Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 3/ No. 2/ Summer 2016
Page: 82-93

The Effectiveness of Schema Therapy in Reducing Aggression and Social Anxiety in adolescents of Hamedan city aged 17 to 18 years

Hemmati Sabet V[1], Rohani Shahrestani N[2], Hemmati Sabet A[3], Ahmadpanah M[4*]
Corresponding Author:
E-mail: m1ahmad2000@gmail.com
1 - M.A in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Hamadan, Iran
2 - M.A in General Psychology, Islamic Azad University, Gorgan, Iran
3 - PhD student of counseling, Islamic Azad university science and research branch, Tehran, Iran
4 - Associate prof of cognitive sciences, Behavioral disorders and substances abuse research center, Hamadan, Iran

Abstract
Introduction: This study aimed to investigate the effect of schema therapy in reducing aggression and social anxiety in adolescents of Hamadan city aged 17 to 18 years.
Method: This is a semi-experimental study with multistage cluster sampling method. The population of the study consisted of 3,000 secondary school students in District 1 of Hamadan. In the first stage of sampling, between the two regions of education in the city of Hamadan one was randomly selected. In the next phase, of all secondary schools in the area one was randomly selected and 32 patients were selected from among the students of this school. The Buss-Perry Aggression Scale and the Social Anxiety Scale of adolescents was conducted on students. 16 students were placed in the experimental group and control group and the experimental group received the independent variable (Schema Therapy) for 10 sessions. Each session was 60 minute long.
Findings: The results showed that schema therapy was an effective way to reduce physical aggression (P=0/05, F=20/3), verbal aggression (P=0/05, F=16/6), anger (P=0/05, F=104/5), hostility (P=0/05, F=7/2) and social anxiety (P=0/05, F=8/9).
Conclusion: result show the significant effect schema therapy on aggression and social anxiety in adolescents aged 17 to 18 years in Hamadan city.

Key words: Schema therapy, aggression, social anxiety

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال سوم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۵
صفحات: ۹۳-۸۲

اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش پرخاشگری و اضطراب اجتماعی نوجوانان پسر ۱۷ تا ۱۸ سال شهرستان همدان

وحید همتی ثابت۱، نیکو روحانی شهرستانی۲، اکبر همتی ثابت۳ ، محمد احمدپناه*[۴]
نویسنده مسئول: m1ahmad2000@gmail.com
۱- کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، ایران
۲- کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرگان، ایران
۳- دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران ،ایران
۳- دانشیار علوم شناختی، مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سو مصرف مواد دانشگاه علوم پزشکی همدان

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش تعیین اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش پرخاشگری و اضطراب اجتماعی نوجوانان پسر ۱۷ تا ۱۸ سال شهرستان همدان بود.

روش: این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای است. جامعه آماری شامل ۳۰۰۰ نفر از دانش‌آموزان پسر دوره‌ی متوسطه ناحیه‌ی یک آموزش و پرورش شهر همدان بود. در نمونه‌گیری این پژوهش از بین دو ناحیه آموزش و پرورش یک ناحیه به صورت تصادفی انتخاب شد. در مرحله بعد از بین مدارس متوسطه این ناحیه یک مدرسه به صورت تصادفی انتخاب و از بین دانش‌آموزان این مدرسه ۳۲ نفر انتخاب شدند. مقیاس پرخاشگری باس و پری[۱] و مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان[۲] بر روی دانش‌آموزان اجرا شد. در گروه آزمایش و گواه هر گروه ۱۶ نفر جایگزین شدند و متغیر مستقل (طرحواره درمانی) طی ۱۰ جلسه ی ۶۰ دقیقه‌ای به گروه آزمایش ارائه گردید.

یافته‌ها: بررسی میانگین‌های تعدیل شده نشان از اثر بخشی طرح واره درمانی بر روی پرخاشگری بدنی(F=۲۰/۳، P=۰/۰۵)، پرخاشگری کلامی (F=۱۶/۶، P=۰/۰۵)، خشم (F=۱۰۴/۵، P=۰/۰۵)، خصومت (F=۷/۲، P=۰/۰۵) و اضطراب اجتماعی (F=۸/۹، P=۰/۰۵)، بود.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش پرخاشگری و اضطراب اجتماعی نوجوانان پسر ۱۷ تا ۱۸ ساله شهرستان همدان موثر است.

