فصلنامه خانواده و بهداشت دوره دهم، شماره اول، بهار ۱۳۹۹، ۱۱۱-۹۹
Family and Health Quarterly, vol 10, Issue 1, Spring 2020, ISSN: 2322-3065

تدوین پروتکل فلسفه درمانی ویتگنشتاین و اثربخشی آن بر بهبود افسردگی و اضطراب نوجوانان بی سرپرست ساکن در مراکز سازمان بهزیستی

لیلا طورانی[1] *، پرویز شریفی درآمدی[2]، نورعلی فرخی[3]

چکیده

مقدمه : با توجه به پیامدهای دور بودن کودکان و نوجوانان بی سرپرست از محیط خانواده همواره این کودکان در معرض بسیاری از مسائل و مشکلات روحی و روانی هستند لذا هدف از مطالعه حاضر تدوین پروتکل فلسفه درمانی ویتگنشتاین و اثربخشی آن بر افسردگی و اضطراب نوجوانان بی سرپرست ساکن در مراکز سازمان بهزیستی بود.

روش پژوهش: این مطالعه از نوع آمیخته و در دو مرحله صورت گرفت. در مرحله اول تدوین و اعتباریابی بسته فلسفه درمانی ویتگنشتاین و اعتبار یابی آن با استفاده از روش تحلیل محتوا بود. مرحله دوم این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و کاربردی است که با طرح پژوهشی پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری در این پژوهش کلیه نوجوانان پسر ساکن در مراکز بهزیستی شهر تهران در سال ۹۷-۹۶ بود. نمونه عبارت بود از ۳۰ نفر از نوجوانان ساکن در مراکز بهزیستی شهر تهران در سال ۹۷-۹۶ به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. برای نمونه گیری در این تحقیق از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد.جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه افسردگی بک ۲ (BDI-II) و پرسشنامه اضطراب بک (BAI) استفاده گردید. پس از تدوین پروتکل درمانی و بررسی اعتبار آن این مداخله هفته ای یک بار در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده گردید.

یافته ها: با توجه به نتایج به دست آمده فلسفه درمانی ویتگنشتاین در پس آزمون مولفه های افسردگی باعث کاهش غمگینی، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، انتظار تنبیه، دوست نداشتن، خودسرزنشی، افکار خودکشی، بی تصمیمی، از دست دادن انرژی، تحریک پذیری شده است ($p\leq 0/01$). همچنین این درمان در پس آزمون مولفه های اضطراب باعث کاهش لرزش در پاها (F=۷/۱۱، p=۰/۰۰۱)، ناتوانی در آرامش (F=۵/۶۹، p=۰/۰۰۱)، تپش قلب (F=۹/۰۷، p=۰/۰۰۱)، حالت متغیر (F=۱۰/۲۴، p=۰/۰۰۱)، عصبی (F=۴/۸۶، p=۰/۰۵)، ترس از مردن (F=۲۲/۷۸، p=۰/۰۰۱) و حالت ترس(F=۶/۳۷، p=۰/۰۵) شده است.

نتیجه گیری: به طور کلی بر اساس نتایج این مطالعه می توان فلسفه درمانی ویتگنشتاین را روشی مناسب برای کاهش علائم افسردگی و اضطراب دانست.

کلید واژه: اضطراب" افسردگی" فلسفه درمانی ویتگنشتاین" مراکز بهزیستی" نوجوانان بی سرپرست

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱/۳۰ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۹/۶/۱۲

استناد: طورانی ل، شریفی درآمدی پ، فرخی ن. تدوین پروتکل فلسفه درمانی ویتگنشتاین و اثربخشی آن بر بهبود افسردگی و اضطراب نوجوانان بی سرپرست ساکن در مراکز سازمان بهزیستی، خانواده و بهداشت، ۱۳۹۹؛ ۱۰(۱): ۱۳۳-۱۱۲

---

۱ – نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری رشته روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شاهرود، شاهرود، ایران؛ leyla.tourani@gmail.com
۲ – استاد دانشگاه علامه طباطبایی، گروه روانشناسی، تهران، ایران
۳ – استاد دانشگاه علامه طباطبایی، گروه روانشناسی، تهران، ایران

مقدمه:

یکی از مهمترین مسائلی که در رابطه با سلامت روان در کودکان و نوجوانان از اهمیت برخوردار است وجود کانون گرم خانواده می باشد. نگاهی به پژوهش های اخیر نشان می دهد که توجه به مساله خانواده و تاثیرات آن بر ابعاد سلامتی به طور فزاینده ای مورد توجه روانشناسان و جامعه شناسان قرار گرفته است (۱ و ۲). علت این امر را می توان به اهمیت اساسی خانواده در فراهم نمودن شرایط لازم برای رشد و رسیدن به توازن جسمی، روانی و اجتماعی دانست. بعلاوه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که داشتن خانواده ای سالم با سلامت‌روان (۳)، اضطراب (۴)، پرخاشگری(۵ و ۶)، علائم روانپریشی (۷)، مشکلات انطباقی(۸) و افسردگی (۹) اعضای آن مرتبط است. بنابراین می توان گفت داشتن خانواده و والدینی که همواره کودک را مورد حمایت عاطفی قرار می دهند، می تواند بسیاری از مشکلات روانی و اجتماعی افراد را مرتفع سازد و آن ها را به سمت رشد و شکوفایی سوق دهد(۱۰). افرادی که در مراکز بهزیستی نگهداری می شوند از داشتن خانواده ای که بتواند شرایط رشد سالم را برای آن ها فراهم سازد محرومند. این کودکان عاطفه مادرانه و عشق و روابط صمیمی والدین را دریافت ننموده و به همین دلیل است که اغلب دچار اختلالات عاطفی، نا ایمنی، احساس وابستگی یا طرد و انزوای اجتماعی می گردند(۱۱).

با توجه به عدم تجربه روابط سالم در چهارچوب خانواده، افرادی که در مراکز بهزیستی زندگی می کنند به طور معمول سلامت روانی کمتری را نسبت به افرادی که درای والدین حقیقی هستند تجربه می کنند(۱۲ و ۱۳). یکی از مولفه هایی که به نظر می رسد در این نوجوانان بسیار بالا باشد اضطراب است. شواهد نیز از این مسئله حمایت کرده و نشان می دهد که نوجوانان و کودکان بی سرپرست و آن هایی که فاقد خانواده هستند در ابعاد اضطراب نمرات بالاتری نسبت به افراد عادی کسب می نمایند(۱۴). اضطراب یک هیجان انطباقی (۱۵) و حالت خلقی است که بدون هیچ محرک بیرونی خود را نشان می دهد و منشأ آن ناخودآگاه و غیر قابل مهار است (۱۶). این حالت یک نگرانی ناخوشایند و اغلب مبهم است(۱۷) که غالباً با علائم دستگاه خودکار مثل تنگی نفس، طپش قلب، تعرق، سردرد، ناراحتی مختصر معده و بی قراری همراه می گردد(۱۷). علی رغم آن که اضطراب کم برای حیات و زندگی روزمره انسان لازم است، اما اضطراب بالا زیان های جدی بر جسم و روان فرد وارد میسازد(۱۸). اضطراب فرد را به شدت منفعل نموده و بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد را مختل می سازد. این اختلال با بسیاری از جنبه های سلامتی و بهزیستی در ارتباط است (۱۵). به همین دلیل است که مساله اضطراب در بیماری ها و مشکلات مختلف مطالعات زیادی را در حوزه روانشناسی به خود اختصاص داده است (۱۹ و ۲۰).

یکی دیگر از مشکلاتی که افراد بی سرپرست با آن روبه رو هستند شیوع بالای افسردگی در ان هاست(۲۱). افسردگی اختلالی است که با خلق پایین، از دست دادن احساس، پوچی، کندی روانی حرکتی، احساس گناه و افکار مربوط به مرگ خود را نشان می‌دهد(۲۲). این اختلال از مهمترین انواع اختلالات خلقی به شمار می رود و میزان وقوع آن در طول عمر پانزده درصد است و به اختلال افسردگی، اختلال تک قطبی نیز گفته می شود (۲۳). ویژگی های اصلی اختلال افسردگی شامل یک دوره زمانی حداقل دو هفته ای است که در ضمن آن خلق افسرده یا بی علاقگی و یا فقدان احساس لذت تقریبا در همه کارها وجود دارد. همچنین فرد باید دست کم چهار نشانه دیگر از جمله تغییر در اشتها یا در وزن، خواب و کارهای روانی – حرکتی، کاهش نیرو، احساس بی ارزشی یا گناه، مشکل در تفکر، تمرکز در تصمیم گیری، افکار عود کننده درباره مرگ و خودکشی، طرح نقشه و یا اقدام به خودکشی را داشته باشد (۲۴). متوسط سن ابتلا به افسردگی مزمن بیست سالگی است (۲۵).

