

## اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بر باورهای غیرمنطقی دانش آموزان دختر طلاق با طرحواره های ناسازگار بریدگی و طرد

فاطمه پازاج

کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، بندرعباس

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بر باورهای غیرمنطقی دانش آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد صورت پذیرفت. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری ۴۵ روزه بود. متغیر مستقل شامل درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر و متغیرهای وابسته شامل باورهای غیرمنطقی دانش آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانش آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد بود که در دوره اول متوسطه در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در شهر بندرعباس مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش شامل ۴۰ دانش آموز دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد شهر بندرعباس بود که به روش نمونه گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند (۲۰ دانش آموز در گروه آزمایش و ۲۰ دانش آموز در گروه گواه). سپس گروه آزمایش مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر را در طی دو ماه و نیم به صورت هفته ای یک جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت نمود. این در حالی است که گروه گواه هیچگونه مداخله ای را در طول پژوهش دریافت نکرده و در انتظار دریافت مداخله حاضر بود. پس از اتمام جلسات پس آزمون اجرا و برای اطمینان از ثبات نتایج مرحله پیگیری ۴۵ روزه نیز اجرا شد. پس از شروع مداخله تعداد ۳ دانش آموز در گروه آزمایش و ۴ دانش آموز در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۴۳ دانش آموز در پژوهش باقی ماندند (۱۷ دانش آموز در گروه آزمایش و ۱۶ دانش آموز در گروه گواه). ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه (یانگ، ۱۹۹۸)؛ پرسشنامه باورهای غیرمنطقی (جونز، ۱۹۶۹) بود. پس از جمع آوری داده ها، تجزیه و تحلیل آن توسط نرم افزار (SPSS) ویرایش ۲۳ با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفونی صورت گرفت. نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بر باورهای غیرمنطقی دانش آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد تأثیر معنادار داشته (۰/۰۱ < p) و منجر به کاهش باورهای غیرمنطقی دانش آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد سال شده است.

**واژه های کلیدی:** درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر، باورهای غیرمنطقی، طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد، طلاق.

## مقدمه

خانواده، به عنوان بنیادی‌ترین نهاد فرهنگی و اجتماعی، پایدارترین اثرگذاری را بر اعضای خویش دارد، به طوری که نگرش‌ها، رفتارها، باورها و عواطف افراد عمیقاً تحت تأثیر بستر خانواده است (خدادادی و کلائی، ۱۳۹۹). آجرهای یک خانواده بر پیوندهای عاطفی و اعتماد شخصی هر یک از زوجین به یکدیگر استوار است که نه تنها آرامش برای فرد، بلکه برای کل یک خانواده است (وایب و جانسون، ۲۰۱۸). عدم حضور هر یک از والدین در محیط خانواده به علت طلاق، تعادل آن را بر هم زده و موجب تضعیف کارکردهای خانواده و کاهش نظارت و کنترل اجتماعی می‌شود (قره‌داغی و مبینی‌کشه، ۱۳۹۹) و به تبع آن، اعتیاد و بزهکاری، مشکلات جسمانی، آشفتگی روانی و اجتماعی و اختلال‌های رفتاری در فرزندان افزایش می‌یابد (اسلامی، حاج حسینی و اژه‌ای، ۱۳۹۶). دامنه اثرات مخرب طلاق بر فرزندان به حدی است که فرزندان دارای تجربه طلاق والدین را قربانیان بی‌وکیل می‌نامند (استوکپک، ۲۰۱۹). فرزندان طلاق، از حیث اجتماعی، با چالش‌های فکری، عاطفی، هویتی و اجتماعی روبرو هستند که مانع جذب مناسب آنها در جامعه می‌شود (استپ و ویلکوکس، ۲۰۲۰)، از حیث اقتصادی بیش از سایر هم‌نوعان خود درگیر فقر و محرومیت اقتصادی هستند (گهلر و گاریکا، ۲۰۱۵). همچنین بر حسب سن آنها و طول مدت تنش قبل از طلاق و اثرات محرومیت از والد جدا شده و سایر عوامل دیگر مرتبط با این محور، دارای خصوصیات ویژه روان‌شناختی می‌شوند (بریور، ۲۰۱۰).

یکی از متغیرهایی که رابطه نزدیکی با بروز طلاق والدین دارد، شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه<sup>۱</sup> در فرزندان است (محمودی و کشاورزی ارشدی، ۱۳۹۸). طرحواره‌ها، ژرف‌ترین ساختارهای شناختی هستند. طرحواره‌ها در رویارویی با محرک‌های جدید بر پایه ساختار پیشین خود، اطلاعات به دست آمده را رمزگشایی و ارزیابی می‌کنند و بدین ترتیب بر نگرش افراد نسبت به خود و جهان پیرامونشان تأثیر می‌گذارند. آن دسته از طرحواره‌هایی را که به رشد و شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی و زناشویی می‌انجامند، طرحواره‌های ناسازگار اولیه نامیده می‌شود. این طرحواره‌ها الگوهای شناختی و هیجانی آسیب‌رسانی هستند که در جریان اولیه رشد آغاز شده و در طول زندگی تداوم می‌یابند (گونگ و چان، ۲۰۱۷).<sup>۸</sup> طرحواره‌ها را به عنوان ساختارهای شناختی برای گزینش، رمزگذاری و ارزیابی محرک‌هایی توصیف کرد که روی افراد تأثیر می‌گذارد (اورا، کالپت و پادیللا، ۲۰۱۴). محتوای هر طرحواره از طریق تجربه‌های زندگی فردی ساخته و پرداخته می‌شود، سازمان می‌یابد و در ادراک و ارزیابی اطلاعات جدید مورد استفاده قرار می‌گیرد. طرحواره‌ها از طریق پردازش اطلاعات بر رفتار تأثیر می‌گذارند و در جریان تفکر به تصمیم‌گیری کمک می‌کنند. اما در برخی، فرایندهای ذهنی ممکن است در نقش عاملی مقاوم در برابر تغییر عمل کند و موجب کندی در فرایند تغییر الگوهای رفتاری شوند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوی ثابت و درازمدتی است که در دوران کودکی به وجود آمده و تا زندگی بزرگسالی نیز ادامه می‌یابد. بنابراین طرحواره‌ها دانش افراد در مورد خودشان و جهان هستند و در نحوه تفسیر افراد از رویدادها تأثیر می‌گذارند. بنابراین، طرحواره‌ها ضمن تسهیل کارکرد

---

1. Weibe, Johnson

2. Stokkebekk

3. Stapp, Wilcox

4. Gahler, Garriga

5. Brewer

6. early maladaptive schema

7. Gong, Chan

8. Beck

9. Orue, Calvete, Padilla

شناختی، می‌توانند موجب تداوم مشکلات روانی شوند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه که موجب اختلالات هیجانی می‌شوند از طرحواره‌های افراد عادی انعطاف‌ناپذیرتر، خشک‌تر و عینی‌ترند (کالوت، ۲۰۱۴).

