

Occupational Psychology

Open
Access

ORIGINAL ARTICLE

The Impact of Group Schema Therapy on Early Maladaptive Schemas and Job Burnout among Schema Therapists

Ezzatollah Kordmirza Nikoozadeh^{1*}, Nazanin Pirhayati², Mojgan AgahHeris³, Avisā Najimi⁴

1 PhD, AssociateProfessor in Health Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

2 Master of clinical psychology, Islamic Azad University Science And Research Branch, Tehran, Iran

3 PhD, AssociateProfessor in Health Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

4 PhD of General psychology, Islamic Azad University Science And Research Branch, Isfahan, Iran.

Correspondence

Ezzatollah Kordmirza Nikoozadeh
Email: kordmirza@pnu.ac.ir

How to cite

E. Kordmirza Nikoozadeh, N. Pirhayati, M. AgahHeris, A. Najimi. (2023). The Effect of Group Schema Therapy on Early Maladaptive Schema and Job Burnout of Schema Therapists. Occupational Psychology, 2 (1), 65-74.

ABSTRACT

Life experiences and schema therapists can significantly influence therapeutic relationships and even lead to job burnout. The aim of this research was to investigate the effect of group schema therapy on schemas therapists and job burnout schema therapist. A semi-experimental two-group design (pre-test, post-test with a one-month follow-up) was implemented. The treatment included a 10-session, 90-minute weekly group schema therapy. The population consisted of schema therapists who volunteered to participate in the group therapy, comprising a selected sample of the experimental group (9 participants) and the control group (10 participants), randomly assigned to the two groups. Yang et al.'s early Maladaptive Schema Questionnaires and Malach's Job Burnout Questionnaires were used. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance. Group schemas therapy led to the modification of schema therapists and a reduction in job burnout among schema therapists ($p < 0.01$). These variables showed significant differences between the post-test and follow-up stages compared to the pre-test ($p < 0.01$). The activation of schemas and attitudes and emotional responses to it play a crucial role in the effectiveness of schemas therapy, affecting the relationships between clients and therapists, the implementation of therapy, and therapist job burnout negatively. However, a set of group schema therapy -based strategies were employed to identify and manage these schemas and attitudes, aiming to improve the therapeutic process for each therapist and facilitate personal growth. Therefore, therapists, supervisors, and trainers need to be aware of the impact of schema therapists on relationships and therapeutic processes under individual expert supervision.

KEY WORDS

Schema Therapy, Early Maladaptive Schemas, Job Burnout, Psychotherapists.

نشریه علمی

روان‌شناسی کار

«مقاله پژوهشی»

اثر طرحواره درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و فرسودگی شغلی طرحواره درمان‌گران

عزت الله کردمیرزا نیکوزاده^{1*}، نازنین پیرحیاتی²، مژگان آگاه هریس³، آویسا نجیمی⁴

چکیده

تجارب زندگی و طرحواره‌های روان‌درمان‌گران می‌تواند بر رابطه درمانی اثر بگذارد و حتی سبب فرسودگی شغلی شود. هدف این پژوهش بررسی اثر طرحواره درمانی گروهی بر طرحواره‌ها و فرسودگی شغلی طرحواره درمان‌گران بود. طرح نیمه آزمایشی دوگروهی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون با پیگیری یک ماهه) اجرا شد. درمان شامل طرحواره درمانی گروهی طی 10 جلسه 90 دقیقه‌ای و هفتگی ارائه گردید. جامعه آماری شامل طرحواره درمان‌گران داوطلب جهت شرکت در گروه‌درمانی بود که شامل نمونه‌ای انتخاب شده متشکل از گروه آزمایش (9 نفر) و کنترل (10 نفر)؛ و به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. همچنین از پرسش‌نامه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ و همکاران و فرسودگی شغلی مسلاخ استفاده گردید. داده‌های حاصل با آزمون آماری تحلیل واریانس، با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد. طرحواره درمانی گروهی سبب تعدیل طرحواره‌ها و کاهش فرسودگی شغلی طرحواره درمان‌گران شد ($p < 0/01$) و این متغیرها طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری با پیش‌آزمون نشان دادند ($p < 0/01$). فعال‌سازی طرحواره و ذهنیت‌ها و پاسخ‌های هیجانی به آن، نقش مهمی در اثربخشی طرحواره درمانی دارد که بر روابط بین مراجع و درمان‌گر، اجرای درمان و نیز فرسودگی شغلی درمان‌گر تأثیر منفی دارد اما مجموعه‌ای از راهکارهای مبتنی بر طرحواره درمانی گروهی برای شناسایی و مدیریت این طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها به کار گرفته شد تا باعث بهبود فرایند روان‌درمانی هر درمان‌گر و تسهیل رشد فردی شود. لذا درمان‌گران، ناظران و مربیان نیاز دارند که از تأثیر طرحواره‌های درمان‌گر در روابط و فرآیندهای درمانی زیر نظر فردی خبره آگاه باشند.

واژه‌های کلیدی

طرحواره درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، فرسودگی شغلی، روان‌درمان‌گران.

1 دانشجویار، روان‌شناسی سلامت، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
2 کارشناس ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران
3 دانشجویار، روان‌شناسی سلامت، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
4 دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، اصفهان، ایران

نویسنده مسئول:

عزت الله کردمیرزا نیکوزاده

رایانامه: kordmirza@pnu.ac.ir

استناد به این مقاله:

عزت الله کردمیرزا نیکوزاده، نازنین پیرحیاتی، مژگان آگاه هریس، آویسا نجیمی (1402). اثر طرحواره درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و فرسودگی شغلی طرحواره درمان‌گران. فصلنامه روان‌شناسی کار، 2 (1)، 65-74

