان را فاسد می‌کند و باعث می‌شود که به‌خاطر این حالت روانی، دست به هر کاری بزند؛ لذا سوءظن، انسان را نه تنها گرفتار بیماری غیبت، تهمت، ترس، بخل و حرص می‌کند، بلکه در انسان انگیزه انجام همه بدی‌ها را به وجود می‌آورد. در روایات آمده است ابن‌جهم هنگامی که به امام رضا علیه‌السلام گفت: «فدایت شوم، می‌خواهم بدانم که من در نظر شما چه جایگاهی دارم. حضرت فرمودند: انظُرْ كَيْفَ أَنَا عِنْدَكَ؛ بنگر که من نزد تو چه جایگاهی دارم!» (ابن بابویه، ۱۳۸۷، ج ۲، ص ۵۰).

منفی‌نگری و افکار منفی به‌عنوان عامل مهمی در ایجاد افسردگی مطرح شده است که آثار و نتایج مخرب آن در قالب‌های ذیل مشاهده می‌شود:

۱-۵-۶. تردید به الطاف الهی و ناخشنودی از زندگی

امام رضا علیه السلام: «أَحْسِنِ الظَّنَّ بِاللَّهِ فَإِنَّ اللَّهَ عَزَّوَجَلَّ يَقُولُ: أَنَا عِنْدَ ظَنِّ عَبْدِي الْمُؤْمِنِيِّ، إِنْ خَيْرًا فَخَيْرًا وَإِنْ شَرًّا فَشَرًّا؛ به خداوند خوش گمان باش، زیرا خدای عزوجل می فرماید: من نزد گمان بنده مؤمن خویش هستم، اگر به من خوش گمان باشد، به خوبی با او رفتار می کنم و اگر به من بد گمان باشد، به بدی با او رفتار می کنم» (کلینی، ۱۴۰۷، ج ۲، ص ۷۲) در همین زمینه، رسول اکرم صلی الله علیه و آله و سلم می فرماید: «إِنَّ اللَّهَ بِحُكْمِهِ وَفَضْلِهِ جَعَلَ الرُّوحَ وَالْفَرْجَ فِي الْيَقِينِ وَالرِّضَا وَجَعَلَ الْهَمَّ وَالْحُزْنَ فِي الشَّكِّ وَالسَّخَطِ؛ خداوند از روی حکمت و فضل خویش، آسایش و شادمانی را در یقین و راضی بودن به قضای الهی قرار داد و غم و اندوه را در شک و ناخشنودی» (کلینی، ۱۴۰۷، ج ۳، ص ۱۱۶) و نیز می فرماید: «بزرگترین گناه کبیره، سوء ظن و بدبینی به خداوند است» (ابن شعبه حرانی، ۱۳۶۳، ص ۶). در همین زمینه امام رضا علیه السلام تأکید می فرماید که باید به گفتار خداوند بیشتر اطمینان داشته باشی، چرا که خداوند به وعده خود وفا می کند و می فرماید: «از رحمت خدا مأیوس نشوید.» (کلینی، ۱۴۲۹، ج ۴، ص ۳۳۴).

همچنین در این باره می فرماید: «أَحْسِنِ الظَّنَّ بِاللَّهِ...؛ به خداوند خوش بین باش، زیرا هر که به خدا خوش بین باشد، خدا با گمان خوش او همراه است، و هر که به رزق و روزی اندک خشنود باشد، خداوند به کردار اندک او خشنود باشد و هر که به اندک روزی حلال خشنود باشد، بار او سبک و خانواده اش در نعمت باشد، و خداوند او را به دنیا بینا سازد و او را از دنیا به سلامت به دارالسلام بهشت می رساند» (ابن شعبه حرانی، ۱۴۰۴، ص ۴۹۹). پاسخ امام رضا علیه السلام در اینجا، ارائه یک چارچوب شناختی-وجودی بدیل است که بر دو پایه خوش بینی به خدا (حسن ظن) و رضایت به روزی اندک استوار شده است. نکته عمیق در اینجا، تبدیل ریاضیات وجودی انسان است. انسان در چنگال افسردگی، همواره در حال محاسبه کمبودهاست: آنچه ندارد، آنچه از دست داده، و آنچه دیگران دارند. این محاسبه قهقراپی، همواره او را در حالت منفی قرار می دهد. امام رضا علیه السلام با اشاره به آیه «لَا تَقْنَطُوا مِنْ رَحْمَةِ اللَّهِ» و سپس بسط آن، یک محاسبه وجودی متعالی را آموزش می دهند. در این محاسبه جدید، معیار سنجش، نه مقایسه با دیگران یا آرزوهای دور و دراز، بلکه رضایت از میزانی است که خداوند به عنوان رزق برای او مقدر کرده است. این رضا، یک تسلیم سازی منفعلانه نیست، بلکه فعالیت شناختی فعال است. فرد با انتخاب رضایت،

