

اثربخشی تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی یانگ بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه دختران آزار دیده جنسی^۱

سمیه یاری^۱، سعید سرایبان^۲

^۱کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم و تحقیقات واحد شاهرود، شاهرود، ایران
^۲استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی یانگ بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دختران آزادیافته جنسی صورت گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دختران بی‌سرپرست و بدسرپرستی می‌شد که مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند و در مراکز شبانه‌روزی سازمان بهزیستی شهرستان ری در سال ۱۳۹۴ نگهداری می‌شدند. از این جامعه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۰ دختر (با استفاده از پرسشنامه‌ی طرحواره‌ی یانگ (YSQ-L2) مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از غربالگری ۲۰ دختر (با استفاده از جدول کوهن و در نظر گرفتن حجم اثر ۰/۵۰ و توان آزمون ۰/۵۷) انتخاب و از طریق جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) کاربندی شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه تحت درمان تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی یانگ قرار گرفتند. گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. گروه‌ها در ابتدا و انتهای پژوهش مجدداً به وسیله‌ی پرسشنامه‌ی طرحواره یانگ مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) نشان داد اجرای تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی بر کاهش ابعاد بریدگی/طرد، دیگر جهت-مندی، و خودگردانی و عملکرد مختل طرحواره‌های ناسازگار اولیه مؤثر است ولی بر کاهش ابعاد محدودیت‌های مختل و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری مؤثر نیست.

واژه‌های کلیدی: تکنیک شناختی طرحواره درمانی یانگ، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، آزار جنسی، دختران بی‌سرپرست و بدسرپرست

^۱ این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود می‌باشد

مقدمه

خانواده به عنوان یکی از مهم‌ترین نهادهای جامعه، نقش مهمی در شکل‌گیری شخصیت و رشد اجتماعی، هیجانی، شناختی و عاطفی کودک دارد. شیوه‌های فرزندپروری و روش‌هایی که والدین در برخورد با فرزندان خود اعمال می‌کنند، بر شکل‌گیری مهارت‌های شناختی کودکان و رشد سازمان شناختی آنان به نام طرحواره تأثیر بسزایی دارد. الگوها و رفتارهای نادرست والدینی، می‌تواند منجر به ایجاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه در کودک شده و در آینده منجر به بروز مشکلات رفتاری، هیجانی و شخصیتی شود. ریزین، فوسکو و دیشن (۲۰۱۲) به این نتیجه دست یافتند که نظارت والدین و کیفیت روابط خانوادگی، استفاده از مواد مخدر از طریق همسالان منحرف را در سنین بعدی پیش‌بینی می‌کند. نتایج پژوهش دونا هو، دونفری، باتز، لانسفورد، داگی و پتیت (۲۰۱۰) نشان داده است که بی‌ثباتی رابطه پدر و مادر در دوران اولیه کودکی، با رفتارهای جنسی و افسردگی عمده در دوران نوجوانی همراه است. کودکانی که بی‌ثباتی رابطه با والدین را در قبل از ۵ سالگی تجربه کرده بودند، با احتمال بیشتری در ۱۶ سالگی شریک جنسی را تجربه کرده و یا دوره‌ای از افسردگی اساسی را در طول دروران نوجوانی پشت سر گذاشته‌اند. بیرکلند، ملویک، هلسن و وولد (۲۰۱۲) بر نقش کیفیت رابطه با پدر و مادر در کنار تصویر بدنی و فعالیت‌های جسمانی، به عنوان پیش‌بینی‌کننده مهم عزت‌نفس در دوران نوجوانی تأکید می‌کنند. النبوگن و هادگینز (۲۰۰۹)، نقل از مکوند حسینی، رضایی و عزالدین، (۱۳۹۳) بر اهمیت سبک و شیوه فرزندپروری والدین در دوران کودکی، به عنوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده در تعیین واکنش محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال در دوران نوجوانی تأکید کرده‌اند. نتایج پژوهش آنان نشان داده است که ساختارهای گسترش یافته توسط والدین در دوران کودکی، به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های مستقل واکنش کورتیزول در دوران نوجوانی در نظر گرفته شده است. در همین راستا، یانگ مدل طرحواره درمانی را برای آسیب‌شناسی ارتباط والدین با کودک ارائه کرده است و به طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان یک میانجی در روابط والدین و بروز آسیب‌شناسی در فرزندان اشاره کرده است (شفیلد و همکاران، ۲۰۰۵).

