**4-2-طرحواره درمانی[[1]](#footnote-1)**

شاید بتوان گفت طرحواره یک بسته حافظه ایست که محتوای آن را آموزه های فرد در طول زمان شکل می دهد.باید توجه داشت که در روند پدیدایی طرحواره ها عواملی مثل بنیادهای زیستی فرد و عوامل مربوط به محیط تربیتی او مثل محیط خانواده، فرهنگ، تجارب وی در فرایند رشد، رخدادهای بزرگ و . . . تاثیر می گذارند.این بسته حافظه ای مثل یک فیلتر بزرگ و پیچیده بر سر راه اطلاعات ورودی به حافظه و همچنین اطلاعات موجود در حافظه عمل کرده و با سرند، دسته بندی، و سازمان دهی، شکل گیری معانی جدید را در ذهن ممکن می سازد.طرحواره ها فراتر از یک باورند آنها ما را برای مقوله بندی اطلاعات و پیش بینی رخدادها توانا می سازند. یک طرحواره در برگیرنده مجموعه ای از خاطرات، هیجانها، حسهای بدنی و شناختهاست. ویژگی مقاوم بودن و سخت جانی طرحواره ها آنها را در صدر فهرست چالشهای کسانی می گذارد که در حرفه شان با ” تغییر ” سر و کار دارند.

**1-4-2-مفا هیم طرحواره**

طرحواره، یک ساختار شناختی به منظور غربال کردن، کدگذاری و ارزیابی محرکی است که ارگانیسم در معرض آن قرار گرفته است. براساس ماتریکس طرح‌واره‌ها، فرد قادر می‌شود تا خود را در ارتباط با زمان و فضا جهت‌یابی کند و تجربه‌های خود را به روش معنی‌داری طبقه‌بندی و تفسیر کند (بک، 1976؛ به نقل از بارلو، 2012).

بک[[2]](#footnote-2) و همکاران (1990) معتقدند که در حیطه‌ی آسیب‌شناسی روانی، واژه‌ی طرحواره در مورد ساختارهایی با محتوای شخصی شده با خصایص فردی به کار می‌رود، که در اثر اختلالاتی از جمله افسردگی، اضطراب، حملات هراس و وسواس‌ها فعال می‌شوند (بارلو[[3]](#footnote-3)،2012).

مفهوم طرحواره ریشه در روانشناسی شناختی، تحول شناخت، روانشناسی خود، و نظریه دلبستگی دارد. در حیطه‌ی روانشناسی شناختی، واژه‌ی طرحواره شناختی دارای معانی متعددی است، که این تعاریف در حیطه‌ی گسترده‌ای از ساختارهای شناختی قابل دستیابی تا غیر قابل دستیابی متفاوت هستند (یانگ، کلوسکو و ویشار، 2003؛ جیمز[[4]](#footnote-4)و همکاران، 2004؛ به نقل از ریزو[[5]](#footnote-5) و همکاران، 2012).

به طور کلی، طرحواره‌ها به عنوان باورهای بنیادین ناکارآمد در نظر گرفته می‌شوند، که توسط یک آماج فعال می‌شوند. طرحواره‌ها، تم‌های بادوام و ثابتی هستند که برای هر فرد اختصاصی هستند. طرحواره‌ها در طول دوران کودکی شکل گرفته‌اند و در واقع، حاصل تلاش فرد به منظور انطباق با رویدادهای زندگی و موقعیت‌های محیطی هستند. زمانی که طرحواره‌‌ای فعال می‌شود، تبدیل به اتاق فرمان افکار خودآیند منفی می‌گردد و به طور منفی موجب سوگیری در اطلاعات می‌شود. در حقیقت، طرحواره‌ها ذخیره می‌شوند تا هنگامی که تحت شرایط خاصی فعال شوند. به عبارت دیگر، این نشانه‌های موقعیتی، همان حافظه‌ی فرد هستند. این بدان معناست که باید طرحواره‌ را یک مفهوم وسیع در نظر بگیریم، نه این که صرفاً به آن به عنوان مجموعه‌ای از شناختواره‌ها نگاه کنیم (جیمز[[6]](#footnote-6) و همکاران، 2012).

طرحواره بالاترین سطح تعمیم یافته‌ی شناخت است، که به تغییر مقاوم می‌باشد و تأثیر عمیق و قدرت‌مندی در شناخت‌واره‌ها و هیجان‌های فرد دارد. افکار خودآیند منفی و مفروضه‌های بنیادین بینابینی به طور شدیدی تحت تأثیر طرح‌واره‌ها قرار می‌گیرند و این تأثیر به خصوص زمانی قدرت‌مندتر است که طرحواره‌ها فعال شوند (ریزو و همکاران، 2012).

فریمن[[7]](#footnote-7) و فاسکو (2009) معتقدند که طرحواره‌ها، مفروضه‌ها یا قوانین زیربنایی هستند که افکار و رفتارهای فرد را تحت کنترل خود دارند و در طول سال‌های زندگی فرد تحول یافته‌اند. محتوای طرح‌واره‌ها، کلیه‌ی جنبه‌های زندگی فرد، اعم از آگاهانه یا غیرآگاهانه را دربر می‌گیرد. طرح‌واره‌ها، معنی و ساختاری که فرد به دنیا می‌دهد، را ایجاد می‌کنند. طرح‌واره‌ها، در طول دوره‌ی تحول فرد شکل گرفته‌اند، به این معنا که به موازاتی که فرد از محیط پیرامون خود اطلاعات را دریافت می‌کند، آن را پردازش می‌کنند. هر فردی به طور منحصر به فرد براساس ادارک معینی که به این اطلاعات می‌دهد، آنها را دسته‌بندی و مرتب می‌کند و آن اطلاعات را سازمان می‌دهد. اما در عین حال، تحول طرح‌واره‌ها تحت تأثیر فرهنگ، خانواده، مذهب و عوامل مربوط به جنسیت، سن یا شخصیت فرد قرار دارد. طرحواره‌ها نه تنها براساس مواد شناختی، بلکه با توجه به عوامل هیجانی، رفتاری و فیزیولوژیک مرتب می‌شوند. طرحواره‌ها نسبت به تغییر بسیار مقاوم هستند، چون:

1. برخی از باورها به طور شدیدی با هیجان‌های فرد و تجربه‌های گذشته وی در هم آمیخته است؛
2. باورها برای مدت طولانی وجود دارند، لذا می‌توان آنها را به عنوان قسمتی از هویت فرد در نظر گرفت؛
3. این باورها ممکن است توسط افراد مهم زندگی فرد تأیید یا تقویت گردند؛
4. نحوه تأثیر طرح‌واره‌ها بر رفتار فرد توسط پردازش‌های فکری و تصورات فرد تعیین می‌شود؛
5. رفتارهای یادگرفته شده در نتیجه‌ی فعال شدن طرح‌واره‌ها به وجود می‌آید، بنابراین تداعی‌های مثبت و منفی بی‌شماری را در طول زمان ایجاد می‌کنند، که منجر به مقاومت شدید آنها در مقابل تغییر می‌گردند (فریمن و فاسکو،2009).

طرحواره‌، به طور فزاینده‌ای در طرح‌واره‌ درمانی مورد توجه قرار گرفته است. به عبارت دیگر، در این روش به طرحواره‌های بنیادین، به عنوان کلید درمان کوتاه مدت، تأکید بسیاری شده است. براساس رویکرد طرح‌واره‌ درمانی یانگ، کودک یاد می‌گیرد تا تجربه‌های اولیه از محیط خود را، به خصوص در ارتباط با افراد مهم زندگیش، براساس واقعیت سازمان دهد (یانگ، 1999).شش سازه اصلی در طرحواره درمان عبارتند از :

1. طرحواره های ناسازگار اولیه

2. نیازهای بنیادین

3. حیطه های طرحواره

4. راهبردهای مقابله ای

5. سبکهای طرحواره

6. کنشهای طرحواره

**2-4-2-منشأ طرح‌واره‌ها**

**الف**) نیازهای هیجانی بنیادین[[8]](#footnote-8)

پنج نیاز هیجانی بنیادین در انسان وجود دارد که باید ارضا شوند، و عدم ارضا و ناکامی در برآورده شدن این نیازها در فرد، موجب شکل‌گیری طرحواره‌های مختل می‌شوند. این نیازها عبارتند از:

1. دلبستگی‌های ایمن به دیگران (شامل امنیت، ثبات، پرورش و تربیت، پذیرش)؛
2. استقلال، کارآمدی و تجربه‌های ذهنی هویت؛
3. آزادی بیان نیازها و هیجانات قابل قبول؛
4. خودانگیختگی؛
5. محدودیت‌های واقع‌گرایانه و خودبازداری (خودکنترلی)؛

**ب**) تجربه‌های اولیه زندگی

چهار نوع تجربه‌ی اولیه زندگی موجب به وجود آمدن طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه می‌شوند که عبارتند از:

1- ناکام شدن دردناک نیازها؛

2-مورد ضربه (تروما) واقع شدن یا قربانی شدن؛

3-ارضای بیش از حد برخی از نیازها؛

4-درونی‌سازی انتخابی یا همانند سازی با افراد مهم (یانگ، کلوسکو و ویشار،2003).

