

## تأثیر گروه درمانی شناختی-انسانگرایی بر افسردگی و هدف در زندگی دانشجویان دختر افسرده\*

The Effect of Cognitive-Humanistic Group Therapy on Depression and  
Purpose in Life of the Depressed Female Students\*

Mona Cheraghi✉

Mehrdad Kalantari, Ph.D.

Hossein Moulavi, Ph.D.

Abbas Shafti, Ph.D.

مونا چراغی\*\*  
دکتر مهرداد کلانتری\*\*\*  
دکتر حسین مولوی\*\*\*  
دکتر عباس شفتی\*\*\*

### Abstract

Having meaning or purpose-in-life (PIL) is one of the characteristics of mental health. Studies have shown that depressed subjects are weak in meaning and PIL. Therefore, it seems necessary that promotion of meaning and PIL be taken into account in their treatment. Cognitive-Humanistic Therapy (CHT) is one of the new approaches toward depression, which is recently offered by R. Nelson-Jones, but it has not yet been widely investigated. This method of treatment consists of two parts of Life Skills Therapy (LST) and Mental Discipline Therapy (MDT). The purpose of this study was to investigate the effect of cognitive-humanistic group therapy on the severity of depression symptoms and PIL questionnaire's scores in female students in Isfahan University. 24 female students were randomly selected among those referring to the Counseling Center of Isfahan University. At the next

### چکیده

یکی از مشخصه‌های سلامت روان، دارا بودن معنا یا هدف در زندگی می‌باشد. تحقیقات نشان داده است که افراد افسرده دچار ضعف در معنا و هدف در زندگی می‌باشند. بنابراین باید در درمان این دسته از مراجعان ارتقای سطح هدف در زندگی نیز مورد توجه قرار گیرد. درمان شناختی-انسانگرایی (CHT) یک رویکرد درمانی جدید است که اخیراً توسط نلسون - جونز ارائه و تاکنون مورد بررسی و پژوهش واقع نشده است. این روش درمانی از دو بخش درمان مهارت‌های زندگی (LST) و درمان انضباط ذهنی (MDT) تشکیل شده است. هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی-انسانگرایی به شیوه گروهی بر شدت علائم افسردگی و هدف در زندگی در دانشجویان دختر افسرده دانشگاه اصفهان بوده است. نمونه مورد پژوهش متشکل از ۲۴ دانشجوی دختر بود که تشخیص افسردگی

\* Faculty of Education and Psychology University of Isfahan, I.R.Iran ✉ mona.cheraghi@yahoo.com  
Tel. (+98) 912 39 36 568

\* تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۴/۱۹ تصویب نهایی: ۱۳۸۶/۱۱/۲۱

ه ه کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مدرس دانشگاه پیام نور کرمان  
ه ه ه دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان

stage, these students were randomly assigned into two experimental and control groups. Then the BDI and the Crumbaugh & Maholicks PIL questionnaires were administered as the pre-test for both groups. After that, 10 sessions of group therapy were conducted for the experimental group. Immediately after the last session, and also 15 days later, the same test was administered to both groups as the post-test and the follow-up. The results of the analysis of covariance showed that CHT had significantly decreased the severity of depressive symptoms in the experimental group as compared to the control group in the post-test and follow-up phases ( $p < 0.00$ ). The effect of CHT on the PIL scores in the post-test was not significant, but the difference between the two groups was significant in terms of PIL scores in the follow-up phase ( $p < 0.50$ ).

**Keywords:** Cognitive-Humanistic Therapy (CHT), depression, purpose in life.

دریافت کرده بودند. آزمودنی‌ها به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. پیش آزمون که شامل سیاهه افسردگی بک و پرسشنامه هدف در زندگی کرامباف و ماهولیک بود، بر روی اعضای دو گروه اجرا شد. سپس CHT در قالب ۱۰ جلسه گروه درمانی روی افراد گروه آزمایش اجرا گردید. بلافاصله بعد از پایان جلسات درمان از هر دو گروه پس آزمون و ۱۵ روز بعد از پایان جلسات، آزمون پیگیری گرفته شد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که گروه درمانی شناختی-انسانگرایی توانسته است شدت افسردگی افراد گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری کاهش دهد ( $p < 0.00$ ). تأثیر این شیوه درمانی بر نمرات هدف در زندگی در مرحله پس آزمون معنادار نبود. اما دو گروه در مرحله پیگیری تفاوت معناداری در نمرات پرسشنامه هدف در زندگی نشان دادند ( $p < 0.50$ ).  
کلید واژه‌ها: درمان شناختی-انسانگرایی، افسردگی، هدف در زندگی، معنا.



## ● مقدمه

در بین درمان‌های مطرح برای مقابله با افسردگی، شناخت درمانی از اهمیت بیشتری برخوردار است و به عنوان درمان انتخابی این اختلال به شمار می‌رود. شناخت درمانی دارای پشتوانه محکمی از مشاهدات بالینی منظم، آزمونهای تجربی، امکان پژوهش و فرمول بندی‌های نظری می‌باشد که آن را از سایر رویکردهای درمانی ممتاز ساخته است (پروچاسکا<sup>۱</sup> و نورکراس<sup>۲</sup>، ۱۳۸۱). اما با وجود مزیت نسبی این روش درمانی نسبت به سایر درمان‌های مطرح در افسردگی، شناخت درمانی نیز در تبیین کامل افسردگی و درمان قطعی آن ناموفق بوده است (یونسی، ۱۳۸۱). در دنیای امروز، احساس پوچی و نیافتن معنا در زندگی، سلامت روان افراد را تهدید می‌کند و گاهی زمینه ساز ابتلای او به اضطراب و افسردگی می‌شود. بنابراین باید نقش مهم این موارد در سبب شناسی و درمان اختلالات روانی، توسط روان درمانگران مورد توجه قرار گیرد (نلسون-جونز، ۲۰۰۳؛ عنایت‌الله، ۲۰۰۵؛ فرانکل<sup>۳</sup>، ۱۳۶۷). شناخت درمانی که

در سالهای اخیر از مهمترین و کاراترین درمانهای موجود برای افسردگی به شمار می‌رفت، از پرداختن به نیازهای معنایی افرادی غافل مانده و تنها نقش شناختیهای معیوب و افکار خودآیند منفی را در ایجاد افسردگی مطرح نظر قرار داده است. در حالی که نداشتن هدف در زندگی و یافتن معنا برای رویدادهای جاری نقش مهمی در ایجاد افسردگی دارد.

