

دکتر یوسفعلی عطاری^۱
کیومرث بشلیده^۱
ناصر یوسفی^۲
جمیله نبوی حصار^۳

بررسی اثربخشی دو رویکرد مشاوره‌ای و روان‌درمانی در کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری در میان زنان متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره خانواده شهرستان سقز

چکیده

هدف از این پژوهش مقایسه اثرات دو رویکرد مشاوره‌ای و روان‌درمانی یعنی گشتالت‌درمانی و معنادرمانی، در کاهش نشانگان پرخاشگری، افسردگی و اضطراب در میان زنان متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره خانواده شهرستان سقز بود. جامعه تحقیق شامل، کلیه‌ی زنان متقاضی طلاق شهرستان سقز بود که در زمان شروع این پژوهش ۹۴ نفر بودند و در حین تحقیق ۴ نفر از آنها در انجام تحقیق شرکت نکردند. با استفاده از مقیاس SCL-90-R میزان پرخاشگری، افسردگی و اضطراب در آنها تشخیص داده شد. به این ترتیب در سه گروه آزمایشی به صورت تصادفی قرار گرفتند. (۳۰ نفر در هر گروه). سپس ۳۰ نفر فرد سالم به صورت تصادفی انتخاب و به عنوان گروه بهنجار قرار گرفتند. به این ترتیب، چهار گروه گشتالت‌درمانی، معنادرمانی، گروه کواد و گروه بهنجار شکل گرفت. نتایج حاصل در متغیرهای وابسته‌ی پرخاشگری، افسردگی و اضطراب در آزمودنیها، با استفاده از مقیاس تشخیصی SCL-90-R به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، اندازه‌گیری شد. بررسی نتایج با روش سنجش‌های مکرر چند متغیری نشان داد که رویکرد گشتالت‌درمانی در کاهش نشانگان پرخاشگری، اضطراب و افسردگی همانند رویکرد معنادرمانی موثر است. به بیان دیگر، هر دو رویکرد درمانی، اثر معنی‌داری در کاهش نشانگان‌های روانی مذکور داشته‌اند؛ اما فرضیه‌های مربوط به تفاوت میان این دو روش درمانی در کاهش اضطراب، افسردگی و پرخاشگری تأیید نشدند.

کلیدواژه‌ها: پرخاشگری، افسردگی، اضطراب، رویکرد معنادرمانی، رویکرد گشتالت‌درمانی، زنان متقاضی طلاق.

۱- عضو هیأت علمی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

۲- دانشجوی دکتری رشته مشاوره واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی تهران شمال

۳- کارشناس مشاوره مرکز مشاوره خانواده و عضو شورای تحقیقات اداره‌ی آموزش و پرورش شهرستان سقز

مقدمه

طلاق^۱ یکی از مهمترین آسیب های اجتماعی است که زیان آن نه تنها متوجه اعضای خانواده از هم گسیخته می شود که در نهایت به جامعه و نسل های آینده نیز آسیب می رساند. پیامدهای طلاق به ویژه در خانواده های دارای فرزند نمود بیشتری دارد زیرا که فرزندان این خانواده ها یا غالباً دارای مشکلات روانشناختی هستند و یا بروز مشکلات اجتماعی و اختلال رفتاری در زندگی آتی آنها اجتناب ناپذیر است (ستوده، ۱۳۸۰). به طور کلی رشد شخصیت فرزند متأثر از رفتار والدین است و فقدان یکی یا هر دوی آنها می تواند آثار سؤی بر رشد شخصیت فرد داشته باشد و زمینه را برای بروز اختلالات روانشناختی و رفتاری بعدی فراهم کند (استوارت و ساندين^۲، ۱۹۸۷). در تحقیق افشاری منفرد (۱۳۷۹) که بر روی ۱۷۵ نوجوان (۹۵ دختر و ۸۰ پسر) خانواده های متقاضی طلاق یا طلاق گرفته که در سنین ۱۴ تا ۱۶ ساله انجام گرفت؛ نتایج نشان داد که طلاق و از هم گسیختگی خانواده با ایجاد حالات روانشناختی نظیر افسردگی، پائین بودن عزت نفس، اضطراب مستمر و تنیدگی عصبی در فرزندان وجود دارد. نتایج این تحقیق که با استفاده از آزمون کتل^۳ انجام گرفته است ۸۸ درصد درون گرایی، ۶۰ درصد ثبات خلق، ۶۵ درصد گسیخته خویی پارائوئیدی، ۶۸ درصد بی اعتمادی اضطراب آمیز، ۸۴ درصد تنش عصبی را در فرزندان خانواده طلاق نشان داد. به علاوه نتایج تحقیق نشان داد که پائین بودن عزت نفس و طلاق همبستگی مثبت (۱۵٪) وجود دارد.

به طور کلی، مروری بر یافته های تحقیقاتی نشان می دهد که فرزندان خانواده های طلاق طی سالهای پس از طلاق با مشکلات هیجانی، رفتاری و اجتماعی فراوانی روبرو می شوند. این قبیل مشکلات در صورت وجود عواملی چون ناپایداری خانواده و تعارضات و آشفتگی والدین مطلقه در ایفای نقش خود وجود علائم آسیب شناسی روانی در فرزندان را دوچندان می کند. بدین لحاظ، کوششهای درمانی برای رفع تعارضات زناشویی موضوع مهمی است که این پژوهش به آن می پردازد. اصولاً روشهای درمانی کلاسیک به دو دسته عمده درمانهای جسمانی و روانی طبقه بندی می شوند. معمولاً درمانی که بر اساس رواندرمانی استوار است بیشتر به دنبال تغییر رفتار و عواطف فرد می باشد. هدف روان درمانی تقویت منابع عاطفی و توانایی ذهنی در فرد است. روشهای درمانی متنوعی وجود دارد که در این پژوهش فقط به

1) Divorce

2) Stuart, G., and Sundeen, S.

3) Katell

دو نوع آن (گشتالت درمانی و معنی‌درمانی) اشاره می‌شود.

در تحقیق حاضر متغیرهای مستقل عبارتند از: اثربخشی دو روش گشتالت درمانی و معنا‌درمانی و متغیرهای وابسته نشانگان روانشناختی یعنی اضطراب، افسردگی و پرخاشگری می‌باشند. سؤال اصلی در این تحقیق این است که: کدامیک از روشهای گشتالت درمانی با معنا‌داری در کاهش نشانگان روانشناختی افسردگی، اضطراب و پرخاشگری در زنان متقاضی طلاق مؤثرتر است؟

