

تبیین ریشه‌های افسردگی از منظر سوره مبارکه غاشیه؛ تمرکز بر نقش رفتارهای بی حاصل

هادی بهرامی احسان^۱
احمدرضا اخوت^۲
فاطمه فیاض^۳

چکیده

افسردگی اختلالی پیچیده، چند مؤلفه‌ای و ناتوان‌کننده است که از هر چهار نفر، یک نفر در طول عمر به آن مبتلا می‌شود. هر چند نظریات متعددی در رویکردهای مختلف روان‌شناسی برای تبیین افسردگی مطرح شده، اما نتوانسته‌اند به طور جامع و همه‌جانبه به بررسی افسردگی بپردازند. فنون درمانی مبتنی بر آنها نیز به طور خوش‌بینانه حدود ۶۰ درصد اثرگذارند. **هدف:** هدف این پژوهش در گام نخست، تبیین ریشه‌های افسردگی از منظر سوره مبارکه غاشیه و در گام بعدی، ارائه راهکارهای درمانی و مقابله‌ای با این اختلال بوده است. **روش:** روش این تحقیق، بررسی واژه‌ای در فهم معانی کلام قرآن بود که در نهایت به کشف الگوی قرآنی افسردگی از منظر سوره غاشیه انجامید. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل در این پژوهش نشان داد رفتارهای زیاد اما بی‌نتیجه‌ای که به طور طبیعی فرد را به سختی می‌اندازند و در وی مشغولیت فکری و توجهی ایجاد می‌کنند، یکی از عوامل زمینه‌ساز بروز افسردگی است. **نتیجه‌گیری:** نوع باورها، رفتارها، هیجانات و دیگر ابعاد ساختار وجودی فرد، تعیین‌کننده نوع اختلال و به تبع آن، چگونگی بهبودی به طور کلی و در عین حال منحصر به فرد بودن درمان برای هر فرد به طور جزئی است.

واژگان کلیدی: افسردگی، ساختار وجودی انسان، عمل بی‌حاصل.

دریافت مقاله: ۹۱/۱۲/۱۲؛ تصویب نهایی: ۹۲/۰۵/۰۸

۱. دکترای روان‌شناسی عمومی؛ دانشیار دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تهران

۲. کارشناس ارشد علوم گیاهی؛ عضو علمی مدرسه قرآن و اهل بیت (ع).

۳. دانشجوی دکترای روان‌شناسی سلامت دانشگاه تهران (نویسنده مسئول) / آدرس: تهران، خیابان جلال آل احمد، خیابان علی

محمد کاردان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، گروه روان‌شناسی / شماره: ۶۱۱۱۷۴۰۰

Email: fatemeh.fayyaz@gmail.com

الف) مقدمه

۱. افسردگی در معنای رایج علمی آن

افسردگی در معنای رایج علمی آن، اختلالی عاطفی است که در فرد بروز می‌کند. این مشکل در سرتاسر زندگی فرد گسترده می‌شود و تحصیل، کار، روابط بین فردی و بهداشت شخصی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. طبق نظر انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۱ (۲۰۰۰) در راهنمای آماری و تشخیصی اختلالهای روان‌شناختی،^۲ ویژگی اصلی این اختلال به صورت یک دوره زمانی حداقل دوهفته‌ای تعریف می‌شود که در آن، خلق افسرده یا بی‌علاقگی یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه کارها وجود دارد. همچنین فرد باید دست‌کم چهار نشانه دیگر از جمله: تغییر در اشتها یا وزن، بی‌خوابی، کندی روانی - حرکتی یا بی‌قراری، کاهش نیرو، احساس بی‌ارزشی یا گناه، مشکل در تفکر، تمرکز یا تصمیم‌گیری، یا افکار عود کننده درباره مرگ و خودکشی، طرح نقشه یا اقدام برای خودکشی را داشته باشد. معیارهای ذکر شده برای تشخیص اختلال افسردگی، بیانگر پیچیدگی و گستردگی این اختلال در ابعاد مختلف زندگی است. یکی از شواهد مربوط به این امر، تنوع این مشکل و ظهور متفاوت آن در افراد مختلف است. ممکن است همه این معیارها در همه افراد به یک شکل وجود نداشته باشد و حتی در دوره‌های مختلف متفاوت باشد. مطالعات نشان داده‌اند که اختلال افسردگی عمده مزمن در طول زندگی ۲۹.۴ درصد افراد را درگیر می‌کند (مورفی و بیرنه،^۳ ۲۰۱۲). شیوع مادام‌العمر این اختلال، ۱۵ درصد و در زنان ۲۵ درصد و حدود دو برابر است. (کاپلان و سادوک،^۴ ۱۳۸۲)

نظریات بسیار متنوع و مختلفی در رابطه با علت‌شناسی و درمان افسردگی وجود دارد. رویکردهای روان‌تحلیل‌گری، رفتاری، شناختی و دیگر نظریات جدید، هر یک در توضیح این اختلال به ریشه‌یابی متفاوتی اشاره می‌کنند. اغلب مطالعات بر این عقیده‌اند که افسردگی، پیامد مواجهه با استرس است (براون و هریس،^۵ ۱۹۸۹؛ کسلر،^۶ ۱۹۹۷؛ هامن،^۱ ۲۰۰۵). عوامل دیگری مثل

1. American Psychiatric Association (APA)

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Forth edition (DSM-IV)

3. Murphy & Byrne

4. Kaplan & Sadock

5. Brown & Harris

6. Kessler

تبیین ریشه‌های افسردگی از منظر سوره مبارکه غاشیه ... ♦ ۳۷۳

بیولوژیک، نوع شخصیت، نگرشها و شناختها، رفتارهای ناسازگارانه و مهارتهای حل مسئله ضعیف اجتماعی در به وجود آمدن استرس نقش دارند. طرحواره‌های ناکارآمد و شناختهای غیر منطقی، رابطه مخدوش با والدین در مرحله دهانی، ادراک درماندگی، همه به نوعی استرس‌زاینده. مطالعات تلاش کرده‌اند تا هم از بعد بیولوژیکی و هم از بعد روان‌شناختی به بررسی آسیب‌پذیری‌های افراد به استرس و ظهور افسردگی بپردازند.

در دیدگاه روان‌تحلیلی فروید، افسردگی در نتیجه فقدان ذهنی یا واقعی شیء یا شخص مورد علاقه است (لوری،^۲ ۱۹۸۴). بسیاری از روان‌شناسان بر اهمیت روابط والد-فرزندی در دوران کودکی تأکید دارند و برآورده نشدن نیازها را زمینه‌ساز افسردگی می‌دانند (مثل بالبی، جاکوبسن و کوهوت،^۳ به نقل از: کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲). بسیاری از دیدگاههای روان‌تحلیلی، فقدان اعتماد به نفس را از ریشه‌های اصلی افسردگی می‌دانند (کومور،^۴ ۱۹۹۲). نظریه پردازان روان‌پوشی بر سه علت افسردگی تأکید می‌کنند: ۱. خشمی که متوجه خود شده است؛ ۲. وابستگی بیش از اندازه به دیگران برای عزت نفس؛ ۳. درماندگی در رسیدن به هدفها (روزنهان و سلیمان،^۵ ۱۳۸۳). ملانی کلاین از روان‌شناسان نئوفرویدی، تجربیات منفی سال اول زندگی فرد با والدین را از علل افسردگی می‌داند. در دیدگاه روان‌تحلیلی، حمایت بیش از حد از فرد در دوران کودکی می‌تواند زمینه‌ساز افسردگی بزرگسالی باشد و فرد احساس کند استرسورهای زندگی واقعی بیش از توان تحمل و کنترل اوست و او به تنهایی قادر به فائق آمدن بر آنها نیست. (وتزل،^۶ ۱۹۸۴)

در رویکرد شناختی، دو الگوی شناختی بک^۷ (۱۹۶۷) و سلیمان^۸ (۱۹۷۲) بر افکار خاصِ موجد افسردگی تأکید دارند. بک، سه‌گانگان شناختی (تجربه منفی نسبت به خود، تجربه جاری و آینده) و خطاهای منطقی (مثل استنباط دلخواه، انتزاع‌گزینی، تعمیم مفرط، بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی) را از عوامل مؤثر بر افسردگی می‌داند. در دیدگاه بک، علت افسردگی، واقعیت تحریف‌شده در ذهن فرد است؛ شکست، یک الگوی قابل قبول در زندگی فرد افسرده است و

