

«فصلنامه آموزش و ارزشیابی»
سال ششم - شماره ۲۴ - زمستان ۱۳۹۲
ص. ص. ۷۹-۹۱

اثر بخشی طرح‌واره درمانی در تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کاهش حساسیت اضطرابی در دانشجویان

دکتر اصغر جعفری^۱
دکتر جعفر پویامنش^۲
ناصر قربانیان^۳
مهسا کبیری^{*۴}

چکیده

حساسیت اضطرابی ترس از اضطراب و نشانه‌های مرتبط با آن می باشد که ممکن است به عوارض بالقوه آسیب‌زای بدنی، روان شناختی و اجتماعی منجر شود. حساسیت اضطرابی یک عامل آسیب‌زا برای ایجاد اختلالات اضطرابی محسوب می‌شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر طرح‌واره درمانی در تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کاهش حساسیت اضطرابی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز انجام شد. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح تحقیق پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل است. ۱۰ آزمودنی به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل به طور تصادفی جایگزین شدند. بوسیله پرسشنامه‌های فرم کوتاه طرح‌واره‌های ناسازگار یانگ و حساسیت اضطرابی رایس و همکاران داده‌ها جمع‌آوری و با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. نتایج پژوهش نشان داد که مداخلات مبتنی بر طرح‌واره درمانی می‌تواند همه طرح‌واره‌ها بجز طرح‌واره‌های استحقاق/بزرگ منشی، انزوای اجتماعی/بیگانگی و شکست را به طور معنی‌داری تعدیل کند. همچنین مداخلات مبتنی بر طرح‌واره درمانی می‌تواند حساسیت اضطرابی دانش‌آموزان را به طور معنی‌داری کاهش دهد. نتایج پژوهش شواهدی را پیشنهاد می‌کند که طرح‌واره درمانی روش درمانی مناسبی برای تعدیل نمودن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کاهش حساسیت اضطرابی دانشجویان می‌باشد. لذا به منظور تعدیل نمودن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کاهش حساسیت اضطرابی لازم است که بر اساس مداخلات طرح‌واره درمانی زمینه تغییر یا تعدیل طرح‌واره‌ها فراهم شود.

واژه‌گان کلیدی: اثر بخشی، طرح‌واره درمانی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، حساسیت اضطرابی

۱- دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر، استادیار گروه روان شناسی، اهر، ایران.

۲- دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر، استادیار گروه روان شناسی، اهر، ایران.

۳- دانش‌آموخته کارشناسی‌ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۴- دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر، دانش‌آموخته کارشناسی‌ارشد مشاوره، اهر، ایران. * نویسنده مسئول

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی^۱، بهنجاری را سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی می‌داند. سلامت روانی مستلزم فقدان اختلال روانی است. اختلال روانی، سندرم یا الگوی روانشناختی یا رفتاری است که با ناراحتی (مانند یک علامت دردناک) یا افزایش قابل توجه خطر رنج، مرگ، درد، ناتوانی یا از دست رفتن چشمگیر آزادی عمل همراه باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۱). اضطراب با درک این که ما در موقعیت خطر قرار داریم یا مورد تهدید قرار گرفته‌ایم یا به نحوی آسیب‌پذیر هستیم همراه است. تهدید یا خطر ممکن است جسمی، ذهنی، یا اجتماعی باشد (گرین برگر، ۱۹۹۶، ترجمه قاسم‌زاده، ۱۳۹۰). اخیراً یک سازه اضطرابی که توجه گسترده‌ای را در پیشینه مطالعاتی اختلالات اضطرابی به خود اختصاص داده است، حساسیت اضطرابی^۲ می‌باشد (موریس و همکاران، ۲۰۰۱؛ به نقل از موسوی، ۱۳۹۰). استوارت، تیلور و باکر (۱۹۹۷؛ به نقل از شاهجویی، ۱۳۸۹) حساسیت اضطرابی را یک متغیر شناختی تفاوت‌های فردی می‌دانند که به وسیله ترس از احساسات اضطرابی (ترس از ترس) مشخص می‌شود و نشان دهنده‌ی گرایش به فاجعه‌سازی در رابطه با پیامدهای چنین احساساتی است. بنابراین، حساسیت اضطرابی، بیانگر ترس از نشانه‌های اضطرابی است و از این فرض سرچشمه می‌گیرد که این نشانه‌ها به پیامدهای آسیب‌زای بدنی، روان‌شناختی و اجتماعی منجر می‌شود و به عنوان عامل آسیب‌پذیری برای ایجاد اختلالات اضطرابی در نظر گرفته شده است (مانتار^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). اگر چه فرض می‌شد که شاخص حساسیت اضطرابی ساختار تک بعدی دارد (رایس^۴ و همکاران، ۱۹۸۶)، ولی در سال‌های اخیر ارزیابی روان‌سنج‌ها از ساختار سلسله‌مراتبی آن حمایت کرد (زینبرگ، بارلو، برون، ۱۹۹۷ و رودریگوز، بروس، پاگانو، اسپنسر، کلر، ۲۰۰۴؛ به نقل از آنتونی^۵، روسلینی^۶، کریستوفر^۷، فایرولم^۸، تیموتی، ۲۰۱۱). با توجه به مدل سلسله‌مراتبی، شاخص حساسیت اضطرابی شامل سه فاکتور ترس از احساسات بدنی (حمله قلبی یا سکنه)، اجتماعی (شرمساری و خجالت) و روانشناختی (دیوانه شدن و عدم تمرکز) است. استوارت^۹ و همکاران (۱۹۹۸) در پژوهشی سوگیری در پردازش انتخابی زنان و مردان دارای حساسیت اضطرابی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج پژوهش نشان داد که زنان دارای حساسیت اضطراب بالا در مقایسه با زنان دارای حساسیت اضطرابی پایین، فقط نشانه‌های تهدید کننده از لحاظ جسمانی را

