

The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Academic Anxiety and Psychological Well-Being among Students

1. Mandana Babajanpour¹: Department of Psychology, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran
2. Mehdi Arabkalmeri^{2*}: Department of Psychology, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran

*Corresponding Author's Email: Mehdi.arab.k@gmail.com

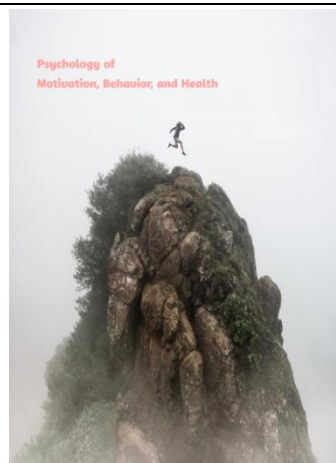
Received: 2026-02-02

Revised: 2026-05-22

Accepted: 2026-05-28

Initial Publish: 2026-05-29

Final Publish: 2026-12-22



Abstract

Introduction and Aim: Academic anxiety and reduced psychological well-being are among the most significant mental health challenges affecting high school students and can negatively influence their academic performance and quality of life. The present study aimed to investigate the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in reducing academic anxiety and improving psychological well-being among students.

Methodology: This study employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest control group. The statistical population consisted of female high school students in Babol, Iran. A sample of 30 students was selected purposively and randomly assigned into experimental and control groups (15 participants in each group). The experimental group received eight 60-minute sessions of MBCT, while the control group received no intervention. Data collection instruments included Sarason's Test Anxiety Questionnaire and Ryff's Psychological Well-Being Scale. Data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA) in SPSS-24 software.

Findings: The results of ANCOVA indicated that MBCT significantly reduced students' academic anxiety ($p < 0.001$, effect size=0.42). In addition, the interaction effect of time and group on academic anxiety was statistically significant ($p < 0.001$, effect size=0.61). Regarding psychological well-being, the findings demonstrated that MBCT significantly improved psychological well-being ($p < 0.001$, effect size=0.41), and the interaction effect of time and group was also significant for this variable ($p < 0.001$, effect size=0.52). The high statistical power for both variables confirmed the adequacy of the sample size and the robustness of the findings.

Conclusion: The findings suggest that Mindfulness-Based Cognitive Therapy is an effective intervention for reducing academic anxiety and enhancing psychological well-being among students. Therefore, integrating mindfulness-based interventions into school counseling services and educational settings may contribute substantially to promoting students' mental health and psychological functioning.

Keywords: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Academic Anxiety, Psychological Well-Being, Students, Mental Health

How to Cite: Babajanpour, M., & Arabkalmeri, M. (2026). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Academic Anxiety and Psychological Well-Being among Students. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 4(5), 1-16.



Copyright: © 2026 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Family is considered the primary emotional and social unit in human life, and the quality of marital relationships plays a crucial role in psychological well-being, emotional stability, and social functioning. Marital conflicts are among the most common problems affecting couples and can gradually undermine intimacy, emotional security, marital satisfaction, and sexual functioning. Couples experiencing persistent conflicts often encounter communication difficulties, emotional dysregulation, dissatisfaction in interpersonal interactions, and weakened emotional bonds (Elahi et al., 2022; Makhanova et al., 2018). Research has demonstrated that unresolved marital conflicts are associated with reduced psychological well-being, poor communication patterns, emotional instability, and decreased marital adjustment (Akbarzadeh & Zahrakar, 2022). In many cases, these conflicts are not limited to situational disagreements but are deeply connected to maladaptive cognitive-emotional patterns formed throughout development. Early maladaptive schemas represent pervasive and dysfunctional patterns that emerge during childhood and continue to influence interpersonal relationships in adulthood (Young et al., 2003). These schemas shape individuals' perceptions of themselves, others, and emotional experiences and become especially activated in close and intimate relationships such as marriage (Kover et al., 2024). Individuals with maladaptive schemas may interpret ordinary marital interactions as rejection, abandonment, criticism, or emotional deprivation, thereby intensifying emotional reactions and relational dissatisfaction (Jannathari, 2015).

Among the important variables associated with marital conflicts is sexual self-efficacy, which refers to individuals' beliefs regarding their competence and effectiveness in sexual relationships. Sexual self-efficacy is strongly associated with emotional intimacy, communication quality, sexual satisfaction, and marital adjustment. Couples with low sexual self-efficacy often experience anxiety, avoidance, emotional withdrawal, reduced intimacy, and dissatisfaction within their marital relationships (Oyewo, 2012). Previous studies have shown that communication quality and marital satisfaction are closely related to sexual satisfaction and self-efficacy (Litzinger & Kristina, 2005). Furthermore, sexual self-efficacy is influenced by personal autonomy, emotional security, self-esteem, and interpersonal trust (Melani & Gembec, 2013). Individuals with

maladaptive schemas, particularly schemas related to rejection, shame, mistrust, and emotional deprivation, frequently experience insecurity and inadequacy in intimate and sexual interactions. Therefore, maladaptive schemas may contribute significantly to sexual dissatisfaction and reduced sexual self-efficacy among couples with marital conflicts (Dionne et al., 2023).

Schema therapy has emerged as an integrative therapeutic approach designed to address chronic emotional and interpersonal difficulties by targeting early maladaptive schemas and dysfunctional coping styles (Young et al., 2022). This therapeutic approach integrates cognitive-behavioral, experiential, attachment-based, and psychodynamic techniques to modify deep-rooted cognitive-emotional structures that negatively affect interpersonal functioning (van Vreeswijk & Broersen, 2012). Schema therapy aims to identify unmet emotional needs, restructure maladaptive beliefs, strengthen healthy coping mechanisms, and improve emotional regulation. Research has shown that schema therapy can effectively improve emotional functioning, communication patterns, and relational satisfaction among couples (Merz et al., 2021). Additionally, studies have indicated that schema therapy enhances marital happiness and sexual self-efficacy while reducing maladaptive schemas and emotional distress (Lev & McKey, 2022). Contemporary schema therapy literature also emphasizes the effectiveness of imagery work, emotional processing, and strengthening the healthy adult mode in improving interpersonal functioning and emotional intimacy (Haeyen, 2019; Roediger et al., 2018). Given the central role of maladaptive schemas in marital conflicts and sexual dissatisfaction, schema therapy may provide a useful framework for improving sexual self-efficacy and reducing maladaptive schemas among couples experiencing relational distress. Therefore, the present study aimed to investigate the effectiveness of schema therapy on sexual self-efficacy and early maladaptive schemas in couples with marital conflicts.

Methodology

The present study employed a quasi-experimental design using pre-test, post-test, and follow-up assessments with a control group. The statistical population consisted of couples with marital conflicts who referred to counseling centers in Sari during 2026. Participants were initially screened using the Marital Conflict Questionnaire, and 70 individuals meeting the inclusion criteria were identified. Among them, 30 participants were randomly selected and

assigned to experimental and control groups, with 15 participants in each group. Participants in both groups were matched in terms of age, educational level, and duration of marriage. All participants were between 25 and 35 years old, had university-level education, and had been married between 3 and 10 years.

The experimental group received schema therapy intervention, whereas the control group did not receive any therapeutic intervention during the study period. The intervention protocol was developed based on Young's schema therapy model and was conducted in six 45-minute sessions. The sessions focused on identifying maladaptive schemas, exploring childhood emotional experiences, examining dysfunctional coping strategies, strengthening the healthy adult mode, modifying distorted cognitions, and improving emotional expression and interpersonal communication. Experiential techniques such as imagery rescripting, role-playing, cognitive restructuring, and emotional dialogue were employed throughout the intervention process.

Data collection instruments included the Sexual Self-Efficacy Scale, Young Early Maladaptive Schema Questionnaire, and the Marital Conflict Questionnaire. Measurements were administered during pre-test, post-test, and a three-month follow-up stage. The Sexual Self-Efficacy Scale consisted of 10 items rated on a four-point Likert scale. The Young Schema Questionnaire assessed maladaptive schemas across several domains, including disconnection/rejection, impaired autonomy, other-directedness, over-vigilance, and impaired limits. Data analysis was conducted using SPSS-24. Descriptive statistics including means and standard deviations were calculated. The assumptions of normality and homogeneity of variance were examined using Shapiro-Wilk and Levene's tests. Multivariate analysis of covariance and repeated-measures analysis of variance were performed to evaluate the effectiveness of schema therapy on the dependent variables.