1. Hammen

2. Lowry

3. Bowlby, Jacobson & Kohut

4. Comor

5. Rozenhan & Seligman

6. Wetzel

7. Beck

او باور دارد که هیچ اقدامی در جهت رفع آن نمی‌تواند انجام دهد. درماندگی، نتیجه این سبک زندگی است (پاپالیا و اولدز،^۱ ۱۹۸۸). در نظریه بک (۱۹۶۷) اسکیمای در مورد خود، حول محور شکست، فقدان، بی‌کفایتی و بی‌ارزشی دور می‌زنند. برخی از این نگرشها می‌تواند به این صورت باشد که شخص باور داشته باشد که ارزش او به کامل بودن او یا تشویق دیگران است (اشنایدر،^۲ ۲۰۰۰). سلیگمن بر الگوی درماندگی آموخته‌شده تأکید بیشتری داشت؛ به این معنی که فرد انتظار دارد رویدادهای ناگواری برای او اتفاق می‌افتد که او برای جلوگیری از وقوع آنها هیچ کاری نمی‌تواند انجام دهد. (روزنهان و سلیگمن، ۱۳۸۳)

در نظر ادوارد بیبرینگ^۳ (۱۹۵۳)، پدیده افسردگی زمانی شکل می‌گیرد که فرد از فاصله آرمانهای بسیار کمال‌طلبانه خود و ناتوانی‌اش در رسیدن به این اهداف آگاه می‌شود (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲). نظریه‌شناسختی ناامیدی (آبرامسون^۴ و همکاران، ۱۹۸۹) هم بر آسیب‌پذیری‌های شناختی افسردگی تأکید می‌کند. اشنایدر (۱۹۹۴) در نظریه امید، این ناامیدی را در قبال بلوکه شدن اهداف مهم زندگی فرد می‌داند. غیر از بلوکه شدن اهداف مهم زندگی، احساس عامل بودن خود شخص و گزینش راه مناسب برای دستیابی به اهداف، دو عامل مهمی است که عدم تحقق آنها در بروز افسردگی نقش دارند. بنابر این، زمانی که اهداف مهم شخص توسط عوامل مختلف بلوکه می‌شوند، هنگامی که فرد خودش را در رسیدن به اهدافش فعال و عامل نمی‌بیند و زمانی که فرد هدفی دارد اما راههای رسیدن به آن را نمی‌داند، خطر بروز افسردگی بیشتر می‌شود. (اشنایدر، ۲۰۰۰)

در عین اینکه افسردگی نسبت به دیگر اختلالهای روان‌شناختی دارای نوع و ناهمگونی نشانه‌های تشخیصی است، اما با این وجود، دیدگاهها و رویکردها در مورد اختلال افسردگی از گستردگی زیادی برخوردارند و این موضوع می‌تواند عاملی برای سردرگمی بیشتر علم امروز در چگونگی فهم و درمان اختلالها باشد.

-
1. Papalia & Olds
 2. Snyder
 3. Bibring
 4. Abramson

۲. ساختار وجودی انسان

افسردگی به عنوان موضوع مورد بررسی، مربوط به اختلالی در ساختار پیچیده انسان چندبُعدی است. بنابر این، برای فهم بهتر مفاهیم استخراج شده در قرآن، نیازمندیم تا الگویی جامع از ساختار انسان داشته باشیم. در روان‌شناسی نیز استفاده گسترده از الگوی زیستی-روانی-اجتماعی^۱ (انجل،^۲ ۱۹۷۷) بر لزوم این پیش‌فرض تأکید دارد. هم‌اکنون در فرایندهای درمانی علوم پزشکی نیز نه فقط به یک جنبه زیستی، بلکه به دیگر جنبه‌های وجود انسان توجه دارند. در واقع؛ تفاوت رویکردهای مختلف روان‌شناسی با یکدیگر نیز بر سر نوع نگاه خاص هر یک به انسان و تعریف از اوست که منجر به توسعه مفاهیم نظری و عملی مختص به آن رویکرد می‌شود.

در انسان‌شناسی اسلامی نیز انسان ابعادی دارد. اندیشمندان اسلامی به طور مفصل به تبیین این ابعاد پرداخته‌اند. برای مثال، آیت‌الله جوادی آملی^۱ (۱۳۹۱) حس، خیال و وهم را به عنوان قوای تفکر یا شناخت انسان مطرح می‌کند و تعقل را به عنوان شناخت قطعی بر اساس گزاره‌های یقینی و قطعی می‌شناسد. عمل نیز به عنوان نتیجه بیرونی شناخت فرد به وقوع می‌پیوندد و بر تفکر او نیز اثر می‌گذارد. علامه طباطبایی در تفسیر المیزان، ابعاد انسان را در نگاه کلان در دو ساحت کلی علمی و عملی قابل تمایز می‌داند (طباطبایی، ۱۳۷۴). در پژوهشی دیگر، ساحت‌های نفس از دیدگاه علامه طباطبایی معرفی می‌شود که عبارتند از: ساحت ادراکی، شامل ادراک حسی، خیالی، وهمی و عقلی؛ ساحت الوهی یا گرایش‌های فطری؛ ساحت اراده و اختیار؛ ساحت عمل (موسوی مقدم و علیزمانی، ۱۳۹۰). از میان پژوهش‌های مذکور، الگویی که در تبیین ابعاد یا ساحت‌های وجود انسان مورد اختیار و انتخاب قرار گرفت، الگوی ساختار وجودی انسان است که از آیات قرآن و روایات به دست آمده است (اخوت، ۱۳۸۹). بر اساس این الگو می‌توان ویژگی‌های بیان‌شده برای فرد مذکور را در حوزه باور، رفتارها و نیز صفات، حالات و ملکات در شکل ۱ خلاصه کرد.

1. Bio-Psycho-Social Model

2. Engel

تبیین ریشه‌های افسردگی از منظر سوره مبارکه غاشیه ... ♦ ۳۷۷

۱۰۲)، امام صادق(ع) نقش حواس انسان را به عنوان قوای بدنی، زمینه‌ساز قوای نفسانی که همان تخیل و وهم و عقل و تفکرند، دانسته‌اند. امام علی(ع) در اهمیت قطعی بودن قوه عقل فرموده‌اند: آن کس که از عقل نصیحت خواهد، به او خیانت نمی‌کند. (نهج‌البلاغه، حکمت ۲۸۱)

۷. انسان بر اساس قوایی که دارد، می‌تواند به ادراکهای مختلفی دست یابد. اما آنچه انسان را به صورت ویژه از سایر موجودات ممتاز می‌کند، برخوردارگی از توانی برای ادراکات و حیانی و الهامهای غیبی است. در اصطلاح قرآن و روایات، گیرنده این الهامات و ادراکات، قلب نامیده شده است.

۸. پس از اینکه انسان به انواعی از علم دست یافت، هنگامی که اطمینانش به آن علوم بیشتر شود و به عنوان علمی محکم و قطعی آنها را ادراک کند، به صورت باور درمی‌آید. میزان باورها بسته به استحکامی که دارد از یقین بیشتر برخوردار می‌شود. هر علمی که به باور تبدیل می‌شود، در حدی است که قابلیت اعتماد کردن را یافته که فرد بر اساس آن عمل کند. بنابراین، موضوع ایمان پس از علم برای انسان مطرح می‌شود (اخوت، ۱۳۸۹). در روایات، ریشه ایمان، علم دانسته شده (حکیمی، ۱۳۸۰، ج ۱: ۱۹۲) و ایمان و یقین در باور، با یکدیگر قرین ذکر شده‌اند (همان: ۱۸۹). ایمان در روایات دارای ابعاد حسی، باوری و عملی است (همان: ۳۹۳). بنابراین، ایمان، پذیرش ارادی محتوای علم است. ایمانی که مبتنی بر شناخت وهمی یا خیالی باشد، هرگز از ثبات برخوردار نیست و با تغییر شناخت وهمی و خیالی که در معرض زوال است دگرگون می‌شود (جوادی آملی، ۱۳۸۶). در توضیح مختصر این ساختار نیز، امام علی(ع) تفکر را مقدمه کسب علم (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶، ج ۵: ۳۹۷) و در جایی، اصل عقل را تفکر کردن (همان، ج ۲: ۴۱۷) و علم را مقدمه عمل کردن دانسته‌اند (نهج‌البلاغه، حکمت ۲۷۴). امام صادق(ع) ایمان و عمل را ملازم یکدیگر و تثبیت‌کننده ایمان را عمل می‌دانند. (حکیمی، ۱۳۸۰، ج ۱: ۳۹۲)

۹. انسان، با ایمان، علم خود را به سمت عمل سوق می‌دهد.

۱۰. قبل از آنکه انسان بر اساس باورهایش عمل کند، مراتبی از انگیزه، قصد و نیت را طی می‌کند. به این مراحل که قبل از عمل و شکل‌دهنده نوع عمل و کیفیت آن است، فعل گفته می‌شود.

۱۱. در صورتی که درون انسان فعلهایی نهادینه شود، به نحوی که عمل کردن با سهولت بیشتری انجام شود، انسان به صفاتی دست پیدا می‌کند.