- 1- World health organization
- 2- Anxiety sensitivity
- 3- Mantar & et al.
- 4- Reiss & et al.
- 5- Anthony
- 6- Rosellini
- 7- Christopher
- 8- Fairholme
- 9- Stewart & et al.

به طور انتخابی پردازش کردند. همچنین، مردان دارای حساسیت اضطرابی بالا در مقایسه با مردان دارای حساسیت اضطرابی پایین، تنها نشانه‌های مربوط به تهدید روان شناختی یا اجتماعی را به طور انتخابی پردازش کردند. این یافته با یافته‌های پژوهش‌هایی که تفاوت‌های جنسی در ابعاد حساسیت اضطرابی را با استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارشی نشان می‌دهند، همخوانی دارد. حساسیت اضطرابی علاوه بر این که توسط یادگیری کسب می‌شود، تحت تأثیر عوامل ژنتیکی نیز قرار دارد (رایس و مک نالی، ۱۹۸۵). رایس و مک نالی (۱۹۸۵) در مورد تأثیرات ژنتیکی پیشنهاد می‌کنند، افرادی که از نظر سیستم اعصاب خودمختار دارای برانگیختگی بیشتری هستند نسبت به افرادی که برانگیختگی کم‌تری دارند، نگرانی‌های بیشتری راجع به مضطرب شدن دارند.

در سالیان اخیر، نظریه شناخت درمانی به طور خاص و درمان‌های شناختی رفتاری در بعد گسترده، سرنوشت تازه‌ای را برای روان درمانی رقم زدند. یکی از مؤلفه‌های اساسی مدل شناختی "طرح‌واره" نام دارد. طرح‌واره سازه‌ای قدیمی در حوزه علوم شناختی است و یک از همان ابتدای تدوین نظریه شناختی از این مفهوم برای تبیین سازوکار پردازش شناختی-هیجانی پدیده‌های روانی بهره گرفت (ریزو، تویت، استین، یانگ ۲۰۰۷، ترجمه مولودی و احمدی، ۱۳۹۰). طرح‌واره درمانی که توسط یانگ و همکارانش (یانگ ۱۹۹۰، ۱۹۹۹، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۶) بوجود آمده، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده است. 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.

تأکید یانگ بر عمیق‌ترین سطح شناخت یعنی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^۲ است. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، قدیمی‌ترین مؤلفه‌های شناختی و باورها و احساسات غیرشرطی در باره‌ی خودمان هستند و از تعامل خلق خوی فطری کودک با تجارب ناکارآمد او با والدین، خواهر و برادرها و همسالان در طی سال‌های اولیه زندگی به وجود می‌آید و وجود و شدت طرح‌واره‌ها در نتیجه‌ی سطوح بالای در هم گسیختگی و الگوهای ناکارآمد مزمن در طی زندگی فرد است (یانگ، ۲۰۰۱).

طرح‌واره‌ها به دلیل ارضاء نشدن نیازهای هیجانی اساسی در دوران کودکی به وجود می‌آیند. این نیازها عبارتند از: دلبستگی ایمن به دیگران (شامل نیاز به امنیت، ثبات، محبت و پذیرش)، خودگردانی، کفایت و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم، خودانگیختگی و تفریح، محدودیت‌های واقع بینانه و خویشنداری. یانگ هیجده طرح‌واره را بر طبق پنج نیاز هیجانی اصلی تقسیم می‌کند و آنها را حوزه‌ی

1- Schema

2- Early maladaptive schemas

طرح‌واره^۱ می‌نامد. حوزه اول بریدگی و طرد^۲ شامل: طرح‌واره‌های ناسازگار رهاشدگی/بی‌ثباتی^۳، بی‌اعتمادی/بدرفتاری^۴، محرومیت هیجانی^۵، نقص/شرم^۶، انزوای اجتماعی/بیگانگی^۷. حوزه دوم خودگردانی و عملکردمختل^۸ شامل: وابستگی/بی‌کفایتی^۹، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری^{۱۰}، خود تحول نیافته/گرفتار^{۱۱}، شکست^{۱۲}. حوزه سوم محدودیت‌های مختل^{۱۳} شامل: استحقاق/بزرگ منشی^{۱۴}، خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی^{۱۵}. حوزه چهارم دیگر جهت‌مندی شامل: پذیرش جویی/جلب توجه^{۱۶}، اطاعت^{۱۷}، ایثار^{۱۸}. حوزه پنجم: گوش به زنگی بیش از حد و بازداری شامل: منفی‌گرایی بدبینی، بازداری هیجانی^{۱۹}، معیارهای سر سخنانه/عیب‌جویی افراطی^{۲۰}، تنبیه (یانگ، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۶).

