

اثربخشی طرحواره درمانی بر کارکرد اجرایی و حساسیت اضطرابی در زنان آسیب دیده از تجاوز جنسی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۰۳/۲۳

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۸/۰۲

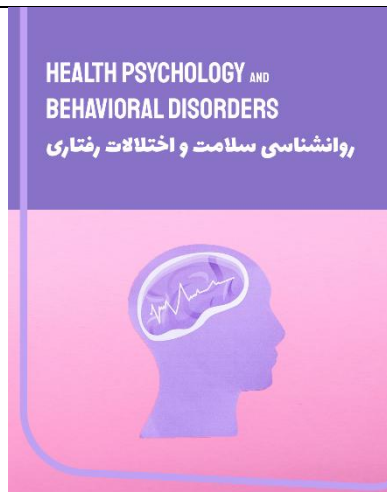
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۱۸

تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۰۹/۰۱

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود کارکرد اجرایی و کاهش حساسیت اضطرابی در زنان آسیب دیده از تجاوز جنسی بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان آسیب دیده از تجاوز جنسی مراجعه کننده به مراکز روان شناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. نمونه ای شامل ۳۰ نفر از این زنان به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش طی ده جلسه نود دقیقه ای تحت مداخله طرحواره درمانی قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. ابزارهای گردآوری داده شامل پرسشنامه حساسیت اضطرابی، آزمون کارتهای ویسکانسین برای ارزیابی کارکرد اجرایی و پرسشنامه طرحواره درمانی هیجانی بود. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه گیری های مکرر در نرم افزار SPSS-۲۶ تحلیل شد. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی باعث بهبود معنادار کارکرد اجرایی و کاهش حساسیت اضطرابی در زنان گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل شد ($P < 0.001$). اثر زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) نیز بر هر دو متغیر معنادار بود و اثر تعاملی گروه و زمان تأیید شد. نتایج مرحله پیگیری نشان داد که اثرات مداخله در هر دو متغیر پایدار مانده است. اندازه اثرها بالا و در دامنه ۰.۶۵ تا ۰.۷۸ گزارش شد که بیانگر قدرت بالای تأثیر درمان است. طرحواره درمانی با تمرکز بر شناسایی و اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه، می تواند به عنوان روشی مؤثر در بهبود توانایی های شناختی سطح بالا و کاهش واکنش های اضطرابی در زنان آسیب دیده از تجاوز جنسی به کار رود. این مداخله با افزایش آگاهی هیجانی، بازسازی ارزیابی های شناختی و تقویت خودکارآمدی روان شناختی، سبب بهبود تنظیم هیجان و عملکرد شناختی می شود. توصیه می شود از این رویکرد در برنامه های درمانی و حمایتی ویژه زنان آسیب دیده استفاده گردد.

کلیدواژه ها: طرحواره درمانی، کارکرد اجرایی، حساسیت اضطرابی، زنان آسیب دیده، تجاوز جنسی

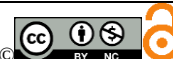


مریم ترکی^۱، علی نظری^{۲*}، نیکا سلیمی^۳، نازنین حقیقت بیان^۴، فرید امین انارکی^۵

۱. گروه روانشناسی، روانشناسی بالینی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
۳. گروه روانشناسی، روانشناسی بالینی، واحد سمنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنجان، ایران
۴. گروه روانشناسی، روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۵. گروه سنجش و اندازه گیری (روانشناسی)، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: Nazari55ali55@gmail.com

شیوه استناددهی: ترکی، مریم، نظری، علی، سلیمی، نیکا، حقیقت بیان، نازنین، و امین انارکی، فرید. (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره درمانی بر کارکرد اجرایی و حساسیت اضطرابی در زنان آسیب دیده از تجاوز جنسی. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*, ۳(۳), ۱-۱۶.



The Effectiveness of Schema Therapy on Executive Function and Anxiety Sensitivity in Women Victimized by Sexual Assault

Submit Date: 2024-06-12

Revise Date: 2024-10-23

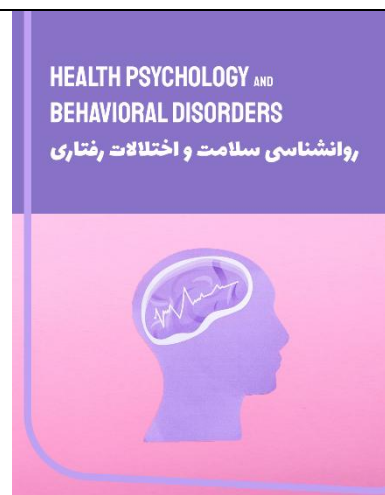
Accept Date: 2024-11-08

Publish Date: 2024-11-21

Abstract

This study aimed to examine the effectiveness of schema therapy in improving executive function and reducing anxiety sensitivity in women victimized by sexual assault. This research employed a quasi-experimental pretest–posttest design with a two-month follow-up and control group. The statistical population included women who had experienced sexual assault and sought psychological services in Tehran in 2024. Thirty participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received ten 90-minute sessions of schema therapy, while the control group received no intervention. Data were collected using the Anxiety Sensitivity Index, Wisconsin Card Sorting Test for executive function, and Emotional Schema Therapy Questionnaire. Repeated measures ANOVA was conducted using SPSS-26. Results indicated a significant improvement in executive function and a significant reduction in anxiety sensitivity among women in the experimental group compared with the control group ($P < 0.001$). The effect of time and the interaction between time and group were also significant for both variables. Follow-up results confirmed that the therapeutic effects persisted over time. Effect sizes ranged between 0.65 and 0.78, reflecting strong treatment efficacy. Schema therapy effectively enhances cognitive flexibility and executive functioning while reducing anxiety sensitivity in women who have experienced sexual assault. By addressing maladaptive schemas and promoting emotional awareness and cognitive restructuring, this approach empowers women to manage distress and regulate emotions more effectively. Therefore, schema therapy can be recommended as a valuable intervention in clinical and supportive programs for female survivors of sexual trauma.

Keywords: *Schema therapy; executive function; anxiety sensitivity; female survivors; sexual assault*



Maryam Torki¹, Ali Nazari^{2*}, Nika Salimi³, Nazanin Haghighat Bayan⁴, Farbod Amin Anaraki⁵

1. Department of Psychology, Clinical Psychology, Islamshahr Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.

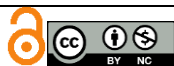
3. Department of Psychology, Clinical Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

4. Department of Psychology, Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

5. Department of Assessment and Measurement (Psychometrics), Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email: Nazari55ali55@gmail.com

How to cite: Torki, M., Nazari, A., Salimi, N., Haghighat Bayan, N., & Amin Anaraki, F. (2024). The Effectiveness of Schema Therapy on Executive Function and Anxiety Sensitivity in Women Victimized by Sexual Assault. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 2(3), 1-16.



© 2024 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

خشونت جنسی و به‌ویژه تجاوز، از مخرب‌ترین اشکال خشونت علیه زنان محسوب می‌شود و پیامدهای روانی، اجتماعی و جسمانی گسترده‌ای بر جای می‌گذارد. تجاوز جنسی به‌عنوان تجربه‌ای ناگهانی و تحقیرآمیز، ساختار روانی و هیجانی قربانی را متزلزل کرده و زمینه‌ساز بروز اختلالات متعددی از جمله اضطراب، افسردگی، احساس گناه، بی‌اعتمادی و ناتوانی در تنظیم هیجان می‌شود (Dutton, 2019; Heise et al., 2019). مطالعات جهانی نشان داده‌اند که حدود یک‌سوم زنان در طول زندگی خود نوعی از خشونت جنسی یا فیزیکی را تجربه می‌کنند و این میزان در جوامع در حال توسعه حتی بالاتر است (Black et al., 2011). تجاوز نه‌تنها جسم فرد را مورد تعرض قرار می‌دهد، بلکه احساس ارزشمندی، امنیت و کنترل روانی را نیز از بین می‌برد و قربانی را در چرخه‌ای از ترس، شرم و خودسرزنی گرفتار می‌سازد (Costa & Botelho, 2021).

در سطح جهانی، نهادهای بهداشت و سلامت روان، خشونت جنسی را به‌عنوان یکی از چالش‌های عمده سلامت عمومی و حقوق بشر معرفی کرده‌اند، زیرا آثار بلندمدت آن در قالب اختلالات اضطرابی، استرس پس از سانحه و رفتارهای خودتخریبی نمایان می‌شود (Gracia et al., 2019; Heise et al., 2020). تحقیقات نشان می‌دهد که زنان قربانی خشونت جنسی یا خانگی، در مقایسه با زنان غیرقربانی، سطوح بالاتری از اضطراب، حساسیت هیجانی و اختلال در کارکردهای شناختی دارند (Saeidi et al., 2020; Walker, 2017). واکنش‌های هیجانی پیچیده‌ای چون ترس، خشم و احساس ناتوانی می‌توانند به مرور زمان در قالب طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تثبیت شوند و موجب تداوم آسیب‌های روانی گردند (Leahy, 2018; Young et al., 2003).

از منظر روان‌شناسی شناختی، یکی از پیامدهای مهم تجاوز جنسی، ایجاد یا فعال شدن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است که باعث می‌شوند فرد در موقعیت‌های بعدی زندگی نیز رویدادهای خنثی را تهدیدآمیز و اضطراب‌آور تفسیر کند (R. L. Leahy, 2016; Young et al., 2003). این طرح‌واره‌ها، که در دوران کودکی یا در اثر رویدادهای آسیب‌زا شکل می‌گیرند، به‌صورت الگوهای پایدار فکری، هیجانی و رفتاری باقی می‌مانند و در تعامل با شرایط زندگی فعلی، موجب بروز علائمی چون اجتناب، نشخوار فکری و اختلال در کنترل هیجان می‌شوند (Leahy, 2019). به همین دلیل، مداخلاتی که بر تغییر طرح‌واره‌های ناسازگار تمرکز دارند، می‌توانند به‌عنوان یکی از رویکردهای مؤثر در بازسازی شناختی و هیجانی قربانیان مورد استفاده قرار گیرند (Krahé, 2018; R. Leahy, 2016).

در دهه اخیر، «طرح‌واره‌درمانی هیجانی» به‌عنوان یکی از درمان‌های مؤثر نسل سوم روان‌درمانی شناخته شده است که توسط لیهی توسعه یافته و بر اصلاح باورها و هیجانات ناکارآمد مراجع تمرکز دارد (R. L. Leahy, 2016). این رویکرد تلفیقی از اصول شناختی-رفتاری، نظریه دلبستگی و درمان‌های تجربه‌محور است و می‌کوشد از طریق شناسایی طرح‌واره‌های ناسازگار و تغییر الگوهای هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی را در فرد تقویت کند (Leahy, 2018). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر طرح‌واره‌درمانی نه‌تنها به کاهش نشانه‌های اضطراب، افسردگی و شرم کمک می‌کنند، بلکه موجب بهبود کارکردهای اجرایی مانند تصمیم‌گیری، حافظه کاری و کنترل هیجان نیز می‌شوند (Erfan et al., 2024; Jafari Goloche et al., 2024).

از سوی دیگر، آثار روانی ناشی از تجاوز جنسی اغلب با اختلال در «کارکرد اجرایی» همراه است. کارکردهای اجرایی مجموعه‌ای از توانایی‌های شناختی سطح بالا شامل برنامه‌ریزی، کنترل بازداری، تنظیم هیجان و تصمیم‌گیری هستند که در موقعیت‌های استرس‌زا آسیب‌پذیر می‌شوند (Asgari & Goodarzi, 2019). قربانیان تجاوز به دلیل فعال‌سازی بیش از حد پاسخ‌های هیجانی و اضطرابی، توانایی خود را در پردازش منطقی و تصمیم‌گیری متعادل از دست می‌دهند (Costa & Botelho, 2021). در این حالت، فرد در چرخه‌ای از افکار تهدیدآمیز و اجتناب‌گرایانه گرفتار می‌شود که باعث افزایش حساسیت اضطرابی و کاهش عملکرد شناختی می‌گردد (Morvaridi Farimani, 2017). در ایران نیز یافته‌های مشابهی وجود دارد که نشان می‌دهد خشونت جنسی و خانگی تأثیر مستقیمی بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان دارد. پژوهش‌ها در استان‌های مختلف کشور، از جمله گیلان و تهران، بیانگر شیوع بالای خشونت علیه زنان و اثر آن بر بروز اضطراب، افسردگی

و احساس ناکارآمدی روانی است (Banaee, 2017; Faramarzi & Pasha, 2018; Keshavarz Mohammadian et al., 2022). علاوه بر این، تجارب زیسته زنان قربانی خشونت نشان می‌دهد که بسیاری از آنان در درک، ابراز و تنظیم هیجان‌های خود دچار مشکل‌اند و از الگوهای رفتاری اجتناب‌گرانه برای مقابله با احساسات دردناک استفاده می‌کنند (Saeidi et al., 2020). این الگوها در صورت تداوم، به تثبیت طرح‌واره‌های ناسازگار و در نتیجه، افزایش حساسیت اضطرابی منجر می‌شوند (Nameni & Shahabi, 2020).

در پاسخ به این وضعیت، طرح‌واره‌درمانی با تمرکز بر تغییر الگوهای فکری و هیجانی ریشه‌دار، راهکارهایی برای بازسازی شناختی و هیجانی ارائه می‌دهد. این درمان از طریق شناسایی و چالش با باورهای ناکارآمد و آموزش راهبردهای جدید مقابله‌ای، به افراد کمک می‌کند تا نسبت به هیجانات خود آگاهی بیشتری پیدا کرده و از راهکارهای سالم‌تری برای مواجهه با استرس استفاده کنند (Keyvanlo et al., 2022; Leahy, 2019). پژوهش‌های داخلی و خارجی نشان داده‌اند که طرح‌واره‌درمانی به‌ویژه در کاهش حساسیت اضطرابی و افزایش توانایی تنظیم هیجان در زنان مؤثر است (Sardaripour & Zare, 2023; Yakobson & Servatyari, 2022; Zare & Safarzadeh, 2021).

از منظر بالینی، حساسیت اضطرابی یکی از سازه‌های کلیدی در تداوم مشکلات روان‌شناختی قربانیان تجاوز است. این متغیر به معنای تفسیر فاجعه‌آمیز نشانه‌های اضطراب (مانند تپش قلب یا تعریق) و ترس از پیامدهای آن است. افرادی با حساسیت اضطرابی بالا تمایل دارند این نشانه‌ها را به‌عنوان تهدیدی جدی تلقی کرده و دچار حملات اضطرابی شوند (Jafari Goloche et al., 2024; Rahmati et al., 2021). طرح‌واره‌درمانی با شناسایی و اصلاح این الگوهای تفسیری، موجب کاهش تفسیرهای منفی از علائم اضطراب و افزایش احساس کنترل فرد بر واکنش‌های فیزیولوژیک می‌شود (Keyvanlo et al., 2022; Leahy, 2018).

به موازات این یافته‌ها، شواهد نظری و تجربی نشان می‌دهد که طرح‌واره‌درمانی نه‌تنها بر مؤلفه‌های هیجانی بلکه بر فرایندهای شناختی سطح بالا تأثیر دارد. تغییر در باورهای بنیادین و افزایش آگاهی هیجانی، موجب تقویت عملکرد قشر پیش‌پیشانی مغز می‌شود که مسئول تنظیم رفتارهای اجرایی است (Dutton, 2019; Sardaripour & Zare, 2023). بنابراین، استفاده از طرح‌واره‌درمانی در زنان آسیب‌دیده از تجاوز جنسی می‌تواند دو هدف را هم‌زمان دنبال کند: بهبود کارکرد اجرایی و کاهش حساسیت اضطرابی.

در مطالعات مختلف، کاربرد این رویکرد در جمعیت‌های بالینی متفاوتی از جمله زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی، مردان دارای روابط خارج از ازدواج و زنان قربانی خشونت خانگی بررسی شده و نتایج مشابهی مبنی بر اثربخشی آن در کاهش آشفتگی روانی گزارش شده است (Erfan et al., 2024; Mohammadi et al., 2019; Rahmati et al., 2021). همچنین، یافته‌های پژوهش‌های مربوط به طرح‌واره‌درمانی گروهی نشان می‌دهد که این مداخله با ایجاد فضای حمایتی و همدلی، امکان پردازش عمیق‌تر هیجانات و بازسازی شناختی در محیطی امن را فراهم می‌آورد (Stith et al., 2011; Yakobson & Servatyari, 2022).

از سوی دیگر، عوامل فرهنگی و اجتماعی نیز در شکل‌گیری و تداوم آسیب‌های روانی ناشی از خشونت جنسی نقش بسزایی دارند. در بسیاری از فرهنگ‌ها، قربانیان تجاوز به دلیل ترس از قضاوت یا بی‌اعتقادی جامعه به سکوت و انزوا پناه می‌برند که این امر موجب تشدید احساس شرم و تضعیف فرایند درمان می‌شود (Banaee, 2017; Ekstrom, 2018). از این‌رو، طراحی و اجرای مداخلات درمانی مبتنی بر فرهنگ بومی اهمیت دوچندان دارد تا درمانگران بتوانند ضمن احترام به زمینه‌های فرهنگی، به بازسازی هیجانی و شناختی قربانیان کمک کنند (Gracia et al., 2020; Heise et al., 2019).

بنابراین، در پرتو شواهد پژوهشی و نظری، طرح‌واره‌درمانی هیجانی می‌تواند به‌عنوان روشی جامع برای بهبود سلامت روانی زنان آسیب‌دیده از تجاوز جنسی مورد استفاده قرار گیرد. این درمان با تمرکز بر شناسایی و تغییر طرح‌واره‌های ناسازگار، ارتقای آگاهی هیجانی، تقویت انعطاف‌پذیری شناختی و آموزش سبک‌های مقابله‌ای سالم، می‌تواند به کاهش اضطراب، افزایش کارکردهای اجرایی و بازسازی احساس ارزشمندی و کنترل در این زنان منجر شود (R. L. Leahy, 2016; Sardaripour & Zare, 2023; Young et al., 2003).

در نهایت، با توجه به پیچیدگی پیامدهای روانی تجاوز جنسی و نیاز به مداخلات چندبعدی، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کارکرد اجرایی و حساسیت اضطرابی در زنان آسیب‌دیده از تجاوز جنسی انجام شد.

روش‌شناسی

این مطالعه به روش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل زنان آسیب‌دیده از تجاوز جنسی مراجعه‌کننده به مراکز روانشناختی و حمایتی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه بر اساس جدول کوهن و با سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۳۰/۰ و توان آماری ۸۳/۰ تعیین شد و برای هر گروه ۱۲ نفر در نظر گرفته شد؛ با توجه به احتمال ریزش نمونه‌ها و به منظور افزایش تعمیم‌پذیری نتایج، حجم نمونه هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. در مرحله اول، ۴۵ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس با روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل رضایت کامل برای شرکت در جلسات درمانی، حداقل تحصیلات در سطح راهنمایی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی مؤثر بر خلق و رفتار و عدم دریافت خدمات روانشناختی مشابه در سه ماه گذشته بود. ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، ابتلا به بیماری‌های روانی شدید از جمله افسردگی، شرکت همزمان در سایر کارگاه‌های روانشناختی و انصراف از ادامه همکاری بود. رعایت اصول اخلاق پژوهش شامل رضایت آگاهانه، توجیه مشارکت‌کنندگان در مورد روش و هدف پژوهش، حفظ محرمانه‌بودن اطلاعات، آزادی ترک مطالعه و امکان دریافت خدمات روانشناختی در هر زمان انجام شد. پس از پایان پژوهش، خدمات روانشناختی به صورت رایگان به گروه کنترل نیز ارائه گردید.

برای جمع‌آوری داده‌ها از فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و سابقه تجربه تجاوز جنسی و همچنین از پرسشنامه‌های خودگزارشی استفاده شد. ابزارهای اصلی شامل پرسشنامه حساسیت اضطرابی (Anxiety Sensitivity Index – ASI) برای سنجش حساسیت اضطرابی، پرسشنامه کارکرد اجرایی برای ارزیابی توانایی‌های شناختی سطح بالا مانند برنامه‌ریزی، سازماندهی، کنترل توجه، حافظه کاری، حل مسئله و تنظیم رفتار هدفمند و پرسشنامه طرحواره‌درمانی هیجانی برای ارزیابی تغییرات شناختی-هیجانی ناشی از مداخله طرحواره‌درمانی بود. پرسشنامه‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل شدند و آموزش‌ها به صورت رایگان ارائه شد. شرکت‌کنندگان از حق ترک مطالعه در هر زمان برخوردار بودند و هیچ ریزشی در نمونه‌ها مشاهده نشد.

حساسیت اضطرابی: برای سنجش حساسیت اضطرابی، از پرسشنامه ۳۶ سوالی Reiss و همکاران (۱۹۸۶) و نسخه بازبینی‌شده آن استفاده می‌شود (تیلور و کاکس، ۱۹۹۸؛ میرادی‌مانش و همکاران، ۲۰۰۴). این ابزار شامل چهار زیرمقیاس است: ترس از نشانه‌های قلبی، ترس از نشانه‌های تنفسی، ترس از نشانه‌های گوارشی و ترس از اضطراب اجتماعی. هر سوال بر اساس مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از «اصلاً درست نیست» تا «کاملاً درست است» نمره‌دهی می‌شود و مجموع نمرات می‌تواند از ۰ تا ۱۴۴ متغیر باشد؛ نمره پایین نشان‌دهنده حساسیت اضطرابی کمتر و نمره بالا نشان‌دهنده حساسیت اضطرابی بیشتر است.

اعتبار و پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها بین ۸۲/۰ تا ۸۷/۰ و برای کل مقیاس ۹۰/۰ گزارش شده است. همچنین ضریب اعتبار بازآزمایی این ابزار ۹۵/۰ به دست آمده است (میرادی‌مانش و همکاران، ۲۰۰۴). در مطالعه حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۸۸۶/۰ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی بالا این ابزار در نمونه مورد بررسی است.

پروتکل مداخله طرحواره‌درمانی در این پژوهش شامل هشت جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای بود که به صورت منظم و هفتگی برگزار شد. در دو جلسه نخست، مرحله سنجش و آموزش نظری انجام گرفت؛ طی آن شرکت‌کنندگان با مفهوم طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی آن‌ها، سازوکارهای شناختی و هیجانی مرتبط و قوانین کلی کار گروهی آشنا شدند. در جلسات سوم و چهارم، تمرکز درمان بر آموزش و اجرای تکنیک‌های شناختی قرار داشت تا آزمودنی‌ها بتوانند در برابر طرحواره‌های ناکارآمد استدلال کنند، اعتبار آن‌ها را به چالش بکشند و از طریق

گفت‌وگوی درونی بین بخش سالم و ناسالم شخصیت، شواهد تأییدکننده طرح‌واره را بازنگری کنند. در جلسات پنجم و ششم، تکنیک‌های هیجانی و تجربی مانند گفت‌وگوهای خیالی، تصویرسازی ذهنی وقایع آسیب‌زا و نوشتن نامه برای ابراز احساسات سرکوب‌شده آموزش داده شد تا شرکت‌کنندگان بتوانند به ریشه‌های هیجانی طرح‌واره‌ها دست یابند و هیجانات منفی را بازپردازش کنند. در جلسات پایانی، یعنی هفتم و هشتم، آموزش سبک‌های مقابله‌ای سازگار و الگوشکنی رفتاری انجام شد؛ شرکت‌کنندگان تشویق شدند تا رفتارهای ناسازگار خود را کنار بگذارند، رفتارهای کارآمد و بهنجار را تمرین کنند، انگیزه درونی خود را برای تغییر تقویت نمایند و راهکارهای آموخته‌شده را در موقعیت‌های واقعی زندگی روزمره به کار گیرند. این فرایند به گونه‌ای طراحی شد که در پایان مداخله، فرد ضمن آگاهی از طرح‌واره‌های ناسازگار، توانایی شناختی و هیجانی لازم برای تنظیم هیجان، بازسازی شناختی و مقابله سالم با استرس را کسب نماید.

آزمون کارتهای ویسکانسین: به عنوان ابزاری معتبر برای سنجش کارکردهای اجرایی مورد استفاده قرار می‌گیرد. انجام این آزمون نیازمند توانایی‌هایی از جمله برنامه‌ریزی راهبردی، توانایی انتزاع، انعطاف‌پذیری ذهنی، رفتار معطوف به هدف، جستجوی سازمان‌یافته و کنترل پاسخ‌های تکانشی است (زارع و عبدالله‌زاده، ۱۳۹۳). این آزمون در سال ۱۹۴۸ توسط گرانت و برگ تدوین شد و اعتبار آن توسط لزاک (۱۹۹۵) بالای ۸۶/۰ گزارش شده است. نسخه نرم‌افزاری فارسی این آزمون توسط شاه‌قلیان، آزاد فالج، فتحی‌آشتیانی و خدادی (۱۳۹۰) طراحی و مورد اعتبارسنجی قرار گرفته است و امکان استفاده در پژوهش‌های روانشناختی و بالینی را فراهم می‌کند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. روش آماری مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر بود. به منظور بررسی جمعیت شناختی آزمودنی‌ها از آزمون دقیق فیشر و پیش فرض نرمال بودن، از آزمون Kolmogorov-Smirnov، برای پیش فرض کرویت از آزمون Mauchly و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون Levene استفاده شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، تمامی شرکت‌کنندگان زن بودند. میانگین سنی گروه آزمایش 43.40 ± 3.92 سال و گروه کنترل 44.07 ± 4.49 سال بود و آزمون t دو نمونه مستقل نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه‌ها از نظر سن وجود ندارد ($P = 0.669$). همچنین، آزمون دقیق فیشر برای مقایسه سطح تحصیلات و وضعیت تأهل نیز تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها نشان نداد ($P > 0.05$).

مطابق جدول زیر، شاخص‌های توصیفی دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری ارائه گردیده. همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمرات گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پی‌گیری بهبود یافته است. این بهبودی در متغیرهای پژوهش با افزایش و کاهش میانگین نمره روبه‌رو بوده است که نشان از تأثیر مداخله طرح‌واره درمانی بر متغیرهای مطرح شده دارد، در حالی که در گروه کنترل تغییر چندانی رخ نداده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی در بیماران روانی تنی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	پس‌آزمون (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	پیگیری (میانگین $\pm$ انحراف معیار)
کارکرد اجرایی	آزمایش	43.40 ± 3.92	40.92 ± 3.56	41.87 ± 5.60
	کنترل	44.07 ± 4.49	44.38 ± 3.38	44.12 ± 3.19
حساسیت اضطرابی	آزمایش	65.33 ± 4.56	53.11 ± 3.88	52.87 ± 3.70
	کنترل	64.80 ± 5.16	63.38 ± 4.82	64.19 ± 4.91

قبل از انجام تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر، مفروضه‌های نرمال بودن داده‌ها و همگنی واریانس‌ها بررسی شد. نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov نشان داد که داده‌ها از توزیع نرمال پیروی می‌کنند ($P < 0.05$). همچنین، آزمون Levene فرض همگنی

واریانس‌ها را تأیید کرد و آزمون Mauchly کرویت داده‌ها را برقرار نشان داد. آزمون Box's M نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها برابر است.

نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین کارکرد اجرایی ($P = 0.001$) و حساسیت اضطرابی ($P = 0.024$) تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین، اثر زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر کارکرد اجرایی ($P = 0.001$) و حساسیت اضطرابی ($P = 0.001$) معنی‌دار بود. اثر تعاملی گروه و زمان نیز برای کارکرد اجرایی ($P = 0.001$) و حساسیت اضطرابی ($P = 0.001$) معنادار بود، که نشان‌دهنده تأثیر مداخله طرحواره‌درمانی بر بهبود این متغیرها در گروه آزمایش نسبت به کنترل است. جزئیات در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر در تبیین اثر متغیر مستقل بر شرم درونی شده و احساس ناکامی

متغیر	منبع تغییرات	F	مقدار P	اندازه اثر	متغیر
کارکرد اجرایی	گروه	۲۵۰۸۸	۰.۰۰۱	۰.۷۱	کارکرد اجرایی
	دوره	۴۸۰۴۱	۰.۰۰۱	۰.۶۷	
	گروه * دوره	۳۰۰۸۸	۰.۰۰۱	۰.۷۱	
حساسیت اضطرابی	گروه	۱۵۰۷۰	۰.۰۲۴	۰.۶۵	حساسیت اضطرابی
	دوره	۳۶۰۹۹	۰.۰۰۱	۰.۷۸	
	گروه * دوره	۱۸۰۲۰	۰.۰۰۱	۰.۶۵	

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌درمانی به‌طور معناداری موجب بهبود کارکرد اجرایی و کاهش حساسیت اضطرابی در زنان آسیب‌دیده از تجاوز جنسی شد. تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری نشان داد که میانگین نمرات کارکرد اجرایی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته و هم‌زمان حساسیت اضطرابی کاهش یافته است. این یافته‌ها با فرضیه‌های پژوهش مطابقت داشت و بیانگر آن است که اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بازسازی الگوهای شناختی و هیجانی می‌تواند نقش مؤثری در بهبود توانایی‌های شناختی و کاهش واکنش‌پذیری اضطرابی زنان قربانی داشته باشد. با توجه به اینکه تجاوز جنسی یکی از مخرب‌ترین تجارب روانی است که فرد می‌تواند در طول زندگی تجربه کند، نتایج این مطالعه حاکی از آن است که مداخلات طرحواره‌درمانی قادر است از طریق بازسازی ساختار شناختی و هیجانی قربانیان، مسیر بازگشت به عملکرد بهنجار روانی را هموار سازد (Costa & Botelho, 2021; Dutton, 2019; Heise et al., 2019).

این یافته‌ها را می‌توان بر مبنای نظریه طرحواره‌های ناسازگار اولیه تبیین کرد. بر اساس دیدگاه یانگ، تجربه رویدادهای آسیب‌زا به‌ویژه در حوزه روابط بین‌فردی منجر به شکل‌گیری الگوهای پایدار فکری و هیجانی می‌شود که فرد در بزرگسالی نیز بر اساس آن‌ها رفتار می‌کند (Young et al., 2003). تجاوز جنسی می‌تواند با فعال‌سازی طرحواره‌هایی نظیر بی‌اعتمادی، نقص و شرم، آسیب‌پذیری و شکست همراه باشد. این طرح‌واره‌ها باعث می‌شوند قربانیان خود را بی‌ارزش، بی‌دفاع و فاقد کنترل بر شرایط بدانند و در مواجهه با استرس یا موقعیت‌های یادآور حادثه، واکنش‌های اضطرابی شدیدی بروز دهند (Krahé, 2018; Leahy, 2019). به همین دلیل، هنگامی که این طرح‌واره‌ها در جلسات درمانی شناسایی و به چالش کشیده می‌شوند، فرد می‌تواند از حالت اجتناب یا تسلیم خارج شود و به‌صورت منطقی‌تری با هیجانات خود مواجه گردد. در همین راستا، پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌درمانی باعث بهبود معنادار کارکرد اجرایی شد که می‌تواند ناشی از افزایش کنترل شناختی و تنظیم هیجان در نتیجه بازسازی شناختی باشد (Asgari & Goodarzi, 2019; Jafari Goloche et al., 2024).

مطالعات مشابه در حوزه طرحواره‌درمانی بر اهمیت این رویکرد در بهبود کارکردهای شناختی و هیجانی تأکید کرده‌اند. پژوهش ارفان و همکاران (Erfan et al., 2024) نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر طرحواره‌درمانی هیجانی موجب کاهش آشفتگی روانی و شدت علائم در زنان

مبتلا به اختلالات روان‌تنی شد. یافته‌های جعفری گلوچه و همکاران (Jafari Goloche et al., 2024) نیز حاکی از آن بود که طرحواره‌درمانی نسبت به درمان شناختی‌رفتاری در کاهش حساسیت اضطرابی و عدم تحمل ابهام در بیماران اضطرابی اثربخش‌تر است. همچنین مطالعه ساردی‌پور و زارع (Sardaripour & Zare, 2023) گزارش کرد که آموزش طرحواره‌درمانی توانست نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی را در زنان کاهش دهد. این نتایج، مشابه یافته‌های تحقیق حاضر، نشان می‌دهد که اصلاح طرحواره‌های ناسازگار می‌تواند موجب کاهش تفسیرهای فاجعه‌آمیز از نشانه‌های اضطراب و افزایش توانایی در تنظیم رفتار و تفکر شود.

تبیین دیگر نتایج این پژوهش را می‌توان از منظر مدل تنظیم هیجان در طرحواره‌درمانی ارائه داد. از دیدگاه لیهی، بسیاری از مشکلات روان‌شناختی از ناتوانی در شناسایی، پذیرش و مدیریت هیجانات منفی ناشی می‌شود (Leahy, 2018; R. L. Leahy, 2016). در این مدل، فردی که در مواجهه با هیجان اضطراب دچار اجتناب یا سرکوب می‌شود، در واقع در چرخه تداوم اضطراب گرفتار است. طرحواره‌درمانی با آموزش شناسایی هیجانات، بازنگری ارزیابی‌های هیجانی و جایگزینی واکنش‌های سازگارانه، به مراجع کمک می‌کند تا از این چرخه خارج شود. در این راستا، پژوهش زارع و صفارزاده (Zare & Safarzadeh, 2021) نیز نشان داد که آموزش طرحواره‌درمانی منجر به افزایش تاب‌آوری و بهبود تنظیم هیجان در زنان قربانی خشونت شد. یافته‌های حاضر نیز با نتایج پژوهش‌های کلیدواژه‌دار مشابه همسوست که همگی به نقش مؤثر بازسازی شناختی و هیجانی در کاهش حساسیت اضطرابی اشاره دارند (Keyvanlo et al., 2022; Rahmati et al., 2021).

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات بین‌المللی در حوزه خشونت و تروما نیز همخوانی دارد. پژوهش کاستا و بوتلهیرو (Costa & Botelho, 2021) تأیید کرد که تجربه خشونت جنسی منجر به فعال شدن سبک‌های دلبستگی ناایمن و در نتیجه افزایش علائم اضطراب پس از سانحه می‌شود. در چنین شرایطی، درمان‌های مبتنی بر هیجان مانند طرحواره‌درمانی می‌توانند با اصلاح الگوهای دلبستگی و افزایش احساس امنیت در روابط، اضطراب را کاهش دهند. همچنین، تحقیقات دوتون (Dutton, 2019) و هیس (Heise et al., 2019) نشان داده‌اند که خشونت علیه زنان موجب اختلال در ساختارهای شناختی و هیجانی می‌شود و درمان‌های تلفیقی بر پایه هیجان در کاهش این آسیب‌ها مؤثرند. در همین راستا، پژوهش حاضر نیز تأیید کرد که با به‌کارگیری مداخلات مبتنی بر طرحواره‌درمانی می‌توان نه تنها علائم اضطرابی بلکه نقص در کارکردهای اجرایی را نیز بهبود بخشید.

در تبیین بهبود کارکرد اجرایی، باید توجه داشت که تجاوز جنسی به‌عنوان یک تجربه آسیب‌زا، معمولاً منجر به اختلال در عملکرد شبکه‌های عصبی مرتبط با قشر پیش‌پیشانی می‌شود که وظیفه کنترل شناختی و تنظیم رفتار را بر عهده دارد. افزایش تمرکز بر هیجانات منفی و برانگیختگی مزمن سیستم اضطراب، موجب کاهش توانایی برنامه‌ریزی، کنترل بازداری و تصمیم‌گیری منطقی می‌شود (Keshavarz, 2020; Mohammadian et al., 2022; Saeidi et al., 2020). در این میان، طرحواره‌درمانی از طریق تقویت آگاهی شناختی نسبت به افکار خودکار منفی و آموزش راهبردهای مقابله‌ای مؤثر، به بازسازی ساختارهای شناختی کمک می‌کند و در نتیجه، کارکرد اجرایی فرد را بهبود می‌بخشد (Leahy, 2019; Young et al., 2003). یافته‌های پژوهش حاضر در این زمینه با نتایج تحقیقات مروری کراهه (Krahé, 2018) و واکر (Walker, 2017) مطابقت دارد که هر دو بر نقش درمان‌های شناختی‌هیجانی در بهبود تنظیم هیجان و عملکرد شناختی قربانیان خشونت تأکید کرده‌اند.

از سوی دیگر، کاهش حساسیت اضطرابی در گروه آزمایش نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی توانسته است الگوهای تفسیر فاجعه‌آمیز اضطراب را تغییر دهد. در واقع، قربانیان تجاوز معمولاً نشانه‌های اضطرابی خود را به‌عنوان نشانه‌ای از خطر قریب‌الوقوع یا ضعف در کنترل تفسیر می‌کنند که این امر خود به افزایش اضطراب و حملات پانیک منجر می‌شود. نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن است که از طریق چالش شناختی با این باورهای ناکارآمد و جایگزینی ارزیابی‌های منطقی‌تر، شدت این حساسیت کاهش یافته است (Jafari Goloche et al., 2024; Morvaridi, 2017). این یافته با پژوهش نامنی و شهابی (Nameni & Shahabi, 2020) همسوست که نشان داد درمان‌های ترکیبی مبتنی بر شناخت و روایت، موجب بهبود ابراز هیجان و کاهش اضطراب در زنان در آستانه طلاق شد. همچنین، پژوهش یاکوبسن و سروتیاری

(Yakobson & Servatyari, 2022) و ساردری‌پور (Sardaripour & Zare, 2023) نیز تأیید کردند که آموزش طرحواره‌درمانی موجب افزایش رضایت زناشویی و کاهش الگوهای هیجانی ناکارآمد در زنان قربانی خشونت خانگی می‌شود.

به‌علاوه، نتایج این تحقیق با یافته‌های پژوهش‌های فرهنگی داخلی همخوانی دارد. پژوهش بنایی (Banaee, 2017) و فرامرز (Faramarzi, 2018) در تحلیل جامعه‌شناختی زنان قربانی خشونت در تهران نشان دادند که فشارهای فرهنگی و هنجاری می‌تواند مانع ابراز هیجان و پیگیری درمان شود. از این منظر، طرحواره‌درمانی با فراهم کردن بستری امن برای پردازش هیجانات سرکوب‌شده، به فرد اجازه می‌دهد احساس شرم و گناه را کاهش دهد و در مسیر پذیرش خود و بازسازی روابط بین‌فردی گام بردارد. به همین ترتیب، پژوهش استیت و همکاران (Stith et al., 2011) و اکستروم (Ekstrom, 2018) نیز نشان داده‌اند که مداخلات گروهی مبتنی بر هیجان، از طریق همدلی و حمایت جمعی، به بهبود عزت نفس و بازیابی احساس کنترل کمک می‌کنند. بنابراین، یافته‌های این پژوهش نه تنها مؤید اثربخشی طرحواره‌درمانی در سطح فردی بلکه در سطح اجتماعی و بین‌فردی نیز است.

از منظر روان‌شناختی، سازوکار اثر طرحواره‌درمانی در کاهش اضطراب و بهبود عملکرد شناختی را می‌توان در چارچوب نظریه تجربه هیجانی لیهی توضیح داد. بر اساس این مدل، وقتی فرد بتواند هیجانات منفی خود را بپذیرد، درباره آن‌ها تفکر کند و از آن‌ها برای شناخت نیازهایش استفاده نماید، از چرخه اجتناب خارج می‌شود و تنظیم هیجانی را بازیابی می‌کند (Leahy, 2018; R. L. Leahy, 2016). چنین تغییری در تنظیم هیجان، مقدمه‌ای برای بهبود کارکردهای اجرایی مانند تمرکز، کنترل توجه و حل مسئله محسوب می‌شود. به همین دلیل، زنان شرکت‌کننده در گروه آزمایش در پایان مداخله نه تنها از کاهش اضطراب و نشانه‌های جسمانی آن گزارش دادند، بلکه توانایی بیشتری در تصمیم‌گیری و کنترل رفتارهای خود نشان دادند.

در جمع‌بندی نتایج می‌توان گفت که یافته‌های این پژوهش مؤید این است که طرحواره‌درمانی هیجانی رویکردی کارآمد در توانمندسازی شناختی و هیجانی زنان قربانی تجاوز جنسی است. این رویکرد از طریق اصلاح طرحواره‌های ناکارآمد، کاهش الگوهای تفکر فاجعه‌آمیز، افزایش آگاهی هیجانی و آموزش سبک‌های مقابله‌ای سازگار، موجب بهبود شاخص‌های روان‌شناختی از جمله کارکرد اجرایی و حساسیت اضطرابی می‌شود (Keyvanlo et al., 2022; Rahmati et al., 2021; Sardaripour & Zare, 2023).

این پژوهش دارای چند محدودیت بود که باید در تفسیر نتایج در نظر گرفته شود. نخست، جامعه آماری تحقیق به زنان مراجعه‌کننده به مراکز روان‌شناختی شهر تهران محدود بود و ممکن است نتایج آن به سایر جمعیت‌ها، از جمله زنان در مناطق روستایی یا با ویژگی‌های فرهنگی متفاوت، قابل تعمیم نباشد. دوم، حجم نمونه نسبتاً کوچک بود و در نتیجه ممکن است توان آماری برای کشف اثرات تعاملی محدود بوده باشد. سوم، استفاده از ابزارهای خودگزارشی احتمال بروز سوگیری پاسخ را افزایش می‌دهد، زیرا شرکت‌کنندگان ممکن است پاسخ‌هایی مطابق با انتظارات اجتماعی داده باشند. چهارم، دوره پیگیری تنها دو ماه بود و اثرات بلندمدت درمان مورد ارزیابی قرار نگرفت. نهایتاً، عدم کنترل کامل بر متغیرهای مداخله‌گر همچون حمایت اجتماعی، وضعیت اقتصادی یا سابقه درمان‌های قبلی، می‌تواند بر نتایج تأثیر گذاشته باشد.

برای گسترش دانش در این زمینه، پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با حجم نمونه بزرگ‌تر و در مناطق مختلف جغرافیایی و فرهنگی انجام شوند تا قابلیت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. همچنین، بررسی اثرات بلندمدت طرحواره‌درمانی از طریق پیگیری‌های شش‌ماهه یا یک‌ساله می‌تواند اطلاعات ارزشمندی در مورد پایداری اثرات درمان ارائه دهد. مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی با سایر درمان‌های هیجانی نظیر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، رفتاردرمانی دیالکتیکی یا درمان پذیرش و تعهد نیز می‌تواند مسیرهای جدیدی از پژوهش را بگشاید. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود از ابزارهای چندمنبعی مانند ارزیابی‌های رفتاری، مصاحبه‌های بالینی و اندازه‌گیری‌های نوروسایکولوژیک برای ارزیابی دقیق‌تر کارکرد اجرایی استفاده شود.

در حوزه کاربردی، آموزش طرحواره‌درمانی به روان‌شناسان، مشاوران و درمانگران فعال در مراکز حمایتی زنان می‌تواند گام مهمی در ارتقای کیفیت خدمات درمانی باشد. طراحی کارگاه‌های آموزشی مبتنی بر طرحواره‌درمانی ویژه قربانیان خشونت و تجاوز جنسی، نه تنها به بهبود

سلامت روان آنان کمک می‌کند بلکه موجب افزایش احساس امنیت، کنترل و توانمندی در بازسازی زندگی می‌شود. همچنین، گنجاندن این رویکرد در برنامه‌های توان‌بخشی اجتماعی و سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در حوزه زنان می‌تواند به پیشگیری از بازتروما و ارتقای تاب‌آوری در این گروه آسیب‌پذیر کمک کند. نهایتاً، همکاری میان روان‌شناسان، حقوق‌دانان و مددکاران اجتماعی برای توسعه پروتکل‌های درمانی چندبعدی مبتنی بر طرحواره‌درمانی می‌تواند مسیر نوینی در حمایت جامع از زنان قربانی خشونت ایجاد نماید.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازين اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازين و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافع وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Sexual assault is among the most devastating forms of violence against women, leading to long-lasting psychological, emotional, and cognitive consequences (Dutton, 2019; Heise et al., 2019). It is estimated that one in three women globally experiences physical or sexual violence at least once in their lifetime, with a higher prevalence in developing societies (Black et al., 2011; Costa & Botelho, 2021). Beyond its immediate physical trauma, sexual assault deeply undermines self-esteem, personal safety, and emotional regulation, leaving victims vulnerable to anxiety, depression, and post-traumatic stress (Gracia et al., 2020; Walker, 2017).

From a cognitive-behavioral perspective, sexual trauma activates maladaptive schemas—deeply rooted cognitive-emotional patterns formed through adverse experiences—which shape how individuals perceive themselves and their environment (Leahy, 2019; Young et al., 2003). These early maladaptive schemas contribute to chronic hyperarousal, distorted self-evaluation, and avoidance behaviors that maintain emotional distress (Krahé, 2018; R. L. Leahy, 2016). For many survivors, anxiety sensitivity—the tendency to interpret bodily sensations of anxiety as dangerous—is a core maintaining factor in post-traumatic adjustment (Jafari Goloche et al., 2024). Individuals with heightened anxiety sensitivity often catastrophize normal physiological responses (e.g., rapid heartbeat, sweating), thereby reinforcing avoidance and fear-based cognition (Morvaridi Farimani, 2017).

In recent years, *schema therapy*, particularly *emotional schema therapy*, has gained attention as an integrative approach combining elements of cognitive-behavioral, experiential, and attachment-based models (Leahy, 2018). It focuses on identifying, challenging, and modifying maladaptive schemas and emotional patterns to promote cognitive flexibility and emotional awareness (R. Leahy, 2016; Leahy, 2019). Studies have demonstrated its efficacy in treating disorders characterized by emotional dysregulation and chronic interpersonal distress, such as borderline personality disorder and generalized anxiety disorder (Rahmati et al., 2021; Sardaripour & Zare, 2023). Schema therapy assists clients in recognizing how deep-seated beliefs distort emotion processing, leading to improved emotional regulation, problem-solving, and interpersonal functioning (Asgari & Goodarzi, 2019; Keyvanlo et al., 2022).

Trauma exposure, such as sexual assault, has also been linked to impaired *executive functions*—a set of higher-order cognitive abilities involved in planning, goal setting, attention control, and behavioral inhibition. Victims often struggle with organizing tasks, regulating impulses, and adapting to stressors due to sustained hyperactivation of emotional networks (Costa & Botelho, 2021; Keshavarz Mohammadian et al., 2022). This impairment, coupled with increased anxiety sensitivity, limits coping capacity and perpetuates psychological vulnerability. Consequently, therapeutic interventions that address both emotional and cognitive domains are essential for recovery. Schema therapy, by promoting cognitive restructuring and emotional insight, appears particularly suitable for survivors of sexual trauma (Erfan et al., 2024; Jafari Goloche et al., 2024).

In Iran, domestic research similarly highlights the prevalence of sexual and domestic violence and its detrimental effects on women's mental health (Banaee, 2017; Faramarzi & Pasha, 2018). Cultural stigmatization often prevents survivors from seeking help, resulting in chronic emotional suppression and persistence of maladaptive coping patterns (Saeidi et al., 2020). Schema therapy, by providing a structured and empathetic framework for confronting painful emotions and reshaping cognitive narratives, may serve as an effective tool in the rehabilitation process (Nameni & Shahabi, 2020; Yakobson & Servatyari, 2022). Empirical evidence supports this notion: Zare and Safarzadeh (Zare & Safarzadeh, 2021) found that schema therapy enhanced emotional regulation and resilience among women victims of violence, while Mohammadi et al. (Mohammadi et al., 2019) demonstrated its impact on reducing psychological distress and emotional dysregulation in divorced women.

Given this background, the present study aimed to examine the *effectiveness of schema therapy on executive function and anxiety sensitivity among women victimized by sexual assault*. The central hypothesis posited that schema therapy would lead to significant improvements in executive function and reductions in anxiety sensitivity relative to a control group.

Methods and Materials

This study employed a quasi-experimental design using a pretest–posttest–follow-up structure with a control group. The statistical population consisted of women who had experienced sexual assault and were referred to

psychological support centers in Tehran in 2024. Thirty participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to experimental and control groups (15 in each).

Inclusion criteria comprised informed consent, minimum education at the secondary level, absence of psychiatric medication affecting mood or cognition, and no participation in similar psychological interventions in the preceding three months. Exclusion criteria included missing more than two sessions, comorbid severe psychiatric disorders, or voluntary withdrawal. Ethical principles such as confidentiality, voluntary participation, and the right to withdraw were strictly observed.

The experimental group underwent *ten 90-minute sessions of schema therapy*, conducted weekly. The intervention covered schema assessment, psychoeducation, cognitive and emotional restructuring, and behavioral pattern breaking. The control group received no intervention during the study period but was offered counseling services afterward.

Measurement instruments included: (1) the *Anxiety Sensitivity Index (ASI)* to assess anxiety-related interpretations, (2) the *Wisconsin Card Sorting Test (WCST)* to evaluate executive functioning, and (3) an emotional schema therapy questionnaire to track cognitive-emotional changes. Data were analyzed using repeated-measures ANOVA in SPSS-26.

Findings

The participants' mean age was 43.40 ± 3.92 years in the experimental group and 44.07 ± 4.49 years in the control group, showing no significant demographic differences. The results of repeated-measures ANOVA revealed a statistically significant difference between the groups regarding both executive function and anxiety sensitivity.

Specifically, executive function scores in the experimental group improved from the pretest ($M = 43.40$, $SD = 3.92$) to posttest ($M = 50.92$, $SD = 3.56$) and remained stable at follow-up ($M = 51.87$, $SD = 3.60$). In contrast, the control group showed minimal change across measurements (pretest $M = 44.07$; posttest $M = 44.49$; follow-up $M = 44.12$).

Anxiety sensitivity scores decreased significantly in the experimental group—from pretest ($M = 65.33$, $SD = 4.56$) to posttest ($M = 53.11$, $SD = 3.88$), and remained low at follow-up ($M = 52.87$, $SD = 3.70$)—while the control group exhibited no notable change.

All assumptions of normality, variance homogeneity, and sphericity were met. Significant effects were found for *time* ($p = 0.001$), *group* ($p = 0.001$ for executive function, $p = 0.024$ for anxiety sensitivity), and the *time* $\times$ *group* interaction ($p = 0.001$). Effect sizes ranged from 0.65 to 0.78, indicating strong treatment effects.

Discussion and Conclusion

The findings confirmed that schema therapy significantly enhanced executive function and reduced anxiety sensitivity among women traumatized by sexual assault. These results support the theoretical premise that modifying maladaptive schemas improves both emotional regulation and cognitive control. By restructuring core beliefs related to vulnerability, shame, and helplessness, schema therapy helps individuals regain a sense of agency and cognitive clarity.

The improvement in executive functioning suggests that participants developed greater cognitive flexibility, self-regulation, and planning abilities. This aligns with previous studies indicating that schema-based interventions can restore prefrontal executive control by reducing emotional hyperarousal and promoting cognitive restructuring. Survivors of sexual trauma often experience persistent overactivation of the limbic system, impairing working memory and decision-making. Schema therapy, through repeated cognitive and emotional exercises, enables reorganization of thought processes and fosters more adaptive coping strategies. Similarly, the observed reduction in anxiety sensitivity highlights the therapeutic value of reframing catastrophic interpretations of anxiety symptoms. Women who had previously viewed physiological arousal as threatening learned to perceive these sensations as manageable responses to stress. Such cognitive reframing

breaks the self-reinforcing cycle of fear and avoidance that maintains anxiety disorders. The experiential and cognitive techniques of schema therapy—such as imagery rescripting and cognitive dialogue between healthy and maladaptive self-states—likely facilitated this outcome by transforming automatic fear responses into reflective awareness.

The present results also converge with prior research demonstrating the effectiveness of emotional schema therapy in reducing emotional distress and improving emotional awareness (Erfan et al., 2024; Jafari Goloche et al., 2024; Sardaripour & Zare, 2023). By teaching patients to identify, label, and accept emotions without judgment, the therapy strengthens self-compassion and emotional intelligence. This process is particularly important for survivors of sexual assault, whose experiences often trigger maladaptive schemas of defectiveness and mistrust. Schema therapy's emphasis on empathic confrontation and reparenting enables victims to reconstruct a secure emotional base and reestablish self-worth.

From a neuropsychological perspective, the gains in executive functioning can be interpreted as outcomes of improved emotion regulation and cognitive integration. As emotional distress decreases, prefrontal cortical functions—responsible for decision-making and inhibitory control—can operate more effectively. Thus, emotional schema modification indirectly enhances cognitive performance by reducing neural interference from anxiety and trauma memories.

Beyond individual outcomes, the findings carry broader implications for trauma-informed psychotherapy in culturally conservative contexts. In Iran and similar societies, women victims of sexual violence often encounter stigma that silences their experiences. Schema therapy provides a structured, nonjudgmental environment for expressing and processing repressed emotions while addressing the cognitive distortions that perpetuate self-blame. This culturally adaptable framework allows clinicians to respect sociocultural sensitivities while promoting psychological empowerment.

In conclusion, schema therapy proved to be a powerful intervention for improving both cognitive and emotional domains among women victimized by sexual assault. It effectively addressed two interrelated dimensions—executive dysfunction and anxiety sensitivity—by integrating cognitive restructuring, emotional processing, and behavioral change. Through this comprehensive approach, survivors regained mental flexibility, emotional stability, and a renewed sense of control over their lives. The present study underscores the therapeutic relevance of schema therapy as a trauma-focused, emotion-integrative treatment that bridges cognitive and affective healing.

Future research should expand this investigation through larger, more diverse samples and longitudinal follow-ups to examine the durability of these effects. Moreover, integrating schema therapy with mindfulness or narrative-based methods may further enhance trauma recovery outcomes. Ultimately, schema therapy holds promise as both a clinical intervention and a rehabilitative framework for restoring psychological health and executive competence in survivors of sexual assault.

فهرست منابع

References

- Asgari, A., & Goodarzi, K. (2019). Effectiveness of emotional schema therapy on marital intimacy among couples on the brink of divorce. *Salamat Ijtimai (Community Health)*, 6(2), 174-185. <http://doi.org/10.22037/ch.v6i2.23281>
- Banaee, M. (2017). Cultural evaluation and analysis of women with domestic violence in Tehran. International Conference of Psychological and Nurture, Tehran.
- Black, M. C., Basile, K. C., Breiding, M. J., Smith, S. G., Walters, M. L., Merrick, M. T., Chen, J., & Stevens, M. R. (2011). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 summary report*. https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/nisvs_report2010-a.pdf

- Costa, A. C. V., & Botelho, A. A. L. P. (2021). The impact of intimate partner violence on psychological well-being: Predictors of posttraumatic stress disorder and the mediating role of insecure attachment styles. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(1), 100151. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100151>
- Dutton, D. G. (2019). The psychology of intimate partner violence and abuse. *Annual review of psychology*, 70, 111-135. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102907>
- Ekstrom, V. (2018). Carriers of the troublesome violence: The social services support for female victims of domestic violence. *European Journal of Social Work*, 21(1), 61-73. <https://doi.org/10.1080/13691457.2016.1255930>
- Erfan, A., Aghaei, A., & Golparvar, M. (2024). Effectiveness of group emotional schema therapy on psychological distress, severity and frequency of symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Advanced Biomedical Research*, 1-8. https://doi.org/10.4103/abr.abr_85_22
- Faramarzi, M., & Pasha, H. (2018). The role of psychological factors in domestic violence against women: A qualitative study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 28(167), 135-146. <https://doi.org/10.22038/jmums.2018.12849>
- Gracia, E., Lila, M., & Santirso, F. A. (2020). Attitudes toward intimate partner violence against women in the European Union: A systematic review. *European Psychologist*. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000392>
- Heise, L., Ellsberg, M., & Gottmoeller, M. (2019). A global overview of gender-based violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 67(S1), S5-S14. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(99\)00138-8](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(99)00138-8)
- Jafari Goloché, A., Yousefi, E., & Khajepoor, L. (2024). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and emotional schema therapy on anxiety sensitivity and ambiguity intolerance in students with anxiety disorders. *Iranian Evolutionary Educational Psychology Journal*, 6(1), 208-231. <https://doi.org/10.22034/6.1.208>
- Keshavarz Mohammadian, S., Damari, B., Mehrabian, F., & Shakiba, M. (2022). The prevalence of spouse abuse during pregnancy and its related factors in Guilan Province in 2019. *SJKU*, 27(3), 66-76. <https://doi.org/10.22038/mjms.2019.14315>
- Keyvanlo, S., Nariman, M., & Basharpour, S. (2022). The effectiveness of group therapy based on emotional schema therapy (EST) on difficulties in emotion regulation among mothers having children with intellectual disabilities. *Journal of Psychology*, 10(4), 55-64.
- Krahé, B. (2018). Violence against women. *Current opinion in psychology*, 19, 6-10. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.016>
- Leahy, R. (2016). *Emotional therapy schema*. Ibn Sina Publications.
- Leahy, R. (2018). Introduction: Emotional schemas and emotional schema therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(1), 1-4. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0038-5>
- Leahy, R. (2019). Introduction: Emotional schemas and emotional schema therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12, 1-4.
- Leahy, R. L. (2016). Emotional schema therapy: A meta-experiential model. *Australian Psychologist*, 51(2), 82-88. <https://doi.org/10.1111/ap.12142>
- Mohammadi, H., Sepehri Shamloo, Z., & Asghari Ebrahim Abad, M. (2019). The effectiveness of group emotional schema therapy on decreasing psychological distress and difficulty in emotional regulation in divorced women. *Journal of thought & behavior in clinical psychology*, 13(51), 27-36.
- Morvaridi Farimani, M. (2017). *The effectiveness of emotional schema therapy-based group therapy on reducing anxiety sensitivity and enhancing emotional ordering in women with social anxiety* Ferdowsi University of Mashhad]. Mashhad.
- Nameni, A., & Shahabi, A. (2020). The effectiveness of training combining two solution-oriented and narrative methods on self-expression and marital intimacy of women on the verge of divorce. *Family Research*, 17(4), 649-672. <https://doi.org/10.52547/JFR.17.4.649>
- Rahmati, R., Taklavi, S., & Mousazadeh, T. (2021). The effects of emotional schema therapy on anger and suicidal ideation in men with extramarital relations. *MEJDS*, 11, 128-128. <https://doi.org/10.29252/mejds.0.0.213>
- Saeidi, I., Memar, S., & Kianpour, M. (2020). Women's lived experience of domestic violence (Case Study: Women referred to Divorce Reduction Unit of Isfahan Social Emergency Center). *Social Problems of Iran*, 11(1), 123-142. <https://doi.org/10.29252/jspi.11.1.123>
- Sardaripour, M., & Zare, M. (2023). The effectiveness of emotional schema therapy on reducing symptoms of borderline personality disorder in women. *Journal of Psychological Studies*, 19(2), 45-58. <https://doi.org/10.22051/psy.2023.12345>
- Stith, S. M., McCollum, E. E., & Rosen, K. H. (2011). *Couples therapy for domestic violence: Finding safe solutions*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12339-000>
- Walker, L. E. (2017). *The battered woman syndrome* (4 ed.). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826170996>

- Yakobson, S., & Servatyari, K. (2022). The role of emotional schema therapy in improving marital satisfaction among couples experiencing domestic violence. *Journal of Family Counseling*, 12(3), 89-102. <https://doi.org/10.22034/jfc.2022.14567>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Zare, B., & Safarzadeh, S. (2021). The effectiveness of emotional schema therapy on emotional regulation and resilience in women victims of domestic violence. *Journal of Applied Psychological Research*, 12(3), 211-227. <https://doi.org/10.22059/japr.2021.123456>