

اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست

تاریخ دریافت: ۹۲/۳/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۳/۴/۱۷

شاهرخ مکوند حسینی*، علی محمد رضایی**، منا عزالدین***

چکیده

مقدمه: مدل طرحواره درمانی جهت آسیب شناسی ارتباط والدین با کودک ارائه گردیده است و با تأکید بر روابط بین فردی از دوران کودکی تا زمان حال، سبب کاهش سطح طرحواره های ناسازگار اولیه و نشانه های روان رنجوری می گردد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره، بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست انجام شده است. **روش:** پژوهش حاضر از نوع کاربردی و طرح آن پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست ساکن در مراکز بهزیستی استان سمنان می باشد. از میان ۳۱ نوجوان بی سرپرست و بدسرپرست ساکن در مراکز شبانه روزی بهزیستی، دو نمونه با روش نمونه گیری طبقه ای، با توجه به جنسیت آزمودنیها انتخاب گردید. در نهایت ۱۶ نوجوان بی سرپرست و بدسرپرست به گروه آزمایش و ۱۵ نفر دیگر به گروه کنترل اختصاص یافت. در مرحله پیش آزمون، پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ بر روی همه آزمودنیها (گروه مداخله و کنترل) اجرا شد و سپس گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر روی گروه آزمایش انجام پذیرفت؛ پس از پایان دوره ۱۲ جلسه ای درمان، مجدداً همان پرسشنامه در هر دو گروه اجرا گردید و پس از یک ماه نیز به منظور پی گیری، آزمونها مجدداً اجرا شد. داده های حاصل از پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج به دست آمده نشان داد که در خصوص کاهش طرحواره های ناسازگار اولیه، بین دو گروه مورد مقایسه تفاوت معنادار آماری وجود ندارد؛ اما یک روند افزایشی ملایم در پنج طرحواره مشاهده شد.

نتیجه گیری: گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره در طی ۱۲ جلسه نتوانست سبب کاهش و تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست شود و جهت به دست آمدن نتایج آماری معنادار، به مدت جلسات بیشتری نیاز است. به لحاظ بالینی، سیر مثبت در طرحواره های خود تحول نیافته/گرفتار، معیارهای سرسختانه/عیبجویی افراطی، استحقاق/بزرگ منشی، رهاشدگی/بی ثباتی و بازداری هیجانی به دست آمده است.

واژه های کلیدی: گروه درمانی شناختی، طرحواره درمانی، طرحواره های ناسازگار اولیه، بی سرپرست، بدسرپرست

shmakvand@yahoo.com

rezaei_am@semnan.ac.ir

monaezzedin@yahoo.com

* دانشیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

** استادیار، گروه روانشناسی تربیتی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

*** نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد واحد ساری، ساری، ایران

مقدمه

نفس در دوران نوجوانی تأکید می‌کنند. ساراسینو^{۱۵}، پرساقی^{۱۶}، دیگنی^{۱۷} و ایناموراتی^{۱۸} [۶] بیان می‌دارند که دلبستگی ایمن، نه تنها کیفیت و تداوم رابطه با والدین را در اوایل نوجوانی منعکس می‌کند، بلکه به عنوان پیش‌بینی کننده روابط اجتماعی با دیگران و هدایت جهت‌گیری ارزشهای اجتماعی نوجوان است. بنابراین نوع تعامل با والدین، نه تنها نوجوان را در دستیابی به مهارت‌های اجتماعی در اوایل نوجوانی سوق می‌دهد، بلکه تأمین کننده سلامت روانی وی می‌باشد. النبوگن^{۱۹} و هادگینز^{۲۰} [۷] بر اهمیت سبک و شیوه فرزندپروری والدین در دوران کودکی، به عنوان یک عامل پیش‌بینی کننده در تعیین واکنش محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال در دوران نوجوانی تأکید کرده اند. نتایج پژوهش آنان نشان داده است که ساختارهای گسترش یافته توسط والدین در دوران کودکی، به عنوان پیش‌بینی کننده‌های مستقل واکنش کورتیزول در دوران نوجوانی در نظر گرفته شده است. بنابراین کیفیت تعامل با والدین و تجربه محیط خانوادگی امن و حمایت کننده، در تثبیت شخصیت و کاهش رفتارهای خطر ساز و ارتقای سلامت روان نوجوان تأثیر بسزایی دارد.

در همین راستا، یانگ مدل طرحواره درمانی را برای آسیب شناسی ارتباط والدین با کودک ارائه کرده است و به طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان یک میانجی در روابط والدین و بروز آسیب شناسی در فرزندان اشاره کرده است. [۸]. یانگ^{۲۱} برای اولین بار مفهوم طرحواره‌های ناسازگارانه و غیرانطباقی اولیه در دوران کودکی را معرفی کرد. محتوای این طرحواره‌ها به روابط هویت فرد با دیگران مربوط می‌شود که در دوران کودکی تشکیل می‌شوند و رشد می‌یابند و در سراسر طول زندگی فرد، به صورتی گسترده و پیچیده با او پیوند می‌خورند و عجز می‌شوند [۹].

مطابق با نظریه یانگ، طرحواره‌های ناسازگار اولیه به واسطه تعامل با والدین ناسازگار و ضربه‌های دوران کودکی به وجود می‌آید. بویژه وقتی نیازهای هسته‌ای، مثل

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. ترکلسون^۱ [۱] بیان می‌دارد که ویژگی تمام خانواده‌ها عبارت است از محبت، وفاداری و تداوم عضویت. تا کنون پژوهش‌های زیادی نقش عوامل مربوط به خانواده را به عنوان عامل زمینه ساز در آسیب‌پذیری فرد مورد بررسی قرار داده اند [۲]. ریزین^۲، فوسکو^۳ و دیشن^۴ [۳] به این نتیجه دست یافته اند که نظارت والدین و کیفیت روابط خانوادگی، استفاده از مواد مخدر از طریق همسالان منحرف را در سنین بعدی پیش‌بینی می‌کند. نتایج پژوهش دوناهو^۵، دونوفری^۶، باتز^۷، لانسفورد^۸، داگی^۹ و پتیت^{۱۰} [۴] نشان داده است که بی‌ثباتی رابطه با 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 دوران نوجوانی پشت‌سر گذاشته‌اند. بیرکلند^{۱۱}، ملکویک^{۱۲}، هلسن^{۱۳} و وولد^{۱۴} [۵] بر نقش کیفیت رابطه با پدر و مادر در کنار تصویر بدنی و فعالیت‌های جسمانی، به عنوان پیش‌بینی کننده مهم عزت