**ج**) سرشت هیجانی

هر کودکی سرشت هیجانی خاص خود را دارد و والدین به زودی این مساله را در می‌یابند. تحقیقات بسیاری وجود دارد که تأیید کننده‌ی عوامل بیولوژیک زیربنایی شخصیت هستند. سرشت هیجانی با رویدادهای دردناک کودک در شکل‌گیری طرح‌واره‌ها با یکدیگردر تعامل هستند. سرشت های هیجانی مختلف به طور انتخابی کودک را در معرض شرایط مختلف زندگی قرار می‌دهند و این خود موجب شکل‌گیری طرح‌واره‌های مختلف در هر فردی می‌شوند.برخی از حیطه‌های سرشت هیجانی که به نظر می‌رسد ذاتی هستند و نسبت به روان درمانی نسبتاً مقاوم هستند، عبارتند از:

بدون واکنش بی‌ثبات

خوش‌بین منفی‌نگر

آرام مضطرب

حواس‌پرت وسواسی

پرخاشگر منفعل

خوشحال تحریک‌پذیر

اجتماعی خجالتی

سرشت‌های هیجانی مختلف، به طور انتخابی کودک را در معرض شرایط متفاوت زندگی قرار می‌دهند. به طور مثال، یک کودک پرخاشگر بیشتر احتمال دارد که مورد آزار جسمی قرار گیرد. به علاوه، سرشت‌های مختلف موجب می‌شود که کودکان در مقابل شرایط زندگی یکسان، به طور متفاوتی آسیب‌پذیر گردند. به عبارت دیگر، یک رفتار والدینی، ممکن است موجب دو واکنش مختلف در دو کودک گردد.

محیط اولیه‌ی ناخوشایند یا برعکس بیش از حد ارضاء کننده، می‌تواند موجب مشکلات قابل ملاحظه‌ای در سرشت هیجانی کودک گردد. به علاوه، سرشت هیجانی مشکل دار می‌تواند یک محیط طبیعی را مختل سازد و موجب بروز آسیب روانی در غیاب تاریخچه‌ی واضحی از اختلال در فرد گردد (یانگ، کلوسکو و ویشار، 2003).

**3-4-2-طرحواره درمانی یانگ**

طرحواره درمانی که توسط یانگ وهمکارانش(۱۹۹۰ و ۱۹۹۹) بوجود آمده، درمانی نوین ویکپارچه‌است و عمدتاً براساس روش های درمان شناختی -رفتاری کلاسیک بنا شده‌است و تأکیدش بیشتر بر ریشه های تحولی مشکلات روانشناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک های بر انگیزنده و ارائه مفهوم سبک های مقابله ای است.طرحواره درمانی تلفیقی از مبانی مکاتب شناختی رفتاری، دلبستگی گشتاکت، روابط شیئی، سازنده گرایی و روان کاری است» (یانگ، 1399، به نقل از حمیدپور،1386). طرحواره درمانی برای درمان بیماران مزمن و مقاوم به درمان و بیمارانی که اختلالات شخصیت دارند یا کسانی که مشکلات منش شناختی مزمن دارند و نمی توانند بخوبی از رفتار درمانی شناختی کلاسیک کمکی دریافت کنند تدوین شده‌است . طرحواره درمانی با توجه به مشکل بیمار می‌تواند کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت باشد» (یانگ، 1999).

طرحواره درمانی درمانی است ابتکاری و تلفیقی که توسط یانگ و همکارانش پایه گذاری شده است او در این درمان کوشیده است تا با بکارگیری مبانی و راهبردهای روشهای درمان شناختی – رفتاری (CBT) و مولفه هایی از سایر نظریه ها مثل دلبستگی، روابط شیء ای، ساختار گرایی و روان تحلیلگری و تلفیق یکپارچه و منسجم آنها با یکدیگر یک مدل درمانی جدید را برای درمان اختلالات دیرپایی مثل اختلالات شخصیت و اختلالات مزمن محور یک ارایه دهد.

سه دهه پیش بک مطرح ساخت که هرچند کاربرد اطلاعات مربوط به دوران کودکی برای درمان دوره حاد افسردگی و اضطراب لازم نیست اما برای درمان مشکلات مزمن شخصیتی ضروری به نظر می رسد.طرحواره درمانی به درک پایه های مشکلات روانشناختی فرد در دوران کودکی، ارتباط مراجع – درمانگر و نشاندن فرمول بندی مشکل بر زمینه تاریخچه فردی گسترده تری پای می فشارد.وقتی که رفته رفته درمانگران از درمان اختلالهای محور یک مثل اضطراب به سمت کار بر روی اختلالات عمیقتر مثل اختلالات شخصیتی محور دو حرکت کردند با محدودیت های مدل شناخت درمانگری بک رو به رو شدند. بیماران مبتلا به اختلالات شخصیتی مجموعه ای از مشکلات پیچیده و مقاومی را دارند که در بسیاری از موارد روند درمان را متوقف می سازد. بنابراین یانگ تحت تاثیر ساختار گرایی طرحواره درمانی را بنا نهاد که اختلالات شخصیتی و دیگر اختلالهای دیرپا را نشانه رفته است.تجربه نشان داده است که طرحواره درمانی در درمان افسردگی و اضطراب دیرپا، اختلالهای خورد و خوراک، مسایل زناشویی و مشکلات پایدار در حفظ روابط صمیمانه سازگار، اثربخش بوده است همچنین این روش در مورد مجرمان و در پیشگیری از عود در میان سوء مصرف کنندگان مواد مخدر کارایی دارد.

**4-4-2-حیطه‌های طرحواره‌ها**

یانگ 18 طرح‌واره‌ را در قالب پنج حیطه‌ی اصلی طبقه‌بندی کرده است و آن‌ها را به عنوان حیطه‌های طرح‌واره‌ معرفی می‌کند (یانگ و همکاران، 2003؛ بارلو، 2002؛ سیموس، 2002؛ تاریر[[9]](#footnote-9) و همکاران، 2008) این حیطه‌ها عبارتند از:

**حیطه‌ی یک: بریدگی و طرد[[10]](#footnote-10)**

افرادی که در این حیطه قرار می‌گیرند قادر نیستند دلبستگی‌های ارضاکنننده و ایمن را با دیگران شکل بدهند. خانواده‌های این افراد که ریشه‌ی شکل‌گیری این حیطه در کودکی هستند، معمولاًٌ ناپایدار، آزاردهنده، سرد، طردکننده و منزوی از دنیای اطراف خود می‌باشند. در این افراد نیازهای بنیادین امنیت، آرامش خاطر، پذیرش، حمایت، ثبات، همدلی و راهنمایی به سبک قابل پیش‌بینی برآورده نشده است.

طرحواره‌هایی که در این حیطه قرار می‌گیرند، عبارتند از :

**1- رها شدگی ـ بی‌ثباتی[[11]](#footnote-11)**

درک ناپایداری و غیرواقعی بودن حمایت و ارتباطات فرد با دیگران، در این نوع طرحواره‌ می‌گنجد. افراد دارای این نوع طرحواره‌ بر این باورند که افراد مهم در زندگی آنها ارتباطات خود را با آنها ادامه نمی‌دهند و انتظار ترک شدن از جانب دیگران را دارند. این افراد معتقدند که افراد مهم زندگی‌شان قادر نخواهند بود که به حمایت هیجانی و ارتباط قوی و مستمر با آنها ادامه دهند، چون باور دارند که این افراد، بی ثبات و غیرقابل پیش‌بینی هستند و آنها را به خاطر فرد دیگری ترک خواهند کرد.

**2- محرومیت هیجانی[[12]](#footnote-12)**

افراد دارای این طرحواره‌ انتظار دارند که نیازهای هیجانی آنها توسط افراد مهم زندگی‌شان، به طور کافی برآورده نخواهد شد. سه شکل محرومیت هیجانی وجود دارد:

الف) محرومیت از مراقبت[[13]](#footnote-13): فقدان توجه، عاطفه، گرمی یا محبت؛

ب) محرومیت از همدلی[[14]](#footnote-14): فقدان درک، عدم خودافشاگری و تبادل دو طرفه احساسات، نداشتن شنونده؛

ج) محرومیت حمایت[[15]](#footnote-15): فقدان هدایت و راهنمایی دیگران.

**3- بی‌اعتمادی ـ بد رفتاری[[16]](#footnote-16)**

این طرحواره‌ عبارت است که از این که دیگران آزاردهنده، صدمه رساننده، متقلب، دروغگو و بی‌صداقت هستند. این افراد معتقدند که اگر دیگران فرصت پیدا کنند، حتماً آنها را استثمار خواهند کرد.

**4- نقص ـ شرم [[17]](#footnote-17)**

افراد این طرحواره‌ معتقدند که افرادی حقیر، پست، بد و بی‌ارزش هستند و دیگران آنها را دوست ندارند. به همین دلیل در درون خود احساس پرخاشگری و بی‌ارزشی دارند و احساساتی همچون دوست نداشتنی بودن را تجربه می‌کنند. این افراد ممکن است نسبت به سرزنش و مقایسه شدن با دیگران به طور افراطی حساس باشند و از بودن با دیگران احساس عدم امنیت داشته باشند و در عین حال در حضور دیگران احساس شرم و خجالت داشته باشند.

**5- انزوای اجتماعی ـ بیگانگی[[18]](#footnote-18)**

در این طرحواره‌، فرد این تجربه‌ی ذهنی را دارد که به نوعی از دیگران متفاوت است و متعلق به گروه یا دسته‌ای نیست و با دیگران فرق دارند.

**حیطه دو: خودگردانی و عملکرد مختل[[19]](#footnote-19)**

خودمختاری، توانایی مجزا ساختن فرد از خانواده و عملکرد مستقل متناسب با سن است. افراد دارای این حیطه از طرحواره‌ در مجزا کردن خود از خانواده و نمادهای والدینی و عملکرد مستقل مشکل دارند. به عبارت دیگر، در طول دوره‌ی کودکی، خانواده‌ی این افراد در کارهای کودک بسیار دخالت می‌کردند و به طور افراطی، حمایت کننده بودند. این افراد در شکل دادن یک هویت مستقل دچار اشکال هستند.

طرح‌واره‌های این حیطه عبارتند از:

**6- وابستگی ـ بی‌کفایتی[[20]](#footnote-20)**

افراد دارای این طرحواره‌، در پذیرفتن مسوولیت‌های روزانه بدون کمک دیگران احساس ناتوانی می‌کنند. این طرحواره‌ اغلب به عنوان احساس درماندگی یا منفعل بودن خود را نشان می‌دهد.