امروزه در تبیین آسیب‌های روانی علاوه بر سه بعد «زیستی»، «روانی» و «اجتماعی»، بعد چهارمی تحت عنوان بعد «معنوی» نیز مورد توجه قرار می‌گیرد. این امر لزوم وجود مداخلات درمانی که بعد معنوی را نیز شامل شوند، مشخص تر می‌سازد. همچنین در تعریف سلامت روان نیز تنها به عدم وجود نشانه‌های اختلال بسنده نمی‌شود، بلکه بالندگی و پویایی و حرکت در جهت رشد و دارا بودن هدف در زندگی، از مهمترین ملاکهای سلامت روان به شمار می‌آیند (سلیگمن و سیکرنتیمیهالی، ۲۰۰۰) به این ترتیب روان درمانی نیز تنها به معنی فرآیند رفع نشانه‌های اختلال نمی‌باشد بلکه روان درمانی باید علاوه بر حذف نشانه‌های اختلال، مراجع را به سوی رشد، بالندگی و یافتن معنا یا هدف در زندگی رهنمون گردد (نلسون-جونز، ۲۰۰۳). بنابراین لازم است رویکردهای درمانی جدیدتری که در درمان اختلالات روانی خصوصاً افسردگی به چهار بعد مذکور توجه کنند، مورد مطالعه قرار گرفته و به بوته آزمایش گذاشته شوند.

«درمان شناختی-انسانگرایی»<sup>۴</sup> (CHT) یک رویکرد جدید درمانی می‌باشد که توسط نلسون-جونز ابداع شده است. این درمان از دو بخش اصلی «درمان مهارتهای زندگی»<sup>۵</sup> (LST) و «درمان انضباط ذهنی»<sup>۶</sup> (MDT) تشکیل شده است. هدف درمان شناختی-انسانگرایی این است که با آموزش مهارتهای زندگی و انضباط ذهنی به مراجع، نشانه‌های اختلال را در وی کاهش داده و او را به سطحی فراتر از کارکرد بهنجار راهنمایی کند (نلسون-جونز، از مزایایی که درمان شناختی-انسانگرایی نسبت به شناخت درمانی دارد این است که درمان شناختی-انسانگرایی یک رویکرد درمانی چندوجهی است که علاوه بر توجه به افکار خودآیند منفی و فرضهای ناکارآمد به عنوان مهارتهای شناختی معیوب در مراجع، مهارتهای ارتباطی و عمل معیوب و نیازهای معنایی او را نیز مورد توجه قرار می‌دهد. به عبارت بهتر می‌توان گفت درمان شناختی-انسانگرایی، شناخت درمانی را در بر می‌گیرد و آن را تکمیل می‌کند.

#### ○ مرحله اول: درمان مهارتهای زندگی (LST)

در این بخش از درمان به مراجع کمک می‌شود تا مهارتهای زندگی اعم از مهارتهای ذهنی،

ارتباط و عمل را که فاقد یا دچار ضعف در آنهاست را شناسایی کرده و بیاموزد. زیرا در این رویکرد درمانی فرض بر آن است که ضعف در مهارت‌های زندگی، زمینه ساز ابتلا به انواع اختلالات روانی از جمله افسردگی است. بنابراین آموزش مهارت‌های زندگی به افراد، باعث رفع نشانه‌های اختلال در آنها می‌شود (نلسون - جونز، ۲۰۰۳). مهارت‌های زندگی عبارت است از مجموعه‌ای از توانایی‌ها که زمینه سازگاری و رفتار مثبت و مفید را فراهم می‌آورد. این توانایی‌ها به فرد کمک می‌کند تا نقش و وظایف فردی و اجتماعی خود را به درستی ایفا کند. مهارت‌هایی که به مهارت‌های زندگی موسوم هستند زیادند و ماهیت و تعریف آنها نسبت به فرهنگ‌ها و موقعیت‌ها تغییر می‌یابد (طارمیان، ماهجویی و فتحی، ۱۳۷۸). از نظر بروک<sup>۶</sup> (۱۹۸۴) به نقل از گینتر، (۱۹۹۹). در تعریف مهارت‌های زندگی باید موارد زیر مورد توجه قرار گیرند:

۱. محدوده‌های کاملاً مشخص و متعددی در فرآیند رشد انسان وجود دارند. این محدوده‌ها عبارتند از: محدوده‌های روانشناختی، بدنی - جنسی، شناختی، من، اخلاقی، عاطفی و شغلی.  
۲. رفتارهای مقابله‌ای که مناسب هر سن و مرحله‌ای باشند برای هر کدام از این محدوده‌ها باید مشخص شوند.

۳. هر محدوده رشدی شامل مراحل مشخصی می‌باشد. فرد باید برای رفتن به مرحله بعد رشدی بر مرحله قبلی فائق گردد.

۴. تکمیل فرآیند رشد مستلزم تسلط بر مهارت‌های زندگی می‌باشد.

۵. به طور کلی هر یک از مهارت‌های زندگی به صورت بهینه در محدوده سنی خاصی آموخته می‌شوند.

۶. افراد وقتی به کارکرد بهینه دست می‌یابند که تسلط عملی به مهارت‌های زندگی اساسی داشته باشند.

۷. در موارد زیادی نوروها و سایکوزهای کارکردی نتیجه عدم رشد مهارت‌های زندگی خاصی می‌باشند.

۸. اگر مهارت‌های زندگی در محدوده سنی مناسبی آموخته شوند می‌توانند نقش مهمی در پیشگیری و سلامت روان داشته باشند.

۹. آموزش مهارت‌های زندگی در هنگام مواجهه فرد با آشفتگی‌های روانی یا هیجانی می‌تواند خاصیت درمانی داشته باشد.

۱۰. هر چه آشفتگی کارکردی فرد بیشتر باشد نشانگر این موضوع است که فرد نقص‌های پیچیده‌تری در مهارت‌های زندگی دارد.