1- Terkelson

2- Ryzin

3- Fosco

4- Dishion

5- Donahuo

6- Donofrio

7- Bates

8- Lansford

9- Dodge

10- Pettit

11- Birkeland

12- Melkevik

13- Holsen

14- Wold

15- Sarracino

16- Presaghi

17- Degni

18- Innamorati

19- Ellenbogen

20- Hodgins

21- Young

ترکیب مصاحبه انگیزشی و طرحواره درمانی پرداخته اند. نتایج حاکی از کاهش آماری معنادار در افسردگی و افزایش آماری معنادار در انعطاف پذیری، در طی مدت یکساله درمان بودند. فارل^{۱۲}، شاو^{۱۳} و وبر^{۱۴} [۱۶] اثربخشی طرحواره درمانی به شیوه گروهی را نسبت به درمانهای فردی در ۸ ماه طول درمان در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج نشان دهنده تغییر ۹۴ درصد در گروه طرحواره درمانی به شیوه گروهی و تغییر ۱۶ درصد در گروه درمانهای فردی بود.

لذا طرحواره درمانی با تأکید بر روابط بین فردی بیمار از دوران کودکی تا زمان حال و مدنظر قراردادن درون مایه-های روانشناختی در طولانی مدت، می‌تواند سبب از میان رفتن طرحواره‌های ناسازگار اولیه، کاهش نشانه‌های روان رنجوری، مشکلات سازگاری و اختلالات روانی گردد.

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. این گروه از کودکان و نوجوانان متعلق به خانواده‌هایی هستند که والدین آنها به علت اعتیاد یا قاچاق مواد مخدر و ارتکاب جرم، زندانی شده یا به علت فقر اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی فرزندان خویش را بی‌سرپناه رها نموده و از پذیرش و حمایت آنان سرباز زده‌اند و یا اینکه درگیر مفاسد اجتماعی شده و به علت عدم سلامت روانی و ذهنی، صلاحیت نگهداری و پرورش فرزندان خویش را ندارند. در این میان نیز کودکانی وجود دارند که به دلیل فوت زود هنگام والدین خویش، بی‌سرپرست مانده‌اند. با توجه به نوع تعاملات والدین این کودکان و نوجوانان و ساختار خاص خانوادگی آنها در دوران کودکی و با در نظر داشتن نظریه یانگ، طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ذهن آنها شکل گرفته و چه بسا به دلیل ارضا نشدن نیازهایشان، احساس حقارت و کمبود نمایند. انجام پژوهشهایی از این دست مسئولین و دست‌اندرکاران حمایت‌کننده از فرزندان بی‌سرپرست و دخیل در امر تعلیم و تربیت این فرزندان را بر این موضوع

دلبستگی ایمن، خودپیروی، آزادی بیان نیازها و هیجان‌ها، برآورده نمی‌شوند، طرحواره‌های ناسازگار اولیه توسعه پیدا می‌کند و با تعدادی از اختلالات بالینی مثل هراس اجتماعی، سوء مصرف مواد، اختلالات خوردن، اختلالات شخصیت، وحشتزدگی، هراس از مکان‌های باز و افسردگی مزمن رابطه دارد [۱۰]. در این راستا نیز رایت^۱، کرافورد^۲ و کاستیلو [۱۱] 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. همچنین آنان نشان دادند که تجربه آزار و غفلت عاطفی با نشانه‌های بعدی اضطراب و افسردگی مرتبط بوده و واسطه ایجاد طرحواره‌های آسیب (زیان و آزار) در کودکان شده است. تهیم (۲۰۱۰) بیان می‌دارد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه میانجی ادراک رفتارهای فرزندپروری والدین و نشانه‌های اختلالات شخصیت است. آرو^۳ و کالوت^۴ [۱۲] ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بروز افکار خودکار منفی و اضطراب اجتماعی را در نوجوانان تأیید کرده‌اند.

با توجه به نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بروز اختلالات روانی و نشانه‌های روان رنجوری، نتایج پژوهشها به اثربخشی درمان متمرکز بر طرحواره در کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، درمان اختلالات روانی و افزایش رضایتمندی از زندگی اشاره کرده است. هاوک^۵ و پرونچر^۶ [۱۳] اثربخشی طرحواره درمانی را در درمان اختلال دو قطبی نشان داده‌اند. طرحواره درمانی به عنوان یک گزینه مؤثر روان درمانی التقاطی ثابت شده است که واکنشهای هیجانی را تقلیل داده، سبب کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی می‌شود. هیوبرز^۷ [۱۴]، به اثربخشی طرحواره درمانی در درمان افسردگی مزمن اشاره نموده است. هیلمن^۸، پیترز^۹، کهو^{۱۰} و یانگ^{۱۱} [۱۵]، طی پژوهشی به

- 1- Wright
- 2- Crawford
- 3- Orue
- 4- Calvet
- 5- Hawke
- 6- Provencher
- 7- Huibers
- 8- Heilmann
- 9- Pieters
- 10- Kehoe
- 11- Yang

12- Farrell
13- Shaw
14- Webber

براون^۲ در سال ۱۹۹۰ ساخته شد. فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ، ۷۵ جمله دارد و از پنج سؤالی که در فرم بلند، بیشترین بار تحلیل عاملی را داشتند، تشکیل شده است. فرم کوتاه، برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه ساخته شده است. این ۱۵ طرحواره در ۵ حوزه شامل بریدگی و طرد^۳، خود گردانی و عملکرد مختل^۴، محدودیت-های مختل^۵، دیگر جهت مندی^۶، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری^۷ قرار می‌گیرد [۱۷].

۲- شیوه نمره‌گذاری: هر پرسش، بر اساس یک مقیاس ۶ درجه ای (۱ = کاملاً غلط، ۲ = تقریباً غلط، ۳ = بیشتر درست تا غلط، ۴ = اندکی درست، ۵ = تقریباً درست، ۶ = کاملاً درست) نمره گذاری می‌شود و هر ۵ پرسش، یک طرحواره را می‌سنجد [۱۸].

