



Journal Website

Article history:

Received 02 April 2024

Revised 13 July 2024

Accepted 21 July 2024

Published online 24 August 2024

# Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 3, Issue 2, pp 164-78



E-ISSN: 2981-1759

## Comparison of the Effectiveness of Mindfulness Therapy and Schema Therapy on Early Maladaptive Schemas in Students

Faranak Mohamadzadeh<sup>1</sup>, Hamid Reza Vatankhah<sup>2\*</sup>, Parinaz Banisi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> PhD student, Department of Psychology, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Educational Management, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran.

\* Corresponding author email address: hamid\_vatankha1@yahoo.com

### Article Info

**Article type:**

Original Research

**How to cite this article:**

Mohamadzadeh, F., Vatankhah, H.R., Banisi, P. (2024). Comparison of the Effectiveness of Mindfulness Therapy and Schema Therapy on Early Maladaptive Schemas in Students. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 3(2), 164-178.



© 2024 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

### ABSTRACT

**Objective:** This study aimed to compare the effectiveness of two therapeutic approaches, schema therapy and mindfulness, on early maladaptive schemas in students.

**Methodology:** This quasi-experimental study utilized a pretest-posttest control group design. The statistical population consisted of second-grade high school students in Tehran, from which 45 students were selected through convenience sampling and randomly assigned to two experimental groups (15 students each) and a control group (15 students). The experimental groups participated in either schema therapy (8 sessions of 120 minutes each over 8 weeks) or mindfulness therapy (7 sessions of 90 minutes each over 7 weeks). The research instrument used was the Young Schema Questionnaire (1998), administered in both the pretest and posttest phases.

**Findings:** Analysis of covariance revealed that both therapeutic approaches led to a significant reduction in early maladaptive schemas compared to the control group. However, schema therapy was found to be more effective than mindfulness in improving these schemas, particularly in components such as emotional deprivation, abandonment, mistrust, social isolation, and defectiveness/shame.

**Conclusion:** Based on the findings, it can be concluded that schema therapy, with its deeper focus on the cognitive and emotional roots of schemas, is more effective than mindfulness in improving and modifying early maladaptive schemas. Schema therapy can be considered a valuable approach for treating psychological disorders associated with early maladaptive schemas.

**Keywords:** Early maladaptive schemas, Mindfulness, Schema therapy



وبسایت مجله

تاریخچه مقاله

دریافت شده در تاریخ ۱۴ فروردین ۱۴۰۳

اصلاح شده در تاریخ ۲۳ تیر ۱۴۰۳

پذیرفته شده در تاریخ ۳۱ تیر ۱۴۰۳

منتشر شده در تاریخ ۰۳ شهریور ۱۴۰۳

## پویایی های روانشناختی در اختلال های خلقی

دوره ۳، شماره ۲، صفحه ۱۷۸-۱۶۴



شاپای الکترونیکی: ۲۹۸۱-۱۷۵۹

# مقایسه اثربخشی روش درمانی ذهن آگاهی و طرحواره درمانی بر طرحواره های ناسازگار اولیه دانش آموزان

فرانک محمدزاده<sup>۱</sup>، حمیدرضا وطن خواه<sup>۲\*</sup>، پریناز بنیسی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).
۳. دانشیار، گروه مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران

\*ایمیل نویسنده مسئول: hamid\_vatankhal@yahoo.com

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله

پژوهشی اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

محمدزاده ف، وطن خواه ح، بنیسی پ. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی روش درمانی ذهن آگاهی و طرحواره درمانی بر طرحواره های ناسازگار اولیه دانش آموزان. *پویایی های روانشناختی در اختلال های خلقی*، ۳(۲)، ۱۶۴-۱۷۸.

**هدف:** این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی دو روش درمانی طرحواره درمانی و ذهن آگاهی بر طرحواره های ناسازگار اولیه دانش آموزان انجام شد. **روش شناسی:** این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دانش آموزان مقطع دوم متوسطه شهر تهران بود که از بین آن ها ۴۵ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه های آزمایش به مدت ۸ هفته در جلسات طرحواره درمانی (۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای) و ۷ هفته در جلسات ذهن آگاهی (۷ جلسه ۹۰ دقیقه ای) شرکت کردند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ (۱۹۹۸) بود که در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون مورد استفاده قرار گرفت. **یافته ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که هر دو روش درمانی منجر به کاهش معنادار طرحواره های ناسازگار اولیه در مقایسه با گروه کنترل شدند، اما تأثیر طرحواره درمانی در بهبود طرحواره ها بیشتر از ذهن آگاهی بود. این تأثیر به ویژه در مؤلفه هایی مانند محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی اعتمادی، انزوای اجتماعی و نقص/شرم برجسته تر بود. **نتیجه گیری:** بر اساس یافته های این پژوهش، می توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی به دلیل تمرکز عمیق تر بر ریشه های شناختی و هیجانی طرحواره ها، نسبت به ذهن آگاهی در بهبود و اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه موثرتر است. این روش درمانی می تواند به عنوان یک رویکرد کارآمد در درمان اختلالات روان شناختی مرتبط با طرحواره های ناسازگار اولیه مورد استفاده قرار گیرد.

**کلیدواژگان:** طرحواره های ناسازگار اولیه، طرحواره درمانی، ذهن آگاهی.



© ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.



## مقدمه

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، مفهومی بنیادین در روانشناسی شناختی و به ویژه در درمان شناختی-رفتاری بوده که توسط جفری یانگ به منظور توضیح نحوه تأثیر تجربیات اولیه زندگی بر رفتارها، باورها و احساسات فرد در طول زندگی توسعه داده شدند (Aaron, 2013). این طرح‌واره‌ها، الگوهای عمیق و پایداری از احساسات، افکار و باورها هستند که در دوران کودکی و نوجوانی شکل می‌گیرند و در طول زندگی، به ویژه در شرایط استرس‌زا، به صورت خودکار فعال می‌شوند (Abbasian Hadadan, 2024; Adibsereshki et al., 2018; Aliasgari et al., 2024; Hosseini, 2024). این طرح‌واره‌ها می‌توانند منجر به رفتارهای ناسازگار و مشکلات روانی در بزرگسالی شوند، به طوری که فرد بدون اینکه به طور کامل از علت این رفتارها آگاه باشد، به تکرار الگوهای رفتاری ناسازگار ادامه می‌دهد (Agin et al., 2019).

در مطالعات متعدد، تأثیرات مخرب این طرح‌واره‌ها بر اختلالات مختلف روانشناختی به وضوح مشخص شده است. به عنوان مثال، تحقیقاتی نشان داده‌اند که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نقش مهمی در شکل‌گیری و پایداری اختلالات دو قطبی دارند (Ak et al., 2011). همچنین، تحقیقات نشان داده‌اند که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند به عنوان یک عامل میانجی در ارتباط بین سبک‌های فرزندپروری و اختلالات اضطرابی کودکان عمل کنند (Adibsereshki et al., 2018). این مسئله نشان می‌دهد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نه تنها به صورت مستقیم بلکه از طریق تأثیرگذاری بر دیگر عوامل روانشناختی می‌توانند بر سلامت روان فرد تأثیر بگذارند.

