رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۱۱، شماره پیاپی ۹۲، بهمن ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(11), 2024

مقایسه اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت و طرحواره درمانی بر نشانه‌های سایکوسوماتیک در افراد مبتلا به بیماری‌های جسمانی

Comparing the effectiveness of compassion-focused therapy and schema therapy on psychosomatic symptoms in people with physical illnesses

تهمینه بلوچی
کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.
دکتر رضا احمدی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

Tahmine Baloochi
Master of General Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.
Dr. Reza Ahmadi *
Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.
ahmadi@iau.ac.ir

چکیده
پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و طرحواره درمانی بر نشانه‌های سایکوسوماتیک در افراد مبتلا به بیماری‌های جسمانی انجام شد. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به بیماری‌های جسمانی (قلبی-عروقی، گوارشی و نورولوژی) دارای علائم سایکوسوماتیک مراجعه کننده به دو مرکز دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سه ماه اول سال ۱۴۰۲ بودند که از بین آنان ۳۶ نفر (۱۲ نفر در گروه درمان متمرکز بر شفقت، ۱۲ نفر در گروه طرحواره درمانی و ۱۲ نفر در گروه گواه) به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. ابزار سنجش در این مطالعه مقیاس شکایات روان تنی (PCS؛ تاکاتا و ساکاتا، ۲۰۰۴) بود. درمان متمرکز بر شفقت (CFT) و طرحواره درمانی (ST) هر یک در ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی اجرا شدند، اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو درمان بر کاهش نشانه‌های سایکوسوماتیک موثر بوده‌اند، اما بین دو درمان تفاوت معناداری وجود نداشت (P<۰/۰۵). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که هر دو درمان به طور موثر بر کاهش نشانه‌های سایکوسوماتیک بیماران جسمانی موثر بوده است؛ بر این اساس اجرای این درمان‌ها در موقعیت‌های مشابه پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: *درمان متمرکز بر شفقت، طرحواره درمانی، سایکوسوماتیک.*

Abstract
This study was conducted to compare the effectiveness of compassion-focused therapy and schema therapy on psychosomatic symptoms in people with physical diseases. The present study was a semi-experimental design with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of the research included all women suffering from physical diseases(cardiovascular, digestive, and neurological) with psychosomatic symptoms referred to two government centers affiliated with Isfahan University of Medical Sciences in the first three months of 2023, of which 36 people (12 people in the treatment group) focused on compassion, 12 people in the schema therapy group and 12 people in the control group) were selected by purposive sampling and randomly replaced in three groups. The measurement tool in this study was the Psychosomatic Complaint Scale (PCS; Takata & Sakata, 2004). Compassion-focused therapy (CFT) and schema therapy (ST) were each administered in 10 sessions of 120 minutes as a group, but the contra group did not receive any intervention. Data analysis was done using univariate analysis of the covariance test. The results showed that both treatments were effective in reducing psychosomatic symptoms, but there was no significant difference between the two treatments (P<0.05). In general, it can be concluded that both treatments have been effective in reducing the psychosomatic symptoms of physical patients; Based on this, it is suggested to implement these treatments in similar situations.

Keywords: *compassion-focused therapy, schema therapy, psychosomatics.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : مهر ۱۴۰۲** | **پذیرش: آبان ۱۴۰۲** | **ویرایش نهایی: بهمن ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

مقدمه

اختلال سایکوسوماتیک[1]، اختلالی است که بیماران بیشتر به شکایات بدنی توجه می‌کنند و به جای مسائل روانی به دنبال مراقبت‌های بهداشتی هستند، وجود علائم جسمی یکی از شایع‌ترین دلایل مراجعه به پزشک است که بیشتر با علائم جسمانی از قبیل بیماری‌های قلبی عروقی، سردرد، بیماری‌های گوارشی و .... می‌باشد (لی لیا [2]و همکاران، ۲۰۲۰). بیماری‌های گوارشی که با عنوان اختلالات گوارشی شناخته می‌شوند، تحت تاثیر وضعیت روانشناخت افراد هستند (آندری افرمو[3]،۲۰۲۰). همچنین درد در ناحیه قفسه سینه (بهرهمند و همکاران، ۱۴۰۰) و سردردها و مشکلات عصب-عضله (تومیک[4]و همکاران، ۲۰۲۲) از نشانگان سایکوسوماتیک شایع هستند که به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند. سازمان جهانی بهداشت، پزشکی سایکوسوماتیک را به عنوان "مطالعه متغیرهای بیولوژیکی، روانی و اجتماعی در سلامت و بیماری" تعریف می‌کند (شیدا و آرزو، ۲۰۲۲)؛ بر این اساس می‌بایست به صورت همه جانبه به سبب‌شناسی و درمان نشانگان این بیماران پرداخته شود.

