اولین همایش ملی قرآن و روانشناسی

1st Conference on The Quran and Psychology

۲۲ تا ۲۴ تیرماه ۱۳۹۹

عنوان مقاله

روش شناسی کشف معنای افسردگی از قرآن

نویسندگان

فاطمه فیاض، استادیار گروه روانشناسی، پژوهشکده زنان، دانشگاه الزهراء (س)، تهران، ایران

هادی بهرامی احسان، استاد تمام گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

احمدرضا اخوت، کارشناس ارشد علوم گیاهی، پژوهشگر قرآن، دانشکده علوم، دانشگاه تهران، تهران، ایران

مقدمه

با وجود گسترش انواع نظریات و مدل‌های درمانی متعدد برای اختلال افسردگی پیش‌بینی می‌شود اختلال افسردگی تا سال ۲۰۳۰ اولین بار بیماری را در جهان به خود اختصاص دهد (مترز و لانکر، ۲۰۰۶). افسردگی در عین حال با بسیاری از اختلالات روانشناختی همایند است و به گونه‌ای مادر همه اختلالات محسوب می‌شود چراکه هم به صورت پیش‌بین برای اختلالات و هم به صورت نتیجه ابتلا به اختلالاتی چون اضطراب، اسکیزوفرنی، مشکلات جنسی، اعتیاد، مشکلات خلقی و مانند آن بروز می‌یابد. افسردگی اغلب با اختلالات مربوط به مصرف مواد، اختلال پانیک، وسواس جبری، بی اشتهایی عصبی، جوع و اختلال شخصیت مرزی همبودی دارد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

اختلال افسردگی یکی از رایج‌ترین اختلالات روانشناختی است که چهارمین عامل ناتوان‌ساز در دنیا محسوب می‌شود (فریدمن، ۲۰۱۴). نشانه‌های این اختلال در همه ابعاد شناختی، رفتاری، هیجانی و زیستی فرد را دچار آسیب می‌کند. بسیاری از روانشناسان و روانپزشکان در بین نشانه‌های ناهمگن افسردگی، دو نشانه اصلی‌تر غمگینی و فقدان لذت را دارای اهمیت بیشتری دانسته‌اند و دیگر نشانه‌ها را نتیجه گسترش این دو نشانه می‌دانند. ملاک‌های تشخیصی افسردگی اساسی دارا بودن حداقل ۵ نشانه از ۹ نشانه (خلق افسرده، فقدان لذت، کاهش یا افزایش وزن، بی‌خوابی یا پرخوابی، بی‌قراری یا کندی روانی-حرکتی، خستگی یا کمبود انرژی، احساس گناه، کاهش تمرکز و افکار در مورد مرگ یا اقدام برای خودکشی) در طول حداقل دو هفته است که یکی از آن نشانه‌ها باید حتما یکی از دو ملاک اصلی یعنی غمگینی و فقدان لذت باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این نشانه‌ها توسط مقیاس‌های متعددی مورد سنجش قرار می‌گیرند. از بین این مقیاس‌ها، دو مقیاس افسردگی بک (BDI؛ بک، استیر و براون، ۱۹۹۶) و مقیاس افسردگی همیلتون (HRSD؛ همیلتون، ۱۹۶۰) پرکاربردترند (اسنیت، ۱۹۹۳؛ سنتور، گرگوس و ولچ، ۲۰۰۶). باوجودی که ۲۸۰ مقیاس از ۱۹۱۷ میلادی تاکنون برای سنجش افسردگی ساخته شده است (سنتور و همکاران، ۲۰۰۶) اما با این حال بازهم لزوم تغییر این مقیاس‌ها احساس می‌شود؛ برای مثال نزو و همکاران (۲۰۰۹) معتقدند به دلائلی نظیر تغییر ملاک های تشخیصی افسردگی در طول زمان و ماهیت متغیر نشانه‌های افسردگی در فرهنگ های مختلف باید مقیاس‌های جدیدتری تدوین کرد و یا در مقیاس‌های قبلی تجدید نظر کرد (نزو، نزو، فریدمن و ولی، ۲۰۰۹).