کلید واژه‌ها: طرحواره درمانی، پرخاشگری، اضطراب اجتماعی

[دریافت مقاله: پذیرش مقاله:]

1. Buss.perry Aggression Questionnaire
2. Social Anxiety Scale for Adolescents

مقدمه

در طی سال‌های گذشته یک مجموعه رو به رشد تحقیقات حول محور پرخاشگری و مشکلات آن در کودکان و نوجوانان در مدرسه اختصاص یافته است (رجبی و همکاران، ۱۳۹۲). پرخاشگری در دوران نوجوانی نه تنها به قربانیان اعمال پرخاشگرانه آسیب وارد می‌سازد، بلکه رشد خود نوجوانان پرخاشگر را در معرض خطر قرار می‌دهد (لواف پور نوری و همکاران، ۱۳۹۲). رفتار پرخاشگرانه می‌تواند بر اساس انگیزه و کارکرد به زیرگروه‌هایی تقسیم شود. به این ترتیب، پرخاشگری تدافعی به عنوان پرخاشگری واکنش‌پذیر برچسب می‌خورد، در حالی که یک عمل ابزاری و توهین‌آمیز به عنوان پرخاشگری واکنش گرایانه برچسب می‌خورد (اوسترمیجر[1] و همکاران، ۲۰۱۶). پرخاشگری به عنوان هر شکلی از رفتار در نظر گرفته می‌شود که به دیگران صدمه و آسیب بزند و می‌تواند به آشکار و غیر مستقیم طبقه‌بندی شود. رفتار آشکار، رفتاری در نظر گرفته می‌شود که اثر منفی مستقیمی بر بهزیستی قربانی داشته باشد. پرخاشگری آشکار می‌تواند به صورت فیزیکی یا کلامی باشد. پرخاشگری فیزیکی شامل رفتارهایی از قبیل زدن و هل دادن می‌باشد در حالی که پرخاشگری کلامی شامل حملات کلامی لفظی به شکل متلک یا تهدید است. پرخاشگری غیرمستقیم، رفتاری است که باعث صدمه و آسیب به صورت غیرمستقیم به وسیله آسیب رساندن به روابط اجتماعی می‌شود و آن شامل رفتارهایی از قبیل غیبت کردن که قربانی را از گروههای اجتماعی جدا می‌کند و یا شایعه پراکنی می‌کند (گارسیا-سانکو[2] و همکاران، ۲۰۱۶). خشم یکی از مهمترین احساسها در زندگی افراد بشر است. احساسی است که در ارتباطات بین فردی به وجود می‌آید و زمانی تجربه می‌شود که نقشه‌ها، خواسته‌ها و نیازهای افراد ناکام شوند و همچنین در زمانی که افراد موقعیتها را ناعادلانه و تهدیدی برای ایگوی خود درمی‌یابند، تجربه می‌شوند (کوسکون[3]، ۲۰۱۰). خصومت یک صفت شخصیتی پایدار است که شامل مولفه‌های عاطفی (خشم)، نگرشی (بدبینی و بی اعتمادی به دیگران) و رفتاری (پرخاشگری آشکار و سرکوب شده) می‌باشد (برایدون[4] و همکاران، ۲۰۱۰). به رابطه بین خصومت و رفتار پرخاشگرانه توجه می‌کند. خصومت رفتار پرخاشگرانه درونی نیست بلکه بیرونی است (یاگجر و جاگلار[5]، ۲۰۱۰). اضطراب اجتماعی عبارت است از ترس شدید و دائمی از موقعیتهایی که در آنها فرد در جمع دیگران قرار می‌گیرد یا باید جلوی آنها کاری انجام دهد (مثلا، سخنرانی کند). افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی از هرگونه موقعیت اجتماعی که فکر می‌کنند ممکن است در آن یک رفتار خجالت‌آور داشته باشند یا هرگونه وضعیتی که فکر می‌کنند در آن مورد ارزیابی منفی دیگران قرار می‌گیرند می‌ترسند و سعی می‌کنند از آنها دور باشند (گنجی، ۱۳۹۳).

طرحواره درمانی به عنوان درمان روان شناختی با تاکید فراوان بر تجارب دوران کودکی و آسیب شناختی شخصیتی مورد بحث قرار گرفته است (رنر[6] و همکاران، ۲۰۱۶). بر اساس مطالعات صورت گرفته بدیهی به نظر می‌رسد که بین تجربیات اولیه‌ی دوران کودکی و ایجاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه رابطه‌ای وجود دارد این طرحواره‌ها یکی از عوامل اصلی در مدل بیماری‌پذیری ارثی-تنش اختلالات روانی را تشکیل می‌دهند. نتایج حاصل از پژوهش موسوی اصل

1. Oostermeijer
2. García.Sancho
3. Coskun
4. Brydon
5. YAĞCI & ÇAĞLAR
6. Renner

و موسوی سادات نشان داد، طرحواره درمانی و مداخلات ناشی از آن در کاهش شدت فعالیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه ی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه موفق بوده است (موسوی اصل، ۱۳۹۳).

در پژوهشی با عنوان مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای مقابله‌ای اجتناب در مردان وابسته به مواد شبه افیونی و افراد بهنجار به این نتیجه رسیدند که تفاوت طرح واره‌های ناسازگار اولیه در افراد وابسته به مواد و افراد بهنجار معنی‌دار است و سبک‌های اجتنابی در افراد وابسته به مواد به طور معنی‌داری بیشتر از افراد بهنجار است (زرگر و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهشی دیگر با عنوان رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با شیوه‌های فرزند پروری مادران و اختلال‌های بیرونی شده فرزندانشان به این نتیجه رسیدند که میان طرحواره‌های ناسازگار والدین و شیوه‌های فرزند پروری آنها رابطه معناداری وجود دارد (نظری و همکاران، ۱۳۹۴).

