

تأثیر شناخت درمانی هستی‌نگر بر تحریفات شناختی زنان مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی: مطالعه مورد منفرد

شیوا فرمانی شهرضا^۱، بهمن بهمنی^{۲*}، علی قانندنیای جهرمی^۳

^۱ کارشناس ارشد، مشاوره خانواده، گروه پژوهشی علوم شناختی جهاد دانشگاهی استان البرز، کرج، ایران

^۲ استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی تهران، ایران

^۳ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: بهمن بهمنی، استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی تهران، ایران. ایمیل: bbahmani43@

uswr.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۴/۱۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۸/۲۹

چکیده

مقدمه: تحریفات شناختی در بیماران مبتلا به HIV/AIDS موجب بروز عوارض متعددی برای آن‌ها و سیستم درمانی‌شان شده است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت درمانی هستی‌نگر بر کاهش تحریفات شناختی زنان مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی بود.

روش کار: در این پژوهش از طرح تک آزمودنی از نوع چند خط پایه‌ای استفاده شده است. نمونه این پژوهش ۳ نفر از زنان مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان مراجعه کننده به مرکز درمانی شهید سبزه پرور کرج در بازه زمانی آذر ۱۳۹۲ الی اردیبهشت ۱۳۹۳ بودند، و هر فرد به طور جداگانه در ۱۰ جلسه (۹۰ دقیقه‌ای) تحت شناخت درمانی هستی‌نگر قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه تحریفات شناختی (حسن زاده و سالار، ۱۳۸۹) بود که طی ۷ بار (۲ بار خط پایه، ۳ بار مداخله، ۲ بار پیگیری) مورد سنجش قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل چسبی و شاخص‌های تغییرات روند، شیب، اندازه اثر و شاخص کوهن و بازبینی فراز و فرود نمودارها استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج حاکی از افزایش قابل توجه نمرات تحریفات شناختی نسبت به خط پایه بوده و بیش‌ترین میزان افزایش در جلسه پایانی درمان مشاهده شد. نمرات مربوط به دو سنجش پیگیری نسبت به نتایج جلسه آخر درمان کاهش داشته، اما نسبت به خط پایه همچنان افزایش چشمگیری را نشان داده است. افزایش نمرات تحریفات شناختی نشان‌دهنده تفکر مثبت در بیماران است.

نتیجه گیری: شناخت درمانی هستی‌نگر باعث کاهش تحریفات شناختی بیماران مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی گردید، در نتیجه استفاده از این روش مداخله می‌تواند در کاهش برخی آلام روان شناختی این گروه از بیماران مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: شناخت درمانی هستی‌نگر، تحریفات شناختی، ویروس نقص سیستم ایمنی انسان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

به بدن به سیستم ایمنی بدن حمله کرده و به مرور زمان آن را به قدری ضعیف می‌کند که دیگر نمی‌تواند از بدن در برابر بیماری‌ها محافظت کند و این همان مرحله عفونت پیشرفته ویروس HIV مثبت، یعنی ایدز (Acquired Immune Deficiency Syndrome) است (۳). بر اساس آمار سیستم ثبت موارد شناسایی شده که در این گزارش درج شده است تا نیمه سال ۱۳۹۰ مجموعاً ۲۳۴۹۷ نفر افراد مبتلا به HIV/AIDS در کشور شناسایی شده‌اند که ۹۱/۳ درصد آن‌ها را مردان و ۸/۷ درصد آن‌ها را زنان تشکیل می‌دهند (۴). اداره کنترل ایدز و بیماری‌های آمیزشی وزارت بهداشت با اعلام جدیدترین آمار مبتلایان شناسایی شده ایدز اعلام کرد که در مقایسه با سال ۹۳، میزان ابتلای زنان ۴۱ درصد افزایش داشته

بیماری مزمن (Chronic Illness) برای مدت طولانی فرد را درگیر کرده، پیامدهای نامشخص، سطوح بد پیش آگهی و نتیجه اقدامات درمانی غیرقطعی دارد (۱). علی‌رغم این که علم پزشکی پیشرفت‌های چشم‌گیری در توسعه درمان‌های مؤثر برای تبعات جسمی این بیماری‌ها داشته است، اما مواجه شدن با پیامدهای سلامت روانی و سازگاری هیجانی این بیماری‌ها از چالش‌های اصلی پیش روی فرد مبتلا و تیم پزشکی او محسوب می‌شود (۱). نشانگان نقص سیستم ایمنی انسان (Human immunodeficiency syndrome) به عنوان یکی از این بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده، محصول ابتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان (HIV) است (۲). ویروس نقص سیستم ایمنی انسان (HIV) پس از ورود

و هم اکنون در گروه بندی سنی از میان ۳۰ درصد مبتلایان شناسایی شده است (۴). افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن از قبیل HIV مثبت و ایدز با دشواری‌های زیادی از قبیل فشارهای روانی هیجانی همچون اضطراب، افسردگی، غمگینی و تظاهرات رفتاری به دنبال آن هیجاناتی اعم از کم خوابی، ناتوانی در تمرکز، کاهش اشتها، افکار خودکشی، بد کارکردی جنسی، اختلال در فعالیت روزانه (۵)، فشارهای روانی اجتماعی همچون مرتبط با افشای بیماری به دوستان و خانواده، تغییر روابط اجتماعی، مواجهه با عکس‌العمل اطرافیان، تغییر در فعالیت‌های اجتماعی و تفریحات و فشارهای روانی وجودی همچون مواجهه با معنا و هدف زندگی، ناعادلانه بودن بیماری و نامعلومی و پیش‌بینی‌ناپذیری آینده، جدایی و تنهایی، درماندگی و ترس از احتمال مرگ (۶-۸).

