

# Comparing the Effects of Trial-Based Cognitive Therapy and Schema Therapy on Early Maladaptive Schemas in Individuals Referring to Psychiatric Centers

Faragi M<sup>1</sup>, \*Taghvaei D<sup>2</sup>, Jahangiri MM<sup>3</sup>

## Author Address

1. PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran;  
2. Associate Professor of Educational Psychology, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran;  
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Mahallat Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

Corresponding author's email: [d-taghvaei@iau.Arak.ac.ir](mailto:d-taghvaei@iau.Arak.ac.ir)

Received: 2021 December 26; Accepted: 2021 February 6

## Abstract

**Background & Objectives:** Sometimes, improper satisfaction of childhood needs leads to the formation of early maladaptive schemas in them, resulting in the development of psychological problems. Given the adverse effects of early maladaptive schemas in various aspects of personal, social, occupational, and educational life, identifying the psychological interventions affecting these schemas while modifying them can help reduce the negative consequences. One of the most common therapies used in early maladaptive schemas is schematic therapy. Another intervention that can effectively modify early maladaptive schemas is interventions based on cognitive therapies. One type of intervention based on a cognitive approach that is less discussed in Iran is trial-based cognitive therapy. Therefore, by reviewing different research backgrounds and since schema therapy is a common intervention in this field, this study aimed to introduce a trial-based cognitive approach and compare its effectiveness with schema therapy on modulating early maladaptive schemas.

**Methods:** This was a quasi-experimental study with pretest-posttest and a control group design. The statistical population included all individuals referring to the Psychiatric Center of Qom City, Iran, in 2019 to investigate and address their psychological problems. Of them, 30 qualified volunteers entered the study and were randomly assigned to the study groups (schema therapy, cognitive therapy, & control groups; n=10/group). The inclusion criteria of this research had the desire to participate in the research, being a resident of Qom, not having specific physical illness problems, and having literacy to write and complete the research questionnaire. The exclusion criteria were reluctance to participate in further research, relocation from Qom during the research, absence from the interventional sessions, and illiteracy. The instrument used in this study in the pretest and posttest stages was the Yang Early maladaptive Schema Questionnaire-Short Form (Young & Brown, 1998). Young schema therapy protocol was performed in eight 45-minute sessions, and trial-based cognitive therapy protocol was performed in 8 sixty-minute sessions in the experimental groups; however, no intervention was provided to the control group. To analyze the obtained data, descriptive statistics (mean, standard deviation) and inferential statistics, including univariate analysis of covariance and Bonferroni post hoc test, were used at a significant level of 0.05 in SPSS.

**Results:** The collected results suggested that trial-based cognitive therapy and schema therapy significantly modulated early maladaptive schemas of the studied individuals ( $p<0.001$ ). The effect of these interventions on the modulation of early maladaptive schemas was measured as 29.6%. There was no significant difference between the effectiveness of trial-based cognitive therapy and schema therapy in modulating the initial maladaptive schema ( $p=0.670$ ). However, these two groups were significantly different from the control group ( $p<0.001$ ).

**Conclusion:** According to the results of this study, trial-based cognitive therapy and schema therapy are equally effective in modulating early maladaptive schemas.

**Keywords:** Trial-Based cognitive therapy, Schema therapy, Early maladaptive schemas.

# مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه با طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه زنان و مردان مراجعه کننده به مراکز اعصاب و روان شهر قم

مهدی فرجی<sup>۱</sup>، \* داوود تقوائی<sup>۲</sup>، محمد مهدی جهانگیری<sup>۳</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران؛

۲. دانشیار روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران؛

۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد محلات، اراک، ایران.

\* رایانامه نویسنده مسئول: d-aghvaei@iaa.Arak.ac.ir

تاریخ دریافت: ۵ دی ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۱۷ بهمن ۱۴۰۰

## چکیده

**زمینه و هدف:** باتوجه به تأثیرات منفی ناشی از طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ابعاد مختلف زندگی فردی، اجتماعی، شغلی و تحصیلی افراد مختلف، هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه با طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه زنان و مردان مراجعه کننده به مراکز اعصاب و روان شهر قم بود. **روش بررسی:** روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون به همراه گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی زنان و مردان مراجعه کننده به مرکز اعصاب و روان شهر قم در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که برای بررسی و پرداختن به مسائل و مشکلات روان شناختی خود به این مراکز مراجعه کردند. از بین آنها سی نفر از افراد داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و به صورت تصادفی به گروه‌های پژوهش (ده نفر گروه طرحواره درمانی، ده نفر گروه شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه، ده نفر گروه گواه) تخصیص یافتند. ابزار پژوهش برای جمع آوری داده‌ها در پیش آزمون و پس آزمون برای هر سه گروه، فرم کوتاه پرسش نامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (یانگ و براون، ۱۹۹۸) بود. پروتکل طرحواره درمانی یانگ در هشت جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه در هشت جلسه شصت دقیقه‌ای، صرفاً برای هریک از گروه‌های آزمایش اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها، تحلیل کوواریانس تک متغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی به کار رفت که همه این آزمون‌ها در سطح معناداری ( $\alpha=0/05$ ) در نسخه ۲۱ نرم افزار SPSS تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه و طرحواره درمانی در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد مراجعه کننده به مراکز اعصاب و روان تأثیر معناداری داشتند ( $p<0/001$ ). همچنین بین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه و طرحواره درمانی در تعدیل طرحواره ناسازگار اولیه تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p=0/670$ ); با این حال این دو گروه در مقایسه با گروه گواه دارای تفاوت معناداری داشتند ( $p<0/001$ ).

**نتیجه گیری:** باتوجه به نتایج پژوهش نتیجه گرفته می شود که هم شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه و هم طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه اثربخشی دارند. **کلیدواژه‌ها:** شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه، طرحواره درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه.

و مشکلات روان‌شناختی متعدد حاکی از اثربخشی این درمان بر جنبه‌های مختلف روان‌شناختی افراد مختلف است؛ برای مثال شاه‌مرادی و همکاران در پژوهشی به مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر طرح‌واره‌های ناسازگار و سلامت عمومی بیماران مبتلا به ویتیلیگو پرداختند. آن‌ها دریافتند، هر دو درمان بر طرح‌واره‌های ناسازگار و سلامت عمومی مبتلایان به ویتیلیگو مؤثر است (۸). احمدی و همکاران در پژوهشی با ارزیابی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق، به این نتیجه رسیدند که طرح‌واره‌درمانی تأثیر معناداری بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در زوجین متقاضی طلاق دارد (۹). در پژوهش دیگری در این زمینه اورکی و همکاران مشخص کردند، طرح‌واره‌درمانی می‌تواند طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های ناایمن اجتماعی و دوسوگرا را در مردان وابسته به هروئین کاهش دهد (۱۰). علاوه بر این، در مطالعات انجام‌شده در خارج از ایران اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر ابعاد مختلف سلامت روان‌شناختی نمونه‌های پژوهشی مختلفی تأیید شده است که از آن جمله می‌توان به پژوهش کورکماز اشاره کرد. او نشان داد، طرح‌واره‌درمانی بر تعدیل سطوح افسردگی و افزایش سطوح شادکامی معلمان مؤثر است (۱).

