MEJDS. 2021; 11:190.

Published online 2022 Jan. **Original Article**

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

Faragi M[1], *Taghvaei D[2], Jahangiri MM[3]

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

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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۹۰.

انتشار برخط دی ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه با طرح‌واره‌درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیهٔ زنان و مردان مراجعه‌کننده به مراکز اعصاب و روان شهر قم

مهدی فرجی[۱]، *داوود تقوائی[۲]، محمدمهدی جهانگیری[۳]

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.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** d-taghvaei@iau.Arak.ac.ir

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

چکیده

زمینه و هدف: باتوجه به تأثیرات منفی ناشی‌از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در ابعاد مختلف زندگی فردی، اجتماعی، شغلی و تحصیلی افراد مختلف، هدف از این پژوهش مقایسهٔ اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه با طرح‌واره‌درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیهٔ زنان و مردان مراجعه‌کننده به مراکز اعصاب و روان شهر قم بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌همراه گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی زنان و مردان مراجعه‌کننده به مرکز اعصاب و روان شهر قم در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که برای بررسی و پرداختن به مسائل و مشکلات روان‌شناختی خود به این مراکز مراجعه کردند. از بین آن‌ها سی نفر از افراد داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی به گروه‌های پژوهش (ده نفر گروه طرح‌واره‌درمانی، ده نفر گروه شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه، ده نفر گروه گواه) تخصیص یافتند. ابزار پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر سه گروه، فرم کوتاه پرسش‌نامهٔ طرح‌واره‌های ناسازگار اولیهٔ یانگ (یانگ و براون، ۱۹۹۸) بود. پروتکل طرح‌واره‌درمانی یانگ در هشت جلسهٔ ۴۵ دقیقه‌ای و پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه در هشت جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای، صرفاً برای هریک از گروه‌های آزمایش اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها، تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کار رفت که همهٔ این آزمون‌ها در سطح معناداری (α=۰/۰۵) در نسخهٔ ۲۱ نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه و طرح‌واره‌درمانی در تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیهٔ افراد مراجعه‌کننده به مراکز اعصاب و روان تأثیر معناداری داشتند (p<۰/۰۰۱). همچنین بین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه و طرح‌واره‌درمانی در تعدیل طرح‌وارهٔ ناسازگار اولیه تفاوت معناداری وجود نداشت (p=۰/۶۷۰)؛ بااین‌حال این دو گروه درمقایسه با گروه گواه دارای تفاوت معناداری داشتند (p<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که هم شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه و هم طرح‌واره‌درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه اثربخشی دارند.

کلیدواژه‌ها: شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه، طرح‌واره‌درمانی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

۱ مقدمه

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[1]، سازگاری اجتماعی[2] و روابط میان‌فردی[3] بعدی فرد تحت‌تأثیر 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[4] 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 درخورتوجهی 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 هستهٔ اصلی اختلالات شخصیت[5]، مشکلات منش‌شناختی[6] خفیف‌تر و بسیاری از اختلالات مزمن[7] محوری قرار گیرد. به‌عبارتی، 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، نوروزگرایی، سوءمصرف مواد و اختلالات دوقطبی مرتبط است (۶).

از درمان‌های بسیار رایجی که در حوزهٔ طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه استفاده می‌شود، طرح‌واره‌درمانی[8] است. طرح‌واره‌درمانی نوعی روان‌درمانی یکپارچه برای درمان اختلالات روانی پیچیده است که برای اولین‌بار ۲۵ سال پیش مطرح شد (۷). طرح‌واره‌درمانی از طیفی از مفاهیم و روش‌های نظری ازجمله درمان شناختی‌رفتاری[9]، نظریهٔ دلبستگی[10]، ایده‌های بین‌فردی[11]، و تئوری روابط شیئی[12] استفاده می‌کند. در این مدل درمانی علاوه‌بر 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 به‌دنبال آن راهبردهای مقابله‌ای غیرسازنده با طرح‌واره در آن‌ها شکل می‌گیرد (۷).

بررسی‌های صورت‌گرفته در زمینهٔ اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر پریشانی و مشکلات روان‌شناختی متعدد حاکی‌از اثربخشی این درمان بر جنبه‌های مختلف روان‌شناختی افراد مختلف است؛ برای مثال شاه‌مرادی و همکاران در پژوهشی به مقایسهٔ اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر 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 اجتنابی و دوسوگرا را در مردان وابسته به هروئین کاهش دهد (۱۰). علاوه‌براین، 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 مثمر ثمر باشد، مداخلات مبتنی‌بر درمان‌های شناختی است (۱۱). یکی از انواع مداخلات مبتنی‌بر رویکرد شناختی که در ایران کمتر به آن پرداخته شده است، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه[13] است. شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه مدل جدیدی از درمان شناختی است که اگرچه کماکان بر شناخت‌درمانی بک[14] استوار است، ویژگی‌های متمایز و منحصربه‌فردی ارائه می‌دهد و تکنیک‌های استاندارد درمان شناختی‌رفتاری را به‌صورت مرحله به مرحله سازماندهی می‌کند (۱۲). شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه با انتشار ثبت افکار براساس معکوس‌کردن جملات که ثبت افکار در پنج ستون توصیفی بود، آغاز شد (۱۳). در خلال بسط و تشریح ثبت افکار پنج‌ستونی با الهام از نمایش محاکمهٔ فرانس کافکا[15]، استعارهٔ صحن دادگاه و دو ستون دیگر به ستون‌های قبلی اضافه شد و به‌عنوان ثبت افکار براساس محاکمه نام گرفت (۱۴). با مطالعهٔ نتایج به‌دست‌آمده از این ثبت افکار (۱۵) و استفاده از تکنیک‌های دیگر رویکردها، رویکرد جدیدی به نام شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه ایجاد شد. شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه با استفاده از فرم‌های ثبت افکار و استعارهٔ صحن دادگاه، باورهای فرد را که با عنوان خودمقصربینی

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
9. Cognitive Behavioral Therapy
10. Attachment Theory
11. Interpersonal ideas
12. Object relations
13. Trial-based Cognitive Therapy
14. Beck
15. Franz Kafka

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

مفهوم‌سازی شده است، به چالش می‌کشد؛ همچنین با قراردادن او در موقعیت‌های مختلف نظیر وکیل‌مدافع، قاضی و متهم، با استفاده از تکنیک‌های مختلف به فرد کمک می‌کند تا دربارهٔ افکار منفی و مفروضه‌های ناکارآمد و طرح‌واره‌های ناسازگارش آگاهی پیدا کند و در راستای تغییر اصلاح و درمان آن‌ها گام بردارد (۱۶). اثربخشی این درمان در ایران بررسی نشده است؛ بااین‌حال برخی از پژوهش‌های خارجی اثربخشی این درمان را در حوزه‌های مختلف نشان داده است. در این زمینه می‌توان به مطالعهٔ دوران و همکاران اشاره کرد. آن‌ها در تحقیقی به ارزیابی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه درمقایسه با مواجههٔ طولانی‌مدت بر اختلال استرس پس از سانحه پرداختند. یافته‌ها حاکی‌از 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، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه همچون شناخت‌درمانی رایج، در بهبود چندین حوزهٔ کیفیت زندگی مؤثر است (۱۸).

باتوجه به نتایج مثبت استفاده از شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه در مطالعات خارجی که بیانگر اثربخشی این مداخله در زمینه‌های مختلف و بر نمونه‌های پژوهشی متفاوت بود، انجام پژوهشی به‌منظور سنجش اثربخشی این مداخله در ایران ضروری می‌نماید؛ چراکه تاکنون در ایران پژوهشی برای بررسی اثربخشی این مداخله صورت نگرفته است. در همین راستا، مقایسهٔ نتایج این مداخله با مداخلات مشابهی که اثربخشی آن در ایران تأیید شده است، قضاوت دربارهٔ این مداخله را راحت‌تر می‌کند؛ بنابراین، باتوجه به نقاط اشتراک طرح‌واره‌درمانی با رویکردهای شناختی، هدف از پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه با طرح‌واره‌درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیهٔ زنان و مردان مراجعه‌کننده به مراکز اعصاب و روان شهر قم بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌همراه گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی زنان و مردان مراجعه‌کننده به مرکز اعصاب و روان شهر قم در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که برای بررسی و پرداختن به مسائل و مشکلات روان‌شناختی خود به این مرکز مراجعه کردند. از بین آن‌ها سی نفر از افراد داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی به گروه‌های پژوهش (ده نفر گروه طرح‌واره‌درمانی، ده نفر گروه شناخت‌درمانی، ده نفر گروه گواه) تخصیص یافتند. حجم نمونهٔ لازم برای این پژوهش با استفاده از جدول کوهن (۱۹) و با درنظرگرفتن اندازهٔ اثر ۰/۳، سطح احتمال ۵۰درصد و توان آزمون ۹۵درصد برابر با سی نفر برآورد شد. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: تمایل‌داشتن به شرکت در پژوهش؛ ساکن‌بودن در شهر قم؛ نداشتن مشکلات بیماری جسمانی خاص؛ برخورداری از سواد خواندن و نوشتن برای پرکردن پرسش‌نامهٔ پژوهش. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش شامل بی‌میلی برای شرکت در ادامهٔ پژوهش، نقل مکان از شهر قم در طول انجام پژوهش، غیبت در جلسات گروه‌های آزمایش و شرکت هم‌زمان در جلسات درمانی یا آموزشی دیگر بود. اطمینان‌دهی دربارهٔ محرمانه‌ماندن اطلاعات و آماده‌کردن شرکت‌کنندگان از لحاظ روانی برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت‌شده در این پژوهش بود.

به‌منظور 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 ملاک‌های ورود به پژوهش و حجم نمونهٔ برآوردشدهٔ قبلی که سی نفر بود، از میان افراد واجد شرایط داوطلب شرکت در پژوهش سی نفر وارد مطالعه شدند. سپس به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (گروه شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه و گروه طرح‌واره‌درمانی) و گروه گواه تخصیص یافتند. همچنین با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، با آگاه‌سازی افراد منتخب برای گروه‌ها و کسب اجازه از آن‌ها، رضایت مشارکت‌کنندگان برای شرکت در این پژوهش جلب شد. ضمن توجیه شرکت‌کنندگان و بیان اهداف پژوهش برای آن‌ها، از آنان درخواست شد تا اعضای هر سه گروه فرم کوتاه پرسش‌نامهٔ طرح‌واره‌های ناسازگار اولیهٔ یانگ[1] (۲۰) را تکمیل کنند که به‌عنوان گام اول اجرای پژوهش (پیش‌آزمون) ضروری بود. برای این منظور از آن‌ها درخواست شد پرسش‌نامه‌های مدنظر را متناسب با ویژگی‌های خود تکمیل کنند و تا حد امکان سؤالی را بدون جواب نگذارند. سپس اعضای گروه شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه با استفاده از پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمهٔ دی اولیویرا (۲۱) و اعضای گروه طرح‌واره‌درمانی با استفاده از پروتکل طرح‌واره‌درمانی یانگ و همکاران (۴) آموزش مدنظر را دریافت کردند. برای اعضای گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. اجرای جلسات گروه‌های آزمایش به‌صورت گروهی و در هفته یک‌بار در سالن جلسات مرکز اعصاب و روان شهر قم بود. درنهایت پس از اتمام جلسات و در فاصلهٔ زمانی دوماه‌ونیم بعد از اجرای پیش‌آزمون، به‌طور مجدد، فرم کوتاه پرسش‌نامهٔ طرح‌واره‌های ناسازگار اولیهٔ یانگ (۲۰) توسط اعضای هر سه گروه تکمیل شد. در پایان ضمن قدردانی از اعضای هر سه گروه و مشخص‌کردن زمانی برای آموزش مجزای گروه گواه (به‌منظور رعایت اخلاق پژوهش)، پرسش‌نامه‌ها برای تجزیه‌وتحلیل وارد نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۱ شدند.

به‌منظور گردآوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

ـ فرم کوتاه پرسش‌نامهٔ طرح‌واره‌های ناسازگار اولیهٔ یانگ: پرسش‌نامهٔ طرح‌واره‌های ناسازگار اولیهٔ 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 پرسش‌نامه به‌کار رفت که در سال ۱۹۹۸ توسط یانگ و براون تدوین شد (۲۰). این فرم پرسش‌نامه ۷۵ سؤال دارد و برای سنجش پانزده طرح‌وارهٔ ناسازگار اولیه شامل محرومیت هیجانی[2]، رهاشدگی[3]،

[1]. Young Schema Questionnaire-Short Form

[2]. Emotional deprivation

[3]. Abandonment

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

بی‌اعتماد ی[1] ، انزوای اجتماع ی[2] ، نقص/شر م[3] ، شکس ت[4] ، وابستگی/بی‌کفایتی[5]، آسیب‌پذیری[6]، گرفتاری/خویشتن تحول‌نیافته[7]، اطاعت[8]، ایثارگری[9]، بازداری هیجانی[10]، معیارهای سرسختانه[11]، استحقاق[12] و خودانظباطی[13]، 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. نمرهٔ 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 سازهٔ این ابزار با استفاده از تحلیل عاملی بررسی شد و نتایج تحلیل عاملی پانزده عاملِ 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 پرسش‌نامهٔ افسردگی بک[14]، پرسش‌نامهٔ دلبستگی بزرگسالان[15] و پرسش‌نامهٔ آسیب‌های دوران کودکی[16] به‌ترتیب ۰/۶۰، ۰/۵۰ و ۰/۵۲ به‌دست آمد (۲۲).

ـ پروتکل طرح‌واره‌درمانی: این پروتکل شامل هشت جلسهٔ 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. خلاصهٔ محتوای جلسات این پروتکل در جدول ۱ شرح داده شده است.

ـ پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه: این پروتکل با استفاده از کتاب *شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه از دی اولیویرا* (۲۱) در هشت جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای 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. خلاصهٔ محتوای جلسات پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه در جدول ۲ بیان شده است.

جدول ۱. خلاصهٔ 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 تهیهٔ فلش‌کارت‌های طرح‌واره‌ای
ششم	آموزش استفاده از تکنیک‌های تصویرسازی مجدد و رویارویی همدلانه به افراد گروه
هفتم	آشناشدن 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. خلاصهٔ محتوای جلسات پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه

جلسه	محتوای جلسه
اول	خوشامدگویی به افراد گروه و معرفی گروه و توضیح اهداف
دوم	توضیح و آشناکردن 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 مبتنی‌بر محاکمه
ششم	آشنایی افراد گروه با اثرات اجتناب در پایداری مشکل و مزایای مواجهه
هفتم	آموزش روش محاکمهٔ افکار و ثبت افکار مبتنی‌بر محاکمه
هشتم	پرداختن به خسارت‌های واردشده و بررسی صلاحیت افکار و باورهای ناکارآمد

1. Mistrust
2. Social isolation
3. Defectiveness/shame
4. Failure
5. Dependence/incompetence
6. Vulnerability
7. Enmeshment/undeveloped self
8. Subjugation
9. Self-sacrifice
10. Emotional inhibition
11. Unrelenting standards
12. Entitlement
13. Self-discipline
14. Beck Depression Inventory
15. Adult Attachment Inventory
16. Childhood Trauma Questionnaire

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

برای تحلیل داده‌های پژوهش حاضر از آمار توصیفی (شاخص‌های میانگین و انحراف معیار)، آزمون کای‌د و[1] ، آزمون کولموگروف‌اسمیرنف (برای سنجش پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع داده‌ها)، بررسی اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون (به‌منظور بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خطوط رگرسیون)، آزمون لون[2] (برای سنجش پیش‌فرض همگنی واریانس)، تحلیل کوواریانس تک‌متغیره[3] (به‌منظور سنجش تفاوت اثربخشی گروه‌ها بر متغیر وابسته) و آزمون تعقیبی بونفرونی (برای مشخص‌کردن تفاوت بین گروه‌ها) استفاده شد. تحلیل همهٔ این آزمون‌ها در سطح معناداری (α=۰/۰۵) در نسخهٔ ۲۱ نرم‌افزار SPSS صورت گرفت.

۳ یافته‌ها

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

جدول ۳. مقایسهٔ تفاوت گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با آزمون کای‌دو

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

نتیجهٔ آزمون کای‌دو نشان داد، از نظر توزیع فراوانی متغیرهای جنسیت (p=۰/۸۷۳)، سن (p=۰/۸۴۹) و تحصیلات (p=۰/۷۷۰) بین سه گروه تفاوت معناداری وجود نداشت.

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

مؤلفه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه		طرح‌واره‌درمانی		شناخت‌درمانی		گواه		پیش‌فرض‌ها (مقدار احتمال)		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	نرمال‌بودن داده‌ها	همگنی واریانس	شیب رگرسیون
محرومیت هیجانی	پیش‌آزمون	۱۷/۵۰	۶/۶۵	۱۵/۲۰	۶/۱۴	۲۱/۱۰	۵/۷۰	۰/۴۷۲	۰/۵۳۱	۰/۲۱۳
	پس‌آزمون	۱۴/۳۰	۵/۸۶	۱۲/۸۰	۴/۸۲	۲۰/۸۰	۵/۹۵	۰/۹۶۹		
رهاشدگی	پیش‌آزمون	۱۶/۰۰	۶/۳۲	۱۴/۸۰	۵/۹۴	۱۵/۸۰	۵/۳۴	۰/۳۹۲	۰/۰۶۲	۰/۴۹۲
	پس‌آزمون	۱۳/۹۰	۴/۶۷	۱۲/۸۰	۴/۸۲	۱۹/۰۰	۰/۱۸	۰/۰۶۷		
بی‌اعتمادی	پیش‌آزمون	۱۴/۸۰	۶/۳۹	۱۳/۴۰	۴/۰۶	۱۶/۹۰	۵/۱۷	۰/۷۳۷	۰/۴۰۶	۰/۳۴۴
	پس‌آزمون	۱۲/۵۰	۴/۵۵	۱۱/۵۰	۳/۱۰	۱۵/۵۰	۵/۸۳	۰/۵۳۴		
انزوای اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۳/۱۰	۶/۱۹	۱۶/۱۰	۸/۲۲	۱۹/۸۰	۴/۴۹	۰/۴۹۷	۰/۶۵۹	۰/۰۹۲
	پس‌آزمون	۱۰/۹۰	۵/۱۰	۱۲/۵۰	۵/۴۸	۱۸/۹۰	۴/۰۶	۰/۷۱۷		
نقص/شرم	پیش‌آزمون	۱۰/۳۰	۵/۰۵	۱۰/۲۰	۵/۹۹	۱۷/۴۰	۲/۸۷	۰/۲۱۸	۰/۰۶۸	۰/۲۱۴
	پس‌آزمون	۸/۷۰	۳/۷۱	۹/۰۰	۵/۴۹	۱۶/۰۰	۴/۱۰	۰/۴۱۸		
شکست	پیش‌آزمون	۱۰/۴۰	۵/۹۶	۱۰/۲۰	۵/۳۰	۱۷/۴۰	۲/۷۱	۰/۳۵۹	۰/۰۶۷	۰/۲۸۹
	پس‌آزمون	۹/۸۰	۴/۹۳	۸/۱۰	۳/۷۲	۱۵/۵۰	۴/۶۹	۰/۶۰۹		
وابستگی/بی‌کفایتی	پیش‌آزمون	۹/۹۰	۳/۰۸	۱۰/۱۰	۴/۴۵	۱۳/۵۰	۳/۸۰	۰/۶۵۱	۰/۴۹۲	۰/۹۸۹
	پس‌آزمون	۹/۲۰	۵/۴۱	۷/۷۰	۲/۷۱	۱۲/۷۰	۴/۳۷	۰/۴۰۶		
آسیب‌پذیری	پیش‌آزمون	۱۲/۳۰	۴/۴۲	۱۳/۵۰	۷/۲۶	۱۳/۱۰	۳/۵۴	۰/۶۸۴	۰/۶۵۵	۰/۷۸۳
	پس‌آزمون	۱۰/۷۰	۳/۳۳	۱۱/۲۰	۵/۱۱	۱۲/۴۰	۴/۲۷	۰/۲۸۶		
گرفتاری/خویشتن تحول‌نیافته	پیش‌آزمون	۱۰/۱۰	۵/۲۱	۱۳/۵۰	۶/۵۱	۱۳/۴۰	۴/۲۴	۰/۹۴۳	۰/۱۲۳	۰/۸۵۴
	پس‌آزمون	۹/۳۰	۵/۳۷	۱۱/۶۰	۴/۳۲	۱۲/۱۰	۴/۷۷	۰/۶۹۸		
اطاعت	پیش‌آزمون	۱۳/۹۰	۵/۶۸	۱۳/۹۰	۵/۸۳	۱۶/۵۰	۳/۴۰	۰/۴۹۵	۰/۱۳۹	۰/۰۸۶
	پس‌آزمون	۱۳/۶۰	۴/۷۶	۱۳/۱۰	۵/۰۸	۱۴/۱۰	۴/۵۳	۰/۹۰۸		
ایثارگری	پیش‌آزمون	۱۸/۰۰	۶/۴۶	۱۹/۳۰	۵/۲۵	۱۸/۷۰۰	۴/۰۰	۰/۷۱۵	۰/۵۷۸	۰/۵۶۶

[1]. Chi square
[2]. Leven
[3]. ANCOVA

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

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

براساس جدول ۴، میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمرهٔ کل متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در گروه شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه و گروه طرح‌واره‌درمانی در مرحلهٔ پس‌آزمون درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون کاهش یافت؛ اما نمرات مرحلهٔ پس‌آزمون گروه گواه در متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و مؤلفه‌های آن درمقایسه با نمرهٔ پیش‌آزمون این گروه تغییر چندانی نشان نداد. به‌منظور 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. به‌منظور ارزیابی پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع داده‌ها، آزمون کولموگروف‌اسمیرنف به‌کار رفت. مقدار احتمال آمارهٔ Z این آزمون در متغیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در نوبت‌های اجرا و در هر سه گروه پژوهش بیشتر از ۰/۰۵ به‌دست آمد ($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین با اطمینان ۹۵درصد، دربارهٔ توزیع متغیرهای بررسی‌شده در پژوهش حاضر فرض نرمال‌بودن رد نشد. همچنین برای سنجش پیش‌فرض همگنی واریانس، آمارهٔ لون به‌کار رفت که باتوجه به معنادارنبودن این آزمون، مفروضهٔ همگنی واریانس‌ها رد نشد ($p>۰/۰۵$). علاوه‌براین، باتوجه به معنادارنبودن اثر متقابل پیش‌آزمون با متغیر مستقل، نتایج حاصل از ارزیابی پیش‌فرض همگنی شیب خطوط رگرسیون حاکی‌از ردنشدن این پیش‌فرض بود ($p>۰/۰۵$).

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه و طرح‌واره‌درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	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، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه و طرح‌واره‌درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تأثیر معناداری داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ به‌طوری‌که این نتایج مشخص کرد، میزان تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه و طرح‌واره‌درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ۲۹/۶درصد 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 مبنی‌بر مقایسهٔ دو به دوی گروه‌ها دربارهٔ متغیر طرح‌وارهٔ ناسازگار اولیه

گروه	گروه مقایسه‌شده	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه	طرح‌واره‌درمانی	۳/۰۵-	۷/۱۹	۰/۶۷۰
	گواه	۲۴/۹۲-	۷/۹۷	<۰/۰۰۱
طرح‌واره‌درمانی	شناخت‌درمانی	۳/۰۵	۷/۱۹	۰/۶۷۰
	گواه	۲۱/۸۶-	۸/۰۳	<۰/۰۰۱

جدول ۶ نشان می‌دهد، بین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه و طرح‌واره‌درمانی در تعدیل طرح‌وارهٔ ناسازگار اولیه تفاوت معناداری وجود نداشت ($p=۰/۶۷۰$)؛ بااین‌حال این دو گروه درمقایسه با گروه گواه دارای تفاوت معناداری داشتند ($p<۰/۰۰۱$).

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

٤ بحث

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

این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های مشابه موجود در این زمینه همسوست؛ ازجملهٔ این مطالعات می‌توان به پژوهش شاه‌مرادی و همکاران اشاره کرد. آن‌ها با مقایسهٔ اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر 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 مطالعهٔ حاضر، احمدی و همکاران با ارزیابی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی، بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق، مشاهده کردند که طرح‌واره‌درمانی 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 طرح‌واره‌درمانی می‌تواند طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های ناایمن اجتنابی و دوسوگرا را در مردان وابسته به هروئین کاهش دهد (۱۰). کورکماز در پژوهشی نشان داد، طرح‌واره‌درمانی بر تعدیل سطوح افسردگی و افزایش سطوح شادکامی معلمان مؤثر است (۱). دوران و همکاران در تحقیقی با ارزیابی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه درمقایسه با مواجههٔ طولانی‌مدت 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 طرح‌واره‌درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌توان گفت، طرح‌واره‌درمانی 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 طرح‌واره‌درمانی 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 شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌توان گفت، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه با استفاده از فرم‌های ثبت افکار و استفاده از استعارهٔ صحن دادگاه، باورهای فرد را که با عنوان خودمقصربینی مفهوم‌سازی شده است، به چالش می‌کشد؛ همچنین با قراردادن او در موقعیت‌های مختلف و با استفاده از تکنیک‌های مختلف به فرد کمک می‌کند دربارهٔ افکار منفی و مفروضه‌های ناکارآمد و طرح‌واره‌های ناسازگارش آگاهی پیدا کند و در راستای تغییر اصلاح و درمان آن‌ها گام بردارد (۲۱). به عبارتی دیگر، این نوع مداخله نیز همچون سایر مداخلات مبتنی‌بر شناخت‌درمانی، ازطریق به چالش کشیدن مفروضه‌ها و افکار منفی شرکت‌کنندگان و با ایجاد بازسازی شناختی در آن‌ها می‌تواند بر کاهش علائم بالینی آنان و تعدیل طرح‌واره‌های نازسازگار اولیه که خود بر نوعی مؤلفهٔ شناختی استوار است، اثرگذار باشد.

در تبیین نتیجهٔ دیگر حاصل از این پژوهش مبنی‌بر وجودنداشتن تفاوت معنادار بین طرح‌واره‌درمانی با شناخت‌درمانی مبتنی‌بر 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 نکتهٔ اشتراکی وجود دارد؛ به این صورت که هر دو مداخله تا حدودی وام‌دار رویکرد کلی‌تری تحت عنوان شناخت‌درمانی است که امکان دارد در تشابه نتایج حاصل از این دو مداخله به همدیگر و درنتیجه 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 طرح‌واره‌درمانی نقاط اشتراکی زیادی با رویکرد شناخت‌درمانی اصلاح‌شدهٔ بک دارد (۲۳)؛ برای مثال، راهبردهای شناختی و رفتاری مُراجع که در رویکردهای شناختی مطرح شد، با دیدگاه طرح‌واره‌درمانی 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 مبتنی‌بر شناخت‌درمانی همچون شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه با طرح‌واره‌درمانی در حوزه‌های بنیادی باهم توافق نظری دارند که به مشاهده‌نشدن تفاوت معنادار در زمینهٔ نتایج این مداخلات منجر می‌شود (۲۳). علاوه‌براین، ذکر این نکته اهمیت دارد که از مؤلفه‌های بسیار مهم تشکیل‌دهندهٔ طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، مؤلفهٔ شناختی است (۲۴)؛ بنابراین مشاهده‌نشدن تفاوت معنادار در اثربخشی درمان طرح‌واره‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر محاکمه بر کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند ناشی‌از اشتراکات مبانی و نظری این دو رویکرد و نیز تأثیرگذاری هر دو رویکرد بر مؤلفهٔ 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،

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

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 مداخلهٔ بررسی‌شده در این پژوهش را بر سایر متغیرهای روان‌شناختی افراد مراجعه‌کننده به مراکز بالینی بررسی کنند. علاوه‌براین، باتوجه به اثربخشی این مداخلات بر کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، پیشنهاد می‌شود مشاوران و روان‌شناسان، این مداخلات را در حوزهٔ فعالیت‌های مشاوره‌ای و روان‌درمانی خود با افراد مراجعه‌کننده به مراکز روان‌شناختی و بالینی به‌کار برند.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که هم شناخت‌درمانی مبتنی‌بر 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 تشکروقدردانی

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

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

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

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

داده‌های این پژوهش ازطریق ارتباط با نویسندهٔ مقاله با آدرس d-taghvaei@iau.Arak.ac.ir دردسترس است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

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

مشارکت نویسندگان

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

References

1. 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
2. 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
3. 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
4. Young JE, Kolosko JS, Weishaar ME. Schema therapy. New York: Guilford Press; 2003.
5. 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/npwjm.8.27.31
6. 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
7. 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.
8. 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 Managment. 2019;7(6):42–52. [Persian] http://jhpm.ir/article-1-835-en.html
9. 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
10. 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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

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, Hemmany 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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]