

مقایسه اثربخشی روان‌درمانگری مثبت‌نگر گروهی و روان‌نمایشگری بر افزایش نگرش معنوی در زنان مبتلا به درد مزمن □

Comparing the Effectiveness of Group Positive Psychotherapy and Psychodrama on Spiritual Attitude of Women with Chronic Pain □

دکتر اورانوس قطبی نژاد بهر آسمانی* □✉
Oranous Ghotbinejhad Bahre Asemani, PhD
مرجان حسنی راد**
Marjan HassaniRad, MSc²

Abstract

چکیده

The aim of the present study was to compare the effectiveness of group positive psychotherapy and psychodrama on spiritual attitude of women with chronic pain. The study was a semi-experimental research with pre-test, post-test and follow-up design with control group, and the statistical population included all women suffering from chronic pain who visited Pars Royal Clinic in Tehran, from among whom a sample of 45 women were selected using convenience sampling method and were assigned to three groups of 15 people. Research tools included Spiritual Attitude Scale, Group Positive Psychotherapy Protocol and Therapeutic Psychodrama Package. For analyzing the data, analysis of covariance (ANCOVA) was utilized. Research findings indicated that group positive psychotherapy was more effective than psychodrama on improving the spiritual attitude of women suffering from chronic pain ($p < 0.01$). Based on the results, compared to psychodrama, group positive psychotherapy is more effective on strengthening the spiritual attitude of women with chronic pain in using adaptive strategies to cope with chronic pain and thereby improving their quality of life.

Keywords: chronic pain, positive psychotherapy, psychodrama, spiritual attitude.

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانگری مثبت‌نگر گروهی و روان‌نمایشگری بر نگرش معنوی در زنان مبتلا به درد مزمن صورت پذیرفت. روش پژوهش شبه‌آزمایشی و جامعه آماری شامل کلیه زنان دارای درد مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک پارس‌رویال شهر تهران بود که از میان آن‌ها ۴۵ مراجعه‌کننده با روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه آماری برگزیده شده و به سه گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس نگرش معنوی، پروتکل روان‌درمانگری گروهی مثبت‌نگر و بسته درمانگری روان‌نمایشگری می‌شد، و از روش آماری تحلیل کوواریانس نیز برای تحلیل داده‌ها بهره گرفته شد. یافته‌های پژوهش نشانگر اثرگذاری بیشتر روان‌درمانگری مثبت‌نگر گروهی نسبت به روان‌نمایشگری بر نگرش معنوی زنان مبتلا به درد مزمن بود ($p < 0.01$). بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش، روان‌درمانگری مثبت‌نگر گروهی نسبت به روان‌نمایشگری مداخله تأثیرگذارتری برای تقویت نگرش معنوی زنان مبتلا به درد مزمن در راستای استفاده از راهکارهای سازگارانه برای مقابله با رنج درد مزمن و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی آنان می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: درد مزمن، روان‌درمانگری مثبت‌نگر، روان‌نمایشگری، نگرش معنوی.

□ 1. Department of Psychology, Edalat University, Tehran, I.R.Iran.
□ 2. Department of Psychology and Education, University of
Tehran, Tehran, I.R.Iran.
✉ Email: uranus.asmani@yahoo.com

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۸/۷ تصویب نهایی: ۱۳۹۸/۲/۸
* گروه روانشناسی، دانشگاه عدالت
** گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روانشناسی و
علوم تربیتی، دانشگاه تهران

● مقدمه

هدف اساسی دانشمندان در حیطه‌های روانشناسی و روانپزشکی به حداکثر رساندن احساس سلامت روانی و التیام رنج روانی افراد است. در این راستا، ساراسون و ساراسون (۱۹۹۹) بیان می‌کنند که سلامتی، یک ادراک شخصی است که تحت تاثیر عوامل جسمانی، روانشناختی، اقتصادی و اجتماعی تغییر می‌پذیرد (احمدی و فراهانی، ۱۳۹۰). این در حالی است که درد، از علائم و نشانه‌های وجود بیماری است که رنج و به دنبال درمان رفتن فرد را به همراه دارد. برخی دردها «درد مزمن»^۱ می‌شوند. درد مزمن، دردی است که طی شش ماه گذشته، دست کم به مدت سه ماه، هر روز ادامه داشته باشد، یا حتی در صورت قطع شدن برای مدت کوتاهی، دوباره برگشت کند (لستر، کیف، رامبل، ۲۰۱۴). بر اساس آمار جهانی، شیوع درد مزمن بین ۲ تا ۴۰ درصد در میان جمعیت عمومی رواج دارد. بر طبق بررسی‌های انجام شده توسط «انجمن بین‌المللی مطالعه درد»^۲ بین ۳۳ تا ۵۰ درصد از مبتلایان به درد مزمن، برای انجام فعالیت‌های معمول روزانه کم‌توان یا ناتوان می‌شوند (بالتیتود و پترینی، ۲۰۱۶). پژوهش‌های انجام شده در ایران، شیوع درد مزمن را در جمعیت عمومی بزرگسال (۱۸ تا ۶۵ سال) حدود ۲۴ درصد گزارش کرده‌اند (محمدزاده و همکاران، ۱۳۹۲). دردهای مزمن یکی از رایج‌ترین رنج‌های بشری‌اند (لئونادری، اشتاینر، شر، و لیپتون، ۲۰۱۵) و می‌توانند میزان کیفیت زندگی فردی، بین‌فردی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و حتی معنوی فرد و در نهایت بهزیستی بیمار را تحت شعاع قرار دهند (فر و همکاران، ۲۰۱۷؛ نبائی و همکاران، ۱۳۸۴).

