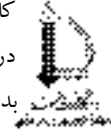


کاملی، زهرا؛ قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی؛ آقا محمدیان شعرباغ، حمید (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در دختران نوجوان بی سرپرست و بد سرپرست. پژوهش های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱(۱)، ۸۳-۹۸.



## بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در دختران نوجوان بی سرپرست و بد سرپرست

زهرا کاملی<sup>۱</sup>، بهرام‌علی قنبری هاشم آبادی<sup>۲</sup>، حمید آقا محمدیان شعرباغ<sup>۳</sup>  
تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۹/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۴/۷

### چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در دختران نوجوان بی سرپرست و بد سرپرست انجام گرفت. پژوهش حاضر از نوع کاربردی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. در این پژوهش افراد نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده ( $n=20$ ) و بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ (فرم کوتاه) در پیش‌آزمون برای هر دو گروه اجرا و سپس در گروه آزمایش مداخله گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره اجرا شد. پس از پایان دوره ۱۱ جلسه ای درمان بار دیگر پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ (فرم کوتاه) بعنوان پس‌آزمون در هر دو گروه اجرا گردید. نتایج حاصل از تحلیل آماری با آزمون کوواریانس چند متغیره نشان می‌دهد که گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره در مقایسه با گروه کنترل، بطور معنادار باعث کاهش نمره کلی در پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ شده است (باسطح معناداری  $P=0.000$ ). به جز دو طرحواره شکست و رهاشدگی، رویکرد درمانی بر کاهش نمرات سایر طرحواره ها بطور معنادار موثر بود.

**واژه های کلیدی:** گروه درمانی، شناخت درمانی، طرحواره درمانی، طرحواره های ناسازگار اولیه، بی سرپرست و بد سرپرست

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد دانشگاه فردوسی مشهد [kameli.zahra@stu-mail.um.ac.ir](mailto:kameli.zahra@stu-mail.um.ac.ir)

<sup>۲</sup> دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد

<sup>۳</sup> استاد دانشگاه فردوسی مشهد

## مقدمه

دوران نوجوانی به خاطر نقش و اهمیتی که در زندگی انسان دارد، در هر زمان مورد توجه دانشمندان، روانشناسان و نویسندگان آن عصر بوده است. روان شناسان مختلف این دوران را احساس گرای، عاطفه پرستی، دوره بحران های سازنده و دوره فشار و طوفان نامیده اند (پروت، ۱۳۸۳). همه این اشارات و توجهات نشان دهنده اهمیتی است که این دوره از زندگی می تواند داشته باشد. همه این ویژگی ها باعث می شود که التهابات، اضطراب ها و دگرگونی ها در نوجوان به وجود آید و جلوه های غیر معمول و به ظاهر غیر عادی در او ظاهر شود. طبیعی است که پدیدار شدن این حالت ها در نوجوان، رفتارهای ویژه ای را از سوی والدین و مریمان می طلبد.

با توجه به اینکه ایران کشوری جوان می باشد مخاطراتی مثل بحران هویت در نوجوانان، افزایش روز افزون بیکاری و سردرگمی در جوانان و عدم استقلال آنها می تواند قابل پیش بینی باشد. لذا در این بین غیر طبیعی نیست که به علت مشکلات فوق الذکر بنیاد و بنیان خانواده ها سست شده و محصولات نا خوشایندی چون خانه های کودکان و نوجوانان بی سرپرست پدید خواهد آمد. در این مجتمع های شبانه روزی کودکان و نوجوانانی وجود دارند که شامل این طبقات می شوند: فرزندان که والدین آنها به علل اعتیاد یا قاچاق مواد مخدر زندانی شده اند، آنهایی که به علت مشکلات درون خانوادگی و فوت والدین و عدم صلاحیت والدین که به هر حال رگه هایی از فقر فرهنگی، اقتصادی و اخلاقی از منزل فرار کرده اند (احمدی، ۱۳۸۰).

بین دو گروه دختران بی سرپرست و عادی، در میزان آشفتگی فکری، افسردگی، ناسازگاری های اجتماعی، سوء ظن و بدبینی، گوشه گیری، افکار عجیب و غریب و احساس عدم امنیت تفاوت معناداری وجود دارد، همچنین این پژوهش حاکی از آن است که برخی از دختران بی سرپرست احتمالاً دچار اختلالات روانی از جمله اختلال شخصیت و رفتار و... هستند (مصلحی، ۱۳۷۳).

مطالعه پیشینه های موجود در مورد نوجوانان بدسرپرست و بی سرپرست و مقایسه آن با افراد عادی نشان می دهد رشد و رفتار افراد متأثر از نوع خانواده ای است که در آن زندگی می کنند. به علاوه نتایج نشان می دهد که نوجوانانی که در خانه های تک والدینی زندگی می کنند یا نوجوانانی که به فرزندی پذیرفته می شوند در معرض خطر بالاتری برای رفتار های غیر انطباقی می باشند. مطالعات نشان می دهد که این پیامدهای منفی ناشی از شماری دلایل نظیر ماهیت رابطه فرد با سایر اعضای غیر خانواده اصلی خودش، چگونگی نظارت یا مراقبت رفتارهای فرد توسط والدین و عوامل موثر دیگری نظیر کیفیت رابطه