۱۲. هر عملی به شکل محسوس و نامحسوس اثرات خود را در زندگی وارد می‌کند و به صورت نتایج ملموس یا غیر ملموس در چرخه ساختار وجودی قرار می‌گیرد و مشاهدات، تفکر، علم، باور و فعل را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. (اخوت، ۱۳۸۹)

۱۳. محور اصلی ساختار وجودی، توان مدیریتی است که آن را به نام توجه نفس می‌شناسیم که بر سایر مؤلفه‌ها اثر می‌گذارد و سایر تأثیرات مؤلفه‌ها را مدیریت می‌کند (همان). در روایات، تقوا به عنوان عنصر کنترل‌کننده و مدیریتی مطرح می‌شود که قدرت توجه و ارزیابی امور در دست آن است. در واقع؛ محور اصلی ساختار وجودی توجه نفس است که بر سایر مؤلفه‌ها اثر می‌گذارد و سایر تأثیرات مؤلفه‌ها را مدیریت می‌کند.

با توجه به توضیحات گفته‌شده، عناصر ساختار وجودی انسان در محور تفکر شامل حس، تخیل، توهم و تعقل؛ در محور علم شامل باور و ایمان و در محور فعل شامل عزم، انگیزه، قصد و نیت و عمل است. شاکله نیز بر تمام این عناصر اثر گذاشته و اثر می‌پذیرد. علم انسان نیز می‌تواند از طریق شهود دریافتهایی داشته باشد. همچنین مهم‌ترین عنصر، توجه نفس است که تا نباشد، ساختار وجودی انسان به گردش در نمی‌آید. نوع عمل، سلامت (سعادت) یا اختلال (شقاوت) را در فرد پیش‌بینی می‌کند. در نهایت، اختلال یا سلامت بر توجه و گردش دوباره ساختار و ایجاد تغییری جدید در آن اثر می‌گذارد (همان). به این ترتیب، از فهم پیوستگی ساختار انسان، می‌توان ریشه اختلالات و نیز لوازم و نتایج آن را شناخت و بر همین اساس، به درمان آن پرداخت. انطباق ساختار وجودی انسان با آیات قرآن می‌تواند ما را در شناخت اختلال و نیز درمان آن بر اساس عناصر یاد شده به خوبی کمک کند؛ زیرا قرآن، اختلالات در حوزه روانی انسان را از منظرهای مختلف مورد بررسی قرار داده، آن را بر اساس مؤلفه‌های ساختار وجودی معرفی می‌کند.

۳. مطالعه افسردگی در قرآن

روش‌های متفاوتی برای تبیین علل افسردگی در نظریات و دیدگاه‌های مختلف وجود دارد، هر یک از رویکردهای روان‌شناسی با توجه به تعریف آنها از انسان و علل فرایندهای روانی و رفتارهایش، به تبیین اختلال‌های روانی می‌پردازند. در این پژوهش تلاش کرده‌ایم تا با الهام از قرآن، پدیده‌های انسانی را تفسیر کنیم و با منطقی روشمند، الگوی ریشه‌های افسردگی در سوره‌ای خاص را کشف کنیم. با توجه به نظریات متعددی که در مورد علت‌شناسی

تبیین ریشه‌های افسردگی از منظر سوره مبارکه غاشیه ... ♦ ۳۷۹

افسردگی مطرح می‌شود، سؤال اساسی این است که آیا عامل مهم‌تر و جامع‌تری در عوامل پیشایندی افسردگی وجود دارد که تمام عوامل مخاطره افسردگی در نظریات گوناگون را پوشش دهد؟ به عبارت دیگر؛ آیا ممکن است در اثر دارا بودن باور یا رفتاری خاص، افراد در مواجهه با بن‌بستها و استرسورهای زندگی به ناامیدی، پوچی و درماندگی نرسند؟ عوامل شناختی و رفتاری موجد افسردگی کدامند؟ آیا با اصلاح آنها می‌توان در برابر افسردگی واکنش داد؟ در این پژوهش تلاش بر این بوده است تا با روشی دقیق به بررسی پاسخ این سؤالات در سوره غاشیه برسیم. بنابر این، نظر به اهمیت پژوهشهای قرآنی در این حوزه، هدف اول در این پژوهش، اکتشاف الگوی قرآنی افسردگی در سوره غاشیه است. از آنجا که عارضه‌هایی که به عنوان اختلال روانی در انسان مطرح می‌شوند، او را از نظام هدایت و سعادت خارج می‌کنند، هدف دوم پژوهش، کشف و تفسیر ملاحظات درمانی و راهکارهای مقابله با این اختلال بر اساس این سوره خواهد بود.

(ب) روش پژوهش

مبنای پژوهش حاضر از نظر سبک و روش برداشت، مبتنی بر نظر امام خمینی (ره) (۱۳۲۱) و از نظر تفسیر آیات، مبتنی بر تفسیر المیزان و از نظر فهم معانی کلمات، مبتنی بر نظر علامه مصطفوی (۱۳۷۱) در کتاب التحقیق است. بر اساس نظر امام خمینی (ره)، برداشت از قرآن در صورتی که به قصد تفسیر آیه نباشد، برای الهام‌گیری از معانی آیات بلاشکال است و در حوزه تفسیر به رأی قرار نمی‌گیرد. بر اساس نظر مرحوم علامه طباطبایی (۱۳۷۴)، تفسیر قرآن لازم است مبتنی بر روایات اهل بیت (ع) و به شیوه قرآن به قرآن باشد. بر اساس نظر مرحوم مصطفوی و نیز دو بزرگوار پیش‌گفته، کلمات برای روح معانی وضع شده‌اند، نه برای مصادیق خاص؛ به همین دلیل، می‌توان برای هر کلمه، مصادیق متنوعی در نظر گرفت.

بررسی واژه‌ای در این پژوهش، اساس کار بوده است؛ به این معنی که ابتدا از بیرون سؤالی را به قرآن عرضه کردیم و سؤال خود را به مفاهیم در قالب واژه‌های متناظر با موضوع سؤال که همان نشانه‌های افسردگی بود، تقلیل دادیم و سپس با کمک کارشناسان آشنا به کل قرآن، مفاهیم معادل آنها را در قرآن پیدا کرده، مورد بررسی در سوره قرار داده‌ایم. برای فهم بهتر سوره در موضوع افسردگی، آیات را به صورت گزاره‌هایی مشخص در نظر گرفته و

مؤلفه‌های مهم علی، نشانه‌ای و درمانی را از آنها استنباط کردیم. مؤلفه‌های به دست آمده در سه سطح علی و نشانه‌ای از سوره غاشیه را در قالب ساختار وجودی انسان، تبیین و نکات درمانی را با توجه به آنها کشف کردیم. روش بررسی واژه‌ای، پیش‌تر در کارهایی مورد استفاده قرار گرفته است. برای مثال؛ آذربایجانی (۱۳۸۵) این روش را در مقاله «ساختار معنایی ایمان در قرآن»، با استفاده از روش ایزوتسو^۱ در استفاده از کلمات قرآن، به کار برده است. مراحل پژوهش به طور خلاصه به شرح ذیل است که در قسمت نتایج به طور مشروح طی این مسیر مشخص است.

۱. طراحی سؤال (با موضوع اختلال افسردگی اساسی)

یک تحلیل مفهوم افسردگی (توجه به مفاهیم اصلی در مورد ملاکهای افسردگی اساسی)؛ برای این منظور، تعریف افسردگی و مهم‌ترین ویژگی‌های آن با توجه به معنای رایج علمی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی استخراج شد.

دو) کشف واژه‌های قرآنی متناظر با مفاهیم افسردگی اساسی (تناظر در مقدمه یا لوازم یا نتایج معنا)؛ سوره غاشیه با توجه به اینکه سه مفهوم اصلی افسردگی را متناظر با نشانه‌های آن دارا بود، برای بررسی بیشتر انتخاب شد. بنابر این، مطالعه این سوره، ما را از سوره‌های دیگر بی‌نیاز نمی‌کند و در آینده برای مطالعه جامع‌تر افسردگی در قرآن می‌بایست همه سوره‌هایی را که در بر گیرنده واژه‌های افسردگی‌اند، مورد توجه قرار داد.

سه) استخراج گزاره‌های مربوط به سوره‌های دارای واژگان افسردگی در محورهای مختلف ساختار وجودی انسان؛ گزاره‌های استخراج شده از آیات، در صدد کشف رابطه منطقی بین عوامل اختلال؛ یعنی افسردگی بوده‌اند. به همین دلیل، به جنبه‌های دیگر و نکات متعدد دیگر آن آیات توجهی نداشته است. با توجه به اینکه آیات قرآن در بیان افراد، مثبت یا منفی‌اند؛ از آیات منفی، کلمات مرتبط با افسردگی را استنباط و از آیات متقابل آنها، برای پیشگیری و درمان افسردگی راهکارهای عملی را جستجو می‌کنیم.

