



تاریخ دریافت: ۹۲/۶/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۳/۶/۳

اثربخشی آموزش طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه دانش‌آموزان مورد آزار

ناصر صبحی قراملکی *
سعید پورعبدل **
مسلم عباسی ***
محمدجواد بگیان کوله مرز ****
علیرضا نبی دوست *****

چکیده

هدف این مطالعه اثربخشی طرحواره درمانی به شیوه‌ی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه دانش‌آموزان مورد آزار بود. این پژوهش آزمایشی و به شیوه پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع راهنمایی شهرستان نورآباد (دلفان) در سال تحصیلی ۹۲-۹۳ تشکیل می‌دهند. آزمودنی‌های پژوهش شامل ۴۰ نفر از دانش‌آموزان پسر بود که از میان دانش‌آموزان مدارس راهنمایی شهرستان نورآباد (دلفان) بعد از شناسایی به‌وسیله پرسشنامه کودک‌آزاری محمدخانی و همکاران و انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته به‌صورت تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۲۰ نفر برای هر گروه) گمارده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه بالینی ساختاریافته، پرسشنامه کودک‌آزاری و فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه یانگ (YSQ-SF) استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) نشان داد طرحواره درمانی به‌طور معنی‌داری طرحواره‌های ناسازگار دانش‌آموزان مورد آزار هیجانی را کاهش داده است ($P < 0/001$). این نتیجه تلویحات مهمی در زمینه آموزش و ارتقای بهداشت روانی این دانش‌آموزان دارد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود این برنامه درمانی هم در مدارس و هم در کلینیک‌ها به‌عنوان یک درمان همدلانه و مکمل سایر درمان‌ها برای کاهش عواطف منفی و جلوگیری از شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار در دانش‌آموزان مورد آزار مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: طرحواره درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، دانش‌آموزان مورد آزار

* دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

** دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی.

*** استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون

**** دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه رازی کرمانشاه.

***** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی

مقدمه

کودکان در طول تاریخ آسیب‌پذیرترین قشر جامعه بوده و به نظر می‌رسد که این روند همچنان ادامه دارد (سادوک، کاپلان و سادوک^۱، ۲۰۰۷). نتایج مطالعات نشان می‌دهند که کودک‌آزاری^۲ در جهان شیوع زیادی دارد (هیلدیارد و ولف^۳، ۲۰۰۲). آمارها نشان می‌دهند که بیشترین موارد کودک‌آزاری در کشورهای آفریقایی و آسیایی رخ داده است و پس از آن کشورهای اروپایی و آمریکایی دارای بیشترین میزان کودک‌آزاری هستند (راهب، اقلیما، کمرودی و کفشگر، ۱۳۸۸). کودک‌آزاری در ایران روندی رو به افزایش داشته است، گزارش‌ها در سال ۱۳۸۶ نشان‌دهنده رشد ۳/۵ درصدی این پدیده در طول یک سال بوده است (راهب و همکاران، ۱۳۸۸)، کارشناسان در خوش‌بینانه‌ترین حالت معتقدند از هر ۱۰ کودک یک نفر مورد آزار و اذیت قرار می‌گیرد (مرکز اطلاعات کودک‌آزاری و غفلت^۴، ۲۰۰۴؛ کاری و ویدوم^۵، ۲۰۱۰). به اعتقاد ماش و ولف^۶ (۱۹۹۹) بسیاری از اوقات صدمات عمدی نیستند، اما در نتیجه یک انضباط یا تنبیه جسمی پیش می‌آیند. سازمان جهانی بهداشت^۷ (۲۰۰۶) کودک‌آزاری را هرگونه رفتاری می‌داند که می‌تواند آزار عمدی فیزیکی، هیجانی، جنسی و یا سهل‌انگاری و غفلت را نسبت به کودک در پی داشته باشد. مشکلات ناشی از کودک‌آزاری گاهی به صورت اختلالات شناختی، تجزیه‌ای، کاهش اعتمادبه‌نفس، افسردگی، اختلالات شخصیت، اختلال استرس پس از سانحه PTSD^۸، اختلال نقص توجه، بزهکاری، پرخاشگری، رفتارهای آسیب به خود، تأخیر در تکامل زبان، مهارت‌های حرکتی، تکامل شناختی، داشتن دیدگاه منفی نسبت به خود و دیگران (وایت^۹، ۲۰۱۱) و افکار خودکشی نمایان می‌شود که تأثیر آن ممکن است

1. Sadock, Kaplan & Sadock.
2. child abuse
3. Hildyard & Wolfe
4. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information
5. Currie & Widom
6. Mash & Wolfe
7. World Health Organization (WHO)
8. posttraumatic stress disorder
9. White

تا دوران نوجوانی و بزرگسالی بروز نکند (هورتون و کروزل^۱، هیجان^۲).
 از جمله متغیرهایی که می‌تواند با کودک‌آزاری مرتبط باشد و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است، طرحواره‌های^۲ ناسازگار است. یانگ^۳ (۲۰۰۵) در نظریه خود پانزده طرحواره معرفی کرده که در نتیجه ارضا نشدن پنج نیاز هیجانی مهم، شامل نیاز به پیوند و پذیرفته شدن، خودگردانی، شایستگی و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم، خود ابرازی، خودانگیختگی و لذت و جهت‌گیری از درون ایجاد می‌شوند. این طرحواره‌ها عبارت‌اند: محرومیت هیجانی^۴ (افراد دارای این طرحواره بر این باورند که نیازهای هیجانی طبیعی آن‌ها توسط افراد مهم زندگی به‌طور کافی برآورده نخواهد شد و این محرومیت به سه شکل محرومیت از مراقبت، همدلی و حمایت خود را نشان می‌دهد)، رهاشدگی/ بی‌ثباتی^۵ (در این طرحواره، فرد درک ناپایدار و غیرواقعی درباره حمایت شدن و ارتباط با دیگران دارد. در این حالت شخص احساس می‌کند که نزدیکانش از او حمایت عاطفی نمی‌کنند و نمی‌توانند از او محافظت نمایند)، بی‌اعتمادی/ بد رفتاری^۶ (عقیده به اینکه دیگران به ما آسیب می‌رسانند و به ما دروغ می‌گویند تا امتیازات ما را بگیرند)، انزوای اجتماعی/ بیگانگی^۷ (اعتقاد به این موضوع که فرد با دیگران متفاوت است و به هیچ دسته‌ای تعلق ندارد و نوعی حس از خود بیگانگی در این افراد دیده می‌شود)، نقص/ شرم^۸ (افراد دارای این طرحواره معتقدند که حقیر، پست، بد و بی‌ارزش هستند و دیگران آن‌ها را دوست ندارند)، شکست^۹ (عقیده به اینکه او شخصی شکست خورده است و نمی‌تواند به شیوه‌ای باکفایت، به سطح هم‌تایان خود برسد)، وابستگی/