با بروز فزاینده عوارض بیماری نظیر خستگی، ناتوانی در تمرکز، کاهش انرژی، تغییر نقش‌ها و اختلال در فعالیت‌های روزمره و نیز آگاهی و پذیرش تدریجی این واقعیت که هنوز درمان کامل و قطعی برای این بیماری وجود ندارد، ممکن است بیمار را به جای مدیریت و کنترل مشکلات، به سمت پذیرش احساس درماندگی و خود ناکارآمدی سوق دهد. در نتیجه این احساس انزوا و ناامیدی می‌تواند فرضیات، باورها و ارزش‌های بنیادین فرد را که تا قبل از بیماری زیربنای معنا و اهداف زندگی او را تشکیل می‌داد، به چالش کشیده و زیر سؤال ببرد (۵). اینجاست که پرسش‌های وجودی (Existential Question) نظیر اینکه "چرا من"، "چرا اکنون"، "چرا زندگی" و یا سؤال‌ها (شکایت‌ها)ی مبنایی‌تری نظیر "بود و نبود خدا"، "عدالت خدا" و "سرنوشت" در ذهن فرد شکل گرفته یا تشدید شوند. در نتیجه به دنبال این سوالات، از یک طرف شکافی بین اطلاعات نهفته در منبع فشارها که در این موارد شرایط بیماری است، و از طرفی دیگر شکافی بین انتظارات و باورهای مثبت قبلی افراد در مورد جهان که تا قبل از بیماری باعث پیش‌بینی پذیری امور برای او شده و برایش آرامش‌بخش بوده، به وجود می‌آید (۹، ۱۰). اگر چه این ناهماهنگی شناختی اضطراب‌زا خواهد بود، اما تا زمانی که منجر به استفاده از تحریفات شناختی نگردد، لزوماً آسیب‌زا محسوب نمی‌شود (۱۱). تحریفات شناختی به عنوان عوامل مهمی برای ظهور و تداوم رفتارهای ناکارآمد و اختلالات روانی به حساب می‌آیند. تحریفات شناختی به آن دسته از افکار گفته می‌شود که بر پایه فرضیاتی نادرست شکل گرفته و منجر به سوگیری در تفکر می‌شوند. این سوگیری به گونه‌ای است که فرد را از واقعیت زندگی این جهانی دور ساخته و منجر به بروز سوءتفاهم بسیار در رفتارهای فردی و بین فردی می‌شود به گونه‌ای که گاه فرد به ورطه اختلالات روانی گرفتار می‌آید (۱۲). یک (۱۹۷۶) تحریفات شناختی را به عنوان خطاهای پردازش اطلاعات تعریف می‌کند که منجر به فرض‌ها و استنباط‌های تحریف‌شده و نامناسب می‌گردد. مشهورترین تحریفات شناختی شامل؛ تفکر همه یا هیچ، تعمیم مبالغه‌آمیز، فیلتر ذهنی، بی‌توجهی به امر مثبت، نتیجه‌گیری شتاب‌زده، درشت‌نمایی، استدلال احساسی، باید‌ها، برجسب زدن و شخصی‌سازی است (۱۳). این تحریفات نقش کلیدی در مؤلفه‌های روان‌شناختی همچون خشونت، بی‌قراری، افسردگی و روابط بین فردی آشفته داشته، از این رو شناخت درست و مطابق با واقعیت، عامل مهمی برای آگاه شدن از زوایای مثبت زندگی است (۱۴). افراد مبتلا به عفونت HIV در موقعیت‌های اجتماعی باورهای تحریف‌شده‌ای در مورد خود و چگونگی ارزیابی دیگران از آن‌ها دارند. این افراد درگیر تحریف در پردازش اطلاعات قبل و بعد از مبتلا شدن هستند و با بازیابی انتخابی اطلاعات منفی در مورد خود و

عملکرد اجتماعی‌شان به پیش‌بینی‌های منفی در مورد عملکرد آینده خود می‌پردازند. همچنین تحریفات شناختی در افراد منجر به توجه به ابعاد پریشان کننده یک موقعیت و در نتیجه تغییر معنای موقعیت (به عنوان مثال فاجعه سازی یا کوچک نمایی) می‌گردد، که این بر ایجاد پریشانی تأثیر می‌گذارد (۱۵) و این پریشانی منجر به ایجاد آلام روان‌شناختی در بیماران مبتلا به عفونت HIV می‌شود. افکار غیرمنطقی و تحریفات شناختی عوامل مهم در ایجاد و تداوم رفتارهای پاتولوژیک هستند (۱۳) و مداخله‌های روان‌شناختی مورد استفاده برای کاهش و درمان آن نیز می‌بایست بر مفاهیم و سازه‌های مشابه استوار باشد.

اگر چه برای کاهش آلام روان‌شناختی بیماران مبتلا به HIV مثبت و ایدز مطالعات متعددی نظیر سلگی، هاشمیان و سعیدی (۱۶)، شاکری، پرویزی فرد و امین زاده (۱۷)، شریفی، محمود علیو و هاشمی نصرت آباد (۱۸)، Scoili, Macnei, Partridge, Tinker & Hawkin (۱۹) و فزلسفلو و اثباتی (۲۰) منتشر شده است، لیکن گزارش پژوهشی مستدلی که در آن به اضطراب‌های وجودی و تحریفات شناختی این بیماران پرداخته باشد، در دسترس نیست. تحریفات شناختی در پژوهش‌های گوناگونی مورد مطالعه قرار گرفته است. تحریفات شناختی بر میزان موفقیت درمان افراد مبتلا به بیماری‌های جسمانی نیز مؤثر است. بنابراین ارزیابی و اصلاح تحریفات شناختی در درمان این بیماران حائز اهمیت است (۲۱). نتایج مطالعه Kraus & Sears (۲۲) نشان داد که تغییر در تحریفات شناختی (به عنوان متغیر واسطه) موجب کاهش اضطراب، عواطف منفی و همچنین افزایش امید می‌گردد. منطقی به نظر می‌رسد که اثربخش‌ترین مداخله‌ها آن‌هایی هستند که به لحاظ محتوا و روش بیش‌ترین تناسب مفهومی و سازه‌ای را با آسیب‌شناسی زیربنایی یک اختلال دارا هستند. بهمینی و همکاران معتقدند که رویکردهای یکپارچه نگر (Integrative Approaches) که محصول تلفیق هوشمندانه و منطقی مبانی نظری، اصول، مفاهیم و روش‌های برگرفته از دو یا چند نظریه پایه هستند، نسبت به روش‌های تک وجهی که در عمل مجبورند سازه‌ها، مفاهیم و مفروضه‌های خود را بر دامنه وسیعی از پدیده‌های انسانی تحمیل کنند، ظرفیت اثرگذاری بیشتری را برای کمک به رفع مشکلات روان‌شناختی افراد در شرایط متفاوت فراهم می‌کنند (۲۳). شیوه روان‌درمانی موسوم به شناخت درمانی وجودگرا (هستی‌نگر) یکی از روش‌های مداخله‌ای است که با توجه به نیازهای خاص بیمارانی که به نوعی با خطر از دست دادن زندگی خود یا سایر افراد مهم زندگی مواجه بوده و به دنبال آن در معرض اضطراب‌های وجودی فعال شده و واکنش‌های آسیب‌زای روان‌شناختی برانگیخته شده نظیر تحریفات شناختی قرار گرفته‌اند، طراحی و ارائه شده است (۲۳). افراد مبتلا به ایدز یکی از این گروه از بیماران محسوب می‌شوند. به نظر می‌رسد که این شیوه مداخله، مؤلفه‌های لازم را برای کمک به کاهش تحریفات شناختی در بیماران درگیر HIV مثبت و ایدز دارا می‌باشد (۲۳).

شناخت درمانی هستی‌نگر به عنوان یک روش یکپارچه شده کمک زیادی به کاهش آلام روان‌شناختی در بسیاری از بیماران مزمن کرده است (۲۴-۲۹). نخستین بار گروه درمانی شناختی وجودگرا (هستی‌نگر) توسط کیسان (۲۵) برای استفاده از مزایای حاصل از تلفیق جنبه‌هایی از دو رویکرد روان‌درمانی مبتنی بر نظریه شناختی یک (Beck Cognitive Therapy) و وجودگرایی یالوم (Yalom Existential Therapy) در قالب فنون مشاوره گروهی ارائه و اثر بخشی آن بر کاهش میزان افسردگی

