






Original Paper

Effectiveness of logotherapy and cognitive-behavioral therapy on life expectancy among students with depression disorder: A clinical trial study

Touba Seghati , Ph.D Candidate in Counseling, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

***Abdollah Shafiabady (Ph.D)** , **Corresponding Author**, Visiting Professor, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran / Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Education Science, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran. **E-mail: ashafiabady@yahoo.com**

Mansour Soodani (Ph.D) , Visiting Professor, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran / Professor, Counseling Department, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Maryam Gholamzadeh Jofreh (Ph.D) , Assistant Professor, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Abstract

Background and Objective: In recent years, psychological therapies increasingly used as complementary treatment of group psychotherapy. This study was done to evaluate the effectiveness of logotherapy and cognitive-behavioral therapy on life expectancy among students with depression disorder.

Methods: This clinical trial study was performed on 45 students with depression disorder whom referred to consulting center in Rasht city, north of Iran during 2018-19. Subjects were randomly divided into three groups including logotherapy, cognitive-behavioral and control groups. At first, students who were willing to participate in this course completed Miller Hope Scale (MHS) Scale (pre-test). Then, the interventional groups were received logotherapy and cognitive-behavioral group counseling for 10 weeks (90 minutes each session, once a week). After completing the course of treatment, all three groups were retested and one month after the post-test, a follow-up test was performed.

Results: The mean score of the life expectancy of students with depression in interventional groups (logotherapy, cognitive-behavioral) were significantly increased in compared to controls in post-test and one month after follow up ($P < 0.05$). There was no difference between cognitive-behavioral therapy and logotherapy in score of the life expectancy of students with depression in post-test and one month after follow up.

Conclusion: This study showed that the group counseling method of logotherapy and cognitive-behavioral therapy can increase the life expectancy of students with depressive disorder by teaching concepts such as identifying negative spontaneous thoughts and cognitive distortions and techniques of their own techniques as a useful intervention method.

Keywords: Depressive Disorders, Counseling, Logotherapy, Cognitive Behavioral Therapy, Life Expectancy

Received 6 May 2020

Revised 28 Apr 2021

Accepted 30 Apr 2021

Cite this article as: Seghati T, Shafiabady A, Soodani M, Gholamzadeh Jofreh M. [Effectiveness of logotherapy and cognitive-behavioral therapy on life expectancy among students with depression disorder: A clinical trial study]. J Gorgan Univ Med Sci. 2021; 23(2): 24-32. [Article in Persian]





تحقیقی

مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه معنی درمانی با شناختی - رفتاری گروهی بر افزایش امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

طوبی ثقتی^۱، دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
* دکتر عبدالله شفیع آبادی^۲، استاد مدعو، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران / استاد، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، تهران، ایران.

دکتر منصور سودانی^۳، استاد مدعو، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران / استاد، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

دکتر مریم غلام زاده جفره^۴، استادیار، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: در سال‌های اخیر درمان‌های روان‌شناختی به عنوان درمانی مکمل در کنار درمان‌های دارویی به کمک درمانگران شتافته است. این مطالعه به منظور مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه معنی درمانی با شناختی - رفتاری گروهی بر افزایش امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی انجام شد.

روش بررسی: این کارآزمایی بالینی روی ۴۵ دانشجوی مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت که مبتلا به اختلال افسردگی آنان توسط روانپزشک تشخیص داده شده بود؛ در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ انجام شد. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (معنی درمانی، شناختی- رفتاری و گروه کنترل) قرار گرفتند. دانشجویان پرسشنامه امید میلر را در پیش آزمون تکمیل نمودند. پس از بررسی نمرات و گروه‌بندی نمونه‌ها، گروه‌های مداخله به مدت ۱۰ هفته (هر جلسه ۹۰ دقیقه و یک بار در هفته) مشاوره گروهی معنی‌درمانی و شناختی - رفتاری را دریافت نمودند. پس از اتمام دوره درمانی هر سه گروه مورد پس آزمون قرار گرفتند. یک ماه پس از اجرای پس آزمون، آزمون پیگیری اجرا شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی در پس آزمون و نیز پس از یک ماه پیگیری در گروه مداخله معنی درمانی و گروه مداخله شناختی - رفتاری گروهی در مقایسه با گروه کنترل افزایش آماری معنی داری یافت ($P < ۰/۰۵$). این میزان پس از مداخله و نیز پس از یک ماه پیگیری در مقایسه بین دو گروه مداخله تفاوت آماری معنی‌داری نشان نداد.

نتیجه‌گیری: روش مشاوره گروهی معنی‌درمانی و شناختی - رفتاری می‌تواند با آموزش مفاهیمی همچون شناسایی افکار خودآیند منفی، تحریف‌های شناختی و فنون تکنیک‌های مختص خود به عنوان یک روش مداخله مفید موجب افزایش امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی شوند.

کلید واژه‌ها: اختلال افسردگی، مشاوره، معنی درمانی، درمان شناختی- رفتاری، امید به زندگی

* نویسنده مسؤول: دکتر عبدالله شفیع آبادی، پست الکترونیکی ashafiabady@yahoo.com

نشانی: تهران، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه مشاوره، تلفن: ۰۲۱-۴۸۳۹۳۱۶۷

وصول مقاله: ۱۳۹۹/۲/۱۷، اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۲/۱۸، پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۲/۱۱

مقدمه

میزان شیوع این بیماری برای همه عمر در مردان حدود ۱۵ درصد و در زنان حدود ۲۵ درصد است (۲). بر اساس پیمایش سازمان بهداشت جهانی آمار مبتلایان به افسردگی در سطح بین‌المللی در دهه گذشته تقریباً ۲۰ درصد افزایش یافته است (۳).

اختلال افسردگی می‌تواند برخاسته از افکار منفی و شناخت معیوب باشد. از طرفی دیگر اختلال افسردگی منشأ هیجانات، افکار

افسردگی حالت هیجانی است که از طریق غم و اندوه شدید، احساس گناه و بی‌ارزشی، کناره‌گیری از دیگران، کاهش خواب، اشتها و نیز فقدان علاقه به فعالیت‌های روزمره مشخص می‌شود. آمارهای به دست آمده از اقصی نقاط دنیا، نمایانگر شیوع بالای این بیماری است (۱). افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانی است.

