

مقایسه تأثیر خانواده درمانی مبتنی بر درمان نظام عاطفی بوون و معنادرمانی در کاهش میل به خودکشی در میان مراجعان به مراکز مشاوره

یحیی یاراحمدی^۱، ناصر یوسفی^۲

چکیده

تاریخ دریافت: ۹۳/۸/۶ - تاریخ پذیرش: ۹۴/۲/۱۰

این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر خانواده درمانی مبتنی بر درمان نظام عاطفی بوون و معنا درمانی در کاهش میل به خودکشی در میان مراجعان به مراکز مشاوره دانشگاههای آزاد اسلامی واقع در منطقه ۱۱ صورت گرفت. طرح این پژوهش از نوع آزمایشی به شیوه پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه تحقیق مراجعان به مراکز مشاوره دانشگاههای آزاد اسلامی واقع در منطقه ۱۱ بوده است. از این جامعه ۶۰ آزمودنی به شیوه تصادفی ساده هدفمند انتخاب شدند، با ابزار اندیشه پردازی خودکشی بک (۱۹۷۹) و مصاحبه تشخیصی میزان متغیرهای وابسته در آزمودنیها اندازه گیری شد (پیش آزمون) و سپس به شیوه جایگزینی تصادفی، افراد در سه گروه ۲۰ نفری (گروه بونی، معنا درمانی و گواه) گماشته شدند، بنابراین سه گروه نظام عاطفی و معنا درمانی و گواه شکل گرفت. پس از اجرای مداخله پس آزمون در آزمودنیهای هر سه گروه اجرا شد و در نهایت دادههای جمع آوری شده با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندراهه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که هر دو رویکرد تأثیر درمان نظام عاطفی بوون و معنا درمانی در کاهش میل به خودکشی آزمودنیها مؤثرند. همچنین نتایج پژوهش نشان داد، بین دو رویکرد در کاهش میل به خودکشی تفاوت معناداری وجود ندارد. بر اساس یافتههای تحقیق دو رویکرد درمان نظام عاطفی بوون و معنا درمانی در کاهش میل به خودکشی اثر یکسانی دارند.

کلیدواژهها: درمان بونی، معنا درمانی، خودکشی، دانشجویان.

۱. استادیار گروه روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سنندج، ایران

۲. دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، نویسنده مسئول،

مقدمه

آسیب اجتماعی به هر نوع عمل فردی یا جمعی اطلاق می‌شود که در چارچوب اصول اخلاقی و قواعد عمل جمعی رسمی و غیررسمی جامعه محل فعالیت کنشگران قرار نمی‌گیرد و از نتیجه بلامانع قانونی و یا قبح اخلاقی و اجتماعی روبه رو می‌گردد (محمدپور، ۱۳۹۰). خودکشی و اقدام به خودکشی یکی از رفتارهای ضد اجتماعی و یک آسیب اجتماعی به شمار می‌آید این پدیده سالیان دراز از روابط عشیره‌ای و صنعتی تا روابط پیچیده شهرهای امروزی و دنیای صنعتی گریبان‌گیر بشریت بوده است. خودکشی را می‌توان تهدیدی برای سلامت عموم جامعه دانست واقعیت دردناکی که در ورای این موضوع نهفته است ضربه عمیقی است که بر پیکر خانواده و جامعه وارد می‌کند در واقع بار سنگین زیان‌های مادی و معنوی (انسانی) این پدیده را به هیچ عنوان نمی‌شود نادیده گرفت. طبق تخمین سازمان بهداشت جهانی who سالانه تقریباً یک میلیون نفر در سراسر جهان به علت خودکشی فوت می‌کنند و تا ۱۰ تا ۲۰ برابر اقدام به خودکشی می‌کنند. ایران نیز با نرخ خودکشی ۶ در هزار نفر، در رتبه ۵۸ جهان قرار دارد. در مقاله حاضر سعی بر آن است تا از روش اسنادی و کتابخانه‌ای پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی خودکشی به عنوان یک آسیب اجتماعی مورد بررسی قرار دهد. خشنود زیستن در دورانی که تغییرات سریع اجتماعی و تکنولوژی به وقوع می‌پیوندد کار آسانی نیست. افزایش داروهای آرام بخش، قرصهای خواب آور، الکلی، جنایتهای خشونت بار و توسل روز افزون به مراقبه و انواع شیوه‌های درمانگری برای دستیابی به تسکین خاطر دلیل این مدعاست (فرانکل^۱، ۱۳۸۶/۱۹۶۷). برخی از درمانگران معتقدند که زندگی روزمره شامل حوادث تکراری، ادراک تهدید شدگی و در نظر گرفتن شیوه‌های مقابله با آن و سرانجام سازگاری کم و بیش موفقیت آمیز با تهدید است (آژار و وارما^۲، ۱۹۹۵). بسیاری از افراد در برابر مشکلات تسلیم می‌شوند و دیگر

1. Frankl, V.

2. Azhar, M. Z., & Varma, S.

نمی‌توانند از عهده کارها برآیند. برخی دیگر سبک زندگیشان مبتنی بر مدار خود-ویرانگری است و یا از شیوه‌های رویارویی ناکارآمد و نابهنجار سود (مثل اقدام به خودکشی) می‌جویند، خودکشی به عنوان یک رفتار، مرگی است که به دست خود شخص انجام می‌گیرد (ایوی^۱، ۲۰۰۰). خودکشی به عنوان یک رفتار، مرگی است که به دست خود شخص انجام می‌گیرد. به گفته اشنایدمن (۲۰۰۲ / فیروزبخت، ۱۳۸۳) «خودکشی عمل آگاهانه آسیب رساندن به خود است که می‌توان آن را یک ناراحتی چند بعدی در انسان نیازمندیدانست که برای مسئله تعیین شده او این عمل بهترین راه حل تصور می‌شود». بر مبنای تعریف مرکز مطالعات انستیتو ملی بهداشت روانی آمریکا (۲۰۰۵)، خودکشی تلاشی آگاهانه به منظور خاتمه دادن به زندگی شخص توسط خودش می‌باشد که ممکن است این تلاش به اقدام تبدیل گردد یا فقط به شکل احساسی در فرد بماند. در زمینه علل خودکشی به علل آسیب‌شناختی-روانی شامل بیماریهای جسمی، بیماریهای روانی همچون افسردگی و علل اقتصادی شامل بیکاری، مشکلات اقتصادی، اخراج شدن از کار، ورشکست شدن و از دست رفتن پایگاه‌های اجتماعی و علل عاطفی شامل شکست در عشق، از دست رفتن شخص مورد علاقه، مرگ یا بیماری خطرناک یکی از نزدیکان، درگیریها و اختلالات خانوادگی اشاره می‌شود.

برای مقابله با مسئله خودکشی روشهای مختلف در مداخله روان‌شناسی وجود دارد، درمان افراد اقدام کننده به خودکشی عبارتست از: ۱- مشاوره، راهنمایی و حمایت فرد، ۲- آموزش و درمان حل مسأله‌ای، ۳- روان درمانی فردی، ۴- مداخله خانوادگی، ۵- گروه درمانی، ۶- درمان دارویی و ۷- بستری کردن در بخش بیماران روانی (کوپر^۲، ۱۹۸۳). مهارتهای حل مسأله به فرد این امکان را می‌دهد که با بررسی راه‌حل‌های مختلفی که در پیش رو دارد، یکی از آنها را مؤثرتر تشخیص داده و در جهت حل مشکل آن را به کار بندد. به یاد داشته باشیم که خودکشی می‌تواند یک راه حل باشد، اما بدترین و آخرین راه حل

1. Ivey, A.
2. Cooper, J.

مشکل است. همیشه برای حل همه مشکل‌ها راه‌حل‌های بسیاری ساده، ارزان و آبرومندانه وجود دارد که باید به آن‌ها فکر کنیم و با کمک مشاوران‌ها را پیدا کنیم.

در این پژوهش خودکشی به عنوان متغیر وابسته و دوروش درمانی نظام عاطفی بون و معنا درمانی به عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شده اند که در اینجا در مورد دوروش درمانی توضیحاتی ارائه می‌شود. در این پژوهش به دوروش معنا درمانی و نظریه بون پرداخته شده است لازم است که این دوروش درمانی به اختصار توضیح داده شود.