و افزایش امیدواری بیماران مبتلا به سرطان گزارش کرده است. در ایران بهمنی (۳۰) در پژوهش خود مزیت نسبی «گروه درمانی شناختی وجودگرا» را بر روش «شناخت درمانی آموزش محور گروهی» در کاهش افسردگی و افزایش امیدواری زنان مبتلا به سرطان پستان گزارش کرد. بهمنی، اسکندری، حسنی، دکان‌های فرد و شفیع آبادی (۲۶) در مطالعه‌های دیگر نشان دادند که گروه درمانی شناختی وجودگرا باعث کاهش افسردگی و افزایش امیدواری والدین فرزندان مبتلا به سرطان شده است. معتمد و بهمنی (۲۷) نیز نشان دادند که گروه درمانی شناختی هستی‌نگر بر افزایش امیدواری افراد بیماران دچار نارسایی شدید کلیه که در حال همودیالیز بوده‌اند، تأثیر قابل توجه دارد. در رویکرد شناخت درمانی هستی‌نگر سعی بر این است که با استفاده از فنون خاص، ضمن کمک به آگاهی و ابراز هیجان‌های ناشی از فعال شدن اضطراب‌های هستی نظیر اضطراب از مرگ، عدم قطعیت، بی‌معنایی، تنهایی و کنترل ناپذیری جهان، به پذیرش صادقانه و بروز پاسخ‌های اصیل‌تر به آن‌ها منجر خواهد شد، همچنین با استفاده از فنون شناخت درمانی برخی از طرح‌واره‌ها، افکار خود آیند و تحریفات شناختی که در شکل‌گیری گرایش به اجتناب از مواجه‌شدن با اضطراب‌های هستی نقش داشته‌اند را نیز شناسایی و اصلاح نمود (۳۰)؛ بنابراین می‌توان گفت درمان عبارت است از تسهیل، جستجوی معنا و هدف در زندگی، ارتقای روابط و کمک به بیمار برای توسعه افکار و نگرش‌های انطباقی (۹) و احساس معنا و آرامش ذهنی که می‌تواند به عنوان نقطه پایانی عمومی درمان تعبیر شود (۳۱). در یک نگاه کلی می‌توان اذعان داشت بیماری ایدز منجر به ایجاد فرضیات نادرست در ذهن بیماران شده و منجر به سوگیری در تفکر آنان می‌شوند. بنابراین، بروز تحریفات شناختی می‌تواند زمینه‌ساز تشدید مشکلات، ظهور اختلال‌های روانی و ناسازگاری شود. بر همین اساس، پژوهش حاضر در پی بررسی اثربخشی شناخت درمانی هستی‌نگر در تحریفات شناختی زنان مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان برآمده است.

روش کار

روش پژوهش تجربی (ترجیحاً آزمایشی) و طرح مورد استفاده طرح تک آزمودنی با کنترل خط پایه چندگانه نامرزان و با دو پیگیری چهار و هشت هفته‌ای اجرا شد. در این مطالعه از طرح AB که مبنای طرح‌های تک آزمودنی است، استفاده شد. دلیل استفاده از این طرح در این پژوهش، در دسترس نبودن تعداد زیاد نمونه‌ها در هنگام مطالعه (۱۲)، غیراخلاقی بودن بازداری درمان در مرحله خط پایه و تلاش برای بازگرداندن مراجعان به وضعیت قبل درمان است (۳۲). همچنین از آنجایی که طرح‌های تک موردی به آزادی و فردیت مراجع احترام می‌گذارند و بودن و هستی مراجع را غنا می‌بخشد، بسیاری از وجودگرایان این طرح را ارزشمند تلقی می‌کنند (۳۲). سه نفر زن مبتلا به عفونت HIV با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند از جامعه آماری زنان مبتلا به عفونت HIV که در بازه زمانی آذر ۹۲ الی اردیبهشت ۹۳ به مرکز درمانی شهید سبزه‌پرور کرج مراجعه و دارای معیارهای ورود پژوهش بودند، انتخاب و هر یک به صورت انفرادی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار با رویکرد شناخت درمانی هستی‌نگر تحت درمان قرار گرفتند. طرح مطالعه شامل ۷ بار سنجش متغیر وابسته (۲بار خط پایه، ۳ بار در طی ده جلسه اجرای برنامه مداخله و ۲ سنجش پیگیری نیز به فاصله چهار و هشت هفته پس از آخرین جلسه درمان) به وسیله پرسشنامه تحریفات شناختی عبدالله زاده و سالار (۱۲) بود. معیارهای

ورود شامل دامنه سنی بین ۲۰ تا ۳۵ سال در مراجعین، گذشتن بیش از یک سال از زمان دریافت تشخیص ابتلا به HIV مثبت، مجرد بودن در هنگام اجرای پژوهش (مطلقه، فوت همسر، ازدواج‌نکرده)، داشتن قابلیت کلامی لازم برای شرکت در جلسه روان‌درمانی (بر اساس نتایج مصاحبه تشخیصی اولیه)، عدم وجود بیماری افسردگی شدید و یا سایر اختلالات روان‌پزشکی (به تشخیص روان‌پزشک). در خصوص معرفی مختصر آزمودنی‌ها به این صورت بود که آزمودنی اول، خانمی ۳۵ ساله، دارای تحصیلات سیکل و از طبقه اقتصادی-اجتماعی متوسط، در حال حاضر مجرد و دارای ۲ فرزند است. او ۶ سال پیش و از طریق همسر خود مبتلا شده بود. در سن ۱۶ سالگی ازدواج کرده بود و همسر خود را ۴ سال پیش در اثر مرگ ناشی از مصرف بیش از حد مواد و ابتلا به HIV مثبت از دست داد. نمره مقیاس تحریفات شناختی او در اندازه‌گیری اول ۴۰ بود. آزمودنی دوم، خانمی ۳۰ ساله، تحصیلات دیپلم، خانه‌دار و از طبقه اقتصادی-اجتماعی متوسط، در حال حاضر مجرد و بدون فرزند است. او ۴ سال پیش و از طریق همسر خود مبتلا به بیماری شده است. در سن ۱۸ سالگی ازدواج کرده بود ولی همسرش به علت اعتیاد شدید و از دست دادن کبد و ابتلا به این بیماری از طریق روابط نامشروع، فوت کرده بود. نمره مقیاس تحریفات شناختی او در اندازه‌گیری اول ۳۵ بود. آزمودنی سوم، خانمی ۲۵ ساله، دارای تحصیلات دیپلم و از طبقه اقتصادی-اجتماعی بالا، بیکار، مجرد و از دو سال پیش از طریق رابطه جنسی خارج از ازدواج رسمی با دوست پسر خود به این بیماری مبتلا شده است. نمره مقیاس تحریفات شناختی او در اندازه‌گیری اولیه ۳۹ بود.

جهت جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه جمعیت شناختی و مقیاس سنجش تحریفات شناختی بود. پرسشنامه جمعیت شناختی شامل مشخصات متغیرهای سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، داشتن شریک جنسی، نحوه مبتلا شدن به بیماری، مدت زمان ابتلا به بیماری و سایر معیارهای شمول. مقیاس سنجش تحریفات شناختی، این مقیاس بر اساس نظریه آلبرت آلیس توسط عبدالله زاده و سالار در سال ۱۳۸۹ ساخته شده است. این مقیاس شامل ۲۰ عبارت است که هر کدام در یک مقیاس ۱-۵ درجه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) درجه‌بندی شده است و هر تفکر نامعقول تعداد ۲ عبارت را به خود اختصاص داده است. به این ترتیب تحریف شماره یک (تفکر همه یا هیچ) عبارت ۱ و ۲، تحریف شماره دو (تعمیم مبالغه‌آمیز) عبارت ۳ و ۴، تحریف شماره سه (فیلتر ذهنی) عبارت ۵ و ۶، تحریف شماره چهار (بی‌توجهی به امر مثبت) عبارت ۷ و ۸، تحریف شماره پنج (نتیجه‌گیری شتاب‌زده و پیش‌گو که شامل ذهن‌خوانی و تفکر اشتباه) عبارت ۹ و ۱۰، تحریف شماره ششم (درشت بینی و ریزبینی) عبارت ۱۱ و ۱۴، تحریف شماره هفتم (استدلال احساسی) عبارت ۱۲ و ۱۳، تحریف شماره هشتم (عبارت باید بهتر است) عبارت ۱۵ و ۱۶، تحریف شماره نهم (برچسب زدن) عبارت ۱۷ و ۱۸، تحریف شماره دهم (شخصی سازی) عبارت ۱۹ و ۲۰ را مورد سنجش قرار داده است. نمره‌گذاری به این صورت است که هر چه جمع نمرات بالاتر باشد، نشان‌دهنده تفکر مثبت‌تر است. البته سؤال یک به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ آن توسط عبدالله زاده و سالار (۱۲) برابر ۰/۸ اعلام شد. به منظور اجرای جلسات مداخله، بسته اجرایی کیسان که توسط بهمنی (۲۹)

