مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هجدهم، شماره 3، پاییز 1391، 194- 184

Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, Vol. 18, No. 3, Fall 2012, 184-194

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 20:21 IRDT on Thursday March 28th 2013

مقاله پژوهشی اصیل
Original Article

مقایسه دانشجویان دارای شکست عشقی با و بدون نشانگان بالینی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه و الگوهای فرزندپروری

ابراهیم اکبری[1]، دکتر مجید محمود علیلو[2]، دکتر زینب خانجانی[3]، دکتر حمید پورشریفی[4]، صمد فهیمی[5]، احمد امیری پیچاکلایی[5]، زینب عظیمی[5]

چکیده

هدف: *هدف پژوهش حاضر مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و الگوهای فرزندپروری در دو گروه دانشجویان دارای شکست عشقی با و بدون نشانگان بالینی بود.* **روش**: *با روش نمونه‌گیری هدف‌مند و به‌کارگیری پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II)، پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) و پرسش‌نامه چندمحوری بالینی میلون (MCMI-III) 30 دانشجوی دارای شکست عشقی با نشانگان بالینی و 30 دانشجوی دارای شکست عشقی بدون نشانگان بالینی از دانشگاه تبریز انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های نسخه کوتاه طرحواره یانگ (YSQ-SF) و محیط خانوادگی- فرزندپروری شیفر (SFPE) پاسخ دادند. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) تحلیل شدند.* **یافته‌ها**: *یافته‌ها نشان داد میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و الگوهای فرزندپروری دانشجویان دارای شکست عشقی با و بدون نشانگان بالینی تفاوت وجود دارد ($p<0/05$).* **نتیجه‌گیری**: *می‌توان از روی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و محیط خانوادگی اولیه، شدت نشانه‌های بالینی را در شکست روابط عاشقانه پیش‌بینی و با رویکرد طرحواره درمانی به این افراد کمک کرد.*

کلیدواژه: طرحواره‌های ناسازگار اولیه؛ الگوهای فرزندپروری؛ شکست عشقی

[دریافت مقاله: 1390/7/6؛ پذیرش مقاله: 1390/11/29]

مقدمه

عشق یکی از سازه‌های روان‌شناختی است که توصیف آن دشوار و از دیرباز مورد توجه شاعران و نویسندگان بوده است (1). نیاز به دوست‌داشتن و دوست‌داشته‌شدن یکی از اساسی‌ترین نیازهای انسان، از کودکی تا پیری است (2). یکی از شایع‌ترین و عمیق‌ترین تجربه‌های فقدان و سوگ در ناکامی ناشی از فروپاشی روابط عاشقانه تجربه می‌شود (3، 4). پارکیس (به نقل از 4) در بررسی‌های خود نشان داد ازدست‌دادن موضوع عشق در دوره جوانی یکی از بزرگ‌ترین ضربه‌هایی است که می‌تواند برای افراد اتفاق بیفتد. در پژوهش دیگری (5) وقتی از افراد خواسته شد حوادث ناسازگار و ناگوار زندگی خود را یادآوری کنند، در بیشتر موارد، یکی از شایع‌ترین پاسخ‌ها، پریشانی رابطه یا اتمام رابطه عاشقانه در حال ظهور بود. بنابراین به‌نظر می‌رسد روابط عاشقانه و شکست‌های عشقی نقش مهمی در بهداشت روان افراد، به‌ویژه جوانان، ایفا می‌کنند (6).

پژوهش‌های پیشین نقش چندین سازه روان‌شناختی، مانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه[1]، سبک‌های دلبستگی[2] و الگوهای فرزندپروری[3] را در تداوم، صمیمیت و رضایت از روابط عاشقانه و زناشویی مشخص کرده‌اند (16-7).

در ادبیات روانشناسی، دوران کودکی بسیار مهم است، تا جایی‌که ریشه اختلال‌های روان‌شناختی را در دوران کودکی می‌دانند (17). در این دوره، محیط اجتماعی منفی، نگرش منفی پدر و مادر و رخدادهای منفی زندگی از عوامل خطر بیرونی برای ایجاد اختلال‌های روان‌شناختی است (18). سبک دلبستگی و شیوه‌های فرزندپروری نیز بر سلامت‌روانی فرد

[1] کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز. تبریز، بلوار 29 بهمن، دانشگاه تبریز، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. دورنگار: 3356009 -0411 (نویسنده مسئول) E-mail:e.akbari_psy@yahoo.com؛ [2] دکترای روانشناسی بالینی، استاد گروه روانشناسی دانشگاه تبریز؛ [3] دکترای روانشناسی عمومی، دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز؛ [4] دکترای روانشناسی سلامت، استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز؛ [5] کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز.

1- early maladaptive schemas
2- attachment styles
3- parenting styles

تأثیر می‌گذارند (18). ریشه تحولی مشکلات برخی از افراد را می‌توان در سبک‌های فرزندپروری آسیب‌زا جست‌وجو کرد. در بیشتر وقت‌ها اثر روابط ناسازگار پدر و مادر- فرزند به دوران بزرگسالی نیز کشیده می‌شود. وقتی که پدر و مادر به هر دلیلی نمی‌توانند عشق، توجه، محبت و احترام لازم را نسبت به فرزندان خود داشته باشند و فرزندان از تجارب مثبت با هم‌سالان نیز محروم می‌شوند، ممکن است نتوانند مهارت لازم برای ایجاد و تداوم روابط صمیمی را یاد بگیرند (19).

