

اثربخشی روان درمانی وجودی بر تنهایی وجودی و نگرش نسبت به مرگ در مراجعان با افسردگی وجودی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۳۱

خلاصه

مقدمه

مرگ و میر ناشی از همه گیری بیماری ویروس کووید-۱۹ و مواجهه با یکی از حقایق مسلم هستی یعنی مرگ، موجب شیوع افسردگی وجودی شده است. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روان درمانی وجودی بر تنهایی وجودی و نگرش نسبت به مرگ در مراجعان با افسردگی وجودی بود.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف در گروه پژوهش های کاربردی و از لحاظ روش شناسی، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری ۳ ماهه و همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان و مردان با افسردگی وجودی بودند که در ۶ ماه نخست سال ۱۴۰۱ به مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. ۲۴ مراجع (۱۳ زن و ۱۱ مرد) با نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گواه (۱۲ نفر) گمارده شدند. پروتکل روان درمانی وجودی می و یالوم (۱۹۸۹) تنها برای گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای به صورت هفتگی انجام شد و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفتند و پس از پایان پژوهش، جلسات مشاوره روان شناختی رایگان دریافت کردند. آزمودنی ها در ۳ مرحله (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۳ ماهه) با پرسشنامه تنهایی وجودی مایرز، خو و اسواتبرگ (۲۰۰۲) و نسخه تجدیدنظر شده پرسشنامه نیم رخ نگرش نسبت به مرگ و وننگ، پیکر و گیسر (۱۹۹۴) ارزیابی شدند. تجزیه و تحلیل داده ها با آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر از طریق نرم افزار SPSS-۲۸ انجام شد.

نتایج

نتایج این پژوهش نشان داد روان درمانی وجودی بر تنهایی وجودی و نگرش نسبت به مرگ در مراجعان با افسردگی وجودی تاثیر دارد ($p < 0/05$). روان درمانی وجودی موجب کاهش معنی دار تنهایی وجودی و نگرش اجتناب از مرگ و افزایش معنی دار نگرش های پذیرش گرایشی، پذیرش با گریز و پذیرش خنثی نسبت به مرگ شد. بیشترین اثربخشی روان درمانی وجودی بر نگرش پذیرش گرایشی نسبت به مرگ با اندازه اثر ۰/۶۴۷ بود.

نتیجه گیری

می توان نتیجه گرفت که روان درمانی وجودی بر تنهایی وجودی و نگرش نسبت به مرگ در مراجعان با افسردگی وجودی موثر است.

کلمات کلیدی

روان درمانی وجودی، تنهایی وجودی، نگرش نسبت به مرگ، افسردگی وجودی.
بی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

ابوالفضل سرلکی^{۱*}

عاطفه عبدالهی^۲

فرناز معدنی^۳

یگانه اسدی پور^۴

مسعود شریفی^۵

^۱ کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی کودک و نوجوان، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۳ کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۴ کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۵ استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

E-mail: det.sarlak@gmail.com

مقدمه

شیوع افسردگی در دهه های اخیر، در مناطق مختلف جهانی و در گروه های سنی مختلف رو به افزایش بوده (ادواردز، والکر، پادیک، پرینا، چیناسامی، ردی و دوتچین، ۲۰۲۳؛ لیم، تام، لو، هو، ژانگ و هو، ۲۰۱۸) و بویژه پس از پاندمی بیماری کووید-۱۹ نرخ ابتلاء به افسردگی به طور چشمگیری روند تصاعدی در پیش گرفته است به طوری که برخی مطالعات گزارش داده اند در مقایسه با شیوع جهانی تخمینی ۳/۴۴ درصدی افسردگی در سال ۲۰۱۷، به نظر می رسد شیوع ۲۵ درصدی افسردگی در سال ۲۰۲۰، در حدود ۷ برابر بیشتر شده است (بوئو-نوتایول، گراسیا-گارسیا، اولایا، لاشراس، لوپز-انتون و سانتاباربارا، ۲۰۲۱). افسردگی، وضعیت روانی است که اغلب با خلق پایین و افسرده، غم و اندوه، فقدان علاقه به فعالیت های لذت بخش قبلی و دیگر نشانه هایی نظیر احساس بی ارزشی، مشکلات در توجه و تمرکز، مشکلات خواب و اشتها و افکار خودکشی شناخته می شود (رایس، سیدلر، کیلی، اورودنیزوک، زاجاک و اولایف، ۲۰۲۲؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۵). افسردگی طیف وسیعی از تظاهرات بالینی از جمله انگیزشی و هیجانی، شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی دارد و آن را به طور ابعادی با حالات و شدت متفاوت در نظر می گیرند از افسردگی زیر آستانه تشخیصی و اختلالات افسردگی تا شخصیت افسرده (سادوک، ۲۰۱۵).

با این وجود، در این طیف گسترده افسردگی، یک وضعیت خاص با مفاهیم اولیه فلسفی نیز وجود دارد که «افسردگی وجودی»^۱ در نظر گرفته می شود. طبقه بندی های کنونی مورد استفاده در روان پزشکی و روان شناسی تمایل به نادیده گرفتن و در نتیجه حذف این وضعیت خاص در دسته های تشخیصی معمول را دارند که نتیجه بالینی آن عدم درک درست جوهر

فلسفی و وجودی این حالت افسردگی و در نتیجه درمان ناکارآمد است (برای، ۲۰۲۱). نظام های تشخیصی بیماری ها و اختلالات روانی معتقدند افسردگی، عموماً از علل مختلف روانی یا بیولوژیکی سرچشمه می گیرد یا می تواند بیانگر یک استعداد ذاتی و مشخصه فردی باشد (گابیل، استرایکر و کرس، ۲۰۲۲؛ انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۵). هافنر (۱۹۵۴) از عبارت «افسردگی وجودی» برای توصیف حالتی استفاده کرد که هیچ ارتباط آشکاری با آسیب های روان پزشکی قبلی ندارد، بلکه با معنای کلی زندگی مرتبط است و زمانی ایجاد می شود که فرد کمبود قابل توجهی از اهداف و جاه طلبی ها را تجربه کند. طبق نظر برای (۲۰۱۸)، افسردگی وجودی یک وضعیت غیر آسیب شناختی است و به عنوان حالتی تعریف می شود که در آن خلق افسرده است و از تأملات و نگرانی های خاص در مورد جوهر زندگی ناشی می شود. افسردگی وجودی علائمی مشابه افسردگی عادی دارد که در نسخه تجدیدنظر شده ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ شرح داده شده است مانند خلق افسرده، خستگی یا از دست دادن انرژی (تقریباً به طور روزانه) و احساس بی ارزشی اما در افسردگی وجودی، هیچ دلیل زیستی مستند (مانند افسردگی درون زا^۳ یا پویایی آسیب شناختی روانی منحصر به فرد (مانند افسردگی واکنشی یا عصبی) مانند افسردگی روان زا^۴ وجود ندارد (برای، ۲۰۱۸).

افسردگی وجودی را می توان پیامد مستقیم زیر سؤال بردن معانی بنیادین زندگی و در پی آن خالی شدن و ابطال آن دانست. غالباً احساس ملالت^۵ فراگیر با احساس ناراحتی مبهم پریشان زا^۶ ناشی از، از دست دادن نقاط مرجع^۷ وجودی مرتبط است (برای، ۲۰۱۷).

رویکرد وجودی بر تعارضی که از رویارویی فرد با مسلمات هستی حاصل شده است تأکید دارد نه تعارض با غرایز

⁴ endogenous depression

⁵ psychogenic depression

⁶ anguish

⁷ a troubling sense of malaise

⁸ reference points

¹ American Psychiatric Association

² Existential depression

³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)

سرکوب شده یا بالغان مهم درونی شده (می و یالوم، ۱۹۸۹). تاملات عمیق در مورد پاسخ به پرسش‌های بنیادین در مورد هدف زندگی، ارزش‌ها، مسئولیت، آزادی و مرگ می‌تواند افسردگی وجودی را القا کند (یالوم، ۱۴۰۱). در دوران همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ نیز به دلیل شیوع مرگ و میر ناشی از این بیماری و مواجهه افراد با مسئله مرگ، افسردگی وجودی شدت یافت (عباس و سهاد، ۲۰۲۱). پاسخ انسان به پرسش‌های بنیادین هیچ‌گاه قطعی و اطمینان‌بخش نخواهد بود و تنها ایمان یا اعتقاد به یک مبنای نظری یا دینی می‌تواند فرد را تسلی بخشد (براه، ۲۰۱۸). با این وجود، اغلب راه حلی که برای این معضل اتخاذ می‌شود، اجتناب یا انکار جدی خود سؤالات است. اما گاهی راهی برای دوری از اضطراب بی‌وقفه شک، وجود ندارد و خارج از اختیار فرد، موضوع خود را به طرز دردناکی به انسان تحمیل می‌کند. جستجوی معنایی قطعی در زندگی، معنایی که بتواند حقیقت نهایی را بیان کند، اساساً کاری ناامیدکننده است. هنگامی که هر معنای پیشین، قدرت یا اعتبار خود را از دست می‌دهد، حالت دردناک و خطرناکی از پوچی و رنج وجود دارد که به راحتی قابل تحمل نیست (براه، ۲۰۲۱).

