

بررسی اثربخشی طرح واره درمانی بر تعدیل طرح واره های ناسازگار اولیه انزوای اجتماعی و بیگانگی و نقص و شرم در مادران دارای فرزند نوجوان با اختلال سلوک و تعارض با مادر

مریم موافق معانی^۱، رحمت اله عظیمی^۲، مریم موسوی نیک^۳

^۱ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی حکیم ناصر خسرو ساوه. ایران.
^۲ مدرس گروه روان شناسی موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی حکیم ناصر خسرو ساوه. ایران (نویسنده مسئول)
^۳ استادیار موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی حکیم ناصر خسرو ساوه. ایران

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی طرح واره درمانی بر تعدیل طرح واره های ناسازگار اولیه در مادران دارای فرزند نوجوان با اختلال سلوک و تعارض با مادر بود. این پژوهش در قالب یک پژوهش نیمه آزمایشی با گروه گواه و در چهارچوب یک طرح پیش آزمون و پس آزمون برای دو گروه آزمایشی و گواه اجرا شد. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال سلوک و تعارض با والدین (مادر) ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۰ را تشکیل دادند. حجم نمونه ۳۲ نفر که روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) جایگزین شدند. در این پژوهش از پرسشنامه طرحواره یانگ (۱۹۹۸) استفاده گردید و مداخله طرح واره درمانی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای در گروه آزمایش انجام گردید. داده های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که طرح واره درمانی در سطح ($F=۱۶۷۹/۸۴۸$ ، $P < ۰/۰۱$) طرح واره های ناسازگار اولیه (انزوای اجتماعی و بیگانگی و نقص و شرم) در مادران دارای فرزند نوجوان با اختلال سلوک و تعارض با مادر در شهر تهران در مرحله پس آزمون اثر معناداری داشته است. بنابراین با عنایت به معنی دار شدن فرضیه پژوهش می توان نتیجه گرفت که در این پژوهش، طرح واره درمانی توانسته است طرح واره های ناسازگار اولیه (انزوای اجتماعی و بیگانگی و نقص و شرم) در مادران دارای فرزند نوجوان با اختلال سلوک و تعارض با مادر را تعدیل دهد.

واژه های کلیدی: طرح واره درمانی، تعارض با مادر، طرح واره انزوای اجتماعی و بیگانگی، طرح واره نقص و شرم

مقدمه

از جمله مشکلات در نوجوانان می توان اختلال سلوک و تعارض با والدین در نوجوانان اشاره نمود. علائم اختلال سلوک یک شبه ظاهر نمی شوند بلکه بسیاری از علائم آن در طول زمان شکل گرفته اند و به الگوی مستمر نقض حقوق دیگران می انجامند. سن متوسط شروع اختلال سلوک در پسرها پایین تر از دختران است. پسرها اکثراً در فاصله سنی ۱۰ تا ۱۲ سالگی می توانند دچار این اختلال شوند در حالیکه دخترها قبل از اینکه دارای این ملاکها شوند به سن ۱۴ تا ۱۶ سالگی رسیده اند. افراد پرخاشگر دچار اختلال سلوک به ویژه در موقعیت های مبهم به طور مکرر مقاصد دیگران را خصمانه تر و تهدید کننده تر از آنچه که هست، برداشت می کنند در نتیجه با پرخاشگری پاسخ می دهند و پرخاشگری خود را موجه و منطقی می دانند (گراس، ۲۰۲۰). اختلال سلوک یکی از متداولترین اختلالات دوره کودکی و نوجوانی است که به طور قابل ملاحظه ای به کنش وری روانی - اجتماعی کودک و نوجوان در منزل، مدرسه و اجتماع آسیب می رساند. این الگوی رفتاری با آشفتگی های عاطفی جدی و سازش نایافتگی اجتماعی، رفتارهای پرخاشگرانه، ضعف در عملکرد تحصیلی، عزت نفس پایین، نارسایی در مهارت اجتماعی کلامی و غیرکلامی، ناتوانی در حل مسئله همراه شده و تصویر پیچیده ای از اختلال سلوک نمایان می سازد (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی؛ ۱۳۹۴). والدین کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات رفتاری همچون اختلال سلوک، بالاترین فشار و استرس را گزارش می کنند (وگان و همکاران، ۲۰۱۳)؛ چراکه وجود کودک مشکل دار در خانواده، کل سیستم خانواده به ویژه مادر را دچار چالش های متعددی می کند که نیازمند سازگاری است و در صورت ناتوانی در حل مسئله، سلامت روان شناختی مادر را با خطر مواجه می سازد. از سویی دیگر، شیوه تعامل مادر با فرزند دارای مشکل رفتاری خود، عاملی است که می تواند برآمده از طرحواره های ناسازگار مادر همچون بی کفایتی و تنبیه نسبت به خود باشد. طرحواره ها در زندگی فرد به عنوان عدسی هایی عمل می کنند که تفسیر، انتخاب و ارزیابی فرد از تجارب وی را شکل می دهند (گانتی و بوری، ۲۰۰۸). این طرحواره ها در طی تجارب کودکی شکل گرفته (که اکثراً در زندگی کودک نقش یک ضربه درونی را داشته اند)، و پاسخ فرد به رخداد های محیطی را کنترل می کند (عسکری و همکاران، ۱۳۹۵). وی عنوان می کند اگرچه عامل مربوط به جامعه، مدرسه و همسالان در شکل گیری این طرحواره ها مؤثر هستند، اما اثر آنها وسعت و ثبات اثر عوامل خانوادگی را ندارد (تورس، ۲۰۰۲). منشاء این طرحواره ها از هیجان های اصلی است (یانگ، ۱۹۹۹). اسکوپ - سالیوان و همکاران (۲۰۰۷) پیشنهاد می کنند دادن فرصت به مادران برای صحبت در مورد تجارب گذشته خود، در خانواده اصلیشان و درمان آنها می تواند کمک کند که این مادران با تجارب گذشته خود کنار بیایند و از طرفی منجر به فهم بهتر آنها از روابط عاطفی خود و کودکانشان شود.