روش‌های درمانی مختلفی برای کودکان و نوجوانان طلاق به کار گرفته شده است. از جمله درمان‌های جدید و کارآمد می‌توان به درمان فراتشخیصی یکپارچه<sup>۱</sup> گروه بارلو و نسخه نهایی آن یعنی درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو، الارد، فایرهملمه، فارکیونه بویسه، آلن و اهرنریش - مایه<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) اشاره کرد که به منظور آماج قرار دادن عوامل مشترک و فراتشخیصی سبب‌ساز طراحی شده و برای افراد دارای اختلال‌های اضطرابی و خلقی یک‌قطبی با قابلیت کاربردپذیری بالقوه برای سایر اختلال‌های هیجانی و روان‌شناختی ارائه گردید (بویسیو و راسامسن، ۲۰۱۸).<sup>۳</sup> نتایج پژوهش‌های مختلفی همچون پژوهش آشنا، بشارت، ملیحی‌الذاکرینی و رافضی (۱۴۰۰)؛ نرگسی، فتحی‌آشتیانی، داودی و اشرفی (۱۳۹۸)؛ کامرانی، بهرامی، گودرزی و فرخی (۱۳۹۸)؛ حسن‌پور، آقاییوسفی، ضمیر و علی‌پور (۱۳۹۸)؛ فیروزی و بیرانوندی (۱۳۹۷)؛ کاسیلو-رابینس، روزنتال و آمیراتی<sup>۴</sup> (۲۰۲۱)؛ کارلاسی، ساجینو و بالسامو<sup>۵</sup> (۲۰۲۱)؛ کاسترو-کاماچو، دیاز و باربوسا<sup>۶</sup> (۲۰۲۱)؛ شور-زاوالا<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۲۰)؛ گروسمن و ارنریچ-مای<sup>۸</sup> (۲۰۲۰)؛ ساکیس و برل<sup>۹</sup> (۲۰۱۹) و استیل و همکاران (۲۰۱۸) نشان داده است که درمان فراتشخیصی یکپارچه در بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی افراد مختلف دارای کارایی است. این در حالی است که نتایج پژوهش اخهارت، مارتل، لاو، گرانگ و ارنریچ-مای<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۹) و کندی، بیلک و ارنریچ-مای<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۹) بیانگر آن است که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر برای جامعه آماری کودکان و نوجوانان با مشکلات هیجانی و رفتاری نیز دارای اثربخشی مؤثر است.

باورهای غیرمنطقی هر گونه فکر، هیجان و یا رفتاری است که منجر به تخریب نفس و از بین رفتن خود می‌شوند و پیامدهای مهم آن اختلال در بقاء، خوشحالی و شادمانی است. به عبارتی باورهای غیرمنطقی عبارت‌اند از افکار و اندیشه‌ها و عقایدی که در آنها اجبار، الزام، وظیفه و مطلق‌گرایی (به شیوه افراطی) وجود داشته باشد و موجب بروز اختلالات عاطفی و رفتاری گردد. این گونه باورها در برخورد با حوادث و محرک‌های خارجی پیامدهای عاطفی همچون ترس، اضطراب، خشم، گناه، غم و اندوه، خصومت و افسردگی ایجاد می‌کند. در حقیقت این باورهای انسان است که نوع، وضعیت و شدت عاطفه و رفتار او را تعیین می‌کند. زیرا رفتار و عواطف انسان ناشی از باورها و اعتقادات غیرمنطقی اوست و همین باورها، طرز تفکر انسان را نسبت به خود، جهان هستی و دیگران موجب می‌شود (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۸۹). باورهای غیرمنطقی معیارهای غیرقابل انعطاف و کمال‌گرایانه‌ای بوده که اشخاص از آن برای داوری در خصوص خود و سایرین استفاده می‌کنند. این فرض‌ها یا طرح‌واره‌ها در

1. Calvete 0

1. Unified Trans-Diagnostic Treatment

1. Barlow, Ellard, Fairholme, Farchione, Boisseau, Allen, & Ehrenreich-May

1. Boisseau, Rasmussen 3

1. Cassiello-Robbins, Rosenthal, Ammirati

1. Carlucci, Saggino, Balsamo 5

1. Castro-Camacho, Díaz, Barbosã

1. Sauer-Zavala 7

1. Grossman, Ehrenreich-May 8

1. Sakiris, Berle 9

2. Steele 0

2. Eckhardt, Martell, Lowe, Grange, Ehrenreich-May

2. Kennedy, Bilek, Ehrenreich-May

ساماندهی درک، کنترل و بررسی رفتار استفاده می‌شود و در افراد افسرده این مسئله بارزتر است (غریبی، جوانمردی و رستمی، ۱۳۹۶).

حال با توجه به آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی فرزندان طلاق و این که چنین فرایندی می‌تواند زندگی اجتماعی و تحصیلی آینده فرزند را با آسیب جدی مواجه سازد، ضروری است اقدامات مقتضی برای بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و رفتاری این افراد صورت گیرد تا از پیشروی آسیب در آینده جلوگیری گردد. بر این اساس با توجه به لزوم به‌کارگیری روش‌های مداخله‌ای و درمان مناسب و بهنگام، و از سوی دیگر با مشاهده کارآمدی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در بهبود اختلالات روان‌شناختی جامعه‌های آماری مختلف و سرانجام عدم انجام پژوهشی مشابه پژوهشگر بر آن شد تا به بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد بپردازد. بر این اساس مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی این سؤال است که آیا درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد تأثیر دارد؟

### پیشینه تحقیق

قاسم‌زاده، نقش، غلامی فشارکی و شفیع (۱۴۰۰) اثربخشی برنامه درمان فراتشخیصی بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک را مورد آزمون قرار دادند. این مطالعه تجربی بر روی ۲۲ کودک مبتلا به دیابت نوع یک مراجعه کننده به دو مرکز درمانی واقع در تهران، ایران در سال ۱۳۹۹ انجام شد. بیماران به‌طور تصادفی در ۲ گروه قرار گرفتند؛ (۱) مداخله با برنامه درمان فراتشخیصی (۱۰ نفر، ۱۵ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) و (۲) گروه کنترل (۱۲ نفر). یافته‌های ما نشان داد که گروه مداخله کاهش معنی‌داری در میانگین متغیر افسردگی و افزایش مولفه‌های کیفیت زندگی همچون عملکرد جسمانی، عملکرد عاطفی، عملکرد اجتماعی، و عملکرد مدرسه در مقایسه با گروه کنترل از خود نشان داد. بنابراین برنامه درمان فراتشخیصی روش موثری برای کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک بود.

آشنا، بشارت، ملیحی‌الذاکرینی و رافضی (۱۴۰۰) اثربخشی گروه درمانی فراتشخیصی یکپارچه بر فراشناخت‌ها و فراهیجان‌های مثبت مادران کودکان مبتلا به سرطان را مورد آزمون قرار دادند. نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر بهبود مولفه‌های اعتماد به خاموش‌سازی افکار و احساسات، اعتماد به تفسیر احساسات خود به عنوان نشانه جلوگیری از واکنش فوری و تنظیم ذهن برای حل مسئله، اعتماد به نفس در تنظیم سلسله مراتب اهداف انعطاف‌پذیر و عملی مادران تأثیر معنی‌دار داشت.