مطابق با نظریه یانگ، طرحواره‌های ناسازگار اولیه به واسطه تعامل با والدین ناسازگار و ضربه‌های دوران کودکی به وجود می‌آید. به ویژه وقتی نیازهای هسته‌ای، مثل دلبستگی ایمن، خودپیرویی، آزادی بیان نیازها و هیجان‌ها، برآورده نمی‌شوند، طرحواره‌های ناسازگار اولیه توسعه پیدا می‌کنند و با تعدادی از اختلالات بالینی مثل هراس اجتماعی، سوءمصرف مواد، اختلالات خوردن، اختلالات شخصیت، وحشت‌زدگی، هراس از مکان‌های باز و افسردگی مزمن رابطه دارند (تهیم، ۲۰۱۰). در این راستا نیز رایت، کرافورد و کاستیلو (۲۰۰۹)، نقل از مکوند حسینی و همکاران، (۱۳۹۳) به این نتیجه دست یافتند که قرار گرفتن در معرض تجارب آزار و غفلت عاطفی در دوران کودکی، امنیت روابط دلبستگی را تهدید می‌کند و مدل‌های ناسازگارانه‌ای را در رابطه با دیگران به وجود می‌آورد. از میان عوارض سوءاستفاده جنسی در کودکان و نوجوانان می‌توان به

^۱Ryzin, M.J, Fosco, G.M, Dishion, T.J.

^۲Donahue, K.L, Donofrio, B.M, Bates, J.E, Lansford, J.E., Dodge, K.A, Pettit, G.S.

^۳Birkeland, M.S, Melkevik, O, Holsen, I., Wold, B.

^۴Ellenbogen, M.A, Hodgins, S.

^۵Thimma, J.C.

^۶Wright, M., Crawford, E., Castillo, D.

اضطراب، افسردگی، ترس‌های مرضی، احساس گناه، پرخاشگری، مشکلات تمرکز، اشکال در توجه کردن و حفظ توجه، قطع علاقه از شرکت کردن در فعالیت‌های معمولی و دوری‌گزینی اجتماعی، انزوا، ترس و اجتناب از مردان، عصبی‌بون رفتارهای رجعتی^۸ مثل مکیدن انگشت و بی‌اختیاری ادرار یا مدفوع، اختلالات خواب، از دست دادن علایق قبلی، افت فعالیت‌هایی که قبلاً لذت بخش بوده‌اند، تغییر در الگوی غذا خوردن، از دست دادن اشتها، بی‌اشتهایی عصبی، نشانگان استرس پس از سانحه^۹ با علائمی مثل کابوس‌های شبانه، واکنش‌های از جا پریدن، برانگیختگی بیش از حد و گوش به زنگی، اجتناب از موقعیت‌ها یا افراد خاص، مشکلات ارتباطی، تحریفات تفکر، رفتارهای جنسی نامناسب مثل استمناء یا آزار جنسی همسالان یا کودکان کوچکتر، افکار خودکشی یا تلاش برای اقدام به آن، تجزیه و فروپاشی که ممکن است به شخصیت چندگانه یا اختلال شخصیت مرزی نیز بینجامد (مدنی قهفرخی، ۱۳۹۰؛ مدنی قهفرخی، ۱۳۸۳: ۱۹۰ و ۱۸۹) اشاره کرد. آرو و کالوت (۲۰۱۴) ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بروز افکار خودکار منفی و اضطراب اجتماعی را در نوجوانان تأیید کرده‌اند. هاوک و پرونچر (۲۰۱۳) اثربخشی طرحواره درمانی را در درمان اختلال دو قطبی نشان داده‌اند. طرحواره درمانی به عنوان یک گزینه مؤثر روان‌درمانی التقاطی ثابت شده است که واکنش‌های هیجانی را تقلیل داده، سبب کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی می‌شود. هیلمن، پیترز، کهو و یانگ (۲۰۱۱)، طی پژوهشی به ترکیب مصاحبه‌انگیزی و طرحواره درمانی پرداخته‌اند. نتایج حاکی از کاهش معنادار در افسردگی و افزایش آماری معنادار در انعطاف‌پذیری، در طی مدت یک‌ساله درمان بودند. فارل، شاو و وبر (۲۰۰۹) اثربخشی طرحواره درمانی به شیوه گروهی را نسبت به درمان‌های فردی در ۸ ماه طول درمان بیماران دارای اختلالات شخصیت مرزی مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج نشان دهنده تغییر ۹۴ درصد در گروه درمانی به شیوه گروهی و تغییر ۱۶ درصد در گروه درمان‌های فردی بود. تروت، داکینگ و هیبرت مورفی (۲۰۰۱) نیز با مطالعه ۵۴ زنی که در کودکی مورد سوءاستفاده جنسی واقع شده بودند دریافتند که زوج درمانگری با استفاده از فنون شناختی نظیر آموزش حل مسئله و رقراری ارتباط به بهبود روابط عاطفی و خانوادگی این زنان منجر شد. هیگینز کسلر^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعه‌ای که روی ۴۱ مرد و ۲۹ زنی که در دوران کودکی مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته بودند، انجام دادند دریافتند که اکثر این افراد زوج درمانگری و خانواده درمانگری را بر درمان انفرادی ترجیح دادند و اظهار کردند دریافت حمایت اجتماعی از همسر یا اعضا خانواده، آموزش و یادگیری حل مسئله و استفاده از آن برای برخورد با مشکلات ارتباطی و بازسازی شناختی از جمله مهم‌ترین و کارآمدترین فنون یاری‌دهنده به آنان بوده است. موسوی اصل و موسوی السادات (۱۳۹۳) اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه جانبازان مرد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه را مطالعه کردند. یافته‌های