افزایش امید افراد نقش مؤثری داشته باشد. درمان شناختی، رفتاری یکی از رویکردهای روان‌شناسی بوده و هدف آن شناسایی و به چالش کشیدن رفتارها و افکار غیرمنطقی برای رساندن فرد به سلامت روانی کلی است (۱۱).

Ellis معتقد است اضطراب و افسردگی نتیجه طرز تفکر غیرمنطقی و غیرعقلانی است. به نظر او افکار و عواطف کنش‌های متفاوت و جداگانه‌ای نیستند. از این رو تا زمانی که تفکر غیرعقلانی ادامه داشته باشد؛ اختلالات عاطفی نیز به قوت خود باقی خواهند بود. انسان اختلالات و رفتار غیرمنطقی‌اش را از طریق بازگو کردن آنها برای خود تداوم می‌بخشد. افرادی که خود را اسیر و گرفتار افکار غیرعقلانی خویش می‌کنند؛ احتمالاً خود را در حالت افسردگی، خشم، مقاومت، خصومت، دفاع، عدم کنترل و ناامیدی قرار می‌دهند. تمام مشکلات عاطفی افراد از تفکرات جادویی و موهومی آنها سرچشمه می‌گیرد که از نظر تجربی معتبر نیستند (۱۱). نتایج مطالعاتی نشان داده که مشاوره گروهی شناختی - رفتاری می‌تواند منجر به کاهش علائم افسردگی شود (۱۲ و ۱۳). خالدیان و همکاران در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی - رفتاری و معنی‌درمانی گروهی بر کاهش افسردگی افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی به نتیجه رسیدند که هر دو درمان شناختی - رفتاری و معنی‌درمانی در کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی مؤثر هستند (۱۴). این مطالعه به منظور مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه معنی‌درمانی با شناختی - رفتاری گروهی بر افزایش امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی انجام شد.

روش بررسی

این کارآزمایی بالینی روی ۴۵ دانشجوی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت که مبتلا به اختلال افسردگی آنان توسط روانپزشک تشخیص داده شده بود؛ در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ انجام شد.

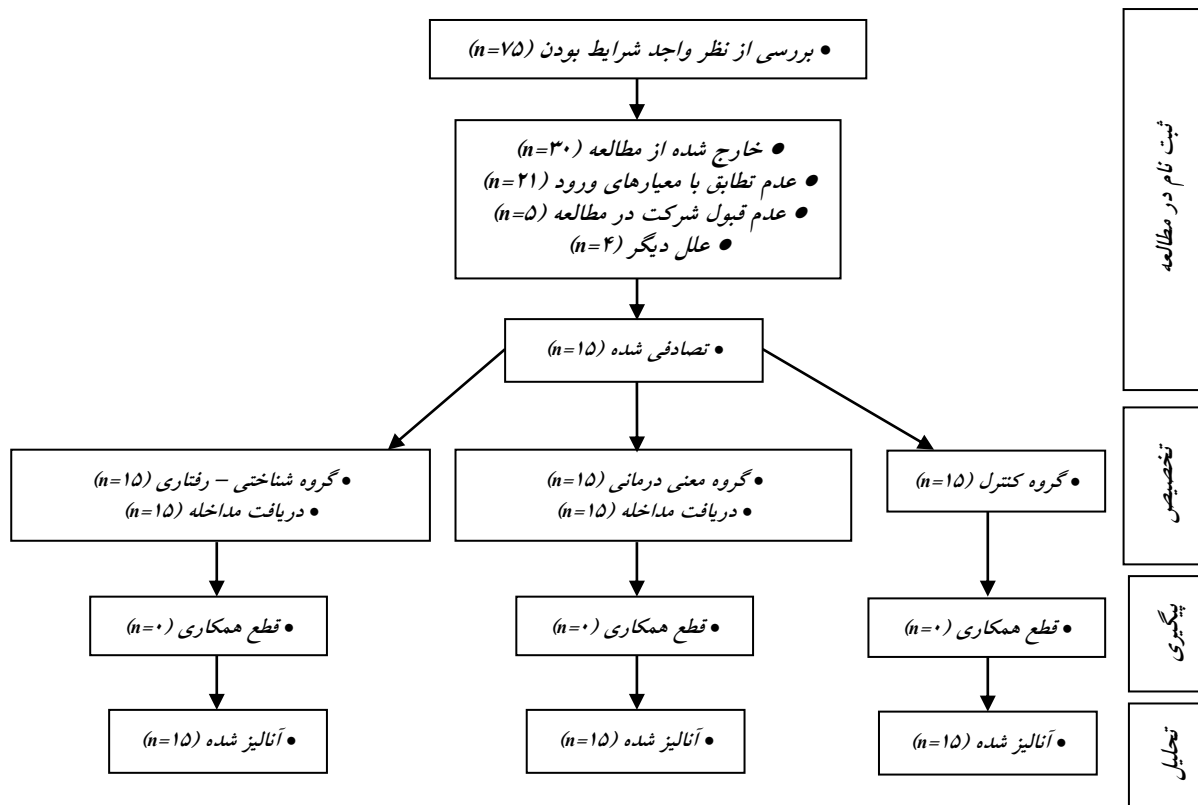
مطالعه مورد تایید کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز (IR.IAU.AHVZ.REC.1398.007) و مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران (IRCT20190728044355N1) قرار گرفت.