یکی دیگر از زمینه‌هایی که در آن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بررسی شده‌اند، اعتیاد و رفتارهای اعتیادی است. به عنوان مثال، مطالعات نشان داده‌اند که افراد با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مستعدتری برای توسعه اعتیاد به مواد مخدر هستند (Bojed & Nikmanesh, 2013). این افراد به دلیل تجربه‌های منفی دوران کودکی و شکل‌گیری باورهای ناسازگار، بیشتر در معرض خطر استفاده از مواد مخدر به عنوان راهی برای مقابله با استرس و مشکلات روانی قرار می‌گیرند (Aaron, 2013). علاوه بر این، تحقیقات نشان داده‌اند که افراد معتاد، به ویژه کسانی که به درمان‌های روانشناختی مراجعه می‌کنند، دارای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه هستند که در شکل‌گیری و تداوم مشکلات اعتیادی آن‌ها نقش دارد (Shorey et al., 2011a, 2011b).

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه همچنین با اختلالات خوردن نیز مرتبط هستند. تحقیقات نشان داده‌اند که این طرح‌واره‌ها می‌توانند به عنوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده در توسعه اختلالات خوردن عمل کنند (Legenbauer et al., 2018). افراد مبتلا به اختلالات خوردن ممکن است از طرح‌واره‌هایی مانند نقص/شرم، انزوا، یا محرومیت هیجانی رنج ببرند که باعث می‌شود به خوردن به عنوان راهی برای مقابله با احساسات منفی روی آورند (Hong et al., 2015).

در زمینه اختلالات اضطرابی نیز، تحقیقات نشان داده‌اند که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند به عنوان یک عامل مهم در توسعه و پایداری این اختلالات عمل کنند (Shorey et al., 2015). به عنوان مثال، مطالعه‌ای نشان داده است که طرح‌واره‌های مربوط به بی‌اعتمادی و نقص/شرم با افزایش سطح اضطراب در افراد مرتبط هستند (Amirpour, 2014). این نشان می‌دهد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند به طور مستقیم یا از طریق تعامل با سایر عوامل روانشناختی، به توسعه و تشدید اختلالات اضطرابی منجر شوند (Amirpour, 2014).

در زمینه اختلالات شخصیت، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نیز نقش مهمی دارند. به عنوان مثال، مطالعات نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلالات شخصیت خوشه B (مانند اختلال شخصیت مرزی) دارای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه قوی‌تری هستند که این طرح‌واره‌ها می‌توانند



به طور مستقیم با شدت و نوع علائم اختلالات شخصیت مرتبط باشند (Bilge & Balaban, 2020). این یافته‌ها نشان می‌دهد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند به عنوان یک هدف مهم در درمان اختلالات شخصیت مدنظر قرار گیرند (Ak et al., 2011). یکی از روش‌های درمانی موثر برای مقابله با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، طرح‌واره‌درمانی است که توسط جفری یانگ توسعه داده شد. طرح‌واره‌درمانی یک روش جامع درمانی است که با ترکیب تکنیک‌های شناختی-رفتاری، گشتالت‌درمانی و روان‌تحلیلی، به دنبال تغییر و اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و ارتقاء سطح سلامت روان فرد است (Dadomo et al., 2016). این روش درمانی بر این باور استوار است که با شناسایی و تغییر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، فرد می‌تواند به رفتارهای سالم‌تر و سازگارتری دست یابد و کیفیت زندگی خود را بهبود بخشد (Chaharrah, 2023).

به طور کلی، پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که طرح‌واره‌درمانی می‌تواند در بهبود علائم مختلف اختلالات روانشناختی مؤثر باشد (Aflakian, 2023). به عنوان مثال، مطالعه‌ای نشان داد که طرح‌واره‌درمانی می‌تواند به کاهش علائم اختلال وسواس فکری-عملی و کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به این اختلال کمک کند (Thiel et al., 2014). این نتایج نشان می‌دهند که طرح‌واره‌درمانی می‌تواند به عنوان یک روش درمانی موثر برای بهبود اختلالات روانشناختی و افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به این اختلالات در نظر گرفته شود (Aflakian, 2023).

از سوی دیگر، روش درمانی ذهن‌آگاهی نیز به عنوان یک روش موثر برای مقابله با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه معرفی شده است. ذهن‌آگاهی به فرد کمک می‌کند تا به طور آگاهانه و بدون قضاوت به تجربیات درونی و بیرونی خود توجه کند و به این ترتیب بتواند از واکنش‌های خودکار و ناسازگارانه که ناشی از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است، فاصله بگیرد (Güler & Oyuğ, 2022; Parvaresh et al., 2024). تحقیقات نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی می‌تواند به کاهش اثرات منفی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه کمک کند و به فرد کمک کند تا به روشی سالم‌تر و متعادل‌تر به موقعیت‌های استرس‌زا واکنش نشان دهد (Cudo et al., 2023).

با توجه به موارد فوق، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی دو روش درمانی طرح‌واره‌درمانی و ذهن‌آگاهی بر بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دانش‌آموزان انجام شد. این پژوهش در پی آن است که به سوالات مهمی پاسخ دهد؛ از جمله اینکه کدام یک از این دو روش درمانی، در بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه موثرتر است و آیا تفاوت معناداری در اثربخشی این دو روش وجود دارد؟

## مواد و روش پژوهش

روش مورد استفاده در این پژوهش برحسب هدف کاربردی و از نظر گردآوری داده‌ها از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان مقطع دوم متوسطه شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام خواهد شد. برای تحقیقات آزمایشی (مداخله‌ای) نمونه‌ای بین ۱۰ تا ۳۰ نفر کافی است. نمونه مورد آزمون شامل سه گروه ۱۵ نفر بود (گروه آزمایش یک: طرح‌واره درمانی، گروه آزمایش دوم: ذهن آگاهی و گروه گواه) که به صورت دسترس انتخاب و در سه گروه یاد شده به طور تصادفی قرار گرفت. در مجموع ۴۵ نفر (هر گروه ۱۵ نفر) مورد آزمون قرار گرفت. از جمله ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش شامل (ملاک‌های ورود: نداشتن تشخیص بالینی مرتبط با اختلالات روانی، عدم مصرف داروی پزشکی به طور همزمان، نداشتن سابقه بستری و مصرف دارو به جهت برخورداری از مشکلات روان شناختی مزمن، عدم سابقه شرکت در جلسات درمان روان شناختی دیگری به طور همزمان، دانش‌آموزان مقطع دوم متوسطه و رضایت کامل شخص و مشارکت در پژوهش تا پایان.



ملاک‌های خروج شامل: عدم شرکت در جلسات آموزشی و در واقع عدم تمایل به همکاری، اعلام عدم رضایت جهت ادامه همکاری، داشتن شرایط جسمی سخت و شرکت همزمان در مداخلات روانشناختی دیگر) بودند.

### پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه: این پرسشنامه ۷۵ گویه‌ای توسط یانگ در سال ۱۹۹۸ برای ارزیابی ۱۵ طرح‌واره ناسازگار

اولیه ساخته شده است. این ۱۵ طرح‌واره در درون پنج حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر جهت مندی، گوش به زندگی بیش از حد و بازداری، و محدودیت‌های مختل مطابق با حوزه‌های تحولی اولیه قرار گرفته است. هر سوال با مقیاس ۶ درجه‌ای نمره گذاری می‌شود. (۱) برای کاملاً نادرست تا (۶) برای کاملاً درست. در این پرسشنامه هر ۵ سوال یک طرح‌واره را می‌سنجد. چنانچه هر خرده مقیاس بالاتر از ۲۵ باشد آن طرح‌واره ناکارآمد است. هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی در سال ۱۳۸۴ در دانشگاه علامه طباطبایی انجام گرفت. اشمیت و همکاران برای هر طرح‌واره ناسازگار اولیه ضریب آلفای ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ را به دست آوردند و ضریب بازآزمایی در جمعیت غیربالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ بود. پژوهش یانگ و لانگ (۱۹۹۸) نیز ساختار عاملی و روایی سازه این مقیاس را تایید کردند. در ایران آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در جمعیت مونث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ گزارش شده است (آهی، ۱۳۸۴). همچنین تیان و بارانوف (۲۰۰۷) نیز اعتبار و روایی این پرسشنامه را تایید کرده اند، در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های این پرسشنامه از ۰/۶۵ تا ۰/۸۷ به دست آمد (Bay & Novinrouz, 2022).

طرح‌واره‌درمانی یک روش جامع و چندبُعدی است که به منظور شناسایی و تغییر الگوهای عمیق و پایدار فکری و رفتاری (طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه) طراحی شده است. این مداخله در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به مدت ۸ هفته اجرا شد. هدف اصلی این درمان، کمک به شرکت‌کنندگان برای شناسایی ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها، بررسی تأثیرات آن‌ها بر مشکلات فعلی زندگی و ایجاد تغییرات پایدار در رفتارهای ناسازگارانه بود. در طول این جلسات، از تکنیک‌های مختلفی مانند تصویرسازی، نوشتن نامه، کارت‌های طرح‌واره‌ای و باز والدینی استفاده شد تا شرکت‌کنندگان بتوانند طرح‌واره‌های ناسازگار خود را شناسایی کرده و آن‌ها را به رفتارهای سالم‌تر تبدیل کنند (Abbasian Hadadan, 2024; Aliasgari et al., 2024).

جلسه اول: در این جلسه، شرکت‌کنندگان با یکدیگر آشنا شده و هر یک از آن‌ها خود را معرفی می‌کنند. در این معرفی، شرکت‌کنندگان درباره دلایل شرکت خود در مداخله و انتظاراتشان از فرآیند درمان صحبت می‌کنند. سپس اصول و قواعد دوره تعیین شده و توضیحاتی درباره اهداف و معرفی طرح‌واره‌ها ارائه می‌شود. در نهایت، پیش‌آزمون برای ارزیابی اولیه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه اجرا می‌شود.

جلسه دوم: در این جلسه، تمرکز بر کشف ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها است. از طریق بررسی ویژگی‌های افراد مهم زندگی و حکم‌هایی که شرکت‌کنندگان در کودکی دریافت کرده‌اند، به ارزیابی میزان ارضا یا نادیده گرفتن نیازهای اساسی آن‌ها پرداخته می‌شود. همچنین، خاطرات اولیه در ارتباط با والدین و افراد مهم زندگی بررسی می‌شود. این اطلاعات بر روی برگه‌ای نوشته شده و به پژوهشگر تحویل داده می‌شود. همچنین، چهار عنصر اصلی که در شکل‌گیری طرح‌واره‌ها نقش دارند شامل خاطرات اولیه، شناخت‌واره‌های حاصل از آن، احساسات بدنی و هیجانات ناشی از آن‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جلسه سوم: در این جلسه، از تکنیک تصویرسازی به منظور سنجش طرح‌واره‌ها استفاده می‌شود. شرکت‌کنندگان با استفاده از این تکنیک، خاطراتی از دوران کودکی را به یاد می‌آورند و احساسات و هیجانات شکل‌گرفته در آن زمان را به مشکلات فعلی خود ربط می‌دهند. همچنین، آگاهی شرکت‌کنندگان از ریشه‌های تحولی و نحوه شکل‌گیری طرح‌واره‌ها افزایش می‌یابد.



جلسه چهارم: در این جلسه، ارتباط بین طرحواره‌ها و مشکلات فعلی زندگی شرکت‌کنندگان مورد بررسی قرار می‌گیرد. ذهنیت‌ها و جذابیت‌های طرحواره‌ای برای شرکت‌کنندگان توضیح داده می‌شود. هدف این است که شرکت‌کنندگان بتوانند رفتارهای تکراری خود طبق طرحواره‌ها را شناسایی کرده و از جذابیت‌های طرحواره‌ای خود با افراد اطراف و کسانی که در آینده جذب آن‌ها می‌شوند، آگاه شوند.

جلسه پنجم: در این جلسه، سبک‌های مقابله‌ای شرکت‌کنندگان شناسایی و بررسی می‌شود. سبک‌های مقابله‌ای شامل جنگ، گریز و میخکوب هستند که به دلیل ناسازگارانه بودن، نیاز به شناسایی و تغییر دارند. همچنین، راهبردهای شناختی برای زیر سوال بردن طرحواره‌ها و توانمندسازی ذهنیت سالم به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شود.

جلسه ششم: در این جلسه، شرکت‌کنندگان با کارت‌های طرحواره‌ای آشنا می‌شوند. این کارت‌ها شامل خلاصه‌ای از پاسخ‌های سالم به موقعیت‌های فعال‌ساز طرحواره هستند. سپس، آزمون اعتبار طرحواره‌ها با بررسی شواهد عینی تأیید کننده و رد کننده آن‌ها انجام می‌شود. همچنین، تکنیک باز والدینی در تصویرسازی ذهنی برای کمک به شرکت‌کنندگان در بازسازی ذهنیت کودکانه و رفع نیازهای اساسی استفاده می‌شود.

جلسه هفتم: در این جلسه، از تکنیک نوشتن نامه به والدین و تصویرسازی به منظور الگو شکنی استفاده می‌شود. شرکت‌کنندگان با استفاده از این تکنیک‌ها، از سبک‌های مقابله‌ای ناسازگارانه خود فاصله می‌گیرند و راه‌های جدیدی برای برقراری ارتباط پیدا می‌کنند. هدف این است که به جای تکرار دوباره سبک‌های مقابله‌ای معمول، شیوه‌های صحیح رفتار مقابله‌ای تجسم شود.

جلسه هشتم: در جلسه پایانی، شرکت‌کنندگان به مرحله الگو شکنی رفتاری می‌رسند. در این مرحله، رفتارهای مشکل‌آفرین شناسایی و به دقت توصیف می‌شوند. سپس، این رفتارها اولویت‌بندی شده و ارتباط آن‌ها با تجربیات کودکی و افراد مهم زندگی بررسی می‌شود. هدف این است که شرکت‌کنندگان با استفاده از اطلاعات به دست آمده، رفتارهای مشکل‌آفرین خود را شناسایی و تغییر دهند.