از سویی دیگر، فقدان مهارت های اجتماعی - هیجانی، طرد از سوی همسالان، همبودی اختلال سلوک با دیگر اختلالات روان شناختی و مانند اینها، بر رابطه کودکان مبتلا به اختلال سلوک با مادر نیز تأثیر گذاشته و احتمالاً تعارض با مادر را نیز ایجاد می کند. تعارض مولفه جدایی ناپذیر در روابط^۱ والد - فرزند است (رحمتی و لطفی، ۱۳۸۷) اما باید توجه داشت که چنین

^۱American Psychiatric Association

^۲Vaughan, E. L.

^۳Maladaptive schemas

^۴Gunty, A. L., & Buri, J. R.

^۵Torres, C.

^۶Young, J. E.

^۷Schoppe-Sullivan, S. J.

^۸Conflict

امری مانع ایجاد روابط مثبت و سازگارانه بین والد و فرزند می شود (سلیمی بجستانی و همکاران، ۱۳۹۲). برانجی و همکاران (۲۰۰۹) نقش سبک های حل تعارض والدین را در سازگاری اجتماعی نوجوانان بررسی کردند. براساس نتایج آنان سبک پرخاشگری در تعارضات و کناره گیری نقش عمده ای در مشکلات رفتاری و ناسازگاری نوجوانان ایفا می کند. سیفرت و شوارز (۲۰۱۱) نیز دلایلی ارائه کرده اند مبنی بر اینکه تعارض های والد- فرزند، ناسازگاری اجتماعی فرزندان را پیش بینی می کند. در هر جامعه ای سلامت زنان و مادران اهمیت ویژه ای دارد و توجه به بهداشت روان آن ها به ایفای نقش مهمی که در خانواده و جامعه ایفا می کنند، کمک می کند. اگر در خانواده، فرزند مشکل دار وجود داشته باشد، مادر نیازمند این است که توانمندی های روان شناختی خود را افزایش دهد زیرا وجود اختلالات دوران کودکی گریزناپذیر است. میزان شیوع اختلال های دوران کودکی بین ۶ تا ۲۵ درصد برآورد شده است. این اختلال ها به دو طبقه اختلال های درونی سازی شده و برونی سازی شده تقسیم می شوند. گروه اول مشکلاتی هستند که در خود شخص وجود دارند مانند اضطراب، افسردگی، کناره گیری اجتماعی و شکایت های جسمانی بدون علت جسمانی؛ در حالی که گروه دوم بیانگر تعارض ها با دیگران و انتظارات آن ها مانند برانگیختگی / فزون کنشی، تضادورزی، منفی کاری و مشکلات سلوک است (نظری و همکاران، ۱۳۹۴). نتایج پژوهش ها نشان می دهد که اختلال های برونی سازی شده، بیشتر به مراکز درمانی ارجاع داده می شود. در جمعیت های ارجاع شده به مراکز درمانی، میزان شیوع این اختلال ها بالای ۵۰ درصد گزارش شده است، بنابراین بخش وسیعی از موارد بالینی را شامل می شوند (جلالی و همکاران، ۱۳۸۸). اختلال سلوک، مجموعه ای از رفتارهای ضدا اجتماعی پایدار در کودکان است که باعث اختلال در چند زمینه عملکردی می شود و ویژگی آن پرخاشگری و تجاوز به حقوق دیگران است (قائدنای جهرمی، ۱۳۹۰). یک سوم تا نیمی از تمام مراجعان به مراکز خدمات روان شناختی را کودکان پرخاشگر و دچار اختلال سلوک تشکیل می دهند. شیوع این اختلال را بین ۳ تا ۱۴ درصد و در پسران، سه برابر دختران گزارش کرده اند. ناتوانی در حل مسئله، عزت نفس پایین، رفتارهای پرخاشگرانه، ضعف در عملکرد تحصیلی و ناتوانی در مهارت های اجتماعی کلامی و غیرکلامی از پیامدهای اختلال سلوک است. این مجموعه از مشکلات رفتاری و هیجانی در این کودکان آن ها را در پیروی از مقررات و هنجارها دچار مشکل می کند (علی پور و همکاران، ۱۳۹۳). با توجه به نقش مادر در سلامت روان کودک و حفظ بهزیستی روان شناختی مادر، مطالعه حاضر مدعی است اجرای رویکرد طرحواره درمانی می تواند موجب تعدیل طرح واره های ناسازگار اولیه در مادران دارای فرزند نوجوان با اختلال سلوک شده و از سویی دیگر تعارض فرزند با مادر را نیز کاهش دهد. مطالعات در این حوزه نشان داده اند طرحواره درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان موثر است (عسکری و همکاران، ۱۳۹۵). طرحواره درمانی موجب کاهش طرحواره های ناسازگار اولیه می شود (خورشید زاده و برجعلی، ۱۳۹۰؛ هنرپروران و همکاران، ۱۳۸۹؛ حاتمی و فدایی، ۲۰۱۵؛ پاردن و اندر، ۲۰۱۶). همچنین می توان به کمک طرحواره های ناسازگار اولیه تعارض والد- نوجوان را پیش بینی کرد (حشمتی، ۱۳۹۱؛ اورو و همکاران، ۲۰۱۹). تعارض و تعارض های اجتماعی اساسی ترین جنبه زندگی انسانهاست. این تعارضات در اشکال گوناگون زندگی در میان جامعه و از جمله در خانواده دیده می شود. امروزه در جامعه ای