باتوجه به نقش عوامل شناختی در شکل‌گیری و بروز طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، از مداخلات دیگری که می‌تواند در تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه متمرکز باشد، مداخلات مبتنی بر درمان‌های شناختی است (۱۱). یکی از انواع مداخلات مبتنی بر رویکرد شناختی که در ایران کمتر به آن پرداخته شده است، شناخت‌درمانی مبتنی بر محاکمه<sup>۱۳</sup> است. شناخت‌درمانی مبتنی بر محاکمه مدل جدیدی از درمان شناختی است که اگرچه کماکان بر شناخت‌درمانی بک<sup>۱۴</sup> استوار است، ویژگی‌های متمایز و منحصر به فردی ارائه می‌دهد و تکنیک‌های استاندارد درمان شناختی رفتاری را به صورت مرحله به مرحله سازماندهی می‌کند (۱۲). شناخت‌درمانی مبتنی بر محاکمه با انتشار ثبت افکار براساس معکوس کردن جملات که ثبت افکار در پنج ستون توصیفی بود، آغاز شد (۱۳). در خلال بسط و تشریح ثبت افکار پنج‌ستونی با الهام از نمایش محاکمه فرانس کافکا<sup>۱۵</sup>، استعاره صحن دادگاه و دو ستون دیگر به ستون‌های قبلی اضافه شد و به عنوان ثبت افکار براساس محاکمه نام گرفت (۱۴). با مطالعه نتایج به دست آمده از این ثبت افکار (۱۵) و استفاده از تکنیک‌های دیگر رویکردها، رویکرد جدیدی به نام شناخت‌درمانی مبتنی بر محاکمه ایجاد شد. شناخت‌درمانی مبتنی بر محاکمه با استفاده از فرم‌های ثبت افکار و استعاره صحن دادگاه، باورهای فرد را که با عنوان خودمقصربینی

انسان نیز همچون سایر موجودات زنده، در بدو تولد آسیب‌پذیر به دنیا می‌آید که نیازمند مراقبت و توجه دیگران و به‌ویژه مراقبان اصلی است. در این میان اگر نیازهای کودک آن طور که باید رفع نشود، ممکن است سلامت روان‌شناختی<sup>۱</sup>، سازگاری اجتماعی<sup>۲</sup> و روابط میان‌فردی<sup>۳</sup> بعدی فرد تحت تأثیر این روابط اولیه و کم و کیف رفع نیازهای مراقبت و امنیت این دوران قرار بگیرد (۱). باوجود اهمیت تجارب اولیه در شکل‌گیری شخصیت اشخاص و نیز در کیفیت زندگی آتی آن‌ها، گاهی ارضانشدن مناسب نیازهای دوران کودکی سبب شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه<sup>۴</sup> در آنان می‌شود (۲). طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، مضامین یا الگوی گسترده و فراگیر، متشکل از خاطرات، عواطف، شناخت‌ها و احساسات بدنی، مربوط به خود و روابط خود با دیگران است که در دوران کودکی یا نوجوانی ایجاد می‌شود و در طول زندگی فرد تداوم می‌یابد و تا حد درخور توجهی ناکارآمد است (۳). طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به رشد و شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی می‌انجامد (۴). در این زمینه یانگ اعتقاد دارد، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیت<sup>۵</sup>، مشکلات منش شناختی<sup>۶</sup> خفیف‌تر و بسیاری از اختلالات مزمن<sup>۷</sup> محوری قرار گیرد. به عبارتی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، عاملی مهم در آسیب‌شناسی روانی به‌شمار می‌رود که با انواع مختلف مشکلات و اختلالات روانی همبسته است (به نقل از ۵). مطالعات پیشین در این زمینه نشان می‌دهد، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با بسیاری از اختلالات و حالات روان‌شناختی منفی مانند نشانه‌های افسردگی و اضطراب، اختلالات شخصیت، نوروگزایی، سوء مصرف مواد و اختلالات دوقطبی مرتبط است (۶).

از درمان‌های بسیار رایجی که در حوزه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه استفاده می‌شود، طرح‌واره‌درمانی<sup>۸</sup> است. طرح‌واره‌درمانی نوعی روان‌درمانی یکپارچه برای درمان اختلالات روانی پیچیده است که برای اولین بار ۲۵ سال پیش مطرح شد (۷). طرح‌واره‌درمانی از طیفی از مفاهیم و روش‌های نظری از جمله درمان شناختی رفتاری<sup>۹</sup>، نظریه دلبستگی<sup>۱۰</sup>، ایده‌های بین‌فردی<sup>۱۱</sup>، و تئوری روابط شیئی<sup>۱۲</sup> استفاده می‌کند. در این مدل درمانی علاوه بر برخی تکنیک‌های شناختی و رفتاری، تأکید زیادی بر استفاده از تکنیک‌های تجربی مانند بازنویسی تصاویر و کار با صندلی دارد. به‌طور خلاصه، مدل طرح‌واره‌درمانی بیان می‌کند، اگر افراد نیازهای برآورده‌نشده در دوران کودکی و نوجوانی داشته باشند، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و به دنبال آن راهبردهای مقابله‌ای غیرسازنده با طرح‌واره در آن‌ها شکل می‌گیرد (۷). بررسی‌های صورت‌گرفته در زمینه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر پریشانی

9. Cognitive Behavioral Therapy

10. Attachment Theory

11. Interpersonal ideas

12. Object relations

13. Trial-based Cognitive Therapy

14. Beck

15. Franz Kafka

1. Psychological health

2. Social adjustment

3. Interpersonal relationships

4. Early maladaptive schemas

5. Personality disorders

6. Secretary problems

7. Chronic disorders

8. Schema Therapy

پژوهش شامل بی میلی برای شرکت در ادامه پژوهش، نقل مکان از شهر قم در طول انجام پژوهش، غیبت در جلسات گروه های آزمایش و شرکت هم زمان در جلسات درمانی یا آموزشی دیگر بود. اطمینان دهی درباره محرمانه ماندن اطلاعات و آماده کردن شرکت کنندگان از لحاظ روانی برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود.

