



## اثربخشی گشتالت درمانی بر اختلالات هیجانی و رشد پس از آسیب در دختران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

افسانه عبیدی زادگان: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران  
سیداصغر موسوی: استادیار، گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران (\* نویسنده مسئول) [Mousavi\\_psychologist@yahoo.com](mailto:Mousavi_psychologist@yahoo.com)  
محمد نریمانی: استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

### چکیده

#### کلیدواژه‌ها

گشتالت درمانی،  
طرحواره‌های هیجانی،  
رشد پس از آسیب،  
اختلال استرس پس از سانحه

**زمینه و هدف:** طرحواره‌های هیجانی باعث می‌شود که افراد از درمان دوری کنند. طرحواره‌های هیجانی با اختلال استرس پس از آسیب در ارتباط بوده است؛ لذا هدف مطالعه بررسی گشتالت درمانی بر طرحواره‌های هیجانی و رشد پس از آسیب در دختران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بود.

**روش کار:** جامعه آماری این مطالعه نیمه آزمایشی کلیه دختران ۱۴ تا ۱۹ سال مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مراجعه کننده به بهزیستی شهر بوشهر به تعداد ۹۱ نفر در سال ۱۳۹۹ بودند و با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۴۰ نفر از آنان انتخاب و در دو گروه (آزمایش ۲۰ نفر و کنترل ۲۰ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت گشتالت درمانی (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) قرار گرفت. از مقیاس نشانگان اختلال استرس پس از سانحه فوآ و همکاران (۱۹۹۳)، طرحواره‌های هیجانی لیهی (۲۰۰۲) و رشد پس از آسیب تدسچی و کالهن (۱۹۹۶) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان مذکور در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری بر طرحواره‌های هیجانی و رشد پس از آسیب در دختران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه اعمال کرده است ( $P < 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که گشتالت درمانی می‌تواند به عنوان یک شیوه درمانی برای کاهش طرحواره‌های هیجانی و افزایش رشد پس از آسیب دختران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در مراکز درمانی به کار برده شود.

**تعارض منافع:** گزارش نشده است.

**منبع حمایت‌کننده:** حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Obidi Zadegan A, Mousavi SA, Narimani M. The Effectiveness of Gestalt Therapy on Emotional Disorders and Post-Traumatic Growth in Girls with Post-Traumatic Stress Disorder. Razi J Med Sci. 2023;29(12): 411-423.

\*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با [CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/) صورت گرفته است.



Original Article

## The Effectiveness of Gestalt Therapy on Emotional Disorders and Post-Traumatic Growth in Girls with Post-Traumatic Stress Disorder

**Afsaneh Obidi Zadegan:** PhD Student, Department of Psychology, Busher Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran  
**Seyed Asghar Mousavi:** Assistant Professor, Department of Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran (\* Corresponding Author) [Mousavi\\_psychologist@yahoo.com](mailto:Mousavi_psychologist@yahoo.com)  
**Mohammad Narimani:** Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

### Abstract

**Background & Aims:** Emotional schemas make people avoid treatment. Emotional schemas have been related to post-traumatic stress disorder, knowing and treating these schemas can be effective in improving the symptoms of this disorder. On the other hand, psychological issues such as post-traumatic stress at older ages are among the consequences related to traumatic experiences, and these consequences are not limited to negative ones, and according to researches, some stressful situations and suffering they can provide a suitable platform for people's development, and injured people not only return to their previous state, but also reach a higher level of psychological functioning, and this higher level psychological functioning, growth after injury. Post-traumatic growth is characterized by positive psychological changes after coping with challenging life circumstances and has five domains; a) communication with others, which means developing a network of relationships and more intimacy with them; b) new possibilities that indicate the creation of a new path or opportunities; c) Personal strength, which refers to the increase of inner strength and the ability to rely on oneself in difficulties; e) spiritual change, which refers to understanding experiences and strengthening spiritual beliefs; f) Appreciation of life, which means realizing the value of life. There are several intervention approaches to help people with post-traumatic stress disorder and improve their emotional schemas and post-traumatic growth, among which Gestalt therapy has useful and significant effects in treating problems caused by post-traumatic stress disorder. They have the assumption that people have the basic ability to be alert, introspective and reflect, people have the potential freedom of understanding and action and a responsible attitude in relation to others and life in society. Personal growth and fulfillment is possible if the existing potential is not blocked by limiting expectations and norms and this personal growth is supported by the utilitarian resources of others. Based on the background of the research, group gestalt therapy can be used as an independent therapy or along with other treatments to improve symptoms of post-traumatic stress disorder. It has also been shown that Gestalt therapy is effective for helping teenagers with traumatic experiences, and by combining cognitive-behavioral elements and committed to an interactive and conversational approach, it can help reduce the symptoms of post-traumatic stress disorder. But what has not been paid attention to in previous researches is the effectiveness of this treatment method on emotional schemas and post-traumatic growth in girls suffering from post-traumatic stress disorder. Therefore, based on what was said, the research question is, is Gestalt therapy effective on emotional schemas and post-traumatic growth in girls with post-traumatic stress disorder?

**Methods:** In this research, the statistical population of all girls aged 14 to 19 years with post-traumatic stress disorder who referred to the welfare of Boushehr city was 91 in 2019, and by using simple random sampling method, 40 of them were selected and they were replaced in two groups (gestalt therapy test group of 20 people and control group of 20 people). The experimental group underwent Gestalt therapy (10 sessions of 90

### Keywords

Gestalt therapy,  
Emotional schemas,  
Post-traumatic growth,  
Post-traumatic stress  
disorder

Received: 07/01/2023

Published: 04/03/2023

minutes); But the control group did not receive any Gestalt therapy intervention and remained on the waiting list. Foa et al.'s PTSD scale (1993), Leahy's emotional schemas (2002) and Tedeschi and Calhoun's post-traumatic growth (1996) were used to collect information. The analysis of the information obtained from the implementation of the questionnaires was done through SPSS software version 24 in two descriptive and inferential parts (variance analysis with repeated measurements and Ben-Ferroni post hoc test).

**Results:** The results showed that the above-mentioned treatment had a significant effect on emotional schemas and post-traumatic growth in girls with post-traumatic stress disorder compared to the control group ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** Based on the results of the present study, it can be said that Gestalt therapy can be used as a therapeutic method to reduce emotional schemas and increase post-traumatic growth in girls suffering from post-traumatic stress disorder in medical centers. be taken away It is suggested that similar researches be conducted in other cities and other cultures on girls suffering from post-traumatic stress disorder in other cities as well as male students so that the results of the researches can be compared. Applied research should be conducted with similar topics on the effectiveness of Gestalt therapy on other problems of girls with post-traumatic stress disorder such as aggression, resilience, distress tolerance, anxiety and depression. Conducting research on the comparison of Gestalt therapy with other treatment methods such as cognitive-behavioral therapy, commitment-acceptance therapy, self-compassion therapy, etc., can lead to effective results in improving the problems of girls with post-traumatic stress disorder. have In addition to the use of self-reporting tools, in which the possibility of bias is possible, it is suggested to use other research methods such as interview and observation to measure this variable in order to reduce the biases to a minimum. Considering the prevalence of this disorder and that the diagnosis and treatment of this disorder can have negative psychological, physical and social consequences for girls; Psychological interventions with the Gestalt therapy approach can reduce the severity of these negative consequences, and carrying out this therapeutic intervention with the aim of increasing growth after injury and improving emotional schemas can help the psychological health of these girls, and counselors and clinical psychologists. They can use the results of this research in counseling centers and psychological services.