نمره هر فرد در طرحواره، با جمع نمرات ۵ سؤال مربوط به آن طرحواره حاصل می‌شود. نمره بالا نشان دهنده حضور پررنگ تر طرحواره ناکارآمد و حداقل نمره برای هر طرحواره، ۵ و حداکثر آن، نمره ۲۵ می‌باشد. می‌توان برای هر پرسشنامه نیز یک نمره کلی تعریف نمود که حاصل جمع نمرات فرد در ۱۵ طرحواره بوده و دامنه آن بین ۷۵ تا ۳۷۵ می‌باشد [۱۹].

روند اجرای پژوهش: مداخله تجربی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر روی گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد؛ در حالی که بر روی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. مداخله درمانی توسط پژوهشگر حاضر انجام پذیرفت و در کلیه فرایندهای درمانی از شناخت درمانی تألیف جفری یانگ، به عنوان راهنمای درمان استفاده شده است. محتوای ۱۲ جلسه درمان، اختصاراً به شرح جدول ۱ ارائه می‌گردد.

واقف می‌سازد که مشکلات آنان حول چه محورهایی قرار دارد و پیشنهادهای عملی و رهنمودهایی جهت حل مسائل روانی آنان که ریشه در دوران ابتدایی زندگی داشته و ناشی از ارتباطات ناکارآمد با والدین ناپه‌نجان یا در اختیار نداشتن والدین حمایت‌کننده دارد، فراهم می‌سازد.

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره، بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست صورت گرفته است و پژوهشگر قصد بررسی این مسأله را دارد که گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره در طی ۱۲ جلسه درمانی تا چه حد می‌تواند طرحواره‌های ناسازگار اولیه را در دختران و پسران نوجوان ساکن در مراکز شبانه‌روزی کاهش دهد؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع کاربردی و دارای طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

آزمودنی‌ها: جامعه‌آماری شامل کلیه نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست ساکن در مراکز شبانه‌روزی تحت پوشش سازمان بهزیستی استان سمنان به تعداد ۳۱ نفر (۱۶ دختر و ۱۵ پسر) بوده است. میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش، به ترتیب ۱۴/۰۷ و ۱/۵۵ و در گروه کنترل ۱۳/۰۶ و ۳/۵۵ بود. نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب گردید. به این صورت که تعداد ۱۶ نفر (۸ دختر و ۸ پسر) به صورت تصادفی و با رعایت نسبت جنسیت (۵۰ درصد در هر طبقه)، در گروه آزمایش و ۱۵ نفر (۷ دختر و ۸ پسر) در گروه کنترل گمارده شدند. در حین پژوهش به دلیل افت آزمودنی در گروه آزمایش، نهایتاً گروه مداخله به ۱۳ نفر (۸ پسر و ۵ دختر) و گروه کنترل به ۱۵ نفر (۷ دختر و ۸ پسر) رسید.

ابزار

۱- فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ^۱ (YSQ-SF): پرسشنامه طرحواره یانگ، ابزاری خود-گزارش دهی برای سنجش طرحواره هاست. این پرسشنامه بوسیله یانگ و

2- Brown
3- Disconnection and Rejection
4- Impaired Autonomy and Performance
5- Impaired Limits
6- Other - Directedness
7- Overvigilance/Inhibition

1- Young Schema Questionnaire-short form

جدول ۱) محتوای جلسات گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره

جلسه	محتوای جلسه‌ای
۱	به مبحث احساس و تفکر پرداخته شد و در خصوص مدل ۳ سیستمی هیجان، مدل ABC و نحوه عملکرد آن توضیحاتی ارائه گردید و هر یک از اعضا به شناسایی ABCهای خویش در طول دوران زندگی پرداختند.
۲	اعضا با شیوه های تفکر منفی و ناکارآمد و شیوه شناسایی آنها آشنا شدند و به شناسایی و دست‌بندی باورها و فرایندهای تفکر خویش پرداختند.
۳	اعضا با پیامدهای رفتاری ناکارآمد که در نتیجه افکار منفی به وجود می‌آیند، آشنا شدند و درباره ماهیت طرحواره‌ها، ارتباط میان طرحواره و افکار خودکار منفی و شناسایی طرحواره‌ها با استفاده از روش پیکان عمودی توضیحاتی مطرح گردید.
۴	به دست‌بندی باورها و شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اعضا پرداخته شد و زمینه بروز و ایجاد این طرحواره‌ها با در نظر داشتن ریشه‌های تحولی، در هر یک از اعضا مورد بررسی قرار گرفت و اعضا با استفاده از شیوه پیشرفته در پیکان عمودی به شناسایی طرحواره‌های ناسازگار خویش بپردازند.
۵	نحوه تهیه نقشه شناختی به اعضا آموزش داده شد و آنها ضمن سازمان دهی باورهای خود، با استفاده از رتبه بندی SUD به رتبه بندی باورهای خویش پرداختند.
۶	شیوه های مبارزه با باورها از طریق عینی تر کردن آنها با در نظر داشتن شواهد مستند آموزش داده شد. همچنین بر روی باورهایی که در گذشته وجود داشته اند و اکنون وجود ندارند، باورهایی که افراد از دوران کودکی به آنها اعتقاد داشته اند ولی اکنون اعتقادی به آنها ندارند و دلایل بی اعتقادی به آنها بحث و بررسی صورت پذیرفت.
۷	با استفاده از تکنیک آزمون اعتبار طرحواره به مقابله با طرحواره‌های ناسازگار افراد پرداخته شد و اعضا به بررسی شواهد عینی تأییدکننده طرحواره‌های خویش و ارائه تعریفی جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره پرداختند.
۸	اعضا با کمک درمانگر به بررسی شواهد ردکننده طرحواره های خویش پرداختند.
۹	به ارزیابی مزایا و معایب سبکهای مقابله ای افراد پرداخته شد.
۱۰	با استفاده از تکنیک صندلی خالی به برقراری گفتگو بین "جنبه طرحواره" و "جنبه سالم" پرداخته شد.
۱۱	درمانگر و بیمار "کارت آموزشی طرحواره" را آماده کردند. در این کارتها قوی‌ترین شواهد و استدلالهای علیه طرحواره در نظر گرفته می‌شود.
۱۲	با استفاده از فرم ثبت طرحواره، اعضا آموختند تا هنگامی که طرحواره آنها برانگیخته شد، با کار کردن روی مشکل و برای رسیدن به یک راه حل درست، فرم را تکمیل کنند.

