رویش روان شناسی، سال ۸، شماره ۱، شماره پیاپی ۳۴، فروردین ماه ۱۳۹۸
Rooyesh-e-Ravanshenasi, *8*(1), 2019

اثربخشی فراشناخت درمانی بر طرح‌واره‌های ناسازگار زنان مطلقه

The effectiveness of meta-cognitive therapy on divorced women's maladaptive schemas

Mina fayazi
University of mohaghegh ardabili,
m.fayazi1992@gmail.com
Najme balalidehkordi
University of allameh tabataba'i,
njbalali@gmail.com
Seyed jalal younesi
Member academic of *university* of social welfare and *rehabilitation sciences, Tehran,*
jyounesi@uswr.ac.ir

Abstract

Divorce and its effects on the family system in recent years increasingly been the focus of psychological research, in line to the researches, this research was done to evaluate effectiveness of metacognitive therapy on maladaptive schemas among divorced women. The method of research was quasi- experimental design, with pretest-posttest and control group. For sampling 30 women who referred to counselling centers in Ardabil city were selected and assigned randomly in two groups (each them 15 people). In pretest we presented YSQ-SF questionnaire and after we performed protocol of metacognitive therapy in 8 session on experiment group and finally posttest was done on two groups. We used of covariance analysis methods for analyzing data. The results of research showed that there is significantly different between control and experiment groups. It could be explained that metacognitive therapy effects on maladaptive schemas among divorced women and it also can enhance mental health in this crust of society.

Key words: metacognitive therapy, early maladaptive schemas, divorced womens.

مینا فیاضی
کارشناسی ارشد مشاوره توان‌بخشی، دانشگاه محقق اردبیلی
نجمه بلالی دهکردی
کارشناسی ارشد مشاوره توان‌بخشی، دانشگاه علامه طباطبایی
دکتر سید جلال یونسی
عضو هیئت‌علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی و مدیر گروه رشته مشاوره

چکیده

در سال‌های اخیر طلاق و اثرات آن بر سیستم خانواده بیش‌ازپیش کانون توجه پژوهش‌های روان‌شناختی قرارگرفته است، در راستای پژوهش‌های صورت گرفته، هدف این پژوهش بررسی تأثیر فراشناخت درمانی بر طرح‌واره‌های ناسازگار زنان مطلقه بود. روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل جهت انجام پژوهش استفاده شد. برای انتخاب نمونه تعداد ۳۰ نفر از زنان مطلقه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در شهر اردبیل به‌صورت هدفمند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵نفر) و گواه (۱۵نفر) جایگزین شدند. از کلیه‌ی آزمودنی‌ها توسط فرم کوتاه پرسشنامه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار یانگ (YSQ-SF)، پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس درمان فراشناختی به‌صورت ۸ جلسه‌ی دوساعته بر روی گروه آزمایش اجرا شد و نهایتاً از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس، تحلیل شدند. یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون، در گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان چنین اظهارنظر کرد که استفاده از فراشناخت درمانی، بر بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار زنان مطلقه مؤثر است و بنابراین تأثیرات زیادی در زمینه ارتقاء سلامت روان این قشر دارد.

واژگان کلیدی: فراشناخت درمانی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، زنان مطلقه

مقدمه

طلاق[1] یک حقیقت زندگی مدرن و نتیجه عدم حل مسائل زناشویی یا عدم حل قانونی و رسمی این مشکلات است و به‌عنوان اجازه قانونی برای جدا شدن از یک فرد به‌عنوان همسر یا پایان دادن رسمی به یک ازدواج تعریف‌شده است (ون جارسولد[2]، ۲۰۰۷). علل مختلفی در بروز این پدیده مؤثرند و مانند دیگر آسیب‌های اجتماعی از پیچیدگی خاصی برخوردار می‌باشد. بک[3] معتقد است که اغلب مشکلات

1. divorce
2. Van Jaarsveld
3. Beck

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.16.2]

بین فردی که افراد تجربه می‌کنند، تحت تأثیر شیوه‌ی تصور آن‌هاست که او آن را طرحواره[1] می‌نامد (بک، ۲۰۰۹). او طرحواره‌های ناسازگار اولیه[2] را الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری می‌داند که در دوران کودکی یا نوجوانی شکل‌گرفته و در مسیر زندگی تداوم دارند. طرحواره‌ها موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان فردی به‌صورت سوءتفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف‌شده، گمانه‌های نادرست، هدف و چشم‌داشت‌های غیرواقع‌بینانه خود را نشان می‌دهند (یوسفی، ۱۳۹۰). بسیاری از طرحواره‌های مربوط به ارتباطات و ماهیت تعاملات خانوادگی از همان ابتدای زندگی از همان منبع اولیه مثل خانواده اصلی، سنت‌ها و آداب‌ورسوم فرهنگی و یا رسانه‌های جمعی، ملاقات اولیه و دیگر تجارب ارتباطی یاد گرفته می‌شوند (جانسون و دنتون[3]، ۲۰۰۲). طرحواره‌های ناسازگارانه در رابطه با پنج تکلیف تحولی اساسی به وجود می‌آیند و اعتقاد بر این است که فرد از همان آغاز کودکی باید در طی تحول خود این تکالیف را در رابطه با والدین و محیط با موفقیت پشت سر گذارد. این پنج گروه عبارت‌اند از : گروه اول: قطع ارتباط و طرد[4] (عدم ارضای نیازهایی مانند امنیت و همدلی به شیوه‌هایی قابل پیش‌بینی)؛ که طرحواره‌های مبتنی بر آن عبارت‌اند از رهاشدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص/ شرم، انزوای اجتماعی/ بیگانگی. گروه دوم: عملکرد و خودگردانی مختل[5] (در خانواده‌هایی که اعتماد کودک را کاهش کودک را با شکست مواجه می‌سازند داده و عملکرد مستقل) و طرحواره‌های مرتبط با آن وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری، خود تحول نایافته/ گرفتار و شکست است. گروه سوم: محدودیت‌های مختل[6] (عدم وجود مسئولیت‌پذیری و لذا مشکلاتی در ارتباط با رعایت حقوق دیگران، تعهد و هدف‌گزینی) و طرحواره‌هایی که از آن سرچشمه می‌گیرد استحقاق/ بزرگ‌منشی، خودکنترلی ناکافی. گروه چهارم: دیگر جهت‌مندی[7] (که توجه بیش‌ازحد به دیگران و نادیده گرفتن نیازهای خود است) و طرحواره‌های این حیطه اطاعت، فداکاری و تأییدجویی/ توجه‌طلبی و گروه پنجم: گوش بزنگی بیش‌ازحد و بازداری[8] (که درنتیجه تأکید بیش‌ازحد بر واپس‌زنی احساسات به وجود می‌آید) است و طرحواره‌های آن عبارت‌اند از منفی گرایی/ بدبینی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/ بیش انتقادی و درنهایت تنبیه گرایی (رافایلی، برنشتین و یانگ[9]، ۲۰۱۱).