**Conflicts of interest:** None

**Funding:** None

#### Cite this article as:

Obidi Zadegan A, Mousavi SA, Narimani M. The Effectiveness of Gestalt Therapy on Emotional Disorders and Post-Traumatic Growth in Girls with Post-Traumatic Stress Disorder. Razi J Med Sci. 2023;29(12): 411-423.

**\*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.**

## مقدمه

نوجوانی دوره‌ای با شروع و طول مدت متغیر، بین کودکی و بزرگسالی است که از جمله مشکلات آنها می‌توان به مشکلات جنسی، ناتوانی در تنظیم هیجانات، ناامیدی، ناتوانی در دوست‌یابی، رفتارهای پرخطر و مصرف مواد مخدر اشاره کرد (۱). افزون بر چنین مشکلاتی، یکی دیگر از مشکلات نوجوانان در این سنین، تجربه اختلال استرس پس از سانحه است (۲). وجود بیماری‌های دوران کودکی، افزایش طلاق والدین و خشونت روانی و جسمانی و تجربه آزار دیدگی از جمله علل بروز اختلال استرس پس از سانحه در نوجوانان است (۳). تجربه رویدادهای آسیب‌زایی مانند مواردی که ذکر شد، معمولاً منجر به عواقب منفی از جمله اختلال استرس پس از سانحه در افراد به ویژه نوجوانان می‌تواند شود (۴). بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی اختلال استرس پس از سانحه، اختلال شدیدی در سلامت روان است که به وسیله تجربه مجدد و مداوم، اجتناب، بیش‌انگیزگی و نشانه‌های شناختی و عاطفی در پاسخ مستقیم یا غیرمستقیم مواجه شدن با حادثه‌ای تروماتیک، مشخص می‌شود (۵). به نظر می‌رسد مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه در راهبردهای تنظیم هیجانی و چگونگی کنار آمدن با هیجان‌های دشوار دچار مشکلاتی هستند. مدل طرحواره‌های هیجانی ممکن است به عنوان یک مدل یکپارچه برخی از این ویژگی‌ها را توضیح دهد (۶). مدل طرحواره‌های هیجانی توسط لیهی (Leahy) بر مبنای مفهوم پردازش هیجانی و با الهام از الگوی فراشناختی هیجان‌ها، ارائه شده است (۷). الگوی طرحواره هیجانی بازتاب شیوه‌های تجربه هیجان‌ها توسط افراد و باوری است که آنها در مورد طرح مناسب برای اقدام یا چگونه عمل کردن در برابر برانگیزگی ذهنی احساس‌های ناخوشایند است (۸). سازه طرحواره هیجانی، سازه فراتشخیصی است که اخیراً در فرمول‌بندی و درمان آسیب‌های روانشناختی مطرح شده و به چگونگی مفهوم‌سازی، ادراک و راهبردهای پاسخدهی افراد به عواطف خود اشاره دارد (۹).

طرحواره‌های هیجانی باعث می‌شود که افراد از درمان دوری کنند، در این زمینه لیهی معتقد است که طرحواره‌های هیجانی با اختلال استرس پس از آسیب

در ارتباط بوده است، آشنایی و درمان این طرحواره‌ها می‌تواند در بهبود علائم این اختلال مؤثر واقع شود (۱۰). از طرفی مسائل روانشناختی همچون استرس پس از سانحه در سنین بالاتر از جمله پیامدهای مرتبط با تجارب آسیب‌زا هستند که این پیامدها فقط محدود به موارد منفی نمی‌شود و بر اساس پژوهش‌ها، برخی موقعیت‌های استرس‌زا و رنج‌آور می‌توانند بستر مناسبی برای پیشرفت افراد فراهم کنند و افراد آسیب‌دیده گاه نه تنها به وضعیت قبلی خود باز می‌گردند، بلکه به سطح بالاتری از عملکرد روانی نیز می‌رسند که این عملکرد روانی سطح بالاتر، رشد پس از آسیب نامیده شده است (۱۱). رشد پس از آسیب با تغییرات مثبت روانشناختی پس از دست و پنجه نرم‌کردن با شرایط چالش‌برانگیز زندگی شناخته شده است و پنج حیطه دارد؛ الف) ارتباط با دیگران که به معنای توسعه شبکه روابط و صمیمیت بیشتر با آنهاست؛ ب) احتمالات جدید که نشان‌دهنده ایجاد یک مسیر یا فرصت‌های جدید است؛ ج) توان شخصی که اشاره به افزایش قدرت درونی و توانایی اتکا به خود در سختی‌ها دارد؛ د) تغییر معنوی که به فهم تجارب و تقویت باورهای معنوی اشاره دارد؛ و) قدردانی از زندگی که به معنای پی‌بردن به ارزش زندگی است (۹). رویکرد‌های مداخله‌ای متعددی برای کمک به افراد دچار اختلال پس از سانحه و بهبود طرحواره‌های هیجانی و رشد پس از آسیب آنان وجود دارد که در این میان گشتالت درمانی اثرات مفید و قابل توجهی در درمان مشکلات ناشی از اختلال پس از سانحه بر جای گذاشته است (۱۲). گشتالت درمانی با سایر رویکردها (روان‌درمانی مراجع‌محور، روان‌درمانی بدن، روان‌نمایشگری، تحلیل رفتار متقابل، روان‌درمانی وجودی) تحت اصطلاح روان‌درمانی انسان‌گرایانه ارائه می‌شود (۱۳). آنها این فرض را دارند که مردم توانایی‌های بسیاری در هو شیاری، درون‌نگری و تأمل دارند، مردم دارای آزادی بالقوه درک و عمل و نگرش مسئولانه در ارتباط با دیگران و زندگی در جامعه هستند (۱۴). رشد و تحقق شخصی در صورتی امکان‌پذیر است که پتانسیل موجود توسط انتظارات و هنجارهای محدودکننده مسدود نگردد و این رشد شخصی توسط منابع منفعت‌گرایانه دیگران حمایت و پشتیبانی شود (۱۵). همچنین گشتالت درمانی رویکردی به درمان

اختلال پس از استرس داشتند و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش نیز اعلام کردند انتخاب شد و در یک گروه گشتالت درمانی ۲۰ نفر و یک گروه کنترل ۲۰ نفر جایگزین شدند. با توجه به این مطلب که دلاور (۱۳۹۶) تعداد حجم نمونه حداقل ۱۵ نفر را در هر گروه برای مطالعات مداخله‌ای مناسب می‌داند، در این مطالعه برای تعمیم پذیری بیشتر نتایج و احتمال ریزش برخی نمونه‌ها تعداد هر گروه ۲۰ نفر انتخاب شد. رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، کسب نمره ۳۵ در مقیاس نشانگان اختلال استرس پس از سانحه فوآ و همکاران (۱۹۹۳)، کسب نمره حداقل در رشد پس از آسیب و کسب نمره حداکثر در طحوراه‌های هیجانی از ملاک‌های ورود به پژوهش و غیبت بیش از ۲ جلسه از جلسات آموزشی و شرکت همزمان در جلسات روانشناختی دیگر از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. توضیح اهداف پژوهش برای آنها، کسب رضایت آگاهانه از آنها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله درمانی، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به دختران و ارائه جلسات مداخله به صورت فشرده به دانش‌آموزان گروه کنترل بعد از اجرای پس‌آزمون و پیگیری از اصول اخلاقی رعایت شده در پژوهش حاضر بود. ابزار پژوهش در این مطالعه شامل موارد زیر بود:

**مقیاس نشانگان اختلال استرس پس از سانحه فوآ (Foa) و همکاران (۱۹۹۳):** این مقیاس یک ابزار خود اجرایی ۱۷ سوالی است که تمام ابعاد این اختلال را بر اساس علائم مطرح شده در DSM-IV پوشش می‌دهد. در ابتدا فهرست ۱۲ بخشی که مربوط به تجربیات حوادث ضربه‌ای است، از فرد پرسیده می‌شود و افراد به سوالات پاسخ داده و واکنش خود را در زمان بروز ضربه آسیب رسان گزارش می‌دهند. مقیاس نمره گذاری به صورت چهار نمره‌ای بوده و فرد باید فراوانی و شدت هر یک از ۱۷ نشانه اختلال استرس پس از سانحه را که در پی ماه گذشته تجربه کرده است گزارش کند. بخش دیگری این مقیاس مربوط به اختلال عملکرد زندگی افرادی مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد. در این پرسشنامه سه دسته علائم

است، که با تمرکز بر افزایش آگاهی، زندگی در اینجا و اکنون و افزایش مسئولیت پذیری افراد در قبال زندگی، سعی در کاهش مشکلات هیجانی افراد دارد (۱۶). این درمان با تکنیک‌های جذاب خود علاوه بر ایجاد زمینه تخلیه هیجانی باعث می‌شود شخص با ایفای نقش، کارهای ناتمام خود را که انرژی زیادی از او گرفته و فشار زیادی بر وی وارد ساخته تمام کرده، از بن بست‌های سد کننده و مشکل ساز خارج گردد، آگاهی خود را افزایش دهد و با مسئولیت پذیری بیشتری سعی در شکوفاسازی استعدادهای خود نماید (۱۷). بر اساس پیشینه پژوهش از روش گشتالت درمانی گروهی به عنوان روش درمانی مستقل و یا در کنار سایر درمان‌ها در جهت بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه می‌توان استفاده نمود. همچنین نشان داده شده است که گشتالت درمانی برای کمک به نوجوانان دارای تجارب آسیب‌زا موثر است (۱۸) و با ترکیب عناصر شناختی-رفتاری و متعهد به رویکرد تعاملی و گفتگویی می‌تواند به کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه کمک کند (۱۹). اما آنچه در پژوهش‌های قبلی به آن توجهی نشده است اثربخشی این روش درمانی بر طحوراه‌های هیجانی و رشد پس از آسیب در دختران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد. لذا بر اساس آنچه گفته شد سوال پژوهش این است، که آیا گشتالت درمانی بر طحوراه‌های هیجانی و رشد پس از آسیب در دختران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه اثربخش است؟

## روش کار

روش مورد استفاده در این پژوهش نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری ۲ ماهه بود که با کد اخلاق IR.BPUMS.REC.1400.174 در دانشگاه علوم پزشکی بوشهر به تصویب رسید. در این پژوهش جامعه آماری کلیه دختران ۱۴ تا ۱۹ سال مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مراجعه کننده به بهزیستی شهر بوشهر به تعداد ۹۱ نفر در سال ۱۳۹۹ بودند. به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از آنها ۴۰ نفر که شدت علائم بیشتری در

نمره‌گذاری می‌شوند. در داخل ایران پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب در دامنه بین ۰/۶۰ تا ۰/۷۹ به دست آمده است. در یک پژوهش، نتایج حاصل از بررسی پایایی این مقیاس نشان داد که پایایی آن از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ است؛ همچنین ضریب همسانی درونی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۴ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ به دست آمده است که به طور کلی حاکی از پایایی قابل قبول این مقیاس است. در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی سیاهه از روش همسانی درونی استفاده شده است و آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

**سیاهه ر شد پس از آ سیب تد سچی و کالهنون (۱۹۹۶):** این سیاهه شامل ۲۱ سوال است و ۵ خرده مقیاس از جمله رابطه با دیگران (صمیمی تر شدن) با سوالات ۶، ۸، ۹، ۱۵، ۱۶، ۲۰ و ۲۱؛ اولویت‌ها و اهداف جدید (استفاده از فرصت‌های جدید یا تغییر در مسیر زندگی) با سوالات ۳، ۷، ۱۱، ۱۴ و ۱۷؛ قدرت درونی (احساس غلبه بر مشکلات زندگی) با سوالات ۴، ۱۰، ۱۲ و ۱۹؛ تغییرات معنوی (ارتقای رشد معنوی و درگیری با اکتشاف وجودی) با سوالات ۵ و ۱۸؛ ادراک ارزش زندگی (درک معنی زندگی) با سوالات ۱، ۲ و ۱۳ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری این سیاهه به شیوه طیف لیکرت ۶ گزینه‌ای و به صورت نمره ۰ (اصلاً)، نمره ۱ (خیلی کم)، نمره ۲ (کم)، نمره ۳ (متوسط)، نمره ۴ (زیاد) و نمره ۵ (خیلی زیاد) انجام می‌گیرد. نمره نهایی این سیاهه از جمع نمرات در هر مؤلفه محاسبه می‌شود و نمرات بالاتر نشان دهنده رشد پس از سانحه بالاتر در فرد می‌باشد. در داخل ایران پایایی سیاهه بررسی و ضریب آلفای کرونباخ کل سوالات ۰/۹۱ و خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۵ تا ۰/۸۱ محاسبه شده است و پایایی دو نیمه کردن نیز با استفاده از اسپیرمن-براون ۰/۸۷ به دست آمده است. در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی سیاهه از روش همسانی درونی استفاده شده است و آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

جلسات گشتالت درمانی اقتباس از تحقیقات کشاورز

تجربه مجدد (۵ سوال)، علایم اجتنابی (۷ سوال) و علایم برانگیختگی شدید (۵ سوال) از فرد پرسیده می‌شود. روش نمره‌گذاری به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای (از به هیچ وجه ۰ نمره تا خیلی زیاد ۴ نمره) می‌باشد. نمره کل سوالات در دامنه بین ۰ تا ۵۱ است. در صورت داشتن ۱ مورد یا بیشتر از علائم تجربه مجدد، ۳ مورد یا بیشتر از علائم مربوط به اجتناب، ۲ مورد یا بیشتر از علائم مربوط به واکنش‌های انگیزشی یا برانگیختگی شدید، اختلال استرس پس از سانحه تشخیص داده می‌شود. نمره ۳۵ به عنوان نقطه برش محسوب می‌گردد. در داخل ایران در یک پژوهش برای بررسی پایایی مقیاس از روش همسانی درونی استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمده است. در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی سیاهه از روش همسانی درونی استفاده شده است و آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

**مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی (Leahy) (۲۰۰۲):** این مقیاس فرم کوتاه شده نسخه ۵۰ سوال است و نسخه فارسی این مقیاس توسط خانزاده و همکاران (۱۳۹۱) تهیه و اعتباریابی شده است که پس از تجزیه و تحلیل یافته‌های حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی و حذف ۲ طرحواره (بی‌حسی هیجانی و چرخه عواطف) از فرم اصلی و اضافه شدن ۱ طرحواره جدید (خودآگاهی هیجانی) به آن، ۱۳ طرحواره برای فرم ایرانی این مقیاس در نظر گرفته شد که با توجه به آن، تعداد سوالات تعیین شده برای ۱۴ طرحواره فرم اصلی نیز از ۴۸ گویه به ۳۷ گویه کاهش یافت. در پژوهش شاهرانی و خرمایی (۱۳۹۷) نسخه ۲۲ سوالی آن اعتباریابی شده است که ۶ خرده مقیاس شامل قابل درک و کنترل (با سوالات ۱، ۴، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۸ و ۲۰)؛ نشخوار فکری (با سوالات ۵، ۱۱ و ۱۶)، توافق عمومی (با سوالات ۶، ۱۲، ۱۷ و ۱۹)، عقلانی بودن (با سوالات ۳، ۱۴ و ۲۲)، پذیرش (با سوالات ۸ و ۲۱) و ساده انگاری هیجانات (با سوالات ۲، ۹ و ۱۵) را اندازه‌گیری می‌کند. در این پژوهش از نسخه ۲۲ سوالی استفاده شده است. سوالات ۱، ۴، ۷، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۸، ۲۰ و ۲۱ به صورت معکوس

