



Original Article

Mapping and Lexical Semantics of Depressive Symptom Terms in Jorjani's Medical Texts Compared to DSM-5: A Qualitative Analysis

Maryam Neishabory Izadi¹ , Sedighe Talebi^{2*} 

1.MSc Student in History of Medical Sciences, Department of Traditional Medicine, School of Persian Medicine, Shahed University, Tehran, Iran

2.Assistant Professor, Department of Traditional Medicine, School of Persian Medicine, Shahed University, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Sedighe Talebib, Department of Traditional Medicine, School of Persian Medicine, Shahed University, Tehran, Iran. Email: s.talebi@shahed.ac.ir

DOI: [10.22034/cmja.15.4.322](https://doi.org/10.22034/cmja.15.4.322)

How to Cite this Article:

Neishabory Izadi M, Talebib S. Main Title: Mapping and Lexical Semantics of Depressive Symptom Terms in Jorjani's Medical Texts Compared to DSM-5: A Qualitative Analysis. *Complement Medj.* 2026;15(4): 322-332 DOI: [10.22034/cmja.15.4.322](https://doi.org/10.22034/cmja.15.4.322)

Received: 06 September 2025

Accepted: 30 November 2025

Keywords:

Depression
Dyscrasia
Jorjani
Mental disorder
Persian medicine

© 2025 Arak University of Medical Sciences

Abstract

Introduction: Although major depressive disorder is among the most prevalent psychiatric conditions, its manifestations have been described across various categories of diseases in Persian medicine. The present study aimed to conduct a conceptual mapping and semantic analysis of terms related to depressive symptoms in the works of *Seyed Esmail Jorjani*.

Materials and Methods: This qualitative content analysis examined terminology in *Jorjani's* medical texts that parallels the diagnostic criteria of depression in modern psychiatry. Terms with the highest semantic correspondence were coded using MAXQDA-20 software, and conceptual maps were subsequently developed to illustrate the relationship between identified terms and disease entities.

Results: Analysis of *Jorjani's* writings revealed several key terms with strong conceptual overlap with depressive symptoms, including sadness, sorrow, unpleasant mood, insomnia or hypersomnia, fear, obsession, distress, weight loss or gain, fatigue, negligence and pessimistic thinking. These manifestations were associated with multiple pathological entities, including melancholia, general *soda sue-mizaj* (dyscrasia), hot-dry brain dyscrasia, *soda* or cold-wet brain *sue-mizaj*, *soda sue-mizaj* of the heart, *soda sue-mizaj* of the liver, spleen swelling, hot-dry dyscrasia of the liver and weakness of the spleen. Among these, melancholia, *soda sue-mizaj* of the brain, general *soda sue-mizaj* and hot-dry brain dyscrasia demonstrated the closest semantic alignment with depressive symptoms.

Conclusion: While most previous studies have linked depressive presentations to cold or melancholic temperaments, the findings of this study highlight that hot-dry dyscrasia may also underlie depressive-like manifestations. These insights underscore the importance of individualized medicine in Persian medical thought, urging physicians to tailor diagnosis and treatment to each patient's unique temperament and clinical presentation. Such a personalized approach has the potential to enhance treatment precision and improve long-term mental health outcomes.

INTRODUCTION

Major depressive disorder (MDD) is one of the most prevalent psychiatric conditions worldwide, with substantial impacts on individual functioning, social relationships, and overall quality of life. Despite significant advances in diagnostic and therapeutic approaches within modern medicine, heterogeneity in clinical manifestations and considerable individual variation in treatment response have led to increased interest in personalized and integrative approaches. Traditional Persian Medicine (TPM), especially the writings of great scholars such as *Seyyed Esmail Jorjani*, offers a rich conceptual framework for understanding emotional states, psychosomatic interactions, and temperament-based pathologies (Araj Khodaei, 2017).

In classical TPM texts, no single disease entity corresponds exactly to modern depression. Instead, depressive-like experiences are described through a constellation of terms and emotional states such as *gham* (sadness), *anduh* (sorrow), *nakhushdeli* (unpleasant mood), *khof* (fear), *waswas* (obsession), *kaselan* (fatigue), and *yās* (hopelessness). These expressions appear under different temperamental imbalances and organ-centered disorders (Rajabnejad & Seyfaie, 2023).

The present study aims to conduct a conceptual mapping and semantic analysis of *Jorjani's* terminology related to depressive symptoms, identify which terms show the closest conceptual overlap with DSM-5 criteria for MDD, and determine the disease categories or *sue-mizaj* patterns under which these terms were described.

METHODS

This qualitative study employed a directed content analysis guided by the nine diagnostic criteria of MDD in DSM-5. All psychological, cognitive, behavioral, and emotional terms were extracted from *Jorjani's* major works, including *Zakhireh Khwarazmshahi*, *al-Aghraz al-Tibbiyah*, and *Khofi Ala'i*.

Initially, 60 potentially relevant terms were identified. These terms were refined through iterative expert panel discussions with scholars of TPM and medical historians. The criteria for exclusion included:

1. Lack of conceptual clarity related to depressive symptoms;
2. Semantic overlap with stronger or more representative terms;
3. Limited or ambiguous use within *Jorjani's* corpus;
4. weak or no alignment with DSM-5 depressive symptom domains.

Seventeen terms with the strongest conceptual correspondence were selected as the final dataset: sadness, sorrow, fear, unpleasant mood, insomnia/hypersomnia, fatigue, obsession, anxiety, excessive thinking, psychomotor delay, distress (*zajer*), crying, forgetfulness, marked weight loss or gain, forgetfulness, hopelessness, and preoccupation with death.

All textual occurrences of these terms were extracted and systematically coded in MAXQDA-20, using two coding layers:

1. The linguistic and conceptual definition of each term in *Jorjani's* texts;
2. The disease or *sue-mizaj* category in which each term appeared.

Conceptual co-occurrence maps were generated to determine patterns of clustering among terms. A final interpretive analysis was then conducted, integrating expert clinical judgment to align TPM concepts with DSM-5 symptom categories (Gerami & Pakatchi, 2017).

RESULTS

Analysis showed that the selected terms appear across multiple disease entities and temperamental disturbances, confirming that depressive-like states in TPM do not correspond to a single disease category. Instead, they emerge from a spectrum of bodily-psychological interactions embedded within organ-centered *sue-mizaj* patterns (Jorjani, 2001).

Ten conditions exhibited the highest frequency of depression-related terminology:

1. Melancholia (*malikhuliā*)
2. General soda *sue-mizaj* (dyscrasia)
3. Soda *sue-mizaj* of the brain
4. Hot-dry brain *sue-mizaj*
5. Cold-wet brain *sue-mizaj*
6. Soda *sue-mizaj* of the heart
7. Soda *sue-mizaj* of the liver
8. Hot-dry liver *sue-mizaj*
9. Spleen swelling
10. Splenic weakness

Among these, four disease patterns demonstrated the highest conceptual overlap with DSM-5 depressive symptoms (Jorjani, 2001):

- Melancholia
- General soda *sue-mizaj* (dyscrasia)
- Soda *sue-mizaj* of the brain
- Hot-dry brain dyscrasia

These conditions contained the highest number of 17 key terms extracted.

Conceptual mapping revealed that emotional symptoms (sadness, sorrow, hopelessness, unpleasant mood), cognitive symptoms (excessive thinking, forgetfulness, obsession), behavioral or psychomotor symptoms (anxiety, psychomotor delay, distress), and physical symptoms (insomnia/hypersomnia, fatigue, changes in weight) were distributed across different *sue-mizaj* categories depending on the affected organ and the nature of the imbalance (Jorjani, 2001).

This pattern suggests that in TPM, depressive manifestations arise not from a singular psychological construct but from a multidimensional disturbance involving the brain, heart, liver, and spleen. The presence of depressive symptoms within both cold-natured and hot-dry disturbances highlights the importance of individual assessment and differentiation—key principles of personalized medicine.

CONCLUSION

This study demonstrates that while many earlier interpretations associated depressive states primarily with cold or melancholic (*sodawi*) temperaments,

Jorjani describes depressive-like symptoms emerging from a broader spectrum of temperament disorders, including hot-dry imbalances. This indicates that the phenomenology of depression in TPM depends strongly on the patient's underlying temperament and the organ system affected.