مطالعات نشان داده‌اند که تنهایی وجودی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده افسردگی وجودی است (کرسچمر و استورم، ۲۰۱۸). باید میان انواع تنهایی تمایز قائل شد چرا که اگرچه از لحاظ نظری، شباهت دارند اما درک نادرست از انواع تنهایی، سبب انتخاب درمان ناکارآمد می‌گردد (می و یالوم، ۱۹۸۹). تنهایی بین فردی، به جدا افتادگی و دور ماندن از دیگران اشاره دارد و تنهایی درون فردی زمانی رخ می‌دهد که انسان نیازها و احساساتش را خفه کند، بایدها و اجبارها را به جای آرزوهایش بپذیرد، به قضاوت خود بی‌اعتماد شود یا استعدادهای خود را به بوته فراموشی سپارد تا حدی که ممکن باشد درگیر جداسازی و گسستگی شود و اجزای مختلف وجود فرد از هم فاصله گیرند (یالوم، ۱۴۰۱).

هر دو این نوع تنهایی، بویژه تنهایی بین فردی، با نوع دیگری از تنهایی یعنی تنهایی وجودی ارتباط تنگاتنگی دارند. با این وجود تنهایی وجودی، تنهایی عمیق و بنیادینی است که به رغم رضایت بخش‌ترین روابط با دیگران و نیز خودشناسی و انسجام درونی تمام عیار، همچنان پابرجاست (می و یالوم، ۱۹۸۹). تنهایی وجودی به عنوان یک حالت پیش فرض درون فردی عدم ارتباط یا تنهایی عمیق، مبتنی بر ساختار هستی‌شناختی بنیادین^۱ یا استعلایی^۲ - یک غیبت درونی عمیق - در وجود انسان توصیف شده است، چیزی که ممکن است مایل باشیم از خود پنهان کنیم (گالاگر، ۲۰۲۳). با این وجود، همواره مفهوم دقیق تنهایی وجودی، مبهم و ارزیابی و تشخیص آن دشوار خواهد بود (اتما، درکسن و ون لیون، ۲۰۱۰). بر این اساس، برخی از نظریه پردازان ادعا می‌کنند که انسان در نهایت، لزوماً و برای همیشه تنهاست به گونه‌ای که هرگونه تلاشی برای فرار از این تنهایی منجر به از خود بیگانگی^۳ می‌شود (گالاگر، ۲۰۲۳). انسان هر قدر هم که در رابطه با دیگران باشد، باز هم در هستی و وجود خود تنهاست و همان‌گونه که تنها به دنیا آمده، تنها نیز مرگ به سراغ او خواهد آمد (می و یالوم، ۱۹۸۹). یالوم تنهایی وجودی را مانند دره‌ای میدانند که از راه‌های مختلف از جمله رویارویی با مرگ می‌توان به آن نزدیک شد (امیری و علیزمانی، ۱۳۹۷). یالوم (۱۴۰۱) درباره‌ی ارتباط مرگ و تنهایی اگزیستانسیال معتقد است «آگاهی از "مرگ من" موجب می‌شود فرد عمیقاً دریابد که قادر نیست با دیگری یا برای دیگری بمیرد. چه در حلقه‌ی دوستان باشیم، چه افراد برای آرمانی واحد بمیرند، باز هم بنیادین‌ترین و عمیق‌ترین سطح مردن، تنهاترین تجربه‌ی بشری به حساب می‌آید».

نگرش به مرگ^۴، به مجموعه پاسخ‌های شناختی، عاطفی و رفتاری فرد نسبت به حقیقت مرگ اطلاق می‌شود (وونگ، پیکر و گیسر، ۱۹۹۴). این نگرش‌ها می‌توانند مثبت یا منفی

³ self-alienation

⁴ death attitude

¹ fundamental ontological

² tranxendental

باشند. نگرش های منفی درباره مرگ، ترس از مرگ یا اجتناب از مرگ را در بر می گیرند در حالی که نگرش های مثبت، باورهای مربوط به توانایی کنار آمدن با مرگ و پذیرش آن را شامل می شوند (بخشعلی زاده ایرانی، شهیدی و حزینی، ۱۴۰۰). در رویکرد وجودی، مواجهه با واقعیت مرگ، بیش از آن که زندگی را فقر زده کند، به آن غنا می بخشد و منجر به نوعی پذیرش ناکامی های اجتناب ناپذیر بشری می شود (یالوم، ۱۴۰۱) و به تعبیری «آگاهی از واقعیت مرگ، همچون خیره شدن به خورشید است» (یالوم، ۲۰۰۸) و نگرش به مرگ می تواند تمام جنبه های فلسفی، روان شناختی، رفتاری و جهان بینی فرد را تحت تاثیر خود قرار دهد (می و یالوم، ۱۹۸۹).

روان درمانی وجودی رویکرد پویایی است که بر چهار نگرانی اساسی یعنی مرگ، آزادی، تنهایی و بی معنایی (پوچی) که در وجود انسان ریشه دارند، تأکید می ورزد (می و یالوم، ۱۹۸۹). هدف اصلی روان درمانی وجودی، افزایش آگاهی فرد از دغدغه های وجودی با توسعه بخشیدن چشم اندازهای فرد به زندگی و جهان پیرامون است (یالوم، ۱۴۰۱). روان درمانی وجودی بر ارزش فلسفی و انسانی وجود فردی و روابط آن با جهان تأکید کرده و سعی می ورزد از شرطی شدن ناشی از نظریه های تفسیری پیش ساخته، مدل ها، مقوله های تشخیصی یا روش های مداخله استاندارد شده اجتناب کند و بدون پیش فرض عمل کند. روان درمانی وجودی، بر این باور نیست که هر نوع رنج روانی را باید به عنوان آسیب شناسی و درمان طبقه بندی کرد. درمان وجودی و مشاوره فلسفی یک رویکرد ایده آل برای بازسازی درونی معنا و هویت است که در آن یک نگرش فلسفی به یک ابزار اصلی تبدیل می شود (برا، ۲۰۱۶).

بررسی پیشینه پژوهش نشان داد که عدم مواجهه با تنهایی وجودی می تواند با برخی مشکلات روان شناختی نیز در ارتباط باشد برای مثال زندگی آبادی، کلاتر کوشه و برجعلی (۱۳۹۶) گزارش کردند که عدم پذیرش تنهایی وجودی می تواند بخشی از اضطراب های مفرط، مقابله های

ناکارآمد و مشکلات ارتباطی افراد مبتلا به گرایش های وسواسی - جبری را توجیه کند. با توجه به نقش درمان وجودی بر آگاهی فرد درباره زندگی و قبول مسئولیت پذیری درقبال خود و دیگران که با احساس تنهایی در تقابل است، این درمان می تواند تاثیر مثبتی بر احساس تنهایی داشته باشد (مختارزاده بنه خلخال، شفیق آبادی، حیدری و داوودی، ۱۴۰۰). یافته های مطالعه علی زاده، تکلوی، محمود علیلو و فیضی پور (۱۴۰۰) نیز نشان داد روان درمانی وجودی بر بهبود معنای زندگی و کاهش اضطراب مرگ بیماران بهبود یافته ی کووید ۱۹ تاثیر معناداری داشته است. نتیجه پژوهش برا (۲۰۲۱) حاکی از آن بود که وضعیت افسردگی وجودی از تأملات و ملاحظات خاصی در زندگی سرچشمه می گیرد و ناراحتی عمیقی ایجاد می کند و نشان می دهد که چگونه حالت افسردگی می تواند حداقل در برخی موارد، لحظه ای مهم از وجود را نشان دهد. با این وجود، این نوع از افسردگی نیاز به روان درمانی وجودی دارد نه مداخلاتی مانند روان درمانی استاندارد و یا داروهای روان پزشکی دارد که امروزه خط اول درمان افسردگی هستند.

با توجه به شیوع افسردگی وجودی به ویژه پس از دوران همه گیری بیماری ویروس کووید-۱۹، مداخله کارآمد برای این دسته از مراجعان ضرورت و اهمیت دارد چرا که در صورت عدم روان درمانی مناسب، این وضعیت می تواند موجب اختلالات روانشناختی بویژه اختلالات افسردگی و حتی خودکشی شود. با توجه به مبانی نظری روان درمانی وجودی و موثر بودن این مداخله بر طبق پیشینه پژوهش، هدف از این پژوهش، تعیین اثربخشی روان درمانی وجودی بر تنهایی وجودی و نگرش نسبت به مرگ در مراجعان با افسردگی وجودی است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف در گروه پژوهش های کاربردی و از لحاظ روش شناسی، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری ۳ ماهه و همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان و مردان با افسردگی وجودی

بودند که در ۶ ماه نخست سال ۱۴۰۱ به مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. ۲۴ مراجع (۱۳ زن و ۱۱ مرد) با نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گواه (۱۲ نفر) گمارده شدند. پروتکل روان درمانی وجودی می و یالوم (۱۹۸۹) تنها برای گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای به صورت هفتگی انجام شد و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفتند و پس از پایان پژوهش، جلسات مشاوره روان شناختی رایگان دریافت کردند. آزمودنی ها در ۳ مرحله (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۳ ماهه) با پرسشنامه تنهایی وجودی مایرز، خو و اسواتبرگ (۲۰۰۲) و نسخه تجدیدنظر شده پرسشنامه نیمرخ نگرش نسبت به مرگ و وننگ، پیکر و گیسر (۱۹۹۴) ارزیابی شدند.