با همسالان و مهارت های تفکر شناختی بین فردی است (کی پسلی، ۲۰۰۰ به نقل از ولف<sup>۴</sup>، ۱۹۸۸). به علت مشکلات ساختاری خانواده و از هم پاشیدن آن و از جهت اینکه فرزندان این مجتمع ها نوعا از طفولیت طعم زندگی را لمس نکرده و همواره در تنش و کشمکش و بی مهری، در محیط های مملو از ترس و وحشت و بعضا نا خواسته متولد شده و ادامه زندگی داده اند مشکلاتی برای آنها بوجود آمده است بدین ترتیب این فرزندان دچار مشکلاتی از جمله صرع<sup>۵</sup>، اختلالات تبدیلی<sup>۶</sup> و زمینه های اضطرابی<sup>۷</sup> و واکنش های نوروتیک<sup>۸</sup> شده اند. از جمله مشکلات دیگری که در این فرزندان نسبت به نرم جامعه بیشتر است می توان به این موارد اشاره کرد: شب ادراری<sup>۹</sup>، ناخن جویدن، پرخاشگری<sup>۱۰</sup>، دروغ گویی<sup>۱۱</sup>، بی قراری<sup>۱۲</sup>، انزوا<sup>۱۳</sup>، کمرویی<sup>۱۴</sup>، احساس بی ارزشی، عزت نفس پایین<sup>۱۵</sup>، احساس حقارت<sup>۱۶</sup>، کاهش قدرت تصمیم گیری، آشفتگی فکر، شیشه شکستن، حالت های سادیستی و مازوخیستی، هراس<sup>۱۷</sup>، افسردگی<sup>۱۸</sup>، مشکلات تحصیلی، بیش فعالی همراه با کمبود توجه<sup>۱۹</sup>، تکانه ای بودن، اقدام به خود کشی، رگه هایی از اختلال شخصیت خود شکن، رگه هایی از اختلال شخصیت منفعل مهاجم، و حتی اختلالات سلوک<sup>۲۰</sup>، اختلال پارانوئیدی و نیز اختلالات جنسی و اعتیاد به مواد استنشاقی مثل بنزین و حتی آشغال خوری نیز دیده شده است (صدیق، ۱۳۸۴).

طبق پژوهش سهرابی (۱۳۶۹) اختلال رفتاری، اضطراب و افسردگی بیش از سایر اختلالات رفتاری مطرح در بین نوجوانان محروم از والدین بوده است، همچنین اختلالات رفتاری در بین نوجوانان ۱۳ ساله، نسبت به سایر گروه های سنی (۱۶، ۱۵ و ۱۷ ساله) شیوع بیشتری دارد. محرومیت از والدین برای کودکانی که در سنین پایین تری قرار دارند نسبت به کودکان بزرگ تر آسیب زاتر بوده است. لذا علی رغم کوچک سازی و تاکید بر مراکز شبه خانواده هنوز هم ما شاهد طیف های مختلف سنی، تحصیلی و غیر تحصیلی

<sup>4</sup> Volf

<sup>5</sup> Epilepsy

<sup>6</sup> Conversion disorder.

<sup>7</sup> Anxiety

<sup>8</sup> Neurotic

<sup>9</sup> Night urinary

<sup>10</sup> Aggression

<sup>11</sup> Laying

<sup>12</sup> Agitation

<sup>13</sup> Seclusion

<sup>14</sup> Timidity

<sup>15</sup> Low self esteem

<sup>16</sup> Inferiority

<sup>17</sup> Panic

<sup>18</sup> Depression

<sup>19</sup> ADHD

<sup>20</sup> Conduct disorder

اعم از شاغل و غیر شاغل و حتی دارای ملیت های مختلف در این مراکز هستیم. و تعاملات بین این طبقات می تواند باعث ناسازگاری و ناآرامی شود .

روش هایی که والدین در برخورد با فرزندان خود اعمال می کنند در شکل گیری رشد دوران کودکی و خصایص بعدی شخصیت و رفتار آنها تاثیر فراوان و عمیقی دارد. الگوها و رفتارهای نادرست والدینی و رفتارهای ناسالم، میتواند منجر به ایجاد طرح واره های ناسازگار اولیه سخت و در نهایت بروز مشکلات رفتاری، اختلالات هیجانی، اختلالات شخصیت و ... شود. رابطه والدین در سازگاری اجتماعی دانش آموزان دختر موثر است (رستگاران، ۱۳۷۲).

یکی از نظریه هایی که مکانیزم های زیربنایی و سخت تحول در پدید آیی رفتارهای ضداجتماعی را تبیین می کند، نظریه طرح واره های ناسازگار اولیه است (یانگ<sup>۲۱</sup>، ۱۳۸۳). مدل درمان متمرکز بر طرحواره یانگ (که طرح واره درمانی و یا درمان طرح واره محور خوانده می شود) تلفیقی ابتکاری از رفتاردرمانی شناختی با گشتالت و روابط موضوعی رویکردهای روان کاوی محسوب می شود و در واقع گسترش مدل سنتی رفتار درمانی شناختی است که بیشتر بر رابطه درمانی، تجربه عاطفی و بحث از تجارب اولیه زندگی تاکید دارد و نقطه مرکزی این نظریه، طرح واره های ناسازگار اولیه است (یانگ، ۱۳۸۳). یانگ این مدل را برای تشریح ارتباط والدین - آسیب شناسی ارائه کرده است و اساس نظری آن بر برخی مفاهیم و تحقیقات، بر مبنای تئوری دلبستگی<sup>۲۲</sup> قرار دارد و پیشنهاد می شود که یک میانجی بالقوه در روابط والدین و بروز آسیب شناسی فرزندان، ایجاد طرح واره های ناکارآمد اولیه و یا باورهای هسته ای منفی<sup>۲۳</sup> در فرزندان است (شفیلد<sup>۲۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

یانگ معتقد است که طرح واره های ناسازگار اولیه، قدیمی ترین مولفه های شناختی و باورها و احساسات غیر شرطی درباره خودمان هستند و از تعامل خلق خوی<sup>۲۵</sup> فطری کودک با تجارب ناکارآمد او با والدین، خواهر و برادرها و همسالان در طی سالهای اولیه زندگی به وجود می آید و این طرح واره های غیر شرطی، آسیب پذیری و اشکال نوروتیک اختلالات و مشکلات روان شناختی را افزایش می دهد (یانگ، ۱۹۹۴). آنها الگوهایی خود تداوم بخش<sup>۲۶</sup> از خاطرات، هیجانات، شناخت ها، حواس و ادراکات انسان از محیط هستند. کار خود را از روی عادت و براحتی انجام می دهند و هنگامی که فرد با چالشی

<sup>21</sup> Young, J.

