

اثربخشی رویکرد طرحواره‌درمانی بر کاهش آسیب‌های تعاملی زناشویی مردان دارای شخصیت اجتنابی

علیرضا روحی^۱، رضوان‌السادات جزایری^۲، مریم‌سادات فاتحی‌زاده^۳، عذرا اعتمادی^۴

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۸/۱۴

تاریخ وصول: ۹۶/۰۳/۲۳

چکیده

تعاملات زناشویی به عنوان یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های مقطعی سطح کیفیت رابطه زناشویی زوج‌ها شناخته می‌شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی رویکرد طرحواره‌درمانی بر کاهش میزان آسیب‌های تعاملی زناشویی مردان دارای شخصیت اجتنابی صورت گرفت. بدین منظور از روش موردنبرد با طرح خط‌پایه چندگانه استفاده گردید. جامعه آماری پژوهش کلیه مردان متأهل دارای شخصیت اجتنابی و شرکت‌کنندگان پژوهش چهار مرد متأهل دارای شخصیت اجتنابی بودند که به شیوه هدفمند انتخاب شدند. برای شناسایی این افراد از پرسشنامه محقق‌ساخته شخصیت اجتنابی استفاده گردید. دو نفر از این شرکت‌کنندگان طی ۱۹ جلسه و دو نفر دیگر در خلال ۲۰ جلسه تحت درمان با رویکرد طرحواره‌درمانی قرار گرفتند و پیگیری در یک دوره دو ماهه انجام شد. جهت تعیین میزان آسیب‌های تعاملی شرکت‌کنندگان در رابطه زناشویی در مراحل خط‌پایه از پرسشنامه محقق‌ساخته آسیب‌های تعاملی افراد اجتنابی استفاده شد. تحلیل دیداری نمودار داده‌ها بر اساس شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل دیداری یافته‌های پژوهش حکایت از آن داشت که رویکرد طرحواره‌درمانی در کاهش آسیب‌های تعاملی مردان متأهل دارای شخصیت اجتنابی موثر بود. بر این اساس، از طرحواره‌درمانی می‌توان جهت کاهش آسیب‌های تعاملی افراد دارای شخصیت اجتنابی و افزایش کیفیت زندگی زناشویی آنان استفاده کرد.

۱. دکترای مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان

roohidehkordi@gmail.com

۲. استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان (نویسنده مسئول)

r.jazayeri@edu.ui.ac.ir

۳. دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان

۴. دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان

واژگان کلیدی: طرحواره‌درمانی، آسیب‌های تعاملی، رابطه زناشویی، مردان، شخصیت اجتنابی

مقدمه

در تعاملات زناشویی، مهارت‌های ارتباطی مانند خودافشایی، ارتباط غیرکلامی، فراوانی ارتباط موفق، تفاهم بین همسران و همدلی، همگی با کیفیت رابطه زناشویی ارتباط مثبت دارند (کارول و هولمن^۱، ۲۰۰۱؛ به نقل از نیلفروشان، ۱۳۸۹). آسیب‌های تعاملی^۲ بین زوجین مجموعه عواملی هستند که موجب ایجاد تعارض و اختلاف بین زن و شوهر می‌شوند، از میزان رضایت و سازگاری همسران می‌کاهند، مانع عملکرد طبیعی در زندگی زناشویی می‌گردند و حتی ممکن است یک ازدواج را به طلاق و جدایی منتهی کند (هنری و میلر^۳، ۲۰۰۴؛ به نقل از روحی و همکاران، ۱۳۹۵).

کارنی و برادبوری^۴ (۱۹۹۵) بر اساس مدل آسیب‌پذیری استرس - سازگاری ازدواج، ثبات و کیفیت رابطه زناشویی را تحت تأثیر دامنه گسترده‌ای از ویژگی‌های شخصیتی همسران می‌دانند که با خود به رابطه می‌آورند و در طی ازدواج نیز تغییر چندانی نمی‌کنند. برادبوری، فینچام و بیچ^۵ (۲۰۰۰) نیز بر این باورند که الگوهای تعاملی زوجین متأثر از ویژگی‌های شخصیتی آنان است. بر اساس پژوهش کارنی و برادبوری (۱۹۹۷) سطوح بالاتر روان‌رنجوری یا عواطف منفی، با سطوح پایین‌تر خشنودی اولیه مرتبط است. روان‌رنجوری فرد همچنین می‌تواند تأثیری منفی بر تجربه‌ی همسر از کیفیت رابطه زناشویی داشته باشد. برادبوری و همکاران (۲۰۰۰) از الگوی چرخه‌ای افزایش مطالبات از طرف یکی از همسران و افزایش اجتناب توسط همسر دیگر می‌گویند که منجر به کاهش رضایت‌مندی زناشویی می‌گردد. به گفته گاتمن^۶ (۱۹۹۴) زوج‌های اجتناب‌کننده^۷ زوج‌هایی هستند که عمداً از موقعیت‌های تعارض‌زا اجتناب می‌کنند. این شکل برخورد با تعارض می‌تواند کارکردی باشد تا غیرکارکردی. این زوج‌ها خودشان نمی‌دانند که از تعارض اجتناب می‌کنند بلکه فکر می‌کنند صرفاً تعارض را کاهش می‌دهند. خطری که متوجه این

-
1. Carroll & Holman
 2. interaction pathology
 3. Henry & Miller
 4. Karney & Bradbury
 5. Bradbury, Fincham & Beach
 6. Gottman
 7. conflict-avoiding couples

زوج‌هاست، تنهایی است. چرا که آنها احساسات خود را (چه مثبت و چه منفی) ابراز نمی‌کنند. همچنین این نگرانی وجود دارد که تعارض‌هایی رخ دهد که آنها نتوانند از آن اجتناب کنند، چرا که مهارت‌های حل مسئله آنها را ندارند.

ویژگی بارز سبک شخصیت اجتنابی^۱، الگوی فراگیر کمرویی اجتماعی، احساسات عدم کفایت و حساسیت بیش از حد نسبت به ارزیابی منفی دیگران است. سبک شخصیت اجتنابی از روابط بین فردی نزدیک و موقعیت‌های اجتماعی، اجتناب می‌کند که این مسئله به دلیل ترس از شرمندگی و آسیب دیدن از جانب دیگران است. این افراد معمولاً برای نیاز خود جهت خودداری کردن از روابط بین فردی ضروری، از توجه‌های مختلفی استفاده می‌کنند. این افراد در مواقع بحرانی، کناره‌گیری همراه با بی‌تفاوتی را انتخاب می‌کنند (رودباق و گیانولی^۲، ۲۰۱۰).

کانتور^۳ (۲۰۰۳) ویژگی‌های افراد اجتنابی را این گونه بیان می‌کند: از نظر رفتاری، برخی افراد اجتنابی، کمرویی خود را به شکل علایم غیر کلامی و جسمانی نشان می‌دهند. آنها اضطراب‌شان را در پشت مشکلات جنسی، نظیر ناتوانی^۴ مرد یا مقاربت دردناک^۵ زن به عنوان راهی برای فاصله گرفتن از همسر، پنهان می‌کنند. از نظر میزان گفتار، دو گروه اجتنابی وجود دارد. اولین گروه، سکوت را ترجیح می‌دهند و گروه دوم مایلند بیش از حد صحبت کنند. افرادی که بیش از حد درون‌گرا هستند، در مهمانی‌هایی که در آن کسی را نمی‌شناسند، برای شروع گفتگو لحظات سختی دارند. در افراد اجتنابی که خیلی پرحرف هستند وحشت‌زدگی و اضطراب بین فردی به شکل ضعف در گفتار یا سکوت آشکار جلوه نمی‌کند بلکه به شکل پرحرفی افراطی همراه با حاشیه رفتن و به تفصیل سخن گفتن توأم با افکار سازمان‌نیافته بروز می‌نماید. افکار فرد اجتنابی حاوی برخی از خطاهای شناختی است که باعث می‌شود فرد اجتنابی از روابط هراس داشته باشد. از نظر عاطفی، برخی از افراد اجتنابی با کندی حمایتی، با ترس‌شان از طرد شدن مقابله می‌کنند. سایرین با پناه بردن به

-
1. avoidant personality disorder
 2. Rodebaugh & Gianoli
 3. Kantor
 4. impotence
 5. dyspareunia

شیدایی خفیف^۱، امکان طرد شدن را انکار می‌نمایند. برخی دیگر به خاطر آسیب دیدن از طردی که از وقوع آن مطمئن هستند افسرده می‌شوند.

