

Research Paper



### Comparing the Effectiveness of Reality Therapy Based on Choice Theory and Schema Therapy on Cognitive Flexibility in People with Gender Dysphoria (Transsexual)



Farkhonde Nikkhah Sarvandani<sup>1</sup>, Mehdi Shahnazari<sup>2\*</sup>, Nahid Havassi<sup>2</sup>, Marjan Taghvayi<sup>2</sup>,  
Masoumeh Zian Bagheri<sup>2</sup>

- 1. PhD student, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
- 2. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.



DOI: [10.22034/jmpr.2024.61666.6212](https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.61666.6212)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_18584.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18584.html)



ARTICLE INFO

ABSTRACT

**Keywords:**  
Reality Therapy Based on Choice Theory, Schema Therapy, Cognitive Flexibility, Gender Dysphoria

Received: 2024/05/14  
Accepted: 2024/08/24  
Available: 2024/09/28

The purpose of the present study was to compare the effectiveness of reality therapy based on choice theory and schema therapy on the cognitive flexibility of gender dysphoria (transsexual). The research method was semi-experimental with a pre-test, post-test design with a control group and a follow-up period. The statistical population included all the people with gender dysphoria who referred to the Mehta Association in Tehran in 1401, using available sampling methods, 45 people were randomly selected into two experimental groups (15 people) and a control group (15 people). were replaced the research tool included Dennis and Vander Waal's cognitive flexibility questionnaire. Data analysis was done using mixed analysis of variance test in SPSS-26 software. The findings showed that according to F in the perception of different options (4.342), perception of controllability (9.706) and perception of justification of behavior (4.914) was greater than F 0,05, therefore reality therapy based on choice theory and Schema therapy has been effective on the dimensions of cognitive flexibility. Also, according to the absolute value of the calculated t index [perception of different options (1.079), perception of controllability (0.564), and perception of justification of behavior (1.293)] smaller than B05.0, there was no significant difference in the average scores of people in the post-test and follow-up stage, and the effectiveness of the interventions in the follow-up stage has also been established. The results showed that reality therapy based on choice theory and schema therapy is effective on the cognitive flexibility of people with gender boredom and can improve this component.



\* Corresponding Author: Mehdi Shahnazari  
E-mail: Shahnazari\_psy@yahoo.com



## مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب و طرحواره درمانی بر انعطاف‌پذیری شناختی افراد دارای ملال جنسیتی (ترنسکشوال)



فرخنده نیک خواه سروندانی<sup>۱</sup>، مهدی شاه نظری<sup>۲\*</sup>، ناهید هواسی<sup>۲</sup>، مرجان تقوایی مقدم<sup>۲</sup>، معصومه زیان باقری<sup>۲</sup>

۱. دانشجوی دکترا، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.



DOI: [10.22034/jmpr.2024.61666.6212](https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.61666.6212)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_18584.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18584.html)



### چکیده

### مشخصات مقاله

#### کلیدواژه‌ها:

واقعیت درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب، طرحواره درمانی، انعطاف‌پذیری شناختی، ملال جنسیتی

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب و طرحواره درمانی بر انعطاف‌پذیری شناختی افراد دارای ملال جنسیتی (ترنسکشوال) بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون همراه با گروه گواه و دوره پیگیری بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد دارای ملال جنسیتی مراجعه‌کننده به انجمن مهتا شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود که با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندر وال بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته در نرم افزار SPSS-26 انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که با توجه  $F$  در ادراک گزینه‌های مختلف (۴/۳۴۲)، ادراک کنترل پذیری (۹/۷۰۶) و ادراک توجیه رفتار (۴/۹۱۴) بزرگ‌تر از  $F_{0/05}$  بود، لذا واقعیت درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب و طرحواره درمانی بر ابعاد انعطاف‌پذیری شناختی اثربخش بوده است. همچنین با توجه به قدمطلق شاخص  $t$  محاسبه شده [ادراک گزینه‌های مختلف (۱/۰۷۹)، ادراک کنترل پذیری (۰/۵۶۴)، و ادراک توجیه رفتار (۱/۲۹۳)] کوچک‌تر از  $t_{0/05}$  تفاوت معناداری در میانگین نمرات افراد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری وجود نداشته و نیز اثربخشی مداخلات در مرحله پیگیری نیز تثبیت گردیده است. نتایج نشان داد واقعیت درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب و طرحواره درمانی بر انعطاف‌پذیری شناختی افراد دارای ملال جنسیتی اثربخش است و می‌تواند این مولفه را بهبود بخشد.

دریافت شده: ۱۴۰۳/۰۲/۲۵

پذیرفته شده: ۱۴۰۳/۰۶/۰۳

منتشر شده: ۱۴۰۳/۰۷/۰۷

\* نویسنده مسئول: مهدی شاه نظری

رایانامه: Shahnazari\_psy@yahoo.com

## مقدمه

اختلال هویت جنسیتی<sup>۱</sup> در DSM-5 با اصطلاح تراجنسیتی<sup>۲</sup> ارائه شده است که به عنوان درجه شدید اختلال ملال جنسیتی<sup>۳</sup> شناخته می‌شود (کاپلان<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). این اختلال به احساس ناراحتی از ساخت آناتومیکی جنسی خود و آرزوی خلاصی از اعضای تناسلی خویش و زندگی کردن به صورت فردی از جنس مقابل تعریف می‌شود که حداقل به مدت ۶ ماه دوام دارد (عیسی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹). در واقع یک حالت روان‌شناختی است که نمایانگر احساس فرد از مذکر و مؤنث بودن خود بوده و این افراد، خود را متعلق به گروه جنسی مخالف می‌دانند و از وضعیت جنسی-بدنی خود ناراضی هستند (لیتمان<sup>۵</sup>، ۲۰۲۱). افراد مبتلا با مشکلات زیادی از اوان کودکی تا بزرگ سالی به خصوص در دوران بلوغ رو به رو می‌شوند از جمله، مشکل جنسیت متضاد آن‌هاست که با روحیه و عواطف آن‌ها همخوانی ندارد و افراد باید تن به پذیرش جنسیتی دهند که از آن منزجر اند. به نحوی که این افراد در شناخت هویت جنسی خود دچار اختلال شده و در ذهن و روان خویش، خود را از جنسی دیگر می‌بینند و باور دارند که به اشتباه مرد یا زن متولد شده‌اند چون شیفته هویت نهان خود هستند (گالوپ، فارو و پهل<sup>۶</sup>، ۲۰۲۱).

یکی از مشکلات عمده‌ای که افراد تراجنسیتی تجربه می‌کنند مشکلاتی پیرامون انعطاف‌پذیری است (آفگول و همکاران، ۲۰۲۳). انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۷</sup> نوعی انعطاف‌پذیری است که به میزان تجربه‌پذیری فرد در مقابل تجارب درونی و بیرونی اشاره داشته و یکی از ویژگی‌های اساسی برای رفتار تطبیقی انسان به شمار می‌رود و فرآیندهای تصمیم‌گیری پیچیده‌ای را منعکس می‌کند که به عنوان بخشی از فرآیندهای کنترل اجرایی شناخته می‌شوند (فائولکنر<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). در واقع، انعطاف‌پذیری شناختی، توانایی تغییر آمایه‌های شناختی به منظور سازگاری با محرک‌های متغیر محیطی است (المرزوقی<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). برخی پژوهشگران انعطاف‌پذیری شناختی را میزان ارزیابی فرد از کنترل‌پذیر بودن شرایط تعریف کرده‌اند که این ارزیابی در موقعیت‌های مختلف تغییر می‌کند (فرینکینگ<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). افرادی که تفکر انعطاف‌پذیری دارند، از توجیحات جایگزین استفاده کرده، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و از نظر روان‌شناختی در برابر افراد انعطاف‌ناپذیر بردبارترند (دگیتانو<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۶).