چهار) استخراج مؤلفه‌های علی، نشانه‌ای و درمانی افسردگی متناظر با گزاره‌ها..

ج) نتایج

با توجه به سؤلهایی که در قسمت مقدمه بیان شد، مشخص است که سؤال ما مربوط به اختلال مهم و اساسی افسردگی است. برای تحلیل موضوع در مرحله دوم پژوهش، ملاکهای نه‌گانه افسردگی را به مفاهیم قابل جستجو در قرآن تبدیل کردیم. دو نشانه اول، که غمگینی و فقدان لذتند، چون کلی‌اند و در همه افراد افسرده به همین شکل بروز می‌کنند، به همان صورت در نظر گرفته شدند؛ اما در مورد برخی ملاکهای دیگر، از آن جهت که در افراد افسرده بسیار متغیر و ناهمگونند، به مفاهیم کلی‌تر تبدیل می‌شوند. جدول ۱، مفاهیم به دست آمده را نشان می‌دهد.

جدول ۱: تحلیل موضوع افسردگی از طریق حرکت از ملاکها به نشانه‌های کلی

ملاک‌های افسردگی اساسی	مفاهیم متناظر با ملاکهای قابل جستجو در قرآن
غمگینی	غمگینی
فقدان علاقه یا لذت در فعالیتهای معمول	ناتوانی در تجربه لذت / فقدان انگیزه/ناکامی
تغییر در اشتها (کاهش یا افزایش) یا تغییر در وزن	برهم خوردن تعادل جسم
اخلال در خواب (بی‌خوابی یا پرخوابی) ^۱	عدم تعادل در برنامه زندگی
بیقراری یا کندی روانی - حرکتی	بیقراری - کسالت
خستگی یا فقدان نیرو	احساس ناتوانی
احساسهای گناه و سرزنش خود	احساس شکست، حقارت، دلسردی، احساس گناه
کاهش توانایی در تمرکز یا تصمیم‌گیری	مشغولیت فکر (نشخوار فکری)، فشار و سختی در عمل، بی‌عملی، فقدان عمل
فکر در مورد خودکشی یا برنامه‌ریزی برای خودکشی یا اقدام به خودکشی	ناامیدی، درماندگی، احساس پوچی

در گام سوم، واژه‌های قرآنی متناظر با مفاهیم افسردگی توسط کارشناسان قرآنی (مدیر و مؤسس مدرسه قرآن و اهل بیت(ع) و همکارانشان) بر اساس کتابهای معتبر لغت (التحقیق، قاموس و مفردات) به دست آمدند. در مجموع، ۱۲ واژه قرآنی در شش سوره قرآن به دست آمد. از آنجا که سه واژه اصلی به دست آمده مربوط به سوره غاشیه بود، برای بررسی بیشتر، این سوره انتخاب شد. شکل ۲، واژه‌های افسردگی سوره غاشیه را نشان می‌دهد. برای فهم بهتر واژه، در کنار معنای لغت، مقدمات، لوازم و نتایج واژه‌ها نیز تبیین شده‌اند.

نشانه‌های افسردگی اساسی	برخی از واژه‌های افسردگی در قرآن	معنای واژه بر اساس لغت (التحقیق، قاموس قرآن و مفردات رانلب)	مقدمات	لوازم	نتایج	معنای فرابندی واژه بر اساس تحلیل عقلی
غمگینی - کاهش توانایی در ندرکز یا تصمیم‌گیری - بیقراری	غاشیه	غشی: (التحقیق) پوشیدن نازنه‌ی که بر آن حاکم شود و در آن گسره شود (قاموس) پوشیدن و فرا گرفتن نفر داندو را با چیزی هم او و ملازم کرد تا او را فرا گرفت و پوشاند. غاشیه آنچه که چیزی را می پوشاند بجه اعتبار بمصادق قرآنی آن که قیامت است خوری فراگیر که تمام توجه انسان را احاطه می کند و آن را می پوشاند بمصادق خبر قیامت	واژه ناگهانی	فراگیر / گسترش در درون / اختلال در هوشیاری	جزن / اختلال در ندرکز و تفکر / بالاکلمبی، سردرگمی	واژه ناگهانی که به سبب فراگیری و گسترش این منجر به اختلال در هوشیاری فرد شده و منجر به اختلال در ندرکز و تفکر، بالاکلمبی و سردرگمی می شود
غمگینی - حزن - احساس ناانوائی - احساس گناه	خاشعه	خضع: حالتی از نری، پذیرش، گرفتن، باین آمدن در دل است که در بر نه بعد چشم و گویش به عنوان لوازم این قبول و حزن می باشد (قاموس) انزال و نواضع خاشعه: اسم فعل خضع - کسی که حالت خضوع، اتعال و پذیرش و حزن نسبت به دیگری دارد بمصادق خبره در افران بعبون در قیامت	مواجهه با عظمت دیگری / ابلافات	درک عظمت دیگری و باین بودن خود	حزن / نری، پذیرش	کسی که در مواجهه با عظمت دیگری احساس باین بودن و حزن می کند و حالتی از نری و پذیرش در او به وجود می آید
غمگینی - ناگامی - بوجی - نا ابدی - فقدان نیرو (خشگی)	عامله ناصبه	عمل: (التحقیق) آنچه از فعل و نسبت های باطبی در خارج ظاهر می شود نصبه: (التحقیق) نسبت چیزی در معنی برای به پاداشن آن (قاموس) آنچه دادن و رنج دیدن عامله ناصبه: (التحقیق) فرد عملی که از عمل خود احساس بی فایدگی می کند (قاموس): عقلی که بلسم رنج فرد می شود اما از آن نتیجه ای نمی گیرد	در نظر گرفتن مقاصد خروج از توان و تکلیف / آرزوهای دست نیافتنی	عدم تناسب بین عمل و مقصد (آرزو)	ناگامی / بوجی / نا ابدی	فرد ناگامی که عمل این با مقصدش تناسب ندارد و از عمل با پشت خود ادراک می حاصلی می کند و دچار ناگامی، بوجی و نا ابدی می شود.

شکل ۲: مفاهیم متناظر با ملاکهای افسردگی در قرآن و لغت‌شناسی آنها

بعد از طی سه گام نخست، سوره غاشیه را با محوریت این سه واژه اصلی؛ یعنی غاشیه، خاشعه و عامله ناصبه مطالعه کردیم. این سوره، فردی را که دچار عارضه «غاشیه» است، معرفی می‌کند. غاشیه به معنای خبری است که تمام توجه فرد را به خود مشغول می‌کند و

تبیین ریشه‌های افسردگی از منظر سوره مبارکه غاشیه ... ♦ ۳۸۳

نمی‌گذارد به چیز دیگری متوجه باشد. عارضه‌ای که در اثر آن، همه‌توجه فرد به حزن، اندوه و فقر معطوف شده، در وجود او حالتی از ناتوانی شدید ظاهر می‌شود. این ناتوانی و احساس حقارت، در قالب وجوه خاشعه در سوره بیان شده است؛ یعنی بدحالی فرد تا حدی است که در چهره او نمایان است و به خوبی حاکی از شکستهای پی‌درپی اوست. عامله ناصبه نیز در بیان علت‌شناسی این وضعیت، به معنای رفتارهای بی‌نتیجه‌ای است که فرد را به سختی‌های بی‌حاصل فراوان می‌اندازد و موجب بدحال شدن وی می‌شود. اختلال در عمل فرد و اینکه هر چه تلاش می‌کند بی‌نتیجه است و احساس رضایت در او پدید نمی‌آورد، موجب حس درماندگی و ناکامی در فرد در رسیدن به مطلوب خود می‌شود.

بدین ترتیب در این سوره، افسردگی از منظر اختلال در توجهات و اعمال و با تمرکز بر حزن و اندوه شدید و عمل بیهوده در ساختار وجودی مورد بررسی قرار گرفته است. در معرفی افرادی که مبتلا به این عارضه‌اند، غاشیه، خاشعه و عامله ناصبه، اصطلاحاتی‌اند که با ویژگی‌های افسردگی کاملاً همخوانی دارند. هر چند غاشیه در فضای آخرت مورد بررسی قرار گرفته، ولی به دلیل اینکه آیات سوره با فضای دنیا رفت و آمد تنگاتنگی یافته و ملکوت دنیا همان آخرت است، می‌توان آن را برای بررسی زنجیره افسردگی مورد مطالعه قرار داد.

بنابر این، در مرحله چهارم، با توجه به سه واژه اصلی افسردگی در سوره غاشیه که شامل غاشیه، خاشعه و عامله ناصبه می‌شدند، گزاره‌های مربوط به افسردگی را از آیات استخراج کرده، در محورهای مختلف ساختار وجودی انسان تبیین کردیم.