طرح‌واره درمانی یانگ تکنیک‌های شناختی، رفتاری، بین فردی و تجربی را برای سنجش و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ترکیب می‌کند. طرح‌واره درمانی یک درمان یکپارچه است که برنامه منظمی برای ارزیابی و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را در دو مرحله فراهم می‌سازد. درمان‌گری که به روش طرح‌واره درمانی کار می‌کند معمولاً دو دسته فعالیت را در رأس کار قرار می‌دهد: (۱) سنجش و آموزش؛ در این مرحله، نخست به شناسایی طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای فرد و ریشه‌های تحولی این طرح‌واره‌ها در دوران کودکی پرداخته می‌شود و مدل طرح‌واره‌ای به فرد آموزش داده می‌شود. (۲) تغییر: چهار نوع تغییرات استراتژی زیر بکار گرفته می‌شود. تکنیک‌های شناختی (آزمون واقعیت و باز تعبیر)، تکنیک‌های تجربی (تصویرسازی، گفتگو با والدین)، رابطه درمانی (برای میسر ساختن باز والدینی حد و مرز دار) و شکستن الگوهای رفتاری (برای تغییر الگوهای رفتاری) (یانگ، ۲۰۰۱). در پژوهشی سیمپسون

-
- 1- Schema domains
 - 2- Disconnection and Rejection
 - 3- Abandonment/ Instability
 - 4- Mistrust/Abuse
 - 5- Emotional Deprivation
 - 6- Defectiveness/shame
 - 7- Social isolation/ Alienation
 - 8- Impaired Autonomy and Performance
 - 9- Dependence/Incompetence
 - 10- Vulnerability to Harm or Illness
 - 11- Enmeshment/Undeveloped Self
 - 12- Failure
 - 13- Impaired limits
 - 14- Entitlement/Grandiosity
 - 15- Insufficient Self- control/ Self- discipline
 - 16- Approval- seeking/ Recognition- seeking
 - 17- Subjugation
 - 18- Self- Sacrifice
 - 19- Emotional Inhibition
 - 20- Unrelenting standards/ Hypocriticalness

و همکاران (۲۰۱۰) طرح‌واره درمانی گروهی را بر روی ۸ شرکت کننده با مشکل اختلال خوردن مزمن به کار گرفتند. درمان شامل ۲۰ جلسه بود که از تکنیک‌های شناختی، تجربی، بین فردی و تغییرات رفتاری استفاده شد. شدت اختلال خوردن، شدت طرح‌واره‌ها، شرمساری و سطوح اضطراب کاهش یافت. مفید بودن طرح‌واره درمانی در درمان افسردگی و اضطراب مزمن، اختلالات خوردن، مشکلات شدید زناشویی و مشکلات رایج در تداوم روابط صمیمی، تأیید شده است (یانگ، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۶۸). روز به روز شواهد بیشتری در حمایت از این رویکرد در دسترس ما قرار می‌گیرد. در ایران نیز این رویکرد مورد پژوهش‌های متعدد قرار گرفته است و انطباق کلیات آن با فرهنگ ما مورد تأیید است (ریزو و همکاران، ۲۰۰۷، ترجمه مولودی و احمدی، ۱۳۹۰).

شواهد نشان می‌دهد که حساسیت اضطرابی ریسک فاکتوری برای اختلال‌های اضطرابی است. تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که افرادی که تشخیص اختلال استرس پس از سانحه، اختلال اضطراب عمومی، وسواس فکری-عملی و اضطراب اجتماعی خورده‌اند، نمره‌های بالاتری نسبت به افراد عادی در پرسشنامه حساسیت اضطرابی می‌آورند. همچنین ارتباط بین حساسیت اضطرابی و سوء مصرف مواد و الکل شناخته شده است (مانتار و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که حساسیت اضطرابی به عنوان عامل آسیب‌پذیری برای سایر اختلالات روانی از جمله اختلال شخصیت مرزی، سوء مصرف مواد و به ویژه افسردگی و علائم افسردگی است (تیلور و همکاران، ۱۹۹۶؛ اشمیت و همکاران، ۱۹۹۸؛ کاکس و همکاران، ۱۹۹۹؛ کاکس و همکاران، ۲۰۰۱؛ زینبرگ و همکاران، ۲۰۰۱؛ تول و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از فرجی و همکاران، ۱۳۸۹). در تحقیقی که کاپرون^۱ و همکاران (۲۰۱۲) انجام دادند، ارتباط بین حساسیت اضطرابی و خودکشی را در بین جمعیت ایالات متحده آمریکا مورد بررسی قرار دادند. یافته‌ها نشان می‌دهد که تعامل نگرانی شناختی و نگرانی جسمانی با برافراشتگی خودکشی گریبی و تلاش‌های قبلی برای خودکشی همبستگی دارد.