معیارهای ورود به تحقیق عبارت بودند از: ۱- آزمودنی دارای افسردگی وجودی باشد که تعیین آن بر عهده درمانگر وجودی بود ۲- عدم دریافت مداخله روان شناختی دیگر یا روان دارویی در حین پژوهش ۳- عدم ابتلاء به اختلالات پزشکی و روان پزشکی حاد ۴- در بازه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال قرار داشته باشد ۵- تحصیلات دیپلم به بالا باشد ۶- رضایت و همکاری آزمودنی. معیارهای خروج از تحقیق عبارت بودند از: ۱- عدم همکاری مناسب آزمودنی در مراحل ارزیابی و مداخله (عدم شرکت در بیش از ۲ جلسه درمانی) ۲- ابتلاء آزمودنی به اختلالات حاد روان شناختی و پزشکی به جز افسردگی (ارزیابی این ملاک از طریق مصاحبه بالینی انجام شد) ۳- دریافت مداخله روان درمانی/دارویی دیگر در حین پژوهش ۴- انصراف از حضور در پژوهش و عدم تمایل به انتشار نتیجه در حین مطالعه.

ابزار های پژوهش

۱- پرسشنامه تنهایی وجودی! این پرسشنامه دارای ۲۲ آیتام و با هدف ارزیابی احساس تنهایی وجودی توسط مایرز، خو و اسواتبرگ (۲۰۰۲) طراحی شده است. در مرحله اول ساخت این پرسشنامه، که در جمعیت زنان مبتلا به عفونت

ایدزی بررسی شد، ۴۰ گویه استخراج شد. در مرحله نخست، ۸ گویه که منعکس کننده تنهایی مرتبط با شخصیت، عاطفه یا نامربوط بودند، حذف شدند. در مرحله تحلیل داده ها بر اساس مدل راش (نظریه سوال پاسخ)، عدم برازش مناسب موجب حذف ۱۰ گویه گردید. شیوه نمره گذاری آیتام های این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۶ درجه ای (از به هیچ وجه در مورد من درست نیست = ۱ تا کاملاً در مورد من درست است = ۶) است. گویه های ۱، ۲، ۷، ۱۴ و ۱۸ گویه های معکوس هستند. دامنه نمره کل این پرسشنامه از ۲۲ تا ۱۳۲ است و کسب نمرات بالاتر در این پرسشنامه به تنهایی وجودی بالاتر اشاره دارد. تحلیل نهایی داده ها نشان داد که ۲۲ گویه از برازش خوبی با مدل برخوردار و ضریب همسانی درونی آنها برابر با ۰/۹ است. روایی همگرا و واگرایی نسخه ۲۲ گویه ای این پرسشنامه بر اساس همبستگی با مقیاس احساس تنهایی UCLA ($r=0/77$)، پرسشنامه افسردگی بک ($r=0/79$)، آزمون هدف در زندگی ($r=0/77$) و مقیاس امیدواری ($r=0/61$) تایید شدند. روایی تفکیکی مقیاس نیز بر اساس محاسبه تفاوت نمره های احساس تنهایی در دو گروه از زنان مبتلا و غیر مبتلا به عفونت ایدزی ($t=2/52, p<0/05$) به دست آمد (مایرز، خو و اسواتبرگ، ۲۰۰۲). مایرز و همکاران (۲۰۰۲) تکرار نسخه ۲۲ موردی را با نمونه های بزرگتر با انجام تحلیل عاملی توصیه کرد. گوکدمیر - بولوت و بوزو (۲۰۱۸) نیز در جمعیت دانشجویان ترکی، پایایی همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۸۸ گزارش کرد. رحیم زاده (۱۳۸۹) در مطالعه ای مروری، روایی و پایایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده است. همچنین از این پرسشنامه برای طراحی مقیاس احساس تنهایی معنوی - مذهبی قابضی و همکاران (۱۳۹۴) استفاده شده است. در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه تنهایی وجودی برابر با ۰/۸۸ بدست آمد که این مقدار بیشتر از ۰/۷۰ بود و نشان از پایایی مناسب این پرسشنامه داشت.

¹ Existential Loneliness Questionnaire (ELQ)

گزارش شد (وونگ و همکاران، ۱۹۹۴). پرسشنامه نیم رخ نگرش نسبت به مرگ توسط بشرپور و همکاران (۱۳۹۳) برای نخستین بار به فارسی ترجمه شد و بعد از اطمینان از حفظ محتوای سؤالات، اعتبار صوری آن توسط سه روانشناس دارای مدرک دکترای روان شناسی تأیید شد. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های این آزمون در دامنه ۰/۶۴ برای خرده مقیاس اجتناب از مرگ تا ۰/۸۸ برای خرده مقیاس پذیرش فعالانه مرگ به دست آمد. همچنین بررسی روایی این پرسشنامه نشان داد خرده مقیاس ترس از مرگ با مقیاس اضطراب مرگ همبستگی مثبت و با آزمون تمایز معنایی مرگ و زندگی همبستگی منفی دارد. خرده مقیاس اجتناب از مرگ تنها با خرده مقیاس مرگ آزمون تمایز معنایی همبستگی داشته است. خرده مقیاس پذیرش خنثی نیز با خرده مقیاس بی تفاوت، نسبت به مرگ مقیاس نگرش نسبت به مرگ همبستگی مثبت داشته است. خرده مقیاس پذیرش گرایشی نیز با خرده مقیاس پاداش پس از زندگی مقیاس نگرش مرگ همبستگی مثبت داشته و سرانجام اینکه خرده مقیاس پذیرش با گریز نیز با خرده مقیاس مرگ آزمون تمایز معنایی همبستگی مثبت دارد. چنین روابطی بیانگر اعتبار سازه مطلوب ۵ خرده مقیاس این آزمون است (حدادان و شیخ الاسلامی، ۱۳۹۹). در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ مولفه ترس از مرگ برابر با ۰/۷۶، اجتناب از مرگ برابر با ۰/۷۹، پذیرش خنثی برابر با ۰/۸۱، پذیرش گرایشی برابر با ۰/۷۵ و پذیرش با گریز برابر با ۰/۸۳ بدست آمد که تمامی مقادیر بیشتر از ۰/۷۰ بود و نشان از پایایی مناسب این پرسشنامه داشت.

۲- پرسشنامه نیم رخ نگرش نسبت به مرگ - نسخه تجدیدنظر شده! این پرسشنامه دارای ۳۲ آیتم و با هدف ارزیابی نگرش به مرگ توسط وونگ، پیکر و گیسر (۱۹۹۴) طراحی شده است. ۵ خرده مقیاس این پرسشنامه عبارت اند از: ۱- ترس از مرگ (آیتم های ۲۱، ۲۰، ۱۸، ۲۷، ۱) ۲- اجتناب از مرگ (آیتم های ۲۶، ۱۹، ۱۲، ۱۰، ۳) ۳- پذیرش خنثی: فرد حقیقت مرگ را می پذیرد ولی آن را خوب یا بد نمی داند (آیتم های ۳۰، ۲۴، ۱۷، ۱۴، ۶) ۴- پذیرش گرایشی یا فعالانه: فرد حقیقت مرگ را می پذیرد و آن را وسیله ای برای رسیدن به خوشبختی و سعادت می داند (آیتم های ۳۱، ۲۸، ۲۷، ۲۵، ۲۲، ۱۶، ۱۵، ۱۳، ۴) ۵- پذیرش با گریز: فرد حقیقت مرگ را می پذیرد و مرگ را راه فراری از مشکلات زندگی می داند (آیتم های ۲۹، ۲۳، ۱۱، ۹، ۵). خرده مقیاس های مربوط به پذیرش، نگرش های مثبت نسبت به مرگ و خرده مقیاس های مربوط به ترس و اجتناب، نگرش های منفی نسبت به مرگ را در برمی گیرند. شیوه نمره گذاری هر آیتم بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه ای (از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۷) است. برای محاسبه نمره میانگین مربوط به هر خرده مقیاس نمره همه عبارات مربوط به آن خرده مقیاس جمع شده و بر تعداد گویه های آن تقسیم می شود که نمره بالاتر در هر یک از خرده مقیاس ها، بیانگر نگرش بیشتر آن نوع از خرده مقیاس است و بالعکس. وونگ و همکاران (۱۹۹۴) پایایی ثبات درونی این پنج خرده مقیاس را در دامنه ۰/۹۷ برای خرده مقیاس پذیرش فعالانه تا ۰/۶۵ برای خرده مقیاس پذیرش خنثی گزارش کردند. ضریب پایایی به روش بازآزمایی نیز در یک فاصله چهار هفته ای بین ۰/۶۱ (اجتناب از مرگ) تا ۰/۹۵ (پذیرش گرایشی)

