

## Analysis of the Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy, Group logo Therapy and their Combination in the Increase of Social Adjustment in Maladjustment Students

Javad Ejei, Vahid Manzari Tavakoli, Sayed Rahman Hosseini, Vajihesadat Hashemizadeh

## بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی، معنی درمانی گروهی و تلفیق آنها بر افزایش سازگاری اجتماعی دانش آموزان ناسازگار

جواد اژه‌ای<sup>۱</sup>، وحید منظری توکلی<sup>۲</sup>، سید رحمان حسینی<sup>۳</sup>، وجیه‌السادات هاشمی‌زاده<sup>۴</sup>

پذیرش نهایی: ۹۲/۲/۳۱

پذیرش اولیه: ۹۲/۱/۲۵

تاریخ دریافت: ۹۱/۳/۱۵

### Abstract

This study investigated the effectiveness of group cognitive behavioral therapy, group logo therapy and the combination of these methods in the increase of social adjustment in maladjustment students. The sample of the study included 60 maladjustment male students in the 2<sup>nd</sup> district of Rey city who were recognized maladjustment by adjustment inventory of high school students (AISS). Then, they were randomly divided into four groups. All the students completed the social adjustment scale, developed in the University of California, in the pre-test step. The first group underwent group cognitive behavioral therapy, the second group underwent group logo therapy, the third group underwent both group CBT and group logo therapy, and the fourth group (control group) received no intervention. Then, in the post-test step, California's social adjustment scale was administered in four groups. Changes occurred in the four groups were compared through analysis of variance and post-hoc test. Results of the analysis of variance showed that social adjustment scores increased significantly in the post-test ( $P < 0/001$ ). Results of Tukey's test indicated that the three treatment methods had an effect in increasing the students' social adjustment, but the combination of group cognitive behavioral therapy and group logo therapy had better effect than the two separate treatment methods. As a whole, results of this study showed that the combination treatment could increase the social adjustment significantly.

**Keywords:** Group Cognitive Behavioral Therapy, Group logo Therapy, Social Adjustment, Maladjustment Students.

### چکیده

این پژوهش اثرات درمان شناختی - رفتاری گروهی، معنی درمانی گروهی و تلفیق آنها را بر افزایش سازگاری اجتماعی دانش آموزان ناسازگار مورد بررسی قرار می دهد. نمونه ی پژوهش ۶۰ دانش آموز ناسازگار در مدارس ناحیه ۲ شهر ری بود که با استفاده از مقیاس سازگاری دانش آموزان دبیرستانی (AISS) ناسازگار تشخیص داده شدند. سپس به صورت تصادفی به ۴ گروه تقسیم شدند. تمام دانش آموزان مقیاس سازگاری اجتماعی کالیفرنیا را در مرحله ی پیش آزمون پاسخ دادند. برای گروه اول درمان شناختی - رفتاری گروهی، گروه دوم معنی درمانی گروهی و گروه سوم درمان ترکیبی از هر دو روش به کار گرفته شد و گروه چهارم هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند. سپس مقیاس سازگاری اجتماعی کالیفرنیا در مرحله ی پس آزمون در چهار گروه اجرا شد. تغییرات چهار گروه با استفاده از آزمون های تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج تحلیل واریانس نشان داد افزایش نمره های سازگاری اجتماعی در پس آزمون معنی دار بوده است. نتایج آزمون توکی نشان می دهد که هر سه روش درمانی در افزایش سازگاری اجتماعی دانش آموزان مؤثر بوده اند ولی درمان تلفیقی در مقایسه با دو روش درمان به طور جداگانه اثربخشی بیشتری داشته است. به طور کلی نتایج این پژوهش نشان می دهد که درمان تلفیقی می تواند به طور معناداری سازگاری اجتماعی دانش آموزان ناسازگار را افزایش دهد.

**کلیدواژه ها:** درمان شناختی - رفتاری گروهی، معنی درمانی گروهی، سازگاری اجتماعی، دانش آموزان ناسازگار.

۱. (نویسنده مسئول)، دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تهران، Javad.ejei@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه تهران و مدرس دانشگاه فرهنگیان خواجه نصیر کرمان

۳. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه تهران

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی گرایش کودکان استثنایی دانشگاه تهران



## مقدمه

می‌توان از عمده‌ترین آنها نام برد. در دوره‌ی دبیرستان هم استفاده از مکانیزم‌های دفاعی (شانک، ماردان و سانزرس، ۲۰۰۶)، سرپیچی از قوانین و مقررات جامعه و خانواده (ترلان و اندرز، ۲۰۰۱)، از رفتارهای ناسازگارانه دانش‌آموز در مدرسه است.

