

اثربخشی طرحواره درمانی گروهی در تعدیل ذهنیت‌های طرحواره‌ای ناکارآمد
روانشناسان و مشاوران

**The Effectiveness of Group Schema Therapy on Modulating Maladaptive
Schema Modes in Psychologists and Counselors**

Ghorbanali Yahyae

Ph.D in Counseling, Visiting Professor, Islamic Azad University, Khalkhal Branch, Gilan, Iran.
Email: Dr.yahyae@gmail.com

قربانعلی یحیایی^۱

دکترای مشاوره، استاد مدعو دانشگاه آزاد اسلامی واحد خلخال، گیلان، ایران.

Hesamoddin Yahyae

M.S. in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Khalkhal Branch, Gilan, Iran.

حسام‌الدین یحیایی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خلخال، گیلان، ایران.

Fateme Rafiee Gazani

M.S. in Clinical Psychology, Guilan University of Science and Research.

فاطمه رفیعی‌گزنی

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم و تحقیقات گیلان.

Fateme Yahyae

Master's student in General Psychology, University of Guilan, Iran.

فاطمه یحیایی

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه گیلان، ایران.

Abstract

Certain schema modes, such as the dysfunctional critic, play a crucial role in the emergence of self-criticism and occupational burnout among mental health professionals, whereas the Healthy Adult mode (in schema therapy) is vital for emotional stability and treatment quality. The present study examined the effectiveness of group schema therapy in reducing the dysfunctional critic mode and enhancing the Healthy Adult mode among psychologists and counselors. Using a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group, 24 mental health professionals were conveniently sampled and randomly assigned to experimental ($n = 12$) and control ($n = 12$) groups.

چکیده

برخی ذهنیت‌ها، از جمله ذهنیت منتقد ناکارآمد در متخصصان سلامت روان، در بروز خودانتقادگری و فرسودگی شغلی نقش اساسی دارند؛ در حالی که ذهنیت بزرگسال سالم (در طرح‌واره‌درمانی) برای حفظ ثبات هیجانی و بهبود کیفیت درمان ضروری است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی گروهی بر تضعیف ذهنیت منتقد ناکارآمد و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم در روانشناسان و مشاوران بود. این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شد. ۲۴ متخصص سلامت

^۱ نویسنده مسئول Email: Dr.yahyae@gmail.com

The Schema Mode Inventory (SMI; Young, 2008) was used for assessment. The experimental group participated in ten group schema therapy sessions and one follow-up session. ANCOVA results showed significant reductions in the dysfunctional critic mode ($P < 0.001$) and significant increases in healthy modes, including the Healthy Adult and Happy Child modes ($P < 0.001$). Large effect sizes (0.892 and 0.860, respectively) indicated strong intervention efficacy. Overall, group schema therapy appears to be an effective approach for reducing self-criticism and strengthening healthy capacities among mental health professionals, highlighting the importance of working on the "therapist self" to prevent burnout.

Keyword: Schema Therapy, Maladaptive Critic Mode, Healthy Adult Mode, Therapist's Self, Psychologists and Counselors.

روان به صورت در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) گمارده شدند. ابزار مورد استفاده، پرسشنامه ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای یانگ (SMI، ۲۰۰۸) بود. گروه آزمایش در ده جلسه طرح‌واره‌درمانی گروهی و یک جلسه پیگیری شرکت کردند. تحلیل داده‌ها با کوواریانس (ANCOVA) نشان داد که طرح‌واره‌درمانی گروهی کاهش معناداری در ذهنیت منتقد ناکارآمد ($P < 0.001$) و افزایش چشمگیری در ذهنیت‌های سالم از جمله بزرگسال سالم و کودک شاد ($P < 0.001$) ایجاد کرد. اندازه اثر بالا (به ترتیب ۰.۸۹۲ و ۰.۸۶۰) حاکی از اثربخشی قوی مداخله است. بنابراین، طرح‌واره‌درمانی گروهی می‌تواند رویکردی مؤثر برای کاهش خودانتقادگری و تقویت ظرفیت‌های سالم در متخصصان سلامت روان باشد و اهمیت کار بر روی «خویش‌تن درمانگر» را در پیگیری از فرسودگی شغلی برجسته می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: طرح‌واره درمانی، ذهنیت منتقد ناکارآمد، ذهنیت سالم، خویش‌تن درمانگر، روانشناسان و مشاوران.

نوع مقاله: پژوهشی دریافت: شهریور ۱۴۰۴ پذیرش: آبان ۱۴۰۴

مقدمه

حرفه روان‌درمانی، فرآیندی عمیقاً بین‌فردی است که اثربخشی آن نه تنها به دانش نظری و مهارت‌های فنی، بلکه به سلامت روان و خودآگاهی خودِ درمانگر نیز وابسته است. درمانگران، علی‌رغم آموزش‌های تخصصی، انسان‌هایی با تاریخچه شخصی و ساختارهای شناختی-هیجانی منحصر به فرد خود هستند که می‌توان آنها را دخیل در جلسات روان‌درمانی دانست (روسکو و تیلور، ۲۰۲۳). این ساختارها که در قالب طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^۱ تبلور می‌یابند، می‌توانند در تعامل با مراجع برانگیخته شده و درمانگر را به سمت "ذهنیت‌های"^۲ ناکارآمد سوق دهند (سمنیوک و همکاران، ۲۰۲۳)، حالت‌های هیجانی و شناختی لحظه‌ای هستند که طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای فعال شده در یک فرد را در آن لحظه خاص بازتاب می‌دهند. در حالی که طرح‌واره‌ها صفاتی پایدار هستند، ذهنیت‌ها حالت‌هایی گذرا بوده و درک آن‌ها برای مدیریت واکنش‌های آنی در اتاق درمان حیاتی است (ادواردز، ۲۰۲۲).

اهمیت "خویش‌تن درمانگر"^۳ به عنوان یک عامل کلیدی در پیاده‌سازی درمانی، از دیرباز مورد تأکید بوده است. زمانی که طرح‌واره‌های درمانگر در مواجهه با مراجعان فعال می‌شوند، ممکن است او به ذهنیت‌های ناکارآمدی مانند تسلیم، اجتناب یا

^۱ Early Maladaptive Schemas

^۲ Modes

^۳ Self of the Therapist

جبران افراطی فرو رود که این واکنش‌ها می‌توانند به پریشانی هیجانی، فرسودگی شغلی و حتی آسیب به مراجع منجر شوند (فیتزهاردینگ و همکاران، ۲۰۲۵). طرحواره‌ها، الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب‌رسانی هستند که ریشه در تجارب نامطلوب دوران کودکی و نوجوانی، به‌ویژه ناکامی در ارضای نیازهای هیجانی بنیادین، دارند و در سراسر زندگی فرد تداوم می‌یابند (ساریجاروی و همکاران، ۲۰۲۳). این الگوهای ناکارآمد، همچون عینک‌های آفتابی، ادراک درمانگر از خود، مراجع و فرآیند درمان را تحریف کرده و می‌توانند به پیش‌گویی‌های خودکام‌بخش در روابط درمانی منجر شوند. در میان ذهنیت‌های طرحواره‌ای مختلف، دو مورد نقشی محوری در سلامت روان و عملکرد حرفه‌ای درمانگران ایفا می‌کنند: "ذهنیت منتقد ناکارآمد"^۱ و "ذهنیت بزرگسال سالم".

