

## مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی-رفتاری و معنا درمانی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در افراد معتاد به مواد مخدر

محمد خالیدیان<sup>۱</sup>، محمدعلی محمدی فر<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۲/۲۸

### چکیده

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی-رفتاری و معنا درمانی به شیوه‌ی گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امیدواری در افراد معتاد به مواد مخدر بود. این پژوهش آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه مورد مطالعه شامل افراد معتاد مراجعه کننده به یکی از مراکز متادون درمانی ترک اعتیاد شهرستان قروه (نیکو سلامت) در سال ۱۳۹۲ می‌باشد. ابتدا تعداد ۶۰ نفر بر اساس نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند، سپس بر اساس نمرات پرسش‌نامه افسردگی بک و امید به زندگی اشنایدر تعداد ۳۰ نفر از این افراد بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند، یک گروه آزمایش ۱۰ جلسه معنا درمانی و گروه دوم آزمایش ۱۳ جلسه روان‌درمانی رفتاری-شناختی را دریافت کردند اما گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکردند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین درمان شناختی-رفتاری و معنا درمانی در کاهش افسردگی تفاوت وجود ندارد، اما درمان شناختی-رفتاری در افزایش امید به زندگی تأثیر بیشتری نسبت به معنا درمانی دارد. **نتیجه‌گیری:** نتایج دارای تلویحات کاربردی است.

**کلیدواژه‌ها:** درمان شناختی-رفتاری، معنا درمانی، امید به زندگی، افسردگی، اعتیاد

۱. مربی گروه روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، استان کردستان، سنندج، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه سمنان، پست الکترونیک: alimohammadyfar@semnan.ac.ir

## مقدمه

یکی از مهم ترین معضلات اجتماعی جهان امروز، مساله اعتیاد به موادمخدر و نفوذ روزافزون آن در میان نسل جوان است. گرچه مصرف موادمخدر در ایران سابقه‌ای طولانی داشته و گیاهانی که موادمخدر سنتی (همچون تریاک و حشیش) از آن‌ها به دست می‌آید از گیاهان بومی ایران بوده‌اند، براساس آمارها و گزارش‌های نهادها و سازمان‌های جهانی همچون سازمان بهداشت جهانی، به موازات پیشرفت جوامع، نیازها، گرایش‌ها و الگوهای رفتاری جوانان نیز دچار تغییر و دگرگونی شده و الگوی سوءمصرف موادمخدر در میان جوانان در همه جهان از جمله ایران و پایتخت آن تهران به سرعت از سنتی به صنعتی در حال تغییر است. به گونه‌ای که نماینده دفتر مقابله با موادمخدر و جرم سازمان ملل متحد در ایران نیز درباره گسترش موادمخدر صنعتی در ایران هشدار داده است (اسلام دوست، ۱۳۸۹). کمتر پدیده‌ای را می‌توان یافت که همانند اعتیاد، جوامع بشری را مورد تهدید قرار داده باشد. با وجود خطرات و عوارض ناشی از اعتیاد، هر روزه بر شمار قربانیان این دام مرگبار افزوده می‌شود و مشاهده‌ی صحنه‌های هولناک آن اکنون نتوانسته به عنوان هشدار جدی برای اجتناب سایر افراد به ویژه قشر جوان جامعه تلقی شود (یوسفی و خالدیان، ۱۳۹۱).

با توجه به پایین رفتن سن اعتیاد و نیز هزینه‌های انسانی و مادی مبارزه با عرضه و توزیع مواد و عوارض جسمی و روانی و صرف وقت هزینه‌های زیاد و درصد کم موفقیت و عدم انگیزه‌ی معتادان برای بهبودی که صرفاً جهت رفع خماری اقدام به دریافت درمان دارویی می‌نمایند می‌توان گفت درمان معتادان نتیجه چندان مطلوبی در پی نداشته باشد. و همچنین با توجه به بررسی‌های انجام شده به نظر می‌رسد ۰/۲۰ تا ۰/۹۰ معتادانی که تحت درمان دارویی قرار می‌گیرند، دچار عود می‌شوند (کمرزرین، خالدیان، شوشتری، و احمدی‌مهر، ۲۰۱۳). مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد، اثربخشی درمان‌های نگهدارنده دارویی، بدون مداخله‌های روانی اجتماعی، به علت تأکید صرفاً دارویی موفقیت چندان‌ی نداشته باشد (روزن، وارت، ویندت، برینک، یونگ و کربوف، ۲۰۰۶). به نظر می‌رسد

در مراکز بازپروری و کاهش آسیب به درمان‌های روان‌شناختی جهت تغییر نگرش سوء- مصرف کنندگان مواد، بیشتر نیاز داشته‌باشند، لذا ضرورت توجه به درمان‌های روان‌شناختی و غیردارویی بیش از پیش احساس می‌گردد (کمرزین، زارع، و بروکی میلان، ۱۳۹۱).