اگر چه مشکلات دانش‌آموزان ناسازگار احتمالاً متنوع هستند، با وجود این می‌توان آنها را در چهار گروه «عاطفی، شناختی، بین فردی و رفتاری» دسته‌بندی کرد. در الگوی شناختی، اهمیت اصلی به باورها و فرض‌های فرد داده می‌شود و آنچه به عنوان عوامل در نظر گرفته می‌شوند که در درک و تفسیر واقعه‌ها و شکل‌دهی واکنش‌های هیجانی و رفتاری نقش دارند (بک و همکاران، ۱۹۹۰؛ به نقل از دیویدسون<sup>۲</sup>، ۱۳۸۳). درمان شناختی-رفتاری<sup>۳</sup> فرض می‌کند باورهای ناسازگار و تحریف شده و فرایندهای شناختی، بنیان‌های علایم و نارسانکشی عاطفی-رفتاری هستند و این که این باورها با رفتار تقویت می‌شوند عموماً مشتمل است بر یک مجموعه از نارسانکشی افکار خودکار یا به طور عمیق که در نظام باورها جای گرفته‌اند، و تنها با یادگیری و تمرین جدید رفتارهای ناسازگارانه بهبود می‌یابند. کاربرد روش‌های درمانی شناختی-رفتاری در کاهش رفتارهای ناسازگاری نوجوانان توصیف شده است. زمان و اقدام اساسی، ایجاد این تغییرات بادوام است. تعدیل رویکردهای معیار (درمان شناختی متمرکز بر روان‌بنه، شناخت درمانی و یا رفتار درمانی دیالکتیکی) اغلب در درمان شکل‌های معین واقعی اختلالات شخصیت پیشنهاد می‌شود (اولدهام و همکاران، ۲۰۰۱). در این روش افراد در مورد نحوه‌ی بازنگری و ارزیابی افکار منفی خود، آموزش می‌بینند. درمانگر، درمانجویان خود را تشویق می‌کند تا از طریق تکالیف رفتاری به ارزیابی حقیقی و عینی افکار و فرضیه‌های منفی خود بپردازد (پیترسون، ۲۰۰۴). از آنجا که دانش‌آموزان ناسازگار در مدرسه هیچ گونه تجربه‌ای از موارد جایگزین یا دیدگاه‌های ثانوی در رابطه با خود یا اطرافیان ندارند و در

روپارویی با مشکلات ناسازگاری دانش‌آموزان در مدرسه همیشه یکی از دغدغه‌های نظام آموزشی و تربیتی به شمار می‌آید (سیتراک، ۲۰۰۷). بدون شک دوره‌ی نوجوانی یکی از بحرانی‌ترین مراحل تحول انسان محسوب می‌شود و طبیعی است که خصوصیات این دوره، سازگاری اجتماعی نوجوانان را متحول می‌کند (استاینبرگ، ۱۹۹۰). کومبز و اسلاپی (۱۹۹۷) سازگاری اجتماعی<sup>۱</sup> را مترادف با مهارت‌های اجتماعی می‌دانند، از نظر آنها مهارت‌های اجتماعی عبارتند از؛ توانایی ایجاد ارتباط متقابل با دیگران در زمینه‌ی اجتماعی خاص، به طریق خاصی که در عرف جامعه قابل قبول و ارزشمند باشد.

رفتارهای ضد اجتماعی به شیوه‌های مختلفی می‌تواند تعریف شود. این رفتار می‌تواند بر اساس تشخیص‌های روانپزشکی برای مثال «اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای»، «اختلال سلوک» یا «اختلال رفتار اخلاص‌گر» (راهنمای تشخیصی و آماری معیار تشخیص اختلالات روانی، ۲۰۰۵)؛ و یا بر اساس نقض هنجارهای اجتماعی و قانونی (نظیر بزهکاری و تبهکاری) و یا رفتارهای پرخاشگرانه (بلومین، نیتز و راو، ۱۹۹۹) تعریف شود. بر این اساس، کوست و شارینگتان (۲۰۰۱)، رفتارهای ضد اجتماعی نوجوانان را شامل «جرایم مرتبط با خیانت»، «دزدی و کلاهبرداری»، «جرایم پرخاشگرانه (تجاوز، سرقت و رفتار تهدید آمیز)، «خسارت به اموال»، «تجاوز جنسی» و سایر جرایم (برای مثال بر هم زدن آرامش و یا نظم همگانی) تعریف نموده‌اند.

راتیلن، کاهنز و سینگ (۲۰۰۵)، ویژگی‌های دانش‌آموزان ناسازگار در مقاطع تحصیلی ابتدایی را بیشتر شامل؛ بی‌قراری کردن، پيله کردن، لجبازی، گریه و قشقرق به راه انداختن می‌دانند. در دوره‌ی راهنمایی، مخالفت با والدین (نبراس، ۲۰۰۱)، مخالفت با معلمان (لابیز و دیوید، ۲۰۰۳)، درگیری و کتک کاری با دوستان (کالان و نیرشاوز، ۲۰۰۸) و بحث و مشاجره کردن (راوینسون، ۱۹۹۸) را

<sup>2</sup>. Davidson

<sup>3</sup>. Cognitive behavioral therapy

<sup>1</sup>. Social adjustment



زندگی، قصد متضاد<sup>۷</sup>، معنای عشق و معنای رنج در جریان درمان توجه دارد. به اعتقاد معنادرمانگران ناکامی علت اصلی روان آزرده‌گی است که در اصطلاح به آن روان آزرده‌گی اندیشه زاد گویند. تلاش فرد برای یافتن معنا در زندگی به معنای تکاپوی اندیشه است و قصد متضاد که به آن قصد قوی یا وافر هم می‌گویند، تمایل به وقوع آن چیزی است که با رخ دادن آن مخالفیم. در این روی آورد از روش‌های مشاوره ای قبول مسئولیت، تحقق خود، زندگی گذران، معنویت و ایمان استفاده می‌شود (شولنبرگ<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳). بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که رویکردهای درمانی شناختی- رفتاری گروهی و معنادرمانگری بر افزایش سازگاری (لازانس<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۱؛ کلادری و باریتون<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۵؛ استفینز<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۷ و بسطامی، فرخی و ایزدپناه، ۱۳۸۸)، افزایش سازگاری اجتماعی (رومینگر<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۸؛ داربین و رادر<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۲ و سالومون<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۷) و کاهش رفتارهای ناسازگارانه، مانند پرخاشگری (ساندرز<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۶ و شولنبرگ، ۲۰۰۳) و خشم (برلاندو<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۴ و حسینی و دارابی، ۱۳۸۷) تأثیر گذار است. امروزه در تبیین آسیب‌های روانی و رفتارهای نابهنجار نوجوانان و جوانان علاوه بر سه بعد «زیستی»، «روانی» و «اجتماعی»، بعد چهارمی تحت عنوان بعد «معنوی» نیز مورد توجه قرار می‌گیرد. همین امر لزوم وجود مداخلات درمانی که بعد معنوی را نیز شامل می‌شوند، مشخص‌تر می‌سازد. همچنین در تعریف سلامت روان نیز تنها به عدم وجود اختلال بسنده نمی‌شود، بلکه بالندگی، پویایی و حرکت در جهت رشد و دارا بودن هدف در زندگی، از مهم‌ترین ملاک‌های سلامت روان به شمار می‌آیند (سلیگمن و سیکزنتمیهایلی،

