

اثربخشی معنادرمانگری و گشتالت درمانگری در درمان اضطراب، افسردگی و پرخاشگری

Efficacy of Logo Therapy and Gestalt Therapy in Treating Anxiety, Depression and Aggression

Naser Yousefi PhD Candidate
Ozra Etemadi, PhD Isfahan University
Fatemeh Bahrami, PhD Isfahan University
Isfahan University

ناصر یوسفی دانشجوی دکتری
دکتر **عزرا اعتمادی** استادیار دانشگاه اصفهان
دکتر **فاطمه بهرامی** استادیار دانشگاه اصفهان
دانشگاه اصفهان

Maryam A. Fatehizadeh, PhD Isfahan University
S. Ahmad Ahmadi, PhD Isfahan University

دکتر مریم السادات فاتحی زاده استادیار دانشگاه اصفهان
دکتر سیداحمد احمدی استاد دانشگاه اصفهان

Abdoul A. Mavarani Islamic Azad University
Mahabad Branch
Omid Esanezhad M. A. in Family
Counseling
Saeideh Botlani M. A. in Family
Counseling

عبدالعزیز ماورانی مربی دانشگاه آزاد اسلامی
واحد مهاباد
امید عیسی نژاد کارشناس ارشد
مشاوره خانواده
سعیده بطلانی کارشناس ارشد
مشاوره خانواده

Abstract

This study compared Logo therapy and Gestalt therapy in alleviating symptoms of aggression, depression and anxiety. For this purpose 90 students who referred to the student counseling center at the Islamic Azad University of Mahabad were randomly assigned to two experimental and one control group (n=30). The experimental groups received techniques of Gestalt and Logo therapies for 12 one hour sessions per week. Using the Symptoms CheckList-25-Revised (Najarian & Davoodi, 2001) test and diagnostic interview based on DSMIV-TR (2000) aggressive, depressed, and anxious students were evaluated before students received any treatment, at the end of treatment, and six month after the treatment was ended. No significant difference was found between the pre-test means of three groups. Both Gestalt and Logo therapies reduced symptoms of aggression, and anxiety. The reduction of symptoms was still observable at the follow up stage. Logo therapy and Gestalt therapy were not significantly different in treating anxiety and aggression; however Logo therapy was more effective than Gestalt therapy in treating depression.

Key words: logo therapy, Gestalt therapy, anxiety, depression, aggression.

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه معنادرمانگری و گشتالت درمانگری در کاهش نشانه‌های پرخاشگری، افسردگی و اضطراب دانشجویان صورت گرفت. بدین منظور ۹۰ دانشجوی مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد به طور تصادفی و برابر در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند. گروههای آزمایشی فنون معنادرمانگری و گشتالت درمانگری را در ۱۲ جلسه ۱ ساعته، هفته‌ای یک بار دریافت کردند. پرخاشگری، افسردگی و اضطراب دانشجویان با استفاده از فهرست تجدیدنظر شده نشانه‌های مرضی (فرم کوتاه؛ نجاریان و داودی، ۱۳۸۰) و مصاحبه تشخیصی براساس DSMIV-TR (۲۰۰۰)، پیش از درمان، پس از درمان و ۶ ماه بعد از اتمام درمان ارزیابی شدند. هیچ تفاوت معناداری بین میانگین پیش‌آزمون سه گروه وجود نداشت. معنادرمانگری و گشتالت درمانگری هر دو نشانه‌های پرخاشگری و اضطراب را کاهش دادند. کاهش نشانه‌ها در مرحله پیگیری نیز مشهود بود. معنادرمانگری و گشتالت درمانگری در درمان اضطراب و پرخاشگری تفاوت معناداری نداشتند؛ اما معنادرمانگری در درمان افسردگی مؤثرتر از گشتالت درمانگری بود.

واژه‌های کلیدی: معنادرمانگری، گشتالت درمانگری، اضطراب افسردگی، پرخاشگری.