^۸Regressive^۹PTSD^{۱۰}Orue I, Calvete E.^{۱۱}Hawke, L.D., Provencher, M.D.^{۱۲}Heilemann, M.V., Pieters, H.C, Kehoe, P., Yang, Q.^{۱۳}Farrell, M., Shaw, A., Webber, A.^{۱۴}Trute, B., Docking, B., & Heibert- Murphy, D.^{۱۵}Higgins-Kessler, M.R.

پژوهش حاکی از آن بودند که طرحواره درمانی باعث کاهش شدت فعالیت طرحواره‌های ناسازگار در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه شده و دوره پیگیری روند درمان نشان از دوام دستاوردهای درمان دارد. زره‌پوش، نشاط‌دوست، عسگری، عابدی، صادقی هسنیجه (۱۳۹۱) اثربخشی طرحواره درمانی بر افسردگی مزمن در دانشجویان را مورد مطالعه قرار دادند. یافته‌های پژوهش نشان داد طرحواره درمانی به طور معناداری نشانه‌های افسردگی مزمن را در گروه آزمایش کاهش می‌دهد پژوهش کاملی، قنبری هاشم آبادی و محمدیان شعرباف (۱۳۹۰) به بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دختران نوجوان بی‌سرپرست و بدسرپرست پرداختند. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره در مقایسه با گروه کنترل، به طور معنادار باعث کاهش نمره کلی در پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ شده، به جز دو طرحواره شکست و رها شدگی، رویکرد درمانی بر کاهش نمرات سایر طرحواره‌ها به طور معنادار مؤثر بود.

مطالعه پیشینه پژوهش‌های موجود در مورد کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست و مقایسه آن‌ها با افراد عادی نشان می‌دهد این کودکان و نوجوانان دارای فراوانی بیشتری از رفتارهای ناسازگارانه بوده و در معرض خطر ابتلا به اختلالات رفتاری و روان‌شناختی قرار دارند اما تاکنون پژوهشی پیرامون تأثیر تکنیک‌های شناختی بر تعدیل طرحواره ناسازگار اولیه در دختران نوجوان مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته انجام نگرفته است. لذا پژوهش حاضر با هدف شناسایی اثرات تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی یانگ بر تعدیل (کاهش) طرحواره ناسازگار اولیه در دخترانی که مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند طراحی و اجرا شد.

روش پژوهش

روش پژوهش از نظر هدف کاربردی و از حیث گردآوری داده‌ها شبه آزمایشی و با استفاده از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دختران بی‌سرپرست و بدسرپرستی می‌شد که مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند و در مراکز شبانه‌روزی سازمان بهزیستی شهرستان ری در سال ۱۳۹۴ نگه داری می‌شدند. نمونه مورد بررسی شامل انتخاب حجم نمونه در طرح ریزی یک تحقیق، از آنجا که ۲۰ نفر از دختران ساکن در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی شهرستان ری می‌باشد که در پژوهش حاضر شرکت کردند. از جامعه مورد نظر ۲۰ دختر داوطلب به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از طریق جایگزینی تصادفی دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) تشکیل شدند. با استفاده از جدول کوهن و در نظر گرفتن مطلوب (۰/۵۰)، توان آزمون (۰/۵۷) برای هر گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) حجم ۱۰ نفر محاسبه گردید.

ابزار پژوهش

پرسشنامه طرحواره یانگ (YSQ-L2؛ یانگ و براون، ۱۹۹۰) ابزاری خود-گزارشی برای سنجش طرحواره هاست. این پرسشنامه شامل ۷۵ سوال بر روی یک مقیاس لیکرت ۶ درجه ای از کاملاً درست تا کاملاً غلط درجه بندی می‌شود این پرسشنامه را از روی فرم اصلی ۲۵۰ سوالی ساخت که برای ارزیابی پانزده طرحواره ناسازگار اولیه ساخته شده است و هر پنج آیتم این پرسشنامه یک طرحواره را می‌سنجد. برای بدست آوردن نمره هر خرده مقیاس یا هر طرحواره ناسازگار میانگین هر