به دلیل پیامدهای منفی جسمی، روانی و اجتماعی، دانش لازم در مورد اینکه چگونه ترکیبی از عوامل جسمی و غیر جسمی ممکن است به طور مستقیم و غیرمستقیم بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر بگذارد، عمدتاً ناشناخته باقی مانده است (پتیتو[5] وهمکاران،۲۰۲۰). شاید تعجب‌آور نباشد که شرایط جسمانی یا در واقع هر وضعیت جسمانی که از نظر روانی سنگین تجربه می‌شود ممکن است بر هر دو شاخص کیفیت زندگی و وضعیت جسمانی تأثیر بگذارد (بوکین[6] و همکاران،۲۰۲۱). اختلال سایکوسوماتیک باعث به خطر انداختن کیفیت زندگی در حوزه‌های روانی، شناختی، اجتماعی و حرفه‌ای می‌شود و افراد مبتلا به این اختلال از شرکت در فعالیت‌های ارزشمند به دلیل ناراحتی و ترس از علائم آن‌ها اجتناب می‌کنند (لئونیدو [7]و همکاران، ۲۰۱۹).

در این راستا، مداخلات روانشناختی به‌طور موثر بر بیماری‌های جسمانی تاثیر می‌گذارد؛ در مداخلات درمانی از قبیل طرحواره درمانی اقدامات موثری برای بیداری مجدد جنبه‌های مثبت بیماران، تقویت رابطه درمانی و ایجاد فضای اقدامات درمانی مثبتی انجام می‌شود (ویدلر[8] و همکاران،۲۰۲۰). همچنین شفقت به خود به حمایت از خود در هنگام تجربه رنج یا درد اشاره می‌کند که خواه ناشی از اشتباهات شخصی یا نارسایی‌ها و چالش‌های زندگی باشد؛ به طور کلی شفقت به خود به افراد کمک می‌کند به جای اجتناب یا مقاومت در برابر دردها، آن‌ها را بپذیرند (نف[9] و همکاران، ۲۰۲۳). این پذیرش باعث کاهش کشمکش‌های درونی؛ زمینه و زمان جدیدی را برای بیماران فراهم می‌سازد که زندگی ارزشمند خود را بیابند در واقع این امر باعث می‌شود راه حل‌ها و نگرانی‌های گذشته خود را تغییر دهند در واقع از این طریق باعث توسعه و پذیرش زندگی مبنی بر ارزش بیماران و روند درمان را ارتقا می‌دهد (خسماخی و همکاران، ۲۰۱۹).

شفقت به خود با داشتن یک رابطه بدون قضاوت با خود در مواجهه با شکست‌ها و کاستی‌ها و پذیرش مثبت بی قید و شرط خود نقش ارتقا دهنده بر سلامت جسمانی دارد درمان مبتنی بر شفقتیک سازه مهم با شواهد در حال ظهور در سلامت روان است و نقش محافظتی برای خنثی کردن نشانه‌های سایکوسوماتیک داشته باشد (یو [10]و همکاران، ۲۰۱۸)؛ علاه بر این کیلیک[11] و همکاران (۲۰۲۱) و دوساران وان در ون[12] و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان دادند که این درمان نقش موثری بر کاهش نشانگان سایکوسوماتیک دارد. همچنین طرحواره درمانی برای بیماران مبتلا به علائم روان تنی مزمن امیدوارکننده به نظر می‌رسد. طرحواره درمانی به تشخیص و شناسایی طرحواره های ناسازگار اولیه می‌شود و باعث کاهش میزان عود و افزایش بهبودی بیماری‌های سایکوسوماتیک می‌شود (آسیابان و همکاران، ۲۰۱۷) مطالعات رودیگر و همکاران ، (۲۰۲۰) و پیترز و همکاران ، (۲۰۲۲) و لیهی (۲۰۱۹) نشان دادند طرحواره درمانی به عمیق‌ترین سطح

1 . Psychosomatic disorder
2 . Li
3 . Andrei Efremov
4 . Tomik
5 . Petito
6 . Boecking
7 . Leonidou
8 . Videler
9 . Neff
10 . Yu
11 . Kılıç
12 . Dewsaran-van der Ven

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار داده و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین فردی بیماران را درمان می‌کند (زنس [1]، ۲۰۱۹).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان «موضوعات بسیار پایدار و بادوام، متشکل از خاطرات، احساسات، شناخت‌ها و احساسات بدنی در رابطه با خود و رابطه‌اش با دیگران است که در دوران کودکی ایجاد می‌شود و در طول زندگی فرد توضیح داده می‌شود (پیسکوسکا [2] و استوجک [3]، ۲۰۲۲). مداخلات روانشناختی آگاهی افراد را نسبت به طرحواره‌ها افزایش می‌دهد و توانایی پاسخگویی بیشتر به ذهن و احساس افزایش می‌یابد، اما در مقابل نگاه درمان شفقت محور متفاوت می‌باشد، این درمان بر کاهش تلاش‌های بی‌فایده در کنترل دردها و افزایش مهروورزی و ذهن‌آگاهی تمرکز دارد (تهیمم [4]، ۲۰۱۷). خود شفقتی پایین به واسطه قضاوت‌گری، خود انتقادگری بالا و عدم پذیرش درد و هیجان‌های منفی در مواجهه بافعال سازی طرحواره و هیجان‌های منفی ناشی از آن باعث تشدید آشفتگی‌های روانشناختی شده و در نتیجه این افراد باناسازگاری بیشتری هیجانات خود را مدیریت می‌کند (امیری و همکاران، ۱۴۰۲).