افسردگی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی است، و ممکن است یکی از عوامل فردی تأثیرگذار در اعتیاد باشد. به منظور درمان و جلوگیری از عود مکرر این بیماری لازم است اطلاعاتی در رابطه با روش گروه درمانی شناختی-رفتاری کسب کرد. بک<sup>۱</sup>، افسردگی بالینی (یا یک قطبی) را به عنوان نوعی اختلال مرضی تعریف کرد که شامل تغییراتی در پنج حوزه هیجانی، انگیزتی، رفتاری، شناختی و جسمانی می‌شود. افسردگی در شخص حالتی است حاکی از غمگینی و گرفتگی و بی‌حوصلگی و در بعد تشخیص بیماری در برگیرنده طیف وسیعی از اختلالات خلقی با زیرشاخه‌های متعدد است. خصوصیات اصلی و مرکزی حالات افسردگی کاهش عمیق میل به فعالیت‌های لذت-بخش روزمره مثل معاشرت، تفریح، ورزش، غذا و میل جنسی است. ناتوانی برای کسب لذت حالتی نافذ و پایا داشته و شدت آن بستگی به تعداد علائم و درجه نفوذ آن دارد (سادوک و سادوک<sup>۲</sup>، ۱۳۹۰). امید یکی از ویژگی‌های زندگی است که موجب می‌شود فرد به آینده امیدوار باشد و در جستجوی فردایی بهتر و به دنبال موفقیت باشد. وقتی امید وجود داشته باشد شادی و سرور در زندگی حضور خواهد داشت، به همین دلیل روان-شناسان در سال‌های اخیر به موضوع جدیدی تحت عنوان روانشناسی مثبت پرداخته‌اند (حسینی، ۱۳۸۸). امید مجموعه توانایی‌های فرد برای ایجاد گذرگاه‌هایی به سمت اهداف مطلوب و در ادامه داشتن انگیزه لازم برای استفاده از این مسیرهاست. امید هنگامی نیرومند است که هدف‌های ارزشمند را در برگیرد و با وجود موانع چالش‌انگیز ولی برطرف شدنی، احتمال دستیابی به آن هدف‌ها در میان مدت وجود داشته باشد (خالیدیان، غریبی، قلی زاده، و شاکری، ۱۳۹۲).

رویکرد شناختی-رفتاری برنقش تکلیف، واگذار کردن مسئولیت به درمان‌جو برای پذیرش نقش فعال در جلسات درمان و بیرون از آن، و استفاده از انواع راهبردهای شناختی

و رفتاری برای به وجود آوردن تغییر تأکید دارد. این روش درمانی بیشتر بر این فرض استوار است که بازسازی اظهارات فرد به بازسازی در رفتار و خلق او منجر می‌شود. در درمان شناختی-رفتاری تأکید بر به حداقل رساندن نگرش‌های منفی و خودشکن است و به بیمار کمک می‌شود دیدگاه واقع‌بینانه‌تری پیدا کند (کری ۲۰۰۶، ترجمه سید محمدی ۱۳۸۷). درمان شناختی-رفتاری با توجه به اینکه مستقیماً با افکار و احساسات سر و کار دارد و قابلیت بیشتری در ارزیابی فعالیت‌های بالینی دارد مورد توجه متخصصان بالینی است. به خصوص در فرایند برنامه‌ریزی برای درمان افسردگی توجه اکثر درمان‌گران را به خود جلب کرده است. در درمان شناختی-رفتاری علت اختلالات افکار خودآیند منفی می‌باشد، که این افکار خلق را پایین می‌آورد و پایین آمدن خلق نیز احتمال وقوع افکار خودآیند منفی را بیشتر می‌کند و به این ترتیب دور باطلی ایجاد می‌شود که در جهت تداوم افسردگی عمل می‌کند (هاوتون و همکاران ۲۰۰۵، ترجمه قاسم زاده ۱۳۸۶). اساس درمان شناختی-رفتاری در اعتیاد و عود آن مبتنی بر نارسایی‌های شناختی فرد از یک سو و کمبود مهارت‌های رفتاری مناسب برای مواجهه با فشارهای درونی و بیرونی و دستیابی به احساس شادکامی (یا فرار از احساسات عاطفی منفی) است؛ این مدل مجموعه‌ای از روش‌های مداخله رفتاری و شناختی را در برمی‌گیرد که با استفاده از آن‌ها می‌توان شناخت‌های غلط و ناکارآمد فرد معتاد را شناسایی و تصحیح و با تغییر مهارت‌های سازش، آثار سودمندی روی فرد گذاشته و کمبودهای موجود در گنجینه رفتاری و مهارت‌های اجتماعی او را به نحوی بازسازی و تقویت کرد که او مجبور نباشد در مواجهه با موقعیت‌های خطرآفرین یا بحرانی، به سوءمصرف مواد پناه ببرد (لیت، کادن، و کابلا کورمیر، ۲۰۰۹).

یکی دیگر از راهبردهای درمانی رایج برای کاهش ناامیدی و افسردگی در زندگی افراد، رویکرد معنادرمانی است. معنادرمانی روشی از رویکرد وجودی است که زمینه فلسفی و نظری عالی برای کار گروهی فراهم می‌آورد. کار گروهی معنادرمانی می‌تواند ساختار مفهومی را برای کمک به مراجعان جهت چالش یافتن معنی در زندگی‌شان

آماده کند. اصول و روش درمانی فرانکل را معنادرمانی تشکیل می‌دهد. معنادرمانی روشی است که در آن فرد در جهتی راهنمایی می‌شود که معنی زندگی خود را بیابد. بنابراین، اصول معنادرمانی تلاش برای یافتن معنی در زندگی است، که اساسی‌ترین نیروی محرکه هر فرد در دوران زندگی است (شعاع کاظمی و سعادت، ۱۳۸۹). لازمه جستجوی معنا مسئولیت شخصی است. هیچ کس و هیچ چیز دیگر نه پدر، نه مادر، نه همسر و نه مردم نمی‌توانند به ما احساس معنا و منظور در زندگی بدهند. این مسئولیت خود ما است که راهمان را پیدا کنیم و آنگاه که یافتیم در آن پایداری نماییم (کنگ و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹).

