



مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و اسکیماتراپی گروهی بر سبک‌های اسناد در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسیتی

زهرا شیری: دانشجوی دکتری، دانشگاه آزاد، یاسوج، ایران

سید سلیمان حسینی نیک: گروه آموزش علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، صندوق پستی ۸۸۹-۱۴۶۶۵ تهران، ایران (* نویسنده مسئول) hosseininik51@gmail.com

آرمین محمودی: استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد یاسوج، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

واقعیت‌درمانی، اسکیماتراپی گروهی، سبک‌های اسناد، اختلال هویت جنسیتی

زمینه و هدف: روان‌درمانی بهترین راهکار برای کاهش عوارض بیماری اختلال هویت جنسیتی می‌باشد. لذا هدف مطالعه مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و اسکیماتراپی گروهی بر سبک‌های اسنادی در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسیتی بود. **روش کار:** این مطالعه با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری انجام شد که جامعه آماری آن شامل همه افراد دارای اختلال هویت جنسی مراجعه‌کننده به مرکز پزشک قانونی شهر شیراز در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود و تعداد ۴۵ آزمودنی به عنوان نمونه آماری به صورت هدفمند انتخاب شدند و در سه گروه (۱۵ نفر واقعیت‌درمانی و ۱۵ نفر طرحواره‌درمانی) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابتدا پرسشنامه سبک‌های اسنادی سلیگمن و همکاران (۱۹۸۳) از هر سه گروه گرفته شد و سپس گروه‌های آزمایش به ترتیب به مدت ۸ و ۹ جلسه تحت آموزش واقعیت‌درمانی و اسکیماتراپی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در مولفه اسناد کلی مثبت در گروه واقعیت‌درمانی نسبت به گروه کنترل و نیز در مولفه اسناد کلی منفی، در طرحواره‌درمانی نسبت به گروه کنترل معنی‌دار شد. در مقایسه دو رویکرد درمانی در مولفه اسناد کلی مثبت واقعیت‌درمانی نسبت به طرحواره‌درمانی معنی‌دار شد.

نتیجه‌گیری: از آنجا که افراد تغییر جنس خواه اغلب در حاشیه فعالیت‌های اجتماعی قرار دارند، بسیاری از قابلیت‌های آنها، مجال رشد پیدا نکرده است. کوشش جهت توانا ساختن آنها در سبک‌های اسنادی با استفاده از رویکردهای روان‌درمانی در این مسیر می‌تواند موثر باشد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Shiri Z, Hosseininik SS, Mahmoodi A. Comparing the Effectiveness of Reality Therapy and Schema Therapy on Attribution Styles in Patients with Gender Identity Disorder. Razi J Med Sci. 2023(5 Dec);30:138.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.



Comparing the Effectiveness of Reality Therapy and Schema Therapy on Attribution Styles in Patients with Gender Identity Disorder

Zahra Shiri: PhD Student, Azad University, Yasouj, Iran

Seyed Soleiman Hosseinik: Department of Educational Sciences, Farhangian University, P.O. Box 889-14665, Tehran, Iran
(* Corresponding Author) hosseinik51@gmail.com

Armin Mahmoodi: Assistant Professor, Department of Psychology, Azad University, Yasouj, Iran

Abstract

Background & Aims: Psychotherapy is the best way to reduce the complications of gender identity disorder. Therefore, the aim of the study was to compare the effectiveness of reality therapy and group schema therapy on attributional styles in patients with gender identity disorder

Methods: This study was conducted as a semi-experimental design with pre-test-post-test and follow-up with a control group, which was approved by the code of ethics IR.IAU.YASOOJ.REC.1400.011 in Islamic Azad University, Yasouj branch. The research population is all people with gender identity disorder who referred to the Shiraz Forensic Center in 2013-2014, whose disorder was diagnosed by a forensic doctor, and due to the impossibility of reaching all of them in a targeted manner, there were 30 out of 195 people. People were selected by available sampling method and were placed in two experimental (15 people) and control (15 people) groups. The age range of the subjects was between 18 and 35 years. First, the documentary style questionnaire of Seligman et al. (1983) was taken from both groups as a pre-test. This questionnaire is a self-report tool and is used to determine people's attributional style, i.e. source of control (internal/external), degree of stability (stable/unstable), generality (general/specific) and controllability (controllable/uncontrollable) by Seligman et al. (1983) is made. This instrument measures scores for individual differences in the tendency of people to attribute the causes of pleasant and unpleasant events to internal (vs. external), stable (vs. unstable), general (vs. specific), controllable (in equals uncontrollable). Documentary styles are used to measure positive or negative thinking styles. This instrument measures scores for individual differences in the tendency of people to attribute the causes of pleasant and unpleasant events to internal (vs. external), stable (vs. unstable), general (vs. specific), controllable (in equals uncontrollable). Documentary styles are used to measure positive or negative thinking styles. This questionnaire includes 12 hypothetical situations (six positive situations and six negative situations). 4 questions are asked after each situation. The first question, which is answered descriptively, asks a major cause of the event in question, which is not considered in scoring; But it helps the examinee to answer the next 3 questions. The next 3 questions are the same for all situations and measure the dimensions of the causal documents. The second question after each internal and external situation measures the person's answer. The third question after each situation determines the stability-instability of the subject's answer, and finally the fourth question in each general situation-determines the specificity of the subject's answer. For each situation, the subject is asked to read each of the events carefully and imagine clearly in their mind that they are in such a situation, and then one reason that they believe is the most

Keywords

Reality Therapy,
Group Schema Therapy,
Attribution Styles,
Gender Identity Disorder

Received: 05/08/2023

Published: 05/12/2023

important and main. Write the most important reason for that event in the place provided. This questionnaire contains 48 questions. In this questionnaire, each item is graded from 1 to 7. For each of the 6 positive positions, 1 is the lowest rank and 7 is the highest or best option for the positive dimension. For 6 negative positions, scoring is reversed. Therefore, for negative situations, a score of 1 is considered the highest or best option and a score of 7 is considered the lowest or worst option. The reliability of the questionnaire in this research was obtained using Cronbach's alpha method as 0.89, which is an acceptable reliability.