در پژوهشی کرمی و همکاران (۱۳۹۲) با عنوان رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و جامعه ستیزی در زنان بی‌خانمان وابسته به مواد به این نتیجه رسیدند که زنان جامعه ستیز با طرحواره ناسازگار اولیه انزوای اجتماعی، بیشترین مقدار و طرحواره‌ی وابستگی/بی-کفایتی با کمترین مقدار دیده می‌شود. کارتر[1] و همکاران (۲۰۱۳) دریافتند، نرخ بهبودی قابل مقایسه‌ای 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 می‌باشد. ملوگیانیس[2] و همکاران (۲۰۱۴) یک پروتکل طولانی تر طرحواره درمانی را بر روی بیماران زن افسرده مزمن اجرا کرده‌اند، که در این طرح نشانه‌های افسردگی تقریبا ۶۰ درصد کاهش پیدا کرده است.

بر این اساس هدف اصلی پژوهش حاضر این است که آیا طرحواره درمانی بر پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم، خصومت و اضطراب اجتماعی نوجوانان پسر ۱۵ تا ۱۸ سال موثر است.

روش بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی بود و با در نظر گرفتن دو گروه آزمایش و گواه و با اجرای پیش آزمون و پس آزمون انجام شد. در این پژوهش، دو گروه آزمایش و گواه دو بار سنجش شدند. یک بار قبل از شروع آموزش و بار دوم بعد از اتمام آموزشها بود. بر این اساس گروه آزمایش تحت تاثیر متغیر مستقل (آموزش طرحواره درمانی) قرار گرفتند در حالی که به گروه گواه هیچ گونه آموزشی ارائه نشد.

جامعه آماری این پژوهش شامل ۳۰۰۰ نفر از دانش‌آموزان پسر دوره‌ی متوسطه شهرستان همدان بود. در نمونه‌گیری این پژوهش در مرحله اول از بین دو ناحیه آموزش و پرورش شهر همدان یک ناحیه به صورت تصادفی انتخاب شد. در مرحله بعد از بین مدارس متوسطه این ناحیه یک مدرسه به صورت تصادفی انتخاب و در مرحله سوم دو پایه‌ی تحصیلی در این دبیرستان که شامل ۹۸ نفر بودند انتخاب سپس مقیاس پرخاشگری باس و پری (BPAQ) و مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان (SASA) در میان دانش-آموزان به اجرا درآمدند. ۴۷ نفر از دانش‌آموزان دارای نشانه‌های پرخاشگری و اضطراب اجتماعی بودند که از بین آنها ۳۲ نفر به صورت تصادفی انتخاب گردید و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند و طرحواره درمانی طی ۱۰ جلسه درمانی بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. و در انتها

1. Carter
2. Malogiannis

پس آزمون اجرا گردید. معیارهای ورود به پژوهش شامل دانش‌آموزان پسر ۱۷ تا ۱۸ سال دارای نشانه‌های پرخاشگری و اضطراب اجتماعی بود و معیارهای خروج از پژوهش، دانش‌آموزان پسر ۱۷ تا ۱۸ سال فاقد نشانه های پرخاشگری در مقیاس پرخاشگری باس و پری و اضطراب اجتماعی در مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان بود.

ابزار پژوهش

۱. مقیاس پرخاشگری باس و پری[1]. این مقیاس در سال ۱۹۹۲ به وسیله آرنولد اچ. باس و مارک پری تدوین شده است و حاوی ۲۹ ماده می‌باشد که چهار جنبه از پرخاشگری (پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت) را مورد سنجش قرار می-دهد و مجموع نمرات چهار خرده مقیاس میزان پرخاشگری کلی را می‌سنجد. اعتبار و پایایی پرسشنامه‌ی پرخاشگری از همسانی درونی خوبی برخوردار است. ضرایب آلفا برای خرده مقیاسهای پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۸۳، ۰/۷۷ و ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۸۹ می‌باشد و همچنین در پژوهشی که در اسپانیا، گارسیالیون (۱۹۹۹) و دیگران بر دانشجویان رشته روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه جائن انجام دادند. ثابت درونی چهار عامل و نمره‌های کل تست بین ۰/۷۲ و ۰/۸۹ بود و بازآزمایی تست بین ۰/۷۲ و ۰/۸۰ گزارش شده است. اعتبار این پرسشنامه در ایران را لنگری در سال ۱۳۷۵ با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۰ بدست آورده است. روایی پرسشنامه از راه شاخص‌های روایی همگرا، همزمان و تحلیل عوامل مورد بررسی قرار گرفت. روایی همگرای پرسشنامه پرخاشگری با محاسبه ضریب همبستگی زیر مقیاس‌های این پرسشنامه با یکدیگر و با کل پرسشنامه تایید شد که این ضرایب میان ۰/۳۷ تا ۰/۷۸ متغیر و معنادار بودند (آهنگر انزابی و فرج زاده، ۱۳۹۲).

