

Comparing the effectiveness of schema therapy and emotionally focused therapy on couples' marital disaffection

Elham Mohaddas Pishnamaz¹, Naser Yosefi², Hasan Mirza Hosseini³

1- Consulting Department, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.

2- Consulting Department, University of Kurdistan, Kurdistan, Iran (corresponding author). Email: yosefi@gmail.com.

3- Consulting Department, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.

Received: 27/07/2023

Accepted: 30/12/2023

Abstract

Introduction: One of the most important problems in the life of couples is marital boredom. It has been proposed to use several educational and therapeutic interventions to improve marital life, among which emotion-oriented therapy and schema therapy can be mentioned.

Aim: The aim of this research was to compare the effectiveness of schema therapy and emotionally focused therapy on marital disaffection.

Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test-follow-up design with a control group. The statistical population of this research included all the couples who referred to counseling and psychotherapy centers in Tehran city with complaints of marital conflicts in the summer and fall of 2023, and among them 16 couples (32 people) were selected by available sampling method and randomly and by homogenizing were assigned to experimental and control groups. For the pre-test, post-test - follow-up the participants answered to Marital Disaffection Scale by Kayser (1996). After 12 sessions of schema therapy and 12 sessions of emotionally focused therapy, in the present study, in order to data analysis "variance analysis with repeated measure" statistical method and SPSS-22 software was used.

Results: The results indicate the effectiveness of schema therapy and emotionally focused therapy on the marital disaffection in the intervention groups and the continuation of these effects in the follow-up phase ($P < .05$).

Conclusion: The results showed that emotionally focused therapy and schema therapy were both equally effective on marital burnout in couples. It is suggested to include schema therapy and emotionally focused therapy in couples and family therapy training programs.

Keywords: couples, disaffection, emotionally focused therapy, marital, schema therapy

Mohaddas Pishnamaz E, Yosefi N, Mirza Hosseini H. Comparing the effectiveness of schema therapy and emotionally focused therapy on couples' marital disaffection. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2024; 11 (4) :123-135
URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2120-fa.html>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار بر دزدگی زناشویی زوجین

الهام محدث پشمنماز^۱، ناصر یوسفی^۲، حسن میرزا حسینی^۳

۱. گروه مشاوره، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

۲. گروه مشاوره دانشگاه کردستان، کردستان، ایران (نویسنده مسئول)، ایمیل: yosefi@gmail.com.

۳. گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۱۰/۰۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۵/۰۵

چکیده

مقدمه: یکی از مهم ترین مشکلات در زندگی زوجین دزدگی زناشویی است. به کارگیری مداخلات آموزشی و درمانی متعددی برای بهتر کردن زندگی زناشویی پیشنهاد شده که از آن جمله می توان به درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی اشاره کرد.

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین تفاوت اثربخشی درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر دزدگی زناشویی در زوجین بود.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی شهر تهران با شکایت تعارض های زناشویی در تابستان و پاییز سال ۱۴۰۲ بودند که از میان آن ها ۱۶ زوج (۳۲ نفر) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی و با همگن سازی در دو گروه به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و گواه قرار گرفتند. جهت پیش آزمون، پس آزمون- پیگیری شرکت کننده ها به مقیاس دزدگی زناشویی کایزر (۱۹۹۶) پاسخ دادند. پس از ۱۲ جلسه طرحواره درمانی و ۱۲ جلسه درمان هیجان مدار، در پژوهش حاضر جهت تحلیل داده ها از روش آماری «تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر» و نرم افزار SPSS-22 استفاده شد.

یافته ها: نتایج حاکی از اثربخشی که طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار بر دزدگی زناشویی در گروه های مداخله و تداوم این اثرات در مرحله پیگیری بود ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی هر دو به یک اندازه بر دزدگی زناشویی در زوجین مؤثر بودند. پیشنهاد می شود طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار در برنامه های آموزشی زوج ها و خانواده درمانی گنجانده شود.

کلیدواژه ها: زوجین، درمان هیجان مدار، دزدگی، زناشویی، طرحواره درمانی

مقدمه

در طول تاریخ، ازدواج^۱ یکی از هیجان‌انگیزترین و تنش‌زاترین رویدادها در زندگی هر فرد بوده است. یک ازدواج سالم یکی از عوامل موفقیت در تشکیل خانواده است که بدون شک تأثیرات مثبتی بر جامعه خواهد داشت؛ اما با گذشت زمان مشکلاتی در روابط زن و شوهر پدیدار شد که باعث کاهش عشق و محبت بین آنها و کاهش رضایت از زندگی می‌شود (جعفری و همکاران، ۲۰۲۱). ازدواج یک رابطه اساسی بین زن و مرد است و انتخاب شریک زناشویی و قرارداد ازدواج، یک دستاورد فردی و نقطه عطف بلوغ محسوب می‌شوند. انتخاب شریک زناشویی یکی از چالش‌برانگیزترین تصمیمات در زندگی شخصی هر کسی است و زندگی خانوادگی و سازگاری زناشویی^۲ حتی در این دوران مدرن نیز از موضوعات اساسی قابل بررسی هستند (عباس^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). اکثر مردم در طول زندگی خود ازدواج می‌کنند و می‌خواهند ازدواج آنها رضایت‌بخش باشد. زمانی که ازدواج‌ها پایدار و رضایت‌بخش باشد، همسران به‌طور کلی سالم‌تر و شادتر هستند و عمر طولانی‌تری دارند (زانگ و لیانگ^۴، ۲۰۲۳).