راهبردهای رفتاری خویش فاقد هر نوع انعطاف‌پذیری هستند و همچنین در این افراد باورهای بنیادین ناکارآمد به طرز چشمگیری محدود است و هیچ باور جایگزین سازگارانه‌ی دیگری هم که قابل دسترسی باشد وجود ندارد، رویکرد شناختی- رفتاری معتقد است با درگیر کردن این دانش‌آموزان با افکار و رفتارهای سازگارانه‌تر و کاهش دادن شدت مطلق نگرانی و خودکامگی در افکار و رفتارهای آنها، می‌توان شدت ناسازگاری آنها را در اجتماع کاهش داد (روبینسن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). با توجه به وجود قابل ملاحظه‌ی این نوع رفتارها در مدارس، روان‌درمانی و آموزش فردی نمی‌تواند پاسخگوی این مشکل باشد. از این رو می‌توانیم از گروه درمانی به جای روان‌درمانی فردی که از نظر هزینه و مدت درمان باصرفه‌تر است، با عنوان گروه درمانی شناختی- رفتاری سودجوییم. اعتقاد بر این است که گروه درمانی در بیشتر اختلالات روانی مؤثر است، زیرا فرد در گروه، نحوه‌ی برخورد خود را با اجتماع می‌بیند و این امر باعث رشد بینش و بصیرت او می‌شود (عظیمی، جنتی و محمودی، ۲۰۰۳).

از سوی دیگر معنی درمانی گروهی<sup>۲</sup> از جمله روش‌هایی است که از دیرباز برای کاهش پرخاشگری و رفتارهای نابهنجار جوانان مورد استفاده قرار می‌گیرد (نرودا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). این شیوه‌ی درمانگری کمتر به گذشته‌ی فرد توجه دارد و بیشتر بر آینده و یافتن معنا و هدف در زندگی تأکید دارد (پاول و سومو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). معنادرمانگری توسط ویکتور فرانکل (۱۹۶۷) مطرح گردید. او در کار مشاوره با مراجعان سعی می‌کرد تا مراجع را به سوی هدفی که به زندگی معنا می‌دهد هدایت کند (پاول و سومو، ۲۰۰۷). این روی آورد بر مفاهیمی مانند معناجویی در زندگی، ناکامی فرد، روان آزرده‌گی اندیشه زاد<sup>۵</sup>، تکاپوی اندیشه ای<sup>۶</sup>، تهی

7. Paradoxical intention  
8. Schulenberg  
9. Lasanes  
10. Cladry, N & Baritoon  
11. Stefinse  
12. Rouminker  
13. Rader  
14. Saloomon  
15. Sanderse  
16. Berlando

1. Robinson  
2. Group logotherapy  
3. Norweda  
4. Povell & Somo  
5. Noogenic  
6. Noo-dynamics



دریافت نکردند. ملاک های ورود آزمودنی های گروه آزمایشی برای اجرای درمان به این شرح بود: الف) عدم دریافت هرگونه درمان دیگر در طول دوره ی پژوهش، ب) اعلام رضایت تمام آزمودنی ها و والدین آنها برای انجام پژوهش و ج) بعضی از آزمودنی ها از داروهای آرام بخش و مسکن استفاده می کردند که این مصرف داروی آنها قطع گردید.

برای گروه شناختی- رفتاری ۱۰ جلسه شناختی - رفتاری گروهی در هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه ای تشکیل شد. شیوه ی شناختی- رفتاری به کار گرفته شده در این پژوهش از الگوی آسیب شناسی بک و متمرکز بر روان بنه استفاده شد. این شیوه روش تعدیل یافته از آموزش شناخت درمانی معیار هست که باورهای بنیادین را مورد توجه قرار می دهد. هر طرح درمانی بعد از شناسایی مسائل بیماران که بیشترین مشکلات را با توجه به عملکرد شخصیتی ایجاد می کرد، شکل گرفته است. در طول دوره ی درمان اگر لازم می شد تعدیل مناسبی در طرح درمان ها ایجاد می گردید. با توجه به این که جلسات به صورت هفتگی طراحی و تشکیل می شد، فاصله میان جلسات، برای اجازه به افراد نسبت به تمرین روش های جدیدتر رفتار کردن و تفکر کردن قبل از رفتن به مرحله بعدی درمان اختصاص می یافت. در بین جلسات دانش آموزان تشویق می شدند که مهارت های اکتسابی جدیدشان را توسط شیوه های شناختی- رفتاری، شیوه های معنی درمانی گروهی و یا ترکیبی از این دو روش با مدیریت هیجان های تفکر منفی، یافتن اهداف مناسب برای زندگی و راهبردهای پیشگیری به کار گیرند. طرح کلی جلسات درمانی شناختی- رفتاری به این صورت بود:

جلسات اول تا سوم شامل ارائه ی منطق درمان و مروری بر چگونگی جلسات و ارزشیابی و آموزش سطوح شناختی برای شرکت کنندگان؛ توافق بر روی اهداف درمان در چارچوب الگوی شناختی- رفتاری؛ تقسیم بندی اولیه ای از مشکلات دانش آموزان با کمک پرونده های مشاوره ای آنها درباره ی تاریخچه ی مشکلات، و منعکس ساختن آنچه دانش آموزان مطرح می کردند، بود. به عبارت دیگر تمرین آرمیدگی تخیلی مطالب اصلی سه جلسه اول را

به این ترتیب روان درمانی نیز تنها به معنای فرآیند رفع نشانه های اختلال نمی باشد بلکه روان درمانی باید علاوه بر حذف نشانه های اختلال، مراجع را به سوی رشد، بالندگی و یافتن معنا و هدف در زندگی رهنمون گردد (نلسون و جونز، ۲۰۰۳). بنابراین لازم است در کنار درمان شناختی- رفتاری گروهی، رویکرد معنی درمانی گروهی مورد مطالعه قرار گیرد. به عبارت دیگر تلفیقی از این دو رویکرد در درمان اختلالات روانی به بوته ی آزمایش گذاشته شود. در همین راستا پژوهش حاضر به بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی، معنی درمانی گروهی و تلفیق آنها بر افزایش سازگاری اجتماعی دانش آموزان ناسازگار در مدارس ناحیه ۲ شهر ری می پردازد.

### روش

این پژوهش از نوع کاربردی با روش تجربی، با گروه کنترل و گروه آزمایش است. طرح این پژوهش طرح آزمایشی پیش آزمون- پس آزمون با گمارش تصادفی می باشد.

«جامعه ی آماری» این پژوهش را دانش آموزان پسر ناسازگار در مدارس مقطع متوسطه ناحیه ۲ شهر ری که به دلیل عدم سازگاری در مدارس توسط مشاوران مدارس به مرکز مشاوره اداره آموزش و پرورش ارجاع داده شده بودند، تشکیل می دهند. نمونه مورد بررسی عبارتند از ۶۰ دانش آموز مقطع متوسطه که پس از اجرای آزمون سازگاری دانش آموزان دبیرستانی (AISS)، دانش آموز ناسازگار تشخیص داده شدند. این تعداد با گمارش تصادفی به چهار گروه شناختی- رفتاری (n=15)، معنی درمانی گروهی (n=15)، تلفیقی (n=15) و گروه کنترل (n=15) تقسیم شدند و هر چهار گروه قبل از اجرای فرآیند درمان به مقیاس سازگاری اجتماعی کالیفرنیا پاسخ دادند. دامنه ی سنی آزمودنی ها بین ۱۹-۱۵ سال بود. تعداد جلسات درمانی برای هر کدام از گروه های شناختی- رفتاری و معنی درمانی گروهی ۱۰ جلسه و هر هفته یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه بود، گروه تلفیقی در هر دو جلسه درمانی در هفته شرکت می کردند و گروه کنترل هیچ درمانی را



تشکیل می‌داد.

وظیفه اصلی جلسات چهارم تا ششم از درمان عبارت بود از، شناسایی و کار بر روی باورهای بنیادین ناکارآمد و تضعیف آنها و ایجاد باورهای سازگارانه تر جدید و تشویق درمانجویان به ایجاد تغییر در باورها با کمک انواع مختلفی از تکالیف شناختی رفتاری، و توانا ساختن درمانجویان در شناسایی روان بنه های منفی متداول و قرار دادن باورهای خود در این طبقات، کسب اطلاعات برای سست کردن باورهای ناکارآمد و بحث در مورد سودمند بودن برخی از باورهای منفی بنیادی متداول در بزرگسالی که در کودکی مفید بوده‌اند، و کار در زمینه ی مشکلات بین فردی دانش آموزان و آموزش به آنها که توجه خود را به احساسات مثبت خود سوق دهند و با فاصله گرفتن از احساسات و افکار خود، همانند یک ناظر شرکت کننده ی بی طرف با این احساس ها و افکار روبرو شوند.

کار و وظایف اصلی و اساسی جلسات هفتم تا دهم از درمان عبارت بود از؛ بیان موقعیت هایی که به سرعت احساسات پرخاشگری و خشونت و یا درگیری با دوستان را در دانش آموزان بر می‌انگیزد؛ شروع فعالیت های لذت بخشی که می تواند آنها را به تنهایی انجام دهد و برای آنها وابسته به شخص دیگری نیست؛ تشریح احساس راحتی و لذت که از انجام آنها لذت می برده اند، استفاده از فنون تمرکز فکر و توجه برگردانی جهت تحمل حالت خلقی ناکارآمد و استفاده از فعالیت های مغایر با حالت های خلقی موجود و یادآوری گذرا بودن حالت خلقی؛ شناسایی صدمات و آسیب های گذشته و فعلی در زندگی که موجب دامن زدن به خشم می‌شود؛ استفاده از شیوه های آرمیدگی به منظور مقابله با احساسات خشم؛ گزارش موفقیت ها در ترک کردن موقعیت های تحریک کننده خشم، در صورتی که صرف نظر کردن مورد توجه قرار گرفته باشد؛ و بیان احساسات آسیب، بی کفایتی، شرم و خشمی که با تجارب گذشته در رابطه است.

طرح کلی جلسات معنی درمانی گروهی به این صورت بود:

جلسات اول و دوم: تعیین اهداف و قوانین گروه، تعریف و بیان معنی درمانی و لزوم وجود معنی در

زندگی برای افراد با ذکر یک مثال؛ ارائه ی تکلیف به دانش آموزان به منظور اندیشیدن در مورد مطالب جلسه؛ دادن بازخورد، تعریف آزادی معنوی به عنوان یکی از ابعاد هستی انسان و بیان این موضوع که انسان کاملاً تحت سلطه ی شرایط قرار ندارد و این خود اوست که حق انتخاب دارد که با شرایط مقابله کند؛ و ارائه ی تکلیف.