در مرحله پنجم، مؤلفه‌های علی، نشانه‌ای و درمانی را از گزاره‌های به دست آمده استنباط کردیم. این مؤلفه‌ها که ممکن است هر کدام از چندین گزاره برگرفته شده باشند، در ستون سوم جدول ۲ مشخص شده‌اند. جدول ۲ گزاره‌های این سوره را در محورهای مختلف ساختار وجودی نشان می‌دهد.

جدول ۲: گزاره‌ها و مؤلفه‌های افسردگی در سوره غاشیه با توجه به ساختار وجودی انسان

نوع مؤلفه	مؤلفه افسردگی	گزاره‌های سوره غاشیه	ابعاد ساختار وجودی
نشانه‌ای علی علی درمانی علی نشانه‌ای	غم و اندوه فراگیر عدم توجه به حضور خدا عدم توجه به آخرت عدم توجه به باورهای حقیقی عدم توجه به داشته ناامیدی از تغییر	در حالتی از غم و اندوه به سر می‌برند؛ به نحوی که این غم در ظاهر آنها هویدا است. این حالت غم به دلیل توجه به نتایج بی‌حاصل از رفتارها به وجود آمده است. (آیات ۱ و ۲ و ۳) به واسطه بی‌توجهی به خدا از معنویت محرومند. (آیه ۴) به بازگشتی شکوهمند و حسابی درخشان نمی‌اندیشد؛ چون خالی از نتایج درست است. (۲۶-۲۵) مادامی که فرد افسرده توجه خود را معطوف به اصول و باورهای حقیقی نکند، راهکارهای برطرف شدن افسردگی، بی‌نتیجه و سعی و تلاش حاصل خسته‌کننده و ملال‌آورتر است و منجر به تشدید افسردگی او می‌شود. (آیات ۳ تا ۷ و ۲۳ و ۲۴) توجه فرد به توانمندی‌ها و درونیاتش ضعیف شده است. (آیه ۲۱) توجه به عدم تغییر در او شدت گرفته است. (آیه ۲۲)	بُعد توجه
علی	بی‌فایده بودن دریافتها و بیهوده بودن آنها	با هر ادراک حسی خود، محرومیتی استشمام و دریافت می‌کنند (آیه ۵). به سخنانی می‌پردازند و گوش می‌دهند که بیهوده است و فایده‌ای برای آنها ندارند و اگر به ظاهر سخنی را بشنوند نمی‌توانند آن را به شناخت مفیدی برای خود تبدیل کنند. (آیه ۱۱)	بُعد حس
نشانه‌ای	احساس بیهودگی و بی‌فایده‌گی	ادراکهای خیالی و وهمی آنها نمی‌تواند اقناعشان کند و به جای آن، خلأ بیشتری را برای آنها تولید می‌کند. (آیه ۶ و ۷) به تصورات و حرفهای بیهوده می‌پردازند. (آیه ۱۱)	بُعد خیال و وهم
علی علی درمانی علی	عدم توجه به حد اقلهای علمی در درون خود علم غیرنافع و بی‌خاصیت عدم توجه به محیط اطراف نداشتن مهارت تفکر عبرت‌گیرانه	سیستم تفکری آنها معیوب است. نمی‌توانند از محیط اطراف خود بهره‌برداری کنند. به عبارتی؛ در حواس خود و دریافت اطلاعات حقیقی از محیط مشکل دارند. این افراد توانایی تحلیل مسائل را ندارند و نمی‌توانند دریابند که یک امر از چه ابعاد، اجزا و کارکردهایی تشکیل شده است و ربط آنها را به غایت هستی و هستی‌آفرین در نمی‌یابند. (آیات ۲۰-۱۷) ساختار فکری آنها، ایشان را به علم رهنمون نمی‌کند. ساختار فکری منظم و منسجمی که بتواند حقایق را درک کنند، ندارند. (آیات ۲۰-۱۷) از مسائل اطراف نمی‌توانند عبرت بگیرند. نسبت به محیط اطراف خود غافلند و هیچ واکنشی ندارند. (آیات ۲۰-۱۷) ادراکات حسی تا وهمی به شناخت مفید تبدیل نمی‌شود و نمی‌تواند عمل مفید را در آنان فعال سازد. (آیه ۱۱ و ۱۷) نسبت به عناصر طبیعی واکنش مثبت نشان نمی‌دهند و نسبت به آنها	بُعد تفکر (فرایند یکپارچه از حس تا وهم)

		بی تفاوتند. (آیه ۲۰-۱۷)	
عکی	علم غیرنافع و بی‌خاصیت	دانشی که فرد کسب می‌کند، برای او مفید نیست. این دانش برای فرد رشد به وجود نمی‌آورد. به عبارتی؛ دانش کسب شده نیازهای او را برطرف نمی‌کند و همچنان احساس نیاز در فرد باقی می‌ماند. (آیه ۶)	بُعد علم
نشانه‌ای عکی	عدم لذت از خوشی‌ها سختگیری در فهم و عمل	راهکارهایی که در دیگران می‌تواند منجر به نشاط و شغف شود، حال آنها را بدتر می‌کند. (آیه ۷) برای فهم حقایق قائل به پیچیدگی‌هایی است که او را از شناخت عاجز کرده است؛ در حالی که قناعت به همان مختصر دریافت ساده و بسیط می‌توان برای او خوشایند باشد. (آیه ۲۰-۱۷)	
عکی	عدم حرف‌شنوی از مقام بالاتر	اعتقاد به حرف‌شنوی از بالاتر از خود را ندارد. (آیه ۲۳)	بُعد باور
عکی عکی درمانی	فقدان عاقبت‌نگری باید و نبایدهای بدون مبنا باورهای غیر منطقی	اعتقاد به حسابرسی و محاسبه و ارزیابی از رفتارها و گفتارها ندارد. (آیه ۲۵ و ۲۶) عاقبت‌نگر نیست و تنها به منفعت‌های زودگذر فکر می‌کند. (آیه ۲۵) دارای بایدها و نبایدهای مبتنی بر غرایز و میل لحظه‌ای است. (آیه ۲۳) به دلیل نداشتن باورها و شناخت‌های منطقی و قطعی در عمل خود احساس پوچی و بی‌نتیجه بودن می‌کند. (آیات ۷-۳)	
عکی	حرص	حرص در داشتن، مانع از بهره‌مندی او از داشته‌هایش است. (آیه ۲۰-۱۷)	بُعد شاکله
نشانه‌ای	عدم نشاط	میل و رغبت نداشتن به طبیعت مانع از شادابی و نشاط و بهره‌مندی او از زندگی است. (آیه ۲۰-۱۷)	
نشانه‌ای	احساس ناتوانی	احساس کمبود دارند. عزت نفس ندارند و فکر می‌کنند از دیگران پایین‌ترند چون از عملشان حس بی‌نتیجه بودن دارند. (آیات ۱ و ۲)	
نشانه‌ای نشانه‌ای درمانی	احساس محرومیت شدید غم و اندوه فقدان کمال‌طلبی	به دلیل اختلال در عمل، احساس محرومیت می‌کنند. احساس تنهایی در آنها زیاد است. (آیه ۴) چهره‌هایشان شاداب و باطراوت نیست. (آیات ۸ و ۹ و ۱۰) با اینکه کمال‌طلبی در گوهر آنهاست، ولی به دلیل نداشتن مبنای درست در زندگی خود به این گوهر دست نمی‌یابند. (آیات ۱۰-۸)	
نشانه‌ای	احساس عمل بی‌نتیجه	سعی آنها برایشان راضی‌کننده نیست. (آیات ۱۰-۸)	بُعد عمل
نشانه‌ای	احساس سختی عمل	عمل برای آنها سخت و طاقت‌فرساست. (آیه ۲۴) از اعمال خود احساس نتیجه ندارند. (آیه ۳)	
نشانه‌ای	خشوع و شکستگی	خشوع و شکستگی در ظاهر فرد نمایان است. (آیه ۲)	بُعد نتیجه
نشانه‌ای	چهره حزن و اندوه، یأس شدید، نارضایتی شدید	عوارض ناتوانی و پرداخت هزینه سنگین در انجام اعمال موجب حزن و اندوه و یأس شدید و عدم تغییر و عدم خلاقیت فرد می‌شود. (آیه ۱ و ۲ و ۳ و ۲۲)	

د) راهکارهای درمانی افسردگی از منظر سوره غاشیه

با توجه به مؤلفه‌های استخراج شده، می‌توان برای درمان این عارضه از هر یک از مؤلفه‌های ساختار وجودی که به فرد افسرده نزدیک‌تر است، آغاز کرد؛ یعنی با مصاحبه با فرد افسرده می‌توان به علت نزدیک‌تر و اساسی‌تر افسردگی در او دست یافت و سپس از همان نقطه، در تفکر، عمل، توجه یا هر بُعد از ساختار وجودی با محتوای خاص خود شروع کرد. شکستن زنجیره ساختاری این اختلال می‌تواند ما را در بهبود فرد افسرده یاری رساند و به تدریج، حال او را از وخامت خارج کند. بسیاری از این راهکارها، هم از مؤلفه‌های نشانه‌ای برگرفته شده‌اند و هم از مؤلفه‌های علی. اجرای این راهکارها در افراد افسرده در مطالعات آتی، ما را به اجرای هر چه بهتر درمان و متناسب‌سازی راهکارها با انواع مختلف افسردگی یاری خواهد رساند. به طور کلی، مؤلفه‌های درمانی استخراج شده عبارتند از: توجه به باورهای حقیقی، توجه به حداقل‌های علمی موجود در درون خود، توجه به محیط اطراف، داشتن مهارت تفکر عبرت‌گیرانه، علم نافع و باخاصیت، لذت از خوشی‌ها، حرف‌شنوی از مقام بالاتر، تقویت عاقبت‌نگری، باید و نبایدهای با مبنا و فقدان کمال‌طلبی.