The findings reinforce the relevance of personalized medicine, as emphasized in *Jorjani's* clinical approach: understanding the patient's unique temperament, the nature of their imbalance, and the organ involved is crucial for tailoring treatment. These principles can inform integrative strategies in modern mental health care, emphasizing individualized lifestyle modification, dietary regulation, psychosomatic interventions, and botanical therapies (Bahrami & Talebi, 2024).

Future research should aim to develop diagnostic tools or questionnaires based on the extracted terminology and evaluate their validity in clinical settings.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study involved no human or animal subjects and was solely based on the analysis of classical medical texts. All principles of

academic integrity, including accurate citation, scholarly transparency, and preservation of textual authenticity, were strictly observed. This article is extracted from the author's Master's thesis titled as "Historical Semantics of the Concept of Depression from the Perspective of *Seyed Esmail Jorjani*" in the field of History of Medical Sciences at Shahed University, Tehran, Iran. The study was approved by the Ethics Committee under the code No. IR-SHAHED.MED.REC.1404.028.

Funding

The present research received no financial support.

Authors' Contribution

Authors contributed equally to the conceptualization and writing of the article. All the authors approved the content of the manuscript and agreed on all aspects of the work.

Conflicts of Interest

Authors declared no conflicts of interest.

Acknowledgments

The authors would like to express their gratitude to the esteemed scholars of Persian Medicine and the experts in the history of medicine who contributed to the conceptual analysis sessions of this study. Special thanks are also extended to Dr. Javad Alipour and Dr. Majid Talafi Noghani, whose valuable guidance and insightful comments greatly supported the refinement of this research.



نقشه‌برداری و معناشناسی واژگان منطبق با نشانه‌های اختلال افسردگی در آثار حکیم جرجانی در مقایسه با DSM-5: تحلیل محتوای کیفی

مریم نیشابوری ایزدی^۱ ID، صدیقه طالبی^۲ ID*

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد تاریخ علوم پزشکی، گروه طب سنتی، دانشکده طب ایرانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۲. گروه طب سنتی، دانشکده طب ایرانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: صدیقه طالبی، گروه طب سنتی، دانشکده طب ایرانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. ایمیل: s.talebi@shahed.ac.ir

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۰۹

واژگان کلیدی:

افسردگی

حکیم جرجانی

طب ایرانی

سوءمزاج

اختلال روان

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی اراک محفوظ است.

مقدمه: اختلال افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است که نشانه‌های آن در متون طب ایرانی ذیل بیماری‌های گوناگون توصیف شده است. این پژوهش به نقشه‌برداری مفهومی و معناشناسی واژگان منطبق با نشانه‌های اختلال افسردگی در متون حکیم جرجانی می‌پردازد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به روش تحلیل محتوای کیفی به بررسی واژگان معادل تظاهرات اختلال افسردگی اساسی براساس معیارهای تشخیصی آن در پزشکی نوین پرداخته و واژگانی که بیشترین تطبیق مفهومی را داشتند در نرم‌افزار MAXQDA-20 وارد شدند. سپس نقشه مفهومی هر بیماری با واژگان استخراج‌شده ترسیم شد.

یافته‌ها: پس از بررسی آثار حکیم جرجانی کلیدواژه‌هایی همچون غم، اندوه، ناخوش دلی، بی‌خوابی و گران‌خوابی، ترس، وسواس، ضجر، لاغری و فریبهی، کسلان، غفلت و اندیشه بسیار دارای بیشترین تطبیق مفهومی با نشانه‌های افسردگی به دست آمدند. این علائم ذیل بیماری‌های سوءمزاج عام سوداوی، مالیخولیا، سوءمزاج گرم و خشک دماغ، سوءمزاج سوداوی و سرد و تر دماغ، سوءمزاج سوداوی دل، سوءمزاج سوداوی کبد، آماس طحال، سوءمزاج گرم و خشک کبد و ضعف طحال مطرح شده‌اند. چهار بیماری مالیخولیا، سوءمزاج سوداوی دماغ، سوءمزاج عام سوداوی و سوءمزاج گرم و خشک دماغ بیشترین تطبیق مفهومی را دارا بودند.

نتیجه‌گیری: هرچند اغلب مطالعات بروز نشانه‌های افسردگی را ناشی از سوءمزاج سرد یا سوداوی دانسته‌اند، ولی سوءمزاج گرم و خشک نیز می‌توانند عامل بروز نشانه‌های مشابه باشند. بنابراین این امر توجه ویژه طبیبان را در نحوه برخورد با بیماران و اهمیت پزشکی فردمحور دوچندان می‌کند تا براساس استدلال بالینی هر بیمار به تجویز درمان اختصاصی و دقیق برای هر فرد پردازند.

در تاریخ طب ایرانی، این مطالعه به بررسی دیدگاه او در این زمینه پرداخته است. تحلیل متون او نشان می‌دهد نگاه جرجانی صرفاً طبی نبوده، بلکه جنبه‌های روان‌شناختی، اخلاقی و معنوی نیز در تحلیل افسردگی دیده می‌شوند. در این پژوهش، با هدف دستیابی به معنای اختلال افسردگی و سیر تحولی این مفهوم و کاربرد آن در متون مختلف طب نوین و طب مکمل، از روش نقشه‌برداری و معنانشناسی واژگان استفاده شده است که در ادامه به اختصار معرفی می‌شود. پرسش مرکزی در این مطالعه این بوده است که واژگان موجود در آثار حکیم جرجانی که با معیارهای اختلال افسردگی اساسی DSM-5 مطابقت دارند کدام‌اند و این واژگان در چهارچوب چه بیماری‌ها/سوء مزاج‌هایی در طب ایرانی قرار می‌گیرند؟

روش کار

این پژوهش به روش کیفی و مبتنی بر تحلیل محتوای نظام‌مند متون کلاسیک طب ایرانی، به بررسی کتب حکیم سید اسماعیل جرجانی با تأکید بر سه کتاب شاخص او (ذخیره خوارزمشاهی، الاعراض الطبییه، و خفی علائمی) پرداخته است. این مطالعه به دنبال پاسخ به یک پرسش متمرکز بوده است که «واژگان/نشانه‌های منطبق با اختلال افسردگی اساسی در آثار جرجانی چه هستند و با چه بیماری‌هایی در طب ایرانی متناظرند؟». جهت شناسایی و استخراج واژگان معادل، از معیارهای ۹ گانه DSM-5 استفاده شد. تظاهرات اختلال افسردگی اساسی براساس تعاریف و معیارهای تشخیصی آن در پزشکی نوین، چنین‌اند: خلق افسرده (احساس اندوه، نا امیدی، پوچی، ظاهر گریان)، کاهش علائق یا لذت‌ها، بی‌قراری یا بی‌تفاوتی (کندی روانی - حرکتی)، افکار راجعه در مورد مرگ، افزایش یا کاهش اشتها، بی‌خوابی یا پرخوابی، خستگی یا از دست رفتن انرژی، کاهش تمرکز و تفکر، احساسات نامتناسب درباره گناهکار بودن، که مفاهیم معادل این علائم در کتب حکیم جرجانی بررسی شدند. معنا و مفهوم هر کدام از این علائم در متون لغت‌نامه‌های طب ایرانی و کتب متقدم با حکیم جرجانی از جمله قانون ابن سینا، الحاوی رازی و کامل الصناعه علی ابن عباس اهوازی بررسی شده و متون به دست آمده از تعریف این واژگان به گزاره‌های قابل تحلیل تقسیم شد. واژگانی که بیشترین تطبیق مفهومی را داشتند در نرم‌افزار MAXQDA-۲۰ وارد شدند. سپس نقشه مفهومی (Concept mapping) هر بیماری با واژگان استخراج شده ترسیم شد تا در نهایت الگوی مشابهت‌ها و تفاوت‌ها مشخص شود و واژگان و بیماری‌های مرتبط با نشانه‌های اختلال افسردگی به صورت تطبیقی، مقایسه شدند.

در مرحله نخست، استخراج اولیه واژگان مرتبط با علائم افسردگی براساس جست‌وجوی نظام‌مند در متون حکیم سید اسماعیل جرجانی انجام شد. پس از گردآوری ۶۰ واژه اولیه، متن کامل تعاریف و کاربردهای هر واژه به صورت کدگذاری باز در نرم‌افزار MAXQDA-۲۰ وارد شد. این نرم‌افزار برای سامان‌دهی داده‌ها، دسته‌بندی واژگان و تعیین فراوانی و هم‌رخدادی آنها در بیماری‌های مختلف به کار رفت. پس از مرحله کدگذاری باز، کدگذاری محوری و انتخابی با مشارکت یک گروه چهارنفره از متخصصان طب ایرانی و تاریخ پزشکی در چند جلسه هم‌اندیشی انجام شد. در این جلسات، معیارهایی شامل صراحت معنایی، انطباق با محتوای متنی، هم‌معنایی بودن، و کاربرد واقعی واژه در آثار جرجانی بررسی شد. واژگانی که از نظر متخصصان دارای ابهام مفهومی، تکرار معنایی یا عدم انطباق با علائم DSM-5 بودند، حذف شدند.