نتایج پژوهش خالیدیان و همکاران (۱۳۹۲)، با موضوع اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی نشان داد که درمان در کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی مؤثر است. پژوهش‌ها اثربخشی درمان شناختی را بر اختلال افسردگی نشان می‌دهند (کمرزین و همکاران، ۲۰۱۱؛ سیگل، اشتین‌هایر، فریدمن، تامپسون، و تاس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش پدرام، محمدی، نظیری، و آیین پرست (۱۳۸۹)، با موضوع اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر اهواز نشان داد جلسه‌های گروه‌درمانی شناختی-رفتاری تأثیری مثبت بر کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش امیدواری دارند. نتایج پژوهش رنجبر، اشک‌تراب، و دادگری (۱۳۸۹)، با موضوع بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر میزان افسردگی نشان داد گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی خفیف مؤثر می‌باشد. نتایج پژوهش خالیدیان، کمرزین و جلالیان (۱۳۹۳)، با موضوع اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی افراد معتاد به مواد مخدر نشان داد که درمان در کاهش افسردگی افراد معتاد مؤثر است. نتایج پژوهش خالیدیان و جلالیان (۱۳۹۴)، با موضوع اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر افزایش امید به زندگی افراد معتاد به مواد مخدر نشان داد که درمان در افزایش

امید به زندگی افراد معتاد مؤثر است. نتایج پژوهش کمرزرین و همکاران (۱۳۹۱)، با موضوع اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و بهبود علایم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد نشان داد که درمان بر افزایش خودکارآمدی و بهبود علایم اعتیاد مؤثر است. نتایج پژوهش بروکی-میلان، کمرزرین و زارع (۱۳۹۳)، با موضوع اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود مهارت های مقابله‌ای و علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد مخدر نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در بهبود راهبردهای مقابله‌ای و بهبود سلامت روانی و جسمانی بیماران وابسته به مواد مخدر مؤثر است. نتایج پژوهش غلامی، پاشا و سودانی (۱۳۸۸)، با موضوع اثربخشی آموزش معنادرمانی گروهی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دختر مبتلا به تالاسمی نشان داد که درمان بر افزایش امید به زندگی و سلامت عمومی و کاهش افسردگی مؤثر است. نتایج پژوهش قنبری زرنندی و گودرزی (۱۳۸۷)، با موضوع اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر ارتقای سلامت عمومی زنان آسیب دیده از زلزله (شهر زرنند)، نشان داد که درمان بر افزایش سلامت عمومی و کاهش افسردگی (به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت عمومی) مؤثر است. نتایج پژوهش مهری‌نژاد و رجبی مقدم (۱۳۹۱)، با موضوع بررسی اثربخشی معنادرمانی بر افزایش امید به زندگی معتادان با ترک کوتاه مدت نشان داد که درمان در افزایش امید به زندگی مؤثر است. نتایج پژوهش مشتاقی، علامه و آقایی (۱۳۹۰)، با موضوع تأثیر معنادرمانی گروهی بر ارتقا سلامت روان ناینیان شهر اصفهان، نشان داد که درمان سبب افزایش سلامت روان و کاهش افسردگی شده است. نتایج پژوهش شعاع کاظمی و سعادت (۱۳۸۹)، با موضوع بررسی تأثیر آموزش ابعاد معنادرمانی (مسئولیت، آزادی، ارزش‌ها و...) بر کاهش ناامیدی زنان مبتلا به سرطان نشان داد که آموزش معنادرمانی توانسته میزان ناامیدی را کاهش دهد.

هدف درمان شناختی گروهی آموزش مراجعان است تا بتوانند شناخت‌های ناکارآمد خود را شناسایی و با شناخت‌های کارآمد جایگزین کنند و با وقایع ناخوشایندی که ممکن است در زندگی آنان اتفاق افتد، کنار بیایند. همچنین از آنجایی که معنادرمانی و شرکت در گروه برای ایجاد حس همدردی و جلوگیری از تنهایی در افراد مؤثر است، محققین

در این تحقیق درصدد بودند با به کار بردن تکنیک‌های این روش تاثیر آن را در کاهش افسردگی و افزایش امیدواری در افراد معتاد بررسی نمایند. نتایج حاصل از این تحقیق می‌تواند برای مدیران نظام سلامت کاربرد داشته باشد تا با بهره‌گیری از نیروهای مجرب، توجه بیشتری به درمان‌های غیر دارویی نمایند و با این اقدام سرانه مصرف دارو کاهش یافته و بیماران عوارض جانبی دارویی کمتری را متحمل شوند و با صرف زمان و هزینه کمتری تعداد بیشتری از بیماران مبتلا به افسردگی، از این روش درمانی استفاده کنند. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی-رفتاری و معنادرمانی در کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در افراد معتاد به مواد مخدر می‌باشد.

## روش

### جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

طرح این پژوهش، آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه مورد مطالعه عبارت بودند از: مراجعین به مراکز متادون درمانی ترک اعتیاد نیکو سلامت شهرستان قروه در زمستان ۱۳۹۲ که تعداد آن‌ها در حدود ۱۰۰ نفر بود. ابتدا تعداد ۶۰ نفر از افراد معتاد مراجعه‌کننده به کلینیک ترک اعتیاد بر اساس نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند، سپس بر اساس نمرات پرسش‌نامه تعداد ۳۰ نفر از این افراد که در پرسش‌نامه افسردگی بک بالاترین و در پرسش‌نامه امید به زندگی شنایدر پایین‌ترین نمرات را گرفتند انتخاب شدند. سپس افراد بطور تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) تقسیم شدند. یک گروه آزمایش ۱۰ جلسه معنادرمانی به شیوه‌ی گروهی را دریافت نمودند، گروه دوم آزمایش ۱۳ جلسه روان‌درمانی رفتاری-شناختی گروهی را بر اساس دستور العمل مایکل فری (۲۰۰۵) دریافت کردند اما گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکرد.

## ابزار

۱- پرسش نامه افسردگی بک فرم تجدیدنظر شده<sup>۱</sup>: پرسش نامه ای ۲۱ ماده ای خود گزارشی است که برای ارزیابی افسردگی طراحی شده است. نمره دهی در طیف چهارگزینه ای از صفر تا سه است. فرد گزینه ای که با حال کنونی او بیشتر سازگار است را علامت می زند. نمره کل از صفر تا ۶۳ تغییر می کند. بک معتقد است فرم تجدید نظر شده می تواند وجود و شدت علایم افسردگی را در بیماران و جمعیت نرمال و همچنین نوجوانان و بزرگسالان نشان دهد. همسانی درونی این ابزار ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و برای گروه بیماران ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۰ گزارش شده است (خالدیان و همکاران، ۱۳۹۲). ضریب اعتبار در پژوهش حاضر از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

۲- پرسش نامه امیدواری: این پرسش نامه توسط اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱)، برای سنجش امیدواری ساخته شده و دارای ۱۲ گویه است که به صورت خودسنجی اجرا می شود. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی، و ۴ عبارت انحرافی است. دو خرده مقیاس عامل و راهبرد را اندازه گیری می کند. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و اعتبار بازآزمایی ۰/۸۰ در دوره های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، گزارش شده است (اشنایدر و لوپز، ۲۰۰۷). جهت روایی همبستگی نمرات آن با نمرات پرسش نامه های خوش بینی، انتظار دستیابی به هدف، و عزت نفس محاسبه و بین ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ و معنادار گزارش شده است (اشنایدر، ۲۰۰۲). ضریب اعتبار در پژوهش حاضر از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

## روش اجرا

محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری گروهی در جدول ۱ ارائه شده است.