Findings

Descriptive findings demonstrated that participants in the experimental and control groups were homogeneous regarding demographic variables including age, educational level, and duration of marriage. The results of descriptive statistics showed that sexual self-efficacy scores increased substantially in the schema therapy group from pre-test to post-test and remained relatively stable during the follow-up

stage. In contrast, the control group demonstrated minimal changes across the three assessment stages.

The results of multivariate covariance analysis indicated that schema therapy had a statistically significant effect on sexual self-efficacy in the post-test stage. The analysis revealed a significant difference between the experimental and control groups after controlling for pre-test scores. The effect size indicated that schema therapy accounted for a considerable proportion of variance in sexual self-efficacy scores.

Additionally, schema therapy significantly reduced early maladaptive schemas in the experimental group. Significant reductions were observed in the dimensions of disconnection and rejection, impaired autonomy, other-directedness, over-vigilance, and impaired limits. The largest effect size was observed for other-directedness, followed by over-vigilance and disconnection/rejection schemas. Participants in the schema therapy group demonstrated lower maladaptive schema scores during post-test and follow-up assessments compared to the control group.

Repeated-measures analysis of variance further demonstrated that differences across pre-test, post-test, and follow-up stages were statistically significant for sexual self-efficacy and most maladaptive schema dimensions. Significant interaction effects between group membership and assessment stages indicated that changes observed in the experimental group were attributable to schema therapy intervention. Moreover, the stability of treatment effects during the three-month follow-up suggested that the therapeutic changes were maintained over time.

Discussion and Conclusion

The findings of the present study demonstrated that schema therapy effectively increased sexual self-efficacy and reduced early maladaptive schemas among couples experiencing marital conflicts. These findings suggest that maladaptive cognitive-emotional structures play a central role in relational dissatisfaction and sexual difficulties and that targeting these structures through schema-focused interventions can produce meaningful improvements in marital functioning. The increase in sexual self-efficacy observed among participants receiving schema therapy may be explained by improvements in emotional security, interpersonal trust, self-worth, and communication patterns. As maladaptive schemas related to rejection, shame, mistrust, and emotional deprivation were modified, participants appeared to develop more adaptive beliefs regarding themselves

and their intimate relationships. Consequently, they became more capable of engaging in emotionally and sexually satisfying interactions with their spouses.

The reduction in maladaptive schemas also highlights the effectiveness of schema therapy in addressing deep-rooted emotional vulnerabilities originating from childhood experiences. Through experiential and cognitive techniques, participants were encouraged to recognize dysfunctional coping styles, challenge distorted beliefs, and replace maladaptive responses with healthier interpersonal behaviors. Strengthening the healthy adult mode likely contributed to greater emotional regulation, improved communication, and reduced relational defensiveness among participants. These therapeutic changes may explain the sustained improvements observed during the follow-up stage.

The present findings support the assumption that marital conflicts are not solely caused by situational disagreements but are often maintained by persistent

maladaptive schemas and dysfunctional emotional responses. Therefore, interventions focusing only on behavioral communication skills may not be sufficient for achieving long-term relational change. Schema therapy appears particularly useful because it addresses underlying emotional needs, attachment-related insecurities, and deeply internalized beliefs influencing marital interactions.

Overall, the findings suggest that schema therapy can serve as an effective therapeutic approach for couples experiencing marital conflicts by improving sexual self-efficacy, reducing maladaptive schemas, and enhancing emotional and relational functioning. The stability of therapeutic gains during follow-up further indicates the long-term value of schema-focused interventions in promoting healthier marital relationships and psychological well-being among couples.

اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودکارآمدی جنسی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین با تعارضات زناشویی

۱. ماندانا باباجانیور^{ID}: گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۲. مهدی عرب کلمری^{ID}: گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: Mehdi.arab.k@gmail.com

دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۱۳ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۳/۰۱ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۰۷ انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۳/۰۸ انتشار نهایی: ۱۴۰۵/۱۰/۰۱

چکیده

مقدمه و هدف: تعارضات زناشویی یکی از مهم‌ترین عوامل تهدیدکننده سلامت روان خانواده و کیفیت روابط زوجین محسوب می‌شود و می‌تواند با کاهش خودکارآمدی جنسی و تقویت طرحواره‌های ناسازگار اولیه همراه باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودکارآمدی جنسی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین دارای تعارضات زناشویی انجام شد.

روش‌شناسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر ساری در سال ۱۴۰۴ بود که از میان آنان ۳۰ نفر به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تحت مداخله طرحواره‌درمانی قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس خودکارآمدی جنسی، پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ و پرسشنامه تعارضات زناشویی بودند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS-۲۴ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که طرحواره‌درمانی تأثیر معناداری بر افزایش خودکارآمدی جنسی زوجین گروه آزمایش داشت ($p=0/002$). همچنین این مداخله موجب کاهش معنادار مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه شامل طرد و بریدگی، خودگردانی مختل، دیگرجهت‌مندی، گوش‌به‌زنگی بیش از حد و محدودیت مختل گردید ($p<0/05$). نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نیز نشان داد که تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار بوده و اثرات درمان در مرحله پیگیری سه‌ماهه تداوم داشته است.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی می‌تواند با اصلاح الگوهای شناختی ناسازگار، افزایش احساس کفایت در روابط جنسی و کاهش هیجانات منفی، نقش مؤثری در بهبود روابط زوجین دارای تعارضات زناشویی ایفا کند. بنابراین استفاده از این رویکرد درمانی در مراکز مشاوره خانواده و زوج‌درمانی برای ارتقای کیفیت روابط زناشویی توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌گان: طرحواره‌درمانی، خودکارآمدی جنسی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تعارضات زناشویی، زوج‌درمانی.

روان‌شناسی انگیزش،
رفتار و سلامت



نحوه استناددهی: باباجانیور، ماندانا، و عرب کلمری، مهدی. (۱۴۰۵). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودکارآمدی جنسی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین با تعارضات زناشویی. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۴(۵)، ۱۶-۱.



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC) صورت گرفته است. (4.0)

افزایش رضایت زناشویی مؤثر باشند (Dionne et al., 2023). همچنین آموزش‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و تمایز یافتگی توانسته‌اند بر کاهش تعارضات زناشویی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز سلامت اثرگذار باشند و این امر نشان می‌دهد که تعارضات زناشویی از طریق مداخلات شناختی، هیجانی و رفتاری قابل اصلاح هستند (Mohammadipour & Shojaei, 2018). در همین راستا، پژوهش‌های مربوط به تعارضات زناشویی نشان می‌دهند که این پدیده می‌تواند بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی، احساس انسجام روانی و فعالیت‌های روزمره اثر بگذارد و بنابراین نباید صرفاً به‌عنوان اختلالی محدود در رابطه زوجی تلقی شود (Hirsikangas et al., 2024).

یکی از ابعاد مهم و گاه پنهان در تعارضات زناشویی، کیفیت رابطه جنسی و احساس کارآمدی فرد در این حوزه است. خودکارآمدی جنسی به باور فرد درباره توانایی خود در برقراری رابطه جنسی رضایت‌بخش، پاسخ‌دهی مناسب به نیازهای جنسی همسر، تجربه مطلوب از صمیمیت جنسی و مدیریت موقعیت‌های جنسی اشاره دارد. این مفهوم از نظریه خودکارآمدی ریشه می‌گیرد و بر این فرض استوار است که باور افراد نسبت به توانمندی خود می‌تواند بر عملکرد، انگیزش، هیجان و پایداری آنان در موقعیت‌های چالش‌برانگیز اثر بگذارد. در روابط زوجی، خودکارآمدی جنسی پایین ممکن است با اضطراب عملکردی، اجتناب از صمیمیت، کاهش اعتماد به نفس جنسی، ناراضی‌ت‌ی از رابطه و افزایش سوءتفاهم‌های زناشویی همراه شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مشکلات عملکرد جنسی می‌تواند یکی از تعیین‌کننده‌های مهم ناراضی‌ت‌ی زناشویی باشد و زوجینی که با اختلال یا ضعف در عملکرد جنسی مواجه‌اند، معمولاً سطح بالاتری از ناراضی‌ت‌ی و تنش را تجربه می‌کنند (Oyewo, 2012). همچنین ارتباط، رضایت جنسی و رضایت زناشویی به‌صورت متقابل با یکدیگر مرتبط‌اند و کیفیت ارتباط زوجین می‌تواند بر تجربه جنسی آنان اثر بگذارد، همان‌گونه که ناراضی‌ت‌ی جنسی نیز می‌تواند سطح کلی رضایت زناشویی را کاهش دهد (Litzinger & Kristina, 2005).