1Branje, S. J.
2Siffert, A., & Schwarz, B.
3Internalizing

4Externalizing

5Parden, A., & Andr, I.
6Grue, I.

زندگی می‌کنیم که بتدریج تفاوت زندگی میان والدین و فرزندان در سبک زندگی به شکل تعارض گونه‌ای تبدیل و تجربه می‌شود (معیدفرو صبوری خسروشاهی، ۱۳۹۰). اهمیت خرده فرهنگ‌ها و شیوه‌های جدید برای جوانان، زندگی درون خانواده را به چالش کشیده است. بسیاری از این تفاوت‌ها و تعارضات سرفصل نزاع‌های خانوادگی و نیز موجب ترک خانه شده‌اند. (سعیدی، ۱۳۹۵). نتایج پژوهش‌ها نشان دهنده این است که تحولات فرهنگی در جامعه و در خانواده اتفاق افتاده است. این تحولات در مقایسه نسل جوان و بزرگسال مشهود است. شرایط فعلی جامعه ایران موجب شده که بحث تحولات فرهنگی و اجتماعی، تغییر سبک زندگی و تغییر ارزش‌ها و هنجارها در جامعه و نیز میان والدین و فرزندان مورد توجه محققین قرار گیرد. با توجه به آنچه بحث شد و لزوم توجه به سلامت روان مادران دارای کودک با اختلال سلوک، این سوال در مطالعه حاضر مطرح می‌شود که آیا طرح‌واره درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (انزوای اجتماعی و بیگانگی و نقص و شرم) در مادران دارای فرزند نوجوان با اختلال سلوک و تعارض با مادر تاثیر دارد؟

روش

روش تحقیق در این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه گردآوری اطلاعات، در قالب یک پژوهش نیمه آزمایشی با گروه گواه و در چهارچوب یک طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایشی و گواه اجرا شد. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال سلوک و تعارض با والدین (مادر) ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۰ را تشکیل می‌دهند. حجم نمونه ۳۲ نفر از مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال سلوک و تعارض با والدین (مادر) ساکن شهر تهران بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) جایگزین شدند.

ابزار اندازه‌گیری :

پرسشنامه طرحواره یانگ (۱۹۹۸): پرسشنامه طرحواره یانگ دارای ۷۵ گویه است که ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه برطبق پنج نیازهیجانی ارضاننده تقسیم می‌شوند که آن‌ها را حوزه‌های طرحواره می‌نامند. حوزه اول: بریدگی و طرد (عدم ارضای نیاز به ثبات، امنیت، محبت، عشق و تعلق خاطر) و طرحواره‌های مبتنی بر آن عبارتند از: محرومیت هیجانی، رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم. حوزه دوم: خودگردانی و عملکرد مختل (افراط و تفریط در حمایت از کودک و کاهش اعتماد به نفس کودک) و طرحواره‌های مرتبط عبارتند از: شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری و خودتحول نیافتگی/گرفتاری. حوزه سوم: محدودیت‌های مختل (مشکل در ارتباط با احترام به حقوق دیگران، همکاری کردن، متعهدبودن یا دستیابی به اهداف بلند مدت) و طرحواره‌های مرتبط عبارتند از: استحقاق/بزرگ‌منشی و خودکنترلی و خودانضباطی ناکافی. حوزه چهارم: دیگرجهت‌مندی (توجه بیش از حد به دیگران و عدم رسیدگی به ارضای نیازهای خود) و طرحواره‌های مرتبط عبارتند از: اطاعت، فداکاری و تاییدجویی/توجه طلبی. حوزه پنجم: گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (واپس زنی احساسات و تکانه‌های خودانگیخته و عمل طبق قواعد انعطاف‌ناپذیر و درونی شده خود) و طرحواره‌های مرتبط عبارتند از: منفی‌گرایی/بدبینی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/بیش انتقادی و تنبیه‌گرایی (یانگ، ۱۹۹۴). هر گویه روی پیوستارزشش درجه‌ای (یک=به‌طورکامل درموردمن نادرست است، تا شش= به‌طورکامل

مرا توصیف می کند (پاسخ داده می شود). حداقل نمره هر طرحواره یک و حداکثر ۳۰ و کل پرسشنامه حداقل یک و حداکثر ۳۷۵ می باشد و نمره بالاتر یک خرده مقیاس نشان گر طرحواره ناسازگار است.