<sup>22</sup> Attachment

<sup>23</sup> Negative core belief

<sup>24</sup> Sheffield

<sup>25</sup> Temperament

<sup>26</sup> Self-perpetuating

مواجه می شود به جای تغییر طرح واره، اطلاعات دریافتی را تحریف می کند (یانگ، ۱۳۸۳).

تحقیقات نشان داده اند که طرح واره های ناسازگار اولیه با نشانه های مختلف در ارتباط هستند. مثلا طرح واره کمال گرایی با نشانه های اضطراب و افسردگی (کاوامورا<sup>۲۷</sup>، هانت<sup>۲۸</sup>، فروست<sup>۲۹</sup>، ۲۰۰۱) و ناسازگاری روانشناختی (چانگ<sup>۳۰</sup>، ۲۰۰۲) و اختلالات خوردن، نشانه های روان تنی، اضطراب و افسردگی فرسودگی شغلی و... (شافران<sup>۳۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۰) ارتباط دارد (نقل از محمدی، ۱۳۸۲). یانگ معتقد است است که درمان شناختی متمرکز بر طرح واره برای درمان اختلالات روانشناختی سخت و مزمن (مانند اختلالات شخصیت، افسردگی و اضطراب مزمن و...) بر شناخت درمانی کوتاه مدت به طور کلی، که توسط بک و همکارانش مطرح شد، برتری دارد. درمان متمرکز بر طرح واره، تکنیک های شناختی، رفتاری، بین فردی و تجربی را برای ارزیابی طرح واره ها ترکیب می کند و تاکید بیشتری بر ریشه های دوران کودکی و فرایندهای تحولی درگیر در پیدایش و حفظ این طرح واره ها دارد (یانگ، ۱۳۸۳).

همان طور که گفته شد پژوهش ها نشان داده اند که طرح واره های ناسازگار اولیه با نشانه های مختلف مرضی در ارتباط هستند اما آیا درمان موفق بر آنها تاثیری دارد؟ استیگلر<sup>۳۲</sup> و پوکورونی<sup>۳۳</sup> (۲۰۰۱) با استفاده از تصویر سازی هدایت شده به درمان طرح واره ها و هیجانات همراه با آنها پرداختند و نتایج نشان داد که درمان با کاهش نشانه های مختلف همراه بوده است (به نقل از محمدی، ۱۳۸۲). همچنین پژوهشگران دیگر نیز در یافته های خود اثربخشی درمان متمرکز بر طرح واره را در کاهش نشانه های مرضی تایید کردند (سسر و<sup>۳۴</sup> و یانگ، ۲۰۰۱؛ بال<sup>۳۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ نوردال<sup>۳۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ مانسی<sup>۳۷</sup>، ۲۰۰۷).

با توجه به مشکلات ساختاری خانواده اولیه در دختران بی سرپرست و بد سرپرست و وجود عوامل زمینه ساز نامناسب در این نوجوانان به نظر می رسد یکی از عوامل عمقی و زیر ساختی که منجر به بروز ناسازگاری اجتماعی و اختلالات روانی گوناگون در این گروه می شود، در واقع طرح واره های ناسازگار اولیه شکل گرفته در آنها در اثر تعامل ناسالم دوران کودکی و سبک های والدینی نادرست، باشد. بنابراین

<sup>27</sup> Cavamora

<sup>28</sup> Hant

<sup>29</sup> Frost

<sup>30</sup> Chung

<sup>31</sup> Shafferan

<sup>32</sup> Stigler

<sup>33</sup> Pockoroni

<sup>34</sup> Cecero

<sup>35</sup> Ball

<sup>36</sup> Nordhal

<sup>37</sup> Mancey

پژوهشگر در پژوهش حاضر قصد دارد به این سؤال پاسخ دهد که: آیا شناخت درمانی گروهی متمرکز بر طرح واره می تواند باعث اصلاح (کاهش نمرات) طرح واره های ناسازگار اولیه در نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست شود؟

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرح واره بر اصلاح طرح واره های ناسازگار اولیه در نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست می باشد. در این پژوهش قصد، بررسی این مسئله است که به کارگیری روش طرح واره درمانی یانگ در قالب گروهی تا چه حد می تواند باعث تعدیل طرح واره های ناسازگار اولیه (کاهش نمرات این طرح واره ها) و در پی آن کاهش مشکلات روانشناختی در نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست شود. در ضمن باید خاطر نشان کرد که با توجه به مزیت های درمان گروهی مثل پیوستگی، عمومیت، الگوبرداری و... نه تنها رسیدن به تعدیل و حتی تغییر طرح واره های ناسازگار اولیه در گروه آسان تر است، بلکه از بعد کاربردی نیز، درمان گروهی می تواند برای متخصصان و نهاد های اجتماعی مربوط، نسبت به درمان های انفرادی مقرون به صرفه تر باشد.

فرضیه اصلی این پژوهش عبارت است از: گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرح واره بر تعدیل نمرات طرح واره های ناسازگار اولیه در نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست در مقایسه با گروه کنترل به طور معنادار موثر است.

### روش کار

در بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرح واره بر تعدیل (کاهش نمرات) طرح واره های ناسازگار اولیه در دختران بی سرپرست و بد سرپرست پژوهش کاربردی از نوع شبه آزمایشی و طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. معمولاً در تحقیقات علوم رفتاری استفاده از روش انتخاب تصادفی دشوار است. به طرح های آزمایشی که نتوان در آنها از انتخاب تصادفی استفاده کرد طرح های شبه آزمایشی می گویند (سرمه و همکاران، ۱۳۷۸). در این طرح از انتساب تصادفی استفاده شده است، اما به دلیل محدودیت های سازمان بهزیستی امکان انتخاب تصادفی فراهم نبوده است.