**7- آسیب‌پذیری نسبت به صدمه یا بیماری[[21]](#footnote-21)**

محتوای این طرحواره‌ حاوی ترس اغراق‌آمیز و فاجعه آمیز کردن هر نوع ضربه و ناتوانی در کنار آمدن با صدمه یا بیماری است که سه قسمت می باشد:

1. فاجعه‌آمیز کردن طبی[[22]](#footnote-22)
2. فاجعه‌آمیز کردن هیجانی
3. فاجعه‌آمیز کردن بیرونی[[23]](#footnote-23)

**8- گرفتار[[24]](#footnote-24) ـ خودتحول نایافته[[25]](#footnote-25)**

این طرحواره‌ غالب اوقات شامل درگیر شدن هیجانی افراطی و نزدیکی بیش از حد فرد با دیگران است. این افراد باور دارند که فردیت بهم ریخته‌ای دارند و در نتیجه، بدون حمایت مستمر دیگران قادر نخواهند بود که عملکرد مناسبی داشته باشند و به زندگی خود ادامه دهند. همچنین، احساس هم‌جوشی مستمر با دیگران و هویت فردی بی‌کفایت از دیگر مشکلاتی است که این افراد دارند. در نتیجه، احساس پوچی مزمن، بی‌هدفی و پوچ‌گرایی می‌کنند.

**9 - شکست[[26]](#footnote-26)**

در این طرحواره‌، باور بر این است که فرد به طور غیرقابل اجتنابی در زمینه‌های مختلف شکست خواهد خورد و نمی‌تواند به سبک با کفایتی به حد همتایان خود برسد.

**حیطه‌ی سه: حد و مرزهای مختل[[27]](#footnote-27)( محدودیت های مختل)**

نقص در حد و مرزهای درونی، بی‌مسوولیتی در قبال دیگران و یا فقدان هدف گزینی طولانی مدت از مشخصه‌های این حیطه است. این مشکلات منجر به عدم رعایت حقوق دیگران، عدم همکاری با دیگران، اقدام به کارهای غیرقانونی و عدم برنامه‌ریزی شخصی واقع‌گرایانه می‌شود. خانواده‌های این افراد، اغلب خانواده‌های بسیار دخالت کننده و سهل‌گیر هستند که حس برتر بودن را در فرد القا می کنند. در برخی موارد، کودک ممکن است به دلیل عدم رعایت قانون مورد تنبیه قرار نگیرد و یا مراقبت، راهنمایی و هدایت کافی را دریافت نکند.

طرح‌واره‌های این حیطه عبارتند از:

**10- استحقاق[[28]](#footnote-28) ـ بزرگ منشی**

در این طرحواره‌ ، فرد معتقد است که از دیگران بالاتر و ارجح‌تر است و بنابراین، مستحق دریافت حقوق ویژه می‌باشد. احترام به قانون و حقوق دیگران در این افراد مشاهده نمی‌شود. معمولا این افراد هر کاری را در هر زمانی که دوست داشته باشند، بدون در نظر گرفتن واقعیت‌های موجود و ضرر به دیگران، انجام می دهند و به منظور کسب قدرت یا کنترل، تأکید اغراق‌آمیزی بر برتر بودن خود دارند. سعی بسیاری می‌کنند که بر دیگران غالب شوند، نقطه‌نظرهای خود را به دیگران تحمیل می‌کنند و رفتارهای دیگران را در جهتی که تمایل دارند، هدایت می‌کنند، بدون این که با آنها همدلی داشته باشند و یا احساسات آنها را در نظر بگیرند.

11**- خودکنترلی بی‌کفایت ـ خود قانون‌مندی ناکارآمد[[29]](#footnote-29) (خویشتن داری و خود انضباطی ناکافی)**

افراد دارای این طرحواره‌ نمی‌توانند به طور کارآمدی خود را کنترل کنند، تحمل ناکامی در کسب اهداف فردی در آنها بسیار ناکارآمد و مختل است و در صورت ناکامی، به صورت بسیار افراطی هیجان‌های خود را بیان می‌کنند و تکانشی رفتار می‌کنند.

**حیطه‌ی چهار: هدایت شدن توسط دیگران[[30]](#footnote-30)( دیگر جهت مندی)**

افرادی که در این حیطه قرار می‌گیرند تأکید زیادی بر ارضای نیازهای دیگران در مقایسه با نیازهای خودشان دارند و این کار را برای کسب تأیید، حفظ ارتباط عاطفی و اجتناب از تنبیه انجام می‌دهند. خانواده‌ای که این افراد در آن رشد یافته‌اند، خانواده‌هایی هستند که پذیرش شرطی را برای کودک فراهم کرده بودند. به این معنا که کودک باید جنبه‌های مهمی از خودش را سرکوب کند تا بتواند عشق، توجه و تأیید کسب کند. در چنین محیطی، نیازها و خواسته‌های گروه به نیازها و احساس‌های کودک ارجح است.

**12- اطاعت[[31]](#footnote-31)**

در این طرح‌واره‌، فرد خود را در کنترل اغراق‌آمیز از جانب دیگران احساس می‌کند که به دو شکل ظاهر می‌شود:

1. اطاعت از نیازها
2. اطاعت از هیجان‌ها

این افراد بر این باورند که آرزوها، نقطه‌نظرات و احساس‌های آنها بی‌ارزش هستند یا برای دیگران مهم نیستند. این افراد به طور مکرر شاکی هستند و نسبت به عدم ارضای نیازها و هیجان‌های خود بسیار حساس هستند. معمولاً این وضعیت منجر به خشم، که خود را با علایم غیرانطباقی مثل رفتارهای پرخاشگر ـ منفعل یا برون‌ریز نشان می‌دهد، می‌گردد.

**13- ایثار[[32]](#footnote-32)**

در این طرحواره‌، فرد به طور داوطلبانه به دنبال ارضای نیازهای دیگران است، حتی اگر نیازهای خودش برآورده نشود. دلایل عمده این افراد عبارتند از پیشگیری از ایجاد هرگونه ناراحتی و درد و رنج در دیگران، اجتناب از احساس گناه ناشی از خودخواه بودن و تداوم ارتباط با دیگران و اغلب منجر به حساسیت حاد به درد و رنج در دیگران می‌گردد.

**14- پذیرش جویی ـ جلب توجه[[33]](#footnote-33)**

افراد دارای این طرح‌واره‌، تأکید افراطی برکسب تأیید، بازشناسی یا توجه از جانب دیگران دارند تا به این وسیله بتوانند یک تجربه‌ی ذهنی ایمن از خود به دست آورند. تجربه‌ی ذهنی فرد از اعتماد به نفس خودش، به طور بنیادین به واکنش‌های دیگران بستگی دارد. گاهی اوقات این طرحواره‌ در این افراد، موجب تأکید اغراق آمیز بر ظاهر، توجه و احترام می‌شود.

**2-2-4-5 حیطه‌پنج: گوش به زنگی بیش از حد و بازداری[[34]](#footnote-34)**

در این حیطه، تأکید افراطی بر سرکوبی احساس‌های خودانگیخته، تکانه‌ها و انتخاب‌ها و پیروی از قوانین غیرقابل انعطاف و تدوین شده است، حتی اگر به قیمت از دست دادن شادی، بیان خود، آرامش، روابط بین فردی نزدیک و سلامتی باشد. خانواده‌ای که این افراد در آن پرورش یافته‌اند، معمولاً تنیبه کننده و تقاضا کننده، کمال‌گرا، پیرو قوانین، سرکوب‌کننده هیجان‌ها و اجتناب از خطا، شادی و آرامش بوده است. طرح‌واره‌های این حیطه عبارتند از:

**15- منفی گرایی ـ بدبینی[[35]](#footnote-35)**

در این طرحواره‌، تمرکز مستمر و نافذی بر جنبه‌های منفی زندگی، از جمله مرگ، فقدان، گناه، تعارض، خیانت و غیره وجود دارد و در عین حال، جنبه های مثبت زندگی کوچک شمرده می‌شوند یا نادیده گرفته می‌شود. معمولاً شامل یک ترس غیرطبیعی از خطا کردن است، خطایی که ممکن است به مشکلاتی مثل مشکلات مالی، فقدان، تحقیر و سرافکندگی منجر شود. چون این افراد نتایج منفی را به طور اغراق‌آمیزی ادراک می‌کنند، لذا به طور مکرر دچار نگرانی مزمن، گوش به زنگی و بلاتصمیمی هستند.

**16- بازداری هیجانی[[36]](#footnote-36)**

در این طرحواره‌ فرد احساسات، ارتباطات و رفتارهای خودانگیخته خود را محدود می‌سازد. معمولاً از عدم تأیید توسط دیگران، احساس شرم یا از دست دادن کنترل اجتناب می‌کند. شایع‌ترین جنبه‌های این بازداری شامل موارد زیر است: 1- بازداری از خشم و پرخاشگری؛ 2- بازداری از تکانه‌های مثبت؛ 3- مشکل در بیان آسیب‌پذیری یا ارتباط آزادانه با احساس‌ها، نیازها و غیره؛ 4- تأکید افراطی بر سرکوبی هیجان‌ها.

**17- معیارهای سرسختانه/ عیب‌جوبی افراطی[[37]](#footnote-37)**

باور زیربنایی در این طرحواره‌ این است که فرد باید تمامی تلاش خود را انجام دهد تا بتواند به استانداردهای درونی شده بسیار سخت در مورد رفتار و عملکرد، به منظور اجتناب از سرزنش برسد. این افراد، غالب اوقات احساس در فشار بودن دارند و اختلال واضحی در کسب لذت، آرامش، اعتماد به نفس و رضایت در روابط بین فردی دارند. این طرحواره‌ خود را به صورت کمال‌گرایی، قوانین غیرقابل انعطاف و درگیری ذهنی با زمان و کارآمدی نشان می‌دهد.