پیشینه‌ی پژوهش

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین افزایش آگاهی، که یکی از روشهای گشتالتی است و پرخاشگری رابطه منفی وجود دارد، یعنی هرچه میزان آگاهی فرد بالاتر رود، میزان پرخاشگری وی کاهش می‌یابد (فیش باخ، ۱۹۹۰)^۱. نتایج چند پژوهش دیگر نشان می‌دهد، که بین احساس شرم و پرخاشگری رابطه منفی وجود دارد (هاردر لويس، ۱۹۹۲)^۲. در مطالعه‌ای که به وسیله میری (۱۹۸۴) انجام شد ۶۰ مراجع به صورت تصادفی در دو گروه قرار داده شدند. گروه اول فقط مراقبت پزشکی و دارو را دریافت کردند و گروه دوم مشاوره شناختی به ویژه روش‌های گشتالت درمانی و معنا‌درمانی را دریافت کردند، این گروه در مقایسه با گروه کنترل از لحاظ افسردگی و پرخاشگری بهبودی بیشتری حاصل کردند. در مطالعه دیگر که توسط فرید برگ و همکارانش (۱۹۹۴)^۳ انجام شد، ۶۲ مراجع که به نوعی از افسردگی و مشکلات خانوادگی رنج می‌بردند، مشاوره گشتالتی را دریافت کردند؛ و ۴۰ نفر هم به عنوان گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. در پایان کاهش چشمگیری در گروه آزمایشی از لحاظ افسردگی، پرخاشگری و فشار روانی به ویژه اضطراب مشاهده شد. در پژوهش دیگری اثرات رویکرد مشاوره‌ای از نوع معنی‌درمانی بر روی ۹۴ مراجع مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد گروهی که مداخله دریافت کردند. کاهش معنی‌داری در پرخاشگری، افسردگی و اضطراب نشان دادند (آکاجی و باس، ۲۰۰۱)^۴. در مطالعه دیگری که به وسیله سادرز (۱۹۹۶)^۵ انجام گرفت از فنون شناختی ایمنی و رابطه مشاور-مراجع بهره‌گیری شد. نتایج نشان داد که استفاده از رابطه گرم و معنی‌دار اثرات فراوانی در کاهش افسردگی، استرس، اضطراب و پرخاشگری دارد. در پژوهش دیگری که توسط عطاری و یوسفی (۱۳۸۱)

1) Feshbach

2) Hardeer Lewis

3) Fridburg

4) Akagi and Bass

5) Sadars

در بیمارستان شفای اهواز انجام شد، ۶۰ بیمار سرطانی مورد مطالعه قرار گرفتند یافته های این پژوهش نشان داد که گشتالت درمانی و معنی درمانی تأثیر چشمگیری در کاهش ترس از مرگ، ناامیدی، افسردگی و عصبانیت از خود در بیماران سرطانی دارد. آلپورت (۱۹۸۰)^۱ با استفاده از روش معنی درمانی، توجه مراجعان را از اهداف پایین به اهداف بالا معطوف می کرد که توجه به اهداف بالا، باعث کاهش چشمگیر رفتار نوروتیکی در آنان و تصور داشتن زندگی بهتر در آنان می گردید. به طور کلی، هدف اصلی لوگوتراپی این است که مردم باید شادمان باشند و ناشادمانی را که یکی از نشانه های ناسازگاری با محیط است کنار بگذارند. معنادرمانی به مراجعان کمک می کند تا مراجعان بجای آنکه از درد خود بنالند به خود و به رنج خود ببالند، زیرا این بیماران نه تنها اندوهناک هستند بلکه شرمسارند که چرا اندوهناکند!

فرضیه های تحقیق

این تحقیق شامل ۹ فرضیه است.

- ۱- روش درمان گشتالتی در کاهش افسردگی زنان متقاضی طلاق مؤثر است.
- ۲- روش درمان گشتالتی در کاهش اضطراب زنان متقاضی طلاق مؤثر است.
- ۳- روش درمان گشتالتی در کاهش پرخاشگری زنان متقاضی طلاق مؤثر است.
- ۴- روش درمان لوگوتراپی در کاهش افسردگی زنان متقاضی طلاق مؤثر است.
- ۵- روش درمان لوگوتراپی در کاهش اضطراب زنان متقاضی طلاق مؤثر است.
- ۶- روش درمان لوگوتراپی در کاهش پرخاشگری زنان متقاضی طلاق مؤثر است.
- ۷- بین دو روش درمان لوگوتراپی و درمان گشتالتی در کاهش افسردگی زنان متقاضی طلاق تفاوت معنی داری وجود دارد.
- ۸- بین دو روش درمان لوگوتراپی و درمان گشتالتی در کاهش اضطراب زنان متقاضی طلاق تفاوت معنی داری وجود دارد.
- ۹- بین دو روش درمان لوگوتراپی و درمان گشتالتی در کاهش پرخاشگری زنان متقاضی طلاق تفاوت معنی داری وجود دارد.

1) Alport

جامعه و نمونه تحقیق

روش به کار گرفته شده در این تحقیق از نوع طرح تحقیق شبه آزمایشی بوده و جامعه و نمونه تحقیق شامل کلیه زنان متقاضی طلاق به دادگاههای خانواده در شهرستان سقز بودند. تعداد متقاضیان طلاق ۹۴ نفر بودند که ۴ نفر بنا به دلایل شخصی و قبل از متارکه قانونی در جلسات آموزشی که برای آنان در نظر گرفته شده بود، شرکت نکردند. ۹۰ نفر باقیمانده در سه گروه آزمایشی (در هر گروه ۳۰ نفر) قرار گرفتند و ۳۰ نفر نیز از بین زنان عادی مزدوج به شیوه نمونه گیری تصادفی ساده در دسترس انتخاب گردیدند. به این ترتیب چهار گروه: گشتالت درمانی، معنادرمانی، گروه کنترل و گروه عادی (بهنجار) برای انجام تحقیق آماده گردیدند.

روش تحقیق

در این پژوهش روش شبه آزمایشی از دو نوع مداخله بر روی گروههای زنان متقاضی طلاق و گروه زنان عادی مزدوج استفاده گردیده است:

الف: نظریه معنی درمانی: این نظریه لوگوتراپی هم نامیده می شود. لوگوتراپی واژه ای است یونانی که واژه لوگوس^۱ معنا را می رساند و تراپی^۲ به معنی درمانی است. لوگوتراپی، کمتر به گذشته توجه دارد و بیشتر بر آینده نگری و معنا در زندگی توجه دارد. این نظریه توسط ویکتور فرانکل (۱۹۵۹)^۳ تهیه و تدوین شده است. او در کار مشاوره با مراجعان سعی می کرد که مراجع را به سوی هدفی هدایت کند، که معنایی در زندگی پیدا کند. نظریه معنی درمانی به مکتب سوم روان درمانی وین هم معروف است. این رویکرد بر مفاهیمی چون معناخواهی، ناکامی وجود، نوروژ اندیشه زاد، تکاپوی اندیشه ای، زندگی پوی، معنای عشق و معنای رنج در جریان درمان توجه دارد و از روشهای مشاوره ای قبول مسئولیت، تحقق نفس، زندگی گذران، ایمان در من استفاده می کند و آن رویکرد دیدگاه مثبت به ماهیت انسان دارد و به رابطه گرم و صمیمی توجه دارد.

