




## اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر میزان پرخاشگری و امید به زندگی افراد اقلیت جنسی دچار اختلال دوقطبی

دانشجوی دکتری مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
دانشجوی دکتری مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
دانشجوی دکتری مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
دانشجوی دکتری مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

الهام‌السادات هاشمی\* 

مهدی رشیدی‌اقدام 

لادن نصیری 

زهره قاسمی بهارونجی 

دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۱۵ | پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۲۳ | ایمیل نویسنده مسئول: elham.hashemi.official@gmail.com

### فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۳ | پیاپی ۷ | ۳۳۶-۳۲۰

پاییز ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش اثر بخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر میزان پرخاشگری و امید به زندگی افراد اقلیت جنسی دچار اختلال دوقطبی بود. **روش پژوهش:** روش پژوهش شبه آزمایشی با گروه آزمایش و گروه گواه، طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه و جامعه آماری ۶۲ فرد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره اقلیت‌های جنسی در سال ۱۳۹۷ بود. از این جامعه ۳۰ فرد به شیوه هدفمند انتخاب و به شکل تصادفی ۱۵ نفر در هر یک از دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲) و امید به زندگی اشنایدر (۱۹۹۱) و نیز برنامه مداخله طرح‌واره درمانی یانگ، کلسکو و ویشار (۲۰۰۳) بود که در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروهی به گروه آزمایش ارائه و داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مختلط تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از تأثیر مداخله طرح‌واره درمانی بر پرخاشگری ( $P=0/028, F=5/33$ ) و امید به زندگی ( $P=0/040, F=4/62$ ) و پایداری این تأثیر در مرحله پیگیری بود. **نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش شواهدی را پیشنهاد می‌کند که مداخله طرح‌واره درمانی برای کاهش پرخاشگری و بهبود امید به زندگی روش مناسبی است؛ بنابراین می‌توان از آن در جهت بهبود وضعیت روانی افراد با اقلیت جنسی استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** اقلیت جنسی، امید، پرخاشگری، دوقطبی، طرح‌واره درمانی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

### درون متن:

(هاشمی، رشیدی‌اقدام، نصیری و قاسمی

بهارونجی، ۱۴۰۰)

### در فهرست منابع:

هاشمی، الهام‌السادات، رشیدی‌اقدام، مهدی، نصیری، لادن، و قاسمی بهارونجی، زهره. (۱۴۰۰). اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر میزان پرخاشگری و امید به زندگی افراد اقلیت جنسی دچار اختلال دوقطبی. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*، ۲(۳): ۳۳۶-۳۲۰.

## مقدمه

اختلال دوقطبی<sup>۱</sup> از جمله اختلالات خلقی است که علامت اصلی آن آشفتگی در خلق است و علامت تشخیصی اولیه این اختلال پدیدار شدن یک یا چند دوره افسردگی اساسی همراه با حداقل یک دوره هیپومانیاست که در طی این دوره، خلق این افراد به گونه‌ای غیرطبیعی و مستمر بالا، خودبزرگ‌بین و تحریک‌پذیر می‌باشد. ویژگی‌های آشفتگی و حالت‌های هیجانی اضطراب، خشم، افسردگی و رفتارهای خطرناکی همچون سوءمصرف مواد و آسیب رساندن به خود همراه است (کازمی و قربانی، ۱۳۹۱).

اقلیت جنسی<sup>۲</sup> به گروهی از انسان‌ها گفته می‌شود که هویت جنسی، گرایش جنسی، یا رفتارهای جنسی آن‌ها با اکثریت افراد در جامعه پیرامونشان تفاوت دارد. این اصطلاح اکثراً در اشاره به هم‌جنس‌گرایان و دو‌جنس‌گرایان به کار می‌رود ولی می‌تواند به تراجنسیتی‌ها، خارج از جنسیت‌ها (از قبیل جنس سوم) یا افراد بیناجنس نیز اطلاق گردد (مث و سشادری، ۲۰۱۳). هم‌جنس‌گرا، دو‌جنس‌گرا، دگرجنس‌گرا، تراجنسی، تراجنسیتی، هویت جنسی، هویت جنسیتی، جنسیت، جنس که این اصطلاحات را می‌توان همچنان ادامه داد؛ اصطلاحاتی که به حوزه مطالعات مربوط به اقلیت‌های جنسی مربوط می‌شوند. اصطلاحات بسیاری برای درک این مفاهیم نیاز است و هر یک در تمایز با اصطلاحی مشابه به کار می‌رود و در نهایت به دشواری می‌توان این شبکه از مفاهیم را از هم جدا کرد. اما در یک طرح منظم می‌توان بخشی از مهمترین مفاهیمی که برای درک این مسایل مورد نیاز است و به خودشناسی اقلیت‌های جنسی پیوند می‌خورد را بررسی کرد (سالیوان، ۲۰۱۳). تقسیم‌بندی مطلق جنسیت به دودسته‌ی مردانه و زنانه در جوامع دگرجنس‌گرا هنجار، سبب می‌شود صرف حضور اقلیت‌های جنسی یک ناهنجاری تلقی شود و آن‌ها مورد تبعیض و خشونت قرار گیرند. تقریباً در تمامی جوامع، اقلیت‌های جنسی برای دسترسی به فرصت‌های اجتماعی یا حقوق انسانی برابر با دیگر اعضای جامعه دچار مشکل هستند؛ تبعیض نسبت به اقلیت‌های جنسی منجر به محدود شدن دسترسی آن‌ها به امکانات اجتماعی، خدمات اجتماعی، آموزش و فرصت‌های شغلی می‌گردد (مث و سشادری، ۲۰۱۳). پرخاشگری<sup>۳</sup> یکی از مسائل و مشکلاتی است که به دنبال اقلیت جنسی بودن ایجاد می‌شود. در زبان فارسی، پرخاشگری به معنی ستیزه‌جویی آمده است و رفتاری است که هدف آن صدمه زدن به خود یا دیگران می‌باشد. پرخاشگری دارای عوارض جسمی و اجتماعی فراوانی است که موجب نشانگانی مانند احساس درماندگی، تنهایی، ناسازگاری اجتماعی، بی‌توجهی به حقوق و خواسته دیگران می‌گردد (خادمی، ناهیدی و اریسیان، ۱۳۹۷). پرخاشگری رفتاری با هدف آسیب زدن به دیگران می‌باشد که شخص پرخاشگر پیش‌بینی می‌کند که اقدام به پرخاشگری پیامد مثبتی (افزایش منابع، بهبود وضعیت اجتماعی) به همراه دارد. پرخاشگری واکنشی غیرقابل‌برنامه‌ریزی است و اغلب به عنوان رفتار مخرب شناخته می‌شود. معمولاً در میان احساسات منفی (خشم، غم، ناامیدی و تحریک) اتفاق می‌افتد پرخاشگری می‌تواند باعث تلف شدن انرژی، صدمات شدید، جنگ و تخریب شود. (بلایر، ۲۰۱۸).