ذهنیت منتقد ناکارآمد، صدای درونی‌شده والدین یا مراقبین منفی دوران کودکی است که فرد را به دلیل اشتباهاتش سرزنش و تحقیر می‌کند. این ذهنیت که تجلی طرحواره‌هایی مانند معیارهای سرسختانه و تنبیه است، در درمانگران می‌تواند به شکل خودانتقادی شدید، کمال‌گرایی افراطی و اضطراب عملکرد ظاهر شود (ادواردز، ۲۰۲۲). درمانگران اغلب تحت فشار زیادی برای بی‌نقص بودن و اجتناب از خطا هستند که این امر زمینه را برای فعال شدن این ذهنیت فراهم می‌کند (سهرابی و همکاران، ۱۴۰۲). منتقد درونی می‌تواند درمانگر را به خاطر عدم پیشرفت مراجع یا اشتباهات جزئی، بی‌رحمانه مورد قضاوت قرار دهد که این امر منجر به کاهش عزت نفس، بازداری هیجانی و در نهایت، فرسودگی می‌شود. پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که خودانتقادی و کمال‌گرایی با نتایج درمانی ضعیف‌تر و پریشانی بیشتر در درمانگران و درمان‌جویان مرتبط است (لو و همکاران، ۲۰۲۰؛ پرسلی و همکاران، ۲۰۱۷).

در مقابل، ذهنیت بزرگسال سالم^۲ قرار دارد که هسته اصلی سلامت روان در مدل طرحواره درمانی محسوب می‌شود. این ذهنیت، جنبه‌ای از شخصیت فرد است که وظایف اجرایی مانند تصمیم‌گیری منطقی، حل مسئله، تعیین حد و مرزهای سالم، مراقبت از خود و پرورش ذهنیت‌های کودکانه را بر عهده دارد (یاکین و آرتز، ۲۰۲۳). تقویت ذهنیت بزرگسال سالم به درمانگر کمک می‌کند تا در لحظات چالش‌برانگیز، ثبات هیجانی خود را حفظ کرده و از واکنش‌های ناکارآمد اجتناب ورزد. این ذهنیت به او امکان می‌دهد تا با شفقت با "کودک آسیب‌پذیر" درون خود روبرو شود، "منتقد ناکارآمد" را به چالش بکشد و نیازهای هیجانی خود را به شیوه‌ای سالم و انطباقی برآورده سازد (سمنیوک و همکاران، ۲۰۲۳).

طرحواره درمانی، که توسط جفری یانگ توسعه در سال ۱۹۹۹ یافته، یک رویکرد یکپارچه است که ظرفیت بالایی برای درک و مداخله در این الگوهای شخصیتی عمیق ارائه می‌دهد. این رویکرد با استفاده از راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه درمانی، نه تنها به تعدیل طرحواره‌های ریشه‌ای می‌پردازد، بلکه به طور مستقیم بر تغییر ذهنیت‌ها نیز تمرکز می‌کند. تکنیک‌هایی مانند "کار با صندلی" و "نوشتن نامه" که در پروتکل درمانی این پژوهش نیز به کار رفته‌اند، به طور خاص برای رویارویی مستقیم با ذهنیت منتقد ناکارآمد و به چالش کشیدن پیام‌های منفی آن طراحی شده‌اند. همزمان، با تمرکز بر مفاهیمی چون ارزش‌ها، نیازهای بنیادین و مهارت‌های خودمراقبتی، ظرفیت ذهنیت بزرگسال سالم تقویت می‌شود (یانگ، ۱۹۹۹). در واقع، تضعیف ذهنیت منتقد، فضا را برای رشد ذهنیت بزرگسال سالم باز می‌کند. شعبان و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود نشان دادند که طرحواره‌درمانی موجب می‌شود تا درمانگران ذهنیت‌های خود را بهتر بشناسند و متناسب با مقتضیات درمان الگوهای روابط بین‌فردی و همدلی خود را تعدیل کنند.

پژوهش‌های متعددی اثربخشی طرحواره درمانی را در کاهش خودانتقادی و افزایش رضایت شغلی تأیید کرده‌اند. به عنوان نمونه، یافته‌های ثلاثی و همکاران (۱۴۰۲) نشان می‌دهد که طرحواره درمانی در کاهش خودسرزنش‌گری نقش قابل‌توجهی داشته است. همچنین، میرشکاری و همکاران (۱۴۰۱) طی پژوهشی به این نتیجه رسیدند که طرحواره‌درمانی موجب افزایش

1. Dysfunctional Critic Mode

2. Healthy Adult Mode

رضایت شغلی می‌شود. با نتیجه‌گیری کلی از این داده‌ها مزایای احتمالی طرحواره‌درمانی بر کاهش خودانتقادی درونی و زیست سالم‌تر و شادتر روانی بر ما آشکار می‌شود.

با این حال، علی‌رغم شواهد روزافزون در مورد اثربخشی این رویکرد برای مراجعان، پژوهش‌های اندکی به بررسی تأثیر مستقیم آموزش آن بر خودِ درمانگران، به‌ویژه بر جامعه روانشناسان ایرانی، پرداخته‌اند. با توجه به عملکرد ضعیف برخی متخصصان، نارضایتی مراجعان و اهمیت حیاتی رابطه درمانی مبتنی بر همدلی، ضرورت آموزش و کار بر روی ذهنیت‌های خودِ درمانگران دوجندان می‌شود.

بنابراین، با توجه به خلاء پژوهشی موجود و اهمیت بنیادین سلامت روان درمانگر در موفقیت فرآیند درمان، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی یک پروتکل آموزش گروهی طرحواره درمانی بر تضعیف "ذهنیت منتقد ناکارآمد" و تقویت "ذهنیت بزرگسال سالم" در روانشناسان و مشاوران طراحی گردید. این پژوهش در صدد پاسخ به این پرسش اصلی است که آیا این مداخله می‌تواند به طور معناداری به متخصصان سلامت روان در مدیریت الگوهای خودانتقادگر و تقویت ظرفیت‌های اجرایی سالم کمک کرده و توانایی آن‌ها را برای ارائه خدمات درمانی مؤثرتر ارتقا بخشد؟ فرضیه اصلی این است که شرکت در این دوره آموزشی منجر به کاهش نمرات ذهنیت منتقد ناکارآمد و افزایش معنادار نمرات ذهنیت سالم در شرکت‌کنندگان خواهد شد. نتایج این تحقیق می‌تواند چشم‌اندازی روشن از اهمیت خودکاوی برای متخصصان فراهم کرده و به موسسات آموزشی در تدوین برنامه‌های بازآموزی و کارورزی کمک نماید.

پیشینه پژوهش

در سال‌های اخیر، شواهد قابل توجهی جمع شده که نشان می‌دهد مداخلات مبتنی بر طرحواره - به‌ویژه در قالب گروهی - می‌توانند نه تنها الگوهای طرحواره‌ای اولیه و حالت‌های ذهنیتی^۱ را تغییر دهند بلکه نقش درمانگر را به‌عنوان یک متغیر مرکزی در کیفیت درمان برجسته سازند (آرنتز و همکاران، ۲۰۲۲).