با توجه به آنچه گفته شد نیاز بالایی به وجود روش درمانی موثر برای کاهش علائم اختلال اضطراب و افسردگی در نوجوانان بی سرپرست که فاقد حمایت خانوادگی هستند احساس می شود(۲۶). نوجوانانی که واجد محرومیت های اولیه در زندگی می باشند مانند افراد بی سرپرست و پرورشگاهی، به طور معمول رنج و مشقت زیادی را در زندگی متحمل می شوند. بنابراین به نظر می رسد یکی از دلایل عمده بروز افسردگی و اضطراب در این افراد پیامد رنج ها و مشقت های دوران کودکی، بدون داشتن

سرپرست و ارتباط با مادری پاسخگو باشد(۲۷). در این راستا یکی از انواع روش های درمان که برای کمک به افرادی که دردها، رنج ها و مشقت های زادی را در زندگی کشیده و دچار سردرگمی هستند درمان مبتنی بر گفتگو[۱] است(۲۸). هیتون[۲] بر اساس نظریه ویتگنشتاین[۳] رویکردی را به روان درمانی ارائه داده است که روش مناسبی برای درمان روان رنجوری و روان پریشی است (۲۸ و ۲۹). یکی از دلایل شهرت ویتگنشتاین معلول این واقعیت است که او ادعا کرد فرآیند درمانی مشابه با روان کاوی یافته است. درست پس از جنگ جهانی دوم، از این فرآیند درمانی غالباً به "پوزیتیویسم درمانی" یاد می شد(۳۰). به اعتقاد ویتگنشتاین در فهم درست و تعریف معقول از یک بیماری روانپزشکی صرفا دانستن منطق بازی زبانی بیماریهای روانپزشکی مجموعه علایم ونشانه های بیماریهایی که به فرایند های ذهنی مربوط می شود کفایت می کند(۳۱). به عقیده وی، دلایل اصلی مشکلات فلسفی ما خطا و اشتباهات در بستر مفاهیم است که از استفاده زبان، ناشی می شود. وظیفه فیلسوف یادرمانگر این است که علت این اشتباهات را آشکار نماید. به نظر ویتگنشتاین، اندیشه های پریشانی که در نتیجه بدفهمی منطق زبان گریبانگیر ما می شود، ریشه هایی عمیق دارند و عمدتاً ناخودآگاه هستند. در این میان، فیلسوف وظیفه دارد با آگاه کردن ما و درمانهای مختلف، ما را از این پریشان گویی ها و پریشان اندیشی ها برهاند(۲۹). هدف اصلی ویتگنشتاین نه به انجام رساندن موضوعات، بلکه روشن ساختن آن ها بود. پوزیتیویسم درمانی یا روش فلسفی ویتگنشتاین مبتنی است بر نظریه ی معنای او، نظریه ای که می گوید معنای یک کلمه پوشیده می ماند چرا که معنای یک کلمه به نحوه ی کاربرد آن بستگی دارد. به همین سیاق، برای ویتگنشتاین معنای یک رؤیا به نحوه ی احضار رؤیا و گزارش آن توسط سوژه بستگی دارد(۳۰). انتخاب کلمات و استفاده سوژه از آن ها بر معنای یک رؤیا تاثیر می گذارد، رؤیایی که یک باره داده نشده بلکه در فرآیند روایت کشف می گردد(۳۲)ویتگنشتاین می گوید در رؤیا چیز پنهانی وجود ندارد؛ در یک رؤیا، برای رؤیابینی که از پیش هر آن چه را باید درباره ی آن رؤیا بداند می داند، اساساً همه چیز در دسترس است(۳۳).

علی رغم تاثیر دیدگاه ها و نظریه های فروید در درمان و بررسی مطالعات گسترده در این حوزه در رابطه با دیدگاه ویتگنشتاین و مبنای فلسفی وی به روان درمانی کمتر کار شده است. با این حال به نظر می رسد روش درمانی مبتنی بر دیدگاه فلسفی ویتگنشتاین روش مناسبی برای مداخلات روانشناختی باشد. این دیدگاه می تواند زیربنای مفهومی و استنباطی متفاوتی نسبت به دیدگاه های زیربنایی فرویدیسم و نظریه ها و رویکردهای برخواسته از آن باشد. فروید می‌کوشید از طریق علم نوپای روان‌کاوی، نفس آدم را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهند و ویتگنشتاین می‌خواست از طریق مطالعه‌ی فلسفی زبان، فهم و دانش به نقد و واکاوی نفس آدمی بپردازد یا به عبارتی بهتر، درمانی فلسفی اتخاذ کند(۳۰). در دوره‌ی پست‌مدرن، مواجهه‌ی این دو متفکر همواره بحث‌برانگیز بوده است. با این حال آنچه که در نقد و بررسی دیدگاه های روان پویشی مبتنی بر رویکرد فرویدیسم و دیدگاه درمانگری مبتنی بر فلسفه ویتگنشتاین مورد بحث است بیشتر غالب نظری داشته و به ویژه در سال های اخیر با چاپ کتب رواندرمانی مبتنی بر فلسفه ویتگنشتاین توسط هیتون (۲۸ ، ۲۹) پیگیری شده است.

ماسکولو[۴] (۲۰۰۹) در پژوهشی با عنوان فلسفه درمانی ویتگنشتاین و تحلیل گفتمانی احساسات" به این نتیجه رسید که عبارات عاطفی رویکرد گفتمانی از طریق تجزیه و تحلیل احساسات بیان شده در گفتگوی روان درمانی در کاهش مشکلات روانشناختی موثر است (۳۴).

---

[1]Talking Cure
[2] .Heaton
[3]Wittgenstein
[4] . Mascolo

نتایج پژوهش هابسون[1] (۲۰۰۹)، نشان داد که روان درمانی ویتگنشتاین به درک احساسات در بیانات جسمی افراد اهمیت داده و تأکید کرده است روانشناسی رشد و نمو اوتیسم در کودک نشانگر اهمیت ایده های ویتگنشتاین است. این روش درمان بر اضطراب و افسردگی کودکان مبتلا به اوتیسم موثر است(۳۵).

در پژوهش هری[2](۲۰۰۹) نشان داده شد که درمان به صورت بیان احساسات یک پدیده روانشناختی و به عنوان یک علم ترکیبی است که پدیده های شناختی ، فرهنگی و فیزیولوژیکی را به هم پیوند می دهد. بنابراین این روش می تواند به عنوان تکامل بیشتر شناخت احساسات افراد و رفع مشکلات روانی بیماران مانند افسردگی در نظر گرفته شود(۳۶).

همچنین در رابطه با اثربخشی این روش برای درمان لانسفورد (۲۰۰۵) به این نتیجه رسید که درمان مبتنی بر فلسفه وینکنشتاین باعث می شود که فرد شادتر زندگی کند و استرس و حالت افسردگی و خمودگی فرد کاهش یابد. چرا که این روش سردرگمی های زبانی را از فرد دور می نماید(۴۳).

به رغم اثربخشی بالینی درمان‌های شناختی ـ رفتاری در کاهش علایم اضطراب، تا جایی که مطالعات نگارنده نشان می‌دهد غالب این مطالعات از روشها و فنون سنتی درمان شناختی- رفتاری سود جسته اند و نابسندگی آنها در جلوگیری از عود علایم، بالین گران را به بهره‌گیری از تحولات نوین در حوزه‌ی شناخت درمانی سوق داده است. از این رو مطالعه درمانگری مبتنبی بر گفتگو می‌تواند حلقه ارزیابی منفی، ترس از موقعیت و اجتناب از موقعیت که در اضطراب اجتماعی رایج است را معکوس ساخته و منجر به درمان شود. همچنین در سنینی که نوجوان و حالات او در حال تغییر است و با توجه به اینکه اختلال اضطراب اجتماعی در افسردگی نوجوانان مشکلاتی ایجاد می‌کند و با وجود دلایل نظری زیاد در مورد رابطه درمانگری با گفتگو با احساس بهزیستی روانی و نقش آن در ارتقای سلامتی روانی و همچنین تاثیر این درمان بر اختلالات اضطرابی و افسردگی لازم است در غالب روش شناسی علمی مورد بررسی، نقد و ارزیابی قرار گیرد. با توجه به موارد یاد شده این مطالعه به منظور تدوین پروتکل فلسفه درمانی ویتگنشتاین و اثربخشی آن بر بهبود افسردگی و اضطراب درنوجوانان بی سرپرست ساکن در مراکز سازمان بهزیستی صورت بندی گردید.

روش پژوهش:

این مطالعه از نوع آمیخته و در دو مرحله صورت گرفت. در مرحله اول تدوین و اعتباریابی بسته فلسفه درمانی ویتگنشتاین و اعتبار یابی آن با استفاده از روش تحلیل محتوا بود. مرحله دوم این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و کاربردی است که با طرح پژوهشی پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل انجام شده است. جامعه آماری در این پژوهش کلیه نوجوانان پسر ساکن در مراکز بهزیستی شهر تهران در سال ۹۷-۹۶ می باشد. نمونه عبارت است از ۳۰ نفر از نوجوانان ساکن در مراکز بهزیستی شهر تهران در سال ۹۷-۹۶ بودکه به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. برای نمونه گیری در این تحقیق از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. به این صورت که پس از تهیه لیست اعضای جامعه از مراکز زیربط افراد به طور تصادفی برگزیده شدند. برای تعیین حجم نمونه از روش کوهن استفاده شد. در این روش الفا برابر ۰/۰۵ و حجم اثر مساوی با ۰/۵۰ تعیین گردید. در این حالت با توان ازمونی برابر با ۰/۷۶ می‌توان ۱۵ نفر آزمودنی را برای هر گروه انتخاب نمود. ملاک های ورورد و خروج نیز عبارت بودن از؛ جنسیت مذکر، سنین بین ۱۲ تا ۱۹ سال، عدم ابتلاء به بیماری های جسمی مزمن، کسب نمرات اضطراب و افسردگی شدید، عدم دریافت درمان دارویی و یا هرنوع درمان روانی بطور همزمان، تکمیل فرم درخواست رضایت آگاهانه مبتنی بر داوطلبانه بودن شرکت در جلسات و تعهد نسبت به تکمیل جلسات.

