

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 پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه زنان دارای همسر وابسته به مواد تحت آموزش گام‌های دوازده گانه در انجمن نارائان 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. شرکت کنندگان هر دو گروه پرسشنامه‌های خودانتقادی و تحمل پریشانی را در پیش آزمون و پس آزمون 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 به کار 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 نجف آباد 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

مقدمه

اعتیاد^۱، 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، گسترده‌گی جهانی دارد؛ به‌طوری که میلیون‌ها نفر تحت 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^۲، 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^۳، ۲۰۲۰). بیشترین تأثیر و آسیب روانی اعتیاد، متوجه همسر فرد وابسته به مواد است. زمانی که 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

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 از حد و غیرقابل تحمل بر آنان وارد می‌کند. همچنین، میزان همدلی در رابطه زناشویی این قسم از زنان بسیار کم است؛ بنابراین مهارت‌های حل مسئله 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

خودانتقادی^۱ و تحمل پریشانی^۲ از جمله مواردی هستند که در صورت به کار بستن مداخله درمانی مناسب و کاهش خودانتقادی و افزایش تحمل پریشانی، می توانند زنان دارای همسر وابسته به مواد را از ابتلا به اختلالات روان شناختی 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 نحوه ی فرزندپروری آنان را بهبود بخشند.

خودانتقادی یک خصوصیت شخصیتی است، که فرد خود را شدیداً ارزیابی می کند. این ویژگی پیامدهای منفی زیادی نظیر افسردگی، استرس، اضطراب، روابط بین فردی مختل و سطح بالایی از هیجان های منفی به همراه دارد. خودانتقادی به عنوان شکلی از آزار و اذیت درونی که استرس زا و تضعیف کننده خود می باشد، نگریسته می شود (طالبی، ۱۳۹۹). اشخاص خودانتقادگر به علت استانداردهای درونی و بیرونی بالا که برای خود در نظر گرفته اند، فعالیت های خود را بی ارزش و ناقص می دانند و دائم احساس شکست می کنند؛ در نتیجه افسردگی و دیگر اختلالات روان شناختی بروز می کند (گرچی، طبایان و شکراللهی، ۱۳۹۹). افراد خودانتقادگر در تجربه کردن هیجانات خود احساس ناامنی می کنند و قادر به تنظیم هیجانات خود نیستند و در مقایسه با دیگران در مواجهه با تهدیدها آسیب پذیرترند. علاوه بر آن انتقاد از خود می تواند محرکی درونی باشد که محرک بیرونی (مورد انتقاد واقع شدن از جانب دیگران) را به فرد یادآوری کند (هالاموا و کانواسکی^۳، ۲۰۱۹). وقتی افراد خودانتقادگری بالایی دارند، مشکل است که آن ها را به رفتارهای مثبت متعهد کرد. خودانتقادگری پردازش درونی است، که باعث می شود فرد احساسات خود را نپذیرد، از آن ها خجالت بکشد و از بروز آن، احساس راحتی و امنیت نداشته باشد (قاسمی فلاورجانی، ۱۴۰۱). خودانتقادی مقایسه ای، 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 می کند، دید انتقادی و خصمانه در مورد دیگران دارد و از ارزیابی شدن توسط دیگران نگرانی و نارضایتی دارد (موریرا و کاناوارو^۴، ۲۰۱۸). او

در مقابل دیگران احساس حقارت دارد و از خود ناخشنود است. در روابط بین فردی به دیگران اعتماد ندارد، در برابر برتری طلبی دیگران اغلب با انتقاد از خود همراه با خشم واکنش نشان می دهد و در نهایت احساس ناتوانی برای حل مشکلات زندگی دارد و روش اجتناب را در پیش می گیرد (صالحی فر، ۱۴۰۰).