جلسات سوم، چهارم و پنجم: مرور تکالیف جلسه ی قبل؛ مسئولیت شخصی که باید به عنوان یک بخش اجتناب ناپذیر وضعیت انسان تلقی شود، ما می توانیم از طریق ترمیم و بازسازی زندگی مان سازگاری خویش با دیگران را افزایش دهیم؛ صحبت درباره ی جنبه های متفاوت عشق و راهی برای رسیدن به معنی زندگی و به خاطر داشتن این مطلب که عشق یک پدیده انسانی است و باید مراقب بود که جنبه انسانی آن حفظ گردد.

جلسات ششم، هفتم و هشتم: مرور تکالیف جلسه ی قبل؛ بحث در مورد ارزش های خلاق، ارزش های تجربی و ارزش های گرایشی. ارزش های خلاق با فعالیت آفریننده و زایا ادراک می شوند، با عمل آفریدن اثری ملموس یا اندیشه ای ناملموس یا خدمت به دیگران که بیان فردی است می توان به زندگی معنا بخشید. ارزش های تجربی مجذوب شدن در زیبایی های عالم طبیعت یا هنر است و ارزش های گرایشی آنها می هستند که دگرگون ساختن آنها یا دوری گزیدن از آنها در توان ما نیست، یعنی شرایط تغییر ناپذیر سرنوشت به هنگام رویارویی با چنین وضعی؛ تنها راه معقول پاسخ گویی، پذیرفتن است. شیوه ای که سرنوشت خویش را می پذیریم شهادتی است که در برابر مصیبت و مشکلات نشان می دهیم.

جلسات نهم و دهم: مرور تکالیف جلسه ی قبل و دادن بازخورد؛ مرور موضوعات جلسه ی اول تا نهم به صورت نظری، اجمالی و عملی، اجرای پس آزمون (مقیاس سازگاری اجتماعی کالیفرنیا).

برای گروه تلفیقی ۱۲ جلسه (۶ جلسه درمان شناختی- رفتاری گروهی به طور فشرده و ۶ جلسه ی معنی درمانی گروهی به طور فشرده) تنظیم شد. گروه کنترل تا پس از اجرای پس آزمون هیچ گونه درمانی دریافت نکردند. در پایان جلسه ی دوازدهم



اجتماعی، روابط خانوادگی، روابط مدرسه‌ای و روابط اجتماعی. پاسخ گویی به ۹۰ سؤال مقیاس سازگاری اجتماعی به صورت بلی و خیر می‌باشد. به منظور بررسی روایی این آزمون از روش تحلیل عاملی استفاده شده است. نتایج نشان دهنده وجود شش عامل است که کلاً ۰/۶۸ از واریانس کل آزمون را تبیین می‌کنند. پایایی کل این آزمون نیز ۰/۹۵ گزارش شده است (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۱).

در این پژوهش، ضرایب پایایی مقیاس فوق برای کل مقیاس ۰/۹۱، قالب‌های اجتماعی ۰/۸۴، مهارت‌های اجتماعی ۰/۹۰، گرایش ضد اجتماعی ۰/۷۸، روابط خانوادگی ۰/۸۲، روابط مدرسه‌ای ۰/۸۷ و روابط اجتماعی ۰/۷۵ به دست آمد، که نشان دهنده همسانی درونی مناسب این آزمون است.

#### یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، میانگین نمرات سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان در پیش آزمون ۱۹/۲۹ بوده است و در پس آزمون ۳۶/۰۷ به دست آمده است. تفاضل میانگین‌های پس آزمون و پیش آزمون نشان می‌دهد که آزمودنی‌های گروه ترکیبی بیشترین نتیجه را به دست آورده‌اند.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود مقایسه‌ی میانگین‌ها با استفاده از تحلیل واریانس یک عاملی نشان می‌دهد که این میانگین‌ها از لحاظ آماری در موقعیت پیش آزمون تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند ( $F = 3/847$  و  $p < 0/01$ ). این امر نشان دهنده‌ی همسان بودن گروه‌ها در متغیر سازگاری اجتماعی در موقعیت پیش آزمون است.

F مشاهده شده در جدول ۳ ( $p < 0/001$  و  $F = 38/55$ ) نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین گروه‌ها در متغیر سازگاری اجتماعی در پس آزمون گروه‌ها به وجود آمده است. از آنجا که تحلیل واریانس در

دانش‌آموزان به مقیاس سازگاری اجتماعی کالیفرنیا پاسخ دادند. جهت بررسی نتایج و یافته‌های پژوهش، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS-18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری نظیر میانگین، انحراف استاندارد، تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

#### ابزار

۱. مقیاس سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی<sup>۱</sup> (AISS): این مقیاس توسط سینهاوسینگ (۱۹۹۳)، به نقل از کرمی، (۱۳۷۵)، به منظور جداسازی دانش‌آموزان دبیرستانی ۱۴ تا ۱۸ ساله با سازگاری خوب از دانش‌آموزان با سازگاری ضعیف در سه حوزه‌ی عاطفی، اجتماعی و آموزشی تهیه شده است. در این تحقیق از فرم نهایی ۶۰ ماده‌ای که گزینه‌های آن به صورت بلی و خیر می‌باشد، استفاده شده است. ضریب پایایی این مقیاس را به روش دونیمه کردن برای کل مقیاس ۰/۹۵، خرده مقیاس‌های عاطفی ۰/۹۴، اجتماعی ۰/۹۳ و آموزشی ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند (کرمی، ۱۳۷۵). در پژوهش حاضر، ضرایب پایایی مقیاس فوق با استفاده از روش کودر ریچاردسون و دونیمه کردن برای کل مقیاس ۰/۸۳ و ۰/۷۶، خرده مقیاس‌های عاطفی ۰/۸۸ و ۰/۷۸، اجتماعی ۰/۹۱ و ۰/۸۰ و آموزشی ۰/۸۵ و ۰/۷۲ به دست آمد.

