

# The Effectiveness of Schema Therapy on Alexithymia, Dysfunctional Communication Beliefs and Sexual Intimacy in Married Women with Persistent Depressive Disorder

Maleki Majd M<sup>1</sup>, Ameri F<sup>2</sup>, \* Peyvastegar M<sup>3</sup>, Farah Bijari A<sup>3</sup>

## Author Address

1. PhD student in Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran;  
2. Assistant Professor, Department Of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran;  
3. Associate Professor, Department Of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.  
\*Corresponding Author's Email: [mpavastegar@alzahra.ac.ir](mailto:mpavastegar@alzahra.ac.ir)

Received: 2023 May 9; Accepted: 2023 June 14

## Abstract

**Background & Objectives:** Depression is a persistent condition that shares many similarities with other psychological and medical issues. Persistent depressive disorder is characterized by a consistently low mood lasting for most of the day and occurring on most days for a period of two years. Among psychiatric disorders, major depressive disorder has a lifetime prevalence of about 17%, the highest lifetime prevalence. Persistent depressive disorder has a gender prevalence, with women experiencing symptoms 1.5 to 3 times more often than men. Married women are more likely to experience depression due to issues that arise in their married life compared to other individuals. Some common issues include sexual behavior disorders, difficulties with communication, emotional expression disorders, and alexithymia, the inability to identify and express emotions. Schema therapy is one of the most effective methods of psychotherapy available. Based on schema-based research, it seems that people with major depressive disorder have inconsistent schemas that lead to exacerbation of depression symptoms. This study aimed to investigate the effectiveness of schema therapy on alexithymia, dysfunctional communication beliefs and sexual intimacy in married women with persistent depressive disorder.

**Methods:** The study has a pretest-posttest and follow-up design, with both experimental and control groups. The study's statistical population included all married women suffering from persistent depressive disorder in Tehran in 2023, of which 40 eligible people were included in the study with a targeted sampling method. The inclusion criteria in this study included being between 20 and 50 years old, having the ability to reading and writing, and living together for 2 to 15 years. Exclusion criteria were not participating in more than two treatment sessions, unwillingness to continue participating in the research, and simultaneous use of psychiatric drugs during the study. The sample was randomly assigned into two schema therapy groups (20 people) and a control group (20 people). Schema therapy was implemented according to the protocol of Yang (2003) during 12 sessions for the experimental groups. The tools used in this research include the Toronto Alexithymia Questionnaire (Bagby, Parker Taylor, 1994), the Communication beliefs questionnaire by Romans and de Board (1995) and the sexual intimacy Scale Bagarozzi marital intimacy needs questionnaire (1997). The research data were analyzed with the help of variance analysis with repeated measurement considering the significance level of 0.05.

**Results:** The results of repeated measurements analysis of variance showed that the effect of schema therapy on all three variables of alexithymia ( $p=0.011$ ), dysfunctional communication beliefs ( $p=0.015$ ) and sexual intimacy ( $p=0.01$ ) is significant. Examining the average of the variables in the three stages of pre-test, post-test and, follow-up shows that schema therapy has reduced alexithymia and dysfunctional communication beliefs in the post-test and increased sexual intimacy in married women with persistent depressive disorder. Also, this research showed that the effects of schema therapy were stable over time in the three-month follow-up period.

**Conclusion:** The schema therapy approach in women suffering from persistent depression improved their marital relationship by identifying schemas, coping styles and mindsets. This approach improves individuals' ability to handle high-pressure situations, tackle challenges, and manage daily tasks. Schema therapy has effectively improved alexithymia, dysfunctional marital communication beliefs, and sexual intimacy in women with persistent depressive disorder. This approach can be considered a viable strategy in addressing women's issues, particularly in married women dealing with depressive disorder. This therapeutic method aims to enhance the quality of a couple's relationship by addressing and resolving their issues.

**Keywords:** Schema Therapy, Alexithymia, Dysfunctional Communication Beliefs, Sexual Intimacy, Persistent Depressive Disorder.

## بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر ناگویی هیجانی، باورهای ارتباطی ناکارآمد و صمیمیت جنسی در زنان متأهل مبتلا به اختلال افسردگی مداوم

مهسا ملکی مجد<sup>۱</sup>، فریده عامری<sup>۲</sup>، \*مهرانگیز پیوسته گر<sup>۳</sup>، اعظم فرح بیجاری<sup>۳</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، ایران؛

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران؛

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

\*رایانامه نویسنده مسئول: [mpavastegar@alzahra.ac.ir](mailto:mpavastegar@alzahra.ac.ir)

تاریخ دریافت: ۸ خرداد ۱۴۰۲؛ تاریخ پذیرش: ۲۴ خرداد ۱۴۰۲

### چکیده

**زمینه و هدف:** افسردگی می‌تواند میزان مشکلات اجتماعی، قانونی، روان‌شناختی و جسمانی بسیاری باشد. این اختلال در زنان متأهل علاوه بر خود فرد، رابطه زناشویی را نیز دچار مشکل می‌کند. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر ناگویی هیجانی، باورهای ارتباطی ناکارآمد و صمیمیت جنسی در زنان متأهل مبتلا به اختلال افسردگی مداوم بود.

**روش بررسی:** روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان متأهل مبتلا به اختلال افسردگی مداوم در شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. از میان این افراد ۴۰ نفر واجد شرایط و داوطلب، با روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. افراد نمونه به شکل تصادفی به دو گروه آزمایش طرحواره‌درمانی (۲۰ نفر) و گروه گواه (۲۰ نفر) گمارده شدند. طرحواره‌درمانی بر طبق پروتکل یانگ (۲۰۰۳) طی دوازده جلسه برای گروه‌های آزمایش اجرا شد. ابزارهای استفاده‌شده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه ناگویی هیجانی تورنتو (بگی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴): پرسش‌نامه باورهای ارتباطی توسط رومنس و دی بورد (۱۹۹۵) و مقیاس صمیمیت جنسی پرسش‌نامه نیازهای صمیمیت زناشویی باگاروزی (۱۹۹۷) بود. داده‌های پژوهش به کمک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اثر طرحواره‌درمانی بر هر سه متغیر ناگویی هیجانی ( $p=0/011$ )، باورهای ارتباطی ناکارآمد ( $p=0/015$ ) و صمیمیت جنسی ( $p=0/010$ ) معنادار است.

**نتیجه‌گیری:** طرحواره‌درمانی بر بهبود ناگویی هیجانی، باورهای ارتباطی ناکارآمد زناشویی و صمیمیت جنسی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی مداوم مؤثر بود؛ بنابراین می‌توان از این رویکرد درمانی به‌عنوان راهبردی مؤثر در کار با مشکلات زنان به‌ویژه زنان متأهل مبتلا به اختلال افسردگی استفاده کرد. این رویکرد درمانی با بهبود مشکلات یک زوج به بهبود رابطه زناشویی آن‌ها کمک می‌کند.

**کلیدواژه‌ها:** طرحواره‌درمانی، ناگویی هیجانی، باورهای ارتباطی ناکارآمد، صمیمیت جنسی، اختلال افسردگی مداوم.

افسردگی بیماری مزمنی است که بیشترین همایندی را با سایر مشکلات روان‌شناختی و بسیاری از مشکلات پزشکی دارد (۱). اختلال افسردگی مداوم<sup>۱</sup> به دلیل تأثیرات مخربی که بر روی سلامت کلی افراد دارد، اخیراً حجم زیادی از تحقیقات را به خود اختصاص داده است (۲). تمرکز این تحقیقات بر فقدان درمان درست و به موقع این اختلال به عنوان یکی از علت‌های اصلی ناتوانی در سراسر جهان می‌باشد (۳). ویژگی اصلی این اختلال خلق افسرده<sup>۲</sup> در اکثر ساعات روز و در اکثر روزها به مدت دو سال است. در بین اختلالات روان‌پزشکی اختلال افسردگی اساسی شیوع طول عمر حدود ۱۷ درصد داشته که بالاترین شیوع طول عمرست (۴). انواع خفیف‌تر افسردگی مانند اختلال افسردگی مداوم از اختلال افسردگی اساسی بسیار رایج‌ترند (۵).

