

مقایسه اثربخشی طرح واره درمانی و شناخت درمانی گروهی بر استرس ادراک شده مراجعان زن دارای رفتار پر خطر جنسی

اکبر همتی ثابت^۱، شکوه نوابی نژاد^{۲*}، جواد خلعتبری^۳

(۱) دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران

(۲) استاد تمام، دکتری مشاوره، دانشگاه خوارزمی، گروه مشاوره، تهران، ایران

(۳) دانشیار، دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، گروه روانشناسی، مازندران، ایران.

*نویسنده مسوول: navabinejad93@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله ۹۴/۱۱/۲۸ تاریخ آغاز بررسی مقاله ۹۵/۰۱/۲۹ تاریخ پذیرش مقاله ۹۵/۰۳/۱۸

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه طرح واره درمانی و شناخت درمانی گروهی به منظور کاهش استرس ادراک شده مراجعان زن دارای رفتارهای پر خطر جنسی بود. این یک پژوهش نیمه آزمایشی با روش نمونه گیری خوشه ای تک مرحله ای بود. جامعه آماری ۵۰۰ نفر از مراجعان زن با سابقه رفتار پر خطر جنسی بود که برای انجام آزمایش ایدز به این مرکز مراجعه کردند. با استفاده از فرمول حجم نمونه به صورت تصادفی ۲۵۰ نفر را انتخاب شدند. توسط روانشناس و پزشک مصاحبه تشخیصی گرفته شد. ۸۵ نفر از مراجعان که در مولفه های استرس نمره بالایی داشتند که از این میان ۴۵ نفر را به صورت تصادفی انتخاب شدند و در سه گروه ۱۵ نفری که شامل دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند، ۱۲ جلسه شناخت درمانی گروهی و ۱۲ جلسه طرح واره درمانی اجرا گردید در پایان درمان پس از آزمون اجرا گردید. نتایج نشان داد که طرح واره درمانی نسبت به شناخت درمانی گروهی بر استرس ادراک شده مراجعان زن موثرتر است.

کلید واژگان: طرح واره درمانی، شناخت درمانی گروهی، استرس ادراک شده

مقدمه

سمپاتیک، افزایش آزاد شدن هورمون اپی نفرین و تمرکز ضعیف را فرا می خوانند. هنگامی که افراد از تحت استرس زیاد بودن صحبت می کنند، در واقع به تجربیات ناخوش آیند اشاره دارند. مفهوم استرس سلیه گسترده تر است و هر گونه تجربه ای که تغییری را در زندگی شخص ایجاد کند، شامل می شود، برای مثال ازدواج کردن و ترفیع گرفتن ظاهراً تجربیات خوش آیندی هستند، ولی آنها نیز به تغییراتی در زندگی شما نیاز دارند و به نظر سلیه استرس ایجاد می کنند. از طرفی تاثیرات فقر، نژاد پرستی یا معلولیت دائمی استرس به حساب نمی آیند زیرا با گذشت زمان تغییر نمی کنند. از این نظر تعریف سلیه بسیار محدود

هانس سلیه پزشک متولد اطریش که در دانشگاه مک گیل مونترال کانادا کار می کرد، تحقیقات بسیاری (از ۱۹۳۰ تا ۱۹۸۲ که فوت نمود) انجام داد. وی اصطلاح استرس را شهرت بیشتری بخشید و بی استرس و بیماری های جسمانی ارتباط بسیار قوی قائل شد. به عقیده وی استرس پاسخ نامشخص بدن به هرگونه فشاری است که بر آن وارد می شود. هر فشاری بر بدن پاسخ های مشخصی را نیز فرا می خواند. بدن به کم خونی به یک طریق و به بی خوابی به طریق دیگر پاسخ می دهد. اما تمام فشارها بر بدن پاسخ های کلی مانند افزایش پاسخ دستگاه عصبی

درماندگی و ناامیدی تا حالت های شدید مانند اختلالهای اضطراب، افسردگی اساسی و گاهی افکار خودکشی در این افراد دیده میشود. (فرزادی، بیرشک، ۱۳۷۷). در بعضی تحقیقات که در سایر کشورها روی بیماران **HIV** مثبت انجام شده، میزان اختلالات روان پزشکی به ویژه اختلالات خلقی و اضطرابی، سوء مصرف مواد و اقدام به خودکشی در میان افراد آلوده بسیار بالا گزارش شده است. (سادوک، کاپلان ۲۰۰۷ به نقل از پور افکاری ۱۳۸۸).

در پژوهشی به بررسی اثر بخشی طرحواره درمانی در زنان مبتلا به افسردگی اساسی پرداختند نشان داد که میانگین نمرات افسردگی بک در پایان درمان کاهش یافت. (احمدی، کرمی نیا ۱۳۹۰).

در طول ۴۰ سال گذشته حداقل دو جهش اساسی در نظریه و درمان افسردگی و اضطراب وجود داشته است. یکی استفاده از داروها برای تسکین علائم افسردگی و اضطراب بوده، و دیگری رفتار درمانی شناختی بوده است. بر اساس نظریه شناختی بک برای ایجاد افسردگی آسیب پذیری شناختی بر استرس راه انداز افسردگی مقدم است. آسیب پذیری دربرگیرنده ساختارهای بادوامی هستند که به طرحواره ها و باورهای افسردگی زا بر می گردند. (اویی و همکاران ۲۰۰۶) محور اصلی درمان منطقی-هیجانی ایس را این نظریه تشکیل می دهد که عامل واکنش های هیجانی، پایدار، گفتگوهای درونی اشخاص با خودشان است و این عبارت پردازی های درونی بعضی از مواقع بازتاب فرض های بیان نشده یا باورهای غیر منطقی درباره چیزه هایی است که برای هدایت یک زندگی معنادار ضرورت دارند هدف از این نوع درمان ها حذف کردن باورهای خود ویرانگر به وسیله بررسی منطقی آن هاست ایس معتقد است که اشخاص هر آنچه را که در اطرافشان روی می دهد تفسیر می کنند و بعضی از مواقع این تفسیرها ممکن است به آشفتگی هیجانی منجر شوند بنابراین روان درمانگر باید به این باورها بیش از علت های گذشته یا رفتار آشکار توجه داشته باشد (نیکخو، ۱۳۸۴).