ب: گشتالت درمانی^۴: قدمت آن در مشاوره و رواندمانی به ۵۰ سال می رسد. گشتالت درمانی به وسیله پرز^۵ رشد یافت، گشتالت اهدافش بیشتر رشد، خودآگاهی در انسان است و بر محتوی تأکید

1) Logos

2) Therapy

3) Viktor. Frankl

4) Gestalt therapy

5) Perls

دارد، یعنی بر آگاهی فرد از ارتباط با خود و با دیگران و جهان تأکید دارد. این نظریه بیشتر از چگونگی عمل سؤال می‌کند و به چرایی کاری ندارد. به تجارب کنون-اینجا توجه دارد، به عبارتی این نظریه بیشتر علاقه مند است به چیزی توجه کند که در جریان درمان رخ می‌دهد تا چیزی که قبلاً رخ داده است. طبق این رویکرد، مراجع و درمانگر به یک اندازه در جریان درمانی تجربه کسب می‌کنند. این رویکرد بر مفاهیمی چون سد کردن آگاهی، برون فکنی، بازگشت و یکی شدن، خود مسئولیتی و خود گردانی ارگانیزم توجه می‌کند. به عبارت دیگر جریان درمانی در این رویکرد سعی دارد تا سدهای مقابل آگاهی را از میان بردارد و پیوستار آگاهی را بالا ببرد تا فرد به نوعی کل‌گرایی را تجربه کند. درمانگر پیرو گشتالت درمانی سعی می‌کند که توانایی فرد را برای خودگردانی تسهیل کند. در این رویکرد از روشهای خاص گشتالتی مثل تکمیل کارهای ناتمام، تمرین زبانی، آگاهی جسمانی، تجربیدن و گسترش آگاهی در جریان درمانی استفاده می‌کند. در گشتالت درمانی جلسه مطابق میل مراجع پیش می‌رود. این رویکرد، نظریه انسان مدارانه است و به ماهیت انسان دیدگاه خوشبینانه و مثبت دارد و هدف گشتالت درمانی افزایش آگاهی، تجربیدن، قبول مسئولیت و خودگردانی است. از آنجا که اغلب مشاجرات خانوادگی، ناشی از مشکلات روانی، شخصیتی است از جمله این مشکلات به طور عمده به صورت افسردگی، اضطراب و پرخاشگری بروز می‌کند.

ابزار پژوهش

ابزار پژوهش در این تحقیق از مقیاس SCL-90-R به عنوان وسیله ای برای سنجش میزان پرخاشگری، افسردگی و اضطراب در بین زنان متقاضی طلاق استفاده گردید. مقیاس SCL-90-R شامل ۹۰ سؤال می‌باشد، که ۹ خرده مقیاس دارد که این خرده مقیاسها شامل پرخاشگری، افسردگی، اضطراب روانپزشکی، ترس مرضی، خود بیمار انگاری، حساسیت بین فردی، پارانویا و وسواس فکری-عملی می‌باشد. در پژوهش حاضر تنها از سه خرده مقیاس پرخاشگری، افسردگی و اضطراب استفاده شده است.

روایی ابزار: مقیاس SCL-90-R همبستگی بالای با مقیاسهای MMPI (دراگوتس، ابلوف ۱۹۸۳)، پرسشنامه پرخاشگری اهواز (AAI ۱۳۷۹) و مقیاس بک داشته است. همچنین روایی سازه ای بالایی در مورد این مقیاس گزارش شده است (ناتالی، ۱۹۷۰).

پایایی ابزار: مقیاس SCL-90-R بر اساس همسازي دروني، آلفای کرباخ و باز آزمایی به ویژه در سه خرده مقیاس پرخاشگری، افسردگی و اضطراب پایایی معنی دار و رضایت بخشی را نشان داد ($P=0/001$).

یافته های پژوهش

یافته های تحقیق در دو بخش: الف. توصیفی و ب. فرضیه های پژوهش مورد بررسی قرار گرفته اند:

الف. یافته های توصیفی تحقیق

در اینجا به توصیف میانگین، انحراف معیار و نمره های تفاضل پیش آزمون و پی گیری هر سه متغیر وابسته (پر خاشگری، افسردگی و اضطراب) برای چهار گروه (گشتالت درمانی، معناداری، گروه گواه و گروه بهنجار) پرداخته می شود.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار پر خاشگری در سه مرحله اجرای آزمون و تفاضل آنها در گروه های مختلف

آماره	میانگین			انحراف معیار		تفاضل	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون- پس آزمون	پس آزمون- پیگیری
گشتالت درمانی	۳/۵	۰/۴	۰/۴۳	۰/۵۷	۰/۵	۳/۱	۰/۳۳
معنی درمانی	۳/۵	۰/۵۳	۰/۴۳	۰/۵۱	۰/۵۱	۲/۹۶۶	۰/۱۰
گواه	۳/۲۸	۲/۵	۲/۷۳	۰/۸۳	۰/۷۳	۰/۷۸۳	-۰/۲۳۳
بهنجار	۰/۵۳	۰/۵۰	۰/۳۰	۰/۵۷	۰/۴۷	۰/۰۳۳	۰/۲۰

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار اضطراب سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری و تفاضل آنها را به تفکیک برای گروهها نشان می دهد.

همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می شود میانگین نمره پر خاشگری برای گروه گشتالت درمانی کاهش یافته است (پیش آزمون $\bar{X} = 3/5$ ، پس آزمون $\bar{X} = 0/4$ و پیگیری $\bar{X} = 0/43$). در گروه معنی درمانی نیز میانگین پر خاشگری در پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون کاهش یافته است (پیش آزمون $\bar{X} = 3/5$ ، پس آزمون $\bar{X} = 0/53$ و پیگیری $\bar{X} = 0/43$). در گروه گواه و بهنجار میانگین پر خاشگری تغییر محسوسی نشان نداده است. به علاوه، میانگین گروه گواه در (پیش آزمون $\bar{X} = 3/28$ ،

پس آزمون $\bar{X}=2/5$ و پیگیری $\bar{X}=2/73$ و میانگین گروه بهنجار (پیش آزمون $\bar{X}=0/53$ ، پس آزمون $\bar{X}=0/5$ و پیگیری $\bar{X}=0/30$) می باشد. همچنین تفاضل پیش آزمون- پس آزمون برای گروه گشتالت درمانی $3/1$ ، گروه معنی درمانی $2/966$ ، گروه گواه $0/783$ و گروه بهنجار $0/033$ و تفاضل پس آزمون- پیگیری برای گروه گشتالت درمانی $0/033$ ، گروه معنی درمانی $0/10$ ، گروه گواه $0/233$ - و گروه بهنجار $0/20$ است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار افسردگی در سه مرحله اجرای آزمون و تفاضل آنها در گروههای مختلف

آماره	میانگین			انحراف معیار			تفاضل	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون- پس آزمون	پس آزمون- پیگیری
گشتالت درمانی	3/67	0/63	0/57	0/48	0/49	0/50	3/033	0/066
معنی درمانی	3/4	0/37	0/33	0/62	0/49	0/48	3/033	0/033
گواه	3/27	3/17	3/13	0/52	0/75	0/62	0/10	0/033
بهنجار	0/37	0/30	0/47	0/49	0/47	0/51	0/066	-0/166

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار افسردگی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری و تفاضل آنها را به تفکیک برای گروهها نشان می دهد.