جدول ۱. پروتکل روان درمانی وجودی می و یالوم (۱۹۸۹)

| شماره جلسه | هدف | محتوای جلسه | تکالیف | رفتار مورد انتظار |
|------------|-----|-------------|--------|-------------------|
|------------|-----|-------------|--------|-------------------|

| | | | | |
|-------|--|---|--|--|
| اول | معارفه و آشنایی با گروه و بیان قوانین | پذیرش و خوشامدگویی، بیان اهداف و آشنایی اعضا و نحوه کار گروه و اجرای پیش‌آزمون | استفاده از فن من چه کسی خود | توانایی در ارائه تعریفی از خود |
| دوم | تشریح مفهومی رویکرد وجودی و پرسش‌های بنیادین بشری بر اساس رویکرد وجودی | تشریح مقدماتی رویکرد وجودی پرسش‌های بنیادین بشری بر اساس رویکرد وجودی | بررسی پاسخ اعضا به پرسش‌های بنیادین. | آشنایی اولیه با مبانی اولیه رویکرد وجودی و افسردگی وجودی |
| سوم | افزایش خودآگاهی | تشریح مفهوم خودآگاهی و بیان مفهوم اضطراب‌های وجودی | به چالش کشیدن پاسخ اعضا به این سؤال که من چه کسی هستم؟ | خودآگاهی بیشتر و شناخت اضطراب‌های وجودی |
| چهارم | پرداختن به مرگ و آگاهی از متناهی بودن | بیان و بازخورد اعضا راجع به تجربیات فقدان و در نهایت آموزش اضطراب مرگ و پذیرش آن نه انکار و تحریف | اجرای فن خط عمر | پذیرش کامل مفهوم مرگ و تلاش برای غنای زندگی |
| پنجم | بحث درباره تنهایی | بررسی مفهوم احساس تنهایی و تشریح آن. مراقبه و تنهایی | بررسی پاسخ اعضا به سؤال آیا من انسان تنهایی هستم؟ و آیا تنهایی رنج آور است؟ | پذیرش مفهوم رابطه و ارتقا سطح کیفی آن |
| ششم | بحث درباره راهکارهای وجودی | بررسی راهکارهای وجودی کنار آمدن با مرگ | مواجهه تجسمی اعضا با مرگ | پذیرش مرگ |
| هفتم | بحث درباره آزادی | تشریح هدفمندی و مسئولیت آزادی در زندگی | بررسی تجارب اعضا در مورد موقعیت‌های چالش برانگیز آزادی | پذیرش مسئولیت |
| هشتم | پوچی و معضل معنا در زندگی | معنای زندگی کدام است؟ آیا زندگی انسان، یک پوچی مطلق است؟ | بررسی پاسخ اعضا به سؤال آیا زندگی دارای هدف و معنا است؟ و من برای چه زندگی می‌کنم؟ | آشنایی با مفهوم و جایگاه معنا در زندگی |
| نهم | یافتن معنای زندگی و یافتن معنا در رنج | بررسی راهکارهای معنا بخشیدن به زندگی و کنار آمدن با پوچی زندگی | بررسی پاسخ اعضا به سؤال چگونه می‌توانم معنا بیابم؟ | معنایابی و احساس آرامش |
| دهم | جمع‌بندی و خاتمه | جمع‌بندی مطالب قبلی و پس‌آزمون | مرور مباحث پیشین | نزدیک شدن به مفهوم اصالت وجودی |

روش کار

اخلاقی از شرکت کنندگان خواسته شد که با تمایل و رضایت آگاهانه در این مطالعه شرکت کنند و خاطر نشان شد که شرکت در پژوهش، اختیاری، خروج از آن در هر یک از

در این پژوهش که در یکی از مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر اصفهان انجام گرفت، جهت رعایت اصول

گروه کنترل ۶ نفر (۵۰ درصد) زن و ۶ نفر (۵۰ درصد) مرد بودند. از نظر وضعیت تاهل، در گروه آزمایش ۸ نفر (۶۶/۷ درصد) متاهل و ۴ نفر (۳۳/۳ درصد) مجرد بودند و در گروه کنترل، ۹ نفر متاهل (۷۵ درصد) و ۳ نفر (۲۵ درصد) مجرد بودند. در گروه آزمایش ۳ نفر (۲۵ درصد) تحصیلات دیپلم، ۷ نفر (۵۳/۸ درصد) تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس و ۲ نفر (۱۶/۷ درصد) تحصیلات کارشناسی ارشد داشتند و در گروه کنترل ۴ نفر (۳۳/۳ درصد) تحصیلات دیپلم، ۷ نفر (۵۸/۳ درصد) تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس و ۱ نفر (۸/۳ درصد) تحصیلات کارشناسی ارشد داشتند. میانگین سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش ۳۴/۵۲ سال با انحراف استاندارد ۵/۱۸ و در گروه آزمایش ۳۶/۷۲ با انحراف استاندارد ۵/۹۰ بود. بر این اساس دو گروه از نظر مشخصات زمینه ای از همگنی نسبی برخوردار بودند. در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد پنج مولفه نگرش به مرگ و متغیر تنهایی وجودی گزارش شده است.

مراحل مطالعه، بلامانع و حضور در پژوهش نیازمند تکمیل فرم رضایت نامه کتبی است. علاوه بر این به آنها گفته شد که این پژوهش در راستای کار تحقیقی بوده و اطلاعات آنها محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج به صورت کلی، و نه فردی، گزارش خواهد شد. نمونه پژوهش ریزش نداشت. آزمودنی های هر دو گروه در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۳ ماهه در شرایط یکسان با پرسشنامه تنهایی وجودی مایرز، خو و اسواتبرگ (۲۰۰۲) و نسخه تجدیدنظر شده پرسشنامه نیمرخ نگرش نسبت به مرگ و وونگ، پیکر و گیسر (۱۹۹۴) ارزیابی شدند. تجزیه و تحلیل داده ها با آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر از طریق نرم افزار SPSS-۲۸ انجام شد.

نتایج

از نظر ویژگی های جمعیت شناختی، در گروه آزمایش ۷ نفر (۵۸/۳ درصد) زن و ۵ نفر (۴۱/۷ درصد) مرد بودند و در

جدول ۲. شاخص های توصیفی نگرش به مرگ و تنهایی وجودی به تفکیک گروه و زمان

| متغیر | زمان | پیش آزمون | | پس آزمون | | پیگیری |
|---------------|-------------------|-----------|------------------|----------|------------------|--------|
| | | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | |
| ترس از مرگ | روان درمانی وجودی | ۳۰/۶۷ | ۶/۷۲ | ۲۶/۶۷ | ۶/۹۶ | ۲۶/۲۵ |
| | کنترل | ۳۲/۸۳ | ۵/۱۷ | ۳۱/۸۳ | ۵/۲۹ | ۳۲/۰۰ |
| اجتناب از مرگ | روان درمانی وجودی | ۲۰/۶۷ | ۵/۹۳ | ۱۷/۷۵ | ۵/۴۱ | ۱۷/۹۲ |
| | کنترل | ۱۹/۵۸ | ۶/۳۹ | ۲۰/۹۲ | ۵/۸۴ | ۲۱/۲۵ |
| پذیرش خنثی | روان درمانی وجودی | ۱۶/۳۳ | ۱/۹۲ | ۱۹/۲۵ | ۱/۶۰ | ۱۹/۹۲ |
| | کنترل | ۱۵/۷۶ | ۳/۲۲ | ۱۶/۰۸ | ۲/۹۹ | ۱۶/۴۲ |
| پذیرش گرایشی | روان درمانی وجودی | ۲۰/۷۵ | ۳/۰۸ | ۳۱/۴۲ | ۴/۵۰ | ۳۰/۶۷ |
| | کنترل | ۲۱/۸۳ | ۳/۷۴ | ۲۱/۳۳ | ۳/۵۰ | ۲۱/۲۵ |
| پذیرش با گریز | روان درمانی وجودی | ۲۰/۱۷ | ۲/۴۱ | ۲۳/۵۰ | ۳/۳۲ | ۲۳/۱۷ |
| | کنترل | ۱۷/۱۷ | ۲/۳۳ | ۱۶/۹۲ | ۲/۱۵ | ۱۶/۸۳ |
| تنهایی وجودی | روان درمانی وجودی | ۷۴/۰۸ | ۸/۷۸ | ۵۷/۱۷ | ۹/۹۱ | ۵۹/۰۸ |
| | کنترل | ۷۱/۴۲ | ۹/۰۰ | ۷۲/۰۰ | ۷/۴۹ | ۷۳/۵۸ |

داشت و میانگین سه مولفه نگرش به مرگ شامل پذیرش خنثی، پذیرش گرایشی و پذیرش با گریز در گروه روان

نتایج جدول ۲ نشان داد میانگین ترس از مرگ، اجتناب از مرگ و تنهایی وجودی در گروه روان درمانی وجودی در زمان پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش

مقدار ۰/۳۴۳، پذیرش با گریز ۰/۰۴۶ و تنهایی وجودی ۰/۰۹۰ بود که انحراف شدیدی از این مفروضه مشاهده نشد ($p > ۰/۰۱$). مفروضه کروییت مودولی برای سه متغیر ترس از مرگ، پذیرش گرایشی و پذیرش با گریز برقرار نبود ($p < ۰/۰۵$) در نتیجه برای این دسته از متغیرها از آزمون محافظه کارانه گرین هاس گیسر استفاده شد. در جدول ۳ نتایج آزمون اندازه گیری های مکرر به منظور بررسی اثر مداخله روان درمانی وجودی بر مولفه های نگرش به مرگ و تنهایی وجودی آمده است.

درمانی وجودی در زمان پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون افزایش داشت.