تحمل پریشانی یکی از مؤلفه های تفاوت فردی است که نشان می دهد فرد در برابر مشکلات و ناراحتی های هیجانی چه میزان ظرفیت مقاومت دارد (وان اک، وارن و فلوری^۱، 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، شیوه تنظیم هیجان به وسیله فرد، میزان جذب توجه به وسیله هیجان های منفی و سهم آن در به وجود آمدن اختلال در عملکرد می باشد (تاسیانی-انگ و یومانس^۲، ۲۰۱۸). تحمل پریشانی بستگی به راهبردهای تنظیم هیجان دارد؛ چنانچه فرد در تنظیم هیجانات خود راهبرد مناسبی نداشته باشد، منجر به کاهش تحمل پریشانی می شود (وردن^۳ 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^۴ افراد با محیطشان رابطه ویژه ای دارند و رویدادها را با منابع مقابله ای خود ارزیابی می کنند (شاگردکانی، ۱۴۰۰). افراد با تحمل پریشانی پایین، احساسات منفی را غیرقابل تحمل می دانند و توانایی کنترل آن را ندارند و از افکار و هیجانات منفی اجتناب می کنند (الهای، لوین، براین و آرمور^۵، ۲۰۱۸). این افراد در مقایسه با دیگران بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه (ویلیو کس^۶، ۲۰۱۹)؛ مصرف الکل، قماربازی (الهای و همکاران، ۲۰۱۸)؛ اختلالات خوردن، بی اشتهایی و کم اشتهایی روانی و مصرف مواد (اروین^۷ 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

از درمان‌های مطرح در زمینه کاهش مشکلات روان‌شناختی طرحواره درمانی^۱ 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 بین فردی 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 ارضای نیازهای هیجانی ایجاد می‌گردند. به‌طور کلی 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 به کار روند و مهارت‌های بین فردی، تقویت شوند و در پی آن کیفیت زندگی بهبود یابد (شیروانی، ۱۴۰۰). لیهی^۲ (۱۳۹۴) معتقد است طرحواره درمانی نقش مهمی در کاهش

تجربه خودانتقادی و مشکلات هیجانی دارد. به عنوان نمونه صفری دیزج 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، رضانی و جهان (۱۴۰۲) در پژوهشی مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر خودسرزنشگری و شرم در مصرف کنندگان مواد اشاره کردند، در گروه آزمایش خودسرزنشگری و شرم و مؤلفه‌های آن‌ها در مرحله پس‌آزمون به طور 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 بر خودانتقادی و خودتنظیمی هیجانی زنان افسرده سنجید و نتیجه گرفت طرحواره درمانی بر خودانتقادی و خودتنظیمی هیجانی در زنان افسرده تأثیر دارد و خودانتقادی را به طور معناداری کاهش و خودتنظیمی هیجانی آنان را افزایش داده است. همچنین نتایج پژوهش محمدی، سپهری‌شاملو و اصغری‌ابراهیم‌آباد (۱۳۹۸) که اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی 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 به عنوان یک روش درمانی کارآمد به منظور 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

و طرحواره درمانی به طور مؤثری تحمل پریشانی را افزایش داده بود. رنر^۱ و همکاران (۲۰۱۸) تأکید کرده اند که طرحواره درمانی می تواند آسیب های هیجانی را کم کند و در پی آن تنظیم هیجانی را بهبود بخشد. نینادیک، لامبرس و ریس^۲ (۲۰۱۷) در نتایج پژوهش خود خاطر نشان کرده اند که طرحواره درمانی می تواند به شکل معناداری سطح تحمل پریشانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت را تحت تأثیر خود قرار دهد.

با توجه به ماهیت مخرب و استرس زای وابستگی به مواد و آسیب های متأثر از آن، نیاز به بررسی و تحقیقات بیشتر مداخلات روان درمانی از جمله الگوی طرحواره محور برای کاهش تأثیرات سوء آن دیده می شود. زنان تکیه گاه و هسته مرکزی خانواده هستند، 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، مسئولیت و وظایف همسر را نیز به دوش می کشند. این درحالی است که نگرانی و احساس عدم امنیت از آینده خود و فرزندان مزید بر علت شده و سلامت روان شناختی آنان را به خطر می اندازد (فرهادی، ۱۳۹۹). سازمان بهداشت جهانی^۳، سلامت زنان را یکی از شاخص های توسعه هر کشور می داند. بررسی شرایط زنان با همسر وابسته به مواد و درمان مشکلات روان شناختی آنان، مهارت های مقابله ای و کیفیت زندگی آن ها را بهبود بخشیده و به روند درمان و فرایند ترک همسران شان کمک می کند. براساس مطالعات، خانواده های مردان وابسته به مواد و به ویژه زنان آن ها به لحاظ مؤلفه های روان شناختی، هیجانی و جسمانی وضعیت مطلوبی ندارند. بهبود سرمایه های روان شناختی به آن ها کمک می کند تا توانایی خود را در مقابل شرایط نامطلوب زندگی افزایش دهند و در صورتی که نیازهای اساسی آنان برآورده شود احساس اعتماد به نفس و خودارزشمندی در آن ها شکل می گیرد و در صورت برآورده نشدن این نیازها فرد درکی شکننده، منفی و بیگانه از خود خواهد داشت (سانی و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین، ارائه حمایت های روانی برای این گروه از زنان ضروری به نظر می رسد. سلامت روان این زنان