معنادرمانگری: ویکتور فرانکل در دوران سیاه جنگ جهانی که کمتر کسی قادر بود تا در آن روزه‌ای بیابد؛ دریچه‌های به سمت فردا باز می‌کند تا آیندگان بدانند که نور همیشه در دل ظلمت معنا می‌یابد (فرانکل، ۱۹۸۶). خاستگاه لغوی معنادرمانی یا لوگوتراپی به واژه یونانی لوگوس^۱ باز می‌گردد. لوگوس به معنای واژه یا کلمه، معنا و ارادهٔ پروردگار است. اما رساترین معادل آن معنا^۲ می‌باشد (فرانکل، ۱۹۸۷). به طور کلی معنادرمانی در لغت به معنی «درمان از طریق معنا» است و نوعی درمان فعالانه - رهنمودی است که متوجه یاری رساندن به بیمار، خاصه در مراحل بحران زندگی است. این نوع درمان فرض را بر این می‌گیرد که زندگی معنای بی‌قید و شرط دارد و این معنا را هرکس، در هر جا و در هر زمان می‌تواند بیابد و کشف کند (فرانکل، ۱۹۵۹). از این روی، لوگوتراپی می‌کوشد فرد را قادر به ساختن خود و جهان پیرامونش نماید تا چنان زندگی کند که گویی بار دومی است که دنیا آمده و اینک در صدد رفع خطاهایی است که در زندگی نخست مرتکب شده بود (حسین آبادی، ۱۳۹۰). معنادرمانی یک شاخه مجزا در مکتب روان‌درمانی وجودگرا - انسان‌گرا است. معنادرمانی به دلیل اینکه معنای وجود انسان را تحت عنوان جستجوی انسان برای چیزی به نام معنا بررسی می‌کند از روان‌درمانیهای دیگر جدا می‌شود (فرانکل، ۱۹۶۳). لوگوتراپی، کمتر به گذشته توجه دارد و بیشتر بر آینده نگری و معنا

1. logos
2. meaning

در زندگی توجه دارد. این نظریه توسط فرانکل (۱۹۶۷)^۱ تهیه و تدوین شده است. او در کار مشاوره با مراجعان سعی می‌کرد که مراجع را به سوی هد فی هدایت کند، که معنایی در زندگی پیدا کند. نظریه معنی‌درمانی به مکتب سوم روان‌درمانی وین هم معروف است. این رویکرد بر مفاهیمی چون معناخواهی، بیکامی وجود، نوروز اندیشه زاد، تکاپوی اندیشه ای، تهی زندگی، معنای عشق و معنای رنج در جریان درمان توجه دارد و از روش‌های مشاوره‌ای قبول مسؤلیت، تحقق نفس، زندگی گذران، پریشانی قوم، ایمان در درمان استفاده می‌کند و این رویکرد دیدگاه مثبت به ماهیت انسان دارد و به رابطه گرم و صمیمی توجه دارد. روش دیگر درمانی که مورد استفاده واقع شده نظام عاطفی بوون درمانی است.

نظام عاطفی بوون درمانی^۲ خانواده را یک واحد عاطفی و شبکه‌ای از روابط درهم تنیده می‌پندارد و وقتی می‌توان این واحد را بهتر درک کرد که آنرا از دیدگاه چهار چوب چند نسلی یا تاریخی تحلیل کنیم. درمان بوون به منزله پلی بین روانکاوی و نظریه سیستمها است. بوون مفاهم عاطفی خود را از رابطه مادر- فرزند به کل خانواده گسترش داد. او اعتقاد دارد که کل خانواده واحد عاطفی تلقی می‌شوند که نمی‌توانند از یکدیگر مجزایا به طور موفقیت‌آمیز تفکیک شوند. در روش بوون، ابتدا نظام عاطفی از طریق مصاحبه و فنون ارزیابی مورد سنجش قرار می‌گیرد و سپس مداخله صورت می‌گیرد. در روش بوون، خانواده درمانی طی چند مرحله صورت می‌گیرد (بوون، ۱۹۷۸). خانواده درمانی با اولین تماس تلفنی صورت می‌گیرد. در جریان درمان مشاور نباید وارد درگیری عاطفی، مثلث سازی و هم‌محسی بیش از حد شود و امتزاج کند در این صورت موجب فشار و نوعی تفرقه می‌شود. در جلسه درمان درمانگر باید اجازه دهد که خانواده با او مثلث سازی کنند، اما درمانگر نباید با آنها مثلث سازی کند چون این موجب فشار و عدم تغییر می‌شود. رفتار درمانگر باید عینی باشد نه حالت عاطفی. بوون می‌گوید هرچه درمانگراز

1. Frankl

2. Bowen emotion System therapy

خانواده مبدأ خود بیشتر فاصله بگیرد و منفک شود، بهتر می‌تواند از نظام خانواده بیرون بماند. در روش بوون، تغییر عبارت از حضور درمانگر و داخل شدن در خانواده بدون واکنش عاطفی است و تحریک خانواده و تلاش برای نجات و رهایی آنان از مشکلات است. روش بوون، آموزش شیوه درست زندگی است نه استفاده از یک فن درمانی ویژه. مصاحبه ارزیابی با والدین، زن و شوهر و خانواده هسته‌ای و گسترده صورت می‌گیرد (کرو بوون، ۱۹۸۸).

میگونی، احدی، پاشاشریفی و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی رفتار درمانگری دیالکتیکی همراه با دارو درمانگری در مقایسه با دارو درمانگری در کاهش افکار خودکشی بیماران دچار افسردگی اساسی اقدام کننده به خودکشی انجام دادند، یافته نشان داد رفتار درمانگری دیالکتیکی همراه با دارو درمانگری در کاهش میزان گرایش به خودکشی مؤثرتر از دارو درمانگری به تنهایی است.

در پژوهش دیگر که توسط مرادی، اکبری زردخانه، چراغی و فولادوند (۱۳۸۸) در مورد بررسی تأثیر ساختار خانواده و حمایت اجتماعی در خودکشی دانشجویان انجام شد، نتایج نشان دادند که دو گروه در هشت خرده مقیاس عملکرد خانواده و همه خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی تفاوت معناداری دارند. میزان همبستگی خانوادگی، ابراز وجود، جامعه‌پذیری و آرمان خانوادگی در اقدام کنندگان به خودکشی پایین تر از افرادی است که اقدام به خودکشی نداشته‌اند. هم‌چنین میزان تعارض، گسستگی، گرایش‌های فرهنگی-عقلانی و درهم تنیدگی در اقدام کنندگان به خودکشی بالاتر از افرادی است که اقدام به خودکشی نداشته‌اند. حمایت‌های اجتماعی در اشکال مختلف آن از عوامل محافظت کننده در برابر رفتارهای خودکشی‌گرایانه به شمار می‌روند.

در پژوهشی که توسط شمسی خانی، ره‌گویی، فلاحی و رهگذر (۱۳۸۵) در مورد تأثیر آموزش مهارت حل مساله بر مهارت مقابله‌ای افراد اقدام کننده به خودکشی انجام گرفت، یافته‌ها نشان داد، بین میانگین مهارت‌های مقابله‌ای (هیجان مدار و مشکل مدار) در هر دو گروه آزمون و شاهد قبل از انجام مداخله تفاوت معنی دار مشاهده نشد. اما این

اختلاف پس از مداخله معنی دار بود. در گروه آزمون بین میانگین مهارت‌های مقابله‌ای (هیجان مدار و مشکل مدار) قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی دار مشاهده شد. بنابر این آموزش مهارت حل مساله بر مهارت‌های مقابله‌ای افراد اقدام کننده به خودکشی مؤثر بوده و می‌تواند در جهت درمان رفتاری افراد و همچنین ارتقا سلامت و پیشگیری از خودکشی بکار رود. با مرور پیشینه پژوهش در ایران متاسفانه به غیر از موارد ذکر شده، تحقیقاتی در مورد مداخله درمانی یافت نشد.

