

اثربخشی طحواره 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: ۱۴۰۳/۱۰/۰۷

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طحواره 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 انجمان 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. شرکت کنندگان هر دو گروه پرسشنامه‌های خودانتقادی و تحمل پریشانی را در پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. طحواره 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 معنی داری وجود داشت و طحواره درمانی باعث کاهش خودانتقادی و بهبود تحمل پریشانی در زنان دارای همسر وابسته به مواد شد. **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده، طحواره 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: طحواره 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 نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

۲. نویسنده مسئول: گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، 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، گستردگی جهانی دارد؛ به طوری 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 تحمل می‌کند و روابط اعضای خانواده با تعارض جدی مواجه می‌شود (سانی، اوپادیا، منا و جین، 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، 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 روانی اش 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 به عنوان 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 به همراه دارد. از طرفی آنان مجبورند تمام مسئولیت‌های خانواده، مانند مدیریت‌های مالی و تربیت فرزندان را به تنهایی بر عهده گیرند؛ در نتیجه سلامت روان و جسم آنان آسیب دیده و عملکرد

۲۲۲
222

۱۴۰۲، ۱۷، No. ۷۰، Winter 2024
[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-08-30]

1. addiction

3. Jones

2. Soni, Upadhyay, Meena & Jain

اجتماعی و خانوادگی آنان مختل می‌شود (هارون‌رشیدی، ۱۴۰۲). مرد وابسته به مواد، به عنوان 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 مصرف کننده 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 عمدۀ‌ترین 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 توامندی آنان را در مقابل مشکلات حاصل از زندگی با فرد وابسته به مواد، افزایش داده و کیفیت زندگی و نحوه فرزندپروری آنان را بهبود بخشنند.

خودانتقادی یک خصوصیت شخصیتی است، که فرد خود را شدیداً ارزیابی می کند. این ویژگی پیامدهای منفی زیادی نظری افسردگی، استرس، اضطراب، روابط بین فردی مختلف و سطح بالایی از هیجان‌های منفی به همراه دارد. خودانتقادی به عنوان شکلی از آزار و اذیت درونی که استرس‌زا 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 گرفته‌اند، فعالیت‌های خود را بی ارزش و ناقص می دانند و دائم احساس شکست می کنند؛ در نتیجه افسردگی و دیگر اختلالات روان‌شناختی بروز می کند (گرجی، طبیان 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 آسیب‌پذیرترند. علاوه بر آن انتقاد از خود می تواند محركی درونی باشد که محرک بیرونی (مورد انتقاد واقع شدن از جانب دیگران) را به فرد یادآوری کند (halamová و کانواسکی^۳، ۲۰۱۹). وقتی افراد خودانتقادگری بالایی دارند، مشکل است که آن‌ها را به رفتارهای مثبت متعهد کرد. خودانتقادگری پردازش درونی است، که باعث می شود فرد احساسات خود را نپذیرد، از آن‌ها خجالت بکشد و از بروز آن، احساس راحتی و امنیت نداشته باشد (فاسمی 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 می کند، دید انتقادی و خصم‌مانه در مورد دیگران دارد و از ارزیابی شدن توسط دیگران نگرانی و نارضایتی دارد (موریرا و کاناوارو^۴، ۲۰۱۸).

۲۲۴

224

۱. ۲۰۱۷، نو. ۷۰، Winter ۲۰۲۴
۲. ۱۷، نو. ۷۰، Winter ۲۰۲۴
۳. DOI: 10.6118/etiadpajohi.17.70.221
[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-08-30]

