www.edcbmj.ir e-ISSN: 2345-5284

Education Strategies in Medical Sciences (ESMS)

Journal homepage: www.edcbmj.ir/en e-ISSN: 2345-5284

Baqiyatallah University of Medical Sciences

The Effectiveness of Group Schema Therapy on Marital Intimacy in Married Women: A Quasi-Experimental Study

Sara Iranmanesh [1*]

[1] *Faculty of Humanities, Islamic Azad University, West Tehran Branch, Tehran, Iran*

**Corresponding author: Sara Iranmanesh, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, West Tehran Branch, Tehran, Iran*

Article Info

Keywords: *Group schema therapy; marital intimacy; married women; early maladaptive schemas; psychological intervention*

Abstract

Introduction: Marital intimacy is a key component of the quality of a couple's relationship, emerging within the context of emotional interaction, mutual understanding, self-disclosure, empathetic responsiveness, and a sense of security. Early maladaptive schemas can influence this process by biasing the interpretation of a spouse's behavior, triggering negative emotions, and fostering the use of maladaptive coping styles. The present study aimed to investigate the effectiveness of group schema therapy on the marital intimacy of married women.

Method: This study employed a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and control group. The statistical population consisted of married women employed at the Reyhaneh-ol-Nabi School in the city of Qom in 2022–2023 (1401 SH). From the eligible candidates, 30 individuals were selected via convenience sampling and randomly assigned to either an experimental group or a control group (15 participants in each). The Marital Intimacy Scale (MIS) was used for assessment. The experimental group participated in group schema therapy sessions, while the control group received no intervention during the study period. Data were analyzed using descriptive statistics and analysis of covariance (ANCOVA).

Findings: Based on the statistical report provided in the initial draft, a significant difference in marital intimacy was observed between the two groups after controlling for pre-test scores, with the adjusted mean for the experimental group showing a greater increase. However, due to inconsistencies in the text and discrepancies among certain figures in the statistical tables of the initial draft, the precise statistical values and effect sizes should be verified against the original output from the statistical software.
Conclusion: The reported findings suggest that group schema therapy may be beneficial for enhancing marital intimacy; however, the limited sample size, reliance on convenience sampling, lack of follow-up, and ambiguity regarding the number of sessions and certain statistical indicators constrain the generalizability of the results. Further controlled research with larger samples and more transparent data reporting is warranted.

Copyright © 2020, Education Strategies in Medical Sciences (ESMS). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from edcbmj.ir on 2026-11-15]

مجله راهبردهای آموزش در علوم پزشکی
دوره ۱۹، شماره ۳، ۱۴۰۵
صفحات: ۷۸-۸۵

اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر صمیمیت زناشویی زنان متأهل: یک مطالعه شبه‌آزمایشی

سارا ایرانمنش [1*]

[1] دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران ایران

* نویسنده مسوول : سارا ایرانمنش، دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران ایران

چکیده

مقدمه: صمیمیت زناشویی یکی از مؤلفه‌های مهم کیفیت رابطه زوجین است و در بستر تعامل عاطفی، شناخت متقابل، خودافشایی، پاسخ‌دهی همدلانه و احساس امنیت شکل می‌گیرد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه ممکن است از طریق سوگیری در تفسیر رفتار همسر، فعال‌سازی هیجان‌های منفی و به‌کارگیری سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، بر این فرایند اثر بگذارند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر صمیمیت زناشویی زنان متأهل انجام شد.

روش: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان متأهل شاغل در مدرسه ریحانه‌النبی شهر قم در سال ۱۴۰۱ بود. از میان افراد واجد شرایط، ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزار سنجش، مقیاس صمیمیت زناشویی (MIS) بود. گروه آزمایش در جلسات گروهی طرحواره‌درمانی شرکت کرد و گروه کنترل در دوره پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس بررسی شدند.