پنج عبارت محاسبه می شود که بالاترین نمره ۳۰ و کمترین نمره ۵ می باشد (یانگ، کلسکو و ویشار، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور واندوز، ۱۳۸۹). پنج خرده مقیاس مطرح شده در این طرحواره شامل بریدگی، خودگردانی، محدودیت مختل، دیگر جهت مندی و گوش به زنگی به کمک سوالات موجود در پرسشنامه مورد مطالعه و بررسی قرار خواهند گرفت. اولین پژوهش جامع راجع به ویژگی های این پرسشنامه توسط اسمیت، جونز، یانگ و تلچ (۱۹۹۵) انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که برای هر طرحواره ناسازگار اولیه ضریب آلفای از ۰/۸۳ (برای طرحواره خودتحوّل نیافته/گرفتار) تا ۰/۹۶ (برای طرحواره نقص/شرم) بدست آمده و ضریب آزمون و بازآزمون در جمعیت غیر بالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ بود. همچنین یانگ (۱۹۹۸) جهت برآورد پایایی با استفاده از روش باز آزمایی، فرم کوتاه پرسشنامه را در دو نوبت با فاصله بین ۶۰ آزمودنی اجرا و سپس همبستگی پیرسون بین نمره های حاصل از دوباره آزمون رت محاسبه کرد. (یانگ، ۱۹۹۹، به نقل از قاسمی، ۱۳۸۹) ضریب آلفای بدست آمده در مطالعه یانگ و همکاران (۱۹۹۵) برای خرده مقیاس ها در دامنه بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ بوده است (یانگ، کلسکو و ویشار، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور واندوز، ۱۳۸۹). هنجاریابی این آزمون در ایران توسط آهی (۱۳۸۴) بر روی ۳۷۸ نفر از دانشجویان دانشگاه های تهران انجام شده که ۲۵۲ نفر مونث و ۱۳۵ نفر مذکر بودند و همسانی درونی با استفاده از آلفای کرنباخ در افراد مونث ۰/۹۷ و برای افراد مذکر ۰/۹۸ بدست آمده است. در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرنباخ برای محاسبه پایایی استفاده شد، که نتایج بدست آمده برای نوجوانان - نمونه پژوهش حاضر - عبارتند از: حوزه بریدگی و طرد: ۰/۸۵، حوزه خودگردانی و عملکرد مختل: ۰/۸۹، حوزه محدودیت های مختل: ۰/۷۷، دیگر جهت مندی: ۰/۷۹، حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری: ۰/۷۱.

روش اجرا

بسته مداخله آموزش گروهی طرحواره محور بر اساس نظریه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ تدوین و در ده جلسه آموزشی، هر جلسه ۱/۵ ساعت برگزار گردید. در هر جلسه ابتدا مطالب گفته شده در جلسه قبل مرور شد، سپس محتوای آموزشی مربوط به آن جلسه ارائه گردید و در انتهای برخی از جلسات، تکالیف خانگی تعیین می شد.

جدول ۱: طرح مداخله ی طرحواره محور بر اساس نظریه طرحواره های ناسازگار اولیه

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول:	آشنایی، ارتباط و همدلی (در این جلسه عناصر آموزشی یعنی شرکت کنندگان در طرح و مشاور به همدیگر معرفی می شوند و خانمها با فرایند کلی آموزش و قوانین حاکم بر جلسات و همچنین فواید مدل طرحواره محور آشنا می گردند و پیش آزمون انجام می شود).
جلسه دوم:	نیازهای بنیادین و ریشه تحولی طرحواره ها و نحوه شکل گیری طرحواره های ناکارآمد: در این جلسه پنج نیاز هیجانی بنیادین آموزش داده می شود، همچنین ریشه تحولی طرحواره ها مشخص می گردد و شیوه شکل گیری طرحواره ها به تفصیل توضیح داده می شود.
جلسه سوم:	حوزه های طرحواره ای و ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه: پنج حوزه طرحواره ای مطرح می شود و مشخص می گردد که هر طرحواره زیر مجموعه کدام حوزه است. ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه توضیح داده می شود.
جلسه چهارم:	ادامه ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه و پرداختن به ویژگی های طرحواره ها: طرحواره هایی که در جلسه قبل توضیح داده نشدند، در این جلسه معرفی می شوند و در ادامه ویژگی های طرحواره ها تبیین می گردد.