افسردگی در آسیب شناسی اختلال پیچیده ای است که تاکنون دو نوع تقسیم‌بندی در انواع ان صورت گرفته است؛ یکی بر اساس نظام DSM_5 (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) که این اختلال را بر اساس ملاک‌های دوره، مدت اپیزود و عوامل محیطی ایجادکننده تقسیم کرده است؛ افسردگی زایمان، افسردگی حاد، مزمن و مانند آن از این نوع دسته‌بندی هستند. تقسیم‌بندی دیگر در نظریات ابتدایی از افسردگی مانند نظریات فروید (۱۹۱۷)، بلت و زوروف (۱۹۹۲) و بک (۱۹۶۷) موجود است که بر اساس علت ریشه‌ای، انواعی مانند افسردگی مالیخولیایی-سوگوارانه، افسردگی وابسته به بیرون-درون‌فکنانه و افسرده مستقل-وابسته و مانند آن را دسته بندی کرده است هرچند که این الگوها در پژوهش‌های جدید بسیار کم‌کاربردند و اکنون نوعی نگاه عمومی به ماهیت و چیستی اختلال افسردگی وجود دارد؛ اغلب رویکردهای روانشناختی تفاوتی در درمان انواع افسردگی قائل نبوده و هر رویکرد، اصول و فرایند مشخصی را برای درمان افسردگی ارائه داده است. بیلینگ و گرنت (۲۰۰۷) با توجه به عوامل موثر در افسردگی، اصول مهم برنامه های پیشگیرانه عمومی و مشترک برای این اختلال را پیشنهاد داده اند. برنامه هایی مانند خودگویی، حل مسئله، کسب حمایت اجتماعی، در نظر گرفتن نظر دیگران و پیشگیری از خطاهای منطقی مانند تفکر منفی برخی از برنامه مهمی است که برای پیشگیری و درمان انواع و سطوح مختلف افسردگی استفاده می شود (بیلینگ و گرنت، ۲۰۰۷).

مبنای تعریف سازه‌ها و مفاهیم در علم میزان اتقان و قطعیت آن را مشخص می‌کند. انتخاب رویکردهای تجربی و به نوعی استقرایی در تبیین بنیادهای علوم، منجر به نوعی نسبی‌گرایی، عدم قطعیت و تغییرپذیری در طول زمان می‌گردد. متخصصان روانشناسی و روانپزشکی، در تعریف اختلالات با انتخاب مسیر تجربه‌گرایانه بر اساس وضعیت موجود و نشانه‌های آزارنده، اختلالات را دسته بندی نموده‌اند. نتیجه این رویکرد ارائه نسخه‌های متعدد راهنماهای تشخیصی مانند DSM و ICD در طول زمان بوده است که در آن‌ها نوع دسته‌بندی اختلالات و نسبت‌شان با یکدیگر نیز دارای تنوع و گوناگونی است. اتکاء به تجربه و شواهد تجربی صرف در تعریف و دسته-بندی اختلالات که منجر به تغییر و تحولات گسترده آن‌ها در طول زمان گردیده است، چالش‌هایی را در این حوزه ایجاد نموده است. یکی از این چالش‌ها موضوع قراردادی بودن مجموعه نشانگان مختلف برای تعریف یک اختلال است.

هدف این نوشتار، بیان روشمند بررسی موضوع افسردگی در قرآن است. در افسردگی، افکار و باورها، اعمال و انگیزه‌ها، هیجان‌ها، گرایش‌ها و حواس فرد دچار انحراف شده و حتی در انجام کارهای روزانه و حداقلی او مشکل ایجاد می‌کند و درنهایت او را از طی مسیر هدایت نیز، بازمی‌دارند. با توجه به تبیین‌هایی که ارائه شد این پژوهش در صدد بوده است تا با انتخاب اختلال افسردگی اساسی به عنوان یکی از رایج‌ترین اختلالات روانشناختی در دنیا، آن را از دریچه وحی مورد مطالعه قرار دهد و عوامل علّی آن و فرایندهای موجد مرتبط با آن را از منظر قرآن کریم شناسایی کند و تعریفی از آن مبتنی بر قرآن کریم ارائه دهد. هدف دوم این مطالعه، بررسی امکان عرضه پرسش به قرآن کریم و دریافت پاسخ از آن در حوزه مسائل جاری روانشناسی است که در صورتی که این هدف محقق شود، راهی برای گسترش این سبک از روش شناسی در این حوزه از پژوهش است.

