



کاملی، زهرا؛ قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی؛ آقا محمدیان شرعابف، حمید (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در دختران نوجوان بی سرپرست و - سرپرست. پژوهش های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱ (۱)، ۸۳-۹۸.

## بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در دختران نوجوان بی سرپرست و بد سرپرست

زهرا کاملی<sup>۱</sup>، بهرام‌علی قنبری هاشم آبادی<sup>۲</sup>، حمید آقا محمدیان شرعابف<sup>۳</sup>  
تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۹/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۴/۷

### چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در دختران نوجوان بی سرپرست و بد سرپرست انجام گرفت. پژوهش حاضر از نوع کاربردی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. در این پژوهش افراد نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده ( $n=20$ ) و بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ (فرم کوتاه) در پیش‌آزمون برای هر دو گروه اجرا و سپس در گروه آزمایش مداخله گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره اجرا شد. پس از پایان دوره ۱۱ جلسه ای درمان بار دیگر پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ (فرم کوتاه) بعنوان پس‌آزمون در هر دو گروه اجرا گردید. نتایج حاصل از تحلیل آماری با آزمون کوواریانس چند متغیره نشان می‌دهد که گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره در مقایسه با گروه کنترل، بطور معنادار باعث کاهش نمره کلی در پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ شده است (باسطح معناداری  $P=0,000$ ). به جز دو طرحواره شکست و رهاشدگی، رویکرد درمانی بر کاهش نمرات سایر طرحواره ها بطور معنادار موثر بود.

**واژه های کلیدی:** گروه درمانی، شناخت درمانی، طرحواره درمانی، طرحواره های ناسازگار اولیه، بی سرپرست و بد سرپرست

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد دانشگاه فردوسی مشهد [kameli.zahra@stu-mail.um.ac.ir](mailto:kameli.zahra@stu-mail.um.ac.ir)

<sup>۲</sup> دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد

<sup>۳</sup> استاد دانشگاه فردوسی مشهد

## مقدمه

دوران نوجوانی به خاطر نقش و اهمیتی که در زندگی انسان دارد، در هر زمان مورد توجه دانشمندان، روانشناسان و نویسندگان آن عصر بوده است. روان‌شناسان مختلف این دوران را احساس‌گرایی، عاطفه پرستی، دوره بحران‌های سازنده و دوره فشار و طوفان نامیده‌اند (پروت، ۱۳۸۳). همه این اشارات و توجهات نشان‌دهنده اهمیتی است که این دوره از زندگی می‌تواند داشته باشد. همه این ویژگی‌ها باعث می‌شود که التهابات، اضطراب‌ها و دگرگونی‌ها در نوجوان به وجود آید و جلوه‌های غیر معمول و به ظاهر غیر عادی در او ظاهر شود. طبیعی است که پدیدار شدن این حالت‌ها در نوجوان، رفتارهای ویژه‌ای را از سوی والدین و مربیان می‌طلبد.

با توجه به اینکه ایران کشوری جوان می‌باشد مخاطراتی مثل بحران هویت در نوجوانان، افزایش روز افزون بیکاری و سردرگمی در جوانان و عدم استقلال آنها می‌تواند قابل پیش‌بینی باشد. لذا در این بین غیر طبیعی نیست که به علت مشکلات فوق‌الذکر بنیاد و بنیان خانواده‌ها سست شده و محصولات ناخوشایندی چون خانه‌های کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست پدید خواهد آمد. در این مجتمع‌های شبانه‌روزی کودکان و نوجوانانی وجود دارند که شامل این طبقات می‌شوند: فرزندانیکه والدین آنها به علل اعتیاد یا قاچاق مواد مخدر زندانی شده‌اند، آنهایی که به علت مشکلات درون خانوادگی و فوت والدین و عدم صلاحیت والدین که به هر حال رگه‌هایی از فقر فرهنگی، اقتصادی و اخلاقی از منزل فرار کرده‌اند (احمدی، ۱۳۸۰).

بین دو گروه دختران بی‌سرپرست و عادی، در میزان آشفتگی فکری، افسردگی، ناسازگاری‌های اجتماعی، سوء ظن و بدبینی، گوشه‌گیری، افکار عجیب و غریب و احساس عدم امنیت تفاوت معناداری وجود دارد، همچنین این پژوهش حاکی از آن است که برخی از دختران بی‌سرپرست احتمالاً دچار اختلالات روانی از جمله اختلال شخصیت و رفتار و... هستند (مصلحی، ۱۳۷۳).

مطالعه پیشینه‌های موجود در مورد نوجوانان بدسرپرست و بی‌سرپرست و مقایسه آن با افراد عادی نشان می‌دهد رشد و رفتار افراد متأثر از نوع خانواده‌ای است که در آن زندگی می‌کنند. به علاوه نتایج نشان می‌دهد که نوجوانانی که در خانه‌های تک‌والدینی زندگی می‌کنند یا نوجوانانی که به فرزندی پذیرفته می‌شوند در معرض خطر بالاتری برای رفتارهای غیر انطباقی می‌باشند. مطالعات نشان می‌دهد که این پیامدهای منفی ناشی از شماری دلایل نظیر ماهیت رابطه فرد با سایر اعضای غیر خانواده اصلی خودش، چگونگی نظارت یا مراقبت رفتارهای فرد توسط والدین و عوامل موثر دیگری نظیر کیفیت رابطه

با همسالان و مهارت های تفکر شناختی بین فردی است (کی پسلی، ۲۰۰۰ به نقل از ولف<sup>۴</sup>، ۱۹۸۸). به علت مشکلات ساختاری خانواده و از هم پاشیدن آن و از جهت اینکه فرزندان این مجتمع ها نوعاً از طفولیت طعم زندگی را لمس نکرده و همواره در تنش و کشمکش و بی مهری، در محیط های مملو از ترس و وحشت و بعضاً ناخواسته متولد شده و ادامه زندگی داده اند مشکلاتی برای آنها بوجود آمده است بدین ترتیب این فرزندان دچار مشکلاتی از جمله صرع<sup>۵</sup>، اختلالات تبدیلی<sup>۶</sup> و زمینه های اضطرابی<sup>۷</sup> و واکنش های نورو تیک<sup>۸</sup> شده اند. از جمله مشکلات دیگری که در این فرزندان نسبت به نرم جامعه بیشتر است می توان به این موارد اشاره کرد: شب ادراری<sup>۹</sup>، ناخن جویدن، پرخاشگری<sup>۱۰</sup>، دروغ گویی<sup>۱۱</sup>، بی قراری<sup>۱۲</sup>، انزوا<sup>۱۳</sup>، کمرویی<sup>۱۴</sup>، احساس بی ارزشی، عزت نفس پایین<sup>۱۵</sup>، احساس حقارت<sup>۱۶</sup>، کاهش قدرت تصمیم گیری، آشفتگی فکر، شیشه شکستن، حالت های سادیستی و مازوخیستی، هراس<sup>۱۷</sup>، افسردگی<sup>۱۸</sup>، مشکلات تحصیلی، بیش فعالی همراه با کمبود توجه<sup>۱۹</sup>، تکانه ای بودن، اقدام به خود کشی، رگه هایی از اختلال شخصیت خود شکن، رگه هایی از اختلال شخصیت منفعل مهاجم، و حتی اختلالات سلوک<sup>۲۰</sup>، اختلال پارانوئیدی و نیز اختلالات جنسی و اعتیاد به مواد استنشاقی مثل بنزین و حتی آشغال خوری نیز دیده شده است (صدیق، ۱۳۸۴).

طبق پژوهش سهرابی (۱۳۶۹) اختلال رفتاری، اضطراب و افسردگی بیش از سایر اختلالات رفتاری مطرح در بین نوجوانان محروم از والدین بوده است، همچنین اختلالات رفتاری در بین نوجوانان ۱۳ ساله، نسبت به سایر گروه های سنی (۱۶، ۱۵ و ۱۷ ساله) شیوع بیشتری دارد. محرومیت از والدین برای کودکانی که در سنین پایین تری قرار دارند نسبت به کودکان بزرگ تر آسیب زاتر بوده است. لذا علی رغم کوچک سازی و تاکید بر مراکز شبه خانواده هنوز هم ما شاهد طیف های مختلف سنی، تحصیلی و غیر تحصیلی

<sup>4</sup> Volf

<sup>5</sup> Epilepsy

<sup>6</sup> Conversion disorder.

<sup>7</sup> Anxiety

<sup>8</sup> Neurotic

<sup>9</sup> Night urinary

<sup>10</sup> Aggression

<sup>11</sup> Laying

<sup>12</sup> Agitation

<sup>13</sup> Seclusion

<sup>14</sup> Timidity

<sup>15</sup> Low self esteem

<sup>16</sup> Inferiority

<sup>17</sup> Panic

<sup>18</sup> Depression

<sup>19</sup> ADHD

<sup>20</sup> Conduct disorder

اعم از شاغل و غیر شاغل و حتی دارای ملیت‌های مختلف در این مراکز هستیم. و تعاملات بین این طبقات می‌تواند باعث ناسازگاری و ناآرامی شود.

روش‌هایی که والدین در برخورد با فرزندان خود اعمال می‌کنند در شکل‌گیری رشد دوران کودکی و خصایص بعدی شخصیت و رفتار آنها تأثیر فراوان و عمیقی دارد. الگوها و رفتارهای نادرست والدینی و رفتارهای ناسالم، می‌تواند منجر به ایجاد طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه سخت و در نهایت بروز مشکلات رفتاری، اختلالات هیجانی، اختلالات شخصیت و... شود. رابطه والدین در سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر موثر است (رستگاران، ۱۳۷۲).

یکی از نظریه‌هایی که مکانیزم‌های زیربنایی و سخت‌تحول در پدید آیی رفتارهای ضداجتماعی را تبیین می‌کند، نظریه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است (یانگ<sup>۲۱</sup>، ۱۳۸۳). مدل درمان متمرکز بر طرح‌واره یانگ (که طرح‌واره درمانی و یا درمان طرح‌واره محور خوانده می‌شود) تلفیقی ابتکاری از رفتاردرمانی شناختی با گشتالت و روابط موضوعی رویکردهای روان‌کاوی محسوب می‌شود و در واقع گسترش مدل سنتی رفتاردرمانی شناختی است که بیشتر بر رابطه درمانی، تجربه عاطفی و بحث از تجارب اولیه زندگی تأکید دارد و نقطه مرکزی این نظریه، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است (یانگ، ۱۳۸۳). یانگ این مدل را برای تشریح ارتباط والدین - آسیب‌شناسی ارائه کرده است و اساس نظری آن بر برخی مفاهیم و تحقیقات، بر مبنای تئوری دلبستگی<sup>۲۲</sup> قرار دارد و پیشنهاد می‌شود که یک میانجی بالقوه در روابط والدین و بروز آسیب‌شناسی فرزندان، ایجاد طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه و یا باورهای هسته‌ای منفی<sup>۲۳</sup> در فرزندان است (شفیلد<sup>۲۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

یانگ معتقد است که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، قدیمی‌ترین مولفه‌های شناختی و باورها و احساسات غیر شرطی درباره خودمان هستند و از تعامل خلق خوی<sup>۲۵</sup> فطری کودک با تجارب ناکارآمد او با والدین، خواهر و برادرها و همسالان در طی سالهای اولیه زندگی به وجود می‌آید و این طرح‌واره‌های غیر شرطی، آسیب‌پذیری و اشکال نوروتیک اختلالات و مشکلات روان‌شناختی را افزایش می‌دهد (یانگ، ۱۹۹۴). آنها الگوهایی خودتداوم بخش<sup>۲۶</sup> از خاطرات، هیجانات، شناخت‌ها، حواس و ادراکات انسان از محیط هستند. کار خود را از روی عادت و براحتی انجام می‌دهند و هنگامی که فرد با چالشی

<sup>21</sup> Young, J.

<sup>22</sup> Attachment

<sup>23</sup> Negative core belief

<sup>24</sup> Sheffield

<sup>25</sup> Temperament

<sup>26</sup> Self-perpetuating

مواجه می شود به جای تغییر طرح واره، اطلاعات دریافتی را تحریف می کند (یانگ، ۱۳۸۳). تحقیقات نشان داده اند که طرح واره های ناسازگار اولیه با نشانه های مختلف در ارتباط هستند. مثلاً طرح واره کمال گرایی با نشانه های اضطراب و افسردگی (کاوامورا<sup>۲۷</sup>، هانت<sup>۲۸</sup>، فروست<sup>۲۹</sup>، ۲۰۰۱) و ناسازگاری روانشناختی (چانگ<sup>۳۰</sup>، ۲۰۰۲) و اختلالات خوردن، نشانه های روان تنی، اضطراب و افسردگی فرسودگ شغلی و... (شافران<sup>۳۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۰) ارتباط دارد (نقل از محمدی، ۱۳۸۲). یانگ معتقد است که درمان شناختی متمرکز بر طرح واره برای درمان اختلالات روانشناختی سخت و مزمن (مانند اختلالات شخصیت، افسردگی و اضطراب مزمن و...) بر شناخت درمانی کوتاه مدت به طور کلی، که توسط بک و همکارانش مطرح شد، برتری دارد. درمان متمرکز بر طرح واره، تکنیک های شناختی، رفتاری، بین فردی و تجربی را برای ارزیابی طرح واره ها ترکیب می کند و تاکید بیشتری بر ریشه های دوران کودکی و فرایندهای تحولی درگیر در پیدایش و حفظ این طرح واره ها دارد (یانگ، ۱۳۸۳).

همان طور که گفته شد پژوهش ها نشان داده اند که طرح واره های ناسازگار اولیه با نشانه های مختلف مرضی در ارتباط هستند اما آیا درمان موفق بر آنها تاثیری دارد؟ استیگلر<sup>۳۲</sup> و پوکورونی<sup>۳۳</sup> (۲۰۰۱) با استفاده از تصویر سازی هدایت شده به درمان طرح واره ها و هیجانانگ همراه با آنها پرداختند و نتایج نشان داد که درمان با کاهش نشانه های مختلف همراه بوده است (به نقل از محمدی، ۱۳۸۲). همچنین پژوهشگران دیگر نیز در یافته های خود اثربخشی درمان متمرکز بر طرح واره را در کاهش نشانه های مرضی تایید کردند (سرو<sup>۳۴</sup> و یانگ، ۲۰۰۱؛ بال<sup>۳۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ نوردال<sup>۳۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ مانسی<sup>۳۷</sup>، ۲۰۰۷).

با توجه به مشکلات ساختاری خانواده اولیه در دختران بی سرپرست و بد سرپرست و وجود عوامل زمینه ساز نامناسب در این نوجوانان به نظر می رسد یکی از عوامل عمقی و زیر ساختی که منجر به بروز ناسازگاری اجتماعی و اختلالات روانی گوناگون در این گروه می شود، در واقع طرح واره های ناسازگار اولیه شکل گرفته در آنها در اثر تعامل ناسالم دوران کودکی و سبک های والدینی نادرست، باشد. بنابراین

<sup>27</sup> Cavamora

<sup>28</sup> Hant

<sup>29</sup> Frost

<sup>30</sup> Chung

<sup>31</sup> Shafferan

<sup>32</sup> Stigler

<sup>33</sup> Pockoroni

<sup>34</sup> Cecero

<sup>35</sup> Ball

<sup>36</sup> Nordhal

<sup>37</sup> Mancey

پژوهشگر در پژوهش حاضر قصد دارد به این سؤال پاسخ دهد که: آیا شناخت درمانی گروهی متمرکز بر طرح‌واره می‌تواند باعث اصلاح (کاهش نمرات) طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست شود؟

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرح‌واره بر اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست می‌باشد. در این پژوهش قصد، بررسی این مسئله است که به کارگیری روش طرح‌واره درمانی یانگ در قالب گروهی تا چه حد می‌تواند باعث تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (کاهش نمرات این طرح‌واره‌ها) و در پی آن کاهش مشکلات روانشناختی در نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست شود. در ضمن باید خاطر نشان کرد که با توجه به مزیت‌های درمان گروهی مثل پیوستگی، عمومیت، الگوبرداری و... نه تنها رسیدن به تعدیل و حتی تغییر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در گروه آسان‌تر است، بلکه از بعد کاربردی نیز، درمان گروهی می‌تواند برای متخصصان و نهاد‌های اجتماعی مربوط، نسبت به درمان‌های انفرادی مقرون به صرفه‌تر باشد. فرضیه اصلی این پژوهش عبارت است از: گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرح‌واره بر تعدیل نمرات طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست در مقایسه با گروه کنترل به طور معنادار موثر است.

### روش کار

در بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرح‌واره بر تعدیل (کاهش نمرات) طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دختران بی‌سرپرست و بدسرپرست پژوهش کاربردی از نوع شبه‌آزمایشی و طرح‌پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. معمولاً در تحقیقات علوم رفتاری استفاده از روش انتخاب تصادفی دشوار است. به طرح‌های آزمایشی که نتوان در آنها از انتخاب تصادفی استفاده کرد طرح‌های شبه‌آزمایشی می‌گویند (سرمد و همکاران، ۱۳۷۸). در این طرح از انتساب تصادفی استفاده شده است، اما به دلیل محدودیت‌های سازمان بهزیستی امکان انتخاب تصادفی فراهم نبوده است.

از آنجا که در پژوهش حاضر آزمودنی‌ها از نمونه در دسترس انتخاب شدند و انتخاب تصادفی وجود ندارد، طرح شبه‌آزمایشی است و چون دو گروه کنترل و آزمایش وجود دارد که قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل برای گروه آزمایش، مورد آزمایش قرار می‌گیرند، طرح پیش‌آزمون و سپس پس‌آزمون با گروه کنترل است.

طرح شبه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون

T1	X	T2
T1	---	T2

جامعه آماری مورد نظر شامل همه دختران ۱۲-۱۸ ساله با حداقل تحصیلات اول راهنمایی است که در مراکز شبانه روزی نگهداری دختران بی سرپرست و بدسرپرست سازمان بهزیستی خراسان رضوی نگهداری می شوند و جامعه در دسترس دختران بی سرپرست و بدسرپرست مرکز شبانه روزی حضرت علی اصغر می باشد. به منظور اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرح واره بر اصلاح طرح واره های ناسازگار اولیه در دختران بی سرپرست و بدسرپرست، از میان دختران داوطلب ۲۰ نفر انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۰ نفر) به طور تصادفی جایگزین شدند.

روش نمونه گیری از نوع نمونه گیری داوطلبانه است. برای انجام پژوهش از میان دختران بی سرپرست و بدسرپرست ساکن در مراکز شبانه روزی بهزیستی مشهد، دختران داوطلب برای شرکت در گروه ها انتخاب می شوند. جهت بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرح واره بر اصلاح طرح واره های ناسازگار اولیه در نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست، از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده می شود. به منظور تحلیل داده های پژوهش به وسیله ی تحلیل کوواریانس چند متغیره، رعایت مفروضه های خاصی الزامی است.

**پرسشنامه طرح واره های یانگ - فرم کوتاه:** این پرسشنامه ۷۵ سؤال دارد و برای سنجش ۱۵ طرح واره ناسازگار اولیه شناختی شامل محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی اعتمادی، انزوای اجتماعی، نقص، وابستگی، آسیب پذیری نسبت به ضرر، خود تحول نیافته، اطاعت، بازداری هیجانی، فداکاری، معیارهای نامربوط، خودکنترلی ناکافی، استحقاق و شکست طراحی شده است (ولبرن و همکاران، ۲۰۰۲). هر یک از ۷۵ عبارت این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۵ نقطه ای از "اصلاً در مورد من صدق نمی کند" تا "دقیقاً مرا توصیف می کند" نمره گذاری می شوند. نمره فرد در هر طرح واره با جمع نمرات ۵ سؤال مربوط به آن طرح واره حاصل می شود. نمره بالا نشان دهنده حضور پررنگ تر طرح واره ناکارآمد است و حداقل نمره برای هر طرح واره ۵ و حداکثر آن نمره ۲۵ می باشد. می توان برای هر پرسشنامه نیز یک نمره کلی تعریف نمود که حاصل جمع نمرات فرد در پانزده طرح واره بوده و دامنه آن

بین ۷۵ تا ۳۷۵ می باشد (اشمیت<sup>۳۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۵ به نقل از جیسون<sup>۳۹</sup>، ۲۰۰۵).

### یافته ها

یکی از مفروضه های بسیار مهم ، همگنی<sup>۴۰</sup> ضرایب رگرسیون دو گروه را در رابطه ی بین متغیر های همگام و متغیر های وابسته می باشد. اگر تعامل بین گروه ها و اثرات پیش آزمون معنادار باشد داده ها از فرضیه همگنی شیب های رگرسیون پشتیبانی نمی کند. مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون برای تمامی متغیر های پژوهش انجام پذیرفت. برای تمامی متغیر ها این مفروضه رعایت شده بود و صرفاً برای متغیر بی اعتمادی این مفروضه رعایت نشده بود فلذا همگن نمودن داده های متغیر " بی اعتمادی " با استفاده از روش square root انجام پذیرفت. جهت انجام تحلیل کوواریانس چند متغیره داده های پیش آزمون برای تمامی طرحواره ها به عنوان هم متغیر و داده های پس آزمون آنها را به عنوان متغیر وابسته تعیین و وارد تحلیل شدند. جداول ذیل نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره را نشان می دهد.

جدول آزمون های چند متغیره جدولی است که ما می توانیم در یابیم اجرای آزمون مانکووا به طور آماری معنادار می باشد یا نه یا به نوعی نتایج واقعی آزمون مانکووا را بررسی کنیم. در ادامه بنا به معناداری تمامی آزمون ها با  $P=0.038$  و  $F=6/884$  می توان نتیجه گرفت که گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره تاثیر معناداری بر تعدیل طرحواره های مربوطه داشته است.

Multivariate Tests <sup>c</sup>					
Sig.	Error df	Hypothesis df	F	Value	Effect
۰.۰۳۸	۴.۰۰۰	۱۵.۰۰۰	۶.۸۸۴	۰.۹۶۳	اثر فیلابی
۰.۰۳۸	۴.۰۰۰	۱۵.۰۰۰	۶.۸۸۴	۰.۰۳۷	لامبادای ویلکز
۰.۰۳۸	۴.۰۰۰	۱۵.۰۰۰	۶.۸۸۴	۲۵.۸۱۷	اثر هتلینگ
۰.۰۳۸	۴.۰۰۰	۱۵.۰۰۰	۶.۸۸۴	۲۵.۸۱۷	بزرگترین ریشه روی

اکنون برای بررسی معناداری تفاوت های مشاهده شده در متغیر های وابسته (ضمن کنترل اثر پیش آزمون به عنوان کووریت) که از متغیر مستقل گروه درمانی ناشی شده اند به جدول Tests of Between-Subjects Effects مراجعه می کنیم.

<sup>38</sup> Schmit

<sup>39</sup> Jason

<sup>40</sup> homogeneity



Tests of Between-Subjects Effects

Sig.	F	df	Type III Sum of Squares	متغیر وابسته	Source
۰,۰۹۳	۳,۱۴۲	۱	۴۲,۰۵۰	رهاشده‌گی	group
۰,۰۰۰	۳۶,۶۶۲	۱	۳۴۴,۴۵۰	بازداری هیجانی	
۰,۰۰۰	۳۵,۱۶۵	۱	۳۲۰,۰۰۰	خود تحول نیافته	
۰,۰۴۹	۴,۴۴۷	۱	۸۰,۰۰۰	وابستگی	
۰,۰۲۴	۶,۰۷۴	۱	۱۱۰,۴۵۰	نقص	
۰,۰۳۰	۵,۵۸۶	۱	۸۰,۰۰۰	محرومیت هیجانی	
۰,۰۰۰	۴۰,۷۶۰	۱	۳۹۶,۰۵۰	استحقاق	
۰,۰۷۲	۳,۶۴۴	۱	۹۲,۴۵۰	شکست	
۰,۰۰۱	۱۴,۸۹۲	۱	۲۲۴,۴۵۰	خود کنترلی ناکافی	
۰,۰۰۹	۸,۴۶۹	۱	۷۲,۲۰۰	بی اعتمادی	
۰,۰۰۸	۹,۰۳۷	۱	۱۴۵,۸۰۰	اطاعت	
۰,۰۳۹	۴,۹۵۱	۱	۱۲۰,۰۰۵	انزوای اجتماعی	
۰,۰۱۵	۷,۲۶۰	۱	۹۶,۸۰۰	فداکاری	
۰,۰۰۰	۴۹,۰۴۲	۱	۲۸۸,۸۰۰	معیارهای نامربوط	
۰,۰۱۲	۷,۷۲۴	۱	۱۳۰,۰۵۰	آسیب پذیری نسبت به ضرر	

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه در طرحواره‌های ناسازگار، با کنترل اثر پیش‌آزمون این طرحواره‌ها به عنوان هم‌متغیره، به جز ۲ طرحواره رهاشده‌گی و شکست به ترتیب با مقدار  $F(۳,۱۴۲) = ۳,۶۴۴$  و مقدار  $Sig(۰,۰۹۳) = ۰,۰۷۲$  تفاوت معنی‌داری دیده می‌شود. بدین ترتیب با توجه به نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره می‌توان گفت که گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره تأثیر معناداری بر تعدیل طرحواره‌های بازداری هیجانی، خود تحول نیافته، وابستگی، نقص، محرومیت هیجانی، استحقاق، خودکنترلی ناکافی، بی‌اعتمادی، اطاعت، انزوای اجتماعی، فداکاری، معیارهای نامربوط و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر داشته است.

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های موریسون<sup>۴۱</sup> (۲۰۰۰)، سسر و یانگ<sup>۴۲</sup> (۲۰۰۱)، هافارت و همکاران (۲۰۰۲)، بال<sup>۴۳</sup> و همکارانش، نوردال و همکاران (۲۰۰۵) و مانسی<sup>۴۴</sup> (۲۰۰۷) همخوان در یک راستا می‌باشد. تحلیل داده‌ها نشان داد که گروه‌درمانی شناختی متمرکز بر طرح‌واره در کاهش نمرات کلی طرح‌واره‌ها در دختران نوجوان بی‌سرپرست و بدسرپرست مؤثر بوده است و فرضیه پژوهش با سطح اطمینان بیش از ۹۹٪ تأیید شد. با توجه به ارتباط طرح‌واره‌ها و اختلالات روانشناختی و کاهش نمرات طرح‌واره در اثر این مداخله نتایج می‌تواند با سایر پژوهش‌های انجام شده که در درمان خود نمره طرح‌واره‌ها را کاهش داده‌اند، و نیز تحقیقاتی که با کاهش نمرات طرح‌واره‌های بهبود معنی‌دار علائم مرضی را مشاهده نمودند، همخوان می‌باشد.

موریسون (۲۰۰۰)، با استفاده از شناخت‌درمانی متمرکز بر طرح‌واره، نمرات طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در زن جوانی با مشکلات بین فردی مزمن و بی‌ثباتی هیجانی را کاهش داد و بهبود معنی‌داری در نشانه‌های مرضی مشاهده نمود. هافارت<sup>۴۵</sup> و سکستون<sup>۴۶</sup> (۲۰۰۱) در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که درمان متمرکز بر طرح‌واره بر کاهش نشانه‌های اضطراب، افسردگی، خشم و غمگینی مؤثر است. سسر و یانگ (۲۰۰۱) نیز به درمان یک بیمار با استفاده از روش طرح‌واره درمانی پرداختند. مراجع زن جوانی بود که علائم تشخیصی DSM-IV را برای اختلال افسردگی اساسی نشان می‌داد. یانگ و همکارانش در درمان انفرادی برای این بیمار با کار بر روی طرح‌واره‌ها، نشانه‌های مرضی را به طور معنی‌داری بهبود بخشیدند. طرح‌واره‌های اساسی این زن جوان، اطاعت، محدودیت هیجانی، نقص و وابستگی بودند. هافارت و همکاران (۲۰۰۲) یافتند که درمان متمرکز بر طرح‌واره در کار گروهی با کاهش نشانه‌های اضطراب، اضطراب اجتماعی، هراس<sup>۴۷</sup> یا گذر هراس<sup>۴۸</sup> همراه بوده است. مطالعات هافارت نیز می‌تواند هم راستا با پژوهش حاضر باشد از آنجا که در این پژوهش نمره کلی طرح‌واره کاهش یافته است، می‌توان احتمال داد که نشانه‌های اضطراب ممکن است کاهش یافته باشد. بال و همکارانش (۲۰۰۳) به این نتیجه رسیدند که شناخت‌درمانی متمرکز بر طرح‌واره در کاهش آسیب‌پذیری شناختی بیماران و جانشین نمودن راهکارهای مدیریتی سازگارانه جهت برخورد با مشکلات زندگی مؤثر بوده

<sup>41</sup> Murrison

<sup>42</sup> Cecero

<sup>43</sup> Ball

<sup>44</sup> Mancey

<sup>45</sup> Hoffart

<sup>46</sup> Sexton

<sup>47</sup> panic

<sup>48</sup> agra phobia

است. با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان بیان نمود که احتمالاً اثربخشی درمان در پژوهش حاضر می‌تواند باعث افزایش مهارت‌های حل مسئله و تغییر سبک‌های مقابله‌ای در دختران بی‌سرپرست و بدسرپرست و زمینه ساز بهبود سازگاری اجتماعی در زندگی آنها شود. نوردال و همکاران (۲۰۰۵) به بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پرداختند. آن‌ها در یک طرح پژوهش تک موردی با شش بیمار که همگی تشخیص اولیه DSM-IV را برای اختلال شخصیت مرزی دریافت کرده بودند، کار کردند. درمان در یک دوره ۱۸ تا ۳۶ ماهه و با تعداد جلسات بین ۶۵ تا ۱۲۰ جلسه بود. یافته‌ها تغییرات زیادی را از خط پایه تا پیگیری ۱۲ ماهه نشان داد و بهبود بالینی برای پنج نفر از شش مراجع معنی‌دار بود. هافارت و سکستون (۲۰۰۵) نیز به بررسی تأثیر ارتباط<sup>۴۹</sup> بین بیمار و درمانگر، کارآمدی درمانگر و تعامل بین ارتباط و کفایت در اثربخشی درمان طرح‌واره محور پرداختند. در این پژوهش ۳۵ بیمار دارای اختلال هراس یا گذر هراسی، با ویژگی‌های طبقه C اختلالات شخصیت در یک برنامه انفرادی ۱۱ هفته‌ای شرکت کردند. یافته‌ها نشان داد که بیشترین میزان ارتباط بین درمانگر و بیمار در جلسه اول، بیشترین کاهش در قدرت و شدت باورها در طرح‌واره‌های خاص که مدنظر درمانگر بوده را به دنبال خواهد داشت. کفایت درمانگر نیز پیش‌بینی کننده کاهش نمرات طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در طول درمان طرح‌واره محور است.

همچنین مانسی (۲۰۰۷) نیز در پژوهش خود به مقایسه اثربخشی درمان طرح‌واره محور و روان‌درمانی انتقال محور در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پرداخت. در این مطالعه ۸۶ بیمار دارای تشخیص اختلال شخصیت مرزی از چهار کلینیک بهداشت روانی انتخاب و به دو گروه تقسیم شدند. یک گروه مورد درمان طرح‌واره و گروه دیگر تحت روان‌درمانی انتقال محور قرار گرفت. هر دو گروه در جلسات ۵۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دوبار، در یک دوره سه ساله درمان شرکت کردند. نتایج نشان داد که پس از یکسال بهبود بالینی معنی‌دار در گروه درمان طرح‌واره محور، ۵۲ درصد بود در حالی که این میزان در گروه درمان انتقال محور ۲۹ درصد بود. در واقع مشخص شد که درمان طرح‌واره محور نسبت به درمان انتقال محور برای این گروه از بیماران به طور معنی‌داری مؤثرتر است.

با توجه نتایج پژوهش مشاهده می‌شود که شناخت درمانی گروهی متمرکز بر طرح‌واره بر کاهش نمرات تمام پانزده طرح‌واره به استثنای طرح‌واره شکست و رهاشدگی اثربخشی معناداری داشته است. تفاضل میانگین‌ها بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد که بیشترین تفاوت در نمره

<sup>49</sup> convection

طرحواره استحقاق و بازداری هیجانی است. به نظر می‌رسد پرداختن به لزوم همدلی با اعضای گروه و همچنین آموزش آن به اعضا جهت همدلی نشان دادن و گوش کردن به یکدیگر طی جلسات بویژه هنگام برون‌ریزی تجارب منفی اولیه در کاهش نمره طرحواره استحقاق اثر بسزایی داشته است، همچنین بیان قواعد گروه در جلسات ابتدایی و تاکید به رعایت تعهد نسبت به اصول روابط متقابل در کاهش نمره این طرحواره موثر بوده است. به بیان دیگر در گروه رعایت حقوق متقابل اعضا بطور عملی تمرین می‌شد.

در مورد طرحواره بازداری هیجانی می‌توان گفت برقراری رابطه مناسب و ایجاد جو حاکی از پذیرش و همدلی در گروه برای اعضا فرصتی فراهم نمود تا بسیاری از تکانه‌های مثبت و منفی خود را بروز دهند، پرداختن به احساسات آنی اعضا و اختصاص زمان خاصی از جلسه به بروز احساسات مثبت و منفی در پایان هر جلسه نیز زمینه ساز برون‌ریزی هیجانی اعضا شد. همچنین به نظر می‌رسد استفاده از تکنیک کودک درون در بروز هیجانات اعضا موثر بوده است. احتمال دارد درمان گروهی و تعاملات و پویای گروه نیز باعث برانگیخته شدن این دو طرحواره و در نتیجه تمرکز بیشتر بر آن شده است. تفاضل میانگین‌های نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون طرحواره خود تحول نیافته و معیارهای سرسختانه نیز نشان می‌دهد که درمان به طور معناداری بر کاهش نمره این طرحواره‌ها اثرگذار بوده است. پژوهشگر با توجه به گروه سنی نوجوانان حدود یک جلسه به طور کامل در مورد مفهوم هویت و انواع آن و لزوم دست‌یابی به هویت مستقل و رضایت بخش اختصاص داده است، بنابراین به نظر می‌رسد پرداختن به مسئله هویت و رشد اجتماعی طبیعی در کاهش نمره خود تحول نیافته و واریسی مجدد معیارهای سرسختانه اثرگذار بوده است. اما با توجه به نتایج بدست آمده مشاهده می‌شود که گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر کاهش نمرات طرحواره شکست و رهاشدگی اثر معناداری نداشته است. یانگ معتقد است حداقل نه طرح‌واره در اختلالات شخصیت خصوصاً شخصیت مرزی نقش اساسی ایفا می‌کنند، این طرح‌واره‌ها عبارتند از خودکنترلی ناکافی، رهاشدگی، نقص، بی‌اعتمادی، محرومیت هیجانی، بازداری هیجانی، تنبیه، اطاعت و وابستگی (یانگ، ۱۳۸۳). پژوهش‌هایی که به بررسی رابطه بین طرح‌واره‌ها و اختلالات شخصیت پرداختند مشخص کردند که طرح‌واره وابستگی و رهاشدگی با اختلال شخصیت مرزی رابطه معنی‌دار دارند (جاو و همکاران، ۲۰۰۴).

با توجه به ارتباط این طرح‌واره‌ها با اختلال شخصیت و اینکه این بیماران مزمن بوده و معمولاً درمان آنها بسیار سخت و طولانی مدت است، بنابراین به نظر می‌رسد که ایجاد تغییر معنی‌دار در نمرات این طرح‌واره‌ها از جمله رهاشدگی به زمان بیشتری نیاز داشته باشد. در طرح‌واره رهاشدگی یا بی‌ثباتی فرد،

نسبت به دریافت محبت و برقراری ارتباط با اطرافیان احساس بی ثباتی میکند، چنین فردی احساس می کند افراد مهم زندگی اش نمی توانند حمایت عاطفی و تشویق لازم را به او بدهند. فردی که چنین طرح واره ای در ذهنش شکل گرفته باشد، معتقد هر لحظه امکان دارد مهم زندگی اش بمیرند یا اینکه او را رها کنند و به فرد دیگری علاقمند شوند. کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست زمینه کاملاً مساعدی برای شکل گیری و تثبیت این طرح واره داشته اند. این نوجوانان به دلیل فقدان سرپرست مناسب، حمایت عاطفی و محبت را از جانب والدین بعنوان پایگاه اولیه دلبستگی تجربه نکرده اند و یا آنرا از دست داده اند. به همین دلیل تقریباً بطور خالصی این طرح واره را تجربه کرده اند. همانگونه که یانگ معتقد است تغییر برخی از طرح واره ها بویژه آن دسته از طرح واره هایی که با اختلالات شخصیت پیوند نزدیک دارند، به زمان طولانی نیاز دارد (یانگ، ۱۳۸۳). در این پژوهش نیز نیاز به زمان بیشتر جهت تغییر این طرح واره بنیادی در دختران بی سرپرست و بد سرپرست احساس می شوند.

یافته های این پژوهش با هافارت و سکستون (۲۰۰۱) نیز هماهنگ است که معتقدند درمان طرح واره محور شکست در افراد مشکل است زیرا فرد با طرح واره شکست در تجربه درمانی خود نیز به دنبال تجربه شکست دیگری است که به شکست هایش اضافه کند. بنا براین احتمال دارد دوره درمانی کوتاه در پژوهش حاضر برای تاثیرگذاری بر این طرح واره کافی نباشد. همچنین نتیجه این پژوهش با یافته های استراومن و همکاران (۲۰۰۱) نیز همخوانی دارد. آن‌ها در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان‌های مختلف، گروه درمانی شناختی - رفتاری، درمان انفرادی شناختی - رفتاری و دارودرمانی همگی بر افسردگی و کاهش نشانه‌های مرضی مرتبط با آن مؤثرند اما افرادی که شکست در خودکنترلی بالایی دارند از این نوع درمان بهره‌ی چندانی نمی‌برند و نیاز به درمان‌های طولانی مدت‌تر و یا درمان‌های جایگزین دارند. همچنین یکی از دلایل عدم اثربخشی درمان طرح واره‌های رهاشدگی و شکست در این گروه معین، می‌تواند عدم پرداختن کافی به عناصر درمانی موثر با توجه به شرایط خاص دختران بی سرپرست و بدسرپرست باشد. بنابراین احتمال دارد دوره درمانی کوتاه در پژوهش حاضر برای تأثیرگذاری بر این طرح واره کافی نباشد و اگر درمان طولانی‌تر باشد شاید اثربخشی معنی‌دار شود.

در پایان بطور خلاصه می‌توان گفت یانگ طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را زیربنای بروز مشکلات و اختلالات روانشناختی و رفتارهای ناسازگارانه در انسان برمی‌شمرد و معتقد است که این طرح‌واره‌ها ناکارآمد و خود تداوم بخش هستند. در طول زندگی با تحریف واقعیات فرد را وادار می‌کنند تا بر مبنای الگوی ناسازگارانه آن‌ها عمل کنند. همچنین یانگ بیان می‌کند که این زیرساخت‌های عمیق، در

اختلالات مزمن روانشناختی مثل اختلالات شخصیت بسیار قوی عمل می‌کنند و در نتیجه مانع از اثربخشی درمان‌های کوتاه‌مدت شناختی - رفتاری کلاسیک در این نوع بیماران می‌شوند. لذا جهت درمان این مشکلات نیاز به رویکردی است که به تغییر و اصلاح این طرح‌واره‌های سخت بپردازد. در این راستا وی طرح‌واره‌درمانی را تدوین نمود. از آنجا گروه دختران نوجوان بی‌سرپرست و بدسرپرست دارای طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات رفتاری می‌باشند، و از آنجا که پیشگیری و درمان بسیاری از مشکلات این دختران عامل مؤثری در جلوگیری از پیشرفت اختلال و کاهش ناسازگاری اجتماعی در آن‌ها می‌شود، پژوهشگر با فرضیه‌ی اثربخشی معنادار طرح‌واره‌درمانی به شیوه‌ی گروهی در کاهش نمرات طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دختران بی‌سرپرست و بدسرپرست، با توجه به پیشینه‌ی پژوهش درصدد کاهش اثرات این طرح‌واره‌ها در اختلالات روانشناختی این گروه بوده است. به منظور آزمون این فرضیه پژوهشگر این طرح پژوهشی را تدوین و اجرا نمود.

از یافته‌های پژوهش این نتیجه به دست آمد که درمان شناختی متمرکز بر طرح‌واره به شیوه گروهی باعث کاهش نمره کلی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه دختران نوجوان بی‌سرپرست و بدسرپرست در پرسشنامه YSQ یانگ شده است. به این ترتیب می‌توان با چنین مداخله درمانی زمینه مناسبی جهت بهبود رفتارهای ناسازگار، اختلالات روانشناختی و علایم بالینی فراهم آورد. در سطوح طرح‌واره‌ها نیز درمان به طور معناداری نمرات سیزده طرح‌واره از پانزده طرح‌واره را در تحلیل با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره کاهش داده است. به نظر می‌رسد شرایط ویژه دختران بی‌سرپرست و بدسرپرست، کوتاه مدت بودن درمان و شاید عدم پرداختن کافی به عناصر درمانی مربوط به طرح‌واره‌های شکست ورها شدگی باعث دستیابی به این نتایج شد.

با توجه به اهمیت برقراری رابطه مناسب بین درمانگر و مراجع، و نیز با توجه به ویژگی‌های خاص برخی مراجعین مثل وجود افکار غیرمنطقی در مورد مداخله روانشناختی و تست در دختران بی‌سرپرست و بدسرپرست پیشنهاد می‌شود، فرصت‌هایی جهت برقراری و تحکیم رابطه و جلب اعتماد آنان فراهم آید. همچنین با توجه به ارتباط هریک از طرح‌واره‌ها و یا مجموعه‌ای از آن‌ها با اختلالات خاص، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های مشابه در آینده طرح‌های درمانی با هدف کلی تأثیرگذاری بر طرح‌واره‌های خاص به منظور درمان زمینه‌ای اختلال مزبور طراحی شوند. نهایتاً از آنجا که در بعضی اختلالات خاص روانپزشکی مثل اختلالات شخصیت، پر کردن پرسشنامه، می‌تواند باعث برانگیخته شدن هیجانات خاص در این افراد شود، پیشنهاد می‌شود درمانگران در جلسه نسبت به هیجانات و مقاومت بیمار در پر کردن

پرسشنامه با حوصله و مدبرانه برخورد کنند.

## منابع

- احمدی، محمد. (۱۳۸۰). بررسی اثربخشی آموزش های حل مساله بر برخی از ویژگی های شخصیتی نوجوانان تحت پوشش مراکز شبانه روزی استان تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- پروت، تامپسون؛ براون، داگلاس (۱۳۸۳). روان درمانی و مشاوره کودکان و نوجوانان (کاربدهای عملی در مراکز درمانی و مدارس). فرهی، حسن. انتشارات ارجمند.
- سهرابی فرامرزی. (۱۳۶۹). بررسی اختلالات رفتاری نوجوانان شاهد محروم از والدین. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس.
- صدیقی، مریم. (۱۳۸۴). بررسی اثر بخشی آموزش حل مساله در کاهش افسردگی دختران فراری ساکن در مراکز بهزیستی شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- فرگوسن، جورج. الف. و تاکانه، یوشیو. (۱۳۸۰). تحلیل آماری در روانشناسی و علوم تربیتی. (ترجمه سی علی دلاور و سیامک نقشبندی). تهران: ارسباران.
- مصلحی، مرضیه. (۱۳۷۳). بررسی وضعیت شخصیتی دختران بی سرپرست شبانه روزی ها و مقایسه با دختران تحت سرپرستی والدین بر اساس تست MMPI. دانشگاه تربیت معلم.

Ball, J, Mitchell, P. malhi, G Skillecorem, A & smith, M (2003) schema focused therapy For borderline disorder: reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Australian & new zealand journal of psychiatry* 37(1), 41.

Cecero, J. & Young, E. J (2001). Case of silvia : Schema focused approach. *journal of Psychotherapy integration*. 11(2).

Hoffort, A. Sexton, H. (2001). The role of optimism in the process of schema focused cognitive therapy of personality problems. *journal of Behavior Research and Therapy*. 40, 611-623.

Hoffort, A. Vesrland, S. & Sexton, H. (2002). Self understanding, guided discovery and schema beliefs in schema focused cognitive therapy of personality problems: A process outcome study. *Journal of cognitive therapy and research*. 26(2), 190-219.

Jovev, M. : hon, A. and Jackson, H. (2004) early maladaptive schemas in personality disorder individual. *Health & medical Complete*. 18(5), 467.

Morrison, Norma. (2000). Schema Focused therapy for complex long standing problem: A single case study. *Behavioral and cognitive psychotherapy*. 28(3), 269-283.

Muncey, C. (2007). Schema Focused therapy appears effective for BPD treatment. *Monitor on psychology*. 38(3).

Nordahl, H. M. Hans, M. & Nyseater (2005) schema focused therapy for patient with borderline personality disorder :A Single case series. **Journal of behavior therapy and experimental psychiatry**. 36,254 268.

Sheffield, A. Alex., Waller, Glen., Emauelli, Francesca., Murrey, Jamees. & Meyer, Caroline. (2005). Link between parenting and core belief. Preliminary psychometric, validation of young parenting inventory. **Cognitive THERAPY AND Research**. 29(6), 787 802.

Strauman, T. J.: Kolder, G. G.: Stronquist, V. D.: Nancy, k.: Lori, H. E. & Schneider, Kristin. (2001). The effects of treatment for depression on failure in self regulation. **Journal of Cognitive Therapy and Research**. 25(6), 693 712.

Wolff, p. H. (1998) The orphans of Eritrea : A comparison study **Journal of child – psychology and psychiatry** 36 633 644 .

Young, J. E. (1994). Cognitive therapy for personality disorders: A Schema focused approach. Sorasota, Proffetional resource press.

Young, j. E.: Klosko, J. & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy : A practitioner guide. New York. Guilford.