

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 پیچاکلابی⁽⁵⁾، زینب عظیمی⁽⁵⁾

چکیده

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 بانگ (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

رابطه عاشقانه در حال ظهور بود. بنابراین به نظر 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 اولیه¹، سبک‌های دلبستگی² و الگوهای فرزندپروری³ را در تداوم، صمیمیت و رضایت از روابط عاشقانه و زناشویی مشخص کرده‌اند (7-16).

در ادبیات روانشناسی، دوران کودکی بسیار مهم است، تا جایی که 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 سلامت روانی فرد

عشق یکی از سازه‌های روان‌شناختی است که توصیف آن دشوار و از دیرباز مورد توجه شاعران و نویسندگان بوده است (1). نیاز به دوست داشتن 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

(1) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز. تبریز، بلوار 29 بهمن، دانشگاه تبریز، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. دورنگار: 0411-3356009 (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

تجربه‌های ذهنی زندگی و رشد هشیارانه و ناهشیارانه اوایل کودکی شکل می‌گیرد (25).

یانگ بر این باور است که طرحواره‌ها به دلیل ارضانشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود 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 به کار می‌گیرند. بنابراین چنین افرادی در گذار از مراحل زندگی (مثل روابط عاشقانه و ازدواج) با مشکلات بیشتری روبه‌رو می‌شوند (19). طرحواره‌هایی که در کنار آمدن با رویدادهای اوایل زندگی به کار 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/بدرفتاری⁷، محرومیت هیجانی⁸، استحقاق/بزرگ‌منشی⁹ و خودانضباطی و خودکنترلی ناکافی¹⁰ 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

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 فرزندان تعریف می‌کند. دو بعد پذیرش¹ و کنترل² از جمله ویژگی‌هایی هستند که بر رشد شخصیت و سلامت روان 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 مستبد³: 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 آسان‌گیر⁴: 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 اقتداری⁵: پدر و مادرهایی که این سبک را به کار می‌برند، توجه خوبی به فرزند خود نشان می‌دهند و میزان کنترل متوسطی را به کار می‌گیرند که به کودکان اجازه می‌دهد به‌طور فزاینده‌ای خودمختار شوند (21). در پژوهش‌های بعدی مکویی و مارتین سبک بی‌اعتنا⁶ 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 به سبب 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

- | | |
|---|--------------------------|
| 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 | |

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 پایان پذیرفتن 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 راه‌گشا است. 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، بنیادی¹ و از نظر گردآوری داده‌ها، علی-مقایسه‌ای² بود. جامعه آماری پژوهش حاضر دانشجویان دانشگاه تبریز با دامنه سنی 18-28 سال بودند که دست کم سه ماه از شکست عاطفی‌شان می‌گذشت، ولی نشانه‌های شکست در آن‌ها باقی مانده بود. به روش نمونه‌گیری هدف‌مند³ 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 علی-مقایسه‌ای بودن پژوهش، نیاز به نمونه خاص و مشکل در یافتن و رضایت گرفتن از آن‌ها برای شرکت در پژوهش، حجم نمونه دست کم برابر 30 نفر کافی است (30). نمونه‌گیری با پخش اطلاعاتی 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 بک⁴ (BDI-II) (31)، نسخه 28 گویه‌ای پرسش‌نامه سلامت عمومی⁵ (GHQ-28) (32) و پرسش‌نامه چندمحوری بالینی میلون⁶ (MCMIII) (33) اجرا شد. MCMIII تنها برای بررسی مشکلات شخصیتی اجرا شد. نقطه برش⁷ BDI-II و GHQ-28

به ترتیب 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 «سرمايه‌گذاري عاطفي گسترده دختران»، «گزينه‌هاي محدودتر فراروي دختران در مقايسه با پسران در انجام عشق»، «انطباق‌پذيري بيشتر زنان»، «انحصارطلبي زنان»، «بروز تغيير در الگوي وابستگي 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 «شناختن مسأله غیرتمندی مرد» برشمرده شده است (35 و 36). سپس نسخه کوتاه پرسش‌نامه طرحواره یانگ⁸ (YSQ-SF) (37) و پرسش‌نامه محیط خانوادگی-فرزندپروری شيفر⁹ (SFPE) (38) روی دو گروه اجرا شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: 1) مواجهه با شکست عشقی، 2) گذشت دست کم سه ماه از فروپاشی رابطه، 3) نداشتن سوءمصرف مواد، 4) نبود نشانه‌های روان‌پریشی و اختلال شخصیت، 5) دامنه سنی 18-28 سال و 6) نداشتن رابطه جنسی در روابط عاشقانه. برای گردآوری داده‌ها، ابزارهای زیر به کار 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/بی‌ثباتی¹⁰، 3- بی‌اعتمادی/بدرفتاری، 4- انزوای اجتماعی/بیگانگی¹¹، 5- نقص/شرم¹²، 6- شکست¹³، 7- وابستگی/بی‌کفایتی¹⁴، 8- آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری¹⁵،