1. Self-criticism
2. Distress tolerance

3. Halamová & Kanovský
4. Moreira & Canavarro

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 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^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 هیجان‌های منفی و سهم آن در به وجود آمدن اختلال در عملکرد می‌باشد (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 می‌شود (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 ویژه‌ای دارند و رویدادها را با منابع مقابله‌ای خود ارزیابی می‌کنند (شاکارادکانی، 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^۵، ۲۰۱۸). این افراد در مقایسه با دیگران بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه (ویلیوکس^۶؛ ۲۰۱۹)، مصرف الکل، قماربازی (الهایی و همکاران، ۲۰۱۸)؛ اختلالات خوردن، بی‌اشتهایی و کم‌اشتهایی 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 به عنوان 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 متumer کز بر هیجانات است؛ لذا به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کنند تا فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته و آن‌ها را بپذیرد و با سازماندهی مجدد هیجانی، تنظیم عاطفة، اصلاح روابط بین‌فردي و نیز آرامش‌بخشی به خود، زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد. در طی فرآیند درمان نیازهای هیجانی ارضانشده تا حدودی ارضامی شوند؛ چرا که طرحواره‌های ناسازگار عمده‌تاً به خاطر عدم ارضائی 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 بین‌فردي، 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 وسوسی-جبری، نتیجه گرفت طرحواره درمانی گروهی، رویکرد مناسبی برای افزایش تحمل پریشانی و کاهش نشانه‌های وسوسات فکری-عملی در مبتلایان به اختلال وسوسی-جبری بوده است. ثلاثی، رمضانی 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 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 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 به‌طور 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 به‌منظور افزایش تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی و کاهش ناگویی خلقی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پیشنهاد دادند. نتایج حاصل از پژوهش دهمده، شیرازی و عرب (۲۰۲۱) در بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی و تاب‌آوری مادران دارای دانش‌آموzan 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 کردند که طرحواره درمانی می‌تواند آسیب‌های هیجانی را کم کند و در پی آن تنظیم هیجانی را بهبود بخشد. نیتادیک، لامبرس و ریس^۲ (۲۰۱۷) در نتایج پژوهش خود خاطر نشان کردند که طرحواره درمانی می‌تواند به شکل معناداری سطح تحمل پریشانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت را تحت تأثیر خود قرار دهد.

با توجه به ماهیت مخبر و استرس‌زای وابستگی به مواد و آسیب‌های متأثر از آن، نیاز به بررسی و تحقیقات بیشتر مداخلات روان‌درمانی از جمله الگوی طرحواره محور برای کاهش تأثیرات سوء آن دیده می‌شود. 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 می‌کشند. این در حالی است که نگرانی و احساس عدم امنیت از آینده خود و فرزندان مزید بر علت شده و سلامت روان‌شناختی آنان را به خطر می‌اندازد (فرهادی، ۱۳۹۹). سازمان بهداشت جهانی^۳، سلامت زنان را یکی از شاخص‌های توسعه هر کشور می‌داند. بررسی شرایط زنان با همسر وابسته به مواد و درمان مشکلات روان‌شناختی 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 روان‌شناختی، هیجانی و جسمانی وضعیت مطلوبی ندارند. بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی به آن‌ها کمک می‌کند 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 آن‌ها شکل می‌گیرد و در صورت برآورده نشدن این نیازها فرد در کی شکننده، منفی و بیگانه از خود خواهد داشت (سانی و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین، ارائه حمایت‌های روانی برای این گروه از زنان ضروری به نظر می‌رسد. سلامت روان این زنان

1. Renner

3. the world health organization

2. Nenadic, Lamberth & Reiss

به مؤلفه‌های روان‌شناسی 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 قدر تمدنتر 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 خلاصه 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 ۱۴۰۲-۱۴۰۱ 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 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 اعضاء 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 نارانان اصفهان، حداقل تحصیلات سیکل و داشتن رضایت برای شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج شامل عدم تمايل 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 اس‌بی‌اس اس 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 (اصلًا توصیف کننده من نیست) تا شش (بسیار خوب توصیف کننده من است) نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه دو سطح خودانتقادی مقایسه‌ای^۲ (گویه‌های ۶-۴-۲-۹-۷-۵-۳-۱-۲-۲۱-۲۰-۱۸-۱۶-۱۴-۱۲-۱۰-۸) و خودانتقادی درونی^۳ (گویه‌های ۱۱-۱۳-۱۵-۱۷-۱۹-۲۱) را مورد سنجش قرار می‌دهد که نمرات بالاتر در این مقیاس نشان دهنده سطح بالاتر خودانتقادی در فرد می‌باشد. همچنین، گویه‌های (۸-۶-۱۱-۱۲-۱۶) به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. تامپسون و زروف (۲۰۰۴) برای خودانتقادی مقایسه‌ای آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و برای خودانتقادی درونی آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند. یاماگوچی و کیم^۴ (۲۰۱۳) آلفای کرونباخ را ۰/۹۰ گزارش کردند. در مطالعه مشاک، نادری و چین‌آوه (۱۴۰۰) روایی محتوا به روش کیفی، با نظر ۱۰ نزد 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^۵ ۱۵ گویه‌ای است که توسط سیمونز و گاهر^۵ (۲۰۰۵) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۱