اکثر افراد اجتنابی فاقد بینش کافی درباره اجتناب خود هستند. این اجتناب در کلیه امور زندگی آنها تأثیر می‌گذارد و آنها هیچ جوابی برای دلیل احساس ناراحتی و نارضایتی از زندگی‌شان ندارند. بسیاری از آنها اجتناب خود را به عنوان چیزی که ترجیح می‌دهند یا مورد پسند خودشان است، توجیه می‌نمایند. آنها که در تخیل خودشان دوست دارند با دیگران رابطه برقرار کنند ولی از این کار هراس دارند، اجتناب خود را به گونه‌ای توجیه می‌نمایند (کانتور، ۲۰۱۰). اجتنابی‌ها به ویژه در برابر فقدان‌های اجتماعی که بخشی از زندگی هستند (مانند مرگ همسر، دوستان و همتایان؛ مهاجرت فرزندان)، آسیب‌پذیر هستند چرا که شبکه اجتماعی آنها بسیار محدود است. آنها معمولاً تنها، مضطرب و وحشت‌زده وارد دوره بعدی زندگی خود می‌شوند و هرچه شبکه اجتماعی محدود آنها کوچک‌تر می‌گردد تنهاتر و وحشت‌زده‌تر می‌شوند (سگال، کولیج و روزووسکی^۲، ۲۰۰۶).

دیماگیو، سمراری، کارسیونه، نیکولو و پروکاکسی (۲۰۰۷) در بررسی خود بر روی افراد اجتنابی متوجه شدند که این افراد فاقد مهارت‌های فراشناختی نظارت بر عقاید و هیجانات هستند و ارتباط بین آنها و متغیرهای رفتاری و محیطی را نمی‌توانند تشخیص دهند. طبق گفته سگال و همکاران (۲۰۰۶)، این افراد در روابطشان با دیگران (حتی خویشاوندان نزدیک)، به خاطر ترس زیاد از مورد تمسخر واقع شدن، به شدت خودشان را بازداری و کنترل می‌کنند. اضطراب اجتماعی آنها برای دیگران کاملاً مشهود است. از نگاه دیگران، آنها متواضع، کمرو و مردد به نظر می‌رسند. کمرویی آنها سرشار از احساسات بی‌لیاقتی و عزت‌نفس پایین است.

یک فرد اجتنابی در روابط زناشویی، حداقل امکان را در خیانت به خود اختصاص می‌دهد. او در تنوع‌طلبی و جسارت، امتیازی کاملاً پایین دارد و این در حالی است که هم ترسو و مضطرب است و هم غیرجنسی و دیرتحریک. این افراد کمتر در معرض خطرهای جدی در روابط زناشویی قرار می‌گیرند. اجتنابی بودن، سن ازدواج را بالا می‌برد و پس از ازدواج، کمتر در معرض خطرهای جدی در روابط زناشویی قرار می‌گیرند. آنها به دلیل

-
1. hypomania
 2. Segal, Coolidge & Rosowsky



خود ضعیف‌شان، در ازدواج به دنبال قدرت و تکیه‌گاه هستند (حسینی، ۱۳۸۹). طبق نظر کانتور (۲۰۱۰) افراد اجتنابی تمایلی به برقراری رابطه جنسی با همسرشان ندارند که این مسئله بر کیفیت رابطه زناشویی آنان تأثیری منفی می‌گذارد و موجب نارضایتی همسران آنها می‌شود. به گفته مک‌کی، فانیگ و پالگ^۱ (۲۰۰۶؛ ترجمه رحیمی، ۱۳۹۲) اجتنابی‌ها جهت درگیر نشدن در روابط صمیمی، به ویژه با همسر، از دفاع‌های زیر استفاده می‌کنند: تغییر دادن مسیر (تمرکز بر روابط بیرونی)، خاموش بودن (سردی عاطفی)، مثلث‌سازی، اعتیاد، فعالیت غیرارادی (مثل غرق شدن در کار) و تسلیم شدن.

زندگی در کنار یک فرد اجتنابی بسیار خسته‌کننده است، چرا که شخصیت اجتنابی همواره نیاز به اطمینان‌دهی و پذیرش غیرمشروط دارد بدون اینکه خودش نیز چنین مسئولیتی را در رابطه احساس کند. به همین دلیل همسر او از یک سو در نتیجه تلاش مستمر جهت ارضای نیازهای او و از سوی دیگر نادیده گرفتن نیازهای عاطفی و اجتماعی خودش، دچار احساس خستگی، رنجش و خشم می‌شود (جانسون و موری^۲، ۲۰۰۷؛ ترجمه حسین‌زاده و شفیع، ۱۳۹۳).

درمان اختلال شخصیت اجتنابی، مانند فوبی اجتماعی، معمولاً مستلزم استراتژی‌های رفتاری است. رویارویی تدریجی با محیط‌های اجتماعی و آموزش مهارت‌های اجتماعی هر دو در این زمینه موثرند. اما این درمان‌ها باید با شرایط فرد متناسب باشند تا نتیجه بهینه حاصل گردد (سلیگمن، روزنهان و واکر^۳، ۲۰۰۱؛ ترجمه رستمی و همکاران، ۱۳۸۹). اولدهام و موریس^۴ (۱۹۹۵؛ به نقل از کانتور، ۲۰۰۳) برای درمان اجتناب، رویکرد التقاطی^۵ را پیشنهاد می‌کنند: حساسیت‌زدایی اضطراب، آموزش مهارت‌های اجتماعی، کمک به فرد اجتنابی در تغییر هشیارانه برخی از الگوهای فکری خودمخرب و استفاده از درمان بینشی. به اعتقاد آنها این نوع درمان می‌تواند برای فرد اجتنابی که به جای فرار از مشکلات، جرأت رویارویی با آنها را دارد بسیار مفید واقع شود.

-
1. McKay, Fanning & Paleg
 2. Johnson & Murray
 3. Seligman, Rosenhan & Walker
 4. Oldham & Morris
 5. eclectic

کانتور (۲۰۰۳) نیز جهت درمان اجتناب رویکرد التقاطی عمل‌مدار^۱ را پیشنهاد می‌دهد. به اعتقاد او درمانگر در حیطه روان‌تحلیلی با بررسی اجتناب‌های گذشته بیمار، تخیلات فعلی او و فرایند انتقال، به بینش می‌رسد و این بینش را به بیمار منتقل می‌کند. در حیطه‌ی شناختی، درمانگر تحریف‌های غیرمنطقی بین‌فردی را شناسایی و اصلاح می‌نماید. در حیطه‌ی رفتاری، درمانگر دسته‌ای از تکالیف بین‌فردی غیراجتنابی درجه‌بندی شده را تعیین می‌کند. در حیطه‌ی بین‌فردی، درمانگر به بیمار نشان می‌دهد که چگونه او با کمرویی‌های ناخوشایندش موجب ناراحتی دیگران می‌گردد. در حیطه‌ی آموزشی، درمانگر با برشمردن مزایای ارتباط بر منزوی بودن، انگیزه بیمار را افزایش می‌دهد. در حیطه حمایتی، درمانگر برای بیمار محیطی گرم و صمیمی فراهم می‌سازد که به او کمک می‌نماید اضطراب رابطه‌ی خود را کاهش دهد. درمان دارویی نیز برای برخی بیماران خاص توصیه می‌گردد.

یکی از رویکردهای تلفیقی که برای درمان اختلالات شخصیت پیشنهاد می‌شود، رویکرد طرحواره‌درمانی^۲ است. طرحواره‌درمانی که توسط یانگ، کلووسکو و ویشار^۳ (۲۰۰۳؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۳) به وجود آمد، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا نهاده شده است. طرحواره‌درمانی، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی-رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیئی، سازنده‌گرایی^۴ و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است.

طرحواره‌درمانی، طرحی کلی برای دنیای کودک‌کان و بعداً برای بزرگسالان ارائه می‌دهد. در حالی که این طرحواره‌ها برای کودک دارای ارزش بقا و زنده‌ماندن هستند ولی در بزرگسالی نادرست، ناکارآمد و محدودکننده هستند، هرچند به شدت پایدار و از آگاهی هشیار فرد خارج هستند (فارل و شاو^۵، ۲۰۱۲). یانگ و همکاران (۲۰۰۳) طرحواره‌های ناسازگار را به تجربه‌های مسموم و بی‌توجهی دوران کودکی مربوط می‌دانند. به نظر آنها طرحواره‌های ناسازگار، منعکس‌کننده‌ی نیازهای ارضانگشته ولی مهم کودک و قرار داشتن

-
1. action-oriented
 2. schema therapy
 3. Young, Klosko & Weishaar
 4. constructivist
 5. Farrell & Shaw

در معرض تجربیات منفی مانند دعوای خانوادگی، طرد، خصومت یا پرخاشگری والدین، مریبان یا همسالان و همچنین حمایت و مراقبت ناکافی والدین می‌باشند.