یکی از مهم‌ترین مشکلات در زندگی زوجین دزدگی زناشویی^۵ است. دزدگی زناشویی ناشی از عدم تطابق بین حقایق و انتظارات زوجین است و شدت آن به سازگاری زوجین و باورهای آنها بستگی دارد (جعفری و همکاران، ۲۰۲۱). کایزر^۶ (۱۹۹۳) دزدگی زناشویی را

فقدان تدریجی «دلبستگی عاطفی»^۷ تعریف کرد که شامل کاهش توجه به همسر، «بیگانگی عاطفی»^۸ و افزایش احساس دل‌سردی و بی‌تفاوتی نسبت به همسر است. دزدگی زناشویی به نحوه ارتباط زوج‌ها، حل تعارضات و مهارت‌های بین فردی مرتبط است و زوج‌هایی که در این زمینه‌ها مهارت بیشتری دارند دزدگی کمتری را تجربه می‌کنند (نجاتیان و همکاران، ۲۰۲۱).

یکی از مداخلات رایج در زمینه آسیب‌های خانوادگی طرحواره درمانی است (قندپزی و همکاران، ۲۰۲۰). رضایت در روابط نزدیک و دوستانه فقط زمانی دیده می‌شود که هم نیازهای رشدی به طور مقتضی برآورده شده باشند و هم نیازهای بزرگسالی ارضا شوند؛ چون هر یک از زوجین علاوه بر طرحواره‌هایی که با خود به رابطه می‌آورند، در ارتباط فعلی خود نیز طرحواره‌هایی به وجود می‌آورند که خاص این رابطه هستند (کوروک و اوزاباشی^۹، ۲۰۲۳). زمانی که نیاز خاصی ارضا نشود، طرحواره ناسازگاری در آن حیطه ایجاد می‌شود. با ارضا نشدن نیازهای دلبستگی و صمیمیت و سرخوردگی از روابط عاطفی اولیه، طرحواره‌های ناسازگار مربوط به روابط صمیمانه و دلبستگی ایجاد می‌شود. این باورها و طرحواره‌های مربوط به روابط بین فردی در بزرگسالی در همسرگزینی و در دوران تأهل در روابط زناشویی نمود می‌یابد و بر آن تأثیر مخرب می‌گذارد (گرابووسکی^{۱۰}، ۲۰۲۳).

درمان متمرکز بر هیجان‌شیوه‌ای درمانی است که تأکید آن بر مشارکت هیجان در الگوهای همیشگی ناسازگاری زوجین آشفته است. کوشش این درمان آشکار ساختن

1. marriage

2. dyadic adjustment

3. Abbas, J.

4. Zhang, C., & Liang, Y.

5. marital disaffection

6. Kayser, K.

7. emotional attachment

8. emotional estrangement

9. Kötük, S., & Özabacı, N.

10. Grabowski, A.

در جهت کاهش دلزدگی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد به کار گرفته شود. در پژوهش پورعباس وفا و همکاران (۲۰۲۲) طرحواره درمانی هیجانی و درمان هیجان مدار هر دو بر دلزدگی زناشویی در زنان با طلاق عاطفی مؤثر بودند. مقیم و همکاران (۲۰۲۲) نتیجه گرفتند درمان‌های اکت و طرحواره درمانی می‌تواند نقش مهمی در کاهش دلزدگی و تعارض زناشویی زوجین داشته باشد.

با توجه به مطالب عنوان شده باید با مداخله‌های مناسب بتوان زمینه را برای بهبود کیفیت زندگی زناشویی و در نتیجه زمینه رسیدن به هدف بهبود چرخه کارکرد خانواده مهیا کرد لازمه رسیدن به هدف مذکور به کارگیری فنون اثربخش و برخورداری از انواع حمایت‌ها بوده و به کارگیری مداخلات آموزشی و درمانی متعددی برای بهتر کردن زندگی زناشویی که از آن جمله می‌توان به آموزش‌ها و فنون مبتنی بر رویکرد متمرکز بر هیجان و طرحواره درمانی اشاره کرد؛ لذا هدف پژوهش پاسخگویی به این سؤال بود که آیا بین اثربخشی درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر دلزدگی زناشویی در زوجین تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و رواندرمانی شهر تهران با شکایت تعارض‌های زناشویی در تابستان و پاییز سال ۱۴۰۲ بودند. برای تعیین حجم نمونه با در نظر گرفتن با توجه به تعداد گروه‌ها $U=2$ ، سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون $0/8$ و اندازه اثر

