

June-July 2021, Volume 9, Issue 2

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Maladaptive Schemas in Women with Marital Problems

Shahnaz Faraji¹, Mojgan Agahheris^{2*}, Hosein Sheybani³

1-Ph.D Student in Psychology, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

3-Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Mojgan Agahheris, Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Email: Agah.mojgan@yahoo.com

Received: 5 Dec 2020

Accepted: 15 May 2021

Abstract

Introduction: Marital satisfaction is important in the continuation of the main marital life and it is important to identify the factors and effective interventions in strengthening it. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on early maladaptive schemas of women with marital problems.

Methods: The present study was a quasi-experimental with pre-test-post-test design and control group. The statistical population included all women referring to counseling centers in Tehran in 1398. Among them, 32 people were selected by the purposive sampling method based on the inclusion criteria and randomly assigned to the experimental and control groups (16 people in each group). The experimental group underwent 12 sessions of 90 minutes of cognitive-behavioral therapy. No action was taken for the control group. Data collection tools were the Young Schema Questionnaire and the Spanier Dyadic Adjustment Scale. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance SPSS 21 software.

Results: The results showed that both groups are homogeneous in terms of demographic information. The results showed that cognitive-behavioral therapy is effective in reducing early maladaptive schemas in women with marital problems. The difference between the mean of early maladaptive schemas, except for the emotional deprivation and defect schemas were statistically significant in the research groups (intervention and control groups) in the post-test stage ($P \geq 0.001$).

Conclusions: According to the results, behavioral cognitive therapy can be used as an effective intervention especially in improving early maladaptive schemas in designing programs related to promoting family health and couple relationships.

Keywords: Cognitive-Behavioral, Women, Early Maladaptive Schemas.

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر طرحواره های ناسازگار اولیه در زنان با مشکلات زناشویی

شهناز فرجی^۱، مژگان آگاه هریس^{۲*}، حسین شببانی^۳

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شاهرود، سمنان، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: مژگان آگاه هریس، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

ایمیل: Agah.mojgan@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۲/۱۵

چکیده

مقدمه: رضایت زناشویی در تداوم زندگی زناشویی اصلی مهم است و شناسایی عوامل و مداخلات مؤثر در تقویت آن حائز اهمیت است. طرحواره های ناسازگار اولیه از متغیرهای دخیل در مشکلات زناشویی هستند و به نظر می رسد که رویکرد شناختی-رفتاری می تواند در اصلاح آن مؤثر باشد. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر طرحواره های ناسازگار اولیه زنان با مشکلات زناشویی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. از این بین تعداد ۳۲ نفر بر اساس ملاک های ورود به مطالعه و به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (۱۶ نفر در هر گروه). گروه آزمایش تحت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان شناختی رفتاری قرار گرفت و برای گروه کنترل اقدامی صورت نگرفت. ابزار جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه طرحواره یانگ و مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر بود. داده ها با استفاده از طریق آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری و نرم افزار SPSS 21 تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که هر دو گروه از نظر اطلاعات جمعیت شناختی همگن هستند. طبق نتایج، درمان شناختی-رفتاری در بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه در زنان دارای مشکلات زناشویی اثربخش است. اختلاف میانگین طرحواره های ناسازگار اولیه بجز طرحواره محرومیت هیجانی و نقص، در گروه های پژوهش (گروه مداخله و کنترل) در مرحله پس آزمون از لحاظ آماری معنادار است ($P \leq 0/001$).

نتیجه گیری: طبق نتایج می توان در طراحی برنامه های مرتبط با ارتقای سلامت خانواده و روابط زوجین از درمان شناتی رفتاری به عنوان مداخله ای مؤثر به ویژه در بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه استفاده نمود.

کلیدواژه ها: شناختی-رفتاری، زنان، طرحواره های ناسازگار اولیه.

مقدمه

اقتصادی، اجتماعی و اخلاقی، ممکن است دچار اختلاف شوند و مشکلات زناشویی متعددی در زندگی زناشویی و روابط نزدیک خود تجربه کنند (۱). هنگامی که کارکرد اساسی خانواده به صورت اصولی صورت نپذیرد، زوجین دچار تعارض می گردند (۲). اگر ازدواج و زندگی خانوادگی زمینه مساعدی را برای ارضای نیازهای روانی زوجین ایجاد نکند، نه تنها بهداشت روانی تحقق نمی یابد، بلکه با

خانواده، اولین و مهمترین نهاد اجتماعی در تاریخ فرهنگ و تمدن انسانی است. خانواده، کانونی است که اعضای آن از جمله زوجین می توانند با حفظ کارکرد خود به رشد و سلامت جسمانی و روانی خود و یکدیگر کمک کنند. زن و مرد به دلایل مختلف از جمله شناخت ناکافی از یکدیگر، انتظارات و توقعات غیرواقعی از ازدواج و همسر، مشکلات

