

شناخت، رفتار، یادگیری

اثربخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی روانشناختی و شفقت به خود در بیماران روانی-تنی

محمدامین بدخشان^۱، عاطفه بیدآبادی^۲، عارفه بردباری^۳، نازنین حقیقت بیان^۴، نازنین رحمتیان دهکردی^۵، رکسانا نخعی مقدم^۶

۱. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
۲. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه جامع انقلاب اسلامی، تهران، ایران
۳. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه نیمه دولتی بهار، مشهد، ایران
۱. گروه روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. گروه روانشناسی بالینی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران
۳. گروه روانشناسی بالینی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: nazanin.haghighatbayan@yahoo.com

تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۰۸/۲۹

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۱۱/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۰

تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۱۲/۲۹

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی روان شناختی و شفقت به خود در بیماران روان تنی بود. مطالعه حاضر به روش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری دوماهه انجام شد. جامعه آماری شامل بیماران روان تنی مراجعه کننده به کلینیک روان شناسی در تهران بود. ۳۰ نفر به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش ده جلسه ۹۰ دقیقه ای طرحواره درمانی دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس بهزیستی ذهنی کینز و ماگیارمو (۲۰۰۳) و مقیاس شفقت به خود نف (۲۰۰۳) بود. تحلیل آماری با استفاده از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه گیری های مکرر انجام گرفت. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه ها در متغیرهای شفقت به خود ($P = 0.008$) و بهزیستی روان شناختی ($P = 0.024$) وجود داشت. همچنین، آزمون درون گروهی تفاوت معنادر بین سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را در هر دو متغیر نشان داد ($P < 0.001$). اثر تعاملی گروه و زمان نیز در هر دو متغیر معنادر بود ($P < 0.001$). اندازه اثر برای شفقت به خود و بهزیستی روان شناختی به ترتیب ۰.۷۱ و ۰.۶۵۳ گزارش شد. طرحواره درمانی با شناسایی و اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه، موجب ارتقاء معنادر شفقت به خود و بهزیستی روان شناختی در بیماران روان تنی می شود و می تواند به عنوان یک مداخله مؤثر در روند درمانی این بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه ها: طرحواره درمانی، بیماران روان تنی، بهزیستی روان شناختی، شفقت به خود.

© ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.



شیوه استناددهی: بدخشان، محمدامین، بیدآبادی، عاطفه، بردباری، عارفه، حقیقت بیان، نازنین، رحمتیان دهکردی، نازنین، و نخعی مقدم، رکسانا. (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی روانشناختی و شفقت به خود در بیماران روانی-تنی. شناخت، رفتار، یادگیری، ۱(۴)، ۹۵-۱۰۵.

Cognition, Behavior, Learning

The Effectiveness of Schema Therapy on Psychological Well-Being and Self-Compassion in Psychosomatic Patients

Mohammad Amin Badakhshan¹, Atefeh Bidabadi², Arefeh Bordbari³, Nazanin Haqiqat-Bian^{4*}, Nazanin Rahmatian Dehkordi^{5*}, Roxana Nakhaei Moghadam⁶

1. Master's Degree, Department of Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran
2. Master's Degree, Department of Psychology, Islamic Revolution University, Tehran, Iran
3. Master's degree, Department of Psychology, Bahar Semi-State University, Mashhad, Iran
4. Department of Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
5. Department of Clinical Psychology, Nain Branch, Islamic Azad University, Nain, Iran
6. Department of Clinical Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran

*Corresponding Author's Email: nazanin.haghighatbayan@yahoo.com

Submit Date: 2024-11-19

Revise Date: 2025-02-13

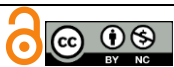
Accept Date: 2025-03-10

Publish Date: 2025-03-19

Abstract

This study aimed to investigate the effectiveness of schema therapy on psychological well-being and self-compassion in psychosomatic patients. This semi-experimental study employed a pre-test–post-test control group design with a two-month follow-up. The statistical population included psychosomatic patients attending a psychology clinic in Tehran. A total of 30 participants were selected via convenience sampling and randomly assigned to experimental and control groups (15 each). The experimental group received ten 90-minute sessions of schema therapy, while the control group received no intervention. Data were collected using the Keyes and Magyar-Moe Mental Well-Being Scale (2003) and Neff's Self-Compassion Scale (2003). Data analysis was performed using repeated measures ANOVA. Results revealed significant between-group differences in self-compassion ($P = 0.008$) and psychological well-being ($P = 0.024$). Within-group comparisons indicated significant improvements across pre-test, post-test, and follow-up phases for both variables ($P < 0.001$). Interaction effects of group and time were also significant for both outcomes ($P < 0.001$). Effect sizes were reported as 0.71 for self-compassion and 0.653 for psychological well-being. Schema therapy significantly enhances self-compassion and psychological well-being in psychosomatic patients by addressing and modifying early maladaptive schemas. It can serve as an effective intervention in clinical treatment for this population.

Keywords: Schema therapy, psychosomatic patients, psychological well-being, self-compassion



How to cite: Amin Badakhshan, M., Bidabadi, A., Bordbari, A., Haqiqat-Bian, N., Rahmatian Dehkordi, N., & Nakhaei Moghadam, R. (2024). The Effectiveness of Schema Therapy on Psychological Well-Being and Self-Compassion in Psychosomatic Patients. *Cognition, Behavior, Learning*, 1(4), 95-105.