پرخاشگری مفهوم بسیار پیچیده‌ای است و از یک سو تحت تأثیر عوامل موقعیتی و روان‌شناختی قرار دارد و از سوی دیگر عوامل ژنتیک و زیست‌شناختی در استقرار آن نقش بسیار عمده‌ای بازی می‌کنند. از این رو ارائه تعریفی دقیق و عینی از این مفهوم، دشوار است. باین‌وجود ساتر و همکاران پرخاشگری را یکی از

1. Bipolar disorder
2. Sexual minority
3. Aggression

رفتارهای ضداجتماعی معرفی کرده‌اند که باهدف آزار رساندن به خود یا دیگران چه به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم انجام می‌گردد (ساتر، ۲۰۱۴؛ نقل از احمدی، عصاران و سیدمحرمی، ۱۳۹۷). پژوهشگران معتقد هستند پرخاشگری مفهوم بسیار پیچیده‌ای است که از یک‌طرف تحت تأثیر عوامل موقعیتی و روان‌شناختی است و از طرف دیگر از عوامل ژنتیکی تأثیر می‌پذیرد (استریت، مک‌کورمیک، آئوستین، اسلوپن، هابر و مولنار، ۲۰۱۶)؛

از سوی دیگر امیدوار کردن افراد اقلیت جنسی می‌تواند بسیار سازنده و کارگشا باشد. امید به زندگی<sup>۱</sup> به‌عنوان یکی از حوزه‌های روان‌شناختی انسانی، فرآیند شناختی است که به افراد کمک می‌کند انتظارات مثبتی در مورد نیل به اهداف مطلوب خود داشته و این احساس را داشته باشند که می‌توانند به این اهداف برسند. امیدواری به عنوان مجموعه شناختی تعریف شده است که بر مبنای حس متقابل موفقیت (درعین هدفمندی) و مسیر (برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف) قرار دارد. (ستیس، ۲۰۱۶) به اعتقاد درپس‌دال و مکبیت (۲۰۱۴). افراد با امیدواری بالا بیشتر به هدف‌گزینی می‌پردازند، مسیرهای کارآمدی را برای رسیدن به اهداف موردنظر ایجاد می‌کنند و مطمئن هستند که مسیرهای انتخابی‌شان، آن‌ها را به سمت اهداف موردنظرشان خواهد رساند. داشتن امید در زندگی می‌تواند به کاهش مشکلات سازگاری در افراد شود (کاون، برونتا، فاوست و بروان، ۲۰۱۵)، افرادی که به آینده امیدوارترند از زندگی رضایت بیشتری دارند و با محیط استرس‌زا بهتر کنار می‌آیند. داشتن امید می‌تواند به‌عنوان یک عامل پیشگیری در افراد به‌حساب می‌آید (یاواس، باباکاس و کاراتیپ، ۲۰۱۳)؛ بنابراین امید یک توانایی است که به فرد کمک می‌کند تا علیرغم مشکلاتی که در راه رسیدن به هدف وجود دارد، انگیزه خود را حفظ نماید. امید شامل مجموعه‌ای از شرایط می‌شود که عبارت‌اند از الف) داشتن اهداف یا معناهای ارزشمند شخصی و ب) ادراک توانایی برای تولید راهبردها در دنبال کردن این معناها، یعنی فرد با توجه به توانایی‌های خود، معناهای ارزشمندی برای خود در نظر بگیرد (گلی، هدایت، دهقان، حسینی شورا، ۱۳۹۵).

پس ایجاد مداخلاتی که بتواند باعث کاهش پرخاشگری و افزایش امید به زندگی شود، لازم است. ازجمله مداخلاتی که می‌تواند در این زمینه مفید باشد و به احتمال زیاد در کاهش پرخاشگری و افزایش امید به زندگی تأثیرگذار باشد طرح‌واره درمانی به شیوه گروهی<sup>۲</sup> است. طرح‌واره درمانی به شیوه گروهی، درمان یکپارچه و جدیدی است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی- رفتاری سنتی بنا شده است و اصول و مبانی مکتب‌های شناختی- رفتاری، دل‌بستگی، روابط شیء، گشتالت، سازنده‌گرایی و روانکاوی را در قالب، یک مدل درمانی و مفهومی تلفیق کرده است. طرح‌واره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، تجربی، هیجانی، رفتاری و بین‌فردی، بیماران را در غلبه بر پرخاش و ناامیدی یاری می‌دهد. هدف اولیه‌ی این مدل روان‌درمانی، ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرح‌واره‌هاست و هدف نهایی آن بهبود طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (قادری و کلانتری، ۱۳۹۵).

1. Life expectancy

2. Group Schema Therapy

طرح‌واره درمانی توسط یانگ، ۱۹۹۰-۱۹۹۹؛ به وجود آمده است، درمانی نوین و یکپارچه که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمانی شناختی- رفتاری کلاسیک بنا شده است (یانگ، کلسکو و ویشار، ۱۳۹۵). طرح‌واره درمانی، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی- رفتاری، دلبستگی، گشتالت، ساختارگرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی ارزشمند تلفیق کرده است (خراسانی زاده، پورشریفی، رنجبری پور، باقری و پویامنش، ۱۳۹۸). یانگ (۲۰۰۷؛ نقل رجبی و همکاران، ۲۰۱۷) از برای بررسی دقیق‌تر این ایده، مجموعه‌ای از طرح‌واره‌ها را مشخص کرد که به اعتقاد او این طرح‌واره‌ها به‌عنوان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه دارای ویژگی‌هایی از قبیل درون‌مایه‌های عمیق، فراگیر و به شدت ناکارآمد و برگرفته از خاطرات، هیجان‌ها و شناخت‌واره‌ها و احساسات بدنی هستند و هنگام فعال شدن در سطح بالایی از عواطف را در برمی‌گیرند که حاصل تکامل خلق و خوی کودک با تجارب ناکارآمد او با خانواده و اطرافیان در سال‌های اول زندگی است که در مسیر زندگی تداوم دارند، و ساختارهای عمیق و غیرقابل‌انکار و تغییر دارند، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه برای بقای خودشان می‌جنگند و این تلاش فرد برای رسیدن به هماهنگی شناختی است. یانگ و همکاران (۱۳۹۵) بر این باورند که طرح‌واره‌ها به دلیل ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دلبستگی ایمن به دیگران مانند نیاز به امنیت، بیان نیازها و هیجان سالم، خودانگیختگی و تفریح و محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویش‌داری در دوران کودکی به وجود آمده‌اند از آنجایی که در پژوهش‌های گذشته اثربخشی طرح‌واره درمانی به شیوه گروهی بر پرخاشگری و امید به زندگی در افراد اقلیت جنسی مبتلا به اختلال دوقطبی مورد بررسی قرار نگرفته است، این پژوهش به دنبال آن است که این خلأ موجود در پژوهش‌های گذشته را پرکند. به عبارت دیگر، در پژوهش‌های قبلی ضعف پژوهشگران این بوده است که اثربخشی طرح‌واره درمانی به شیوه گروهی در کاهش پرخاشگری و افزایش امید به زندگی توجه ننموده‌اند و به نوعی نتایج آن‌ها روی امید به زندگی و پرخاشگری منسجم نبوده است. بر همین اساس پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به سوالات زیر است:

آیا مداخله طرح‌واره درمانی به شیوه گروهی، پرخاشگری افراد اقلیت جنسی مبتلا به اختلال دوقطبی را کاهش می‌دهد؟

آیا مداخله طرح‌واره درمانی به شیوه گروهی، امید به زندگی افراد اقلیت جنسی مبتلا به اختلال دوقطبی را افزایش می‌دهد؟