فصلنامه مطالعات و تحقیقات در علوم رفتاری

سال سوم، شماره ۷، تابستان ۱۴۰۰

جلسه پنجم:	نحوه تداوم طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد: حال که افراد تحت آموزش با مفهوم طرحواره و ویژگی‌های آن آشنا شدند، نحوه بقا و تداوم یافتن طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمدی که افراد انتخاب می‌کنند آموزش داده می‌شود. برای درگیر کردن بیشتر مراجعان و همچنین اطمینان یافتن از این که متوجه مطالب مذکور شده باشند، از آن‌ها خواسته شد، به عنوان تکلیف خانگی با چند مثال سبک مقابله‌ای خود را مشخص سازند.
جلسه ششم، هفتم و هشتم	ارائه منطق تکنیک، تصویرسازی ذهنی به منظور الگوشکنی، ارائه منطق - اجرای تکنیک نوشتن نامه
جلسه نهم:	حرکت در جهت تعدیل و کاهش تأثیرات طرحواره‌های ناکارآمد (تکنیک‌های شناختی): سنجش اعتبار یک طرحواره ناکارآمد به وسیله ترسیم جدول شواهد ردکننده و تأیید کننده طرحواره تمایز داده می‌شود.
جلسه دهم:	خلاصه کردن مطالب، ارزیابی نهایی و اختتام برنامه آموزشی: شرکت‌کنندگان به کاربرد دستاوردهای برنامه آموزشی در زندگی واقعی ترغیب می‌شوند، افرادی که نیاز به مداخله فردی دارند شناسایی می‌گردند و جلسه مشاوره انفرادی با آن‌ها برنامه‌ریزی و پس‌آزمون اجرا می‌شود.

یافته‌ها

جدول ۱-۴:

میانگین، انحراف استاندارد و شاخص شاپیرو-ویلک متغیر وابسته در مراحل پیش و پس از آزمون

گروهها	آزمون	شاخص آماری	ابعاد طرحواره های ناسازگار اولیه			
			بریدگی اطرد	خودگردانی و عملکرد مختل	محدودیت های مختل	دیگر جهت مندی
گروه آزمایش	پیش آزمون	M	۷۵۹۰	۶۳۳۰	۳۷۳۰	۴۱۱۹۰
	پس آزمون	SD	۵۳۰	۵۳۵	۳۸۸	۴۱۲
	شاپیرو-ویلک	(NS)	(NS)	(NS)	(NS)	(NS)
	شاخص آماری	M	۶۱۴۰	۵۱۵۰	۳۴۳۰	۲۹۲۰
گروه کنترل	پیش آزمون	SD	۸۸۳	۵۴۰	۶۰۲	۲۱۱۴
	پس آزمون	شاپیرو-ویلک	(NS)	(NS)	(NS)	(NS)
	شاخص آماری	M	۷۱۳۰	(۶۸۴۰-۶۶۶۰)	۳۸۱۰	۴۰۶۰
	پیش آزمون	SD	۵۸۲	(۲۵۴) ۵۹۴	۳۹۵	۳۹۲
گروه کنترل	پس آزمون	شاپیرو-ویلک	(NS)	(NS)	(NS)	(NS)
	شاخص آماری	M	۷۰۵۰	۶۳۰۰	۳۳۴۰	۴۰۷۰
	پیش آزمون	SD	۵۷۲	۹۵۵	۷۶۰	۳۱۲
	پس آزمون	شاپیرو-ویلک	(NS)	(NS)	(NS)	(NS)

NS غیرمعنادار

میانگین، انحراف استاندارد و شاخص شاپیرو-ویلک هر یک از ابعاد طرحواره های ناسازگار اولیه را در پیش و پس از آزمون به صورت مجزا در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد. همچنان که در جدول فوق ملاحظه می شود، شاخص شاپیرو-ویلک برای ابعاد محدودیت های مختل، دیگر جهت مندی، بریدگی/اطرد و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری در مرحله پیش

آزمون و پس آزمون و برای هر دو گروه در سطح ۰/۰۵ غیر معنادار است و این موضوع بیانگر آن است که توزیع در چهار بعد طرحواره های ناسازگار اولیه نرمال است. در مقابل شاخص شاپیرو - ویلک مربوط به بُعد خودگردانی و عملکرد مختل در پیش آزمون گروه کنترل در سطح ۰/۰۵ معنادار است ($\Omega=0/803, p=0/016$).

فرضیه پژوهش: تکنیک طرحواره درمانی بانگ بر تعدیل (کاهش) طرحواره ناسازگار اولیه در دختران سؤ استفاده جنسی مؤثر است.

برای آزمون فرضیه های پژوهش از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) استفاده شد.