Then, the experimental group was trained in reality therapy and schema therapy by the researcher, who is a PhD student in psychology, for 8 and 9 sessions, one session per week, respectively. The main topics and content of each session are presented below. Again, the documentary styles questionnaire was administered as a post-test after reality therapy and schema therapy training on experimental and control groups, and the questionnaire was repeated in the 3-month follow-up.

Results: The results showed that in the component of general positive attributions in the reality therapy group compared to the control group, and in the component of general negative attributions, it was significant in the schema therapy compared to the control group. In the comparison of the two treatment approaches, reality therapy was significant in the overall positive attribution component compared to schema therapy.

In fact, the general achievement of these meetings was that their level of insight and control over their cognitive behaviors, including documents, increased significantly. Also, in the component of general negative attributions, schema therapy was significant with the control group. This finding is in line with Elahai's research (2019). In the explanation of this finding, it can be said that since the activation and stimulation of schemas produces anxiety, excitement It leads to unpleasant feelings and helpless feelings, so people use incompatible responses or coping styles since childhood in order to suppress anxiety caused by schemas. Although these coping styles lead to a short-term reduction of anxiety, in the long-term it will lead to their continuation and strengthening. Schema therapy, having a multi-dimensional perspective, besides considering the influence of cognitions and attitudes, examines the roots of the problem in the past and aims to create awareness and tension in the individual. Also, by using this method, a person can understand the cause of his communication problems and as a result, to get rid of his problems, he can focus on his personal growth and progress with more motivation. Identifying the schemas helps the person to understand and define the deep problems more accurately, and during the treatment, the therapist helps the person to identify the schemas by emphasizing the emotional relationships from childhood to time. This method makes him find out the cause of his communication problems and work with more motivation to get rid of his problems.

Conclusion: Since transgender people are often on the sidelines of social activities, many of their capabilities have not been developed. Efforts to make them capable in documentary styles using psychotherapy approaches can be effective in this direction.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Shiri Z, Hosseininik SS, Mahmoodi A. Comparing the Effectiveness of Reality Therapy and Schema Therapy on Attribution Styles in Patients with Gender Identity Disorder. Razi J Med Sci. 2023(5 Dec);30.138.

*This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.

مقدمه

برآورد میزان اختلال هویت جنسیتی یا دگر جنس پنداری در بزرگسالان متعلق به اروپا است. میزان شروع این اختلال در مورد افراد با جنسیت بدو تولد مذکر بین ۰/۰۰۵ تا ۰/۰۱۴ و برای افراد با جنسیت بدو تولد مونث ۰/۰۰۲ تا ۰/۰۰۳ است (۱). در اکثر مراکز بالینی نسبت بیماران مذکر ۳ تا ۵ برابر بیماران مونث گزارش شده است. اکثر بزرگسالان دچار اختلال هویت جنسی اظهار می‌دارند در کودکی احساس می‌کرده‌اند با سایر کودکان همجنس خود تفاوت دارند، هر چند بسیاری از این بیماران در نگاه به گذشته نمی‌توانند منشأ این تفاوت را پیدا کنند (۲). بسیاری از آن‌ها می‌گویند از همان سال‌های اولیه زندگی به نحو گسترده‌ای با جنس مقابل همانندسازی کرده‌اند و این همانندسازی در نوجوانی و بزرگسالی بارزتر شده است (۳). به طور کلی شروع نارضایتی جنسیتی مذکر به مونث بالاتر از نارضایتی مونث به مذکر است (۴). یک عامل مهم در تشخیص این است که در مورد افرادی که در بدو تولد مونث بوده‌اند، پوشیدن لباس پسرانه نه و رفتار پسرانه پذیرش اجتماعی بیشتری وجود دارد تا افرادی که در بدو تولد مذکر بودند و شبیه زن‌ها رفتار می‌کنند (۵). کودکان معمولاً هماهنگ با تربیت جنسی خود (که جنسیت تعیین شده نیز نامیده می‌شود) هویت جنسی پیدا می‌کنند. هویت جنسی تحت تاثیر تعامل مزاج کودک و نگرش‌ها و ویژگی‌های والدین است (۶). زیگموند فروید معتقد بود که مشکلات هویت جنسی ناشی از تعارضاتی است که کودک در مثلث ادیپی تجربه می‌کند. این تعارض‌ها بر اثر رویدادهای واقعی خانواده و تخیلات کودک تقویت می‌شوند. هر چیزی که در محبت کودک نسبت به والد مخالف و هماهنگ‌سازی با والد همجنس تداخل کند در پیدایش هویت جنسی طبیعی دخالت می‌کند (۷). اخیراً معیارهای مراقبت انجمن جهانی تخصصی سلامت تراجنسیتی برای سلامت افراد دگر جنس پندار، تراجنسیتی و افراد دارای رفتارهای ناهمخوان با جنسیت خود انعطاف‌پذیرتر شده و پذیرش بیشتری نسبت به مدل‌های رضایت آگاهانه نشان می‌دهند (۸). برخی ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشت روان در کار با افراد تراجنسیتی تخصص یافته‌اند و میزان شرکت افراد تراجنسیتی در روان‌درمانی رو به

افزایش است. زیرا در این بیماران متغیرهای روانشناسی از قبیل سبک‌های اسناد تحت تأثیر منفی قرار می‌گیرد و سطح کیفیت زندگی این بیماران دچار دستخوش تغییرات می‌گردد (۹).