شیرانی (۱۳۹۹) در پژوهش خود به مقایسه اثربخشی درمان فراشناخت با درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، اجتناب تجربه‌ای و تعارض کار-خانواده کارمندان دارای فرسودگی شغلی صورت پذیرفت. نتایج نشان داد که درمان فراشناخت و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، اجتناب تجربه‌ای و تعارض کار-خانواده کارمندان دارای فرسودگی شغلی تأثیر معنادار دارد. همچنین در متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بین دو اثربخشی این دو درمان تفاوت معنادار وجود داشته و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر نسبت به درمان فراشناخت به میزان بیشتری بهزیستی روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کارمندان دارای فرسودگی شغلی را بهبود بخشیده است.

کارلاسی، ساجینو و بالسامو<sup>۳</sup>(۲۰۲۱) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش تاب‌آوری افراد دارای مشکلات هیجانی پرداختند. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر منجر به کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش تاب‌آوری افراد دارای مشکلات هیجانی شده بود.

کاسترو- کاماچو، دیاز و باربوسا<sup>۴</sup>(۲۰۲۱) در پژوهشی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر گروهی را بر کاهش اضطراب دانشجویان انجام دادند. نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر گروهی منجر به کاهش اضطراب دانشجویان شده بود.

کاسیلو- رابینس، روزنتال و آمیراتی<sup>۵</sup>(۲۰۲۱) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر از طریق آنلاین بر اضطراب افراد در دوران پاندمی ویروس کووید-۱۹ پرداختند. نتایج بیانگر آن بود که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر از طریق آنلاین منجر به کاهش اضطراب افراد تحت مداخله شده بود.

شاو، هالیدی و ارنریج- مای<sup>۶</sup>(۲۰۲۰) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک محور را بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی و بهبود سلامت روان کودکان پرداختند. در این روش که به روش نیمه‌آزمایشی و با حضور ۱۶ کودک مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی انجام شد، نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک محور می‌تواند منجر به کاهش نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی و بهبود سلامت روان کودکان شود.

ساندین، جولیا، والینت و اسپینوسا<sup>۷</sup>(۲۰۲۰) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک محور بر مشکلات هیجانی کودکان و نوجوانان پرداختند. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نتایج این پژوهش بیانگر آن بود که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک محور توانسته منجر به کاهش مشکلات هیجانی کودکان و نوجوانان شود.

شور- زاوالا، بنتلی، استیل، تیرپاک، آمتاج<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کاهش اختلال افسردگی انجام دادند. نتایج پژوهش نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر توانسته منجر به کاهش علائم اختلال افسردگی شود.

## روش تحقیق

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری ۴۵ روزه بود. متغیر مستقل شامل درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و متغیر وابسته شامل خودتنظیمی هیجانی، دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد و ابعاد تمام متغیرها بود. در جدول ۱ طرح اصلی پژوهش برای شرکت در پژوهش ارائه شده است.

<sup>3</sup> . Carlucci, Saggino, Balsamo

<sup>۴</sup> . Castro-Camacho, Díaz, Barbosa

<sup>۵</sup> . Cassiello-Robbins, Rosenthal, Ammirati

<sup>۶</sup> . Shaw, Halliday, Ehrenreich-Mây

<sup>۷</sup> . Sandín, Julia, Valiente, Espinoza

<sup>۸</sup> . Sauer-Zavala, Bentley, Steele, Tirpak, Ametaj

## جدول ۱- دیاگرام طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری

گروه	گمارش آزمودنی‌ها	پیش آزمون	متغیر مستقل	پس آزمون	پیگیری
گروه آزمایش اول	R	T <sub>1</sub>	درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر	T <sub>2</sub>	T <sub>3</sub>
گروه گواه	R	T <sub>1</sub>	-	T <sub>2</sub>	T <sub>3</sub>

در طرح ارائه شده در جدول فوق، در این طرح R بیانگر واگذاری تصادفی شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش و گواه است. در مرحله بعدی اعضای دو گروه بوسیله پیش‌آزمون (T<sub>1</sub>) قبل از اجرای مداخله درمانی، ارزیابی شدند. سپس بر روی گروه آزمایش مداخله درمانی (درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر) اعمال شد، در حالی که گروه گواه این مداخله را دریافت نکردند. سپس دو گروه با استفاده از پس‌آزمون (T<sub>2</sub>) مورد ارزیابی قرار گرفته تا میزان تأثیر متغیر مستقل (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر) بر متغیرهای وابسته (خودتنظیمی هیجانی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد) سنجیده شود. پس از ۴۵ روز هر دو گروه مورد ارزیابی آزمون پیگیری نیز قرار گرفتند تا مشخص شود تأثیر مداخله درمانی در طول زمان پایدار بوده است یا خیر.

جامعه آماری پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد بود که در دوره اول متوسطه در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در شهر بندرعباس مشغول به تحصیل بودند.

جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که با مراجعه به ۱۰ آموزشگاه متوسطه اول دخترانه بندرعباس، دانش‌آموزان با والدین مطلقه مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس به دانش‌آموزان دارای والدین مطلقه، پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه ارائه شد تا بدین وسیله دانش‌آموزان طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد مورد شناسایی قرار گیرند. علاوه بر این در این مرحله مصاحبه بالینی نیز صورت گرفت. سپس دانش‌آموزان طلاق که نمرات بالاتر از میانگین در پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد به دست آورده بودند، مورد شناسایی قرار گرفتند (نمرات بالاتر از ۸۷: در جامعه ایرانی). سپس از بین این دانش‌آموزانی که با این پرسشنامه دارای طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد تشخیص داده شدند (کسب نمرات بالاتر از ۸۷)، تعداد ۴۰ دانش‌آموز از آنها را به ترتیب نمره کسب شده در پرسشنامه طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۲۰ دانش‌آموز در گروه گواه). تعداد نمونه با در نظر گرفتن احتمال ریزش مشخص شد. سپس گروه آزمایش مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر را در طی دو ماه و نیم به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمود. این در حالی است که گروه گواه هیچگونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکرده و در انتظار دریافت مداخله حاضر بود. پس از اتمام جلسات پس‌آزمون اجرا و برای اطمینان از ثبات نتایج مرحله پیگیری ۴۵ روزه نیز اجرا شد. پس از شروع مداخله تعداد ۳ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۴ دانش‌آموز در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۴۳ دانش‌آموز در پژوهش باقی ماندند (۱۷ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۱۶ دانش‌آموز در گروه گواه).

## ملاک‌های ورود به پژوهش

- داشتن والدین مطلقه
- کسب نمره ۸۷ و بالاتر در پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد

- داشتن سن ۱۶-۱۳ سال (حضور در در پایه تحصیلی هفتم، هشتم و نهم)
- رضایت نوجوان و والد جهت شرکت فرزند خود در پژوهش
- نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان).
- عدم دریافت مداخله روان‌شناختی همزمان

### ملاک‌های خروج از پژوهش

- داشتن بیش از دو جلسه غیبت
- عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس
- عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش
- وقوع حادثه پیش‌بینی نشده
- عدم پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش در یکی از مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و یا پیگیری ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه (یانگ، ۱۹۹۸)؛ پرسشنامه باورهای غیرمنطقی توسط جونز<sup>۹</sup> (۱۹۶۹) بود.