**18- *تنبیه[[38]](#footnote-38)***

در این طرحواره‌، اعتقاد بر این است که فرد هنگامی که خطایی مرتکب شده، باید شدیدا تنبیه شود و در قبال افرادی که استاندارها را رعایت نمی‌کنند شدیدا پرخاشگر، بی‌تحمل، تنبیه کننده و خشمگین است. معمولاً، این طرح‌واره‌ خود را به صورت دشواری در بخشیدن خود یا دیگران در هنگام ارتکاب خطا نشان می‌دهد (به نقل از یانگ و همکاران، 2003؛ بارلو، 2002؛ سیموس، 2002؛ تاریر و همکاران، 2008).

**5-4-2-سبکهای طرحواره**

باید توجه داشت که غالب بیماران ترکیبی از طرحواره های مختلف و پاسخهای مقابله ای دارند یعنی گاه اجتناب، گاه تسلیم و برخی اوقات نیز جبران افراطی را بکار می گیرند. بنابر این می توان گفت **سبک طرحواره** شبکه ای منسجم و یکپارچه از مولفه های شناختی، هیجانی، انگیزشی و رفتاری یک یا چند طرحواره ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله ای مختلفی است که فرد در پاسخ به این طرحواره ها برمی گزیند.آنچه مهم است آنست که درمانگر درصدد چرخش بر می آید یعنی حرکت بین سبکها و خروج از یک سبک ناکارآمد به سمت یک سبک طرحواره ای کارآمدتر و سالمتر تا بدین وسیله در مسیر فرآیند ترمیم طرحواره گام بر دارد.

**6-4-2-انواع سبکهای طرحواره ای :**

یانگ و همکاران(1995) سبک های طرحواره ای را در قالب 4 طبقه عمده مطرح کرده اند:

1. سبکهای کودک که عبارتند از: کودک آسیب پذیر، کودک عصبانی، کودک تکانشی – بی انضباط و کودک خوشحال

2. سبکهای مقابله ای ناسازگار : تسلیم شونده فروتن، محافظ جدا افتاده، وجبران کننده افراطی

3. سبکهای پدر و مادری ناسازگار : پدر و مادر تنبیه گر، و پدر و مادر متوقع

4. سبک بزرگسال سالم

**7-4-2-کنش های طرحواره**

از نگاه یانگ(1998) طرحواره ها دو کنش متفاوت دارند که عبارتند از : تداوم طرحواره و ترمیم آن

1. تداوم طرحواره :

هر فکر، احساس، رفتار و خاطره ای می تواند منجر به تداوم و تقویت طرحواره شود. طرحواره ها توسط سه مکانیزم اولیه تداوم می یابند :

الف ) تحریف های شناختی : فرد از طریق تحریف های شناختی محیط را بگونه ای سوء تعبیر می کند که بتواند طرحواره را تقویت کند یعنی اطلاعاتی را از محیط می گیرد که با طرحواره وی هماهنگ باشد و از نظر هیجانی هم فرد هیجانهای مرتبط با طرحواره دردناک را بازداری کرده و از حیطه خودآگاه می راند.

ب) الگوهای خود آسیب رسان زندگی : از نظر رفتاری فرد خود را در الگوهای آسیب رسان درگیر می سازد و موقعیت ها و رابطه هایی را بر می گزیند و حفظ می کند که تداوم طرحواره مورد نظر را در پی داشته باشد.

ج ) سبک مقابله ای طرحواره : فرد همچنین با سبک مقابله ای ناسازگاری که دربرابر طرحواره می گزیند موجبات تداوم طرحواره را فراهم می آورد.

2. ترمیم طرحواره : هر خاطره، فکر یا احساسی می تواند طرحواره را ترمیم کند اما از آنجا که طرحواره ها نسبت به تغییر مقاومند ترمیم طرحواره نیاز به انگیزه و تمایل برای رو به روشدن و مبارزه با طرحواره و قانونمندی ها و تمرین های مستمر دارد.

ترمیم طرحواره هدف اصلی طرحواره درمانی است و چون یک طرحواره در برگیرنده مجموعه ای از خاطرات، هیجانها، حسهای بدنی و شناختارهاست بنابراین در ترمیم طرحواره باید تمامی این عناصر را تعدیل نمود. تغییر طرحواره شامل تغییر رفتار هم می شود و به بیمار می آموزد الگوهای رفتاری سالمتر و سازگارتری را جایگزین سبکهای مقابله ای ناسازگار کند.

**8-4-2-طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه**

بک (1997) طرح‌واره‌های ناسازگارانه را از جمله فقدان، شکست و دوست نداشتنی بودن معرفی کرد که در طی دوران اولیه کودکی شکل می‌گیرند و با مفاهیمی مرتبط با یکپارچگی بیولوژیک، مثل توانایی زنده ماندن، صلاحیت و اعتبار مراقبین، ترک شدن و هدایت خطر فیزیکی به سمت خود، در ارتباط هستند. بالبی[[39]](#footnote-39) (1980) معتقد است اختلالاتی که در مرحله‌ی اول زندگی روی می‌دهد بر پردازش اطلاعات در دوره‌های بعدی زندگی اثر می‌گذارد، و در نتیجه فرد را به تهدیدهای ترک شدن و تهدیدهایی برای بقای بیولوژیک، آسیب‌پذیر می‌سازد (لی هی[[40]](#footnote-40)، 2008).

یانگ (1999 و 1990) فرض کرد که برخی طرحواره‌ها، به خصوص طرحواره‌هایی که در طی دوران اولیه‌ی زندگی بر اثر تجربه‌های ناخوشایند و نامطلوب کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته‌ی مرکزی اختلالات شخصیت، مشکلات خصیصه‌ای خفیف‌تر، و بسیاری از اختلالات مزمن را تشکیل دهند. او این زیر مجموعه طرحواره‌ها را، طرح‌واره‌های ناسازگارانه نام‌گذاری کرد. به منظور ارائه یک تعریف جامع از این طرحواره‌ها، وی تأکید کرد که طرح‌واره‌ ی ناسازگارانه اولیه:

1. یک الگو یا تم گسترده و نافذ است؛
2. متشکل از خاطرات، هیجانات، شناختواره‌ها و حس‌های بدنی می‌باشد؛
3. در ارتباط با فرد و روابط بین فردی او با دیگران است؛
4. در طی دوران کودکی یا نوجوانی شکل می‌گیرد؛
5. در طول زندگی فرد گسترش می‌یابد؛
6. به طور قابل ملاحظه‌ای مختل و ناکارآمد است.

به طور خلاصه طرحواره‌های ناسازگار ، الگوهای شناختی و هیجانی خود ـ ویرانگری هستند، که از اوایل رشد و تحول فرد آغاز می‌شوند و در طول زندگی فرد تکرار می‌شوند. توجه داشته باشید که بر طبق این تعریف، رفتار فرد قسمتی از طرح‌واره‌‌ی وی نیست، بلکه یانگ می‌گوید که رفتارهای ناسازگارانه به عنوان پاسخی به طرحواره‌ شکل می‌گیرند. بنابراین، رفتارها توسط طرحواره‌ها برانگیخته می‌شوند، ولی قسمتی از طر‌واره‌ها نمی‌باشند (یانگ، کلوسکو و ویشار، 2003).

طبق نظر بارلو(2012) طرحواره‌های ناسازگارویژگی‌های خاصی دارند. این طر‌حواره‌ها به عنوان:

1. واقعیت‌های پذیرفته شده، در مورد خود یا محیط تجربه می‌شوند؛
2. خود ـ تخریب کننده و مقاوم به تغییر هستند؛
3. مختل و ناکارآمد هستند؛
4. اغلب توسط برخی تغییرات در محیط، از جمله فقدان یا از دست دادن شغل، فعال می‌شوند؛
5. هنگامی که فعال می‌شوند با سطوح بالای هیجان در هم آمیخته هستند؛
6. معمولاً ناشی از تعامل سرشت[[41]](#footnote-41) کودک با تجارب مختلف دوره تحولی با اعضاء یا مراقبین در خانواده هستند.

از نظر یانگ (1999) خصوصیات طرحواره های ناسازگار عبارتند از:

1. باورها و احساس‌های غیرشرطی درباره خودمان هستند و در اثر ارتباط با محیط ایجاد شده‌اند؛
2. خود ـ تداوم‌بخش[[42]](#footnote-42)اند، و بنابراین در برابر تغییر مقاومت می‌کنند؛
3. طبق تعریف، باید به صورت مکرر و به میزان زیادی ناکارآمد باشند؛
4. معمولاً توسط رویدادهایی در محیط فعال می‌شوند که به طرحواره‌‌ های خاصی مربوط‌اند؛
5. نسبت به مفروضه‌های زیربنایی، رابطه‌ی نزدیک‌تری با سطوح بالای عاطفه دارند؛
6. از تعامل سرشت فطری کودک با تجربه‌های ناکارآمد و با والدین، خواهر و برادرها و همسالان در طی سال‌های اولیه‌ی زندگی به وجود آیند (یانگ، 1999).

**5-2-پیشینه پژوهش**

- کیتزمن[[43]](#footnote-43) ( 2009 ) در پژوهشی بر روی 40 زوج متاهل حین برقراری رابطه متقابل با فرزندان پسر 8-6 ساله بودند انجام داد. و به این نتیجه رسید که میان تعارضات زناشویی و اختلال در وظایف سرپرستی رابطه وجود دارد.