مفهوم اسناد یکی از موضوعات محوری و مهم روانشناسی اجتماعی در حوزه انگیزش است که افرادی چون هایدلر (Heider) (۱۹۸۵) نیز در شکل‌گیری آن نقش بسزایی داشته‌اند (۱۰). در واقع واکنش افراد به موقعیت‌ها متأثر از برداشت و ارزیابی شناختی آن‌ها از موقعیت‌ها است که سبک اسناد نامیده می‌شود (۱۱). سبک اسناد هر فرد، در دوره کودکی شکل می‌گیرد و در صورتی که تغییری از خارج از فرد بر آن اعمال نشود تا آخر عمر پابرجا می‌ماند. هدف از نظریه اسناد روشن کردن این مساله است که افراد در تلاش برای توجیه رفتارهای خود از چه قواعدی استفاده می‌کنند و چه خطاهایی را مرتکب می‌شوند (۱۲). انسان‌ها همواره برای توجیه پیامد رفتار خود به تحلیل روابط علت و معلول نمی‌پردازند و بسیاری از رویدادهای قابل پیش بینی نیازی به اسناد ندارند زیرا موفقیت و شکست مورد انتظار، پیامدهای پیش بینی شده‌ای هستند. اما وجود ناهمخوانی میان پیامدهای مورد انتظار با پیامدهای واقعی منجر به ایجاد حالت ناخوشایند تردید و دودلی می‌شود که افراد با متوسل شدن به سبک‌های اسنادی برای رفع این احساس تلاش می‌کنند (۱۳). از این رو نظریه‌ای که در دو دهه اخیر بسط‌یافته مورد توجه قرار گرفته است شیوه اسناد رویدادهای تنش‌زا توسط افراد است که می‌تواند نقش مهمی در سلامت جسم و روان فرد داشته باشد (۱۴). از آنجاییکه سبک‌های اسناد در افراد مبتلا به اختلال جنسیتی تغییر می‌کند لذا راهکارهای روان‌درمانی آن اهمیت دارد (۱۰).

طرحواره درمانی درون مایه‌های روانشناختی را مد نظر قرار می‌دهد که شاخصه بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی هستند این درون مایه‌ها را طرحواره‌های ناسازگار اولیه نام دارند (۱۵). با به کارگیری این مدل از درمان، بیماران می‌توانند مشکلات شخصیتی خود را به شکل ناهمگون ببینند و در نتیجه برای رها شدن از شر مشکلات، انگیزه بیشتری پیدا کنند (۱۱). درمانگران با استفاده از راهبردهای شناختی-عاطفی، رفتاری و بین فردی، در مبارزه با طرحواره‌ها با بیماران هم پیمان

می‌شوند. وقتی این بیماران الگوهای ناکارآمد مبتنی بر طرحواره‌هایشان را تکرار می‌کنند، درمانگر آنها را به شیوه‌ای همدلانه با دلایل و ضرورت تغییر روبرو می‌کند. درمانگر به علت به کارگیری "بازوالدینی حد و مرزدار" در برابر نیازهای ارضا نشده دوران کودکی بسیاری از بیماران در حکم یک پادزهر نسبی عمل می‌نماید (۱۶). طرحواره‌ای که در یک وضعیت سازگارانه است، در وضعیت دیگر می‌تواند ناسازگارانه باشد (۱۱). هر فکر، احساس، رفتار و تجربه مرتبط با طرحواره، می‌تواند طرحواره را تثبیت، تقویت و یا تضعیف کند. عملکردهای طرحواره تبیین می‌کنند که چگونه طرحواره‌ها در درون شخص دست به عمل می‌زنند. آن‌ها همچنین تبیین می‌کنند که چگونه طرحواره‌ها تداوم می‌یابند، مورد اجتناب قرار می‌گیرند و چگونه گاهی اوقات بیماران با جبران افراطی طرحواره‌ها، خودشان را با آنها انطباق می‌دهند (۱۷). دو عملکرد اصلی طرحواره‌ها عبارتند از: تداوم طرحواره و بهبود طرحواره (۱۵).

همچنین واقعیت‌درمانی، بر نظریه انتخاب استوار است و فرض را بر این می‌گذارد که مردم مسئول زندگی خویش و اعمال و احساسات و رفتارشان هستند (۱۸). واقعیت‌درمانی به‌عنوان یک روش مشاوره و مداخله درمانی به دنبال کمک به افراد برای بدست آوردن کنترل موثر بر زندگی خود است. اثربخشی فرآیند واقعیت‌درمانی در تعلیم و تربیت، پرورش فرزندان، زندگی زناشویی، مدیریت و تغییر رفتار تایید شده است (۱۹). در واقع مفاهیم و روش‌های واقعیت‌درمانی در هر شرایط و موقعیتی که افراد بخواهند بیاموزند چگونه نیازهای خود را بطور مسئولانه ارضا کنند، کارآمد و موثر است. واقعیت‌درمانی براساس این اندیشه بنا شده است که: همه آنچه ما در زندگی انجام می‌دهیم را انتخاب می‌کنیم و اینکه ما در خصوص انتخاب‌های خود مسئول هستیم (۱۲). در واقعیت‌درمانی مسئولیت پذیر یعنی یادگیری انتخاب رفتارهایی که نیازهای اساسی ما را برآورده سازند اما به گونه‌ای که دیگران از فرست‌های ارضای نیازهایشان محروم نکنند. در واقعیت‌درمانی افراد ترغیب می‌شوند تا بطور صادقانه

روش کار

این مطالعه به صورت نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام شد و با کد اخلاق IR.IAU.YASOOJ.REC.1400.011 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج به تصویب رسید. جامعه پژوهش همه افراد با اختلال هویت‌جنسی مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی شهر شیراز در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ که اختلال آنها از طریق پزشکی قانونی محرز شده بود و به دلیل عدم امکان دسترسی به همه آنها به صورت هدفمند از بین ۱۹۵ نفر تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. محدوده سنی آزمودنی‌ها بین ۱۸ تا ۳۵ سال بود.

