



## بررسی جامع علل و درمانهای روانشناختی افسردگی دوران سالمندی توکنم طبیعی

دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

### چکیده

افسردگی به عنوان دومین اختلال روانشناختی شایع در میان سالمندان سبب کاهش فعالیتهای فیزیکی، کاهش روابط اجتماعی، خلق و خوی به هم ریخته، تمرکز پایین، افت کیفیت زندگی، افت کارایی، کاهش سلامت عمومی و نقایص شناختی و در نهایت افزایش مرگ و میر سالمندان میگردد. این اختلال روانی نتایج نامطلوب خانوادگی، مالی و اجتماعی دربردارد، همچنین برای سالمندان و خانواده های آنان مشکل ساز بوده و سبب ناتوانی سالمندان میگردد. با توجه به عوامل مذکور و این امر که افسردگی خود سبب ساز افزایش احتمال خودکشی میباشد، بررسی علل و درمانهای روانشناختی افسردگی سالمندی بسیار ضروری میباشد. واژگان کلیدی: علل، درمانهای روانشناختی، افسردگی، سالمندی



سالمندی فرایندی زیستی است که تمام موجودات زنده و از جمله انسان آن را تجربه مینمایند. بالا رفتن سن بیماری نیست بلکه پدیده ای حیاتی ، و در حقیقت مسیری طبیعی است که در آن تغییرات فیزیولوژیکی و روانی در بدن رخ میدهد. جمعیت سالمندی در جهان به سرعت در حال افزایش است به نحوی که پیش بینی می شود در قرن ۲۱ و در طی ۴۰ سال آینده جمعیت بیش از ۶۵ سال در دنیا دو برابر خواهد شد. و این به معنای افزایش سالانه ۱.۷٪ به جمعیت جهان و افزایش سالانه ۲.۵٪ به افراد بالای ۶۰ سال است ، بطوریکه ۵۲٪ از این میزان در کشورهای آسیایی و ۴۰٪ کل جمعیت سالمند در کشورهای پیشرفته به سر خواهد برد (WHO, ۲۰۰۲).

با در نظر گرفتن روند شتابان رشد جمعیت سالمندی و اینکه سالمندان با کهولت و کاهش توانایی های روانی و جسمانی خویش روبرو هستند و انواع بیماریها و مشکلات روانی آنها را تهدید می کند ، توجه به سلامت سالمندان از اهمیت ویژه ای برخوردار است . یکی از ابعاد مهم سلامتی سالمندان بعد روانی آنها میباشد که نیازمند توجه خاص به آن و پیشگیری از وقوع اختلالاتی نظیر اضطراب و افسردگی میباشد. به دلایل متعددی سالمندان از نظر سلامت روانی بسیار آسیب پذیر بوده و حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد افراد مسن مشکلات روانی بسیار مهمی دارند ، برای مثال با هر دهه افزایش سن اختلال افسردگی در آنها افزایش پیدا میکند (Ingersol and Silverman, ۱۹۸۷)

افسردگی برای هر شخص معنایی دارد و میتواند یک نشانه و یا یک اختلال قابل تشخیص باشد. منظور از افسردگی اختلالی است که دوام کافی و نشانه های ویژه دارد و بر عملکرد فرد تاثیر نامطلوب میگذارد و پریشانی ایجاد می نماید (Castel et all, ۲۰۰۷). علائم و نشانه های شلیخ اختلال افسردگی عبارتند از : کاهش انرژی و تمرکز، مشکلات خواب ( به ویژه سحرخیزی و بیدار شدن های مکرر در طول خواب ) ، کاهش اشتها ، کاهش وزن، شکایتهای بدنی . به دلیل تاکید زیاد افراد سالمند بر شکایت های بدنی ، ممکن است تظاهرات بالینی در افراد سالمند با بیماران جوان متفاوت باشد. بیماران مسن بخصوص نسبت به دوره های افسردگی اساسی با خصوصیات ملانکولیک آسیب پذیر هستند که ویژگی های آن عبارتند از : افسردگی، خودبیمارانگاری، عزت نفس پایین ، احساس بی ارزشی و تمایل به متهم کردن خود (به خصوص در مورد مسائل جنسی و گناهکاری) همراه با افکار پارانوئید و انتحاری. یک موضوع قابل بررسی این است که آیا علت افسردگی نقص در کارکردهای شناختی است یا افسردگی به اختلال شناختی منجر میشود؟ اگرچه دیده شده که افسردگی میتواند در افت شناختی تأثیر بگذارد اما از سوی دیگر نشان داده شده است که ، افت شناختی هم میتواند به بروز افسردگی بینجامد. همچنین افت شناختی زودهنگام نیز میتواند به افسردگی منجر شود (Saduck et all, ۲۰۱۵)