بنابراین، نقش MAXQDA-۲۰ در این پژوهش سازمان‌دهی داده‌ها و

افسردگی به‌عنوان یکی از رایج‌ترین اختلالات روانی در جهان معاصر شناخته می‌شود. با این حال، ریشه‌ها، تعاریف و تلقی از این وضعیت روانی، در طول تاریخ دچار تحولات گسترده‌ای شده است. هرچند در دنیای امروز، افسردگی بیشتر در قالب تشخیص‌های روان‌پزشکی مدرن تعریف می‌شود، اما در متون پزشکی ایرانی، به‌ویژه در آثار حکمای بزرگ، مفهومی پیچیده، چندلایه و مرتبط با وضعیت جسم و روان و حتی اخلاق و معنویت بوده است (۱).

همان‌گونه که در معیارهای تشخیصی طب نوین (DSM-5) علائم متنوع و گاهی متضادی برای اختلال افسردگی ذکر شده‌اند، مفهوم اختلال افسردگی در متون طب سنتی ایران نیز با یک بیماری مشخص، قابل تطبیق نیست و علائم متنوع آن با واژه‌های مختلفی که در بیماری‌های گوناگون بیان شده است، قرابت دارد. برخی پژوهشگران، افسردگی را با بیماری مالیخولیا هم‌تراز می‌دانند که یک اختلال مغزی است که در آن افکار و عقاید از مسیر طبیعی خود خارج شده و فرد در فهم از مسائل دچار اختلال می‌شود. براساس مطالعات انجام‌شده هیچ‌یک از بیماری‌های مغزی در طب سنتی ایران، تطبیق کامل با علائم افسردگی را نداشته‌اند و به نظر می‌رسد براساس علائم بیماری افسردگی در منابع کنونی، مجموعه‌ای از اختلالات قلبی و مغزی با این بیماری مشابهت دارند (۲).

حکیم سید اسماعیل جرجانی از اطبای برجسته قرن پنجم هجری قمری است که نویسنده کتاب ذخیره خوارزمشاهی است. این کتاب نخستین دائرةالمعارف پزشکی مفصل به زبان فارسی است که برخی آن را با الحاوی رازی و قانون بوعلی سینا قابل مقایسه می‌دانند (۳). حکیم سید اسماعیل جرجانی به‌عنوان یکی از اطبای برجسته طب ایرانی که کنترل حالات روحی را یکی از شش اصل ضروری حیات انسان می‌شمارد، معتقد بوده است حالات روحی به‌واسطه تغییرات بر مزاج و اخلاط بر سلامت انسان، تأثیر می‌گذارند. او نظراتی در مورد اثرات متقابل حالات روحی و سلامت جسم داشته است (۴). وی اثرات متقابل روان و جسم را بررسی کرده و هیجاناتی مانند غم، ترس، شادی، نگرانی، امید و ناامیدی را از عواملی می‌دانست که بر بدن انسان اثرگذار هستند، به‌گونه‌ای که اثر آن‌ها در برخی موارد بیشتر از تغذیه، خواب و فعالیت بدنی محسوس است (۵).

با وجود گستردگی پژوهش‌ها درباره افسردگی در طب نوین، هنوز شکاف قابل‌توجهی در مطالعه تطبیقی مفاهیم روان‌پزشکی مدرن با مفاهیم خلقی و نفسانی در متون طب سنتی ایران وجود دارد. یکی از زمینه‌های مهم این شکاف، توجه روزافزون پزشکی امروز به پزشکی فردمحور است؛ رویکردی که بر درمان براساس ویژگی‌های زیستی، روانی، و محیطی هر فرد تأکید دارد. این نگاه در طب ایرانی نیز سابقه‌ای عمیق دارد، زیرا حکمایی چون رازی، ابن‌سینا و جرجانی همواره بر ارزیابی مزاج، شرایط زندگی، عادات، محیط و حالات نفسانی در تشخیص و درمان تأکید کرده‌اند. با این حال، تاکنون کمتر مطالعه‌ای تلاش کرده است واژگان، مفاهیم و بیماری‌های مرتبط با افسردگی را در آثار حکما به صورت نظام‌مند استخراج، تحلیل و با معیارهای تشخیصی امروز مقایسه کند. همین‌خلاقاً، ضرورت انجام پژوهش حاضر را برجسته می‌سازد.

با توجه به اهمیت اختلال افسردگی و جایگاه ویژه حکیم جرجانی

قالب نقشه مفهومی ترسیم شدند. این نقشه‌ها زمینه را برای تحلیل معناشناختی دقیق‌تر و مقایسه ساختار مفهومی در متون جرجانی با چهارچوب‌های طب روان‌پزشکی نوین فراهم آوردند (۴). معناشناسی تاریخی دانشی است که به مطالعه تغییرات معنای واژه‌ها در طول زمان و چگونگی تحول آن‌ها در زبان‌های مختلف می‌پردازد. هرچند این پژوهش به معنای دقیق کلمه یک مطالعه معناشناسی تاریخی نیست، اما از رویکردهای آن بهره می‌گیرد. در واقع، با بررسی کاربرد واژه‌ها و اصطلاحاتی که در متون حکیم سید اسماعیل جرجانی برای بیان حالات مشابه افسردگی به کار رفته‌اند و مقایسه آن‌ها با معیارهای نوین روان‌پزشکی (DSM-۵) تلاش شده است پلی میان مفاهیم گذشته و تعاریف امروزی افسردگی ایجاد شود (۷).

یافته‌ها

تحلیل متون طب سنتی ایران نشان داد که مفهوم اختلال افسردگی با یک بیماری مشخص قابل تطبیق نیست و علائم آن در قالب واژه‌ها و مفاهیم مختلفی در بیماری‌های گوناگون توصیف شده است و هیچ‌یک از بیماری‌های مغزی در طب سنتی ایران تطبیق کامل با علائم افسردگی در طب نوین ندارند (۸). براساس علائم اختلال افسردگی در منابع مدرن، مجموعه‌ای از اختلالات قلبی و مغزی با این بیماری شباهت دارند و با بررسی علائم روحی، روانی و اعراض نفسانی می‌توان به مفهومی از این اختلال در متون طب ایرانی دست یافت. در این پژوهش براساس ۹ علامت افسردگی اساسی در DSM-۵ واژگانی که در کتاب‌های حکیم سید اسماعیل جرجانی با این علائم تطبیق داشتند، استخراج شد. در ابتدا ۶۰ واژه جست‌وجو شد که این واژگان در جلسات علمی پالایش شده و مورد بازنگری قرار گرفتند و در نهایت ۱۷ واژه که مفاهیم کلیدی‌تری بودند، نهایی شدند، که صراحت معنایی بیشتری را با معنای افسردگی در طب نوین داشتند. همچنین کلماتی که در آثار حکیم جرجانی در ذیل بیماری‌های مرتبط با افسردگی استفاده نشده بود (مانند حزن و یا کرب و یا قلق) حذف شدند. واژگانی که در لغت‌نامه‌های طب ایرانی و کتب متقدم با حکیم جرجانی از جمله *قانون ابن سینا*، *الحاوی رازی* و *کامل الصناعه علی ابن عباس اهوازی* و سایر کتب حکیم سید اسماعیل جرجانی ارتباط مفهومی با علائم افسردگی نداشتند، براساس نظرات اطبا و کارشناسان حوزه تاریخ علوم پزشکی حذف شدند.

واژگان نهایی عبارت‌اند از: (۱) غم، (۲) اندوه، (۳) ترس، (۴) ناخوشدلی، (۵) بی‌خوابی و گران‌خوابی، (۶) کسالت، (۷) وسواس، (۸) اضطراب، (۹) اندیشه بسیار، (۱۰) دیرکاری، (۱۱) ضجر، (۱۲) گریه، (۱۳) لاغری و فریبی به افراط، (۱۴) غفلت (فراموشی)، (۱۵) زاری، (۱۶) نومیدی، و (۱۷) مرگ. هر واژه براساس تعریف رسمی در آثار حکیم جرجانی و قرارگرفتن آن در ذیل یکی از بیماری‌ها در کتاب‌های او، به بیماری متناظر نسبت داده شد.