عاملی که با سلامت جسمانی و روانی افراد همپوشانی بسیاری دارد، «معنویت» است. وجود بشریت با معنویت، معنی پیدا می‌کند، و جوشش و کشش به سمت معنویت در ساختار شخصیت آدمی در طول تاریخ به ودیعه نهاده شده است. یونگ با تأیید واقعیت روانی نیاز به معنویت در نوع انسان، تجربه معنوی و روحانی را به عنوان جنبه‌های بالقوه سالم و سلامت هستی در نظر می‌گیرد (کوینگ، ۲۰۱۵). در همین راستا، ابراهیمی و همکاران (۲۰۰۸) و تقی‌زاده، فتحی‌آشتیانی، و حسین‌دخت (۱۳۹۲) به این نتایج دست یافته‌اند که تقیدات دینی و عملکردهای مذهبی سالم و مبتنی بر معنویت درونی با سلامت جسم، بهداشت روان و مقابله با عوامل تنیدگی‌زا ارتباط معنا‌داری دارد. نتایج پژوهش باسینگ و همکاران (۲۰۰۹)، و

دزوتر، لایکز، و *واخهولتر* (۲۰۱۵) نیز نشان داد که معنویت/دینداری به عنوان منابع حمایتی در افراد دارای درد مزمن، به افزایش رضایت از زندگی و تفکر مثبت در آنان منجر می‌شود. *گلوور-گرفو همکاران* (۲۰۰۷) نیز در نتایج پژوهش خود اعلام کردند باورها و اعمال مذهبی/معنوی به افراد کمک می‌کند خدا را، به عنوان نیرویی که به افراد کمک می‌کند با درد مقابله کنند و منبع شادکامی و معنا ببینند. *موریرا-المیدا* و *کونینگ* (۲۰۰۸) نیز همبستگی مثبت میان دینداری/معنویت و عاطفه مثبت، بهزیستی بیشتر و درد مزمن کمتر را گزارش کردند. *باسینگ* و همکاران (۲۰۱۵) نیز در نتایج پژوهش خود اعلام کردند که افراد دارای درد مزمن حتی در جوامع غیردینی با اعتقاد به اینکه «فرشته نگهبان»^۳ مراقب آنهاست به خود آرامش می‌بخشند. *گارشاگن* و همکاران (۲۰۱۵) نیز اهمیت ویژه و تاثیر مثبت معنویت بر بهبود کیفیت زندگی و توانایی مقابله با درد توسط بالابردن سطح پیش، امید و احساس هدفمندی زندگی را یافته‌اند.

درمان‌های دارویی و غیردارویی برای مقابله با دردهای مزمن شناخته شده است. از درمان‌های غیردارویی می‌توان به روان‌درمانگری‌ها اشاره داشت. به طور مثال، روان‌درمانگری مثبت‌نگر نه تنها از طریق کاهش نشانگان منفی بلکه به گونه‌ای موثر و مستقیم می‌تواند از طریق افزایش هیجان‌ات مثبت، توانمندی‌های منش و معنا موجب تغییر آسیب‌پذیری به تاب‌آوری شده و مدیریت هیجان‌ات آسیب‌رسان را تحت تاثیر قرار دهد (جعفری روشن، ۱۳۹۱). روان‌درمانگری مثبت‌نگر بر فرایندهای مثبت و توانایی‌های افراد تاکید دارد و به درمانگران توصیه می‌کند که به فرایندهای مثبت مراجعان خود که کم و به ندرت در زندگی‌شان جریان دارد توجه کنند (سلیگمن، رشید و پارکز، ۲۰۰۶؛ چیکسنت میهای، ۲۰۰۰). *قطبی نژاد* بهر *آسمانی، حسنی راد* و *اسماعیلی* (۱۳۹۵) به بررسی تاثیر روان‌درمانگری مثبت‌نگر گروهی بر افزایش توانمندی‌های منش (شامل توانمندی‌های معنوی و معنا-محور) و شادکامی در بیماران مبتلا به درد مزمن در بین ۴۰ زن مبتلا به درد مزمن پرداختند؛ نتیجه نشان داد که روان‌درمانگری مثبت‌نگر به دلیل ارزش نهادن بر توانمندی‌ها به عنوان سپری علیه انواع دردها و ناامیدی‌ها، منجر به زندگی معنادار و شادکامی می‌شود که در تحمل و مواجهه با دردها مفید می‌باشد. *مونگرین* و *آنسلمو-متیوز* (۲۰۱۲) و *بولیر* و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش‌های متعدد خود با بیماران درد مزمن به اثربخشی رویکرد روان‌درمانگری مثبت بر کاهش درد و

بهبود کیفیت زندگی اشاره داشتند. رشید (۲۰۱۵) نیز روان‌درمانگری مثبت‌نگر را در افزایش معنی در زندگی فرد تاثیرگذار دانسته است. گارلند و همکاران (۲۰۱۵) نیز روان‌درمانگری مثبت مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر افزایش معنا و معنویت در زندگی افراد موثر اعلام کرده‌اند.

روان‌نمایشگری^۴ به عنوان یک ابزار هنری درمانگری توسط مورنو (۱۹۳۰) پایه‌گذاری شد و شامل بخش‌های وابسته به آن همچون «نمایش گروهی»، «اجرای نقش» و «گروه سنجی» است (مصاحبه با بلاتر، در شاگنسی، ۲۰۰۳)؛ رویکردی پربار در روان‌درمانگری که از نمایش، تخیل، تصویرسازی ذهنی، اعمال بدنی و پویایی گروه بهره می‌گیرد و ترکیبی از هنر، بازی، حساسیت هیجانی و تفکر روشن شده، و در شرایط ادراک نادرست، مشکلات ارتباطی، پاسخ‌های هیجانی ناسازگار، رفتارهای کلیشه‌ای و/یا تکانشی، و از خود بیگانگی، دارای نقشی درمانی می‌باشد (کورکی، یزدخواستی، ابراهیمی و عریضی، ۱۳۸۹). در روان‌نمایشگری که درمانگری پویا و تجربی است بر زمان حال و «ینجا و اکنون» تاکید بسیار می‌شود، حتی زمانی که فرد مشکلات گذشته‌های دور خود را روایت می‌کند. در این شیوه درمانی، نه فقط از طریق گفتگو بلکه با «عمل و اجرا» و «مشاهده فعالانه» به بررسی و شناخت ساختار شخصیت، ارتباطات بین‌فردی، تعارضات درونی و مسائل هیجانی درمانجو پرداخته شده و موجبات بینش، رشد شخصیتی و درمان فرد فراهم می‌شود (بلاتر، ۲۰۱۴). نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از اثرگذاری روان‌نمایشگری بر افزایش باورها و گرایشات معنوی در افراد است (بلاتر، ۲۰۱۴؛ اوکاموتو، ۲۰۱۸؛ بونیل، ۲۰۱۷). توکلی و همکاران (۲۰۱۴) نیز در بیان نتایج پژوهش خود اعلام داشتند که روان‌نمایشگری موجب افزایش بهزیستی معنوی افراد می‌شود.