یافته‌ها: بر اساس گزارش آماری موجود در نسخه اولیه، پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری میان دو گروه در صمیمیت زناشویی مشاهده شد و میانگین تعدیل‌شده گروه آزمایش افزایش بیشتری را نشان داد. بااین‌حال، به دلیل آشفتگی نگارشی و ناسازگاری برخی ارقام در جدول‌های آماری نسخه اولیه، مقادیر دقیق آماره‌ها و اندازه اثر باید با خروجی اصلی نرم‌افزار آماری تطبیق داده شوند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های گزارش‌شده از امکان سودمندی طرحواره‌درمانی گروهی برای ارتقای صمیمیت زناشویی حمایت می‌کنند؛ بااین‌حال، حجم نمونه محدود، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، نبود پیگیری و ابهام در تعداد جلسات و برخی شاخص‌های آماری، تعمیم نتایج را محدود می‌کند. انجام پژوهش‌های کنترل‌شده با نمونه‌های بزرگ‌تر و گزارش شفاف‌تر داده‌ها ضروری است.

واژگان کلیدی: طرحواره‌درمانی گروهی؛ صمیمیت زناشویی؛ زنان متأهل؛ طرحواره‌های ناسازگار اولیه؛ مداخله روان‌شناختی.

[Downloaded from edcbmj.ir on 2026-11-15]

مقدمه

ازدواج یکی از مهم‌ترین روابط بین‌فردی بزرگسالی است و کیفیت آن می‌تواند بر سلامت روانی، کارکرد خانواده و تجربه بهزیستی اعضای خانواده اثر بگذارد. رابطه زناشویی صرفاً با تداوم زندگی مشترک تعریف نمی‌شود، بلکه کیفیت تعامل، احساس امنیت، توانایی گفت‌وگو درباره نیازها و تعارض‌ها، حمایت متقابل و تجربه نزدیکی عاطفی نیز در آن نقش دارند. هنگامی که زوجین در بیان احساسات و خواسته‌های خود با دشواری روبه‌رو می‌شوند یا رفتارهای یکدیگر را عمدتاً از دریچه بی‌اعتمادی، طرد یا انتقاد تفسیر می‌کنند، احتمال شکل‌گیری چرخه‌های تعارض و فاصله‌گیری عاطفی افزایش می‌یابد [۱–۳]. در میان ابعاد کیفیت رابطه، صمیمیت زناشویی سازه‌ای چندبعدی و فرایندی است. صمیمیت را می‌توان تجربه نزدیکی و پیوندی دانست که در آن هر یک از زوجین احساس می‌کند می‌تواند افکار، هیجان‌ها، نگرانی‌ها و نیازهای خود را بدون ترس نامتناسب از تحقیر یا طرد با دیگری در میان بگذارد. این تجربه به خودافشایی به‌تنهایی محدود نیست؛ پاسخ‌دهی همدلانه و ادراک‌شده از سوی همسر نیز اهمیت دارد. پژوهش لارنسو و همکاران نشان داده است که خودافشایی، افشای متقابل و احساس پاسخ‌دهی شریک رابطه در شکل‌گیری تجربه صمیمیت نقش دارند [۴]. بنابراین، صمیمیت در تعامل‌های روزمره ساخته و بازسازی می‌شود و صرفاً ویژگی ثابت یک فرد یا رابطه نیست. صمیمیت می‌تواند در حوزه‌های گوناگونی از جمله عاطفی، اجتماعی، جنسی، عقلانی و تفریحی بروز یابد. ابزار PAIR که توسط شفر و اولسون معرفی شد، این ابعاد را در ارزیابی روابط نزدیک مورد توجه قرار می‌دهد [۵]. در زندگی زناشویی، این حوزه‌ها از یکدیگر جدا نیستند؛ برای مثال، گفت‌وگوی عاطفی سازنده ممکن است زمینه همکاری بیشتر در فعالیت‌های روزمره را فراهم کند و احساس پذیرش و امنیت نیز می‌تواند بر کیفیت تعامل جنسی اثر بگذارد. ازاین‌رو، بررسی صمیمیت مستلزم توجه به مجموعه‌ای از رفتارها و تجربه‌های متقابل است. یکی از چارچوب‌های نظری برای فهم الگوهای پایدار هیجانی و بین‌فردی، نظریه طرحواره‌درمانی است. طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای فراگیر شناختی، هیجانی و خاطره‌ای هستند که در جریان رشد و در تعامل با نیازهای هیجانی برآورده‌نشده شکل می‌گیرند و در موقعیت‌های بعدی زندگی فعال می‌شوند. این طرحواره‌ها می‌توانند بر برداشت فرد از خود، دیگران و روابط اثر بگذارند. برای نمونه، فردی که با طرحواره رهاشدگی یا محرومیت هیجانی درگیر است ممکن است نشانه‌های مبهم همسر را به‌سرعت به معنای بی‌توجهی یا ترک‌شدن تعبیر کند؛ فرد دارای طرحواره بی‌اعتمادی ممکن است در برابر نزدیکی عاطفی حالت دفاعی بگیرد؛ و طرحواره نقص/شرم می‌تواند بیان نیازها و آسیب‌پذیری هیجانی را دشوار سازد [۲،۶–۸]. در چارچوب طرحواره‌درمانی، علاوه بر شناسایی طرحواره‌ها، سبک‌های مقابله‌ای و حالت‌های طرحواره‌ای نیز بررسی می‌شوند. تسلیم در برابر طرحواره، اجتناب از موقعیت‌های فعال‌کننده و جبران افراطی سه الگوی مقابله‌ای‌اند که ممکن است در روابط صمیمانه به شکل‌هایی مانند سکوت و کناره‌گیری، وابستگی افراطی، کنترل‌گری، انتقاد یا واکنش‌های هیجانی شدید ظاهر شوند. این رفتارها غالباً در کوتاه‌مدت اضطراب فرد را کاهش می‌دهند، اما در بلندمدت می‌توانند فرصت گفت‌وگوی امن و پاسخ‌دهی متقابل را محدود کنند. هدف درمان، صرفاً حذف افکار ناخوشایند نیست؛ بلکه افزایش آگاهی از چرخه‌های تکرارشونده، ارضای سازگارانه‌تر نیازهای هیجانی و تقویت پاسخ‌های سالم بزرگسالانه است [۸]. پژوهش‌های جدید ارتباط میان طرحواره‌های ناسازگار و کیفیت رابطه را نیز بررسی کرده‌اند. در مطالعه‌ای بر افراد متأهل ترکیه‌ای، برخی حوزه‌های طرحواره‌ای از جمله گسست/طرد و معیارهای سرسختانه با سازگاری زوجی ارتباط داشتند و کارکرد خانواده بخشی از این ارتباط را میانجی‌گری می‌کرد [۳]. همچنین مطالعه کوور و همکاران بر زوج‌ها نشان داد برخی طرحواره‌ها، به‌ویژه محرومیت هیجانی، با رضایت رابطه ارتباط منفی دارند؛ این پژوهش بر اهمیت درنظرگرفتن اثر متقابل طرحواره‌های دو شریک تأکید می‌کند [۷]. این یافته‌ها از نظر نظری نشان می‌دهند که تجربه رابطه تنها به ویژگی‌های یک نفر وابسته نیست و الگوهای هر دو طرف می‌توانند در چرخه‌های تعاملی نقش داشته باشند.

