Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2024, Volume 22, Issue 2

Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy in Online Versus In-Person Counseling on Improving Depression, Interpersonal Relationships, and Maladaptive Schemas in The Domain of Disconnection and Rejection among Women

Zahra Kamali[1], Mehdi Akbarzadeh[2]

1. PhD st, Psychology department, Islamic Azad University, Neyshbour branch, Neyshabour, Iran.
2. (Corresponding author) * Assistant professor, Psychology department, Islamic Azad University, Neyshbour branch, Neyshabour, Iran.

Abstract

Aim and Background: Depression is one of the most common disorders among women. Various approaches have been developed for the treatment of depression, but in recent studies, a high correlation has been seen between schemas and various variables related to depression. This study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of schema therapy in online versus in-person counseling on improving depression, interpersonal relationships, and maladaptive schemas in the domain of disconnection and rejection among women.

Methods and Materials: This study was conducted in a quasi-experimental way with a pre-test-post-test design and a control group. 45 people participated in this study. The statistical population of the current study included all women suffering from depression who contacted the psychology clinic for treatment. First, 45 people were selected based on the criteria for entering the study and using the available method. Then the participants were randomly placed in three control groups: online and face-to-face counseling, and each group of 15. Before and after the intervention, all participants filled out a depression questionnaire, a primary maladaptive schema, and an interpersonal problems questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and the covariance method.

Findings: The findings showed that the changes in grades were more in the face-to-face group, and the effectiveness of face-to-face schema therapy on depression variables, interpersonal relationships, deficit/shame schemas, mistrust/abuse, emotional deprivation, abandonment/instability, and social isolation/alienation were greater than in the online group (<0.01).

Conclusions: According to the research findings, face-to-face and online schema therapy are effective on depression, interpersonal relationships, and schemas.

Keywords: Depression, schema therapy, interpersonal relationships.

Citation: Kamali Z, Akbarzadeh M. **Body Dysmorphic Symptoms in Adolescents: The Role of Early Maladaptive Schemas and Pathological Dimensions of Personality With the Mediation of Rejection Sensitivity and Social-Cultural Attitudes towards Appearance.** Res Behav Sci 2024; 22(2): 213-223.

* **Mehdi Akbarzadeh,**
Email: saharkamali9505@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-05]

[DOI: 10.48305/22.2.213]

مقایسه‌ی اثربخشی رویکرد طرح‌واره درمانی به‌صورت مشاوره آنلاین و حضوری بر بهبود افسردگی، روابط بین فردی و طرح‌واره‌های ناسازگار حیطه طرد و بریدگی زنان

زهرا کمالی[1]، مهدی اکبرزاده[2]

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی از جمله اختلالات شایع در میان زنان است. رویکردهای مختلفی برای درمان افسردگی تدوین شده است؛ اما در مطالعات اخیر بین طرح‌واره‌ها و انواع متغیرهای مرتبط با افسردگی همبستگی بالا دیده شده است. این مطالعه با هدف مقایسه‌ی اثربخشی رویکرد طرح‌واره درمانی به صورت مشاوره آنلاین و حضوری بر بهبود افسردگی، روابط بین فردی و طرح‌واره‌های ناسازگار حیطه طرد و بریدگی زنان صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل صورت گرفت در این مطالعه تعداد ۴۵ نفر شرکت کردند. جامعه‌ی آماری مطالعه‌ی حاضر شامل تمامی زنان مبتلا به افسردگی می‌شد که جهت درمان با کلینیک روانشناسی تماس می‌گرفتند. ابتدا ۴۵ نفر بر اساس معیارهای ورود به مطالعه و به روش در دسترس انتخاب شدند. سپس شرکت‌کنندگان به‌طور تصادفی در سه گروه کنترل، مشاوره‌ی آنلاین و حضوری هر گروه ۱۵ قرار گرفتند. تمام شرکت‌کنندگان قبل و بعد از مداخله با پرسشنامه‌ی افسردگی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و پرسشنامه‌ی مشکلات بین فردی را پر کردند. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و روش کوواریانس چندگانه تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد تغییرات نمرات در گروه حضوری بیشتر است و اثربخشی طرح‌واره درمانی به روش حضوری بر متغیر افسردگی، روابط بین فردی، طرحواره‌های نقص/شرم؛ بی‌اعتماد/بدرفتاری، محرومیت هیجانی، رهاشدگی/بی‌ثباتی، انزوای اجتماعی /بیگانگی بیشتر از گروه آنلاین بوده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش درمان حضوری و آنلاین طرح‌واره درمانی بر افسردگی، روابط بین فردی و طرح‌واره‌ها اثربخش است.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، طرح‌واره درمانی، طرح‌واره طرد و بریدگی، روابط بین فردی.

ارجاع: کمالی زهرا، اکبرزاده مهدی. **مقایسه‌ی اثربخشی رویکرد طرح‌واره درمانی به‌صورت مشاوره آنلاین و حضوری بر بهبود افسردگی، روابط بین فردی و طرح‌واره‌های ناسازگار حیطه طرد و بریدگی زنان**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۳؛ ۲۲(۲): ۲۱۳-۲۲۳.

