

مقدمه

«افسردگی» یکی از رایج‌ترین انواع ناراحتی‌های روانی است که مراجعه به روان‌پزشکان، روان‌شناسان و دیگر متخصصان بهداشت روانی از آن شکایت می‌کنند. در هر لحظه، ۱۵ تا ۲۰ درصد افراد بزرگسال جامعه ممکن است عوارض و نشانه‌های افسردگی شدید را از خود نشان دهند. افسردگی تأثیر زیادی بر توانایی عملکردی افراد در محیط کار، روابط و بخش‌های دیگر زندگی دارد. طبق تخمین سازمان بهداشت جهانی، تا سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین عامل ناتوان کننده خواهد بود و تنها بیماری‌های قلبی و عروقی بیش از آن موجب ناتوانی خواهند شد (رابرتسون، ۲۰۰۶، ص ۲۵). افسردگی نه تنها توانایی برای عملکرد و کیفیت زندگی، بلکه همچنین سلامت فیزیکی را به وسیله وادار کردن افراد به خودکشی (بیش از یک میلیون تن از دست رفته در سراسر جهان) یا تغییر فرایندهای حیاتی لازم برای بقا (دستگاه ایمنی، خود درون‌ریز و متابولیسم، و عملکردهای قلبی و عروقی) مختل می‌کند (بنلی (Bonelli) و همکاران، ۲۰۱۲، ص ۲). در دو دهه آخر قرن بیستم، افسردگی جای اضطراب را، که در دو دهه پس از جنگ بین‌المللی دوم به‌عنوان مهم‌ترین عارضه روانی تلقی می‌شد، گرفته است و اینک رایج‌ترین ناراحتی روانی افراد بالغ را تشکیل می‌دهد. همراه با بروز و شیوع افسردگی، هم در کل جمعیت و هم در جمعیت مراجعان به مراکز بهداشت و درمان روانی، اقدامات گوناگونی از سوی متخصصان بهداشت روانی در زمینه تشخیص، بررسی علل و درمان انواع افسردگی به عمل آمده است (مهیار، ۱۳۸۵، ص ۱۲). روش‌های روان‌درمانگری، شیوه‌های تغییر رفتار و فنون دیگر به کار گرفته می‌شوند تا به نوعی انسان را یاری دهند که بر این مشکلات فائق آید. در حال حاضر، تنوع این شیوه‌ها به حدی است که گاهی انتخاب شیوه‌ای خاص را مشکل می‌کند. کارآمدی این شیوه‌ها، به تدریج، به یکی از مسائل مهم روان‌درمانگران تبدیل گردیده است. بنابراین، توجه خاصی به این نکته معطوف شده که کدام شیوه درمانی مؤثرتر است؟

پژوهش‌های اخیر نقش مهمی برای معنویت در پیش‌گیری و بهبودی از افسردگی نشان می‌دهد (ریکی و همکاران، ۲۰۱۱). این در حالی است که در قرن بیستم و در غرب، همزمان با بیزاری جستن و غیر علمی دانستن معنویت از سوی برخی روان‌شناسان، از جمله فروید، روان‌شناسی به مسیری رفت که از مطالعه معنویت به‌عنوان یک رشته مطالعاتی غفلت کرده است (هفتی (Hefti)، ۲۰۱۱، ص ۶۱۵).

مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی و طرحواره‌درمانی بر افسردگی دانشجویان افسرده

rahebasafi@yahoo.com

ک. راهب اصفی / کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه پیام‌نور تهران

احمد علیپور / استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور تهران

مجید صفاری‌نیا / دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور تهران

دریافت: ۱۳۹۳/۵/۲۴ - پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۱۰

چکیده

هدف اصلی این پژوهش مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی و طرحواره‌درمانی بر افسردگی دانشجویان دانشگاه «پیام‌نور» سمیرم است. آزمودنی‌های این پژوهش از طریق فراخوان و از میان کسانی که از طرف روان‌شناس بالینی قبلاً تشخیص افسردگی گرفته بودند، به روش «نمونه‌گیری در دسترس» انتخاب شدند. ابزار تشخیصی افسردگی آزمون «افسردگی بک» (BDI-II) است و برای سنجش معنویت، از شرح حال دینی و روایی (RSHI) استفاده شده است. آزمودنی‌هایی که دارای ملاک‌های مناسب برای گروه‌های درمان بودند به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. دو گروه درمانی در هشت جلسه شرکت کردند و گروه کنترل (فهرست انتظار) در هیچ‌گونه گروه درمانی شرکت نکرد. در پایان، مداخلات درمانی هر سه گروه بار دیگر با آزمون «افسردگی بک» (BDI-II) ارزیابی شد. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. یافته‌های پژوهش نشان داد، معنویت‌درمانی و طرحواره‌درمانی به‌طور معناداری در بهبود افسردگی دانشجویان مؤثر بوده است. در مقایسه دو روش درمانی نیز تفاوت معناداری به چشم می‌خورد و معنویت‌درمانی اثربخشی بیشتری نسبت به طرحواره‌درمانی در بهبود افسردگی نشان می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، معنویت‌درمانی، طرحواره‌درمانی.