جدول ۲: تحلیل کوواریانس یک متغیره در مقایسه ابعاد طرحواره های ناسازگار اولیه در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی (گروه، خطا)	F	سطح معناداری	۲ partial η
بریدگی/طرد	۷۹۴/۳۶۴	(۱۳، ۱)	۲۹/۲۱۵	۰/۰۰۱	۶۹۲
خودگردانی و عملکرد مختل	۲۲۶/۴۶۷	(۱۳، ۱)	۵/۸۵۰	۰/۰۳۱	۳۱۰
محدودیت های مختل	۰/۷۶۲	(۱۳، ۱)	۰/۰۲۱	۰/۸۸۷	۰۰۲
دیگر جهت مندی	۴۴۸/۲۷۶	(۱۳، ۱)	۵۵/۴۲۸	۰/۰۰۱	۸۱۰
گوش به زنگی بیش از حد و بازداری	۵۰/۷۳۸	(۱۳، ۱)	۰/۸۲۸	۰/۳۸۱	۰۶۰

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می شود براساس یافته های حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری، می توان نتیجه گرفت که اجرای متغیرهای مستقل (تکنیک های شناختی طرحواره درمانی) باعث شده تا ابعاد بریدگی/طرد، دیگرجهت مندی و خودگردانی و عملکرد مختل طرحواره های ناسازگار اولیه در دو گروه متفاوت شود. با مقایسه ظاهری میانگین های تعدیل شده، ملاحظه شد که اجرای متغیر مستقل باعث شده است تا ابعاد بریدگی/طرد، دیگرجهت مندی و خودگردانی و عملکرد مختل طرحواره های ناسازگار اولیه در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به صورت معنادار کاهش یابد.

بحث و نتیجه گیری

همان طور که گفته شد پژوهش حاضر با هدف بررسی شناختی طرحواره درمانی بانگ بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در دختران آزاددیده جنسی صورت گرفت. یافته ها نشان داد که تکنیک های شناختی طرحواره درمانی، میزان ناسازگاری طرحواره بریدگی/طرد را در دختران آزار دیده جنسی کاهش می دهد. نتایج تحلیل پژوهش نشان داد که تکنیک های شناختی طرحواره درمانی به صورت معناداری، بُعد بریدگی/طرد، طرحواره خودگردانی و عملکرد مختل، طرحواره محدودیت مختل، طرحواره دیگر جهت مندی، طرحواره گوش به زنگی بیش از حد و بازداری و طرحواره های ناسازگار اولیه را تحت تاثیر قرار داده و آنها

را کاهش داده است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش افشاری و همکاران (۱۳۹۰) که نشان داند طرحواره درمانی گروهی بر درمان اختلالات شخصیت مؤثر است نتایج حاصل از تحقیقات هنرپروران و همکاران (۱۳۸۹) و یوسفی و همکاران (۱۳۸۹) که حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش افسردگی است، در یک راستا است. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های حاصل از تحقیقات روسلر (۱۹۹۳)، باسی و همکاران (۱۹۹۹)، بلک و بلاسی (۲۰۰۰)، کار (۲۰۰۰)، تروت و همکاران (۲۰۰۱)، پلات و دوناوی (۲۰۰۳) و هینگیز و همکاران (۲۰۰۴) که نشان دادند تکنیک‌های شناختی در درمان بازسازی شناختی و مشکلات افرادی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته است، مؤثر است، همسو است.

براساس یافته‌های حاصل می‌توان نتیجه گرفت که اجرای تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی باعث شده تا ابعاد بریدگی/طرد، دیگرجهت مندی و خودگردانی و عملکرد مختل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دو گروه متفاوت شود. با مقایسه ظاهری میانگین‌های تعدیل شده، ملاحظه شد که اجرای اجرای تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی باعث شده است تا ابعاد بریدگی/طرد، دیگرجهت مندی و خودگردانی و عملکرد مختل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به صورت معنادار کاهش یابد. بدین ترتیب می‌توان گفت از پنج فرضیه پژوهش حاضر، سه اول، دوم و چهارم فرضیه تایید و دو فرضیه سوم و پنجم رد شده است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های موسوی اصل و موسوی السادات (۱۳۹۳) که دریافتند طرحواره درمانی بر کاهش شدت طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه مؤثر است و یافته‌های حاصل از پژوهش طباطبائی و همکاران (۱۳۹۲) که نشان دادند تکنیک‌های تجربی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد افسرده مؤثر است. و نتایج پژوهش زره‌پوش و همکاران (۱۳۹۱) که نشان دادند طرحواره درمانی به طور معناداری نشانه‌های افسردگی را کاهش می‌دهد. و همچنین یافته‌های پژوهش کاملی و همکاران (۱۳۹۰) که اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دختران نوجوان بی‌سرپرست و بدسرپرست مؤثر است به جز دو طرحواره شکست و رها شدگی را نشان دادند، هماهنگ است.