به طور کلی، از آنجایی که روزانه تعداد مراجعه بیماران با نشانه‌های سایکوسوماتیک به کلینیک‌های پزشکی بیشتر شده است و اهمیت آسیب‌ها و هزینه‌های برآمده بر فرد، خانواده و جامعه نقش برجسته‌ای را ایفا می‌کند و همچنین باتوجه به درنظر گرفتن مطالعات شفقت درمانی و طرحواره درمانی در داخل و خارج از کشور بر روی نشانه‌های سایکوسوماتیک انجام شده است، کمبود بررسی مقایسه این دو رویکرد دیده شده است، با توجه به اهمیت این موضوع و فقدان پژوهش‌های مقایسه‌ای این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و طرحواره درمانی بر نشانه‌های سایکوسوماتیک در افراد مبتلا به بیماری‌های جسمانی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به بیماری‌های جسمانی (قلبی-عروقی، گوارشی و نورولوژی) دارای علائم سایکوسوماتیک مراجعه کننده به دو مرکز دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سه ماه اول سال ۱۴۰۲ بود که از بین آنان ۳۶ نفر (۱۲ نفر در گروه درمان متمرکز بر شفقت، ۱۲ نفر در گروه طرحواره درمانی و ۱۲ نفر در گروه گواه) به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن تحصیلات حداقل سیکل، مونث بودن، دارا بودن سن ۲۰ تا ۴۵ سال و کسب نمره ۵۰ به بالا در مقیاس شکایات روان تنی (PCS)، عدم شرکت در دوره‌های موازی درمانی و ملاک‌های خروج شامل عدم مشارکت در فعالیت‌های گروه، داشتن ۲ جلسه غیبت، عدم تعهد نسبت به تمریناتی گروه و انصراف از ادامه پژوهش بود. هر یک از گروه‌های درمانی، در ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار درمان را به صورت گروهی در طول دو ماه دریافت کردند، اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در شروع درمان پیش‌آزمون اجرا و در جلسه پایانی پس‌آزمون اجرا شد. جهت حفظ اصول اخلاقی در پژوهش، همه افراد فرم رضایت آگاهانه را تکمیل و امضاء کردند، در فرم رضایت آگانه اهداف پژوهش و حفظ رازداری شرح داده شده بود؛ همچنین به افراد این اطمینان داده شد که شرکت در این مطالعه اختیاری می‌باشد و افراد هر زمان که مایل باشند، می‌توانند از ادامه درمان انصراف دهند. کلیه مداخلات به صورت گروهی در مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی در مرکز شهر اصفهان برگزار شد، تا حضور در جلسات درمانی برای همه افراد، مسافت یکسانی تحمیل کند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

ابزار سنجش

مقیاس شکایات روان تنی [5](PCS): این مقیاس توسط تاکاتا و ساکاتا (۲۰۰۴) با ۳۰ سوال جهت سنجش شکایات روان‌تنی طراحی شده است. نمره گذاری این مقیاس بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از «هرگز=۰»، «بندرت=۱»، «گاهی اوقات=۳» و «بطور مکرر=۴» می‌باشد، بنابراین دامنه نمرات در این مقیاس بین صفر الی ۹۰ است و نمرات بالاتر نشان دهنده شکایات روان‌تنی بیشتر است. روایی این مقیاس به روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد و ساختار تک عاملی برای آن شناسایی شد که در مجموع ۳۴/۱ درصد از واریانس را تبیین کرد؛ همچنین نتایج روایی واگرا نشان داد که بین نمره این مقیاس و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) ۰/۶۵ محاسبه

1 . Zens
2 . Pyszkowska
3 . Stojek
4 . Thimm
5 . Psychosomatic Complaint Scale (PCS)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

شد که نشان دهنده روایی مطلوب این آزمون است؛ چرا که نمره بالا در پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) نشان دهنده اختلال در سلامت روان است؛ پایایی این آزمون به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه شد (تاکاتا و ساکاتا، ۲۰۰۴). در در پژوهش حاجلو (۱۳۹۱)، روایی محتوایی نسخه ترجمه شده مقیاس شکایات روان تنی توسط دو متخصص (روان شناس) تأیید شد. برای تعیین روایی صوری مقیاس، از ۱۰ دانشجو خواسته شد تا مقیاس شکایات روان تنی را تکمیل و نظر خود را در مورد دشواری فهم سؤالات ارایه دهند. روایی سازه مقیاس نیز با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی بررسی و ساختار تک عاملی آن تایید شد، همچنین در پژوهش حاجلو (۱۳۹۱)، برای بررسی روایی همزمان مقیاس شکایات روان تنی، همبستگی آن با پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) ۰/۶۸ محاسبه شد؛ همچنین پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد. در پژوهش حاضر روایی این ابزار بر اساس نظر ۵ نفر از متخصصان تایید و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ محاسبه شد.