اما در طول دهه گذشته، علاقه به معنویت بین متخصصان سلامت و از جمله روان‌شناسان به گونه‌ای چشم‌گیر افزایش یافته است. در سال‌های اخیر، مطالعات بسیاری در زمینه معنویت انجام شده و معنویت به عنوان یکی از چهار جزء کلی سلامت در نظر گرفته شده است (موهر (Mohr)، ۲۰۱۱). معنویت یکی از ابعاد انسان است که ارتباط و یکپارچگی او را با عالم هستی نشان می‌دهد. ارتباط و یکپارچگی به انسان امید و معنا می‌دهد و او را از محدوده زمان و مکان و علایق مادی فراتر می‌برد (بوآلهری و همکاران، ۱۳۹۱). ریکی (Rickhi) و همکاران او (۲۰۱۱) معتقدند: معنویت نیروی برانگیزاننده فرد به سمت ایجاد مفهوم گسترده‌ای از معنای شخصی است. بر خلاف تفکر روان‌شناختی قرن بیستم، که جهت‌گیری منفی نسبت به معنویت یکی از مشخصه‌های آن بود، با فرا رسیدن قرن جدید، این تفکر با یک الگوی نسبتاً جدید زیستی، روانی، اجتماعی، و مذهبی جایگزین شده است؛ به این معنا که بسیاری روان‌شناسان پذیرفته‌اند درمان‌جویان در واقع، موجوداتی معنوی هستند و روان‌درمانی ذاتاً یک تلاش معنوی است (موهر، ۲۰۱۱). اگر حتی سایر حوزه‌های روان‌شناختی بتوانند خداوند و اعتقادات مذهبی را نادیده بگیرند در حوزه روان‌درمانی، این مسئله چندان آسان نیست؛ زیرا از یک سو، بدون توجه به بعد معنوی، شناخت و درمان انسان کامل نخواهد بود، و از سوی دیگر، مراجعان امروزه بیشتر علاقه‌مندند تا این توجه را از درمانگران دریافت کنند (اعتمادی، ۱۳۸۴).

در همین زمینه، بسیاری از محققان و روان‌درمانگران نیز بر اهمیت معنویت در روان‌درمانی تأکید کرده‌اند (کونینگ، ۲۰۰۸، ص ۵). پارگامنت (Pargament) (۲۰۰۷) بیان می‌کند که به‌طور خلاصه، معنویت یکی از ابعاد زندگی انسان است و هنگامی که افراد به اتاق مشاوره و درمان وارد می‌شوند، بعد معنوی خود را پشت در نمی‌گذارند، بلکه باورهای معنوی، اعمال و تجارب، ارزش‌ها، ارتباطات، و چالش‌های معنوی خود را نیز به همراه خود به اتاق مشاوره و درمان می‌آورند. موهر (۲۰۱۱) بیان می‌کند، که با توجه به نظر متخصصان سلامت، معنویت و دین بیشتر یک نقش کلیدی در فرایند بهبودی از بیماری‌های ذهنی ایفا می‌کند و بیشتر بیماران دوست دارند از منابع دینی و مذهبی‌شان در دوره درمان و مراقبت آنها استفاده شود. صف‌آرا و همکاران او (۲۰۱۲) به نقل از بنسون (۲۰۰۰) نتیجه‌گیری می‌کنند که مداخلات برای ارتقا آرامش و پاسخ‌های آرام‌سازی وقتی با عمیق‌ترین اعتقادات مردم ارتباط داشته باشند مؤثرتر است. او به این موضوع به‌عنوان «عامل ایمان» اشاره می‌کند و چنین بیان می‌دارد: به نظر می‌رسد ایمان مردم در یک «نیروی

فراتر از زندگی یا ابدی» تأثیرهای متوسط پاسخ آرام‌سازی را افزایش می‌دهد. مداخلات معنوی دست‌رسی‌پذیری مراجعان به منابع معنوی‌شان از خداوند و معنویت را به‌طور کلی افزایش می‌دهد و می‌تواند تأثیر اشکال گوناگون درمان‌روانی را افزایش دهد (صف‌آرا (Safara) و همکاران، ۲۰۱۲). هفتی (۲۰۱۱) نتیجه می‌گیرد که نتایج روان‌درمانی در بیماران مذهبی می‌تواند به وسیله یکپارچه‌سازی عناصر مذهبی در پروتکل درمانی افزایش داشته باشد. بنابراین، معنویت و ایمان مذهبی به‌عنوان یک شیوه درمانی برای مقابله با افسردگی قابل بهره‌برداری است.

اگرچه مطالعات متعدد نقش مهمی برای مذهب و معنویت در پی‌گیری و بهبود افسردگی را نشان داده (ریکی و همکاران، ۲۰۱۱) و به گفته موهر (۲۰۱۱)، علاقه به معنویت در مراقبت‌های روانی به گونه‌ای چشم‌گیر افزایش یافته است، ولی به نظر می‌رسد هنوز جایگاه اصلی معنویت در فرایند درمان تثبیت نشده و غالباً مغفول واقع می‌شود. استدلال می‌کند که چون روان‌درمانی جدید از روح فرد غفلت ورزیده و ارتباط معنوی را قطع کرده، ترویج یک «روان‌درمانی معنوی» بسیار مهم و حیاتی است (کار/اسو ۱۹۹۹، به نقل از رابرتسون، ۲۰۰۶). در رویکردی مشابه، میلر (Miller) (۲۰۱۰) خواستار رویکرد معنوی و مذهبی در آموزش روان‌درمانگران شده است. والاس و همکاران او (۲۰۰۵) در یک مطالعه، توافق بین توان‌بخشی روانی و اهداف بیماران را ارزیابی کردند، ۲۲ درصد از بیماران اهداف معنوی و دینی را برای سال جاری خود تعیین کردند، درحالی‌که به آنها خدمات کافی برای این اهداف ارائه نشد. رابینسون - اسمیت (۲۰۰۴) اظهار داشته‌اند که به احتمال زیاد، معنویت یک جنبه مهم مورد غفلت قرار گرفته در افسردگی است.