به منظور اجرای پژوهش حاضر ابتدا تأیید پروپوزال در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک و اخذ مجوزهای لازم صورت گرفت. در ادامه به مراکز اعصاب و روان شهر قم مراجعه شد و بعد از هماهنگی با مسئولان این مراکز و باتوجه به ملاک های ورود به پژوهش و حجم نمونه برآورده شده قبلی که سی نفر بود، از میان افراد واجد شرایط داوطلب شرکت در پژوهش سی نفر وارد مطالعه شدند. سپس به صورت تصادفی در گروه های آزمایش (گروه شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه و گروه طرح واره درمانی) و گروه گواه تخصیص یافتند. همچنین با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، با آگاه سازی افراد منتخب برای گروه ها و کسب اجازه از آن ها، رضایت مشارکت کنندگان برای شرکت در این پژوهش جلب شد. ضمن توجیه شرکت کنندگان و بیان اهداف پژوهش برای آن ها، از آنان درخواست شد تا اعضای هر سه گروه فرم کوتاه پرسش نامه طرح واره های ناسازگار اولیه یانگ<sup>۱</sup> (۲۰) را تکمیل کنند که به عنوان گام اول اجرای پژوهش (پیش آزمون) ضروری بود. برای این منظور از آن ها درخواست شد پرسش نامه های مدنظر را متناسب با ویژگی های خود تکمیل کنند و تا حد امکان سؤالی را بدون جواب نگذارند. سپس اعضای گروه شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه با استفاده از پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه دی اولیویرا (۲۱) و اعضای گروه طرح واره درمانی با استفاده از پروتکل طرح واره درمانی یانگ و همکاران (۴) آموزش مدنظر را دریافت کردند. برای اعضای گروه گواه هیچ مداخله ای ارائه نشد. اجرای جلسات گروه های آزمایش به صورت گروهی و در هفته یک بار در سالن جلسات مرکز اعصاب و روان شهر قم بود. در نهایت پس از اتمام جلسات و در فاصله زمانی دومه و نیم بعد از اجرای پیش آزمون، به طور مجدد، فرم کوتاه پرسش نامه طرح واره های ناسازگار اولیه یانگ (۲۰) توسط اعضای هر سه گروه تکمیل شد. در پایان ضمن قدردانی از اعضای هر سه گروه و مشخص کردن زمانی برای آموزش مجزای گروه گواه (به منظور رعایت اخلاق پژوهش)، پرسش نامه ها برای تجزیه و تحلیل وارد نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ شدند.

به منظور گردآوری داده ها ابزارها و جلسات درمانی زیر به کار رفت. - فرم کوتاه پرسش نامه طرح واره های ناسازگار اولیه یانگ: پرسش نامه طرح واره های ناسازگار اولیه یانگ دارای دو فرم کوتاه و بلند است. فرم بلند آن ۲۰۵ سؤال و فرم کوتاه آن ۷۵ سؤال دارد. در این پژوهش فرم کوتاه پرسش نامه به کار رفت که در سال ۱۹۹۸ توسط یانگ و براون تدوین شد (۲۰). این فرم پرسش نامه ۷۵ سؤال دارد و برای سنجش پانزده طرح واره ناسازگار اولیه شامل محرومیت هیجانی<sup>۲</sup>، رهاشدگی<sup>۳</sup>،

مفهوم سازی شده است، به چالش می کشد؛ همچنین با قراردادن او در موقعیت های مختلف نظیر وکیل مدافع، قاضی و متهم، با استفاده از تکنیک های مختلف به فرد کمک می کند تا درباره افکار منفی و مفروضه های ناکارآمد و طرح واره های ناسازگار آگاهی پیدا کند و در راستای تغییر اصلاح و درمان آن ها گام بردارد (۱۶). اثربخشی این درمان در ایران بررسی نشده است؛ با این حال برخی از پژوهش های خارجی اثربخشی این درمان را در حوزه های مختلف نشان داده است. در این زمینه می توان به مطالعه دوران و همکاران اشاره کرد. آن ها در تحقیقی به ارزیابی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه در مقایسه با مواجهه طولانی مدت بر اختلال استرس پس از سانحه پرداختند. یافته ها حاکی از اثربخشی هر دو مداخله بر کاهش اختلال استرس پس از سانحه در اعضای نمونه بود (۱۷). در پژوهش دیگری در این زمینه پاول و همکاران گزارش کردند، شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه همچون شناخت درمانی رایج، در بهبود چندین حوزه کیفیت زندگی مؤثر است (۱۸).

باتوجه به نتایج مثبت استفاده از شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه در مطالعات خارجی که بیانگر اثربخشی این مداخله در زمینه های مختلف و بر نمونه های پژوهشی متفاوت بود، انجام پژوهشی به منظور سنجش اثربخشی این مداخله در ایران ضروری می نماید؛ چراکه تاکنون در ایران پژوهشی برای بررسی اثربخشی این مداخله صورت نگرفته است. در همین راستا، مقایسه نتایج این مداخله با مداخلات مشابهی که اثربخشی آن در ایران تأیید شده است، قضاوت درباره این مداخله را راحت تر می کند؛ بنابراین، باتوجه به نقاط اشتراک طرح واره درمانی با رویکردهای شناختی، هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه با طرح واره درمانی بر تعدیل طرح واره های ناسازگار اولیه زنان و مردان مراجعه کننده به مراکز اعصاب و روان شهر قم بود.

## ۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون به همراه گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی زنان و مردان مراجعه کننده به مرکز اعصاب و روان شهر قم در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که برای بررسی و پرداختن به مسائل و مشکلات روان شناختی خود به این مرکز مراجعه کردند. از بین آن ها سی نفر از افراد داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و به صورت تصادفی به گروه های پژوهش (ده نفر گروه طرح واره درمانی، ده نفر گروه شناخت درمانی، ده نفر گروه گواه) تخصیص یافتند. حجم نمونه لازم برای این پژوهش با استفاده از جدول کوهن (۱۹) و با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۳، سطح احتمال ۵۰ درصد و توان آزمون ۹۵ درصد برابر با سی نفر برآورد شد. ملاک های ورود شرکت کنندگان به پژوهش عبارت بود از: تمایل داشتن به شرکت در پژوهش؛ ساکن بودن در شهر قم؛ نداشتن مشکلات بیماری جسمانی خاص؛ برخورداری از سواد خواندن و نوشتن برای پرکردن پرسش نامه پژوهش. ملاک های خروج شرکت کنندگان از

3. Abandonment

1. Young Schema Questionnaire-Short Form

2. Emotional deprivation

بی‌اعتمادی<sup>۱</sup>، انزوای اجتماعی<sup>۲</sup>، نقص/شرم<sup>۳</sup>، شکست<sup>۴</sup>، وابستگی/بی‌کفایتی<sup>۵</sup>، آسیب‌پذیری<sup>۶</sup>، گرفتاری/خویش‌ترسیدن<sup>۷</sup>، اطاعت<sup>۸</sup>، ایثارگری<sup>۹</sup>، بازداري هیجانی<sup>۱۰</sup>، معیارهای سرسختانه<sup>۱۱</sup>، استحقاق<sup>۱۲</sup> و خودانطباقی<sup>۱۳</sup> طراحی شده است. هریک از ۷۵ عبارت پرسش‌نامه در مقیاس لیکرت پنج‌نقطه‌ای از اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند (۱) تا دقیقاً مرا توصیف می‌کند (۵)، نمره‌گذاری می‌شود. نمره بیشتر بیانگر وجود پررنگ‌تر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در افراد است (۲۰). پایایی مقیاس در فرم اصلی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۶ و برای خرده‌مقیاس‌ها، بیشتر از ۰/۸۰ به‌دست آمد. همچنین، روایی سازه این ابزار با استفاده از تحلیل عاملی بررسی شد و نتایج تحلیل عاملی پانزده عامل دارای بار عاملی بیشتر از ۰/۴۰ را تأیید کرد (۲۰). در ایران روایی و پایایی پرسش‌نامه توسط خسروانی و همکاران بررسی شد و پایایی پرسش‌نامه به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و روایی آن به‌روش بررسی همبستگی با پرسش‌نامه افسردگی بک<sup>۱۴</sup>، پرسش‌نامه دل‌بستگی بزرگسالان<sup>۱۵</sup> و پرسش‌نامه آسیب‌های

