فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هفدهم، شماره هفتاد، ص۲۴۴-۲۲۱، زمستان ۱۴۰۲
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 17, No. 70, P 221-244, Winter 2024

مقاله پژوهشی
Research Article

اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر خودانتقادی و تحمل پریشانی در زنان دارای همسر وابسته به مواد *

منیره محمدی[۱]، شیدا جبل عاملی[۲]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۱/۰۷

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر خودانتقادی و تحمل پریشانی در زنان دارای همسر وابسته به مواد بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌آماری پژوهش شامل همه زنان دارای همسر وابسته به مواد تحت آموزش گام‌های دوازده‌گانه در انجمن نارانان اصفهان بود. از این بین، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان هر دو گروه پرسشنامه‌های خودانتقادی و تحمل پریشانی را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. طرحواره درمانی در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با فراوانی یک جلسه در هفته بر روی گروه آزمایش اجرا شد. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت و طرحواره درمانی باعث کاهش خودانتقادی و بهبود تحمل پریشانی در زنان دارای همسر وابسته به مواد شد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده، طرحواره درمانی می‌تواند به عنوان یک مداخله مؤثر جهت کاهش خودانتقادی و بهبود تحمل پریشانی زنان دارای همسر وابسته به مواد به‌کار رود و در مراکز آموزشی و درمانی مربوطه مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی گروهی، خودانتقادی، تحمل پریشانی، همسر وابسته به مواد

*. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد است.

۱. گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
۲. نویسنده مسئول: گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. پست الکترونیک: jabalameli.sh@gmail.com

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]

مقدمه

اعتیاد[1]، یک معضل اجتماعی است که جامعه همواره با آن درگیر است (باسره، صفرزاده و هومن، ۱۴۰۲). تأثیر منفی این پدیده در زمینه‌های روان‌شناختی و آموزشی، گستردگی جهانی دارد؛ به‌طوری که میلیون‌ها نفرتحت تأثیر آن قرار دارند. بی‌شک کشور ما نیز گرفتار این پدیده شده است. استفاده روزافزون از مواد مخدر، از بزرگترین مسائل روز قرن حاضر است و قطعاً آسیب‌های زیادی به خانواده و ابعاد جامعه وارد می‌آورد (فرهادی، ۱۳۹۹). اعتیاد عامل استرس‌زای مداومی است که طیف وسیعی از مشکلات روان‌شناختی را به فرد وابسته به مواد و همه اعضای خانواده‌اش تحمیل می‌کند و روابط اعضای خانواده با تعارض جدی مواجه می‌شود (سانی، اوپادیا، منا و جین[2]، ۲۰۱۷ ؛ آرمان پناه، سجادیان و نادی، ۱۳۹۹). افراد وابسته به مواد روابط مناسب و صحیحی با همسران خود ندارند، کشمکش و آشفتگی‌هایی بین آنان وجود دارد که عملکرد خانواده را مختل می‌کند و روابط بین فردی اعضای خانواده آسیب می‌بیند (جونز[3]، ۲۰۲۰). بیشترین تأثیر و آسیب روانی اعتیاد، متوجه همسر فرد وابسته به مواد است. زمانی‌که وی از اعتیاد همسرش مطلع می‌شود، امید به زندگی را از دست داده و بهزیستی روانی‌اش دستخوش تغییرات می‌شود؛ مناسبات اجتماعی و کیفیت زندگی دچار اختلال شده و غم و اندوه، عدم امنیت، احساس تنهایی و شرم بر سراسر وجودش غلبه می‌کند (صالحی، ۱۳۹۹). زندگی با فرد وابسته به مواد هیجانات و احساسات منفی بسیاری در پی دارد و سلامت روان و رفتار را به خطر می‌اندازد. زمانی که پدر خانواده وابستگی به مواد دارد، خانواده از هم گسیخته می‌شود (زارعان، لطیفی و میرمهدی، ۱۳۹۹). در این بین زنان به‌عنوان همسر با آسیب جدی مواجه می‌شوند و محیط خانه و خانواده به جای اینکه مکانی امن و مملو از آرامش باشد، به محلی بدل می‌شود که برای اعضای خانواده بالاخص همسر، ترس و ناامنی به‌همراه دارد. از طرفی آنان مجبورند تمام مسئولیت‌های خانواده، مانند مدیریت‌های مالی و تربیت فرزندان را به تنهایی برعهده گیرند؛ در نتیجه سلامت روان و جسم آنان آسیب دیده و عملکرد

1. addiction
2. Soni, Upadhyay, Meena & Jain
3. Jones

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]

اجتماعی و خانوادگی آنان مختل می‌شود (هارون‌رشیدی، ۱۴۰۲). مرد وابسته به مواد، به‌عنوان سرپرست خانواده، نقش حمایت از همسر و فرزندان را از دست می‌دهد و زنان آن‌ها نسبت به دیگر زنان از مشکلات روان‌شناختی بیشتری رنج می‌برند (اوکاتی و عرب، ۲۰۲۲). با توجه به ساختار خانواده ناکارآمد، همسران افراد مصرف‌کننده مواد آسیب‌های متعددی را متحمل می‌شوند؛ عدم ارتباط عاطفی و جنسی رضایت‌بخش با همسر، سردرگمی در حل مشکلات روزمره و نداشتن مهارت حل مسئله، درگیری بین اعضای خانواده و نگرانی در مورد بیکاری همسر، موجب اضطراب و افسردگی آنان می‌شود. این زنان از طرف خانواده خود و همسر، به‌طور دائم مورد انتقاد و سرزنش قرار می‌گیرند، عصبانیت و خشونت‌های خانگی را متحمل می‌شوند و در نهایت چنین خانواده‌ای عملکرد سالم و مناسب ندارد و سقوط و اضمحلال کانون خانواده محتمل است. قطع ارتباط بادیگران، عدم مدیریت خشم، به خطر افتادن امنیت خانواده، ارتباط با فروشندگان مواد مخدر و مسافرت با این افراد برای تهیه مواد مخدر از عمده‌ترین معضلات اجتماعی این زنان است (فاتحی‌اردکانی، ۱۳۹۸). اضطراب ناشی از همه این مشغله‌های ذهنی، فشار بیش ازحد و غیرقابل تحمل بر آنان وارد می‌کند. همچنین، میزان همدلی در رابطه زناشویی این قسم از زنان بسیار کم است؛ بنابراین مهارت‌های حل‌مسئله مانند بحث و تبادل نظر برای حل مشکلات ضعیف است؛ درواقع فرد وابسته به مواد، خود را درگیر مسائل خانواده نمی‌کند. این زنان به دلیل نگرانی‌ها و مسئولیت‌هایی که دارند، همسر خود را کنترل می‌کنند که خود، باعث فشار روانی مضاعف و صدمات جسمی و روانی بیشتری می‌شود. رفتارهایی مانند اجتناب از مواجهه با همسر، دور نگه داشتن فرزندان از پدر برای محافظت از آنان در مقابل خشونت و حتی آلودگی فرزندان به اعتیاد و بار سنگین مسئولیت زندگی در دراز مدت منجر به اختلال اضطرابی و افسردگی و حتی گرایش به خودکشی می‌شود (فرهادی، ۱۳۹۹). با توجه به مشکلات مطرح شده زنان دارای همسر وابسته به مواد، انجام مداخلات روان‌شناختی در خصوص آنان ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین شناسایی و بهبود مؤلفه‌هایی که موجب پیشگیری یا درمان اختلالاتی همچون اضطراب، افسردگی و دیگر اختلالات روان‌شناختی می‌شود، در رأس اهداف این پژوهش بوده است. متغیرهای

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]

خودانتقادی[1] و تحمل پریشانی[2] از جمله مواردی هستند که در صورت به‌کار بستن مداخله درمانی مناسب و کاهش خودانتقادی و افزایش تحمل پریشانی، می‌توانند زنان دارای همسر وابسته به مواد را از ابتلا به اختلالات روان‌شناختی تا حدی محافظت کنند و توانمندی آنان را در مقابل مشکلات حاصل از زندگی با فرد وابسته به مواد، افزایش داده و کیفیت زندگی و نحوه‌ی فرزندپروری آنان را بهبود بخشند.