از آنجا که در پژوهش حاضر آزمودنی ها از نمونه در دسترس انتخاب شدند و انتخاب تصادفی وجود ندارد، طرح شبه آزمایشی است و چون دو گروه کنترل و آزمایش وجود دارد که قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل برای گروه آزمایش، مورد آزمایش قرار می گیرند، طرح پیش آزمون و سپس پس آزمون با گروه کنترل است.

طرح شبه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون

T1	X	T2
T1	---	T2

جامعه آماری مورد نظر شامل همه دختران ۱۲-۱۸ ساله با حداقل تحصیلات اول راهنمایی است که در مراکز شبانه روزی نگهداری دختران بی سرپرست و بدسرپرست سازمان بهزیستی خراسان رضوی نگهداری می شوند و جامعه در دسترس دختران بی سرپرست و بدسرپرست مرکز شبانه روزی حضرت علی اصغر می باشد. به منظور اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرح واره بر اصلاح طرح واره های ناسازگار اولیه در دختران بی سرپرست و بدسرپرست، از میان دختران داوطلب ۲۰ نفر انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۰ نفر) به طور تصادفی جایگزین شدند.

روش نمونه گیری از نوع نمونه گیری داوطلبانه است. برای انجام پژوهش از میان دختران بی سرپرست و بدسرپرست ساکن در مراکز شبانه روزی بهزیستی مشهد، دختران داوطلب برای شرکت در گروه ها انتخاب می شوند. جهت بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرح واره بر اصلاح طرح واره های ناسازگار اولیه در نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست، از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده می شود. به منظور تحلیل داده های پژوهش به وسیله ی تحلیل کوواریانس چند متغیره، رعایت مفروضه های خاصی الزامی است.

#### پرسشنامه طرح واره های یانگ - فرم کوتاه: این پرسشنامه ۷۵ سؤال دارد و برای سنجش ۱۵

طرح واره ناسازگار اولیه شناختی شامل محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی اعتمادی، انزوای اجتماعی، نقص وابستگی، آسیب پذیری نسبت به ضرر، خود تحول نیافته، اطاعت، بازداری هیجانی، فداکاری، معیارهای نامربوط، خودکنترلی ناکافی، استحقاق و شکست طراحی شده است (ولبرن و همکاران، ۲۰۰۲). هر یک از ۷۵ عبارت این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۵ نقطه ای از "اصلا در مورد من صدق نمی کند" تا "دقیقا مرا توصیف می کند" نمره گذاری می شوند. نمره فرد در هر طرح واره با جمع نمرات ۵ سؤال مربوط به آن طرح واره حاصل می شود. نمره بالا نشان دهنده حضور پررنگ تر طرح واره ناکارآمد است و حداقل نمره برای هر طرح واره ۵ و حداکثر آن نمره ۲۵ می باشد. می توان برای هر پرسشنامه نیز یک نمره کلی تعریف نمود که حاصل جمع نمرات فرد در پانزده طرح واره بوده و دامنه آن

بین ۳۷۵ تا ۳۷۵ می باشد (اشمیت<sup>۳۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۵، به نقل از جیسون<sup>۳۹</sup>، ۲۰۰۵).

### یافته ها

یکی از مفروضه های بسیار مهم، همگنی<sup>۴۰</sup> ضرایب رگرسیون دو گروه را در رابطه ی بین متغیر های همگام و متغیر های وابسته می باشد. اگر تعامل بین گروه ها و اثرات پیش آزمون معنادار باشد داده ها از فرضیه همگنی شیب های رگرسیون پشتیبانی نمی کند. مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون برای تمامی متغیر های پژوهش انجام پذیرفت. برای تمامی متغیر ها این مفروضه رعایت شده بود و صرفاً برای متغیر بی اعتمادی این مفروضه رعایت نشده بود فلذا همگن نمودن داده های متغیر " بی اعتمادی " با استفاده از روش square root انجام پذیرفت. جهت انجام تحلیل کوواریانس چند متغیره داده های پیش آزمون برای تمامی طرحواره ها به عنوان هم متغیر و داده های پس آزمون آنها را به عنوان متغیر وابسته تعیین و وارد تحلیل شدند. جداول ذیل نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره را نشان می دهد.

جدول آزمون های چند متغیره جدولی است که ما می توانیم در یابیم اجرای آزمون مانکووا به طور آماری معنادار می باشد یا نه یا به نوعی نتایج واقعی آزمون مانکووا را بررسی کنیم. در ادامه بنا به معناداری تمامی آزمون ها با  $P=0/038$  و  $F=6/884$  می توان نتیجه گرفت که گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره تاثیر معناداری بر تعدیل طرحواره های مربوطه داشته است.

Multivariate Tests <sup>c</sup>					
Sig.	Error df	Hypothesis df	F	Value	Effect
0.038	4.000	15.000	6.884	0.963	اثر فیلابی
0.038	4.000	15.000	6.884	0.037	لامبادای ویلکز
0.038	4.000	15.000	6.884	25.817	اثر هتلینگ
0.038	4.000	15.000	6.884	25.817	بزرگترین ریشه روی

اکنون برای بررسی معناداری تفاوت های مشاهده شده در متغیر های وابسته (ضمن کنترل اثر پیش آزمون به عنوان کووریت) که از متغیر مستقل گروه درمانی ناشی شده اند به جدول Tests of Between-Subjects Effects مراجعه می کنیم.