اجرا شده بود با تعدیل و تطبیق با شرایط اجرای در جلسات درمان انفرادی مورد استفاده قرار گرفت. بسته مداخله در ۱ جلسه تدوین، و هر جلسه به صورت ۹۰ دقیقه‌ای و فردی برگزار می‌گردد که خلاصه جلسات در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: محتوای جلسات شناخت درمانی هستی نگر

جلسات درمانی	محتوای جلسات درمان
مرحله آغازین	
مقدماتی	آشنایی آزمودنی با اهداف کلی جلسات درمانی/ توضیح خطوط کلی جلسات اعم از مسئولیت‌پذیری در قبال فرآیند درمان، لزوم رعایت اصل رازداری، رعایت زمان‌بندی جلسات، سعی در خود افشایی از طریق ابراز افکار و احساسات، توافق در مورد مکان و زمان برگزاری جلسات/ اجرای اندازه‌گیری خط پایه (نکته: خط پایه در ابتدای جلسه اجرا می‌شود تا تأثیر مداخله به حداقل خود برسد).
اول	درخواست از آزمودنی برای بیان داستان خود در مورد نحوه ابتلا به بیماری و به دنبال آن واکنش‌های احساسی و رفتاری نسبت به بیماری/کمک در ایجاد فضای درمانی امن و پویا در جلسه/کمک به خود ابراز گری و خود آشکارسازی آزمودنی/کمک به حضور فرد در اینجا و اکنون/بررسی برش طولی رفتار، احساس و فکر آزمودنی در حین بیان نحوه ابتلا به بیماری/سعی در برقراری ارتباط درمانی و اعتمادسازی جهت کمک به خود افشایی بیشتر
دوم	ایجاد فضایی برای بودن آزمودنی به منظور تجربه‌ی خود/تسهیل اظهار عقاید و باورهای آزمودنی در مورد بیماری و ابتلا به آن و ارزیابی علت آن/شناخت تحریفات و خطاهای شناختی آزمودنی مثلاً در مورد نسبت دادن علت بیماری به گناهان گذشته‌ی خود (تقاضا از طرف خدا)/استخراج خطاهای شناختی موجود و در نهایت چالش با آن‌ها/بروز مقاومت‌های احتمالی و شروع کار برای کاهش و رفع آن‌ها
مرحله میانی	
سوم	توجه تدریجی به اضطراب‌های وجودی برون‌ریزی شده توسط آزمودنی در حین خود افشاسازی/ تسهیل ادامه فرآیند خود افشاسازی و مواجهه آزمودنی با مفاهیم اضطراب‌های وجودی/پرداختن به مفهوم پیش‌بینی‌ناپذیری دنیا و عدم قطعیت هستی/کار با مظاهر اضطراب پیش‌بینی‌ناپذیری (اعم از ترس از عود بیماری، سرایت به سایر نقاط بدن، مبتلا شدن به ایدز و آینده زندگی فردی) و کمک به کاهش این ترس‌ها از طریق پذیرش اضطراب پیش‌بینی‌ناپذیری/ارزیابی و چالش با افکار آزمودنی در رابطه با غیرقابل کنترل بودن امور مربوط به بیماری از طریق فنون شناختی و اصلاح تحریفات نهفته در آن‌ها/اندازه‌گیری متغیر تحریفات شناختی
چهارم	کار با مضمون اضطراب مرگ در هنگام بیان واکنش به تشخیص HIV مثبت، تشویق به بیان معنای فردی در ارتباط با اضطراب مرگ، کمک به مواجهه با واقعیت مرگ (در صورت عود بیماری و مبتلا شدن به ایدز)، اصلاح تحریفات شناختی موجود در معنای اضطراب وجودی مرگ، تسهیل فرآیند سوگ (ایجاد فضایی به منظور برون‌ریزی هیجاناتی مثل غم و اندوه و سوگواری برای فقدان‌های ناشی از HIV مثبت و احتمال مبتلا شدن به ایدز و اعتماد به خود در توانایی پذیرش تجارب هیجانی منفی).
پنجم	کمک به خلق معنایی جدید در علت مبتلا شدن به HIV مثبت و مبتلا شدن احتمالی به ایدز از طریق فنون شناختی در راستای کمک به پذیرش مرگ احتمالی به عنوان یک واقعیت اجتناب‌ناپذیر/آشنا شدن فرد با مفهوم اضطراب تنهایی بنیادین (مبنی بر اینکه فرد احساس می‌کند بعد از مبتلا شدن به این بیماری تنها شده است)/کمک به پذیرش تنهایی به عنوان تجربه‌ای اصیل برای افزایش میل و انگیزه برای کنار دیگران و اعضای خانواده بودن
ششم	چالش با مفهوم از دست دادن معنا در زندگی/چالش با معنای ناکارآمد اطلاق شده به بیماری و احساس گناه ناشی از آن (اعم از تقاضا پس دادن، تنبیه شدن، گناهکار بودن)/کمک به آزمودنی در یافتن معنایی کارآمد و عاری از تحریفات شناختی/کمک به پذیرش انتخاب در معنا دهی به تجارب زندگی/کمک به ارزیابی مجدد اولویت‌ها و تصمیمات زندگی/کمک به پذیرش احساس مسئولیت در قبال سرنوشت خود/استفاده از اعتقادات معنوی-مذهبی آزمودنی در پیدا کردن معنا/ اندازه‌گیری متغیر تحریفات شناختی
هفتم	کمک به مواجهه فرد با تبعات عدم قبول مسئولیت و نادیده گرفتن اصل آزادی و انتخاب/چالش با مفهوم رنج ناشی از عواقب مبتلا شدن/کمک به آزمودنی در پذیرش رنج در پی فرآیند معنا دهی، از طریق فنون شناختی/کمک به آزمودنی برای جستجوی بیشتر در واقعیت ثابت‌شده‌اش در راستای رها شدن از رنج و پذیرش آن
هشتم	جمع‌بندی جلسات قبل و کمک در رسیدن فرد به این چشم‌اندازها که: زندگی و مرگ به یکدیگر وابسته‌اند و مرگ همواره به ما می‌نگرد و زندگی را نیز نمی‌توان به تعویق انداخت/در پس تعبیر هر تجربه‌ای، معنای شخصی وجود دارد و فرد در انتخاب این معنا از آزادی بی‌قید و شرطی برخوردار است چرا که همه ما به درون جهانی خالی از معنا افکنده شده‌ایم/هر یک از ما در هستی تنهایی و هیچ رابطه‌ای قادر به از میان بردن تنهایی‌مان نیست ولی می‌توانیم در تنهایی یکدیگر شریک شویم و رابطه‌ای عمیق و پرمعنا با یکدیگر برقرار کنیم.
مرحله پایانی	
نهم	جمع‌بندی کل مباحث مطرح‌شده با کمک آزمودنی/ بررسی تأثیر مداخلات انجام‌شده و تحریفات شناختی اصلاح‌شده/ صحبت با آزمودنی در مورد هویتی که در اثر فرآیند معنا دهی ناکارآمد، افکار ناسازگار و ... مغشوش شده بود/ کمک به ساخت هویت جدید آزمودنی متناسب با موقعیت جدید
دهم	جمع‌بندی جلسه قبل/هماهنگی لازم برای جلسات پیگیری/ اجرای پس آزمون
پیگیری	
اول	اندازه‌گیری متغیر تحریفات شناختی ۴ هفته بعد از اتمام مداخله درمانی
دوم	اندازه‌گیری متغیر تحریفات شناختی ۸ هفته بعد از اتمام مداخله درمانی

