

The Effect of Group Schema Therapy on Psychological Well-being and Aggression in University Students

Goli R¹, Hedayat S^{*2}, Dehghan F³, Hosseini-Shorabe M⁴

1. Department of Family Social Work, Applied Sciences and Technology University, Kermanshah, Iran

2. Department of Psychology, Islamic Azad University, Kermanshah Branch, Kermanshah, Iran

3. Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran

4. Department of Counseling and Psychology, Mohagheghardabili University, Ardabil, Iran

*Corresponding author. Tel: +989380402330, E-mail: Saeide.hedayat@yahoo.com

Received: Jul 18, 2016 Accepted: Dec 4, 2016

ABSTRACT

Background & objectives: Nowadays, paying special attention to the university students has a paramount importance; as well as their psychological health. The initial schema is the factors that disturb the quality of life. Therefore, this study aimed to determine the effectiveness of group schema therapy on psychological well-being and aggression among university students.

Methods: The research was a semi-experimental study with pretest-posttest control group design. The study population was included all male students of Applied Sciences and Technology University of Kermanshah in the year of 2014. Of the students with lowest scores in the scale of Psychological Well-being Questionnaire (RSPWB) and has earned the highest scores in the Buss-Perry Aggression Questionnaire (AQ), 40 students were selected randomly into the experimental (N=20) and the control (N=20) groups. The experimental group participated in the eleven 60-min educational intervention (Schema Therapy). After treatment, both groups completed Psychological well-being Questionnaire and Aggression Questionnaire. The data were analyzed using ANCOVA test.

Results: The results showed that schema therapy in the experimental group increased the average well-being components and reduced components of aggression in the post-test scores, but there was no such change in the control group, the difference in the two group was significant ($p < 0.001$).

Conclusion: According to the effectiveness of schema therapy in improving psychological well-being and decreasing aggression in students, it can be used as an effective therapy for reducing aggression and improving mental health of this group in the society.

Keywords: Schema Therapy, Psychological Well-Being, Aggression, University Students.

معنادار می‌باشد و به نظر می‌رسد این طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند بهزیستی روانشناختی را که یکی از ابعاد کیفیت ذهنی و شامل مواردی چون عدم ترس و اضطراب و افسردگی می‌باشد را تحت تأثیر قرار دهند.

هیجان‌ها نیز پدیده‌های ذهنی، زیستی، هدفمند و اجتماعی هستند که در افراد مختلف با شدت و فراوانی متفاوتی بروز پیدا می‌کند. از جمله هیجانی که در زندگی همه افراد و بویژه جوانان نقش مهم مؤثر دارد خشم است (۱۰). بر این اساس پرخاشگری یکی از ویژگی‌های شخصیتی است که در آسیب پذیر شدن افراد در برابر ارتکاب به تجارب پرخطر مانند تمایل به مصرف مواد خصوصاً در پسران بسیار مهم به حساب می‌آید (۱۱). محققان بروز رفتارهای پرخاشگرانه را نیز به علل مختلفی نسبت داده اند. در این خصوص، کریک و دودیج^۷ با ارائه مدل پردازش اطلاعات اجتماعی، نقش ساختارهای ذهنی به ویژه طرحواره‌های شناختی را در تنظیم رفتارهای پرخاشگرانه مهم تلقی کرده‌اند (۱۲). اشتر^۸ و همکاران نیز معتقدند که رفتار پرخاشگرانه به علت درونی شدن تعداد زیادی از طرحواره‌های پرخاشگر، در ساختار ذهن فرد بروز می‌کند. در این مدل، مفهوم طرحواره نشانگر دامنه‌ای از اطلاعات اجتماعی، مانند اطلاعاتی درباره خود، دیگران و نقش‌ها و رویدادهای اجتماعی است (۱۳). هیوسمان معتقد است که رفتار پرخاشگرانه، محصول نوع خاصی از طرحواره‌های شناختی به نام اسکریپت^۹ است که مسئولیت رمزگردانی، مرور ذهنی، ذخیره سازی و بازبازی نشانه‌ها، گرایش‌ها و رفتارهای پرخاشگرانه را بر عهده دارد. این گونه طرحواره‌ها حتی اگر یک بار درونی شده باشند نقش مهمی در ثبات پرخاشگری در طول زمان و در موقعیت‌های مختلف ایفا می‌کنند.

کارکرد مثبت روانشناختی تلقی نموده و آن را در قالب اصطلاح «بهزیستی روانشناختی»^۱ مفهوم‌سازی کرده‌اند (۲). این رویکرد بر توانمندی‌ها و داشته‌های فرد تأکید می‌کند و معتقد است هدف روانشناسی باید ارتقای سطح زندگی فرد و بالفعل کردن استعدادهای نهفته وی باشد (۳). بر این اساس یکی از ابعاد مهم سلامت در دانشجویان بهزیستی روانشناختی است که با عملکرد تحصیلی مطلوب آنان نیز رابطه دارد. احساس بهزیستی به معنای ارزیابی کلی فرد از زندگی است که بر اساس اهداف شخصی و میزان دسترسی به آنها شکل می‌گیرد (۴). این عامل یکی از مهمترین نیازهای روانی بشر در زندگی تلقی می‌شود و در طی دهه گذشته، ریف^۲ و همکاران الگوی بهزیستی روانشناختی یا بهداشت روانی مثبت را ارائه کردند. بر اساس این الگو، بهزیستی روانشناختی از ۶ عامل پذیرش خود^۳، رابطه مثبت با دیگران^۴، خودمختاری^۵، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد شخصیت تسلط بر محیطتشکیل می‌شود (۵). یکی از عواملی که با کیفیت زندگی روانی ارتباط دارد طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۶ افراد است. طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر روی عمیق ترین سطوح شناختی عمل می‌کنند و معمولاً خارج از هشیاری هستند و افراد را از نظر روانشناختی در برابر افسردگی، اضطراب، روابط کارآمد، اعتیاد و اختلال‌های روانی آسیب پذیر می‌سازند (۶). پژوهش‌های متعددی رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه را با بسیاری از اختلالات و حالات روانشناختی منفی از جمله نشانه‌های اضطراب و افسردگی (۷)، نورزگرایی (۸) و سوء مصرف مواد (۹) مورد توجه و بررسی قرار دادند که نتایج حاکی از رابطه منفی و