پیامدهای منفی متعددی از جمله احساس نارضایتی کلی، افت سلامت روان و کارکرد کلی همراه است (۳). عوامل مؤثر در مشکلات زناشویی، انعطاف‌ناپذیری، ناسازگاری و عدم همبستگی زوجین هستند (۴) که ممکن است تا حد زیادی از الگوهای شناختی ناسازگارانه و غیرانطباقی در زوجین نشأت بگیرند (۵). طبق شواهد موجود، طرحواره‌های ناسازگار اولیه (early maladaptive schemas) به عنوان نوعی از الگوهای شناختی ناسازگارانه در تعیین سطح مشکلات زناشویی نقش مهمی به عهده دارند (۸-۵).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب رسان در فرد هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته، در مسیر زندگی تکرار می‌شوند (۵). طرحواره‌های ناسازگار اولیه به علت ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود می‌آیند؛ نیازهای بنیادینی، همچون دلبستگی ایمن، آزادی در بیان نیازها و هیجانات سالم، خودگردانی، خودانگیختگی و محدودیت‌های واقع بینانه (۶). طرحواره‌ها در عمیق‌ترین سطح شناخت، معمولاً بیرون از سطح آگاهی عمل می‌کنند و فرد را به لحاظ روانشناختی نسبت به ایجاد آشفتگی‌هایی چون افسردگی، اضطراب، ارتباطات بین فردی ناکارآمد و اختلالات روان تنی آسیب پذیر می‌سازند (۷). طرحواره مطرح شده توسط یانگ با توجه به پنج نیاز هیجانی ارضا نشده، به پنج حوزه: بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری، دیگر جهت‌مندی و محدودیت‌های مختل تقسیم می‌شود (۸). یانگ به طور جزئی‌تر طرحواره محرومیت هیجانی (احساس دوست نداشته شدن توسط افراد مهم زندگی)، رهاسدگی (احساس طرد شدن و نداشتن مرکز ثقلی برای اتکا به آن)، بی‌اعتمادی (عدم اطمینان به دیگران)، انزوای اجتماعی/ بیگانگی (عدم احساس همبستگی با دیگران و کناره‌گیری از آنها)، نقص/ شرم (احساس داشتن نقصی در وجود خود و شرم از آن)، شکست (احساس عدم موفقیت در امور علیرغم تلاش)، وابستگی/ بی‌کفایتی (احساس ناتوانی در انجام امور بطور مستقل)، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری (احساس در معرض خطر بودن به طور دائمی)، گرفتار/ خویشتن تحول‌نیافته، اطاعت (وجود حالت تبعیت محض از دیگران)، ایثارگری (از خود گذشتگی افراطی)، بازداری

هیجانی (ناتوانی در ابراز هیجانات و سرکوب آنها)، معیارهای سختگیرانه (وضع قواعد سخت و کمال‌گرایانه برای خود)، استحقاق/ بزرگ‌منشی (خود را برتر از دیگران دیدن و برای خود حق افراطی قائل شدن) و خویشتن‌داری/ خودانضباطی ناکافی (ناتوانی در کنترل و نظم بخشی به خود) را معرفی می‌کند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه با فعال شدن در موقعیت‌های مختلف بر شیوه تفکر، احساس و فرد در روابط صمیمانه بعدی و سایر جنبه‌های عاطفی، شناختی و رفتاری تأثیر می‌گذارد و می‌توانند در عملکرد مختلف یک فرد از جمله روابط بین فردی وی تداخل ایجاد کنند (۸). بنابراین طرحواره‌های ناسازگار اولیه که در اثر ناکامی‌های دردناک نیازهای هیجانی بنیادین در طول زندگی، شکل گرفته‌اند، در برآورده کردن صحیح نیازهای هیجانی بنیادین تداخل ایجاد می‌کنند و ادراک واقعیت و پردازش شناختی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۹) و می‌توانند در یک رابطه زناشویی با تحت تأثیر قرار دادن فرایند ارتباطی موجود و تحریف واقعیت با سوگیری شناختی، سوء تعبیر رویدادها و بزرگنمایی اختلاف نظرهای طبیعی، ایجاد مشکل کنند و روابط زوجین را مختل سازند (۸-۵). بر همین اساس باید به دنبال شناسایی مداخلات مؤثر در اصلاح و بازسازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه بود. به نظر می‌رسد که درمان شناختی رفتاری می‌تواند این زمینه مؤثر باشد چرا که رویکرد شناختی رفتاری بر این فرض استوار است که اغلب مشکلات و اختلالات ریشه در الگوهای شناختی ناکارآمد دارند که به نوبه خود پاسخ‌های رفتاری و هیجانی بد کارکرد را فعال می‌کنند و در واقع هرگونه اختلال رفتاری، ارتباطی و روانی با یک چرخه معیوب شناخت، هیجان و رفتار و تقویت و تکرار مداوم آن قابل تبیین است (۱۰). بر همین اساس، درمان شناختی رفتاری نیز با تمرکز بر شناسایی الگوهای شناختی ناکارآمد و غیرمنطقی و بازسازی آن سعی در کمک به مراجعان برای غلبه بر مشکلات خود دارد می‌تواند در این زمینه مؤثر باشد (۱۱).

بنابراین برنامه درمان شناختی رفتاری بر اصلاح شناخت و باورها به عنوان عامل مؤثر بر هیجان‌ها و رفتار تأکید دارد (۱۰). هدف این شیوه آموزشی اصلاح عقاید غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد، تفسیرهای غلط و خطاهای شناختی،

تابحال مطالعه ای در این زمینه انجام نشده است، بر همین اساس مطالعه حاضر به بررسی اثربخشی درمان شناختی و رفتاری بر طرحواره های ناسازگار اولیه در زنان با مشکلات زناشویی می پردازد.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. از میان آنها، ۳۶ نفر از زنانی که نمره کمتر از ۱۰۱ در مقیاس سازگاری زناشویی اسپنیر را دریافت کردند، به روش نمونه گیری هدفمند و بر اساس معیارهای ورود انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (۱۸ نفر برای هر گروه). در ادامه، برنامه درمانی شناختی رفتاری به صورت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای و هفته ای یک بار بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل تحت هیچ برنامه درمانی قرار نگرفت. قبل از شروع جلسات درمانی و بعد از آن، هر دو گروه (کنترل و آزمایش) به سوالات پرسشنامه طرحواره های یانگ به عنوان پیش آزمون و پس آزمون پاسخ دادند. در نهایت با توجه به ریزش رخ داده در هر گروه، ۱۶ نفر در هر گروه باقیماندند و داده هایشان تحلیل معیارهای ورود به پژوهش شامل ۱- زن بودن، ۲- متعهد به شرکت در جلسات، ۳- داشتن نمره کمتر از ۱۰۱ در مقیاس سازگاری زناشویی اسپنیر، ۴- داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، ۵- فاصله سنی بین ۲۵ تا ۴۵ سال، ۶- عدم شرکت همزمان در مداخلات درمانی دیگر. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل ۱- غیبت بیش از سه جلسه، و ۲- عدم رعایت قوانین گروه درمانی بود. تعداد اعضای نمونه بر اساس فرمول زیر با دقت ۰/۰۵ و در سطح اطمینان ۰/۹۵ و با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۱۸ نفر برای هر گروه محاسبه شد که از هر گروه در نهایت دو نفر حذف شد و ۱۶ نفر در هر گروه باقیماند:

$$n = \frac{2 \left(1 - \frac{\alpha}{2} + 1 - \beta \right)^2}{\Delta^2} + 1$$

برای اجرای این مطالعه در ابتدا مجوز لازم از کمیته اخلاق دانشگاه با کد IR.IAU.SHAHROOD.REC.1399.023 اخذ گردید. پس از اخذ مجوز، روش اجرای به این صورت