این واژگان به همراه بیماری‌هایی که این علائم را نشان می‌دادند در نرم‌افزار MAXQDA-۲۰ وارد شدند. از بین بیماری‌ها، ده بیماری تعداد بیشتری از این علائم را نشان می‌دادند که به صورت نقشه مفهومی در نرم‌افزار به دست آمدند. این واژگان و علائم از دیدگاه طب ایرانی به شرح حالت‌های مشابه افسردگی در دوران‌های گذشته پرداخته‌اند. با این حال، شایان ذکر است که این مفاهیم دقیقاً معادل افسردگی مدرن نیستند، اما برخی از این حالات می‌توانند به عنوان نشانه‌هایی از افسردگی یا اختلالات روانی مشابه در نظر گرفته شوند. این تحولات در تاریخ پزشکی و مفاهیم روان‌شناختی به‌خوبی قابل بررسی و تطبیق هستند. در جدول ۱ تعریف واژه‌ها در کتب حکیم سید اسماعیل جرجانی آمده است.

ترسیم نقشه‌های مفهومی اولیه بود و تفسیر، پالایش و تعیین نهایی معادل‌ها به‌صورت تخصصی و مبتنی بر اجماع گروه کارشناسان انجام شد. این فرایند منجر به انتخاب ۱۷ واژه نهایی با بیشترین قرابت مفهومی با علائم افسردگی اساسی شد. فرایند استخراج و پالایش واژگان در سه مرحله انجام شد:

۱. استخراج اولیه واژگان (۶۰ واژه اولیه)

در گام نخست، تمام واژگان مرتبط با حالات خلقی، هیجانی، رفتاری و علائم جسمانی متناظر با افسردگی اساسی، از سه منبع اصلی حکیم جرجانی (ذخیره‌خوار/زمشاهی، خفی علائی، الاغراض) استخراج شد. معیار ورود واژگان به فهرست اولیه عبارت بود از: ارتباط معنایی با یکی از ۹ معیار DSM-۵، وجود توصیف بالینی قابل تحلیل در متن و اشاره مستقیم یا غیرمستقیم در آثار جرجانی یا منابع هم‌دوره.

۲. پالایش علمی و کاهش واژگان به ۱۷ مورد نهایی

در مرحله دوم، فهرست ۶۰ واژه در سه دور ارزیابی توسط تیم متخصص (سه متخصص طب ایرانی) بررسی شد. معیارهای حذف یا ابقا شامل موارد زیر بود:

۱) صراحت معنایی (واژه باید نشانه باشد، نه سبب یا تشخیص)،
 ۲) کاربرد مشخص در توصیف حالات نفسانی، (۳) قابلیت تطبیق با یکی از معیارهای DSM-۵ و (۴) نداشتن ابهام مفهومی. بر این اساس واژگانی مانند کرب، قلق، خفقان، اختلاج، هم، کابوس، خیال باطل، سبات سهری یا واژه‌های مرتبط با اسباب (نه نشانه‌ها) حذف شدند. در نهایت ۱۷ واژه که بیشترین انطباق مفهومی با علائم افسردگی اساسی داشتند، انتخاب شدند.

۳. معیارهای معادل‌سازی با DSM-۵

برای معادل‌سازی واژگان، سه اصل مبنا قرار گرفت: (۱) تحلیل معنای دقیق هر واژه براساس تعریف حکیم جرجانی؛ (۲) توجه به کارکرد بالینی واژه در متن (نشانه بودن، نه علت بیماری)؛ (۳) تطبیق توصیف بالینی با کرایتریای متناظر DSM-۵. بدین ترتیب، نقشه مفهومی نهایی براساس واژگان پالایش‌شده و بدون آمیختگی با اسباب یا مفاهیم مجزا از نشانه‌ها ترسیم شد.

نقشه مفهومی

نقشه مفهومی به پرسشی پاسخ می‌دهد که به‌صورت کاملاً مشخص در متون به‌دنبال پاسخ آن هستیم. یک پرسش مرکزی درست و مناسب می‌تواند به یافتن یک نقشه مفهومی غنی کمک کند. در این پژوهش برای سازمان‌دهی و نمایش رابطه میان واژگان استخراج‌شده از متون حکیم جرجانی و معیارهای اختلال افسردگی اساسی براساس DSM-۵، از روش «نقشه مفهومی» بهره گرفته شد. نقشه مفهومی ابزاری است که به‌عنوان یک رویکرد نظام‌مند در پژوهش‌های کیفی و میان‌رشته‌ای تبیین شده است. این روش امکان می‌دهد تا مفاهیم کلیدی شناسایی‌شده در داده‌ها به‌صورت گرافیکی و شبکه‌ای سازمان یابند و روابط سلسله‌مراتبی یا معنایی میان آن‌ها آشکار شود. بر این اساس، واژگان مرتبط با نشانه‌های افسردگی اساسی ابتدا استخراج و کدگذاری شدند و سپس با بهره‌گیری از نرم‌افزار MAXQDA-۲۰ در

جدول ۱. تعریف واژه‌های معادل علائم افسردگی در کتب حکیم سید اسماعیل جرجانی

| ردیف | علائم | تعریف براساس متون حکیم جرجانی | منابع |
|------|----------------|---|-----------------------------------|
| ۱ | غم | مطلوب خداوند غم یا از دست رفته باشد و اندر یافتن آن متعذر باشد یا معجز العنه باشد یعنی عاجز باشند از یافتن آن | ذخیره خوارزمشاهی، جلد ۵، صفحه ۸۰۲ |
| ۲ | اندوه | از اعراض نفسانی که تن را سرد می‌کند. | ذخیره خوارزمشاهی، جلد ۲، صفحه ۲۴۷ |
| ۳ | ترس | خداوند این علت همیشه از چیزی ترسان بود و بداندیش و اندوهمند باشد. | ذخیره خوارزمشاهی، جلد ۶، صفحه ۶۰ |
| ۴ | ناخوشدلی | نا امیدي از همه کارها | ذخیره خوارزمشاهی، جلد ۳، صفحه ۶۸۳ |
| ۵ | بی‌خوابی | بی‌خوابی بسیار یا بسیار خفتن | ذخیره خوارزمشاهی، جلد ۶، صفحه ۶۰ |
| ۶ | کسالت (کسلان) | آرمیده و تنبیل است. | ذخیره خوارزمشاهی، جلد ۶، صفحه ۶۵ |
| ۷ | وسواس | اختلاط ذهن و آشفته‌گی عقل و تفکر بسیار | ذخیره خوارزمشاهی، جلد ۶، صفحه ۱۱۲ |
| ۸ | اضطراب | بیقراری، آن که ناگاه سوء المزاجی قوی پدید آید و به سبب قوت سوء المزاج و ناگاهی آن حرکتی مضطرب اندر روح پدید آید | ذخیره خوارزمشاهی، جلد ۶، صفحه ۶۱ |
| ۹ | اندیشه بسیار | افکار بسیار و بد | ذخیره خوارزمشاهی، جلد ۳، صفحه ۴۷۶ |
| ۱۰ | دیرکاری | تاخیر حرکتی | ذخیره خوارزمشاهی، جلد ۶، صفحه ۴۹۶ |
| ۱۱ | ضجر | عبارت از دلتنگی و قلق و اضطراب است که از غم دست دهد. | حدود الامراض، صفحه ۲۲۲ |
| ۱۲ | گریه | تعریف مستقیم آن در متون حکیم جرجانی نیامده است. | ذخیره خوارزمشاهی، جلد ۲، صفحه ۳۳۵ |
| ۱۳ | لاغری و فربهی | تعریف مستقیم آن در متون حکیم جرجانی نیامده است. | ذخیره خوارزمشاهی، جلد ۲، صفحه ۱۹۶ |
| ۱۴ | غفلت (فراموشی) | تعریف مستقیم آن در متون حکیم جرجانی نیامده است. | ذخیره خوارزمشاهی، جلد ۶، صفحه ۸۵ |
| ۱۵ | زاری | تعریف مستقیم آن در متون حکیم جرجانی نیامده است. | ذخیره خوارزمشاهی، جلد ۶، صفحه ۶۵ |
| ۱۶ | نومیدی | نا امیدي از همه کارها | ذخیره خوارزمشاهی، جلد ۲، صفحه ۲۱۰ |
| ۱۷ | مرگ | سخن زیاد مرگ گفتن | الاعراض الطبیة، صفحه ۱۹۲ |

خوارزمشاهی افسردگی را به‌عنوان یک اختلال روانی مجزا با عنوان امروزی آن نمی‌شناسد، اما توصیف‌هایی از بیماری‌هایی مانند ۱. مالیخولیا، ۲. سوء مزاج سوداوی دماغ، ۳. سوء مزاج عام سوداوی، ۴. سوء مزاج گرم و خشک دماغ، ۵. سوء مزاج سرد و تر دماغ، ۶. سوء مزاج سوداوی دل، ۷. سوء مزاج سوداوی کبد، ۸. آماس طحال، ۹. سوء مزاج گرم و خشک کبد، و ۱۰. ضعف طحال ارائه می‌دهد که همگی جنبه‌هایی از علائم افسردگی را در بر دارند (۹). با بررسی تطبیقی علائم موجود در هریک از این بیماری‌ها با علائم افسردگی می‌توان به ارتباط هریک از این بیماری‌ها با بروز اختلال افسردگی پی برد.

