

## آموزش اثربخشی تأثیر گشالت درمانگری و معنادرمانگری بر کاهش نشانگان وسواس مراجعان در آستانه ازدواج

دکتر ناصر یوسفی<sup>۱</sup>

زهرا جهانبخشی<sup>۲</sup>

دکتر خالد اصلانی<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۱/۵/۱۲

تاریخ وصول: ۹۱/۲/۱۷

### چکیده

زمینه: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی دو روی آورد گشالت درمانگری و معنادرمانگری در کاهش نشانگان وسواس مراجعان در آستانه ازدواج صورت گرفت. روش‌ها: جامعه تحقیق شامل کلیه دانشجویان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه کردستان بود که از این جامعه ۹۰ دانشجو به شیوه تصادفی انتخاب شدند. با استفاده از پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه ۴۴ ماده‌ای و مصاحبه تشخیصی تکمیلی بر مبنای DSM IV-TR، میزان وسواسی آزمودنی‌ها تعیین شدند و به تصادف در سه گروه ۳۰ نفری (گروه گشالت درمانگری، معنادرمانگری و گواه) قرار گرفتند. دو روش درمانگری بر آزمودنی‌ها داده شدند و سپس با استفاده از پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادزلی، آزمودنی‌ها، در سه مرحله

Naseryoosefi@yahoo.com

۱- استادیار گروه روان‌شناسی و مشاوره دانشگاه کردستان

۲- کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی

۳- استادیار گروه روان‌شناسی و مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اندازه‌گیری شدند، هم‌چنین پرسشنامه افسردگی بک به منظور حذف آزمودنی‌های دارای افسردگی در مرحله پیش‌آزمون توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید.

**یافته‌ها:** تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که روی آورد گشتالت درمانگری و معنادرمانگری در کاهش نشانگان وسواس مؤثرند و اثر آنها در مرحله پیگیری ماندگار است. نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش اثربخشی دو روش درمانی معنادرمانی و گشتالت‌درمانی در کاهش وسواس را نشان می‌دهد و در مشاوره‌های قبل از ازدواج بهتر است مسأله وسواس مراجعان مورد بررسی قرار گیرد. واژه‌های کلیدی: نشانگان وسواس، معنادرمانگری، گشتالت درمانگری.

## زمینه و مقدمه

تحولات سریع اجتماعی، تغییر سبک زندگی و پیچیدگی‌های زندگی امروزی مشکلات زندگی آسیب‌پذیری انسان‌ها را افزایش می‌دهد (۱)، به همین دلیل افراد اغلب از اضطراب، افسردگی و نشانگان وسواس و بی‌کفایتی در رویارویی با مشکلات زندگی رنج می‌برند (۲). خشنود زیستن و زندگی بدون تردید و وسواس در دورانی که تغییرات سریع اجتماعی و تکنولوژی به وقوع می‌پیوندد کار آسانی نیست. افزایش داروهای آرام‌بخش، قرص‌های خواب‌آور، الکل، جنایت‌های خشنوت بار و توسل روز افزون به مراقبه و انواع شیوه‌های درمانگری برای دستیابی به تسکین خاطر دلیل این مدعاست (۳، ۴). اختلال وسواسی-جبری<sup>۱</sup> این اختلال اضطرابی بسیار ناتوان‌کننده است که یک بیماری مقاوم به درمان قلمداد می‌شود، بیماری بدعلاجی که نیازمند درمان مادام‌العمر است، گاهی به جای معالجه باید با آن کنار آمد و سازگار شد (۵، ۶). مطالعات همه‌گیرشناسی نشانگر شیوع ۱٪ تا ۳٪ این بیماری در جمعیت

1. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)

عمومی بود (۵، ۶). امروزه اختلال وسواسی - جبری یک بیماری جدی، ناتوان کننده ولی قابل درمان است. این بیماری حالت وسواسی<sup>۱</sup> و اجباری<sup>۲</sup> دارد. جزء وسواسی اشاره به افکار، احساس، انگاره‌ها یا حس‌ها و تصورات ذهنی دارد که ناخواسته و مکرراً وارد ذهن بیمار می‌شود و جزء اجباری الگوی رفتاری تکرارشونده دارد و ویژه‌گی است که معمولاً در پاسخ به فکر یا انگاره وسواسی و برای کاهش اضطراب ناشی از آن انجام می‌شود و حالتی اجباری است و مقاومت در برابر انجام آن نیز باعث پیدایش اضطراب می‌شود (۷). الگوهای رفتاری وسواس اجباری متعدد هستند که شایع‌ترین آنها عبارت‌اند از وسواس شستشو<sup>۳</sup>، وسواس واریسی<sup>۴</sup> و وسواس شمارش<sup>۵</sup>. اما شایع‌ترین الگوی افکار وسواسی، رسوخ افکار نگران کننده در مورد آلودگی، تردیدهای وسواسی، انگاره‌های جنسی و پرخاشگرانه است که در مجموع، با عنوان فکر وسواسی طبقه‌بندی می‌شوند (۸). تحقیقات نشان داد که ارتباط تنگاتنگی میان علائم وسواسی، به ویژه افکار وسواسی و افسردگی وجود دارد (۹). این اختلال در زنان و مردان به طور مساوی وجود دارد و شروع اختلال معمولاً در اوایل بزرگسالی و گاهی در کودکی است (۱۰). برخی از درمانگران معتقدند که زندگی روزمره شامل حوادث تکراری، ادراک تهدید شدگی (مثل وسواس) و در نظر گرفتن شیوه‌های مقابله با آن و سرانجام سازگاری کم و بیش موفقیت آمیز با تهدید است (۲). بسیاری از افراد در برابر مشکلات تسلیم می‌شوند و دیگر نمی‌توانند از عهده کارها برآیند. برخی دیگر سبک زندگی شان مبتنی بر مدار خود- ویرانگری است و یا از شیوه‌های رویارویی ناکارآمد و نابهنجار سود می‌جویند (۱۱). بنابراین، افراد نیازمند کمک هستند، این کمک‌ها با به کارگیری روش‌های درمانگری، امکان پذیر است.

معنادرمانگری و گشتالت درمانگری از جمله روش‌های درمانگری‌اند که از دیرباز سهم

- 
1. obsessive
  2. compulsive
  3. washing
  4. checking
  5. counting

به سزایی در کاهش رنج انسان ایفا کرده‌اند و در این پژوهش محقق به دنبال این است که اثر این دو شیوه درمانی را بر وسواس مورد مطالعه قرار دهد. معنادرمانگری معادل واژه لوگو تراپی<sup>۱</sup> یونانی است. واژه لوگوس<sup>۲</sup>، معادل معنا، و تراپی<sup>۳</sup> به معنای درمانگری است. این شیوه درمانگری کمتر به گذشته توجه دارد و بیشتر بر آینده و معنای زندگی تأکید می‌کند (۱۲). معنادرمانگری توسط فرانکل (۳) مطرح شد. او در کار مشاوره با مراجعان سعی می‌کرد که مراجع را به سوی هدفی که به زندگی معنا دهد، هدایت کند (۱۲). این روی آورد، بر مفاهیمی مانند معناجویی در زندگی، ناکامی فرد، روان آزرده‌زاد<sup>۴</sup>، تکاپوی اندیشه‌ای<sup>۵</sup>، تهی زندگی، قصد متضاد<sup>۶</sup>، معنای عشق و معنای رنج در جریان درمان توجه دارد. به اعتقاد معنا درمانگران ناکامی علت اصلی روان-آزرده‌زاد است، که در اصطلاح به آن روان آزرده‌زاد اندیشه‌زاد گویند؛ تلاش فرد برای یافتن معنا در زندگی به معنای تکاپوی اندیشه است و قصد متضاد که به آن قصد قوی یا وافر هم می‌گویند، تمایل به وقوع آن چیزی است که با رخ دادن آن مخالفیم (مثل وسواس). در این روی آورد از روش‌های مشاوره‌ای قبول مسئولیت، تحقق خود، زندگی گذران، معنویت و ایمان، استفاده می‌شود (۱۳). گشتالت درمانگری به وسیله پرز، هیفلاین و گودمن<sup>۷</sup>، (۱۴) کامل شد. درمانگران گشتالت نگر در مباحث روان‌شناسی به رابطه بین جسم، روان و آگاهی و تجلی آن در رفتار بسیار اهمیت می‌دهند و یکپارچگی و تعادل روانی فرد را در سایه اتحاد کل وجود او می‌بینند (۱۵). گشتالت درمانگری بر رشد، خود آگاهی و محتوای آگاهی، یعنی بر آگاهی فرد از ارتباط با خود، دیگران و جهان تأکید دارد (۱۶). این نظریه بیشتر از چگونگی عمل سؤال می‌کند؛ به چرایی کاری ندارد؛ به تجارب، کنون

- 
1. logo therapy
  2. logos
  3. therapy
  4. noogenic
  5. noo-Dynamics
  6. paradoxical intention
  7. Perls, F. Hefferline, R., & Goodman, P.