عوامل موثر بر افسردگی دوران سالمندی به سه دسته کلی تقسیم میشوند: عوامل روانشناختی، عوامل زیست شناختی و عوامل اجتماعی.

**عوامل موثر بر افسردگی سالمندان از منظر روانشناسی** میتواند موارد ذیل را شامل شود:



**سبکهای شناختی:** همبستگی افسردگی سالمندان با چندین نوع از تحریف های شناختی و سبکهای فکری مانند نشخوار فکری ، تفکر مصیبت بار ، مرکز کنترل بیرونی و سطوح پایین چیرگی ؛ نشان داده شده است.

**اختلالات شخصیت:** اختلالات شخصیت دوری گزین و وابسته با افسردگی سالمندان همبستگی بسیار محکمی دارد. وجود اختلال شخصیت در بیماران افسرده سالمند پیش بینی کننده سرانجامی بدتر از نقطه نظر تداوم نشانه های افسردگی و بروز مجدد آنها دارد.

**عوامل محافظت کننده:** این احتمال وجود دارد که تغییر نگرش در دوره سالمندی سبب کاهش تاثیر عوامل روانشناختی در بروز افسردگی شود. برای مثال ، ممکن است سالمند اولویت را به زمان باقیمانده بدهد تا تجارب گذشته و در نتیجه برای تجارب هیجانی مثبت ، ارزش بیشتری قائل شود. افزایش خردمندی میتواند از عوامل محافظت کننده دوران سالمندی محسوب گردد.

**عوامل زیست شناختی موثر بر افسردگی سالمندی:** عوامل زیست شناختی موثر در افسردگی سالمندی میتواند شامل این موارد باشد: ژنتیک: عوامل ژنتیک در افسردگی سالمندی نقش دارد ولی این نقش در قیاس با نقش آن در افسردگی سنین جوانی ضعیف تر است ، بیماریهای جسمانی: همچون بیماریهای قلبی عروقی ، بیماریهای مغزی عروقی ، اختلالات غدد داخلی و.... شیوع نسبتا بالاتر افسردگی در سالمندان تا حدود زیادی با فراوانی بیماریهای جسمانی در دوره توجه میشود . هر بیماری جسمی ممکن است عامل آغاز کننده ای برای افسردگی باشد. بالاتر بودن بار مشکلات پزشکی با افزایش میزان بروز افسردگی در سالمندان همبستگی دارد.

**پاتوفیزیولوژی:** در افسردگی سالمندی به نقش ساز و کارهای پاتوفیزیولوژیکی متعددی اشاره شده است که این موارد را شامل میشود: تخلیه ی سروتونرژیک: در فاصله جوانی تا میانسالی افتی در فعالیت سروتونرژیک روی میدهد و فعالیت آن در دوران سالمندی تثبیت میشود ، تغییرات غدد داخلی: برای مثال کاهش توستسترون ، ناهنجاری های مدار پیشانی مخطط، ناهنجاریهای آمیگدال و هیپو کامپ: که ممکن است هم با سالمندی و هم با افزایش سطح کورتیزول همبستگی داشته باشد