## جدول ۱: محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری گروهی

جلسه	محتوا
مقدماتی	آماده‌سازی و تعیین اهداف، خوش آمدگویی، آشنایی با افراد گروه، معرفی مدل درمان شناختی-رفتاری، و اجرای پیش‌آزمون.
۱	آموزش بالا بردن انگیزه (امیدواری)، مشخص کردن و جنگیدن با برانگیزاننده‌ها و شناسایی آن‌ها، درک میل، توصیف میل و مقابله با میل، و اجتناب از نشانه‌ها.
۲	آموزش تقویت انگیزه و تعهد بیمار نسبت به ترک مصرف مواد، نظریه شناختی افسردگی. تمرین: دسته‌بندی باورها، شناسایی افکار خود آیند، شناسایی مقاومت‌های احتمالی در برابر درمان، و روش‌های پیشگیری، تمرین آرمش، تعیین تکلیف برای جلسه آینده.
۳	روشن‌سازی اهداف درمان، تزریق فکر، تمرین تزریق فکر، اولویت‌بندی سایر مسائل آماجی، بررسی و توجه به دوسوگرایی بیمار در رابطه با ترک مصرف مواد، و تعیین تکلیف برای جلسه بعد.
۴	مرور تکلیف جلسه قبل، انواع باورها، تمرین: دسته‌بندی باورها، ارزیابی دسترس‌پذیری مواد مخدر، شناسایی عرضه-کنندگان مواد (مقابله با دوستان و اعضای خانواده)، نحوه برخورد با عرضه‌کنندگان مواد، و تعیین تکلیف برای جلسه بعد.
۵	مرور تکلیف جلسه قبل، تهیه فهرست اصلی باورها، شروع فهرست اصلی باورها، نقشه‌های شناختی، سخنرانی آموزشی، بحث در مورد شیوه‌های ارتباطی اعضا، آموزش مهارت‌های امتناع از مواد مخدر، ایفای نقش در جلسه‌ی درمان، مرور تفاوت بین پاسخ‌دهی انفعالی، پرخاشگرانه و جرات‌ورزانه، تعیین تکلیف برای هفته آینده.
۶	مرور تکلیف جلسه قبل، تهیه فهرست از باورهایی که در تاریخ بشر و در زندگی خود شرکت‌کنندگان، تغییر کرده‌اند، آزمون باورها، تحلیل واقعیت، تمرین تحلیل عینی، تحلیل معیار، مدیریت اختلال افسردگی بدون اختلال وابستگی مواد، شناسایی و مقابله با افکار مرتبط با مواد و افسردگی، تعیین تکلیف برای هفته آینده.
۷	مرور تکلیف جلسه قبل، تحلیل سودمندی، سودمند بودن، و همسانی، تمرین تحلیل همسانی، آشنایی با مدل ABCD، تمرین عملی کار با مدل ABCD، ارائه‌ی گزارش، و تعیین تکلیف برای هفته آینده.
۸	مرور تکلیف جلسه قبل، تحلیل منطقی، تمرین: تحلیل منطقی، درک تصمیم‌های به ظاهر نامربوط، انکار، تردید، تصدیق و پذیرش، تمرین روی تصمیم‌گیری‌های سالم، و تکلیف برای جلسه بعد.
۹	مرور تکلیف جلسه قبل، تهیه سلسله مراتب، شروع به ایجاد باورهای مخالف، تفسیر و شناسایی علائم اولیه‌ی اغتشاش، پیش‌بینی موقعیت‌های خطر آفرین، تدوین یک برنامه‌ی مقابله‌ای، تکلیف برای جلسه بعد.
۱۰	مرور تکلیف جلسه قبل، تغییر ادراک‌ی، تمرین تکمیل برگه‌های تغییر ادراک‌ی، تمرین بازداری قشری اختیاری در یک گروه بزرگ، معرفی گام‌های اساسی مسئله‌گشایی، تمرین مهارت‌های مسئله‌گشایی (در مورد افسردگی و مصرف مواد برای هر کدام یک مورد و چگونگی تعامل بین این دو اختلال)، تکلیف برای هفته آینده.
۱۱	مرور تکلیف جلسه قبل، تمرین تنبیه خود-خودپاداش‌دهی، تدوین یک طرح نگهدارنده، شناسایی مسئله (مسائل روانی اجتماعی)، تعیین اهداف (شناسایی و اولویت‌بندی)، شناسایی منابع (راه‌حل‌ها و امکانات لازم)، مشخص کردن برنامه (تهیه‌ی یک برنامه‌ی حمایتی عینی و گام‌های لازم جهت دستیابی به اهداف)، تعیین تکلیف برای هفته آینده.
۱۲	مرور تکلیف، مرور برنامه، برنامه‌ای برای پیگیری و ارزیابی پس از درمان، ارائه‌ی بازخورد در مورد پیشرفت، دریافت بازخورد از بیمار در مورد جنبه‌های موفق و ناموفق درمان، اجرای پس‌آزمون، و برنامه‌ی اختتامیه.

محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری گروهی در جدول ۲ ارائه شده است.