طرحواره‌های زیربنایی شخصیت اجتنابی شامل داشتن نگاه بی‌کفایتی و دوست داشتنی نبودن به خود و نگاه غیرمنصفانه، انتقادگر و مطالبه‌گر بودن به دنیا می‌باشند (بک، فریمن، دیویس و همکاران، ۲۰۰۴). طرحواره‌های ناسازگار رایج در این افراد عبارتند از: طرحواره‌ی نقص/شرم و طرحواره‌ی ناشایستگی^۲ / بیگانگی (بریکر، یانگ و فلناگان^۳، ۱۹۹۳). بر اساس مشاهدات بالینی یانگ (۲۰۰۳)، اختلال شخصیت اجتنابی شایع‌ترین نمود طرحواره‌ی نقص است که سبک مقابله‌ای اجتناب را دربر می‌گیرد.

«هدف اصلی درمان، افزایش احساس ارزشمندی بیمار است. بیمارانی که طرحواره‌های آنها بهبود پیدا می‌کند، در کنار دیگران احساس راحتی بیشتری می‌کنند، کمتر احساس آسیب‌پذیری و بی‌پناهی می‌کنند و تمایل بیشتری برای وارد شدن به روابط اجتماعی دارند. وقتی دیگران به آنها توجه می‌کنند، کمتر احساس کمرویی می‌کنند. آنها تمایل بیشتری برای صحبت با دیگران نشان می‌دهند و دیگر سعی نمی‌کنند بسیاری از جنبه‌های شخصیت خود را پنهان نمایند. آنها حس ارزشمند بودن‌شان را از دست نمی‌دهند، حتی وقتی مورد انتقاد یا طرد قرار بگیرند» (ص ۲۵۷ و ۲۵۸).

بملیس، اورز، اسپینهنون و آرنتر^۴ (۲۰۱۴) در پژوهش خود، اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اختلالات شخصیت را با سایر درمان‌ها مورد بررسی قرار دادند. نتیجه پژوهش‌های آنها حکایت از اثربخشی بیشتر طرحواره‌درمانی در مقایسه با درمان‌های معمولی و روان‌درمانی وضوح - محور^۵ داشت. به گفته‌ی فارل، ریس و شاو^۶ (۲۰۱۴) اثربخشی طرحواره‌درمانی فردی و گروهی برای درمان اختلال شخصیت مرزی به طور تجربی به اثبات رسیده است. همچنین کاربرد طرحواره‌درمانی برای اختلال شخصیت اجتنابی، اضطراب اجتماعی، اختلالات خوردن، اختلال استرس پس از آسیب، خودشیفتگی، اختلال شخصیت

-
1. Beck, Freeman & Davis
 2. undesirability
 3. Bricker, Young & Flanagan
 4. Bamelis, Evers, Spinhoven & Arntz
 5. clarification-oriented
 6. Farrell, Reiss & Shaw

ضداجتماعی و سوء‌مصرف مواد، در سطح بین‌المللی موثر شناخته شده است. کتندورفر^۱ (۲۰۱۵) در پژوهش خود با عنوان طرحواره‌درمانی در محیط‌های بالینی، به نتایج امیدبخشی در ارتباط با کاهش میزان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و آشفتگی‌های روانی دست یافت. مازلی، گیلاندرز، سیمپسون و تیلور^۲ (۲۰۱۲) اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی و مزایای اقتصادی و درمانی آن را به اثبات رساندند. به گفته‌ی بملیس و همکاران (۲۰۱۴) پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهند که طرحواره‌درمانی نشانه‌هایی همچون افسردگی، اضطراب، خودآسیبی^۳، تنهایی و آسیب‌های عاطفی را کاهش می‌دهد و همچنین در مقایسه با سایر رویکردهای درمانی مثل روان‌درمانی انتقال‌محور (روان‌پویایی) منجر به بهبود بیشتر کیفیت رابطه زناشویی و رفتار بین‌فردی و نرخ افت تحصیلی کمتر می‌گردد. طبق مطالعات اسکووس، سامسون، سیمپسون و ونرسویک^۴ (۲۰۱۵)، به نظر می‌رسد که آثار مثبت طرحواره‌درمانی بر روی آشفتگی‌های روانی پس از گذشت زمان تداوم پیدا می‌کند. در ایران نیز، حاتمی و فدایی^۵ (۲۰۱۴) در مطالعه‌ی خود نشان دادند که طرحواره‌درمانی در افزایش صمیمیت، و کاهش میزان تعارض و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در میان زنان متقاضی طلاق موثر بوده است.

ذوالفقاری و فاتحی‌زاده (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اسنادهای زناشویی و باورهای ارتباطی به این نتیجه رسیدند که طرحواره‌درمانی باورهای ارتباطی و اسنادهای ارتباطی زناشویی را ارتقا می‌بخشد. مختاری و همکاران (۱۳۸۸) نیز در مطالعه خود اثربخشی طرحواره‌درمانی بر رضایت زناشویی افراد متأهل دارای اختلال شخصیت وسواس - جبری را به اثبات رساندند. دارینی، شفیع‌آبادی، نوایی‌نژاد و دلاور (۱۳۹۲) در یک پژوهش شبه‌آزمایشی اثربخشی طرحواره‌درمانی را بر افزایش رضایت جنسی زنان موثر یافتند. اتکینسون^۶ (۲۰۱۲) نیز در فصلی از کتاب خود با عنوان «راهنمای عملی طرحواره‌درمانی» اثربخشی طرحواره‌درمانی با زوجها را مورد تأیید قرار داد.

-
1. Kettendörfer
 2. Masley, Gillanders, Simpson & Taylor
 3. self-injury
 4. Skewes, Samson, Simpson & Van Vreeswijk
 5. Hatamii & Fadayi
 6. Atkinson

به دلیل تأثیرات منفی و چشمگیر ویژگی‌های شخصیت اجتنابی بر سبک زندگی درون‌فردی و بین‌فردی افراد، این پژوهش با بررسی میزان اثربخشی رویکرد طرحواره‌درمانی بر کاهش اجتناب مردان متأهل دارای شخصیت اجتنابی، بر آن است تا گامی در جهت ارتقای کیفیت زندگی زناشویی این افراد بردارد. بر اساس مشاهدات و تجربیات بالینی پژوهشگران، بارزترین الگوی تعاملی در بین زوج‌های دارای تعارضات زناشویی در شهرکرد الگوی زن مطالبه - مرد کناره‌گیری است؛ این امر موجب شد که پژوهشگران درصدد اجرای این پژوهش برآیند.

تحقیقات نیز مؤید آنند که زن‌ها و مرد‌ها در تعارضات زناشویی رفتارهای متفاوتی از خود نشان می‌دهند. زن‌ها عمدتاً از رفتارهای مخرب استفاده می‌کنند و مرد‌ها رفتارهای کناره‌گیری را مورد استفاده قرار می‌دهند (بردیت، براون، اوربوچ و مک‌ایلوین^۱، ۲۰۱۰). طبق پژوهش کوران، اگولسکای، هازن و بوش^۲ (۲۰۱۱) نیز زن‌ها و مرد‌ها واکنش‌های متفاوتی به تعارض نشان می‌دهند. وقتی مشکلی پیش می‌آید، زن‌ها با احتمال بیشتری شروع به گفتگو درباره موضوع تعارض می‌کنند و تا حل و فصل موضوع به گفتگو ادامه می‌دهند. ولی مرد‌ها معمولاً موضوع را نادیده می‌گیرند. این در حالی است که اجتناب کردن از تعارض، آسیب بیشتری به رابطه می‌زند.

روش

روش به کار گرفته شده در این پژوهش، طرح پژوهش موردمنفرد^۳ از نوع خط‌پایه چندگانه بود. هدف طرح‌های آزمایشی موردمنفرد، تعیین تأثیر یک مداخله، یعنی متغیر مستقل، بر فرد واحدی است تا مشخص شود که تغییرات ایجاد شده در پاسخ‌های فرد مورد بررسی در نتیجه همان مداخله است و نه پیامد شانس یا عوامل دیگر (نیومن و مک‌کورمیک^۴، ۱۹۹۵). مشخصه‌ی این طرح‌ها اندازه‌گیری‌های مکرر متغیر وابسته، قبل، در خلال و پس از انجام مداخله است (مورگان و مورگان^۵، ۲۰۰۱). به گفته کرسول^۶ (۲۰۰۲) در این شیوه داده‌های

-
1. Birditt, Brown, Orbuch & McIlvane
 2. Curran, Ogolsky, Hazen & Bosch
 3. single-subject design
 4. Neuman & McCormick
 5. Morgan & Morgan
 6. Creswell

مربوط به هر شرکت‌کننده به صورت موردی، تحت بررسی قرار می‌گیرد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده، عموماً از شیوه‌های پیچیده آماری استفاده نمی‌شود؛ بلکه میزان تغییرات در نمرات هر شرکت‌کننده مورد بررسی قرار می‌گیرد؛ به همین دلیل در این طرح نیازی به گروه کنترل نیست. طبق نظر اسکینر (۱۹۷۵)؛ به نقل از فراهانی و همکاران، (۱۳۸۹) تحلیل دیداری پرکاربردترین راهبرد تحلیل داده‌های پژوهش موردمنفرد است. گاست^۱ (۲۰۱۰) معتقد است که تحلیل دیداری نمودار داده‌ها روشی است که پژوهشگر رفتاری، آن را به روش‌های دیگر ترجیح خواهد داد. عملی بودن و پایایی این روش به اثبات رسیده است.