اعتبار (پایایی): پرسشنامه طرحواره یانگ در تحقیقات بسیاری استفاده شده است و نسخه غیر فارسی آن برای کل آزمون ۰/۹۶ و برای خرده مقیاس ها بالاتر از ۰/۸۰ گزارش شده است. اما نسخه فارسی پرسشنامه طرحواره یانگ ۰/۹۰ تا ۰/۶۲ و ثبات درونی در تحقیقات انجام شده ۰/۹۴ به دست آمده است.

روش اجرا و مداخله پروتکل براساس کتاب ۲ جلدی طرح واره درمانی، راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی
تالیف جفری یانگ، ژانت کلسکو و مارجوری ویشار تدوین شده است: ابتدا از مراکز و کلینک های مشاوره در شهر تهران که بر روی نوجوانان کار می کنند در خواست گردید تا نوجوانانی که دارای اختلال سلوک و تعارض با والدین دارند معرفی نمایند و سپس از مادران این نوجوانان که تمایل به هم همکاری در پژوهش فوق داشتند در خواست گردید تا فرزندان آنها به پرسشنامه های اختلال سلوک و تعارض با والدین پاسخ بدهند و مادران نیز به پرسشنامه طرحواره یانگ دارای ۷۵ گویه، پاسخ بدهند. بعد از دریافت پرسشنامه های تکمیل شده از ۵۰ مورد دواطلب، ۳۲ مورد از مادرانی که فرزندان آنها دارای اختلال سلوک و تعارض با والدین (مادر) که نمرات فرزندان آنها در آزمون های اختلال سلوک و تعارض با والدین که نمره مادران بیشتر از پدران بود و همچنین مردانی که در پرسشنامه طرح واره یانگ بیشتر ین نمره داشتند با رعایت کلیه موازین و ملاحظات اخلاقی انتخاب گردیدند. پاسخ به پرسشنامه طرح واره یانگ به عنوان پیش آزمون مادران در نظر گرفته شد و سپس برحسب تصادف به دو گروه آزمایش شامل ۱۶ نفر و گروه گواه شامل نفر تقسیم گردیدند و سپس مداخله طرح واره درمانی بر روی گروه آزمایش به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای انجام گرفت و گروه گواه در انتظار قرار گرفتند. پس از پایان جلسات مداخله طرحواره درمانی، از هر دو گروه در خواست گردید مجددا پرسشنامه طرحواره یانگ دارای ۷۵ گویه را به عنوان پس آزمون تکمیل کنند.

شرح اهداف آموزشی پروتکل مداخله طرح واره درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای :

اهداف آموزشی جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و معرفی و بیان قوانین حاکم بر جلسات و مبحث تفکر، احساس و رفتار و آموزش مدل ABC

اهداف آموزشی جلسه دوم: شناخت حالات خلقی، فیزیولوژیکی و هیجانات و آشنایی با شیوه های تفکر منفی و ناکارآمد ماهیت طرحواره ها

اهداف آموزشی جلسه سوم: درک مسائل خود و پنج جنبه اصلی زندگی و دسته بندی باورها و شناسایی طرح واره های ناسازگار اعضا

اهداف آموزشی جلسه چهارم: تمرکز به زمان حال و رفتار خود با تاکید بر روشهای مراقبه و حساسیت زدایی منظم و آموزش نحوه تهیه نقشه شناختی

اهداف آموزشی جلسه پنجم: شناخت اهداف و ارزشها و باورهای شخصی و بازسازی طرحواره های ذهنی و شیوه های مبارزه با باورها از طریق عینی تر کردن آنها

اهداف آموزشی جلسه ششم: آموزش تکنیک کاهش و با استفاده از تکنیک آزمون اعتبار طرحواره به مقابله و حذف طرحواره های ناسازگار افراد پرداخته شد و اعضا به بررسی شواهد عینی تایید کننده طرحواره های خویش و ارائه تعریفی جدید و بررسی صورت پذیرفت.

اهداف آموزشی جلسه هفتم: مسولیت پذیری در قبال نتایج باورهای غلط پیشین از طریق آموزش های جلسات قبل و کسب هویت موفق جدید و ارزیابی مزایا و معایب سبکهای مقابله ای افراد پرداخته شد. انجام تکنیک صندلی خالی

اهداف آموزشی جلسه هشتم (نهایی): جمع بندی جلسات و انجام پس آزمون

یافته ها

جدول شماره (۱) شاخص های توصیفی برای گروه گواه در دو مرحله پیش آزمون - پس آزمون ($n_1=n_2=16$)

شاخص	متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف
انزوای اجتماعی و بیگانگی	پیش آزمون	۳۲	۲۶	۲۱	۲۴/۵۶	۲/۱۸
	پس آزمون	۳۲	۲۶	۲۱	۲۳/۳۸	۱/۳۱
نقص و شرم	پیش آزمون	۳۲	۲۸	۲۲	۲۵/۳۱	۱/۵۳
	پس آزمون	۳۲	۲۵	۲۱	۲۳/۳۸	۱/۵۰

اطلاعات مندرج در جدول شماره (۱) میانگین و انحراف استاندارد " شاخص های طرح واره های ناسازگار اولیه (انزوای اجتماعی و بیگانگی و نقص و شرم) در مراحل پیش آزمون و پس آزمون برای گروه گواه نشان داده شده است. همان طوری که قابل مشاهده است در شاخص ها تفاوت بین نمرات در مراحل پیش آزمون و پس آزمون جزئی می باشد.