received : 1 Jul 2008

دریافت : ۸۷/۴/۱۱

accepted : 8 Feb 2009

پذیرش : ۸۷/۱۱/۲۰

Contact information : naseryousefi@yahoo.com

مقدمه

پیشرفت علم، فناوری و گسترش روزافزون اطلاعات در عصر جدید از یک سو شرایط زندگی را تسهیل کرده است و از سوی دیگر دگرگونی‌های سریع اجتماعی، تغییر سبک زندگی و پیچیدگی‌های زندگی امروزی سلامت، بهداشت و آرامش را تهدید می‌کند و مشکلات زندگی آسیب‌پذیری انسانها را افزایش می‌دهد (کوتلر^۱، ۱۳۸۵/۲۰۰۳)، به همین دلیل افراد اغلب از اضطراب، افسردگی، رنجش بی‌دلیل یا بی‌کفایتی در رویارویی با مشکلات زندگی رنج می‌برند (پالمر^۲، ۱۳۸۳/۲۰۰۱). خشنود زیستن در دورانی که تغییرات سریع اجتماعی و فناوری به وقوع می‌پیوندند کار آسانی نیست. افزایش داروهای آرام‌بخش، قرصهای خواب‌آور، الکل، جنایت‌های خشونت‌بار و توسل روزافزون به مراقبه و انواع شیوه‌های درمانگری برای دستیابی به تسکین، دلیل این مدعاست (فرانکل^۳، ۱۳۸۶/۱۹۶۷، آیوی، ۲۰۰۰). درمانگران گشتالتی‌نگر 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 (گلن، ۲۰۰۸). برخی از درمانگران معتقدند که زندگی روزمره شامل حوادث تکراری، ادراک تهدیدشدگی و در نظر گرفتن شیوه‌های مقابله با آنها و سرانجام سازگاری کم و بیش موفقیت‌آمیز با تهدید است (پالمر، ۱۳۸۳/۲۰۰۱). بسیاری از افراد در برابر مشکلات تسلیم می‌شوند و دیگر نمی‌توانند از عهده کارها برآیند. برخی دیگر سبک زندگی‌شان مبتنی بر خود-ویرانگری است و یا از شیوه‌های رویارویی ناکارآمد و نابهنجار سود می‌جویند (یونگ و ژاکوپس، ۲۰۰۵). بنابراین افراد نیازمند کمک هستند. این کمکها با به‌کارگیری روشهای درمانگری، امکان‌پذیر است. معنادرمانگری و گشتالت‌درمانگری از جمله روشهایی هستند که از دیرباز سهم به‌سزایی در کاهش رنج انسان ایفا کرده‌اند.

معنادرمانگری معادل واژه لوگوتراپی^۴ یونانی است. واژه لوگوس^۵، معادل معنا و تراپی^۶ به معنای درمانگری است. این شیوه درمانگری کمتر به گذشته توجه دارد و بیشتر بر آینده و معنای زندگی تأکید می‌کند پاول و سومو، ۲۰۰۷). معنادرمانگری توسط فرانکل (۱۳۸۶/۱۹۶۷) مطرح شد. او در کار مشاوره با مراجعان سعی می‌کرد تا مراجع را به سوی هدفی که به زندگی معنا دهد، هدایت کند (پاول و سومو، ۲۰۰۷). این روی آورد بر مفاهیمی مانند معناجویی در زندگی، ناکامی فرد، روان‌آزردگی اندیشه‌زاد^۷، تکاپوی اندیشه‌ای^۸، تهی زندگی، قصد متضاد^۹، معنای عشق و معنای رنج در جریان درمان توجه دارد. به اعتقاد معنا-درمانگران ناکامی علت اصلی روان‌آزردگی است، که در اصطلاح به آن روان‌آزردگی 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. در این روی آورد از روشهای مشاوره‌ای قبول مسئولیت، تحقق خود، زندگی‌گذران، معنویت و ایمان، استفاده می‌شود (شولنبرگ، ۲۰۰۳).

گشتالت‌درمانگری که به‌وسیله پرز، هیفرلاین و گودمن (۱۹۵۱) کامل شد بر رشد، خودآگاهی و محتوای آگاهی، یعنی بر آگاهی فرد از ارتباط با خود، دیگران و جهان تأکید دارد (بیهوشن، ۲۰۰۷). این نظریه بیشتر از چگونگی عمل سؤال می‌کند؛ به چرایی کاری ندارد؛ به تجربه‌های کنونی و اینجا و مفاهیمی مانند سدشدن آگاهی^{۱۰}، برون-فکنی^{۱۱}، بازگشت^{۱۲}، یکی‌شدن^{۱۳}، خود مسئولیتی^{۱۴} و خود نظم‌جویی^{۱۵} توجه دارد. به‌عبارت 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 (وایت و دیاک، ۲۰۰۷). در این روی آورد از روشهای

1. Kottler, A.
2. Palmer, E.
3. Frankel, V.
4. logo therapy
5. logos
6. therapy

7. noogenic
8. noo-dynamics
9. paradoxical intention
10. blocks to awareness
11. projection
12. retroflection

13. confluence
14. self-responsibility
15. self-regulation

خاص گشتالت درمانگری مانند تکمیل کارهای ناتمام^۱، تمرینهای گفتاری^۲، آگاهی جسمانی^۳ و گسترش آگاهی استفاده می شود.