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می شود میانگین نمره افسردگی برای گروه گشتالت درمانی کاهش یافته است (پیش آزمون $\bar{X}=3/67$ ، پس آزمون $\bar{X}=0/63$ و پیگیری $\bar{X}=0/57$). در گروه معنی درمانی نیز میانگین افسردگی در پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون کاهش یافته است (پیش آزمون $\bar{X}=3/4$ ، پس آزمون $\bar{X}=0/37$ و پیگیری $\bar{X}=0/33$). در گروه گواه میانگین سه مرحله تغییر محسوسی نکرده است (پیش آزمون $\bar{X}=3/27$ ، پس آزمون $\bar{X}=3/17$ و پیگیری $\bar{X}=3/13$). در گروه بهنجار نیز میانگین سه مرحله تغییر چشمگیری نداشته است (پیش آزمون $\bar{X}=0/37$ ، پس آزمون $\bar{X}=0/30$ و پیگیری $\bar{X}=0/47$). همچنین تفاضل پیش آزمون- پس آزمون برای گروه گشتالت درمانی $3/033$ ، گروه معنی دارمانی $3/033$ ، گروه گواه $0/10$ و گروه بهنجار $0/066$ و تفاضل پس آزمون- پیگیری برای گروه گشتالت درمانی $0/066$ ، گروه معنی درمانی $0/033$ ، گروه گواه $0/033$ و گروه بهنجار $-0/166$ است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار اضطراب در سه مرحله اجرای آزمون و تفاضل آنها در گروه‌های مختلف

آماره	میانگین			انحراف معیار			تفاضل
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	
گشتالت‌درمانی	۳/۵۳	۰/۳۳	۰/۳۰	۰/۵۱	۰/۴۸	۰/۴۷	پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری
معنی‌درمانی	۳/۲۷	۰/۴۰	۰/۵۰	۰/۸۳	۰/۵۰	۰/۵۱	پیش آزمون- پس آزمون
گواه	۳/۴۷	۳/۴	۳/۰۷	۰/۵۷	۰/۵۰	۰/۵۲	پیش آزمون- پس آزمون
بهنجار	۰/۲۳	۰/۵۰	۰/۴۰	۰/۴۳	۰/۵۱	۰/۵۰	پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین نمره اضطراب برای گروه گشتالت‌درمانی کاهش یافته است (پیش آزمون $\bar{X}=3/53$ ، پس آزمون $\bar{X}=0/33$ و پیگیری $\bar{X}=0/30$). در گروه معنی‌درمانی نیز میانگین اضطراب در پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون کاهش یافته است (پیش آزمون $\bar{X}=3/27$ ، پس آزمون $\bar{X}=0/40$ و پیگیری $\bar{X}=0/50$)، در گروه گواه میانگین اضطراب در سه مرحله تغییر محسوسی نکرده است (پیش آزمون $\bar{X}=3/47$ ، پس آزمون $\bar{X}=3/4$ و پیگیری $\bar{X}=3/07$). در گروه بهنجار نیز میانگین در سه مرحله اجرای آزمون تغییر قابل ملاحظه‌ای نکرده است (پیش آزمون $\bar{X}=0/23$ ، پس آزمون $\bar{X}=0/50$ و پیگیری $\bar{X}=0/40$). همچنین تفاضل پیش آزمون پس آزمون برای گروه گشتالت‌درمانی $3/2$ ، گروه معنی‌درمانی $2/866$ ، گروه گواه $0/667$ و گروه بهنجار $0/266-0/10$ و تفاضل پس آزمون- پیگیری برای گشتالت‌درمانی $0/33$ ، معنی‌درمانی $0/10-$ ، گواه $0/33$ و بهنجار $0/10$ است.

یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش

برای بررسی معنی داری تفاوت بین گروه‌ها، در ابتدا به طور همزمان نمره‌های تفاضل پیش آزمون- پس آزمون و پس آزمون- پیگیری سه متغیر وابسته (پرخاشگری، افسردگی و اضطراب) در گروه‌های مختلف مورد تحلیل واریانس چند متغیری قرار گرفتند. جدول شماره ۴ نتایج این تحلیل را نشان می‌دهد.

همانطور که از جدول ۴ می‌توان استنباط کرد؛ گروه‌های مداخله در آزمون در سطح $p > 0/0001$ تفاوت معنی داری در نمره تفاضل پیش آزمون- پس آزمون و پس آزمون- پیگیری در سه متغیر وابسته با

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) پیش آزمون - پس آزمون و پس آزمون - پیگیری سه متغیر وابسته بین گروههای مختلف

نام آزمون	ارزش ویژه	f	Df فرضیه	df اشتباه	سطح معنی داری
Pillai's trace	۱/۰۶۳	۱۰/۳۴	۱۸	۳۳۹	۰/۰۰۰۱
lambda Wilks	۰/۰۵۷	۳۰/۷۶۶	۱۸	۳۱۴/۴۱	۰/۰۰۰۱
trace'S Hotelling	۱۴/۵۹	۸۸/۹۱۹	۱۸	۳۲۹	۰/۰۰۰۱
largest Root's Roy	۱۴/۴۵	۲۷۲/۱۸	۶	۱۱۳	۰/۰۰۰۱

یکدیگر نشان می دهند؛ بدین معنا که حداقل دو گروه در یک نمره تفاضل با یکدیگر تفاوت معنی داری دارند. به عبارت دیگر، می توان گفت که روشهای درمانی حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته اثر معنی داری داشته است.

در این بخش از مقاله نتایج یافته های پژوهشی در رابطه با فرضیه های تحقیق بررسی می شوند.

جدول ۵: خلاصه نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنیها و درون آزمودنیها با اندازه گیریهای مکرر بر روی تفاضل نمره های پیش آزمون - پس آزمون و پس آزمون - پیگیری پر خاشگری در چهار گروه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	p
گروهها	۱۰۸/۰۸۶	۳	۳۶/۰۲۹	۸۷/۷۳	۰/۰۰۰۰۱
خطا	۴۷/۶۳	۱۱۶	۰/۴۱۱	-	-
عامل	۱۷۵/۹۶	۱	۱۷۵/۹۶	۱۸۴/۴۳	۰/۰۰۰۰۱
عامل x گروهها	۱۱۰/۴۹	۳	۳۶/۸۳	۳۸/۶۰	۰/۰۰۰۰۱
خطا	۱۱۰/۶۷	۱۱۶	۰/۹۵۴	-	-

جدول ۵ نتایج بین آزمودنیها و درون آزمودنیهای تحلیل واریانس با اندازه گیریهای مکرر را بر روی تفاضل نمره های پیش آزمون - پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری پر خاشگری در چهار گروه را نشان می دهد. همانطور که در جدول ۵ مشاهده می شود تعامل نمره های عامل (پیش آزمون - پس آزمون و پس آزمون - پیگیری) با گروهها معنی دار است. مقدار f برای اثر تقابلی برابر با ۳۸/۶۰، در سطح آزمون - پیگیری) با گروهها معنی دار است. مقدار f برای اثر تقابلی برابر با ۳۸/۶۰، در سطح $p > ۰/۰۰۰۰۱$ از لحاظ آماری معنی دار می باشد. بر این اساس، از پیگیریهای بین گروهی صرف نظر

می‌شود و با استفاده از روش توکی، میانگین نمره‌های تفاضل تمام خانه‌ها را پیگیری می‌کنیم.

جدول ۶: نتایج آزمون پیگیری مربوط به تعامل عامل و گروهها در نمره پرخاشگری با استفاده از روش توکی

گروهها در عاملها							
۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
***	***	***	***	***	***	NS	۱- گشتالت‌درمانی
***	***	***	***	***	***		۲- معنی‌درمانی
NS	***	NS	**	*			۳- گروه گواه
NS	NS	NS	NS				۴- گروه پهنجار
NS	NS	NS					۵- گشتالت‌درمانی
NS	NS						۶- معنی‌درمانی
NS							۷- گروه گواه
							۸- گروه پهنجار

* در سطح ۰/۰۵ معنی دار است.

** در سطح ۰/۰۱ معنی دار است.

*** در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است.

NS = معنی دار نیست.