در این میان گروه‌هایی از افراد هستند که بیشتر درگیر خلق افسرده می‌شوند. زنان ۵/۱ تا ۳ برابر بیشتر از مردان علائم اختلال افسردگی مداوم را تجربه می‌کنند؛ بنابراین در نسبت جنسیتی، در این اختلال باید زنان را بیشتر مورد توجه قرار داد (۳). مشکلات همراه با افسردگی در زنان متأهل به دلیل زمینه‌های ایجاد مشکلات زندگی زناشویی بیشتر از سایر افراد است (۶). از جمله این مشکلات: اختلال در رفتار جنسی و صمیمیت جنسی<sup>۳</sup> کم (۷)، باورهای ارتباطی ناکارآمد<sup>۴</sup> (۸)، اختلال در ابراز هیجان و ناگویی هیجانی<sup>۵</sup> (۹) هستند.

زنانی که متأهل اند به دلیل شرایط زندگی ممکن است ابعاد مختلف زندگی آن‌ها از جمله ارتباط عاطفی و جنسی با همسرشان مختل شود، صمیمیت عاطفی و جنسی آن‌ها ضربه خورده و به تبع آن دچار تعارضات زناشویی شوند (۴). افسردگی باعث تغییر رفتار فرد با اطرافیان شده به گونه‌ای که باورهای ارتباطی ناکارآمد او تقویت گردیده و منجر به انزوا و گوشه‌گیری او می‌شود (۱۰). همچنین نشان داده شده افرادی که به صورت مزمن درگیر علائم اختلال افسردگی می‌شوند دچار ناگویی هیجانی شده و قابلیت تشخیص هیجان‌ها را از دست می‌دهند (۱۱).

ناگویی هیجانی یا آلکسی‌تایمیا به ناتوانی در پردازش شناختی<sup>۶</sup> اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها گفته می‌شود. ناگویی هیجانی شامل ناتوانی در شناخت احساسات و توصیف احساسات برای دیگران و جهت‌گیری فکری بیرونی است (۱۲). بر طبق پژوهشی در زمینه تفاوت جنسیت در آلکسی‌تایمیا، جنسیت در شدت ناگویی هیجانی تأثیر دارد به گونه‌ای که زنان به دلیل بنیادهای هیجانی قوی‌تر در صورتی که درگیر ناگویی هیجانی شوند علائم این اختلال را شدیدتر تجربه می‌کنند (۱۳).

باورهای ناکارآمد و تحریف‌های شناختی<sup>۷</sup> در ادبیات نابهنجاری مطرح هستند. همان‌گونه که تفکر و باورهای کارآمد باعث ایجاد

الگوهای فکری و طرحواره‌های کارآمد می‌شوند، به همان نسبت تحریف‌های شناختی و باورهای ناکارآمد می‌توانند زمینه‌ساز بروز مشکلات رفتاری یا روانی شوند (۱۴). بر طبق دیدگاه الیس<sup>۸</sup> حوادث خود باعث ایجاد مشکلات عاطفی و هیجانی نمی‌شوند بلکه برداشت و اعتقاد افراد از حوادث و اتفاقات است که می‌تواند در افراد موجب ناخوشایندی و مشکلات عاطفی شود (به نقل از ۱۵). علاوه بر این باورهای ناکارآمد عمومی در رابطه زناشویی، باورهای ارتباطی ناکارآمد هر یک از زوجین می‌تواند به ارتباط زناشویی آسیب بزند که از جمله این باورهای ارتباطی ناکارآمد: عدم توافق تخریب‌گر، ذهن‌خوانی، اعتقاد به تغییرناپذیری همسر، کمال‌گرایی جنسی و اعتقاد به تفاوت‌های بنیادی زن و مرد است (۱۶).

صمیمیت فرآیندی است که در آن افراد به یکدیگر نزدیک می‌شوند و شباهت‌ها و تفاوت‌هایشان در افکار، رفتار و احساسات را کشف می‌کنند (۱۷). موضوعات مهمی که در تعریف صمیمیت هستند شامل: خودافشایی، رابطه جنسی، تشابه، پذیرش، نزدیکی هیجانی - بدنی و عقلی، استقلال و تطابق هستند. صمیمیت جنسی نیاز به درمیان‌گذاشتن و بیان آرزوها و افکار، احساسات و هوس‌هایی است که ماهیت جسمی و جنسی دارد (۱۸). افسردگی با کاهش تمایلات و فعالیت جنسی زن و شوهرها منجر به کاهش صمیمیت جنسی آن‌ها می‌شود؛ با در نظر گرفتن ویژگی‌های رفتار و تمایلات جنسی زنانه این موضوع به ویژه در زنان مشهودتر است (۱۹).

اگرچه از درمان‌های رایج اختلال افسردگی مداوم دارودرمانی است، پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که باید روش‌های درمانی بهتری جایگزین روش‌های سنتی شود منوط به اینکه درمان‌های جدید، سودمند و کم‌هزینه و نیز فاقد عوارض جانبی روش‌های قبلی باشد (۲۰). در میان شیوه‌های مختلف روان‌درمانی، طرحواره‌درمانی<sup>۹</sup> یکی از شیوه‌های درمانی بسیار مؤثر است. یانگ فرد مستعد افسردگی را فردی می‌داند که ساختارهای طرحواره‌ای مربوط به افسردگی مثل طرحواره‌های منفی‌گرایی، بازداری هیجانی، تنبیه و ... در وی رشد کرده باشد (به نقل از ۲۱). بر مبنای پژوهش‌های مبتنی بر طرحواره به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مداوم، طرحواره‌های ناسازگاری داشته باشند که منجر به تشدید نشانه‌های افسردگی می‌شود. طرحواره‌ها موجب سوگیری در تفسیر افراد از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان‌فردی به صورت نگرش‌های تحریف‌شده، سوءتفاهم، گمانه‌زنی‌های نادرست و چشم‌داشت‌های غیرواقع‌بینانه مشخص می‌شوند (۲۲). با توجه به مؤثر بودن طرحواره در خلق و خوی وابسته به افسردگی به نظر می‌رسد طرحواره‌درمانی می‌تواند با تغییر الگوهای ناکارآمد در بیماران مبتلا به افسردگی علائم و نشانه‌های افسردگی را کاهش دهد (۲۳). همچنین با توجه به اینکه ارتباطات بین فردی افراد بر اساس الگوهای بین فردی شکل می‌گیرند به نظر می‌رسد طرحواره‌درمانی یک همسر

<sup>6</sup> Cognitive Processing

<sup>7</sup> Cognitive Distortions

<sup>8</sup> Ellis

<sup>9</sup> Schema Therapy

<sup>1</sup> Persistent Depressive Disorder

<sup>2</sup> Depressed Mood

<sup>3</sup> Sexual Intimacy

<sup>4</sup> Dysfunctional Communication Beliefs

<sup>5</sup> Alexithymia

می‌تواند در بهبود ارتباط بین فردی همسران مؤثر باشد (۲۴).