ذهن‌آگاهی به عنوان یک روش درمانی موثر برای افزایش آگاهی و توجه به لحظه حال و کاهش استرس و اضطراب شناخته می‌شود. این مداخله در ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۷ هفته اجرا شد. در این روش، شرکت‌کنندگان با تکنیک‌های مختلفی مانند تمرین‌های تنفسی، مراقبه و مشاهده آگاهانه آشنا شدند که هدف آن‌ها کمک به شرکت‌کنندگان برای برقراری ارتباط عمیق‌تر با بدن و ذهن خود و افزایش شفقت به خود بود. ذهن‌آگاهی به شرکت‌کنندگان کمک کرد تا از واکنش‌های خودکار و ناسازگارانه فاصله بگیرند و به شیوه‌ای آگاهانه‌تر و متعادل‌تر به موقعیت‌های روزمره واکنش نشان دهند (Aghaei et al., 2023).

جلسه اول: در اولین جلسه، اصول و قواعد دوره مشخص شده و مرزهای آن تعیین می‌شود. شرکت‌کنندگان خود را معرفی کرده و درباره دلایل شرکت در مداخله و انتظاراتشان صحبت می‌کنند. سپس، توضیحاتی درباره اهداف و معرفی ذهن‌آگاهی ارائه می‌شود. در انتها، تمرین "خوردن یک کشمش همراه با ذهن‌آگاهی" به عنوان تمرین ابتدایی انجام می‌شود.

جلسه دوم: در این جلسه، تمرین واری بدن آموزش داده می‌شود. این تمرین شامل برقراری ارتباط با تجربه مستقیم احساسات بدنی، قصدمندی در تمرکز توجه، ارتباط ماهرانه با آشفتنگی‌های ذهنی و رها کردن هیجان‌های محبوس شده در بدن است. همچنین، تکنیک تنفس آگاهانه به عنوان یکی از ابزارهای مهم ذهن‌آگاهی به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شود.

جلسه سوم: در این جلسه، تمرکز بر شفقت به خود و بدن است. شرکت‌کنندگان با استفاده از تکنیک‌های مختلف، شفقت به خود و آگاهی بدن را تجربه می‌کنند. همچنین، تمرین‌هایی برای مشاهده آگاهانه و بدون قضاوت احساسات و افکار انجام می‌شود.

جلسه چهارم: در این جلسه، تمرین "فضای سه دقیقه‌ای تنفس" معرفی می‌شود که شامل سه مرحله آگاهی، جمع‌آوری و بسط است. همچنین، شرکت‌کنندگان در وضعیت نشسته به تامل در مورد تنفس، بدن، اصوات، افکار و آگاهی‌های بدون جهت‌گیری خاص می‌پردازند.



جلسه پنجم: در این جلسه، مراقبه‌های مختلفی از جمله مراقبه "بی فکری بی جسمی" آموزش داده می‌شود. شرکت‌کنندگان مراحل ریلکسیشن را به صورت مرحله به مرحله تجربه می‌کنند و احساس بی‌وزنی و بی‌فکری را تجربه می‌کنند. همچنین، تمرین "مراقبه کاسه آب" نیز به عنوان یک تکنیک آرامش‌بخش ارائه می‌شود.

جلسه ششم: در این جلسه، شرکت‌کنندگان با مراقبه "گل رز" آشنا می‌شوند که شامل لمس گل رز، احساس یکی شدن با آن و درک حضور گل در لحظه اکنون است. این تمرین به شرکت‌کنندگان کمک می‌کند تا ارتباط عمیق‌تری با لحظه حال برقرار کنند و آرامش و شادی را در لحظه اکنون تجربه کنند.

جلسه هفتم: در جلسه پایانی، شرکت‌کنندگان به تهیه فهرستی از فعالیت‌های روزانه پرداخته و تعیین می‌کنند که کدامیک کسالت‌آور یا روحیه‌بخش است و کدامیک حسی از تسلط یا لذت را ایجاد می‌کند. در پایان، مروری بر کل دوره انجام شده و پرسشنامه‌هایی به شرکت‌کنندگان ارائه می‌شود تا نظرات خود را درباره دوره منعکس کنند. همچنین، برنامه‌ای برای تمرین خانگی که تا ماه بعد ادامه یابد، تعیین می‌شود.

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار  $spss-V24$  در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

## یافته‌ها

در این بخش میانگین و انحراف معیار نمرات طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل گزارش می‌شود.

### جدول ۱

میانگین و انحراف معیار طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

گروه	متغیر	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
درمان ذهن آگاهی	محرومیت هیجانی	میانگین	۸۷.۱۸	۰۰.۱۹
		انحراف معیار	۵۰.۲	۴۸.۲
طرح‌واره درمانی	محرومیت هیجانی	میانگین	۴۰.۱۹	۱۳.۱۲
		انحراف معیار	۸۵.۲	۴۶.۱
کنترل	محرومیت هیجانی	میانگین	۶۷.۱۸	۲۰.۱۳
		انحراف معیار	۳۵.۱	۷۰.۱
درمان ذهن آگاهی	رهاشستگی	میانگین	۰۰.۱۹	۷۳.۱۸
		انحراف معیار	۲۴.۲	۳۴.۲
طرح‌واره درمانی	رهاشستگی	میانگین	۰۰.۱۸	۶۷.۱۱
		انحراف معیار	۲۰.۲	۱۸.۱
کنترل	رهاشستگی	میانگین	۸۷.۱۹	۴۰.۱۲
		انحراف معیار	۳۹.۲	۴۰.۱
درمان ذهن آگاهی	بی‌اعتمادی	میانگین	۲۰.۱۷	۲۷.۱۷
		انحراف معیار	۵۷.۱	۸۷.۱
طرح‌واره درمانی	بی‌اعتمادی	میانگین	۰۷.۱۷	۲۷.۱۲
		انحراف معیار	۵۳.۱	۱۰.۱