در این میان، زنان مبتلا به درد مزمن به دلیل رویارویی با مسائل عاطفی، اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی بسیار، در معرض فشار و تنیدگی بوده و عوامل تنیدگی‌زای فراوانی را تجربه می‌کنند که سلامت روانی آن‌ها و نیز خانواده‌شان را در معرض تهدید قرار می‌دهد. به همین منظور لازم است جهت جلوگیری از زیان‌های فردی، خانوادگی، و اجتماعی، که وخامت سلامت روانی افراد در سطح فردی و اجتماعی را به بار می‌آورد، برای افزایش بهزیستی روانی آنان، مداخلات مناسب شناسایی شود.

روانشناسان، روانپزشکان و دیگر متخصصان حوزه روان به دنبال راهکارها و راه

حل‌هایی هستند که بتوانند به ارتقای سطح بهزیستی افراد با آموزش و دادن آگاهی در مورد بیماری‌های جسمانی و اختلال‌های روانی، و یا یافتن بهترین نوع درمان برای بیماری‌های پزشکی و اختلال‌های روانشناختی، کاهش طول مدت بیماری و/یا اختلال، تسهیل فرایند بیماری و/یا اختلال، و کنار آمدن و پذیرش شرایط حال و اکنون در بیماران و مراجعان نقش داشته باشند. در حالی که درمان‌های مبتنی بر رویکرد مثبت و همچنین درمان روان‌نمایشگری از جمله درمان‌های اثرگذار برای افزایش بهزیستی افراد مبتلا به درد مزمن شناخته شده‌اند، متأسفانه در ایران کمتر به اثرگذاری این رویکردهای درمانی بر افزایش معنا در زندگی افراد مبتلا به درد مزمن که یکی از ستون‌های بهزیستی محسوب می‌شود، صورت گرفته است. از طرف دیگر، با وجود اهمیت پرداختن سریع‌تر، کارآمدتر و کم‌هزینه‌تر به مشکلات افراد دارای درد مزمن با هدف به حداقل رساندن تنیدگی آنان، به نظر می‌رسد هنوز درمان روان‌شناختی کارآمدتر برای افزایش بهزیستی این افراد شناسایی نشده است. از این رو، لازم است اثربخشی رویکردهای روان‌درمانی موثر مختلف برای افزایش بهزیستی افراد مبتلا به درد مزمن مورد قیاس قرار گیرد تا درمان‌های موثرتر شناسایی و در نتیجه به کار بسته شوند. لذا پژوهش حاضر به مقایسه میزان اثرگذاری دو روش درمانگری مثبت‌نگر گروهی و روان‌نمایشگری بر نگرش معنوی زنان با درد مزمن می‌پردازد.

● روش

پژوهش حاضر آینده‌نگر و نیمه‌آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. از میان مراجعه‌کنندگان به کلینیک پارس رویال واقع در شهر تهران در بهار و تابستان سال ۱۳۹۶ که از انواع دردهای مزمن رنج می‌بردند، و توسط متخصص درد، تشخیص اختلال درد مزمن را دریافت و دچار اختلال همزمان نبودند، ۴۵ زن مراجعه‌کننده به روش در دسترس انتخاب شده و به تصادف در سه گروه ۱۵ نفری (گروه تحت درمان مثبت‌نگر، گروه تحت درمان روان‌نمایشگری، و گروه کنترل) با روش گمارش تصادفی جایگزین شدند. شرایط ورود به پژوهش عبارت بودند از: حداقل سپری شدن زمان سه ماهه درد، تداوم درد طی هفته قبل از مطالعه، عدم مصرف داورهای مسکن برای تسکین درد، دامنه سنی زنان مطالعه بین ۱۸ تا ۴۸ سال، و خانه دار بودند. سپس، پیش‌آزمون با پرسشنامه نگرش معنوی از گروه‌ها گرفته شد. سپس مدت ۱۴ جلسه به آموزش روانشناسی مثبت‌نگر و

مدت ۱۰ جلسه روان‌نمایشگری پرداخته شد، البته به اعضای گروه گواه اطمینان داده شد که در ماه‌های آینده تحت مداخلات روان‌درمانگری قرار خواهند گرفت. بعد از اتمام جلسات، پس‌آزمون و سه ماه بعد آزمون پیگیری در مورد شرکت‌کنندگان در پژوهش انجام شد. در نهایت، از روش آماری آزمون تحلیل کوواریانس برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

● ابزار

□ الف: مقیاس سنجش نگرش معنوی^۵: مقیاس از ۴۳ ماده و ۲ مقیاس نگرش معنوی (-۱۰-۱-۱۵-۳۰-۱۳-۱۶-۳۷-۴۳-۶-۲۲-۲۸-۱۷-۲۶-۴۲-۳۲-۳۴-۳۱-۱۹-۳-۹-۷-۲۱-۲۵-۵) و توانایی معنوی (-۱۱-۲-۱۲-۲۹-۸-۲۷-۱۴-۳۵-۲۴-۲۳-۳۸-۳۶-۳۹-۱۸-۴۱-۳۳-۴-۲۰-۴۰) تشکیل شده است. نمره‌گذاری طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای و برای گزینه‌های «کاملاً مخالفم»، «مخالفم»، «تاحدودی موافقم»، «موافقم» و «کاملاً موافقم»؛ ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ در نظر گرفته می‌شود. ماده‌های شماره ۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰ و ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حد پایین نمره (۰)، حد متوسط نمره (۸۶) و حد بالای نمرات (۱۷۲) می‌باشد. اعتبار مقیاس با روش بازآزمایی روی ۴۰ آزمودنی به فاصله زمانی ۵ هفته ۰/۶۱ گزارش شد. همسانی درونی مقیاس از طریق آلفای کرونباخ محاسبه و ضریب به دست آمده برای کل آزمون، ۰/۹۱ گزارش شده است (شهیدی، و فرج‌نیا، ۱۳۹۱).

