



Therapeutic Schema and Compassion-Focused Therapy and Evaluating Its Effectiveness on the on Women's Marital Burnout

Farnaz Emadifar¹, Mohammad Hosein Fallah Yakhdani^{2*}, Saeid Vaziri Yazdi³, Zahra Chabokinejad⁴

1. Ph.D. Candidate, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Yazd Branch, Yazd, Iran.

2. Corresponding Author, Associate Professor, Department of Educational Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Yazd Branch, Yazd, Iran. Email: fallahyazd@iauyazd.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Yazd Branch, Yazd, Iran.

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Yazd University of Science and Art, Yazd, Iran

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 22 Aug 2021
Revised: 25 Sep 2021
Accepted: 20 Oct 2021
Published Online: 31 Dec 2022

Keywords:
*Conflicting Women,
Early Maladaptive Schemas,
Marital Burnout,
Therapeutic Schema,
Compassion-Focused Therapy.*

ABSTRACT

The purpose of the present study was to develop and evaluate a therapeutic model based on schema therapy and therapy centered on compassion, as well as to evaluate its efficacy on marital burnout among women with marital conflict and primary incompatible schemas related to the field of cut and rejection. In the qualitative part, the present study employed thematic analysis by comparative method, whereas the quantitative part employed a semi-experimental pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. In the summer of 2019, the statistical population of the present study consisted of women with marital conflict who visited counseling centers in the city of Isfahan. A total of 26 women were selected using a non-random sampling method and assigned to the experimental and control groups at random. During two and a half months, the experimental group received the therapeutic model intervention based on schema therapy and compassion-focused therapy. The applied questionnaires in the current study include marital conflict (MCQ), early maladaptive schemas questionnaire (SQ), and marital burnout questionnaire (MBQ). The data obtained from the research was analyzed by the method of mixed variance analysis by statistical software SPSS-23. According to experts, the results demonstrated that the schema therapy- and compassion-based therapeutic model has sufficient content validity. Using the concepts of schema therapy and therapy focused on compassion, the therapeutic model based on schema therapy and therapy focused on compassion can be an effective therapy to reduce the marital dependency of women with marital conflict and primary incompatible schemas related to the field of cutting and Exclusion, according to the findings of this study.

Cite this article: Emadi far, F., Fallah Yakhdani, M. H., Vaziri Yazdi, S., & Chabokinejad, Z. (2022). Offering and Evaluation Therapeutic Model Based on Therapeutic Schema and Compassion-Focused Therapy and Evaluating Its Effectiveness on the on Women's Marital Burnout. *Journal of Applied Psychological Research*, 13(4),91-108
Doi:10.22059/japr.2023.329307.643954



© The Author(s).

DOI: <https://doi.org/10.22059/JAPR.2023.329307.643954>

Publisher: University of Tehran Press

Therapeutic Schema and Compassion-Focused Therapy and Evaluating Its Effectiveness on the on Women's Marital Burnout

Extended Abstract

Aim

The purpose of the present study was to develop and evaluate a therapeutic model based on schema therapy centered on compassion, as well as to evaluate its efficacy on marital burnout among women with marital conflict and primary incompatible schemas related to the field of cut and rejection.

Method

In the qualitative part, the present study employed thematic analysis by comparative method, whereas the quantitative part employed a semi-experimental pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the present study consisted of women with marital conflict who visited counseling centers in the city of Isfahan in the summer of 2019. A total of 26 women were selected using a non-random sampling technique and assigned to the experimental and control groups at random. During two and a half months, the experimental group received the therapeutic model intervention based on schema therapy and compassion-focused therapy. Statistical software SPSS-23 was used to conduct a mixed variance analysis on the research data obtained.

Findings

According to experts, the results demonstrated that the schema therapy- and compassion-based therapeutic model has sufficient content validity. Using the concepts of schema therapy and therapy focused on compassion, the therapeutic model based on schema therapy and therapy focused on compassion can be an effective therapy to reduce the marital dependency of women with marital conflict and primary incompatible schemas related to the field of cutting and Exclusion, according to the findings of this study.

Discussion

In the explanation of the findings of the current research on the effectiveness of the therapy model based on schema therapy and compassion-focused therapy on marital heartbreak of women with marital conflict and primary incompatible schemas related to the field of cut and rejection, it can be stated that schema therapy emphasizes the modification of incompatible coping strategies. And it attempts to correct the incompatible childhood schemas. Also, by teaching how schemas affect how to process and confront life events in therapy, rather than using ineffective coping styles and strategies, it provides an opportunity for women with marital conflict who have primary incompatible schemas to avoid situations that trigger schemas and use normal and adaptive coping strategies.

By affecting the primary maladaptive schemas of individuals with a negative attitude toward their emotions and abilities, schema therapy is also said to result in the correction of their ineffective beliefs and thoughts. Consequently, schema therapy using cognitive strategies challenges the cognitive beliefs associated with negative emotional beliefs, and then using experimental techniques such as mental imagery, identifies excessive perfectionism and unmet emotional needs that are the source of incompatible schemas. This knowledge enables women experiencing marital conflict to use schema therapy to break the cycle of incompatible schemas and modify their interactions with their spouses through the application of techniques.

On the other hand, the women in the study learned that by practicing mindfulness, they could reduce ruminations caused by bothersome cognitive and emotional processes, and that, based on the human commonality component, they could abandon experiences that lead to comparison and judgment of their spouses. By normalizing the not-so-positive aspects of married life and the fact that these conflicts may occur in the lives of most couples, they experience fewer negative emotions towards their partner, and less boredom.

The research is limited to women with marital conflict with initial incompatible schemas related to the field of cutting and rejection referring to the counseling centers of the city of Isfahan, the presence of some uncontrolled variables, such as the causes of marital conflicts of the women in the study, the financial status of the families, the number of children, and their social position and the absence of random sampling methods were limitations of this research; therefore, in order to increase the generalizability of the results, it is suggested, at the level of the research proposal, that this study be conducted in other cities, regions, and communities with different cultures, other women, control of the aforementioned factors, and random sampling method. In addition, it is recommended that in future studies, the efficacy of therapy models based on schema therapy centered on compassion on marital distress in other statistical communities, such as divorced women, couples with marital conflicts, and infertile couples, be investigated.

Keywords: Conflicting Women, Early Maladaptive Schemas, Marital Burnout, Therapeutic Schema, Compassion-Focused Therapy



طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت و ارزیابی اثربخشی آن بر دلزدگی زناشویی زنان^۱

فرناز عمادی فر^۲، محمدحسین فلاح یخدانی^{۳*}، سعید وزیری یزدی^۴، زهرا چابکی نژاد^۵

۱. مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی است.
۲. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد، یزد، ایران.
۳. نویسنده مسئول، دانشیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران. رایانامه: fallahyazd@iauyazd.ac.ir
۴. استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.
۵. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علم و هنر یزد، یزد، ایران.

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۳۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۰/۰۷/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۲۸

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۱۰/۱۰

کلیدواژه:

دلزدگی زناشویی،

زنان دارای تعارض زناشویی،

طرحواره‌درمانی،

درمان متمرکز بر شفقت،

طرحواره‌های ناسازگار اولیه.

پژوهش حاضر با هدف تدوین و ارزیابی الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت و ارزیابی اثربخشی آن بر دلزدگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد انجام گرفت. روش پژوهش در بخش کیفی، تحلیل مضمون به روش قیاسی و در قسمت کمی نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان دارای تعارض زناشویی به مراکز مشاوره شهر اصفهان در تابستان ۱۳۹۹ بود. تعداد زن با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جای‌دهی شدند. گروه آزمایش، مداخله الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت را طی دو ماه و نیم دریافت کردند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه تعارض زناشویی (MCQ)، پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه (SQ) و پرسشنامه دلزدگی زناشویی (MBQ) بود. داده‌های پژوهش به شیوه تحلیل واریانس آمیخته به‌وسیله نرم‌افزار آماری SPSS-23 تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت از نظر متخصصان دارای روایی محتوایی کافی است. براساس یافته‌ها، الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت، با بهره‌گیری از مفاهیم طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به‌عنوان درمانی کارآمد در جهت کاهش دلزدگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد به‌کار گرفته شود.

استناد: عمادی فر، فرناز، فلاح یخدانی، محمدحسین، وزیری یزدی، سعید، و چابکی نژاد، زهرا. (۱۴۰۱). طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت و ارزیابی اثربخشی آن بر دلزدگی زناشویی زنان. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۳(۴)، ۹۱-۱۰۸.

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: 10.22059/JAPR.2023.329307.643954

© نویسندگان.



مقدمه

تعارض‌های زناشویی^۱ گونه‌ای از رفتارهای ناسازگارانه بین دو همسر است که دست‌کم به‌وسیله یکی از زوجین ایجاد می‌شود و تداوم پیدا می‌کند. این دست از ناسازگاری به‌طور معمول بر کارکردهای هیجانی، ارتباطی و اجتماعی همسران تأثیر منفی بر جای می‌گذارد و روابط آن‌ها را مخدوش می‌سازد (موسوی، فاتحی‌زاده و جزیری، ۱۳۹۶). اشکال گوناگونی از تعارض وجود دارد و به‌صورت سوءرفتار با همسر و درگیری لفظی و فیزیکی بین زوجین بروز می‌یابد (فرانکل، آممارا، جاکوبیتز و هازن، ۲۰۱۵). نتایج پژوهش‌های عباس و همکاران (۲۰۱۹) و ماخاناوا، مک‌نالتی، اکل و مانر (۲۰۱۸) حاکی از آن است که زوج‌هایی که تعارض زناشویی زیادی دارند، از جنبه بهداشت روانی و سلامتی در سطح پایینی قرار می‌گیرند. با پیشروی تعارض در روابط همسران، ناسازگاری فراتر می‌رود، نارضایتی بیشتری نمود پیدا می‌کند و به تدریج زمینه طلاق فراهم می‌شود. براساس نتایج پژوهش‌های گذشته، طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۲ از دسته عواملی هستند که با بروز تعارض‌های زناشویی رابطه تنگاتنگی دارند و از علل بروز آن به‌شمار می‌روند (اصغری، صادقی، زارع خاکدوست و انتظاری، ۱۳۹۴؛ صدیقی و جعفری، ۱۳۹۵؛ آری‌فر و پورشهریاری، ۱۳۹۶؛ چهرآز ابوالحسنی و هنرپروران، ۱۳۹۶؛ مقتدر و حلاج، ۱۳۹۷). طرحواره‌ها ساختارهایی شناختی هستند که در انتخاب، رمزگذاری و ارزیابی محرک‌ها نقش دارند؛ محرک‌هایی که فرد با آن‌ها مواجه می‌شود و به کمک این طرحواره‌ها به تأویل و تفسیر این محرک‌ها به نحوی خاص می‌پردازد. طرحواره‌ها از اوان کودکی ایجاد می‌شوند و به‌صورت یک الگو برای پردازش تجربه‌های کل زندگی وارد عمل می‌شوند. از آنجا که طرحواره‌ها تقریباً تغییرناپذیر هستند، به‌عنوان اطلاعات تأییدکننده دائماً جست‌وجو می‌شوند و می‌توانند موجب سوق‌دادن فرد به‌سوی آشفته‌گی‌های روانی شوند (جاگر و همکاران، ۲۰۲۱). تجارب آزردهنده دوران کودکی می‌تواند بستر شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه را به‌وجود آورد. موقعیت‌های مشابه این تجارب موجب فعال‌شدن طرحواره‌ها در افراد می‌شود (اورو، کالوت و پادیدا، ۲۰۱۴). طرحواره‌ها از طریق پردازش اطلاعات می‌توانند بر رفتار و تصمیم‌گیری اثر بگذارند، اما در پاره‌ای از فرایندهای ذهنی، به‌صورت عاملی مقاوم در برابر تغییر وارد عمل می‌شوند و سرعت فرایند تغییر الگوهای رفتاری را کاهش می‌دهند (یالدیز، سولاک و ایکیزر، ۲۰۲۱)؛ بنابراین می‌توان گفت طرحواره‌ها دانش افراد در مورد خود و جهان را تشکیل می‌دهند و بر نحوه تفسیر افراد از وقایع تأثیر می‌گذارند. افزون بر این‌ها، علاوه بر تسهیل کارکرد شناختی، موجب تداوم مشکل‌های روانی می‌شوند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه که اختلالات هیجانی را به‌وجود می‌آورند، خشک‌تر، انعطاف‌ناپذیر و عینی‌تر از طرحواره‌های افراد عادی هستند (کالوت، ۲۰۱۴).

ظهور تعارض‌های زناشویی در زوجین، موجب واردشدن آسیب جدی به روابط آنان می‌شود و رضایتمندی زناشویی^۳ را کاهش می‌دهد (زاهد بابلان، حسینی شورابه، پیری کامرانی و دهقان، ۱۳۹۴؛ کاظمیان‌مقدم، مهربانی‌زاده هنرمند، کیامنش و حسینیان، ۱۳۹۷). این کاهش رضایتمندی نیز به تدریج سبب پیدایش دلزدگی زناشویی^۴ می‌شود و می‌تواند گسست عاطفی و هیجانی بیشتری میان زوجین ایجاد کند (کاظمیان‌مقدم و همکاران، ۱۳۹۷؛ فتوحی، میکاییلی، عطادخت و حاجلو، ۱۳۹۶). دلزدگی زناشویی با علائمی مانند خستگی روانی، عاطفی و جسمانی مشخص می‌گشود و عواقب جبران‌ناپذیری برای زوجین در پی دارد (پینز، نیل، هامر و ایکسون، ۲۰۱۱؛ تاکا، ۲۰۱۴). به بیانی دیگر، دلزدگی زناشویی، وضعیت رنج‌آور فرسودگی روانی، عاطفی و جسمی است که زندگی زوج‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این حالت زمانی رخ می‌دهد که زوجین علی‌رغم تلاش‌هایشان نمی‌توانند به زندگی گرم و نشاط ببخشند. در حین فروپاشی رابطه، زوجین متوجه می‌شوند که چیزهای خوشایند گذشته دیگر چندان مسرت‌بخش نیستند. به این ترتیب دلزدگی پدید می‌آید و چنانچه در این زمان برای جلوگیری از پیشرفت این روند کاری انجام نشود، اوضاع از قبل دشوارتر می‌شود (زارعی، ۱۳۹۸؛ براوو و لامپکین، ۲۰۱۰). چنین می‌نماید که شکل‌گیری دلزدگی بدون زمینه قبلی اتفاق نمی‌افتد، بلکه روند تدریجی دارد و به‌ندرت از یک برخورد ناگوار یا حتی چند تعامل ناراحت‌کننده تبلور می‌یابد. در حقیقت از انباشته‌شدن سرخورده‌گی‌ها و تنش‌های زندگی روزمره، دلزدگی به‌وجود می‌آید و به فرسایش رابطه زوجین می‌انجامد

1. conflicting women
2. maladaptive schema
3. marital satisfaction
4. marital disaffection

(آماتو و کیت، ۱۹۹۱).

روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی برای زوجین و به‌خصوص زنان دارای تعارض زناشویی مورد استفاده قرار گرفته است. طرحواره‌درمانی^۱ از مداخلات جدید درمانی است که اثربخشی آن در مطالعات پژوهشگرانی مانند صفاری‌نیا و عزیزی (۱۳۹۸)، محمدی، سپهری شاملو و اصغری ابراهیم‌آباد (۱۳۹۸)، عسگری و گودرزی (۱۳۹۷)، روحی، جزایری، فاتحی‌زاده و اعتمادی (۱۳۹۶)، یوسف‌زاده، طالبی و نشاط‌دوست (۱۳۹۶)، بشیری، گل‌محمدیان و حجت‌خواه (۱۳۹۵)، تقی‌یار، پهلوان‌زاده و سماوی (۱۳۹۵)، پترس، استاینبلت، برک، پاسل و کرانس (۲۰۲۱)، باچراچ و آرنتز (۲۰۲۱)، دونزل، اونس، آلفن، بوومستر و ویدلر (۲۰۲۱)، ون‌دیجیک و همکاران (۲۰۲۰)، رنر و همکاران (۲۰۱۸) و ننادیک، لمبرث و ریس (۲۰۱۷) نشان داده شده است. طرحواره‌درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که بیشتر بر پایه گسترش مفاهیم و اصول درمان شناختی-رفتاری بنا نهاده شده است (ننادیک، لمبرث و ریس، ۲۰۱۷). طرحواره‌درمانی برای غنی‌ساختن تکنیک‌های درمانی قبلی و به‌صورتی کاملاً ماهرانه ابداع شده است. پایه این رویکرد درمان شناختی است و مشکلات گوناگونی را که افراد در زندگی روزمره با آن‌ها دست‌وپنجه نرم می‌کنند، هدف می‌گیرد (خاشو و همکاران، ۲۰۱۹). هدف نخست طرحواره‌درمانی، به‌وجودآوردن آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل عامدانه بر طرحواره‌ها و هدف غایی آن، بهبود سبک‌های مقابله‌ای و طرحواره‌های ناسازگار است (رنر و همکاران، ۲۰۱۸). براساس این مدل، افراد به روش‌های گوناگونی هیجان‌های خود را تجربه و مفهوم‌سازی می‌کنند و بر پایه باورهایی که درمورد هیجان‌های خویش دارند، روش‌های متفاوتی را برمی‌گزینند (باچراچ و آرنتز، ۲۰۲۱). افرادی که هیجان‌های منفی زیادی را متحمل می‌شوند، به بروز تعامل شدید در موقعیت‌های نسبتاً اضطراب‌آور یا نامطلوب تمایل نشان می‌دهند. این افراد نسبت به خود سرزنشگر و خودمنتقد هستند و درمورد دیگران بیش‌ازحد حساسیت بروز می‌دهند. این ویژگی‌های منفی در طول زمان موجب جدایی و فاصله‌گیری زوجین از یکدیگر می‌شود و دلزدگی‌های بیشتری را در روابط دامن می‌زند (عسگری و گودرزی، ۱۳۹۷).

دیگر روش آموزشی مورد استفاده برای بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی زنان دارای تعارض‌های زناشویی، درمان متمرکز بر شفقت^۲ است که کارآزمایی بالینی آن در پژوهش‌های پژوهشگران مختلف نشان داده شده است؛ چنان‌که پالمر، چانگ، سامسون، بالانجی و زیتسوف (۲۰۱۹)، لاترن، بلاث و پارک (۲۰۱۹)، بلاث و ایزنلوه-ماول (۲۰۱۷)، تاننام، آدامز، گونزالز، هانس و هود (۲۰۱۸) و وانگ، چن، پون، تنگ و جین (۲۰۱۷) در پژوهش خود‌کارایی درمان متمرکز بر شفقت را بر استرس، افسردگی و سلامت روان‌شناختی افراد بررسی و تأیید کردند. به‌علاوه الاین و هالینز (۲۰۱۶)، خونساری، تاجری، سرداری‌پور، حاتمی و حسین‌زاده تقوایی (۱۳۹۸) و زمانی‌مزد، گرافر، داورنیا و بابایی گرمخانی (۱۳۹۷) به این نتیجه رسیدند که مؤلفه شفقت در این رویکرد درمانی می‌تواند به بهبود تحمل و کاهش پریشانی روانی افراد منجر شود. علاوه‌براین، بابایی گرمخانی، کسایی، زهراکار و اسدپور (۱۳۹۸)، شفییعی و جزایری (۱۳۹۶)، دشت‌بزرگی (۱۳۹۶) و ایزدی و سجادیان (۱۳۹۶) نیز گزارش کردند که مهربانی و درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند مؤلفه‌های روانی آسیب‌زا در زوجین را کاهش دهد. ضرورت درمان متمرکز بر شفقت از آنجا ناشی می‌شود که شخص نوعی آگاهی بدون قضاوت و عینی از هیجان‌های خود را تجربه کند. به عقیده پژوهشگران، شفقت‌ورزی حقیقی از مواجهه (و نه اجتناب) با افکار و هیجان‌های دردناک شکل می‌گیرد (باری، لافلین و داکت، ۲۰۱۵). به‌علاوه شفقت‌ورزی، سیستم تسکین درد فرد را فعال می‌سازد و به کاهش احساس ترس و و نیز مواجهه با موقعیت‌ها کمک می‌کند (دورکین، بیامونت، مارتین و کارسون، ۲۰۱۶). گیلبرت (۲۰۱۴) در فضای جلسه‌های درمان از این سازه استفاده کرد و سرانجام درمان متمرکز بر شفقت را به عالم روان‌شناسی ارائه داد. اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت این است که افکار، تصاویر، رفتارها و عواملی که از نظر بیرونی تسکین‌بخش است، باید درونی شود و در این حالت، همان‌گونه که ذهن انسان به عوامل بیرونی عکس‌العمل نشان می‌دهد، در رویارویی با عوامل درونی نیز آرامش را تجربه می‌کند. به‌طور مجمل می‌توان گفت مطابق یافته‌های محققان، مداخله مبتنی بر خودشفقتی به‌صورت معناداری می‌تواند سلامت روانی، عواطف مثبت، امید و حرمت خود را در افراد بهبود بخشد. همچنین از هیجان‌های منفی آنان بکاهد و به شکل سپری محافظ در برابر آسیب‌های روان‌شناختی عمل

1. schema therapy

2. compassion-focused therapy

کند. دلیل بهره‌گیری از این درمان در زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه حوزه بریدگی و طرد، آن است که در درمان مبتنی بر خودشفقتی، بر کاهش رنج افراد تأکید می‌شود. این فرایند در حالی اتفاق می‌افتد که افراد با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد قادر نیستند دلبستگی‌های ایمن و رضایت‌بخشی با سایر افراد ایجاد کنند. چنین افرادی احساس و پیش‌بینی می‌کنند که نیازهایشان به ثبات، محبت، عشق، امنیت، و تعلق خاطر ارضا نخواهد شد. خانواده‌های اصلی آن‌ها نیز به احتمال قوی دارای این ویژگی‌ها بوده‌اند: بی‌ثبات (طرحواره رهاشدگی، بی‌ثباتی)، بدرفتار (طرحواره بی‌اعتمادی، بدرفتاری)، سرد و بی‌عاطفه (طرحواره محرومیت هیجانی)، طردکننده (طرحواره نقص و شرم) یا منزوی (طرحواره انزوای اجتماعی، بیگانگی). اشخاصی که طرحواره‌هایشان در حوزه بریدگی و طرد جای می‌گیرد، اغلب آسیب بیشتری می‌بینند؛ زیرا شمار زیادی از آنان، دوران کودکی آزاردهنده‌ای داشته‌اند. این مضامین حاکی از آن است که آنان در رنج‌اند و اوضاع روانی‌شان موجب آشفتگی بیشتر می‌شود. بدین ترتیب درمان مبتنی بر خودشفقتی می‌تواند موجب بهبود وضعیت آن‌ها شود.

با توجه به آنچه در مورد طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت ذکر شد، به نظر می‌رسد تلفیق این دو رویکرد، اثرات هم‌افزایی بر بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه داشته باشد؛ چرا که طرحواره‌درمانی می‌تواند بر طرحواره‌های اولیه زنان متمرکز شود و گره‌های هیجانی کودکی و پیشین زنان را برطرف سازد. درمان متمرکز بر شفقت نیز می‌تواند با به‌کارگیری ذهن‌آگاهی، هیجان‌های منفی آنان را کاهش دهد و به شکل سپری محافظ در برابر آسیب‌های روان‌شناختی عمل کند. براین اساس تلفیق این دو درمان می‌تواند نقشی مهم در کاهش دلزدگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد داشته باشد؛ بنابراین مسئله اصلی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر دلزدگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد است. در مطالعه به روش ترکیبی به منظور پاسخ‌دادن به پرسش‌ها و فرضیه‌های پژوهش، اقدام به جمع‌آوری داده می‌شود. اساس روش بر این است که استفاده از رویکردهای کمی و کیفی به صورت ترکیبی، در مقایسه با استفاده از هر یک از دو رویکرد به صورت تنها، درک بهتری از پژوهش فراهم می‌آورد. شیوه جمع‌آوری داده باید با نوع طرح روش‌های ترکیبی به کاررفته در مطالعه تناسب داشته باشد، به همین جهت داده‌ها به صورت هم‌زمان یا متوالی جمع‌آوری می‌شوند.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

روش پژوهش حاضر در بخش کیفی (تدوین الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت)، تحلیل مضمون^۱ به شیوه قیاسی^۲ و در قسمت کمی نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه است. جامعه آماری پژوهش شامل زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در تابستان ۱۳۹۹ است. روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند^۳ است. بدین صورت که ابتدا زنان با تعارض زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان شناسایی شدند (با توجه به تعدد مراکز مشاوره شهر اصفهان، ده مرکز دردسترس پژوهشگر انتخاب شد). با شناسایی زنان دارای تعارض‌های زناشویی داوطلب، پرسشنامه تعارض زناشویی به آن‌ها ارائه شد و پس از بررسی، زنانی که نمره بالاتر از ۱۲۶ در پرسشنامه تعارض‌های زناشویی کسب کردند، انتخاب شدند. در گام بعد، زنان براساس ملاک ورود به پژوهش انتخاب شدند. بدین صورت که در بین زنان دارای تعارض‌های زناشویی شناسایی‌شده، پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه توزیع شد. سپس زنانی که نمره‌های بالاتر از میانگین در پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد به دست آورده بودند، شناسایی شدند (نمره بالاتر از ۸۷ برای جامعه ایرانی). سپس این زنان با استفاده از مصاحبه بالینی بررسی مجدد شدند. در مرحله آخر، ۳۰ نفر از این زنان که بالاترین نمره‌ها را

1. content analysis

2. comparative method

3. purposive non-random sampling

در پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد به‌دست آورده بودند (نمره‌های بالاتر از میانگین و به‌صورت ترتیب‌بندی شده) انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند (۱۵ زن در گروه آزمایش و ۱۵ زن در گروه گواه). پس از شروع مداخله، دو نفر در گروه آزمایش و دو نفر در گروه گواه ریزش داشتند؛ بنابراین تعداد نهایی نمونه در پژوهش حاضر ۲۶ نفر بود (۱۳ نفر در گروه آزمایش و ۱۳ نفر در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل سابقه زندگی زناشویی بیشتر از سه سال، تعارض‌های زناشویی، وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد، تحصیلات حداقل دیپلم، سلامت جسمی و تمایل به شرکت در پژوهش بود. شایان ذکر است که ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت در دو جلسه آموزشی، انجام‌ندادن تکالیف خواسته‌شده و بروز حوادث پیش‌بینی‌نشده مانند مرگ نزدیکان بود. برای رعایت اخلاق پژوهشی رضایت زنان برای شرکت در برنامه مداخله جلب شد و از همه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی، در صورت تمایل این مداخله درمانی را دریافت خواهند کرد.

ابزارهای سنجش

پرسشنامه تعارض زناشویی^۱ (MCQ)

پرسشنامه تعارض زناشویی توسط براتی (۱۳۷۵) ساخته شده است. این پرسشنامه نمره کل تعارض زناشویی و ابعاد آن را به‌دست می‌دهد که عبارت‌اند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزند، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، و جداکردن امور مالی از یکدیگر. هر سؤال آزمون دارای یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (همیشه=۵، اغلب=۴، گاهی=۳، به‌ندرت=۲ و هرگز=۱) تعلق می‌گیرد. نمره بالا در این آزمون بیانگر شدت تعارض و بدبودن اوضاع و پایین بودن دال بر خوب‌بودن اوضاع است. دامنه نمره‌های کل پرسشنامه بین ۴۲ تا ۲۱۰ است. نمره‌های بالاتر از ۱۲۵ نشان‌دهنده وجود تعارض زناشویی است (براتی، ۱۳۷۵). این پرسشنامه توسط سازندگان آن روی مراجعه‌کنندگان به مراجع قضایی یا مراکز مشاوره برای رفع تعارض زناشویی هنجاریابی شده و مشخصات روان‌سنجی آن به این شرح گزارش شده است: آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۶۳، و برای خرده‌مقیاس کاهش همکاری ۰/۶۴، افزایش جلب حمایت فرزند ۰/۶۰، افزایش واکنش هیجانی ۰/۷۳، کاهش رابطه جنسی ۰/۷۰، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۶۴، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان ۰/۶۴ و جداکردن امور مالی از یکدیگر ۰/۶۹. برای تعیین روایی این آزمون، از تعدادی متخصص خانواده‌درمانی نظرخواهی شد و مشخص شد این آزمون دارای روایی محتوایی^۲ مناسب است و مقدار آن نیز ۰/۸۳ محاسبه شد (ثنایی، ۱۳۷۹). پایایی^۳ این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شد.

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۴ (SQ)

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه توسط یانگ (۱۹۹۸) تدوین شده است. فرم کوتاه این پرسشنامه مشتمل بر ۷۵ ماده است که ۱۵ طرحواره را در پنج حوزه کلی می‌سنجد این پنج حوزه شامل بریدگی و طرد^۵ (۲۵ سؤال)، خودمختاری و عملکرد مختل^۶ (۲۰ سؤال)، جهت‌مندی^۷ (۱۰ سؤال)، بازداری و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد^۸ (۱۰ سؤال) و محدودیت‌های مختل^۹ (۱۰ سؤال) است. در این پرسشنامه نمره بالا نشان‌دهنده طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. این ابزار خودتوصیفی دارای پاسخ‌های شش‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً غیرصحیح (۱) تا کاملاً صحیح (۶) است. پرسشنامه نمره کل ندارد و نمره‌های افراد در پنج حوزه ذکرشده

1. Marital Conflict Questionnaire (MCQ)
2. content validity
3. reliability
4. Schema Questionnaire (SQ)
5. Field of cut and rejection
6. autonomy and impaired functioning
7. field of orientation
8. inhibition area and listening to excessive ringing
9. autonomy and impaired functioning

قابل محاسبه است (یانگ، ۱۹۹۸). در پژوهش والر، میرر و اوهانیان (۲۰۰۱) اعتبار مقیاس^۱ آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۶۴ و برای تمام خرده‌مقیاس‌ها بالا بود و ضرایب بازآزمایی^۲ بین ۰/۵۹ تا ۰/۸۲ در یک جمعیت غیربالینی به‌دست آمد. در ایران، صدوقی، آگیلار-وفایی، رسول‌زاده طباطبایی و اصفهانیان (۱۳۸۷) به‌منظور بررسی روایی و اعتبار فرم کوتاه مقیاس یانگ، همسانی درونی^۳ خرده‌مقیاس‌ها را بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ و نمره کل مقیاس را ۰/۹۴ به‌دست آوردند. شایان ذکر است در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای حوزه بریدگی و طرد ۰/۸۰ محاسبه شد.

پرسشنامه دلدگی زناشویی^۴ (MBQ)

پرسشنامه دلدگی زناشویی توسط پاینز در سال ۱۹۹۶ ارائه شد. این پرسشنامه ۲۰ ماده دارد که شامل سه جزء اصلی خستگی جسمی (احساس خستگی، سستی و داشتن اختلال‌های خواب)، ازپافتادن عاطفی (احساس افسردگی، ناامیدی، دردام‌افتادن) و ازپافتادن روانی (احساس بی‌ارزشی، سرخوردگی و خشم به همسر) است. تمام این موارد روی یک طیف هفت‌امتیازی پاسخ داده می‌شوند. سطح ۱ معرف نداشتن تجربه مورد نظر و سطح ۷ معرف تجربه زیاد است. طیف پاسخگویی از نوع لیکرت (از ۱=هرگز تا ۷=همیشه) است (نادری، افتخار و آملازاده، ۱۳۸۸). کمترین نمره در این پرسشنامه ۲۰ و بیشترین نمره ۱۴۰ است. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده احساس دلدگی زناشویی بیشتر است. ضریب پایایی آزمون-بازآزمون^۵ ۰/۸۹ برای دوره یک‌ماهه، ۰/۷۶ برای دوره دوماهه، و برای دوره چهارماهه ۰/۶۶ به‌دست آمده است. تداوم درونی^۶ برای اغلب آزمودنی‌ها با ضریب ثابت آلفا سنجیده شد که بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ بود (پاینز، ۱۹۹۶). میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش اردشیری لردجانی و شریفی (۱۳۹۷) برای نمره کلی ۰/۸۹ و برای ابعاد آن از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ به‌دست آمد. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به‌وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم از طرف مراکز مشاوره و انجام فرایند نمونه‌گیری، زنان انتخاب‌شده (۳۰ زن دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۷ مربوط به حوزه بریدگی و طرد) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جای‌دهی شدند (۱۵ زن در گروه آزمایش و ۱۵ زن در گروه گواه). این افراد هنوز وارد جلسات درمانی مراکز مشاوره نشده بودند. گروه آزمایش، الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت را در ده جلسه طی دو ماه و نیم به‌صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای را دریافت کرد. این در حالی است که افراد حاضر در گروه گواه، مداخله حاضر را در طول پژوهش دریافت نکردند. پس از شروع مداخله، دو نفر در گروه آزمایش و دو نفر در گروه گواه ریزش داشتند؛ بنابراین تعداد نهایی نمونه در پژوهش ۲۶ نفر بود (۱۳ نفر در گروه آزمایش و ۱۳ نفر در گروه گواه). شایان ذکر است که جلسه‌های درمان توسط پژوهشگر با رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی اجرا شد. تدوین الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت نیز با استفاده از روش تحلیل مضمون به روش قیاسی به این شرح بود:

در مرحله اول، نیازهای روان‌شناختی، هیجانی و عاطفی زنان با تعارض زناشویی با مطالعه مقاله‌ها و پایان‌نامه‌های موجود و چاپ‌شده در این حوزه مطالعه شد. علاوه‌براین، در این مرحله نشانه‌ها و علائم طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۷ مربوط به حوزه بریدگی و طرد نیز شناسایی شدند. بدین‌صورت که در مرحله اول مقاله‌ها، پایان‌نامه‌ها و کتاب‌های چاپ‌شده مرتبط را مطالعه شد، شامل: اصغری و همکاران (۱۳۹۴)، قزلسفلو، جزایری، بهرامی و محمدی (۱۳۹۵)، تقی‌یار، پهلوان‌زاده و سماوی (۱۳۹۵)، سعادت، رستمی و دربانی (۱۳۹۵)، کاشانکی، قربانی و حاتمی (۱۳۹۶)، نوری و نقوی (۱۳۹۶)، شفیع و جزایری (۱۳۹۶)، ایزدی و سجادیان (۱۳۹۶)، روحی و همکاران (۱۳۹۶)، بنی‌آدم، مکوند حسینی و صداقت (۱۳۹۶)، علیزاده اصلی و جعفرنژاد لنگرودی

1. scale validity
2. retest coefficients
3. internal similarity
4. Marital Boredom Questionnaire (MBQ)
5. test-retest reliability coefficient
6. internal continuity

(۱۳۹۷)، رضایی، سهرابی و ذوقی پایدار (۱۳۹۷)، محنایی، گلستانه، پولادی ری‌شهری و کیخسروانی (۱۳۹۸)، اصلانی، اسکندری و برجعلی (۱۳۹۸)، شهابی و ثناگوی محرز (۱۳۹۸)، پاک‌اندیش، کراسکیان و جمهری (۱۳۹۹)، حیرت و وطن‌خواهان (۱۳۹۹)، بلاث و ایزنلوهر-ماول (۲۰۱۷)، ننادیک، لمبرث و ریس (۲۰۱۷)، رنر و همکاران (۲۰۱۸)، پالمر و همکاران (۲۰۱۹)، لاترن، بلاث و پارک (۲۰۱۹)، ون‌دیجیک و همکاران (۲۰۲۰)، پترس و همکاران (۲۰۲۱)، باچراچ و آرنتر (۲۰۲۱) و ون‌دونزل و همکاران (۲۰۲۱). در مرحله دوم، مطالب جمع‌آوری‌شده در مرحله اول از نظر محتوایی دسته‌بندی (کدبندی)، و زیرگروه‌های مفهومی-محتوایی معطوف به نیازها و مسائل تشکیل شد. در مرحله سوم، زیرگروه‌های مفهومی-محتوایی مرحله دوم به سیزده حوزه مهارتی تبدیل شد (حضور طرحواره‌ها در روابط زوجین، طرحواره‌های رایج در طلاق عاطفی، آگاهی‌دادن افراد نسبت به هیجان‌های ناشی از طرحواره‌ها، سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، آموزش تحلیل کارکردی خودانتقادی و خودپایشی به‌عنوان راهکارهای ایمنی‌بخش، آموزش تمایز احساس شرمساری، گناه و حقارت، مسئولیت‌پذیری، آموزش ماهیت دلسوزی، راهبردهای شناختی در طرحواره‌درمانی، آزمون اعتبار طرحواره‌ها، توضیح درمورد ذهن‌آگاهی و آموزش تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش). درنهایت الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر پایه فنون آموزشی استخراج‌شده از منابع به‌صورت اولیه تدوین شد.

در مرحله چهارم، الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت به دوازده روان‌شناس و مشاور حوزه خانواده ارائه شد. متخصصان با مطالعه و اظهارنظر درباره ساختار، فرایند و محتوای هر یک از جلسه‌ها در قالب پرسشنامه نظرسنجی که همراه بسته درمانی تدوین شده بود، به تدوین الگوی درمانی نهایی کمک کردند. علاوه‌براین، در این مرحله لازم بود یک فرم اظهارنظر بازپاسخ به‌منظور ارائه پیشنهادها و نظرهای اصلاحی هر یک از متخصصان در جهت ارتقای محتوا، ساختار و فرایند الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت در اختیار آن‌ها قرار گیرد که این فرایند نیز انجام شد. در مرحله پنجم دیدگاه‌های متخصصان بررسی و نظرهای اصلاحی آن‌ها درباره الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت اعمال، و بسته آموزشی نهایی آماده شد. در مرحله ششم، الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت همراه با فرم نظرسنجی نهایی و محاسبه ضریب توافق متخصصان درباره فرایند، ساختار و محتوای بسته آموزشی به متخصصان بازگردانده شد. در این مرحله، در صورتی که کماکان متخصصان نظرهای اصلاحی داشتند، دیدگاه‌های آنان به‌صورت موردی در بسته درمانی اعمال شد. در این مرحله، در سنجش روایی درونی بسته درمانی تدوین‌شده، ضریب توافق ارزیاب‌ها درباره فرایند، ساختار و محتوای الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت محاسبه و میزان آن ۰/۹۱ به‌دست آمد. علاوه‌براین به‌منظور اعتبار بیرونی نیز الگوی درمانی تدوین‌شده درمورد چهار زن دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد، با طرح مقدماتی با قواعد پیش‌آزمون-پس‌آزمون انجام گرفت. نتایج حاکی از آن بود که الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت موجب تغییر معنادار در میانگین نمره‌های دلدزدگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد شده است. جهت تأثیر نیز به این صورت بود که الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت، میانگین نمره‌های دلدزدگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد را کاهش داده است. خلاصه الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت (محقق‌ساخته) در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت (محقق‌ساخته)

جلسه	محتوا
اول	برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه و اهداف و معرفی دوره، تعهدگرفتن از اعضا برای حضور مداوم در کلاس و انجام تمرین‌های و توضیح مختصر درمورد طرحواره‌درمانی و شفقت درمانی، برگزاری پیش‌آزمون.
دوم	توضیح درمورد طرحواره، اهمیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه، حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار، حضور طرحواره‌ها در روابط زوجین، طرحواره‌های رایج در طلاق عاطفی؛ قسمت دوم آموزش: شفقت‌درمانی شامل مبانی فلسفی شفقت به خود (ذهن تکامل‌یافته)، ارائه تکلیف.
سوم	توضیح درمورد اهداف طرحواره‌درمانی، آگاهی‌دادن افراد نسبت به هیجان‌های ناشی از طرحواره‌ها، نحوه عملکرد طرحواره‌ها (تداوم طرحواره، بهبود طرحواره)؛ قسمت دوم آموزش: خاطره غمبار، ذهن اجتماعی، از تقصیر ما نیست تا پذیرش مسئولیت، استعاره‌ها در شفقت‌درمانی، توضیح درمورد سیستم نیازها، سیستم تهدید، سیستم تسکین‌دهی، ارائه تکلیف.

ادامه جدول ۱. خلاصه الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت (محقق ساخته)

چهارم	بررسی تکلیف، توضیح درمورد سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار (تسلیم طرحواره، اجتناب طرحواره، جبران افراطی طرحواره)؛ قسمت دوم آموزش: توضیح درمورد احساس شرمساری، احساس شرمساری از نادیده گرفته شدن، احساس شرمساری از مورد آزار و توهین واقع شدن، خاطره احساس شرمساری، تأثیرهای متعدد احساس شرمساری، ارائه تکلیف مرتبط.
پنجم	بررسی تکلیف، توضیح درمورد ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار، روش‌های مقابله‌ای اجتناب-فرار، روش مقابله‌ای جبران-مبارزه، روش مقابله‌ای تسلیم-میخکوب شدن، توضیح درمورد انواع ذهنیت‌ها؛ قسمت دوم آموزش: خودسرزنی یا خودانتقادی، تحلیل کارکردی خودانتقادی، خودپایشی و خودسرزنی به عنوان راهکارهای ایمنی‌بخش، ارائه تکلیف.
ششم	آموزش و تمرین تصویرسازی ذهنی، ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال، مفهوم‌سازی تصویر ذهنی در قالب طرحواره، تکنیک گفت‌وگوی خیالی؛ قسمت دوم آموزش: تمایز احساس شرمساری، گناه و حقارت؛ مسئولیت‌پذیری در مقایسه با سرزنش خودانتقادی، تکلیف منزل.
هفتم	کار با تصاویر ذهنی بازوالدینی: شامل گام اول: اجازه‌خواستن درمانگر برای وارد شدن به تصویر ذهنی و صحبت مستقیم با کودک آسیب‌پذیر؛ گام دوم: بازوالدینی کودک آسیب‌پذیر توسط درمانگر؛ گام سوم: ذهنیت بزرگسال بیمار پس از مدلسازی درمانگر (کودک آسیب‌پذیر را مورد بازوالدینی قرار دادن)؛ قسمت دوم آموزش: ماهیت دلسوزی، ذهن تهدیدمدار در برابر ذهن دلسوزمدار، دانایی، قدرت، صمیمیت و عدم قضاوت، چندجزئی‌بودن، ارائه تکلیف منزل.
هشتم	معرفی راهبردهای شناختی در طرحواره‌درمانی، آزمون اعتبار طرحواره‌ها (بررسی شواهد عینی تأییدکننده و ردکننده طرحواره‌ها)، معرفی و آموزش تکنیک تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره، تکنیک نوشتن نامه؛ قسمت دوم آموزش: توضیح درمورد ذهن آگاهی، اساس ذهن آگاهی، ذهن سرگردان، تمرین ذهن آگاهی با خوردن کشمش، ارائه تکلیف.
نهم	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای بیمار، تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی طرحواره، فرم ثبت طرحواره؛ قسمت دوم آموزش: تمرین چرخه تنفس تسلی‌بخش، ذهن آگاهی نسبت به فکر و هیجان، ارائه تکلیف.
دهم	برقراری گفت‌وگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم، آموزش تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، کمک به تصویرسازی مخاطبان، تصویرسازی دلسوزانه (خلق یک مکان امن)، افزایش انگیزه برای تغییر رفتار، ارتباط دادن رفتار آماجی با ریشه‌های تحولی آن در دوران کودکی، تصویر خود دلسوز، تمرین‌های مربوط به خود دلسوز، جمع‌بندی جلسه‌های، پاسخگویی به سؤال‌ها و برگزاری پس‌آزمون.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها دو سطح آمار توصیفی و استنباطی مدنظر قرار گرفت. در سطح آمار توصیفی، از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک^۱ برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی^۲ برای بررسی پیش فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس آمیخته^۳ برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده شد. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-23 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی نشان داد میانگین سن زنان در گروه آزمایش ۳۳/۴۳ سال و در گروه گواه ۳۱/۷۳ سال است. از طرفی این افراد دارای دامنه تحصیلات دیپلم تا فوق لیسانس هستند که در این بین، در هر دو گروه آزمایش (تعداد ۵ نفر ۱۶/۶۷ معادل درصد) و گواه (تعداد ۶ نفر معادل ۲۰ درصد) سطح تحصیلات لیسانس دارای بیشترین فراوانی است. میانگین و انحراف استاندارد متغیر دلزدگی زناشویی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد دلزدگی زناشویی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه‌ها	مرحله پیش‌آزمون		مرحله پس‌آزمون		مرحله پیگیری		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
نمره کل دلزدگی زناشویی	گروه آزمایش	۹۳/۴۶	۶/۹۴	۷۸/۶۹	۶/۴۲	۸۱/۳۰	۶/۸۲
	گروه گواه	۹۰/۷۷	۵/۶۴	۹۲/۶۹	۶/۳۰	۹۲/۰۷	۵/۸۳
خستگی جسمی	گروه آزمایش	۲۵/۱۵	۲/۷۳	۲۰/۷۷	۲/۰۸	۲۱/۷۷	۲/۴۲
	گروه گواه	۲۳/۲۳	۲/۴۵	۲۳/۶۹	۲/۰۵	۲۳/۷۷	۲/۹۲
زیرمقیاس‌های ازپافتادن عاطفی	گروه آزمایش	۳۰/۳۰	۴/۸۵	۲۵/۴۶	۴/۸۰	۲۶/۶۱	۴/۶۴
	گروه گواه	۳۰/۴۶	۵/۲۷	۳۱/۱۵	۵/۴۷	۳۰/۷۷	۵/۱۱
ازپافتادن روانی	گروه آزمایش	۳۸	۴	۳۲/۴۶	۴/۲۳	۳۱/۹۲	۴/۵۹
	گروه گواه	۳۷/۰۷	۴/۰۹	۳۷/۸۴	۴/۳۳	۳۷/۵۳	۳/۹۲

1. Shapiro-Wilk test
2. Mochli's test
3. mixed analysis of variance

نتایج جدول ۲ حاکی از آن است که میزان دلزدگی زناشویی زنان حاضر در گروه آزمایش کاهش یافته است. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک سنجش شد. بر همین اساس، نتایج آزمون شاپیرو وایک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیر دلزدگی زناشویی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز به‌وسیله آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود و این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیر دلزدگی زناشویی رعایت شده است ($p > 0/05$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیر وابسته (دلزدگی زناشویی) معنادار نبوده است ($p > 0/05$). نتایج آزمون موچلی نیز بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در دلزدگی زناشویی رعایت شده است ($p > 0/05$).

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تأثیرات درون و بین‌گروهی تأثیر الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر دلزدگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد

توان آزمون	اندازه اثر	مقدار p	مقدار f	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۱	۰/۵۵	۰/۰۰۰۱	۲۹/۰۸	۳۳۳/۷۴	۲	۶۶۷/۴۸	زمان
۱	۰/۴۸	۰/۰۰۰۱	۱۹/۷۷	۱۱۴۶/۱۶	۱	۱۱۴۶/۱۶	عضویت گروهی
۱	۰/۶۶	۰/۰۰۰۱	۴۶/۹۲	۵۲۸/۵۱	۲	۱۰۷۷/۰۲	تعامل زمان و گروه
				۱۱/۴۷	۴۸	۵۵۰/۸۲	خطا

نتایج آزمون واریانس آمیخته در جدول ۳ نشان داد براساس ضرایب F محاسبه‌شده، عامل زمان یا مرحله ارزیابی، تأثیر معناداری بر نمره‌های دلزدگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد دارد و ۵۵ درصد از تفاوت در واریانس نمره‌های دلزدگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد را تبیین می‌کند. همچنین عامل عضویت گروهی (الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت) یا نوع درمان دریافتی هم بر دلزدگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد تأثیر معنادار دارد و ۴۸ درصد از تفاوت در نمره‌های این متغیر را تبیین می‌کند. همچنین نوع درمان دریافتی (الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت) در مراحل مختلف ارزیابی بر دلزدگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد تأثیر معنادار دارد و ۶۶ درصد از تفاوت در نمره‌های دلزدگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد را تبیین می‌کند. توان آماری ۱۰۰ درصدی هم، حاکی از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه برای ارزیابی تأثیر تعامل گروه و زمان بر دلزدگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد است. در جدول ۴ مقایسه زوجی میانگین نمره‌های دلزدگی زناشویی آزمودنی‌ها برحسب مرحله ارزیابی ارائه می‌شود.

جدول ۴. مقایسه زوجی میانگین نمره‌های دلزدگی زناشویی آزمودنی‌ها برحسب مرحله ارزیابی

مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۶/۶۱	۱/۱۱	۰/۰۰۰۱
پیش‌آزمون	پیگیری	۵/۶۹	۱/۱۲	۰/۰۰۰۱
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۶/۶۱	۱/۱۱	۰/۰۰۰۱
پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۹۲	۰/۳۸	۰/۰۹

همان‌گونه که نتایج جدول ۴ نشان داد، میانگین نمره‌های مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیر دلزدگی زناشویی تفاوت معنادار دارد. این بدان معناست که الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت توانسته به

شکل معناداری نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری دلدردگی زناشویی را نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر کند. یافته دیگر این جدول نشان داد بین میانگین نمره‌های مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته را می‌توان چنین تبیین کرد که نمره‌های دلدردگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد که در مرحله پس‌آزمون دچار افزایش معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ کند. در ادامه به بررسی اثربخشی الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر ابعاد دلدردگی زناشویی (خستگی جسمی، ازپافتادن عاطفی و ازپافتادن روانی) زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد پرداخته می‌شود.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تأثیرات درون و بین‌گروهی تأثیر الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر ابعاد دلدردگی زناشویی زنان

توان آزمون	اندازه اثر	مقدار p	مقدار f	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۱	۰/۴۶	۰/۰۰۰۱	۲۰/۷۲	۲۶/۷۰	۲	۵۳/۴۱	زمان
۰/۹۸	۰/۳۴	۰/۰۰۱	۱۱/۴۷	۱۹/۵۰	۱	۱۹/۵۰	عضویت گروهی
۱	۰/۵۸	۰/۰۰۰۱	۳۳/۴۰	۴۳/۰۴	۲	۸۶/۰۷	تعامل زمان و گروه
				۱/۲۸	۴۸	۶۱/۸۴	خطا
۱	۰/۴۲	۰/۰۰۰۱	۱۷/۶۶	۳۱/۷۴	۲	۶۳/۴۸	زمان
۰/۹۹	۰/۳۶	۰/۰۰۰۱	۱۲/۹۸	۲۱۶/۶۶	۱	۲۱۶/۶۶	عضویت گروهی
۱	۰/۵۵	۰/۰۰۰۱	۲۹/۵۶	۵۳/۱۲	۲	۱۰۶/۲۵	تعامل زمان و گروه
				۱/۷۹	۴۸	۸۶/۲۵	خطا
۱	۰/۴۴	۰/۰۰۰۱	۱۸/۹۰	۴۷/۷۴	۲	۹۵/۴۸	زمان
۱	۰/۳۷	۰/۰۰۰۱	۱۳/۷۳	۱۷۸/۵۱	۱	۱۷۸/۵۱	عضویت گروهی
۱	۰/۵۶	۰/۰۰۰۱	۳۰/۴۷	۷۶/۹۷	۲	۱۵۳/۹۵	تعامل زمان و گروه
				۲/۵۲	۴۸	۱۲۱/۲۳	خطا

نتایج آزمون واریانس آمیخته براساس ضرایب F در جدول ۵ مشاهده می‌شود. عامل زمان یا مرحله ارزیابی تأثیر معناداری بر نمره‌های خستگی جسمی، ازپافتادن عاطفی و ازپافتادن روانی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد داشته و به ترتیب ۴۶، ۴۲ و ۴۴ از تفاوت در واریانس‌های نمره‌های خستگی جسمی، ازپافتادن عاطفی و ازپافتادن روانی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد را تبیین می‌کند. علاوه براین، عامل عضویت گروهی یا نوع درمان دریافتی (الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت) هم بر خستگی جسمی، ازپافتادن عاطفی و ازپافتادن روانی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد تأثیر معنادار دارد و به ترتیب ۳۴، ۳۶ و ۳۷ درصد از تفاوت در نمره‌های این متغیرها را تبیین می‌کند. این در حالی است که نوع درمان دریافتی (الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت) در مراحل مختلف ارزیابی بر خستگی جسمی، ازپافتادن عاطفی و ازپافتادن روانی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد تأثیر معنادار دارد و به ترتیب ۵۷، ۵۵ و ۵۶ درصد از تفاوت در نمره‌های خستگی جسمی، ازپافتادن عاطفی و ازپافتادن روانی را تبیین می‌کند. توان آماری نیز حاکی از دقت آماری زیاد و کیفیت حجم نمونه برای ارزیابی تأثیر تعامل گروه و زمان بر ابعاد دلدردگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد است. در جدول ۶ با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرنی به مقایسه زوجی میانگین نمره‌های دلدردگی زناشویی آزمودنی‌ها برحسب مرحله ارزیابی پرداخته می‌شود.

جدول ۶. مقایسه زوجی میانگین نمره‌های ابعاد دلزدگی زناشویی آزمودنی‌ها برحسب مرحله ارزیابی

متغیرها	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
خستگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۹۶	۰/۳۴	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱/۴۲	۰/۳۸	۰/۰۰۳
جسمی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱/۹۶	۰/۳۴	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۰/۵۴	۰/۱۹	۰/۰۰۷
ازپافتادن عاطفی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۰۷	۰/۴۵	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱/۶۹	۰/۴۲	۰/۰۰۲
ازپافتادن روانی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۲/۰۷	۰/۴۵	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۰/۳۸	۰/۱۶	۰/۰۰۹
ازپافتادن	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۲/۳۸	۰/۴۹	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۲/۳۱	۰/۵۱	۰/۰۰۰۱
ازپافتادن	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۲/۳۸	۰/۴۹	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۰/۰۷	۰/۲۷	۰/۸۷

همان‌گونه که نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد، میانگین نمره‌های مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای خستگی جسمی، ازپافتادن عاطفی و ازپافتادن روانی تفاوت معنادار دارد. این بدان معنا است که الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت توانسته به شکل معناداری نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای خستگی جسمی، ازپافتادن عاطفی و ازپافتادن روانی را نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر کند. یافته دیگر این جدول نشان داد بین میانگین نمره‌های مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته را می‌توان این‌چنین تبیین کرد که نمره‌های خستگی جسمی، ازپافتادن عاطفی و ازپافتادن روانی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد که در مرحله پس‌آزمون دچار کاهش معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ کند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر دلزدگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد انجام گرفت. نتایج نشان داد الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر دلزدگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد تأثیر دارد؛ چنان‌که این درمان توانسته سبب کاهش دلزدگی زناشویی زنان شود. یافته حاضر با نتایج پژوهش محمدی، سپهری شاملو و اصغری ابراهیم‌آباد (۱۳۹۸)، عسگری و گودرزی (۱۳۹۷)، روحی و همکاران (۱۳۹۶) و تقی‌یار، پهلوان‌زاده و سماوی (۱۳۹۵) همسو است. همچنین زمانی‌مزد و همکاران (۱۳۹۷) اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت را در بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران کودکان اوتیستیک نشان دادند. دشت‌بزرگی (۱۳۹۶) و بابایی گرمخانی، کسای، زهراکار و اسدپور (۱۳۹۸) نیز به این نتیجه رسیدند که مداخله مبتنی بر شفقت خود، بر احساس تنهایی، تنظیم هیجانی و رضایت زناشویی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی مؤثر است. در تبیین یافته پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر دلزدگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد می‌توان گفت طرحواره‌درمانی بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار تأکید می‌ورزد و برای اصلاح طرحواره‌های ناسازگار شکل‌گرفته در دوران کودکی تلاش می‌کند. همچنین با آموزش چگونگی اثرگذاری طرحواره‌ها در نحوه پردازش و مواجهه با رویدادهای زندگی در درمان، در عوض استفاده از سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد (روحی و همکاران، ۱۳۹۶)، فرصتی را به‌وجود می‌آورد تا زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، به‌جای ارزیابی منفی و اجتناب از موقعیت‌های برانگیزاننده طرحواره‌ها، از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار و سازگارانه استفاده کنند. بهره‌گیری از روش‌های مقابله‌ای سازگار نیز می‌تواند با بهینه‌سازی پردازش شناختی، روانی و هیجانی، به بهبود قدرت حل مسئله

در زنان بینجامد. این روند موجب می‌شود زنان دارای تعارض‌های زناشویی، با استفاده از حل تعارض به برطرف کردن مشکلات زناشویی مبادرت ورزند و از این نمط، دلزدگی زناشویی آنان کاهش یابد. همچنین می‌توان گفت طرحواره‌درمانی با تأثیرگذاری بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افرادی که نگرش منفی به عواطف و هیجان‌های و توانایی‌های خود دارند، به اصلاح باورها و افکار ناکارآمد آنان منجر می‌شود.

بر همین اساس، طرحواره‌درمانی با به‌کارگیری راهبردهای شناختی، باورهای شناختی را که با باور هیجانی منفی می‌انجامد به چالش می‌کشد، آنگاه با استفاده از تکنیک‌های تجربی نظیر تصویرسازی ذهنی، نیازهای هیجانی ارضانده را که منشأ طرحواره‌های ناسازگار و کمال‌گرایی مفرط بوده‌اند، شناسایی می‌کند. این آگاهی سبب می‌شود زنان دارای تعارض زناشویی، با بهره‌گیری از طرحواره‌درمانی بتوانند چرخهٔ تداوم طرحواره‌های ناسازگار را بشکنند و روش تعامل با همسر را با استفاده از فنون «الگوشکنی رفتاری» و «برقراری گفت‌وگو» اصلاح کنند. بدین ترتیب «دلزدگی» به‌سوی صمیمیت و توجه‌گرایش پیدا می‌کند. همچنین در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر باید به نقش درمان متمرکز بر شفقت نیز اشاره کرد. خودشفقت‌ورزی بر پذیرش خود و پذیرش تجارب در قالب دلسوزی نسبت به خویشتن، همراه با ذهن‌آگاهی تأکید می‌ورزد (لاترن، بلاث و پارک، ۲۰۱۹). ذهن‌آگاهی نیز که یکی از مؤلفه‌های درمان شفقت است سبب می‌شود زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های حوزهٔ بریدگی و طرد، از پردازش‌های شناختی و روان‌شناختی خود آگاهی یابند و با نظاره‌گری بر افکار، از آمیختگی با آن‌ها اجتناب کنند. این روند موجب می‌شود زنان، افکار مربوط به حوزهٔ بریدگی و طرد را فقط به‌منزلهٔ فکر در نظر بگیرند، بدون آنکه خود را با این افکار یکی بیندارند؛ بنابراین نقش این طرحواره‌ها در بروز مشکل‌های زناشویی کاهش می‌یابد و دلزدگی زناشویی جای خود را به قضاوت‌نکردن و مهربانی با همسر می‌دهد. با تداوم این روند، نگرش مشفقانه سبب برخورد توأم با محبت و پذیرش ابعاد نامطلوب خود و همسر می‌شود و فرد را به برخوردی دلسوزانه با خود و همسر سوق می‌دهد (پالمر و همکاران، ۲۰۱۹). با تأسی از تبیین فوق، می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت موجب افزایش مهارت‌های مقابله‌ای و هیجانی زنان حاضر در پژوهش می‌شود؛ به‌نحوی که با بازسازی خلقی ناشی از ذهن‌آگاهی و پذیرش، حالت‌های هیجانی منفی آن‌ها کاهش می‌یابد و آنان می‌آموزند که میان فکر و احساس‌هایشان تمایز قائل شوند. از طرفی زنان مورد مطالعه آموختند که با استفاده از ذهن‌آگاهی، نشخوارهای فکری ناشی از فرایندهای شناختی و هیجانی آزردهندهٔ خود را کاهش دهند، با استناد به مؤلفهٔ اشتراک‌های انسانی، تجاربی را که سبب مقایسه و قضاوت نسبت به همسر می‌شود را کنار بگذارند و از طریق عادی‌انگاری، احساس‌های منفی کمتری را نسبت به همسر خود تجربه کنند. بدین ترتیب با ذهن‌آگاهی، با شفقت و مهرورزی، با عادی‌انگاشتن وجوه نه‌چندان مثبت زندگی زناشویی و اینکه ممکن است این تعارض‌ها در زندگی اغلب زوجین رخ دهد، دلزدگی آنان کاهش می‌یابد. برحسب این روند، کاهش دلزدگی زناشویی زنان حاضر در پژوهش تبیین می‌شود.

محدودبودن دامنهٔ تحقیق به زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ مربوط به حوزهٔ بریدگی و طرد مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ شهر اصفهان، وجود برخی متغیرهای کنترل‌نشده مانند علل تعارض‌های زناشویی زنان حاضر در پژوهش، وضعیت مالی خانواده‌ها، تعداد فرزندان و موقعیت اجتماعی آن‌ها و بهره‌نگرفتن از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر زنان، با کنترل عوامل ذکر شده و به روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. همچنین پیشنهاد می‌شود طی پژوهش‌های دیگر، کارایی الگوی درمانی بر پایهٔ طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر دلزدگی زناشویی در دیگر جوامع آماری مانند زنان مطلقه، زوجین دارای تعارض‌های زناشویی، زوجین ناباور و... نیز صورت پذیرد. با توجه به اثربخشی الگوی درمانی بر پایهٔ طرحواره‌درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر دلزدگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ مربوط به حوزهٔ بریدگی و طرد، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود الگوی درمانی حاضر طی کارگاهی تخصصی به مشاوران و درمانگران حوزهٔ خانواده در مراکز مشاوره و دادگستری‌ها ارائه داده شود تا آن‌ها با به‌کارگیری این الگوی درمانی برای زنان با تعارض زناشویی، در جهت کاهش دلزدگی زناشویی گامی عملی بردارند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد است. بدین‌وسیله از تمام زنان حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنان و کارکنان مراکز مشاوره شهر اصفهان که همکاری کاملی برای اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

- اردشیری لردجانی، ف.، و شریفی، ط. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر بخشایشگری و بی‌رمقی زناشویی زنان آسیب‌دیده خیانت زناشویی. *مجله آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده*. ۴(۱)، ۳۳-۴۶.
- آرین‌فر، ن.، و پورشهریاری، م. (۱۳۹۶). مدل معادلات ساختاری پیش‌بینی تعارض‌های زناشویی براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه حوزه بریدگی و طرد و متغیر میانجی سبک‌های عشق‌ورزی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*. ۲۹(۱)، ۳۷-۲۴.
- اصغری، ف.، صادقی، ع.، زارع خاکدوست، س.، و انتظاری، م. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار با تعارض زناشویی و بی‌ثباتی زناشویی در بین زوجین متقاضی طلاق و زوجین عادی. *مجله آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده*. ۱(۱)، ۵۸-۴۶.
- اصلانی، س.، اسکندری، ح.، و برجلی، ا. (۱۳۹۸). پیش‌بینی مشکل‌های بین‌شخصی افراد براساس سبک‌های دلبستگی با توجه به نقش واسطه‌ای خودشفقتی خود در زوجین شهر تهران. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*. ۱۳(۵۲)، ۳۷-۴۶.
- ایزدی، ن.، و سجادیان، ا. (۱۳۹۶). رابطه سازگاری زناشویی و استرس مرتبط با ناباروری: نقش میانجی‌گری شفقت خود و خودقضاوتی. *روان‌پرستاری*. ۲(۲)، ۲۲-۱۵.
- بابایی گرمخانی، م.، کسای، ع.، زهراکار، ک.، و اسدپور، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر شفقت، بر راهبردهای تنظیم هیجان و رضایت زناشویی زنان پیمان‌شکن دارای خیانت سایبری. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*. ۹(۲)، ۹۲-۷۳.
- براتی، ط. (۱۳۷۵). تأثیر تعارضات زناشویی بر روابط متقابل زن و شوهر. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره*. دانشگاه آزاد اسلامی. واحد رودهن.
- بشیری، ط.، گل‌محمدیان، م.، و حجت‌خواه، س. م. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر نگرش‌های ناکارآمد نسبت به انتخاب همسر در دانشجویان دختر. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*. ۷(۲۷)، ۱۸۸-۱۷۱.
- بنی‌آدم، ل.، مکوند حسینی، ش.، و صداقت، م. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر وسواس فکری-عملی و رضایت زناشویی زنان متأهل. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۲(۲)، ۱۴۳-۱۳۱.
- پاک‌اندیش، ش.، کراسکیان، آ.، و جمهری، ف. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی و تصویر بدنی زنان مبتلا به چاقی. *فصلنامه تعالی مشاوره و روان‌درمانی*. ۹(۳۴)، ۳۲-۲۰.
- تقی‌یار، ز.، پهلوان‌زاده، ف.، و سماوی، س. ع. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر سرخوردگی زناشویی زنان متأهل. *زن و مطالعات خانواده*. ۹(۳۴)، ۶۳-۴۹.
- ثنایی، ب. (۱۳۷۹). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: بعثت.
- چهرآز ابوالحسنی، م.، و هنرپرووران، ن. (۱۳۹۶). تبیین رابطه تعارض‌های زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نگرش به روابط فرازناشویی در زوجین. اولین کنفرانس ملی پژوهش‌های نوین ایران و جهان در مدیریت، اقتصاد و حسابداری و علوم انسانی، شیراز، دانشگاه علمی کاربردی شوشتر.
- حیرت، ع.، و وطن‌خواهان، م. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش تلفیقی مهارت‌های ارتباطی و طرحواره‌درمانی بر ترس از صمیمیت زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های شهر اصفهان. *مجله علوم روان‌شناختی*. ۱۹(۱۹)، ۵۹۹-۵۵۳.
- خونساری، م.، تاجری، ب.، سرداری‌پور، م.، حاتمی، م.، و حسین‌زاده تقوایی، م. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی شفقت و تئوری انتخاب بر احساس درماندگی آموخته‌شده و خودکارآمدپنداری دانش‌آموزان. *مجله علوم روان‌شناختی*. ۱۸(۷۳)، ۲۷-۱۷.
- دشت‌بزرگی، ز. (۱۳۹۶). تأثیر مداخله مبتنی بر شفقت خود بر احساس تنهایی و تنظیم هیجانی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*. ۱۸(۴)، ۷۹-۷۲.
- رضایی، ن.، سهرابی، ا.، و ذوقی پایدار، م. ر. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تکانش‌پذیری، حساسیت بین‌فردی و خودزنی در افراد دارای شخصیت مرزی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*. ۱۹(۴)، ۵۵-۴۴.

- روحی، ع.، جزایری، ر.، فاتحی‌زاده، م.، و اعتمادی، ز. (۱۳۹۶). اثربخشی رویکرد طرحواره‌درمانی بر کاهش آسیب‌های تعاملی زناشویی مردان دارای شخصیت اجتنابی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۲۹/۷، ۱۶۱-۱۳۷.
- زارعی، س. (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای خودتمایز یافتگی در رابطه بین تاب‌آوری با دلزدگی زناشویی در زنان متأهل. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*. ۲/۶، ۶۲-۷۳.
- زاهد بابلان، ع.، حسینی شورابه، م.، پیری کامرانی، م.، و دهقان، ف. (۱۳۹۴). مقایسه رضایت زناشویی، تعارض زناشویی و بخشش در زوجین عادی و در حال طلاق. *دوفصلنامه آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده*. ۱/۳، ۸۴-۷۴.
- زمانی‌مزد، ر.، گرافر، ا.، داورنیا، ر.، و بابایی گرمخانی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی والدینی مادران کودکان اوتیستیک. *مجله تصویر سلامت*. ۴/۹، ۲۴۳-۲۳۳.
- سعادت، ن.، رستمی، م.، و دریانی، س. ع. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت در تقویت عزت‌نفس و سازگاری پس از طلاق زنان. *روان‌شناسی خانواده*. ۲/۳، ۵۸-۴۵.
- شفیعی، ز.، و جزایری، ر. (۱۳۹۶). پیش‌بینی شادمانی زناشویی براساس شفقت به خود و شکفتگی در زنان متأهل. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*. ۳/۱۸، ۶۴-۵۶.
- شهبایی، ش.، و ثناگوی محرز، غ. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر سازگاری و صمیمیت زناشویی زوجین شهر کرمان. *سلامت اجتماعی*. ۳/۶، ۲۴۳-۲۳۶.
- صدوقی، ز.، آگیلار-وفایی، م.، رسول‌زاده طباطبایی، س. ک.، و اصفهانیان، ن. (۱۳۸۷). تحلیل عاملی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره‌ی‌انگ در نمونه غیربالینی ایرانی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. ۲/۱۴، ۲۱۹-۲۱۴.
- صدیقی، س. ر.، و جعفری، ا. (۱۳۹۵). پیش‌بینی تعارض‌های زناشویی براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین جوان. *دومین کنگره بین‌المللی توانمندسازی جامعه در حوزه علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی و فرهنگی*. تهران. مرکز توانمندسازی مهارت‌های فرهنگی و اجتماعی جامعه.
- صفاری‌نیا، م.، و عزیزی، ز. (۱۳۹۸). تأثیر طرحواره‌درمانی گروهی بر ارتقای بهزیستی اجتماعی و ادراک اعتماد اجتماعی در دانشجویان. *مطالعات روان‌شناختی*. ۱/۱۵، ۱۶۳-۱۴۷.
- عسگری، ا.، و گودرزی، س. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی بر دلزدگی زناشویی زوجین در آستانه طلاق. *مطالعات ناتوانی*. ۱/۸، ۳۵-۲۳.
- علیزاده اصلی، ا.، و جعفرنژاد لنگرودی، ز. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره‌درمانی مبتنی بر برنامه غنی‌سازی ارتباطی پذیرش و ذهن‌آگاهی در صمیمیت، سازگاری و تاب‌آوری در زنان با تعارض‌های زناشویی شهرستان کرج. *نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز*. ۳/۷، ۲۵۶-۲۴۸.
- فتوحی، س.، میکاییلی، ن.، عطادخت، ا.، و حاجلو، ن. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر فراهیجان بر سازگاری و دلزدگی زناشویی در همسران دارای تعارض. *فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده*. ۳/۹، ۶۴-۴۵.
- قرلسفلو، م.، جزایری، ر.، بهرامی، ف.، و محمدی، ر. (۱۳۹۵). رابطه سلامت خانواده اصلی و شفقت خود با تعهد زناشویی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. ۱۳۹/۲۶، ۱۴۸-۱۳۷.
- کاشانکی، ح.، قربانی، ن.، و حاتمی، ج. (۱۳۹۶). اثربخشی القای رفتار جامعه‌پسند بر سلامت روانی و جسمانی: نقش شفقت خود و بهوشیاری. *دوفصلنامه علمی-پژوهشی شناخت اجتماعی*. ۲/۶، ۵۷-۴۰.
- کاظمیان‌مقدم، ک.، مهرابی‌زاده هنرمند، م.، کیامنش، ع.، و حسینیان، س. (۱۳۹۷). رابطه علی تمایز یافتگی، معناداری زندگی و بخشودگی با دلزدگی زناشویی از طریق میانجی‌گری تعارض زناشویی و رضایت زناشویی. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*. ۳/۹، ۱۴۶-۱۳۱.
- محمدی، ح.، سپهری شاملو، ز.، و اصغری ابراهیم‌آباد، م. ج. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*. ۵/۱۳، ۳۶-۲۷.
- محنایی، س.، گلستانه، س. م.، پولادی ری‌شهری، ع.، و کیخسروانی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی زوج‌درمانی به روش طرحواره‌درمانی یانگ بر سازگاری زناشویی و طلاق عاطفی در زوجین متقاضی طلاق شهر بوشهر. *مجله روان‌شناسی اجتماعی*. ۵/۱۳، ۱۱۸-۱۰۹.
- مقتدر، ل.، و حلاج، ل. (۱۳۹۷). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ناگویی هیجانی و شادکامی در زنان با و بدون تعارض‌های زناشویی. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*. ۲/۷، ۱۴۵-۱۳۸.
- موسوی، س.، فاتحی‌زاده، م.، و جزایری، ر. ا. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش زوج‌ها مبتنی بر الگوی زوج درمانی شخصیتی-سیستمی بر سازگاری زناشویی، پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۷ (۲)، ۱۰۶-۸۳.

- نادری، ف.، افتخار، ز.، و آملازاده، ص. (۱۳۸۸). رابطه ویژگی‌های شخصیت و روابط صمیمی همسر با دلزدگی زناشویی در همسران معتادان مرد اهواز. *یافته‌های نو در روان‌شناسی*. ۴(۱۱)، ۶۱-۷۸.
- نوری، ح. ر.، و نقوی، م. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی آموزش ذهن شفقت‌ورز بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در معتادین مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد*. ۱۱(۴۴)، ۱۸۷-۲۰۷.
- یوسف‌زاده، م.، طالبی، ه.، و نشاط‌دوست، ح. ط. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار در بیماران مبتلا به کم‌درد مزمن شهر تهران: پیگیری دوماهه. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*. ۷(۲)، ۶۹-۸۱.
- Abbas, J., Aqeel, M., Abbas, J., Shaher, B., Jaffar, A., Sundas, J., & Zhang, W. (2019). The moderating role of social support for marital adjustment, depression, anxiety, and stress: Evidence from Pakistani working and nonworking women. *Journal of Affective Disorders, 244(Feb)*, 231-238. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.071>
- Amato, P. R., & Keith, B. (1991). Parental Divorce and Adult Well-Being: A Meta-Analysis. *Journal of Marriage and Family, 53(1)*, 43-58. <https://doi.org/10.2307/353132>
- Bachrach, N., & Arntz, A. (2021). Group schema therapy for patients with cluster-C personality disorders: A case study on avoidant personality disorder. *Journal of clinical psychology, 77(5)*, 1233-1248. <https://doi.org/10.1002/jclp.23118>
- Barry, C. T., Loflin, D. C., & Doucette, H. (2015). Adolescent self-compassion: Associations with narcissism, self-esteem, aggression, and internalizing symptoms in at-risk males. *Personality and Individual Differences, 77(Apr)*, 118-123. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.036>
- Bluth, K., & Eisenlohr-Moul, T. A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence, 57(Jun)*, 108-118. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.04.001>
- Bravo, I. M., & Lumpkin, P. W. (2010). The complex case of marital Infidelity: An explanatory model of contributory processes to facilitate psychotherapy. *American Journal of Family Therapy, 38(5)*, 421-432. <https://doi.org/10.1080/01926187.2010.522491>
- Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect, 37(4)*, 735-746. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.014>
- Durkin, M., Beaumont, E., Martin, C. J. H., & Carson, J. (2016). A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgement, self-kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses. *Nurse Education Today, 46*, 109-114. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.030>
- Elaine, B. C. J., & Hollins, M. (2016). Exploration of a training programme for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy, 50(Sep)*, 111-118. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.06.005>
- Frankel, L.A., Umemura, T., Jacobvitz, D., & Hazen, N. (2015). Marital conflict and parental responses to infant negative emotions: Relations with toddler emotional regulation. *Infant Behavior and Development, 40(Aug)*, 73-83. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.03.004>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 53(1)*, 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Jaeger, T., Moulding, R., Yang, Y. H., David, J., Knight, T., & Norberg, M. M. (2021). A systematic review of obsessive-compulsive disorder and self: Self-esteem, feared self, self-ambivalence, egodystonicity, early maladaptive schemas, and self concealment. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 31(Oct)*, 100665. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100665>
- Khasho, D. A., van Alphen, S. P. J., Heijnen-Kohl, S. M. J., Ouwens, M. A., Arntz, A., & Videler, A. C. (2019). The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemporary Clinical Trials Communications, 14(Jun)*, 100330. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2019.100330>
- Lathren, C., Bluth, K., & Park, J. (2019). Adolescent self-compassion moderates the relationship between perceived stress and internalizing symptoms. *Personality and Individual Differences, 143(Jun)*, 36-41. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.02.008>

- Makhanova, A., McNulty, J.K., Eckel, L.A., Nikonova, L., Maner, J.K. (2018). Sex differences in testosterone reactivity during marital conflict. *Hormones and Behavior*, 105(Sep), 22-27. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2018.07.007>
- Nenadic, I., Lamberth, S., & Reiss, N. (2017). Group schema therapy for personality disorders: A pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings. *Psychiatry Research*, 253(Jul), 9-12. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.093>
- Orue, I., Calvete, E., & Padilla, P. (2014). Brooding rumination as a mediator in the relation between early maladaptive schemas and symptoms of depression and social anxiety in adolescents. *Journal of Adolescence*, 37(8), 1281-1291. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.09.004>
- Peeters, N., Stappenbelt, S., Burk, W. J., Passel, B., & Krans, J. (2021). Schema therapy with exposure and response prevention for the treatment of chronic anxiety with comorbid personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 68-76. <https://doi.org/10.1111/bjc.12271>
- Pines, A. M. (1996). *Couples burnout: courses and cures*. London: Routledge.
- Pines, A. M., Neal, M. B., Hammer, L. B., & Icekson, T. (2011). Job Burnout and Couple Burnout in Dual-earner Couples in the Sandwiched Generation. *Social Psychology Quarterly*, 74(4), 361-386. <https://doi.org/10.1177/0190272511422452>
- Pullmer, R., Chung, J., Samson, L., Balanji, S., & Zaitsoff, S. (2019). A systematic review of the relation between self-compassion and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Adolescence*, 74(Jun), 210-220. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.06.006>
- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. H. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 58(Mar), 97-105. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.10.002>
- Taku, K. (2014). Relationships among perceived psychological growth, resiliency and marital burnout in physicians. *Personality and Individual Differences*, 59(Mar), 120-123. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.11.003>
- Tanenbaum, M. L., Adams, R. N., Gonzalez, J. S., Hanes, S. J., & Hood, K. K. (2018). Adapting and validating a measure of diabetes-specific self-compassion. *Journal of diabetes and its complications*, 32(2), 196-202. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2017.10.009>
- Van Dijk, S. D. M., Bouman, R., Folmer, E. H., Den Held, R. C., Warringa, J. E., Marijnissen, R. M., & Oude Voshaar, R. C. (2020). (Vi)-rushed Into Online Group Schema Therapy Based Day-Treatment for Older Adults by the COVID-19 Outbreak in the Netherlands. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(9), 983-988. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.028>
- Van Donzel, L., Ouwens, M. A., van Alphen, S. P. J., Bouwmeester, S., & Videler, A. C. (2021). The effectiveness of adapted schema therapy for cluster C personality disorders in older adults - integrating positive schemas. *Contemporary clinical trials communications*, 21(Mar), 100715. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2021.100715>
- Waller, G., Meyer, C., & Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long & short versions of the young schema questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive Therapy Research*, 25(2), 137-147. <https://doi.org/10.1023/A:1026487018110>
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K., Teng, F., & Jin, S. (2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*, 106(Feb), 329-333. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.10.030>
- Yaldız, A. H., Solak, N., & Ikizer, G. (2021). Negative emotions in siblings of individuals with developmental disabilities: The roles of early maladaptive schemas and system justification. *Research in Developmental Disabilities*, 117(OCT), 1040046. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.104046>
- Young, J. E. (1998). *Young Schema Questionnaire Short Form*. New York: Cognitive Therapy Center.