بررسی ادبیات پژوهش نشان می دهد که افزایش آگاهی (یکی از روشهای گشتالت درمانگری) با کاهش پرخاشگری همراه است (برکنستاک، ژانت و دورتی، ۲۰۰۶). از سوی دیگر کاهش آگاهی موجب نوعی تفرق شخصیت و بی هویتی می شود که مغایر کل گرایی گشتالتی است (سلاگرت و جونگسما، ۲۰۰۰). پژوهشها نشان داده اند که به کارگیری روشهای گشتالت درمانگری، افسردگی، پرخاشگری و اضطراب را کاهش می دهد (موریس، ۱۹۹۱؛ فرایدبرگ، ۱۹۹۴؛ کای، کلایمز و باس، ۲۰۰۱). یافته های پژوهش دیگری که به وسیله ساندرز (۱۹۹۶) با به کارگیری فنون شناختی ایمنی و رابطه مشاور - مراجع انجام شد، نشان دادند که استفاده از رابطه گرم و معنادار می تواند به کاهش افسردگی، تنیدگی^۴، اضطراب و پرخاشگری منجر شود. یوسفی (۱۳۸۳) با استفاده از روش گشتالت درمانگری و به ویژه معنادارمانگری، اضطراب مرگ، ناامیدی، افسردگی، عصبانیت را در بیماران سرطانی کاهش داد. شولنبرگ (۲۰۰۳) با استفاده از روش معنادارمانگری و معطوف کردن توجه مراجعان به هدفهای متعالی در مقابل اهداف پایین، روان آزرده را به شدت در مراجعان کاهش داد و امکان زندگی بهتری را برای آنان فراهم کرد. در پژوهش دیگری که به وسیله آلفرد، بریت و سایک (۲۰۰۶) انجام شد مراجعانی که به تهی بودن زندگی و نوعی عصبانیت نسبت به خود و دیگران رسیده بودند و اضطراب داشتند، با روش معنادارمانگری به ویژه روش قصد متضاد به نتایج رضایت بخشی رسیدند. جاکوباس و ریلی (۲۰۰۸) در بررسی موردی ارزیابی اثر گشتالت درمانگری در کاهش اضطراب و پرخاشگری نشان دادند که این روش در کاهش این نشانه ها اثر معنادار داشته است. شچتر (۲۰۰۸) با برگزاری کارگاه گشتالت درمانگری جهت افزایش خودآگاهی و دلسوزی افراد، نشان داد که افزایش این دو مؤلفه موجب ایجاد عشق و امید و کاهش پرخاشگری در افراد می شود.

دانا (۲۰۰۸) نیز در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که درمانگریهای کامل و متناوب (مانند گشتالت-درمانگری) افسردگی و اضطراب را کاهش می دهند. متأسفانه در ایران تا به حال در زمینه روی آوردهای معنادارمانگری و گشتالت درمانگری در کاهش مشکلات مراجعان پژوهشهای بسیار نادری انجام شده اند. از آنجا که اغلب اختلالهای شخصیتی در دوره نوجوانی و دانشجویی ناشی از مشکلات روانی است و این مشکلات به طور عمده به صورت افسردگی، اضطراب و پرخاشگری بروز می کنند (وئیت و دیاک، ۲۰۰۷)، پژوهش حاضر به بررسی میزان تأثیر شیوه های معنادارمانگری و گشتالت درمانگری بر کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری اختصاص یافته است.

روش

طرح تحقیق این پژوهش آزمایشی است. جامعه تحقیق متشکل از دانشجویانی بود که برای حل مشکلات روانی به مرکز مشاوره دانشگاه مهاباد مراجعه می کردند. از این جامعه به شیوه تصادفی ساده ۹۰ دانشجو انتخاب و با استفاده از فهرست تجدیدنظر شده نشانه های مرضی SCL-25-R^۵ (دروگاتیس، ۱۹۷۵؛ نسخه فارسی نجاریان و داودی، ۱۳۸۰) و مصاحبه تشخیصی تکمیلی بر مبنای DSM-IV-TR (۲۰۰۰)، میزان پرخاشگری، افسردگی و اضطراب آنان اندازه گیری شد و به تصادف، در سه گروه ۳۰ نفری (گروه گشتالت درمانگری، معنادارمانگری و کنترل) قرار گرفتند.

دانشجویان گروه اول با روش گشتالت درمانگری به صورت انفرادی و براساس مدل پرز و دیگران (۱۹۵۱) درمان شدند. فرایند درمان شامل، برقراری رابطه، دادن آگاهی، کسب تجربه در جلسه درمان، تقویت خود مسئولیتی، تقویت خودنظم جویی و ایجاد کلیت در شخصیت فرد و دادن تکلیف بود. این شیوه درمانگری در ۱۲ جلسه یک ساعته، هفته ای یک بار ارایه شد. دانشجویان گروه دوم با روش معنادارمانگری به صورت انفرادی بر اساس مدل

1. unfinished business
2. language exercises

3. bodily awareness
4. stress

5. Symptoms Checklist-25 Revised

اضطراب، افسردگی و پرخاشگری استفاده شد. همبستگی نمره‌های مقیاس، SCL-90-R با مقیاسهای MMPI (r=0/78)، فهرست پرخاشگری اهواز (AAI)، (r=0/84) و فهرست افسردگی بک^۷ (BDI)، (r=0/79) بیانگر روایی سازه مطلوب آن است (نجاریان و داودی، ۱۳۸۰). اعتبار SCL-90-R با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی، برای زیرمقیاس پرخاشگری، افسردگی و اضطراب، ۰/۷۶ گزارش شده است (نجاریان و داودی، ۱۳۸۰).

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد آزمودنیهای سه گروه را در مقیاسهای اضطراب، افسردگی و پرخاشگری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

فرانکل (۱۹۶۷/۱۳۸۶) 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 ارایه شد. بعد از ۶ ماه اثر درمانگریها پیگیری شد.

داده‌ها با استفاده از نسخه فارسی فهرست SCL-90-R (نجاریان و داودی، ۱۳۸۰) و مصاحبه تشخیصی بالینی، در سه مرحله قبل، بعد و پیگیری به دست آمدند. آزمون SCL-90-R دارای ۹۰ سؤال است و ۹ مقیاس: شکایتهای جسمانی^۱، وسواس بی‌اختیاری^۲، حساسیت بین فردی^۳، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، هراس، افکار پارانوئید^۴ و روان گسسته‌واری^۵ است. مواد آزمون بر مبنای مقیاس ۵ درجه‌ای (=۰ هیچ، =۱ کمی، =۲ تا حدی، =۳ زیاد، =۴ به شدت) ارزیابی می‌شوند. در این بررسی از سه مقیاس

جدول ۱.