**جدول ۱- جلسات گشتالت درمانی اقتباس از تحقیقات کشاورز افشار و همکاران (۱۳۹۵)، حاجی حسینی و همکاران (۱۳۹۱)**

ردیف	موضوع جلسه	محتوای جلسات
۱	آشنایی و معرفی	در جلسه اول به آشنایی اعضا و رهبر گروه با یکدیگر، روشن کردن اصول و مقررات کارگروهی رویکرد گشتالت درمانی و راهکارهای مربوط به آن، توضیح دادن مفهوم رشد پس آسیبی، طرحواره‌های هیجانی و اختلال استرس پس از سانحه به وسیله درمانگر گروه پرداخته شد.
۲	قبول مسئولیت انتخاب‌های خود	درمانگر از افراد گروه نمونه خواست که عبارت «من مسئولیت آن را می‌پذیرم» را بعد از هر جمله‌ای که می‌گوید، تکرار نماید. هدف این روش این است که به افراد گروه نمونه کمک نماید تا او خود به تنهایی مسئول افکار، احساسات و اعمالش باشد. بنابراین افراد گروه نمونه ممکن بود بگویند «من مضطرب هستم و مسئولیت آن را می‌پذیرم».
۳	فکر و احساس	همه آن چیزهایی را که در شخص جریان دارد دقیقاً مورد توجه قرار می‌داد، یعنی هر آنچه را که افراد گروه نمونه فکر می‌کردند، احساس می‌کنند، انجام می‌دهد، بخاطر می‌آورد و یا با اعضای حسی خود دریافت می‌کند و تمام اینها را به منزله داده‌های رفتاری در نظر می‌گیرد تا مشاور و افراد گروه نمونه بتوانند رویدادهای تجربی را برحسب واژه‌های کاربردی درآوردند و اصولی را برای تغییر آنها پیشنهاد کردند.
۴	تمرکز کردن	به افراد گروه نمونه آموزش داده شد که به احساسات خاصی که با آن درگیر بودند مانند تپش قلب و غیره توجه کنند. هدف از این تمرین این بود که افراد گروه نمونه خود را جای نشانه‌ها بگذارند و کشف کنند که هریک از نشانه‌ها همچون تپش قلب می‌خواهد چه پیغامی را به او برساند و به او چه بگویند.
۵	رفتن و برگشتن زمان اینجا و آنجا	مشاور به افراد گروه نمونه کمک کرد که رفتارهای اجتنابی را به سطح آگاهی بیاورند تا بدین وسیله حالت تعادل در فرد ایجاد شود، زیرا هنگامی که فرد از امیال، تحریکات و عواطف ناخواسته خود مطلع شود می‌تواند با محیط تعادل مناسبتری داشته باشد.
۶	سفرهای خیالی	از افراد گروه نمونه سوال شد که آیا دوست دارند تجربه‌ای را امتحان کنند تا ببیند چه چیزی ممکن است از آن یاد بگیرد و به افراد گروه نمونه گفته شد هر وقت دوست داشتند می‌توانند متوقف کنند و هدف این بود تا مشخص شود چه جنبه‌ای از آن با آگاهی افراد گروه نمونه هماهنگ بود یا نبود.
۷	اغراق	در این تکنیک، از افراد گروه نمونه خواسته شد تا رفتار یا احساسی را چندین مرتبه تکرار کنند و حتی در برخی موارد رفتار را به رقص تبدیل کنند و یا صدا را بلندتر یا مودکتر کنند. مثلاً فرد نمونه می‌گفت پاهایم می‌لرزد در جلسه مشاوره از او خواسته میشد بلند شود و بایستد و این لرزیدن را اغراق کند و سپس از افراد گروه نمونه خواسته میشد احساس دست و پای لرزان خود را به زبان آورد تا بدین وسیله به خود آگاهی می‌رسیدند و همچنین نیاز به اجتناب، اشباع می‌گردید.
۸	رویا	بر اساس نظر پرلز، رویا نوعی فراقگنی شخص است و بخش‌های مختلف رویا نیز نشان دهنده جنبه‌های گوناگون وجود شخص هستند. مشاور در هنگام کار با رویاها، از افراد گروه نمونه می‌خواست تا رویای خود یا بخشی از آن را با استفاده از افعال زمان حال و آنچنان که گویی هم اکنون اتفاق افتاده است، بازگو کند. هدف از این تکنیک شناختن و کشف بخش‌های گم شده‌ی خود افراد گروه نمونه بود.
۹	نمایش نمادین	بعد از آنکه رویا یا بخشی از آن به وسیله افراد گروه نمونه بازگو شد، مشاور از وی می‌خواست تا بخش‌هایی از آن را به نمایش درآورد و این عمل را با گفتگو بین این بخش‌ها انجام دهد. تا به این طریق مسئله‌ای که افراد گروه نمونه دارد، صراحت بیشتری یافته و قابل فهم‌تر شود.
۱۰	گوش دادن به استعاره‌ها	مشاور با گوش دادن به استعاره‌ها سرخ‌های مهمی را به کشف بخش‌های درونی افراد گروه نمونه به دست می‌آورد و در پس این استعاره‌ها می‌توان گفت و شنود درونی سرکوب شده‌ی قرار داشته است. نمونه‌ای از استعاره‌ها: «احساس می‌کنم روحم تکه تکه شده است.» «گاهی احساس می‌کنم نقطه‌ی اتکایی ندارم که به آن متکی باشم».

اندازه‌گیری مکرر با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

### یافته‌ها

نتایج حاصل از بررسی متغیر جمعیت شناختی سن نشان داد میانگین سن گروه گشتالت درمانی ۱۵/۸۵ و ۱۷

افشار و همکاران (۱۳۹۵)، حاجی حسینی و همکاران (۱۳۹۱) بود که به مدت ۱۰ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه به طول انجامید که در جدول شماره ۱ محتوای آن ارائه گردید.