¹ Well-Being

² Ryff

³ Self-acceptance

⁴ Sympathy

⁵ Self-Autonomy

⁶ Early Maladaptive Schemas

⁷ Crick & Dodge

⁸ Eshter

⁹ Script

و افکار خودکار منفی را فعال می‌کنند و در نهایت نگرش‌ها و پردازش شناختی ناهنجار را در پی دارند (۱۶). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوها یا درون مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و شناخت واره‌ها تشکیل شده‌اند و با جنبه‌های مخرب تجارب دوران کودکی افراد گره خورده‌اند و به شیوه‌ای سازمان یافته در سراسر زندگی در قالب الگوهای تکرار می‌شوند (۱۷). مطالعات مختلف اثر بخشی طرحواره درمانی را بر بهزیستی روانشناختی و سلامت روان مورد بررسی قرار داده‌اند. یافته‌ها در پژوهش حسن زاده چایجانی (۱۸) نشان داد که طرح واره درمانی گروهی بر افزایش شادکامی و بهزیستی روانشناختی مؤثر بوده است. همچنین در یک کارآزمایی بالینی طرحواره درمانی باعث ارتقاء دو مؤلفه کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی شد (۱۹). نتایج تحقیق لاجمن^۴ و همکاران نیز نشان داد که کودکان پرخاشگر نسبت به کودکان غیرپرخاشگر، از طرحواره‌های تجویزی، با محتوای پرخاشگر بیشتری برخوردار بودند (۲۰).

با توجه به اهمیت بهزیستی روانشناختی و کاهش پرخاشگری در دانشجویان به عنوان قشر جوان و آینده ساز جامعه و رشد روزافزون تعداد دانشجویان به نظر می‌رسد طرحواره درمانی با تأکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثر گذاری آنها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی می‌تواند فرصتی را برای بهبود بهزیستی روانشناختی و کاهش پرخاشگری آنان را فراهم می‌آورد. همچنین به رغم مطالعات انجام شده در زمینه اثر بخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی روانشناختی و پرخاشگری، کمتر مطالعه‌ای در بافت فرهنگی و اجتماعی مورد پژوهش (کرمانشاه) به این

مدل دیگری که علاوه بر گسترش حوزه نظری پرخاشگری به ابزارسازی نیز انجامیده است مدل چند بعدی پرخاشگری باس و پری^۱ است (۱۴). بر اساس این مدل پرخاشگری دارای سه بعد (ابزاری، عاطفی و شناختی) است: (۱) بعد ابزاری یا حرکتیکه به شکل پرخاشگری کلامی و جسمانی نمایان می‌گردد و هدف اصلی آن آسیب رساندن به دیگران است؛ (۲) بعد عاطفی و هیجانی که به صورت خشم بروز می‌کند و عوامل و شرایط درونی ارگانیزم را برای برانگیختگی فیزیولوژیک و هیجانی آماده می‌سازد. این بعد وظیفه تدارک و آماده سازی رفتار پرخاشگرانه را بر عهده دارد؛ (۳) بعد شناختی که خصومت نام دارد سبب ایجاد احساس غرض ورزی، دشمنی و کینه توزی نسبت به دیگران می‌شود (۱۰). بنابراین رفتار پرخاشگرانه در یک سازه کلی قرار دارد، سازه‌هایی که می‌توانند به صورت پرخاشگری جسمانی، پرخاشگری کلام، خشم و خصومت نمایان گردیده و این ابعاد پرخاشگری می‌توانند زمینه بروز انواع آسیب‌های جسمانی و روانشناختی را برای قشر جوان جامعه و دانشجویان فراهم سازند.

یکی از مداخلات در زمینه پرخاشگری و بهزیستی روان شناختی، رویکرد طرح واره درمانی^۲ است. طرح واره درمانی، درمانی است ابتکاری و تلفیقی که توسط یانگ و کلسکو و ویشار^۳ پایه گذاری شده و هدف اصلی آن تغییر و بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه و در صورت امکان ایجاد یک طرحواره سالم است (۱۵). به باور یانگ طرحواره‌های غیر انطباقی اولیه، ساختارهای شناختی عمیقی شامل باورهایی درباره خود، دیگران و محیط هستند که از ارضاء نشدن نیازهای اولیه به ویژه نیازهای هیجانی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند. این طرحواره‌ها اطلاعات مربوط به رابطه بین فرد و محیط را تحریف

¹ Buss & Perry

² Schema Therapy

³ Young, Klosko & Weishaar

⁴ Lochman & Dodge

موضوع پرداخته است. از سویی یافته‌ها نیز نشان می‌دهد که بین دختران و پسران از نظر هر یک از عوامل پرخاشگری تفاوت وجود دارد و این تفاوت در عوامل پرخاشگری جسمانی و خشم معنادار بوده است (۲۱). همچنین مقایسه این عوامل میان دختران و پسران بیانگر آن است که پسران نسبت به دختران به میزان بیشتری پرخاشگری، خشم و بدگمانی را از خود نشان می‌دهند (۲۲). با افزایش میزان پرخاشگری، بهزیستی روانی و رضایت از زندگی افراد نیز کاهش پیدا می‌کند؛ لذا با توجه به شیوع بیشتر پرخاشگری در پسران، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی روان شناختی و پرخاشگری دانشجویان پسر انجام شد. فرضیات زیر در این پژوهش تدوین و مورد بررسی قرار گرفت:

۱- طرحواره درمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی دانشجویان تأثیر دارد؛ ۲- طرحواره درمانی گروهی بر کاهش پرخاشگری دانشجویان تأثیر دارد.