خودانتقادی یک خصوصیت شخصیتی است، که فرد خود را شدیداً ارزیابی می‌کند. این ویژگی پیامدهای منفی زیادی نظیر افسردگی، استرس، اضطراب، روابط بین‌فردی مختل و سطح بالایی از هیجان‌های منفی به همراه دارد. خودانتقادی به‌عنوان شکلی از آزار و اذیت درونی که استرس‌زا و تضعیف‌کننده خود می‌باشد، نگریسته می‌شود (طالبی، ۱۳۹۹). اشخاص خودانتقادگر به‌علت استانداردهای درونی و بیرونی بالا که برای خود در نظر گرفته‌اند، فعالیت‌های خود را بی‌ارزش و ناقص می‌دانند و دائم احساس شکست می‌کنند؛ در نتیجه افسردگی و دیگر اختلالات روان‌شناختی بروز می‌کند (گرجی، طباییان و شکراللهی، ۱۳۹۹). افراد خودانتقادگر در تجربه کردن هیجانات خود احساس ناامنی می‌کنند و قادر به تنظیم هیجانات خود نیستند و در مقایسه با دیگران در مواجهه با تهدیدها آسیب‌پذیرترند. علاوه بر آن انتقاد از خود می‌تواند محرکی درونی باشد که محرک بیرونی (مورد انتقاد واقع شدن از جانب دیگران) را به فرد یادآوری کند (هالاموا و کانواسکی[3]، ۲۰۱۹). وقتی افراد خودانتقادگری بالایی دارند، مشکل است که آن‌ها را به رفتارهای مثبت متعهد کرد. خودانتقادگری پردازش درونی است، که باعث می‌شود فرد احساسات خود را نپذیرد، از آن‌ها خجالت بکشد و از بروز آن، احساس راحتی و امنیت نداشته باشد (قاسمی فلاورجانی، ۱۴۰۱). خودانتقادی مقایسه‌ای، براساس دیدگاه منفی شخص نسبت به خود در برابر دیگران تعریف شده است. درواقع فرد خود را به شکل نامعقول و نامناسب با دیگران مقایسه می‌کند، دید انتقادی و خصمانه در مورد دیگران دارد و از ارزیابی شدن توسط دیگران نگرانی و نارضایتی دارد (موریرا و کاناوارو[4]، ۲۰۱۸). او

1. Self-criticism
2. Distress tolerance
3. Halamová & Kanovský
4. Moreira & Canavarro

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]

در مقابل دیگران احساس حقارت دارد و از خود ناخشنود است. در روابط بین‌فردی به دیگران اعتماد ندارد، در برابر برتری‌طلبی دیگران اغلب با انتقاد ازخود همراه با خشم واکنش نشان می‌دهد و در نهایت احساس ناتوانی برای حل مشکلات زندگی دارد و روش اجتناب را در پیش می‌گیرد (صالحی فر، ۱۴۰۰).

تحمل پریشانی یکی از مؤلفه‌های تفاوت فردی است که نشان می‌دهد فرد در برابر مشکلات و ناراحتی‌های هیجانی چه میزان ظرفیت مقاومت دارد (وان اک، وارن و فلوری[1]، ۲۰۱۷) و معرف سلامت روانی و جسمانی افراد است (تفنگچی، رئیسی، قمرانی و رضایی، ۱۴۰۰). متغیر تحمل پریشانی ماهیت چند بعدی دارد که شامل ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالات عاطفی، شیوهٔ تنظیم هیجان به وسیلهٔ فرد، میزان جذب توجه به وسیلهٔ هیجان‌های منفی و سهم آن در به وجود آمدن اختلال در عملکرد می‌باشد (تاسیانی-انگ و یومانس[2]، ۲۰۱۸). تحمل پریشانی بستگی به راهبردهای تنظیم هیجان دارد؛ چنان‌چه فرد در تنظیم هیجانات خود راهبرد مناسبی نداشته باشد، منجر به کاهش تحمل پریشانی می‌شود (وردن[3] و همکاران، ۲۰۱۹). افراد برای مقابله با هیجانات منفی خود و تسکین درد ناشی از آن، ممکن است دست به رفتارهای مخرب، از قبیل مصرف مواد مخدر بزنند. از نظر فولکمن[4] افراد با محیط‌شان رابطه ویژه‌ای دارند و رویدادها را با منابع مقابله‌ای خود ارزیابی می‌کنند (شاکراردکانی، ۱۴۰۰). افراد با تحمل پریشانی پایین، احساسات منفی را غیرقابل تحمل می‌دانند و توانایی کنترل آن را ندارند و از افکار و هیجانات منفی اجتناب می‌کنند (الهایی، لوین، براین و آرمور[5]،۲۰۱۸). این افراد در مقایسه با دیگران بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه (ویلیوکس[6]،۲۰۱۹)؛ مصرف الکل، قماربازی (الهایی و همکاران، ۲۰۱۸)؛ اختلالات خوردن، بی‌اشتهایی و کم‌اشتهایی روانی و مصرف مواد (اروین[7] و همکاران، ۲۰۱۸) قرار دارند.

1. Van Eck, Warren & Flory
2. Tusiani-Eng & Yeomans
3. Worden
4. Folkman
5. Elhai, Levine, Brien & Armour
6. Veilleux
7. Erwin, Mitchell, Contractor, Drager

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]

از درمان‌های مطرح در زمینه کاهش مشکلات روان‌شناختی طرحواره درمانی[1] است. در روان‌شناسی و روان‌درمانی، طرحواره به‌عنوان یک اصل سازمان دهنده تجربیات زندگی در نظر گرفته می‌شود. هسته اصلی اختلالات شناختی، اختلالات شخصیت، اختلالات رفتاری و بسیاری از اختلالات مزمن، طرحواره‌های ناسازگار اولیه هستند که در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته‌اند و متشکل از خاطرات، هیجانات و احساسات بدنی هستند، ناکارآمد و ناسازگارند، در طول عمر تداوم دارند و در ارتباط با دیگران مؤثر در زندگی و نشأت گرفته از تجربه‌های آسیب‌رسان زمان کودکی و نوجوانی هستند. براساس تعریف و ویژگی‌های بیان شده، رفتارهای یک شخص در پاسخ به طرحواره‌ها شکل می‌گیرد (عامری، ۱۴۰۱). تکنیک‌های طرحواره درمانی متمرکز بر هیجانات است؛ لذا به‌نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کنند تا فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته و آن‌ها را بپذیرد و با سازماندهی مجدد هیجانی، تنظیم عاطفه، اصلاح روابط بین‌فردی و نیز آرامش‌بخشی به خود، زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد. در طی فرآیند درمان نیازهای هیجانی ارضا نشده تا حدودی ارضا می‌شوند؛ چرا که طرحواره‌های ناسازگار عمدتاً به‌خاطر عدم ارضائ نیازهای هیجانی ایجاد می‌گردند. به‌طورکلی طرحواره درمانی اختلالات و بیماری‌های روانی را مورد بررسی قرار داده و با مداخله مناسب باعث کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش جنبه‌های مثبت در زندگی مراجعین می‌شود (قلی زاده الکامی، ۱۴۰۱). هدف اصلی طرحواره درمانی تغییر الگوی زندگی از طریق تغییر طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها و برآوردن نیازهای اساسی بیماران چه در محیط درمان و چه در خارج از محیط درمان می‌باشد. طرحواره درمانی از آموزش مهارت‌های رفتاری فراتر می‌رود و شامل فعالیت‌های عمیق بنیادین برای تغییر شخصیت می‌شود. این تغییر، زمانی مفهوم پیدا می‌کند که شدت طرحواره‌های ناکارآمدی که باعث نوسان و بی‌ثباتی وضعیت هیجانی و رفتاری مرتبط با ذهنیت‌ها می‌شوند، کاهش یابد و سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه به‌کار روند و مهارت‌های بین‌فردی، تقویت شوند و در پی آن کیفیت زندگی بهبود یابد (شیروانی، ۱۴۰۰). لیهی[2] (۱۳۹۴) معتقد است طرحواره درمانی نقش مهمی در کاهش