بامریند (20) الگوهای فرزندپروری را تفاوت در تلاش‌های پدر و مادر برای کنترل و اجتماعی کردن فرزندانشان تعریف می‌کند. دو بعد پذیرش[1] و کنترل[2] از جمله ویژگی‌هایی هستند که بر رشد شخصیت و سلامت‌روان فرزندان اثر می‌گذارد. این ابعاد به چگونگی ابراز محبت و پاسخ‌گویی پدر و مادر و شیوه نظارت نسبت به فرزندان اشاره دارد (21). بامریند (20) به سه شیوه فرزندپروری اشاره می‌کند: الف) سبک مستبد[3]: گرمی و صمیمیت در رابطه با فرزندان وجود ندارد. این دسته از پدر و مادرها بر کنترل کودک و فرمان‌برداری او تأکید دارند. آن‌ها خودمختاری کودک را محدود و رفتار مناسب را برای او تعیین می‌کنند. ب) سبک آسان‌گیر[4]: این دسته از پدر و مادرها از هر نوع سخت‌گیری و کنترل اجتناب می‌کنند. آن‌ها به فرزندان اجازه می‌دهند در سنی که ظرفیت لازم را ندارند، برای خود تصمیم‌های بسیاری بگیرند. ج) سبک اقتداری[5]: پدر و مادرهایی که این سبک را به‌کار می‌برند، توجه خوبی به فرزند خود نشان می‌دهند و میزان کنترل متوسطی را به‌کار می‌گیرند که به کودکان اجازه می‌دهد به‌طور فزاینده‌ای خودمختار شوند (21). در پژوهش‌های بعدی مکوبی و مارتین سبک بی‌اعتنا[6] را نیز به این طبقه‌بندی افزون کردند. پدر و مادرهای بی‌اعتنا، دو بعد گرمی و کنترل را در کم‌ترین حد خود نشان می‌دهند و نمی‌توانند آن‌طور که نوجوانان نیاز دارند، حامی آنان باشند (22).

با توجه به نظریه شناختی، یک جنبه مهم که نباید نادیده انگاشته شود، فهم عوامل خطرزای روانی است؛ هیجان‌ها و رفتارهای مشکل‌زای کودک تنها به‌سبب عوامل بیرونی نیست، بلکه عوامل درونی، مانند پردازش افکار/ اطلاعات نیز می‌تواند سبب‌ساز آن باشد (23). با ملاحظه این موارد، دانشمندان حوزه شناختی به ساختارهای ذهنی، با نام طرحواره، اشاره می‌کنند. طرحواره واژه‌ای تعبیری است و بر ارزیابی داده‌های دریافتی از جهان بیرونی و چگونگی پرداختن به آن‌ها اثر می‌گذارد (24). طرحواره بر پایه تجربه‌های ذهنی زندگی و رشد هشیارانه و ناهشیارانه اوایل کودکی شکل می‌گیرد (25).

یانگ بر این باور است که طرحواره‌ها به‌دلیل ارضانشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به‌وجود می‌آیند: دلبستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، کفایت و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم، خودانگیختگی و تفریح، محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویشتن‌داری (24، 26).

هر مرحله تحولی جدید، نیازمند نقش‌ها، مسئولیت‌ها، توقعات شناختی و سازگاری‌های رفتاری است، بنابراین طرحواره‌ها و راهبردهای مقابله‌ای پیشین با چالش روبه‌رو می‌شود. افرادی که در خانواده‌های ناکارآمد بزرگ شده‌اند، به احتمال زیاد سبک‌های شناختی انعطاف‌ناپذیر و راهبردهای مقابله‌ای ترس‌برانگیز و ثابتی را به‌کار می‌گیرند. بنابراین چنین افرادی در گذار از مراحل زندگی (مثل روابط عاشقانه و ازدواج) با مشکلات بیشتری روبه‌رو می‌شوند (19). طرحواره‌هایی که در کنارآمدن با رویدادهای اوایل زندگی به‌کار رفته‌اند، در برخورد با رویدادهای بعدی زندگی ناکارآمد و در بعضی اوقات ناسازگارانه هستند. بنابراین ممکن است بر روابط بعدی در زندگی اثر بگذارند و از توانایی فرد برای احساس رضایت در روابط عاشقانه جلوگیری کنند (6).

پژوهش‌های چندی به بررسی رابطه میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه با صمیمیت، نزدیکی، استحکام و سازگاری در روابط عشقی پرداخته‌اند و نشان داده‌اند طرحواره‌های ناسازگار اولیه با صمیمیت و سازگاری در روابط عاشقانه و زناشویی رابطه دارند (15-8). پژوهشی (9) نشان داد طرحواره‌های بی‌اعتمادی/ بدرفتاری[7]، محرومیت هیجانی[8]، استحقاق/ بزرگ‌منشی[9] و خودانضباطی و خودکنترلی ناکافی[10] با کاهش رضایت از روابط عاشقانه رابطه دارند. پژوهش دیگری (27) نشان داد طرحواره‌های یانگ در ارتباط میان سبک‌های والدینی ادراک‌شده (مؤلفه‌های مهرورزی، کنترل و اقتدار) و نشانه‌های افسردگی نقش میانجی دارند. هم‌چنین تعامل‌های ناکارآمد پدر و مادر پیش‌بین بسیار خوبی برای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تعامل کمتر کودکان در روابط میان‌فردی آینده است (28). رایت و همکاران (29) نشان دادند سبک والدینی بر شکل‌گیری طرحواره‌ها و

1- acceptance
2- control
3- authoritarian
4- permissive
5- authoritative
6- uninvolved
7- mistrust/abuse
8- emotional deprivation
9- entitlement/grandiosity
10- insufficient self-control/self-discipline

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 20:21 IRDT on Thursday March 28th 2013

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 20:21 IRDT on Thursday March 28th 2013

طرحواره‌ها در آسیب‌شناسی روانی روابط میان‌فردی آتی افراد اثر دارد.