میانگین و انحراف استاندارد ۳ گروه در زیرمقیاسهای اضطراب، افسردگی و پرخاشگری

| متغیرها | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری | |
|------------------------|-----------|------|----------|------|--------|------|
| | SD | M | SD | M | SD | M |
| کنترل | | | | | | |
| اضطراب | ۰/۴۳ | ۳/۷۶ | ۰/۹۷ | ۳/۱۳ | ۰/۴۹ | ۳/۶۰ |
| افسردگی | ۰/۴۳ | ۳/۷۶ | ۰/۵۰ | ۳/۵۳ | ۰/۵۰ | ۳/۵۰ |
| پرخاشگری | ۰/۴۴ | ۳/۷۳ | ۰/۵۰ | ۳/۵۸ | ۰/۵۰ | ۳/۵۳ |
| معنادرمانگری | | | | | | |
| اضطراب | ۰/۴۷ | ۳/۶۶ | ۱/۰۷ | ۰/۸۷ | ۰/۵۷ | ۰/۵۳ |
| افسردگی | ۰/۴۳ | ۳/۷۶ | ۰/۵۰ | ۰/۵۷ | ۰/۶۲ | ۰/۵۳ |
| پرخاشگری | ۰/۴۴ | ۳/۷۳ | ۰/۴۸ | ۰/۴۱ | ۰/۴۹ | ۰/۴۰ |
| گشتالت‌درمانگری | | | | | | |
| اضطراب | ۰/۴۷ | ۳/۶۶ | ۰/۵۱ | ۰/۵۳ | ۰/۴۹ | ۰/۳۶ |
| افسردگی | ۰/۵۰ | ۳/۴۶ | ۰/۳۵ | ۰/۱۳ | ۰/۵۰ | ۰/۴۶ |
| پرخاشگری | ۰/۵۶ | ۳/۳۶ | ۰/۴۸ | ۰/۳۳ | ۰/۵۰ | ۰/۴۳ |

مطالعه تفاوت معناداری وجود ندارد.

میزان تأثیر پیش‌آزمون و روشهای درمانگری بر مبنای تحلیل کوواریانس تحلیل و در جدول ۳ منعکس شده است.

برای اطمینان از برابری میانگینهای سه گروه در مرحله پیش‌آزمون از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد (جدول ۲). یافته‌ها نشان دادند که بین سه گروه در متغیرهای مورد

1. hypochondriac

2. obsessive – compulsiveness

3. interpersonal sensitivity

4. paranoid ideation

5. psychotic

6. Ahvaz Aggression Inventory

7. Beck Depression Inventory

جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه اضطراب، افسردگی و پرخاشگری سه گروه در مرحله پیش‌آزمون

نتایج این تحلیل مبین این نکته‌اند که نمره‌های پیش-آزمون تأثیر معناداری بر نمره‌های پس‌آزمون ندارند اما گروه‌های درمانگری نمره‌های پس‌آزمون را تحت تأثیر قرار می‌دهند ($P < 0/05$).

برای مقایسه گروه‌های درمانگری در متغیرهای وابسته از آزمون توکی استفاده شد که نتایج در جدول ۴ آمده است.

| متغیرها | SS | MS | F | P | η^2 |
|----------|-------|-------|------|------|----------|
| اضطراب | ۰/۲۰۰ | ۰/۱۰۰ | ۰/۴۵ | ۰/۶۳ | ۰/۰۱ |
| افسردگی | ۰/۸۰۰ | ۰/۴۰۰ | ۰/۶۱ | ۰/۱۱ | ۰/۰۹ |
| پرخاشگری | ۰/۷۶۰ | ۰/۳۸۰ | ۰/۵۲ | ۰/۱۸ | ۰/۰۷ |

توجه: $df = 2$

جدول ۳. خلاصه تحلیل کوواریانس برای اثر دو روش درمانگری بر اضطراب، افسردگی و پرخاشگری

| منبع پراش | df | SS | MS | F | P | η^2 |
|------------------|----|--------|-------|--------|-------|----------|
| پیش‌آزمون | | | | | | |
| اضطراب | ۱ | ۰/۰۱ | ۰/۰۱ | ۰/۰۱ | ۰/۹۶ | ۰/۰۱ |
| افسردگی | ۱ | ۰/۲۱ | ۰/۲۱ | ۰/۹۶ | ۰/۳۲ | ۰/۰۱ |
| پرخاشگری | ۱ | ۰/۰۹ | ۰/۰۹ | ۰/۰۴ | ۰/۸۵ | ۰/۰۱ |
| پس‌آزمون | | | | | | |
| اضطراب | ۲ | ۱۵۳/۰۳ | ۷۶/۵۱ | ۲۳۵/۴۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۵ |
| افسردگی | ۲ | ۱۸۶/۶۶ | ۹۳/۳۲ | ۴۳۹/۳۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۱ |
| پرخاشگری | ۲ | ۱۹۰/۷۲ | ۹۵/۳۶ | ۳۸۸/۷۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۰ |