<sup>38</sup> Schmit

<sup>39</sup> Jason

<sup>40</sup> homogeneity



Tests of Between-Subjects Effects

Sig.	F	df	Type III Sum of Squares	متغیر وابسته	Source
۰.۰۹۳	۳.۱۴۲	۱	۴۲.۰۵۰	رهاشستگی	group
۰.۰۰۰	۳۶.۶۶۲	۱	۳۴۴.۴۵۰	بازداری هیجانی	
۰.۰۰۰	۳۵.۱۶۵	۱	۳۲۰.۰۰۰	خود تحول نیافته	
۰.۰۴۹	۴.۴۴۷	۱	۸۰.۰۰۰	وابستگی	
۰.۰۲۴	۶.۰۷۴	۱	۱۱۰.۴۵۰	نقص	
۰.۰۳۰	۵.۵۸۶	۱	۸۰.۰۰۰	محرومیت هیجانی	
۰.۰۰۰	۴۰.۷۶۰	۱	۳۹۶.۰۵۰	استحقاق	
۰.۰۷۲	۳.۶۴۴	۱	۹۲.۴۵۰	شکست	
۰.۰۰۱	۱۴.۸۹۲	۱	۲۲۴.۴۵۰	خودکنترلی ناکافی	
۰.۰۰۹	۸.۴۶۹	۱	۷۲.۲۰۰	بی اعتمادی	
۰.۰۰۸	۹.۰۳۷	۱	۱۴۵.۸۰۰	اطاعت	
۰.۰۳۹	۴.۹۵۱	۱	۱۲۰.۰۵	انزوای اجتماعی	
۰.۰۱۵	۷.۲۶۰	۱	۹۶.۸۰۰	فداکاری	
۰.۰۰۰	۴۹.۰۴۲	۱	۲۸۸.۸۰۰	معیارهای نامربوط	
۰.۰۱۲	۷.۷۲۴	۱	۱۳۰.۰۵۰	آسیب پذیری نسبت به ضرر	

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه در طرحواره‌های ناسازگار، با کنترل اثر پیش‌آزمون این طرحواره‌ها به عنوان هم‌متغیر، به جز ۲ طرحواره رهاشستگی و شکست به ترتیب با مقدار  $F=3.142$  و  $F=3.644$  و مقدار  $Sig=0.093$  و  $Sig=0.072$  تفاوت معنی‌داری دیده می‌شود. بدین ترتیب با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره می‌توان گفت که گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره تأثیر معناداری بر تعدیل طرحواره‌های بازداری هیجانی، خود تحول نیافته، وابستگی، نقص، محرومیت هیجانی، استحقاق، خودکنترلی ناکافی، بی‌اعتمادی، اطاعت، انزوای اجتماعی، فداکاری، معیارهای نامربوط و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر داشته است.

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های موریسون<sup>۴۱</sup> (۲۰۰۰)، سسرو<sup>۴۲</sup> و یانگ (۲۰۰۱)، هافارت و همکاران (۲۰۰۲)، بال<sup>۴۳</sup> و همکارانش، نوردال و همکاران (۲۰۰۵) و مانسی<sup>۴۴</sup> (۲۰۰۷) همخوان در یک راستا می‌باشد. می‌باشد. تحلیل داده‌ها نشان داد که گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرح‌واره در کاهش نمرات کلی طرح‌واره‌ها در دختران نوجوان بی سرپرست و بد سرپرست مؤثر بوده است و فرضیه پژوهش با سطح اطمینان بیش از ۹۹٪ تأیید شد. با توجه به ارتباط طرح‌واره‌ها و اختلالات روانشناختی و کاهش نمرات طرح‌واره در اثر این مداخله نتایج می‌تواند با سایر پژوهش‌های انجام شده که در درمان خود نمره طرح‌واره‌ها را کاهش داده‌اند، و نیز تحقیقاتی که با کاهش نمرات طرح‌واره‌های بهبود معنی‌دار علائم مرضی را مشاهده نمودند، همخوان می‌باشد.

موریسون (۲۰۰۰)، با استفاده از شناخت‌درمانی متمرکز بر طرح‌واره، نمرات طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در زن جوانی با مشکلات بین فردی مزمن و بی‌ثباتی هیجانی را کاهش داد و بهبود معنی‌داری در نشانه‌های مرضی مشاهده نمود. هافارت<sup>۴۵</sup> و سکستون<sup>۴۶</sup> (۲۰۰۱) در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که درمان متمرکز بر طرح‌واره بر کاهش نشانه‌های اضطراب، افسردگی، خشم و غمگینی مؤثر است. سسرو و یانگ (۲۰۰۱) نیز به درمان یک بیمار با استفاده از روش طرح‌واره درمانی پرداختند. مراجع زن جوانی بود که علائم تشخیصی DSM-IV را برای اختلال افسردگی اساسی نشان می‌داد. یانگ و همکارانش در درمان انفرادی برای این بیمار با کار بر روی طرح‌واره‌ها، نشانه‌های مرضی را به طور معنی‌داری بهبود بخشیدند. طرح‌واره‌های اساسی این زن جوان، اطاعت، محدودیت هیجانی، نقص و وابستگی بودند. هافارت و همکاران (۲۰۰۲) یافتند که درمان متمرکز بر طرح‌واره در کار گروهی با کاهش نشانه‌های اضطراب، اضطراب اجتماعی، هراس<sup>۴۷</sup> یا گذر هراس<sup>۴۸</sup> همراه بوده است. مطالعات هافارت نیز می‌تواند هم راستا با پژوهش حاضر باشد از آنجا که در این پژوهش نمره کلی طرح‌واره کاهش یافته است، می‌توان احتمال داد که نشانه‌های اضطراب ممکن است کاهش یافته باشد. بال و همکارانش (۲۰۰۳) به این نتیجه رسیدند که شناخت‌درمانی متمرکز بر طرح‌واره در کاهش آسیب‌پذیری شناختی بیماران و جانشین نمودن راهکارهای مدیریتی سازگارانه جهت برخورد با مشکلات زندگی مؤثر بوده