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. از آنجا که طرحواره درمانی با تمرکز بر رابطه درمانی و تکنیک‌های تجربی متمرکز بر احساسات، در تنظیم هیجان مؤثر است؛ به نظر 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 اشتراک گذاری تجارب شرکت کنندگان، موجب افزایش آگاهی اعضای گروه نسبت به چگونگی عملکرد طرحواره‌های 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، به نظر 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 جلب توجه 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 نارنان، تحت آموزش دوره گام‌های دوازده گانه بودند، تشکیل دادند. در پژوهش‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر یک از زیرگروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (دلاور، ۱۳۹۸)؛ بنابراین به دلیل امکان ریزش، به روش 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 اعضا و داشتن ملاک خروج حجم نمونه به ۳۰ نفر (دو گروه ۱۵ نفری) تقلیل

یافت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن همسر وابسته به مواد، عضویت در انجمن نارنان 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 اسپاس پی‌اس تحلیل شدند.

ابزار

۱- پرسشنامه سطوح خودانتقادی: مقیاس سطوح خودانتقادی توسط تامپسون و زوروف^۱ (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) نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه دو سطح خودانتقادی مقایسه‌ای^۲ (گویه‌های ۲-۴-۶-۲۲-۲۱-۲۰-۱۸-۱۶-۱۴-۱۲-۱۰-۸) و خودانتقادی درونی^۳ (گویه‌های ۱-۳-۵-۷-۹-۱۹-۱۷-۱۵-۱۳-۱۱) را مورد سنجش قرار می‌دهد که نمرات بالاتر در این مقیاس نشان دهنده سطح بالاتر خودانتقادی در فرد می‌باشد. همچنین، گویه‌های (۶-۸-۱۱-۱۲-۱۶-۲۱-۲۰) به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. تامپسون و زوروف (۲۰۰۴) برای خودانتقادی مقایسه‌ای آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و برای خودانتقادی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند. یاماگوجی و کیم^۴ (۲۰۱۳) آلفای کرونباخ را ۰/۹۰ گزارش کردند. در مطالعه مشاک، نادری و چین آوه (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 و گاهر^۵ (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

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 اولین بار در ایران توسط علوی، مدرس غروی، 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 همگرایی اولیه خوبی است. در این پژوهش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

روش اجرا

با مراجعه به جلسات عمومی انجمن ناراران 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 و آزمودنی‌ها 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^۱ (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.

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

جلسات	هدف	محتوا	تکالیف
اول	آشنایی، معارفه و انجام پیش آزمون	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، پاسخ دهی به سؤالات، اجرای پیش آزمون	-
دوم	معرفی نیازهای اساسی و طرحواره های ناسازگار	توضیح پنج نیاز اساسی و معرفی طرحواره های ناسازگار و حوزه های مربوط به هر کدام، توضیح ریشه های تحولی طرحواره، توضیح و آموزش پیرامون عملکرد طرحواره ها	بررسی شیوه برآورده شدن نیازها در کودکی، نوجوانی و حال حاضر
سوم	آموزش مفاهیم طرحواره ها و سبک های مقابله ای	توضیح و آموزش مفاهیم طرحواره ها، توضیح آموزش سبک های مقابله ای، ایجاد انگیزه در افراد گروه جهت سنجش و تغییر طرحواره ها	شناسایی سبک های مقابله ای
چهارم	سنجش و توضیح طرحواره های ناسازگار	سنجش طرحواره های افراد گروه با استفاده از پرسشنامه یانگ، آشنا کردن افراد با طرحواره های شان، بحث و گفتگوی گروهی پیرامون طرحواره ها و تأثیر هر کدام بر زندگی افراد	شناسایی طرحواره های ناسازگار
پنجم	ادامه ی توضیح طرحواره های ناسازگار	توضیح و آموزش برای آشنایی افراد گروه با انواع طرحواره های ناسازگار	شناسایی طرحواره های ناسازگار
ششم	شروع فرایند تغییر طرحواره های ناسازگار	ایجاد انگیزه جهت تغییر طرحواره ها، آماده ساختن اعضا برای تغییر، معرفی راهبردهای شناختی، هیجانی و الگوشکنی رفتار، هم پیمانی با اعضای گروه جهت مبارزه با طرحواره ها	شناسایی سبک های مقابله ای ناکارآمد
هفتم	به کارگیری راهبردهای شناختی	جمع آوری شواهد تأیید کننده و رد کننده ی طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای، ارائه ی تکالیف خانگی	جمع آوری شواهد تأیید کننده و رد کننده برای هریک از طرحواره ها