- هنری و میلر [[44]](#footnote-44)(2004، به نقل از بهاری ) تحقیقی به منظور. بررسی مشکلات زناشویی در میانه عمر و میزان اثر آنها بر رضایتمندی زناشویی انجام داده اند. نتایج این تحقیق نشان داده است که رایج ترین مشکلات عبارت بودند از ( موضوعات مالی ( 27 %) موضوعات جنسی ( 8/23 % ) "، شیوه برخورد با کودکان ( 3/15 %)، صمیمیت عاطفی ( 7/18 %)، تمیز کردن منزل ( 18 % ) و ارتباط ( 3/15 %).

- یارمحمدی اصل (1386) پژوهشی با عنوان بررسی اثر بخشی طرحواره درمانی در بهبود اختلال افسردگی اساسی عود کننده انجام داد. نتایج تحلیل داده های بدست آمده نشان داد که بین طرحواره های ناسازگارانه اولیه با علائم افسردگی اساسی رابطه معنی داری وجود دارد و با 99 درصد اطمینان وجود ارتباط مستقیم میان این دو متغییر تایید می شود. به این ترتیب که با افزایش نمرات طرحواره های ناسازگارانه اولیه میزان افسردگی نیز افزایش می یابد. در این تحقیق طرحواره درمانی بطور معنی داری موجب کاهش علائم افسردگی گردید.

- فریمن(2004) با استفاده از مدل طرحواره یانگ به بررسی مدل پردازش شناختی غیر منطقی پرداخت و با استفاده از آزمون های بهنجار به این نتیجه رسید که داشتن طرحواره ناسازگارانه اولیه، پیش بینی کننده ناسازگاری بین فردی است. این یافته تاییدی است بر دیدگاه یانگ که طرحواره های ناسازگارانه اولیه را ذاتا ناکارآمد میداند (مددی،1391)

- هریس[[45]](#footnote-45) و همکاران (2012) دریافتند که چهار طرحواره ناسازگارانه اولیه (نقص و شرم- خود کنترلی ضعیف- آسیب پذیری نسبت به ضرر-وابستگی و بی کفایتی) با افسردگی ارتباط دارند.

- ولبورن[[46]](#footnote-46) و همکاران (2012) در تحقیقی رابطه بین طرحواره های ناسازگارانه و اختلالات روانی را مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش دو طرحواره رهاشدگی/ بی ثباتی و خود کنترلی پایین / خود انظباطی پایین، پیش بینی کننده ای مهم برای افسردگی بودند.

- در یک مطالعه انجام شده به روی 153 دانشجوی کارشناسی روانشناسی آندره[[47]](#footnote-47)(2009) دریافت حوزه طرد و بریدگی از طرحواره های ناسازگارانه اولیه ارتباط منفی با احساسات مثبت، عزت نفس و سازگاری در دانشگاه دارد و همبستگی مثبت با احساسات منفی دارد (قاسمی، 1389).

- اسمیت و جونز[[48]](#footnote-48)(2009) در تحقیقی با عنوان طرحواره های ناسازگارانه، رویدادهای منفی زندگی و ناراحتی های روانشناختی به این نتیجه رسیدند که طرحواره های رویدادهای منفی زندگی باعث ناراحتی های روانشناختی شدیدتر می شوند. بنابراین طرحواره های ناسازگارانه اولیه و تجارب منفی زندگی هر یک به طور مستقل در اختلالات روانشناختی دخیل هستند.

- هانس[[49]](#footnote-49) و همکاران (2010) پژوهشی با عنوان بررسی طرحواره درمانی و طرحواره های ناسازگارانه اولیه در اختلالات شخصیت و سایر بیماری های روانی انجام داد و به این نتیجه رسید که طرحواره های ناسازگارانه اولیه با آسیب های شخصیت و ناراحتی های روانی ارتباط دارد.

- بودمن و گورمن[[50]](#footnote-50) ( 2010)، در مطالعات شان بر روی الگو های کنش متقابل، پرخاشگری متقابل، پرخاشگری کلامی، کناره گیری، تعارض کم و بدون استرس به این نتیجه رسیدند که در مقایسه با زوج های متعارض، زوج های کم تعارض رفتار های مثبت بیشتر و رفتار های منفی کمتری را از خود نشان می دهند.

- هانسون و لندبلند[[51]](#footnote-51) (2006) در پژوهشی نشان داده اند که آموزش مهارت های ارتباطی و حل تعارض به زوجینی که در تعاملات زناشویی مشکل داشته اند باعث بهبود روابط زناشویی زوجین و کاهش تعارضات و افزایش سلامت روان در آنان می گردد.

- وینسنت، ویشس و گری [[52]](#footnote-52)( 2006) در پژوهش خود یک تحلیل رفتاری از فرایند حل تعارض زوجین آشفته و غیر آشفته کردند. نتایج حاکی از آن بود که زوجین آشفته در مقایسه با زوجین غیر آشفته به میزان بیشتری از رفتار های تعارض منفی و به میزان کمی از رفتار های حل تعارض مثبت استفاده می کنند.

 - در پژوهش گسترده ­اي كه گاتمن در خصوص تعارض طرح­ريزي كرد چهار سبك تعارض در روابط زوجين خود را نشان داد كه در ازدواج به طور خاصي مخرّب هستند. اين چهار سبك عبارتند از: عيب­جويي، تحقير، دفاعي بودن و ديوار سنگي، تمام اين راهبردها مي­ توانند باعث منزوي شدن و كناره­ گيري شوند (گاتمن و لوينسون، 2012). در حمايت از اين مدل هاوستون و انگليستي (2012) دريافتند كه روابطي كه در آن سطوح بالاي رفتار منفي از قبيل انتقاد كردن، شكايت، عصباني شدن و ناشكيبايي از طرف هر يك از همسران وجود دارد، با گذشت زمان در زنان (و نه در مردان) باعث رضايت پايين ­تر مي ­شود.

- شیلنگ و همکاران[[53]](#footnote-53) (2004) به تاثیر آموزش مهارت های ارتباطی در زوجینی که دچار مشکلات زناشویی بودند پرداختند. 39 زن و 38 مرد تحت آموزش برنامه پیشگیری و پر بار سازی رابطه (PREP) قرار گرفتند. نتایج نشان داد که به طور معناداری رضایت مندی زناشویی شان افزایش یافته بود.

- ريوس،سيسيل[[54]](#footnote-54) (2010) پایان نامه كارشناسي ارشد خود را در دانشگاه ايالتي تويا با موضوع رابطه مشاوره قبل از ازدواج، انتظارات و رضايت زناشويي به رشته تحریر درآورده است. هدف اين مطالعه، بررسي اهميت مشاوره در انتظارات و رضايت مندی زناشويي مي باشد. اين مطالعه با شيوه بررسي زوج ها و اينكه ايا قبل از ازدواج به انها كمك كرده است يا خير، انجام شده است.زوج هاي مورد مطالعه، شامل 56زن و 56 شوهر بودند كه كمتر از يك سال از زمان ازدواج انها مي گذشت.رابطه بين منابع اطلاعاتي و انتظارات نشان داد كه متغيرها به شدت با خانواده مبدا (خانواده خودشان قبل از ازدواج) ارتباط دادند. همچنين مشخص شد كه درصد بالايي از ازدواج ها، اطلاعات قابل توجهي از منابع غيررسمي به دست مي اورند نه از مشاوره ها و كلاس هاي اموزشي قبل از ازدواج ! انتظارات معقول، نقش بسيار مهمي در رضايت مندی زناشويي داشتند.

- آدامز،امي ميشل[[55]](#footnote-55)(2009) در رساله دوره دکتری خود در دانشگاه لوييزيانا در مونرو، تاثير ادراك "خودمتمايزگري" در رضايت مندی زناشويي و رضايت جنسي را مورد بررسی قرار داده است.وی می نویسد:خودمتمايزگري به عنوان يك جزء اساسي از صميميت در دراز مدت، رضايت و تقابل در روابط زناشويي به حساب مي اید. خودمتمايزگري اجازه مي دهد تا فرد در يك رابطه مشخص از استقلال نسبي و وابستگي متعادل برخوردار باشد. موري بون، خودمتمايزگري را تحت عنوان تعادل بين نيروهاي جدايي طلبي و با هم بودن و يا تعادل بين عقل و احساسات مطرح مي كند. به طور حتم هردوي اين مفاهيم تحت تاثير درجه خودمتمايزگري قرار دارد. اعتقاد براين است كه سطح متمايزگري به شدت بر زمينه هاي مختلف زندگي از جمله رضايت مندی زناشويي و جنسي اثر مي گذارد. زنان و شوهران در ازدواج هايي با خودمتمايزگري پايين تر، بلوغ عاطفي ضعيف تر و ظرفيت محدود تر نزديك شدن و جداشدن از خود نشان مي دهند كه اين مسئله منجربه قرباني شدن رشد شخصي افراد جهت حفظ رابطه زناشويي شان مي شود. مطالعه حاضر به بررسي تاثير درك خودمتمايزگري در رضايت زناشويي و جنسي در 51 زوج(تعداد:102) در منطقه مترو اتلانتا پرداخته است. در اين مطالعه از پرسشنامه خود DSI جهت بررسي خودمتمايزگري استفاده شده است.شاخص رضايت مندی زناشويي(TMS) و شاخص رضايت جنسي(ISS) و داده هاي دموگرافيك در اين روش بكار گرفته شده اند. تجزيه و تحليل آماري انجام شده توسط نرم افزارهاي spss، شامل پيرسون و چند خطي رگرسيون مي باشد. مجموع نفرات تركيبي مردان و زنان نشان داد كه ارتباط معناداري بين تمايز خود، رضايت مندی زناشويي و رضايت جنسي وجود دارد. مجموع نفرات زنان يك همبستگي بارز بين خودمتمايزگري و رضايت مندی زناشويي نشان نمي دهد. مجموع نفرات زنان و شوهران و مجموع جداگانه نفرات انها، همبستگي قوي بين تمايز از خود، رضايت زناشويي و رضايت جنسي نشان مي دهد. هيچكدام از متغيرهاي دموگرافيك پيش بيني كننده محرز خودمتمايزگري نيستند؛با اين حال اين مطالعه در جهت حمايت فرضيه بون، خودمتمايزگري را موثر بر رضايت مندی زناشويي و رضايت جنسي مطرح مي كند.