در واقع مرکز ثقل روانی خود را از آنچه در اختیار ندارد و منبع اضطراب و افسردگی است به آنچه در اختیار دارد و به آن اطمینان دارد (وعده خداوند) منتقل می‌کند. پیوند ژرف بینانه‌ای که امام علیه‌السلام بین حسن ظن و رضایت به روزی اندک برقرار می‌فرمایند، شاهکاری در روانشناسی مثبت‌نگر دینی است. حسن ظن، اساس یک دلبستگی ایمن به هستی است. هنگامی که انسان به طور عمیق باور کند که مدیر هستی، خیرخواه، حکیم و وفادار به وعده‌هایش است، در مواجهه با هر فقدان یا محرومیتی، این باور مانند ضربه‌گیری وجودی عمل می‌کند که جلوی سقوط او را به ورطه یأس مطلق می‌گیرد. این نگاه، ناامیدی را که از اجزای کلیدی افسردگی است، هدف می‌گیرد. در چنین بستری است که رضایت به روزی اندک ممکن می‌شود.

۲-۵-۶. نادیده گرفتن شخصیت و رفتار افراد

گاهی اوقات نگاه و رفتار ترحم‌آمیز به افرادی که به نحوی مشکل دارند، باعث اندوه آنان می‌شود و استمرار این نگاه‌ها و رفتارها از ناحیه افراد گوناگون، افسردگی آنان را موجب می‌گردد. در احادیث، با توجه به این عامل، توصیه‌های فراوانی بر اجتناب از این نوع نگاه‌ها و رفتارها شده است. در همین زمینه امام رضا علیه‌السلام می‌فرماید: «عقل شخص مسلمان تمام نیست مگر اینکه ده خصلت را دارا باشد: ۱. از او امید خیر باشد. ۲. از بدی او در امان باشد. ۳. خیر اندک دیگری را بسیار شمارد. ۴. خیر بسیار خود را اندک شمارد. ۵. هر چه حاجت از او خواهند دلتنگ نشود. ۶. در عمر خود از دانش طلبی خسته نشود. ۷. فقر در راه خدایش از توانگری محبوب‌تر باشد. ۸. خواری در راه خدایش از عزت با دشمنانش محبوب‌تر باشد. ۹. گمنامی را از پرنامی خواهان‌تر باشد. ۱۰. احدی را ننگرد جز اینکه بگوید او از من بهتر و پرهیزکارتر است» (ابن شعبه حرانی، ۱۳۶۳، ص ۴۴۳).

این حدیث نورانی با پیوندی ظریف و استوار، میان یک آسیب‌شناسی روانشناختی-اجتماعی و یک نظام اخلاقی دینی پل می‌زند. در نگاه اول، این استدلال مطرح می‌شود که نگاه ترحم‌آمیز، علی‌رغم نیت خیر ممکن، در عمل به عنوان یک عامل آسیب‌زا عمل می‌کند و عزت نفس فرد را خدشه‌دار ساخته و به جای تسکین، بر بار اندوه و افسردگی او می‌افزاید. این مشاهده، که در روانشناسی مدرن نیز تحت مفاهیمی چون «استیگما» (انگ زنی) و «قربانی‌سازی ثانویه» مورد تأیید قرار گرفته است، نشان می‌دهد که احادیث، در کی پیشرفته

و ظریف از پویایی‌های روابط انسانی دارند. این مسئله، نشانگر یک معضل معرفت‌شناختی است. نگاه ترحم‌آمیز، از یک موضع بالا به پایین نشأت می‌گیرد؛ نگاهی که در آن ناظر، خود را سالم، کامل و در موضع برتر می‌پندارد و دیگری را به عنوان موضوعی برای شفقت و دلسوزی تعریف می‌کند. این رابطه، ذاتاً غیرمستقرن و تحقیرآمیز است و کرامت ذاتی فرد مقابل را انکار می‌کند. در نتیجه، می‌توان استدلال کرد که توصیه‌های اخلاقی در احادیث، ابزاری برای بازسازی بینش است.