1. Schema Therapy
2. Lee Hay

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]

تجربه خودانتقادی و مشکلات هیجانی دارد. به‌عنوان نمونه صفری‌دیزج و پناه علی (۱۴۰۲) در پژوهش خود مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تحمل پریشانی مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری، نتیجه گرفت طرحواره درمانی گروهی، رویکرد مناسبی برای افزایش تحمل پریشانی و کاهش نشانه‌های وسواس فکری-عملی در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری بوده است. ثلاثی، رمضانی و جهان (۱۴۰۲) در پژوهشی مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر خودسرزنشگری و شرم در مصرف‌کنندگان مواد اشاره کردند، در گروه آزمایش خودسرزنشگری و شرم و مؤلفه‌های آن‌ها در مرحله پس‌آزمون به‌طور معنی‌داری کاهش یافته است. همچنین تفاوت معنی‌داری در نمرات متغیرهای مذکور در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد که حاکی از تداوم اثربخشی مداخله در مرحله پیگیری می‌باشد. قلی‌زاده الکامی (۱۴۰۱) در پژوهشی اثربخشی طرحواره درمانی را برخودانتقادی وخودتنظیمی هیجانی زنان افسرده سنجید و نتیجه گرفت طرحواره درمانی بر خودانتقادی و خودتنظیمی هیجانی در زنان افسرده تأثیر دارد و خودانتقادی را به‌طور معناداری کاهش و خودتنظیمی هیجانی آنان را افزایش داده است. همچنین نتایج پژوهش محمدی، سپهری‌شاملو و اصغری‌ابراهیم‌آباد (۱۳۹۸) که اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی‌گروهی را بر پریشانی روان‌شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه بررسی کرده بودند، حاکی از آن بود که طرحواره درمانی هیجانی می‌تواند روش مناسب و مؤثری در بهبود پریشانی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه باشد. بیداری و حاج‌علیزاده (۱۳۹۸) تأثیر طرحواره درمانی را بر راهبردهای شناختی هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بررسی کردند و طرحواره درمانی را به‌عنوان یک روش درمانی کارآمد به‌منظور افزایش تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی و کاهش ناگویی خلقی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد دادند. نتایج حاصل از پژوهش دهمرده، شیرازی و عرب (۲۰۲۱) در بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی و تاب‌آوری مادران دارای دانش‌آموزان عقب مانده ذهنی، حاکی از تأثیر معنادار این مداخله بر متغیرهای پژوهش در گروه نمونه بود و نمرات پس‌آزمون در ارزیابی هیجانات، تنظیم هیجان و تحمل پریشانی کلی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته بود

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]

و طرحواره درمانی به‌طور مؤثری تحمل پریشـــانی را افزایش داده بود. رنر[1] و همکاران (۲۰۱۸) تأکید کرده‌اند که طرحواره درمانی می‌تواند آســیب‌های هیجانی را کم کند و در پی آن تنظیم هیجانی را بهبود بخشد. نینادیک، لامبرس و ریس[2] (۲۰۱۷) در نتایج پژوهش خود خاطر نشـان کرده‌اند که طرحواره درمانی می‌تواند به شـکل معناداری سـطح تحمل پریشانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت را تحت تأثیر خود قرار دهد.

با توجه به ماهیت مخرب و استرس‌زای وابستگی به مواد و آسیب‌های متأثر از آن، نیاز به بررســی و تحقیقات بیشــتر مداخلات روان‌درمانی از جمله الگوی طرحواره‌محور برای کاهش تأثیرات ســوء آن دیده می‌شــود. زنان تکیه‌گاه و هســته مرکزی خانواده هســتند، سلامت جسم و روان آنان بر سلامت جسم و روان سایر اعضای خانواده اثر مستقیم دارد و سلامت جامعه منوط به سلامت خانواده است. زنانی که همسر وابسته به مواد دارند، علاوه بر وظایف معمول همه زنان، مســئولیت و وظایف همســر را نیز به‌دوش می‌کشــند. این درحالی است که نگرانی و احساس عدم امنیت از آینده خود و فرزندان مزید بر علت شده و ســلامت روان‌شــناختی آنان را به خطر می‌اندازد (فرهادی، ۱۳۹۹). ســازمان بهداشــت جهانی[3]، سلامت زنان را یکی از شاخص‌های توسعه هر کشور می‌داند. بررسی شرایط زنان با همســر وابســته به مواد و درمان مشــکلات روان‌شــناختی آنان، مهارت‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود بخشیده و به روند درمان و فرایند ترک همسران‌شان کمک می‌کند. براساس مطالعات، خانواده‌های مردان وابسته به مواد و به ویژه زنان آن‌ها به لحاظ مؤلفه‌های روان‌شــناختی، هیجانی و جســمانی وضــعیت مطلوبی ندارند. بهبود ســرمایه‌های روان‌شــناختی به آن‌ها کمک می‌کند تا توانایی خود را در مقابل شــرایط نامطلوب زندگی افزایش دهند و در صورتی که نیازهای اساسی آنان برآورده شود احساس اعتماد به‌نفس و خودارزشمندی در آن‌ها شکل می‌گیرد و در صورت برآورده نشدن این نیازها فرد درکی شــکننده، منفی و بیگانه از خود خواهد داشــت (ســانی و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین، ارائه حمایت‌های روانی برای این گروه از زنان ضروری به‌نظر می‌رسد. سلامت روان این زنان

1. Renner
2. Nenadic, Lamberth & Reiss
3. the world health organization

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]

به مؤلفه‌های روان‌شناختی بسیاری بستگی دارد. مؤلفه خودانتقادی، این زنان را به سمت افسردگی و اضطراب سوق داده و تحمل پریشانی آنان را تقلیل می‌دهد. ازآنجا که طرحواره درمانی با تمرکز بر رابطه درمانی و تکنیک‌های تجربی متمرکز بر احساسات، در تنظیم هیجان مؤثر است؛ به‌نظر می‌رسد، این رویکرد درمانی می‌تواند پیامدها و تأثیرات منفی حضور فرد وابسته به مواد، در زندگی این افراد را کاهش دهد. همچنین اجرای گروهی این درمان و به اشتراک‌گذاری تجارب شرکت‌کنندگان، موجب افزایش آگاهی اعضای گروه نسبت به چگونگی عملکرد طرحواره های ناسازگار و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد می‌شود و از مثال‌های فرضی که درمانگر ارائه می‌دهد قدرتمندتر و مؤثرتر است (شیروانی، ۱۴۰۰). با توجه به مباحث فوق، به‌نظر می‌رسد طرحواره درمانی گروهی می‌تواند مداخله‌ی مؤثری برای کمک به زنان دارای همسر وابسته به مواد باشد و خلأ پژوهشی با موضوع بررسی اثربخشی این رویکرد نسبتاً نوین بر جامعه مورد نظر جلب‌توجه می‌کند. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر خودانتقادی و تحمل پریشانی زنان دارای همسر وابسته به مواد انجام گرفته است و محقق در پی پاسخ به این سوال است، که آیا طرحواره درمانی گروهی بر خودانتقادی و تحمل پریشانی زنان دارای همسر وابسته به مواد تأثیر دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان دارای همسر وابسته به مواد شهر اصفهان، که در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در انجمن نارانان، تحت آموزش دوره گام‌های دوازده‌گانه بودند، تشکیل دادند. در پژوهش‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر یک از زیرگروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (دلاور، ۱۳۹۸)؛ بنابراین به‌دلیل امکان ریزش، به‌روش نمونه‌گیری دردسترس، تعداد ۳۴ نفر از زنان دارای همسر وابسته به مواد، انتخاب شدند و به روش تصادفی در دو گروه ۱۷ نفری (آزمایش و کنترل) گمارش شدند. در انتهای درمان به علت ریزش اعضاء و داشتن ملاک خروج حجم نمونه به ۳۰ نفر (دو گروه ۱۵ نفری) تقلیل