اگرچه فرد می‌داند طرحواره منجر به ناراحتی وی می‌شود ولی با آن احساس راحتی می‌کند و همین احساس راحتی فرد را به این نتیجه می‌رساند که طرحواره‌اش درست است (یانگ، کلوسکو و ویشار[10]، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۱). دومار، زوتر میستر و فریدمن[11] (۲۰۰۶) دریافتند که نیمی از افراد متقاضی طلاق تغییر در روابط جنسی و ۷۵ درصد از آن‌ها تغییر حالات خلقی را گزارش کردند. نتایج نشان می‌دهد که بروز رفتارهای تکانشی و خشم‌های پراکنده، احساس درماندگی، احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی، اضطراب و تشویش، باورهای منفی نسبت به خود، نگرانی در مورد جذابیت جنسی، احساس طردشدگی، شکایت‌های جسمی و همچنین اشکال در روابط زناشویی و تمایلات جنسی و بسیاری از مشکلات روانی دیگر ازجمله مواردی هستند که در زوجین متقاضی طلاق وجود دارد (گیبسون و مایرز[12]، ۲۰۰۸).

ازجمله درمان‌هایی که می‌تواند بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد در معرض طلاق مؤثر باشد، درمان فراشناختی[13] است (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۳). درمان فراشناختی یکی از جدیدترین شیوه‌های درمان روان‌شناختی است که از سوی ولز[14] مطرح گردیده و محدودیت درمان شناختی- رفتاری را ندارد. اندیشه محوری فراشناخت درمانی این است که عوامل فراشناختی در ایجاد سبک‌های فکری ناسودمندی که در اختلال‌های روان‌شناختی منجر به تداوم هیجان‌های منفی می‌شوند، نقش تعیین‌کننده‌ای دارند (ولز، ۲۰۰۹؛ ترجمه اکبری، محمدی و اندوز، ۱۳۹۱). هدف اصلی درمان فراشناختی شامل توانا کردن بیماران به‌گونه‌ای است که با افکارشان به‌گونه‌ای متفاوت

1. schema
2. early maladaptive Schema
3. Johnson & Denton
4. rejection
5. impaired autonomy and performance
6. impaired Limits
7. other directedness
8. overvigilance/inhibition
9. Rafaeli, Bernstein & Young
10. Klosko, Marjorie & weishaar
11. Domar, Zuttermeister & Friedman
12. Gibson & Mayers
13. Metacognitive therapy
14. Wells

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.16.2]

ارتباط برقرار کنند و کنترل و آگاهی فراشناختی قابل‌انعطافی را گسترش دهند و از انجام پردازش به‌صورت نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری تهدید، جلوگیری نمایند (ولز و سمبی[1]، ۲۰۰۴). این درمان از طریق تغییر توجه به حذف سبک‌های تفکر ناسازگارانه- به‌عنوان مانعی در جهت پردازش شناختی و هیجانی طبیعی- پرداخته و انعطاف‌پذیری در کنترل شناختی را افزایش می‌دهد. همچنین تکنیک ذهن‌آگاهی گسلیده که با آگاه ساختن از رویدادهای درونی بدون پاسخ‌دهی به آن‌ها منجر به ایجاد فرا آگاهی می‌شود ازجمله تکنیک‌های اصلی این درمان است (ولز، ۲۰۰۹؛ ترجمه محمدخانی، ۱۳۹۲). در تحقیقی که توسط یوسفی (۱۳۹۰)، با موضوع مقایسه‌ی اثربخشی دو رویکرد خانواده‌درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی و نظام عاطفی بوئن بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق انجام‌شده نشان داده که طرحواره‌های ناسازگار موجب سوگیری‌هایی در تفسیر وقایع می‌شوند و به‌صورت نگرش‌های تحریف‌شده و انتظارات غیرواقع‌بینانه در بین زوجین تجلی پیدا می‌کنند و این سوءبرداشت‌ها ، ادراکات و ارزیابی‌های بعدی (زندگی مشترک) را تحت تأثیر قرار می‌دهد. خدابخشی کولایی، بساطی مطلق، تاجیک اسماعیلی، تقوایی و رحمتی زاده (۱۳۹۳) نیز در پژوهش خود با عنوان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش صمیمانه در مردان متأهل پیمان‌شکن و غیر پیمان‌شکن به این نتیجه رسیدند که مردان پیمان‌شکن احساس نیاز بیشتری به صمیمت را در رابطه زوجی خود دارند و چنانچه احساس به صمیمت در رابطه زوجی برآورده نشود به‌احتمال بیشتری به رابطه خارج از ازدواج اقدام خواهند کرد. نجفی، بی‌طرف، محمدی فر و زارعی مته کلایی (۱۳۹۴) در تحقیقی با عنوان مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بینش شناختی در زنان متقاضی طلاق و عادی محققان به این نتیجه رسیدند که گروه زنان متقاضی طلاق در بیشتر طرحواره‌ها به‌استثنای طرحواره‌های تأیید جویی/ جلب‌توجه، استحقاق/ بزرگ‌منشی با گروه زنان عادی تفاوت زیادی داشتند.