در حالی‌که انسان امروز، کامیابی‌های فراوان دنیایی را تجربه کرده است، اما هنوز کشف خوشبختی، بهروزی، سعادت و شادکامی از آرزوهای دست‌نایافته اوست. این در حالی است که با توسعه زندگی ماشینی و تحول عمیق در ارکان زندگی، متأسفانه اختلالات، مشکلات رفتاری و نارضایتی از زندگی دامنه وسیعی یافته است.

مطالعه یک اختلال در قرآن کریم در کنار نتایج مستقیم به دست آمده، می تواند تلویحات مهم دیگری برای توسعه و پیشرفت روانشناسی قرآنی و روانشناسی دینی در پی داشته باشد که برای مثال چند نمونه در زیر بیان شده اند۱- موفقیت در مطالعه یک اختلال از منظر قرآن راه را برای مطالعه دیگر اختلالات از این منظر فراهم می کند. ۲- با کشف حقایق پیرامون مولفه های کلی یک اختلال، و شاخصه های آن، مسیر دست یابی به مفهوم "اختلال" از منظر قرآن کریم و پیدایش تعاریف جدید و واژه شناسی های جدید تسهیل می‌گردد. ۳- جریان جدیدی در درمان انواع اختلالات با رویکرد قرآنی گشوده می‌شود و۴- در کنار تبیین نتایج مربوط به اختلال، روش‌های تدبری جدید و برآمده از خود قرآن برای تحلیل متن آن معرفی و تبیین می‌شوند که در مطالعه انواع موضوعات یاری‌گری محقق خواهند بود.

روش

طرح پژوهش این مطالعه در معناشناسی افسردگی از نوع طرح کیفی و تحلیل محتوای آیات قرآن است. این فرایند تحلیل با تاکید بر روش تدبر کلمه ای از سری روش های تدبر در قرآن (اخوت، ۱۳۹۰) انجام پذیرفته است و در نوع خود از حیث روش بسیار جامع و برگرفته از آیات قرآن است. روش های فرعی تر تحلیل داده‌ها، انواعی از روش های تفکر، تدبر سوره ای، تدبر قرآن به قرآن، تدبر ادبی و تدبر روایی را دربر می گیرند که برگرفته از مجموعه ده جلدی کتاب های مقدمات تدبر در قرآن (اخوت، ۱۳۹۰) است.

مراحل ورود به قرآن کریم از سوال مطرح شده در مورد چیستی افسردگی در قرآن کریم شامل مراحل زیر بود:

۱- تبیین سوال و مسئله اصلی که همان افسردگی بود. برای این منظور تعریف افسردگی، شاخصه های آن و نشانگان تشخیصی آن مشخص شده و هر یک در قالب مفاهیمی ثبت شد.

۲- انتخاب واژگان معادل مفاهیم به دست آمده. واژگان قرآنی معادل مفاهیم به دست آمده از مولفه های تعریفی افسردگی در روانشناسی پس از غور در کل قرآن، مشخص شد.

۳-بررسی واژگان در آیات و سوره ها: واژگان انتخاب شده در ارتباط با سایر واژگان در آیات و سوره ها بررسی شدند، گزاره های مربوط به واژگان افسردگی در سوره ها استخراج شد.

۴- استخراج تعریف افسردگی؛ با توجه به شبکه معنایی واژگان افسردگی در آیات و سوره ها و همین طور گزاره هایی که به عنوان مبنا از آیات استخراج شدند، تعریفی جامع از افسردگی از منر قرآن کریم به دست آمد.

۵- بررسی وجوه تمایز و تشابه افسردگی از منظر قرآن با افسردگی در روانشناسی: در مرحله آخر نیز وجه تمایز و تشابه تعریف قرآنی با تعریف روانشناسی تبیین شد.

یافته ها و نتایج

مفاهیم افسردگی که از بیرون به قرآن عرضه شدند، با یک یا چند سطح از تعریف واژگان در قرآن اتصال پیدا می کنند. ۱۴ واژه قرآنی به عنوان واژه های افسردگی انتخاب شدند که دارای شمول معنایی گسترده ای در خود واژه و هم در بستر سوره ای که در آن قرار دارند، هستند. این فرایند تحت نظر مستقیم محققان و واژه شناسان قرانی انجام پذیرفت و روایی محتوایی آن تایید شد. مبنای کار واژه شناسی لغت نامه التحقیق (مصطفوی، ۱۳۶۰) قرار گرفت.