پیش از انجام آزمون اندازه گیری های مکرر به بررسی مفروضات آماری این آزمون پرداخته شد. وجود داده های پرت با نمودار جعبه ای بررسی شد که مورد پرتی در داده ها مشاهده نشد. بررسی نرمال بودن شکل توزیع متغیرها با آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که تمامی متغیرها از توزیع نرمال برخوردار بودند ($p > ۰/۰۵$). سطح معنی داری آزمون لوین برای ترس از مرگ مقدار ۰/۱۳۰، اجتناب از مرگ مقدار ۰/۷۹۹، پذیرش خنثی مقدار ۰/۰۲۹، پذیرش گرایشی

جدول ۳. نتایج آزمون اندازه گیری های مکرر به منظور بررسی اثربخشی روان درمانی وجودی بر تنهایی وجودی و نگرش به مرگ

| متغیرها | منبع اثر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | آماره F | سطح معنی داری | مجذورات |
|---------------|-------------|---------------|------------|-----------------|---------|---------------|---------|
| ترس از مرگ | گروه | ۳۴۲/۳۵ | ۱ | ۳۴۲/۳۵ | ۳/۷۴ | ۰/۱۴۵ | ۰/۱۴۵ |
| | زمان | ۱۰۵/۲۵ | ۱/۴۷ | ۷۱/۴۳ | ۴/۲۶ | ۰/۰۳۳ | ۰/۱۶۲ |
| | زمان × گروه | ۴۴/۳۶ | ۱/۴۷ | ۳۰/۱۰ | ۱/۸۰ | ۰/۱۸۸ | ۰/۰۷۶ |
| اجتناب از مرگ | گروه | ۹۵/۳۷ | ۱ | ۹۵/۳۷ | ۱۰/۰۹ | ۰/۰۰۵ | ۰/۳۲۵ |
| | زمان | ۷/۸۶ | ۲ | ۳/۹۳ | ۰/۷۷ | ۰/۴۷۰ | ۰/۰۳۴ |
| | زمان × گروه | ۷۵/۱۹ | ۲ | ۳۷/۶۰ | ۷/۳۵ | ۰/۰۰۲ | ۰/۲۵۱ |
| پذیرش خنثی | گروه | ۴۷/۰۷ | ۱ | ۴۷/۰۷ | ۱۳/۶۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۹۵ |
| | زمان | ۵۹/۲۵ | ۲ | ۲۹/۶۲ | ۱۶/۹۶ | < ۰/۰۰۱ | ۰/۴۳۵ |
| | زمان × گروه | ۳۰/۵۸ | ۲ | ۱۵/۲۹ | ۸/۷۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۸۵ |
| پذیرش گرایشی | گروه | ۶۸۷/۳۵ | ۱ | ۶۷۸/۳۵ | ۳۶/۵۱ | < ۰/۰۰۱ | ۰/۶۴۷ |
| | زمان | ۳۸۲/۳۳ | ۱/۵۳ | ۲۴۹/۶۳ | ۳۲/۶۶ | < ۰/۰۰۱ | ۰/۵۹۷ |
| | زمان × گروه | ۴۷۰/۷۸ | ۱/۵۳ | ۳۰۷/۳۸ | ۴۰/۲۱ | < ۰/۰۰۱ | ۰/۶۴۶ |
| پذیرش با گریز | گروه | ۵۰۶/۶۸ | ۱ | ۵۰۶/۶۸ | ۳۱/۷۷ | < ۰/۰۰۱ | ۰/۵۹۱ |
| | زمان | ۳۳/۵۸ | ۱/۴۸ | ۲۲/۷۳ | ۳/۷۸ | ۰/۰۴۵ | ۰/۱۴۶ |
| | زمان × گروه | ۴۸/۰۳ | ۱/۴۸ | ۳۲/۵۱ | ۵/۴۰ | ۰/۰۱۶ | ۰/۱۹۷ |
| تنهایی وجودی | گروه | ۱۴۲۲/۲۲ | ۱ | ۱۴۲۲/۲۲ | ۱۸/۲۶ | < ۰/۰۰۱ | ۰/۴۶۲ |
| | زمان | ۸۸۷/۴۴ | ۲ | ۴۴۳/۷۲ | ۲۲/۲۶ | < ۰/۰۰۱ | ۰/۵۰۳ |
| | زمان × گروه | ۱۲۰۲/۱۱ | ۲ | ۶۰۱/۰۶ | ۳۰/۱۵ | < ۰/۰۰۱ | ۰/۵۷۸ |

تنهایی وجودی کمتر از ۰/۰۵ بود که نشان از اثربخشی مداخله روان درمانی وجودی بر تمامی متغیرهای جدول ۲ (به

نتایج جدول ۳ نشان داد که اثر گروه برای پنج متغیر اجتناب از مرگ، پذیرش خنثی، پذیرش گرایشی، پذیرش با گریز و

نگرش به مرگ یعنی پذیرش خنثی، پذیرش گرایشی و پذیرش با گریز شود. بررسی شاخص اندازه اثر نشان داد که بیشترین اثربخشی مداخله روان درمانی وجودی بر مولفه پذیرش گرایشی با اندازه اثر ۰/۶۴۷، پذیرش با گریز با اندازه اثر ۰/۵۹۱ و تنهایی وجودی با اندازه اثر ۰/۴۶۲ مشاهده شد. در جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه زوجی سه زمان پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با یکدیگر آمده است.

غیر از ترس از مرگ) داشت ($p < 0/05$). نتایج نشان داد اثر تعاملی گروه و زمان نیز برای پنج متغیر اجتناب از مرگ، پذیرش خنثی، پذیرش گرایشی، پذیرش با گریز و تنهایی وجودی معنی دار بود ($p < 0/05$). اثربخشی مداخله بر مولفه ترس از مرگ تایید نگردید ($p = 0/066$). نتایج بدست آمده نشان داد که مداخله روان درمانی وجودی توانست موجب کاهش معنی دار در میانگین اجتناب از مرگ و تنهایی وجودی شود و همچنین موجب افزایش میانگین سه مولفه

جدول ۴. آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه زوجی مراحل آزمون به تفکیک دو گروه

| متغیرها | مراحل | گروه روان درمانی وجودی | | گروه کنترل | |
|---------------|-----------|------------------------|----------|---------------|----------|
| | | تفاوت میانگین | سطح معنی | تفاوت میانگین | سطح معنی |
| ترس از مرگ | پیش آزمون | -۴/۰۰ | ۰/۰۲۹ | -۱ | ۰/۴۳۴ |
| | پیگیری | -۴/۴۲ | ۰/۰۸۱ | -۰/۸۳ | ۰/۴۲۲ |
| | پس آزمون | -۰/۴۲ | ۰/۷۳۱ | ۰/۱۷ | ۰/۸۳۶ |
| اجتناب از مرگ | پیش آزمون | -۲/۹۲ | ۰/۰۴۱ | ۱/۳۳ | ۰/۰۱۸ |
| | پیگیری | -۲/۷۵ | ۰/۰۴۴ | ۱/۶۷ | ۰/۰۳۰ |
| | پس آزمون | ۰/۱۷ | ۰/۸۷۸ | ۰/۳۳ | ۰/۵۲۹ |
| پذیرش خنثی | پیش آزمون | ۲/۹۲ | <۰/۰۰۱ | ۰/۳۳ | ۰/۶۶۲ |
| | پیگیری | ۳/۵۸ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۷ | ۰/۲۹۶ |
| | پس آزمون | ۰/۶۷ | ۰/۱۹۴ | ۰/۳۳ | ۰/۴۸۹ |
| پذیرش گرایشی | پیش آزمون | ۱۰/۶۷ | <۰/۰۰۱ | -۰/۵۰ | ۰/۴۶۳ |
| | پیگیری | ۹/۹۲ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۸ | ۰/۳۲۸ |
| | پس آزمون | -۰/۷۵ | ۰/۴۵۲ | ۰/۰۸ | ۰/۸۶۶ |
| پذیرش با گریز | پیش آزمون | ۳/۳۳ | ۰/۰۰۳ | ۰/۵ | ۰/۴۹۱ |
| | پیگیری | ۳/۰۰ | ۰/۰۴۶ | ۰/۳۳ | ۰/۵۱۷ |
| | پس آزمون | -۰/۳۳ | ۰/۷۴۶ | ۰/۰۸ | ۰/۸۶۶ |
| تنهایی وجودی | پیش آزمون | -۱۶/۹۲ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۸ | ۰/۵۹۶ |
| | پیگیری | -۱۵/۰۰ | <۰/۰۰۱ | ۲/۱۷ | ۰/۲۸۲ |
| | پس آزمون | ۱/۹۲ | ۰/۱۳۶ | ۱/۵۸ | ۰/۲۹۱ |

مشاهده نشد ($p > 0/05$). در گروه روان درمانی وجودی، میانگین زمان پس آزمون و پیگیری پنج متغیر اجتناب از مرگ، پذیرش خنثی، پذیرش گرایشی، پذیرش با گریز و تنهایی وجودی به طور معنی داری با زمان پیش آزمون

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ نشان داد که در گروه کنترل به غیر از متغیر اجتناب از مرگ که میانگین زمان پس آزمون و پیگیری بیشتر از پیش آزمون بود، در سایر موارد تفاوتی بین میانگین متغیرها در زمان های مختلف

تفاوت داشت که نشان از اثربخشی مداخله روان درمانی وجودی داشت و مداخله روان درمانی وجودی موجب تغییر معنی دار میانگین متغیرها در زمان های پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون شده بود. نتایج جدول ۳ نشان داد که در هیچ موردی بین زمان پس آزمون و پیگیری در گروه روان درمانی وجودی تفاوت آماری مشاهده نشد که به معنای ماندگاری اثر مداخله روان درمانی وجودی بود ($p > 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان درمانی وجودی بر تنهایی وجودی و نگرش نسبت به مرگ در مراجعان با افسردگی وجودی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد روان درمانی وجودی بر تنهایی وجودی تاثیر دارد و موجب کاهش تنهایی وجودی می شود و تاثیر درمانی آن تا ۳ ماه پس از مداخله نیز ثبات داشت. نتایج این پژوهش با یافته های برخی مطالعات مانند ضیائی، نجات، ارمغان و فریرزی (۲۰۲۲)، راتاناشورون و براون (۲۰۲۱)، مختارزاده بنه و همکاران (۱۴۰۰)، امیری و علیزمانی (۱۳۹۷) و صدری دمیرچی و رمضانی (۱۳۹۵) و اتماء، درکسن و ون لیون (۲۰۱۰) همسو بود.