شناخت درمانی به‌طور گسترده، برای درمان مشکلات روان‌شناختی، از جمله افسردگی به کار رفته است (سیوی، ۲۰۱۱، ص ۴). پژوهشگران و متخصصان بالینی رویکرد شناختی-رفتاری در تدوین درمان‌های اثربخش برای اختلالات محور I، از جمله اختلالات خلقی، اضطرابی، جنسی، خوردن و مانند آن، پیشرفت قابل ملاحظه‌ای داشته‌اند. با این حال، اگرچه بسیاری از بیماران با این شیوه درمان مشکلاتشان حل می‌شود، ولی بسیاری از آنها به این نوع درمان جواب نمی‌دهند، بیشتر کسانی که مشکلات منش شناختی زیربنایی دارند در بلندمدت، به این درمان‌ها جواب نمی‌دهند. بنابراین، یانگ (۱۹۹۰، ۱۹۹۹)، طرحواره‌درمانی را برای درمان بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی مزمنی که به قدر کافی از رفتار درمانی شناختی کلاسیک کمکی دریافت نمی‌کردند، تدوین نمود. طرحواره‌درمانی بر پایه رفتاردرمانی شناختی

روش و فرایند اجرای پژوهش

برای آزمایش فرضیه‌های مطرح شده، از روش تحقیق تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این تحقیق عبارت بود از: دانشجویان افسرده دانشگاه پیام نور سمیرم در سال تحصیلی ۹۰ - ۹۱. از میان مراجعانی که به فراخوان پاسخ مثبت داده و به تشخیص روان‌شناس بالینی و معیارهای تشخیصی BDI-II افسردگی داشتند، پس از اجرای پرسش‌نامه و انجام مصاحبه، ۳۶ تن از آزمودنی‌ها انتخاب شدند و در سه گروه، «معنویت‌درمانی»، «طرحواره‌درمانی» و گروه «کنترل» (فهرست انتظار) به‌طور تصادفی جایگزین شدند که پس از ریزش نهایی هر یک از گروه‌ها، به ۱۲ تن کاهش یافتند. ملاک‌های ورود برای گروه آزمایش عبارت بود از:

۱. تشخیص اختلال افسردگی در محور I، کسب نمره بالاتر از ۲۱ در آزمون افسردگی بک؛
۲. تحصیل در دانشگاه، حداقل در سطح کاردانی؛
۳. داشتن دین اسلام (برای گروه معنویت‌درمانی)؛
۴. اجتناب از مصرف هرگونه داروی روان‌پزشکی در سه ماهه اخیر و عدم شرکت در جلسات روان‌درمانی در شش ماهه گذشته؛
۵. عدم ابتلای آزمودنی‌ها به هیچ‌یک از اختلالات شخصیتی، اختلالات دو قطبی، افسردگی ناشی از داغ‌دیدگی و شرایط زودگذر و رگه‌های روان‌پریشی؛
۶. رضایت به شرکت داشتن در طرح.

ساختار جلسات طرحواره‌درمانی بر اساس «طرحواره‌درمانی» یانگ، و جلسات معنویت‌درمانی بر اساس طرح رضوانی (۱۳۸۸) (البته به‌خاطر ماهیت تحقیق، تغییراتی با مشورت ۸ تن از متخصصان درمان‌های مذهبی و روان‌درمانی اعمال شد و ضریب روایی ۰/۷۶ برای بسته آموزشی به‌دست آمد) تدوین گردید.

جلسات معنویت‌درمانی شامل ۸ جلسه یک و نیم ساعته، در ۸ هفته برای گروه معنویت‌درمانی آموزش داده شد. ابتدای هر جلسه تکالیف جلسه قبل مرور می‌شد، سپس مقوله مورد نظر آموزش داده و سپس تمرین می‌شد و در پایان، تکلیف جلسه بعد به اعضای گروه داده می‌شد.

کلاسیک بنا شده و با تأکید بیشتر بر ریشه‌های تحولی مشکلات روان‌شناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از متون برانگیزنده، افق‌های نوینی فراروی مرزهای درمان کلاسیک گشوده است (کلمن، ۲۰۱۰، ص ۴).

طرحواره‌درمانی درون‌مایه‌های روان‌شناختی را مد نظر قرار می‌دهد که شاخصه بیماران مبتلا به مشکلات منش‌شناختی است. این درون‌مایه‌ها را «طرحواره‌های ناسازگار اولیه» می‌نامیم. یانگ (۱۹۹۰ و ۱۹۹۹) فرض می‌کند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوها یا درون‌مایه‌های فراگیر و عمیقی هستند که از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌واره‌ها و احساسات بدنی تشکیل شده‌اند، در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند، در مسیر زندگی تداوم یافته‌اند، درباره خود و در رابطه با دیگران هستند و در الگوهای هیجانی و شناختی آسیب‌رسان به شدت ناکارآمدند. نظریه‌های طرحواره‌ای معاصر تصریح می‌کنند که افسردگی شامل فعال‌شدن متوالی طرحواره‌ها در برخورد با نگرانی‌های اولیه یا محرومیت‌ها هستند (زره‌پوش، ۱۳۹۰، ص ۴۵).

با توجه به فراوانی (۸۰ درصد) معنویت در افراد افسرده (کونینگ، ۲۰۰۸، ص ۲)، و اینکه برخی تحقیقات تأثیر بعد معنوی در درمان اختلالات روانی، از جمله افسردگی را تأیید کرده است (بولنز و همکاران، ۲۰۱۲؛ عبدالخالق و استر، ۲۰۱۲؛ ریکی (Rickhi) و همکاران، ۲۰۱۱)، همچنین در نظر گرفتن این مطلب که طرحواره‌درمانی، که یکی از جدیدترین درمان‌های روان‌شناختی دوران ما در اختلالات منش‌شناختی است و معایب دیگر درمان‌ها در آن اصلاح شده، نیز تأثیرگذاری آن در درمان افسردگی تاکنون در تحقیقات گوناگون نشان داده شده است (سیوی، ۲۰۱۱، ص ۵؛ ملک‌پور دهکردی، ۱۳۹۱، ص ۱۲)، در این تحقیق، به مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی و طرحواره‌درمانی بر افسردگی دانشجویان پیام‌نور پرداخته شده و به عبارت دیگر لزوم میزان توجه به معنویت در درمان افسردگی را در عصر حاضر به‌بوتۀ آزمایش گذاشته است.