۷. پیشگیری و درمان افسردگی در سیره رضوی

۷-۱. شناخت خود

همان‌گونه که در مباحث پیشین اشاره گردید اولین قدم درمانگر، کمک نمودن به مراجع برای آگاهی و شناخت خود است. در این زمینه امام رضا علیه‌السلام می‌فرمایند: «أَفْضَلُ الْعَقْلِ مَعْرِفَةُ الْإِنْسَانِ نَفْسَهُ وَ الْمُؤْمِنِ إِذَا غَضِبَ لَمْ يُخْرِجْهُ غَضَبُهُ عَنِ حَقِّ وَ إِذَا رَضِيَ لَمْ يَدْخُلْهُ رِضَاهُ فِي بَاطِلٍ وَ إِذَا قَدَرَ لَمْ يَأْخُذْ أَكْثَرَ مِنْ حَقِّهِ؛ بهترین عقل شناختن نفس خویش است. مؤمن وقتی خشمگین شود خشم او را از حق خارج نمی‌کند و وقتی خشنود باشد خشنودی او را به باطل نمی‌کشاند و وقتی قدرت پیدا کرد بیشتر از حق خود نمی‌گیرد» (شامی، ۱۴۲۰، ص ۶۹۱). این تأکید بیانگر یک اصل روش‌شناختی در هر فرآیند درمانی-اعم از روانشناختی و معنوی- است. حدیث شریف، خودشناسی را به عنوان کارکرد عالی‌ترین سطح عقل معرفی می‌کند و خودشناسی را از حاشیه به متن کانونی حیات عقلانی انسان منتقل می‌سازد و آن را پیش‌نیاز هرگونه اصلاح رفتاری و روانی قلمداد می‌کند. انسانی که از سازوکارهای درونی خود از جمله محرک‌های خشم، منابع رضایت، و حدود حق و باطل در تمایلاتش آگاهی ندارد، همانند راننده‌ای است که با وسیله نقلیه پیچیده‌ای حرکت می‌کند اما از عملکرد پدال‌ها، فرمان و دنده آن بی‌اطلاع است. چنین فردی به طور اجتناب‌ناپذیری، یا در دام خشم گرفتار می‌آید و از مسیر حق خارج می‌شود، یا تحت تأثیر رضایت و شادی‌های زودگذر، به وادی باطل کشانده می‌شود و یا در مواجهه با قدرت که می‌تواند همان قدرت مالی، اجتماعی یا حتی نفسانی باشد مرزهای حق را درنوردیده و به تجاوز می‌پردازد.

۲-۷. صبر و شکیبایی

با بررسی زندگی پربرکت امام رضا علیه السلام مشاهده می شود که ایشان همچون دیگر ائمه معصومین علیهم السلام نمونه کاملی از صفت معنوی صبر و بردباری بودند. یکی از موقعیت های دشواری که ایشان با آن روبه رو شدند، زمانی بود که مأمون، آن بزرگوار را به خراسان دعوت کرد. حضرت برای وداع خانه خدا به مکه رفتند. لحظه جدایی آن حضرت از فرزند بزرگوارشان حضرت جواد علیه السلام رسیده بود اما ایشان با دلی استوار و مطمئن به قضا و قدر الهی، هجرت را انتخاب کردند. امام رضا علیه السلام صبر و شکیبایی را از ارکان ایمان دانسته و در این خصوص می فرمایند: «لَا يَسْتَكْمِلُ عَبْدٌ حَقِيقَةَ الْإِيمَانِ حَتَّى تَكُونَ فِيهِ خِصَالٌ ثَلَاثٌ: التَّفَقُّهُ فِي الدِّينِ، وَ حُسْنُ التَّقْدِيرِ فِي الْمَعِيشَةِ وَالصَّبْرُ عَلَى الرِّزَايَا؛ هیچ بنده ای به کمال حقیقی ایمان نمی رسد، تا اینکه این سه خصلت در او باشد: دین شناسی. اندازه و برنامه ریزی در زندگی. شکیبایی بر سختیها و ناملايمات» (مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج ۷۵، ص ۳۵۲؛ ابن شعبه حرانی، ۱۳۶۳، ص ۴۴۲). همچنین تأکید می فرمایند که «بردباری، دانش و خاموشی، از نشانه های فهم است. خاموشی، دری از درهای حکمت است» (کلینی، ۱۴۲۹ق، ج ۲، ص ۱۳) از سوی دیگر می فرمایند: «لَادِينٍ لِمَنْ لَا وِرْعَ لَهُ؛ کسی که پارسایی ندارد، دین ندارد» (ابن بابویه، ۱۳۸۷، ج ۱، ص ۲۱۵).

سیره و سخن امام رضا علیه السلام، یک نظام یکپارچه مراقبت از سلامت روان ارائه می دهد که در آن، باورهای عمیق (تفقه)، مهارت های مدیریتی (حسن تقدیر)، تمرین های تاب آوری (صبر) و انضباط اخلاقی روزمره (ورع) در هم تنیده شده اند تا انسانی را بسازند که نه تنها در برابر افسردگی و یأس مصون می ماند، بلکه از دل سخت ترین رزایا، به سطوح بالاتری از کمال انسانی و ایمانی دست می یابد. آن حضرت، صبر را از بهترین ویژگی بندگان خدا، ذکر کرده اند و این همان مدلی است که درمانگر تلاش می نماید پس از بروز افسردگی در مراجع ایجاد نموده و تحمل درماندگی و ناکامی را تقویت نماید.

۳-۷. پناه بردن به خدا

از حضرت رضا علیه السلام نقل شده است که فرمودند خدای متعال می فرماید: «وَعَزَّتِي وَ جَلَالِي وَ اِرْتَفَاعِي فِي عُلُوِّي لَا يُؤْتِرُّ عَبْدٌ هَوَايَ عَلَيَّ هَوَاهُ إِلَّا جَعَلْتُ غَنَاهُ فِي قَلْبِهِ وَ هَمَّهُ فِي آخِرَتِهِ وَ كَفَّفْتُ عَلَيْهِ ضِعْفَتَهُ وَ ضَمَنْتُ السَّمَاوَاتِ وَ الْأَرْضَ رِزْقَهُ وَ كُنْتُ لَهُ مِنْ وَرَاءِ حَاجَتِهِ وَ