با توجه به افزایش روزافزون آمار طلاق در کشور به نظر می‌رسد بررسی علت‌های آن ضروری بوده تا از این طریق به اعمال رویکردهای آموزشی و مهارت‌های مطلوب زندگی به زوجین جهت کاهش این معضل تلخ خانوادگی بپردازیم. ازآنجاکه درمان فراشناختی از طریق تغییر توجه به حذف سبک‌های تفکر ناسازگارانه پرداخته و انعطاف‌پذیری در کنترل شناختی را افزایش می‌دهد، بدین‌جهت این سؤال مطرح می‌شود که آیا درمان فراشناختی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگارانه زنان مطلقه مؤثر است؟

روش

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی[2] با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه‌ی آماری پژوهش موردنظر شامل کلیه‌ی زنان مطلقه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان اردبیل در سال ۱۳۹۴ بودند که بر اساس ملاک‌های ورود داشتن حداقل سن ۲۵ سال و گذشتن حداقل ۶ ماه از زمان طلاق و تعداد ۳۰ نفر از آن‌ها به‌صورت هدفمند انتخاب و در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر)، به‌طور تصادفی جایگزین شدند. جلسه‌های فراشناخت درمانی برای گروه آزمایش در طی ۸ جلسه، هفته‌ای یک‌بار و در هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد. یک هفته قبل از شروع جلسات، یک جلسه‌ی مقدماتی، به‌منظور آشنایی اعضا با رهبر گروه و یکدیگر، بررسی قوانین گروه و انتظارات متقابل رهبر و اعضا از جلسات گروه و اجرای پیش‌آزمون، تشکیل شد. به‌منظور اجرای پیش‌آزمون پرسشنامه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی یانگ در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و کاملاً توجیه شدند. سپس از آن‌ها خواسته شد در پر کردن پرسشنامه‌ها نهایت دقت را داشته باشند. در این پژوهش ضمن راهنمایی و ارائه اطلاعات لازم، از بابت محرمانه ماندن اطلاعات به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد، سپس ۸ جلسه‌ی ۲ ساعته، درمان فراشناختی بر گروه آزمایش اعمال شد و نهایتاً از کلیه‌ی آزمودنی‌ها پس‌آزمون به عمل آمد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه . پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه (**YSQ-SF**) توسط یانگ (۱۹۸۸) و بر پایه‌ی مشاهدات تجربه‌شده توسط متخصصان بالینی ساخته‌شده است. این پرسشنامه خودگزارشی و دارای ۲۰۵ ماده است و برای اندازه‌گیری شانزده طرحواره غیرانطباقی اولیه طراحی‌شده است. اما فرم کوتاه‌تر این پرسشنامه به دلیل داشتن ویژگی‌های نسخه اصلی و از سوی دیگر سهولت اجرا بیشتر مورد استقبال، و در این پژوهش مورداستفاده قرارگرفته است. پرسشنامه طرحواره یانگ_فرم کوتاه_ توسط یانگ برای اندازه‌گیری ۱۵ طرحواره ساخته‌شده است. این مقیاس شامل ۷۵ ماده است که به‌صورت طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (کاملاً نادرست

---

[1]. Sembi

[2]. quasi- experimental

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.16.2]

(۱) تا کاملاً درست (۶))، نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالا در یک‌خرده مقیاس معین، احتمال بیشتر وجود یک طرح‌واره غیرانطباقی را برای آن فرد نشان می‌دهد. نمره هر خرده مقیاس، با جمع نمرات ماده‌های آن خرده مقیاس تقسیم بر تعداد ماده‌ها و نمره کل مقیاس، با جمع نمرات کل ماده‌ها تقسیم آن‌ها بر تعداد ماده‌ها به دست می‌آید.

والر، میر و اوهانیان (۲۰۰۱) همسانی درونی مقیاس را ۰/۹۶ گزارش دادند. به‌علاوه همسانی درونی برای تمامی خرده مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۸۰ بود. پایایی بازآزمایی خرده مقیاس‌ها هم بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ به دست آمد. ذوالفقاری، فتحی‌فر و عابدی (۱۳۸۷) روایی پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ و برای پنج حوزه آن به این شرح به دست آوردند: بریدگی و طرد: ۰/۹۱، خودگردانی و عملکرد مختل ۰/۹۰، محدودیت‌های مختلف ۰/۷۳، دیگر جهت‌مندی ۰/۶۷ و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری ۰/۷۸، به دست آوردند.

برنامه‌ی درمان فراشناختی

جلسه اول: معرفی مدل، شناسایی دوره‌های نشخوار ذهنی (افزایش فراشناخت)، تمرین تکنیک آموزش توجه، کامل کردن فرم ATT، و تکلیف خانگی (تمرین تکنیک افزایش توجه دو بار در هر روز و یادداشت کردن تکالیف ATT).