جدول ۳: گزاره‌های درمانی متناظر با آیات و مؤلفه‌های درمانی

آیات متناظر گزاره‌های درمانی	گزاره‌های درمانی	بعد ساختار وجودی انسان
(آیات ۱۷ تا ۲۲)	۱. سعی در توجه دادن فرد به طبیعت و زنجیره حیات به عنوان محرک بیرونی برای فعال کردن قوه بینایی - برخی از مشاهدات قابل توصیه: مشاهده چشمه جاری، مشاهده آسمان و ستارگان، مشاهده کوه، مشاهده مناظر بسیار باز و مسطح.	درمان در حواس
(آیه ۱۱)	۲. سعی در از بین بردن شنیدنی‌های درونی و بیرونی لغو و بیهوده با جایگزین کردن گفتارهای نیک و کلمات زیبا.	
(آیات ۸ تا ۱۰)	۳. سعی در حذف مشاهده صحنه‌های دلالت دهنده به محرومیت با دلالت به رفتارهای نتیجه‌بخش.	
(آیه ۱)	۴. سعی در حذف القانات تکراری مأیوس‌کننده بیهوده با جایگزین کردن القانات سودمند.	درمان در خیال و وهم
(آیه ۱)	۵. سعی در حذف تصورات ناراحت‌کننده با جایگزین کردن	

تبیین ریشه‌های افسردگی از منظر سوره مبارکه غاشیه ... ♦ ۳۸۷

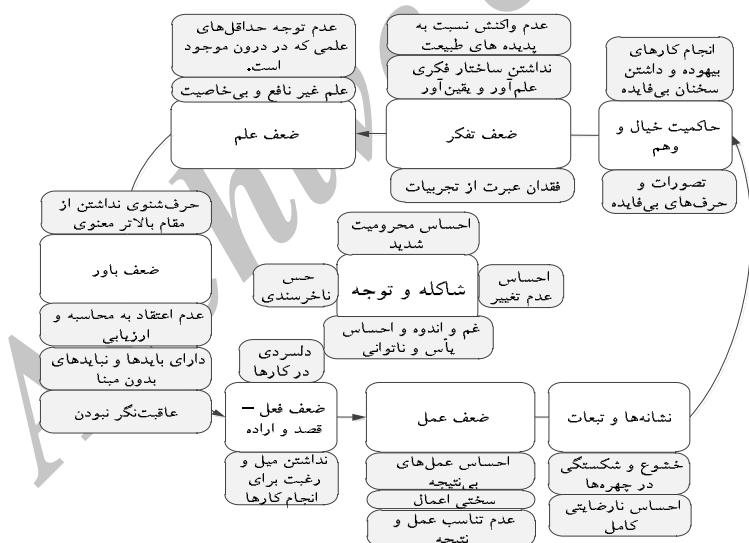
(آیات ۱۷ تا ۲۲)	<p>صحنه‌های شاد و امیدبخش.</p> <p>۶. توجه دادن به سازوکارهای طبیعی در سختکوشی و استمرار.^۱</p>	
(آیات ۱۷ تا ۲۲)	<p>۷. فعال کردن تفکر با توجه دادن فرد به ساده‌ترین عناصر اطراف و خارج کردن نگاه فرد به مسائل خود.</p> <p>۸. فعال کردن تفکر با مشاهده چرخه حیات و شرایط سختی که تحمل می‌کند. (توجه به ویژگی‌های شتر)</p> <p>۹. فعال کردن کلی‌نگری و از دید بالا مسائل را دیدن. (ویژگی آسمان)</p> <p>۱۰. فعال کردن تفکر با موضوع مشاهده عناصر سختکوشی و استواری. (ویژگی کوهها)</p> <p>۱۱. فعال کردن تفکر پیرامون عوامل وسعت حال. (ویژگی زمین)</p>	درمان در تفکر
(آیات ۴ تا ۷)	<p>۱۲. تشویق و مساعدت در تعلیم علم با فایده و منفعت‌دار^۲</p> <p>۱۳. تشویق و مساعدت به مطالعات سودمند و حکمت‌های کوتاه و زیبا</p>	درمان در علم
(آیه ۲۳) (آیه ۳) (آیه ۲۳) (آیه ۹)	<p>۱۴. مساعدت در حرف‌شنوی از اولیا.</p> <p>۱۵. بالا بردن سطح عاقبت‌نگری.</p> <p>۱۶. توجه دادن به حتمیت حصول نتیجه کارهای مثبت از یک سو و تأخیر در مشاهده نتایج به دلیل ماهیت دنیا.^۳</p> <p>۱۷. تصحیح باایدها و نپایدها بر مبنای عقل و شرع.</p> <p>۱۸. اصلاح دیدگاه فرد نسبت به رضایت و سطح رضایت‌مندی از کارها.</p>	درمان در باور
(آیات ۱۷ تا ۲۲)	<p>۱۹. تقویت قصد و نیت خیر در انجام کارها و خروج از نداشتن نیت خیر.</p> <p>۲۰. ارائه و پیشنهاد برنامه‌هایی متناسب با توان فکری و روحی و نیاز فرد برای بالا بردن سطح میل و رغبت او به انجام کارها.</p> <p>۲۱. پذیرش شرایط سخت در کارها و سخت‌کوش بودن برای رسیدن به نتایج.</p>	درمان در فعل
(آیه ۳)	<p>۲۲. کمک در کوتاه کردن فرایند عمل تا حصول نتیجه.</p> <p>۲۳. کمک در انجام فرایند عمل برای کم کردن سختی آن.</p> <p>۲۴. مساعدت در خارج کردن فرد از انجام اعمال بیهوده و بی‌خاصیت.</p>	درمان در عمل

۱. مثل توجه به شتر که مصداق سختکوشی و استمرار در طبیعت است و یک آیه به شمار می‌آید.
۲. آیات ۴ تا ۷: افراد توضیح داده شده در این آیات، از ضریح تناول می‌کنند که نوعی نثار است و سیری و نفعی برای آنها ندارد. در مقام درمان دریافتهای فرد، چه علمی و چه خوردنی، باید در سیستم تفکر و جسم او موجب بهبود، تغییر و سیری مادی یا معنوی شود؛ حال آن که فرد افسرده تاکنون این گونه نبوده و در درمان باید به این نکته مهم توجه شود.
۳. آیه ۳: به این معنی که تلاش شود فرد در انجام کارهای متناسب با نتیجه، عامله ناصبه نباشد و عمل و نتیجه مقروضش با هم تناسب داشته باشند. آیه ۹: به این معنی که کاری کنیم تا فرد، مانند افراد دارای سلامت روان، از کارهایش راضی باشد که انجام این امر به ایجاد تغییر در باورها و عمل شخص بستگی دارد.