<sup>41</sup> Murrison

<sup>42</sup> Cecero

<sup>43</sup> Ball

<sup>44</sup> Mancey

<sup>45</sup> Hoffart

<sup>46</sup> Sexton

<sup>47</sup> panic

<sup>48</sup> agora phobia

است. با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان بیان نمود که احتمالاً اثربخشی درمان در پژوهش حاضر می‌تواند باعث افزایش مهارت‌های حل مسأله و تغییر سبک‌های مقابله‌ای در دختران بی‌سرپرست و بدسرپرست و زمینه ساز بهبود سازگاری اجتماعی در زندگی آنها شود. نوردال و همکاران (۲۰۰۵) به بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پرداختند. آنها در یک طرح پژوهش تک موردی با شش بیمار که همگی تشخیص اولیه DSM-IV را برای اختلال شخصیت مرزی دریافت کرده بودند، کار کردند. درمان در یک دوره ۱۸ تا ۳۶ ماهه و با تعداد جلسات بین ۶۵ تا ۱۲۰ جلسه بود. یافته‌ها تغییرات زیادی را از خط پایه تا پیگیری ۱۲ ماهه نشان داد و بهبود بالینی برای پنج نفر از شش مراجع معنی‌دار بود. هافارت و سکستون (۲۰۰۵) نیز به بررسی تأثیر ارتباط<sup>۴۹</sup> بین بیمار و درمانگر، کارآمدی درمانگر و تعامل بین ارتباط و کفایت در اثربخشی درمان طرح‌واره محور پرداختند. در این پژوهش ۳۵ بیمار دارای اختلال هراس یا گذر هراسی، با ویژگی‌های طبقه C اختلالات شخصیت در یک برنامه انفرادی ۱۱ هفته‌ای شرکت کردند. یافته‌ها نشان داد که بیشترین میزان ارتباط بین درمانگر و بیمار در جلسه اول، بیشترین کاهش در قدرت و شدت باورها در طرح‌واره‌های خاص که مدنظر درمانگر بوده را به دنبال خواهد داشت. کفایت درمانگر نیز پیش‌بینی کننده کاهش نمرات طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در طول درمان طرح‌واره محور است.

همچنین مانسی (۲۰۰۷) نیز در پژوهش خود به مقایسه اثربخشی درمان طرح‌واره محور و روان‌درمانی انتقال محور در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پرداخت. در این مطالعه ۸۶ بیمار دارای تشخیص اختلال شخصیت مرزی از چهار کلینیک بهداشت روانی انتخاب و به دو گروه تقسیم شدند. یک گروه مورد درمان طرح‌واره و گروه دیگر تحت روان‌درمانی انتقال محور قرار گرفت. هر دو گروه در جلسات ۵۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دوبار، در یک دوره سه ساله درمان شرکت کردند. نتایج نشان داد که پس از یکسال بهبود بالینی معنی‌دار در گروه درمان طرح‌واره محور، ۵۲ درصد بود در حالی که این میزان در گروه درمان انتقال محور ۲۹ درصد بود. در واقع مشخص شد که درمان طرح‌واره محور نسبت به درمان انتقال محور برای این گروه از بیماران به طور معنی‌داری مؤثرتر است.

با توجه نتایج پژوهش مشاهده می‌شود که شناخت درمانی گروهی متمرکز بر طرح‌واره بر کاهش نمرات تمام پانزده طرح‌واره به استثنای طرح‌واره شکست و رهاشدگی اثربخشی معناداری داشته است. تفاضل میانگین‌ها بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد که بیشترین تفاوت در نمره

<sup>49</sup> convection

طرحواره استحقاق و بازداری هیجانی است. به نظر می رسد پرداختن به لزوم همدلی با اعضای گروه و همچنین آموزش آن به اعضا جهت همدلی نشان دادن و گوش کردن به یکدیگر طی جلسات بویژه هنگام برون ریزی تجارب منفی اولیه در کاهش نمره طرحواره استحقاق اثر بسزایی داشته است، همچنین بیان قواعد گروه در جلسات ابتدایی و تاکید به رعایت تعهد نسبت به اصول روابط متقابل در کاهش نمره این طرحواره موثر بوده است. به بیان دیگر در گروه رعایت حقوق متقابل اعضا بطور عملی تمرین می شد.

در مورد طرحواره بازداری هیجانی می توان گفت برقراری رابطه مناسب و ایجاد جو حاکی از پذیرش و همدلی در گروه برای اعضا فرصتی فراهم نمود تا بسیاری از تکانه های مثبت و منفی خود را بروز دهند، پرداختن به احساسات آنی اعضا و اختصاص زمان خاصی از جلسه به بروز احساسات مثبت و منفی در پایان هر جلسه نیز زمینه ساز برون ریزی هیجانی اعضا شد. همچنین به نظر می رسد استفاده از تکنیک کودک درون در بروز هیجانات اعضا موثر بوده است. احتمال دارد درمان گروهی و تعاملات و پویای گروه نیز باعث برانگیخته شدن این دو طرحواره و در نتیجه تمرکز بیشتر بر آن شده است. تفاضل میانگین های نمرات پیش آزمون و پس آزمون طرحواره خود تحول نیافته و معیارهای سرسختانه نیز نشان می دهد که درمان به طور معناداری بر کاهش نمره این طرحواره ها اثر گذار بوده است. پژوهشگر با توجه به گروه سنی نوجوانان حدود یک جلسه به طور کامل در مورد مفهوم هویت و انواع آن و لزوم دست یابی به هویت مستقل و رضایت بخش اختصاص داده است، بنابراین به نظر می رسد پرداختن به مسئله هویت و رشد اجتماعی طبیعی در کاهش نمره خود تحول نیافته و واریسی مجدد معیارهای سرسختانه اثر گذار بوده است. اما با توجه به نتایج بدست آمده مشاهده می شود که گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر کاهش نمرات طرحواره شکست و رهاشدگی اثر معناداری نداشته است. یانگ معتقد است حداقل نه طرح واره در اختلالات شخصیت خصوصا شخصیت مرزی نقش اساسی ایفا می کنند، این طرح واره ها عبارتند از خود کنترلی ناکافی، رهاشدگی، نقص، بی اعتمادی، محرومیت هیجانی، بازداری هیجانی، تنبیه، اطاعت و وابستگی (یانگ، ۱۳۸۳). پژوهش هایی که به بررسی رابطه بین طرح واره ها و اختلالات شخصیت پرداختند مشخص کردند که طرح واره وابستگی و رهاشدگی با اختلال شخصیت مرزی رابطه معنی دار دارند (جاو و همکاران، ۲۰۰۴).