ابتدا پرسشنامه سبک‌های اسنادی سلیگمن و همکاران (۱۹۸۳) از هر دو گروه به عنوان پیش‌آزمون گرفته شد. این پرسشنامه یک وسیله خودگزارشی است و برای تعیین سبک اسنادی افراد یعنی منبع کنترل

سؤال که به صورت تشریحی پاسخ داده می شود یک علت عمده واقعه مورد نظر می پرسد که در نمره گذاری به حساب نمی آید؛ اما به آزمودنی در پاسخ دادن به ۳ سؤال بعدی کمک می کند ۳ سؤال بعدی برای همه موقعیت ها یکسان است و ابعاد اسنادهای علی را مورد سنجش قرار می دهد. دومین سؤال پس از هر موقعیت درونی و بیرونی بودن پاسخ فرد را می سنجد. سومین سؤال پس از هر موقعیت ثبات- عدم ثبات پاسخ آزمودنی را مشخص ساخته و بالاخره چهارمین سؤال در هر موقعیت عام- خاص بودن پاسخ آزمودنی را مشخص می سازد. برای هر موقعیت از آزمودنی خواسته می شود تا هر یک از رویدادها را با دقت خوانده و در ذهن خود به وضوح مجسم کنند که خودشان در چنین موقعیتی

(درونی/ بیرونی)، میزان پایداری (باثبات/ بی ثبات)، کلیت (عمومی / اختصاصی) و قابلیت کنترل (کنترل پذیر / کنترل ناپذیر) توسط سلیگمن و همکاران (۱۹۸۳) ساخته شده است. این وسیله اندازه گیری نمراتی را برای تفاوت های فردی در زمینه گرایش افراد به اسناد علل وقایع خوشایند و ناخوشایند به عوامل درونی (در برابر بیرونی)، پایدار (در برابر ناپایدار)، کلی (در برابر اختصاصی)، کنترل پذیر (در برابر کنترل ناپذیر) به دست می دهد. سبک های اسنادی برای اندازه گیری سبک های تفکر مثبت یا منفی مورد استفاده قرار می گیرد. این پرسشنامه شامل ۱۲ موقعیت فرضی (شش موقعیت مثبت و شش موقعیت منفی) می باشد. به دنبال هر موقعیت ۴ سؤال مطرح می شود. اولین

جدول ۱- خلاصه جلسات واقعیت درمانی

جلسه	خلاصه هر جلسه
جلسه اول	معارفه و اجرای پیش آزمون توضیح و اهداف و مشخص کردن روش ها و برگه ارزیابی روزانه
جلسه دوم	شناسایی نیازهای ارضا نشده ی خود با استفاده کاربرد تکلیفی
جلسه سوم	توضیح این موضوع که چطور تعارض بین خواسته ها و داشته ها باعث انتخاب رفتار افسردگی کردن می شود.
جلسه چهارم	توضیح چگونگی انتخاب رفتارهای ناسازگار از طریق گفتگوی چارتری با اعضا
جلسه پنجم	آشنایی با سیستم رفتاری
جلسه ششم	ارزیابی رفتارهای فعلی
جلسه هفتم	ارائه ی راه حل های جدید
جلسه هشتم	مرور تمام جلسات درمانی به طور خلاصه

جدول ۲- خلاصه جلسات طرحواره درمانی

جلسه	شرح موارد هر جلسه
جلسه اول	پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورت بندی شد.
جلسه دوم	شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار گرفت و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو شد.
جلسه سوم	تکنیک های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابل ای آموزش داده شد.
جلسه چهارم	مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده آنها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده شد.
جلسه پنجم	برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده شد.
جلسه ششم	تکنیک های تجربی تصوی سازی ذهنی موقعیت های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آنها آموزش داده شد.
جلسه هفتم	رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده شد.
جلسه هشتم	به تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده شد.
جلسه نهم	در جلسه نهم مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده شد.

شد و در پیگیری ۳ ماهه نیز پرسشنامه تکرار شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS، از آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد جهت توصیف ویژگی‌ها استفاده شد و از آمار استنباطی تحلیل کواریانس، با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بن فرنی جهت بررسی زوجی استفاده شد و همچنین مفروضه‌های تحلیل اندازه‌گیری مکرر نیز رعایت گردید.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سبک‌های اسنادی به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل مختلف تحقیق در جدول شماره ۳ آمده است.

برای اجرای آزمون تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، فرض همگن بودن کواریانس‌ها با استفاده از آزمون پیش فرض کرویت موجلی مورد بررسی قرار گرفت با توجه به نتایج این آزمون ($p > 0.05$, $df = 2$, $W = 0.144$) که معنی‌دار نگردید، نتایج نشان داد که فرض همگنی کواریانس‌ها برقرار بود. جدول ۴ نشان می‌دهد که تحلیل چند متغیره برای اثر

قرار گرفته‌اند و آنگاه یک دلیل که به اعتقاد آن‌ها مهم‌ترین و اصلی‌ترین دلیل آن رویداد می‌باشد را در محل در نظر گرفته شده بنویسند. این پرسشنامه شامل ۴۸ سؤال است. در این پرسشنامه، هر ماده از ۱ تا ۷ درجه‌بندی شده است. برای هر یک از ۶ موقعیت مثبت، ۱ پایین‌ترین رتبه و ۷ بالاترین یا بهترین گزینه برای بعد مثبت است. برای ۶ موقعیت منفی، نمره‌گذاری به صورت معکوس است. بنابراین، برای موقعیت‌های منفی رتبه یک بالاترین یا بهترین گزینه و نمره ۷ پایین‌ترین یا بدترین گزینه به حساب می‌آید. پایایی پرسشنامه در این پژوهش به روش الفای کرونباخ مقدار 0.89 بدست آمد که پایایی قابل قبولی می‌باشد.