یافته‌ها

داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و نتایج به دست آمده حاکی از عدم وجود تفاوت معنادار آماری میان دو گروه آزمایش و کنترل بوده است. داده‌های گروه آزمایش در جدول ۲، نشانگر این است که به دنبال گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره، در تمامی حوزه‌ها یک کاهش ۲ تا ۵ نمره‌ای در مرحله پس آزمون و پیگیری حاصل شده است و این کاهش به وضوح در مرحله پیگیری بارزتر بوده است.

از هر دو گروه در فواصل ۱ ماهه با استفاده از "فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ" پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پی گیری به عمل آمد. به دلیل محدودیت زمانی و پیش بینی ریزش نمونه، ارزیابی اثربخشی درمان در فواصل زمانی چند ماهه پس از درمان، امکانپذیر نبود. در مرحله اول، قبل از هر گونه مداخله درمانی، پرسشنامه مورد نظر روی آزمودنی‌های هر دو گروه اجرا گردید. سپس کاربردی تجربی (مداخله درمانی) روی گروه آزمایش انجام شد و در جلسه پایانی درمان (جلسه دوازدهم)، مجدداً همان پرسشنامه اجرا شد. در مرحله سوم نیز پس از گذشت ۱ ماه پرسشنامه‌ها برای بار سوم به دو گروه ارائه گردید و نهایتاً داده‌ها از پرسشنامه‌ها استخراج و برای تجزیه و تحلیل آماری طبقه‌بندی گردید.

جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

حوزه ها	طرحواره ها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
			انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
بریدگی و طرد	محرومیت هیجانی	آزمایش	۲۳/۱۶	۲۴۶/۵	۱۵	۸۱۷/۵	۱۱/۵	۵/۰۱۸
		کنترل	۱۸/۱۳	۵/۷۷۲	۱۳/۷۵	۱۹۶/۵	۱۴	۶/۱۹۷
	رها شدگی	آزمایش	۱۷/۹۲	۷۳۹/۶	۱۶/۵۴	۵/۵۳۲	۱۳/۶۷	۴/۵۹۹
		کنترل	۱۹/۹۴	۶۵۱/۵	۱۶/۱۹	۷۷۴/۷	۱۳/۴۴	۸/۰۳۳
	بی اعتمادی/بدرفتاری	آزمایش	۴۶/۱۵	۲۲۲/۵	۱۶/۵۴	۵۱۷/۵	۱۳	۳/۳۱۳
		کنترل	۶۳/۱۷	۹۷۸/۴	۱۳/۵	۰۶۶/۴	۱۳/۸۸	۶/۰۶۵
	انزوای اجتماعی/بیگانگی	آزمایش	۳۱/۱۳	۷۹۹/۶	۱۲/۹۲	۶۸۶/۷	۱۰/۸۳	۴/۶۲۹
		کنترل	۸۱/۱۲	۴/۴۹	۱۱/۷۵	۱۳۲/۵	۱۲/۸۱	۶/۱۸۸
	نقص/شرم	آزمایش	۱۵/۰۸	۵/۳۷۷	۱۲/۷۷	۹۸۶/۴	۹/۹۲	۴/۲۹۵
		کنترل	۱۲/۶۳	۸۵۶/۴	۱۳/۱۳	۶۸۶/۳	۱۲/۵۶	۵/۹۵۵
شکست	آزمایش	۱۲/۰۸	۵۵۱/۶	۱۰/۱۵	۳۲/۵	۸/۸۳	۲/۷۹۱	
	کنترل	۱۴/۷۵	۲۷۳/۵	۱۰/۲۵	۲۸۲/۴	۱۰/۲۵	۵/۸۹۳	
خودگردانی و عملکرد مختل	وابستگی/بی کفایتی	آزمایش	۱۰	۸۳/۳	۹/۰۸	۰۷۱/۴	۸	۲/۶۲۹
		کنترل	۱۲/۲۵	۸۲۴/۴	۱۰/۳۸	۲۴۱/۴	۱۰/۳۸	۴/۳۵۹
	آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری	آزمایش	۱۲/۸۵	۳۳۶/۶	۱۲/۲۳	۶۶۱/۷	۹/۵	۳/۸۲۶
		کنترل	۱۰/۵	۴۴۲/۴	۹/۶۳	۳۴۹/۴	۹	۴/۳۸۲
دیگر جهت مندی	گرفتار	آزمایش	۱۵/۱۷	۰۸/۵	۱۱/۰۸	۸/۱۴۱	۱۱/۰۸	۶/۶۶۷
		کنترل	۱۴/۷۵	۶۴/۴	۱۲/۶۹	۶/۲۳۸	۱۲/۶۹	۵/۶۰۶
	اطاعت	آزمایش	۱۲/۸۵	۶۷/۴	۱۳/۵۴	۸۰۸/۵	۹/۶۷	۳/۸۲۲
		کنترل	۱۳/۷۵	۶۵۵/۴	۱۳/۳۸	۶۴۶/۴	۱۱/۷۵	۶/۵۷۸
	ایثار	آزمایش	۲۰/۶۹	۳/۴۴۹	۱۹/۱۵	۶۸۸/۴	۱۷/۵	۳/۴۵۱
		کنترل	۱۵/۸۱	۰۰۲/۶	۱۳/۸۱	۰۷۶/۵	۱۶	۷/۴۹۲
بازداری	بازداری هیجانی	آزمایش	۱۷/۵۴	۹۹۵/۵	۱۵/۲۳	۵	۱۳/۵	۷/۴۶۵
		کنترل	۱۶	۹۲۲/۵	۱۵/۱۱	۸۵۳/۵	۱۳/۰۹	۷/۷۹۵
	معیارهای سرسختانه	آزمایش	۲۳/۸۵	۳۸۲/۵	۱۸/۱۷	۶/۶۲۷	۱۸/۱۷	۷/۵۶۶
		کنترل	۱۹/۳۱	۴۶۲/۵	۱۸/۵۶	۲۷/۴	۱۸/۵۶	۶/۳۷۶
محدودیت‌های مختل	استحقاق	آزمایش	۱۷/۶۲	۵/۶۵	۱۷/۳۱	۶/۱۹۷	۱۲	۶/۲۶۷
		کنترل	۱۴/۶۹	۵/۲۲۵	۱۴/۳۱	۳/۶۶۵	۱۵/۳۱	۴/۵۲۷
	خویشترداری/خودانضباطی ناکافی	آزمایش	۷۷/۱۵	۲۰۶/۴	۱۶/۲۳	۲۶۵/۴	۱۲/۵	۴/۵۶۳
		کنترل	۱۰	۰۰۲/۵	۱۳/۹۴	۰۹/۴	۱۳/۳۱	۵/۲۲۵

دیگر جهت مندی کاهش ۱ تا ۲ نمره‌ای و ۴ نمره‌ای؛ و بالاخره در حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری کاهش ۲ تا ۳ نمره‌ای و ۴ تا ۵ نمره‌ای، حاصل شده است.