است. (روزنهان، و سلیگمن، ۲۰۰۱ به نقل از سید محمدی، ۱۳۸۶)

مطالعه ی نقش استرس در بیماری نشان دهنده ی وجود اثری دوجانبه است. همان طور که بیماری بر استرس اثر می گذارد، میزان استرس نیز بر پیشروی بیماری تاثیر دارد. از آنجایی که گستره ی وسیعی از رفتارها می تواند بر استرس اثر بگذارد، در نهایت می توان یاد گرفت که پیشروی بیماری را کنترل کرد.

می دانیم که بین اعصاب، غدد درون ریز و دستگاه ایمنی بدن در پاسخ به استرس، تعامل پیچیده ای وجود دارد. دستگاه ایمنی مثل دستگاه درون ریز و دستگاه عصبی در سراسر بدن منتشر شده است. سلول های سفید خون اساس جمعیت سلولی در دستگاه ایمنی را تشکیل می دهند. پژوهش های اخیر نشان داده است که استرس دستگاه ایمنی بدن را سرکوب می کند تا کار این دستگاه را بسیار محدود کند. دستگاه ایمنی در جریان استرس ممکن است بر اساس نوع استرس، طول مدت استرس، و حتی زمان وقوع استرس متفاوت باشد. (کورتیس به نقل از سهرابی ۱۳۸۱)

افراد مبتلا به **HIV** مثبت به واسطه گرفتار شدن به یک بیماری کشنده و درمان ناپذیر در گستره فعالیت های اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی محدود می شوند که از یک سو به عنوان عامل تنش زا در این بیماران مطرح می باشد و از سوی دیگر به واسطه ویژگی های این بیماری مانند نسبت دادن انحرافات اخلاقی به این بیماران در بین توده مردم، راه های خاص انتقال عفونت و تا حدی ناشناخته بودن بیماری، این افراد در معرض فشارهای روانی - اجتماعی ویژه ای قرار می گیرند. این افراد همچنین باید با ترس های مرتبط با بیماری مانند ناتوانی، افزایش وابستگی، کاهش مهار بدنی و درد مبارزه کنند. ماهیت عوامل فشارزا یکی از جنبه های اساسی افراد مبتلا به **HIV** مثبت و ایدز می باشد. هر چند که دور از انتظار نیست، گستره ای از آشفتگی های روانی از حالت نسبتاً سبک مانند بی تفاوتی بیمارگون، احساس گناه،

طرح‌واره‌ها^۳ و باز والدینی حد و مرزدار^۴ تأکید دارد (ماریسو^۵ و همکاران، ۲۰۱۱).

گرچه از ابتدای روی کار آمدن این رویکرد تا چند سال قبل، مداخله‌ها و تکنیک‌های درمانی به نوعی عوامل تداوم بخش را نشانه می‌رفتند، اما به تدریج تجارب بالینی و شواهد پژوهشی نشان داد که برای چاره‌اندیشی برخی از مشکلات مراجعان لازم است به عوامل زمینه ساز نیز پرداخته شود. مخصوصاً برای مراجعانی که دارای مشکلات مزمن دیرپا هستند از جمله رویکردهایی که به این مسئله توجه وافر دارد رویکرد طرح‌واره درمانی یانگ است که بر کشف ریشه‌های تحول مشکلات روانشناختی و طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه تأکید دارد طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل می‌گیرند و در سیر زندگی تکرار میشوند طرح‌واره‌ها و راهکارهای ناکارآمدی که بیماران از طریق آنها یاد می‌گردند با دیگران کنار آیند اغلب زیر بنای نشانه‌های مزمن اختلالاتی از جمله افسردگی به شمار می‌روند در واقع در طرح‌واره درمانی تغییر از این جهت اهمیت پیدا می‌کند که به نوعی تغییر سبک زندگی است یکی از راهبردهای درمانی در طرح‌واره درمانی راهبردهای تجربی است که در بیشترین تغییر را در طرح‌واره‌ها ایجاد می‌کند بیماران می‌توانند باور شناختی خود از غلط بودن طرح‌واره‌ها را به باور حیانی گره بزنند (یانگ و همکاران ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۱) در پژوهشهایی که در زمینه اثر بخشی طرح‌واره درمانی بود همگی بر ارتباط افسردگی با طرح‌واره‌های محرمیت هیجانی، وابستگی، نقص، شکست و انزوای اجتماعی تأکید داشتند که این طرح‌واره‌ها در مراجعین افسرده شدیدتر است. (نورده ۲۰۰۵). پژوهشگران بر اثربخشی این رویکرد تأکید داشتند که منجر به بالا رفتن آگاهی نسبت به هیجان‌ها در مراجعان میشود. (جیلیان ۲۰۰۳). در زمینه اثر بخش بودن