سپس گروه آزمایش واقعیت‌درمانی و طرح‌واره درمانی را توسط پژوهشگر که دانشجوی دکترا روانشناسی است به ترتیب به مدت ۸ و ۹ جلسه هر هفته یک جلسه آموزش دیدند. رئوس و محتوای اصلی هر جلسه در ادامه ارائه شده است. مجدداً پرسشنامه سبک‌های اسنادی پس از آموزش واقعیت‌درمانی و طرح‌واره درمانی بر گروه‌های آزمایش و کنترل به عنوان پس‌آزمون اجرا

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار سبک‌های اسنادی

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اسناد درونی	واقعیت درمانی	۵/۴۱	۳/۱۴	۴/۰۸	۱/۶۸	۴/۴۸	۳/۰۵
منفی	طرح‌واره درمانی	۵/۵۰	۳/۶۱	۴/۱۰	۱/۴۲۶	۳/۸۸	۱/۶۵۹
	کنترل	۵/۵۵	۳/۳۵	۴/۱۳	۱/۴۱۴	۳/۹۷	۱/۳۶۱
اسناد درونی	واقعیت درمانی	۳/۶۴	۱/۵۱۵	۴/۵۶	۱/۵۷۳	۴/۴۸	۱/۴۴۷
مثبت	طرح‌واره درمانی	۴/۵۱	۱/۶۱۸	۴/۵۷	۱/۴۹۱	۴/۳۳	۱/۵۹۰
	کنترل	۴/۳۶	۱/۵۰۰	۴/۰۷	۱/۲۸۷	۴/۲۲	۱/۴۵۷
اسناد پایدار	واقعیت درمانی	۵/۱۲	۱/۲۲۲	۴/۱۸۸	۱/۶۳۸	۴/۳۴	۱/۴۴۳
منفی	طرح‌واره درمانی	۴/۵۷	۱/۴۶۶	۴/۰۰	۱/۵۰۷	۴/۱۲	۱/۵۸۹
	کنترل	۴/۷۵	۱/۴۱۷	۴/۲۱	۱/۳۹۰	۴/۱۲	۱/۴۶۹
اسناد پایدار	واقعیت درمانی	۳/۵۱	۱/۳۹۵	۴/۶۲۲	۱/۶۱۲	۴/۷۰	۱/۵۰۴
مثبت	طرح‌واره درمانی	۴/۴۵	۱/۴۲۰	۴/۴۲۲	۱/۳۶۶	۴/۴۴	۱/۴۳۰
	کنترل	۴/۰۵	۱/۴۶۱	۴/۵۸۸	۱/۲۳۴	۴/۵۱	۱/۳۱۷
اسناد کلی	واقعیت درمانی	۵/۱۳	۱/۴۰۴	۴/۲۳	۱/۴۶۶	۴/۰۷	۱/۶۰۰
منفی	طرح‌واره درمانی	۴/۷۱	۱/۴۳۸	۴/۰۲	۱/۵۷۳	۴/۱۷	۱/۴۰۵
	کنترل	۵/۰۷	۱/۴۱۷	۴/۵۶	۱/۳۸۲	۴/۳۳	۱/۵۲۳
اسناد کلی	واقعیت درمانی	۳/۵۴	۱/۳۱۷	۴/۵۰	۱/۴۹۲	۴/۴۷	۱/۵۰۷
مثبت	طرح‌واره درمانی	۴/۸۳	۱/۶۸۱	۴/۳۸	۱/۴۶۱	۴/۳۷	۱/۳۹۵
	کنترل	۴/۳۸	۱/۶۷۱	۴/۷۳	۱/۴۵۳	۴/۷۰	۱/۵۲۰

جدول ۴- نتایج آزمون چند متغیری

اثر	آزمون	ارزش	f	Df فرضیه	Df خطا	سطح معنی داری	ضریب اتا
اثر زمان	اثر پیلایی	۰/۸۸۳	۱۰/۵۴۲	۱۲	۱۶۰	۰/۰۰۰	۰/۴۴۲
	لامبدای ویلکز	۰/۱۳۰	۲۳/۲۹۱	۱۲	۱۵۸	۰/۰۰۰	۰/۶۳۹
	هنتینگ	۶/۵۶۳	۴۲/۶۶۲	۱۲	۱۵۶	۰/۰۰۰	۰/۷۶۶
	ریشه روی	۶/۵۴۷	۸۷/۳۰۰	۶	۸۰	۰/۰۰۰	۰/۸۶۸
تامل گروه و زمان	اثر پیلایی	۰/۸۵۱	۳/۶۹۲	۲۴	۳۲۸	۰/۰۰۰	۰/۲۱۳
	لامبدای ویلکز	۰/۳۲۹	۴/۳۲۹	۲۴	۲۶۷	۰/۰۰۰	۰/۲۴۳
	هنتینگ	۱/۵۳۰	۴/۹۴۲	۲۴	۳۱۰	۰/۰۰۰	۰/۲۷۷
	ریشه روی	۱/۱۴۳	۱۵/۶۱۸	۶	۸۲	۰/۰۰۰	۰/۵۳۳