یافته‌ها

روش‌های آماری مورد استفاده در این پژوهش، درصد بهبودی، اندازه تأثیر و شاخص کوهن است. به منظور سهولت درک یافته‌های این پژوهش از نمودار نیز استفاده شده است. در طرح‌هایی مانند طرح پژوهشی حاضر روش ترسیم نمودار مفیدترین و قابل‌قبول‌ترین روش برای تفسیر نتایج است (۲۳) در ابتدا ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران در **جدول ۲** ارائه شده و سپس تغییر نمرات بیماران را در مقیاس تحریفات شناختی به وسیله **جدول ۳** و تصویر ۱ نشان داده و فراز و فرود آن‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهد.

همان‌طور که در **جدول ۲** مشاهده می‌شود هر سه آزمودنی از طریق رابطه جنسی به HIV مبتلا شده‌اند و در زمان اجرای درمان، مجرد بوده‌اند. همان‌گونه که **جدول ۳** نشان می‌دهد، نمرات آزمودنی‌ها در طی جلسات درمان تغییراتی در جهت افزایش نمرات تحریفات شناختی داشته است در تصویر ۱ تغییرات نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس تحریفات شناختی نشان داده شده است.

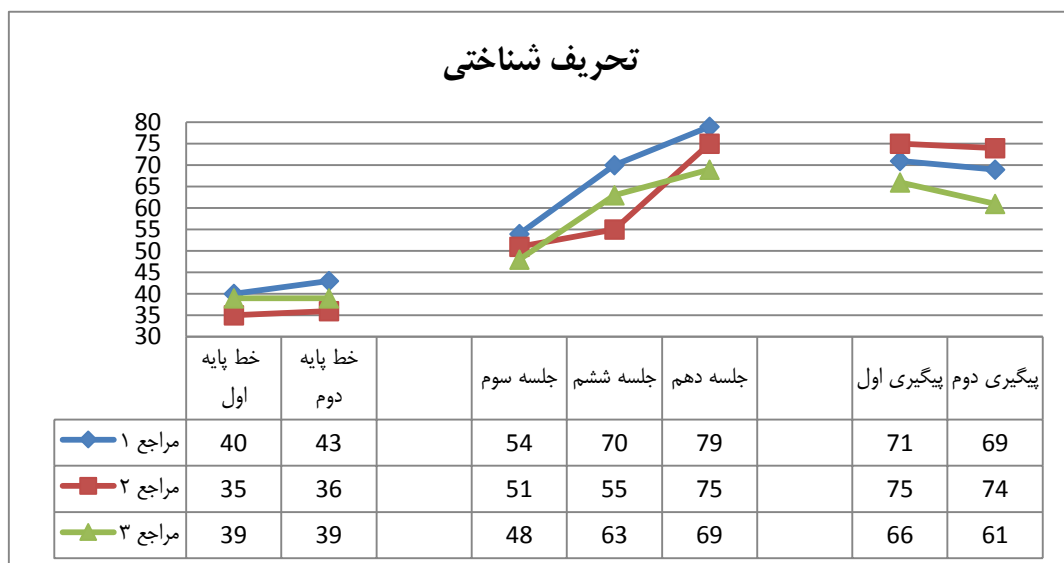
پژوهشگر مجری برنامه مداخله باهدف تطبیق خود با معیار اخلاق پژوهش در مطالعات بالینی، دو برنامه کارآموزی متفاوت را زیر نظر استاد راهنمای خود در زمینه کاربرد فنون شناخت درمانی وجود نگر انفرادی به مدت ۱۵ جلسه و نیز گروه درمانی شناختی وجود گرا (۱۰ جلسه) گذرانیده و مجوز استفاده نظارت شده از این فن را در ارائه خدمات مشاوره از ایشان اخذ کرد. حضور داوطلبانه به همراه کسب رضایت آگاهانه زنان برای شرکت در جلسات. اعلام داوطلبانه بودن شرکت در این جلسات و این‌که آزمودنی در هر زمان که مایل باشد می‌تواند از شرکت در تحقیق انصراف دهد. بیان کامل روش اجرا، هدف انجام تحقیق، زبان‌های احتمالی، فواید و ماهیت و مدت تحقیق به آزمودنی و پاسخ قانع‌کننده به سئوالات او برای درک و تفهیم بیشتر آزمودنی. محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات و نام افراد به عنوان راز در پژوهش و تعهد به حفظ اسرار مراجع و عمل به این تعهد.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

وضعیت تأهل	سن	سطح تحصیلات	شغل	مدت ابتلا به بیماری	نحوه ابتلا
فوت همسر	۳۵	سیکل	کارگر خیاطی	۶ سال	همسر
فوت همسر	۳۰	دیپلم	خانه‌دار	۴ سال	همسر
مجرد	۲۵	دیپلم	بیکار	۲ سال	ارتباط با جنس مخالف

جدول ۳: تغییرات نمرات مقیاس تحریفات شناختی مربوط به سه آزمودنی در طی جلسات

خط پایه اول	خط پایه دوم	جلسه سوم	جلسه ششم	جلسه دهم	پیگیری اول	پیگیری دوم
۴۰	۴۳	۵۴	۷۰	۷۹	۷۱	۶۹
۳۵	۳۶	۵۱	۵۵	۷۵	۷۵	۷۴
۳۹	۳۹	۴۸	۶۳	۶۹	۶۶	۶۱



تصویر ۱: نمرات خام و نمودار روند تغییرات تحریفات شناختی

جدول ۴: شاخص‌های تغییرات روند، شیب و میزان تغییرپذیری آزمودنی‌ها در تحریفات شناختی

۳	۲	۱	
۳۹	۳۵/۵	۴۱/۵	میانگین خط پایه
۰	۰/۷	۲/۱۲	انحراف استاندارد خط پایه
۶۰	۶۰/۳۳	۶۷/۶۶	میانگین مداخله
۱۰/۸۱	۱۲/۸۵	۱۲/۶۶	انحراف استاندارد مداخله
۳۵	۴۱/۱۵	۳۸/۶۶	درصد بهبودی پس از مداخله (MPI)
۵۳/۸۴	۶۹/۹۴	۶۳/۰۳	درصد کاهش نمرات (MPR)
-۰/۸	-۰/۸	-۰/۸۲	اندازه اثر
-۲/۷۴	-۲/۷۲	-۲/۸۸	شاخص کوهن
۳۸/۵۸	۵۲/۳۴	۴۰/۷۱	درصد بهبودی پس از پیگیری (MPI)
۳/۵۳	۰/۷	۱/۴۱	انحراف استاندارد پیگیری
۶۳/۵	۷۴/۵	۷۰	میانگین پیگیری
-۰/۹۷	-۰/۹۹	-۰/۹۹	اندازه اثر
۶۲/۸۲	۱۰۹/۸۵	۶۸/۶۷	درصد کاهش نمرات (MPR)
-۹/۸۱	-۵۵/۷۱	-۱۵/۸۳	شاخص کوهن