۲. مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان[2]. این مقیاس از ۲۸ گویه و ۲ خرده مقیاس درک و ترس از ارزیابی منفی[3] (۱۵ سوال) و تنش و بازداری در برخورد اجتماعی[4] (۱۳ سوال) تشکیل شده است که به منظور سنجش نگرانی‌ها، ترسها و رفتارهای اجتنابی نوجوانان در موقعیتهای مختلف بکار می رود. زیر مقیاس بیم و ترس از ارزشیابی منفی، ترسها، نگرانیها و انتظار ارزیابی‌های منفی احتمالی از طریق همسالان را اندازه-گیری می‌کند. زیرمقیاس تنش و بازداری در برخورد اجتماعی نیز تنش/تنش‌زدایی، صحبت یا بازداری و آمادگی برای مواجهه با موقعیتهای اجتماعی مختلف مانند برخورد با افراد آشنا و ناآشنا، همسالان غیر هم جنس و شرکت در بحث‌های کلاسی را اندازه‌گیری می‌کند. همسانی درونی این زیر مقیاسها در مطالعات مختلف (پاکلک و ویدمار[5]، ۲۰۰۰؛ پاکلک، ۲۰۰۴؛ پاکلک و ویدک[6]، ۲۰۰۸) تایید شده است. یافته‌های پژوهشی گارسیا – لوپز، اولیوراس، هیدالگو، بیدل و ترنر[7] (۲۰۰۱)؛ زو، سو، اینگلز، هیدالگو و لاگراکا[8] (۲۰۰۸)؛ پاکلک و ویدک (۲۰۰۸) نشان می‌دهند که SASA برای اندازه‌گیری اضطراب اجتماعی توجوانان از توان بالایی برخوردار است. نتایج تحلیل عاملی تاییدی در پژوهش خدایی، شکری، پاکلک، گراوند و طولابی (۱۳۹۰) نشان داد که ساختار دو عاملی برازش خوبی با داده‌ها دارد. ضرایب آلفا برای زیرمقیاس‌های بیم و ترس از ارزیابی منفی و تنش و بازداری در

1. Buss.perry Aggression Questionnaire

2. Social Anxiety Scale for Adolescents
3. apprehension and fear of negative evaluation
4. tension and inlibition in social contact
5. Puklek, & Vidmar
6. Puklek, & Videc
7. García.López,, Olivares, Hidalgo, Beidel & Turner
8. Zhou, Xu, Ingles, Hidalgo & LaGreca

برخورد اجتماعی و نمره کلی اضطراب اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۶۸ و ۰/۸۳ به دست آمد.

از بین دانش‌آموزان تعداد ۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه گواه جایگزین شدند. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که بعد از انتخاب گروههای آزمایش و گواه، متغیر مستقل (طرحواره درمانی) طی ۱۰ جلسه ی ۶۰ دقیقه‌ای به گروه آزمایش ارائه شد که فشرده مفاهیم مطرح شده به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول. ایجاد اعتماد و درک مشکل اعضا و چگونگی شکل‌گیری این مشکل، آموزش مفهوم طرحواره، طرحواره درمانی.

جلسه دوم. نحوه ی تکمیل کردن پرسشنامه‌ها، آموزش در زمینه‌ی ارتباط بین طرحواره درمانی، پرخاشگری، اضطراب اجتماعی و شناسایی اجبارها، اجتناب‌ها و باورهای بنیادین.

جلسه سوم. شناخت و برانگیختن طرحواره‌ها، تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل گیری طرحواره نقش داشته-اند.

جلسه چهارم. بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای در چند نفر از اعضای گروه و بیان چند مثال درباره‌ی سبک‌های مقابله‌ای.

جلسه پنجم. جمع‌آوری شواهد عینی تاکید کننده بر طرحواره طی صحبت با اعضای گروه، جمع‌آوری شواهد عینی ردکننده طرحواره و تعریف جدید از شواهد تایید کننده طرحواره.

جلسه ششم. گفتگوی طرحواره (گفتگوی خیالی)، توانمند سازی بیمار برای جنگیدن علیه طرحواره‌ها و فاصله گرفتن از طرحواره.

جلسه هفتم. نوشتن نامه به والدین و برقراری گفت و گوی خیالی با آنها در جلسه ی درمان از طریق روش صندلی خالی.

جلسه هشتم. آموزش شیوه‌ی درست ابراز خشم و کنترل اضطراب (این کار هسته ی اصلی درمان است).