توجه: F چند متغیری لاندای ویلکس برابر با ۰/۰۱۲ ($P < 0/001$)

جدول ۴. میانگین‌های تعدیل یافته متغیرها و خلاصه آزمون توکی برای بررسی تفاوت سه گروه

| منبع پراش | گشتالت درمانگری (۱) | | معنادارمانگری (۲) | | کنترل (۳) | |
|-----------|---------------------|------|-------------------|------|-----------|------|
| | M | SD | M | SD | M | SD |
| اضطراب | ۰/۲۹ | ۰/۳۴ | ۰/۱۳ | ۰/۵۴ | ۳/۰۷ | ۰/۷۱ |
| افسردگی | ۰/۱۰ | ۰/۳۲ | ۰/۵۳ | ۰/۴۱ | ۳/۵۱ | ۰/۴۸ |
| پرخاشگری | ۰/۱۸ | ۰/۳۵ | ۰/۱۵ | ۰/۲۴ | ۳/۳۳ | ۰/۴۱ |

معنادار است، همچنین بین میانگین تعدیل یافته نمره افسردگی گروه گشتالت‌درمانگری و معنادارمانگری نیز در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ تفاوت معنادار وجود دارد. میانگین نمره‌های افسردگی از بیشترین مقدار به کمترین مقدار به ترتیب مربوط به گروه کنترل، معنادارمانگری و گشتالت-درمانگری است. نمره‌ی پرخاشگری گروه کنترل نیز از گروه گشتالت‌درمانگری و معنادارمانگری بزرگتر است. اختلاف میانگین تعدیل یافته نمره پرخاشگری گروه کنترل با گشتالت‌درمانگری و معنادارمانگری به ترتیب

چنانکه جدول ۴ نشان می‌دهد، نمره اضطراب گروه کنترل از گروه گشتالت‌درمانگری و معنادارمانگری بزرگتر است و اختلاف میانگین تعدیل یافته در گروه‌های کنترل و گشتالت‌درمانگری، کنترل و معنادارمانگری به ترتیب برابر با ۲/۷۸ و ۲/۹۴ و در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار است، ولی تفاوت بین گروه گشتالت‌درمانگری و معنادارمانگری (۰/۱۶) معنادار نیست. میانگین تعدیل یافته افسردگی گروه کنترل با گشتالت‌درمانگری و معنادارمانگری به ترتیب برابر با ۳/۴۱ و ۲/۹۸ و در سطح کمتر از ۰/۰۰۱

برابر با ۳/۱۵ و ۳/۱۸ و معنادار است، ولی این اختلاف بین گروه گشتالت‌درمانگری و معنادرمانگری معنادار نیست.

برای بررسی تداوم تأثیر روشهای درمانگری بر نشانگان اضطراب، افسردگی و پرخاشگری در مرحله پیگیری از آزمون t استفاده شد. نمره‌های مرحله پیگیری ۳ گروه با نمره‌های مرحله پس‌آزمون مقایسه شدند (جدول ۵).

بررسی نتایج آزمون t نیز مبین عدم وجود تفاوت معنادار بین نمره‌های اضطراب، افسردگی و پرخاشگری سه گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بود ($P > 0.05$) و این تداوم تأثیر روشهای درمانگری بر نشانگان اضطراب، افسردگی و پرخاشگری در مرحله پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۵.

خلاصه آزمون t وابسته برای مقایسه میانگینهای پس‌آزمون و پیگیری

| منبع پراش | d | t | P |
|-----------------|-------|-------|------|
| کنترل | | | |
| اضطراب | -۰/۲۳ | ۲/۰۴ | ۰/۰۸ |
| افسردگی | -۰/۳۳ | -۳/۳۴ | ۰/۰۳ |
| پرخاشگری | ۰/۰۷ | ۰/۵۳ | ۰/۶۰ |
| معنادرمانگری | | | |
| اضطراب | ۰/۰۷ | ۰/۴۴ | ۰/۶۶ |
| افسردگی | ۰/۰۳ | ۰/۲۳ | ۰/۸۱ |
| پرخاشگری | ۰/۰۳ | ۰/۲۴ | ۰/۸۱ |
| گشتالت‌درمانگری | | | |
| اضطراب | ۰/۰۷ | ۰/۴۴ | ۰/۶۶ |
| افسردگی | ۰/۰۶ | ۰/۴۶ | ۰/۶۴ |
| پرخاشگری | -۰/۰۳ | -۰/۲۳ | ۰/۸۱ |

توجه: df = ۲۹

بحث

یافته‌های پژوهش نشان دادند که روی آورد گشتالت-درمانگری پرز و دیگران (۱۹۵۱) در کاهش پرخاشگری دانشجویان مؤثر بوده است (جدول ۳). یافته‌های به‌دست آمده با برخی از پژوهشها همسوست (مانند پرز و دیگران، ۱۹۵۱؛ تیمز و گورکسنی، ۲۰۰۲؛ بیه و شن ۲۰۰۷؛ هکنی و