### ○ مرحله دوم: درمان انضباط ذهنی (MDT)

یکی از مشخصه‌های شخصیت سالم حرکت در مسیر رشد معنوی و داشتن معنا و هدف در زندگی است (سلیگمن و سیکز نتمیهالی، ۲۰۰۰). بنابراین در جریان بخش دوم «درمان شناختی-انسانگرایی» (MDT)، سعی بر آن است تا با استفاده از آموزه‌های معنوی حرکت فرد در مسیر شکوفایی استعدادهای انسانی تسهیل شود. در مرحله «درمان مهارت‌های زندگی» با آموزش مهارت‌های زندگی مورد نیاز مراجع، وی به کارکرد بهنجار دست می‌یابد و در مرحله دوم با آموزش انضباط ذهنی او قادر می‌شود استعدادهای خود را شکوفا نموده و به فردی رشد یافته تبدیل شود. قبل از ورود به این مرحله از درمان درمانگر باید مطمئن شود که مراجع نسبت به مسایل معنوی احساس نیاز می‌کند و تمایل به ایجاد تغییر مثبت در روند زندگی خود دارد. نلسون - جونز در مورد بخش اول «درمان مهارت‌های زندگی» توضیحات دقیق و چارچوب درمانی مشخصی ارائه کرده است. اما به نظر او «درمان انضباط ذهنی» هنوز تکمیل نشده است و نیازمند مطالعه و بررسی بیشتر می‌باشد. او به صورت کلی عنوان می‌کند که هدف «درمان انضباط ذهنی» آموختن رفتارهای زیر به مراجع است: صبر و تحمل، زندگی ساده بدون نیاز به فخر فروشی و یا رقابت با دیگران، قدردانی از دیگران، سعی و تلاش برای خوشحال ساختن دیگران، برخورد همدلانه با افرادی که رنج می‌کشند، خوشحال شدن از شادی و خوشبختی دیگران، نودوستی خدمت بدون چشم داشت و به عهده گرفتن مسئولیت شخصی (نلسون - جونز، ۲۰۰۳). با توجه به اهمیت اهداف درمانی در «درمان انضباط ذهنی»، محققان بر آن شدند که با حفظ چارچوب اصلی درمان به تکمیل و ترسیم آن پردازند. مهمترین منبع مورد استفاده در این زمینه آموزه‌های معنوی چوپرا<sup>۱</sup> (۱۳۷۶) و پک<sup>۲</sup> (۱۳۷۹) بوده است. زیرا این دو از نویسندگان پیشکسوت در حیطه آموزه‌های معنوی بوده‌اند (مک کورمیک، ۱۹۹۷).

هدف نهایی «درمان انضباط ذهنی»، کسب فلسفه و نگرش جدید نسبت به زندگی توسط مراجع می‌باشد. به عبارت بهتر در این رویکرد درمانی معنویت مورد توجه بوده است نه مذهب. زیرا در مطالعات روانشناختی استفاده از مفهوم معنویت کلی‌تر و مفیدتر از مذهب می‌باشد (کونینگ، ۲۰۰۴). درمان شناختی-انسانگرایی، درمانی فراتر از درمان شناختی-مذهبی می‌باشد. در این درمان بر مذهب خاصی تأکید نمی‌شود. این مورد از مزایای مهم درمان شناختی-انسانگرایی است. زیرا وقتی درمان متمرکز بر آموزه‌ها و قواعد مذهب خاصی طراحی شده باشد، تعمیم آن در مورد مراجعان معتقد به سایر مذاهب و یا افرادی که به مذهب خاصی معتقد نیستند محدود می‌گردد.

به نظر نلسون - جونز «درمان مهارت‌های زندگی» و «درمان انضباط ذهنی» در هم تنیده‌اند (نلسون-جونز، ۲۰۰۳). به نظر او مسایلی که در بخش «درمان انضباط ذهنی» مطرح می‌شوند می‌توانند به عنوان قوانین ذهنی در بخش «درمان مهارت‌های زندگی» ارائه گردند. بدین ترتیب برنامه درمانی در قالب ۱۰ جلسه گروه درمانی طراحی شد که موضوع مورد توجه در هر جلسه از این قرار بود:

#### □ بخش اول: درمان مهارت‌های زندگی (LST)

- جلسه اول: معارفه، آشنایی اعضا با چارچوب درمان و مقررات گروه معرفی مهارت‌های زندگی و انواع آن، تعیین مهارتهایی که اعضا نیازمند آموختن آنها هستند.
- جلسه دوم: آموزش مهارت‌های حل مساله و برنامه ریزی
- جلسه سوم: آموزش مهارت‌های تفکر منطقی و گفتگو با خود
- جلسه چهارم: آموزش مهارت‌های ارتباطی
- جلسه پنجم: آموزش ابراز وجود
- جلسه ششم: جمع بندی مطالب و چگونگی ادغام مهارت‌های زندگی در تمام جنبه‌ها

#### □ بخش دوم: درمان انضباط ذهنی (MDT)

- جلسه هفتم: ارتباط فرد با جهان خوبی درونی
- جلسه هشتم: قانون بخشش قانون علت و معلول
- جلسه نهم: قانون کمترین تلاش قانون عدم دلبستگی
- جلسه دهم: غایت حیات

از آنجا که مدت زمان زیادی از معرفی «درمان شناختی - انسانگرایی» (CHT) نمی‌گذرد، شواهد پژوهشی مبنی بر اثربخشی روش درمانی مذکور در مقابله با اختلالات روانی از جمله افسردگی وجود ندارد. اما پژوهش‌هایی در زمینه تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر درمان افسردگی، ناامیدی و خودکشی صورت گرفته است که به این شرح می‌باشند. لافرومبوز و هوارد پیتی (۱۹۹۵) از یک برنامه درمانی مشتمل بر مهارت‌های زندگی برای مقابله با رفتارهای خودکشی گرایانه در دانش آموزان دبیرستانی استفاده کردند و آنها را به سه طریق «خودگزارشی»، «مشاهده رفتاری» و «رتبه‌بندی توسط همسالان» مورد سنجش قرار دادند. نتیجه تحقیق آنها نشان

