



مقایسه میزان اثربخشی طرحواره درمانی با طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به توکوفوبیا بر کاهش علائم سندرم توکوفوبیا شهر اصفهان

الهه عباسی: دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
فلور خیاطان: دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران (* نویسنده مسئول) f.khayatan@yahoo.com
هادی فرهادی: دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

طرحواره درمانی، زنان نخست‌زای، توکوفوبیا

زمینه و هدف: توکوفوبیا ترس پاتولوژیک از زایمان است که پیامدهای جسمی و روانی برای مادر و نوزاد دارد؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان اثربخشی طرحواره درمانی با طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به توکوفوبیا بر علائم سندرم توکوفوبیای زنان نخست‌زای مبتلا به توکوفوبیا شهر اصفهان انجام شد.
روش کار: این پژوهش با روش آمیخته کمی-کیفی در جامعه آماری زنان مبتلا به توکوفوبیا نخست‌زای شهر اصفهان انجام شد. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر از افراد مبتلا به توکوفوبیا بوده است که به صورت هدفمند انتخاب و سپس به صورت تصادفی به سه گروه آزمایشی، کنترل و آزمایش جایگزین شده‌اند. گروه‌های آزمایشی به دو شکل طرحواره درمانی و طرحواره درمانی ویژه تقسیم شده‌اند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرده است. درمان به مدت ۱۲ جلسه در جلسات طرحواره درمانی و طرحواره درمانی ویژه ارائه شده و سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-28 و با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شده‌اند.
یافته‌ها: یافته‌های تغییرات درون گروهی نشان داد که هر دو روش درمان طرحواره درمانی و طرحواره درمانی ویژه تأثیر معنی‌داری بر شدت علائم توکوفوبیا در زنان نخست‌زای شهر اصفهان دارند ($P < 0/05$)، و همچنین تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های درمانی و گروه کنترل وجود دارد ($P < 0/01$). با این حال، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های طرحواره درمانی و طرحواره درمانی ویژه در زنان مبتلا به توکوفوبیا مشاهده نشد ($P > 0/05$).
نتیجه‌گیری: استفاده از مفاهیم طرحواره درمانی می‌تواند بر کاهش شدت علائم ترس از زایمان زنان نخست‌زای مبتلا به توکوفوبیا موثر باشد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.
منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Abbasi E, Khayatan F, Farhadi H. Comparing the Effectiveness of Schema Therapy with Schema Therapy for Women with Tokophobia on Reducing the Symptoms of Tokophobia Syndrome in Isfahan City. Razi J Med Sci. 2024(15 Apr);31.9.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

Comparing the Effectiveness of Schema Therapy with Schema Therapy for Women with Tokophobia on Reducing the Symptoms of Tokophobia Syndrome in Isfahan City

Elaheh Abbasi: PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Felor Khayatan: Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran (* Corresponding Author) f.khayatan@yahoo.com

Hadi Farhadi: Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Abstract

Background & Aims: Tokophobia is a pathological fear of childbirth that may impact the physical and mental well-being of both the mother and the infant (1). This condition can occur in pregnant and non-pregnant women, and even in men, and may be either primary or secondary, resulting from traumatic childbirth experiences or onset during adolescence (2). Women with tokophobia may face psychological issues, postpartum depression, and challenges in accepting specialized care for newborns during pregnancy (3). They may experience feelings of isolation, guilt, and shame, and encounter difficulties in preparing for childbirth (4). Therefore, women with a fear of childbirth have various needs that require serious attention from maternal care services (5). Psychotherapy groups have been recognized as an effective method for treating this fear (6). Interventions such as psychosexual education and cognitive-behavioral therapy can help reduce the number of women requesting cesarean sections due to non-medical fear of childbirth (7). Additionally, receiving individualized care during pregnancy and postpartum is crucial for women with tokophobia (8). Schema therapy is a comprehensive approach that combines cognitive theory and developmental concepts. This approach focuses on early childhood experiences and the cognitive schemas derived from them, examining their impact throughout an individual's life (9). Schema therapy aims to identify and address maladaptive patterns in cognitive, emotional, and behavioral aspects (10). Further research is needed to more precisely determine the effectiveness of schema therapy in treating tokophobia (1, 11). Therefore, the present study aimed to answer the question of whether the effectiveness of general schema therapy and schema therapy specifically tailored for women with tokophobia is the same in reducing the symptoms of fear of childbirth in primiparous women in Isfahan?

Methods: This study was a semi-experimental research with a control group, including pre-test, post-test, and follow-up, conducted in the population of primiparous women with tokophobia in Isfahan in the year 2023. Following Kok's recommendation (2002) for sample size determination in experimental research (12), 45 subjects were purposefully selected and, after matching based on the criteria for entering the study, including obtaining a minimum score (30 and above) on the Tokophobia Questionnaire (13), no history of fetal abortion and curettage, and absence of more than three sessions of absence from treatment sessions, were randomly assigned to three 15-person groups: general schema therapy, schema therapy specifically tailored for women with tokophobia, and the control group. In this research, the control group, general schema therapy group, and specifically tailored schema therapy group were replaced by the standard general schema therapy. The general schema therapy group participated in 12 group training sessions, each lasting 60 minutes, according to the protocol developed by Young et al. (2003) (14). The specifically tailored schema therapy group for women with tokophobia also underwent 12 one-hour sessions of schema therapy developed based on the needs of pregnant women with tokophobia. It is worth mentioning that the

Keywords

Schema Therapy,
Primiparous Women,
Tokophobia

Received: 28/10/2023

Published: 15/04/2024

specifically tailored schema therapy package for women with tokophobia was developed based on the process of development and initial trial reliability and relied on credible sources. The agreement reached by the judges regarding the structure of treatment, duration of treatment, length of each session, content adequacy, and practicality of this treatment was 82.0. Also, in a pilot study on a group of eight, the executive and operational reliability and practicality of the specifically tailored schema therapy package for women with tokophobia were examined and confirmed. To observe ethical principles, the research was approved by the Research Committee of the University with the ethics code IR.IAU.KHUISF.REC.1401.028, and the clinical trial code IRCT20211229053565N1 was obtained. The collected data were analyzed using repeated measures analysis of variance and the SPSS-28 statistical software. The Stoll et al. (2016) 10-item questionnaire was used to measure tokophobia (15). Higher scores on this questionnaire indicate higher fear of childbirth, and lower scores indicate lower fear of childbirth. The reliability of this tool was estimated using the Cronbach's alpha method, and it was 79.6 for the entire questionnaire and 86.0 for the fear of pain and complications subscale, and 82.6 for the fear of physical changes subscale (16).