و اینجا و مفاهیمی مانند سدشدن آگاهی<sup>۱</sup>، برون فکنی<sup>۲</sup>، بازگشت<sup>۳</sup>، یکی شدن<sup>۴</sup>، خود مسئولیتی<sup>۵</sup> و خود نظم‌جویی توجه می‌کند. به عبارت دیگر در این نوع درمانگری سعی بر آن است که سدهای آگاهی برداشته شود و پیوستار آگاهی افزایش یابد. درمانگران پیرو این مکتب سعی می‌کنند، توانایی فرد را برای خود نظم‌جویی افزایش دهند (۱۷). در این روی آورد از روش‌های خاص گشتالت درمانگری مانند تکمیل کارهای ناتمام<sup>۶</sup>، تمرین زبانی<sup>۷</sup>، آگاهی جسمانی<sup>۸</sup> و گسترش آگاهی در جریان درمانگری استفاده می‌شود.

بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که افزایش آگاهی (یکی از روش‌های گشتالت درمانگری) با کاهش وسواس همراه است زیرا در برخی از شخصیت‌های وسواسی، نشانه مرضی به منزله بخشی از سازمان یافتگی روانی فرد درمی‌آید (۱۸). از سوی دیگر کاهش آگاهی موجب نوعی تجزیه شخصیت، بی‌هویتی و تردید در مورد خود می‌شود که مغایر کل‌گرایی گشتالتی است (۱۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که به کارگیری روش‌های گشتالت درمانگری، وسواس را کاهش می‌دهد، چرا که تلاش فرد به منظور بی‌توجهی یا مقاومت نسبت به آنها منجر به تشدید اضطراب می‌شود و زمانی نمی‌گذرد که وسواس‌ها به گونه‌ای شدیدتر از نو بروز می‌کنند و گشتالت‌درمانی با کل‌گرایی در شخصیت هویت تازه به فرد می‌بخشد (۱۸). در پژوهش دیگری که به وسیله ساندرز (۲۰) با به کارگیری فنون شناختی ایمنی و رابطه مشاور-مراجع با تأکید بر گشتالت‌درمانی انجام شد، داده‌ها نشان دادند که استفاده از رابطه گرم و معنادار می‌تواند به کاهش افسردگی، تنیدگی<sup>۹</sup>، اضطراب و پرخاشگری انجام شود، چون افراد

1. blocks to awareness
2. projection
3. retroflection
4. confluence
5. self-responsibility
6. unfinished business
7. language exercises
8. bodily awareness
9. stress

وسواسی هم‌چنین از احساس اضطراب مزمن و درجات گوناگون افسردگی رنج می‌برند، بنابراین، روش گشتالت‌درمانی با کاهش احساس اضطراب مزمن و درجات گوناگون افسردگی موجب کاهش وسواس می‌شود (۲۱). بررسی‌های منزیس و دیسلوا (۲۲) نشان داده‌اند که درمان با رویکرد شناختی به ویژه گسترش پیوستار آگاهی که یکی از فنون گشتالت‌درمانی است، به طور پیوسته نتایج حاصل از این روش‌ها، نسبت به موقعیت‌های دارونما و لیست انتظار، در کاهش وسواس برتری داشته‌اند که تحقیقات سجادیان، نشاط دوست، مولوی و معروفی (۲۳) مبنی بر افزایش ذهن آگاهی در کاهش وسواسی بیماران برنتایج این تحقیقات صحت‌گذاشته است. سالکووسکیس و همکاران (۲۴) رابطه بین ساختارهای مرتبط با مسئولیت و نشانه‌های وسواسی را بررسی کردند، این تحقیق نشان داد که باورهای مرتبط با مسئولیت در تجربه‌های وسواسی مؤثر است و ایجاد مسئولیت‌پذیری با هر شیوه درمانی موجب کاهش وسواس می‌شود، این یافته‌ها توسط ویلسون و چمپلس (۲۵) مورد تأیید قرار گرفته است.

در پژوهش استکتی، فروست و کوهن (۲۶) در ارتباط با نگرش بیماران وسواسی و مسئولیت‌پذیری و تفسیرشان از وسواسی پی بردند، این پژوهش تأکیدی بر کارهای راکمن (۲۷)، بوشار، ری یوم و لادوسور (۲۸) بود. با توجه به اینکه گشتالت‌درمانی جزء درمانهای شناختی محسوب می‌شود، نتایج پژوهش‌های فریستون و همکاران، (۲۹)؛ رکتور، (۳۰)؛ مک لین و همکاران، (۳۱)؛ ووگل، استایلز و گوتسام، (۳۲)؛ کلارک (۳۳) کارایی روش شناختی را در درمان وسواسی تأیید کرده‌اند. عطاری، یوسفی و بشلیده (۳۴) با استفاده از روش گشتالت درمانگری و به ویژه معنادرمانگری اضطراب مرگ، ناامیدی، افسردگی، عصبانیت و رفتار وسواس گونه را در زنان متقاضی طلاق کاهش دادند. آلبرت، ماینا، فومر و همکاران (۳۵) با استفاده از روش معنادرمانگری و معطوف کردن توجه مراجعان به اهداف بالا در مقابل اهداف پایین روان‌آزردگی را به شدت در مراجعان کاهش داد و امکان زندگی بهتری را برای آنان فراهم کرد. افراد وسواسی غالباً پرکار بوده و به دلیل گرایش خشک نسبت به زندگی، آسودگی آنها تقریباً محال به نظر می‌رسد. این بیماران می‌توانند

آنقدر در خود مستغرق شوند که قادر به تفکر در امور روزمره خود نباشند که پیدا کردن معنا و هدف در زندگی موجب کاهش رفتار بیمار گونه وسواس شده است (۳۶). در پژوهش دیگری که به وسیله آلفرد، بریت و سیک (۳۷) انجام شد، مراجعانی که به تهی بودن زندگی و نوعی عصبانیت و تردید و وسواس نسبت به خود و دیگران رسیده بودند، با روش معنادرمانگری به ویژه روش قصد متضاد به نتایج رضایت بخشی رسیدند. چون سطح بصیرت بیماران نسبت به بی معنی بودن وسواس ها اصلی شناخته شده است که بیماران وسواس را ساخته ذهن خود می دانند و اغلب آنها را بی معنی می دانند، تحقیقات کلارک (۳۳)، رکتور (۳۰) و پاین، مک کلور (۳۸) نشان داد که ایجاد معنا و بصیرت در این رفتارها در افراد وسواسی موجب کاهش رفتار وسواسی می شود. طبق مفهوم آمیختگی اندیشه- کنش راکمن (۲۷) که بیمار افکار وسواسی و عمل ممنوع را از نظر اخلاقی معادل هم می بیند یا می پندارد که رفتار وسواسی را عمل غیر اخلاقی می داند که معنا درمانی که بر ایمان فردی تأکید دارد، موجب کاهش تعارض اخلاقی در فرد وسواسی می شود که پژوهش های کلارک و پوردون (۳۹)، راکمن و شفران، (۴۰) و راستین و کاستر (۴۱) تأیید کننده بر نتایج تحقیقی راکمن در رفتارهای وسواس هستند. در مطالعه ای که توسط رووا، پوردون، سامرد فلد و آنتونی (۴۲) انجام شد، آنها نشان دادند که آزمودنی ها وسواس های ناراحت کننده تر را معنی دارتر از وسواس های کمتر ناراحت کننده ارزیابی می کنند و خود ارزشی خود را کمتر در رابطه با وسواس های ناراحت کننده تر می بینند که با تغییر معنای فردی خود ارزشی تغییر کرده و به تبع آن رفتار وسواسی تغییر می کند. در پژوهش های بیانزاده (۴۳) و موسوی، شیخ سجادیه، رحیمی و همکاران (۴۴) که روی آزمودنی های وسواسی انجام شده است، مشخص شده که درمان معنوی و معناخواهی بر کاهش اختلال وسواسی اثر دارد. در ایران تا به حال در زمینه روی آوردهای معنادرمانگری و گشتالت درمانگری در کاهش مشکلات مراجعان دارای وسواس در آستانه ازدواج پژوهش های بسیار نادری انجام شده است. از آنجا که اغلب مشکلات در دوره آغاز انتخاب همسر ناشی از