آیا تاثیر مداخله طرح‌واره درمانی به شیوه گروهی بر پرخاشگری افراد اقلیت جنسی مبتلا به اختلال دوقطبی در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند؟

آیا تاثیر مداخله طرح‌واره درمانی به شیوه گروهی بر امید به زندگی افراد اقلیت جنسی مبتلا به اختلال دوقطبی در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند؟

### روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه و جامعه پژوهش در این مرحله کلیه افراد اقلیت جنسی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره اقلیت جنسی ایران بودند که از بین افراد مراجعه‌کننده در بازه زمانی تیر تا شهریور ۱۳۹۷ پس از غربالگری به وسیله پرسشنامه پرخاشگری باس و پری، ۱۹۹۲ و پرسشنامه امید به زندگی اشنايدر، ۱۹۹۱؛ ۳۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه هر گروه ۱۵ نفر جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود

کسب نمره بالا در پرخاشگری و نمره پایین در امید به زندگی، داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم و داشتن تمایل به شرکت در کلاس‌های آموزشی و معیارهای خروج از پژوهش عبارت بود از اختلال‌های روان‌شناختی حاد طبق نظر روان‌پزشک و روانشناس مرکز مشاوره، مصرف دارو و سوءمصرف مواد و غیبت بیش از دو جلسه بود.

### ابزارهای پژوهش

۱. **پرسشنامه پرخاشگری.** این پرسشنامه توسط ب‌اس و پری، ۱۹۹۲؛ طراحی شده است این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است که شامل ۲۹ عبارت بوده که آزمودنی‌ها به هر یک از عبارات در یک طیف ۵ درجه‌ای از کاملاً شبیه من است=۵، تا حدودی شبیه من است=۴، نه شبیه من است نه شبیه من نیست=۳، تا حدودی شبیه من نیست=۲، تا به شدت شبیه من نیست=۱ پاسخ می‌دهند؛ دو عبارت ۹ و ۱۶ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. هر چه که کل امتیاز بیشتر باشد، پرخاشگری بیشتر است پرسشنامه پرخاشگری دارای اعتبار و روایی قابل قبولی است. نتایج ضریب بازآزمایی با فاصله ۹ هفته ۰/۸۰ بدست آمده است. ضریب پایایی این پرسش نامه در پژوهش سامانی (۱۳۸۶) به شیوه بازآزمایی برابر با ۰/۷۸ / بوده است. جهت سنجش اعتبار درونی مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج نشانگر همسانی درونی زیرمقیاس پرخاشگری بدنی ۰/۸۲، پرخاشگری کلامی ۰/۸۱، خشم ۰/۸۳ و خصومت ۰/۸۰ بود.

۲. **پرسشنامه امید به زندگی.** به منظور بررسی امید نیز از پرسشنامه امید بزرگسالان استفاده شد. مقیاس امید بزرگسالان یک پرسشنامه خود گزارشی مشتمل بر ۱۲ سوال است که توسط اسنایدر، ۲۰۰۰؛ ساخته شده است و ویژگی‌های روان‌سنجی آن مورد تأیید قرار گرفت. روایی و پایایی این مقیاس توسط شیرین زاده و میرجعفری (۱۳۸۵) بر روی ۱۰۰ نفر از دانشجویان محاسبه گردید. نتایج حاکی از آن است که این پرسشنامه دارای همسانی درونی ۰/۶۸ است؛ همچنین وجود همبستگی معنادار بین این پرسشنامه با عاطفه مثبت و خوش بینی مبین اعتبار همزمان آن است. در پژوهش کرمانی، خداپناهی و حیدری (۱۳۹۰) نیز ضریب اعتبار این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ گزارش شد. در پژوهش حمید (۱۳۸۹) با نمونه ۳۶۴ نفر دانش آموز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین در گزارش حمید پرسشنامه امید دارای همبستگی درونی خوبی است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

۳. **بسته آموزشی طرحواره درمانی.** این برنامه به صورت یک فعالیت گروهی انجام می‌شود که از بسته آموزشی طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۱۳۹۵/۲۰۰۳) مفهوم سازی شده است. در این پژوهش این برنامه در ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای در هفته یک جلسه در مورد گروه آزمایش الف به شرح زیر اجرا شد.

**جلسه اول.** در این جلسه پس از ایجاد رابطه حسنه، آشنایی اعضا با یکدیگر و بیان دلایل شرکت در جلسه‌های درمان، قواعد و قوانین درمان برای اعضای گروه تشریح شد و اعضا هدف و انتظارات خود را از شرکت در جلسه درمان بیان کردند. سپس به تشریح خواستگاه طرحواره درمانی و تعریف و معرفی طرحواره‌های ناسازگار و سازگار پرداخته شد؛ در انتهای این جلسه درمانگر، یک مفهوم پردازی موردی از مشکلات اعضا انجام می‌دهد. بعد از انجام مفهوم پردازی موردی، مرحله تغییر شروع می‌شود. در این مرحله سعی می‌شود با کمک فنون شناختی، تجربه‌ای و الگوشکنی رفتاری، طرحواره‌های بیمار تغییر داده شوند و رفتارهای سالمی جایگزین رفتارهای قبلی بیمار گردد. در

تمام مراحل درمانی از اولین جلسه تا انتهای درمان درمانگر از تکنیک ارتباطی خاص طرح‌واره درمانی به نام های مواجهه‌ی همدلانه و بازوالدینی حد و مرز استفاده می‌کند. در پایان ضمن خلاصه نمودن بحث و جمع‌بندی توسط آزمونگر، به عنوان تمرین منزل از اعضا خواسته شد تا مشکلات فعلی خود را یادداشت کنند و به پرسشنامه طرح‌واره یانگ (فرم کوتاه ۹۰ سوالی) پاسخ دهند.

**جلسه دوم.** در جلسه دوم شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرح‌واره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار می‌گیرد و پیرامون جنبه طرح‌واره موجود با طرح‌واره سالم بحث و گفتگو می‌شود. اهداف اختصاصی این جلسه تعریف طرح‌واره درمانی، تعریف طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، تعریف ویژگی‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، تعریف ریشه‌های تحولی طرح‌واره ها بود. شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرح‌واره ها مورد بررسی قرار گرفت. در این جلسه شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرح‌واره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار می‌گیرد. به این صورت که آزمودنی به صورت عینی و در واقعیت در حضور بقیه اعضای گروه طرح‌واره‌های مثبت و منفی دوران کودکی و حال حاضر خود را بازگو می‌کند و به دسته بندی و طبقه بندی آنها می‌پردازد که این امر می‌تواند تاثیر بسزایی در آگاهی و شناخت فرد بر این طرح‌واره ها داشته باشد و فرد را در برنامه ریزی زندگی یاری می‌کند. سپس طرح‌واره‌های شناسایی شده افراد شرکت کننده بر اساس پرسشنامه طرح‌واره یانگ و تاریخچه‌ی مختصر مرتبط با شکل‌گیری طرح‌واره‌ها بر اساس مشکلات فعلی یادداشت شده توسط شرکت کنندگان مورد بررسی قرار گرفت. بحث و گفتگو درباره‌ی الگوهای ناکارآمد زندگی افراد شرکت کننده که منجر به شکل‌گیری چرخه‌های مزمن و خود تداوم‌بخش روابط بین فردی و شغلی می‌شدند انجام شد. آزمونگر با بررسی الگوهای ناکارآمد زندگی شرکت کنندگان نیازهای هیجانی اساسی ارضاء نشده زندگی افراد را شناسایی کرده و به آنها توضیح داد. در آخر جلسه از آزمودنی‌ها خواسته شد تا برای تکلیف خانگی به پرسشنامه‌های سبک‌های مقابله‌ای یانگ (جبران افراطی - اجتناب) پاسخ دهند.