احساس کنترل بر زندگی، تسهیل خودگویی های سازنده و تقویت مهارت های مقابله ای است (۱۱). این الگوی درمانی، رویکردی است فعال، جهت بخش، محدود از لحاظ زمانی و سازمان یافته که بر این منطق زیر بنایی استوار است که عاطفه و رفتار هر فرد عمدتاً برحسب ساخت یابی جهان از نظر او تعیین می گردد (۱۲). درمان شناختی رفتاری با بهره گرفتن از تکنیک های شناختی رفتاری به مراجع کمک می کند با اصلاح الگوهای تحریف شده رفتار ناکارآمد خود را تغییر دهد (۱۳). در این رویکرد به مراجعان کمک می شود تا الگوهای ناسازگار طولانی مدت در زندگی خود را با اصلاح افکار، ترمیم طرحواره ها، پاسخ های مقابله ای و ذهنیت، تغییر دهند (۱۳). طبق شواهد موجود، این روش درمانی در اصلاح الگوهای شناختی و طرحواره ها، عزت نفس، خودکارآمدی راهبردهای مقابله ای و تقویت ارتباط مثبت در افراد گروه های مختلف اعم از سالم و بیمار مؤثر می باشد (۱۶-۱۲). Dozois و همکاران (۱۲) در بررسی خود بر روی افراد دچار افسردگی اساسی به این نتیجه دست یافتند که ریشه بسیاری از افکار ناکارآمد و احساسات منفی در این افراد مربوط به طرحواره های ناسازگار اولیه است و درمان شناختی رفتاری در مقایسه با دارو درمانی در اصلاح بازسازی این عقاید بنیادی و طرحواره های ناسازگار اولیه و بازنمایی حاصل از آن موفق تر است. Bourdon و همکاران (۱۳) در بررسی خود در افراد دچار اختلال پس از سانحه نشان دادند که درمان شناختی رفتاری با اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه می تواند به این افراد در بهبود علائم اختلال و راهبردهای مقابله ای سازنده کمک کند. صادقی و همکاران (۱۴) در مطالعه ای بر روی افراد چاق و دارای اضافه وزن نشان دادند که درمان شناختی رفتاری با اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه در این افراد می تواند به آنها در تغییر افکار ناسالم و الگوهای پرخوری کمک کند.

بنابراین مشکلات زناشویی می توانند تا حد زیادی از طریق طرحواره های ناسازگار اولیه که می توانند با تحریف واقعیت و ایجاد سوء تعبیر در روابط زناشویی تداخل ایجاد کنند، قابل تبیین باشد. این در حالی است که به نظر می رسد درمان شناختی رفتاری با تاکید بر شناسایی و اصلاح الگوهای شناختی می تواند مداخله ای مؤثر در بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه باشد و با توجه به اینکه

بود که پس از مراجعه به مراکز مشاوره شهر تهران و اعلام فراخوان برای شرکت در پژوهش، مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر بین زنان مراجعه کننده توزیع شد و سپس از بین افرادی که نمره آن ها در پرسشنامه فوق کمتر از ۱۰۱ بود، ۳۶ نفر بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. قبل از اجرای مداخله، یک جلسه توجیهی برای شرکت کنندگان به منظور ارائه توضیحاتی در خصوص پژوهش، اهداف و ضرورت آن و شرایط برگزاری جلسات و تعداد و مدت زمان آنها برگزار شد. از گروه کنترل خواسته شد تا پایان این دوره در لیست انتظار بمانند. سپس در ابتدا و قبل از شروع برنامه درمانی و پس از اتمام آن پرسشنامه طرحواره یانگ (۱۹) بین دو گروه توزیع شد. پس از آن برنامه درمان شناختی- رفتاری به صورت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای و هفته ای یک بار بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل تحت هیچ برنامه درمانی قرار نگرفتند. مکان انجام مداخلات، کلینیک طلوع سلامت در منطقه ۳ تهران بود. ۲ نفر از هر گروه بخاطر عدم همکاری، حذف شدند و داده های ۱۶ نفر از هر گروه برای تحلیل قابل استفاده بود. مقیاس سازگاری زناشویی (Spanier Dyadic Adjustment Scale)، این مقیاس دارای ۳۲ سؤال است که در سال ۱۹۸۲ توسط Spanier, & Thompson برای سنجش میزان سازگاری زن و شوهر تهیه شد (۱۷). این مقیاس همواره میان زوج های سازگار و ناسازگار و از جمله کسانی که احتمال اقدام به طلاق در آنان بیشتر است، تمایز قائل شده است. نمره گذاری براساس مقیاس لیکرت ۶ درجه ای از صفر (همیشه اختلاف داریم) تا ۵ (توافق دائم داریم) انجام می شود. مقیاس سازگاری زن و شوهر دارای نمره کل بین ۰ تا ۱۶۰ است. نمرات بالاتر نشان دهنده رابطه بهتر زوجین است. برای افزایش اطمینان مقیاس، تعدادی از سوالات به صورت مثبت و تعدادی به صورت منفی طراحی شده است و بنابراین برخی از سوالات مستلزم معکوس کردن جهت نمره گذاری است. از نظر اسپانیر افرادی که نمره آن ها ۱۰۱ یا کمتر از آن باشد، مشکل دار و ناسازگار محسوب شده و افراد دارای نمرات بالاتر از ۱۰۱ سازگار به حساب می آیند. اسپانیر و تامپسون در سال ۱۹۸۲ ضریب همسانی درونی ۰/۹۶ و اعتبار بالایی را برای سطح نمرات کلی این