همانگونه که دیده می‌شود، در مرحله پس آزمون و پیگیری به ترتیب در حوزه بریدگی و طرد کاهش ۲ تا ۳ نمره‌ای و ۳ تا ۵ نمره‌ای؛ در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل کاهش ۲ تا ۴ نمره‌ای و ۴ تا ۵ نمره‌ای؛ در حوزه محدودیت‌های مختل کاهش ۱ تا ۲ نمره‌ای و ۵ نمره‌ای؛ در حوزه

جدول ۳) آزمونهای چند متغیره

گروه کنترل و آزمایش در پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری		
اثر	F	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۷۷۸	۰/۶۹۷
لامبادای ویلکز	۰/۷۷۸	۰/۶۹۷
اثر هتلینگ	۰/۷۷۸	۰/۶۹۷
بزرگترین ریشه روی	۰/۷۷۸	۰/۶۹۷

جدول ۳ نشان می‌دهد که شاخص‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره معنادار نبوده است. بدین ترتیب با توجه به نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره می‌توان گفت که گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره، بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست تأثیر معنادار آماری نداشته است.

جدول ۳ نشان می‌دهد که شاخص‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره معنادار نبوده است. بدین ترتیب با توجه به نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره می‌توان گفت که گروه