هیجان‌های آسیب‌زا در زوجین و تواناسازی آن‌ها برای نمود دادن هیجان به شیوه‌های ایمن و محبت‌آمیز است. باور بر این است که پردازش این هیجان‌ها در بافتی ایمن، الگوهای هم‌کنشی سالم‌تر و تازه‌تر را به وجود می‌آورد که مایه آرام‌تر شدن آشفتگی و افزایش داشتن بی‌آلایشی و سرانجام برخورداری از رابطه و رضایت زناشویی بیشتر است. در این میان، زوج درمانی هیجان مدار مدلی از رابطه است که پیوند و هیجان را در اولویت قرار می‌دهد و پاسخ‌های هیجانی را به عنوان کلید اصلی رضایت و ثبات در رابطه معرفی می‌کند (جانسون^۱، ۲۰۱۹). هیجان مدار، یک رویکرد کوتاه مدت، ساختاریافته و بر مبنای مشاهدات علمی است که برای کار با زوجین طراحی شده است که هم به صورت فردی و هم در قالب خانواده قابل اجرا است (استاوریاناپولس^۲ و همکاران، ۲۰۱۴). پیش فرض اصلی این مدل بر این اساس است که همسران به دلیل عدم بیان و ابراز هیجانات اصلی که بسیار هم آسیب‌پذیر هستند و همچنین برآورده نشدن نیازهای دلبستگی، در یک چرخه معیوب قرار می‌گیرند و این چرخه منفی باعث می‌شود که یک طرف رابطه، منتقدانه و تهاجمی برخورد کند و در مقابل طرف دیگر با عقب‌نشینی و کناره‌گیری کردن، از پاسخ دادن امتناع کرده و گریزان از رابطه باشد (زیتیناگلو-سیدام^۳، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار در جمعیت‌های مختلف است. به عنوان مثال عمادی فر و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند الگوی درمانی بر پایه طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت، با بهره‌گیری از مفاهیم طرحواره درمانی و درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به عنوان درمانی کارآمد

^۱. Johnson, S.

^۲. Stavrianopoulos, K.

^۳. Zeytinoglu-Saydam, S.

۰/۴ تعداد نمونه معادل ۱۲ نفر برای هر گروه به دست آمد که با در نظر گرفتن احتمال ریزش، ۱۶ نفر برای هر گروه تعیین شد. بدین ترتیب ۱۶ زوج (۳۲ نفر) به روش نمونه-گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی و با همگن سازی سن، تحصیلات طول مدت ازدواج و تعداد فرزندان در دو گروه به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و گواه قرار گرفتند.

ملاک های ورود به پژوهش شامل شکایت اولیه تعارض-های زناشویی در پرونده مراجعه کننده، حداقل اختلاف سنی ۳ سال و حداکثر ۱۰ سال، حداقل مدرک دیپلم برای پاسخگویی به پرسشنامه ها، سن ۲۵ تا ۴۵ سال و ملاک های خروج از پژوهش، تحصیلات پایین تر از دیپلم به دلیل دشواری در فهم پرسشنامه ها، دریافت کردن همزمان دو درمان، استفاده همزمان از داروهای روان پزشکی و یا برای درمان بیماری های مزمن، ابتلا به بیماری های جسمانی مزمن، پرکردن ناقص پرسشنامه و منصرف شدن از شرکت در پژوهش بود.

پس از گمارش تصادفی شرکت کننده ها، در مرحله بعد، ابزارها به عنوان پیش آزمون بر روی شرکت کننده های گروه های مداخله و گواه به اجرا درآمد. سپس، افراد گروه مداخله تحت جلسات گروهی طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار به صورت آنلاین قرار گرفتند و گروه گواه هیچ نوع مداخله آموزشی دریافت نکردند. در پایان مداخله نیز تمامی شرکت کننده های ۳ گروه، جهت پس آزمون و پس از ۱ ماه جهت پیگیری پرسشنامه ها را نیز تکمیل کردند. در پژوهش حاضر ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی به تمام شرکت کننده ها این اطمینان خاطر داده

شد که تمام اطلاعات حاصل از این مطالعه تنها به منظور ارائه نتایج در رساله است و تمام اطلاعات آن ها تا آخر محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین، به آن ها یادآور شد که هر زمان که مایل بودند می توانند از مطالعه خارج شوند. به جهت رعایت اصول اخلاقی گروه گواه نیز از مداخله ای مشابه پس از پایان مطالعه بهره مند شدند.

در پژوهش حاضر جهت بررسی متغیرهای جمعیت شناختی از روش های آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار، جهت مقایسه گروه ها به لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی از «تحلیل واریانس یک راهه»^۱ و جهت تحلیل داده ها، از روش های آماری «تحلیل واریانس با طرح اندازه گیری مکرر»^۲، «آماره فیشر»^۳ و آزمون تعقیبی «بن فرونی»^۴ به شرط برقراری مفروضه های آزمون ها و سطوح معناداری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ و نرم افزار SPSS-22 استفاده شد.