در مورد اهمیت و ضرورت تحقیق باید بیان داشت با مطالعه روند رو به افزایش خودکشی در بین نوجوانان و دانشجویان و مشکلات خانوادگی در دهه اخیر، ضرورت تحقیق حاضر دستیابی به نتایج علمی در مورد اثربخشی دورویکرد درمان نظام عاطفی بوون و معنا درمانی در کاهش میل به خودکشی در میان دانشجویان مراجعه کننده به مرکز مشاوره‌ی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج می‌باشد و تحقیق حاضر کوشش می‌کند تا اثربخشی دورویکرد معنادرمانی و نظام عاطفی بوون درمانی را به شیوه‌ی خانوادگی مشخص کند و زمینه‌های روان شناختی آنها را که به کاهش میل به خودکشی منتهی می‌شود، شناسایی کند، چنانکه عواطف و معنای زندگی افراد که از مفاهیم اساسی بوون درمانی و معنا درمانی است، تغییر یابد، تمایل به خودکشی هم تغییر می‌یابد.

فرضیات تحقیق به صورت ذیل بودند:

۱- خانواده درمانی مبتنی بر درمان نظام عاطفی بوون و معنا درمانی در کاهش میل به خودکشی مراجعان مؤثر است.

۲- بین اثربخشی خانواده درمانی مبتنی بر درمان نظام عاطفی بوون و معنا درمانی در کاهش میل به خودکشی مراجعان تفاوت معناداری وجود دارد.

روش

طرح: در این پژوهش روش و طرح تحقیق از نوع نیمه آزمایشی می‌باشد، زیرا محقق

می تواند متغیرهای مستقل را دستکاری کند و نمونه را به صورت تصادفی از جامعه انتخاب کند و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش بگمارد (گال، ۱۹۸۹). که ماندگاری اثر درمانی بعد از ۳ ماه پیگیری شد.

در این تحقیق دو نوع مداخله درمانی بر روی گروه هایی از مراجعان میل به خودکشی انجام شد که به صورت زیر می باشد:

جلسات گروه بونوی: جلسه اول: موضوع جلسه: برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه، جلسه دوم: موضوع جلسه: آموزش در مورد تفکیک خویشتن و اثرات و شیوه درمانی، جلسه سوم: موضوع جلسه: مثلث ها و مثلث سازی، جلسه چهارم: موضوع جلسه: نظام عاطفی خانواده

جلسه پنجم: موضوع جلسه: فرایند فرافکنی خانواده یا انتقال تفکیک نیافتگی والدین به فرزند، جلسه ششم: موضوع جلسه: گسلس عاطفی (Emotional cut off)، جلسه هفتم: موضوع جلسه: فرایند انتقال چند نسلی (Multigenerational Transmission process) و نسل نگار (Genoa gram)، جلسه هشتم: دستور جلسه: جمع بندی، خلاصه جلسات قبل.

جلسات گروه معنادرمانی: جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، معرفی و توضیح در مورد روش درمان، اهداف، قوانین و ضرورت ها، آموزش تشخیص هیجان های ناخوشایند، رویدادهای برانگیزنده منفی، افکار ناخوشایند، فرم مثبت رویدادها، هیجان ها، افکار منفی به عنوان تکلیف خانگی. جلسه دوم: توانایی برای خودآگاهی: در این جلسه بر بالا بردن خودآگاهی تاکید می شود. جلسه سوم: آزادی و مسئولیت: در این جلسه بر این مفاهیم تاکید می شود: افراد آزادند تا از بین گزینه ها انتخاب کنند و بنابراین نقش عمده ای در شکل دهی سرنوشت خود دارند. جلسه چهارم: به وجود آوردن هویت خویش و برقرار کردن روابط معنی دار با دیگران تاکید می شود. جلسه پنجم: در این جلسه به جستجو برای معنی، مقصود، ارزشها و هدفها پرداخته می شود. جلسه ششم: در این جلسه به اضطراب به عنوان شرط زیستن پرداخته می شود. جلسه هفتم: آگاهی از مرگ و نیستی: در این جلسه بر این مفاهیم تاکید می شود: وجود نگرها مرگ را به صورت

منفی در نظر نمی‌گیرند، بلکه معتقدند که آگاهی از مرگ به عنوان شرایط اساسی انسان به زندگی معنی می‌دهد. جلسه هشتم تبدیل تراژدی به پیروزی و جمع بندی و در نهایت درمانگران وجودی عمدتاً به شناختن دنیای ذهنی درمانجویان اهمیت می‌دهند تا به آنها کمک کنند به آگاهی و گزینه‌های تازه‌ای برسند.

گروه سوم: مراجعان میل به خودکشی، این گروه هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نمی‌کنند و گروه گواه محسوب شدند، بلکه فقط مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک (۱۹۷۹) را در سه مرحله پیش، پس و پیگیری (۳ ماه بعد) تکمیل خواهند کرد. لازم به یادآوری است استفاده از مفهوم خانواده درمانی شاید این تصور را ایجاد کند که کاربرد این روش‌ها با توجه به وضعیت مقیم شهرستان بودن خانواده‌های دانشجویان، امکان پذیر نباشد؛ درحالی‌که روش‌های درمانی مورد استفاده در این پژوهش درمان‌های گروهی دانشجویان ولی مبتنی بر ارائه تکالیف و مهارت‌های خانوادگی از قبیل بررسی رابطه مراجع با خانواده، میزان تفکیک یافتگی، تلاش در جهت استقلال از خانواده و ... می‌باشد.

جامعه مورد مطالعه و نمونه‌گیری: جامعه تحقیق شامل، کلیه مراجعان (دانشجویان) اعم از خود ارجاعی و یا ارجاع داده شده به مراکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی منطقه ۱۱ در سال ۹۲ بود. حجم، شیوه نمونه‌گیری و ویژگی‌های دموگرافیک نمونه: حجم نمونه شامل سه گروه ۳۰ نفری معنادرمانی، بوون درمانی و گروه کنترل بود که از بین کلیه مراجعان مراجعه کننده به مراکز مشاوره دانشگاه‌های آزاد منطقه ۱۱ انتخاب شدند، از تمام مراجعان با هماهنگی مدیر مرکز مذکور تست تمایل به خودکشی گرفته می‌شود و افرادی که متمایل به خودکشی داشتند تشخیص داده شدند، سپس آنها را در سه گروه مذکور قرار دادیم. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند تصادفی بود.

در مورد گرفتن نمونه به صورت زیر عمل شد. در مرحله اول از دانشجویانی کارشناسی (مرد یا زن) که به مرکز مشاوره دانشگاه‌های آزاد اسلامی منطقه ۱۱ مراجعه

کرده یا ارجاع داده شده بودند، توسط روان‌شناس بالینی طبق معیارهای DSM-IV-TR مصاحبه تشخیصی و سنجشی شدند و مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک (۱۹۷۹) در مورد آنها اجراء شد و فقط افرادی به گروه‌ها وارد شدند که حداقل نمره لازم در مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک (۱۹۷۹) به دست آورند و توسط مصاحبه‌گر تشخیص داده شدند. در این مرحله با استعلام از مراکز مختلف تعداد ۱۳۶ نفر در بازه زمانی ۳ ماهه تشخیص میل به خودکشی داشتند و تلفن از آنها گرفته شد، سپس محقق در مرحله دوم از طریق شیوه‌نفرگیری (عریضی و فراهانی، ۸۷) یعنی تماس تلفنی با کل نمونه‌ای که شرایط ورود را داشتند، تماس گرفته می‌شد و دعوت به شرکت در دوره درمانی در مکانی که در دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه آزاد واحد سنندج شد، تعداد مراجعان حاضر به همکاری ۱۰۹ نفر بودند و در مرحله سوم از میان مراجعان حاضر به همکاری (مرد یا زن)، ۶۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند، در مرحله چهارم با استفاده از مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک (۱۹۷۹) در آزمودنیها میل به خودکشی اندازه‌گیری شد (پیش‌آزمون) و سرانجام در مرحله پنجم، به شیوه جایگزینی تصادفی، افراد در سه گروه ۲۰ نفری (گروه معنا درمانی، نظام عاطفی بوون درمانی‌گواه) گماشته می‌شوند.