---

[1] . Hobson

[2] . Harré

ابزار پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک ۲(BDI-II) - این پرسشنامه در طی چهل سال اخیر بهترین و پراستفاده‌ترین ابزار برای شناسایی افسردگی بوده است. البته این پرسشنامه بیشتر برای مواردی به کار می‌رود که فرد تشخیصی افسردگی را دریافت کرده است و از این ابزار برای سنجش شدت افسردگی استفاده می‌شود.پرسشنامه افسردگی بک اولیه (BDI) برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکارانش ساخته شد. پرسشنامه افسردگی بک ۲ (BDI-II) در سال ۱۹۹۶ برای هماهنگی بیشتر با ملاک‌های DSM-IV مورد بازنگری قرار گرفت. در پرسشنامه افسردگی بک ۲ (BDI-II) از آزمودنی خواسته می‌شود که احساس خود را در دو هفته اخیر در نظر بگیرد و به سوالات پاسخ دهد. این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا طراحی شده است و دارای ۲۱ ماده است.پرسشنامه افسردگی بک ۲ (BDI-II) دارای ۲۱ گویه است و هر گویه متشکل از ۴ جمله است که فرد باید دور یکی از آن‌ها خط بکشد و احساس و رفتار خود را نشان دهند. هر گویه از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود و بنابراین فرد می‌تواند نمره‌ای بین ۰ تا ۶۳ کسب کند. ارزشیابی روایی محتوایی، سازه و افتراقی و نیز تحلیل عاملی عموما نتایج مطلوبی داشته‌اند. همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه بندی روان پزشکی همیلتون برای افسردگی ۰/۷۳، مقیاس افسردگی زونگ، ۰/۷۶ و مقیاس افسردگی MMPI، ۰/۷۶ بوده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب ثبات درونی ۰/۹۲ در جمعیت ایالت متحده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ضریب اعتبار ۰/۹۴ در نمونه ایرانی محاسبه شده است.

پرسشنامه اضطراب بک(BAI) – این پرسشنامه توسط آرون تی بک و همکارانش در سال ۱۹۸۸ ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۱ گویه است که علایم اضطراب را فهرست کرده است و بیشتر به چک لیست شباهت دارد. پرسشنامه اضطراب بک (BAI)برای اندازه‌گیری اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان ساخته شده است و هر یک از ماده‌های آن یکی از علایم شایع اضطراب یعنی علایم ذهنی، علایم بدنی و هراس را می‌سنجد.همانگونه که اشاره شد این پرسشنامه دارای ۲۱ گویه است که هر گویه از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. نمره ۰ نشان دهنده عدم وجود علامت، نمره ۱ نشان دهنده علامت خفیف، نمره ۲ نشان دهنده علامت متوسط و نمره ۳ نشان دهنده علامت شدید است. پس از به دست آمدن نمرات، آن‌ها جمع بسته می‌شوند و نمره کلی فرد از ۰ تا ۶۳ به دست می‌آید. بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ پایایی این پرسش‌نامه را به روش بازآزمایی بر روی ۸۳ بیمار سرپایی به فاصله یک هفته، ۰/۷۵ نشان دادند. ضریب آلفای ۰/۹۲ نیز برای پرسش‌نامه بر روی ۱۶۰ نفر بیمار سرپایی به دست آمد. فدریخ و همکاران نیز در سال ۱۹۹۲ضریب پایایی ۰/۶۷ و ضریب آلفای ۰/۹۴ را برای ۴۰ بیمار سرپایی گزارش کردند. در مطالعه‌ای که در دانشگاه علوم پزشکی تهران و بیمارستان روزبه انجام شد، پایایی این آزمون در جمعیت سالم و بالینی نشان داده شده است. در این پژوهش که بر روی ۵۶ فرد نابارور انجام شد،ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد (اکبری وه مکاران ، ۱۳۸۷). همچنین رجبی، یزدخواستی (۱۳۹۳) بیان می دارد این آزمون از پایایی و روایی بالایی برخوردار بوده و ثبات درونی آن بالا ۰/۹۲، همبستگی داده بین ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ است. بر روی ۱۵۱۳ نفر زن و مرد در گروه های سنی و جنسی مختلف شهر تهران که جهت بررسی روایی و پایایی مقیاس اضطراب بک روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج آزمون مورد نظر روایی ۰/۷۲، پایایی ۰/۸۳ و ثبات درونی ۰/۹۲ نشان داده است (رجبی، یزدخواستی، ۱۳۹۳).

تدوین بسته فلسفه درمانی ویتگنشتاین– در این مطالعه به منظور تدوین پروتکل مداخله از روش تحلیل محتوا استفاده شد. مبنای تحلیل محتوا در این پژوهش کتاب ویتگنشتاین و روان درمانی(هیتون، ۲۰۱۴) و درمان گفتگو بر اساس نظریه ویتگنشتاین (هیتون) بود. در واقع جلسات درمانی بر اساس این دو کتاب که رویکرد فلسفه درمانی بر اساس نظریه ویتگنشتاین را تنظیم نموده استخراج و ارائه گردید. تحلیل محتوای این کتاب نشان داد که به طور کلی مفاهیم و مبنای مورد تاکید در

فلسفه درمانی را می توان در ۶ مولفه اصلی طبقه بندی نمود. این طبقات شامل؛ "درک اشکال زبان و محدودیت‌های حس و اندیشه"، "بررسی تناقض‌ها" تناقض ها"، "شرح و توصیف در برابر توضیح"، "منطق و معنا"، "آگاهی از فلسفه من و خود" و "اعتماد و تردید" می باشد. پس از تدوین این طبقات و مفاهیم مورد هدف هریک از تم ها به عنوان مسئله اصلی در جلسات مدنظر قرار گرفته شدند. جهت بررسی روایی صوری این پروتکل چند نفر از متخصصان در حوزه روانشناسی پروتکل را مورد بازبینی قرار داده و پیشنهادات و اشکالات آن ها مرتفع گردید. سپس به منظور بررسی روایی محتوایی به صورت کمی، مقیاسی تدوین شد تا تطابق محتوای هر جلسه در طیف سه قسمتی «ضروری است» ، «مفید است ولی ضرورتی ندارد» و «ضرورتی ندارد» بررسی گردد. پس از جمع آوری این اطلاعات از ضریب نسبی روایی محتوا(CVR) که به صورت فرمول زیر می باشد روایی آن محاسبه شد:

$$CVR = \frac{n_E - \frac{N}{۲}}{\frac{N}{۲}}$$

در این رابطه n_E تعداد متخصصانی است که به گزینه ی ضروری پاسخ داده اند و N تعداد کل متخصصان است. پس از محاسبه این ضریب مقدار ان ۰/۷۳ گزارش شد که نشان دهنده روایی محتوایی خوب پروتکل است. پس از اینکه روایی محتوایی انجام گرفت به منظور بررسی روایی سازه بسته آموزشی و تاثیر آن بر اضطراب و افسردگی این ابزار توسط پژوهشگر در دو مطالعه موردی برای یک بیمار با علائم افسردگی و یک بیمار با علائم اضطرابی اجرا شد. شاخص تغییر پایا را اولین بار جاکوبسون و تراکس[1] (۱۹۹۱) برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک موردی ارائه دادند. در این شاخص نمره پس آزمون را از نمره پیش آزمون کم می کنیم و حاصل این تفریق را بر خطای استاندارد تفاوت بین این دو نمره تقسیم می کنیم.

نمره پس آزمون – نمره پیش آزمون
RCI = --
خطای استاندارد تفاوت

برای آنکه شاخص پایا از نظر آماری معنادار باشد، بایستی نتیجه آن مساوی یا بیشتر از ۱/۹۶ بشود که مقدار بحرانی Z در سطح ۰.۰۵ می‌باشد. در این حالت می‌توان بااطمینان 95 درصد تغییر یا بهبودی به دست آمده را به اثرمداخله نسبت داد (پاول و لیندزی، ۱۳۷۹). برای محاسبه خطای استاندارد تفاوت از جذر دو برابر مجذور خطای استاندارد اندازه گیری استفاده می شود. برای خطای استاندارد اندازه گیری نیز ضرائب پایایی و انحراف استاندارد ابزار مورد سنجش را به کار می بریم. در این مطالعه شاخص نمره پیش آزمون و پس آزمون برای بیمار مضطرب به ترتیب ۴۰ و ۲۲ و برای بیمار با افسردگی ۴۷ و ۲۸ بود. ضریب پایایی و انحراف استاندارد نیز برای ابزارهای اضطراب و افسردگی بر اساس داده های معمول[2] مشابه نمونه مورد مطالعه به ترتیب ۰/۸۳؛ ۵/۹۴ و ۰/۹۴ ؛ ۶/۱۶ مشخص گردید. پس از جایگذاری این داده ها در فرمول ضریب پایا برای بیمار مضطرب برابر با ۲/۱۷۴ و برای بیمار افسرده ۲/۲۷۰ به دست آمد که بر اساس آن می توان با ۹۵ درصد احتمال بهبودی در هر دو بیمار را به پروتکل تدوین شده نسبت داد. علاوه بر این، برای محاسبه کیفیت مداخله، از روش معناداری بالینی[3] نیز استفاده گردید. برای بدست آوردن معناداری بالینی از "فرمول درصد بهبودی" استفاده شد. این فرمول اولین بار توسط بلانچارد و اسکوارز (۱۹۸۸؛ به نقل از اوگلز، بونن و بونستیل، ۲۰۰۱) برای تجزیه و تحلیل داده های حاصل از طرح‌های تجربی تک‌موردی ارائه شده است. در این فرمول، نمره پیش آزمون را از نمره پس آزمون کم می کنیم و حاصل آن را بر نمره پیش آزمون تقسیم می کنیم.