درمان متمرکز بر شفقت (CFT) : این درمان طبق برنامه درمانی گیلبرت (۲۰۱۰) در ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به صورت گروهی اجرا شد، خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت (CFT)

جلسه	محتوا
اول	هدف آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی و در نهایت اجرای پیش آزمون بود.
دوم	هدف توضیح و تشریح مفهوم شفقت بود؛ اینکه شفقت چیست، و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد.
سوم	هدف آشنایی با خصوصیات افراد شفقت ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکالتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریبگرانه، بود.
چهارم	این جلسه شامل یادگیری و تمرین مهر ورزیدن است که یکی از نکات مهم در درمان متمرکز بر شفقت می‌باشد. شرکت کنندگان عباراتی مانند: من احساس امنیت می‌کنم. من با خودم مهربان هستم را در طول جلسه تکرار کردند.
پنجم	هدف ترغیب اعضا به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان شفقت ورز و غیر شفقت ورز بود.
ششم	هدف آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (من جمله: شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) بود.
هفتم	هدف آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، رفتار شفقت ورز، تصویرپردازی شفقت ورز، احساس شفقت ورز و ادراک شفقت ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود-انتقادگر، خود- انتقادشونده و خودشفقت ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت بود.
هشتم	در این جلسه با در نظر گرفتن این نکته که عواطف دارای بعد عاطفی و فیزیکی هستند، بر روی عواطف دشوار مانند: احساس عصبانیت کار شد.
نهم	هدف پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت‌ورز و رفتار شفقت ورز بود.
دهم	در این جلسه به سوالات و ابهامات پاسخ داده شد و در پایان پس آزمون اجرا شد.

طرحواره درمانی (ST)[1]: این درمان طبق برنامه درمانی یانگ[2] و همکاران (۲۰۰۳) در ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای و هفته ای یک‌بار به صورت گروهی اجرا شد، خلاصه جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: طرحواره درمانی (ST)

جلسه	محتوا
اول	اجرای پیش آزمون، مروری بر جلسات و قوانین گروه و انجام توافق‌های لازم آموزش مفهوم طرحواره، طرحواره درمانی، درمان گروهی، برقراری رابطه با اعضای گروه و فراهم سازی زمینه اعتماد در این جلسه انجام شد.
دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش در زمینه بین ارتباط بین طرحواره درمانی و فرایندهای شناختی، پیگیری رابطه درمانی و اعتماد بین اعضا و ارایه تکلیف انجام شد.

1 . Schema therapy (ST)
2 . Young

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارتباط طرحواره با کودک درون، بیان یک مثال از طرحواره ناسازگار و ارائه تکلیف انجام شد.
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناخت و برانگیختن طرحواره‌های اعضای گروه، تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل گیری طرحواره نقش داشته‌اند، کمک به اعضا برای تجربه کردن هیجان‌های مرتبط با طرحواره و ارائه تکالیف انجام شد.
پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آشنا کردن افراد با سبک‌های مقابله، بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای در چند نفر از اعضا برای تجربه کردن هیجان‌های مرتبط با طرحواره در شروع جلسه و سپس ارائه تکلیف انجام شد.
ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آزمون اعتبار طرحواره، جمع‌آوری شواهد عینی تاکید کننده بر طرحواره طی صحبت با اعضای گروه، جمع‌آوری شواهد عینی رد کننده طرحواره تعریف جدید از شواهد تایید کننده طرحواره و سپس ارائه تکلیف انجام شد.
هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای اعضا، تهیه کارت‌های آموزشی طرحواره‌ها و ارائه ارایه تکلیف انجام شد.
هشتم	بررسی تکلیف قبل، به کار بردن روش گفتگو خیالی و گفتگوی طرحواره، توانمندی اعضای گروه برای جنگیدن علیه طرحواره و ارایه تکلیف انجام شد.
نهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، برقراری گفتگو بین طرحواره و جنبه سالم، بررسی فرم ثبت طرحواره، نوشتن نامه به والدین و برقراری گفتگوی خیالی با آن‌ها در جلسه درمان از طریق صندلی خالی، تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی، راهکار هایی برای غلبه بر موانع انجام شد.
دهم	تمرین و مرور جلسات قبل و اجرای پس‌آزمون انجام شد.

یافته ها

در این پژوهش ۳۶ نفر مشارکت داشتند؛ در هر یک از گروه‌ها ۱۲ نفر حضور داشتند. همه افراد شرکت‌کننده در این پژوهش شاغل بودند و محل سکونت آن‌ها شهر اصفهان بود. میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان گروه‌های شفقت درمانی، طرحواره درمانی و گواه به ترتیب ۴/۹۶±۳۹/۵۰، ۵/۹۹±۳۶/۸۳ و ۵/۵۰±۳۸/۳۶ سال بود. میزان تحصیلات در هر یک از گروه‌های شفقت درمانی (سیکل و دیپلم=۶ نفر، کاردانی و کارشناسی=۶ نفر)، طرحواره درمانی (سیکل و دیپلم=۸ نفر، کاردانی و کارشناسی=۴ نفر) و گروه گواه (سیکل و دیپلم= ۵ نفر، کاردانی و کارشناسی= ۷ نفر) بود. وضعیت تاهل در هر یک از گروه‌های شفقت درمانی (مجرد=۵ نفر و متاهل=۷ نفر)، طرحواره درمانی (مجرد=۳ نفر و متاهل=۹ نفر) و گروه گواه (مجرد=۳ نفر و متاهل=۹ نفر) بود. در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه‌ها گزارش شده‌اند. همچنین برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون کالموگروف–اسمیرنف استفاده شد. نتایج غیر معنی‌دار نشانگر نرمال بودن توزیع متغیرها است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه (تعداد:۳۶)

متغیر	مرحله سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون کالموگروف–اسمیرنف	
					آماره	معناداری
نشانه‌های سایکوسوماتیک	پیش آزمون	شفقت درمانی	۵۵/۸۳	۱۱/۰۳	۰/۵۱۵	۰/۹۵۳
		طرحواره درمانی	۵۵/۹۱	۱۰/۹۴	۰/۶۳۰	۰/۸۲۲
		گواه	۵۷/۷۵	۱۱/۶۶	۰/۶۵۹	۰/۷۷۹
	پس آزمون	شفقت درمانی	۴۳/۸۳	۹/۶۲	۰/۶۲۳	۰/۸۳۳
		طرحواره درمانی	۴۷/۱۶	۱۰/۱۴	۰/۴۴۵	۰/۹۸۹
		گواه	۵۵/۲۵	۱۱/۰۴	۰/۶۳۳	۰/۸۱۸

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهند که روند میانگین نمرات در نشانه‌های سایکوسوماتیک در گروه‌های مداخله نسبت به گروه گواه در پس‌آزمون کاهش یافته است. همچنین آماره کالموگروف – اسمیرنف برای متغیر نشانه‌های سایکوسوماتیک معنی‌دار نمی‌باشد، بر این اساس داده‌ها دارای توزیع نرمال است. بر این اساس امکان اجرای آزمون‌های پارامتری وجود دارد، جهت آزمون اثربخشی درمان‌های شفقت و طرحواره بر نشانه‌های سایکوسوماتیک از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد، قبل از اجرا به بررسی پیش‌فرض خطی بودن پرداخته

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

شد، نتایج نشان داد که بین نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های شفقت درمانی (P=۰/۰۰۱، F=۷۲/۵۲۵)، طرحواره درمانی (P=۰/۰۰۰۱، F=۶۱/۴۷۵) و گروه گواه (P=۰/۰۰۱، F=۴/۹۷۴)، رابطه معنادار وجود دارد. با توجه به این یافته‌های معنی‌دار می‌توان نتیجه گرفت که رابطه پیش آزمون و پس آزمون متغیر نشانه‌های سایکوسوماتیک و اضطراب خطی است و بهترین آزمون جهت سنجش اثر مداخلات بر متغیرهای وابسته، تحلیل کوواریانس می‌باشد؛ چراکه با استفاده از این آزمون می‌توان اثر نمرات پیش‌آزمون بر پس آزمون را تعدیل نمود و اثر خالص مداخله بر متغیرهای وابسته را محاسبه کرد. همچنین نتایج پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت که نشان داد تعامل بین شرایط و پیش آزمون معنادار نیست (P<۰/۸۵۲، F=۲/۱۷۳) در نتیجه داده‌ها از همگنی شیب رگرسیون حمایت می‌کند. سپس به منظور بررسی یکسانی واریانس متغیر وابسته از آزمون لوین استفاده شد، نتایج نشان داد که همگونی خطای واریانس‌ها در هر دو گروه همگون است (P=۰/۲۸۱، F=۱/۳۱۹) بر این اساس گروه‌ها قابلیت مقایسه با یکدیگر را دارند. بر این اساس می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده کرد. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نمره پس‌آزمون نشانه‌های سایکوسوماتیک در گروه‌ها

منبع تغییرات	آماره	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون		۲۲۳۲/۰۸۸	۱	۲۲۳۲/۰۸۸	۵۶/۶۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳۹
گروه		۶۲۱/۵۴۶	۱	۶۲۱/۵۴۶	۷/۸۸۳	۰/۰۰۲	۰/۳۳۰
خطا		۱۲۶۱/۴۹۶	۳۲	۳۹/۴۲۲			

همانطور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، تحلیل کوواریانس پس آزمون نمره نشانه‌های سایکوسوماتیک پس از تعدیل پیش آزمون، نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره پیش آزمون، اثر مداخلات بر نمره پس آزمون معنادار است (P=۰/۰۰۱، F=۵۶/۶۲۱). اندازه اثر ۰/۶۳۹ نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه متوسط است. برای بررسی اینکه میانگین کدام یک از گروه‌ها در پس آزمون نشانه‌های سایکوسوماتیک کمتر است در جدول ۵ میانگین‌های تصحیح شده گزارش شده است. لازم به ذکر است که جهت مقایسه زوجی از تصحیح بنفرونی برای برآورد میانگین‌ها استفاده شد.

جدل ۵: میانگین‌های برآورد شده نشانه‌های سایکوسوماتیک در گروه‌ها با آزمون بن‌فرونی

گروه	میانگین	مقایسه زوجی	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
شفقت درمانی	۴۴/۳۲۳	شفقت با طرحواره	۳/۲۷۲	۲/۵۶۳	۰/۶۳۳
طرحواره درمانی	۴۷/۵۹۴	شفقت با گواه	۱۰/۰۱۱	۲/۵۷۰	۰/۰۰۱
گواه	۵۴/۳۳۴	طرحواره با گواه	۶/۷۳۹	۲/۵۶۹	۰/۰۴۰

نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که نمره پس آزمون نشانه‌های سایکوسوماتیک گروه‌های شفقت درمانی (۴۴/۳۲۳)، طرحواره درمانی (۴۷/۵۹۴) و گواه (۵۴/۳۳۴) بود. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که نمره پس آزمون گروه شفقت درمانی با طرحواره درمانی تفاوت معناداری ندارد (۰/۶۳۳=مقدار معناداری). اما نمره پس از آزمون گروه طرحواره درمانی نسبت به گروه گواه (P=۰/۰۰۱) و گروه شفقت درمانی نسبت به گروه گواه (P=۰/۰۴۰) کمتر بود (P<۰/۰۵). در واقع هر دو مداخله منجر به کاهش نشانه‌های سایکوسوماتیک شده‌اند، اما تفاوت معناداری بین این دو وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و طرحواره درمانی بر نشانه‌های سایکوسوماتیک در افراد مبتلا به بیماری‌های جسمانی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت با کاهش نشانه‌های سایکوسوماتیک در گروه مداخله همراه بوده است؛ نتیجه حاضر با مطالعات کیلیک و همکاران (۲۰۲۱)، یو و همکاران (۲۰۱۸) و و دوساران وان در ون و همکاران (۲۰۱۸)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

همسو بود. در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش نشانه‌های سایکوسوماتیک می‌توان گفت، با توجه به اینکه این درمان بر سه مولفه اصلی شفقت به خود کار می‌کند می‌تواند نقش موثری بر بهبود وضعیت روانشناختی افراد داشته باشد. مولفه اول این درمان، افزایش خودمهربانی است که در جلسات درمانی به آن پرداخته شد. مولفه دیگر این درمان، افزایش اشتراکات انسانی است، با توجه به اینکه بیماری همیشه به عنوان یک ضعف و ناکارآمدی شناخته می‌شود، اجرای این مداخله به بیماران کمک می‌کند که بیماری و وضعیت جسمانی خود را یک عامل منفی ارزیابی نکنند و خود را از دیگران منزوی نکنند؛ بلکه به این باور برسند که بیماری یک اشتراک انسانی و تجربه درد همگانی است (چیستوپلوسکایا [1]و همکاران، ۲۰۲۰). در مولفه سوم بر تمرین‌های ذهن آگاهی تمرکز شد، همان‌طور که در جلسات درمانی به آن پرداخته شده است، افراد با انجام این تمرین‌ها از باورها و احساسات خود فاصله گرفته و با کاهش همجوشی، ارزیابی‌های ذهنی را کنار گذاشته و احساسات و باورهای خود نسبت به بیماری را فقط یک احساس و باور گذرا در نظر گرفتند (نف، ۲۰۲۲).

نتایج دیگر پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی با کاهش نشانه‌های سایکوسوماتیک در گروه مداخله همراه بوده است؛ نتیجه حاضر با مطالعات رودیگر و همکاران (۲۰۲۰)، پیترز و همکاران (۲۰۲۲) و لیهی (۲۰۱۹) همسو بود. در تبیین می‌توان گفت که طرحواره‌ها نقش موثری بر تقسیم‌بندی اطلاعات به دو دسته "خوب" و "بد" دارند، در واقع وجود طرحواره‌های فعال منجر به تعبیر نادرست رویدادهای به‌هنجار به رویدارهای فاجعه آمیز و غیرقابل تحمل می‌شوند؛ در واقع منشاء بسیاری از اختلالات روانشناختی در همین مسئله می‌باشد. در مورد نمونه این مطالعه، می‌توان گفت که بیماری یک موضوع همگانی می‌باشد که هر انسانی در مسیر زندگی خود تجربه می‌کند، اما وجود طرحواره‌های همچون نقص، استحقاق و ... می‌تواند برداشت فرد را از بیماری به یک اتفاق فاجعه آمیز و وجود یک نقص جدی تبدیل کند. در رویکرد طرحواره درمانی مداخلات در سه بخش شناختی، هیجانی و رفتاری اعمال می‌شود (دیک[2]، ۲۰۲۲). در گام اول هدف شناسایی طرحواره‌ها، ذهنیت‌ها و راهبردهای مقابله‌ای می‌باشد. در این بخش افراد به خودآگاهی شناختی می‌رسند و نسبت به طرحواره ناسازگار خود و شیوه پاسخ‌دهی به آن آگاه می‌شوند. در بخش مداخلات هیجانی و رفتاری، یا ارائه تکنیک‌های به بیماران کمک شد تا بتوانند کنترل بیشتری بر فعال‌سازی طرحواره و ارائه پاسخ‌های منطقی در موقعیت‌های وابسته به بیماری خود داشته باشند (آرنتوز [3]و همکاران، ۲۰۲۱).

در نهایت، نتایج پژوهش نشان داد که بین طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت بر نشانه‌های سایکوسوماتیک تفاوت وجود ندارد و هر دو درمان به یک اندازه موثر بوده‌اند. در بررسی پیشینه، پژوهشی یافت نشد که به مقایسه این دو مداخله بر نشانه‌های سایکوسوماتیک بپردازد، بر این اساس مقایسه این یافته با پیشینه با محدودیت همراه است. در تبیین می‌توان می‌توان گفت که افراد با شرکت در شفقت درمانی با ایجاد فاصله عاطفی ایمن، حس مهربانانه را در خود درونی می‌کنند و رویدادهای نامطلوب و نشخوارهای مخرب را با استفاده از مهرورزی و همچنین با پرورش احساس مسولیت در مقابل نیازهای خود تعدیل می‌کنند؛ این مداخله باعث می‌شود درک واقع بینانه‌تری از رویدادها به‌دست می‌آورند و در نتیجه به کاهش مشکلات روانشناختی می‌انجامد (یاکان[4]و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین طرحواره درمانی با ارائه مداخلات شناختی، هیجانی و رفتاری باعث افزایش خودآگاهی افراد نسبت به طرحواه‌ها و پاسخ‌های آن‌ها می‌شود؛ در نتیجه با افزایش این خودآگاهی وضعیت روانشناختی افراد بهبود می‌یابد (فاستینو [5]و همکاران، ۲۰۲۰). در مجموع می‌توان گفت که هر یک از مداخلات درمانی به واسطه افزایش خودآگاهی و بینش و بهبود یک‌سری سازوکارهای روانشناختی می‌توانند به بهبود وضعیت روانشناخی افراد کمک کنند (عمادی فروهمکاران، ۱۴۰۱).

به‌طور کلی می‌توان گفت نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی دو مداخله شفقت درمانی و طرحواره درمانی بر نشانه‌های سایکوسوماتیک در بیماران جسمانی می‌باشد. در مجموع می‌توان گفت که بین اثربخشی دو درمان تفاوت معناداری وجود ندارد و هر دو تقریبا به یک اندازه بر کاهش نشانه‌های سایکوسوماتیک موثر بوده‌اند.

در رابطه با محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت پژوهش حاضر روی زنان ۳۰ تا ۴۰ سال مبتلا به نشانه‌های سایکوسوماتیک شهر اصفهان اجرا شد، بنابراین برای تعمیم نتایج به سایر افراد و گروه‌های سنی دیگر می‌بایست احتیاط شود. نمونه این مطالعه به‌صورت هدفمند

1 . Chistopolskaya
2 . Dick
3 . Arntz
4 . Yakın
5 . Faustino

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

انتخاب شد، بنابراین می‌بایست در تعمیم نتایج به این مورد توجه شود. همچنین یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه عدم اجرای آزمون پیگیری بود، بنابراین نمی‌توان در مورد ثبات نتایج، اطمینان کسب کرد. پیشنهاد می‌شود اثر بخشی این درمان بر روی سایر گروه‌های سنی و مردان انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات طولی مشابه‌ای در مورد اثر بخشی این دو درمان بر بهبود نشانه‌های سایکوسوماتیک در طول زمان انجام گیرد. در زمینه کاربردی اجرای مداخلات درمانی طرحواره درمانی و شفقت درمانی در بیماران جسمانی با نشانه‌های سایکوسوماتیک در سایر مراکز درمانی پیشنهاد می‌شود.

منابع

امیری پیجاکلایی، الف.، اکبری، م.، محمدخانی، ش.، و حسنی، ج. (۱۴۰۲). ارزیابی مقدماتی بسته آموزشی فراتشخیصی مبتنی بر مدل مبتنی بر طرحواره درمانی، خودشفقتی و تنظیم هیجان در رفتارهای مرتبط با سلامت قلب. *روانشناسی بالینی و شخصیت، ۲۱* (۱)، ۱-۱۸. https://cpap.shahed.ac.ir/article_4117.html

حاجلو، ن. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا در بین دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی. *تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰* (۳)، ۲۱۲-۲۰۴. http://rbs.mui.ac.ir/article-1-258-fa.html

عمادی فر، ف.، فلاح یخدانی، م.، وزیری یزدی، س.، و چابکی نژاد، ز. (۱۴۰۱). طرحواره درمانی و درمان متمرکز برشفقت و ارزیابی اثر بخشی آن بر دلزدگی زناشویی زنان. *فصل نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۳* (۴)، ۹۱-۱۰۸. https://doi.org/10.22059/JAPR.2023.329307.64395

Arntz, A., Rijkeboer, M., Chan, E., Fassbinder, E., Karaosmanoglu, A., Lee, C. W., & Panzeri, M. (2021). Towards a reformulated theory underlying schema therapy: Position paper of an international workgroup. *Cognitive Therapy and Research*, 1-14 https://doi.org/10.1007/s10608-021-10209-5

Bahremand, M., Shahbazirad, A., Moradi, G., & Zokaei, A. (2021). An investigation of pain intensity patterns and psychosomatic symptoms among the cardiac patients admitted to an Iranian hospital. *Caspian Journal of Internal Medicine*, *12*(2), 167. https://doi.org/10.22088/cjim.12.2.167

Boecking, B., Biehl, R., Brueggemann, P., & Mazurek, B. (2021). Health-related quality of life, depressive symptoms, anxiety, and somatization symptoms in male and female patients with chronic tinnitus. *Journal of clinical medicine*, *10*(13), 2798. https://doi.org/10.3390/jcm10132798

Chistopolskaya, K. A., Osin, E. N., Enikolopov, S. N., Nikolaev, E. L., Mysina, G. A., & Drovosekov, S. E. (2020). The Concept of Self-compassion: a Russian Adaptation of the Scale by Kristin Neff. *Cultural-Historical Psychology*, *16*(4), 35-48. DOI: https://doi.org/10.17759/chp.2020160404

Dewsaran-van der Ven, C., van Broeckhuysen-Kloth, S., Thorsell, S., Scholten, R., De Gucht, V., & Geenen, R. (2018). Self-compassion in somatoform disorder. *Psychiatry research*, *262*, 34-39. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.013

Efremov, A. (2020). Some aspects of the use of Hypnotherapy and Dehypnosis for the remission of psychosomatic diseases. *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research*| *Oct-Dec*, *10*(4), 159. https://elibrary.ru/item.asp?id=46970063