خودکارآمدی جنسی صرفاً به عملکرد فیزیولوژیک مربوط نیست، بلکه با خودمختاری شخصی، ادراک از بدن، کیفیت رابطه زوجی، امنیت عاطفی و سبک‌های ارتباطی نیز پیوند دارد. زمانی که فرد

خانواده به‌عنوان بنیادی‌ترین نهاد اجتماعی، بستر اصلی شکل‌گیری روابط عاطفی، جنسی، روان‌شناختی و اجتماعی افراد است و کیفیت روابط زوجین در این نهاد می‌تواند بر سلامت روانی، رضایت از زندگی، عملکرد خانوادگی و حتی پایداری اجتماعی اثرگذار باشد. رابطه زناشویی صرفاً یک پیوند حقوقی یا اجتماعی نیست، بلکه شبکه‌ای پویا از تعاملات هیجانی، شناختی، رفتاری و جنسی است که در آن هر یک از زوجین بر اساس باورها، نیازها، تجارب گذشته، سبک‌های مقابله‌ای و انتظارات خود به رابطه معنا می‌بخشند. هنگامی که این تعاملات در مسیر سازگارانه قرار گیرند، خانواده به محیطی ایمن برای رشد، حمایت، صمیمیت و خودافشایی تبدیل می‌شود؛ اما زمانی که الگوهای ناسازگار ارتباطی، ضعف در تنظیم هیجان، کاهش انعطاف‌پذیری شناختی و ناتوانی در حل تعارضات بر رابطه حاکم شود، زندگی زناشویی با تنش، ناراضی‌ت‌ی و فرسودگی مواجه می‌گردد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سازگاری زناشویی با عواملی همچون انعطاف‌پذیری شناختی، شفقت به خود، سبک‌های ارتباطی و توانایی مدیریت هیجان ارتباط دارد و زوجینی که از ظرفیت روان‌شناختی بیشتری برای بازنگری در تعارضات برخوردارند، معمولاً کیفیت رابطه بالاتری را تجربه می‌کنند (Akbarzadeh & Zaharakar, 2022). از سوی دیگر، رضایت و تعارضات زناشویی تحت تأثیر عوامل فرهنگی، سبک زندگی، باورهای فردی و توانمندی‌های روان‌شناختی قرار دارد و ضعف در این مؤلفه‌ها می‌تواند زمینه‌ساز تشدید اختلافات زوجین شود (Elahi et al., 2022).

تعارضات زناشویی یکی از پدیده‌های رایج و در عین حال پیچیده در روابط زوجین است. تعارض به معنای وجود اختلاف دیدگاه صرف نیست، بلکه زمانی مسئله‌ساز می‌شود که الگوهای ارتباطی ناسازگار، واکنش‌های هیجانی شدید، کناره‌گیری، سرزنش، کاهش همکاری و ناتوانی در حل مسئله به‌صورت مکرر و پایدار در رابطه ظاهر شوند. در چنین شرایطی، زوجین نه‌تنها در حل اختلافات روزمره ناکام می‌مانند، بلکه به‌تدریج صمیمیت، اعتماد، رضایت جنسی و تعهد عاطفی آنان نیز تضعیف می‌شود. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی متمرکز بر پذیرش، تعهد، تنظیم هیجان و بازسازی الگوهای ارتباطی می‌توانند در کاهش تعارضات زناشویی و

نسبت به توانایی خود در ایجاد رضایت جنسی، ابراز نیازها، پاسخ‌گویی به همسر و مدیریت اضطراب جنسی باور مثبت داشته باشد، احتمال تجربه رابطه جنسی رضایت‌بخش‌تر و تعامل زناشویی مطلوب‌تر افزایش می‌یابد. در مقابل، کاهش خودکارآمدی جنسی می‌تواند با شرم، اجتناب، احساس ناکارآمدی و کاهش میل به تعامل عاطفی همراه شود. شواهد نشان داده‌اند که خودکارآمدی جنسی زنان با خودمختاری فردی و کیفیت رابطه زوجی رابطه دارد و بنابراین نمی‌توان آن را جدا از زمینه ارتباطی و عاطفی زناشویی تحلیل کرد (Melani & Gembec, 2013). افزون بر این، مطالعات مرتبط با عملکرد جنسی نشان داده‌اند که تجارب روان‌شناختی، تصویر بدنی، اضطراب و مشکلات سلامت روان می‌توانند بر کیفیت عملکرد جنسی اثر بگذارند (Pinheiro et al., 2010). بر این اساس، در زوجین دارای تعارضات زناشویی، خودکارآمدی جنسی می‌تواند یکی از متغیرهای کلیدی برای فهم چرخه تداوم تعارض، کاهش صمیمیت و ناکامی ارتباطی باشد.

در کنار خودکارآمدی جنسی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه از مهم‌ترین سازه‌هایی هستند که در تبیین مشکلات پایدار زوجین جایگاه ویژه‌ای دارند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای عمیق، پایدار و فراگیر شناختی - هیجانی هستند که معمولاً در کودکی یا نوجوانی و در پاسخ به ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی شکل می‌گیرند و در بزرگسالی در موقعیت‌های بین‌فردی، به‌ویژه روابط صمیمانه، فعال می‌شوند. این طرحواره‌ها شیوه ادراک فرد از خود، دیگران و جهان را جهت‌دهی می‌کنند و باعث می‌شوند فرد رویدادهای رابطه را نه بر اساس واقعیت فعلی، بلکه بر اساس زخم‌ها، محرومیت‌ها و الگوهای آموخته‌شده گذشته تفسیر کند. نظریه طرحواره‌درمانی بر این فرض استوار است که نیازهایی مانند دل‌بستگی ایمن، خودمختاری، آزادی در بیان هیجان، خودانگیختگی، محدودیت واقع‌بینانه و پذیرش، اگر در مراحل اولیه رشد به‌درستی پاسخ داده نشوند، ممکن است به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار منجر شوند (Young et al., 2003). این طرحواره‌ها در روابط زناشویی می‌توانند به‌صورت حساسیت افراطی نسبت به طرد، ترس از رهاشدگی، وابستگی، اطاعت، بازداری هیجانی، بی‌اعتمادی یا معیارهای سخت‌گیرانه ظاهر شوند.

مطالعات جدید نشان داده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با رضایت از روابط عاشقانه و کیفیت رابطه زوجی ارتباط دارند و هر چه شدت این طرحواره‌ها بیشتر باشد، احتمال بروز نارضایتی، سوءتفاهم، هیجان‌های منفی و الگوهای تعاملی ناسالم افزایش می‌یابد (Kover et al., 2024). از این منظر، تعارض زناشویی نه‌تنها حاصل مشکلات فعلی زوجین، بلکه بازتاب فعال شدن طرحواره‌های عمیقی است که فرد با خود وارد رابطه کرده است. برای مثال، فرد دارای طرحواره طرد و بریدگی ممکن است نشانه‌های خنثی یا حتی عادی همسر را به‌عنوان بی‌علاقگی، بی‌توجهی یا تهدید رابطه تفسیر کند؛ فرد دارای طرحواره نقص و شرم ممکن است از صمیمیت اجتناب کند؛ و فرد دارای طرحواره گوش‌به‌زنگی ممکن است همواره در حالت کنترل، نگرانی و پیش‌بینی خطر قرار گیرد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با دلزدگی و مشکلات زناشویی ارتباط دارند و زوجین درگیر تعارض یا در آستانه جدایی معمولاً سطح بالاتری از این طرحواره‌ها را نشان می‌دهند (Jannathari, 2015). همچنین مطالعات بالینی نشان داده‌اند که طرحواره‌های هیجانی و شناختی ناسازگار می‌توانند بر راهبردهای تنظیم هیجان اثر بگذارند و مشکلات عاطفی را تداوم بخشند (Shahsavani et al., 2020).