بررسی نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که میان تفاضل پیش‌آزمون- پس‌آزمون گروه گشتالت‌درمانی با تفاضل پیش‌آزمون- پس‌آزمون گروه گواه تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد. بنابراین، فرضیه سوم پژوهش که حاکی از تأثیر روش گشتالت‌درمانی در کاهش پرخاشگری است تأیید می‌شود. معنی‌دار نبودن تفاضل پس‌آزمون- پیگیری گروه گشتالت‌درمانی با تفاضل پس‌آزمون- پیگیری گروه گواه و از طرفی معنی‌دار بودن تفاضل پس‌آزمون- پیگیری گروه گشتالت‌درمانی با تفاضل پیش‌آزمون- پس‌آزمون همین گروه نشان می‌دهد که اثر درمانی این روش در طول زمان باقی مانده است.

همچنین میان تفاضل پیش‌آزمون- پس‌آزمون گروه معنادرمانی با تفاضل پیش‌آزمون- پس‌آزمون گروه گواه، تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد. بنابراین، فرضیه ششم پژوهش که حاکی از تأثیر روش معنادرمانی در کاهش پرخاشگری است، تأیید می‌شود. لازم به ذکر است، که اثر درمانی روش معنادرمانی نیز در طول زمان پایدار مانده است. به منظور بررسی فرضیه نهم پژوهش، که حاکی از تفاوت میان دو روش گشتالت‌درمانی و معنادرمانی در کاهش پرخاشگری است؛ تفاضل میان پیش‌آزمون- پس‌آزمون گروه گشتالت‌درمانی با تفاضل پیش‌آزمون- پس‌آزمون گروه معنی‌دارمانی مقایسه شدند.

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می شود تفاوت معنی داری میان روش گشتالت درمانی با معنادرمانی در کاهش پرخاشگری وجود ندارد. بنابراین، فرضیه نهم پژوهش تأیید نمی شود.

جدول ۷: خلاصه نتایج بین آزمودنیها و درون آزمودنیهای تحلیل واریانس با اندازه گیریهای مکرر بر روی تفاضل نمره های پیش آزمون- پس آزمون و پس آزمون- پیگیری افسردگی در چهار گروه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	p
گروهها	۱۴۱/۴۸	۳	۴۷/۱۶	۱۸۶/۲۸	۰/۰۰۰۱
خطا	۲۹/۳۷	۱۱۶	۰/۲۵۳	-	-
عامل	۱۴۷/۲۶	۱	۱۴۷/۲۶	۱۵۱/۰۴	۰/۰۰۰۱
عامل x گروهها	۱۲۰/۶۳	۳	۴۰/۲۱۱	۴۱/۲۴	۰/۰۰۰۰۱
خطا	۱۱۳/۱۰	۱۱۶	۰/۹۷۵	-	-

جدول ۷ نتایج بین آزمودنیها و درون آزمودنیهای تحلیل واریانس با اندازه گیریهای مکرر را بر روی تفاضل نمره های پیش آزمون- پس آزمون و پس آزمون- پیگیری افسردگی در چهار گروه را نشان می دهد. همانطور که در جدول ۷ مشاهده می شود تعامل عامل (پیش آزمون- پس آزمون و پس آزمون- پیگیری) با گروهها معنی دار است. مقدار f برای اثر تقابلی برابر با ۴۱/۲۴، در سطح $p > ۰/۰۰۰۰۱$ از لحاظ آماری معنی دار است. بدین لحاظ از مقایسه های چندگانه بین گروهی صرف نظر می شود و با استفاده از روش توکی، میانگین نمره های تفاضل تمام خانه ها را پیگیری می کنیم.

جدول ۸: نتایج پیگیری مربوط به تعامل عامل با گروهها در نمره پرخاشگری با استفاده از روش توکی

گروهها در عاملها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
عامل ۱- تفاضل پیش آزمون - پس آزمون	۱- گشتالت درمانی	NS	***	***	***	***	***	***
	۲- معنی درمانی			***	***	***	***	***
	۳- گروه گواه			NS	NS	NS	***	NS
	۴- گروه بهنجار					NS	NS	NS
عامل ۲- تفاضل پیش آزمون- پیگیری	۵- گشتالت درمانی					NS	NS	NS
	۶- معنی درمانی						NS	NS
	۷- گروه گواه							NS
	۸- گروه بهنجار							

*** در سطح ۰/۰۰۰۰۱ معنی دار است.
NS = معنی دار نیست.

همانطور که در جدول ۸ ملاحظه می‌شود میان تفاضل (پیش‌آزمون- پس‌آزمون) گروه گشتالت درمانی با تفاضل (پیش‌آزمون- پس‌آزمون) گروه گواه در سطح $p > 0,00001$ تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد. بنابراین، فرضیه اول پژوهش که حاکی از تأثیر روش گشتالت درمانی در کاهش افسردگی زنان مطلقه است؛ مورد تأیید قرار می‌گیرد. عدم اختلاف معنی‌دار میان تفاضل (پس‌آزمون- پیگیری) گروه گشتالت درمانی با تفاضل (پس‌آزمون- پیگیری) گروه گواه و بهنجار نشان می‌دهد که اثر روش درمانی در طول زمان پایدار مانده است. شایان ذکر است که وجود یک گروه بهنجار علاوه بر گروه گواه در طرح‌های آزمایشی، نوعی کنترل اضافی محسوب می‌شود که می‌تواند در جای خود اهمیت روشهای درمانی را آشکار سازد. همچنین میان تفاضل (پیش‌آزمون- پس‌آزمون) گروه معنی‌دار تفاضل (پیش‌آزمون- پس‌آزمون) گروه گواه در نمره افسردگی در سطح $p > 0,00001$ تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد. بنابراین، فرضیه چهارم پژوهش که حاکی از تأثیر روش معنادرمانی در کاهش افسردگی زنان مطلقه است تأیید می‌شود. عدم اختلاف معنی‌دار میان تفاضل (پیش‌آزمون- پس‌آزمون) گروه گشتالت درمانی با تفاضل (پیش‌آزمون- پس‌آزمون) گروه معنادرمانی نشان می‌دهد که فرضیه هفتم پژوهش تأیید نمی‌شود. به عبارت دیگر، تفاوتی میان این دو رویکرد درمانی در کاهش افسردگی زنان مطلقه وجود ندارد.

جدول ۹: خلاصه نتایج بین‌آزمودنیها و درون‌آزمودنیهای تحلیل واریانس با اندازه‌گیریهای مکرر بر روی تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پس‌آزمون- پیگیری اضطراب در چهار گروه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	p
گروهها	۱۲۸/۷۴	۳	۴۲/۹۱	۱۳۴/۳۶	۰/۰۰۰۱
خطا	۳۷/۰۵	۱۱۶	۰/۳۱۹	-	-
عامل	۱۱۳/۴۳	۱	۱۱۳/۴۳	۱۶۸/۷۳	۰/۰۰۰۱
عامل x گروهها	۱۷۲/۰۷۹	۳	۵۷/۳۶	۸۵/۳۲	۰/۰۰۰۱
خطا	۷۷/۹۸	۱۱۶	۰/۶۷۲	-	-

جدول ۹ نتایج بین‌آزمودنیها و درون‌آزمودنیهای تحلیل واریانس با اندازه‌گیریهای مکرر را بر روی تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پس‌آزمون- پیگیری اضطراب در چهار گروه را نشان می‌دهد. همانطور که در جدول ۷ ملاحظه می‌شود تعامل عاملها (پیش‌آزمون و پس‌آزمون- پیگیری) با گروهها

معنی دار است. مقدار f برای اثر تقابلی برابر با $۸۵/۳۲$ در سطح $p > ۰/۰۰۰۰۱$ از لحاظ آماری معنی دار است. بدین لحاظ میانگین تفاضل های تمام خانه ها را با روش توکی پیگیری می کنیم و از انجام مقایسه های چندگانه بین گروهی صرف نظر می شود.

