

مقایسه اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و طرحواره‌درمانی بر پریشانی روان‌شناختی در زنان دارای طلاق عاطفی

تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۶/۰۱/۰۱

تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۵/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۱۶

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۵/۰۷

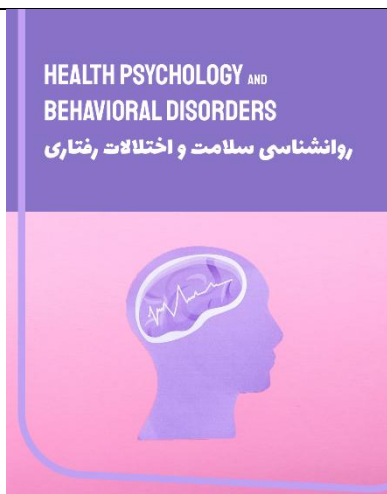
تاریخ ارسال: ۱۴۰۵/۰۲/۱۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و طرحواره‌درمانی بر پریشانی روان‌شناختی زنان دارای طلاق عاطفی انجام شد. این پژوهش کاربردی با طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون، گروه کنترل و پیگیری دوماهه انجام شد. جامعه آماری شامل زنان دارای طلاق عاطفی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناسی منطقه ۱ تهران در نیمه نخست سال ۱۴۰۴ بود. از میان افراد واجد شرایط، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و پس از همتاسازی، به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری شامل درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت، طرحواره‌درمانی و کنترل جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه طلاق عاطفی و پرسشنامه ۱۰ ماده‌ای پریشانی روان‌شناختی کسلر بود. گروه روان‌پویشی کوتاه‌مدت ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه طرحواره‌درمانی هشت جلسه دوساعته دریافت کردند و گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ تحلیل شدند. نتایج نشان داد اثر گروه ($F = 21.46, p < .001, \eta^2 = .511$)، اثر زمان ($F = 47.26, p < .001, \eta^2 = .529$) و اثر تعاملی زمان $\times$ گروه ($F = 11.78, p < .001, \eta^2 = .359$) بر پریشانی روان‌شناختی معنادار بود. در پس‌آزمون، هر دو درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت ($MD = -6.15, p < .001$) و طرحواره‌درمانی ($MD = -3.57, p < .001$) در مقایسه با گروه کنترل موجب کاهش معنادار پریشانی روان‌شناختی شدند. همچنین، درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در پس‌آزمون نسبت به طرحواره‌درمانی اثربخشی بیشتری داشت ($MD = -2.58, p = .027$). در مرحله پیگیری نیز هر دو گروه مداخله نسبت به کنترل برتری معناداری داشتند ($p < .001$)، اما تفاوت میان دو درمان معنادار نبود ($MD = -1.72, p = .186$). هر دو درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و طرحواره‌درمانی در کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان دارای طلاق عاطفی مؤثر و دارای اثر پایدار بودند؛ با این حال، درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در کوتاه‌مدت اثربخشی بیشتری نشان داد.

کلیدواژگان: درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت؛ طرحواره‌درمانی؛ پریشانی روان‌شناختی؛ طلاق عاطفی؛

زنان



مهرزها ذبیحی فرد^۱، طاهره رنجبری پور^{۲*}، مرضیه غلامی توران پشته^۳

۱. گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. گروه روان‌شناسی بالینی و سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۳. گروه روان‌شناسی، واحد شهربابک، دانشگاه آزاد اسلامی، شهربابک، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول:

ta.ranbaripour@iaau.ac.ir

شیوه استناددهی: ذبیحی فرد، مهرزها، رنجبری پور، طاهره، و غلامی توران پشته، مرضیه. (۱۴۰۶). مقایسه اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی-رفتاری بر شدت درد و ناگویی هیجانی در بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژیا. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*. ۵(۱)، ۱-۲۰.

Comparison of the Effectiveness of Short-Term Psychodynamic Therapy and Schema Therapy on Psychological Distress in Women Experiencing Emotional Divorce

Submit Date:
2026-05-03

Revise Date:
2026-07-29

Accept Date:
2026-08-07

Initial Publish Date:
2026-08-19

Final Publish Date:
2027-03-21

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of short-term psychodynamic therapy and schema therapy in reducing psychological distress among women experiencing emotional divorce. This applied study used a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group and a two-month follow-up. The statistical population consisted of women experiencing emotional divorce who attended counseling and psychology clinics in District 1 of Tehran during the first half of 2025. Forty-five eligible participants were selected through purposive sampling and, after matching, randomly assigned to three groups of 15: short-term psychodynamic therapy, schema therapy, and control. Data were collected using the Emotional Divorce Questionnaire and the 10-item Kessler Psychological Distress Scale. The short-term psychodynamic group received 15 sessions of 90 minutes, while the schema therapy group received eight two-hour sessions; the control group remained on a waiting list. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance and Bonferroni post hoc tests in SPSS version 28. The results showed significant effects of group ($F = 21.46, p < .001, \eta^2 = .511$), time ($F = 47.26, p < .001, \eta^2 = .529$), and the time $\times$ group interaction ($F = 11.78, p < .001, \eta^2 = .359$) on psychological distress. At posttest, both short-term psychodynamic therapy ($MD = -6.15, p < .001$) and schema therapy ($MD = -3.57, p < .001$) significantly reduced psychological distress compared with the control group. Short-term psychodynamic therapy was also significantly more effective than schema therapy at posttest ($MD = -2.58, p = .027$). At follow-up, both interventions remained significantly superior to the control condition ($p < .001$), whereas the difference between the two active treatments was not significant ($MD = -1.72, p = .186$). Both short-term psychodynamic therapy and schema therapy were effective and sustained interventions for reducing psychological distress among women experiencing emotional divorce; however, short-term psychodynamic therapy produced a greater immediate effect.

Keywords: Short-Term Psychodynamic Therapy; Schema Therapy; Psychological Distress; Emotional Divorce; Women.

HEALTH PSYCHOLOGY AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری



Mehrzahra Ranjbaripour^{2*}, Zabihifard¹, Marzieh Tahereh Gholami Touranposhti³

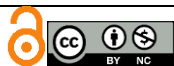
1. Department of Psychology, SR.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Department of Clinical and Health Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.

3. Department of Psychology, ShB.C., Islamic Azad University, Shahrababak, Iran.

*Corresponding Author's Email:
ta.ranjbaripour@iau.ac.ir

How to cite: Zabihifard, M., Ranjbaripour, T., & Gholami Touranposhti, M. (2027). Comparison of the Effectiveness of Short-Term Psychodynamic Therapy and Schema Therapy on Psychological Distress in Women Experiencing Emotional Divorce. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 5(1), 1-20.



خانواده یکی از بنیادی‌ترین نهادهای اجتماعی است که کیفیت عملکرد آن می‌تواند بر سلامت روانی اعضا، ثبات روابط بین‌فردی و سازگاری اجتماعی اثرگذار باشد. در این میان، رابطه زناشویی به‌عنوان هسته اصلی ساختار خانواده، زمانی می‌تواند نقش حمایتی و تنظیم‌کننده خود را ایفا کند که بر تعامل عاطفی، صمیمیت، اعتماد، احترام متقابل، رضایت و توانایی سازنده زوجین در مدیریت تعارض‌ها استوار باشد. با این حال، همه ازدواج‌ها در طول زمان از چنین کیفیتی برخوردار نمی‌مانند و در برخی روابط، تداوم تعارض‌های حل‌نشده، کاهش صمیمیت، ضعف ارتباط عاطفی، ناکامی در برآورده شدن نیازهای روان‌شناختی و افت رضایت زناشویی می‌تواند زمینه ایجاد فرسودگی و فاصله عاطفی میان زوجین را فراهم سازد. یافته‌ها نشان داده‌اند که ناکامی در ارضای نیازهای بنیادی روان‌شناختی و اختلال در صمیمیت می‌تواند با دلزدگی زناشویی زنان ارتباط داشته باشد و فرایند تدریجی تضعیف رابطه را تسریع کند (Daneshmandi & Zakeri, 2021). همچنین، اسنادهای ناکارآمد در روابط زوجین و دلزدگی زناشویی، به‌ویژه هنگامی که ظرفیت بخشش زناشویی کاهش می‌یابد، می‌توانند کیفیت تعامل زوجین را به‌طور جدی تحت تأثیر قرار دهند (Nazeran et al., 2023). بنابراین، اختلال در رابطه زوجین لزوماً به جدایی رسمی منجر نمی‌شود و ممکن است رابطه از نظر حقوقی و ساختاری ادامه یابد، در حالی که پیوند عاطفی میان دو طرف به‌شدت تضعیف شده باشد.

یکی از مفاهیم مهم در تبیین چنین وضعیت‌هایی، «طلاق عاطفی» است. طلاق عاطفی به وضعیتی اشاره دارد که در آن زوجین اگرچه ممکن است همچنان در یک زندگی مشترک و زیر یک سقف حضور داشته باشند، اما پیوند عاطفی، صمیمیت، تعلق، تعامل سازنده و احساس مشارکت روان‌شناختی میان آنان به میزان قابل‌توجهی کاهش یافته است. در چنین شرایطی، ظاهر خانواده ممکن است حفظ شود، اما رابطه زناشویی از درون با نوعی گسست هیجانی و ارتباطی مواجه می‌شود. پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه طلاق عاطفی نشان داده‌اند که عوامل متعددی در شکل‌گیری و تداوم آن نقش دارند. برای نمونه، کیفیت استفاده از فضای مجازی می‌تواند از طریق تغییر در مرزهای خانواده و کاهش رضایت زناشویی با طلاق عاطفی ارتباط داشته باشد (Mahdizadeh, 2020). همچنین، ویژگی‌های شخصیتی، سبک‌های حل تعارض و دلزدگی زناشویی از جمله عوامل مهم مرتبط با طلاق عاطفی گزارش شده‌اند و مدل‌های ساختاری نشان داده‌اند که تعامل این متغیرها می‌تواند به افزایش فاصله عاطفی میان زوجین بینجامد (Sadeghkhani et al., 2023). از سوی دیگر، رضایت جنسی نیز در رابطه میان برخی ویژگی‌های شخصیتی و طلاق عاطفی نقش واسطه‌ای دارد و نشان می‌دهد که کیفیت روابط صمیمانه می‌تواند در حفظ یا تضعیف پیوند زناشویی نقشی اساسی ایفا کند (Mosaddegh et al., 2023).

طلاق عاطفی را می‌توان پدیده‌ای چندبعدی دانست که صرفاً با کاهش علاقه میان زوجین تعریف نمی‌شود، بلکه ممکن است با کاهش گفت‌وگو، افزایش انتقاد و سرزنش، کناره‌گیری هیجانی، کاهش حمایت متقابل، افت صمیمیت و افزایش احساس تنهایی در بستر زندگی مشترک همراه باشد. از این منظر، طلاق عاطفی ممکن است مرحله‌ای پیش از طلاق رسمی یا وضعیتی مزمن باشد که برای مدت طولانی ادامه پیدا می‌کند. نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات زوج‌درمانی می‌توانند بر برخی پیامدهای مرتبط با میل به طلاق و دلزدگی زناشویی اثرگذار باشند؛ به‌طور مثال، مشاوره زناشویی مبتنی بر روش گاتمن توانسته است میل به طلاق و دلزدگی زناشویی را در زنان متأهل متمایل به طلاق کاهش دهد (Padash et al., 2020). این یافته‌ها اهمیت مداخلات روان‌شناختی را در مراحل پیش از فروپاشی رسمی رابطه نشان می‌دهند. با این حال، در طلاق عاطفی، مسئله تنها حفظ ساختار ازدواج نیست، بلکه توجه به پیامدهای روان‌شناختی ناشی از تجربه طولانی‌مدت فقدان صمیمیت و تعارض مزمن نیز اهمیت دارد.

