

# Evaluating The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Existential Therapy in a Group Way On The Psychological Functioning of Mothers With Exceptional Children

## ARTICLE INFO

### Article Type

Research Article

### authors

Nayereh Gholami  
Abdullah Shafiabadi\*  
Mohammad Mohammadipour

### How to cite this article

Nayereh Gholami, Abdullah Shafiabadi, Mohammad Mohammadipour, Evaluating The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Existential Therapy in a Group Way On The Psychological Functioning of Mothers With Exceptional Children, *Journal of Islamic Life Style Centered on Health*, 2023:7(2): 517-525.

1. PhD Student in Counseling, Department of Counseling, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran.
2. Professor, Counseling Department, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran. (Corresponding Author).
3. Associate Professor, Department of Psychology, Qochan Branch, Islamic Azad University, Qochan, Iran.

### \* Correspondence:

Address:  
Phone:  
Email: a.shafiabady@yahoo.com

### Article History

Received: 2022/11/02

Accepted: 2022/12/05

## ABSTRACT

**Purpose:** The negative effects of having a child with special needs is accompanied by a lot of tension and causes a lot of psychological damage to the family, especially the mother as the main caregiver. Therefore, this study was conducted with the aim of evaluating the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and existential therapy in a group manner on the psychological functioning of mothers with exceptional children.

**Materials and methods:**

**Materials and methods:** It was a semi-experimental research and its design was pre-test-post-test and 3-month follow-up with a control group. The statistical population included all mothers with exceptional children in the elementary school of Qarchak city of Tehran. 36 people were selected with the purposeful sampling method and replaced by randomization in three groups of 12 people. Therapeutic interventions were applied during 8 sessions (one session of 60 minutes per week) for the experimental groups, but the control group did not receive any intervention. Demographic information checklist and general health questionnaire (Goldberg & Putnam, 1972) were used to collect data. Data analysis with descriptive statistics, test of parametric statistical assumptions and analysis of variance with repeated measurements were used with the help of SPSS version 24 statistical software.

**Findings:** The results showed that the psychological function, physical symptoms, mood problems, anxiety and insomnia and social skills of the experimental groups have significantly improved compared to the control group and this improvement It remained stable in the follow-up phase ( $P < 0.05$ ). Also, the results showed that there is no significant difference between the usefulness of the two intervention methods, existentialism and cognitive-behavioral methods, in the post-test and follow-up stages ( $P < 0.05$ )

**Conclusion,** The findings show that these intervention methods can be used to improve the social-emotional condition of mothers with exceptional children as effective intervention methods

**Keywords:** Cognitive-behavioral therapy, existential therapy, psychological function, mother.

واژگان کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، درمان وجودی، کارکرد روان‌شناختی، مادر

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۳

\*نویسنده مسئول: a.shafiabady@yahoo.com

## هم‌سنجی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان وجودی به شیوه گروهی بر کارکرد روان‌شناختی

مادران دارای کودک استثنایی

نیره غلامی

دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد بجنورد، دانشگاه آزاداسلامی، بجنورد، ایران

عبدالله شفیق‌آبادی \*

ستاد، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.  
(نویسنده مسئول)

محمد محمدی‌پور

دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاداسلامی، قوچان، ایران.

چکیده

**هدف:** آثار سوء داشتن فرزند دارای نیازهای ویژه با تنش فراوان همراه بوده و ضایعات روانی زیادی را بر خانواده به‌ویژه مادر به‌عنوان مراقب اصلی ایجاد می‌کند. لذا این مطالعه با هدف بررسی هم‌سنجی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان وجودی به شیوه گروهی بر کارکرد روان‌شناختی مادران دارای کودک استثنایی انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش نیمه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای کودک استثنایی در مقطع ابتدایی شهرستان قرچک تهران بودند. با روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۶ نفر انتخاب و به‌شیوه تصادفی‌سازی در سه گروه ۱۲ نفری جایگزین شدند. مداخلات درمانی طی ۸ جلسه (یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در هفته) برای گروه‌های آزمایش اعمال شد اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. برای گردآوری داده‌ها از چک لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه سلامت عمومی (Goldberg & Putnam, 1972) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با آمار توصیفی، آزمون پیش‌فرض‌های آماری پارامتریک و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری با کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج به‌دست آمده نشان داد که کارکرد روان‌شناختی، علائم جسمانی، مشکلات خلقی، اضطرابی و بی‌خوابی و مهارت‌های اجتماعی گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری بهبود یافته است و این بهبود در مرحله پیگیری پایدار مانده است ( $P < .05$ ). همچنین، نتایج نشان داد بین میزان سودمندی دو شیوه مداخلاتی به روش وجودگرایی و شناختی-رفتاری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P < .05$ ).

**نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان می‌دهد که می‌توان از این شیوه‌های مداخلاتی به‌منظور بهبود وضعیت هیجانی-اجتماعی مادران دارای فرزند استثنایی به‌عنوان روش‌های مداخله‌ای مؤثر سود جست.

مقدمه

تولد کودک استثنایی کانون خانواده را با مسائل متعددی روبه‌رو می‌سازد (۱) از این‌رو مراقبان کودکان مبتلا به ناتوانی‌های حرکتی و ذهنی، بار فیزیکی و روانی زیادی را تجربه می‌کنند و نسبت به والدین دارای فرزند عادی، سطح بالاتری از بار مسئولیت، فشار اجتماعی و همچنین، مشکلات روان‌شناختی را گزارش می‌دهند بدین ترتیب فشار اقتصادی و اختلال هیجانی-عاطفی متحمل شده بر این والدین و از سوی دیگر صرف زمان، انرژی و هزینه مضاعف برای برطرف ساختن نیاز کودکان‌شان، آن‌ها را در معرض ظهور احساسات بی‌کفایتی و ناتوانی قرار می‌دهد (۲)