در پژوهش حاضر، پس از تعیین خط پایه، شرکت‌کنندگان وارد درمان شدند. در طول مداخله، پس از پایان مداخله و همچنین پس از پایان جلسات نیز آنها تحت ارزیابی‌های مکرر قرار گرفتند.

شرکت‌کنندگان: شرکت‌کنندگان این پژوهش از بین مردان متأهلی که در سال ۱۳۹۵ به مراکز مشاوره‌ای شهر کرد مراجعه کرده بودند انتخاب شدند. در ابتدا با اجرای پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته، شخصیت اجتنابی در این افراد محرز گردید سپس از آنها درخواست شد در پژوهش حاضر شرکت کنند که در این بین چهار نفر داوطلب این کار شدند. ملاک‌های ورود و ماندن در نمونه عبارت بودند از: تشخیص شخصیت اجتنابی، عدم ابتلا به اختلال بالینی، اختلال شخصیت و سوءمصرف مواد و الکل، عدم شرکت در دوره‌های درمانی هم‌زمان، همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها و نداشتن غیبت بیش از دو جلسه. برای این چهار شرکت‌کننده (سن: $M=۳۵/۵$ و $SD=۳/۳$) طرح درمانی مشابهی استفاده گردید. از آنجایی که در طرحواره‌درمانی، تعداد جلسات از قبل قابل پیش‌بینی نیست، در این پژوهش تعداد جلسات برای دو شرکت‌کننده به ۱۹ و برای دو شرکت‌کننده دیگر به ۲۰ جلسه رسید. قبل از اجرای مداخله، شرکت‌کنندگان توسط پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته آسیب‌های تعاملی افراد اجتنابی، تحت سه بار پیش‌آزمون قرار گرفتند. در طول مداخله، در جلسه پنجم، دهم و پانزدهم نیز این پرسشنامه بر روی شرکت‌کنندگان اجرا گردید و پس از مداخله، و یک و دو ماه پس از آن نیز مجدداً این پرسشنامه بر روی آنها اجرا گردید. نمرات مربوط به این آزمون‌ها در جدول شماره ۱ آمده است.

1. Gast

ابزار پژوهش: جهت تشخیص افراد دارای علائم شخصیت اجتنابی، از پرسشنامه محقق ساخته شخصیت اجتنابی استفاده گردید. برای تعیین میزان آسیب‌های تعاملی شرکت-کنندگان در رابطه زناشویی در مراحل خط پایه از پرسشنامه محقق ساخته آسیب‌های تعاملی افراد اجتنابی استفاده شد.

پرسشنامه‌ی محقق ساخته شخصیت اجتنابی دارای ۲۰ گویه است که بر اساس ملاک‌های تعیین شده برای اختلال شخصیت اجتنابی در DSM-5 به دست آمدند. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه با تأیید ۵ نفر از اساتید گروه مشاوره دانشگاه اصفهان محرز گردید. جهت به دست آوردن پایایی، این پرسشنامه ابتدا بر روی ۳۰ نفر اجرا گردید. نتیجه تحلیل آلفای کرونباخ و روش لوپ نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۸۹ می‌باشد. سپس ۳۰۱ پرسشنامه در بین افرادی از جامعه هدف (افراد متأهل ساکن شهرستان شهرکرد) توزیع گردید. سعی بر آن بود که در انتخاب افراد متأهل حداکثر تنوع^۱ (از نظر جنسیت، سن، مدت زمان ازدواج، مراحل مختلف چرخه‌ی زندگی خانوادگی، سطوح اقتصادی و اجتماعی، میزان تحصیلات و شغل) رعایت گردد. در تحلیل عاملی، چهار عامل شناسایی شدند که عبارت بودند از: بازداری، مشارکت، کمرویی و ارتباط، که بر روی هم ۰/۴۹ از واریانس سؤال‌ها را توجیه می‌کردند روایی همگرا و واگرایی این پرسشنامه به ترتیب با پرسشنامه تجربه در روابط نزدیک ۰/۸۹ و با پرسشنامه ابراز وجود ۰/۸۴- به دست آمد که بیانگر مولفه‌های روان‌سنجی مورد قبول این پرسشنامه هستند. حداقل نمره فرد در این پرسشنامه ۲۰ و حداکثر ۱۰۰ می‌باشد. بر اساس داده‌های این ابزار افرادی که نمرات بین ۵۰ تا ۷۰ می‌گیرند دارای علائم شخصیت اجتنابی هستند و کسانی که نمره بالاتر از ۷۰ کسب می‌کنند دارای اختلال شخصیت اجتنابی هستند.

پرسشنامه محقق ساخته آسیب‌های تعاملی افراد اجتنابی بر اساس مقوله‌های به دست آمده از مرحله‌ی کیفی پژوهش، مربوط به آسیب‌های تعاملی زوج‌های اجتنابی، تدوین گردید. این پرسشنامه دارای ۸۲ گویه است که میزان آسیب‌های تعاملی را در مردان اجتنابی متأهل می‌سنجد. در این پرسشنامه از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود میزان موافقت خود را با هر یک از گویه‌ها بر روی مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (از بسیار کم تا بسیار زیاد) مشخص کنند. حداقل نمره ۸۲ و حداکثر آن ۴۱۰ است که از جمع نمرات حاصل می‌شود. نمرات بالاتر

1. maximum variance of sampling

نشان‌دهنده میزان بیشتر آسیب‌های تعاملی هستند. جهت بررسی روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه از پنج متخصص بالینی و زوج‌درمانگر در زمینه مشاوره خانواده نظرخواهی شد. نمونه آماری این پرسشنامه ۲۰۰ مرد متأهل با علائم شخصیت اجتنابی در شهر کرد بودند که بر اساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده بودند. به منظور بررسی پایایی پرسشنامه، از روش آلفای کرونباخ، به تحلیل پایایی هر یک از سؤالات پرسشنامه پرداخته شد. نتیجه تحلیل نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه برای افراد دارای شخصیت اجتنابی ۰/۹۶ می‌باشد، که نشان‌دهنده پایایی مطلوب آن است. جهت بررسی روایی همگرا و واگرایی پرسشنامه، به ترتیب از پرسشنامه‌های تعارضات زناشویی و انریچ استفاده گردید. همبستگی نمره کل پرسشنامه با پرسشنامه تعارضات زناشویی ۰/۷۸ ($P < ۰/۰۰۱$) به دست آمد، که بیانگر روایی همگرایی بالای این پرسشنامه است. همچنین داده‌های به دست آمده حکایت از همبستگی میان شاخص کل پرسشنامه و رضایت زناشویی انریچ در سطوح معنادار آماری ($P < ۰/۰۰۱$ و $-۰/۸۵$) داشت که بیانگر روایی واگرایی قابل قبول آن بود.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد حاصل از آزمون‌های متوالی در مراحل مختلف پژوهش شرکت‌کنندگان در جدول‌های یک تا سه آورده شده است. همانگونه که در جدول‌ها مشاهده می‌گردد اثرگذاری طرحواره‌درمانی در متغیر آسیب‌های تعاملی برای همه شرکت‌کننده‌ها بعد از مداخله بارز بوده که این تأثیر در مرحله پیگیری نیز ادامه داشته است. این یافته‌ها حکایت از کاهش میزان آسیب‌های تعاملی در موقعیت مداخله B نسبت به خط- پایه A دارد.