این پژوهش به بررسی این سؤالات می‌پردازد:

- آیا طرحواره‌درمانی بر بهبود افسردگی دانشجویان افسرده دانشگاه پیام نور سمیرم مؤثر است؟
- آیا معنویت‌درمانی بر بهبود افسردگی دانشجویان افسرده دانشگاه پیام نور سمیرم مؤثر است؟
- آیا بین معنویت‌درمانی و طرحواره‌درمانی در میزان اثرگذاری بر افسردگی دانشجویان افسرده دانشگاه پیام نور سمیرم تفاوت وجود دارد؟

جدول ۱. شرح جلسات معنویت‌درمانی

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	معرفی درمانگر، برقراری رابطه درمانی، ایجاد امید، ایجاد شکایت همدلانه و توجه به شکایت مراجعان، عقد قرارداد درمانی، صورت‌بندی و مفهوم‌سازی مشکل مراجعان با تکیه بر الگوهای روان‌شناختی و معنوی، بحث درباره پیش‌فرض‌های انسان معنوی.
جلسه دوم	ایجاد ارتباط با جلسه قبل، توجه به مشکلات عمده و دارای اولویت، بحث درباره افسردگی و نقش آن در زندگی انسان معنوی، تبیین ارتباط بین افسردگی و گناه، تمرین درک در محضر خدا بودن، تمرین تصویرسازی ذهنی مثبت نسبت به خداوند.
جلسه سوم	دریافت بازخورد از مراجعان، بحث درباره برخی از پیش‌فرض‌های انسان معنوی، از جمله نگاه مبتنی به رحمت خداوند بر انسان، تسلیم به قضای الهی، بحث درباره جایگاه نظم و جایگاه آن در زندگی انسان معنوی، و تمرین نظم در زندگی.
جلسه چهارم	بحث درباره ذکر و یاد قلبی خدا، بحث درباره معاد و مبدأ انسان و اهمیت آن در مبارزه با افسردگی، بحث درباره شناخت جایگاه دعا و فواید آن، آموزش و تمرین دعا.
جلسه پنجم	بحث درباره توکل، تمرین فنون توکل، بحث درباره عقل و اهمیت آن در زندگی انسان معنوی، بحث درباره طبیعت زندگی دنیا و بلندی‌ها و پستی‌های آن.
جلسه ششم	ارائه بازخورد به مراجعان، بحث درباره ماندگار بودن کمالات نفسانی در دنیا، بحث درباره شناخت خداوند و ارتباط مخلوقات با خدا، شناخت و بحث درباره صبر و نقش آن در افسردگی.
جلسه هفتم	ارائه تجارب و نگرش‌های حمایتگر از طرف مراجعان، بحث درباره صبر و نقش آن در زندگی پیامبران و معصومان، توجه به نقش گذشت و محبت در زندگی معنوی و آموزش محبت، بحث درباره خشنودی و رضای خداوند، ارائه داستان‌های کوتاه معنوی مربوط به مباحث.
جلسه هشتم	بازبینی تکالیف و ارائه بازخورد مثبت، بررسی تعمیم آموخته‌ها به شرایط واقعی، جست‌وجوی معنی از رنج و سختی و تفسیر صبر بر سختی‌ها، آموزش مسؤلیت‌پذیری، مروری بر جلسات قبل و جمع‌بندی کلی، اعلام ختم جلسات و تعیین زمان برای انجام پس‌آزمون.

جلسات طرحواره‌درمانی شامل ۸ جلسه یک و نیم ساعته، در ۸ هفته برای گروه طرحواره‌درمانی آموزش داده شد.

جدول ۲. شرح جلسات طرحواره‌درمانی

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	معرفی درمانگر، انجام مصاحبه بالینی، بیان اثربخش بودن الگوی درمانی، سنجش تناسب بیمار برای طرحواره‌درمانی، بیان تعداد جلسات، عقد قرارداد درمانی، اجرای پرسش‌نامه و گرفتن بازخورد از جلسه.
جلسه دوم	آموزش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، انواع و مشخصات آنها، توضیح سبک‌های مقابله‌ای، ربط دادن مشکلات موجود به طرحواره‌های ناسازگار اولیه و گرفتن بازخورد از جلسه. ارائه تکلیف: تعیین موقعیت و طرحواره ناسازگار مرتبط با آن و سبک مقابله.
جلسه سوم	مروری کوتاه بر جلسه قبل، بیان استعاره جنگ، اجرای فن آزمون اعتبار طرحواره، استفاده از سبک درمان رویارو سازی همدلانه، اجرای فن تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره، گرفتن بازخورد و ارائه تکلیف: تعیین رفتار طرحواره خواست، طرحواره زیربنایی آن و شواهد تأیید کننده، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده.
جلسه چهارم	مروری کوتاه بر جلسه قبل، اجرای فن مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای آن، به کار بردن فن گفت‌وگو بین جنبه طرحواره‌ها و جنبه‌های سالم، آموزش و تدوین کارت‌های آموزشی، گرفتن بازخورد و ارائه تکلیف: گفت‌وگو بین جنبه سالم و جنبه ناسالم طرحواره، استفاده از کارت آموزشی.

جلسات	شرح جلسات
جلسه پنجم	مروری کوتاه بر جلسه قبل، اجرای تصویرسازی ذهنی، ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال، اجرای فن گفت‌وگوی خیالی، اجرای فن بازوالدینی حد و مرزدار و گفت‌وگو درباره خاطرات آسیب‌زا، اجرای فن تصویرسازی ذهنی برای شکستن الگوی پاسخ‌های مقابله‌ای، گرفتن بازخورد و ارائه تکلیف: نامه نوشتن به والدین.
جلسه ششم	مروری کوتاه بر جلسه قبل، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، به‌کارگیری کارت‌های آموزشی، گرفتن بازخورد و ارائه تکلیف: تعیین موقعیت مشکل‌ساز - احساس - فکر - رفتار و رفتار جایگزین.
جلسه هفتم	مروری کوتاه بر جلسه قبل، تشویق پیشرفت‌های جزئی مراجع در جهت افزایش انگیزه برای تغییر رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی و ایفای نقش، شناسایی موانع و غلبه بر آنها، ایجاد تغییرات مهم در زندگی، گرفتن بازخورد و ارائه تکلیف: آزمایش رفتاری.
جلسه هشتم	پایان دادن به درمان: بررسی تکالیف انجام شده، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی، ختم جلسه.