جلسه دوم: بررسی تکالیف خانگی، مخصوصاً در زمان نشخوار ذهنی و افکار غیرقابل‌کنترل، معرفی و تمرین DM، نشان دادن به تعویق انداختن نشخوار ذهنی به شکل آزمایشی برای اصلاح کردن عقاید غیرقابل‌کنترل، تمرین ATT، تکلیف خانگی؛ تمرین ATT؛ کاربرد DM و به تعویق انداختن نشخوار ذهنی.

جلسه سوم: بررسی تکالیف خانگی؛ مقیاس افسردگی عمده؛ مخصوصاً زمان‌های نشخوار ذهنی و در زمان عقاید غیرقابل‌کنترل، شناسایی ماشه چکان‌های نشخوار ذهنی و تمرین MD، بررسی نشخوار فعال و تمرین به تعویق انداختن نشخوار ذهنی در جلسه، چالش با فراشناخت‌های غیرقابل‌کنترل، شناسایی سطوح فعالیت و مقابله_ تکالیف خانگی (تمرین ATT؛ به‌کارگیری به تعویق انداختن نشخوار ذهنی و DM.

جلسه چهارم: بازبینی تکالیف خانگی ؛ بررسی نشخوار ذهنی و افکار غیرقابل‌کنترل؛ بررسی سطوح فعالیت و سبک‌های مقابله‌ای غیر سودمند بررسی اینکه آیا به تعویق انداختن نشخوار ذهنی در حداقل ۷۵٪ ماشه چکان‌ها و دوره‌های نشخوار ذهنی به کار می‌رود؟ چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی، تمرین ATT، تکلیف خانگی؛ تمرین ATT؛ استفاده‌ی وسیع از DM، به تعویق انداختن نشخوار و تنظیم فعالیت‌ها.

جلسه پنجم: بازبینی تکلیف خانگی، بررسی و کاربرد وسیع از DM، ادامه دادن به چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی، بازبینی سطوح فعالیت و افزایش تأمل تا واکنش (به فکر فرورفتن) کشف و مانع‌شدن از رفتار مقابله‌ای مضر (برای مثال خواب یا استفاده از الکل)، تمرین ATT، تکلیف خانگی؛ تمرین ATT؛ به تعویق انداختن نشخوار ذهنی و افزایش فعالیت.

جلسه ششم: بازبینی تکالیف خانگی، شناسایی عقاید منفی و به چالش کشیدن آنان، تمرین ATT، تکلیف خانگی؛ تمرین ATT؛ به تعویق انداختن نشخوار و حفظ فعالیت‌ها.

جلسه هفتم: بازبینی تکالیف خانگی، شروع به نوشتن طرح‌های جدید (کامل کردن فرم خلاصه و دادن یک کپی از آن به بیمار)، کشف و اصلاح ترس‌های عودکننده، تمرین ATT، تکلیف خانگی؛ تمرین ATT و تکمیل کردن فرم New plan.

جلسه هشتم: بازبینی تکلیف خانگی، پیشگیری از عود، کار روی عقاید فراشناختی باقیمانده، انتظار ماشه چکان‌های آینده و بحث در مورد اینکه طرح‌های جدید چطور قابل کاربرد خواهند بود، جمع‌بندی و ارائه‌ی خلاصه‌ای از کلیه‌ی جلسات و اجرای پس‌آزمون.

یافته‌های پژوهش

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
طرح‌واره‌ی ناسازگار	آزمایش	۳۳۷/۴۶	۳۸/۹۰	۲۳۶/۱۳	۲۲/۱۹

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.16.2]

	کنترل	۳۴۰/۲۰	۴۱/۳۹	۳۲۹/۷۳	۵۵/۳۰
محرومیت هیجانی	آزمایش	۲۲/۱۳	۴/۰۶	۱۶/۶۶	۲/۷۱
	کنترل	۲۱/۶۶	۳/۳۹	۲۲/۲۰	۳/۰۷
رهاشدگی / بی‌ثباتی	آزمایش	۱۷/۲۰	۴/۲۲	۱۵/۶۶	۲/۴۱
	کنترل	۱۹/۳۳	۳/۶۳	۲۱/۳۳	۵/۱۰
بی‌اعتمادی / بدرفتاری	آزمایش	۱۹/۶۶	۴/۴۹	۱۳/۲۶	۲/۱۸
	کنترل	۱۸/۶۶	۴/۱۵	۲۱/۹۳	۹/۴۴
انزوای اجتماعی	آزمایش	۲۰/۱۳	۲/۹۹	۱۳/۲۶	۵/۷۳
	کنترل	۲۱/۲۶	۳/۴۱	۲۲/۲۶	۹/۶۴
نقص / شرم	آزمایش	۲۲/۰۶	۷/۰۸	۱۶/۵۳	۳/۵۲
	کنترل	۲۳/۶۶	۶/۲۷	۲۲/۱۳	۹/۵۴
شکست	آزمایش	۲۲/۸۰	۲/۵۵	۱۶/۳۳	۲/۹۴
	کنترل	۲۲/۰۶	۳/۹۹	۲۱/۸۶	۳/۵۸
وابستگی / بی‌کفایتی	آزمایش	۲۲/۴۰	۲/۵۶	۱۴/۷۳	۲/۱۵
	کنترل	۲۲/۶۶	۳/۹۹	۲۰/۶۰	۶/۸۸
آسیب‌پذیری در برابر ضرر	آزمایش	۲/۲۶	۲/۸۱	۱۴/۸۶	۳/۱۸
	کنترل	۲۳/۰۶	۲/۴۰	۲۱/۳۳	۳/۴۳
گرفتار	آزمایش	۲۰/۷۳	۴/۲۸	۱۳/۹۳	۵/۰۲
	کنترل	۲۱/۰۰	۲/۳۹	۲۰/۷۳	۵/۴۸
اطاعت	آزمایش	۲۳/۲۰	۸/۱۴	۱۵/۱۳	۲/۴۷
	کنترل	۲۵/۷۳	۵/۳۲	۲۲/۲۶	۵/۱۷
ایثار	آزمایش	۲۷/۷۳	۳/۵۵	۱۸/۱۳	۳/۱۴
	کنترل	۲۵/۸۶	۵/۱۱	۲۵/۰۶	۴/۶۵
بازداری هیجانی	آزمایش	۲۶/۳۳	۴/۱۱	۱۷/۲۰	۳/۱۴
	کنترل	۲۵/۵۳	۵/۵۶	۲۵/۳۳	۴/۶۵
معیارهای سرسختانه	آزمایش	۲۱/۲۰	۴/۶۹	۱۷/۴۰	۳/۲۲
	کنترل	۲۱/۸۰	۶/۳۹	۲۱/۵۳	۲/۵۰
استحقاق/ بزرگ‌منشی	آزمایش	۲۳/۹۳	۵/۱۸	۱۶/۹۳	۳/۸۸
	کنترل	۲۴/۰۰	۵/۰۱	۲۲/۴۰	۴/۸۰
خویشتن‌داری	آزمایش	۲۵/۶۶	۲/۸۴	۱۶/۰۶	۳/۱۰
	کنترل	۲۳/۸۶	۳/۲۲	۲۱/۲۶	۳/۳۹