نمره پس از آزمون – نمره پیش آزمون

---

[1] . jacobson & truax
[2] Typical data
[3] Clinical significances

------------------------------ = درصد بهبودی

نمره پیش آزمون

با توجه به این فرمول درصد بهبودی برای بیمار مضطرب ۴۵ درصد و برای بیمار افسرده ۴۰ درصد بوده که نشان دهنده این است که مداخله و پروتکل می تواند مفید واقع گردد. در ادامه خلاصه پروتکل مداخله با شرح جلسات آن گزارش شده است:

جدول ۱- خلاصه جلسات مداخله فلسفه درمانی ویتگنشتاین

جلسه	هدف	محتوا
جلسه اول	معارفه و بیان مبانی فلسفی	معرفی و آشنایی اولیه، جمع آوری اطلاعات، یادگیری منطق درمان، بیان مبنای فلسفی و چشم انداز درمان
جلسه دوم	درک اشکال زبان و محدودیت های حس و اندیشه	معطوف کردن توجه خود به روشی که برای مشاهده داریم، تغییر در نوع رابطهٔ ما با زبان، روردرو شدن با وابستگی‌های خود، دوری از توهماتی که در وابسته شدن به یک دیدگاه خاص نهفته است، گذر کردن از بی‌معنای غیرآشکار و رسیدن به بی‌معنای آشکار
جلسه سوم	بررسی تناقض ها	بررسی پارادوکس نظم و بی‌نظمی(تصادفی بودن)، پارادوکس‌های معنی، پارادوکس های یاس و نا امیدی، توصیف تناقض ها و سرگشتگی ها، ممانعت از تحلیل پارادوکس ها و تلاش برای شناسایی پاردوکس و پذیرش آن، شناسایی محدودیتهای زبان و درک این محدودیت ها با محدودیتهای خودمان، عدم تعبییر و تفسیر تجربیات.
جلسه چهارم	شرح و توصیف در برابر توضیح	استفاده از شرح و توصیف برای روشن ساختن ابهامات مربوط به معنی، اندیشه، و مفهوم، هیچ چیز فرضی وجود ندارد، همهٔ *توضیحات* را باید کنار گذاشت، و تنها چیزی که باید جای آنها را بگیرد *توصیف* است. تاکید بر مفهوم «چشم‌انداز» و یادآوری تفاوت ها، استفاده از روش های عادی و متداول برای قضاوت کردن، ابراز افکار و احساسات تا حد ممکن آنچنان که واقعاً هستند ، سیمای هر خطایی را ردیابی می‌کنیم، بیمار باید این ردیابی را مشاهده کرده و آن را به عنوان بیان صحیحی از احساساتش تأیید کند.
جلسه پنجم	منطق و معنا	تشریح اینکه حقایق منطقی درست نما هستند(حقایق باید درست باشند، و ربطی به اینکه دنیا چگونه است ندارند)، درک مفهوم طرحواره ها و اینکه آن ها را خودمان خلق می کنیم نه آنچه که در کودکی یاد گرفته ایم، هیچ درست و غلطی وجود ندارد، این مسئله که یک اقدام چطور «باید» پیش برود به پاسخها و رفتارهای مشترک ، یا به عبارت دیگر، به شیوهٔ زندگی بستگی دارد، دنبال کردن آگاهنه قواعد، توصیف و بازتعریف فلسفه شیء معنا
جلسه ششم	آگاهی از فلسفه من و خود	درک واژه های من و خود، بحث پیرامون چگونگی تاثیر تصویر ما از اول شخص مفرد بر تحریف شیوه واقعی استفاده از آن، آگاهی بازتابانه‌ای از کاربرد «من»،

		تفسیر خودبینی و خودمداری، چگونگی استفاده از نشانه‌ها و نمادهای تلفیقی در قالبی منطقی
جلسه هفتم	اعتماد و تردید	توصیف کارکرد واژه ها و تاثیر آن ها بر خیالات باطل، کابرد واقعی نشان ها در راستای جداسازی فرایندهای درونی ذهنی به عنوان علل افکار و رفتار، توصیف واژه تمایل و تعریف و بازتعریف آن در ارتباط با نشانه های بیماری، بررسی تعین علی و منطقی، بررسی فلسفه حدود و محدودیت های ذاتی، پیوند محدودیت ها با تعارضات روانی.
جلسه هشتم	خاتمه مداخله	جمع بندی پیرامون مباحث مطرح شده، پاسخ به پرسش ها و خاتمه جلسات با اجرای آزمون ها(پس آزمون)

شیوه جمع آوری اطلاعات

پس از تهیه برنامه مداخله و پرسشنامه‌ی پژوهش در مرحله اول، با مراجعه به مراکز، تعداد ۱۰۰ نفر انتخاب و پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک روی این افراد اجرا شد. سپس آن‌هایی که نمرات بالایی در اضطراب و افسردگی داشتند انتخاب شدند. از این افراد ۳۰ نفر در گروه آزمایشی و گروه کنترل به صورت تصادفی گمارده و پرسشنامه افسردگی و اضطراب به عنوان پیش آزمون بر روی آنان اجرا شد، پس از اندازه‌گیری افسردگی و اضطراب در مرحله‌ی یک، آزمودنی های گروه آزمایشی وارد مداخله‌ی گروهی شدند و در مورد آزمودنی‌های گروه کنترل هیچ اقدامی صورت نگرفت. گروه آزمایشی تحت برنامه فلسفه درمانی ویتگنشتاین هفته ای یکبار در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای قرار گرفتند. مرحله‌ی دوم اندازه گیری متغیرها بر روی هر دو گروه بلافاصله پس از پایان مداخله انجام گرفت. با توجه به اینکه طرح پژوهشی به صورت آزمایش پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بوده است برای تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است. تمامی تحلیل های صورت گرفته در این مطالعه با استفاده از برنامه SPSS نسخه ۲۴ انجام شده است.

یافته ها:

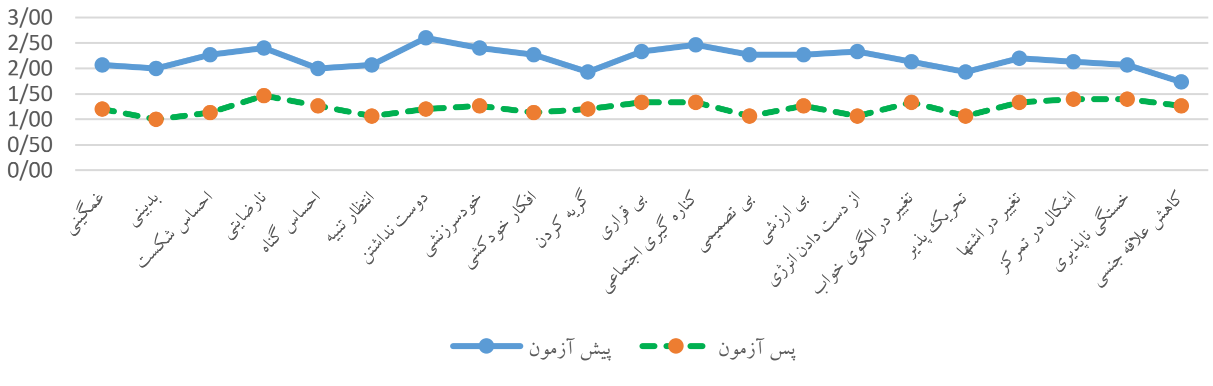
در این مطالعه ۱۵ نفر برای گروه کنترل و ۱۵ نفر برای گروه آزمایش انتخاب شدند. در گروه آزمایش میانگین سنی ۱۵/۰۶ سال و از دامنه ۱۲ سال تا ۱۹ سال متغیر بود. همچنین در گروه کنترل میانگین سنی کمتر بوده(۱۴/۹۳ سال) و از ۱۲ سال تا ۱۹ سال متغیر است. به منظور بررسی همگنی گروه های آزمایش و کنترل به لحاظ سن از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج آزمون t برای گروه های مستقل نشان می دهد که بین سن دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد(t=۰/۵۳۴، p=۰/۵۹۸). لیکن می توان گفت گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ سن به هم شبیه می باشند. در جدول زیر میانگین متغیرهای اصلی پژوهش یعنی تمامی مولفه های افسردگی و اضطراب گزارش شده است.

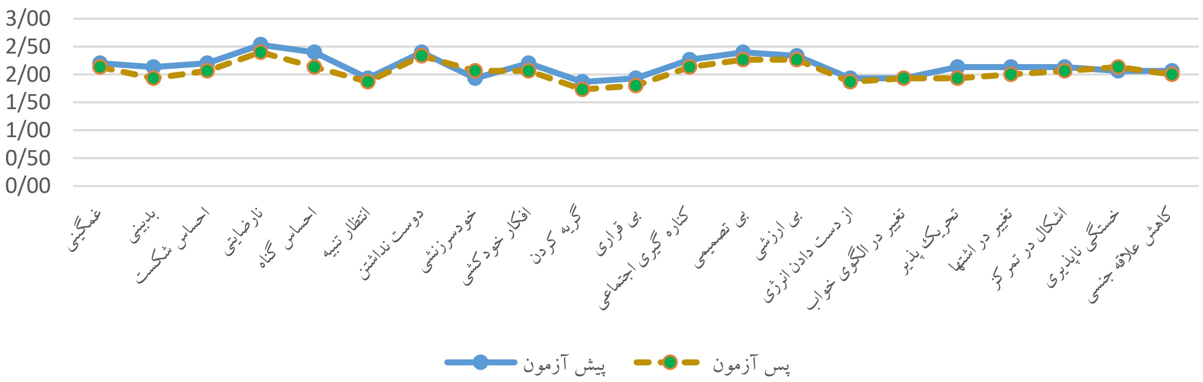
جدول۲. یافته های توصیفی مربوط به مولفه های افسردگی و اضطراب در گروه های آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون- پس آزمون

افسردگی	آزمایش		کنترل		اضطراب	آزمایش		کنترل	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پیش آزمون		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون

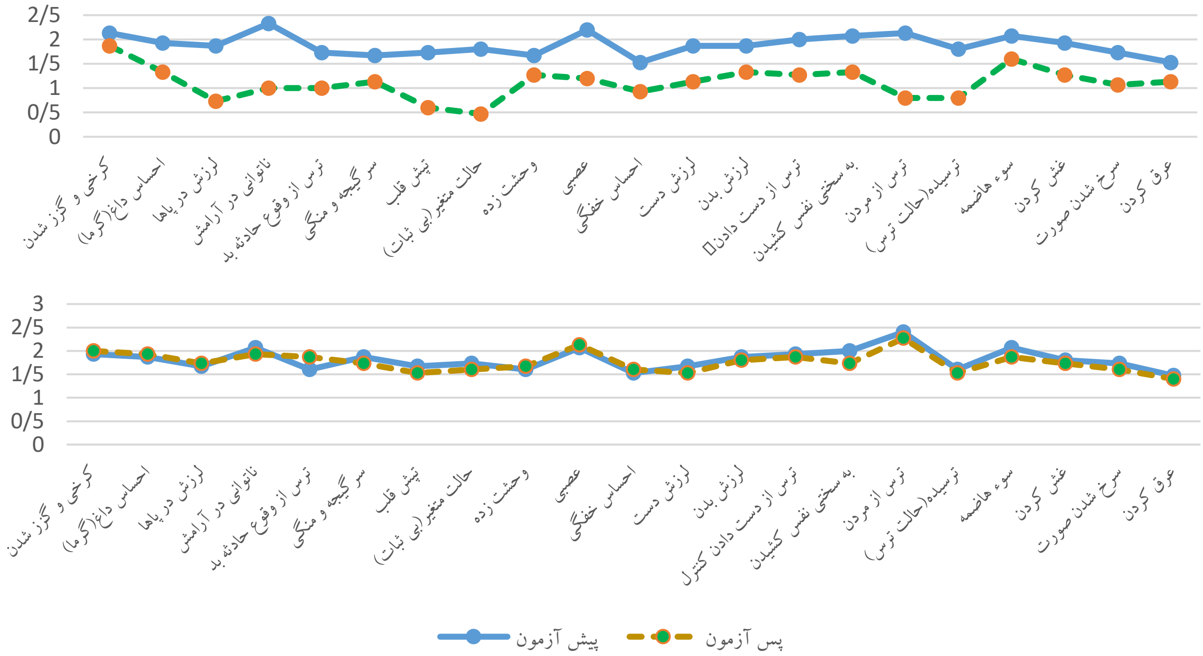
غمگینی	۲.۰۷	۱.۲۰	۲.۲۰	۲.۱۳	کرخی و گزز شدن	۲.۱۳	۱.۸۷	۱.۹۳	۲.۰۰
بدبینی	۲.۰۰	۱.۰۰	۲.۱۳	۱.۹۳	احساس داغ(گرما)	۱.۹۳	۱.۳۳	۱.۸۷	۱.۹۳
احساس شکست	۲.۲۷	۱.۱۳	۲.۲۰	۲.۰۷	لرزش در پاها	۱.۸۷	۰.۷۳	۱.۶۷	۱.۷۳
نارضایتی	۲.۴۰	۱.۴۷	۲.۵۳	۲.۴۰	ناتوانی در آرامش	۲.۳۳	۱.۰۰	۲.۰۷	۱.۹۳
احساس گناه	۲.۰۰	۱.۲۷	۲.۴۰	۲.۱۳	ترس از وقوع حادثه بد	۱.۷۳	۱.۰۰	۱.۶۰	۱.۸۷
انتظار تنبیه	۲.۰۷	۱.۰۷	۱.۹۳	۱.۸۷	سرگیجه و منگی	۱.۶۷	۱.۱۳	۱.۸۷	۱.۷۳
دوست نداشتن	۲.۶۰	۱.۲۰	۲.۴۰	۲.۳۳	تپش قلب	۱.۷۳	۰.۶۰	۱.۶۷	۱.۵۳
خودسرزنشی	۲.۴۰	۱.۲۷	۱.۹۳	۲.۰۷	حالت متغیر(بی ثبات)	۱.۸۰	۰.۴۷	۱.۷۳	۱.۶۰
افکار خودکشی	۲.۲۷	۱.۱۳	۲.۲۰	۲.۰۷	وحشت زده	۱.۶۷	۱.۲۷	۱.۶۰	۱.۶۷
گریه کردن	۱.۹۳	۱.۲۰	۱.۸۷	۱.۷۳	عصبی	۲.۲۰	۱.۲۰	۲.۰۷	۲.۱۳
بی قراری	۲.۳۳	۱.۳۳	۱.۹۳	۱.۸۰	احساس خفگی	۱.۵۳	۰.۹۳	۱.۵۳	۱.۶۰
کناره گیری اجتماعی	۲.۴۷	۱.۳۳	۲.۲۷	۲.۱۳	لرزش دست	۱.۸۷	۱.۱۳	۱.۶۷	۱.۵۳
بی تصمیمی	۲.۲۷	۱.۰۷	۲.۴۰	۲.۲۷	لرزش بدن	۱.۸۷	۱.۳۳	۱.۸۷	۱.۸۰
بی ارزشی	۲.۲۷	۱.۲۷	۲.۳۳	۲.۲۷	ترس از دست دادن کنترل	۲.۰۰	۱.۲۷	۱.۹۳	۱.۸۷
از دست دادن انرژی	۲.۳۳	۱.۰۷	۱.۹۳	۱.۸۷	به سختی نفس کشیدن	۲.۰۷	۱.۳۳	۲.۰۰	۱.۷۳
تغییر در الگوی خواب	۲.۱۳	۱.۳۳	۱.۹۳	۱.۹۳	ترس از مردن	۲.۱۳	۰.۸۰	۲.۴۰	۲.۲۷
تحریک پذیر	۱.۹۳	۱.۰۷	۲.۱۳	۱.۹۳	ترسیده(حالت ترس)	۱.۸۰	۰.۸۰	۱.۶۰	۱.۵۳
تغییر در اشتها	۲.۲۰	۱.۳۳	۲.۱۳	۲.۰۰	سوء هاضمه	۲.۰۷	۱.۶۰	۲.۰۷	۱.۸۷
اشکال در تمرکز	۲.۱۳	۱.۴۰	۲.۱۳	۲.۰۷	غش کردن	۱.۹۳	۱.۲۷	۱.۸۰	۱.۷۳
خستگی‌ناپذیری	۲.۰۷	۱.۴۰	۲.۰۷	۲.۱۳	سرخ شدن صورت	۱.۷۳	۱.۰۷	۱.۷۳	۱.۶۰
کاهش علاقه جنسی	۱.۷۳	۱.۲۷	۲.۰۷	۲.۰۰	عرق کردن	۱.۵۳	۱.۱۳	۱.۴۷	۱.۴۰
افسردگی(کلی)	۴۵.۸۶	۲۵.۸۰	۴۵.۱۳	۴۳.۱۳	اضطراب(کلی)	۳۹.۶۰	۲۳.۲۶	۳۸.۱۳	۳۷.۰۶

همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود مولفه‌های افسردگی و اضطراب در پس آزمون گروه آزمایش کاهش یافته است. این در حالی است که در گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری نمرات نسبتا ثابت است. در ادامه نمودار مربوط به نمرات پیش آزمون ـ پس آزمون مولفه‌های افسردگی و اضطراب به تفکیک در گروه آزمایش و گروه کنترل گزارش شده است.





نمودار ۱- نمودار پیش آزمون، پس آزمون مولفه های افسردگیدر گروه های آزمایش و کنترل



نمودار ۲- نمودار پیش آزمون، پس آزمون مولفه های اضطراب در گروه های آزمایش و کنترل

همانطور که در نمودارهای فوق ملاحظه می‌گردد در گروه‌های آزمایش مقادیر مولفه‌های اضطراب و افسردگی در تمامی ابعاد تغییراتی داشته است. با این حال این تغییرات صرفا توصیفی بوده و هرگونه نتیجه گیری پیرامون معناداری آن نیازمند تحلیل استنباطی خواهد بود که برای این منظور از تحلیل کوواریانس چند متغیره به طور مجزا برای مولفه‌های هریک از متغیرهای پژوهش استفاده شد. این تحلیل تفاوت بین میانگین نمرات افسردگی و اضطراب برای گروه آزمایش(فلسفه درمانی ویتگنشتاین) و کنترل بعد از تعدیل نمره های پیش آزمون اولیه را نشان می‌دهد. لازم به ذکر است قبل از تحلیل کواریانس پیش فرض های لازم از جمله بررسی داده های پرت با آزمون ماهالانوبایس، کجی و کشیدگی، همگنی شیب های رگرسیون، همگنی واریانس ها و همچنین همگنی ماتریس واریان کوواریانس بررسی و مورد تایید قرار گرفت. در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس در جدول زیر منعکس شده است.

فصلنامه خانواده و بهداشت دوره دهم، شماره اول، بهار ۱۳۹۹، ۱۱۱-۹۹
Family and Health Quarterly, vol 10, Issue 1, Spring 2020, ISSN: 2322-3065

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری روی نمره های پس آزمون اضطراب و افسردگی در گروه آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

.۲

		ارزش	F	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری
مولفه‌های افسردگی	اثر پیلایی	۰.۹۱۸	۳.۷۵۶	۲۱.۰۰۰	۷.۰۰۰	۰.۰۴۰
	لامبدای ویلکز	۰.۰۸۲	۳.۷۵۶	۲۱.۰۰۰	۷.۰۰۰	۰.۰۴۰
	اثر هتلینگ	۱۱.۲۶۸	۳.۷۵۶	۲۱.۰۰۰	۷.۰۰۰	۰.۰۴۰
	بزرگترین ریشه خطا	۱۱.۲۶۸	۳.۷۵۶	۲۱.۰۰۰	۷.۰۰۰	۰.۰۴۰
مولفه‌های اضطراب	اثر پیلایی	۰.۹۴۹	۶.۱۷۰	۲۱.۰۰۰	۷.۰۰۰	۰.۰۱۰
	لامبدای ویلکز	۰.۰۵۱	۶.۱۷۰	۲۱.۰۰۰	۷.۰۰۰	۰.۰۱۰
	اثر هتلینگ	۱۸.۵۱۰	۶.۱۷۰	۲۱.۰۰۰	۷.۰۰۰	۰.۰۱۰
	بزرگترین ریشه خطا	۱۸.۵۱۰	۶.۱۷۰	۲۱.۰۰۰	۷.۰۰۰	۰.۰۱۰

سطوح معناداری همه آزمون ها در جدول فوق نشان دهنده این است که بین گروه های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته به هم تفاوت معنادار دارند. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، نتایج اثرات بین آزمودنی ها در جدول زیر گزارش شده است.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس نمرات افسردگی واضطراب در گروه آزمایش و کنترل پس از تعدیل نمرات پیش آزمون