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024
[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]

یافت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن همسر وابسته به مواد، عضویت در انجمن نارانان اصفهان، حداقل تحصیلات سیکل و داشتن رضایت برای شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج شامل عدم تمایل برای ادامه درمان و داشتن غیبت بیش از سه جلسه در طی مداخله بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس تحلیل شدند.

ابزار

۱- پرسشنامه سطوح خودانتقادی: مقیاس سطوح خودانتقادی توسط تامپسون و زوروف[1] (۲۰۰۴) طراحی شده و شامل ۲۲ گویه است که بر روی یک مقیاس ۷ گزینه‌ای از دامنه صفر (اصلاً توصیف کننده من نیست) تا شش (بسیار خوب توصیف کننده من است) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه دو سطح خودانتقادی مقایسه‌ای[2] (گویه‌های ۲-۴-۶-۸-۱۰-۱۲-۱۴-۱۶-۱۸-۲۰-۲۱-۲۲) و خودانتقادی درونی [3] (گویه‌های ۱-۳-۵-۷-۹-۱۱-۱۳-۱۵-۱۷-۱۹) را مورد سنجش قرار می‌دهد که نمرات بالاتر در این مقیاس نشان دهنده سطح بالاتر خودانتقادی در فرد می‌باشد. همچنین، گویه‌های (۶-۸-۱۱-۱۲-۱۶-۲۰-۲۱) به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. تامپسون و زروف (۲۰۰۴) برای خودانتقادی مقایسه‌ای آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و برای خودانتقادی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند. یاماگوجی و کیم[4] (۲۰۱۳) آلفای کرونباخ را ۰/۹۰ گزارش کردند. در مطالعه مشاک، نادری و چین‌آوه (۱۴۰۰) روایی محتوا به روش کیفی، با نظر ۱۰ تن از مدرسین و متخصصین روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان بررسی و تأیید شد و پایایی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد. در این پژوهش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمد.

۲- پرسشنامه تحمل پریشانی: پرسشنامه تحمل پریشانی یک شاخص خود سنجی ۱۵ گویه‌ای است که توسط سیمونز وگاهر[5] (۲۰۰۵) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۱

1. Thompson & Zuroff
2. Comparative self-criticism
3. Internalized self-criticism
4. Yamagoji & Kim
5. Simons & Gaher

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]

گویه و ۴ خرده مقیاس تحمل پریشانی هیجانی (گویه‌های ۱-۳-۵)، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی (گویه‌های ۲-۴-۱۵)، برآورد ذهنی پریشانی (گویه‌های ۶-۷-۹-۱۰-۱۱-۱۲) و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی (گویه‌های ۸-۱۳-۱۴) است. گویه‌های این مقیاس براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً موافقم) تا نمره ۵ (کاملاً مخالفم) درجه‌بندی می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالاست. نمره اعتبار این پرسشنامه در پژوهش سیدسرابی و عسگری (۱۳۹۷) به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به‌دست آمد و ضریب روایی ۰/۶۱ برای آن گزارش شده است. این پرسشنامه برای اولین‌بار در ایران توسط علوی، مدرس‌غروی، امین‌یزدی و صالحی قدردی (۱۳۹۰) مورد استفاده قرار گرفت و پایایی همسانی درونی بالایی (۰/۷۱) گزارش شد. همچنین مشخص شد که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرای اولیه خوبی است. در این پژوهش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

روش اجرا

با مراجعه به جلسات عمومی انجمن نارانان اصفهان و شرح کامل پژوهش و بیان اهداف و براساس ملاک‌های ورود به پژوهش ۳۴ نفر از زنان دارای همسر وابسته به مواد به صورت دردسترس انتخاب شدند وآزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه ۱۷ نفری شامل گروه آزمایش و کنترل جای‌دهی شدند و هر دو گروه به سوالات پرسشنامه‌های خودانتقادی و تحمل پریشانی پاسخ دادند (مرحله پیش‌آزمون). سپس اعضای گروه آزمایش در معرض مدل بومی‌سازی شده بسته درمانی براساس رویکرد طرحواره درمانی (شعبان، ۱۳۹۹) برگرفته از مدل فارل و شاو[1] (۲۰۱۸)، طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای که به صورت هفتگی اجرا شد، قرار گرفتند؛ ولی اعضای گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. در پایان جلسات هر دو گروه به پرسشنامه‌های مذکور پاسخ دادند (مرحله پس‌آزمون). در ادامه شرح مختصری از جلسات طرحواره درمانی گروهی ارائه شده است.

1. Farrell & Shaw

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]

جدول ۱: خلاصه جلسات طرحواره درمانی گروهی بومی سازی شده (فارل و شاو، ۲۰۱۸؛ شعبان، پیوسته‌گر و خسروی،۱۴۰۰)

جلسات	هدف	محتوا	تکالیف
اول	آشنایی، معارفه و انجام پیش‌آزمون	آشنایی و معارفه، بیان اهداف پژوهش، مروری بر ساختار جلسات، بیان قوانین و مقررات، تأکید بر رازداری، پیگیری رابطه درمانی و ایجاد اعتماد بین اعضا، پاسخ‌دهی به سؤالات، اجرای پیش‌آزمون	-
دوم	معرفی نیازهای اساسی و طرحواره‌های ناسازگار	توضیح پنج نیاز اساسی و معرفی طرحواره‌های ناسازگار و حوزه‌های مربوط به هر کدام، توضیح ریشه‌های تحولی طرحواره، توضیح و آموزش پیرامون عملکرد طرحواره‌ها	بررسی شیوه برآورده شدن نیازها در کودکی، نوجوانی و حال حاضر
سوم	آموزش مفاهیم طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای	توضیح و آموزش مفاهیم طرحواره‌ها، توضیح و آموزش سبک‌های مقابله‌ای، ایجاد انگیزه در افراد گروه جهت سنجش و تغییر طرحواره‌ها	شناسایی سبک‌های مقابله‌ای
چهارم	سنجش و توضیح طرحواره‌های ناسازگار	سنجش طرحواره‌های افراد گروه با استفاده از پرسشنامه یانگ، آشنا کردن افراد با طرحواره‌های‌شان، بحث و گفتگوی گروهی پیرامون طرحواره‌ها و تأثیر هرکدام بر زندگی افراد	شناسایی طرحواره‌های ناسازگار
پنجم	ادامه‌ی توضیح طرحواره‌های ناسازگار	توضیح و آموزش برای آشنایی افراد گروه با انواع طرحواره‌های ناسازگار	شناسایی طرحواره‌های ناسازگار
ششم	شروع فرایند تغییر طرحواره‌های ناسازگار	ایجاد انگیزه جهت تغییر طرحواره‌ها، آماده ساختن اعضا برای تغییر، معرفی راهبردهای شناختی، هیجانی و الگوشکنی رفتار، هم‌پیمانی با اعضای گروه جهت مبارزه با طرحواره‌ها	شناسایی سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد
هفتم	به‌کارگیری راهبردهای شناختی	جمع‌آوری شواهد تأیید کننده و ردکننده‌ی طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، ارائه‌ی تکالیف خانگی	جمع‌آوری شواهد تأییدکننده و ردکننده برای هریک از طرحواره‌ها