جدول شماره‌ی ۱ میانگین و انحراف معیار متغیر طرحواره‌ی ناسازگار و مؤلفه‌های آن را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود هم در متغیر طرحواره‌های ناسازگارانه و هم در ۱۵ مؤلفه‌ی آن میانگین پس‌آزمون

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.16.2]

گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل است. برای اینکه مشخص شود این تفاوت بین دو گروه ازلحاظ آماری معنی‌دار است از آزمون کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد که نتایج آن در جداول زیر ارائه‌شده است.

جدول ۲. آزمون کوواریانس تک متغیری برای تعیین تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	مقدار احتمال	مجذور اتا
محرومیت هیجانی	پیش‌آزمون	۰/۱۰	۱	۰/۰۱	۰/۹۱	۰/۰۰۱
	گروه	۲۲۸/۰۶	۱	۲۶/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	واریانس خطا	۲۳۵/۶۳	۲۷			
	واریانس کل	۱۱۷۹۵/۰۰	۳۰			
رهاشدگی/بی‌ثباتی	پیش‌آزمون	۲۰/۴۲	۱	۱/۲۹	۰/۲۶	۰/۰۴
	گروه	۱۸۸/۴۱	۱	۱۱/۹۳	/۰۰۲	۰/۳۰
	واریانس خطا	۴۲۶/۲۴	۲۷		۰	
	واریانس کل	۱۰۹۵۵/۰۰	۳۰			
بی‌اعتمادی/ بدرفتاری	پیش‌آزمون	۱۵۹/۱۸	۱	۳/۷۱	۰/۰۶	۰/۱۲
	گروه	۶۲۸/۲۳	۱	۱۴/۶۶	/۰۰۱	۰/۳۵
	واریانس خطا	۱۱۵۶/۶۷	۲۷		۰	
	واریانس کل	۱۱۱۷۲/۰۰	۳۰			
انزوای اجتماعی/بیگانگی	پیش‌آزمون	۶/۲۲	۱	۰/۰۹	۰/۷۵	۰/۰۰۴
	گروه	۵۶۶/۳۳	۱	۸/۷۰	/۰۰۶	۰/۲۴
	واریانس خطا	۱۷۵۷/۶۳	۲۷		۰	
	واریانس کل	۱۱۸۴۱/۰۰	۳۰			
نقص/شرم	پیش‌آزمون	۵۶۹/۴۵	۱	۱۷/۴۷	/۰۰۱	۰/۳۹
	گروه	۱۵۱/۰۴	۱	۴/۶۳	۰	۰/۱۴
	واریانس خطا	۸۸۰/۰۱	۲۷		/۰۴۰	
	واریانس کل	۱۲۸۹۸/۰۰	۳۰		۰	
شکست	پیش‌آزمون	۴/۳۱	۱	۰/۳۹	۰/۵۳	۰/۰۱
	گروه	۲۱۹/۷۶	۱	۱۹/۹۹	/۰۰۱	۰/۴۲
	واریانس خطا	۲۹۶/۷۵	۲۷		۰	
	واریانس کل	۱۱۴۷۵/۰۰	۳۰			

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.16.2]

قبل از آزمون فرضیه‌های پژوهشی با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیری مفروضه‌ی نرمال بودن با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف، مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین، مفروضه‌ی همگنی شیب رگرسیون با استفاده از آزمون واریانس و مفروضه‌ی برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس با استفاده از آزمون ام باکس بررسی شدند و همگی با سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ تأیید شدند.

فرضیه‌ی اصلی: درمان فراشناختی در کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار زنان نابارور مؤثر است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت بین دو گروه در متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار احتمال	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۱۳۲۵۵/۳۰	۱	۱۳۲۵۵/۳۰	۹/۸۱	۰/۰۰۴	۰/۲۶
گروه	۶۳۵۶۶/۰۵	۱	۶۳۵۶۶/۰۵	۴۷/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳
واریانس خطا	۳۶۴۵۳/۳۶	۲۷	۱۳۵۰/۱۲			
واریانس کل	۲۵۱۶۹۵۴/۰۰	۳۰				

در تحلیل کوواریانس، متغیر پیش‌آزمون به دلیل همبستگی با پس‌آزمون کنترل‌شده است. با توجه به جدول۳، متغیر گروه با سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱ اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون داشته است (P< ۰/۰۱)، میانگین تعدیل‌شده‌ی گروه آزمایش در این متغیر ۲۳۶/۸۷ و گروه کنترل ۳۲۸/۹۹ بوده است که میانگین گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل بوده است پس درنتیجه گروه آزمایش بهتر از گروه کنترل بوده است. که با در نظر گرفتن مجذور اتا، می‌توان گفت ۶۳ درصد این تغییرات ناشی از تأثیر برنامه‌ی مداخله (درمان فراشناختی) در گروه آزمایش بوده است.