آنچه از پیشینه نظری برمی‌آید این است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه حاصل برآورده‌نشدن نیازهای اساسی در محیط‌های اولیه کودک در ارتباط با پدر و مادر است و این الگوهای ارتباطی بر روابط صمیمی بعدی افراد تأثیر می‌گذارند. بنابراین انتظار می‌رود افرادی که پس از پایان‌پذیرفتن رابطه‌ای صمیمی و عاشقانه با گذشت ماه‌ها هم‌چنان از نشانگان بالینی مانند افسردگی و اضطراب رنج می‌برند، با افرادی که چنین تجربه‌ای را در زمان و با مشکلات کمتری سپری کرده‌اند، تفاوت‌هایی داشته باشند. شناسایی عوامل دخیل در این امر هم در پیش‌بینی بروز این مشکلات و هم در پیش‌گیری و درمان راه‌گشاست. با توجه به مطالب بیان‌شده، پژوهش حاضر در پی پاسخ‌دادن به این دو پرسش بود: آیا میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه دانشجویان دارای شکست عشقی با نشانگان بالینی و دانشجویان دارای شکست عشقی بدون نشانگان بالینی تفاوت وجود دارد؟ آیا میان الگوهای فرزندپروری پدر و مادر دانشجویان دارای شکست عشقی با نشانگان بالینی و دانشجویان دارای شکست عشقی بدون نشانگان بالینی تفاوت وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی[1] و از نظر گردآوری داده‌ها، علّی- مقایسه‌ای[2] بود. جامعه آماری پژوهش حاضر دانشجویان دانشگاه تبریز با دامنه سنی 28-18سال بودند که دست‌کم سه ماه از شکست عاطفی‌شان می‌گذشت، ولی نشانه‌های شکست در آن‌ها باقی مانده بود. به روش نمونه‌گیری هدف‌مند[3] 30 دانشجوی دختر و پسر دارای شکست عشقی با نشانگان بالینی و 30 دانشجوی دختر و پسر دارای شکست عشقی بدون نشانگان بالینی انتخاب شدند. با توجه به علّی- مقایسه‌ای بودن پژوهش، نیاز به نمونه خاص و مشکل در یافتن و رضایت‌گرفتن از آن‌ها برای شرکت در پژوهش، حجم نمونه دست‌کم برابر 30 نفر کافی است (30). نمونه‌گیری با پخش اطلاعیه‌ای در دانشگاه تبریز برای مراجعه دانشجویانی که به‌تازگی با فروپاشی یک رابطه عشقی مواجه شده بودند، آغاز شد. پس از مراجعه دانشجویان، ابتدا مصاحبه بالینی و سپس پرسش‌نامه افسردگی بک[4] (BDI-II) (31)، نسخه 28گویه‌ای پرسش‌نامه سلامت عمومی[5] (GHQ-28) (32) و پرسش‌نامه چندمحوری بالینی میلون[6] (MCMI-III) (33) اجرا شد. MCMI-III تنها برای بررسی مشکلات شخصیتی اجرا شد. نقطه برش[7] BDI-II و GHQ-28 به‌ترتیب 17 (31) و 24 (34) در نظر گرفته شد. دانشجویانی که در هر دو پرسش‌نامه نمره بالاتر از این نقاط برش داشتند، شکست عشقی با نشانگان بالینی و افرادی که نمره پایین‌تر از نقطه برش داشتند، شکست عشقی بدون نشانگان بالینی در نظر گرفته شدند. بدین شکل 21 دختر و 9 پسر برای هر گروه انتخاب و از نظر سن، جنسیت و میزان تحصیلات همتا شدند. شمار بیشتر مراجعان دختر در نمونه به این دلیل است که میزان آسیب‌دیدگی روانی دختران در شکست عشقی بیشتر از پسران است (35). دلایل این امر «سرمایه‌گذاری عاطفی گسترده دختران»، «گزینه‌های محدودتر فراروی دختران در مقایسه با پسران در انجام عشق»، «انطباق‌پذیری بیشتر زنان»، «انحصارطلبی زنان»، «بروز تغییر در الگوی وابستگی عاشق و معشوق»، «خارج‌شدن دختر از مسند ناز به مسند نیاز»، «روحیه فرمان‌پذیری زنان در مقایسه با مردان»، «علاقه‌های جنسی کمتر زنان در مقایسه با مردان»، «هزینه‌های بیشتری که زنان در مقایسه با مردان متحمل می‌شوند» و «نشناختن مسأله غیرتمندی مرد» برشمرده شده است (35 و 36). سپس نسخه کوتاه پرسش‌نامه طرحواره یانگ[8] (YSQ-SF) (37) و پرسش‌نامه محیط خانوادگی- فرزندپروری شیفر[9] (SFPE) (38) روی دو گروه اجرا شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: 1) مواجهه با شکست عشقی، 2) گذشت دست‌کم سه ماه از فروپاشی رابطه، 3) نداشتن سوءمصرف مواد، 4) نبود نشانه‌های روان‌پریشی و اختلال شخصیت، 5) دامنه سنی 28-18 سال و 6) نداشتن رابطه جنسی در روابط عاشقانه. برای گردآوری داده‌ها، ابزارهای زیر به‌کار رفت:

نسخه کوتاه پرسش‌نامه طرحواره یانگ (YSQ-SF) (37)

75 گویه دارد که 15 طرحواره ناسازگار اولیه را ارزیابی می‌کند؛ 1- محرومیت هیجانی، 2- رهاشدگی/ بی‌ثباتی[10]، 3- بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، 4- انزوای اجتماعی / بیگانگی[11]، 5- نقص/ شرم[12]، 6- شکست[13]، 7- وابستگی/ بی‌کفایتی[14]، 8- آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری[15]،

1- fundamental
2- causal-comparative
3- purposive sampling
4- Beck Depression Inventory
5- General Health Questionnaire-28
6- Millon Clinical Multiaxial Inventory
7- cutt off
8- Young's Schema Questionnaire-Short Form
9- Schaefer Family-Parenting Environment
10- abandonment/instability
11- social isolation/alienation
12- defectiveness/shame
13- failure
14- dependence/incompetence
15- vulnerability to harm or illness

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 20:21 IRDT on Thursday March 28th 2013

9- خود تحول‌نایافته/گرفتاری[1]، 10- مطیع‌سازی[2]، 11- ایثار[3]، 12- بازداری هیجانی[4]، 13- معیارهای سرسختانه/ عیب‌جویی افراطی[5]، 14- استحقاق/ بزرگ‌منشی و 15- خودکنترلی و خودانضباطی ناکافی. این 15 طرحواره در پنج حوزه بریدگی و طرد[6]، خودگردانی و عملکرد مختل[7]، محدودیت‌های مختل[8]، دیگر جهت‌مندی[9] و گوش به زنگی بیش از حد/ بازداری[10] قرار می‌گیرند. هر گویه روی پیوستار شش‌درجه‌ای (یک= «به‌طور کامل در مورد من نادرست است» تا شش= «به‌طورکامل مرا توصیف می‌کند») پاسخ داده می‌شود. نمره بالا در یک خرده‌مقیاس نشان‌گر طرحواره ناسازگار است. آلفای کرونباخ[11] YSQ-SF برای کل آزمون 0/96 و برای خرده‌مقیاس‌ها بالاتر از 0/80 بود (39). آلفای کرونباخ نسخه فارسی YSQ-SF 0/90-0/62 (40) و ثبات درونی[12] آن 0/94 به‌دست آمده است (41).