بررسی تطبیقی علائم موجود در هریک از این بیماری‌ها با علائم افسردگی نشان می‌دهد که هیچ بیماری به‌طور کامل تمامی نشانه‌های افسردگی مدرن را پوشش نمی‌دهد، اما هریک بخشی از طیف علائم را منعکس می‌کند. این یافته‌ها مبنای تحلیل معناشناختی و نقشه مفهومی روابط بین واژگان و بیماری‌ها در متون حکیم سید اسماعیل جرجانی قرار گرفت. بیماری‌ها براساس بیشترین تطبیق نمره‌گذاری و ترتیب‌بندی شدند که جدول ۲ بر این اساس آمده است. در جدول شماره ۲ علائمی که در هر بیماری در متون حکیم جرجانی بیان شده با علامت * مشخص شده و در انتها براساس تعداد علائم مطرح‌شده در هر بیماری نمره بندی شدند.

در مرحله بعد، برای جلوگیری از اشتباه در تطبیق مفاهیم، معادل‌سازی هر واژه با معیارهای DSM-5 نه براساس سبب یا ماهیت مزاجی، بلکه صرفاً براساس تعریف رفتاری-عاطفی و شناختی آن در آثار حکیم جرجانی انجام شد. به این منظور، برای هر واژه، ابتدا تعریف دقیق و نقل‌قول‌های مرتبط از متون حکیم جرجانی استخراج شد. سپس معنای حاصل با ۹ معیار اصلی افسردگی در DSM-5 مقایسه شد و در نهایت نزدیک‌ترین معیار انتخاب شد. همچنین انتساب هر واژه به بیماری‌های مختلف در طب ایرانی تنها زمانی انجام شد که حکیم جرجانی آن علامت را به‌طور صریح و مستقیم در شرح یک بیماری ذکر کرده باشد؛ بنابراین اگر واژه‌ای بدون ذکر صریح به بیماری خاصی نسبت داده می‌شد یا فقط به‌عنوان «سبب»، «مزاج»، یا «حالت» آمده بود، در جدول بیماری‌ها وارد نشد. این رویکرد باعث شد تمایز روشن و مستندی میان تعریف واژه، جایگاه بالینی آن در طب ایرانی و تطابق آن با معیارهای تشخیصی جدید برقرار شود و از خلط میان علائم، اسباب و اختلالات جلوگیری شود. این روش همچنین سبب شد برخی واژگان که بار معنایی یا شواهد متنی کافی برای قرارگیری در نقشه مفهومی نداشتند، حذف شوند و تطبیق علائم باقی‌مانده با بیماری‌های ده‌گانه حکیم جرجانی با دقت بیشتری انجام پذیرد.

با توجه به کتب حکیم سید اسماعیل جرجانی از جمله ذخیره

جدول ۲. بررسی تطبیقی علائم موجود در هریک از بیماری‌ها با علائم افسردگی

| ردیف | واژه استخراج شده | مالیخولیا | سوء مزاج عام سوداوی | سوء مزاج گرم و خشک دماغ | سوء مزاج سوداوی دماغ | سوء مزاج سرد و تر دماغ | سوء مزاج سوداوی دل | سوء مزاج سوداوی کبد | آماس طحال | سوء مزاج گرم و خشک کبد | ضعف طحال |
|------|------------------------|-----------|---------------------|-------------------------|----------------------|------------------------|--------------------|---------------------|-----------|------------------------|----------|
| ۱ | غم | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
| ۲ | اندوه | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
| ۳ | ترس | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
| ۴ | ناخوشدلی | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
| ۵ | بی‌خوابی یا گران‌خوابی | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
| ۶ | کسالت | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * |

| | | | | | | | | | | |
|----|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۷ | وسواس | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
| ۸ | اضطراب | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
| ۹ | اندیشه بسیار | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
| ۱۰ | دیرکاری | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
| ۱۱ | ضجر | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
| ۱۲ | گریه | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
| ۱۳ | لاغری و فربهی | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
| ۱۴ | غفلت و فراموشی | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
| ۱۵ | زاری | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
| ۱۶ | نومیدی | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
| ۱۷ | مرگ | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
| ۱۸ | مجموع علائم | ۳ | ۵ | ۴ | ۳ | ۴ | ۳ | ۹ | ۷ | ۷ |

«بی‌قراری یا کندی روانی-حرکتی» گنجانده شد. واژه‌هایی مانند «غفلت/فراموشی» و «اندیشه بسیار» که جرجانی آن‌ها را بیانگر اختلال در تمرکز، تشتت ذهن، یا ناتوانی در تشخیص و تیزفهمی می‌داند، در شاخص «کاهش تمرکز یا تصمیم‌گیری» قرار گرفتند. همچنین «ضجر» و «نومیدی» که در آثار او با گمان بد، توقع ضرر، ناامیدی و افکار منفی همراهاند، در معیار «احساس بی‌ارزشی یا افکار منفی» جای گرفتند. شایان ذکر است براساس تعاریفی که در متون حکیم جرجانی درباره «ترس» وجود داشت، در ذیل تعریف احساس بی‌ارزشی یا گناه قرار گرفت که فرد همواره ترس از این دارد که بی‌ارزش باشد یا گناه‌کار شناخت شود. نهایتاً «مرگ» نیز که در متون جرجانی به شکل «ذکر مکرر مرگ» و اشتغال ذهنی به آن توصیف شده، در معیار «افکار راجع به مرگ» تطبیق داده شد. این نحوه تطبیق براساس استنباط مستقیم مفاهیم از متون اصلی و نظر متخصصان طب ایرانی انجام شده و از هرگونه تعمیم یا تفسیر خارج از متن پرهیز شده است. در جدول ۳ معادل‌سازی علائم افسردگی در متون طب ایرانی با طب نوین آمده است.

در متون حکیم سید اسماعیل جرجانی، علائم افسردگی به صورت «اندوه» یا «غم» دیده می‌شود که ممکن است به هم‌افزایی بین اختلالات جسمی و روانی اشاره داشته باشد. ممکن است برخی علائم شبیه به افسردگی نوین از دیدگاه طب سنتی ایرانی در قالب مشکلات گوارشی، تغییرات در اشتها و خواب، و تغییرات روحی توضیح داده شده باشند. در مرحله تطبیق مفهومی، هریک از ۱۷ واژه استخراج شده براساس تعریف دقیق آن‌ها در آثار حکیم جرجانی و با توجه به کارکرد بالینی واژه در متن، ذیل یکی از معیارهای نه‌گانه DSM-5 قرار گرفتند. معیارگذاری نه براساس شباهت لفظی، بلکه براساس شباهت کارکردی روان‌شناختی و پاتولوژیک انجام شد. به‌عنوان نمونه، واژگانی مانند «غم»، «اندوه» و «ناخوش‌دلی» که در متون جرجانی ناظر بر تغییر پایدار خلق بودند، در شاخص «خلق افسرده» قرار گرفتند؛ «لاغری و فربهی به افراط» ذیل «تغییر وزن»، «بی‌خوابی و گران‌خوابی» در شاخص «اختلال خواب» و «دیرکاری» (کندی حرکت) و «اضطراب» (بی‌قراری و جهش حرارت در روح) در معیار