1. Horton & Crues
2. Schemas
3. Young
4. Emotional Deprivation
5. Abandonment/Instability
6. Mistrust/Abuse
7. Social isolation/Alienation
8. Defectiveness/shame
9. Failure

بی‌کفایتی^۱ (افراد دارای این طرحواره، در پذیرفتن مسئولیت‌های روزمره خود بدون کمک دیگران احساس ناتوانی می‌کنند. این طرحواره اغلب به شکل احساس درماندگی یا منفعل بودن تظاهر می‌یابد)، آسیب‌پذیری به ضرر^۲ (ترس افراطی از یک از بیماری و یا ترس از اینکه در یک موقعیت به او ضربه شدیدی وارد خواهد شد که او قادر به پیشگیری از آن نیست)، گرفتاری/در دام افتادگی^۳ (وابستگی عاطفی شدید به یک یا چند نفر از نزدیکان به خصوص والدین)، اطاعت^۴ (سرکوبی بیش از حد عواطف به خصوص خشم به منظور اجتناب از تنهایی)، از خودگذشتگی^۵ (نادیده گرفتن خود و تمرکز بیش از حد در برآوردن نیازهای دیگران در موقعیت‌های زندگی)، بازداری هیجانی^۶ (تأکید افراطی بر منطقی بودن و ممانعت از ابراز خشم و هر نوع عاطفه دیگر، بیان نکردن احساسات و عواطف؛ افراد دارای این طرحواره، احساس‌ها، ارتباط‌ها و رفتارهای خودانگیزخته خود را محدود می‌کنند)، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی^۷ (عقیده به اینکه شخص باید معیارهای درونی بسیار بالایی داشته باشد، نوعی کمال‌گرایی افراطی)، استحقاق بزرگ‌منشی^۸ (عقیده به اینکه شخص از دیگران بالاتر است و هر کاری که او انجام می‌دهد و یا ادعا می‌کند درست است) و خویش‌داری/خود انضباطی ناکافی^۹ (ناتوانایی در مهار خواسته‌ها و تمایل افراطی برای خشنودی و اجتناب از موقعیت‌های ناراحت‌کننده؛ افراد دارای این طرحواره، نمی‌توانند به گونه‌ای کارآمد و باکفایت خود را کنترل کنند) (یانگ، ۲۰۰۵). این ساختارهای شناختی، بنیان تفکر و رفتار افراد را سازمان می‌دهند و سایر عوامل مربوط به آن‌ها احتمالاً نقش واسطه‌ای بر عهده دارند (وارد،

1. Incompetence/Inadequacy
2. vulnerability to harm or illness
3. enmeshment
4. subjugation
5. self-sacrifice
6. Emotional Inhibition
7. Unrelenting standards/Hyper criticalness
8. Entitlement/Grandiosity
9. Insufficient self/discipline

پلاسک و بیچ^۱؛ ۲۰۰۶؛ لنگتون و مارشال^۲، ۲۰۱۰). ژرف ترین ساختارهای شناختی طر حواره‌ها هستند (بکر و بیچ^۳، ۲۰۰۴؛ اسویتز^۴، ۲۰۰۶). طر حواره‌ها در رویارویی با محرک‌های جدید بر پایه ساختار پیشین خود، اطلاعات به دست آمده را سرند، رمزگردانی و ارزیابی می کنند (بک، ۱۹۶۷؛ به نقل از جکوبین^۵، ۱۹۹۷) و بدین ترتیب به نوع نگرش افراد نسبت به خود و جهان پیرامونشان تأثیر می گذارند (بک، ۱۹۶۷؛ به نقل از جکوبین، ۱۹۹۷). یانگ (۱۳۸۴) آن دسته از طر حواره‌هایی را که به رشد و شکل گیری مشکلات روان شناختی می انجامند، طر حواره‌های ناسازگار اولیه^۶ می نامد. این طر حواره‌ها الگوهای شناختی و هیجانی خود آسیب رسانی هستند که از جریان اولیه رشد آغاز شده و در طول زندگی تداوم می یابند (یانگ، گلاسکو و ویشار^۷، ۲۰۰۳؛ مک گین و یانگ، ۱۹۹۶؛ به نقل از نورادهل و هولت و هاگوم^۸، ۲۰۰۵). نتایج تحقیقات مختلف نشان داده اند که طر حواره‌های ناسازگار اولیه گوناگون، آسیب پذیری خاصی را برای انواع آشفتگی های روان شناختی ایجاد می کنند (کاوامورا، هانت و فروست، ۲۰۰۲؛ به نقل از محمدی، ۱۳۸۲؛ دیده روشنی، ۱۳۸۹). یانگ (۱۹۹۹)، به نقل از سلیگمن، شولمن و تراپون^۹، ۲۰۰۷) بر این باور است که طر حواره‌های ناسازگار در افراد به تجربه‌های رویدادهای منفی در زندگی منجر می شود و حضور چنین رویدادهایی در زندگی شخص، باعث احساس فشار روانی بیش از حد می شود.

یکی از رایج ترین روش های درمانی که می تواند در حوزه اختلالات رفتاری کودکان دارای کاربردهای وسیعی باشد، طر حواره درمانی است. مدل درمانی متمرکز بر طر حواره یانگ (که طر حواره درمانی و یا درمان طر حواره محور خوانده می شود) تلفیقی ابتکاری از رفتار درمانی

1. Ward, Polaschek, & Beech
2. Langton & Marshall
3. Baker & Beech
4. Switzer
5. Jacquin
6. Early maladaptive schema
7. Young, Klosko & Weishaar
8. Nordahl, Holthe & Haugum
9. Seligman, Schulman & Tryon

شناختی با گشتالت و روابط موضوعی که رویکردی روان‌کاوی محسوب می‌شود و در واقع گسترش مدل سنتی رفتاردرمانی شناختی است که بیشتر بر رابطه درمانی، تجربه عاطفی و بحث از تجارب اولیه زندگی تأکید دارد و نقطه مرکزی این نظریه، طرحواره‌های ناسازگار اولیه است (یانگ، ۱۳۸۴). یانگ این مدل را برای تشریح ارتباط والدین - آسیب‌شناسی ارائه کرده است و اساس نظری آن بر مبنای برخی مفاهیم و تحقیقات تئوری دلبستگی قرار دارد و پیشنهاد می‌شود که یک میانجی بالقوه در روابط والدین و بروز آسیب‌شناسی فرزندان، ایجاد طرحواره‌های ناکارآمد اولیه و یا باورهای هسته‌ای منفی در فرزندان است (شفیلد^۱ و همکاران، ۲۰۰۵).