در تبیین این یافته می توان گفت هدف روان درمانی وجودی از بین بردن تنهایی وجودی یا تنظیم مجدد روانی برای سرپوش گذاشتن بر این مسئله نیست، بلکه رویارویی با این حقیقت مسلم هستی و پذیرش آن است. مواجهه با تنهایی وجودی و پذیرش آن، نه تنها موجب احساس یاس و ناامیدی نمی شود بلکه زمینه ساز رشد آدمی می گردد (اتما، درکسن و ون لیون، ۲۰۱۰). در برخی موارد، روان درمانی با «پذیرش و درک کوچکی وجودی فرد، دست کشیدن از تلاش برای حل آن با قدرت خود و اجازه دادن به کمال وجودی» پیش می رود (پارک، ۲۰۰۶).

یالوم (۱۴۰۱) معتقد است تنهایی بخشی از هستی است که باید با آن رو در رو شویم. در روان درمانی وجودی، به مراجع کمک می شود که با صراحت تمام به تنهایی وجودی توجه کند، در آن به جستجو پردازد و در احساس گم گشتگی و تنهایی خویش غوطه ور شود. هر فرد، در عین حال که

تنهاست، تنهایی دیگران و وضعیت مشابه دیگران با خود را می بیند و این آگاهی، همدلی و همدردی نسبت به تجارب مشترک، هراس فرد از تنهایی را می کاهشد. علاوه بر این، باید توجه داشت که اگرچه رویارویی بین فردی، تنهایی وجودی را تعدیل می کند، با این وجود، قادر به از بین بردن آن نیست. مواجهه با تنهایی، ابتدا اضطراب می آفریند ولی در نهایت رشد فردی را تسریع می کند. حاصل مواجهه با تنهایی، نائل شدن به درک خویش و آفرینش پیوند یا حس بنیادین ارتباط با دیگران است. تنهایی بیش از جداسازی فرد یا ایجاد پارگی و انشعاب در خود، تمامیت، ادراک حساسیت و انسانیت فرد را گسترش می دهد. مراجعان با مواجهه با تنهایی خویش و اکتشاف در آن می آموزند که با عشقی بالغانه با دیگران ارتباط برقرار کنند اما تنها افرادی که از هم اکنون قادر به برقراری رابطه با دیگران اند و به اندکی رشد بالغانه دست یافته اند، می توانند تنهایی را تاب آورند. با این وجود، درمانگر وجودی به مراجع کمک می کند به میزان کافی و با استفاده از آن نظام حمایتی که برای شخص او مناسب است، با تنهایی رویارو شود (می و یالوم، ۱۹۸۹).

تمرین مراقبه در درمان وجودی می تواند برای آگاهی به تنهایی مفید باشد. یکی از عوامل اصلی تسریع کننده رشد در مراقبه این است که به انسان اجازه می دهد تا در موقعیتی با اضطراب کاهش یافته با اضطراب همراه تنهایی مواجه شود و بر آن غلبه کند. در مراقبه، مراجعان می آموزند که با ترس تنهایی مواجه شوند و در تنهایی بدون هیچ انکاری، غوطه ور شوند و به جای تمایل به کنترل و تحلیل تجارب شان، همه چیز را رها کنند (یالوم، ۱۴۰۱).

در رویکرد وجودی، این رابطه است که درمان می کند. درمانگر رابطه کامل انسانی و فارغ از کنترل های تصنعی و تجویزی نظری با مراجع برقرار می کند. رابطه ای که مراجع در آن احساس امنیت، پذیرش، صمیمیت و همدلی دریافت می کند و درمانگر قادر است «با» مراجع باشد و معنی خاص مراجع را درک کند (می و یالوم، ۱۹۸۹).

دمیرچی و رضانی (۱۳۹۵)، بری - اسمیت (۲۰۱۲)، تومر، ایلاسون و وونگ (۲۰۰۷)، گارو و والکر (۲۰۰۱) همسو بود. در تبیین این یافته می توان گفت انسان از کودکی برای فائق آمدن بر اضطراب مرگ خویش راه های مبتنی بر انکار را پیش می گیرد و غالباً از دو دفاع «استنابذیری» و «باور به نجات دهنده غایی» استفاده می کند؛ اما در صورتی که راهکارهای مبتنی بر انکار، کارایی دفاعی خود را از دست بدهند، ناهنجاری های روانی بروز می کند (یالوم، ۲۰۰۸) بنابراین غالباً نگرش به مرگ ترس و اجتناب خواهد بود.

در روان درمانی وجودی، محتوا و فرایند دو جنبه اساسی گفتمان درمانی است. «محتوا» بیانگر کلمات دقیق گفته شده و مسائل اساسی است که به آنها پرداخته شده است. فرایند، نشانگر رابطه درون فردی میان مراجع و درمانگر می باشد و بدین صورت است که از کلمات و رفتارهای غیر کلامی درباره ماهیت رابطه بین طرفین درگیر در تعامل، چه چیزی دریافت می شود. محتوای وجودی (بحث های صریح طولانی درباره مرگ، آزادی، معنا یا انزوای وجودی) ممکن است تنها برای برخی از مراجعان و آن هم فقط در بعضی از مراحل درمان، مفید باشد اما درمانگر مؤثر هرگز نباید خودش را درگیر بحث های محتوایی در هر حوزه کند؛ بلکه درمان باید به صورت فرایندی و مبتنی بر رابطه باشد، نه نظریه (یالوم، ۲۰۰۸).

در دیدگاه وجودی به استناد نظر هایدگر، وجود دو وجه دارد: نخست، «وجه روزمره» که در آن انسان از نحوه اوضاع در جهان و از چگونگی بودن اشیا در جهان متعجب می شود. دوم، «وجه هستی شناختی» که از وجود همه چیز متعجب می شود. وقتی فرد قدم در وجه هستی شناختی می گذارد، نه تنها از وجود و فناپذیری و ویژگی های ثابت دیگر زندگی باخبر می شود، بلکه برای ایجاد تغییرات، مشتاق تر و آماده تر می شود. وجه هستی شناختی، فرد را با مسئولیت های اصلی زندگی روبه رو می کند و به معناسازی زندگی براساس تعهد

روان درمانی فرایندی چرخه ای است که از تنهایی آغاز می شود و به رابطه می انجامد. چرخه ای است به این دلیل که مراجع در وحشت تنهایی وجودی، رابطه عمیق و پرمعنا با درمانگر برقرار می کند و بعد با نیرویی که از این رابطه گرفته باز به مقابله با تنهایی وجودی برمی خیزد. درمانگر جدا از عمق رابطه، مراجع را یاری می کند که با تنهایی مواجه شود و مسئولیتی را که در برابر زندگی اش دارد، درک کند: این مسئولیت را که خود، گرفتاری های زندگی اش را آفریده و افسوس که این خودش و تنها خودش است که قادر به تغییر آن است (یالوم، ۱۴۰۱). عشق رشد یافته، همدردی، حضور و خودافشاگری می تواند از جمله راه های ارتباطی باشد که درمانگر در طول درمان می تواند از این طریق با مراجع ارتباط عمیق برقرار کند و او را درمان کند و از این طریق تنهایی وجودی کاهش یابد (یالوم، ۲۰۲۰).

مراجع می آموزد چه چیزهایی را می توان به وسیله دیگران به دست آورد و چه چیزهایی را نمی توان به وسیله دیگران کسب کرد. همین طور که مراجع و درمانگر مواجهه ای انسانی را با یکدیگر پشت سر می گذارند، اوهام و خیالات باطل پیشین، ناگزیر رنگ می بازند و دستخوش تغییر می شوند. مراجع در بهترین شرایط از کامل بودن مواجهه اش می آموزد که همه در محدودیت های بشری و تنهایی قطعی و بی چون و چرا همسان هستند (می و یالوم، ۱۹۸۹).

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد روان درمانی وجودی بر نگرش به مرگ تاثیر دارد و موجب کاهش نگرش اجتناب از مرگ و افزایش نگرش های پذیرش گرایش و پذیرش با گریز و پذیرش خنثی می شود و تاثیر درمانی آن تا ۳ ماه پس از مداخله نیز ثابت داشت. نتایج این پژوهش با یافته های برخی مطالعات مانند ون دورزن (۲۰۲۳)، یاندري، سوهاییلی، مرجوهان، ایفدیل و آفدال (۲۰۲۳)، علی زاده و همکاران (۱۴۰۰)، شامی نژاد، اترک و جاهد (۱۴۰۰)، صدري

³ therapy discourse

¹ content

² process

و خودافشاگری منجر می‌شود (شامی نژاد، اترک و جاهد، ۱۴۰۰).