مطالعه از نوع یک سویه کور بود. به طوری که آنالیزکننده داده‌ها از نحوه تخصیص گروه‌های مورد مطالعه اطلاعی نداشت. از تمامی شرکت‌کنندگان پیش از شروع مطالعه، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه اخذ شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل افراد دارای پرونده فعال بود که دارای ملاک‌های تشخیصی افسردگی طبق نظر روانپزشک بودند و تمایل آگاهانه برای شرکت در مطالعه داشتند. همچنین نمرات آنها در آزمون افسردگی بالاتر از حد میانگین و در

و عملکرد جسمانی متعددی است که با درجات متفاوتی از احساسات گوناگون از جمله احساس ناامیدی است. امید فرآیندی است که به فرد اجازه می‌دهد تا هدف‌هایی را طراحی کرده و آنها را پیگیری کند. امید فرآیندی است که به فرد اجازه می‌دهد تا هدف‌هایی را طراحی کرده و آنها را پیگیری کند. امید به عنوان یکی از منابع مقابله‌ای انسان در سازگاری با مشکلات و حتی بیماری‌های صعب‌العلاج در نظر گرفته شده است (۴). امید به عنوان یک استراتژی کنار آمدن در حوزه‌های مختلف تحصیلی، ورزشی، سلامت روان، شغل و کار ایجاد شده است. از بین سازه‌های مثبت که در سلامت جسمانی و روانی مؤثرند؛ سازه امید توجه فرایندهای را به خود اختصاص داده است. امید زمانی نیرومند است که اهداف ارزشمندی را در برگیرد. و با داشتن موانع چالش‌انگیز، احتمال دستیابی به آنها وجود داشته باشد (۵).

روش‌های درمانی مختلفی را برای بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی به کار گرفته شده است. یکی از این درمان‌ها می‌تواند معنی‌درمانی باشد. معنی‌درمانی روشی از رویکرد وجودی است که زمینه فلسفی و نظری عالی را برای کار گروهی فراهم می‌آورد. کار گروهی معنی‌درمانی می‌تواند ساختار مفهومی را بر کمک به مراجعان برای چالش یافتن معنی در زندگی‌شان آماده کند. بنابراین به منظور کمک به نوجوان و جوانان با چالش‌های این دوره، تدارک خدمات حرفه‌ای بهداشت روانی ضروری است که طیفی از درمان‌های گروهی و فردی را شامل می‌شود. هدف مشاوره گروهی نخست حل مشکل و بعد از آن جلوگیری از بروز مشکل است (۶).

معنی‌درمانی رویکرد فلسفی درباره مردم و هستی آنهاست و به مضامین و موضوعات مهم زندگی مانند آزادی و مسئولیت‌پذیری در قبال خود و دیگران، معنی‌یابی و کنار آمدن با بی‌معنایی همانند آنها می‌پردازد. این رویکرد انسان‌ها را وادار می‌کند تا آن سوی مشکلات و وقایع روزمره را ببینند (۷). فرانکل معتقد است که معنی‌خواهی، جوهر اساسی هستی است. از نظر او مراجع می‌تواند با امید بستن به روزی بهتر، به آینده معنی دهد (۸). لازمه جستجوی معنی مسئولیت شخصی است. هیچکس و هیچ‌چیز دیگر نه پدر، مادر، نه همسر و نه مردم نمی‌تواند به ما احساس معنی و منظور در زندگی بدهند و این مسئولیت فردی است که راهمان را پیدا کرده و آنگاه که یافتیم در آن پایداری نماییم (۹). فرانکل معتقد است که درست در جایی که ما با یک موقعیت روبرو می‌شویم که نمی‌توانیم آن را تغییر دهیم؛ از ما انتظار می‌رود که خود را تغییر داده و رشد کنیم؛ بالغ شویم و از خود فراتر رویم (۱۰). یکی از الگوهای دیگر ارایه شده رویکرد شناختی - رفتاری است. به دلیل تأکیدی که بر نقش شناخت‌ها و افکار و رفتار دارد؛ می‌تواند در کنترل افسردگی و



شکل ۱: نمودار کارآزمایی بالینی

جدول ۱: شرح مختصر جلسات معنی‌درمانی (۱۵)

جلسه	شرح محتوای جلسات	تکلیف
۱	آشنایی و بیان اهداف و قوانین گروه، بیان مطالب در مورد افسردگی و پیامدهای آن، تعریف و بیان معنی‌درمانی و لزوم وجود معنی در زندگی. توضیح فن آگاهی از ارزش‌ها، تمرین گروهی آنچه می‌خواهم باشم.	تفکر در مورد مطالب گفته شده و تعریف دقیق معنی‌درمانی، آغاز نمودن به کشف ارزش‌های خلاق، اجرای پیش‌آزمون.
۲	مرور تکلیف جلسه اول و پیگیری یافتن معنی از حوادث و رخداد‌های رنج‌آور زندگی، افزایش گفتگوی اعضاء با یکدیگر و شناخت و پذیرش احساسات، آگاهی اعضاء نسبت به آزادی، مسؤلیت، انتخاب و نقش آنها در به دست آوردن موقعیت.	دسته‌بندی و توصیف معانی شخصی در زندگی، سلسله‌مراتبی از ارزش‌ها.
۳	مرور تکلیف جلسه قبل و آرایه بازخورد، و آرایه پیشنهادی در جهت عملی ساختن مصادیق معنی، شفاف‌سازی ارزش‌های خلاق، توزیع برگه ارزش‌ها، کامل کردن کشف ارزش‌های خلاق.	تمرین کسب آگاهی و بینش نسبت به زندگی.
۴	مرور تکلیف جلسه قبل و آرایه بازخورد، به بحث و چالش کشیدن اعضاء در خصوص شیوه‌های معنی‌خواهی که در کار، عشق و رنج به کار گرفته‌اند.	اکتشاف ارزش‌های تجربی، تعیین اهداف.
۵	مرور تکلیف جلسه قبل و آرایه بازخورد، متناسب نمودن اهداف با ارزش‌ها، بحث پیرامون اهداف و برنامه‌های آینده در زندگی دانشجویان در راستای کسب نگرش جدید نسبت به زندگی، اولویت‌بندی اهداف و آرایه راه‌حل‌هایی به منظور برطرف نمودن برخی موانع.	تمرین تغییر نگرش‌ها، یافتن معنی از طریق ارزش‌های تجربی و ارزش‌های خلاقانه.
۶	مرور تکلیف جلسه قبل و آرایه بازخورد، آموزش افزایش مسؤلیت‌پذیری برای معنی، گوش دادن به ندای وجدان. آشنایی با انواع ارزش‌ها، انتخاب ارزش و پذیرش آن معنی‌یابی از طریق ارزش‌های تجربی، نگرش و خلاق.	توجه به ارزش‌های خود، تمرکز بر رفع مشکل با توجه به معنی زندگی و رهایی از پوچی.
۷	مرور تکلیف جلسه قبل و آرایه بازخورد، افزایش افق دید درباره منشأ معنی، گرفتن معنی از میان تجربه ارزش‌ها و گرفتن معنی از امیدها، گفتگوی گروهی در زمینه خدا در ژرف‌ترین لایه وجودی انسان (خدای ناخودآگاه) و بیان تجربه‌های شخصی در این زمینه.	تعیین اهداف جدید برای ارزش‌های رها شده، نوشتن سناریوی زندگی خویش از بدو تولد تا لحظه حاضر.
۸	مرور تکلیف جلسه قبل و آرایه بازخورد، مرور تکلیف، تحلیل وجودی مسأله مرگ به عنوان مکمل زندگی و هدایت‌کننده آن با استفاده از فن قصد متضاد، اصلاح نگرش‌ها و گسترش افق‌های فکری در حوزه معنی آموزش داده شد.	تمرین یافتن معنی از طریق ارزش‌های نگرشی، شوخ طبعی، خندیدن به مشکلات زندگی و توجه بیشتر به حکمت.
۹	مرور تکلیف جلسه قبل و آرایه بازخورد، بحث درک معنی و هدف از زندگی در بروز احساس تنهایی، ناامیدی و افسردگی و متمهد شدن به هدف خاصی در زندگی آینده از طریق تحلیل وجودی هدفمندی و معنی‌جویی برای ارزش‌های رها شده.	تقویت خود باوری، پذیرش مسؤلیت، هدف و معنی جدید برای زندگی. نوشتن سناریوی زندگی خویش از حال تا آینده.
۱۰	مرور تکلیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از دانشجویان در مورد پیشرفت، بیان گروه از دستاوردهایشان، شرح خلاصه‌ای از مفاهیم مطرح شده در هر جلسه، جمع‌بندی مباحث و تعیین تاریخ اجرای پس‌آزمون در هفته آینده.	تعیین زمان بازگشت در یک ماه بعد.