جدول ۱۰: نتایج پیگیری مربوط به تعامل عامل با گروهها در نمره اضطراب با استفاده از روش توکی

۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	گروهها در عاملها	
***	***	***	***	***	***	NS		۱- گشتالت درمانی	عامل ۱- تفاضل پیش آزمون - پس آزمون
***	***	***	***	***	***			۲- معنادرمانی	
NS	NS	NS	NS	NS				۳- گروه گواه	
NS	*	NS	NS					۴- گروه بهنجار	
NS	NS	NS						۵- گشتالت درمانی	عامل ۲- تفاضل پیش آزمون - پیگیری
NS	NS							۶- معنادرمانی	
NS								۷- گروه گواه	
								۸- گروه بهنجار	

* در سطح $۰/۰۵$ معنی دار است.

** در سطح $۰/۰۱$ معنی دار است.

*** در سطح $۰/۰۰۰۱$ معنی دار است.

NS = معنی دار نیست.

همان طور که در جدول ۱۰ مشاهده می شود میان تفاضل (پیش آزمون- پس آزمون) گروه گشتالت درمانی با تفاضل (پیش آزمون- پس آزمون) گروه گواه در نمره اضطراب در سطح $p > ۰/۰۰۰۰۱$ تفاوت معنی دار آماری وجود دارد. بنابراین، فرضیه دو پژوهش که حاکی از تأثیر روش گشتالت درمانی در کاهش اضطراب زنان مطلقه است تأیید می شود. همچنین میان تفاضل (پیش آزمون- پس آزمون) گروه معنادرمانی با تفاضل (پیش آزمون- پس آزمون) گروه گواه در نمره اضطراب در سطح $p > ۰/۰۰۰۰۱$ تفاوت معنی دار آماری وجود دارد. بنابراین، فرضیه پنجم پژوهش که دال بر تأثیر رویکرد معنادرمانی در کاهش اضطراب است، تأیید می شود. عدم اختلاف معنی دار میان تفاضل (پیش آزمون- پس آزمون) گروه گشتالت درمانی با تفاضل (پیش آزمون- پس آزمون) گروه معنی دار در نمره اضطراب نشان می دهد که فرضیه هشتم پژوهش تأیید نمی شود. به بیان دیگر، تفاوتی میان این دو رویکرد درمانی در کاهش اضطراب زنان مطلقه وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

همان گونه که جدولها نشان دادند، آزمونهای پیگیری توکی بیانگر این بودند، که رویکرد گشتالت درمانی در کاهش پرخاشگری زنان متقاضی طلاق مؤثر بوده است. یافته‌های حاصل از این پژوهش با برخی نتایج پژوهشی دیگر که در این زمینه انجام گرفته است، هماهنگ است، (هیفرلین و گودمن، ۱۹۵۱؛ یونیتف، جی، ام، ۱۹۹۳؛ هیکنر، ۱۹۹۳؛ اولیوری، ۱۹۹۲؛ بیسر، ۱۹۷۰؛ فاگن و شپرد، ۱۹۷۰). این یافته‌ها با برخی پژوهشها و مطالعات دیگر همخوانی ندارد (زینکر، ۱۹۷۷؛ لاتر، ۱۹۸۶). البته به اعتقاد فردریک پرزبانی گشتالت درمانی در آلمان، ناکامی در انسان را جز مثبت شخصیت به حساب می‌آورد، طبق نظریه پرخاشگری-ناکامی، پرخاشگری در اثر محیط ناکام حاصل می‌شود، گشتالت درمانگران معتقدند هر چه پیوستار آگاهی را در فرد افزایش دهیم، ناکامی را منطقی‌تر می‌پذیرد. در جلسات درمانی بعد از اینکه مراجع به این بینش رسید، که ناکامی برای رشد لازم و ضروری است، میزان نگرانی و پرخاشگری که در برابر آن ناکامی از خود نشان می‌دهد، کاهش می‌یابد و مراجع در می‌یابد که در طول زندگی نمی‌توان از ناکامی خلاص شد، بلکه ناکامی، هدف بالاتر ایجاد می‌کند، لذا جهت‌گیری پرخاشگری فرد را تغییر مسیر می‌دهد. چون ناکامی یکی از عوامل زمینه‌ساز قوی پرخاشگری شناخته شده است، لذا گشتالت درمانی اثر مهمی در کاهش پرخاشگری دارد. علاوه بر این، در این پژوهش معلوم شده، که معنی درمانی هم در کاهش پرخاشگری اثر داشته است. اثر معنی‌درمانی در کاهش پرخاشگری با مطالعات (ویکتور فرانکل، ۱۹۶۷، وین دایر، ۱۹۹۰، راجرز، ۱۹۸۶) همخوانی دارد. به این معنی، فردی که دارای هدف و معنی در زندگی نیست، عشق به زندگی ندارد، رفتارهای تهاجمی و پرخاشگرانه بیشتری از خود نشان می‌دهد. چون یکی از مفاهیم معنادرمانی، معنای رنج است، وقتی مراجع با سرنوشت یا وضع غیر قابل اجتناب و غیر قابل تغییر مواجه می‌شود، می‌تواند معنای رنج را دریافت کند، یعنی آن رنج را بپذیرد. اکثر همسران متقاضی طلاق، وضع موجود را رنج آور می‌دانند، این شرایط رنج آور تاثیر زیادی در بروز پرخاشگری دارد. با پذیرش رنج و یافتن معنایی در آن، پرخاشگری زنان متقاضی طلاق به میزان قابل چشمگیری کاهش می‌یابد. لوگوترایی بر این اصل استوار نیست که فرد را از رنج نجات دهد و به لذت برساند، بلکه یکی از اهداف لوگوترایی این است تا مراجع بتواند معنای رنج را دریافت کند و این در مشاوره طلاق بسیار مؤثر است. همانگونه که جدولها نشان دادند، معنی‌درمانی در کاهش افسردگی همانند گشتالت درمانی مؤثر بوده است. البته این نتایج با مطالعات (فلیپ