مقیاس گزارش می کند. اسپانیر و تامپسون برای محاسبه روایی این مقیاس ۲۸۱ نفر را که با همسر خود زندگی می کردند را با ۹۴ نفر که طلاق گرفته بودند در این مقیاس مورد مقایسه قرار داد که در این مقایسه میانگین نمرات در گروه تفاوت معناداری داشت. همچنین اسپانیر و تامپسون در مطالعه خود نشان دادند که همبستگی معنادار بین گویه های مقیاس نیز بیانگر روایی همگرایی آن است. این مقیاس توسط عیسی نژاد و همکاران (۱۸) در کشور ایران هنجاریابی شده است. این مقیاس با استفاده از روش بازآزمایی و با فاصله زمانی ۱۰ روز روی نمونه ای متشکل از ۱۲۰ نفر زوج در تهران اجرا گردید و ضریب همبستگی نمرات زنان و شوهران طی دوبار اجرا در کل نمرات ۰/۸۶ و همچنین ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۱ به دست آمد که نشان دهنده همسانی درونی این پرسشنامه است. در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس سازگاری زناشویی ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه طرحواره یانگ (Schema questionnaire-short form)، یانگ و همکاران در سال ۱۹۹۸ پرسشنامه طرحواره (فرم ۷۵ سؤالی) را از روی فرم اصلی پرسشنامه (فرم ۲۰۵ قسمتی) ساخت (۱۹). پرسشنامه طرحواره یانگ، ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه را می سنجد. ابزار اندازه گیری مورد استفاده در این پژوهش، فرم کوتاه پرسش نامه طرحواره یانگ بود. این پرسشنامه یک ابزار ۷۵ سؤالی برای سنجش طرحواره های ناسازگار اولیه است و بر مبنای مقیاس لیکرت (کاملاً غلط=۱، تقریباً غلط=۲، بیشتر درست است تا غلط=۳، اندکی درست=۴، تقریباً درست=۵، کاملاً درست=۶) پاسخ داده می شود. جملات این پرسشنامه طبق طرحواره های خاصی دسته بندی شده اند و آن طرحواره را ارزیابی می کنند. ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه شامل طرحواره محرومیت هیجانی (گویه ۱-۵)، رهاشدگی/ بی ثباتی (گویه ۶-۱۰)، بی اعتمادی/ بد رفتاری (گویه ۱۱-۱۵)، انزوای اجتماعی/ بیگانگی (گویه ۱۶-۲۰)، نقص/ شرم (گویه ۲۱-۲۵)، شکست (گویه ۲۶-۳۰)، وابستگی/ بی کفایتی (گویه ۳۱-۳۵)، گرفتار/ خویشتن تحول نیافته (۳۶-۴۰)، آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری (گویه ۴۱-۴۵)، اطاعت (۴۶-۵۰)، ایثارگری (گویه ۵۱-۵۵)، بازداری هیجانی (گویه ۵۶-۶۰)، معیارهای سختگیرانه (گویه ۶۱-۶۵)، استحقاق/ بزرگ منشی (گویه ۶۶-۷۰) و

شهناز فرجی و همکاران

روی ۷۰ نفر از زوجین اجرا شد. در این پژوهش آنها ضریب همسانی درون پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ و برای ۱۵ طرحواره در دامنه بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۵ گزارش دادند (۲۰). در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ و برای ۱۵ طرحواره، ضرایب بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۱ به دست آمد.

برنامه درمان شناختی-رفتاری

برنامه درمان شناختی-رفتاری از پروتکل درمان شناختی رفتاری Free در سال ۲۰۰۱ در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای تهیه برداشت شده است. گزارش این برنامه درمانی در (جدول ۱) آمده است:

خوشتنداری/خودانضباطی ناکافی (گویه ۷۵-۷۱) توسط این پرسشنامه سنجیده می شود. در پژوهشی که توسط یانگ و همکاران با استفاده از فرم ۲۰۵ سؤالی بر روی یک نمونه از دانشجویان آمریکایی انجام شد، ضریب پایایی بازآزمایی برای خرده مقیاس ها (طرحواره ها) ۷۸٪ تا ۵۱٪ و آلفای کرونباخ ۸۳٪ تا ۹۶٪ به دست آمد. روایی همگرا این پرسشنامه با مقیاس پریشانی روانشناختی (Depression, Anxiety, Stress Scale) با ضریب همبستگی ۰/۴۸ نشان داده شده است. نتایج تحلیل عاملی نیز از ساختار عاملی درونی پرسشنامه (۱۵ طرحواره) حمایت کرده است (۱۹). در تحقیقی در ایران، فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ را