کورمیر، ۱۹۹۶؛ بیر و نیتزد، ۱۹۹۱؛ برکنستاک و دیگران، ۲۰۰۶؛ اما با پژوهش زینکر (۱۹۷۷) همخوانی ندارد. شاید بتوان عدم همخوانی را به تفاوت نمونه انتخابی در این پژوهش نسبت داد. زیرا بر مبنای اصول نظری گشتالت-درمانگری، پایه پرخاشگری، ناکامی است (پالمر، ۱۳۸۳/۲۰۰۱). در پژوهش زینکر (۱۹۷۷) نمونه مورد بررسی متشکل از زنان و مردان اورژانس بیمارستان با دامنه سنی ۴۵-۴۰ سال بود. منبع پرخاشگری این افراد را می‌توان به فشار کار و تنیدگیهای محیط کار نسبت داد. در حالی که نمونه مورد بررسی در این پژوهش را دانشجویانی (دامنه سنی ۲۸-۲۰ و مشغول به تحصیل) تشکیل می‌دادند که با تنیدگیهای کمتری نسبت به نمونه زینکر مواجه بودند. بنابراین، از آنجا که اثربخشی این روی آورد بر کاهش پرخاشگری بر مبنای حل مسئله ناکامی و پذیرش آن بیش از کاهش تنیدگی و فشار کاری (پرز و دیگران، ۱۹۵۱) استوار است، بنابراین به‌نظر می‌رسد که علت ناهمخوانی پژوهش حاضر با بررسی زینکر عدم همسانی محیط و گروه سنی افراد نمونه باشد. همخوانی این پژوهش با پژوهشهای انجام شده نیز قابل تبیین است. بر مبنای نظریه پرز با وجود آن که ناکامی اساس پرخاشگری است، اما تجربه‌ای مثبت نیز به حساب می‌آید. افزون بر این، پرخاشگریها به علت ناکامیهای غیرقابل تغییر محیط، به‌وجود می‌آیند. بنابراین باید با افزایش آگاهی فرد، پذیرش منطقی ناکامی را افزایش داد. در جلسه‌های درمانگری مراجعان باید به این بینش دست یابند که ناکامی برای تحول لازم و ضروری است، در طول زندگی نمی‌توان از تجربه ناکامی رها شد بنابراین تنها با پذیرش ناکامی است که امکان کاهش پرخاشگری وجود دارد.

از سوی دیگر نتایج پژوهش نشان دادند که معنا-درمانگری نیز مانند گشتالت‌درمانگری در کاهش پرخاشگری اثر داشته است (جدول ۳). اثر معنادرمانگری در کاهش پرخاشگری با بررسیهای فرانکل (۱۳۸۶/۱۹۶۷)، راجرز (۱۹۸۷)، پاول و سومو (۲۰۰۷) مبنی بر اینکه فقدان هدف، معنا و عشق به زندگی به رفتارهای تهاجمی و پرخاشگرانه بیشتر منجر می‌شود، همخوانی دارد. یکی از مفاهیم معنا-

درمانگری، 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 دانشجویان دانشگاهها، وضع موجود (سختی دوران تحصیل، هزینه بالا، دوری از خانواده، نگرانی در مورد شغل آینده) را رنج آور می‌دانند، این شرایط رنج‌آور تأثیر زیادی در بروز پرخاشگری دارد. بنابراین با پذیرش رنج و یافتن معنایی در آن، پرخاشگری دانشجویان به میزان چشمگیری کاهش می‌یابد. زیرا اساس معنادرمانگری این نیست که فرد را از رنج نجات دهد، و به لذت برساند، بلکه هدف معنادرمانگری این است که مراجع بتواند معنای رنج را دریافت کند و آن را بپذیرد.

معنادرمانگری در کاهش افسردگی نیز مؤثر بود (جدول ۳). این نتایج با پژوهشهای شولنبرگ (۲۰۰۲)، آلفرد و دیگران (۲۰۰۶)، پاول و سومو (۲۰۰۷) و با مفاهیم نظری فرانکل و پرز هماهنگ‌اند. یکی از مفاهیم اساسی مشاوره معنادرمانگری، معنایی در زندگی، ناکامی فرد، روان‌آزردگی اندیشه‌زاد، تکاپوی اندیشه‌ای، زندگی تهی (زندگی بی‌هدف)، معنای عشق و معنای رنج در جریان درمانگری است. افراد افسرده، ناامید، پوچ‌گرا، غمگین، اندوهناک و بی‌هدف‌اند. بنابراین با روش معنادرمانگری می‌توان به زندگی آنها معنا داد. دانشجویان نیز به دلیل شرایط محیطی و گاه دوری از خانواده و تحمل ناکامی، نگران و افسرده‌اند به همین دلیل با معنادرمانگری می‌توان هیجان، تکاپوی اندیشه و فعالیت را که از لوازم بقای زندگی است، در آنان زنده کرد. در این پژوهش نیز معنادرمانگری تأثیر چشمگیری بر کاهش افسردگی دانشجویان داشته است، که با مفاهیم بنیادی این نظریه همخوانی دارد.