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه توسط یانگ<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۸) تدوین شده است. فرم کوتاه این پرسشنامه مشتمل بر ۷۵ ماده است که ۱۵ طرحواره را در ۵ حوزه می‌سنجد هر طرحواره توسط ۵ سؤال سنجیده می‌شود که شامل موارد زیر است:

(۱) حوزه بریدگی و طرد (سؤال: محرومیت هیجانی، رهاشدگی / بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/سوء رفتار، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم

(۲) حوزه خودمختاری و عملکرد مختل (سؤال: شکست، وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/بیماری، خود تحول نیافتن/ گرفتاری.

(۳) حوزه دیگر جهت‌مندی (سؤال: اطاعت، ایثار

(۴) حوزه بازداری و گوش‌به‌زنگی بیش از حد (سؤال: بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی

(۵) حوزه محدودیت‌های مختل (سؤال: استحقاق/ بزرگ‌منشی، خویش‌ن‌داری و خودانضباطی افراطی

در این پرسشنامه نمره بالا نشان دهنده طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. این ابزار خودتوصیفی دارای پاسخ‌های ۶ درجه‌ای لیکرت از کاملاً غیرصحیح (۱) تا کاملاً صحیح (۶) درجه‌بندی می‌شود و امتیاز کل فرد از جمع نمرات، به دست می‌آید (بذرافکن، ۱۳۹۳). نمره کل این پرسشنامه بین ۷۵ تا ۴۵۰ است. کسب نمره بالاتر از ۲۶۰ نشان دهنده وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه در نزد فرد است (صدوقی و آگیلار- وفایی، ۱۳۸۷). در پژوهش والرا<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۱) اعتبار مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۶۴ و برای تمام خرده مقیاس‌ها بالا بود و ضرایب باز آزمایی بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ در یک جمعیت غیربالیینی به دست آمد. در ایران محمدی‌فر (۱۳۸۶) به منظور بررسی روایی و اعتبار فرم کوتاه مقیاس یانگ بر روی دانشجویان انجام شد، نشان داده شد که اعتبار پرسشنامه دو شیوه همسانی درونی آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۶ بود و همچنین رابطه خرده مقیاس‌ها نشان داد این پرسشنامه دارای اعتبار سازه کافی برای استفاده در جامعه ایران است.

2 . Jones	9
3 . Young	0
3 . Waller	1

در پژوهش حاضر فقط سؤالات حوزه بریدگی و طرد مورد استفاده قرار گرفت. پایایی حوزه بریدگی و طرد در پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

پرسشنامه باورهای غیرمنطقی توسط جونز (۱۹۶۹) بر اساس نظریه آلیس (۱۹۶۲) تدوین شده است. این پرسشنامه یکی از پرستفاده‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری باورهای غیرمنطقی در جهان است. در اصل این پرسشنامه انواع تفکرات غیرمنطقی را مورد سنجش قرار می‌دهد. عبادی و معتمدین (۱۳۸۴) با استفاده از روش تحلیل عوامل بر روی آزمون باورهای غیرمنطقی ۱۰۰ سؤالی جونز، یک آزمون وابسته به فرهنگ ایرانی را که از ۱۰۰ سؤال به ۴۰ سؤال و از ۱۰ عامل به ۴ عامل کاهش پیدا کرد، ساختند و به آن آزمون چهار عاملی باورهای غیرمنطقی اطلاق کردند. عامل‌های پرسشنامه باورهای غیرمنطقی عبارتند از: درماندگی در برابر تغییر (۱۵ سؤال: شامل سؤالات ۱ تا ۱۵)؛ توقع تأیید از دیگران (۱۰ سؤال: شامل سؤالات ۱۶ تا ۲۵)؛ اجتناب از مشکل (۵ سؤال: شامل سؤالات ۲۶ تا ۳۰)؛ بی‌مسئولیتی هیجانی (۱۰ سؤال: شامل سؤالات ۳۱ تا ۴۰). نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای و از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق (نمره یک تا ۵) امتیازبندی شده است. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۴۰ تا ۲۰۰ است. کسب نمره بالاتر نشان دهنده باورهای غیرمنطقی بیشتر است. معتمدین و عبادی (۱۳۸۴) برای بررسی پایایی ضریب آزمون، از ضریب آلفای کرونباخ و روش تنصیف استفاده کردند که به ترتیب برای کل مقیاس ۰/۷۵ و ۰/۷۶ و خرده مقیاس‌های درماندگی برابر تغییر ۰/۸۰ و ۰/۸۲؛ توقع تأیید دیگران ۰/۸۱ و ۰/۸۴؛ اجتناب از مشکل ۰/۷۳ و ۰/۷۴؛ و بی‌مسئولیتی هیجانی ۰/۷۵ و ۰/۷۲ به دست آمد. همچنین معتمدین، بدری، عبادی و زمانی (۱۳۹۱) با هنجاریابی این آزمون نشان دادند با استفاده از روش آلفای کرونباخ، پایایی آزمون به ترتیب برای عامل‌ها و کل آزمون ۰/۷۷، ۰/۶۸، ۰/۵۹، ۰/۶۸ و ۰/۸۶ برآورد گردید. روایی آزمون نیز از روش روایی همگرا ۰/۸۱ به دست آمد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد.

جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان آموزش و پرورش بندرعباس انجام شد. سپس ضمن هماهنگی با مسئولین مدارس متوسطه اول، پرسشنامه‌ها در اختیار دانش‌آموزان دختر طلاق قرار گرفت و دانش‌آموزان طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد جهت شرکت در پژوهش مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس با رضایت کتبی از این دانش‌آموزان و گمارش تصادفی آنها در گروه‌های آزمایش و گواه (۲۰ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۲۰ دانش‌آموز در گروه گواه)، پرسشنامه‌های پژوهش اجرا شد. در نهایت، بر روی گروه آزمایش مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر در ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه و در طی دو و نیم ماه انجام شد، در حالی که گروه گواه مداخلات درمانی را دریافت نکرد. پس از ۴۵ روز، مرحله پیگیری نیز اجرا شد. پس از شروع مداخله تعداد ۳ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۴ دانش‌آموز در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۴۳ دانش‌آموز در پژوهش باقی ماندند (۱۷ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۱۶ دانش‌آموز در گروه گواه). جهت ایجاد انگیزه برای دانش‌آموزان برای شرکت در پژوهش حاضر، قبل از شروع مداخله، جوانب درمانی و آموزشی مداخلات برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. این در حالی است که تمام فرایندهای اجرایی مداخله نیز به شکل رایگان برای آنها ارائه داده شد. لازم به ذکر است که مداخله پژوهش حاضر توسط پژوهشگر با رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی ارائه داده شد. لازم به ذکر است که فرم رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش به تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش ارائه داده شد تا آنان با رضایت کامل و آگاهانه در پژوهش مشارکت داشته باشند. جلسات مداخله‌ای درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر کودک محور برگرفته از پروتکل بارلو و همکاران (۲۰۱۳) است که توسط قاسم‌زاده و سالک ابراهیمی (۱۴۰۰) ترجمه شده است.