جدول ۱: گزارش جلسات برنامه درمانی شناختی-رفتاری

تعداد جلسات	محتوای جلسات
۱	خوش آمد گویی، توضیح قوانین گروه، توضیح تعامل فرایندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری؛ آشنایی شرکت کنندگان با مولفه های شناختی واکنش های هیجانی؛ شناسایی افکار سطحی اولیه که بین واقعه و واکنش هیجانی قرار می گیرند و نوشتن آنها در جدول سه ستونی رویداد فعال ساز (A) باورها یا افکار (B) و پیامد و واکنش هیجانی (C).
۲	آشنایی با افکار خودآیند؛ آشنایی با تحریف های شناختی و شناسایی آنها در تفکر خود؛ شناخت مقاومت های احتمالی در برابر درمان و طراحی راهبردهایی برای مقابله با این مقاومتها
۳	آشنایی با بنیادهای پیامدهای رفتاری، آموزش ماهیت طرحواره ها (باورهای اصلی، طرحواره ها، نگرشهای ناکارآمد) و ارتباط بین طرحواره ها و افکار خودآیند و همچنین شناسایی طرحواره ها با استفاده از روش پیکان عمودی.
۴	کار روی پیکان عمودی و حل مشکلاتی که اعضای گروه در به کار بستن روش پیکان عمودی به منظور شناسایی طرحواره های منفی خود با آن روبرو می شوند. توانا ساختن شرکت کنندگان در شناسایی ده نوع طرحواره منفی متداول و قرار دادن باورهای خود در این ده طبقه.
۵	دستیابی شرکت کنندگان به تصویر واضح تری از چگونگی ارتباط و تناسب باورهای منفی با یکدیگر؛ تنظیم فهرست باورهای منفی؛ رسم نقشه های شناختی از چگونگی ارتباط باورهای منفی با یکدیگر و رتبه بندی آنها.
۶	پذیرش این نکته که باورها تغییرپذیرند و این امکان وجود دارد که افراد بتوانند باورهایشان را مورد تجدید نظر قرار دهند.
۷	درک این نکته که باورها از نظر سودمندی متفاوتند و آنها را می توان براساس معیارهایی، ارزشیابی کرد. شناخت باورهای مشکل زای خود و ارزشیابی آنها، تصمیم گیری در مورد نگهداری یا کنار گذاشتن آنها.
۸	یادگیری کاربرد تحلیل منطقی در مورد باورهای خود، تحلیل منطقی تمامی طرحواره های شرطی و قطعی.
۹	دستیابی شرکت کنندگان به مفهوم باور مخالف. تهیه سلسله مراتب موقعیت های مرتبط با باورهای اصلی، تهیه عبارت های مخالف با باورهای منفی خود، یافتن باورهای مخالف خود، تهیه کارتی که یک طرف آن باورهای اصلی و طرف دیگر آن باورهای منفی نوشته شده باشد.
۱۰	در این جلسه حوزه محتوایی تغییر ادراکی مورد توجه قرار میگیرد، آموزش تغییر ادراکی به وسیله ارایه تصاویر مبهم و تمرین آن،
۱۱	یادگیری روش تنبیه خود و خودپاداش دهی. تمرین روش تنبیه خود-خودپاداش دهی برای تغییر تفکر، مرور باورهای مخالف
۱۲	بررسی طرح های شرکت کنندگان برای نگهداری اهداف درمان و اخذ بازخورد از آنها درباره برنامه درمانی.

و یک کنترل که هر یک ۱۶ نفر شرکت کننده داشتند؛ در (جدول ۲) آمده است. همانگونه که مشخص است، آزمودنی های دو گروه از نظر متغیر سن، میانگین سنی همسران، میانگین مدت زمان ازدواج و تحصیلات تفاوت معناداری نداشتند.

داده های به دست آمده از پژوهش حاضر با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری و با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به یک گروه آزمایش

جدول ۲. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در مطالعه

متغیر	آزمایش		کنترل		P	آماره
	میانگین± انحراف معیار		میانگین± انحراف معیار			
سن	۴۰/۸۱±۸/۵۶		۳۹/۱۳±۶/۷۶		۰/۸۸۱	۰/۱۲
میانگین سنی همسران	۴۲/۲۵±۸/۰۴		۴۰/۱۸±۷/۰۵		۰/۶۷۳	۰/۳۱
مدت زمان ازدواج	۱۳/۹۳±۸/۰۴		۱۴/۶۸±۷/۰۵		۰/۷۸۴	۰/۱۶
تحصیلات			تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
	دیپلم		۴(۲۵٪)	۴(۲۵٪)	۰/۵۱۶	۰/۴۱
	لیسانس		۸(۵۰٪)	۵(۳۱٪)		
	فوق لیسانس		۴(۲۵٪)	۷(۴۴٪)		

جدول ۳: شاخصه های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه

متغیرها	موقعیت	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
محرومیت هیجانی	پیش آزمون	۱۶/۹۳	۳/۸۷	۲۰/۴۳	۲/۸۰
	پس آزمون	۹/۴۳	۳/۶۵	۲۰/۶۸	۳/۰۲
رها شدگی	پیش آزمون	۲۱/۶۸	۰/۸۷	۱۹/۸۱	۱/۹۱
	پس آزمون	۱۳/۹۳	۱/۵۶	۲۱/۸۷	۰/۸۰
بی اعتمادی	پیش آزمون	۱۶/۸۷	۱/۵۸	۱۹/۸۱	۱/۸۱
	پس آزمون	۸/۶۲	۱/۷۰	۱۹/۷۵	۴/۳۲
انزوای اجتماعی	پیش آزمون	۱۴/۵۶	۰/۶۲	۱۶/۵۶	۳/۷۵
	پس آزمون	۷/۳۱	۱/۲۵	۱۶/۶۸	۳/۷۵
نقص	پیش آزمون	۱۳/۸۱	۰/۶۵	۱۶/۱۲	۴/۱۱
	پس آزمون	۷/۵۶	۱/۷۸	۱۶/۰۶	۴/۲۱
شکست	پیش آزمون	۱۶/۳۷	۱/۸۲	۱۶/۱۲	۱/۵۸
	پس آزمون	۸/۹۳	۱/۵۲	۱۶/۰۶	۲/۰۱
وابستگی	پیش آزمون	۱۴/۶۸	۰/۶۰	۱۷/۹۳	۴/۱۲
	پس آزمون	۴/۲۵	۱/۶۹	۱۸/۰۰	۴/۰۸
آسیب پذیری	پیش آزمون	۱۸/۵۰	۴/۲۸	۱۸/۳۳	۴/۰۶
	پس آزمون	۱۰/۳۷	۴/۳۹	۱۹/۰۳	۴/۱۲
گرفتار	پیش آزمون	۱۹/۳۱	۲/۵۲	۱۹/۰۰	۱/۰۳
	پس آزمون	۱۱/۴۳	۳/۱۱	۱۹/۰۶	۱/۰۶
اطاعت	پیش آزمون	۱۶/۶۸	۲/۰۵	۱۹/۹۳	۴/۲۹
	پس آزمون	۸/۸۷	۱/۹۹	۱۹/۸۱	۴/۷۲
ایثار	پیش آزمون	۲۳/۴۳	۱/۳۱	۲۲/۸۷	۰/۸۰
	پس آزمون	۱۵/۵۶	۱/۶۳	۲۲/۶۸	۱/۱۹
بازداری هیجانی	پیش آزمون	۱۸/۵۶	۰/۶۲	۱۸/۳۷	۲/۴۴
	پس آزمون	۱۰/۹۳	۱/۴۳	۱۸/۷۵	۲/۴۸
معیارهای سختگیرانه	پیش آزمون	۲۵/۰۰	۱/۳۱	۲۴/۵۶	۰/۸۱
	پس آزمون	۱۶/۱۸	۳/۰۸	۲۴/۳۷	۱/۳۱
استحقاق	پیش آزمون	۲۱/۸۱	۰/۹۱	۲۲/۰۶	۱/۵۲
	پس آزمون	۱۳/۵۰	۱/۵۹	۲۲/۴۳	۱/۶۳
خوشتنداری ناکافی	پیش آزمون	۲۰/۱۸	۰/۸۳	۲۱/۳۱	۳/۴۵
	پس آزمون	۱۱/۹۳	۰/۸۵	۲۱/۴۳	۳/۳۶