روش کار

پژوهش حاضر کاربردی و با طرح نیمه تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود و با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی و پرخاشگری دانشجویان انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش راکلیه دانشجویان پسر دانشکده علمی کاربردی شهر کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ تشکیل دادند. به استناد نظریه‌های برآورد حجم نمونه در تحقیقات آزمایشی که پیشنهاد شده حداقل حجم هر گروه ۱۵ نفر باشد (۲۳) و با در نظر گرفتن احتمال افت آزمودنی‌ها، تعداد ۴۰ نفر از بین ۲۴۲ دانشجوی پسر در رشته‌های مددکاری و توانبخشی، حسابداری، امور اداری، امور فرهنگی، مدیریت که از پرسشنامه‌های بهزیستی روانشناختی ریف نمره‌های پایین تر از نمره برش ۲۰ و در مقیاس پرخاشگری باس و پری نمره‌های بالاتر

از نمره برش ۸۰ را کسب کردند به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از بین رشته‌های تحصیلی مذکور از هر رشته یک گروه تحصیلی را به عنوان خوشه انتخاب شده و افرادی که دارای ملاک‌های ورود به مطالعه بودند به عنوان نمونه پژوهش گزینش و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- حداکثر سن ۴۰ سال؛ ۲- مبتلا نبودن به اختلالات سایکوتیک، شخصیت و سوء مصرف مواد؛ ۳- کسب نمره بالاتر از یک انحراف معیار از میانگین نمونه در پرسشنامه پرخاشگری باس و پری؛ ۴- کسب نمره پایین تر از یک انحراف معیار از میانگین نمونه در پرسشنامه بهزیستی روانشناختی؛ و معیار خروج آزمودنی‌ها عدم تمایل به همکاری بود. به منظور انجام نمونه‌گیری و مداخله که مجموعاً ۴ ماه به طول انجامید، ابتدا با مراجعه به آموزش کل دانشکده و جلب رضایت مسئولین مربوطه، مجوز اطلاع از حجم نمونه و همچنین توزیع پرسشنامه‌ها گرفته شد و پس از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، از آزمودنی‌های دو گروه خواسته شد که در یک جلسه توجیهی در محل برگزاری جلسات پژوهش شرکت کنند. در این جلسه به منظور رعایت مسائل اخلاقی ضمن تشریح اهداف پژوهش، ابتدا توضیحی کوتاه درباره ماهیت پژوهش و اینکه هیچ‌گونه اجباری برای مشارکت در پژوهش وجود ندارد ارائه گردید، سپس پرسشنامه‌های بهزیستی روانشناختی ریف و پرخاشگری باس و پری برای پاسخگویی در اختیار دانشجویانی که به همکاری برای انجام دادن پژوهش تمایل داشتند قرار گرفت و با آنها قرارداد درمانی منعقد گردید. مداخله طرحواره درمانی گروهی بر اساس پروتکل درمانی ارائه شده توسط یانگ (۲۴) و با استفاده از راهبردهای شناختی و تجربی و الگوشکنی رفتاری، روند مداخله در ۱۱ جلسه ۱ ساعته (یک جلسه در هفته) توسط

ضریب اعتبار خرده مقیاس‌ها را مناسب و آلفای کرونباخ آنها را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ یافته است (۲۷). در پژوهش شقاقی و همکاران نیز ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای زیر مؤلفه‌های این مقیاس شامل ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۱، ۰/۷۸، ۰/۸۲، ۰/۷۱ و ۰/۸۲ گزارش شده است (۲۵).

۲- پرسشنامه پرخاشگری (AQ)^۳ یک ابزار خودگزارشی است که توسط اچ باس و پری (۱۹۹۲) ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۹ گویه است و چهار خرده مقیاس پرخاشگری فیزیکی (۹ سوال)، پرخاشگری کلامی (۵ سوال)، خشم (۷ سوال) و خصومت (۸ سوال) را اندازه گیری می‌کند (۱۴). نمره گذاری پاسخ‌ها در این پرسشنامه بر اساس طیف پنج درجه ای لیکرت از کاملاً موافقم (نمره ۵) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) تنظیم شده‌اند (۲۸). اعتبار این پرسشنامه در پژوهش محمدی، با استفاده از سه روش آلفای کرونباخ، بازآزمایی و دونیمه سازی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۸، ۰/۷۳ و روایی همگرایی آن با محاسبه ضریب همبستگی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با یکدیگر و با کل پرسشنامه بین ۰/۳۷ تا ۰/۷۸ متغیر و معنادار بودند ($p < ۰/۰۰۱$) (۲۱). پرسشنامه دموگرافیک سن و وضعیت تأهل را مورد ارزیابی قرار داده شد و تحلیل داده‌ها با شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیل کواریانس با استفاده از نرم افزار آماری-SPSS 18 صورت گرفت.