با توجه به مشکلات بحث شده در زمینه مختلف اعم از انعطاف‌پذیری شناختی، استفاده از الگوهای برنامه‌های درمانی و مداخلات روان‌شناختی از اهمیت بالایی برخوردار است. بدین منظور درمان‌های مختلفی ارائه شده است

که در ادامه به واقعیت‌درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب<sup>۱۲</sup> و طرحواره‌درمانی<sup>۱۳</sup> پرداخته‌ایم.

یکی از روش‌های مطرح برای کاهش و حل مسائل مربوط به انعطاف‌پذیری، استفاده از روش واقعیت‌درمانی گلاسر است. واقعیت‌درمانی، بر نظریه انتخاب استوار است و فرض را بر این می‌گذارد که مردم مسئول زندگی خویش و اعمال و احساسات و رفتارشان هستند. از میان نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی موجود، واقعیت‌درمانی بیش از سایر رویکردها بر موضوع هویت تأکید کرده است (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۹۹). در واقع رویکرد واقعیت‌درمانی یک درمان فعال، کاربردی، آموزشی، شناختی و رفتار محورانه، اغلب از روش عقد قرار استفاده می‌کند و هنگامی که قرار داد انجام شد، درمان خاتمه می‌یابد، این رویکرد می‌تواند هم حمایتی و هم مواجهه‌ای باشد (گلاسر، ۱۹۹۸؛ ماسکی<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). در واقع می‌توان گفت واقعیت‌درمانی به دلیل ماهیت تأکیدش بر نقاط قوت افراد، می‌تواند میزان انعطاف‌پذیری شناختی و حرمت خود جسمانی افراد تراجنسی حتی آنهایی که خواهان جراحی هستند بهبود ببخشد و به کمک این رویکرد درمانی به این نتیجه دست یابند که رفتارها از درون ما صادر می‌شوند و بیشتر رفتارهای ما انتخابی هستند (سانودوی<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). در این رویکرد ما خود سرنوشت خود را انتخاب می‌کنیم. ما ناخدای کشتی خود هستیم و این ما هستیم که می‌توانیم با انعطاف، مسیر آن را مهار کنیم (مرادی و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین با توجه به اینکه انعطاف‌پذیری سازه‌ای مهم در رویکرد درمانی واقعیت‌درمانی در نظر گرفته شده است؛ لذا اثربخشی این رویکرد در سازه انعطاف‌پذیر شناختی افراد تراجنسی بصورت پایدار دور از انتظار نیست.

از دیگر رویکردهای درمانی موثر بر اختلالات ملال جنسیتی و پیامدهای روان‌شناختی آن، طرحواره‌درمانی است (عیسی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹). درمان یکپارچه و جدیدی که عمدتاً براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری<sup>۱۶</sup> سنتی بنا شده است و اصول و مبانی مکتب‌های شناختی رفتاری، دلبستگی، روابط شی، گشتالت، سازنده‌گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی تلفیق کرده است (قوتی، ۱۳۹۸). طرحواره‌درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد. هدف اولیه این مدل روان‌درمانی ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌هاست و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها است (باقری دینانی، ۱۳۹۸). در واقع تمرینات شناختی، هیجانی و رفتاری این درمان به افراد این امکان را می‌دهد که زمانی که افکار نشخوارکننده به ذهن آنها می‌آید این افکار را به طور روشن‌تر شناسایی و بررسی کنند و به طور فعال ذهن خود را

9. Almarzooqi
10. Frinking
11. DeGaetano
12. Reality Therapy based on Selection Theory
13. Schema Therapy
14. Maskey
15. Sañudo
16. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

1. Gender Identity Disorder (GID)
2. transsexual
3. Gender Dysphoria
4. Kaplan
5. Littman
6. Galupo, Pulice-Farrow, Pehl
7. Psychosocial flexibility
8. Faulkner

## ابزار پژوهش

۱) پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال (cfi): توسط دنیس و وندر وال<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) تدوین و دارای ۲۰ گویه و سه مولفه (۱) ادراک گزینه (۲) توجه‌جایگزین و (۳) راه حل جایگزین. نمره دهی بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (از بسیار مخالفم=۱ تا بسیار موافقم=۷) می‌باشد. دامنه نمرات ۲۰-۱۴۰ است. دنیس و وندروال (۲۰۱۰) روایی همزمان این ابزار با مقیاس افسردگی یک برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ و آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌های ادراک گزینه‌های مختلف، کنترل‌پذیری و توجه رفتار به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹، ۰/۵۵ گزارش شد. همچنین این پرسشنامه از روایی عاملی همگرا، و همزمان مطلوبی در ایران برخوردار است؛ به نحوی که در نسخه فارسی، برخلاف مقیاس اصلی که تنها دو عامل به دست آمد، پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دارای سه عامل ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجه رفتار است (شاره و همکاران، ۱۳۹۲). در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای گزینه‌های مختلف، کنترل‌پذیری و توجه رفتار ۰/۷۲، ۰/۸۵، ۰/۵۱ و ۰/۸۰ بود. همچنین پایایی ابزار به روش بازآزمایی برابر با ۰/۷۰، ۰/۸۹، ۰/۸۰ بود.

۲) پروتکل واقعیت‌درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب: جلسات درمانی بر اساس پروتکل جسوه و هاساین (۲۰۱۵) تدوین شده که روایی آن در ایران توسط رضایی حسین‌آبادی و خیاطان (۱۳۹۶) انجام شده است. مداخله بر اساس ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته دو جلسه) اجرا گردید. خلاصه جلسات در ادامه ارائه شده:

جلسه مقدماتی: آشنایی و ایجاد ارتباط با آزمودنی و و ایجاد رابطه مبتنی بر اعتماد، در رابطه با رضایت آگانه برای شرکت در پژوهش و نحوه همکاری، اخذ رضایت نامه و پر کردن پرسشنامه‌های پیش‌آزمون.  
جلسه اول: شناختن پنج نیاز اساسی انسان همراه آموزش تئوری انتخاب، فهرست‌بندی نیازهای اساسی با تلاش فرد و کمک مشاور، بررسی اهمیت برآوردن نیازهای پنج‌گانه.  
جلسه دوم: دریافت بازخورد از جلسه قبل، و درخواست توضیح در مورد دید کلی.

جلسه سوم: توضیح در مورد رفتار کلی و آموزش کنترل مستقیم عمل و فکر و دو مؤلفه دیگر رفتار را فقط به طور غیرمستقیم و با کنترل عمل و تفکر می‌توان کنترل کرد.

جلسه چهارم: تعیین میزان دسترسی یا ناکامی در استفاده از رفتار و اقدام کنونی برای اختلال هویت و بررسی اینکه رفتار فعلی برای رسیدن به اهداف و نیازها چه کمکی می‌تواند کند.