**عوامل اجتماعی موثر بر افسردگی سالمندان:** در دوران سالمندی استرس های اجتماعی متعددی وجود دارد که خطر افسردگی را افزایش میدهند. این عوامل عبارتند از: انزوای اجتماعی، سطح پایین وضعیت اقتصادی و اجتماعی ، تغییر مکان زندگی ؛ تاثیر ناتوانی بر استقلال، روابط و خودانگاره فرد، داغدیدگی و سایر رویدادهای زندگی (رادا و همکاران، ۲۰۱۷). مجموعه تغییراتی که با افزایش سن به خصوص با نزدیک شدن به دوره سالمندی به وقوع می پیوندند، از قبیل مرگ نزدیکان، از دست دادن قدرت، اهداف زندگی، مهارت های جسمانی و موقعیت اجتماعی مسائل خاص این دوره تحولی را به وجود می آورد که نیازمند توجهی ویژه است . مجموعه این تغییرات و نزدیک شدن به روز های پایانی زندگی و مرگ، فشارهای خاصی را بر افراد سالمند تحمیل می کند که از این میان دو مورد افسردگی و احساس تنهایی، که در ارتباط تنگاتنگی با هم هستند قابل توجه می باشند(ابراهیمی، ۱۳۸۲). با توجه به میزان بالای سالمندی در کشور افسردگی



کیفیت زندگی را به شدت کاهش می‌دهد و عوارضی مانند انرواطلی و دوری از جامعه و فعالیت های اجتماعی را در پی دارد. افسردگی علاوه بر سالمند خانواده او را نیز به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد، بنابراین به عنوان یکی از چالشهای اجتماعی نیز محسوب میشود (منظوری و همکاران، ۱۳۸۶). درمان افسردگی سالمندان به نوع و شدت نشانه های افسردگی، زمینه افسردگی مانند بیماری جسمی، تضادهای خانوادگی، استرسهای موقعیتی، دید بیمار نسبت به افسردگی و موقعیت که به تأثیرات فرهنگی، اجتماعی بر میگردد و قابلیت به کارگیری روش درمانی بستگی دارد (Sheykh and Yalom, ۱۹۹۶)

### درمانهای روانشناختی افسردگی در دوران سالمندی

**هنر درمانی:** روشهای درمان افسردگی متنوع است و موسیقی درمانی در چهارچوب هنر درمانی مورد تایید برخی پژوهشگران قرار گرفته است. هنر درمانی بالینی برای سالمندان سه هدف عمده را دنبال می کند که عبارتند از: تمرکز بر مشکل فوری فرد، رو به رو شدن با موضوعات مربوط به سن پیری و کمک به سالمند به طوریکه حسی از شأن و بزرگی را دریابد. هدف اساسی از درمان، افزایش من، کمک به مراجع در ادامه ی یا بازسازی قدرت عزت نفس اوست. برای مراجعین سالمند باید بر طرح قوت های گذشته و حال تأکید کرد. بدین معنی که سالمندان با خلق آثار هنری به تقویت مهارت های شناختی پرداخته و همراه آن تعاملات اجتماعی خود را ایجاد کرده و یا بسط می‌دهند. (گارتن، ۲۰۰۵).

**خاطره گویی گروهی:** گروه خاطره گویی در همه گروههای سنی بخصوص گروه سالمندان به منظور ارتقاء سطح سلامت روان بکار میرود. خاطره گویی یک نگاه کلی به روزهای سپری شده زندگی است. فواید خاطره گویی شامل روشن سازی احساس نسبت به خود در ارتباط با دیگران، بازسازی اتفاقات بازگو شده، بازگویی استراتژی حل مشکل که قبلا مورد استفاده قرار میگرفته و ایجاد آمادگی برای مرگ است (ملکوتی و همکاران، ۱۳۸۵). خاطره گویی ممکن است در گروه و یا به صورت فرد به فرد صورت گیرد. در گروه خاطره گویی، شرکت کنندگان تشویق به در میان گذاشتن تجارب زندگی می گردند. رهبر گروه میتواند حافظه افراد را به وسیله تصویر، موسیقی و یا چیزهای قابل یادآوری تحریک کند (Cully et all, ۲۰۰۱, Keltner et all, ۲۰۰۳). هانوکا و اوکامارا (۲۰۰۴) در بررسی تاثیر مرور زندگی اظهار میدارند که خاطره گویی نقش تعیین کننده ای در سلامت روان و پیشرفت مراحل سالمندی و همچنین اثرات طولانی مدت در بهبود کیفیت زندگی سالمندان دارد (Hanaoka and Okamora, ۲۰۰۴). این درمان میتواند روش غیر دارویی موثری در درمان افسردگی خفیف سالمندان باشد (نعمتی و همکاران، ۱۳۸۷).