جلسه نهم و دهم. بررسی روشهای موثر در تحمل خستگی و ناکامی در حین انجام کارها بر اساس طرحواره‌ی خویشتن‌داری و نبود خود انضباطی، انجام اقدامات لازم جهت انجام آزمونهای پایانی از گروه آزمون (یانگ و همکاران، ۱۹۵۰؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۶).

شیوه اجرا

جامعه آماری این پژوهش شامل ۳۰۰۰ نفر از دانش‌آموزان پسر دوره‌ی متوسطه شهرستان همدان بود. در نمونه‌گیری این پژوهش در مرحله اول با اخذ مجوز از اداره کل آموزش پرورش استان همدان، از بین دو ناحیه آموزش و پرورش شهر همدان یک ناحیه به صورت تصادفی انتخاب شد. در مرحله بعد از بین مدارس متوسطه این ناحیه دبیرستان امیرالمومنین (ع) به صورت تصادفی انتخاب و با هماهنگی‌های لازم با مسئولین این دبیرستان، در مرحله سوم دو پایه‌ی تحصیلی در این دبیرستان که شامل ۹۸ نفر بودند انتخاب سپس مقیاس پرخاشگری باس و پری (BPAQ) و مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان (SASA) در میان دانش‌آموزان به اجرا درآمدند. ۴۷ نفر از دانش‌آموزان دارای نشانه‌های پرخاشگری و اضطراب اجتماعی بودند که از بین آنها ۳۲ نفر به صورت تصادفی انتخاب گردید و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند و طرحواره درمانی طی ۱۰ جلسه درمانی بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. و در انتها پس آزمون اجرا گردید.

یافته‌ها

با توجه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای در این پژوهش و انتخاب و جایگزینی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و کنترل و با توجه به اینکه تعداد نمونه‌ها در پژوهش‌های آزمایشی حداقل ۱۵ نفر می‌باشند، در نتیجه سعی گردید در این پژوهش از ۱۶ آزمودنی در گروههای آزمایش و کنترل استفاده شود. آزمودنی‌ها شامل ۳۲ دانش‌آموز پسر در مقطع آموزشی متوسطه دوم بودند که در دو گروه ۱۶ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

جدول ۱: توزیع فراوانی سن آزمودنیهای گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیر	گروه	۱۷سال	۱۸ سال	جمع کل
پسران ۱۷ تا ۱۸ سال	گروه آزمایش	۷ نفر	۹ نفر	۱۶
	گروه کنترل	۷ نفر	۹ فر	۱۶

همان‌گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد آزمودنیهای در رده سنی ۱۷ تا ۱۸ سال بوده اند و دو گروه ۱۶ نفر را تشکیل داده‌اند.

فرضیه‌های تحقیق: طرحواره درمانی بر پرخاشگری (بدنی، کلامی، خشم، خصومت) و اضطراب اجتماعی نوجوانان تاثیر دارد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA)، آزمون تعامل بین گروه‌ها (پیش‌آزمون) کنترل و آزمایش در مقیاس پرخاشگری و اضطراب اجتماعی نوجوانان

متغیر ها	میانگین		انحراف استاندارد		F
متغیرها	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	
پرخاشگری بدنی	۲۸/۴	۳۰/۵	۴/۹	۴/۵	۱/۵۸*
پرخاشگری کلامی	۲۳/۰۶	۱۶/۸	۲۵/۰۹	۳/۹	۰/۹۴*
خشم	۲۶/۱	۲۵/۱	۸/۴	۶/۳	۰/۱۸*
خصومت	۱۹/۶	۲۱/۶	۷/۷	۶/۶	۰/۵۸*
اضطراب اجتماعی نوجوانان	۸۷/۹	۸۱/۲	۲۳/۲	۱۲/۸	۱/۰۱*

*P <۰/۰۵

همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره در مولفه پرخاشگری در زیر مقیاس پرخاشگری بدنی میانگین گروه آزمایش و گروه کنترل ۳۰/۵±۲۸/۴ و درمقیاس پرخاشگری کلامی ۱۶/۸±۲۳/۰۶؛ در زیر مقیاس خشم ۲۵/۱±۲۶/۱؛ در زیر مقیاس خصومت ۱۹/۶±۲۱/۶ می‌باشد و در مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان ۸۷/۹±۸۷/۲ می‌باشد. همان‌گونه در جدول نشان داده شده است تفاوت معنی‌داری در بین دو گروه در مرحله‌ی پیش‌آزمون، در همه‌ی زیر مقیاس‌ها مشاهده نشده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA)، آزمون تعامل بین گروه‌ها (پس‌آزمون) کنترل و آزمایش در مقیاس پرخاشگری و اضطراب اجتماعی نوجوانان