جلسه پنجم: دریافت بازخورد، کمک به فرد برای شناختن رفتار و احساس کنونی، و کم اهمیت جلوه دادن گذشته در رفتار کنونی و تأکید بر کنترل درونی نسبت به بحران هویت

از افکار نشخوارکننده و آزردهنده خارج کنند. بنابراین، افراد تراجنسی در طی درمان راهبردهایی را یاد می‌گیرند که به وسیله آن از تصویرهای که موجب نشخوار ذهنی می‌شوند، رهایی یابند و ذهن این افراد دچار خستگی نمی‌شود و بدین ترتیب، این تغییرات و یادگیری‌های تازه، قدرت انعطاف‌پذیری شناختی را در افراد افزایش می‌دهد (ماگرینی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). نظر به شناختی بودن پایه این رویکرد احتمال بیشتری وجود دارد که اثربخشی آن بویژه در انعطاف‌پذیر شناختی افراد تراجنسی پایدار و بلند مدت باشد.

به طور کلی با توجه به شیوع پیامدهای روانشناختی منفی در افراد دارای ملال جنسیتی (ترنسکشوال) در جامعه امروزی ایران و نیز محدودیت‌های مذهبی- فرهنگی فزاینده در این حوزه روبرو هستند که می‌تواند از یکسو برای خود و خانواده و از سوی دیگر برای جامعه هزینه‌هایی را به دنبال داشته باشد؛ لذا توجه به پیامدهای این اختلال بویژه ابعاد مختلف هویتی که در حوزه فردی، اجتماعی و جمعی قادر است تا جنبه‌های مختلفی را درگیر سازد حائز اهمیت بوده و از طرفی بدلیل مطرح بودن رویکردهای مختلف، پژوهش حاضر بر آن است تا واقعیت‌درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب به‌عنوان رویکرد نسبتاً جدید در ایران و مقایسه تاثیر آن با و طرحواره درمانی خلاء مطالعات پیشین در خصوص مقایسه اثربخشی این دو رویکرد بر ابعاد هویتی بپردازد. لذا هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب و طرحواره درمانی بر انعطاف‌پذیری شناختی افراد دارای ملال جنسیتی (ترنسکشوال) بود.

## روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و از نظر روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه و دوره پیگیری بود. جامعه‌ی آماری شامل کلیه افراد دارای ملال جنسیتی مراجعه‌کننده به انجمن مهتا (انجمن حمایتی از تراجنسیتی‌ها) شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش واقعیت‌درمانی، طرحواره درمانی و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. معیار ورود شامل: رضایت کتبی و آگاهانه، تشخیص ملال جنسیتی، دامنه سنی ۱۸-۴۷ سال بود. ملاک خروج نیز شامل: غیبت بیش از دو جلسه در مداخلات، مصرف دارو و شرکت در مداخلات درمانی مشابه و مخدوش بودن و عدم تکمیل ابزار بود. گروه واقعیت‌درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب و گروه طرحواره درمانی تحت آموزش به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته دو جلسه) قرار داشتند. گروه گواه مداخله ای را دریافت نکرد. یک هفته بعد از اجرای مداخلات، پس‌آزمون و نیز سه ماه پس آن دوره پیگیری اجرا و ارزیابی شد. ضمناً داده‌ها از طریق روش تحلیل واریانس آمیخته توسط SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

1. Magrini-Curzio
2. Cognitive flexibility intervention



جلسه ششم: سنجش و آموزش طرحواره‌درمانی شامل سنجش و تشخیص طرحواره‌های ناسازگار اولیه  
 جلسه هفتم: استفاده از راهبردهای شناختی طرحواره درمانی، اصلاح طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد  
 جلسه هشتم: استفاده از راهبردهای رفتاری طرحواره درمانی، اصلاح طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد  
 جلسه نهم: استفاده از راهبردهای تجربی طرحواره درمانی، تغییر و بهبودی سطح هیجانی و عاطفی طرحواره‌های ناسازگار  
 جلسه دهم: آموزش روش‌های الگو شکنی، جایگزین کردن رفتارهای سالم و کارآمد به جای رفتارهای مقابله‌ای و ناسازگار  
 جلسه پایانی: جمع‌بندی مطالب جلسات پیشین و ارزیابی اثربخشی طرحواره درمانی اجرای مجدد پرسشنامه

### یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی نمونه پژوهش نشان داد که حجم نمونه کلی شامل ۴۵ نفر از افراد دارای ملال جنسیتی (ترنسکشوال) با گرایش مرد به زن بودند که میانگین سنی ۳۵/۴۱ و انحراف استاندارد ۹/۳۴ داشتند. ۵ نفر (۱۱ درصد) دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۱۷ نفر (۳۸ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم، ۲۳ نفر (۵۱ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی و بالاتر بودند. ۱۵ نفر (۳۴ درصد) دارای سابقه ملال جنسیتی در خانواده بودند و ۳۰ نفر (۶۶ درصد) سابقه‌ای را گزارش نکردند. ۱۷ نفر (۳۸ درصد) سابقه مشکلات روانشناختی و ۳۳ نفر (۶۲ درصد) سابقه‌ای را گزارش نکردند. ۲۶ نفر (۵۷ درصد) از افراد گروه نمونه با وضعیت بدون عمل جراحی، ۱۵ نفر (۳۳ درصد) با سابقه انجام عمل جراحی و ۴ نفر (۱۰ درصد) نیز حین انجام عمل جراحی بودند.

در ادامه و جدول ۱ شاخص‌های توصیفی ابعاد هویت به تفکیک سه گروه پژوهشی (واقعیت درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب، طرحواره درمانی، و گواه) در سه نوبت اجرای آزمون (پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری) ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی پژوهش

گواه	طرحواره درمانی		واقعیت درمانی		نوبت اجرا	مولفه
	SD	M	SD	M		
۶/۹۹	۵۳/۸۷	۱۰/۳۵	۵۱/۷۳	۶/۴۰	۵۸/۲۷	پیش آزمون
۶/۸۹	۵۴/۰۰	۹/۱۰	۵۸/۸۰	۴/۰۶	۶۷/۶۷	پس آزمون
۶/۹۷	۵۴/۲۷	۸/۰۳	۵۸/۲۰	۴/۴۲	۶۵/۴۰	پیگیری
۷/۵۴	۳۳/۸۰	۷/۳۵	۳۴/۱۳	۸/۹۱	۳۴/۹۳	پیش آزمون
۷/۵۸	۳۶/۶۷	۵/۱۸	۲۸/۴۰	۷/۳۶	۳۱/۰۷	پس آزمون
۷/۵۵	۳۶/۹۳	۴/۰۴	۲۹/۲۷	۶/۶۸	۳۱/۴۰	پیگیری