جدول ۵- آزمون اثر بین آزمودنی‌ها

منبع	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	f	سطح معنی داری	ضریب اتا
اسناد درونی منفی	۰/۶۴۲	۲	۰/۳۲۱	۱/۵۱۵	۰/۲۳۲	۰/۰۶۷
اسناد درونی مثبت	۱/۸۲۳	۲	۰/۹۱۱	۳/۳۲۸	۰/۰۴۶	۰/۱۳۷
اسناد پایدار منفی	۲/۳۰۹	۲	۱/۱۵۵	۵/۱۸۰	۰/۰۱۰	۰/۱۹۸
اسناد پایدار مثبت	۰/۶۱۸	۲	۰/۳۰۹	۲/۲۹۰	۰/۱۱۴	۰/۰۹۸
اسناد کلی منفی	۲/۸۴۴	۲	۱/۴۲۲	۷/۹۷۹	۰/۰۰۱	۰/۲۷۵
اسناد کلی مثبت	۴/۸۳۵	۲	۲/۴۱۷	۶/۷۶۰	۰/۰۰۰	۰/۲۴۴

جدول ۶- آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌های پژوهش در متغیر وابسته (سبک‌های اسنادی)

گروه مبنا	گروه مقایسه	میانگین تفاوت‌ها	خطای استاندارد	معناداری
اسناد درونی منفی	واقعیت درمانی	طرحواره درمانی	۰/۱۶۶	۰/۲۸۰
	کنترل	۰/۱۰۷	۰/۰۹۷	۰/۸۲۵
	طرحواره درمانی	کنترل	۰/۰۵۹	۰/۹۹۲
اسناد درونی مثبت	واقعیت درمانی	طرحواره درمانی	۰/۲۴۰	۰/۱۰۴
	کنترل	۰/۰۱۱	۰/۱۱۰۳	۰/۹۸۹
	طرحواره درمانی	کنترل	۰/۲۵۱	۰/۰۸۳
اسناد پایدار منفی	واقعیت درمانی	طرحواره درمانی	۰/۳۱۸	۰/۰۰۸
	کنترل	۰/۱۸۸	۰/۰۹۹۵	۰/۱۹۴
	طرحواره درمانی	کنترل	۰/۱۲۹	۰/۶۰۰
اسناد پایدار مثبت	واقعیت درمانی	طرحواره درمانی	۰/۱۶۳	۰/۱۲۴
	کنترل	۰/۱۰۷	۰/۰۷۷	۰/۵۱۸
	طرحواره درمانی	کنترل	۰/۰۵۵	۰/۹۶۸
اسناد کلی منفی	واقعیت درمانی	طرحواره درمانی	۰/۱۷۷	۰/۱۵۷
	کنترل	۰/۱۷۷	۰/۰۸۹	۰/۱۵۷
	طرحواره درمانی	کنترل	۰/۳۵۵	۰/۰۰۱
اسناد کلی مثبت	واقعیت درمانی	طرحواره درمانی	۰/۳۵۹	۰/۰۲۰
	کنترل	۰/۴۳۳	۰/۱۲۶	۰/۰۰۴
	طرحواره درمانی	کنترل	۰/۰۷۴	۰/۹۸۹

از آزمون لوین برای بررسی فرض یکسانی واریانس‌ها استفاده شد و نتایج آن نشان داده بود که در متغیر وابسته (سبک‌های اسنادی) در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سطح معنی‌داری بدست آمده بزرگتر از ۰/۰۵ بود لذا فرض یکسانی واریانس‌ها رعایت شده

عضویت گروهی معنی‌دار است ($p < 0/05$). به عبارت دیگر، مراحل پژوهش شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به نتایج صورت کلی با یکدیگر تفاوت دارند همچنین تعامل زمان و گروه معنی‌دار می‌باشد ($p < 0/05$).

نیل به هویت توفیق مورد تأکید است (۷). واقعیت‌درمانی اگر چه هیچ‌گاه به عنوان یک رویکرد شناختی-رفتاری طبقه بندی نشده است، اما مشترکات زیادی با رویکردهای شناختی-رفتاری دارد. در این رویکرد، سبک‌های اسناد، هیچ‌گاه مورد اشاره مستقیم قرار نگرفته است ولی مفاهیم شناختی مختلفی ارائه شده است که با این مفاهیم، هم‌پوشانی دارد. شاید مهم‌ترین این مفاهیم، مفهوم کنترل باشد. واقعیت‌درمانی از همان ابتدای شکل‌گیری خود در دهه ۱۹۶۰، همواره رویکردی علیه کنترل بیرونی یا به اصطلاح گلاسر، روانشناسی کنترل بیرونی بوده است (۱۰). بر اساس نظریه انتخاب، تمامی رنج‌ها و مشکلات رفتاری و هیجانی، انتخاب خود افراد هستند و تنها خود افراد هستند که مسئول تداوم ناراحتی‌ها و رنج‌های روانشناختی خویش می‌باشند (۱۱). با این حال اکثر افراد اعتقاد دارند که تنها با تغییر دیگران و محیط مطابق با انتظارات سخت‌گیرانه‌ی آنها داشتن احساس رضایتمندی، امکان‌پذیر خواهد بود. همچنین این افراد، بر خواسته‌ها و انتظارات انعطاف‌ناپذیری متمرکز می‌شوند که تحقق آنها خارج از کنترل و قدرت انتخابشان می‌باشد. از این رو در مداخله‌ی بکار رفته در این پژوهش، با تأکید بر اصل کنترل درونی، به اعضا کمک شد تا به این بینش دست یابند که آنها فقط بر انتخاب‌های خودشان یا به عبارت بهتر بر افکار و اعمال خودشان کنترل دارند و هنگامی که خواسته‌ها و مولفه‌های دنیای کیفی خود را مورد ارزشیابی مجدد قرار دادند به این نتیجه رسیدند که بسیاری از آنها به شکل فعلی، با واقعیات زندگی روزمره آنها و نیز با قدرت انتخاب آنها هم‌خوانی ندارند آنها به این نتیجه رسیدند که افکار و اسنادهای شناختی آنها به همراه الگوهای رفتاری، تنها مولفه‌هایی هستند که آنها قدرت انتخاب آنها را دارند و در بسیاری از موارد به جای اصرار بر تغییر موقعیت می‌توانند با بازنگری در اسنادهای خود، احساسات و هیجانات بهتری را تجربه نمایند و الگوی رفتاری موثرتری داشته باشند (۱۱). در واقع دستاورد کلی این جلسات این بود که سطح بینش و کنترل آنها بر رفتارهای شناختی خود از جمله اسنادها، به طور