فرض‌ها و معناهای قبلی است که افراد از آن‌ها برای اعمال کنترل بر امور جاری و توانایی پیش‌بینی آینده بهره می‌برده‌اند (۴، ۲۴، ۳۵). این نگرانی‌ها، منجر به ایجاد آزدگی‌های وجودی که حاصل تحریفات شناختی است می‌گردند (۱۲). در واقع درمان شناختی هستی‌نگر با تاکید بر مسائل بنیادین هستی فرد، و شناخت فرد، تحریفات شناختی و آزدگی‌های وجودی را از بین می‌برد. یافته‌های این پژوهش نشان از کاهش تحریفات شناختی در مراجعین تحت درمان دارد. نتایج سنجش خط پایه (قبل از مداخله) تحریفات شناختی هر سه مراجع (آزمودنی) نشان داده شده در **تصویر ۱**، بسیار پایین‌تر از نمره ۵۰ است که نشان‌دهنده تحریفات شناختی شدید، در بین مراجعین است. در ادامه جلسات درمان، میانگین نمرات در هر سه مراجع در مقیاس تحریفات شناختی، افزایش یافت، به گونه‌ای که در آخرین جلسه درمان افزایش نمرات در مقیاس تحریفات شناختی ادامه داشت. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که روند بیماری افراد افسرده آلوده به HIV، سرعت بیشتری داشته و طول عمر آنان کمتر از افراد غیر افسرده است. لذا از آنجا که عوامل روانشناختی بر دستگاه ایمنی بدن تأثیر دارند، این امر خود باعث افزایش خطر بیماری می‌شود، بنابراین روان درمانی می‌تواند برای پیشگیری و درمان بیماری‌های جسمانی مفید فایده قرار گیرد (۳۶). روش شناخت درمانی هستی‌نگر از طریق فنون خاص شناخت درمانی به شناسایی و اصلاح طرح‌واره‌ها، افکار خودآیند و تحریفات شناختی که در شکل‌گیری گرایش به اجتناب از مواجه شدن با اضطراب‌های هستی نقش داشته‌اند، می‌پردازد و از این طریق به آگاهی و ابراز هیجان‌های ناشی از فعال شدن اضطراب‌های هستی نظیر اضطراب از مرگ، تنهایی و کنترل ناپذیری جهان که در اثر تهدید مرگ تشدید می‌شوند کمک می‌کند. در واقع شناخت درمانی هستی‌نگر علاوه بر این که به ریشه‌یابی شکل‌گیری الگوهای غلط و غیر منطقی شناخت در زمان گذشته و چگونگی استمرار آن در زمان حال می‌پردازد، سعی می‌کند به مراجع کمک کند تا این الگوهای غلط را شناسایی و به تغییر باورهای ناکارآمد بپردازد. اطلاعات ارائه‌شده در نمودار شماره ۱ را می‌توان تأییدکننده انتظار فوق دانست. همان طور که مشاهده شد با

تصویر ۱ نشان می‌دهد نمرات هر سه آزمودنی در طی جلسات درمان تغییراتی در جهت افزایش شدت مقیاس تحریفات شناختی داشته است، با توجه به اینکه هرچه تفکر فرد مثبت‌تر باشد نمرات تحریفات شناختی بیشتر است، این تغییر روند در جهت مثبت نشان‌دهنده اثربخشی این درمان بر تحریفات شناختی دارد. در پیگیری نسبت به مراحل درمان کاهش اندکی مشاهده می‌شود ولی نسبت به خط پایه اول افزایش قابل توجه داشته است. در تصویر ۱، افزایش نمرات مقیاس تحریفات شناختی از مرحله خط پایه تا پیگیری مشاهده می‌شود. بازبینی دیداری نمودارهای اثربخشی و اندازه ضریب تأثیر، بیانگر افزایش معنادار و قابل توجه نمرات تحریفات شناختی هر سه مراجع بود. این نکته در **جدول ۴** بر اساس شاخص‌های تغییرات روند، شیب و میزان تغییرپذیری نمرات آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۴ نشان می‌دهد بهبودی قابل‌ملاحظه‌ای در تحریفات شناختی آزمودنی‌ها حاصل شده است، بیش‌ترین درصد بهبودی و تغییر افزایش نمرات نیز مربوط به آزمودنی دوم می‌باشد که در جدول، ۱۱۰ درصد افزایش نمرات در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه، و ۵۲ درصد بهبودی در آزمودنی دوم نشان می‌دهد. درصد بهبودی آزمودنی اول و سوم در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه ۴۰ و ۳۸ درصد می‌باشد. افزایش نمرات و درصد بهبودی در سه آزمودنی نشان می‌دهد که درمان شناخت درمانی هستی‌نگر توانسته میزان نمرات خام تحریفات شناختی را افزایش دهد. که این به معنی حرکت به سمت تفکر مثبت است.

بحث

این مطالعه به منظور بررسی اثربخشی روش مداخله یکپارچه شده موسوم به شناخت درمانی هستی‌نگر بر تحریفات شناختی زنان مبتلا به ویروس نقص اکتسابی سیستم ایمنی انسان انجام شد. زمانی که فردی از احتمال مرگ و تهدید نیستی آگاه می‌شود نگرانی‌های وجودی در او فعال می‌شود و این نگرانی‌ها می‌تواند منبع قابل توجه آزدگی در افرادی باشد که با بیماری‌های تهدیدکننده زندگی دست به گریبان هستند (۳۴). سهم مهمی از این آزدگی محصول بی اعتبار شدن

روان‌شناختی بر متغیر وابسته، میزان دوام پیامدهای مثبت مداخله پس از اتمام جلسات مشاوره است. نتایج به دست آمده از دو نوبت سنجش پیگیری، حاکی از کاهش خفیف نمره فرد در مقیاس تحریفات شناختی هر سه آزمودنی پس از آخرین جلسه مشاوره است که بر اساس روش نمره‌گذاری مقیاس مذکور این روند به معنی افزایش مجدد تحریف‌های شناختی است. در واقع قطع دریافت بازخوردهای مثبت از درمانگر، زمان بر بودن کسب مهارت‌های ذهنی برای استفاده از مفاهیم و مضامین تازه یاد گرفته‌شده در مواجهه با رویدادهای روزمره را می‌توان علت این کاهش خفیف در مقیاس تحریفات شناختی نام برد.

نتیجه‌گیری

شناخت درمانی هستی‌نگر نقش مؤثر در کاهش تحریفات شناختی زنانی که تشخیص HIV مثبت دریافت کرده‌اند داشت. در ارزیابی نهایی میزان تأثیر برنامه و قابلیت تعمیم نتایج و استفاده از یافته‌های این تحقیق باید به چند عامل توجه داشت، نخست این‌که برای کنترل متغیر جنسیت و وضعیت تأهل این پژوهش تنها روی زنان مجرد (مطلقه، فوت همسر و مجرد) صورت گرفته است و در نتیجه مردان (چه مجرد و چه متأهل) و زنان متأهل کنار گذاشته شدند. درعین‌حال تکرار اجرای پرسش‌نامه در ۷ مرحله جهت سنجش تغییرات در طی فرآیند درمان، به دلیل آشنا شدن آزمودنی با مفاهیم آزمون، از اعتبار آزمون می‌کاست. محدود بودن اجرای مداخله به یک مرکز بهداشتی درمانی و تعداد کم سنجش‌های پیگیری نیز از قابلیت تعمیم یافته‌ها کاسته است. بنابراین پیشنهاد می‌شود به منظور استفاده از مقدرات و مزایای گروه‌های درمان‌کننده، پیشنهاد می‌شود تا از برنامه گروه درمانی شناختی هستی‌نگر که اثربخشی آن بر روی متغیرهای روانشناختی بیماران صعب‌العلاج گزارش شده است (۱۲، ۲۳، ۲۷، ۴۱) نیز برای این بیماران استفاده شود. درعین‌حال پیشنهاد می‌شود تا این مطالعه با حجم نمونه بالاتر اجرا و تعامل آن با دیگر متغیرهای روان‌شناختی نیز بررسی گردد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد گروه مشاوره دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی می‌باشد. در پایان از همکاری بیماران گرامی و یاری صمیمانه کارکنان محترم مرکز بهداشتی درمانی شهید سبزه پرور کرج تشکر می‌گردد.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در نگارش این مقاله وجود ندارد.