هافارت، ویسرلند و سکستون^۲ (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای خود به این نتیجه رسیدند که درمان متمرکز بر طرحواره بر کاهش اضطراب، افسردگی، خشم و غمگینی مؤثر است. گالسنون^۳ (۲۰۰۳) در پژوهشی دریافت که عوارض روحی - روانی کودک‌آزاری بر کودکان آزاردیده شامل اختلالات شناختی، اختلال شخصیتی، تجزیه‌ای، اضطرابی، شبه جسمی، کاهش اعتمادبه‌نفس، افسردگی و افکار خودکشی و عقب‌ماندگی رشد اجتماعی می‌باشد. گیلبرت و سوپروکتر^۴ (۲۰۰۶) به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی برای افراد دارای خود انتقادی و شرم بالا مؤثر است و نتایج حاکی از کاهش معنی‌داری در افسردگی، اضطراب، خود انتقادی، شرم یا خودکم‌بینی و رفتارهای سلطه‌پذیرانه در این افراد است. پولاک، سیکچتی، هورنانگ و رید^۵ (۲۰۱۰) در تحقیقی متوجه شدند کودکانی که از لحاظ جسمی و روانی مورد غفلت واقع شده‌اند، نسبت به هم‌سن‌وسالان خود، مشکلات قابل توجهی در سازگاری شخصی و هیجانی، رشد شخصیت و تعدیل و تنظیم هیجانات خود دارند. موریسون و نورما^۶ (۲۰۱۱)، با استفاده از شناخت درمانی متمرکز بر طرحواره، نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زن

1. Sheffield
2. Hoffart, Vesrland & Sexton
3. Galenson
4. Gilbert & Procter
5. Pollack, Cicchetti, Hornung & Reed
6. Morrison & Norma

جوانی با مشکلات بین فردی مزمن و بی‌ثباتی هیجانی را کاهش داده و بهبود معنی‌داری در نشانه‌های مرضی مشاهده نمودند. بال، میشل، مالهی، چیلکورم و اسمیت^۱ (۲۰۱۲) به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی متمرکز بر طرحواره در کاهش آسیب‌پذیری شناختی و جانشین نمودن راهکارهای مدیریتی سازگارانه جهت برخورد با مشکلات زندگی مؤثر بوده است. سویگت و کاراس مانگلو^۲ (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که دانش‌آموزان مورد آزاری که در جلسات آموزشی طرحواره درمانی شرکت کرده بودند در مقایسه با هم‌تایان خود در گروه کنترل، از افسردگی، ناامیدی و اضطراب پایین‌تری در پیگیری دوماهه برخوردار بودند. هاریس و کورتین^۳ (۲۰۱۳) نیز نشان دادند آموزش طرحواره درمانی باعث تعدیل طرحواره‌های ناسازگار دانش‌آموزان مورد آزار می‌شود. نتایج پیگیری دو و نیم ماهه نشان داد این دانش‌آموزان از خود انتقادی، نقص و شرم و انزوای اجتماعی پایین‌تری برخوردارند. در مجموع با توجه به اهمیت بدرفتاری با کودک و اینکه تجارب مورد آزار قرار گرفتن در دوران کودکی با آشفتگی‌های روان‌شناختی در بزرگسالی همراه هستند (تونرفینک و اورمود^۴، ۲۰۱۰)، انجام چنین پژوهشی به روشن‌تر کردن جنبه‌های مختلف کودک‌آزاری و افزایش دانش و بینش متصدیان این حیطه برای برنامه‌ریزی‌های زیربنایی جهت حصول بهداشت روانی جامعه را ممکن می‌سازد. با توجه به اینکه سوء رفتار با کودک یک تهدید اصلی برای سلامتی و بهداشت کودک محسوب می‌گردد، ضروری است که برنامه‌های درمانی، حمایتی، پیشگیری و رسیدگی به این معضل اجتماعی به اجرا درآید. نظر به همین امر انجام این پژوهش برای شناسایی عوامل مؤثر بر کودک‌آزاری و درمان آن با رویکردهای روان‌شناختی ضروری به نظر می‌رسید. همچنین با توجه به اینکه پژوهش‌های محدودی در مورد اثر بخشی طرحواره درمانی گروهی بر روی کودکان مورد آزار صورت گرفته است این امر بر بدیع بودن این پژوهش می‌افزاید. لذا هدف از انجام این پژوهش اثر بخشی طرحواره درمانی به شیوه‌ی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه دانش‌آموزان مورد آزار است.

1. Ball, Mitchell, malhi, Skillecorem & smith
2. Soygut & Karaos manoglu
3. Harris AE, Curtin
4. Turner, Finkelhor & Ormrod

روش

این پژوهش آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. طرحواره درمانی گروهی متغیر مستقل و طرحواره‌های ناسازگار اولیه متغیر ملاک مطالعه محسوب می‌شوند.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این پژوهش را کلیه‌ی دانش‌آموزان مقطع راهنمایی شهرستان نورآباد (دلفان) در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ تشکیل می‌دهند. نمونه‌ی پژوهش شامل ۴۰ نفر از دانش‌آموزان پسر مورد آزار بودند که از میان دانش‌آموزانی که نمره‌ی بالا در مقیاس کودک‌آزاری گرفته بودند، بعد از مصاحبه بالینی به‌صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در روش آزمایشی باید هر زیرگروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای اینکه نمونه انتخاب‌شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش از اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) در نظر گرفته شد (دلاور، ۱۳۹۰).

ابزارسنجش

مصاحبه بالینی: نوعی مصاحبه تشخیصی که در آن درمانگر سؤالاتی را طراحی می‌کند تا او را به هدف درمانی نزدیک کند. در این پژوهش به‌منظور تشخیص وجود نشانه‌های کودک‌آزاری، بر اساس معیارهای DSM-IV-TR مصاحبه تشخیصی ساختار یافته به دست پژوهشگران از دانش‌آموز انجام شد.

فرم کوتاه پرسش‌نامه طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه یانگ (YSQ-SF)^۱: این پرسشنامه ۷۵ ماده دارد و آن را یانگ و براون (۱۹۹۴؛ به نقل از برازنده، ۱۳۸۴) برای سنجش ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه شناختی شامل محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی / بد رفتاری، انزوای اجتماعی / بیگانگی، نقص / شرم، وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود تحول نیافته / گرفتار، اطاعت، بازداری هیجانی، فداکاری / ایثار، معیارهای سرسختانه، خویش‌نماری / خود انضباطی ناکافی، استحقاق و شکست طراحی شده است