یالوم (۲۰۰۸) مرگ را برجسته‌ترین دلواپسی غایی می‌داند و معتقد است مرگ به مثابه موقعیت مرزی است؛ به این صورت که عبارت است از رویداد یا تجربه ناگهانی که فرد را به رویارویی با موقعیت اگزستانسیالیس در جهان سوق می‌دهد (می و یالوم، ۱۹۸۹). مرگ مانند واسطه‌ای است که انسان را از یک مرتبه هستی (وجه روزمرگی) به مرتبه والاتری (وجه هستی‌شناختی) از خود می‌برد. از مرتبه شگفتی در «شیوه وجود چیزها» به مرتبه شگفتی در «وجود چیزها» منتقل می‌کند (یالوم، ۱۴۰۱).

مواجهه با مرگ، در وهله نخست، اضطراب‌زا است اما بیداری و آگاهی از فناپذیری با تحول‌آفرینی و دگرگونی مثبت همراه است. اگر فرد با مرگ مواجه شود و زندگی را به صورت «امکان ممکن» تجربه کند و مرگ را «ممکن شدن ناممکن دیگر» بداند، در می‌یابد که تا زمانی که زنده است، هنوز می‌تواند زندگی‌اش را تغییر دهد. یالوم (۲۰۰۸) بر این باور است، انسان‌ها از داشته‌های خود غافل‌اند و بیشتر دنبال نداشته‌های خود هستند. با یادآوری مرگ، فرد به مرتبه قدردانی و امتنان از موهبت‌های بی‌شمار هستی گام می‌گذارد. در روان‌درمانی وجودی، از تئوری «پذیرش واقعیت مرگ» به جای «انکار مرگ» استفاده و به مراجعان راهکارهایی مبتنی بر بینش وجودی مرگ ارائه می‌شود.

فرد می‌تواند از طریق نیروی افکار خود و توجه به عقاید و بصیرت اندیشمندان نسبت به مرگ، افکار آشفته درباره مرگ را از خود دور کرده و زندگی پرمعنایی را تجربه کند (یالوم، ۱۴۰۱). همچنین به عقیده یالوم (۲۰۰۸) یکی از ریشه‌های اضطراب مرگ، تنهایی وجودی است و ارتباط با دیگران مهم‌ترین منبع دردسترس انسان برای کاستن از وحشت تنهایی می‌باشد. پشتیبان اصلی در برابر تنهایی وجودی، ماهیتی ارتباطی دارد و فرد برای کاهش درد تنهایی وجودی باید به ناچار بر ارتباط بین‌فردی متمرکز شود. بنابراین، ارتباط با دیگران از طریق محبت، همدردی، حضور

و خودافشاگری می‌تواند نگرش به مرگ را تعدیل کند و اضطراب مرگ را کاهش بخشد.

در دیدگاه وجودی، زمانی به مرگ به عنوان یک واقعه منفی نگریسته می‌شود که فرد اسیر خواهش‌های دنیوی باشد و فرد خود را با اموال و دارایی مادی خود تعریف کند، این در حالی است که تمامی این تعلقات دنیایی، عوارض وجودی‌اند. دارایی اصیل ما وجود ماست. تنها آنچه که هستیم، اهمیت دارد؛ نه برداشت‌های دیگران از ما. آرامش درونی از این نکته ناشی می‌شود که بدانیم این اشیا و مسائل نیستند که مزاحم ما هستند؛ بلکه تفسیر ما از آنهاست که برایمان مزاحمت ایجاد می‌کند. چگونگی تفسیر تجارب ما، کیفیت زندگی ما را تعیین می‌کند، نه خود تجارب. درمانگر وجودی، حس رضایت از زندگی و آرامش درونی را می‌پروراند تا نگرش فرد به مرگ تغییر کند و اضطراب کمتری نسبت به این حقیقت مسلم هستی داشته باشد (یالوم، ۲۰۲۰).

در روان‌درمانی وجودی، با مواجهه فرد با مرگ، فرد از گذشته بی‌معنایی که داشته، پشیمان می‌شود. درمانگر وجودی از پشیمانی مراجع استفاده می‌کند و با مقایسه گذشته و آینده، مراجع را از استعدادهای بالقوه‌اش آگاه می‌کند و با تقویت وی برای زیستن با معنا در آینده و تغییر انتخاب‌ها، نگرش فرد به مسئله مرگ را بهبود می‌بخشد (یالوم، ۲۰۰۸).

در روان‌درمانی وجودی از طریق حساسیت‌زدایی مسئله مرگ از طریق مواجهه سازی مکرر و نمونه‌سازی، تلاش می‌شود فرد از انکار و اجتناب با این حقیقت مسلم هستی دست بردارد و مراجع متقاعد شود که برای خوب مردن، خوب زندگی کردن را برگزیند و تلاش ورزد تا با معنا زندگی کند (یالوم، ۱۴۰۱).

موج آفرینی ایده مهمی است که یالوم در تأثیر مثبت مرگ‌اندیشی در معنای زندگی مطرح می‌کند. به این معنا که با نگاه موج آفرینی به زندگی نه تنها از مرگ نمی‌گریزیم، بلکه به وسیله آن، زندگی معنادار می‌شود. براساس نظریه «موج آفرینی» هر فعلی از انسان‌ها سربزند، اثری را در جهان به دنبال دارد که شاید سال‌ها یا حتی نسل‌ها در دیگران اثر

متخصصان حوزه سلامت روان پیشنهاد کرد که علاوه بر توجه بیشتر به دغدغه های وجودی مراجعان خود، از روان درمانی وجودی برای بهبود تنهایی وجودی و نگرش به مرگ در مراجعان با افسردگی وجودی استفاده کنند. برگزاری دوره ها و کارگاه های تخصصی در این حوزه نیز می تواند مفید واقع شود.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله با رعایت کلیه اصول اخلاق در پژوهش، حفظ حریم خصوصی، امانت داری، رازداری و ذکر محرمانه ماندن اطلاعات شخصی، ذکر حق انصراف از پژوهش و کسب رضایت کتبی انجام شد.

حامی مالی

این پژوهش فاقد هرگونه حامی مالی بود.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی نمایند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می گردد.

بگذارد. یالوم براساس ایده موج آفرینی معتقد است که فرد در این جهان نمی تواند آنچه را به او داده شده است، بردارد؛ بلکه او آنچه را از این جهان برمی دارد که خودش به جهان داده است. این دیدگاه در درمان وجودی می تواند موجب پذیرش مرگ و تلاش برای به میراث گذاشتن نیکی شود (یالوم، ۲۰۲۰). فرد می کوشد تا جاودانه شدن را در همین دنیا تفسیر کند و قبل از مرگ خویش، با تفکر و تلاش در اثر وجودی که از خود به یادگار خواهد گذاشت، زندگی اش را معنادار کند. فرد با چنین نگرشی پذیرای مرگ خواهد بود. پژوهش حاضر نشان داد روان درمانی وجودی بر تنهایی وجودی و نگرش نسبت به مرگ در مراجعان با افسردگی وجودی موثر است. حجم نمونه کم و استفاده صرف از پرسشنامه به عنوان ابزار ارزیابی از محدودیت های این پژوهش بود. پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی حجم نمونه بیشتر، جمعیت خاص دیگر و نقش جنسیت و تجربه نزدیک به مرگ کنترل شود. همچنین استفاده از طرح های کیفی و طرح های آزمایشی تک آزمودنی نیز در خصوص اثربخشی روان درمانی وجودی پیشنهاد می شود. با توجه به یافته های پژوهش حاضر، می توان به روان شناسان و مشاوران و

منابع

- امیری، مهسا. و علیزمانی، امیرعباس. (۱۳۹۷). بررسی تنهایی اگزستانسیال در دنیای مدرن و روش های مواجهه با آن با تکیه بر آراء اروین یالوم. دو فصل نامه علمی - پژوهشی غرب شناسی بنیادی، ۹(۱)، ۲۳-۱.
- بخشعلی زاده ایرانی، فائزه. شهیدی، شهریار. و حزینی، عبدالرحیم. (۱۴۰۰). نگرش به مرگ و معنای زندگی در بیماران مبتلا به سرطان در آستانه مرگ: یک مطالعه پدیدارشناختی. نشریه علمی روان شناسی سلامت، ۱۰(۱)، ۶۵-۸۲.
- بشرپور، سجاد. وجودی، بابک. عطارد، نسترن. (۱۳۹۳). ارتباط جهت گیری مذهبی و نگرش نسبت به مرگ با کیفیت زندگی و علائم جسمانی سازی در زنان. فصلنامه علمی پژوهشی روان شناسی سلامت، ۹۷-۸۰.
- حدادان، محمدصادق. شیخ الاسلامی، راضیه. (۱۳۹۹). بررسی نقش معنویت و نگرش نسبت به مرگ در بهزیستی روان شناختی سالمندان. پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۷(۲۳)، ۲۱۵-۲۴۸.
- رحیم زاده، سوسن. (۱۳۸۹). پرسشنامه احساس تنهایی هستی گرا: زمینه، گسترش و یافته های نخستین. فصل نامه علمی - پژوهشی روان شناسی تحولی روان شناسان ایرانی، ۶(۲۴)، ۳۷۰-۳۷۲.
- زنگی آبادی، طوبی. کلانتر کوشه، سید محمد. و برجعلی، احمد. (۱۳۹۶). تنهایی وجودی در زنان دارای گرایش های وسواسی - جبری. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت، ۶(۳)، ۲۳۸-۲۵۲.
- شامی نژاد، منوچهر. اترک، حسین. و جاهد، محسن. (۱۴۰۰). راهکارهای یالوم در درمان اضطراب مرگ و مبانی فلسفی آن. نشریه علمی متافیزیک، ۱۳(۳۲)، ۱-۲۴.
- صدری دمیچی، اسماعیل. رضانی، شکوفه. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان وجودی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان. مجله روان شناسی پیری، ۲(۱)، ۱-۱۲.