داد که آزمودنی هایی که درمان دریافت کرده بودند نسبت به گروه گواه، نمرات کمتری در آزمون احتمال خودکشی و ناامیدی کسب کرده بودند. همچنین افراد گروه آزمایش عملکرد بهتری نسبت به افراد گروه گواه در حل مسئله و مهارت های مداخله کننده و خودکشی نشان دادند. والیس<sup>۱۱</sup> و مینورز<sup>۱۲</sup> (۱۹۹۵) به نقل از باثومل، (۲۰۰۰) تحقیقی انجام دادند که در آن ۹۱ بیمار افسرده خفیف تا متوسط را به شکل تصادفی در سه گروه قرار داده بودند. در گروه اول آموزش حل مسئله در گروه دوم داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای و در گروه سوم درمان «پلاسیبو» ارائه گردید. در گروه پلاسیبو افراد تنهایی توانستند با درمانگر صحبت کنند اما درمان خاصی دریافت نمی کردند. بررسی های انجام شده پس از ۶ هفته نشان داد که گروه اول ۵۰ درصد بهبود یافتند، که بهبود آنها اندکی بیش از تأثیر داروهای ضد افسردگی و به طور معناداری بیش از درمان پلاسیبو بوده است. در پایان ۱۲ هفته میزان بهبود در ۳ گروه به ترتیب ۶۰، ۵۲، ۲۷ درصد بوده است. نظرسنجی از افراد شرکت کننده در پژوهش مذکور نشان داد تمام اعضای گروه اول استفاده از مهارت حل مسئله را سودمند تشخیص داده بودند.

شریفی (۱۳۷۲) در یک تحقیق نشان داد که آموزش مهارت حل مسئله در بهبود و پاکاهش میزان افسردگی نوجوانان مؤثر است و باعث افزایش کفایت آنها در روابط بین فردی با همسالان می شود. محمدی (۱۳۷۷) ۴۵ فرد افسرده را با ۴۳ فرد غیر افسرده مقایسه کرد و دریافت افراد افسرده در هنگام برخورد با مشکل بیشتر از شیوه های ناکارآمد حل مسئله استفاده می کنند. او معتقد است شیوه های ناکارآمد حل مسئله در افراد افسرده به نگرانی زیاد و عزت نفس ضعیف ارتباط دارد. این امر با نظر بنت (۲۰۰۱) هماهنگ است. او بیان می کند افراد افسرده ناامیدتر از آن هستند که بتوانند مسایل خود را حل کنند. نتیجه تحقیق محمدی (۱۳۷۷) نشان داد که افراد افسرده نسبت به افراد غیر افسرده از توان تصمیم گیری ضعیف تری برخوردارند. همچنین از بین عوامل شناختی - رفتاری دخیل در افسردگی شیوه حل مسئله به تنهایی ۶۸ درصد واریانس افسردگی را پیش بینی می کند.

در مورد رابطه بین سلامت روان و معنا یا هدف در زندگی نیز پژوهش هایی انجام گرفته است. تحقیقات انجام شده در جمعیت های مختلف نشانگر وجود رابطه مثبت بین نمرات پرسشنامه معنای شخصی با شادی، خلق بالا، عاطفه مثبت، رضایت از زندگی، سلامت روان و بهزیستی بوده است. همچنین تحقیقات نشان داده اند که معنای زندگی با اضطراب، افسردگی، آشفتگی روانی، عاطفه منفی، گذرهراسی، جسمانی سازی، حساسیت بین فردی، اختلال خواب، ناامیدی و اختلال وسواس اجبار رابطه معکوس دارد (زیکا<sup>۱۳</sup> و چامبرلین<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۲؛

چامبرلین و زیکا، ۱۹۹۸؛ دباتر<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۰؛ دباتر و همکاران، ۱۹۹۳؛ هریس<sup>۱۵</sup> و استاندارد، ۲۰۰۱؛ اسکئل<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از ماسکارو و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین دباتر (۱۹۹۶) به نقل از ماسکارو و همکاران، ۲۰۰۴) در تحقیقی نشان داد که مراجعان بانمره بالاتر در معنای زندگی نتیجه بهتری از روان درمانی می‌گیرند.

با توجه به شیوع قابل توجه افسردگی و همچنین اهمیت مفاهیمی چون مهارت‌های زندگی و معنویت در سبب‌شناسی و درمان افسردگی، نیاز به استفاده از رویکردهای درمانی جدیدتری که موارد فوق را مورد توجه قرار دهند بیش از پیش احساس می‌شود. «درمان شناختی-انسانگرایی»، یک رویکرد درمانی جدید است که بر آموزش مهارت‌های زندگی و رشد معنوی مراجعان تأکید می‌ورزد. هدف پژوهش حاضر آن بود که با توجه به نقش مهم مهارت‌های زندگی و معنویت در پیشگیری و درمان افسردگی، تأثیر گروه درمانی شناختی-انسانگرایی را بر افسردگی و هدف در زندگی دانشجویان دختر افسرده دانشگاه اصفهان در دو مرحله پس از موعود و پیگیری مورد بررسی قرار دهد.

## ● روش

○ پژوهش حاضر یک پژوهش تجربی است که در آن از طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است.

○ جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه دانشجویان موعود بودند که در زمان اجرای پژوهش به مرکز مشاوره دانشگاه اصفهان مراجعه کرده و طی مصاحبه بالینی بر اساس «چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی آماری» و پاسخگویی به «سیاهه پرسشنامه افسردگی بک» مبتلا به اختلال افسردگی تشخیص داده شده بودند و مبتلا به اختلال دو قطبی و اختلال شخصیت نبودند. تعداد افراد جامعه آماری ۵۰ نفر برآورد شد. از جامعه آماری تعداد ۲۴ نفر به شیوه نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. در مرحله بعد افراد نمونه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جاگزین شدند. در طول جلسات گروه درمانی یک نفر از اعضای گروه آزمایش ریزش کرد. بنابراین به منظور رعایت تساوی اندازه گروه‌ها یک نفر از آزمودنی‌های گروه کنترل نیز به صورت تصادفی حذف شد. به این ترتیب تعداد آزمودنی‌های هر کدام از گروه‌های آزمایش و کنترل برابر ۱۱ شد. آزمودنی‌ها همگی دانشجوی مقطع کارشناسی بودند. میانگین سنی گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۲۱/۳ و ۲۰/۸ و دامنه سنی آنها از ۱۸ تا ۲۵ متغیر بود.