جدول ۲: شرح مختصر جلسات درمانی شناختی - رفتاری (۱۱ و ۱۶)

جلسه	شرح محتوی جلسات	تکلیف
۱	آشنایی با اعضا و بیان اصول کار گروهی و توضیح مفهوم افسردگی، معرفی مدل شناختی- رفتاری، شناسایی عوامل فعال کننده و باورهای غیرمنطقی.	تفکر در مورد مطالب گفته شده و تعریف دقیق درمان شناختی- رفتاری، احساس تنهایی و امید به زندگی و اجرای پیش آزمون.
۲	مرور تکلیف جلسه اول و ارایه بازخورد، بیان تأثیر افکار و شناختها بر رفتارها، افزایش خودهشیاری اعضا، آموزش بالا بردن انگیزه امیدواری، آشنایی و آموزش تکنیک آرمیدگی.	نوشتن ۱۰ مورد از بدترین حوادث اخیر زندگی.
۳	مرور تکلیف جلسه قبل و ارایه بازخورد، بحث در مورد ساختار شناختی و الگوی A-B-C الیس و افکار غیرمنطقی؛ تمرین تکنیک آرمیدگی.	نوشتن حوادث زندگی بر اساس توالی A (رویداد)، B (افکار منفی)، C (پیامد).
۴	مرور تکلیف جلسه قبل و ارایه بازخورد، شناسایی واکنشها و رفتارهای غیرمنطقی، آموزش رفتارهای مقابله با باورهای غیرمنطقی، کاربرد تصویربرداری عقلانی- هیجانی در موقعیت‌های اجتماعی و آموزش درک پیامدهای آن.	تاکید بر اجرای هر روزه تمرینات آرمیدگی به مدت ۳۰ دقیقه و نوشتن افکار مثبت.
۵	مرور تکلیف جلسه قبل و ارایه بازخورد، بررسی خطاهای شناختی و رابطه آن با تفکر غیرمنطقی، آموزش تهیه فهرست باورها.	یادداشت موقعیت تنش زا در چرخه CBT و طرحواره‌های ناسازگار در زندگی شخصی.
۶	مرور تکلیف جلسه قبل و ارایه بازخورد، آموزش شناسایی افکار خودآیند، جدال با افکار غیرمنطقی، تمریناتی در مورد آغاز کردن گفتگو با دیگران و تعامل با آنها اجرا گردید.	تهیه فهرست اصلی باورهای منفی و مثبت و درجه بندی هر باور.
۷	مرور تکلیف جلسه قبل و ارایه بازخورد، آموزش مهارت‌های مربوط به ابراز احساسات مثبت و منفی، آشنایی با تأثیر کاربرد واژه‌های منطقی یا غیرمنطقی در ایجاد احساسات مختلف، تمرین تصویرسازی ذهنی.	تکمیل فهرست اصلی باورها و اعتقادات و تحلیل عینی باورهای شناسایی شده.
۸	مرور تکلیف جلسه قبل و ارایه بازخورد، نحوه شناسایی افکار و خودگویی‌های تحریف شده، بازسازی افکار و جایگزینی افکار منطقی تر.	جایگزینی افکار منفی با افکار و باورهای مثبت و درجه اعتقاد به باورهای مثبت.
۹	مرور تکلیف جلسه قبل و ارایه بازخورد، توضیح شیوه‌های تغییر باورهای منفی، آموزش روش مجادله برای اصلاح و تغییر باورهای غیرمنطقی.	خود پاداش دهی برای تغییر فکر.
۱۰	مرور تکلیف و ارایه خلاصه‌ی جلسات و دریافت بازخورد از دانشجویان، کاهش میزان باورهای غیرمنطقی، احساس تنهایی و افزایش امید به زندگی. در پایان تاریخ اجرای پس آزمون در هفته آینده تعیین گردید.	تعیین زمان بازگشت در یک ماه بعد.