هر چند کفایت حجم نمونه پس از انجام عملیات آماری (تحلیل کواریانس چند متغیره) شاخص‌های توان آماری، واریانس مشترک، نشان داد که توان آماری بالاتر از $0/8$ و واریانس مشترک بیشتر از $0/30$ بود، در نتیجه نمونه گرفته شده مکفی بود (در تحلیل کواریانس به ازای وارد کردن هر متغیر به عنوان متغیر کنترل، توان آماری مقداری کاهش می‌یابد که حجم نمونه پایین ممکن است این کاهش را مربوط به عدم اثربخشی جلوه دهد).

ویژگیهای دموگرافیک به صورت ذیل بود: میانگین سنی، مدت تحصیل به سال، دختر و پسر بودن و بومی بودن آزمودنی‌های به ترتیب با (۲۳/۷۸ سال و با انحراف معیار ۲/۷۸، ۲/۹ سال، ۷۲ درصد دختر و ۲۸ درصد پسر و ۹۱ درصد) بود.

روند اجراء پژوهش: محقق با گرفتن نامه از دانشگاه آزاد واحد پژوهش به مراکز مشاوره مناطق یازده گانه مراجعه کرد، بعد از هماهنگی لازم با مسئولان مربوطه و انتخاب آزمودنیها به شیوه‌ی که در بخش نمونه گیری شرح داده شد، منوال درمانی بونی و معنادرمانی توسط یک درمانگران که در زمینه درمانی بونی و معنادرمانی متخصص و آموزش دیده بود، به مدت ۸ جلسه یک ساعته با هفته‌ای دوبار به صورت گروهی در مکانی که در دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه آزاد واحد سنندج برای این کار اختصاص داده بودند به آزمودنیها آموزش داده شد. مزیت اینکه درمان توسط درمانگری غیر از محقق صورت گیرد، میزان سوگیری تأیید فرضیه را کاهش می دهد.

مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک (BSSI): مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک (۱۹۷۹) برای سنجش میزان مستعد بودن فرد به خودکشی ساخته شده است. این پرسشنامه که در واقع نوعی مصاحبه نیمه ساختار یافته است که دارای ۱۹ ماده است که بر اساس طیف سه درجه‌ای صفر (کمترین شدت) تا ۲ (بیشترین شدت) نمره گذاری می شود. اعتبار و پایایی این مقیاس در پژوهشهای مختلف تأیید شده است، در پژوهش بک پایایی این ابزار به صورت آلفای کرنباخ و بین ارزیابان به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش شده است (بک، کوایکس و ویزمن^۱، ۱۹۷۹). در ایران در تحقیقات رحیمی آباد (۱۳۷۸) و کاویانی، موسوی و محیط (۱۳۸۰) روایی و پایایی قابل قبولی برای این مقیاس از لحاظ روانسنجی گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی آن با روش آلفای کرنباخ ۰/۷۵ بود.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روشهای آمار توصیفی (مثل میانگین و انحراف معیار) و از روشهای آمار استنباطی از قبیل تحلیل کواریانس استفاده شد.

1. Beck Scale for Suicide Ideation
2. Beck AT, Kovacs M, Weissman A.

یافته‌ها

قبل از انجام آزمون کوواریانس همگنی، شیب رگرسیون متغیرها، همسان بودن پراکندگی متغیرهای در دو گروه و نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها در جامعه به ترتیب با استفاده از آزمون‌های شیب رگرسیون، لوین و شاپیرو-ویلک مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار میل به خودکشی به تفکیک مراحل انجام آزمون و گروه‌های آزمایشی آورده شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره میل به خودکشی دانشجویان

دانشگاه آزاد در مراحل پیش و پس آزمون و پیگیری

متغیر	مراحل آزمون	گروه‌ها	شاخص آماری	
			میانگین	انحراف معیار
			۳۴/۲۳	۳/۲۵
		نظام عاطفی بوون		۲۰
	پیش آزمون	معنا درمانی	۳۵/۶۱	۶/۸۲
		کنترل	۳۳/۴۳	۴/۴۳
		نظام عاطفی بوون	۱۲/۰۱	۱۲/۰۹
	پس آزمون	معنا درمانی	۱۳/۳۲	۹/۷۸
میل به خودکشی		کنترل	۳۲/۱۷	۴/۳۲
		نظام عاطفی بوون	۱۴/۱۳	۵/۰۶
	پیگیری	معنا درمانی	۱۵/۲۱	۱۱/۰۷
		کنترل	۳۴/۵۶	۱۲/۸

همان طوری در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری میل به خودکشی هر یک از گروه‌های نظام عاطفی بوون، معنا

درمانی و گروه کنترل آورده شده است. همچنانکه ملاحظه می‌شود در پیش‌آزمون تفاوت چندانی بین میانگین‌ها مشاهده نمی‌شود، اما در پس‌آزمون میانگین میل به خودکشی به شدت تحت تأثیر درمانها کاهش یافته است. در مرحله پیگیری به طور صوری و بصری اثرماندگار است. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کواریانس در متن م‌انکوا استفاده شده که نتایج آن در جدول ۲ آورده شده است

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی پس‌آزمون میانگین نمرات میل به خودکشی دانشجویان گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	مجذوراتا	توان آماری
	پیش‌آزمون	۲۳۲/۱۵	۱	۲۳۲/۱۵	۲/۴۳	۰/۱۲	۰/۲۳	۰/۹۲
میل به خودکشی	گروه	۲۷۹/۸۷	۲	۲۷۹/۸۷	۰/۹۴	۰/۰۱	۰/۹۲	۰/۹۶
	خطا	۹۸۷۹/۳۲	۳۶	۲۵۴/۱۵				

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود با کنترل پیش‌آزمون بین دانشجویان گروه‌های آزمایش و گروه گواه از لحاظ میل به خودکشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=۰/۹۴$ و $p < ۰/۰۰۱$)، بنابراین فرضیه اول مبنی بر اینکه خانواده درمانی مبتنی بر درمان نظام عاطفی بوون و معنا درمانی در کاهش میل به خودکشی مراجعان مؤثر است، تأیید می‌گردد. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۹۲ می‌باشد، یعنی ۹۲ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون میل به خودکشی مربوط به تأثیر درمان نظام عاطفی بوون و معنا درمانی می‌باشد. توان آماری برابر با ۹۵ است، یعنی امکان خطای نوع دوم ۰/۰۴ بوده و دلالت بر کفایت حجم نمونه دارد. معنی‌دار شدن تفاوت در تحلیل کواریانس مشخص نمی‌سازد که بین کدام گروه تفاوت وجود دارد، لذا بدنبال این تحلیل، برای بررسی فرضیه دوم تحلیل تعقیبی بونفرونی انجام شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونیرای مقایسه میانگین نمرات
درکاهش میل به خودکشی مراجعان گروه‌های سه گانه

تفاوت میانگین (I-J)			گروهها
۳	۲	۱	
۲۰/۱۶*	۱/۳۱	-	نظام عاطفی بوون ۱
۱۸/۸۵*	-	۱/۳۱	معنا درمانی ۲
-	۱۸/۸۵*	۲۰/۱۶*	کنترل ۳

سطح معناداری: $p < 0/0001$

همان طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، بین دانشجویان گروه کنترل و گروه‌های درمان نظام عاطفی بوون و معنا درمانی تفاوت معنی داری از لحاظ میل به خودکشی وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان نظام عاطفی بوون و معنا درمانی برای دانشجویان گروه‌های یاد شده با توجه به میانگین میل به خودکشی آنان نسبت به میانگین دانشجویان گروه کنترل موجب کاهش میل به خودکشی گروه‌های آزمایش شده است، بنابراین فرضیه ۲ مبنی بر بین اثربخشی خانواده درمانی مبتنی بر درمان نظام عاطفی بوون و معنا درمانی در کاهش میل به خودکشی مراجعان تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید نمی‌گردد. این امر بیانگر آن است که درمان نظام عاطفی بوون و معنا درمانی تأثیر تقریباً اثربخشی برکاهش میل به خودکشی گروه‌های یاد شده داشته‌اند. به منظور بررسی ماندگاری تأثیر دورویکرد درمانی در مرحله پیگیری از آزمون T وابسته استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ می‌آید.