أَتَتْهُ الدُّنْيَا وَ هِيَ رَاغِمَةٌ؛ قسم به عزت و جلالم و بلندی مقامم! بنده‌ای خواسته مرا بر خواسته خویش ترجیح نمی‌دهد، مگر اینکه بی‌نیازی‌اش را در قلبش و همتش را در آخرتش قرار دهم، تنگدستی او را کفایت کنم و آسمان‌ها و زمین را ضامن رزق او کنم و خود برای تأمین حاجت او هستم و دنیا در کمال نرمی به‌سوی او خواهد آمد.» (ابن بابویه، ۱۳۷۸، ج ۲، ص ۳۲). همچنین امام رضا علیه‌السلام از قول امام کاظم علیه‌السلام می‌فرمایند: «مَنْ اغْتَمَّ كَانَ لِلْغَمِّ أَهْلًا فَيَبْغِي لِلْمُؤْمِنِ أَنْ يَكُونَ بِاللَّهِ وَ بِمَا صَنَعَ رَاضِيًا؛ کسی که غمگین گردد، اهل غم خواهد شد، پس سزاوار است که مؤمن به خداوند (حکیم) و بر آنچه که انجام می‌دهد راضی باشد» (ابن همام اسکافی، ۱۴۰۴، ص ۵۹؛ مجلسی، ۱۴۰۳، ج ۶۸، ص ۱۵۲)

این بیان، نوعی هشدار روانشناختی است که اندوه، تنها یک حالت گذرا نیست، بلکه اگر در آن سکنی گزینیم، به یک ویژگی شخصیتی و هویت تبدیل می‌شود. انسان اهل غم می‌شود، یعنی غمگینی به خانه دائمی روح او تبدیل می‌گردد. این، توصیفی دقیق از فرآیند تثبیت افسردگی است. نسخه درمانی که امام علیه‌السلام بلافاصله پس از این هشدار ارائه می‌دهند، همان رضایت است: «راضی بودن به خدا و به آنچه او می‌کند». این یک انتخاب فعال است برای بیرون آمدن از خانه غم و سکونت در خانه رضا که در حدیث قدسی، همان خانه‌ای است که غنا در قلب و کفایت ضایع در آن قرار دارد. این چارچوب، نشان می‌دهد که مثبت‌اندیشی در نگاه دینی، یک تکنیک انگیزشی سطحی نیست، بلکه برآمده از یک بازسازی عمیق در نظام ارزشی-شناختی فرد و نتیجه یک معامله بزرگ و جودی با پروردگار است. این نگاه، فرد را از قربانی منفعل شرایط، به عامل فعالی تبدیل می‌کند که سرنوشت روانی خویش را-از طریق انتخاب آگاهانه اطاعت از خدا-به دست می‌گیرد و در برابر توفان‌های زندگی، به قلعه امن غنای قلبی پناه می‌برد.

۴-۷. استغفار زیاد و تقید به ذکرهای مخصوص

ذکر و دعا در دین مبین اسلام دارای اهمیت خاصی بوده و به آن بسیار سفارش شده است. امام رضا علیه‌السلام مانند دیگر ائمه معصومین علیهم‌السلام به این امر توجهی خاص داشتند و به شیعیان سفارش می‌کردند. روشن است که استغفار تنها ذکر زبانی نیست، بلکه نوعی توجه به خدا و یاد اوست که با این توجه و یاد، دل آرام می‌گیرد. اما در مورد اذکار، هر ذکری از آن جهت که یاد خداست باعث آرامش دل می‌شود. اما ذکرهای مخصوصی در

روایات آمده است که خواص مخصوصی دارند. امام رضا علیه السلام بهترین دعا را صلوات بر محمد و آل محمد دانسته‌اند. همچنین با اسناد از امام رضا علیه السلام روایت شده که فرمودند: «در کاری دغدغه و ناراحتی داشتم، پدر بزرگوارم امام کاظم علیه السلام فرمودند: پسر عزیزم خدا را بخوان و ذکر یا رُوُوفُ یا رَحِيمُ را زیاد بگو» (موحد ابطحی، ۱۳۹۱، ص ۲۷۰).

ذکرهای زیادی برای کاهش درد و اضطراب و افسردگی وجود دارد اما دو ذکر اختصاصی برای این دو امر است؛ ذکر اختصاصی کاهش اضطراب «حَسْبُنَا اللَّهُ وَ نِعْمَ الْوَكِيلُ» و ذکر اختصاصی کاهش فشار عصبی که ذکر یونسیه «لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ سُبْحَانَكَ إِنِّي كُنْتُ مِنَ الظَّالِمِينَ» است. همچنین پیامبر خدا صلی الله علیه و آله می‌فرمایند: «لَا حَوْلَ وَ لَا قُوَّةَ إِلَّا بِاللَّهِ نُوذُ وَ نَهْ دَرْدَ رَا شَفَا مِی دَهْدَ کِه سَادَه تَرِیْنِ آنْهَآ اَنْدَوَه اَسْت» (حمیری، ۱۴۱۳، ۷۶) درمانگر جهت درمان افسردگی نیازمند ارائه مدل‌های جدیدی برای ایجاد انگیزه، آرامش قلبی، امید به آینده و راهکاری برای افزایش انرژی فرد است. دعا و اذکار راهکار و ابزار موثر سیره رضوی برای این موضوع است. البته هنر درمانگر پیدا کردن روشی برای مرتبط کردن مراجع با این مدل است.