**جلسه سوم.** در سومین جلسه ابتدا مشکل اصلی اعضا و سایر مشکلاتی که او در زندگی فعلی دارد به کمک اعضا مورد بررسی و کاوش قرار می‌گیرد و درمانگر از اعضا می‌خواهد یک فهرست از مشکلات خود را که منجر به بروز پرخاشگری می‌شود تهیه کند. بعد از تهیه فهرست مشکلات، درمانگر سعی می‌کند تاریخچه زندگی اعضا را مورد بررسی قرار دهد. در این مرحله، درمانگر به دنبال روشن شدن علت‌های شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دوران کودکی شرکت کنندگان است که منجر به شکل‌گیری ناامیدی در آنها شده است. سپس برای اینکه شرکت کنندگان اعتبار و صحت طرح‌واره‌ی خویش را مورد آزمایش قرار دهند از تکنیک آزمون اعتبار طرح‌واره استفاده شد؛ در این تکنیک طرح‌واره درمانگر به او کمک می‌کند تا درستی طرح‌واره را به لحاظ منطقی مورد پرسش قرار دهد. آیا طرح‌واره بیمار مثلاً طرح‌واره‌ی نقص صحیح است. یعنی آیا شرکت کننده ذاتاً دارای نقص است، یا اینکه بر اساس اتفاقات ناخوشایند زندگی اش او این طرح‌واره را یاد گرفته است؟ از اعضا خواسته شد تا هفته آینده فکر کنند در چه موقعیت‌هایی مشکلات رفتاری نداشته باکم تر داشتند، برای جلسه آینده بیاورند

**جلسه چهارم.** در این جلسه تمرکز بر تاریخچه‌ی زندگی مورد اهمیت قرار گرفت. در طول جلسه درمانگر تلاش کرد که بفهمد مشکل فعلی اعضا موقعیتی و مربوط به زمان حال است یا اینکه به سبک زندگی آنها بر می‌گردد و ریشه در گذشته او دارد. از پرسشنامه‌های طرح‌واره نیز استفاده شد تا از طریق تصویر سازی ذهنی که اغلب این کار مفیدترین شیوه برای شناخت طرح‌واره‌ها است به علل ناامیدی و خشم خود پی ببرد. یکی از موانع شایع این کار

اجتناب طرح‌واره‌است؛ مثلاً برخی اعضا به محض تجسم دوران کودکی آشفته شدند که یکی از راهکارهای مفید این است که از اعضا بخواهیم به زمان حال برگردد و سپس در اوایل بزرگسالی، نوجوانی و در آخر کودکی را تجسم کند. روش دیگر، گفتگو با جنبه اجتماعی آنها است و این جایی است که طرحواره اصلی در آن قرار دارد یعنی ذهنیت کودک آسیب‌پذیر. بعد از اینکه شواهد بررسی شدند، درمانگر باید از شواهد تأییدکننده طرحواره تعریف جدیدی ارائه بدهد. یعنی به اعضا کمک کند از زوایه دیگری به ناامیدی و مشکلات خودش نگاه کند. چرا؟ زیرا ما می‌دانیم که طرحواره باعث تحریف اطلاعات می‌شود؛ بنابراین شواهد تأییدکننده باید بررسی و تحریف‌های موجود در آنها کشف شوند. سپس درمانگر تعریف جدیدی از آنها ارائه می‌کند. در ادامه آموزش دو تکنیک از تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی شامل آزمون اعتبار طرحواره و تعریف جدید از شواهد تأییدکننده ی طرحواره، بررسی شواهد عینی تأییدکننده و ردکننده ی طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی گذشته و فعلی شرکت‌کننده ارائه شد. در پایان جلسه از شرکت‌کنندگان درخواست شد تا جدولی از شواهد تأییدکننده و ردکننده ی طرح‌واره‌های خود تهیه کنند و بر اساس تکنیک‌های آموزش داده شده در جلسه به بررسی محتوای لیست تهیه شده بپردازند و تعریف جدیدی نسبت به این شواهد در جدول دیگری ارائه دهند.

جلسه پنجم. در این جلسه پس از مرور جلسه قبل به ادامه تکنیک‌های طرحواره پرداخته شد. بعد از انجام تکنیک‌های قبلی، درمانگر باید به اعضا کمک کند به این نتیجه برسد که طرحواره‌های ناسازگار و سبک‌های مقابله‌ای سودی برای او ندارد. با تکنیک بررسی مزایا و معایب طرحواره درمانگر می‌تواند این کار را انجام دهد. در این تکنیک از اعضا خواسته شد که تک‌تک بر روی کاغذ توضیح دهند چرا داشتن طرحواره "مثلاً طرحواره نقص" برای او سودمند است و چه کمک‌هایی به او در راه کنترل خشم کرده است. در ادامه از او می‌خواهد که داشتن چنین طرحواره‌ای را نیز توضیح دهد. وقتی بیمار اعتبار، شواهد ردکننده و معایب طرحواره‌های خود را درک کرد در گام بعدی باید این اطلاعات را مرور کند. با تهیه فلش‌کارت طرحواره درمانگر و بیمار در واقع تمام اطلاعاتی را که در این مرحله درباره ی هر طرحواره ی بیمار به دست آورده‌اند با یکدیگر در یک برگه خلاصه می‌کنند. بیمار باید در مواقعی که طرحواره هایش فعال می‌شود این کارها را مطالعه کند. سپس آموزش و تمرین دو تکنیک شناختی دیگر شامل ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای شرکت‌کنندگان و برقراری گفتگو بین جنبه‌ی طرحواره و جنبه‌ی سالم و یادگیری پاسخ‌های جنبه‌ی سالم توسط شرکت‌کنندگان انجام شد. در پایان ضمن خلاصه نمودن بحث و جمع‌بندی توسط آزمونگر، از اعضا خواسته شد تا رفتارهای خود آسیب‌رسان برگرفته از سبک مقابله‌ای خود "معین شده بر اساس پرسشنامه‌ی سبک مقابله‌ای ارائه شده در جلسه دوم" را با توجه به بحث مطرح شده ارزیابی کنند.

جلسه ششم. در این جلسه ضمن بررسی مطالب قبلی به بازسازی شناختی طرحواره‌های ناسازگار پرداخته شد. به طوری که در پی شناسایی طرحواره ناسازگار در جلسه‌های قبلی در این جلسه فرد آموخت که به طرحواره‌هایش برچسب نزند، فاجعه‌سازی نکند و به دسته بندی افکار منفی دست نزند بلکه با افتراق افکار از احساسات، دست به بررسی شواهدی مربوط به یک فکر زده و سپس به بررسی مزایا و معایب آن فکر همت‌گمارد. سپس به اهداف مدل طرحواره در زمینه کنترل خشم پرداخته و به تاثیر باورهای منطقی زندگی کنونی و مبادله عشق و محبت به خود از این طریق اقدام شد. آموزش دیگر تکنیک شناختی با عنوان تهیه و تدوین کارت‌های آموزشی طرحواره هنگام مواجهه شدن با موقعیت برانگیزاننده ی طرحواره، نوشتن فرم ثبت طرحواره در طی زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرحواره‌ها بود که به صورت عملی در

کلاس اجرا شد. به منظور تمرین خانگی از اعضا خواسته شد تا کارت‌های آموزشی حاوی قوی‌ترین پاسخ‌ها، شواهد و استدلال‌های منطقی علیه طرح‌واره‌های خود را یافته و یادداشت کنند و به هنگام برانگیخته شدن طرح‌واره کارت آموزشی مربوطه‌ی تهیه شده را مطالعه کنند.