با توجه به اینکه حساسیت اضطرابی به عنوان عامل آسیب‌پذیر برای سایر اختلالات است و با توجه به اینکه اثر بخشی رویکرد طرح‌واره درمانی بر روی حساسیت اضطرابی بررسی نشده است، در این پژوهش، پژوهشگر در صدد است تا تأثیر طرح‌واره درمانی یانگ را بر کاهش حساسیت اضطرابی و همچنین بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (کاهش نمرات این طرح‌واره‌ها) در دانشجویان دارای حساسیت اضطرابی بالا، بررسی کند. همچنین در این پژوهش، پژوهشگر در صدد است به این سؤال پژوهشی پاسخ دهد که آیا طرح‌واره درمانی در تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کاهش حساسیت اضطرابی در دانشجویان مؤثر است؟

1- Capron

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی است که با طرح تحقیق پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شده است. در این تحقیق شرکت‌کننده‌ها به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. سپس قبل از اجرای متغیر X ، آزمودنی‌های انتخاب شده در دو گروه، به وسیله پیش‌آزمون مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند.

در این پژوهش جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز می‌باشد، که در ترم تابستان سال تحصیلی ۹۱-۹۰ در این دانشگاه در مقطع تحصیلی کارشناسی یا کارشناسی ارشد مشغول بودند. به این صورت که از طریق فراخوان پرسشنامه حساسیت اضطرابی^۱ بر روی ۱۰۰ نفر اجرا شد و بر اساس نمرات آنان در این پرسشنامه ۱۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند.

در این تحقیق از پرسشنامه طرح‌واره یانگ (فرم کوتاه)^۲ استفاده شد. این پرسشنامه ۷۵ سؤال دارد و بر اساس نتایج تحلیل عاملی از فرم بلند پرسشنامه طرح‌واره یانگ استخراج شده است. این پرسشنامه ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه را می‌سنجد. برای هر طرح‌واره پنج سؤال در نظر گرفته شده است. سؤال‌هایی انتخاب شده‌اند که در فرم بلند این پرسشنامه بیشترین بار عاملی را کسب کرده‌اند (اسمیت، جوینز، یانگ و تلج، ۱۹۹۵؛ به نقل از حمیدپور، دولتشاهی، پورشهباز، دادخواه، ۱۳۸۹). پایایی و روایی این ابزار در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است (بارائف و آئی، ۲۰۰۷؛ به نقل از شهامت، ثابتی و رضوانی، ۱۳۸۹) نتایج پژوهش لکنال-چولت، ماکلند، کاتراکس، بووارد و مارتین (۲۰۰۶) به نقل از حمیدپور و همکاران، (۱۳۸۹) نشان داد که آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰.۶۴ تا ۰.۸۷ است. صدوقی، آگیلار-وفایی، رسول‌زاده طباطبایی و اصفهانیان (۱۳۸۷) به نقل از حمیدپور و همکاران، (۱۳۸۹) در نمونه‌ای ۳۷۰ نفری از دانشجویان پسر دانشکده‌های مختلف دانشگاه‌های شهید بهشتی و شاهد تهران به بررسی ساختار عاملی این پرسشنامه پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد که ۱۷ عامل در این پرسشنامه وجود دارد. پانزده خرده‌مقیاس این پرسشنامه ثبات درونی خوبی نشان دادند (۰.۶۲ تا ۰.۹۰٪). ثبات درونی برای این پرسشنامه ۰.۹۴٪ بود.

و همچنین از پرسشنامه حساسیت اضطرابی استفاده شد. رایس، پترسون، گورسکی و مک‌نالی (۱۹۸۶) برای اندازه‌گیری حساسیت اضطرابی مقیاس حساسیت اضطرابی را تهیه کردند که رایج‌ترین وسیله برای اندازه‌گیری حساسیت اضطرابی است. پرسشنامه حساسیت اضطرابی یک پرسشنامه خود گزارش دهی می‌باشد که دارای ۱۶ آیتم به صورت مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره صفر (کاملاً نادرست) تا نمره ۴

1 - Anxiety Sensitivity Index

2 - Jeffrey Young Schema Questionnaire: Short Form

(کاملاً درست) است. هر عامل این عقیده که احساسات اضطرابی به صورت ناخوشایند تجربه می‌شود و توان منتهی شدن به پیامد آسیب‌زا دارند، را منعکس می‌کند. درجه تجربه ترس از نشانه‌های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می‌شود (پترسون، رایس ۱۹۹۲؛ به نقل از نایف^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). ساختار این پرسشنامه از سه عامل سطح اول به نام ترس از نگرانی‌های بدنی (۸ سؤال)، ترس از عدم کنترل شناختی (۴ سؤال)، ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (۴ سؤال) تشکیل شده است (زینبرگ و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از شاهجویی، ۱۳۸۹). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، دارای ثبات درونی بالای آن را ($\alpha = 0/93$) نشان داده است (آنتونی، ۲۰۰۱؛ پترسون، رایس، ۱۹۹۲؛ سکمیت، ۱۹۹۹؛ زولنسکی، ۲۰۰۱؛ به نقل از نایف و همکاران، ۲۰۱۲). پایایی بازآزمایی بعد از ۲ هفته ۷۵٪ و به مدت سه سال ۷۱٪ بوده است که نشان می‌دهد پرسشنامه حساسیت اضطرابی یک سازه شخصیتی پایدار است (رایس و همکاران، ۱۹۸۶).