نتایج پژوهش نشان دادند که گشتالت‌درمانگری نیز مانند معنادرمانگری در کاهش افسردگی اثر داشته است. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش زینکر (۱۹۷۷)، فرایدبرگ (۱۹۹۴)، سلاگرت و جونگسما (۲۰۰۰) در مورد کاهش افسردگی همخوانی دارد. روی‌آورد گشتالت‌درمانگری بر برون‌فکنی، خودنظم‌جویی، وحدت کلی و انجام کارهای ناتمام تأکید دارد. افراد افسرده اغلب قادر به تخلیه هیجانی مناسب نیستند و احساسهای خود را سرکوب

می‌کنند. از طریق گشتالت‌درمانگری می‌توان برون‌ریزی را تسهیل کرد و خودتخریبگری را در افراد کاهش داد. دانشجویان افسرده اغلب از توانایی خودنظم‌جویی نیز برخوردار نیستند، به عبارتی دیگر به درماندگی آموخته شده رسیده‌اند (ویت و دیاک، ۲۰۰۷). از طریق گشتالت‌درمانگری می‌توان توانایی خودگردانی را در دانشجویان افزایش داد. فردی که بتواند به زندگی خود نظم دهد، کمتر دچار مشکل می‌شود. عدم تکمیل کارهای ناتمام که از مشکلات ناشی از توانایی پایین افراد افسرده در خود نظم‌جویی است، با روش گشتالت‌درمانگری برطرف می‌شود. در پژوهش حاضر نیز با آموزش تکمیل کارهای ناتمام، افسردگی دانشجویان کاهش یافت.

به‌طور کلی یافته‌ها نشان دادند که **روشهای گشتالت-درمانگری و معنادرمانگری اضطراب دانشجویان را کاهش می‌دهد (جدول ۳).** این یافته با پژوهش دزوریلاس و نزو (۱۹۹۹)، یوسفی (۱۳۸۳) و ساندرز (۱۹۹۶) در مورد کاهش اضطراب همخوانی دارد. روی‌آورد معنادرمانگری اضطراب را ناشی از قصد قوی یا قصد وافر می‌داند، بنابراین در خلال درمانگری مراجعان در می‌یابند که بر رهایی از مشکل تأکید نکنند بلکه با پذیرش آن، با مشکل خود زندگی کنند. در این پژوهش نیز دانشجویان به دلیل نارضایتی از وضع موجود مانند - سختی دوران تحصیل، هزینه تحصیل، دوری از خانواده، نگرانی در مورد شغل آینده به شدت مایل بودند تا هر چه زودتر این شرایط تغییر کند. به همین دلیل گشتالت‌درمانگری با ارائه قصد متضاد، اضطراب دانشجویان را کاهش داد. از سوی دیگر گشتالت‌درمانگری اضطراب را ناشی از شکاف بین زمان حال و آینده می‌داند. دانشجویان اغلب از آینده‌ای تاریک و مبهم نگرانند و به وضع حال کمتر توجه می‌کنند، در روی‌آورد گشتالت‌درمانگری با افزایش پیوستار آگاهی، برداشتن سدها در برابر آگاهی، کشاندن فرد به زمان حال، می‌توان اضطراب را کاهش داد. از دیگر دلایل اضطراب دانشجویان، این است که سرنوشت خود 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.

دیگر مشاوره‌ای مقایسه کنند. سرانجام بنا به دلیل فقدان پژوهش‌های بسیار کم در ایران ضرورت توجه پژوهشگران به توسعه این پژوهش در ابعاد دیگر روابط بین فردی و بهداشت روانی جامعه ایرانی فرا می‌خواند.

منابع

پالمیر، ا. (۱۳۸۳). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*. ترجمه ن. یوسفی، اصفهان: انتشارات پرسش، چاپ اول (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۱).

فرانکل، و. (۱۳۸۶). *انسان در جستجوی معنی*. ترجمه ا. معارفی، چاپ هشتم، تهران: انتشارات دانشگاه تهران (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۶۷).

کوتلر، ا. (۱۳۸۵). *مهارت‌های مشاوره‌ای برای معلمان*. ترجمه ن. یوسفی، اهواز: نشر تراوا (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۳).

نجاریان، ب. و داودی، ا. (۱۳۸۰). ساخت و اعتباریابی SCL-25-R (فرم کوتاه شده SCL-90-R)، *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۳ (۲)، ۱۴۹-۱۳۶.

یوسفی، ن. (۱۳۸۳). بررسی اثر مشاوره و مقایسه ویدیوهای شخصیتی در بیماران سرطانی. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۳ (۲)، ۱۲۰-۱۰۱.

Alfried, L., Britt, M., & Syke, S. (2006). Victor Frankel : Advocate for humanity: On his 100th birthday. *The Journal of Humanistic Psychology*, 46, 36-47.

Bear, R. A., & Nietzed, M. T. (1991). Cognitive behavioral treatment of impulsivity in children. *Journal of Child Clinical Psychology*, 13, 400-412.

Birkenstock, D. M., Jeannette, B., & Dorothy, M. (2006). *Program to prepare children for Grommet insertion and adenoidectomy: A Gestalt therapy approach*. Doctoral thesis, University of South Africa.

Dana, U. (2008). Alternative and complementary therapies. *Journal of American Medicine*, 103, 235-242.

Deragotis, L. R. (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.

بنابراین بر مبنای اختیار، دانشجویان این نوع زندگی را انتخاب کرده‌اند. به همین دلیل با به‌کارگیری معنادرمانگری و تأکید بر قدرت انتخاب، اضطراب دانشجویان کاهش یافته است.