شهنواز فرجی و همکاران

معناداری بدست آمده بیشتر از $0/05$ بود، بنابراین پیش فرض همگونی واریانس در گروه ها رعایت شده است. همچنین تعامل غیر معنی دار بین متغیر همپراش (پیش آزمون) و گروه گویای برقراری فرض همگنی شیب رگرسیون بود. بنابراین مانعی برای انجام تحلیل های کوواریانس چند متغیری وجود نداشت. نتایج این آزمون نشان داد، بین دو گروه از جهت ترکیب خطی خرده مقیاس های طرحواره های ناسازگار اولیه که در مرحله بعد از مداخله ایجاد شده است، تفاوت معناداری وجود دارد ($F=5/69, P<0/05$). همچنین برای مقایسه دو گروه در هر یک از این متغیرها به عنوان یک متغیر وابسته از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن آزمون چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در (جدول ۴) آمده است.

همانگونه که در (جدول ۳) قابل مشاهده است، میانگین نمرات طرحواره ها در پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون در گروه های درمان شناختی- رفتاری کاهش یافته است، ولی در گروه کنترل این مقادیر دارای تغییر اندک بوده است. به منظور مقایسه تفاوت گروه ها در خرده مقیاس های طرحواره ها، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون پارامتریک، مفروضه های آن یعنی نرمال بودن داده ها، همگنی ماتریس های واریانس کوواریانس و همگنی شیب رگرسیون بررسی شد. برای داده های حاصل از تمام متغیرها، نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف حاکی از نرمال بودن داده ها ($P>0/05$) و نتایج آزمون باکس بیانگر برقراری همگنی ماتریس های واریانس کوواریانس ($P>0/05$)، $Box=1/03$ بود. با توجه به نتایج آزمون لوین، سطح

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت نمرات بین دو گروه در خرده مقیاس های طرحواره های ناسازگار اولیه

متغیر	SS	Df	MS	F	Sig	ضریب اتا	توان آزمون
محرومیت هیجانی	۲۰۹/۸۷	۱	۲۰۹/۸۷	۲۵۸/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۴۵	۱/۰۰
رهاشدگی	۱۵۵/۴۷	۱	۱۵۵/۴۷	۱۳۰/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۸۹۷	۱/۰۰
بیاعتمادی	۱۹۳/۳۶	۱	۱۹۳/۳۶	۱۷۹/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۹۲۳	۱/۰۰
انزوای اجتماعی	۱۹۹/۸۹	۱	۱۹۹/۸۹	۱۷۲/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۹۲۰	۱/۰۰
نقص	۵۸/۷۰	۱	۵۸/۷۰	۲۱/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۵۹۰	۰/۹۹
شکست	۱۵۲/۹۴	۱	۱۵۲/۹۴	۱۹۱/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۹۲۷	۱/۰۰
وابستگی	۳۲۸/۳۹	۱	۳۲۸/۳۹	۱۵۳/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۹۱۱	۱/۰۰
آسیبپذیری	۲۰۰/۷۳	۱	۲۰۰/۷۳	۱۷۶/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲۲	۱/۰۰
گرفتار	۱۳۱/۶۱	۱	۱۳۱/۶۱	۹۵/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۸۶۴	۱/۰۰
اطاعت	۱۴۰/۱۸	۱	۱۴۰/۱۸	۱۰۵/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷۵	۱/۰۰
ایثار	۱۴۸/۸۳	۱	۱۴۸/۸۳	۱۴۵/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۹۰۶	۱/۰۰
بازداری هیجانی	۱۹۴/۵۱	۱	۱۹۴/۵۱	۱۷۶/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲۲	۱/۰۰
معیارهای سختگیرانه	۱۸۱/۲۰	۱	۱۸۱/۲۰	۷۴/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۳۳	۱/۰۰
استحقاق	۲۷۹/۲۷	۱	۲۷۹/۲۷	۳۷۲/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۶۱	۱/۰۰
خوبشنداری ناکافی	۲۴۸/۸۳	۱	۲۴۸/۸۳	۶۳۷/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۹۷۷	۱/۰۰

داشته است.

بحث

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر طرحواره های ناسازگار اولیه زنان با مشکلات زناشویی انجام شد. نتایج این پژوهش حاکی از تأثیر معنی دار درمان درمان شناختی رفتاری بر طرحواره های ناسازگار

اطلاعات (جدول ۴) نشان می دهد که اختلاف میانگین طرحواره های ناسازگار اولیه بجز طرحواره محرومیت هیجانی ($P>0/05$) و نقص ($P>0/05$)، در گروه های پژوهش (گروه مداخله و کنترل) در مرحله پس آزمون از لحاظ آماری معنادار است ($P\leq 0/0001$). به طوری که بعد از درمان شناختی رفتاری، نمرات مؤلفه های طرحواره های ناسازگار اولیه در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معنادار