در مقایسه طرحواره‌درمانی با درمان رفتاری شناختی<sup>۱</sup> و درمان حمایتی فردی<sup>۲</sup> برای اختلال افسردگی در بیماران بستری و غیر بستری، طرحواره‌درمانی اثربخشی بیشتری در کاهش نشانه‌های افسردگی داشته است (۲۵). در مقایسه روان‌درمانی تحلیلی<sup>۳</sup> کوتاه‌مدت و طرحواره‌درمانی بر علائم اختلال شخصیت و افسردگی، طرحواره‌درمانی تأثیر پایدارتری در کاهش نشانه‌های افسردگی و اختلالات شخصیت داشته است (۲۶). همچنین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر ناگویی هیجانی زوجین دارای تعارض و نگرش‌های ناکارآمد نسبت به همسر (۲۷) و ابعاد صمیمیت زناشویی زوجین در آستانه طلاق (۲۸) بررسی و تأیید شده است. طرحواره‌درمانی از جمله درمان‌های رایج و بسیار مؤثر برای اختلالات وابسته به خلق می‌باشد. با توجه به اینکه این روش اثربخشی مناسبی بر روی بهبود نشانه‌های افسردگی داشته و در مقایسه با چندی از درمان‌های دیگر عملکرد درمانی بهتری ارائه داده است؛ همچنین همانطور که در مرور پیشینه به آن پرداخته شد مؤلفه‌های انتخاب‌شده در پژوهش حاضر عواملی است که با پایداری و ناپایداری رابطه زناشویی و رضایت زناشویی ارتباط زیادی دارد و از جمله مشکلات جانبی زنان متأهل مبتلا به اختلال افسردگی مداوم محسوب می‌شود که می‌تواند بر روند درمان آن‌ها تأثیرگذار باشد، بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر ناگویی هیجانی، باورهای ارتباطی ناکارآمد و صمیمیت جنسی زنان متأهل مبتلا به اختلال افسردگی مداوم بود.

## ۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر به صورت نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری (سه ماهه) با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان متأهل مبتلا به اختلال افسردگی مداوم در شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند که از میان آن‌ها ۴۰ نفر واجد شرایط و داوطلب با روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. افراد نمونه به شکل تصادفی به دو گروه آزمایش طرحواره‌درمانی (۲۰ نفر) و گروه گواه (۲۰ نفر) گمارده شدند. تعداد نمونه با در نظر گرفتن ریسک خطای نوع یک در سطح ۵ درصد، توان آزمون ۰/۸، اندازه اثر ۰/۳ و دو بار اندازه‌گیری براساس نرم‌افزار GPower تعداد ۳۴ نفر برآورد گردید که به منظور پوشش ریزش احتمالی نمونه، تعداد ۴۰ نفر در نظر گرفته شد. طرحواره‌درمانی بر طبق پروتکل یانگ (۲۰۰۳) طی ۱۲ جلسه برای گروه‌های آزمایش اجرا شد.

معیار ورود در این مطالعه شامل: دارا بودن سن ۲۰ تا ۵۰ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، سابقه زندگی مشترک بین ۲ تا ۱۵ سال بود. معیارهای خروج نیز غیبت بیش از دو جلسه درمان، عدم تمایل برای ادامه مشارکت در پژوهش و مصرف همزمان داروهای روان‌پزشکی در حین پژوهش بود. از جمله ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته‌شده برای این پژوهش، رضایت آگاهانه برای مشارکت در

پژوهش، آگاهی از هدف پژوهش، آزادی ترک پژوهش و آموزش مدیریت استرس به گروه گواه در پایان دوره بود. داده‌های پژوهش به کمک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

– پرسش‌نامه ناگویی هیجانی تورنتو<sup>۴</sup>: این پرسش‌نامه توسط بگی، پارکر و تیلور<sup>۵</sup> در سال ۱۹۹۴ ساخته شد. این پرسش‌نامه آزمونی بیست سؤالی است و سه زیرمؤلفه دشواری در توصیف احساسات (شامل ۵ سؤال) دشواری در شناسایی احساسات (شامل ۷ سؤال) و تفکر عینی (شامل ۸ سؤال) را در اندازه‌های لیکرت پنج نمره‌ای از نمره ۱ (کاملاً مخالفم) تا نمره ۵ (کاملاً موافقم) ارزیابی می‌کند. نمره کامل نیز از مجموع امتیازهای سه زیرمقیاس برای آلکسی‌تایمی کلی محاسبه می‌شود. دامنه نمره این پرسش‌نامه می‌تواند از ۲۰ تا ۱۰۰ باشد؛ پایایی این پرسش‌نامه در مقیاس اصلی ۰/۸۳ گزارش شده که نشان‌دهنده پایایی مطلوبی است. به منظور بررسی روایی در نسخه اصلی از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد و  $CFI=0/94$ ،  $GFI=0/94$ ،  $RMSEA=0/051$ ، به دست آمد که نشان‌دهنده روایی مطلوب مقیاس در ارزیابی ناگویی هیجانی می‌باشد (۲۹). در نسخه فارسی پرسش‌نامه ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ که توسط بشارت هنجاریایی شد آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کلی و زیرمقیاس‌های آن شامل مشکل در شناسایی احساسات، مشکل در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ ارزیابی شد که نشان از همسانی درونی مناسب برای این پرسش‌نامه است. پایایی بازآزمایی پرسش‌نامه ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در دو نوبت با فاصله چهار هفته از  $I=0/80$  تا  $I=0/87$  برای ناگویی هیجانی کل و زیرمقیاس‌های مختلف آن محاسبه شد (۳۰).

– پرسش‌نامه باورهای ارتباطی ناکارآمد<sup>۶</sup>: پرسش‌نامه باورهای ارتباطی توسط رومنس و دی بورد در سال ۱۹۹۵ به منظور سنجش باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد در روابط زناشویی و پی‌بردن به روابط زوج‌ها طراحی و تدوین شده است. این پرسش‌نامه دارای ۵۸ سؤال و هفت مؤلفه شامل: کامل بودن همه چیز در روابط زناشویی، وابستگی متقابل، انحصارطلبی در روابط، فداکردن خود برای دیگری، منطقی بودن و پذیرش متقابل، خواندن افکار یکدیگر، آگاهی از افکار و احساسات و نیازهای گذشته همسر می‌باشد و بر اساس طیف لیکرت از کاملاً موافقم (۴ نمره) تا کاملاً مخالفم (صفر نمره) به سنجش باورهای ارتباطی می‌پردازد. در نسخه اصلی پایایی مقیاس اصلی ۰/۸۴ و زیرمقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۳ گزارش گردیده است؛ همچنین روایی آن در همبستگی با پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی جونز ۰/۶۸ به دست آمده است (۳۱). پایایی نسخه فارسی آن توسط ازخوش و عسگری از طریق همسانی درونی و بازآزمایی با فاصله یک‌ماه به ترتیب برابر با ۰/۹۵ و ۰/۹۳ به دست آمد. همچنین روایی همگرای نسخه فارسی در همبستگی با پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی جونز ۰/۵۲ به دست آمد که معنادار بود (۳۲).

<sup>4</sup> Toronto Alexithymia Questionnaire

<sup>5</sup> Bagby, Parker & Taylor

<sup>6</sup> Dysfunctional Communication Beliefs Questionnaire

<sup>1</sup> Cognitive Behavioral Therapy

<sup>2</sup> Individual Support Therapy

<sup>3</sup> Analytical Psychotherapy

صمیمیت عاطفی ۰/۸۸، صمیمیت روان‌شناختی ۰/۸۲، صمیمیت عقلانی ۰/۷۳، صمیمیت جنسی ۰/۷۶، صمیمیت جسمانی ۰/۷۲، صمیمیت معنوی ۰/۸۵، صمیمیت زیبایی شناختی ۰/۸۶، صمیمیت اجتماعی و تفریحی ۰/۷۶ و صمیمیت زمانی ۰/۵۰ به دست آمد (۳۴).