است. براساس مندرجات جدول ۵ در متغیر وابسته اسناد درونی مثبت، اسناد پایدار منفی و اسناد کلی منفی و اسناد کلی مثبت بین آزمودنی‌ها تفاوت معنی‌داری در سه مرحله وجود دارد لذا فرض تحقیق مبنی بر اثر بخشی درمان واقعیت‌درمانی و طرحواره‌درمانی در متغیرهای وابسته تأیید می‌گردد ($p < 0/01$). در مولفه‌های اسناد درونی منفی و اسناد پایدار مثبت تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و رویکردهای درمانی اثربخش نبوده‌اند. ($p > 0/05$).

بر اساس مندرجات جدول ۶ متغیر وابسته تحقیق اسناد کلی منفی معنی‌دار می‌باشد (متغیر مستقل اثر بخش بوده) لذا از آزمون تعقیبی برون‌فرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌ها استفاده شد که در متغیر اسناد کلی منفی گروه کنترل با گروه مداخله طرحواره‌درمانی در سطح $0/01$ تفاوت معنی‌دار دیده شد؛ لذا رویکرد طرحواره‌درمانی تأثیرگذار می‌باشد ($p < 0/05$). همچنین در متغیر اسناد کلی مثبت گروه واقعیت‌درمانی با گروه کنترل در سطح $0/01$ تفاوت معنی‌دار دیده شد. لذا رویکرد واقعیت‌درمانی تأثیرگذار می‌باشد. ($p < 0/05$).

بحث

بر اساس نتایج بدست آمده گروه مداخله واقعیت‌درمانی با گروه کنترل در مولفه اسناد کلی مثبت از متغیر سبک‌های اسناد در سطح $0/05$ معنی‌دار است. در تبیین این یافته می‌توان گفت واقعیت‌درمانی مجموعه‌ای از تکنیک‌ها، روش‌ها و ابزارهایی است که برای کمک به افراد به منظور حرکت از رفتارهای ناکارآمد به رفتارهای کارآمد از انتخاب‌های مخرب به انتخاب‌های سازنده و از همه مهم‌تر از سبک زندگی ناخوشایند به سبک زندگی خوشایند می‌باشد (۵). اساس واقعیت‌درمانی گروهی نیز از فرایند خودارزیابی تشکیل شده است چرا که فضای حاکم بر گروه می‌تواند به اعضای گروه کمک کند تا ارزیابی درستی از رفتار خود به دست آورند (۶). در این روش درمان، مواجه شدن با واقعیت، قبول مسئولیت، شناخت نیازهای اساسی، قضاوت اخلاقی درباره درست یا نادرست بودن رفتار، تمرکز بر اینجا و اکنون، کنترل درونی و در نتیجه

قابل ملاحظه‌ای افزایش یابد.

دوباره کنترل زندگی خود را بدست آورد. روش گلاسر به افراد می‌فهماند که وضعیت کنونی‌شان را خود انتخاب کرده‌اند، پس باید مسوولیت آن را بپذیرند. در واقعیت درمانی ضمن تأکید بر این موضوع که کنترل زندگی هر فرد بر عهده خود اوست به طور آشکار با تأکید بر این مسئله که تمامی افراد تنها توانایی کنترل رفتار خود را داشته و دیگران نمی‌توانند فرد را مجبور به انجام عملی بکنند به اهمیت درونی بودن منبع کنترل اشاره می‌شود (۱۴). افرادی که در مداخلات واقعیت درمانی شرکت می‌کنند با این اصول و مبانی نظری آشنا شده و در جریان درمان در می‌یابند هیچ‌گونه عذر و بهانه‌ای که نشانه مسوولیت‌گریزی و انتخاب منبع بیرونی کنترل است از سوی واقعیت‌درمانگر پذیرفته نمی‌شود (۱۵). فرایند درمان تلاشی است برای ایجاد هویت توفیق‌در درمان‌جویان که مبتنی بر مسوولیت‌پذیری و انتخاب آگاهانه است و این دو میسر نمی‌شود مگر با باور به این موضوع که کنترل شرایط زندگی به عهده خود فرد است.

نتیجه‌گیری

از آنجا که افراد تغییر جنس خواه اغلب در حاشیه فعالیت‌های اجتماعی قرار دارند، بسیاری از قابلیت‌های آنها، مجال رشد پیدا نکرده است. کوشش جهت توانا ساختن آنها در سبک‌های اسنادی در این مسیر می‌تواند موثر باشد.

محدودیت‌ها

لازم به ذکر است که این پژوهش محدودیت‌هایی دارد که توان تعمیم‌پذیری آن را کاهش می‌دهد. از این موارد می‌توان حجم کم نمونه، تصادفی نبودن نمونه‌گیری، و محدود به یک مکان بودن نمونه‌ها را نام برد که به دلیل محدودیت مالی، انسانی، زمانی، و غیره به وجود آمده است و لزوم انجام پژوهش گسترده‌تر بعدی را نشان می‌دهد.