در پژوهشی به مقایسه اثربخشی ساخت درمانی گروهی و مدیریت استرس بر نشانه‌های افسردگی اضطراب و استرس ادراک شده مردان **positive HIV** پرداخت که هر دو رویکرد منجر به نشانه‌های افسردگی اضطراب و استرس ادراک شده شد. (همتی و همکاران ۲۰۱۲) یانگ فرض کرد که برخی از طرح‌واره‌ها، بخصوص طرح‌واره-هایی که در طی دوران اولیه‌ی زندگی بر اثر تجربه‌های ناخوشایند و نامطلوب کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته‌ی مرکزی اختلالات شخصیت^۱، مشکلات خصیصه‌ای خفیف‌تر، و بسیاری از اختلالات مزمن محور یک را تشکیل دهند. او این زیر مجموعه‌ای از طرح‌واره‌ها را، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^۲ نام‌گذاری کرد. این رویکرد درمانی، برخلاف اشکال مختلف شناخت درمانی که بر حال تأکید می‌کنند، بر الگوهای خود ویرانگر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. طرح‌واره درمانی، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیئی، سازنده‌گرایی و روان‌کاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. یانگ ۱۸ طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسازگار را که بطور خودکار و ناخودآگاه موجب تداوم یکدیگر می‌شوند، و در نتیجه، منجر به تداخل در توانایی فرد در ارضای نیازهای بنیادین خود می‌گردد، را معرفی کرده است. در مدل طرح‌واره درمانی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسازگار به عنوان هسته‌های بنیادین شناختی و عاطفی اختلالات در نظر گرفته می‌شوند (یانگ و همکاران ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۱).

طرح‌واره درمانی که مکمل درمان رفتار درمان شناختی است، بر کشف ریشه‌های مشکلات روانی دوران کودکی و ارتباط آنها با مشکلات جاری از طریق کار بر ذهنیت

4- Limited reparenting
5- MarySue

1- Personality disorder
2- Early maladaptive schema (EMSs)
3- Schema mode

در زمینه استرس نتایج پژوهشی نشان داد که استرس ادراک شده و سبک مقابله ای هیجان مدار با افسردگی پس از زایمان همبستگی مثبت داشته ولی بین سبک های مقابله ای مساله مدار و اجتنابی با افسردگی پس از زایمان، رابطه ای معناداری بدست نیامد. (عزیزی، نظامی، ۱۳۹۴).

همچنین در پژوهشی با عنوان اثربخشی ایمن سازی در مقابل استرس بر استرس ادراک شده زنان باردار با سابقه ناباروری نتایج نشان داد که با توجه به اثرات زیان بار فشارروانی بر روی جنین اهمیت آموزش ایمن سازی در مقابل فشارروانی برای بهبود سلامت روانی مادران جهت پیش گیری از اثرات منفی بر جنین آشکار می گردد (حسن زاده ؛ ترخان ۱۳۹۴).

با توجه به مطالب عنوان شده هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و شناخت درمانی گروهی بر استرس ادراک شده مراجعان زن مراکز بیماری های رفتاری (کلینیک مثلثی) می پردازد.

روش پژوهش

این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی است با روش نمونه گیری خوشه ای تک مرحله ای . جامعه آماری ۵۰۰ نفر از مراجعان زن با سابقه رفتار پر خطر جنسی بود که برای انجام آزمایش ایدز به این مرکز مراجعه کردند که دامنه سنی آنها ۲۰ تا ۶۰ سال و دارای مدرک دیپلم به بالا بودند با استفاده از فرمول حجم نمونه به صورت تصادفی ۲۵۰ نفر را انتخاب شدند. توسط روانشناس و پزشک مصاحبه تشخیصی گرفته شد و مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS)، لایویند و لایویند^۳، (۱۹۹۵) اجرا شد.

۸۵ نفر از مراجعان که در مولفه های استرس در مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس نمره بالایی داشتند که از این میان ۴۵ نفر را به صورت تصادفی انتخاب شدند و در سه گروه ۱۵ نفری که شامل دو گروه آزمایشی و یک گروه

شناخت درمانی در پژوهشی به مقایسه اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر نشانه های افسردگی در بیماران ضایعات نخاعی پرداخت که منجر به کاهش نشانه های افسردگی گردید. (همتی و همکاران ۲۰۱۴). کارتر^۱ و همکاران نرخ بهبودی قابل مقایسه ای بین پروتکل کوتاه مدت طرحواره درمانی و درمان شناختی وجود دارد، در درمان شناختی نرخ بهبودی ۴۰ درصد، در حالی که در طرحواره درمانی ۵۰ درصد می باشد. (کارتر و همکاران ۲۰۱۳) ملوگیانیس^۲ یک پروتکل طولانی تر طرحواره درمانی را بر روی بیماران زن افسرده مزمن اجرا کرده اند، که در این طرح نشانه های افسردگی تقریباً ۶۰ درصد کاهش پیدا کرده است. (ملوگیانیس و همکاران ۲۰۱۴) از طرفی در پژوهشی با عنوان اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر استرس ادراک شده و افسردگی بیماران سندرم روده تحریک پذیر نتایج نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش استرس ادراک شده و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر موثر می باشد. بنابراین می توان با اجرای آن به بهبود علائم استرس ادراک شده و افسردگی افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر کمک کرد (عزیزی، محمدی ۱۳۹۵).

در پژوهشی با عنوان تأثیر آموزش خودمراقبتی بر استرس ادراک شده زنان مبتلا به دیابت بارداری تحت درمان با انسولین نتایج نشان داد آموزش خودمراقبتی می تواند به ارتقای مراقبت از خود و کاهش استرس ادراک شده مبتلایان به دیابت بارداری کمک کند. (خدیوزاده، حسین زاده ۱۳۹۴).