○ متغیر مستقل در این پژوهش عبارت بود از ۱۰ جلسه «گروه درمانی شناختی-انسانگرایی» که دو بار در هفته در مرکز مشاوره دانشگاه اصفهان بر روی افراد گروه آزمایش اجرا شد. مدت هر جلسه ۱۱۰ دقیقه بود. دستور کار هر جلسه بر اساس مدل درمان شناختی-انسانگرایی تنظیم شده بود. متغیرهای وابسته در این پژوهش عبارت بودند از نمرات آزمودنی‌ها در «سیاهه افسردگی بک» و پرسشنامه هدف در زندگی در دو مرحله پس از آزمون و پیگیری.

متغیرهای کنترل در این پژوهش عبارت بود از جنس، سن و نمرات پیش آزمون. متغیر جنس با انتخاب آزمودنی‌های مؤنث و متغیر سن و نمرات پیش آزمون نیز از طریق تحلیل کواریانس مهار شد. از آنجاکه در این پژوهش از نمونه گیری تصادفی استفاده شده است سایر متغیرها نیز به شکل تصادفی مهار شده‌اند.

○ ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش به شرح زیر بودند.

□ ۱. مصاحبه بالینی: به منظور تشخیص اختلال افسردگی و رد احتمال ابتلای افراد به اختلال دو قطبی و اختلال شخصیت از مصاحبه بالینی بر اساس «چهارمین ویرایش تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی»<sup>۱۷</sup>، استفاده شد.

□ ۲. سیاهه افسردگی بک<sup>۱۸</sup>: سیاهه افسردگی بک یک مقیاس خودسنجی شامل ۲۱ سوال است که در سال ۱۹۶۱ توسط بک ارائه گردیده است. برای انجام آزمون از فرد خواسته می‌شود که شدت نشانه‌های خود را در هر سوال بر روی یک مقیاس از صفر تا ۳ درجه بندی کند. اعتبار و روایی این پرسشنامه، بارها بررسی شده است. یک فراتحلیل از تلاشهای مختلف برای تعیین همسانی درونی این آزمون نشان داده است که ضریب اعتبار از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ بوده است. فراتحلیل‌های ضریب همبستگی بین «سیاهه افسردگی بک» و سنجش بالینی افسردگی یا روایی همزمان آن برای بیماران روانپزشکی ۰/۷۲ و برای افراد سالم ۰/۶۰ گزارش شده است (مارنات، ۱۳۷۹).

□ ۳. پرسشنامه هدف در زندگی<sup>۱۹</sup>: این پرسشنامه که توسط کرامباف و ماهولیک در سال ۱۹۶۹ ساخته شده، شامل ۲۰ سؤال است. این پرسشنامه به منظور سنجش احساس فردی هدف یا معنا در زندگی ساخته شده است. معنا و هدف در زندگی به انسان احساس منحصر بودن به فرد می‌دهد. شکست در کسب معنا و هدف در زندگی منجر به ایجاد خلأ وجودی می‌گردد. خلأ وجودی احساس خالی بودن زندگی می‌باشد. پرسشنامه هدف در زندگی می‌تواند احساس خلأ وجودی یا معنا و هدف در زندگی را مشخص کند. آزمودنی برای پاسخ به هر سؤال عددی از ۱

تا ۷ را در پاسخنامه علامت می‌زند که بیانگر دیدگاه او نسبت به موضوع سؤال می‌باشد. البته به آزمودنی توصیه می‌شود حتی الامکان در پاسخ به سؤالات از انتخاب عدد ۴ که بیانگر نداشتن نظری خاص نسبت به موضوع مورد پرسش است، پرهیزد. نمره کل از مجموع نمرات همه سؤالات به دست می‌آید. دامنه نمره کل از ۲۰ تا ۱۴۰ متغیر است. نمره بالاتر بیانگر هدف در زندگی و معنای قوی‌تری می‌باشد. البته کسب نمره ۱۴۰ از طرف آزمودنی غیر واقع بینانه است و نشانگر اغراق در معنادار جلوه دادن زندگی می‌باشد (کرامباف و ماهولیک، ۱۹۶۹). چراغی، عریضی و فراهانی (۱۳۸۷) «پرسشنامه هدف در زندگی» را برای اولین بار در ایران ترجمه کرده و پژوهشی در زمینه اعتبار، روایی، هنجاریابی و تحلیل عاملی این پرسشنامه انجام دادند. برای تعیین روایی همزمان این پرسشنامه آنها همبستگی نمرات پرسشنامه مذکور را با پرسشنامه‌های سرزندگی، رضایت از زندگی و مقیاس عاطفه مثبت و منفی در ۲۴۸ دانشجو مورد بررسی قرار دادند. نتیجه تحلیل‌های آنها نشان داد که همبستگی نمرات هدف در زندگی با نمرات سرزندگی ۰/۷۱، رضایت از زندگی ۰/۶۸، عاطفه منفی کل ۰/۴۴- و عاطفه مثبت کلی ۰/۵۸ می‌باشد. ضریب اعتبار بدست آمده در تحقیق آنها برای پرسشنامه هدف در زندگی برابر ۰/۹۲ بوده که بیانگر همسانی درونی بالای این پرسشنامه می‌باشد.

#### ● یافته‌های پژوهش

داده‌های حاصل از این پژوهش ابتدا با استفاده از روشهای آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار توصیف شدند. سپس با استفاده از روشهای آمار استنباطی (تحلیل کواریانس) تفاوت‌های موجود بین دو گروه آزمایش و کنترل بررسی شد. در تجزیه و تحلیل اطلاعات، تأثیر متغیرهای کنترل پیش آزمون و سن از روی نمرات پس آزمون و آزمون پیگیری برداشته شد و سپس دو گروه با توجه به نمرات باقی مانده مقایسه شدند.

○ آیا گروه درمانی شناختی- انسانگرایی شدت افسردگی اعضای گروه آزمایش را نسبت به اعضای گروه کنترل در مرحله پس آزمون کاهش می‌دهد؟ فرض لوین مبنی بر تساوی واریانسهای نمرات پرسشنامه افسردگی دو گروه در مرحله پس آزمون تایید گردید ( $F=0/41$  و  $P=0/53$ ) همانطور که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین نمرات باقی مانده پس آزمون سیاهه افسردگی بک پس از مهار متغیرهای مداخله گر در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است ( $F=12/91$  و  $p=0/00$ ). در این تحلیل نمرات پیش آزمون و سن مهار شده‌اند. بنابراین پاسخ به این سوال تحقیق مثبت است.