طرحواره‌درمانی رویکردی یکپارچه است که با تلفیق عناصر شناختی - رفتاری، دل‌بستگی، گشتالت، روان‌پوشی و تجربه‌محور، تلاش می‌کند ساختارهای عمیق و پایدار شخصیت و الگوهای ناسازگار هیجانی را اصلاح کند. این رویکرد در ابتدا برای اختلالات شخصیت و مشکلات مزمن طراحی شد، اما به تدریج در حوزه‌های مختلف از جمله اضطراب، افسردگی، مشکلات ارتباطی و زوج‌درمانی گسترش یافت. مرورهای نظری نشان می‌دهند که نظریه طرحواره و طرحواره‌درمانی در اختلالات خلقی و اضطرابی نیز کاربرد دارد و می‌تواند برای شناسایی ریشه‌های تحولی مشکلات هیجانی و شناختی مفید باشد (Hawke & Provencher, 2011). در طرحواره‌درمانی، درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا طرحواره‌های فعال، سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و حالت‌های طرحواره‌ای خود را شناسایی کند و از طریق تکنیک‌های شناختی، هیجانی، بین‌فردی و رفتاری، پاسخ‌های سالم‌تری به نیازهای ارضاننده خود بدهد (van Vreeswijk & Broersen, 2012). نسخه‌های جدید راهنمای طرحواره‌درمانی نیز بر

طرحواره‌درمانی نشان داده‌اند که این رویکرد در طیفی از اختلالات و مشکلات روان‌شناختی، از جمله اضطراب، وسواس و استرس پس از سانحه، قابلیت کاربرد دارد و این گستره کاربردی نشان‌دهنده ظرفیت نظری و درمانی آن برای کار با مشکلات پایدار و ریشه‌دار است (Peeters et al., 2022).

در سال‌های اخیر، توجه پژوهشگران به نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در روابط عاشقانه، تعارضات زوجی و رضایت زناشویی افزایش یافته است. راهنماهای بالینی جدید طرحواره‌درمانی نشان می‌دهند که این رویکرد قابلیت طراحی و اجرای برنامه‌های فردی، گروهی و یکپارچه را دارد و می‌تواند متناسب با نیازهای مراجعان و بافت مشکل، در قالب مداخلات کوتاه‌مدت یا بلندمدت اجرا شود (Farrell et al., 2024). همچنین یافته‌های جدید در زمینه مقایسه درمان‌های زوج‌محور نشان داده‌اند که درمان‌های متمرکز بر هیجان و درمان شناختی-رفتاری می‌توانند بر تنظیم هیجان و رضایت زناشویی زوجین دارای تعارض و طرحواره گوش‌به‌زنگی/بازداری اثرگذار باشند، اما بررسی مداخلات طرحواره‌محور نیز به دلیل تمرکز مستقیم بر طرحواره‌های فعال‌شده در روابط زوجی اهمیت ویژه‌ای دارد (Farajkhah et al., 2025). از سوی دیگر، پژوهش‌های مرتبط با روابط زوجین نشان می‌دهند که تعارض زناشویی می‌تواند حتی با واکنش‌های زیستی و هورمونی همراه شود و بنابراین، تعارض صرفاً یک رخداد روان‌شناختی ساده نیست، بلکه پدیده‌ای چندسطحی است که ابعاد روانی، هیجانی، رفتاری و بدنی را درگیر می‌کند (Makhanova et al., 2018). همچنین مطالعات مربوط به خودمدیریتی، خودکارآمدی و احساس انسجام نشان داده‌اند که مداخلات توانمندساز می‌توانند باورهای کارآمدی و ظرفیت مقابله‌ای افراد را ارتقا دهند (Hourzad et al., 2018).

با توجه به آنچه بیان شد، می‌توان گفت که زوجین دارای تعارضات زناشویی معمولاً در چرخه‌ای گرفتار می‌شوند که در آن طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تفسیرهای منفی، واکنش‌های هیجانی شدید، کاهش صمیمیت، افت خودکارآمدی جنسی و نارضایتی زناشویی یکدیگر را تقویت می‌کنند. در چنین چرخه‌ای، مداخله‌ای که تنها بر رفتارهای آشکار یا آموزش مهارت‌های سطحی متمرکز باشد، ممکن است برای تغییر پایدار کافی نباشد؛ زیرا بسیاری از

کار با حالت‌های طرحواره‌ای، بازوالدینی حدودمزدار، گفت‌وگوی صندلی‌ها، تصویرسازی ذهنی و تقویت بزرگسال سالم تأکید کرده‌اند (Young et al., 2022).

در زوج‌درمانی مبتنی بر طرحواره، تمرکز صرفاً بر حل تعارضات سطحی یا آموزش مهارت‌های ارتباطی نیست، بلکه درمانگر تلاش می‌کند ریشه‌های تحولی واکنش‌های زوجین را شناسایی و الگوهای فعال‌شده در تعاملات آنان را بازسازی کند. در بسیاری از روابط زناشویی، زوجین در ظاهر درباره مسائل مالی، روابط خانوادگی، رابطه جنسی یا مسئولیت‌های روزمره تعارض دارند، اما در سطح عمیق‌تر، طرحواره‌هایی مانند رهاشدگی، محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی، وابستگی، اطاعت یا معیارهای سخت‌گیرانه فعال می‌شوند. بنابراین، مداخله طرحواره‌محور می‌تواند با کاهش شدت طرحواره‌ها و افزایش ظرفیت بزرگسال سالم، به بهبود صمیمیت، تنظیم هیجان، ارتباط جنسی و رضایت زناشویی کمک کند. شواهد بالینی نشان داده‌اند که کار با تصویرسازی ذهنی در طرحواره‌درمانی زوجین می‌تواند در شناسایی و اصلاح تجارب هیجانی بنیادین نقش مؤثری داشته باشد (Roediger et al., 2018). همچنین تقویت خود بزرگسال سالم در رویکردهای مبتنی بر طرحواره، به‌ویژه در مداخلات تجربه‌محور و هنردرمانی، به‌عنوان مسیری برای افزایش ظرفیت روان‌شناختی، خودتنظیمی و پاسخ‌دهی سالم مطرح شده است (Haeyen, 2019).

اهمیت طرحواره‌درمانی در حوزه زوجین زمانی برجسته‌تر می‌شود که بدانیم مشکلات زناشویی اغلب چندبعدی‌اند و هم‌زمان با هیجان‌های منفی، الگوهای شناختی ناسازگار، کاهش صمیمیت، کاهش رضایت جنسی و ضعف در تنظیم هیجان همراه می‌شوند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات زوج‌درمانی هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی می‌توانند بر بهبود الگوهای ارتباطی و خودتنظیمی هیجانی زوجین اثرگذار باشند (Merz et al., 2021). همچنین در پژوهشی دیگر، اثربخشی طرحواره‌درمانی بر شادی زناشویی و خودکارآمدی جنسی زنان گزارش شده است و این یافته نشان می‌دهد که اصلاح طرحواره‌ها می‌تواند نه تنها در سطح شناختی و هیجانی، بلکه در حوزه رابطه جنسی و احساس کفایت در زندگی زناشویی نیز اثرگذار باشد (Lev & McKey, 2022). از سوی دیگر، مرورهای نظام‌مند درباره

واکنش‌های زوجین از لایه‌های عمیق‌تر شخصیت، دلبستگی و تجارب تحولی آنان سرچشمه می‌گیرد. طرحواره‌درمانی با هدف شناسایی و اصلاح همین لایه‌های عمیق، می‌تواند به زوجین کمک کند تا الگوهای تکرارشونده خود را بشناسند، نیازهای هیجانی ارضانشده را تشخیص دهند، سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار را تغییر دهند و از جایگاه بزرگسال سالم با خود و همسرشان ارتباط برقرار کنند. بنابراین، بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودکارآمدی جنسی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین دارای تعارضات زناشویی از نظر نظری، بالینی و کاربردی اهمیت دارد و می‌تواند برای درمانگران خانواده، مشاوران زوج و پژوهشگران حوزه روان‌شناسی خانواده شواهد مفیدی فراهم سازد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودکارآمدی جنسی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین دارای تعارضات زناشویی بود.

روش‌شناسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زوجین دارای تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر ساری در سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند. در ابتدا با استفاده از مقیاس تعارضات زناشویی، ۷۰ نفر از افراد دارای تعارضات زناشویی براساس نمره برش تعیین‌شده شناسایی شدند و در نهایت ۳۰ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه ۱۵ نفر، جایگزین شدند. آزمودنی‌ها از نظر سن، سطح تحصیلات و مدت ازدواج همگون‌سازی شدند؛ به‌گونه‌ای که تمامی افراد در دامنه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال، دارای تحصیلات دانشگاهی و مدت ازدواج بین ۳ تا ۱۰ سال بودند. پس از تعیین گروه‌ها، پیش‌آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد و سپس گروه آزمایش تحت مداخله طرحواره‌درمانی قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان جلسات درمانی، پس‌آزمون اجرا شد و سه ماه بعد نیز مرحله پیگیری انجام گرفت تا پایداری اثرات درمان مورد بررسی قرار گیرد. معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن تعارضات زناشویی، قرار داشتن در دامنه سنی تعیین‌شده، داشتن تحصیلات دانشگاهی و رضایت برای شرکت در پژوهش بود. همچنین معیارهای

خروج شامل ابتلا به اختلالات روانشناختی شدید، غیبت در جلسات درمانی و عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش بود.

پرسشنامه خودکارآمدی جنسی به‌عنوان یکی از ابزارهای اصلی پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس براساس پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شوارتز توسط وزیر و لطفی کاشانی طراحی شده و شامل ۱۰ گویه است که در یک طیف چهاردرجه‌ای از «اصلاً صحیح نیست» تا «کاملاً صحیح است» نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده سطح بالاتر خودکارآمدی جنسی است. مطالعات مقدماتی انجام‌شده بر روی این ابزار نشان داده است که ضریب پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ بوده و تحلیل عاملی نیز روایی سازه آن را تأیید کرده است. همچنین ضریب تصنیف برای این پرسشنامه ۰/۸۱ گزارش شده که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب ابزار می‌باشد.

برای سنجش طرحواره‌های ناسازگار اولیه از پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ استفاده شد. این ابزار یک پرسشنامه خودگزارشی است که به‌منظور ارزیابی ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه طراحی شده و در دو فرم کوتاه و بلند در دسترس است. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه ۷۵ سؤالی استفاده شد که آزمودنی‌ها پاسخ‌های خود را بر اساس طیف لیکرت شش‌درجه‌ای از ۱ تا ۶ مشخص می‌کردند. مطالعات یانگ و همکاران نشان داده‌اند که این پرسشنامه از پایایی و اعتبار مناسبی برخوردار است و ضرایب آلفای گزارش‌شده برای زیرمقیاس‌های آن در دامنه مطلوب قرار دارند. همچنین در مطالعه ذوالفقاری، فاتحی و عابدی، ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۴ گزارش شده است که بیانگر ثبات درونی بالای ابزار می‌باشد. این پرسشنامه حوزه‌هایی همچون بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی و گوش‌به‌زنگی بیش از حد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

به‌منظور شناسایی و غربالگری زوجین دارای تعارضات زناشویی، از پرسشنامه تعارضات زناشویی ثنایی و براتی (MCQ) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۴۲ سؤال پنج‌گزینه‌ای است که هفت بعد اصلی تعارضات زناشویی شامل کاهش همکاری، اختلال در رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه

به‌منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. در ابتدا شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. سپس جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک و برای ارزیابی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. به‌منظور بررسی اثربخشی مداخله طرحواره‌درمانی بر متغیرهای وابسته، تحلیل کواریانس چندمتغیره و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر اجرا شد. همچنین برای مقایسه تفاوت مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از آزمون‌های تعقیبی استفاده شد و سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بر اساس اطلاعات جمعیت‌شناختی، تمامی آزمودنی‌های پژوهش در دامنه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال قرار داشتند و از این نظر بین گروه کنترل و گروه طرحواره‌درمانی همگونی وجود داشت. همچنین همه شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات دانشگاهی بودند و از نظر سطح تحصیلات در سه طبقه کاردانی، کارشناسی و کارشناسی ارشد قرار گرفتند. از نظر مدت ازدواج نیز تمامی آزمودنی‌ها سابقه زندگی مشترک بین ۳ تا ۱۰ سال داشتند. بنابراین، متغیرهای سن، سطح تحصیلات و مدت ازدواج در دو گروه کنترل و آزمایش کنترل شده و شرایط اولیه گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همسان بود.

فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه با خویشاوندان همسر و جدا کردن امور مالی را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ‌ها در طیف لیکرت از «هیچ‌وقت» تا «همیشه» نمره‌گذاری می‌شوند و نمره بالاتر نشان‌دهنده تعارض بیشتر در روابط زناشویی است. مطالعات انجام‌شده بر روی این ابزار ضرایب پایایی مطلوبی را از طریق روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی گزارش کرده‌اند که بیانگر قابلیت اعتماد مناسب پرسشنامه برای استفاده در پژوهش‌های بالینی و خانواده‌درمانی است.

مداخله پژوهش بر اساس پروتکل طرحواره‌درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) طراحی و اجرا شد. این برنامه درمانی در قالب ۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش برگزار گردید. در جلسات ابتدایی، پس از ایجاد رابطه درمانی و آشنایی با مراجعان، مفاهیم پایه طرحواره‌ها، نقش تجارب دوران کودکی و تأثیر آن‌ها بر روابط زناشویی تبیین شد. در ادامه، شواهد مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نقش آن‌ها در مشکلات زوجین بررسی گردید و تکنیک‌های شناختی مانند آزمون اعتبار طرحواره‌ها، بازتعریف شناختی و ارزیابی سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده شد. در جلسات بعدی، بر شناسایی نیازهای هیجانی ارضانشده، تقویت مفهوم «بزرگسال سالم»، تخلیه هیجانات سرکوب‌شده، تصویرسازی ذهنی، گفت‌وگوی خیالی و اصلاح الگوهای رفتاری ناسازگار تمرکز شد. همچنین از تکنیک‌های ایفای نقش و تمرین رفتارهای سالم برای بهبود تعاملات زوجین استفاده گردید تا آزمودنی‌ها بتوانند راهبردهای جدید و سازگارانه‌تری را در روابط زناشویی خود به کار گیرند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی خودکارآمدی جنسی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه به تفکیک گروه و مرحله سنجش

متغیر	مرحله	کنترل M	کنترل SD	طرحواره‌درمانی M	طرحواره‌درمانی SD
خودکارآمدی جنسی	پیش‌آزمون	۱۰.۷۳	۲.۷۱	۱۱.۰۷	۲.۹۱
خودکارآمدی جنسی	پس‌آزمون	۱۰.۸۷	۳.۰۲	۱۵.۰۷	۳.۵۱
خودکارآمدی جنسی	پیگیری	۱۰.۲۰	۱.۷۴	۱۴.۰۷	۲.۸۹
طرد و بریدگی	پیش‌آزمون	۱۰۷.۰۰	۵.۷۴	۱۰۷.۶۷	۹.۶۲
طرد و بریدگی	پس‌آزمون	۹۶.۷۳	۱۲.۷۵	۸۳.۷۳	۱۳.۱۶
طرد و بریدگی	پیگیری	۱۰۰.۴۰	۱۱.۴۷	۸۸.۴۷	۱۰.۸۵
خودگردانی	پیش‌آزمون	۸۶.۰۷	۸.۳۶	۸۲.۳۳	۵.۰۵
خودگردانی	پس‌آزمون	۸۲.۸۷	۸.۱۷	۷۶.۶۰	۴.۷۰
خودگردانی	پیگیری	۸۴.۹۳	۷.۵۶	۷۷.۰۰	۴.۰۵
دیگرجهت‌مندی	پیش‌آزمون	۴۴.۸۰	۷.۰۲	۴۱.۶۰	۶.۳۶

متغیر	مرحله	M کنترل	SD کنترل	M طرحواره‌درمانی	SD طرحواره‌درمانی
دیگرجهت‌مندی	پس‌آزمون	۴۴.۲۷	۴.۷۱	۳۷.۷۳	۴.۲۷
دیگرجهت‌مندی	پیگیری	۴۵.۵۳	۵.۰۴	۳۸.۰۷	۵.۲۰
گوش‌به‌زنگی	پیش‌آزمون	۳۸.۶۰	۴.۷۶	۳۶.۹۳	۴.۵۶
گوش‌به‌زنگی	پس‌آزمون	۳۷.۶۷	۴.۸۹	۳۲.۴۷	۴.۶۳
گوش‌به‌زنگی	پیگیری	۳۸.۶۰	۴.۱۴	۳۲.۶۰	۳.۷۹
محدودیت مختل	پیش‌آزمون	۳۵.۰۷	۷.۷۳	۳۴.۶۷	۵.۳۳
محدودیت مختل	پس‌آزمون	۳۴.۲۰	۶.۲۸	۲۹.۹۳	۵.۶۴
محدودیت مختل	پیگیری	۳۵.۶۷	۷.۱۲	۳۰.۰۰	۵.۱۴

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های آماری بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع نرمات خودکارآمدی جنسی و مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نرمال است؛ زیرا سطح معناداری همه آزمون‌ها بیشتر از ۰/۰۵ بود. همچنین نتایج آزمون لوین برای مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه نشان داد که فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است؛ به طوری که سطح معناداری برای طرد و بریدگی، خودگردانی، دیگرجهت‌مندی، گوش‌به‌زنگی و محدودیت مختل بیشتر از ۰/۰۵ گزارش شد. افزون بر این، نتایج آزمون‌های چندمتغیره نشان داد که ترکیب خطی متغیرهای وابسته در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد؛ به گونه‌ای که مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۳۱۵ و مقدار F برابر با ۸/۲۵۲ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود. بنابراین، مفروضه‌های لازم برای استفاده از تحلیل کوواریانس و تحلیل کوواریانس چندمتغیره تأیید شد.

نتایج توصیفی جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین خودکارآمدی جنسی در گروه طرحواره‌درمانی از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش یافته و در مرحله پیگیری نیز بخش عمده‌ای از این افزایش حفظ شده است؛ در حالی که در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نمی‌شود. همچنین میانگین مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه، شامل طرد و بریدگی، خودگردانی، دیگرجهت‌مندی، گوش‌به‌زنگی و محدودیت مختل، در گروه طرحواره‌درمانی در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته و این کاهش در مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی پایدار مانده است. در مقابل، میانگین‌های گروه کنترل در بیشتر متغیرها تغییر اندکی داشته یا در مرحله پیگیری به سطوح نزدیک به پیش‌آزمون بازگشته است. بنابراین، الگوی توصیفی داده‌ها نشان‌دهنده افزایش خودکارآمدی جنسی و کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه دریافت‌کننده طرحواره‌درمانی است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودکارآمدی جنسی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	η^2
خودکارآمدی جنسی	گروه	۱۲۷.۳۷۳	۱	۱۲۷.۳۷۳	۱۱.۸۳۷	.۰۰۲	.۳۰۵
خودکارآمدی جنسی	خطا	۲۹۰.۵۴۰	۲۷	۱۰.۷۶۱	—	—	—
طرد و بریدگی	گروه	۱۰۷۷.۳۱۸	۱	۱۰۷۷.۳۱۸	۵.۶۷۱	.۰۲۶	.۱۹۸
طرد و بریدگی	خطا	۴۳۶۹.۲۹۹	۲۳	۱۸۹.۹۷۰	—	—	—
خودگردانی	گروه	۱۰۶.۳۱۷	۱	۱۰۶.۳۱۷	۵.۱۱۰	.۰۳۴	.۱۸۲
خودگردانی	خطا	۴۷۸.۵۳۵	۲۳	۲۰.۸۰۶	—	—	—
دیگرجهت‌مندی	گروه	۱۵۷.۹۰۷	۱	۱۵۷.۹۰۷	۱۲.۵۳۱	.۰۰۲	.۳۵۳
دیگرجهت‌مندی	خطا	۲۸۹.۸۲۹	۲۳	۱۲.۶۰۱	—	—	—

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	η^2
گوش‌به‌زنگی	گروه	۱۴۵.۴۱۶	۱	۱۴۵.۴۱۶	۷.۶۵۴	.۰۱۱	.۲۵۰
گوش‌به‌زنگی	خطا	۴۳۶.۹۵۴	۲۳	۱۸.۹۹۸	—	—	—
محدودیت مختل	گروه	۱۴۰.۸۷۷	۱	۱۴۰.۸۷۷	۴.۹۳۱	.۰۳۷	.۱۷۷
محدودیت مختل	خطا	۶۵۷.۰۴۸	۲۳	۲۸.۵۶۷	—	—	—

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در بیشتر متغیرها معنادار بوده و اثرات درمانی پس از گذشت سه ماه همچنان حفظ شده است. این نتایج بیانگر آن است که طرحواره‌درمانی نه تنها در کوتاه‌مدت، بلکه در تثبیت تغییرات شناختی و هیجانی زوجین نیز اثربخش بوده است.

در تبیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودکارآمدی جنسی می‌توان بیان کرد که این رویکرد درمانی با تمرکز بر ریشه‌های تحولی مشکلات هیجانی و شناختی، به زوجین کمک می‌کند تا برداشت‌ها و باورهای ناکارآمد خود را درباره صمیمیت، ارزشمندی، پذیرش و کفایت شخصی بازنگری کنند. بسیاری از زوجینی که از خودکارآمدی جنسی پایین برخوردارند، دارای طرحواره‌هایی هستند که در آن‌ها احساس نقص، شرم، طردشدگی یا ناکافی بودن برجسته است. این طرحواره‌ها موجب می‌شوند فرد در موقعیت‌های صمیمانه و جنسی احساس اضطراب، ناایمنی یا شکست داشته باشد و در نتیجه از تعامل جنسی رضایت‌بخش فاصله بگیرد. طرحواره‌درمانی از طریق تکنیک‌هایی نظیر بازسازی شناختی، تصویرسازی ذهنی، گفت‌وگوی هیجانی و بازوالدینی حدودم‌رزدار، این باورهای عمیق و تثبیت‌شده را به چالش می‌کشد و امکان تجربه جدیدی از امنیت، پذیرش و صمیمیت را برای فرد فراهم می‌سازد (Young et al., 2003, 2022).

زمانی که فرد بتواند خود را شایسته عشق، پذیرش و رابطه سالم بداند، احساس کفایت بیشتری در رابطه جنسی تجربه خواهد کرد و اضطراب عملکردی، اجتناب و نگرانی‌های مرتبط با رابطه کاهش می‌یابد.

نتایج پژوهش حاضر در زمینه افزایش خودکارآمدی جنسی با یافته‌های پژوهش لو و مکی همسو است که نشان دادند طرحواره‌درمانی موجب افزایش شادی زناشویی و خودکارآمدی جنسی زنان می‌شود (Lev & McKey, 2022). همچنین این یافته با نتایج مطالعاتی که رابطه میان کیفیت ارتباط زوجین، رضایت جنسی

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، طرحواره‌درمانی بر خودکارآمدی جنسی اثر معنادار داشته است؛ به گونه‌ای که تفاوت گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون معنادار بود و مقدار اندازه اثر نشان داد که ۳۰/۵ درصد از واریانس خودکارآمدی جنسی به عضویت گروهی و مداخله طرحواره‌درمانی مربوط بوده است. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که طرحواره‌درمانی بر تمامی مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه اثر معنادار داشته است. این مداخله موجب کاهش معنادار طرد و بریدگی، خودگردانی، دیگرجهت‌مندی، گوش‌به‌زنگی و محدودیت مختل در گروه آزمایش شد. بیشترین اندازه اثر مربوط به دیگرجهت‌مندی با مقدار ۰/۳۵۳ بود و پس از آن گوش‌به‌زنگی با مقدار ۰/۲۵۰، طرد و بریدگی با مقدار ۰/۱۹۸، خودگردانی با مقدار ۰/۱۸۲ و محدودیت مختل با مقدار ۰/۱۷۷ قرار داشتند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره‌درمانی هم در افزایش خودکارآمدی جنسی و هم در کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه زوجین دارای تعارضات زناشویی اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودکارآمدی جنسی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین دارای تعارضات زناشویی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی موجب افزایش معنادار خودکارآمدی جنسی در گروه آزمایش شده و این اثر در مرحله پیگیری نیز تداوم یافته است. همچنین نتایج نشان داد که این مداخله توانسته است سطوح طرحواره‌های ناسازگار اولیه شامل طرد و بریدگی، خودگردانی مختل، دیگرجهت‌مندی، گوش‌به‌زنگی و محدودیت مختل را به صورت معناداری کاهش دهد. یافته‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نیز بیانگر آن بود که تفاوت بین مراحل

و رضایت زناشویی را گزارش کرده‌اند همخوانی دارد (Litzinger & Kristina, 2005). توضیح این همسویی آن است که طرحواره‌درمانی از طریق اصلاح الگوهای هیجانی ناسازگار و افزایش احساس امنیت در رابطه، کیفیت تعاملات زناشویی را ارتقا می‌دهد و در نتیجه، رابطه جنسی نیز از حالت تنش‌زا و تهدیدکننده به تجربه‌ای صمیمانه و رضایت‌بخش تبدیل می‌شود. افزون بر این، پژوهش‌های مربوط به خودکارآمدی جنسی نشان داده‌اند که احساس خودمختاری، تصویر مثبت از خود و کیفیت رابطه زوجی با خودکارآمدی جنسی ارتباط مستقیم دارند (Melani & Gembec, 2013). بنابراین، زمانی که زوجین در فرایند درمان بتوانند الگوهای ارتباطی سالم‌تری را تجربه کنند، باور آنان نسبت به توانایی خود در ایجاد رابطه جنسی مطلوب نیز تقویت خواهد شد.

از سوی دیگر، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌درمانی در کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه اثربخش بوده است. این نتیجه از منظر نظریه طرحواره قابل تبیین است؛ زیرا اساس این رویکرد بر شناسایی، اصلاح و تعدیل طرحواره‌هایی استوار است که در دوران کودکی شکل گرفته و در بزرگسالی به‌ویژه در روابط صمیمانه فعال می‌شوند (Young et al., 2003). زوجین دارای تعارضات زناشویی معمولاً در تعاملات خود الگوهای ناسازگار تثبیت‌شده‌ای را بازتولید می‌کنند؛ برای مثال، فرد دارای طرحواره طرد و بریدگی ممکن است رفتارهای خنثی همسر را نشانه بی‌توجهی یا رهاشدگی تلقی کند و در پاسخ، واکنش‌های هیجانی شدیدی نشان دهد. همچنین افراد دارای طرحواره گوش‌به‌زنگی یا معیارهای سخت‌گیرانه ممکن است در روابط زناشویی انعطاف‌پذیری کمی داشته باشند و دائماً رابطه را در معرض کنترل، نگرانی و انتقاد قرار دهند. طرحواره‌درمانی با آشکار ساختن این الگوها و ایجاد آگاهی نسبت به منشأ آن‌ها، به زوجین کمک می‌کند تا رفتارهای خود را نه به‌عنوان حقیقت مطلق، بلکه به‌عنوان بازتاب تجارب گذشته درک کنند و در نتیجه از شدت واکنش‌های هیجانی و شناختی آنان کاسته شود.

این یافته با نتایج مطالعات متعددی همسو است که نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه را در مشکلات ارتباطی و زناشویی برجسته دانسته‌اند. برای مثال، پژوهش کوور و همکاران نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با رضایت پایین از روابط عاشقانه مرتبط هستند و

شدت این طرحواره‌ها می‌تواند کیفیت تعاملات زوجین را تضعیف کند (Kover et al., 2024). همچنین پژوهش جنت‌ناری نشان داد که زوجین متقاضی طلاق توافقی در مقایسه با زوجین عادی، سطوح بالاتری از طرحواره‌های ناسازگار اولیه و فرسودگی زناشویی را تجربه می‌کنند (Jannathari, 2015). این یافته‌ها تأیید می‌کنند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه نه تنها بر تجربه درونی فرد، بلکه بر الگوهای تعاملی و کیفیت رابطه زوجی نیز اثرگذارند. از این رو، هر مداخله‌ای که بتواند این ساختارهای شناختی - هیجانی را تعدیل کند، احتمالاً به کاهش تعارضات زناشویی و افزایش سازگاری رابطه منجر خواهد شد.

نتایج پژوهش حاضر همچنین با مطالعات مربوط به اثربخشی مداخلات مبتنی بر طرحواره در بهبود تنظیم هیجان، الگوهای ارتباطی و رضایت زناشویی همخوانی دارد. پژوهش مرز و همکاران نشان داد که درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی هر دو در بهبود الگوهای ارتباطی و خودتنظیمی هیجانی زوجین مؤثرند (Merz et al., 2021). همچنین پژوهش فرج‌خواه و همکاران بیانگر آن بود که درمان‌های مبتنی بر هیجان و شناخت در زوجین دارای تعارض و طرحواره گوش‌به‌زنگی/بازداری، به بهبود تنظیم هیجان و رضایت زناشویی منجر می‌شوند (Farajkhah et al., 2025). این همسویی را می‌توان ناشی از آن دانست که طرحواره‌درمانی بر نیازهای هیجانی ارضانگشته، هیجان‌های سرکوب‌شده و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار تمرکز می‌کند و از این طریق، به زوجین کمک می‌کند هیجان‌های خود را به‌صورت سالم‌تری تجربه و ابراز کنند. زمانی که فرد بتواند بدون ترس از طرد یا سرزنش، احساسات و نیازهای خود را در رابطه بیان کند، کیفیت ارتباط عاطفی افزایش یافته و تعارضات کاهش می‌یابد.

در تبیین کاهش مؤلفه طرد و بریدگی می‌توان گفت که این طرحواره معمولاً در افرادی دیده می‌شود که در روابط اولیه خود احساس امنیت، حمایت و پذیرش کافی را تجربه نکرده‌اند. چنین افرادی در روابط بزرگسالی دائماً در انتظار بی‌توجهی، رهاشدگی یا خیانت هستند و همین انتظار منفی سبب می‌شود تعاملات زوجی را به‌صورت تهدیدکننده تفسیر کنند. طرحواره‌درمانی با فراهم آوردن رابطه درمانی ایمن و استفاده از تکنیک‌های تجربه‌محور، به فرد کمک می‌کند تجربه متفاوتی از ارتباط و پذیرش را درونی کند (van

و روابط بین‌فردی گزارش کرده‌اند همسو است (Hawke & Provencher, 2011; Peeters et al., 2022).

به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌درمانی می‌تواند از طریق اصلاح باورهای ناکارآمد، کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، افزایش احساس امنیت هیجانی و تقویت خودکارآمدی جنسی، به بهبود روابط زوجین دارای تعارضات زناشویی کمک کند. این یافته‌ها بر اهمیت توجه به ریشه‌های تحولی و ساختارهای شناختی - هیجانی در درمان مشکلات زناشویی تأکید دارند و نشان می‌دهند که پرداختن به لایه‌های عمیق‌تر شخصیت و تجارب هیجانی می‌تواند زمینه‌ساز تغییرات پایدارتر در روابط زوجین باشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن نمونه به زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر ساری اشاره کرد که ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را به سایر شهرها و فرهنگ‌ها محدود سازد. همچنین حجم نمونه نسبتاً محدود بود و استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی یا تمایل آزمودنی‌ها به ارائه تصویری مطلوب از خود قرار گرفته باشد. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به عدم بررسی متغیرهای میانجی مانند سبک دلبستگی، رضایت جنسی و ویژگی‌های شخصیتی اشاره کرد که احتمالاً بر اثربخشی درمان اثرگذار بوده‌اند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده اثربخشی طرحواره‌درمانی را در گروه‌های جمعیتی متنوع‌تر، از جمله زوجین با مدت ازدواج متفاوت، سطوح تحصیلی مختلف و فرهنگ‌های گوناگون بررسی کنند. همچنین مقایسه این رویکرد با سایر درمان‌های زوج‌محور مانند درمان هیجان‌مدار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری می‌تواند در شناسایی نقاط قوت و محدودیت‌های هر رویکرد مفید باشد. پیشنهاد دیگر، بررسی نقش متغیرهای میانجی و تعدیل‌گر مانند سبک دلبستگی، تنظیم هیجان، شفقت به خود و کیفیت رابطه جنسی در فرایند تغییرات درمانی است.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، استفاده از طرحواره‌درمانی در مراکز مشاوره خانواده، کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز زوج‌درمانی توصیه می‌شود. درمانگران می‌توانند با شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و آموزش راهبردهای شناختی و هیجانی سالم، به

همچنین کاهش خودگردانی (Vreeswijk & Broersen, 2012). مختل را می‌توان ناشی از تقویت احساس کفایت، استقلال و توانمندی در فرایند درمان دانست؛ زیرا در این رویکرد، درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا از سبک‌های مقابله‌ای وابسته یا اجتنابی فاصله بگیرد و نقش فعال‌تری در مدیریت هیجان‌ها و روابط خود ایفا کند (Farrell et al., 2024).

کاهش دیگرجهت‌مندی نیز از یافته‌های مهم پژوهش حاضر بود. افراد دارای این طرحواره معمولاً نیازهای خود را نادیده می‌گیرند و برای جلب تأیید دیگران، به اطاعت، فداکاری افراطی یا سرکوب خواسته‌های شخصی روی می‌آورند. چنین الگویی در روابط زناشویی به فرسودگی، احساس نادیده گرفته شدن و نارضایتی منجر می‌شود. طرحواره‌درمانی با آموزش مرزگذاری سالم، ابراز نیازها و تقویت خود بزرگسال سالم، به فرد کمک می‌کند تعادل بیشتری میان توجه به خود و دیگران برقرار سازد (Haeyen, 2019). همچنین کاهش گوش‌به‌زنگی و محدودیت مختل نشان می‌دهد که این رویکرد توانسته است از شدت نگرانی، کنترل‌گری، سخت‌گیری و الگوهای بازداری هیجانی زوجین بکاهد و در نتیجه انعطاف‌پذیری شناختی و هیجانی آنان را افزایش دهد. این یافته با نتایج پژوهش شاه‌سوانی و همکاران در زمینه اثر درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی بر راهبردهای شناختی هیجان همسو است (Shahsavani et al., 2020).

پایداری نتایج در مرحله پیگیری نیز یکی از یافته‌های مهم پژوهش حاضر بود. این موضوع نشان می‌دهد که تغییرات ایجادشده در فرایند طرحواره‌درمانی صرفاً موقتی یا وابسته به حضور درمانگر نبوده، بلکه به سطحی از درونی‌سازی رسیده است که زوجین توانسته‌اند الگوهای جدید شناختی و رفتاری را در زندگی روزمره خود حفظ کنند. این پایداری را می‌توان ناشی از ماهیت عمیق و ساختاری طرحواره‌درمانی دانست؛ زیرا این رویکرد برخلاف برخی درمان‌های کوتاه‌مدت که صرفاً بر کاهش نشانه‌ها تمرکز دارند، بر بازسازی الگوهای بنیادین شخصیت و شیوه ادراک فرد از خود و دیگران تأکید می‌کند (Young et al., 2022). همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعاتی که اثربخشی بلندمدت طرحواره‌درمانی را در حوزه اختلالات هیجانی

- Farrell, J. M., Reiss, N., & Shaw, I. A. (2024). *The Schema Therapy Clinician's Guide: A Complete Resource for Building and Delivering Individual, Group and Integrated Schema Mode Treatment Programs*. John Wiley & Sons.
- Haeyen, S. (2019). Strengthening the healthy adult self in art therapy: Using schema therapy as a positive psychological intervention. *Frontiers in psychology*, 10, 56-65. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00644>
- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 257-276. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.4.257>
- Hirsikangas, S., Kanste, O., Korpelainen, J., Bloigu, R., & Kyngas, H. (2024). The effects of intervention on the quality of life, sense of coherence and daily activities of frequent attenders. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8, 63-71. <https://doi.org/10.5430/jnep.v8n2p63>
- Hourzad, A., Pouladi, S., Ostovar, A., & Ravanipour, M. (2018). The effects of an empowering self-management model on self-efficacy and sense of coherence among retired elderly with chronic diseases: A randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 2215-2224. <https://doi.org/10.2147/CIA.S183276>
- Jannathari, N. (2015). A comparative study of the relationship between early maladaptive schemas and marital burnout among couples seeking consensual divorce and normal couples in Isfahan. National Conference on Knowledge and Technology of Educational Sciences, Social Studies, and Psychology of Iran,
- Kover, L., Szollosi, G. J., Frecska, E., Bugan, A., Berecz, R., & Egerhazi, A. (2024). The association between early maladaptive schemas and romantic relationship satisfaction. *Frontiers in psychology*, 15, 1460723. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1460723>
- Lev, A., & McKey, M. (2022). The effectiveness of schema therapy on marital happiness and sexual self-efficacy in women. *Clinical Psychology*, 23, 15-29.
- Litzinger, S., & Kristina, G. (2005). Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31(5), 409-424. <https://doi.org/10.1080/00926230591006719>
- Makhanova, A., McNulty, J. K., Eckel, L. A., Nikonova, L., & Maner, J. K. (2018). Sex differences in testosterone reactivity during marital conflict. *Hormones and Behavior*, 105, 22-27. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2018.07.007>
- Melani, J., & Gembec, Z. (2013). Young females' sexual self-efficacy: Associations with personal autonomy and the couple relationship. *Sexual Health*, 10, 204-210. <https://doi.org/10.1071/SH12139>
- Merz, C. A., Meuwly, N., Randall, A. K., & Bodenmann, G. (2021). The effectiveness of emotion-focused couple therapy and schema therapy on improving communication patterns and emotional self-regulation in couples. *Family Relations*, 54(1), 46-57.
- Mohammadipour, M., & Shojaei, H. (2018). The effectiveness of mindfulness-based training on differentiation and marital conflicts in women attending health houses in Tehran. *Journal of Social Health*, 5(2), 181-188.
- Oyewo, N. A. (2012). Sexual dysfunction as a determinant of marital dissatisfaction among married part-time degree students in Oyo State. *European Journal of Humanities and Social Sciences*, 15(1).
- Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, or post-traumatic stress

زوجین در کاهش تعارضات، افزایش صمیمیت و بهبود خودکارآمدی جنسی کمک کنند. همچنین برگزاری کارگاه‌های آموزشی مبتنی بر طرحواره‌درمانی برای زوجین، به‌ویژه در سال‌های اولیه زندگی مشترک، می‌تواند در پیشگیری از شکل‌گیری الگوهای ناسازگار ارتباطی و ارتقای سلامت روان خانواده مؤثر باشد.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- Akbarzadeh, S., & Zaharakar, K. (2022). Predicting marital adjustment based on cognitive flexibility and self-compassion in couples. *Quarterly Journal of New Ideas in Psychology*, 12(16), 1-18.
- Dionne, F., Ngo, T. L., & Blais, M. C. (2023). Effectiveness group training based on acceptance and commitment therapy on marital satisfaction, marital conflicts and emotional commitment in nurses. *Journal of marital and family therapy*, 31(1), 15-30.
- Elahi, M., Mollaei, F., Jalali, M., Fooladi, M., & Momenjou, N. (2022). The role of adherence to Islamic lifestyle and psychological hardness in the level of marital conflicts. *Scientific-Research Quarterly of Islamic Lifestyle with Emphasis on Health*, 6(2), 11-19.
- Farajkhah, F. M., Abedi Noghondar, M., & Moshtaghi, E. (2025). Comparison of the effectiveness of emotionally-focused therapy and cognitive-behavioral therapy on improving emotion regulation and marital satisfaction in couples with conflicts with alertness-inhibition early maladaptive schema. *Razavi International Journal of Medicine*, 13(1), e1329.

- disorder: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 1-22.
- Pinheiro, A. P., Raney, T. J., Thornton, L. M., Fichter, M. M., Berrettini, W. H., Goldman, D., Halmi, K. A., & Kaplan, A. S. (2010). Sexual functioning in women with eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 123-129. <https://doi.org/10.1002/eat.20671>
- Roediger, E., Zarbock, G., Frank-Noyon, E., Hinrichs, J., & Arntz, A. (2018). The effectiveness of imagery work in schema therapy with couples: A clinical experiment comparing the effects of imagery rescripting and cognitive interventions in brief schema couples therapy. *Sexual and Relationship Therapy*, 36(20), 1-18. <https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1529411>
- Shahsavani, S., Mashhadi, A., & Bigdeli, I. (2020). The effect of group emotional schema therapy on cognitive emotion strategies in women with migraine headaches: A pilot study. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(13), 1-13. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00073-8>
- van Vreeswijk, M., & Broersen, J. (2012). *Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice*. Wiley-Blackwell.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide* (1st ed.). Guilford Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2022). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide* (3rd ed.). Arjmand.