Results: Examination of demographic data showed no significant differences in age and duration of marriage in the research groups. The assumption of normality in the Shapiro-Wilk test for tokophobia scores was not significant ($p>0.05$), and the distribution of the present variables was normal. The calculated F value in the pre-test, post-test, and follow-up stages was not significant. The results of the analysis of variance with repeated measures showed that general schema therapy and schema therapy specifically tailored for women with tokophobia had a significant effect on reducing tokophobia severity in primiparous women with tokophobia. Therefore, for the comparison of research groups, the Bonferroni test for pairwise comparison of groups also showed a significant difference between the experimental groups and the control group ($p<0.05$), but there was no significant difference between the general schema therapy and specifically tailored schema therapy groups for women with tokophobia ($p>0.05$).

Conclusion: Based on the findings of the research, it can be concluded that both schema therapy and schema therapy specifically tailored for women with tokophobia have a significant impact on reducing the severity of tokophobia symptoms in primiparous women in Isfahan. These results indicate that the use of these two therapeutic approaches can help improve the condition of women with tokophobia and have a positive effect on reducing the fear of childbirth. Additionally, the results show a significant difference between the treatment groups and the control group, suggesting that therapeutic intervention can be more effective in reducing tokophobia severity in primiparous women compared to no intervention. However, no significant difference was observed between the general schema therapy and specifically tailored schema therapy groups. This may indicate that both therapeutic approaches have acted similarly in reducing the severity of tokophobia in women with this disorder, and no significant noticeable difference was observed between these two methods. Overall, the results indicate that both general schema therapy and specifically tailored schema therapy can be effective in reducing the severity of tokophobia in primiparous women. In this regard, it can be stated that schema therapy, by reducing ineffective coping mechanisms, allows patients to effectively manage their phobias related to childbirth and pregnancy. These results can serve as a guide for designing and implementing therapeutic programs to improve the condition of individuals with tokophobia.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Abbasi E, Khayatan F, Farhadi H. Comparing the Effectiveness of Schema Therapy with Schema Therapy for Women with Tokophobia on Reducing the Symptoms of Tokophobia Syndrome in Isfahan City. *Razi J Med Sci.* 2024(15 Apr);31.9.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

***This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.**

مقدمه

توکوفوبیا ترس پاتولوژیک از زایمان است که می‌تواند پیامدهای جسمی و روانی برای مادر و نوزاد داشته باشد (۱). این یک بیماری شایع است و میزان شیوع آن از کشوری به کشور دیگر متفاوت است. توکوفوبیا می‌تواند در زنان باردار و غیر باردار و همچنین در مردان رخ دهد. همچنین می‌تواند اولیه، با شروع در نوجوانی، یا ثانویه، ناشی از یک تجربه زایمان آسیب‌زای قبلی باشد (۲). زنان مبتلا به توکوفوبیا ممکن است عوارض روانشناختی دوران بارداری، افسردگی پس از زایمان و افزایش میزان پذیرش در مراقبت‌های ویژه نوزادان را تجربه کنند (۳). آن‌ها ممکن است احساس انزوا، گناه و شرمندگی داشته باشند و همچنین در آماده شدن برای تولد مشکل دارند (۴). از این‌رو زنان مبتلا به ترس از زایمان نیازهای متعددی دارند که باید به آن‌ها توجه شود. آن‌ها تمایل شدیدی برای حمایت حرفه‌ای دارند، زیرا اغلب احساس می‌کنند در مواجهه با ترس خود رها شده و به حال خود رها شده‌اند (۵). این زنان زایمان را یک رویداد خطرناک می‌دانند و در توانایی‌های خود برای کنار آمدن با آن تردید دارند. آن‌ها به دنبال اطلاعات هستند، سعی می‌کنند به آن فکر نکنند و از استراتژی‌های مختلفی برای جلوگیری از باردار شدن استفاده می‌کنند (۶). خدمات مراقبت از مادر باید آگاهی خود را از ترس قبل از بارداری از زایمان افزایش داده و حمایت از این زنان را در نظر بگیرند (۷). مشخص شده است که گروه درمانی روان درمانی شکل مؤثری از درمان برای زنان مبتلا به ترس از زایمان است (۸). زنان مبتلا به ترس از زایمان به طور فعال به دنبال کمک هستند و باید حمایت مناسبی از آن‌ها ارائه شود (۹). مداخلات درمانی مانند آموزش روانی-جنسی و درمان شناختی رفتاری می‌تواند به کاهش تعداد زنانی که به دلیل ترس از زایمان و بدون نشانه پزشکی درخواست سزارین می‌کنند؛ کمک کند (۱۰).