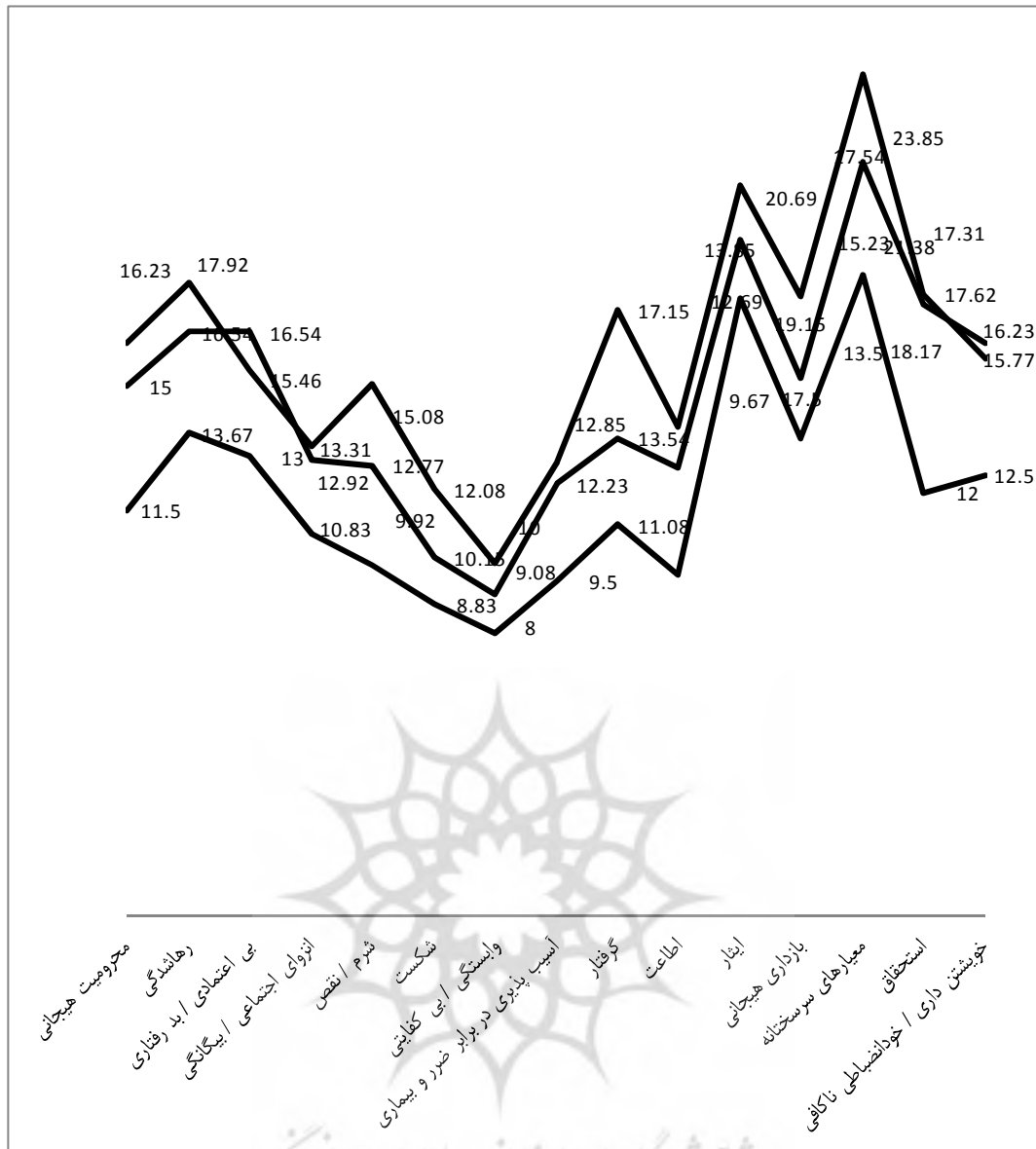
جدول ۴) آزمون اثرات بین آزمودنی

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
محرومیت هیجانی	۳۵/۴۵۴	۱	۳۵/۴۵۴	۱/۰۷۸	۰/۳۰۲
رها شدگی	۲۰/۰۶۵	۱	۲۰/۰۶۵	۰/۴۶۵	۰/۴۹۷
بی اعتمادی / بدرفتاری	۹۷/۰۴۳	۱	۹۷/۰۴۳	۳/۹۴۸	۰/۰۵۰
انزوای اجتماعی	۱/۶۴۸	۱	۱/۶۴۸	۰/۰۴۸	۰/۸۲۸
نقص / شرم	۲۸/۲۷۱	۱	۲۸/۲۷۱	۱/۱۵۳	۰/۲۸۶
شکست	۲۳/۸۱۴	۱	۲۳/۸۱۴	۰/۸۹۰	۰/۳۴۸
وابستگی / بی کفایتی	۳/۲۵۰	۱	۳/۲۵۰	۰/۱۸۸	۰/۶۶۶
آسیب پذیری	۰/۲۴۲	۱	۰/۲۴۲	۰/۰۰۹	۰/۹۲۵
گرفتار	۱۸/۰۰۰	۱	۱۸/۰۰۰	۰/۴۸۸	۰/۴۸۷
اطاعت	۱۰۰/۳	۱	۱۰۰/۳	۰/۰۳۸	۰/۸۴۷
ایثار	۰/۷۶۴	۱	۰/۷۶۴	۰/۰۲۷	۰/۸۷۱
بازداری هیجانی	۱۰/۹۲۲	۱	۱۰/۹۲۲	۰/۲۶۲	۰/۶۱۰
معیارهای سرسختانه	۲/۵۱۰	۱	۲/۵۱۰	۰/۰۷۲	۰/۷۹۰
استحقاق	۰/۰۱۶	۱	۰/۰۱۶	۰/۰۰۱	۰/۹۸۱
خوبستن داری / خودانضباطی ناکافی	۲۳/۹۹۲	۱	۲۳/۹۹۲	۱/۰۸۲	۰/۳۰۱

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول ۴، نشان می‌دهد بین میانگین نمرات پیش آزمون - پس آزمون دو گروه کنترل و آزمایش به لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود ندارد. همانطور که نمودار ۱ نشان می‌دهد در مرحله پیش آزمون بالاترین نمره‌ها متعلق به طرحواره معیارهای سرسختانه و ایثار می‌باشد که شاهد کاهش ۳ تا ۵ نمره ای این طرحواره‌ها در مرحله پیگیری بوده ایم. به همین ترتیب ۴

طرحواره رها شدگی، استحقاق، بازداری هیجانی و گرفتار، پس از طرحواره معیارهای سرسختانه و ایثار بالاترین فراوانی را در مرحله پیش آزمون داشته اند که بیشترین کاهش نمره و تأثیر مثبت حاصل از اجرای درمان در مرحله پیگیری در ۵ طرحواره گرفتار، معیارهای سرسختانه، استحقاق، شرم/نقص، و محرومیت هیجانی (با کاهش ۴ تا ۶ نمره) مشاهده گردید.

طرحواره رها شدگی، استحقاق، بازداری هیجانی و گرفتار، پس از طرحواره معیارهای سرسختانه و ایثار بالاترین فراوانی را در مرحله پیش آزمون داشته اند که بیشترین کاهش نمره و تأثیر مثبت حاصل از اجرای درمان در مرحله پیگیری در ۵ طرحواره گرفتار، معیارهای سرسختانه، استحقاق، شرم/نقص، و محرومیت هیجانی (با کاهش ۴ تا ۶ نمره) مشاهده گردید.



نمودار (۱) مقایسه میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

بحث

مطابق با بررسی انجام شده فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه "گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره، باعث کاهش طرحواره های ناسازگار اولیه در نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست می شود"، به تأیید نرسید و این مسأله حاکی از عدم اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره، بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست در طی ۱۲ جلسه درمانی می باشد. اگرچه درباره اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره، پیشینه پژوهشی زیادی در دسترس نمی باشد، اما یافته های اکثر پژوهشها نشان می دهد مداخله متمرکز بر

طرحواره در طولانی مدت، باعث کاهش نمرات طرحواره های ناسازگار اولیه، درمان اختلالات روانی و افزایش رضایتمندی از زندگی در نمونه های مورد بررسی شده است. نتایج پژوهش کاملی، قنبری هاشم آبادی و محمدیان شهرباف [۲۱] در خصوص گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره، بر تعدیل طرحواره های دختران نوجوان ساکن در مراکز شبانه روزی نشان می دهد به جز دو طرحواره شکست و رها شدگی، رویکرد درمانی بر کاهش نمرات سایر طرحواره ها به طور معنادار مؤثر بود. یوسفی، عابدین، تیرگری و فتح آبادی [۱۸]، به اثربخشی مداخله آموزش مبتنی بر مدل طرحواره در ارتقای رضایت زناشویی

داد و بهبود بالینی برای ۵ نفر از ۶ مراجع معنی دار بوده است. در حالی که اکثر پژوهش‌های داخلی، مدت درمان را بر پایه ۱۰ الی ۲۰ جلسه قرار داده اند؛ نکته حائز اهمیت در پژوهش‌های خارجی، طول مدت اجرای طرحواره درمانی می‌باشد که این بازه زمانی از ۱/۵ سال تا ۳ سال را در بر می‌گیرد. در حالی که اکثر پژوهش‌های بررسی کننده اثربخشی طرحواره درمانی، نتایج مثبتی در بر داشته اند؛ برخی پژوهش‌ها نیز به عدم اثربخشی مداخله متمرکز بر طرحواره بر برخی از طرحواره های ناسازگار اولیه اشاره نموده اند. هافارت^۱ و سکستون^۹ [۲۶]، معتقدند طرحواره درمانی شکست، مشکل است؛ زیرا فرد دارای طرحواره شکست، در جلسات درمانی به دنبال تجربه شکست دیگری است که به شکست هایش بیافزاید. استراومن و همکاران [۲۷]، طی پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان‌های مختلف گروه درمانی شناختی- رفتاری، درمان انفرادی شناختی- رفتاری و دارو درمانی همگی بر افسردگی و کاهش نشانه‌های مرضی مرتبط با آن مؤثرند؛ اما افرادی که شکست در خودکنترلی دارند، از این درمان بهره چندانی نمی‌برند و نیاز به درمان‌های طولانی مدت تر و یا درمان‌های جایگزین دارند.