جدول ۱. نمرات حاصله از اندازه‌گیری‌های مکرر پرسشنامه محقق‌ساخته آسیب‌های تعاملی افراد

شرکت‌کننده	اجتنابی						
	خط پایه			درمان			
اول	دوم	سوم	جلسه پنجم	جلسه دهم	جلسه پانزدهم	پس از آزمون	پس از پیگیری
آزمودنی ۱	۶۷۸	۶۸۳	۶۵۷	۶۷۵	۵۱۲	۳۹۲	۲۸۶
آزمودنی ۲	۷۴۵	۷۴۲	۶۹۳	۶۱۴	۵۶۴	۵۷۳	۴۱۸
میانگین (انحراف استاندارد)							
	۶۷۸	۶۸۳	۶۵۷	۶۷۵	۵۱۲	۳۹۲	۲۸۶
	۷۴۵	۷۴۲	۶۹۳	۶۱۴	۵۶۴	۵۷۳	۴۱۸

آزمودنی ۳	۷۲۲	۷۱۵	۶۹۷	۶۳۲	۵۸۶	۵۵۰	۴۳۲	۴۲۱	۴۲۷	۵۷۶ (۱۲۴)
آزمودنی ۴	۷۱۱	۷۰۶	۶۸۳	۶۵۶	۵۲۸	۴۷۷	۳۳۴	۳۲۹	۳۲۲	۵۲۷ (۱۶۹)

جدول ۲. توصیف میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کنندگان

شرکت‌کننده	مرحله سنجش	میانگین	انحراف استاندارد
آزمودنی ۱	خط پایه	۶۲۷/۶۶	۱۳/۷۹
	مداخله	۴۴۱/۲۵	۱۲۸/۳۵
	پیگیری	۲۴۷/۵۰	۴/۹۴
آزمودنی ۲	خط پایه	۷۲۶/۶۶	۲۹/۱۹
	مداخله	۵۴۲/۲۵	۸۵/۶۴
	پیگیری	۴۳۲/۵۰	۳/۵۳
آزمودنی ۳	خط پایه	۷۱۱/۳۳	۱۲/۸۹
	مداخله	۵۵۰/۰۰	۸۵/۵۲
	پیگیری	۴۲۴/۰۰	۴/۲۴
آزمودنی ۴	خط پایه	۷۰۰/۰۰	۱۴/۹۳
	مداخله	۴۹۸/۷۵	۱۳۳/۱۶
	پیگیری	۳۲۵/۵۰	۴/۹۴

جدول ۳. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و برون موقعیتی برای آسیب‌های تعاملی آزمودنی ۱

درون موقعیتی		بین موقعیت‌ها	
۱- توالی موقعیت	A	B	۱- مقایسه‌ی موقعیت
۲- طول موقعیت‌ها	۳	۴	۲- تغییرات روند
۳- سطح	۶۷۸	۴۵۲	۲,۱- تغییر جهت
۱,۳- میانه	۶۷۲/۶۶	۴۶۶/۲۵	۲,۲- اثر وابسته به هدف
۲,۳- میانگین	۶۵۷	۲۸۶-۵۷۵	۲,۳- تغییرات ثبات
۳,۳- دامنه تغییرات	بی ثبات	بی ثبات	۳- تغییر در سطح
دامنه تغییرات محفظه ثبات ۲۰٪ از میانه- ی هر موقعیت	با ثبات	با ثبات	۳,۱- تغییر نسبی
۴- تغییر سطح			۵۹۳/۵

به ۶۵۷				
$\frac{۶۷۵}{۶۵۷}$	۳.۲- تغییر مطلق	۵۹۳/۵-	۶۸۳-	۴.۱- تغییر نسبی
به ۶۷۸		۳۳۹	۶۵۷	
$\frac{۴۵۲}{۶۷۸}$	۳.۳- تغییر میانه	۲۸۶-۶۷۵	۶۷۸-	۴.۲- تغییر مطلق
به ۶۷۸			۶۵۷	
$\frac{۴۶۶}{۶۷۲}$	تغییر میانگین			۵- روند
به ۶۷۲/۶۶				
	۴- همپوشی داده‌ها	نزولی	نزولی	۵.۱- جهت
٪۷۵	PND-۴.۱	با ثبات	با ثبات	۵.۲- ثبات
٪۲۵	POD-۴.۲	خیر	خیر	مسیرهای چندگانه

شاخص درصد همپوشی داده (PND) در جدول ۳ بیانگر آن است که طرحواره‌درمانی با احتمال ۷۵ درصد در مورد شرکت‌کننده ۱ موثر بوده است.

جدول ۴. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و برون موقعیتی برای آسیب‌های تعاملی آزمودنی ۲

بین موقعیت‌ها		درون موقعیتی		
$\frac{B}{A}$	۱- مقایسه‌ی موقعیت	B	A	۱- توالی موقعیت
	۲- تغییرات روند	۴	۳	۲- طول موقعیت‌ها
	۱, ۲- تغییر جهت	۵۶۸/۵	۷۴۲	۳- سطح
	۲.۲- اثر وابسته به هدف	۵۴۲/۲۵	۷۲۶/۶۶	۱.۳- میانه
مثبت	۲.۳- تغییرات ثبات	۴۱۸-۶۱۴	۶۹۳-۷۴۵	۲.۳- میانگین
$\frac{\text{با ثبات}}{\text{به با ثبات}}$	۳- تغییر در سطح	با ثبات	با ثبات	۳.۳- دامنه تغییرات
	۳.۱- تغییر نسبی	۴۹۱-۵۹۳/۵	۶۹۳-۷۴۵	دامنه تغییرات محفظه ثبات ۲۰٪ از میانه‌ی هر موقعیت
$\frac{۶۹۳}{۷۴۵}$	۳.۲- تغییر مطلق	۴۹۱-۵۹۳/۵	۶۹۳-۷۴۵	۴- تغییر سطح
به ۷۴۵	۳.۳- تغییر میانه	۴۱۸-۶۱۴	۶۹۳-۷۴۵	۴.۱- تغییر نسبی
$\frac{۶۱۴}{۶۹۳}$	تغییر میانگین			۴.۲- تغییر مطلق
$\frac{۵۶۸}{۷۴۲}$				۵- روند
$\frac{۷۲۶}{۶۶}$				
به ۵۴۲/۲۵				

۵.۱- جهت	نزولی	نزولی	۴- همپوشی داده‌ها
۵.۲- ثبات	با ثبات	با ثبات	PND-۴.۱
مسیرهای چندگانه	خیر	خیر	POD-۴.۲
			٪۱۰۰
			٪۰

شاخص PND در جدول ۴ بیانگر آن است که طرحواره درمانی با صد درصد اطمینان در مورد شرکت کننده ۲ موثر بوده است.

جدول ۵. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و برون موقعیتی برای آسیب‌های تعاملی آزمودنی ۳

درون موقعیتی		بین موقعیت‌ها	
۱- توالی موقعیت	A	B	۱- مقایسه‌ی موقعیت
۲- طول موقعیت‌ها	۳	۴	-
۳- سطح	۷۱۵	۵۶۸	۲- تغییرات روند
۱.۳- میانه			۲.۱- تغییر جهت
۲.۳- میانگین	۷۱۱/۳۳	۵۵۰	۲.۲- اثر وابسته به هدف
۳.۳- دامنه تغییرات	-۷۲۲	-۶۳۲	۲.۳- تغییرات ثبات
دامنه تغییرات محفظه ثبات ۲۰٪ از میانه‌ی هر موقعیت	با ثبات	بی ثبات	۳- تغییر در سطح
۴- تغییر سطح			۳.۱- تغییر نسبی
۴.۱- تغییر نسبی	-۷۲۲	-۶۰۹	۳.۲- تغییر مطلق
۴.۲- تغییر مطلق	۶۹۷	۴۹۱	۳.۳- تغییر میانه
۵- روند	۶۹۷	۴۳۲	تغییر میانگین
			۵۵۰
			به ۷۱۱/۳۳
۵.۱- جهت	نزولی	نزولی	۴- همپوشی داده‌ها
۵.۲- ثبات	با ثبات	با ثبات	PND-۴.۱
مسیرهای چندگانه	خیر	خیر	POD-۴.۲
			٪۱۰۰
			٪۰

شاخص PND در جدول ۵ نشان می‌دهد که طرحواره درمانی با صد درصد اطمینان در مورد شرکت کننده ۳ موثر بوده است.

جدول ۶. متغیرهای تحلیل دیداری درون‌موقعیتی و برون‌موقعیتی برای آسیب‌های تعاملی آزمودنی ۴

بین موقعیت‌ها		درون‌موقعیتی		
$\frac{B}{A}$	۱- مقایسه‌ی موقعیت	B	A	۱- توالی موقعیت
-	۲- تغییرات روند	۴	۳	۲- طول موقعیت‌ها
	۲,۱- تغییر جهت	۵۰,۲/۵	۷۰,۶	۳- سطح
	۲,۲- اثر وابسته به هدف	۴۹۸/۷۵	۷۰۰	۱,۳- میانه
$\frac{با\ ثبات}{به\ با\ ثبات}$	۲,۳- تغییرات ثبات	۳۳۴-۶۵۶	۶۸۳-۷۱۱	۲,۳- میانگین
	۳- تغییر در سطح	بی ثبات	با ثبات	۳,۳- دامنه تغییرات محفظه ثبات ۲۰٪ از میانه‌ی هر موقعیت
$\frac{۵۹۲}{۶۸۳}$	۳,۱- تغییر نسبی			۴- تغییر سطح
$\frac{۵۶۸}{۶۸۳}$	۳,۲- تغییر مطلق	۴۰,۵/۵-۵۹۲	۶۸۳-۷۱۱	۴,۱- تغییر نسبی
$\frac{۷۰,۶}{۵۰,۲/۵}$	۳,۳- تغییر میانه	۳۳۴-۶۵۶	۶۸۳-۷۱۱	۴,۲- تغییر مطلق
$\frac{۴۹۸/۷۵}{۷۰۰}$	تغییر میانگین			۵- روند
	۴- همپوشی داده‌ها	نزولی	نزولی	۵,۱- جهت
٪ ۱۰۰	PND-۴,۱	با ثبات	با ثبات	۵,۲- ثبات
٪ ۰	POD-۴,۲	خیر	خیر	مسیرهای چندگانه