*- **مهدی اکبرزاده،**

رایانامه: saharkamali9505@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-05]

[DOI: 10.48305/22.2.213]

مقدمه

اختلالات افسردگی شامل اختلالات خلقی ناسازگارانه است. اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسردگی مداوم، اختلال نارسایی پیش از قاعدگی، اختلال افسردگی ناشی از مواد/دارو، اختلال افسردگی ناشی از شرایط پزشکی دیگر، سایر اختلالات افسردگی مشخص‌شده و اختلال افسردگی نامشخص ویژگی در یک سری موارد مشترک هستند: از وجود حالت غمگین، پوچی یا تحریک‌پذیر همراه با تغییرات مرتبط که به‌طور قابل‌توجهی بر ظرفیت عملکرد فرد تأثیر می‌گذارد (به‌عنوان‌مثال، تغییرات جسمی و شناختی در اختلال افسردگی اساسی و اختلال افسردگی مداوم). آنچه در میان آن‌ها متفاوت است، مسائل مربوط به مدت‌زمان، زمان، یا علت احتمالی می‌باشد (۱). افسردگی با شیوع ۷٫۵ درصدی در دنیا موجب ازکارافتادگی و کاهش کیفیت زندگی میلیون‌ها نفر شده است (۲). مطالعه‌ها نشان می‌دهد بار اقتصادی و روانی افسردگی بین زنان دو برابر مردان است (۳). احتمال ابتلا به افسردگی در طول زندگی حدود ۱۷ درصد گزارش شده است (۴). اغلب موارد افسردگی در سنین بین ۲۰-۵۰ سالگی رخ می‌دهد و سن متوسط ابتلا ۴۰ سال است (۵). معمولاً این سنین بازه زمانی است که زنان می‌بایست زندگی زناشویی خود را مدیریت کرده و فرزندان خود را پرورش دهند. افسردگی موجب کاهش انگیزه برای طرح‌های تازه، مشکلات شغلی و افت توانمندی‌ها است (۶). همچنین افسردگی یکی از زوجین اغلب زمینه‌ساز ایجاد مشکلات زناشویی مانند تعارض و مشکلات ارتباطی است (۷).

روابط بین فردی و اجتماعی مختل، عامل آسیب‌شناختی مهمی در افسردگی به شمار می‌رود (۸). در مطالعات قبلی بین روابط بین فردی و افسردگی رابطه مشاهده شده است (۹). کسانی که نمی‌توانند با دیگران ارتباط برقرار کنند یا در حفظ رابطه دچار مشکل می‌شوند دچار ناسازگاری‌های اجتماعی می شوند که احساسات و پیامدهای منفی ایجاد می‌کند. این احساسات از طریق ایجاد شناخت‌های تحریف‌شده می‌تواند افسردگی را ایجاد یا تشدید کند (۱۰). تجارب اولیه فرد با والدین یا نوع رابطه هیجانی او با والدین در دوران کودکی در روابط بین فردی از اهمیت زیادی برخوردار است (۱۱). بر اساس رویکرد شناختی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه مؤلفه‌های اولیه و عمیق‌تر شناختی-هیجانی هستند که شکل‌گیری آن‌ها حتی به قبل از زبان‌آموزی برمی‌گردد و به‌صورت ناهشیار و زیرآستانه‌ای بر نظام پردازش اطلاعات اثر می‌گذارند (۱۲). طرحواره‌ها به‌عنوان ساختارهای شناختی برای گزینش، رمزگذاری و ارزیابی محرک توصیف‌شده که روی افراد تأثیر می‌گذارند. ازآنجایی‌که طرحواره ها نسبتاً ثابت هستند به‌عنوان اطلاعات تأییدی دائماً جستجو می‌شوند می‌توانند باعث آسیب‌پذیری فرد نسبت به آشفتگی‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی شوند. یانگ و همکاران (۲۰۰۳) طرحواره‌های ناسازگار اولیه را در ۵ حوزه تقسیم کرده‌اند که هر حوزه شامل چندین طرحواره است. این پژوهش بر طرحواره‌های حوزه طرد و بریدگی که با بنیادی‌ترین نیازهای انسان سروکار دارد تمرکز دارد. طرحواره‌های ناسازگار مربوط به روابط، با عدم ارضاء نیاز دلبستگی و صمیمیت در روابط اولیه کودک با والدین و دیگر افراد مهم زندگی ایجاد می‌شود (۱۳). این افراد نمی‌توانند رابطه سالم و رضایت‌بخشی با دیگران ایجاد کنند. در مطالعه مروری اخیر بیشاپ و همکارانش (۱۱) به این نتیجه رسیدند که انزوای اجتماعی و احساس نقص و شرم بود. در یک متاآنالیز دیگر حوزه‌های طرحواره نشان‌دهنده ارتباط نسبتاً قوی‌تر بین طرحواره‌های طرد و بریدگی، اختلال استقلال/عملکرد و سایر جهت‌گیری با افسردگی بود (۱۴).

به همین جهت انتظار می‌رود طرحواره درمانگری موجب بهبود افسردگی شود. در طرحواره درمانی که شکل تعدیل‌شده و تلفیقی شناخت درمانی است، فرض بر این است که تجربیات مبتنی بر غفلت و/یا سوءرفتار در دوران کودکی می‌تواند شکل گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه را در پی داشته باشد (۱۵). ساختارهای شناختی بنیان تفکر و رفتار انسان را سازمان می دهند. با برانگیخته‌شدن ساختارهای شناختی ژرف‌تر طرحواره‌ها، افراد معمولاً سطوح زیادی از هیجان‌ها را تجربه می‌کنند. ازآنجاکه طرحواره‌ها تنظیم هیجانی را موجب می‌شوند، در سازگاری با شرایط روحی مؤثر هستند (۱۶). طرحواره‌های ناسازگار اولیه باورهای هسته‌ای، پیش‌فرض‌ها و بازنمایی‌های غیرشرطی درباره خود و دیگران‌اند که پردازش اطلاعات به‌ویژه اطلاعات هیجانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند و از مسیر کارآمد خارج می‌کنند؛ بنابراین چنین بدنظر می‌رسد که طرحواره‌ها سازمان درون‌روانی و ادراکات و روابط افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. در مقایسه با سایر آسیب‌پذیری‌های شناختی، طرحواره های ناسازگار اولیه، غیرشرطی‌تر و خودآیندتر هستند و توان تولید سطوح بیشتر عاطفه منفی را دارند. طرحواره درمانی که مکمل درمان رفتاردرمانی شناختی است، بر کشف ریشه‌های

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-05]
[DOI: 10.48305/22.2.213]

مشکلات روانی دوران کودکی و ارتباط آن‌ها با مشکلات جاری تأکید دارد (۱۷).