فرضیه‌ی پژوهش: درمان فراشناختی در کاهش مؤلفه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار زنان مطلقه مؤثر است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت بین دو گروه در مؤلفه‌های متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	مقدار احتمال	مجذور اتا
آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری	پیش‌آزمون	۴/۷۵	۱	۰/۴۲	۰/۵۲	۰/۰۱
	گروه	۲۹۴/۱۷	۱	۲۶/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	واریانس خطا	۳۰۲/۳۱	۲۷			
	واریانس کل	۱۰۴۴۹/۰۰	۳۰			
گرفتار/خود تحول نیافته	پیش‌آزمون	۳۴/۴۴	۱	۱/۲۵	۰/۲۷	۰/۰۴
	گروه	۳۳۷/۶۲	۱	۱۲/۳۲	۰/۰۰۲	۰/۳۱
	واریانس خطا	۷۳۹/۴۱	۲۷			
	واریانس کل	۱۰۱۳۴/۰۰	۳۰			
اطاعت	پیش‌آزمون	۱/۲۸	۱	۰/۰۷	۰/۷۸	۰/۰۰۳
	گروه	۳۷۶/۴۶	۱	۲۲/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۴۵
	واریانس خطا	۴۵۹/۳۷	۲۷			
	واریانس کل	۱۱۳۳۳/۰۰	۳۰			
ایثار	پیش‌آزمون	۱۹۶/۶۴	۱	۲۶/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	گروه	۴۶۴/۴۹	۱	۶۱/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.16.2]

	واریانس خطا	۲۰۴/۰۲	۲۷			
	واریانس کل	۱۴۷۵۸/۰۰	۳۰			
بازداری هیجانی	پیش‌آزمون	۵۵/۱۲	۱	۳/۸۵	۰/۰۶	۰/۱۲
	گروه	۵۲۰/۷۷	۱	۳۶/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷
	واریانس خطا	۳۸۶/۶۰	۲۷			
	واریانس کل	۱۴۵۰۶/۰۰	۳۰			
معیارهای سرسختانه	پیش‌آزمون	۱/۲۶	۱	۰/۱۴	۰/۷۰	۰/۰۰۵
	گروه	۱۲۶/۳۳	۱	۱۴/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۵
	واریانس خطا	۲۳۲/۰۶	۲۷			
	واریانس کل	۱۱۷۳۰/۰۰	۳۰			
استحقاق/ بزرگ‌منشی	پیش‌آزمون	۶۶/۳۵	۱	۳/۸۲	۰/۰۶	۰/۱۲
	گروه	۲۲۲/۴۷	۱	۱۲/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۳۲
	واریانس خطا	۴۶۸/۱۷	۲۷			
	واریانس کل	۱۲۳۶۲/۰۰	۳۰			
خویشتن‌داری/ خود انضباطی ناکافی	پیش‌آزمون	۱/۵۲	۱	۰/۱۴	۰/۷۱	۰/۰۰۵
	گروه	۱۹۵/۳۸	۱	۱۷/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹
	واریانس خطا	۲۹۴/۳۴	۲۷			
	واریانس کل	۱۰۹۵۲/۰۰	۳۰			

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در جدول ۵ گروه با سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ یا ۰/۰۱ اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون در هر ۱۵ مؤلفه داشته است، از بین ۱۵ مؤلفه، مؤلفه‌ی ایثار با ایتا ۰/۶۹ بیشترین تأثیر را از متغیر مستقل (درمان فراشناختی) گرفته است و مؤلفه‌ی نقص/ شرم با ایتا ۰/۱۴ کمترین تأثیر را از متغیر مستقل (درمان فراشناختی) گرفته است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف بررسی تأثیر درمان فراشناختی بر طرح‌واره‌های ناسازگار زنان مطلقه انجام گرفت. یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون، در گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان چنین اظهار کرد که استفاده از درمان فراشناختی، بر بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار زنان مطلقه مؤثر است و بنابراین تأثیرات زیادی در زمینه ارتقاء سلامت روان این قشر و حتی سایر اقشار جامعه دارد که این نتیجه با نتایج یوسفی(۱۳۹۰)، خدابخشی کولایی و همکاران(۱۳۹۳)؛ نجفی و همکاران(۱۳۹۴)؛ زارع و شریفی ساکی (۱۳۹۵) و لعل زاده، اصغری ابراهیم‌آباد و حصارسرخی (۱۳۹۴) همسو می‌باشد. بی‌ثباتی در ازدواج و سایر روابط یکی از ویژگی‌های بارز سه دهه آخر قرن بیستم بوده است. پایان دادن به ازدواج می‌تواند پریشانی و نگرانی گسترده‌ای را برای افراد ایجاد کند (لیرر، ۲۰۰۶). بی‌ثباتی ازدواج مفاهیمی مانند ازهم‌پاشیدگی ازدواج و طلاق را تداعی می‌کند (براون و همکاران، ۲۰۰۶). تعارض زناشویی و طلاق می‌تواند روی بهداشت روانی فرد تأثیر بگذارد و آن را به خطر اندازد (اولسن و دفراین، ۲۰۰۶). اگرچه پیامدهای منفی طلاق، هر دو زوج را گرفتار می‌سازد اما بدون شک با توجه به تحقیقات پیشین در این زمینه، آسیب‌پذیری زنان بیشتر از مردان است (گالر ، ۲۰۰۶). بدون شک هر فردی با تعدادی از طرح‌واره‌های ناسازگار در زندگی خویش رشد یافته و زندگی خود را بر مبنای رفتارهای سازش یافته با آن‌ها ادامه می‌دهد. مطابق نظر یانگ (۱۹۸۸)، بعضی از افراد به خاطر تجارب منفی کودکی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه‌ای را ایجاد می‌کنند که بر شیوه‌ی تفکر، احساس و رفتار آن‌ها در روابط صمیمانه بعدی و سایر جنبه‌های