مولفه های افسردگی				**مولفه های اضطراب**			
مولفه ها	F	سطح معناداری	میزان تاثیر	مولفه ها	F	سطح معناداری	میزان تاثیر
غمگینی	۶.۴۸۲	۰.۰۱۷	۰.۱۹۴	کرخی و گزز شدن	۲.۵۳۰	۰.۱۲۳	۰.۰۸۶
بدبینی	۱۰.۰۰۸	۰.۰۰۴	۰.۲۷۰	احساس داغ(گرما)	۲.۳۶۴	۰.۱۳۶	۰.۰۸۱
احساس شکست	۸.۱۶۴	۰.۰۰۸	۰.۲۳۲	لرزش در پاها	۷.۱۱۲	۰.۰۱۳	۰.۲۰۸
نارضایتی	۹.۸۴۰	۰.۰۰۴	۰.۲۶۷	ناتوانی در آرامش	۵.۶۹۶	۰.۰۲۴	۰.۱۷۴
احساس گناه	۱۰.۹۲۵	۰.۰۰۳	۰.۲۸۸	ترس از وقوع حادثه بد	۳.۲۲۸	۰.۰۸۴	۰.۱۰۷
انتظار تنبیه	۵.۶۲۶	۰.۰۲۵	۰.۱۷۲	سرگیجه و منگی	۲.۴۲۷	۰.۱۳۱	۰.۰۸۲
دوست نداشتن	۱۱.۵۶۷	۰.۰۰۲	۰.۳۰۰	تپش قلب	۹.۰۷۳	۰.۰۰۶	۰.۲۵۲
خودسرزنشی	۵.۰۰۶	۰.۰۳۴	۰.۱۵۶	حالت متغیر(بی ثبات)	۱۰.۲۴ ۹	۰.۰۰۳	۰.۲۷۵
افکار خودکشی	۵.۴۲۹	۰.۰۲۸	۰.۱۶۷	وحشت زده	۱.۲۸۷	۰.۲۶۷	۰.۰۴۶

گریه کردن	۱.۶۳۵	۰.۲۱۲	۰.۰۵۷	عصبی	۴.۸۶۳	۰.۰۳۶	۰.۱۵۳
بی قراری	۱.۸۹۷	۰.۱۸۰	۰.۰۶۶	احساس خفگی	۳.۱۲۰	۰.۰۸۹	۰.۱۰۴
کناره گیری اجتماعی	۴.۱۸۹	۰.۰۵۱	۰.۱۳۴	لرزش دست	۱.۰۵۸	۰.۳۱۳	۰.۰۳۸
بی تصمیمی	۱۳.۹۴۳	۰.۰۰۱	۰.۳۴۱	لرزش بدن	۱.۸۱۲	۰.۱۹۰	۰.۰۶۳
بی ارزشی	۵.۹۹۳	۰.۰۲۱	۰.۱۸۲	ترس از دست دادن کنترل	۳.۱۹۸	۰.۰۸۵	۰.۱۰۶
از دست دادن انرژی	۴.۹۶۳	۰.۰۳۴	۰.۱۵۵	به سختی نفس کشیدن	۱.۸۲۹	۰.۱۸۷	۰.۰۶۳
تغییر در الگوی خواب	۳.۱۶۸	۰.۰۸۶	۰.۱۰۵	ترس از مردن	۲۲.۷۸۵	۰.۰۰۰	۰.۴۵۸
تحریک پذیر	۶.۷۱۱	۰.۰۱۵	۰.۱۹۹	ترسیده(حالت ترس)	۶.۳۷۶	۰.۰۱۸	۰.۱۹۱
تغییر در اشتها	۳.۸۴۵	۰.۰۶۰	۰.۱۲۵	سوء هاضمه	۰.۳۵۴	۰.۵۵۷	۰.۰۱۳
اشکال در تمرکز	۴.۰۵۶	۰.۰۵۴	۰.۱۳۱	غش کردن	۱.۷۳۳	۰.۱۹۹	۰.۰۶۰
خستگی ناپذیری	۳.۷۶۵	۰.۰۶۳	۰.۱۲۲	سرخ شدن صورت	۲.۵۱۴	۰.۱۲۴	۰.۰۸۵
کاهش علاقه جنسی	۴.۱۷۸	۰.۰۵۱	۰.۱۳۴	عرق کردن	۰.۳۹۳	۰.۵۳۶	۰.۰۱۴

با توجه به نتایج جدول بین میانگین غمگینی(F=۶/۴۸، p=۰/۰۰۱)، بدبینی(F=۱۰/۰۰، p=۰/۰۰۱)، احساس شکست(F=۸/۱۶، p=۰/۰۰۱)، نارضایتی(F=۹/۸۴، p=۰/۰۰۱)، احساس گناه(F=۱۰/۹۲، p=۰/۰۰۱)، انتظار تنبیه(F=۵/۶۲، p=۰/۰۵)، دوست نداشتن(F=۱۱/۵۶، p=۰/۰۰۱)، خودسرزنشی(F=۵/۰۰، p=۰/۰۵)، افکار خودکشی(F=۵/۴۲، p=۰/۰۵)، بی تصمیمی(F=۱۳/۹۴، p=۰/۰۰۱)، از دست دادن انرژی(F=۴/۹۶، p=۰/۰۵)، تحریک پذیر(F=۶/۷۱، p=۰/۰۵) در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته ها می توان گفت فلسفه درمانی ویتگنشتاین در پس آزمون باعث کاهش غمگینی، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، انتظار تنبیه، دوست نداشتن، خودسرزنشی، افکار خودکشی، بی تصمیمی، از دست دادن انرژی، تحریک پذیر شده است. این در حالی است که بر سایر مولفه ها تاثیر معناداری نداشته است. با توجه به اندازه تاثیر می توان گفت این میزان قابل توجه بوده و بیشترین تاثیر فلسفه درمانی ویتگنشتاین بر دوست نداشتن و بی تصمیمی بوده است. همچنین در رابطه با تاثیر فلسفه درمانی بر اضطراب بین میانگین لرزش در پاها(F=۷/۱۱، p=۰/۰۰۱)، ناتوانی در آرامش(F=۵/۶۹، p=۰/۰۰۱)، تپش قلب(F=۹/۰۷، p=۰/۰۰۱)، حالت متغیر(F=۱۰/۲۴، p=۰/۰۰۱)، عصبی(F=۴/۸۶، p=۰/۰۵)، ترس از مردن(F=۲۲/۷۸، p=۰/۰۰۱) و حالت ترس(F=۶/۳۷، p=۰/۰۵) در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته ها می توان گفت فلسفه درمانی ویتگنشتاین در پس آزمون باعث کاهش لرزش در پاها، ناتوانی در آرامش، تپش قلب، حالت متغیر، احساس خفگی، عصبی بودن، ترس از مردن و حالت ترس شده است. این در حالی است که بر سایر مولفه‌ها تاثیر معناداری نداشته است. با توجه به اندازه تاثیر می‌توان گفت این میزان قابل توجه بوده و بیشترین تاثیر فلسفه درمانی ویتگنشتاین بر ترس از مردن بوده است.

بحث و نتیجه گیری:

با توجه به نتایج به دست آمده فلسفه درمانی ویتگنشتاین در پس آزمون مولفه‌های افسردگی باعث کاهش غمگینی، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، انتظار تنبیه، دوست نداشتن، خودسرزنشی، افکار خودکشی، بی تصمیمی، از دست دادن انرژی، تحریک پذیری شده است. همچنین این درمان در پس آزمون مولفه‌های اضطراب باعث کاهش لرزش در پاها، ناتوانی در آرامش، تپش قلب، حالت متغیر، احساس خفگی، عصبی بودن، ترس از مردن و حالت ترس شده است. این نتایج با دیدگاه‌های نظری هری(۲۰۰۹)، هیتون(۲۰۱۰) و هیتون(۲۰۱۴)همخوانی دارد (۳۶، ۲۸، ۲۹). همچنین این یافته ها با مطالعاتی که از آراء ویتگنشتاین در رابطه با اختلالات روانی استفاده نموده اند از جمله پژوهش مایمکی نژاد و شریفی(۲۰۰۶)، ماسکولو[1](۲۰۰۹)، هابسون(۲۰۰۹)، گایانسفورد(۲۰۰۷) و روزنمن و ناستی(۲۰۱۲) همخوان است (۳۷، ۳۴، ۳۵، ۳۸، ۳۹). استفاده از آراء ویتگشتاین در مطالعات مختلف پیوند آن را با روانشناسی برای اتخاذ یک رویکرد درمانی نشان می دهد. بنابراین استفاده از تحقیقات فلسفی ویتگنشتاین(۱۹۵۳) و همچنین ملاحظات بنیادی ریاضیات(وینکنشتاین) توسط پژوهشگران نشان از اهمیت آن در روانشناسی است و انعکاس آن را می توان در مطالعات بنت و هکر (۲۰۰۳) ملاحظه نمود (۴۰). همچنین آخرین آثار ویتگنشتاین تاثیر عمده ای بر روانشناسی و مداخلات گذاشته که می توان رد آن را در مطالعات مویال-شاروک (۲۰۱۷) و بیکر (۲۰۰۴) ملاحظه نمود (۴۱ و ۴۲).