۲. مقیاس سازگاری اجتماعی کالیفرنیا<sup>۲</sup>: مقیاس شخصیت کالیفرنیا شامل دو مقیاس عمده سازگاری خویشتن و سازگاری اجتماعی است. این مقیاس نیمرخ سازگاری فردی و اجتماعی فرد را اندازه‌گیری می‌کند و توسط ثورب، کلارک و تیگز<sup>۳</sup> (۱۹۳۹)، به نقل از خدایاری فرد و همکاران، (۱۳۸۱) برای اولین بار منتشر شده است. در این پژوهش بخش سازگاری اجتماعی این مقیاس مورد استفاده قرار گرفته است. این بخش از آزمون دارای شش زیر مقیاس است که عبارتند از: قالب‌های اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، گرایش ضد

۱. Adjustment inventory of students high

۲. Clarge & Teegse,

۳. California social adjustment scale



جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌ها در گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| پس‌آزمون        | پیش‌آزمون       | شاخص متغیر       | موقعیت گروه‌ها |
|-----------------|-----------------|------------------|----------------|
| سازگاری اجتماعی | سازگاری اجتماعی | میانگین          | شناختی رفتاری  |
| ۴۱/۲۵           | ۱۸/۱۲           | انحراف استاندارد | معنی درمانی    |
| ۷/۴۱            | ۴/۴۲            | میانگین          | درمان ترکیبی   |
| ۳۴/۷۴           | ۲۱/۸۵           | انحراف استاندارد | کنترل          |
| ۸/۵۶            | ۶/۵۱            | میانگین          | کل             |
| ۵۱/۱۳           | ۱۷/۰۷           | انحراف استاندارد |                |
| ۷/۴۵            | ۵/۳۲            | میانگین          |                |
| ۱۷/۱۷           | ۲۰/۱۲           | انحراف استاندارد |                |
| ۴/۲۴            | ۴/۵۹            | میانگین          |                |
| ۳۶/۰۷           | ۱۹/۲۹           | انحراف استاندارد |                |
| ۶/۹۱            | ۵/۲۱            |                  |                |

جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌های پیش‌آزمون مقیاس سازگاری اجتماعی

| منبع تغییرات | شاخص‌ها | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F     | معناداری |
|--------------|---------|---------------|------------|-----------------|-------|----------|
| بین گروهی    | ۳۷۱/۵۸  | ۳             | ۱۲۳/۸۶     | ۳/۸۴۷           | ۰/۱۶۸ |          |
| درون گروهی   | ۱۱۵۸/۹۳ | ۳۶            | ۳۲/۱۹      |                 |       |          |
| مجموع        | ۱۵۳۰/۵۲ | ۳۹            |            |                 |       |          |

پیش‌آزمون نشان دهنده‌ی عدم تفاوت بین گروه‌ها بود، می‌توان تغییرات به وجود آمده را به متغیر مستقل مربوط دانست. نتایج آزمون توکی در جدول ۴ نشان می‌دهد که اختلاف میانگین تمام گروه‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار است. مقایسه‌ی میانگین گروه کنترل با هر کدام از سه روش درمانی بیانگر این است که به ترتیب نمرات گروه ترکیبی، گروه شناختی - رفتاری و گروه معنی درمانی افزایش بیشتری داشته‌اند. به عبارت دیگر، درمان ترکیبی تأثیر بیشتری بر متغیر مستقل داشته است، سپس درمان شناختی - رفتاری و در نهایت معنی درمانی بر متغیر مستقل تأثیر داشته‌اند.

بیشتری داشته است. با تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس یک راهه مشخص شد که اثربخشی سه روش درمانی مذکور بر سازگاری اجتماعی دانش آموزان ناسازگار در سطح معناداری ۰/۰۱ تأیید شده و تفاوت معناداری در نتایج نمرات دانش آموزان سه گروه در اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس سازگاری اجتماعی پرسشنامه‌ی شخصیتی کالیفرنیا مشاهده می‌شود.

اولین یافته‌ی پژوهش، اثربخشی درمان معنادرمانی گروهی بر افزایش سازگاری اجتماعی دانش آموزان ناسازگار بود که این فرضیه در سطح ۰/۰۱ تأیید شد و نتایج آن با نتایج تحقیقات پیشین در این زمینه که معنادارمانگری بر افزایش سازگاری (لازانس و همکاران، ۲۰۰۱؛ کلادری و باریتون، ۲۰۰۵؛ استفینز، ۲۰۰۷ و بسطامی، فرخی و ایزدپناه، ۱۳۸۸)، افزایش سازگاری اجتماعی (رومینگر، ۱۹۹۸؛ داربین و رادر، ۲۰۰۲ و سالومون، ۲۰۰۷) و کاهش رفتارهای ناسازگارانه مانند پرخاشگری (ساندرز، ۱۹۹۶ و شولنبرگ، ۲۰۰۳) و خشم (برلاندو، ۲۰۰۴ و حسینی و دارابی، ۱۳۸۷) تأثیر گذار است، همخوانی دارد.