● روش

○ خلاصه ساختار و محتوای جلسات درمانگری مثبت‌نگر گروهی

جلسه اول (جهت‌گیری). نوشتن یک صفحه درباره داستان عینی از توانمندی‌های هر یک از افراد توسط خودشان و بحث درباره آن در گروه. بحث گروهی درباره چارچوب روان‌درمانگری مثبت، نقش درمانگر، و مسئولیت‌های هر یک از افراد.

جلسه دوم (تعهد: کشف توانمندی‌های خاص). شناسایی توانمندی‌های خاص شخصی، آشنایی با دسته بندی توانمندی‌ها و فضیلت‌های اخلاقی. بحث درباره مسیرهای منتهی به شادکامی (لذت، تعهد، معنا).

جلسه سوم (تعهد/لذت: رورش توانمندی‌ها و هیجان‌ات مثبت). ذکر نعمت‌ها با یادآوری سه امر مثبت در زندگی روزمره. شروع روزنگار موهبت‌ها، به این شکل که افراد سه

چیز خوب (بزرگ یا کوچک) را که در خلال روز رخ داده، ثبت می‌کنند. استفاده از کاربرگ مربوط به شکرگزاری.

جلسه چهارم (لذت: خاطرات خوب در برابر خاطرات بد. بحث درباره نقش خاطرات بد در حفظ علائم افسردگی. مراجعان سه خاطره بد، خشم مرتبط با آن و فشار ناشی از آن را می‌نویسند و درباره آن در جلسه بحث می‌شود. اثرات ماندن در حالت خشم بر افسردگی و بهزیستی بیان می‌شود.

جلسه پنجم (تعهد/لذت: بخشش). معرفی بخشش به عنوان وسیله قدرتمندی که می‌تواند خشم را به احساسات خنثی و حتی هیجانانگیز مثبت بدل کند. مراجعان یک نامه بخشش می‌نویسند.

جلسه ششم (تعهد/لذت: قدردانی). بحث درباره این مطلب که قدردانی موجب برانگیختن هیجانانگیز مثبت می‌شود. مراجعان نامه‌ای برای قدردانی از شخصی که هرگز به گونه‌ای مناسب از او قدردانی نکرده اند می‌نویسند و در گروه ارائه می‌دهند.

جلسه هفتم (تعهد/لذت: بررسی میان‌دوره‌ای درمان). بررسی پیشرفت افراد در بخشش، قدردانی، شکرگزاری، به یادآوری خاطرات مثبت، خنثی‌سازی خاطرات بد و به کار بردن توانمندی‌هایشان در عمل.

جلسه هشتم (معنا/تعهد: قناعت در برابر بیشینه‌سازی). بحث درباره راه‌های افزایش قناعت در برابر بیشینه‌سازی در بافت کار همراه با تلاش. افراد برنامه‌ای عملیاتی برای قانع بودن می‌نویسند.

جلسه نهم (لذت: خوشبینی و امید). دعوت افراد به فکرکردن درباره این مسئله که هر بار که دری بسته می‌شود، در دیگری گشوده می‌شود. افراد درباره سه مورد که دری بر رویشان بسته شده و سه دری را که پس از آن باز شده نوشته و بازگو می‌کنند.

جلسه دهم (تعهد/معنا: عشق و دلبستگی). دعوت مراجعان به شناسایی توانمندی‌های خاص دیگران.

جلسه یازدهم (معنا: شجره نامه توانمندی‌ها). بحث درباره اهمیت شناسایی توانمندی‌های اعضای خانواده.

جلسه دوازدهم (لذت: لذت همراه با تآنی). بحث درباره لذت همراه با تآنی به عنوان

آگاهی از لذت و ایجاد عمدی آن. افراد راه‌هایی را برای تجربه لذت همراه با تأنی طراحی و پیشنهاد می‌کنند.

جلسه سیزدهم (معنا: موهبت زمان). بحث دربارهٔ ارائه یکی از بزرگ‌ترین موهبت‌ها به دیگران یعنی موهبت زمان. افراد درباره استفاده از موهبت زمان و خلق و هدیه لحظات زیبا برای دیگران و خود (همچون انجام خدمات خیریه) بحث می‌کنند.

جلسه چهاردهم (انسجام: زندگی کامل). بحث دربارهٔ مفهوم زندگی کامل که شامل تعهد، معنا، و لذت می‌شود. مداخلات جلسات پیشین مرور می‌شود.

از نظر عملیاتی، مداخله مثبت‌نگر شامل یک الگوی روان‌درمانگری مثبت‌نگر است که توسط سلگمن و رشید (۲۰۰۶) پیشنهاد و توسط رشید در سال ۲۰۰۹ بازبینی شد و شامل چهار مولفه لذت، تعهد، معنا و زندگی کامل است. این روش درمانگری در پژوهش حاضر توسط محققان و با رعایت اصول طرح درمانگری مثبت‌نگر رشید (۲۰۰۹) اجرا شد.

○ خلاصه ساختار و محتوای جلسات روان‌نمایشگری گروهی

روان‌نمایشگری گروهی شامل ۱۰ جلسه دو ساعته که بر طبق نظر مورنو هر جلسه به سه قسمت کاری تقسیم می‌شود: قسمت اول: «باز شدن یخ»^۶ جلسه، قسمت دوم: وارد «عمل شدن»، و قسمت سوم: به اشتراک گذاردن «تجربیات فردی» (بیم، برمیستر، و ماسیل، ۲۰۱۳).