به همین دلیل آثار سوء داشتن فرزند دارای نیازهای ویژه با تنش فراوان همراه بوده و ضایعات روانی زیادی را بر خانواده به‌ویژه مادر به‌عنوان مراقب اصلی ایجاد می‌کند (۳). بنابراین، مادران کودکان دارای کودک استثنایی تمایل بیشتری به افسردگی و احساس ضعف در صلاحیت فرزندپروری خود دارند. این امر به ویژه زمانی از اهمیت بیشتری برخوردار است، که علائم اضطراب و افسردگی در این مادران بر مهارت‌های شناختی، عاطفی و خودتنظیمی کودکان‌شان نیز تأثیر می‌گذارد و علاوه بر این، همگام‌سازی و رابطه متقابل مادر-کودک نیز ممکن است تحت تأثیر این فرایند قرار گیرد (۴)

هرچند در این موقعیت همه اعضای خانواده آسیب می‌بینند و کارکرد روان‌شناختی آن‌ها نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد اما مادران به علت نقش سنتی مراقبت، مسئولیت‌های بیشتری در قبال کودکان دارند و پژوهش نشان داده است مادران دارای فرزند دارای نیازهای خاص با مشکلات روان‌شناختی و استرس‌های زیادی مواجه هستند (۵،۶)، در این راستا (۷) در پژوهشی نشان دادند که والدین دارای فرزند با نیازهای ویژه دچار اضطراب بالایی می‌شوند و این مسأله می‌تواند فعالیت‌های روزمره آنان را با مشکل مواجه سازد. بنابراین با توجه به اینکه اضطراب بالای مادر و عدم برخورداری از سلامت روانی، نه تنها مشکلات روانی-جسمانی بیشتری را در والد ایجاد می‌کند، بلکه باعث می‌شود مادر در انجام مسئولیت‌ها درست عمل نکند و برای کودک دارای نیازهای خاص نیز مشکلاتی به وجود آید؛ به همین جهت ضروری است که برای تأمین سلامت روان‌شناختی مادران و پیشگیری از آسیب‌پذیری بیشتر در فرزندان آنان، برنامه ریزی‌ها و اقدامات لازم صورت پذیرد.

از جمله این برنامه‌ها که در تعامل والد-کودک و در سلامت مادران مؤثر واقع شده و مطالعات پیشین به آن اشاره داشته‌اند، درمان شناختی-رفتاری است (۸) درمان شناختی-رفتاری به تنهایی به هم‌همی متغیرهای بالقوه مهم و سهم نظیر عوامل زیستی در کارکردهای روان‌شناختی توجه ندارد اما قادر است مراقبت درمانی را در مراجعین درگیر با اختلال‌های روان‌شناختی بهبود ببخشد (۹)

این رویکرد درمانی شامل روشهایی است که راهکارهای رفتاری و شناختی را با هم تلفیق می‌کند. بنابراین، هدف روش‌های این شیوه

درمانی کمک به بازسازی تفکر، احساس، رفتار و نشانگان جسمانی درمانجویان است. در واقع در این رویکرد درمانی هدف روش‌های شناختی شناسایی و چالش با تفکرات منفی، جستجوی کمک برای یافتن روش‌های جایگزین، تفکر در راستای بهبود روابط و روش‌هایی برای حفظ این دستاوردها است (۱۰).

با این وجود، به رغم پیشرفت‌هایی که در مداخلات درمانی مربوط به کارکرد روان‌شناختی خانواده‌های درگیر با مشکلات ناشی از داشتن فرزند دارای نیازهای خاص با درمان شناختی- رفتاری صورت گرفته است، اما همچنان با شیوع بالا، عود مکرر دوره‌ها و مزمن شدن علائم مواجه هستیم. این در حالی است که طی چند سال اخیر شواهد مطالعاتی حاکی از اثرات مثبت درمان وجودی بر سازه‌های روانی و اجتماعی در جمعیت‌های مختلف بالینی و عادی بوده و با این وجود در زمینه تأثیر این رویکرد درمانی و آموزشی بر وضعیت بهداشت روان مادران دارای کودک استثنایی کمبود پژوهش‌ها مشهود است (۱۱).

در این میان درمان وجودی به علت ایجاد تغییر و سازمان‌دهی مجدد فرد از طریق آگاهی از خود، ایجاد توانایی نگرستن به ماورای مشکلات کنونی برای کنار آمدن با موضوعات وجودی و ایجاد روابط صادقانه و صمیمانه با خود، دیگران و طبیعت، ایجاد احساس مسئولیت پایدار، حفظ اصالت و آزادی دارای اهمیت ویژه‌ای می‌باشد. این درمان بیش از درمان‌های دیگر به آگاهی انسان‌ها در مورد خودشان می‌پردازد و آن‌ها را وای می‌دارد آن سوی مشکلات و وقایع روزمره را ببینند (۱۲).

گروه درمانی به سبک اصالت وجود کمک می‌کند تا افراد معنای زندگی خود را دریابند. این رویکرد اشخاص را برمی‌انگیزاند که مسئولیت‌پذیر بوده و نسبت به فرصت‌هایی که زندگی به آن‌ها می‌دهد واکنش مثبت نشان دهند. درمان وجودی با توجه به این مفروضه اساسی افرادی که از انسجام بهتر و بیشتری برخوردار هستند، در نظم دادن زندگی خویش و روابط خویش موفق‌تر هستند، عامل اصلی جهت ارتقاء روابط فردی را مواجهه اصیل فرد با چهار مفروضه وجودی (معنا، آزادی، مرگ و تنهایی) دانسته و عمده کوشش خود را جهت خودآگاهی فرد در تمام ابعاد وجود می‌داند (۱۳).