بررسی نتایج پژوهش حاضر به لحاظ بالینی نشان‌دهنده روند مثبت در کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست که تحت گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره قرار گرفته‌اند می‌باشد. این سیر نزولی بویژه در مرحله پیگیری (۱ ماه پس از درمان) مشهودتر بوده است و نشان دهنده این نکته است که اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره، بلافاصله پس از اتمام درمان قابل بررسی و مشاهده نبوده؛ بلکه با گذشت زمان ساختار روانی فرد تحت تأثیر آثار درمانی قرار می‌گیرد. نتایج، حاکی از بالا بودن نمرات طرحواره معیارهای سرسختانه و ایثار در گروه نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست می‌باشد. همچنین بالا بودن میزان طرحواره‌های ره‌اشدگی، استحقاق، بازداری هیجانی و گرفتار گزارش شده است. بررسی نتایج حاکی از اثربخشی جلسات درمانی، نشان دهنده کاهش در طرحواره های گرفتار،

پرداختند. نتایج نشان داد مداخله طرحواره محور در طی ۱۱ جلسه آموزشی (۱۱ هفته و هر جلسه یک ساعت ونیم) در ارتقای رضایت زناشویی زوجین اثربخش بوده است. نتایج پژوهش موردی منتظری، نشاط دوست و عابدی [۱۹]، در زمینه اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش شدت علائم افسردگی و اختلال شخصیت وسواسی- جبری نشان داد که ۱۶ جلسه طرحواره درمانی در کاهش افسردگی و علائم شخصیت وسواسی مؤثر بوده است. قربانعلی پور و اسماعیلی [۲۰] نیز طی پژوهشی به اثربخشی طرحواره درمانی بر درمان خودبیمار پنداری پرداختند. نتایج حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی طی ۲۰ جلسه درمانی (۴۵ دقیقه) در کاهش علائم گروه آزمایش بوده است. سمپراتکو^۱، کارمان^۲، آرتنز و بکر^۳ [۲۱]، به نتایج مثبت اثربخشی طرحواره درمانی در درمان اختلال شخصیت مرزی اشاره نموده است. نادورت^۴، آرتنز و همکاران [۲۲]، به بررسی اثربخشی درمان سرپایی متمرکز بر طرحواره جهت بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پرداختند. تحلیل داده ها نشان داده است که پس از گذشت ۱/۵ سال از اجرای درمان، ۴۲ درصد بیماران بهبود یافته‌اند. گيسن بلوه^۵ و همکاران [۲۳] نشان دادند که طرحواره درمانی می‌تواند در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی بهبودی قابل ملاحظه ای را ایجاد کند. آنان اشاره کرده اند که موفقیت در درمان رابطه قوی با طول مدت درمان (۲ جلسه در هفته به مدت ۳ سال) دارد. موریسون [۲۴]، طی پژوهشی با استفاده از شناخت درمانی متمرکز بر طرحواره، نمرات طرحواره های ناسازگار اولیه در زن جوانی با مشکلات بین فردی و بی ثباتی هیجانی را کاهش داد و بهبودی معنی داری در نشانه های مرضی مشاهده نمود. نوردهای^۶ و نیستر^۷ [۲۵]، به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در یک دوره ۱۸ تا ۳۶ ماهه و ۶۵ تا ۱۲۰ جلسه پیگیری پرداخته است. یافته‌ها تغییرات بسیاری را از خط پایه تا پیگیری ۱۲ ماهه نشان

- 1- Sempertegui
- 2- Karreman
- 3- Bekker
- 4- Nadort
- 5- Giesen-Bloo
- 6- Nordahi
- 7- Nyseater

8- Hoffort

9- Sexton

- 3- Ryzin MJ, Fosco GM, Dishion TJ. Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11-year prospective analysis. *Addictive behav.* 2012; 37(12): 1314-24.
- 4- Donahue KL, Donofrio BM, Bates JE, Lansford JE, Dodge KA, Pettit, GS. Early exposure to parents' relationship instability: implications for sexual behavior and depression in adolescence. *J adolesc health.* 2010; 47(6):547-54.
- 5- Birkeland MS, Melkevik O, Holsen I, Wold B. Trajectories of global self-esteem development during adolescence. *J adolesc.* 2012; 35(1):43-54.
- 6- Sarracino D, Presaghi F, Degni S, Innamorati M. Sex-specific relationships among attachment security, social values, and sensation seeking in early adolescence: Implications for adolescents' externalizing problem behavior. *J adolesc.* 2011; 34(3):541-54.
- 7- Ellenbogen MA, Hodgins S. Structure provided by parents in middle childhood predicts cortisol reactivity in adolescence among the offspring of parents with bipolar disorder and controls. *Psychoneuroendocr.* 2009; 34(5):773-85.
- 8- Sheffield A, Waller G, Emanuelli F, Murray J, Meyer C. *Cognitive ther res.* 2005; 29(6):787-802.
- 9- Davidson KM. *The application of cognitive therapy for personality disorders: therapist guide*, 1th edition. translate: Shams G. Tehran: Roshd; 2004.
- 10- Thimma J.C. Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *J behav ther exp psychiatry.* 2010; 41(1):52-9.
- 11- Wright M, Crawford E, Castillo, D. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse negl.* 2009; 33(1):59-68.
- 12- Orue I, Calvete E. Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of automatic thoughts. *Eur psychiatry.* 2012; 27(1):1.
- 13- Hawke LD, Provencher MD. Early maladaptive schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. *J affective disorders.* 2012; 136(3):803-11.
- 14- Huibers M. Schema therapy for chronic depression. *European psychiatr.* 2011; 26(1):1783.
- 15- Heilemann MV, Pieters HC, Kehoe P, Yang Q. Schema therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas. *J behav ther exp Psychiatr.* 2011; 42(4):473-80.
- 16- Farrell M, Shaw A, Webber A. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *J behav ther exp Psychiatr.* 2009; 40(2):317-28.

