

# The Effectiveness of Quranic Therapeutic Intervention for Depression: A Case Study

## ARTICLE INFO

**Article Type**  
*Analytical Review*

### **Authors**

Fatemeh Fayyaz<sup>1</sup>  
Maryam Solgi<sup>2\*</sup>  
Zohre Sadat Nabavi<sup>3</sup>

## ABSTRACT

Depression is one of the most prevalent disorders which has devoted many theoretical and therapeutic models in psychology literature to itself. Each kind of these therapeutic methods has been proposed based on a specific theoretical approach of disorder etiology and some normalized criteria. Nowadays, religious psychology allocates its research to the subjects in every religion appertining to behaviour and mental process of a normal person. Explaining therapeutic models for various disorders based on Islamic approach can lead to more efficacy and less relapse in Iranian population. The goal of this study was to assess the effectiveness of Quranic intervention for major depression. This research was based on the single case experimental plan with a multiple baselines design. Two scales of depression were used in this research; the first was Diagnostic Depression Inventory based on Quran and the second was 21-items Beck Depression Inventory (BDI-II) which were conducted before and after the intervention and also after 3 months in the follow up stage. The results of this study on a depressed person showed that this Quranic therapy can reduce the causes and symptoms of depression in both scales. The results of follow-up also showed the positive changes continued in 3 months after the intervention finished. The results proved the effectiveness of the Quranic package for humility depression and also for clinical depression. The interventions which emphasize on the necessity of removing the causes of disorders have more stable effects than the ones which are concentrated on the symptoms of disorders. The brevity, specificity and the effectivity are the strengths of this Quranic package for depression and differentiate it from other kinds of psychotherapies.

### **How to cite this article**

Maryam Solgi, PhD, Women Research Center, Alzahra University, Tehran, The Effectiveness of Quranic Therapeutic Intervention for Depression: A Case Study, ISSN: 2251-6166: Journal of Quran and medicine, 2020:5(2): 11-19

**Keywords:** Clinical Depression, Humility Depression, Quranic Therapeutic Package, Intervention, Effectiveness.

<sup>1</sup> PhD, Women Research Center, Alzahra University, Tehran, Iran

<sup>2</sup> PhD, Women Research Center, Alzahra University, Tehran, Iran,

<sup>3</sup> PhD, Islamic Education Department, Theology Faculty, Payame Noor University, Tehran, Iran

### **Article History**

Received: 2019/09/16

Accepted: 2020/07/16

## اثربخشی مداخله درمانی قرآنی برای افسردگی؛ یک مطالعه موردی

فاطمه فیاض

پژوهشکده زنان، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

مریم سلگی\*

پژوهشکده زنان، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

زهره سادات نبوی

دانشکده الهیات، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

### چکیده

افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که مدل‌های نظری و درمانی متعددی را در ادبیات روانشناسی به خود اختصاص داده است. هر یک از این روش‌های درمانی، بر اساس رویکرد نظری ویژه‌ای از سبب‌شناسی اختلال و معیارهای بهنجاری پیشنهاد شده‌اند. امروزه مطالعات روانشناسی دینی، به اختصاصات ویژه هر دین در موضوع رفتار و فرایندهای روانی انسان بهنجار می‌پردازد. تدوین مدل‌های درمانی برای انواع اختلالات بر اساس رویکرد اسلامی می‌تواند زمینه‌ساز اثربخشی بیشتر و کاهش عود در جامعه ایرانی باشد. هدف مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی مداخله درمانی مبتنی بر قرآن برای اختلال افسردگی اساسی بود. این پژوهش، بر مبنای طرح مطالعه تجربی تک موردی با استفاده از خطوط پایه چندگانه انجام شده است. دو مقیاس سنجش افسردگی شامل مقیاس تشخیصی افسردگی مبتنی بر قرآن و مقیاس افسردگی بک (BDI)، ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه بودند که پیش از مداخله، پس از مداخله و در بازه سه‌ماهه پیگیری بر روی آزمودنی اجرا شدند. نتایج این مطالعه بر روی یک بیمار افسرده نشان داد، بسته درمانی مبتنی بر قرآن می‌تواند موجب کاهش قابل‌توجه علل و نشانه‌های اختلال افسردگی در هردو مقیاس شود. این بسته درمانی همچنین توانست اثرات مثبت درمان را حداقل تا سه ماه پس از اتمام مداخله حفظ کند. نتایج، اثربخشی این بسته قرآنی را بر افسردگی ناشی از حقارت و نیز بر افسردگی بالینی اثبات می‌کند. مداخلاتی که بر لزوم رفع ریشه‌های علی اختلال تأکید می‌کنند، دارای اثرات پایدارتری نسبت به دیگر مداخلات متمرکز بر نشانه‌ها هستند. کوتاه‌مدت بودن، اختصاصی بودن و اثربخش بودن این بسته درمانی برای اختلال افسردگی از نقاط قوت آن در مقایسه با دیگر مداخلات محسوب می‌شود.

**واژگان کلیدی:** افسردگی بالینی، افسردگی ناشی از حقارت، بسته درمانی قرآنی، مداخله، اثربخشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۹/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۲۶

\* نویسنده مسئول:

### مقدمه

اختلال افسردگی اساسی شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در طول عمر افراد است [۱] و تخمین‌ها نشان می‌دهد که در سطح جهان ۳۵۰ میلیون نفر به این اختلال مبتلا باشند [۲] و بنا بر پژوهش‌های متعدد با نمونه‌های گوناگون، میزان ابتلای زنان به افسردگی تا دو برابر بیشتر از مردان است [۳، ۴]. از سال ۱۹۱۸ تا ۲۰۰۰ بیش از ۲۸۰ مقیاس برای سنجش افسردگی تهیه شده است که از این بین، دو مقیاس افسردگی بک (BDI<sup>۱</sup>) و مقیاس درجه‌بندی