1. Young schema Questionnaire (short form)

ساخته‌اند (شهامت، ثابتی و رضوانی، ۱۳۸۹). هر یک از ۷۵ عبارت این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از (۱) اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند (۲)، خیلی در مورد من صدق نمی‌کند (۳)، تقریباً در مورد من صدق می‌کند (۴)، به‌طور متوسط (۵)، خیلی در مورد من صدق می‌کند و (۶) دقیقاً مرا توصیف می‌کند، نمره‌گذاری می‌شود. نمره فرد در هر طرحواره با جمع نمرات سؤالات مربوط به آن طرحواره حاصل می‌شود. نمره بالا نشان‌دهنده‌ی حضور پررنگ‌تر طرحواره ناکارآمد است. پایایی این مقیاس به کمک آلفای کرونباخ برای همه طرحواره‌ها از ۰/۷۶ تا ۰/۹۳ به دست آمد (ولبرن، کورستاین، داگ، پونترفراکت و جردن، ۲۰۰۲؛ به نقل از شهامت، ثابتی و رضوانی، ۱۳۸۹). نتایج تحلیل عاملی نیز از ساختار درونی پرسشنامه حمایت می‌کنند (برازنده، ۱۳۸۴). شهامت و همکاران (۱۳۸۹) نیز پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و روایی آن را به روش همبستگی با آزمون باورهای غیرمنطقی (IBT) ۰/۳۴ محاسبه کرده‌اند. پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر به کمک آلفای کرونباخ برای همه طرحواره‌ها از ۰/۷۴ تا ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه کودک‌آزاری: این پرسشنامه، یک پرسشنامه خود گزارشی است که توسط محمدخانی، محمودی، احمدی و جمشیدی (۲۰۰۳) تهیه شده است. این پرسشنامه، کودک‌آزاری را در چهار بعد آزار جنسی^۱، هیجانی^۲، جسمی^۳ و غفلت^۴ بررسی می‌کند و ۵۴ ماده دارد. معیار اندازه‌گیری در هر پرسش، مقیاس چهارگزینه‌ای لیکرت است (هرگز، بندرت، اغلب، همیشه) است. محمدخانی و همکاران (۲۰۰۳) به‌منظور بررسی روایی مقیاس خود گزارشی کودک‌آزاری، از روش‌های محاسبه روایی محتوا، روایی سازه و روایی ملاکی استفاده کرده‌اند و در مجموع ضریب اعتبار و آلفای کرونباخ این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۹۲ گزارش می‌کنند. این ضرایب نشان می‌دهند که مقیاس از ضریب همسانی درونی بالایی برخوردار است. همچنین ضریب پایایی باز آزمایی برای مقیاس‌های آزار عاطفی، غفلت، آزار

1. Welburn, Corstin, Dagg, Pontefract & Jordan
2. sexual abuse
3. emotional abuse
4. physical abuse
5. neglect

جسمی و آزار جنسی در دامنه ۰/۸۹ تا ۰/۷۹ به دست آمد که نشان‌دهنده اعتبار و پایایی آزمون برای فرهنگ ایرانی است.

روش اجرا و تحقیق

بعد از هماهنگی و کسب مجوز، با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، با آگاه‌سازی والدین و مربیان و کسب اجازه از آن‌ها، رضایت دانش‌آموزان برای شرکت در این پژوهش جلب شد. سپس دانش‌آموزان نمونه‌ی تحقیق، مقیاس کودک‌آزاری محمدخانی و همکارانی (۲۰۰۳) را تکمیل کردند و دانش‌آموزان دارای نمره‌ی بالا (دو انحراف معیار بالاتر) در مقیاس کودک‌آزاری شناسایی و مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. بعد از شناسایی و انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته دانش‌آموزان مورد آزار به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ضمن توجیه دانش‌آموزان و بیان اهداف پژوهش، از دانش‌آموزان درخواست شد تا در طول دوره این آموزش شرکت کنند. قبل از شروع روش آموزشی هر دو گروه مورد مطالعه تحت پیش‌آزمون قرار گرفتند و از آن‌ها درخواست شد تا پرسشنامه‌های موردنظر را تکمیل نمایند. گروه آزمایش تحت آموزش گروهی طرحواره درمانی قرار گرفتند. مدت جلسات درمانی شامل ۱۰ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای بود و به‌صورت گروهی و در هفته یک‌بار اجرا می‌گردید. در طی این جلسات بعد از یک هفته از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و سپس داده‌های جمع‌آوری‌شده با روش آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ضمن آزادی دانش‌آموزان برای شرکت در پژوهش، اطمینان‌دهی در مورد محرمانه بودن اطلاعات و آماده کردن آن‌ها از لحاظ روحی و روانی برای شرکت در این پژوهش از نکات اخلاقی رعایت شده این پژوهش بود.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی دانش‌آموزان مورد آزار در گروه آزمایش ۱۴/۲۳۱۶ (و ۱/۱۲) و کنترل ۱۵/۴۲ (و ۱/۹۷) با دامنه ۱۴ تا ۱۷ سال بود. در نمونه مورد مطالعه در گروه کنترل سطح تحصیلات پدران (و مادران) به ترتیب برابر ۶۰ (و ۸۸) درصد زیر دیپلم، ۳۶ (و ۱۰) درصد دیپلم، ۴ (و ۲) درصد لیسانس بودند. همچنین در دانش‌آموزان گروه آزمایش ۷۰ (و

۸۰ درصد زیر دیپلم، ۱۶ (و ۱۸) درصد دیپلم، ۴ (و ۲) درصد فوق دیپلم و ۱۰ درصد پدران دارای تحصیلات لیسانس بودند. وضعیت شغلی پدران (و مادران) گروه کنترل برابر ۳۰ (و ۴) درصد کارمند و ۷۰ درصد پدران دارای شغل آزاد و ۹۶ درصد مادران خانه‌دار بودند. همچنین در گروه آزمایش به ترتیب ۳۴ (و ۸) درصد کارمند و ۶۶ درصد پدران دارای شغل آزاد و ۹۲ درصد مادران خانه‌دار بودند.