## جدول ۲: محتوای جلسات معنادرمانی گروهی

جلسه	محتوا
۱	تعیین هدف گروه و قوانین گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، مشاوره و بحث در مورد اعتیاد و ارائه‌ی منشور گروه و قرارداد درمانی.
۲	بیان مشکل، بحث در مورد اعتیاد و بحث در مورد اثرات اعتیاد بر ایجاد اختلالات روانی.
۳	بیان فشرده‌ای از مفهوم‌ها و سرچشمه‌های معنایی و مسئولیت‌پذیری.
۴	تغییر نگرش‌ها و گرفتن معنا از طریق راه‌های کشف معنا.
۵	گرفتن معنا از خلق ارزش‌ها و مسئولیت.
۶	گرفتن معنا از میان تجربه‌ی ارزش‌ها و گرفتن معنا از آرزوها و امیدها.
۷	معنای مرگ، زندگی، آزادی و مسئولیت.
۸	مسئولیت، خودحمایتی، علاقه‌ی اجتماعی و غلبه بر یاس و افزایش امید به زندگی.
۹	حمایت عاطفی اعضا از یکدیگر، تکمیل جملات ناتمام برای تعامل اعضا، حمایت عاطفی اعضا با یکدیگر و تشویق اعضا برای درخواست حمایت عاطفی از یکدیگر.
۱۰	خلاصه و جمع‌بندی جلسات و اختتام، صحبت در مورد آموخته‌های خود در گروه، و اجرای پس-آزمون.

## یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۳ ارائه شده است.

## جدول ۳: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

گروه‌ها	نوع آزمون	افسردگی		امید به زندگی	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
شناختی-رفتاری	پیش آزمون	۴۰/۰۰	۴/۴۹	۱۶/۵۰	۱/۹۵
	پس آزمون	۳۲/۳۰	۳/۹۱	۲۱/۵۰	۲/۴۶
معنادرمانی	پیش آزمون	۴۰/۴۰	۴/۵۷	۱۶/۹۰	۱/۹۱
	پس آزمون	۳۲/۷۰	۳/۷۵	۲۰/۰۰	۱/۶۹
کنترل	پیش آزمون	۳۷/۶۰	۵/۰۵	۱۷/۲۰	۱/۷۵
	پس آزمون	۳۷/۷۰	۶/۹۰	۱۷/۹۰	۱/۳۷

برای بررسی اثربخشی درمان‌ها می‌بایستی از تحلیل کواریانس استفاده شود. یکی از پیش شرط‌های این تحلیل همبستگی شیب‌های رگرسیون است که در جدول ۴ ارائه شده است.

**جدول ۴: نتایج بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون برای افسردگی و امید به زندگی**

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
افسردگی	۸۸/۶۲	۱۴/۳۲۰	۰/۱۲
امید به زندگی	۳۲۱۰/۰۵	۲۶۳/۹۴	۰/۳۲

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود شرط همگنی شیب رگرسیون برقرار است. شرط دیگر برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این شرط در هر دو متغیر افسردگی ( $F=۰/۲۵, P>۰/۰۵$ )، و امید به زندگی ( $F=۲/۸۰, P>۰/۰۵$ ) داشت. بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام و نتایج حکایت از معناداری تفاوت داشت ( $F=۱۰/۲۹۰, P<۰/۰۰۱$ )،  $\lambda=۰/۲۱$ ، لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح زیر استفاده شد.

**جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت**

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
افسردگی	۱۵۹/۳۲	۱۵/۲۴۰	۰/۰۰۱
امید به زندگی	۲۱/۱۵	۹/۵۸۰	۰/۰۲

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در هر دو متغیر تفاوت معنادار وجود دارد. برای بررسی تفاوت‌ها با توجه به آن که سه گروه مورد مقایسه قرار گرفتند از آزمون بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است.

**جدول ۶: نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌ها**

متغیرها	گروه i	گروه j	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد میانگین	معناداری
افسردگی	معنادرمانی	شناختی-رفتاری	۰/۰۹	۱/۴۰	۰/۹۹
	کنترل		۷/۱۷	۱/۴۰	۰/۰۰۱
امید به زندگی	معنادرمانی	شناختی-رفتاری	-۱/۷۶	۰/۵۸	۰/۰۱
	کنترل		-۳/۴۰	۰/۶۱	۰/۰۰۱

همانگونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود هر دو روش درمانی موثر بوده‌اند. یعنی در مقایسه با گروه کنترل در کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی موفق‌تر بوده‌اند. اما تفاوت معناداری بین این دو روش درمانی وجود ندارد.

## بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی-رفتاری و معنادرمانی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در افراد معتاد به مواد مخدر می‌باشد. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که بین درمان شناختی-رفتاری و معنادرمانی در کاهش افسردگی تفاوت وجود ندارد، اما به صورت خیر معنادار درمان گروهی شناختی-رفتاری در افزایش امید به زندگی از معنادرمانی موثرتر بوده است. با توجه به اثربخش بودن درمان شناختی-رفتاری در کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی، نتایج با نتایج پژوهش‌های پدرام و همکاران (۱۳۸۹)، رنجبر و همکاران (۱۳۸۹)، کمرزین و همکاران (۱۳۹۱)، خالدیان و همکاران (۱۳۹۲)، خالدیان و همکاران (۱۳۹۳)، بروکی میلان و همکاران (۱۳۹۳)، خالدیان و جلالیان (۱۳۹۴)، و سیگل و همکاران (۲۰۱۱)، همسو می‌باشد. از نتایج دیگر پژوهش این بود که معنادرمانی گروهی در کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی مؤثر می‌باشد، که با نتایج پژوهش‌های قنبری زرنندی و گودرزی (۱۳۸۷)، غلامی و همکاران (۱۳۸۸)، شعاع کاظمی و سعادت (۱۳۸۹)، مشتاقی و همکاران (۱۳۹۰)، مهری نژاد و رجیبی مقدم (۱۳۹۱)، همسو می‌باشد. نکته مهم در کاربرد درمان گروهی این است که مقرون به صرفه، و منجر به تسهیل و تسریع فرایند درمان می‌شود. بسیاری از بیماران مبتلا به افسردگی به نوعی احساس منحصر به فرد بودن در زمینه مشکلات و افکار خود اذعان دارند. این احساس منحصر به فرد بودن باعث تشدید انزوای اجتماعی این بیماران می‌شود و انزوای اجتماعی احساس منحصر به فرد بودن را در آن‌ها تقویت می‌کند (رنجبر و همکاران، ۱۳۸۹). درمان گروهی به سهولت این امکان را فراهم می‌سازد که تعدادی از این افراد در یک مکان جمع شده و با یکدیگر رابطه برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابه خود به گفتگو بنشینند. از بین رفتن این احساس انحصار نه تنها باعث آرامش و راحتی افراد می‌شود بلکه به گسترش روابط در خارج از محیط درمانی کمک می‌کند. ضمن اینکه اعضای گروه در جریان تعامل، به یکدیگر کمک می‌کنند، یعنی در جریان درمان از یکدیگر حمایت می‌کنند، به هم اطمینان می‌دهند، پیشنهاد می‌کنند و بینش می‌دهند. در راستای تبیین نتایج حاصل از