- کرامر، تیلور، استانلی (2008) آموزش روش های برقراری ارتباط سازنده بر رضایت مندی زناشویی را در گروهی می سنجیدند که نتایج نشان داد این آموزش ها سبب پائین آمدن فشار خون و افزایش رضایت مندی آنها از زندگی زناشویی شان شده است .

- اسماعیلی ( 1384 ) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که عوامل زیر در تقاضای طلاق زنان موثراند:عدم تفاهم اخلاقی با همسر، عدم احساس مسئولیت همسر، مشکلات مالی و عصبی بودن همسر، دخالت خانواده همسر در زندگی مشترک، فحاشی همسر، بدبینی زنان متقاضی طلاق نسبت به همسرانشان، بدبینی همسران زنان متقاضی طلاق نسبت به آنان، اختلاف عقاید دینی، عدم رضایت از شغل همسر، ناتوانی جنسی همسر در روابط زناشویی، اختلاف طبقاتی زنان متقاضی طلاق با همسرانشان، کم بودن تحصیلات همسر و غیره .

- مرادی ( 1380 ) نتایج تحقیقاتش حاکی از این بود که خانواده درمانی به روش ساختی تعارضات زناشویی را کاهش می دهد.

- ساروخانی ( 1387 ) در تحقیقی تحت عنوان مقایسه میزان سلامت روانی خانم های دارای تعارضات زناشویی حاد با خانم های گروه مشابه ( فاقد تعارضات زناشویی حاد ) به این نتیجه رسید که خانم های گروه اول از سلامت روانی کمتری نسبت به گروه مشابه برخوردارند .

- بهاری ( 1379 ) در تحقیقات خود دریافته است که کارایی خانواده زوج های در حال طلاق به طور معناداری پایین تر از کارایی خانواده زوج های غیر طلاق است و زوج های در حال طلاق در سازه نقش خانوادگی و حل مشکل کارایی ضعیف تری را گزارش می دهند.

- براتی ( 1375) در پژوهش خود دریافت که هشت مولفه سنجش تعارضات زناشویی اعم از کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی ، افزایش واکنش های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزند، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، جدا کردن امور مالی از یکدیگر، کاهش ارتباط موثر ، با تعارضات ما بین زوجین رابطه مثبت دارد.

فریدی (1385)، در تحقیق خود این نتیجه رسید که آموزش مداخلات خانواده درمانی ساختی به شیوه گروهی بر کاهش تعارضات زناشویی زنان تاثیر مثبت دارد .

- بودمن و گورمن[[56]](#footnote-56) ( 2009)، در مطالعات شان بر روی الگو های کنش متقابل، پرخاشگری متقابل، پرخاشگری کلامی، کناره گیری، تعارض کم و بدون استرس به این نتیجه رسیدند که در مقایسه با زوج های متعارض، زوج های کم تعارض رفتار های مثبت بیشتر و رفتار های منفی کمتری را از خود نشان می دهند.

- وینسنت، ویشس و گری [[57]](#footnote-57)( 2006) در پژوهش خود یک تحلیل رفتاری از فرایند حل تعارض زوجین آشفته و غیر آشفته کردند. نتایج حاکی از آن بود که زوجین آشفته در مقایسه با زوجین غیر آشفته به میزان بیشتری از رفتار های تعارض منفی و به میزان کمی از رفتار های حل تعارض مثبت استفاده می کنند.

-مهدویان(۱۳8۶)در پژوهش«بررسی تأثیر آموزش ارتباط بر رضایت‏مندی زناشویی و سلامت روانی»به این نتیجه رسید که روش آموزش ارتباط بر مبنای نظریه شناختی-رفتاری که از اصول آموزش سه مرحله‏ای پیشنهاد شده توسط کوردوا و جکوبسن پیروی می‏کند، می‏تواند موجب افزایش رضایت‏مندی زناشویی و سلامت روانی زوج‏ها شود و حتی در مورد زوج‏هایی که یکی از طرفین از مشکل اختلال شخصیت رنج می‏برند نیز در مواردی مفید واقع گردد.

-مرادی(۱۳8۹)در پژوهش«تأثیر آموزش مهارت‏های حل تعارض‏های زناشویی بر بهبود روابط متقابل زن و شوهر»اثربخشی این آموزش‏ها را نشان داد.

- فرقانی(۱۳۸۲)در تحقیق «بررسی اثربخشی آموزش گروه شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی زوجین شهرستان شهرکرد»به آموزش گروهی از والدین دانش‏آموزان ابتدایی پرداخت که دارای رضایت زناشویی در سطح پائین بودند.این آموزش‏ها در ۱۰ جلسه و به شیوه شناختی-رفتاری بودند.نتایج نشان داد آموزش شناختی-رفتاری با (= 0.01 P) رضایت‏مندی آزمودنیهای گروه آزمایش را افزایش می‏دهد اما تفاوت معنی‏داری بین نمرات زنان و مردان مشاهده نشد.

-عامری، اژه‏ای و طباطبایی (۱۳۸۲)در پژوهش خود به بررسی تأثیر مداخلات خانواده درمانی راهبردی در اختلافات زناشویی پرداختند.به این منظور ۳۹ زوج که برای حل اختلافات زناشویی به مراکز مشاوره مراجعه کرده بود، به‏طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند.نتایج به دست آمده از ۶ هفته درمان گروه آزمایش نشان داد که مداخلات خانواده درمانی راهبردی نه تنها منجر به افزایش رضایت زناشویی در بین آنها شده، بلکه تعارضات بین فردی آنان را نیز کاهش داده است.این مداخلات در زنان مؤثر بوده است.

-اصلانی(۱۳۸۳)در پژوهش خود به بررسی نقش مهارت‏های ارتباطی در کارایی خانواده پرداخت.نمونه تحقیق او ۱۶ زوج از دانشجویان متأهل دانشگاه تهران بودند.طرح تحقیق به روش پیش‏آزمون، پس‏آزمون همراه با گروه کنترل بود.نتایج این تحقیق نشان داد که آموزش مهارت‏های ارتباطی باعث بالا رفتن کارآیی خانواده در مقوله‏های حل مشکل، ارتباط، نقش‏ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده شده است.

-بنی اسدی(۱۳8۷)در پژوهش«بررسی و مقایسه عوامل اجتماعی، شخصیتی و فردی در زوج‏های سازگار و ناسازگار شهر کرمان»تعداد یک صد زوج ناسازگار در حال طلاق را با یک صد زوج سازگار، در زمینه‏های عوامل انگیزه‏ای ازدواج، پایبندی به اعتقادات مذهبی، امور مالی، رابطه جنسی، اوقات فراغت، ترس مرضی، افسردگی و خصومت مورد مقایسه قرار داد.نتیجه این پژوهش نشان داد زوج‏های ناسازگار و سازگار در انگیزه‏های یافتن همسر، ارضای نیازهای جنسی، تداوم نسل، یافتن آرامش و سکون، حفظ دین و انجام تکالیف مذهبی و همچنین امور مالی، رابطه جنسی، اوقات فراغت، ترس مرضی و افسردگی با هم متفاوت هستند.

-خلیلی(۱۳8۸)در پژوهش«بررسی تضاد در خانواده با تأکید بر تضاد میان همسران و عوامل مؤثر بر آن»به بررسی تضاد میان همسران و ابعاد آن(شدت و محتوای تعارض) پرداخت.ابزار تحقیق مصاحبه با ۲۰۰ زن متأهل که با همسر خود زندگی می‏کردند بود.این پرسشنامه حاوی ۱۰۵ سؤال بسته و باز برای سنجش متغیرهای مستقل و ۱۵ گویه برای سنجش شدت تضاد در قالب طیف گاتمن و ۲۱ گویه برای سنجش متغیرهای مستقل و ۱۵ گویه برای سنجش شدت تضاد در قالب طیف گاتمن و ۲۱ گویه برای سنجش محتوای تضاد در قالب طیف برش قطبین بود.در نهایت میانگین تضاد کل در خانواده که حاصل از ترکیب شدت و محتوای تضاد بود، ۴۱% یعنی تضاد بین کم تا متوسط به دست آمد.

-دهقان(۱۳۸6)در تحقیق«مقایسه تعارضات زناشویی زنان متقاضی طلاق با زنان مراجعه کننده برای مشاورأ زناشویی غیرمتقاضی طلاق»دریافت بین این دو گروه از زنان در مؤلفه‏های کاهش همکاری، افزایش واکنش‏های هیجانی، جلب حمایت فرزند، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان تفاوت معناداری وجود دارد.اما در مؤلفه‏های کاهش رابطه جنسی، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، جدا کردن امور مالی تفاوت‏ معناداری بین دو گروه مشاهده نشد.به‏طور کلی تعارضات زناشویی در بین زنان متقاضی طلاق بیشتر از زنان مراجعه‏کننده برای مشاوره زناشویی است.

-اعتمادی(۱۳۸۳)در پژوهش«بررسی میزان و ابعاد تعارضات زناشویی در زوج‏های مراجعه‏کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان و مقایسه آن با زوج‏های سالم بر روی یک نمونه ۶۰ نفری از آزمودنی‏ها پرسشنامه تعارضات زناشویی را اجرا نمود.نتایج نشان داد که بالاترین میزان تعارض مربوط به زوج‏های مراجعه‏کننده به مراکز مشاوره بود.ابعاد گوناگون تعارضات در گروه مراجعه‏کننده به مراکز مشاوره به‏طور معناداری بیشتر بود و تنها بعد افزایش جلب حمایت فرزند در دو گروه تفاوت معناداری نداشت.