جدول ۳. معادل‌سازی علائم افسردگی در متون طب ایرانی با طب نوین

| ردیف | DSM-5 علائم افسردگی در | واژه‌های متناظر در متون حکیم جرجانی | متن متناظر در کتب حکیم جرجانی |
|------|--|--|---|
| ۱ | خلق افسرده در بیشتر اوقات روز | غم اندوه ناخوش‌دلی نومیدی زاری گریه | «هرگاه که بی‌سببی ظاهر، غمی و نرمی اندر دل همی باید و مستوحش می‌شود... غم حالی است نفس را که هرگاه که مردم را چیزی در بایست از دست بشود یا از آن باز ماند و بدان نرسد یا کاری بیند از کسی که او را ناخوش آید و آن کس را از آن باز نتواند داشت و بر آن ملامت و مکافات نتواند کرد غمگین شود... هرگاه که مردم بی‌سببی ظاهر پیوسته اندوه‌مند و ناخوش دل باشد و از همه کارها نومیدی نماید». |
| ۲ | کاهش علاقه یا لذت در تمام یا اکثر اوقات روز | اندوه ناخوش‌دلی نومیدی | «اندوه از اعراض نفسانی است واندوه و ترس خون را و حرارت غریزی را به قعر تن باز گریزند و مزاج را سرد و خشک کند و مردم را به حال پیری رساند و بدین سبب رنگ روی را زرد کند و رونق و تازگی ببرد و همه قوت‌ها را ضعیف کند و به‌سبب ضعیفی قوت‌ها بیماری مستولی گردد». |
| ۳ | کاهش یا افزایش معنی‌دار وزن بدون رژیم غذایی | لاغری به‌افراط و فربهی به‌افراط | «آفت‌هایی است که اندر سحنه پدید آید چون فربهی به‌افراط و لاغری به‌افراط». |
| ۴ | بی‌خوابی یا پرخوابی | بی‌خوابی به‌افراط گران‌خوابی | «... خواب از رطوبتی پدید آید هرگاه که این رطوبت به دماغ رسد، کثافت آن قوت نفس را از کار فرمودن حاست‌ها و تصرف کردن اندر آن باز دارد خواب پدید آید. و هرگاه که این رطوبت بدین صفت باشد که یاد کرده آمد و به اندازه معتدل باشد، خواب معتدل باشد و خوش. و سبب‌های بی‌خوابی و کم‌خوابی و بسیار خفتن و خواب ناخوش که مردم از آن آسایش نیابند، همه به اندازه زیادت و نقصان صلاح و فساد این رطوبت باشد». |
| ۵ | بی‌قراری یا تأخیر روانی حرکتی تقریباً هر روز | اضطراب دیرکاری ضجر | «آنکه ناگاه سوء‌المزاجی قوی پدید آید و ناگاهی آن حرکتی مضطرب اندر روح پدید آید ... رنگ روی خداوند سوء‌المزاج سرد به سبیدی و کبودی گراید همچون رنگ ارزیز و کسلانی و دیرکاری اندر وی پدید آید و تشنگی کمتر باشد و از هوای گرم و بوی عطر گرم راحت یابد». |
| ۶ | خستگی یا اداست‌رفتن انرژی تقریباً هر روز | کسلان (کسالت) | «آنکه اندر عضوی فضله‌ای بلغمی باشد. و اگر این فضله بسیارتر باشد، یا غلیظ‌تر و اندر همه اندام‌ها باشد ماندگی پدید آید و این حال را به تازی اعیاء (خستگی و ماندگی) گویند. اگر ماده علت مالخولیا با خلط بلغم آمیخته باشد خداوند علت کسلان و آرمیده‌تر باشد» |
| ۷ | احساس بی‌ارزشی، گناه زیاد یا نامتناسب تقریباً هر روز | ترس | «علامت‌های سودایی گرفتگی و بی‌طراوتی گراید و به رنگ روی باشد و خنکی پوست و رنگ بول به سبزی و سیاهی می‌گراید». |
| | | | «اندوهناک‌بودن و خلوت جستن و از هر چیزی ترسیدن و گمان‌های بد و نومیدی از همه کارها نشانه‌ها که از وهم بیمار باید جست». |

«سردی عارضی که سبب غفلت و ابله‌ی است سه گونه باشد یا سردی ساده باشد یا سردی و خشکی به هم باشد یا سردی و تری به هم باشد...»

و هذیان و اختلاط ذهن آفتی و اضطرابی است که مضرت آن اندر تمییز و تفکر پدید آید و خداوند این علت نه آن کند که باید کرد و نه آن گوید که باید گفت و نه آن جوید که باید جست و نه آن اندیشد که باید اندیشید و سبب این یا گرمی دماغ باشد یا نقصان گوهر دماغ از بهر آنکه این آفتی اضطرابی است و همچنان که هرچه از جنس نقصان است و آفت دماغ است سبب آن سردی مزاج باشد و همچنان که هرچه از جنس اضطراب است سبب آن گرمی مزاج باشد و بسیار باشد که اختلاط ذهن و هذیان یا فساد تحلیل به هم باشد.»

«هرگاه که بیمار از مرگ ترسان باشد و سخن مرگ بسیار گوید بد باشد و دلیل خلط سوخته سودایی باشد اندر دماغ.»

اندیشه بسیار
وسواس
غفلت

کاهش توانایی تفکر یا تمرکز یا بی‌تصمیمی
تقریباً هرروز

۸

مرگ

افکار راجع به مرگ، افکار راجعه خودکشی
بدون برنامه مشخص یا اقدام به خودکشی

۹

بحث

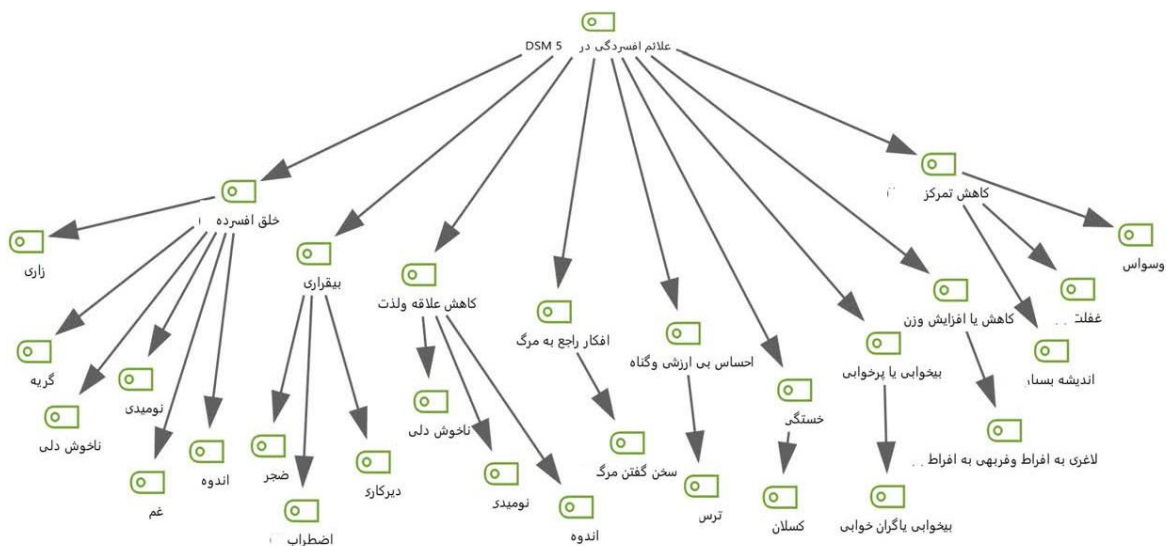
امروزه در دنیا شیوه‌های متنوعی برای پیشگیری و درمان افسردگی در حال رشد است اما باوجود پیشرفت‌های چشمگیر در طب نوین، درمان افسردگی همچنان چالشی مهم به شمار می‌آید که به‌دلیل پیچیدگی‌های فردی، تنوع تیپ بالینی و تفاوت واکنش به درمان‌ها باید رویکردهای دقیق‌تر و جامع‌تر اتخاذ شود. در این زمینه، مفهوم «پزشکی فردمحور» رویکردی که تمامی ویژگی‌های فرد از جمله فیزیولوژیکی، روانی، رفتاری و محیطی را در ارزیابی و درمان بیماری مدنظر قرار می‌دهد، اهمیت روزافزونی یافته است.