مشکلات وسواسی و دودلی است و این مشکلات به طور عمده به صورت افسردگی، اضطراب و پرخاشگری و گاهی منزوی شدن در این افراد بروز می‌کنند (۴۵). هدف پژوهش حاضر بررسی میزان تأثیر شیوه‌های معنادرمانگری و گشتالت درمانگری بر کاهش نشانگان وسواسی در افراد در آستانه ازدواج است. در واقع، این پژوهش به منظور پاسخ به این سوال عمده طراحی شده است که آیا معنادرمانگری و گشتالت درمانگری در کاهش نشانگان وسواسی در افراد در آستانه ازدواج مؤثر است؟ به عبارت دیگر فرضیه اصلی پژوهش این است، معنادرمانگری و گشتالت درمانگری بر نشانگان وسواسی مؤثر است.

### مواد و روش‌ها

طرح تحقیق: این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه‌تجربی و از نوع کاربردی است که در آن از دو گروه آزمایشی (معنادرمانگری و گشتالت درمانگری) و یک گروه کنترل با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری استفاده گردید. متغیر مستقل در این پژوهش روش‌های معنادرمانگری و گشتالت درمانگری و متغیر وابسته نشانگان وسواسی بود. جامعه، روش نمونه‌گیری و تعداد نمونه: جامعه تحقیق شامل کلیه دانشجویان مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه کردستان بود. از این جامعه ۹۰ دانشجوی به شیوه تصادفی که برای حل مشکلات انتخاب همسر مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. با استفاده از پرسشنامه وسواس فکری - ملی مادزلی و مصاحبه تشخیصی تکمیلی بر مبنای DSM IV-TR، میزان وسواسی آزمودنی‌ها تعیین شدند و به تصادف در سه گروه ۳۰ نفری (گروه گشتالت درمانگری، معنادرمانگری و گواه) قرار گرفتند. دو روش درمانگری بر آزمودنی‌ها اجرا داده شدند و سپس با استفاده از پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه ۴۴ ماده‌ای، آزمودنی‌ها، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اندازه‌گیری شدند، هم‌چنین پرسشنامه افسردگی بک



به منظور حذف آزمودنی‌های دارای افسردگی در مرحله پیش‌آزمون توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید. شایان ذکر است، متخصصان آماری برای طرح‌های تجربی حجم نمونه ۱۵ تا ۲۰ نفر را پیشنهاد داده و آن را کافی می‌دانند، هرچند محققان ۳۰ نفر را انتخاب نمودند و کفایت حجم نمونه، به انجام تحلیل آماری بعد از اجراء مداخله موکل شد. بدین صورت که پس از انجام تحلیل مقدماتی شاخص توان آماری بررسی شد که در این پژوهش توان آماری برابر با ۱ است، یعنی امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است، بدین ترتیب به حجم نمونه گرفته شده اکتفا شد. میانگین سنی گروه‌های نمونه ۲۴/۴۶ و انحراف معیار آن ۵/۴۷ بود. ۷۴ درصد زن و ۲۶ درصد مرد بودند.

**شیوه مداخله:** شیوه مداخله به این صورت بود که دانشجویان گروه اول با روش گشتالت درمانگری به صورت گروهی و براساس مدل پرز (۴۶) مورد درمان قرار گرفتند. فرایند درمان شامل، برقراری رابطه، دادن آگاهی، کسب تجربه در جلسه درمان، تقویت خود مسئولیتی، تقویت خود نظم جویی و ایجاد کلیت در شخصیت فرد و سواسی و دادن تکلیف بود. این شیوه درمانگری در ۱۲ جلسه یک ساعتی، هفته‌ای یک بار ارائه شد. دانشجویان گروه دوم با روش معنادرمانگری به صورت گروهی بر اساس مدل فرانکل (۳) مورد درمان قرار گرفتند. فرایند درمان شامل، قبول مسئولیت، تحقق خود، امید به زندگی، ایجاد معنا در زندگی، ایمان و معنویت درمانگری و قصد متضاد و دادن تکلیف بود. این شیوه درمانگری در ۱۲ جلسه یک ساعتی، هفته‌ای یک بار ارائه شد. بعد از ۴ ماه اثر درمانگری‌ها پیگیری شد. گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکردند و بعد از ۵ ماه به آنها گفته شد هم آموزش و هم کتابی در زمینه انتخاب مناسب و بدون تردید داده خواهد شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه باورهای و سواسی نسخه ۴۴ ماده‌ای و مصاحبه تشخیصی بالینی، در سه مرحله قبل، بعد و پیگیری به دست آمدند. هم‌چنین پرسشنامه افسردگی بک (۴۷) به منظور حذف آزمودنی‌های دارای افسردگی در مرحله پیش‌آزمون توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید.

ابزار: ابزارهای پژوهش شامل دو ابزار به شرح ذیل است:

۱- پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه ۴۴ ماده‌ای<sup>۱</sup>: پرسشنامه باورهای وسواسی نسخه ۴۴ ماده‌ای (OBQ-44) توسط گروه او سی سی دلبیو جی (۴۸) برای سنجش باورهای وسواسی طراحی شده است. OBQ-44 دارای ۴۴ ماده است و هر ماده روی یک مقیاس ۱ تا ۷ نمره گذاری می‌شود و OBQ-44 سه عاملی است که شامل ۱- مسئولیت و برآورد خطر، ۲- کمال گرایی و قطعیت و ۳- اهمیت و کنترل افکار می‌باشد. سی سی دلبیو جی (۴۸) همسانی درونی OBQ-44 را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ تا ۰/۹۳ گزارش کرد. در بررسی شاخصهای روایی و پایایی این ابزار توسط مهربانی زاده، داودی، شکرکن و نجاریان (۴۹)، در ایران روایی محتوایی مطلوب را گزارش کردند و پایایی آن را ۰/۹۲ گزارش کردند. در این پژوهش پایایی پرسشنامه بر روی نمونه اولیه ۴۰ نفری از دانشجویان به روش آلفای کرونباخ بررسی شد و میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ و برای خرده‌مقیاس‌های ۱- مسئولیت و برآورد خطر، ۲- کمال گرایی و قطعیت و ۳- اهمیت و کنترل افکار به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۳ بدست آمد.

۲- آزمون افسردگی بک<sup>۲</sup>: در این پژوهش جهت ارزیابی شدت افسردگی از آزمون افسردگی بک، فرم ۲۱ سؤالی استفاده شد. این آزمون دارای چهار نمره برش است. نمره کمتر از ۱۰ در این آزمون نشانه فقدان یا کمترین میزان افسردگی است. از ۱۰ تا ۱۸ نشان‌دهنده افسردگی خفیف تا متوسط است. از ۱۹ تا ۲۹ حاکی از افسردگی متوسط تا شدید است و از ۳۰ تا ۶۳ نشانه افسردگی شدید است. هر پرسش دارای چهار گزینه است و از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. در این پژوهش مراجعانی که نمره آنها ۲۲ محاسبه شده بود، حذف شدند، زیرا در درمان وسواسی- جبری وجود افسردگی شدید مانع درمان مناسب و درمان افسردگی مقدم بر درمان وسواس است. شایان ذکر است که متخصصانی مثل مکملی، مولوی و عابدی (۵۰) نیز در تحقیق خود از نمره برش ۲۲ را برای حذف افراد افسرده جهت درمان وسواسی ملاک قرار

1. Obsessive Belief Questionnaire – 44

2. Beck Depression Inventory (BDI)

داده‌اند. پایایی این آزمون بار روش بازآزمایی توسط بک و راش (۵۱) ۹۰٪ گزارش شده است. پایایی این پرسشنامه در ایران به صورت ضریب آلفا ۰/۹۱، به شیوه دونیمه کردن ۰/۸۹ و با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ گزارش شده است (۵۰).