با توجه به تغییرات غیرقابل انکار در همه عرصه‌های زندگی و بحران‌های پیش‌آمده آموزش و درمان آنلاین بخش جدایی ناپذیر درمان‌های روان‌شناختی شده است. دریافت خدمات آنلاین موجب کاهش هزینه‌های رفت‌وآمد، مدیریت زمانی بهتر، انعطاف‌پذیری، استرس کمتر می‌شود. در مقابل در جلسات حضوری که حالت رسمی‌تری دارد اقتدار روانشناس نمود بیشتری دارد، اطلاعات بیشتری در خصوص واکنش‌های رفتاری و زبان بدن قابل‌مشاهده است. هرچند هنوز لازم است مطالعات علمی و برنامه‌ریزی صحیح در جهت بررسی و مقایسه‌ی تفاوت درمان آنلاین و حضوری صورت بگیرد. از طرفی به دلیل موانع اقتصادی مشکلات رفت‌وآمد، هنجارهای اجتماعی برخی افراد تمایل به شرکت در جلسات حضوری نشان نمی‌دهند و همین امر ممکن است مانع دریافت خدمات روان‌شناختی به‌ویژه در افراد افسرده‌ای شود که انگیزه‌ی کافی برای شرکت در جلسات ندارند. در جهت مرتفع‌کردن در سال‌های اخیر درمان‌های آنلاین رایج شده است؛ بنابراین این مطالعه به مقایسه اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی به‌صورت مشاوره آنلاین و حضوری بر بهبود افسردگی و طرحواره‌های ناسازگار حیطه طرد و بریدگی زنان پرداخته است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح نیمه آزمایشی، پیش-پس آزمون و گروه کنترل بود. تمامی شرکت‌کنندگان قبل، بعد از مداخله پرسشنامه‌های افسردگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه حوزه طرد و بریدگی را تکمیل کردند. سپس اثربخشی مداخلات از طریق مقایسه گروه آزمایش و کنترل بررسی شد. جامعه پژوهش حاضر کلیه زنانی بودند که در بازه‌ی زمانی تحقیق جهت دریافت مشاوره مراجعه می‌کردند. ملاک‌های ورود شامل کسب نمره بالای خط برش در پرسشنامه افسردگی‌ای؛ تأهل بیش از یک سال، تحصیلات حداقل سیکل. ملاک‌های خروج: ابتلا به بیماری روان‌شناختی غیر از افسردگی؛ غیبت بیش از یک جلسه از جلسات آموزشی. حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر درنظر گرفته‌شد به‌این‌ترتیب که بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب و به روش تصادفی ساده در یک گروه کنترل (۱۵ نفر) و دو مداخله حضوری (۱۵ نفر) و آنلاین (۱۵ نفر) قرار گرفتند.

ابزار سنجش

ابزار جمعیت شناختی که شامل پرسش در مورد سن، پایه تحصیلی، بیماری، مصرف دارو، دریافت درمان روان‌شناختی بود.

پرسشنامه افسردگی بک (۱۸) این پرسش‌نامه که شامل ۲۱ سؤال است، به‌منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته‌شده است و ماده‌های آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. ماده‌های آزمون درمجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است.

فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ: پرسشنامه فرم کوتاه دارای ۷۵ سؤال است که ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه را ارزیابی می‌کند. هر سؤال دارای یک مقیاس لیکرتی است که ۱ برای کاملاً نادرست و ۶ برای کاملاً درست در نظر گرفته‌شده و مجموع نمرات ۵ سؤال مربوط به هر طرحواره است. در ایران اعتبار پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ و دونیمه کردن در کل نمونه به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۶ و آلفای کرونباخ برای کل طرح واره‌ها ۰/۹۵ گزارش کرد. همبستگی بین نسخه‌های کوتاه و بلند این ابزار ۰/۸۰ ارزیابی شده است که روایی مطلوب آن را نشان می‌دهد (۱۹).