<https://etl.journals.pnu.ac.ir/>

مقدمه

فرسودگی شغلی به عنوان مشخصه اصلی استرس نوعی واکنش تأخیری به عوامل تنش‌زای مزمن در محل کار است که اثرات سوئی بر فرد، سازمان و همچنین در درازمدت بر جامعه دارد. مطالعات متفاوتی، شیوع فرسودگی شغلی در جوامع مدرن و همچنین عواقب آن را برای کارکنان و سازمان‌ها نشان می‌دهند (مک کورمات، مک اینتری، اوشیا، هرینگ، کمپیل، 2018). تظاهرات فرسودگی شغلی اغلب در سطوح مختلف مشاهده می‌شود، چه عاطفی مانند (خلق و خوی افسرده، خستگی مزمن، غم و اندوه، اضطراب)، شناختی (نظیر کنترل شخصی پایین، فرایندهای شناختی ناقص)، فیزیکی (به عنوان مثال: فقر سلامت، بیماری‌ها)، رفتاری (غیبت کردن، کاهش عملکرد) یا انگیزشی (مانند کاهش تعهد سازمانی و دوری از دیگران) (رودریگز، کارلوتو، 2017). برخی از عوامل همچون شرایط محیط کار، وضعیت درآمد و... از جمله مواردی هستند که می‌تواند در بروز فرسودگی شغلی دخیل باشد. نکته حائز اهمیت بر اساس تحقیقات انجام شده آن است که کارکنان حرفه‌های مربوط به خدمات اجتماعی و درمانی از اولین کاندیداهای فرسودگی شغلی محسوب می‌شوند (برجوت، آلتینتس، گریات، لساج، 2017)؛ محققان این مسئله را ناشی از مواجهه هر روزه این افراد با شرایط منفی و فقدان شرایط مثبت در محیط کار می‌دانند. درمان‌گران اعم از پزشک، پرستار و روان‌شناس، به دلیل مواجهه با شرایط کاری خاص از جمله کار با افرادی که اغلب اختلالات روان‌پزشکی دارند و همچنین عدم تمایل برخی مراجعان برای شرکت در برنامه‌های درمانی و عدم پایبندی به پروتکل‌های درمانی نظیر شرکت در جلسه‌های گروه‌درمانی باعث شده است، درمان‌گران در معرض استرس‌های روانی و فرسودگی شغلی بیشتری نسبت به سایر مشاغل قرار بگیرند (آلوود، گیزلر، بوراتی، 2022).

باید توجه داشت که افراد گرفتار مشکلات هیجانی و عاطفی مانند فرسودگی شغلی، در حالت استیصال و رنج فراوان ممکن است به هر شخصی متوسل شوند. این در حالی است که انتظار می‌رود این درمان‌گران، درمان صحیح مسائل و مشکلات پیچیده و دشوار مراجعان، را با دارا بودن تبحر کافی، دانش، بینش و روش‌های لازم در روان‌درمانی انجام دهند در حالی که خود درگیر مشکلات پیچیده روان نباشند؛ در غیر این صورت، مشاوره و روان‌درمانی می‌تواند بسیار مضر و حتی خطرناک باشد (نت لوی، 2019).

علاوه بر این، اشتباهات درمانی مشاوران و روان‌درمان‌گران مبتدی به دو طبقه تقسیم می‌شوند. اول، خطاها و اشتباهات

فنی که در سال‌های اولیه کار درمان اتفاق می‌افتد و نتیجه انتخاب نادرست فنون، تشخیص نادرست، ناتوانی درمان‌گر در درک مضمون و محتوای پنهان صحبت‌های آشکار درمان‌جو و اندکی هم نتیجه نگرش ساده‌انگارانه درمان‌گر است. دوم، اشتباهاتی که خیلی آشکار نیست و بی‌سروصداتر و نهفته‌تر است و شامل تعداد گوناگونی از واکنش‌های انتقال متقابل و مقاومت متقابل درمان‌گر است، همانند احساسات جنسی، پرخاشگری، حالت‌های دفاعی، جاه‌طلبی، تحقیر، ترس، رنجش و شرم که ممکن است درمان‌گر را به زحمت و دردسر بیندازد، اغلب این اشتباهات می‌تواند نشانه وجود حالت انتقال متقابل باشد (کارت رایت، هایز، یانگ، شایدر، 2021). خودمراقبتی از مهم‌ترین بخش‌های کار حرفه‌ای هر درمان‌گری است، برای این منظور روان‌درمانی دوره‌ای برای هر درمان‌گری توصیه شده است. لذا روان‌درمانی برای درمان‌گران جهت افزایش رشد هیجانی و بهبود مهارت‌های بین فردی و همدلی، خودآگاهی در فهم مشکلات فردی تعارض‌ها و ارزش‌ها و در نهایت مدلی از آنچه قرار است در نقش درمان‌گر در آینده ایفا کند، ضروری به نظر می‌رسد (دروکیاک، روپرت، بریانت، زاهینیز، 2017).

علاوه بر عوامل هیجانی فوق‌الذکر، عوامل شناختی مختلفی در طول فرآیند درمان می‌تواند بر فرآیند درمان مؤثر باشد. نوعی از شناخت‌ها که می‌تواند در رابطه درمانی مهم باشند، طرحواره‌ها هستند (آرتز، راجکوبر، چان، فاسبندر، کارا اوسمانوقلو، لی، 2021). طرحواره‌ها سازهایی هستند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرند و به عنوان واسطه، پاسخ‌های رفتاری افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (ناجی، رحیمی، حسنی، طباطبایی، 2020). برخی از طرحواره‌ها به ویژه آن‌ها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیتی و مشکلات بین فردی باشند. لذا باید افزود این امر اجتناب‌ناپذیر است که طرحواره و ذهنیت‌های درمان‌گران توسط فرآیندهای بین فردی با مراجع فعال می‌شوند (سیمپسون، سیمپوناتو، اسموت، ون وروسویجک، هایز، سوگلریز، 2019) و حتی حجم قابل توجهی از ادبیات نشان می‌دهد که آسیب‌های حل نشده درمان‌گر می‌تواند در فرآیند و نتایج درمان به صورت انتقال متقابل تأثیرگذار باشد (هایز، گلسو، گلدبرگ، کیولیکان، 2018). فعال‌سازی طرحواره می‌تواند به طور مشابهی بر تصمیم‌گیری بالینی، مفهوم‌سازی موردی و روابط بالینی تأثیر بگذارد (سادیچها، کومار، پددامان، 2012). به عنوان مثال، درمان‌گری با طرحواره رهاشدگی ممکن است در پایان دادن به درمان برای جلوگیری از اتمام رابطه مشکل داشته باشد. یک درمان‌گر با

نمرات حوزه‌های دیگر (بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل) کاهش یافته اما این کاهش معنادار نبوده است ولی باعث تعدیل آن طرحواره‌ها شده است.