۸۷.۱۲	۳۳.۱۸	میانگین	بی اعتمادی	کنترل
۳۰.۱	۴۴.۲	انحراف معیار		
۲۷.۱۹	۵۳.۱۹	میانگین	انزوای اجتماعی	درمان ذهن آگاهی
۵۲.۲	۴۵.۲	انحراف معیار		
۰۰.۱۳	۰۷.۱۹	میانگین	انزوای اجتماعی	طرح‌واره درمانی
۱۳.۱	۳۹.۱	انحراف معیار		
۰۷.۱۳	۳۳.۲۰	میانگین	انزوای اجتماعی	کنترل
۱۰.۱	۶۹.۲	انحراف معیار		
۸۰.۱۸	۱۳.۱۹	میانگین	نقص / شرم	درمان ذهن آگاهی
۰۱.۲	۱۷.۲	انحراف معیار		
۵۳.۱۲	۰۷.۲۰	میانگین	نقص / شرم	طرح‌واره درمانی
۰۶.۱	۹۱.۱	انحراف معیار		
۴۰.۱۲	۳۳.۱۹	میانگین	نقص / شرم	کنترل
۴۰.۱	۵۳.۲	انحراف معیار		
۸۷.۱۹	۸۷.۱۹	میانگین	وابستگی	درمان ذهن آگاهی
۰۳.۲	۰۳.۲	انحراف معیار		
۰۷.۱۲	۰۷.۲۰	میانگین	وابستگی	طرح‌واره درمانی
۰۳.۱	۱۹.۲	انحراف معیار		
۶۰.۱۲	۲۰.۲۰	میانگین	وابستگی	کنترل
۰۳.۲	۷۸.۲	انحراف معیار		
۶۷.۱۷	۳۳.۱۸	میانگین	آسیب پذیری	درمان ذهن آگاهی
۴۴.۲	۸۲.۲	انحراف معیار		
۲۷.۲۷	۷۳.۱۶	میانگین	آسیب پذیری	طرح‌واره درمانی
۳۷.۲	۵۳.۱	انحراف معیار		
۵۳.۲۹	۸۷.۱۷	میانگین	آسیب پذیری	کنترل
۳۶.۲	۶۲.۲	انحراف معیار		
۵۳.۱۸	۳۳.۱۹	میانگین	گرفتار	درمان ذهن آگاهی
۸۵.۱	۸۸.۱	انحراف معیار		
۳۳.۲۴	۲۷.۱۸	میانگین	گرفتار	طرح‌واره درمانی
۷۴.۲	۱۶.۱	انحراف معیار		
۷۳.۲۶	۴۷.۱۹	میانگین	گرفتار	کنترل
۴۹.۱	۱۰.۲	انحراف معیار		
۰۰.۱۷	۹۳.۱۷	میانگین	اطاعت	درمان ذهن آگاهی
۴۵.۲	۰۹.۲	انحراف معیار		
۸۰.۲۱	۳۳.۱۷	میانگین	اطاعت	طرح‌واره درمانی
۷۰.۱	۸۰.۱	انحراف معیار		
۲۰.۲۵	۷۳.۱۸	میانگین	اطاعت	کنترل
۴۰.۲	۸۳.۱	انحراف معیار		
۵۳.۱۶	۲۷.۱۸	میانگین	ایثار	درمان ذهن آگاهی
۶۹.۱	۵۳.۱	انحراف معیار		
۸۷.۲۰	۵۳.۱۵	میانگین	ایثار	طرح‌واره درمانی
۶۴.۱	۵۵.۱	انحراف معیار		
۷۳.۲۰	۲۰.۱۸	میانگین	ایثار	کنترل
۰۳.۱	۳۲.۱	انحراف معیار		
۵۳.۱۴	۱۳.۱۵	میانگین	بازداری هیجانی	درمان ذهن آگاهی
۴۶.۱	۳۶.۱	انحراف معیار		





۴۷.۱۷	۵۳.۱۴	میانگین	بازداری هیجانی	طرح‌واره درمانی
۴۱.۱	۳۶.۱	انحراف معیار		
۵۳.۱۷	۰۷.۱۵	میانگین	بازداری هیجانی	کنترل
۹۹.۰	۲۸.۱	انحراف معیار		
۴۷.۱۴	۶۷.۱۸	میانگین	معیاهای سرسختانه	درمان ذهن آگاهی
۳۶.۲	۹۴.۲	انحراف معیار		
۴۷.۱۱	۵۳.۱۷	میانگین	معیاهای سرسختانه	طرح‌واره درمانی
۲۷.۳	۸۵.۴	انحراف معیار		
۲۰.۱۷	۸۷.۱۷	میانگین	معیاهای سرسختانه	کنترل
۷۸.۲	۰۲.۳	انحراف معیار		
۳۳.۱۶	۸۰.۱۸	میانگین	خویشتن داری ناکافی	درمان ذهن آگاهی
۸۳.۳	۷۰.۵	انحراف معیار		
۲۷.۱۴	۶۷.۱۶	میانگین	خویشتن داری ناکافی	طرح‌واره درمانی
۱۲.۵	۴۵.۴	انحراف معیار		
۳۳.۱۷	۷۳.۱۷	میانگین	خویشتن داری ناکافی	کنترل
۳۹.۷	۰۱.۵	انحراف معیار		
۶۰.۱۲	۰۰.۱۶	میانگین	استحقاق	درمان ذهن آگاهی
۸۰.۳	۴۱.۴	انحراف معیار		
۶۰.۱۱	۷۳.۱۹	میانگین	استحقاق	طرح‌واره درمانی
۲۲.۴	۷۷.۴	انحراف معیار		
۵۳.۱۶	۰۰.۱۸	میانگین	استحقاق	کنترل
۰۳.۷	۴۷.۴	انحراف معیار		
۶۰.۱۷	۰۰.۱۹	میانگین	شکست	درمان ذهن آگاهی
۰۱.۴	۹۳.۲	انحراف معیار		
۳۳.۱۶	۶۷.۱۹	میانگین	شکست	طرح‌واره درمانی
۳۹.۴	۸۸.۴	انحراف معیار		
۱۳.۱۵	۴۰.۱۷	میانگین	شکست	کنترل
۹۸.۴	۱۴.۳	انحراف معیار		

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین در دو گروه آزمایش در مرحله پس از آزمون، نسبت به پیش آزمون کاهش نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در **جدول ۱**، می‌توان به این توصیف دست زد که درمان ذهن آگاهی و طرح‌واره درمانی باعث کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه شده است. در **جدول ۲** آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای آزمون فرضیه پژوهش آمده است.

## جدول ۲

آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات ابعاد طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دو گروه

شاخص آماری	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	si g	ضریب ایتا
تفاوت دو گروه با طرح‌واره درمانی اثر پیش آزمون	اثر پیلای	۹۸.۰	۱۹۶.۱۲۲	۱۳	۱	۰۰۱.۰	۹۸.۰
	لامبدای ویلکس	۰۳.۰	۱۹۶.۱۲۲	۱۳	۱	۰۰۱.۰	۹۸.۰
	اثر هنلینگ	۵۵.۱۰	۱۹۶.۱۲۲	۱۳	۱	۰۰۱.۰	۹۸.۰



بزرگترین ریشه روی ۵۵.۱۰ ۱۹۶.۱۲۲ ۱۳ ۱ ۰۰۱.۰ ۹۸.۰

نتایج جدول ۲ نشان می دهد پس از حذف اثر پیش آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی دار برای عامل درمان «متغیرمستقل» وجود دارد. این اثر نشان می دهد که حداقل بین یکی از مولفه های طرحواره های ناسازگار اولیه دانش آموزان که با طرحواره درمانی درمان شده اند، با دانش آموزان گروه ذهن آگاهی تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس = ۰/۱۱،  $p > ۰/۰۵$ ).