شروع جلسات درمان به شکل قابل‌توجهی از میزان تحریفات شناختی هر سه مراجع کاسته شده است (بر اساس روش نمره‌گذاری به کار رفته، افزایش نمرات فرد در مقیاس تحریفات شناختی یعنی حرکت به سمت تفکر مثبت). به طور کلی در این نوع رویکرد درمانی معمولاً علاوه بر شناخت درمانی که هدف آن شناسایی تحریفات شناختی و رفتارهای نگه‌دارنده این تحریفات و تغییر تحریفات شناختی با استفاده از راهبردهای شناختی، تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، در طی جلسات درمانگری به فرد کمک می‌شود تا افراد از طریق بیان احساسات، با اضطراب‌های وجودی خود آشنا شده و آن‌ها را بپذیرند. درمان شناختی می‌کوشد تا پریشانی هیجانی افراد را با کمک به آنها در تشخیص، آزمون و تعدیل تفکر تحریف شده و غیر انطباقی که زیر بنای این پریشانی است، بهبود بخشد. بر اساس دیدگاه شناختی ذهن انسان فعالانه در ساختن واقعیت خویش دست دارد و برای تغییر شرایط باید ساخت ذهنی وی از واقعیت را که بر اساس برداشت فرد از واقعه رخ داده است، تعدیل شود (۳۷). اصلاح باورهای غلط در خصوص خدا از قبیل عدم احساس رضایت در ارتباط خدا، عدم وجود توجه و مراقبت از سوی خدا در زندگی، و تحریف‌های شناختی از قبیل پیش‌گویی، فاجعه‌سازی، فیلتر منفی، تعمیم افراطی، شخصی‌سازی، سرزنش‌گری، تاسف‌گرایی از جمله مواردی بود که در این جلسات در راستای تغییر قرار گرفت. درمان وجودی نیز می‌کوشد تا با پرداختن به موضوع‌هایی از قبیل زندگی و مرگ، آزادی، مسئولیت نسبت به خود و دیگران، یافتن معنا در زندگی و پرداختن به مفهوم بی‌معنایی؛ آگاهی انسان از خود و توانایی فرد در نگرستن به ماورای مشکلات خویش را بررسی و برمساله وجودی انسان توجه کند (۳۸). مراجعان در جریان تجربه درمان وجودی، آگاهی‌هایی را کسب می‌کنند که بدان وسیله بین جنبه‌هایی از زندگی که می‌توانند تغییر دهند و جنبه‌هایی که نمی‌توانند تغییر دهند، تمیز قائل شوند و می‌آموزند که چگونه زندگی را با تمام دشواری‌ها و تضادهایش بپذیرند؛ که این فرآیند شامل آموختن مواجهه با مسائل اجتناب‌ناپذیر، سختی‌ها، ناامیدی‌ها و بحران‌های زندگی می‌شود (۳۹).

نتایج این پژوهشی با نتایج گزارش‌شده توسط کیسان و همکاران (۲۵) مبنی بر اثربخشی شناخت درمانی هستی‌نگر بر کاهش میزان غم و اندوه و افزایش قابلیت حل مسئله و توسعه راهبردهای شناختی کارآمد در بیماران مبتلا به سرطان، Breitbart (۴۰) در مورد اثربخشی گروه درمانی وجودی بر بهبود معنا و افزایش امیدواری بیماران افسرده مبتلا به سرطان، فرمانی شهرضا و همکاران (۱۲) مبنی بر اثربخش بودن شناخت درمانی هستی‌نگر در کاهش نشانگان افت روحیه مبتلابان به HIV همسو است. یکی از معیارهای ارزیابی تأثیر روش‌های مداخله

References

1. Craig W. Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Medical Diseases. 4th ed. Tehran: Arjmand; 2010.
2. Hubbli J. Aids (Genesis, Symptoms, Transmission, Prevention, And Promising Treatments). 1th ed. Tehran: Bud growth; 2007.
3. Farmani-Shahreza S, Ghaedniy-jahromi A, Mohammad-Taghi Nasab M, Niknezhad M, Darharaj M, Sadeghi M, et al. Comparison of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Schemas in People with Human Immunodeficiency Virus and Normal People. Iranian J of Psychol Nurs. 2017;4(6):30-40. DOI: 10.21859/ijpn-04066
4. Gharaei H, Shadlou H. A brief report on the efficacy of donepezil in pain management in Alzheimer's disease. J Pain Palliat Care Pharmacother.