پرسشنامه مشکلات بین فردی بارخام و همکاران (۱۹۹۴): فرم ۳۲ سؤالی پرسشنامه دارای مؤلفه‌های پرسشنامه شامل صراحت و مردم‌آمیزی: گشودگی؛ در نظر گرفتن دیگران؛ پرخاشگری؛ حمایت‌گری و مشارکت؛ وابستگی می‌شود. هر سؤال بین ۱-۵ نمره می‌گیرد (۲۰). در اولین مطالعه بارخام و همکاران که در سال ۱۹۹۴ صورت گرفت پس از تحلیل عاملی اکتشافی این پرسشنامه ۶ عامل به دست آمد. در تحقیق رستمی و همکاران (۲۱) روایی ابزار موردتائید قرارگرفته است و پایایی ضریب آلفای کرونباخ برای عوامل صراحت و مردم‌آمیزی، گشودگی، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری، حمایت گری و مشارکت و وابستگی به ترتیب ۸۰٪، ۷۰٪، ۶۱٪، ۸۸٪، ۷۷٪، ۶۱٪ گزارش شده است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-05]

[DOI: 10.48305/22.2.213]

مداخله

جلسات درمانی به مدت هشت جلسه و هفته‌ای دو بار هر جلسه ۶۰ دقیقه صورت گرفت. جلسات حضوری در کلینیک و جلسات آنلاین در گوگل میت برگزار شد. این جلسات با مقدمه ای در خصوص طرحواره درمانی آغاز شد. در هر جلسه ابتدا در خصوص جلسه قبل بازخورد صورت گرفت سپس با مقدمه‌ای در خصوص مبحث اصلی جلسه درمان آغاز می‌شود و هر جلسه با ارائه‌ی تکلیف و بازخورد جمع‌بندی شد. بسته آموزشی طرحواره درمانی (۲۲) در ادامه آمده است.

شرح جلسات روش مداخله آنت بنیل.

جلسه اول: معارفه و آشنایی با فرآیند گروه، آشنایی با قوانین و چهارچوب‌ها. برقراری ارتباط و همدلی، چگونگی شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عملکردهای طرحواره و سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار

جلسه دوم: اجرای پرسشنامه‌ها ارزیابی وضعیت اولیه گروه، مفهوم‌سازی مشکل آزمودنی طبق رویکرد طرحواره محور

جلسه سوم: تعریف طرحواره درمانی آشنایی و درک مفاهیم طرحواره درمانی و نحوه کاربرد آن، ریشه‌های تحولی و حوزه های آن

جلسه چهارم: تعریف طرحواره درمانی و معرفی حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه، فراگیری دقیق و علمی طرحواره های ناسازگار اولیه، آموزش و تمرین دو تکنیک شناختی شامل آزمون اعتبار طرحواره و تعریف جدید از شواهد تائید کننده طرح واره

جلسه پنجم: معرفی حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه آشنایی با حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تشخیص آن، شناسایی حوزه‌های مختل طرحواره مربوطه

جلسه ششم: آموزش و شناخت مفهوم هماهنگی شناختی و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد شناخت پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد با تجربیات شخصی، نوشتن فرم ثبت طرحواره در طی زندگی روزمره و زمان برانگیخته‌شدن طرحواره‌ها

جلسه هفتم: مرحله سنجش و آموزش طرحواره درمانی

اصلاح طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، پیداکردن راه‌های جدید برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب، تسلیم و جبران افراطی

جلسه هشتم: آموزش روش‌های الگو شکنی و جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و اجرای مجدد پرسشنامه. جایگزین کردن رفتارهای سالم و کارآمد بجای رفتارهای ناسازگار، تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و تمرین رفتارهای سالم تصویرسازی، ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط، بازنگری مزایا و معایب رفتارها. ارزیابی اثربخشی طرحواره درمانی، غلبه بر موانع تغییر رفتار، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری.

یافته‌ها

نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه حضوری ۳۵,۱۸ سال با ۴,۷۲ انحراف معیار بود و این میانگین در گروه آنلاین ۳۳۰۹±۵,۷۳ بود. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه کنترل بود. همه‌ی شرکت‌کنندگان مؤنث بودند. در جدول زیر سطح تحصیلات و وضعیت تأهل شرکت‌کنندگان مقایسه شده است. نتایج نشان داد این دو گروه ازنظر میزان تحصیلات و وضعیت تأهل تفاوت معنادار ندارند. ابتدا نتایج آمار توصیفی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	مرحله	گروه حضوری		گروه آنلاین		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
میان فردی	پیش‌آزمون	۱۰۳,۶۶	۱۱,۱۱	۹۹,۷۳	۱۲,۴۰	۱۰۰,۶۰	۵,۵۳
	پس‌آزمون	۹۵,۲۶	۱۰,۳۵	۹۳,۴۰	۱۱,۳۵	۱۰۰,۱۳	۵,۱۵
افسردگی	پیش‌آزمون	۳۷,۶۰	۵,۵۹	۳۶,۲۰	۴,۸۵	۳۷,۱۳	۲,۷۹
	پس‌آزمون	۳۱,۰۶	۵,۳۹	۳۳,۰۰	۴,۹۱	۳۶,۶۰	۳,۱۱
محرومیت هیجانی	پیش‌آزمون	۱۹,۱۳	۲,۱۳	۱۷,۶۶	۱,۸۷	۱۹,۴۶	۲,۲۶
	پس‌آزمون	۱۴,۴۰	۲,۲۶	۱۵,۲۶	۲,۰۵	۱۹,۳۳	۱,۹۵
رهاشدگی	پیش‌آزمون	۲۱,۲۶	۲,۵۴	۲۰,۶۰	۲,۶۴	۹,۸۰	۲,۱۷
	پس‌آزمون	۱۶,۴۶	۲,۲۳	۱۸,۰۰	۲,۴۲	۱۹,۶۰	۲,۲۶

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-05]

[DOI: 10.48305/22.2.213]