جلسه هفتم. در این جلسه ضمن بررسی مجدد طرح‌واره‌ها که مغل رابطه موثر و مناسب در روابط بین فردی شده به آگاهی هیجانی و القای فضا سازی هیجانی مثبت پرداخته شد تا اعضا با شناخت موقعیت‌ها و نشانه‌های یاس آور در رابطه خود با دوستان و سایر اعضای خانواده به اهداف کوتاه و بلند مدت در خصوص زندگی آینده خود در جهت جلوگیری و اجتناب از ناامیدی بپردازند. سپس به کمک تصویرسازی ذهنی، درمانگر اعضا را به دوران کودکی خودش می برد. خاطرات تلخ زندگی اعضا را مورد بررسی قرار می دهد؛ ایت تکنیک به اعضا کمک می کند تا نیازهای هیجانی خود را شناسایی کنند. در ادامه به معرفی و آموزش تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری به منظور پیدا کردن راه‌های جدید برای برقراری ارتباط سالم و دست برداشتن از استفاده‌ی ناخودآگاه از سبک‌های مقابله‌ای تسلیم، اجتناب و جبران افراطی پرداخته شد. تکنیک‌های آموزش داده شده تهیه‌ی فهرست جامعی از رفتارهای مشکل ساز و تعیین اولویت‌های تغییر و مشخص نمودن آماج‌های درمانی را شامل میشدند. در پایان جلسه از اعضا خواسته شد تا به عنوان تکلیف خانگی، موضوع و یا موقعیت عینی و اختصاصی فعال‌کننده‌ی طرح‌واره خود را به صورت دقیق و گام به گام بازنگری و یادداشت کنند. سپس از یادداشت‌های خود کارت آموزشی تهیه کنند، خود را در شرایط برنامه‌ریزی شده تصور کنند و تمامی گزارشات حالات خود را اتم از اینکه "چه احساسی خواهم داشت؟ چه فکری خواهم کرد؟ چه کاری انجام خواهم داد؟ طرف مقابل چه کار یا رفتاری خواهد کرد؟ و ..." را یادداشت کنند.

جلسه هشتم. در این جلسه، تکلیف جلسه قبل مرور و بررسی شد. سپس اعضا تجارب خود را در طول دوره جلسه‌های آموزشی جمع بندی و میزان دستیابی به اهداف خود را ارزیابی و در مورد آنچه از اعضای گروه آموخته بودند؛ صحبت کردند. پس از آن به تبیین کنترل خشم و رویکرد امیدوارانه به زندگی بر اساس مدل طرح‌واره درمانی پرداخته شد. در انتهای این جلسه پس از آزمون اجرا شد.

**شیوه اجرا.** پس از هماهنگی‌های لازم و کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه و رئیس مرکز مشاوره اقلیت جنسی ایران، اقدام به درج فراخوان جهت حضور افراد اقلیت جنسی در این طرح پژوهشی شد. درباره طرح پژوهش، محل برگزاری آن، اهداف پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول مدت هر جلسه و مسائل مطروحه در جلسه‌ها، رعایت اصول اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات توضیح داده شد و پس از جلب رضایت آزمودنی‌ها و ابراز تمایل آن‌ها برای شرکت در پژوهش رضایت‌نامه کتبی از هر ۲ گروه اخذ شد. دوره آموزشی در سالن مرکز مشاوره به صورت گروهی در روزهای جمعه از ساعت ۱۶ الی ۱۷:۳۰ برگزار شد. گروه آزمایش به همراه گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون، پس از آزمون و در مرحله پیگیری ۲ ماهه به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. برای رعایت موازین اخلاقی پس از پایان پژوهش، گروه گواه نیز در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آخرین نسخه بیست و چهارم نرم‌افزار اس. پی. اس و به روش تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

### یافته‌ها

میانگین سنی و انحراف معیار گروه آزمایش ۲۷/۲۲ و ۱/۶۴ سال و میانگین سنی و انحراف معیار گروه گواه ۲۶/۱۴ و ۱/۳۴ سال بود.



## جدول ۱. میانگین و انحراف معیار پرخاشگری و امید به زندگی در سه مرحله در دو گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
		میانگی ن	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پرخاشگری	آزمایش	۸۷/۸۰	۱۶/۱۷	۶۱/۰۶	۱۲/۵۷
	گواه	۸۲/۷۳	۱۲/۱۰	۸۰/۴۰	۱۴/۱۲
امید به زندگی	آزمایش	۱۵/۶۶	۴/۸۶	۲۱/۴۰۰	۴/۸۳
	گواه	۱۶/۹۳	۳/۱۲	۱۵/۹۳	۴/۳۶

نتایج جدول ۱ نشان داد که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون و گروه گواه در نمره پرخاشگری کاهش و امید به زندگی در قیاس با گروه گواه افزایش داشته است.

## جدول ۲. نتایج مفروضه‌های پرخاشگری و امید به زندگی در دو گروه (تعداد = ۳۰ نفر)

متغیر	گروه	کولموگراف- اسمیرنف	آزمون لوین	W موخلی	شیب رگرسیون
		Z معناداری	F معناداری	$\chi^2$ معناداری	آماره معناداری
پرخاشگری	آزمایش	۰/۱۱۸	۲/۰۵	۰/۰۴	۰/۷۱
	گواه	۰/۱۱۷			۰/۱۳
امید به زندگی	آزمایش	۰/۱۱۴	۱/۸۰	۰/۰۸	۲/۸۵
	گواه	۰/۱۰			۰/۰۷

در جدول ۲ نتایج آزمون لوین همگنی واریانس‌های خطا را در دو گروه و نتایج آزمون موخلی نیز شکل کروی ماتریس واریانس/کوارینانس متغیر وابسته را نشان می‌دهد. نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنف معنادار نیست؛ بنابراین شرط توزیع طبیعی نمره‌ها رعایت شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط برای اثرات تعاملی و بین گروهی متغیرهای پژوهش

منابع تغییرات	اجزاء	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	اندازه اثر
پر خاشگری	مراحل مداخله	۵۰۴۱/۶۸	۱/۰۲	۴۹۲۸/۸۴	۳۳/۸۲**	۰/۵۴
	مراحل × گروه	۲۴۹۳/۹۵	۱/۰۲	۲۴۳۸/۱۳	۱۶/۷۳**	۰/۳۷
	گروه	۲۱۷۰/۷۱	۱	۲۱۷۰/۷۱	۵/۳۳*	۰/۱۶
امید به زندگی	مراحل مداخله	۱۱۳/۶۲	۱/۰۴	۱۰۸/۷۶	۷/۶۲**	۰/۲۱
	مراحل × گروه	۲۰۸/۲۸	۱/۰۴	۱۱۹/۳۷	۱۳/۹۷**	۰/۳۳
	گروه	۲۰۵/۵۱	۱	۲۰۵/۵۱	۴/۶۲*	۰/۱۴