متخصصان پژوهشی با عنوان نقش استرس ادراک شده، هیجان خواهی و حمایت اجتماعی در اعتیاد انجام دادند نتایج نشان داد که میزان هیجان خواهی و استرس ادراک شده منفی در افراد معتاد به مواد مخدر بیشتر از افراد معتاد است. (حاجلو، جعفری ۱۳۹۴).

۳ -P.F Lovibond& S.H. Lovibond

1- Carter
2- Malogiannis

روش مولفه های اصلی مورد استفاده قرار گرفت. مقدار عددی شاخص **KMO** برابر با ۰,۹۰۱۲ و نیز مقدار عددی شاخص X^2 در آزمون کرویت بارتلت برابر ۳۰۹۲,۹۳ بود که در سطح ۰,۰۰۰۱ معنی دار بود و حکایت از کفایت نمونه و متغیرهای انتخاب شده برای انجام تحلیل عاملی داشت. بر اساس تحلیل عاملی انجام شده توام با چرخش واریماکس بر روی گویه های پرسشنامه و با ملاک قرار دادن مقادیر ویژه و شیب نمودار اسکری سه مقیاس فرعی استخراج شد که عبارتند از: افسردگی، اضطراب و تنیدگی که در راستای عامل های آزمون اصلی **DASS** می باشد.

آنتونی^۱ و همکاران (۱۹۹۸) مقایسه مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنان مجددا حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب ۱,۲۳، ۹,۰۷، ۲,۸۹، ۱,۰۷ و ضریب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰,۹۵، ۰,۹۲، ۰,۹۷ بود. همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل در مطالعه آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) حاکی از ضریب همبستگی ۰,۴۸ میان دو عامل افسردگی و تنیدگی، ضریب همبستگی ۰,۵۳ بین اضطراب و تنیدگی و ضریب همبستگی ۰,۲۸ بین اضطراب و افسردگی بود.

داده های بدست آمده از اجزای پژوهش با استفاده از روش های آمار توصیفی (نمودار، میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکووا) و آزمون تعقیبی و روش آلفای بن فرونی و تحلیل کواریانس (آنکووا) صورت می پذیرد. کلیه عملیات تجزیه و تحلیل آماری به کمک نرم افزار **SPSS¹⁹** انجام می شود.

کنترل قرار گرفتند، ۱۲ جلسه شناخت درمانی گروهی و ۱۲ جلسه طرح واره درمانی اجرا گردید که مدت زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. در پایان دوره ی آموزشی هر سه گروه مجدد مورد پس آزمون قرار می گیرند. هر یک از خرده مقیاس های شامل ۷ سوال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سوال های مربوط به آن به دست می آید (جدول ۱). هر سوال از صفر (اصلا د مورد من صدق نمی کند) تا ۳ (کاملا در مورد من صدق میکند) نمره گذاری میشود. از آنجایی که فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سوالی) است، نمره نهایی هر یک از خرده مقیاس ها باید ۲ برابر شود. خرده مقیاس ها و سوال های مربوط به مولفه ها که شامل افسردگی در سوالات ۳,۵,۱۰,۱۳,۱۶,۱۷,۲۱، اضطراب در سوالات ۲,۴,۷,۹,۱۵,۱۹,۲۰، واسترس در سوالات ۱,۶,۸,۱۱,۱۲,۱۴,۱۸ می باشد.

برای شدت هر یک از خرده مقیاس ها، حالت عادی نمرات افسردگی ۰-۹، اضطراب ۰-۷، استرس ۰-۱۴. حالت خفیف نمرات افسردگی ۱۰-۱۳، اضطراب ۸-۹، استرس ۱۵-۱۸. در حالت متوسط نمرات افسردگی ۲۰-۱۴، اضطراب ۱۰-۱۴، استرس ۱۹-۲۵.

در حالت شدید نمرات افسردگی ۲۱-۲۷، اضطراب ۱۹-۱۵، استرس ۲۶-۳۳. و نهایتا حالت بسیار شدید نمرات افسردگی ۲۸+، اضطراب ۲۰+، استرس ۳۳+ می باشد (۱۸). مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنان مجددا حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود.

روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی وجوکار (۱۳۸۶) مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار بازآزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰,۷۷، ۰,۷۶، ۰,۸۰ و آلفای کرونباخ را برای افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر با **0.78**، **0.74**، **0.81** گزارش نموده اند. در بررسی روایی این مقیاس شیوه آماری تحلیل عاملی از نوع تاییدی وبه

1 . Antony, M.M

شرح جلسات شناخت درمانی

جلسه اول: خوش آمدگویی، مروری بر ساختار جلسات، قوانین و اهمیت انجام دادن آن و مطرح شدن مشکلات و مسائل افراد و ارائه اطلاعات به اعضاء در مورد استرس، تن آرامی و منطق درمان شناختی، اخذ بازخورد

جلسه دوم: اعضاء مرحله اول آرام سازی پیش رونده را آموزش دیده و تمرین می کند. آموزش به اعضاء در مورد واقعیت و برداشت ذهنی، آگاهی و تفاوت بین احساس و افکار، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد

جلسه سوم: مرور تکالیف، آموزش مرحله دوم آرام سازی پیش رونده و به تفکر واداشتن اعضاء با پرسش از آنها که چرا دچار ناراحتی می شویم؟

آموزش به اعضاء در مورد پنج خطای شناختی، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد

جلسه چهارم: مرور تکالیف، آموزش مرحله سوم آرام سازی پیش رونده، آموزش پنج خطای شناختی دیگر، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد

جلسه پنجم: مرور تکالیف، آموزش مرحله چهارم آرام سازی پیش رونده، بحث و گفتگو در مورد تجربه هیجانی اخیر و تجسم و ایفای نقش، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد

جلسه ششم: مرور تکالیف، بحث و گفتگو در مورد تجربه هیجانی اخیر و تکنیک های آموخته شده اخیر، آشنا کردن اعضاء با شناخت واره های بنیادی، عشق، موفقیت، کمال گرایی، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد

جلسه هفتم: مرور تکالیف، بحث در مورد باید ها به عنوان یکی از تکنیک های شناسایی طرح واره های بنیادی، بررسی نقش تحریفات شناختی در ایجاد و تداوم استرس، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد

جلسه هشتم: مرور تکالیف، شرکت کنندگان، روش تنبیه خود و خودپاداش دهی را درک کنند و بتوانند آن را به صورت مستقل، انجام دهند. این شرکت کنندگان، یک طرح قابل اجرا برای خود در نظر بگیرند که آنها را برای تمرین روش هایی که طی این برنامه یاد گرفته اند، ترغیب و تشویق کند.

جلسه نهم: همانند جلسات قبلی به مرور فعالیت های گذشته اختصاص داشت. در طی جلسه نهم، مراجعین با کمک مشاور به بررسی راهکارهای تبدیل باورهای بنیادی ناکارآمد به باورهای سودمند پرداختند.

در این جلسه تلاش شد مراجعین دریابند که بسیاری از باورهای آنها نسبت به خود و حوادث گذشته ناکارآمد بوده و به دلیل اغراق آمیز بودن این باورها، زندگی مراجعین را تحت تأثیر منفی قرار داده است.

جلسه دهم: مراجعین ترغیب شدند که حالات روانی و خلقی خود طی یک ماه اخیر را مرور کرده، موقعیت های استرس زا را شناسایی نموده و در صدد کاهش آن برآیند. همچنین در این جلسه، مراجعین توجیه شدند که در صورت بازگشت مجدد مشکلات روانی استرس شدید، تداعی خاطرات تلخ و چگونه با این حالات مقابله نمایند. جلسه یازدهم: مرور تکالیف، بررسی طرح های شرکت کنندگان برای تداوم دستاوردهایی که طی درمان حاصل کرده اند.

کسب پسخوراند از شرکت کنندگان درباره برنامه درمانی و فراهم کردن فرصتی برای پایان دادن به برنامه از طریق یک رخداد اجتماعی مناسب.

جلسه دوازدهم: مرور و بررسی تکالیف، جمع بندی از جلسات گذشته توسط اعضاء و درمان گر، انجام پس آزمون و اهدای هدیه، بحث در مورد چگونگی بازگشت به درمان، تعمیم یادگیری به دنیای واقعی.

شرح جلسات طرح واره درمانی

(۱-۲): ایجاد یک رابطه متقابل و برخوردار از تشریک مساعی، آموزش رویکرد طرح واره درمانی، اخذ رضایت- نامه آگاهانه، ارایه آزمون های پژوهش، جلسات، سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی سبک های مقابله ای، ضابطه بندی مشکل مراجعان بر اساس رویکرد طرح واره محور و تکمیل فرم مفهوم پردازی. جلسات (۳-۶): استفاده از تکنیک های شناختی در جهت تردید و بی اعتبار سازی طرح واره های غالب مراجعان. جلسات (۶-۹): استفاده از

ساختن فهرستی از مهارت‌های آموخته شده در درمان و پیشگیری از عود.

یافته ها

طرحواره درمانی در مقایسه با شناخت درمانی گروهی بر کاهش استرس ادراک شده موثر است.

تکنیک‌های تجربی در جهت آشنایی مراجع با ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها و درک راه‌کارهای ناسازگارانه ارضای نیازهای هیجانی. جلسات (۹-۱۲): تشویق و ترغیب مراجع در جهت رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای سازگارانه برای ارضا و تشریف نیازهای هیجانی اساسی، و وادار داشتن بیمار به آماده

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار پیش آزمون متغیره استرس ادراک شده

متغیر	گروه	N	M	SD
استرس ادراک شده	طرحواره درمانی	۱۵	۲۸/۵۳	۱/۶۸۵
	شناخت درمانی	۱۵	۲۸	۲/۳۹۰
	گواه	۱۵	۲۸/۱۳	۱/۵۹۸

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار پس آزمون متغیره استرس ادراک شده

متغیر	گروه	N	M	SD
استرس ادراک شده	طرحواره درمانی	۱۵	۲۱/۸۰	۱/۳۲۰
	شناخت درمانی	۱۵	۲۴/۶۰	۱/۹۲۰
	گواه	۱۵	۲۶/۶۷	۱/۵۸۹

جدول ۳. میانگین و خطای انحراف معیار تعدیل شده متغیره استرس ادراک شده

متغیر	گروه	N	M	SD.Error
استرس ادراک شده	طرحواره درمانی	۱۵	۲۱/۵۸۸	۰/۲۹۱
	شناخت درمانی	۱۵	۲۴/۷۴۶	۰/۳۱۱
	گواه	۱۵	۲۶/۷۳۳	۰/۳۰۹

جدول ۴. تحلیل حاصل از تحلیل کواریانس (آنکوا) اثر بخشی طرحواره درمانی، شناخت درمانی گروهی بر استرس ادراک شده

متغیر	Ss	Ddf	Ms	F	Sig	η^2
	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات		سطح معناداری	اندازه اثر
بین گروهی استرس ادراک شده	۱۹۸/۰۱۰	۲	۹۹/۰۰۵	۸۲/۴۶۸	۰/۰۰۰	۰/۸۰۱
درون گروهی استرس ادراک شده	۴۹/۲۲۱	۴۱	۱/۲۰۱			