جدول شماره (۲) شاخص های توصیفی برای گروه آزمایش در دو مرحله پیش آزمون - پس آزمون ($n_1=n_2=16$)

شاخص	متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف
انزوای اجتماعی و بیگانگی	پیش آزمون	۳۲	۲۱	۲۸	۲۴/۶۹	۲/۱۸
	پس آزمون	۳۲	۱۱	۱۴	۱۱/۸۸	۰/۹۶
نقص و شرم	پیش آزمون	۳۲	۲۱	۲۸	۲۵/۴۴	۱/۹۰
	پس آزمون	۳۲	۱۰	۱۴	۱۱/۳۸	۱/۲۰

اطلاعات مندرج در جدول شماره (۱) میانگین و انحراف استاندارد " شاخص های طرح واره های ناسازگار اولیه (انزوای اجتماعی و بیگانگی و نقص و شرم) در مراحل پیش آزمون و پس آزمون برای گروه گواه نشان داده شده است. همان طوری که قابل مشاهده است در شاخص ها تفاوت بین نمرات در مراحل پیش آزمون و پس آزمون زیاد می باشد.

آزمون کالاموگروف-اسمیرونوف

جدول (۳) آزمون کالاموگروف-اسمیرونوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات (N=۳۲)

سطح معناداری p	کالاموگروف-اسمیرونوف k-s	حداکثر اختلافات			متغیرها
		منفی	مثبت	مطلق	
۰/۱۱۱	۰/۲۱۳	-۰/۲۱۳	۰/۱۷۱	۰/۲۱۳	انزوای اجتماعی و بیگانگی
۰/۱۶۵	۰/۱۵۰	-۰/۱۴۷	۰/۱۵۰	۰/۱۵۰	نقص و شرم

جدول (۳) اطلاعات حاصل از اجرای آزمون کالاموگروف-اسمیرنوف را نشان داده است که سطح معنی داری گزارش شده برای نرمال بودن نمرات انزوای اجتماعی و بیگانگی در سطح معناداری ۰/۱۱۱ یا آماره کالاموگروف-اسمیرنوف ۰/۲۱۳ است که سطح معنی داری این گروه بسیار بزرگتر از ۰/۰۵ است که نشان دهنده نرمال بودن توزیع نمرات در این متغیر است. سطح معنی داری گزارش شده برای نرمال بودن نمرات نقص و شرم، در سطح معناداری ۰/۱۶۵ یا آماره کالاموگروف-اسمیرنوف ۰/۱۵۰ است که سطح معنی داری این گروه بزرگتر از ۰/۰۵ بوده که نشان دهنده نرمال بودن توزیع نمرات در این متغیر است.

برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شده است.

جدول شماره (۴) بررسی برابری واریانس (آزمون لوین) در دو گروه

سطح معنی داری	Df2	Df1	F	
۰/۶۳۷	۳۰	۱	۰/۶۴۶	انزوای اجتماعی و بیگانگی
۰/۱۱۹	۳۰	۱	۱/۳۹۵	نقص و شرم

همانطور که در جداول شماره (۴) مشاهده می شود مقدار سطح معنی داری نشان دهنده آن است که داده ها مفروضه

تساوی خطای واریانس را زیر سوال نبرده اند. در واقع نتایج آزمون لوین برای بررسی مفروضه همگنی واریانس گروه ها نشان داد که در هر دو گروه (آزمایش و گواه) از نظر واریانس همگن هستند و نشان می‌دهد که نتایج بعدی ما پایا خواهند بود.

فرضیه پژوهش : طرح واره درمانی بر تعدیل طرح واره های ناسازگار اولیه (انزوای اجتماعی و بیگانگی و نقص و شرم) در مادران دارای فرزند نوجوان با اختلال سلوک و تعارض با مادر تاثیر دارد.

جدول (۵): خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری در گروه های در مادران دارای فرزند نوجوان با اختلال سلوک و تعارض با مادر

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	ضریب ایتا
اثر پیلایی	۰/۹۹۲	۱۶۷۹/۸۴۸	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۹۹۲
لامبیدی ویلکز	۰/۰۰۸	۱۶۷۹/۸۴۸	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۹۹۲
اثر هتلینگ	۱۲۴/۴۳۳	۱۶۷۹/۸۴۸	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۹۹۲
بزرگترین ریشه روی	۱۲۴/۴۳۳	۱۶۷۹/۸۴۸	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۹۹۲