جلسه اول. در قسمت اول آشنایی گروه با چرخاننده (تنظیم‌کننده جلسه) و هم‌گروهی‌ها صورت می‌گیرد. قسمت دوم شامل گرفتن نقش اصلی و فرعی توسط افراد گروه است. اوج جلسه در آن نهفته است، و هر فردی باید نقشی را در این قسمت بازی کند. در هر جلسه یک نفر می‌شود شخصیت اصلی داستان که روی صندلی داغ نشسته و یا ایستاده و شخصیت اصلی داستان را دارد این فرد مشکل خود را مطرح می‌کند و آن نقش را بازی کرده و افرادی از گروه نیز نقش‌های دیگر مربوط به اطرافیان آن فرد را بازی می‌کنند. بعد از گذشت یک ساعت تا یک ساعت و ۳۰ دقیقه از شروع و در دقایق پایانی یعنی قسمت سوم، تنظیم‌کننده جلسه باید جمع‌بندی را انجام دهد. در این قسمت همه می‌نشینند، به یکدیگر بازخورد می‌دهند و افراد در مورد شخصیت اصلی و فرعی داستان نظرات و انتقادهای خود را بیان می‌کنند. در نهایت، تنظیم‌کننده جلسه یا چرخاننده گروه نظر اصلی خود را گفته و جمع‌بندی

را نیز خواهد داشت.

جلسه دوم. باز شدن یخ با ایستادن و گرفتن دست‌ها و انجام حرکات موزون در حالی که موسیقی هم در فضا در حال پخش شدن است، صورت می‌پذیرد. چرخاننده گروه می‌پرسد که چه کسی تمایل دارد شخصیت اصلی امروز را روی صندلی داغ داشته باشد. فردی تمایل خود را اعلام و نقش خود را بازی کرده و شخصیت‌های فرعی خود را وارد بازی می‌کند. در انتها، از افراد گروه خواسته می‌شود که بازخورد خود را به شخصیت اصلی و فرعی بدهند، و بعد خواسته می‌شود که به بازخوردها نیز بازخوردی داده شود.

جلسه سوم. با باز شدن یخ شروع شده و چرخاننده از اعضای گروه می‌خواهد که بر اساس رأی‌گیری یک نفر که بیشترین رأی را می‌آورد شخصیت اصلی بازی شده و به صندلی داغ دعوت شود (مهم‌ترین اصل در این بسته درمانی فی‌البداهه بودن انتخاب‌ها و بازی‌ها است). و تا جلسه دهم این فرایند ادامه خواهد داشت. در انتها بازخورد نهایی و کلی از اعضای گروه گرفته می‌شود و بازخوردها مورد ارزیابی قرار می‌گیرند.

● یافته‌ها

در پژوهش حاضر با هدف تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS24 در دو سطح توصیفی و استنباطی به تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده پرداخته شده است.

جدول ۱. فراوانی آزمودنی‌ها برحسب دامنه سنی

	روان‌نمایشگری		روان‌درمانگری مثبت‌نگر		گروه کنترل		دامنه سنی	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
سن	۳۳/۳	۵	۲۶/۷	۴	۳۳/۳	۵	بین ۱۸ تا ۲۸ سال	۳۳/۳
	۴۰	۶	۴۰	۶	۴۶/۷	۷	بین ۲۹ تا ۳۸ سال	
	۲۶/۷	۴	۳۳/۳	۵	۲۰	۳	بین ۳۹ تا ۴۸ سال	
	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	کل	
زمان سپری شده از درد	۲۰	۳	۱۳/۳	۲	۳۳/۳	۵	بین ۳ تا ۶ ماه	۲۶/۷
	۲۶/۷	۴	۲۶/۷	۴	۲۶/۷	۴	بین ۶ تا ۹ ماه	
	۲۶/۷	۴	۲۶/۷	۴	۲۰	۳	بین ۹ تا ۱۲ ماه	
	۲۶/۷	۴	۳۳/۳	۵	۲۰	۳	بیش از ۱۲ ماه	
	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۵	۱۵	کل	

آزمودنی‌ها در گروه روان‌نمایشگری و درمان مثبت‌نگر (۴۰ درصد) و کنترل (۶۷/۷ درصد) در دامنه سنی ۲۹ تا ۳۸ سال قرار گرفتند، گروه روان‌نمایشگری (۲۶/۷ درصد) بین ۶ تا ۹ ماه، ۹ تا ۱۲ ماه و یا بیش از ۱۲ ماه درد داشتند، اما در گروه درمان مثبت‌نگر (۳۳/۳ درصد) بیش از ۱۲ ماه و در گروه کنترل با همین تعداد نفرات بین ۳ تا ۶ ماه درد داشتند.

جدول ۲. آزمون تحلیل کوواریانس معنویت

پیگیری معنویت با برداشتن اثر پس آزمون					پس آزمون معنویت با برداشتن اثر پیش آزمون					
احتمال	نسبت	میانگین	درجه	مجموع	احتمال	نسبت	میانگین	درجه	مجموع	شاخص‌ها
F	F	مجذورات	آزادی	مجذورات	F	F	مجذورات	آزادی	مجذورات	منابع تغییر
۰/۰۰۰۱	۲۳۴/۳۲۳	۶۴۲۸/۰۶۶	۱	۶۴۲۸/۰۶۶	۰/۰۰۰۱	۳۲۲/۸۶۲	۶۸۱۳/۳۱۵	۱	۶۸۱۳/۳۱۵	اثر پیش‌آزمون
۰/۳۱۵	۱/۱۸۸	۳۲/۵۹	۲	۶۵/۱۷۹	۰/۰۰۰۱	۳۴/۹۱۴	۷۳۶/۷۹۴	۲	۱۴۷۳/۵۸۹	گروه‌ها
		۲۷/۴۳۳	۴۱	۱۱۲۴/۷۳۴			۲۱/۱۰۳	۴۱	۸۶۵/۲۱۸	واریانس
										درون‌گروهی
			۴۵	۴۸۶۹۷۹				۴۵	۴۷۳۹۹۷	مجموع

اثر پیش- پس آزمون و پیگیری با $p < ۰/۰۱$ معنادار است. بنابراین بین پیش- پس آزمون و پیگیری نیز همبستگی وجود دارد. با برداشتن اثر پیش آزمون در بین گروه‌ها با $F(۲, ۴۱) = ۳۴/۹۱۴, p < ۰/۰۱$ تفاوتی معنادار مشاهده شد. اما با برداشتن اثر پس آزمون در بین گروه‌ها با $F(۲, ۴۱) = ۱/۱۸۸, p > ۰/۰۵$ تفاوتی معنادار مشاهده نشد.