۲۳۰
230

۱۴۰۰، ۱۷، نو، ۷۰، Winter ۲۰۲۴
۱۴۰۰، ۱۷، نو، ۷۰، Winter ۲۰۲۴

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 موافق) تا نمره ۵ (کاملاً مخالف) 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 به دست آمد و ضریب روایی ۰/۶۱ برای آن گزارش شده است. این پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط علوی، مدرس غروی، امین‌بزدی و صالحی قدردانی (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 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 پیش آزمون). 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 پس آزمون). 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؛
شبان، پیوسته گر و خسروی، ۱۴۰۰)**

جلسات	هدف	محظوظ	تكلیف
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 اعضاء، پاسخ دهی به سوالات، اجرای پیش آزمون	-
دوم	معرفی نیازهای اساسی و طرحواره های ناساز گار	بررسی شیوه برآورده ناسازگار و حوزه های مربوط به هر کدام، توضیح شدن نیازها در کودکی، ریشه های تحولی طرحواره، توضیح و آموزش پیرامون نوجوانی و حال حاضر عملکرد طرحواره ها	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 نوجوانی و حال حاضر
سوم	آموزش مفاهیم طرحواره ها و سبک های مقابله ای	شناختی سبک های آموزش سبک های مقابله ای، ایجاد انگیزه در افراد سبک های مقابله ای	توضیح و آموزش مفاهیم طرحواره ها، توضیح و آموزش سبک های مقابله ای، ایجاد انگیزه در افراد گروه جهت سنجش و تغییر طرحواره ها
چهارم	سنجهش و توضیح طرحواره های ناساز گار	شناختی طرحواره های يانگ، آشنا کردن افراد با طرحواره های شان، بحث و گفتگوی گروهی پیرامون طرحواره ها و تأثیر هر کدام بر زندگی افراد	سنجهش طرحواره های افراد گروه با استفاده از پرسشنامه يانگ، آشنا کردن افراد با طرحواره های شان، بحث و گفتگوی گروهی پیرامون طرحواره ها و تأثیر هر کدام بر زندگی افراد
پنجم	ادامه توضیح طرحواره های ناساز گار	شناختی طرحواره های ناساز گار	توضیح و آموزش برای آشنایی افراد گروه با انواع طرحواره های ناساز گار
ششم	شروع فرایند تغییر طرحواره های ناساز گار	شناختی سبک های اعضا برای تغییر، معرفی راهبردهای شناختی، هیجانی و الگوشکی رفقار، هم پیمانی با اعضای گروه جهت مبازه با طرحواره ها	ایجاد انگیزه جهت تغییر طرحواره ها، آماده ساختن اعضا برای تغییر، معرفی راهبردهای شناختی، هیجانی و الگوشکی رفقار، هم پیمانی با اعضای گروه جهت مبازه با طرحواره ها
هفتم	به کار گیری راهبردهای شناختی ارزیابی مزايا و معایب طرحواره، ارزیابی مزايا و معایب سبک های مقابله ای، ارائه تکالیف خانگی	جمع آوری شواهد تأیید کننده و رد کننده طرحواره، تأیید کننده و رد کننده سبک های مقابله ای، ارائه تکالیف خانگی	جمع آوری شواهد تأیید کننده و رد کننده طرحواره، تأیید کننده و رد کننده سبک های مقابله ای، ارائه تکالیف خانگی