جدول ۱- نتایج تحلیل کواریانس دو گروه در نمرات سیاهه افسردگی بک

پس از مهار متغیرهای مداخله گر در مرحله پس آزمون

شاخصها مراحل	مجموع مجدورات	درجه آزادی	واریانس	ضرب F	معماری p	مجدورات	توان آماری
پیش آزمون	۸۰/۷۶	۱	۸۰/۷۶	۲/۸۲	۰/۱۱	۰/۱۳	۰/۳۶
پس آزمون	۳۷۰/۰۵	۱	۳۷۰/۰۵	۱۲/۹۱	۰/۰۰	۰/۴۲	۰/۹۲

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات باقی مانده سیاهه افسردگی بک در پس آزمون برای گروه آزمایش برابر ۶/۵۴ است که بسیار کمتر از میانگین نمرات باقی مانده در گروه کنترل (۱۷/۶۵) می‌باشد.

جدول ۲- میانگین و خطای استاندارد نمونه گیری نمرات باقی مانده سیاهه افسردگی بک

دو گروه پس از مهار متغیرهای مداخله گر در مرحله پس آزمون

شاخصها گروهها	میانگین	خطای معیار نمونه گیری
آزمایش	۶/۵۴	۱/۹۲
کنترل	۱۷/۶۵	۱/۹۲

○ آیا گروه درمانی شناختی- انسانگرایی میزان هدف در زندگی اعضای گروه آزمایش را نسبت به اعضای گروه کنترل در مرحله پس آزمون افزایش می‌دهد؟ پیش فرض تساوی واریانسها تایید گردید ( $F=0/86$  و  $p=0/36$ ). در این تحلیل، نمرات پیش آزمون و سن مهار شده است. همان طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد پاسخ این سؤال تحقیق منفی است ( $F=2/66$  و  $p=0/12$ ).

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس دو گروه در نمرات پرسشنامه هدف در زندگی پس از مهار

متغیرهای مداخله گر در مرحله پس آزمون

شاخصها مراحل	مجموع مجدورات	درجه آزادی	واریانس	ضرب F	معماری p	مجدورات	توان آماری
پیش آزمون	۳۰۳۱/۳۹	۱	۳۰۳۱/۳۹	۱۶/۲۹	۰/۰۰	۰/۴۷	۰/۹۷
پس آزمون	۴۹۴/۶۴	۱	۴۹۴/۶۴	۲/۶۶	۰/۱۲	۰/۱۳	۰/۳۴

○ آیا گروه درمانی شناختی- انسانگرایی شدت افسردگی اعضای گروه آزمایش را نسبت به اعضای گروه کنترل در مرحله پیگیری کاهش می‌دهد؟ پیش فرض لوین مبنی بر تساوی واریانس نمرات

سیاهه بک دو گروه در مرحله پیگیری تأیید گردید ( $p=0/9$  و  $F=3/27$ ). همانطور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین نمرات باقی مانده سیاهه افسردگی بک پس از مهار متغیرهای مداخله‌گر در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است ( $p=0/00$  و  $F=13/09$ ) بنابراین پاسخ این سؤال مثبت است. میزان تأثیر مداخله درمانی بر کاهش نمرات سیاهه افسردگی بک در مرحله پیگیری ۱۰/۴۲ است.

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس دو گروه در نمرات سیاهه افسردگی بک

پس از مهار متغیرهای مداخله‌گر در مرحله پیگیری

شاخصها / مراحل	مجموع مجزوات	درجه آزادی	واریانس	ضریب F	معناداری p	مجدورات	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۲۳/۲۷	۱	۱۲۳/۲۷	۲/۲۲	۰/۱۵	۰/۱۱	۰/۲۹
پس‌آزمون	۷۲۷/۵۸	۱	۷۲۷/۵۸	۱۳/۰۹	۰/۰۰	۰/۲۲	۰/۹۳

میانگین و خطای معیار نمونه‌گیری نمرات باقی مانده سیاهه افسردگی بک در دو گروه پس از مهار متغیرهای مداخله‌گر در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵- میانگین و خطای استاندارد نمونه‌گیری نمرات باقی مانده سیاهه افسردگی بک

دو گروه پس از مهار متغیرهای مداخله‌گر در مرحله پیگیری

گروهها	میانگین	خطای معیار نمونه‌گیری
آزمایش	۴/۷۶	۲/۶۸
کنترل	۲۰/۳۳	۲/۶۸

○ آیا گروه درمانی شناختی انسانگرایی میزان هدف در زندگی اعضای گروه آزمایش را نسبت به اعضای گروه کنترل در مرحله پیگیری افزایش می‌دهد؟ پیش فرض لوین مبنی بر تساوی واریانس نمرات پرسشنامه هدف در زندگی دو گروه نباید شده است ( $p=0/79$  و  $F=0/07$ ) در جدول ۶ مشاهده می‌شود که تفاوت بین میانگین نمرات باقی مانده پرسشنامه هدف در زندگی در مرحله پیگیری پس از مهار متغیرهای مداخله‌گر در دو گروه معنادار است ( $p=0/05$  و  $F=4/24$ ) بنابراین پاسخ این سؤال مثبت است.

جدول ۶- نتایج تحلیل کواریانس دو گروه در نمرات پرسشنامه هدف در زندگی

پس از مهار متغیرهای مداخله گر در مرحله پیگیری

شاخصها مراحل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	واریانس	شریب F	ممانداری p	مجذوراتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۹۷۸/۱۴	۱	۹۷۸/۱۴	۲/۵۲	۰/۱۳	۰/۱۲	۰/۳۲
پس‌آزمون	۱۶۵۰/۴۰	۱	۱۶۵۰/۴۰	۴/۲۴	۰/۰۵	۰/۱۹	۰/۵۰

میانگین و خطای معیار نمونه گیری نمرات باقی مانده پرسشنامه هدف در زندگی در دو گروه پس از مهار متغیرهای مداخله گر در جدول ۷ نشان داده شده است.