شایان ذکر است به منظور تشخیص اختلال وسواسی-جبری و رد احتمال ابتلا به اختلال‌های شخصیت از مصاحبه بالینی بر اساس DSM-IV-TR استفاده شد و تشخیص‌گذاری توسط روانشناس بالینی انجام شد.

جهت رعایت اخلاق پژوهش، به مراجعان گفته شد که هویت آنها در مورد پرسشنامه محرمانه تلقی می‌شود و آنها از طریق پست الکترونیکی یا آدرس پستی می‌توانند از نتایج آزمون مطلع شوند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (مثل میانگین، انحراف معیار و نمودارها) و از روش‌های آمار استنباطی از قبیل تحلیل کواریانس برای بررسی میزان تأثیر پیش‌آزمون و روش درمانی استفاده شد، و برای انجام تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS16 استفاده شد.

### نتایج

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌های سه گروه را در خرده‌مقیاس‌های وسواسی

گروه‌ها	خرده‌مقیاس‌های وسواس	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنترل	مسئولیت و برآورد خطر	۶۸/۵۴	۲۳/۹۸	۶۶/۳۱	۲۴/۶۵	۷۰/۰۹	۲۷/۱۵
	کمال‌گرایی و قطعیت	۶۳/۹۱	۲۲/۷۸	۶۵/۴۳	۳۵/۲۱	۶۸/۴۳	۳۸/۲۴
	اهمیت و کنترل افکار	۶۵/۲۱	۱۹/۱۸	۶۷/۹۱	۳۴/۵۶	۶۹/۰۷	۳۱/۴۶
	کل پرسشنامه	۱۹۷/۶۶	۲۵/۳۶	۱۹۹/۶۵	۲۶/۹۱	۲۰۷/۵۹	۲۹/۳۲

۲۹/۲۳	۳۲/۹۸	۲۳/۷۲	۳۴/۱۱	۲۷/۶۵	۶۶/۶۵	مسئولیت و برآورد خطر	معنادرمانگری
۳۳/۰۶	۳۵/۳۴	۲۷/۳۵	۳۳/۵۶	۲۵/۹۳	۶۴/۱۱	کمال گرایی و قطعیت	
۳۶/۱۱	۳۲/۲۴	۳۱/۲۴	۳۰/۲۱	۲۶/۳۴	۶۹/۷۸	اهمیت و کنترل افکار	
۲۴/۲۴	۱۰۰/۵۶	۲۸/۳۱	۹۷/۸۸	۲۸/۴۷	۲۰۰/۵۴	کل پرسشنامه	
۲۸/۷۶	۳۳/۶۵	۲۳/۹۶	۳۵/۴۷	۲۸/۳۴	۶۷/۲۱	مسئولیت و برآورد خطر	گشتالت درمانگری
۲۷/۳۹	۳۸/۲۷	۲۱/۴۶	۳۶/۶۱	۱۴/۳۵	۶۷/۵۴	کمال گرایی و قطعیت	
۳۴/۳۲	۳۷/۷۸	۲۸/۴۶	۳۴/۳۲	۲۴/۲۳	۷۱/۸۴	اهمیت و کنترل افکار	
۲۸/۴۴	۱۰۹/۷	۲۶/۸۷	۱۰۶/۴	۲۳/۶۷	۲۰۶/۵۹	کل پرسشنامه	

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌های سه گروه را در خرده‌مقیاس‌های وسواسی مسئولیت و برآورد خطر، کمال گرایی و قطعیت، اهمیت و کنترل افکار در مراحل پیش، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

محقق آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های نمرات متغیرهای تحقیق گروه‌ها و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه را بررسی نمود، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در متغیرهای تحقیق تأیید گردید. به عبارت دیگر پیش فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است، هم‌چنین پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پس‌آزمون برای متغیرهای تحقیق در سطح ۵ درصد تأیید گردد.

برای اطمینان از برابری میانگین‌های سه گروه در مرحله پیش‌آزمون از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد.

تأثیر گشتالات درمانگری و معنادرمانگری بر کاهش ... □□□□ □□ ۱۳

جدول ۲- خلاصه تحلیل واریانس برای مقایسه مسئولیت و برآورد خطر، کمال گرایی و قطعیت و اهمیت و کنترل افکار در سه گروه پیش آزمون

متغیرها	SS	MS	F	P	n <sup>۱۳</sup> مجذور اتا
مسئولیت و برآورد خطر	۴۱۵۶/۴۲	۵۳۲۱/۳۲	۳۵۴/۱۶	۰/۵۶	۰/۱۴
کمال گرایی و قطعیت	۳۹۱۳/۷۴	۶۳۲۴/۶۱	۴۳۲/۲۱	۰/۷۲	۰/۱۲
اهمیت و کنترل افکار	۴۲۳۵/۳۲	۴۲۹۶/۳۵	۳۱۲/۳۶	۰/۴۹	۰/۱۳
کل پرسشنامه	۴۳۴۵/۳۲	۵۳۴۳/۴۳	۵۴۳۲/۲۱	۰/۶۲	۰/۱۰۰

توجه:  $df=3$

تحلیل واریانس یافته‌ها نشان داد (۲) که بین سه گروه در متغیرهای مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود ندارد میزان تأثیر یا مجذور اتا (n<sup>۱۳</sup>) در اثر پیش آزمون در حداکثر آن برابر با ۰/۱۴ می‌باشد که بسیار ناچیز است و آن به این معناست که میانگین‌های سه گروه در مرحله پیش آزمون برابر هستند.

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین پس آزمون نمرات مؤلفه‌های مسئولیت و برآورد خطر، کمال گرایی و قطعیت و اهمیت و کنترل افکار گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

متغیرها (در پیش آزمون)	نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری (p)	n <sup>۱۳</sup> مجذور اتا	توان آماری
مسئولیت و برآورد خطر	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۸۵۷	۴	۵۲	۴۳۵/۲۷	۰/۶۴۳	۰/۲۴	۰/۲۱۶
کمال گرایی و قطعیت	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۷۵۴	۴	۵۲	۳۴۱/۳۲	۰/۲۵۷	۰/۱۵	۰/۴۳۹
اهمیت و کنترل افکار	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۷۴۳	۴	۵۲	۲۳۲/۴۷	۰/۲۳۱	۰/۱۸	۰/۶۷۲
کل پرسشنامه	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۷۱۴	۴	۵۲	۴۵۲۳/۱۲	۰/۱۴۵	۰/۲۸	۰/۸۶۵
گروه‌ها	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۵۶	۹	۹۸	۴۳۱/۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می‌شود با کنترل پیش‌آزمون سطوح معنی‌داری همه آزمونها در متغیر گروه، بیانگر آن هستند که بین افراد وسواسی گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (مؤلفه وسواسی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F= 431/47$  و  $p < 0/0001$ ). بنابراین فرضیه مبنی بر معنادرمانگری و گشتالت درمانگری بر نشانگان وسواسی در افراد در آستانه ازدواج مؤثر است، تأیید می‌شود. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۸۹ می‌باشد و توان آماری برابر با ۱ است، یعنی امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است و دلالت بر کفایت حجم نمونه دارد. برای پی بردن به تفاوت‌ها، نتایج حاصل از تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا، در جداول بعدی ارائه می‌شود.