یکی از مهم‌ترین پیامدهایی که می‌تواند در زنان دارای طلاق عاطفی بروز یابد، پریشانی روان‌شناختی است. پریشانی روان‌شناختی مفهومی نسبتاً گسترده است که تجربه هم‌زمان یا متناوب حالات ناخوشایندی همچون اضطراب، افسردگی، تنش، ناامیدی، بی‌قراری، خستگی روانی و کاهش احساس کنترل بر زندگی را در بر می‌گیرد. این وضعیت ممکن است در نتیجه مواجهه با فشارهای مزمن بین‌فردی و عاطفی ایجاد یا تشدید شود. شواهد حاصل از مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد که گسست‌های عاطفی و شکست در روابط رمانتیک می‌تواند آسیب‌پذیری افراد را

نسبت به اختلالات و مشکلات هیجانی افزایش دهد (Rezapour et al., 2021). در زنان دارای طلاق عاطفی، این مسئله ممکن است پیچیده‌تر باشد، زیرا فرد نه با پایان روشن یک رابطه، بلکه با ادامه رابطه‌ای مواجه است که از نظر عاطفی کارکرد پیشین خود را از دست داده است. چنین وضعیت مبهم و مزمونی می‌تواند احساس درماندگی و بلاتکلیفی را افزایش داده و زمینه‌ساز استمرار پریشانی روان‌شناختی شود. اهمیت توجه به پریشانی روان‌شناختی تنها به کاهش کیفیت زندگی محدود نیست. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پریشانی می‌تواند در شبکه پیچیده‌ای از مشکلات سلامت روان نقش داشته باشد و ارتباط آن با پیامدهای جدی‌تر، از جمله افکار و رفتارهای خودآسیب‌رسان، اهمیت مداخله زودهنگام را برجسته می‌کند. تحلیل شبکه‌ای رابطه پریشانی و خودکشی‌گرایی نشان داده است که برخی علائم می‌توانند به‌عنوان پل ارتباطی میان این دو حوزه عمل کنند و از این رو، کاهش پریشانی روان‌شناختی می‌تواند در پیشگیری از تشدید مشکلات سلامت روان اهمیت بالینی داشته باشد (Junus & Yip, 2023). همچنین، مطالعات داخلی نیز نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی و مشاوره‌ای می‌توانند پریشانی روان‌شناختی مرتبط با تجربه شکست عاطفی را کاهش دهند؛ برای نمونه، مشاوره با رویکرد اسلامی در دانشجویان دختر دارای تجربه شکست عشقی با کاهش پریشانی روان‌شناختی همراه بوده است (Koohi & Alivandi Vafa, 2022). بنابراین، انتخاب مداخله‌ای مؤثر برای زنان دارای طلاق عاطفی، به‌ویژه با تمرکز بر کاهش پریشانی روان‌شناختی، از اهمیت بالینی و کاربردی قابل‌توجهی برخوردار است. یکی از رویکردهای مهم برای درمان مشکلات هیجانی و بین‌فردی، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت است. این رویکرد ریشه در اصول روان‌پویشی دارد، اما در مقایسه با درمان‌های تحلیلی سنتی، ساختاری فعال‌تر، هدفمندتر و متمرکزتر بر تعارض‌های هیجانی کنونی دارد. در الگوی دوانلو، درمانگر تلاش می‌کند با شناسایی و به چالش کشیدن دفاع‌های ناکارآمد، دسترسی بیمار به هیجان‌های سرکوب‌شده را تسهیل کند و تعارض‌های ناهشیار مرتبط با روابط گذشته و حال را به سطح تجربه آگاهانه بیاورد (Davanloo, 1995). در این چارچوب، علائم روان‌شناختی صرفاً به‌عنوان مجموعه‌ای از نشانه‌ها تلقی نمی‌شوند، بلکه می‌توانند بازتاب تعارض‌های هیجانی حل‌نشده، اضطراب و استفاده مکرر از مکانیسم‌های دفاعی باشند. از این رو، کاهش پریشانی از طریق افزایش تحمل هیجان، مواجهه با احساسات سرکوب‌شده و اصلاح الگوهای دفاعی دنبال می‌شود.

شواهد پژوهشی متعددی از کارآمدی درمان‌های روان‌پویشی کوتاه‌مدت در مشکلات مختلف حمایت کرده‌اند. در یک مطالعه درباره اختلال اضطراب فراگیر، روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت با بهبود علائم و پیامدهای بالینی همراه بود و فرایندهای درمانی مرتبط با مواجهه با هیجان‌ها و دفاع‌ها نیز در نتایج نقش داشتند (Lilliengren et al., 2017). همچنین، یک کارآزمایی تصادفی‌شده در افراد دارای درد شکمی نشان داد که درمان پویشی کوتاه‌مدت و مداخلات درمانگر می‌تواند در بهبود پیامدهای روان‌تنی و روان‌شناختی نقش داشته باشند (Town et al., 2017). در یک مطالعه داخلی نیز درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت موجب کاهش پریشانی روان‌شناختی و علائم روان‌تنی در بیماران دارای اختلال عملکرد گوارشی و تیپ شخصیتی D شد (Bakhshi Bajestani et al., 2021). افزون بر این، مشاوره با جهت‌گیری روان‌پویشی در دانشجویانی که برای دریافت کمک مراجعه کرده بودند، با کاهش معنادار پریشانی روان‌شناختی همراه بوده است (Cerutti et al., 2022). این مجموعه یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخلات پویشی کوتاه‌مدت ظرفیت مناسبی برای کاهش علائم مرتبط با اضطراب، افسردگی، تنش و پریشانی دارند.

پژوهش‌های جدیدتر نیز جایگاه درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت را در درمان مشکلات هیجانی تقویت کرده‌اند. مرور نظام‌مند انجام‌شده درباره افزودن روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت به دارودرمانی در اختلالات افسردگی نشان داده است که این رویکرد می‌تواند در برخی شرایط بالینی مکمل مفیدی برای درمان‌های رایج باشد (Di Salvo et al., 2024). همچنین، فراتحلیل داده‌های فردی درباره روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت برای افسردگی، اثربخشی این درمان و نقش تعدیل‌گر برخی ویژگی‌های فردی و بالینی را مورد تأیید قرار داده است (Wienicke et al., 2023). در یک گزارش موردی نیز روان‌درمانی کوتاه‌مدت در فرد دارای اختلال اضطراب فراگیر و ناگویی هیجانی با بهبود در پردازش هیجانی و علائم همراه بود (Wang et al., 2024). همچنین، مطالعه D*Phase با مقایسه روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت و درمان شناختی-رفتاری

برای اختلال افسردگی اساسی، بر اهمیت بررسی تطبیقی درمان‌های کوتاه‌مدت در شرایط بالینی تأکید کرده است (Dijk, 2025). در همین راستا، یک کارآزمایی بالینی دیگر نیز اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت و درمان شناختی-رفتاری را در بیماران سرپایی مبتلا به افسردگی اساسی مقایسه کرده و نشان داده است که ارزیابی مستقیم رویکردهای درمانی برای تصمیم‌گیری بالینی اهمیت اساسی دارد (Malkomsen et al., 2025). این شواهد از ضرورت مقایسه مستقیم درمان‌های دارای مبانی نظری متفاوت در جمعیت‌های بالینی خاص حمایت می‌کنند. در کنار رویکرد روان‌پویشی، طرحواره‌درمانی یکی دیگر از درمان‌هایی است که می‌تواند در زنان دارای مشکلات مزمن زناشویی و هیجانی سودمند باشد. طرحواره‌درمانی توسط یانگ و همکاران بر پایه تلفیقی از مفاهیم شناختی، رفتاری، دلبستگی، گشتالت و روان‌پویشی تدوین شد و بر نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در شکل‌گیری و استمرار مشکلات روان‌شناختی تأکید دارد (Young et al., 2003). طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای فراگیر و نسبتاً پایداری از خاطرات، شناخت‌ها، هیجان‌ها و احساسات بدنی هستند که غالباً در نتیجه ارضا نشدن نیازهای هیجانی بنیادی در دوران رشد شکل می‌گیرند و در موقعیت‌های مشابه دوران بزرگسالی فعال می‌شوند. زمانی که این طرحواره‌ها در روابط صمیمانه فعال می‌شوند، می‌توانند برداشت فرد از خود، همسر و رابطه را تحت تأثیر قرار داده و پاسخ‌های هیجانی و رفتاری ناسازگار را تقویت کنند.

در صورت‌بندی‌های جدیدتر طرحواره‌درمانی، مفهوم «ذهنیت‌های طرحواره‌ای» جایگاه مهمی یافته است. ذهنیت‌های طرحواره‌ای به حالت‌های موقتی و فعالی اشاره دارند که مجموعه‌ای از هیجان‌ها، شناخت‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای را در یک زمان مشخص سازمان‌دهی می‌کنند. استفاده از ذهنیت‌های طرحواره‌ای در مفهوم‌سازی مورد به درمانگر کمک می‌کند تا میان بخش‌های آسیب‌پذیر، مقابله‌ای، تنبیه‌گر و سالم شخصیت تمایز ایجاد کرده و مداخلات را متناسب با وضعیت فعال بیمار سازمان دهد (Edwards, 2022). همچنین، ادبیات جدید درباره طرحواره‌درمانی بر این نکته تأکید دارد که طرحواره‌های اولیه تحت تأثیر بافت‌های تحولی و محیطی شکل گرفته و در شرایط خاص بین‌فردی فعال می‌شوند؛ بنابراین، درک نحوه ذخیره و فعال شدن طرحواره‌ها برای تبیین مشکلات مزمن عاطفی و رابطه‌ای اهمیت دارد (Salicru, 2023). این ویژگی‌ها طرحواره‌درمانی را به رویکردی بالقوه مناسب برای زنان دارای طلاق عاطفی تبدیل می‌کند، زیرا روابط زناشویی می‌توانند محرک قدرتمندی برای فعال شدن طرحواره‌های رهاشدگی، محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی، نقص، اطاعت یا معیارهای سختگیرانه باشند. شواهد تجربی نیز از اثربخشی مداخلات مبتنی بر طرحواره در کاهش مشکلات روان‌شناختی حمایت کرده‌اند. در زنان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی توانسته است پریشانی روان‌شناختی و شدت و فراوانی علائم را کاهش دهد (Erfan et al., 2024). در حوزه روابط زناشویی، طرحواره‌درمانی گروهی بر تعهد عاطفی و خودکارآمدی جنسی زنان دارای طلاق عاطفی مؤثر گزارش شده است (Khadang et al., 2024). همچنین، آموزش مبتنی بر طرحواره‌درمانی در زنان مطلقه با بهبود شفقت به خود و انعطاف‌پذیری شناختی همراه بوده است (Mirahmadi & Amini, 2024). این یافته‌ها نشان می‌دهند که اصلاح الگوهای شناختی-هیجانی ریشه‌دار می‌تواند نه تنها بر نشانه‌های روان‌شناختی، بلکه بر ظرفیت‌های سازگاران مرتبط با روابط و تنظیم هیجان نیز اثرگذار باشد. افزون بر این، طراحی کارآزمایی‌های بالینی برای مقایسه طرحواره‌درمانی با درمان معمول در افسردگی دشواردرمان نشان‌دهنده گسترش کاربرد این رویکرد به حوزه اختلالات پیچیده و مزمن و ضرورت ارزیابی دقیق‌تر اثربخشی آن است (Arendt et al., 2024).