با توجه به نتایج جدول (۵) مداخله، طرحواره درمانی در سطح ($F=1679/848$ ، $P=0/01$) در تعدیل طرح واره های ناسازگار اولیه (انزوای اجتماعی و بیگانگی و نقص و شرم) در در مادران دارای فرزند نوجوان با اختلال سلوک و تعارض با مادر در مرحله پس آزمون حداقل در یکی از متغیرها اثر معناداری داشته است. بنابراین فرضیه صفر رد شده و فرضیه تحقیق تایید می‌گردد. یعنی، نتیجه گرفته می‌شود در این پژوهش، طرحواره درمانی بر طرح واره های ناسازگار اولیه (انزوای اجتماعی و بیگانگی و نقص و شرم) در مادران دارای فرزند نوجوان با اختلال سلوک و تعارض با مادر را تعدیل داده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی طرح واره درمانی بر تعدیل طرح واره های ناسازگار اولیه (انزوای اجتماعی و بیگانگی و نقص و شرم) در مادران دارای فرزند نوجوان با اختلال سلوک و تعارض با مادر در شهر تهران بود. و نتیجه پژوهش حاضر نشان داد مداخله، طرحواره درمانی بر طرح واره های ناسازگار اولیه (انزوای اجتماعی و بیگانگی و نقص و شرم) در مادران دارای فرزند نوجوان با اختلال سلوک و تعارض با مادر را تعدیل داده است. در مقایسه یافته های بدست آمده از فرضیه اصلی پژوهش حاضر با نتایج پژوهش عسکری و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه‌ای با عنوان «اثربخشی مداخله ترکیبی طرحواره درمانی و درمان دلبستگی با مادران دارای طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک دلبستگی ناایمن، بر مشکلات رفتاری کودکان» که بر روی ۹ مادر با روابط والد-کودک نابسامان و طرحواره های ناسازگار اولیه انجام شد، نشان دادند مداخله ترکیبی طرحواره درمانی و درمان دلبستگی بر مشکلات رفتاری کودکان موثر بود. با نتایج این پژوهش همسو و همخوانی دارد. و همچنین اورو و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای با عنوان «طرحواره های ناسازگار اولیه و پردازش اطلاعات اجتماعی در پرخاشگری کودک به

والد» که بر روی ۹۰۳ نوجوان دختر و پسر انجام شد، نشان دادند پردازش اطلاعات اجتماعی در رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و پرخاشگری کودک به والد نقش میانجی داشت. همچنین بین پردازش اطلاعات اجتماعی و پرخاشگری کودک به والد رابطه وجود داشت. این یافته ها نشان دادند مداخلات شناختی - اجتماعی می توانند در کاهش پرخاشگری نوجوانان نسبت به والدین نقش داشته باشند. که با نتایج این پژوهش همسو و همخوانی دارد. ولبورن و همکاران (۲۰۲۰) در تحقیقی رابطه بین طرحواره های ناسازگارانه و اختلالات روانی را مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش دو طرحواره رهاشدگی/ بی ثباتی و خود کنترلی پایین / خود انضباطی پایین، پیش بینی کننده ای مهم برای افسردگی بودند. که با نتایج این پژوهش همسو و همخوانی دارد. در تبیین این که طرحواره درمانی بر طرح واره های ناسازگار اولیه (انزوای اجتماعی و بیگانگی و نقص و شرم) در مادران دارای فرزند نوجوان با اختلال سلوک و تعارض با مادر را تعدیل داده است. می توان عنوان نمود در تبیین این که طرحواره درمانی بر طرح واره های ناسازگار اولیه در طرح واره انزوای اجتماعی و بیگانگی در مادران دارای فرزند نوجوان با اختلال سلوک و تعارض با مادر را تعدیل داده است. می توان عنوان نمود که با مداخله طرح واره درمانی بیماران یاد می گیرند که اجازه ندهند که عزت نفس شان با موفقیت هایشان تعیین شود. و شیوه های تفکر کمال گرا را شناسایی و بر آنها غلبه نمایند و تلاش می کنند تا خودگویی های زیر را به باور منفی و طرحواره شکست می انجامد را خودنگویید: نباید اشتباه کنم ، نمی توانم ان را انجام دهم ، حتی امتحان کردنش هم فایده ای ندارد ، اهمیت خطاهای کوچک را بزرگ نکنند، نسبت به زندگی تسلط مدار باشند و خویشتن پذیری را در خود تقویت کنند. همچنین طرحواره درمانی بر طرح واره های ناسازگار اولیه در طرح واره (نقص و شرم) در مادران دارای فرزند نوجوان با اختلال سلوک و تعارض با مادر را تعدیل داده است. می توان عنوان نمود که با مداخله طرح واره درمانی بیماران با تشخیص باورهای غیر منطقی ، افکار خودآیند ، تشریح اسنا های بدبینانه و کلی آرایه شد شیوه های مبارزه با باورها از طریق عینی تر کردن آنها در نظر داشتن شواهد مستند ، 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 آموزش دیده اند . و اسناد های خوش بینانه و اینک با آگاهی از افکار خودآیند یا تصاویر ذهنی و تشخیص تفکر جایگزین یا متعادل و آموزش چگونگی دستیابی به تفکر جانشین یا متعادل که در کاهش طرحواره های ناسازگار نقش بسزایی دارد موجب تعدیلی در طرح واره های آنها گردیده است . که با مداخله طرح واره درمانی در بررسی نظام ارزشی مادران با فرزند اختلال سلوک و تعارض با والدین (رشد و شناخت بهتر خود ، شناخت بیشتر نقاط قوت و ضعف خود از طریق ابراز خویشتن و بی پرده گویی ، تمرین گوش دادن فعال ، پی بردن به اثر افکار خود روی سایر اعضای خانواده ، دیدن خود از دریچه چشم اعضا خانواده مخصوصا فرزندان ، کمک به کاهش اضطراب در خانه). با هدف های فوق از طریق : ۱- تشخیص موقعیت ، افکار و باور های غلط ۲- توانایی جداسازی موقعیت و افکار ۳- شناخت افکار خود آیند و شواهدی که این افکار را تایید و یا رد می کنند و در جهت شناخت تفکر جایگزین یا متعادل در زوجین شده و با استفاده از راهبردهای مقابله با طرحواره های ناسازگار از جمله بازسازی شناختی ، پیش بینی و آماده شدن با استفاده از تجسم ذهنی (مراقبه و ریلکسیشن) ، تشخیص نشانه های اختطاری و اسنادهای بدبینانه ، ایجاد وقفه (دور ساختن خود از موقعیت) و جرات آموزی و آموزش تشخیص باورهای غیر منطقی ، افکار خودآیند ، تشریح اسنا های بدبینانه و کلی آرایه شد و اسناد های خوش بینانه و تمرین موجب شده طرحواره های ناسازگار جذف گردیده و مسولیت پذیری در قبال نتایج باورهای غلط پیشین و