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.16.2]

زندگی‌شان تأثیر می‌گذارد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه برای بقای خودشان می‌جنگند. این امر نتیجه تمایل بشر به "هماهنگی شناختی" است. اگرچه فرد می‌داند طرحواره منجر به ناراحتی وی می‌شود ولی با طرحواره احساس راحتی می‌کند و همین احساس راحتی فرد را به این نتیجه می‌رساند که طرحواره‌اش درست است (یانگ و همکاران، ترجمه‌ی حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۱). هرگاه فردی با مشکل یا تروما‌یی در زندگی خویش مواجه می‌شود این طرحواره‌ها پررنگ شده و می‌توان از آن‌ها به‌عنوان نشانگرهایی جهت یک روان‌درمانی مؤثر استفاده کرد. طرحواره‌ها الگوهایی فکری هستند که نحوه ادراک و تفسیر تجربه‌ها را مشخص می‌کنند. طرحواره‌های شناختی متشکل از طرز فکر افراد در مورد نیازها و عقاید و مفروضاتشان درباره مردم، رویدادها و محیط است (شارف، ۲۰۰۷، ترجمه فیروز بخت، ۱۳۹۳). بر اساس تحقیقات بسیاری که در زمینه درمان مشکلات شناختی انجام گشته به نظر می‌رسد که درمان‌های شناختی یکی از بهترین درمان‌ها می‌باشند.**این** درمان به فرد کمک می‌کند تا وقایع پیش‌آمده را در ذهن خویش باز پردازش کرده و از آن تفسیر جدیدتری داشته باشند تا بتوانند با انعطاف بیشتری نسبت به مشکلات برخورد داشته باشند در واقع آن‌ها از شناخت خویش فراتر رفته و از دید وسیع‌تری مسائل را نگاه می‌کنند. مداخله فراشناختی علاوه بر محتوای افکار، به فرایند پردازش اطلاعات (مثل عدم انعطاف‌پذیری در پردازش اطلاعات)، چگونگی دریافت اطلاعات از بیرون (مثل هشیاری بیش‌ازاندازه به توجه دیگران نسبت به خود) و چگونگی برون داد اطلاعات (مثل رفتارهای ایمنی) توجه فزاینده دارد. درمان فراشناختی بر مبنای مدل فراشناختی ولز از شیوه‌های نوین درمان‌های غیر دارویی است که جهت تبدیل و برطرف کردن خلأهای نظریه‌ی شناختی شکل‌گرفته است و به بیان واضح‌تر، باورها و طرحواره‌هایی که الیس و بک در نظریه شناختی بر آن‌ها تأکید کرده‌اند، می‌توانند عامل‌های فراشناختی باشند که توجه به شیوه‌ی ارزیابی و پاسخ‌های مقابله‌ای را شکل داده و خود باعث افزایش طرحواره‌های ناسازگار اولیه گردند. این رویکرد بالینی موجب تعمیق درمان شده و به متخصصان بالینی کمک می‌کند تا به بیمارانشان آموزش دهند که بتوانند فراشناخت‌های ناسازگار را که باعث افزایش این باورها می‌شود، تغییر دهند (ولز، ۲۰۰۹).

درمان فراشناختی سطوحی از مداخله را عرضه می‌کند که بر چالش محتوای تفکر و باورهای منفی که در درمان‌های سنتی شناختی بر آن تأکید می‌شود تأکید نمی‌ورزد (ولز، ۲۰۰۹) و سعی می‌کند فراشناخت‌های را که به شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرارشونده را زیاد می‌کنند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌شوند، تغییر دهد. هدف اصلی درمان فراشناختی شامل توانا کردن افراد به‌گونه‌ای است که با افکارشان به‌گونه‌ای متفاوت ارتباط برقرار کنند و کنترل و آگاهی فراشناختی قابل‌انعطافی را گسترش دهند و از انجام پردازش به‌صورت نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری تهدید، جلوگیری نمایند. یا به‌عبارتی‌دیگر، رویکرد فراشناختی، راهبردهایی را به افراد می‌دهد تا خودش را از مکانیزم‌هایی که موجب قفل شدن در پردازش به‌صورت نگرانی، نظارت بر تهدید و خودکنترلی ناسازگارانه می‌شود، رها کند و با آموزش پردازش انعطاف‌پذیر هیجانی طرح و برنامه‌ای را در آینده برای راهنمایی تفکر و رفتار در مواجهه با تهدید و آسیب پی‌ریزی کند(ولز و سمبی، ۲۰۰۴).