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), 442. https://doi.org/10.4081/ripppo.2020.442

Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, *3*(2), 97-112. https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.97
https://doi.org/10.17759/chp.2020160404

Kılıç, A., Hudson, J., McCracken, L. M., Ruparelia, R., Fawson, S., & Hughes, L. D. (2021). A systematic review of the effectiveness of self-compassion-related interventions for individuals with chronic physical health conditions. *Behavior Therapy*, *52*(3), 607-625. https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.08.001

Leahy, R. L. (2019). Introduction: Emotional schemas and emotional schema therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, *12*(1), 1-4. https://doi.org/10.1007/s41811-018-0038-5

Leonidou, C., Panayiotou, G., Bati, A., & Karekla, M. (2019). Coping with psychosomatic symptoms: The buffering role of psychological flexibility and impact on quality of life. *Journal of health psychology*, *24*(2), 175-187. https://doi.org/10.1177/1359105316666657

Li, L., Peng, T., Liu, R., Jiang, R., Liang, D., Li, X., ... & Yuan, Y. (2020). Development of the psychosomatic symptom scale (PSSS) and assessment of its reliability and validity in general hospital patients in China. *General Hospital Psychiatry*, *64*, 1-8. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.01.008

Neff, K. D. (2022). The differential effects fallacy in the study of self-compassion: Misunderstanding the nature of bipolar continuums. *Mindfulness*, *13*(3), 572-576 https://doi.org/10.1007/s12671-022-01832-8

Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*, *74*, 193-218. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, *61*(3), 579-597. https://doi.org/10.1111/bjc.12324

Petito, A., Piazzoli, A., Altamura, M., Bellomo, A., Bernardini, F., Scarponi, L., & Porcelli, P. (2020). Psychosomatic syndromes and symptom severity in chronic psoriasis. *Clinical Neuropsychiatry*, *17*(4), 209. https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20200402

Pyszkowska, A., & Stojek, M. M. (2022). Early Maladaptive Schemas and Self-Stigma in People with Physical Disabilities: The Role of Self-Compassion and Psychological Flexibility. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(17), 10854. https://doi.org/10.3390/ijerph191710854

Roediger, E., Zarbock, G., Frank-Noyon, E., Hinrichs, J., & Arntz, A. (2020). The effectiveness of imagery work in schema therapy with couples: A clinical experiment comparing the effects of imagery rescripting and cognitive interventions in brief schema couples therapy. *Sexual and Relationship Therapy*, *35*(3), 320-337. https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1529411

Sayyar Khesmakhi, S., Goli, F., Omidi, A., Eduard Scheidt, C., & Givehki, R. (2019). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychosomatic symptoms and mindfulness in patients with psychosomatic disorders. *Practice in Clinical Psychology*, *7*(2), 79-86. http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-639-en.html

SeyedAsiaban, S., Manshaee, G. R., & Askari, P. (2017). Compare the effectiveness of schema therapy and mindfulness on psychosomatic symptoms in people with substance abuse stimulants. *Scientific Quarterly Research on Addiction*, *10*(40), 181-199. http://etiadpajohi.ir/article-1-1256-en.html

Shaida, B., & Arzoo, S. (2022). Role of Bioactive Components in Psychosomatic Disorders. In *Bioactive Components: A Sustainable System for Good Health and Well-Being* (pp. 211-223). https://doi.org/10.1007/978-981-19-2366-1_13

Takata, Y., & Sakata, Y. (2004). Development of a psychosomatic complaints scale for adolescents. *Psychiatry and clinical neurosciences*, *58*(1), 3-7. https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2004.01184.x

Thimm, J. C. (2017). Relationships between early maladaptive schemas, mindfulness, self-compassion, and psychological distress. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *17*(1), 3-17. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56049624001

Tomik, M., Chojowski, K., Steuer, P., Janik, W., Nowak, P., Wilk, K., ... & Kuszewski, M. Psychosomatic disorders and their impact on the muscular system: Analysis of the phenomenon and practical implications for the physiotherapist. *Physiotherapy Review*, *26*(1), 5-12. https://doi.org/10.5114/phr.2022.114578

Videler, A. C., van Royen, R. J., Legra, M. J., & Ouwens, M. A. (2020). Positive schemas in schema therapy with older adults: clinical implications and research suggestions. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *48*(4), 481-491. https://doi.org/10.1017/S1352465820000077

Yakın, D., Gençöz, T., Steenbergen, L., & Arntz, A. (2019). An integrative perspective on the interplay between early maladaptive schemas and mental health: The role of self-compassion and emotion regulation. *Journal of clinical psychology*, *75*(6), 1098-1113. https://doi.org/10.1002/jclp.22755

Yu, N. X., Chan, J. S., Ji, X., Wan, A. H., Ng, S. M., Yuen, L. P., ... & Chan, C. H. (2019). Stress and psychosomatic symptoms in Chinese adults with sleep complaints: Mediation effect of self-compassion. *Psychology, health & medicine*, *24*(2), 241-252. https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1546014

Zens, C. (2019). Schema therapy for psychosomatic disorders. *Therapeutische Umschau. Revue Therapeutique*, *76*(5), 239-246. https://doi.org/10.1024/0040-5930/a001094

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]