**گروه درمانی شناختی وجودگرا:** این رویکرد نوعی شیوه درمانی بر پایه فلسفه است. این شیوه درمان بر ابعاد بین فردی و فرافردی انسان تمرکز میکند و سعی دارد جهان بینی فرد را هدف قرار دهد و به آن دست یابد. دستیابی به چنین هدفی نیازمند تمرکز بر روشنگری و فهم عقاید و ارزشهای شخصی و آشکارسازی مکنونات و ناگفته هاست. این رویکرد درصدد است فرد را قادر سازد که آگاهانه تر، با اصالت تر و هدفمندانه تر زندگی کند و بتواند محدودیتهای و تضادهای وجود انسان را بپذیرد. چهار مقوله اصلی که در این رویکرد به آنها توجه میشود عبارتند از: مرگ، آزادی، تنهایی، بی معنایی (Kissen et all,



(۲۰۰۳.. هسته مرکزی کار درمانگر، تمرکز بر حضور مراجع است؛ یعنی به جای داشتن نگرش قضاوتی، منتقدانه و مفسرانه به فرد، چگونگی حضور او به شکلی کامل، صادقانه و هشیارانه مدنظر قرار میگیرد. به عبارتی توجه درمانگر بر موانع حضور مراجع است و آن را به عنوان مقاومت و متناظر با شیوه های مخرب و استرس زای زندگی در نظر میگیرد. هدف درمان در وجودنگری، از بین بردن افسردگی نیست، بلکه درمانگران همراه درمانجویان حرکت میکنند، دنیای ذهنی آنان را با کمک خودشان کاوش میکنند، با موقعیتهای وحشتناک و افسردگی آور زندگی آنان مواجه میشوند، دنیا را مانند آنها تجربه میکنند. در این تجربه درمانجویان آگاهی می یابند که چگونه با انتخاب و آزادی خودشان روبه رو شوند، چگونه با آفرینش معنا و جستجو برای ارزش بر انزوا و تنهایی و بی معنایی خود فائق آیند و از افزایش نشانگان افسردگی جلوگیری کنند و چگونه با روراستی و پذیرش جنبه های پنهان سطوح وجودی خویش فردی باصالت و صادق باشند (خضری مقدم و همکاران، ۱۳۹۶).

**گروه درمانی شناختی-رفتاری:** درمان شناختی رفتاری به مراجعان در رشد مهارتهایی برای تغییر رفتار، ارتباط با دیگران، حل مسئله، کشف افکار و عقاید تحریف شده، به چالش کشیدن و تغییر باورها و نگرش های غیرمفید، و بازسازی شناختی کمک میکند (Beck, ۲۰۱۱). افسردگی در سالمندان با بروز بیماریهای مختلف، کاهش بهبود از بیماری، افزایش ناتوانی و درد، اختلال کارکرد، افزایش خودکشی، استفاده بیشتر از خدمات بهداشتی - درمانی مرتبط می باشد. این عوامل میتوانند در کیفیت درمان مشکل ایجاد کنند. (Dyregrove, ۲۰۰۸) درمان شناختی رفتاری با تأکید بر تغییر باورهای ناکارآمد و برنامه ریزی برای ایجاد فعالیتهای لذت بخش به صورت گام به گام و پیوسته، در شیوه زندگی و تفکر سالمندان تغییر ایجاد میکند (قمری گیوی و همکاران، ۱۳۹۵).