با توجه به مطالب بیان شده مبنی بر شیوع بالای فرسودگی شغلی در مشاغل خدمات درمانی و نیز اثرگذاری ویژگی‌های هیجانی و طرحواره‌های شناختی درمان‌گران طی فرایند روان‌درمانی، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این پرسش است که آیا روان‌درمانی گروهی می‌تواند سبب کاهش فرسودگی شغلی و نیز تعدیل طرحواره‌های درمان‌گران با رویکرد طرحواره شود؟

روش پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و دارای طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه گواه و پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل طرحواره درمان‌گران تازه کاری است که کمتر از 5 سال در حوزه روان‌درمانی فعالیت دارند و رویکرد طرحواره درمانی را برای خود انتخاب نموده‌اند، بودند. جهت انتخاب نمونه اطلاعاتی دال بر شرکت در گروه‌درمانی مختص این گروه در فضای مجازی منتشر گردید که 19 نفر داوطلب حضور در این گروه درمانی بودند. به شکل تصادفی به دو گروه آزمایش (9 نفر) و گواه (10 نفر) تقسیم شدند که با توجه به قواعد گروه‌درمانی و نیز میزان توان آزمون و اندازه اثر، با محاسبه نرم‌افزار جی پاور (اندازه اثر=0/52؛ تعداد گروه=2 و توان آزمون=0/95)، این حجم مکفی دانسته شد. لازم به ذکر است که ملاک‌های ورود به مطالعه شامل حداقل و حداکثر سابقه به ترتیب یک و پنج سال کار با رویکرد طرحواره درمانی، داشتن حداقل تحصیلات کارشناسی ارشد روان‌شناسی یا مشاوره و ملاک‌های خروج از پژوهش مصرف داروهای روان‌پزشکی، مصرف مواد و غیبت بیش از دو جلسه طی جلسات گروه درمانی در نظر گرفته شد. در ابتدا درمان‌گران در مرحله پیش‌آزمون به پرسش‌نامه طرحواره یانگ و فرسودگی شغلی پاسخ دادند و گروه‌درمان‌گر (دکتری روان‌شناسی با رویکرد طرحواره درمانی) و دستیار وی (کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی با رویکرد طرحواره درمانی) نیز پرسش‌نامه طرحواره یانگ را پس از پایان جلسه اول با توجه به برداشت‌های بالینی خود برای هر یک از آزمودنی‌ها تکمیل کردند. همچنین هر آزمودنی پرسش‌نامه طرحواره یانگ را با توجه به برداشت‌های خود برای فرد کنار دستی‌اش تکمیل کرد. لازم به ذکر است که علت شیوه سنجش به صورت فوق‌الذکر آن است که اولاً شرکت‌کنندگان خود طرحواره درمان‌گر هستند

طرحواره استاندارد‌های سختگیرانه ممکن است انتظارات غیر واقع‌بینانه از ظرفیت شغلی خود داشته باشد (کادینگ، سوگلریز، دید، ون درسویچک، هایز، دوریان، 2017) و یا به طور ناخواسته استانداردهای بالای خود را به مراجعین تحمیل می‌کند و اگر پروسه درمان به سرعت پیش نرود، صبرش را از دست می‌دهد (لیهی، 2008).

در همین راستا، پژوهشگران پس از بررسی چالش‌هایی با مراجعین خاص و عدم قدرت پاسخگویی مناسب و مبتنی بر بزرگسال سالم به مراجعین بر این باورند که ذهنیت سبک مقابله‌ای ناسالم و طرحواره‌های اولیه ناسازگار درمان‌گر می‌تواند مشخصاً منجر به آسیب دیدن مراجع و عدم اجرای تمام و کمال درمان برای ایشان بشود (والیاتاتو، میروویک، 2020)، به طور مثال تن و همکاران (تن ناپل اسشوتز، آلم، باملید، آرتز، 2017) متوجه شدند زمانی که در ذهنیت محافظ بی‌تفاوت به سر می‌برند، تمایل‌شان برای درک مراجع و صحبت در مورد مشکلات داغ احتمالی در جلسه کاهش پیدا می‌کند و تمایل دارند با تمرکز بر تکنیک‌های شناختی از درگیر شدن در هیجانات‌شان بپرهیزند؛ همچنین متوجه شدند که در زمان‌های خاص در ارتباط با برخی مشکلات مشخص با مراجعین‌شان وارد ذهنیت اجتنابی (محافظ بی‌تفاوت) می‌شوند.

در این باره صاحب‌نظران این رویکرد درمانی توصیه کرده‌اند که هر طرحواره درمان‌گری موظف است در راستای رشد فردی، افزایش عزت نفس، یادآوری تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، شناخت طرحواره‌ها و نیازهای بنیادین و شناخت‌های هیجان غالب خود در خلال جلسه مشاوره و خارج از آن آگاه باشد (فارل، شاو، 2017). فارل و همکاران (فارل، شاو، وبر، 2018) در پژوهشی نشان دادند که ذهنیت طرحواره‌ای به عنوان زیرساخت‌های شناختی، عاطفی و رفتاری می‌تواند در استرس شغلی افراد مؤثر باشد. همچنین نشان داده شده که بهتر است آموزش طرحواره درمان‌گران در گروه‌های کوچک‌تر انجام شود، که شرکت‌کنندگان بتوانند سؤالات‌شان را بپرسند، شرکت‌کنندگان لزوم وجود سوپرویزن با همکاران را برای پرسیدن سؤالات علمی بیان کردند (برند د وابلد، آرتز، 2019). همچنین شرکت‌کنندگان برای بررسی فرایند انتقال متقابل نیاز به یک فرد متخصص در این حوزه را به اتفاق بیان کردند. همچنین شعبان و همکاران (شعبان، پیوستگار، خسروی، 2021) به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های درمان‌گران پرداختند که نتایج نشان داد که دو گروه کنترل و آزمایش، پس از ارائه درمان، در حوزه‌های دیگرجهت‌مندی و گوش به زنگی تفاوت معناداری داشتند و

هنیان (آلری، راین، ساکو، باسیل، سگوراکارسیا، 2020) برای تمام حوزه‌ها ضریب آلفای کرونباخ بالاتر از 0/8 و روایی مطلوبی گزارش کردند. خراسانی زاده و همکاران نسخه کوتاه پرسش‌نامه طرحواره یانگ را اجرا و ضریب همسانی درونی پرسش‌نامه را از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای حوزه‌های بریدگی و طرد 0/93، خودگردانی و عملکرد مختل 0/82، دیگرجهت‌مندی 0/89، محدودیت‌های مختل 0/79 و گوش به زنگی 0/82 گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب فوق برابر با 0/88، 0/89، 0/83، 0/84 و 0/88 به دست آمد. همچنین ضریب توافق میان ارزیاب‌ها در پژوهش حاضر برای کل پرسش‌نامه برابر با 0/91 و برای هر مؤلفه بالای 0/75 مشاهده شد.