- 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

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 جسمانی¹⁵، نشانه‌های اضطرابی¹⁶، کناره‌گیری اجتماعی¹⁷ و نشانه‌های افسردگی¹⁸. نقطه برش GHQ-28 24 است (34). گلدبرگ و ویلیامز (43) پایایی دو نیمه کردن¹⁹ کل پرسش‌نامه را 0/95 گزارش کردند. پایایی آزمون-بازآزمون، دونیمه کردن، آلفای کرونباخ، روایی هم‌زمان²⁰ با پرسش‌نامه بیمارستان میدلسکس²¹ (MHQ) و روایی سازه²² نسخه فارسی به ترتیب 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 (MCMIII) (33) بر پایه نظریه زیستی-روانی-اجتماعی تهیه و در سال 1990 تجدیدنظر شده است. MCMIII یک ابزار خودسنجی 175 گویه‌ای است که به صورت 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-IV²³ (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 MCMIII و MMPI را 0/75 به بالا گزارش کردند. در مورد نسخه فارسی، توان پیش‌بینی مثبت و منفی مقیاس‌ها 0/92-0/98 و 0/99-0/93 و توان تشخیصی کل مقیاس‌ها 0/83-0/58 گزارش شده است. ضریب آلفای MCMIII نیز 0/85-0/97 گزارش شده است (31).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-17²⁴ و با آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره²⁵ (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

9- خود تحول‌نیافته/گرفتاری¹، 10- مطیع‌سازی²، 11- ایثار³، 12- بازداری هیجانی⁴، 13- معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی⁵، 14- استحقاق/بزرگ‌منشی و 15- خودکنترلی و خودانضباطی ناکافی. این 15 طرحواره در پنج حوزه بریدگی و طرد⁶، خودگردانی و عملکرد مختل⁷، محدودیت‌های مختل⁸، دیگر جهت‌مندی⁹ و گوش به زنگی بیش از حد/بازداری¹⁰ قرار می‌گیرند. هر گویه روی پیوستار شش‌درجه‌ای (یک) = «به‌طور کامل در مورد من نادرست است» تا شش = «به‌طور کامل مرا توصیف می‌کند» پاسخ داده می‌شود. نمره بالا در یک خرده‌مقیاس نشان‌گر طرحواره ناسازگار است. آلفای کرونباخ¹¹ YSQ-SF برای کل آزمون 0/96 و برای خرده‌مقیاس‌ها بالاتر از 0/80 بود (39). آلفای کرونباخ نسخه فارسی YSQ-SF 0/62-0/90 (40) و ثبات درونی¹² 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 به ترتیب 0/74، 0/89، 0/85 گزارش و روایی عاملی¹³ گویه‌ها نیز تأیید شده است (42).

پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II) (31): یک مقیاس خود گزارشی 21 گویه‌ای 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 به ترتیب 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-بازآزمون¹⁴ یک‌هفته‌ای 0/93 به‌دست آمده است (31). هم‌چنین در پژوهش دیگری ضریب آلفا و پایایی آزمون-بازآزمون یک‌هفته‌ای به ترتیب 0/91 و 0/94 گزارش شد (4).

نسخه 28 گویه‌ای پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) (32) برای تفکیک افراد مبتلا به اختلال‌های روانی از جمعیت مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی عمومی ساخته شده است.

یافته‌ها

کارشناسی ارشد بود. میانگین (و انحراف معیار) سنی دو گروه با و بدون نشانگان بالینی به ترتیب 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.

30 و 70 درصد کل نمونه را به ترتیب 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 به ترتیب کاردانی، کارشناسی و

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

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

ابعاد و الگوهای شخصیتی

طرحواره‌های ناسازگار اولیه

ابعاد فرزندپروری

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 تحول‌نا یافته/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 |

بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری و خود تحول‌نا یافته/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.