جدول ۵: تحلیل حاصل از تحلیل کواریانس (آنکوا) اثر بخشی طرحواره درمانی، شناخت درمانی گروهی بر متغیره وابسته استرس ادراک شده

متغیر	Ss	Df	Ms	F	Sig	MD
	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات		سطح معناداری	تفاوت میانگین ها
بین گروهی استرس	۷۲/۸۱	۱	۷۲/۸۱	۶۰/۶۵۰	۰/۰۰۰	-۳/۱۳۷
درون گروهی استرس	۴۹/۲۲	۴۱	۱/۲۰۱			

اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش استرس ادراک شده بیشتر از شناخت درمانی گروهی موثر است .

$$F(4,1) = 60/650 < P < 0/01$$

با توجه به معنادار شدن تفاوت میانگین ها با ۰/۹۹ احتمال بیان می شود که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه طرحواره درمانی در مقایسه با شناخت درمانی گروهی بر کاهش استرس ادراک شده موثر است، تایید می شود

بحث و نتیجه گیری

با توجه به یافته های بدست آمده طرح واره درمانی نسبت به شناخت درمانی گروهی بر استرس ادراک شده موثرتر است. هاواک^۱ معتقد است طرح واره درمانی می تواند بطور موفقیت آمیزی در درمان مبتلایان به اختلالات اضطرابی و فراتر از آن اختلالات شخصیت مفید واقع شود. (هاواک و پرونچر^۲، ۲۰۱۱). حتی برخی محققان پیشنهاد نمودند که طرح واره درمانی ممکن است در بیماران اسکیزوفرنی کاربرد داشته باشد (برتلن^۳ و همکاران، ۲۰۱۳). در واقع، این درمان، پاسخی به شکست های درمانی ناشی از کاربرد تکنیک های شناختی - رفتاری استاندارد در مورد این بیماران است.

طرح واره درمانی در درمان افسردگی مزمن (مالوجینیس^۴ و همکاران، ۲۰۱۴)، اختلال دو قطبی (هاواک و همکاران، ۲۰۱۳) مؤثر است.

در تبیین این یافته می توان ذکر کرد هدف نهایی طرح واره درمانی، بهبود طرح واره است، و همانطور که بک (۲۰۰۵) ذکر کرده است تعدیل ساختار و محتوای طرح واره های ناسازگار به منظور جلوگیری از عود نشانه های ضروری است. تک تک تکنیک های طرح واره درمانی بر پیشبرد این هدف درمانی نقش داشته است. طرح واره درمانگران معتقدند رابطه درمانی، مؤلفه ضروری در سنجش و تغییر طرح واره هاست، ولی عامل اصلی تغییر محسوب نمی شود، بلکه ابزاری است که امکان تغییر را

پس از بررسی به عمل آمده چون و مفروضه های رابطه خطی یکسانی واریانس ها و همگنی شیب خط رگرسیون رعایت شده است . پژوهشگر مجاز به استفاده از تحلیل کواریانس (آنکوا) است.

همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود سطح معنی داری متغیر استرس ادراک شده ۰/۰۰۰۵ است که از سطح آلفای ۰/۰۱ کوچکتر است بنابراین میزان آزمون F محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار است . و با احتمال ۰/۹۹ بیان می کنیم که طرحواره درمانی ، شناخت درمانی گروهی بر میزان استرس ادراک شده موثر است..

$$F(4,2) = 82/468 < P < 0/01 \text{ Partial } \eta^2 = 0/801$$

باتوجه به اینکه F محاسبه شده میزان (استرس ادراک شده) از لحاظ آماری معنادار است با استفاده از آزمون تعقیبی لامتریکس به مقایسه تفاوت میانگین میزان استرس ادراک شده در گروه های طرحواره درمانی ، شناخت درمانی گروهی پرداخته شد تا مشخص شود که کدام گروه در کاهش میزان استرس ادراک شده موثرتر است . که نتایج در جدول ۵ گزارش شده است .

براساس نتایج به دست آمده از جدول ۵ برای متغیر میزان استرس ادراک شده با توجه به $F(1,9) = 60/650$ با $P = 0/0005$ چون سطح معناداری $P = 0/0005$ از سطح معناداری $P = 0/01$ کوچکتر است F محاسبه شده از لحاظ آماری معناداری است لذا می توان گفت که نمرات پس آزمون استرس ادراک شده در دو گروه طرحواره درمانی ، شناخت درمانی گروهی تفاوت معناداری وجود دارد. با مقایسه تفاوت میانگین های میزان استرس ادراک شده دو گروه طرحواره درمانی ، شناخت درمانی می شود که بین میانگین میزان استرس ادراک شده دو گروه طرحواره درمانی ، شناخت درمانی گروهی به میزان (۳/۱۳۷-) تفاوت وجود دارد این تفاوت از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنادار است و این نتیجه نشان می دهد که

3- Bortolon
4-Malogiannis

1- Hawke
2- Provencher

فراهم می‌کند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۲۰۱۱). از جمله عوامل تأثیرگذار دیگر در فرآیند تعدیل طرح‌واره می‌توان راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین فردی را نام برد. تکنیک‌های شناختی با محک زدن اعتبار طرح‌واره‌ها، و استفاده از تکنیک‌هایی مانند تعریف جدید شواهد تأیید کننده طرح‌واره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره، تدوین کارت‌های آموزشی و ... آگاهی عقلانی بیماران را افزایش داده، و آنان را به این نتیجه رسانده، که طرح‌واره غلط است با سخت اغراق‌آمیز از موارد دیگر می‌توان به تکنیک‌های تجربی اشاره کرد، که بیماران از طریق این تکنیک موفق به دستیابی تغییر در سطح هیجانی شدند.