آرنتز و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که درمان طرحواره (شامل فرمت گروهی)^۲ در بیماران با اختلال شخصیت مرزی اثربخشی بالایی دارد؛ این یافته‌ها چارچوب قوی‌تری برای کاربرد GST در تنظیم حالت‌های ذهنیتی پیچیده فراهم می‌کند و پشتیبان تئوریک مداخلات گروهی برای تغییر مدهاست (آرنتز و همکاران، ۲۰۲۲).

یافته‌های تجربی نشان داده‌اند که تمرکز مستقیم بر ذهنیت بزرگسال سالم می‌تواند قابلیت‌هایی مانند خود-شفقتی، تنظیم هیجانی و دسترسی به راهبردهای سازگار را افزایش دهد؛ مطالعه‌ی یاکین و همکاران (۲۰۲۳) توضیح می‌دهد که تقویت ذهنیت بزرگسال سالم نقش تعمیرکننده‌ی مهمی در فرایند درمان و کاهش ذهنیت‌های آسیب‌زا دارد (یاکین و آرنتز، ۲۰۲۳). مطالعات کیفی روی تجربه‌ی درمانگران نشان می‌دهد که کار بالینی با برخی اختلالات (برای مثال OCD) می‌تواند ذهنیت‌های ناکارآمدِ درمانگر را فعال کند و درمانگران برای بازگشت به حالت بزرگسال سالم از راهبردهای شخصی (خودمراقبتی، مرزبندی، سوپرویزن) استفاده می‌کنند؛ این یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی نیاز به آموزش ویژه برای شناخت و مدیریت ذهنیت‌های فعال در اتاق درمان است (سمنیوک و همکاران، ۲۰۲۳).

تحقیقات تجربی و شبه‌آزمایشی متعدد نشان داده‌اند که مداخلات گروهی طرحواره می‌توانند به‌طور قابل توجهی ذهنیت‌های عملکردی را افزایش و ذهنیت‌های ناکارآمد را کاهش دهند؛ بررسی سیستماتیک و موردی هیلدن و همکاران (۲۰۲۱) درباره‌ی GST برای اختلال مرزی نیز شواهد حمایتی مشابهی ارائه می‌دهد و اثربخشی گروهی برنامه‌های ساختاریافته را تأیید می‌کند (هیلدن و همکاران، ۲۰۲۱).

¹ schema modes

² Group Schema Therapy (GST)

از منظر ابزارشناسی، اعتبار و اتکاپذیری نسخه‌های کوتاه پرسشنامه‌ی ذهنیت‌های طرحواره‌ای یانگ^۱ ثابت شده است و این ابزار امکان سنجش تغییرات ذهنیت‌ها را در مطالعات مداخله‌ای به شکلی قابل اعتماد فراهم می‌آورد؛ بنابراین استفاده از SMI در این پژوهش سازگار با ادبیات است (لوبستائل و همکاران، ۲۰۱۰).

در سطح سیستماتیک‌تر، مطالعات مروری و تحلیل شبکه‌ای نشان داده‌اند که خودانتقادی^۲ یک عامل فراگیر و فراایماریشناختی است که با فرسودگی، کاهش کارایی حرفه‌ای و ذهنیت‌های درمانی نامطلوب ارتباط قوی دارد؛ بنابراین هدف‌گیری ذهنیت منتقد ناکارآمد در بین درمانگران می‌تواند از منظر پیشگیری و کیفیت درمان ارزشمند باشد (زاکاری و همکاران، ۲۰۲۴).

مطالعات تجربی در زمینه‌ی آموزش درمانگران نشان می‌دهد که برنامه‌های آموزشی مستمر و متمرکز بر تکنیک‌های طرحواره (از جمله کار با صندلی، نامه‌نگاری، تمرین‌های تجربی گروهی) می‌توانند ویژگی‌های خودآگاهی، خود-شفقتی و توانمندی‌های بزرگسال سالم را تقویت کنند؛ گزارش‌هایی از مدل‌های بومی‌شده نیز ادغام فرهنگی این رویکردها را ممکن و اثربخش نشان داده‌اند (شائبان و همکاران، ۲۰۲۱).

از منظر طراحی مداخلات گروهی، مطالعات آزمایش‌های کنترل‌شده تصادفی^۳ و طرح‌های کنترل‌شده برای درمان گروهی طرحواره (GST) – از جمله طراحی‌های متعدد برای اختلالات شخصیت خوشه C و تکوین پروتکل‌های گروهی – چارچوبی مناسب برای ترجمه و بومی‌سازی برنامه‌های آموزشی و درمانی متمرکز بر درمانگران فراهم کرده‌اند. این بدنه شواهد، پشتوانه نظری و روش‌شناختی ارزشمندی برای پژوهش‌های کوچک‌تر و شبه‌آزمایشی مانند پژوهش شما ایجاد می‌کند (گروت و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین، مطالعات نوآورانه و ترکیبی (برای مثال، درمان گروهی طرحواره همراه با درمان روان‌حرکتی^۴ یا سایر رویکردهای بدنی) نشان داده‌اند که افزودن عناصر چندوجهی می‌تواند اثربخشی درمان گروهی را افزایش دهد و برای پیشگیری از فرسودگی شغلی و ارتقای ظرفیت‌های تنظیم هیجانی در گروه‌های بالینی مفید باشد. این نتایج برای توسعه و توانمندسازی درمانگران اهمیت ویژه‌ای دارند (وینسترا-اسپروت و همکاران، ۲۰۲۴).

در کنار نتایج مثبت، ادبیات روی این نکات تأکید دارد: (۱) نیاز به نمونه‌های بزرگ‌تر و پیگیری‌های بلندمدت برای ارزیابی پایداری اثرات، (۲) سنجش پیادذهنیت‌های مراجع (مثلاً کیفیت اتحاد درمانی، نتایج بالینی مراجع) برای اثبات تأثیر غیرمستقیم بهبود «خویشتن درمانگر»، و (۳) نیاز به بررسی مکانیزم‌های تغییر (مثلاً تغییر در دسترسی به بزرگسال سالم، کاهش خودانتقادی) از طریق تحلیل میانجی/مسیرشناسی (آرنتز و همکاران، ۲۰۲۲؛ یاکین و همکاران، ۲۰۲۳).

در جمع‌بندی پیشینه، پژوهش‌ها با نشان دادن کاهش معنادار ذهنیت منتقد و افزایش بزرگسال سالم، همسو با بدنه‌ی فزاینده‌ای از مطالعات GST و پژوهش‌هایی است که بر اهمیت آموزش و خودِ درمانگر تأکید دارند البته هیچ کدام از این پژوهش‌ها بر روی جامعه متخصصان سلامت روان انجام نشده و یافته‌ها در این زمینه بسیار کم می‌باشد که این موضوع خود ضرورت انجام تحقیقاتی بیشتر در این زمینه را افزایش می‌دهد. پژوهش حاضر با تلاش برای کاهش این شکاف موجود، جامعه هدف خود را از میان روانشناسان و مشاوران برگزیده است.