در واقع هدف اصلی در این شیوه کمک به حضور واقعی در هستی است. یعنی گروه درمانی وجودی به اعضا کمک می‌کند تا ارتباطی واقعی و اصیل با زندگی و پدیده‌های آن برقرار کنند. ویژگی گروه‌های وجودگرا آن است که به جهان واقعی شباهت بیشتری دارد و ارتباط با سایر اعضا به‌عنوان بخشی از جهان به هر عضو کمک می‌کند تا خود و دنیای پیرامون را آن‌گونه که واقعاً هست، کشف نماید (۱۴، ۱۵). در نهایت با توجه به شیوع قابل توجه مشکلات خلقی و اضطراب و نیز مشکلات اجتماعی و خانوادگی در میان والدین و مادران دارای فرزند استثنایی (۱)، پژوهش حاضر با هدف پاسخ‌دهی به این سؤال که آیا تفاوت معناداری میان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان وجودی به شیوه گروهی بر

کارکرد روان‌شناختی مادران دارای کودک استثنایی وجود دارد یا خیر، انجام شد.

### روش

این پژوهش، نیمه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک استثنایی در مقطع ابتدایی ساکن شهرستان قرچک در استان تهران به تعداد ۱۵۰ نفر بود ( $N=150$ ). انتخاب نمونه به این صورت بود که ابتدا در بین مادران ابزار خود گزارش‌دهی سلامت روانی توزیع شد. سپس با توجه به نمره برش ابزار و نیز با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه تعداد ۳۶ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به شیوه تصادفی (پرتاب تاس) به دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۲ نفر) و یک گروه کنترل (۱۲ نفر) تقسیم شدند.

پس از قرار گرفتن آزمودنی‌ها در گروه‌ها، برای گروه آزمایش اول، درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی با توجه به پروتکل تدوین شده توسط فری و برای گروه آزمایش دوم، درمان وجودی به شیوه گروهی با توجه به پروتکل تدوین شده توسط یالوم (۱۶) طی ۸ جلسه به صورت هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه به مدت ۱ ساعت اجرا شد. اما برای افراد گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد و در لیست انتظار (درمان) قرار گرفتند، تا در پایان برنامه درمانی و در صورت مؤثر سودمند بودن، آن‌ها نیز تحت برنامه درمانی مذکور قرار بگیرند. همچنین، لازم به ذکر است که روایی محتوایی هر دو روش مداخله به تأیید ۹ تن از اساتید مشاوره و روان‌شناسی کشور رسیده است. در جداول ۱ و ۲ خلاصه محتوای جلسات مداخله ارائه شده است.

این پژوهش دارای تأییدیه رعایت اصول اخلاقی پژوهش از دانشگاه آزاد اسلامی واحد قرچک تهران با کد ۱۶۲۳۰۵۱۵ بود و در خصوص رعایت نکات اخلاقی از قبیل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات هویتی و تحلیل داده‌ها به صورت کلی اطمینان لازم داده شد. پس از اخذ موافقت و رضایت کتبی مرحله پیش‌آزمون انجام شد، پس‌آزمون نیز در پایان مداخله و دوره پیگیری ۳ ماه بعد از اتمام جلسات انجام شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت جهت شرکت در پژوهش، کسب نمره پایین در پرسشنامه سلامت روان، داشتن فرزند استثنایی در مقطع ابتدایی، توانایی شرکت در جلسات و علاقمند بودن به شرکت منظم در جلسات درمانی، عدم دریافت هر گونه برنامه درمانی دیگر قبل و در حین اجرای پژوهش و برخورداری از سواد خواندن و نوشتن بود. همچنین، ملاک‌های خروج از پژوهش عدم همکاری و پاسخ‌دهی کامل به ابزار پژوهش، غیبت بیش از یک جلسه از شرکت در برنامه درمانی و سابقه بیماری مزمن روانی (طبق اظهارات آزمودنی) بود.

برای گردآوری داده‌ها علاوه بر چک لیست اطلاعات جمعیت شناختی (فرم محقق ساخته) از پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد. این پرسشنامه که یک ابزار سرندهی مبتنی بر روش خودگزارش‌دهی است و در مجموعه بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد، در

تا سال ۱۹۸۸ بیش از ۷۰ مطالعه درباره‌ی روایی این پرسشنامه در نقاط مختلف دنیا به انجام رسیده است. نتایج مطالعه فراتحلیل در خصوص ویژگی‌های این ابزار نشان می‌دهد که متوسط حساسیت پرسشنامه GHQ-28 برابر با ۸۴ درصد (بین ۷۷ تا ۸۹ درصد) و متوسط ویژگی آن برابر ۸۲ درصد (بین ۷۸ تا ۸۵ درصد) است. در بررسی گلدنبرگ (۱۹۹۸) اعتبار تنصیفی برای کل پرسشنامه را ۰/۹۵ درصد گزارش شده است. ضریب اعتبار نسخه فارسی پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای سلامت عمومی با روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۷ تا ۱۰ روزه روی گروه ۸۰ نفری به میزان ۰/۹۱ درصد برآورد شده است. ضریب اعتبار کلی آن نیز ۸۸ درصد و ضریب اعتبار زیرمقیاس‌ها بین ۵۰ تا ۸۱ درصد گزارش شده است در مطالعه مولایی یساولی، قنبری، مولایی یساولی و خواجوی (۱۳۹۸) نیز ضریب آلفای کرونباخ این ابزار برابر با ۰/۹۱ محاسبه شده است (۱۷)

به‌منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، پیش‌فرض‌های آماری (مانند آزمون شاپیرو-ویلک، لوین، کروییت موجلی) و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری با کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ و هیلر تدوین شده است. این پرسشنامه در افراد بالای ۱۵ سال قابل اجرا بوده و مدت زمان پاسخ‌دهی به آن

بین ۱۰ الی ۱۲ دقیقه به طول می‌انجامد. نسخه اصلی پرسشنامه سلامت عمومی از ۶۰ سؤال تشکیل شده است اما تعدادی از نسخه‌های کوتاه‌تر ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی از این مقیاس نیز تهیه شده است. در این مطالعه از فرم ۲۸ سؤالی آن که دارای ۴ زیرمقیاس نشانه‌های جسمانی (سؤالات شماره ۱ تا ۷)، اضطراب و بی‌خوابی (سؤالات شماره ۸ تا ۱۴)، نارساکنش‌وری اجتماعی (سؤالات شماره ۱۵ تا ۲۱) و افسردگی (سؤالات شماره ۲۲ تا ۲۸) و یک نمره کلی است، استفاده شد (۱۷)