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل تی وابسته نمرات میل به خودکشی در مرحله پس آزمون و پیگیری دانشجویان درگروه‌های آزمایش و گواه

متغیرها	گروه	اختلاف میانگین (پس آزمون - پیگیری)	انحراف معیار	df	مقدار تی وابسته	سطح معنی داری (p)
	نظام بوونی	۲/۱۲	۰/۸۹	۱۹	۰/۸۹	۰/۴۸
میل به خودکشی	معنا درمانی	۱/۸۹	۰/۷۶	۱۹	۰/۷۵	۰/۵۶
	کنترل	۲/۳۹	۱/۴۵	۱۹	۰/۹۲	۰/۳۷

همان طوری که در جدول ۴ مشاهده می شود با مقایسه نمرات پس آزمون و پیگیری اثربخشی درمانهای نظام عاطفی بوون و معنا درمانی اثرشان پایدار و ماندگار است. به عبارت دیگر اثربخشی درمانهای نظام عاطفی بوون و معنا درمانی در طی سه ماه بعد از مداخله ثابت مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

در مورد تبیین اثر نظام عاطفی بوون با توجه به یافته‌های پژوهش نشان دادند که روی آورد درمان خانوادگی بوون در کاهش میل به خودکشی دانشجویان مؤثر بوده است (جدول ۴). یافته‌های به دست آمده با پژوهش‌های شمسی خانی، ره گوی، فلاحی و رهگذر، ۱۳۸۵، کِرو بوون، ۱۹۸۸، اسکورون و دندی، ۲۰۰۴، دون، ۲۰۰۳، باتلی، ۲۰۰۲، اسکورون و ویستر، ۲۰۰۴؛ همسوست. از آنجا احساسات شخص خودکشی‌کننده عموماً شخص در معرض خودکشی به دلیل احساس بیگانگی از تعاملات اجتماعی کناره گیری می‌کند. او در پس انبوه جمعیت احساس انزوا و تنهایی می‌نماید. نیروی لازم برای عملکردهای روزانه کاهش می‌یابد. احساس خستگی و نوسانات خلقی ایجاد می‌شوند. خواب،

خوراک و عادات مراقبت از خود از نظم معمول خارج می‌گردند. شخص ممکن است بدلیل سخت و غیر قابل تحمل بودن الزامات زندگی از خوردن خودداری کند، در خواب مشکل داشته باشد، کلاس درس یا کار خود را فراموش کند و از آرایش ظاهری خود غفلت نماید. عواطف خشم، آسیب و غمگینی احساس ناامیدی و درماندگی فرد را در بر می‌گیرد. در تبیین اثربخشی و موثرتر بودن نظام عاطفی بوون بر میل به خودکشی باید بیان داشت، خود متمایزسازی به چندین دلیل به عنوان یک موضوع مهم در زندگی، مورد بررسی قرار گرفته است (کرو بوون، ۱۹۸۸، بوون، ۱۹۷۶، ۱۹۷۸، کیر، ۱۹۸۴). بوون (۱۹۷۸) فرض کرده است که افرادی که تمایز کمتری دارند، تمایل به انعطاف پذیری کمتری دارند و در مواجهه با استرس زندگی، پذیرش کمتری دارند و بهبود پیدا کردن از استرس برای آنها دشوار می‌باشد، آنها احتمالاً در قبال اضطراب مزمن زندگی بیشتر آسیب پذیر می‌باشند و نشانه‌ها و علائم فیزیکی و روان شناختی بیشتری را تحت فشار تجربه می‌کنند. به صورت میان شخصی آنها نوعاً به سمت اتکاء و وابستگی تمایل دارند. خرد آنها اغلب به وسیله‌ی احساساتشان هدایت می‌شود و آنها در مورد مشکلات عینی هنگامی که تحت فشار هستند، در زمینه فکری مشکل دارند (بوون، ۱۹۷۶، ۱۹۷۸، کرو بوون، ۱۹۸۸؛ لارسون و ویلسون، ۱۹۹۸). در مقابل، بوون استدلال کرد، اشخاصی که به خوبی خود را متمایز ساخته‌اند، بیشتر قادر به تفکر عینی در هنگامی که موقعیت‌های استرس‌زا پیش می‌آید، دارند. آنها بیشتر در هنگام استرس، سازگاری و برگشت پذیری دارند و احتمال کمتری وجود دارد که بوسیله‌ی استرس زندگی، ناتوان و ضعیف شوند (مردوک، گور و هورسز، ۱۹۹۸؛ کیر، ۱۹۹۱؛ بوون، ۱۹۷۲). آنها احتمالاً باورها و ارزش‌هایشان را هنگامی که از جانب اشخاص مهم برای تأیید آن تحت فشار هستند، حفظ می‌کنند. (کرو بوون، ۱۹۸۸؛ والش، ۱۹۸۹؛ هرز براون، ۱۹۹۱، اسکورن و فریدلاندر، ۱۹۹۸؛ هرز براون، ۱۹۹۱، اریپیتا، ۲۰۰۶؛ دکس، ۱۹۶۷؛ کارپل، ۱۹۷۶؛ کیر، ۱۹۸۴). اضطراب مزمن محصول فرعی کاهش تمایز یافتگی اساسی است (کرو بوون ۱۹۸۸؛ کیر، ۱۹۸۸، ۱۹۹، ۱۹۹۲، تیتلمن، ۱۹۸۸، گرین، هامیلتون و رولینگ، ۱۹۸۶؛ ماینرد، ۱۹۹۷)،

فرایندی که در آن فرد یاد می‌گیرند، جهت و مسیر خود را در زندگی ترسیم کند، بیآنکه دائماً درگیر رهنمودهای دیگران باشند (کر، ۱۹۸۸، ۱۹۹۲؛ والش، ۲۰۰۳؛ رین، تیتلمن، ۱۹۸۸، پلیگ - پوپکو، ۲۰۰۲، ۲۰۰۴). در تعارض شخصی آشکار که در آن فاصله‌گذاری مفرط یا صمیمیت مفرط بین فردی رخ می‌دهد، احساس مثبت و منفی بسیار نوسان دارد (والش و مک‌گدریک، ۱۹۸۸). بدکاری در فرد می‌تواند به صورت "دوسویگی بسیار باکفایت و بسیار بی‌کفایت" ظاهر شود، در این حالت اقدام به خود تخریبی زیاد است (کر، ۱۹۸۸). همچنین فرایندهای مرکزی احساس تعارض به رابطه استراتژی مربوط می‌شود که توسط فرد برای کنترل اضطراب مورد استفاده قرار می‌گیرد (گریفین و گرین، ۱۹۹۹؛ چوو چانگ، ۲۰۰۲) این رابطه استراتژی به صورت فاصله احساسی، تضاد (تعارض) و اختلال عملکردی (اقدام به خودکشی) خود را نشان می‌دهد. بنابراین تنها راه حل مشکل افراد در استانه خودکشی آن است که تعمداً فرد را با خانواده مبدأً تغییر دهیم (البته طبق دیدگاه بوون تغییر فرد به تنهایی هم می‌تواند واحد خانواده را تغییر دهد) و تنها در این صورت افراد به تفکیک دست می‌یابند و در برابر نیروی عاطفی جاری واکنش کمتر نشان می‌دهند (فرامو، ۱۹۹۲، فریدمن، ۱۹۹۱). بنابراین متناسب با مشکلات نظام عاطفی بوون در جهت تمایزسازی، کاهش اضطراب مزمن کار کرده است؛ در صورت تغییر فرد از لحاظ این ابعاد قاعدتاً تعارض فردی هم کاهش می‌یابد و با کاهش تعارض فردی به تبع آن میل به خودکشی هم کاهش یافته است. همچنانکه در این پژوهش اثر نظام عاطفی بوون بر میزان کاهش میل به خودکشی مؤثر بوده است که یافته‌های تحقیقات محققان پیشین (شمسی خانی، ره‌گوی، فلاحی و رهگذر، ۱۳۸۵، کرو بوون، ۱۹۸۸، اسکورون و دندی، ۲۰۰۴، دون، ۲۰۰۳، بارتلی، ۲۰۰۲، اسکورون و ویستر^۱، ۲۰۰۴؛ چوو پارک^۲، ۱۹۹۹) مؤید یافته حاصل از پژوهش حاضر است.