جدول ۷- میانگین و خطای معیار نمونه گیری نمرات باقی مانده پرسشنامه هدف در زندگی

دو گروه پس از مهار متغیرهای مداخله گر در مرحله پیگیری

شاخصها گروهها	میانگین	خطای معیار نمونه گیری
آزمایش	۱۱۱/۱۹۱	۶/۶۶۱
کنترل	۸۹/۸۹۹	۶/۶۶۱

### ● بحث و نتیجه گیری

○ از آنجاکه در «درمان شناختی-انسانگرایی»، آموزش مهارت‌های زندگی نیز مورد تأکید بوده است می‌توان تأثیر این درمان بر کاهش «افسردگی» را بر اساس نتایج برخی تحقیقات مشابه تبیین کرد. این یافته با یافته‌های پژوهش لافرومبوز و هواردیتی (۱۹۹۵)، والیس و مینورز (۱۹۹۵) به نقل از باومل، (۲۰۰۰)، شریفی (۱۳۷۲)، که حاکی از اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش نشانه‌های افسردگی، خودکشی و ارتقای سطح سلامت روان و عزت نفس بوده‌اند مطابق است.

○ از بین پژوهش‌های پیشین که تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی را در مرحله پیگیری نیز بر میزان افسردگی مورد بررسی قرار داده‌اند، تنها پژوهش والیس و مینورز (۱۹۹۵) به نقل از باومل، (۲۰۰۰) بوده است که با نتایج این پژوهش هماهنگ است. می‌توان این امر را این گونه تبیین کرد که آموزش مهارت‌های زندگی باعث غنی تر شدن خزانه رفتاری افراد افسرده، افزایش اتکا به نفس و حرمت خود در آنها شده و از شدت افسردگی آنها می‌کاهد، به این ترتیب می‌توان امیدوار بود تأثیرات درمان در طول زمان باقی بماند (کلینکه<sup>۲</sup>، ۱۳۸۲).

○ تحقیقی که اثربخشی درمان شناختی-انسانگرایی یا درمان‌های مشابه را بر افزایش سطح معنا یا هدف در زندگی مورد بررسی قرار داده باشد انجام نشده است. امامی توان این یافته تحقیق

را بر اساس محتوای درمان، خصوصاً بخش انضباط ذهنی تبیین کرد. نگاهی به مباحث مورد بحث در درمان انضباط ذهنی و مقایسه آن با مضامین پرسشنامه هدف در زندگی نشانگر تطابق بین این دو می باشد. به عبارت دیگر مضامینی که در پرسشنامه هدف در زندگی مطرح شده است تقریباً همان مواردی است که در درمان انضباط ذهنی به آن پرداخته شده است. مواردی چون هدفمند بودن وجود شخصی، دارا بودن اهداف مشخص در زندگی، داشتن دلیلی برای زندگی، هم آهنگ دانستن زندگی خود با نظام هستی، مسئولیت پذیری، اعتقاد به آزادی انتخاب، یافتن معنا برای زندگی و داشتن احساس مهار بر زندگی شخصی، توسط این پرسشنامه موردسنجش واقع می گردند که در درمان انضباط ذهنی نیز مورد توجه می باشند. از طرفی این پرسشنامه می تواند به طور غیر مستقیم برای سنجش افسردگی نیز به کار رود (دیک، ۱۹۸۷). یعنی نمرات پایین در پرسشنامه هدف در زندگی نشانگر افسردگی می باشد. بعضی از سؤالات پرسشنامه هدف در زندگی به احساس سرزندگی، هیجان انگیز بودن زندگی، رضایت از زندگی، دستیابی به اهداف مهم در زندگی، میزان جذابیت زندگی از نگاه شخص، احساس رضایت از گذشته، نگرش نسبت به خودکشی، ترس از مرگ، احساس مهار بر زندگی و میزان لذت از انجام وظایف روزمره اختصاص دارد که افراد افسرده در این سؤالات نمره پایینی کسب می کنند. بنابراین می توان پیش بینی کرد که با کاهش شدت افسردگی سطح هدف در زندگی فرد ارتقا یابد.

○ نکته قابل توجه دیگر این است که تفاوت بین نمرات هدف در زندگی دو گروه در مرحله پس آزمون معنادار نیست، اما در مرحله پیگیری دو گروه تفاوت معناداری نشان می دهند. به نظر می رسد این امر به دلیل عمق مسئله موردسنجش باشد. مطالبی که در بخش «درمان انضباط ذهنی» (MDT) (طی ۴ جلسه) به مراجعان آموزش داده شد عمیقتر و سنگین تر از آن بوده اند که طی مدتی کوتاه در مراجعان باعث تغییر گردد. به عبارت ساده تر فرد باید این مطالب را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد در مورد آنها قضاوت کرده، آنها را بپذیرد و در نهایت به آنها عمل کند. این فرآیند نیازمند بازده زمانی طولانی تری می باشد. در حالی که بلافاصله پس از پایان درمان پس آزمون انجام شده است. اما همانطور که یافته دیگر پژوهش نشان می دهد در مرحله پیگیری نمرات هدف در زندگی دو گروه تفاوت معناداری دارند. این امر ادعای فوق را تایید می کند. می توان چنین نتیجه گرفت که در مرحله پیگیری آزمودنی های گروه آزمایش فرصت داشته اند که مطالب ارائه شده در بخش درمان انضباط ذهنی را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهند و بنابراین سطح معنا و هدف در زندگی در آنها ارتقا یافته است. این مسئله در نمرات پرسشنامه هدف در زندگی آنها منعکس گردیده است.

○ باید توجه داشت که دویخش درمان، در هم تنیده و همسو هستند. «درمان مهارت‌های زندگی» نیز می‌تواند به طور غیر مستقیم باعث افزایش سطح معنا و هدف در زندگی در آزمودنی‌ها شده باشد. آموختن مهارت‌های شناختی مثل حل مسئله، تفکر منطقی، تکلم با خود و همچنین مهارت‌های ارتباطی، مقدمه ورود فرد به مرحله درمان انضباط ذهنی هستند (نلسون- جونز، ۲۰۰۳). به عنوان مثال فرد ابتدا در بخش درمان مهارت‌های زندگی متوجه وجود تفکر غیر منطقی در خود می‌گردد و برای اصلاح فرض‌های ناکارآمد تلاش می‌کند. در مرحله بعدی درمان که شامل «درمان انضباط ذهنی» می‌باشد، او به بسط و توسعه فرض‌های خود در مورد زندگی می‌پردازد و به فلسفه جدیدی در مورد زندگی دست می‌یابد. همچنین در بخش درمان مهارت‌های زندگی فرد نحوه برقراری ارتباط صحیح و احترام به دیگران را می‌آموزد و در مرحله درمان انضباط ذهنی این جریان را با عشق به هموعان و خدمت به آنها تکمیل می‌کند.