این واژگان شامل قتره، غبره، ترهق، فرر، غاشیه، عامله ناصبه، خاشعه، اضل اعمال، تعس، اصلح بال (معنای سلبی)، سجّین، معیشه ضنکا، تشقی و اهانن می شدند. برای فهم بهتر واژگان و کشف، مقدمه، لازمه و نتیجه واژگان از لغت‌نامه های دیگری چون مفردات (راغب اصفهانی، ۱۴۱۲ق) و قاموس قرآن (قرشی بنایی، ۱۴۱۲ق) استفاده شد و ارتباط معنای واژگان در مقدمه، لازمه یا نتیجه با نشانه‌های افسردگی معلوم گردید. معنای لغوی ۱۴ واژه مذکور، در شکل ۱، همراه با ارائه عناصر مقدمه‌ای، لازمه‌ای و نتیجه‌ای هر یک و در نهایت تعریف فرایندی از هر یک آورده شده است. در ستون سمت راست، ارتباط نشانه‌های افسردگی با واژگان مذکور مشخص شده است.

به این ترتیب بر اساس معنای لغوی و فرایندی واژه‌های بالا در شکل، این واژگان علاوه بر اینکه با دو نشانه اصلی افسردگی یعنی غمگینی و فقدان لذت کاملا انطباق دارند، با نشانه های افسردگی به صورت خاص نیز مرتبطند:

سجین (ریشه سجن) با بی عملی، درماندگی، ناکامی، احساس شکست و حقارت/ غاشیه (ریشه غشی) با کاهش توانایی در تمرکز یا تصمیم گیری و بیقراری/ خاشعه (ریشه خشع) با حقارت، احساس ناتوانی و احساس گناه /عامله ناصبه (ریشه عمل/نصب) با ناکامی، پوچی، نا امیدی وفقدان نیرو (خستگی)/ غبره (ریشه غبر) با ناکامی و حسرت/ ترهق (ریشه رهق) با درماندگی و ناتوانی در تمرکز یا تصمیم گیری/ /قتره (ریشه قتر) با فشار و سختی در عمل، بی عملی و ناکامی

فر (ریشه فرر) با اجتناب (بی عملی)، کندی، انزوا (اجتماعی)/ تشقی (ریشه شقو) با سختی در عمل (کندی در عمل)، ناامیدی و یاس/ معیشه ضنکا (ریشه عیش/ ضنک) با برهم خوردن تعادل جسمانی، امور زندگی و سختی در عمل (کندی در عمل)/ تعس (ریشه تعس) با احساس شکست و درماندگی و فقدان انگیزه / اصلح بال (ریشه صلح/بول) به صورت معکوس با نارضایتی و غمگینی/ اضل اعمال (ریشه ضلل/ عمل) با احساس ناکامی و پوچی/ اهانن (ریشه هون) با احساس حقارت، ذلت و بدبختی.

با توجه به گزاره های به دست آمده از آیات، می توان افسردگی را به طور کلی به این صورت تعریف کرد:

" افسردگی خمودی است که به واسطه 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".

طریق مفاهیم عرفی روانشناسی به واژگان قرآنی رسیده و با توسعه معنایی که در قرآن از نشانه ها، عوامل و ریشه ها ایجاد شد، درک متمایزی نسبت به این اختلال ایجاد شد که در عین شباهت نشانه ها، در عوامل علی و ریشه ای و ماهیتی درکی متمایز را ایجاد می کند.