- 2014;28(1):37-9. [DOI: 10.3109/15360288.2013.876484](#) [PMID: 24456283](#)
5. Kayser K, Scott JL. Helping Couples Cope With Women's Cancers: An Evidence-Based Approach For Practitioners: Springer Science & Business Media; 2008.
 6. Kaut KP. Religion, Spirituality, and Existentialism Near the End of Life. *American Behav Sci.* 2016;46(2):220-34. [DOI: 10.1177/000276402236675](#)
 7. Chochinov HM, Cann BJ. Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *J Palliat Med.* 2005;8 Suppl 1:S103-15. [DOI: 10.1089/jpm.2005.8.s-103](#) [PMID: 16499458](#)
 8. Avci IA, Kumcagiz H. Marital adjustment and loneliness status of women with mastectomy and husbands reactions. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2011;12(2):453-9. [PMID: 21545212](#)
 9. Clarke DM, Kissane DW. Demoralization: its phenomenology and importance. *Aust NZ J Psychiatr.* 2002;36(6):733-42. [DOI: 10.1046/j.1440-1614.2002.01086.x](#) [PMID: 12406115](#)
 10. Kernan WD, Lepore SJ. Searching for and making meaning after breast cancer: prevalence, patterns, and negative affect. *Soc Sci Med.* 2009;68(6):1176-82. [DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.12.038](#) [PMID: 19157667](#)
 11. Ellis A, MacLaren C. Rational emotive behavior therapy: A therapist's guide: Impact Publishers; 1998.
 12. Farmani SS, Bahmani B, Ghaedniay JA, Amin EM, Khanjani S. The Effectiveness of Cognitive-Existential Therapy on the Demoralization Syndrome in Women with HIV. *J Clin Psychol.* 2016.
 13. Shariatmadar S, Gharavi Z. Comparison of Cognitive Distortions in Individuals with Physical-Movement Handicap with High and Low Distress Tolerance. *J Counsel Res.* 2015;14(55):40-55.
 14. Esmail Poor K, BAKhshi Poor Roudsari E, Mohammad Zadegan A. Determining Factor Structure, Validity And Reliability of Interpersonal Cognitive Distortions Scale Among Students of Tabriz University. *Q Sci Res J.* 2015;2(3):53-72.
 15. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. *Motiv Emot.* 2005;29(2):83-102. [DOI: 10.1007/s11031-005-7955-3](#)
 16. Salgi Z, Hashemian K, Saidipour B. The Effectiveness of Cognitive Group Therapy in Reducing Depression in Patients With Hiv-Positive Man. *Psychol Stud.* 2005;3(4).
 17. Shakeri J, Parvizifard A, Aminzadeh J. Hiv-Positive Patients Admitted to The Mental State of Health Counseling Centers Kermanshah. *J Kermanshah Univ Med Sci.* 2006;10(1):31-9.
 18. Sharafi M, Mahmoud AM, Hashemi NT. The Comparison of Clinical Personality Patterns and Severe Personality Disorders in Patients With Hiv Infection and Normal Individuals. *Clin Psychol Pers.* 2011;2(4):17-30.
 19. Scioli A, MacNeil S, Partridge V, Tinker E, Hawkins E. Hope, Hiv And Health: A Prospective Study. *AIDS Care.* 2012;24(2):149-56. [DOI: 10.1080/09540121.2011.597943](#) [PMID: 21780957](#)
 20. Ghezelo M, Esbati M. The Effectiveness of Group Therapy Hope on Quality of Life of Hiv-Positive Men. *J Thought Behav.* 2009;6(22).
 21. Moreno R, Cunningham AC, Gatchel RJ, Mayer TG. Functional Restoration for Chronic Low Back Pain: Changes in Depression, Cognitive Distortion, And Disability. *J Occup Rehabil.* 1991;1(3):207-16. [DOI: 10.1007/BF01073457](#) [PMID: 24242742](#)
 22. Sears S, Kraus S. I think therefore I om: cognitive distortions and coping style as mediators for the effects of mindfulness meditation on anxiety, positive and negative affect, and hope. *J Clin Psychol.* 2009;65(6):561-73. [DOI: 10.1002/jclp.20543](#) [PMID: 19241400](#)
 23. Bahmani B, Etemadi A, Shafiabadi A, Delavar A, Ghanbari Motlagh A. Cognitive-Existential Group Therapy And Cognitive Therapy-Oriented Training in Breast Cancer Patients. *J Dev Psychol.* 2008;6(23):201-14.
 24. Rahimi Z, Bahmani B, Dadakhah A. Effectiveness Of Cognitive Spirituality-Based Counseling On Decreasing Of Demoralization In Elders. Tehran: University of Welfare and Rehabilitation Sciences, 2013.
 25. Kissane DW, Bloch S, Miach P, Smith GC, Seddon A, Keks N. Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer--techniques and themes. *Psychooncology.* 1997;6(1):25-33. [DOI: 10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199703\)6:1<25::AID-PON240>3.0.CO;2-N](#) [PMID: 9126713](#)
 26. Bahmani B, Eskandari M, Hasani F, Dokaneyi Fard F, Shafiabadi A. The Effect of Cognitive Existential Group Therapy on Depression And Hopefulness of Parent With Children Having Cancer. *Health Psychol.* 2013;2(2):48-61.
 27. Motameed F, Bahmani B. The Effectiveness of Cognitive Therapy in Hemodialysis Vjvdgra to Increase Hope And Depression in Men: Islamic Azad University, Science and Research Branch of Tehran; 2013.
 28. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J, et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology.* 2003;12(6):532-46. [DOI: 10.1002/pon.683](#) [PMID: 12923794](#)
 29. Kissane DW, Love A, Hatton A, Bloch S, Smith G, Clarke DM, et al. Effect of cognitive-existential group therapy on survival in early-stage breast cancer. *J Clin Oncol.* 2004;22(21):4255-60. [DOI: 10.1200/JCO.2004.12.129](#) [PMID: 15452189](#)
 30. bahmani S, Farmani S, Esmaili A. Morale drop syndrome in patients with human immunodeficiency virus. *Neyshabour J Med Sci.* 2015;3(1):19-27.

31. Murata H, Morita T, Japanese Task F. Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force: the first step of a nationwide project. *Palliat Support Care*. 2006;4(3):279-85. [PMID: 17066969](#)
32. Lantz J. Research and Evaluation Issues in Existential Psychotherapy. *J of Contemp Psychother*. 2004; 34(4):331-40. [DOI: 10.1007/s10879-004-2527-5](#)
33. Nazari V, Mohammadkhani P, Dolatshahi B. Comparative Efficacy of Cognitive-Behavioral Marital Therapy Enriched with A Combination of Behavioral Marital Therapy Marital Satisfaction. *J Mod Psychol*. 2011;6(22):149-75.
34. Boston P, Bruce A, Schreiber R. Existential suffering in the palliative care setting: an integrated literature review. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(3):604-18. [DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2010.05.010](#) [PMID: 21145202](#)
35. Prochaska J, Norcross C. *Theories of Psychotherapy*. 3rd ed. Tehran: Emissions growth; 2010.
36. Sarafynv E. *Health Psychology*. Tehran: Growth; 2008.
37. Wills F. *Fast Learner Cognitive Therapy Beck*. 1st ed. Tehran: Arjmand publication; 2009.
38. Corey G, Seyed Mohammadi Y. *Theory and Application of Counseling and Psychotherapy*: Arasbaran Publication, Tehran; 2007.
39. Nazari M, zarghami S. *Existential Psychotherapy*. 1st ed. Tehran: Parine-publishing; 2009.
40. Breitbart W. Spirituality and Meaning in Supportive Care: Spirituality- and Meaning-Centered Group Psychotherapy Interventions in Advanced Cancer. *Support Care Cancer*. 2002;10(4):272-80. [DOI: 10.1007/s005200100289](#) [PMID: 12029426](#)
41. Jalili Nikoo S, Nejatinejad N, Bahmani B, Naghiae M, Ghasemi Jobaneh R. Effectiveness of Cognitive Existential Group Therapy on Quality of Life of Elderly People. *Armaghane Danesh*. 2017; 21(10): 1013-21.

The Effect of Cognitive-Existential Therapy on Cognitive Distortions in Women with HIV: A Single-Subject Study

Farmani-shahreza.SH¹, Bahmani.B^{2,*}, Ghaedniay-jahromi.A³

¹ MA, Department of Counseling, Cognitive Science Research Group, Academic Center of Education, Culture and Research, Alborz Branch, Karaj, Iran

² Associate Professor, Department of Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

³ PhD Student, Department of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Bahman Bahmani, Associate Professor, Department of Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. E-mail:bbahmani43@uswr.ac.ir

Received: 19 Nov 2016

Accepted: 6 Jul 2017

Abstract

Introduction: Cognitive distortions have an adverse effect on medical conditions of the HIV/AIDS patients. The aim of this study was to investigate the effectiveness of the cognitive-existential therapy on reduction of cognitive distortions in women with HIV.

Methods: A single-subject study was conducted on three women with HIV who had been referred to the Sabzeh Parvar Therapy Center, Karaj, for the medical treatment during 2014-2015. Each person participated in ten (90-minute) individual sessions of the cognitive-existential therapy. Data were collected using the questionnaire of cognitive distortions (Hasanzadeh and Salar, 2008) for seven times (two times at the baseline phase, three times at the intervention phase, and two times at the follow-up phase). The collected data were analyzed by indicators of process changes, tilt, Cohen's effect size index and review of the ebb and flow of the charts.

Results: The results showed a significant increase on cognitive distortions compared to the baseline and the most amount of increase was observed in the final treatment session. Although the scores decreased in the two follow-up sessions compared to the final session of the therapy, they showed a significant increment compared to the baseline. Increased scores of cognitive distortions showed positive thinking in patients.

Conclusions: Considering the effectiveness of the cognitive-existential therapy on the reduction of cognitive distortions in patients with HIV, this intervention can be used to alleviate the psychological pain in this group.

Keywords: Cognitive-Existential Therapy, Cognitive Distortions, Human Immunodeficiency Virus