**معنادرمانی گروهی:** معنا درمانی بر سه واقعیت اساسی وجود مطالعات ناتوان انسان تأکید دارد: افراد نسبت به مفهوم زندگی از اختیار و اراده برخوردارند، در گرفتاری یا مصیبت حکمتی وجود دارد، آزادی اراده وجود دارد (Mc Donald, 2004). هدف معنا درمانی توانا ساختن بیماران برای کشف معانی منحصر به فرد خودشان است. معنا درمانی گروهی دارای حوزه های مؤثر برای کاهش افسردگی است (Carol miller and Min, ۲۰۱۱). بر اساس نظریه عدم تعهد، پیر شدن با عدم تعهد متقابل فرد و جامعه همراه است. فرد رفته رفته از مداخله در زندگی اجتماعی باز میایستد و اجتماع نیز کمتر از پیش، انواع مختلف امتیازات را به او عرضه میدارد. مسئولیت نقش مهمی در تجربه کردن معنا دارد معنا دار بودن زندگی چیزی نیست که بتوان آن را مسلم فرض کرد. در عوض چیزی است که میتوان به آن دست پیدا کرد. نقش مسئولیت را در تجربه کردن معنا میتوان بسیار گسترده دید. نخست این که این فرد است که مسئولیت دارد معنا را کشف کند تا از این رهگذر به کارهایی که بر عهدش است برسد و آنها را انجام دهد. دوم اینکه احساس کردن نوعی مسئولیت در قبال دیگران و وظیفه مندی در برابر آنها پیش از اینکه کسی بخواهد درخواست کند نیز یکی از روشهای معنی بخش است. برای مثال رودین در مطالعات کلاسیک خود پیرامون بیماران به اتفاق همکارانش به این نتیجه دست پیدا کرد که حتی یک وظیفه و کار ساده در زمینه مراقبت از دیگران



سبب افزایش کیفیت زندگی شده و موجبات سلامتی روحی و فیزیکی را فراهم میسازد. بنابراین معنا درمانی به عنوان روش توانبخشی میتواند این خلاء دوره سالمندی را جبران کند. همچنین بر اساس نظریه فعالیت که « رابطه مثبت میان فعالیتهای اجتماعی و رضایت از زندگی را بررسی مینماید». میتوان گفت که شرکت در جلسات معنا درمانی خود میتواند به مثابه یک فعالیت اجتماعی در کاهش افسردگی تأثیر داشته باشد (اصغری و همکاران، ۱۳۹۱).

**درمان متمرکز بر خودشفقتی:** پژوهش خود-شفقتی ها نشان میدهد این درمان با افزایش میزان شفقت فرد نسبت به خود میتواند اضطراب و افسردگی را در سالمندان کاهش داده (Collin et all, ۲۰۱۷)، و بهزیستی روانشناختی را در آنها افزایش میدهد (Ritchie, ۲۰۱۴). شفقت به خود را میتوان به عنوان آگاهی از رنج موجود و اتخاذ یک موضع تسکین دهنده و مشفقانه در زمانی که همه چیز بد پیش میرود تعریف نمود. در واقع اصول پایه در درمان متمرکز بر خود-شفقتی به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکینبخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان میدهد در برخورد با این درونیات نیز آرام میشود (نوری، ۱۳۹۵). شفقت به خود به افراد کمک میکند از تجارب منفی زندگی دوری کنند، چرا که بهزیستی روانی افراد مسن، بیشتر به تفاسیر خودشان از شرایط بستگی دارد (Siedlecki, ۲۰۱۴) و یک طرز فکر مشفقانه میتواند چشم انداز ملایمی از پذیرش بسیاری از آثار پیری را فراهم کند و به حل تکلیف رشدی خودانسجامی در برابر ناامیدی در سالمندان کمک کند. سالخوردهگی با از دست دادن عزیزان زندگی و کاهش سلامتی و عملکرد همراه است. در واکنش به این وقایع، شفقت به خود باعث میشود تا بهجای پاسخ دادن به این وقایع ناخوشایند با خشم و خودسرزنی، افراد با مهربانی و مراقبت رفتار کنند و این وقایع و تجربیات را جزئی از تجارب مشترک انسانی بدانند (Neff, ۲۰۰۹). بنابراین ارزیابی مشفقانه از خود، پذیرش خود را افزایش داده و کیفیت روابط بین فردی را بهتر میکند و میل افراد برای رشد را افزایش میدهد و توانایی آنها را برای مدیریت کردن زندگی و تسلط بر محیط بیشتر میکند و از این طریق میتواند موجب افزایش بهزیستی روانی در افراد و به ویژه سالمندان شود (Homan, ۲۰۱۶).