جدول ۳. میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری معنویت

گروه	میانگین پس‌آزمون بدون برداشتن اثر پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون با برداشتن اثر پیش‌آزمون	میانگین پیگیری بدون برداشتن اثر پس‌آزمون	میانگین پیگیری با برداشتن اثر پس‌آزمون
روان‌نمایشگری	۹۸/۲۶۶۷	۹۸/۳۰۷	۹۸/۶۶۶۷	۱۰۱/۷۳۷
مثبت‌نگر	۱۱۰	۱۰۹/۶۷۵	۱۱۲/۴۶۶	۱۰۴/۸۰۱
کنترل	۹۶/۶	۹۶/۸۸۵	۹۷/۸۶۶۷	۱۰۲/۴۶۲

در میانگین پس‌آزمون با برداشتن اثر پیش‌آزمون اختلاف میانگین بین گروه روان‌نمایشگری با درمان مثبت‌نگر (۱۱/۳۶۷-) و نیز بین گروه مثبت‌نگر و کنترل (۱۲/۷۹) نشان داد که گرایش معنوی افراد گروه مثبت‌نگر بالاتر از گروه روان‌نمایشگری و کنترل است اما بین دو گروه روان‌نمایشگری و کنترل اختلاف میانگین (۱/۴۲۳) معنادار نیست.

● بحث و نتیجه‌گیری

○ در پژوهش مقایسه‌ی اثربخشی روان‌درمانگری مثبت‌نگر گروهی و روان‌نمایشگری بر نگرش معنوی در زنان مبتلا به درد مزمن در شهر تهران، با توجه به موضوع مورد مطالعه، دستیابی به نگرش معنوی هدف اصلی پژوهش بوده است. «نگرش معنوی» از ارکان مهم بهزیستی است و یکی از متغیرهایی که می‌تواند بهزیستی را تهدید کند، «حساس درد» است (برنز، الفنت و کارتانا، ۲۰۱۰). شکایت‌های مربوط به درد معمولاً با رنج روانی و فیزیکی همراه بوده و این موضوع منجر به پیگیری درمان‌های بیشتر برای فرد می‌شود (کالایدجین و مریکانگاس، ۲۰۰۸؛ رضائی، ۱۳۹۶). سازگاری مؤثر با درد، نیازمند انطباق همه‌جانبه بیمار و شیوه زندگی او با تجربه درد است (کولیوند، نظری مهین و جعفری، ۱۳۹۴؛ استایل، ۱۳۹۰). از این رو، پژوهشگران این حوزه به دنبال یافتن راه‌حلی مؤثر برای انطباق هر چه بیشتر افراد مبتلا به درد مزمن با درد و افزایش بهزیستی آنان هستند. بسیاری معتقدند، متغیر مهمی که در شرایط هیجانی و بحرانی به مدد فرد خواهد آمد، معنویت، دین و مذهب است که به امیدواری و این که موجودی فراتر، هنوز به مراقبت و حمایت از بیمار می‌پردازد، اشاره دارد (لوست و همکاران، ۲۰۱۶؛ سالگادو، ۲۰۱۴؛ صفوی و همکاران، ۲۰۱۶؛ تقی‌زاده، ۱۳۹۲).

○ پژوهشگران در مطالعه حاضر با استفاده از دو شیوه درمانگری گروهی مثبت‌نگر و روان‌نمایشگری در دو گروه زنان با درد مزمن و همچنین گروه کنترل به دنبال یافتن میزان تاثیر این درمان‌ها بر سطح معنویت افراد بوده‌اند. درمان مثبت‌نگر معنا را در زندگی مراجعان به منظور تسکین آسیب روانی و تقویت شادکامی جستجو می‌کند (رشید، ۲۰۱۷، ۲۰۱۵). در واقع، درمان مثبت‌نگر مطالعه علمی نقاط قوت و فضائل شامل تعالی و معنویت است که افراد و جوامع را قادر می‌سازد تا رشد کنند (ژوزف و وود، ۲۰۱۰؛ وانگ، ۲۰۱۴). در همین راستا، قطبی‌نژاد بهر آسمانی، حسنی‌راد و اسماعیلی (۱۳۹۵) در پژوهش خود دریافتند روان‌درمانگری گروهی مثبت‌نگر بر افزایش توانمندی‌های منش و شادکامی در بیماران مبتلا به درد مزمن شامل معنویت که عاملی محافظتی در برابر درد است، تاثیرگذار می‌باشد. احمدی فراز (۱۳۹۳.الف)، و احمدی فراز و همکاران (۱۳۹۳.ب) تاثیر مثبت معنویت و دعای مکرر بر درمان درد و بیماری را گزارش کرده‌اند. رشید (۲۰۱۵) نیز روان‌درمانگری مثبت‌نگر را در افزایش معنی در زندگی فرد تاثیرگذار دانسته است. همچنین، گارلند و

همکاران (۲۰۱۵) بر اساس نتایج پژوهش خود روان‌درمانگری مثبت مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر افزایش معنا و معنویت در زندگی افراد موثر اعلام کرده‌اند. *آیرونسون و هیوارد* (۲۰۰۸) نیز دریافتند که بهبود توانمندی‌هایی همچون شجاعت، معنا و خودشفقتی باعث افزایش کیفیت زندگی در افراد می‌شود.