از منظر مداخله‌ای، طرحواره‌درمانی می‌کوشد با ترکیب فنون شناختی، تجربی و رفتاری، الگوهای پایدار و ناکارآمد را هدف قرار دهد. در جلسات گروهی، افراد علاوه بر دریافت آموزش و بازخورد درمانگر، می‌توانند از مشاهده تجربه دیگر اعضا، عادی‌سازی دشواری‌ها و تمرین مهارت‌های بین‌فردی بهره‌مند شوند. بااین‌حال، گروه‌درمانی جایگزین خودکار درمان زوجی نیست؛ زیرا در مداخله حاضر واحد درمان، زنان شرکت‌کننده‌اند و همسران آنان مستقیماً در جلسات حضور نداشته‌اند. بنابراین، هرگونه تغییر در صمیمیت زناشویی باید به‌عنوان تغییر گزارش‌شده از سوی شرکت‌کننده تفسیر شود، نه شاهد مستقیم تغییر رفتار هر دو عضو زوج.

شواهد مربوط به مداخلات زوجی نیز نشان می‌دهد رویکردهای درمانی مختلف می‌توانند در کاهش آشفتگی رابطه و بهبود برخی پیامدهای ارتباطی سودمند باشند، اما اندازه اثر و پایداری نتایج به نوع مداخله، ویژگی نمونه و کیفیت روش‌شناختی مطالعات وابسته است [۹–۱۰]. مرور نظام‌مند مداخلات زوجی در آشفتگی زناشویی بر ضرورت ارزیابی دقیق پیامدها و مقایسه رویکردها

[Downloaded from edcbmj.ir on 2026-11-15]

تأکید کرده است [۹]. از سوی دیگر، مرور شواهد درمان‌های زوجی نشان می‌دهد که تفسیر اثربخشی هر مدل باید با توجه به کیفیت مطالعات و میزان تکرار مستقل نتایج انجام شود [۱۰].