Powers ساخته شد (۱۹). پرسشنامه اولیه دارای ۴۰ پرسش بود که در نسخه‌های بعدی به ۴۷ پرسش افزایش یافت. این پرسشنامه در طیف لیکرت از بسیار مخالف (نمره ۱) تا بسیار موافق (نمره ۵) نمره گذاری می‌شود. حداقل نمره هر فرد ۴۸ و حداکثر آن ۲۴۰ است. هر چه فرد نمره بیشتری کسب نماید؛ دارای امید بیشتری است. در یک مطالعه برای تعیین پایایی پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده شد که به ترتیب برابر با ۰/۸۹ و ۰/۸۹ محاسبه شد (۲۰). آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۹۲ به دست آمد.

۴۵ دانشجو به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری کنترل، معنی‌درمانی و شناختی - رفتاری قرار گرفتند (شکل یک).

در پیش آزمون دانشجویان مقیاس امید میلر (۱۹) (Miller Hope Scale: MHS) را تکمیل نمودند. پس از بررسی نمرات و گروه‌بندی نمونه، گروه‌های مداخله به مدت ۱۰ هفته در ۱۰ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه و یک بار در هفته) مشاوره گروهی معنی‌درمانی و شناختی - رفتاری را دریافت نمودند. پس از اتمام دوره درمانی هر سه گروه در پس آزمون ارزیابی شدند و یک ماه پس از اجرای پس آزمون، آزمون پیگیری روی آنها اجرا گردید. در طول مدت مطالعه روی گروه کنترل مداخله‌ای اجرا نشد.

آزمون امید به زندگی پایین‌تر از میانگین بود. معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل ابتلا به هر گونه اختلال شخصیت نظیر پارانوئید، شخصیت ضداجتماعی و بیماری روان شناختی بارز نظیر وسواس - جبری، دوقطبی و اختلال پزشکی بارز بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت و عدم تمایل به ادامه حضور در فرآیند انجام مطالعه بودند.

آزمون افسردگی بک (BDI-II): مقیاس افسردگی بک برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۷۸ توسط Beck تدوین شده بود. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط بک، استیر و براون مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده است. هر ماده نمره‌ای بین عدد صفر تا ۳ می‌گیرد. هر یک از مواد این پرسشنامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. در مطالعه فتی و همکاران در ایران مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه شامل ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ بودند (۱۷). همبستگی آن نیز با پرسشنامه افسردگی Beck و ویرایش اول (۱۸)، ۰/۹۳ بود. در پژوهش حاضر این پرسشنامه به منظور تعیین شدت افسردگی و به عنوان مقیاسی برای سرنده کردن آزمودنی‌ها مورد استفاده قرار گرفت. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس امید میلر: مقیاس امید میلر در سال ۱۹۸۸ توسط Miller و

جدول ۳: توزیع آزمودنی‌ها بر حسب جنسیت، گروه سنی و مقطع تحصیلی

متغیرها	گروه کنترل تعداد (درصد)	گروه مشاوره معنی درمانی تعداد (درصد)	گروه مشاوره شناختی - رفتاری تعداد (درصد)
جنسیت	دختر	۹ (۶۰)	۹ (۶۰)
	پسر	۶ (۴۰)	۶ (۴۰)
گروه سنی (سال)	زیر ۲۰	۲ (۱۳/۳)	۱ (۶/۷)
	۲۱-۲۵	۶ (۴۰)	۸ (۵۳/۳)
	۲۶-۳۰	۲ (۱۳/۳)	۵ (۳۳/۳)
	۳۱-۳۵	۵ (۳۳/۳)	۱ (۶/۷)
مقطع تحصیلی	کارشناسی	۹ (۶۰)	۱۳ (۸۶/۷)
	کارشناسی ارشد	۶ (۴۰)	۲ (۱۳/۳)

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار نمره‌های امید به زندگی گروه‌های مورد مطالعه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

گروه‌ها	میانگین و انحراف معیار امید به زندگی			p-value بین گروهی
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	
مشاوره گروهی معنی درمانی	۱۶۰/۸۷±۲۳/۰۸	۲۰۲/۹۳±۱۳/۶۷	۲۰۴/۸۷±۱۴/۸۰	<۰/۰۰۱
مشاوره شناختی - رفتاری	۱۵۳/۰۷±۱۸/۹۶	۲۰۰/۰۰±۱۵/۰۹	۱۹۶/۲۷±۱۶/۱۴	<۰/۰۰۱
کنترل	۱۵۲/۸۰±۲۰/۷۱	۱۵۹/۰۷±۲۴/۸۲	۱۴۵/۱۳±۲۲/۲۳	>۰/۰۵

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون امید به زندگی گروه‌های مداخله و کنترل با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین جندورات	F	p-value	مجذور اتا	توان آماری
امید به زندگی	پیش آزمون	۱۷۴/۹۶	۱	۱۷۴/۹۶	۰/۴۹۷	۰/۴۸۵	۰/۰۱	۰/۱۰۶
	گروه	۱۸۰۲۶/۹۴	۲	۱۸۰۲۶/۹۴	۲۵/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
	خطا	۱۴۰۷۷/۱۱	۴۰	۳۵۱/۹۲				

شناختی - رفتاری، مشاوره معنی درمانی و کنترل به ترتیب ۲۶/۶۰±۵/۸۴ سال و ۲۴/۲۷±۴/۱۴ سال، ۲۴/۲۰±۳/۷۰ سال شد. میانگین و انحراف معیار امید به زندگی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۴ آمده است.