این پژوهش باید گفت: نظام فکری فرد افسرده را افکار منفی او درباره‌ی خود، تجربه جاری و آینده تشکیل می‌دهند. افکار منفی فرد افسرده درباره‌ی تجربه، شامل تعبیرهای او از اتفاقاتی است که برای وی رخ می‌دهد. او موانع منفی را به صورت موانع غیر قابل گذر تعبیر می‌کند، حتی زمانی که دیدگاه‌های مثبت معقول‌تری درباره‌ی تجربه‌ی او وجود دارد. او به منفی‌ترین تعبیر ممکن درباره‌ی 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 می‌کند، باور دارد وقایع منفی که اکنون برای او رخ می‌دهند به دلیل نقایص شخصی او در آینده هم ادامه خواهند یافت و در نتیجه باعث ناامیدی در فرد می‌شود (بک و همکاران، ۱۹۷۹). درمان شناختی-رفتاری بر تمایل منفی در فرایند اطلاعات که نتیجه‌ای از تحریف تفسیرها از خود، محیط و آینده، که با باورهای ناسازگارانه‌ای که به وسیله‌ی فرد برانگیخته می‌شود، ارتباط دارد، تأکید می‌کند. تکنیک‌های شناختی-رفتاری با به چالش کشیدن افکار منفی، برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف را تقویت کرده و افسردگی را کاهش می‌دهند (هالون<sup>۱</sup>، ۱۹۸۱). از آنجائی که بین افسردگی و امید به زندگی رابطه منفی وجود دارد (فلدمن و اشنايدر، ۲۰۰۵)، این احتمال وجود دارد که همین کاهش افسردگی نیز منجر به افزایش امید به زندگی گردد. در این روش بیمار تشویق می‌شود تا رابطه میان افکار خودآیند منفی و احساس افسردگی خود را به عنوان فرضیه‌هایی که باید به بوته‌ی آزمایش گذاشته شود تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار خودکار منفی است، به عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار بهره گیرد. درمان شناختی-رفتاری می‌کوشد که درمانجو را به نوعی تجربه همکارانه تشویق نماید و طی آن از تجارب خود بیمار در یک رشته آزمایش‌های رفتاری به منظور ارزیابی درستی و نادرستی آن باورها سود برد (مهریار، ۱۳۷۳). بر اساس نظریه افسردگی بک، انسان‌ها براساس چند رویداد منفی تعمیم افراطی می‌دهند و فکرشان را تخریب می‌کنند (هاوتون و همکاران، ۱۹۸۹؛ ترجمه قاسم زاده، ۱۳۸۶). باتوجه به اینکه افراد معتاد ممکن است نسبت به زندگی خود افکار منفی داشته

باشند، می توان گفت که شرکت در چنین جلساتی می تواند بسیاری از تحریفات شناختی از قبیل بایدها و الزامات را تصحیح و به جای آن واژه‌های گاهی اوقات را جایگزین کند. فرد را از حالت گزینش شخصی و استنباط‌های شخصی خارج و او را نسبت به محیط منعطف‌تر می کند. و باعث کاهش افسردگی و در نتیجه افزایش امید به زندگی در این افراد گردد.

در تبیین دیگر می توان گفت: در معنادرمانی بر روی این نکته که افسردگی و ناامیدی به علت بی معنا شدن زندگی ایجاد می شود، تأکید می شود. به عبارتی وقتی فرد به علت مسائل و مشکلاتش زندگی را بی معنا می پندارد، دچار افسردگی و ناامیدی می شود. زندگی را سراسر هراس می بیند که به هیچ روشی نمی تواند بر این هراس خود غلبه کند، خود را موجودی دست و پا بسته در مقابل حوادث روزگار می بیند. فردی که دچار اعتیاد است فردی است که زندگی را بی معنا می بیند و احساس می کند به آخر خط زندگی رسیده است، بدون اینکه به ارزش و هدف زندگی پی ببرد. هدفمندی، و امیدواری در زندگی از اجزاء تحکیم بخشنده‌ی سلامت روان هستند. وجود هدف و معنا در زندگی می تواند به افراد بیمار کمک کند تا بر افسردگی، و ناامیدی خود چیره شوند و با تکیه بر آزادی در گزینش زندگی، مسئول زندگی باشند. در شیوه‌ی معنادرمانی فرانکل، گمان بر این است که چنانچه فرد در زندگی هدف و معنایی داشته باشد توانا خواهد بود تا بر افسردگی، ناامیدی و به عبارتی بر اختلال‌های روانی چیره گردد و با تکیه بر آزادی در گزینش زندگی، مسئول زندگی و وجودش باشد. معنا درمانی می کوشد فرد را به گونه‌ای بسنده از وظیفه‌ی مسئولیت‌پذیری خود آگاه سازد و این وظیفه را بر عهده‌ی فرد می گذارد که گزینش کند که در برابر چه کسی و چه چیزی مسئول است. این شیوه در کاهش افسردگی، و افزایش امید به زندگی موثر بوده است. بیمار با معنادرمانی می آموزد که دست از نگرانی بردارد و به چیز دیگری توجه کند که این باعث افزایش امید به زندگی می گردد. در عمل، فرانکل در دگرگون کردن توجه و دقت بیماران از نگرانی‌های بی-مورد و نوروپتیک به مسائل اساسی‌تر هستی و معنی کاملاً موفق بود. بنابراین معنادرمانی نشانه‌های بیماری را برطرف می سازد و فرد را توانا می سازد تا با دشواری‌های اساسی