▼ جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	آزمایش				کنترل			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
محرومیت هیجانی	۱۸/۹۰	۱/۴۱	۱۳/۵۰	۰/۸۲۷	۱۹/۶۰	۱/۵۶	۱۸	۱/۰۷
رهاشدگی / بی‌ثباتی	۱۹/۶۵	۱/۷۸	۱۳/۵۵	۱/۰۵	۲۰	۱/۳۳	۱۹/۲۳	۱/۷۳
بی‌اعتمادی / بدرفتاری	۱۸/۷۰	۱/۵۹	۱۲/۷۵	۰/۹۱۰	۱۸/۱۵۰	۱/۰۸	۱۷/۹۸	۱/۵۵
انزوای اجتماعی / بیگانگی	۱۹/۳۰	۱/۳۰	۱۳/۴۵	۰/۸۲۵	۱۸/۱۵	۰/۹۴۵	۱۸/۹	۱/۳۹
نقص / شرم	۱۹/۶۵	۱/۸۴	۱۲/۳۳	۱/۱۱	۱۷/۹۵	۰/۸۹۸	۱۷/۵۵	۱/۳۳
شکست	۲۰/۲۵	۱/۹۱	۱۲/۹	۰/۹۶۷	۱۸/۹۰	۱/۲۳	۱۸/۲۰	۰/۸۹۴
وابستگی / بی‌کفایتی	۱۹/۶۰	۱/۵۶	۱۱/۸۹	۰/۹۸۸	۱۹/۶۵	۱/۴۵	۱۸/۴۰	۱/۱۴
آسیب‌پذیری نسبت به بیماری	۲۰	۱/۳۳	۱۲/۳۶	۱	۱۸/۷۰	۲/۱۲	۱۸	۱/۲۳
خود تحول نیافته / گرفتار	۱۸/۰۵	۱/۱۹	۱۲/۶۵	۰/۸۵۸	۱۸/۱۰	۱/۳۸	۱۹/۶۵	۱/۵۹
اطاعت	۱۸	۱/۰۲	۱۱	۱/۰۷	۱۹/۳۰	۱/۲۵	۱۷/۹۰	۱/۱۱
از خودگذشتگی / ایثار	۱۸	۱/۰۷	۱۳	۰/۹۳۳	۱۹/۶۵	۱/۶۸	۱۸/۴۵	۱/۱۹
بازداری هیجانی	۱۸/۱۵	۱/۸۹	۱۲/۱	۱/۱۷	۱۹/۶۰	۱/۴۵	۱۸	۱/۴۷
معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی	۱۸/۱۵	۰/۹۳۳	۱۱/۸۵	۱/۲۵	۲۰	۲/۲۳	۱۸/۷۵	۱/۶۵

کنترل				آزمایش				متغیر
پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		
SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	
۱/۶۹	۱۸/۸۵	۲/۲۶	۲۰/۲۵	۰/۹۸۴	۱۲/۷	۱/۰۵	۱۷/۹۵	استحقاق / بزرگ‌منشی
۰/۹۴۲	۱۸/۱۵	۱/۶۳	۱۹/۳۶	۱	۱۳	۱/۰۲	۱۸/۱	خویشتن‌داری / خود انضباطی ناکافی
۶/۱۳	۲۸۱/۱۵	۷/۸۶	۲۸۹/۳۶۰	۴/۸۵	۱۹۱/۹۵	۵/۸۹	۲۸۲/۴۵	کل

همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون طرحواره‌های ناسازگار دانش‌آموزان گروه آزمایش ۲۸۲/۴۵ (۵/۸۹) می‌باشد و نمره کلی پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه آزمایش در طرحواره‌های ناسازگار ۱۹۱/۹۵ (و ۴/۸۵) می‌باشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون دانش‌آموزان گروه کنترل در طرحواره‌های ناسازگار ۲۸۹/۳۶۰ (و ۷/۸۶) می‌باشد و نمره کلی پس‌آزمون دانش‌آموزان گروه کنترل در طرحواره‌های ناسازگار ۲۸۱/۱۵ (و ۶/۱۳) می‌باشد.

▼ جدول ۲. اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA)

متغیر	آزمون	ارزش	df فرضیه	df خطا	F	P	Eta
گروه	پیلای-بارتلت	۰/۹۸۳	۹	۱۵	۳۴/۸۶۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۸۳
	لامبدای ویلکز	۰/۰۱۷	۹	۱۵	۳۴/۸۶۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۸۳
	هنتینگ لالی	۵۸/۱۱۱	۹	۱۵	۳۴/۸۶۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۸۳
	بزرگترین ریشه روی	۵۸/۱۱۱	۹	۱۵	۳۴/۸۶۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۸۳

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه معنی‌دار می‌باشد [$P \leq ۰/۰۰۱$ ، $F(۸۶۷, ۳۴) = ۰/۰۱۷$ Wilks]. آزمون فوق‌قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چند

متغیری (مانکوا) را مجاز شمرد. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد.

▼ جدول ۳. نتایج آزمون باکس در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در نمرات کلی مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه

P	F	df۲	df۱	BOX'M
۰/۳۶۵	۱/۲۳۶	۲/۵۹۹	۳	۸/۷۶۰

P	F	df۲	df۱	Levene's
۰/۷۱۸	۰/۱۳۲	۳۸	۱	محرومیت هیجانی
۰/۲۹۸	۱/۱۱۳	۳۸	۱	رهاشدگی / بی‌ثباتی
۰/۱۴۹	۲/۱۶۹	۳۸	۱	بی‌اعتمادی / بد رفتاری
۰/۲۵۷	۱/۳۲۶	۳۸	۱	انزوای اجتماعی / بیگانگی
۰/۶۸۹	۰/۱۶۵	۳۸	۱	نقص / شرم
۰/۱۱۱	۲/۸۷۳	۳۸	۱	شکست
۰/۱۱۴	۲/۶۲۱	۳۸	۱	وابستگی / بی‌کفایتی
۰/۱۰۳	۲/۸۷۲	۳۸	۱	آسیب‌پذیری نسبت به بیماری
۰/۷۵۷	۰/۰۹۷	۳۸	۱	خود تحول نیافته / گرفتار
۰/۹۹۰	۰/۰۰۰	۳۸	۱	اطاعت
۰/۹۹۹	۰/۰۰۰	۳۸	۱	از خودگذشتگی / ایثار
۰/۸۸۹	۰/۰۲۰	۳۸	۱	بازداری هیجانی
۰/۰۵۷	۳/۷۸۵	۳۸	۱	معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی
۰/۱۱۳	۲/۸۶۱	۳۸	۱	استحقاق / بزرگ‌منشی
۰/۰۲۴	۵/۵۲۰	۳۸	۱	خویشتن‌داری / خود انضباطی ناکافی

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لون استفاده شد. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ‌یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس به‌درستی رعایت شده است ($F=۱/۲۳۶$ ، $P=۰/۳۶۵$ و $BOX=۸/۷۶۰$) بر اساس آزمون لون و عدم معنی‌داری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است.

▼ جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی نمرات مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دو گروه آموزش گروهی طرحواره درمانی دانش‌آموزان مورد آزار هیجانی، جسمی و جنسی و گروه کنترل

متغیر	مؤلفه	Ss	df	MS	F	P	Es
طرحواره‌ها ناسازگار	محرومیت هیجانی	۱۵/۰۵۶	۱	۱۵/۰۵۶	۱۶/۹۳۱	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۴۲۴
	رهاشدگی/ بی‌ثباتی	۳۱/۵۱۴	۱	۳۱/۵۱۴	۱۹/۱۶۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۴۵۵
	بی‌اعتمادی/ بد رفتاری	۱۱۰/۲۴۰	۱	۱۱۰/۲۴۰	۷۵/۷۶۸	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۶۷
	انزوای اجتماعی/ بیگانگی	۶۵/۳۲۹	۱	۶۵/۳۲۹	۶۵/۰۵۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۳۹
	نقص/ شرم	۷۷/۲۳۵	۱	۷۷/۲۳۵	۸۲/۶۵۴	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۸۲
	شکست	۴۰/۶۶۶	۱	۴۰/۶۶۶	۷۸/۴۳۸	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۷۳
	وابستگی/ بی‌کفایتی	۶۰/۲۳۰	۱	۶۰/۲۳۰	۵۸/۹۹۳	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۱۹
	آسیب‌پذیری نسبت به بیماری	۹۵/۱۴۲	۱	۹۵/۱۴۲	۷۱/۰۰۲	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۵۵
	خود تحول نیافته/ گرفتار	۱۱۳/۷۰۹	۱	۱۱۳/۷۰۹	۸۲/۹۸۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۸۳
	اطاعت	۴۰/۸۳۷	۱	۴۰/۸۳۷	۳۵/۷۷۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۰۹
	از خودگذشتگی/ ایثار	۵۵/۵۸۸	۱	۵۵/۵۸۸	۳۹/۶۹۴	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۳۳