پرسش‌نامه محیط خانوادگی- فرزندپروری شیفر (38): نسخه فارسی این پرسش‌نامه (42) در شیراز تدوین شده است. این پرسش‌نامه 77 گویه و دو بعد محبت (سردی- گرمی) و کنترل (کنترل- آزادی) دارد. بعد کنترل دربرگیرنده مفاهیم کنترل و آزادی، آزادی بیش از حد، انضباط ملایم، دخالت بیش از حد، کتمان پرخاشجویی، کنترل به‌وسیله احساس گناه، جهت‌دهی، انضباط پیوسته و یکنواخت، انتظار رفتارهای رشدیافته و تنبیه و بعد محبت دربرگیرنده مفاهیم سردی- گرمی، حمایت عاطفی، تأیید و ابراز نظر مثبت، شرکت در امور، ارتباط، ابراز نظر منفی، خشم و عصبانیت، طرد و نادیده‌گرفتن است. آلفای کرونباخ بعد کنترل- آزادی، سردی- گرمی و کل مقیاس به‌ترتیب 0/74، 0/89 و 0/85 گزارش و روایی عاملی[13] گویه‌ها نیز تأیید شده است (42).

پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II) (31): یک مقیاس خود گزارشی 21گویه‌ای است که نشانه‌های جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر گویه روی طیف چهاردرجه‌ای پاسخ داده می‌شود. نمره 17 نقطه برش این پرسش‌نامه است (31). ثبات درونی و ضریب آلفا برای گروه بیمار و سالم در نمونه خارجی به‌ترتیب 0/92-0/73، 0/86 و 0/81 گزارش شده است. در نمونه ایرانی، ضریب آلفای 0/92 برای بیماران سرپایی و 0/93 برای دانشجویان و ضریب پایایی آزمون- بازآزمون[14] یک‌هفته‌ای 0/93 به‌دست آمده است (31). هم‌چنین در پژوهش دیگری ضریب آلفا و پایایی آزمون- بازآزمون یک‌هفته‌ای به‌ترتیب 0/91 و 0/94 گزارش شد (4).

نسخه 28گویه‌ای پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) (32) برای تفکیک افراد مبتلا به اختلال های روانی از جمعیت مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی عمومی ساخته شده است. می‌توان از این پرسش‌نامه برای نوجوانان و بزرگسالان در هر سنی برای کشف ناتوانی در عملکردهای بهنجار و وجود رویدادهای آشفته‌کننده در زندگی استفاده کرد (6). GHQ-28 چهار خرده‌مقیاس دارد: نشانه‌های جسمانی[15]، نشانه‌های اضطرابی[16]، کناره‌گیری اجتماعی[17] و نشانه‌های افسردگی[18]. نقطه برش GHQ-28 24 است (34). گلدبرگ و ویلیامز (43) پایایی دو نیمه‌کردن[19] کل پرسش‌نامه را 0/95 گزارش کردند. پایایی آزمون- بازآزمون، دونیمه‌کردن، آلفای کرونباخ، روایی هم‌زمان[20] با پرسش‌نامه بیمارستان میدلسکس[21] (MHQ) و روایی سازه[22] نسخه فارسی به ترتیب 0/70، 0/93، 0/90، 0/55 و 0/87-0/72 گزارش شده است (6). هم‌چنین پایایی آزمون- بازآزمون با فاصله زمانی 7 تا 10 روز روی گروه 80 نفره 0/91 برآورد شده است (34).

پرسش‌نامه چندمحوری بالینی میلون (MCMI-III) (33) بر پایه نظریه زیستی- روانی- اجتماعی تهیه و در سال 1990 تجدیدنظر شده است. MCMI-III یک ابزار خودسنجی 175گویه‌ای است که به‌صورت بلی/ خیر پاسخ داده می‌شود و دارای 24 مقیاس بالینی و چهار شاخص روایی است. 14 مقیاس، اختلال‌های شخصیت را بر پایه محور دو DSM-IV[23] (44) و 10 مقیاس نشانگان بالینی را بر پایه محور یک DSM-IV می‌سنجند. نمره 85-75 نقطه برش مربوط به الگوها و سبک‌های شخصیتی است و نمره 85 به بالا نشانه اختلال شخصیت است. میلون و همکارانش همبستگی میان MCMI-III و MMPI را 0/75 به بالا گزارش کردند. در مورد نسخه فارسی، توان پیش‌بینی مثبت و منفی مقیاس‌ها 0/98-0/92 و 0/99-0/93 و توان تشخیصی کل مقیاس‌ها 0/83-0/58 گزارش شده است. ضریب آلفای MCMI-III نیز 0/97-0/85 گزارش شده است (31).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-17[24] و با آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره[25] (MANOVA) انجام شد.

1- enmeshment/undeveloped self
2- subjugation
3- self-sacrifice
4- emotional inhibition
5- unrelenting standards/hypercriticalness
6- disconnection and rejection
7- impaired autonomy and performance
8- impaired limits
9- other-directedness
10- overvigilance/inhibition
11- Cronbach α
12- internal consistency
13- factorial
14- test-retest reliability
15- somatic symptoms
16- anxiety symptoms
17- social withdrawal
18- depressive symptoms
19- split-half
20- concurrent validity
21- Middlesex Hospital Questionnaire
22- construct
23-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)
24- Statistical Package for the Social Science-version 17
25- multivariate analysis of variance

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 20:21 IRDT on Thursday March 28th 2013

یافته‌ها

30 و 70 درصد کل نمونه را به‌ترتیب پسران و دختران تشکیل می‌دادند. در هر گروه 9 مرد و 21 زن وجود داشت. میزان تحصیلات 7 (23/3 درصد)، 14 (46/7 درصد) و 9 (30 درصد) نفر در هر گروه به‌ترتیب کاردانی، کارشناسی و کارشناسی ارشد بود. میانگین (و انحراف معیار) سنی دو گروه با و بدون نشانگان بالینی به‌ترتیب 25/36 (0/869) و 24/06 (0/869) بود.

میانگین متغیرهای مورد بررسی در دو گروه در ***جدول 1*** آمده است. هیچ‌یک از افراد دو گروه اختلال شخصیت نداشت.