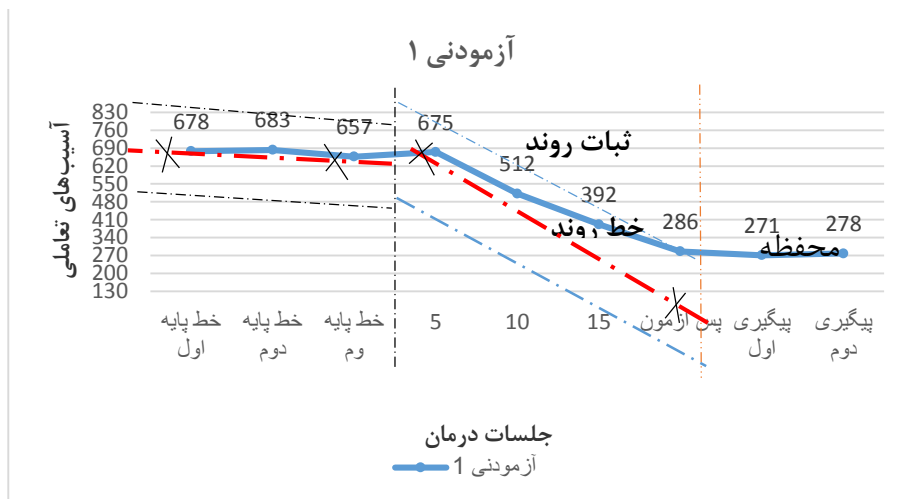
شاخص PND در جدول ۶ بیانگر آن است که طرحواره‌درمانی با صد درصد اطمینان

در مورد شرکت‌کننده ۴ موثر بوده است.

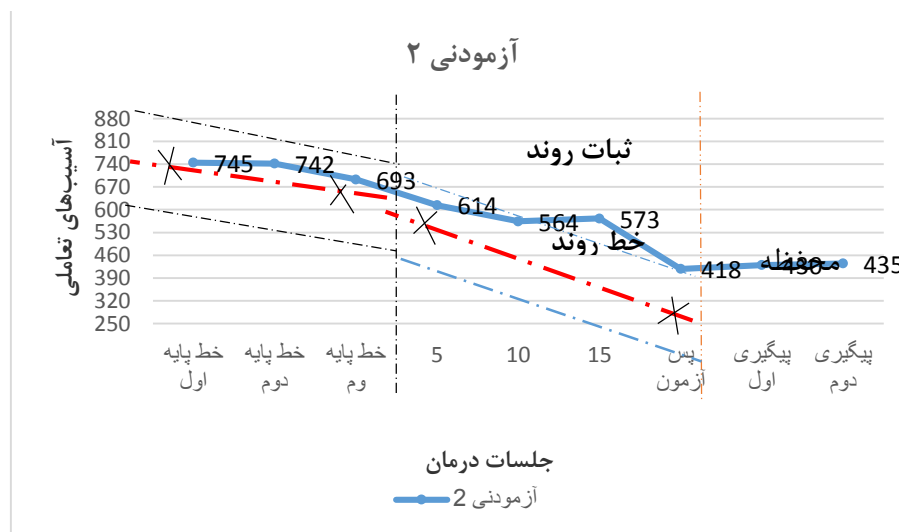
داده‌های ارزیابی شده در جدول‌ها به شکل نمودار، تحلیل دیداری یافته‌ها را ساده‌تر

می‌کند. نمودارهای ۱ تا ۴ میزان تأثیرگذاری طرحواره‌درمانی بر آسیب‌های تعاملی چهار

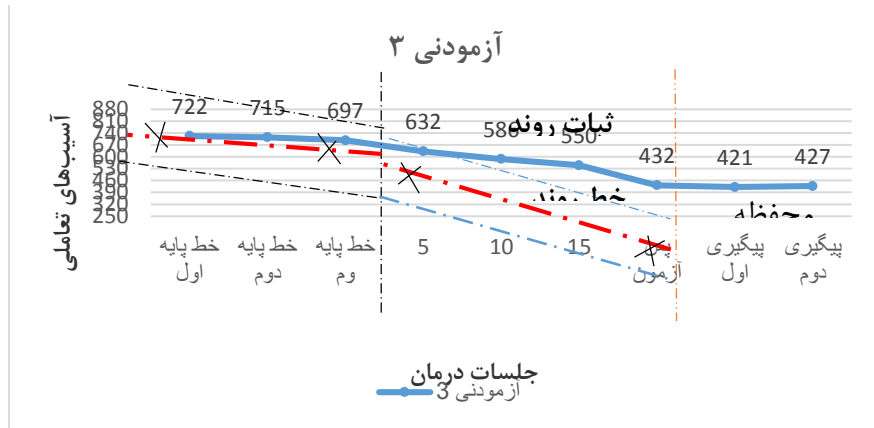
شرکت‌کننده این پژوهش را نشان می‌دهند.



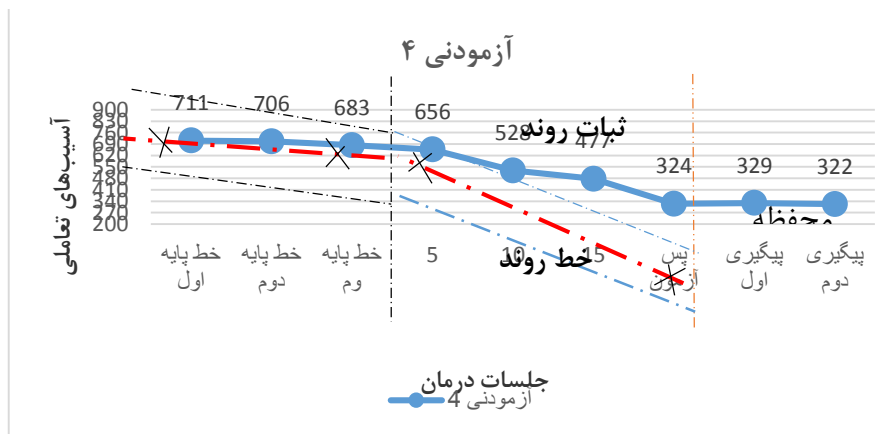
نمودار ۱. خط روند و محافظه‌ی ثبات برای میزان آسیب تعاملی آزمودنی ۱



نمودار ۲. خط روند و محافظه‌ی ثبات برای آسیب‌های تعاملی آزمودنی ۲

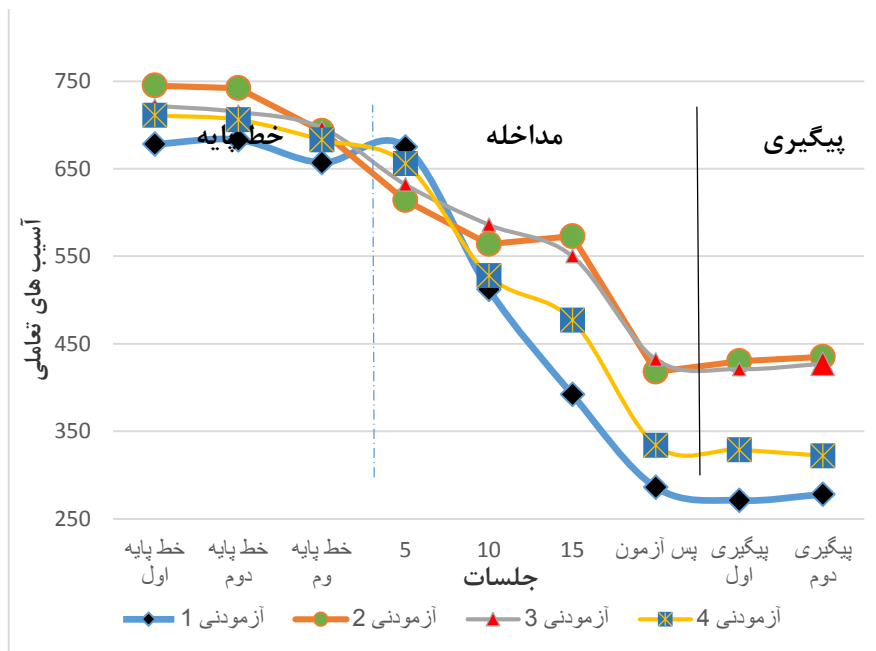


نمودار ۳. خط روند و محفظه‌ی ثبات بر آسیب‌های تعاملی آزمودنی ۳



نمودار ۴. خط روند و محفظه‌ی ثبات بر آسیب‌های تعاملی آزمودنی ۴

در نمودار شماره ۵، جهت مقایسه، داده‌های مربوط به هر چهار شرکت‌کننده در پژوهش مشاهده می‌گردد. این نمودار حکایت از کاهش قابل توجه نمرات آسیب‌های تعاملی شرکت‌کنندگان دارد. هرچند در تعدادی از نمرات هر سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری چهار شرکت‌کننده افزایشی در نمرات آسیب‌های تعاملی به چشم می‌خورد، ولی بر اساس شاخص PND ارائه شده در جدول‌های بالا، روند کلی به سمت کاهش قابل توجه میزان آسیب‌های تعاملی بوده است.