اولیه زنان با مشکلات زناشویی بود. این نتایج همسو با یافته مطالعات قبلی مبنی بر تاثیر مثبت این درمان در اصلاح الگوهای شناختی و طرحواره ها، عزت نفس، خودکارآمدی راهبردهای مقابله ای و تقویت ارتباط مثبت در افراد گروه های مختلف اعم از سالم و بیمار (۱۶-۱۲) همسو است. Dozois و همکاران (۱۲) در بررسی خود بر روی افراد دچار افسردگی اساسی به این نتیجه دست یافتند که ریشه بسیاری از افکار ناکارآمد و احساسات منفی در این افراد مربوط به طرحواره های ناسازگار اولیه است و درمان شناختی رفتاری در مقایسه با دارو درمانی در اصلاح بازسازی این عقاید بنیادی و طرحواره های ناسازگار اولیه و بازنمایی حاصل از آن موفق تر است. Bourdon و همکاران (۱۳) در بررسی خود در افراد دچار اختلال پس از سانحه نشان دادند که درمان شناختی رفتاری با اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه می تواند به این افراد در بهبود علائم اختلال و راهبردهای مقابله ای سازنده کمک کند. صادقی و همکاران (۱۴) در مطالعه ای بر روی افراد چاق و دارای اضافه وزن نشان دادند که درمان شناختی رفتاری با اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه در این افراد می تواند به آنها در تغییر افکار ناسالم و الگوهای پرخوری کمک کند. Renner و همکاران (۱۵) در مطالعه خود بر روی افراد با اختلالات شخصیت نشان دادند که بکارگیری درمان شناختی رفتاری در آنها می تواند در اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه، کاهش استرس و بهبود راهبردهای مقابله با استرس موثر باشد. Sookman & Pinard (۱۶) در مطالعه ای بر روی افراد دچار اختلال وسواس فکری و عملی نشان دادند که درمان شناختی رفتاری می تواند مداخله ای اثربخش در اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه و الگوهای شناختی ناکارآمد و بهبود علائم اختلال باشد.

در تبیین نتایج این مطالعه مبنی بر تاثیر درمان شناختی رفتاری بر طرحواره های ناسازگار اولیه زنان با مشکلات زناشویی می توان به عوامل و تکنیک های مختلفی اشاره کرد. در درمان شناختی رفتاری برقراری یک رابطه درمانی موفق، مولفه ضروری در سنجش و تغییر افکار نادرست و طرحواره هاست، و گرچه که عامل اصلی تغییر محسوب نمی شود، اما به عنوان یک ابزاری معرفی می شود که امکان تغییر را تسهیل می کند (۱۲). همچنین در این رویکرد درمانی راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین فردی از جمله عوامل تاثیرگذار دیگر در فرایند تعدیل

طرحواره هستند. تکنیک های شناختی با محک زدن اعتبار طرحواره ها، و استفاده از تکنیک هایی مانند تعریف جدید شواهد تاییدکننده طرحواره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، آگاهی عقلانی زنان با مشکلات زناشویی را افزایش داده، و آنان را به این نتیجه رسانده، که طرحواره غلط است یا سخت اغراق آمیز (۱۱). تکنیک های تجربی به عنوان یکی از مهمترین تکنیک ها، از موارد دیگر است که فرد از طریق این تکنیک موفق به دستیابی تغییر در سطح هیجانی شد. تکنیک های تجربی مانند نوشتن یک نامه بدون سانسور به منشا طرحواره، بر تجربه و ابراز هیجانهایی تمرکز می کنند که مرتبط با موقعیت های گذشته هستند، که به نوبه خود، منجر به توسعه یا حفظ طرحواره و ذهنیت ها می شوند. همچنین از دیگر عوامل موثر بر تعدیل طرحواره ها الگو شکنی رفتاری است که به مراجعان کمک شد تا با جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگارتر و جدیدتر، به جای پاسخ های مقابله ای ناکارآمد، رفتارهای لطیف تری را جایگزین کنند (۱۴).

طرحواره های ناسازگار اولیه ارزیابی افراد را از رویدادهای زندگی متأثر می سازد. بسیاری از مشکلات زناشویی ممکن است برخاسته از طرحواره های ناسازگار اولیه و تفسیر نادرست زوجین از اتفاقات زندگی خود باشد که در نتیجه آن زوجین در روابط زناشویی خود دچار مشکل می شوند. درمان شناختی با فرض اینکه چرخه بدن-هیجان-رفتار-افکار می تواند منجر به مشکلات فردی و بین فردی متعدد در افراد شود، با طراحی مداخله ای که موجب اصلاحاتی در این موارد ایجاد می شود می تواند به بهبود عملکرد فردی و بین فردی بخصوص عملکرد زناشویی کمک کند (۱۴). هدف شناخت درمانی ارائه تمرین های مواجهه سازی به منظور فعالسازی طرحواره های ناسازگار اولیه و روان بنه های پریشان کننده است تا از این رهگذر فرد به اصلاح و تغییر این طرحواره ها بپردازد و خود را با واقعیت بیشتر منطبق سازد که این خود می تواند با کاهش تحریف شناختی و هیجانات منفی ناشی از آن به بهبود و ارتقای وضعیت روحی و روانی منجر شود (۱۳). از آنجا که در مدل شناختی، فرد به ادراک منفی خود، موقعیت و آینده می پردازد، به کارگیری مؤلفه های بازسازی شناختی و تصحیح و تعدیل روانبنه ها می تواند به تغییر مایه های طرحواره های ناسازگار اولیه و در نتیجه اصلاح جریان فکر، هیجان، موقعیت و بدن منجر شود و این در حالی است که بهبود خلق و احساس خود

کارایی درمان شناختی رفتاری بر روی متغیرهای دیگر مربوط به این گروه از افراد بررسی شود.

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش حاکی از تأثیر معنی دار درمان شناختی رفتاری بر طرحواره های ناسازگار اولیه زنان با مشکلات زناشویی بود. به نظر می رسد که درمان شناختی رفتاری با اتکاء به راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین فردی توانسته است به بهبود و اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه این زنان کمک کند. بنابراین درمان شناختی رفتاری می تواند مداخله ای موثر در بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه باشد، چرا که منشأ بسیاری از این مشکلات مربوط به طرحواره های ناسازگار اولیه است.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکترای روانشناسی عمومی و مصوب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود با کد IR.IAU.SHAHROOD.REC.1399.023 می باشد. در نهایت از تمامی شرکت کنندگانی که در این پژوهش ما را همراهی نمودند، تشکر می کنیم.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