○ با توجه به نتایج پژوهش در نمونه حاضر می‌توان به این نتیجه رسید که مثبت‌نگری تأثیر بیشتری بر افزایش نگرش معنوی افراد دارد و از این رو، درمان مناسب‌تری برای افزایش معنا در زندگی زنان مبتلا به درد مزمن محسوب می‌شود. یکی از متغیرهایی که می‌تواند در هر برهه زمانی، مکانی و تحت شرایط این موضوع به کمک افراد با هر مسئله و بیماری به ویژه با درد مزمن بیاید، معنویت است؛ چرا که در طول تاریخ، معنویت چون تکیه‌گاهی عمیق، ریشه‌ای، ایمن و مهربان می‌توانسته به کمک آدمی بشتابد، نیرویی که توان در آغوش کشیدن افراد را دارد بدون توجه به کاستی‌ها و نقص‌ها. زنان مبتلا به درد مزمن با داشتن این قابلیت مهم می‌توانند در آن واحد و با تفکری شناختی، به ارزش‌گذاری شرایط حاضر پرداخته، با نیرویی مضاعف به برقراری ارتباط بین سلامت و بیماری پیدا کرده و با توسل و توکل بر نیروهای مثبت درون و برون روان‌شناختی توان مبارزه‌ای دوباره و زایشی دوباره در زندگی روزمره خویش را فراهم کنند. از این رو، در مجموع درمان روان‌شناختی مثبت‌نگر می‌تواند با اثرگذاری بر نگرش معنوی، از میزان احساسات منفی در زنان کاسته و آنان را به استفاده از راهبردهای سازگارانه در مقابله با درد مزمن در پیوستار زندگی یاری دهد.



یادداشت‌ها

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. chronic pain | 2. International Association for the Study of Pain (IASP) |
| 3. guardian angel | 4. psychodrama |
| 5. Spiritual Attitude Scale | 6. warm up |

● منابع

- ابراهیمی، امراله، نشاط‌دوست، حمیدطاهر، کلانتری، مهرداد، مولوی، حسین، و اسداللهی، قربانعلی (۱۳۸۷). ساختار عاملی، پایایی و روایی قیاس نگرش‌سنج دینی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۰(۲)، ۱۰۷-۱۱۶.
- احمدی فراز، مهدی (۱۳۹۳ الف). الگو پذیری از دعاهاى صحیفه سجاده و تاثیر آن بر سلامت. *مجله*

پژوهش‌های حکمت اهل بیت (ع)، (۱)، (۱)، ۳۰-۱۷.

احمدی فراز، مهدی، ریسی، نگار، موسوی‌زاده، روح اله، و قادری، سلیمان (۱۳۹۳). تاثیر مداخله معنوی گروهی مبتنی بر قرآن و نیایش بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۲(۳۲۰)، ویژه نامه طب مکمل. ۲۴-۵۴.

احمدی، علی اصغر، و فراهانی، محمدتقی (۱۳۹۰). *روانشناسی عمومی*. تهران: انتشارات رشد.

استایل، شارلوت (۱۳۹۰). مثبت بیندیشیم تا شادتر زندگی کنیم. ترجمه مهسا مقصودی. تهران: شلاک.

تقی‌زاده، محمد احسان؛ فتحی آشتیانی، علی؛ حسین دخت، آرزو. (۱۳۹۲). رابطه هوش معنوی و بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی و رضایت زناشویی. *دانشگاه پیام نور. روان‌شناسی و دین*. ۶(۲)، ۷۴-۵۷.

جعفری روشن، فریبا (۱۳۹۱). *اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر تاب‌آوری، شادکامی و سلامت عمومی زنان دارای همسر وابسته به مواد مخدر شهرستان قاسم*. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی. دانشگاه علامه طباطبائی. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. تهران.

رضائی، فریده (۱۳۹۶). *مدل‌یابی ساختاری ارزش‌گذاری به تصویر بدنی و عملکرد جنسی با میانجی‌گری سلامت معنوی و رشد پس از سانحه در میزان کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی - واحد علوم تحقیقات. تهران.

شهیدی، شهریار، و فرج‌نیا، سعیده (۱۳۹۱). *ساخت و اعتباریابی پرسشنامه سنجش نگرش معنوی*. *مجله روانشناسی و دین*، ۵(۳)، ۹۷-۱۱۵.

قطبی‌نژاد بهر آسمانی، اورانوس، حسنی‌راد، مرجان، و اسماعیلی، کوروش (۱۳۹۵). *تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر گروهی بر افزایش توانمندی‌های منشی و شادکامی در بیماران مبتلا به درد مزمن*. نهمین کنگره بین‌المللی روان‌درمانی - اجلاس آسیایی، تهران، ایران.

کورکی، مریم، یزدخواستی، فریبا، ابراهیمی، امراله، و عریضی، حمیدرضا (۱۳۸۹). *اثربخشی روان‌نمایشگری در بهبود مهارت‌های اجتماعی و کاهش اعتیاد به اینترنت در دانشجویان دختر*. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۷(۴)، ۲۷۹-۲۸۸.

کولیوند، پیر حسین، نظری مهین، آزاده، و جعفری، ربابه (۱۳۹۴). *اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش پریشانی در بیماران با درد مزمن*. مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا. بیمارستان خاتم الانبیاء. *مجله شفای خاتم*، ۲(۳)، ضمیمه اول. ۶۵.