جدول ۱: خلاصه جلسات طرحواره درمانی گروهی بومی سازی شده (فارل و شاو، ۲۰۱۸؛ شعبان، پیوسته گر 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 اعضا گروه	تهیه کارت‌های آموزشی برای هر یک از طرحواره‌ها
نهم	فرآیند تغییر طرحواره‌ها توسط به کارگیری 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 به کارگیری راهبردهای الگو شکنی 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 موقعیت‌های برانگیزاننده طرحواره‌های ناسازگار
یازدهم	ادامه فرآیند تغییر و درمان توسط راهبردهای الگو شکنی 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 موقعیت‌های برانگیزاننده طرحواره ناسازگار
دوازدهم	جمع‌بندی و مرور مختصر و انجام پس‌آزمون	بحث و گفتگوی گروهی پیرامون اثرات تغییر طرحواره‌ها، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا 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 و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: توزیع فراوانی شرکت کنندگان براساس میزان تحصیلات و شغل

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

نتایج نشان می‌دهد اکثر افراد نمونه در هر دو گروه آزمایش و کنترل در سطح تحصیلات دیپلم بودند. همچنین بالاترین فراوانی در شغل در هر دو گروه آزمایش و کنترل خانه‌داری بوده است. 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		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 نشان می‌دهد میانگین نمرات خودانتقادی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل پایین‌تر و میانگین نمرات تحمل پریشانی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل بالاتر بوده است. برای تجزیه نتایج اصلی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. یکی از مفروضه‌های آزمون، تساوی واریانس در نمرات خودانتقادی و تحمل پریشانی در گروه نمونه بود. بدین منظور از آزمون لوین استفاده شد و نتایج در متغیر خودانتقادی سطح معنی‌داری ۰/۶ و در متغیر تحمل پریشانی سطح

معنی داری ۰/۰۷ را نشان دادند؛ بنابراین در نمرات خودانتقادی و تحمل پریشانی گروه نمونه تساوی واریانس‌ها برقرار بود. همچنین جهت بررسی نرمال بودن نمرات متغیرهای پژوهش از آزمون شاپیروویلک استفاده شد و نتایج حاکی از آن بود که همه نمرات خودانتقادی و تحمل پریشانی در هر دو گروه نمونه (آزمایش و کنترل) نرمال بوده است و با استفاده از آزمون ام‌باکس همسانی کوواریانس برای نمرات متغیرهای پژوهش سنجیده شد و نتایج نشان داد، برای نمرات خودانتقادی و تحمل پریشانی در گروه نمونه همسانی کوواریانس برقرار بوده است. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت بررسی تاثیر طرحواره درمانی گروهی بر میزان خودانتقادی و تحمل پریشانی زنان دارای همسر وابسته به مواد، در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: 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	۵/۳۶۷	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۰/۸۷
لامبدا ویلکز	۵/۳۶۷	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۰/۸۷
اثر هتینگ	۵/۳۶۷	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۰/۸۷
بزرگترین ریشه‌روی	۵/۳۶۷	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۰/۸۷

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد نتایج آزمون لامبدای ویلکز به عنوان رایج‌ترین آزمون نشان 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 عضویت گروهی بود. در ادامه برای بررسی دقیق این تفاوت‌ها نتایج بررسی کوواریانس در نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس بر روی نمرات خودانتقادی و تحمل پریشانی دو گروه