دریافت مراقبت‌های فردی در طول بارداری و دوره پس از زایمان برای زنان مبتلا به توکوفوبیا مهم است (۱۱). روان درمانی یک رویکرد رایج برای درمان توکوفوبیا است که شامل مداخلاتی مانند آموزش روانی-جنسی، درمان شناختی رفتاری و توسعه مهارت‌های حل مسئله است (۱۰، ۱۲). تاکنون رویکردهای غیر پزشکی

متعددی برای کاهش ترس از زایمان آزمایش شده است که شامل آموزش روانی، درمان‌های شناختی رفتاری، بحث گروهی، آموزش همسالان و هنر درمانی بوده است (۱۱). این مداخلات اثربخشی قابل توجهی در کاهش ترس از زایمان نشان داده است و همچنین نشان داده شده است که می‌تواند منجر به کاهش تعداد زنانی که سزارین را انتخاب می‌کنند، شود (۱۰).

طرحواره درمانی یک رویکرد روان درمانی یکپارچه است که نظریه شناختی و مفاهیم رشدی را ترکیب می‌کند. این بر تجربیات اولیه دوران کودکی و طرحواره‌های شناختی ناشی از آن تمرکز دارد که می‌تواند افراد را در طول زندگی آن‌ها تحت تاثیر قرار دهد (۱۳). طرحواره درمانی با هدف شناسایی و رسیدگی به طرحواره‌های ناسازگار است که الگوهای عمیقی از افکار، احساسات و رفتارهایی هستند که به پریشانی روانی و مشکلات بین فردی کمک می‌کنند (۱۴). این رویکرد درمانی شامل مداخلات تجربی است تا مراجع را با تجربیات مهم دوران کودکی در تماس قرار دهد و بعد عاطفی را به چارچوب شناختی اضافه کند (۱۵). طرحواره درمانی از جهات مختلفی با سایر اشکال درمانی متفاوت است. اولاً، نظریه شناختی و مفاهیم رشدی را با تمرکز بر تجربیات اولیه دوران کودکی و طرحواره‌های حاصل ترکیب می‌کند (۱۶). این موضوع دامنه فرمول‌بندی‌های مورد شناختی مرسوم را گسترش می‌دهد و بعد عاطفی را به درمان اضافه می‌کند (۱۷). علاوه بر این، طرحواره درمانی یک رویکرد یکپارچه است که شیوه‌هایی را از سایر جهت‌گیری‌های درمانی ترکیب می‌کند و آن را به ترکیبی در برخورد با فرمول‌بندی مورد تبدیل می‌کند (۱۸). علاوه بر این، بر رابطه درمانی تاکید می‌کند و از مداخلات تجربی برای ارتباط مراجع با تجربیات مهم دوران کودکی استفاده می‌کند (۱۹). نتایج پژوهش‌های انجام شده بیانگر آن است که طرحواره درمانی در درمان اختلالات اضطرابی، اختلال وسواس فکری-اجباری و اختلال استرس پس از سانحه امیدوارکننده بوده است (۲۰). در یک مطالعه آزمایشی کنترل نشده، طرحواره‌درمانی همراه با درمان شناختی-رفتاری در درمان اختلالات اضطرابی مقاوم به درمان موثر بود (۲۱). علاوه بر این، طرحواره‌درمانی گروهی در کاهش اضطراب مرگ و آشفتگی عاطفی در

بیماران مبتلا به سرطان سینه موثر بود (۲۲).

با مروری بر پیشینه داخلی و خارجی پژوهش‌های مرتبط با اثربخشی درمان طرحواره درمانی بر علائم توکوفوبیا مشخص می‌گردد در این زمینه فقر پژوهشی وجود دارد؛ بنابراین، اثربخشی طرحواره درمانی برای درمان توکوفوبیا بر اساس اطلاعات موجود نامشخص است. از طرف دیگر تأثیر کلی روان درمانی بر کاهش ترس از زایمان نامشخص است و تحقیقات بیشتری برای اندازه‌گیری رضایت از تولد و اضطراب مورد نیاز است. این پژوهش به دلیل مقایسه کارایی دو روش درمانی در کاهش علائم سندرم توکوفوبیا در زنان نخست‌زای شهر اصفهان، نتایج حیاتی و کاربردی ارائه می‌دهد. این پژوهش می‌تواند به متخصصان سلامت، مشاوران و پزشکان کمک کند تا انتخاب درمان مناسب‌تری را برای افراد مبتلا به توکوفوبیا داشته باشند. نتایج این پژوهش می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی مادران و تأثیر مستقیم بر سلامت نوزادان تأثیر گذار باشد. با توجه به اهمیت سلامت روانی و جسمی مادران در دوران بارداری و پس از زایمان، انتخاب روش درمانی موثر و متناسب با نیازها امری حیاتی است. این نتایج می‌توانند به بهبود مهارت‌ها و راهبردهای مداخله در زمینه‌های مشابه کمک کرده و اطلاعات مفیدی را به کادر پزشکی ارائه دهند. با توجه به اینکه توکوفوبیا به طور مستقیم با تجربه زندگی مادران و تأثیرات آن بر نوزادان مرتبط است، این پژوهش می‌تواند به عنوان یک منبع معتبر برای ارتقاء دانش پزشکان و مشاوران در حوزه بهداشت مادر و کودک مورد توجه قرار گیرد. از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان طرحواره درمانی و طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به توکوفوبیا بر علائم ترس از زایمان زنان نخست‌زای شهر اصفهان انجام شد و سعی در پاسخ دهی به این سوال داشت که آیا اثربخشی درمان طرحواره درمانی و طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به توکوفوبیا بر علائم ترس از زایمان زنان نخست‌زای شهر اصفهان یکسان است؟

روش کار

پژوهش حاضر در دسته پژوهش‌های نیمه آزمایشی همراه با گروه کنترل و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود که جامعه آماری زنان نخست‌زای مبتلا به