معیارهای سرسختانه، استحقاق، شرم/نقص و بازداری هیجانی می باشد. با در نظر گرفتن شرایط روانی نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست و مسائل و مشکلات پیش روی این گروه و این نکته که طرحواره های ناسازگار اولیه از دوران ابتدایی زندگی و بتدریج شکل گرفته و دارای ریشه های تحولی می باشند؛ لذا درمان آنها نیاز به جلسات درمانی بیشتری داشته و طی ۱۲ جلسه گروه درمانی نمی توان به نتایج مورد انتظار دست یافت. همچنان که بررسی طول درمان در پژوهشهای خارجی، حاکی از اجرای جلسات درمانی در مدت زمان یک سال و بالاتر می باشد. به دلیل محدود بودن حجم جامعه و نمونه آماری، ریزش نمونه، عدم دسترسی آسان و بموقع به نمونه های پژوهش، برگزاری جلسات درمان بیش از ۱۲ جلسه امکانپذیر نبوده و پیش بینی ریزش نمونه، ارزیابی اثربخشی درمان در فواصل زمانی چند ماهه پس از درمان را با مشکل مواجه ساخت، لذا پیشنهاد می شود پژوهشگران آتی در پژوهشهای مشابه این محدودیتها را در نظر داشته باشند و بر تعداد جلسات درمانی در مدت زمان حداقل ۱ سال به منظور دستیابی به نتایج درمانی مؤثرتر افزوده شود.

با توجه به ارتباط هر یک از طرحواره ها با اختلالات روانی خاص، پیشنهاد می شود در پژوهشهای مشابه در آینده، ضمن شناسایی فراوانی نوع اختلال روانشناختی و هیجانی در نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست، طرح درمانی با هدف تأثیرگذاری بر طرحواره های خاص دخیل در اختلال روانی و به منظور درمان زمینه ای اختلال مورد نظر طراحی شود و با توجه به نوع شخصیت نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست و مشکل در جلب اعتماد و همکاری آنان در اجرای جلسات درمانی، حتماً قبل از برگزاری جلسات درمانی، فرصتهایی جهت برقراری و تحکیم ارتباط و جلب اعتماد و مشارکت آنان در طی فرایند درمان اختصاص داده شود.

منابع

- 1- Goldenberg E, Goldenberg H. *Family therapy*. Translate: Barvati H, Naghshbandi S. Tehran: Ravan. 1934.
- 2- Harris AE, Curtin L. Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive ther res.* 2002; 26(3):405-16.

- 17- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practioners guide, 3th edition. Translate: Hamidpoor, H. Tehran: Arjmand; 2010. [Persian].
- 18- Yousefi R, Abedin A, Tirgari A, Fathabadi J. The effectiveness of intervention schemes based model in marital satisfaction. J clin psychol. 2010; 2(3):25-37. [Persian].
- 19- Montazeri MS, NeshatDoost HT, Abedi MR, Abedi A. Effectiveness of schema therapy on symptoms intensify reduction and depression in a patient with obsessive compulsive personality disorder: a single case study. J clin psychol. 2013; 1(17):35-45. [Persian].
- 20- Ghorbanalipoor M, Esmeli A. Effectiveness of schema therapy on hypochondriasis. J studies clin psychol. 2012; (9):43-58. [Persian].
- 21- Kameli Z, Ghanbari BA, Mohammadian Shrbaf HA. Effectiveness of Schema-focused Cognitive Group Therapy on early maladaptive schemas of homeless and difficult parents girls adolescents. J Ferdowsi univ Mashhad res clin psychol couns. 2011; (1):83-98. [Persian].
- 22- Sempertegui GA, Karreman A, Arntz A, Bekker HJ. Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. clin psychol rev. 2012; 33(3):426-47.
- 23- Nadort M, Arntz A, Smit JH, Giesen-Bloo J, Eikelenboom M, Spinhoven P, et al. Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. behav res ther. 2009; 47(11):961-73.
- 24- Giesen-Bloo J, Dyck RV, Spinhoven P, Tilburg WV, Dirksen C, Asselt TV, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. Arch Psychiatr. 2006; (63):649-58.
- 25- Morrison N. Schema focused therapy for complex long standing and problem: A single case study. Behav Cognitive Psychiatr. 2000; 28(3):269-83.
- 26- Nordahl HM, Nyseater TE. schema therapy for patient with borderline personality disorder :A single case series. J behav ther exp psychiatry. 2005; 36(3):254-68.
- 27- Hoffort A, Sexton H. The role of optimism in the process of schema –focused cognitive therapy of personality problems. J behav res ther. 2001; (40):611-23.
- 28- Strauman TJ, Kolder GG, Stronquist VD, Nancy k, Lori HE, Schneider K. The effects of treatment for depression on failure in self regulation. J cognitive ther res. 2001; 25(6):693-712.

Effectiveness of Schema-Focused Cognitive Group Therapy on Early Maladaptive Schemas of Homeless and Difficult Parents Adolescents

Makvand-Hosseini, Sh. Ph.D., Rezaei, A.M. Ph.D., Ezzedin, M. *M.A.

Abstract

Introduction: The model of Schema Therapy basically designed for the pathology of parenting and by focusing on the interpersonal relationships from childhood to adulthood has led to a decrease level in the early maladaptive schemas and also the neurotic symptoms. The aim of present study was to examine the effectiveness of Schema-focused Cognitive Group Therapy on the adjustment in the early maladaptive schemas of homeless adolescents as well as adolescents with difficult parenting situation.

Method: This applied study has used a pretest - posttest with control group design. The study population consisted of all homeless and difficult parenting adolescents of Behzisty centers in Semnan. Among 31 homeless and difficult parenting adolescents residing in Behzisty centers of Semnan, two groups were selected using a comparative stratified sampling method according to gender of subjects. Accordingly, 16 subjects were assigned to experimental group and 15 remaining individuals were assigned to control group. In the pretest stage, Young's Early Maladaptive Schemas Questionnaire was filled by all subjects (experimental and control group) and schema-focused cognitive group's therapy was administered thereafter on the experimental group adolescents. After 12 therapeutic sessions, both groups repeated questionnaire completion and a follow-up were also made after 30 days. Data was extracted from the questionnaires and analyzed by a MANCOVA statistical analysis.

Results: The results showed no significant differences for the early maladaptive schemas between two groups but a positive trend was observed for 5 schemas.

Conclusion: The Schema-focused Group Therapy could not reduce the early maladaptive schemas of these adolescent in a 12 psychotherapy sessions and it seems that more therapeutic sessions is necessary. A clinically positive trend was found for 1- Enmeshment/Undeveloped self, 2- Unrelenting Standards/Hyper criticalness, 3- Entitlement/Grandiosity, 4- Abandonment/Instability, 5- Emotional inhibition schemas.

Keywords: Cognitive Group Therapy, Schema Therapy, Early Maladaptive Schemas, Homeless, Difficult Parents

*Correspondence E-mail:
monaezzedin@yahoo.com