۵-۷. توجه به نسبی بودن شادی و غم در دنیا

باید توجه کرد که در دنیا شادی و غم مطلق نیست؛ لذا هر چه در عالم دنیاست در مرز نابودی است. دل‌بستگی و محبت به چیزی که آخر آن فنا و زوال است، خلاف مقتضای عقل و دانش و مخالف طریقت آگاهی و بینش است. امام رضا علیه السلام به مسئله شادی و تفریحات سالم اشاره کرده و می‌فرمایند که «اجعلوا لأنفسكم حظًا من الدنيا، باعطائها ماتشتهي من الحلال و ما لم ينل المرؤة و لا سرف فيه، و استعینوا بذلك علی أمور الدین؛ برای خودتان بهره‌ای از دنیا قرار دهید، به اینکه خواسته‌های دل را از حلال به آن بدهید، تاحدی که مروّت را از بین نبرد و اسراف در آن نباشد، و بدین وسیله، بر کارهای دین، کمک بجوید» (علی بن موسی، ۱۴۰۶ق، ۳۳۷). آنچه از کلام آن بزرگوار برداشت می‌شود این است که آسایش و راحتی مطلق در این دنیا وجود ندارد.

این تحلیل با عبور از دوگانگی‌های ساده‌انگارانه (مانند رد مطلق دنیا یا پذیرش بی‌قید آن)، یک راهبرد تعادلی را معرفی می‌کند که هم به فطرت زمینی انسان احترام می‌گذارد و هم

او را به سوی آرمان‌های متعالی رهنمون می‌سازد. نکته کلیدی در اینجا، تشخیص مرز نابودی به عنوان ویژگی ذاتی دنیاست. این بینش، نه برای ایجاد ترس یا فرار از زندگی، بلکه برای آزادسازی روان از دلبستگی‌های بیمارگونه و ایجاد یک رابطه سالم و غیروابسته با مواهب دنیوی است. تمایز بین لذت به عنوان یک تجربه زیستی-روانی و دلبستگی به عنوان یک وضعیت وجودی ناسالم. آنچه موجب رنج می‌شود، خود لذت نیست، بلکه وابستگی روانی به منبع لذت و توهم ماندگاری آن است. کلام امام رضا علیه‌السلام با درک این تمایز، به جای سرکوب غرایز، به مدیریت خردمندانه آنها می‌پردازد. فرمان ایشان برای قرار دادن حظی از دنیا، یک «روان‌درمانی پیشگیرانه» است. این رویکرد، مانع از تبدیل شدن ریاضت‌های افراطی به عاملی برای سرکوب روان و ایجاد عقده‌های درونی می‌شود که در نهایت می‌تواند به بحران‌های شدیدتر بینجامد.

تطبیق راهکارهای درمانی سیره رضوی با تکنیک‌های شناختی-رفتاری		
توضیح	معادل در سیره رضوی	تکنیک CBT
در سیره رضوی تأکید بر تفکر در آیات الهی و خودشناسی به عنوان عبادت است که مشابه‌سازی در افکار در CBT است.	تفکر و تعقل «الْعِبَادَةُ التَّفَكُّرُ فِي أَمْرِ اللَّهِ»	بازسازی شناختی
تشویق به فعالیت‌های مفید و مشروع در زندگی که مشابه افزایش سطح فعالیت و انگیزه در CBT است.	عمل صالح و برنامه‌ریزی برای دنیا و آخرت «اجْعَلُوا لَأَنْفُسِكُمْ حِظًّا مِنَ الدُّنْيَا»	فعال‌سازی رفتاری
استفاده از اذکار برای آرامش روان و جایگزینی افکار مثبت به جای منفی.	ذکر و دعا «لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ سُبْحَانَكَ»	مقابله با افکار منفی
پذیرش شرایط و توکل بر خدا که مشابه مفهوم پذیرش در روانشناسی مثبت‌نگر است.	رضایت به قضای الهی «رَضِيَ بِالْقَلِيلِ مِنَ الرِّزْقِ»	پذیرش و تعهد
شناخت نقاط قوت و ضعف خود که در CBT نیز به عنوان گام اول درمان مطرح است.	معرفت نفس «أَفْضَلُ الْعَقْلِ مَعْرِفَةُ الْإِنْسَانِ نَفْسَهُ»	خودمشاهده‌گری

جدول ۲: تطبیق راهکارهای درمانی سیره رضوی با تکنیک‌های شناختی-رفتاری

۸. نتیجه‌گیری

همان‌گونه که ملاحظه شد برخی راهکارهای شناختی-رفتاری در درمان افسردگی مانند واریسی افکار و اعتقادات خود، جداسازی افکار درست و نادرست، اجتناب از پرداختن به افکار غیرمنطقی که تقریباً یک قرن پیش توسط روان‌شناسان غربی مطرح شده، در ۱۴۰۰ سال قبل توسط منابع اسلامی به‌ویژه ائمه اطهار و از جمله سیره رضوی مورد توجه و تأکید بوده است. البته مشخص است مدل شناختی-رفتاری بیشتر به دنبال درمان افسردگی است اما در سیره رضوی علاوه بر ارائه مدل درمانی به پیشگیری از افسردگی نیز تأکید فراوانی شده است.