ویلسن، ۱۹۵۵، ماج، وین، جی، ۱۹۹۷، اولیری، ای، ۱۹۹۲، سیلیس، سی، فیش ولپورث، ۱۹۹۷) که حاکی از مؤثرتر بودن معنی درمانی در مقایسه با گشتالت درمانی است همخوانی ندارد. با این حال نتایج این پژوهش با مفاهیم نظری فرانکل و پرز هماهنگ است. به این معنی که از مفاهیم اساسی مشاوره‌ی معنی درمانی، ناکامی وجود، معنا خواهی، تکاپوی اندیشه، معنای عشق و زندگی پوچ است. افراد افسرده بخصوص زنان متقاضی طلاق، از دست خانواده و محیط خود نگران و افسرده هستند، افراد افسرده در زندگی نا امید، پوچ‌گرا، غمگین و بی‌هدف هستند، و ناکامی وجود در آنها دیده می‌شود، با روش معنی درمانی می‌توان، معنی در وجود و زندگی ایجاد کرد. افراد افسرده اغلب نا امید و بی‌نشاط هستند. معنی درمانی، هیجان و تکاپوی اندیشه و فعالیت را از لوازم بقای زندگی می‌داند و سعی دارد در فرد هیجان و تکاپوی اندیشه و فعالیت ایجاد کند و خلاء زندگی افراد افسرده را پر کرده و چرایی در زندگی افراد ایجاد کند. افراد افسرده اغلب عشق و علاقه‌ای به زندگی، به دیگران و به خود ندارند، لگوترایی معتقد است که عشق پدیده زاد نیست، یعنی از پدیده دیگر به وجود نمی‌آید، بلکه خود اصل پدیده است، افراد افسرده، غریزه عشق را خاموش کرده اند با لوگوترایی، غریزه عشق دوباره فعال و به صورت فعلیت در می‌آید، در نهایت لوگوترایی عشق و علاقه به زندگی، دیگران و خود را در افراد به وجود می‌آورد. در این پژوهش لوگوترایی کاهش چشمگیری در افسردگی زنان متقاضی طلاق داشته است. که با مفاهیم بنیادی این نظریه همخوانی دارد. در این پژوهش معلوم شد، که گشتالت درمانی در کاهش افسردگی هم اثر داشته است. نتایج پژوهش حاضر با مطالعات (زینکر، چی، ۱۹۹۷، اولیوری، ای، ۱۹۹۲، ماشین، وین، ۱۹۹۷) در مورد کاهش افسردگی همخوانی دارد. در گشتالت درمانی بر برون فکنی، خود گردانی، وحدت کلی و انجام کارهای ناتمام توجه شده است. افراد افسرده اغلب از تخلیه روانی مطلوب ناتوان هستند و احساسات خود را سرکوب می‌کنند. از طریق گشتالت درمانی می‌توان برون فکنی را تسهیل کرد و خود تخریبی را در افراد کاهش داد. زنان افسرده اغلب از توانایی خود گردانی در زندگی ناتوان هستند، به عبارتی به درماندگی آموخته شده رسیده اند (سلیگمن، ۱۹۷۸). از طریق گشتالت درمانی می‌توان خود گردانی افراد افسرده را تسهیل کرد. فردی که بتواند زندگی خود و خانواده خود را اداره کند کمتر دچار مشکل می‌شود. تکمیل کارهای ناتمام یکی دیگر از مشکلات افراد افسرده است. روش گشتالت درمانی می‌تواند مراجع را به تکامل و تلاش در جهت تکمیل کارهای ناتمام سوق دهد و با ایجاد این جهت‌گیری کاهش چشمگیری در افسردگی زنان متقاضی طلاق ایجاد نماید. نتایج این پژوهش مبین این مطلب است

که روش گشتالت درمانی و لوگوتراپی در کاهش اضطراب زنان متقاضی طلاق به یک میزان مؤثر بوده است. نتایج پژوهش حاضر با مطالعات (دیورزن، اسمیت، ۱۹۸۸، کون، اچ، ۱۹۹۷، سارتر، ۱۹۵۸) در مورد کاهش اضطراب همخوانی دارد. لوگوتراپی اضطراب را ناشی از قصد قوی که به آن قصد وافر یا مفرط گویند می‌داند. قصد قوی سبب میشود آنچه که می‌خواهیم رخ ندهد. فردی که سعی می‌کند از اضطراب رهایی یابد، خود باعث اضطراب است. زنی که تلاش می‌کند کمتر مشاخره به راه اندازد، بیشتر مسبب آن می‌شود. معنادرمانی سعی دارد، با استفاده از قصد متضاد، اضطراب را کاهش دهد. معنادرمانی برخلاف نصایح عامه بجای تاکید بر ماندن در خانواده، بر آزادی در ماندن یا جدا شدن تاکید می‌شود که این امر موجب می‌شود، با توجه به نظریه قصد متضاد، زنان بجای جدایی، در زندگی بمانند، اضطراب در معنی درمانی نوعی تسلسل است، زنان یا مردان اضطرابشان بیشتر در مورد ادامه مشاخرات خانوادگی است. با کاهش اضطراب، ادامه مشاخرات خانوادگی هم کاهش می‌یابد. افراد مضطرب بیشتر سر نوشت خود را محصول عوامل غیر ارادی یعنی جبرگرایی و محیط تصور می‌کنند، معنادرمانی سعی دارد، در انسان این معنی را به وجود آورد که انسان صاحب عقل و اختیار است و زندگی او بر پایه آزادی استوار است. زنان مضطرب خود را افرادی مفید برای شوهر و فرزندان و خانواده خود نمی‌دانند و اغلب این افراد دیدگاه وسیله بودن در مورد خود دارند. از طریق معنی درمانی میتوان معنا و ارزش، یعنی دید انسان بودن را در افراد مضطرب زنده کرد، طبق نتایج این پژوهش، لوگوتراپی در کاهش اضطراب زنان متقاضی طلاق مؤثر بوده است، که با مفاهیم این رویکرد نیز هماهنگ می‌باشد. نتایج این پژوهش مبین این مطلب است که روش گشتالت درمانی به اندازه لوگوتراپی در کاهش اضطراب زنان متقاضی طلاق مؤثر بوده است، طبق دیدگاه گشتالتی اضطراب ناشی از شکاف بین زمان حال و آینده می‌باشد، اکثر زنان متقاضی طلاق از آینده ای تاریک و مبهم نگرانند و به وضع حال کمتر توجه می‌کنند، در روش گشتالتی با افزایش پیوستار آگاهی، برداشتن سدها در برابر آگاهی، کشاندن فرد به زمان حال، باعث کاهش اضطراب در آنها می‌شود. به طور کلی پژوهش حاضر این فرضیه های علمی را تأیید کرد که دو رویکرد مشاوره‌ای و روان‌درمانی (گشتالت درمانی و معنادرمانی) در کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پر خاشگری در میان زنان متقاضی طلاق مراجعه کننده به مرکز مشاوره خانواده شهرستان مؤثر و از لحاظ آماری معنی دار بوده اند. شایان ذکر است که فرضیه های مربوط به اثر متفاوت دو رویکرد گشتالت درمانی و معنی درمانی در کاهش اختلالات ذکر شده تأیید نشدند. به عبارت دیگر، هر دو روش درمانی

تأثیر مشابه ای در کاهش اختلالات خلقی داشته اند.

منابع

- ویکتور فرانکل (۱۹۶۷). انسان در جستجوی معنی، ترجمه، اکبر معارفی (۱۳۷۵)، چاپ پنجم، انتشارات دانشگاه تهران.
- وین دایر (۱۹۹۰). درمان با عرفان، ترجمه، جمال هاشمی (۱۳۸۰)، چاپ پنجم، انتشارات، شرکت سهامی انتشار، تهران
- ستوده، هدایت ا. . . (۱۳۸۰). آسیب شناسی اجتماعی، تهران، انتشارات آوای نور

-Akagi, H, Klimes, I and Bass, (2001) cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome in a general hospital feasible psychiatry, 23:254-260

-American psychiatric Association, (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (3 rd ed.) Washington, Dc: Author

-American psychiatric Association (1994), Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4 th ed) Washington, Dc: Author.

-Bear, R.A and Nietzed, M T (1991) cognitive behavioral treatment of impulsivity in children: journal of child clinical psychology, 400-412

-Bandura A, (1986) Social foundations of thought and action: A social cognitive theory, 46, Englewood Cliffs, N J : perntice-Hall.

-Beck, A, T (1991) cognitive therapy, American psychologist, 46, 368-375.

-Carkhuff.R.R (1967), Beyond Counseling and therapy, New Yourk, Holt, Rinehart and winston Inc.