دوران کودکی<sup>۱۶</sup> به‌ترتیب ۰/۶۰، ۰/۵۰ و ۰/۵۲ به‌دست آمد (۲۲). پروتکل طرح‌واره‌درمانی: این پروتکل شامل هشت جلسه ۴۵ دقیقه‌ای است که به‌صورت هفته‌ای یک‌بار اجرا شد. تدوین محتوای این مداخله با استفاده از پروتکل طرح‌واره‌درمانی یانگ و همکاران ارائه‌شده در سال ۲۰۰۳، صورت گرفت (۴). بعد از آماده‌شدن پروتکل حاضر روایی آن توسط اساتید گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی شهر اراک به تأیید رسید. خلاصه محتوای جلسات این پروتکل در جدول ۱ شرح داده شده است.

– پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی بر محاکمه: این پروتکل با استفاده از کتاب شناخت‌درمانی مبتنی بر محاکمه از دی اولیویرا (۲۱) در هشت جلسه شصت دقیقه‌ای تدوین شد. بعد از تدوین پروتکل حاضر، روایی آن را اساتید گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی شهر اراک بررسی کردند و درنهایت با اعمال تغییرات جزئی به تأیید رسید. خلاصه محتوای جلسات پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی بر محاکمه در جدول ۲ بیان شده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات پروتکل طرح‌واره‌درمانی

| جلسه  | محتوای جلسه                                                                                                                                                   |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | خوشامدگویی به اعضای گروه و توضیح قوانین و روش‌های درمان گروهی، توضیح مدل طرح‌واره به زبان ساده برای اعضای گروه و چگونگی شکل‌گیری طرح‌واره‌ها، تکمیل پرسش‌نامه |
| دوم   | توضیح سبک‌های مقابله‌ای و نوع عملکردشان و ارتباط آن‌ها با انواع طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه                                                                   |
| سوم   | توضیح و معرفی ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای و انواع آن و ارتباطشان با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه                                                                     |
| چهارم | اعتبارسنجی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه                                                                                                                        |
| پنجم  | آموزش و استفاده از تکنیک‌هایی مانند اسناددهی مجدد و تهیه فلش‌کارت‌های طرح‌واره‌ای                                                                             |
| ششم   | آموزش استفاده از تکنیک‌های تصویرسازی مجدد و رویارویی همدلانه به افراد گروه                                                                                    |
| هفتم  | آشناسدن افراد گروه با ذهنیت‌های سالم (بزرگسال سالم و کودک خشنود)                                                                                              |
| هشتم  | همراهی افراد گروه با آموزش استفاده از فلش‌کارت‌های طرح‌واره‌ای و مشخص‌کردن رفتارهای سالم به‌عنوان رفتارهای آماج، تکمیل پرسش‌نامه و قدردانی از مشارکت اعضا     |

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی بر محاکمه

| جلسه  | محتوای جلسه                                                          |
|-------|----------------------------------------------------------------------|
| اول   | خوشامدگویی به افراد گروه و معرفی گروه و توضیح اهداف                  |
| دوم   | توضیح و آشناسدن گروه با تحریف‌ها و خطاهای شناختی                     |
| سوم   | ارزیابی تحریف‌ها و خطاهای شناختی افراد گروه توسط پرسش‌نامه           |
| چهارم | بازسازی افکار خودآیند از اعضای گروه با ثبت افکار درون و برون‌فردی    |
| پنجم  | استفاده از ارزیابی مشارکتی مبتنی بر محاکمه                           |
| ششم   | آشنایی افراد گروه با اثرات اجتناب در پایداری مشکل و مزایای مواجهه    |
| هفتم  | آموزش روش محاکمه افکار و ثبت افکار مبتنی بر محاکمه                   |
| هشتم  | پرداختن به خسارت‌های واردشده و بررسی صلاحیت افکار و باورهای ناکارآمد |

10. Emotional inhibition

11. Unrelenting standards

12. Entitlement

13. Self-discipline

14. Beck Depression Inventory

15. Adult Attachment Inventory

16. Childhood Trauma Questionnaire

1. Mistrust

2. Social isolation

3. Defectiveness/shame

4. Failure

5. Dependence/incompetence

6. Vulnerability

7. Enmeshment/undeveloped self

8. Subjugation

9. Self-sacrifice

همه این آزمون‌ها در سطح معناداری ( $\alpha=0/05$ ) در نسخه ۲۱ نرم افزار SPSS صورت گرفت.

### ۳ یافته‌ها

برای بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اعضای هر سه گروه و مقایسه تفاوت این گروه‌ها از نظر توزیع جنسیت، سن و تحصیلات از آزمون کای دو استفاده شد که نتیجه آن در جدول ۳ بیان شده است.

برای تحلیل داده‌های پژوهش حاضر از آمار توصیفی (شاخص‌های میانگین و انحراف معیار)، آزمون کای د و آزمون کولموگوروف اسمیرنوف (برای سنجش پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها)، بررسی اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون (به منظور بررسی پیش فرض همگنی شیب خطوط رگرسیون)، آزمون لون<sup>۱</sup> (برای سنجش پیش فرض همگنی واریانس)، تحلیل کوواریانس تک متغیره<sup>۳</sup> (به منظور سنجش تفاوت اثربخشی گروه‌ها بر متغیر وابسته) و آزمون تعقیبی بونفرونی (برای مشخص کردن تفاوت بین گروه‌ها) استفاده شد. تحلیل

جدول ۳. مقایسه تفاوت گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با آزمون کای دو

| متغیر   | ارزش  | درجه آزادی | مقدار احتمال |
|---------|-------|------------|--------------|
| سن      | ۱/۳۷۱ | ۴          | ۰/۸۴۹        |
| جنسیت   | ۰/۲۷۱ | ۲          | ۰/۸۷۳        |
| تحصیلات | ۴/۸۸۶ | ۸          | ۰/۷۷۰        |

نتیجه آزمون کای دو نشان داد، از نظر توزیع فراوانی متغیرهای جنسیت ( $p=0/۸۷۳$ )، سن ( $p=0/۸۴۹$ ) و تحصیلات ( $p=0/۷۷۰$ ) بین سه گروه تفاوت معناداری وجود نداشت.