از منظر منابع اسلامی تأثیر تفکر و شناخت صحیح واقعیت (خود، خدا و جهان پیرامون) بر سلامت رفتار و شخصیت افراد امری کاملاً مشهود می‌باشد. در بسیاری از آیات و روایات و احادیث دلیل بسیاری از رفتارهای نابهنجار به عدم تعقل و تفکر نادرست نسبت داده شده است و از طرفی دیگر برای رسیدن به سلامت روانی به تفکر و تعقل و ادراک صحیح از واقعیت‌ها (در مورد خود، خدا و جهان پیرامون) امر شده است. در اندیشه امام رضا علیه‌السلام بر نقش شناخت‌های غلط، تمایلات افراطی، وابستگی به مظاهر دنیوی، عدم‌پذیرش واقعیت‌ها و تنیدگی‌های بیرونی و یا خودساخته تأکید بیشتری می‌شود و یکی از مهم‌ترین عوامل سقوط انسانیت، دوری از عقلانیت و گرفتار شدن به خرافات و کج‌فهمی‌هاست. از همین رو یکی از بهترین الگوها در اصلاح سبک زندگی محسوب می‌شود.

با توجه به اینکه در اختلال افسردگی، شناخت فرد نسبت به خود، خدا و جهان پیرامون ضعیف و دچار تحریف می‌شود، سیره رضوی کمک می‌نماید شناخت و ادراک صحیح از واقعیت‌ها باعث ایجاد انگیزه و فعال‌سازی رفتاری شده و از تحریف‌های شناختی و افکار منفی جلوگیری گردد. همچنین بر اساس رویکردهای روان‌شناسی و مخصوصاً در مدل شناختی-رفتاری اشخاصی که به اختلال افسردگی مبتلا می‌باشند دچار خطاهای فکری یا شناختی هستند و این خطاها در ایجاد افکار خودکار منفی که موجب تداوم اختلال افسردگی می‌گردند نقش مهمی دارند. در متن حاضر روایات مختلفی به‌صورت نمونه ارائه گردید که در سیره رضوی و تعالیم دینی فرد از کج‌فهمی، سوءظن و نظایر آنها منع شده است.

در روش شناختی-رفتاری به فرد کمک می‌شود تا سیکل‌های معیوب را بشکند و به سراغ حل مسئله از راه روش‌های سالم و مفید برود و نگرش و دید خود را نسبت به وقایع تغییر دهد و در نتیجه به نحوه موثرتری با اتفاقات برخورد کند تا زندگی سالم‌تری داشته باشد. بر پایه آموزه‌های رضوی و اسلامی مسئله شناخت صحیح از واقعیات و اصلاح افکار منفی بسیار مورد تأکید است. از این رو در این مقاله سعی شد به بررسی سطوح مختلف روایات معتبر و احادیث مرتبط با رویکرد شناختی-رفتاری به‌ویژه در روایات و سیره رضوی پرداخته و ضمن تطابق عوامل ریشه‌ای افسردگی به مقایسه این یافته‌ها با یکی از مهم‌ترین رویکردهای درمانی علم روان‌شناسی معاصر با عنوان رویکرد شناختی-رفتاری پردازیم.