یافته‌ی دوم این پژوهش عبارت است از، اثربخشی

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثرات درمان شناختی - رفتاری گروهی، معنی درمانی گروهی و تلفیق آنها بر افزایش سازگاری اجتماعی دانش آموزان ناسازگار انجام شد، نتایج نشان داد که هر سه روش درمانی فوق می‌توانند سازگاری اجتماعی دانش آموزان را افزایش دهند و درمان تلفیقی در مقایسه با دو روش دیگر به طور جداگانه اثربخشی



جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره های پس آزمون مقیاس سازگاری اجتماعی

| منبع تغییرات | شاخص ها | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F     | معناداری |
|--------------|---------|---------------|------------|-----------------|-------|----------|
| بین گروهی    |         | ۱۹۸۷/۱۴       | ۳          | ۶۶۲/۳۸          | ۳۸/۵۵ | ./۰۰۱    |
| درون گروهی   |         | ۶۱۸/۵۱        | ۳۶         | ۱۷/۱۸           |       |          |
| مجموع        |         | ۲۶۰۵/۶۵       | ۳۹         |                 |       |          |

جدول ۴. مقایسه دو به دوی گروه ها با استفاده از آزمون توکی

| متغیر وابسته    | گروه ها       | گروه ها       | اختلاف میانگین | خطای استاندارد | معنی داری |
|-----------------|---------------|---------------|----------------|----------------|-----------|
| سازگاری اجتماعی | شناختی-رفتاری | معنی درمانی   | ۱۰/۳۴          | ./۰۱۲          | ./۰۱۲     |
|                 | ترکیبی        | شناختی-رفتاری | ۹/۸۴           | ۱/۴۵۳          | ./۰۰۹     |
|                 |               | معنی درمانی   | ۱۷/۱۴          | ./۷۸۱          | ./۰۱۸     |
|                 |               | شناختی-رفتاری | ۲۰/۱۸          | ۲/۳۵۸          | ./۰۰۳     |
|                 | کنترل         | معنی درمانی   | ۱۱/۵۶          | ./۲۱۵          | ./۰۱۹     |
|                 |               | ترکیبی        | ۳۱/۱۱          | ./۰۴۲          | ./۰۰۱     |

فردش و تکلیف هایی که در آن به مراجع داده می شود، گام های مؤثری را در جهت اثرگذاری بر فکر و ذهن او می گذارد و از طرفی رویکرد شناختی- رفتاری به ویژه با الهام از تکنیک های شناختی چون بازسازی شناختی و تغییر چارچوب دید مراجع، نقش مکملی را برای معنادرمانی ایفا می کند (و یا به طور برعکس) و انتظار می رود که ترکیبی از این دو، تأثیرات بیشتری، ابتدا در چهارچوب فکری مراجع و در وهله ی دوم در مهارت های ارتباطی و سازگاری اجتماعی داشته باشد.

باید توجه داشت که این دو بخش درمان، در هم تنیده و همسو هستند. آموختن مهارت های شناختی مثل حل مسأله، تفکر منطقی، تکلم با خود و همچنین مهارت های ارتباطی، مقدمه ی ورود فرد به مرحله ی درمان «انضباط ذهنی» هستند (نلسون و جونز، ۲۰۰۳). به عنوان مثال فرد در ابتدا در بخش درمان مهارت های زندگی، متوجه وجود تفکر غیر منطقی در خود می گردد و برای اصلاح فرض های ناکارآمد تلاش می کند. در مرحله ی بعدی درمان که شامل تکنیک های معنادرمانی می باشد، او به بسط و توسعه ی فرض های خود در مورد زندگی می پردازد و به فلسفه ی جدیدی در مورد زندگی دست می یابد. همچنین در بخش درمان گروهی، فرد نحوه ی برقراری ارتباط صحیح و احترام به دیگران را می آموزد و در مرحله ی معنادرمانی این جریان را با عشق به هموعان و

روش درمانی شناختی- رفتاری گروهی در کاهش ناسازگاری دانش آموزان (روبینسن، ۲۰۰۳)؛ بررسی نتایج پس آزمون و مقایسه ی آن با نتایج حاصل از اجرای پیش آزمون نشان داد این فرضیه در سطح ۰/۰۱ تأیید می شود و این نشان از اثربخشی بالای این رویکرد دارد که قبلاً نیز در تحقیقاتی از جمله (روبینسن، ۲۰۰۳؛ عظیمی، جنتی و محمودی، ۲۰۰۳؛ داربین و رادر، ۲۰۰۲ و سالومون، ۲۰۰۷) مورد تأیید قرار گرفته بود. یافته ی سوم پژوهش، یعنی اثربخشی تلفیق دو روش درمانی معنادرمانی گروهی و شناختی رفتاری گروهی بر افزایش سازگاری اجتماعی که در تحقیقات پیشین سابقه ای از آن به چشم نمی خورد، نیز در سطح ۰/۰۱ و در سطح بالایی از معناداری تأیید شد؛ اما در مورد آن باید دید که آیا تحقیقات آتی این فرضیه را مورد تأیید قرار می دهند یا نه؟

در تبیین اثربخشی رویکرد تلفیقی می توان این گونه فرض کرد که از آنجایی که هر دو رویکرد معنادرمانی و شناختی رفتاری- به ویژه تکنیک های شناختی آن- بر فرایندهای ذهنی همچون تغییر نگرش و زاویه ی دید فرد به دنیا تأکید می کند، تلفیق این دو روش اثرگذاری بیشتری به نسبت کاربرد هر یک از این دو رویکرد به تنهایی داشته است. رویکرد معنادرمانی با تأکید بر سازهایی چون یافتن معنای شخصی در زندگی و معنای رنج و استفاده از تکنیک های منحصر به





Hornsey, M.J., Dwyer, L. & Oie, T.P.S. (2007). Beyond cohesiveness: reconceptualizing the link between group processes and outcomes in group psychotherapy. *Small Group Research*, 38, 567-592.