شیوه نمره‌گذاری این ابزار بدین ترتیب است که از گزینه الف تا د نمره صفر، یک، دو و سه تعلق می‌گیرد. در نتیجه نمره فرد در هر یک از زیرمقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. نمرات هر آزمودنی در هر زیرمقیاس به‌طور جداگانه محاسبه شده و پس از آن نمرات ۴ زیرمقیاس را جمع کرده و نمره کلی به دست می‌آید. در این پرسشنامه نمره‌ی کمتر بیانگر سلامت روانی بهتر می‌باشد. براساس نمره‌ی به دست آمده و با استفاده از جدول می‌توان وضعیت فرد را در هر یک از زیرمقیاس‌ها و در کل پرسشنامه تعیین کرد. از این پرسشنامه برای هر فرد ۵ نمره به دست می‌آید که ۴ نمره‌ی آن مربوط به زیرمقیاس‌ها و یک نمره هم از مجموع نمرات زیرمقیاس‌ها به دست می‌آید، که نمره‌ی کلی می‌باشد

#### جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات درمان وجودی به شیوه گروهی جلسه/محتوی جلسه

جلسه اول: اهداف (آشنایی با فرایند گروه درمانی، آشنایی با قواعد و هنجارها، ایجاد زمینه برای همبستگی گروه و ارتباط اعضا). شیوه‌ها (تبیین شکل‌گیری مشکلات براساس تحلیل وجودی، تبیین گروه درمانی تحلیل وجودی، معرفی قواعد و هنجارهای گروه، معارفه اعضا، بررسی نگرانی‌ها و نظرات اعضا نسبت به مسایل مطرح شده)

جلسه دوم: معرفی مفهوم اضطراب‌های وجودی و تفاوت آن با اضطراب‌های نوروتیک با استفاده از مضامینی که درمانجویان در حین تعریف داستان خود به آنها اشاره کرده بودند. فراهم کردن شرایط لازم برای یادگیری روش شناخت و پذیرش احساسات مختلف از جمله اضطراب وجودی، ترس، اندوه، ترس، احساس گناه

جلسه سوم: ریشه اضطراب بشر، مسائل جنسی یا پرخاشگری نیست بلکه آگاهی از وجودشان است. به بیان دیگر، وجود انسان- با همه عدم حتمیت، درد، آزادی و بی‌معنا بودنش- ممکن است آنقدر برای فرد تهدید کننده باشد که او را بر این واداره که برای انکار وارونه نشون دادن این واقعیت از راه رفتارهای وسواسی تلاش کند.

جلسه چهارم: صحبت راجع به مرگ و نظر هر یک از اعضا در مورد مرگ و تعریف‌شان از مفهوم مرگ، سپس بگویند که فکر کردن به مرگ چه تأثیری بر زندگی آن‌ها دارد و چه نقشی در پویایی زندگی و خلاقیت ایجاد می‌کند. اینکه وجود مرگ چه تأثیری بر روابطشان با فرزندان تصور کنند که بعد از یک ساعت قرار است از هم جدت برای همیشه جدا شوند.

جلسه پنجم: بررسی وضعیت زندگی مادران، بررسی نقش دیگران در وضعیت و اتفاقات بوجود آمده، بررسی وضعیت انتخاب‌های مادران و نقش آن‌ها در احساس ناامیدی و فقدان انگیزه مادران.

جلسه ششم: پذیرش مسئولیت و پی بردن به اهداف زندگی خود بپردازند. فرایندی که اگر به درستی و واقع‌بینانه طی نشود می‌تواند به مقصر دانستن دیگران و بی‌مسئولیتی خود منتهی شود.

جلسه هفتم: داشتن خودآگاهی سبب شده که ما از سایر حیوانات جدا شویم. ما به عنوان انسان می‌توانیم بیان‌دیشیم و تصمیم‌گیری کنیم؛ زیرا که قادر به خودآگاهی هستیم. هرچه آگاهی ما بیشتر باشد امکانات ما برای آزادی بیشتر است.

جلسه هشتم: وجود گرایان برای بودن در این دنیا سه شیوه را متصورند. دنیای زیست‌شناختی یا محیط است و به معنای «دنیای روابط» است و حوزه روابط انسانی را شامل می‌شود. تمام حیوانات و انسان‌ها این دنیا را دارند، که سائق‌ها، غرایز، قوانین طبیعی و چرخه‌هایی چون خواب و بیداری و زندگی و مرگ را پوشش می‌دهد.

## جدول ۲- خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی

جلسه/محتوی جلسه
جلسه اول: اجرای پیش آزمون، آشنایی با اصول و اهداف جلسه، آموزش مبانی نظریه شناختی-رفتاری، آشنایی با الگوی <b>C-B-A</b> با ذکر مثال
جلسه دوم: تا به حال به این فکر کردید که زمانی که یک حادثه اتفاق می افتد خود حادثه نمی تواند ما را شاد یا ناراحت کند؟
جلسه سوم: مرور تکلیف جلسه قبل، طرح افکار خودآیند منفی، آشنایی و شناسایی خطاهای شناختی رایج، ارائه برگه ثبت افکار ناکارآمد.
جلسه چهارم: افکار خودآیندی را که روز اول، در هنگام ورود به گروه در ذهن تان شکل گرفت بنویسید و نظراتان را بیان کنید و بحث کنید روش دیگری از فکر کردن زمانی است که شما یک سری باورهای کلی دارید که براساس آن ها زندگی می کنید و تصمیم می گیرید و نگرش و نظر شما را به زندگی مشخص می کنند که ممکن است همان نتیجه گیری های شما از دنیا، یا نگرشی که والدیتان به شما آموزش داده اند باشند.
جلسه پنجم: ذهن شما در حال کار کردن است. فکر شما از یک چیز آغاز می شود و به چیزهای دیگری منتهی می گردد، شبیه بازی دومینو که هر قطعه دومینو به دیگری برخورد می کند و این کار تا زمین افتادن آخرین دومینو ادامه می یابد. آیا چنان موردی برای شما نیز رخ داده است؟
جلسه ششم: مرور تکلیف جلسه قبل، ادامه آموزش <b>C-B-A</b> با ذکر مثال هایی از زندگی روزمره، طرح پرسش های چالشی و کمک به اعضا برای شناسایی خطاهای فکری و ارائه پاسخ های جایگزین.
جلسه هفتم: آموزش تکنیک ایفای نقش، مشارکت تک تک اعضای گروه در بازی نقش، مطرح کردن مشکلات فرضی یا واقعی و حل آن با استفاده از ایفای نقش، تمرین شناسایی شناخت ها، شناسایی شناخت های غیرمنطقی، به چالش کشیدن آن ها و جایگزین کردن آن ها با باورهای منطقی، تمرین دوباره صحنه ها با خودگویی ها و افکار مثبت.
جلسه هشتم: مرور تکلیف جلسه قبل، ادامه بازی نقش و تمرین آن توسط تمام اعضای گروه، جمع بندی و مرور کلی بحث جلسات گذشته، ایجاد آمادگی برای بکار گرفتن روش های آموخته شده در شرایط زندگی واقعی، در آخر اجرای پس آزمون.