در تبیین نتایج می‌توان گفت برقراری رابطه مناسب و ایجاد جو حاکی از پذیرش و همدلی در گروه برای اعضای فرصتی فراهم نمود تا بسیاری از تکانه‌های 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 زمینه‌ساز برون‌ریزی هیجانی اعضا شد. همچنین به نظر می‌رسد استفاده از تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی بر ابعاد گوش به زنگی بیش از حد و بازداری و بعد محدودیت‌های مختل مؤثر نبوده است. همانطور که در فصل دوک گفته شد برخی از باورها به طور شدیدی، هیجان‌های فرد و تجربه‌های گذشته وی را درهم آمیخته است. برای مدت طولانی وجود دارند و لذا می‌توان آن‌ها را به عنوان قسمتی از هویت فرد در نظر گرفت. این باورها ممکن است توسط افراد مهم زندگی فرد تأیید یا تقویت گردد. نحوه تأثیر طرحواره‌ها بر رفتار فرد توسط پردازش فکری و تصورات فرد تعیین می‌شود. رفتارهای یاد گرفته شده در نتیجه فعال شدن طرحواره‌ها به وجود می‌آیند، بنابراین تداعی‌های مثبت و منفی بیشماری در طول زمان ایجاد می‌کنند، که منجر به مقاومت شدید آن‌ها در مقابل تغییر می‌گردد. در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت بیماران در مقابل رها کردن طرحواره‌ها بسیار مقاوم هستند، چرا که طرحواره‌ها هسته‌ی احساس هویت آن‌ها را تشکیل می‌دهند. بهبود طرحواره نیازمند انگیزش و تمایل برای روبرو شدن و مبارزه با طرحواره است. و نیازمند قانون‌مندی و تمرین مکرر است. بیمار باید به طور منظم، طرحواره‌های خود را مشاهده کند و هر روز برای تغییر آن‌ها تمرین کند. طرحواره‌ها هرگز همگی با هم از بین نمی‌روند. در عوض زمانی که ترمیم شوند، کمتر فعال می‌گردند، و عواطف مرتبط با آن‌ها کمتر تحت تأثیر قرار می‌گیرند و مدت زمان کمتری باقی می‌مانند. همچنین بیمار با آماج‌های طرحواره‌های

خود به سبک سالم‌تری پاسخ می‌دهد، دوستان بهتری را انتخاب می‌کند و به خودش به گونه مثبت‌تری می‌نگرد. کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بد سرپرست زمینه کاملاً مساعدی برای شکل‌گیری و تثبیت این طرح‌واره داشته‌اند. این نوجوانان به دلیل فقدان سرپرست مناسب، حمایت عاطفی و محبت را از جانب والدین به عنوان پایگاه اولیه دلبستگی تجربه نکرده‌اند و یا آن را از دست داده‌اند. به همین دلیل به طور خالصی طرحواره‌های گوش بهزنگی بیش از حد و بازداری و محدودیت‌های مختل را تجربه کرده‌اند. همانگونه که یانگ معتقد است تغییر برخی از طرحواره‌ها به ویژه آن دسته از طرحواره‌هایی که با اختلالات شخصیت پیوند نزدیکی دارند، به زمان طولانی نیاز دارد. در این پژوهش نیز بهزمان بیشتر جهت تغییر این طرحواره‌های بنیادی در دختران بی‌سرپرست و بدسرپرست احساس می‌شوند.

در پایان به طور خلاصه می‌توان گفت یانگ طرحواره‌های ناسازگار اولیه را زیربنای مشکلات و اختلالات روان‌شناختی و رفتارهای ناسازگارانه در انسان بر می‌شمرد و معتقد است که این طرحواره‌ها ناکارآمد و خودتداوم بخش هستند و با توجه به ارتباط هر یک از طرحواره‌ها با مجموعه‌ای از اختلالات خاص، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های مشابه در آینده طرحواره درمانی با هدف کلی تأثیرگذاری بر طرحواره‌های خاص به منظور درمان زمینه‌ای اختلال مزبور طراحی شوند.