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]

جدول ۱: خلاصه جلسات طرحواره درمانی گروهی بومی سازی شده (فارل و شاو، ۲۰۱۸؛ شعبان، پیوسته‌گر و خسروی،۱۴۰۰)

جلسات	هدف	محتوا	تکالیف
هشتم	ادامه فرآیند تغییر به وسیله‌ی راهبردهای شناختی	بررسی تکالیف خانگی، آموزش و تمرین برقراری گفتگو بین جنبه‌های سالم و جنبه طرحواره‌ای، آموزش و تدوین کارت‌های آموزشی و نحوه‌ی استفاده از این کارت‌ها به اعضاء گروه	تهیه کارت‌های آموزشی برای هر یک از طرحواره‌ها
نهم	فرآیند تغییر طرحواره‌ها توسط به‌کارگیری راهبردهای تجربی	معرفی راهبردهای تجربی، انجام و آموزش تکنیک تصویرسازی ذهنی، آموزش تکنیک انجام گفتگوی خیالی و اجرای آن، نوشتن نامه به والدین و توضیح منطق استفاده از این تکنیک	نوشتن نامه به والدین
دهم	فرآیند تغییر طرحواره‌ها توسط به‌کارگیری راهبردهای الگوشکنی رفتاری	توضیح مجدد و آموزش انواع سبک‌های مقابله‌ای و تأثیر آن‌ها در تداوم طرحواره‌ها، تعیین رفتارهای خاص افراد گروه که طرحواره‌ها را فعال و تایید می‌کنند، اولویت‌بندی رفتارها در جهت الگو شکنی رفتاری	شناسایی رفتارهای ناکارآمد و مؤقعیت‌های برانگیزاننده طرحواره‌های ناسازگار
یازدهم	ادامه فرآیند تغییر و درمان توسط راهبردهای الگوشکنی رفتاری	ایجاد انگیزه جهت تغییر رفتارهای تداوم بخش طرحواره‌ها و بررسی تأثیر آن در زندگی افراد، آموزش رفتارهای سالم از طریق تکنیک تصویرسازی ذهنی	تمرین و جایگزینی رفتارهای سالم در مؤقعیت‌های برانگیزاننده طرحواره ناسازگار
دوازدهم	جمع بندی و مرور مختصر و انجام پس‌آزمون	بحث وگفتگوی گروهی پیرامون اثرات تغییر طرحواره‌ها، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سؤالات اعضاء و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضاء جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون	تمرین و ممارست در جهت تغییر رفتار ناکارآمد و راهبردهای مقابله‌ای

یافته‌ها

میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۴۴ و انحراف استاندارد آن ۷/۸۳ و در گروه کنترل میانگین ۴۳ و انحراف معیار ۸ بود. توزیع فراوانی تحصیلات و شغل شرکت‌کنندگان پژوهش در هر دو گروه آزمایش وکنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024
[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]

جدول ۲: توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان براساس میزان تحصیلات و شغل

متغیر	گروه	آزمایش		کنترل	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
تحصیلات	سیکل	۲	۱۳/۳	۱	۶/۷
	دیپلم	۹	۶۰	۸	۵۳/۳
	لیسانس	۴	۲۶/۷	۶	۴۰
	خانه‌دار	۱۲	۸۰	۱۱	۷۳/۳
شغل	کارمند	۲	۱۳/۳	۱	۶/۷
	فروشنده	۱	۶/۷	۲	۱۳/۳
	بازنشسته	۰	۰	۱	۶/۷

نتایج نشـــان می‌دهد اکثر افراد نمونه در هر دوگروه آزمایش و کنترل در ســـطح تحصیلات دیپلم بودند. همچنین بالاترین فراوانی در شغل در هر دو گروه آزمایش وکنترل خانه‌داری بوده اســـت. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و کنترل در خود انتقادی و تحمل پریشانی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

شاخص‌های آماری	خرده مقیاس‌ها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودانتقادی	پیش‌آزمون	۶۴/۴۶	۲/۲۳	۶۱/۶۰	۱/۹۱
	پس‌آزمون	۴۲/۴۶	۳/۱۰	۶۱/۴۰	۱/۷۴
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۴۰/۴۰	۲/۰۷	۴۲/۲۶	۵/۴۳
	پس‌آزمون	۵۱/۵۳	۱/۷۶	۴۲/۵۳	۵/۵۸

نتایج جدول ۳ نشـــان می‌دهد میانگین نمرات خودانتقادی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل پایین‌تر و میانگین نمرات تحمل پریشانی در گروه‌آزمایش در مرحله پس‌آزمون نســبت به گروه کنترل بالاتر بوده اســت. برای تجزیه نتایج اصــلی از آزمون تحلیل کوواریانس اســتفاده شــد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌ها مورد بررســی قرار گرفتند. یکی از مفروضــه‌های آزمون، تســاوی واریانس در نمرات خودانتقادی و تحمل پریشانی در گروه نمونه بود. بدین منظور از آزمون لوین استفاده شد و نتایج در متغیر خودانتقادی ســطح معنی‌داری ۰/۶ و در متغیر تحمل پریشــانی ســطح

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]

معنی‌داری ۰/۰۷ را نشـــان دادند؛ بنابراین در نمرات خودانتقادی و تحمل پریشـــانی گروه نمونه تســـاوی واریانس‌ها برقرار بود. همچنین جهت بررســـی نرمال بودن نمرات متغیرهای پژوهش از آزمون شـــاپیروویلک اســـتفاده شـــد و نتایج حاکی از آن بود که همه نمرات خودانتقادی و تحمل پریشانی در هر دوگروه نمونه (آزمایش و کنترل) نرمال بوده است و با استفاده از آزمون ام‌باکس همسانی کوواریانس برای نمرات متغیرهای پژوهش سنجیده شـد و نتایج نشـان داد، برای نمرات خودانتقادی و تحمل پریشـانی در گروه نمونه همسـانی کوواریـانس برقرار بوده اســـت. نتـایج تحلیـل کوواریـانس چنـد متغیره جهـت بررســـی تاثیرطرحواره درمانی گروهی بر میزان خودانتقادی و تحمل پریشـــانی زنان دارای همســـر وابسته به مواد، در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول٤: تحلیل کوواریانس چند متغیره پس آزمون خودانتقادی و تحمل پریشانی گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	ارزش	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
اثر پیلایی	۰/۵۸۳	۵/۳۶۷	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۰/۸۷
لامبدا ویلکز	۰/۴۱۷	۵/۳۶۷	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۰/۸۷
اثر هتلینگ	۱/۴۰	۵/۳۶۷	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۰/۸۷
بزرگترین ریشه‌روی	۱/۴۰	۵/۳۶۷	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۰/۸۷

همان طور که در جدول ۴ مشـاهده می‌گردد نتایج آزمون لامبدای ویکلز به عنوان رایج‌ترین آزمون نشـان داد که بین نمره آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری در مرحله پس‌آزمون وجود داشت و ۸۷ درصد تغییرات مربوط به عضـــویت گروهی بود. در ادامه برای بررســـی دقیق این تفاوت‌ها نتایج بررســـی کوواریانس در نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ٥: نتایج تحلیل کوواریانس بر روی نمرات خودانتقادی و تحمل پریشانی دو گروه

متغیرها	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا
خودانتقادی	۲۷۰۲/۸۷	۱	۲۷۰۲/۸۷	۱۱/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱
تحمل پریشانی	۷۰۱/۱	۱	۷۰۱/۱	۱۰/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۳۰