**منابع**

ازاد. حسین (1386)، اسیب شناسی روانی، ، تهران: انتشارات ارسباران.چاپ هشتم

استورا (1377)، تنیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن، ترجمه پریرخ دادستان، تهران: انتشارات رشد.

آزاد فلاح و اژه ای (1381). *مفاهیم و اهداف سلامت عمومی*. فصلنامه اصول سلامت عمومی، شماره اول، سال اول، بهار.

اسماعیلی، علی (1389). مقایسه اثر بخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی- رفتاری بر بهبودی بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار همایند و نا همایند با افسردگی. رساله دکتری تخصصی روان شناسی. دانشگاه علامه طباطبایی.

احمدی،علی.(1384).*بررسی و مقایسه اثر بخشی رویکرد روانی- آموزشی مبتنی بر دیدگاه شناختی – رفتاری و ارتباط درمانی بر صمیمیت زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان* .رساله دکتری، دانشگاه تربیت معلم.

الیس،ا ، سیجل و همکاران (1385) . زوج درمانی ،ترجمه جواد صالحی و سید امیر امین یزدی ،تهران ،نشر میثاق ( تاریخ انتشار به زبان اصلی 1995) .

امین یزدی،علی.(1385)بررسی تاثیر سازگاری عاطفی بر نارضایتی زناشویی:پایان نامه کارشناسی ارسد، دانشگاه تربیت معلم.

اعتمادی،عذرا.(1384).بررسی و مقایسه اثر بخشی رویکرد روانی- آموزشی مبتنی بر دیدگاه شناختی رفتاری و ارتباط درمانی بر صمیمیت زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان .رساله دکتری دانشگاه تربیت معلم تهران

براد، شاو. (1390) . تحلیل سیستمی خانواده ، ترجمه مهدی قراچه داغی، تهران ، نشر البرز(تاریخ انتشار به زبان اصلی، 2010)

برنشتاین،اچ و برنشتاین،تی.(2005).*زناشویی درمانی از دیدگاه رفتاری ارتباطی*.ترجمه: عابدی نایینی،سید حسن.(1388).تهران:انتشارات رشد.

بهارستان، ج، (1383)و بررسی سبک های مدیریت تعارض در دبیرستان های شهر یزد از دیدگاه مدیران. مجله علوم تربیتی و روان شناسی.3 و 4.-132-109.

بردبار،حمید.(1383). *رضایت زناشویی در همسران*،تهران،انتشارات اهنگ.

پاکروان، اسماعیل (1389). اثر بخشی آموزش حل مسئله به شیوه زوجی بر رضایت زناشویی و علائم روانشناختی زوجین شهرستان بروجن. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.

ثنایی ،باقر.(1379)مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج.تهران:انتشارات بعثت

حافظ شعر باف،رضا.(1386).*مقایسه ویژگی های شخصیتی زنان متاهل و خانه دار شهرستان مشهد و ارتباط این ویژگی ها با رضامندی زناشویی*،پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.

حسینی ،جهان.(1390).زوج درمانی سیستمی و رفتاری، تهران:انتشارات رشد.چاپ اول.

دلاور ،علی.(1388).مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی.تهران: انتشارات رشد. چاپ سوم

درایدن،جان.(2008).*رفتار درمانی عقلانی عاطفی*:ترجمه شیخی،حسین.(1388).تهران، نشر سامد.

ریچارد پی هالجین، سوزان کراس و یتبورن (1388)، *آسیب شناسی روانی دوره دو جلدی*، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران، انتشارات روان.

سادوک، بنجامین، سادوک، ویرجینیا (1200). *خلاصه روانپزشکی*، ترجمه نصرت الله پور افکاری(1386). چاپ اول. تهران، انتشارات آزاد.

ستیر،ویر جنیا.(1384).آدم سازی:ترجمه:بیرشک،بهروز.تهران:انتشارات رشد

سلیمانیان،علی اکبر.(1383)بررسی تاثیر تفکرات غیر منطقی بر نارضایتی زناشویی:پایان نامه کارشناسی ارسد دانشگاه تربیت معلم

سیدی ،بردیا.1386جامعه شناسی خانواده و ازدواج ، تهران :انتشارات دانشگاه علوم اجتماعی و تعاون.

سهرابی، فرامرز (1386)، تصویر ذهن، دانشگاه علامه.

سيف،علی اکبر.(1384). *روانشناسي تربيتي* ،تهران،انتشارات آگاه،چاپ پنجم.

شمسایی،خاتون.(1385).*بررسی جنبه های کمی و کیفی اشتغال زنان و رابطه آن با توسعه اقتصادی*،رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.

شفیع آبادی،.عبدالله.(1379).نظریه های مشاوره ، تهران، نشر رشد.

شبانی حصار ،محسن.(1381).*بررسی رابطه میان رضایت زناشویی و سلامت روان*،پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.

شاملو،سعید.(1382).بهداشت روانی تهران:انتشارات رشد.

صلواتی، مژگان (1386). طرحواره های غالب و اثر بخشی طرحواره درمانی در بیماران زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. رساله دکتری. انستیتو روانپزشکی تهران.

عزیز خانی ،امیر.(1384).تاثیر تحصیلات بر وجهه نظر زنان نسبت به اشتغال در خارج از منزل.پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.

عامری،بهادر.(1388)بررسی رابطه سازگاری اجتماعی بر نارضایتی زناشویی:پایان نامه کارشناسی ارسد، دانشگاه شهید بهشتی.

فراست،زهرا.(1384).بررسی و مقایسه منبع کنترل و رضایت زناشویی بین زنان شاغل(معلم)و خانه دار شهر تهران.پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت معلم تهران

قاسمی، عبدا... (1389). مقایسه طرحواره های ناسازگارانه اولیه در سه گروه عادی و معتاد به مواد سنتی و معتاد به مواد صناعی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

کارلسون،ج:لن،اسپری:لویس،جودیس.(1388) خانواده درمانی – تضمین کار آمد:ترجمه :نوابی نژاد،شکوه.. تهران : انتشارات انجمن اولیا و مربیان

کریدلی ،جین.(1384).زوج درمانی سیستمی و رفتاری:ترجمه:موسوی ،اشرف السادات .تهران:انتشارات رشد

گاتمن،جان:سیلور، نان.(1385).هفت اصل برای زندگی زناشویی کار آمد.ترجمه: مصباح، نسرین. تهران :انتشارات ایتا

گلدنبرگ،ایرنه:گلدنبرگ،ایرنه.(1386)خانواده درمانی.ترجمه:براواتی،مهدی و نقشبندی ،علیرضا.تهران :نشر روان

نظری ،علی محمد . (1386)مبانی زوج درمانی و خانواده درمانی.تهران : نشر علم

لی هی، رابرت (1388). *تکنیک های شناخت درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی)*، ترجمه حسن حمیدپور،زهرا اندوز، تهران انتشارات: ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی،2003)

مددی، جهانبخش (1391). پیش بینی نگرش خوردن بر اساس خود تنظیمی و طرحواره های شناختی ناسازگار نوجوانان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

منصوری.علی(1385). بررسی رابطه سلامت عمومی و با بلوغ عاطفی و رضایت زناشویی دربین دانشجویان متاهل. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه

منفرد،مانی.(1385).*بررسی ابعاد خود پنداره و رضایت زناشویی و تربیت آگاهانه*،رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.

ناستی زایی، ناصر (1388). بررسی ارتباط سلامت عمومی با اعتیاد به اینترنت. مجله طبیب شرق، 11(1)، صص 57-63.

یارمحمدی اصل، مسیب (1386). بررسی اثر بخشی طرحواره درمانی بر بهبود اختلال افسردگی اساسی عود کننده، پایان نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.

یانگ،جفری. کلوسکو، ژانت و ویشار، مارجوری (2003). *طرحواره درمانی: راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی*، مترجم: حسن حمید پور و زهرا اندوز (1390).چاپ اول، تهران: انتشارات ارجمند.

ولجکی ،شهناز.(1386).بررسی جنبه های مثبت و منفی اشتغال خارج از منزل زن در خانواده.پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی

هاشمی،محمد.(1388).*بررسی جنبه های کمی و کیفی رضایت زناشویی*،رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.

Abramson T.D. metalesky D.M(2007).Measuring Dyadic Adjustment- journal of Marriage of the family Februrary1987.v:121.p:25-56

Amato,P.R . & hohmann-marriot.B.(2007) . A comparison of high - & low – distress marriages that end in divorce . journal of Marriage & family . 62-621-688.

Beach. S. R. H, Fincham . F. D & katz (2008) Marital Therapy in the treatment of depression. "Toward a third generation of therapy and research Clinical Psychology , Review . 18(6).661-635

BookWala, J. Sobin , J & Zdamiuk ,B . (2010). Gender & aggression in marital relationship : A life – span perspective . Sex Roles. 52.797-506 .

Budman,S.H.& Gurman,A.S.(2009). Theory & practice of brief therapy. New York . Guilford

Coyne, J, Thompson, R & Plamer,S. (2007). Marital quality coping with conflict marital complains & affection in couples with depressed wife. Jurnal of family psychology. 16 ( 1) 26-37.

Baucom-D.H&Siears, M (2008).Attribution of Complex cause And perception of marital conflict. Journal of The Personality and psychology.V:53.P:1119-1128

[Bisson, Melissa A.](javascript:void(0);), Ph.D.,(2009) Wayne State University An examination of conflict styles during stressful conflicts and their relationship to marital satisfaction, 2009 , 166 pages; AAT 337-552

Barlow, D. H. (2012). *Clinical hand book of Psychological disorder* ( 3 rd.ed) New York: Guilford press.

Beck, AT,. Freeman, A,. Davis ,D.D. & Associates (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (2 rd.ed). New York: : Guilford press.