منابع

- افشاری، ر.، زارع، ا.، معین، ل.، قاسم، ن.، نقوی، م.ر. (۱۳۹۰). تبیین میزان اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی گروهی بر اختلالات شخصیت دسته B مردان وابسته به مواد، مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، سال اول، شماره چهارم، ۱۱۹-۱۳۵.
- دلاور، ع. (۱۳۸۵). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: رشد.
- زره‌پوش، ا.، نشاط‌دوست، ح.ط.، عسگری، ک.، عابدی، م.ر.، صادقی هسنیجه، ا.ح. (۱۳۹۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر افسردگی مزمن در دانشجویان، تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۱۰، شماره ۴، ۲۵-۱۹.
- سپاه نور، م.، امامی‌پور، س. و امراللهی بیوکی، ع. (۱۳۹۰). مقایسه عملکرد خانواده و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دو گروه نوجوانان مستقل و وابسته به دیگران. تحقیقات روان‌شناختی، دوره ۲، شماره ۶، ۱۵۰-۱۴۵.
- طباطبائی برزکی، سعید، سهرابی، فرامرز و کریمی زارچی، مهدی. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش تکنیک‌های تجربی طرحواره درمانی بر روی طرحواره‌های افراد افسرده. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال سوم، شماره ۱۱، ۸۲-۷۵.
- طباطبائی برزکی، سعید، سهرابی، فرامرز و کریمی زارچی، مهدی. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش تکنیک‌های تجربی طرحواره درمانی بر روی طرحواره‌های افراد افسرده. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال سوم، شماره ۱۱، ۸۲-۷۵.
- کاملی، ز.، قنبری هاشم آبادی، ب.ع.، محمدیان شعریاف، ح.آ. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دختران نوجوان بی‌سرپرست و بد سرپرست. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، دوره یک، شماره ۱، ۹۸-۸۳.
- مدنی قهفرخی، س. (۱۳۸۳). کودک‌آزاری در ایران. تهران: اکنون.
- مدنی قهفرخی، س. (۱۳۹۰). خشونت علیه کودکان در ایران. تهران: آشیان.
- مکوند حسینی، ش.، محمدرضایی، ع.م. و عزالدین، م. (۱۳۹۳). اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه نوجوانان بی‌سرپرست. بدسرپرست. مجله روان‌شناسی بالینی، سال ششم، شماره ۲، ۱۱-۱.

منتظری، م.ص.، نشاط دوست، ح.ط، عابدی، م.ر.، و عابدی، ا. (۱۳۹۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش شدت علائم افسردگی و اختلال شخصیت وسواسی-جبری: پژوهش مورد منفرد، مجله روان‌شناسی بالینی، سال پنجم، شماره ۱، ۲۸ - ۳۵.

موسوی اصل، س.ع. و موسوی السادات، ز. (۱۳۹۳). اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه جانبازان مرد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، ارمغان دانش، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دوره نوزدهم، شماره ۱، ۸۹-.

Birkeland MS, Melkevik O, Holsen I, Wold B. (2012). Trajectories of global self-esteem development during adolescence. *J adolesc.* 2012; 35(1):43-5۴.

Black, C.N. , & Deblassie , R. R. (1996). Sexual abuse in male children and adolescents: indicators, effects, and treatments. *Adolescence*, 28 (109), 232-241.

Busby, D.M., Stegge, G. I., Glenn, E., & Adamson, D. (1993). Treatment issues for survivors of physical; and sexual abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 19 (4), 377-392.

Carr, A. (2000), *Family Therapy: Concepts, Process and Practice*. New York; JOHN WILEY & SONS, LTD. review of the research literature on young people who sexually.

Donahue KL, Donofrio BM, Bates JE, Lansford JE, Dodge KA, Pettit, GS. (2010). Early exposure to parents' relationship instability: implications for sexual behavior and depression in adolescence. *J adolesc health*. 47(6):547-54.

Farrell M, Shaw A, Webber A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *J behave ther exp Psychiatr* . 40(2):317-28.

Hawke LD, Provencher MD. (2012). Early maladaptive schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. *J affective disorders* . 136(3):803-1۱.

Heilemann MV, Pieters HC, Kehoe P, Yang Q. (2011). Schema therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas. *J behav ther exp Psychiatr*. 42(4):473-8۰.

Higgins-Kessler, M. R., Nelson, B. S., Jurich, A. P., & Whinte, M. B. (2004). Clinical decision making strategies of marriage and family therapists in the treatment of adult childhood sexual abuse survivors of physical and sexual abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 19(4), 377-۳۹۰.

Huibers M. (2011). Schema therapy for chronic depression. *European psychiatr*. 26(1):1783.

Plaut, M., & Donahey, K. (2003). *Evaluation and Treatment of sexual dysfunction*. In Thomas L, Sexton, GERAL R, Weeks , & Michael S, Robbing (Eds.), *Handbook of Family Therapy*. New York and Hove: Bruner- Rutledge.

Roesler, T.A. (1993). Family Therapy of extrafamilial sexual abuse. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent*, 32 (5), 967-970.

Ryzin MJ, Fosco GM, Dishion TJ. (2012). Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11-year prospective analysis. *Addictive behav*. ۳۷(۱۲): ۱۳۱۴-۲۴.

Sheffield A, Waller G, Emanuelli F, Murray J, Meyer C. *Cognitive ther res*. 2005; 29(6):787-802.

Trute, B., Docking, B., & Heibert- Murphy, D. (۲۰۰۱). *child sexual abuse: A comparative study of treatment process and outcome. Journal of Matital and Family Therapy, 27 (10), 99-110.*