متغیر	مؤلفه	Ss	df	MS	F	P	Es
طرحواره‌ها ناسازگار	بازداری هیجانی	۸۴/۵۱۸	۱	۸۴/۵۱۸	۴۵/۸۰۲	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۶۶
	معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی	۴۲/۷۴۴	۱	۴۲/۷۴۴	۲۰/۱۰۲	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۴۶۶
	استحقاق / بزرگ‌منشی	۷۴/۷۱۴	۱	۷۴/۷۱۴	۶۲/۳۹۵	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۳۱
	خویش‌داری / خود انضباطی ناکافی	۵۴/۸۰۷	۱	۵۴/۸۰۷	۱۱۰/۴۷۴	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۲۸

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات طرحواره‌های محرومیت هیجانی با $(F=۱۶/۹۳۱)$ ، رهاشدگی / بی‌ثباتی با $(F=۱۹/۱۶۷)$ ، بی‌اعتمادی / بدرفتاری با $(F=۷۵/۷۶۸)$ ، انزوای اجتماعی / بیگانگی با $(F=۶۵/۰۵۷)$ ، نقص و شرم با $(F=۸۲/۶۵۴)$ ، شکست با $(F=۷۸/۴۳۸)$ ، وابستگی / بی‌کفایتی با $(F=۵۸/۹۹۳)$ ، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری با $(F=۷۱/۰۰۲)$ ، خود تحول نیافته / گرفتار با $(F=۸۲/۹۸۰)$ ، اطاعت با $(F=۳۵۸/۷۷۰)$ ، از خودگذشتگی / ایثار با $(F=۳۹/۶۹۴)$ ، بازداری هیجانی با $(F=۴۵/۸۰۲)$ ، معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی با $(F=۲۰/۱۰۲)$ ، استحقاق / بزرگ‌منشی با $(F=۶۲/۳۹۵)$ و خویش‌داری / خود انضباطی ناکافی با $(F=۱۱۰/۴۷۴)$ بین گروه‌های آموزش طرحواره درمانی و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد $(P \leq ۰/۰۰۱)$. به عبارت دیگر، این یافته‌ها بیانگر کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانش‌آموزان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی طرحواره درمانی به شیوه‌ی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه دانش‌آموزان مورد آزار بود. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش طرحواره درمانی به شیوه‌ی گروهی باعث تعدیل طرحواره‌های ناسازگار دانش‌آموزان مورد آزار جسمی، هیجانی و جنسی شده است. این نتایج با پژوهش‌های دیگر برای مثال (گیلبرت و سوپروکتر،

۲۰۰۶؛ موریسون و همکاران، ۲۰۱۱؛ سوسکیت و کاراس، ۲۰۱۳ و هاریس و کورتین، ۲۰۱۳) مبنی بر اینکه آموزش گروهی طرحواره درمانی باعث تعدیل طرحواره‌های ناسازگار می‌شود همخوانی دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت کودکانی که مورد بدرفتاری و آزار جسمی و هیجانی قرار می‌گیرند، در سنین نوجوانی رفتارهای خود تخریبی نظیر خودکشی، سوءمصرف مواد و الکل و یا رفتارهای ضداجتماعی نظیر دزدی و تخریب اموال دیگران انجام می‌دهند (کاهانی، ۱۳۷۴؛ چاپمن و همکاران، ۲۰۰۴) و تعاملات اجتماعی، سازگاری اجتماعی و تحصیلی ضعیف‌تری از خود نشان می‌دهند (هیلدیارد و ولف، ۲۰۰۲). به همین دلیل مشکلاتی که آن‌ها در زندگی با آن روبه‌رو می‌شوند به‌مراتب بیشتر از افراد بهنجار و عادی می‌باشد و این عوامل زمینه‌ای برای رشد و گسترش طرحواره‌های ناسازگارانه و درک پایین از موقعیت‌های بین فردی و مشکلات خانوادگی و تحصیلی ایجاد می‌کنند. همچنین این نوجوانان به دلیل قرارگیری در معرض آسیب، سطوح استرس بالایی را تجربه می‌کنند که این سبب می‌شود نحوه نگرش و تفسیر آن‌ها از رویدادها به‌صورت منفی شکل بگیرد و در نتیجه ارزیابی شناختی منفی‌تری داشته باشند (رید، ۱۹۹۹). از سوی دیگر طرحواره‌ها هسته خود پنداره هر فرد را شکل می‌دهند و بر شیوه تعامل افراد با محیط پیرامون خود تأثیر می‌گذارند و از این رو طرحواره‌های گوناگون می‌توانند افراد را نسبت به مشکلات روزمره آسیب‌پذیر کنند. درواقع طرحواره‌ها به‌عنوان الگوهایی برای پردازش تجربیات افراد به کار گرفته می‌شوند (یانگ، ۲۰۰۵). به این ترتیب طرحواره‌ها اندیشه و روابط فرد با دیگران را تعیین می‌نمایند و چگونگی درکی را که هر فرد از خود و جهان پیرامونش دارد مشخص می‌کنند، ادراکی که به دلیل ماهیت خود تداوم‌بخش طرحواره‌ها در سراسر زندگی ادامه می‌یابد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). دانش‌آموزان مورد آزار به علت روابط محدود با دیگران به مرور زمان و بر اساس نشخوارهای ذهنی طرحواره‌های ناسازگار شکل می‌دهند. چنین ساختارهایی از طریق تداوم‌دهنده خود، از فرد در برابر هیجانات منفی نمی‌توانند محافظت کنند و این افراد به‌نوعی احساس تنهایی و طردشدگی می‌کنند. این طرحواره‌ها با گستره‌ای از مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی، اختلالات شخصیت، اختلال هویت تجزیه‌ای، اختلال استرس پس از سانحه و ... (وایت، ۲۰۱۱)، در این افراد ارتباط پیدا می‌کنند که