### جدول ۳

آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری

شاخص آماری متغیرها	منبع تغییر	SS	df	MS	F	سطح معناداری	ضریب ایما
محرومیت هیجانی	گروه	۶۳.۵۰	۰۰.۱	۶۳.۵۰	۱۴.۱۳	۰۰۳.۰	۵۰.۰
	خطا	۰۸.۵۰	۰۰.۱۳	۸۵.۳			
رهاشدگی	گروه	۶۰.۵۱	۰۰.۱	۶۰.۵۱	۸۸.۲۴	۰۰۱.۰	۶۶.۰
	خطا	۹۶.۲۶	۰۰.۱۳	۰۷.۲			
بی اعتمادی	گروه	۵۵.۲۱	۰۰.۱	۵۵.۲۱	۵۲.۱۶	۰۰۱.۰	۵۶.۰
	خطا	۹۶.۱۶	۰۰.۱۳	۳۱.۱			
انزوای اجتماعی	گروه	۹۷.۵۰	۰۰.۱	۹۷.۵۰	۲۰.۳۲	۰۰۱.۰	۷۱.۰
	خطا	۵۸.۲۰	۰۰.۱۳	۵۸.۱			
نقص / شرم	گروه	۶۰.۵۰	۰۰.۱	۶۰.۵۰	۰۱.۳۱	۰۰۱.۰	۷۱.۰
	خطا	۲۲.۲۱	۰۰.۱۳	۶۳.۱			
وابستگی	گروه	۶۹.۸۸	۰۰.۱	۶۹.۸۸	۱۸.۸۲	۰۰۱.۰	۸۶.۰
	خطا	۰۳.۱۴	۰۰.۱۳	۰۸.۱			
آسیب پذیری	گروه	۳۳.۱۳۹	۰۰.۱	۳۳.۱۳۹	۱۶.۱۸	۰۰۱.۰	۵۸.۰
	خطا	۷۲.۹۹	۰۰.۱۳	۶۷.۷			
گرفتار	گروه	۷۳.۸۵	۰۰.۱	۷۳.۸۵	۲۰.۱۳	۰۰۱.۰	۵۰.۰
	خطا	۴۲.۸۴	۰۰.۱۳	۴۹.۶			
اطاعت	گروه	۳۳.۴۸	۰۰.۱	۳۳.۴۸	۷۰.۳۶	۰۰۱.۰	۷۴.۰
	خطا	۱۲.۱۷	۰۰.۱۳	۳۲.۱			
ایثار	گروه	۵۸.۸۴	۰۰.۱	۵۸.۸۴	۴۹.۳۷	۰۰۱.۰	۷۴.۰
	خطا	۳۳.۲۹	۰۰.۱۳	۲۶.۲			
بازداری هیجانی	گروه	۸۶.۱۷	۰۰.۱	۸۶.۱۷	۱۹.۱۱	۰۰۲.۰	۴۶.۰
	خطا	۷۵.۲۰	۰۰.۱۳	۶۰.۱			
معیاهای سرسختانه	گروه	۸۱.۳۴	۰۰.۱	۸۱.۳۴	۸۲.۷	۰۱۵.۰	۳۸.۰
	خطا	۸۹.۵۷	۰۰.۱۳	۴۵.۴			
خویشتن داری ناکافی	گروه	۹۹.۸۴	۰۰.۱	۹۹.۸۴	۲۰.۴	۰۶۱.۰	۲۴.۰
	خطا	۸۶.۲۶۲	۰۰.۱۳	۲۲.۲۰			
استحقاق	گروه	۹۳.۱	۰۰.۱	۹۳.۱	۱۳.۰	۷۲۳.۰	۰۱.۰
	خطا	۷۲.۱۹۰	۰۰.۱۳	۶۷.۱۴			
شکست	گروه	۷۴.۰	۰۰.۱	۷۴.۰	۰۴.۰	۸۴۷.۰	۰۰۷.۰
	خطا	۷۵.۲۴۷	۰۰.۱۳	۰۶.۱۹			



نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون، فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنادار در مؤلفه‌های محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی، نقص/ شرم، وابستگی، آسیب‌پذیری، گرفتار، اطاعت، ایثار و بازداری هیجانی دانش‌آموزان گروه طرح‌واره‌درمانی نسبت به گروه ذهن آگاهی، تایید می‌گردد. همانگونه که از نتایج جدول ۵ ملاحظه می‌گردد سطح معناداری حاصل شده برای مؤلفه‌های محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی، نقص/ شرم، وابستگی، آسیب‌پذیری، گرفتار، اطاعت، ایثار و بازداری هیجانی در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۰۳ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۵ متغیر وابسته) کوچکتر می‌باشد. در نتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل شده می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان مؤلفه‌های محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی، نقص/ شرم، وابستگی، آسیب‌پذیری، گرفتار، اطاعت، ایثار و بازداری هیجانی گروه طرح‌واره‌درمانی نسبت به گروه ذهن آگاهی کاهش بیشتری داشته است. همچنین شاخص ضریب ای‌تا نشان می‌دهد بیشترین تفاوت (اندازه اثر) در خرده‌مقیاس وابستگی، و کمترین تفاوت (اندازه اثر) در خرده‌مقیاس شکست مشاهده می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی دو روش درمانی ذهن آگاهی و طرح‌واره‌درمانی بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه دانش‌آموزان انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو روش درمانی در کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مؤثر بودند، اما تأثیر طرح‌واره‌درمانی در بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به‌طور معناداری بیشتر از ذهن آگاهی بود. به‌ویژه، در مؤلفه‌های محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی، نقص/ شرم، وابستگی، آسیب‌پذیری، گرفتار، اطاعت، ایثار و بازداری هیجانی، دانش‌آموزان گروه طرح‌واره‌درمانی بهبود بیشتری نسبت به گروه ذهن آگاهی نشان دادند.

این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های قبلی همخوانی دارد. به عنوان مثال، مطالعاتی مانند تحقیق Aflakian (۲۰۲۳) نشان داده‌اند که طرح‌واره‌درمانی به عنوان یک روش جامع و چندبُعدی در بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم روان‌شناختی مؤثر است (Aflakian, 2023). این روش با تمرکز بر شناسایی و تغییر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، به افراد کمک می‌کند تا الگوهای رفتاری ناسازگارانه خود را بهبود بخشند و واکنش‌های سالم‌تری به موقعیت‌های استرس‌زا نشان دهند (Dadomo et al., 2016). این موضوع می‌تواند توضیحی برای یافته‌های حاضر باشد که نشان می‌دهد طرح‌واره‌درمانی نسبت به ذهن آگاهی در بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مؤثرتر است.

از سوی دیگر، ذهن آگاهی نیز به عنوان یک روش درمانی مؤثر برای کاهش اثرات منفی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه معرفی شده است (Güler & Oyguc, 2022). این روش با افزایش آگاهی فرد از تجربیات درونی و بیرونی خود و کاهش قضاوت‌های ذهنی، به فرد کمک می‌کند تا از واکنش‌های خودکار و ناسازگارانه فاصله بگیرد و به روش‌های سالم‌تری به مشکلات و چالش‌های زندگی واکنش نشان دهد (Cudo et al., 2023). با این حال، نتایج این پژوهش نشان داد که اثربخشی ذهن آگاهی در مقایسه با طرح‌واره‌درمانی کمتر است، که ممکن است به این دلیل باشد که طرح‌واره‌درمانی به‌طور مستقیم بر تغییر الگوهای عمیق‌تر و ریشه‌ای‌تر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه متمرکز است، در حالی که ذهن آگاهی بیشتر بر آگاهی و پذیرش لحظه‌ای تمرکز دارد (Dadomo et al., 2016).