جلسه ششم: آشنایی فرد با مسئولیت‌هایش و کمک به پذیرش و افزایش مسئولیت‌پذیری در قبال انتخاب رفتارها و راهکارهایی که منجر به گرایش نسبت به ناامیدی و کاهش شادکامی می‌شوند.  
 جلسه هفتم: دریافت بازخورد از جلسه قبل، تعیین اهمیت برنامه‌ریزی جهت انجام سریع‌تر و بهتر کارها، و استفاده بهینه از وقت و آموزش طرح‌ریزی برای رسیدن به سایر اهداف زندگی  
 جلسه هشتم: آشنایی با مسائل تغییر و تعهد، و ارائه تکالیف بر اساس عینی بودن، قابل اندازه‌گیری بودن و قابل اجرا هر چند کوچک و تعهد بر مبنای کاهش بحران هویت  
 جلسه نهم: دریافت بازخورد، بررسی و تاکید مجدد بر قبول مسئولیت توسط فرد، کمک به فرد برای جایگزین کردن کنترل درونی  
 جلسه دهم و یازدهم: ایجاد روابط موثر بین فردی، مواجه شدن با واقعیت، قضاوت اخلاقی رفتار، بودن در اینجا و اکنون  
 جلسه دوازدهم: جمع‌بندی مطالب جلسات پیشین و ارزیابی اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب، پس آزمون

**۳) پروتکل طرحواره درمانی:** این مداخله درمانی بر اساس پژوهش بین، بردلی، کلمن<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۲) برای درمان اختلالات هویت جنسی تدوین و براساس پژوهش عیسی‌زاده و همکاران (۱۳۹۹) در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تهیه شد:

جلسه مقدماتی: آشنایی و ایجاد ارتباط همدلانه، توضیح در رابطه با رضایت آگانه برای شرکت در پژوهش، پیش‌آزمون  
 جلسه اول: آموزش اهداف طرحواره، ارزیابی وضعیت اولیه گروه و مشخص کردن انتظارات بیمار از درمانگر و ایجاد توافق درمانی  
 جلسه دوم: تعریف طرحواره درمانی، آشنایی و درک مفاهیم و نحوه کاربرد آن و مهارت‌های پردازش و کسب اطلاعات  
 جلسه سوم: آموزش و شناخت طرحواره‌های ناسازگار اولیه، فراگیری علمی مفاهیم باورهای ناکارآمد و سبک‌های اسنادی  
 جلسه چهارم: معرفی و آشنایی کامل با حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تشخیص آنها  
 جلسه پنجم: آموزش شناخت مفهوم هماهنگی شناختی و انطباق با آن، معرفی پاسخ‌های ناکارآمد مقابله‌ای با تجربیات شخصی

۲/۳۳	۱۰/۱۳	۲/۷۵	۸/۸۷	۲/۷۵	۱۰/۶۰	پیش‌آزمون	
۲/۵۳	۹/۶۰	۲/۴۳	۱۰/۷۳	۲/۲۶	۱۱/۶۷	پس‌آزمون	توجیه رفتار
۲/۰۳	۱۰/۴۷	۲/۱۷	۱۰/۸۷	۱/۹۹	۱۱/۴۰	پیگیری	

پیش از اجرای آزمون تحلیلی واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های این آزمون بررسی شد. برای این منظور با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک بهنجار بودن توزیع داده‌های حاصل از اندازه‌گیری متغیر پژوهش مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی بهنجاری

طرحواره درمانی			واقعیت درمانی			نوبت اجرا	
(P)W	SD	M	(P)W	SD	M		
۰/۸۷۷ (۰/۰۴۳)	۱۰/۳۵	۵۱/۷۳	۰/۹۶۴ (۰/۷۶۸)	۶/۴۰	۵۸/۲۷	پیش‌آزمون	گزینه‌های مختلف
۰/۸۸۵ (۰/۰۵۶)	۹/۱۰	۵۸/۸۰	۰/۹۱۹ (۰/۱۸۷)	۴/۰۶	۶۷/۶۷	پس‌آزمون	
۰/۸۸۷ (۰/۰۶۰)	۸/۰۳	۵۸/۲۰	۰/۹۰۶ (۰/۱۱۷)	۴/۴۰	۶۵/۴۰	پیگیری	
۰/۹۶۶ (۰/۷۸۸)	۷/۳۵	۳۴/۱۳	۰/۸۹۰ (۰/۰۶۷)	۸/۹۱	۳۴/۹۳	پیش‌آزمون	کنترل پذیری
۰/۹۶۰ (۰/۶۹۰)	۵/۱۸	۲۸/۴۰	۰/۹۵۴ (۰/۵۹۷)	۷/۳۶	۳۱/۰۷	پس‌آزمون	
۰/۹۶۲ (۰/۷۲۸)	۴/۰۴	۲۹/۲۷	۰/۹۰۰ (۰/۰۹۵)	۶/۶۸	۳۱/۴۰	پیگیری	
۰/۹۵۶ (۰/۶۲۴)	۲/۷۵	۸/۸۷	۰/۹۶۶ (۰/۷۹۷)	۲/۷۵	۱۰/۶۰	پیش‌آزمون	توجیه رفتار
۰/۹۰۳ (۰/۱۰۵)	۲/۴۳	۱۰/۷۳	۰/۹۳۴ (۰/۳۱۶)	۲/۲۶	۱۱/۶۷	پس‌آزمون	
۰/۹۲۵ (۰/۲۲۹)	۲/۱۷	۱۰/۸۷	۰/۹۶۲ (۰/۷۲۹)	۱/۹۹	۱۱/۴۰	پیگیری	

مبنی بر عدم تفاوت میانگین نمره‌های پیش‌آزمون در سه گروه پژوهشی تأیید می‌شود. بنابراین سه گروه پژوهش از لحاظ متغیرهای مورد بررسی، در پیش‌آزمون، همگن هستند. در ادامه جهت بررسی اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب و طرحواره درمانی بر انعطاف‌پذیری شناختی افراد دارای ملال جنسیتی (ترنسکشوال) از تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک عامل (تحلیل واریانس آمیخته) استفاده شده است.

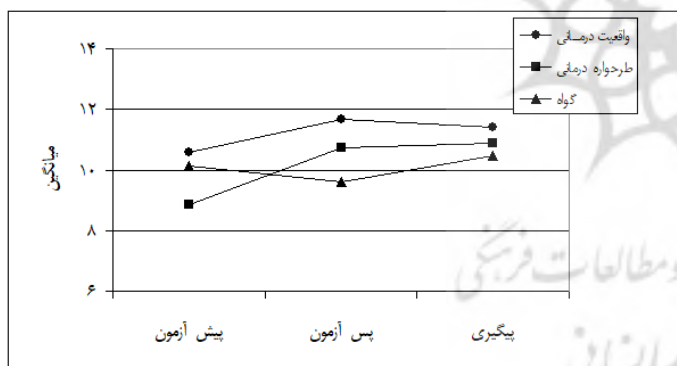
با توجه به اینکه سطح معناداری شاخص W شاپیرو ویلک در متغیرهای مورد بررسی در هر سه نوبت اندازه‌گیری و در هر سه گروه پژوهش بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد توزیع داده‌های متغیرهای مورد بررسی در پژوهش حاضر بهنجار می‌باشد. برای بررسی همگن بودن سه گروه پژوهشی در نمره‌های پیش‌آزمون، از تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد. نتایج نشان داد که با توجه به اینکه شاخص‌های F مشاهده شده (برای مولفه‌های هر سه متغیر) کوچک‌تر از شاخص  $F_{.05}$  بحرانی با درجه آزادی‌های ۴۲ و ۲ (۳/۲۲) است بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر

جدول ۳: خلاصه تجزیه و تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک عامل [انعطاف پذیری شناختی]

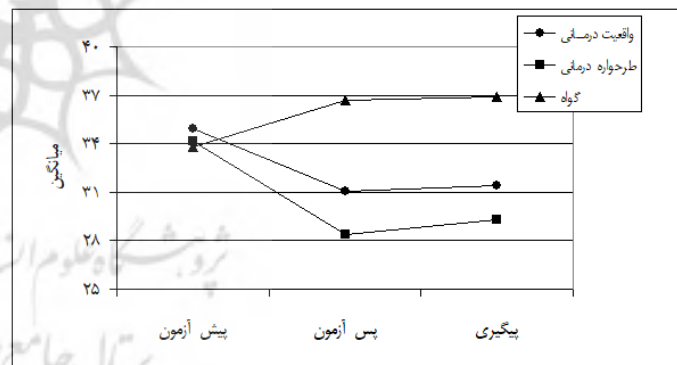
درون آزمودنی‌ها							بین آزمودنی‌ها				مولفه
اندازه اثر		F		درجه آزادی		اندازه اثر		درجه آزادی		F	
مجدور انا جزئی		کنش متقابل		کنش متقابل		مجدور انا جزئی		سطرها (خطا ۱)			
C*R	C	C*R	C	C*S/R	C*R	C	C	S/R	R		
۰/۱۷۱	۰/۳۱۳	*۴/۳۴۲	**۱۹/۱۲	۴۷/۴۸	۲/۲۶	۱/۱۳	۰/۲۶۱	**۷/۴۰	۴۲	۲	ادراک گزینه
۰/۳۲۸	۰/۱۳۶	**۱۰/۲۵۰	**۶/۶۰	۴۹/۶۱	۲/۳۶	۱/۱۸	-----	۲/۴۰	۴۲	۲	ادراک کنترل
۰/۲۱۰	۰/۲۱۸	**۵/۵۹۶	**۱۱/۷۳	۵۷/۱۹	۲/۷۲	۱/۳۶	-----	۱/۲۷	۴۲	۲	توجیه رفتار

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

نتایج حاصل از اندازه‌گیری مکرر نشان داد که با توجه به اینکه شاخص F محاسبه شده برای ادراک گزینه‌های مختلف (۴/۳۴۲) بزرگ‌تر از  $F_{0.05}$  با درجات آزادی ۲/۲۶ و ۴۷/۴۸ (۳/۱۹)، برای ادراک کنترل پذیری شاخص F محاسبه شده (۹/۷۰۶) بزرگ‌تر از  $F_{0.01}$  با درجات آزادی ۲/۳۶ و ۴۹/۶۱ (۵/۰۶) و برای ادراک توجیه رفتار شاخص F محاسبه شده (۴/۹۱۴) بزرگ‌تر از  $F_{0.01}$  با درجات آزادی ۲/۵۶ و ۵۳/۸۳ (۴/۱۶) است؛ بنابراین فرض صفر مبنی بر برابری میانگین در سه نوبت اجرای آزمون با اطمینان ۹۹ درصد رد می‌توان گفت واقعیت درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب و طرحواره درمانی بر انعطاف پذیری شناختی افراد دارای ملال جنسیتی اثربخش بوده است.

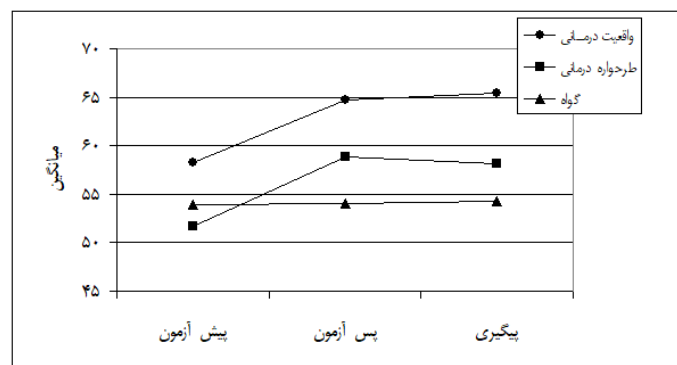


شکل ۲: کنش متقابل [ادراک کنترل پذیری]



شکل ۱: کنش متقابل [ادراک گزینه]

با توجه به معنادار بودن کنش متقابل گروه‌های پژوهشی و نوبت‌های اجرا در تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک عامل؛ در ادامه برای بررسی اثربخشی دو درمان پژوهش و مقایسه آنها میانگین تفاوت زوج نمره‌های نوبت پیش آزمون و پس آزمون در سه گروه پژوهشی با استفاده از آزمون تعقیبی بُن‌فرونی با یکدیگر مقایسه شده است. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ گزارش شده است.



شکل ۳: کنش متقابل [ادراک توجیه رفتاری]

جدول ۴: مقایسه میانگین دو به دو نمره‌های افتراقی پیش آزمون و پس آزمون در سه گروه پژوهشی [انعطاف پذیری شناختی]

مولفه	گروه	میانگین نمره‌های افتراقی	واقعیت درمانی	طرحواره درمانی	گواه	زیرگروه‌های همگن	
						۱	۲
گزینه‌های مختلف	واقعیت‌درمانی	-۶/۴۰	-----	۰/۶۷	*-۶/۲۷	واقعیت درمانی	-۶/۴۰
	طرحواره‌درمانی	-۷/۰۷	-۰/۶۷	-----	*-۶/۹۳	طرحواره درمانی	-۷/۰۷
کنترل پذیری	گواه	-۰/۱۳	*۶/۲۷	*۶/۹۳	-----	گواه	-۰/۱۳
	واقعیت درمانی	۳/۸۷	-----	-۱/۸۷	**۶/۷۳	واقعیت درمانی	۳/۸۷
	طرحواره‌درمانی	۵/۷۳	۱/۸۷	-----	**۸/۶۰	طرحواره درمانی	۵/۷۳
	گواه	-۲/۸۷	**۶/۷۳	**۸/۶۰	-----	گواه	-۲/۸۷
توجیه رفتار	واقعیت درمانی	-۱/۰۷	-----	۰/۸۰	*-۱/۶۰	واقعیت درمانی	-۱/۰۷
	طرحواره‌درمانی	-۱/۸۷	-۰/۸۰	-----	**۲/۴۰	طرحواره درمانی	-۱/۸۷
	گواه	۰/۵۳	*۱/۶۰	**۲/۴۰	-----	گواه	۰/۵۳

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

شناختی افراد دارای ملال جنسیتی تفاوت وجود ندارد. در ادامه جهت بررسی ثبات اثربخشی مداخلات از آزمون مقایسه زوجی استفاده گردید که نتایج آزمون میانگین دو گروه وابسته برای مقایسه نمره‌های پس آزمون و پیگیری به تفکیک دو گروه آزمایشی در جدول ۵ گزارش شده است.