همچنین در مولفه اسناد کلی منفی طرحواره درمانی با گروه کنترل معنی‌دار شد. در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد از آنجا که فعال شدن و تحریک شدن طرحواره‌ها به تولید اضطراب، هیجان‌های ناخوشایند و احساسات درمانده ساز منجر می‌شود لذا افراد از ابتدای کودکی به منظور سرکوب کردن اضطراب ناشی از طرحواره‌ها، پاسخ‌ها یا سبک‌های مقابله‌ای ناسازگاری را بکار می‌بندند. اگر چه این سبک‌های مقابله در موقعیت به صورت کوتاه مدت به کاهش اضطراب منجر می‌شود ولی در بلند مدت تداوم و تقویت آنها را در پی خواهد داشت. طرحواره درمانی با داشتن دیدگاه چند بعدی در کنار در نظر گرفتن تأثیر شناخت‌ها و نگرش‌ها به بررسی ریشه‌های مشکل در گذشته پرداخته و در صدد آگاهی و ایجاد تنش در فرد است. همچنین با به کارگیری این روش فرد می‌تواند علت مشکلات ارتباطی خود را درک کرده و در نتیجه برای رها شدن از دام مشکلاتش با انگیزه بیشتری روی رشد فردی و پیشرفت خود متمرکز کند. شناسایی طرحواره‌ها به فرد کمک می‌کند تا مشکلات عمیق را دقیق‌تر درک کند و آنها را تعریف کند و در جریان درمان نیز درمانگر به فرد کمک می‌کند تا طرحواره‌ها را با تأکید بر روابط عاطفی از دوران کودکی تا زمان حال بررسی کند این روش باعث می‌شود تا علت مشکلات ارتباطی خود را دریابد و برای رهایی از مشکلاتش با انگیزه بیشتری کار کند (۱۴).

در مقایسه دو رویکرد واقعیت‌درمانی و طرحواره‌درمانی در مولفه اسناد کلی مثبت واقعیت‌درمانی نسبت به طرحواره‌درمانی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار شد. در تبیین این یافته می‌توان گفت ویلیام گلاسر بنیانگذار واقعیت‌درمانی، عقیده دارد مشکلات روانی وقتی پدید می‌آید که فرد فکر کند توسط نیروهای بیرونی جهان کنترل می‌شود؛ برای مثال، یک فرد افسرده حالت ناشاد خود را به گردن دیگران، جامعه یا گذشته اسفبار می‌اندازد؛ بنابراین مسوولیت آن را نمی‌پذیرد ولی اگر چنین فردی درمی‌یافت که این حالت، انتخاب خود اوست به طور یقین بر می‌خاست و خود را از این وضعیت نجات می‌داد (۶). هدف واقعیت‌درمانی اینست که بیمار

References

1. Ceglie DD. Gender Identity Disorder in Young People. *J Adv Psychiatr Treat.* 2000;(6):458-466.
2. Johnson K. Changing Sex, Changing Self: Theorizing Transitions in Embodied Subjectivity. *J Men Masculin.* 2007;10(1):5470.
3. Javaheri F. Social Consequences of Sexual Identity Disorder, Social Capital and Quality of Life of Gender Transgender in Iran. *Study Iran Soc Stud.* 2011;5(3).
4. Kahani A. Sexual identity disorder (heterosexuals). Tehran Teymourzadeh Publications. 2016.
5. Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD. [Learned helplessness in humans]: Critique and reformation. *J Abnorm Psychol.* 1985;87(1):49-74.
6. Wong NML, Liu HL, Lin C, Huang CM, Wai YY, Lee SH, et al. Loneliness in late-life depression: Structural and functional connectivity during affective processing. *Psychol Med.* 2016;46(12):2485.
7. Qualter P, Brown SL, Rotenberg KJ, Vanhalst J, Harris RA, Goossens L, et al. Trajectories of loneliness during childhood and adolescence: Predictors and health outcomes. *J Adolesc.* 2013;15:1-11.
8. Liu L, Gou Z, Zuo J. Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *J Health Psychol.* 2014;135-146.
9. Elmaz SE. [Relationship between parental perfectionism and parenting styles]. *Res Educ Syst.* 2010;4(8):9-29.
10. Amiri M. The effectiveness of group reality therapy on the source of control and coping strategies. *Thought Behav Psychol.* 2015;6:59-68.
11. Smith M, Mateo KF, Morita H, Hutchinson C, Cohall AT. Effectiveness of a multifaceted community-based promotion strategy on use of get healthy harlem. org, a Local Community Health Education Website. *Health Prom Pract.* 2015;16(4):480-491.
12. Sweeney SM, Von Hagen LA. Middle school students' perceptions of safety: A mixed-methods study. *J School Health.* 2015;85(10):688-696...
13. Kooper MD. [Identity style and well-being: Does commitment matter? Identity]. *Int J Theory Res.* 2017;3(2):131- 42.
14. Anderson Z. [Investigating the relationship between dimensions of perfectionism and hidden anxiety in students]. *Clin Psychol Res Consul.* 2020;1(1):47-58.
15. Mesgari M. The Effectiveness of Real Group Therapy on the Identity Styles of High School Students in Mashhad. *Clin Psychol Res.* 2015;4(1):135-154.
16. Tadayon M. The Effectiveness of Reality Therapy Training on Increasing Motivation for Progress and Happiness and Academic Achievement of First Grade Female Students in Khoy High School Psychology Thesis Urmia University. 2015.
17. Lopez X, Stewart S, Jacobson-Dickman E. Approach to children and adolescents with gender dysphoria. *Pediatr Rev.* 2003;37(3):89-96.
18. Rahimpour W. [Comparison of quality of life of patients with sexual identity disorder after gender reassignment surgery with normal women in Tehran]. *J Obstetr Gynecol.* 2015;16(4):16-19. (Persian)
19. Cotterell J. Social networks and social influences adolescence. London & New York: Rutledge. 1996.
20. Tadayon M. The Effectiveness of Reality Therapy Training on Increasing Motivation for Progress and Happiness and Academic Achievement of First Grade Female Students in Khoy High School Psychology Thesis Urmia University. 2015.