-Corey, G,(1982) Theory and practice of counseling and psychotherapy (zed) Monterey, (A: Brooks/Cole.

-Corsini, R,(1973) Current psychotherapies, It asca, Illinois, F, E Peacock

publishes Inc.

-Cash, T (1984) The irrational belief test, Its relationship with cognitive behavioral trait and depression, journal of clinical psychology, 40.

-Dryden,W(1994),Therapeutic arenas. In W. Dryden(ed)Individual therapy in Britain, London: Harper and Row.

-D,zurillas,T and nezu, A,(1999) problem solving therapy :A social Competence Approach to clinical intervention(znd ed) New Yourk,,:Apringer.

-Ellis A,(1973)Humanistic psychotherapy :the rational and emotive Approach ,N,Y he Julian press Inc.

-Ellis, T,E and Ratliff,K,G,(1986) Cognitive characteristics, of suicidal and non suicidal psychiatrics, cognitive therapy and research,10(6), 625-634.

-Elizabet ,M and Robert,W (1993) cognitive distortion and irrational belief of post Truma Depression and Anxiety journal of clinical psychology 40(2)

-Fordye,W,E,(1990) Contingency management, In J J Bonica(Eds),The management of pain, Philadelphia: Lea and febjger.

-Foa, E,B.and Kozak. k,m.(1980) Emotional processing of fear exposure to corrective information psychological Bulletin, 99,20-35

-Flaherty,J,A and meagher,R, Maesuring racial bias on inpatient treatment. American Journal psychiatry, 137, 6790.

-Glass,A.L and Holyaak, K,J(1989) cognitive, VSA:mc Graw Hill

_Gelso,C,J and carter, J A(1985) The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequence, and theoretical Antecedent, the counseling and psychologist 13, 155.

-Holmberg,S,(1988) pain, mental health psychiatric Nurssing. Washington. The C.V mosby Company.

-Hackney H,(1978) The Evolution of Empathy personality and guidance Journal ,57,35

—Hackney H, and Cormier, L, S (1996) the Professional Counselor: A process guide to helping 3rd e d ma : Ally and Bacon.

-Jakubasck, J Hubschmid, T (1994) Aggression, Depression :Are reciprocal relationship? European Journal of psychiatry vol,8(2)69

-Jakubasck,Wurmle, o, Gennfr, R (1994) Aggression and, hostility in an Irish Population, : European Journal of psychiatry vol,8(1)37

-Jensen, I, B and Good H,L (1999) patient belief predical patient functioning,81,95

-Ivey, A E (1980) counseling 2000, Time to take charge, counseling and psychotherapist,8(4),12

Kenall, R, E(1970), relationship between aggression, depression Archen, psychiatry, vol 22

-Kazdin, A, E (1990), psychotherapy for children and adolescents Journal of adolescent psychotherapy, 41,29.

-Klinke, C.L (1991) Coping with life challenges Pacific Grove book/Cole.

-Kagan,J, (1960) ?Reflection- impulsivity?, Journal of Abnormal Psychology, 71,17.

-Kauffman, J.M and Hallahan, D.P (1973) ?Control of rough physical behavior using novel contingencies and directive teaching? perceptual and motorskills, 36, 1225.

-L?Abate, L (1981) classification of counseling and therapy theorist, methods, processes and goals: The E-R.A model Personnel on Guidance Journal 59 (5).

-Masters J.C. and et al (1987) Behavior therapy USA: Harcourt Brace Jovan vich, publishers.

-Meichenbaum D.H and Goodman, J (1971), ?Training impulsive children to talk to themselves? Journal of abnormal psychology, 85 (3), 115.

-Morriss R.J. (1991), Fear reduction methods, in helping people change, A textbook of methods. (eds.F.H. Kanfer and A.P.Goldstein), PP: 170-180- Newyork; Pergamon press.

-Namir S (1986) Treatment issues concerning persons with AIDS. In L.Mckusick (Ed): University of California press.

-Okun, B.F. (1987), Effective helping: Interviewing and counseling techniques (3 rded) Monterey, CA: Brooks/Cole.

-Palham W.E and et al (1998), Empirically supported psychosocial treatment for AD/HD. Journal of clinical child psychology. 32, 200

-Pennebaker J.W (1997), writing about emotional experiences as a therapy process. Psychology Science, 10, 172

-Perls,F,Hefferline,R.F and Goodman,P(1951) GestaltTherapy.New York:Julian Press.

-Philips B.N (1978), school stress and anxiety: Therapy, Research, and Intervention. Newyork: Human Sciences press.

-Rogers, C.R (1975), Empathic: An unappreciated way of being. The counseling psychologist, 13, 155

-Rogers, C.R (1987), The underlying therapy: Drawn from experience with individuals and groups. Counseling and values, 32, 32

-Reber S (1988), Dictionary of psychology. Tehran, Roshd, pub

Scott M.J (1989), A cognitive behavioral approach to clients? problems,

Newyork: Routledge.

-Saunders T (1996), The effect of stress inoculation training on anxiety and performance, *Journal of occupational health psychology* 1/190

-Stewart A.L Hays, R.D and Ware J.E (1988), The mose short- Form general health survey: Reliability and validity in a practice population, *Medical care*, 27(3)

-Sarason S.B, Daviddon K.S, LighthallF.F, Waite R.R and Raebush B.K (1960), *Anxiety in Elementary school children*, Newyork: John Wiley and sons.

-Spielberger C.D, Gonzales H.P, Talor C.L, Agaze B and Anton W.D (1978), Examination stress and test anxiety, In C.D vol, 5,107-120, Washington: Hemispheres.

-Spieelberger, C.D (1969) Digit span: As incidents of traitor. *Anxiety, Journal of conulting and clinical psychology* vol (3).

Stuart, G. and Sundeen, S. (1987), *Principles and practice of psychiatric nursing*, 3rd. Edition, London, C.V. Mosby Comp. P.P. 208-215.

-Wiliams D.A and Thorn B.C (1989), An empirical assessment of pain, beliefs pain, 36, 257-299

-Wine J (1971), Test anxiety and the direction of attention, *psychological Bulletin*, vol, 76,

-Woods S.P (1992), *A study of irrational beliefs implimentation of RET cognitive therapy*, CA: Springer Co.

-Yoosefi N and Hosseiny E. (2003), ?The study of mental disorder among High school students in City of Saghez. *Edjucation ,Comette of Research*.

-Yoosefi N. and Attari Y.A. (2001), The comparison of psychological hardness, sensation-seeking and personality-behavior type A among men and

women cancer patients (aged 20-40), referred to counseling and psychotherapy center in Ahvaz City, Article of these M.A.

-Yoosefi N. (2002), ?Counseling and psychotherapy of family? Isfahan, Porsesh-pub.

-Yoosefi N. (2003) ?Rehabilitation counseling? Tehran, Golgasht-pub.

-Yoosefi N. (2003) ?personality of psychology? Isfahan, Porsesh-pub.

-Yoosefi N (2002), ?Counseling skill for teacher? Ahvaz, Tehran-pub.

-Yoosefi N. and Hosseiny E. (2003), ?Pessimism and optimism. Journal of Education and psychology, Ahvaz.

-Yoosefi N. (2003), ?Marital satisfaction? Journal of Iranian Counseling Association. No, 10-30.

-Zinker, J. (1977), Creative process in Gestalt Therapy. New York: vintage books, Random, House.