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]

نتایج جدول ۵ نشـــان می‌دهـد تفـاوت در میـانگین نمرات آزمودنی‌هـا در متغیرهـای خودانتقادی (p= ۰/۰۰۱، f = ۱۱/۴۱) و تحمل پریشـانی (p= ۰/۰۰۱، f = ۱۰/۹۷) بین گروه آزمایش و گروه کنترل، پس از حذف اثرات پیش‌آزمون معنادار اسـت. مقادیر مجذور اتا بیانگر آن است که ۳۱ درصد از تفاوت‌های نمرات خودانتقادی و ۳۰ درصد از تفاوت‌های نمرات تحمل پریشـــانی در پس‌آزمون به تفاوت بین دوگروه مربوط و برای متغیر مســتقل (مداخله‌ی درمانی پژوهش) به‌حساب آمده است؛ بدین معنا که طرحواره درمانی گروهی بر خودانتقادی و تحمل پریشـانی زنان دارای همســر وابســته به مواد تأثیر معناداری داشــته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر خودانتقادی و تحمل پریشـانی زنان دارای همســر وابســته به مواد انجام گرفت. براســاس نتایج بدســت آمده، طرحواره درمانی گروهی موجب کاهش میانگین نمرات در خودانتقادی و افزایش میانگین نمرات در تحمل پریشانی زنان دارای همسر وابسته به مواد، در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش شـده اسـت. نتایج این پژوهش درخصـوص تأثیر طرحواره درمانی بر خودانتقادی، بـا نتـایج پژوهش ثلاثی و همکـاران (۱۴۰۲) مبنی بر اثربخشـــی طرحواره درمـانی بر خودسرزنشگری و شرم در افراد وابسته به مواد؛ قلی‌زاده الکامی (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی برخودانتقادی و خودتنظیمی هیجانی زنان افســرده؛ مالکی (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشـی مشـاوره گروهی با رویکرد شـناختی-رفتاری بر خودانتقادی؛ صـنیعی (۱۴۰۰) مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر اضـطراب اجتماعی، شـرم و خودانتقادی؛ تامسـون و گرز[1] (۲۰۲۰) با هدف بررسی تأثیر درمان هیجان‌مدار بر کاهش علائم اضطراب، افسردگی و فرآیندهای خودانتقادگری؛ هابرمان، شـــاهر، بار-کالیفا، زیلچا-منو و دیموند[2] (۲۰۱۹) مبنی بر بررســی مکانیســم‌های تغییر در درمان هیجان‌مدار برکاهش انتقاد از خود در گروه نمونه مورد مطالعه همســـو اســـت. همچنین درخصـــوص تأثیر طرحواره درمانی بر تحمل

1. Thompson & Girz

2. Haberman, Shahar, Bar-Kalifa, Zilcha-Mano & Diamond

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]

پریشـــانی، با نتایج صـــفری‌دیزج و پناه علی (۱۴۰۲) مبنی بر اثربخشـــی طرحواره درمانی گروهی بر تحمل پریشـــانی مبتلایان به اختلال وســـواســـی-جبری؛ بیداری و حاج علیزاده (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر راهبردهای شناختی هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلال شـــخصـــیت مرزی؛ پژوهش محمدی و همکاران (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشـــی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر پریشـــانی روان‌شـــناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه؛ دهمرده و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی و تاب‌آوری مادران دارای دانش‌آموزان عقب مانده ذهنی؛ رنر و همکاران (۲۰۱۸) مبنی بر تأثیر طرحواره درمانی بر کاهش آســـیب‌های هیجانی و تنظیم هیجان و همچنین نینادیک و همکاران (۲۰۱۷) مبنی بر تأثیر طرحواره درمانی بر ســـطح تحمل پریشانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت همسو می‌باشد.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر خودانتقادی زنان دارای همسر وابسته به مواد، می‌توان به این نکته اشـــاره کرد که با دریافت مداخلات طرحواره درمانی، زنان دارای همســـر وابســـته به مواد از ماهیت خشـــن، آســـیب‌رســـان و تخریب‌گرایانه انتقادها و به ویژه سرزنشگری‌هایی که نسبت به خود داشته‌اند، آگاه می‌شوند. آن‌ها متوجه می‌شوند که بین انتقاد از خود و انتقاد از عملکرد خود تفاوت قائل شـــوند و خودانتقادی را به‌عنوان یک ندای درونی متمایز از کلیت شخصیت خود در نظر بگیرند و نسبت به کاهش و حذف آن اقدام کنند (ثلاثی و همکاران، ۱۴۰۲). در تبیین دیگر این یافته، براســـاس طرحواره درمانی می‌توان گفت افراد به کمک این روش درمانی، نســـبت به گذشـــته جرأت‌مندتر شـــده و می‌توانند رفتار معیوب انتقاد از خود و همچنین داشـــتن انتظارات بالا از خود را زیر ســـؤال ببرند و با دید مهربانانه نسبت به خود، اهداف و توقعات قابل دستیابی براساس توانایی‌های خود ترســـیم کنند (هوپوود، پینکاز و رایت[1]، ۲۰۱۹). به‌طورکلی طرحواره درمانی با اســـتفاده از تمرینات تجربه‌ای و اســـتعاره‌ها به درمان‌جویان کمک می‌کند اهدافی براســـاس معنای زندگی‌شان برگزینند و به‌طور کلامی بیان کنند؛ درواقع ارزش‌های شخصی خود را تعیین کنند و به تغییرات رفتاری پایدار که براســـاس این ارزش‌ها هدایت می‌شـــوند متعهد

1. Hopwood, Pincus & Wright

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]

گردند (عمل متعهدانه). پذیرش افکار، هیجانات و احساسات به‌منظور تسهیل در روند عمل متعهدانه براساس ارزش‌ها طراحی شده‌اند. اجرای مداخله‌ی طرحواره درمانی گروهی ضمن فراهم نمودن بستری به‌منظور پذیرش هیجانات، با به‌کارگیری فنون ذهن‌آگاهی و سایر روش‌ها به آموزش زنان دارای خودانتقادی بالا می‌پردازد تا از بند مبارزه‌ی بی‌حاصل و تلاش برای کنترل و حذف عواطف و تجارب منفی رهایی یابند؛ و آن‌ها را به‌پیگیری ارزش‌ها و به‌دنبال آن تعهد نسبت به عمل برمبنای ارزش‌ها ترغیب کند؛ درنتیجه می‌توان گفت این مداخله‌ی درمانی منجر به کاهش میزان خودانتقادی نسبت به‌خود و دیگران می‌شود (قلی زاده الکامی، ۱۴۰۱).