در این تحقیق از آمار توصیفی چون میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس با

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار طرحواره‌های هیجانی و رشد پس از آسیب

گروه کنترل		گروه گشتالت درمانی		مرحله سنجش	متغیرهای وابسته
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۱/۰۴۶	۳۱/۶۰	۱/۱۶۴	۳۱/۷۵	پیش آزمون	قابل درک و کنترل
۱/۳۱۴	۳۱/۴۰	۱/۶۳۸	۲۲/۴۵	پس آزمون	
۱/۳۵۷	۳۱/۵۰	۱/۷۵۹	۲۲/۶۰	پیگیری	نشخوار فکری
-۰/۹۶۸	۱۰/۹۰	-۰/۹۷۳	۱۱/۰۰	پیش آزمون	
۱/۱۰۵	۱۰/۸۰	-۰/۸۱۳	۸/۱۵	پس آزمون	توافق عمومی
۱/۱۴۶	۱۰/۹۵	۱/۰۲۰	۸/۲۵	پیگیری	
-۰/۶۵۷	۱۵/۳۰	-۰/۶۳۹	۱۵/۲۵	پیش آزمون	عقلانی بودن
-۰/۸۷۵	۱۵/۱۵	-۰/۹۳۳	۱۰/۷۰	پس آزمون	
-۰/۹۳۳	۱۵/۱۵	-۰/۸۹۴	۱۰/۸۰	پیگیری	پذیرش
۱/۰۰۵	۱۰/۸۰	۱/۰۰۵	۱۰/۸۰	پیش آزمون	
-۰/۹۳۳	۱۰/۷۰	-۰/۸۱۳	۸/۸۵	پس آزمون	ساده انگار هیجانات
-۰/۹۳۳	۱۰/۸۵	-۰/۹۹۹	۸/۹۵	پیگیری	
-۰/۷۱۸	۸/۹۰	-۰/۶۸۶	۸/۹۵	پیش آزمون	رابطه با دیگران
-۰/۶۱۶	۸/۸۰	۱/۵۶۹	۶/۶۰	پس آزمون	
-۰/۵۸۷	۸/۸۵	۱/۶۵۸	۶/۷۰	پیگیری	اولویت و اهداف جدید
-۰/۹۷۳	۱۱/۰۰	-۰/۹۴۵	۱۰/۹۵	پیش آزمون	
-۰/۹۱۲	۱۰/۹۰	-۰/۸۲۶	۸/۸۵	پس آزمون	قدرت درونی
-۰/۸۸۷	۱۰/۹۵	-۰/۹۶۸	۸/۱۰	پیگیری	
-۰/۷۹۵	۱۵/۰۰	-۰/۷۴۵	۱۵/۳۵	پیش آزمون	تغییرات معنوی
-۰/۹۱۲	۱۵/۱۰	۱/۰۰۵	۱۶/۸۰	پس آزمون	
-۰/۹۷۳	۱۵/۰۰	۱/۰۳۱	۱۶/۷۰	پیگیری	ادراک ارزش زندگی
-۰/۷۸۶	۱۵/۲۵	-۰/۸۱۳	۱۵/۱۵	پیش آزمون	
-۰/۸۰۱	۱۵/۳۰	۱/۴۲۴	۱۸/۱۵	پس آزمون	قدرت درونی
-۰/۸۰۱	۱۵/۳۰	۱/۴۱۴	۱۸/۰۰	پیگیری	
-۰/۶۸۶	۱۲/۰۵	-۰/۷۸۸	۱۱/۹۰	پیش آزمون	تغییرات معنوی
-۰/۶۷۱	۱۲/۱۵	۱/۵۵۹	۱۳/۷۳	پس آزمون	
-۰/۶۷۱	۱۲/۱۵	۱/۵۹۹	۱۳/۶۵	پیگیری	ادراک ارزش زندگی
-۰/۶۵۷	۴/۷۰	-۰/۵۷۱	۴/۷۰	پیش آزمون	
۱/۰۹۹	۵/۰۵	-۰/۹۱۲	۸/۱۰	پس آزمون	ادراک ارزش زندگی
۱/۰۷۱	۵/۱۰	-۰/۹۷۳	۸/۰۰	پیگیری	
-۰/۷۸۶	۱۰/۷۵	-۰/۷۶۸	۱۰/۸۰	پیش آزمون	ادراک ارزش زندگی
-۰/۹۱۲	۱۰/۹۰	-۰/۷۴۵	۱۰/۸۵	پس آزمون	
-۰/۹۴۵	۱۰/۹۵	-۰/۷۶۸	۱۱/۸۰	پیگیری	

نمونه را نشان می‌دهد. در ادامه نتایج تحلیل واریانس مکرر آمده است. برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل واریانس مکرر پیش‌فرض‌های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد که متغیرهای وابسته نرمال بودند. پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها (پس آزمون) با آزمون لوین بررسی شد، این پیش‌فرض در مرحله پس آزمون ( $P > 0.05$ ) مورد تایید قرار گرفت. نتایج آزمون

انحراف معیار ۱/۶۶۳ بود. همچنین میانگین سن گروه کنترل ۱۶/۱۰ و انحراف معیار ۱/۶۱۹ بود. بر اساس نتایج تی مستقل نشان داد که هر دو گروه به لحاظ سن تفاوت آماری معناداری نداشتند ( $\text{sig} = 0.633$  و  $0.482$ ) که نشان دهنده هم‌تا بودن دو گروه از نظر سنی است. جدول ۲- میانگین و انحراف معیار طرحواره‌های هیجانی و رشد پس از آسیب و ابعاد آن گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در افراد



**جدول ۳- نتیجه آزمون کرویت موچلی بر طرحواره‌های هیجانی و رشد پس از آسیب**

معنی داری	درجه آزادی	آماره‌ی کای دو	کرویت موچلی	متغیرهای وابسته
۰/۰۰۱	۲	۵۴/۶۸۳	۰/۲۲۸	قابل درک و کنترل
۰/۰۰۱	۲	۲۱/۹۷۵	۰/۴۲۱	نشخوار فکری
۰/۰۰۱	۲	۱۳/۹۶۳	۰/۶۸۶	توافق عمومی
۰/۰۰۱	۲	۳۲/۸۰۱	۰/۴۱۲	عقلانی بودن
۰/۰۰۱	۲	۸۱/۹۲۹	۰/۱۰۹	پذیرش
۰/۰۰۱	۲	۵۹/۵۲۸	۰/۲۰۰	ساده انگار هیجانانگیز
۰/۰۰۱	۲	۳۶/۳۰۸	۰/۳۷۵	رابطه با دیگران
۰/۰۰۱	۲	۷۳/۹۹۲	۰/۱۲۵	اولویت و اهداف جدید
۰/۰۰۱	۲	۱۱۶/۹۷۰	۰/۰۴۲	قدرت درونی
۰/۰۰۱	۲	۶۲/۰۳۰	۰/۱۸۷	تغییرات معنوی
۰/۰۰۱	۲	۳۹/۷۱۴	۰/۳۴۲	ادراک ارزش زندگی

**جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بر طرحواره‌های هیجانی و رشد پس از آسیب**

توان آماری	ضریب تاثیر	معنی داری	آماره F	منابع تغییر	متغیرهای وابسته
۰/۹۹۹	۰/۸۱۸	۰/۰۰۱	۴۳۸/۱۳۹	عامل	قابل درک و کنترل
۰/۹۹۹	۰/۸۱۳	۰/۰۰۱	۴۰۰/۹۷۲	عامل*گروه	
۰/۹۹۹	۰/۸۵۹	۰/۰۰۱	۲۳۰/۶۲۸	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۶۹۲	۰/۰۰۱	۸۵/۴۴۷	عامل	نشخوار فکری
۰/۹۹۹	۰/۶۸۳	۰/۰۰۱	۸۱/۹۸۷	عامل*گروه	
۰/۹۹۹	۰/۴۹۸	۰/۰۰۱	۳۷/۷۶۴	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۸۹۱	۰/۰۰۱	۳۱۱/۳۴۱	عامل	توافق عمومی
۰/۹۹۹	۰/۸۷۸	۰/۰۰۱	۲۷۲/۴۷۷	عامل*گروه	
۰/۹۹۹	۰/۸۱۱	۰/۰۰۱	۱۶۳/۰۳۸	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۵۳۰	۰/۰۰۱	۴۲/۸۲۱	عامل	عقلانی بودن
۰/۹۹۹	۰/۵۱۴	۰/۰۰۱	۴۰/۱۴۰	عامل*گروه	
۰/۹۹۶	۰/۳۶۸	۰/۰۰۱	۲۲/۱۴۱	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۴۶۲	۰/۰۰۱	۳۲/۶۳۳	عامل	پذیرش
۰/۹۹۹	۰/۴۲۹	۰/۰۰۱	۲۸/۵۵۸	عامل*گروه	
۰/۹۹۹	۰/۴۱۳	۰/۰۰۱	۲۶/۷۴۶	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۷۸۰	۰/۰۰۱	۱۳۵/۰۹۴	عامل	ساده انگار هیجانانگیز
۰/۹۹۹	۰/۷۶۲	۰/۰۰۱	۱۲۱/۶۰۰	عامل*گروه	
۰/۹۹۹	۰/۵۷۹	۰/۰۰۱	۵۲/۲۷۳	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۴۶۶	۰/۰۰۱	۳۳/۱۴۳	عامل	رابطه با دیگران
۰/۹۹۹	۰/۴۲۷	۰/۰۰۱	۲۸/۳۲۵	عامل*گروه	
۰/۹۹۶	۰/۳۷۱	۰/۰۰۱	۲۲/۴۲۰	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۶۱۹	۰/۰۰۱	۶۱/۸۲۸	عامل	اولویت و اهداف جدید
۰/۹۹۹	۰/۶۰۳	۰/۰۰۱	۵۷/۷۵۰	عامل*گروه	
۰/۹۹۹	۰/۵۲۷	۰/۰۰۱	۴۲/۳۱۲	گروه	
۰/۹۹۴	۰/۳۵۲	۰/۰۰۱	۲۰/۶۴۳	عامل	قدرت درونی
۰/۹۷۹	۰/۳۰۲	۰/۰۰۱	۱۶/۴۷۶	عامل*گروه	
۰/۹۲۰	۰/۲۳۹	۰/۰۰۱	۱۱/۹۱۱	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۷۷۴	۰/۰۰۱	۱۳۰/۰۴۸	عامل	تغییرات معنوی
۰/۹۹۹	۰/۶۸۶	۰/۰۰۱	۸۳/۰۹۹	عامل*گروه	
۰/۹۹۹	۰/۶۴۲	۰/۰۰۱	۶۸/۰۳۰	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۵۳۹	۰/۰۰۱	۴۴/۴۸۸	عامل	ادراک ارزش زندگی
۰/۹۹۹	۰/۳۷۲	۰/۰۰۱	۲۲/۵۵۳	عامل*گروه	
۰/۶۸۴	۰/۱۴۱	۰/۰۱۷	۶/۲۶۰	گروه	

ماتریس‌های واریانس و کوواریانس می‌باشد. بر اساس جدول ۳، آزمون کرویت موچلی مقدار سطح معناداری برای بر طرحواره‌های هیجانی و رشد پس از

باکس جهت بررسی پیش فرض دیگر این آزمون یعنی تساوی واریانس-کوواریانس از لحاظ آماری معنی دار نبود و این به معنی برقراری مفروضه تساوی

**جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی طرحواره‌های هیجانی و رشد پس از آسیب به تفکیک مراحل سنجش**

معنی داری	تفاوت میانگین	تفاوت مراحل	میانگین تعدیل شده	متغیرهای وابسته
۰/۰۰۱	۴/۷۵۰*	پیش آزمون-پس آزمون	۳۱/۶۷	قابل درک و کنترل
۰/۰۰۱	۴/۶۲۵*	پیش آزمون-پیگیری	۲۶/۹۲	پس آزمون
۰/۱۸۲	-۰/۱۲۵	پس آزمون-پیگیری	۲۷/۰۵	پیگیری
۰/۰۰۱	۱/۴۷۵*	پیش آزمون-پس آزمون	۱۰/۹۵	نشخوار فکری
۰/۰۰۱	۱/۳۵۰*	پیش آزمون-پیگیری	۹/۴۷	پس آزمون
۰/۱۸۲	-۰/۱۲۵	پس آزمون-پیگیری	۹/۶۰	پیگیری
۰/۰۰۱	۲/۳۵۰*	پیش آزمون-پس آزمون	۱۵/۲۷	توافق عمومی
۰/۰۰۱	۲/۳۰۰*	پیش آزمون-پیگیری	۱۲/۹۲	پس آزمون
۰/۹۹۹	۰/۰۵۰	پس آزمون-پیگیری	۱۲/۹۵	پیگیری
۰/۰۰۱	۰/۰۲۵*	پیش آزمون-پس آزمون	۱۰/۸۰	عقلانی بودن
۰/۰۰۱	۰/۹۰۰*	پیش آزمون-پیگیری	۹/۷۷	پس آزمون
۰/۲۵۰	-۰/۱۲۵	پس آزمون-پیگیری	۹/۹۰	پیگیری
۰/۰۰۱	۱/۲۲۵*	پیش آزمون-پس آزمون	۸/۹۲۵	پذیرش
۰/۰۰۱	۱/۱۵۰*	پیش آزمون-پیگیری	۷/۷۰	پس آزمون
۰/۲۵۸	-۰/۰۷۵	پس آزمون-پیگیری	۷/۷۷	پیگیری
۰/۰۰۱	۱/۵۰۰*	پیش آزمون-پس آزمون	۱۰/۹۷	ساده انگار هیجانات
۰/۰۰۱	۱/۴۵۰*	پیش آزمون-پیگیری	۹/۴۷	پس آزمون
۰/۴۹۶	-۰/۰۵۰	پس آزمون-پیگیری	۹/۵۲	پیگیری
۰/۰۰۱	-۰/۷۷۵*	پیش آزمون-پس آزمون	۱۵/۱۷	رابطه با دیگران
۰/۰۰۱	-۰/۶۷۵*	پیش آزمون-پیگیری	۱۵/۹۵	پس آزمون
۰/۱۴۰	۰/۱۰۰	پس آزمون-پیگیری	۱۵/۸۵	پیگیری
۰/۰۰۱	-۱/۵۲۵*	پیش آزمون-پس آزمون	۱۵/۲۰	اولویت و اهداف جدید
۰/۰۰۱	-۱/۴۵۰*	پیش آزمون-پیگیری	۱۶/۷۲	پس آزمون
۰/۲۲۵	۰/۰۷۵	پس آزمون-پیگیری	۱۶/۶۵	پیگیری
۰/۰۰۱	-۰/۹۵۰*	پیش آزمون-پس آزمون	۱۱/۹۷	قدرت درونی
۰/۰۰۱	-۰/۹۲۵*	پیش آزمون-پیگیری	۱۲/۹۲	پس آزمون
۰/۹۷۱	۰/۰۲۵	پس آزمون-پیگیری	۱۲/۹۰۰	پیگیری
۰/۰۰۱	-۱/۸۷۵*	پیش آزمون-پس آزمون	۴/۷۰	تغییرات معنوی
۰/۰۰۱	-۱/۸۵۰*	پیش آزمون-پیگیری	۶/۵۷	پس آزمون
۰/۹۹۹	۰/۰۲۵	پس آزمون-پیگیری	۶/۵۵	پیگیری
۰/۰۰۱	-۰/۶۰۰*	پیش آزمون-پس آزمون	۱۰/۷۷	ادراک ارزش زندگی
۰/۰۰۱	-۰/۶۰۰*	پیش آزمون-پیگیری	۱۱/۳۷	پس آزمون
۰/۹۹۹	۰/۰۰۱	پس آزمون-پیگیری	۱۱/۳۷	پیگیری

\* در سطح ۰/۰۵ معنی دار است.