افسردگی همیلتون (HRSD<sup>۲</sup>) بیش از سایر مقیاس‌ها مورد استفاده قرار گرفته‌اند. این دو مقیاس در ۶۳ درصد مطالعات پیامد درمان<sup>۳</sup> به کار رفته‌اند [۵]. پژوهشگران متعددی به فرایند طبقه‌بندی، ارزیابی و درمان افسردگی انتقاد وارد کرده‌اند و کارآیی آن‌ها را ناکافی دانسته‌اند [۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲]. بر اساس پژوهش‌های انجام شده اختلال فقط نیمی از مبتلایان به افسردگی درست تشخیص داده می‌شود [۱۳] و بخش زیادی از آن‌ها بیش از یک تشخیص دریافت می‌کنند [۷]. علاوه بر این، همبندی بالا بین اختلالات روانی یکی از نقص‌های سیستم تشخیص کنونی است؛ برای مثال از ۹ معیار تشخیص اختلال افسردگی اساسی (MDD)، ۳ عامل خستگی، مشکلات خواب و ناتوانی در تمرکز، برای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر نیز به کار می‌روند. پژوهش فریدمن و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۱۳) در تعیین پایایی ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V) نشان داد که پایایی بین ارزیابان برای اختلال افسردگی اساسی بالا نیست (K=۰/۲۸) [۱۴]. تیمیمی (۲۰۱۴) بیان می‌کند "استفاده از تشخیص روان‌پزشکی باعث افزایش انگ زدن می‌شود، کمکی به تصمیمات درمانی نمی‌کند، باعث بدتر شدن پیش‌آگهی مشکلات روانی شده و باورهای فرهنگ غرب پیرامون آشفتگی‌های روانی را به سایر فرهنگ‌ها تحمیل می‌کند." و نتیجه می‌گیرد که "سیستم‌های صوری تشخیص روان‌پزشکی نظیر ICD و DSM باید کنار گذاشته شوند."

این چالش‌ها در حوزه درمان نیز به چشم می‌خورند؛ در زمینه درمان، چه درمان دارویی و چه روان‌درمانی‌های موجود نیز نتوانسته‌اند افسردگی را به‌طور کامل درمان کنند. نتایج حاصله از پژوهش‌های مختلف حاکی از این است که بیشتر از نیمی از کسانی که تحت درمان افسردگی قرار می‌گیرند پس از مدتی دچار بازگشت علائم افسردگی می‌شوند [۱۵، ۱۶]. همچنین بخش عمده اثرگذاری داروهای موجود برای درمان افسردگی ناشی از اثر دارونما است که مقدار آن در پژوهش‌ها به مقادیر مختلفی گزارش شده است [۱۷، ۱۸، ۱۹]. مونکریرف (۲۰۰۸) معتقد است: "علیرغم توافق زیاد مبنی بر اینکه داروهای ضدافسردگی مفید و مخصوص افسردگی هستند، آن‌ها تنها اندکی بهتر از دارونما عمل می‌کنند." به این ترتیب مسئله تشخیص، ارزیابی و درمان افسردگی هم‌چنان با چالش‌هایی روبه‌روست و نظام‌نامه‌های تشخیصی موجود مانند DSM و ICD نتوانسته‌اند میزان منفی‌های کاذب یا مثبت‌های کاذب را در تشخیص به میزان قابل قبولی کاهش دهند. بر این اساس نیاز به تدوین چارچوب‌های جدید تشخیصی و درمانی به‌شدت احساس می‌شود.

- Hamilton Rating Scale for Depression
- Treatment outcome studies
- Major depressive disorder
- Freedman, R., Lewis, D. A., Michels, R., Pine, D. S., Schultz, S. K., Tamminga, C. A
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition

دوره ۵، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۹

### 1. Beck Depression Inventory

فصل‌نامه علمی - پژوهشی قرآن و طب

آمادگی کسب افکار غیرمنطقی هستند، کمتر می‌توانند تکانه‌های خود را کنترل کنند و ضعیف‌تر از دیگران به استرس پاسخ می‌دهند [۲۱]. این ویژگی که از جمله ویژگی‌های عمومی شخصیتی است به صورت آمادگی شخص برای ابتلا به اضطراب، ناپایداری هیجانی و ناپایداری سازگاری تعریف می‌شود [۲۲]. افراد دارای نمرات نوروژگرای بالا اغلب مضطرب، افسرده و دارای احساس گناه هستند. آن‌ها اغلب گوش‌به‌زنگ بوده و تمایل دارند وقایع را تهدیدکننده و استرس‌آور درک کنند [۲۳]؛ به عبارت دیگر، نوروژگرای با افزایش برانگیختگی هیجانی رابطه‌ای قوی دارد [۲۴] و در پژوهش‌های مرتبط با شخصیت و افسردگی، نوروژگرای عامل مهمی در به‌وجود آمدن افسردگی معرفی شده است [۲۵].

بر اساس آیات انتهایی سوره مبارکه فجر عدم شناخت کافی از خداوند، شناختن توانمندی‌ها و نعمت‌ها در زندگی خود، گرایش شدید به مال و مادیات و اصل دانستن آن‌ها در ایجاد عزت و ارزشمندی خود، عدم باور به امتحان بودن نعمت‌ها در دنیا و عدم ذکر خدا عوامل اصلی نوسانات خلقی و تجربه خواری و حقارت معرفی شده است. این عوامل موجب می‌شوند که فرد در شرایط نداری و سختی دچار احساسات شدید خواری، ذلت و حقارت و ناتوانی در عمل گردد. به این ترتیب به هنگامی که نعمتی از او گرفته می‌شود به فکر فعال کردن دیگر توانمندی‌های خود نبوده و احساس حقارت، توهین و بی‌ارزشی شدید می‌کند [۱۸]. بر اساس عوامل علی در ایجاد این نوع افسردگی، بسته درمانی این نوع افسردگی با الهام‌گیری از آیات سوره طراحي و نتایج آن در مطالعه‌ای تک-آزمودنی بررسی شد. به این ترتیب هدف از انجام این پژوهش، ارزیابی میزان اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر قرآن کریم برای اختلال افسردگی ناشی از حقارت بود که با روش مطالعه تک‌آزمودنی انجام شد. همان‌گونه که بیان گردید طرح پژوهش در مطالعه حاضر از نوع طرح تجربی و مطالعه تک-آزمودنی است که با استفاده از خطوط یاب چندگانه نتایج را با رویکردی توصیفی، تحلیل می‌کند. با توجه به جامعه آماری این پژوهش، که افراد دارای افسردگی بالیند، یک نمونه افسرده به صورت در دسترس، با احراز شرایط ورود به پژوهش و پس از مصاحبه اولیه انتخاب شد. بازه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، نداشتن اختلال روان‌پزشکی، همانند با اختلال افسردگی، دارا بودن نشانه‌های اختلال افسردگی اساسی بر اساس مقیاس بک (BDI-II) و رضایت از شرکت در این مداخله به مدت ۵ جلسه از شرایط ورود به این پژوهش بود. آزمودنی خانم مهندس عمرانی، ۲۹ ساله و مجرد، ساکن تهران و شاغل در بک، از شرکت‌های خصوصی بود که به روانشناس بالین، ارجاع داده شده بود. شکایت‌های اولیه او نارضایتی، غمگینی، فقدان لذت، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی و به انگیزگی بود که ملاک‌های DSM-V<sup>4</sup> برای اختلال افسردگی شدید را دارا بود. این علائم موجب اختلال در روابط شغلی و خانوادگی در او شده بود.