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و گروه گواه

| مؤلفه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه | طرح‌واره درمانی | انحراف میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | گواه   | پیش فرض‌ها (مقدار احتمال) |             |
|---------------------------------------|-----------------|----------------|--------------|---------|--------------|--------|---------------------------|-------------|
|                                       |                 |                |              |         |              |        | همگنی واریانس             | شیب رگرسیون |
| محرومیت هیجانی                        | پیش‌آزمون       | ۱۷/۵۰          | ۶/۶۵         | ۱۵/۲۰   | ۶/۱۴         | ۲۱/۱۰  | ۰/۴۷۲                     | ۰/۵۳۱       |
|                                       | پس‌آزمون        | ۱۴/۳۰          | ۵/۸۶         | ۱۲/۸۰   | ۴/۸۲         | ۲۰/۸۰  | ۰/۹۶۹                     | ۰/۲۱۳       |
| رهاشدگی                               | پیش‌آزمون       | ۱۶/۰۰          | ۶/۳۲         | ۱۴/۸۰   | ۵/۹۴         | ۱۵/۸۰  | ۰/۳۹۲                     | ۰/۰۶۲       |
|                                       | پس‌آزمون        | ۱۳/۹۰          | ۴/۶۷         | ۱۲/۸۰   | ۴/۸۲         | ۱۹/۰۰  | ۰/۰۶۷                     | ۰/۴۹۲       |
| بی‌اعتمادی                            | پیش‌آزمون       | ۱۴/۸۰          | ۶/۳۹         | ۱۳/۴۰   | ۴/۰۶         | ۱۶/۹۰  | ۰/۷۳۷                     | ۰/۴۰۶       |
|                                       | پس‌آزمون        | ۱۲/۵۰          | ۴/۵۵         | ۱۱/۵۰   | ۳/۱۰         | ۱۵/۵۰  | ۰/۵۳۴                     | ۰/۳۴۴       |
| انزوای اجتماعی                        | پیش‌آزمون       | ۱۳/۱۰          | ۶/۱۹         | ۱۶/۱۰   | ۸/۲۲         | ۱۹/۸۰  | ۰/۴۹۷                     | ۰/۶۵۹       |
|                                       | پس‌آزمون        | ۱۰/۹۰          | ۵/۱۰         | ۱۲/۵۰   | ۵/۴۸         | ۱۸/۹۰  | ۰/۷۱۷                     | ۰/۰۹۲       |
| نقص/شرم                               | پیش‌آزمون       | ۱۰/۳۰          | ۵/۰۵         | ۱۰/۲۰   | ۵/۹۹         | ۱۷/۴۰  | ۰/۲۱۸                     | ۰/۰۶۸       |
|                                       | پس‌آزمون        | ۸/۷۰           | ۳/۷۱         | ۹/۰۰    | ۵/۴۹         | ۱۶/۰۰  | ۰/۴۱۸                     | ۰/۲۱۴       |
| شکست                                  | پیش‌آزمون       | ۱۰/۴۰          | ۵/۹۶         | ۱۰/۲۰   | ۵/۳۰         | ۱۷/۴۰  | ۰/۳۵۹                     | ۰/۰۶۷       |
|                                       | پس‌آزمون        | ۹/۸۰           | ۴/۹۳         | ۸/۱۰    | ۳/۷۲         | ۱۵/۵۰  | ۰/۶۰۹                     | ۰/۲۸۹       |
| وابستگی/بی‌کفایتی                     | پیش‌آزمون       | ۹/۹۰           | ۳/۰۸         | ۱۰/۱۰   | ۴/۴۵         | ۱۳/۵۰  | ۰/۶۵۱                     | ۰/۴۹۲       |
|                                       | پس‌آزمون        | ۹/۲۰           | ۵/۴۱         | ۷/۷۰    | ۲/۷۱         | ۱۲/۷۰  | ۰/۴۰۶                     | ۰/۹۸۹       |
| آسیب‌پذیری                            | پیش‌آزمون       | ۱۲/۳۰          | ۴/۴۲         | ۱۳/۵۰   | ۷/۲۶         | ۱۳/۱۰  | ۰/۶۸۴                     | ۰/۶۵۵       |
|                                       | پس‌آزمون        | ۱۰/۷۰          | ۳/۳۳         | ۱۱/۲۰   | ۵/۱۱         | ۱۲/۴۰  | ۰/۲۸۶                     | ۰/۷۸۳       |
| گرفتاری/خویش‌ترشی                     | پیش‌آزمون       | ۱۰/۱۰          | ۵/۲۱         | ۱۳/۵۰   | ۶/۵۱         | ۱۳/۴۰  | ۰/۹۴۳                     | ۰/۱۲۳       |
|                                       | پس‌آزمون        | ۹/۳۰           | ۵/۳۷         | ۱۱/۶۰   | ۴/۳۲         | ۱۲/۱۰  | ۰/۶۹۸                     | ۰/۸۵۴       |
| اطاعت                                 | پیش‌آزمون       | ۱۳/۹۰          | ۵/۶۸         | ۱۳/۹۰   | ۵/۸۳         | ۱۶/۵۰  | ۰/۴۹۵                     | ۰/۱۳۹       |
|                                       | پس‌آزمون        | ۱۳/۶۰          | ۴/۷۶         | ۱۳/۱۰   | ۵/۰۸         | ۱۴/۱۰  | ۰/۹۰۸                     | ۰/۰۸۶       |
| ایثارگری                              | پیش‌آزمون       | ۱۸/۰۰          | ۶/۴۶         | ۱۹/۳۰   | ۵/۲۵         | ۱۸/۷۰۰ | ۰/۷۱۵                     | ۰/۵۶۶       |