متغیرها	میانگین		انحراف استاندارد		F
متغیرها	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	
پرخاشگری بدنی	۱۵/۸	۲۵	۳/۵	۷/۳	۲۰/۳*
پرخاشگری کلامی	۱۳/۵	۱۸/۳	۲/۷	۳/۷	۱۶/۶*
خشم	۱۴/۱	۲۷/۷	۲/۹	۴/۴	۱۰۴/۵*
خصومت	۲۰/۳	۲۶/۸	۸/۹	۳/۶	۷/۲*
اضطراب اجتماعی نوجوانان	۶۰/۴	۷۸/۳	۱۸/۵	۱۵/۲	۸/۹*

*P <۰/۰۵

همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره در نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره در مولفه پرخاشگری در زیر مقیاس پرخاشگری بدنی میانگین گروه آزمایش و گروه کنترل ۲۵±۱۵/۸ و درمقیاس پرخاشگری کلامی ۱۸/۳±۱۳/۵؛ در زیر مقیاس خشم ۲۷/۷±۱۴/۱؛ در زیر مقیاس خصومت ۲۶/۸±۲۰/۳ می‌باشد و درمقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان ۷۸/۳±۶۰/۴ می‌باشد و همان‌گونه که در جدول ۳ نشان داده شده است در بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. و آموزش طرحواره درمانی بر پرخاشگری و اضطراب اجتماعی نوجوانان اثرگذار بوده است و منجر به کاهش این متغییرها گردیده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم، خصومت و اضطراب اجتماعی نوجوانان پسر ۱۷ تا ۱۸ بود. از یافته‌های پژوهش حاضر چنین بر می‌آید که این شیوه‌ی درمانی موجب کاهش پرخاشگری و اضطراب اجتماعی در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

این یافته‌ها با یافته‌های کالویت و هانکین[1] (۲۰۱۳)، استر و ایزسکان[2] (۲۰۱۱)، پائول و دیوید[3] (۲۰۰۹) که همگی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب اجتماعی و پرخاشگری تاکید می‌کنند همسو است.

کونئیگزبرگ[4]، هاروی[5]، میتروپولو[6]، آنتونیا[7]، گودمن[8]، سیلورمن[9]، سربی[10]، اسکوپیک[11] متوجه شدند انواع پرخاشگری از جمله خود تخریبی رفتاری با ویژگیهای اختلال شخصیت از جمله بی‌ثباتی عاطفی و تکانشگری مرتبط هستند (بعنوان مثال نامنظمی‌های عاطفی) (آپشه و همکاران، ۲۰۰۵).

لاپسلی و آلسما (۲۰۰۶) به این نتیجه رسیدند که وقتی خودانگاره برتر در نوجوانان تهدید می‌شود، بسیار خشمگینانه و پرخاشگرانه واکنش نشان می‌دهند (پیوسته‌گر و همکاران، ۱۳۹۰).

افراد دچار اضطراب اجتماعی در موقعیتهای اجتماعی، عواقب فجیعی را از لحاظ از دست دادن

1. Calvete & Hankin
2. Esther & Izaskun
3. Paul & David
4. Koenigsberg
5. Havey
6. Mitropoulou
7. Antonia
8. Goodman
9. Silverman
10. Serby
11. Schopick

شأن و مرتبه ی خود و طرد شدن پیش‌بینی می‌کنند (کلارک۱، ۱۹۹۵). طرحواره‌ها همیشه باعث ایجاد سوگیری در تفسیر انسان از وقایع می‌شوند و این سوگیری‌ها به صورت سوء تفاهم، نگرشهای تحریف شده، فرض‌های نادرست و هدفها و انتظارات غیر واقع بینانه ظاهر می‌شوند .همچنین تمایل بشر به هماهنگی شناختی باعث می‌شود که موقعیت‌ها را به گونه‌ای سوء تعبیر کند که طرحواره‌ها تقویت شوند، به طرزی که بر داده‌های همخوان با طرحواره تاکید می‌کند و داده-هایی را که با طرحواره منافات دارند، نادیده می‌گیرد و یا کم ارزش می‌شمارد (یانگ و همکاران، ۱۹۵۰؛ ترجمه حمید پور و اندوز، ۱۳۸۶).

در تبیین این یافته‌ها، می‌توان گفت که طرحواره درمانی به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق بیماران را دقیق‌تر تعریف کرده، آنها را به گونه-ای قابل درک سازماندهی کنند. در این مدل، ردپای طرحواره‌ها با تاکید بر روابط بین فردی بیمار از کودکی تا زمان حال دنبال می‌شود. با به کارگیری این مدل بیماران می‌توانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی خود را به صورت ناهمخوان ببینند. در نتیجه، با آگاهی از وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه، برای رها شدن از مشکلات انگیزه‌ی بیشتری پیدا می‌کنند. طرحواره‌ها، مفروضه‌ها یا قوانین زیربنایی هستند که افکار و رفتارهای فرد را زیر کنترل خود دارند و در طول سال-های زندگی فرد تحول یافته‌اند؛ محتوای طرحواره‌ها، همه‌ی جنبه‌های زندگی فرد اعم از آگاهانه یا غیر آگاهانه را در بر گیرد. طرحواره‌ها، معنی و ساختاری را که فرد به دنیا می‌دهد، ایجاد می‌کنند. آنها در طول دوره‌ی تحول فرد شکل گرفته‌اند؛ به این معنا که به موازات دریافت اطلاعات فرد از محیط اطراف، آن را پردازش و فیلتر می‌کنند. به طور خلاصه، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن فرد شکل گرفته اند و در سیر زندگی تکرار می شوند. محدودیت ها در این پژوهش فقدان پژوهش های متعدد در زمینه ی اثربخشی این رویکرد بر نشانه های محور یک که شامل اضطراب اجتماعی و انواع پرخاشگری بود، از طرفی وجود یک کمک درمانگر در این پژوهش احساس گردید.