ابزارهای پژوهش

ابزارهای به کار رفته در این پژوهش عبارت بود از: پرسش‌نامه «افسردگی» بک فرم BDI-II و «سیاهه شرح حال دینی روانی» RSHI. همچنین برای تشخیص عدم ابتلای آزمودنی‌ها به هیچ‌یک از اختلالات شخصیت، اختلالات دو قطبی، افسردگی ناشی از داغ‌دیدگی و شرایط زودگذر و رگه‌های روان‌پریشی، از شیوه «مصاحبه» توسط روان‌شناس، بر اساس ملاک‌های DSM-IV استفاده شده است.

پرسش‌نامه «افسردگی» بک فرم BDI-II: پرسش‌نامه «افسردگی» بک فرم BDI-II نسخه جدید یک پرسش‌نامه ۲۱ بخش خودگزارشی برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالاست. این نسخه برای ارزش‌یابی نشانگان منطبق با ملاک‌های تشخیص اختلال افسردگی کاربرد دارد که آن را انجمن روان‌پزشکی آمریکا در دفترچه راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی، چاپ چهارم (DSM-IV، ۱۹۹۴) ارائه داده است. BDI-II پس از ۳۵ سال تجربه و پژوهش بر روی BDI-I و به‌منظور تجدید چاپ و به روز رساندن پرسش‌نامه «افسردگی» بک بهبود داده شد و توسعه یافت. پایایی و روایی این آزمون در ایران تأیید گردید. دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶) نسخه دوم پرسش‌نامه «افسردگی» بک را روی یک نمونه ۳۵۴ نفری از بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و افرادی که در حال بهبودی بودند، اجرا کردند و ضریب اعتبار آن را ۰/۹۳ گزارش نمودند. جوکار (۱۳۸۳)، نقل از: ملک‌پور دهکردی، (۱۳۹۰، ص ۱۱۵) نیز پایایی ۰/۸۷ را برای این آزمون به‌دست آورد. علاوه بر این، در یک بررسی بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه «تهران» و دانشگاه «علمه طباطبائی» که برای اعتباریابی و روایی BDI-II بر روی جمعیت ایران انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته ۰/۷۳ بود.

همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمرات در مقیاس افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است و در گروه معنویت‌درمانی نسبت به گروه طرحواره‌درمانی کاهش بیشتری مشاهده می‌شود.

برای آزمون فرضیه‌های اصلی این پژوهش، با توجه به نوع طرح پژوهش، که از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است، از روش «تحلیل کوواریانس» استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. قابل ذکر است که پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس نیز بررسی و تأیید شد. مقادیر آماره آزمون شاپیروویک برای بررسی فرض متعال بودن توزیع متغیرها حاکی از متعادل بودن توزیع متغیرها در گروه آزمایش و کنترل است ($P=0/456$). همچنین وجود همگنی شیب‌های رگرسیون نیز تأیید شد ($P=0/911$) و مشخص گردید بین متغیرهای موضوع پژوهش رابطه خطی وجود دارد.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به اثر مداخلات درمانی در کاهش افسردگی

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	f	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیش‌آزمون	۱۰/۷۹	۱	۱۰/۷۹	۳/۵۶	۰/۰۷۴	۰/۱۵۱	۰/۴۳۵
پیش‌آزمون گروه	۲/۱۸	۱	۲/۱۸	۰/۷۲۲	۰/۴۰۶	۰/۰۳۵	۰/۱۲۸
خطا	۲۴۳/۸۸	۲	۱۲۱/۹۴	۴۰/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۰۱	۱
کل	۶۰/۵۶	۲۰	۳/۰۲				
	۶۵۹۰	۲۴					

همان‌گونه که جدول ۴ نشان می‌دهد، پس از تعدیل میانگین نمره‌های پیش‌آزمون در گروه آزمایش، گروه معنویت‌درمانی ($M=12/47$)، گروه طرحواره‌درمانی ($M=14/35$)، و گروه کنترل ($M=21/42$)، نتایجی که برای مقیاس «افسردگی» ($F=40/26$ و $P=0/001$) به دست آمد، می‌توان بیان کرد که متغیر افسردگی از لحاظ آماری در سطح $P < 0/05$ معنادار است و این بدان معنا است که آموزش مداخلات معنویت‌درمانی و طرحواره‌درمانی در کاهش افسردگی دانشجویان دانشگاه «پیام نور» سمیرم مؤثر بوده است.

برای مشخص کردن اینکه هر یک از روش‌های مداخله‌ای معنویت‌درمانی و طرحواره‌درمانی به تنهایی در کاهش افسردگی مؤثر بوده است یا خیر و اینکه بین این دو روش مداخله‌ای تفاوت معناداری وجود دارد یا خیر، از آزمون‌های تعقیبی (LSD) با رعایت شرط همگنی واریانس‌ها استفاده شده است. این آزمون توسط مقایسه دو به دو میانگین‌ها انجام می‌شود که نتایج آن در جدول (۵) نشان داده شده است.

سیاهه شرح حال دینی و روانی (RSHI): در این پژوهش برای انجام مصاحبه و تهیه شرح حال دینی و معنوی، از «سیاهه شرح حال دینی روانی» (استوارت، ۱۹۹۵) استفاده شده است. این مصاحبه به مسائل مرتبط با بیشتر بیماران می‌پردازد، خواه خود را متدین و معنوی توصیف کنند، خواه بی‌دین، بی‌علاقه به معنویت. در این ارزیابی، چه بیمار، دارای جهت‌گیری معنوی باشد و چه تعارض‌های دینی را آشکار نشان دهد، بیمار از ارتباط دین و معنویت با مشکلات بالینی خود آگاه نباشد و یا آشکارا نسبت به معنویت بی‌علاقه باشد، در هر صورت، یکسان مورد توجه واقع می‌شود. در این سیاهه، موضوعات: تاریخچه خانوادگی، وابستگی دینی، رشد دینی و معنوی، انگیزش درونی / برونی دینی، تصویر خدا و مسئله‌گشایی، و کنار آمدن ارزیابی می‌گردد (چیربان، ۱۳۸۳). تامسون (tamsun) (۱۹۹۷) این آزمون را روی نمونه ۱۵۰ نفری اجرا کرد و ضریب اعتبار و پایایی ۰/۸۷ و ۰/۸۵ را برای این آزمون به دست آورد (نقل از رابرتسون، ۲۰۰۶).