در مجموع ۱۰ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند. در جلسه اول هر فرد به طور جداگانه مورد سنجش و ارزیابی قرار گرفت. بعد از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، مشکلات فعلی و اهداف افراد از درمان و همچنین تناسب افراد برای طرح‌واره درمانی مورد بررسی قرار گرفت. افراد پرسشنامه طرح‌واره یانگ را پر کردند. در نهایت اعضای نمونه به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و مداخله طرح‌واره درمانی یانگ طی هشت جلسه یک ساعته به صورت انفرادی به مدت دو ماه بر روی گروه آزمایش اجرا شد. پس از اتمام جلسات، از هر یک از آزمودنی‌ها تقاضا شد در جلسه‌ای حضور یابند و پس‌آزمون را تکمیل کنند. ۱ ماه بعد از اتمام جلسات آزمودنی‌ها باز پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند.

در این پژوهش داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با به کارگیری نرم‌افزار آماری SPSS، ویراست ۱۶ تحلیل شد.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آنها و نیز هویت آنها در تمام یادداشت‌ها و گزارش‌ها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. ضمن پاسخ به تمام سؤالات آنها در مورد پژوهش، به آنها اطلاع داده شد که نتایج پژوهش در صورت تمایل در اختیار آنها قرار خواهد گرفت و آنها اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند.

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه داده‌های ارایه شده است. در ادامه به این دلیل که آزمودنی‌های یکسانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد اندازه‌گیری قرار گرفته بودند و داده‌ها در فواصل زمانی متفاوتی بدست آمده بودند، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

1 -Naifeh & et al.

فرضیه اول: طرح‌واره درمانی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را در دانشجویان تعدیل می‌کند.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات کل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	مراحل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
کنترل	پیش‌آزمون	۵	۲/۷۴	۲۳/۶۱	۲۵۷	۳۱۶
	پس‌آزمون	۵	۲/۶۲	۲۵/۷۷۴۰	۲۴۶	۳۰۸
	پیگیری	۵	۲/۶۳	۲۷/۵۱۰۰	۲۴۴	۳۱۲
آزمایش	پیش‌آزمون	۵	۲/۹۲	۴۱/۱۹۱۰	۲۳۳	۳۴۴
	پس‌آزمون	۵	۱/۴۲	۲۵/۴۶۹۵	۱۰۴	۱۷۲
	پیگیری	۵	۱/۴۰	۲۹/۰۰۳۴	۹۸	۱۷۲

داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهند که میانگین نمره طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در گروه کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت چشم‌گیری با هم ندارند. ولی در گروه آزمایش میانگین نمره طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کم‌تر از نمره آنها در مرحله پیش‌آزمون است. با توجه به برقراری مفروضه کرویت که از پیش فرض‌های آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر می‌باشد، ابتدا آزمون ماحلی جهت بررسی برقراری یا عدم برقراری این مفروضه انجام شد. با توجه به برقراری مفروضه کرویت که حاکی از کفایت نمونه‌گیری است به آزمون تغییرات بین گروهی متغیرها پرداخته شد که خلاصه نتایج در جدول زیر ارایه شده است.

جدول ۲ خلاصه نتایج تجزیه و تحلیل آزمون ماحلی

تغییرات درون آزمودنی‌ها	ماحلی	خی دو	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
طرح‌واره‌های ناسازگار	۰/۳۱۲	۸/۱۵۰	۲	۰/۰۱۷

همان طوری که نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که چون سطح معنی‌داری آزمون ماحلی کم‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد مفروضه کرویت برقرار نشده است براین اساس از ضرایب تصحیح (اپسیلون) برای اصلاح درجه آزادی (df) استفاده شد که خلاصه نتایج در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳ خلاصه نتایج تجزیه و تحلیل تغییرات درون گروهی

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
تعامل گروه و کرویت فرض شده	۳۲۲۵۶/۴۶	۲	۱۶۱۲۸/۲۳	۱۳۰/۶۳	۰/۰۰۱
طرح‌واره‌های گرین‌هاوس-گیسر	۳۲۲۵۶/۴۶	۱/۱۸	۲۷۲۲۱/۸۸	۱۳۰/۶۳	۰/۰۰۱
ناسازگار هینه-فلت	۳۲۲۵۶/۴۶	۱/۴۴	۲۲۳۱۸/۹۴	۱۳۰/۶۳	۰/۰۰۱
لاور-باند	۳۲۲۵۶/۴۶	۱	۳۲۲۵۶/۴۶	۱۳۰/۶۳	۰/۰۰۱

با توجه به F محاسبه برای تغییرات درون گروهی (نه برون گروهی) و سطح معنی‌داری آزمون‌ها در جدول ۳ و اثرات تعاملی متغیرهای مستقل (برون گروهی) می‌توان نتیجه گرفت که تأثیر هر متغیر (البته

فقط درون گروهی) و تعامل بین متغیرها معنی‌دار می‌باشد. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد، اثر آن متغیر مستقل بر متغیر وابسته معنی‌دار می‌باشد.

جدول ۴ خلاصه نتایج تجزیه و تحلیل تغییرات بین گروهی

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
عمل آزمایشی	۴۲۳۳۷/۶۳۳	۱	۴۲۳۳۷/۶۳۳	۱۸/۱۲۵	۰/۰۰۳
خطا	۱۸۶۸۶/۶۶۷	۸	۲۳۳۵/۸۳۳		

با توجه به اینکه سطح معنی‌داری در قسمت عمل آزمایشی کمتر از ۰.۰۵ می‌باشد، لذا می‌توان گفت که طرح‌واره درمانی توانسته است طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را در گروه آزمایش تعدیل کند.