میانگین نمرات امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی در پس آزمون در گروه مداخله معنی درمانی (۲۰۲/۹۳±۱۳/۶۷) و گروه مداخله شناختی - رفتاری گروهی (۲۰۰/۰۰±۱۵/۰۹) در مقایسه با گروه کنترل (۱۵۹/۰۷±۲۴/۸۲) افزایش آماری معنی داری یافت (P<۰/۰۰۱). این میزان پس از مداخله در مقایسه بین دو گروه مداخله تفاوت آماری معنی داری نشان نداد (جدول ۵). میانگین نمرات امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی پس از یک ماه پیگیری در گروه مداخله معنی درمانی (۲۰۴/۸۷±۱۴/۸۰) و گروه مداخله شناختی - رفتاری گروهی (۱۹۶/۲۷±۱۶/۱۴) در مقایسه با گروه کنترل (۱۴۵/۱۳±۲۲/۲۳) افزایش آماری معنی داری یافت (P<۰/۰۰۱). این میزان پس از یک ماه پیگیری در مقایسه بین دو گروه مداخله تفاوت آماری معنی داری نشان نداد (جدول ۵).

خلاصه جلسات در جداول ۱ و ۲ آمده است. پروتکل مشاوره گروهی معنی درمانی بر اساس طرح درمانی Hutzell (۱۵) تدوین شد. پروتکل جلسات درمانی شناختی - رفتاری با توجه به منابع مربوط با این رویکرد درمانی، شامل Ellis سال ۲۰۰۷ (۱۱) و شفیع آبادی و ناصری سال ۱۳۹۸ (۱۶) تدوین شد.

متغیرهای مستقل معنی درمانی گروهی و درمان شناختی - رفتاری گروهی و متغیر وابسته امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از روش‌های آمار توصیفی، آزمون لوین، آزمون کلموگروف - اسمیرنوف (برای رعایت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه)، تحلیل کواریانس یک متغیری (آنکوا) برای ضرایب پایایی استفاده شدند. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-24 انجام شد. سطح معنی داری آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در هر سه گروه مورد مطالعه ۶۰ درصد از دانشجویان را دختران تشکیل دادند. فراوانی سن و مقطع تحصیلات در جدول ۳ آمده است. میانگین و انحراف معیار سن دانشجویان گروه‌های مشاوره

بحث

با توجه به نتایج این مطالعه، بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه مشاوره گروهی معنی درمانی با گروه کنترل تفاوت آماری معنی داری مشاهده شد. به عبارت دیگر میانگین نمرات امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش نشان داد و این نتیجه تا مرحله پیگیری از ثبات برخوردار بود. این یافته با نتایج دیگر مطالعات مانند کمررزین و همکاران (۲۱)، Manber و Asarnow (۲۲)، García-Alandete (۱۰)، خالدیان و همکاران (۱۴) و شفیع آبادی و ناصری (۱۶) همخوان است. در این راستا García-Alandete با مطالعه روی ۱۸۰ دانشجوی اسپانیایی به این نتیجه رسید که بین معنی زندگی و ابعاد بهزیستی روان شناختی رابطه معنی دار وجود دارد و معنی زندگی پیش بینی کننده تسلط بر محیط، روابط مثبت و پذیرش خود است (۱۰). شفیع آبادی و ناصری معتقدند که گروه درمانی فعالیتی برای افزایش آگاهی افراد از خودشان و دیگران و کمک به آنها برای روشن ساختن تغییراتی است مایل هستند در زندگی به آنها دست یابند. معنی درمانی از روش های درمانی موثر است که در غالب کار گروهی امکان پذیر است. این روش که در زمره رویکرد وجودی است؛ ساختار مفهومی را در کمک به مراجعان برای چالش با یافتن معنی در زندگی شان آماده می کند (۱۶). در تبیین نتایج حاصل از این پژوهش می توان گفت که شرکت در جلسات آموزشی با تاکید بر معنی، هدف و ارزش های زندگی و تعامل با همتایان خود مسؤولیت پذیری را در فرد افزایش می دهد.

نظام فکری فرد افسرده افکار منفی او درباره خود، تجربه جاری و آینده را تشکیل می دهند. افکار منفی فرد افسرده درباره تجربه، شامل تعبیرهای او از اتفاقاتی است که برای وی رخ می دهد. او به منفی ترین تعبیر ممکن درباره آنچه برای او رخ داده است؛ گرایش دارد. در نهایت نگرش منفی فرد افسرده در مورد آینده نگرش درماندگی است. زمانی که او به آینده فکر می کند باور دارد؛ وقایع منفی که اکنون برای او رخ می دهند؛ به دلیل نقایص شخصی او در آینده هم ادامه خواهند یافت و در نتیجه باعث کاهش امید به زندگی در فرد می شود. درمان شناختی - رفتاری می کوشد که درمانجو را به نوعی تجربه همکارانه تشویق نماید و طی تجارب خود با بیمار در یک رشته آزمایش های رفتاری به منظور ارزیابی درستی و نادرستی آن باورها سود برد (۱۴ و ۱۸).

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین میانگین پس آزمون امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی گروه مشاوره شناختی - رفتاری با گروه کنترل تفاوت آماری معنی داری وجود دارد و این نتیجه تا مرحله پیگیری از ثبات برخوردار بود. یافته های حاصل از مطالعه ما با نتایج پژوهش های Manber و Asarnow