○ به نظر می‌رسد «معنا» حلقه‌ای مفقود در حیطه روانشناسی بالینی است. با وجود اینکه در مورد معناجویی و نقش هدف در زندگی در سلامت روان بسیار سخن رانده شده است، اما هنوز در سطح روان درمانی تحولات جدی برای تأمین این نیاز مهم مراجعان صورت نگرفته است. بنابراین عنایت بیشتر به معنا و هدف در زندگی در حیطه بالینی و تدوین الگوهای درمانی که نیازهای معناجویی افراد را مد نظر قرار دهند، از اهمیت زیادی برخوردار می‌باشد. «درمان شناختی-انسانگرایی» می‌تواند به ارتقا سلامت روان در دو سطح پیشگیری و درمان کمک شایانی کند. نکته قابل توجه در رویکرد درمانی مذکور این است که در درمان شناختی-انسانگرایی به کارکرد بهنجار اکتفا نمی‌شود، بلکه مراجع به گام نهادن در مسیر رشد معنوی و یافتن معنای زندگی تشویق می‌شود که این مسیر حتی تا پس از پایان دوره درمان نیز ادامه دارد (نلسون- جونز، ۲۰۰۳).

○ ○ ○

یادداشت‌ها

- |                              |                                       |
|------------------------------|---------------------------------------|
| 1- Prochaska                 | 2- Norcross                           |
| 3- Frankl                    | 4- Cognitive Humanistic Therapy (CHT) |
| 5- Life Skills Therapy (LST) | 6- Mental Discipline Therapy (MDT)    |
| 7- Brook                     | 8- Chopra                             |
| 9- Peek                      | 10- Wallis                            |
| 11- Minors                   | 12- Zika                              |
| 13- Chamberlaine             | 14- Debats                            |

15- Harris

16-Seannel

17- Diagnostie & Statistical Manuel of Mental Disorders: Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)

18-Beck Depression Inventory (BDI)

19- Purpose In Life (PIL)

20- Kleinke

## منابع

- پروچاسکا، جیمز. و نورکراس، جان. (۱۳۸۱). نظریه‌های روان درمانی. ترجمه سیدمحمدی تهران: انتشارات رشد.
- پک، مورگان اسکات. (۱۳۷۹). در ادامه راه کم گذر: سفری بی پایان در مسیر رشد معنوی. ترجمه علی کیهان. تهران: انتشارات ققنوس.
- چراغی، مونا. و عریضی، حمیدرضا. و فراهانی، حجت‌اله. (۱۳۸۷). تحلیل پایایی، اعتبار، تحلیل عوامل و هنجاریابی پرسشنامه هدف در زندگی کرامیاف و ماهولیک. مجله روانشناسی، ۴۸، ۴۱۳-۳۹۶.
- چوپرا، دیباک. (۱۳۷۶). هفت قانون معنوی موفقیت. ترجمه گیتی خوشدل. تهران: نشر گفتار.
- شریفی، غلامرضا. (۱۳۷۲). بررسی اثربخشی روش آموزش مهارت حل مسئله در درمان علایم افسردگی نوجوانان شاهد. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه علوم پزشکی ایران. انیستیتو روانپزشکی ایران.
- طارمیان فرهاد؛ ماهجویی ماهیار. و فتحی طاهر. (۱۳۷۸). مهارت‌های زندگی (راهنمای اجرای فعالیتهای پرورشی دوره متوسطه). تهران: انتشارات تربیت.
- قرانکل، ویکتور. (۱۳۷۶). انسان در جستجوی معنا. ترجمه اکبر معارفی. انتشارات دانشگاه تهران.
- کلینکه، کریس. (۱۳۸۲). مهارت‌های زندگی. ترجمه شهرام محمدخانی. تهران: اسپند هنر.
- مارنات، گری گراث. (۱۳۷۹). راهنمای سنجش روانی (جلد اول). ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو. تهران: انتشارات رشد.
- محمدی، فریده. (۱۳۷۷). بررسی شیوه حل مسئله در افراد افسرده و مقایسه آن با افراد عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. مشهد: دانشگاه فردوسی.
- یونسی، سیدجواد. (۱۳۸۱). در کجا شناخت درمانی به بن بست می‌رسد. فصل نامه تازه‌های روان درمانی. جلد ۵ شماره ۱۷ و ۱۸-۱۳.

Baumel, S. (2000). *Dealing with depression naturally: Alternative and complementary therapies for restoring emotional health*. 2th edition. Los Angeles: Keats Publishing.

Bennett, K. (2001). The future of mental health awareness: A global prespective. *Journal of Humanist*. 53, (3), 22-30.

Crumbaugh, J. C.; & Maholick, L. T. (1969). Manual of instruction for the Purpose-In-Life Test.

Retrieved June 20, 2004, From <http://www.denverpsychotherapy.com/purpose.html>.



- Dyck, M. J. (1987). Assessing logotherapeutic constructs: Conceptual and psychometric status of the Purpose-In-Life and Seeking of Noetic Goals Tests. *Clinical Psychology Review*. 7, 4, 439-447.
- Ginter, E. J. (1999). David K. Brook's contribution to the developmentally Based LifeSkills Approach. *Journal of Mental Health Counseling*; 21, 3; *ProQuest Education Journals*. 191-202.
- Inayatullah, S. (2005). Spirituality as the fourth bottom line. *Futures*. 37, 573-579.
- Kocnig, H. G. (2004). Spirituality, wellness, and quality of life. *Sexualit, Reproduction & Menopause*. 2(2), 76-82.
- LaFromboise, T. & Howard\_Pitney (1995). The Zuni Life Skills Development Curriculum: Description and evaluation of a suicide prevention program. *Journal of Counseling Psychology*. 42 (4), 479-486.
- Mascaro, N.; Roscn, D. H.; & Morey, L. C. (2004). The Development, construct, validity and clinical utility of the Spiritual Meaning Scale. *Personality and Individual Differences*. 37, 845-860.
- McCormick, P. (1997). Catch the new wave of spiritual writing. *U. S. Catholic*. 62, 10, 45-48.
- Nelson-Jones, R. (2003). *Theorey and practice of counselling therapy*. 3th edition. New York: Holt, Rinehart & Winsto. LTD.
- Seligman, M. E. P.; & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist* 55, 1, 5-14.