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

بیماران روانی-تنی به واسطه تأثیر متقابل ذهن و بدن دچار علائم جسمانی مزمن و پیچیده‌ای می‌شوند که ریشه اصلی آن‌ها در فشارها و ناکامی‌های روانی است (Sefotho et al., 2024). مکانیسم‌های زیستی-روانی همچون فعال‌شدن مزمن محور HPA، افزایش هورمون‌های استرس و تغییرات التهابی در بدن باعث تشدید این علائم می‌شوند. از دیدگاه روان‌شناختی، فقدان مهارت‌های مقابله‌ای مناسب و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، چیرگی هیجانات منفی را دشوار می‌کند (Tayebmanesh & Saadati, 2023). مطالعات نشان داده‌اند که تقویت شفقت به خود و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند این چرخه معیوب را بشکند (Mamdouhi et al., 2023; Mansouri Kariani et al., 2022). بر همین اساس، مداخلات طرح‌واره‌درمانی ضمن افزایش تحمل پریشانی و کاهش همسان‌سازی افراطی با احساسات منفی، زمینه پرورش مهربانی نسبت به خود را فراهم می‌آورند و کیفیت زندگی بیماران روانی-تنی را به‌طور چشمگیری ارتقاء می‌دهند (Faustino et al., 2020). شفقت به خود فرآیندی سه‌وجهی است که شامل مهربانی نسبت به خود به جای قضاوت خویشتن، احساس انسانیت مشترک و هوشیاری (بدون همسان‌سازی افراطی) می‌باشد. شواهد نشان می‌دهد که توانایی کلی شفقت به خود در پی دلبستگی‌های اولیه دوران کودکی و تجارب بین‌فردی در اجتماع شکل می‌گیرد و مداخلات خودشفقت‌ورزی می‌توانند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد را به‌طور معناداری ارتقاء دهند (MacBeth & Gumley, 2012; Mamdouhi et al., 2023).

یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سلامت جسمی و روانی بیماران روانی-تنی، بهزیستی روان‌شناختی است. سازمان جهانی بهداشت، بهزیستی روان‌شناختی را سازه‌ای چندبعدی تعریف می‌کند که همزمان با تجربه‌های عاطفی مثبت و رضایت از زندگی، باید فقدان حالات عاطفی منفی را نیز نشان دهد (Mamdouhi et al., 2023). دینر (1984) بهزیستی روان‌شناختی را قضاوت مثبت فرد از زندگی و احساس خوب مستمر می‌داند؛ به این معنا که افراد دارای بهزیستی بالاتر، رضایت از زندگی و لذت مکرر را تجربه کرده و به‌ندرت احساسات منفی نظیر ناراحتی یا عصبانیت را داشته باشند (Nikan et al., 2023). طرح‌واره‌درمانی به‌عنوان یک رویکرد تلفیقی، با هدف اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، می‌تواند هم ابعاد شناختی و هم ابعاد عاطفی بهزیستی روان‌شناختی را تقویت کند. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که به‌کارگیری مداخلات طرح‌واره‌درمانی در بیماران روانی-تنی منجر به افزایش رضایت از زندگی و کاهش شدت احساسات منفی می‌شود (Eisa Zadeh et al., 2020; Farrell et al., 2009). علاوه بر این، طرح‌واره‌درمانی با تقویت مهربانی نسبت به خود، اشتراک انسانی و هوشیاری بدون همسان‌سازی افراطی، شفقت به خود را در این بیماران ارتقاء می‌دهد (Renner et al., 2016; Thimm, 2017; Tirch et al., 2012). بر اساس نتایج پیگیری دوماهه، مراجعینی که ده جلسه طرح‌واره‌درمانی را پشت سر گذاشته‌اند، در هر دو شاخص بهزیستی روان‌شناختی (مقیاس رائف) و شفقت به خود (مقیاس نف) نمرات معناداری بالاتری نسبت به گروه کنترل داشته‌اند؛ به‌طوری‌که هم رضایت شناختی از زندگی افزایش و هم تجربه عاطفی مثبت در سالمندان روانی-تنی بهبود یافته است (Bakos et al., 2015; Bamelis et al., 2014; Eisa Zadeh et al., 2020; Farrell et al., 2009; Faustino et al., 2020). این یافته‌ها نشان می‌دهد که اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند نقشی کلیدی در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و خوددلسوزی بیماران روانی-تنی ایفا کند و استفاده از طرح‌واره‌درمانی به‌عنوان یک مداخله هدفمند در این جمعیت توصیه می‌شود.

طرح‌واره‌درمانی بر پایه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بنا شده است که عناصر نظام‌مندی از واکنش‌ها و تجارب گذشته هستند و می‌توانند ادراک و ارزیابی‌های بعدی را هدایت کنند (Young et al., 2003). طرح‌واره‌درمانی توسط یانگ برای درمان اختلالات شخصیت و سایر مشکلات فردی و بین‌فردی توسعه یافته و اثربخشی آن در مطالعات متعددی تأیید شده است (Bakos et al., 2015; Bamelis et al., 2014; Eisa Zadeh et al., 2020; Farrell et al., 2009; Faustino et al., 2020; Karimi Mohajeri et al., 2025; Körük & Özabacı, 2018; Nikan et al., 2023; Renner et al., 2016; Thimm, 2017; Tirch et al., 2012; Young et al., 2003). این رویکرد درمانی، عناصری از مکاتب شناختی-رفتاری، گشتالت‌درمانی، روان‌کاوی ساختاریافته، روابط شیء، نظریه دلبستگی و روش‌های روان‌تحلیل‌گری را در قالب یک مدل یکپارچه تلفیق می‌کند و به‌کارگیری آن موجب افزایش احساس ارزشمندی، کفایت، شایستگی، مثبت‌نگری

و اعتماد به نفس می‌شود. آرایی طرح‌واره‌درمانی در بیماران روانی-تنی نیز در مطالعات گروهی اخیر نشان داده شده است (Karimi Mohajeri et al., 2025)؛ بنابراین هدف اصلی این پژوهش این است مداخله‌ی طرح‌واره‌درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و شفقت به خود در بیماران روانی-تنی موثر است؟

روش‌شناسی

این مطالعه به روش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل طراحی شد. جامعه آماری شامل تمامی بیماران روانی-تنی مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی روان‌شناسی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. با استفاده از جدول کوهن و در سطح اطمینان ۹۵٪، اندازه اثر ۰.۳۰ و توان آماری ۰.۸۳، تعداد لازم برای هر گروه ۱۲ نفر محاسبه شد؛ اما برای جبران احتمال ریزش نمونه و افزایش قابلیت تعمیم، در هر گروه ۱۵ نفر (در مجموع ۳۰ نفر) انتخاب شدند. نمونه‌گیری در مرحله اول به شیوه در دسترس و در مرحله دوم به صورت تصادفی ساده (قرعه‌کشی) صورت گرفت تا ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه کنترل جای گیرند.

شرایط ورود به مطالعه شامل: رضایت آگاهانه، تحصیلات حداقل راهنمایی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی در سه ماه گذشته و عدم دریافت مداخلات روان‌درمانی دیگر بود. ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، ابتلاء به اختلالات روانی تشدیدشده و انصراف شرکت‌کننده بود. مداخله گروه آزمایشی از فروردین تا خرداد ۱۴۰۳ در ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طرح‌واره‌درمانی اجرا شد؛ گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پیگیری دوماهه تا پایان شهریور ۱۴۰۳ ادامه یافت و هیچ یک از شرکت‌کنندگان ریزش نداشتند. کلیه اصول اخلاقی از جمله محرمانگی اطلاعات و آزادی خروج از مطالعه رعایت شد و پس از اتمام پژوهش، خدمات روان‌درمانی رایگان به گروه کنترل ارائه گردید.

مقیاس شفقت به خود نف: این مقیاس یک ابزار خودگزارشی ۲۶ ماده‌ای است که شش خرده‌مقیاس را شامل می‌شود: مهربانی به خود، قضاوت نسبت به خود، احساس انسانیت مشترک، انزوا، ذهن‌آگاهی، و بیش‌همسان‌سازی. این ساختار شش‌وجهی از طریق تحلیل عاملی تأیید شده است. در این مقیاس، خرده‌مقیاس‌های قضاوت نسبت به خود، انزوا و بیش‌همسان‌سازی به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و جمع نمرات آن‌ها نمره کلی شفقت به خود را تشکیل می‌دهد. مطالعات مربوط به اعتبار و پایایی این پرسشنامه، پایایی درونی کل مقیاس را ۰.۹۲ گزارش کرده‌اند. پایایی خرده‌مقیاس‌ها نیز به ترتیب برای مهربانی به خود ۰.۷۸، قضاوت نسبت به خود ۰.۷۷، انسانیت مشترک ۰.۸۰، انزوا ۰.۷۵، ذهن‌آگاهی ۰.۷۵ و بیش‌همسان‌سازی ۰.۸۱ بوده است. هم‌چنین، پایایی آزمون-بازآزمون کل مقیاس ۰.۹۳ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰.۸۰ تا ۰.۸۸ گزارش شده است (Janbozorgi et al., 2020).

مقیاس بهزیستی ذهنی: مقیاس بهزیستی ذهنی کیز و ماگیارمو (۲۰۰۳) برای سنجش بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی بکار می‌رود که از ۴۵ سوال تشکیل شده است. ۱۲ سوال اول مربوط به بهزیستی هیجانی می‌باشد، ۱۸ سوال بعدی مربوط به بهزیستی روان‌شناختی می‌باشد و در نهایت ۱۵ سوال بعدی مربوط به بهزیستی اجتماعی می‌باشد. اعتبار درونی زیر مقیاس بهزیستی هیجانی در بخش هیجان مثبت ۰.۹۱ و بخش هیجان منفی ۰.۷۸ بود. زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی دارای اعتبار درونی متوسط از ۰.۴ تا ۰.۷ و اعتبار مجموع هر دو این مقیاس‌ها ۰.۸ و بالاتر بود. در مطالعه کی‌یز و ماگیارمو (۲۰۰۳) برای بررسی روایی این مقیاس از روایی عاملی استفاده شده است. نتایج تحلیل عاملی تاییدی ساختار سه عاملی این مقیاس را تایید کرده است. در مطالعه دوست (۲۰۰۴) ضریب پایایی و پایایی بازآزمایی ۸۶.۰ گزارش شده است. پایایی مقیاس بهزیستی ذهنی و زیر مقیاس‌های بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۶، ۰/۶۴ و ۰/۷۶ می‌باشد. آلفای کرونباخ برای هر یک از موارد فوق به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۶۴ محاسبه شده که حاکی از همسانی درونی مطلوب مقیاس است (Ayadi et al., 2016). در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه بهزیستی ذهنی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر ۰/۸۳ به دست آمده است.

مداخله طرح‌واره‌درمانی طی هشت جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد که در آن شرکت‌کنندگان به تدریج با مفاهیم اساسی طرح‌واره‌درمانی آشنا شدند و مهارت‌های لازم را برای شناسایی و اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه کسب کردند. در دو جلسه اول، هدف معرفی کلیات درمان،

اجرای مرحله سنجش، ارائه قوانین گروهی، و آموزش ساختار و مدل طرح‌واره‌درمانی به زبان ساده بود. در جلسات سوم و چهارم، تکنیک‌های شناختی مانند آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف مجدد شواهد، گفت‌وگو میان بخش سالم و ناسالم و استفاده از فرم ثبت طرح‌واره برای چالش با باورهای ناکارآمد آموزش داده شد. جلسات پنجم و ششم به آموزش تکنیک‌های هیجانی (تجربی) اختصاص یافت؛ در این مرحله آزمودنی‌ها با استفاده از تصویرسازی ذهنی، نامه‌نویسی و گفت‌وگوی خیالی به تجربه و پردازش ریشه‌های هیجانی طرح‌واره‌ها پرداختند. در نهایت، جلسات هفتم و هشتم بر آموزش و تمرین سبک‌های مقابله‌ای سازگار متمرکز بود؛ شرکت‌کنندگان با الگوشکنی رفتاری، ارزیابی پیامدهای سبک‌های ناکارآمد و تمرین رفتارهای سالم، آمادگی لازم را برای پایان فرآیند درمان کسب کردند. در هر مرحله، تکالیف خانگی مشخصی به‌منظور تعمیم مهارت‌های یادگرفته‌شده به زندگی روزمره ارائه شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. روش آماری مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر بود. به منظور بررسی جمعیت شناختی آزمودنی‌ها از آزمون دقیق فیشر و پیش فرض نرمال بودن، از آزمون Kolmogorov-Smirnov، برای پیش فرض کرویت از آزمون Mauchly و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون Levene استفاده شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $3/92 \pm 43/40$ و $4/49 \pm 44/07$ سال بود ($P=0/669$). نتایج آزمون t دو نمونه مستقل در مورد سن و آزمون دقیق فیشر در خصوص جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد ($P>0/05$).

در راستای بررسی و توصیف داده‌های به دست آمده از نمونه‌های مورد مطالعه، آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در جدول ۱ گزارش گردیده است.

جدول ۱. برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مورد مطالعه

متغیرها	مؤلفه‌ها	آزمایش ($n=15$) تعداد (درصد)	کنترل ($n=15$) تعداد (درصد)	مقدار P
جنسیت	مرد	۱۳ (۸۶/۶۷)	۱۳ (۸۶/۶۷)	۱
	زن	۲ (۱۳/۳۳)	۲ (۱۳/۳۳)	
سطح تحصیلات	دیپلم	۳ (۲۰)	۲ (۱۳/۳۳)	۰.۵۲۲
	کارشناسی	۱۲ (۸۰)	۱۳ (۸۶/۶۷)	
وضعیت تأهل	مجرد	۳ (۲۰)	۱ (۶/۶۶)	۰.۵۶۹
	متأهل	۱۲ (۸۰)	۱۴ (۹۳/۳۴)	

آزمون دقیق فیشر، $P<0.05$ اختلاف معنی‌دار

مطابق جدول ۲، شاخص‌های توصیفی دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری ارائه گردیده. همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین نمرات گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پی‌گیری بهبود یافته است. این بهبودی در متغیرهای شفقت به خود، بهزیستی روانشناختی با افزایش میانگین نمره روبه‌رو بوده است که نشان از تأثیر مداخله طرح‌واره درمانی بر متغیرهای مطرح شده دارد، در حالی که در گروه کنترل تغییر چندانی رخ نداده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی در بیماران روانی تنی

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار $\pm$ میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار $\pm$ میانگین	پی‌گیری انحراف معیار $\pm$ میانگین
شفقت به خود	آزمایش	۳/۶۷ $\pm$ ۴۴/۵۶	۳/۷۰ $\pm$ ۷۵/۴۰	۳/۷۰ $\pm$ ۷۵/۴۰
	کنترل	۲/۱۶ $\pm$ ۴۵/۸۰	۳/۳۸ $\pm$ ۴۶/۴۸	۳/۱۹ $\pm$ ۴۶/۱۲
بهزیستی روانشناختی	آزمایش	۳/۶۷ $\pm$ ۸۰/۵۶	۳/۷۰ $\pm$ ۹۵/۴۰	۳/۷۰ $\pm$ ۹۵/۴۰
	کنترل	۲/۱۶ $\pm$ ۸۰/۸۰	۳/۳۸ $\pm$ ۸۱/۴۸	۳/۱۹ $\pm$ ۸۱/۱۲

برای تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه‌های شفقت به خود و بهزیستی روانشناختی از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. قبل از انجام آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر، مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت/ نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov نشان داد که مقادیر توزیع داده‌ها در سطح اطمینان ۹۵ درصد نرمال است ($P > 0.05$). نتایج آزمون Levene بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمد و فرض همگنی واریانس‌های دو گروه محقق گردید. فرض کرویت Mauchly نشان داد که پیش فرض کرویت در داده‌ها برای هر مؤلفه شفقت به خود ($\chi^2 = 3/56$, $P = 0/358$)، بهزیستی روانشناختی ($\chi^2 = 16/05$, $P = 0/055$) برقرار بود. لذا از آزمون Sphericity assumed استفاده شد. برای ارزیابی برابری ماتریس‌های کوواریانس از آزمون Box's M استفاده شد، طبق نتایج برای متغیرهای شفقت به خود ($\text{Box's } M = 3/051$)، $P = 0/514$ ، $F = 1/572$ ، و بهزیستی روانشناختی ($\text{Box's } M = 4/179$ ، $F = 3/260$ ، $P = 0/508$) برقرار بود. نتایج آزمون بین‌گروهی حاکی از آن بود که تفاوت میان گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین شفقت به خود ($P = 0/008$)، و بهزیستی روانشناختی ($P = 0/024$) معنی‌دار است. نتایج آزمون درون‌گروهی (دوره) حاکی از آن است که تفاوت میان میانگین شفقت به خود ($P < 0/001$) و بهزیستی روانشناختی ($P < 0/001$) معنادار است. به عبارت دیگر، تفاوت بین میانگین نمرات ابعاد شفقت به خود و بهزیستی روانشناختی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش به ترتیب برابر با ۶۷، ۷۸ درصد بوده و معنی‌دار است.

هم‌چنین، نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه و زمان بر متغیرهای، شفقت به خود و بهزیستی روانشناختی معنی‌دار است ($P < 0/001$) که نشان دهنده تأثیر مداخله بر افزایش میانگین نمرات متغیرهای شفقت به خود و بهزیستی روانشناختی در مراحل پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است.

اندازه اثر یا میزان تأثیر منابع تغییر بین‌گروهی، درون‌گروهی (زمان) و اثر تعاملی برای متغیر شفقت به خود ۷۷ درصد است که به این معنا است که ۷۷ درصد از تغییرات نمره شفقت به خود از طریق اثرات بین‌گروهی، درون‌گروهی و تعاملی قابل تبیین است. اندازه اثر یا میزان تأثیر منابع تغییر بین‌گروهی، درون‌گروهی (زمان) و اثر تعاملی برای متغیرهای شفقت به خود به ترتیب ۷۱ درصد است که به این معنا است که ۷۱ درصد از تغییرات نمرات شفقت به خود از طریق اثرات بین‌گروهی، درون‌گروهی و تعاملی قابل تبیین است.

جدول ۳. نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر در تبیین اثر متغیر مستقل بر شفقت به خود و بهزیستی روانشناختی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
شفقت به خود	گروه	۲۰۵/۵۸۹	۱	۲۰۵/۵۸۹	۴/۶۸۸	۰/۰۳۳	۰/۲۷
	دوره	۹۶/۵۷۲	۲	۴۸/۲۸۶	۲۴/۴۱۶	< ۰/۰۰۱	۰/۶۷
	گروه*دوره	۱۲۰/۰۰۱	۲	۶۰/۰۰۰	۳۰/۸۸۸	< ۰/۰۰۱	۰/۷۱
بهزیستی روانشناختی	گروه	۹۸/۸۲۲	۱	۹۸/۸۲۲	۱۵/۷۰۳	۰/۰۲۴	۰/۲۰۴
	دوره	۹۲/۸۲۲	۲	۴۶/۴۱۱	۳۶/۹۹۷	< ۰/۰۰۱	۰/۷۸۵
	گروه*دوره	۱۳۲/۰۲۲	۲	۶۶/۰۱۱	۱۸/۲۰۶	< ۰/۰۰۱	۰/۶۵۳

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر شفقت به خود و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران روان‌تنی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی به بهبود شفقت به خود و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به اختلالات روان‌تنی منجر شده است (Young et al., 2003). این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی همچون باخ و همکاران (۲۰۱۸) و رنر و همکاران (۲۰۱۳) همسو است.

طرحواره‌درمانی، رویکردی یکپارچه و نوین در روان‌درمانی است که با ترکیب عناصری از درمان شناختی-رفتاری (CBT)، نظریه دلبستگی، و درمان مبتنی بر هیجان (EFT)، بر تغییر الگوهای ناسازگار ذهنی تمرکز دارد. این روش به‌ویژه در درمان اختلالات مزمن روان‌تنی و شخصیت اثربخشی قابل توجهی نشان داده است (Thimm, 2017). بیماران روان‌تنی اغلب با هیجانات سرکوب‌شده، ناتوانی در ابراز هیجان‌ها، و الگوهای شناختی ناسازگار مواجه‌اند که با کاهش شفقت به خود و بهزیستی روان‌شناختی مرتبط است (Eisa Zadeh et al., 2020). طرحواره‌درمانی با شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، مانند نقص‌شرم، محرومیت هیجانی، یا وابستگی‌بی‌کفایتی، به بیماران کمک می‌کند تا رابطه سالم‌تری با خود و دیگران برقرار کنند (Körük & Özabacı, 2018; Young et al., 2003).

شفقت به خود در بیماران روان‌تنی اغلب به دلیل درگیری با علائم جسمانی مزمن و احساس درماندگی، مفهومی ناشناخته یا کم‌تجربه‌شده است. این افراد معمولاً دچار خودسرزنی، احساس گناه، و کاهش عزت‌نفس می‌شوند که می‌تواند چرخه‌ای از تشدید علائم جسمانی و روانی را ایجاد کند (Mamdouhi et al., 2023; Mansouri Kariani et al., 2022). طرحواره‌درمانی با آموزش پذیرش خود، کاهش خودانتقادی، و تقویت مهربانی به خود، به بیماران کمک می‌کند تا از این چرخه معیوب خارج شوند. همچنین، بهزیستی روان‌شناختی نیز به‌عنوان یکی از ابعاد کلیدی سلامت روان، در بیماران روان‌تنی تحت تأثیر عواملی مانند خودآگاهی، ذهن‌آگاهی، و توانایی مدیریت افکار تحریف‌شده قرار دارد (Nikan et al., 2023). طرحواره‌درمانی با تمرکز بر بازسازی شناختی و تقویت انعطاف‌پذیری هیجانی، به بیماران آموزش می‌دهد تا با چالش‌های زندگی به شیوه‌ای سازگارتر مواجه شوند.

یکی از نقاط قوت طرحواره‌درمانی، توانایی آن در هدف‌گیری ریشه‌های عمیق روان‌شناختی اختلالات روان‌تنی است. این رویکرد با شناسایی نیازهای عاطفی برآورده‌نشده در دوران کودکی و ارتباط آن‌ها با طرحواره‌های ناسازگار، به بیماران کمک می‌کند تا الگوهای ناکارآمد خود را بازسازی کنند (Nikan et al., 2023). برای مثال، طرحواره‌هایی مانند «نقص‌شرم» یا «محرومیت هیجانی» اغلب در بیماران روان‌تنی مشاهده می‌شوند و می‌توانند به احساس انزوا، کاهش عزت‌نفس، و تشدید علائم جسمانی منجر شوند. طرحواره‌درمانی با استفاده از تکنیک‌هایی مانند بازسازی شناختی، تمرین‌های تجربی (مانند تصویرسازی هدایت‌شده)، و تقویت رابطه درمانی، به بیماران کمک می‌کند تا این الگوها را شناسایی و اصلاح کنند.

با این حال، پژوهش حاضر و مطالعات مشابه با محدودیت‌هایی مواجه بوده‌اند. استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌های پاسخ‌دهی قرار گیرد. همچنین، حجم نمونه محدود و نبود پیگیری‌های طولی، تعمیم‌پذیری نتایج را با چالش مواجه می‌کند. تفاوت در شدت و نوع اختلال روان‌تنی نیز می‌تواند بر نتایج تأثیر بگذارد. برای مثال، بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر ممکن است پاسخ متفاوتی به درمان نسبت به بیماران مبتلا به درد مزمن نشان دهند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده از طرح‌های طولی با نمونه‌های بزرگ‌تر و ابزارهای عینی‌تر (مانند ارزیابی‌های فیزیولوژیکی) استفاده کنند. علاوه بر این، بررسی اثرات طرحواره‌درمانی بر متغیرهای دیگر، مانند اضطراب، افسردگی، کیفیت زندگی، و عملکرد اجتماعی، می‌تواند درک جامع‌تری از کارایی این رویکرد ارائه دهد.

مقایسه طرحواره‌درمانی با سایر رویکردهای درمانی، مانند درمان مبتنی بر شفقت (CFT) یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، نیز می‌تواند به شناسایی نقاط قوت و ضعف نسبی این روش کمک کند. برای مثال، مطالعه قاسمی و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر نظم‌جویی شناختی هیجان و مهارت‌های ذهن‌آگاهی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب-افسردگی مختلط مؤثر است. ادغام عناصری از این رویکردها با طرحواره‌درمانی ممکن است اثربخشی آن را در درمان بیماران روان‌تنی افزایش دهد.

از منظر بالینی، طرحواره‌درمانی می‌تواند به‌عنوان یک مداخله اولیه یا مکمل در درمان بیماران روان‌تنی مورد استفاده قرار گیرد. درمانگران می‌توانند با تمرکز بر آموزش شفقت به خود و تقویت بهزیستی روان‌شناختی، به بهبود کیفیت زندگی این بیماران کمک کنند. همچنین، آموزش گروهی مبتنی بر طرحواره‌درمانی، همان‌طور که در مطالعه اصلانی و آزاده (۲۰۲۳) نشان داده شد، می‌تواند به بهبود بهزیستی اجتماعی و ادراک اعتماد اجتماعی منجر شود. این امر به‌ویژه در جوامع با منابع درمانی محدود، که نیاز به مداخلات مقرون‌به‌صرفه و گروهی دارند، اهمیت دارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

Extended Abstract

Introduction

Psychosomatic disorders represent a significant intersection between mental and physical health, wherein psychological stressors manifest as chronic and often debilitating physical symptoms (Sefotho et al., 2024). The interplay of biological and psychological mechanisms—such as chronic activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis, elevated stress hormones, and inflammatory processes—exacerbates these symptoms (Tayebmanesh & Saadati, 2023). Empirical evidence has underscored that psychological interventions aimed at enhancing self-compassion and psychological well-being can break this pathological cycle (Mamdouhi et al., 2023; Mansouri Kariani et al., 2022). Schema therapy, developed to modify deeply rooted maladaptive schemas, has emerged as a promising intervention to improve self-regulatory capacities and emotional resilience among psychosomatic patients (Faustino et al., 2020).

Self-compassion, comprising self-kindness, common humanity, and mindfulness, functions as a crucial buffer against emotional distress. It is often compromised in psychosomatic patients due to experiences of chronic pain and helplessness, frequently rooted in adverse childhood experiences and insecure attachments (MacBeth & Gumley, 2012; Mamdouhi et al., 2023). Simultaneously, psychological well-being, defined by the World Health Organization as a multidimensional construct involving both the presence of positive affect and the absence of negative emotional states, is considered a pivotal factor for both mental and physical health (Mamdouhi et al., 2023). Diener's framework conceptualizes well-being as subjective life satisfaction and frequent positive affect, attributes often deficient in psychosomatic individuals (Nikan et al., 2023).

Schema therapy, through its integrative approach that combines cognitive-behavioral, attachment, and psychodynamic principles, has been found to improve psychological well-being and self-compassion by restructuring maladaptive beliefs and promoting healthier cognitive-emotional functioning (Eisa Zadeh et al., 2020; Farrell et al., 2009). Studies have shown significant post-treatment gains in these domains following schema therapy interventions (Renner et al., 2016; Thimm, 2017; Tirch et al., 2012). A two-month follow-up demonstrated sustained improvements, indicating the long-term efficacy of schema therapy (Bakos et al., 2015; Bamelis et al., 2014). Given its empirical support, schema therapy is recommended as a strategic treatment for enhancing self-compassion and well-being in psychosomatic populations (Young et al., 2003).

Methods and Materials

This semi-experimental study employed a pre-test–post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population consisted of psychosomatic patients attending a specialized psychology clinic in Tehran during 2024. Thirty participants were selected through convenience sampling and randomly assigned into experimental and control groups (15 each). Inclusion criteria required informed

consent, a minimum educational level of middle school, and no psychotropic medication or psychotherapy in the prior three months. Exclusion criteria included more than two absences, psychiatric comorbidity, and voluntary withdrawal.

The experimental group underwent ten 90-minute schema therapy sessions over three months, while the control group received no intervention. Sessions involved structured modules: initial sessions covered assessment and therapy model education; middle sessions focused on cognitive techniques, such as schema validity testing and self-dialogue; and later sessions employed experiential techniques (e.g., imagery, letter writing) and behavioral pattern breaking. Homework assignments reinforced skill generalization.

Two validated instruments were used: the Self-Compassion Scale (Neff, 2003) with strong internal consistency ($\alpha = .92$) and test-retest reliability (.93), and the Keyes and Magyar-Moe Mental Well-Being Scale (2003), which assesses emotional, psychological, and social well-being and demonstrates high reliability ($\alpha > .80$). Statistical analysis was conducted using SPSS v26, with repeated measures ANOVA applied. Assumption checks included Kolmogorov–Smirnov for normality, Levene’s test for homogeneity of variance, Mauchly’s test for sphericity, and Box’s M for covariance matrix equality. The significance level was set at $p < .05$.

Findings

The demographic analysis revealed no significant differences between groups in age, gender, education level, or marital status, indicating baseline equivalence. The mean age was approximately 43.4 years for the experimental group and 44.1 years for the control group ($p = .669$).

Descriptive statistics showed a marked improvement in the experimental group from pre-test to follow-up in both self-compassion and psychological well-being, with no significant changes observed in the control group. Specifically, self-compassion scores in the experimental group rose from a mean of 3.67 to 4.75, and psychological well-being increased from 3.67 to 4.95.

Inferential statistics confirmed these trends. The repeated measures ANOVA indicated significant between-group effects for self-compassion ($p = .008$) and psychological well-being ($p = .024$). Within-group differences across time (pre-test, post-test, follow-up) were also significant ($p < .001$ for both variables). The interaction effect of time and group was highly significant for both outcomes ($p < .001$), suggesting that changes were attributable to the intervention.

Effect sizes were substantial: 0.71 for self-compassion and 0.653 for psychological well-being, implying that the schema therapy intervention accounted for a large proportion of variance in outcomes. The interaction effects alone explained 67% of the variance in self-compassion and 78.5% in psychological well-being, indicating strong temporal treatment effects.

Discussion and Conclusion

The present study supports the effectiveness of schema therapy in enhancing self-compassion and psychological well-being among psychosomatic patients. The observed improvements are consistent with prior findings that schema therapy, by targeting early maladaptive schemas such as emotional deprivation and defectiveness/shame, facilitates healthier self-perceptions and coping strategies (Young et al., 2003). This therapeutic approach uniquely integrates cognitive restructuring with experiential techniques, making it particularly effective for individuals with entrenched psychological patterns (Thimm, 2017).

The intervention’s impact on self-compassion is especially noteworthy given that psychosomatic patients often experience diminished self-worth and chronic self-criticism due to persistent physical symptoms (Mamdouhi et al., 2023; Mansouri Kariani et al., 2022). By fostering self-kindness and reducing over-identification with pain and failure, schema therapy helps to interrupt this cycle of psychosomatic exacerbation. Similarly, its role in improving psychological well-being aligns with research emphasizing the importance of emotional regulation, mindfulness, and cognitive flexibility in coping with chronic conditions (Nikan et al., 2023).

The therapy's success likely stems from its ability to address foundational psychological needs unmet during early life stages. Identifying schemas like "emotional deprivation" and "dependence/incompetence" enables patients to reframe maladaptive beliefs and develop more adaptive behaviors. Techniques such as guided imagery and behavioral rehearsals further reinforce these new patterns, promoting long-term psychological adjustment.

However, the study faces limitations including reliance on self-report measures, a small sample size, and the absence of longer-term follow-ups. Future research should incorporate physiological assessments and longitudinal designs to validate and extend these findings. Additionally, exploring schema therapy's impact on other psychological variables such as anxiety, depression, and social functioning could provide a more comprehensive understanding of its therapeutic scope.

Comparative effectiveness studies involving schema therapy and other modalities such as Compassion-Focused Therapy (CFT) or Acceptance and Commitment Therapy (ACT) may highlight nuanced strengths and facilitate integrated therapeutic models. Given its proven efficacy and structured format, schema therapy holds promise as both a primary and adjunct treatment in clinical care for psychosomatic disorders. Group-based delivery models may further extend its reach in resource-constrained settings, underscoring its utility as a cost-effective, scalable intervention.

References

- Ayadi, N., Dargahi, S., Ghamari Givi, H., & Abbasi, M. (2016). The impact of job stress on subjective well-being, marital stress and empathy of nurses. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 9(2), 67-79. <https://www.sid.ir/paper/135507/en>
- Bakos, D. S., Gallo, A. E., & Wainer, R. (2015). Systematic review of the clinical effectiveness of schema therapy. *Contemporary Behavioral Health Care*, 1, 1-7. <https://doi.org/10.15761/CBHC.1000104>
- Bamelis, L. L. M., Evers, S. M. A. A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 305-322. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12040518>
- Eisa Zadeh, F., Heidari, S., Aghajan Beyglou, S., & Safari Nia, M. (2020). The effectiveness of schema therapy on stress, social adjustment, and psychological cohesion in women with cancer. *Modern Psychology Journal*, 14(2), 85-102.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A pilot study of group schema therapy for borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 317-328. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.01.002>
- Faustino, B., Vasco, A. B., Silva, A. N., & Marques, T. (2020). Relationships between emotional schemas, mindfulness, self-compassion and unconditional self-acceptance on the regulation of psychological needs. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 23(2). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33024719/>
- Janbozorgi, F., Darbani, S. A., & Parsakia, K. (2020). The structural model of predicting family health based on communication patterns and self-efficacy with the mediating role of self-compassion in women. *Psychology of Woman Journal*, 1(3), 66-80. <http://psychowoman.ir/article-1-22-en.html>
- Karimi Mohajeri, Z., Karbalaee Harfteh, F., Khalatbari, J., & Fardin, M. (2025). The effectiveness of integrating schema therapy and acceptance and commitment therapy on subjective well-being and body image concerns in women with breast cancer. *Journal of Psychological Sciences*, 24(145), 197-220. https://psychologicalscience.ir/browse.php?a_id=2564&sid=1&slc_lang=en
- Körük, S., & Özabacı, N. S. (2018). Effectiveness of schema therapy on the treatment of depressive disorders: A meta-analysis. *Current Approaches in Psychiatry*, 10(4), 452-470. <https://doi.org/10.18863/pgy.361790>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*, 32(6), 545-552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- Mamdouhi, Z., Safargholi, H., Houshmandi, S., Demirchi, S., & Tabakh Zadeh, N. (2023). The effectiveness of compassion therapy on psychological well-being of female students at Islamic Azad University, Islamshahr Branch. *Applied Psychology Journal*, 12(3), 45-58. <https://sanad.iau.ir/en/Journal/jhpsy/Article/1193461>
- Mansouri Kariani, R., Basak Nejad, S., Mehrabizadeh Honarmand, M., & Majdi Nasab, N. (2022). The effectiveness of compassion-focused acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and psychological distress in patients with multiple sclerosis. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 28(2), 222-235. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.28.2.3747.1>

- Nikan, A., Torabi, A., Mohseni Nasab, Z., Bahadori, A., Javanmard, Z., & Hosseini Rad, M. (2023). Comparing the effectiveness of schema therapy and mindfulness-based cognitive therapy on stress, resilience, emotion regulation, and psychological well-being in cardiovascular patients. *Research in Psychological Health*, 17(1), 46-60. <https://rph.khu.ac.ir/article-1-4370-en.html>
- Renner, F., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., & Huibers, M. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Cognitive therapy and research*, 40(4), 482-496. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26780673/>
- Sefotho, M. M., Serjanaj, B., Karthik, S., & Saadati, S. A. (2024). The Psychosomatic Interface of Stress and Skin Disorders: Patient Experiences and Perceptions. *Journal of Personality and Psychosomatic Research (JPPR)*, 2(2), 26-33. <https://doi.org/10.61838/kman.jprr.2.2.5>
- Tayebmanesh, L., & Saadati, N. (2023). Effectiveness of Integrating Quality of Life-Based Therapy and Phototherapy on Emotion Regulation, Depression, and Anxiety in Psychosomatic Patients. *KMAN Counseling & Psychology Nexus*, 1(2), 37-43. <https://doi.org/10.61838/kman.psychnexus.1.2.7>
- Thimm, J. C. (2017). Relationships between early maladaptive schemas, mindfulness, self-compassion and psychological distress. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 17(1), 1-15. <https://psycnet.apa.org/record/2017-17602-001>
- Tirch, D. D., Leahy, R. L., Silberstein, L. R., & Melwani, P. S. (2012). Emotional schemas, psychological flexibility, and anxiety: The role of flexible response patterns to anxious arousal. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 380-391. <https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.4.380>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2003-00629-000>