همان‌طور که در نظریه‌ی روان تحلیل‌گری عنوان می‌شود، ایده‌ی طرحواره‌های شناختی بر این باور است که فرآیندهای ناهشیار بر فکر و عاطفه و رفتار تاثیر می‌گذارند. اما برخلاف مفهوم ناهشیار در نظریه‌ی روان‌پویایی، طرحواره‌ها از طریق پردازش ناهشیار اطلاعات بر افکار، عاطفه ور فتار تاثیر می‌گذارند، نه از طریق انگیزش‌های ناهشیار و سائق‌های غریزی. بطور کلی در تبیین این امر چنین به نظر می رسد که رویکرد طرح واره درمانی یک رویکرد جامع میباشد و شاید دلیل برتری آن بر رویکرد شناختی، تاکید آن بر رویکردهای درمانی مختلف در طول درمان با مراجعان است از جمله رویکردهای 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 تاکید می‌شود و نوجوانان با رویکرد تجربی می‌توانند 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 می‌کند و به مراجعان کمک می‌کند که از طریق بزرگسال سالم با کودک آسیب دیده ارتباط برقرار کنند 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 بزگسال سالم به آن بنگرد.

1. Clark

با توجه به متون علمی طرح واره درمانی برای اختلالات محور دوم تاثیر بیشتری دارد اما در این پژوهش نشان داد که که در محور یک هم می‌تواند موثر باشد. شاید یکی از دلایلی که بر آن می‌شود تاکید داشت تاریخچه زندگی مراجعان باشد که پر از محرومیت هیجانی، نقص و آسیب می‌باشد و به نظر می‌رسد نشانه‌های اضطراب اجتماعی در آنها مزمن بوده و از طرفی مراجعانی که دارای نشانه پرخاشگری هستند به نظر میرسد از طرحواره‌های استحقاق، محرومیت هیجانی، رها شدگی بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی بد رفتاری و نقص و شرم رنج برده و در این رویکرد به آنها کمک شد تا طرحواره‌های ناساگار خود را شناخته و نسبت به شیوه‌هایی که باعث تداوم طرحواره‌های آنها شده آگاه شوند؛ شامل اجتناب، تسلیم و جبران افراطی. و به آنها کمک شد با تکنیک تصویرسازی به دوران کودکی خود رفته و بتوانند هیجانات منفی خود را نسبت به مراجع قدرت بیان کرده و در روابط کنونی با بزگسال سالم ارتباط برقرار کنند. یکی از مواردی که باعث می‌شود مراجعان احساس ارزشمندی کنند حضور آنها در گروه درمانی است و تکنیک‌های رفتاری که آنها را بر تلاش بیشتر و تشویق خود و تهیه لیستی از موفقیتهای گذشته فرد است، می‌باشد.

Reference

1. Rajabi, Z. Najafi, M. Rezaei, A. (2013). The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in reducing children aggressive. Journal of Clinical Psychology, 10(3): 55-71. (in Persian)

2. Lavafpour Noori, F. Zahrakar, K. Sanai Zaker, B. (2012). A Study of Effectiveness of Group Forgiveness Therapy in Reducing Aggression among 11-13 Year Old Male Adolescents in City of Dezful. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci; 20(4): 489-500. (in Persian)

3. Oostermeijer, M. Nieuwenhuijzen, P.M. van de Venc, A. Popma, L.M.C. Jansen. (2016). Social information processing problems related to reactive and proactive aggression of adolescents in residential treatment. Personality and individual diffrences. 90(2016): 54-60.

4. E. García-Sancho, J.M. Salguero, P. Fernández-Berrocal. (2016). Angry rumination as a mediator of the relationship between ability emotional intelligence and various types of aggression. Personality and Individual Differences.89: 143–147.

5. Coskun, Arslan. (2010). an investigation of anger and anger expression in terms of coping with stress and interpersonal problem-solving. Theory and practice. 10(1): 25-43.

6. Brydon, Lena. Strike, Philip C. Bhattacharyya,Mimi R. Whitehead, Daisy L,McEwan,Jean. Zachary, lan. Steptoe, Andrew. (2010). Hostility and physiological responses to laboratory stress in acute coronary syndrome patients. Psychosomatic Research. 68(2): 109-116.