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	مرحله	گروه حضوری		گروه آنلاین		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بی‌اعتمادی	پیش‌آزمون	۱۷,۲۶	۲,۶۸	۱۹,۹۳	۱,۹۴	۱۸,۰۶	۲,۱۸
	پس‌آزمون	۱۲,۹۳	۳,۱۹	۱۵,۹۳	۲,۰۱	۱۸,۰۰	۲,۳۲
انزوای اجتماعی	پیش‌آزمون	۲۰,۶۰	۲,۵۰	۲۲,۰۶	۲,۴۳	۲۰,۷۳	۲,۲۱
	پس‌آزمون	۱۶,۰۰	۲,۹۷	۱۹,۴۰	۲,۱۶	۲۰,۹۳	۲۳۱
نقص/شرم	پیش‌آزمون	۲۲,۷۳	۲,۵	۲۱,۴۰	۱,۹۱	۲۰,۹۳	۲,۰۸
	پس‌آزمون	۱۸,۱۳	۲,۲۶	۱۹,۰۶	۱,۹۸	۲۰,۴۶	۲,۱۶

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود میانگین و انحراف معیار قابل‌مشاهده می‌باشد. میانگین و انحراف معیار تعامل اجتماعی در گروه آزمایش یک در پیش‌آزمون مشابه می‌باشد اما در مرحله‌ی پس‌آزمون تغییرات دیده شده است. در گروه گواه تغییرات قابل‌ملاحظه‌ای دیده نشد. برای بررسی معناداری این تغییرات از تجزیه‌وتحلیل کوواریانس استفاده شد.

نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه با آزمون شاپیرو ویلک موردسنجش قرارگرفته شد. نتایج نشان داد فرض نرمال بودن داده‌ها برای طرح‌واره‌ها، افسردگی و مسائل میان فردی در گروه آزمایش و گواه برقرار است. نتایج آزمون لون برای همگنی واریانس در رفتار کلیشه‌ای و تعامل اجتماعی نیز مورد تائید قرار گرفت. نتایج مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون نشان داد سطح معناداری اثر متقابل در تمامی متغیرهای وابسته معنادار نبوده و فرض همگنی شیب خط رگرسیون رعایت شده است. همچنین نتایج آزمون m باکس (۹۰/۹۲) نیز نشان داد، مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس‌ها رعایت شده است. با توجه به رعایت مفروضه‌های تحلیل کوواریانس در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری بیان خواهد شد.

جدول ۲. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	*p*	ضریب اتا
اثر پیلایی	۱,۲۲	۶,۷۳	۱۴	۶۰	۰/۰۰۱	۰,۶۱
لامبدا و یلکز	۰,۱۲	۷,۷۳	۱۴	۵۸	۰/۰۰۱	۰,۶۵
اثر هتلینگ	۴,۳۹	۸,۷۹	۱۴	۵۶	۰/۰۰۱	۰,۶۸
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۳,۶۱	۱۵,۴۹	۷	۳۰	۰/۰۰۱	۰,۷۸

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که F محاسبه‌شده آزمون لامبدای ویلکز [η = ۰/۶۵ و p‹ ۰۰۱ و F = ۷/۷۳] معناداراست؛ بنابراین مداخلات درمانی حداقل بر روی یکی از متغیرهای وابسته اثربخش بوده است. همچنین مقدار ضریب اتا نشان می دهد که اثر آموزش ۰/۶۵ درصد از واریانس متغیرهای وابسته را تعیین می‌کند.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیرهای موردمطالعه در گروه‌های آزمایش و گروه گواه

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	*p*	ضریب اتا
میان فردی	اثر پیش‌آزمون	۳۶۹۰/۴۰	۱	۳۶۹۰/۴۰	۱۲۰۰/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	اثر گروه	۱۸۴/۱۴	۲	۹۲/۰۷	۲۹/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	خطا	۹۰/۹۷	۳۵	۲/۵۹			
افسردگی	اثر پیش‌آزمون	۷۴۷/۷۹	۱	۷۴۷/۷۹	۶۲۵/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۹۴
	اثر گروه	۵۷/۹۰	۲	۲۸/۹۵	۲۴/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	خطا	۴۵/۷۶	۳۵	۱/۳۰			
محرومیت	اثر پیش‌آزمون	۱۳۲/۶۷	۱	۱۳۲/۶۷	۱۸۶/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۸۴

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-05]

[DOI: 10.48305/22.2.213]

هیجانی	اثر گروه	۳۹/۴۹	۲	۱۹/۷۳	۲۷/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	خطا	۲۵/۵۴	۳۵	۰/۷۴			
رهاشدگی	اثر پیش‌آزمون	۱۲۶/۶۰	۱	۱۲۶/۶۰	۱۲۴/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	اثر گروه	۳۷/۱۳	۲	۱۸/۵۶	۱۸/۲۸	۰/۰۱	۰/۵۱
	خطا	۳۷/۵۳	۳۵	۱/۷۴			
بی‌اعتمادی	اثر پیش‌آزمون	۱۸۳/۹۹	۱	۱۸۳/۹۹	۱۷۶/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۸۳
	اثر گروه	۲۶/۵۴	۲	۱۳/۲۷	۱۲/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲
	خطا	۴۰/۵۱	۳۵	۱/۱۵			
انزوای اجتماعی	اثر پیش‌آزمون	۸۴/۴۹	۱	۸۴/۴۹	۱۳۶/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	اثر گروه	۳۷/۳۰	۲	۱۸/۶۵	۳۰/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	خطا	۳۹/۱۳	۳۵	۱/۰۷			
نقص/شرم	اثر پیش‌آزمون	۶۳/۹۳	۱	۶۳/۹۳	۲۰۶/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۹۴
	اثر گروه	۲۴/۹۴	۱	۲۴/۹۴	۸۰/۶۵	۰/۱۷	۰/۸۶
	خطا	۲۳/۲۰	۳۵	۰/۶۶			

جدول ٤. مقایسه میانگین‌ها در پس‌آزمون

متغیر	گروه–گروه	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
میان فردی	حضوری–آنلاین	۱/۶۵	۰/۸۰	۰/۰۴
	حضوری–کنترل	۸/۲۱	۱/۱۵	۰/۰۰۱
	آنلاین–کنترل	۶/۵۶	۰/۹۰	۰/۰۰۱
افسردگی	حضوری–آنلاین	۲/۷۸	۰/۵۰	۰/۰۰۱
	حضوری–کنترل	۴/۳۸	۰/۷۱	۰/۰۰۱
	آنلاین–کنترل	۲/۰۴	۰/۵۶	۰/۰۰۱
محرومیت هیجانی	حضوری–آنلاین	۲/۲۰	۰/۳۸	۰/۰۰۱
	حضوری–کنترل	۳/۹۳	۰/۶۶	۰/۰۰۱
	آنلاین–کنترل	۱/۸۳	۰/۵۲	۰/۰۰۱
رهاشدگی	حضوری–آنلاین	۲/۱۰	۰/۴۶	۰/۰۰۱
	حضوری–کنترل	۳/۹۳	۰/۶۶	۰/۰۰۱
	آنلاین–کنترل	۱/۸۳	۰/۵۲	۰/۰۰۱
بی‌اعتمادی	حضوری–آنلاین	۱/۶۷	۰/۴۳	۰/۰۰۱
	حضوری–کنترل	۳/۳۷	۰/۶۷	۰/۰۰۱
	آنلاین–کنترل	۱/۲۲	۰/۴۸	۰/۰۱
انزوای اجتماعی	حضوری–آنلاین	۱/۳۰	۰/۴۶	۰/۰۰۸
	حضوری–کنترل	۲/۰۶	۰/۵۳	۰/۰۰۱
	آنلاین–کنترل	۳/۳۷	۰/۶۷	۰/۰۰۱
نقص/شرم	حضوری–آنلاین	۲/۰۷	۰/۳۶	۰/۰۰۱
	حضوری–کنترل	۳/۹۵	۰/۴۰	۰/۰۰۱
	آنلاین–کنترل	۱/۸۸	۰/۴۰	۰/۰۰۱

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-05]

[DOI: 10.48305/22.2.213]

نتایج جدول ۳، نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد که پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین میانگین گروه های آزمایش و گواه در پس‌آزمون در متغیرهای موردمطالعه وجود دارد. همان‌طور که مشاهده می‌شود بین میانگین گروه‌های آزمایش و گروه گواه در مسائل بین فردی در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت (η۰/۶۳ ، P=۰,۰۰۱). همچنین بین میانگین گروه‌های آزمایش و گروه گواه در افسردگی در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت (η۰/۵۸ ، P=۰,۰۰۱) این مقدار برای محرومیت هیجانی (η۰/۶۱ ، P=۰,۰۰۱)، رهاشدگی (η۰/۵۱ ، P=۰,۰۰۱)، بی‌اعتمادی (η۰/۴۲ ، P=۰,۰۰۱)، انزوای اجتماعی (η۰/۶۳ ، P=۰,۰۰۱) و نقص و شرم (η۰/۸۶ ، P=۰,۰۰۱) بود. با توجه به‌اندازه اثر می‌توان گفت میزان اثربخشی درمان جالب‌توجه بوده و بیشترین اثربخشی روش‌های درمانی بر روی انزوای اجتماعی بوده است.

تفاوت میانگین دو گروه آنلاین و حضوری در متغیر بین فردی، افسردگی، محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی و نقص و شرم به ترتیب برابر با ۱/۶۵، ۲/۷۸، ۲/۲۰، ۶۷/۱۰، ۱/۲، ۱/۳۰ و ۲/۰۷ بود که سطح معناداری ۰,۰۰۱ تفاوت بین دو روش معنی‌دار می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بیماران افسرده صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد طرحواره درمانی هم در گروه آنلاین و هم گروه حضوری بر متغیرهای افسردگی، روابط بین فردی، طرحواره‌های نقص/شرم؛ بی‌اعتماد/بدرفتاری، محرومیت هیجانی، رهاشدگی/بی‌ثباتی، انزوای اجتماعی /بیگانگی اثربخشی معنادار داشته است. این یافته با نتایج به دست‌آمده در مطالعات محققی و خرقانی (۱۶)؛ قاسم خانلو و همکاران (۱۷). بیشاپ و همکاران (۱۱)؛ کوروک و همکاران (۲۳)؛ دوزویس و همکاران (۲۴) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت ازآنجا که طرحواره درمانی به حوزه‌های مختلف طرحواره‌ها می‌پردازد و در افراد افسرده طرحواره‌های طردشدگی فعال‌تر است این رویکرد توانسته است بر طرحواره‌های این حوزه اثر مثبت داشته باشد. افراد مبتلابه افسردگی دارای طرحواره‌های فعال آسیب‌دیده هستند که در برابر تغییر مقاوم‌اند. این طرحواره‌ها در تداوم احساس افسردگی دخالت دارند. در مقایسه با افراد سالم، افراد مبتلابه افسردگی تمایل دارند باورهای منفی فراگیر را در مورد خود به‌عنوان دوست‌داشتنی، ناتوان، ناکافی، بی‌ارزش یا معیوب تائید کنند (۲۵). افراد مبتلابه افسردگی نه‌تنها محتوای منفی بیشتری را در طرحواره‌های خود گزارش می‌دهند، بلکه این محتوای منفی نیز به‌شدت سازمان‌یافته و کاملاً به هم مرتبط است. به این معنا که ساختارهای خود طرحواره آن‌ها با اطلاعات منفی به هم پیوسته تر (و اطلاعات مثبت به هم پیوسته‌تر) در مورد خود نسبت به آنچه در افراد سالم مشاهده می‌شود مشخص می‌شود (۲۶). به چالش کشیده شدن طرحواره‌های قدیمی باعث کشف ریشه‌ی مشکلات روان‌شناختی می‌شود و احتمال موفقیت بعد درمان را بالا می‌برد. هیجان‌های مثبت به افراد کمک می‌کند، اجتماعی‌تر باشند و روابط بین فردی موفق‌تری داشته باشند. بر اساس این دیدگاه، هیجان‌های مثبت احساس فرد از خویشتن را به‌گونه‌ای وسعت می‌بخشد که دیگران را نیز شامل شود. این موضوع در طول زمان منجر به شکل‌گیری احساس همپوشانی خود–دیگری یا به‌نوعی احساس «وحدت» می‌شود. احساس همپوشانی خود–دیگری پیش‌بینی کننده‌ی درک بیشتر نسبت به دیگران است که خود به گسترش و تداوم روابط بین فردی می‌انجامد. برخلاف هیجان‌های منفی که اثرات آن‌ها غالباً درون فردی است، هیجان‌های مثبت نقش مهمی در تعاملات بین فردی ایفا می‌کنند. به اعتقاد این مؤلفان، یکی از شواهد این دیدگاه آن است که هیجان‌های مثبت متعددی چون همدردی و شهوت وجود دارد که تعریف آن‌ها دربرگیرنده‌ی هدف‌های بین فردی و اجتماعی است. بر این اساس به دلیل نقش تعیین‌کننده‌ای که هیجان‌های مثبت در روابط بین فردی دارند ایجاد احساسات مثبت از طریق طرحواره درمانی به این بیماران کمک کرده است.

همچنین یافته‌ها نشان داد تغییرات نمرات در گروه حضوری بیشتر است و اثربخشی طرحواره درمانی به روش حضوری بر متغیر افسردگی، روابط بین فردی، طرحواره‌های نقص/شرم؛ بی اعتماد/بدرفتاری، محرومیت هیجانی، رهاشدگی/بی‌ثباتی، انزوای اجتماعی /بیگانگی بیشتر از گروه آنلاین بوده است. همسو با این یافته قره گوزلو و همکاران (۲۷) نیز به این نتیجه رسیدند که درمان حضوری اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مجازی داشته است. سیفوری و همکاران (۲۸) نیز با بررسی مقایسه‌ای درمان حضوری و آنلاین به نتیجه‌ی مشابهی دست یافتند.

در تبیین این یافته می‌توان به مکانیسم‌های زیربنایی اثربخشی طرحواره درمانی اشاره کرد که اتحاد درمانی یکی از

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-05]
[DOI: 10.48305/22.2.213]

آن‌ها است این مکانیسم زمینه‌ساز تغییر علائم در طرح‌واره درمانی محسوب می‌شود. مفهوم اتحاد درمانی را می‌توان به عنوان میزان توافق مراجع و درمانگر در مورد اهداف درمان، روش‌های مورداستفاده برای دستیابی به این اهداف و پیوند شخصی بین مراجع و درمانگر مفهوم‌سازی کرد (۲۹). ترکیبات تحقیقاتی در مورد رابطه اتحاد–نتیجه، همبستگی‌های کوچک تا متوسطی را بین اتحاد و نتیجه درمان گزارش کرده‌اند (۳۰). اگرچه اتحاد درمانی در مشاوره‌ی آنلاین نیز ایجاد می‌شود اما در مشاوره‌های حضوری این اتحاد قوی‌تر است. در طرح‌واره درمانی از اتحاد درمانی به‌عنوان یک تکنیک درمانی استفاده می‌شود (۲۲). به همین دلیل احتمالاً نیازمند یک رابطه اعتماد قوی بین درمانگر و مراجع است. همین موجب شده است که افراد در گروه حضوری بهره‌مندی بیشتری گزارش کنند. این مطالعه با محدودیت‌هایی روبرو بود از جمله اینکه در ابتدا تعداد شرکت کنندگان بیشتر بود و در ادامه ۶ نفر به دلیل عدم همکاری کافی از مطالعه حذف شدند. از طرفی در گروه آنلاین مشکلات قطعی مکرر اینترنت موجب قطع مکرر جلسات شده و بر کیفیت جلسات اثر منفی داشت. در این مطالعه تنها از یک روش درمانی و چند متغیر محدود استفاده‌شده و برای شناسایی افراد افسرده از پرسشنامه استفاده گردید در مطالعات بعدی پیشنهاد می‌شود ابتدا مصاحبه‌ی بالینی صورت بگیرد.

تعارض منافع

در این مطالعه تعارض منافعی وجود ندارد.

حمایت مالی

هیچ‌گونه حمایت مالی صورت نگرفته است.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه حقوق شرکت‌کنندگان رد نظر گرفته شد. شرکت‌کنندگان قبل از شرکت در مطالعه فرم رضایت‌نامه را امضا کردند.

مشارکت نویسندگان

نویسنده‌ی اول دانشجوی دکتری و نویسنده دوم استاد راهنما می‌باشد.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آوریم.

References

1. APA. The Pocket Guide to the DSM-5-TR™ Diagnostic Exam. USA: American Psychiatric Pub; 2022.
2. Moreno-Agostino D, Wu Y-T, Daskalopoulou C, Hasan MT, Huisman M, Prina M. Global trends in the prevalence and incidence of depression: a systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders. 2021;281: 235-43.
3. Schmaal L, Pozzi E, C. Ho T, Van Velzen LS, Veer IM, Opel N, et al. ENIGMA MDD: seven years of global neuroimaging studies of major depression through worldwide data sharing. Translational psychiatry. 2020;10(1): 172.
4. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. Translational psychiatry. 2021;11(1): 543.
5. Alonso Debreczeni F, Bailey PE. A systematic review and meta-analysis of subjective age and the association with cognition, subjective well-being, and depression. The Journals of Gerontology: Series B. 2021;76(3): 471-82.
6. Capone V, Petrillo G. Mental health in teachers: Relationships with job satisfaction, efficacy beliefs, burnout and depression. Current Psychology. 2020;39: 1757-66.
7. Goldfarb MR, Trudel G. Marital quality and depression: A review. Marriage & Family Review. 2019;55(8): 737-63.
8. Elahe M, Talepasand S, Rezaei AM. A structural model of depression based on interpersonal relationships: the mediating role of coping strategies and loneliness. Archives of Neuropsychiatry. 2017;54(2): 125.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-05]

[DOI: 10.48305/22.2.213]

9. Zheng M, Guo X, Chen Z, Deng J, Hu M. Association between interpersonal relations and anxiety, depression symptoms, and suicidal ideation among middle school students. Frontiers in public health. 2023;11: 1053341.

10. Wilde JL, Gillies JC, Dozois DJ. Cognitive and interpersonal contributors to relationship distress and depression: A review of the dyadic partner-schema model. The Neuroscience of Depression. 2021: 373-80.

11. Bishop A, Younan R, Low J, Pilkington PD. Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2022;29(1): 111-30.

12. Moein Alghoraee F, Nferesti A, Karamlu S, Ganji N. Comparing Attribution Styles, Maladaptive Schemata, and Dysfunctional Attitudes (three aspects of social cognition) in Depressed and Normal People. Social Cognition. 2017;6(1): 91-104[Persian].

13. Bosmans G, Kerns KA. Attachment in middle childhood: Progress and prospects. New directions for child and adolescent development. 2015;2015(148): 1-14.

14. Tariq A, Reid C, Chan SW. A meta-analysis of the relationship between early maladaptive schemas and depression in adolescence and young adulthood. Psychological Medicine. 2021;51(8): 1233-48.

15. Shahbeik S, Moazedian A, Sabahi P, Khan Mohammadi Otaghsara A. Presenting a Structural Model of Depression based on Initial Maladaptive Schemas and Resilience Mediated by Self-Compassion in Cancer Patients. Islamic Life Style. 2022;5(4): 360-9[Persian].

16. Mohagheghi h, Kharghani p. The Effect of Schema Therapy on Anxiety, Depression, and Early Maladaptive Schemas in Individuals with Substance Use Disorder. Research on Addiction. 2021;15(60): 299-324.

17. Ghasemkhanloo A, Atadokht A, Sabri V. The effectiveness of emotional schema therapy on the severity of depression, emotional dysregulation and emotional schemas in patients with major depressive disorder. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2021;8(3): 76-88[Persian].

18. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory: Harcourt Brace Jovanovich New York: ; 1987.

19. Rajabi G, Karju Kasmai S. Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory second edition. Quarterly of Educational Measurement. 2012;3(10): 139-58.

20. Barkham M, Hardy GE, Startup M. The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. British Journal of Clinical Psychology. 1996;35(1): 21-35.

21. Rostami M, Mehraban S, Zarei F, Sharifi M, Movallali G. Subjective Wellbeing and Interpersonal Problems in the Mothers of Students With Learning Disabilities. Iranian Rehabilitation Journal. 2019;17(3): 207-14.

22. Yang H, Li M. Form invariance of schema and exact schema theorem. Science in China Series F: Information Sciences. 2003;46: 475-84.

23. Körük S, Özabacı N. Effectiveness of Schema Therapy on the Treatment of Depressive Disorders: A Meta-Analysis. Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar. 2018;10(4).

24. Dozois DJ. The importance of social connectedness: From interpersonal schemas in depression to relationship functioning and well-being. Canadian Psychology/Psychologie canadienne. 2021;62(2): 174.

25. McBride C, Farvolden P, Swallow SR. Major Depressive Disorder and Cognitive Schemas. 2007.

26. Dozois DJ, Eichstedt JA, Collins KA, Phoenix E, Harris K. Core beliefs, self-perception, and cognitive organization in depressed adolescents. International journal of cognitive therapy. 2012;5(1): 99-112.

27. Gharagozloo N, Moradhaseli M, Atadokht A. Comparing the Effectiveness of Face-to-face and Virtual Cognitive-Behavioral Couples Therapy on the Post-Traumatic Stress Disorder in Extra-Marital Relations. Counseling research and development. 2018;17(65): 186-206.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-05]

[DOI: 10.48305/22.2.213]

28. Seifouri O, Jarareh J, Hamidi F. Comparison of the effectiveness of face-to-face and virtual psychoeducational interventions based on the theory of acceptance and commitment on the responsibility of adolescents in the post-Corona period. Technology of Education Journal (TEJ). 2023;17(2): 357-70.

29. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, research & practice. 1979;16(3): 252.

30. Horvath A, Del Re A, Flückiger C, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. Psychotherapy. Chicago. 2011(48): 9.

© 2022 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http: //creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2025-12-05]

[DOI: 10.48305/22.2.213]