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی پس‌آزمون میانگین نمرات مقیاس‌های وسواس (مسئولیت و برآورد خطر، کمال‌گرایی و قطعیت و اهمیت و کنترل افکار) گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	مجذورات اتا	توان آماری
مسئولیت و برآورد خطر	پیش‌آزمون	۳۲۱۴/۳۴	۱	۳۲۸۶/۲۷	۰/۲۹۴	۰/۹۳۱	۰/۰۰۱	۰/۰۶۷
	گروه	۵۶۷۸۳/۵۷	۲	۵۲۱۳/۵۱	۶۳۷/۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹	۱/۰۰
	خطا	۵۶۳۴/۸۴	۸۸	۴۳۹۷/۴۶				
کمال‌گرایی و قطعیت	پیش‌آزمون	۳۳۲۴/۸۵	۱	۳۷۹۲/۳۶	۴/۶۳	۰/۰۰۶۴	۰/۰۸	۰/۵۴۳
	گروه	۳۱۳۲۳/۱۶	۲	۳۴۵۳۵/۶۴	۴۶۷/۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲	۱/۰۰
	خطا	۲۷۴۶/۴۶	۸۸	۵۶۷۳/۴۵				
اهمیت و کنترل افکار	پیش‌آزمون	۳۱۴۵/۳۲	۱	۴۶۷۱/۴۹	۳/۲۴	۰/۵۴۶	۰/۰۱	۰/۲۷۶
	گروه	۵۸۴۲/۳۶	۲	۳۷۴۷۲/۳۶	۵۲۶/۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۴	۱/۰۰

				۴۵۶۱/۷۴	۸۸	۲۷۳۴/۴۸	خطا	کنترل افکار
۰/۰۹۳	۰/۱۱۸	۰/۷۷۸	۰/۴۳۶	۶۷۳۴/۳۴	۱	۳۴۲۵/۲۶	پیش‌آزمون	کل
۱/۰۰	۰/۸۹	۰/۰۰۰	۸۳۵/۱۸	۷۹۶۸۶/۳۸	۲	۱۱۴۶۷/۴۱	گروه	
				۴۵۶۲/۷۶	۸۸	۲۳۴۶/۶۲	خطا	پرسشنامه

همان طوری که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود با کنترل پیش‌آزمون بین مراجعان و سواسی گروه‌های آزمایش و گروه گواه از لحاظ مسئولیت و برآورد خطر، کمال‌گرایی و قطعیت و اهمیت و کنترل افکار و کل پرسشنامه تفاوت معنی‌داری وجود دارد و مقدار  $F$ ها همگی در سطح  $p < ۰/۰۰۰۱$  معنادار هستند. بنابراین، فرضیه مبنی بر معنادرمانگری و گشتالت درمانگری بر مؤلفه‌های نشانگان و سواسی در افراد در آستانه ازدواج مؤثر است، تأیید می‌شود. میزان تأثیر یا تفاوت در مؤلفه‌های نشانگان و سواسی برابر مقدار مجذور اتا می‌باشند، توان آماری برای کلیه مؤلفه‌های نشانگان و سواسی برابر با ۱ است، یعنی امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است و دلالت بر کفایت حجم نمونه دارد.

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات مؤلفه‌های نشانگان و سواسی مسئولیت و برآورد خطر، کمال‌گرایی و قطعیت و اهمیت و کنترل افکار مراجعان و سواسی گروه‌های سه‌گانه

مؤلفه‌های نشانگان و سواسی	گروهها	میانگین	۱	۲	۳
مسئولیت و برآورد خطر	۱- معنادرمانگری	۳۱/۲۳	—	—	( $p < ۰/۰۰۰۱$ )
	۲- گشتالت‌درمانی	۳۳/۱۴	—	—	( $p < ۰/۰۰۰۱$ )
	۳- کنترل	۶۳/۲۵	( $p < ۰/۰۰۰۱$ )	( $p < ۰/۰۰۰۱$ )	—

(p < ۰/۰۰۰۱)	—	—	۳۲/۱۳	۱- معنادرمانگری	کمال گرایی و قطعیت
(p < ۰/۰۰۰۱)	—	—	۳۴/۵۸	۲- گشتالت‌درمانی	
—	(p < ۰/۰۰۰۱)	(p < ۰/۰۰۰۱)	۶۲/۱۲	۳- کنترل	
(p < ۰/۰۰۰۱)	—	—	۲۹/۶۷	۱- معنادرمانگری	اهمیت و کنترل افکار
—	(p < ۰/۰۰۰۱)	(p < ۰/۰۰۰۱)	۳۱/۲۴	۲- گشتالت‌درمانی	
(p < ۰/۰۰۰۱)	—	—	۶۶/۵۳	۳- کنترل	
(p < ۰/۰۰۰۱)	—	—	۹۵/۳۲	۱- معنادرمانگری	کل پرسشنامه
—	(p < ۰/۰۰۰۱)	(p < ۰/۰۰۰۱)	۱۰۱/۶۸	۲- گشتالت‌درمانی	
(p < ۰/۰۰۰۱)	—	—	۱۸۹/۸۷	۳- کنترل	

همان طوری که در جدول ۵ نشان داده شده است، بین مراجعان و سواسی گروه کنترل و مراجعان و سواسی گروه‌های درمانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این امر بیانگر آن است که معنادرمانگری و گشتالت‌درمانگری تأثیر تقریباً یکسانی بر کاهش مؤلفه‌های و سواسی گروه‌های یاد شده داشته‌اند.

برای بررسی تداوم تأثیر روش‌های درمانگری بر روی مؤلفه‌های و سواسی مسئولیت و برآورد خطر، کمال گرایی و قطعیت و اهمیت و کنترل افکار در مرحله پیگیری از آزمون t زوجی استفاده شد و نمره‌های مرحله پیگیری سه گروه با نمره‌های مرحله پس‌آزمون مقایسه شدند.

جدول ۶- نتایج آزمون t برای مقایسه‌های زوجی بین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری در ۳ گروه

مؤلفه‌های نشانگان و سواسی	گروه‌ها	تفاضل میانگین‌های مرحله پیگیری (j) از مرحله پس‌آزمون (i)، (i-j)	مقدار t	درجه آزادی df	سطح معناداری p
------------------------------	---------	--	------------	------------------	-------------------



تأثیر گشتالت درمانگری و معنادرمانگری بر کاهش ... □□□□ □ ۱۷

۰/۰۷	۵۹	۳/۱۵	۱/۰۳	۱- معنادرمانگری	مسئولیت و برآورد خطر
۰/۱۸	۵۹	۲/۴۶	۲/۳۶	۲- گشتالت درمانی	
۰/۷۶	۵۹	۲/۱۷	۴/۳۲	۳- کنترل	
۰/۴۷	۵۹	۱/۳۵	۳/۲۴	۱- معنادرمانگری	کمال گرایی و قطعیت
۰/۷۶	۵۹	۲/۴۱	۱/۰۷	۲- گشتالت درمانی	
۰/۶۳	۵۹	۱/۴۶	۲/۱۳	۳- کنترل	
۰/۵۳	۵۹	۰/۴۴	۲/۰۶	۱- معنادرمانگری	اهمیت و کنترل افکار
۰/۹۱	۵۹	۱/۵۱	۱/۱۲	۲- گشتالت درمانی	
۰/۳۴	۵۹	۳/۱۶	۳/۰۳	۳- کنترل	
۰/۲۷	۵۹	۳/۳۸	۲/۴۶	۱- معنادرمانگری	کل پرسشنامه
۰/۷۲	۵۹	۲/۶۴	۲/۴۳	۲- گشتالت درمانی	
۰/۵۲	۵۹	۳/۵۸	۳/۰۶	۳- کنترل	

بررسی نتایج آزمون t نیز مبین عدم وجود تفاوت معنادار بین نمره‌های مسئولیت و برآورد خطر، کمال گرایی و قطعیت و اهمیت و کنترل افکار و کل نمره وسواس سه گروه در مرحله پس آزمون و پیگیری بود ( $p > 0/05$ ). این تدام روش‌های درمانگری بر کاهش مؤلفه‌های وسواس و وسواس به طور کلی نشان می‌دهد.