با وجود پیشرفتهای چشمگیر روانشناسی و روانپزشکی، افسردگی همچنان یکی از مهمترین مشکلات روانی سالمندان در قرن حاضر است. بحرانهای ایجاد شده سبب واکنشهایی مانند اندوه، فقدان کنترل، تغییر شخصیت و نیز خشم، افسردگی ناشی از ترس از مرگ و ناتوانی میشود و این حالت در بیش از نیمی از سالمندان مقیم مراکز سالمندی رخ میدهد. سالمندانی که از مرگ قریب الوقوع خود اطلاع می یابند، اغلب بعد از انکار و خشم، دچار افسردگی میشوند. مطالعات گوناگونی نشان داده اند که افسردگی میتواند با کاهش شاخصهای حرمت خود، امیدواری و کیفیت زندگی، از میزان همکاری سالمند با روانشناس بکاهد. افسردگی و کاهش امید به زندگی از رایج ترین حالت روانشناختی در سالمندان است که میتواند واکنشهای احتمالی متعددی به دنبال داشته باشد (Qui et all, ۲۰۱۳). متأسفانه با وجود میزان بالای افسردگی در سالمندان، در اغلب موارد به آن توجهی نمیشود. این امر موجب میشود بیماری افسردگی در سالمندان به موقع تشخیص داده نشده و درمان نشود. این



واقعیتی تأسف بار است زیرا بیماری افسردگی اختلالی است که امروزه درمانهای مؤثری برای آن وجود دارد. شایان ذکر است که کاهش توان روحی و احساس اندوه جزئی از فرآیند سالمندی بهنجار محسوب نمیشود و باید این حالت خلقی را مهم تلقی کرد (منظوری و همکاران، ۱۳۸۶). بنابراین به منظور کمک به مقابله سالمندان با چالشهای دوره سالمندی، تدارک خدمات حرفه ای بهداشت روانی برای ارائه راهبردهای درمانی بسیار ضروری است.

### منابع:

- ابراهیمی، امراله. (۱۳۸۲). بررسی میزان افسردگی سالمندان مفیم خانه سالمندان با نگرش و عملکرد دینی آنها. ۸ (۱). ۹۴-۹۵.
- اصغری، ندا. علی اکبری، مهناز. دادخواه، اصغر. (۱۳۹۱). معنا درملنی گروهی به عنوان روش توانبخشی کاهش افسردگی زنان سالمند. مجله مطالعات ناتوانی. ۱ (۲). ۳۸-۳۱.
- خضری مقدم، نوشیروان. وحیدی، سولماز. آشور ماهینی، مرجان. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی در مان شناختی وجود گرا بر امید به زندگی و افسردگی سالمندان مقیم مراکز سالمندی. مجله سالمندی. ۱۳ (۱). ۷۳-۶۲.
- رادا، جوئن. بویس، نیال. واکر، زوزانا. (۲۰۱۷). راهنمای عملی: دستنامه روانپزشکی سالمندان. مترجم: مهشید فروغان. تهران: انتشارات ارجمند.
- قمری گیوی، حسین. زاهد بابلان، عادل. فتحی، داوود. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر افسردگی سالمندان سوگ دیده. فصلنامه پرستاری سالمندان. ۲ (۳). ۳۱-۲۲.
- گارتن ل. هنر درمانی بالینی. مترجم: هاشمیان ک، ابوحمزه ا. تهران: نشر مهاجر؛ ۱۳۸۳
- ملکوتی، سید کاظم. فتح الهی، پریدخت. میراب زاده، آرش. صلواتی، مزده. کهنانی، شمس الدین. (۱۳۸۵). هنجاریابی مقیاس اضطراب سالمندان (GDS)، فرم ۱۵ سوالی در ایران. مجله پژوهشکده دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی. ۳۰ (۴). ۳۶۸-۳۶۱.
- منظوری، لیلای. بابک، آناهیتا. مرآتی، محمد رضا. (۱۳۸۶). افسردگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان اصفهانی. مجله سالمندی ایران. ۴ (۴). ۴۴.
- نعمتی دهکردی، شهناز. نعمتی دهکردی، مریم. نکویی، افسانه. فروزنده، رضوان. (۱۳۸۷). مجله ارمغان دانش. ۱۳ (۴). ۵۷-۶۴.
- نوری، حمید رضا. (۱۳۹۵). شفقت و ذهن آگاهی. تهران: انتشارات کیان افراز.

### References:

- Beck, J. S. (۲۰۱۱). questions and answers about cognitive therapy, Beck Institute for Cognitive Therapy and Research. ۲۰۱۱, p: ۱۳۴.