تعریف‌ها براساس این موضوع که طرح‌واره‌ها، ساختارهای شناختی قابل دسترس یا غیرقابل دسترس هستند، متغیر هستند. اما اغلب این تعریف‌ها عنوان می‌کنند که طرح‌واره‌های شناختی، شناخت‌های کلی و فراگیری هستند که در مقابل تغییر مقاومند و تأثیر بسیار زیادی بر فکر و عاطفه دارند. همان‌طور که در نظریه‌ی روان تحلیل‌گری عنوان می‌شود، نظریه‌ی طرح‌واره‌های شناختی بر این باور است که فرآیندهای ناهشیار بر فکر و عاطفه و رفتار تأثیر می‌گذارند. اما برخلاف مفهوم ناهشیار در نظریه‌ی روان‌پویایی، طرح‌واره‌ها از طریق پردازش ناهشیار اطلاعات بر افکار، عاطفه و رفتار تأثیر می‌گذارند، نه از طریق انگیزش‌های ناهشیار و سائق‌های غریزی. بطور کلی در تبیین این امر چنین به نظر می‌رسد که رویکرد طرح‌واره درمانی یک رویکرد جامع می‌باشد و شاید دلیل برتری آن بر رویکرد شناختی در این پژوهش تأکید آن بر رویکرد های درمانی مختلف در طول درمان با مراجعان است از جمله رویکرد های رفتاری، شناختی، تجربی و رابطه درمانی. همان‌طور که عنوان شد در این رویکرد بر تغییر لحظه به لحظه در آگاهی نسبت به عواطف و احساسات تأکید می‌شود و با رویکرد تجربی می‌تواند

با والدین خود در ارتباط باشند و هیجانات منفی خود را نسبت به آنها نشان دهند و در این میان درمانگر وارد شده و از کودک آسیب پذیر دفاع کرده و نوعی همدلی در او ایجاد میکنند و به مراجعان کمک می‌کند که از طریق بزرگسال سالم با کودک آسیب دیده خود ارتباط برقرار کند و بین آنها گفتگویی ایجاد شود و به کودک آسیب دیده کمک می‌کند که وقایعی که در زمان حال در ارتباط با این احساس است را به خاطر آورد و با دیدگاه بزرگسال سالم به آن بنگرند در این میان از تکنیک های شناختی برای به چالش کشیدن افکار غیر منطقی او استفاده شده شامل پیکان رو به پایین، آزمایش تاریخی طرحواره، فهرست اطلاعات مثبت و از تکنیک های رفتاری از جمله تقویت کننده ها و مشوق ها و کارت های آموزشی، آموزش مهارت های جرات ورزی و تن آرامی استفاده می‌شود. با توجه به متون علمی طرح‌واره درمانی برای اختلالات محور دوم تأثیر بیشتری دارد اما در این پژوهش نشان داد که در محور یک هم موثرتر از شناخت درمانی میباشد. شاید یکی از دلایلی که بر آن می‌شود تأکید داشت تاریخچه زندگی مراجعان باشد که پر از محرومیت هیجانی، نقص و آسیب می‌باشد و به نظر می‌رسد نشانه های استرس در آنها مزمن بوده و در رویکرد شناخت درمانی از آنجایی که بیشتر یک رویکرد کوتاه مدت، اختصاصی و متمرکز بر مشکل است و بر نشانه ای حاد اثربخشی بیشتری دارد در مقایسه با طرح‌واره درمانی تأثیر کمتری بر نشانه ها و علائم مزمن مراجعان داشت.

تشکر و قدردانی

این پژوهش بر گرفته از رساله دکتری تخصصی می‌باشد و از تمام عزیزان در معاونت بهداشت و درمان استان همدان و کلینک مثلثی که در این پژوهش مساعدت نمودند نهایت تشکر و قدردانی را دارم این پژوهش در تاریخ ۱۳۹۴/۱۰/۹ در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی استان همدان با شماره ۱۶/۳۲/۱۱۰۴۷/پ، سایت ایران داک با کد رهگیری ۱۲۱۲۵۷۸ و مرکز ثبت کار بالینی ایران

های مقابله با استرس در زنان باردار شهر تبریز. اندیشه و رفتار. ۱۰ (۳۷): ۷۶-۷۷.

- حسن زاده لیف شاگرد، منیره؛ ترخان، مرتضی؛ تقی زاده، محمد احسان. (۱۳۹۴). اثربخشی ایمن سازی در مقابل استرس بر استرس ادراک شده زنان باردار با سابقه ناباروری. پرستاری و مامایی جامع نگر. ۲۳ (۷۰): ۳۴-۲

- Oei TSP, Bullbeck K, Campbell JM. (2006) Cognitive change process during group cognitive behaviour therapy for depression. *Journal of Affective Disorders* 92(3):231-241.

- Hemmati Sabet, A.Khalat bari, J.(2012)Group training of stress management vs. Group cognitive behavioral therapy in reducing depression, anxiety and perceived stress among HIV - positive Men 7(1): 4-8.

- Young, J.E., Kloska, J.S. (2003). *Schema therapy: A practitioner guide*. New York, The Guilford press.

- MarySue, V. Heilemanna, Huibrie C. Pieters, Priscilla Kehoe, Qing Yang (2011). Schema therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 42. 473-480.

- Nordah H. Holthe H.(2005)Early maladaptive schema in patient with or without personality disorder. *clinical psychology and psychotherapy* .12:142-149

- Jilian B.Philip, M.G (2003) cognitive therapy of biopolar: A schema focused approach *journal of Australian new zealand psychiatry* .31:34-40

- ۱۷۶:۲-۱۸۱.