نتایج این پژوهش نشان داد روش درمانی فراشناخت به‌عنوان روشی مؤثر در کاهش طرحواره‌های ناسازگار، قابلیت کاربرد در مراکز درمانی دارد. بنابراین مشاوران و درمانگران می‌توانند برای کاهش طرحواره‌های ناسازگار از روش درمانی فراشناخت استفاده کنند. با کمک به زنان مطلقه جهت افزایش از روش مذکور می‌توان امیدوار بود که افراد بتوانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه خود را کاهش دهند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این مسئله اشاره کرد که منحصراً به زنان مطلقه در شهر اردبیل محدودشده و لازم است که درباره این موضوع با نمونه‌ها و در شهرهای دیگر نیز پژوهش‌هایی انجام شود. پیشنهاد می‌شود درمان فراشناختی بر روی سایر اقشار آسیب‌دیده به‌خصوص زنان خیانت دیده، زنانی که مورد تجاوز جنسی قرارگرفته‌اند، فرزندان طلاق، نوجوانان بزهکار و غیره نیز انجام شود تا بتوان به شکل مستدل‌تری به اثربخشی این درمان استناد کرد.

منابع

خدابخشی کولایی، آ، بساطی مطلق، ط، تاجیک اسماعیلی، ع، تقوایی، د و رحمتی‌زاده، م(۱۳۹۳). طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش صمیمانه در مردان متأهل پیمان شکن و غیر پیمان شکن، ***روان پرستاری***، ۷، ۳، ۲۳-۱۲.

زارع، ح و شریفی ساکی، ش (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه مداخله‌ای فراشناختی ولز بر کاهش افکار ناکارآمد در معتادین با سوء مصرف مواد.***اعتیاد پژوهی***، ۳۷، ۱۰، ۱۸۹-۱۷۵.

شارف، ریچارد. اس (۲۰۰۷). **نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره**. ترجمه‌ی مهرداد فیروزبخت (۱۳۹۳). تهران، انتشارات رسا.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.16.2]

صدوقی، ز و آگیلار وفایی، م (۱۳۸۷). تحلیل عاملی نسخه کوتاه پرسش‌نامه طرحواره یانگ در نمونه غیربالینی، ایرانی. ***روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران***، ۱۴، ۲، ۲۱۹_۲۱۴.

لعل‌زاده، ا، اصغری ابراهیم‌آباد، م.ج و حصارسرخی، ر (۱۳۹۴). بررسی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی طلاق عاطفی. ***روانشناسی بالینی***، ۲۶، ۷، ۱۰۱-۱۰۹.

نجفی، م، بی‌طرف، م، محمدی فر، م.ع و زارعی مته کلایی، ا (۱۳۹۴). مقایسه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بینش شناختی در زنان متقاضی طلاق و عادی. ***زنان و جامعه***، ۲۴، ۶، ۵۸-۴۱.

نریمانی، م، عباسی، م، بگیان کوله مرز، م.ج و بختی، م (۱۳۹۳). مقایسه‌ی اثربخشی دو رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و روایت درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق. ***مشاوره و رواندرمانی خانواده***، ۴، ۱، ۲۹-۱.

ولز، آ (۲۰۰۹). **راهنمای عملی درمان فراشناخت اضطراب و افسردگی**. ترجمه‌ی شهرام محمدخانی (۱۳۹۲). تهران، انتشارات ورای دانش.

ولز، آ(۲۰۱۱). **فراشناخت درمانی برای اضطراب و افسردگی**. ترجمه‌ی مهدی اکبری، ابوالفضل محمدی و زهرا اندوز (۱۳۹۱). تهران، انتشارات ارجمند.

یانگ، ج، کلوسکو، ژ و ویشار، م (۲۰۱۱). **طرحواره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی)**. ترجمه‌ی حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۳۹۴). تهران، انتشارات ارجمند.

یوسفی، ن (۱۳۹۰). مقایسه‌ی اثربخشی دو رویکرد خانواده‌درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی و نظام عاطفی بوئن بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق، ***اصول بهداشت روانی***، ۵۲، ۱۳، ۳۷۳-۳۵۶.

ذوالفقاری، م؛ فاتحی‌زاده، م. ال و عابدی، م.ر. (۱۳۸۷). تعیین رابطه بین حرحواره‌های ناسازگار اولیه با ابعاد صمیمیت زناشویی زوجین شهر اصفهان. فصلنامه خانواده پژوهی. ۴(۱۵)، ۲۴۷-۲۶۱.

Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). **Depression: Causes and treatment.** University of Pennsylvania Press.

Gahler, M. (2006). to divorce is to die a bit a longitudinal study of marital disrupt and psychological distress among Swedish woman and men the family. ***Journal Counseling and Therapy Couples and Families***, 14 ,4, 372-382.

Gibson D. M, Mayers J. E. (2008). Gender and infertility: A relational approach to counseling women., ***Journal of Counseling and Development***, 36-45.

Johnson S.M. Denton, W, 2002, **"Emotionally Focused Couple Therapy, Creating Secure Connections, In: N.S. Jacobson & A.S. Guttmann, Clinical Handbook of Couple .Therapy**, New York: Guilford Press, pp. 221-250rk: Routledge.

Rafaeli, E., Bernstein, D.P., & Young, J. E. (2011). **Schema Therapy, The CBT Distinctive Features Series**, New York: Rutledge.

Van Jaarsveld, A. W. (2007). Divorce and children in middle childhood: parent`s contribution to minimize the impact (doctoral dissertation, university of Pretoria).

Waller, G, Meyer, C., & Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long and short versions of the young schema questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparision women. ***Cognitive Therapy Researche,*** 137-47.

Wells A. Met cognitive therapy for anxiety and depression. New York: the Guilford Press, 2009.

Wells, A. ,& Sembi, S. (2004) Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. ***Cognitive and Behavioral Practice***, 365-377.

Young, J. E. (1988). **Young Schema Questionnaire Short Form.** New York: Cognitive Therapy Center.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.16.2]