نتایج نشان داد که واقعیت درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب و طرحواره درمانی بر انعطاف پذیری شناختی افراد دارای ملال جنسیتی اثربخش است؛ به نحوی که موجب افزایش مولفه‌های ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار، و کاهش مولفه ادراک کنترل پذیری می‌شود. همچنین بین اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب و طرحواره درمانی بر انعطاف پذیری

جدول ۵: مقایسه نمره‌های پس آزمون و پیگیری

درمان	مولفه	نوبت اجرا	M تفاوت‌ها	SD تفاوت‌ها	خطای استاندارد	t (df=14)	p
واقعیت درمانی	گزینه‌های مختلف	پس آزمون پیگیری	-۰/۷۳	۲/۶۳	۰/۶۸	-۱/۰۷۹	۰/۲۹۹
	کنترل‌پذیری	پس آزمون پیگیری	-۰/۳۳	۲/۲۹	۰/۵۹	-۰/۵۶۴	۰/۵۸۲
طرحواره درمانی	توجیه رفتار	پس آزمون پیگیری	۰/۲۷	۰/۸۰	۰/۲۱	۱/۲۹۳	۰/۲۱۷
	گزینه‌های مختلف	پس آزمون پیگیری	۰/۶۰	۲/۲۶	۰/۵۸	۱/۰۲۸	۰/۳۲۲
گواه	کنترل‌پذیری	پس آزمون پیگیری	-۰/۸۷	۲/۰۳	۰/۵۲	-۱/۶۵۳	۰/۱۲۱
	توجیه رفتار	پس آزمون پیگیری	-۰/۱۳	۰/۵۲	۰/۱۳	-۱/۰۰۰	۰/۳۳۴

t محاسبه شده ادراک گزینه‌های مختلف (۱/۰۲۸)، ادراک کنترل‌پذیری (۱/۶۵۳)، و ادراک توجیه رفتار (۰/۳۳۴) کوچکتر از  $t_{0.05}$  با درجه آزادی ۱۴ در آزمون‌های دو دامنه (۲/۱۴۵) است. بنابراین تفاوت معناداری در میانگین نمرات افراد در مرحله پس آزمون و پیگیری وجود نداشت و نیز اثربخشی تثبیت گردیده است.

نتایج جدول ۵ نشان داد که در گروه مداخله واقعیت درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب؛ با توجه به اینکه قدرمطلق شاخص t محاسبه شده ادراک گزینه‌های مختلف (۱/۰۷۹)، ادراک کنترل‌پذیری (۰/۵۶۴)، و ادراک توجیه رفتار (۱/۲۹۳) کوچکتر از  $t_{0.05}$  با درجه آزادی ۱۴ در آزمون‌های دو دامنه (۲/۱۴۵) و نیز در گروه طرحواره درمانی؛ با توجه به اینکه قدرمطلق شاخص



## بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از یافته‌های پژوهش نشان داد که واقعیت درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب بر انعطاف پذیری شناختی در افراد دارای ملال جنسیتی اثربخش است. بر اساس داده‌های پژوهش موجب افزایش مولفه‌های ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار، و کاهش مولفه ادراک کنترل پذیری شده است. این نتایج همسو با یافته‌های نصیری شریفی و همکاران (۱۴۰۰)، محمدی و همکاران (۱۳۹۹)، سیف حسینی، اسدی، ثناگو و خواجوند (۱۳۹۸) و باوق<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۹) و نسیم و همکاران (۲۰۱۸) بود.

در تبیین نتایج حاصل از مطالعه حاضر می‌توان گفت که واقعیت درمانی به شیوه گروهی، مواجه شدن با واقعیت، انعطاف ذهنی و رفتاری، قبول مسئولیت و قضاوت اخلاقی درباره درست و نادرست بودن رفتار و در نتیجه نیل به هویت موفق، مورد تأکید است (شفیع آبادی و ناصری، ۲۰۱۷). از طرفی آنچنان که نظریه انعطاف‌پذیری شناختی ادعا می‌کند سلامت روان یعنی پذیرش محیط‌های درونی و بیرونی خود فرد و تعهد به فعالیت‌هایی که از لحاظ ارزشمندی اثبات است. انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را (که هر دو در فرآیند واقعیت درمانی جزء مفاهیم مهم هستند) در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی شکل دهد. افرادی که انعطاف‌پذیری روانشناختی ندارند به هنگام احساس غم به سمت نشخوار فکری گرایش می‌یابند؛ زیرا به دشواری می‌توانند برای رهایی از چنین احساساتی روش‌های مقابله‌ای جایگزین بیابند. اشخاص انعطاف‌پذیر با انتخاب واقعیت، هم درباره دنیای درونی و هم درباره دنیای بیرونی کنجکاو هستند و زندگی آنها از لحاظ تجربه غنی است (پاردو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). بر این اساس حتی می‌توان گفت افراد تراجنسی با انعطاف پذیری شناختی پایین، خود نیز در انعطاف‌پذیری شناختی و مهار انعطاف‌پذیر توجه که یک عنصر شناختی مهم و عنصری اساسی در تنظیم هیجان است مهار کمتری پیدا می‌کنند (دیبری، ۲۰۱۲). بر این اساس واقعیت درمانی گلاسری یکی از مداخلات درمانی رایج در حوزه روانشناختی در راه توصیف انسان، تعیین قوانین رفتاری و چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می‌شود. در واقع واقعیت درمانی که بر مبنای نظریه انتخاب است، می‌تواند انعطاف پذیری شناختی افراد را بالا ببرد و مبتنی بر این حقیقت است که نیاز یا خواسته‌های ما، در اصل خیلی شبیه دومینو است؛ زمانی که آنها روی یک خط هستند و پس از یک ضربه هر یک پشت سر هم به زمین می‌افتند که این اثر دومینو خیلی وقت‌ها مستقیم موجب افسردگی و مشکلات روانشناختی است (چگینی و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین تأکید اصلی واقعیت درمانی بر این است که رفتارها از درون ما صادر می‌شوند و بیشتر رفتارهای ما انتخابی هستند. همچنین ما خود سرنوشت خود را انتخاب می‌کنیم. ما ناخدای کشتی خود هستیم و این ما هستیم که می‌توانیم با انعطاف، مسیر آن را مهار کنیم (مرادی و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین با توجه به اینکه انعطاف‌پذیری سازه‌ای مهم در رویکرد درمانی واقعیت درمانی در نظر گرفته شده است؛ لذا اثربخشی آن در انعطاف‌پذیر شناختی افراد تراجنسی دور از انتظار نیست.

همچنین نتایج حاصل از یافته‌های پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر انعطاف پذیری شناختی در افراد دارای ملال جنسیتی اثربخش است. بر اساس داده‌های پژوهش موجب افزایش مولفه‌های ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار، و کاهش مولفه ادراک کنترل‌پذیری می‌شود. این نتایج همسو با یافته‌های محمدی و همکاران (۱۳۹۹)، وحید و مینایی (۱۳۹۶)، کوس و همکاران (۲۰۲۰)، ویلیامز و همکاران (۲۰۲۰) بود. در تبیین نتایج حاصل از مطالعه حاضر می‌توان گفت که طرحواره درمانی در طی تمرینات خود در تکنیک‌های شناختی، هیجانی و رفتاری، افراد دارای اختلال بویژه ملال جنسیتی را قادر می‌سازد هنگامی که افکار نشخوار کننده به ذهن آمد، آنها را واضح تر مشاهده کند و فعالانه ذهن خود را از آن الگوهای تفکر خارج نمایند و به گونه‌ای منعطف با آنها برخورد نمایند. پژوهش حاضر نیز از اثربخشی طرحواره درمانی بر ارتقای انعطاف‌پذیری شناختی حمایت می‌کند و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی افراد تراجنسی نسبت به گروه کنترل مشهود بود. بنابراین می‌توان گفت که شرکت کنندگان در جریان درمان، مهارت‌هایی کسب می‌کنند که از طریق آن از تصاویر نشخوار گونه‌ی ذهنی رها می‌شوند و ذهن خود را از خستگی رها کرده و به واسطه‌ی این تغییرات جدیدی که فنون ذهن‌آگاهی در فرد ایجاد می‌کند، افراد در برابر استرس‌ها، اضطراب و افکار پریشان که ممکن است در آینده نیز به آن دچار شود، محافظت می‌گردد، که اینها همه بر قدرت انعطاف‌پذیری شناختی افراد دارای اختلال ملال جنسیتی اثربخش و تعیین کننده است.