## جدول ۲- خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور (بارلو و همکاران، ۲۰۱۳؛ ترجمه قاسم‌زاده و سالک

ابراهیمی، ۱۴۰۰)

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	افزایش انگیزه؛ مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان.
جلسه دوم	ارائه آموزش روانی؛ بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه‌ای تجارب هیجان و مدل ARC.
جلسه سوم	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها خصوصاً با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی).
جلسه چهارم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از تأثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک و دام‌های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر.
جلسه پنجم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان.
جلسه ششم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBs؛ آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آنها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBs ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین بواسطه رویاروی شدن با رفتارها.
جلسه هفتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه با رویارویی احساسی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم.
جلسه هشتم و نهم	رویارویی احساسی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت: آگاهی یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب.
جلسه دهم	پیشگیری از عود؛ مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار استنباطی از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و از آزمون موچلی برای بررسی پیش فرض کرویت داده‌ها استفاده شد. در نهایت جهت بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر خودتنظیمی هیجانی، باورهای غیرمنطقی و همجوشی شناختی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد از آزمون تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفونی استفاده گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## نتایج

اولین پیش فرضی که برای به کارگیری روش تحلیل واریانس آمیخته مورد نیاز است، پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه‌های نمونه در جامعه است. اساس این پیش فرض بر آن است که فرض می‌شود توزیع نمرات در جامعه نرمال بوده و اگر در

گروه‌های نمونه کجی و کشیدگی حاصل شد به خاطر انتخاب تصادفی افراد بوده است (مولوی، ۱۳۹۳). برای آزمون این فرضیه از آزمون شاپیروویلیک و کلموگروف-اسمیرنف استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- نتایج آزمون کلموگراف، اسمینروف و شاپیرو ویلیک در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات

آزمون شاپیرو ویلیک			آزمون کلموگراف، اسمینروف			گروه	نرمال بودن توزیع نمرات
معناداری	درجه آزادی	آماره	معناداری	درجه آزادی	آماره		
۰/۲۳	۱۶	۰/۹۲	۰/۱۵	۱۶	۰/۱۸	گواه	پیش آزمون باورهای غیرمنطقی
۰/۷۳	۱۷	۰/۹۶	۰/۲۰	۱۷	۰/۱۶	آزمایش	
۰/۴۵	۱۶	۰/۹۴	۰/۲۰	۱۶	۰/۱۶	گواه	پس آزمون باورهای غیرمنطقی
۰/۰۷	۱۷	۰/۹۰	۰/۱۱	۱۷	۰/۱۸	آزمایش	
۰/۲۸	۱۶	۰/۹۳	۰/۱۲	۱۶	۰/۱۹	گواه	پیگیری باورهای غیرمنطقی
۰/۱۱	۱۷	۰/۹۱	۰/۰۵۱	۱۷	۰/۲۱	آزمایش	
۰/۲۲	۱۶	۰/۹۲	۰/۱۲	۱۶	۰/۱۹	گواه	

همانگونه که در جدول ۳ مشخص است توزیع نمونه‌ای نمرات مولفه‌های باورهای غیرمنطقی و در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و گواه دارای تفاوت معنادار با توزیع نرمال نبوده و بر این اساس استفاده از آزمون‌های پارامتریک با محدودیتی مواجه نمی‌باشد.

در این پژوهش برای تحلیل آماری داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شده است. به منظور استفاده از این روش لازم بود که در ابتدا پیش فرض تساوی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گیرد. اساس این پیش فرض بر این است که فرض می‌شود واریانس‌های نمرات دو گروه، در جامعه با هم برابرند و از لحاظ آماری تفاوت معنی داری ندارند. برای آزمون این فرضیه از آزمون لوین استفاده می‌شود که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴- نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	مرحله	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	معناداری
باورهای غیرمنطقی	پس آزمون	۰/۲۴	۱	۳۱	۰/۶۲
	پیگیری	۰/۱۴	۱	۳۱	۰/۷۰

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود مقدار F بدست آمده برای آزمون لوین در متغیرهای خودتنظیمی هیجانی، باورهای غیرمنطقی و همجوشی شناختی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری غیرمعنادار است. این عدم معناداری بدین معناست که پیش‌فرض همگنی واریانس نمرات در مولفه‌های ذکر شده رعایت شده است.

فرضیه تحقیق: درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد تأثیر دارد.

ابتدا پیش فرض کرویت داده‌ها با استفاده از آزمون موچلی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول ۵- جدول موچلی مبنی بر بررسی پیش فرض کرویت متغیرها

مقدار معناداری	درجه آزادی	مجذور تقریبی خی	آزمون موچلی
۰/۷۲	۲	۰/۹۸	۰/۸۹

نتایج آزمون موچلی نشان می‌دهد که فرض کرویت که از پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس آمیخته است، در متغیر باورهای غیرمنطقی برآورده شده است.

جدول ۶- تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی در متغیر باورهای غیرمنطقی

توان آزمون	اندازه اثر	مقدار p	مقدار f	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۱	۰/۴۷	۰/۰۰۰۱	۲۷/۲۱	۴۴۲/۶۶	۲	۸۸۵/۳۳	مراحل
۱	۰/۴۴	۰/۰۰۰۱	۲۰/۲۵	۲۶۳۲/۸۱	۱	۲۶۳۲/۸۱	گروه‌بندی
۱	۰/۶۳	۰/۰۰۰۱	۵۴/۰۳	۸۷۹/۰۸	۲	۱۷۵۸/۱۷	تعامل مراحل و گروه‌بندی
				۱۶/۲۶	۶۲	۱۰۰۸/۶۵	خطا

نتایج آزمون واریانس آمیخته نشان می‌دهد بر اساس ضرایب  $F$  محاسبه شده، عامل زمان یا مرحله ارزیابی تأثیر معناداری بر نمرات باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد داشته است ( $P < ۰/۰۰۱$ ). اندازه اثر نشان می‌دهد عامل زمان ۴۷ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد را تبیین می‌کند. اندازه توان آماری ۱۰۰ درصدی هم حاکی از دقت آماری بالا و همچنین، کفایت حجم نمونه جهت ارزیابی این فرضیه پژوهشی می‌باشد.

علاوه بر این، بر اساس ضریب  $F$  محاسبه شده، تأثیر عامل عضویت گروهی (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر) هم بر نمرات باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد معنادار است ( $p < ۰/۰۰۱$ ). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود عامل عضویت گروهی یا نوع درمان دریافتی (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر) هم بر باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد تأثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد عضویت گروهی (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر) ۴۴ درصد از تفاوت در نمرات باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد را تبیین می‌کند. توان آماری ۱۰۰ درصدی هم، حاکی از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه جهت ارزیابی تأثیر نوع درمان بر باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد می‌باشد.

علاوه بر این، این نتایج بیان گر آن است که اثر متقابل نوع درمان (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر) و عامل زمان هم بر نمرات باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد معنادار است ( $p < 0.001$ ). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود نوع درمان دریافتی (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر) در مراحل مختلف ارزیابی هم بر باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد تأثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد اثر تعامل عضویت گروهی (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر) و زمان ۶۳ درصد از تفاوت در نمرات باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد را تبیین می‌کند. توان آماری ۱۰۰ درصدی هم، حاکی از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه جهت ارزیابی تأثیر تعامل گروه و زمان بر باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد می‌باشد. در مجموع، در ارزیابی فرضیه پژوهشی دوم می‌توان گفت این فرضیه پژوهشی تأیید می‌شود و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در مجموع بر باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد در مراحل مختلف مورد ارزیابی تأثیر داشته است. حال در ادامه در جدول ۷ مقایسه زوجی میانگین نمرات باورهای غیرمنطقی آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی ارائه می‌شود.