شناخت بیشتر نسبت به نیازهای اساسی و تلاش برای دستیابی به هویت موفق و مسولیت پذیری در قبال رفتار و باور های خود در واقعیت های زندگی خود بیش از پیش درک کرده و روحیه مسولیت پذیری در قبال این واقعیت ها را در خود افزایش دهند که نتیجه آن موجب تعدیل طرح واره های ناسازگار اولیه (محرومیت هیجانی، رهاشدگی و بی ثباتی و بی اعتمادی و بد رفتاری) در مادران دارای فرزند نوجوان با اختلال سلوک و تعارض با مادر شده است. با توجه به یافته های پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرح واره درمانی بر تعدیل طرح واره های ناسازگار اولیه در مادران دارای فرزند نوجوان با اختلال سلوک و تعارض با مادر بود. از آنجا که هر مطالعه ای با محدودیت هایی مواجه است، لازم به توضیح است که در مطالعه حاضر، به دلیل شیوع بیماری کرونا جمع آوری داده ها دسترسی به افراد نمونه را با سختی هایی مواجه کرد و جمع آوری داده ها با زمان بیشتری انجام گرفت.

منابع:

- اکبری، ابراهیم؛ محمود علیلو، مجید؛ خانجانی، زینب؛ پورشریفی، حمید؛ فهیمی، صمد؛ امیری پیچاکلائی، احمد؛ عظیمی، زینب (۱۳۹۱). مقایسه دانشجویان دارای شکست عشقی با و بدون نشانگان بالینی در طرحواره های ناسازگار اولیه و الگوهای فرزند پروری. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۸ (۳). ۱۹۴-۱۸۴.
- انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. چاپ چهارم. ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۹۴). تهران: نشر روان.
- جلالی، محسن؛ پوراحمدی، الناز؛ باباپور، جلیل؛ شعیری، خیرالدین محمدرضا (۱۳۸۸). تاثیر آموزش برنامه فرزند پروری مثبت بر کاهش اختلالات برونی سازی شده در کودکان هفت تا ۱۰ ساله. روانشناسی دانشگاه تبریز. ۴ (۱۳). ۴۳-۲۲.
- حشمتی، اعظم (۱۳۹۱). مقایسه طرحواره های ناسازگار نوجوانان دختر و والدین در خانواده های دارای تعارض و بدون تعارض والد-نوجوان. وزارت علوم، تحقیقات و فناوری - دانشگاه بیرجند - دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی خورشید زاده، محسن، برجعلی، احمد. (۱۳۹۰). اثر بخشی طرح واره درمانی در کاهش فعالیت طرح واره های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. فرهنگ مشاوره و روان درمانی. ۲ (۶). ۳۹-۱.
- رحمتی، عباس؛ لطفی، بهناز (۱۳۸۷). تاثیر آموزش مهارت های هوش هیجانی بر کاهش تعارض های والد - فرزند در دختران نوجوان شهر کرمان. پژوهش های مشاوره (تازه ها و پژوهش های مشاوره). ۷ (۲۸). ۱۳۱-۱۱۷.
- سلیمی بجستانی، حسین؛ فرح بخش، کیومرث؛ محسنی، هاجر (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین خود متمایز سازی مادران با تعارض والد - فرزندی و مسولیت پذیری دانش آموزان دختر دوره راهنمایی. وزارت علوم، تحقیقات و فناوری - دانشگاه علامه طباطبائی - دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- صلواتی، مژگان و یکه یزدان دوست، رخساره (۱۳۹۸). **طرح واره درمانی**، تهران: انتشارات دانژه
- عسکری مارال، نادری فرح، احتشام زاده پروین، عسگری پرویز، حیدری علیرضا. اثربخشی مداخله ترکیبی طرحواره درمانی و درمان دلبستگی با مادران دارای طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک دلبستگی ناایمن، بر مشکلات رفتاری کودکان. مجله پرستاری کودکان. ۱۳۹۵؛ ۳ (۲): ۴۲-۴۹

علی پور، احمد؛ عاصمی، زهرا؛ حسینی یزدی، عاطفه (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی سه روش مداخله ای پسخوراند عصبی، آموزش مدیریت رفتار والدین و درمان ترکیبی در کاهش نشانگان اختلال سلوک کودکان. روان شناسی کاربردی. ۸(۴). ۷۹-۹۴.