¹ Young Schema Mode Inventory (SMI)

² Self-criticism

³ Randomized Controlled Trials

⁴ Psychomotor Therapy

روش

طرح پژوهش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی بود و در قالب طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. هدف اصلی این طرح، بررسی اثربخشی آموزش گروهی طرحواره درمانی (متغیر مستقل) بر تضعیف ذهنیت منتقد ناکارآمد و تقویت ذهنیت سالم (متغیرهای وابسته) در روانشناسان و مشاوران بود.

شرکت‌کنندگان و روش نمونه‌گیری جامعه آماری این تحقیق شامل تمامی روانشناسان و مشاوران فارغ‌التحصیل مقطع کارشناسی ارشد در استان گیلان بود که در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ داوطلب شرکت در کارگاه طرحواره درمانی برای درمانگران بودند. در ابتدا، ۵۶ نفر به فراخوان شرکت در کارگاه پاسخ مثبت دادند. پس از ارزیابی اولیه و با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج، ۳۸ نفر واجد شرایط شناخته شدند. در نهایت، از میان داوطلبان باقی‌مانده، ۲۴ نفر (۱۶ زن و ۸ مرد) با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۹.۵۳ سال با انحراف استاندارد ۲.۱۰۶ بود. شرکت‌کنندگان سپس به صورت تصادفی در دو گروه مساوی آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) گمارده شدند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن حداقل مدرک کارشناسی ارشد روانشناسی یا مشاوره و امضای رضایت‌نامه آگاهانه کتبی بود. معیارهای خروج شامل دریافت همزمان سایر درمان‌های روانشناختی و غیبت بیش از دو جلسه از دوره آموزشی بود. برای ارزیابی ذهنیت‌های طرحواره‌ای از ابزار زیر استفاده شد: پرسشنامه ذهنیت‌های طرحواره‌ای^۱ (SMI): این ابزار یک پرسشنامه خودگزارشی ۱۲۴ سؤالی است که ۱۴ ذهنیت طرحواره‌ای را مورد سنجش قرار می‌دهد. جفری یانگ در سال ۲۰۰۸ این پرسشنامه را برای سنجش ذهنیت‌های طرحواره‌ای، حالت‌های هیجانی، شناختی و رفتاری لحظه‌ای فرد ساخت. شرکت‌کنندگان به هر سؤال در یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای (از هرگز تا همیشه) پاسخ می‌دهند. همسانی درونی برای خرده مقیاس‌ها در فرم‌های بلند و کوتاه، ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۶ گزارش شده است، که نشان‌دهنده همبستگی بالای گویه‌های هر ذهنیت با یکدیگر است. این پرسشنامه در کشورهای مختلف برای ارزیابی ذهنیت‌ها استفاده شده و روایی سازه آن مورد حمایت قرار گرفته است (لوپستائل و همکاران، ۲۰۱۰). روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه در پژوهش‌های داخلی مانند پژوهش قهاری و همکاران (۱۴۰۰) تأیید شده و برای کاربردهای بالینی و پژوهشی در نمونه‌های ایرانی مناسب ارزیابی شده است. در این پژوهش، تمرکز بر نمرات دو ذهنیت "منتقد ناکارآمد" (مرتبط با ذهنیت والد تنبیه‌گر و پرتوقع) و "ذهنیت سالم" بود.

در پژوهش حاضر به عنوان برنامه‌ی مداخله‌ای، از پروتکل طرحواره درمانی یانگ برای تنظیم و تدوین جلسات مختلف طرحواره‌درمانی گروهی استفاده شده است (یانگ، کلاسکو و ویشار، ۲۰۰۶).

جدول ۱. برنامه آموزش گروهی طرحواره درمانی برای درمانگران

عنوان جلسه	هدف	محتوی	فعالیت‌ها
جلسه اول	معارفه و ایجاد احساس امنیت	معرفی کامل اعضا و ایجاد احساس تعلق و امنیت صحبت در مورد مشکلات اصلی شناخت فعال‌کننده‌ها، اجرای پرسشنامه ذهنیت‌های طرحواره‌ای یانگ	تمرین و کاربرد حباب امن
جلسه دوم	معرفی نیازها	معرفی نیازها: معرفی پنج نیاز اساسی؛ نیاز به دل‌بستگی ایمن، خودمختاری و احساس هویت، آزادی در بیان احساسات، محدودیت‌های واقع‌بینانه و تفریح و لذت ارتباط بین طرحواره‌ها و نیازها	ایجاد تصویرسازی ذهنی بررسی شیوه برآورده شدن نیازها در کودکی، نوجوانی و حال حاضر

۱. Schema Mode Inventory

جلسه سوم	شناسایی و فرمولبندی	بررسی فرمولبندی موردی (مشکل حال حاضر فرد، الگوی مرتبط و تکرار شونده، نیازهای دوران کودکی من، محیط اولیه) فاکتورهای زیستی، فعال‌کننده‌ها طرحواره‌ها و ذهنیت‌های ظرفیت بزرگسال سالم	بررسی شیوه برآورده شدن نیازها در کودکی، نوجوانی و حال حاضر
جلسه چهارم	آگاهی از ذهنیت سبک مقابله ای	بررسی موقعیت‌هایی که ذهنیت فعال می‌شود. نشانه‌های اصلی، احساسات، حس‌های بدنی، افکار، خاطرات، طرحواره‌ها و نیازها	سنجش نیازها "آیا رفتار من منجر به برآورده شدن نیازهایم می‌شود؟"
جلسه پنجم	آگاهی از ذهنیت‌های والد	شناسایی پیغام‌های اصلی والد، بررسی شواهد تأیید و رد ذهنیت والد، معرفی ذهنیت والد پرتوقع، سرزنشگر، القاگر گناه و القاگر ترس	سنجش ذهنیت والد
جلسه ششم	پرورش ذهنیت بزرگسال سالم	بررسی ظرفیتهای بزرگسال سالم، معرفی ارزش‌ها و رفتار جراتمندانه به سه شکل: فاصله گرفتن، خودمراقبتی و تقویت مواجهه	دسترسی به ذهنیت بزرگسال
جلسه هفتم	کار روی ذهنیت کودک عصبانی و کودک تکانشی	شناسایی طرحواره‌ها و نیازهای مرتبط به این ذهنیت، شیوه بازی با خشم و نشان دادن سالم خشم با استفاده از بازی بادکنک و مداد شمعی	تکلیف بازی با بادکنک و مداد شمعی
جلسه هشتم	آگاهی از ذهنیت کودک آسیب‌پذیر	تصورسازی کودک تنها در خیابان، نقاشی کودک آسیب‌پذیر، تمرین بادکنک و احساس، بررسی افکار، احساسات، خاطرات، حس‌های بدنی و نیازهای کودک آسیب‌پذیر، آموزش مهرورزی و شفقت به خود	اجرای مهرورزی و شفقت به خود در راستای تسکین ذهنیت کودک آسیب‌پذیر
جلسه نهم	مدیریت ذهنیت کودک آسیب‌پذیر با والد خوب	جاگذاری پیغام والد خوب با صداها و والد سرزنشگر، پرتوقع، القاگر گناه و القاگر ترس	کار تجربی با تغییر ذهنیت‌ها
جلسه دهم	ذهنیت کودک شاد و بازی	تفریح و پیدا کردن پیغامهای والد خوب در مجال گفتن پیغامهای والد خوب به یکدیگر	عملکرد ذهنیت‌ها در زندگی فعلی شما (شغلی و غیر شغل)
جلسه یی‌گیری	اجرای مجدد پرسشنامه‌ها		

پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از تمامی شرکت‌کنندگان، در مرحله پیش‌آزمون، هر دو گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه ذهنیت‌های طرحواره‌ای (SMI) را تکمیل کردند. سپس، گروه آزمایش در یک دوره آموزش گروهی طرحواره درمانی که بر اساس پروتکل استاندارد و تجارب حرفه‌ای تدوین شده بود، شرکت کردند. این مداخله به مدت ۱۰ هفته، طی جلسات هفتگی دو ساعته برگزار شد. در طول جلسات، شرکت‌کنندگان با مفاهیم کلیدی مانند شناسایی ذهنیت‌ها و راهبردهای تجربی و شناختی برای تعدیل آن‌ها، به‌ویژه از طریق تکنیک‌هایی مانند "کار با صندلی" برای مواجهه با ذهنیت منتقد و تمرین‌هایی برای تقویت ذهنیت بزرگسال سالم، آشنا شدند. گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان دوره آموزشی، مرحله پس‌آزمون با اجرای مجدد پرسشنامه برای هر دو گروه انجام شد.

پژوهش حاضر با رعایت کامل اصول اخلاقی انجام شد. از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ گردید و به آن‌ها اطمینان داده شد که شرکت در این پژوهش کاملاً داوطلبانه و بی‌خطر است و داوطلبین هر زمان که تمایلی به ادامه جلسات و مشارکت نداشتند، بدون هیچ‌گونه تبعاتی می‌توانند از ادامه‌ی همکاری صرف‌نظر کنند. همچنین به تمامی شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات شخصی آن‌ها کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و داده‌ها صرفاً برای مقاصد علمی پژوهش

حاضر استفاده خواهد شد (این پژوهش با اقتباس از پایان نامه کارشناسی ارشد حسام الدین یحیایی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد خلخال بوده است).

داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. به منظور تحلیل اثربخشی مداخله و مقایسه دو گروه پس از کنترل اثر پیش آزمون، از آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد. پیش از تحلیل اصلی، پیش فرض های آماری مانند نرمال بودن توزیع داده ها (با آزمون شاپیرو-ویلک)، همگنی واریانس ها (با آزمون لوین) و همگنی ماتریس های کوواریانس (با آزمون ام باکس) بررسی و تأیید شدند. سطح معناداری برای تمامی آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

این پژوهش با هدف ارزیابی اثربخشی آموزش گروهی طرحواره درمانی بر تعدیل ذهنیت های ناکارآمد در روانشناسان و مشاوران انجام شد. شرکت کنندگان شامل ۲۴ روانشناس و مشاور (۱۶ زن و ۸ مرد) بودند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) گمارده شدند. میانگین سنی شرکت کنندگان ۲۹/۵۳ سال با انحراف استاندارد ۲/۱۰۶ بود. در جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد نمرات دو ذهنیت کلیدی "منتقد ناکارآمد" و "سالم" در دو گروه آزمایش و کنترل، در مراحل پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است. همانطور که مشاهده می شود، میانگین نمرات در گروه آزمایش پس از مداخله، در ذهنیت منتقد ناکارآمد کاهش و در ذهنیت سالم افزایش چشمگیری یافته است، در حالی که در گروه کنترل تغییرات قابل ملاحظه ای مشاهده نمی شود.

جدول ۲. شاخص های توصیفی ذهنیت منتقد ناکارآمد و ذهنیت سالم در دو گروه

متغیر	مرحله	گروه آزمایش $n = ۱۲$	گروه کنترل $n = ۱۲$
		M	SD
ذهنیت منتقد ناکارآمد	پیش آزمون	۵۵/۸۳	۶/۱۴
	پس آزمون	۳۸/۵۰	۵/۱۴
ذهنیت سالم	پیش آزمون	۷۹/۴۱	۵/۱۴
	پس آزمون	۹۶/۴۱	۴/۷۳

پیش از تحلیل استنباطی، پیش فرض های تحلیل کوواریانس (ANCOVA) بررسی شد. نتایج آزمون نرمالیت شاپیرو-ویلک برای توزیع نمرات در تمامی متغیرها، نرمال بودن داده ها را در هر دو گروه تأیید کرد ($P > 0.05$). همچنین، آزمون لوین نشان داد که پیش فرض همگنی واریانس ها برای تمام متغیرهای وابسته برقرار است ($P > 0.05$) و آزمون ام باکس نیز همگنی ماتریس های کوواریانس را تأیید کرد. این نتایج استفاده از تحلیل کوواریانس را مجاز ساخت. به منظور بررسی فرضیه های پژوهش، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری (ANCOVA) استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس (ANCOVA) برای مقایسه نمرات پس آزمون دو گروه

متغیر	مجموع مربعات	df	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری (p)	اندازه اثر (η^2)
ذهنیت منتقد ناکارآمد	۱۵۴/۸۹۹	۱	۱۵۴/۸۹۹	۱۰۷/۲۰۲	<.001	۰/۸۹۲
ذهنیت سالم	۱۷۸۰/۰۵۲	۱	۱۷۸۰/۰۵۲	۷۹/۷۹۶	<.001	۰/۸۶۰

بر اساس نتایج جدول ۳، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، آموزش گروهی طرحواره درمانی تأثیر آماری معناداری بر هر دو متغیر وابسته داشته است:

- ذهنیت منتقد ناکارآمد: نتایج نشان داد که تفاوت بسیار معناداری بین دو گروه در این ذهنیت وجود دارد ($F(1, 13) = 107.202, p < .001$).
- ذهنیت سالم: نتایج تفاوت بسیار معناداری را بین دو گروه در این ذهنیت نشان داد ($F(1, 13) = 79.796, p < .001$).

اندازه اثر (η^2) برای هر دو متغیر معنادار، بسیار بزرگ ارزیابی شد. این یافته نشان می‌دهد که به ترتیب ۸۹/۲ درصد از واریانس متغیر "ذهنیت منتقد ناکارآمد" و ۸۶ درصد از واریانس متغیر "ذهنیت سالم" توسط مداخله آموزشی تبیین می‌شود. بنابراین، هر دو فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی مداخله بر کاهش ذهنیت منتقد ناکارآمد و افزایش ذهنیت سالم تأیید می‌شوند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی طرحواره درمانی بر تعدیل ذهنیت‌های ناکارآمد در میان روانشناسان و مشاوران به انجام رسید. هدف این مقاله به طور خاص، بررسی تأثیر این مداخله بر دو ذهنیت کلیدی "منتقد ناکارآمد" و "بزرگسال سالم" بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که مداخله آموزشی توانسته است به طور بسیار معناداری به تضعیف ذهنیت منتقد ناکارآمد و تقویت ذهنیت سالم منجر شود. این یافته‌ها که از نظر آماری بسیار قدرتمند هستند، اهمیت کار بر روی "خویش‌تنی درمانگر" را به عنوان یک ضرورت حرفه‌ای برجسته می‌سازد و نشان می‌دهد که تغییر در سطح "حالت‌ها" یا همان ذهنیت‌ها، از طریق یک مداخله گروه‌محور کاملاً امکان‌پذیر است. در ادامه، هر یک از این یافته‌ها به تفکیک مورد بحث و تبیین قرار می‌گیرند.