در رابطه با اثربخشی این روش برای درمان لانسفورد (۲۰۰۵) معتقد است که درمان مبتنی بر فلسفه ویتگنشتاین باعث می شود که فرد شادتر زندگی کند چرا که این روش سردرگمی های زبانی را از فرد دور می نماید (۴۳). لانسفورد (۲۰۰۵) معتقد است علت اضطراب و افسردگی و بسیاری از بیماری های روانی سردرگمی فلسفی است که رها شدن از این سردرگمی با تاکید بر توصیف و نسبی بودن واقعیت که مبتنی بر دیدگاه ویتگنشتاین است می تواند رهایی فلسفی در فرد ایجاد نماید که پیامد این رهایی کاهش اضطراب و افسردگی و بیماری های روانی خواهد بود؛ بنابراین به اعتقاد لانسفورد (۲۰۰۵) فلسفه درمانی ویتگنشتاین باعث سلامت فلسفی می شود (۴۳). نکتهٔ اصلی که در این رویکرد درمانی باعث اثربخشی می شود ماهیت بازنمایی زبانشناختی[2] است (۴۰). این روش با بحث مفصل درباره نحوهٔ یادگیری حرف زدن و معنی‌دار بودن شروع می‌شود. این بررسیها عمیقاً به کنکاش در این موضوع می‌پردازند که ما چگونه یاد می‌گیریم که با کلمات کار کنیم، و چگونه دچار وسوسهٔ سوءبرداشت دربارهٔ کارکرد زبان و ایجاد تصاویر نادرست از پدیده‌های روانشناختی می‌شویم. هیتون معتقد است می توانیم با برگشتن به ریشه‌های چگونگی «معنی‌دار بودن»، جایگاه تصاویر را در درک شیوهٔ عملکرد مفاهیم روانشناختی دریابیم. و به این ترتیب ممکن است تناقضها و نومیدی‌هایی که بخش عمدهٔ زندگی روانشناختی ما را تشکیل می‌دهند حل و فصل شوند (۲۹).

در این رویکرد به جای کشفیات جدید در مورد ذهن و رفتار و روابط، تمرکز درمان بر روی چگونگی معنی‌دار بودن یا نبودن معطوف بود و این موضوع به افراد گوشزد می شد. فرض بر این است که در افسردگی و اضطراب افکار و کلمات از نیازها و تمایلاتی که به آنها معنا بخشیده‌اند، منفک شده‌اند و در نتیجه ارتباط خود را با دنیایی که قرار بود آن را روشن کنند از دست داده‌اند(۲۸). به اعتقاد هیتون (۲۰۱۴) برای آنکه بتوانیم از خودمان فراتر برویم – از قالب خود جدا شویم و به تصاویر آرمانی ولی بی‌فایدهٔ ذهن خود[3] وارد گردیم – به چیزی نیاز داریم که آنچه را که در ضمن تلاشهای خود از آن غفلت کرده‌ایم به ما یادآوری کند. روان‌درمانی مبتنی بر فلسفه ویتگنشتاین، که آن را به عنوان «گفتگودرمانی[4]»می‌شناسیم، رویه‌ای کاوشگرانه و

[1]Mascolo
[2] Linguistic representation
[3] Unhelpful ideal pictures of our minds
[4] Talking cure

غیرجزمی[1] است که طی آن به افراد کمک می‌شود خودشان را از تأثیرات محدودکننده و بازدارندۀ حاصل از تصاویر آرمانی که رابطۀ بین زبان، اندیشه، و واقعیت را به تصویر می‌کشند، آزاد کنند (۲۹). در اختلالات روانی از جمله افسردگی و اضطراب این طور به نظر می‌رسد که قوای منطق و استدلال بسته و محدود شده است. منطق در نقطۀ مقابل نابخردی و بی‌عقلی[2] قرار می‌گیرد: به نظر می‌رسد منطق محدودکننده (قید و بند استدلال، سنگهای قانون)، و نابخردی راهی باشد به سمت رهایی و ابراز خویشتن. هشیاری و خودآگاهی بی‌اهمیت و پیش‌پا افتاده است، در حالیکه ناهشیاری بر ما حاکم است و همۀ هیجانات در آن نهفته‌اند. لازم است به وسیلۀ یادآورهایی که ظرافتهای کاربردهای واقعی زبان را به ما گوشزد می‌کنند بر این ساده‌سازیهای افراطی[3] وسوسه‌کننده چیره شویم. تلاشهایی که به منظور نظریه‌سازی بیشتر صورت می‌گیرد نه تنها پاسخی خلاقانه نیستند، بلکه ابهامات و سردرگمی‌های اولیه را دوچندان می‌کنند. در فلسفه درمانی وینکنشتاین نشان می‌دهیم که افراد تصویرهای مبهمی از منطق و استدلال برای خود ایجاد کرده‌اند، چرا که «تفکر» برای آنها منحصراً جنبۀ مقابله‌ای[4] پیدا کرده و به صورت مسئلۀ موافقت یا مخالفت درآمده است، و بنابراین جای تعجبی نیست اگر تلاش کنند که از قید آن آزاد شوند. با پیروی از ویتگنشتاین و سایرین، ما توجه خود را به این موضوع معطوف کرده‌ایم که چگونه یاد می‌گیریم معنا و منطق را تشخیص دهیم. اگر به روشی بسیار «غیرمنطقی» بزرگ شده باشیم ممکن است تصاویری از منطق برای خودمان به وجود بیاوریم و آنها را باور کنیم. تصویر منطق به معنی شناختن و تصدیق آن نیست. تصاویر را خودمان خلق می‌کنیم، و تنها می‌توانند محدودیتهای منطق و استدلال را نشان دهند، و به همین دلیل ایدۀ منطق به ایده‌ای مقابله‌ای تبدیل می‌شود.

در درمان ویتگنشتاین توجه خاصی به حالات تجربه[5]و تأمل و تعمق دربارۀ حالات خلاف واقع[6] و متناقضِ معنا که مشمول نظریه‌پردازی و دانش کلامی نظام‌مند[7] نیستند، مبذول می‌شود. این حالات غیرموضوعی[8] هستند، اما امکان درک کاملتری از معنا و مفهوم «انسان بودن» را در خود دارند. چرا که وقتی در مورد منطق و استدلال سردرگم باشیم، یکپارچگی و انسجام طبیعی را که معمولاً در زندگی‌مان احساس می‌شود از دست خواهیم داد. در این حالت تجربیات خاصی، یا شاید هم خود زندگی، فاقد معنا خواهند شد. این عدم معناست که اضطراب و افسردگی را در فرد ایجاد می کند. اضطراب، غبطه، یأس، افسردگی، خشم، سستی، طمع، خودبینی، و نظایر آن که ممکن است نتیجۀ دوران کودکی آشفته و مغشوش باشند، به همان اندازه شایعند که هزاران سال قبل بوده‌اند. در فلسفه درمانی ویتگنشتاین به هیچ وجه به افزایش دانش و آگاهی وابسته نیست. احساسات یادشده در حقیقت نارسایی در ظرفیت افراد برای دوست داشتن، استدلال، و درک روشهایی است که اَشکال زبان می‌توانند منجر به نمودی خلاف واقع شوند. این علائم نشانه‌هایی هستند که بیان می‌کنند شخص مبتلا در دنیا احساس آرامش نمی‌کند و حس یکپارچگی و انسجام زندگی‌اش را از دست داده است. به جای درک محدودیتهای حس و اندیشه، تصور می‌شود این منطق و استدلال است که محدود بوده و جنبۀ مقابله‌ای دارد. بنابراین تعارضهایی بین «منطق» و «نامنطق (بیخردی)»، درون و بیرون، آنچه که هست و چیزی که تصور می‌شود باید باشد، وجود دارد.

بنابراین روان‌درمانی شکلی از گفتگودرمانی است، و این مستلزم توجه کردن به ماهیت اندیشه و معنای چیزهایی است که گفته می‌شود. این روشنی و وضوح نوعی خودآگاهی است و می‌تواند منجر به تغییر در نحوۀ نگرش ما به زندگی‌مان شود. زمانی که

[1] Non-dogmatic
[2] Unreason
[3] Over-simplifications
[4] Contrastive
[5] Modes of experience
[6] Counterfactual
[7] Systematic
[8] Un-thematic

در جهان پیرامون خود احساس آرامش کنیم قادر خواهیم بود چیزهایی را که می‌بینیم بیان کنیم. بنابراین با معطوف کردن توجه خود به روشی که برای مشاهده داریم – به جای تن دادن به روش همیشگی‌مان برای برخورد با اشیاء و افراد – چه بسا که روشهایی را بیابیم که از آن طریق بتوانیم از زبان برای ایجاد خطای حسی نفوذ در افکار و احساسات مردم – که در زندگی واقعی مستقیماً قابل مشاهده نیستند – استفاده کنیم. مجموعه این عوامل همانطور که مشخص است می تواند با تغییرات شناختی عظیم به طور پایه ای و زیربنایی مفهوم اضطراب و افسردگی را در ذهن فرد تغییر داده و درکی متحولانه نسبت به جهان هستی در او ایجاد نماید. ایجاد این درک با معنادهی به زندگی می تواند تناقض هایی را که عمدتا عامل اصلی اضطراب و افسردگی هستند را با تغییر در جهان بینی و نسبیت گرایی متحول ساخته و تغییرات عمده ای را در فرد ایجاد نمایند. بنابراین همانطور که در این مطالعه ملاحظه می شود عناصر معرفت شناختی دیدگاه فلسفه درمانی وینکنشتاین نه به عنوان یک درمان بلکه به عنوان یک دیدگاه فلسفی که غنای تفکرات بیمار افزوده می شود می تواند تغییرات بنیادی در وی ایجاد نماید.

همانطور که مشخص شد فلسفه درمانی ویتگنشتاین توانسته است تغییرات قابل قبولی را در برخی از نشانه های افسردگی و اضطراب افراد ایجاد نماید. با این حال این مطالعه نیز همانند کلیه پژوهش ها دارای محدودیت هایی است که لازم است به آن توجه گردد. نخست اینکه جامعه هدف نوجوانان بی سرپرست ساکن بهزیستی هستند که تعمیم نتایج به سایر افراد نیاز به احتیاط بیشتری دارد. از سوی دیگر از آنجایی که این رویکرد دیدگاه های تحلیل به روان درمانی را به چالش می کشد نمی توان آن را از درمان های دیگر از جمله روش های تحلیلی موثرتر دانست و لازم است برای این منظور مداخلاتی به صورت مقایسه ای انجام گیرد. پیشنهاد می شود که در مطالعات آینده علاوه بر مقایسه این روش به ویژه با درمان های تحلیلی سایر جنبه ها و متغیرهای روانشناختی و همچنین علائم و اختلالات روانی دیگر مورد آماج این درمان قرار گیرند. با توجه به اینکه شواهد پژوهشی اندکی در رابطه با این نوع درمان وجود دارد نیاز به مطالعات گسترده تری در این حوزه برای پیشنهاد آن به روان درمانگران خواهیم داشت. بنابراین توصیه می شود که پروتکل تدوین شده جهت ارزیابی هرچه بهتر این روش درمانی توسط پژوهشگران در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گیرد.

