

اثر بخشی زوج درمانی طرحواره محور بر پیشگیری از خودکشی مجدد در افراد اقدام کننده به خودسوزی در بیمارستان امام خمینی کرمانشاه

نویسنده مسئول: سعید مرادی وفا

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف اثربخشی زوج درمانی طرحواره محور بر پیشگیری از خودکشی مجدد در افراد اقدام کننده به خودسوزی در بیمارستان امام خمینی کرمانشاه انجام گرفت.

مواد و روش: روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی به شیوه پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه پژوهش کلیه بیماران بستری در بخش سوختگی که اقدام به خودسوزی نموده اند در بیمارستان امام خمینی کرمانشاه بوده است. از این جامعه ۱۶ مراجع به شیوه تصادفی ساده طی چند مرحله انتخاب شدند و در دو گروه ۸ نفری گماشته شدند. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه افکار خودکشی بک و پرسشنامه ذهنیت های طرحواره ای یانگ استفاده شد. تحلیل داده ها با استفاده از شاخص های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس و به کمک نرم افزار آماری Spss-21 انجام شد.

یافته ها: نتایج این پژوهش نشان داد که افکار خودکشی بر اثر زوج درمانی کمتر شده و از میزان شدت اولیه کاهش می یابد و اقدام به خودکشی مجدد از بین می رود.

واژه های کلیدی: زوج درمانی طرحواره محور، افکار خودکشی.

اختلاف بین زن و شوهر بنا به تفاوت‌های فردی و شخصیتی در زندگی زناشویی امری طبیعی است و در موارد متعددی روی می‌دهد. زیرا در تعامل بین زوجین، برخی نیازها برآورده نمی‌شود و همسران نسبت به همدیگر احساس خشم، ناامیدی و نارضایتی می‌کنند (حسینیان، ۱۳۸۶). با شروع زندگی مشترک دو نفر که ممکن است دارای فرزند باشند یا نباشند کارکردهای گوناگونی خواهند داشت. از جمله کارکردهای مهم آن حفظ سلامت عمومی و همچنین پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی است. بنابراین توجه به کارکردهای خانواده، در ابعاد و زمینه‌های رفتاری و شخصیتی دارای اهمیت بسیار است (نوابی نژاد، ۱۳۷۲).

سیسیلیا (۲۰۰۵) به نقل از یوسف نژاد (۱۳۸۶) در توصیف کارکرد تعاملات زوجین، تعاملات تربیتی و تعاملات مستقل را مورد توجه قرار داده است و کنش اعضای خانواده تعاملات زوجین، تعاملات تربیتی و تعاملات مستقل را مورد توجه قرار داده‌اند و کنش اعضای خانواده در عملکرد درون خانواده و در جامعه حرفه‌ای و شغلی، تحصیلی، اجتماعی یا تفریحی را بررسی نموده‌اند و به این نتیجه رسیده‌اند که در خانواده‌هایی که زن و مرد کنار هم هستند تعاملات زناشویی می‌تواند اساس و بنیان سایر امور باشند (موسوی، ۱۳۸۲).

در تعریف عملکرد خانواده می‌توان گفت که «عملکرد خانواده تلاش مشترکی است برای برقراری و حفظ تعادل در خانواده» (برهانی، ۱۳۸۳). در زمینه افزایش عملکرد مطلوب زوجین دیدگاه‌های مختلفی وجود دارد که در این پژوهش از دیدگاه طرحواره محور و شناختی جهت تحلیل نظری آن استفاده شده است. رویکردی که دیدگاه شناختی به مشکلات زناشویی دارد این است که ذهنیت‌های طرحواره‌ای را علت اصلی ایجاد اختلال و مشکلات زوجها می‌داند. براساس مدل‌های طرحواره‌ها و ذهنیت‌های طرحواره‌ای آنچه که باورهای کلیدی خانواده است در ایجاد مسائل و مشکلات نقش دارند. فرض بر این است که هر یک از زوجین باورهای اصلی و ذهنیت‌های طرحواره‌ای درباره خود و روابط صمیمی دارند که با خود به رابطه زناشویی می‌آورند، طرحواره‌ها شامل فرضیاتی است که درباره همسر و رابطه زناشویی آن‌گونه که هستند و معیارهای درباره اینکه چگونه باید باشند (اپستین و باکوم^۱، ۲۰۰۲).

مفید بودن طرحواره درمانی در درمان مشکلات شدید زناشویی و مشکلات رایج در تداوم روابط صمیمی تأیید شده است. الگوهای طرحواره محور، طرحواره و ذهنیت‌ها را طیفی گسترده و فراگیر از مسائل و موضوعاتی می‌داند که بر خود و روابط خود با دیگران تمرکز دارد. در دوره کودکی پرورش می‌یابد و در طول زندگی پیچیده

تا حدی ناکارآمد می شود. طرحواره ها اساساً قطعی و هم شرطی و هم غیرشرطی هستند که توسط افراد حفظ می شوند (یانگ، کلووسکو و ویشار^۱، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۸).

طرحواره ها سازه هایی هستند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می گیرند و به عنوان واسطه، پاسخ های رفتاری افراد را تحت تأثیر قرار می دهند. ذهنیت های طرحواره ای ناکارآمد را می توان به عنوان بخشی از خویشتن در نظر گرفت که با طرحواره ها یا عملکردهای طرحواره ای خاصی ارتباط دارد و هنوز به طور کامل با سایر بخشهای خویشتن یکپارچه نشده است. ذهنیت ها به چهار گروه تقسیم می شوند: ذهنیت های کودکانه، ذهنیت های مقابله ای ناکارآمد، ذهنیت های والد ناکارآمد، ذهنیت بزرگسال سالم. یکی از اهداف بزرگ طرحواره درمانی این است که به بیماران یاد بدهیم چگونه ذهنیت بزرگسال سالم را توانمند سازند تا بتوانند ذهنیت های ناکارآمد را خنثی کرده یا به گفتگو با آنها پردازند. مفهوم ذهنیت اولین بار در رفتارهای اختلال شخصیت مرزی پدید آمد. به عنوان مثال گرفتن نمره بالا در تمام شانزده عامل پرسشنامه طرحواره یانگ توسط بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی چندان غیرمعمول نیست. مدل اصلی طرحواره درمانی برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مشکل است، زیرا این بیماران خیلی سریع از یک حالت عاطفی یا پاسخ مقابله ای افراطی به یک حالت یا پاسخ دیگر تغییر جهت می دهند. مثلاً در یک لحظه ممکن است عصبانی و در لحظه دیگر غمگین، منزوی، دوری گزین، بی احساس، وحشت زده، تکانشگر یا مملو از خود بیخاری شوند. چون تمرکز عمده مدل اصلی طرحواره بر سازه های صفت مانند مثل طرحواره یا سبک مقابله ای بود، لذا در نظر گرفتن این مدل جهت تبیین پدیده تغییر حالتهای ناگهانی بیماران کافی به نظر نمی رسید. براساس مدل ذهنیت طرحواره ای، این امر به خاطر تغییر وضعیت های پی در پی و غیرقابل کنترل بیمار از یک ذهنیت به ذهنیت دیگر است. به نظر یانگ، پنج ذهنیت زیر خصیصه اختلال شخصیت مرزی هستند: ذهنیت محافظ بی تفاوت، ذهنیت کودک رهاشده/ مورد بدرفتاری قرار گرفته، ذهنیت کودک عصبانی/ تکانشی، ذهنیت والد تنبیه گر و ذهنیت بزرگسال سالم. گذاشتن اسم بر روی ذهنیت های مختلف، وسیله ای برای کمک به بیمار در جهت درک و شناسایی ذهنیت ها است و هیچ اشاره ای به هویت ها یا اشخاص مستقل ندارد (آرنتز و کوویپرز^۲، ۱۹۹۸).

براساس نظریه شناخت درمانی، احساسات و رفتارهای ناکارآمد در اختلالات شخصیت به طور وسیعی تحت تأثیر کارکرد طرحواره های خاص است که موجب قضاوت های سوگیرانه و ایجاد خطاهای شناختی مداوم در انواع موقعیت های خاص می شوند (بک^۳، ۲۰۰۴). مطالعات زیادی رابطه ذهنیت های طرحواره ای را با شماری

1 - Young, Klosko & Weishaar

2 - Arntz & Kuipers

3 - Beck

از علائم روانپزشکی از جمله افسردگی، اضطراب، اختلالات شخصیت و رفتارهای ایدایی نشان داده اند(زره پوش، ۲۰۱۲؛ منتظری و همکاران، ۲۰۱۳؛ اورو، کلویت و پدیلا^۱، ۲۰۱۴).

لذا این احتمال نیز وجود دارد که ذهنیت های طرحواره ای با افکار خودکشی نیز ارتباط داشته باشند. از آنجا که خودکشی (Suicide) یکی از مشکلات عمده سلامت عمومی و رفتاری ضد اجتماعی در سراسر جهان به شمار می رود. لذا بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، خودکشی، اقدامی است آگاهانه و سرانجام مرگبار که به وسیله خود فرد و با آگاهی از این سرانجام رخ می دهد. از ۴۵ سال گذشته تا کنون نرخ اقدام به خودکشی در تمام جهان ۶۰٪ افزایش یافته است. سالانه تقریباً یک میلیون نفر در اثر خودکشی می میرند که ۲۰-۱۰۰ برابر آن اقدام به خودکشی است و هر بار اقدام به خودکشی، خطر خودکشی موفق را ۳۲٪ افزایش می دهد. اقدام به خودکشی به علت پیامدهای اجتماعی-اقتصادی و روانی خسارات فراوانی را به جوامع و هزینه های هنگفتی را بر نظام بهداشتی - درمانی کشورها تحمیل می کند. خودکشی یکی از پیچیده ترین جنبه های زندگی انسان می باشد که تمامی ابعاد و زوایای آن به درستی شناخته نشده است. به سه علت اصلی محققان بیشتر بر موارد اقدام به خودکشی (یا آسیب عمدی به خود) تمرکز دارند تا موارد خودکشی: (۱) به دلیل مشکلات متدلوزی که در بررسی موارد خودکشی وجود دارد. (۲) تاریخچه یک اقدام قبلی، می تواند یک عامل خطر پیشرو برای خودکشی موفق باشد. (۳) با بررسی علل و عوامل اقدام به خودکشی می توان به ریسک فاکتورهایی برای خودکشی دست یافت (هارلی^۲، ۲۰۱۰).

در مطالعه ای که برای بررسی طرحواره های ناسازگار اولیه در افراد اقدام کننده به خودکشی انجام شده است نتیجه پژوهش نشان می دهد که صرفاً طرحواره های خود تحول نیافته/ گرفتار و محرومیت هیجانی در بروز خودکشی مؤثر بوده اند؛ طرحواره خود تحول نیافته/ گرفتار به طور مستقل از افسردگی در بروز خودکشی مؤثر می باشد و طرحواره محرومیت هیجانی هم به طور مستقیم بر خودکشی مؤثر است و هم به طور غیرمستقیم با تأثیر بر افسردگی می تواند بر خودکشی تأثیر گذارد(خمیرانی و همکاران، ۱۳۹۳).

مروری بر مطالعات انجام شده نشان می دهد که تاکنون پژوهشی انجام نشده که اثربخشی زوج درمانی طرحواره محور را بر اقدام به خودکشی مجدد بیماران نشان دهد. از آنجائی که ذهنیت های طرحواره ای در بسیاری از آسیبهای روانشناختی دخیل هستند لازم است برای پیشگیری از آسیبهای روانشناختی از جمله بروز افکار خودکشی مجدد بررسی شود و از سویی تشخیص و شناسایی ذهنیت های طرحواره ای در فرآیند درمان می تواند نرخ بهبودی را افزایش و نرخ عود را کاهش دهد.

بنابراین با توجه به مباحث ذکر شده، هدف پژوهش حاضر، اثربخشی زوج درمانی طرحواره محور بر پیشگیری از خودکشی مجدد در افراد اقدام کننده به خودسوزی در بیمارستان امام خمینی کرمانشاه می باشد.

مواد و روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی به شیوه پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران بستری در بخش سوختگی که اقدام به خودسوزی نموده اند در بیمارستان امام خمینی کرمانشاه بوده است. از این جامعه ۱۶ مراجع به شیوه تصادفی ساده طی چند مرحله انتخاب شدند و در دو گروه ۸ نفری گماشته شدند. برای گرد آوری داده ها از پرسشنامه زیر استفاده شد.

پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSSI): این پرسشنامه به منظور بررسی افکار خودکشی توسط آرون بک ساخته شده و به منظور آشکارسازی و اندازه گیری شدت نگرشها و طرح ریزی برای اقدام به خودکشی تهیه شده است. دارای ۱۹ پرسش است که هر پرسش از صفر تا دو نمره می گیرد، لذا نمرات افراد بین صفر تا ۳۸ متغیر می باشد. ارزیابی افکار خودکشی در فرد براساس نمره کسب شده توسط افراد به صورت فاقد افکار خودکشی (نمره ۰ تا ۳)، دارای افکار خودکشی کم (نمره ۴ تا ۱۱) و دارای افکار خودکشی پرخطر (نمره ۱۲ و بیشتر) خواهد بود.

این مقیاس از روایی و پایایی بالایی جهت بررسی افکار خودکشی برخوردار بوده و هنجاریابی آن در ایران نیز به عمل آمده است (انیسی و همکاران، ۱۳۸۴). همبستگی درونی این آزمون ۰/۸۹ است. روایی همزمان آن با پرسشنامه سلامت عمومی برابر با ۰/۷۶ و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ است (انیسی و همکاران، ۲۰۰۴) و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۵۴ به دست آمده است (انیسی و همکاران، ۲۰۰۶).

پرسشنامه ذهنیت های طرحواره ای یانگ: نسخه بلند پرسشنامه ذهنیت های طرحواره ای (SMI) یانگ و همکاران، ۲۰۰۷) یک پرسشنامه ۱۸۶ آیتمی خود توصیفی است که از یک مقیاس اندازه گیری نوع لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۶ (همیشه یا همه اوقات) استفاده شده است. نسخه کوتاه این پرسشنامه ۱۲۴ سؤال دارد. هدف آن سنجش ۱۴ ذهنیت طرح واره ای است و روی یک مقیاس لیکرت ۶ گزینه ای = ۱ هرگز و = ۶ همیشه نمره گذاری می شود. SMI دارای روایی سازه و روایی همگرا خوب است و پایایی درونی (آلفای کرونباخ) مناسبی برای همه خرده مقیاس ها گزارش شد (بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۶) (لوئیستل و همکاران، ۲۰۱۰).

هرچه نمره فرد در این ذهنیت ها بیشتر باشد حاکی از انعطاف ناپذیری آن ذهنیت است. بنابراین نمرات بالا نشانگر حاکمیت آن ذهنیت بر سیستم پردازش اطلاعات است. از آنجایی که ذهنیت ها خیلی زود عوض می

شوند، بنابراین احتمال دارد که بیمار در جلسات متفاوت در ذهنیت های مختلفی نمره بالا بگیرد. این پرسشنامه نمره برش ندارد و تفسیر نمرات برای هر خرده مقیاس با بدست آوردن میانگین هر خرده مقیاس و مقایسه آن با کلید نمره گذاری اصلی بدست می آید (ریاض، خلیلی و کلثوم، ۲۰۱۳).

برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری Spss-21 استفاده شد. در بخش آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده گردید.

یافته ها

بر اساس یافته های پژوهش حاضر، اکثریت افراد نمونه در دامنه سنی ۲۵-۳۵ سال در گروه آزمایش با فراوانی (۱۰) و درصد (۶۲/۵)، تمام افراد نمونه در مقطع تحصیلی دیپلم و پایین تر با فراوانی (۱۶) و درصد (۱۰۰)، اکثریت افراد نمونه از نظر مدت ازدواج در گروه آزمایش با فراوانی (۱۰) و درصد (۶۲/۵) و اکثریت افراد نمونه از نظر تعداد فرزندان که در هر دو گروه برابر است با فراوانی (۱۰) و درصد (۶۲/۵) بود. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمره های مربوط به ذهنیت های طرحواره ای و افکار خودکشی در بین گروه آزمایش و کنترل را به تفکیک نشان می دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات ذهنیت های طرحواره ای و افکار خودکشی در گروه ها

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
ذهنیت های	آزمایش	۳/۸۱	۳۹/۱۱	۳/۳۸	۸/۵۵
طرحواره ای	کنترل	۴/۰۵	۱۸/۱۲	۳/۵۷	۲۱/۳۶
افکار خودکشی	آزمایش	۱۴/۷۵	۴/۸۴	۸/۷۵	۲/۰۵
	کنترل	۱۴/۶۲	۲/۹۰	۸/۶۲	۲/۰۶

فرضیه اصلی: زوج درمانی طرحواره محور بر ذهنیت های طرحواره ای و افکار خودکشی بیماران موثر است.

جدول ۲. آزمون لون برای بررسی برابری واریانس های گروه های آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته

متغیر	F	df _۱	df _۲	سطح معناداری
ذهنیت های طرحواره ای	۰/۹۵۷	۱	۱۴	۰/۳۴۵
افکار خودکشی	۰/۷۸۴	۱	۱۴	۰/۴۷۶

اطلاعات جدول ۲ به ما نشان می دهد که متغیرهای وابسته در دو گروه معنی دار نیستند زیرا مقدار p در همه آنها بیشتر از ۰/۰۵ است. بنابراین در این متغیرها واریانس ها برابر هستند و اجرای آزمون کواریانس بلا مانع است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره برای بررسی تأثیر زوج درمانی طرحواره محور بر ذهنیت های طرحواره

ای و افکار خودکشی در گروهها

منابع تغییرات	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلاپی	۰/۳۸۱	۳/۹۹۴	۲	۱۳	۰/۰۴۴
لامبدای ویلکز	۰/۶۱۹	۳/۹۹۴	۲	۱۳	۰/۰۴۴
اثر هوتلینگ	۰/۶۱۴	۳/۹۹۴	۲	۱۳	۰/۰۴۴
آزمون روی	۰/۶۱۴	۳/۹۹۴	۲	۱۳	۰/۰۴۴

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که بین گروه آزمایشی که تحت تأثیر زوج درمانی طرحواره محور بوده و گروه کنترل که تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفته است در هر دو متغیر وابسته تفاوت معنادار وجود دارد [P=۰/۰۴۴، F=۳/۹۹۴ و df=۲ و ۱۳] و این روش در ترمیم ذهنیت های طرحواره ای و کاهش افکار خودکشی موثر بوده است. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش تأیید می شود.

فرضیه فرعی اول : زوج درمانی طرحواره محور بر ذهنیت های طرحواره ای بیماران موثر است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر زوج درمانی طرحواره محور بر ذهنیت های طرحواره ای

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروهها	۱۴۰۶/۲۵۰	۱	۱۴۰۶/۲۵۰	۵/۳۱۰	۰/۰۳۷
خطا	۳۷۰۷/۵۰۰	۱۴	۲۶۴/۸۲۱	-	-
کل	۱۹۴۱۳۸۶/۰۰۰	۱۶	-	-	-

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که بین گروه آزمایشی که تحت تأثیر زوج درمانی طرحواره محور بوده و گروه کنترل که تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفته است در متغیر ذهنیت های طرحواره ای [$F=۵/۳۱۰$ ، $P=۰/۰۳۷$] تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه فرعی اول تأیید می شود.

فرضیه فرعی دوم : زوج درمانی طرحواره محور بر افکار خودکشی بیماران موثر است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر زوج درمانی طرحواره محور بر افکار خودکشی

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروهها	۲۳۵/۶۲۷	۱	۲۳۵/۶۲۷	۴/۶۹۷	۰/۰۳۲
خطا	۷۴۲۵/۰۱۳	۱۴	۵۰/۱۶۹	-	-
کل	۲۱۶۵۷۸/۰۰۰	۱۶	-	-	-

نتایج جدول ۵ نشان می دهد که بین گروه آزمایشی که تحت تأثیر زوج درمانی طرحواره محور بوده و گروه کنترل که تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفته است در متغیر افکار خودکشی [$F=۴/۶۹۷$ ، $P=۰/۰۳۲$] تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه فرعی دوم نیز تأیید می گردد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر، با هدف اثربخشی زوج درمانی طرحواره محور بر پیشگیری از خودکشی مجدد در افراد اقدام کننده به خودسوزی در بیمارستان امام خمینی کرمانشاه انجام گرفت. به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که زوج درمانی طرحواره محور بر ذهنیت های طرحواره ای و افکار خودکشی بیماران مؤثر بوده، بنابراین زوج درمانی طرحواره محور می تواند شدت ذهنیت های طرحواره ای و افکار خودکشی بیماران را کاهش داده و با توجه به کاهش میزان افکار خودکشی، میزان اقدام به خودکشی مجدد به صفر رسیده است. این نتیجه با یافته های پژوهش های خمیرانی و همکاران (۱۳۹۳)؛ زره پوش (۲۰۱۲)؛ منتظری و همکاران (۲۰۱۳) و اورو، کلویت و پدیلا^۱ (۲۰۱۴) همسو می باشد.

در تبیین این یافته ها می توان گفت که فعال شدن ذهنیت های ناکارآمد و والد طرحواره ای می تواند منجر به بیدار شدن افکار خودکشی و اقدام به خودکشی شود و از آنجایی که همسران نقش مهمی در ترمیم و تقویت این ذهنیت های ناکارآمد دارند، لذا زوج درمانی طرحواره محور نقش مؤثر در ترمیم ذهنیت های طرحواره ای و کاهش افکار و اقدام به خودکشی دارد.

از جمله محدودیت های این پژوهش آن بود، که پژوهش حاضر محدود به نمونه بالینی از بیماران بود و تعمیم نتایج به سایر جمعیتها با تفاوت های فرهنگی و... با احتیاط صورت گیرد. از جمله محدودیت های دیگر، زیادبودن تعداد سوالات پرسشنامه بود که ممکن است باعث بی حوصلگی و بی دقتی در جواب دادن به پرسشنامه ها شده باشد. محدودیت دیگر این پژوهش عدم کنترل و بررسی نقش متغیرهای زمینه ای و واسطه ای موثر احتمالی به ویژه فرهنگ در کنار طرحواره ها بود که به نظر می رسد مستلزم انجام پژوهش های جامع تر باشد.

منابع:

- برهانی، نادره، (۱۳۸۳)، بررسی مقایسه سبک های دلبستگی و عملکرد خانواده در دو گروه دختران نوجوان فراری (از خانه) و دختران عادی (غیرفراری). پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران.
- حسینیان، سیمین، (۱۳۸۶)، بررسی مشاوره گروهی با روش شناختی - رفتاری بر تعارضات زناشویی. نشریه پژوهش های تربیتی و روانشناختی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان، سال سوم شماره دوم، شماره پیاپی ۸، پائیز و زمستان، ص ۲۲-۱.

- خمیرانی، م. ح؛ شمس علیزاده، ن؛ رضاعی، ف (۱۳۹۳). بررسی طرحواره های غیرانطباقی اولیه در افراد اقدام کننده به خودکشی به شیوه مسمومیت؛ مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان ۱۹: ۱-۱۱.
- موسوی، اشرف السادات. (۱۳۸۲). عملکرد نظام خانواده و بهداشت روانی نظام خانواده مجله اندیشه و رفتار. ش ۲۲ و ۲۳.
- نوابی نژاد، ش. (۱۳۷۲). نقش خانواده در سازندگی نسل، نشریه پیوند. شماره ۱۸۱.
- یانگ، ج. ژانت کلوסקو، ماری جوری ویشار (۱۹۵۰). طرحواره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی)، مترجم: حمیدپور، حسن؛ اندوزف زهرا (۱۳۸۸). تهران، انتشارات ارجمند.
- یوسف نژاد، م. (۱۳۸۶). بررسی رابطه عملکرد خانواده با طرحواره های ناسازگار اولیه و رضایت از زندگی در دانشجویان شهر بابل. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.
- Anisi, J., Fathi-Ashtiani, A., Soltani Nejad, A., & Amiri, M. (2006). Prevalence of suicidal ideation in soldiers and its associated factors. *Journal Mil Med*, 8(2), 113-118.
- □Anisi, J., Salimi, S., Ahmadi, K. (2004). Assess the validity of the Beck Scale for suicidal soldiers. *J Milit Med*, 7, 33-7.
- Arntz, A. and Kuipers, H. (1998). Cognitive gedragstherapie bij de borderline persoonlijkheidsstoornis, in *Behandelingsstrategieen bij De borderline persoonlijkheidsstoornis*, (eds W. van Tilburg, W. van den Brink and A. Arntz), Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, the Netherlands, pp. 42-64.
- Beck, A. T. (2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, Guilford Press, New York.
- Epstein, N. B. & Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy couples. - A contextual approach* Washington D.C.: American Psychological association.
- Horlly, W. P., & Baker, D. G. (2010). Competing and complementary models of combat stress injury. *Combat stress injury: Theory, research, and management*, 65-94.
- Lobbstaël, J., Van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). *Behaviour Cognitive Psychotherapy*, 38, 437-458.
- Montazeri, MS, Kavehfarsani, Z, Mehrabi, H. Shakiba A. (2013). Relationship between early maladaptive schemas and depression in guidance school students in Falavarjan. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 23: 179-188. (Persian).
- Orue, I., Calvete, E., & Padilla, P. (2014). Brooding rumination as a mediator in the relation between early maladaptive schemas and symptoms of depression and social anxiety in adolescents. *Journal of adolescence*, 37(8), 1281-1291.
- Riaz, N. M., Khalily, T., Kalsoom, E. U., (2013). Translation, Adaptation, and Cross Language Validation of Short Schema Mode Inventory (SMI). *Pakistan Journal of Psychological Research*, Vol. 28, No. 1, 51-64.
- Zereh push, A., Neshatdoust, HT., Asgari, K., Abedi, M., Sadeghi Hosnijeh, A. (2012). The effect of schema therapy on chronic depression in students. *Journal of researchers of behavioral sciences*, 4(10), 285-91.