در واقع افراد، طرحواره را به عنوان حقیقتی بیرونی می‌نگرند و می‌توانند با استفاده از شواهد عینی (ناشی از تکنیک‌های شناختی) و تجربی علیه آن بجنگند، یعنی ابتدا شناخت باورهای مرکزی ناکارآمد خود، سپس واژه‌های کلیدی باور و معنای آنها، درصد اعتقاد به باورهای ناکارآمد، پیدا کردن ریشه‌های تحولی باور مرکزی، یافتن مزایا و معایب آن، شواهد تأیید کننده و ردکننده طرحواره‌ها را پیدا کنند و در نهایت با نوشتن چکیده تمام این تکنیک‌ها به صورت کارت آموزشی، زمینه را برای شناخت بیشتر طرحواره‌های ناسازگار خود فراهم آورند و ارتباط آنها با مسائل کنونی و مشکلات خود در زندگی تشخیص دهند (قنبری و همکاران، ۱۴۰۰).

همچنین نتایج حاصل از یافته‌های پژوهش نشان داد که بین اثربخشی واقعیت درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب و طرحواره درمانی بر انعطاف پذیری شناختی در افراد دارای ملال جنسیتی تفاوت وجود ندارد. این نتایج همسو با یافته‌های محمدی و همکاران (۱۳۹۹)، وحید و مینایی (۱۳۹۶)، هانتس<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۹)، گونزالز و رومرا<sup>۴</sup> (۲۰۱۴) بود.

در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت واقعیت درمانی از طریق تأکید بر رفتار انتخابی و تفکر به مثابه دو چرخ جلوی خودرو که فرمان و کنترل آنها در دست خود فرد است و فرد می‌تواند از طریق اعمال کنترل روی این دو چرخ جلو، چرخ‌های عقبی اتومبیل را که همان فیزیولوژیک و هیجان هستند، هدایت نماید، امکان مدیریت و خودتنظیمی هیجان‌ها را در اختیار فرد قرار می‌دهد (گلاسری، ۲۰۰۸). در واقع، پژوهشگر با آموزش راهبردهای

3. Huntjens  
4. González, Romera

1. Baugh  
2. Prado

دیگر استان‌های کشور اجرا نمایند. همچنین در پژوهش‌های مشابه برای سنجش متغیرهای پژوهش از ابزارهایی همچون مصاحبه‌های بالینی و فرم‌های مخصوص خانواده و دوستان استفاده گردد تا در صورت خطاهای مربوط به ابزار و خودسنجی‌های غیرواقعی بینانه پرهیز شود. در بعد کاربردی نیز پیشنهاد می‌گردد تا مشاوران، روانشناسان و روانپزشکان حوزه ملال جنسیتی از مداخلات مذکور در درمان به کار گیرند. و با توجه به اثبات اثربخشی این پژوهش، پژوهشگران بعدی می‌توانند پروتکلی مبتنی بر شواهد برای راهنمایی مشاوران، روانشناسان و روانپزشکان حوزه ملال جنسیتی ارائه دهند. همچنین از آنجا که افراد تراجنسی اغلب در حاشیه فعالیت‌های اجتماعی قرار دارند، بسیاری از قابلیت‌های آنها، مجال رشد پیدا نکرده است. پیشنهاد می‌گردد جهت توانا ساختن آنها در حوزه انعطاف‌پذیری شناختی اقدام گردد. در عین حال لازم است افراد تراجنسی با توسعه ظرفیت‌های خود و با پرهیز از ارتکاب به رفتارهای انحرافی، انعطاف‌پذیری در حوزه شناخت و تفکر را در خود بسط دهند که کاربرد تکنیک‌های واقعیت‌درمانی می‌تواند در این زمینه یاری‌گر آنها باشد.

#### تشکر و قدردانی

از مسئولین محترم انجمن مهتا (انجمن اجتماعی و حمایتی از تراجنسیتی) و مراجعین محترم شرکت‌کننده در پژوهش که همکاری داشتند؛ کمال تشکر را دارد.

#### تعارض منافع

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

#### منابع

- سیف حسینی، آزاده؛ اسدی، جوانشیر؛ ثناگو، اکرم؛ خواجهوند خوشلی، افسانه. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر درمان گروهی و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به سرطان. *مجله علوم پزشکی مشهد*، ۵(۲۶)، ۴۶۴-۴۶۲.
- شفیع‌آبادی، علی؛ ناصری، غلامرضا (۱۳۹۹). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی. تهران: مرکز نشر دانشگاهی
- عیسی‌زاده، فاطمه؛ حیدری، شیمیا؛ آقاجانگللو، سوسن؛ صفاری نیا، مجید. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود سازگاری اجتماعی و سرمایه روانشناختی در افراد دارای اختلال هویت جنسی (ترنس سکسوال). *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۱۰(۳۷)، ۱۳-۲۸.
- قنبری، معصومه؛ تیزدست، طاهره؛ خلعتبری، جواد؛ و رحمانی، محمدعلی (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر انعطاف‌پذیری و کمال‌گرایی‌های ظاهر جسمانی در اختلال بدشکلی بدنی: یک مطالعه راهنما. *سلامت اجتماعی*، ۹(۲)، ۴۰-۴۸.
- محمدی، فاطمه؛ طالب، ندا؛ رضایی شجاعی، سولماز؛ امامی رودی، طاهره. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر انعطاف‌پذیری شناختی و تاب‌آوری بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر. *مجله دانشکده پزشکی مشهد*، ۲۳، ۴۲-۴۳

ناکارآمد خودتنظیمی هیجانی در رویکرد واقعیت‌درمانی همچون رفتارهای اجتنابی و جبرانی به موقتی بودن حس خوش‌آیندی که این راهبردها ایجاد می‌کنند و به خصوص برگشت‌پذیری هیجان ناخوش‌آیند با شدتی بیشتر از قبل و تایید شدن بیش از پیش باور غیر قابل تحمل بودن هیجان‌های ناخوش‌آیند، به افراد تراجنسی در پذیرش هیجانات نامطلوب‌شان کمک می‌کند. همچنین، تلاش‌گرديده تا افراد تراجنسی بتوانند راهبردهای سازگارانه‌تر خودتنظیمی مانند روابط بین فردی سالم، تغییر در محتوای افکار، بازسازی شناختی، انجام فعالیت‌های لذتبخش و غیره را آموخته و هنگام پریشانی و تجربه هیجانهای دشوار، جایگزین راهبردهای دردرساز قبلی نمایند و به هدف خودتنظیمی دست پیدا کنند (لیهی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹).