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی زنان دارای همسر وابسته به مواد، می‌توان به این نکته اشاره کرد که، رویکرد طرحواره درمانی، رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه ای و تجربی در افراد با تحمل پریشانی پایین، علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیر منطقی در تحمل ناپذیری آشفتگی است، به افزایش تحمل پریشانی کمک می‌کند. احساس مسئولیت بالا و خودانتقادی موضوع‌های اصلی سیستم فکری زنان با همسر وابسته به مواد است؛ براین اساس، درمان بر شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی، افکار مزاحم، اصلاح نگرش‌های مربوط به احساس مسئولیت افراطی و جلوگیری از خنثی‌سازی ناشی از این احساس و کاهش رفتارهای اجتنابی متمرکز می‌شود (صفری و پناه علی، ۱۴۰۲). از آنجا که آشفتگی و پریشانی، بخشی از زندگی است و نمی‌توان از آن اجتناب کرد، کسب مهارت توانایی پذیرش واقعیت غیرقابل تغییر، می‌تواند درد و رنج آن را کاهش دهد؛ بنابراین برای افزایش تحمل پریشانی، ابتدا کسب مهارت‌هایی به‌منظور کاهش آشفتگی و سپس پذیرش موقعیت و شرایط ناگوار و تغییرناپذیر ضروری است. درمان مبتنی بر طرحواره هم بر آموزش مهارت‌ها و تکنیک‌ها جهت پذیرش رنج‌های غیرقابل تغییر و هم بر اصلاح راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد تأکید دارد. اغلب، افراد با تحمل پریشانی پایین از طریق راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان (مانند

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]

پرخوری، روابط جنسی پرخطر، مصرف مواد و...) حس خوشایند موقتی را تجربه می‌کنند (تفنگچی و همکاران، ۱۴۰۰). آموزش راهبردهای سازگارانه‌ی تنظیم هیجان مثل درخواست حمایت اجتماعی، انجام فعالیت‌های لذت بخش (مانند ورزش، مطالعه، موسیقی و...) و تغییر در محتوای افکار، درمان‌جویان را در برابر آشفتگی‌ها و پریشانی مقاوم می‌کند. فرآیند به‌کارگیری تکنیک‌ها جهت ابراز و پیگیری نیازها به صورت سالم و مؤثر، موجب تسهیل ارضاء نیازهای بنیادین و همچنین ابراز هیجان‌ها، به ویژه هیجان‌های مثبت می‌گردد (بچ، لاک وود و یانگ[1]، ۲۰۱۸).

به‌طورکلی می‌توان گفت هدف اصلی طرحواره درمانی، بهبود طرحواره‌ها و اصلاح راهبردهای مقابله‌ای از طریق بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین‌فردی است (ایلماز[2] و همکاران، ۲۰۱۹). طرحواره درمانگر با ایجاد رابطه درمانی و ایجاد اعتماد و حس همدلی در بین درمان‌جویان و با استفاده از تکنیک‌های درمانی امکان تغییر را فراهم می‌کند. الگوی طرحواره درمانی گروهی بیانگر این مهم است، که ممکن است افراد در چگونگی مفهوم پردازی هیجانات خود با یکدیگر متفاوت باشند؛ درواقع، افراد طرحواره‌های متفاوتی در مورد هیجانات‌شان دارند. این طرحواره‌ها منعکس کننده شیوه‌های تجربه‌کردن هیجانات توسط درمان‌جویان است و باوری است که آن‌ها در مورد چگونه عمل‌کردن در برابر برانگیخته شدن احساسات ناخوشایند در ذهن دارند. تعدیل ساختار و محتوای طرحواره‌های ناسازگار به‌منظور اصلاح باورهای شناختی و کمک به تنظیم هیجان، خودانتقادی را به عنوان راهبردی ناکارآمد در تنظیم هیجان کاهش می‌دهد و بر تاب‌آوری و تحمل پریشانی می‌افزاید. به‌طور خلاصه، طرحواره درمانی، با ارائه آگاهی، تغییر نگرش، تقویت خودارزشی، مراقبت از خود و پشتیبانی گروهی به زنان دارای همسر وابسته به مواد، کمک می‌کند تا شرایط خانوادگی و زندگی مطلوب‌تری را تجربه کنند.

مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود، از جمله این پژوهش بر روی زنان دارای همسر وابسته به مواد انجام شد؛ بنابراین تعمیم نتایج به سایرین را با مشکل مواجه می‌سازد.

1. Bach, Lockwood & Young
2. Yılmaz

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]

محدودیت دیگر پژوهش، روش نمونه‌گیری بود که به روش دردسترس انجام شد و عدم وجود پیگیری، محدودیت دیگری بود که مانع از مقایسه اثربخشی این درمان در طولانی مدت می‌شود. لذا پیشنهاد می‌شود، برای تعمیم پذیری بیشتر، پژوهش‌هایی در نمونه‌های مشابه، با نمونه‌گیری تصادفی و پیگیری مدت‌دار جهت بررسی دقیق‌تر نتایج و تداوم اثر درمان اجرا شود. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان بر سایر اختلالات روان‌شناختی شایع در گروه نمونه بررسی شود و نیز علاوه بر پرسشنامه‌ها، سایر ابزار جمع‌آوری اطلاعات از قبیل مصاحبه و مشاهده به‌کار رود. همچنین با توجه به نتایج پژوهش و هم‌راستایی یافته‌ها با نتایج سایر پژوهشگران در مورد اثربخشی مداخله طرحواره درمانی، پیشنهاد می‌شود این روش درمانی برای درمان سایر درمان‌جویان به‌کار رود.

تشکر و قدردانی

در پایان از انجمن نارانان اصفهان و زنان دارای همسر وابسته به مواد، به‌دلیل همکاری و شرکت در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود

منابع

آرمان پناه، آزاده؛ سجادیان، ایلناز و نادی، محمد علی (۱۳۹۹). نقش میانجی تعارضات زناشویی در رابطه بین باورهای ارتباطی، اختلالات هیجانی، ارتباطات زناشویی با رضایت زناشویی زنان دارای همسر معتاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۲۸-۹.

باسره، سکینه؛ صفرزاده، سحر و هومن، فرزانه (۱۴۰۲). اثربخشی درمان ساختارمند ماتریکس بر خودشیفتگی مرضی، ولع‌مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی در مصرف-کنندگان مواد محرک. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۷(۶۸)، ۲۲۸-۲۰۱.

بیداری، فرزانه و حاج‌علیزاده، کبری (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر راهبردهای شناختی هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۵(۲)، ۱۸۰-۱۶۵.

تفنگچی، مریم؛ رئیسی، زهره؛ قمرانی، امیر و رضایی‌جمالویی، حسن (۱۴۰۰). تدوین بسته ارتقای تحمل پریشانی و مقایسه اثربخشی آن با درمان مبتنی بر شفقت بر خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب در زنان مبتلا به سردردهای تنشی مزمن. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۰)، ۶۳۴-۶۲۱.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]

ثلاثی، بیتا؛ رمضانی، محمدآرش و جهان، فائزه (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر خودسرزنشگری و شرم در معتادین تحت درمان نگهدارنده با متادون. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲(۱۲۱)، ۱۷۵-۱۵۹.

دلاور، علی (۱۳۹۸). *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. تهران: نشر ویرایش.

زارعان، فهیمه؛ لطیفی، زهره و میرمهدی، سیدرضا (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل پریشانی و سردرد همسران معتادان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۲۱۲-۱۹۳.

سیدسرابی، مهناز و عسگری، شهناز (۱۳۹۷). پیش‌بینی رفتارهای خوداناتوان‌ساز تحصیلی براساس اشتیاق تحصیلی، تاب‌آوری و تحمل پریشانی دانش‌آموزان دختر. *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۳ (۲۵)، ۲۱-۱.

شاکراردکانی، آزاده (۱۴۰۰). *اثربخشی آموزش فرزندپروری طرحواره‌محور بر خودشناسی انسجامی و تحمل آشفتگی مادران دانش‌آموزان پایه اول ابتدایی شهرستان اردکان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردکان.

شعبان، ماندانا (۱۳۹۹). *کاربست تجدید نظر شده طرحواره درمانی جهت کاردرمانی در ایران*. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا (س)، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.

شعبان، ماندانا؛ پیوسته گر، مهرانگیز و خسروی، زهره (۱۴۰۰). اثربخشی مدل بومی‌سازی شده طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های درمانگران. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۰)، ۵۲۰-۵۱۱.

شیروانی، معصومه (۱۴۰۰). *اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر شادکامی، خشم و ناگویی هیجانی زنان مطلقه*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.

صالحی، نجمه (۱۳۹۹). *بررسی رابطه سبک دلبستگی و قصه عشق با نقش میانجیگرایانه امیدواری زنان دارای همسر معتاد در شهرستان مشهد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی شاندیز، گروه روان‌شناسی و مشاوره.