نشانه های انواع افسردگی ممکن است تا مدت ها آشکار نشوند اما فرد با دارا بودن عوامل علی و مقدمه ای این اختلال، تشخیص افسردگی نهان دریافت می کند. ماهیت برخی از مولفه های انواع افسردگی، مانند مولفه های مرجع ستیزی یا تطفیفی، پنهان است و حتی به دلیل منفی بودن مورد انکار خود فرد دارای اختلال قرار می گیرد. شکل زیر افسردگی آشکار و پنهان را در محور مختصات نشان می دهد. در برخی از انواع افسردگی‌ها، بعد زیستی، ژنتیکی و آسیب‌پذیری‌های بیولوژیکی نقش پررنگی دارد؛ به‌عبارت دیگر، ممکن است فردی فاقد عوامل علّی مذکور باشد، اما نشانه‌های افسردگی را بروز دهد. این نوع افسردگی‌هایی که بخش زیادی از آن از اختیار انسان خارج است و تنها بر بخشی از آن که قابل کنترل و مداخله است می توان به رفع عوامل علی پرداخت. استفاده از درمان های دیگر مانند درمان های زیستی و شیمیایی در این انواع یعنی سمت راست پایین در محور مختصات، توصیه می شود. هرچند که ادعا بر این است که جسم نیز با قدرت گرفتن روح، می تواند تحت سیطره اختیاریِ روح انسان و اراده او قرار گیرد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد، نشانه‌های مربوط افسردگی از منظر قرآن، با نشانه‌های افسردگی تعریف شده در روانشناسی طبق ملاک‌های DSM-IV هماهنگی کامل دارد و در عین حال در فرایندهای علی و عوامل مقدمه‌ای و ساختاری دارای تبیین‌های مختص به خود است. در یک تعریف کلی، "افسردگی نوعی خمودگی است که به واسطه 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". این تعریف دارای سه جزء مهم علی (عدم اعتماد به خدا و ضعف تفکر)، لازمه‌ای (خمودگی) و نشانه‌ای (بی نتیجه بودن کارها، بی رغبتی، عدم رضایت از زندگی، خواری درونی و غم فراگیر) از افسردگی است. این خمودگی انواع و اشکالی دارد؛ ابعاد ضعف اعتماد به خدا و ضعف تفکر در مدل های به دست آمده از افسردگی به صورتی خاص جلوه‌گر می‌شود. عدم هماهنگی تفکر و عمل و حس ناکامی، تعریف‌های نادرست از ارزشمندی-بی‌ارزشی و تجربه حس حقارت و بی‌ارزشی، کمرنگ شدن اتصال با منبع غیرمادی و قطع جریان ذکر و تجربه حس بدبختی، قضاوت‌های ظاهری و گرایش به افراد به ظاهر بی‌نیاز و در نتیجه تجربه حسرت و حسادت، بروز یک صفت نامطلوب به نام تطفیف و ترجیح خود بر دیگری، استحقاق و در نتیجه تجربه تنگی، سختی و غمگینی و درنهایت ناهماهنگی قول و فعل و اکراه نسبت به باید و نبایدهای تبیین شده از سوی ولی و تجربه حس تباهی اعمال و سقوط خود از عوامل علی و ریشه های بنیادین افسردگی از منظر قرآن هستند.

تعریف افسردگی از منظر قرآن کریم دارای چندین مشخصه است که وجوه تمایز و اشتراک آن را با افسردگی از منظر روانشناسی مشخص می‌کند. ۱- تعریف به عوامل ریشه‌ای و علی، ۲- تعریف در حوزه اختیار، ۳- اهمیت هدایت و جهت‌گیری در زندگی و ۴- تعریف به انواع بر اساس عوامل علی از شاخصه‌های مهم این تعریف قرآنی است که با تعریف روانشناختی آن تفاوت‌هایی دارد. یکی از ویژگی‌های منحصر به فرد تعریف افسردگی از قرآن کریم، این است که افسردگی تنها به نشانه‌های بروز یافته تعریف نشده است. در این تعاریف، عوامل علّی و ریشه‌ای افسردگی از اجزای جدایی ناپذیر تعریف هستند. بنابراین یکی از تفاوت‌های مهم این تعریف با تعاریف موجود در روانشناسی از اختلال این است که در روانشناسی تعاریف اختلالات مبتنی بر نشانه‌هاست و نشانه در تشخیص حرف اول را می‌زند (مانند نظام‌نامه تشخیصی DSM-IV و ICD)، حال آن‌که در تعریف قرآنی، نقش عوامل علّی بسیار پررنگ است. نشانه-محور بودن نظام های تشخیصی منجر به انتقادهای متعددی از آن‌ها گردیده است. کاهش اعتبار ملاک‌های تشخیصی و وجود نرخ نامناسب FN و FP در نظام DSM (ویکفیلد، ۲۰۱۵) از نتایج تاکید بر سیستم نشانه‌ای است که محققان تلاش کرده‌اند در همان ساختار برای حل این مشکلات راه‌حل‌هایی پیشنهاد دهند (برای مثال فرست و ویکفیلد، ۲۰۱۳).