با وجود شواهد مربوط به اثربخشی هر یک از این دو رویکرد، تفاوت اساسی در مکانیسم‌های نظری و درمانی آنها، مقایسه مستقیم‌شان را ضروری می‌سازد. درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت عمدتاً بر شناسایی اضطراب، دفاع‌ها، هیجان‌های سرکوب‌شده و تعارض‌های ناهشیار در بستر رابطه درمانی تمرکز می‌کند و تلاش دارد از طریق تجربه مستقیم هیجان و تضعیف دفاع‌های ناسازگار، تغییر نسبتاً سریع‌تری در سطح تجربه عاطفی ایجاد کند. در مقابل، طرحواره‌درمانی با تمرکز بر ساختارهای شناختی-هیجانی دیرپا، نیازهای هیجانی برآورده‌نشده، سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌های طرحواره‌ای، فرایند بازسازی گسترده‌تری را دنبال می‌کند. از این رو، اگرچه هر دو رویکرد می‌توانند بر پریشانی روان‌شناختی اثرگذار باشند، ممکن است شدت، سرعت و الگوی تداوم اثر آنها متفاوت باشد. این مسئله در زنان دارای طلاق عاطفی اهمیت بیشتری دارد،

زیرا پریشانی آنان می‌تواند هم از تعارض‌های هیجانی جاری و احساسات سرکوب‌شده ناشی شود و هم به طرحواره‌های ناسازگار اولیه و الگوهای مزمن روابط بین‌فردی مرتبط باشد.

از سوی دیگر، بسیاری از مطالعات پیشین هر یک از این درمان‌ها را به‌صورت جداگانه و در جمعیت‌های متفاوت بررسی کرده‌اند. بخشی از مطالعات روان‌پویشی بر اختلالات افسردگی، اضطراب، نشانه‌های جسمانی یا جمعیت‌های دانشگاهی تمرکز داشته‌اند، در حالی که مطالعات طرحواره‌درمانی نیز غالباً بر افسردگی، اختلالات جسمانی-روان‌شناختی یا پیامدهای مرتبط با طلاق و روابط زناشویی متمرکز بوده‌اند. بنابراین، هنوز شواهد محدودی درباره مقایسه مستقیم این دو درمان در زنان دارای طلاق عاطفی و با تمرکز مشخص بر پریشانی روان‌شناختی وجود دارد. علاوه بر این، صرف اثربخش بودن یک مداخله در مقایسه با گروه کنترل برای تصمیم‌گیری بالینی کافی نیست؛ بلکه مقایسه دو رویکرد فعال می‌تواند مشخص کند کدام مداخله در یک جمعیت خاص و برای یک پیامد مشخص، سودمندتر است. چنین دانشی می‌تواند به روان‌شناسان، مشاوران خانواده و روان‌درمانگران کمک کند تا مداخله خود را بر اساس ماهیت غالب مشکلات مراجع، شدت پریشانی و ویژگی‌های هیجانی و شناختی وی انتخاب کنند.

در مجموع، طلاق عاطفی پدیده‌ای پیچیده و چندعاملی است که در تعامل با مشکلات ارتباطی، دلزدگی زناشویی، کاهش صمیمیت، ناکامی در نیازهای روان‌شناختی و فعال شدن الگوهای شناختی و هیجانی ناسازگار شکل می‌گیرد و می‌تواند زنان را در معرض سطح قابل‌توجهی از پریشانی روان‌شناختی قرار دهد. از آنجا که درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و طرحواره‌درمانی از دو مسیر نظری متفاوت، یعنی پردازش تعارض‌ها و هیجان‌های ناهشیار از یک سو و اصلاح طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار از سوی دیگر، به مشکلات روان‌شناختی می‌پردازند، مقایسه آنها می‌تواند شواهد ارزشمندی درباره انتخاب درمان مناسب‌تر در این جمعیت فراهم آورد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و طرحواره‌درمانی بر پریشانی روان‌شناختی در زنان دارای طلاق عاطفی انجام شد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، گروه کنترل و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان دارای طلاق عاطفی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناسی دارای مجوز از سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره در منطقه ۱ شهر تهران در نیمه نخست سال ۱۴۰۴، از فروردین تا شهریور، تشکیل دادند. برای شناسایی افراد واجد شرایط، در مرحله نخست پرسشنامه طلاق عاطفی در اختیار حدود ۱۰۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناسی منطقه ۱ تهران قرار گرفت و افرادی که نمره بالاتر از ۱۸ در این پرسشنامه کسب کردند، برای شرکت در پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. حجم نمونه با توجه به جدول کوهن (۱۹۸۱) تعیین شد و در نهایت ۴۵ نفر که واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و هدفمند انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان پس از همتاسازی از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی، به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری شامل گروه درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت، گروه طرحواره‌درمانی و گروه کنترل جایگزین شدند. بدین ترتیب، ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. پیش از آغاز مداخلات، ماهیت پژوهش، اهداف درمان، نحوه اجرای جلسات، حق انصراف از ادامه مشارکت و سایر ملاحظات اخلاقی برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و مشارکت آنان پس از اخذ رضایت آگاهانه صورت گرفت. گروه‌های آزمایش مداخلات مربوط به خود را دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل طی دوره اجرای پژوهش در فهرست انتظار قرار داشت و مداخله روان‌شناختی پژوهش برای آن اجرا نشد. سنجش متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه انجام شد. ملاک‌های ورود شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، کسب نمره بالاتر از ۱۸ در پرسشنامه طلاق عاطفی، برخورداری از حداقل تحصیلات دیپلم، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، عدم مصرف مواد مخدر یا الکل، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی بر اساس خودگزارشی شرکت‌کننده، نداشتن شرایط محیطی یا اجتماعی خاص که مشارکت منظم در پژوهش را مختل کند، عدم دریافت هم‌زمان درمان روان‌پویشی، ذهنی‌سازی یا سایر

درمان‌های روان‌شناختی و برخورداری از توانایی لازم برای برقراری ارتباط و درک مطالب روان‌شناختی بود. همچنین عدم تمایل به ادامه مشارکت در هر مرحله از پژوهش و غیبت در بیش از سه جلسه درمانی به‌عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته شد.

پرسشنامه طلاق عاطفی. پرسشنامه طلاق عاطفی توسط محمدی، جوکار کمال‌آبادی و گلستانه (۱۳۹۴) به‌منظور ارزیابی میزان طلاق عاطفی در روابط زناشویی طراحی شده است. این ابزار دارای ۳۶ گویه است و ابعاد مختلف طلاق عاطفی از جمله انتقاد و سرزنش، سکوت و جبهه‌گیری، واکنش عاطفی، آمیزش عاطفی، قدرت و منابع، فقدان و افسردگی و سرخوردگی، زاویه سوم، محدود کردن و مشکلات جنسی را ارزیابی می‌کند. پاسخ‌دهی به گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت انجام می‌شود و نمرات بالاتر بیانگر شدت بیشتر طلاق عاطفی در زندگی زناشویی است. از نمونه گویه‌های این پرسشنامه می‌توان به عبارت «من/همسرم یکدیگر را مقصر اصلی مشکلات زندگی‌مان می‌دانیم» اشاره کرد. در پژوهش حاضر، نمره بالاتر از ۱۸ به‌عنوان یکی از ملاک‌های شناسایی زنان دارای طلاق عاطفی و ورود به پژوهش در نظر گرفته شد. محمدی و همکاران (۱۳۹۵) روایی این پرسشنامه را با استفاده از نظر متخصصان و صاحب‌نظران حوزه خانواده تأیید کردند و ضریب آلفای کرونباخ بیش از ۷۰/۰ را برای آن گزارش نمودند. در پژوهش حاضر نیز پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار ۸۸/۰ به دست آمد و نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب پرسشنامه در نمونه مورد مطالعه بود.

پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر. پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر توسط کسلر و همکاران (۲۰۰۲) برای سنجش پریشانی و نشانه‌های کلی مشکلات روان‌شناختی تدوین شده است و نسخه مورد استفاده در پژوهش حاضر دارای ۱۰ گویه بود. گویه‌های این ابزار تجربه حالات ناخوشایند روان‌شناختی فرد را طی دوره زمانی اخیر مورد ارزیابی قرار می‌دهند و پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. از جمله گویه‌های این پرسشنامه می‌توان به سؤال «در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس می‌کردید که بدون دلیل قانع‌کننده‌ای خسته هستید؟» اشاره کرد. برای محاسبه نمره کلی، امتیاز گویه‌ها با یکدیگر جمع می‌شوند و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بیشتر پریشانی روان‌شناختی است. دامنه نمره کلی گزارش‌شده برای این ابزار در پژوهش حاضر بین صفر تا ۴۰ بود. این پرسشنامه در ایران توسط یعقوبی (۱۳۹۴) اعتباریابی شده و روایی صوری، محتوایی و ملاکی آن مطلوب گزارش شده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ بیش از ۷۰/۰ برای این ابزار گزارش شده است. در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی ۸۳/۰ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب ابزار برای ارزیابی متغیر وابسته پژوهش بود.

پروتکل درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت. مداخله درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت بر اساس پروتکل روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت دوانلو (۱۹۹۵) طراحی و در ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در جلسه نخست، ضمن تشریح قواعد و چارچوب درمان، مصاحبه اولیه و توالی پویشی با هدف ارزیابی مشکلات و واکنش‌های هیجانی و دفاعی مراجع انجام گرفت. از جلسه دوم، با توجه به پاسخ فرد به درمان آزمایشی، فرایند درمان بر تعامل میان مثلث تعارض، الگوهای بین‌فردی و دفاع‌های روان‌شناختی متمرکز شد و درمانگر متناسب با نوع دفاع‌های فعال‌شده از مداخلاتی مانند روشن‌سازی، تردید در دفاع، چالش و مسدودسازی دفاع استفاده کرد. در جلسات بعدی، دفاع‌هایی از قبیل کاربرد واژه‌های سر بسته و فراگیر، گفتار غیرمستقیم، افکار مرضی و احتمالی، نشخوار ذهنی، دلیل‌تراشی، عقلانی‌سازی، کلی‌گویی، تعمیم دادن، منحرف‌سازی، فراموشی، انکار، تکذیب، بیرونی‌سازی، ابهام، طفره‌رفتن و تردید وسواسی به‌تدریج شناسایی و مورد مداخله قرار گرفتند. در ادامه درمان، بدنی‌سازی و عمل کردن به‌عنوان دفاع در برابر احساسات، سرکشی، نافرمانی، مقدمه‌چینی، گریه دفاعی و سایر دفاع‌های واپس‌رونده با استفاده از فنونی مانند روشن‌سازی، رویارویی، چالش و درگیری مستقیم با دفاع بررسی شدند. در جلسات سیزدهم و چهاردهم، تمرکز بیشتری بر تمایز میان صحبت کردن درباره احساسات و تجربه واقعی آنها، توجه به نشانه‌های غیرکلامی، تبعیت و انفعال و چالش با دفاع‌های مرتبط صورت گرفت. جلسه پانزدهم به آماده‌سازی مراجع برای خاتمه درمان، پردازش احساسات مرتبط با فقدان و پایان رابطه درمانی، جمع‌بندی فرایند درمان و اجرای پس‌آزمون اختصاص یافت.