جدول ۷- بررسی تفاوت‌های دو به دو در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر باورهای غیرمنطقی

مراحل آزمون	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	مقدار معناداری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۶/۷۰	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۵/۹۱	۰/۰۰۰۱
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۶/۷۰	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	-۰/۷۸	۰/۰۶

همانگونه نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری مؤلفه باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد معنادار است. در حالی است که بین میانگین نمرات پس‌آزمون با پیگیری این مؤلفه تفاوت معنادار وجود ندارد. این بدان معناست که میانگین نمرات باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد که در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر معنادار شده بود، در مرحله پیگیری نیز این تغییر، ثبات خود را از دست نداده است. بنابراین درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در حالی که بر میانگین نمرات باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد در مرحله پس‌آزمون تأثیر معنادار داشته، توانسته تأثیر خود را در طول زمان نیز حفظ نماید.

حال در ادامه به بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر ابعاد باورهای غیرمنطقی (درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی) دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد پرداخته می‌شود. در ابتدا به بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها که از پیش‌فرض‌های اختصاصی تحلیل واریانس آمیخته است، پرداخته می‌شود.

## جدول ۸- جدول موجلی مبنی بر بررسی پیش فرض کرویت متغیرها

متغیرها	آزمون موجلی	مجذور تقریبی خی	درجه آزادی	مقدار معناداری
درماندگی در برابر تغییر	۰/۸۵	۳/۱۳	۲	۰/۲۱
توقع تأیید از دیگران	۰/۹۱	۲/۱۲	۲	۰/۳۹
اجتناب از مشکل	۰/۸۸	۲/۶۹	۲	۰/۳۲
بی‌مسئولیتی هیجانی	۰/۸۱	۴/۵۰	۲	۰/۱۰

نتایج آزمون موجلی نشان می‌دهد که پیش‌فرض کرویت که از پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس آمیخته است، در متغیرهای درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی برآورده شده است.

## جدول ۹- نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تأثیرات درون و بین‌گروهی تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر ابعاد باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد

توان آزمون	اندازه اثر	مقدار p	مقدار f	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات		
۱	۰/۳۳	۰/۰۰۰۱	۱۵/۳۷	۷۲/۵۷	۲	۱۴۵/۱۴	زمان	درماندگی در برابر تغییر
۰/۹۸	۰/۳۹	۰/۰۰۰۱	۱۴/۳۳	۲۱۴/۶۱	۱	۲۱۴/۶۱	عضویت گروهی	
۱	۰/۴۳	۰/۰۰۰۱	۲۴/۱۱	۱۱۳/۷۸	۲	۲۲۷/۵۷	تعامل زمان و گروه	
				۴/۷۱	۶۲	۲۹۲/۵۸	خطا	
۱	۰/۳۲	۰/۰۰۰۱	۱۴/۵۸	۳۴/۵۹	۲	۶۹/۱۸	زمان	توقع تأیید از دیگران
۰/۹۸	۰/۳۶	۰/۰۰۰۱	۱۱/۴۵	۲۳۴/۳۳	۱	۲۳۴/۳۳	عضویت گروهی	
۱	۰/۴۳	۰/۰۰۰۱	۲۳/۶۴	۵۶/۱۰	۲	۱۱۲/۲۱	تعامل زمان و گروه	
				۲/۳۷	۶۲	۱۴۷/۱۰	خطا	
۰/۸۲	۰/۱۴	۰/۰۰۷	۵/۳۶	۷/۳۱	۲	۱۴/۶۳	زمان	اجتناب از مشکل
۰/۹۷	۰/۳۵	۰/۰۰۱	۱۰/۱۴	۲۴۱/۲۸	۱	۲۴۱/۲۸	عضویت گروهی	
۱	۰/۳۸	۰/۰۰۰۱	۱۹/۶۶	۲۶/۸۳	۲	۵۲/۶۶	تعامل زمان و گروه	
				۱/۳۶	۶۲	۸۴/۶۱	خطا	
۰/۹۰	۰/۱۷	۰/۰۰۲	۶/۶۸	۱۵/۵۴	۲	۳۱/۰۸	زمان	بی‌مسئولیتی هیجانی
۰/۹۷	۰/۳۷	۰/۰۰۱	۱۲/۳۳	۳۳/۸۶	۱	۳۳/۸۶	عضویت گروهی	
۱	۰/۳۶	۰/۰۰۰۱	۱۷/۴۰	۴۰/۴۷	۲	۸۰/۹۴	تعامل زمان و گروه	
				۲/۳۲	۶۲	۱۴۴/۱۸	خطا	

نتایج آزمون واریانس آمیخته نشان می‌دهد بر اساس ضرایب F محاسبه شده، عامل زمان یا مرحله ارزیابی تأثیر معناداری بر نمرات درماندگی در برابر تغییر، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی

و طرد داشته است ( $P < 0/001$ ). اندازه اثر نشان می‌دهد عامل زمان به ترتیب ۳۳، ۳۲، ۱۴ و ۱۷ از تفاوت در واریانس‌های نمرات درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد را تبیین می‌کند. اندازه توان آماری هم حاکی از دقت آماری بالا و همچنین، کفایت حجم نمونه جهت ارزیابی این فرضیه پژوهشی می‌باشد.

علاوه بر این، بر اساس ضریب F محاسبه شده، تأثیر عامل عضویت گروهی (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر) هم بر نمرات درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد معنادار است ( $p < 0/001$ ). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود عامل عضویت گروهی یا نوع درمان دریافتی (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر) هم بر درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد تأثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد عضویت گروهی (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر) به ترتیب ۳۹، ۳۶، ۳۵ و ۳۷ درصد از تفاوت در نمرات درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی را تبیین می‌کند. توان آماری هم، حاکی از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه جهت ارزیابی تأثیر نوع درمان بر ابعاد باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد می‌باشد.

علاوه بر این، این نتایج بیان‌گر آن است که اثر متقابل نوع درمان (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر) و عامل زمان هم بر نمرات درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد معنادار است ( $p < 0/001$ ). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود نوع درمان دریافتی (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر) در مراحل مختلف ارزیابی هم بر درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد تأثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد اثر تعامل عضویت گروهی و زمان به ترتیب ۴۳، ۴۳، ۳۸ و ۳۶ درصد از تفاوت در نمرات درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی را تبیین می‌کند. توان آماری ۱۰۰ درصدی هم، حاکی از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه جهت ارزیابی تأثیر تعامل گروه و زمان بر ابعاد باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد می‌باشد. حال در ادامه در جدول ۱۰ با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرنی به مقایسه زوجی میانگین نمرات ابعاد باورهای غیرمنطقی آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی پرداخته می‌شود.