زندگی رودر رو شود و به بهزیستی و سلامت روان برسد، که این نیز می‌تواند منجر به کاهش افسردگی و افزایش امیدواری در افراد معتاد گردد (کمزورین، ۲۰۱۳). از دیدگاه معنادرمانی یکی از اهداف اصلی کمک به افراد، یافتن معنایی برای زندگی است. وقتی که آن‌ها چنین فکر نمی‌کنند، ناتوان و دچار افسردگی می‌شوند، بنابراین علت ناامیدی در این است که ما باور نداریم زندگی با معناست (بابلی، ۲۰۰۰). شرکت در چنین جلسات آموزشی با تأکید بر معنا، هدف و ارزش‌های زندگی و همچنین تعامل با هم‌تایان خود مسئولیت‌پذیری را در فرد افزایش می‌دهد. فرد با قبول این مسئولیت و پذیرش شرایط فعلی خود به فعالیت و تلاش برای بهبود خود تشویق می‌شود. این امر زمینه را برای افزایش امید به زندگی و کاهش افسردگی فراهم می‌کند. در واقع، با توجه به نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی مراجع محوری راجرز، گشتالت‌درمانی و معنادرمانی فرانکل اصل پذیرش مسئولیت از اهمیت خاصی برخوردار است. فرد با حس مسئولیت احساس می‌کند که کنترل امور و اوضاع زندگی‌اش از دستش خارج نشده و می‌تواند با قبول مسئولیت و انجام فعالیت‌هایی کنترل اوضاع را در دست داشته باشد. احساس حاکمیت و تسلط بر امور زندگی و تغییر کنترل درونی به کنترل درونی ناامیدی و یأس در رسیدن به خواسته‌ها در فرد می‌انجامد. از طریق این گونه مداخلات به بیمار کمک می‌شود تا زمان حال و بهبود فعلی خود را کوچک تلقی نکند و از آینده‌ای که هنوز نیامده، یأس و ترس نداشته باشد و باعث افزایش امید به زندگی گردد. یافتن معنی در زندگی حاصل مشغولیت است که احساس تعهد نسبت به آفریدن، عشق ورزیدن، کار کردن، و سازندگی است. گزینش هدف و یافتن معنی در زندگی می‌تواند به افراد شکست خورده و آسیب دیده کمک کند تا بر افسردگی و ناامیدی خود چیره شوند و مسئولیت زندگی‌شان را بپذیرند (کمزورین، ۲۰۱۳).

کوتاه سخن این‌که با داشتن آگاهی می‌توان بر اساس روش‌های مشاوره‌ای میزان مشکلات را در افراد در آستانه اعتیاد کاهش داد و خطر وقوع افزایش اعتیاد را کاهش داد، یعنی باید به افراد آموزش دهیم که چشم بسته در دام تبلیغات منفی و اعتیاد قرار نگیرند و هدف این است که از اعتیاد که مانع رشد و رسیدن به هدف مطلوب در جوامع

می‌شود، جلوگیری کرد. انجام تکالیف شفاهی به جای تکلیف نوشتاری در درمان شناختی-رفتاری به دلیل کم‌سوادی برخی از شرکت‌کنندگان از محدودیت‌های پژوهش بود. با توجه به افزایش مصرف مواد پیشنهاد می‌شود در سطح کشور پژوهش‌های جامعی در مورد میزان مصرف مواد صورت بگیرد. پیشنهاد می‌شود جهت آشنا سازی افراد جامعه با اعتیاد و عوارض آن کارگاه‌های آموزشی برگزار گردد و مسئولین، متخصصان و دست-اندرکاران جامعه برنامه مدون و جامعی را برای کاهش مصرف مواد در جامعه تدوین کنند. از پیشنهادات دیگر انواع برنامه‌های پیشگیری و درمان و جلوگیری از بازگشت می‌باشد. برنامه‌هایی مانند: مقابله با عرضه مواد مخدر توسط دولت؛ نقش مهم رسانه‌های گروهی در افزایش شناخت افراد از معضلات اعتیاد؛ نقش مهم والدین در تعاملات‌شان با همدیگر و همچنین با فرزندان؛ آموزش افراد برای مهارت نه گفتن؛ آموزش مقاومت در برابر فشار همسالان ... نتایج پژوهش حاضر علاوه بر کاربردی بودن برای پیشگیری افراد به اعتیاد، فایده بسیاری، برای مشاوران خانواده، درمانگران، روانپزشکان، مسئولان دانشگاه برای برخورد دقیق با اعتیاد دارد.

۷۸

78

## منابع

- اسلام دوست، ثریا. (۱۳۸۹). *اعتیاد (سبب شناسی و درمان)*. تهران: انتشارات پیام نور.
- بروکی میلان، حسن؛ کمرزین، حمید؛ زارع، حسین. (۱۳۹۳). موضوع اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۸(۳۰): ۱۴۳-۱۵۵.
- پدرام، محمد؛ محمدی، مسعود؛ نظیری، قاسم؛ آیین پرست، ندا (۱۳۸۹). اثر بخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه علمی-پژوهشی زن و جامعه*، ۱(۴): ۶۱-۷۵.
- حسینی، سیده مونس. (۱۳۸۸). رابطه امید به زندگی و سر سختی روانشناختی. *مجله اندیشه و رفتار*، ۳(۱۲): ۶۵-۵۷.
- حمید، نجمه؛ بشلیده، کیومرث؛ عیدی بایگی، مجید؛ دهقانی زاده، زهرا. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی روان درمانی شناختی<sup>۱</sup> رفتاری مذهب محور بر افسردگی زنان مطلقه. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۱(۱): ۶۴-۵۴.
- خالدیان، محمد؛ جلالیان، عسگر. (۱۳۹۳). اثر بخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری بر افزایش امید به زندگی افراد معتاد به مواد مخدر. *فصلنامه دانش‌انتظامی*، ۱۷(۱): ۳۳-۴۵.