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مداخله طرح‌واره درمانی بر نمره پر خاشگری ( $P = 0.028$ ) با اندازه اثر ۰/۱۶ و بر نمره امید به زندگی ( $P = 0.040$ ) با اندازه اثر ۰/۱۴ مؤثر بوده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مراحل	مقایسه سه مرحله در گروه آزمایش	مقایسه سه مرحله در گ	میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار	میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار
پر خاشگری	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۲۶/۷۳**	۳/۶۵	۴/۳۳	۴/۰۲	خطای معیار
	پیگیری	پیش‌آزمون	۲۷/۳۳**	۳/۶۷	۵/۰۶	۴/۰۲	خطای معیار
	پیگیری	آزمون	۰/۶۰	۰/۵۳	۰/۷۳	۰/۴۰	خطای معیار
امید به زندگی	آزمون	پیش‌آزمون	۵/۷۳**	۱/۲۰	۱/۰۰	۱/۲۱	خطای معیار
	پیگیری	پیش‌آزمون	۵/۴۶**	۱/۱۹	۰/۶۶	۱/۲۳	خطای معیار
	پیگیری	پس‌آزمون	۰/۲۶	۰/۱۸	۰/۳۳	۰/۲۳	خطای معیار

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

در جدول ۴ مقایسه سه مرحله در گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد که تفاوت پرخاشگری و امید به زندگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون، معنادار و این تأثیر تا مرحله پیگیری پایدار مانده است ( $P=0/001$ ). در حالی که مقادیر مذکور در گروه گواه معنی‌دار نیستند ( $P=0/48$ ).



شکل ۱. نمودارهای اثر تعاملی مداخله طرحواره‌درمانی بر پرخاشگری و امید به زندگی

در شکل ۱ مشاهده می‌شود که در گروه گواه میانگین پرخاشگری و امید به زندگی تغییرات چندانی در سه مرحله پیدا نکرده‌اند؛ اما در گروه آزمایش مداخله طرحواره‌درمانی توانسته است در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بر میانگین پرخاشگری و امید به زندگی اثر گذارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد طرح‌واره‌درمانی گروهی بر میزان پرخاشگری افراد اقلیت جنسی مبتلا به اختلال دوقطبی مؤثر است. نتایج این فرضیه با نتایج پژوهش‌های حسونند و همکاران (۱۳۹۸)، ترخان (۱۳۹۷)، فانینگ و همکاران (۲۰۱۹)، کایا و بوزلو (۲۰۱۶)، حجازی و همکاران (۱۳۹۷)، بابی (۲۰۱۸)، فیکس و فیکس (۲۰۱۳)، گلی و همکاران (۱۳۹۵) همراستا است. همچنین نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد طرح‌واره‌درمانی گروهی بر میزان امید به زندگی افراد اقلیت جنسی مبتلا به اختلال دوقطبی مؤثر است. نتایج این فرضیه با نتایج پژوهش‌های مهاجر (۱۳۹۷)، مقدم (۱۳۹۷)، سوپیانو و همکاران (۲۰۱۷)، رنر و همکاران (۲۰۱۶)، رحیم‌آقایی و همکاران (۱۳۹۶) همراستا است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که طرحواره‌ها همیشه باعث ایجاد سوگیری در تفسیر انسان از وقایع می‌شوند و این سوگیری‌ها به صورت سوء تفاهم، نگرش‌های تحریف‌شده، فرض‌های نادرست و انتظارات غیرواقع‌بینانه ظاهر می‌شود؛ همچنین تمایل بشر به هماهنگی شناختی باعث می‌شود که موقعیت‌ها را به گونه‌ای سوء تعبیر کنند که طرحواره‌ها تقویت شوند. به طوری که بر داده‌های همخوان با طرحواره تأکید می‌کنند و داده‌هایی را که با طرحواره منافات دارند نادیده می‌گیرند و یا کم‌ارزش می‌انگارند (فانینگ و همکاران، ۲۰۱۹).

افرادی که دارای نشانه‌های پرخاشگری هستند دارای یک ذهنیت طرحواره‌ای هستند که این ذهنیت موجب ابراز رفتارهای خصمگینانه بدون توجه به پیامدهای احتمالی آن می‌گردد و در موقعیت‌هایی برانگیخته می‌شوند که حساسیت زیادی نسبت به آنها وجود دارد و در صورت فعال شدن منجر به برانگیختگی هیجان‌های آشغله‌ساز و پاسخ‌های اجتناب‌یافته یا رفتارهای حوزه آسیب‌رسانی می‌شود. در این رویکرد به آنها کمک شد تا افراد ذهنیت طرحواره‌ای ناسازگار خود را شناخته و نسبت به شیوه‌هایی که

باعث تداوم طرحواره‌های آنها شده شامل اجتناب، تسلیم و جبران افراطی، آگاه شوند (بانگ و همکاران، ۱۳۹۵). بر اساس مطالعات انجام شده، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش طرحواره درمانی و به کارگیری تکنیک‌های مختلف می‌تواند طرحواره‌های ناسازگار اولیه را تعدیل کرده و با تخلیه هیجانات و بهبود عواطف و احساسات منفی مانند پرخاشگری باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی و در نهایت کیفیت زندگی شود. همچنین در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که طرحواره درمانی به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق بیماران را دقیق‌تر تعریف کرده، آنها را به گونه‌ای قابل درک سازماندهی کنند (خراسانی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸). با به کارگیری این مدل افراد می‌توانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه خود را به صورت ناهمخوان ببینند، در نتیجه با آگاهی از وجود آنها، برای رها شدن از مشکلات انگیزه بیشتری پیدا کنند. همچنین می‌توان گفت که افراد امید را احساس وجد و نشاط در نظر می‌گیرند که هنگامی تجربه می‌شود که فرد آینده‌ای بهتر را فراسوی چشمان خود انتظار داشته باشد. انجام مداخلات روانشناسی مثبت‌نگر از جمله آموزش امید و قدردانی در افراد می‌تواند رفتارهای مثبت در خانواده در افزایش دهد و روابط و تعامل خانوادگی را بهبود بخشد (بابی و همکاران، ۲۰۱۸).

با توجه به نتایج پژوهش طرح‌واره درمانی برای اختلالات محور دوم تاثیر بیشتری دارد؛ اما در این پژوهش نشان داد که پرخاشگری و امید هم می‌تواند موثر باشد. شاید یکی از دلایلی که بر آن می‌شود تاکید داشت تاریخچه زندگی مراجعان باشد که پر از محرومیت هیجانی، نقص و آسیب بود و به نظر می‌رسد نشانه‌های اضطراب وجودی در آنها مزمن بوده و از طرفی مراجعانی که دارای نشانه پرخاشگری هستند به نظر می‌رسد از طرحواره‌های استحقاق، محرومیت هیجانی، رها شدگی بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی بد رفتاری و نقص و شرم رنج برده و در این رویکرد به آنها کمک شد تا طرحواره‌های ناساگار خود را شناخته و نسبت به شیوه‌هایی که باعث تداوم طرحواره‌های آنها شده آگاه شوند؛ شامل اجتناب، تسلیم و جبران افراطی. همچنین به آنها کمک شد با تکنیک تصویرسازی به دوران کودکی خود رفته و بتوانند هیجانات منفی خود را نسبت به مراجع قدرت بیان کرده و در روابط کنونی با بزرگسال سالم ارتباط برقرار کنند. یکی از مواردی که باعث می‌شود مراجعان احساس ارزشمندی کنند حضور آنها در گروه درمانی است و تکنیک‌های رفتاری که آنها را بر تلاش بیشتر و تشویق خود به زندگی پویاتر است. با توجه به نتایج به دست آمده محدودیت این پژوهش می‌تواند استفاده از دو مقیاس غیربومی باشد که با توجه به فرهنگ ایران تا حدودی باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد از این رو یکی از پیشنهادات ساخت و هنجارسازی پرسشنامه‌های بومی و استفاده از آنها است.

### موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد.

### سپاسگزاری

از مدیر مرکز مشاوره اقلیت‌های جنسی ایران و همه شرکت‌کنندگان در پژوهش و همه کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

## تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

## منابع

- احمدی، زهرا، عصاران، مهدی، و سید محرمی، فاطمه (۱۳۹۷). تعیین رابطه پرخاشگری آشکار و رابطه ای با میزان امیدواری در کودکان دبستانی، *فصلنامه سلامت روان و کودک*، ۴(۳): ۱۴۳-۱۵۲
- برزگر، اسماعیل، زهره ای، اسماعیل، بوستانی پور، علیرضا، فتوح آبادی، خدیجه، ابراهیمی، شیما، و حسین نیا، معصومه (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده و پرخاشگری زنان با سندرم پیش از قاعدگی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۴(۳): ۱۶۳-۱۷۸.
- ترخان، مرتضی (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افکار خودآیند منفی، پرخاشگری و نگرش‌های ناکارآمد دانش‌آموزان پرخاشگر. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۴(۲): ۷۷-۸۷
- حجازی، الهه، باباخانی، نرگس، و احمدی، سادات (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بین فردی بر میزان پرخاشگری و رفتارهای تکانشی در میان دانش‌آموزان، *پژوهش در نظام‌های آموزشی*، ۱۲(۴۰): ۳۸-۲۵
- حسنوند، باقر، شریفی درآمدی، پرویز، دلاور، علی، و علائی پروانه (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه آموزش مدیریت شرم بر پرخاشگری و مهارت‌های اجتماعی کودکان با آسیب شنوایی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۶(۱): ۱۶۲-۱۴۹
- حمید، نجمه (۱۳۸۹). رابطه میان سخت رویی روان‌شناختی، رضایت از زندگی و امید با عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دختر. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۴(پیاپی ۴): ۱۱۶-۱۰۱
- خادمی، نسیم، ناهیدی، فاطمه، و اریسیان، محمد (۱۳۹۷). فراوانی پرخاشگری در قربانیان زن تجاوز جنسی مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی استان اصفهان، *مجله پزشکی قانونی ایران*، ۲۴(۱): ۳۳-۲۶
- خراسانی‌زاده، عاطفه، پورشریفی، حمید، رنجبری پور، طاهره، باقریف فریبزر، و پویامنش، جعفر (۱۳۹۸). الگوی ساختاری رابطه بین الگوهای ارتباط والد-فرزند و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجیگری سبک‌های دل‌بستگی. *روانشناسی کاربردی*، ۱۳(۱ پیاپی ۴۹): ۷۶-۵۵
- سامانی، سیامک (۱۳۸۶). بررسی پایایی و روایی پرسش‌نامه پرخاشگری باس و پری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳(۴): ۳۵۹-۳۶۵.
- رحیم آقایی، فلورا، حاتمی پور، خدیجه، و عاشوری، جمال (۱۳۹۶). تاثیر طرحواره درمانی گروهی بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی پرستاران. *آموزش پرستاری*، ۶(۳): ۱۷-۲۳
- قادری، فرزاد، و کلانتری، مهرداد (۱۳۹۵). اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی، *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲۴): ۲۸-۱
- کاظمی، حمید، و قربانی، مریم (۱۳۹۱). رابطه بین مؤلفه‌های فراشناختی و نگرش‌های ناکارآمد در بیماران سرپایی مبتلابه اختلال خلق دو قطبی، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۰(۱): ۹۰-۱۰۰
- کرمانی، زهرا، خداپناهی، محمدکریم، و حیدری، محمود (۱۳۹۰). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید اسنادی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۵(۳ پیاپی ۱۹): ۲۳-۷

گلی، رحیم، هدایت، سعیده، دهقان، فاطمه، و حسینی شورابه، مریم. (۱۳۹۵). اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و پرخاشگری دانشجویان. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۸ (۳): ۲۷۵-۲۵۸.

مهاجر، امید. (۱۳۹۷). اثربخشی تکنیک طرح‌واره درمانی به شیوه گروهی بر اضطراب ناشی از شیمی درمانی در بیماران سرطانی مونث در دامنه ۲۰ تا ۴۵ سال شهر گرگان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه گرگان.

یانگ، جفری، کلووسکو، زانت، و ویشار، مارجوری. (۱۳۹۵). طرح‌واره درمانی. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: نشر ارجمند (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۳).

### References

- Baby, M., Gale, C., & Swain, N. (2018). *Communication skills training in the management of patient aggression and violence in healthcare*. Aggression and violent behavior.
- Blair, R. J. R. (2018). Traits of empathy and anger: implications for psychopathy and other disorders associated with aggression. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1744): 20170155.
- Drysdale, B. M. T., & Mcbeath, M. (2014). Exploring hope, self-efficacy, procrastination, and study skills between cooperative and non-cooperative education students. *Asia-Pacific Journal of Cooperative Education*, 15(1): 69- 79.
- Fanning, J. R., Coleman, M., Lee, R., & Coccaro, E. F. (2019). Subtypes of aggression in intermittent explosive disorder. *Journal of psychiatric research*, 109: 164-172.
- Fix, R. L., & Fix, S. T. (2013). The effects of mindfulness-based treatments for aggression: A critical review. *Aggression and Violent Behavior*, 18(2): 219-227.
- Kaya, F., & Buzlu, S. (2016). Effects of aggression replacement training on problem solving, anger and aggressive behaviour among adolescents with criminal attempts in Turkey: A quasi-experimental study. *Archives of psychiatric nursing*, 30(6): 729-735.
- Kwon, P., Birrueta, M., Faust, E., & Brown, E. R. (2015). The Role of Hope in Preventive Interventions. *Social and Personality Psychology Compass*, 9(12): 696-704.
- Math, S. B., & Seshadri, S. P. (2013). The invisible ones: Sexual minorities. *The Indian journal of medical research*, 137(1): 4.
- Street, N. W., McCormick, M. C., Austin, S. B., Slopen, N., Habre, R., & Molnar, B. E. (2016). Sleep duration and risk of physical aggression against peers in urban youth. *Sleep health*, 2(2), 129-135.
- Sullivan, M. K. (2013). *Sexual minorities: Discrimination, challenges and development in America*. Routledge.
- Satici, S. A. (2016). Psychological vulnerability, resilience, and subjective well-being: The mediating role of hope. *Personality and Individual Differences*, 102: 68-73.
- Supiano, K. P., Haynes, L. B., & Larsen, P. A. (2017). Resolution of delusional parasitosis within Complicated Grief Group Therapy: A case analysis. *Social Work with Groups*, 40(4): 335-349.
- Yavas, U., Babakus, E., & Karatepe, O. M. (2013). Does hope moderate the impact of job rrr tttt fr... li aan mnll oysss' in-role and extra-role performances?. *International Journal of Bank Marketing*, 31(1), 56.70.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Rajabi Gh, Mahmoudi O, Aslani Kh, Amanollahi A. (2017). Effectiveness of Premarital Education Program Based on Premarital Interpersonal Choices and Knowledge Program in Reducing Fear of Marriage and Increasing the Marriage Motivation of Single Students. *J Kermanshah Univ Med Sci*, 21(3): 108-114

Renner F, Arntz A, Peeters FP, Lobbestael J, Huibers MJ. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal Behav Ther Exp Psychiatry*. 51: 66-73.