پژوهشگران در مرکز مشاوره دانشکده بر روی گروه آزمون انجام پذیرفت که خلاصه محتوای جلسات در جدول ۱ اشاره شده است. در تمام جلسات مرور تکالیف جلسه قبل و ارائه تکلیف برای جلسه بعد مورد توجه قرار گرفت. برای گروه کنترل نیز یک جلسه مشاوره مقدماتی انجام شد و اطمینان داده شد که در صورت اثربخش بودن آموزش طرحواره درمانی بر گروه آزمون، این روش برای آنان نیز اجرا گردد، اما در این مدت هیچگونه مداخله ای دریافت نکردند. آزمودنی‌ها در ابتدای پژوهش با اجرای یک پیش آزمون و پس از اتمام جلسات درمانی با یک پس آزمون مورد اندازه گیری و ارزیابی قرار گرفتند. برای جمع آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (RSPWB)^۱ در سال ۱۹۸۰ توسط ریف طراحی گردید و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این پرسشنامه ۶ عامل خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود را می‌سنجد، ضمن اینکه از مجموع نمرات این ۶ خرده مقیاس نمره کلی بهزیستی روانشناختی محاسبه می‌شود. در این فرم هر عامل از ۱۴ سوال تشکیل می‌شود و پاسخ‌ها بر روی یک طیف شش درجه ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» (یک تا شش) مشخص می‌گردد که نمره بالاتر نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بهتر است (۲۵). اعتبار و روایی این مقیاس در پژوهش‌های متعدد گزارش شده است. ضرایب اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ و دونیمه سازی برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۷ گزارش شده است. همچنین ضریب بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۶ و برای زیر مؤلفه‌ها بین ۰/۷۳-۰/۶۷ می‌باشد (۲۶). دایرندوک^۲

^۱Ryff Psychological Wellbeing Test (RSPWB)

^۲Dierendonck

^۳Aggression Questionnaire (AQ)

جدول ۱. خلاصه جلسات طرحواره درمانی (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳)

اهداف محتوایی	اهداف جلسات	جلسات
برقراری ارتباط و همدلی، چگونگی شکل گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عملکردهای طرحواره و سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله ای ناسازگار	برقراری ارتباط و همدلی، چگونگی شکل گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عملکردهای طرحواره و سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله ای ناسازگار	جلسه اول
اجرای پرسشنامه‌ها	ارزیابی وضعیت اولیه گروه، مفهوم سازی مشکل آزمودنی طبق رویکرد طرحواره محور	جلسه دوم
تعریف طرحواره درمانی	آشنایی و درک مفاهیم طرحواره درمانی و نحوه کاربرد آن، ریشه‌های تحولی و حوزه‌های آن	جلسه سوم
آموزش و شناخت طرحواره‌های ناسازگار اولیه	فراگیری دقیق و علمی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، آموزش و تمرین دو تکنیک شناختی شامل آزمون اعتبار طرحواره و تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره	جلسه چهارم
معرفی حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه	آشنایی با حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تشخیص آن، شناسایی حوزه‌های مختل طرحواره مربوطه	جلسه پنجم
آموزش و شناخت مفهوم هماهنگی شناختی و پاسخ‌های مقابله ای ناکارآمد	شناخت پاسخ‌های مقابله ای ناکارآمد با تجربیات شخصی، نوشتن فرم ثبت طرحواره در طی زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرحواره‌ها	جلسه ششم
مرحله سنجش و آموزش طرحواره درمانی	شناخت و تشخیص طرحواره‌های ناسازگار فردی، ایجاد فرصت برای شناسایی احساسات نسبت به والدین و کمک به بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آنها	جلسه هفتم
استفاده از راهبردهای شناختی طرحواره درمانی	اصلاح طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله ای ناکارآمد، پیدا کردن راه‌های جدید برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک‌های مقابله ای اجتناب، تسلیم و جبران افراطی	جلسه هشتم
استفاده از راهبردهای تجربی طرحواره درمانی	تغییر و بهبود سطح هیجانی و عاطفی طرحواره‌های ناسازگار، اجرای گفتگوی خیالی، شناسایی نیاز هیجانی ارضا نشده و تلاش علیه طرحواره‌ها در سطح عاطفی	جلسه نهم
آموزش روش‌های الگوشکنی	جایگزین کردن رفتارهای سالم و کارآمد بجای رفتارهای ناسازگار، تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و تمرین رفتارهای سالم تصویرسازی، ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط، بازنگری مزایا و معایب رفتارها	جلسه دهم
اجرای پس آزمون	ارزیابی اثربخشی طرحواره درمانی، غلبه بر موانع تغییر رفتار، جمع بندی و نتیجه گیری	جلسه یازدهم

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی دانشجویان در این پژوهش $26 \pm 6/75$ بود که دامنه سنی بین ۱۸ سال تا ۳۵ سال و $90/35$ درصد آنها مجرد و $9/65$ درصد متأهل بودند.

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرها در پیش آزمون و پس آزمون برای گروه آزمون و کنترل ارائه شده است. برای تعیین نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و برای تعیین برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد

و نتایج نشان داد که در تمام متغیرهای مورد مطالعه تساوی واریانس‌ها برقرار بود. در آزمون‌های انجام‌شده سطح $p < 0/001$ معنی‌دار در نظر گرفته شده و پیش فرض‌های کواریانس رعایت شد. با توجه به همسطح بودن میانگین نمرات پیش آزمون در هر دو گروه و اختلاف معنادار نمرات پس آزمون گروه آزمون با گروه کنترل، جهت بررسی معنی‌دار بودن این تغییرات از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرها در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمون و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استقلال	آزمون	۱۶/۳۲	۲/۵۴	۲۹/۲۷	۳/۸۹
	کنترل	۱۶/۵۶	۲/۳۲	۱۸/۲۳	۳/۲۱
تسلط بر محیط	آزمون	۱۴/۷۲	۳/۸۵	۱۹/۶۸	۱/۹۶
	کنترل	۱۵/۱۲	۳/۶۳	۱۵/۴۵	۳/۲۳
رشد خود	آزمون	۱۶/۵۶	۱/۹۲	۲۱/۲۵	۲/۳۲
	کنترل	۱۵/۳۶	۲/۷۶	۱۵/۹۶	۱/۶۴
ارتباط مثبت با دیگران	آزمون	۱۴/۰۲	۲/۳۱	۱۹/۶۸	۳/۵۶
	کنترل	۱۴/۳۹	۲/۴۵	۱۴/۸۶	۲/۵۴
هدفمندی در زندگی	آزمون	۱۳	۱/۷۶	۱۸/۹۱	۱/۶۴
	کنترل	۱۳/۱۸	۲/۴۳	۱۳/۳۰	۱/۷۸
پذیرش خود	آزمون	۱۲/۱۵	۱/۸۴	۱۹/۷۷	۲/۲۶
	کنترل	۱۲/۰۴	۱/۷۹	۱۰/۵۴	۳/۱۹
بهزیستی روان شناختی کل	آزمون	۱۶/۶۹	۳/۱۵	۳۲/۸۹	۴/۰۶
	کنترل	۱۶/۵۶	۳/۰۸	۱۶/۹۸	۳/۶۴
پرخاشگری بدنی	آزمون	۷۲/۱۸	۱۳/۷۲	۶۷/۳۳	۱۲/۱۴
	کنترل	۷۳/۳۶	۱۳/۷۰	۷۳/۱۳	۱۳/۴۲
پرخاشگری کلامی	آزمون	۷۴/۹۳	۱۲/۸۹	۶۱/۹۶	۱۱/۱۸
	کنترل	۷۴/۳۵	۱۲/۰۵	۷۵/۵۶	۱۲/۱۶
خشم	آزمون	۷۶/۴۵	۲۰/۱۶	۶۲/۵۶	۱۰/۴۴
	کنترل	۷۵/۱۳	۱۹/۵۳	۷۴/۲۲	۱۸/۵۷
خصومت	آزمون	۷۳/۸۵	۱۴/۲۵	۶۶/۱۲	۱۰/۷۵
	کنترل	۷۲/۱۸	۱۴/۰۶	۷۲/۲۱	۱۹/۵۶
پرخاشگری کل	آزمون	۷۶/۵۴	۱۲/۱۵	۵۴/۰۹	۹/۶۱
	کنترل	۷۴/۲۳	۱۲/۰۴	۷۴/۱۸	۱۲/۴۱

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره برای مؤلفه‌های متغیر بهزیستی روانشناختی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
گروه	استقلال	۸۵/۹۹	۱	۸۵/۹۹	۵/۸۱	۰/۰۰۷	۰/۲۲
	تسلط بر محیط	۶۴/۹۸	۱	۶۴/۹۸	۹/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۳۴
	رشد خود	۳۰/۶۸	۱	۳۰/۶۸	۳/۷۳	۰/۰۳۴	۰/۱۷
	ارتباط مثبت با دیگران	۳۷/۶۹	۱	۳۷/۶۹	۲/۷۳	۰/۰۷۹	۰/۱۳
	هدفمندی در زندگی	۱۲۸/۷۲	۱	۱۲۸/۷۲	۱۱/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۳۹
	پذیرش خود	۵۲/۹۸	۱	۵۲/۹۸	۳/۴۸	۰/۰۰۴	۰/۱۶

خود ($F=۳/۴۸$) در سطح ($۰/۰۴$) معنادار بود. بدین معنی که میزان نمرات این پنج مؤلفه در گروه آزمون در پس آزمون و بعد از مداخله (طرحواره درمانی) نسبت به گروه کنترل افزایش پیدا کرده است. با این حال در مؤلفه ی ارتباط مثبت با دیگران

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد نمرات استقلال ($۵/۸۱$) در سطح ($F=۰/۰۰۷$) معنادار، تسلط بر محیط ($F=۹/۰۳$) در سطح ($۰/۰۰۱$) معنادار، رشد خود ($F=۳/۷۳$) در سطح ($۰/۰۳۴$) و هدفمندی در زندگی ($F=۱۱/۲۵$) در سطح ($۰/۰۰۱$) و پذیرش

($F=۲/۷۳$) بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد. مجذور انا نیز نشان داد که بیشترین میزان تفاوت مربوط به مؤلفه هدفمندی در زندگی است (۰/۳۹). بنابراین می‌توان گفت تغییر در متغیر وابسته ناشی از اثر بخشی متغیر مستقل است.

جدول ۴ نیز نشان می‌دهد که نمرات پرخاشگری بدنی ($F=۹/۱۳$) در سطح (۰/۰۰۱) معنادار، پرخاشگری کلامی ($F=۱۰/۵۴$) در سطح (۰/۰۰۱) معنادار، خشم ($F=۱۳/۹۱$) در سطح (۰/۰۰۱) و

خصومت ($F=۱۱/۲۰$) در سطح (۰/۰۰۱) معنادار بود. بدین معنی که طرحواره درمانی توانسته به میزان بیشتری در گروه آزمون پرخاشگری جسمانی، کلامی، خشم و خصومت را نسبت به گروه کنترل کاهش دهد. مجذور انا نیز نشان می‌دهد که بیشترین میزان اثربخشی مربوط به مؤلفه پرخاشگری کلامی است (۰/۳۰). بنابراین می‌توان گفت تغییر در متغیر وابسته ناشی از اثر بخشی متغیر مستقل است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره مؤلفه‌های متغیر پرخاشگری

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور انا
گروه	پرخاشگری بدنی	۲۵۱/۱	۱	۲۵۱/۶	۹/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۲۷
	پرخاشگری کلامی	۷۹/۹	۱	۷۹/۹	۱۰/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۳۰
	خشم	۱۲۹/۶	۱	۱۲۹/۶	۱۳/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۲۴
	خصومت	۱۷۵/۸	۱	۱۷۵/۸	۱۱/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۲۰