فرضیه دوم: طرح‌واره درمانی حساسیت اضطرابی را در دانشجویان کاهش می‌دهد.

جدول ۵ میانگین و انحراف معیار نمرات حساسیت اضطرابی در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	مراحل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
کنترل	پیش‌آزمون	۵	۲۹/۶۰	۱/۶۷۳۳	۲۷	۳۱
	پس‌آزمون	۵	۲۹/۲۰	۱/۶۴۳۱	۲۷	۳۱
آزمایش	پیگیری	۵	۲۸/۸۰	۲/۷۷۴۸	۲۴	۳۱
	پیش‌آزمون	۵	۳۱/۴۰	۴/۰۳۳	۲۷	۳۵
	پس‌آزمون	۵	۱۹/۲۰	۳/۸۹۸۷	۱۳	۲۳
	پیگیری	۵	۲۰/۴۰	۳/۷۸۱۵	۱۵	۲۴

داده‌های جدول ۵ نشان می‌دهند که میانگین نمره حساسیت اضطرابی در گروه کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت چشم‌گیری با هم ندارند. ولی در گروه آزمایش میانگین نمره حساسیت اضطرابی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کمتر از نمره آنها در مرحله پیش‌آزمون است.

جدول ۶ خلاصه نتایج تجزیه و تحلیل آزمون ماخلی

اثر درون آزمودنی‌ها	ماخلی	خی دو	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
حساسیت اضطرابی	۰/۵۱۹	۴/۵۹۲	۲	۰/۱۰۱

مندرجات جدول ۶ مربوط به آزمون آماری ماخلی برای آزمودن فرض کرویت است که از پیش‌فرض‌های آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر است. از آنجا که سطح معنی‌داری آن بیش‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، پیش‌فرض کرویت که حاکی از کفایت نمونه‌ها می‌باشد، برآورده شده است.

جدول ۷ خلاصه نتایج تجزیه و تحلیل تغییرات بین گروهی

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
عمل آزمایشی	۲۳۹/۶۳۳	۱	۲۳۹/۶۳۳	۹/۸۵۶	۰/۰۴۱
خطا	۱۸۶/۴۰۰	۸	۲۳/۳۰۰		

با توجه به اینکه سطح معنی‌داری کمتر از ۰.۰۵ می‌باشد. می‌توان نتیجه گرفت که طرح‌واره درمانی توانسته است حساسیت اضطرابی را در گروه آزمایش کاهش دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش شامل ۲ فرضیه است که اطلاعات آن از طریق پرسشنامه حساسیت اضطرابی و پرسشنامه طرح‌واره یانگ گردآوری شده است. طبق فرضیه نخست، گروه آزمایشی پس از دریافت طرح‌واره درمانی، نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون، کاهش معنی‌داری را در نمره کلی پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار یانگ نشان دادند. در این پژوهش هم‌چنین معنی‌داری تک تک زیر مقیاس‌های پرسشنامه (۱۵ زیر مقیاس) بررسی شد. نتایج نشان داد که در تمام زیر مقیاس‌ها بجز زیر مقیاس‌های استحقاق/بزرگ منشی، انزوای اجتماعی/بیگانگی و شکست، تفاوت بین گروه آزمایشی و کنترل معنی‌دار بود. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش کاملی و همکاران (۱۳۹۰)، خورشیدزاده و همکاران (۱۳۹۰)، سیمپسون و همکاران (۲۰۱۰)، همسو است.

طبق فرضیه دوم، گروه آزمایشی پس از دریافت طرح‌واره درمانی، نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون، کاهش معنی‌داری در نمرات حساسیت اضطرابی نشان دادند. برخی از طرح‌واره‌ها ارتباط مستقیمی با اضطراب و هیجان‌های منفی دارند از جمله: طرح‌واره رهاشدگی/بی‌ثباتی، طرح‌واره معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی، طرح‌واره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری. بنابراین با کار روی این طرح‌واره‌های ناسازگار، حساسیت اضطرابی نیز کاهش یافته است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش کاپرون و همکاران (۲۰۱۲)، استوارت و همکاران (۱۹۹۸)، همسو است.