### بحث

یافته‌های پژوهش نشان دادند که روی آورد گشتالت درمانگری پرز (۴۶) در کاهش نشانگان وسواسی و مؤلفه‌های آن (مسئولیت و برآورد خطر، کمال گرایی و قطعیت و اهمیت و کنترل افکار) مراجعان در آستانه ازدواج مؤثر بوده است (جدول ۳). یافته‌های به دست آمده با برخی از پژوهش‌ها قبلی مانند آیسنگک، ۱۹۷۹؛ به نقل از دادستان (۱۸)؛ سلاگرت،

جونجسما، (۱۹)؛ ساندرز (۲۰)؛ ترنر و بیدل (۲۱)؛ منزیس و دسیلوا (۲۲)؛ سجادیان (۲۳) همسوست. همخوانی این پژوهش با پژوهش‌های انجام شده نیز قابل تبیین است. بر مبنای نظریه پرز و سواس اساس عدم مسئولیت‌پذیری و یکپارچه سازی است، و سواس ترس از دست دادن کنترل از دیگر ویژگی‌های مبتلایان به این اختلال است. این افراد بیش از سایر مردم نیاز به نظم، سازمان‌یافتگی امور و یکنواختی را احساس می‌کنند. این بیماران اغلب انعطاف‌ناپذیر بوده و از عمل خودجوشی که تسلطی بر آن ندارند، لذت نمی‌برند، طبیعی است که این کنترل به محیط نزدیک، نیز بسط می‌یابد و غالباً خانواده و دوستان نزدیک نیز به الگوهای رفتار تشریفاتی و ادا می‌شوند که در روش گشتالت‌درمانی سعی بر آن است که سدهای آگاهی برداشته شود و پیوستار آگاهی افزایش یابد. درمانگران پیرو این مکتب سعی می‌کنند، توانایی فرد و سواس را برای خود نظم جویی افزایش دهند (۱۷). در این روی آورد، از روش‌های خاص گشتالت درمانگری مانند تکمیل کارهای ناتمام، تمرین زبانی، آگاهی جسمانی و گسترش آگاهی در جریان درمانگری استفاده می‌شود که می‌تواند مشکلات افراد و سواسی را با روش مدون درمان کند.

سالکو و سکیس و همکاران (۲۴) رابطه بین ساختارهای مرتبط با مسئولیت و نشانه‌های و سواسی را بررسی کردند، این تحقیق نشان داد که باورهای مرتبط با مسئولیت در تجربه‌های و سواسی مؤثر است و ایجاد مسئولیت‌پذیری با هر شیوه درمانی موجب کاهش و سواس می‌شود و از آنجا که یکی از فنون گشتالت‌درمانی خود مسئولیتی است، در کاهش رفتار و سواسی مؤثر است.

بنابراین، باید با افزایش آگاهی فرد، پذیرش منطقی فرد از رفتار و افکار و سواس را افزایش دهیم. مراجعان در جلسه‌های درمانگری باید به این بینش دست یابند که و سواسی (در حد شک کردن) برای رشد لازم و ضروری است ولی در حد معقول و طبیعی. مراجعان در جریان درمانگری درمی‌یابند که در طول زندگی نمی‌توان از تجربه تردید و دودلی رها شد اما

باید مقدار آن را در حد طبیعی نگه داشت. بنابراین، می‌توان پذیرش فرد را از این افکار افزایش داد و از طرف دیگر با پذیرش این افکار در فرد، مقدار وسواس را در فرد کاهش داد.

روی آورد گشتالت درمانگری بر برون فکنی، خود نظم جویی، وحدت کلی و انجام کارهای ناتمام تأکید دارد. افراد وسواس اغلب قادر به تخلیه هیجانی مناسب نیستند و احساسهای خود را سرکوب می‌کنند. از طریق گشتالت درمانگری می‌توان برون فکنی را تسهیل کرد و خود تحریمی را در افراد کاهش داد. افراد افسرده اغلب از توانایی خود نظم جویی نیز برخوردار نیستند، از طریق گشتالت درمانگری می‌توان توانایی خودگردانی را در افراد وسواس افزایش داد. فردی که بتواند به زندگی خود نظم دهد، کمتر دچار مشکل وسواسی می‌شود. عدم تکمیل کارهای ناتمام که یکی دیگر از مشکلات ناشی از توانایی پایین افراد وسواسی در خود نظم جویی است، با روش گشتالت درمانگری برطرف می‌شود. در پژوهش حاضر نیز با آموزش تکمیل کارهای ناتمام، وسواسی افراد کاهش یافت.

از سوی دیگر گشتالت درمانگری (۱۴) اضطراب را ناشی از شکاف بین زمان حال و آینده می‌داند. افراد وسواسی اغلب از آینده‌ای تاریک و مبهم نگرانند و تردید دارند و به وضع حال کمتر توجه می‌کنند، در روی آورد گشتالت درمانگری با افزایش پیوستار آگاهی، برداشتن سدها در برابر آگاهی، کشاندن فرد به زمان حال، می‌توان اضطراب را کاهش داد و چون افراد وسواسی اغلب از اضطراب رنج می‌برند با افزایش آگاهی می‌توان و با شیوه‌های گشتالت‌درمانی می‌توان اضطراب را کاهش داد و به تبع آن میزان وسواسی را کاهش داد که نتایج پژوهش‌ها و مبانی نظریه‌های منزیس و دسیلوا (۲۲)، ویلسون و چمبلس (۲۵)، قاسم زاده، بواله‌ری، بیرشک و صلواتی (۲۶)، راکمن (۲۷)، بوشار، ری یوم و لادوسور (۲۸)، فریستون و همکاران (۲۹)؛ رکتور (۳۰)؛ مک لین و همکاران (۳۱)؛ ووگل، استایلز و گوتسم (۳۲)؛ کلارک (۳۳) مؤید این تبیین هستند.

از سوی دیگر نتایج پژوهش نشان دادند که معنادرمانگری هم در کاهش وسواس و مؤلفه‌های آن (مسئولیت و برآورد خطر، کمال‌گرایی و قطعیت و اهمیت و کنترل افکار) مانند

گشتالت درمانگری اثر داشته است (جدول ۳). فردی که دارای هدف و معنای در زندگی ندارد، عشق به زندگی ندارد و رفتارهای تردید آمیز و بدبینی بیشتری از خود نشان می‌دهد. یکی از مفاهیم معنادرمانگری، معنای رنج است. هنگامی که مراجع با سرنوشت یا وضع غیرقابل اجتناب و غیرقابل تغییری مواجه می‌شود، می‌تواند معنای رنج را دریافت کند و آن را بپذیرد. اکثر مراجعان در آستانه ازدواج، وضع موجود را (سختی دوران تحصیل، هزینه بالا، دوری از خانواده، نگرانی در مورد شغل آینده) رنج‌آور می‌دانند، این وضعیت رنج‌آور تأثیر زیادی در بروز افکار مردد و ایجاد وسواسی دارد. بنابراین، با پذیرش رنج (مثل وسواسی) و یافتن معنایی در آن، وسواسی افراد به میزان چشمگیری کاهش می‌یابد. زیرا اساس معنا درمانگری این نیست که فرد را از رنجی مثل وسواس نجات دهد و به لذت برساند، بلکه هدف معنادرمانگری این است مراجع بتواند معنای رنج (وسواسی) را دریافت کند و آن را بپذیرد و بداند در انجام این رفتار وسواسی چه معنایی برای خود دارد.