می تواند به صورت چرخه ای به اصلاح بیشتر طرحواره ها و تقویت تغییرات صورت گرفته و در نهایت اصلاح نگاه فرد به خود، دیگران و زندگی و رابطه با دیگران منجر شود (۱۶). آموزش مؤلفه های شناختی مانند بازسازی شناختی، ساختاربندی دوباره هیجان منفی، آموزش حل مسأله و به کارگیری راهبردهای مقابله ای کارآمد، تصویرسازی ذهنی مثبت و تنش زدایی می تواند به کاهش شدت و بار منفی و تحریفات ناشی از طرحواره های ناسازگار اولیه مانند رهاشدگی، بی اعتمادی انزوای اجتماعی، شکست، وابستگی، آسیب پذیری، بازداری هیجانی، معیارهای سخت گیرانه، استحقاق و خویشتن داری ناکافی و هیجانات منفی ناشی از آنها منجر شود و با اصلاح و بازسازی شناختی، الگوهای رفتاری و بین فردی زنان تحت مطالعه نیز بهبود یافته که با ایجاد تجارب مثبت می تواند منجر به تکرار الگوهای رفتاری جدید و در نتیجه تقویت الگوهای شناختی بازسازی شده شود و در نهایت، احتمال تکرار طرحواره های ناسازگار اولیه را کاهش دهد. (۱۵).

از محدودیت های این پژوهش می توان به عدم انتخاب تصادفی آزمودنی ها و نداشتن مرحله پیگیری اشاره نمود. همچنین اینکه این پژوهش صرفاً در شهر تهران و بر روی زنان با مشکلات زناشویی این جامعه انجام شد و بنابراین باید در تعمیم نتایج محتاط بود. پیشنهاد می شود تا مطالعات بعدی بر روی جمعیت وسیع تر و با در نظر گرفتن انجام دوره پیگیری صورت پذیرد. همچنین پیشنهاد می شود

References

1. Lavner JA, Karney BR, Bradbury TN. Does couples' communication predict marital satisfaction, or does marital satisfaction predict communication?. *Journal of Marriage and Family*. 2016;78(3):680-94. <https://doi.org/10.1111/jomf.12301>
2. Williamson HC, Lavner JA. Trajectories of marital satisfaction in diverse newlywed couples. *Social Psychological and Personality Science*. 2020;11(5):597-604. <https://doi.org/10.1177/1948550619865056>
3. DeLongis A, Zwicker A. Marital satisfaction and divorce in couples in stepfamilies. *Current opinion in psychology*. 2017;13:158-61. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.11.003>
4. Tavakol Z, Nikbakht Nasrabadi A, Behboodi Moghadam Z, Salehiniya H, Rezaei E. A review of the factors associated with marital satisfaction. *Galen Medical Journal*. 2017;6(3).
5. Zolfaghari M, Fatehi Zadeh M, Abedi MR. Determining relationships between early maladaptive schemas and marital intimacy among Mobarakeh Steel Complex personnel. *Journal of family research*. 2008;4 (3):247-61.
6. Körük S, Kurt AA. The predictive role of early maladaptive schemas in the evaluation of pre-marital romantic relationships among university students. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*. 2019; 3 (5):73-83. <https://doi.org/10.31461/ybpd.556424>
7. Bakhtiari E, Hosseini S, Arefi M, Afsharinia K. Causal Model of Extramarital Affairs Based on Attachment Styles and Early Maladaptive Schemas: Mediating Role of Marital Intimacy and Love Styles. *Iranian Journal of Health Education*

- and Health Promotion. 2019;7(2):245-58.
<https://doi.org/10.30699/ijhehp.7.2.245>
8. Janovsky T, Rock AJ, Thorsteinsson EB, Clark GI, Murray CV. The relationship between early maladaptive schemas and interpersonal problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2020; 27 (3):408-47.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2439>
9. Harris AE, Curtin L. Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive therapy and research*. 2002;26(3):405-16.
<https://doi.org/10.1023/A:1016085112981>
10. Wilhelm S, Phillips KA, Greenberg JL, O'Keefe SM, Hoepfner SS, Keshaviah A, Sarvode-Mothi S, Schoenfeld DA. Efficacy and posttreatment effects of therapist-delivered cognitive behavioral therapy vs supportive psychotherapy for adults with body dysmorphic disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2019;76(4):363-73.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4156>
11. Thakral M, Von Korff M, McCurry SM, Morin CM, Vitiello MV. Changes in dysfunctional beliefs about sleep after cognitive behavioral therapy for insomnia: A systematic literature review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*. 2020;49:101230.
<https://doi.org/10.1016/j.smrv.2019.101230>
12. Dozois DJ, Bieling PJ, Evraire LE, Patelis-Siotis I, Hoar L, Chudzik S, McCabe K, Westra HA. Changes in core beliefs (early maladaptive schemas) and self-representation in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2014 Sep;7(3):217-34.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000198>
13. Bourdon DÉ, El-Baalbaki G, Girard D, Lapointe-Blackburn É, Guay S. Schemas and coping strategies in cognitive-behavioral therapy for PTSD: A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2019;3(1):33-47.
<https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.09.005>
14. Sadeghi K, Gharraee B, Fata L, Mazhari SZ. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in treating patients with obesity. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010 Aug 10;16(2):107-17.
15. Renner F, van Goor M, Huibers M, Arntz A, Butz B, Bernstein D. Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*. 2013;51(8):487-92.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.05.011>
16. Sookman D, Pinard G. Integrative cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A focus on multiple schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*. 1999;6(4):351-62. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(99\)80055-8](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(99)80055-8)
17. Spanier GB, Thompson L. A confirmatory analysis of the dyadic adjustment scale. *Journal of Marriage and the Family*. 1982;731-8.
<https://doi.org/10.2307/351593>
18. Isanezhad O, Ahmadi SA, Bahrami F, Baghban-Cichani I, Farajzadegan Z, Etemadi O. Factor structure and reliability of the Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS) in Iranian population. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2012;6(2):55.
19. Young JE, Brown G. Young Schema Questionnaire-Short Form; Version 3. Psychological Assessment. 2005.
<https://doi.org/10.1037/t67023-000>
20. Sadooghi Z, Aguilar-Vafaie ME, Rasoulzadeh Tabatabaie K, Esfahanian N. Factor analysis of the young schema questionnaire-short form in a nonclinical Iranian sample. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 2008;14(2):214-9.