با وجود اهمیت نظری این پیوندها، شواهد مستقیم درباره اثر طرحواره‌درمانی گروهی بر صمیمیت زناشویی زنان شاغل در بافت فرهنگی و اجتماعی ایران همچنان محدود است. ازاین‌رو، پژوهش حاضر با تمرکز بر زنان متأهل شاغل در یک مدرسه در شهر قم انجام شد تا بررسی کند آیا شرکت در برنامه گروهی طرحواره‌درمانی با افزایش نمره صمیمیت زناشویی همراه است یا خیر. فرضیه اصلی پژوهش این بود که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، میانگین صمیمیت زناشویی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری خواهد داشت.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان متأهل شاغل در مدرسه ریحانه‌النبی شهر قم در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس و داوطلبانه انجام شد. بر اساس اطلاعات نسخه اولیه، ۳۰ نفر که نمره پایین‌تری در مقیاس صمیمیت زناشویی داشتند انتخاب شدند و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه شامل ۱۵ نفر، جایگزین شدند.

در متن روش نسخه اولیه، علاوه بر صمیمیت زناشویی به پرسشنامه‌های پرخاشگری ارتباطی پنهان و احساس تنهایی نیز اشاره شده است؛ بااین‌حال، عنوان، ابزار تشریح‌شده، جدول‌های نتایج و فرضیه گزارش‌شده در این نسخه بر صمیمیت زناشویی متمرکز است. بنابراین، در نسخه حاضر نتایج این دو متغیر به‌عنوان پیامد پژوهش گزارش نشده‌اند. اگر این متغیرها واقعاً در تحلیل نهایی وارد شده‌اند، لازم است ابزارها، روش نمره‌گذاری و خروجی‌های آماری مربوط به آن‌ها به مقاله افزوده شوند.

مداخله

مداخله بر اساس محتوای جلسات درج‌شده در نسخه اولیه، شامل آشنایی و ایجاد رابطه گروهی، صورت‌بندی مشکلات در قالب طرحواره، بررسی شواهد موافق و مخالف طرحواره‌ها، آموزش فنون شناختی، شناسایی نیازهای هیجانی برآورده‌نشده، تمرین ارتباط سالم، استفاده از تصویرسازی ذهنی، ایفای نقش و تمرین رفتارهای سازگارانه بود. جدول زیر محتوای ثبت‌شده جلسات را بازنویسی و یکدست می‌کند.

جدول ۱. محتوای جلسات مداخله طرحواره‌درمانی گروهی

جلسات	محتوای مداخله
جلسه اول	آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، بیان اهمیت و هدف طرحواره درمانی و صورتبندی مشکالت مراجعان در قالب طرحواره درمانی
جلسه دوم	بررسی شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرحوارهها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته و بحث پیرامون طرحوارههای سالم و ناسالم
جلسه سوم	آموزش تکنیکهای شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحوارههای موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبکهای مقابلهای
جلسه چهارم	تقویت مفهوم انسان سالم، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و ارائه راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده
جلسه پنجم	آموزشی برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی
جلسه ششم	آموزش تکنیکهای تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیتهای مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آنها
جلسه هفتم	آموزش رابطه درمانی و چگونگی برقراری رابطه با افراد مهم زندگی و ایفای نقش
جلسه هشتم	تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش و آموزش الگوهای رفتاری جدید
جلسه نهم	بررسی مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم و ارائه راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار
جلسه دهم	مرور اجمالی جلسات قبل و تمرین راهکارهای یادگرفته شده

ابزار پژوهش

مقیاس صمیمیت زناشویی (MIS): در نسخه اولیه، این ابزار دارای ۱۷ گویه معرفی شده است. پاسخ‌ها بر اساس طیف هفت‌درجه‌ای لیکرت از «هرگز» با نمره ۱ تا «همیشه» با نمره ۷ ثبت می‌شوند و نمره بالاتر نشان‌دهنده صمیمیت زناشویی بیشتر است. در متن اولیه، دامنه ضرایب آلفای کرونباخ ۹۱/۰ تا ۹۷/۰ و

[Downloaded from edcbmj.ir on 2026-11-15]

ضریب پایایی ۹۶/۰ برای نسخه مورد استفاده گزارش شده است. همچنین به بررسی روایی محتوایی با نظر متخصصان اشاره شده است.

برای تکمیل گزارش ابزار، لازم است مشخصات کامل سازندگان مقیاس، سال تدوین، شیوه دقیق نمره‌گذاری، وجود یا نبود گویه‌های معکوس، ابعاد یا خرده‌مقیاس‌ها و منبع فارسی‌سازی/اعتباریابی در نسخه نهایی درج شود. اطلاعات موجود در فایل اولیه برای شناسایی قطعی نسخه پرسشنامه کافی نیست؛ ازاین‌رو، در این نسخه نام سازندگان یا جزئیات روان‌سنجی جدیدی حدس زده نشده است.

روش اجرا و ملاحظات اخلاقی

پس از شناسایی افراد واجد شرایط و اجرای پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش در برنامه گروهی طرحواره‌درمانی شرکت کرد و گروه کنترل در مدت اجرای پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان برنامه، پس‌آزمون صمیمیت زناشویی اجرا شد.

جهت تجزیه وتحلیل اطلاعات این پژوهش از نسخه‌ی ۲۶ نرم افزار **spss** استفاده می‌شود. روش‌های آماری توصیفی(میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی) و استنباطی (آزمون شاپیرو و ویلکز، تحلیل کوواریانس چند متغیره) استفاده شد.

یافته‌ها

در نمونه پژوهش ۳۰ زن متأهل شرکت داشتند که ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل جای گرفتند. بر اساس جدول توصیفی نسخه اولیه، میانگین سن گروه آزمایش حدود ۳۳/۳۹ سال و میانگین سن گروه کنترل حدود ۵۳/۴۰ سال گزارش شده است. میانگین سن کل نیز حدود ۹۳/۳۹ سال ذکر شده است. به دلیل آشفتگی ترتیب ارقام در فایل اولیه، این مقادیر باید با فایل داده‌ها یا جدول اصلی تطبیق داده شوند.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی نمونه پژوهش بر حسب سن در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	تعداد	میانگین سن (سال)	انحراف معیار
آزمایش	۱۵	۳۳/۳۹	۳۲/۲
کنترل	۱۵	۵۳/۴۰	۴۲/۲
کل	۳۰	۹۳/۳۹	۴۱/۲

در نسخه اولیه، برای بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، آزمون همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون گزارش شده است. سطح معناداری گزارش‌شده برای آزمون لوین ۲۰۱/۰ و برای تعامل گروه و پیش‌آزمون ۴۱۰/۰ بوده است؛ این مقادیر، در صورت صحت انتقال از خروجی نرم‌افزار، با نقض‌نشدن این دو مفروضه سازگارند.

جدول ۳. نتایج بررسی مفروضه‌های همگنی واریانس و همگنی شیب رگرسیون متغیر صمیمیت زناشویی

متغیر	آزمون/اثر	F	درجه آزادی	سطح معناداری
صمیمیت زناشویی	همگنی واریانس‌ها (لوین)	۱/۷۱۶	و ۱ ۲۸	۰/۲۰۱
صمیمیت زناشویی	همگنی شیب رگرسیون	۳۰۶/۷۵۳	و ۱ ۲۶	۰/۴۱۰

بر اساس جدول تحلیل کوواریانس نسخه اولیه، اثر گروه پس از کنترل پیش‌آزمون معنادار گزارش شده و مقدار مجذور اتای جزئی برای اثر گروه حدود ۹۲۲/۰ درج شده است. متن اولیه همچنین از افزایش میانگین تعدیل‌شده صمیمیت زناشویی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل خبر می‌دهد. بااین‌حال، ارقام F و مجموع مجذورات در جدول‌ها به‌علت جابه‌جایی اعشار و ارقام در فایل اولیه مبهم‌اند؛ ازاین‌رو در این نسخه از بازسازی یا اصلاح حدسی آن‌ها خودداری شده است.

[Downloaded from edcbmj.ir on 2026-11-15]

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پس‌آزمون صمیمیت زناشویی با کنترل نمرات پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای جزئی
پیش‌آزمون صمیمیت زناشویی	۵۶۹۶/۳۹۸	۱	۵۶۹۶/۳۹۸	۲۸۸/۰۸	۰/۰۰۰	۰/۹۱۷
گروه	۶۰۶۵/۶۱۴	۱	۶۰۶۵/۶۱۴	۳۰۶/۷۵۳	۰/۰۰۰	۰/۹۲۲
خطا	۴۰۸/۸۴۱	۲۶	۱۵/۷۲۵	—	—	—
کل	۹۵۶۰۳/۰۰	۳۰	—	—	—	—

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر صمیمیت زناشویی زنان متأهل بود. بر اساس نتایج گزارش‌شده در نسخه اولیه، پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری میان گروه آزمایش و کنترل مشاهده شد و جهت تفاوت به سود گروه دریافت‌کننده مداخله بود. این نتیجه با این فرض نظری همخوان است که شناسایی و بازنگری الگوهای شناختی ـ هیجانی ناسازگار می‌تواند ظرفیت فرد را برای حضور ایمن‌تر و پاسخ‌گوتر در رابطه نزدیک افزایش دهد.

یکی از تبیین‌های احتمالی این یافته آن است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند در موقعیت‌های روزمره زناشویی به‌صورت فیلترهای تفسیری عمل کنند. برای مثال، تأخیر همسر در پاسخ‌دادن ممکن است برای فردی با حساسیت بالا به رهاشدگی معنای طردشدن پیدا کند؛ یا اختلاف‌نظر معمولی ممکن است در فردی با طرحواره نقص/شرم به احساس بی‌ارزشی و کناره‌گیری منجر شود. هنگامی که فرد بتواند محرک، فکر، هیجان و واکنش رفتاری خود را از یکدیگر تفکیک کند، فرصت بیشتری برای انتخاب پاسخ سنجیده و بیان مستقیم نیازهایش خواهد داشت. این تغییر می‌تواند از شدت چرخه‌های سوءتفاهم و دفاع‌ورزی بکاهد.

تبیین دیگر به سبک‌های مقابله‌ای مربوط است. اجتناب هیجانی ممکن است به شکل سکوت، تغییر موضوع، فاصله‌گیری یا خودداری از گفت‌وگو درباره موضوعات حساس بروز کند. تسلیم طرحواره‌ای ممکن است فرد را به نادیده‌گرفتن نیازهای شخصی وادارد و جبران افراطی می‌تواند به کنترل‌گری یا انتقادگری بینجامد. آموزش گروهی فنون شناختی و تجربی، همراه با تمرین ایفای نقش، می‌تواند به شرکت‌کنندگان کمک کند این الگوها را تشخیص دهند و پاسخ‌های جایگزین را در محیطی نسبتاً امن تمرین کنند. در این چارچوب، افزایش صمیمیت نه صرفاً پیامد تغییر باورها، بلکه نتیجه تغییر تدریجی در شیوه تعامل و پاسخ‌دهی هیجانی است [۲،۶،۸].

یافته حاضر از نظر مفهومی با پژوهش‌هایی همسو است که رابطه طرحواره‌های ناسازگار و کیفیت رابطه را گزارش کرده‌اند. مطالعه Körük و Özabacı نشان داد برخی حوزه‌های طرحواره‌ای با سازگاری زناشویی ارتباط دارند و کارکرد خانواده می‌تواند بخشی از این ارتباط را توضیح دهد [۳]. Kover و همکاران نیز ارتباط میان برخی طرحواره‌ها و رضایت رابطه را در سطح فردی و بین‌فردی بررسی کردند و نقش محرومیت هیجانی و برخی طرحواره‌های مرتبط با گسست و طرد را برجسته ساختند [۷]. البته این مطالعات عمدتاً رابطه‌ای/همبستگی‌اند و به‌تنهایی اثربخشی درمان را اثبات نمی‌کنند؛ ارزش آن‌ها در پشتیبانی از منطق نظری مداخله است.

بر پایه نتایج گزارش‌شده طرحواره‌درمانی گروهی با افزایش صمیمیت زناشویی گزارش‌شده از سوی زنان شرکت‌کننده همراه بوده است. این مداخله از طریق کمک به شناسایی طرحواره‌های فعال، بازنگری برداشت‌های ناکارآمد، شناخت نیازهای هیجانی و تمرین شیوه‌های ارتباطی سازگارانه می‌تواند زمینه بهبود تجربه نزدیکی عاطفی را فراهم کند. بااین‌حال، به دلیل محدودیت‌های نمونه و ابهام‌های موجود در گزارش تعداد جلسات و برخی آمارها، نتیجه‌گیری قطعی درباره اندازه و پایداری اثر ممکن نیست. تأیید این یافته‌ها به پژوهش‌های دقیق‌تر و تکرار مستقل نیاز دارد.

همچنین شواهد مربوط به مداخلات زوجی نشان می‌دهد که بهبود ارتباط، حل تعارض و افزایش حمایت متقابل از اهداف مهم مداخلات روان‌شناختی در روابط نزدیک است [۹–۱۰]. بااین‌حال، مداخله پژوهش حاضر به‌صورت گروهی و برای زنان اجرا شده است و همسران در جلسات شرکت نداشته‌اند. بنابراین ممکن است بخشی از تغییر گزارش‌شده ناشی از افزایش خودآگاهی، تنظیم هیجان یا تغییر برداشت شرکت‌کنندگان از رابطه باشد. برای سنجش تغییرات تعاملی زوجین، پژوهش‌های آینده بهتر است داده‌های هر دو همسر، مشاهده تعامل یا سنجه‌های زوج‌محور را نیز در نظر بگیرند.

از سوی دیگر، صمیمیت فرایندی دوسویه است و صرف افزایش مهارت‌های یک نفر لزوماً به تغییر پایدار الگوی رابطه منجر نمی‌شود. اگر شریک زندگی پاسخ‌دهی حمایتی نشان ندهد یا

[Downloaded from edcbmj.ir on 2026-11-15]

رابطه با تعارض شدید، خشونت یا ناایمنی همراه باشد، ممکن است فرصت ابراز نیازها و خودافشایی محدود بماند. در چنین مواردی ارزیابی بالینی و انتخاب مداخله متناسب با وضعیت رابطه ضرورت دارد و طرحواره‌درمانی گروهی نباید به‌عنوان راه‌حل واحد برای همه مشکلات زناشویی معرفی شود.

از نظر کاربردی، محتوای مداخله می‌تواند در برنامه‌های مشاوره‌ای و آموزشی برای افزایش خودآگاهی هیجانی، شناسایی محرک‌های طرحواره‌ای، تمرین گفت‌وگوی غیرسرزنش‌گرانه و تقویت مرزبندی سالم مورد استفاده قرار گیرد. تمرین‌هایی مانند بیان روشن نیاز، بازتاب‌دادن گفته‌های همسر، بررسی شواهد به‌جای نتیجه‌گیری شتاب‌زده، درخواست حمایت به‌صورت مشخص و اختصاص زمان باکیفیت برای فعالیت مشترک می‌توانند مکمل کار درمانی باشند. اجرای این تمرین‌ها باید با توجه به شرایط فردی، فرهنگی و ایمنی رابطه صورت گیرد.

منابع

1. Arntz A, Jacob GA, Lee CW, Brand-de Wilde OM, Fassbinder E, Harper RP, et al. Effectiveness of predominantly group schema therapy and combined individual and group schema therapy for borderline personality disorder: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. ۲۰۲۲;۷۹(۴):۲۸۷-۲۹۹. doi:۱۰/۱۰۰۱/jamapsychiatry.۲۰۲۲/۰۰۱۰
2. Bär A, Bär HE, Rijkeboer MM, Lobbestael J. Early maladaptive schemas and schema modes in clinical disorders: a systematic review. Psychol Psychother ۲۰۲۳;۹۶(۳):۷۴۷-۷۱۶. doi:۱۰/۱۱۱۱/papt.۱۲۴۶۵
3. Körük S, Özabacı N. How do early maladaptive schemas and family functions predict dyadic marital adjustment? A test on Turkish married individuals. J Sex Marital Ther. ۲۰۲۳;۴۹(۷):۷۷۲-۷۸۲ doi:۱۰/۱۰۸۰/۰۰۹۲۶۲۳X.۲۰۲۳/۲۱۹۵۸۵۷
4. Laurenceau JP, Barrett LF, Pietromonaco PR: Intimacy as an interpersonal process: the importance of self-disclosure, partner disclosure, and perceived partner responsiveness in interpersonal exchanges. J Pers Soc Psychol. ۱۹۹۸;۷۴(۵):۱۲۳۸-۱۲۵۱. doi:۱۰/۱۰۳۷/۰۰۲۲-۳۵۱۴/۷۴/۵/۱۲۳۸
5. Schaefer MT, Olson DH. Assessing intimacy: the PAIR inventory. J Marital Fam Ther. ۱۹۸۱;۷(۱):۴۷-۶۰ doi:۱۰/۱۱۱۱/j.۱۷۵۲-۰۶۰۶/۱۹۸۱.tb۰۱۳۵۱.x
6. Pilkington PD, Karantzas GC, Faustino B, Pizarro-Campagna E. Early maladaptive schemas, emotion regulation difficulties and alexithymia: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Psychother ۲۰۲۴;۳۱(۱):e۲۹۱۴. doi:۱۰/۱۰۰۲/cpp.۲۹۱۴
7. Kover L, Szollosi GJ, Frecska E, Bugan A, Berecz R, Egerhazi A. The association between early maladaptive schemas and romantic relationship satisfaction. Front Psychol.۲۰۲۴;۱۵:۱۴۶۰۷۲۳ doi:۱۰/۳۳۸۹/fpsyg.۲۰۲۴/۱۴۶۰۷۲۳
8. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford Press; ۲۰۰۳.
9. Joseph B, Joseph VK, Rajan SK. Effectiveness of couple interventions in marital distress: a systematic review and meta-analysis. Iran J Public Health ۲۰۲۵;۵۴(۱):۱۲۳-۱۱۲. doi:۱۰/۱۸۵۰۲/ijph.v۵۴i۱/۱۷۵۸۱
10. Carr A. Couple therapy and systemic interventions for adult-focused problems: the evidence base. J Fam Ther ۲۰۲۵;۴۷(۱):-۱۴۶۷/۱۰/۱۱۱۱/doi:. e۱۲۴۸۱. ۱۲۴۸۱/۶۴۲۷.
11. Mohammadi M, Shirafkan Koupkan A, Shafiabady A, Farhangi A. The effectiveness of schema therapy on attachment styles and marital intimacy of couples in Tehran city. J Woman Fam Stud. ۲۰۲۴;۱۷(۶۴):۱۷۳-۱۹۵
12. Salarfard M, Mahmoudinia M, Rahimi M, Latifnejad Roudsari R. A systematic review of counselling approaches and their impact on marital intimacy among women and couples experiencing infertility. BMC Psychol. ۲۰۲۵;۱۳(۱):۱۰۸۹ doi:۱۰/۱۱۸۶/s۴۰۳۵۹-۰۲۵-۰۳۴۳۰-۴
13. Siavoshi H, Kordestani D. Comparison of the effectiveness of schema therapy and emotion-focused therapy (EFT) in increasing marital intimacy among couples. KMAN Couns Psychol Nexus ۲۰۲۵. doi:۱۰/۶۱۸۳۸/kman.fct.psynexus.۴۸۵۷
14. Haghighat Bayan N, Dehghan Nayery B, Fahimi N, Talebi Eshkalak M, Alijani D, Mirzaei M, et al. Comparison of the effectiveness of group cognitive behavioral couple therapy and schema therapy sessions on the improvement of communication patterns and marital satisfaction in couples affected by domestic violence: a quasi-experimental study. Ment Health Lifestyle J. ۲۰۲۶ doi:۱۰/۶۱۸۳۸/mhlj.۱۶۸
15. Sundgren M, Allen A. The role of early adaptive schemas in heterosexual

[Downloaded from edcbmj.ir on 2026-11-15]

.romantic relationships. Sex Cult
doi:۱۰.۱۰۰ .۲۷:۳۹۰–۴۱۴;۲۰۲۳

[Downloaded from edcbmj.ir on 2026-11-15]