۳. ANCOVA

۱. Chi square

۲. Leven

|           |        |       |         |       |         |       |       |       |       |
|-----------|--------|-------|---------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|
| پس‌آزمون  | ۱۷/۴۰  | ۵/۳۳  | ۱۹/۰۰   | ۴/۸۰  | ۱۸/۲۰   | ۵/۵۹  | ۰/۵۰۰ |       |       |
| پیش‌آزمون | ۱۴/۷۰  | ۸/۳۰  | ۱۳/۸۰   | ۵/۱۵  | ۱۹/۴۰   | ۲/۷۹  | ۰/۴۱۰ | ۰/۳۳۵ | ۰/۱۶۳ |
| پس‌آزمون  | ۱۳/۱۰  | ۶/۶۴  | ۱۲/۶۰   | ۴/۵۹  | ۱۸/۴۰   | ۵/۶۲  | ۰/۵۹۰ |       |       |
| پیش‌آزمون | ۱۹/۹۰  | ۴/۳۵  | ۲۲/۲۰   | ۴/۵۴  | ۲۰/۲۰   | ۳/۳۲  | ۰/۳۷۵ | ۰/۴۹۴ | ۰/۶۳۷ |
| پس‌آزمون  | ۱۸/۸۰  | ۲/۳۹  | ۲۰/۱۰   | ۳/۵۱  | ۲۰/۳۰   | ۴/۳۹  | ۰/۹۶۵ |       |       |
| پیش‌آزمون | ۱۸/۱۰  | ۵/۷۲  | ۱۷/۲۰   | ۴/۹۱  | ۲۱/۹۰   | ۲/۴۶  | ۰/۴۱۷ | ۰/۵۸۷ | ۰/۱۳۱ |
| پس‌آزمون  | ۱۷/۶۰  | ۵/۹۱  | ۱۵/۱۰   | ۴/۵۰  | ۲۲/۰۰   | ۲/۴۹  | ۰/۵۹۶ |       |       |
| پیش‌آزمون | ۱۸/۴۰  | ۷/۲۶  | ۱۵/۸۰   | ۴/۸۹  | ۱۸/۹۰   | ۳/۵۷  | ۰/۸۶۱ | ۰/۲۱۴ | ۰/۴۱۸ |
| پس‌آزمون  | ۱۴/۹۰  | ۵/۲۵  | ۱۶/۰۰   | ۴/۰۰  | ۱۸/۴۰   | ۴/۲۴  | ۰/۵۵۵ |       |       |
| پیش‌آزمون | ۲۱۷/۴۰ | ۵۱/۸۲ | ۲۱۹/۲۰  | ۴۰/۱۶ | ۲۶۴/۰۰  | ۲۳/۳۱ | ۰/۹۹۴ | ۰/۶۴۶ | ۰/۱۸۲ |
| پس‌آزمون  | ۱۹۴/۷۰ | ۴۶/۵۵ | ۱۹۳/۱۰۰ | ۳۰/۹۲ | ۲۵۴/۳۰۰ | ۲۸/۲۳ | ۰/۸۸۶ |       |       |

داده‌ها، آزمون کولموگروف اسمیرنوف به کار رفت. مقدار احتمال آماره Z این آزمون در متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در نوبت‌های اجرا و در هر سه گروه پژوهش بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمد ( $p > ۰/۰۵$ )؛ بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد، درباره توزیع متغیرهای بررسی شده در پژوهش حاضر فرض نرمال بودن رد نشد. همچنین برای سنجش پیش‌فرض همگنی واریانس، آماره لون به کار رفت که باتوجه به معنادار نبودن این آزمون، مفروضه همگنی واریانس‌ها رد نشد ( $p > ۰/۰۵$ ). علاوه بر این، باتوجه به معنادار نبودن اثر متقابل پیش‌آزمون با متغیر مستقل، نتایج حاصل از ارزیابی پیش‌فرض همگنی شیب خطوط رگرسیون حاکی از رد نشدن این پیش‌فرض بود ( $p > ۰/۰۵$ ).

بر اساس جدول ۴، میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمره کل متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در گروه شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه و گروه طرح‌واره درمانی در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون کاهش یافت؛ اما نمرات مرحله پس‌آزمون گروه گواه در متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و مؤلفه‌های آن در مقایسه با نمره پیش‌آزمون این گروه تغییر چندانی نشان نداد. به منظور ارزیابی معناداری این تغییرات روش تحلیل کوواریانس و پیش‌فرض‌های آن بررسی شد.

قبل از تحلیل داده‌ها، برای اطمینان از اینکه داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورده می‌کنند، به بررسی مفروضه‌ها پرداخته شد. به منظور ارزیابی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه و طرح‌واره درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

| منبع تغییرات  | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F       | مقدار احتمال | مجذور اتا |
|---------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|-----------|
| اثر پیش‌آزمون | ۲۸۵۷۴/۰۳۳     | ۱          | ۲۸۵۷۴/۰۳۳       | ۱۱۰/۵۷۰ | <۰/۰۰۱       | ۰/۸۱۰     |
| عضویت گروهی   | ۲۸۱۹/۴۱۶      | ۲          | ۱۴۰۹/۷۰۸        | ۵/۴۵۵   | <۰/۰۰۱       | ۰/۲۹۶     |
| خطا           | ۶۷۱۹/۰۶۷      | ۲۶         | ۲۵۸/۴۲۶         | -       | -            | -         |
| کل            | ۱۴۳۳۹۳۵/۰۰۰   | ۳۰         | -               | -       | -            | -         |

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد، بعد از تعدیل اثر پیش‌آزمون، شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه و طرح‌واره درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تأثیر معناداری داشت ( $p < ۰/۰۰۱$ )؛ به‌طوری‌که این نتایج مشخص کرد، میزان تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه و طرح‌واره درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ۲۹/۶ درصد است. به‌منظور تعیین تفاوت اثربخشی هریک از روش‌های درمانی بر متغیر وابسته (طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه) از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مبنی بر مقایسه دو به دوی گروه‌ها درباره متغیر طرح‌واره ناسازگار اولیه

| گروه                         | گروه مقایسه شده | تفاوت میانگین‌ها | خطای معیار | مقدار احتمال |
|------------------------------|-----------------|------------------|------------|--------------|
| شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه | طرح‌واره درمانی | -۳/۰۵            | ۷/۱۹       | ۰/۶۷۰        |
|                              | گواه            | -۲۴/۹۲           | ۷/۹۷       | <۰/۰۰۱       |
| طرح‌واره درمانی              | شناخت درمانی    | ۳/۰۵             | ۷/۱۹       | ۰/۶۷۰        |
|                              | گواه            | -۲۱/۸۶           | ۸/۰۳       | <۰/۰۰۱       |

جدول ۶ نشان می‌دهد، بین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه و طرح‌واره درمانی در تعدیل طرح‌واره ناسازگار اولیه تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p = ۰/۶۷۰$ )؛ با این حال این دو گروه در مقایسه با گروه گواه دارای تفاوت معناداری داشتند ( $p < ۰/۰۰۱$ ).

هدف تحقیق حاضر مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه با مداخله مبتنی بر طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه زنان و مردان مراجعه‌کننده به مراکز اعصاب و روان شهر قم بود. یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد، هم طرحواره درمانی و هم شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد مراجعه‌کننده به مراکز اعصاب و روان شهر قم مؤثر بودند. این اثربخشی در مقایسه نمرات گروه‌های آزمایش (طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه) با گروه گواه مشاهده شد؛ به‌طوری‌که نتایج مشخص کرد، میانگین نمرات متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه‌های آزمایش (طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه) در پس‌آزمون در مقایسه با نمرات پیش‌آزمون این گروه‌ها و نیز در مقایسه با گروه گواه کاهش معناداری داشت.