جدول 1- میانگین (و انحراف معیار) دو گروه در متغیرهای مورد بررسی

		شکست عشقی با نشانگان بالینی	شکست عشقی بدون نشانگان بالینی
	افسردگی	(5/74) 36/10	(6/28) 17/73
	سلامت روان	(6/91) 46/66	(7/01) 24/86
ابعاد و الگوهای شخصیتی	اسکیزوئید	(7/13) 58/42	(11/19) 55/08
	اجتنابی	(9/88) 58/18	(9/35) 59/51
	وابسته	(7/52) 62/80	(9/78) 60/17
	نمایشی	(6/45) 71/55	(5/27) 72/39
	خودشیفته	(5/92) 69/24	(5/14) 72/45
	ضداجتماعی	(10/05) 54/58	(11/88) 54/05
	آزارگری	(12/56) 49/33	(9/07) 51/87
	وسواسی- جبری	(10/28) 67/03	(13/49) 62/74
	منفعل- پرخاشگر	(8/23) 52/37	(12/02) 55/02
	آزارطلبی	(10/32) 58/26	(9/71) 56/72
	اسکیزوتایپی	(7/38) 57/73	(8/02) 55/93
	مرزی	(11/17) 56/48	(9/27) 54/31
	پارانوئید	(9/36) 64/37	(10/44) 59/63
طرحوارههای ناسازگار اولیه	محرومیت هیجانی	(7/10)13/83	(5/44) 10/33
	رهاشدگی/بی‌ثباتی	(5/61) 16/36	(4/44) 10/90
	بی‌اعتمادی/بدرفتاری	(5/81) 14/36	(3/31) 9/50
	انزوای اجتماعی/بیگانگی	(5/91) 11/93	(2/35) 7/30
	نقص/شرم	(3/52) 12/63	(2/26) 9/60
	شکست	(3/63) 9/46	(3/86) 7/56
	وابستگی/بی‌کفایتی	(4/01) 9/90	(3/07) 7/16
	آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری	(6/24) 12/10	(2/69) 7/70
	خود تحول‌نایافته/گرفتاری	(5/38) 11/80	(4/12) 8/66
	مطیع‌سازی	(6/76) 13/23	(3/82) 8/56
	ایثار	(5/05) 18/03	(5/23) 17
	بازداری هیجانی	(5/76) 12/96	(5/52) 11/30
	معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی	(5/76) 21/46	(5/22) 17/10
	استحقاق/بزرگ‌منشی	(5/46) 18/86	(6/47) 15/20
	خودکنترلی و خودانضباطی ناکافی	(3/56) 15/36	(4/68) 11/90
ابعاد فرزندپروری	آزادی	(7/48) 49/76	(6/60) 56/53
	کنترل	(16/13) 87/90	(15/80) 55/86
	گرمی	(11) 39/06	(17/28) 56/66
	سردی	(16/22) 56/50	(11/23) 39/46

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 20:21 IRDT on Thursday March 28th 2013

جدول 2- آزمون مانوا برای مقایسه دو گروه در طرحواره‌های ناسازگار اولیه و الگوهای فرزندپروری

متغیر	df	F	سطح معناداری
حوزه بریدگی و طرد	1	26/51	0/0001
بی‌اعتمادی/ بدرفتاری	1	15/86	0/0001
رهاشدگی/ بی‌ثباتی	1	17/50	0/0001
محرومیت هیجانی	1	4/59	0/036
انزوای اجتماعی/ بیگانگی	1	15/90	0/0001
نقص/ شرم	1	15/69	0/0002
حوزه خودگردانی و عملکرد مختل	1	16/80	0/0001
وابستگی/ بی‌کفایتی	1	8/77	0/004
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری	1	12/56	0/001
خود تحول‌نایافته/ گرفتاری	1	6/40	0/014
شکست	1	3/84	0/055
حوزه محدودیت‌های مختل	1	9/48	0/003
استحقاق/ بزرگ‌منشی	1	5/61	0/021
خودکنترلی و خودانضباطی ناکافی	1	10/39	0/002
حوزه دیگر جهت‌مندی	1	6/26	0/015
مطیع‌سازی	1	10/82	0/002
ایثار	1	0/604	0/440
حوزه گوش به زنگی بیش از حد/ بازداری	1	7/47	0/008
بازداری هیجانی	1	1/30	0/258
معیارهای سرسختانه/ عیب‌جویی افراطی	1	9/44	0/003
بعد آزادی فرزندپروری	1	13/78	0/0001
بعد کنترل فرزندپروری	1	60/34	0/0001
بعد گرمی فرزندپروری	1	22/13	0/0001
بعد سردی فرزندپروری	1	22/34	0/0001

آزمون لامبدای ویلکز[1] ($p\leq 0/001$، $df=17$، $F=6/691$) نشان داد میان دو گروه در طرحواره‌های ناسازگار اولیه و الگوهای فرزندپروری تفاوت وجود دارد. تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و الگوهای فرزندپروری دو گروه تفاوت وجود دارد (***جدول 2***).

بحث

در پاسخ به پرسش نخست پژوهش (آیا میان دانشجویان دارای شکست عشقی با و بدون نشانگان بالینی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه تفاوت وجود دارد؟) یافته‌ها نشان داد میان دو گروه در حوزه‌های بریدگی و طرد (شامل طرحواره‌های بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، رهاشدگی/ بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی/ بیگانگی و نقص/ شرم)، خودگردانی و عملکرد مختل (شامل طرحواره‌های وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری و خود تحول‌نایافته/ گرفتاری)، محدودیت‌های مختل (شامل طرحواره‌های استحقاق/ بزرگ‌منشی، خودکنترلی و خودانضباطی ناکافی)، دیگر جهت‌مندی (شامل طرحواره مطیع‌سازی) و گوش‌به‌زنگی بیش از حد/ بازداری (شامل طرحواره معیارهای سرسختانه/ عیب‌جویی افراطی) تفاوت وجود دارد. در پاسخ به پرسش دوم پژوهش (آیا میان الگوهای فرزندپروری پدر و مادر دانشجویان دارای شکست عشقی با و بدون نشانگان بالینی تفاوت وجود دارد؟)،یافته‌ها نشان داد در سبک‌های فرزندپروری میان دو گروه تفاوت وجود دارد. این یافته‌ها با پژوهش‌های پیشین (15-8، 26، 45) هم‌سو است.