ساختار و محتوای جلسات درمانی: طرحواره‌درمانی براساس دستورالعمل و روش‌های طرحواره‌درمانی (اقتباس از یانگ، ۲۰۰۳) طی دوازده جلسه به صورت جلسات هفتگی ۴۵ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. یانگ به منظور بررسی روایی این دستورالعمل آن را در اختیار پنجاه‌وهشت نفر از درمانگران و متخصصان با رویکرد شناختی- رفتاری و طرحواره‌درمانی قرار داد تا درباره محتوای آن نظر دهند. پس از تأیید روایی آن بر اساس نظر پژوهشگران این دستورالعمل، ابتدا در اختلال شخصیت مرزی و سپس در سایر اختلالات بالینی و مشکلات بین فردی از جمله اختلال افسردگی بررسی و تأیید شد. خلاصه ساختار جلسات درمانی در جدول ۱ آمده است (۳۵).

داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ و سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

جدول ۱. جلسات طرحواره‌درمانی

جلسات	محتوای هر جلسه
اول	دستور جلسه: آشنایی اعضا با یکدیگر، آغاز اتحاد درمانی، معرفی و آموزش تئوری طرحواره درمانی و متغیرها. هدف و محتوای جلسه: مروری بر ساختار جلسات، قوانین و اهمیت انجام آن و طرح نمودن مشکلات و مسائل افراد و ارائه اطلاعات به اعضا درباره صمیمیت جنسی، خودفراری، ناگویی هیجانی، اضطراب و افسردگی و بیان منطق طرحواره‌درمانی و اخذ بازخورد و تمرین داستان رفتن به بستنی فروشی. تکلیف: انجام مراقبه‌های ارسالی.
دوم	دستور جلسه: مرور تکالیف، صحبت‌کردن از امنیت، بررسی کوتاه ذهنیت‌ها. هدف و محتوای جلسه: استفاده از حباب امن و شبیه‌سازی محیط امن، بررسی ذهنیت‌ها، شبیه‌سازی مکان امن شخصی و شبیه‌سازی والد خوب. تکلیف: پیشنهاد برای مرتبط شدن با مکان امن شخصی در طول هفته آینده.
سوم	دستور جلسه: مرور تکالیف براساس شناسایی ذهنیت‌ها، مرحله مقدماتی فعالیت‌های شناختی هدف و محتوای جلسه: بازنگری مختصر مباحث آموزشی، بررسی فعالیت‌های شناختی به منظور تغییر طرحواره‌ها و بیان مزایا و معایب ذهنیت‌ها، فعالیت‌های تجربی مثل کار بر روی کودک خشمگین و غیره (هدف از مرور تکالیف خانگی: برانگیزاننده بودن واکنش‌های اعضا و بروز ذهنیت‌ها است). تکلیف: شروع بازسازی با نوشتن خاطره‌ها.
چهارم	دستور جلسه: مرور تکالیف، آموزش در زمینه ارتباط بین طرحواره‌ها، ایجاد انگیزه برای درمان، ارتباط طرحواره‌ها با خستگی مزمن، شناسایی مشکل فعلی بیمار، آموزش فرایندهای شناختی، شناسایی موقعیت‌های دردناک. هدف و محتوای جلسه: تعریف نیازها، تعریف ذهنیت‌ها، شیوه حباب امن گروهی، شیوه حباب امن خارج از گروه، شیوه حباب شماره ۲. تکلیف: انجام شیوه‌های معرفی شده و انتخاب یکی از آن‌ها و انجام آن در طول هفته.
پنجم	دستور جلسه: شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرحواره، ارتباط طرحواره با کودک درون، عوامل مؤثر در اکتساب طرحواره، بیان مثال از طرحواره‌های ناسازگار. هدف و محتوای جلسه: بازسازی تصویرسازی ذهنی و نقش ذهنیت‌ها، مراقبه صرفاً گوش دادن، مراقبه دست‌ها، مراقبه کف پاها، مراقبه وقفه توجه آگاهی، مراقبه نقاط لمس. تکلیف: انجام مراقبه‌ها و پر کردن کاربرگ ذهنیت‌های رایج به طور کلی (احساسات، افکار و موقعیت).
ششم	دستور جلسه: شناخت برانگیزاننده‌های طرحواره‌ها، کمک به بیمار برای تجربه تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی، هیجانات مرتبط با طرحواره و سایر افراد دارای نقش در ایجاد طرحواره‌ها.

<sup>1</sup> Marital Intimacy Needs Questionnaire

	<p>هدف و محتوای جلسه: بررسی کاربرگ‌های پر شده و پاسخ‌گویی به سؤالات اعضای گروه‌درمانی، پاسخ به سؤالات اعضا درخصوص مراقبه‌های انجام‌شده، مراقبه تنفس مشفقانه، مراقبه اسکن مشفقانه بدن، پر کردن کاربرگ با کلمات منفی و مثبت (من .... دنیا ... آدم‌ها ...). تکلیف: انجام مراقبه‌ها و پرکردن کاربرگ‌ها.</p>
هفتم	<p>دستور جلسه: آشنایی با سبک مقابله‌ای، بررسی انواع سبک مقابله‌ای اعضا، بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای، بیان مثال درباره سبک‌های مقابله‌ای، اجرای تصویرسازی ذهنی مکان امن.</p> <p>هدف و محتوای جلسه: پرداختن به ذهنیت‌ها و طرحواره‌ها، امتیاز دادن به افکار، کاربرگ شواهد ردکننده و تأییدکننده ذهنیت‌ها و طرحواره‌ها، کاربرگ فعال کردن ذهنیت بزرگسال سالم، اجرای استعاره سناریو، درک بهتر بزرگسال سالم.</p> <p>تکلیف: انجام مراقبه‌های تنفس مشفقانه و اسکن مشفقانه بدن، تمرکز بر کاربرگ‌های فعال‌کردن ذهنیت بزرگسال سالم، تمرکز بر شواهد ردکننده و تأییدکننده ذهنیت‌ها و طرحواره‌ها.</p>
هشتم	<p>دستور جلسه: ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای، آموزش روش‌های مؤثر در توانایی کنترل تهیه کارت‌های آموزشی، هیجان‌ها و تکانه‌های خود.</p> <p>هدف و محتوای جلسه: بررسی کاربرگ‌ها، تقویت کودک درون با هدف شناخت و تجربه احساسات و همدلی و خلوت با خود، کاربرگ فعال کردن کودک شاد.</p> <p>تکلیف: وقت گذاشتن برای خود با چیزهایی که باعث فعال شدن کودک شاد می‌شود (خرید، دیدن فیلم مورد علاقه، ورزش یا هر چیزی که زمانی آرزو داشتیم برای خودمان انجام دهیم).</p>
نهم	<p>دستور جلسه: الگوشکنی رفتاری، بررسی شواهد عینی از طرحواره‌ها، معرفی فرم ثبت طرحواره و تکمیل آن، بررسی برخی از طرحواره‌ها.</p> <p>هدف و محتوای جلسه: شیوه توجه به رفتار خودمان با دیگران، چیدمان لایه‌ها و مرزها و حریم شخصی، شیوه تجربی نوشتن نامه به کسی که طرحواره ایجاد کرده (نحوه نوشتن نامه).</p> <p>تکلیف: جلسه خصوصی با تک تک اعضا توسط درمانگر و اجرای الگوشکنی رفتاری برای آن‌ها.</p>
دهم	<p>دستور جلسه: به کاربردن شیوه گفتگوی خیالی، توانمندسازی اعضا برای دیدن طرحواره‌ها، گفتگوی خیالی با طرحواره‌ها، فاصله گرفتن از طرحواره‌ها با آگاهی از حضور آن‌ها.</p> <p>هدف و محتوای جلسه: بررسی نامه تک تک افراد به کسانی که برایشان طرحواره ایجاد کردند، الگوبرداری از اعضای که بزرگسال سالم را در خود شناسایی و تقویت کرده‌اند، یادگیری چارچوب درست نوشتن نامه مشفقانه و شناسایی و تقویت بزرگسال سالم.</p> <p>تکلیف: تمرکز بر مدیریت ذهنیت و تمرکز بر تغییر رفتار با پر کردن کاربرگ‌های ارائه‌شده.</p>
یازدهم	<p>دستور جلسه: تمرین افزایش آگاهی از ذهنیت، توجه به فعالیت‌های تجربی، مرور فعالیت‌های الگوشکنی رفتاری.</p> <p>هدف و محتوای جلسه: ورود گروه در تصویرسازی ذهنی به نقش کودک آسیب‌پذیر و نقش آفرینی درمانگر به عنوان والد؛ تمرین آرام‌سازی و گوش کردن به موسیقی برای ایفای نقش ذهنیت در زمان حال.</p> <p>تکلیف: افزایش آگاهی از ذهنیت‌ها و واکنش‌های برآمده از سبک‌های مقابله‌ای</p>
دوازدهم	<p>دستور جلسه: مرور تکالیف، بررسی فرایندهای شناختی و فعالیت‌هایی با هدف تثبیت فعالیت تجربی.</p> <p>هدف و محتوای جلسه: تصویر مکان امن شخصی بیمار و مرتبط‌ساختن کودک آسیب‌پذیر با بزرگسال، سلام درمانگر و اعضای گروه (به این صورت که ما مجموعه قدرتمندی از بزرگسالان سالم با هدف حمایت از کودک آسیب‌پذیر هستیم)، تحویل فهرستی از آموخته‌ها در درمان و پیشگیری از عود.</p>