^۱. one-way ANOVA

^۲. analysis of variance with repeated measures design

^۳. Fisher statistic

^۴. Bonferroni

جدول ۱: خلاصه جلسات طرحواره درمانی (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶)

جلسه	خلاصه محتوای مداخله
۱	در جلسه اول پس از آشنایی و ایجاد اتحاد و تفاهم درمانی، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعه کنندگان در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورت بندی می شود.
۲	فرمول بندی مشکل مراجع بر اساس رویکرد طرحواره محور، سنجش تاریخچه ای، سنجش طرحواره ای در این جلسه درمانگر تلاش می کند که بفهمد مشکل فعلی بیمار موقعیتی و مربوط به زمان حال است یا اینکه به سبک زندگی بیمار برمی گردد و ریشه در گذشته او دارد. از پرسشنامه های طرحواره نیز جهت حصول به این مهم استفاده کرد.
۳	فرضیه سازی در مورد طرحواره های مقابله ای و غلبه بر اجتناب طرحواره ای با این توضیح که فرد برای اجتناب از فعال کردن طرحواره به روشی رفتار می کند که ظاهراً نقطه مقابل روشی است که طرحواره ایجاد می کند. ظاهراً این طور به نظر می رسد که فرد دارای سبک مقابله ای جبران افراطی با حمایت کردن از خودش به شیوه سالمی رفتار می کند؛ اما او با افراط کردن در این سبک درواقع الگوهای مشکل آفرین بیشتری را ایجاد می کند و به این ترتیب طرحواره به بقای خود ادامه می دهد. تکمیل مفهوم بندی مشکل بیمار در قالب رویکرد طرحواره مدار
۴	بررسی راهبردهای مقابله ای و غلبه بر اجتناب طرحواره ای، تکمیل مفهوم بندی مشکل بیمار در قالب رویکرد طرحواره مدار.
۵	آزمون اعتبار طرحواره ها در دوره های متفاوت زندگی، در این جلسه شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار گرفت. به این صورت که آزمودنی ها به صورت عینی و در واقعیت در حضور بقیه اعضای گروه طرحواره های مثبت و منفی دوران کودکی و حال حاضر خود را بازگو کردند و به دسته بندی و طبقه بندی آن ها پرداختند که این امر می توان تأثیر بسزایی در آگاهی و شناخت فرد بر این طرحواره ها داشت و فرد را در برنامه ریزی زندگی یاری کرد. تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره ها ارزیابی مزایا و معایب پاسخ های مقابله ای.
۶	آزمون اعتبار طرحواره ها، تبدیل طرحواره ها به افکار بنیادی سه گانه و آزمودن آن ها؛ در این جلسه تکنیک های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای آموزش داده شد.
۷	آزمون اعتبار طرحواره ها، ارائه منطق تکنیک های تجربی و آموزش آن
۸	برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم و آموزش تکنیک به این صورت که ابتدا درمانگر نقش جنبه سالم را بر عهده می گرفت بعد کم کم بیمار نقش جنبه سالم را بر عهده گرفت. تصویرسازی به منظور مداخله، گفتگوی خیالی
۹	کار با تصاویر ذهنی به منظور باز والدینی حد و مرزدار به منظور کمک برای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده و فراهم آوردن آرامش برای بیمار با وارد نمودن بزرگسال سالم. تصویرسازی ذهنی که اغلب مفیدترین شیوه برای شناخت طرحواره ها است در این روش با تصویرسازی ذهنی از کودک آسیب دیده حمایت می شود و خشم بیمار تخلیه می گردد که یکی از موانع شایع این کار اجتناب طرحواره ای است.
۱۰	الگو شکنی رفتاری: در این جلسه بیمار آموزش دید که به جای الگوهای رفتاری که حاصل طرحواره هاست، سبک های مقابله ای سالم تری را جانشین سازد. اولویت بندی رفتارها برای الگو شکنی: درمانگر و بیمار بعد از تهیه فهرست الگوهای زندگی و رفتاری مشکل ساز راجع به مشکل سازترین رفتار یا رفتارها و اینکه کدام رفتارها باید آماج درمان قرار بگیرند، تصمیم گرفتند. در برابر مهم ترین رفتارهای مشکل ساز، رفتارهای سالم احتمالی را به عنوان راه حل جایگزین، مورد بررسی قرار دادند. افزایش انگیزه برای تغییر رفتار، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار
۱۱	الگو شکنی رفتاری، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، شناسایی موانع تغییر رفتار
۱۲	الگو شکنی رفتاری، غلبه بر موانع تغییر رفتار، گفتگو بین جنبه سالم و جنبه مانع

جدول ۲: خلاصه جلسات زوج درمانی هیجان مدار (جانسون، ۲۰۱۹)