1- Wilk's Lambda

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 20:21 IRDT on Thursday March 28th 2013

بیشتر مشکلات میان‌فردی از شیوه تصور افراد در مورد خود و دیگران ناشی می‌شوند. این شیوه تصور، طرحواره نامیده می‌شود (46). طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌دلیل تجارب منفی دوران کودکی ایجاد می‌شوند که بر شیوه تفکر، احساس و رفتار افراد در روابط صمیمانه بعدی و دیگر جنبه های زندگی تأثیر می گذارند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه برای بقای خود می‌جنگند. یانگ این موضوع را به تمایل بشر برای هماهنگی شناختی تعبیر می کند. افراد به سمت وقایعی کشیده می‌شوند که با طرحواره‌هایشان هم‌خوانی دارد و به همین دلیل تغییر طرحواره‌ها سخت است. طرحواره‌ها به‌گونه‌ای متناقض و اجتناب‌ناپذیر، زندگی بزرگسالی را به شرایط ناگوار دوران کودکی می کشانند که در بیشتر وقت‌ها برای بیماران زیان‌بخش است (23، 47).

به‌طور معمول ماهیت ناسازگار طرحواره‌ها وقتی ظاهر می‌شود که افراد در روند زندگی خود و در تعامل با دیگران، به‌ویژه رابطه عشقی، به‌گونه‌ای عمل می کنند که طرحواره‌های آن‌ها تأیید شود، حتی اگر برداشت اولیه آن‌ها نادرست باشد. به باور یانگ بیشتر اوقات افراد جذب ارتباط با کسی می‌شوند که طرحواره مرکزی‌شان را فعال می کند، به این دلیل، او را جذاب‌ترین فرد می‌داند (جذابیت طرحواره‌ای). به‌طور معمول این گرایش در بیماران وجود دارد که اگرچه طرحواره فرد را دچار مشکل می کند، ولی وی با طرحواره احساس راحتی می کند و همین احساس راحتی فرد را به این نتیجه می‌رساند که طرحواره‌اش درست است، بنابراین فرد به‌سمت وقایعی کشیده می‌شود که با طرحواره‌اش هم‌خوانی دارد (24). از سوی دیگر طرحواره‌های ناسازگار اولیه موجب سوگیری‌هایی در تفسیر رویدادها می‌شوند. این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان‌فردی به‌صورت بدفهمی‌ها، نگرش‌های تحریف‌شده، گمانه‌های نادرست و چشم‌داشت‌های غیرواقع‌بینانه در روابط پدید می‌آیند و با توجه به این‌که طرحواره‌ها در مسیر زندگی تداوم می‌یابند، بر چگونگی رابطه فرد با خود و دیگران تأثیر می گذارند (48).

افرادی که طرحواره‌هایشان در حوزه طرد و بریدگی قرار دارد، نمی‌توانند دلبستگی‌های ایمن و رضایت‌بخشی با دیگران برقرار کنند. چنین افرادی بر این باورند که نیاز آن‌ها به ثبات، امنیت، محبت، عشق و تعلق خاطر برآورده نخواهد شد. خانواده‌های اصلی آن‌ها به‌طور معمول بی‌ثبات (رهاشدگی/ بی‌ثباتی)، بدرفتار (بی‌اعتمادی/ بدرفتاری)، سرد و بی‌عاطفه (محرومیت هیجانی)، طردکننده (نقص/ شرم) یا منزوی (انزوای اجتماعی/ بیگانگی) هستند. افرادی که طرحواره‌هایشان در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل قرار دارد، از خود و محیط اطرافشان انتظاراتی دارند که مانعی بر سر راه توانایی آن‌ها برای تفکیک خود از نماد پدر و مادر و دست‌یابی به عملکرد مستقل ایجاد می کند. پدر و مادر این افراد برای آن‌ها هر کاری انجام داده‌اند و به‌شدت از آن‌ها حمایت کرده‌اند و گاهی هم برعکس. محدودیت‌های درونی افرادی که طرحواره‌هایشان در حوزه محدودیت‌های مختل قرار دارد، در خصوص احترام متقابل و خویشتن‌داری به اندازه کافی رشد نکرده است. آن‌ها در دوران کودکی نیازی به پیروی از قوانینی نداشته‌اند که دیگران از آن‌ها تبعیت می کردند. در نتیجه در بزرگسالی توانایی مهار تکانه‌های خود را ندارند و ممکن است افرادی بیش از حد متوقع یا سلطه‌گر باشند و در روابط اجتماعی با مشکلات دیگران هم‌دلی نکنند. در همین ارتباط یافته‌های پژوهشی (16) نشان داد زن و شوهرهایی که از تمایزیافتگی خود[1] (تمایزیافتگی خود بسیار شبیه طرحواره خود تحول‌نایافته/گرفتار است) پایینی برخوردار بودند، افزون بر این‌که سبک‌های دلبستگی ناایمنی داشتند، از رضایت زناشویی پایین‌تری نیز برخوردار بودند. افرادی که طرحواره آن‌ها در حوزه دیگرجهت‌مندی قرار دارد، در روابط اجتماعی، بر پاسخ‌های دیگران بیشتر از نیازهای خودشان تأکید می کنند و در بیشتر وقت‌ها از خشم و گرایش‌های ناخودآگاه خود، آگاه نیستند. آن‌ها در دوران کودکی، در پیروی از نیازهای طبیعی خود آزاد نبوده‌اند و در بزرگسالی به‌جای این‌که از درون جهت‌دهی شوند، از محیط بیرونی تأثیر می‌پذیرند و از خواسته‌های دیگران پیروی می کنند. افرادی که طرحواره‌هایشان در حوزه گوش‌به‌زنگی بیش از حد/ بازداری قرار دارد، احساس‌ها و تکانه‌های خودانگیخته را واپس‌زنی می کنند. آن‌ها بیشتر تلاش می کنند هماهنگ با قواعد انعطاف‌ناپذیر و درونی‌شده خود عمل کنند، حتی به قیمت ازدست‌دادن خوشحالی، ابراز عقیده، آرامش خاطر، روابط صمیمی و یا سلامتی. دوران کودکی این افراد پر از خشونت، واپس‌زدگی و سخت‌گیری بوده و خویشتن‌داری و فداکاری بیش از حد بر خودانگیختگی و لذت غلبه داشته است. این افراد در زندگی بزرگسالی به‌طور معمول در احساس بدبینی، نگرانی و ترس به‌سر می‌برند،

1- differentiation of self

به‌طوری‌که بر این باورند که اگر نتوانند در تمام لحظه‌های زندگی خود هشیار و مراقب باشند، ممکن است زندگی‌شان از هم بپاشد (24).