منابع و مآخذ

- قرآن کریم، (۱۳۸۹ش)، ترجمه مکارم شیرازی، ناصر، قم، علی ابن ابی طالب علیه السلام.
- نهج البلاغه، (۱۳۹۱ش)، شریف الرضی، محمد بن حسین، مترجم: محمد دشتی، قم، مؤسسه تحقیقاتی امیرالمؤمنین علیه السلام.
- ابن بابویه، محمد بن علی، (۱۳۸۷ق)، **عیون أخبار الرضا علیه السلام**، تهران، جهان.
- ابن شعبه حرانی، حسن بن علی، (۱۳۶۳ق)، **تحف العقول**، قم، جامعه مدرسین.
- ابن همام اسکافی، محمد بن همام بن سهیل، (۱۴۰۴ق)، **التمحیص**، قم، مدرسه الإمام المهدی عجل الله تعالی فرجه الشریف.
- انجمن روانپزشکی آمریکا، (۲۰۱۳م)، **راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم**، تهران، روان.
- آذربایجانی، مسعود، (۱۳۸۶ش)، **روان شناسی دین از دیدگاه ویلیام جیمز**، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- برنز، دیوید، (۱۳۹۳ش)، **از حال بد به حال خوب**، ترجمه مهدی قراچه داغی، تهران، آسیم.
- بک، آرون تی، (۱۳۹۰ش)، **شناخت درمانی و مشکلات روانی**، ترجمه مهدی قراچه داغی، درس، تهران.
- تیمی آمدی، عبد الواحد بن محمد، (۱۴۱۰ق)، **غور الحکم و درر الکلم**، قم، دار الكتاب الإسلامی.
- حر عاملی، محمد بن حسن، (۱۴۰۹ق)، **وسائل الشیعه**، قم، مؤسسه آل البيت علیهم السلام.
- حلی، رضی الدین علی بن یوسف، (۱۳۶۶ش)، **العدد القویه لدفع المخاوف الیومیه**، قم، کتابخانه عمومی حضرت آیت الله العظمی مرعشی نجفی (ره).
- حمیری، عبد الله بن جعفر، (۱۴۱۳ق)، **قرب الإسناد**، قم، مؤسسه آل البيت علیهم السلام.
- دیلمی، حسن بن محمد، (۱۴۰۸ق)، **أعلام الدین فی صفات المؤمنین**، قم، مؤسسه آل البيت علیهم السلام.
- رافت نیا، مسعود و آل یاسین، سیدعلی، (۱۳۹۵ش)، **بررسی اختلال افسردگی با استفاده از متون اسلامی**، تهران، ششمین کنفرانس بین المللی روان شناسی و علوم اجتماعی.
- رشید، زهرا و رشید، مصطفی، (۱۴۰۰ش)، **بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم اختصاصی افسردگی اساسی، رفتارهای پرخطر، تنظیم هیجان و اضطراب افراد وابسته به متادون**. فصلنامه ایده های نوین روانشناسی. ۹ (۱۳)، ۱-۱۲.
- شامی، یوسف بن حاتم، (۱۴۲۰ق)، **الدر النظیم فی مناقب الأئمة اللهایم**، قم، مؤسسه النشر الإسلامی التابعه لجماعة المدرسین.
- طبرسی، علی بن حسن (۱۳۸۵ق)، **مشکاة الأنوار فی غرر الأخبار**، نجف، المكتبة الحیدریه.
- عطاردی قوچانی، عزیز الله، (۱۴۱۳ق)، **مسند الإمام الرضا ابی الحسن علی ابن موسی علیهما السلام**، بیروت، دار الصفوه.
- علی بن موسی، امام هشتم علیه السلام، (۱۴۰۶ق)، **الفقه المنسوب إلى الإمام الرضا علیه السلام**، مشهد، مؤسسه آل البيت علیهم السلام.

عماد، یاسمن، (۱۳۸۹)، **روان درمانی اسلامی افسردگی**، یاسوج، همایش منطقه ای سلامت پژوهی در قرآن کریم.

فضیحی، رویا و همکاران، (۱۳۹۷ش)، **مقایسه اثر درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باورهای غیرمنطقی دانشجویان**. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان. ۲۰ (۴): ۶۱-۶۸. فقیهی، علی نقی و همکاران. (۱۳۸۶ش). **مقایسه الگوی چند وجهی اسلامی با مدل شناختی بک در درمان افسردگی**، مطالعات اسلام و روانشناسی، ۱(۱)، ۸۶-۶۹.

فیض کاشانی، محمد محسن بن شاه مرتضی، (۱۴۰۶ق)، **الوافی**، اصفهان، کتابخانه امام أمير المؤمنين علی علیه السلام.

کری، جرالده، (۲۰۱۳م)، **نظریه و کاربرست مشاوره و روان درمانی**، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، ارسباران.

کلینی، محمد بن یعقوب، (۱۳۸۸ش)، **اصول کافی**، مترجم: سعید راشدی و همکاران، تهران، اجود. کلینی، محمد بن یعقوب (۱۴۲۹ق) **کافی**، قم، دار الحدیث.

گنجی، مهدی (۱۳۹۳ش)، **آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-۵**، تهران، ساوالان.

مجلسی، محمد باقر (۱۴۰۳ق) **بحار الأنوار**، بیروت، دار إحياء التراث العربی.

موحد ابطحی، سید محمد باقر، (۱۳۹۱ش)، **صحیفه رضویه جامعه**، مشهد، امید مهر.

موسی رضایی، امیر و همکاران، (۱۳۹۱ش)، **بررسی ارتباط جهت گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان**. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰(۶)، ۵۰۹-۵۱۹.

هاوتون، کرک و سالکوس کیس، کلارک (۱۳۹۳ش). **رفتاردرمانی شناختی** (راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی)، ترجمه حبیب الله قاسم زاده، تهران، ارجمند.