جلسه	خلاصه محتوای مداخله
جلسه اول	انتخاب موقعیت، هدف و ارائه آموزش هیجانی؛ شناخت هیجان و موقعیت های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان ها، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه مدت و دراز مدت هیجان ها.
جلسه دوم	انتخاب ارزیابی میزان آسیب پذیری و مهارت های هیجانی اعضا و راجع به عملکرد هیجان ها در فرایند سازگاری انسان و فواید آن ها، نقش هیجان ها در برقرار کردن ارتباط با دیگران و تأثیرگذاری روی آن ها و همچنین سازماندهی و برانگیزاندن رفتار انسان بین اعضا گفتگویی صورت گرفت و مثال هایی از تجربه های واقعی آن ها مطرح شد
جلسه سوم	ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده ی هیجان و جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب، آموزش راهبرد حل مسئله، آموزش مهارت های بین فردی گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض.
جلسه چهارم	تغییر توجه و متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی و در نهایت آموزش توجه
جلسه پنجم	تغییر ارزیابی های شناختی و شناسایی ارزیابی های غلط و اثرات آن ها روی حالت های هیجانی
جلسه ششم	تعدیل پاسخ هدف و تغییر پیامدهای رفتاری و فیزولوژیکی هیجان جهت شناسایی میزان و نحوه ی استفاده از راهبرد بازدارداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، مواجهه، آموزش ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت کننده های محیطی و آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس.
جلسه هفتم	ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد، ارزیابی میزان نیل به اهداف فردی و گروهی، کاربرد مهارت های آموخته شده در محیط های طبیعی خارج از جلسه، بررسی و رفع موانع انجام تکالیف
جلسه هشتم	بررسی مشکلات بین فردی زوجین و اینکه در شرایط تنش زا چه اقداماتی برای بروز هیجانات انجام می دهند. تشخیص چرخه تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که همسران چرخه تعاملی منفی خود را آشکار کنند. ارزیابی رابطه و پیوند دلبستگی زوجین.
جلسه نهم	شکل دهی مجدد به مشکل برجسته احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تأکید بر توانایی مراجع در بیان هیجانات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به همسر، آگاهی دادن به زوجین در مورد تأثیر درس و ساختارهای دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی
جلسه یازدهم	ترغیب به شناسایی نیازهای طرد شده و جنبه های از خود که انکار گردیده است. جلب توجه زوجین به شیوه تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی
جلسه دوازدهم	ایجاد موقعیت های تعاملی جدید بین زوجین و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف سازی الگوی تعاملی و یادآوری نیازهای دلبستگی

ابزار

مقیاس دلدزدگی زناشویی

مقیاس دلدزدگی زناشویی کایزر (۱۹۹۶) شامل ۲۱ گویه است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه ای از اصلاً در مورد من صدق نمی کند= ۱ تا کاملاً در مورد من صدق می کند= ۴ نمره گذاری می شود. کایزر (۱۹۹۶) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ گزارش کرد. در این

پژوهش کایزر (۱۹۹۶) همبستگی منفی بین نمره دلدزدگی و مقیاس شادکامی زناشویی ادراک شده^۱ ($r = -0.56$) و مقیاس صمیمیت زناشویی^۲ ($r = -0.86$) را به عنوان شاخص هایی از واگرایی این ابزار گزارش کرد. ساداتی و همکاران (۲۰۱۴) در نمونه ای شامل ۳۰۰ معلم در شهر

^۱. perceived marital happiness

^۲. marital closeness

ازدواج ۴ نفر (۲۵/۰۰ درصد) ۲ تا ۵ سال، ۳ نفر (۱۸/۷۵ درصد) ۶ تا ۱۰ سال، ۳ نفر (۱۸/۷۵ درصد) ۱۱ تا ۱۵ سال و ۶ نفر (۳۷/۵۰ درصد) ۱۵ سال و بیشتر بود. در گروه گواه، طول مدت ازدواج ۴ نفر (۲۵/۰۰ درصد) ۲ تا ۵ سال، ۳ نفر (۱۸/۷۵ درصد) ۶ تا ۱۰ سال، ۳ نفر (۱۸/۷۵ درصد) ۱۱ تا ۱۵ سال و ۶ نفر (۳۷/۵۰ درصد) ۱۵ سال و بیشتر بود.

جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل چندمتغیری در ارزیابی اثر طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار بر متغیر دلزدگی زناشویی را نشان می‌دهد.

اهواز، روایی همگرایی این ابزار را با محاسبه همبستگی آن با «مقیاس فرسودگی زناشویی»^۱ برابر با ۰/۵۴ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ را برای نمونه‌ای شامل ۳۰۰ معلم برابر با ۰/۷۹ گزارش کردند.