پرسش‌نامه فرسودگی شغلی²: این پرسش‌نامه توسط مسلاخ در سال 1992 تهیه و از 22 گزاره تشکیل شده است و سه جنبه فرسودگی شغلی یعنی خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و کاهش کفایت شخصی را می‌سنجد. هر 22 گزاره با مقیاس لیکرت از صفر تا شش شامل هرگز تا همیشه نمره‌گذاری می‌گردد که نمرات بالا منعکس کننده فرسودگی شغلی می‌باشد (روتستین، هدایب، فاسی، تولکارنی، 2019). ضریب پایایی آلفای کرونباخ در پژوهش بیرسی و همکاران (بیرسی، پرسلانا، گامبینی، مادیبا، موفاتی، پاپرون، 2009) برای

و با پرسش‌نامه یانگ آشنایی دارند که می‌توانست در نتیجه مؤثر باشد؛ ثانیاً جهت خنثی کردن سوگیری در سنجش درمان‌گر از سنجش توسط دستیار درمان‌گر و شرکت‌کنندگان بهره برده شد تا این امکان به حداقل برسد. در ادامه گروه آزمایش تحت مداخله برگرفته از پروتکل طرحواره درمانی فارل، شاو و وبر (2018) قرار گرفت و گروه گواه تنها جلسه اول را به صورت مجزا از گروه دیگر برگزار کرد. پس از اتمام جلسات درمانی هر دو گروه پس‌آزمون را به شیوه فوق تکرار کردند. همچنین همه پرسش‌نامه‌های تکمیل شده در دو مرحله پیشین پس از یک ماه مجدداً در مرحله پیگیری تکرار شدند که به علت جلوگیری از کسالت و درماندگی در گروه کنترل این زمان برای پیگیری انتخاب گردید.

ابزار

پرسش‌نامه طرحواره ناسازگار اولیه یانگ¹: این پرسش‌نامه 75 گویه‌ای توسط یانگ در سال 1998 ساخته شده و شامل 5 حوزه طرحواره‌ای شامل بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگرجهت‌مندی، گوش به زنگی بیش از حد، و محدودیت‌های مختل است و در طیف لیکرت 5 درجه‌ای از کاملاً درست درباره من تا کاملاً غلط درباره من نمره‌گذاری می‌شود (قیاسی، مولوی، نشاط دوست، 2011). والر، میبر و

جدول 1. خلاصه جلسات طرحواره درمانی گروهی

جلسه	هدف	محتوا	فعالیت
اول	معرفه و ایجاد احساس امنیت	معرفی و بیان قوانین گروه، ایجاد حس تعلق گروهی بیان مشکلات اصلی با مراجعان در محیط درمان، مرور فعال‌کننده‌های طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها	اجرای پیش‌آزمون تمرین و کاربرگ حباب امن
دوم	معرفی نیازها	مرور نیازهای اساسی پنج‌گانه، ارتباط طرحواره‌ها و نیازها در محیط درمان، ایجاد تصویرسازی ذهنی از یک مراجع	بررسی شیوه برآورده شدن نیازها در کودکی، حال حاضر و محیط درمان
سوم	شناسایی و فرمول‌بندی	بررسی فرمول‌بندی موردی از مشکل حال حاضر فرد، الگوی مرتبط و تکرار شونده، نیازهای دوران کودکی من، محیط اولیه عوامل زیستی، فعال‌کننده‌ها، ظرفیت بزرگسال سالم	بررسی ذهنیت‌ها و عوامل فعال‌کننده در محیط درمانی
چهارم	آگاهی از ذهنیت سبک مقابله‌ای	بررسی موقعیت‌هایی که ذهنیت فعال می‌شود، نشانه‌های اصلی، احساسات، حس‌های بدنی، افکار، خاطرات، طرحواره‌ها و نیاز	سنجش سبک‌های مقابله‌ای در محیط درمان
پنجم	آگاهی از ذهنیت والد	شناسایی پیام‌های اصلی والد، بررسی شواهد تأیید و رد ذهنیت والد، معرفی ذهنیت والد پرتوقع، سرزنشگر، القاگر گناه و القاگر ترس	سنجش ذهنیت والد و اثر آن بر درمان‌گری
ششم	پرورش ذهنیت بزرگسال سالم	بررسی ظرفیت‌های بزرگسال سالم، رفتار جرات‌مندانه (فاصله گرفتن، خودمراقبتی و مواجهه)	تقویت دسترسی به ذهنیت بزرگسال
هفتم	کار روی ذهنیت کودک عصبانی و کودک تکانشی	شناسایی طرحواره‌ها و نیازهای مرتبط به ذهنیت‌های کودک، استفاده نمایش برای ارتباط با ذهنیت کودک	تکلیف داستان‌نویسی و مکالمه با ذهنیت کودک
هشتم	آگاهی از ذهنیت کودک آسیب‌پذیر	تصویرسازی کودک تنها در خیابان و کودک آسیب‌پذیر، بررسی افکار، احساسات، خاطرات، حس‌های بدنی و نیازهای کودک آسیب‌پذیر، آموزش مهرورزی و شفقت به خود	اجرای مهرورزی و شفقت به خود در راستای تسکین ذهنیت کودک آسیب‌پذیر
نهم	مدیریت ذهنیت کودک آسیب‌پذیر با والد خوب	جاگذاری پیام والد خوب با صداها و والد سرزنشگر، پرتوقع، القاگر گناه و القاگر ترس	کار تجربی با تغییر ذهنیت‌ها
دهم	ذهنیت کودک شاد	بازی و تفریح، پیدا کردن پیام‌های والد خوب در مجلات، گفتن پیام‌های والد خوب به یکدیگر	عملکرد ذهنیت‌ها در زندگی فعلی (شغلی و غیر شغلی)

سنی و انحراف معیار برای گروه آزمایش آن به ترتیب 26/74 و 2/46 و برای گروه کنترل 27/16 و 1/92 بود. لازم به ذکر است که با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک به بررسی توزیع نرمال گروهها پرداخته شده بود که نشان از توزیع طبیعی دادهها داشت ($p < 0/05$). جدول یک نیز میانگین و انحراف معیار گروهها به تفکیک مراحل پژوهش را نشان می‌دهند.

جدول دو نشان می‌دهد که طی درمان تغییرات در میانگین گروهها در مقایسه با یکدیگر ایجاد شده است که در ادامه به بررسی این تغییرات از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است که در جدول 3 آزمون کرویت موچلی آمده است.

جدول 3. نتیجه آزمون کرویت موچلی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	کرویت موچلی	اماره کای دو	df	sig
بریدگی و طرد	0/251	37/325	2	0/001
خودگردانی و عملکرد مختل	0/115	58/360	2	0/001
محدودیت‌های مختل	0/161	49/331	2	0/001
دیگرجهت‌مندی	0/142	52/666	2	0/001
گوش به زنگی	0/060	76/078	2	0/001
فرسودگی	0/128	55/451	2	0/001

براساس جدول 3 آزمون کرویت موچلی مقدار سطح معناداری برای متغیرهای پژوهش برابر 0/001 به دست آمده است؛ لذا فرض کرویت رد می‌شود. در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس‌ها و به گونه‌ای دقیق‌تر شرط همگنی ماتریس کواریانس اطمینان حاصل نشد؛ در نتیجه از آزمون‌های جایگزین محافظه‌کارانه گرین هاوس گیرز برای بررسی اثرات جدول 4. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر متغیرهای پژوهش در سه مرحله اجرا

متغیرهای پژوهش	منابع تغییر	آماره F	معناداری	ضریب تاثیر	توان آماری
بریدگی و طرد	عامل گروه	19/182	0/001	0/407	0/994
خودگردانی و عملکرد مختل	عامل * گروه	6/291	0/018	0/183	0/678
محدودیت‌های مختل	عامل گروه	10/091	0/002	0/265	0/981
دیگرجهت‌مندی	عامل گروه	12/489	0/001	0/308	0/937
گوش به زنگی	عامل * گروه	4/415	0/045	0/136	0/528
فرسودگی	عامل * گروه	9/625	0/001	0/256	0/976
بریدگی و طرد	عامل گروه	19/600	0/001	0/412	0/933
خودگردانی و عملکرد مختل	عامل گروه	5/359	0/028	0/161	0/608
محدودیت‌های مختل	عامل * گروه	8/971	0/001	0/243	0/847
دیگرجهت‌مندی	عامل گروه	40/762	0/001	0/593	0/999
گوش به زنگی	عامل * گروه	18/469	0/001	0/397	0/986
فرسودگی	عامل * گروه	24/931	0/001	0/471	0/999
بریدگی و طرد	عامل گروه	0/197	0/001	0/336	0/957
خودگردانی و عملکرد مختل	عامل گروه	20/898	0/001	0/427	0/993
محدودیت‌های مختل	عامل * گروه	11/902	0/002	0/98	0/921
دیگرجهت‌مندی	عامل گروه	17/273	0/001	0/382	0/985
گوش به زنگی	عامل گروه	4/339	0/048	0/107	0/423
فرسودگی	عامل * گروه	10/626	0/001	0/275	0/897

ابعاد خستگی هیجانی 0/90، مسخ شخصیت 0/79 و عملکرد شخصی 0/72 گزارش شده است. پژوهش معلمی و همکاران (معلمی، کاووسی، بیگی، دهقان، کریمی، پرویزی، 2018) پایایی مشاهده شده برای ابعاد خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و عملکرد شخصی را 0/76، 0/60 و 0/70 بیان کرده‌اند. همچنین در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای این سه بعد به ترتیب 0/71، 0/77 و 0/74 بود.

گروه درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی: این درمان بر اساس پروتکل فارل و شاو (فارل، شاو و وبر، 2018) بود که طی 10 جلسه 90 دقیقه‌ای اجرا و به صورت هفتگی برگزار شد. لازم به ذکر است که این پروتکل در پژوهش شعبان و همکاران (شعبان، پیوستگار، خسروی، 2021) بومی‌سازی شده است که ضریب توافق ارزیابان را بیش از 0/5 گزارش کرده‌اند. همچنین جدول یک خلاصه این درمان را نشان می‌دهد.

به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار آماری SPSS-24 استفاده شد. همچنین قبل از اجرای پژوهش ضمن اخذ رضایت آگاهانه از تمامی شرکت‌کنندگان، مراحل پژوهش توضیح داده شد و محرمانه بودن اطلاعات و هویت آن‌ها مدنظر قرار گرفت.

یافته‌ها

فراوانی نمونه پژوهش حاضر 19 نفر بود که از این میان 9 نفر در گروه آزمایش و 10 نفر در گروه کنترل قرار داشتند. میانگین

جدول 2. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش گروهها به تفکیک

متغیرهای پژوهش	مرحله	میانگین	انحراف معیار	شاپیرو ویلک
پژوهش	مرحله	آزمایش کنترل	آزمایش کنترل	Sig S-W
پیش‌آزمون	64/13	63/80	0/834	0/941
بریدگی و طرد	55/00	63/93	1/000	0/884
پیگیری	54/93	63/93	0/961	0/884
پیش‌آزمون	50/67	50/70	0/617	0/884
خودگردانی و عملکرد مختل	42/27	50/87	1/981	0/915
پیگیری	42/20	50/80	2/007	0/862
پیش‌آزمون	37/07	37/00	0/704	0/756
محدودیت‌های مختل	28/13	37/20	0/915	0/775
پیگیری	28/07	37/26	0/961	0/775
پیش‌آزمون	30/87	30/73	0/743	0/704
دیگرجهت‌مندی	22/53	30/93	0/834	0/799
پیگیری	22/47	30/93	0/834	0/799
پیش‌آزمون	33/27	32/60	1/751	1/298
گوش به زنگی	25/60	32/73	1/595	1/387
پیگیری	25/53	32/67	1/642	1/397
پیش‌آزمون	80/93	81/00	0/799	0/845
فرسودگی	62/07	81/13	1/163	0/939
پیگیری	52/01	81/36	0/134	0/834