الگوی فرزندپروری سازه دیگری است که با رضایت از روابط عاشقانه در ارتباط است. چهار محیط خانوادگی (شیوه فرزندپروری) در هر یک از ابعاد محبت و کنترل به‌طور جداگانه به این صورت هستند: 1) کنترل زیاد- محبت زیاد، 2) کنترل کم- محبت زیاد، 3) کنترل زیاد- محبت کم و 4) کنترل کم- محبت کم (45). افراد دچار شکست عشقی بر اساس تحلیل آماری در محیط خانواده‌هایی با کنترل زیاد- محبت کم رشد کرده‌اند. افراد با نشانگان بالینی، که نمره بالاتری در بعد سردی گرفته بودند، به‌عنوان افرادی قلمداد می‌شوند که دارای خانواده‌هایی با محبت کم هستند و افراد بدون نشانگان بالینی که نمره بالاتر در بعد گرمی داشتند، به‌عنوان افرادی که پدر و مادرشان محبت زیادی به آن‌ها داشتند، در نظر گرفته می‌شوند. این یافته با پژوهش‌های پارکر (به نقل از 49)، کلیفتون (13) و رابینسون (50) هم‌سو است.

تجارب منفی اولیه در خانواده (مثل شیوه‌های فرزندپروری آسیب‌زا) می‌توانند تحول اجتماعی کودک را تخریب کنند. پدر و مادر تنبیه‌گر، طردکننده، بی‌خیال، بی‌عاطفه، سهل‌انگار، حمایت‌گر، مضطرب و کناره‌گیر می‌توانند آسیب‌های جبران‌ناپذیری بر تحول کودک وارد کنند. چنین کودکی به‌طور معمول نمی‌تواند شبکه حمایت اجتماعی خوبی برای خودش فراهم آورد (19).

از آنجا که پرسش‌نامه الگوهای فرزندپروری شیفر گذشته‌نگر است، احتمال تورش یادآوری در یافته‌ها وجود دارد. بنابراین کاربرد پرسش‌نامه‌های درجه‌بندی این اختلال در سطح بزرگسالی برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود. بی‌شک پژوهش حاضر در محدوده خاصی انجام گرفته است و نمی‌توان یافته‌های آن را به تمامی بزرگسالان نسبت داد. در واقع پژوهش حاضر یک بررسی مقدماتی در حیطه شکست‌های عاطفی در قشر جوان کشور است.

سپاسگزاری

از دانشجویان دانشگاه تبریز که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر را داریم.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی و تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

1. Gao G. Intimacy, passion and commitment in Chinese and US American: A romantic relationships. Int J Relations. 2001; 25:329-42.
2. Manteghi M. Fervent love psychology. Tehran: Besat Publication Institute; 2011. (Persian)
3. Harvey JH, Miller ED. editors. Loss and trauma: General and close relationship perspectives. Philadelphia: Brunner/ Mazel; 2000.
4. Dehghani M. The efficacy of short-term anxiety-regulating psychotherapy on love trauma syndrome [Dissertation]. [Tehran]: Tehran Psychiatric Institute; 2011. 130p. (Persian)
5. Akbari E. Compare the efficacy of transactional analysis therapy with the cognitive-behavioral therapy in improving symptoms of love failure students. [Dissertation]. [Tabriz]: University of Tabriz; 2011. 174 p. (Persian)
6. Feeney JA, Noller P. Adult attachment. New York: Sage; 1996.
7. Chatav Y, Wishman MA. Partner schemas and relationship functioning: A states of mind analysis. Behav Ther. 2009; 40:50-6.
8. McDermott N. Early maladaptive schemas, attachment, negative affect and relationship satisfaction. [Dissertation]. [New Jersey]: Rowan University; 2008. 74 p.
9. Sumer N, Cozzarelli C. The impact of adult attachment on partner and self-attributions and relationship quality. Personal Relationships. 2004; 11:355-71.
10. Dattilio FM. Restructuring schemata from family of origin in couple therapy. J Cogn Psychotherapy: An International Quarterly. 2006; 20(4):359-73.
11. Stackert RA, Bursik K. Why am I unsatisfied? Adult attachment style, gendered irrational relationship beliefs, and young adult romantic relationship satisfaction. Personality & Individual Differences. 2001; 34:1419-29.
12. Clifton JA. The effects of parenting style, attachment, and early maladaptive schema on adult romantic relationships. Dissertation Abstr Int. 1995; 56(10-B):57-91.
13. Stiles OE. Early maladaptive schemas and intimacy in young adult's romantic relationships. [Dissertation]. [San Francisco]: Alliant International University; 2004. [On-Line]. Available: www.Proquest.Com.

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 20:21 IRDT on Thursday March 28th 2013

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 20:21 IRDT on Thursday March 28th 2013