مقیاس تشخیص افسردگی مبتنی بر قرآن: بر سشنامه‌ای ۶۵ سؤال است که در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت شش نوع افسردگی مبتنی بر

یکی از منابع مهم و قابل‌انکار در تدوین بنیان‌های نظری و کیفی، متون دینی‌اند که می‌توانند با روش‌های آمیخته مورد سنجش و ارزیابی نیز قرار گیرند. در دین اسلام و در منطق قرآن و وحی، انسان به‌طور فطری خداجو و خدایپرست است. آرامش حقیقی، رضایت، برخورداری از نعمت‌ها و حال خوب (اصلاح بال) تنها در پرتو عبودیت و پرستش پروردگار تحقق می‌یابد و انحراف از آن مسیر که می‌تواند از طریق عوامل متعدد و متنوعی ایجاد شود، به‌طور قطع او را به انواعی از ناخوشی‌ها، سختی‌ها، گرفتگی‌ها و محرومیت‌ها و در نهایت سقوط می‌کشاند (فجر/ ۲۸ - ۳۰، طه/ ۱۲۴، محمد/ ۲، رعد/ ۱۳، عبس/ ۳۸ - ۴۲).

بهرامی احسان و همکاران (۱۳۹۲، ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵)، طبق پژوهش‌های گسترده‌ای، شش مدل افسردگی را بر اساس آیات قرآن کریم مفهوم‌پردازی کرده‌اند. این انواع شامل افسردگی تطفیفی، افسردگی سرشکستگی، افسردگی مقایسه‌ای-انزوایطلبانه، افسردگی ولایت-ستیزی، افسردگی معنوی و افسردگی ناشی از حقارت‌اند که به‌طور خلاصه عوامل اصلی پدیدایی آن‌ها به ترتیب خودجانبداری، عمل بدون پشتوانه‌ی قوی و باورهای مطمئن، گرایش و نزدیکی به افراد توانمند و بی‌ارزش دانستن انسان‌های تلاشگر متواضع، لجاجت و ادعاهای بدون عمل، فقدان ذکر و معنویت و در نهایت دل‌بستگی به داشته‌های دیگران و میل شدید به مال دنیا و در نتیجه نوسان بین حالات خلقی رضایت-نارضایتی معرفی شده‌اند. انواع شش‌گانه افسردگی از سوره‌های مطففین، غاشیه، عبس، محمد<sup>۵</sup>، طه و فجر به‌دست آمده‌اند و در مطالعات کمی نیز همان شش عامل به‌عنوان عوامل مستقل تأیید شده‌اند [۱۸]. در یک رویکرد یکپارچه می‌توان افسردگی را به خمودی‌ای تعریف کرد که به‌واسطه عدم اعتماد به خدا و ضعف تفکر در فرد شکل گرفته و او را از سویی به احساس بی‌نتیجه بودن کارها و از سوی دیگر، به بی‌رغبتی و عدم رضایت از زندگی و در نهایت به خواری درونی و غم فراگیر می‌کشاند [۱۹].

در افسردگی ناشی از حقارت که مبنای مطالعه حاضر است، بر اساس آیات ۱۵ و ۱۶ سوره فجر، نوسانات خلقی شدید بین رضایتمندی-نارضایتی، ارزشمندی-حقارت و شادی-غمگینی از جمله نشانه‌های اصلی تشخیصی آن است که در نتیجه علاقه شدید فرد به مال و مظاهر نعمت‌های پر زرق و برق دنیایی به وجود آمده است. در این وضعیت، فرد دارای بخل در ارائه دادن مال، یا هر نوع دارایی به دیگران و در ترس از دست دادن آن‌هاست. به نظر می‌رسد افسردگی ناشی از حقارت با مشخصه‌هایی که دارد، با عامل نوروژگرای در شخصیت دارای اشتراک معنایی است. نوروژگرای نیز، با نشانه‌های آسیب‌شناسی بسیاری در ارتباط است [۲۰]. کاستا و مک کری<sup>۶</sup> (۱۹۹۲) نوروژگرای را تمایل عمومی فرد به تجربه هیجان‌ها منفی تعریف می‌کنند. اغلب افراد روان‌رنجور که دارای

۱. فَأَمَّا الْإِنْسَانُ إِذَا مَا ابْتَلَاهُ رَبُّهُ فَأَكْرَمَهُ وَ نَعَّمَهُ فَيَقُولُ رَبِّي أَكْرَمَنِ (۱۵) وَ أَمَّا إِذَا مَا ابْتَلَاهُ فَقَدَرَ عَلَيْهِ رِزْقَهُ فَيَقُولُ رَبِّي أَهَانَنِ (۱۶)

اما انسان (کم ظرف ضعیف بی صبر) چون خدا او را برای آزمایش و امتحان کرامت و نعمتی بخشد در آن حال (مغرور ناز و نعمت شود) گوید: خدا مرا عزیز و گرامی داشت. (۱۵) و چون او را باز برای آزمودن تنگ روزی کند (دلنگ و غمین شود) گوید: خدا مرا خوار گردانید. (۱۶)

2. Costa, P. T., & McCrae, R. R.

3. Beck Depression Inventory

4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)

حسب ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و ضریب پایایی باز آزمایه، آن را از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند.