(۲۲)، سودانی و همکاران (۲۰) و خالدیان و همکاران (۱۴) مطابقت دارد. در این راستا خالدیان و همکاران در مطالعه ای به این نتیجه رسیدند که معنی درمانی به شیوه گروهی در کاهش افسردگی و افزایش امید در سالمندان با سندرم آشیانه خالی موثر است (۱۴). در این راستا سودانی و همکاران در پژوهشی با عنوان معنی درمانی گروهی باعث افزایش معنی دار امید به زندگی گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل شدند. همچنین پس از اجرای جلسات، پیگیری با فاصله یک ماهه، سودمندی معنی درمانی گروهی را نشان داد (۲۰). در تبیین یافته های این پژوهش می توان گفت که درمان شناختی - رفتاری عموماً کوتاه مدت است و بر کمک به افراد در پرداختن به یک مشکل خاص تمرکز دارد. در خلال دوره درمان که معمولاً هشت تا دوازده جلسه است؛ فرد یاد می گیرد که چگونه عواطف و الگوهای فکری مخرب یا مزاحمی را که دارای تاثیرات منفی بر روی رفتارشان هستند را شناسایی کرده و تغییر دهد (۱۶). رویکرد شناختی - رفتاری تاکید زیادی می شود که مفاهیم به طور عملیاتی بیان شوند و اعتباریابی درمان به طور تجربی صورت پذیرد. قسمت اعظم درمان بر اساس رویکرد «این جا و اینک» صورت می گیرد و فرض بر آن است که هدف عمده درمان کمک به بیمار باشد. به نحوی که تغییرات مطلوبی در زندگی خود پدید آورد. بنابراین در جریان درمان افراد می آموزند که افکارشان را کنترل نمایند و آن دسته از افکار که علت احساسات و اعمال آنهاست را شناسایی نمایند. همچنین فرصتی برای یادگیری های انطباقی جدید و ایجاد تغییراتی در فضای بیرون از حوزه بالینی برایشان مهیا می شود. از آنجایی که بین افسردگی و امید به زندگی رابطه منفی وجود دارد (۱۴)؛ این احتمال وجود دارد که کاهش افسردگی نیز منجر به افزایش امید به زندگی گردد. در این روش بیمار تشویق می شود تا رابطه میان افکار خود آیند منفی و احساس افسردگی خود را به عنوان فرضیاتی که بایستی به بوته آزمایش گذاشته شود؛ تلقی نموده و از رفتارهایی که بر آیند افکار خود کار منفی است؛ به عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار بهره گیرد. همچنین یافته های این پژوهش نشان داد بین گروه های مداخله از لحاظ امید به زندگی تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد. این امر بیانگر اثر یکسان مشاوره گروهی به شیوه معنی درمانی با مشاوره شناختی - رفتاری گروهی در افزایش امید به زندگی بود. یافته های این پژوهش با نتایج تحقیق خالدیان و همکاران (۱۴)، سودانی و همکاران (۲۰) همخوانی دارد. در این راستا خالدیان و همکاران به نتیجه رسیدند که هر دو درمان شناختی - رفتاری و معنی درمانی در کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی مؤثرند (۱۴). در تبیین یافته های این پژوهش می توان عنوان کرد که انسان واکنش خود را در برابر رنج ها و سختی های ناخواسته، ولی

می‌شود. مثلاً اگر فردی در اثر شکست در زندگی، دچار افسردگی شود؛ ظاهراً شکست را علت افسردگی می‌دانیم. در صورتی که چنین نیست؛ بلکه در اثر هجوم افکار غیرمنطقی است که دچار افسردگی شده است (۱۱). مفصل‌ترین و جامع‌ترین توجیه شناختی افسردگی توسط Beck و همکاران او ارائه شده است. به نظر او عوامل شناختی (تفکرات، تصورات، خاطرات و مانند آنها) ارتباط نزدیکی با رفتار دارای اختلال دارند و برای تغییر دادن رفتار اصلاح چنین عواملی مکانیسم مهمی به حساب می‌آید. مشاوره و روان‌درمانی گروهی یکی از روش‌های متداول در برخورد با اشخاص است که دچار مشکلات عاطفی و سازشی هستند و این نوع درمان برای تجدید سازمان نیروهای روانی دارای اهمیت به‌سزایی است (۱۶).

این پژوهش با محدودیت‌های خاصی روبرو بود. منحصر بودن نمونه پژوهش به جامعه دانشجویان، ناکافی بودن پژوهش‌های داخلی و عدم دسترسی به یافته‌های پژوهش در زمینه مورد مطالعه می‌تواند از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر به شمار روند. در مطالعات بعدی با لحاظ کردن این موارد شاید بتوان تعمیم‌پذیری و غنای اطلاعات به دست آمده افزود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که مشاوره گروهی معنی‌درمانی و شناختی - رفتاری در افزایش امید به زندگی دانشجویان مبتلا به اختلال افسردگی مؤثر بوده است. از این رو درمان‌گران می‌توانند هریک از این روش‌ها را برای افزایش امید به زندگی به کار گیرند.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه خانم طوبی ثقتی برای اخذ درجه دکتری تخصصی در رشته مشاوره از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز بود. بدین وسیله از کمیته اخلاق و ریاست محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت و نیز از تمامی دانشجویان شرکت کننده در مطالعه صمیمانه تشکر می‌نمایم.

References

1. Kaviani H, Hatami N, Shafieabadi AE. [The Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on The Quality of Life in Non-Clinically Depressed People]. *Advances in Cognitive Sciences*. 2009; 10(4): 39-48. [Article in Persian]
2. Zhao G, Zhang C, Chen J, Su Y, Zhou R, Wang F, et al. Ratio of mBDNF to proBDNF for Differential Diagnosis of Major Depressive Disorder and Bipolar Depression. *Mol Neurobiol*. 2017 Sep; 54(7): 5573-82. DOI: 10.1007/s12035-016-0098-6
3. World Health Organization. Resolutions and decisions annexes. Sixty-Fifth World Health Assembly. Geneva. 21-26 May 2012.
4. Holloway K, Bhullar N, Schutte NS. A latent profile analysis of dispositional hope and defense styles. *Personality and Individual Differences*. 2017 Aug; 114(1): 151-54. DOI: 10.1016/j.paid.2017.03.063
5. Snyder CR, Lopez SJ, Pedrotti JT. *Positive Psychology: The*