طب سنتی ایرانی با ریشه‌های چندهزارساله، نگاه خاصی به روان و جسم انسان دارد که در آن توجه به سبب و علت بیماری در هر فرد در استدلال بالینی نقش کلیدی دارد. براساس متون بزرگ حکمای طب ایرانی مانند حکیم سید اسماعیل جرجانی، مشکلات روانی و به‌طور مشخص علائم افسردگی می‌توانند ناشی از سوءمزاج‌هایی مانند سوءمزاج سرد یا سوءمزاج گرم و خشک در اعضای مختلف بدن، به‌ویژه مغز و کبد باشند. این رویکرد تأکید می‌کند که درمان موفق نیازمند تشخیص دقیق مزاج و شرایط ویژه هر بیمار است که به‌معنی اهمیت پزشکی فردمحور است.

مطالعات تطبیقی نشان داده‌اند که نشانه‌های افسردگی در طب

نوین شامل خلق افسرده، کاهش علاقه، بی‌قراری، اختلالات خواب، احساس ناامیدی، خستگی، احساس بی‌ارزشی، افکار راجعه مرگ، کاهش یا افزایش معنی‌دار وزن از نظر مفهومی با علائم ذکرشده در متون حکیم سید اسماعیل جرجانی مانند غم، اندوه، ناخوشدلی، ترس، و بی‌خوابی همخوانی دارند، اما شدت و ترکیب این علائم بسته به نوع سوءمزاج متفاوت است. برای مثال، در سوءمزاج گرم و خشک علائمی مانند اضطراب و بی‌قراری برجسته‌تر هستند، درحالی‌که در سوءمزاج سرد، کسالت و کندی روانی حرکتی بیشتر دیده می‌شود. این تفاوت‌های ظریف به پزشک امکان می‌دهد با درک عمیق‌تر وضعیت بیمار و چگونگی بروز علائم، درمان اختصاصی و کارآمدتری انتخاب کند.

از نظر حکیم سید اسماعیل جرجانی، زمانی که سوءمزاج گرم (به‌خصوص گرم و خشک دماغ یا کبد) بر مغز یا دیگر اعضای حیاتی تأثیر می‌گذارد، علائم افسردگی ممکن است با نشانه‌هایی از اضطراب و بی‌قراری همراه شود. این در حالی است که سوءمزاج سرد بیشتر منجر به کاهش تحرک روانی و فیزیکی، احساس کسالت و کاهش انرژی می‌شود. چنین دیدگاهی نشان می‌دهد که افسردگی در طب ایرانی نه صرفاً یک اختلال روانی، بلکه یک وضعیت پیچیده بدنی-روانی است که باید در بافت کلی مزاج بیمار ارزیابی و درمان شود. در شکل ۱ نقشه مفهومی علائم طب ایرانی متناظر با نشانه‌های افسردگی در طب نوین قابل مشاهده است:



شکل ۱. نقشه مفهومی علائم طب ایرانی متناظر با نشانه‌های افسردگی در طب نوین

بی‌خوابی، تیرگی پوست، خشکی و لاغری) با افسردگی نوین مقایسه شد و شباهت زیادی میان این دو مفهوم گزارش شد (۱۰). در پژوهش یوسف‌پور و همکاران (۲۰۱۵) ابن‌سینا افسردگی را اختلالی ناشی از درگیری قلب، مغز و خون دانست، درحالی‌که جرجانی علاوه بر مغز و قلب، سایر اعضا را نیز در

مقایسه نتایج این مطالعه با سایر پژوهش‌های انجام‌شده نیز نشان می‌دهد که دیدگاه جرجانی هم‌سو با بسیاری از یافته‌های تاریخی و پژوهشی است، هرچند در برخی موارد رویکرد او جامع‌تر به نظر می‌رسد. به‌طور مثال، در پایان‌نامه چوپانی علائم غلبه سودا (مانند

و اهمیت پزشکی فردمحور دوجندان می‌کند تا براساس استدلال بالینی بیمار، نوع علامت و سوءمزاج بیمار، به تجویز درمان اختصاصی و دقیق برای هر فرد بپردازند.

نتیجه‌گیری

امروزه درمان‌های متنوع دارویی و غیردارویی برای بیماری افسردگی در حال ارائه است اما همچنان شیوع این بیماری در حال افزایش و عود و یا مقاومت به درمان در بیماران نگران‌کننده است. طب مکمل نیز اقدامات درمانی اثربخشی در این باره ارائه داده است اما همچنان اهمیت پیشگیری به‌کمک اقدامات طب مکمل مورد توجه است (۱۹).

این نگرش حکیم سید اسماعیل جرجانی که در آن هر فرد از حیث مزاج به‌عنوان یک کل منحصربه‌فرد معرفی شده و درمان متناسب با شرایط فردی تجویز می‌شود، اساس مهمی برای پزشکی فردمحور است. بنابراین، به کمک آموزه‌های حکیم سید اسماعیل جرجانی و در چهارچوب طب سنتی ایرانی، پزشکان می‌توانند با دقت بیشتری سوءمزاج فرد را شناسایی کرده و برنامه درمانی اختصاصی و متناسب با وضعیت مزاجی بیمار را، که هم شامل اصلاح سبک زندگی و تغذیه است و هم داروهای گیاهی و روش‌های طبیعی، طراحی کنند. این کار می‌تواند اثربخشی درمان اختلال افسردگی را افزایش داده و سلامت روان و جسم بیمار را به‌طور پایدار بهبود بخشد.

با توجه به یافته‌های این پژوهش، طراحی ابزارهای سنجش مبتنی بر واژگان استخراج‌شده از متون حکیم جرجانی می‌تواند یکی از مسیرهای مهم پژوهش‌های آینده باشد؛ به‌ویژه در قالب پرسش‌نامه‌های تشخیصی سازگار با مفاهیم طب ایرانی که امکان به‌کارگیری در مطالعات بالینی افسردگی را داشته باشند. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، مقایسه ساختار مزاجی بیماران مبتلا به افسردگی با الگوهای بیماری‌های معرفی‌شده توسط حکما انجام شود تا قابلیت کاربرد درمان‌های فردمحور طب ایرانی در بیماران افسرده روشن‌تر شود. این مسیر می‌تواند زمینه‌ای برای توسعه الگوهای تلفیقی نوین و مبتنی بر شواهد در درمان اختلالات خلقی فراهم سازد.

تشکر و قدردانی

شایسته است از آقای دکتر جواد علیپور و آقای دکتر مجید تلافی نوغانی، که در اصلاحات این پژوهش راهنمایی و ارشاد کردند، مراتب قدردانی و سپاس خود را ابراز داریم.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته تاریخ علوم پزشکی، خانم مریم نیشابوری ایزدی در دانشگاه شاهد با عنوان *معناشناسی تاریخی مفهوم افسردگی از دیدگاه حکیم سید اسماعیل جرجانی* است و با کد اخلاق IR-SHAHED.MED.REC.1404.028 تصویب شده است.

حامی مالی

این مطالعه از هیچ گونه حمایت مالی استفاده نکرده است.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی برای نویسندگان وجود ندارد.

سهم نویسندگان

همه نویسندگان در مفهوم سازی و نگارش مقاله مشارکت داشتند و

بروز علائم افسردگی دخیل می‌داند. پژوهش یوسف‌پور دربارهٔ مالیخولیا آن را رایج‌ترین اصطلاح معادل افسردگی دانست (۱۱). مطالعه غفاری و همکاران (۱۳۹۶) نیز با تحلیل مفاهیم غم، حزن، جزع و کرب، به تنوع معنایی واژه‌های مرتبط با افسردگی اشاره کرده است؛ یافته‌ای که در این پژوهش نیز از طریق نقشه‌برداری واژگانی مشاهده شد (۱۲).

برخی مطالعات دیگر نیز به‌صورت اختصاصی به جنبه‌های خاص پرداخته‌اند. پایان‌نامهٔ اعرج خدایی (۱۳۹۶) نقش سوءمزاج‌های مغزی را در بروز حالات روانی برجسته کرد، اما در مطالعه حاضر نقش قلب و کبد نیز مورد تأکید قرار گرفت (۱۳). پایان‌نامهٔ اسلامی (۱۳۹۶) بر سوءمزاج سرد روح حیوانی تأکید داشت و پرسش‌نامه‌ای برای آن طراحی کرد که در بیماران افسرده نیز انطباق بالایی داشت (۱۴). همچنین در مطالعهٔ سلطانی و همکاران، تأکید بر «طب روحانی» و مدیریت اعراض نفسانی به‌عنوان بخشی از درمان افسردگی در آثار جرجانی مطرح شد (۱۵).