نمودار ۵. مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی بر آسیب‌های تعاملی شرکت‌کنندگان

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی رویکرد طرحواره‌درمانی بر کاهش میزان آسیب‌های تعاملی در مردان دارای شخصیت اجتنابی صورت گرفت. نتایج حاصله نشان داد که این رویکرد در کاهش میزان آسیب‌های تعاملی این افراد موثر است. بدین ترتیب یافته‌های پژوهش‌های قبلی (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ مازلی و همکاران، ۲۰۱۲؛ فارل و همکاران، ۲۰۱۴؛ بملیس و همکاران، ۲۰۱۴؛ کتندورفر، ۲۰۱۴؛ اسکویس و همکاران، ۲۰۱۵؛ حاتمی و فدایی، ۲۰۱۴؛ ذوالفقاری و فاتحی‌زاده، ۱۳۸۷؛ مختاری و همکاران، ۱۳۸۸) مبنی بر کارآمدی طرحواره‌درمانی بر بهبود مشکلات رفتاری و بین‌فردی در مقایسه با سایر درمان‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد. با این تفاوت که پژوهش حاضر تأثیر طرحواره‌درمانی را صرفاً بر میزان آسیب‌های تعاملی مردان دارای اختلال شخصیت اجتنابی مورد بررسی قرار داد.

در تبیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش آسیب‌های تعاملی در مردان دارای اختلال شخصیت اجتنابی می‌توان بیان داشت که چون طرحواره‌درمانی یک درمان جامع و یکپارچه است و یک مشکل را از تمام ابعاد مورد بررسی قرار می‌دهد، میزان اثربخشی آن بالا و پایدار

است. به ویژه در بیماری‌های مزمنی چون اختلالات شخصیت. اختلالات شخصیت، از جمله اختلال شخصیت اجتنابی، بر تمام ابعاد زندگی فرد از جمله آسیب‌های تعاملی بین زن و شوهر تأثیر می‌گذارند. در اختلال شخصیت اجتنابی، از آنجایی که کمرویی فرد مانع مشارکت او در بسیاری از روابط بین فردی می‌شود، پس از هیجان‌ات و شناخت‌های فرد، از او خواسته می‌شود با انجام تمرینات رفتاری بر اجتناب خود غلبه کند.

بر اساس داده‌های جدول ۱، در نمره آسیب‌های تعاملی شرکت‌کننده «۱» در اولین پیش‌آزمون تا جلسه پنجم درمان تفاوت چندانی مشاهده نمی‌شود، ولی از جلسه پنجم تا اولین پیگیری بعد از اتمام درمان، روند نزولی نمرات آسیب‌های تعاملی قابل توجه است. علت این مسئله در جلسات مصاحبه با مراجع در میان گذاشته شد. او عنوان کرد که از ابتدا اعتماد و تمایلی به امر درمان نداشت و صرفاً به خاطر اصرار همسرش برای شرکت در درمان، داوطلب شده بود. با ادامه جلسات و شکل‌گیری رابطه درمانی، نظر مراجع نسبت به درمان تغییر می‌کند و از میزان مقاومت او کاسته می‌شود. این امر اثربخشی درمان را از جلسه پنجم به بعد در پی داشت. پس از جلسات درمان و در پیگیری دوم هفت واحد افزایش در نمرات این آزمودنی دیده می‌شود که عدد قابل توجهی نیست.

در شرکت‌کننده «۲» شاهد روند کاهشی نمرات آسیب‌های تعاملی هستیم، هرچند در جلسه پانزدهم یک افزایش در نمرات او به چشم می‌خورد. همچنین در پیگیری اول ۱۲ واحد و در پیگیری دوم ۵ واحد افزایش در آسیب‌های تعاملی او دیده می‌شود. علت این نوسانات در یک جلسه مصاحبه با این شرکت‌کننده مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد دلیل آن تعارضاتی بوده که گاه و بی‌گاه بین او و همسرش اتفاق افتاده بود. به گفته این شرکت‌کننده: «من و همسرم در زمینه‌های زیادی اختلاف نظر داریم که منجر به دعوایی بین ما می‌شود؛ ولی از زمانی که در جلسات درمان حضور پیدا کرده‌ام توانسته‌ام این تعارضات را با مطالبی که در جلسات فراگرفتم بهتر مدیریت کنم». به گفته مک‌کی و همکاران (۲۰۰۶) تعارض بین زن و شوهر امری اجتناب‌ناپذیر است و در صورتی که آنها مهارت‌های حل تعارض را ندانند می‌تواند موجب کاهش رضایت زناشویی آنها گردد.

در شرکت‌کننده «۳» نیز میزان آسیب‌های تعاملی قبل از شروع درمان بالاست. با شروع درمان این عدد با شیبی ملایم، کاهش را نشان می‌دهد. پس از جلسه پانزدهم تغییری چشمگیر در کاهش نمرات وی مشاهده می‌گردد. در بررسی علت این مسئله، این شرکت‌کننده بیان

داشت: «پس از آشنا شدن با تکنیک "داشتن جلسات زوجی با همسر" در جلسه پانزدهم و مطرح کردن آن با همسر، تصمیم گرفتیم با جدیت بیشتری این تکنیک را به کار بگیریم و هر هفته یک جلسه زوجی داشته باشیم و در مورد گلایه‌هایی که در طول هفته از یکدیگر پیدا می‌کنیم گفتگو کنیم. این کار موجب شد که بسیاری از احساسات منفی ما نسبت به یکدیگر از بین برود.» در جلسه پیگیری دوم، ۶ واحد افزایش در نمرات این شرکت‌کننده مشاهده می‌گردد. این مطلب ضرورت وجود جلسات دوره‌ای درمان را نشان می‌دهد. لازم است که مراجعان پس از اتمام درمان در فواصل مختلف برای پیگیری مراجعه کنند تا هم تداوم اثربخشی درمان بررسی شود و هم مراجعان مسائل جدیدی که با آنها مواجه می‌شوند را مطرح کنند و همچنین مطالب آموخته‌شده در دوره درمان یادآوری شود.

نمرات آسیب‌های تعاملی در شرکت‌کننده «۴» نیز بیانگر اثربخشی درمان است. کاهش نمرات این شرکت‌کننده، مانند شرکت‌کننده‌های «۲» و «۳»، قبل از آغاز مداخله شروع شده است. علت اصلی این مطلب به خواست و اراده این افراد مربوط می‌شود، چراکه آنها داوطلبانه خواهان حضور در جلسات شده بودند. به گفته گاترمن^۱ (۲۰۰۶؛ ترجمه فاتحی‌زاده و میرنیام، ۱۳۹۰) حجم روزافزونی از پژوهش‌ها به پدیده «تغییر پیش از درمان» اختصاص یافته است. برقراری یک تماس (حتی به صورت تلفنی) قبل از شروع جلسه اول می‌تواند فرصتی برای مشاوران جهت پیوستن و الحاق و برقراری رابطه حسنه با او، انجام سنجش اولیه و اجرای یک مداخله پیش از شروع جلسه اول فراهم سازد و همچنین می‌تواند به پایه‌ریزی یک رویکرد درمانی متمرکز در خلال فرایند پذیرش مراجع و جلسات بعدی کمک کند. به اعتقاد پاترسون^۲ و همکاران (۱۳۸۹) نیز از جمله متغیرهای تأثیرگذار بر درمان، انگیزش مراجع است.