\*\*\*

## پرسشنامه پرخاشگری

سؤال	کاملاً خلاف خصوصیات من است	تا حدی خلاف خصوصیات من است	فقط اندکی گویای خصوصیت من است	تا حدی گویای خصوصیت من است	کاملاً گویای خصوصیت من است
۱	۱	۲	۳	۴	۵
هر چند وقت یک بار نمی توانم جلوی خود را از ضربه زدن به دیگری بگیرم.					
۲	۱	۲	۳	۴	۵
وقتی با دوستانم مخالف باشم، نظرم را صریح و بی پرده به آن ها می گویم.					
۳	۱	۲	۳	۴	۵
زود از کوره در می روم، اما زود هم بر آن غلبه می کنم.					
۴	۱	۲	۳	۴	۵
گاهی حسادت مرا از پا در می آورد.					
۵	۱	۲	۳	۴	۵
اگر به قدر کافی تحریک شوم، ممکن است دیگری را کتک بزنم.					
۶	۱	۲	۳	۴	۵
معمولاً با سایر مردم مخالفت می کنم.					
۷	۱	۲	۳	۴	۵
وقتی احساس ناکامی می کنم، عصبانیت خود را نشان می دهم.					
۸	۱	۲	۳	۴	۵
گاهی احساس می کنم در زندگی با من سخت و غیر منصفانه رفتار شده است.					
۹	۵	۴	۳	۲	۱
اگر کسی مرا بزند، من او را می زنم.					
۱۰	۱	۲	۳	۴	۵
اگر مردم مرا ناراحت کنند ، ممکن است نظرم را درباره آن ها به ایشان بگویم.					
۱۱	۱	۲	۳	۴	۵
گاهی احساس می کنم مانند یک بشکه باروت آماده انفجارم.					
۱۲	۱	۲	۳	۴	۵
به نظر می رسد سایر مردم همیشه در حال استفاده از "وقت تنفس" هستند. (استراحت برای شروع مجدد)					
۱۳	۱	۲	۳	۴	۵
من کمی بیش از یک آدم معمولی دعوا می کنم.					
۱۴	۱	۲	۳	۴	۵
اگر کسی با من مخالفت کند نمی توانم از بحث کردن با او خودداری کنم.					
۱۵	۱	۲	۳	۴	۵
بعضی از دوستانم فکر می کنند من آدم عجول و کم تحملی هستم.					
۱۶	۵	۴	۳	۲	۱
تعجبم که چرا گاهی این قدر از بعضی چیزها عصبانی و برآشفته می شوم.					
۱۷	۱	۲	۳	۴	۵
اگر لازم باشد برای حفظ حقوق خودم دست به خشونت بزنم ، این کار را می کنم.					
۱۸	۱	۲	۳	۴	۵
دوستانم می گویند که من دنبال بحث و جدل می گردم.					
۱۹	۱	۲	۳	۴	۵
گاه بدون هیچ دلیل موجهی از کوره در می روم.					
۲۰	۱	۲	۳	۴	۵
می دانم که دوستانم پشت سر من حرف می زنند.					
۲۱	۱	۲	۳	۴	۵
بعضی آدم ها آن قدر به من فشار می آورند تا با آن ها دست به گریبان شوم.					
۲۲	۱	۲	۳	۴	۵
راحت نمی توانم حالات خودم را کنترل کنم.					
۲۳	۱	۲	۳	۴	۵
نسبت به غریبه هایی که "خیل خوش برخوردند" ، ظنن هستم.					
۲۴	۱	۲	۳	۴	۵
به نظر من هیچ دلیل قانع کننده ای برای کتک زدن دیگری وجود ندارد.					
۲۵	۱	۲	۳	۴	۵
گاهی احساس می کنم که آدم ها پشت سرم به من می خندند.					
۲۶	۱	۲	۳	۴	۵
کن کسانی را که می شناسم ، تهدید کرده ام.					
۲۷	۱	۲	۳	۴	۵
اگر کسی خیلی دلچسب و مهربان باشد، شک می کنم که چه می خواهد.					
۲۸	۱	۲	۳	۴	۵
اتفاق افتاده که آن قدر عصبانی شده ام که دست به شکستن اشیای زده ام.					
۲۹	۱	۲	۳	۴	۵
من آدم خونسردی هستم .					

پرسشنامه امید به زندگی

ردیف	سؤال			
	کاملاً غلط	تا حدی غلط	تا حدی درست	کاملاً درست
۱	۱	۲	۳	۴
۲	۱	۲	۳	۴
۳	۱	۲	۳	۴
۴	۱	۲	۳	۴
۵	۱	۲	۳	۴
۶	۱	۲	۳	۴
۷	۱	۲	۳	۴
۸	۱	۲	۳	۴
۹	۱	۲	۳	۴
۱۰	۱	۲	۳	۴
۱۱	۱	۲	۳	۴
۱۲	۱	۲	۳	۴



## The Effectiveness of Group Schema Therapy on Aggression and Life Expectancy of Sexual Minorities diagnosed with Bipolar Disorder

*Elham alsadat. Hashemi\**<sup>1</sup>, *Mehdi. Rashidi Aghdam*<sup>2</sup>  
*Ladan Nassiri*<sup>2</sup>, & *Zohreh. Ghasemi*<sup>2</sup>

### Abstract

**Aim:** The aim of this study was to investigate the effectiveness of group therapy therapy on the rate of aggression and life expectancy of sexual minorities with bipolar disorder. **Method:** The research method was quasi-experimental with experimental group and control group, pre-test, post-test and two-month follow-up and tatistical population of 62 people referred to the Sexual Minority Counseling Center in 1397. From this community, 30 people were randomly selected and 15 people were randomly assigned to each of the two experimental and control groups. The research tools were the Bass and Perry Aggression Questionnaire (1992) and Schneider's Lifetime Hope (1991), as well as the Yang, Klosko, and Wischer (2003) intervention schematic intervention programs, which were presented to the experimental group in 8 90-minute group sessions using data from the test. Mixed variance analysis was analyzed. **Results:** The results showed the effect of schema therapy intervention on aggression ( $P = 5.33$ ,  $P = 0.028$ ) and life expectancy ( $P = 4.62$ ,  $P = 0.040$ ) and the stability of this effect in the follow-up phase. **Conclusion:** The results of the study suggest evidence that schematic therapy intervention is a good way to reduce aggression and improve life expectancy, so it can be used to improve the mental state of people with sexual minorities.

**Keywords:** aggression, hope, Sexual minority, schema therapy

1. \*Corresponding Author: PhD Student in Counseling, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Email: elham.hashemi.official@gmail.com

2. PhD Student in Counseling, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran