فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۴، شماره ۸، بهار سال ۱۳۹۹

مقایسه طرحواره‌های ناسازگار مادران دارای فرزندان مبتلا به اختلالات خلقی، ADHD و سالم مراجعه کننده به بیمارستان روزبه

طیبه بهزادافشار[۱]

چکیده

هدف پژوهش حاضر، مقایسه طرحواره‌های ناسازگار مادران دارای فرزندان مبتلا به اختلالات خلقی، ADHD و سالم مراجعه-کننده به بیمارستان روزبه تهران بود. روش پژوهش داده‌ها از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه‌ی آماری کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلالات خلقی، ADHD و سالم در سال ۱۳۹۹ بود. نمونه آماری شامل ۱۲۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلالات خلقی، ADHD و سالم در شهر تهران بودند که بر اساس نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب گردیدند. ابزار اندازه-گیری پژوهش پرسشنامه‌های، ویژگی‌های شخصیتی (۱۹۹۲) بود. پایایی پرسشنامه‌ها با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن برای هر دو پرسشنامه بالای ۷۰/. به‌دست آمد. همین‌طور از روایی محتوا به‌منظور آزمون روایی پرسشنامه استفاده شد که برای این منظور پرسشنامه‌ها به تأیید متخصصین مربوطه رسید. تجزیه‌وتحلیل اطلاعات به‌دست آمده به وسیله تحلیل واریانس یک راهه انجام پذیرفت. یافته‌ها نشان دادند که در هر سه ویژگی "روان رنجورخویی"، "برون-گرایی" و "سازش پذیری"، بین مادران دارای فرزندان سالم با دو گروه دیگر تفاوت معنی‌داری وجود دارد، میانگین "روان رنجورخویی" و "سازش پذیری" مادرانی که دارای فرزند سالم هستند به طور معنی داری کمتر از مادرانی است که دارای کودک مبتلا به "اختلالات خلقی و ADHD" است. این در حالی است که در ویژگی "برون‌گرایی"، مادران دارای کودک سالم، نمره بالاتری نسبت به دو گروه دیگر کسب کرده‌اند. با این وجود بین مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات خلقی و ADHD تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود. با این وجود بین مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات خلقی و مادران دارای فرزند ADHD تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

واژگان کلیدی: طرحواره‌های ناسازگار، اختلال خلقی، اختلال نارسایی توجه

[۱] کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، **دانشگاه آزاد اسلامی**، واحد بروجرد، بروجرد، ایران (نویسنده مسئول)
(F.b.afshar@gmail.com)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

مقدمه

از مهم‌ترین و شایع‌ترین اختلال‌های دوران کودکی که توجه روان‌شناسان و روان‌پزشکان را به خود جلب کرده است، اختلال نقص توجه و بیش فعالی است (بوسینگ[1] و همکاران ، ۲۰۱۰). میزان شیوع این اختلال حدود ۸ تا ۱۲ درصد گزارش شده است (بیدرمن و فارانون[2]، ۲۰۰۵). در ایران نیز میزان شیوع این اختلال در یک نمونه ۲۵۰۰ نفری از دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران حدود ۳-۵ درصد بیان شده است (کردستانی، ۱۳۹۳). نسبت قابل توجهی از کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی علاوه بر علایم این اختلال، رفتار نافرمانی مقابله‌ای، پرخاشگری، مشکلات سلوک و مشکلات برون-ریزانه دیگر را نیز از خود بروز می‌دهند (کین[3] و همکاران ، ۲۰۱۰). نارسایی در بازداری و اختلال در کارکردهای اجرایی مشکل اساسی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی محسوب می‌شود، این کودکان از مهارت کافی و لازم برای نظارت بر رفتار خود برخوردار نیستند و نمی‌توانند رفتار خود را برای زمانی طولانی تنظیم کنند (بارکلی[4]، ۲۰۰۶).

بنابراین حضور کودک مبتلا به اختلالات خلقی و اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی در خانواده درخواست‌های مضاعفی را بر والدین و بالاخص مادران این کودکان تحمیل می کند و باعث افزایش، فشار روانی و انواع مشکلات روانشناختی از قبیل افسردگی و خلق منفی در این والدین می‌شود (بوسینگ و همکاران، ۲۰۰۷). در نتیجه والدین این کودکان بیش از پیش با چالش‌های منحصر به فردی مواجه هستند (براون و ویتساید، ۲۰۰۷). بنابراین اگر درخانواده یک کودک اختلال روانی وجود داشته باشد بی‌شک مسائل و مشکلاتی را در فضای خانواده ایجاد می‌کند که در این بین واکنش‌های والدین در کاهش یا افزایش نشانه‌های بیماری فرزندان تأثیر فراوانی دارد. در همین رابطه در سال‌های اخیر توجه فزاینده‌ای به نظریاتی شده که به دنبال شناخت و معرفی فرایندهای شناختی مؤثر بر اختلال‌های روانی و مشکلات میان فردی بوده‌اند. یکی از پدیده‌های شناختی مورد توجه در این حوزه، طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌باشد.

طرحواره‌های ناسازگار اولیه، باورهایی هستند که افراد دربارهٔ خود، دیگران و محیط دارند که به طور معمول از ارضاء نشدن نیازهای اولیه به خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند (زانگ و هه، ۲۰۱۰). طرحواره‌های ناسازگار اولیه در طول زندگی ثابت و پابرجا هستند و اساس ساخت‌های شناختی فرد را تشکیل می‌دهند. این طرحواره‌ها به شخص کمک می‌کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان دهند و اطلاعات دریافتی را پردازش کنند (مالتبی و دی[5]، ۲۰۰۴، به نقل از یوسفی، ۱۳۹۰). به عقیده نوردهال[6] و همکاران (۲۰۰۵) طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عمیق‌ترین سطح ساختارهای شناختی هستند که خود را در رابطه با محیط و سایر افراد نشان می‌دهند و به رشد و شکل گیری مشکلات روان شناختی می‌انجامند. یانگ و همکاران (۲۰۰۳) نیز معتقدند که طرحواره‌ها، موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان‌فردی به صورت سو تفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف شده، گمانه زنی‌های نادرست و چشم داشت‌های غیر واقع‌بینانه مشخص می‌شوند. بر همین اساس به نظر آنها بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، اضطرابی و تکانشگری، طرحواره‌های ناسازگاری دارند و همین عامل منجر به تشدید نشانه‌های این اختلالات می‌شوند. در همین رابطه یافته‌های هریس و کورتن[7] (۲۰۰۲) نشان می‌دهد که شدت افسردگی به گونه‌ای معنادار با تمام ۵ بعد طرحواره-های مفهوم سازی شده‌ی یانگ همبستگی دارد، در حالی‌که اضطراب شدیدتر به‌طور معناداری تنها با بعد بازداری / مراقبت بیش از حد دارای همبستگی می‌باشد. ازسوی دیگر، بر پایه نظریه شناختی بک، تجربه‌های ناخوشایند زندگی می‌تواند باعث

[1] -Bussing
[2] - Biederman & Faraone
[3] - Keen
[4] -Barkley
[5] -Maltby &Day
[6] -Nordehall
[7] -Harris & Curtin

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

شکل‌گیری طرحواره‌های ناکارآمد شود. فعال شدن این طرحواره‌ها به وسیله رویدادهای همخوان با طرحواره، به یک دوره افسردگی منتهی می‌شوند.

بنابراین با توجه به رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلال‌های روانی از یک سو و نقش والدین و نحوه رابطه آن‌ها با کودکان بر اختلال‌های روانی و مشکلات روانی آنها از سوی دیگر، این پژوهش به دنبال بررسی ویژگی‌های شخصیتی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در کودکان مبتلا به ADHD و اختلال‌های خلقی می‌باشد. به عبارت دیگر پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سؤال است که: آیا بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه والدین کودکان دارای ADHD و اختلال خلقی و سالم تفاوت معنی داری وجود دارد؟

روش‌شناسی پژوهش

روش پژوهش: پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی، از منظر زمانی، گذشته‌نگر و به لحاظ شیوه‌ی گردآوری داده‌ها و عدم دستکاری متغیرهای موجود، به طرح‌های علی-مقایسه‌ای تعلق دارد. پس رویدادی به پژوهش‌هایی گفته می‌شود که در آن‌ها احتمال روابط علت و معلولی از طریق مشاهده یک موقعیت مورد پژوهش قرار می‌گیرد و عوامل علّی موجه را در زمان گذشته جستجو می‌کند. در پژوهش پس‌رویدادی معلول مورد مشاهده قرار می‌گیرد و عواملی که احتمال می‌رود موجب آن شده است، مطالعه و بررسی می‌شود. در این روش پژوهشگر کنترل مستقیم بر متغیرهای مستقل را ندارد (دلاور، ۱۳۹۸).

جامعه‌آماری، روش نمونه‌گیری و حجم نمونه

پژوهش حاضر در بیمارستان روزبه تهران صورت پذیرفته جامعه آماری این تحقیق کلیه مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات خلقی و ADHD که در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ مراجعه کرده بودند، می باشند. روش نمونه گیری در این پژوهش، روش نمونه گیری تصادفی ساده است. از نمونه های تصادفی ساده معمولاً در تحقیقات توصیفی زمینه یابی، همبستگی، علّی و تجربی استفاده می شود. این نمونه بر اساس این اصل انتخاب می شود که کلیه افراد جامعه ی مورد مطالعه با هم مشابهت دارند و متجانس یا در واقع یکدست هستند (حافظ نیا، ۱۳۹۴). در این پژوهش ابتدا کلیه مراجعه کنندگان بر اساس اختلال خلقی و ADHD لیست شدند و سپس ابزارهای پژوهش بر روی ۱۲۰ نفر از مادران (۴۰ نفر اختلال خلقی و ۴۰ نفر ADHD و ۴۰ نفر سالم) اجرا شد.

ابزار گردآوری داده‌ها و پایایی و روایی

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه (فرم کوتاه):

یک پرسشنامه ۷۵ آیتمی که توسط یانگ (۱۹۸۸، نقل از لطفی و همکاران، ۱۳۸۶) برای ارزیابی پانزده طرحواره ناسازگار اولیه ساخته شد. این پانزده طرحواره عبارتند از: ۱- محرومیت هیجانی، ۲- طرد/ رهاشدگی، ۳- بی اعتمادی/ بدرفتاری، ۴- انزوای اجتماعی، ۵-نقص/شرم، ۶- شکست، ۷- وابستگی/ بی‌کفایتی، ۸- آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، ۹- گرفتاری/ در دام افتادگی، ۱۰- اطاعت، ۱۱- ایثار، ۱۲- بازداری هیجانی، ۱۳- معیارهای نامنعطف، ۱۴- استحقاق و ۱۵- خویشتن‌داری و خود انضباطی ناکافی. این ۱۵ طرحواره در درون ۵ حوزه مطابق با حوزه‌های تحولی اولیه قرار می‌گیرند. که برای پاسخ خود از یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای استفاده کنند (۱=کاملاً غلط، ۲= تقریباً غلط، ۳= اندکی غلط، ۴= بیشتر درست است تا غلط، ۵= تقریباً درست، ۶=کاملاً درست) مطابق با نحوه نمره‌گذاری پرسشنامه طرحواره یانگ (اشمیت و همکاران، ۱۹۹۵)، مطالعات چندی روایی و پایایی پرسشنامه مذکور را نشان دادند، اشمیت و همکاران (۱۹۹۸) به ارزیابی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه طرحواره یانگ بر روی نمونه ای شامل ۱۱۲۵ نفر از دانشجویان لیسانس و ۱۸۷ بیمار بستری شده پرداختند. نتایج مناسب بودن همسانی درونی خرده مقیاس‌های پرسشنامه طرحواره یانگ در هر دو نمونه که از ۸۳/. تا ۹۶/. درجه بندی می شد را نشان دادند. پایایی باز آزمایی هر دو نمونه نیز کافی بود و بین ارقام ۵۰/. تا ۸۲/. درجه‌بندی شد. تحلیل عوامل سوالات در هر دو گروه مورد نظر ساختار عوامل مشابهی را ایجاد کرد که به طور معناداری با سلسله مراتب طرحواره‌های پیشنهادی یانگ هماهنگ بود. علاوه بر این با اندازه‌گیری‌های مفهومی مرتبط با ساختارهایی چون عزت نفس، استرس‌های روانی، ویژگی‌های

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

اختلالات شخصیت، نگرش‌های ناکارآمد مرتبط با افسردگی نشان دادند، که این پرسشنامه دارای روایی همگرا و افتراقی می-باشد. نتایج نشان دادند که پرسشنامه طرحواره با نشانه‌شناسی اختلالات محور I و محور II رابطه دارد و همچنین با عزت نفس و عاطفه مثبت رابطه منفی دارد.

لی، تیلور و دان (۱۹۹۹) نیز روایی سازه پرسشنامه طرحواره را در یک نمونه بالینی از بیماران بستری شده و بستری نشده از بخش بیماران حاد روانپزشکی n=433 تایید کردند. از کل جمعیت نمونه ۲۲۱ نفر، یکی از اختلالات محور II و ۱۳۵ نفر تشخیص محور I دریافت کردند. اطلاعات مربوط به ۷۷ نفر نیز شناسایی نشد. تحلیل ساختار ابزار مورد آزمایش، سبب ایجاد ۱۴ عامل شد که با ۱۴ عامل از ۱۶عامل فرضیه یانگ همسان بود. اشمیت و همکاران (۱۹۹۵) نیز در نمونه خود به همان ۱۴ عامل دست یافته بودند. صدوقی و همکاران (۱۳۸۷)، به بررسی تحلیل عاملی نسخه کوتاه پرسشنامه یانگ در نمونه غیربالینی ایرانی پرداختند. یافته‌های این پژوهش ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ در پایایی و روایی بین فرهنگی را تایید کرد، در این بررسی اعتبار مقیاس YSQ-SF به وسیله آلفای کرونباخ برای همه خرده مقیاس ها در دامنه ۹۰-۶۲ به دست آمد.

جدول ۱: مقدار آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش

سازه‌های اصلی	مؤلفه ها	آلفای کرونباخ
طرحواره‌های ناسازگار اولیه		/۹۱

نتایج حاصل از بررسی اعتبار و پایایی نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای سازه ویژگیهای شخصیتی بالاتر از ۰/۷ است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که پرسشنامه مورد استفاده از پایایی تحقیقی لازم برخوردار می باشد. بنابراین پرسشنامه‌های تحقیق از نظر پایایی مورد تأیید می‌باشند.

تجزیه و تحلیل داده ها

در این پژوهش در جهت آزمون فرضیه‌ها و تأیید یا رد آن‌ها از آزمون آماری تحلیل واریانس یک راهه استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

بین مادران دارای فرزندان مبتلا به اختلالات خلقی، ADHD و سالم از نظر طرحواره های ناسازگار اولیه تفاوت دارد.

جدول ۲: خلاصه آزمون ANOVA جهت مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه گروه ها

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
طرحواره ناسازگار اولیه	بین گروهی	۱۲۴۳۳/۰۲	۲	۶۲۱۶/۵	۴/۶	۰/۰۱۲
	درون گروهی	۱۵۹۷۲۴/۹	۱۱۷	۱۳۶۵/۲		
	کل	۱۷۲۱۵۷/۹	۱۱۹			

چنانکه جدول بالا نشان می دهد F بدست آمده در سطح ۰/۰۵ معنی دار است.

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه گروه ها

متغیر وابسته	گروه	اختلاف میانگین‌ها	
		اختلالات خلقی	ADHD
طرحواره های ناسازگار اولیه	سالم	-۲۲/۹۸*	-۱۹/۹*
	اختلالات خلقی		۳/۱
	ADHD		-

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

بر اساس اطلاعات جدول بالا تفاوت بین مادران دارای فرزندان سالم با دو گروه دیگر معنی‌دار است، به‌طوری‌که بر اساس اطلاعات جدول فوق میانگین "طرحواره های ناسازگار اولیه"، مادرانی که دارای فرزندان سالم هستند، به‌طور معنی‌داری کمتر از مادرانی است که فرزند آنها مبتلا به "اختلالات خلقی و ADHD" است. با این‌وجود بین مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات خلقی و مادران دارای فرزند ADHD تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری

بین ماداران دارای فرزندان مبتلا به اختلالات خلقی و ADHD با گروه سالم از نظر طرحواره های ناسازگار اولیه تفاوت وجود دارد. زندگی با کودک دارای اختلال یا ناتوانی، اغلب به صورت عاملی استرس‌زا برای خانواده درک شده و می‌تواند همه جنبه-های خانواده را تحت تاثیر قرار دهد. در این میان از آنجایی که مادر در تعامل بیشتر با این کودکان می‌باشد، احتمالا بیشترین تاثیر را خواهد پذیرفت. هر چند به سهم بالقوه‌ی رفتارهای والدینی ناکارآمد، در سبب‌شناسی این اختلالات توجه چندانی نشده است. بنابراین اگر درخانواده یک کودک اختلال روانی وجود داشته باشد بی‌شک مسائل و مشکلاتی را در فضای خانواده ایجاد می‌کند که در این بین واکنش‌های والدین در کاهش یا افزایش نشانه‌های بیماری فرزندان تأثیر فراوانی دارد. یکی از پدیده‌های شناختی مورد توجه در این حوزه، طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌باشد. بومبر و مک ماهن (۲۰۱۲)، در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که طرحواره های ناسازگار اولیه موجب افزایش مشکلات بین فردی، نارضایتی از زندگی و عدم کارایی مناسب فرد می شود. ریوز و تیلور (۲۰۱۰)، نیز در پژوهشی با هدف "بررسی رابطه طرحواره های ناسازگار با اختلال شخصیت" به این نتیجه رسیدند که طرحواره های ناسازگار اولیه می تواند با اختلال های شخصیت (ازجمله جامعه ستیزی) ارتباط داشته باشد، چرا که عقاید اساسی ناسازگار، نتایج اختلال شدید شخصیت هستند و یا اینکه این عقاید هسته ایِ ناسازگار، موجب رشد اختلالهای شخصیت می شوند.

هریس و کورتین (۲۰۰۲)، نیز در پژوهشی نشان دادند که طرحواره های ناسازگار نقص و شرم، خود انضباطی ناکافی، آسیب پذیری، بی کفایتی- خود کم بینی با نشانه شناسی افسرده ساز همبستگی دارد. به بیان دیگر طرحواره های منفی، نشانه‌های افسردگی ایجاد می‌کنند و شدت افسردگی به گونه‌ای معنادار با تمام ۵ بعد طرحواره های مفهوم سازی شده‌ی یانگ همبستگی دارد، درحالی که اضطراب شدیدتر به نحو معناداری تنها با بعد بازداری/مراقبت بیش از حد همبستگی دارد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه در طول زندگی ثابت و پابرجا هستند و اساس ساخت‌های شناختی فرد را تشکیل می‌دهند. این طرحواره‌ها به شخص کمک می‌کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان دهند و اطلاعات دریافتی را پردازش کنند (مالتبی و دی، ۲۰۰۴، به نقل از یوسفی، ۱۳۹۰). به عقیده نوردهال و همکاران (۲۰۰۵) طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عمیق‌ترین سطح ساختارهای شناختی هستند که خود را در رابطه با محیط و سایر افراد نشان می‌دهند و به رشد و شکل گیری مشکلات روان شناختی می‌انجامند. یانگ و همکاران (۲۰۰۳) نیز معتقدند که طرحواره‌ها، موجب سوگیری در تفسیر-های ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان‌فردی به صورت سو تفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف شده، گمانه زنی‌های نادرست و چشم داشت‌های غیر واقع‌بینانه مشخص می‌شوند. بر همین اساس به نظر آنها بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، اضطرابی و تکانشگری، طرحواره‌های ناسازگاری دارند و همین عامل منجر به تشدید نشانه‌های این اختلالات می‌شوند.

در تبیین نتایج بدست آمده می توان عنوان کرد که وجود یک عضو بیمار که نیازمند مراقبت ویژه و حمایت های متفاوتی است، می تواند نیروی خانواده و مخصوصا مادر را بر خود متمرکز گرداند و این در خانواده‌ها که منابع محدودی دارند باعث می‌شود که والدین و مخصوصا مادران نتوانند به همه ابعاد دیگر زندگی به اندازه کافی رسیدگی کنند و در نتیجه کارکرد خانواده پایین می‌آید. آگاهی از کیفیت ارتباط بین ابعادی از کارکرد خانواده یا بیماری‌ها و اختلالات می‌تواند هم از جنبه نظری و هم از جنبه بالینی حائز اهمیت باشد. یافته های پژوهشی نشان داده اند که وجود اختلال‌های رفتاری در این کودکان بر تعامل والدین-فرزند و سایر اعضا خانواده تاثیر منفی می‌گذارد. از این رو شناسایی و انجام مداخلات درمانی برای کودکانی

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

که مبتلا به اختلالات خلقی و بیش‌فعالی هستند امری لازم و ضروری است (کاول و الج، ۲۰۰۷). همچنین پژوهشگران بر این عقیده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه همچون یک صافی برای اثبات یا تأیید تجارب کودکی عمل می‌کنند و به نشانه‌های بالینی نظیر اضطراب، افسردگی و اختلالات شخصیت، تنهایی به دلیل روابط بین‌فردی مخرب و سوء مصرف الکل و مواد مخدر، پراشتهایی یا زخم معده منجر می‌شوند. همچنین نتایج پژوهش با یافته های کالوت (۲۰۱۴)، بومبر و مک ماهن (۲۰۱۲)، ریوز و تیلور (۲۰۱۰)، سویگرت و همکاران (۲۰۰۹، به نقل از امینی، ۱۳۸۹)، گانتی و بوری (۲۰۰۸)، موریس (۲۰۰۶)، هریس و کورتین (۲۰۰۲)، برزگر حسین آبادی و همکاران (۱۳۹۳)، قنادی و عبداللهی (۱۳۹۳)، دائمی و جان بزرگی (۱۳۹۲)، منتظری و همکاران (۱۳۹۱)، غمخوارفرد و همکاران (۱۳۹۱)، همسو می باشد.

منابع

اتکینسون، ریتال و همکاران. (۱۳۸۵). زمینه روان‌شناسی عمومی، حسن رفیعی و همکاران، تهران، رشد، جلد اول،

امینی، محمد. (۱۳۸۹). بررسی رابطه‌ی طرحواره های ناسازگار و سیستم‌های فعال سازی – بازداری رفتاری با نشانه‌های شخصیت مرزی و اجتنابی. پژوهش های روانشناختی، دوره ۱۳، شماره ۱ و ۲.

آبستر، عزیزه؛ خانجانی، زینب؛ هاشمی نصرت آباد، تورج و بیرامی، منصور. (۱۳۹۱). اختلالات روانی نوجوانان و ویژگیهای شخصیت نابهنجار والدین: تحلیل بر نقش شخصیت والدین بر سلامت روانی فرزندان. فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی، شماره ۲۷، ص: ۱.

بحربنیان، سیدعبدالمجید؛ حاجی علیزاده، کبری؛ ابراهیمی، الیلا و هاشمی کرجی، ام البنین. (۱۳۹۱). مقایسه ویژگی های شخصیتی و میزان سازگاری مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی و عادی شهر تهران سال ۸۸-۱۳۸۷. فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی، شماره ۷، ص ۱۵۳.

بحربنیان، سیدعبدالمجید؛ حاجی علیزاده، کبری؛ ابراهیمی، الیلا و هاشمی کرجی، ام البنین. (۱۳۹۱). مقایسه ویژگی های شخصیتی و میزان سازگاری مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی و عادی شهر تهران سال ۸۸-۱۳۸۷. فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی، شماره ۷، ص ۱۵۳.

برزگر حسین آبادی، نرگس؛ سلیمی نیا، علیرضا؛ دانش، عصمت و نوری پورلیاولی، رقیه. (۱۳۹۳). مقایسه پنج عامل بزرگ شخصیت و طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران دچارسلیاک و افراد سالم. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، شماره ۹۱، صص: ۱۲-۲۲.

بی‌ریا، ناصر و همکاران (۱۳۸۵). روان‌شناسی رشد. تهران: سمت، ۱۳۸۵، چاپ اول.

پروین، لارنس و جان، اولیور. بی. (۱۳۸۱). شخصیت: نظریه و پژوهش. جوادی، محمد جعفر و کدیور، پروین. تهران: نشر آییژ (انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۱).

پروین، لارنس. (۱۳۸۴). روان‌شناسی شخصیت، ترجمه: پروین کدیور و محمدجعفر جوادی، تهران، جلد دوم.

دائمی، فاطمه و جان بزرگی، مسعود. (۱۳۹۲). بررسی رابطه روان بنه های ناسازگار اولهی مادران و سبک های ناسازگار والدینی آنها. نشریه علوم رفتاری، شماره ۲۵، ص: ۲۲۱.

دوره کودکی براساس طرحواره های ناسازگار کودک و سبک های فرزندپروری مادر. نشریه علوم رفتاری، شماره ۲۱، ص: ۲۵۳.

ذوالقدرمطلق، مصطفی؛ جزایری، علیرضا؛ مظاهری، محمدعلی؛ خوشابی، کتایون و کریملو، مسعود. (۱۳۸۶). مقایسه سبک دلبستگی ویژگی های شخصیتی و خصیصه اضطراب در مادران کودکان دارای اختلال اضطراب جدایی و سالم. فصلنامه خانواده پژوهی، شماره ۱۱، ص: ۷۰۹.

شهامت، فاطمه؛ ثابتی، علیرضا و رضوانی، سمانه. (۱۳۸۹). بررسی رابطه سبک های فرزندپروری و طرحواره های ناکارآمد اولیه. مطالعات تربیتی و روانشناسی، ۱۱ (۲)، صص: ۲۵۴-۲۳۹.

طرحواره های ناسازگار اولیه. سنندج: نخستین همایش ملی شخصیت و زندگی نوین، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سنندج.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

فیست، جس؛.فیست، گریگوری جی. (۲۰۰۲). نظریه های شخصیت(چاپ هفتم).ترجمه: یحی سید محمدی(۱۳۹۱). تهران: روان.

قلی‌زاده، فرض‌الله. (۱۳۸۶). روان‌شناسی شخصیت، تبریز، نشر هادی.

قنادی، فاطمه و عبداللهی، محمدحسین. (۱۳۹۳). ارتباط ادراک رفتار والدین با طرحواره های ناکارآمد اولیه. فصلنامه مطالعات روانشناختی بالینی، شماره ۱۶، صص: ۱۲۹-۱۵۲.

لطفی، راضیه؛ دنیوی، وحید و خسروی، زهره. (۱۳۸۶). مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه در سربازان مبتلا به دسته ب اختلالات شخصیت و سربازان سالم. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، سال ۵، شماره ۲، صص ۱۲۶۱-۱۲۶۶.

نارسایی توجه -فزون کنشی در کودکان. روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، سال دهم، شماره ۳۹، بهار ۱۳۹۳.

یانگ، جفری؛ کلوسکو، ژانت و ویشار، مارجور. (۱۳۹۰). طرحواره درمانی: راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی. ترجمه: حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: انتشارات ارجمند.

یوسفی. (۱۳۹۰). مقایسه اثر بخشی دو رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره و نظام عاطفی بودن بر طرحواره های ناسازگار اولیه، تفکیک خویشتن، سبک‌های دلبستگی و میل به طلاق در مراجعان متقاضی طلاق شهر سقز. پایان نامه دکتری مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان.

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR: Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Pub.

Barkley RA, Murphy KR (2006). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook. 3rd ed. New York, NY: Guilford Press.

Birmaher, B., & Axelson, D. (2006). Course and outcome of bipolar spectrum disorder in children and adolescents: A review of the existing literature. Development and Psychopatology, 18, 1023-1035

Bomber M & McMahon R. (2012). The role of maladaptive schemas at work. Clinical Psychology and Psychotherapy ; 15: 96-112

Bussing R, Gary F, Mills T, Garvan C. Cultural variations in parental health beliefs, knowledge, and information sources related to attention-deficit/hyperactivity disorder. J Fam Issues. 2007; 28:291-318.

Bussing, R., Mason, D. M., Bell, L., Porter, P. H., & Garvan, C. (2010). Adolescent outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample. Journal of American Academy of child and Adolescent Psychiatry. 49,565-605.

Calvete. E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. Child Abuse & Neglect, Volume 38, Issue 4, April 2014, Pages 735-74

Cavell T, Elledge L (2007). Working with parents of aggressive, high-risk children. In J. Briesmeister & C. Schaefer (Eds.)Handbook of Parent Training, 3rd Edition (379-423). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Cohan,, s.l; Campbell-sills, l; stein,mb. (2006). Relationship of resilience to personality, coping and psychiatric symptom in young adults. Journal of Behavior Research and Therapy, 44(4) , 85-99.

Costa PT, McCrae RR (1992). Revised Neo personality inventory. Florida: Psychological assessment resources;: 152-67.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

Geerts, Erwin. van Os, Titus Gerlsma, Coby. (2009). Nonverbal communication sets the conditions for the relationship between parental bonding and the short-term treatment response in depression. Psychiatry Research 165 ,120–127.