#### اجرای پژوهش

دستورالعمل جلسات درمانی: دستورالعمل درمانی اختصاصی افسردگی ناشی از حقارت به‌طور خاص به آن دسته از افسردگی‌هایی مربوط می‌شود که همراه با فراگیر شدن غم و اندوه‌هایی همراه با غفلت از توانمندی‌های خود و سرکوفت زدن و سرزنش‌های مکرر به خود است و در اثر انتخاب میناها و باورهای غیرحقیقی و سست در زندگی و عمل بر اساس آن‌ها ایجاد می‌شود. نشانه علی و مقدماتی این نوع از افسردگی تجربه هیجانانگیز شدیدی شادی در مواجهه با رویدادهای در ظاهر منفعت آور و غم در مواجهه با رویدادهای در ظاهر زیان‌آور است.

بیمار افسرده در این مطالعه در طی ۵ جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای مورد ارزیابی و درمان قرار گرفت. ارزیابی عمومی و اختصاصی در جلسه اول از طریق مصاحبه انجام گرفت و در طی ۴ جلسه بعد، بسته درمانی مربوط به اختلال افسردگی ناشی از حقارت به اجرا درآمد. بیمار مذکور قبل و بعد از انجام مداخله از طریق پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفت. پس از گذشت سه ماه، پیگیری از طریق اجرای مجدد پرسشنامه انجام شد. اصول کلی درمان اختصاصی افسردگی ناشی از حقارت که اهداف کلی، محتوای درمان، تأکید گفتگو، لحن درمانگر و ارزیابی فرایند بهبودی را مشخص می‌کند، در جدول شماره ۱ آمده است.

قرآن را مورد سنجش قرار می‌دهد؛ شش زیرمقیاس این پرسشنامه شامل افسردگی سرشکستگی، افسردگی ولایت ستیزی، افسردگی انزوایی، افسردگی تطفیفی، افسردگی ناشی از حقارت و افسردگی معنوی‌اند که به ترتیب ۱۳، ۱۰، ۱۵، ۱۴، ۶ و ۷ آیت‌ها را به خود اختصاص می‌دهند و علاوه بر نشانگان مربوط به هر نوع، ریشه‌ها و علت‌های زیرینام، بروز افسردگی را نیز می‌سنجد [۱۸]. این پرسشنامه در دو مرحله بک، در نمونه مقدماتی ۱۰۰ نفره [۱۸] و دیگری در یک نمونه ۱۰۲۷ نفره (فیاض، بهرام، احسان، اخوت و شریفان، زیر جاب) اجرا و تحلیل شده است. متوسط آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۵ و برای هر یک از زیرمقیاس‌های سرشکستگی، ولایت ستیزی، انزوایی، تطفیفی، ناشی از حقارت و معنوی به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۲، ۰/۸۷، ۰/۷۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۱ گزارش شده است. روایی ملاک این مقیاس با مقیاس افسردگی بک ۲۱ سؤال، در نمونه ۱۰۰ نفره، ۰/۵۰ و در نمونه ۱۰۲۷ نفری ۰/۴۶ محاسبه شده است ( $p < 0.01$ ) (فیاض و همکاران، ۱۳۹۴). مقیاس افسردگی بک (BDI-II): مقیاس افسردگی بک آزمونی ۲۱ سؤالی است که شدت نشانه‌های افسردگی را در مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت از نمره ۰ تا ۳ می‌سنجد. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش شدت نشانه‌های افسردگی محسوب می‌شود و پایایی و روایی آن در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است [۲۶، ۲۷]. بک و همکاران (۱۹۸۸) همسانی درونی مقیاس را بر

جدول ۱: شاخصه‌های کلی درمان اختصاصی افسردگی ناشی از حقارت

اهداف کلی درمان:
- ایجاد تعادل در خلق در مواجهه با از بین رفتن نعمت‌ها و رخدادهای مطلوب
- تقویت توانمندی در استفاده از فرصت‌ها و توانمندی‌ها در شرایط سخت
- بازسازی باورها و شکل‌دهی به باورهای توحیدی و عمل بر اساس آن‌ها برای تجربه رضایت حقیقی
محتوای گفت‌وگو:
- ترغیب‌کننده به اصلاح باورهای غیر حق
- هدایت‌کننده به شناسایی باورهای محکم و بنیادی مربوط به نعمت
- ارزیابی‌کننده نتایج رفتاری ناشی از باورها و راه‌انداز واکنش‌های متناسب با باورهای حقیقی
- حذف‌کننده رفتارها و هیجانانگیز نوسانی فاقد باورهای محکم
تأکید گفت‌وگو:
- تأکید بر فعال‌سازی تفکر تفصیلی و هماهنگی باورها با رفتارها و اصلاح باورهای غلط
لحن درمانگر:
- همدلانه همراه با شفقت در ارائه و تبیین باورهای محکم و رد باورهای ناشی از خواسته‌های دیگران، هوای نفس و منابع و تکیه‌گاه‌های غیرمطمئن
- لحن غالب تعظیمی، تکریمی، یادآوری، تحریکی، اقراری، تثبیتی و در برخی موارد همراه با انذار برای افزایش اثرپذیری
ارزیابی فرایند بهبودی:
- ارزیابی میزان توجه فرد بر باورها و تأثیر آن‌ها در زندگی، کاهش نوسانات خلقی و هیجانانگیز منفی شدید و کاهش نشانه‌های خوار، ناراضی و غمگینی با ارزیابی در حین جلسات درمان
- اجرای مجدد پرسشنامه تشخیصی افسردگی مبتنی بر قرآن و افسردگی مبتنی بر نشانه یک

فرایند تدوین بسته درمانی: ارزیابی عمومی اولیه در این درمان، بر اساس محورهای آسیب (شر) سوره مبارکه فلق تدوین شد. این محورها، بسترهای فراگیرنده، عوامل ایجاد اختلال در امور زندگی و موانع استفاده از نعمت‌های درونی و بیرونی بود. هم‌چنین از

فرایند تدوین بسته درمانی: ارزیابی عمومی اولیه در این درمان، بر اساس محورهای آسیب (شر) سوره مبارکه فلق تدوین شد. این محورها، بسترهای فراگیرنده، عوامل ایجاد اختلال در امور زندگی و موانع استفاده از نعمت‌های درونی و بیرونی بود. هم‌چنین از

استرس‌زا، د- ثبت و مصداق‌یابی صفات و باورهای محدودکننده و کشیدن درخت باورها در جلسه، ه- تکلیف خانگی در تکمیل درخت باورها.