در پایان‌نامهٔ کلوری نیز بیان شد که هرچند معادل دقیق افسردگی در متون کهن وجود ندارد، اما حالات «هم و غم طول کشیده» و «مالیخولیا» شباهت زیادی به افسردگی امروزی دارند. وی در ادامه توضیح داد که قواعد درمان در طب سنتی ایرانی - شامل اصول حفظ‌الصحه، دفع ماده بیماری‌زا، تعدیل مزاج و تقویت عضو - هم در بیماری‌های جسمی و هم روانی صادق‌اند و در این میان توجه ویژه به قلب، به‌عنوان منشأ ارواح و حرکات نفسانی، اهمیت به‌سزایی دارد؛ نکته‌ای که در طب نوین کمتر مورد توجه قرار گرفته است (۱۶). از منظر تاریخی نیز مقالهٔ صادق‌فرد و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که بقراط، افلاطون و جالینوس هر یک نقش مهمی در تبیین ریشه‌های روانی و جسمی افسردگی داشته‌اند؛ درحالی‌که پزشکان ایرانی همچون رازی، اهوازی، اخوین بخاری و ابن‌سینا این اختلال را در چهارچوب ارتباط متقابل اعضای بدن با یکدیگر و با محیط اجتماعی و طبیعی بررسی کردند. این پیوستگی اندیشه، پشتوانه‌ای نظری برای تحلیل دیدگاه جرجانی در مقایسه با رویکردهای امروز فراهم می‌آورد (۱۷).

در مجموع، می‌توان نتیجه گرفت که دیدگاه جرجانی دربارهٔ افسردگی با در نظر گرفتن هم‌زمان ابعاد جسمی (مغز، قلب، کبد)، روانی (اعراض نفسانی) و مزاجی، الگویی کل‌نگر و فردمحور ارائه می‌دهد. این الگو نه‌تنها امکان بازخوانی تاریخی و معناشناختی افسردگی را فراهم می‌آورد، بلکه می‌تواند به طراحی راهکارهای درمانی تلفیقی و اختصاصی منجر شود. چنین رویکردی در پرتو شواهد موجود می‌تواند پلی میان طب سنتی و پزشکی نوین ایجاد کند و افق‌های جدیدی برای ارتقای سلامت روان و درمان افسردگی بگشاید.

از سوی دیگر، در تحلیل عمیق‌تر دیدگاه حکیم جرجانی دربارهٔ علل بروز حالات نفسانی می‌توان ردیابی مفهومی از ارتباط اندام‌های گوارشی و مغز را مشاهده کرد؛ موضوعی که امروزه با عنوان «محور گوارش-مغز» (Gut-Brain Axis) در پزشکی نوین مورد بحث قرار می‌گیرد. حکیم جرجانی به‌صراحت نقش اختلالات گوارشی، کیفیت اخلاط، ضعف قوهٔ هاضمه و تولید مواد ناسازگار را در ایجاد تغییرات خلقی و بروز اندوه، اضطراب یا مالیخولیا بیان می‌کند. این نگاه نشان می‌دهد که طب ایرانی با نگاهی سیستمی به تداخل عملکرد اندام‌ها و اثرات بدنی-روانی توجه داشته است و همین امر امکان مقایسهٔ مفهومی آن با مدل‌های زیستی امروز را فراهم می‌سازد (۱۸). طرح این موضوع می‌تواند چشم‌اندازهای جدیدی برای پژوهش‌های تطبیقی و بین‌رشته‌ای در حوزهٔ طب ایرانی و علوم رفتاری ایجاد کند. بنابراین این امر توجه ویژهٔ طبیبان را در نحوهٔ برخورد با بیماران با علائم افسردگی

References

1. Araj Khodaei M, Ghaffari F, Emadi F, Emaratkar E, Alijaniha F, Noorbala AA, et al. Healthy lifestyle in prevention and treatment of depression from the view of Iranian traditional medicine. *Med History*. 2017;9(30):169-92. [Persian] doi: [10.22037/mhj.v9i30.17416](https://doi.org/10.22037/mhj.v9i30.17416)
2. Rajabnejad MR, Seyfaie M. Melancholia and its historical investigation from the perspective of the physicians of the Islamic period (4-7 A.H.). *J Islam Iran Tradit Med*. 2023;14(1):39-48. [Persian] [Link](#)
3. Hosseini SF, Khodadust K. A review of medical ideas of Seyed Esmail Jorjani, the great Iranian and Islamic scholar. *Med History*. 2013;5(15):99-117. [Persian] doi: [10.22037/mhj.v5i15.5321](https://doi.org/10.22037/mhj.v5i15.5321)
4. Jorjani SI. Al- Aghraz al- Tebbieh va al- Mabahas al-Alayieh .Tehran Univ. 2005;631. [Link](#)
5. Soltani M. Explanation of spiritual medicine in Iranian traditional medicine and evaluation of the effect of saffron on happiness and quality of life in healthy individuals [dissertation]. Tehran: Shahed University, School of Persian Medicine; 2023. Persian. [Link](#)
6. Monjami A. Concept mapping: a guide to systematic research. *Isfahan Univ Med Sci*. 2009. [Persian] [Link](#)
7. Gerami MH, Dehghani A. Ideational and conceptual historiography. 2017;180. [Persian] [Link](#)
8. Talebi S, Emadi F, Ghaffari F, Jorjani M, Naseri M. A review of the relationship between the heart function and cardiotoxic strategies for the prevention of depression from Avicenna's perspective. *J Islam Iran Tradit Med*. 2020;10(4):309-22. [Link](#)
9. Jorjani E. Zakhireye Kharazm Shahi. *Iran Med Acad*. 2001;35-91. [Persian] [Link](#)
10. Choupani M. Theoretical aspects of black bile based on Iranian traditional medicine [dissertation]. Tehran: School of Persian Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2007. [Link](#)
11. Yousofpoor M, Kamalinejad M, Esfahani MM, Shams J, Tehrani HH, Bahrami M. Role of heart and its diseases in the etiology of depression according to avicenna's point of view and its comparison with views of classic medicine. *Int J Prev Med*. 2015;6:49. doi: [10.4103/2008-7802.158178](https://doi.org/10.4103/2008-7802.158178). [pmid](#)
12. Tavakkoli-Kakhki M, Ghaffari F, Motosselian M. Synonyms of depression in traditional Iranian medicine resources. *History Med J*. 2017;9(30):115-37. [Persian] [Link](#)
13. Arajkhodai M, Naseri M, Nourbala A, Emadi F, Faghihzadeh S, Emaratkar A. Explanation of Hamm and Gham in Persian medicine and evaluation of the effects of *Melissa officinalis* and *Stachys lavandulifolia* in the treatment of mild to moderate depression [dissertation]. Shahid Beheshti Univ Med Sci. 2017. [Persian] [Link](#)
14. Eslami M. Explanation of depression based on the texts of the Persian medicine school and comparison of the efficacy of a polyherbal preparation containing *Echium amoenum* with citalopram in the treatment of major depression [dissertation]. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences, Faculty of Medicine; 2017. [Link](#)
15. Soltani-Hosseini MK, Alijaniha F, Naseri M, Shams J, Ghaffari F. A review of Hakim Seyed Esmail Jorjani's teachings for mental health management. *Med History J*. 2019;15(48):1-13. [Persian] doi: [10.22037/mhj.v15i48.41430](https://doi.org/10.22037/mhj.v15i48.41430)
16. Kolouri S. Explanation of depression treatment in Persian traditional medicine and evaluation of the effectiveness of traditional product *Stachys lavandulifolia* (*Nepeta menthoides*) in the treatment of major depressive disorder [dissertation]. Shiraz: Shiraz University of Medical Sciences, Faculty of Medicine; 2011. [Link](#)
17. Sadeghfard A, Bozorgi AR, Ahmadi S, Shojaei M. The history of melancholia disease. *Iran J Med Sci*. 2016;41(3 Suppl):S75. [pmid](#)
18. Bahrami M, Talebi S. Brain and fascia, the missing link in clinical reasoning of reproductive function: Persian medicine approach. *Thrita J Neuron*. 2024;13(1):e157333. doi: [10.5812/thrita-157333](https://doi.org/10.5812/thrita-157333)
19. Talebi S, Rahmati B, Jorjani M, Emadi F, Ghaffari F, Naseri M. Synergistic effects of *Nepeta menthoides* and *Melissa officinalis* aqueous extracts on reserpine-induced depressive-like behaviors in mice. *Phytother Res*. 2022;36(6):2481-94. doi: [10.1002/ptr.7457](https://doi.org/10.1002/ptr.7457) [pmid](#)