- علی زاده، سارا، تکلوی، سمیه، محمود علیلو، مجید. و فیضی پور، هانده. (۱۴۰۰). اثربخشی روان‌درمانی وجودی بر اضطراب مرگ و معنای زندگی بر بیماران بهبود یافته کووید-۱۹. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، ۳۲(۵)، ۳۸۸-۳۹۸.
- قایضی، فاطمه. پاکدامن، شهلا. فتح‌آبادی، جلیل. حسن زاده توکلی، محمدرضا. (۱۳۹۴). احساس تنهایی معنوی - مذهبی: ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش ابعاد مثبت و منفی احساس تنهایی. *فصل‌نامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی و دین*، ۸(۱)، ۶۳-۸۴.
- مختارزاده بنه خلخال، مریم. شفیع‌آبادی، عبدالله. حیدری، حسن. و داوودی، حسین. (۱۴۰۰). تعیین اثربخشی درمان وجودی بر مهارت‌های فراشناختی و احساس تنهایی و تحمل ناکامی دانشجویان روان‌شناسی دوره کارشناسی. *نشریه علمی رویش روان‌شناسی*، ۱۱(۱)، ۹-۱.
- یالوم، اروین دی. (۱۴۰۱). روان‌درمانی اگزستانسیال. چاپ بیستم ترجمه سپیده حبیب. تهران، نشر نی.
- Abas, N. A., & Sahad, M. N. (2021). GUIDING ASPECTS OF ISLAMIC EXISTENTIAL-COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY FOR EXISTENTIAL DEPRESSION. *Malaysian Journal Of Islamic Studies (MJIS)*, 5(1), 57-77.
- American Psychiatric Association. (2015). *Depressive disorders: DSM-5® selections*. American Psychiatric Pub.
- Berra, L. (2021). Existential depression: A nonpathological and philosophical-existential approach. *Journal of Humanistic Psychology*, 61(5), 757-765.
- Berra, L. (2017). *Angoscia esistenziale. Teoria e clinica [Existential anxiety. Theory and practice]*. Turin, Italy: ISFiPP Edizioni.
- Berra, L. (2018). *La dimensione depressiva. Dalla depressione patologica alla depressione esistenziale [The depressive dimension. From pathological depression to existential depression]*. Milan, Italy: Libreria Universitaria.
- Berra, L. (2021). Existential depression: A nonpathological and philosophical-existential approach. *Journal of Humanistic Psychology*, 61(5), 757-765.
- Berry-Smith, S. F. (2012). *Death, freedom, isolation and meaninglessness and the existential psychotherapy of Irvin D. Yalom* (Doctoral dissertation, Auckland University of Technology).
- Bueno-Notivol, J., Gracia-García, P., Olaya, B., Lasheras, I., López-Antón, R., & Santabábara, J. (2021). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International journal of clinical and health psychology*, 21(1), 100196.
- Edwards, N., Walker, S., Paddick, S. M., Prina, A. M., Chinnasamy, M., Reddy, N., ... & Dotchin, C. (2023). Prevalence of depression and anxiety in older people in low-and middle-income countries in Africa, Asia and South America: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*.
- Ettema, E. J., Derksen, L. D., & van Leeuwen, E. (2010). Existential loneliness and end-of-life care: A systematic review. *Theoretical medicine and bioethics*, 31, 141-169.
- Gaebel, W., Stricker, J., & Kerst, A. (2022). Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Gallagher, S. (2023). A Critique of Existential Loneliness. *Topoi*, 1-9.
- Garrow, S., & Walker, J. A. (2001). Existential group therapy and death anxiety. *Adultspan Journal*, 3(2), 77-87.
- Gökdemir-Bulut, B. P., & Bozo, Ö. (2018). The psychometric validity and reliability of the Turkish version of the Existential Loneliness Questionnaire. *Current Psychology*, 37, 401-413.
- Kretschmer, M., & Storm, L. (2018). The relationships of the five existential concerns with depression and existential thinking. *Int J Existent Psychol Psychother*, 7, 20.
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific reports*, 8(1), 2861.
- May, R., & Yalom, I. (1989). Existential psychotherapy. *Current psychotherapies*, 363-402.
- Park, J. (2006). *Our Existential Predicament: Loneliness. Depression, Anxiety and Death*. Minneapolis, MN: Existential Books.
- 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.
- Rice, S., Seidler, Z., Kealy, D., Ogrodniczuk, J., Zajac, I., & Oliffe, J. (2022). Men's Depression, Externalizing, and DSM-5-TR: Primary Signs and Symptoms or Co-occurring Symptoms?. *Harvard Review of Psychiatry*, 30(5), 317-322.
- Sadock, B. J. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry* (Vol. 2015, pp. 648-655). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Tomer, A., Eliason, G. T., & Wong, P. T. (Eds.). (2007). *Existential and spiritual issues in death attitudes*. Psychology Press.
- van Deurzen, E. (2023). Existential therapy for grief. *The handbook of grief therapies*, 69-78.
- Wong, P. T., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*, 121, 121-148.
- Yalom, I. D. (2020). *Existential psychotherapy*. Hachette UK.

- Yalom, I. D. (2008). Staring at the sun: Overcoming the terror of death. *The Humanistic Psychologist*, 36(3-4), 283-297.
- Yandri, H., Suhaili, N., Marjohan, M., Ifdil, I., & Afdal, A. (2023). The Impact Of Using Existential Therapy To Build Awareness Of Death For Victims Of Bullying. *TERAPUTIK: Jurnal Bimbingan dan Konseling*, 6(3), 369-378.
- Ziaee, A., Nejat, H., Amarghan, H. A., & Fariborzi, E. (2022). Existential therapy versus acceptance and commitment therapy for feelings of loneliness and irrational beliefs in male prisoners. *European Journal of Translational Myology*, 32(1).

*Original Article***Effectiveness of existential psychotherapy on existential loneliness and attitude towards death in clients with existential depression**

Received: 09/02/2023 - Accepted: 21/06/2023

Abolfazl Sarlaki^{1*}Atefeh Abdollahi²Farnaz Madani³Yeganeh Asadipour⁴Masoud Sharifi⁵

¹ M.A. in Child and Adolescent Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. (Corresponding author)

² M.A. of General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

³ M.A. in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tehran West Branch, Islamic Azad University, Iran.

⁴ M.A. in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tehran West Branch, Islamic Azad University, Iran.

⁵ Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

* Corresponding author:

Abolfazl Sarlaki, M.A. in Child and Adolescent Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

E-mail: det.sarlak@gmail.com

Abstract**Introduction**

Mortality caused by the epidemic of the Covid-19 virus disease and facing one of the certain facts of existence, i.e. death, increased the prevalence of existential depression. The aim of the present study was to determine the effectiveness of existential psychotherapy on existential loneliness and attitude towards death in clients with existential depression.

Material and Method

The current research was in the applied research group in terms of its purpose and in terms of methodology, it was a semi-experimental type of pre-test - post-test - 3-month follow-up with a control group. The statistical population included all women and men with existential depression who had referred to counseling centers and psychological services in Isfahan city in the first 6 months of 2022. 24 references (13 women and 11 men) were selected by purposeful sampling and randomly assigned to two experimental (12 people) and control (12 people) groups. May and Yalom's (1989) existential psychotherapy protocol was performed only for the experimental group during 10 weekly sessions of 120 minutes, and the control group was placed on the waiting list and received free psychological counseling sessions after the end of the research. Subjects were evaluated in 3 stages (pre-test, post-test and 3-month follow-up) with the existential loneliness questionnaire by Myers, Kho and Swatberg (2002) and the revised version of the death attitude profile questionnaire by Wong, Picker and Geisser (1994). Data analysis was done with repeated measures analysis of variance using SPSS-28 software.

Results

The results of this research showed that existential psychotherapy has an effect on existential loneliness and attitude towards death in clients with existential depression ($p < 0.05$). Existential psychotherapy leads to a significant reduction of existential loneliness and the attitude of avoiding death and a significant increase of the attitudes of tendency acceptance, acceptance with avoidance and neutral acceptance towards death. The greatest effectiveness of existential psychotherapy was on the attitude of acceptance and tendency towards death with a effect size of 0.647.

Conclusion: It can be concluded that existential psychotherapy is effective on existential loneliness and attitude towards death in clients with existential depression.

Key words

existential psychotherapy, existential loneliness, attitude towards death, existential depression.

Acknowledgement: There is no conflict of interest