یافته‌ها

در گروه طرحواره درمانی ۴ نفر (۲۵/۰۰ درصد) در طبقه سنی ۲۵-۳۰ سال، ۲ نفر (۱۲/۵۰ درصد) در طبقه سنی ۳۱-۳۵ سال، ۳ نفر (۱۸/۷۵ درصد) در طبقه سنی ۳۶-۴۰ سال و ۷ نفر (۴۳/۷۵ درصد) در طبقه سنی ۴۱-۴۵ سال قرار داشتند. در گروه درمان هیجان مدار ۴ نفر (۲۵/۰۰ درصد) در طبقه سنی ۲۵-۳۰ سال، ۲ نفر (۱۲/۵۰ درصد) در طبقه سنی ۳۱-۳۵ سال، ۳ نفر (۱۸/۷۵ درصد) در طبقه سنی ۳۶-۴۰ سال و ۷ نفر (۴۳/۷۵ درصد) در طبقه سنی ۴۱-۴۵ سال قرار داشتند. در گروه گواه ۴ نفر (۲۵/۰۰ درصد) در طبقه سنی ۲۵-۳۰ سال، ۲ نفر (۱۲/۵۰ درصد) در طبقه سنی ۳۱-۳۵ سال، ۲ نفر (۱۲/۵۰ درصد) در طبقه سنی ۳۶-۴۰ سال و ۸ نفر (۵۰/۰۰ درصد) در طبقه سنی ۴۱-۴۵ سال قرار داشتند. لازم به ذکر است میانگین $\pm$ انحراف معیار سن در گروه طرحواره درمانی $36/43 \pm$ و گروه $1/74$ در گروه درمان هیجان مدار $35/89 \pm$ و گروه گواه $36/87 \pm$ و بدین ترتیب نتایج حاصل از مقایسه میانگین سنی دو گروه نشان داد دو گروه تفاوت معناداری از نظر سن نداشتند ($P=0/876$). در گروه طرحواره درمانی، طول مدت ازدواج ۴ نفر (۲۵/۰۰ درصد) ۲ تا ۵ سال، ۳ نفر (۱۸/۷۵ درصد) ۶ تا ۱۰ سال، ۴ نفر (۲۰/۰۰ درصد) ۱۱ تا ۱۵ سال و ۵ نفر (۳۱/۲۵ درصد) ۱۵ سال و بیشتر بود. در گروه درمان هیجان مدار، طول مدت

^۱. Couple Burnout Measurement

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل چندمتغیری در ارزیابی اثر طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار

متغیر	لامبدای ویلکز	F	درجات آزادی	مقدار احتمال	اندازه اثر	توان آزمون
دلدگی زناشویی	۰/۰۸۸	۴۸/۶۳	۴ و ۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۰۳	۱/۰۰

جدول ۳ نشان می‌دهد اثر اجرای متغیرهای مستقل طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار بر متغیر دلدگی زناشویی معنادار بود. جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار بر متغیر دلدگی زناشویی را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار

متغیر	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	مقدار احتمال	مجذور تا
دلدگی زناشویی	گروه	۳۹۶/۹۳	۲	۱۹۸/۴۶	۴/۴۳	۰/۰۱۸	۰/۱۷۴
	زمان	۳۲۴/۸۴	۱/۴۸	۲۱۸/۵۰	۱۲۴/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴۷
	زمان*گروه‌ها	۳۴۷/۴۲	۲/۹۷	۱۱۶/۸۴	۶۶/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۶۰

جدول ۴ نشان می‌دهد طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار برای گروه‌های مداخله موجب کاهش دلدگی زناشویی نسبت به گروه گواه شدند ($P=0/018$). در جدول ۴ اثر زمان نشان می‌دهد میانگین دلدگی زناشویی در طول زمان مطالعه و سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری را نشان داد ($P=0/001$). در جدول ۴ اثر تعاملی نشان می‌دهد میانگین

دلدگی زناشویی در طول زمان مطالعه بین گروه طرحواره درمانی، گروه درمان هیجان مدار و گروه گواه تفاوت معناداری را نشان داد ($P=0/001$). جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه‌های جفتی میانگین‌های اثر گروه و زمان را برای متغیر دلدگی زناشویی نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه‌های جفتی میانگین‌های اثر گروه و زمان

تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین		مقدار احتمال
	تفاوت میانگین	مقدار احتمال	
طرحواره درمانی	درمان هیجان مدار	-۰/۲۰۰	۱/۰۰۰
	گواه	-۳/۷۳	۰/۰۳۴
	درمان هیجان مدار	-۳/۵۳	۰/۰۴۹
تفاوت زمان‌ها	پس‌آزمون	۳/۷۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱/۳۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲/۳۷	۰/۰۰۱

دلدگی زناشویی

این درمان، اصلی درمان شناختی نادیده گرفته می‌شود همیشه خود را در پویایی‌های یک رابطه نشان می‌دهند، موجب تأثیر در کنشگری رابطه می‌شوند و با رضایت و کاهش تعارض‌های زندگی زناشویی همبستگی دارند (کوروک و اوزاباشی، ۲۰۲۳). طرحواره درمانی باعث ایجاد تغییراتی در زمینه‌های شناختی و تجربی، عاطفی و هیجانی و رفتاری زوجین می‌شود (فارل و همکاران، ۲۰۱۷). فنون طرحواره درمانی کمک می‌کند تا افراد دارای دلزدگی زناشویی با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، بررسی خود یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازند این طرحواره‌ها در عمیق‌ترین سطح شناخت، معمولاً بیرون از سطح آگاهی عمل می‌کنند. در طرحواره درمانی راه‌های مقابله با مشکل مستقیماً بررسی می‌شوند و معمولاً با یافتن راه‌حل‌های مناسب برای مشکلات، رضایت روان‌شناختی حاصل می‌شود. این درمان با به چالش کشیدن طرحواره‌های ناسازگار و پاسخ‌های ناکارآمد در جایگزینی آن با افکار و پاسخ‌های مناسب و طرحواره درمانی با بهبود برخی، سالم‌تر مؤثر بوده است مؤلفه‌های اساسی و مخرب هم چون عواطف و افکار منفی به نظرمی رسد بتواند به‌طور کلی باعث بهبود بهزیستی روان‌شناختی افراد و کاهش تعارضات زناشویی آن‌ها شده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که رویکرد طرحواره درمانی موجب می‌شود زوجین طرحواره‌های مشکل‌آفرین در رابطه زوجی را به خوبی بشناسند و به جای رفتارهای اجتنابی و مقابله‌ای منفی پاسخ مناسبی همسو با ارزش‌های خود بیابند و این امر