یکی از مفاهیم اساسی مشاوره معنادرمانگری، معناجویی در زندگی، ناکامی فرد، روان آزرده‌گی اندیشه زاد، تکاپوی اندیشه‌ای، زندگی تهی (زندگی بی‌هدف)، معنای عشق و معنای رنج در جریان درمانگری است. افراد وسواس، مردد، غمگین و بی‌هدف‌اند. بنابراین، با روش معنادرمانگری می‌توان به زندگی آنها معنا داد. دانشجویان در آستانه ازدواج نیز به دلیل شرایط محیطی و گاه دوری از خانواده و محیط واقعی زندگی، نگران و مردداند به همین دلیل با معنادرمانگری می‌توان هیجان، تکاپوی اندیشه و فعالیت را که از لوازم بقای زندگی و کاهش وسواس و انتخاب با معناست، در آنان زنده کرد. در این پژوهش نیز معنادرمانگری تأثیر چشمگیری در کاهش وسواسی دانشجویان در آستانه ازدواج داشته است که با مفاهیم بنیادی این نظریه یعنی بررسی‌های و نظریه‌های فرانکل (۳)، پاول و سومو (۱۲)، شولنبرگ (۱۳)، شولنبرگ (۳۵) و اسنل (۳۶) همخوانی دارد.

یکی دیگر از دلایل تردید و وسواسی این افراد، چنین است که سرنوشت خود و رفتار وسواسی را محصول عوامل غیرارادی یعنی جبرگرایی و محیط تصور می‌کنند. در حالی که

معنادرمانگری انسان را صاحب عقل و اختیار می‌داند و زندگی را بر پایه آزادی و اختیار تبیین می‌کند. بنابراین، بر مبنای اختیار، دانشجویان این نوع رفتار و سواس گونه را انتخاب کرده‌اند. به همین دلیل با به کارگیری معنادرمانگری و تأکید بر قدرت انتخاب، تردید و سواس دانشجویان کاهش یافته است.

روی آورد معنادرمانگری و سواس را ناشی از قصد قوی یا قصد وافر می‌داند، بنابراین، در خلال درمانگری مراجعان درمی‌یابند که بر رهایی از مشکل تأکید نکنند، بلکه با پذیرش آن، با مشکل خود زندگی کنند. در این پژوهش نیز مراجعان در آستانه ازدواج به دلیل نارضایتی از وضع موجود مانند - سختی دوران تحصیل، هزینه تحصیل، دوری از خانواده، نگرانی در مورد انتخاب و شغل آینده - به شدت مایل بودند تا هر چه زودتر این شرایط تغییر کند. به همین دلیل معنادرمانگری با ارائه قصد متضاد، وسواسی و تردید مراجعان را کاهش داد. بیمار افکار وسواسی و عمل ممنوع را از نظر اخلاقی معادل هم می‌بیند یا می‌پندارد که رفتار وسواسی را عمل غیر اخلاقی می‌داند که معنا درمانی که بر ایمان فردی تأکید دارد، موجب کاهش تعارض اخلاقی در فرد وسواسی می‌شود.

این یافته تحقیق حاضر با پژوهش‌های آلفرد، بریت و سیک (۳۷)، تحقیقات کلارک (۳۳)، رکتور (۳۰) و پاین، مک کلور (۳۸)، راکمن (۲۷)، کلارک و پوردون (۳۹)، راکمن و شفران (۴۰) و راستین و کاستر (۴۱)، رووا، پوردون، سامرد فلد و آنتونی (۴۲)، بیان زاده (۴۳)، موسوی، شیخ سجادیه، رحیمی و همکاران (۴۴) و عطاری، یوسفی و بشلیده (۳۴) در مورد کاهش وسواس بر اساس روان درمانگری معنایی همخوانی دارد.

به طور کلی نتایج پژوهش نشان دادند که دو رویکرد مشاوره و روان درمانگری (گشتالت درمانگری و معنادرمانگری) نشانگان وسواسی و مؤلفه‌های آن (مسئولیت و برآورد خطر، کمال گرایی و قطعیت و اهمیت و کنترل افکار) را در مراجعان در آستانه ازدواج کاهش می‌دهد و اثر این دو روش در مرحله پیگیری از پایایی مناسبی نیز برخوردار است (جدول ۶).

محدودیت این پژوهش این است که در پژوهش حاضر زنان ۷۴ درصد کل نمونه را تشکیل می‌دادند که در تعمیم نتایج به کل جامعه باید جنسیت را لحاظ کرد، هم‌چنین به دلیل اینکه جامعه آماری این پژوهش افراد متقاضی طلاق بودند، در تعمیم یافته‌ها به سایر افراد جامعه باید به خاص بودن نمونه توجه شود.

یکی دیگر از محدودیت‌ها، اجرای پیش‌آزمون‌ها در میان آزمودنی‌های وسواسی بود که به دلیل تحت وسواسی بودن آنها و تنش‌هایی که با آنها مواجه بودند، جلب رضایت و تمرکز برخی از آنها برای تکمیل پرسشنامه‌ها گاهی مواقع دشوار بود و با مشکلاتی همراه بود.

پیشنهاد می‌شود، برای نمونه‌هایی با حجم بیشتر و نمونه‌ها در اقشار مختلف و در جوامع مختلف با فرهنگ‌های متفاوت‌تر این پژوهش توسط پژوهشگران دیگر تکرار شود تا قابلیت تعمیم نتایج بیشتر شود. با توجه به اینکه این پژوهش در شهرستان سنندج واقع در استان کردستان انجام گرفت و با توجه به اینکه مسائل فرهنگی در انتخاب افراد تاثیر دارد، پیشنهاد می‌شود، این پژوهش در شهرها، قومیت‌ها و فرهنگ‌های متفاوت تکرار شود.

### نتیجه‌گیری کلی

خلاصه کاربرد این پژوهش این است که با داشتن مدلی کارآمد می‌توان بر اساس روش‌های درمانی گشتالتی و معنادرمانی میزان وسواس، شک و دودلی را در افراد در آستانه ازدواج را کاهش داد و آن را در سطح منطقی نگه داشت، اثربخشی درمان و مداخله را در مرحله پیش از ازدواج افزایش داد و خطر وقوع افزایش سن ازدواج که متأسفانه امروز رو به تزاید است، کاهش داد، زیرا وقتی که جوانان از غیر منطقی بودن تردید و وسواس‌هایشان اطلاع یابند، هم‌بینش آنها بالا می‌رود و هم‌انتخاب برای آنها بیشتر قابل پیش‌بینی‌تر می‌شوند و هم‌چنین ممکن است برداشت متفاوت، تعارض و در نهایت عدم انتخاب که گاهی منجر به از دست دادن فرد مناسب در فرد می‌شود را به حداقل برساند زیرا ممکن است که چنین شانس‌ی هرگز به دنبال فرد نیاید. البته این به آن معنا نیست که ما در این روش‌های درمانی به آزمودنی‌ها

آموزش دهیم که به اصطلاح چشم بسته ازدواج کنند، بلکه هدف این است که از وسواس بودن که مانع رشد و رسیدن به هدف مطلوب در جوانان می‌شود، جلوگیری شود. نتایج پژوهش حاضر علاوه بر کاربردی بودن برای افراد در آستانه ازدواج (قبل از ازدواج)، فایده بسیاری، برای مشاوران خانواده، درمانگران، روانپزشکان در مرحله قبل از ازدواج دارد که درمانگران خانواده نباید اهمیت توجه به مسئله وسواسی را در مشاوره قبل از ازدواج نباید از نظر دور بدارند، و از این مدل برای کمک به افراد در آستانه ازدواج مشکل دار بهره گیرند و از این طریق اثربخشی درمان و بهره‌وری کار خود را افزایش دهند.

### Reference

- 1-Kottlet, J. A. Counseling skills for Teachers. SAGE Publications, Ltd, London, press, 2003, 76-96.
- 2-Palmer, S. Theory of counseling and psychotherapy, SAGE Publications, Ltd, London, press, 2001, 201-285.
- 3- Frankl, V. E. Man's search for meaning. paris, press, 1967, 2-87.
- 4- Ivey, A. E. Counseling, time to take charge, counseling and psychotherapist, Pastoral Psychology, 2000, 23, 12- 21.
- 5- Clark, D. A. ; Divid, F, & Frebron, K.(2004). The knowledge and Method for Cognitive-behavioral therapy. New York: The Gilford Press, 2003, 78-95.
- 6-Maj, M; Sartorius, N; Okasha, A. & Zohar, J. Obsessive compulsive disorder. Germany Weinhein: Johnwiley. 2000.
- 7-Kaplan H, Sadock B. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 1, 8th ed Williams and Wilkins, Baltimore, Maryland. 2003, 609-617.
- 8-Sadock B, Sadock V. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, volume one, 7 th ed. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia. 2000, 1441-1503.
- 9-Mark, I. Behavior therapy for Obsessive compulsive disorder: A decad of progress. Canadian Journal of psychiatry, 1997, 42, 1021-1027.
- Torznde jani, H. The category of international mental disorder, Mashhad: Marendiz press, 1996, 46-89(Persian).
- 11-Yontef, G., & Jacobs, L. Gestalt therapy. In R. Corsini & D. Wedding (Eds.), Current psychotherapies, Belmont, CA: Brooks/Cole Thompson Learning, 2005.