تفاوت معناداری را در سه مرحله اندازه‌گیری دو گروه ایجاد کرده است. در ادامه برای مقایسه دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) طرحواره‌های هیجانی و رشد پس از آسیب در جدول ۵ آمده است.

بر اساس نتایج جدول ۵ «تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون» و «تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پیگیری» بیشتر و معنادارتر از «تفاوت میانگین پس‌آزمون و پیگیری» است که این نشان دهنده آن است که

آسیب برابر ۰/۰۰۱ به دست آمده است. لذا فرض کرویت رد می‌شود. در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس‌ها و به گونه‌ای دقیق‌تر شرط همگنی ماتریس کواریانس اطمینان حاصل نشد و لذا تخطی از الگوی آماری F صورت گرفته است. در نتیجه از آزمون‌های جایگزین بنابراین از آزمون محافظه کارانه گرین هاوس-گیرز برای بررسی اثرات درون آزمودنی درمان استفاده شد که نتایج در جدول ۴ آمده است. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که گشتالت درمانی

گشتالت درمانی بر طرحواره‌های هیجانی و رشد پس از آسیب در مرحله پس از آزمون تاثیر داشته است و این تاثیر معنادار در مرحله پیگیری تداوم داشته است.

## بحث

هدف از انجام این پژوهش اثربخشی گشتالت درمانی بر طرحواره‌های هیجانی و رشد پس از آسیب در دختران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بود. نتایج نشان داد که، گشتالت در مانی بر بهبود طرحواره‌های هیجانی دختران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تاثیر معنادار دارند و این تاثیر معنادار در مرحله پیگیری ماندگاری داشته است. نتیجه به دست آمده با یافته پژوهشی جواراسکیو (Juarascio) و همکاران (۲۰۲۱) (۱۶)، پالاوراس (Palavras) و همکاران (۱۷)، فوردهام (Fordham) و همکاران (۲۰۲۱) (۱۸) و فورمن (Forman) و همکاران (۲۰۱۸) (۱۹) همخوانی دارد.

در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که هر یک از اختلالات روانشناختی مانند اختلال استرس پس از سانحه در بردارنده طرحواره‌های هیجانی (تفاسیر و تدابیر) در مورد احساسات و هیجانات می‌باشند و این طرحواره‌ها هستند که بسیاری از مبتلایان به این اختلالات را نسبت به درمان‌های مرسوم مقاوم می‌سازد. بر این اساس گشتالت درمانگران معتقدند برای درمان مشکلاتی مانند اختلال استرس پس از سانحه در دختران لازم است به آنان کمک شود تا در لحظه زندگی کنند (۳). هر چه هست در اینجا و اکنون است. به اعتقاد آنها، اختلال استرس پس از سانحه و طرحواره‌های هیجانی ناشی از به دلیل از زیستن در گذشته است. آنها مداوم این طرحواره نشخوار فکری را دارند و در مورد تروما و سانحه به وجود آمده در گذشته فکر می‌کنند و دچار اضطراب می‌شود. افراد مضطرب زندگی در زمان حال را فراموش کرده و غرق در تصورات، نقشه‌ها و برنامه‌های مرتبط با آن هستند. مطابق با یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که اثر گشتالت درمانی به دلیل مبنای پدیدارشناختی، تأکید بر زمان حال و ایجاد بینش در دختران موجب شناخت

آنان نسبت به علل تشویش، دلهره و احساس سردرگمی و کاهش علائم استرس پس از سانحه و پایین آمدن سطح طرحواره‌های هیجانی در آنان می‌شود (۵). در تبیین ماندگاری گشتالت درمانی بر طرحواره‌های هیجانی در دختران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند گفت که جلسات، موقعیت‌هایی برای ایجاد روابط اجتماعی و تغییرات مثبتی در حالات جسمی و روانی ایجاد می‌کند و به تبع آن احساس کنترل بر زندگی را بالا برده، دلهره و تنیدگی را کاهش می‌دهد و اعتماد به نفس را غنی می‌سازد و در برونریزی احساس‌ها، افزایش بصیرت و خودآگاهی نسبت به خود و محیط، تأثیر بسیار بارزی دارد. فردی که در مقام مراجع برای گرفتن کمک مراجعه می‌کند، در صدد است تا ارزش‌های خود را تعالی بخشد و در ارتباط با دیگران از نظر احساسی و رفتاری بهبود حاصل کند. به چنین فردی کمک می‌شود تا موانع و سدها را بشناسد، آنها را تجربه کند و سپس روش‌های دیگری را برای اظهار وجود و ارتباط مؤثر با دیگران در پیش گیرد (۶). از اینرو، برای تغییر رفتار لازم است مراجع آن طرحواره‌های هیجانی که مایل به تغییر آنهاست را مشخص کند. سپس به او کمک می‌شود تا آگاهی خود را از اینکه چگونه او خود را ناچیز می‌کند، را افزایش دهد و با آزمودن آنها به تغییرات مثبت و سازنده‌ای دست یابد. لذا منطقی است که گشتالت درمانی بر طرحواره‌های هیجانی در دختران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در طول زمان ماندگار باشد (۱۷).

همچنین در بخش دیگر، نتایج نشان داد که، گشتالت درمانی بر بهبود رشد پس از آسیب دختران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تاثیر معناداری داشته است و این تاثیر معنادار در مرحله پیگیری تداوم داشته است. نتیجه به دست آمده با یافته پژوهشی جواراسکیو (Juarascio) و همکاران (۲۰۲۱) (۱۶) همخوانی دارد.

در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که دختران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌توانند با تکنیک‌هایی که در گشتالت درمانی وجود دارد، افکار منفی را شناسایی کرده و با شناخت و تسلط بر این افکار، و بالا بردن میزان تحمل خود، اضطراب و تنش

افزایش عواطف مثبت باعث رشد پس از آسیب در آنها می‌شود و فرد از در برابر حوادث و تروما از رشد مثبت بیشتری برخوردار خواهند شد. لذا منطقی است که گشتالت درمانی بر رشد پس از آسیب در دختران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در طول زمان ماندگار باشد (۴).

از آنجایی که این پژوهش بر روی دختران ۱۴ تا ۱۹ سال مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شهر بوشهر صورت گرفته است، در تعمیم نتایج این پژوهش به دانش‌آموزان سایر شهرها به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، قومی و اجتماعی اشاره باید احتیاط لازم توسط پژوهشگران و استفاده کنندگان از نتایج این پژوهش صورت گیرد. محدود بودن ابزار جمع‌آوری داده به پرسشنامه و عدم استفاده از سایر ابزار اندازه‌گیری از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. همزمانی انجام پژوهش با همه‌گیری ویروس کرونا (کووید-۱۹) از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بوده است و دشواری در جمع‌آوری اطلاعات ایجاد کرده است. اطلاعات و داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش از طریق خودگزارش‌دهی شرکت کنندگان و به وسیله پرسشنامه جمع‌آوری شد که این شیوه تحت تاثیر عوامل تاثیرگذار مثل گرایش پاسخ‌دهندگان به ارائه پاسخ جامع‌پسند می‌باشد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی دختران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه سایر شهرها و نیز دانش‌آموزان پسر نیز اجرا شود تا نتایج پژوهش‌های انجام شده با هم قابل مقایسه باشد. اقدام به پژوهش‌های کاربردی با موضوعاتی مشابه در زمینه اثربخشی گشتالت درمانی بر سایر مشکلات دختران دارای اختلال استرس پس از سانحه مانند پرخاشگری، تاب‌آوری، تحمل پریشانی، اضطراب و افسردگی صورت گیرد. انجام پژوهش‌های در مورد مقایسه گشتالت درمانی با سایر روش‌های درمانی مانند درمان شناختی-رفتاری، درمان تعهد-پذیرش، درمان شفقت به خود و غیره می‌تواند نتایج اثربخشی را بر بهبود مشکلات دختران دارای اختلال استرس پس از سانحه در پی داشته باشد. علاوه بر استفاده از ابزارهای