محمدزاده فاطمه، فقیه‌زاده، سقراط، باغستانی، احمدرضا، اسدی لاری، محسن، واعظ مهدوی، محمدرضا،

- عرب خردمند، جلیل، نوربالا، احمدعلی، گل‌مکانی، محمدمهدی، حائری مهریضی، علی‌اصغر، کردی، رامین (۱۳۹۲). اپیدمیولوژی درد مزمن در شهر تهران و برآورد کوچک ناحیه‌ای شیوع آن در محله‌های تهران، با استفاده از رویکرد بیزی. *مجله اپیدمیولوژی ایران*، ۱۹(۱)، ۳۱-۱۹.
- نبائی، ب.، خیل تاش، الف.، منتظری، الف.، کاربخش، م.، صداقت، م.، و میثمی، الف. (۱۳۸۴). مقایسه کیفیت زندگی بیماران دارای سرطان خون و لنفوم. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه تهران*، ۵(۶۳)، ۳۹۹-۴۰۴.
- Baim, C., Burmeister, J., & Maciel, M. (Eds.). (2013). *Psychodrama: Advances in theory and Practice*. Routledge.
- Blatner, A. (2014). New psychodrama books and related materials. *The Journal of Psychodrama, Sociometry, and Group Psychotherapy*, 62(1), 111-116.
- Bonilla, E. S. (2017). Spiritualism and psychodrama. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 2(3).
- Bultitude, J., & Petrini, K. (2016). Spatial localisation in complex regional pain syndrome under uni-and multi-sensory guidance. In *International Association for the Study of Pain (IASP) 16th World Congress on Pain*.
- Burns, J. W., Elfant, E., & Quartana, P. J. (2010). Suppression of pain-related thoughts and feelings during pain-induction: Sex differences in delayed pain responses. *Journal of Behavioral Medicine*, 33(3), 200-208.
- Büssing, A., Michalsen, A., Balzat, H. J., Grünther, R. A., Oßermann, T., Neugebauer, E. A., & Matthiessen, P. F. (2009). Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions?. *Pain Medicine*, 10(2), 327-339.
- Büssing, A., Reiser, F., Michalsen, A., Zahn, A., & Baumann, K. (2015). Do patients with chronic pain diseases believe in guardian angels: Even in a secular society? A cross-sectional study among german patients with chronic diseases. *Journal of Religion and Health*, 54(1), 76-86.
- Dezutter, J., Luyckx, K., & Wachholtz, A. (2015). Meaning in life in chronic pain patients over time: Associations with pain experience and psychological well-being. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2), 384-396.
- Furrer, A., Michel, G., Terrill, A. L., Jensen, M. P., & Müller, R. (2017). Modeling subjective well-being in individuals with chronic pain and a physical disability: The role of pain control and pain catastrophizing. *Disability and Rehabilitation*, 1-10.
- Garland, E. L., Farb, N. A., R. Goldin, P., & Fredrickson, B. L. (2015). Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: A process model of mindful positive emotion regulation. *Psychological Inquiry*, 26(4), 293-314.
- Garschagen, A., Steegers, M. A., van Bergen, A. H., Jochijms, J. A., Skrabanja, T. L.,

- Vrijhoef, H. J., ... & Vissers, K. C. (2015). Is there a need for including spiritual care in interdisciplinary rehabilitation of chronic pain patients? Investigating an innovative strategy. *Pain Practice, 15*(7), 671-687.
- Glover-Graf, N. M., Marini, I., Baker, J., & Buck, T. (2007). Religious and spiritual beliefs and practices of persons with chronic pain. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 51*(1), 21-33.
- Ironson, G. H., & Hayward, H. S. (2008). Do positive psychosocial factors predict disease progression in HIV-1? A review of the evidence. *Psychosomatic Medicine, 70*(5), 546.
- Joseph, S., & Wood, A. (2010). Assessment of positive functioning in clinical psychology: Theoretical and practical issues. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 830-838.
- Kalaydjian, A., & Merikangas, K. (2008). Physical and mental comorbidity of headache in a nationally representative sample of US adults. *Psychosomatic Medicine, 70*(7), 773.
- Koenig, H. G. (2015). Religion, spirituality, and health: A review and update. *Advances in Mind-Body Medicine, 29*(3), 19-26.
- Leonardi, M., Steiner, T. J., Scher, A. T., & Lipton, R. B. (2005). The global burden of migraine: Measuring disability in headache disorders with WHO's classification of functioning, disability and health (ICF). *The Journal of Headache and Pain, 6*(6), 429-440.
- Lester, N., Keefe, F. J., & Rumble, M. E. (2014). *Coping with chronic pain*. In Cambridge University Press.
- Lucette, A., Ironson, G., Pargament, K. I., & Krause, N. (2016). Spirituality and religiousness are associated with fewer depressive symptoms in individuals with medical conditions. *Psychosomatics, 57*(5), 505-513.
- Moreira-Almeida, A., & Koenig, H. G. (2008). Religiousness and spirituality in fibromyalgia and chronic pain patients. *Current Pain and Headache Reports, 12*(5), 327-332.
- Okamoto, A. (2018). *Psychodrama as a form of psychotherapy: Identifying trends of psychodrama practices among practitioners in the US* (Doctoral dissertation, Alliant International University).
- Rashid, T. (2009). Positive interventions in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology, 65*(5): 461-466.
- Rashid, T. (2015). Positive psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology, 10*(1), 25-40.

- Rashid, T. (2017). Views on wellbeing research, policy and practice: An interview with Dr. Tayyab Rashid. *Middle East Journal of Positive Psychology*, 3(1), 52-56.
- Safavi, M., Fesharaki, M., Oladrostam, N., & Fatahi, Y. (2016). An investigation of the relationship between spiritual health and depression, anxiety, and stress in patients with heart failure. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 3(2), 2-7.
- Salgado, A. C. (2014). Review of empirical studies on impact of religion, religiosity and spirituality as protective factors. *Journal of Educational Psychology-Propósitos y Representaciones*, 2(1), 141-159.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction* (Vol. 55, No. 1, p. 5). American Psychological Association.
- Seligman, M. E., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774.
- Shaughnessy, M. F. (2003). An interview with adam blatner about psychodrama. *North American Journal of Psychology*, 5(1).
- Tavakoli, F. M., Esmaili, M., Tavakoli, M., & Foroshani, S. H. A. (2014). Investigating the effectiveness of the group instruction of the healthy lifestyle on stress management and emotion regulation by using psychodrama in students. *Journal of Life Science and Biomedicine*, 4(2), 151-155.
- Wong, P. T. (2014). Viktor Frankl's meaning-seeking model and positive psychology. In *Meaning in positive and existential psychology* (pp. 149-184). Springer, New York, NY.