صالحی‌فر، زهرا (۱۴۰۰). *بررسی نقش میانجیگری خودانتقادی و اجتناب از تجربه در رابطه بین تعارض والدین و نوجوان با تنظیم هیجان در دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر کرمانشاه*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه رازی، دانشکده علوم اجتماعی.

صفری‌دیزج، سمیرا و پناه‌علی، امیر (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تحمل پریشانی و نشانه‌های وسواس فکری عملی در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری. *مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۳۰(۳)، ۴۰۳-۳۹۳.

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]

صنیعی، فاطمه‌سادات (۱۴۰۰). *اثر بخشی درمان هیجان‌مدار بر اضطراب اجتماعی، شرم، خودانتقادی، خوداعتمادی و شفقت به‌خود در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز.

طالبی، مریم (۱۳۹۹). *پیش‌بینی خودآسیبی براساس تفکر خودانتقادی و احساس گناه در دانشجویان ورودی کاردانی و کارشناسی دانشگاه شاندیز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی شاندیز، گروه مشاوره خانواده.

عامری، نرجس (۱۴۰۱). روابط ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون: نقش میانجی شفقت به خود، *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۶(۶۶)، ۷۰-۴۷.

علوی، خدیجه؛ مدرس‌غروی، مرتضی؛ امین‌یزدی، امیر و صالحی‌قدردی، جواد (۱۳۹۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌شیوه گروهی (با تکیه بر مؤلفه‌های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه‌های افسردگی در دانشجویان. *مجله اصول بهداشت‌روانی*، ۱۳(۵۰)، ۱۲۴-۱۳۵.

فاتحی‌اردکانی، سیده‌زهرا (۱۳۹۸). *اثربخشی آموزش خانواده محور براساس الگوی اسلامی-ایرانی بر ابراز وجود، تنظیم هیجان و همبستگی و انطباق‌پذیری خانواده در همسران افراد معتاد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه اردکان، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی.

فرهادی، مرضیه (۱۳۹۹). *بررسی نقش میانجی تنظیم هیجان و حل مسئله در رابطه بین تعارضات زناشویی و افسردگی زنان دارای همسر معتاد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، دانشکده روان‌شناسی.

قاسمی‌فلاورجانی، حامد (۱۴۰۱). *اثربخشی درمان شناختی رفتای بر خودانتقادگری، احساس گناه و تحمل پریشانی مادران دختران کم‌توان ذهنی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاداسلامی واحد نجف‌آباد.

قلی‌زاده‌الکامی، دنیا (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر خودانتقادی و خودتنظیمی هیجانی زنان افسرده. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۷(۶۷)، ۲۲۷-۲۱۹.

گرجی، یوسف؛ طباییان، سیده‌مینا و شکراللهی، مژگان (۱۳۹۹). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودپنداره، پذیرش خویشتن وخودانتقادگری در زنان دارای اختلال سوءمصرف مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۸)، ۸۸-۷۳.

لیهی، رابرت (۱۳۹۴). *تکنیک‌های شناخت درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی)*. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]

مالکی، حوری (۱۴۰۱). *اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر خودانتقادی و سرمایه روان‌شناختی دانش‌آموزان با نشانگان اضطراب اجتماعی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

محمدی، حانیه؛ سپهری شاملو، زهره و اصغری ابراهیم آباد، محمدجواد (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)*، ۱۳(۵۱)، ۳۶-۲۷.

مشاک، رویا؛ نادری، فرح و چین‌آوه، محبوبه (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی و درمان مثبت‌نگری بر خودانتقادی و پریشانی روان‌شناختی در زنان نابارور شهرستان اهواز. *پژوهش پرستاری*، ۱۶(۳)، ۷۳-۵۹.

هارون‌رشیدی، همایون (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر تحمل ابهام و پریشانی روان‌شناختی زنان دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۷(۶۸)، ۳۲۶-۳۰۳.

References

Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(4), 328-349.

Dahmardeh, T. R., Shirazi, M., & Arab, A. (2021). The effectiveness of schema therapy on distress tolerance and resilience of mothers with mentally retarded students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 23(6), 443-451.

Elhai, J. D., Levine, J. C., O'Brien, K. D., & Armour, C. (2018). Distress tolerance and mindfulness mediate relations between depression and anxiety sensitivity with problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*, 84, 477-484.

Erwin, M. C., Mitchell, M. A., Contractor, A. A., Dranger, P., Charak, R., & Elhai, J. D. (2018). The relationship between distress tolerance regulation, counterfactual rumination, and PTSD symptom clusters. *Comprehensive Psychiatry*, 82, 133-140.

Haberman, A., Shahar, B., Bar-Kalifa, E., Zilcha-Mano, S., & Diamond, G. M. (2019). Exploring the process of. change in emotion-focused therapy for social anxiety. *Psychotherapy Research*, 29(7), 908-918.

Halamová, J., & Kanovský, M. (2019). Emotion-focused training for emotion coaching – an intervention to reduce self-criticism. *Human Affairs*, 29(1), 20-31.

Hopwood, C. J., Pincus, A. L., & Wright, A. G. C. (2019). *The interpersonal situation: Integrating clinical assessment, formulation, and intervention*. In D. Samuel & D. Lynam (Eds.), *Using basic personality research to inform personality pathology*. New York, NY: Oxford University Press.

Jones, J. (2020). What Do We Mean When We Call Someone a Drug Addict? *Health Care Analysis*, 28(4), 391-403.

Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2018). The association between self-critical rumination and parenting stress: The mediating role of mindful parenting. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 2265-2275.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]

Nenadić, I., Lamberth, S., & Reiss, N. (2017). Group schema therapy for personality disorders: a pilot study for implementation in acute psychiatric inpatient settings. *Psychiatry Research*, 253, 9-12.

Okati, M., & Arab, A. (2022). Comparing the difficulty of emotion regulation, fear of social negative evaluations and tendency to suicide in women with addicted and non-addicted spouses. *Islamic Life Journal*, 6(1), 266-275.

Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 58, 97-105.

Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29, 83-102.

Soni, R., Upadhyay, R., Meena, P., & Jain, M. (2017). Psychiatric morbidity, quality of life and marital satisfaction among spouse of men with opioid dependence syndrome: a study from North India. *International Journal of Advances in Medicine*, 4(2), 556-561.

Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and individual differences*, 36(2), 419-430.

Thompson, S., & Girz, L. (2020). Overcoming shame and aloneness: Emotion-focused group therapy for self- criticism. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 19(1), 1-11.

Tusiani-Eng, P., & Yeomans, F. (2018). Borderline personality disorder: barriers to borderline personality disorder treatment and opportunities for advocacy. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 695-709.

Van Eck, K., Warren, P., & Flory, K. A. (2017). Variable-centered and person-centered evaluation of emotion regulation and distress tolerance: Links to emotional and behavioral concerns. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(1), 136-150.

Veilleux, J. C. (2019). The relationship between distress tolerance and cigarette smoking: A systematic review and synthesis. *Clinical Psychology Review*, 71, 78-89.

Worden, B., Levy, H. C., Das, A., Katz, B. W., Stevens, M., & Tolin, D. F. (2019). Perceived emotion regulation and emotional distress tolerance in patients with hoarding disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, 100-121.

Yamaguchi, A., & Kim, M. S. (2013). Effects of self-criticism and its relationship with depression across cultures. *International Journal of Psychological Studies*, 5(1), 1-10.

Yılmaz, O., Mırçık, A. B., Kunduz, M., Çombaş, M., Öztürk, A., Deveci, E., & Kırpınar, İ. (2019). Effects of cognitive behavioral therapy, existential psychotherapy and supportive counselling on facial emotion recognition among patients with mild or moderate depression. *Psychiatry Investigation*, 16(7), 491-506.

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.221]