۱۴۰۰، ۱۷، نو، ۰۹، ۰۳۰۰، ۰۲۰۴
[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-08-30]

۱۴۰۰، ۱۷، نو، ۰۹، ۰۳۰۰، ۰۲۰۴
[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-08-30]

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

جلسات	هدف	محثوا	تکاليف
هشتم	ادامه فرآیند تغییر به وسیله راهبردهای گفتگویین جنبه‌های سالم و جنبه طرحواره‌ای، آموزش آموزشی برای هر یک شناختی و تدوین کارتهای آموزشی و نحوه استفاده از این از طرحواره‌ها کارت‌های با اعضاء گروه	بررسی تکاليف خانگی، آموزش و تمرین برقراری تهیه کارت‌های گفتگویین جنبه‌های سالم و جنبه طرحواره‌ای، آموزش آموزشی برای هر یک شناختی و تدوین کارتهای آموزشی و نحوه استفاده از این از طرحواره‌ها	
نهم	فرآیند تغییر طرحواره‌ها توسط به کارگیری راهبردهای تجربی	معرفی راهبردهای تجربی، انجام و آموزش تکنیک نوشتن نامه به والدین 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 راهبردهای تجربی	توضیح مجدد و آموزش انواع سبک‌های مقابله‌ای و تأثیر آن‌ها در تداوم طرحواره‌ها، تعیین رفتارهای خاص ناکارآمد و مؤقیعت‌های افراد گروه که طرحواره‌ها را فعل و تایید می‌کنند، اولویت‌بندی رفتارها در جهت الگو شکنی رفتاری طرحواره‌های ناسازگار	شناسایی رفتارهای شناختی رفتارهای
یازدهم	ادامه فرآیند تغییر و درمان توسط راهبردهای الگو شکنی رفتاری	ایجاد انگیزه جهت تغییر رفتارهای تداوم بخش رفتارهای سالم در آموزش رفتارهای سالم از طریق تکنیک تصویرسازی طرحواره ناسازگار ذهنی	تمرین و جایگزینی رفتارهای ناکارآمد و مؤقیعت‌های افراد گروه که طرحواره‌ها را فعل و تایید می‌کنند، اولویت‌بندی رفتارها در جهت الگو شکنی رفتاری
دوازدهم	جمع‌بندی و مرور مخصوص و انجام پس‌آزمون	بحث و گفتگوی گروهی پیرامون اثرات تغییر طرحواره‌ها، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سوالات اعضاء و ارزیابی کل جلسات، تشکر و مقابله‌ای	تمرین و ممارست در جهت تغییر رفتار ناکارآمد و راهبردهای قدردانی از اعضاء جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

میانگین سن شرکت کنندگان 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 شرکت کنندگان 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	فراآنی	درصد	فراآنی	کنترل
تحصیلات	سیکل	۲	۱۳/۳	۱	۶/۷	۶/۷
	دیپلم	۹	۶۰	۸	۵۳/۳	۴۰
	لیسانس	۴	۲۶/۷	۶	۷۳/۳	۱۱
	خانه‌دار	۱۲	۸۰			
	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 فراآنی در شغل در هر دو گروه آزمایش و کنترل خانه‌داری بوده است. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروههای آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار گروههای آزمایش و کنترل در خودانتقادی و تحمل پریشانی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

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

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین نمرات خودانتقادی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به گروه کنترل پایین‌تر و میانگین نمرات تحمل پریشانی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون 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 مفروضهای 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 $0/6$ و در متغیر تحمل پریشانی سطح