پیش آمده و شرایط محیطی، خود انتخاب می‌کند و معنی زندگی تنها در لذت و شادمانی و خوشی نیست؛ بلکه در رنج هم می‌توان به معنی زندگی دست یافت. اگر رنج را شجاعانه بپذیریم تا وایسین دم، زندگی معنی‌دار خواهد شد. پس می‌توان گفت معنی زندگی امری مشروط نیست. زیرا معنی زندگی می‌تواند حتی بالقوه درد و رنج را نیز در برگیرد (۲۳). رویکرد معنی‌درمانی سعی می‌کند با استفاده از روش‌های افزایش آگاهی وجودی و پرسش از مراجع درباره معنی و هدف زندگی به وی کمک کند تا برای زندگی معنی پیدا کند. در واقع با پرسش سقراطی تفکر فرد را به مبارزه می‌طلبد و معانی که پایه اساس نیروی محرکه فرد است؛ در وی ایجاد تنش می‌کند و او را وادار به یافتن معنی می‌کند. همچنین معنی‌درمانی با تاکید بر مسؤولیت‌پذیری افراد، فرد را به پذیرش مسؤولیت و انجام تکلیف می‌کند. بدین ترتیب احساس مسؤولیت و کنترل‌پذیری در فرد ایجاد می‌شود که از نشانه‌های افراد امیدوار است. از طرفی در آموزش گروهی معنی‌درمانی بر ماندن فرد از زمان حال و تجربه حال و اکنون تاکید می‌کند که خود تجربه ارزشمندی برای فرد است. برای افراد افسرده و امید به زندگی پایین معنی‌درمانی گروهی فرصت تجربه کردن روابط نزدیک و صمیمی با دیگران فراهم می‌شود که فرد تجربه خود بودن در گروه را پیدا می‌کند. همچنین افراد در گروه روابط نزدیک و شیوه‌های ارتباطی جدید را یاد می‌گیرند و آنها را در بیرون از گروه به کار می‌برند. در گروه یاد می‌گیرند که ارزش‌هایشان را دوباره بررسی کنند و با تشویق به بیان احساسات در گروه و بازخورد اعضا افراد به روابط بین‌بی‌معنایی و مشکلات افسردگی و ناامیدی خود پی می‌برند و در رویارویی با مشکلات، خود را محکوم پدیده‌هایی که از آنان رنج می‌برند؛ نمی‌دانند. در واقع معنی‌درمانی به افراد کمک می‌کند تا به‌رغم افسردگی و کاهش امید به زندگی بر از دست رفته‌ها تمرکز نکنند؛ بلکه در جستجوی معنی باشند.

Ellis مشکلات عاطفی را زائیده افکار غیرمنطقی می‌دانست و معتقد بود که عوارض عاطفی عمدتاً توسط سیستم عقیدتی ایجاد

Scientific and Practical Explorations of Human Strengths. 2nd ed. SAGE Publications. 2010; pp: 240-46.

6. Shafieabadi A. [Group dynamic and group counseling]. 18th ed. Tehran: Roshd Publication. 2020; pp: 55-84. [Persian]
7. Udo C, Melin-Johansson C, Danielson E. Existential issues among health care staff in surgical cancer care - discussions in supervision sessions. *Eur J Oncol Nurs*. 2011 Dec; 15(5): 447-53. DOI: 10.1016/j.ejon.2010.11.010
8. Zhao G, Ford ES, Li C, Tsai J, Dhingra S, Balluz LS. Waist circumference, abdominal obesity, and depression among overweight and obese U.S. adults: National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2006. *BMC Psychiatry*. 2011 Aug; 11: 130. DOI: 10.1186/1471-244X-11-130
9. Kang KA, Im JI, Kim HS, Kim SJ, Song MK, Sim S. The Effect of Logotherapy on the Suffering, Finding Meaning, and Spiritual

- Well-being of Adolescents with Terminal Cancer. *Journal of Korean Academy of Child Health Nursing*. 2009; 15(2): 136-44. DOI: 10.4094/jkachn.2009.15.2.136
10. García-Alandete J. Does Meaning in Life Predict Psychological Well-Being? *The European Journal of Counselling Psychology*. 2015; 3(2): 89-98. DOI: 10.5964/ejcop.v3i2.27
11. Ellis A. *Anger: How to Live with and Without It*. 1st ed. New York: Citadel Press. 1986; pp: 171-85.
12. McHugh RK, Hearon BA, Otto MW. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2010 Sep; 33(3): 511-25. DOI: 10.1016/j.psc.2010.04.012
13. Osilla KC, Hepner KA, Muñoz RF, Woo S, Watkins K. Developing an integrated treatment for substance use and depression using cognitive-behavioral therapy. *J Subst Abuse Treat*. 2009 Dec; 37(4): 412-20. DOI: 10.1016/j.jsat.2009.04.006
14. Khaledian M, Qaribi H, Gholizadeh Z, Shakeri R. [The Impact of Group Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on Depression Decrease and Hopefulness Increase of Empty Nest Syndrome]. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*. 2013; 3(2): 261-81. [Article in Persian]
15. Schulenberg SE, Hutzell RR, Nassif C, Rogina JM. Logotherapy for clinical practice. *Psychotherapy (Chic)*. 2008; 45(4): 447-63. DOI: 10.1037/a0014331
16. Shafiabadi A, Naseri Gh. [Theories of psychotherapy and counseling]. 24th ed. Tehran: Samat Publications. 2017; pp: 81-96. [Persian]
17. Fata L, Birashk B, Atefvahid MK, Dabson KS. [Meaning Assignment Structures/ Schema, Emotional States and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing Two Conceptual Frameworks]. *Iran J Psychiatry & Clin Psychol*. 2005; 11 (3) :312-26. [Article in Persian]
18. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1996.
19. Miller JF, Powers MJ. Development of an instrument to measure hope. *Nurs Res*. 1988 Jan-Feb; 37(1): 6-10.
20. Sodani M, Shogaeyan M, Neisi A. [The effectiveness of Group Logo Therapy on the Increase of life Expectancy in Retired Men of the Retirement Center of Mamasani]. *Armaghane-danesh*. 2014; 19(6): 497-506. [Article in Persian]
21. Kamarzarin H, Zaree H, Brouki, M H. [The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Increasing of Self-Efficacy and Improving of Addiction Symptoms among Drug Dependency Patients]. *Journal of Research on Addiction (etiadjohi)*. 2012; 6(22): 75-85. [Article in Persian]
22. Asarnow LD, Manber R. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Depression. *Sleep Med Clin*. 2019 Jun; 14(2): 177-84. DOI: 10.1016/j.jsmc.2019.01.009
23. Frankl V. [Man searching for meaning]. Translate by: Salehian N, Milani M. 49th ed. Tehran: Dorsa Publishing House. 2015; pp: 155-75. [Persian]