روش تجزیه و تحلیل

با توجه به اینکه در این پژوهش از طرح دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل با پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شده است و در این نوع طرح‌ها، تأثیر یک متغیر (مستقل) بر متغیر دیگر (وابسته) سنجیده می‌شود، آنچه اهمیت دارد کنترل متغیرهای همگام است. بنابراین، داده‌های این پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و با به کارگیری نرم‌افزار SPSS18 تحلیل شد.

یافته‌های پژوهش

داده‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و حداقل و حداکثر نمره) متغیرهای پژوهش در جدول (۳) ارائه شده است:

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمره مقیاس افسردگی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه		انحراف استاندارد
	میانگین	میانگین	
افسردگی	معنویت‌درمانی	پیش‌آزمون	۲۴/۳
		پس‌آزمون	۱۲/۶۲
	طرحواره‌درمانی	پیش‌آزمون	۲۴/۳
		پس‌آزمون	۱۴/۵
کنترل	پیش‌آزمون	۲۲/۲۵	
	پس‌آزمون	۲۱/۱۲	

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی متغیر افسردگی در گروه‌های پژوهش

متغیر	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P	کرانه پایین	کرانه بالا
افسردگی	کنترل و معنویت‌درمانی	۸/۹۴	۱/۰۱۷	۰/۰۰۱	۶/۸۲	۱۱/۰۷
	کنترل و طرحواره‌درمانی	۷/۰۷	۱/۰۱۷	۰/۰۰۱	۴/۹۵	۹/۱۹
	معنویت‌درمانی و طرحواره‌درمانی	-۱/۸۷	۰/۸۷	۰/۰۴۴	-۰/۰۶	-۳/۶۹

همان‌گونه که جدول ۵ نشان می‌دهد گروه معنویت‌درمانی ($P=0/001$) و همچنین طرحواره‌درمانی ($P=0/001$) در مقایسه با گروه کنترل، از لحاظ آماری در سطح $P < 0/05$ معنادار است و این به آن معناست که آموزش مداخلات معنویت‌درمانی و طرحواره‌درمانی هر یک به تنهایی در کاهش افسردگی دانشجویان دانشگاه «پیام نور» سمیرم مؤثر بوده است. همچنین جدول (۵) نشان می‌دهد که بین دو روش مداخله‌ای معنویت‌درمانی و طرحواره‌درمانی ($P=0/044$) از لحاظ آماری در سطح $P < 0/05$ تفاوت معناداری دیده می‌شود و چون در مقیاس افسردگی هر قدر نمره شرکت‌کنندگان کمتر باشد آنان از سلامت بهتری برخوردارند می‌توان بیان کرد که آموزش روش «معنویت‌درمانی» در مقیاسه با روش «طرحواره‌درمانی» در کاهش نمره‌های افسردگی در دانشجویان «پیام نور» سمیرم مؤثرتر بوده است.

نتیجه‌گیری

یکی از فرضیات این پژوهش عبارت است از اینکه طرحواره‌درمانی بر بهبود افسردگی دانشجویان افسرده مؤثر بوده، که در این پژوهش، فرضیه مزبور تأیید شد. بنابراین، در این پژوهش درمان طرحواره‌ای یانگ تأثیر معناداری بر بهبودی افسردگی دانشجویان افسرده دانشگاه مزبور داشته است. نتایج این فرضیه با یافته‌های پژوهش‌های دیگر، که در زمینه طرحواره‌درمانی بر بهبود افسردگی انجام شده همسوست (کلمن، ۲۰۱۰؛ سیوی، ۲۰۱۱؛ بیرجندی و همکاران، ۲۰۱۲؛ منتظری و همکاران، ۱۳۹۲؛ ملک‌پور دهکردی، ۱۳۹۱؛ طباطبایی برزکی و همکاران، ۱۳۹۱؛ زره‌پوش ۱۳۹۰).

طبق نظریه شناختی «افسردگی»، باورهای منفی درباره خود، جهان و آینده در طرحواره‌های شناختی کلید اصلی آسیب‌شناختی در افسردگی هستند (رنر و همکاران، ۲۰۱۲، ص ۲).

«طرحواره‌درمانی» رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، بین‌فردی و تجربی در قالب یک الگوی درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار فن اصلی «شناختی»، «رفتاری»، «رابطه‌ای» و «تجربی» در افراد افسرده علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار، که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی موجب تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دل‌بستگی ایمن به دیگران در سال‌های کودکی می‌شود. تبیین دیگر برای این یافته توانایی طرحواره‌درمانی برای الگوشکنی رفتاری است. این راهبرد به مراجع کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح‌ریزی و اجرا کند. تبیین دیگر برای موفقیت طرحواره‌درمانی، فنون اصلی این رویکرد درمانی است؛ مثلاً هدف فنون شناختی به محک گذاشتن صحت و سقم طرحواره‌ها بود.

با توجه به اینکه پژوهش‌ها به‌طور مستقیم تأثیر درمان طرحواره‌ای را بر روی کاهش علائم یا شدت علائم افسردگی بررسی کردند و در نتایجی مشابه یا نتیجه گرفته شده در این تحقیق بر این نکته تأکید کردند که طرحواره‌درمانی می‌تواند درمانی اثربخش بر بهبود علائم افسردگی باشد، استفاده هر بیشتر از آن به سبب توجه بر عوامل زمینه‌ساز و توجه همدلانه (زره‌پوش، ۱۳۹۰، ص ۱۱۵) می‌تواند کمک مؤثری برای متخصصان بالینی در زمینه درمانی انواع اختلالاتی باشد که احتمالاً با گذشته و شاکله شخصیت افراد مرتبط است.