در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته مورد تحقیق به تفکیک آزمودنی ها و مراحل سنجش ارائه شده است. نتایج نشان می دهد میانگین نمره کارکرد روان شناختی و ابعاد آن در مراحل پس آزمون و پیگیری سه ماهه در گروه های آزمایش (درمان شناختی-رفتاری و درمان وجودی) نسبت به گروه کنترل بهبود یافته است.

یافته ها  
میانگین و انحراف معیار سن در آزمودنی های گروه درمان شناختی-رفتاری  $4/65 \pm 43/00$ ، گروه درمان وجودی  $3/96 \pm 44/40$  و در گروه کنترل برابر با  $4/08 \pm 46/22$  سال بود. نتایج حاصل از آزمون مجذور کای نشان داد که تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر ویژگی های جمعیت شناختی شامل تعداد فرزند، طول مدت ازدواج و سطح تحصیلات وجود ندارد ( $P < .0/05$ ).

جدول ۳- آماره های توصیفی کارکرد روان شناختی و ابعاد آن در گروه های پژوهش

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون $\pm$ انحراف معیار میانگین	پس آزمون $\pm$ انحراف معیار میانگین	پیگیری $\pm$ انحراف معیار میانگین
علائم جسمانی	درمان شناختی-رفتاری	۱۲ نفر	$1/89 \pm 13/46$	$1/32 \pm 9/07$	$1/39 \pm 9/03$
	درمان وجودی	۱۲ نفر	$1/72 \pm 13/91$	$1/42 \pm 8/75$	$1/78 \pm 9/08$
	کنترل	۱۲ نفر	$1/27 \pm 12/00$	$1/40 \pm 12/16$	$1/27 \pm 12/00$
اضطراب و بی خوابی	درمان شناختی-رفتاری	۱۲ نفر	$1/71 \pm 13/53$	$1/45 \pm 9/46$	$1/14 \pm 9/15$
	درمان وجودی	۱۲ نفر	$1/89 \pm 13/83$	$1/49 \pm 8/33$	$1/43 \pm 8/66$
	کنترل	۱۲ نفر	$1/86 \pm 12/66$	$2/02 \pm 12/58$	$2/01 \pm 12/66$
نارساکنش وری اجتماعی	درمان شناختی-رفتاری	۱۲ نفر	$2/10 \pm 14/38$	$1/76 \pm 8/92$	$1/88 \pm 8/69$
	درمان وجودی	۱۲ نفر	$1/92 \pm 14/41$	$1/33 \pm 8/83$	$1/31 \pm 9/08$
	کنترل	۱۲ نفر	$2/37 \pm 12/75$	$2/38 \pm 12/33$	$2/22 \pm 12/25$
افسردگی	درمان شناختی-رفتاری	۱۲ نفر	$1/51 \pm 14/15$	$1/65 \pm 9/69$	$9/16 \pm 1/43$
	درمان وجودی	۱۲ نفر	$1/78 \pm 13/50$	$1/20 \pm 8/82$	$1/12 \pm 9/16$

۲/۱۲±۱۳/۰۰	۲/۷۱±۱۲/۵۸	۲/۰۸±۱۳/۰۰	۱۲ نفر	کنترل	
۲/۳۲±۳۷/۰۷	۳/۵۰±۳۸/۱۵	۳/۳۵±۵۵/۵۳	۱۲ نفر	درمان شناختی-رفتاری	
۲/۳۲±۳۶/۰۰	۲/۹۸±۳۴/۷۵	۱/۹۶±۵۵/۶۶	۱۲ نفر	درمان وجودی	نمره کل کارکرد روانی
۵/۲۳±۴۸/۴۰	۵/۷۵±۴۹/۶۶	۵/۲۳±۵۰/۴۱	۱۲ نفر	کنترل	

میانگین‌ها نشان می‌دهد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مداخله در نمره کل کارکرد روان‌شناختی و تمامی ابعاد آن نمرات بهتری کسب کرده‌اند و اندازه اثر آن بر کارکرد روان‌شناختی ۵۲ درصد، علائم جسمانی ۳۲ درصد، اضطراب و بی‌خوابی ۳۰ درصد، نارساکنش‌وری اجتماعی ۲۸ درصد و افسردگی ۲۴ درصد بوده است. نتیجه کلی گویای آن است که مداخلات درمانی یعنی درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی و درمان وجودی به شیوه گروهی بر متغیرهای وابسته پژوهش اثربخش بوده‌اند (جدول ۴)

نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برحسب مقایسه‌های زوجی نیز نشان داد که تفاوت میانگین گروه درمانی شناختی-رفتاری و گروه درمانی وجودی با گروه کنترل در متغیرهای کارکرد روان‌شناختی و ابعاد آن معنی‌دار است. تفاوت میانگین درمان شناختی-رفتاری با درمان وجودی در کارکرد روان‌شناختی و ابعاد آن معنی‌دار نبود و علی‌رغم اثربخشی دو درمان مذکور بر کارکرد روان‌شناختی، تفاوت معنی‌داری میان این دو روش وجود نداشت.

برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و برای مقایسه بین گروهی از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده گردید. جهت بررسی بهنجار بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگراف-اسمیرنوف استفاده شد که شرط نرمال بودن داده‌ها برقرار بود. بررسی همگنی شیب رگرسیون نشان داد تعامل بین پیش‌آزمون و گروه (آزمایش و کنترل) برای متغیرهای وابسته (پس‌آزمون‌ها) معنی‌دار نبود. بنابراین، شیب‌های رگرسیون در گروه‌های آزمایش و کنترل همسان تلقی شد. برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون ام باکس (Box's M) استفاده شد که این مفروضه نیز رعایت شده بود. مفروضه همبستگی چندگانه متغیرهای وابسته با آزمون کرویت موچلی بررسی شد. سطح معنی‌داری برای کارکرد روان‌شناختی و هر یک از ابعاد آن کوچک‌تر از ۰/۰۵ به دست آمد، لذا فرض کرویت تأیید می‌شود. بر این اساس و با توجه به سایر پیش‌شرط‌های بررسی شده در مرحله قبل، تمامی مفروضات لازم برای انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برقرار است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در مورد نمره کل کارکرد روان‌شناختی و تمامی ابعاد آن، هر سه اثر بین گروهی، درون‌گروهی و تعاملی بین گروهی و درون‌گروهی معنی‌دار است. مقایسه

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر کارکرد روان‌شناختی و ابعاد آن در سه مرحله اجرا

متغیرهای پژوهش	منابع تغییر	IF آماره	سطح معناداری	ضریب تأثیر
علائم جسمانی	گروه	۴۰/۷۲	۰/۰۱۱	۰/۴۵۱
	زمان	۸/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۱۵۳
	گروه*زمان	۱۱/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲۶
اضطراب و بی‌خوابی	گروه	۴۳/۵۵	۰/۰۱۸	۰/۴۶۸
	زمان	۱۸/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۲۷۶
	گروه*زمان	۱۱/۰۷	۰/۰۱۳	۰/۳۰۹
نارساکنش‌وری اجتماعی	گروه	۴۳/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶۸
	زمان	۱۱/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۱۸۳
	گروه*زمان	۹/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۲۸۴
افسردگی	گروه	۳۶/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲۱
	زمان	۱۶/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۲۵۵
	گروه*زمان	۷/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۲۴۰
کارکرد روان‌شناختی	گروه	۱۱۳/۲۱	۰/۰۱۲	۰/۶۹۶
	زمان	۳۷/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳۰
	گروه*زمان	۲۷/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه دوتایی گروه‌ها در کارکرد روان‌شناختی و ابعاد آن

متغیر	مرحله ۱	مرحله ۲	میانگین تفاوت‌ها	انحراف معیار	سطح معناداری
علائم جسمانی	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۷۵	۰/۳۶۱	۰/۰۱۲
	پیش آزمون	پیگیری	۲/۸۸	۰/۳۶۱	۰/۰۱۶

۰/۰۱۰	۰/۳۶۱	-۲/۷۵	پیش آزمون	پس آزمون	
۱/۰۰۰	۰/۳۶۱	۰/۱۳۸	پیگیری		
۰/۰۰۱	۰/۴۰۲	۳/۲۵	پس آزمون	پیش آزمون	اضطراب و بی‌خوابی
۰/۰۰۱	۰/۴۰۲	۴/۸۶	پیگیری		
۰/۰۰۱	۰/۴۰۲	-۳/۲۵	پیش آزمون	پس آزمون	
۱/۰۰۰	۰/۴۰۲	۰/۴۱۲	پیگیری		
۰/۰۰۱	۰/۴۵۷	۳/۷۵	پس آزمون	پیش آزمون	نارساکنش‌وری اجتماعی
۰/۰۰۱	۰/۴۵۷	۳/۶۳	پیگیری		
۰/۰۰۱	۰/۴۵۷	-۳/۷۵	پیش آزمون	پس آزمون	
۱/۰۰۰	۰/۴۵۷	-۰/۱۱۱	پیگیری		
۰/۰۰۱	۰/۴۱۶	۳/۱۹	پس آزمون	پیش آزمون	افسردگی
۰/۰۰۱	۰/۴۱۶	۲/۹۱	پیگیری		
۰/۰۰۱	۰/۴۱۶	-۳/۱۹	پیش آزمون	پس آزمون	
۱/۰۰۰	-۰/۴۱۶	-۰/۲۷۷	پیگیری		
۰/۰۰۱	۰/۹۸۳	۱۲/۹۴	پس آزمون	پیش آزمون	کارکرد روان‌شناختی
۰/۰۰۱	-۰/۹۸۳	۱۲/۶۹	پیگیری		
۰/۰۰۱	۰/۹۸۳	-۱۲/۹۴	پیش آزمون	پس آزمون	
۱/۰۰۰	-۰/۹۸۳	-۰/۲۵۰	پیگیری		

کودک استثنائی در هر خانواده ساختار سلامت روان اعضاء خانواده به ویژه والدین را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. والدین این کودکان عموماً در معرض خطر مشکلات مختلف زندگی خانوادگی و دشواری‌های عاطفی قرار دارند. مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مشکل‌دار، والدین و به ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامت روان قرار می‌دهد.

در واقع، حضور کودک استثنائی با کشاکش‌های ویژه‌ای که دارد کانون خانواده و نقش‌های والدین به ویژه مادران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و مادران کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با پدران به دلیل اینکه زمان بیشتری را برای مراقبت از فرزند ناتوان خود اختصاص می‌دهند، به علت شرایط و مسئولیت‌های مداومی که کودک استثنائی از لحاظ شناختی، اجتماعی و هیجانی دارد، تنش بیشتری را متحمل می‌شوند در این میان بهبود روابط مادر- کودک می‌تواند به پذیرش کودک از سوی خانواده و به خصوص مادر کمک کند. کیفیت ارتباط‌های اولیه مادر- کودک با ارتباط‌های بعدی کودک، سازش‌یافتگی، تنظیم هیجانی و پاسخ‌های تعارضی کودک با سایر همسالان و خواهر و برادرانش رابطه دارد.