<p>(آیه ۳)</p>	<p>۲۵. اصلاح توقع در رسیدن به نتیجه برای بالا بردن سطح رضایتمندی از کارها. ۲۶. نشان دادن نتایج کارها و تأکید و تشویق بر نتایج مطلوب.</p>	<p>درمان در نتیجه</p>
<p>(آیات ۱۷ تا ۲۰) (آیه ۳)</p>	<p>۲۷. توجه به موفقیت‌های زندگی و نعمت‌های خاصی که خداوند به فرد داده است. ۲۸. برطرف کردن اندوه و حزن با مساعدت و مشارکت در انجام کارهای شایسته و مفید.</p>	<p>درمان در توجه</p>

هـ) جمع‌بندی و بحث

با توجه به هدف این پژوهش که کشف و شناسایی عوامل موجد افسردگی و راهکارهای درمانی این اختلال در سوره غاشیه بود، به طور خلاصه این عوامل یا مؤلفه‌های اصلی در شکل ذیل با محوریت اختلال در توجه و ضعف در عمل در ابعاد مختلف ساختار وجودی انسان خلاصه شده‌اند:



شکل ۴: مؤلفه‌های علی افسردگی در سوره غاشیه با محوریت اختلال در توجه و ضعف در عمل

این عوامل با توجه به الگوی ساختار وجودی انسان در هر بُعد، شناسایی و طبقه‌بندی شده و در قالب یک الگوی جامع ارائه شدند. مهم‌ترین عوامل، به محور توجه (ویژگی غاشیه) و محور عمل (ویژگی عامله ناصبه) اشاره دارند. توجه فرد افسرده دائماً مشغول به خود است

تبيين ريشه‌های افسردگی از منظر سورة مبارکه غاشيه ... ♦ ۳۸۹

و از اينکه دچار چنين عارضه‌ای است و غم و اندوه وجودش را فرا گرفته، در رنج است. همچنين اين مشغولی فکر و توجه به عمل نيز معطوف است. ضعف در عمل، در نتيجه عمل بسيار زياد اما بيهوده است. ادراک اين بيهودگی به شخص وابسته است. فرد برای عمل بسيار خود نتيجه‌ای نمی‌بيند و اين موضوع، به او احساس محروميت و شکست می‌دهد و ناامیدی وجودش را فرا می‌گیرد. افسردگی در ساختار وجودی نه تنها به اخلال در روند توجه و عمل اشاره دارد، بلکه تمام ابعاد مختلف اين چرخه را به نحوی درگير می‌کند. افراد افسرده نمی‌توانند آنچه برايشان مفيد است را در حواس خود دريافت کنند و از محيط خود آگاهی‌های بيهوده کسب می‌کنند. در خيال و وهم هم تصوراتی دارند که آنها را اقناع نمی‌کند و برايشان نفعی ندارد. در سيستم تفکر نيز دچار مشکلند. از حوادث و پديده‌های پيرامون خود نمی‌توانند عبرت بگیرند. به مسائل به صورت ساختاریافته نگاه نمی‌کنند تا از آن علمی مفيد را در خود ايجاد کنند. در باور نيز اعتقادی به حرف‌شنوی از مقام بالاتر را ندارند. دارای بايد و نبایدهای مبتنی بر غرايزند و عاقبت‌نگری در مسائل ندارند. در بُعد شاکله، حريصند؛ عزت نفس ندارند و احساس کمبود می‌کنند. با حس محروميتی که دارند، دچار ناامیدی‌اند. در بُعد فعل نمی‌توانند خودشان را به کاری وادارند و انگیزه انجام کاری را ندارند و احساس می‌کنند عملشان بی‌نتيجه است. البته در ديگر سوره‌های قرآن به الگوهای مختلفی از افسردگی اشاره می‌شود که البته با ساير الگوها مرتبط است. بنابر اين، باور به اينکه تنها یک الگوی افسردگی وجود دارد، کاملاً اشتباه است؛ چرا که عوامل موجد و راه‌انداز افسردگی در افراد، متفاوت است و تظاهرات متفاوتی را در ابعاد مختلف ساختار وجودی می‌تواند ايجاد کند. شناسایی اينکه هم اکنون در فرد افسرده کدام عامل پررنگ‌تر است و نقش علی بیشتری بازی می‌کند، از عوامل پیش‌بینی‌کننده نتيجه‌بخش بودن درمان است. برای نمونه؛ در اين پژوهش، درمان بر تغيير همان عامل اصلی - که در اين سوره، تصحيح عدم تناسب عمل و نتيجه است - پایه‌ریزی می‌شود و آسیب‌شناسی آن به نوع آسیب‌زا بودن باورها تأکید دارد.

بر اساس آیات قرآن در سورة غاشيه، مهم‌ترین عامل ايجادکننده افسردگی، عمل بدون حصول نتيجه است. بر اساس حصر عقلي به چند دليل عمل فرد می‌تواند برای او ادراک حصول نتيجه را در بر نداشته باشد(مسائلی از اين دست، از تحليل عقلي به دست می‌آیند). به اين ترتيب، مواردی که می‌توان از مفهوم عامله ناصبه استنباط کرد، شامل موارد ذيل است: ۱. گم کردن نتيجه، ۲. داشتن نتيجه دست‌نیافتنی، ۳. عدم تناسب عمل و نتيجه(عمل، چیزی و

نتیجه، چیز دیگر است). مهم این است که عمل هست ولی نتیجه نیست و پیامد آن، وجوه خاشعه یا محزون و سرخورده است که افراد ناتوان و دل‌مردهای هستند که حزن در چهره‌هاشان معلوم است.

هر چند معتبرترین منبع برای دریافت ریشه‌ها و موانع هدایت، قرآن است؛ اما از آنجا که موضوع این مقاله در حوزه علم روان‌شناسی قرار می‌گیرد، بررسی برخی مطالعات همسو یا غیر همسو با نتایج پژوهش ما، خالی از لطف نیست. در منابع روان‌شناختی نیز به برخی از عوامل افسردگی‌زا که در سوره غاشیه مطرح شده، اشاره شده است. هر چند نظریه‌های مختلف هر یک از بُعدی خاص به این موضوع پرداخته‌اند و جامعیت همه عوامل در هیچ یک مشاهده نمی‌شود، اما می‌توان گفت که گزاره‌های سوره غاشیه برخی از یافته‌های نظریات مختلف روان‌شناختی را تأیید می‌کنند. به عبارت دیگر؛ یافته‌های برخی از نظریات نیز با گزاره‌های استخراجی از سوره غاشیه همگرا و همسو است. برخی از نظریات مطرح شده مثل نظریات روان‌تحلیلگری کلاسیک و نئوکلاسیک، نظریات رفتاری سلیگمن، نظریات شناختی رفتاری و برخی نظریات دیگر، شواهد همگرای زیادی با یافته‌های ما در این پژوهش دارند. با توجه به اینکه نداشتن باور تبعیت از ولی در مراحل بالاتر رشدی، حاکی از وجود نقص در سیستم ولی‌شناسی است که از کودکی ریشه می‌گیرد، در دیدگاه‌های روان‌پویشی نیز بر لزوم تقویت باور و حس اعتماد نسبت به والدین و برقراری رابطه مشفقانه و خیرخواهانه ولی با کودک تأکید می‌شود؛ اگر در هر مرحله از مراحل رشد روانی-جنسی، کودک نتواند به سلامت آن مرحله را پشت سر بگذارد و به عبارتی؛ به دلیل سختگیری و عدم رضای امیال غریزی یا رضای بیش از حد و به طور کلی رابطه مخدوش و آسیب‌زا با والدین دچار آسیب شود، در مراحل بعدی دچار اختلالات روان‌شناختی خواهد شد. بنابر این، علت اساسی افسردگی در بزرگسالی در بسیاری از رویکردهای روان‌تحلیل‌گرایانه مثل بالبی (۱۹۵۹)، به دل‌بستگی ناپایمن در دوران خردسالی و روابط غیر صمیمی با والدین اشاره دارد. نتیجه دست‌نیافتنی با نظر ادوارد بیبرینگ (۱۹۵۳) در رابطه با آگاهی، نسبت به فاصله از آرمانهای بسیار کمال‌طلبانه هماهنگ است. نظریه درماندگی آموخته شده سلیگمن (۱۹۷۲) نیز در واقع در نظر نگرفتن موقعیت و به تعبیری دیگر؛ داشتن نتیجه دست‌نیافتنی یا عدم تناسب عمل و نتیجه است. در بُعد ضعف در علم، طبق رویکردهای شناختی، مثل رویکرد بک (۱۹۶۷)، خطاهای شناختی نوعی علم غیر قطعی و بیهوده‌اند. نظریه امید (۱۹۸۹)، علت ناامیدی را در سه عامل مهم بلوکه شدن اهداف، نداشتن