معنی داری ۰/۰۷ را نشان دادند؛ بنابراین در نمرات خودانتقادی و تحمل پریشانی گروه نمونه تساوی واریانس ها برقرار بود. همچنین جهت بررسی نرمال بودن نمرات متغیرهای پژوهش از آزمون شاپیر و ویلک 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 طرح اداره 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	درجه آزادی خطای فرضیه	ضریب آتا	توان آزمون	معناداری	۰/۸۷		
							۰/۵۸	۰/۰۰۱	۲۷
اثر پلایی	۰/۵۸۳	۵/۳۶۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۰/۵۸	۰/۸۷	۰/۰۰۱	۲۷
لامبدا ویلکز	۰/۴۱۷	۵/۳۶۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۰/۵۸	۰/۸۷	۰/۰۰۱	۲۷
اثر هتلینگ	۱/۴۰	۵/۳۶۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۰/۵۸	۰/۸۷	۰/۰۰۱	۲۷
بزرگترین ریشه روى	۱/۴۰	۵/۳۶۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۰/۵۸	۰/۸۷	۰/۰۰۱	۲۷

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می گردد نتایج آزمون لامبدا ویلکز به عنوان رایج ترین آزمون نشان داد که بین نمره آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری در مرحله پس آزمون وجود داشت و ۸۷ درصد تغییرات مربوط به عضویت گروهی بود. در ادامه برای بررسی دقیق این تفاوت ها نتایج بررسی کوواریانس در نمره های پس آزمون متغیرهای وابسته در جدول ۵ ارائه شده است.

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

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

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد تفاوت در میانگین نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای خودانتقادی ($p = 0.001$, $f = 11/41$) و تحمل پریشانی ($p = 0.001$, $f = 10/97$) بین گروه آزمایش و گروه کنترل، پس از حذف اثرات پیش‌آزمون معنادار است. مقادیر مجنوز اتا بیانگر آن است که ۳۱ درصد از تفاوت‌های نمرات خودانتقادی و ۳۰ درصد از تفاوت‌های نمرات تحمل پریشانی در پس آزمون 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 پس آزمون 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 برخودانتقادی و خودتنظیمی هیجانی زنان افسرده؛ مالکی (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفواری 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؛ هابرمان، 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

۲۳۶
236

پریشانی، با نتایج صفری دیزج و پناه علی (۱۴۰۲) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تحمل پریشانی مبتلایان به اختلال سوسای-جبری؛ بیداری و حاج علیزاده (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر راهبردهای شناختی هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی؛ پژوهش محمدی و همکاران (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر پریشانی روان شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه؛ دهمده و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر تحمل پریشانی و تاب آوری مادران دارای دانش آموزان عقب مانده 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 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 اشاره کرد که با دریافت مداخلات طرحواره درمانی، زنان دارای همسر وابسته به مواد از ماهیت خشن، آسیب‌رسان و تخریب گرایانه 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 شوند و خودانتقادی را به عنوان 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). به طور کلی طرحواره درمانی با استفاده از تمرینات تجربه‌ای و استعاره‌ها به درمان جویان کمک می‌کند اهدافی براساس معنای زندگی‌شان بر گزینند و به طور کلامی بیان کنند؛ در واقع ارزش‌های شخصی خود را تعیین کنند و به تغییرات رفتاری پایدار که براساس این ارزش‌ها هدایت می‌شوند متعهد

گردند (عمل معهدانه). پذیرش افکار، هیجانات و احساسات بهمنظور تسهیل در روند عمل معهدانه براساس ارزش‌ها طراحی شده‌اند. اجرای مداخله‌ی طرحواره درمانی گروهی ضمن فراهم نمودن بستری بهمنظور پذیرش هیجانات، با به کار گیری 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 به پیگیری ارزش‌ها و بهدلیل آن تعهد نسبت به عمل برگنای ارزش‌ها ترغیب کند؛ درنتیجه 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 متشكل 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 شکل گیری 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 ختی‌سازی 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 تعییرنایپذیر ضروری است. درمان مبنی 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

۲۳۸
238

۱۴۰۲، ۱۷، نو، ۷۰، Winter ۲۰۲۴
۱۴۰۲، ۱۷، نو، ۷۰، زمستان ۲۰۲۴

پرخوری، 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 بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین‌فردي 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؛ در واقع، 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 پشتیانی گروهی به زنان دارای همسر وابسته به مواد، کمک می کند 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 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 می‌شد. 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 نارانان اصفهان و زنان دارای همسر وابسته به مواد، به دلیل همکاری و شرکت در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود

منابع

- آرمان پناه، آزاده؛ سجادیان، ایلنار 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 اعتمادپژوهی*، 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 مصرف-کنندگان مواد محرک. *فصلنامه اعتمادپژوهی*، ۱۷(۶۸)، ۲۲۸-۲۰۱.
- بیداری، فرزانه و حاج علیزاده، 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 رضایی جمالویی، 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 تنفسی مزمن. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۲۰(۱۰۰)، ۶۳۴-۶۲۱.

۲۴۰
240

۱۴۰۲-۱۷، نو. ۷۰، Winter ۲۰۲۴
۱۴۰۲-۱۷، نو. ۷۰، Winter ۲۰۲۴

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 روانشناسی*، ۱۵۹-۱۷۵ (۱۲۱).

دلاور، علی (۱۳۹۸). *روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*. تهران: نشر ویرایش.
زارغان، فهیمه؛ لطیفی، زهره و میرمهدی، سیدرضا (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خودشافحشی بر سرمایه‌های روانشناسی، تحمل پریشانی و سردرد همسران معتادان. *فصلنامه اعتمادپژوهی*، ۱۴ (۵۵)، ۱۹۳-۲۱۲.

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)، ۱-۲۱.

شاکرارد کاتنی، آزاده (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش فرزندپروری طرحواره محور 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 شله طرحواره درمانی جهت کار درمانی 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 تعديل طرحواره‌های درمانگران. *مجله علوم روانشناسی*، 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 دلستگی و قصه عشق با نقش میانجیگریانه امیدواری زنان دارای همسر معتاد در شهرستان مشهد. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی شاندیز، گروه روانشناسی و مشاوره*.

صالحی‌فر، زهراء (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.

صنیعی، فاطمه سادات (۱۴۰۰). اثر بخشی درمان هیجان‌مدار بر اختصار اجتماعی، شرم، خودانتقادی، خوداعتمادی و شفقت به‌خود در افراد مبتلا به اختلال اختصار 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 اعتماد پژوهی، ۶۶(۱۶)، ۴۷-۷۰.

علوی، خدیجه؛ مدرس‌غروی، مرتضی؛ امین‌یزدی، امیر و صالحی‌قدردی، جواد (۱۳۹۰). اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی به‌شیوه گروهی (با تکیه بر مؤلفه‌های هوشیاری فراگیر بینایین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه‌های افسردگی در دانشجویان. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۳(۵۰)، ۱۲۴-۱۳۵.

فاتحی اردکانی، سیده‌زهرا (۱۳۹۸). اثر بخشی 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.

قاسمی فلاورجانی، حامد (۱۴۰۱). اثر بخشی درمان شناختی رفتای بر خودانتقادگری، احساس گناه و تحمل پریشانی مادران دختران کم‌توان ذهنی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد.

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

گرجی، یوسف؛ طبایان، سیده‌مینا و شکرالله‌ی، مژگان (۱۳۹۹). اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودپنداره، پذیرش خویشتن و خودانتقادگری در زنان دارای اختلال سوء‌صرف مواد. فصلنامه اعتماد پژوهی، ۱۴(۵۸)، ۸۸-۷۳.

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

مالکی، حوری (۱۴۰۱). اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر خودانتفادی و سرمایه روان‌شناختی دانش آموزان 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، فرج و چین آوه، محبوبه (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی و درمان مثبت‌نگری بر خودانتفادی 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., & Kanovsky, 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 in-patient 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., Lobbstaedt, 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., Mirçik, A. B., Kunduz, M., Çombaş, M., Öztürk, A., Deveci, E., & Kirpinar, 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.

۲۴
۲۴۴

۱۴۰۰، ۱۷، نو، ۷۰، ویتر ۲۰۲۴