یافته دیگر مطالعه حاضر نشان داد که هر دو روش مداخلاتی بر وضعیت روان‌شناختی مادران اثربخش بوده و از این نظر تفاوت معناداری با هم نداشته‌اند در خصوص تبیین چگونگی تأثیر شیوه آموزشی بر سلامت روان مادران، بررسی محتوای مطالب ارائه شده در جلسات درمان ضروری به نظر می‌رسد. آموزش مهارت‌های شناختی مانند حل مسأله، مبارزه با افکار منفی، تفکر منطقی و تکنیک‌های توجه برگردانی، باعث افزایش سلامت روانی و آموزش مهارت‌های رفتاری مانند تن‌آرامی، برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و انجام فعالیت‌های لذت‌بخش باعث افزایش سلامت جسمانی می‌گردد. این روند در مجموع افزایش سلامت روانی، جسمانی و افزایش سلامت عمومی را در پی دارد.

#### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی هم‌سنجی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان وجودی به شیوه گروهی بر کارکرد روان‌شناختی مادران دارای کودک استثنائی انجام شد. نخستین یافته مطالعه نشان داد که گروه درمانی شناختی- رفتاری بر بهبود کارکردهای روان‌شناختی روان‌مادران اثربخشی داشته است. این یافته از پژوهش با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو می‌باشد.

برای نیز در مطالعه خود همسو با یافته حاضر نشان داد که درمان شناختی- رفتاری موجب ارتقای سلامت روان مادران می‌شود. (۱۸) نیز در مطالعه خود به نتایج مشابهی دست یافتند.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر سلامت روان مادران کودکان استثنائی می‌توان این‌گونه بیان کرد که مادران با آموزش مفاهیم این رویکرد در می‌یابند که مشکلات‌شان چه بوده است و راهبردهای مقابله با این مشکلات را نیز می‌آموزند. این امر باعث افزایش عزت نفس و کفایت روان‌شناختی در آنان می‌گردد. یعنی افراد با کمک این شیوه درمانی می‌توانند از ظرفیت‌ها و توانمندی‌های خود بهره بیشتری برده و در برابر استرس‌های زندگی مقاوم‌تر گردند، که این در نهایت به افزایش سلامت عمومی آنان منجر می‌شود. از سوی دیگر ناراحتی‌ها و استرس مضاعف و مستمری را بر خانواده‌های کودکان کم‌توان ذهنی و خصوصاً مادران آن‌ها وارد می‌آورد. فشار روانی وارده بر این مادران به دلیل استمرار، علاوه بر سلامت جسمانی و روانی خود آن‌ها، سلامت و آسایش همسران، فرزندان سالم و نیز فرزند ناتوان‌شان و در سطحی وسیع‌تر سلامت و بهداشت روانی کل جامعه را متأثر خواهد ساخت.

دیگر یافته مطالعه حاضر همسو با نتایج مطالعات پیشین مانند (۱۹،۲۰) نشان داد که درمان وجودی بر بهبود وضعیت روان‌شناختی مادران اثربخشی داشته است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت وجود

## Reference

1. Rezaei, Zahra., Behpejoh, Ahmad., and Ghojari Bonab, Baqir. (2018). Effectiveness of non-violent communication program training on mother-child interaction in mothers with mentally retarded children. *Journal of Archives of Rehabilitation*, 20(1), 41-53
2. Aghaei, Siddiq., and Yousefi, Zahra. (2016). The effect of treatment based on quality of life on improving psychological capital and its dimensions in mothers of mentally retarded children. *Journal of Child Mental Health*, 4(2), 49-60
3. Amini, Arzoo., and Shariatmadar, Asia. (2017). Effectiveness of group dialectical behavior therapy on catastrophizing and rumination in mothers of mentally retarded children, *Counseling Culture and Psychotherapy*, 9(34), 171-190
- Barak-Levy, Y., & Atzaba-Poria, N. A. (2020). A mediation model of parental stress, parenting, and risk factors in families having children with mild intellectual disability. *Research in developmental disabilities*, 98, 103577
4. Sheikhul-Islami, Ali., Qamari, Hossein., and Gholami, Samira. (2017). The role of worry, hope and meaning of life in predicting the mental health of mothers with mentally disabled children. *Quarterly Journal of Psychology of Exceptional People*, 8(31), 214-195
5. Mikocka-Walus, A., Stokes, M., Evans, S., Olive, L., & Westrupp, E. (2021). Finding the power within and without: How can we strengthen resilience against symptoms of stress, anxiety, and depression in Australian parents during the COVID-19 pandemic. *Psychosomatic Research*, 145, 110433
6. McCormack, G. R., Doyle-Baker, P. K., Petersen, J. A., & Ghoneim, D. (2020). Parent anxiety and perceptions of their child's physical activity and sedentary behaviour during the COVID-19 pandemic

والدین می‌توانند با بکارگیری رابطه محبت‌آمیز با کودک و استفاده از کلمه‌ها و حرکت‌هایی که نشان‌دهنده پذیرش کودک، است پاسخ‌گو و متعهد بودن به نیازها و ارزش‌های فرزند، استفاده از لحن مثبت و سرشار از عاطفه و عدم تحقیر، انتقاد صریح و سرزنش کودک، تعاملی سالم و با کیفیت با فرزندان‌شان برقرار کنند. هنگامی که کودک احساس می‌کند درک شده است، احساس تعلق و دوست داشتنی بودن می‌کند، عشق فرزند به پدر و مادر عمیق‌تر شده، ارزش‌ها و هنجارهای والدین را درونی می‌کند، احساسات و مشکلات خود را بیان می‌کند و در مواجهه با تعارضات از آن‌ها راهنمایی و دلگرمی می‌طلبد. همچنین در تعاملات نزدیک والدین با فرزند، رفتار فرزند به آسانی قابل مشاهده است و والدین آشنایی بیشتری با رفتارها و احساسات فرزند خود پیدا کرده و در صورت لزوم راهنمایی لازم را می‌دارند.