7. YAĞCI, Emete. ÇAĞLAR, Mehmet. (2010). HOW THE USE OF COMPUTER TYPES AND FREQUENCY AFFECTS ADOLESCENCES TOWARDS ANGER AND AGGRESSION. The Turkish Online Journal of Educational Technology. 9(1): 89-97.

8. Ganji, M. Abnormal psychology; DSM-5. (2015). Tehran: Savalan. (in Persian)

9. Renner, Fritz. Arntz, Arnoud. Peeters, P.M.L Frenk. Lobbestael, Jill. Huibers, J.H Marcus. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. Journal of

Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 51(2016): 66-73.

10. Moosaviasl, SA. Moosavi Sadat, Z. (2014). The Effectiveness of schema therapy in reduction of Early maladaptive schemas on PTSD Veterans Men. Armaghane-danesh, Yasuj University of Medical Sciences Journal (YUMSJ), 19(1): 89-99. (in Persian)

11. Zargar, M. Kakavand, A.R. Jalali, M.R. Salavati, M. (2011). Comparison of maladaptive early schemas and avoidance behaviors in opioid dependent men and non-dependent men. Journal of Applied Psychology, 17(1): 69-84. (in Persian)

12. Nazari, F. Kakavand, A.R. Mashhadi Farahani,M. (2015). The relationship between early maladaptive schemas with maternal parenting style and children's outer disorder. Journal of Applied Psychology, 2(34): 115-135. (in Persian)

13. Karami, L. Bahrami, H. Mohammadi Aria, A.R. Asgharnezhad Farid, A.A. Fakhri, Z. (2013). The relationship between early maladaptive schemas and sociopathy in homeless women with substance dependency. Journal of Applied Psychology, 2(26): 93-110. (in Persian)

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

15. 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.

16. Ahangar Enzaei, A. Farajzadeh, R. (2013). The effectiveness of Aggression Management Training in reduction and inhibition of aggression in adolescent girls in Tabriz city institution. Journal of Women and Family Studies, 19(5): 23-35. (in Persian)

17. Puklek, M., & Videc, M. (2008). Psychometric properties of the Social Anxiety Scale for Adolescents (SASA) and its relation to positive imaginary audience and academic performance in Slovene adolescents. Studia Psychologica, 50 (1): 49-65.

18. Puklek, M., & Vidmar, G. (2000). Social anxiety in Slovene adolescence: Psychometric properties of a new measure, age differences and relations with self-consciousness and perceived incompetence. European Review of Applied Psychology, 50: 249-258.

19. Puklek, M. (2004). Development of the two forms of social anxiety in adolescence. Horizons of Psychology, 13: 27-40.

20. García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C., & Turner, S. (2001). Hall, Kimberly R. Rushing, Jeri L. Ower, Rachel B. (2009). Anger in Middle School: The Solving Problems Together Model. School counseling. 30(7): 1-22.

21. Zhou, X., Xu, Q., Ingles, C. J., Hidalgo, M. D., & LaGreca, A. M. (2008). Reliability and validity of the Chinese version of the Social Anxiety Scale for Adolescents. Child Psychiatry and Human Development, 39 (2): 185-200.

22. Khodaei, A. Shokri O. Puklek, M. Gravand, F. Tolabi, S. (2011). Factor structure and psychometric properties of the social anxiety scale for adolescents (SASA). Journal of Behavioral Sciences, 5(3): 209-216. (in Persian)

23. Young, j.E, Kloska, J.S (1950).Schema therapy :A practitioner guide .New York , The Guilford press. Translated by H, Hamid pour & colleagues. (2007). Tehran: Arjmand. (In Persian)

24. Calvete E, Orue I, Hankin BL. Early maladaptive schemas and social anxiety in adolrscents: The mediatining

role of anxious automatic thoughts. J Anxiety Disord 2013; 27: 278-88.

25. Esther, Calvete, & Izaskun, Orue. (2011). Social Information Processing as a Mediator Between Cognitive Schemas and Aggressive Behavior in Adolescents. Journal of Abnormal Child Psychology, 40(1): 105-117.

26. Paul F. Tremblay., & David J. A. Dozois. (2009). another perspective on trait aggressiveness: Overlap with early maladaptive schemas. Personality and Individual Differences, 46(5-6): 569–574.

27. Apsche,a Jack. Bass,k Christopher. Jennings,L Jerry. Murphy,J Christopher. Hunter,A Linda and Siv,M Alexander. (2005). international journal of behavioral consultation and theray. 2(1): 101-113.

28. Peivastegar, M. Yazdi, S M. Mokhtari,L. (2011). The relationship between narcissism and self-esteem in adolescent girls with aggressive and compare their evolution. Psychological studies, 7(1): 127-144. (in Persian)

29. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In: Heim-Berg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, editors. Social phobia: diagnosis, assessment and treatment. New York: Guildford Press; 1995. p. 69-93.