تبيين ريشه‌های افسردگی از منظر سوره مبارکه غاشيه ... ۳۹۱

حس عامل بودن و عدم گزينش راه‌های درست برای رسيدن به اهداف می‌داند که ویژگی‌های فرد عامل افسرده در این نظریه از مصادیق عامله ناصبه محسوب می‌شود که ممکن است هدفش مسدود شود یا نتواند راه‌های دیگری را برای دستیابی به اهداف پیدا کند و بیازماید. در نظریه‌های رفتاری نیز پیدایش و تثبیت نشانه‌های افسردگی در نتیجه عدم تقویت محیطی (که با کاهش رفتار سالم تقویت شده مرتبط است)، تقویت رفتارهای منفعلانه و افسردگی‌زا و همچنین تنبیه رفتارهای سالم است (مارتل^۱ و همکاران، ۲۰۰۱). در درمان بر اساس این نظر، به فعال‌سازی رفتاری می‌پردازند؛ اما همان‌طور که خود نظریه‌پردازان رفتاری اشاره می‌کنند، این درمان می‌تواند به چند دلیل نتیجه‌بخش نباشد و دارای محدودیت باشد. یکی از آن دلایل، تقویت منفی دوباره رفتار سالم است (لویسون^۲ و همکاران، ۱۹۸۰) و اینکه فرد از محیط برای رفتار سالم و فعالانه خود تقویتی دریافت نکند یا حتی تنبیه شود. در واقع؛ رویکرد رفتاری، بُعد شناختی قضیه را تا حدود زیادی مورد غفلت قرار می‌دهد. دلیل دیگر، فقدان مهارت‌های اجتماعی لازم برای کسب تشویق است که این هم در نتیجه عدم تناسب عمل و نتیجه است. پس همان‌طور که لویسون و همکاران (۱۹۸۰) می‌گویند، افراد ممکن است در فرایند درمانی به دنبال نتیجه‌ای باشند که با عمل آنها (مثلاً به دلیل فقدان مهارت‌های اجتماعی) تناسبی ندارد. بر اساس سوره غاشیه، افسردگی اتفاقاً بر اساس همین واکنشها برای فرد عارض می‌شود و باید در درمان به عوامل سه‌گانه عقلی ظهور عامله ناصبه توجه کرد. عمل زیاد بی‌نتیجه در فرد، به بی‌عملی و خشوع و حالت محرومیت و غمگینی منتهی می‌شود که با فعال‌سازی رفتاری با در نظر گرفتن سه عامل عقلی مهم گم کردن نتیجه، داشتن نتیجه دست‌نیافتنی و عدم تناسب عمل و نتیجه، قابل درمان است. اگر این سه عامل در درمان ملاحظه نشوند، دوباره فرد در حالت افسردگی فرو خواهد رفت و چه بسا شدیدتر از بار اول این اختلال رخ دهد.

به طور خلاصه راهکارهای مقابله با افسردگی در این سوره، بر تقویت عمل و کوتاه کردن فرایند آن تا رسيدن به نتیجه و بالا بردن حس رضایتمندی تأکید دارد. برای این منظور، ساختار فکری ساده‌ای را پیشنهاد کرده و بیهوده بودن کارها و نیز پرهزینه بودن آنها نسبت به نتیجه را آسیب می‌شمارد. در این الگو بر فعال کردن فرد افسرده از درون و تقویت سیستم

1. Martell

2. Lewinsohn

تفکر و ذکر او تأکید دارد. لذا هر گونه سلطه و اکراه و فشاری را در اصلاح، ناممکن می‌شمارد.

هر چند تلاش بر این بوده تا این پژوهش، روشمند باشد؛ در عین حال یک مطالعهٔ ابتکاری مقدماتی برای کشف الگوهای اختلالهای انسانی و درمان آنها از قرآن است که با مطالعات کمی و تفصیلی دیگر باید به کمال خود برسد. عدم بررسی سایر سوره‌ها با هدف کشف دیگر عوامل افسردگی و چگونگی رابطهٔ آنها با یکدیگر، از دیگر محدودیت‌های این مطالعه است. از نقاط قوت این مطالعه، کیفی بودن و بنیادی بودن آن است که می‌تواند به عنوان نقطه عطفی در نظریه‌پردازی بر اساس معارف و حیانی در زمینهٔ اختلالات روان‌شناختی و رشد و گسترش آن با داده‌های کمی باشد.

Archive of SID

منابع

- قرآن کریم.
- نهج البلاغه. ترجمه و تعلیق محمد دشتی (۱۳۷۹)؛ قم، مشهور.
- اخوت، احمد رضا (۱۳۸۹)؛ تبیین عناصر ساختار وجودی انسان جهت نیل به تزکیه نفس با توجه به آیات و روایات اهل بیت (ع)، قم، کتاب فردا.
- آذربایجانی، مسعود (۱۳۸۵). ساختار معنایی ایمان در قرآن. فصلنامه انجمن معارف اسلامی ایران. ۲: ۴۸-۱۱.
- امام خمینی، سید روح‌الله (۱۳۲۱)؛ آداب الصلوه (آداب نماز)، قم، مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی.
- تمیمی آمدی، عبدالواحد (۱۳۶۶)؛ غرر الحکم و درر الکلم، قم، دفتر تبلیغات.
- جوادی آملی، عبدالله (۱۳۸۶)؛ تفسیر انسان به انسان، قم، اسرا.
- جوادی آملی، عبدالله (۱۳۹۱)؛ تفسیر موضوعی قرآن؛ معرفت‌شناسی در قرآن، ج ۱۳، قم، اسرا.
- حکیمی، اخوان (۱۳۸۰)؛ الحیاه، احمد آرام، تهران، دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
- روزنهان، دی. ال. و ام. ای. پی. سلینگمن (۱۳۸۳)؛ روان‌شناسی ناپهنجاری (آسیب‌شناسی روانی)، ترجمه ی. سید محمدی، تهران، ساوالان.
- طباطبایی، محمدحسین (۱۳۷۴)؛ تفسیر المیزان، ترجمه سید محمدباقر موسوی همدانی، قم، جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.
- کاپلان، ویرجینیا و بنیامین سادوک (۱۳۸۲)؛ خلاصه روان‌پزشکی، ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان، تهران، ارجمند.
- مجلسی، محمدباقر (۱۴۰۳ ق)؛ بحار الأنوار الجامعه لدرر أخبار الأئمه الأطهار، بیروت، دار إحياء التراث العربی، چ دوم.
- مصطفوی، حسن (۱۳۷۱)؛ التحقيق فی کلمات قرآن الکریم، تهران، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- مفضل بن عمر (۱۳۷۹)؛ توحید مفضل، ج ۱، ترجمه علامه مجلسی، تهران، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- موسوی مقدم، سید رحمت الله و علیزمانی، امیر عباس. (۱۳۹۰). ساحت های وجودی انسان از دیدگاه علامه طباطبایی. فصلنامه اندیشه نوین دینی. ۲۷ (۷): ۵۳-۷۶.
- Abramson, L.Y.; G.I. Metalsky & L.B. Alloy (1989). "Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression". *Psychological Review*, 96: 358-372.

- American Psychiatric of Association (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)**. Washington DC.
- Beck, A.T. (1967). **Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects**. New York: Harper & Row.
- Beck, A. (1964). **Thinking and Depression; Theory and Therapy**. *Archives of General Psychiatry*, 10 : 561 - 571.
- Bibring, B. (1953). **"The Mechanism of Depression"**. G, Phyllis (Ed), *Affective Disorders; Psychoanalytic Contributions to their Study* (P. 13 - 48). Oxford, England: International Universities Press.
- Bowlby, J. (1959). **"Separation Anxiety"**. *International Journal of Psycho-Analysts*, XLI: 1 - 25.
- Brown, G.W. & T.O. Harris (1989). **"Depression"**. In: G.W. Brown & T.O. Harris (Eds.). *Life Events and Illness* (P.49 - 93). New York, NY: The Guilford Press.
- Carvalho, J.P. & D.R. Hopko (2011). **"Behavioral Theory of Depression: Reinforcement as a Mediating Variable between Avoidance and Depression"**. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42 : 154 - 162.
- Comer, R.J.(1992).**Abnormal Psychology**. NewYork:W.H. Freeman&Company.
- Engel, G.F. (1977). **"The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine"**. *Science*, 196 : 129 - 136.
- Hammen, C. (2005). **Stress and Depression**. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1 (1) : 291 - 319.
- Kessler , R.C. (1997). **"The Effects of Stressful Life Events on Depression"**. *Annual Review of Psychology*, 48 : 191 - 214.
- Lewinsohn, P.M.; J.M. Sullivan & S.J. Grosscup (1980). **"Changing Reinforcing Events: an Approach to the Treatment of Depression"**. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 17 (3) : 322 - 334.
- Lowry, M.E. (1984). **Major Depression: Prevention & Treatment**. St. Louis: Warren H. Green, Inc.
- Martell, C.R.; M.E. Addis & N.S. Jacobson (2001). **Depression in Context: Strategies for Guided Action**. New York: Norton.
- Murphy, J.A. & G.J. Byrne (2012). **"Prevalence and Correlates of the Proposed DSM-50 Diagnosis of Chronic Depressive Disorder"**. *Journal of Affective Disorders*, P. 172 - 180.
- Papalia, D.E. & S.W Olds (1988). **Psychology**. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Seligman, M.E.P. (1972). **Learned Helplessness**. *Annual Review of Medicine*, 23 : 407 - 412 .
- Snyder, C.R. (2000). **"Handbook of Hope"**. In J. Cheavens (Ed.). *Hope and Depression: Light through the Shadows* (P. 321-341). Academic Press. USA.
- Snyder, C.R. (1994). **The Psychology of Hope: You Can Get there from here**. New York: Free Press.
- Wetzal, J.W. (1984). **Clinical Handbook of Depression**. New York: Gardner Press.