ناشی از حوادث آسیب را در خود کاهش دهند و عملکرد بهتری داشته باشند. همچنین طبق نظر پرز، هدف گشتالت درمانی بالندگی و رشد است. این بالندگی به وسیله حرکت از حمایت محیطی به حمایت خود، به دست می‌آید. حمایت خود از طریق مسئول بودن به دست می‌آید و این مسئول بودن به فرد کمک می‌کند تا کارکرد بهتری در پیشبرد اهدافش داشته باشد. به طوری که بر اساس پیشینه پژوهش نشان داده است که رشد پس از آسیب مانع از بیشتر شدن علائم اختلال استرس پس از سانحه می‌شود (۱۶). لذا گشتالت درمانی به دلیل بالا بردن رشد و بالندگی در دختران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه منجر به بیشتر شدن رشد پس از آسیب در آنان شده و همین رشد پس از آسیب آنان را از مشکلات ناشی از اختلال استرس پس از سانحه محافظت کند. لذا منطقی است که گشتالت درمانی بر رشد پس از آسیب در دختران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه اثربخش و تاثیرگذار باشد (۱۷). در تبیین ماندگاری گشتالت درمانی بر رشد پس از آسیب در دختران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌توان گفت که در گشتالت درمانی این پیام وجودی با قدرت هر چه تمام‌تر مطرح می‌گردد که فرد اسیر گذشته نیست، او می‌تواند همیشه دست به گزینش‌های وجودی بزند که با وضعیت کنونی او فرق دارد و درمانگر هیچ‌گونه رکودی را تحمل نخواهد کرد. شکی نیست که این دیدگاه خوش بینانه به افراد بسیاری کمک می‌کند تا تغییر یابند (۱۸). از آنجایی که استفاده از این روش درمانی بیشتر برای افرادی مانند افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مؤثر است که به لحاظ اجتماعی، محدود شده و تحت فشار قرار گرفته‌اند، به علاوه کارکرد آنها محدود یا ناهمسان بوده و لذت‌های آنها از زندگی نیز به حداقل رسیده است (۱۹). بنابراین می‌توان با گشتالت درمانی و برون‌یابی عواطف و احساسات منفی، عواطف مثبت را افزایش دهیم، وقتی افراد دارای عاطفه مثبت بالایی باشند، به علت ثبات احساسی بالا و همچنین تمایل به علاقمندی و مشتاق بودن می‌توانند هیجانانگیز خود را کنترل کنند و تاثیر زیادی بر اعمال خود داشته باشند و همچنین،

treatment of obstructive sleep apnea in obese adults. *Sleep*. 2012;35(11):1529-39.

10. Bays HE, Gadde KM. Phentermine/topiramate for weight reduction and treatment of adverse metabolic consequences in obesity. *Drugs Today (Barc)*. 2011;47(12):903-14.

11. Woodard K, Louque L, Hsia DS. Medications for the treatment of obesity in adolescents. *Ther Adv Endocrinol Metab*. 2020;11:2042018820918789.

12. Yanovski SZ, Yanovski JA. Long-term drug treatment for obesity: a systematic and clinical review. *Jama*. 2014. 311(1):74-86.

13. Wenzel A. Basic Strategies of Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatr Clin North Am*. 2017;40(4):597-609.

14. Apolinário-Hagen J, Drüge M, Fritsche L. Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Acceptance Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Integrating Traditional with Digital Treatment Approaches. *Adv Exp Med Biol*. 2020;1191:291-329.

15. Pardos-Gascón EM, Narambuena L, Leal-Costa C, van-der Hofstadt-Román CJ. Differential efficacy between cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapies for chronic pain: Systematic review. *Int J Clin Health Psychol*. 2021;21(1):100197.

16. Juarascio AS, Parker MN, Hunt R, Murray HB, Presseller EK, Manasse SM. Mindfulness and acceptance-based behavioral treatment for bulimia-spectrum disorders: A pilot feasibility randomized trial. *Int J Eat Disord*. 2021;54(7):1270-1277.

17. Palavras MA, Hay P, Filho CA, Claudino A. The Efficacy of Psychological Therapies in Reducing Weight and Binge Eating in People with Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder Who Are Overweight or Obese-A Critical Synthesis and Meta-Analyses. *Nutrients*. 2017;9(3):299.

18. Fordham B, Sugavanam T, Edwards K, Hemming K, Howick J, Copley B, et al. Cognitive-behavioural therapy for a variety of conditions: an overview of systematic reviews and panoramic meta-analysis. *Health Technol Assess*. 2021;25(9):1-378.

19. Hawkins MAW, Colaizzi JM, Cole AB, Keirns NG, Smith CE, Stout M, et al. Pilot Trial of Acceptance-Based Behavioral Weight Loss and Neurocognition Among American Indians. *Behav Ther*. 2021;52(2):350-364.

خود گزارش‌دهی که امکان سوگیری در آنها محتمل است پیشنهاد می‌شود که از روش‌های پژوهشی دیگر مانند مصاحبه و مشاهده برای سنجش این متغیر استفاده شود تا سوگیری‌ها به حداقل کاهش یابد.

### نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که گشتالت درمانی می‌تواند به عنوان یک شیوه درمانی برای کاهش طرحواره‌های هیجانی و افزایش رشد پس از آسیب دختران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در مراکز درمانی به کار برده شود.

### References

1. Gorrell S, Le Grange D. Update on Treatments for Adolescent Bulimia Nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2019;28(4):537-547.

2. Hail L, Le Grange D. Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. *Adolesc Health Med Ther*. 2018;9:11-16.

3. Hagan KE, Walsh BT. State of the Art: The Therapeutic Approaches to Bulimia Nervosa. *Clin Ther*. 2021;43(1):40-49.

4. Gorrell S, Matheson BE, Lock J, Le Grange D. Remission in adolescents with bulimia nervosa: Empirical evaluation of current conceptual models. *Eur Eat Disord Rev*. 2020;28(4):445-453.

5. Frank GKW, Shott ME, DeGuzman MC. The Neurobiology of Eating Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2019;28(4):629-640.

6. Valenzuela F, Lock J, Le Grange D, Bohon C. Comorbid depressive symptoms and self-esteem improve after either cognitive-behavioural therapy or family-based treatment for adolescent bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2018;26(3):253-258.

7. Dalai SS, Adler S, Najarian T, Safer DL. Study protocol and rationale for a randomized double-blinded crossover trial of phentermine-topiramate ER versus placebo to treat binge eating disorder and bulimia nervosa. *Contemp Clin Trials*. 2018;64:173-178.

8. Arbaizar B, Gómez-Acebo I, Llorca J. Efficacy of topiramate in bulimia nervosa and binge-eating disorder: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(5):471-5.

9. Winslow DH, Bowden CH, DiDonato KP, McCullough PA. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of an oral, extended-release formulation of phentermine/topiramate for the