با توجه به ارتباط این طرح واره ها با اختلال شخصیت و اینکه این بیماران مزمن بوده و معمولاً درمان آنها بسیار سخت و طولانی مدت است، بنابراین به نظر می رسد که ایجاد تغییر معنی دار در نمرات این طرح واره ها از جمله رهاشدگی به زمان بیشتری نیاز داشته باشد. در طرح واره رهاشدگی یا بی ثباتی فرد،

نسبت به دریافت محبت و برقراری ارتباط با اطرافیان احساس بی ثباتی میکند، چنین فردی احساس می کند افراد مهم زندگی اش نمی توانند حمایت عاطفی و تشویق لازم را به او بدهند. فردی که چنین طرح واره ای در ذهنش شکل گرفته باشد، معتقد هر لحظه امکان دارد مهم زندگی اش بمیرند یا اینکه او رارها کنند و به فرد دیگری علاقمند شوند. کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست زمینه کاملاً مساعدی برای شکل گیری و تثبیت این طرح واره داشته اند. این نوجوانان به دلیل فقدان سرپرست مناسب، حمایت عاطفی و محبت را از جانب والدین بعنوان پایگاه اولیه دلبستگی تجربه نکرده اند و یا آنرا از دست داده اند. به همین دلیل تقریباً بطور خالصی این طرح واره را تجربه کرده اند. همانگونه که یانگ معتقد است تغییر برخی از طرح واره ها بویژه آن دسته از طرح واره هایی که با اختلالات شخصیت پیوند نزدیک دارند، به زمان طولانی نیاز دارد (یانگ، ۱۳۸۳). در این پژوهش نیز نیاز به زمان بیشتر جهت تغییر این طرح واره بنیادی در دختران بی سرپرست و بد سرپرست احساس می شوند.

یافته های این پژوهش با هافارت و سکستون (۲۰۰۱) نیز هماهنگ است که معتقدند درمان طرح واره محور شکست در افراد مشکل است زیرا فرد با طرح واره شکست در تجربه درمانی خود نیز به دنبال تجربه شکست دیگری است که به شکست هایش اضافه کند. بنا براین احتمال دارد دوره درمانی کوتاه در پژوهش حاضر برای تاثیرگذاری بر این طرح واره کافی نباشد. همچنین نتیجه این پژوهش با یافته های استراومن و همکاران (۲۰۰۱) نیز همخوانی دارد. آنها در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان های مختلف، گروه درمانی شناختی - رفتاری، درمان انفرادی شناختی - رفتاری و دارودرمانی همگی بر افسردگی و کاهش نشانه های مرضی مرتبط با آن مؤثرند اما افرادی که شکست در خودکنترلی بالایی دارند از این نوع درمان بهره ی چندانی نمی برند و نیاز به درمان های طولانی مدت تر و یا درمان های جایگزین دارند. همچنین یکی از دلایل عدم اثربخشی درمان طرح واره های رهاشدگی و شکست در این گروه معین، می تواند عدم پرداختن کافی به عناصر درمانی موثر با توجه به شرایط خاص دختران بی سرپرست و بدسرپرست باشد. بنابراین احتمال دارد دوره درمانی کوتاه در پژوهش حاضر برای تأثیرگذاری بر این طرح واره کافی نباشد و اگر درمان طولانی تر باشد شاید اثربخشی معنی دار شود.

در پایان بطور خلاصه می توان گفت یانگ طرح واره های ناسازگار اولیه را زیربنای بروز مشکلات و اختلالات روانشناختی و رفتارهای ناسازگارانه در انسان برمی شمرد و معتقد است که این طرح واره ها ناکارآمد و خود تداوم بخش هستند. در طول زندگی با تحریف واقعیات فرد را وادار می کنند تا بر مبنای الگوی ناسازگارانه آنها عمل کنند. همچنین یانگ بیان می کند که این زیرساخت های عمیق، در

اختلالات مزمن روانشناختی مثل اختلالات شخصیت بسیار قوی عمل می‌کنند و در نتیجه مانع از اثربخشی درمان‌های کوتاه‌مدت شناختی - رفتاری کلاسیک در این نوع بیماران می‌شوند. لذا جهت درمان این مشکلات نیاز به رویکردی است که به تغییر و اصلاح این طرح‌واره‌های سخت پردازد. در این راستا وی طرح‌واره‌درمانی را تدوین نمود. از آنجا گروه دختران نوجوان بی‌سرپرست و بدسرپرست دارای طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات رفتاری می‌باشند، و از آنجا که پیشگیری و درمان بسیاری از مشکلات این دختران عامل مؤثری در جلوگیری از پیشرفت اختلال و کاهش ناسازگاری اجتماعی در آن‌ها می‌شود، پژوهشگر با فرضیه‌ی اثربخشی معنادار طرح‌واره‌درمانی به شیوه‌ی گروهی در کاهش نمرات طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دختران بی‌سرپرست و بدسرپرست، با توجه به پیشینه‌ی پژوهش درصدد کاهش اثرات این طرح‌واره‌ها در اختلالات روانشناختی این گروه بوده است. به منظور آزمون این فرضیه پژوهشگر این طرح پژوهشی را تدوین و اجرا نمود.