متغیرها	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	معناداری	مجدوراتا
خودانتقادی	۲۷۰۲/۸۷	۱	۲۷۰۲/۸۷	۱۱/۴۱	۰/۳۱
تحمل پریشانی	۷۰۱/۱	۱	۷۰۱/۱	۱۰/۹۷	۰/۳۰

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد تفاوت در میانگین نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای خودانتقادی ($f = 11/41$, $p = 0/001$) و تحمل پریشانی ($f = 10/97$, $p = 0/001$) بین گروه آزمایش و گروه کنترل، پس از حذف اثرات پیش‌آزمون معنادار است. مقادیر مجذور اتا بیانگر آن است که ۳۱ درصد از تفاوت‌های نمرات خودانتقادی و ۳۰ درصد از تفاوت‌های نمرات تحمل پریشانی در پس‌آزمون به تفاوت بین دو گروه مربوط و برای متغیر مستقل (مداخله‌ی درمانی پژوهش) به حساب آمده است؛ بدین معنا که طرحواره درمانی گروهی بر خودانتقادی و تحمل پریشانی زنان دارای همسر وابسته به مواد تأثیر معناداری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر خودانتقادی و تحمل پریشانی زنان دارای همسر وابسته به مواد انجام گرفت. براساس نتایج بدست 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 شده است. نتایج این پژوهش درخصوص تأثیر طرحواره درمانی بر خودانتقادی، با نتایج پژوهش ثلاثی و همکاران (۱۴۰۲) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر خودسرزنشگری و شرم در افراد وابسته به مواد؛ قلی‌زاده الکامی (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر خودانتقادی و خودتنظیمی هیجانی زنان افسرده؛ مالکی (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر خودانتقادی؛ صنیعی (۱۴۰۰) مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر اضطراب اجتماعی، شرم و خودانتقادی؛ تامسون و گرز^۱ (۲۰۲۰) با هدف بررسی تأثیر درمان هیجان‌مدار بر کاهش علائم اضطراب، افسردگی و فرآیندهای خودانتقادگری؛ هابerman، شاهر، بار-کالیفا، زیلچا-منو و دیموند^۲ (۲۰۱۹) مبنی بر بررسی مکانیسم‌های تغییر در درمان هیجان‌مدار بر کاهش انتقاد از خود در گروه نمونه مورد مطالعه همسو است. همچنین درخصوص تأثیر طرحواره درمانی بر تحمل

1. Thompson & Girz

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

پیشانی، با نتایج صفری دیزج و پناه علی (۱۴۰۲) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تحمل پیشانی مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری؛ بیداری و حاج عزیزاده (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر راهبردهای شناختی هیجان، تحمل پیشانی و ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی؛ پژوهش محمدی و همکاران (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر پیشانی روان‌شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه؛ دهمرده و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل پیشانی و تاب‌آوری مادران دارای دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی؛ رنر و همکاران (۲۰۱۸) مبنی بر تأثیر طرحواره درمانی بر کاهش آسیب‌های هیجانی و تنظیم هیجان و همچنین نینادیک و همکاران (۲۰۱۷) مبنی بر تأثیر طرحواره درمانی بر سطح تحمل پیشانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت همسو می‌باشد.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر خودانتقادی زنان دارای همسر وابسته به مواد، می‌توان به این نکته اشاره کرد که با دریافت مداخلات طرحواره درمانی، زنان دارای همسر وابسته به مواد از ماهیت خشن، آسیب‌رسان و تخریب‌گرایانه انتقادهای 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 شوند 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، براساس طرحواره درمانی می‌توان گفت افراد به کمک این روش درمانی، نسبت به گذشته جرأت‌مندتر شده و می‌توانند رفتار معیوب انتقاد از خود و همچنین داشتن انتظارات بالا از خود را زیر سؤال ببرند و با دید مهربانانه نسبت به خود، اهداف و توقعات قابل دستیابی براساس توانایی‌های خود ترسیم کنند (هوپوود، پینکاز و رایت^۱، ۲۰۱۹). به‌طور کلی طرحواره درمانی با استفاده از تمرینات تجربه‌ای و استعاره‌ها به درمان‌جویان کمک می‌کند اهدافی براساس معنای زندگی‌شان برگزینند و به‌طور کلامی بیان کنند؛ درواقع ارزش‌های شخصی خود را تعیین کنند و به تغییرات رفتاری پایدار که براساس این ارزش‌ها هدایت می‌شوند متعهد