به‌نوعی طیف گسترده‌ای از نارسایی‌های شناختی، هیجانی و اجتماعی مانند تحریفات شناختی (گنون و همکاران، ۲۰۰۸)، نارسایی مربوط به صمیمیت (وارد و همکاران، ۲۰۰۰)، احساس تنهایی (وارد و همکاران، ۲۰۰۶) و پایین بودن سطح عزت‌نفس (وارد و همکاران، ۲۰۰۶) منجر می‌شود اما طرحواره درمانی با تلفیق رویکردهای شناختی رفتاری، گشتالت درمانی و روابط موضوعی به‌نوعی دربرگیرنده نوعی رابطه همدلی است و بیشتر از این بر پایه اختلافات درونی متکی بوده و به تغییر افراد کمک می‌کند. از سوی دیگر با ایجاد مراقبت و توجه جدید به خود، فرآیندهای درونی دلسوزانه‌ای را به این افراد پیشنهاد می‌کند (گیلبرت، ۲۰۰۵). همچنین این درمان با نوعی حل مسئله و آرامش عضلانی برای افراد همراه است که می‌تواند به‌عنوان یک عامل میانجی برافزایش عملکرد روان‌شناختی و بهبود کیفیت زندگی این دانش‌آموزان بیانجامد (کامودا، جیمز، بیار، ۲۰۰۸). از سوی دیگر ما اغلب تمایل داریم در موقعیت‌هایی که بخشودگی اشتباهات دیگران به‌عنوان یک نیاز احساس می‌شود طرحواره‌هایی را برای خودمان و برای دیگران به‌صورت وضعیت سیاه‌وسفید مشخص و تعریف کنیم. مثلاً (ما قربانیان خوبی هستیم، آن‌ها آدم‌های بدذاتی است). فرض‌هایی که این طرحواره‌ها را همراهی می‌کنند، درونی، ساده، محدود و غیر جالب هستند. یکی از فوایدی که می‌توان به‌عنوان نتیجه جلسات آموزش گروهی طرحواره درمانی معرفی کرد، فهم یک نگاه جدید به دنیا و خصوصاً با مضمون مثبت برای حل گذشته دردناک برای دانش‌آموزان مورد آزار هیجانی است. همان‌طوری که طرحواره درمانی، نگاه تازه را در افراد ایجاد می‌کند، تمایل در جهت بخشش اشتباهات دیگران نیز به‌عنوان یک رأی مثبت به خود برای زیستن در زمان حال است، وقتی از بخشیدن دیگران امتناع می‌کنیم در واقع ترجیح می‌دهیم به‌جای اینکه قدمی در بهبود اوضاع برداریم، در گذشته زندگی کنیم که این همان شکل‌گیری طرحواره تحقیر و سرزنش است. وقتی اشتباهات خود و دیگران را نمی‌بخشیم، در واقع ماندن در احساس گناه را برمی‌گزینیم و بدین ترتیب خود را در رنج روحی بیشتری قرار می‌دهیم در واقع این همان طرحواره نقص / شرم و بی‌کفایتی است. بنابراین آموزش طرحواره درمانی شاهراهی است برای التیام بخشیدن به رویدادهای آسیب‌زای گذشته و گذشتن از آن و جاده‌ای است هموار در سوق دادن افراد به آینده‌ای با معنی و با مضمونی مثبت که

نتیجه این نگرش چیزی جز آرامش درون نخواهد بود (نوری تیرتاشی و کاظمی، ۱۳۹۱). در تبیین دیگر این نتایج می‌توان گفت، کودکانی که مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرند نسبت به دیگر کودکان گوشه‌گیرتر، دارای اعتماد به نفس پایین‌تر، احساس ناامیدی بیشتری داشته و نسبت به خود اطمینان کمتری دارند. این کودکان انعطاف‌پذیری و کنترل کمتری بر روی خود داشته و در ارتباط با دوستان خود مشکلات زیادی دارند (لوپس، ۲۰۰۲). ابراز مناسب همدلی، نیاز به مهارت‌های اجتماعی (هانتر و همکاران، ۲۰۰۷)، کیفیت روابط بین شخصی و بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی دارد (سگرین و تیلور، ۲۰۰۷). این عوامل نه تنها رفتار اجتماعی را شکل می‌دهد بلکه بر احساس فرد از خود و دیگران نیز تأثیر می‌گذارد (الدن و تیلور، ۲۰۰۴). به‌طور کلی مهارت‌های اجتماعی پایین، روابط بین شخصی ضعیف، بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی پایین، مشکلات قابل توجه در سازگاری شخصی، هیجانی و تنظیم هیجانات در نوجوانان آزر دیده (پولاک، سیکچتی، هورننگ، رید، ۲۰۱۰)، سبب نبود همدلی در این افراد می‌شود. در تبیین دیگر این یافته باید به نقش خانواده و حمایت‌های والدینی اشاره نمود. شواهد حاکی است که حمایت والدینی، بهترین پیش‌بینی کننده منفی مشکلات عاطفی در نوجوانان و جوانان قلمداد می‌شوند (هلسن، وُلبرگ و میوس، ۲۰۰۳). در واقع رفتارهای والدین و ارتباطات آن‌ها با فرزندان به‌طور مستقیم نیز با رشد همدلی نوجوانان مرتبط است (آماتو و اچیلتری، ۱۹۸۶). عواطف مثبت، تشویق، تحسین، گرمی و عواطف فیزیکی خانواده با رفتارهای همدلانه در جوانی مرتبط است (ایزنبرگ و فابس، ۱۹۹۸).

از جمله محدودیت‌های پژوهش مختص بودن نمونه به شهرستان نورآباد (دلفان) که تعمیم‌پذیری نتایج به شهرهای دیگر را محدود می‌کند. نمونه مورد مطالعه فقط شامل دانش‌آموزان پسر مقطع راهنمایی بود که این امر میزان تعمیم‌پذیری نتایج را به دانش‌آموزان دختر با مشکل مواجهه می‌کند. همچنین عدم توجه به متغیرهایی روان‌شناختی، وضعیت تحصیلی والدین و وضعیت اقتصادی دانش‌آموزان، از محدودیت‌های دیگر پژوهش بود که تعمیم‌یافته‌ها را با مشکل مواجه می‌سازد. با توجه به فراوانی این اختلال در دوران کودکی و نوجوانی که میزان مراجعه به مراکزهای درمانی به علت اختلال، بالا می‌رود. انجام پژوهش‌های روان‌شناختی مرتبط با این آسیب اجتماعی می‌تواند کمک‌های قابل توجهی به شناسایی

و درمان مشکلات روانی در این افراد صورت دهد. پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی طرحواره درمانی و همچنین مهارت‌های همدلی در مدارس و خانواده توسط روان‌شناسان و مشاورین، برنامه‌ریزی و مورد توجه قرار گیرد.