جلسه پنجم: الف- معرفی باورهای توحیدی در زندگی و تأثیرات آن بر رفتارها و سبک زندگی، ب- ثبت باورهای توحیدی مورد قبول، ج- مصداق‌یابی حوادث حال و گذشته و بررسی تغییر در واکنش به آن‌ها با اتخاذ باورهای توحیدی، د- استفاده از یادیار برای یادآوری باورهای واسطه‌ای توحیدی، ه- خودارزیابی در ثبت رفتارها و پیدا کردن باورهای متصل به آن‌ها به صورت مستمر و رجوع به باورهای توحیدی.

#### یافته‌های پژوهش

نتایج یافته‌های حاصل از سه مرحله ارزیابی، از آزمودنی، نشان داد، بسته درمان افسردگی ناشی از حقارت علاوه بر کاستن از نمره خرده مقیاس افسردگی، ناشی از حقارت و بهبود شاخص‌های مربوط به آن، بر انواع دیگر افسردگی نیز تأثیرات درمانی داشته است. این مداخله در کاهش نمرات افسردگی یک نیز مؤثر بود. پیگیری‌های بعد از درمان نیز تأثیرات یاددار این مداخله را در بازه سه‌ماهه تأیید کرد. جدول شماره ۱ نمرات آزمودنی را در انواع افسردگی، متنم، بر قرآن، نمرات کل این مقیاس و هم‌چنین مقیاس افسردگی، یک در سه مقطع پیش از مداخله، پس از مداخله و پیگیری سه‌ماهه نشان می‌دهد.

جدول ۲: نمرات آزمودنی پیش از مداخله، پس از مداخله و پیگیری سه‌ماهه

مقیاس	قبل از درمان	بعد از درمان	پیگیری سه‌ماهه
BDI (افسردگی یک)	۲۱	۸	۷
نمره کلی مقیاس قرآنی	۸۲	۵۱	۵۳
سرشکستگی	۱۹	۱۷	۱۸
تطفیفی	۱۵	۸	۶
ولایت ستیزی	۱۰	۵	۵
مقایسه‌ای انزواگرایانه	۱۱	۵	۶
معنوی	۱۰	۴	۶
ناشی از حقارت	۱۷	۱۲	۱۱

نمره افسردگی، یک در آزمودنی، پیش از مداخله، ۲۱ بود که حاکی از افسردگی است. این نمره پس از مداخله با کاهش شدید ۱۳ نمره‌ای، آزمودنی را به سطح بهنجاری رساند. نمره کلی مقیاس افسردگی، متنم، بر قرآن، نیز از ۸۲ به ۵۱ رسید و در طی زمان تنها دو نمره افزایش یافت. نتایج نشان می‌دهد، بسته درمانی قرآنی بر کاهش نمرات در همه زیرمقیاس‌های افسردگی مؤثر بوده و در طی زمان، نیز این اثرات یاددار بوده است. نمره افسردگی، ناشی از حقارت که درمان اختصاصاً بر آن تمرکز داشت با کاهش ۵ نمره‌ای اثر بخشی این درمان اختصاصی را نشان می‌دهد.

شد. در این سوره دلیل نوسان خلق در مواجهه با شرایط خوب و بد زندگی، فقدان باورهای توحیدی از یک‌طرف و نشناختن نعمت‌های کرامت واقعی خود از طرف دیگر معرفی می‌شود. باور به اهمیت مال به معنی مطلق هر نوع دارایی [۲۸] منجر می‌شود فرد نسبت به موقعیت اقتصادی، وضعیت اجتماعی و شأن خود در برابر دیگران و هر آنچه وضعیت اعتباری او را تشکیل می‌دهد، حساس بوده و مبنای کرامت یا اهانت خود را در آن‌ها ببیند و در شرایط از دست دادن آن‌ها یا تهدید شدنشان به شدت دچار نوسان خلق شود. تغییر مبنای ارزشمندی-بی‌ارزشی از مبنای اعتباری (مال) به مبنای حقیقی مانند مبنای ایمانی و الهی فرد را از حالت‌های هیجانی منفی رهایی می‌دهد. براین مبنای تمثیل درخت باورها برای نشان دادن سست بودن رفتارها و واکنش‌های متکی بر باورهای غیرحقیقی و تأکید کردن بر اهمیت استحکام ریشه‌ها پیشنهاد شده است. در راستای اصلاح نوسان خلق، شناساندن نعمت‌ها، امکانات و استعدادهای ذاتی فرد در ایجاد حس کرامت واقعی مبتنی بر داشته‌های خود بسیار اهمیت دارد. مادامی‌که فرد داشته‌ها و نعمت‌های درونی‌اش را نبیند کرامت واقعی برایش ایجاد نمی‌شود و همواره چشمانش به سمت بیرون و دیگران است. استفاده درست از امکانات و داشته‌ها منجر به بالا رفتن تاب‌آوری بیشتر در فرد می‌شود.

جلسه اول: الف- پرسیدن از شکایت اصلی و نشانه‌ها، ب- بررسی وضعیت جسمانی شامل خواب، اشتها و سطح انرژی، ج- بررسی وضعیت فرد در چرخه‌های زندگی شامل روابط بین‌فردی، نوع زندگی در خانواده و میزان علم و مهارت، د- بررسی وضعیت روابط خانوادگی شامل صلح‌رحم، احسان به والدین و میزان هماهنگی با خانواده، ه- بررسی وضعیت صفات اولیه شامل میل-بی‌میلی، کندی-عجله و ضعف-قوت، و- بررسی وضعیت معنویت و ارتباط با خدا و ز- مصاحبه شفاهی در مورد نشانه‌های انواع شش‌گانه افسردگی.

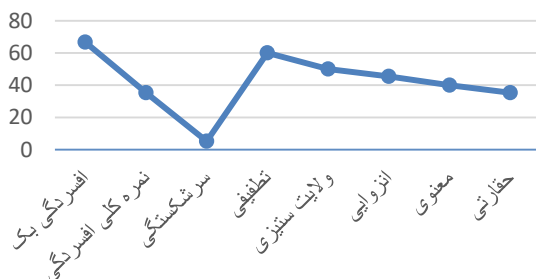
جلسه دوم: الف- اعتمادسازی و تحریک برای بیان نظرات در مورد مشکل، ب- تبیین ریشه‌ها و نشانه‌های مشکل در فرد، ج- سست کردن باورهای مربوط به اهمیت شرایط بیرونی در ایجاد کرامت درونی در فرد، د- بررسی پیامدهای منفی وابستگی حالات خلقی به شرایط بیرونی، ه- تکلیف خانگی.