جدول ۱۰- مقایسه زوجی میانگین نمرات باورهای غیرمنطقی آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی

متغیرها	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
درماندگی در برابر تغییر	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۷۱	۰/۶۷	۰/۰۰۱
		پیگیری	۲/۳۹	۰/۶۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۲/۷۱	۰/۶۷	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۰/۳۱	۰/۱۴	۰/۱۰
توقع تأیید از دیگران	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۸۶	۰/۴۹	۰/۰۰۲
		پیگیری	۱/۶۶	۰/۳۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱/۸۶	۰/۴۹	۰/۰۰۲
		پیگیری	-۰/۲۰	۰/۱۸	۰/۸۵
اجتناب از مشکل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۸۸	۰/۳۸	۰/۰۳
		پیگیری	۰/۷۲	۰/۲۸	۰/۰۴
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۰/۸۸	۰/۳۸	۰/۰۳
		پیگیری	-۰/۱۶	۰/۱۵	۰/۵۸
بی‌مسئولیتی هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۲۳	۰/۵۰	۰/۰۳
		پیگیری	۱/۱۳	۰/۳۷	۰/۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱/۲۳	۰/۵۰	۰/۰۳
		پیگیری	-۰/۱۰	۰/۱۷	۰/۹۱

همانگونه نتایج جدول ۱۰ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر توانسته به شکل معناداری نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی را نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر نمایند. یافته دیگر این جدول نشان داد که بین میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته را می‌توان این چنین تبیین نمود که نمرات درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد که در مرحله پس‌آزمون دچار تغییر معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ نماید.

### نتیجه‌گیری و پیشنهادات

نتایج حاصل از این فرضیه نشان داد که عامل زمان یا مرحله ارزیابی تأثیر معناداری بر نمرات باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد داشته و ۴۷ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات باورهای غیرمنطقی

دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد را تبیین می‌کند. علاوه بر این، تأثیر عامل عضویت گروهی (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر) هم بر نمرات باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد معنادار بوده و ۴۴ درصد از تفاوت در نمرات این متغیر را تبیین می‌کند. همچنین نتایج بیان‌گر آن بود که اثر متقابل نوع درمان (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر) و عامل زمان هم بر نمرات باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد معنادار بوده و ۶۳ درصد از تفاوت در نمرات باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد را تبیین می‌کند. در نهایت نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در حالی که بر میانگین نمرات باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد در مرحله پس‌آزمون تأثیر معنادار داشته، توانسته تأثیر خود را در طول زمان نیز حفظ نماید. این نتایج در ابعاد باورهای غیرمنطقی (درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی) نیز تأیید شد.

یافته حاضر با نتایج پژوهش محمدی، نهنگ و حسینی (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر خودپنداشت و آشفتگی روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی؛ با گزارشات نرگسی، فتحی آشتیانی، داودی و اشرفی (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی-اجباری؛ با یافته کاسترو-کاماچو، دیاز و باربوسا (۲۰۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه گروهی بر کاهش اضطراب دانشجویان؛ و با گزارشات شور-زاوالا و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کاهش اختلال افسردگی همسو بود.

در تبیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد می‌توان گفت که درمان فراتشخیصی یکپارچه یک درمان متمرکز بر هیجان است، این درمان بر ماهیت انطباقی و کارکردی هیجان‌ها تأکید می‌کند و عمدتاً سعی در شناسایی و اصلاح کوشش‌های غیرانطباقی تجارب هیجانی، شناختی و رفتاری دارد (اورلناس مایا، ناردی و کاردوسو، ۲۰۱۵). در این فرایند مداخلات به صورت ترکیبی انجام می‌گیرد که منجر به پردازش مجدد تجارب هیجانی، شناختی و رفتاری می‌شود. با توجه به اینکه اضطراب، افسردگی و دشواری تنظیم هیجانی، به طور مشترک زیربنای هیجانی دارند، درمان فراتشخیصی یکپارچه رویکردی مناسب برای بهبود سطح هر کدام از این متغیرها می‌باشد. در درمان فراتشخیصی یکپارچه توجه ویژه‌ای به بالا بردن خودآگاهی هیجانی-شناختی و شناخت روابط بین هیجان، شناخت و رفتار شده است. در این درمان به مراجعان آموزش داده می‌شود تا هیجان‌های بنیادین خود را بشناسند و سپس هیجان‌های پرتکرار را ثبت کنند و چرخه تأثیر هیجان بر شناخت و رفتار را شناسایی کنند. آن‌ها می‌آموزند که شناخت‌های ناسالم‌شان را بشناسند و آنها را اصلاح کنند. این آگاهی منجر به شناخت بهتر سه عامل شناخت، رفتار و هیجان می‌گردد، در واقع این درمان تأثیر زیادی در اصلاح هیجان‌های خودآیند ناسالم و نشخوارهای فکری آنها دارد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). این روند سبب می‌شود تا دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد بتوانند نشخوارهای فکری آشفته‌ساز خود را کاهش داده و باورهای غیرمنطقی کمتری را تجربه کنند. علاوه بر این درمان فراتشخیصی یکپارچه به درمانجویان می‌آموزد که چگونه با هیجان‌ناخوشایند خود مواجه شوند و به شیوه‌ی سازگارانه‌تری به آنها پاسخ دهند. هدف درمان بروز تجربه‌ی هیجانی سازگارانه و بهبود کارکرد درمان‌جویان، به دنبال اصلاح عادت‌های واکنشی پیرامون نظم جویی هیجان است. با توجه به منطق پدیدآیی این روش درمانی، بهبودی و تغییرات معنی‌دار بالینی در شدت علائم اختلال هیجانی و کاهش باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد می‌تواند به واسطه آماج قرار گرفتن عوامل مشترکی



نظیر تنظیم هیجانی، افکار تکرار شونده و عاطفه منفی باشد که در واحدهای پروتکل روی آن‌ها تأکید شده است. این امر می‌تواند به دلیل آماج قرار گرفتن این عوامل مشترک یا فراتشخیصی به عنوان علائم کلیدی تمام اختلال‌های طیف هیجانی از طریق تجمیع مهارت‌ها و تکنیک‌های اثربخش در این پروتکل صورت گیرد. همچنین، مداخله فراتشخیصی به دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد کمک می‌کند تا بیاموزند چگونه با هیجان‌های نامناسب خود روبرو شوند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. این روش سعی دارد تا با تنظیم عادت‌های نظم بخشی هیجانی شدت و وقوع عادت‌های هیجانی را کاهش داده، میزان آسیب را کم و کارکرد را افزایش دهند. در رویکرد فراتشخیصی یکپارچه، افکار، رفتارها و احساس‌ها با هم تعامل پویایی دارند و هر یک از آن‌ها در تجربه هیجانی نقش دارند و در آن تأثیر می‌گذارند. علاوه بر این، جلسات درمانی به مراجعین می‌آموزد که تجارب هیجانی را چیزی انزجاری ندانسته و نیازی به کاهش دادن آن نمی‌بیند، بلکه آن‌ها را دارای ارزش انطباقی و کارکردی می‌داند و بر کاهش واکنش‌های عاطفی به این هیجان‌های منفی نه کاهش خود هیجان‌های منفی تأکید دارد. بنابراین، دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد بجای واکنش هیجانی به علائم اضطراب و افسردگی و دیگر آسیب‌های روان‌شناختی، آن را پذیرفته و از چالش بی نتیجه با نشانه‌های آن دست برمی‌دارند. چنین روندی سبب می‌شود تا آنان آرامش درونی و روانی بالاتری را کسب نموده و با افزایش قدرت روانی و تحمل پریشانی، باورهای غیرمنطقی کمتری را نیز از خود نشان دهند.

با توجه به نتایج تحلیل این پژوهش که نشان از اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد داشت، پیشنهاد می‌شود از درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در جهت کاهش باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد در کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی استفاده شود.

پیشنهاد می‌شود متولیان آموزشی و فرهنگی مرتبط با دانش‌آموزان همچون وزارت آموزش و پرورش و سازمان‌های وابسته به آن، منطبق با یافته‌های حاصل از این پژوهش، دوره‌های آموزشی و کارگاهی جهت آشنایی مشاوران مدارس با درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر برگزار نمایند تا مشاوران با بکارگیری این درمان گامی در جهت کاهش همجوشی شناختی دانش‌آموزان دختر طلاق با طرحواره ناسازگار بریدگی و طرد بردارند.

## منابع

۱. اسلامی، م.، حاج حسینی، م.، اژه‌ای، ج. (۱۳۹۶). امید در نگرش دانش‌آموزان تک‌والد: فرزندان طلاق. اندیشه‌های نوین تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء س. ۱۳(۲)، ۲۵-۵۱.
۲. آشنا، م.، بشارت، م.، ملیحی‌الذاکرینی، س.، رافضی، ز. (۱۴۰۰). اثربخشی گروه درمانی فراتشخیصی یکپارچه بر فراشناخت‌ها و فراهیجان‌های مثبت مادران کودکان مبتلا به سرطان. مجله علوم روانشناختی، ۲۰(۹۷)، ۲۲-۱۳.
۳. حسن‌پور، پ.، آقاییوسفی، ع.، ضمیر، م.، علی‌پور، ا. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و مواجهه‌سازی-بازداری پاسخ بر اجتناب تجربه‌ای و تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به وسواس فکری-عملی، روان‌شناسی بالینی، ۱۱(۳)، ۳۷-۲۵.
۴. خدادادی، ج.، کلای، ا. (۱۳۹۹). تدوین الگوی مفهومی رضایت از ازدواج در بستر خانواده سالم مبتنی بر بافت فرهنگی، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۱(۴۱)، ۶۰-۲۷.

۵. شفیعی‌آبادی، ع.، نصری، غ. (۱۳۸۹). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی، تهران، انتشارات مرکز نشر دانشگاهی.
۶. شیرانی، ش. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان فراشناخت با درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهزیستی روان‌شناختی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، اجتناب تجربه‌ای و تعارض کار-خانواده در کارکنان با فرسودگی شغلی شرکت آب و فاضلاب استان اصفهان، رساله دوره دکتری تخصصی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد.
۷. فیروزی، م.، بیرانوندی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم شناختی هیجان بیماران قلبی عروقی، مجله یافته، ۲۰(۲)، ۹۳-۱۰۲.
۸. قره داغی، ع. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه انگ با سازگاری شغلی در کارکنان مرد مرکز مکانیزه پستی تهران بزرگ، دانشگاه علامه طباطبائی (چاپ نشده)
۹. کامرانی، ز.، بهرامی، ف.، گودرزی، ک.، فرخی، ن. (۱۳۹۸). اثربخشی بسته آموزشی فراتشخیصی زوجی بر الگوهای ارتباطی و پیوند ایمن زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره خانواده، مجله علوم روانشناختی، ۱۸(۸۱)، ۱۰۵۷-۱۰۶۷.
۱۰. محمودی، م.، کشاورزی ارشدی، ف. (۱۳۹۸). مقایسه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های هویتی در دختران بزهکار خانواده‌های طلاق و عادی، همایش بین‌المللی روان‌شناسی بالینی: ارزیابی، تشخیص، درمان، تهران.
۱۱. محمودی، م.، کشاورزی ارشدی، ف. (۱۳۹۸). مقایسه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های هویتی در دختران بزهکار خانواده‌های طلاق و عادی، همایش بین‌المللی روان‌شناسی بالینی: ارزیابی، تشخیص، درمان، تهران.
۱۲. نرگسی، ف.، فتحی آشتیانی، ع.، داودی، ا.، اشرفی، ع. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی-اجباری در افراد دچار اختلال وسواسی اجباری، مجله دستاوردهای روانشناختی، ۲۸(۲)، ۲۶-۳۹.

13. Boisseau, C.L., Rasmussen, S.A. (2018). Unified protocol for the discontinuation of long-term serotonin reuptake inhibitors in obsessive compulsive disorder: Study protocol and methods, *Contemporary Clinical Trials*, 65: 157-163.
14. Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 37(4), 735-746.
15. Carlucci, L., Saggino, A., Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 87, 1019-1024.
16. Cassiello-Robbins, C., Rosenthal, M.Z., Ammirati, R.J. (2021). Delivering Transdiagnostic Treatment Over Telehealth During the COVID-19 Pandemic: Application of the Unified Protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(4), 555-572.
17. Castro-Camacho, L., Díaz, M.M., Barbosa, S. (2021). Effect of a group prevention program based on the unified protocol for college students in Colombia: A quasi-experimental study. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, In Press, Corrected Proof.
18. Eckhardt, S., Martell, C., Lowe, K.D., Grange, D., Ehrenreich-May, J. (2019). An ARFID case report combining family-based treatment with the unified protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders in children. *Journal of Eating Disorder*, 34, 154-165.

19. Gong, J., Chan, R.C.K. (2017). Early maladaptive schemas as mediators between childhood maltreatment and later psychological distress among Chinese college students. *Psychiatry Research*, 259, 493-500.
20. Grossman, R.A., Ehrenreich-May, J. (2020). Using the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders With Youth Exhibiting Anger and Irritability. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(2), 184-201.
21. Kennedy, S.M., Bilek, E.L., Ehrenreich-May, J. (2019). A Randomized Controlled Pilot Trial of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children. *Behavior Modification*, 43(3), 330-360.
22. Sakiris, N., Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, 101-107.
23. Sauer-Zavala, S., Bentley, K.H., Steele, S.J., Tirpak, J.W., Ametaj, A.A., Nauphal, M., Cardona, N., Wang, M., Farchione, T.J., Barlow, D.H. (2020). Treating depressive disorders with the Unified Protocol: A preliminary randomized evaluation. *Journal of Affective Disorders*, 264, 438-445.
24. Stapp, E.K. & Wilcox, H.C. (2020). Parental bipolar disorder, family environment, and offspring psychiatric disorders. A systematic review, 268, 69-81.
25. Steele, S.J., Farchione, T.D., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., Barlow, D.H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 211-216.
26. Stokkebekk, J. (2019). Keeping balance, Keeping distance” and Keeping on with life: Child positions in divorced families with prolonged conflicts. *Children and Youth Services Review*, 102, 108-119. Brewer, M.M. (2010). The Effects of Child Gender and Child Age at the Time of Parental Divorce on the Development of Adult Depression. Unpublished master's dissertation. United States, Minnesota: Department of Psychology, Walden University.
27. Weibe, S.A., Johnson, S.M. (2018). Creating relationships that foster resilience in emotionally focused therapy. *Current Opinion in psychology*, 13, 65-69.