منابع

- برازنده، هدی لقا (۱۳۸۴). بررسی ارتباطی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با سازگاری زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- دلاور، علی (۱۳۹۰). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.
- دیده روشنی سونیا (۱۳۸۹). بررسی ارتباط طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نشانه‌های بیماران افسرده و مضطرب، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل.
- راهب، غنچه؛ اقلیما، مصطفایی، کمرودی، عباس و کفشگر، مجتبی (۱۳۸۸). تأثیر روانی اجتماعی کودک‌آزاری و نقش پلیس در پیشگیری از بروز آن. فصلنامه علمی- اجتماعی، سال اول، شماره دوم، تابستان ۱۳۸۸، ص ۸۶-۱۰۶.
- شهامت، فاطمه؛ ثابتی، علیرضا؛ رضوانی، سمانه. (۱۳۸۹). بررسی سبک‌های فرزند پروری و طرحواره‌های ناسازگار اولیه. مطالعات تربیتی و روان‌شناسی، ۱۱(۲)، ۲۵۴-۲۳۹.
- کاهانی، علیرضا (۱۳۸۳). بررسی عوامل درون مدرسه‌ای و برون مدرسه‌ای مؤثر بر رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان دوره متوسطه نظری و مهارتی استان بوشهر. آموزش و پرورش استان بوشهر.
- محمدخانی، پروانه، محمودی، علیرضا، احمدی، حسین و جمشیدی، رضا (۲۰۰۳). تهیه و اعتبار یابی پرسشنامه کودک‌آزاری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
- نوری تیرتاشی، ابراهیم و کاظمی، نرجس (۱۳۹۱). بررسی تأثیر روایت درمانی بر میزان تمایل به بخشودگی در زنان. مجله روانشناسی بالینی، ۴(۲)، ۷۸-۷۱.
- یانگ، جفری (۱۳۸۴). شناخت درمانی اختلال شخصیت، رویکرد طرحواره درمانی. ترجمه علی صاحبی و حسن حمید پور. تهران انتشارات آگه.

Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24 (6): 857-882.

Amato, P. R., & Ochiltree, G. (1986). Family resources and child competence. *Journal of Marriage and Family*, 48 (12), 47-5.

- Baker, E., & Beech, A. R. (2004). Dissociation and variability of adult attachment dimensions and early maladaptive schemas in sexual and violent offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 1119-1136.
- Ball, J.; Mitchell, P.; Malhi, G.; Skillecorem, A. & Smith, M. (2012) schema focused therapy For borderline disorder: reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Australian & new zealand journal of psychiatry* 37(1), 41.
- Carmody James, Baer Ruth A. (2008) Relationships between Mindfulness Practice and Levels of Mindfulness, Medical and Psychological Symptoms and Well-Being in a Mindfulness- Based Stress Reduction Program. *Journal of Behavioral Medicine*. 31(9): 23-33.
- Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ et al. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affect Disorders*, 82 (9), 217-225.
- Currie, J. & Widom, C. S. (2010). Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect on Adult Economic Well-Being. *Child Maltreatment*, 15(3): 111-120.
- Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1998). Socialization and mothers' and adolescents' empathy-related characteristics. *Journal of Research on Adolescence*, 3(2), 171-191.
- Galenson, D. (2003). *Portraits of the Artist: Personal Visual Art in the Twentieth Century*. University of Chicago - Department of Economics; National Bureau of Economic Research.
- Gannon, T. A., Collie, R. M., Ward, T., & Thakker, J. (2008). Rape: Psychopathology, theory and treatment. *Clinical Psychology Review*, 28, 982-1008.

- Gilbert, P., Procter, she. (2006). Compassionate Mind Training for people with High shame and self-criticism. (PDF) *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Psychother. 13(5), 335-379.
- Harris AE, Curtin L. (2013). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *cognitive therapy and research*. 26: 405 - 416.
- Helesen, M., Vollebergh, W., & Meeus, W. (2003). Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(3), 319-335.
- Hildyard, K. L. & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child-abuse & Neglect* 26 (6), 679-695.
- 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.
- Horton E. Crues. g (2010). "Culture and child maltreatment: cultural competence and beyond, child abuse and neglects", PP: 637-644.
- Jacquin, K. M. (1997). The effects of maladaptive schemata on information processing. Unpublished doctoral dissertation. The University of Texas at Austin.
- Langton, C. M., & Marshall, W. L. (2010). Cognition in rapists: Theoretical patterns by typological breakdown. *Aggression and Violent Behavior*, 6(2), 499-518.
- Mash, E. & Wolfe, D. (1999). *Abnormal child psychology*. International Thomson Publishing Company.

- Morrison, Norma. (2011). Schema Focused therapy for complex long standing problem: A single case study. Behavioral and cognitive psychotherapy. 28(3), 269-283.
- Nordahl, H. M., Holthe, H., & Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality
- National Clearinghouse on Child-abuse and Neglect information (2004) Long-term consequences of child-abuse and neglect. Available in www.nccan.ch.hhs.gov.
- Pollack, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K., & Reed, A. (2010). Child victimization: Maltreatment, bullying and dating violence. Available at: www.google.com.
- Reed, A. (1999). Child victimization: Maltreatment, bullying and dating violence.
- Sadock, B. J., Kaplan, H., & Sadock, V. A. (2007). Synopsis of psychiatry: Behavioral science clinical psychiatry. Philadelphia: Lippincott, William and Wilkins.
- Segrin, C., & Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationship mediates the association between social skills and psychological well being. Personality and Individual Differences, 43 (8): 637-646.
- Seligman MEP, Schulman P, Tryon A. Group prevention of depression and anxiety symptoms. Behavior Research & Therapy. 2007; 45(6): 1111-1126.
- Soygut G, Karaosmanoglu AC. (2013). Assessment of Early Maladaptive schemas: A Psychometric study of the Turkish Young schema Questionnaire-short form-3. Turkish Journal of psychiatry. 13(3): 112-122.
- Switzer, I. (2006). Early maladaptive schemas predict risky sexual behaviors. Unpublished thesis masters. Mississippi State University.

- Turner, H.A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). Child Mental Health Problems as Risk Factors for Victimization. *Child Maltreatment*, 15(4): 132-14.
- Ward, T., & Beech, A. (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 44-63.
- Ward, T., Keenan, T., & Hudson, S. M. (2000). Understanding cognitive, affective and intimacy deficits in sexual offenders: A developmental perspective. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 41-62.
- Ward, T., Polaschek, D. L. L., & Beech, A. R. (2006). *Theories of sexual offending*. England: Leicestershire. Wiley.
- Welburn K, Corstin M, Dagg P, Pontefract A, Jordan SH. (2002). The Schema Questionnaire-short form: Factor analysis and relationship Between schemas and symptoms. *Cognitive therapy and research*. 26(4): 519-530.
- White C. (2011). Childhood maltreatment is linked to recurrent depression. *BMJ*. 16(3): 343-357.
- World Health Organization (WHO) and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN). (2006). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Available from <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365eng.pdf>.
- Young JE. (2005). *Young Schema Questionnaire Short Form*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Publication.