این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های مشابه موجود در این زمینه همسوست؛ ازجمله این مطالعات می‌توان به پژوهش شاه‌مرادی و همکاران اشاره کرد. آن‌ها با مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر طرحواره‌های ناسازگار و سلامت عمومی بیماران مبتلا به ویتیلیگو، دریافتند که هر دو درمان بر طرحواره‌های ناسازگار و سلامت عمومی مبتلایان به ویتیلیگو مؤثر است (۸). در پژوهش همسوی دیگر با نتایج مطالعه حاضر، احمدی و همکاران با ارزیابی اثربخشی طرحواره درمانی، بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق، مشاهده کردند که طرحواره درمانی تأثیر معناداری بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین متقاضی طلاق دارد (۹). در پژوهش دیگری در این زمینه اورکی و همکاران به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی می‌تواند طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های ناایمن اجتنابی و دوسوگرا را در مردان وابسته به هروئین کاهش دهد (۱۰). کورکماز در پژوهشی نشان داد، طرحواره درمانی بر تعدیل سطوح افسردگی و افزایش سطوح شادکامی معلمان مؤثر است (۱۱). دوران و همکاران در تحقیقی با ارزیابی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه در مقایسه با مواجهه طولانی مدت بر اختلال استرس پس از سانحه، دریافتند که هر دو مداخله بر کاهش اختلال استرس پس از سانحه در شرکت‌کنندگان در پژوهش تأثیر دارد (۱۷).

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توان گفت، طرحواره درمانی بستری را به‌منظور سرگذشت زندگی و شناسایی نیازهای عاطفی افراد فراهم می‌آورد و با تأکید بر فعالیت منسجم و اهداف واقع‌بینانه بر طرحواره‌های ناسازگار آن‌ها غلبه می‌کند؛ همچنین موجب پیدایش نگرش مثبت به درمان و درنهایت تأثیر بر کیفیت زندگی و بهداشت روانی آن‌ها می‌شود. راهبردهای شناختی طرحواره درمانی کمک می‌کند تا افراد تحت این درمان با سازمان‌دهی مجدد الگوهای هیجانی، زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها فراهم کنند. ازسویی، با برانگیخته‌شدن طرحواره‌ها و ارتباط آن‌ها با مسائل کنونی بستری را برای بینش هیجانی، اجتناب عاطفی و اختلال در تنظیم هیجان و متعاقب آن بهبود طرحواره‌ها مهیا کند (۸). در تبیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه بر تعدیل

طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توان گفت، شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه با استفاده از فرم‌های ثبت افکار و استفاده از استعاره صحن دادگاه، باورهای فرد را که با عنوان خودم‌مقصر بینی مفهوم‌سازی شده است، به چالش می‌کشد؛ همچنین با قراردادن او در موقعیت‌های مختلف و با استفاده از تکنیک‌های مختلف به فرد کمک می‌کند درباره افکار منفی و مفروضه‌های ناکارآمد و طرحواره‌های ناسازگار آگاهی پیدا کند و در راستای تغییر اصلاح و درمان آن‌ها گام بردارد (۲۱). به عبارتی دیگر، این نوع مداخله نیز همچون سایر مداخلات مبتنی بر شناخت درمانی، از طریق به چالش کشیدن مفروضه‌ها و افکار منفی شرکت‌کنندگان و با ایجاد بازسازی شناختی در آن‌ها می‌تواند بر کاهش علائم بالینی آنان و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه که خود بر نوعی مؤلفه شناختی استوار است، اثرگذار باشد.

در تبیین نتیجه دیگر حاصل از این پژوهش مبنی بر وجودنداشتن تفاوت معنادار بین طرحواره درمانی با شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه در اثربخشی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توان به اشتراکات این دو رویکرد باهم اشاره کرد. به‌عبارتی، در بررسی مبانی و پایه‌های شکل‌گیری این دو مداخله نکته اشتراکی وجود دارد؛ به این صورت که هر دو مداخله تا حدودی وام‌دار رویکرد کلی‌تری تحت عنوان شناخت درمانی است که امکان دارد در تشابه نتایج حاصل از این دو مداخله به همدیگر و در نتیجه مشاهده‌نشدن تفاوت معنادار بین دو مداخله در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پژوهش حاضر دخیل باشد؛ به‌طوری‌که شواهد نظری و تجربی موجود نیز مبین این امر است که طرحواره درمانی نقاط اشتراکی زیادی با رویکرد شناخت درمانی اصلاح‌شده بک دارد (۲۳)؛ برای مثال، راهبردهای شناختی و رفتاری مراجع که در رویکردهای شناختی مطرح شد، با دیدگاه طرحواره درمانی درخصوص سبک‌های مقابله‌ای همخوان است. علاوه‌براین، هر دو مدل به‌منظور درک شخصیت بر ساختارهای مرکزی مثل طرح‌واره و ذهنیت‌ها تأکید دارد. هر دو نظریه، شناخت، انگیزش، هیجان، میراث ژنتیکی، مکانیزم‌های مقابله‌ای و تأثیرات فرهنگی را به‌عنوان جنبه‌های مهم شخصیت مدنظر قرار می‌دهند و تأکید می‌کنند که در فرایند درمان باید به جنبه‌های هشیار و ناهشیار شخصیت توجه شود؛ بنابراین در کل می‌توان گفت، مداخلات مبتنی بر شناخت درمانی همچون شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه با طرحواره درمانی در حوزه‌های بنیادی باهم توافق نظری دارند که به مشاهده‌نشدن تفاوت معنادار در زمینه نتایج این مداخلات منجر می‌شود (۲۳). علاوه‌براین، ذکر این نکته اهمیت دارد که از مؤلفه‌های بسیار مهم تشکیل‌دهنده طرحواره‌های ناسازگار اولیه، مؤلفه شناختی است (۲۴)؛ بنابراین مشاهده‌نشدن تفاوت معنادار در اثربخشی درمان طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند ناشی از اشتراکات مبانی و نظری این دو رویکرد و نیز تأثیرگذاری هر دو رویکرد بر مؤلفه شناختی این طرح‌واره‌ها باشد.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس اشاره کرد که تعمیم نتایج را به جوامع دیگر نیازمند احتیاط می‌کند. همچنین، انجام‌نشدن آزمون‌های پیگیری به‌دلیل نبود وقت کافی از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود؛ ازاین‌رو،

## ۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان به‌منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، بعد از تشریح کامل هدف پژوهش و اطمینان‌دهی درباره محرمانه‌ماندن اطلاعات شرکت‌کنندگان، رضایت کتبی افراد مدنظر برای شرکت در پژوهش اخذ شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های این پژوهش از طریق ارتباط با نویسنده مقاله با آدرس [taghvaei@iau.Arak.ac.ir](mailto:taghvaei@iau.Arak.ac.ir) در دسترس است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

اعتبار برای انجام این پژوهش از منابع شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول، ایده‌پردازی و اجرا و نگارش مقاله را بر عهده داشت. بازبینی تخصصی نگارش و نظارت بر روند اجرا و تحلیل داده‌های مطالعه توسط نویسنده دوم صورت گرفت. نویسنده سوم نگارش فنی و ویراستاری ادبی مقاله را انجام داد.