- Hemmati Sabet, A. Ashoori, A.(2014).Cognitive therapy, Stress management and Desensitization through eye movement reprocessing in reducing depression severity among patient spinal cord injuries.1(1):1-4

- Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy.

زیر نظر سازمان بهداشت جهانی با کد IRCT:2012121911782N2 ثبت گردید.

منابع

- روزنهان، دیوید ال و سلیگمن، مارتین، ای، پی (۲۰۰۱). روانشناسی ناپهنجاری، ترجمه: سید محمدی، یحیی، ۱۳۸۶، تهران: ساوالان

- کوریتس . انتونی ،جی (۱۳۸۱)روانشناسی سلامت، ترجمه فرامرز سهرابی ،چاپ دوم ،انتشارات طلوع دانش .

- فرزادی .حمید،بیرشک . بهروز (۱۳۷۷). بررسی جنبه های روانی- اجتماعی و شیوه های کنار آمدن با بیماری در دو گروه از مبتلایان به ویروس نقص ایمنی ، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران دوره ۱۴، ۵۶-۶۴

- سادوک ویرجینیا ، کاپلان هرولد ، سادوک بنجامین جیمز(۲۰۰۷) خلاصه روان پزشکی علوم رفتاری روان پزشکی بالینی، ترجمه نصرت اله پور افکاری، ۱۳۸۸، نشر شهراب.

- احمدی محسن ، کرمی نیا رضا (۱۳۹۰) مقایسه اثربخشی مداخله حساسیت زدایی از طریق بازپردازش حرکات چشم و شناخت درمانی بر کاهش علائم افسردگی در جانبازان افسرده ،مجله روانشناسی نظامی ۷(۲): ۹-۱

- نیکخو، محمد رضا (۱۳۸۴). رویکردهای درمانی در روانشناسی و روانپزشکی، تهران : نشر سخن

- عزیزی، امیر؛ محمدی، جواد. (۱۳۹۵). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر استرس ادراک شده و افسردگی بیماران سندرم روده تحریک پذیر. مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. ۱۶ (۱): ۹۵-۱۰۴.

- خدیوزاده، طلعت؛ حسین زاده، مریم؛ اظهري، صدیقه؛ اسماعیلی، حبیب الله؛ اخلاقی، فریده؛ سردار، محمدعلی. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش خودمراقبتی بر استرس ادراک شده زنان مبتلا به دیابت بارداری تحت درمان با انسولین فصلنامه مراقبت مبتنی بر شواهد. ۵ (۱۶): ۷-۱۸.

- حاجلو، نادر؛ جعفری، عیسی. (۱۳۹۴). نقش استرس ادراک شده، هیجان خواهی و حمایت اجتماعی در اعتیاد. روان شناسی سلامت. ۴ (۱۶): ۵۳-۴۰.

- عزیزی، مرتضی؛ نظامی، لطیفه. (۱۳۹۴). پیش بینی افسردگی پس از زایمان براساس استرس ادراک شده و سبک

Journal of Affective Disorders. 151(2), 500-505.

- Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spiropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S...Zervas, I. (2014). Schema Therapy for patients with chronic depression: a single case series study. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 45(3): 319-329 .

- Antony, M.M, Bieling, P.J, Cox, B.!, Enns, M.W, Swinson, R.P (1998). Psychometric properties of the 42- Item and 21- Item version of the depression anxiety stress scale in clinical groups and a community sample. Psychological Assessment, 2: 176-181.

- Lovibond, P.F, Lovibond, S.H.(1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behavior Research and Therapy. 33(3):335-343.

- Lovibond, S.H, Lovibond, P.F. (1995). Manual for the depression anxiety, stress scales. Sydney: Psychology Foundation

- Hawke L. D., Provencher, M, D. (2011) Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: a review. Journal of Cognitive Psychotherapy 257-276.

- Bortolon, Catherine., capdevielle, Delphine., Boulenger, Jean – Philippe., Gely-Nargeota, Marie-Christine., Raffard, Stéphane (2013). Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study Kournal Psychiatry Research Volume 209, Issue 3, 30Pages 3612-366.

- Hawke LD, Provencher MD, Parikh SV. (2013). Schema therapy for bipolar disorder: a conceptual model and future directions. Journal of Affective Disorders. Volume 148, Issue 1, Pages 118-122.



Comparison of scheme therapy and cognitive group therapy on women`s perceived stress with high risky sexual behavior

Akbar Hemmati Sabet ¹, Shokouh Navabi Nejad ^{2*}, Javad Khalatbari³

- 1) Phd student, Department of counseling, Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
- 2) Professor, PhD in counseling, Department of counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran.
- 3) Assistant professor, PhD in psychology, Department of psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Mazandaran, Iran.

*Corresponding author: Navabinejad93@yahoo.com

Abstract

The aim of this study was to compare scheme therapy and cognitive group therapy on women`s perceived stress with high risk sexual behaviors referring to Hamadan health center. This is a semi-experimental study on single stage cluster sampling .The statistical sample consisted of 500 women with high risk sexual behaviors referring to health center for AIDS test The psychologists and a physician did diagnostic interview and 217 subjects were randomly chosen using sample volume formula and stress, anxiety and depression scales were run. 85 subjects were diagnosed to have stress of whom 45 were chosen randomly and divided into three groups of 15 consisting of two experimental groups and one control group.12 sessions of cognitive group therapy and 12 sessions of scheme therapy were implemented for 90 min of each sessions. At the end of training period, three groups were post-tested and perceived stress components were investigated in pre-test and post-test. The results showed that scheme therapy is more effective than cognitive group therapy on stress of women with high risk sexual behaviors.

Key words: Schema therapy, Cognitive therapy, perceived stress.