پروتکل طرحواره‌درمانی. مداخله طرحواره‌درمانی بر اساس چارچوب یانگ و همکاران (۲۰۰۳) تدوین و طی هشت جلسه دوساعته، دو بار در هفته، برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اجرا شد. در جلسه نخست، پس از آشنایی و ایجاد رابطه درمانی مناسب، اهمیت و اهداف طرحواره‌درمانی توضیح داده شد و مشکلات مراجعان در قالب مفاهیم رویکرد طرحواره‌درمانی صورت‌بندی گردید. در جلسه دوم، شواهد عینی تأییدکننده و ردکننده طرحواره‌ها با استفاده از تجارب زندگی گذشته و فعلی بررسی شد و میان ابعاد ناسازگار طرحواره و دیدگاه سالم‌تر گفت‌وگو و مقایسه صورت گرفت. جلسه سوم به معرفی حوزه‌های طرحواره‌ای، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، زمینه‌های شکل‌گیری آنها و نحوه تأثیرگذاری طرحواره‌ها بر افکار، احساسات و رفتار اختصاص داشت. در جلسه چهارم، سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار که موجب تداوم طرحواره‌ها می‌شوند معرفی و با نمونه‌هایی از زندگی روزمره بررسی شدند و مفهوم ذهنیت‌های طرحواره‌ای برای آماده‌سازی مراجعان جهت شناسایی و تغییر الگوهای ناسازگار توضیح داده شد. در جلسه پنجم، آمادگی برای تغییر از طریق ارزیابی طرحواره‌ها و ارائه بازخورد با هدف افزایش شناخت مراجع از طرحواره‌های غالب خود تقویت شد. در جلسه ششم، فنون تجربی، به‌ویژه تصویرسازی ذهنی از موقعیت‌های مشکل‌آفرین و مواجهه هدایت‌شده با تجارب دشوار آموزش داده شد. جلسه هفتم بر روابط با افراد مهم زندگی، ایفای نقش، ایجاد گفت‌وگو میان بخش سالم و بخش طرحواره‌ای، بررسی مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم و ارائه راهبردهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار متمرکز بود. در جلسه هشتم، محتوای جلسات قبلی مرور و یکپارچه شد، راهبردهای آموخته‌شده مورد تمرین قرار گرفت و ضمن جمع‌بندی مداخله، پس‌آزمون اجرا شد.

برای تحلیل داده‌ها ابتدا شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش محاسبه شد و سپس برای آزمون فرضیه اصلی و بررسی تغییرات پریشانی روان‌شناختی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه و مقایسه این تغییرات میان گروه‌های درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت، طرحواره‌درمانی و کنترل، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل اصلی، مفروضه‌های لازم برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک مورد ارزیابی قرار گرفت. نرمال بودن توزیع نمرات با آزمون شاپیرو-ویلک، همگنی واریانس‌های گروه‌ها با آزمون لوین، همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس با آزمون ام‌باکس و مفروضه مرتبط با کوواریانس‌های اندازه‌گیری‌های تکراری با آزمون موچلی بررسی شد. پس از معنادار شدن اثرهای اصلی و تعاملی، برای تعیین دقیق تفاوت میان گروه‌ها و مقایسه‌های زوجی در مراحل مختلف اندازه‌گیری از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. سطح معناداری آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و تمامی تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ انجام گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که سه گروه درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت، طرحواره‌درمانی و کنترل از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای همگن بودند. از نظر سطح تحصیلات، فراوانی افراد دارای تحصیلات کمتر از دیپلم و دیپلم بیشتر از افراد دارای تحصیلات دانشگاهی بود و نتایج آزمون کای‌اسکوئر نشان داد تفاوت معناداری میان سه گروه از نظر سطح تحصیلات وجود نداشت ($p = ۰.۷۶۵$)؛ بنابراین، سه گروه از نظر این متغیر قابل مقایسه بودند. همچنین، گروه‌ها از نظر سن و مدت ازدواج نیز وضعیت مشابهی داشتند. میانگین سن شرکت‌کنندگان از ۳۳،۴۷ سال در گروه کنترل تا ۳۴،۳۳ سال در گروه درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت متغیر بود. میانگین مدت ازدواج نیز از ۷،۶۷ سال در گروه درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت تا ۸،۵۳ سال در گروه کنترل متغیر بود. این یافته‌ها نشان داد که تفاوت قابل‌توجهی در متغیرهای زمینه‌ای میان گروه‌ها وجود نداشت و در نتیجه، شرایط اولیه گروه‌های مورد مطالعه از لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نسبتاً مشابه بود.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی پریشانی روان‌شناختی به تفکیک گروه و زمان اندازه‌گیری

متغیر	زمان	روان‌پویشی میانگین	کوتاه‌مدت، انحراف معیار	طرحواره‌درمانی، میانگین	انحراف معیار	کنترل، میانگین	انحراف معیار
پیشانی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۲۶.۰۷	۳.۸۱	۲۶.۴۰	۵.۳۰	۲۷.۰۷	۵.۴۴
پیشانی روان‌شناختی	پس‌آزمون	۱۹.۶۷	۳.۲۹	۲۲.۵۳	۵.۴۴	۲۶.۶۷	۵.۵۶
پیشانی روان‌شناختی	پیگیری	۲۰.۸۷	۳.۵۰	۲۲.۸۷	۵.۴۰	۲۷.۰۰	۵.۰۶

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین پریشانی روان‌شناختی در گروه درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت از ۲۶،۰۷ در پیش‌آزمون به ۱۹،۶۷ در پس‌آزمون کاهش یافت و در مرحله پیگیری نیز برابر با ۲۰،۸۷ بود. این الگو نشان‌دهنده کاهش قابل توجه پریشانی روان‌شناختی پس از دریافت درمان و تداوم نسبی این کاهش در دوره پیگیری بود. در گروه طرحواره‌درمانی نیز میانگین پریشانی روان‌شناختی از ۲۶،۴۰ در پیش‌آزمون به ۲۲،۵۳ در پس‌آزمون و ۲۲،۸۷ در مرحله پیگیری کاهش یافت. در مقابل، میانگین نمرات گروه کنترل در سه مرحله تغییر اندکی داشت؛ به‌طوری‌که میانگین پریشانی روان‌شناختی از ۲۷،۰۷ در پیش‌آزمون به ۲۶،۶۷ در پس‌آزمون و ۲۷،۰۰ در پیگیری رسید. بنابراین، الگوی توصیفی داده‌ها حاکی از کاهش پریشانی روان‌شناختی در هر دو گروه مداخله، به‌ویژه گروه درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت، در مقایسه با گروه کنترل بود.

پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، مفروضه‌های آماری مربوط به این آزمون بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد توزیع نمرات پریشانی روان‌شناختی در سه گروه و در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از نرمال بودن قابل قبولی برخوردار بود و بر اساس مقادیر معناداری گزارش‌شده، مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها تأیید شد. همچنین، نتایج آزمون لوین برای پریشانی روان‌شناختی نشان داد سطوح معناداری بیشتر از ۰.۰۵ بود؛ بنابراین، فرض همگنی واریانس‌ها در گروه‌های پژوهش برقرار بود. نتایج آزمون ام‌باکس نیز بر اساس ملاک گزارش‌شده در پژوهش، مؤید برقراری مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بود. علاوه بر این، نتایج آزمون موچلی نیز برقراری مفروضه مورد نیاز برای تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر را تأیید کرد. در مجموع، نتایج بررسی مفروضه‌ها نشان داد شرایط لازم برای استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر فراهم بود و امکان بررسی اثر گروه، زمان و تعامل زمان و گروه بر پریشانی روان‌شناختی وجود داشت.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای پریشانی روان‌شناختی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	p	مجذور اتای جزئی
پیشانی روان‌شناختی	گروه	۲۸۴.۱۳	۲	۱۴۲.۰۷	۲۱.۴۶	< .۰۰۱	۵۱۱
پیشانی روان‌شناختی	زمان	۳۲۴.۵۰	۲	۱۶۲.۲۵	۴۷.۲۶	< .۰۰۱	۵۲۹
پیشانی روان‌شناختی	زمان × گروه	۱۶۱.۸۱	۴	۴۰.۴۵	۱۱.۷۸	< .۰۰۱	۳۵۹

مطابق نتایج جدول ۲، اثر اصلی گروه بر پریشانی روان‌شناختی معنادار بود ($F = ۲۱.۴۶$ ، $p < .۰۰۱$ ، $\eta^2 = .۵۱۱$) که نشان می‌دهد میانگین کلی پریشانی روان‌شناختی در سه گروه با یکدیگر تفاوت معناداری داشت. همچنین، اثر اصلی زمان معنادار به دست آمد ($F = ۴۷.۲۶$ ، $p < .۰۰۱$ ، $\eta^2 = .۵۲۹$) و نشان داد نمرات پریشانی روان‌شناختی در طول مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معناداری تغییر کرده است. مهم‌تر از آن، اثر تعاملی زمان و گروه نیز معنادار بود ($F = ۱۱.۷۸$ ، $p < .۰۰۱$ ، $\eta^2 = .۳۵۹$). معناداری این تعامل نشان داد الگوی تغییر پریشانی روان‌شناختی در طول زمان در سه گروه یکسان نبوده و میزان تغییرات به عضویت شرکت‌کنندگان در گروه درمانی وابسته بوده است.

بنابراین، اثربخشی مداخلات درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و طرحواره‌درمانی بر پریشانی روان‌شناختی تأیید شد و برای مشخص شدن محل دقیق تفاوت‌ها، مقایسه‌های تعقیبی بونفرونی انجام گرفت.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه پریشانی روان‌شناختی بین گروه‌ها و مراحل اندازه‌گیری

نوع مقایسه	زمان / گروه	مرجع	مقایسه	تفاوت میانگین	خطای معیار	p
بین گروهی	پس‌آزمون	روان‌پویشی کوتاه‌مدت	کنترل	-۶.۱۵	.۹۴۳	<.۰۰۱
بین گروهی	پس‌آزمون	طرحواره‌درمانی	کنترل	-۳.۵۷	.۹۴۱	<.۰۰۱
بین گروهی	پس‌آزمون	روان‌پویشی کوتاه‌مدت	طرحواره‌درمانی	-۲.۵۸	.۹۴۰	.۰۲۷
بین گروهی	پیگیری	روان‌پویشی کوتاه‌مدت	کنترل	-۵.۳۱	.۹۰۲	<.۰۰۱
بین گروهی	پیگیری	طرحواره‌درمانی	کنترل	-۳.۵۸	.۹۰۰	<.۰۰۱
بین گروهی	پیگیری	روان‌پویشی کوتاه‌مدت	طرحواره‌درمانی	-۱.۷۲	.۸۹۹	.۱۸۶
درون گروهی	روان‌پویشی کوتاه‌مدت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۶.۴۰	.۷۰۲	<.۰۰۱
درون گروهی	روان‌پویشی کوتاه‌مدت	پیش‌آزمون	پیگیری	۵.۲۰	.۵۵۴	<.۰۰۱
درون گروهی	روان‌پویشی کوتاه‌مدت	پس‌آزمون	پیگیری	-۱.۲۰	.۶۷۰	.۰۹۵
درون گروهی	طرحواره‌درمانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳.۸۷	.۸۱۶	<.۰۰۱
درون گروهی	طرحواره‌درمانی	پیش‌آزمون	پیگیری	۳.۵۳	.۷۲۳	<.۰۰۱
درون گروهی	طرحواره‌درمانی	پس‌آزمون	پیگیری	-۰.۳۳	.۸۲۰	.۶۹۱
درون گروهی	کنترل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰.۴۰	.۴۹۶	.۴۳۳
درون گروهی	کنترل	پیش‌آزمون	پیگیری	۰.۰۷	.۷۰۷	.۹۲۶
درون گروهی	کنترل	پس‌آزمون	پیگیری	-۰.۳۳	.۵۱۳	.۵۲۷