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر، حاکی از دستاورد درمانی قابل ملاحظه مبتنی بر طرحواره درمانی گروهی در مداخله بالینی، در تعدیل طرحواره‌ها طرحواره درمان‌گران است. هم‌راستا با شماری از پژوهش‌های پیشین، یافته‌های پژوهش حاضر مؤید کاهش فرسودگی شغلی بود (برجوت، آلتینتاس، گریبات و همکاران، 2017؛ آلود، گیسر و بوراتی، 2022؛ سیمپسون، سیمپونات، اسموت و همکاران، 2019) در تبیین این یافته باید گفت که موضوعات حل نشده و تعارضات روان‌درمان‌گران شامل پیشینه و حساسیت‌های آن‌هاست که وارد رابطه درمانی می‌شود (هایز، گلسو، گلدبرگ، کبولیقان، 2018). اگرچه تجربه درمان‌گران از ناملایمات کودکی می‌تواند به نوعی یک منبع باشد (به عنوان مثال، افزایش ظرفیت همدلی)، اعتقادات و رفتارهای بین فردی می‌تواند با درمان تداخل داشته باشد (سیمپسون، سیمپوناتو، اسموت، ون وروسویچک، هایز، سوگلریز، 2019)؛ لذا آسیب‌های حل نشده درمان‌گر می‌تواند در فرایند و نتایج درمان به صورت انتقال متقابل تأثیرگذار باشد (هایز، گلسو، گلدبرگ، کبولیقان، 2018). با این وجود طرحواره درمانی گروهی نشان داد که این درمان شامل تعدادی راهبردهای مختلف و مشخص است که می‌تواند تأثیر بالقوه منفی فعال‌سازی طرحواره و ذهنیت را تعدیل کند. علاوه بر این، برخی از شرکت‌کنندگان اشاره کردند که مدیریت صحیح طرحواره‌های فعال شده می‌تواند برای مراجعین مفید باشد و باعث رشد مراجع و خود درمان‌گر شود. همچنین در قالب این درمان با شناسایی محرک‌های رایج به ویژه دیدن مراجع در شمایی شبیه به مراقبین و اعضای خانواده خود کمک به‌سزایی در کاهش اثرات منفی هیجان‌ها و شناخت‌های فراخوانده می‌شود.

همچنین طی مباحث گروهی دریافته شد که طرحواره‌های درمان‌گر مربوط به ناکافی بودن و شرم، توجه بالینی و تجربی بیشتری را ایجاد می‌کنند. شرکت‌کنندگان فعال‌سازی طرحواره را با اجتناب از تعیین محدودیت، تحریک‌پذیری، جداسدن و عملکرد بیش از حد مرتبط دانستند. چندین شرکت‌کننده مشاهده کردند که استفاده از جدایی برای مقابله، ظرفیت آن‌ها را برای حضور عاطفی با مراجعین کاهش می‌دهد و اجتناب و کناره‌گیری (تغییر موضوع) یکی از رایج‌ترین مشخصه‌های فرایند درمان نامطلوب بود که با شناسایی و صحبت در مورد این تجارت افراد حد کمتری از برانگیختگی را گزارش کردند.

از سوی دیگر، با توجه به شواهد تجربی مبنی این که شرکت‌کنندگان به احساس فرسودگی ناشی از مسئولیت بیش از حد برای رسیدن به استانداردهای بالا شخصی اشاره داشتند که

درون آزمودنی درمان استفاده شد که نتایج در جدول 4 آمده است.

نتایج جدول 4 نشان می‌دهد که گروه درمانی مبتنی بر طرحواره تفاوت معناداری را در سه مرحله اندازه‌گیری در ابعاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه و فرسودگی شغلی ایجاد کرده است. در ادامه برای مقایسه دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در متغیرهای وابسته در جدول 5 آمده است.

به منظور مشخص نمودن اینکه متغیرهای پژوهش در کدام مرحله با هم تفاوت معناداری دارند از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که به مقایسه دو به دو میانگین‌ها پرداخته شده است. جدول 5 نشان می‌دهد که گروه درمانی بر مبنای

جدول 5. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی متغیرها در گروه آزمایش طی

مراحل پژوهش		
متغیرهای پژوهش	آزمون	تفاوت میانگین معناداری
بریدگی و طرد	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	0/500
	پیش‌آزمون-پیگیری	0/467
خودگردانی و عملکرد مختل	پس‌آزمون-پیگیری	0/033
	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	0/867
محدودیت‌های مختل	پیش‌آزمون-پیگیری	0/800
	پس‌آزمون-پیگیری	0/067
دیگرجهت‌مندی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	0/633*
	پیش‌آزمون-پیگیری	0/600
گوش به زنگی	پس‌آزمون-پیگیری	0/033
	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	0/933
فرسودگی	پیش‌آزمون-پیگیری	0/900
	پس‌آزمون-پیگیری	0/032
	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	1/233
	پیش‌آزمون-پیگیری	1/167
	پس‌آزمون-پیگیری	0/067
	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	0/633
	پیش‌آزمون-پیگیری	0/600
	پس‌آزمون-پیگیری	0/033

طرحواره درمانی بر متغیرهای وابسته در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشته است. همان گونه که نتایج جدول نشان می‌دهد تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پیگیری بیشتر و معنادارتر از تفاوت میانگین پس‌آزمون و پیگیری است که این نشان دهنده آن است که گروه درمانی در مرحله پس‌آزمون تأثیر داشته است و تداوم این تأثیر در مرحله پیگیری را در برداشته است.

از ویژگی‌های کلیدی طرحواره درمانی استفاده از رویارویی همدلانه برای به چالش کشیدن پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد مراجعین از موضع همدلانه و کنجکاوی است (هلت، استارت، 2020)؛ لذا این احتمال وجود دارد که واکنش‌های انتقال متقابل درونی بتواند باعث فهم عمیق‌تر درمان‌گر از مراجع کمک کند. با این حال، اگر واکنش بدون خودآگاهی کافی فاش شود، درمان‌گر ممکن است رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار خود را اعمال کند (هایز، گلسو، گلدبرگ، کبولیقان، 2018). به عبارت دیگر، تجزیه و تحلیل وظیفه از رویارویی همدلانه می‌تواند یک راه بالقوه برای شناسایی عواملی باشد که به رویارویی همدلانه موثر کمک می‌کند و این تجارب باعث می‌شود که درمان‌گران بیشتر پذیرای نیازهای عاطفی مراجع باشند (مک بس، 2019).