یکی از یافته‌های اصلی و قدرتمند این پژوهش، تأثیر چشمگیر آموزش گروهی طرحواره درمانی بر کاهش معنادار "ذهنیت منتقد ناکارآمد" بود ($P < 0.001$). این ذهنیت که صدای درونی‌شده والدین یا مراقبین منفی دوران کودکی است، فرد را به دلیل اشتباهاتش بی‌رحمانه سرزنش و تحقیر می‌کند. درمانگران، به دلیل ماهیت حرفه‌ای خود و فشار درونی و بیرونی برای بی‌نقص بودن، ممکن است به شدت مستعد فعال شدن این ذهنیت باشند. کاشانکی و بشارت (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند که این ملاک‌های سختگیرانه نسبت به خود و نبخشیدن خود برای اشتباهات بر روابط بین‌فردی افراد تأثیر می‌گذارد. در پژوهش حاضر، اندازه اثر بسیار بزرگ ($\eta^2 = 0.892$) برای این متغیر نشان می‌دهد که پروتکل درمانی این پژوهش در هدف قرار دادن و تضعیف این الگوی خودانتقادگر درونی بسیار موفق عمل کرده است.

این نتیجه با مبانی نظری طرحواره درمانی و پژوهش‌های پیشین کاملاً همخوانی دارد. برنامه آموزشی این پژوهش با استفاده از تکنیک‌های تجربی قدرتمندی مانند "کار با صندلی" و "نوشتن نامه"، به شرکت‌کنندگان این فرصت را داد تا به طور مستقیم با منتقد درونی خود رویارو شوند و پیام‌های منفی آن را به چالش بکشند. این تکنیک‌ها به درمانگران کمک کرد تا منشأ این صدای درونی را در تجارب اولیه زندگی خود ردیابی کرده و آن را از هویت اصلی خود جدا سازند (برون‌سازی کنند). همچنین، راهبردهای شناختی به آن‌ها کمک کرد تا اعتبار پیام‌های غیرمنطقی و کمال‌گرایانه منتقد را زیر سؤال ببرند. این یافته همسو با نتایج تحقیقات آقایی و همکاران (۱۴۰۰) و تن و همکاران (۲۰۱۶) است که نشان داده‌اند طرحواره درمانی می‌تواند به کاهش خودانتقادگری و افزایش رضایت شغلی بینجامد. با تضعیف این ذهنیت، درمانگران می‌توانند با شفقت بیشتری با خود روبرو شده و از فرسودگی شغلی که یکی از پیامدهای اصلی خودانتقادگری است، پیشگیری کنند. در همین راستا، راوندی و همکاران (۱۳۹۲) در ارائه مدلی ساختاری بر اساس پنج عامل بزرگ شخصیت به این یافته رسیدند که با افزایش ویژگی شخصیتی حرمت‌نفس و مراقبت از خود، میزان فرسودگی شغلی کاهش یافته و بهره‌وری شغلی افزایش می‌یابد. در واقع می‌توان اینگونه

استنباط کزد که هر چه فرد به خودش عشق بیشتری بورزد و خودانتقادی درونی کمتری داشته باشد، فرسودگی شغلی کمتر و رضایت و بهره‌وری شغلی بیشتر دارد.

با توجه به اینکه جامعه مورد بررسی و مطالعه‌ی ما در این پژوهش روانشناسان و مشاوران بودند، بسیار حیاتی به نظر می‌رسد که این متخصصان در حوزه سلامت روان ابتدا با الویت قرار دادن سلامت روان و شادکامی خودشان نقش بسزایی در ارائه خدمات باکیفیت درمانی در اتاق‌های مشاوره ایفا کنند. در نهایت سود کاهش خودانتقادی در این قشر، هم مراجعین و هم برای روان‌درمانگران ثمربخش خواهد بود. در همین راستا برای کاهش فرسودگی شغلی، یافته‌های پورگنجی و همکاران (۱۴۰۲) نشان داده که درمان ذهنیت‌های طرحواره‌ای می‌تواند فرسودگی شغلی درمانگران را کاهش دهد. از آنجایی که فرسودگی در هر شغلی کیفیت ارائه خدمات و رضایت شغلی را کاهش می‌دهد، اهمیت آن در حیطه سلامت روان و مشاغل مرتبط با درمان انسان دوچندان می‌شود و لازم است توجه ویژه‌ای به آن مبذول شود.

و اما مهم‌تر از تضعیف الگوهای ناکارآمد، تقویت جنبه‌های سالم شخصیت است. یافته دیگر این پژوهش، تأثیر بسیار قوی و معنادار مداخله بر افزایش "ذهنیت بزرگسال سالم" بود ($P < 0.001$). این ذهنیت، هسته اصلی سلامت روان در مدل طرحواره درمانی است و به فرد کمک می‌کند تا نیازهای خود را شناسایی و برآورده سازد، حد و مرزهای سالم تعیین کند و هیجانات خود را به شیوه‌ای انطباقی مدیریت نماید (محمودی‌نژاد و همکاران، ۲۰۲۴). این دو یافته (کاهش منتقد و افزایش بزرگسال سالم) کاملاً به هم مرتبط هستند؛ تضعیف صدای سرزنشگر درونی، فضا را برای رشد و شکوفایی جنبه‌های سالم و کارآمد شخصیت باز می‌کند. اندازه اثر بسیار بزرگ ($\eta^2 = 0.860$) برای این متغیر نشان می‌دهد که پروتکل آموزشی در دستیابی به یکی از اهداف اصلی طرحواره درمانی بسیار مؤثر بوده است. این یافته همسو با پژوهش نیک‌پور و همکاران (۱۴۰۰) بوده که به وضوح اثربخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی روانشناختی را به تصویر کشیدند. همانطور که محمودی‌نژاد و همکاران (۲۰۲۴) نیز در پژوهش خود بر روی زنان ایرانی نشان دادند که تقویت بزرگسال سالم موجب رشد توانمندی‌های روانشناختی می‌شود. برنامه آموزشی این پژوهش از طریق تمرکز بر مفاهیمی چون ارزش‌ها، نیازهای بنیادین، خودمراقبتی و مهارت‌های جرأت‌مندی، به طور مستقیم به پرورش ظرفیت‌های ذهنیت بزرگسال سالم پرداخت. همچنین، تکنیک "بازوالدینی حد و مرزدار" که در یک محیط گروهی امن و حمایتی اجرا شد، به شرکت‌کنندگان این امکان را داد تا نیازهای هیجانی ارضانده خود را شناسایی کرده و شیوه‌های سالمی برای تأمین آن‌ها بیاموزند. این یافته با نتایج پژوهش سالگو و همکاران (۲۰۲۱) که نشان دادند تقویت این ذهنیت به درمانگر در حفظ ثبات هیجانی کمک می‌کند، و همچنین با پژوهش میرشکاری و همکاران (۲۰۲۲) که اثربخشی طرحواره درمانی گروهی را بر افزایش کیفیت زندگی و شادکامی تأیید کردند، همسو است. تقویت این ذهنیت به درمانگران کمک می‌کند تا در لحظات چالش‌برانگیز اتاق درمان، به جای واکنش‌های هیجانی مبتنی بر طرحواره، پاسخی سنجیده و کارآمد ارائه دهند.