References

- Holy Quran. (2010). Translation by Nasser Makarem Shirazi. Qom: Ali Ibn Abi Talib (A.S.) Publications.
- Nahj al-Balagha, (2012), Compiler: Al-Sharif al-Radi, Muhammad ibn al-Husayn, Translator: Mohammad Dashti, Qom, Imam Ali (A.S.) Research Institute.
- Al-Daylami, Hasan ibn Muhammad. (1988). A'lam al-Din fi Sifat al-Mu'minin. Qom: Mu'assasat Al al-Bayt (A.S.).
- Al-Fayd al-Kashani, Muhammad Muhsin ibn Shah Murtada. (1986). Al-Wafi. Isfahan: Maktabat Amir al-Mu'minin Ali (A.S.).
- Al-Hilli, Razi al-Din Ali ibn Yusuf. (1987). Al-'Adad al-Qawiyah li Daf' al-Makawif al-Yawmiyyah. Qom: The Public Library of Ayatollah al-Uzma Mar'ashi Najafi (R.A.).
- Al-Himyari, Abd Allah ibn Ja'far. (1993). Qurb al-Isnad. Qom: Mu'assasat Al al-Bayt (A.S.).
- Al-Hurr al-Amili, Muhammad ibn al-Hasan. (1989). Wasa'il al-Shi'a. Qom: Mu'assasat Al al-Bayt (A.S.).
- Ali ibn Musa, The Eighth Imam (A.S.). (1986). Al-Fiqh al-Mansub ila al-Imam al-Rida (A.S.). Mashhad: Mu'assasat Al al-Bayt (A.S.).
- Al-Kulayni, Muhammad ibn Ya'qub. (2008). Al-Kafi. Qom: Dar al-Hadith.
- Al-Kulayni, Muhammad ibn Ya'qub. (2008). Usul al-Kafi. Translated by Saeed Rashti et al. Tehran: Ajwad.
- Al-Majlisi, Muhammad Baqir. (1983). Bihar al-Anwar. Beirut: Dar Ihya' al-Turath al-'Arabi.
- Al-Shami, Yusuf ibn Hatim. (2000). Al-Durr al-Nazim fi Manaqib al-A'immah al-Lahamim. Qom: Mu'assasat al-Nashr al-Islami.
- Al-Tabarsi, Ali ibn al-Hasan. (1966). Mishkat al-Anwar fi Ghurar al-Akhbar. Najaf: Al-Maktabah al-Haydariyyah.
- Al-Tamimi al-Amadi, Abd al-Wahid ibn Muhammad. (1990). Ghurar al-Hikam wa Durar al-Kalim. Qom: Dar al-Kitab al-Islami.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Tehran: Ravan. (Persian translation)
- Attardi Quchani, Aziz Allah. (1993). Musnad al-Imam al-Rida Abi al-Hasan Ali ibn Musa (A.S.). Beirut: Dar al-Safwah.
- Azarbayjani, Masoud. (2007). Psychology of Religion from William James's Perspective. Qom: Research Institute of Hawzeh and University.
- Beck, Aaron T. (2011). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. Translated by Mehdi Gharachedaghi. Tehran: Darsa.

- Burns, David D. (2014). *Feeling Good: The New Mood Therapy*. Translated by Mehdi Gharachedaghi. Tehran: Asim.
- Corey, Gerald. (2013). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. Translated by Yahya Seyyed Mohammadi. Tehran: Arasbaran.
- Emad, Yasmin. (2010). *Islamic Psychotherapy for Depression*. Yasuj: Regional Conference on Health Research in the Holy Quran.
- Faghihi, Ali-Naghi, et al. (2007). Comparison of the Islamic Multidimensional Model with Beck's Cognitive Model in the Treatment of Depression. *Islamic and Psychology Studies*, 1(1), 69-86.
- Faseehi, Roya, et al. (2018). Comparing the Effect of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Students' Irrational Beliefs. *Scientific Journal of Golestan University of Medical Sciences*, 20(4), 61-68.
- Ganji, Mehdi. (2014). *Psychopathology Based on DSM-5*. Tehran: Savalan.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (2014). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Translated by Habibollah Ghasemzadeh. Tehran: Arjmand.
- Ibn Babawayh, Muhammad ibn Ali. (1967). *'Uyun Akhbar al-Rida (A.S.)*. Tehran: Jahan.
- Ibn Hammad al-Iskaafi, Muhammad ibn Hammad ibn Sahl. (1984). *Al-Tamhis*. Qom: Madrasat al-Imam al-Mahdi (A.J.).
- Ibn Shu'bah al-Harrani, Hasan ibn Ali. (1984). *Tuhaf al-'Uqul*. Qom: Jami'ah al-Mudarrisin.
- Moosa Rezaei, Amir, et al. (2012). The Relationship between Religious Orientation and Anxiety and Depression among Students of Isfahan University of Medical Sciences. *Journal of Behavioral Science Research*, 10(6), 509-519.
- Muwahhid Abtahi, Sayyid Muhammad Baqir. (2012). *Al-Sahifah al-Radawiyah al-Jami'ah*. Mashhad: Omid Mehr.
- Raft Nia, Masoud & Al Yasin, Seyed Ali. (2016). *Investigating Depressive Disorder Using Islamic Texts*. Tehran: Sixth International Conference on Psychology and Social Sciences.
- Rashid, Zahra & Rashid, Mostafa. (2021). The Effectiveness of Transdiagnostic Unified Protocol on Specific Symptoms of Major Depression, High-Risk Behaviors, Emotion Regulation, and Anxiety in Methadone-Dependent Individuals. *Journal of New Ideas in Psychology*, 9(13), 1-12.