Huston, A. C. & Carpenter, G. J. (1995). Gender influences in classroom interaction. New York: Academic Press.

Ivey, A. E. (2000). Counseling, time to take charge counseling and psychotherapist. *Pastoral Psychology*, 23, 12-21.

Kagi, H. Klimes, I. & Bass, N. (2001). Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome. *General hospital feasible psychiatry*, 23, 254-260.

Kiesner, J. & Kerr, M. (2004). Families, peers, and contexts as multiple determinants of adolescent problem behavior. *Journal of Adolescence*, 27, 493-495.

Moffitt, T. E. (1993). Adolescence limited and life course persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.

Mokhtari, S. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioral approach to group on depression in patients with Multiple Sclerosis. Psychology [thesis]. Isfahan: Isfahan University. [Persian]

Moor, R.G. & Garland, A. (2007). Cognitive therapy for chronic and persistent depression. UK: Wiley Press, 188-192.

Norweda, C.R. Lopz, S.J. (2002). Handbook of Positive psychology. New York, Oxford, 11, 1011-1017.

Patterson, G. R., Reid, J. B. & Dishion, T. J. (1992). Antisocial boys: A social interactional approach. Castalia Publishing Company, Eugene, OR.

Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (2005). Antisocial boys: A social interactional approach. Castalia Publishing Company, Eugene, OR.

Pavel, G., & Simon, R. (2007). Meaning of Life group: Group application of logo therapy for substance use treatment. *Journal for Specialists in Group Work*, 32, 316-331.

Peterson, A.L. Halstead, T.S. (2009). Group cognitive behavior therapy for depression in a community setting: a clinical replication series. *Behavior Therapy*, 29, 3-18.

Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2007). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences: Clinical psychiatry. 10th ed. 110-118.

Saleh Zadeh, M. (2008). Effective of cognitive-behavior on depression and quality of life of patients with drug resistant epilepsy in Isfahan. Psychology, thesis, Isfahan: Isfahan University. [Persian].

Schulenberg, S. E. (2002). Logotherapy and conduct disorder. *The International Journal for logotherapy*, 25, 52-67.

Seghatoleslam, T. Rezaee, A. Aghighi, K. (2003). Effect of cognitive-behavioral depression in

خدمت به آنها تکمیل می‌کند، که این فرآیندها در مجموع به کسب مهارت‌های اجتماعی افراد و متعاقب آن افزایش سازگاری اجتماعی آنان کمک می‌کند و مشکلات ناسازگاری آنان در اجتماع را کاهش می‌دهد.

نکته‌ی قابل توجه در ترکیب این دو روش درمانی این است که تنها به کاربرد بهنجار اکتفا نمی‌شود، بلکه مراجع به گام نهادن در مسیر رشد معنوی و یافتن معنای زندگی تشویق می‌شود، که این مسیر حتی تا پایان دوره‌ی درمان نیز ادامه دارد. بنابراین می‌توان تلفیقی از دو روش مورد بحث را به عنوان روشی قوی برای کاهش اختلالاتی چون ناسازگاری به کار برد و مخصوصاً استفاده‌ی همزمان این دو رویکرد می‌تواند هم باعث کاهش نشانگان اختلال گردد و هم به مراجع در نیل به رشد، بالندگی و یافتن معنا و هدف در زندگی کمک کند. در پایان پیشنهاد می‌شود تحقیقات آینده، تأثیر ترکیبی این دو رویکرد درمانی را بر سایر سازه‌ها و متغیرهای روانشناختی نظیر اضطراب، پرخاشگری، افسردگی و ... بررسی نمایند تا تبیین جامع‌تری از ادغام این دو رویکرد درمانی فراهم شود.

## منابع

Brennan, T. (1980). A descriptive multivariate analysis of selected social psychological background conditions. *Journal of Family*, 1, 189-209.

Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American Psychologist*, 34, 844-850.

Ebrahimi, A. (2007). Compared the effectiveness of psychotherapy integration of religious orientation, cognitive behavioral therapy and medication on depression and attitudes of patients with dysthymic disorder. dissertation. Isfahan: Isfahan University. [Persian]

Glen, M. (2008). Mind, body, emotions and spirit: Reaching to the ancestors for healing. *Counseling psychology quarterly*, 21, 143-152.

Hoglund, W.L. & Leadbeater, J. (2003). The effects of family, school, and classroom ecologies on changes in children's social competence and emotional and behavioral problems in first grade. *Journal of Developmental Psychology*, 40, 539-544.



reducing substanceabuse patients. Journal of Ardabil University of Medical Sciences, 2 (8), 33-38. [Persian].

Seligman, EPM. (2000). Positive Psychology. Network, Concept paper, Published from APA monitor, 32, 600-608.

Simons, L. J. (1999). Basic Research Method in Social Science. New York: Randomhouse Press.

Slomowski, C. & Dunn, J. (1996). Young Children's Understanding of Other People's Feeling and Beliefs. Child Development. 62, 1352-1336.

Tsai-Hwei, C. Ru-Band, L.U. Ai-Ju, C. Da-Ming, C. Kuei-Ru, C. (2006). The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. Archives of Psychiatric Nursing, 20(1): 3-11.

Yousefi, n. & Etemadi, A. and Bahrami, F. (2008). The Effectiveness of logo therapy and gestalt therapy on cure of anxiety, depression and aggression, journal of Iranian psychologist, 5, 19, pp: 251-259. [Persian].