افسردگی از منظر قرآن با تاکید بر عوامل علی در تبیین افسردگی از منظر وحی، دایره شمول بزرگ‌تری از عوامل و علل شناخته شده در نظریات روانشناختی به دست می‌دهد و می‌تواند آنچه را که به عنوان پیش‌زمینه‌های ارادی پدیدایی افسردگی در انسان است، تبیین کند. این دایره جامع آن دسته از افسردگی‌هایی را که آشکار نشده‌اند را نیز تبیین می‌کند. افسردگی از منظر قرآن، می‌تواند در ابعاد مختلف زندگی فردی و اجتماعی انسان جلوه‌گر شود و هریک دارای تبیین فرایندی از نحوه تعامل ادارک، فکر عقل، باور، علم، انگیزش، اراده، توجه و رفتار بایکدیگر است؛ تعاملی که خروجی آن ادراک غم، نارضایتی، بی‌لذتی و ناامیدی فراگیر است. نظریه‌های روانشناختی عموما هر یک بر یکی از ابعاد انسان در بروز افسردگی مانند شناخت، رفتار، توجه و مانند آن تاکید دارند و بنابراین از منظری با یک یا چند بعد از ابعاد این تبیین هماهنگ می‌شوند.

منابع

برخی از منابع

اخوت، احمدرضا. (۱۳۹۲). روش‌های مقدمات تدبر. چاپ اول. تهران. انتشارات قرآن و اهلبیت نبوت (علیهم السلام).

اخوت، احمدرضا. و قاسمی، مریم. (۱۳۸۹). تدبر، چیستی، چرایی و چگونگی. قم: کتاب فردا

راغب اصفهانی، حسین بن محمد. (۱۴۱۲ق). المفردات فی غریب القرآن. دمشق و بیروت. دار العلم الدار الشامیه.

فقیهی، علینقی، خدایاری فرد، م. (۱۳۸۱). کاربرد شناخت -رفتار درمانگری در درمان افسردگی با تاکید بر دیدگاه اسلامی (مطالعه موردی). پژوهشنامه قرآن و حدیث. ۱ (۲)، ۱۱۲-۸۹.

فقیهی، علینقی، غباری بناب، ب، و قاسمی‌پور، ی. (۱۳۸۶). مقایسه الگوی چندوجهی اسلامی با مدل شناختی یک در درمان افسردگی. دو فصلنامه مطالعات اسلام و روانشناسی. ۱(۱)، ۸۶-۶۹.

قرآن کریم

قرشی بنایی، علی اکبر. (۱۴۱۲ق). قاموس قرآن. چاپ ششم. تهران. انتشارات دار الکتب الاسلامیه.

مصطفوی، حسن. (۱۳۶۸). التحقیق فی کلمات القرآن الکریم. تهران، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theorybased subtype of depression. Psychological Review, 96, 358-372.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.

Anderson, I. M. (2014). Management of treatment nonresponse. In E. S. Friedman, I. M. Anderson, D. Arnone, & T. Denko (Eds). Handbook of Depression (2ed) (pp 89-98). London, Springer Healthcare.

Baldwin, D. S., & Birtwistle, J. (2002). An Atlas of Depression. University of Southampton. United State: The Parthenon Publishing Group.

Beck, A. T. (1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper & Row.

Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). Beck Depression Inventory (2nd ed.). San Antonio: The Psychological Corporation.

Bieling, P. J, Grant, D. A. (2007). Toward Bridging the Science and Practice of Depression Prevention: What Can We Learn From Cognitive Vulnerability? Canadian Psychology, 48(4), 240-255.

Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. Clinical Psychology Review, 12, 527-562.

Cairnsa, K. E., Yapa, M. B. H., Pilkingtonc, P. D., & Jorma, A.F. (2014). Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Journal of Affective Disorders, 169, 61–75.

Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. Psychology Bullten, 127 (1), 87.

First, M. B., & Wakefield, J. C. (2013). «Diagnostic Criteria as Dysfunction Indicators: Bridging the Chasm Between the Definition of Mental Disorder and Diagnostic Criteria for Specific Disorders».

Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. In: S. Freud (Ed.), Collected papers, 4. London: Hogarth Press, pp. 152-170.

Friedman, E. S. (2014). Diagnosis. In E. S. Friedman, I. M. Anderson, D. Arnone, & T. Denko (Eds). Handbook of Depression (2ed) (pp 19-30). London, Springer Healthcare.

Hamilton, M. (1960). Development of a rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 23, 56–62.

Judd, L. L., Schetler, P. J., & Akiskal, H. S. (2002). «The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depressions». Psychiatric Clinics of North America, 25, 685–698.