فرضیه دیگر این بود که معنویت‌درمانی بر بهبود افسردگی دانشجویان افسرده مؤثر است. با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به اثر مداخلات درمانی در کاهش افسردگی و نتایج آزمون تعقیبی افسردگی در گروه‌های تحت پژوهش، می‌توان اظهار داشت که گروه معنویت‌درمانی ($P=0/001$) در مقایسه با گروه کنترل از لحاظ آماری در سطح $P > 0/05$ معنادار است و این بدان معناست که آموزش مداخلات معنویت‌درمانی در کاهش افسردگی دانشجویان مؤثر بوده است. این نتیجه با پژوهش‌های انجام شده دیگر همخوانی و همسویی دارد (بوالهروی و همکاران، ۱۳۹۱؛ بهرامی‌دشتکی و همکاران، ۱۳۸۵؛ ریکی و همکاران، ۲۰۱۱؛ عبدالخالق و استر، ۲۰۱۲؛ بولنز و همکاران، ۲۰۱۲).

از دیدگاه برخی مراجعان، افسردگی به‌عنوان فرصتی برای استفاده از مداخلات معنوی و نزدیک‌تر شدن به خدا ملاحظه می‌شود. برخی از مردم نیز معتقدند: افسردگی از گناه ایجاد می‌شود

و تنها راه تسکین آن به‌طور کلی، تمرین‌های معنوی، مانند نماز و توبه است (بنلی و همکاران، ۲۰۱۲). فرضیه‌های زیادی دربارهٔ چگونگی اثربخشی معنویت بر افسردگی ارائه شده است. اگرچه عوامل ژنتیکی و محیطی زیادی در شروع و بقای افسردگی سهیم هستند (ریکی و همکاران، ۲۰۱۱)، اما شکست در مقابله با استرس‌های زندگی غالباً یک عامل اصلی و زیربنایی به‌شمار می‌آید. مداخلهٔ معنوی علاوه بر کمک به افراد برای مقابلهٔ بهتر با عوامل استرس‌زای زندگی، این احتمال را که استرس‌زاهای در وهلهٔ اول اتفاق بیفتند، در مقابل آنچه مشارکت معنوی با نوع دوستی بیشتر، سپاس‌گذاری، بخشش و آرامش بیشتر همراه است، کاهش می‌دهد و این احتمال که فرد درگیر روابط و احساسات استرس‌زا بشود کمتر می‌کند. علاوه بر این، همان‌گونه که کونینگ (۲۰۰۸) بیان می‌کند، حمایت اجتماعی، که افراد در گروه‌های معنوی دریافت می‌کنند، می‌تواند منبع خوبی برای مبارزه با احساسات افسرده‌کننده باشد. در این تحقیق نیز افراد گروه معنویت‌درمانی از این حمایت معنوی-اجتماعی استفاده کردند.

فرضیهٔ دیگر مبنی بر این بود که بین معنویت‌درمانی و طرحواره‌درمانی در میزان اثرگذاری بر افسردگی دانشجویان افسرده دانشگاه رابطه وجود دارد. از آن‌رو که در مقایسهٔ افسردگی هر قدر نمرهٔ شرکت‌کنندگان کمتر باشد از افسردگی کمتر و سلامت بهتری برخوردارند، می‌توان بیان کرد که آموزش روش «معنویت‌درمانی» در مقایسه با روش «طرحواره‌درمانی» در کاهش نمره‌های افسردگی در دانشجویان مؤثرتر بوده است. پژوهشی در زمینهٔ مقایسه معنویت‌درمانی و طرحواره‌درمانی در درمان افسردگی یافت نشده، ولی با توجه به اینکه طرحواره‌درمانی، درمانی نوین برگرفته از شناخت‌درمانی است، در تحقیقاتی که توسط برخی از محققان در زمینهٔ مقایسهٔ اثربخشی شناخت‌درمانی و درمان‌های معنوی بر افسردگی صورت گرفته، نتایجی مشابه این تحقیق به‌دست آورده‌اند (صف‌آرا و همکاران، ۲۰۱۲؛ واتکینز (Watkins)، ۲۰۰۵). نتایج تحقیقات دربارهٔ رابطهٔ ایمان با عملکرد سالم جمعی، عاطفی و اجتماعی، ارزیابی مجدد نقش مذهب و بهداشت روانی را ایجاب می‌کند. از این‌رو، امروزه باورهای مذهبی و معنوی مراجعان نه تنها کارآمد و منطقی تلقی می‌شود، بلکه به‌عنوان منابع قدرتمندی برای بهبود و درمان در نظر گرفته می‌شود (موهر، ۲۰۰۷).

شده‌ای هستند، لیکن دارای موانعی برای درمان هستند که یکی از این موانع امور مذهبی مراجعان است که در معنویت‌درمانی این موضوع مشاهده نمی‌شود. از دیگر علل اثربخشی بیشتر معنویت‌درمانی نسبت به طرحواره‌درمانی در درمان افسردگی را باید در مؤلفه‌ها و مشخصاتی از قبیل تمرین در محضر خدا بودن و خداوند را شاهد و ناظر دیدن دانست که مخصوص درمان‌های معنوی و در مجموع معنویت است و این در طرحواره‌درمانی یافت نمی‌شود. مراجع افسرده، که در این تمرین خود راه محضر خدا احساس می‌کند، می‌تواند بسیاری از افکار، احساسات و رفتارهایی را که تداوم بخش و تشدیدکنندهٔ افسردگی هستند کنترل و هدایت کند، کسی که خود را در محضر خداوند درک می‌کند و او را ناظر می‌داند خود را تنها احساس نمی‌کند، احساس پوچی و تنهایی به او دست نمی‌دهد، نیرویی بی‌انتها را در همهٔ امور و تجارب حامی خود می‌بیند که مانع از احساس غم و تنهایی و دیگر احساسات افراد افسرده می‌شود. از سوی دیگر، چون درمان معنوی با پیشینهٔ فرهنگی مراجعان همخوانی بیشتری دارد، بیشتر مقبول مراجعان واقع می‌شود. این تحقیق با اثبات اثربخشی بیشتر معنویت‌درمانی نسبت به طرحواره‌درمانی، لزوم توجه عملی و بیشتر به معنویت در درمان، به ویژه در درمان اختلال افسردگی را یادآور شد.