لازم به بیان است با توجه به اینکه کل خانواده در جلسات آموزشی - درمانی دو

1. Skowron, E., & Wester, S.

2. Cho, M., & Park, S.

رویکرد درمانی شرکت نکردند، در تفسیر اثربخش بودن این شیوه‌های درمانی بر کاهش میل به خودکشی دانشجویان می‌توان گفت، بخاطر سیستمی بودن ساختار خانواده درمانی مبتنی بر نظام عاطفی و بوون درمانی، همانگونه که مشکل رفتاری یک فرد بر فرد دیگر وکل خانواده مؤثر است، تغییر در یک عضو نیز منجر به تغییر دیگر تعاملات خانوادگی می‌شود. از طرفی دیگر مراجعان بیان می‌کردند که آموخته‌های خود را به خانواده شان و در صورت در دسترس بودن به آنها نیز انتقال می‌دادند و این می‌تواند در افزایش برقراری ارتباط، بیان هیجان‌ها و کاهش تعارض فردی و میل به خودکشی بیشتر مؤثر باشد.

همچنین در مورد تبیین اثر درمان معنا درمانی، یافته‌های پژوهش نشان دادند که روی آورد درمان معنا درمانی در کاهش میل به خودکشی دانشجویان مؤثر بوده است (جدول ۴). یافته‌های به دست آمده با پژوهشهای (غلامی، پاشا و سودانی، ۱۳۸۸، فرانکل، ۱۹۶۷؛ دایر^۱، ۱۹۹۰، برنان^۲، ۲۰۰۴؛ احمدی طهران، حیدری، پروپست، استروم، واتکینس و همکاران، ۱۹۹۲، آکس لاین^۳، سعیدی نژاد، مظاهری، غباری بناب، ۱۳۸۸، برگین، ۱۹۹۱) همسوست. در تبیین مطالب فوق می‌توان گفت، بنابر اصول لوگوتراپی، تلاش برای یافتن معنی در زندگی اساسی‌ترین نیروی محرکه هر فرد در دوران زندگی او است و لذا معنی‌جویی به عنوان نیرویی پایه معنی‌درمانی به شمار می‌آید. از آنجا که معنای بی پایان زندگی، رنج و محرومیت و مرگ را نیز فرا می‌گیرد، در واقع همین لحظات سخت است که ارزش درونی هر فرد را محک می‌زند. به دیگر سخن، اگر زندگی دارای مفهومی باشد، رنج هم باید معنا داشته باشد و اساساً زندگی بشر بدون رنج و مرگ کامل نخواهد شد، پس نباید رنج و مرگ را امری مذموم شمرد و برای از بین بردن آن تلاش کرد بلکه می‌بایست جایگاه واقعی هریک را شناخت و آن را در جای خود پذیرفت. از این

1. Dayer
2. Brennan
3. Exline

روی، لوگوتراپی می‌کوشد فرد را قادر به ساختن خود و جهان پیرامونش نماید تا چنان زندگی کند که گویی بار دومی است که دنیا آمده و اینک در صدد رفع خطاهایی است که در زندگی نخست مرتکب شده بود (حسین‌آبادی، ۱۳۹۰). به همین دلیل گفته می‌شود که لوگوتراپی ممکن است به شیوه‌های فعال در فرایند مقابله‌ای با میل به خودکشی مؤثر باشد. به طور کلی مقابله‌ی لوگوتراپی، متکی بر باورها و فعالیت‌های ذهنی است و از این طریق در کنترل استرس‌های هیجانی و کنترل رفتارهای تکانشی و اقدام به خودزنی و خودکشی به افراد کمک می‌کند.

احساس تعلق داشتن به جهان، امیدواری به زندگی در شرایط مشکل‌زای زندگی، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی، حمایت روحانی و ... همگی از جمله منابعی هستند که افراد معنادار در زندگی با برخورداری از آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث، فشار کم‌تری را تحمل کنند. در این مختصر نقش مقابله معنا و دریافت معنای رنج در میانجگری بین عوامل استرس‌زا و ارتباط آن با سلامت روانی و خودکشی کاملاً روشن است، اغلب افرادی که دست به خودکشی می‌زنند، به نوعی به پوچ‌گرایی رسیده‌اند و معنا در زندگی می‌تواند نور امید و هدف را در دل این افراد روشن کند. در مقابله‌ی لوگوتراپی فرد از منابع مثل امید، معنا و پذیرش رنج و ... برای مقابله با مشکلات استفاده می‌شود. یافته‌های اخیر نشان داده‌اند از آنجایی که این نوع مقابله‌ها منبع حمایت عاطفی و هم‌وسیله‌ای برای تفسیر مثبت حوادث زندگی هستند، ممکن است مقابله‌های بعدی را تسهیل نمایند، بنابراین به کارگیری آنها برای اکثر افراد سلامت‌ساز است. لوگوتراپی ممکن است در تمامی عوامل نقش موثری در استرس‌زدایی داشته باشد و در ارزیابی موقعیت ارزیابی شناختی فرد فعالیت‌های مقابله‌ای، منابع حمایتی، امید و اتکاء به هدف و ... سبب کاهش گرفتاری روانی و انصراف از خودکشی شود. علاوه بر این نتایج پژوهش‌های دیگر نشان دادند که لوگوتراپی هم در کاهش میل به خودکشی مانند نظام عاطفی درمانگری اثر داشته است (جدول ۴). اثر لوگوتراپی در کاهش میل با

پژوهشهای ماسکروو روزن (۲۰۰۶)، اسپینل (۲۰۰۳)، آیاکوو (۲۰۰۹) همخوانی دارد. در تبیین اثر لوگوتراپی باید گفت: آزادی در نظر لوگوتراپی عبارت است از داشتن حق انتخاب برای از قوه به فعل رساندن استعدادهای ذاتی در انسان اما آزادی انسان از چیزی نیست بلکه به چیزی است، در این دیدگاه تقلاي انسان برای آزاد شدن از محدودیت ها (مثل خودکشی) در یک آینده مبهم و بی هدف نمی باشد بلکه آزادی انسان برای هدفی است که در حال و آینده خود انتخاب کرده است، افرادی که اقدام به خودکشی می کنند، مفهوم آزادی را درک نمی کنند. افرادی که اقدام به خودکشی می کنند معنی مسئولیت را نمی دانند، لوگوتراپی معتقد بر این هستند که انسان خود سازنده و مسئول سرنوشت خود می باشد، نه طبق نظر فروید ناهشیار و گذشته و یا طبق نظریات گرایان شرایط محیطی و تقویت کننده ها، خود انسان است که مسئول اعمال خویش است، درک معنا و مسئولیت پذیری اثر خاصی بر کاهش اقدام به خودکشی دارد، چرا که این افراد نوعی احساس بی مسئولیتی و بی معنایی می کنند. افراد متمایل به خودکشی هدفی در زندگی ندارند و احساس پوچی و بی معنایی می کنند و در خلأیی بدون گریز گرفتار هستند. اگر افرادی که اقدام به خودکشی می کنند، بتوانند، معنای زندگی، ارزش وجودی و مسئولیت فردی و اجتماعی را دریافت کنند، تغییرات در میل آنها هم به جود می آید و ابدا اقدام به خودکشی نمی کنند و نه تنها از زندگی زده نمی شوند، بلکه زندگی هر لحظه برای آنها متنوع تر و جذاب تر است. در انسان یک دوگانگی همیشگی موجود است که انسان بین آن قرار دارد، (مثلا دوگانگی بین مرگ و زندگی). در حقیقت وقتی انسان با مسأله ای به نام مرگ که گریزنا پذیر است، مواجه می شود دچار اضطراب می گردد. اهمیت مرگ و خودکشی از جهت واقعه ای که می افتد نیست، بلکه از نظر وجودی خودکشی از این جهت است که انسان چون اعتمادش نسبت به بقای خویش سلب می کند، کارهایی می کند و نقشه هایی پی ریزی می نماید تا اساس ثبات را برای خود پی ریزی کند، در هر صورت مرگ انسان را به وظایفی که باید انجام دهد آگاه می سازد. بنابراین اقدام به نابودی خود استقلال فردی و انسانیت را از شخص سلب می کند و او خود را فراموش

می‌کند و چون انسان خود و موقعیت خویش را تشخیص ندهد، مسلم است مسائل مربوط به خود را نیز نمی‌تواند تشخیص دهد. پس انسانی که نتواند خویش و موقعیت خویش را تشخیص دهد در دنیایی زندگی می‌کند که علی‌رغم وجود دیگران در کنار او احساس تنهایی می‌کند، به این دلیل است که این افراد اغلب احساس بی‌کسی می‌کنند و پناه به خودکشی می‌برند. نکته قابل توجه دیگر این است که در جلسات درمان باید برای مراجع متمایل به خودکشی روشن شود و بیان کرد تنها وجود اصیل است یعنی روراستی با طبیعت، با دیگران و خودمان ما را از تنهایی و اقدام به خودکشی نجات می‌دهد. از نظر آنان اصالت پاداش دهنده است، اصالت یعنی اینکه ما تصمیم گرفته ایم صاف و پوست کنده با دنیا روبرو شویم، بدون اینکه آن را از خود پنهان کنیم و یا خود را از آن پنهان سازیم. این تبیین‌ها و شیوه‌ی اثر لوگوتراپی در کاهش میل با بررسی‌های نظری و تحقیقییالوم (۲۰۰۱)، هولت (۱۹۶۶)، سدنر (۲۰۰۹) و سچندر^۱ (۲۰۰۱)، هیدگر (۲۰۰۷) همخوانی دارد.