14. Andooz Z, Hamidpour H. Early maladaptive schemas, attachment styles and marital satisfaction in couples. Proceedings of the Second congress of Iranian family pathology. Tehran: University of Shahid Beheshti; 2006. (Persian)
15. Bayrami M, Fahimi S, Akbari E, Amiri Pichakolaei A. Predicting marital satisfaction on the basis of attachment styles and differentiation components. J Fundam Ment Health. 2012; 14(1):64-77. (Persian)
16. Carr A. The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach. Hove: Rout ledge; 2006.
17. Lau JYF, Gregory AM, Rijsdijk F, McGuffin P, Eley TC. Pathways to childhood depressive symptoms: The role of social, cognitive, and genetic risk factors. Dev Psychol. 2007; 43(6):1402-14.
18. Gunty AL, Buri JR. Parental practices and the development of maladaptive schemas, Paper presented at the annual meeting of the Midwestern psychological association; 2008 (Chicago, IL, May 2008):33.
19. Zarb JM. Developmental cognitive behavioral therapy with adults. 1st ed. New York: Routledge Inc.; 2007.
20. Baumrind D. The influences of parenting style on adolescent competence and subs stance use. J Early Adobes. 1991; 11:56-95.
21. Dewirey M, Achoui M, Abousarie K, Farah A, Sakhleh AA, Fayad M, Khan HK. Parenting style, individuation, and mental health in Arab adolescent: A third cross-regional research study. J Cross-Culture Psychol. 2006; 37:262-72.
22. Slicker EK, Picklesimer BK, Guzak AK, Fuller DK. The relationship of parenting style to older adolescent life-skills development in the United States. Young. 2005; 13(3):227-45.
23. Young JE, Weinberger AD, Beck AT. Cognitive therapy for depression. In D. Barlow, editors. Clinical handbook of psychological disorders. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2001.
24. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. (Translated by Hamidopur & Andooz). Tehran: Arjmand; 2010. (Persian)
25. James IA, Southam L, Blackburn M. Schemas revisited. Clin Psychol & Psychotherapy. 2004; 11:369-77.
26. Yousefi R, Abedin AR, Tirgari A, Fathabadi J. The effectiveness of training intervention based on "schemas model" on marital satisfaction enhancement. J Clin Psycol. 2011; 2(3):25-37. (Persian)
27. Harris AE, Curtin L. Parental perception, early maladaptive schemas and depressive symptoms in young adult. Cogn Ther & Res. 2002; 26(3):405-16.
28. Tian PSO, Baranoff J. Young schema questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. Aust J Psychol. 2007; 59(2):78-86.
29. Wright MO, Crawford E, Del Castillo D. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college student: The mediating role of maladaptive schemas. Child Abuse & Neglect: Int J. 2009; 33(1):59-68.
30. Delavar A. Reasearch method in psychology and educational science. 4th ed. Tehran: Roshd Press; 2006.
31. Fathi-Ashtiani A, Dastani M. Psychological tests: Personality and mental health. Tehran: Besat Publication Institute; 2009. (Persian)
32. Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford university press; 1973.
33. Millon T. Millon clinical multiaxial inventory, manual. Minneapolis: National Computer Inventory And Computer Systems; 1977.
34. Ebrahimi A, Moulavi H, Mousavi SG, Bornamanesh AR, Yaghoubi M. Psychometric properties and factor structure of general health questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian psychiatric patients. J Res in Behav Sci. 2007; 5(1):5-12. (Persian)
35. Manteghi M. Mental health in fervent love. Tehran: Besat Publication Institute; 2011. (Persian)
36. Gilligan C. In a different voice: Psychological theory and women's development. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1982.
37. Young JE. Young schema questionnaire short form. New York: Cognitive Therapy Center; 1998.
38. Schaefer ES. Children's reports of parental behavior: An inventory. Child Development. 1965; 36(2):413-24.
39. Waller G, Meyer C, Ohanion V. Psychometric properties of the long and short versions of the young schema questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison woman, Cogn Ther & Res. 2001; 25(2):137-47.

40. Sadoughi Z, Aguilar Vafaei M, Rasoulzadeh Tabatabaei SK, Esfahanian N. Factor analysis of the young schema questionnaire-short form in a nonclinical Iranian sample. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2008; 14(2): 214-19. (Persian)
41. Hamidpour H, Dolatshai B, Pour Shahbaz A, Dadkhah A. The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2011; 4:420-43. (Persian)
42. Naghashian Z. The relationship between family environment and educational success. [Dissertation]. [Shiraz]: Shiraz University; 1969. 120p. (Persian)
43. Goldberg DP, Williams P. A user's guide to the general health questionnaire. Windsor UK: NFER-Nelson;1998.
44. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
45. Khajehpour M, Attar H. A comparison of child rearing practices with identity styles and their relationship among students of both sexes of preuniversity level in Shiraz. Stud in Educ & Psychol. 2007; 8 (1): 179-97. (Persian)
46. Hamidpour H. Preliminary evaluation and the efficacy of schema therapy in students love failures. Paper presented at the 5th National conference on student mental health. Tehran: Shahed University; 2006. (Persian)
47. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach. Florida: Professional Resources Press; 1999.
48. Pascal A, Christine A, Jean L. Development and validation of the cognitive inventory of subjective distress. Int J Geriatric Psychiatry. 2008; 23:1175-82.
49. Razavi A, Mahmoodi M, Rahimi M. A study of the relationship between marital satisfaction and parenting styles with behavioral problems of children in primary schools of Arsanjan City. J Fam & Res. 2008; 4:73-90. (Persian)
50. Robinson LC. Interpersonal relationship quality in young adulthood: A gender analysis. Adolesc. 2000; 35: 775-84.

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 20:21 IRDT on Thursday March 28th 2013

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 20:21 IRDT on Thursday March 28th 2013

Original Article

Early Maladaptive Schemas and Parenting Styles of Students Who Have Failed in Love with and Without the Clinical Syndrome

Abstract

Objectives: The aim of this study was to compare the early maladaptive schemas and parenting styles among students with love failure, with or without the clinical syndrome. **Method**: Using purposive sampling and based on Beck Depression Inventory-II (BDI-II), General Health Questionnaire-28 (GHQ-28), and the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) 30 students with love failure and clinical syndrome and 30 students with love failure and without clinical syndrome were selected from University of Tabriz, and completed Young's Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-SF) and Schaefer Family-Parenting Environment (SFPE). Data were analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA). **Results**: There was a significant difference between the groups in the early maladaptive schemas and parenting styles ($p<0.05$). **Conclusion**: We can predict the severity of clinical signs in romantic relationship failure on the basis of early maladaptive schemas and family of origin environment and accordingly schema therapy approach can be used in clinical and counseling centers to help these people.

Key words: *early maladaptive schema; parenting style; love failure*

[Received: 28 September 2011; Accepted: 18 February 2012]

Ebrahim Akbari*, Majid Mahmoud Aliloo [a], Zeynab Khanjani [a], Hamid Poursharifi [a], Samad Fahimi [a], Ahmad Amiri Pichakolaei [a], Zeinab Azimi [a]

* Corresponding author: Faculty of Psychological and Educational Sciences, Tabriz University, Tabriz, Iran, IR.
Fax: +98411-3356009
E-mail: e.akbari_psy@yahoo.com

[a] Tabriz University , Tabriz, Iran.