گردند (عمل متعهدانه). پذیرش افکار، هیجانات و احساسات به منظور تسهیل در روند عمل متعهدانه براساس ارزش‌ها طراحی شده‌اند. اجرای مداخله‌ی طرحواره درمانی گروهی ضمن فراهم نمودن بستری به منظور پذیرش هیجانات، با به کارگیری فنون ذهن آگاهی 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 به پیگیری ارزش‌ها و به دنبال آن تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش‌ها ترغیب کند؛ در نتیجه می‌توان گفت این مداخله‌ی درمانی منجر به کاهش میزان خودانتقادی نسبت به خود 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، رابطه‌ای 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 به منظور کاهش آشفتگی و سپس پذیرش موقعیت و شرایط ناگوار و تغییر ناپذیر 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

پر خوری، روابط جنسی پرخطر، مصرف مواد و...) حس خوشایند موقتی را تجربه می کنند (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، درمان جویان را در برابر آشفتگی‌ها و پریشانی مقاوم می کند. فرآیند به کارگیری تکنیک‌ها جهت ابراز و پیگیری نیازها به صورت سالم و مؤثر، موجب تسهیل ارضاء نیازهای بنیادین و همچنین ابراز هیجان‌ها، به ویژه هیجان‌های مثبت می گردد (بچ، لاک وود و یانگ^۱، ۲۰۱۸).

به طور کلی می توان گفت هدف اصلی طرحواره درمانی، بهبود طرحواره‌ها و اصلاح راهبردهای مقابله‌ای از طریق بهره گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین فردی است (ایلماز^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). طرحواره درمانگر با ایجاد رابطه درمانی و ایجاد اعتماد و حس همدلی در بین درمان جویان و با استفاده از تکنیک‌های درمانی امکان تغییر را فراهم می کند. 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 تجربه کردن هیجانات توسط درمان جویان است و باوری است که آن‌ها در مورد چگونه عمل کردن در برابر برانگیخته شدن احساسات ناخوشایند در ذهن دارند. تعدیل ساختار و محتوای طرحواره‌های ناسازگار به منظور اصلاح باورهای شناختی و کمک به تنظیم هیجان، خودانتقادی را به عنوان راهبردی ناکارآمد در تنظیم هیجان کاهش می دهد و بر تاب آوری و تحمل پریشانی می افزاید. به طور خلاصه، طرحواره درمانی، با ارائه آگاهی، تغییر نگرش، تقویت خودارزشی، مراقبت از خود و پشتیبانی گروهی به زنان دارای همسر وابسته به مواد، کمک می کند تا شرایط خانوادگی و زندگی مطلوب تری 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 می سازد.

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 به کار 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 به کار رود.

تشکر و قدردانی

در پایان از انجمن نارائان اصفهان و زنان دارای همسر وابسته به مواد، به دلیل 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، ولع مصرف، خودکارآمدی ترک، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی در مصرف‌کنندگان 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؛ رئیس، 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 تشنجی مزمن. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۰)، ۶۳۴-۶۲۱.

ثلاثی، بیتا؛ رضائی، 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 خودناتوان‌ساز 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 بومی سازی 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.

صنّعی، فاطمه سادات (۱۴۰۰). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر اضطراب اجتماعی، شرم، خودانتقادی، خوداعتمادی و شفقت به خود 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)، ۴۷-۷۰.

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

فاتیحی‌اردکانی، 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 رفتاری بر خودانتقادگری، احساس گناه و تحمل پرباشی مادران دختران کم‌توان ذهنی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد.

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

گرجی، یوسف؛ طبایان، سیده‌مینا و شکراللهی، مژگان (۱۳۹۹). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداره، پذیرش خویش و خودانتقادگری در زنان دارای اختلال سوء مصرف مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۴(۵۸)، ۷۳-۸۸.

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).

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 ناباور شهرستان اهواز. پژوهش پرستاری، ۱۶(۳)، ۷۳-۵۹.

هارون‌رشدی، همایون (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر تحمل ابهام و پریشانی روان‌شناختی زنان دارای همسر وابسته به مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، 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.

- 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., Mirçık, 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.