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 کنند. به همین دلیل لوگوتراپی با ارائه متد خاص، نگرش دانشجویان را کاهش داد. از سوی دیگر افراد با هدف و با معنا در زندگی به هرنسبت که ایمان قوی و محکم داشته باشند از بیماری‌های روانی مصون تر هستند. یکی دیگر از دلایل نگرانی دانشجویان نسبت به آینده، این است که سرنوشت خود را محصول عوامل غیر ارادی 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 زندگی را انتخاب کرده‌اند. به همین دلیل با به کارگیری معنادرمانگری و تأکید بر قدرت انتخاب، تمایل به خودکشی دانشجویان کاهش یافته است.

1. Schneider, K.

یکی از محدودیت‌های پژوهش‌های این است که در پژوهش حاضر دانشجویان دختر ۷۲ 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 دانشجویان بودند، در تعمیم یافته‌ها به سایر افراد جامعه باید به خاص بودن نمونه توجه شود. یکی دیگر از محدودیت‌ها، اجرای پیش‌آزمون‌ها در میان دانشجویان متمایل به خودکشی بود که به دلیل تحت استرس 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. محدودیت دیگر این بود که دانشجویان از آشکار شدن افکار خودکشی نگران بودند و به محرمانه بودن آن شک داشتند و چند نفر حاضر به همکاری نشدند.

از آنجا که هدف پژوهش‌های اخیر علاوه بر تعیین اثربخشی یک مداخله، تعیین مناسب‌ترین نوع درمان برای هر فرد است، بررسی وضعیت اجتماعی، تحصیلی، بومی و غیر بومی بودن و فرهنگی افراد به منظور تعریف بهترین گروه هدف برای این نوع مداخله نیز ضرورت دارد. با توجه به اینکه این پژوهش در شهرستان سنندج واقع در استان کردستان انجام گرفت و با توجه به اینکه مسائل مذهبی و فرهنگی برای افراد مهم است، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در شهرها، قومیت‌ها و فرهنگ‌های دیگر تکرار شود.

رابطه‌ی بین میزان عوامل عاطفی و معنای زندگی افراد و میزان خودکشی اغلب در ارزیابی‌های کلینیکی نادیده گرفته می‌شود. اگرچه تحقیقات زیادی نقش بازدارنده عاطفه با ثبات و امید در زندگی در مقابل خودکشی را نشان داده است، اما راهنمایی‌های مخصوصی به منظور استفاده از اطلاعات معنای زندگی و روابط عاطفی در ارزیابی احتمال خودکشی لازم است که ارائه شود. راهنمایی‌های عملی می‌تواند به مشاوران کمک کند تا تأثیر میزان معنای زندگی و روابط عاطفی سالم مراجعان بر احتمال خودکشی آنها را ارزیابی کنند و از این طریق نگرش و تمایل به خودکشی آنها را کاهش دهند.

عمل خودکشی در متون روان‌شناسی اختلال است و قابل درمان است. تحقیقات نشان داده است که میزان اهداف و معنا و مسئولیت‌پذیری مستقیماً با میزان خودکشی رابطه دارد و

هراندازه که میزان اهداف و معنایابی از زندگی بیشتر باشد احتمال رفتار معطوف به خودکشی کمتر می‌شود. سازوکارهای متعددی در نقش بازدارندگی معنا درمانی اهمیت دارند که برخی از آنها عبارتند از کاهش خصومت و کینه و افزایش دلایل زنده ماندن. اطلاعات تفکیک یافتگی و وجودگرایی بالینی مناسب می‌تواند به مشاوران کمک نماید تا این اطلاعات را به هنگام تدوین برنامه هایشان مورد استفاده قرار دهند. بنابراین درمانگران و مشاوران نباید اهمیت توجه به مسایل معنایی در زندگی، تفکیک یافتگی عاطفی و اهداف در زندگی و پذیرش رنج در کمک به مراجعان را از نظر دور بدارند، و از این مدل‌های جدید و انسان‌گرایانه برای کمک به دانشجویان مشکل دار و دردمند بهره گیرند.

منابع

- شنایدمن، ادوین (۲۰۰۲). *روان‌شناسی خودکشی: ذهن خودکشی‌گرا*. ترجمه مهرداد فیروز بخت (۱۳۸۳)، ناشر: موسسه خدمات فرهنگی رسا، تهران.
- احمدی، طهران، هدی؛ حیدری، اکرم؛ کجویی، احمد؛ ایرانی، آزاد (۱۳۸۸). همبستگی بین نگرش نسبت به امور مذهبی و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*؛ ۳: ۵۱-۵۶.
- حسین آبادی، مجید (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی وجودی- انسان‌گرایانه بر میزان سلامت روان زندانیان و بررسی سهم عزت نفس و احساس شرم در بهبود سلامت روان. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد. دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی. دانشگاه فردوسی مشهد.
- دایر، وین، (۱۳۸۰)، درمان با عرفان، ترجمه جمال هاشمی، تهران: شرکت سهامی انتشارات تهران، (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۰).
- رحیمی‌آباد پریسا (۱۳۷۸). استفاده از یک مدل تجربی برای بررسی کمبودها در فرایند بازخوانی از حافظه شخصی در اقدام‌کنندگان به خودکشی. پایان‌نامه پزشکی عمومی، تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- کاویانی حسین، موسوی اشرف‌السادات، محیط احمد (۱۳۸۰). *مصاحبه و آزمونهای روانی*. تهران: انتشارات سنا.
- کربلایی محمد میگونی، احمد. احدی، حسن. پاشاشریفی، حسن و جزایری، سیدمجتبی (۱۳۸۹). اثربخشی رفتار درمانگری دیالکتیکی همراه با دارو درمانگری در مقایسه با دارو درمانگری در کاهش افکار خودکشی بیماران دچار افسردگی اساسی اقدام‌کننده به خودکشی. *مجله روان‌شناسی کاربردی*، ۴(۴)، ۲۵-۴۱.