با این حال، برخلاف انتظار و فرضیه‌های پژوهش، مداخله آموزشی تأثیر آماری معناداری بر «ذهنیت کودک ذاتی ناکارآمد» و «ذهنیت مقابله‌ای ناکارآمد» نداشت. این یافته می‌تواند از چند منظر تبیین شود. ذهنیت‌های مقابله‌ای (مانند محافظ اجتنابی یا جبران افراطی) اغلب به عنوان ساختارهای دفاعی عمیق عمل می‌کنند که برای محافظت از فرد در برابر درد هیجانی ناشی از ذهنیت کودک آسیب‌پذیر شکل گرفته‌اند. ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، هسته اصلی درد هیجانی فرد است و به نظر می‌رسد دوره درمانی نسبتاً کوتاه این پژوهش (۱۰ جلسه) برای ایجاد سطح بالایی از امنیت و اعتماد در گروه، که برای عبور از این لایه‌های دفاعی و رسیدن به هسته آسیب‌پذیری ضروری است، کافی نبوده است. تغییر این ساختارهای ریشه‌دار که در دوران کودکی برای بقای روانی فرد ضروری بوده‌اند، نیازمند یک فرآیند درمانی تدریجی و طولانی‌تر است. همچنین، با توجه به اینکه جامعه آماری پژوهش شامل روانشناسان و مشاوران بود، این احتمال وجود دارد که شرکت‌کنندگان به دلیل دانش تخصصی خود، از مکانیسم‌های دفاعی پیچیده‌تری استفاده کرده باشند که فرآیند تغییر در این حوزه‌ها را دشوارتر ساخته است.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر که اثربخشی بالای مداخله گروهی طرحواره درمانی را در تضعیف ذهنیت منتقد ناکارآمد و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم در متخصصان سلامت روان نشان داد، پیشنهاد می‌شود برنامه‌هایی که می‌توانند به درمانگران در مدیریت الگوهای خودانتقادگر، افزایش خودآگاهی، شفقت به خود و در نهایت پیشگیری از فرسودگی شغلی کمک شایانی نمایند اجرا شوند. علاوه بر این، با توجه به اینکه کار بر "خویشتن درمانگر" به طور غیرمستقیم کیفیت خدمات درمانی ارائه‌شده به مراجعان را بهبود می‌بخشد، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی تأثیر این مداخله بر پیامدهای درمانی مراجعان (مانند کیفیت اتحاد درمانی و رضایت از درمان) را نیز مورد بررسی قرار دهند تا شواهد بیشتری برای این ارتباط غیرمستقیم فراهم گردد. از منظر روش‌شناختی، با عنایت به اینکه دوره درمانی کوتاه (۱۰ جلسه) احتمالاً برای ایجاد تغییر در ساختارهای دفاعی عمیق‌تر مانند ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمد کافی نبوده است، پیشنهاد می‌شود اثربخشی این مداخله در دوره‌های زمانی طولانی‌تر (مثلاً ۲۰ جلسه) و با دوره‌های پیگیری بلندمدت‌تر ارزیابی گردد تا پایداری تغییرات نیز سنجیده شود. همچنین، به منظور افزایش قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج که در این پژوهش با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و حجم نمونه کوچک انجام شد، اجرای پژوهش‌های مشابه با نمونه‌های بزرگتر و روش‌های نمونه‌گیری تصادفی توصیه می‌گردد. در نهایت، استفاده از روش‌های ارزیابی کیفی، مانند مصاحبه‌های عمیق، می‌تواند درک کامل‌تری از فرآیند درونی تغییر در ذهنیت‌ها و تجارب زیسته درمانگران در طول دوره درمانی فراهم آورد.

در نهایت، این پژوهش با ارائه شواهد آماری قوی نشان داد که آموزش گروهی طرحواره درمانی ابزاری بسیار مؤثر برای ارتقاء سلامت روان و بهبود عملکرد حرفه‌ای درمانگران است. با تمرکز بر خویشتن درمانگر، این رویکرد نه تنها به رشد شخصی متخصصان کمک می‌کند، بلکه به طور غیرمستقیم کیفیت خدمات درمانی ارائه‌شده به مراجعان را نیز بهبود می‌بخشد. یافته‌های این پژوهش به طور خاص نشان داد که تضعیف صدای خودانتقادگر و تقویت ظرفیت‌های اجرایی سالم، دو دستاورد کلیدی این مداخله برای متخصصان سلامت روان است.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی روانشناسان و مشاوران محترمی که با صرف وقت و حوصله در این پژوهش شرکت نمودند، صمیمانه سپاسگزاری نمایند.