در پایان باید اشاره کرد که از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از پرسش‌نامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ و همکاران بود که طرحواره درمان‌گران حاضر در پژوهش با آن آشنا بودند. اگرچه سعی شد با تکمیل این پرسش‌نامه توسط چند نفر برای هر فرد از اثر این محدودیت کاست لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از آزمون‌های فرافکن و یا آزمون‌های عینی با سنجش غیرمستقیم استفاده کرد. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که برخی از شرکت‌کنندگان برای محافظت از هویت و شایستگی حرفه‌ای خود در حضور همسالان و هم‌صنفان در جلسات ابتدایی از افشای خصوصی خود اجتناب می‌کردند که رفته رفته این امر در گروه آزمایش کاهش یافت اما در گروه کنترل بنا به عدم برگزاری جلسات کماکان به قوت خود باقی ماند که می‌تواند بر پاسخ‌های آن‌ها اثرگذار باشد. لذا پیشنهاد می‌شود که بنا به مقایسه دو نوع درمان، برای گروه کنترل نیز جلسات گروهی همزمان با گروه آزمایش صورت گیرد تا اثربخشی درمانی به شکل متمر ثمرتری مشاهده شود. نکته بعدی کوچک بودن نمونه آماری بنا به ظرفیت‌های گروه‌درمانی بود که از نظر آماری، تعمیم نتایج را را محدود می‌سازد که در پژوهش‌های آتی می‌توان از چندگروه درمانی به طور همزمان بهره برد.

علاوه بر این با توجه به مشاهده اثر طرحواره‌های درمان‌گران بر رابطه و اتحاد درمانی، پیشنهاد می‌شود درمان‌گران تازه کار، مانند آن چه در درمان‌های روان‌تحلیلی دیده می‌شود، حتما دوره‌های درمانی و آموزشی را تحت نظر درمان‌گران با تجربه بگذرانند. همچنین با علم به اثر گروه‌درمانی بر فرسودگی شغلی، وجود گروه‌هایی برای تشریح مساعی و به اشتراک گذاشتن تجارب هیجانی و شناختی خود حتی در قالب درمان‌گران گمنام، می‌تواند از بار روانی ناشی از

طی جلسات گروهی آن را کمتر حس می‌کردند. کارترایت و همکاران (کارت رایت، هایز، یانگ، شایدز، 2021)، به طور مشابه مشخص کردند که کارآموزان روان‌شناسی توضیح دادند که فعالیت بیش از حد و تلاش برای نجات مراجع، در حالی که تحقیقات کیفی قبلی در رابطه با درگیری بیش از حد درمان‌گر با مراجع گزارش دادند (وستنینی، ون پوینبروک، 2021). با توجه به اینکه روان‌شناسان با طرحواره‌های از خودگذشتگی و استانداردهای سختگیرانه در برابر فرسودگی آسیب‌پذیری بالاتری دارند، این یافته‌ها به نیاز تغییر فرهنگی از تأکید بیش از حد حرفه بر روشنفکری (سیمپسون، سیموناتو، اسموت، ون وروسویجک، هایز، سوگلریز، 2019) و تکنیک‌های خاص حمایت می‌کند (مو، تیم، 2021).

همچنین شرکت‌کنندگان طی درمان تعدادی راهکار را برای مدیریت واکنش‌های طرحواره‌محور خود شناسایی کردند که مطابق با تأکید طرحواره درمانی بر توانایی شناسایی و فعال‌سازی آن‌ها (فارل، شاو، 2017)، بسیاری از شرکت‌کنندگان توصیف کردند که توجه خود را بدون قضاوت به افکار، احساسات و احساسات بدنی خود (ذهن‌آگاهی) جلب کرده‌اند. اهمیت ذهن‌آگاهی در تحقیقات نشان می‌دهد که اتحاد درمانی و اثربخشی بالاتری را ایجاد می‌کنند (مو، تیم، 2021) زیرا ممکن است با اعتماد بنفس، همدلی و شایستگی و صلاحیت درمانی مرتبط باشد. برعکس، بینش کم نسبت به طرحواره و سبک‌های مقابله‌ای، به اشتباهات، شناسایی بیش از حد طرحواره‌ها در مراجع، یا استفاده ناخواسته از مراجع برای برآوردن نیازهای خود کمک می‌کند (فاسینندر، برند وایلد، آرتز، 2019). در همراهی با طرحواره درمانی و تمرکز آن روی ارتباط با بازوالدینی ذهنیت کودک آسیب‌دیده، بسیاری از شرکت‌کنندگان پاسخ‌های‌شان را به فعال‌سازی با تغییر جهت دادن کودک آسیب‌دیده و نیازهای عاطفی مراجع توصیف کردند. این محتمل است که تمرکز بر آسیب‌پذیری مراجع اثرات منفی بالقوه فعال‌سازی طرحواره با تسهیل تغییر به یک موضوع همدلانه را کاهش دهد (هایز، گلسو، گلدبرگ، کبولیقان، 2018) که این مهم در گروه‌درمانی مورد مذاقه و توجه بسیاری قرار گرفت.

آخرین موضوع مهم مربوط است به بینش بالقوه مثبت که از آگاهی فعال‌سازی طرحواره کسب می‌شود، شامل استفاده از واکنش خود فرد برای فهمیدن و کمک به مراجعین. انتقال متقابل می‌تواند به طور سازنده برای مفهوم‌سازی، ارائه بازخورد به مراجعین (لیهی، 2008) و تسهیل پیشرفت در درمان مورد استفاده قرار گیرد (هایز، گلسو، گلدبرگ، کبولیقان، 2018). یکی

درمان‌گر، اجرای درمان و نیز فرسودگی شغلی درمان‌گر تأثیر منفی دارد اما مجموعه‌ای از راهکارهای مبتنی بر طرحواره درمانی گروهی برای شناسایی و مدیریت فعال‌سازی طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها به کار گرفته شد تا باعث بهبود در درمان و همچنین تسهیل رشد فردی شود. درمان‌گران، ناظران و مربیان نیاز دارند که از تأثیر طرحواره‌های درمان‌گر در روابط و فرآیندهای درمانی آگاه باشند.