پس آزمون پرخاشگری پیش آزمون پرخاشگری پس آزمون بهزیستی روان شناختی پیش آزمون بهزیستی روان شناختی

نمودار ۱. مقایسه میانگین نمرات بهزیستی روان شناختی و پرخاشگری در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمون و کنترل

بحث

هدف از پژوهش حاضر، تعیین تأثیر طرح واره درمانی بر ارتقای بهزیستی روانشناختی و کاهش پرخاشگری دانشجویان بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد بین میانگین‌های نمرات پس آزمون مؤلفه‌های بهزیستی روان شناختی و پرخاشگری در

دو گروه آزمون و کنترل پس از اجرای مداخله تفاوت وجود داشت. بدین معنی که طرح واره درمانی توانسته است بهبود قابل ملاحظه‌ای در بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن به وجود آورده و میزان پرخاشگری را تا حد زیادی کاهش دهد. بر اساس یافته‌ها، فرضیه نخست پژوهش حاضر

مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی در ارتقاء بهزیستی روانشناختی تأیید می‌شود. پاره ای از پژوهش‌ها همسو با یافته‌های حاضر می‌باشد. نتایج پژوهش‌های هاشمی و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر شادکامی و سلامت روان دانشجویان پرستاری که در آن ۵۸ دانشجوی را در سه گروه جایگزین کردند و گروه‌های آزمون ۱۰ جلسه با روش‌های درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی آموزش دیدند، نشان داد که هر دو روش درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی توانسته شادکامی و سلامت روانی دانشجویان را افزایش دهند (۲۹). نتایج یافته‌های هم‌راستا نشان می‌دهد که طرحواره درمانی باعث ایجاد تغییراتی در زمینه‌های شناختی و تجربی، عاطفی و هیجانی و رفتاری می‌گردد (۳۰). این رویکرد با به چالش کشیدن طرحواره‌های ناسازگار و پاسخ‌های ناکارآمد در جایگزینی آن با افکار و پاسخ‌های مناسب و سالمتر مؤثر بوده است. طرحواره درمانی با بهبود برخی مؤلفه‌های اساسی و مخرب چون عواطف و افکار منفی به نظر می‌رسد بتواند به طور کلی باعث بهبود بهزیستی روانشناختی و در نتیجه سلامت روانی در افراد شود (۳۰).

در راستای تأیید فرضیه دوم مبنی بر تأثیر طرحواره درمانی بر کاهش پرخاشگری نتایج همسو با یافته‌های این پژوهش به دست آمده است (۱۲، ۱۳، ۱۹، ۳۱). یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعات استرو همکاران (۳۲) و پائول و همکاران (۳۳) که هر دو بر اثربخشی طرحواره درمانی بر پرخاشگری تأکید می‌کنند همسو است. طرحواره‌ها همیشه باعث ایجاد سوگیری در تفسیر انسان از وقایع می‌شوند و این سوگیری‌ها به صورت سوء تفاهم، نگرش‌های تحریف شده، فرض‌های نادرست و انتظارات غیرواقع‌بینانه ظاهر می‌شود. همچنین تمایل بشر به هماهنگی شناختی باعث می‌شود که موقعیت‌ها را به گونه‌ای سوء تعبیر کنند که طرحواره‌ها تقویت شوند،

به طوری که بر داده‌های همخوان با طرحواره تأکید می‌کنند و داده‌هایی را که با طرحواره منافات دارند نادیده می‌گیرند و یا کم ارزش می‌انگارند (۲۴). افرادی که دارای نشانه‌های پرخاشگری هستند دارای یک ذهنیت طرحواره ای هستند که این ذهنیت موجب ابراز رفتارهای خشمگینانه بدون توجه به پیامدهای احتمالی آن می‌گردد و در موقعیت‌هایی برانگیخته می‌شوند که حساسیت زیادی نسبت به آنها وجود دارد و در صورت فعال شدن منجر به برانگیختگی هیجان‌های آشفته ساز و پاسخ‌های اجتناب یا رفتارهای حوزه آسیب رسانی می‌شود. در این رویکرد به آنها کمک شد تا افراد ذهنیت طرحواره ای ناسازگار خود را شناخته و نسبت به شیوه‌هایی که باعث تداوم طرحواره‌های آنها شده شامل اجتناب، تسلیم و جبران افراطی، آگاه شوند. در این پژوهش با استفاده از تکنیک‌های تجربی که به برانگیختن هیجان‌های مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار می‌پردازد و همچنین از طریق بازوالدینی سعی در بهبود هیجان‌ها و ارضا نسبی نیازهای برآورده نشده دوران کودکی شد و با استفاده از تکنیک تصویرسازی ذهنی که طرحواره‌ها را از حوزه عقلانی به حوزه هیجانی سوق می‌دهد به افراد کمک شد که بتوانند ریشه‌های تحولی طرحواره‌های خود در دوران کودکی و نوجوانی را به مشکلات زندگی فعلی از جمله پرخاشگری ربط دهند و در روابط کنونی با بزرگسالان به شیوه مؤثرتری ارتباط برقرار نمایند. قادری، کلانتری و محرابی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی در راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان دانشجویان بررسی کردند که نتایج آن نشان داد طرحواره درمانی بر ابعاد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان شامل پرخاشگری، ملامت خویشتن، ملامت دیگران، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه سازی، نشخوارگری و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی مؤثر است (۳۴). از دیگر پژوهش‌های داخلی همسو با پژوهش حاضر می‌توان به پژوهش‌های ملکی و