- سعیدی نژاد، زهره؛ مظاهری، محمد علی وغباری بناب، باقر.(۱۳۸۸). تأثیر مداخلات معنوی به شیوهی گروهی بر سلامت روان و خود شکوفایی. *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*؛ ۸(۳۱): ۱۱۵-۱۳۴.
- شمسی خانی، سهیلا. ره گوی، ابوالفضل. فلاحی، خشک‌ناب مسعود، رهگذر مهدی(۱۳۸۵). تأثیر آموزش مهارت حل مساله بر مهارت مقابله‌ای افراد اقدام کننده به خودکشی. *فصلنامه پژوهش پرستاری*، ۱(۳)، ۳۱-۳۹.
- غلامی، مریم، پاشا، غلامرضا و سودانی، منصور، (۱۳۸۸)، اثربخشی آموزش معنادرمانی گروهی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دختر تالاسمی، *نشریه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، دانشگاه آزاد اصفهان واحد خوراسگان، شماره ۴۲، صص ۴۵-۲۵.
- فرانکل، ویکتور. (۱۳۸۶). *انسان در جستجوی معنی*. ترجمه اکبر. معارفی، چاپ هشتم، تهران: انتشارات دانشگاه تهران (تاریخ انتشار اثر اصلی ۱۹۶۷).
- مرادی، علیرضا. اکبری زردخانه، سعید. چراغی، فرشته و فولادوند، خدیجه(۱۳۸۸). بررسی تأثیر ساختار خانواده و حمایت اجتماعی در خودکشی دانشجویان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*؛ (۲۰۰۵): ۴۸۷-۵۰۲.
- محمد پور، احمد رضا(۱۳۹۰) *ویکتور امیل فرانکل (بزرگان روان‌شناسی و تعلیم و تربیت)*. تهران: دانژه. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۲).
- Arpita, L. (2006). Relationship among differentiation of self, relationship satisfaction, partner support, depression, monitoring/blunting style, adherence to treatment and quality of life in patients with chronic lung disease. Unpublished Doctoral Thesis. The Ohio State University.
- Azhar, M. Z., & Varma, S. L. (1995). Religious psychotherapy in depressive patients. *Journal Psychotherapy Psychosomatic*, 63, 165-680.
- Brennan, M. (2004). Spirituality and religiousness predict adaptation to vision loss in middle- aged and older adults. *The International Journal for the Psychology of Religion*; 14 (3): 193-214.
- Beck AT, Kovacs M, Weissman A.(1979). Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol*. 47: 343-352.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Aronson.
- Bowen, M.(1976). *Theory in the practice of psychotherapy*. In P. J. Guerin, Jr.(Ed.), *Family therapy Theory and practice*(pp.42-90). New York: Gardner Press.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Aronson.
- Bowen, M., 1972. *On the Differentiation of Self*. First published anonymously in J. Framo, (Ed.), *Family Interaction: A Dialogue Between Family Researchers and Family Therapists* (pp: 111-173). New York: Springer, Repr.
- Beck, T, Kovacs, M & Weissman, A(1979). Assessment of suicidal intention: The scale of suicide ideation. *Journal Consult Clinical Psychology*; 47: 343-352.
- Bergin, A. E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *Journal American Psychologist*, 46, 394-403.
- Cho, E. K., & Chung, H. (2002). The relationship of self-differentiation with

- conflict tactics behaviors and marital adjustment among married men and women. *Journal of Korean Home Management Association*, 20(1), 1-16.
- Cho, M. -H., & Park, S.-S. (1999). Relationship of self-differentiation with college adjustment. *Journal of College Student Life Research* (Seowon University, Korea), 17, 81-95.
 - Cooper, J. (1983). Dissonance arousal: Physiological evidence. (*Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 782—791.).
 - Dion, A. R. (2003). *A single case study of a survivor of suicide using Bowen therapy and grief counseling*. Unpublished Doctoral Thesis. California school of professional psychology San Francisco Campus Allian International University.
 - Dicks, H. V. (1967). *Marital tensions: Clinical studies towards a psychological theory of interaction*. New York: Basic Books.
 - Greene, G. J., Hamilton, N., & Rolling, M. (1986). Differentiation of self and psychiatric diagnosis: An empirical study. *Family Therapy*, 8, 187-194.
 - Griffin, W.A., & Greene, S.M. (1999). *Models of family therapy: The essential guide*. London: Brunner.
 - Framo, J. L. (1992). *Family of origin therapy*. New York: Brunner/ Mazel.
 - Frankl V. (1959) Grundriß der Existenzanalyse in Logotherapie. In: Frankl V., v. Gebattel V., Schultz J., (Hg) Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. München: Urban.
 - Frankl, V. E. (1963). Man's search for meaning: An introduction to logotherapy. NY: Pocket Books. [Originally published as From death camp to existentialism.].
 - Frankl V. (1987) Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus 5 Jahrzehnten. München: Piper.
 - Frankl, V. E. (1967). *Psychotherapy and existentialism: Selected papers on logotherapy*. New York: Washington Square Press/Pocket Books.
 - Frankl, V. E. (1986). *The doctor and the soul: From psychotherapy to logotherapy*. (Revised and expanded). New York: Vintage Books.
 - Heidegger, M. Explained: From Phenomenon to Thing. quotation: by Graham Harman (2007). *Seminar of Existentialism*, Springer Netherlands, 116-117.
 - Herz Brown, F. (1991). The Model. In F. Herz Brown, (Ed.), *Reweaving the Family Tapestry*, New York: Norton.
 - Holt, H. (1966). The case of Father M: A segment of an existential analysis. *Journal of Existentialism*, 6, 369– 495. [Also in D. Wedding & R. J.
 - Ivey, A. E. (2000). Counseling, time to take charge, counseling and psychotherapist. *Pastoral Psychology*, 23, 12- 21.
 - Iacovou, S. (2009). Are Wellbeing, Health and Happiness Appropriate Goals for Existential Therapists? *Journal Existential Analysis*, 20(2), 23-35.
 - Karpel, M. (1976). Individuation: From fusion to dialogue. *Journal of Family Process*, 15, 65-81.
 - Kerr M. E., & Bowen, M (1988). *Family evaluation* (pp:34-89). New York: Norton.
 - Kerr, M.E. (1984). Theoretical base for differentiation of self in one's family of origin. *Journal of Clinical Supervisor*, 2, 3-36.
 - Kerr, M. (1991). Living the Theory, the Family Therapy Networked, (pp:39-70). New York: Norton.

- Larson, J. H., & Wilson, S. M. (1998). Family of origin influences on young adult career decision problems: A test of Brownian theory. *American Journal of Family Therapy*, 26, 39-53.
- Murdoch, N. L., & Gore, P.A., & Horosz, C. M. (1998). *Stress, coping and differentiation of self: A test of Bowen theory. Poster presented at the Annual Convention of the American Psychological Association*. San Francisco: CA.
- Maynard, S. (1997). Growing up in an alcoholic family system: The effect on anxiety and differentiation of self. *Journal of Substance Abuse*, 9, 161-170.
- Mascaro, N. & Rosen, D.H. (2006). The role of existential meaning as a buffer against stress. *Journal of Humanistic Psychology*. 46. 2 168-190.
- Peleg-Popko, O. (2002). Bowen theory: A study of differentiation of self, social anxiety, and physiological symptoms. *Journal of Contemporary Family Therapy*, 24(2), 355-369.
- Peleg-Popko, O. (2004). Differentiation and test anxiety in adolescents. *Journal of Adolescence* (27) 645-662.
- Seidner, S. S. (2009) "A Trojan Horse: Logotherapeutic Transcendence and its Secular Implications for Theology". Mater Dei Institute. pp 10-12.
- Schneider, K.J. (2011). "Existential-Humanistic Therapies". In S.B. Messer & Alan Gurman (Eds.), *Essential Psychotherapies*. (Third ed.). New York: Guilford.
- Spinelli, E. (2003). The Existential-Phenomenological Paradigm. In R. Woolfe, W. Dyden, S. Strawbridge, *Handbook of Counselling Psychology*. 2nd edition. London: Sage.
- Skowron, E.A., & Dendy, A.K. (2004). Differentiation of self and attachment in adulthood: Relational correlates of effortful control. *Journal of Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 26, 337-357.
- Skowron, E. A., Wester, S. R., & Azen, R. (2004). Differentiation of self mediates college stress and adjustment. *Journal of Counseling and Development*, 82, 69-78.
- Skowron, E., & Friedlander, M. (1998). The differentiation of self inventory: Development and initial validation. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 235-246.
- Titelman, P. (Ed.). (1998). *Clinical applications of Bowen family systems theory*. New York: Haworth Press.
- Walsh, F. (2003). Clinical views of family normality, health and dysfunction: From deficit to strengths perspective. In F. Walsh, (Ed.), *Normal, family processes*. Retrieved, from <http://www.tennessee.state.edu>.
- Walsh, F. (1989). Perceptions of family normality: Refining our lenses. *Journal of Family Psychology*, 2(3), 303-306.
- Walsh, F., & McGoldrick, M. (1988). *Loss and the family life cycle*. In C. J. Falicov (Ed.), *Family transitions: Continuity and change over the life cycle* (pp. 311-336). New York: Guilford.
- Yalom, I. D. (2001). *The gift of therapy: An open letter to a new generation of therapists*. New York: Harper Collins.