در خصوص تبیین چرایی این موضوع، یکی از علل اثربخشی بیشتر درمان معنوی در این تحقیق، این موضوع است که گرچه درمان‌های شناختی افسردگی دارای اثرات مشخص و شناخته

منابع

- اعتمادی، عذرا، ۱۳۸۴، «ایمان و معنویت در مشاوره و روان‌درمانی»، *تازه‌های روان‌درمانی*، ش ۱، ص ۱۳۱-۱۴۶.
- بوالهری، جعفر و همکاران، ۱۳۹۱، «اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی»، *جامعه‌شناسی زنان*، سال سوم، ش ۱، ص ۸۷-۱۱۷.
- بهرامی‌دشتکی، هاجر و همکاران، ۱۳۸۵، «اثربخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی در دانشجویان»، *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ش ۱۹، ص ۴۹-۷۲.
- چیریان، جان تی، ۱۳۸۳، «ارزیابی علایق دینی و معنوی در روان‌درمانی»، *نقد و نظر*، سال نهم، ش ۳۳ و ۳۴، ص ۳۳۰-۳۶۶.
- دابسون، کیت استفان و پروانه محمدخانی، ۱۳۸۶، «مختصات روان‌سنجی پرسش‌نامه افسردگی بک -۲ در مبتلایان به افسردگی اساسی در دوره بهبود نسبی»، *توان‌بخشی در بیماری‌ها و اختلالات روانی*، دوره هشتم، سال هشتم، ش ۲۹، ص ۸۰-۸۶.
- رضوانی، سیدروح‌الله، ۱۳۸۸، *مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی و فرا شناخت درمانی بر میزان اضطراب دانشجویان دختر مراجعه‌کننده به مراکز جهاد دانشگاهی شهر اصفهان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، اصفهان، دانشگاه اصفهان.
- زره‌پوش، اصغر، ۱۳۹۰، *اثربخشی طرحواره درمانی بر افسردگی مزمن در دانشجویان دانشگاه اصفهان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، اصفهان، دانشگاه اصفهان.
- طباطبایی برزکی، سعید و همکاران، ۱۳۹۱، «اثربخشی آموزش تکنیک‌های تجربی طرحواره درمانی بر روی طرحواره‌های افراد افسرده»، *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، سال سوم، ش ۱۱، ص ۷۵-۸۶.
- ملک‌پور دهکردی، عفت، ۱۳۹۱، *بررسی اثربخشی طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی، نگرش ناکارآمد و فراوانی باور نسبت به افکار خودآیند منفی در دانشجویان دختر دانشگاه پیام‌نور شهرکرد*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، تهران، دانشگاه پیام نور مرکز تهران جنوب.
- متظری، محمدصادق و همکاران، ۱۳۹۲، «اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش شت علائم افسردگی و اختلال شخصیت وسواسی-جبری»، *روان‌شناسی بالینی*، سال پنجم، ش ۱، ص ۳۵-۴۶.
- مهریار، امیرهوشنگ، ۱۳۸۵، *افسردگی برداشت‌ها و درمان شناختی*، تهران، رشد.
- Abdel-Khalek, A. M., & Lester, D., 2012, "Constructions of religiosity, subjective well-being, anxiety, and depression in two cultures: Kuwait and USA", *International Journal of Social Psychiatry*, v. 58, N. 2, p.138-145.
- Boelens, P. A., & et al, 2012, "The effect of prayer on depression and anxiety: maintenance of positive influence one year after prayer intervention", *International Journal of Psychiatry*
- Bonelli, R., & et al, 2012, "Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research", *Depression Research and Treatment*, Hindawi Publishing Corporation, Article ID 962860, p. 1-8.
- Colman, L. K., 2010, *Maladaptive Schemas and Depression Severity*, Support for Incremental Validity When Controlling for Cognitive Correlates of Depression, Tennessee, University of Tennessee, Thesis Presented for the Master of Arts Degree.
- Hefti, R., 2011, *Integrating Religion and Spirituality into Mental Health Care, Psychiatry and Psychotherapy*, Department of Psychosomatic Medicine, Clinic SGM Langenthal and Research Institute for Spirituality and Health / Weissensteinstrasse 30, Religions 2011, 2, P 611-627.
- Koenig, H., 2008, *Research on Religion, Spirituality and Mental Health*, Duke University Medical Center, Durham, North Carolina, p. 1-30.
- Miller, G., 2010, *Incorporating spirituality in counseling*, Boston: Allyn and Bacon/Mindham, R. H. S. (1982). Tricyclic antidepressants and amine precursors. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders*, New York: Guilford Press.
- Mohr, S., 2011, Integration of Spirituality and Religion in the Care of Patients with Severe Mental Disorders, *Religions*, v. 2, p. 549-565.
- Pargament. K, I, 2007, *Spirituality integrated psychotherapy: understanding and addressing the Sacred*, New York: Guilford Press.
- Rickhi. B., & et al, 2011, A spirituality teaching program for depression: a randomized controlled trial. *Int J, Psychiatry in medicin*, v. 42(3), p. 315-329.
- Robertson. A., 2006, *Spirituality and depression: a qualitative approach*, University of south Africa. submitted in accordance with the requirements for the degree of doctor of literature and philisofy in the subject psychology at the University of south Africa.
- Robinson-Smith, G., 2004, Verbal indicators of depression in conversations with stroke survivors, *Perspectives in Psychiatric Care*, v. 40 (2), p. 61-69.
- Safara, M., & et al, 2012, Comparing the Effect of Cognitive Therapy and Spiritual Therapy on Depression between Iranian Students Residing in Iran and India, *Delhi psychiatri journal*, v. 15, N. 1, p. 85-98.
- Seavey, A., 2011, *Schema-Focused Therapy for major depressive disorder*, Department of psychology, University of tennessee, Clinical cas studies, p.457-473.
- Watkins, T., & Ostrom, P., 2005, "Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals," *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 60, N. 1, p. 94-103.