فرهمنده، وحید؛ ربانی زاده، علی؛ دهقان پور فراشاه، هاشم (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی نوروفیدبک، ریتالین و ترکیب آن ها در پیشرفت تحصیلی و علائم اختلال نقص توجه- بیش فعالی کودکان. تحقیقات علوم رفتاری. ۱۷(۲). ۱۷۱-۱۸۱.

هنرپروران، نازنین؛ نظیری، قاسم؛ محمدنژاد، مهرانگیز (۱۳۸۹). اثربخشی رویکرد طرح واره درمانی به شیوه ی گروهی بر تعدیل طرح واره های ناسازگار اولیه در زنان افسرده سال ۱۳۸۸، فصلنامه زن و جامعه، ۱(۱). ۱۴۴-۱۲۹.

ویسانی، مختار؛ شهنی بیلاق، منیجه؛ عالی پور، سیروس؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۹۴). اثربخشی روش ارتباط کودک-والد بر شدت نشانگان اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی. روانشناسی خانواده. دوره ۲. شماره ۱. ۳۸-۲۹.

یارمحمدی واصل، مسیب؛ برجعلی، احمد (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود اختلال افسردگی اساسی عود کننده. فرهنگ مشاوره و روان درمانی. ۳(۱۲). ۴۸-۲۱.

یانگ، جفری؛ کلوکسو، زانت؛ ویشار، مارجوری (۲۰۱۳). طرحواره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی). ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۳۹۸). تهران: ارجمند.

یانگ، جفری (۱۹۹۹). شناخت درمانی اختلالات شخصیت: رویکرد طرحواره محور. ترجمه حسن حمیدپور و علی صاحبی (۱۳۹۵). تهران: آگه، ارجمند.

Bean, R. A., Bush, K. R., McKenry, P. C., & Wilson, S. M. (2019). *The impact of parentsupport, behavioral control, and psychological control on the academic achievementand self-esteem of African American and European American adolescents. Journal ofAdolescent Research*, 18, 523-541.

Branje, S. J., van Doorn, M., van der Valk, I., & Meeus, W. (2009). Parent-adolescent conflicts, conflict resolution types, and adolescent adjustment. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(2), 195-204.

Goyette, C. H., Conners, C. K., & Ulrich, R. F. (1978). Normative data on revised Conners parent and teacher rating scales. *Journal of abnormal child psychology*, 6(2), 221-236.

Gross, I. M. (2020). *Predictors of academic achievement and failure among low-income urban African-American adolescents: An ecological perspective*, Loyona University Chicago, http://ecommons.luc.edu/luc_theses/498

Gunty, A. L., & Buri, J. R. (2008). Parental Practices and the Development of Maladaptive Schemas. *Online Submission*.

Hatami, M., & Fadayi, M. (2015). Effectiveness of schema therapy in intimacy, marital conflict and early maladaptive schemas of women suing for divorce. *International Journal of Advanced Biological and Biomedical Research*, 3(3), 285-290.

- Lahav-Kadmiel, Z., & Brunstein-Klomek, A. (2018). Depressive symptoms in adolescence: The moderating role of parent-child conflicts among boys and girls. *Journal of adolescence*, 68, 152-158.
- Orue, I., Calvete, E., & Fernández-González, L. (2019). Social information processing and social information processing in child-to-parent aggression. *Journal of interpersonal violence*, 0886260519831395.
- Parden, A., & Andr, I. (2016). The effect of schema therapy based on cognitive on the Meta cognitive beliefs and early maladaptive schemes of couples. *Journal of Applied Psychology*, V 63, (3): 400-409.
- ۸۹۳.
- Reitman, D., Hummel, R., Franz, D. Z., & Gross, A. M. (1998). A review of methods and instruments for assessing externalizing disorders: theoretical and practical considerations in rendering a diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 555-584.
- Schoppe-Sullivan, S. J., Mangelsdorf, S. C., Haight, W. L., Black, J. E., Sokolowski, M. S., Giorgio, G., & Tata, L. (2007). Maternal discourse, attachment-related risk, and current risk factors: Associations with maternal parenting behavior during foster care visits. *Journal of applied developmental psychology*, 28(2), ۱۴۹-۱۶۵.
- Smit & Jonse (2019). Maladaptive schemas, negative life events, and psychological distress. *Studies on Home and Community Science*, 5(2), 99-104
- Siffert, A., & Schwarz, B. (2011). Parental conflict resolution styles and children's adjustment: Children's appraisals and emotion regulation as mediators. *The Journal of Genetic Psychology*, 172(1), 21-39.
- Torres, C. (2002). Early maladaptive schemas and cognitive distortions in psychopathy and narcissism.
- Vaughan, E. L., Feinn, R., Bernard, S., Brereton, M., & Kaufman, J. S. (2013). Relationships between child emotional and behavioral symptoms and caregiver strain and parenting stress. *Journal of Family Issues*, 34(4), ۵۳۴-۵۵۶.

- Waller, G., Meyer, C., & Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema Questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive Therapy and Research*, 25(2), 137-147.
- Young J.E. & Brown.G. (2013). Young schema Questionnaire Special Edition. New York: schema Therapy Institute.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange