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۳ نشان داد که در مرحله پس‌آزمون، میانگین پریشانی روان‌شناختی در گروه درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت به میزان ۶،۱۵ نمره کمتر از گروه کنترل بود و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود ($p < .۰۰۱$). همچنین، میانگین گروه طرحواره‌درمانی در پس‌آزمون ۳،۵۷ نمره کمتر از گروه کنترل بود ($p < .۰۰۱$)؛ بنابراین، هر دو مداخله موجب کاهش معنادار پریشانی روان‌شناختی در مقایسه با گروه کنترل شدند. مقایسه مستقیم دو گروه مداخله در پس‌آزمون نشان داد که میانگین پریشانی روان‌شناختی در گروه درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت ۲،۵۸ نمره کمتر از گروه طرحواره‌درمانی بود و این تفاوت معنادار بود ($p = .۰۲۷$)، در نتیجه درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در مرحله پس‌آزمون اثربخشی بیشتری نشان داد. در مرحله پیگیری نیز گروه درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت ۵،۳۱ نمره و گروه طرحواره‌درمانی ۳،۵۸ نمره پریشانی روان‌شناختی کمتری نسبت به گروه کنترل داشتند و هر دو تفاوت معنادار بودند ($p < .۰۰۱$). با این حال، تفاوت ۱،۷۲ نمره‌ای میان دو گروه درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و طرحواره‌درمانی در مرحله پیگیری معنادار نبود ($p = .۱۸۶$). مقایسه‌های درون گروهی نیز نشان داد در گروه درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت، کاهش نمرات از پیش‌آزمون به پس‌آزمون ($MD = ۶.۴۰$)، $p < .۰۰۱$ و از پیش‌آزمون به پیگیری ($MD = ۵.۲۰$)، $p < .۰۰۱$ معنادار بود، در حالی که تفاوت پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود ($p = .۰۹۵$). در گروه طرحواره‌درمانی نیز تفاوت پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($MD = ۳.۸۷$)، $p < .۰۰۱$ و پیش‌آزمون با پیگیری ($MD = ۳.۵۳$)، $p < .۰۰۱$ معنادار بود، اما تفاوت پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود ($p = .۶۹۱$). در گروه کنترل هیچ‌یک از مقایسه‌های زمانی معنادار نبود ($p > .۰۵$). در مجموع، نتایج نشان داد هر دو مداخله در کاهش پریشانی روان‌شناختی مؤثر بودند و اثر آنها تا مرحله پیگیری حفظ شد؛ در عین حال، درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در پس‌آزمون کاهش بیشتری نسبت به طرحواره‌درمانی ایجاد کرد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و طرحواره‌درمانی بر پریشانی روان‌شناختی در زنان دارای طلاق عاطفی انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو مداخله در کاهش پریشانی روان‌شناختی مؤثر بودند و این اثربخشی در دوره پیگیری نیز حفظ شد. همچنین، مقایسه مستقیم دو مداخله نشان داد که در مرحله پس‌آزمون، درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در مقایسه با طرحواره‌درمانی کاهش بیشتری در پریشانی روان‌شناختی ایجاد کرد؛ با این حال، در مرحله پیگیری تفاوت میان دو درمان از نظر آماری معنادار نبود. تحلیل‌های درون‌گروهی نیز نشان داد که در هر دو گروه مداخله، نمرات پریشانی روان‌شناختی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و از پیش‌آزمون به پیگیری به‌طور معناداری کاهش یافت، در حالی که بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد. در گروه کنترل نیز تغییر معناداری در طول زمان وجود نداشت. این الگو در مجموع نشان می‌دهد که هر دو رویکرد درمانی می‌توانند در کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان دارای طلاق عاطفی مؤثر باشند، اما درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت ممکن است در ایجاد تغییرات اولیه و سریع‌تر، مزیت بیشتری داشته باشد.

یافته مربوط به اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت با نتایج شماری از مطالعات پیشین همسو است. بخشی بجستانی و همکاران نشان دادند که درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت می‌تواند پریشانی روان‌شناختی و علائم روان‌تنی را در بیماران دارای اختلال عملکرد گوارشی و تیپ شخصیتی D کاهش دهد (Bakhshi Bajestani et al., 2021). همچنین، در مطالعه‌ای با جهت‌گیری روان‌پویشی بر دانشجویان مراجعه‌کننده برای دریافت خدمات مشاوره، کاهش معناداری در پریشانی روان‌شناختی پس از مداخله گزارش شد (Cerutti et al., 2022). مرورهای جدیدتر نیز نشان داده‌اند که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت در درمان اختلالات افسردگی می‌تواند پیامدهای بالینی مطلوبی ایجاد کند و در برخی شرایط به‌عنوان یک مداخله مؤثر در کنار درمان‌های معمول یا دارودرمانی مورد استفاده قرار گیرد (Di Salvo et al., 2024). افزون بر این، یافته‌های فراتحلیلی درباره درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در افسردگی، اثربخشی این رویکرد را در کاهش نشانه‌های بالینی تأیید کرده‌اند (Wienicke et al., 2023). بنابراین، کاهش پریشانی روان‌شناختی مشاهده‌شده در پژوهش حاضر را می‌توان در امتداد شواهدی دانست که بر ظرفیت درمان‌های پویشی کوتاه‌مدت برای کاهش علائم هیجانی و پریشانی تأکید دارند.

در تبیین این یافته می‌توان به سازوکار اصلی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت اشاره کرد. این رویکرد بر شناسایی تعارض‌های هیجانی، دفاع‌های ناکارآمد، اضطراب و احساسات سرکوب‌شده تمرکز دارد و درمانگر می‌کوشد از طریق روشن‌سازی، فشار، چالش و مواجهه با دفاع‌ها، دسترسی بیمار به تجربه هیجانی اصیل را تسهیل کند (Davanloo, 1995). در زنان دارای طلاق عاطفی، پریشانی روان‌شناختی ممکن است تنها نتیجه تعارض‌های آشکار زناشویی نباشد، بلکه از انباشت هیجان‌هایی مانند خشم، غم، احساس طردشدگی، شرم، ناکامی، تنهایی و ترس از فقدان نیز ناشی شود. زمانی که این هیجان‌ها به‌طور مزمن سرکوب یا از طریق دفاع‌هایی همچون انکار، عقلانی‌سازی، فاصله‌گیری هیجانی، نشخوار ذهنی یا بدنی‌سازی مدیریت شوند، سطح پریشانی روان‌شناختی می‌تواند افزایش یابد. درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت با هدف قرار دادن مستقیم این دفاع‌ها، امکان تجربه، پردازش و تنظیم هیجان‌های زیربنایی را فراهم می‌کند و از این طریق می‌تواند به کاهش تنش و پریشانی منجر شود.

نتایج مطالعات مربوط به اضطراب نیز این تبیین را حمایت می‌کنند. در پژوهش لیلینگرن و همکاران، روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با بهبود پیامدهای بالینی همراه بود و فرایندهای مرتبط با کار بر دفاع‌ها و هیجان‌ها در روند درمان اهمیت داشتند (Lilliengren et al., 2017). همچنین، تاون و همکاران در یک کارآزمایی تصادفی‌شده نشان دادند که مداخلات درمانگر در درمان پویشی کوتاه‌مدت می‌تواند بر علائم روان‌شناختی و جسمانی اثرگذار باشد (Town et al., 2017). یافته‌های جدیدتر نیز نشان داده‌اند که روان‌درمانی کوتاه‌مدت می‌تواند در افرادی که با دشواری در شناسایی و بیان هیجان‌ها مواجه‌اند، به بهبود پردازش هیجانی و کاهش علائم اضطرابی کمک کند (Wang et al., 2024). این مطالعات اهمیت مواجهه با هیجان و کاهش اجتناب هیجانی را برجسته می‌کنند و می‌توانند توضیح دهند که چرا زنان دارای طلاق عاطفی در پژوهش حاضر به درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت پاسخ مطلوبی نشان داده‌اند.

یافته دیگر پژوهش حاضر، اثربخشی طرحواره‌درمانی در کاهش پریشانی روان‌شناختی بود. این نتیجه نیز با مطالعات پیشین همخوانی دارد. عرفان و همکاران نشان دادند که طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی می‌تواند پریشانی روان‌شناختی و شدت علائم را در زنان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر کاهش دهد (Erfan et al., 2024). خدنگ و همکاران نیز در زنان دارای طلاق عاطفی نشان دادند که طرحواره‌درمانی گروهی می‌تواند پیامدهای عاطفی و جنسی مرتبط با کیفیت رابطه را بهبود بخشد (Khadang et al., 2024). همچنین، میراحمدی و امینی گزارش کردند که آموزش مبتنی بر طرحواره‌درمانی در زنان مطلقه موجب افزایش شفقت به خود و انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود (Mirahmadi & Amini, 2024). این یافته‌ها نشان می‌دهند که طرحواره‌درمانی از طریق اصلاح الگوهای پایدار شناختی و هیجانی می‌تواند به کاهش آسیب‌پذیری روان‌شناختی و افزایش ظرفیت سازگاری کمک کند.

از منظر نظری، طرحواره‌درمانی بر این فرض استوار است که بسیاری از مشکلات مزمن روان‌شناختی و بین‌فردی از طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ای ناشی می‌شوند که در نتیجه برآورده نشدن نیازهای اساسی هیجانی شکل گرفته‌اند (Young et al., 2003). این طرحواره‌ها ممکن است در روابط صمیمانه به‌طور مکرر فعال شوند و تفسیر فرد از رفتار همسر، خود و رابطه را تحت تأثیر قرار دهند. در زنان دارای طلاق عاطفی، طرحواره‌هایی مانند محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، نقص و شرم، اطاعت یا ایثار ممکن است در پاسخ به تجربه سردی عاطفی یا تعارض‌های مزمن فعال شوند. سالیکرو نیز تأکید می‌کند که طرحواره‌ها در بسترهای تحولی و محیطی شکل گرفته و در شرایط خاص دوباره فعال می‌شوند (Salicru, 2023). از این رو، طرحواره‌درمانی می‌تواند با شناسایی طرحواره‌های فعال، بررسی سبک‌های مقابله‌ای و ایجاد پاسخ‌های سالم‌تر، شدت واکنش‌های هیجانی و در نتیجه پریشانی روان‌شناختی را کاهش دهد.

کار با ذهنیت‌های طرحواره‌ای نیز می‌تواند یکی از سازوکارهای مهم این تغییر باشد. در رویکرد طرحواره‌درمانی، حالت‌های هیجانی و شناختی مختلف فرد در قالب ذهنیت‌های طرحواره‌ای مفهوم‌سازی می‌شوند و درمانگر می‌کوشد از طریق تقویت «بزرگسال سالم» و کاهش نفوذ ذهنیت‌های آسیب‌پذیر، تنبیه‌گر یا مقابله‌ای، تنظیم هیجان و عملکرد بین‌فردی را بهبود بخشد (Edwards, 2022). برای زنی که در یک رابطه عاطفی سرد و فرساینده قرار دارد، فعال شدن مکرر ذهنیت کودک آسیب‌پذیر یا والد تنبیه‌گر می‌تواند به احساس بی‌ارزشی، ناامیدی و درماندگی منجر شود. طرحواره‌درمانی با بازسازی این الگوها می‌تواند به فرد کمک کند تجربه‌های زناشویی را از منظر انعطاف‌پذیرتر و سازگارانه‌تری پردازش کند و از شدت پریشانی کاسته شود. گسترش استفاده از طرحواره‌درمانی در اختلالات مزمن و پیچیده، از جمله افسردگی مقاوم، نیز نشان می‌دهد که این رویکرد ظرفیت پرداختن به ساختارهای عمیق و پایدار آسیب‌شناسی روانی را دارد (Arendt et al., 2024). با این حال، یکی از مهم‌ترین یافته‌های پژوهش حاضر این بود که درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در مرحله پس‌آزمون نسبت به طرحواره‌درمانی اثربخشی بیشتری در کاهش پریشانی روان‌شناختی داشت. این برتری را می‌توان با تفاوت در تمرکز و سرعت سازوکارهای تغییر در دو رویکرد تبیین کرد. درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت از همان جلسات آغازین به‌صورت مستقیم بر تجربه هیجانی جاری، اضطراب و دفاع‌های فعال تمرکز می‌کند و تلاش دارد الگوهای اجتناب از هیجان را در همان بافت رابطه درمانی آشکار و اصلاح کند. از این رو، مراجع ممکن است نسبتاً سریع‌تر تغییر در شدت تنش، اضطراب و پریشانی ذهنی را تجربه کند. در مقابل، طرحواره‌درمانی معمولاً شامل فرایندی مرحله‌ای‌تر برای شناسایی طرحواره‌ها، آموزش مفاهیم، بررسی سبک‌های مقابله‌ای، کار شناختی و استفاده از فنون تجربی است. بنابراین، ممکن است اثر برخی مؤلفه‌های آن بر ساختارهای عمیق‌تر شخصیت به زمان بیشتری نیاز داشته باشد.

این تبیین با شواهد مطالعات مقایسه‌ای جدید درباره روان‌درمانی پویشی نیز قابل بررسی است. مطالعه D*Phase با مقایسه روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت و درمان شناختی-رفتاری در افسردگی اساسی نشان داده است که درمان‌های کوتاه‌مدت پویشی می‌توانند در مقایسه با رویکردهای ساختاریافته دیگر پیامدهای قابل توجهی ایجاد کنند (Dijk, 2025). همچنین، مالک‌سن و همکاران در یک کارآزمایی تصادفی‌شده، اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت را در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری در افسردگی اساسی بررسی کردند و بر اهمیت مقایسه مستقیم درمان‌های فعال برای تعیین ارزش نسبی آنها تأکید داشتند (Malkomsen et al., 2025). البته این مطالعات لزوماً برتری

مطلق روان‌پویشی را نشان نمی‌دهند، اما مؤید آن هستند که درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت می‌تواند از نظر پیامدهای بالینی با مداخلات شناخته‌شده رقابت کند. بنابراین، برتری مشاهده‌شده در پس‌آزمون پژوهش حاضر را می‌توان به تناسب خاص این رویکرد با ماهیت هیجانی و بین‌فردی پریشانی در طلاق عاطفی نسبت داد.

طلاق عاطفی غالباً با تجربه مستمر محرومیت عاطفی، کاهش صمیمیت، تعارض حل‌نشده و احساس گیر افتادن در رابطه‌ای ناکارآمد همراه است. مطالعات نشان داده‌اند که دلزدگی زناشویی و ضعف در ارضای نیازهای روان‌شناختی می‌توانند با اختلال در کیفیت رابطه ارتباط داشته باشند (Daneshmandi & Zakeri, 2021) و الگوهای اسنادی و کاهش بخشش زناشویی نیز با فرسودگی رابطه مرتبط هستند (Nazeran et al., 2023). همچنین، ساختار طلاق عاطفی می‌تواند تحت تأثیر ویژگی‌های شخصیتی، سبک‌های حل تعارض و دلزدگی زناشویی شکل گیرد (Sadeghkhanian et al., 2023). مطالعات دیگر نیز نقش رضایت جنسی (Mosaddegh et al., 2023) و کیفیت استفاده از فضای مجازی و مرزهای خانوادگی (Mahdizadeh, 2020) را در طلاق عاطفی نشان داده‌اند. بنابراین، زنان دارای طلاق عاطفی ممکن است به‌طور هم‌زمان با مجموعه‌ای از عوامل هیجانی، ارتباطی و شناختی مواجه باشند. این پیچیدگی می‌تواند توضیح دهد که چرا هر دو درمان مورد بررسی مؤثر بودند، زیرا هر یک بخشی از سازوکارهای زیربنایی مشکل را هدف قرار می‌دهند.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که اثر هر دو درمان در مرحله پیگیری حفظ شد و تفاوت بین دو مداخله در این مرحله معنادار نبود. این یافته از نظر بالینی اهمیت زیادی دارد، زیرا نشان می‌دهد تغییرات ایجادشده تنها محدود به پایان درمان نبوده‌اند. در درمان روان‌پویشی، افزایش آگاهی نسبت به دفاع‌ها و تعارض‌های هیجانی می‌تواند ظرفیت فرد برای شناسایی و مدیریت هیجان‌های دشوار را پس از پایان درمان حفظ کند. در طرحواره‌درمانی نیز اصلاح الگوهای شناختی-هیجانی و تقویت پاسخ‌های مقابله‌ای سالم‌تر می‌تواند به تثبیت تغییرات کمک کند. بنابراین، اگرچه روان‌پویشی کوتاه‌مدت در کوتاه‌مدت کاهش بیشتری در پریشانی ایجاد کرد، طرحواره‌درمانی نیز تا مرحله پیگیری به کاهش پایدار پریشانی دست یافت و فاصله میان دو درمان کاهش پیدا کرد.

از سوی دیگر، باید توجه داشت که پریشانی روان‌شناختی در زمینه طلاق عاطفی می‌تواند با تجربه فقدان و گسست عاطفی ارتباط تنگاتنگ داشته باشد. مرور نظام‌مند رضاپور و همکاران نشان داده است که شکست یا گسست در روابط عاطفی می‌تواند آسیب‌پذیری نسبت به مشکلات هیجانی را افزایش دهد (Rezapour et al., 2021). همچنین، یافته‌های مربوط به ارتباط پریشانی با پیامدهای جدی سلامت روان نشان می‌دهد که کاهش پریشانی می‌تواند اهمیت پیشگیرانه نیز داشته باشد (Junus & Yip, 2023). در همین راستا، اثربخشی مداخلات مشاوره‌ای در کاهش پریشانی پس از تجربه شکست عاطفی نیز گزارش شده است (Koochi & Alivandi Vafa, 2022). علاوه بر این، اثربخشی مداخلات زوجی در کاهش میل به طلاق و دلزدگی زناشویی نشان داده است که پاسخ درمانی در مراحل بحرانی روابط زوجین امکان‌پذیر است (Padash et al., 2020). در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر در کنار این شواهد نشان می‌دهد که پریشانی روان‌شناختی ناشی از گسست عاطفی در روابط زناشویی، پدیده‌ای مداخله‌پذیر است و استفاده از درمان‌های تخصصی می‌تواند در کاهش بار روانی آن مؤثر باشد.

در جمع‌بندی می‌توان گفت هر دو درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و طرحواره‌درمانی توانستند پریشانی روان‌شناختی زنان دارای طلاق عاطفی را کاهش دهند و اثرات آنها در دوره پیگیری نیز پایدار باقی ماند. درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت احتمالاً به دلیل تمرکز مستقیم‌تر بر هیجان‌های سرکوب‌شده، تعارض‌های ناهشیار و دفاع‌های فعال، در مرحله پس‌آزمون کاهش سریع‌تری ایجاد کرد، در حالی که طرحواره‌درمانی از طریق اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای، مسیر دیگری برای کاهش پریشانی فراهم ساخت. عدم تفاوت معنادار دو درمان در پیگیری نشان می‌دهد که هر دو رویکرد می‌توانند در طول زمان به نتایج بالینی مطلوبی منجر شوند. در نتیجه، انتخاب بین این دو درمان می‌تواند علاوه بر میزان اثربخشی، بر اساس ویژگی‌های مراجع، ماهیت غالب مشکلات، ظرفیت تحمل هیجان، شدت طرحواره‌های ناسازگار و ترجیح درمانی فرد صورت گیرد.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدود بودن جامعه آماری به زنان دارای طلاق عاطفی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناسی منطقه ۱ تهران بود؛ بنابراین، تعمیم یافته‌ها به زنان سایر مناطق جغرافیایی، گروه‌های اجتماعی-اقتصادی متفاوت، زنان غیرمراجعه‌کننده به مراکز درمانی و مردان دارای طلاق عاطفی باید با احتیاط انجام شود. همچنین، حجم نمونه نسبتاً محدود و تقسیم شرکت‌کنندگان در سه گروه ۱۵ نفری می‌تواند توان تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش دهد. استفاده از ابزارهای خودگزارشی نیز ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی، مطلوبیت اجتماعی یا برداشت ذهنی شرکت‌کنندگان قرار گرفته باشد. افزون بر این، دوره پیگیری دوماهه برای بررسی پایداری بلندمدت آثار درمان نسبتاً کوتاه است. تفاوت در تعداد و طول جلسات دو مداخله نیز باید در تفسیر مقایسه مستقیم آنها مدنظر قرار گیرد، زیرا درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و طرحواره‌درمانی در هشت جلسه دوساعته اجرا شد و در نتیجه میزان مواجهه درمانی دو گروه کاملاً یکسان نبود.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده این مقایسه با نمونه‌های بزرگ‌تر و در مناطق جغرافیایی، فرهنگی و اقتصادی متنوع‌تر تکرار شود تا امکان تعمیم دقیق‌تر نتایج فراهم شود. بررسی اثربخشی این دو رویکرد در مردان دارای طلاق عاطفی و نیز در نمونه‌های زوجی می‌تواند به روشن شدن نقش جنسیت و تعامل متقابل زوجین در پاسخ به درمان کمک کند. همچنین پیشنهاد می‌شود دوره‌های پیگیری شش‌ماهه و یک‌ساله در نظر گرفته شود تا دوام واقعی اثر درمان‌ها ارزیابی شود. همسان‌سازی تعداد جلسات و مدت کلی درمان در مطالعات مقایسه‌ای آینده نیز می‌تواند امکان مقایسه منصفانه‌تر اثربخشی دو رویکرد را فراهم سازد. بررسی متغیرهای میانجی و تعدیل‌گر مانند تنظیم هیجان، سبک دلبستگی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، مکانیسم‌های دفاعی، شدت تعارض زناشویی، صمیمیت و حمایت اجتماعی نیز می‌تواند سازوکارهای اثر هر درمان را دقیق‌تر مشخص کند. استفاده هم‌زمان از داده‌های خودگزارشی، مصاحبه‌های بالینی و ارزیابی درمانگر نیز می‌تواند اعتبار یافته‌ها را افزایش دهد.