جلسه سوم: الف- تحریک تفکر برای شناخت توانمندی‌ها و نعمت‌ها به صورت تفصیلی، ب- تحریک تفکر در مورد چگونگی استفاده از توانمندی‌ها در شرایط سخت و بحرانی در زندگی، ج- آماده‌سازی روانی برای مواجهه با مشکلات احتمالی، د- دعوت به باورها و گزاره‌های عقلی، ه- ثبت باورهای عقلی به عنوان تکلیف خانگی.

جلسه چهارم: الف- معرفی ریشه‌های باوری، تنه‌های واسطه‌ای و شاخه‌های تفصیلی، ب- تبیین اهمیت ریشه‌دار بودن رفتارها و اعمال روزمره و بی‌ارزش بودن رفتارهایی که به باورهای محکمی متصل نیستند، ج- تحریک تفکر از طریق شناسایی تکیه‌گاه‌های پوشالی در زندگی و پیامدهای آن‌ها در مواجهه با حوادث

سرشکستگی، تعلق دارد، البته باید توجه داشت که با توجه به نقاط برش این آزمون، آزمون، تنها در نمره افسردگی بک و افسردگی ناشی از حقارت، نمره اختلال را کسب کرده و در دیگر خرده مقیاس‌های افسردگی، حداقل نمره اختلال را نیز به دست نیاورده است. درصد بهبودی و درصد کاهش نمرات در پس آزمون در همه خرده مقیاس‌ها قابل توجه است، این اثر در نمرات افسردگی بک و افسردگی کلی قرآنی کاملاً مشهود است.

درصد کاهش نمرات در پیگیری سه ماهه



نمودار ۴: درصد کاهش نمرات در مقیاس‌ها در پیگیری سه‌ماهه پس از اجرای مداخله

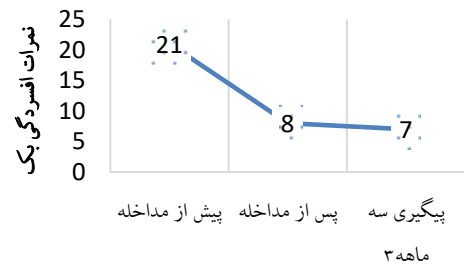
نتایج درصد کاهش نمرات در پیگیری سه‌ماهه که در نمودار ۵ آمده است، نشان می‌دهد به جز افسردگی سرشکستگی، همه مقیاس‌ها و زیر مقیاس‌های درصد کاهش قابل توجهی دارند (در توصیف یافته‌ها توجه به این نکته ضروری است که آزمون تنها در نمرات مقیاس‌های بک و افسردگی ناشی از حقارت ملاک‌های اختلال را کسب کرده است و بنابراین عدم کاهش درصد افسردگی سرشکستگی، اشکال در فرض‌های پژوهش وارد نمی‌کند). بیشتر بک کاهش درصد، مربوط به نمره افسردگی بک (۶۶/۶۶) است که اثرات پایدار این کاهش را پس از سه ماه نیز نشان می‌دهد.

### نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد مداخله درمانی برای اختلال افسردگی ناشی از حقارت، نه تنها بر نمرات این مقیاس اثرات کاهش داشت بلکه در بهبود افسردگی بالینی و نشانه‌های آن نیز مؤثر بوده است. هر چند که آزمون شرکت‌کننده در این مطالعه، در زیر مقیاس‌های دیگر افسردگی مبتنی بر قرآن، نمرات اختلال را کسب نکرد، اما هم‌چنان در همه زیر مقیاس‌ها نمراتش کاهش یافت و به سمت سازگاری و رضایت بیشتر سوق پیدا کرد. نمره کلی افسردگی مبتنی بر قرآن نیز در پس آزمون و در پیگیری کاهش زیادی پیدا کرد که این نشان‌دهنده اثرات مثبت این درمان بر همه ریشه‌ها و نشانه‌های انواع دیگر افسردگی از یک طرف و از طرف دیگر میانگین ارتباط زیاد و سلسله‌وار این انواع با یکدیگر است؛ چراکه تفسیر در یک ناور با رفتار می‌تواند تغییرات دیگر در ابعاد دیگر را تشدید کرده و سبب اصلاح چرخه‌های معیوب مرتبط گردد.

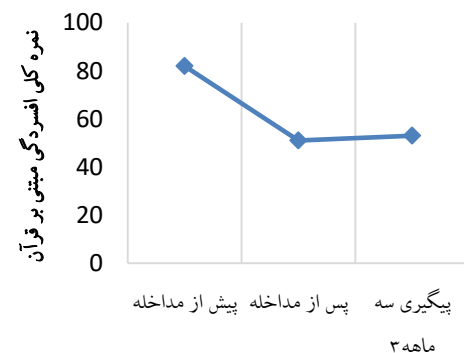
بسته درمانی مربوط به این نوع افسردگی، بر اساس راهکارهای موجود در آیات سوره مبارکه فجر در رسیدن به

### افسردگی بک



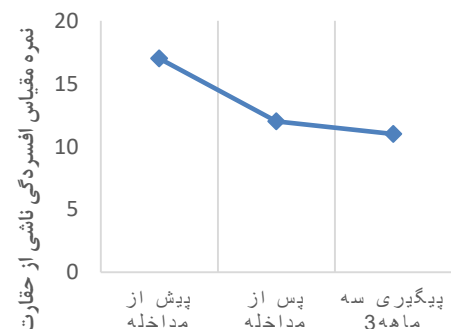
نمودار ۱: نمرات افسردگی بک در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه

### افسردگی مبتنی بر قرآن



نمودار ۲: نمرات کلی افسردگی مبتنی بر قرآن در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه

### حقارتی



نمودار ۳: نمرات افسردگی ناشی از حقارت در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه

نمرات افسردگی بک و افسردگی مبتنی بر قرآن به‌طور کلی کاهش قابل توجهی داشته‌اند و هم‌طور درمان به‌طور اختصاصی بر نمره افسردگی ناشی از حقارت نیز اثرات کاهش داشته است. نتایج نشان می‌دهد که بیشتر بک درصد بهبودی به افسردگی بک که نشانه‌های افسردگی را مورد سنجش قرار می‌دهد، تعلق دارد. هم‌چنین، کمترین میزان بهبودی به زیرمقیاس افسردگی فصل‌نامه علمی- پژوهشی قرآن و طب

گرفته است. سَری و وَهراً<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) به تفصیل نقش باورهای مختلف دین اسلام در بهبود اختلالات مختلف پرداخته‌اند. اخلاقیات، رفتارها و ارزش‌ها، که توسط اسلام تبیین شده است، انسان را در برابر رویدادهای فشارزا مقاوم کرده و سب سازگاری در او می‌شود [۳۷]، شناخت روشمند این عوامل مقاوم‌زا به صورت اختصاصی، برای انواع اختلالات به خصوص، افسردگی، به‌عنوان مادر همه اختلالات روان ضروری می‌نماید. شاید بتوان گفت، این مطالعه از اولین مطالعاتی است که با مناسبت قرار دادن آیات قرآن به‌تنهایی، توانسته است تکنیک‌های اختصاصی و مشخص را برای درمان بک، از انواع افسردگی، مبتنی بر قرآن ارائه داده و آن را در یک آزمودنی، بازماند این پژوهش، هم در بنیادها و مباحث نظری در معنائشناسی افسردگی و انواع آن، منبای خود را قرآن کریم قرار داده است و هم درمان را بر اساس این بنیادهای نظری تدوین و اجرا کرده است. از دیگر مشخصه‌های این درمان، تبیین اهداف کلی، اهداف جزئی، لحن درمانگر در برخورد با بیمار و تأکیدات گفتگوی درمانی است که همه آن‌ها بر اساس آیات نورانی قرآن تدوین شده است. در مجموع می‌توان گفت، اختصاصی بودن برای یک نوع افسردگی، کوتاه‌مدت بودن و همین‌طور مبتنی بر آیات قرآن بودن، از نقاط قوت این مطالعه موردی است. با انجام مطالعات گسترده با حجم نمونه بزرگ و همین‌طور فراهم کردن شرایط تجربی-آزمایشی، می‌توان به نتایج دست یافت که قابلیت تعمیم بیشتری دارند و زمینه را برای پژوهش‌های نظری دیگر در حوزه انواع اختلالات فراهم می‌سازند.

#### منابع

1. Sadock, BJ, Sadock, VA, Ruiz, P. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (11th edition ed.)*: Wolters Kluwer Health. (2014).
2. World Health Organization. *Depression*. Retrieved 22 January, 2016, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.
3. Calvó-Perxas L, Vilalta-Franch J, Turró-Garriga O, et al. Gender differences in depression and pain: A two year follow-up study of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Journal of Affective Disorders*, 2016, 193, 157-64.
4. Gaus V, Kiep H, Holtkamp M, et al. Gender differences in depression, but not in anxiety in people with epilepsy. *Seizure*, 2015, 32, 37-42.
5. Santor DA, Gregus M, Welch, A. Focus article: eight decades of measurement in depression. *Measurement. Interdisciplinary*

رضایت و آرامش تدوین شده است. نشانه این نوع افسردگی، نوسانات خلقی، بین حالت غم‌شادی، رضایت-نارضایتی است که فرد را در وضعیت ناپایدار و نوسانی از احساس کرامت (عزت) تا احساس خواری (ذلت) قرار می‌دهد. عامل اصلی دیدمان این نشانگان، میل شدید به مال و دنیا، شناختن نعمت‌ها و توانمندی‌های خود، باور به اهمیت شرایط بیرون در ایجاد کرامت درونی و فقدان تکیه‌گاه‌های باوری حقیقی، در زندگی است [۱۸، ۲۹] در این درمان، از انواع مداخلات رفتاری، شناختی و توجهی برای بالا بردن تعادل در خلق در مواجهه با شرایط خوشاند-ناخوشاند، شناسایی رفتارهای فاقد ریشه‌های باوری محکم، بازسازی باورهای توحیدی و هم‌چنین فعال‌سازی رفتارهای برآمده از باورهای محکم استفاده شد و در یک آزمودنی به‌طور دقیق، بیگیری شد. همه تکنیک‌های موجود در این بسته درمانی بر اصلاح علت‌ها و ریشه‌های بروز افسردگی تأکید و تمرکز داشتند. نتایج اثرات مثبت و قابل‌توجه این بسته درمانی بر نمرات افسردگی مبتنی بر قرآن و همین‌طور افسردگی یک را تأیید کرد.

در طی سال‌های گذشته، بسیاری از روانشناسان ایمان و باورمندی و به‌طور کلی پایبندی به مذهب را از مهم‌ترین عوامل حفاظت در برابر انواع بیماری‌ها دانسته‌اند [۳۰، ۳۱، ۳۲]. در فرا تحلیلی که در سال ۲۰۰۱ میلادی صورت گرفت، بیش از ۶۳۰ مقاله در موضوع مذهب و بهزیستی بررسی شدند که از این میان ۱۲۰ مطالعه مربوط به رابطه بین افسردگی و سطوح مختلف مذهب بود و از این بین ۸ مورد مطالعه آزمایشگاهی را در بر می‌گرفتند [۳۳]. در ۶۵٪ این مطالعات رابطه مثبت معنادار بین حداقل یک جنبه از مذهب و سطوح پایین‌تر افسردگی به‌دست آمده است. با توجه به مطالعات صورت گرفته، شناخت متغیرهای اصلی محافظ و متغیرهای واسطه‌ای در کاستن از نشانه‌های اختلال و پیش بردن بیماران به سمت بهبودی، رضایت و سازگاری اهمیت زیادی در طراحی مدل‌های تبیینی مذهب محور دارد. این متغیرها طبیعتاً در مذاهب گوناگون دارای تنوع و تعددند.