Geller, B., Tillman, R., Bolhofner, K., & Zimerman, B. (2008). Prospective continuity with adult bipolar disorder: Characteristics of second and third episodes predictors of 8-years outcome. Archives of General Psychiatry, 65, 1125-1133.

Geller, B., Tillman, R., Bolhofner, K., & Zimerman, B. (2008). Prospective continuity with adult bipolar disorder: Characteristics of second and third episodes predictors of 8-years outcome. Archives of General Psychiatry, 65, 1125-1133.

Grant, S; Langan-fox,J. (2007). Personality and the occupational stressor strain relationship: the role of the big five. Journal of Occupational Health Psychology, 12 (1), 20-33.

Greenhaus, J.H., Collins, K.M., & Shaw, J. (2003). The relation between work-family balance and quality of life. Journal of Vocational Behavior,63, 510-531.

Kawabata, Yoshito a. Alink, Lenneke R. A. Tseng, Wan-Ling. van IJzendoorn, Marinus H. Crick, Nicki R. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with

Keen D, DCouzens, Muspratt S, Rodger S. The effects of a parent-focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. ResAutism Spectrum Disord. 2010; 4:229-41.

Kowatch, R. A., Fristad, M., Birmaher, B., Wagner, K. D., Findling, R. L., & Hellander, M. (2005). The Child Psychiatric Workgroup on bipolar disorder: Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44, 213-235.

Kowatch, R. A., Youngstorm, E. A., Danielyan, A., & Findling, R. L. (2005). Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. Bipolar Disorders, 7, 483-496.

Metsapelto, R. L. & Pulkkinen, L. (2013). Personality traits and parenting: neuroticism, extraversion, and openness to experience as discriminative factors, European Journal of Personality, 17, 59–78

Muris Peter. (2006). Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: relations to perceived parental rearing behaviours, Big Five personality factors and psychopathological symptoms. Clinical Psychology and Psychotherapy, 13, 405-413

Rattew DC, Stanger C, McKee L, Dayle A, Hudziak JJ (2006). Interactions between child and parent temperament and child's behavior problems. Compr Psychiatr; 47(5): 412-20.

Reti IM, Samuels JF, Eaton WW, Bienvenu J, Costa PT, Nestadt G (2002). Influences of parenting on normal personality trait. Pers Rres; 111(1): 55-64.

Rettew DC, McKee L (2005). Temperament and its role indevelopmental psychoathology. Harv Rev Psychiatr; 13(1): 14-27.

Rey, J. M., Walter, G., Plapp, J. N., Denshire, E. (2000). Family environment in Attention Deficit/ Hyperactivity, Oppositional Defiant and Conduct Disorder. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34(3): 553-457.

Rigby. K, Slee. P. T, Martin. G. (2007). Implications of inadequate parental bonding and peer victimization for adolescent mental health. Journal of Adolescence 30 , 801–812.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]

Rigby. K, Slee. P. T, Martin. G. (2007). Implications of inadequate parental bonding and peer victimization for adolescent mental health. Journal of Adolescence 30 , 801–812.

Roelofs, Jeffrey. Onckels, Linda. Muris, Peter. (2012). Attachment Quality and Psychopathological Symptoms in Clinically Referred Adolescents: The Mediating

Rohner, R. (2007). Handbook for the study of parental acceptance and rejection. USA: Rohner Research Publications

Rohner, R. P., Khaleque, A., & Cournoyer, D. E. (2005). Introduction to parental acceptance rejection theory, methods, evidence, and implications. In R. P. Rohner & A. Khaleque(Eds.) Handbook for the study of parental acceptance and rejection (4th editin)(pp. 1-35). Storrs, CT: Rohner Research Publications.

Role of Early Maladaptive Schema. J Child Fam Stud. relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and metaanalytic review. Developmental Review 31 , 240–278.

Shaw, J. A., Egeland, J. A., Endicott, J., & Hostetter, A. M. (2005). A 10-years prospective study of prodromal patterns of bipolar disorder among Amish youth. Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44, 1104 -1111.

York:Guilford, Vlierberghe, L.V. & Braet, C.(2007). Dysfunctional Schemas and psychopathology in Referred Obese adolescents, Clinical Psychology and Psychotherapy, 14, 342-351

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M.E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. New

Zhang D.H., & He, H.L. (2010). Personality traits and life satisfaction: A Chinese case study. Social Behavior and Personality, 38(8), 1119-1122.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-23]