از نظر کاربردی، پیشنهاد می‌شود کلینیک‌های مشاوره خانواده و مراکز سلامت روان، غربالگری پریشانی روان‌شناختی را در ارزیابی زنان دارای طلاق عاطفی به‌طور منظم انجام دهند و بر اساس ویژگی‌های بالینی مراجع، از درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت یا طرحواره‌درمانی استفاده کنند. در مواردی که پریشانی شدید، سرکوب هیجان، اجتناب عاطفی و دفاع‌های روان‌شناختی برجسته است، استفاده از مداخلات پویشی کوتاه‌مدت می‌تواند در اولویت قرار گیرد؛ در حالی که در مراجعانی که الگوهای دیرپای شناختی-هیجانی، طرحواره‌های ناسازگار و سبک‌های مقابله‌ای مزمن نقش برجسته‌تری دارند، طرحواره‌درمانی می‌تواند انتخاب مناسبی باشد. همچنین، آموزش تخصصی درمانگران در هر دو رویکرد و استفاده از مفهوم‌سازی موردی پیش از انتخاب درمان می‌تواند به افزایش تناسب مداخله با نیازهای مراجع کمک کند. در موارد پیچیده‌تر نیز می‌توان از برنامه‌های درمانی مرحله‌ای استفاده کرد که ابتدا کاهش سریع پریشانی و تثبیت هیجانی را هدف قرار دهند و سپس بر اصلاح ساختارهای عمیق‌تر و مزمن‌تر روان‌شناختی تمرکز کنند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

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

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

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

شفافیت داده‌ها

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

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Emotional divorce represents a form of relational disintegration in which the formal structure of marriage remains intact while emotional intimacy, mutual attachment, affection, constructive communication, and psychological involvement between spouses progressively diminish. Unlike legal divorce, emotional divorce may persist for a prolonged period because couples continue living together despite experiencing substantial emotional distance. Such a condition can develop through chronic marital conflicts, ineffective conflict-resolution patterns, unmet psychological and emotional needs, declining marital satisfaction, and persistent relational burnout. Previous evidence has shown that marital burnout is associated with deficits in the fulfillment of basic psychological needs and reduced sexual intimacy, suggesting that prolonged frustration within intimate relationships may gradually weaken emotional connection between spouses (Daneshmandi & Zakeri, 2021). Dysfunctional attributions and reduced marital forgiveness have similarly been associated with marital burnout, indicating that cognitive and interpersonal processes can contribute to the deterioration of marital relationships (Nazeran et al., 2023). Emotional divorce has also been linked to personality characteristics and conflict-resolution styles through the mediating role of marital burnout (Sadeghkhani et al., 2023), while sexual satisfaction may mediate the relationship between personality characteristics and emotional divorce (Mosaddegh et al., 2023). Other contextual factors, including the quality of cyberspace use, family boundaries, and marital satisfaction, may further contribute to emotional disengagement between spouses (Mahdizadeh, 2020).

Women experiencing emotional divorce may be particularly vulnerable to psychological consequences because they remain exposed to an ongoing relationship that has lost much of its emotional and supportive function. Emotional separation without formal dissolution of the marriage may create an ambiguous and prolonged form of relational loss in which the individual experiences loneliness, rejection, unresolved grief, frustration, and uncertainty while remaining within the marital structure. Romantic disruption and relational loss have been identified as factors that can increase vulnerability to emotional disorders (Rezapour et al., 2021). One of the clinically important consequences of such relational adversity is psychological distress, a broad construct encompassing negative emotional states such as anxiety, depressive affect, nervousness, hopelessness, fatigue, and reduced perceived psychological control. Psychological distress is clinically significant because persistent distress may interact with more severe mental-health outcomes, and network

evidence has demonstrated meaningful connections between distress-related symptoms and suicidality (Junus & Yip, 2023). Intervention studies have also shown that psychological distress associated with relational loss can be reduced through structured counseling approaches (Koohi & Alivandi Vafa, 2022). Consequently, identifying effective psychotherapeutic approaches for reducing psychological distress in women experiencing emotional divorce is of considerable clinical importance.

Short-term psychodynamic therapy is one therapeutic approach that may be particularly relevant to psychological distress arising from chronic relational conflict. In Davanloo's intensive short-term dynamic framework, psychological symptoms are understood partly in relation to unresolved emotional conflicts, anxiety, and maladaptive defenses that restrict direct access to underlying feelings (Davanloo, 1995). Treatment therefore focuses on identifying and challenging defensive processes, increasing emotional awareness, facilitating the direct experience of previously avoided emotions, and resolving unconscious conflicts within an active and focused therapeutic relationship. Evidence supports the effectiveness of short-term psychodynamic interventions across several clinical populations. Intensive short-term dynamic psychotherapy has shown promising outcomes in generalized anxiety disorder (Lilliengren et al., 2017), while randomized evidence has demonstrated clinically relevant effects of short-term dynamic psychotherapy in patients presenting with somatic complaints (Town et al., 2017). Psychodynamic-oriented counseling has also been effective in reducing psychological distress among university students seeking psychological help (Cerutti et al., 2022), and an Iranian study reported reductions in psychological distress and psychosomatic symptoms following short-term psychodynamic therapy (Bakhshi Bajestani et al., 2021). More recent literature has further supported the clinical usefulness of short-term psychodynamic psychotherapy in depressive disorders (Di Salvo et al., 2024; Wienicke et al., 2023), including comparative trials with other established psychotherapies (Dijk, 2025; Malkomsen et al., 2025). Short-term psychotherapy has also demonstrated potential benefits for emotional processing difficulties such as alexithymia in anxiety-related conditions (Wang et al., 2024).

Schema therapy provides a theoretically distinct but potentially relevant approach. Developed as an integrative treatment, schema therapy conceptualizes persistent psychological and interpersonal problems in relation to early maladaptive schemas, unmet core emotional needs, maladaptive coping styles, and schema modes (Young et al., 2003). Schemas consist of enduring patterns of cognition, emotion, memory, and bodily experience that may originate in developmental contexts and later become activated in significant interpersonal situations (Salicru, 2023). Schema-mode conceptualization further allows clinicians to identify shifting emotional and coping states and to strengthen healthier modes of functioning (Edwards, 2022). Because intimate relationships can strongly activate schemas concerning abandonment, emotional deprivation, mistrust, defectiveness, subjugation, and self-sacrifice, schema therapy may be especially relevant for women who remain in emotionally disconnected marriages. Empirical evidence has shown that schema-based interventions can reduce psychological distress and symptom severity (Erfan et al., 2024), improve affective commitment and sexual self-efficacy among women experiencing emotional divorce (Khadang et al., 2024), and enhance self-compassion and cognitive flexibility in divorced women (Mirahmadi & Amini, 2024). The continuing evaluation of schema therapy in complex and difficult-to-treat clinical conditions further highlights its potential for addressing enduring psychological patterns (Arendt et al., 2024). Given the differing mechanisms of short-term psychodynamic therapy and schema therapy and the limited direct comparative evidence among women experiencing emotional divorce, the present study aimed to compare the effectiveness of short-term psychodynamic therapy and schema therapy in reducing psychological distress among women experiencing emotional divorce.

Methods and Materials

This applied study employed a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group and a two-month follow-up. The statistical population consisted of women experiencing emotional divorce who attended licensed counseling and psychology clinics in District 1 of Tehran during the first half of 2025. Approximately 100 women initially completed the Emotional Divorce Questionnaire, and those obtaining scores above 18 were considered for participation. Using purposive sampling, 45 eligible participants were selected and, following matching on relevant demographic characteristics, randomly assigned to three groups of 15 participants: short-term psychodynamic therapy, schema therapy, and control. Inclusion criteria were informed consent, a score above 18 on the Emotional Divorce Questionnaire, at least a high-school diploma, age between 20 and 50 years, no substance or alcohol use, no current psychiatric medication based on self-report, absence of major environmental or social conditions interfering with participation, no concurrent psychodynamic, mentalization-based, or other psychological treatment, and sufficient capacity to communicate and understand psychological material. Withdrawal from the study and absence from more than three treatment sessions were considered exclusion criteria.

Data were collected using the 36-item Emotional Divorce Questionnaire and the 10-item Kessler Psychological Distress Scale. The Emotional Divorce Questionnaire was used primarily for participant screening and demonstrated a Cronbach's alpha coefficient of .88 in the present study. The Kessler measure assessed psychological distress, with higher scores indicating greater distress, and demonstrated a Cronbach's alpha coefficient of .83 in the present sample. Assessments were administered at pretest, posttest, and two-month follow-up.

The short-term psychodynamic intervention was based on Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy model and was delivered in 15 sessions of approximately 90 minutes. The treatment progressively focused on therapeutic assessment, identification of emotional conflicts, examination of defensive processes, clarification, challenge, blocking of maladaptive defenses, and direct engagement with avoided emotional experiences. Schema therapy was based on the Young model and consisted of eight two-hour sessions delivered twice weekly. Sessions addressed therapeutic formulation, identification of early maladaptive schemas, examination of evidence supporting or contradicting schemas, recognition of maladaptive coping styles and schema modes, experiential techniques, imagery exercises, role-playing, healthier behavioral alternatives, and consolidation of learned strategies. The control group received no intervention during the study period.

Data were analyzed using SPSS version 28. Descriptive statistics were calculated first. Repeated-measures analysis of variance was then used to evaluate the effects of group, time, and the time-by-group interaction on psychological distress. Assumptions of normality, homogeneity of variances, homogeneity of variance-covariance matrices, and sphericity-related requirements were assessed before inferential analyses. Bonferroni post hoc comparisons were used to determine the specific locations of significant between-group and within-group differences. Statistical significance was set at .05.

Findings

The three groups were demographically comparable. Educational level did not differ significantly among the short-term psychodynamic therapy, schema therapy, and control groups ($p = .765$). The groups were also comparable in age and duration of marriage. Mean age ranged from 33.47 years in the control group to 34.33 years in the short-term psychodynamic group, while mean duration of marriage ranged from 7.67 years in the short-term psychodynamic group to 8.53 years in the control group.

Descriptive findings showed a clear reduction in psychological distress in both intervention groups. In the short-term psychodynamic group, mean psychological distress decreased from 26.07 at pretest to 19.67 at posttest and remained relatively low at follow-up at 20.87. In the schema therapy group, the mean decreased from 26.40 at pretest to 22.53 at posttest and was 22.87 at follow-up. By contrast, the control group showed

little change across the three assessment points, with means of 27.07 at pretest, 26.67 at posttest, and 27.00 at follow-up.

The assumptions required for repeated-measures analysis were adequately satisfied. The distributions of psychological distress scores were acceptably normal across groups and measurement occasions, variances were homogeneous, and the relevant variance-covariance assumptions were supported.

Repeated-measures analysis demonstrated a significant main effect of group on psychological distress, $F = 21.46$, $p < .001$, partial $\eta^2 = .511$. The main effect of time was also significant, $F = 47.26$, $p < .001$, partial $\eta^2 = .529$. Most importantly, the time-by-group interaction was significant, $F = 11.78$, $p < .001$, partial $\eta^2 = .359$, demonstrating that changes in psychological distress over time differed significantly across the three groups.