### ۳ یافته‌ها

داشته و در پیگیری تغییر چندانی نداشته است. میانگین ناگویی هیجانی و باورهای ارتباطی ناکارآمد در گروه گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تغییر چندانی نداشته است. میانگین صمیمیت جنسی در گروه آزمایش از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش داشته و در پیگیری تغییر چندانی نداشته است. گروه گواه در این متغیر در سه مرحله تغییر چندانی نداشته است. به‌منظور بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از اجرای این آزمون پیش‌فرض‌های آن بررسی گردید. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای هیچ‌کدام از داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش معنادار نبود (ناگویی هیجانی  $p=0/19$ ، باورهای ارتباطی ناکارآمد  $p=0/16$ ، صمیمیت جنسی  $p=0/23$ ). بر این اساس می‌توان گفت که شرط نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است. به‌منظور بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهش از آزمون لوین استفاده گردید. براساس نتایج آزمون لوین، واریانس متغیرهای پژوهش همگن بودند (ناگویی

در گروه طرحواره‌درمانی با دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال میانگین سنی  $33/5$  و انحراف معیار  $5/16$  سال بود. در این گروه  $12/1$  درصد دارای سطح تحصیلات زیر دیپلم،  $32/2$  درصد دیپلم و کاردانی،  $38/3$  درصد کارشناسی و  $17/4$  درصد کارشناسی‌ارشد و بالاتر بودند. همچنین در این گروه میانگین مدت ازدواج  $11/6$  سال و انحراف معیار  $3/52$  بود. در گروه گواه با دامنه سنی ۲۱ تا ۵۰ سال میانگین سنی  $35/4$  و انحراف معیار  $6/12$  سال بود. در این گروه  $17/6$  درصد دارای سطح تحصیلات زیردیپلم،  $24/3$  درصد دیپلم و کاردانی،  $36/7$  درصد کارشناسی و  $21/4$  درصد کارشناسی‌ارشد و بالاتر بودند. میانگین مدت ازدواج در گروه گواه  $9/8$  سال و انحراف معیار  $2/4$  بود. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آورده شده است.

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین ناگویی هیجانی و باورهای ارتباطی ناکارآمد در گروه آزمایش از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش

هیجانی  $p=0/09$ ، باورهای ارتباطی ناکارآمد  $p=0/12$ ، صمیمیت جنسی  $(p=0/11)$ ؛ بنابراین، پیش فرض مربوط به همگنی واریانس متغیرهای پژوهش رعایت شده است. به منظور بررسی پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس از آزمون M باکس استفاده شد که نتایج آزمون M باکس برای نمرات مربوط به هر سه متغیر ناگویی هیجانی، باورهای ارتباطی ناکارآمد و صمیمیت جنسی معنادار نبود  $(p>0/05)$ ؛ بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس تأیید شد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه گواه
		میانگین	انحراف معیار	
ناگویی هیجانی	پیش‌آزمون	۴۲/۳۵	۵/۵۳	۷/۳۵
	پس‌آزمون	۳۶/۱۴	۴/۳۴	۵/۶۵
	پیگیری	۳۸/۲۹	۵/۹۴	۶/۴۱
باورهای ارتباطی ناکارآمد	پیش‌آزمون	۱۸۷/۳۲	۱۱/۳۲	۱۳/۴۵
	پس‌آزمون	۱۳۵/۱۸	۱۰/۵۲	۹/۵۴
	پیگیری	۱۳۸/۳۷	۱۲/۶۵	۱۰/۸۷
صمیمیت جنسی	پیش‌آزمون	۱۶/۳۴	۳/۴۱	۳/۶۸
	پس‌آزمون	۲۵/۸۷	۴/۴۵	۳/۴۲
	پیگیری	۲۴/۳۶	۴/۶۴	۴/۴۷

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون برای متغیر پژوهش

متغیر	منبع اثر	F	P	اندازه اثر
ناگویی هیجانی	زمان	۳۱/۲۵۴	<0/001	0/۲۵۴
	زمان*گروه	۱۲/۴۷۷	<0/001	0/۲۱۳
	گروه	۸/۴۱	0/011	0/۱۲۹
باورهای ارتباطی ناکارآمد	زمان	۱۷/۷۸۸	<0/001	0/۲۱۴
	زمان*گروه	۹/۸۴۷	<0/001	0/۲۱۴
	گروه	۵/۱۲	0/015	0/۱۹۸
صمیمیت جنسی	زمان	۲۸/۱۱۹	<0/001	0/۳۲۱
	زمان*گروه	۱۴/۷۸۱	<0/001	0/۱۴۸
	گروه	۷/۸۹	0/010	0/۲۰۳

در جدول ۳ نتایج آزمون اثرات درون‌آزمودنی چندمتغیری برای مقایسه ناگویی هیجانی، باورهای ارتباطی ناکارآمد و صمیمیت جنسی در گروه‌های طرحواره‌درمانی و گواه، نشان داده شده است. با توجه به نتایج ارائه‌شده در جدول ۲، اثر زمان در هر سه متغیر  $(p<0/001)$  و اثر گروه در هر سه متغیر ناگویی هیجانی  $(p=0/011)$ ، باورهای ارتباطی ناکارآمد  $(p=0/015)$  و صمیمیت جنسی  $(p=0/01)$  معنادار است. این موضوع نشان می‌دهد که در متغیرهای مذکور بین گروه مداخله و گروه گواه میانگین سه مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با همدیگر تفاوت معناداری داشته‌اند. به منظور بررسی دقیق‌تر تفاوت بین مراحل سه‌گانه به منظور مقایسه اثربخشی مداخله از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است.