در سطح کاربردی یافته‌های این مطالعه حاکی از اثربخشی درمان شناختی مبتنی فلسفه درمانی ویتگنشتاین بر بهبود افسردگی و اضطراب نوجوانان بی سرپرست ساکن در مراکز سازمان بهزیستی بوده است. بر این اساس انجام پژوهش‌های مشابه می‌تواند ضمن محک زدن نتایج این پژوهش، راهنمایی برای تدوین بسته‌های درمانی اختصاصی برای کاهش اضطراب و افسردگی باشد. همچنین به منظور رعایت ملاحضات اخلاقی باید به هریک از پاسخ دهندگان اختیار کامل داد که کاملا داوطلبانه به پرسشنامه پاسخ دهند همچنین به آنان اطمینان دهند که اطلاعات آنان محرمانه می‌ماند.

از محدودیت های این تحقیق باید به این نکته اشاره شود که از آنجا که ساکنان محل نگهداری نوجوانان بی سرپرست غالب اً افرادی هستند که به دلیل نداشتن خانواده و یا طرد شدن از سوی آنان استقلال و اعتماد به نفس خود را از دست داده اند لذا ممکن است شیوع اختلال روان ـ پزشکی در این افراد بیش از جامعهٔ عادی باشد بنابراین در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی اثربخشی این مداخله روی جمعیت‌های بالینی و بهنجار

با ایجاد فرصت ارزیابی‌های پیگیری مجدد آزمون گردد.

منابع

1. Hakio N., Rantanen A., Åstedt-Kurki P., Suominen T.. Parents’ experiences of family functioning, health and social support provided by nurses–a pilot study in pediatric intensive care. Intensive and Critical Care Nursing. 2015 Feb 1;31(1):29-37.
2. Balistreri KS., Alvira-Hammond M.. Adverse childhood experiences, family functioning and adolescent health and emotional well-being. Public Health. 2016 Mar 1;132:72-8.
3. Turner HA., Finkelhor D., Hamby SL., Shattuck A.. Family structure, victimization, and child mental health in a nationally representative sample. Social Science & Medicine. 2013 Jun 1;87:39-51.
4. Wu MS, McGuire JF., Storch EA.. Anxiety sensitivity and family accommodation in obsessive-compulsive disorder. Journal of affective disorders. 2016 Nov 15;205:344-50.
5. Doh HS., Shin N., Kim MJ., Hong JS., Choi MK., Kim S.. Influence of marital conflict on young children's aggressive behavior in South Korea: The mediating role of child maltreatment. Children and Youth Services Review. 2012 Sep 1;34(9):1742-8.
6. Lee SJ., Taylor CA., Altschul I., Rice JC.. Parental spanking and subsequent risk for child aggression in father-involved families of young children. Children and youth services review. 2013 Sep 1;35(9):1476-85.
7. Koutra K., Simos P., Triliva S., Lionis C., Vgontzas AN.. Linking family cohesion and flexibility with expressed emotion, family burden and psychological distress in caregivers of patients with psychosis: A path analytic model. Psychiatry research. 2016 Jun 30;240:66-75.
8. McDonald R., Jouriles EN, Tart CD., Minze LC.. Children's adjustment problems in families characterized by men's severe violence toward women: Does other family violence matter? Child abuse & neglect. 2009 Feb 1;33(2):94-101.
9. Nam B, Kim JY, DeVylder JE, Song A. Family functioning, resilience, and depression among North Korean refugees. Psychiatry research. 2016 Nov 30;245:451-7.
10. Xu L, Pirog MA., Vargas ED.. Child support and mixed-status families an analysis using the Fragile Families and Child Wellbeing Study. Social science research. 2016 Nov 1;60:249-65.
11. Marais L., Sharp C., Pappin M., Lenka M., Cloete J., Skinner D., Serekoane J.. Housing conditions and mental health of orphans in South Africa. Health & place. 2013 Nov 1;24:23-9.
12. Baker AJ., Kurland D., Curtis P., Alexander G., Papa-Lentini C.. Mental health and behavioral problems of youth in the child welfare system: Residential treatment centers compared to therapeutic foster care in the Odyssey Project population. Child Welfare. 2007 May 1;86(3):97.
13. Enache RG., Matei RS.. The effects of psychological counselling in shaping personality traits and behavioural disorders prevention of institutionalized adolescents. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2014 Feb 21;116:3820-4.
14. Matyash N., Volodina J.. Psychological Stability of Orphans in Crisis Situations. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2015 Dec 5;214:1070-6.

15. De Visser L., Van der Knaap LJ., Van de Loo AJ., Van der Weerd CM., Ohl F., Van Den Bos R.. Trait anxiety affects decision-making differently in healthy men and women: towards gender-specific endophenotypes of anxiety. Neuropsychologia. 2010 May 1;48(6):1598-606.
16. Qasempour, A., Surah Jamal., Seyed Tazeh Kand, T.. Predicting death anxiety based on cognitive emotion regulation strategies. Knowledge and research in applied psychology. 1396; 13 (48): 63-70.
17. Zadok, V. Zadok, Benjamin J. Summary of Psychiatry: Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry. Translated by Farzin Rezaei, Tehran, Arjmand Publications. 1391.
18. Movahedirad KH., Ajoudi A., Ahmadi H., Fakhar Moghaddam M., Akbarian F., Malmir M., Isa. Comparison of the prevalence of overt anxiety among students with different demographic characteristics. Scientific Journal of Education and Evaluation (Quarterly). 1391; 5 (17), 146-131.
19. Galbraith T, Heimberg RG, Wang S, Schneier FR, Blanco C. Comorbidity of social anxiety disorder and antisocial personality disorder in the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). Journal of anxiety disorders. 2014 Jan 1;28(1):57-66.
20. Mobini S., Mackintosh B., Illingworth J., Gega L., Langdon P., Hoppitt L.. Effects of standard and explicit cognitive bias modification and computer-administered cognitive-behaviour therapy on cognitive biases and social anxiety. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 2014 Jun 1;45(2):272-9.
21. Bhat NM.. A study of emotional stability and depression in orphan secondary school students. International Journal of Education and Psychological Research. 2014;3(2):95-100.
22. Alizadeh Fard, S., Khalili, Mina, Saffarinia, Majid. The effectiveness of a happiness education program in reducing stress, anxiety, depression and migraine symptoms. Journal of Health Psychology, 2017; 6 (21), 17-28.
23. Angst J, Gamma A, Rössler W, Ajdacic V, Klein DN. Long-term depression versus episodic major depression: results from the prospective Zurich study of a community sample. Journal of affective disorders. 2009 May 1;115(1-2):112-21.
24. Imel ZE, Malterer MB, McKay KM, Wampold BE. A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. Journal of affective disorders. 2008 Oct 1;110(3):197-206.
25. Satyanarayana S, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Prevalence and correlates of chronic depression in the Canadian community health survey: mental health and well-being. The Canadian Journal of Psychiatry. 2009 Jun;54(6):389-98.
26. Simpson SG, Morrow E, Reid C. Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. Frontiers in psychology. 2010 Nov 16;1:182.
27. Taukeni SG. Orphan adolescents' lifeworlds on school-based psychosocial support. Health Psychology and Behavioral Medicine. 2015 Jan 1;3(1):12-24.
28. Heaton J. The talking cure: Wittgenstein's therapeutic method for psychotherapy. Springer; 2010 Apr 9.

29. Heaton J. Wittgenstein and psychotherapy: From paradox to wonder. Springer; 2014 Jun 12.
30. Heaton, John. Wittgenstein and Psychoanalysis. Translated by Hashem Banapour, Tehran, Cheshmeh Publications, 2008.
31. Wittgenstein L. Tractatuslogico-philosophicus, translated by DF Pears and BF McGuinness. London & Henley: Routledge & Kegan Paul. 1961.
32. McGuinness P. An examination of the underpricing of initial public offerings in Hong Kong: 1980–90. Journal of Business Finance & Accounting. 1992 Jan;19(2):165-86.
33. Bouveresse J, Cosman C, Harrell V. Bouveresse on Wittgenstein on Freud: Why Not a Dialogue?.Psyccritiques. 1997 Jan;42(1).
34. Mascolo MF. Wittgenstein and the discursive analysis of emotion. New Ideas in Psychology. 2009 Aug 1;27(2):258-74.
35. Hobson RP. Wittgenstein and the developmental psychopathology of autism. New Ideas in Psychology. 2009 Aug 1;27(2):243-57.
36. Harré R. Emotions as cognitive-affective-somatic hybrids. Emotion Review. 2009 Oct;1(4):294-301.
37. Mackinejad K, Sharifi V. Wittgenstein’s Philosophy and a Dimensional Approach to the Classification of Mental Disorders–A Preliminary Scheme. Psychopathology. 2006;39(3):126-9.
38. deGaynesford M. No direction home? Wittgensteinian therapy and the private language arguments. Language & Communication. 2007 Apr 1;27(2):178-203.
39. Rosenman S, Nasti J. Psychiatric diagnoses are not mental processes: Wittgenstein on conceptual confusion. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2012 Nov;46(11):1046-52.
40. Bennett MR, Hacker PM, Bennett MR. Philosophical foundations of neuroscience. Oxford: Blackwell; 2003 Mar.
41. Moyal-Sharrock D, editor. The third Wittgenstein: The post-investigations works. Routledge; 2017 May 15.
42. Baker GP. Wittgenstein’s method, ed. K. Morris.
43. Lunsford GM. Socrates and Wittgenstein: Philosophy as Therapy. (2005).