همچنین نتایج پژوهش بین دو روی آورد گشتالت-درمانگری و معنادرمانگری در کاهش اضطراب و پرخاشگری تفاوت معناداری را نشان ندادند، اما روی آورد معنادرمانگری در کاهش افسردگی مؤثرتر از گشتالت-درمانگری بود (جدول ۴).

به‌طور کلی نتایج پژوهش نشان دادند که دو روی آورد مشاوره و روان‌درمانگری (گشتالت‌درمانگری و معنا-درمانگری) نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری را در دانشجویان کاهش می‌دهد و اثر این دو روش از پایداری مناسبی نیز برخوردار است.

نتایج این پژوهش در زمینه پیشگیری، درمان و پژوهش کاربرد زیادی برای درمانگران و محققان در بر دارد زیرا با تأیید نتایج اساسی، این پژوهش پشتوانه علمی محکمی برای مشاوران و درمانگران در کاربرد روی آوردهای گشتالت-درمانگری و معنادرمانگری جهت کمک به مراجعان با اختلالات اضطراب، افسردگی و پرخاشگری فراهم می‌کند. محققان اذعان دارند که در پژوهش خود بنا به دلیل خاص بودن نمونه و محدود بودن جامعه (دانشجویی)، تعمیم به کل جامعه باید با احتیاط همراه باشد، همچنین از تمرکز بر موارد خاص غیر دانشجویی و عوامل دیگر مؤثر در بروز اختلالات مذکور باز مانده‌اند زیرا در این پژوهش تمرکز بر فرد بوده است و عوامل خانوادگی و محیط آموزشی از نظر دور مانده‌اند. در حالیکه خانواده و محیط آموزشی نقش زیادی در بروز اضطراب، افسردگی و پرخاشگری دارند. پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهشگران و مشاوران پژوهش‌های مشابه را در نمونه‌های مختلف و با اختلالات مشابه به‌صورت تحقیق کمی، مطالعه موردی و روش آزمایشی در زمینه اثربخشی این دو روی آورد انجام دهند و همچنین اثر بخشی این دو روی آورد بر اختلالات دیگر غیر از اضطراب، افسردگی و پرخاشگری بررسی شود و پیشنهاد می‌شود این دو روی آورد به‌صورت گروهی و خانوادگی هم اجرا شود و آن را با روی آوردهای

Counseling and Values, 32, 32- 49 .

- Saunders, T. (1996).** The effect of stress inoculation training on anxiety and performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 190-207.
- Schechter, G. (2008).** *Toward enhanced self-compassion and awareness of common humanity: An empirical study of experiential Gestalt workshops.* Doctoral Thesis, The Wright Institute.
- Schulenberg, S. E. (2002).** Logotherapy and conduct disorder. *The International Journal for Logotherapy*, 25, 52-67.
- Schulenberg, S. E. (2003).** Psychotherapy and movies: On using films in clinical practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 35-48.
- Slaggert, K. H., & Jongsma, A. E. (2000).** *The mental retardation and developmental disability treatment planner.* New York: John Wiley & Sons.
- Timms, S., & Goreczny, A. J. (2002).** Adolescents offenders with mental retardation: Literature review and assessment considerations. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 1-19.
- Voigt, M. A., & Diac, M. (2007).** *A Gestalt therapeutic program to enhance the wellbeing of the diabetic child.* Doctoral thesis, University of South Africa.
- 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*, 32, 285-296.
- Yontef, G., & Jacobs, L. (2005).** Gestalt therapy. In R. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies*, Belmont, CA: Brooks/Cole Thompson Learning.
- Zinker, J. (1977).** *Creative process in Gestalt therapy.* New York: Vintage Books, Random House.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, TR (2000).** Washington, DC: The American Psychiatric Association.
- Dzurillas, T., & Nezu, A. (1999).** *Problem solving therapy :A social competence approach to clinical intervention.* New York: Springer.
- Fridburg, W. E. (1994).** Contingency management. In Bonica (Ed.), *The management of pain*, Philadelphia: Lea and Febjger.
- Glen, M. (2008).** Mind, body, emotions and spirit: Reaching to the ancestors for healing. *Counseling Psychology Quarterly*, 21, 143-152.
- Hackney, H., & Cormier, L. S. (1996).** *The professional counselor: A process guide to helping.* New York: Ally and Bacon.
- Ivey, A. E. (2000).** Counseling, time to take charge counseling and psychotherapist. *Pastoral Psychology*, 23, 12-21.
- Jacobus, J., & Reilly, V. (2008).** Students evaluate Carle Rogers and Perl's relationship with Gloria: A brief report. *The Journal of Humanistic Psychology*, 48, 32- 43.
- Kagi, H., Klimes, I., & Bass, N. (2001).** Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome. *General Hospital Feasible Psychiatry*, 23, 254-260.
- Morriss, R. J. (1991).** *Fear reduction methods, in helping people change : A textbook of methods.* New York: Pergamon Press.
- Pavel, G., & Somov, R. (2007).** Meaning of Life Group: Group application of logo therapy for substance use treatment. *Journal for Specialists in Group Work*, 32, 316- 331.
- Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951).** *Gestalt therapy.* New York: Julian Press.
- Rogers, C. R. (1987).** The underlying therapy: Drawn from experience with individuals and groups.