- 12-Pavel, G., & Somov. R. Meaning of Life Group: Group Application of Logo therapy for Substance Use Treatment. [Journal for Specialists in Group Work](#), 2007 32, 316- 331.
- 13- Negel, T. search for meaning, New York: The Gilford Press, 1987, 36-104.
- 14-Perls, F., Hefferline, R.F., & Goodman, P. Gestalt Therapy. New York: Julian Press, 1951.
- 15- Glen, M. Mind, body, emotions and spirit: reaching to the ancestors for healing. [Counseling Psychology Quarterly](#), 2008, 21, 143 – 152.
- 16-Yih, J., & Shen, V. (2007). Developmental model using Gestalt-Play versus cognitive-verbal group with Chinese adolescents: Effects on Strengths and Adjustment Enhancement, [Journal for Specialists in Group Work](#), 2007, 32, 285- 296.
- 17-Voigt, M. A., & Diac. M. (2007). A Gestalt therapeutic programme to enhance the well-being of the diabetic child. Doctoral thesis, University of South Africa, 2007.
- 18- Eysenk, H, J. Hand book of abnormal psychology, (2<sup>nd</sup> Ed), Pitman medical, Northem Ircand, 1979, 124-167.
- 19-Slaggert, K. H., & Jongsma, A. E. The mental retardation and developmental disability treatment planner. NewYork: John Wiley & Sons, 2000.
- 20-Saunders, T. (). The effect of stress inoculation training on anxiety and performance, *Journal of occupational health psychology*, 1996, 1, 190- 207.
- 21- Turner. S. M. Beidel, D. C. Treating obsessive- compulsive disorder, New York, Bergman Press, Inc.1996.
- 22-Menzies, R., & Desiliva, P. Obsessive-compulsive disorder: Theory research and treatment. New York: John Wiley & Sons, 2003.
- 23-Sajadian, E. Neshatdust, H. T; Mavlavi, H & Marufi, M. the Effectiveness of Mindfulness in the Symptom Improvement of obsessive-compulsive. *Journal studies in education & psychology*, 2007, 4, 127-142.(Persian).
- 24-Salkovskis, P.M; A. L; Gledhill, A. Morrison, N; Forrester, E. Richards, C; Reynolds, M; & Thorpe, S. Responsibility attitudes and interpretations are characteristics of bsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 2000, 38, 347-372.
- 25- Wilson, K. A; & Chambless, D. L. Inflated perception of responsibility and Obsessive-compulsive symptom. *Behavior Research and Therapy*, 1999, 37, 325-333.
- 26- Steketee, G. S., Frost, R. O., & Cohen, I. Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 1998, 12, 525-537.



27-Rachman, S. A cognitive theory of compulsive checking. Behavior Research and Therapy, 2002, 40, 625-639.

28- Bouchard, C, Rheume, J; & Ladouceur, R. Responsibility and perfectionism in OCD: An experimental studv. Behavior Research and Therapy, 1999, 37, 239-248.

29- Freeston, M. H; Ladouceur, R; Gagnon, F; Thibodeau, N; Rheume, J; Letarte, H; & Bujod, A. 1997. Cognitive- Behavioral treatment of Obsessive thoughts: A controlled study. Journal of consulting and clinical psychology, 1997, 65, 405-413.

30- Rector, N. A; Hood, K; Richter, M. A; Baghby, R. M. Obsessive-compulsive disorder and the five-factor model of personality: Distinction and overlap with major depressive disorder. Behavior Research and Therapy, 2001, 40, 1205-1219.

31-Mclean, P. D; Whittal, M, L; Paterson, K, R; & Anaerson, K. W. Cognitive versus Behavior therapy in the group treatment of Obsessive-compulsive disorder, Journal of consulting and clinical psychology, 2001, 69, 205-214.

32-Vogel, P. A; Stiles, T. C; & Gotestam, K. G. Adding Cognitive therapy elements to exposure therapy for Obsessive-compulsive disorder: A controlled study. Behavior and Cognitive psychotherapy, 2004, 32, 275-290.

33- Clark, D. A. Cognitive- Behavior therapy for OCD. New York: The Gilford Press. 1998, 69-98.

34- Attari, Y. A. Yoosefi, N. & Beshlideh, K. Comparing the Effectiveness of Logo therapy and Gestalt therapy in the Symptom Improvement of Anxiety, depression and Aggration among divorce clients. Journal studies in education & psychology, 2006, 4, 63-78. (Persian).

35- Albert, U; Maina, G; Fomer, F; & Bogetto, F. DSM-IV Obsessive-compulsive personality disorder: Prevalence in patients with anxiety disorder and in health comparison subjects. Comprehensive psychiatry, 2004, 45(5), 325-332.

36-Snel, H. Psychotherapy. New York: The Gilford Press, 1996, 167-209.

37-Alfried, L., Britt-M., & Syke, S. VIKTOR FRANNKL- Advocate for humanity: On his 100 the birthday. The journal of humanistic psychology, 2006, 46, 36-47.

38- Pine, D. S; & McClure, E, B. Anxiety disorder: Clinical Features. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), Comprehensive Textbook of psychiatry (pp. 1768-1780). Philadelphia, Lippincott William & wilkins, 2005.

39-Clark, D. A; & Purdon, C. Cognitve theory and therapy Obsessive and compulsions. In M. A. Reinecke, & D. A. Clark, Cognitive therapy across the

lifespan: Evidence and practice(pp.90-116). Cambridge, Cambridge University Press.

40-Rachman, S, & Shafran, R. Cognitive distortions: Thought-action fusion. *Clinical psychology and psychotherapy*, 1999, 6, 80-85.

41- Rassin, E; & Koster, E. The correlation between thought-action and religiosity in an normal sample. *Behavior Research and Therapy*, 2003, 41, 361-368.

42-Rowa, K; Purdon, C; Summerfeldt, L, J; & Antony, M. M. Why are some Obsessive more upsetting than others. *Behavior Research and Therapy*, 2005, 43, 1453-1465.

43- Bayanzadeh, S, A. Value of religion on mental health. First conference of role of religion and mental health, Tehran, Iran, 2006, May, 24-27 (Persian).

44- Musavi, GH, Shikhsajadeah, H, Rahimy, H. Farahman, M. Ebrahimi, A. & Yaghuby, M. The relationship between prayer and depression disorder. First conference of role of religion and mental health, Tehran, Iran, 2006, May, 147 - 148 (Persian).

45-Voigt, M. A., & Diac. M. A Gestalt therapeutic programme to enhance the well-being of the diabetic child. Doctoral thesis, University of South Africa. 2007, 76-81.

46-Perls, F., Hefferline, R.F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy*. New York: Julian Press. 1951, 134-137.

47-Muhamadkhany, P. psychometric of Depression Inventory. *Journal Rehabilitation*, 2007, 29, 45-53 (Persian).

48- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part II. Factor analyses and testing a brief version. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1527-1542.

49-Merabizadeh, M. Davey, I. Shukurkon, H. & Najarian, Bahman. The role of Cognitive, personality, Stress & family as predict of OCD. *Journal Education & psychology*, 2007, 1&2, 27-56 (Persian).

50- Makmaly, Z. Mavlavy, H. & Abdi, M. R. Effectiveness of Inhibition in the Symptom Improvement of Obsessive and compulsions, *Journal of psychology*, 2007, 2(8), 38-51. (Persian).

51-Beck, A., & Rush, A. (). *Cognitive Therapy of depression*. New York: Guilford press. 1979, 78-92.