در جدول ۴ مقایسه‌های زوجی جهت بررسی تفاوت بین نمرات ناگویی هیجانی در طی مراحل درمان، برای هر یک از گروه‌های گواه و طرحواره‌درمانی آورده شده است. براساس نتایج به‌دست‌آمده در متغیر ناگویی هیجانی در گروه طرحواره‌درمانی تفاوت بین میانگین نمرات

مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود  $(p<0/001)$ . با مقایسه میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده می‌شود برای گروه طرحواره‌درمانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به‌طور معناداری کاهش یافته است  $(p<0/001)$  که این کاهش نشان‌دهنده اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش ناگویی هیجانی گروه نمونه است. تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات مرحله پیگیری در گروه مداخله معنادار نبود که نشان‌دهنده ثبات اثرات درمان با گذشت زمان می‌باشد. در متغیر باورهای ارتباطی ناکارآمد در گروه طرحواره‌درمانی تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود  $(p<0/001)$ . با مقایسه میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده می‌شود برای گروه طرحواره‌درمانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون به‌طور معناداری کاهش یافته است  $(p<0/001)$  که این کاهش نشان‌دهنده اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش باورهای ارتباطی ناکارآمد گروه نمونه است. تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات مرحله پیگیری در گروه مداخله معنادار نبود که نشان‌دهنده

پیش‌آزمون به‌طور معناداری افزایش یافته است ( $p < 0/001$ ) که این افزایش نشان‌دهنده اثربخشی طرحواره‌درمانی بر افزایش صمیمیت جنسی گروه نمونه می‌باشد. تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات مرحله پیگیری در گروه مداخله معنادار نبود که نشان‌دهنده ثبات اثرات درمان با گذشت زمان است.

جدول ۴. آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه میانگین متغیرها در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	گروه	مرحله (i)	مرحله (j)	اختلاف میانگین	خطای معیار	P
ناگویی هیجانی	گواه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱/۵۱۴	۰/۲۸۴	۰/۵۷۸
		پس‌آزمون	پیگیری	-۱/۱۴۵	۰/۵۸۹	۰/۶۲۹
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۴۵	۰/۲۴۷	۱
	گروه طرحواره‌درمانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۰/۶۸۲	۱/۴۱۲	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۸/۳۱۴	۰/۴۷۸	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۶۸	۰/۶۳۵	۰/۱۱۹
باورهای ارتباطی ناکارآمد	گواه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۲۵۸	۰/۴۵۶	۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۲۱	۰/۴۷۸	۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۲۵	۰/۲۵۴	۰/۳۱۰
	گروه طرحواره‌درمانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۶/۴۱۲	۰/۴۶۹	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۷/۷۸۵	۰/۵۴۸	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۲۵	۰/۳۲۸	۰/۱۲۸
صمیمیت جنسی	گواه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۲۱۴	۰/۹۱۲	۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۲۵	۰/۵۱۴	۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۵۸	۰/۳۲۵	۰/۱۴۵
	گروه طرحواره‌درمانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۹/۵۱۴	۰/۴۶۲	<۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۷/۴۱۲	۰/۶۲۸	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۱۵	۰/۵۸۱	۰/۰۹۱

#### ۴ بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر ناگویی هیجانی، باورهای ارتباطی ناکارآمد و صمیمیت جنسی زنان متأهل مبتلا به اختلال افسردگی مداوم بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌درمانی بر بهبود ناگویی هیجانی، باورهای ارتباطی ناکارآمد و صمیمیت جنسی زنان متأهل مبتلا به اختلال افسردگی مداوم مؤثر بود. در تبیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر ناگویی هیجانی نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های اجاقلو و همکاران (۳۶) است که در زمینه زوجین دارای تعارضات شدید تأیید شد. همچنین پژوهش کاف-بک و همکاران (۲۵) که نشان داد طرحواره‌درمانی می‌تواند موجب کاهش نشانه‌های افسردگی از جمله ناگویی هیجانی شود.

در تبیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر مؤلفه‌های ناگویی هیجانی می‌توان بیان کرد که طرحواره‌درمانی به زنان کمک می‌کند تا درباره آنچه در دنیای درونی آن‌ها در جریان است و همچنین درباره آنچه تجربه می‌کنند شامل احساسات جسمی، احساسات متنوع، افکار، عقاید و ارزش‌ها اظهار نظر کنند (۱۳). وقتی فرد درباره خاستگاه الگوهای ناکارآمد خود آگاهی پیدا می‌کند، زندگی و رابطه برای او معنای تازه‌ای می‌یابد و فرد می‌تواند تعاملات منفی و الگوهای شخصیتی نامناسب خود را کنار بگذارد و به ذهنیت سالم روی آورد؛

همچنین برای رهایی از تله‌های زندگی راهی پیدا کند و نیازهای عاطفی اصلی خود را برآورده سازد. به طور کلی در رویکرد طرحواره‌درمانی با به چالش کشیدن طرحواره‌های ناسازگار و پاسخ‌های ناکارآمد و جایگزینی آن‌ها با افکار و پاسخ‌های مناسب و سالم‌تر می‌توان به افراد کمک کرد (۳۷). طرحواره‌درمانی با بهبود برخی مؤلفه‌های اساسی و مخرب چون عواطف و افکار منفی به‌طور کلی باعث بهبود ناگویی هیجانی و در نتیجه سلامت روانی در بیماران با افسردگی مداوم می‌شود (۳۵). از سوی دیگر شیوه‌های تجربی طرحواره‌درمانی مثل تصویرسازی ذهنی، گفتگوی خیالی و نامه نوشتن برای والدین به‌صورت مستقیم بر روی ابراز هیجانات و شناخت هیجانات مراجع کار می‌کند. شیوه‌های تجربی فرد را با هیجانات ناخوشایند خود در تماس قرار داده، آن‌ها را می‌شناسد و می‌تواند آن‌ها را نام‌گذاری و ابراز کند؛ بنابراین شیوه‌های تجربی طرحواره‌درمانی روش مؤثری برای بهبود ناگویی هیجانی محسوب می‌شود.

نتایج این پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی منجر به کاهش معنادار باورهای ارتباطی ناکارآمد شده است. این نتایج همسو با یافته‌های شیرری و همکاران (۲۷) با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر نگرش‌های ناکارآمد به انتخاب همسر و پژوهش کول و همکاران (۲۶) با موضوع اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد افراد مبتلا به اختلالات شخصیت است. افراد دارای باورهای ارتباطی ناکارآمد قوی در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار،

آشفتگی‌ها، صمیمیت جنسی ارتقا می‌یابد (۱۷). همچنین برطبق مدل نظری طرحواره‌درمانی از جمله نیازهای بنیادین افراد نیاز به صمیمیت و دل‌بستگی ایمن است؛ در صورتی‌که در دوران رشد این نیاز به اندازه کافی ارضا نشود باعث می‌گردد که فرد در بزرگسالی با فاصله‌گیری از افراد نزدیک خود، چرخه عدم ارضای نیاز دوره کودکی خود را تکرار کند و مجدداً نتواند هیچ نوع صمیمیتی از جمله صمیمیت جنسی با شریک عاطفی خود داشته باشد. در جلسات این روش، طرحواره‌درمانگر سعی می‌کند با اجرای نقش والدین با صورت حد و مرزدار، تجربیاتی در دنیای روانی کودکی، که در آن فرد نیازش برآورده نشده را تصویرسازی ذهنی نماید و تا حد امکان نیاز به صمیمیت او را برآورده کند؛ همچنین به خود مراجع نیز آموزش داده می‌شود که این نیاز را برای خود برآورده کند. در نتیجه الگوی ارتباطی او اصلاح می‌شود و می‌تواند با شریک عاطفی خود دل‌بستگی ایمن و صمیمیت جنسی را تجربه نماید.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بود. از جمله اینکه از شیوه نمونه‌گیری دردسترس استفاده شد. داده‌های پژوهش حاضر با پرسش‌نامه‌های خودسنجی جمع‌آوری گردید که ممکن است پاسخ آزمودنی‌ها در آن دارای سوگیری باشد. به دلیل شرکت زنان مبتلا به اختلال افسردگی مداوم در جلسات مداخله، باید ضمن در نظر داشتن تفاوت‌های فرهنگی، تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد.