نتیجه گیری

در مجموع نتایج حاصل از این پژوهش، ضمن حمایت از فرضیه‌های پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی، موجب ارتقای مؤلفه‌های بهزیستی روان شناختی از جمله استقلال، تسلط بر محیط، رشد خود، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود به جزارتباط مثبت با دیگران می‌شود و همچنین منجر به کاهش پرخاشگری در تمامی مؤلفه‌های پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم و خصومت می‌گردد. طرحواره درمانی با اندازه‌گیری و سنجش ساختارهای شناختی و اصلاح طرحواره‌ها در بهبود سلامت روانی افراد ضرورت اساسی دارد و ممکن است هسته آسیب شناسی و آسیب‌های روانی باشند، از این رو اصلاح طرحواره‌ها می‌تواند راهی برای دستیابی به بهبود بالینی دیرپا باشد؛ لذا توجه به ابعاد شناختی و عاطفی احساس بهزیستی روانشناختی و عوامل مؤثر بر آن و همچنین بهبود خلق و خو و کاهش پرخاشگری در دانشجویان که قشر مهم و آینده‌ساز جامعه را تشکیل می‌دهند، ضروری به نظر می‌رسد. بر این اساس مشاوران و دست‌اندرکاران مسائل بهداشت روانی دانشجویان می‌توانند با تعیین وضعیت دانشجویان و استفاده از داده‌های به دست آمده برای طراحی برنامه‌های پیشگیری از مشکلات روانشناختی از یکسو و برنامه‌های درمان از سوی دیگر بهره‌جویند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که محققین را در انجام این پژوهش یاری نمودند، به ویژه مسئولان دانشکده علمی-کاربردی شهر کرمانشاه و دانشجویانی که با شرکت خود در پژوهش امکان اجرای آن را فراهم نمودند، قدردانی می‌گردد.

همکاران (۳۵)، عاشوری (۳۶) و صفاری نیا و همکاران (۳۷) اشاره کرد. همچنین همسو با فرضیه دوم پژوهش، یانگ و همکاران در پژوهشی که به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی و تاثیر آن بر سلامت روان پرداختند نشان دادند که با تشخیص و تفهیم طرحواره‌هایی ناسازگار اولیه و مفهوم سازی و نحوه پدید آیی طرحواره و اثر فعلی آن‌ها بر زندگی افراد می‌توان به ایجاد بینش نائل شد و همچنین طرحواره درمانی موجب کاهش معنادار تکانشگری می‌گردد و در کوتاه مدت بر خشم نیز تأثیر دارد (۳۸).

بر اساس مطالعات انجام شده، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش طرحواره درمانی و به کارگیری تکنیک‌های شناختی و هیجانی می‌تواند طرحواره‌های ناسازگار اولیه را تغییر داده و با تخلیه هیجانات و بهبود عواطف و احساسات منفی مانند پرخاشگری باعث افزایش بهزیستی روان شناختی و در نهایت کیفیت زندگی شود. همچنین در تبیین این یافته‌ها، می‌توان گفت که طرحواره درمانی به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق بیماران را دقیق‌تر تعریف کرده، آنها را به گونه‌ای قابل درک سازماندهی کنند. با به کارگیری این مدل افراد می‌توانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه خود را به صورت ناهمخوان ببینند، در نتیجه با آگاهی از وجود آنها، برای رها شدن از مشکلات انگیزه بیشتری پیدا کنند. از جمله محدودیت‌های این پژوهش نمونه محدود از دانشجویان بود که این تعداد نمی‌تواند معرف خوب و کافی برای جامعه باشد، لذا تعمیم نتایج به سایر افراد باید با احتیاط صورت گیرد. از سویی در این پژوهش به واسطه محدودیت‌های زمانی، مکانی و مالی پیگیری نتایج درمان صورت نگرفت که در این راستا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی درمان مذکور با دوره‌های پیگیری انجام شود و همچنین بر روی جنس مؤنث صورت پذیرد.

References

- 1- Kheiri M, Emami-Sigaroudi A, Farmanbar R, Atrkar- Roshan Z. Subjective well-being and related factors among students of Guilan University of medical sciences (GUMS). *Health Promotion* 2014; 2(1): 27-36. [Persian]
- 2- Hatamloo-Sadabadi M, Hashemi-Nosratabad T. Comparing psychological well-being and marital satisfaction in fertile and infertile women of Tabriz. *Health Psychology* 2012; 1: 31-20. [Persian]
- 3- Momeni Kh, Hosseini H, Akbari M, Karami S. The role of personality characteristics and resilience in predicting psychological well-being of nurses. *Journal of Behavioral Sciences* 2013; 7(4): 5-6. [Persian]
- 4- Ryff CD. Psychological well-being in adult life; Current directions in psychological science. 1995; 4:99- 104.
- 5- Bayani AA, Goudarzi H, Kochaki AM. Relationship of Dimensions of psychological well-being and general health among students of Islamic Azad University Azadshahr Branch. *Research in Applied Psychology* 2008; 35 and 36: 164-153. [Persian]
- 6- Wang CE, Halvorsen M, Eisemann M, Waterloo K. Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: A 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* 2010; 41(4): 389-396.
- 7- Welburn K, Cristine M, Dagg P, Pontefract A, Jordan S. The Schema Questionnaire -Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research* 2002; 26 (4): 519-30.
- 8- Thimm JC. Personality and early maladaptive schemas: A five -factor model perspective. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2010; 41(4): 373-80.
- 9- Shorey RS, Stuart GL, Anderson S. The early maladaptive schemas of an opioid-dependent sample of treatment seeking young adults: A descriptive investigation. *Journal Substance Abuse Treatment* 2012; 42 (3): 271-8.
- 10- Rahimi-Ahmadabadi S, Aghamohammadian-Sherbaf HR, Modarres M, Karashki H. Surveying the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on anger reduction in brain injured patients. *Journal of Forensic Medicine* 2013; 20(2): 37-45. [Persian]
- 11- Dostian Y, Bahmani B, Azami Y, Goudini AA. The relationship between aggression and impulsivity and addiction potential among male students. *Journal of Rehabilitation* 2013; 14, 2 (57): 102-109. [Persian]
- 12- Mohammadi N, Chalmeh R. Evaluation of model schema measure children's aggression and its relationship with Children's behavior problems. *Journal of Psychology University of Tabriz* 2006; 1(3): 53-64. [Persian]
- 13- Eshter C, Izaskun O. Cognitive schema and aggressive behavior in adolescents: The mediating role of social information processing. *The Spanish Journal of Psychology* 2010; 13(1): 190-201
- 14- Buss AH, Perry MP. The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology* 1992; 63: 452-59.
- 15- Moosavi-Asl SA, Moosavi-Sadat Z. The effectiveness of schema therapy in reduction of early maladaptive schemas on PTSD Veterans Men . *Armaghan-e-danesh, Yasuj University of Medical Sciences Journal (YUMSJ)* 2014; 19, (1): 89-99. [Persian]
- 16- Sadoughi Z, Aguilarvafaie ME, Rasoulzadeh-Tabatabaie K, Esfahanian N. Factor analysis of the young schema questionnaire short-form in a nonclinical Iranian sample. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2008; 14 (2): 214-219. [Persian]
- 17- Nazari F, Kakavand A, Mashhadi-Farahani M. The relationships between early maladaptive schemas mothers' parenting practices and outer disorder in their children. *Journal of Applied Psychology* 2015; 9, 2 (34): 115-135. [Persian]
- 18- Hassanzadeh-Chayjany M. The effect of schema therapy on happiness, life expectancy and psychological well-being of adults with cancer in Isfahan. The thesis for a master's degree, Najaf Abad: Islamic Azad University, 2015. [Persian]