- Carol Miller SND, Min D. (۲۰۱۱). For What are We Born to Become? The Logotherapy of Dr. Victor Frankl. [cited ۲۰۱۱ Nov ۶]; Available from: [http://npcassoc.org/docs/ijpp/Carol\\_MillerLogotherapy.pdf](http://npcassoc.org/docs/ijpp/Carol_MillerLogotherapy.pdf)
- Castel, A. D., Balota, D. A., McCabe, D. P. (۲۰۰۷). Memory efficiency and the strategic control of attention at encoding: Impairments of value-directed remembering in Alzheimer's disease. *Neuropsychology*, ۲۳, ۲۹۷-۳۰۶.
- Collins, R. N., Gilligan, L. J., & Poz, R. (۲۰۱۷). The evaluation of a compassion-focused therapy group for couples experiencing a dementia diagnosis. *Clinical gerontologist*, ۱۱, ۱-۱۳.
- Cully JA, LaVoie D, Gfeller JD. (۲۰۰۱). Reminiscence, personality, and psychological functioning in older adults. *Gerontologist* ۲۰۰۱; ۴۱(۱):۸۹-۹۵.
- Dyregrov A. (۲۰۰۸). Grief in children. A handbook for adults. London: Jessica Kingsley. ۱۰۰-۱۰۸.
- Hanaoka H, Okamura H. (۲۰۰۴). Study on effects of life review activities on the quality of life of the elderly: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* ۲۰۰۴; ۷۳(۵): ۳۰۲-۱۱.
- Homan, K. J. (۲۰۱۶). Self-compassion and psychological well-being in older adults. *Journal of Adult Development*, ۲۳(۲), ۱۱۱- ۱۱۹.
- Ingersoll B, Silverman A, (۱۹۸۷). Cooperative group psychotherapy for the aged. *The gerontologist*. ۱۹۸۷.
- Keltner N, Schwecke L, Bostrom C. (۲۰۰۳). *Psychiatric nursing*. ۴th ed. Louis: Mosby; ۲۰۰۳ □ ۶۱۹
- Kissen, D.W. Bloch, S. Smith, G.C. Miach ,P. Clark, D.M. Ikin, J. (۲۰۰۳). Cognitive existential group psychotherapy for women with primary breast cancer. A randomized breast trial. *Psycho-oncology*. ۱۲(۶). ۵۳۲-۵۴۶.
- McDonald J. (۲۰۰۴). Making Sense and Meaning of Violent Death in Our Contemporary World. Vienna, Austria; ۲۰۰۴. Available from: <http://www.inter-disciplinary.net/probing-the-boundaries/makingsense-of/dying-and-death/project-archives/۳rd/session-۲-selves-violence-and-death/>
- Neff, K. D. (۲۰۰۹). The Role of self compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, ۵۲, ۲۱۱-۲۱۴.
- Qui, J. Chen, W. Gao, X. Xu, Y. Tong, H. Young, M. (۲۰۱۳). A randomized control trial of group cognitive behavioral therapy for Chinese breast cancer patients with major depression, *journal of psychosomatic obstetrics and Gynecology*. ۳۴ (۲). ۶۰-۶۷.
- Ritchie, J. E. (۲۰۱۴). Self-compassion for women in later midlife: A feminist approach to conscious aging (Doctoral dissertation). Saybrook University.





- Sadock, Benjamin.J. Sadock, Virginia,A. Ruiz, Pedro. (۲۰۱۰).synopsis of psychiarry : behavioural science / clinical psychiatry. Webster cluer.
- Sheikh JI, Yalom ID. (۱۹۹۶). Treating the elderly. Jossey-Bass Publishers; ۱۹۹۶. P: ۲۲۵-۲۳۴
- Siedlecki, K. L., Salthouse, T.A., Oishi, S., & Jeswanin, S. (۲۰۱۴). The relationship between social support and subjective well-being across age. Social Indicators Research, ۱۱۷(۲), ۵۶۱-۵۷۶
- world health organization( WHO). (۲۰۰۲). Kobe center. Global health expectancy research among older people. Aging and health technical report series. ۲۰۰۲: ۱۰