تک تک تکنیک‌های طرح‌واره درمانی در پیشبرد اهداف درمانی نقش داشته است. هدف تکنیک‌های شناختی، به محک گذاشتن صحت و سقم طرح‌واره‌هاست. در این مرحله از راهبردهایی مثل آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف جدیدی از شواهد تأییدکننده طرح‌واره، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره، تدوین کارت آموزشی و تکمیل فرم ثبت طرح‌واره استفاده شد. تمام تکنیک‌های شناختی تأثیر شگرفی روی مراجعان داشت. در تکنیک برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره هدف این بود که ذهن مراجع را از حالت یک صدایی به حالت چند صدایی درآوریم و نیز جنبه سالم را تقویت کنیم. با اجرای این تکنیک مراجع متوجه شد که غیر از صدای طرح‌واره، در ذهنش می‌تواند صدای سالمی را هم ایجاد کند. در روی کارت آموزشی خلاصه تکنیک‌های شناختی نوشته می‌شد تا مراجع در موقع نیاز آنها را مرور کند، که بسیار مؤثر بود. هدف از تکنیک‌های تجربی کار روی احساس‌های بدنی، عاطفی، خاطرات و تصاویر ذهنی بود. مراجعان به کمک فنون تجربی، در سطح هیجانی با طرح‌واره‌ها مبارزه کردند. مراجعان با استفاده از فنون تجربی مثل تصویرسازی ذهنی و برقراری گفت و گو، خشم و ناراحتی خود را نسبت به حوادث دوران کودکی‌شان ابراز کردند. البته این تکنیک روی مراجعان زن که با درمانگر، هم‌جنس بودند بیشتر مؤثر بود. هم‌چنین مراجعان سعی کردند از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، صحبت کردن با افراد مهم زندگی

فعلی‌شان را تمرین کنند. در تکنیک الگوشکنی رفتاری که طولانی‌ترین و حساس‌ترین بخش طرح‌واره درمانی است به مراجع کمک شد تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگارتر و جدیدتر به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد، تکالیف خانگی رفتاری را طرح‌ریزی کنند. بدین ترتیب مراجعان آمادگی پیدا کردند تا متوجه شوند که تا الآن چگونه با انتخاب افراد خاصی به عنوان شریک زندگی، دوست همکار یا از طریق تصمیم‌گیری‌های مهم زندگی طرح‌واره‌های خود را تداوم می‌بخشیده‌اند. در رابطه درمانی سعی شد درمانگر در قالب مرزهای درمان و بدون عدول از اصول اخلاقی، نیازهای ناکامل مراجعان را ارضاء کند مثلاً درمانگر شرایطی را فراهم می‌کرد که مراجعی که طرح‌واره‌ی ناسازگار اطاعت را داشت کم‌تر اطاعت کند، مثلاً برای مراجعی که طرح‌واره‌ی ناسازگار اطاعت را داشت و سبک مقابله‌ای او تسلیم بود تکلیفی مبنی بر این داده شد که چند انتقاد از درمانگر و جلسه درمان را بنویسد و بیاورد. یا برای مراجعی که طرح‌واره ناسازگار استحقاق/بزرگ منشی داشت، برایش محدودیت قائل شدیم، مثلاً اگر وقت بیشتری می‌خواست، موافقت نمی‌شد. و همچنین باز والدینی حد و مرزدار بسیار مؤثر واقع شد. در تکنیک رویاروسازی همدلانه با دلایل شکل‌گیری طرح‌واره همدلی شد ولی با تداوم آن نه. همچنین آموزش مدل طرح‌واره که در جلسه دوم به زبان ساده برای مراجعان ارائه شد، آنها را بسیار علاقمند به ادامه درمان کرد. در این درمان روی باورها و الگوهای دوران کودکی مراجعان که تا به حال مورد بررسی قرار نگرفته بود و حتی خود مراجعان فکر نمی‌کردند که این باورها مشکل‌ساز هستند، کار شد. به عبارت دیگر باورهای افراطی همخوان، به طرف تعدیل شدن و ناهمخوانی سوق داده شد. نیاز بود که مراجعان از طرح‌واره‌ی خود که تا الآن آن را به صورت همخوان می‌دید صحبت و مزایا و معایب آن بررسی شود. در درمان سعی نشد که مراجع را مجبور به پذیرش ناکارآمد بودن طرح‌واره کند، بلکه خواسته می‌شد که آن را به آزمایش بگذارد و اگر پاسخی دریافت نکرد، طرح‌واره را ادامه دهد. همچنین همگام بحث از تغییر طرح‌واره سعی شد که با مراجع همدلی شود و این در پذیرفتن ناکارآمد بودن طرح‌واره به او کمک می‌کرد. در این ۸ جلسه سعی شد تا آنجا که امکان دارد محیطی امن ایجاد شود تا مراجع بتواند به بیان مشکلات و مسایل خود بپردازد. یکی از دیگر مسایل مربوط به مراجعان، ناتوانی در مشخص کردن میزان توانایی و مسئولیت خود در ارتباط با خاطرات گذشته بود. این که این افراد معمولاً خود را مقصر می‌دانستند تا طرف مقابل را به آنها کمک شد تا دنبال مقصر نباشند و سهم افراد و عوامل دیگر را مشخص کنند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، هر چهار تکنیک طرح‌واره درمانی به طور جداگانه روی چهار گروه اجرا شود و نتایج باهم مقایسه شود. همچنین با توجه به اثر بخشی طرح‌واره درمانی در کاهش حساسیت اضطرابی و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه پیشنهاد می‌شود طرح‌واره درمانی به عنوان یک رویکرد درمانی منسجم در کلینیک‌ها و مراکز درمانی توسط درمانگران و به عنوان یک شیوه اثر بخش به کار گرفته شود.