آزمون لامبدای ویلکز¹ ($F=6/691$, $df=17$, $p\leq 0/001$) 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/

1- Wilk's Lambda

بیشتر مشکلات میان‌فردی از شیوه تصور افراد در مورد خود و دیگران ناشی می‌شوند. این شیوه تصور، طرحواره نامیده می‌شود (46). طرحواره‌های ناسازگار اولیه به دلیل تجارب منفی دوران کودکی ایجاد می‌شوند که بر شیوه تفکر، احساس و رفتار افراد در روابط صمیمانه بعدی و دیگر جنبه‌های زندگی تأثیر می‌گذارد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه برای بقای خود می‌جنگند. یانگ این موضوع را به تمایل بشر برای هماهنگی شناختی تغییر می‌کند. افراد به سمت وقایعی کشیده می‌شوند که با طرحواره‌هایشان هم‌خوانی دارد و به همین دلیل تغییر طرحواره‌ها سخت است. طرحواره‌ها به گونه‌ای متناقض و اجتناب‌ناپذیر، زندگی بزرگسالی را به شرایط ناگوار دوران کودکی می‌کشاند 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، به گونه‌ای عمل می‌کنند که طرحواره‌های آنها تأیید شود، حتی اگر برداشت اولیه آنها نادرست باشد. به‌باور یانگ بیشتر اوقات افراد جذب ارتباط با کسی می‌شوند که طرحواره مرکزی‌شان را فعال می‌کند، 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 می‌کند، ولی وی با طرحواره احساس راحتی می‌کند 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 این که طرحواره‌ها در مسیر زندگی تداوم می‌یابند، بر چگونگی رابطه فرد با خود و دیگران تأثیر می‌گذارند (48).

افراد 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 می‌کند. 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 خویش‌داری به اندازه کافی رشد نکرده است. آنها در دوران کودکی نیازی به پیروی از قوانینی نداشته‌اند که دیگران از آنها تبعیت می‌کردند. 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 تمایز یافتگی خود¹ (تمایز یافتگی خود بسیار شبیه طرحواره خود تحول‌نا یافته / گرفتار است) پایینی برخوردار بودند، افزون بر این که 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 می‌کنند 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 این که از درون جهت‌دهی شوند، از محیط بیرونی تأثیر می‌پذیرند و از خواسته‌های دیگران پیروی می‌کنند. افرادی که طرحواره‌هایشان در حوزه گوش‌به‌زنگی بیش از حد / بازداری قرار دارد، احساس‌ها و تکانه‌های خودانگیخته را واپس‌زنی می‌کنند. آنها بیشتر تلاش می‌کنند هماهنگ با قواعد انعطاف‌ناپذیر و درونی شده خود عمل کنند، حتی به قیمت از دست دادن خوشحالی، ابراز عقیده، آرامش خاطر، روابط صمیمی و یا سلامتی. دوران کودکی این افراد پر از خشونت، واپس‌زدگی و سخت‌گیری بوده و خویش‌داری 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

منابع

- Gao G. Intimacy, passion and commitment in Chinese and US American: A romantic relationships. *Int J Relations*. 2001; 25:329-42.
- Manteghi M. *Fervent love psychology*. Tehran: Besat Publication Institute; 2011. (Persian)
- Harvey JH, Miller ED. editors. *Loss and trauma: General and close relationship perspectives*. Philadelphia: Brunner/ Mazel; 2000.
- Dehghani M. The efficacy of short-term anxiety-regulating psychotherapy on love trauma syndrome [Dissertation]. [Tehran]: Tehran Psychiatric Institute; 2011. 130p. (Persian)
- 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)
- Feeney JA, Noller P. *Adult attachment*. New York: Sage; 1996.
- Chataf Y, Wishman MA. Partner schemas and relationship functioning: A states of mind analysis. *Behav Ther*. 2009; 40:50-6.
- McDermott N. Early maladaptive schemas, attachment, negative affect and relationship satisfaction. [Dissertation]. [New Jersey]: Rowan University; 2008. 74 p.
- Sumer N, Cozzarelli C. The impact of adult attachment on partner and self-attributions and relationship quality. *Personal Relationships*. 2004; 11:355-71.
- Dattilio FM. Restructuring schemata from family of origin in couple therapy. *J Cogn Psychotherapy: An International Quarterly*. 2006; 20(4):359-73.
- 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.
- 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.
- 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.

به طوری که بر این باورند که اگر نتوانند در تمام لحظه‌های زندگی خود هشیار و مراقب باشند، ممکن است زندگی شان 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 به طور 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، به عنوان افرادی قلمداد می‌شوند که دارای خانواده‌هایی با محبت کم هستند و افراد بدون نشانگان بالینی که نمره بالاتر در بعد گرمی داشتند، به عنوان 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 از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

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, Rijdsdijk 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 tance 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 Psychol*. 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.

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.