Bonferroni comparisons showed that at posttest the short-term psychodynamic group had significantly lower psychological distress than the control group, with a mean difference of -6.15 ($p < .001$). The schema therapy group also had significantly lower distress than the control group, with a mean difference of -3.57 ($p < .001$). Direct comparison of the two active treatments showed that short-term psychodynamic therapy produced significantly lower posttest distress than schema therapy, with a mean difference of -2.58 ($p = .027$). At follow-up, short-term psychodynamic therapy remained significantly superior to the control group (mean difference = -5.31 , $p < .001$), as did schema therapy (mean difference = -3.58 , $p < .001$). However, the difference between the two active treatments at follow-up was not statistically significant (mean difference = -1.72 , $p = .186$).

Within-group comparisons further demonstrated sustained treatment effects. In the short-term psychodynamic group, psychological distress decreased significantly from pretest to posttest (mean difference = 6.40 , $p < .001$) and from pretest to follow-up (mean difference = 5.20 , $p < .001$), while the difference between posttest and follow-up was nonsignificant ($p = .095$). In the schema therapy group, pretest-to-posttest (mean difference = 3.87 , $p < .001$) and pretest-to-follow-up differences (mean difference = 3.53 , $p < .001$) were also significant, whereas the posttest-to-follow-up difference was nonsignificant ($p = .691$). No significant changes were observed across assessment occasions in the control group.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that both short-term psychodynamic therapy and schema therapy effectively reduced psychological distress in women experiencing emotional divorce and that these improvements were maintained over the two-month follow-up period. The significant time-by-group interaction indicates that the observed reductions were not attributable merely to the passage of time; instead, changes in psychological distress varied systematically according to treatment condition.

The effectiveness of short-term psychodynamic therapy may be explained by its direct focus on emotional conflicts and defensive processes that sustain distress. Women experiencing emotional divorce may remain exposed to chronic feelings of rejection, loneliness, anger, grief, disappointment, and emotional deprivation while simultaneously attempting to preserve the external structure of their marital relationship. Defensive processes such as denial, intellectualization, avoidance, rumination, externalization, or somatization may temporarily protect individuals from painful emotional experiences but can also maintain psychological tension. A treatment that actively identifies these defenses and facilitates direct emotional processing may therefore reduce distress relatively rapidly. This mechanism may also explain why short-term psychodynamic therapy showed a significantly greater immediate effect than schema therapy at posttest.

Schema therapy was likewise effective, although its immediate effect was comparatively smaller. This finding may be understood in terms of its emphasis on enduring cognitive-emotional patterns rather than primarily on immediate emotional discharge or defense restructuring. Women experiencing emotional divorce may interpret relational events through deeply established schemas involving abandonment, emotional deprivation, mistrust, defectiveness, dependence, subjugation, or self-sacrifice. By identifying these schemas, examining their developmental origins, recognizing maladaptive coping responses, and strengthening healthier modes of

functioning, schema therapy can gradually reduce the intensity with which adverse marital experiences are interpreted and experienced. This process can ultimately decrease psychological distress by increasing emotional understanding, cognitive flexibility, and healthier coping.

An important finding was that the significant advantage of short-term psychodynamic therapy over schema therapy at posttest was no longer statistically significant at follow-up. This pattern suggests that the two treatments may differ more in the speed than in the longer-term direction of therapeutic change. Short-term psychodynamic therapy may produce more rapid improvement because it directly addresses active emotions and defenses from the early phases of therapy. Schema therapy, in contrast, may require a more gradual process of identifying, understanding, and modifying longstanding schemas and coping patterns. By the follow-up period, however, participants receiving schema therapy appeared to have maintained and consolidated their gains, reducing the magnitude of the difference between treatments.

The nonsignificant posttest-to-follow-up changes within both intervention groups are particularly important because they indicate maintenance rather than rapid loss of therapeutic benefit. Thus, neither intervention appeared to produce only temporary symptom reduction. Participants in both treatment groups retained significantly lower psychological distress at follow-up than at baseline. The absence of significant changes in the control group further strengthens the interpretation that the improvements were associated with the interventions.

Overall, the findings indicate that both short-term psychodynamic therapy and schema therapy can be considered effective psychological interventions for reducing distress in women experiencing emotional divorce. Short-term psychodynamic therapy demonstrated a stronger immediate effect, suggesting particular usefulness when rapid reduction of emotional distress is a clinical priority. Schema therapy also produced meaningful and sustained improvement and may be especially suitable when longstanding maladaptive schemas and chronic relational patterns are prominent. Consequently, treatment selection should not be based solely on an assumption that one approach is universally superior. Rather, clinicians may consider the individual's dominant psychological mechanisms, emotional tolerance, defensive functioning, schema patterns, treatment preferences, and clinical priorities. The study ultimately supports the use of both approaches for women experiencing emotional divorce while suggesting that short-term psychodynamic therapy may offer a more pronounced short-term reduction in psychological distress.

فهرست منابع

References

- Arendt, I. T. P., Gondan, M., Juul, S., Hastrup, L. H., Hjorthøj, C., Bach, B., Videbech, P., Jørgensen, M. B., & Moeller, S. B. (2024). Schema Therapy Versus Treatment as Usual for Outpatients with Difficult-to-Treat Depression: Study Protocol for a Parallel Group Randomized Clinical Trial (DEPRE-ST). *Trials*, 25(1), 266. <https://doi.org/10.1186/s13063-024-08079-9>
- Bakhshi Bajestani, A., Shahabizadeh, F., Vaziri, S., & Lotfi Kashani, F. (2021). The Effectiveness of Short-Term Psychodynamic Therapy in Reducing Psychological Distress and Psychosomatic Symptoms in Patients with Gastrointestinal Dysfunction and Type D Personality. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, 13(4), 1-11.
- Cerutti, R., Biuso, G. S., Dentale, F., Spensieri, V., Gambardella, A., & Tambelli, R. (2022). Effectiveness of Psychodynamic-Oriented Counselling Intervention in Reducing Psychological Distress in University Students Seeking Help. *British Journal of Guidance & Counselling*, 51(6), 851-864. <https://doi.org/10.1080/03069885.2022.2089632>
- Daneshmandi, S., & Zakeri, H. (2021). *Predicting Marital Burnout in Women Based on Basic Psychological Needs and Sexual Intimacy* Ninth International Conference on Research in Psychology, Counseling and Educational Sciences,
- Davanloo, H. (1995). *Unlocking the Unconscious*. Arjmand Publication.

- Di Salvo, G., Perotti, C., Ricci, V., Maina, G., & Rosso, G. (2024). Efficacy and Suitability of Adding Short-Term Psychodynamic Psychotherapy (STPP) to Pharmacotherapy in Patients with Depressive Disorders: A Systematic Review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2023-0764>
- Dijk, M. K. (2025). The D*Phase-Study: Comparing Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive Behavioural Therapy for Major Depressive Disorder in a Randomised Controlled Non-Inferiority Trial. *Journal of affective disorders*, 371, 344-351. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.10.122>
- Edwards, D. J. A. (2022). Using Schema Modes for Case Conceptualization in Schema Therapy: An Applied Clinical Approach. *Frontiers in psychology*, 12, 763670. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.763670>
- Erfan, A., Aghaei, A., & Golparvar, M. (2024). Effectiveness of Group Emotional Schema Therapy on Psychological Distress, Severity and Frequency of Symptoms in Women with Irritable Bowel Syndrome. *Advanced Biomedical Research*, 13, 11. https://doi.org/10.4103/abr.abr_85_22
- Junus, A., & Yip, P. S. F. (2023). Preventing Comorbidity Between Distress and Suicidality: A Network Analysis. *NPJ Mental Health Research*, 2, 2. <https://doi.org/10.1038/s44184-023-00022-1>
- Khadang, M., Asadi Majreh, S., & Akbari, B. (2024). The Effectiveness of Group Schema Therapy on Affective Commitment and Sexual Self-Efficacy in Women with Emotional Divorce. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*, 13(4), 155-164.
- Koohi, Z., & Alivandi Vafa, M. (2022). The Effectiveness of Counseling with an Islamic Approach on Psychological Distress in Female Students with the Experience of Romantic Breakup. *Research on Religion & Health*, 8(3), 53-67.
- Lilliengren, P., Johansson, R., Town, J. M., Kisely, S., & Abbass, A. (2017). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for Generalized Anxiety Disorder: A Pilot Effectiveness and Process-Outcome Study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(6), 1313-1321. <https://doi.org/10.1002/cpp.2101>
- Mahdizadeh, A. H. (2020). The Relationship Between the Quality of Cyberspace Use and Emotional Divorce with the Mediation of Family Boundaries and Marital Satisfaction. *Islamic Research*, 3(2), 65-84.
- Malkomsen, A., Wilberg, T., Bull-Hansen, B., Dammen, T., Evensen, J. H., Hummelen, B., Løvgren, A., Osnes, K., Ulberg, R., & Røssberg, J. I. (2025). Comparative Effectiveness of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Major Depression in Psychiatric Outpatient Clinics: A Randomized Controlled Trial. *BMC psychiatry*, 25(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06544-6>
- Mirahmadi, L., & Amini, M. (2024). Exploring the Efficacy of Schema Therapy-Based Training on Enhancing Self-Compassion and Cognitive Flexibility Among Divorced Women. *The Family Journal*. <https://doi.org/10.1177/10664807241297707>
- Mosaddegh, H., Darbani, A., & Parsakia, K. (2023). The Mediating Role of Sexual Satisfaction in the Relationship Between Personality Traits and Emotional Divorce in Men. *Applied Family Therapy*, 4(4), 191-202.
- Nazeran, Z., Haghaegh, A., Raeisi, Z., & Dehghani, E. (2023). The Relationship Between Attributions and Marital Burnout with the Mediating Role of Marital Forgiveness. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*, 12(1), 187-196.
- Padash, Z., Yousefi, Z., Abedi, M., & Torkan, H. (2020). The Effectiveness of Gottman-Method Marital Counseling on Tendency Toward Divorce and Marital Burnout in Married Women Inclined Toward Divorce. *Journal of Disability Studies*, 10(2), 154-154.
- Rezapour, R., Vaziri, S., & Lotfi Kashani, F. (2021). The Role of Romantic Breakup in Increasing Vulnerability to Emotional Disorders: A Systematic Review. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 15(2), 1-10.
- Sadeghkhan, M., Emami, S., & Mirhashemi, M. (2023). Developing a Structural Model of Emotional Divorce Based on Dark Triad Personality Traits and Conflict Resolution Styles with the Mediating Role of Marital Burnout. *Applied Family Therapy*, 4(2), 444-471.
- Salicru, S. (2023). Schema Therapy: Understanding the Storage and Activation of Early Maladaptive Schemas in Environmental and Developmental Contexts. *Clinical psychology review*, 99, 102224.
- Town, J. M., Abbass, A., Stride, C., & Bernier, D. (2017). Short-Term Dynamic Psychotherapy for Abdominal Pain: A Randomized Controlled Trial Examining the Role of Therapist Interventions. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86(5), 262-271.
- Wang, Y., Cao, J., & Wei, J. (2024). Case Report: Short-Term Psychotherapy for Alexithymia in a Patient with Generalized Anxiety Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1342398. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1342398>
- Wienicke, F. J., Beutel, M. E., Zwerenz, R., Brähler, E., Fonagy, P., Luyten, P., Constantinou, M., Barber, J. P., McCarthy, K. S., Solomonov, N., Cooper, P. J., De Pascalis, L., Johansson, R., Andersson, G., Lemma, A., Town, J. M., Abbass, A. A., Ajilchi, B., Connolly Gibbons, M. B., ... Driessen, E. (2023). Efficacy and Moderators of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis of Individual Participant Data. *Clinical psychology review*, 101, 102269. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102269>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide* (3rd ed.). Arjmand Press.