توکوفوبیای شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ انجام شد. از این رو با توجه به توصیه کوک (۲۰۰۲) مبنی بر انتخاب ۱۵ نفر حجم نمونه برای هر گروه در تحقیقات آزمایشی (۲۳)، ۴۵ نفر به صورت هدفمند انتخاب و پس از همتا سازی بر اساس معیارهای ورود به پژوهش شامل کسب حداقل برش (۳۰ و بالاتر) در پرسشنامه توکوفوبیا (۲۴)، عدم سابقه سقط جنین و کورتاژ، به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره طرحواره درمانی، طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به توکوفوبیا و گروه کنترل جایگزین شدند. در این پژوهش، آزمودنی‌های پژوهش در سه گروه کنترل، طرحواره درمانی معیار و طرحواره درمانی هنجاریابی شده جایگزین شدند. مطابق با جدول شماره ۱ گروه طرحواره درمانی در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای آموزش گروهی مطابق با پروتکل یانگ و همکاران (۱۹۵۰) شرکت نمودند (۲۵). مطابق با جدول شماره ۲، گروه طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به توکوفوبیا نیز در ۱۲ جلسه یک ساعته طرحواره درمانی تدوین شده بر اساس نیازهای زنان باردار مبتلا به توکوفوبیا تدوین گردید، لازم به ذکر است بسته درمان طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به توکوفوبیا بر پایه فرایند تدوین و اعتبار آزمایی اولیه برای این پژوهش و متکی بر منابع معتبر تهیه و تدوین گردید. توافق حاصل از نظر داوران درباره ساختار درمان، طول درمان و طول زمان هر جلسه، کفایت محتوایی و کاربردی این درمان ۰/۸۴ بود. همچنین در یک مطالعه پایلوت در یک گروه هشت نفری، اعتبار اجرایی و عملیاتی بسته طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به توکوفوبیا مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. جهت رعایت اصول اخلاقی بر گروه کنترل تا پایان مرحله پس‌آزمون مداخله‌ای انجام نگرفت و منتظر درمان باقی ماندند. از دیگر معیارهای اخلاقی رعایت شده رعایت اصول رازداری، داشتن اختیار جهت شرکت در پژوهش، کسب رضایت‌نامه کتبی و گرفتن کد اخلاق از کمیته پژوهش دانشگاه با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1401.028 و کد کارآزمایی بالینی: IRCT20211229053565N1 انجام شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و به وسیله نرم افزار آماری SPSS-28 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱- جلسات طرحواره درمانی یانگ (۱۹۵۰) (۲۵)

جلسه اول	برقراری رابطه با اعضای گروه و فراهم‌سازی زمینه اعتماد، مروری بر ساختار جلسات و قوانین گروه و انجام توافقات لازم و آموزش مفهوم طرحواره، طرحواره درمانی و درمان گروهی
جلسه دوم	پیگیری رابطه درمانی و اعتماد بین اعضا، آموزش در زمینه ارتباط بین طرحواره درمانی با اختلالات اضطرابی و آموزشی فرایندهای شناختی
جلسه سوم	آموزش در روند درمان، ارتباط طرحواره با کودک درون، بیان چند مثال از طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بررسی عوامل مؤثر در اکتساب طرحواره
جلسه چهارم	شناخت و برانگیختن طرحواره‌های زنان مبتلا به اختلالات اضطرابی، آگاهی از تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله پدر، مادر و سایر کسانی که در شکل‌گیری طرحواره نقش داشتند و کمک به زنان مبتلا به اختلالات اضطرابی برای تجربه هیجان‌های مرتبط با طرحواره‌ها در شروع جلسه
جلسه پنجم	شناسایی زنان مبتلا به اختلالات اضطرابی با سبک‌های مقابله‌ای، بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای در چند نفر از زنان و بیان چند مثال درباره سبک‌های مقابله‌ای
جلسه ششم	آزمون اعتبار طرحواره، جمع‌آوری شواهد عینی تأییدکننده طرحواره طی صحبت با اعضای گروه، جمع‌آوری شواهد عینی ردکننده طرحواره و تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره
جلسه هفتم	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای زنان مبتلا به اختلالات اضطرابی، تهیه کارت‌های آموزشی مرتبط با طرحواره‌ها و معرفی فرم ثبت طرحواره‌ها
جلسه هشتم	به کاربردن تکنیک گفتگوی خیالی و طرحواره‌های، توانمندسازی زنان مبتلا به اختلالات اضطرابی برای جنگیدن علیه طرحواره و فاصله گرفتن از طرحواره‌های ناسازگار اولیه
جلسه نهم	برقراری گفتگو بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و جنبه سالم طرحواره‌ها، بررسی فرم ثبت طرحواره، نوشتن نامه به والدین و برقراری گفتگوی خیالی با آن‌ها از طریق روش صندلی خالی و تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر
جلسه دهم	آموزش راهبردهای درمانی موردنظر برای تغییر رفتارهای مؤثر در تداوم طرحواره و بررسی روش‌های مؤثر در توانایی کنترل هیجانات و تکانه‌های خود
جلسه یازدهم	بررسی برخی از طرحواره‌های ناسازگار اولیه مانند ایشار و اطاعت، محرومیت هیجانی و بازداری هیجان در اعضای گروه و آموزش شیوه درست ارتباط و ابراز عواطف و هیجان
جلسه دوازدهم	مرور تمرین‌های جلسه قبل، بررسی روش‌های مؤثر در خودکنترلی و تنظیم هیجان در حین کارها بر اساس طرحواره خویش‌تنداری و انجام آمادگی‌های لازم جهت کاربست موارد یادگرفته شده زندگی واقعی

جدول ۲- طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به توکوفوبیا

جلسه	محتوای جلسات
اول	معرفی ترس مرضی از زایمان (توکوفوبیا) و عوامل به وجود آورنده توکوفوبیا با تأکید بر نقش عوامل روانشناختی، آشنایی با مداخله طرحواره درمانی و ریشه‌های تحولی طرحواره، مرتبط کردن وقایع و افکار با هیجان ترس از زایمان و آموزش ثبت افکار خودآیند منفی انجام شد.
دوم	معرفی و شناسایی و درمان خطاهای شناختی، آشنایی با حوزه‌های طرحواره و طرحواره‌های ناسازگار اولیه انجام شد.
سوم	معرفی پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار، تکنیک پل زدن به سوی گذشته برای شناسایی الگوهای ناکارآمد، فرمول‌بندی طرحواره مرتبط با توکوفوبیا انجام شد.
چهارم	آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره، برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم، ایجاد هویت خود مشفق انجام شد.
پنجم	ارزیابی مزایا و معایب طرحواره‌ها، معرفی و نام‌گذاری ذهنیت‌های طرحواره‌ای، مرتبط کردن نقشه ذهنیت با مدل سیستم‌های سه‌گانه، تهیه کارت‌های آموزشی طرحواره انجام شد.
ششم	تمایز نیازها از خواسته‌ها و چالش یکپارچگی، تکنیک برد-برد، تکنیک چهار پایه انسان قدرتمند انجام شد.
هفتم	آموزش سبک‌های تعاملی مخرب، آموزش مهارت بیان ساده، تعیین، تقویت و غنی‌سازی عوامل حمایتی انجام شد.
هشتم	تصویرسازی حباب امن به عنوان خودتنظیم‌گری هیجانی، تصویرسازی به منظور بازنویسی تصاویر به همراه بازوالدینی حد و مرزدار و مواجهه همدلانه، تکلیف تاثیر گفتگوی ذهنیت بر عملکرد انجام شد.
نهم	تکنیک کوله پستی، اجرای تکنیک ایفای نقش تولد ذهنیت‌ها در گفتگوهای چند ذهنیتی، تکنیک تن‌آرامی با تصویرسازی مثبت برای ساختن تصویری مورد علاقه در آینده انجام شد.
دهم	تکنیک کنترل خشم و ابراز احساسات، تمرکز بر سازمانگرهای اصلی در سطح تجربه جسمانی، شناسایی و توسعه منابع جهت تنظیم حالت‌های هیجانی و ساختن جعبه ابزار منابع سوماتیک، بازی در تصویرسازی انجام شد.
یازدهم	تثبیت‌سازی فیزیولوژیکی، آشنایی با فرم بهداشت خواب، تعیین مشکل سازترین رفتار جهت الگو شکنی رفتارهای گذشته، راهبردهای فعال‌سازی انجام شد.
دوازدهم	تهیه فهرستی از رفتارها و سبک‌های مقابله‌ای جدید، تصویرسازی ذهنی به منظور الگو شکنی، انجام تکنیک قردانی و شکرگزاری، جمع‌بندی جلسات انجام شد.

برای اندازه‌گیری توکوفوبیا از پرسشنامه ۱۰ سوالی استول و همکاران (۲۰۱۶) استفاده شد (۲۶).
 است که از بسیار کم (۱) تا بسیار زیاد (۵) نمره‌گذاری می‌گردد و فاقد نمره‌گذاری معکوس است. نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشان دهنده ترس از زایمان بیشتر و نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای

متغیرهای حاضر طبیعی بودند. مقدار F محاسبه شده در آزمون مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار نبود. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

با توجه به این نتایج می‌توان گفت طرحواره درمانی و طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به توکوفوبیا در زنان نخست‌زای مبتلا به توکوفوبیا تأثیر معنی‌داری داشته؛ لذا جهت مقایسه گروه‌های پژوهش در ادامه به آزمون بنفرونی جهت مقایسه زوجی گروه‌ها پرداخته شده است. همان‌گونه که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل وجود دارد؛ ولی این تفاوت بین گروه‌های طرحواره درمانی و طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به توکوفوبیا وجود ندارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به توکوفوبیا بر شدت علائم توکوفوبیای شهر اصفهان انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل تفاوت وجود دارد؛ ولی این تفاوت

نمرات پایین‌تر نشان دهنده ترس از زایمان کمتر است و میزان همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷۰ برآورد گردید. در پژوهش حیدری و همکاران میزان بار عاملی هر گویه بالاتر از ۰/۳ برآورد گردید و پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹۶ و برای خرده آزمون ترس از درد و عوارض ۰/۸۶۰ و برای خرده مقیاس ترس از تغییرات جسمی ۰/۸۲۶ برآورد گردید (۲۷).

یافته‌ها

پیش از اجرای تحلیل‌های اصلی، بررسی داده‌های متغیرهای جمعیت شناختی نشان داد بین سن و مدت ازدواج در گروه‌های پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد. بررسی میانگین و انحراف معیار نمرات توکوفوبیا در مراحل پس‌آزمون نسبت به نمرات گروه کنترل کاهش یافته و در مرحله پیگیری این کاهش باقی مانده است (جدول ۳).

پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده مفروضات اصلی این نوع تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. در مفروضه نرمال بودن داده‌های آزمون شاپیرو ویلک در نمرات توکوفوبیا معنی‌دار نبود ($p > 0.05$) و توزیع

جدول ۳- داده‌های میانگین و انحراف استاندارد متغیر توکوفوبیا

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	
توکوفوبیا	کنترل	۴/۰۴۴	۳۳/۸۰۰	۴/۰۳۹	۳۳/۶۰۰	۳/۵۴۲
	طرحواره درمانی	۳/۶۶۲	۲۸/۹۳۳	۳/۱۹۵	۲۹/۶۰۰	۴/۱۱۹
	طرحواره درمانی ویژه	۳/۸۳۳	۲۷/۲۰۰	۴/۲۴۶	۲۸/۸۰۰	۱/۹۳۵

جدول ۴- نتایج تحلیل تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر توکوفوبیا

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اتا	توان آماری
درون گروهی	۳۲۴/۳۱۱	۲	۱۶۲/۱۵۶	۱۵/۳۵۳	۰/۰۰۱	۰/۲۷۰	۰/۹۹۹
اثر تعاملی	۲۳۸/۲۲۲	۴	۵۹/۵۵۶	۵/۷۰۶	۰/۰۰۱	۰/۲۱۴	۰/۹۷۵
بین گروهی	۳۲۰/۱۳۳	۲	۱۶۰/۰۶۷	۸/۰۵۲	۰/۰۰۱	۰/۲۷۷	۰/۹۴۴

جدول ۵- آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌ی گروه طرحواره درمانی، طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به توکوفوبیا و گروه کنترل

مقیاس	گروه A	گروه B	اختلاف میانگین A-B	خطای استاندارد	سطح معناداری
توکوفوبیا	کنترل	طرحواره درمانی	۲/۶۰۰	۰/۹۴۰	۰/۰۲۵
	طرحواره درمانی ویژه	طرحواره درمانی ویژه	۳/۶۶۷	۰/۹۴۰	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی ویژه	طرحواره درمانی ویژه	۱/۰۶۷	۰/۹۴۰	۰/۷۸۹

بین گروه‌های طرحواره درمانی و طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به توکوفوبیا وجود ندارد. نتایج پژوهش‌های انجام شده که نشان دادند طرحواره درمانی در درمان اختلالات اضطرابی موثر است. در این راستا پیترز و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهشی سیستماتیک که به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر اختلالات اضطرابی، وسواس فکری عملی و اختلال پس از سانحه پرداختند؛ نشان دادند که طرحواره‌درمانی می‌تواند به اثرات مفیدی در علائم خاص اختلال و طرحواره‌های ناسازگار اولیه منجر شود (۲۰). در پژوهش ریمرسوال و همکاران (۲۰۲۳) به بررسی اثربخشی درمان روزانه با طرحواره درمانی بر بیماران مقاوم به درمان اضطراب و وسواس فکری عملی پرداختند. ۲۷ بیمار به مدت متوسط ۳۷ هفته تحت درمان قرار گرفتند؛ نتایج نشان دادند کاهش علائم با بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مدل‌های طرحواره‌های مرتبط بوده و این روش به عنوان گزینه‌ای امیدبخش برای بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی مقاوم به درمان و وسواس فکری عملی معرفی شده است (۲۱) و با نتایج پژوهشی دیگر که توسط میرباقری و همکاران (۲۰۱۸) با هدف ارزیابی تأثیر طرحواره درمانی گروهی بر اضطراب و نگرانی هیجانی در زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شد؛ نتایج نشان داد که طرحواره درمانی گروهی به‌طور معناداری اثربخش در کاهش اضطراب و نگرانی هیجانی در زنان مبتلا به سرطان سینه بوده است (۲۲) همسو و هم‌راستا است. همسویی و هم‌راستایی نتایج این پژوهش با تحقیقات گذشته به دلیل تأکید بر اثربخشی طرحواره درمانی در درمان اختلالات روانی می‌باشد. طرحواره درمانی به عنوان یک رویکرد مستقل یا به صورت ترکیبی با دیگر روش‌های درمانی، مانند درمان شناختی-رفتاری، به خوبی اثربخشی در بهبود سلامت روانی افراد ثابت کرده است. تأثیر مثبت این رویکرد در موارد مختلف از اضطراب تا اختلالات روانی مقاوم به درمان، نشان از ارزش و کارایی طرحواره درمانی در حوزه بهبود و تغییر رفتارها و افکار ناسازگار دارد. این همسویی در نتایج نشان می‌دهد که طرحواره درمانی، به ویژه در مقایسه با طرحواره درمانی ویژه، می‌تواند به طور مؤثری به بهبود شدت علائم توکوفوبیا در زنان مبتلا کمک کند. این هماهنگی با سایر یافته‌ها، اهمیت بیشتر این رویکرد در زمینه بهبود روانی

فرد را تأیید می‌کند. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر باید بیان داشت طرحواره درمانی با پرداختن به الگوهای بازداری هیجانی و اجتناب، فوبیا را کاهش می‌دهد (۲۸). این به بیماران کمک می‌کند تا منشا و تداوم مشکلات خود را درک کنند و تکنیک‌های خاصی را برای هر حالت ارائه می‌دهد (۲۹). درمانگر رابطه‌ای مهربان، گرم و شبیه والدین ایجاد می‌کند و به بیمار کمک می‌کند تا با احساسات و سایر افراد احساس امنیت بیشتری کند (۳۰). درمانگر از طریق رویارویی همدلانه، بیمار را تشویق می‌کند تا با پیامدهای مشکل ساز رفتار خود مواجه شود و برای تغییر فشار وارد کند (۳۱). تکنیک‌های تجربی برای کمک به بیمار برای تجربه و تنظیم احساسات به روشی ایمن، کاهش ترس از احساسات و تغییر معنای آن‌ها استفاده می‌شود (۳۲). طرحواره درمانی با کاهش مکانیسم‌های مقابله‌ای ناکارآمد، به بیمار این امکان را می‌دهد که به طور موثر فوبی‌های خود را نسبت به زایمان و بارداری مدیریت کند. در این راستا نشان داده شده است که طرحواره درمانی در کاهش علائم اختلالات اضطرابی و فوبیا موثر است. از طرف دیگر طرحواره درمانی در کاهش علائم فوبیا مؤثر است زیرا به طرحواره‌ها و حالت‌های ناسازگار اساسی که به اختلالات اضطرابی کمک می‌کنند، می‌پردازد. مشخص شده است که طرحواره درمانی منجر به اثرات مفیدی در علائم اختصاصی اختلال و طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌شود (۲۰). علاوه بر این، نشان داده شده است که طرحواره درمانی ترس از ارزیابی منفی و اجتناب تجربی را کاهش می‌دهد، که مکانیسم‌های فراتشخیصی دخیل در اضطراب اجتماعی هستند (۳۳). همچنین مشخص شده است که طرحواره درمانی گروهی، اضطراب اجتماعی را کاهش داده و استفاده از طرحواره‌های هیجانی مثبت را افزایش می‌دهد و در عین حال استفاده از طرحواره‌های هیجانی منفی را کاهش می‌دهد (۳۳). علاوه بر این، نشان داده شده است که طرحواره درمانی علائم وسواسی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری را با تأثیر مثبت بر خودآگاهی هیجانی و طرحواره‌های آسیب‌پذیری کاهش می‌دهد (۳۴). به طور کلی، طرحواره درمانی باورهای اصلی و الگوهای شناختی را هدف قرار می‌دهد که به علائم فوبیا کمک می‌کند و منجر به

می‌توانند به عنوان راهنمایی برای طراحی و اجرای برنامه‌های درمانی جهت بهبود وضعیت افراد مبتلا به توکوفوبیا استفاده شوند.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌ها، مشخص شد که هر دو روش درمان طرحواره درمانی و طرحواره درمانی ویژه تأثیر مثبتی در کاهش شدت علائم توکوفوبیا در زنان نخست‌زای شهر اصفهان داشتند. همچنین، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های درمانی و گروه کنترل نیز مشاهده شد. اما، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های طرحواره درمانی و طرحواره درمانی ویژه مشاهده نشد. این نتایج نشان می‌دهند که هر دو روش درمان ممکن است بهبود قابل توجهی در کاهش علائم توکوفوبیا ایجاد کنند، اما بین این دو روش درمانی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

References

- Otorepec IR. Tocophobia. *J Sex Med.* 2022;19(5):S226.
- Kubik-Machura DM, Kuć AJ, Kościelecka KE, Męcik-Kronenberg T. Tocophobia—Short Review of Current Literature. *Emerg Med Serv.* 2022;9(4):237-44.
- Kanellopoulos D, Gourounti K. Tocophobia and women's desire for a caesarean section: a systematic review. *Maedica.* 2022;17(1):186.
- Esan DT, Thomas OC, Adedeji OA, Ogunkorode A, Owoeye ID. Tocophobia experience and its impact on birth choices among Nigerian women: a qualitative exploratory study. *Pan Afr Med J.* 2021;39(1).
- Rondung E, Magnusson S, Ternström E. Preconception fear of childbirth: experiences and needs of women fearing childbirth before first pregnancy. *Reprod Health.* 2022;19(1):1-10.
- Hildingsson I, Karlström A, Rubertsson C, Haines H. Women with fear of childbirth might benefit from having a known midwife during labour. *Women Birth.* 2019;32(1):58-63.
- Rúger-Navarrete A, Vázquez-Lara JM, Antúnez-Calvente I, Rodríguez-Díaz L, Riesco-González FJ, Palomo-Gómez R, et al., editors. Antenatal Fear of Childbirth as a Risk Factor for a Bad Childbirth Experience. *Healthcare*; 2023: MDPI.
- Hendrix YM, Baas MA, Vanhommerig JW, de Jongh A, Van Pampus MG. Fear of Childbirth in Nulliparous Women. *Front Psychol.* 2022;13:923819.

کاهش علائم و بهبود تنظیم هیجانی می‌شود (۳۵،۳۶). با توجه به توضیحات ارائه شده، محدودیت‌های این پژوهش می‌توانند عبارت باشند از: این پژوهش بر روی جامعه آماری زنان نخست‌زای مبتلا به توکوفوبیا در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ متمرکز است. بنابراین، انتقال نتایج به سایر جوامع و شرایط ممکن است محدودیت‌هایی داشته باشد و تعمیم‌پذیری آن‌ها ممکن است کاهش یابد. از طرف دیگر مدت زمان مداخله برای گروه‌های درمانی تنها ۱۲ جلسه ۱ ساعته است. این مدت زمان ممکن است برای برخی از شرکت‌کنندگان کافی نباشد و تأثیرات دائمی را به دنبال نداشته باشد. همچنین در این پژوهش از پرسشنامه ۱۰ سوالی استول و همکاران برای اندازه‌گیری توکوفوبیا استفاده شده است. هرچند که این ابزارها دارای روایی و پایایی هستند، اما ممکن است توانایی جامعی در اندازه‌گیری پدیده مورد مطالعه را کاهش دهد. لذا به منظور افزایش قدرت تعمیم و اعتبار پژوهش، پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آینده این محدودیت‌ها را در نظر گرفته و تنوع بیشتری در جمعیت مورد مطالعه در نظر گرفته شود.

با توجه به یافته‌های پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که هر دو روش درمان طرحواره درمانی و طرحواره درمانی ویژه تأثیر معنی‌داری بر کاهش شدت علائم توکوفوبیا در زنان نخست‌زای شهر اصفهان دارند. این نتایج نشان می‌دهد که استفاده از این دو روش درمانی می‌تواند به بهبود وضعیت زنان مبتلا به توکوفوبیا کمک کند و تأثیر مثبتی در کاهش ترس از زایمان داشته باشد. همچنین، نتایج نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های درمانی و گروه کنترل وجود دارد؛ این نتیجه نشان می‌دهد که مداخله درمانی می‌تواند در کاهش شدت توکوفوبیا در زنان نخست‌زای موثرتر از عدم مداخله باشد. در عین حال، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های طرحواره درمانی و طرحواره درمانی ویژه مشاهده نشد. این ممکن است نشان‌دهنده این باشد که هر دو روش درمانی، با تأثیر مشابهی بر شدت توکوفوبیا در زنان مبتلا به این اختلال، عمل کرده‌اند و تفاوت چشم‌گیری بین این دو روش مشاهده نشده است. به طور کلی، نتایج نشان می‌دهد که هر دو روش درمان طرحواره درمانی و طرحواره درمانی ویژه می‌توانند در کاهش شدت توکوفوبیا در زنان نخست‌زای مؤثر باشند. این نتایج

9. Bjørseth H, Kvarme CV, Lundgren I. Norwegian midwives' experiences of encounter and support women with fear of childbirth during birth. *Sex Reprod Healthcare*. 2023;37:100881.
10. Donel J. Tocophobia: overwhelming fear of pregnancy and childbirth. *Int J Reprod Contracept Obstetr Gynecol*. 2019;8(11):4641-6.
11. O'Connell MA, Khashan AS, Leahy-Warren P, Stewart F, O'Neill SM. Interventions for fear of childbirth including tocophobia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;7.
12. Najafi TF, Dashti S, Bolghanabadi N, Rezvanifard M, Andaroon N, Abadibavil D, et al. Evaluation of the effect of cognitive behavioral therapy on tocophobia: A systematic review and meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs*. 2021;35(3):255-60.
13. Bachrach N, Rijkeboer MM, Arntz A, Huntjens RJ. Schema therapy for Dissociative Identity Disorder: a case report. *Front Psychiatry*. 2023;14:1151872.
14. Oettingen J, Rajtar-Zembaty A. Prospect of using schema therapy in working with sex offenders. *Psychiatria Polska*. 2022;56(6):1253-67.
15. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy. New York: Guilford. 2003;254:653-8.
16. van Dijk SD, Veenstra MS, van den Brink RH, van Alphen SP, Oude Voshaar RC. A Systematic Review of the Heterogeneity of Schema Therapy. *J Pers Disord*. 2023;37(2):233-62.
17. Roediger E, Melli G, Marsigli N. Schema Therapy, Contextual Schema Therapy and Case Formulation: Commentary on Chapter "Case Formulation in Process-Based Therapies". *CBT Case Formulation as Therapeutic Process*. 2021:139-42.
18. Zens C. Schema therapy for psychosomatic disorders. *Therapeutische Umschau Revue Therapeutique*. 2019;76(5):239-46.
19. Boterhoven de Haan KL, Fassbinder E, Hayes C, Lee CW. A schema therapy approach to the treatment of posttraumatic stress disorder. *J Psychother Integr*. 2019;29(1):54.
20. Peeters N, van Passel B, Krans J. The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *Br J Clin Psychol*. 2022;61(3):579-97.
21. Remmerswaal KC, Cossen TE, van Balkom AJ, Batelaan NM. Schema therapy with cognitive behaviour day-treatment in patients with treatment-resistant anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder: an uncontrolled pilot study. *Behav Cogn Psychother*. 2023;51(2):174-9.
22. Mirbagheri SR, Khosravi S, Akrami M. Evaluation of the effectiveness of group schema therapy on death anxiety and emotional disturbance in patients with breast cancer in Shiraz. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2022;9(5):16-28.
23. Cook TD, Campbell DT, Shadish W. Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference: Houghton Mifflin Boston, MA; 2002.
24. Azadmanesh h, ahadi h, Manshaee G. Developing and standardization of the mobile concept of semantic differentiation scale means. *Q Educ Measure*. 2016;7(25):187-211.
25. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy. New York: Guilford. 2003;254.
26. Stoll K, Swift EM, Fairbrother N, Nethery E, Janssen P. A systematic review of nonpharmacological prenatal interventions for pregnancy-specific anxiety and fear of childbirth. *Birth*. 2018;45(1):7-18.
27. Psychometric Evaluation of the Pre-pregnancy Fear Questionnaire and its Relationship with Marriage Duration. *J Med Council Islam Repub Iran*. 2020;37(3):185-92.
28. Rashidi Z, Rasooli A. Effectiveness of therapeutic schema on reducing the anxiety and depression in patients with major depressive disorder. *J Appl Environ Biol Sci*. 2015;5:279-85.
29. Fassbinder E, Arntz A. Schema therapy with emotionally inhibited and fearful patients. *J Contemporary Psychother*. 2019;49(1):7-14.
30. Hopwood CJ, Thomas KM. Schema therapy is an effective treatment for avoidant, dependent and obsessive-compulsive personality disorders. *BMJ Ment Health*. 2014;17(3):90-1.
31. Simpson SG, Morrow E, van Vreeswijk M, Reid C. Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Front Psychol*. 2010;1:182.
32. Dabaghi ZS, Rezaei S. Group Schema Therapy Training on Social Adjustment in Maladaptive Students. *MEJDS*. 2020;10:82.
33. Stefan S, Stroian P, Fodor L, Matu S, Nechita D, Boldea I, et al. An online contextual schema therapy workshop for social anxiety symptoms—A randomized control trial. *J Context Behav Sci*. 2023.
34. Morvaridi M, Mashhadi A, Shamloo ZS, Leahy RL. The effectiveness of group emotional schema therapy on emotional regulation and social anxiety symptoms. *Int J Cogn Ther*. 2019;12:16-24.
35. Sij ZD, Manshaee G, Hasanabadi H, Nadi MA. The effects of schema therapy on emotional self-awareness, vulnerability, and obsessive symptoms among patients with obsessive-compulsive disorder. *Modern Care J*. 2018;15(2).

36. Mokhtarinejad O, Mirzaian B, Hassanzadeh R. Comparison of the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on perception of disease and worry in patients with illness anxiety disorder. *Adv Cogn Sci.* 2020;22(3):58-67.