Ckramer, D. and Slocum, J.W. (2006). Family Traphy . 7th ed. South Western College publishing, Cincinneti. Ohio.

Douhearty- J .S. (2001).Marital therapy. journal of counseling .V:54.P:54-64

Davis, R. A. (2011). *A Cognitive – behavioral model of pathological internet use*. Computers in Human Behavior, 17, 187 – 195.

Doss, Simpson, L. & Christensen, A. 2009). Why do cuple seek marital therapy? Professional Psychology Research & practice. 35(6)608-614

Eimer-F.D.PH.(2013).Treatment of marital and cognitive. Jornal Of Counseling Clinhcal Psycholoqy.v:167.p:119-125

Eidelson- R..J&Epstein.(2003).cognition and relationship maladjustment .journal of counsulting and Psychology .V:52.P:115-129

[Estrada, Rebeca Isabel](javascript:void(0);), Ph.D., University of Denver. http://proquest.umi.com/images/common/spacer.gif **An examination of love and** marital satisfaction **in long-term marriages**, 2009 , 132 pages; AAT 3387557

Emonss, R. (2010). The seven dimensions of health: ecumenical grounded theory. Paper presented at the 115 the annual (2010) conference of the American psychological association, san Francisco, ca.

-Fincham-F-D.(2008).c ognition in marrige applied-preventive.s pychology-V:3.P:158-199

[Hunt, Anastasia Karagis](javascript:void(0);), Ph.D., University of Virginia **,A co-twin analysis of the relationships among gender, marital status, marital quality and mental health**, 2009 , 155 pages; AAT 3393530

Fincham,F .(2008). .Marital conflict correlates structure & content .American Psychological Society. 12.10

Johanson. S.M (2008) . The revolution in couple therapy. Journal of Marital & family therapy , 29-348-365

Jouns, E & Davis, k(2008).family system system therapy-publisher John Wiley sons-England

Jacubson, M.D (2010).relationship between marital satisfiction- resources and power strategies.sex roles-24-45-56

-Jordan-T-marriage and family –(1999)-journal of Personality and social psychology. vol:53-P:510-566

Gottman . j m. & Silver . N (2009) . The seven principles for Making marriage Work . New York . Three rivers Press

Gerad, j .A & Buehler,C.(2008) .Marital conflict Parent –child relations & Youth maladjustment . Family Process. 38(1).405-116.

Goldenberg.I.Herbert.T.B.(2000) . Family marital satisfaction & commitment . www. Divorce news .com.

Karney-B.R & Bradbury-T.N-(2004)-is the association between attribution and marital states and artifact of negative affectivity. Journal of personality and social psychology.V:66-P:424-473

Kline.G.H,pleasant . N.D,Whiltton,S.W&Markman.H.J(2011). Understanding couple conflict .In A.L vangelisti & D Perlman (Eds) .The Cambridge handbook of personal relationships. ( 445-462) .New York Cambridge University Press

Kitzmann.K.M(2010) .Effects of Marital conflict . Journal of Developmental Psychology. Vol 36(1)3-13

Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

[Loewen, Kimberly C.](javascript:void(0);), Psy.D., Alliant International University, San Diego **,An exploratory study of religious conversion motivated by marriage: Adult attachment style and the marital relationship**, 2009 , 143 pages; AAT 3356841

Leahy, R.L. (2001). *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. New York: Guilford press.

Nordhal, H. M., Holthe, H ., & Shaugum, J. A. (2005). *Early maladaptive schemas in pateintes with or without personality disorders- close schema modification predict symptomatic relief*. *Clinical Psychology and Psychotherapy,* 12, 142-149.

Lindessi, R. (2010). The characteristics of emotional maturity and marital. Journal of Life science -vol:33.P:27-40

Oulson H.D(2009).the individual-marriage and family. Journal of health and behavior V:46.P:302-321

Riso, L.P., Dutoit, P.L., Stein, D.J. & Young, J.E. (2007). *Cognitive Schemas and core belief in Psychological Problems*. Washington, DC, USA: American Psychological Association.

Sadock,B.J.,Sadock,V.A.(2006).*Kaplan&Sadock’S :Synopsis of Psychiatry* (10th ed. ) .NY : Lippincott William&Wilkins.

Sadock,B.J.,Sadock,V.A.(2003).Kaplan&Sadock’S :Synopsis of Psychiatry (8th ed. ) .NY : Lippincott William&Wilkins.

Sidney,J.M.(2012).*Textbook of child and adolescent psychiatry*(3rd ed.).USA: American Psychiatry Press.

Sabourin, s.(2008)marital satisfaction .depression and attribution .Journal of personality and social psychology-v:64.p:142-152

Suls,J.& Bounde ,J. (2010) . Anger anxiety & depression as factors for cardiovascular disease: The problems & implications of overlapping affective dispositions Psychological Bulletin. 134(2).260-300

[Tamaren, Karen J.](javascript:void(0);), Ph.D., Saint Louis University **Factors of Emotional Intelligence associated with** marital satisfaction, 2010 , 223 pages; AAT 3397574

Troxel . W.M (2011) ,Marital quality, communal strength ,& physical health. Doctor of Philosophy, University of Pittsburg, 79 pages. 16 -25

Vincent, J. P.,Wises, R. L. & Grey, R. (2006). A Behavioral analysis of problem solving in marriage and stranger dyads. . Journal of Behavioral Therapy, 6,4: 475-487.

William.B. (2010).stress hormone change and marital conflict. spouses relative powermakes a diffrence. Journal of marriage and family v: 66.p:595-612

Willson, B & Richard ,T(2008).husbands and wife’s, view of the communication In their marriages. Journal of humanistic education &developments-vol:33ssuell.P:27-IIP.2 char

Young, K. S. (2007). Internet Addiction: *the emergence of a new clinical disorder*: [On- Line] Availabel at http/www.pitt.edu/ksy/apa.htm.

Young, J, E., Klosko. J . S & Weishaar M. E(2003). *Schema Therapy*, A practitioner’s guid. New York : Guilford press.

Young, J(2004). *Schema Therapy*: Conceptual Model. Avalable in: www. Therapist.training.com.au/young.pdf

Young, J. E & Brown, G(2001). *Young Schema Questionnair* : Special Edition. New York: Schema Therapy Institute.

Young. J. E. (1999). *Cognitive therepy for personality disorders*: A Schema- focused approach. Sarasota professional resources exchenge. Inc

1. . Schema Therapy [↑](#footnote-ref-1)
2. .Beck [↑](#footnote-ref-2)
3. .Barlow [↑](#footnote-ref-3)
4. . Jamse [↑](#footnote-ref-4)
5. . Riso [↑](#footnote-ref-5)
6. . James [↑](#footnote-ref-6)
7. .Freeman [↑](#footnote-ref-7)
8. . Core Emotional Needs [↑](#footnote-ref-8)
9. .Tarrier [↑](#footnote-ref-9)
10. .Disconnection & Rejection [↑](#footnote-ref-10)
11. . Abandonment & Instability [↑](#footnote-ref-11)
12. .Emotional Deprivation [↑](#footnote-ref-12)
13. .Deprivation of nurturance [↑](#footnote-ref-13)
14. . Deprivation of empathy [↑](#footnote-ref-14)
15. . Deprivation of protection [↑](#footnote-ref-15)
16. . Mistrust & Abuse [↑](#footnote-ref-16)
17. . Defectiveness & Shame [↑](#footnote-ref-17)
18. . Alienation [↑](#footnote-ref-18)
19. .Impaired Atonally & Performance domain [↑](#footnote-ref-19)
20. .Incompetence [↑](#footnote-ref-20)
21. .Vulnerability to Harm or illness [↑](#footnote-ref-21)
22. .Medical [↑](#footnote-ref-22)
23. .External [↑](#footnote-ref-23)
24. . Enmeshment & Undeveloped self [↑](#footnote-ref-24)
25. . Failure [↑](#footnote-ref-25)
26. .Failure [↑](#footnote-ref-26)
27. .Impaired limits domain [↑](#footnote-ref-27)
28. .Entitlement & Grandiosity [↑](#footnote-ref-28)
29. .Insufficient Self Control & Self Discipline [↑](#footnote-ref-29)
30. .Other directness [↑](#footnote-ref-30)
31. .Subjugation [↑](#footnote-ref-31)
32. .Self-Sacrifice [↑](#footnote-ref-32)
33. .Approval Seeking & Recognition Seeking [↑](#footnote-ref-33)
34. .Overvigilance [↑](#footnote-ref-34)
35. .Negativity & Pessimism [↑](#footnote-ref-35)
36. .Emotional Inhibition [↑](#footnote-ref-36)
37. .Unrelenting Standards & Hyper criticalness [↑](#footnote-ref-37)
38. .Punitiveness [↑](#footnote-ref-38)
39. .Balbi [↑](#footnote-ref-39)
40. . Leahy [↑](#footnote-ref-40)
41. . Temperment [↑](#footnote-ref-41)
42. . Self-perptuating [↑](#footnote-ref-42)
43. Kitzmann,K,M [↑](#footnote-ref-43)
44. Hennry & Meller [↑](#footnote-ref-44)
45. .Harris [↑](#footnote-ref-45)
46. .Welburn [↑](#footnote-ref-46)
47. .Andrea [↑](#footnote-ref-47)
48. .Smit & Jonse [↑](#footnote-ref-48)
49. .Hans [↑](#footnote-ref-49)
50. Budman .& Gurman [↑](#footnote-ref-50)
51. Hanson & landblland [↑](#footnote-ref-51)
52. Vincent, Wishs & Gerey [↑](#footnote-ref-52)
53. Sheling & et al [↑](#footnote-ref-53)
54. Siseel,R [↑](#footnote-ref-54)
55. Michell ,E,A [↑](#footnote-ref-55)
56. Budman .& Gurman [↑](#footnote-ref-56)
57. Vincent, Wishs & Gerey [↑](#footnote-ref-57)