این شرکت‌کنندگان با علاقه در جلسات شرکت می‌کردند و بیان می‌کردند که با شروع درمان و مشاهده آثار مثبت آن در رابطه زناشویی، دلگرمی خاصی نسبت به درمان و ادامه آن پیدا کرده بودند. چرا که از سال‌ها زندگی پر تنش با همسرشان در حال رها شدن بودند. در واقع این افراد از داشتن یک زندگی فرسایشی در کنار همسرشان خسته شده بودند. علاوه بر این، آنها متوجه تأثیرات مخرب رابطه بد با همسرشان در سایر روابط خود شده بودند

1. Guterman
2. Patterson

(آسیب فراگیر) و این انگیزه‌ای مضاعف برای تغییر در آنها ایجاد کرده بود. به گفته این افراد، آنها قبلاً هم راهکارهایی را برای برون‌رفت از رابطه بد خود با همسرشان آزموده بودند ولی هیچ کدام آنها را به هدف موردنظر نرسانده بود. در واقع مهم‌ترین انگیزه این شرکت‌کننده‌ها برای تغییر رسیدن به درماندگی خلاق بود، یعنی زمانی که مراجع متوجه می‌شود که تلاش‌های قبلی او برای برطرف کردن مشکل، ناکارآمد هستند. به گفته ایزدی و عابدی (۱۳۹۳) معمولاً مراجعان زمانی برای روان‌درمانی مراجعه می‌کنند که کوشش‌های زیادی برای تغییر انجام داده و به نتیجه نرسیده‌اند و الان در پی یافتن راه‌حلی متفاوت هستند. نتیجه آنکه طرحواره‌درمانی، با به‌کارگیری چهار تکنیک اصلی شناختی، هیجانی، ارتباطی و رفتاری، رویکردی قوی و موثر در شکستن قالب‌های شخصیتی تثبیت شده از دوران کودکی و نوجوانی است و می‌تواند روزه‌های امیدبخش در هدیه کردن زندگی بهتر به افراد متأهل باشد.

لازم به ذکر است که این پژوهش بر روی مردان دارای علائم شخصیت اجتنابی صورت گرفته و در تعمیم آن به سایر ویژگی‌های شخصیتی باید احتیاط نمود. همچنین، در این پژوهش، اختلال‌ها یا آسیب‌های شخصیتی یا روانی همسران مردان دارای شخصیت اجتنابی مورد بررسی قرار نگرفت. در حالی که سبک شخصیتی همسر نیز از عوامل مهم تأثیرگذار در تعاملات زناشویی است. پیشنهاد می‌شود در پژوهشی دیگر، ویژگی‌های همسر مرد دارای شخصیت اجتنابی و علت جذب آنها به یکدیگر در انتخاب همسر مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد رویکرد طرحواره‌درمانی که در این پژوهش به صورت فردی به کار گرفته شد، به صورت زوجی و گروهی استفاده شده و اثربخشی آنها با یکدیگر مورد مقایسه قرار گیرد.

منابع

ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۳). *درمان مبتنی بر پندیرش و تعهد*. تهران: انتشارات جنگل.

حسینی، بیتا. (۱۳۸۹). *زمینه زوج درمانی*. تهران: انتشارات جنگل.

جانسون، دابلیو. بی. و موری، کی. (۲۰۰۷). *عشق ویرانگر*. ترجمه زهرا حسین‌زاده و الهام شفیعی. (۱۳۹۳). تهران.

- ذوالفقاری، مریم و فاتحی‌زاده، مریم‌سادات. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر طرحواره‌درمانی بر اسنادهای زناشویی و باورهای ارتباطی آنان در شهر اصفهان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان*.
- روحی، علیرضا؛ جزایری، رضوان‌السادات؛ فاتحی‌زاده، مریم‌سادات و اعتمادی، عذرا. (۱۳۹۵). تحول شخصیت اجتنابی از کودکی تا بزرگسالی: آسیب‌شناسی تعاملات زناشویی. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی، ۶ (۲۳): ۱۹۹-۲۲۷*.
- سلیگمن، مارتین؛ روزنهان، دیوید و واکر، الاین. (۲۰۰۱). *آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه رستمی، رضا؛ نادعلی، حسین و نیلوفری، علی. (۱۳۸۹). تهران: انتشارات کتاب ارجمند.
- فراهانی، حجت‌الله؛ عابدی، احمد؛ آقامحمدی، سمیه و کاظمی، زینب. (۱۳۸۹). *روش‌شناسی طرح‌های موردمنفرد در علوم رفتاری و پزشکی (رویکردی کاربردی)*. تهران: نشر دانژه.
- گاترمن، جفری. (۲۰۰۶). *هنر مشاوره راه‌حل‌مدار*. ترجمه فاتحی‌زاده، مریم‌سادات و میرنیام، لیلا. (۱۳۹۰). اصفهان: نشر نهفت.
- مختاری، سمیه؛ بهرامی، فاطمه و پیرشهریاری، مه‌سیما. (۱۳۸۶). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر رضایت زناشویی افراد دارای اختلال شخصیت وسواسی جبری، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی مشاوره، دانشگاه الزهرا*.
- مک‌کی، متیو؛ فایننگ، پاتریک و پالگ، کیم. (۲۰۰۶). *مهارت‌های زناشویی*. ترجمه رحیمی، محمدعلی. (۱۳۹۲). تهران: انتشارات ارجمند.
- یانگ، جفری؛ کلسکو، ژانت و ویشار، مارجوری. (۲۰۰۳). *طرحواره‌درمانی: راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی*. ترجمه حمیدپور، حسن و اندوز، زهرا. (۱۳۹۳). تهران: انتشارات ارجمند.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition*. Washington, DC: APA.
- Bamelis, L. M., Evers, S. M., Spinhoven, P. S., & Arntz, A. A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 171*(3): 305-322. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12040518
- Beck, A., Freeman, A., Davis, D., & Associates. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Bradbury, T., Fincham, F., & Beach, S. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of*

- Marriage and Family*, 62: 964-980. doi:10.1111/j.1741-3737.2000.00964.x
- Bricker, D., Young, J. E., & Flanagan, C. (1993). Schema-focused cognitive therapy: A comprehensive framework for characterological problems. In K. Kuehlwein & H. Rosen (Eds.), *Cognitive therapies in action. Evolving innovative practice* (pp. 88-125). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Caughlin, J. P., Huston, T. L., & Houts, R. N. (2000). How does personality matter in marriage. An examination of trait anxiety, interpersonal negativity, and satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78: 326-336.
- Creswell, J. (2002). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.
- Dimaggio, G., D'Urzo, M., Pasinetti, M., Salvatore, G., Lysaker, P. H., Catania, D., & Popolo, R. (2015). Metacognitive interpersonal therapy for co-occurrent avoidant personality disorder and substance abuse. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 71(2): 157-166. doi:10.1002/jclp.22151
- Farrell, J. M., & Shaw, I. (2012). *Group Schema Therapy for borderline personality disorder: A step-by-step treatment manual with patient workbook*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Farrell, J. M., Reiss, N., & Shaw, I. A. (2014). *The schema therapy clinician's guide: A complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Gast, D. L. (2010). *Single subject research methodology in behavioral sciences*. New York, NY: Routledge.
- Hatami, M., & Fadayi, M. (2014). The effectiveness of schema therapy on intimacy, marital conflict and Early Maladaptive Schemas of women requesting divorce. *International Journal of Advanced Biological and Biomedical Research*. 3(3): 285-290.
- Kantor, M. (2003). *Distancing: Avoidant personality disorder, revised and expanded*. United States of America: Greenwood Publishing Group.
- Kantor, M. (2010). *The essential guide to overcoming avoidant personality disorder*. United States of America: Greenwood Publishing Group.
- Karney, B. R., & Bradbury, A. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method and research. *Psychological bulletin*, 118(1): 3-34.
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1997) Neuroticism, marital interaction and the trajectory of marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(5): 1075-1092.
- Kettendörfer, S. (2015). The effectiveness of schema therapy within a clinical group setting. *Master Thesis*, University of Twente.
- Marcovitz, H. (2009). *Personality disorders*. Detroit, MI: Lucent Books. Retrieved from eBooks database.

- Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G., & Taylor, M. A. (2012). A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cognitive Behavior Therapy*, 41 (3): 185-202. doi:10.1080/16506073.2011.614274
- Millon, Th. (2004). *Personality disorders in modern Life*. New York: Wiley.
- Morgan, D. L., & Morgan, R. K. (2001). Single participant research design: Bringing science to managed care. *American Psychologist*, 56(2): 119-127. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.56.2.119>
- Neuman, S. B., & McCormick, S. (1995). *Single-subject experimental research: Applications for Literacy*. Newark, DE: International Reading Association.
- Rodebaugh, T. L., & Gianoli, M. (2010). The interpersonal problems of the socially avoidant: Self and peer shared variance. *Journal of Abnormal Psychology*, 119: 331-340. doi:10.1037/a0019031
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., & Rosowsky E. (2006). *Personality disorders and older adults: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Wiley.
- Skewes, S. A., Samson, R. A., Simpson, S. G., & Van Vreeswijk, M. (2015). Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: a pilot study. *Frontiers in Psychology*, 5: 1-9. doi:10.3389/fpsyg.2014.01592
- Snyder, D. K., & Whisman, M. A. (2003). *Treating difficult couples: Helping clients with coexisting mental and relationship disorders*. New York: Guilford.
- Tippie, R. (2006). *Understanding personality style and disorder for pastoral counseling*. MARET Educational Series_ Volume 1. Create Space Independent Publishing Platform.