از یافته‌های پژوهش این نتیجه به دست آمد که درمان شناختی متمرکز بر طرح‌واره به شیوه گروهی باعث کاهش نمره کلی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه دختران نوجوان بی‌سرپرست و بدسرپرست در پرسشنامه YSQ یانگ شده است. به این ترتیب می‌توان با چنین مداخله درمانی زمینه مناسبی جهت بهبود رفتارهای ناسازگار، اختلالات روانشناختی و علائم بالینی فراهم آورد. در سطوح طرح‌واره‌ها نیز درمان به طور معناداری نمرات سیزده طرح‌واره از پانزده طرح‌واره را در تحلیل با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره کاهش داده است. به نظر می‌رسد شرایط ویژه دختران بی‌سرپرست و بدسرپرست، کوتاه مدت بودن درمان و شاید عدم پرداختن کافی به عناصر درمانی مربوط به طرح‌واره‌های شکست ورها شدگی باعث دستیابی به این نتایج شد.

با توجه به اهمیت برقراری رابطه مناسب بین درمانگر و مراجع، و نیز با توجه به ویژگی‌های خاص برخی مراجعین مثل وجود افکار غیرمنطقی در مورد مداخله روانشناختی و تست در دختران بی‌سرپرست و بدسرپرست پیشنهاد می‌شود، فرصت‌هایی جهت برقراری و تحکیم رابطه و جلب اعتماد آنان فراهم آید. همچنین با توجه به ارتباط هر یک از طرح‌واره‌ها و یا مجموعه‌ای از آن‌ها با اختلالات خاص، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های مشابه در آینده طرح‌های درمانی با هدف کلی تأثیرگذاری بر طرح‌واره‌های خاص به منظور درمان زمینه‌ای اختلال مزبور طراحی شوند. نهایتاً از آنجا که در بعضی اختلالات خاص روانپزشکی مثل اختلالات شخصیت، پر کردن پرسشنامه، می‌تواند باعث برانگیخته شدن هیجانات خاص در این افراد شود، پیشنهاد می‌شود درمانگران در جلسه نسبت به هیجانات و مقاومت بیمار در پر کردن

پرسشنامه با حوصله و مدبرانه برخورد کنند.

### منابع

- احمدی، محمد. (۱۳۸۰). بررسی اثربخشی آموزش های حل مساله بر برخی از ویژگی های شخصیتی نوجوانان تحت پوشش مراکز شبانه روزی استان تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی.
- پروت، تامپسون؛ براون، داکلاس (۱۳۸۳). روان درمانی و مشاوره کودکان و نوجوانان (کارندهای عملی در مراکز درمانی و مدارس). فرهی، حسن. انتشارات ارجمند.
- سهرابی فرامرزی. (۱۳۶۹). بررسی اختلالات رفتاری نوجوانان شاهد محروم از والدین. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس.
- صدیق، مریم. (۱۳۸۴). بررسی اثر بخشی آموزش حل مساله در کاهش افسردگی دختران فراری ساکن در مراکز بهزیستی شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- فرگوسن، جورج. الف. و تاکانه، یوشیو. (۱۳۸۰). تحلیل آماری در روانشناسی و علوم تربیتی. (ترجمه علی دلاور و سیامک نقشبندی). تهران: ارسباران.
- مصلحی، مرضیه. (۱۳۷۳). بررسی وضعیت شخصیتی دختران بی سرپرست شبانه روزی ها و مقایسه با دختران تحت سرپرستی والدین بر اساس تست MMPI. دانشگاه تربیت معلم.

Ball, J., Mitchell, P., Malhi, G., Skillecorem, A. & Smith, M. (2003). Schema focused therapy For borderline disorder: reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Australian & new zealand journal of psychiatry* 37(1), 41.

Cecero, J. & Young, E. J. (2001). Case of silvia: Schema focused approach. *Journal of Psychotherapy integration*. 11(2).

Hoffort, A., Sexton, H. (2001). The role of optimism in the process of schema focused cognitive therapy of personality problems. *Journal of Behavior Research and Therapy*. 40, 611-623.

Hoffort, A., Vesrland, S. & Sexton, H. (2002). Self understanding, guided discovery and schema beliefs in schema focused cognitive therapy of personality problems: A process outcome study. *Journal of cognitive therapy and research*. 26(2), 190-219.

Jovev, M., Hon, A. and Jackson, H. (2004). Early maladaptive schemas in personality disorder individual. *Health & medical Complete*. 18(5), 467.

Morrison, Norma. (2000). Schema Focused therapy for complex long standing problem: A single case study. *Behavioral and cognitive psychotherapy*. 28(3), 269-283.

Muncey, C. (2007). Schema Focused therapy appears effective for BPD treatment. *Monitor on psychology*. 38(3).

Nordahl, H. M. Hans, M. & Nyseater (2005) schema focused therapy for patient with borderline personality disorder :A Single case series. **Journal of behavior therapy and experimental psychiatry**. 36, 254-268.

Sheffield, A. Alex., Waller, Glen., Emauelli, Francesca., Murrey, James., & Meyer, Caroline. (2005). Link between parenting and core belief. Preliminary psychometric validation of young parenting inventory. **Cognitive THERAPY AND Research**. 29(6), 787-802.

Strauman, T. J., Kolder, G. G., Stronquist, V. D., Nancy, K., Lori, H. E., & Schneider, Kristin. (2001). The effects of treatment for depression on failure in self regulation. **Journal of Cognitive Therapy and Research**. 25(6), 693-712.

Wolff, P. H. (1998) The orphans of Eritrea : A comparison study **Journal of child – psychology and psychiatry** 36 633-644 .

Young, J. E. (1994). Cognitive therapy for personality disorders: A Schema focused approach. Sarasota, Professional resource press.

Young, J. E., Klosko, J., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy : A practitioner guide. New York. Guilford.