خالديان، محمد؛ غریبی، حسن؛ قلی زاده، زلیخا؛ شاکری، رضا. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۳(۲): ۲۶۱-۲۷۹.

خالديان، محمد؛ کمزرتین، حمید؛ جلالیان، عسگر. (۱۳۹۳). اثر بخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی افراد معتاد به مواد مخدر. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۱۸(۲۹): ۷۷-۸۸.

رنجبر، فرح‌دخت؛ اشک تراب، طاهره؛ دادگری، آتنا. (۱۳۸۹). بررسی اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر میزان افسردگی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۸(۴): ۳۰۶-۲۹۹.

سادوک، جیمز؛ سادوک، آلکوت (۱۳۹۰). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی، ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۱۱).  
شعاع کاظمی، مهر انگیز؛ سعادت، معصومه. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش ابعاد معنادرمانی (مسئولیت، آزادی، ارزش‌ها و...) بر کاهش ناامیدی زنان مبتلا به سرطان. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، ۳(۱ و ۲): ۴۸-۴۰.

غلامی، مریم؛ پاشا، غلامرضا؛ سودانی، منصور. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش معنا درمانی گروهی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دختر تالاسمی. مجله دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۴۲(۲۵): ۴۵-۲۵.

فری، مایکل. (۱۳۸۴). راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی. مترجمان مسعود محمدی، رابرت فرنام. تهران: رشد (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۵).

قنبری زرندی، زهرا؛ گودرزی، محمود. (۱۳۸۷). اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر ارتقای سلامت عمومی زنان آسیب دیده از زلزله. مجله تحقیقات زنان، ۲(۴): ۶۶-۵۷.

کمزرتین، حمید؛ زارع، حسین؛ بروکی میلان، حسن. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و بهبود علایم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۶(۲۲): ۷۵-۸۵.  
کوری، جerald. (۱۳۸۷). نظریه و کاربرد مشاوره و رواندرمانی. (مترجم: یحیی سید محمدی). تهران: نشر ارسباران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۸).

مشتاقی، مرضیه؛ علامه، سید فرید؛ آقایی، اصغر. (۱۳۹۰). تأثیر معنا درمانی گروهی بر ارتقا سلامت روان نابینایان شهر اصفهان. مجموعه مقالات اولین همایش روانشناسی سلامت اهواز.

مهری نژاد، سید ابوالقاسم؛ رجیبی مقدم، سارا. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی معنادرمانی بر افزایش امید به زندگی معنادان با ترک کوتاه مدت. مجله مطالعات روانشناسی بالینی، ۲(۸): ۲۹-۴۲.

مهربار، امیر هوشنگ (۱۳۷۳). افسردگی، برداشتها و درمان شناختی. تهران: انتشارات رشد.  
هاوتون، کیت؛ سالکوس کیس، پاول؛ کرک، جوان؛ کلارک، دیوید. (۱۳۸۶). رفتار درمانی شناختی (ترجمه حبیب الله قاسم زاده). تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۷).

- یوسفی، ناصر؛ خالدیان، محمد. (۱۳۹۱). بررسی عوامل فردی، خانوادگی و محیطی گرایش افراد به مواد مخدر و اعتیاد. فصلنامه مطالعات پیشگیری از جرم، ۷(۲۵): ۷۷-۹۴.
- Baboli, A. (2000). Evaluation of manager s burnout to Boys government high schools in Tehran city. *Journal of Education Management*, 26:44-60.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford press.
- Hollon, S. D. (1981). *Comparisons and combinations with alternative approaches* in L. P.
- Kamarzarrin, H. (2013). The effectiveness of the logo therapy ° based group counseling on reducing anxiety and increasing the life expectancy among mothers of the children of divorce. *World of Sciences Journal*, 1(8): 79 ° 88 .
- Kamarzarrin, H., khaledian, M., Shooshtari, M., & Ahmadimehr, Z. (2013). A Study on efficiency of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on increasing Self-Efficacy and improving addiction symptom among Drug Dependency Patients. *Technical Journal of Engineering and Applied Sciences*, 3(13): 1297-1304.
- Kang, K., Jea, I.M., Kim, I.M., Hee-su, K., Shingjeang, K., Mi-Kyung, S., & Sonyong, S. (2009). The effect of Logotherapy on the suffering, finding meaning, and spiritual well-being of Adolescents with Terminal cancer. *Journal of Current Directions in Psychological Science*, 1(12): 312- 319.
- Litt, M. D., Kadden, R.M., & Kabela-Cormier, E. (2009). Individualized assessment and treatment program for alcohol dependence: Results of an initial study to train coping skills. *Addiction*, 104(11): 1837-1848.
- Roozen HG, Waart RD, Windt D, Brink W, Yong CA & Kerkbof AF. (2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology*, 16: 311-323.
- Siegle, G., Steinhauer, S., Friedman, E., Thompson, W., & Thase, M. (2011). Remission Prognosis for cognitive therapy for Recurrent Depression Using the Pupil: Utility and Neural Correlates. *Biological Psychiatry*, 69(8): 726-733.
- Snyder, C. R., Lopez, S.J. (2007). *Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths*. New York, Sage publication Inc.
- Snyder, C.R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychology Inquiry*, 13: 249-75.
- Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S.A., Irving, S.A., Sigmon, S., & et al. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*: 60(4): 570-85.