## ۵ نتیجه‌گیری

طرحواره‌درمانی بر بهبود ناگویی هیجانی، باورهای ارتباطی ناکارآمد زناشویی و صمیمیت جنسی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی مداوم مؤثر بود؛ بنابراین می‌توان از این رویکرد درمانی به‌عنوان راهبردی مؤثر در کار با مشکلات زنان به‌ویژه زنان متأهل مبتلا به اختلال افسردگی استفاده کرد. این رویکرد درمانی با بهبود مشکلات یک زوج، به بهبود رابطه زناشویی کمک می‌کند.

## ۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش که با وجود مشکلات ناشی از افسردگی، رضایت به همکاری در پژوهش دادند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

## ۷ بیانیه‌ها

### تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول است. تمامی افراد به شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام‌خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. همچنین روش پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه الزهرا به تصویب رسید.

### دردسترس بودن مواد و داده‌ها

داده‌های جمع‌آوری شده در پژوهش حاضر به هیچ سازمانی تحویل داده نمی‌شود؛ اما به شکل خام در اختیار محقق است تا مراکز مربوط

ممکن است بتوانند شرایط را بهتر مدیریت کنند به‌همین دلیل این باورهای ارتباطی ناکارآمد پایدار می‌مانند و در شرایط عادی نیز فرد را درگیر خود می‌کند (۱۴). طرحواره‌درمانی با شیوه‌های شناختی، تجربی و رفتاری به بهبود باورهای ارتباطی ناکارآمد زنان دارای نشانگان افسردگی مداوم کمک می‌کند. در شیوه‌های شناختی به دلیل اینکه پژوهش حاضر بلندمدت و متمرکز بر طرحواره‌ها نبود مهمترین شیوه شناختی، کار بر روی سبک‌های مقابله‌ای بوده است. بررسی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای شیوه‌ای شناختی است که به بهبود باورهای ارتباطی ناکارآمد کمک می‌کند. برای مثال فرد با سبک مقابله‌ای جبران افراطی در برخورد با مشکلات زندگی خود دارد که منجر به کاهش باورهای ارتباطی کارآمد می‌شود؛ این فرد سعی در تلافی کردن مشکلات در برخورد با همسر خود دارد (برای مثال در زندگی زناشویی). طرحواره‌درمانی به فرد می‌آموزد که چگونه این سبک مقابله‌ای منجر به کاهش باورهای ارتباطی کارآمد او شده است. همچنین طرحواره‌درمانی با استفاده از شیوه‌های تجربی با تخلیه هیجانات ناخوشایند فرد، منجر به افزایش ظرفیت روانی او شده و باورهای ارتباطی کارآمد را افزایش می‌دهد (۲۷). از سوی دیگر برطبق مدل نظری طرحواره‌درمانی، بسیاری از باورهای ارتباطی ناکارآمد حاصل از ارتباط ناکارآمد با والدین و عدم ارضای نیازهای بنیادین می‌باشد که این موضوع منجر به بازآفرینی چرخه ارتباطی ناکارآمد در بزرگسالی با افراد دیگری می‌شود که فرد با آن‌ها رابطه عاطفی دارد. در جلسات طرحواره‌درمانی درمانگر با بازوالدینی حدودمرزدار سعی می‌کند تا مدل ارتباطی کارآمدتری برای مراجع ایجاد کند و به او آموزش دهد به‌گونه‌ای رفتار نماید که نیازهای بنیادین او پاسخ دریافت کنند. در نتیجه پس از جلسات طرحواره‌درمانی با اصلاح باورهای ارتباطی ناکارآمد، فرد الگوی ارتباطی ناکارآمد خود را تکرار نمی‌نماید.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی منجر به بهبود معنادار صمیمیت جنسی زنان مبتلا به اختلال افسردگی مداوم شده است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های عسگری و گودرزی (۲۸) در زمینه اثربخشی طرحواره‌درمانی بر صمیمیت زناشویی زوجین در آستانه طلاق و پژوهش رنو و همکاران (۲۴) در زمینه تأثیر طرحواره‌درمانی تک زوجی بر بهبود رابطه جنسی با همسر، همسو می‌باشد.

رویکرد طرحواره‌درمانی با شناسایی طرحواره‌ها، سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌ها به زنان مبتلا به افسردگی مداوم کمک کرد تا با حرکت در جهت بزرگسال سالم و کودک شاد، صمیمیت جنسی‌شان بهبود یابد و توانایی اتخاذ راهبرد و حل مسئله در موقعیت‌های استرس‌زا و مدیریت فعالیت‌های روزانه در آن‌ها افزایش پیدا کند. این روش با تمرین‌های تجربی، شناختی و رفتاری به زنان مبتلا به اختلال افسردگی مداوم کمک می‌نماید تا توانایی مدیریت خود و محیط در شرایط دشوار را افزایش دهند؛ پریشانی و آشفتگی هیجانی و فکری در موقعیت‌های سخت را بهبود دهند و استرس‌شان کاهش یابد. یکی از شکایت‌های اصلی زنان مبتلا به افسردگی در کاهش تمایلات جنسی، آشفتگی شرایط زندگی است با بهبود توانایی مدیریت

رسمی (مثل دانشگاه) بتوانند برای صحت سنجی در صورت لزوم از آن استفاده کنند. همه نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و در اختیار آن‌ها گذاشته شده است.

تضاد منافع  
نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچگونه تضاد منافی وجود ندارد.

#### منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا

## References

- Schramm E, Klein DN, Elsaesser M, Furukawa TA, Domschke K. Review of dysthymia and persistent depressive disorder: history, correlates, and clinical implications. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(9):801–12. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30099-7](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30099-7)
- Carta MG, Paribello P, Nardi AE, Preti A. Current pharmacotherapeutic approaches for dysthymic disorder and persistent depressive disorder. *Expert Opin Pharmacother*. 2019;20(14):1743–54. <https://doi.org/10.1080/14656566.2019.1637419>
- Klein DN. Persistent depressive disorder: commentary on Parker and Malhi. *Can J Psychiatry*. 2020;65(1):16–8. <https://doi.org/10.1177/0706743719860823>
- Hung CI, Liu CY, Yang CH. Persistent depressive disorder has long-term negative impacts on depression, anxiety, and somatic symptoms at 10-year follow-up among patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2019;243:255–61. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.068>
- Emmelkamp J, Kooistra L, Van Oppen P, Van Schaik D, Hoogendoorn A, Dekker J, et al. Long-term outcome of treatment for persistent depressive disorder: a naturalistic follow-up study. *Psychother Psychosom*. 2020;89(1):54–5. <https://doi.org/10.1159/000503115>
- Saha S, Lim CC, Degenhardt L, Cannon DL, Bremner M, Prentis F, et al. Comorbidity between mood and substance-related disorders: a systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2022;56(7):757–70. <https://doi.org/10.1177/00048674211054740>
- Trombetta T, Rollè L. Intimate partner violence perpetration among sexual minority people and associated factors: a systematic review of quantitative studies. *Sex Res Social Policy*. 2022;1–50. <https://doi.org/10.1007/s13178-022-00761-4>
- Kim J, Jung YH, Baek KD, Hong YJ, Jeong HS, Kim JJ. Management of aggression in young male adults using the virtual reality-based communication modification program. *Applied Sciences*. 2022;12(5):2424. <https://doi.org/10.3390/app12052424>
- Ospina LH, Shanahan M, Perez-Rodriguez MM, Chan CC, Clari R, Burdick KE. Alexithymia predicts poorer social and everyday functioning in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatry Res*. 2019;273:218–26. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.033>
- Machmutow K, Meister R, Jansen A, Kriston L, Watzke B, Härter MC, et al. Comparative effectiveness of continuation and maintenance treatments for persistent depressive disorder in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;5(5):CD012855. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012855.pub2>
- Khademi M, Hajiahmadi M, Faramarzi M. The role of long-term psychodynamic psychotherapy in improving attachment patterns, defense styles, and alexithymia in patients with depressive/anxiety disorders. *Trends Psychiatry Psychother*. 2019;41(1):43–50. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0144>
- Hesse C, Floyd K. Affection mediates the impact of alexithymia on relationships. *Personality and Individual Differences*. 2011;50(4):451–6. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.11.004>
- Hashemi T, Khalilzad Behrouzian S, Mashinchi Abbasi N. Gender, comparison of alexithymia and theory of mind in university students. *Social Cognition*. 2013;1(2):6–13. [Persian] [https://sc.journals.pnu.ac.ir/article\\_320\\_752b781cc9da0f58a1020cb12e9614a2.pdf](https://sc.journals.pnu.ac.ir/article_320_752b781cc9da0f58a1020cb12e9614a2.pdf)
- Arnáez S, García-Soriano G, López-Santiago J, Belloch A. Dysfunctional beliefs as mediators between illness-related intrusive thoughts and health anxiety symptoms. *Behav Cogn Psychother*. 2020;48(3):315–26. <https://doi.org/10.1017/s1352465819000535>
- Fonseca A, Monteiro F, Canavarro MC. Dysfunctional beliefs towards motherhood and postpartum depressive and anxiety symptoms: Uncovering the role of experiential avoidance. *J Clin Psychol*. 2018;74(12):2134–44. <https://doi.org/10.1002/jclp.22649>
- Kurdek LA, Kennedy C. Differences between couples who end their marriage by fault or no-fault legal procedures. *J Fam Psychol*. 2001;15(2):241–53.
- Yoo H, Bartle-Haring S, Day RD, Gangamma R. Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *J Sex Marital Ther*. 2014;40(4):275–93. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2012.751072>
- Loaring JM, Larkin M, Shaw R, Flowers P. Renegotiating sexual intimacy in the context of altered embodiment: the experiences of women with breast cancer and their male partners following mastectomy and reconstruction. *Health Psychol*. 2015;34(4):426–36. <https://doi.org/10.1037/hea0000195>
- Salehi Moghaddam F, TorkZahrani S, Moslemi A, Azin SA, Ozgoli G, Joulaee Rad N. Effectiveness of sexual skills training program on promoting sexual intimacy and satisfaction in women in Tehran (Iran): a randomized clinical trial study. *Urol J*. 2020;17(3):281–8. [Persian] <https://doi.org/10.22037/uj.v0i0.4690>
- Muscattello MRA, Zoccali RA, Pandolfo G, Mangano P, Lorusso S, Cedro C, et al. Duloxetine in psychiatric disorders: expansions beyond major depression and generalized anxiety disorder. *Front Psychiatry*. 2019;10:772. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00772>

21. Carter JD, McIntosh VV, Jordan J, Porter RJ, Douglas K, Frampton CM, et al. Patient predictors of response to cognitive behaviour therapy and schema therapy for depression. *Aust N Z J Psychiatry*. 2018;52(9):887–97. <https://doi.org/10.1177/0004867417750756>
22. Jalali F, Hasani A, Hashemi SF, Kimiaei SA, Babaei A. Cognitive group therapy based on schema-focused approach for reducing depression in prisoners living with HIV. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2019;63(2):276–88. <https://doi.org/10.1177/0306624x18784185>
23. Douglas KM, Gallagher P, Robinson LJ, Carter JD, McIntosh VV, Frampton CM, et al. Prevalence of cognitive impairment in major depression and bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2018;20(3):260–74. <https://doi.org/10.1111/bdi.12602>
24. Renner F, Arntz A, Peeters FPML, Lobbestael J, Huibers MJH. Schema therapy for chronic depression: results of a multiple single case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2016;51:66–73. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.12.001>
25. Kopf-Beck J, Zimmermann P, Egli S, Rein M, Kappelmann N, Fietz J, et al. Schema therapy versus cognitive behavioral therapy versus individual supportive therapy for depression in an inpatient and day clinic setting: study protocol of the OPTIMA-RCT. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):506. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02880-x>
26. Kool M, Van HL, Bartak A, de Maat SCM, Arntz A, van den Eshof JW, et al. Optimizing psychotherapy dosage for comorbid depression and personality disorders (PsyDos): a pragmatic randomized factorial trial using schema therapy and short-term psychodynamic psychotherapy. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):252. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1829-1>
27. Shiri T, Golmohammadian M, Hojatkhah SM. Effectiveness of schema therapy on dysfunctional attitudes mate selection in female students. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2016;7(27):171–88. [Persian] <https://doi.org/10.22054/qccpc.2016.6737>
28. Asgari A, Goodarzi K. Effectiveness of emotional schema therapy on marital intimacy among couples on the brink of divorce. *Community Health*. 2019;6(2):174–85. [Persian] <https://doi.org/10.22037/ch.v6i2.23281>
29. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto alexithymia scale–I. item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*. 1994;38(1):23–32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
30. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto alexithymia scale with a sample of Iranian students. *Psychol Rep*. 2007;101(1):209–20. <https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.209-220>
31. Romans JS, DeBord J. Development of the relationship beliefs questionnaire. *Psychol Rep*. 1995;76(3 Pt 2):1248–50. <https://doi.org/10.2466/pr0.1995.76.3c.1248>
32. Azkhosh M, Asgari A. Measuring irrational beliefs about marital relationships: standardization of relationship beliefs questionnaire (RBQ). 2007;4(14):137–53. [Persian] [https://jip.stb.iau.ir/article\\_512381\\_6e85afd3d35191022ad4f9336f6579a4.pdf](https://jip.stb.iau.ir/article_512381_6e85afd3d35191022ad4f9336f6579a4.pdf)
33. Bagarozzi DA. Marital intimacy needs questionnaire: preliminary report. *The American Journal of Family Therapy*. 1997;25(3):285–90. <https://doi.org/10.1080/01926189708251073>
34. Maskayekh M, Askarian M. Standardization of psychometric characteristics of marital intimacy questionnaire and its relationship with positive thinking in married women in Tehran city. *Studies in Psychology and Educational Sciences*. 2017;3(3/1):11–24. [Persian] <http://irijournals.ir/journals/06-Psychology/v3-i3-1-autumn96/paper2.pdf>
35. Martin R, Young J. Schema therapy. In: *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. 3<sup>rd</sup> ed. New York, NY, US: Guilford Press; 2010. pp: 317–46.
36. Ojaghloo S, Ghodrati S, Tahaei SS. The effectiveness of schema therapy on feelings of loneliness and emotional distress of conflicting couples. *New Approach in Educational Sciences*. 2022;4(3):109–22. [Persian] [https://journal.iocv.ir/article\\_150007\\_b4e372f62d6b185c5538cb29aea9ba27.pdf](https://journal.iocv.ir/article_150007_b4e372f62d6b185c5538cb29aea9ba27.pdf)
37. Arntz A, Rijkeboer M, Chan E, Fassbinder E, Karaosmanoglu A, Lee CW, et al. Towards a reformulated theory underlying schema therapy: position paper of an international workgroup. *Cogn Ther Res*. 2021;45(6):1007–20. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10209-5>