پیشنهاد می‌شود محققان در پژوهش‌های بعدی در این زمینه پژوهش مشابهی بر نمونه‌های مطالعاتی دیگر و با حجم وسیع‌تر انجام دهند. توصیه می‌شود محققان اثربخشی دو مداخله بررسی شده در این پژوهش را بر سایر متغیرهای روان‌شناختی افراد مراجعه‌کننده به مراکز بالینی بررسی کنند. علاوه بر این، با توجه به اثربخشی این مداخلات بر کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، پیشنهاد می‌شود مشاوران و روان‌شناسان، این مداخلات را در حوزه فعالیت‌های مشاوره‌ای و روان‌درمانی خود با افراد مراجعه‌کننده به مراکز روان‌شناختی و بالینی به‌کار ببرند.

## ۵ نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که هم شناخت درمانی مبتنی بر محاکمه و هم طرح‌واره‌درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه اثربخشی دارند و بین این دو مداخله از نظر تأثیرگذاری بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تفاوت آشکار وجود ندارد؛ پس از هر دو درمان می‌توان در تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه استفاده کرد.

## ۶ تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند که از همکاری تمامی شرکت‌کنندگان در این تحقیق نهایت تشکر و قدردانی خود را اعلام بدارند.

## References

- Korkmaz Z. The effect of the schema therapy-based psycho-education program on the depression and happiness levels of teachers. *Humanistic Perspective*. 2021;3(3):720–36. <https://doi.org/10.47793/hp.1002583>
- Ghamkhar Fard Z, Schneider S, Hudson JL, Habibi M, Pooravari M, Haji Heidari Z. Early maladaptive schemas as predictors of child anxiety: the role of child and mother schemas. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*. 2014;1(2):9–18. <https://doi.org/10.22037/ijabs.v1i2.7564>
- Yoosefi N. Comparison of the effectiveness of family therapy based on schema therapy and Bowen's emotional system therapy on the early maladaptive schema among divorce applicant clients. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2012;13(4):356–73. [Persian] [https://jfmh.mums.ac.ir/?\\_action=articleInfo&article=924&lang=en](https://jfmh.mums.ac.ir/?_action=articleInfo&article=924&lang=en)
- Young JE, Kolosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy*. New York: Guilford Press; 2003.
- Ghahari S, Viesy F, Kavand H, Yeke Fallah M, Zandifar H, Farrokhi N, et al. Psychometric properties of Early Maladaptive Schemas Questionnaire Short Form-75 Items (YSQ-SF). *Nurse and Physician within War Journal*. 2020;8(27):31–40. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/npwj.8.27.31>
- Dehghani S, Izadikhah Z, Mohammadtaghi Nasab M, Rezaei E. The path analysis of early maladaptive schemas, coping strategies and mental quality of life. *J Res Behav Sci*. 2014;12(1):1–8. [Persian] <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-357-en.html>
- Taylor CD, Arntz A. *Schema therapy*. In: Wood AM, Johnson J; editors. *The Wiley handbook of positive clinical psychology*. Chichester, West Sussex Malden, MA Oxford: Wiley Blackwell; 2016.
- Shahmoradi Z, Khaleghipour S, Masjedi M. Comparing effectiveness of “schema therapy” and “mindfulness-based cognitive therapy” on maladaptive schemas and general health in patients with vitiligo. *Journal of Health Promotion Management*. 2019;7(6):42–52. [Persian] <http://jhpm.ir/article-1-835-en.html>
- Ahmadi S, Maredpoor A, Mahmoudi A. Effectiveness of schema therapy on initial incompatible schemas, increasing quality of life and marital satisfaction in divorce applicants in Shiraz. *Psychological Methods and Models*, 2021;11(41):53–70. [Persian] [http://jpmm.miau.ac.ir/article\\_4529.html?lang=en](http://jpmm.miau.ac.ir/article_4529.html?lang=en)
- Oraki M, Dortaj A, Mahdizadeh A. Effectiveness of schema therapy in early maladaptive schemas and insecure attachment styles in heroin dependent people. *Etiadpajohi*. 2018;12(46):37–54. [Persian] <http://etiadpajohi.ir/article-1-1672-en.html>

11. Rahimi S, Kalantari M, Abedi MR, Modares Gharavi SM. The role of early maladaptive schemas and difficulties in emotion regulation in the prediction of gender dysphoria in transsexual men. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2019;6(3):144–55. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/shenakht.6.3.144>
12. De Oliveira IR. Trial-based cognitive therapy: a manual for clinicians. New York: Routledge; 2014. <https://doi.org/10.4324/9781315754918>
13. De Oliveira IR. Trial-based cognitive therapy (TBCT): a new cognitive-behavior therapy approach. In: De Oliveira IR, Schwartz T, Stahl SM; editors. *Integrating psychotherapy and psychopharmacology, a handbook for clinicians*. First edition. New York: Routledge; 2013.
14. De Oliveira IR. Trial-based thought record (TBTR): preliminary data on a strategy to deal with core beliefs by combining sentence reversion and the use of analogy with a judicial process. *Braz J Psychiatry*. 2008;30(1):12–18. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000100003>
15. De Oliveira IR, Hemmamy C, Powell VB, Bonfim TD, Duran EP, Novais N, et al. Trial-based psychotherapy and the efficacy of trial-based thought record in changing unhelpful core beliefs and reducing self-criticism. *CNS Spectr*. 2012;17(1):16–23. <https://doi.org/10.1017/S1092852912000399>
16. De Oliveira IR. Trial-based cognitive therapy: distinctive features. First edition. New York: Routledge; 2016. <https://doi.org/10.4324/9781315725000>
17. Duran ÉP, Corchs F, Vianna A, Araújo ÁC, Del Real N, Silva C, et al. A randomized clinical trial to assess the efficacy of trial-based cognitive therapy compared to prolonged exposure for post-traumatic stress disorder: preliminary findings. *CNS Spectr*. 2021;26(4):427–34. <https://doi.org/10.1017/S1092852920001455>
18. Powell VB, Oliveira OH de, Seixas C, Almeida C, Grangeon MC, Caldas M, et al. Changing core beliefs with trial-based cognitive therapy may improve quality of life in social phobia: a randomized study. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2013;35(3):243–7. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-0863>
19. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Second edition. Hillsdale, NJ: Hillsdale NJ Erlbaum; 1988.
20. Young JE, Brown G. Young schema questionnaire short form. New York: Cognitive Therapy Centre; 1998.
21. De Oliveira IR. Shenakht darmani mobtani bar mohakeme majmoo'eye tond amooz rafter darmani shenakhti [Cognitive-trial therapy based on the accelerated set of cognitive-behavioral therapy]. Faraji M. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2020.
22. Khosravani V, Najafi M, Mohammadzadeh A. The Young Schema Questionnaire-short form: a Persian version among a large sample of psychiatric patients. *Int J Ment Health Addiction*. 2020;18(4):949–67. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9997-2>
23. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. Hamidpour H, Andouz Z. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2010.
24. Kopf-Beck J, Zimmermann P, Egli S, Rein M, Kappelmann N, Fietz J, et al. Schema therapy versus cognitive behavioral therapy versus individual supportive therapy for depression in an inpatient and day clinic setting: study protocol of the OPTIMA-RCT. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):506. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02880-x>