در درمان شناختی از تکنیک بازسازی شناختی استفاده شد. در بازسازی شناختی به مراجعان کمک شد تا درک آن‌ها از استرس‌ها و نحوه‌ی تعامل آن‌ها با موقعیت‌های استرس‌آور اصلاح شود. به آزمودنی‌ها آموزش داده شد تا شیوه‌هایی را که در موقعیت‌های استرس‌آور تجربه می‌کنند، تغییر دهند و بتوانند ارزیابی مثبتی از موقعیت‌های استرس‌آور داشته باشند. از طریق به چالش کشیدن افکار خودآیند منفی، تشویق آزمودنی‌ها به افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش، برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و افزایش موقعیت‌های روزمره می‌توان خلق افسرده در افراد را به میزان زیادی کاهش داد. با بهبود خلق افسرده و سلامت روان در مادران، سلامت عمومی نیز به میزان زیادی ارتقاء خواهد یافت. از سوی دیگر، از نظر وجودگرایان آزاد بودن و انسان بودن یکی هستند و آزادی و مسئولیت دست در دست یکدیگر دارند. آزادی با مسئولیت قرین است. هر فردی مسئول انتخاب‌هایش برای حضور اصیل و قابل اعتماد است و هر فردی برای بودن خودش مسئول است. آزادی انسان، آزادی از شرایط نیست بلکه توانایی او برای ایستادن در مقابل شرایط است. با توجه به اینکه کودکان استثنائی دارای شرایط خاصی می‌باشد که نیاز به ایستادن اطرافیان در مقابل شرایط می‌باشد، آموزش روش‌های وجودگرا موجب ارتقای تاب‌آوری و سلامت روان مادران می‌شود. این مطالعه نیز مانند سایر مطالعات حوزه علوم انسانی با محدودیت‌هایی همراه بود. با توجه به اینکه شهر قرچک، شهری محدود و کوچک می‌باشد و احتمال برخورد و تبادل اطلاعات بین گروه‌های آزمایش و کنترل وجود داشت، در پژوهش حاضر امکان کنترل این موضوع وجود نداشت. همچنین، جامعه آماری پژوهش حاضر از شهر قرچک انتخاب شده است و مسلماً بین شهرهای کشورمان از نظر فرهنگ و آداب و رسوم تفاوت‌هایی وجود دارد، لذا در تعمیم یافته‌های این‌گونه تحقیقات، توجه به تأثیرات فرهنگی و بومی هر منطقه ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به پیشنهاد برخی از پژوهشگران که معتقدند بهتر است روش‌های مداخله به دو نفر واگذار شود، پیشنهاد می‌شود برای جلوگیری از سوگیری احتمالی و اعتماد بیشتر به نتایج، در پژوهش‌های آتی از دو درمانگر استفاده شود.

14. Hinton III, L. (2021). Is Jung existential or not? Reflections on temporality and everydayness. *Journal of Humanistic Psychology*, 61(5), 721-732
15. Yalom, A. (2019). *Existential psychotherapy*. Translated by Sepideh Habib. Tehran: Ney Publishing
16. Fathi Ashtiani, Ali. (1400). *Psychological tests: assessment of personality and mental health*. first volume. Tehran: Baath Publication
17. Rahbarkarbasdehi, Fatemeh; Abolghasemi, Abbas and Rahbarkarbasdehi, Ibrahim. (2015). The effect of stress management training based on cognitive-behavioral approach on improving the child-parent relationship and the psychological well-being of mothers of intellectually disabled children. *Child Mental Health Quarterly*, 3(3).72-59
18. Parizadeh, Haniyeh (2013). Investigating and comparing the effectiveness of group therapy with existential approach and reality therapy approach on depression, anxiety and solving the problem of women's body image. Master's thesis. Mashhad Ferdowsi University
19. Ahrari, M. (2012). Comparison of the effectiveness of existential group therapy and analysis of mutual relationships on reducing depression in mothers of mentally retarded children. Master's thesis. Mashhad Ferdowsi University.
- in Canada. *Preventive Medicine Reports*, 20, 101275
7. . Hollmann, K., Allgaier, K., Hohnecker, C. S., Lautenbacher, H., Bizu, V., Nickola, M., ... & et al. (2021). Internet-based cognitive behavioral therapy in children and adolescents with obsessive compulsive disorder: a feasibility study. *Journal of Neural Transmission*, 1-15
8. . Reinholt, N., Hvenegaard, M., Christensen, A. B., Eskildsen, A., Hjorthøj, C., Poulsen, S., ... & et al. (2021). Transdiagnostic versus Diagnosis-Specific Group Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders and Depression: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1-14
9. . Käll, A., Bäck, M., Welin, C., Åman, H., Bjerkander, R., Wänman, M., ... & et al. (2021). Therapist-Guided Internet-Based Treatments for Loneliness: A Randomized Controlled Three-Arm Trial Comparing Cognitive Behavioral Therapy and Interpersonal Psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(5), 351-358
10. Ratanashevorn, R., & Brown, E. C. (2021). "Alone in the Rain (bow)": Existential Therapy for Loneliness in LGBTQ+ Clients. *Journal of LGBTQ Issues in Counseling*, 15(1), 110-127
11. Westlake, G. M. (2021). The Soul of Existential Therapy: Dialogues with Professors Todd DuBose and Miles Groth. *Existential Analysis*, 32(1), 159-168
12. Heidenreich, T., Noyon, A., Worrell, M., & Menzies, R. (2021). Existential approaches and cognitive behavior therapy: Challenges and potential. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(1), 209-234
13. John, M. (2021). The "existential" in existential psychotherapy: pressing issues of everyday life necessitate intuition informed practice. *Australian Psychologist*, 1-10