از سویی دیگر در طرحواره درمانی تأکید اصلی بر روی قبول واقعیت و پذیرش مسئولیت است. لذا به افراد تراجنسی کمک شد تا رفتارشان را مورد ارزیابی قرار دهند و ببینند که آیا این رفتار برای آنها کاربردی و مفید می‌باشد یا خیر و برای انجام رفتارهای بهتر برنامه‌های واقع بینانه تنظیم کند. لذا برای آن که به اهداف خود برسد، باید به انجام آن طرح متعهد باشد. پس افراد تراجنسی با توجه به مشکلاتی که دارند، باید بتوانند انعطاف‌پذیر بوده تا به اهداف و نیازهای خود از جمله شادی و نشاط برسند. در واقع هدف طرحواره درمانی، افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوش‌آیند غیرقابل اجتناب و پریشان‌کننده مانند اضطراب، پرورش ذهن آگاهی و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است. در واقع این رویکرد، به جای تأکید بر کاهش مشکلات روانشناختی، تمایل به تجربه آن را پرورش می‌دهند و قرار گرفتن در معرض این احساسات ناخوش‌آیند را از راه مشخص کردن ارزش‌ها و ارتباط دادن رفتار با ارزش‌ها و اهداف شخصی تسهیل می‌کنند که این توجه به ارزش‌ها و اهداف شخصی در افزایش انعطاف‌پذیری و خودتنظیمی تأثیر دارد.

به عبارت دیگر، هر کدام از دو شیوه مداخله‌ای استفاده شده در پژوهش حاضر سعی می‌کنند از طریق تبیین رابطه بین فکر، احساس، حس‌های بدنی و رفتار، نحوه شکل‌گیری رفتار ناسالم و به طبع آن شیوه اصلاح رفتار ناسالم را توضیح دهند که در این میان طرحواره درمانی روی اصلاح طرحواره‌ها و واقعیت‌درمانی روی اصلاح رفتار انتخابی تأکید می‌کنند، ولی به نظر می‌رسد که هر دو تا حدود زیادی در این امر موفق عمل کرده‌اند و تفاوتی حداقل در افراد تراجنسی در بعد انعطاف‌پذیری شناختی نداشته‌اند.

مطالعه حاضر همچون سایر مطالعات دارای محدودیت‌هایی بود که از جمله می‌توان به استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و غیر تصادفی، نمونه انتخاب شده صرفاً زنان تراجنسی با دامنه سنی مشخصی در شهر تهران بودند که تعمیم نتایج به مردان تراجنسی و سایر شهرها به ویژه مناطق را با محدودیت روبرو می‌سازد. با توجه به نیمه آزمایشی بودن طرح مطالعه حاضر این طرح‌ها توان کمی برای کنترل متغیرهای مزاحم همچون فرهنگ، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و ... را دارند. بنابراین پیشنهاد می‌گردد محققان بعدی این درمان‌ها و مداخلات را با تعداد جلسات طولانی‌تر، انتخاب نمونه محدودتر (حتی کیس ریپورت) به روش تصادفی و نیز برای مردان و نیز در

- Maskey, M., Rodgers, J., Grahame, V., Glod, M., Honey, E., Kinnear, J., & Parr, J. R. (2019). A randomised controlled feasibility trial of immersive virtual reality treatment with cognitive behaviour therapy for specific phobias in young people with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 49, 1912-1927
- Moradi, A., Babakhani, V., Amirimajd, M., Jafari, A. (2019). Comparison of the effectiveness of reality therapy and logotherapy on tolerance of distress, self-control, and cognitive flexibility in police headquarters staff. *Quarterly of Order & Security Guards*, 12(48):133-158.
- Prado, V.F., Janickova, H., Al-Onaizi, M.A. (2017). Cholinergic circuits in cognitive flexibility. *Neuroscience*, 345:130-41.
- Sañudo, B., Abdi, E., Bernardo-Filho, M., & Taiar, R. (2020). Aerobic exercise with superimposed virtual reality improves cognitive flexibility and selective attention in young males. *Applied Sciences*, 10(22), 8029.
- Yazkan Akgül, G., Yıldırım Budak, B., Perdahlı Fiş, N., & Erdoğan Yıldırım, A. B. (2023). Executive functions in adolescents with gender dysphoria. *Applied Neuropsychology: Child*, 1-6
- نصیری، علی؛ شریفی، طیبه؛ غضنفری، احمد؛ چرامی، مریم. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و واقعیت درمانی بر سرمایه روانشناختی مربیان پیش دبستانی. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۵ (۳)، ۱۱۰-۱۲۳
- Almarzooqi, S., Chilcot, J., & McCracken, L. M. (2017).role of psychological flexibility in migraine headache. *Journal of Contextual Behavioral* 6(2), 239-243.
- Baugh, L. M., Cox, D. W., Young, R. A., & Kealy, D. (2019). Partner trust and childhood emotional maltreatment: The mediating and moderating roles of maladaptive schemas and psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 66-73.
- Chegin, L., Ebrahimi, M, I., Sahebi, A.(2019). The Effect of Choice Theory Training to Parents on the Aggression of Their Children. *J Child Ment Health*. 6 (1):70-82.
- DeBerry, L.(2012). The Relation between cognitive inflexibility and obsessive-compulsive personality traits in adults: depression and anxiety as potential mediators Honors college, University of Southern Mississippi,5(3),25-43
- DeGaetano, J. J., Wolanin, A. T., Marks, D. R., & Eastin, S. M. (2016). The role of psychological flexibility in injury rehabilitation. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 10(3), 192-205.
- Dennis JP, VanderWal JS. (2010). the cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cogn Ther Res*; 34(3):241-53.
- Faulkner, J. W., Snell, D. L., Theadom, A., Mahon, S., & Barker-Collo, S. (2021). The role of psychological flexibility in recovery following mild traumatic brain injury. *Rehabilitation psychology*, 66(4), 479.
- Frinking, E., Jans-Beken, L., Janssens, M., Peeters, S., Lataster, J. (2020). Gratitude and loneliness in adults over 40 years: examining role of psychological flexibility. *Aging & mental health*, 24(12), 2117-2124.
- Galupo, M. P., Pulice-Farrow, L., & Pehl, E. (2021). "There Is Nothing to Do About It": Nonbinary Individuals' Experience of Gender Dysphoria. *Transgender Health*, 6(2), 101-110.
- Glasser, W. (2008). *Station of the mind: New direction for reality therapy*. New
- González-Jiménez, A. J., Hernández-Romera, M. M. (2014). Early maladaptive schemas in adolescence: A quantitative study. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 132, 504-508.
- Huntjens, R. J. (2019). Schema therapy for Dissociative Identity Disorder. rationale and study protocol. *European Journal of Psych Traumatology*, 10 (1), 123-141.
- Leahy, R.L. (2019). Emotional schema therapy. Publisher: Routledge, 1 edition
- Magrini, M., Curzio, O., Tampucci, M., Donzelli, G. (2022). Anorexia nervosa, body image perception and virtual reality therapeutic applications: State of the art and operational proposal. *International Journal of Environmental Researc*, 19(5), 2533.
- Littman, L. (2021). Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned a survey of 100 detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3353-3369.