مطالعات زیادی نیز پیرامون اثربخشی انواع مداخلات مذهب-محور بر کاهش علائم افسردگی انجام شده است. برخی از آن‌ها اثربخشی مداخلات مذهب-محور را در بهبود افسردگی برابر و معادل با اثربخشی دیگر مداخلات دانسته‌اند [۳۴] و عده‌ای دیگر نیز اثرات درمان شناختی-رفتاری یکپارچه مذهبی<sup>۱</sup> را خصوصاً در بیماران افسرده پایبند به مذهب، بیش از مداخلات مرسوم می‌دانند [۳۵، ۳۶]. این مطالعات اغلب بر تبیین باورها و رفتارهای دین مسیحیت تأکید دارند و کمتر به طراحی درمان‌های جامع مبتنی بر دین اسلام پرداخته‌اند. قرآن کریم به‌عنوان آخرین کتاب آسمانی به فرموده پروردگار، شفا و دوا برای همه دردها معرفی شده است<sup>۲</sup>، اما متأسفانه مطالعات محدودی در طراحی درمان‌های اختصاصی برای انواع اختلالات با تمرکز بر آن صورت

1 religiously integrated cognitive behavioral therapy (RCBT)

۲ یا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَكُم مَوْعِظَةٌ مِنْ رَبِّكُمْ وَ شِفَاءٌ لِمَا فِي الصُّدُورِ وَ هُدًى وَ رَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ (یونس-۵۷)

- cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2007, 75(3), 475.
17. Rief W, Nestoriuc Y, Weiss S, et al. Meta-analysis of the placebo response in antidepressant trials. *Journal of Affective Disorders*, 2009, 118(1), 1-8.
18. Fayyaz F, Bahrami E, Okhovvat AR. Developing a Depression Diagnosis Scale Based on Surahs of the Holy Quran, *Journal of Islamic Studies and Psychology*, 2016, 9 (17), pp. 180-153. [in Persian].
19. Bahrami E, Hadi O, Fayyaz, F. The semantics of depression from the perspective of the Qur'an; proposing a model for Qur'anic research in the field of psychology. Tehran: Tehran University Press. 2017. [in Persian].
20. Weinstoc M, Whisman, A. Neuroticism as a common feature of the depressive and anxiety disorders: A test of the revised integrative hierarchical model in a national sample. *Journal of abnormal psychology*, 2006. 115, 68-74.
21. Costa P, McCrae R. *Revised professional manual NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI)*. Psychological Assessment Resources: Odessa. 1992.
22. Enns M, Cox BJ. Personality dimensions and depression: review and commentary. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1997, 42, 274-284.
23. Kendler KS, Gardner CO, Prescott, CA. Toward a Comprehensive Developmental Model for Major Depression in Men. *American Journal of Psychiatry*, 2006a, 163, 115-124.
24. Cloninger C. *Theories of Personality: Understanding Persons (3rd edn)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall. 2000.
25. Fanous AH, Neale MC, Aggen SH, et al. A longitudinal study of personality and major depression in a population-based sample of male twins. *Psychological Medicine*, 2007, 37, 1163-1172.
26. Beck AT, Steer RA, Garbin, MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychological Review*, ۱۹۸۸, ۱, 77-100.
- Research and Perspectives*, 2006, 4(3), 135-155.
6. Timimi, S. No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2014, 14(3), 208-215.
7. Anckarsäter, H. Beyond categorical diagnostics in psychiatry: Scientific and medicolegal implications. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2010, 33(2), 59-65.
8. Moncrieff, J. *The myth of the chemical cure: A critique of psychiatric drug treatment*: Macmillan. 2008.
9. Kirsch I, Moore TJ, Scoboria A, et al. The emperor's new drugs: an analysis of antidepressant medication data submitted to the US Food and Drug Administration. *Prevention & Treatment*, 2002, 5(1), 23a.
10. Storosum JG, Elferink AJ, Van Zwieten, BJ, et al. Short-term efficacy of tricyclic antidepressants revisited: a meta-analytic study. *European Neuropsychopharmacology*, 2001, 11(2), 173-180.
11. Kerr LK, Kerr Jr LD. Screening tools for depression in primary care: the effects of culture, gender, and somatic symptoms on the detection of depression. *Western journal of medicine*, 2001, 175(5), 349.
12. Snaith R. Depression: A need for new directions in practice and research. *Journal of psychosomatic research*, 1995, 39(8), 943-947.
13. Frank E, Rush AJ, Blehar M, et al. Skating to where the puck is going to be: a plan for clinical trials and translation research in mood disorders. *Biological psychiatry*, 2002. 52(6), 631-654.
14. Freedman R, Lewis DA, Michels R, et al. The initial field trials of DSM-5: new blooms and old thorns. *American Journal of Psychiatry*, 2013, 170(1), 1-5.
15. Yiend J, Paykel E, Merritt R, et al. Long term outcome of primary care depression. *Journal of Affective Disorders*, 2009, 118(1), 79-86.
16. Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, et al. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of



32. Wink P, Dillon M. Religiousness, Spirituality, and Psychosocial Functioning in late adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychology and aging*, 2003, 18 (4), 916-924.
33. Koenig HG, McCullough ME, Larson, DB. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.2001.
34. Paukert AL, Phillips LL, Cully JA, et al. Systematic Review of the Effects of Religion-Accommodative Psychotherapy for Depression and Anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 2011, 41(2), 99-10.
35. Koenig HG, Pearce M, Nelson B, et al. Effects of religious vs. standard cognitive behavioral therapy on therapeutic alliance: A randomized clinical trial. *Psychotherapy research*, 2016, 26(3), 365-76.
27. Beck AT, Rush AJ, Shaw, BF, et al. *Cognitive therapy of depression: a treatment manual*. New York: Guilford. ۱۹۷۹
28. Mostafavi, H. Investigating the words of the Holy Quran, Tehran, Book Translation and Publishing Company. 1992. [in Persian]
29. Bahrami E, Okhovvat H, Fayyaz, F. Explaining the origins of depression from the point of view of Surat al-Mubarak, focusing on the role of ineffective behaviors. *Journal of Culture in Islamic University*, 2014,3 (3), 394-371. [in Persian]
30. Desrosiers A, Miller, L. Relational spirituality and depression in adolescent girls. *Journal of clinical psychology*, 2007, 63, 1021-1037.
31. Dein, S. Religion, spirituality and depression: implications for research and treatment. *Primary Care and Community Psychiatry*, 2006, 11, 67-7.