منابع:

- اصلائی، خالد. صیادی، علی و امان‌الهی، عباس. (۱۳۹۱). رابطه بین سبک‌های دلبستگی با کارکرد خانواده و سلامت عمومی. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۲، ۱۶۳-۱۷۷.
- حمیدپور، حسن. دولتشاهی، بهروز. پورشهباز، عباس. دادخواه، اصغر. (۱۳۸۹). کارآیی طرح‌واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۴، ۴۲۰-۴۳۱.
- خورشیدزاده، محسن. برجعلی، احمد. سهرابی، فرامرز. دلاور، علی. (۱۳۹۰). اثر بخشی طرح‌واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۱(۲)، ۲۴-۵.
- ریزو، لارنس پی. تویت، پیترا ل دو. استین، دان جی. یانگ، جفری. (۱۳۹۰). *طرح‌واره‌های شناختی و باورهای بنیادین در مشکلات روانشناختی*، (ترجمه: رضا مولودی و سیما احمدی). تهران: ارجمند (۲۰۰۷).
- رسولیان، ناصر. (۱۳۹۰). *اثر بخشی طرح‌واره درمانی بر رفتارهای سوء مصرف مواد در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی سوء مصرف کننده مواد*. تبریز، دانشگاه تبریز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
- سادوک، بنیامین جیمز. سادوک، ویرجینیا آلکوت. (۱۳۹۱). *خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی*، (ترجمه: فرزین رضاعی). تهران: ارجمند (۲۰۰۷).
- شاهجویی، تقی (۱۳۸۹). *بررسی مقایسه‌ای عدم تحمل بلا تکلیفی و حساسیت اضطرابی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی-اجباری و افراد عادی*. تبریز، دانشگاه تبریز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
- شفیع‌آبادی، عبدالله. نوایی‌نژاد، شکوه. فلسفی‌نژاد، محمدرضا. نجف‌لوی، فاطمه. (۱۳۹۰). *مقایسه الگوی تعاملات خانواده‌های دارای عضو وابسته به مواد و عادی و آرایه‌ی راهبردهای مداخل‌های. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۳، ۲۶۴-۲۸۳.
- شهامت، فاطمه. ثابتی، علیرضا. رضوانی، سمانه. (۱۳۸۹). *بررسی رابطه سبک‌های فرزندپروری و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه. مطالعات تربیتی و روانشناسی*، ۱۱(۲)، ۲۳۹-۲۵۴.
- فرجی، رباب. تکلوی ورنیاب، سمیه. (۱۳۸۹). *رابطه حساسیت اضطرابی و افسردگی در دانشجویان. روانشناسی معاصر*، ۵، ۵۸۴-۵۸۶.
- کاملی، زهرا. قنبری، بهرام‌علی. آقامحمدیان، حمید. (۱۳۹۰). *بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرح‌واره بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دختران نوجوان بی‌سرپرست و بدسرپرست. پژوهش‌های روانشناسی بالینی*، ۱، ۸۳-۹۸.
- گرین برگر، دنیس. پدسکی، کریستین. (۱۳۹۰). *آنجا که عقل حاکم است*، (ترجمه: حبیب الله قاسم‌زاده). تهران: ارجمند (۱۹۹۶).
- موسوی، فاطمه. (۱۳۹۰). *بررسی روابط حساسیت اضطرابی و پنج عامل بزرگ شخصیتی با پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان دختر دبیرستانی شهر شیراز*. تهران، دانشگاه شهید بهشتی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.

یانگ. (۱۳۸۶). طرح‌واره درمانی راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی، (ترجمه: حسن حمیدپور و زهرا اندوز). تهران: ارجمند.

- Anthony, J. R., Christopher, P. F, & Timothy. A. B. (2011). The Temporal Course of Anxiety Sensitivity in Outpatients with Anxiety and Mood Disorders: Relationships with Behavioral Inhibition and Depression. **Journal of Anxiety Disord**, 25(4), 615-621.
- Capron DW, Kotov R, Schmidt NB. (2012). A cross-cultural replication of an interactive model of anxiety sensitivity relevant to suicide. **Psychiatry Res**, 25, 257-276.
- Hawke, Lisa D. Provencher, Martin D. (2011). Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. **Journal of Cognitive Psychotherapy**, 25, 257-276.
- Mantar A, Yemez B, Alkin T. (2011). Anxiety sensitivity and its importance in psychiatric disorders. **turk psikiyatri derg**, 22, 187-193
- Naifeh, James A. Tull, Matthew T. Gratz, Kim L. (2012). Anxiety Sensitivity, Emotional Avoidance, and PTSD Symptom Severity among Crack/Cocaine Dependent Patients in Residential Treatment. **Cognit Ther Res**, 36(3), 247-257
- Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. **Behav Res Ther**, 24, 1-8
- Reiss S, McNally, R. J. (1985). The expectancy model of fear. **London, England: Academic press**, 107-121
- Simpson, Susan G. Morrow, Emma. Vreeswijk, Michiel van. Reid, Caroline. (2010). Group schema therapy for eating disorders: pilot study. **Frontiers in Psychology**, 182, 1-10.
- Stewart, S. H. Conrod, P. J. Gganc, M. L & Phil, R. O. (1998). Selective processing biases in anxiety sensitivity men and women. **Cognition and Emotion**, 12, 105-133.
- Young, Jeffrey E. Cecero, John J. (2001). Case of Silvia: A Schema-Focused Approach. **Psychotherapy Integration**, 11, 217-229