مطالعات دیگر نیز بر تأثیرات متفاوت این دو روش درمانی تأکید کرده‌اند. به عنوان مثال، تحقیق Bosmans et al. (۲۰۱۰) نشان داد که طرح‌واره‌درمانی می‌تواند به‌طور مؤثری در بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه که با اختلالات روانی نظیر اضطراب و افسردگی مرتبط هستند، مؤثر باشد (Bosmans et al., 2010). در حالی که ذهن آگاهی بیشتر در بهبود علائم ناشی از استرس و افزایش توانایی تنظیم هیجانی



مؤثر است (Güler & Oyuğ, 2022). این نتایج نشان می‌دهد که هر دو روش درمانی می‌توانند بهبودهایی در سلامت روان افراد ایجاد کنند، اما روش مناسب بسته به نوع مشکل و نیازهای فرد متفاوت خواهد بود.

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش و همخوانی آن‌ها با مطالعات قبلی، می‌توان نتیجه گرفت که طرح‌واره‌درمانی به دلیل تمرکز عمیق‌تر بر ریشه‌های شناختی و هیجانی مشکلات، در بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مؤثرتر است. این روش با شناسایی و تغییر الگوهای فکری و رفتاری ناسازگارانه‌ای که در دوران کودکی شکل گرفته‌اند، به فرد کمک می‌کند تا رفتارهای سالم‌تری را در زندگی روزمره خود به کار گیرد. از سوی دیگر، ذهن‌آگاهی نیز می‌تواند به عنوان یک روش مکمل برای افزایش آگاهی و تنظیم هیجانی مورد استفاده قرار گیرد، اما ممکن است به تنهایی برای تغییر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه کافی نباشد.

پژوهش حاضر با وجود دستاوردهای ارزشمند خود، دارای محدودیت‌هایی است که باید در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرد. اولین محدودیت این پژوهش، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را محدود کند. با توجه به اینکه نمونه‌گیری از یک گروه خاص و در یک محیط خاص (دانش‌آموزان مقطع دوم متوسطه در شهر تهران) انجام شد، نتایج به دست آمده ممکن است نتواند به طور کامل به سایر گروه‌های سنی یا فرهنگی تعمیم یابد.

دومین محدودیت، تعداد جلسات درمانی و مدت زمان مداخله بود. در این پژوهش، طرح‌واره‌درمانی در ۸ جلسه و ذهن‌آگاهی در ۷ جلسه اجرا شد. اگرچه این مدت زمان برای ارزیابی اولیه اثربخشی درمان مناسب به نظر می‌رسد، اما ممکن است برای مشاهده تغییرات عمیق‌تر و پایدارتر، به تعداد بیشتری از جلسات نیاز باشد. همچنین، عدم پیگیری طولانی‌مدت نتایج پس از پایان جلسات درمانی می‌تواند محدودیتی دیگر باشد، زیرا نمی‌توان به‌طور قطع گفت که تغییرات مشاهده شده در طول زمان حفظ خواهند شد یا خیر.

سومین محدودیت این پژوهش، استفاده از پرسشنامه به عنوان ابزار اصلی جمع‌آوری داده‌ها بود. اگرچه پرسشنامه‌های مورد استفاده دارای اعتبار و پایایی بالایی بودند، اما استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است با سوگیری‌های مرتبط با پاسخ‌دهی همراه باشد. به علاوه، عدم استفاده از ابزارهای عینی‌تر یا ارزیابی‌های بالینی می‌تواند محدودیتی در تفسیر دقیق‌تر نتایج به شمار آید.

با توجه به محدودیت‌های مطرح شده، پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آینده ارائه می‌شود. اولین پیشنهاد این است که پژوهش‌های آینده با استفاده از نمونه‌های بزرگتر و متنوع‌تر از لحاظ فرهنگی و اجتماعی انجام شوند تا بتوان نتایج را به گروه‌های مختلف جمعیتی تعمیم داد. این امر می‌تواند به درک بهتر از اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و ذهن‌آگاهی در شرایط مختلف کمک کند.

دومین پیشنهاد، انجام پژوهش‌های طولی با پیگیری بلندمدت است. بررسی مداومت نتایج درمانی در طول زمان می‌تواند به شناسایی اثربخشی پایدارتر این روش‌ها کمک کند و همچنین می‌تواند اطلاعات بیشتری درباره نیازهای درمانی بلندمدت افراد ارائه دهد.

پیشنهاد دیگر این است که پژوهش‌های آینده از روش‌های ترکیبی و چندمرحله‌ای برای ارزیابی اثربخشی درمان‌ها استفاده کنند. به‌عنوان مثال، ترکیب ارزیابی‌های خودگزارشی با ارزیابی‌های عینی‌تر و استفاده از روش‌های کیفی مانند مصاحبه‌های عمقی با شرکت‌کنندگان می‌تواند به ارائه تصویر جامع‌تری از تأثیرات درمانی کمک کند.

در نهایت، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آینده به بررسی تأثیرات ترکیب طرح‌واره‌درمانی و ذهن‌آگاهی بپردازند. اگرچه هر یک از این روش‌ها به‌طور جداگانه مؤثر هستند، اما ممکن است ترکیب آن‌ها بتواند نتایج بهتری در بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و ارتقاء سلامت روان فرد ارائه دهد.

نتایج این پژوهش به متخصصان حوزه سلامت روان پیشنهاد می‌کند که طرح‌واره‌درمانی را به‌عنوان یک روش موثر برای درمان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مدنظر قرار دهند. این روش درمانی می‌تواند به‌ویژه برای افرادی که از مشکلات روانشناختی شدیدتری مانند



اختلالات شخصیت یا اختلالات اضطرابی رنج می‌برند، مفید باشد. به‌علاوه، پیشنهاد می‌شود که متخصصان از روش ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک روش مکمل برای افزایش آگاهی و تنظیم هیجانی استفاده کنند، به‌ویژه در مواردی که فرد نیاز به افزایش توانایی خودتنظیمی و کاهش استرس دارد.

به‌علاوه، پیشنهاد می‌شود که جلسات درمانی به‌طور منظم و در دوره‌های طولانی‌تری برگزار شوند تا اثرات درمانی پایدارتر و عمیق‌تری به دست آید. این امر می‌تواند به تثبیت تغییرات حاصل از درمان کمک کند و از بازگشت مجدد مشکلات جلوگیری نماید. در نهایت، پیشنهاد می‌شود که متخصصان در محیط‌های آموزشی، به ویژه در مدارس، از این روش‌های درمانی برای بهبود سلامت روان دانش‌آموزان استفاده کنند. طرح‌واره‌درمانی و ذهن‌آگاهی می‌توانند ابزارهای موثری برای مقابله با مشکلات روانشناختی نوجوانان باشند و به آن‌ها کمک کنند تا الگوهای سالم‌تری در رفتارها و روابط خود ایجاد کنند. به‌طور کلی، این پژوهش نشان می‌دهد که با بهره‌گیری از روش‌های درمانی مناسب می‌توان به بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه پرداخت و از مشکلات روانشناختی مرتبط با این طرح‌واره‌ها جلوگیری کرد. این امر نیازمند توجه بیشتر به انتخاب روش درمانی مناسب بر اساس نیازهای فرد و ویژگی‌های خاص هر فرد است.

## تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

## مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

## موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

## شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی‌رایت ارسال خواهد شد.

## حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

## References

- Aaron, D. (2013). Early Maladaptive Schemas and Substance Use. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 12(4), 193-200. <https://doi.org/10.1097/adt.0b013e31827d8763>
- Abbasian Hadadan, M. (2024). The Effectiveness of Schema Therapy on Psychological Distress and Emotional Regulation in Individuals with Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*, 3(1), 160-174. <https://doi.org/10.22034/pdmd.2024.454880.1088>



- Adibsereshki, N., Rafi, M. A., aval, M. H., & Tahan, H. (2018). Looking Into Some of the Risk Factors of Mental Health: The Mediating Role of Maladaptive Schemas in Mothers' Parenting Style and Child Anxiety Disorders. *Journal of Public Mental Health*, 17(2), 69-78. <https://doi.org/10.1108/jpmh-08-2017-0028>
- Aflakian, M. (2023). Comparison of the Effectiveness of the Schema Therapy Package Based on Psychosocial Issues of Obsessive-Compulsive Patients With Cognitive-Behavioral Therapy on Early Maladaptive Schemas and Anxiety in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *Jayps*, 4(5), 129-137. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.4.5.12>
- Aghaei, M., Ebrahimi, A., & Ansari Shahidi, M. (2023). Mindfulness-Based Cognitive Therapy's Effects on Perceived Stress and Psychosomatic Signs in Students with Psychosomatic Disorders. *Journal of Applied Psychological Research*, 14(1), 211-226. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.333973.644087>
- Agin, K., Dehaghi, A. M. B., & Babaei, M. (2019). Assessment of the Relationship Between Attitude Toward Substance Abuse and Early Maladaptive Schemas in Medical Students. *J Psychol Psychother*, 09(01). <https://doi.org/10.35248/2161-0487.19.9.353>
- Ak, M., Lapsekili, N., Hacıomeroglu, B., & Sütçigil, L. (2011). Early Maladaptive Schemas in Bipolar Disorder. *Psychology and Psychotherapy Theory Research and Practice*, 85(3), 260-267. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02037.x>
- Aliasgari, S., Farhangi, A., & Sedaghat, M. (2024). Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Body Dysmorphic Disorder in Young Women with Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*, 3(1), 30-40. <https://doi.org/10.22034/pdmd.2024.448850.1062>
- Amirpour, B. (2014). Predictive Role of Early Maladaptive Schemas in Neurotic Perfectionism in Middle-School Female Students From Kangavar. *International Journal of School Health*, 1(1). <https://doi.org/10.17795/intjsh-19854>
- Bay, F., & Novinrouz, E. (2022). The Predictive Effect of Early Maladaptive Schemas and Hardiness on Burnout of Elementary School Teachers. *Iranian Evolutionary Educational Psychology Journal*, 4(1), 73-83. <https://doi.org/10.52547/ieepj.4.1.73>
- Bilge, Y., & Balaban, G. (2020). The Relationships Between Personality Disorders and Early Maladaptive Schemas and the Moderating Role of Gender. *Anatolian Journal of Psychiatry*(0), 1. <https://doi.org/10.5455/apd.114935>
- Bojed, F. B., & Nikmanesh, Z. (2013). Role of Early Maladaptive Schemas on Addiction Potential in Youth. *International Journal High Risk Behaviors & Addiction*, 2(2), 72-76. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.10148>
- Bosmans, G., Braet, C., & Vlierberghe, L. V. (2010). Attachment and Symptoms of Psychopathology: Early Maladaptive Schemas as a Cognitive Link? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(5), 374-385. <https://doi.org/10.1002/cpp.667>
- Chaharrahi, M. (2023). Developing a Structural Model of Maladaptive Schemas Based on Individual Trauma and Social Trauma With the Mediation of Attachment Styles. *Jayps*, 4(7), 76-87. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.4.7.9>
- Cudo, A., Maçik, D., & Griffiths, M. D. (2023). The Relationship Between Early Maladaptive Schemas and Problematic Facebook Use: The Indirect Effects of Perceived Stress. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 2969. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042969>
- Dadomo, H., Grecucci, A., Giardini, I., Ugolini, E., Carmelita, A., & Panzeri, M. (2016). Schema Therapy for Emotional Dysregulation: Theoretical Implication and Clinical Applications. *Frontiers in psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01987>
- Güler, K., & Oyguç, N. (2022). Effectiveness of Mindfulness Stress Reduction Program on Cognitive Flexibility and Early Maladaptive Schemas in Adults: Conscious Awareness, Cognitive Flexibility and Schemas. *Universal Journal of Psychology*, 10(2), 11-21. <https://doi.org/10.13189/ujp.2022.100201>
- Hong, Z., Luo, X., Cai, T., He, J., Lu, Y., & Wu, S. (2015). Life Event Stress and Binge Eating Among Adolescents: The Roles of Early Maladaptive Schemas and Impulsivity. *Stress and Health*, 32(4), 395-401. <https://doi.org/10.1002/smi.2634>
- Hosseini, S. A. (2024). Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy on Emotional Regulation and Resilience of Mothers with Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*, 3(1), 12-29. <https://doi.org/10.22034/pdmd.2024.442238.1045>
- Legenbauer, T., Radix, A. K., Augustat, N., & Schütt-Strömel, S. (2018). Power of Cognition: How Dysfunctional Cognitions and Schemas Influence Eating Behavior in Daily Life Among Individuals With Eating Disorders. *Frontiers in psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02138>
- Parvaresh, M., Taghinezhad, N., Amirfakhraei, A., & Sabahizadeh, M. (2024). Providing an Optimal Model for Enhancing Cognitive Flexibility Based on Mindfulness in Nurses. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*, 3(1), 112-123. <https://doi.org/10.22034/pdmd.2024.434590.1033>
- Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2011a). Early Maladaptive Schemas in Substance Use Patients and Their Intimate Partners. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 10(4), 169-179. <https://doi.org/10.1097/adt.0b013e318214cd11>
- Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2011b). Gender Differences in Early Maladaptive Schemas in a Treatment-Seeking Sample of Alcohol-Dependent Adults. *Substance Use & Misuse*, 47(1), 108-116. <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.629706>
- Shorey, R. C., Elmquist, J., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2015). Early Maladaptive Schemas and Aggression in Men Seeking Residential Substance Use Treatment. *Personality and individual differences*, 83, 6-12. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.040>



Thiel, N., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Külz, A. K., Nissen, C., Hertenstein, E., Gross, E., & Voderholzer, U. (2014). The Prediction of Treatment Outcomes by Early Maladaptive Schemas and Schema Modes in Obsessive-Compulsive Disorder. *BMC psychiatry*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0362-0>