منابع

- [۱] آقایی، اصغر، گل‌پرور، محسن، و گلکار، تهمینه. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی بومی با طرحواره‌درمانی یانگ بر تنظیم هیجانی و میل به طلاق در زوج‌های دارای تعارض. *نشریه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴(۳)، ۳۰۸۲-۳۰۷۲.
<https://doi.org/10.22038/mjms.2021.18773>
- [۲] سهرابی، مژگان، بختیارپور، ساسان، سهرابی، فرشته، افتخار سعدی، زهرا، و عسکری، پرویز. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره‌درمانی بافتی برای کمال‌گرایی افراطی و تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال کمال‌گرایی. *مجله تحقیقات بالینی در علوم پیراپزشکی*، ۱۲(۲)، ۱۴۵۱۱. <https://doi.org/10.5812/jcrps-140511>
- [۳] شعبان، ماندانا، پیوسته‌گر، مهرانگیز، و خسروی، زهره. (۱۴۰۰). اثربخشی مدل بومی‌سازی شده طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های درمان‌گران. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۰)، ۵۱۱-۵۲۰.
<http://psychologicalscience.ir/article-1-821-fa.html>
- [۴] شمس راوندی، حمیدرضا، شریفی، حسن پاشا، و گنجی، حمزه. (۱۳۹۹). ارائه مدل ساختاری به منظور پیش‌بینی فرسودگی شغلی داوران حرفه‌ای فوتبال ایران بر اساس پنج عامل بزرگ شخصیت با میانجی‌گری حرمت خود. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹(۹۴)، ۱۳۰۷-۱۳۱۸. <http://psychologicalscience.ir/article-1-710-fa.html>
- [۵] فغان پور گنجی، محمد، کلانتری، مهرداد، و عابدی، احمد. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری با درمان ذهنیت‌های طرحواره‌ای تمثیلی بر فرسودگی شغلی درمان‌گران. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲(۱۲۷)، ۱۲۸۵-۱۳۰۱. <http://psychologicalscience.ir/article-1-2055-fa.html>
- [۶] قهاری، سارا، ویسی، فائزه، آتف وحید، محمد کاظم، و ضرغامی، مجتبی. (۱۴۰۰). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه حالت‌های طرحواره کوتاه. *آرشیو روانپزشکی شرق آسیا*، ۳۱(۴)، ۱۰۵-۱۱۱.
<https://doi.org/10.12809/eaap2018>
- [۷] کاشانکی، حامد، و بشارت، محمد علی. (۱۳۹۷). کیفیت روابط بین‌فردی براساس بخشش خود، بخشش دیگران و بخشش موقعیت‌ها. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۶۸)، ۴۰۹-۴۱۷. <http://psychologicalscience.ir/article-1-417-409>
- [۸] میرشکاری، حمیدرضا، کهرازی، فاطمه، و شیرازی، مریم. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر طرحواره بر کیفیت زندگی کاری و رضایت شغلی کارکنان اورژانس برق سیستان و بلوچستان در سال ۲۰۲۰. *مجله سلامت کار ایران*، ۱۹، ۱۱۳-۱۳۷. <https://doi.org/10.52547/ioh.19.1.113>
- [۹] نیک‌پور، فاطمه، خلعتبری، جواد، رضائی، امید، و جمهری، فرهاد. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۱)، ۷۴۱-۷۵۱. <http://psychologicalscience.ir/article-1-1105-fa.html>
- [10] Arntz, A., Jacob, G. A., Lee, C. W., Brand-de Wilde, O. M., Fassbinder, E., Harper, R. P., Lavender, A., Lockwood, G., Malogiannis, I. A., Ruths, F. A., Schweiger, U., Shaw, I. A., Zarbock, G., & Farrell, J. M. (2022). Effectiveness of predominantly group schema therapy and combined individual and group schema therapy for borderline personality disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 79(4), 287-299.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0010>
- [11] Edwards, D. J. A. (2022). Using Schema Modes for Case Conceptualization in Schema Therapy: An Applied Clinical Approach. *Frontiers in Psychology*, 12, 763670.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.763670>
- [12] Fitzhardinge, M., Blackman, L., & Pilkington, P. D. (2025). Adverse childhood experiences and emotional exhaustion in therapists: The mediating role of early maladaptive schemas. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32(4), e70115. <https://doi.org/10.1002/cpp.70115>
- [13] Groot, I. Z., Venhuizen, A.-S. S. M., Bachrach, N., Walhout, S., de Moor, B., Nikkels, K., Dalmeijer, S., Maarschalkerweerd, M., van Aalderen, J. R., de Lange, H., Wichers, R.,

- Hollander, A. Ph., Evers, S. M. A. A., Grasman, R. P. P., & Arntz, A. (2022). Design of an RCT on cost-effectiveness of group schema therapy versus individual schema therapy for patients with Cluster-C personality disorder: The QUEST-CLC study protocol. *BMC Psychiatry*, 22, Article 637. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04248-9>
- [14] Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(4), 437–458. <https://doi.org/10.1017/S1352465810000226>
- [15] Löw, C. A., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2020). Self-criticism and psychotherapy outcome: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 75, 101808. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101808>
- [16] Mahmoodinejad, H., Dayarian, M. M., & Mousavi, I. (2024). A Qualitative Study of the Psychological Empowerment of Women with a Healthy Adult Mindset. *Applied Family Therapy Journal*, 5(4), 13. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.5.4.13>
- [17] Presley, V. L., Jones, C. A., & Newton, E. K. (2017). Are Perfectionist Therapists Perfect? The Relationship between Therapist Perfectionism and Client Outcomes in Cognitive Behavioural Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45(3), 225–237. <https://doi.org/10.1017/S1352465817000054>
- [18] Roscoe, J., & Taylor, J. (2023). Maladaptive therapist schemas in CBT practice, training and supervision: A scoping review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 30(3), 510–527. <https://doi.org/10.1002/cpp.2802>
- [19] Saarijärvi, P., Helmi, S., Salmivalli, C., & Karukivi, M. (2023). Early maladaptive schemas are associated with self-injury thoughts and behavior in adolescents. *BMC Psychiatry*, 23(1), 632. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05127-7>
- [20] Salasi, B., Ramezani, M. A., & Jahan, F. (2023). Investigating the efficacy of schema therapy on self-criticism and shame in addicts undergoing methadone maintenance treatment. *Journal of Psychological Science*, 22(121), 153–170. <http://psychologicalscience.ir/article-1-1982-fa.html>
- [21] Salgó, E., Bajzát, B., & Unoka, Z. (2021). Schema modes and their associations with emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with personality disorders. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00160-y>
- [22] Semeniuc, S., Sterie, M. C., Soponaru, C., Butnaru, S., & Gavrilovici, O. (2023). Therapists' problematic experiences when working with obsessive-compulsive disorder: A qualitative investigation of schema modes, mode cycles, and strategies to return to healthy adult mode. *Frontiers in Psychiatry*, 14, Article 1157553. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1157553>
- [23] Shaeiban, M., Peyvastegar, M., & khosravi, Z. (2021). The effectiveness of the localized model of schema therapy on changing the schema of therapists. *Journal of Psychological Science*, 20(100), 511–520. <http://psychologicalscience.ir/article-1-821-fa.html>
- [24] Ten, M., Schutz, N., Abma, T., Bamelisa, L., & Antz, A. (2016). How to train experienced therapists in a new method: A qualitative study into therapists' views. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2004>
- [25] Veenstra-Spruit, M. S., Bouman, R., van Dijk, S. D. M., van Asselt, A. D. I., van Alphen, S. P. J., Veenstra, D. H., de Ruiter, M., Troost, S. E., Lammers, M. W., Vulker, F., Smeets-Janssen, M. M. J., van den Brink, R. H. S., & Oude Voshaar, R. C. (2024). Group schema therapy combined with psychomotor therapy for older adults with a personality disorder:

- An open-label, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Healthy Longevity*, 5(4), e245–e254. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(24\)00001-1](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(24)00001-1)
- [26] Wibbelink, C. J. M., Venhuizen, A.-S. S. M., Grasman, R. P. P. P., Bachrach, N., van den Hengel, C., Hudepohl, S., Kunst, L., de Lange, H., Louter, M. A., Matthijssen, S. J. M. A., Schaling, A., Walhout, S., Wichers, K. R., & Arntz, A. (2023). Group schema therapy for cluster-C personality disorders: A multicentre open pilot study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(6), 1279–1302. <https://doi.org/10.1002/cpp.2903>
- [27] Yakın, D., & Arntz, A. (2023). Understanding the reparative effects of schema modes: an in-depth analysis of the healthy adult mode. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1204177. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1204177>
- [28] Yakın, D., Grasman, R. P. P. P., & Arntz, A. (2020). Schema modes as a common mechanism of change in personality pathology and functioning: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 126, Article 103553. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103553>
- [29] Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.). Professional Resource Press. <https://psycnet.apa.org/record/1999-02395-000>
- [30] Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press. https://www.guilford.com/books/Schema-Therapy/Young-Klosko-Weishaar/9781593853723?srsId=AfmBOorQ83luJaq6sgpQ3_SHM1txqytAtoAFAHmMxN2cv-POVo_ivTTQ