شغل حمایتی ایشان بکاهد و سلامت روانی و جسمانی آن‌ها و تداوم خدمت‌رسانی و درمان‌گری را سبب شود. همچنین تحقیقات کمی و کیفی بیشتر برای بهبود درک و ارزیابی ما از طرحواره‌ها و ذهنیت‌های درمان‌گران نیاز است.

ظرفیت درمان‌گر برای انعکاس و مدیریت فعال‌سازی طرحواره و ذهنیت‌ها و پاسخ‌های هیجانی به آن نقش مهمی در اثربخشی طرحواره درمانی دارد که بر روابط بین مراجع و

منابع

- Allwood CM, Geisler M, Buratti S. (2022). The relationship between personality, work, and personal factors to burnout among clinical psychologists: exploring gender differences in Sweden. *Counselling Psychology Quarterly*; 35(2):324-43.
- Aloi M, Rania M, Sacco R, Basile B, Segura-Garcia C. (2020). The Young Schema Questionnaire Short Form 3 (YSQ-S3): does the new four -domains model show the best fit? *Anales De Psicología/Annals of Psychology*; 36(2):254-61.
- Arntz A, Rijkeboer M, Chan E, Fassbinder E, Karaosmanoglu A, Lee CW, et al. (2021). Towards a reformulated theory underlying schema therapy: Position paper of an international workgroup. *Cognitive Therapy and Research*. 45(6):1007-20.
- Bennett-Levy J. (2019). Why therapists should walk the talk: The theoretical and empirical case for personal practice in therapist training and professional development. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*; 62:133-45
- Berjot S, Altintas E, Grebot E, Lesage F-X. (2017). Burnout risk profiles among French psychologists. *Burnout research*. 7:10-20
- Brand-de Wilde O, Arntz A. (2019). Schema Therapy. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*.
- Bressi C, Porcellana M, Gambini O, Madia L, Muffatti R, Peirone A, et al. (2009). Burnout among psychiatrists in Milan: a multicenter survey. *Psychiatric services*. 60 (7):985-8.
- Cartwright C, Hayes JA, Yang Y, Shires A. (2021). "Thinking it through": toward a model of reflective practice for trainee psychologists' countertransference reactions. *Australian Psychologist*. 56(2):168-80.
- Dorociak KE, Rupert PA, Bryant FB, Zahniser E. (2017). Development of a Self-Care Assessment for Psychologists. *Journal of Counseling Psychology*. 48(6): 429-442.
- Farrell JM, Shaw IA. (2017). Experiencing schema therapy from the inside out: A self-practice/self-reflection workbook for therapists: Guilford Publications.
- Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. (2018). Corrigendum to "A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial" [(J. Behav. Ther. Exp. Psychiatr.) 40 (2) (June 2009) 317-328]. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 60:111.
- Fassbinder E, Brand-de Wilde O, Arntz A. (2019). Case formulation in schema therapy: Working with the mode model. *Case formulation for personality disorders: Elsevier*; p. 77-94.
- Ghiasi M, Molavi M, Neshatdost H, Salavati M. (2011). The Factor Structure of Farsi Version of Young Schema Questionnaire-S3 in Two Groups in Tehran. *Psychological Achievements*. 18(1): 93-118. [Persian]
- Hayes JA, Gelso CJ, Goldberg S, Kivlighan DM. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy*. 55(4):496.
- Heath G, Startup H. (2020). Creative methods in Schema therapy: advances and innovation in clinical practice: Routledge.
- Kaeding A, Sougleris C, Reid C, van Vreeswijk MF, Hayes C, Dorrian J, et al. (2017). Professional burnout, early maladaptive schemas, and physical health in clinical and counselling psychology trainees. *Journal of clinical psychology*. 73(12):1782-96.
- Leahy RL. (2008). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 36(6):769-77.
- McCormack HM, MacIntyre TE, O'Shea D, Herring MP, Campbell MJ. (2018). The prevalence and cause (s) of burnout among applied psychologists: A systematic review. *Frontiers in psychology*. 9:1897.
- McBeath A. (2019). The motivations of psychotherapists: An in-depth survey. *Counselling and Psychotherapy Research*. 19(4):377-87.

- Moalemi S, Kavosi Z, Beygi N, Deghan A, Karimi A, Parvizi MM. (2018). Evaluation of the Persian version of Maslach burnout inventory-human services survey among Iranian nurses: Validity and reliability. *Galen Medical Journal*.7:e995. [Persian]
- Moe FD, Thimm J. (2021). Personal therapy and the personal therapist. *Nordic Psychology*. 73(1): 3-28.
- Naji AA, Rahimian Boogar I, Hasani Tabatabaei SAH. (2020). Comparison of Effect of Schema Therapy and transcranial direct-current stimulation on food craving. *Journal of Clinical Psychology*. 12(2):9-18. [Persian]
- Rodriguez SYS, Carlotto MS. (2017). Predictors of Burnout Syndrome in psychologists. *Estudos de psicologia (Campinas)*.34:141-50
- Rotstein S, Hudaib A-R, Facey A, Kulkarni J. (2019). Psychiatrist burnout: a meta-analysis of Maslach Burnout Inventory means. *Australasian Psychiatry*. 27(3):249-54.
- Saddichha S, Kumar A, Pradhan N. (2012). Cognitive schemas among mental health professionals: Adaptive or maladaptive? *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 17(6):523.
- Shaeban M, Peyvastegar m, khosravi z. (2021). The effectiveness of the localized model of schema therapy on changing the schema of therapists. *The Journal of Psychological Science*. 20(100):511-20. [Persian]
- Simpson S, Simionato G, Smout M, van Vreeswijk MF, Hayes C, Souglers C, et al. (2019). Burnout amongst clinical and counselling psychologist: The role of early maladaptive schemas and coping modes as vulnerability factors. *Clinical psychology & psychotherapy*. 26(1):35-46.
- Ten Napel-Schutz MC, Abma TA, Bamelis LL, Arntz A. (2017). How to train experienced therapists in a new method: A qualitative study into Therapists' views. *Clinical psychology & psychotherapy*. 24(2):359-72.
- Vallianatou C, Mirović T. (2020). Therapist schema activation and self-care. *Creative Methods in Schema Therapy: Routledge*. p. 253-65.
- Vesentini L, Van Puyenbroeck H, De Wachter D, Matthys F, Bilsen J. (2021). Sexual feelings toward clients in the psychotherapeutic relationship: the taboo revealed. *Qualitative Health Research*. 31(5): 999-1011.