- 19- Novaco RW. Reducing anger related offending: What works. In L. Craig, L. Dixon, & T. Gannon EDs. What works in Offender rehabilitation: An evidence-based approach to assessment and treatment? Chichester UK: John Wiley & Sons 2013.
- 20- Lochman JE, Dodge KA. Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive, and nonaggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994; 62: 366-374.
- 21- Mohammadi N. Preliminary psychometric questionnaire Buss - Perry. *Journal of Humanities and Social Sciences* 2006; 49: 135-152. [Persian]
- 22- Samani S. Validity and reliability of the Buss-Perry Aggression Questionnaire. *Psychiatry and Clinical Psychology* 2006; 51:359-365. [Persian]
- 23- Delavar A. Theoretical and practical basics of research in humanities and social sciences. 2nd Ed. Tehran: Roshd Pub; 2005. [Persian]
- 24- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford Press, 2003; Translated by Hamidpour H, Andouz A. Tehran: Arjmand Pub.
- 25- Shaghaghi F, Rezaei-Kargar F. The impact of critical and creative thinking skills on well-being of adolescents. *Psychological Research* 2010; 2, 5:49-66. [Persian]
- 26- Tabassi- Zanjani R. Construction and standardization of psychological well-being pilot test, master's thesis in General Psychology, Tehran University, 2004. [Persian]
- 27- Dierendonck D. The construct validity of Ryff scales of psychological well-being and its extension with spiritual well- being. *Personality and Individual Differences* 2005; 36: 629-643.
- 28- Lavafpour-Noori F, Zaharakar K, Sanai-Zaker B. A study of effectiveness of group forgiveness therapy in reducing aggression among 11-13 year old male adolescents in city of Dezful. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci.* 2012; 20(4): 489-500. [Persian]
- 29- Hashemi N, Ghayour-Baghbani SM, Khadivi GH, Hashemian-Nejad F, Ashoori J. The effectiveness of cognitive behavioral therapy and schema therapy on happiness and mental health of nursing students. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* 2016; 5(1): 12-22. [Persian]
- 30- Mohammadi-Nezhad B, Rabiei M. The Effect of Schema Therapy on Quality of Life and Psychological Well-Being in Divorced Women. *Journal of Police Medicine* 2015; 4, 3, 179-190.
- 31- Hemmati- Sabet V, Rohani-Shahrestani N, Hemmati-Sabet A, Ahmadpanah M. The effectiveness of schema therapy in reducing aggression and social anxiety in adolescents of Hamadan city aged 17 to 18 years. *Shenakht: Journal of Psychology & Psychiatry* 2016; 3(2): 82-93.[Persian]
- 32- Esther C, Izaskun O. Social information processing as a mediator between cognitive schemas and aggressive behavior in adolescents. *Journal of Abnormal child psychology* 2011; 40 (1): 105-117.
- 33- Paul FT, David JA. Another perspective on trait aggressiveness: Overlap with early maladaptive schemas. *Personality and Individual differences* 2009; 46(5-6): 569-574.
- 34- Ghaderi F, Kalantari M, Mehrabi HA. The effectiveness of group schema therapy on cognitive emotion regulation strategies in students with social anxiety disorder symptoms. *Journal of Behavioral Sciences* 2015; 9(2):139-146.[Persian]
- 35- Maleki Z, Naderi I, Ashoori J, Zahedi. The effect of schema therapy on reducing symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students. *Journal of Medical Education and Development* 2015; 10(1): 47-56. [Persian]
- 36- Ashoori J. Comparing the effectiveness of meta-cognitive therapy and schema therapy on decreasing symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students. *Arak Medical University Journal (AMUJ)* 2015; 18(95): 50-61. [Persian]
- 37- Saffarinia M, Zare H, Karami J, Solgi Z. The Efficacy and continuing impact of group schema therapy in treating student's social anxiety disorder. *Pajouhandeh* 2014; 19(4):211-218.[Persian]
- 38- Young M, Long L. Counseling and psychotherapy of couple. New York: Guilford; 1998.