جدول ۵ نشان می‌دهد نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی حاکی از تفاوت معنادار میانگین متغیر دلزدگی زناشویی در طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار با گواه و همچنین میانگین متغیر دلزدگی زناشویی در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری بود که نشان‌دهنده اثربخشی که طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار بر متغیر دلزدگی زناشویی در گروه‌های مداخله و تداوم این اثرات در مرحله پیگیری است.

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین تفاوت اثربخشی درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر دلزدگی زناشویی در زوجین بود. نتایج نشان داد درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی هر دو به یک اندازه بر دلزدگی زناشویی در زوجین مؤثر بودند. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش‌های عمادی فر و همکاران (۲۰۲۲)؛ پورعباس وفا و همکاران (۲۰۲۲) و مقیم و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر دلزدگی زناشویی می‌توان گفت طرحواره درمانی، درمانی است مبتنی بر آمیختگی جنبه‌هایی از مدل‌های شناختی، رفتاری و روان رفتاری، به -پویایی که ضمن تأکید بر مؤلفه‌های شناختی متغیر هیجانی، تکنیک‌های تجربی و رابطه درمانی نیز اهمیت می‌دهد و هدف آن تغییر الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی است که در ابتدای رشد و تحول در ذهن افراد شکل گرفته‌اند (فارل ۱ و همکاران، ۲۰۱۴). طرحواره درمانی یک رویکرد بالقوه کارآمد در حل مشکلاتی است که به‌طور عمده از سوی جریان

^۱. Farrell, J. M.

سبب کاهش تعارضات در روابط زوجین می‌شود. یکی از راهبردهای اجتناب در زوجها کناره‌گیری از تعاملاتی است که قبلاً منجر به تعارض شده است. چنین از تعارضات جدید نمی‌شود کناره‌گیری‌هایی نه تنها مانع بلکه باعث می‌شود که خاطره تعارضات همیشه در ذهن طرفین باقی بماند و مانع از بهبود روابط زوجین شود و دزدگی زناشویی را افزایش دهد. رویکرد طرحواره درمانی استفاده از فرمول‌بندی و شناخت طرحواره‌ها با شناسایی الگوهای بزرگ‌تر (طرحواره‌ها) به زوجین کمک می‌کند تا با تفکر بیشتری به رفتارشان نگاه کنند و در جستجوی راه‌هایی برای ایجاد شکل‌های جدید سازگاری توانمند شوند. همچنین آموزش طرحواره درمانی موجب می‌شود که زوجین درک بهتری از رفتارهای طرحواره خواست خود داشته باشند و بر واکنش‌های طرحواره خواست که منجر به دورتر شدن از همچنین با ارزش‌ها می‌شوند بیشتر تسلط داشته باشند انجام تعهدات و رفتارهای ارزشمند به جای افکار مربوط به طلاق و پایان دادن رابطه؛ بیشتر به بازسازی و بهبود آن فکر کنند و تعارضات و دزدگی در آن‌ها کاهش یابد.

در تبیین تأثیر درمان هیجان مدار بر دزدگی زناشویی می‌توان گفت به‌طور کلی درمان هیجان مدار، شیوه‌ای درمانی است که تأکید اصلی آن بر مشارکت هیجانات در الگوهای دائمی ناسازگاری در زوجین آشفته است. تلاش این درمان آشکار ساختن هیجانات آسیب‌پذیر در هریک از زوجین و تسهیل توانایی آن‌ها در ایجاد این هیجانات به شیوه‌های ایمن و محبت‌آمیز است. اعتقاد بر این است که پردازش این هیجانات در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی

سالم‌تر و جدیدتری را به وجود می‌آورد که سبب آرام شدن سطح آشفتگی و افزایش دوست داشتن، صمیمیت و ارتباطی رضایت‌بخش‌تر می‌شود (صیادی و همکاران، ۲۰۱۷). در تبیین دیگر می‌توان گفت هیجانات در کلیه روابط زوجین نقش اساسی دارند و باید به آن‌ها توجه خاصی شود؛ بنابراین می‌توان از درمان هیجان محور برای دزدگی زناشویی استفاده کرد؛ زیرا هم شاخه‌ای از زوج‌درمانی است و هم هیجانات را محور کاردرمانی خود قرار می‌دهد. این نوع درمان، اختلالات و ناسازگاری‌های ارتباطی را مورد توجه قرار می‌دهد و افراد را تشویق می‌کند تا از هیجانات خود صحبت کنند و آن را مورد بحث قرار دهند. در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت، زوج درمانی هیجان مدار با بهبود بخشیدن به روابط زوجین از طریق حل مشکلات هیجانی آن‌ها، شناسایی هیجانات ابراز نشده و سرکوب شده، تصحیح ارتباط دلبستگی زوجین و افزایش صمیمیت از طریق راه حل صحیح ابراز هیجانات و شناسایی نیازهای هیجانی و عاطفی همسر باعث بهبود تعاملات زوجین و به دنبال آن افزایش تعهد، همبستگی و افزایش میزان ابراز محبت و به تبع آن کاهش دزدگی زناشویی در زوجین می‌شود.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی هر دو به یک اندازه بر دزدگی زناشویی در زوجین مؤثر بودند. پیشنهاد می‌شود طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار در برنامه‌های آموزشی زوجها و خانواده‌درمانی گنجانده شود. با اتخاذ چنین روشی، درمانگران می‌توانند دزدگی زناشویی زوجین را شناسایی و روابط صمیمانه بین زوج‌ها و خانواده‌ها را تقویت کنند. این پژوهش نیز

آزاد اسلامی واحد قم، با راهنمایی آقای دکتر ناصر یوسفی است که در سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های IR.IAU.QOM.REC.1402.041 و در تاریخ ۱۴۰۲/۳/۲ ثبت شده است. بدین وسیله از همه زوجینی که در این پژوهش شرکت کردند، همچنین مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی که با همکاری خود امکان این پژوهش را فراهم آوردند تشکر و قدردانی می‌شود. نویسندگان مقاله حاضر هیچ گونه تضاد منافع و منبع مالی نداشتند.

References

- Abbas, J., Aqeel, M., Abbas, J., Shaher, B., Sundas, J., & Zhang, W. (2019). The moderating role of social support for marital adjustment, depression, anxiety, and stress: Evidence from Pakistani working and nonworking women. *Journal of affective disorders*, 244, 231–238. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.071>
- Emadi far, F., Fallah Yakhdani, M. H., Vaziri Yazdi, S., & Chabokinejad, Z. (2022). Offering and Evaluation Therapeutic Model Based on Therapeutic Schema and Compassion-Focused Therapy and Evaluating Its Effectiveness on the on Women's Marital Burnout. *Journal of Applied Psychological Research*, 13(4), 91-108. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.329307.643954>
- 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*
- همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی چون استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی و استفاده از نمونه‌گیری غیر تصادفی روبرو بود؛ بنابراین در تعمیم نتایج احتیاط باید صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران آتی از روش‌های دیگر سنجش و ارزیابی نظیر مصاحبه و روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده کنند.
- ## سپاسگزاری
- مقاله حاضر بخشی از نتایج رساله دکتری خانم الهام محدث پیشنهاد، رشته روانشناسی عمومی در دانشگاه
- Integrated Schema Mode Treatment Programs* (1st Ed.). Wiley-Blackwell.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., Behary, W. T., & Young, J. E. (2017). *Experiencing Schema Therapy from the Inside Out: A Self-Practice/Self-Reflection Workbook for Therapists (Self-Practice/Self-Reflection Guides for Psychotherapists)*. Guilford Press.
- Ghandpazi, F.S., Navabinejad, S., Delavar, A. (2020). Predicting the Family Function based on Early Maladaptive Schemas and Couples Communication Patterns (Case Study: Education). *Iranian Journal of Educational Sociology*, 3(2), 62-69. <http://doi.org/10.52547/ijes.3.2.62>
- Grabowski, A. (2023). Early maladaptive schemas and the quality of marital bond and communication. *Quarterly Journal Fides et Ratio*, 1(53), 9-17. <https://fidesetratio.com.pl/ojs/index.php/FetR/article/view/1160/785>
- Jafari, A., Alami, A., Charoghchian, E., Delshad Noghabi, A., & Nejatian, M. (2021). The impact of effective communication skills training on the status of marital burnout among married women. *BMC Women's Health*, 21(1), 231.

- <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01372-8>
- Johnson, S. (2019). Attachment in action—changing the face of 21st century couple therapy. *Current Opinion in Psychology*, 25, 101-104.
- Kayser, K. (1996). The Marital Disaffection Scale: An inventory for assessing emotional estrangement in marriage. *American Journal of Family Therapy*, 24(1), 83–88. <https://doi.org/10.1080/01926189508251019>
- Körük, S., & Özabacı, N. (2023). How Do Early Maladaptive Schemas and Family Functions Predict Dyadic Marital Adjustment? A Test on Turkish Married Individuals. *Journal of sex & marital therapy*, 49(7), 772–782. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2023.2195857>
- Moghim, F., Asadi, J., & Khajevand Khoshali, A. (2022). A comparison between the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Schema Therapy on marital burnout and marital conflicts of patients referred to Gorgan counseling centers [Research]. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 9(2), 16-34. <https://doi.org/10.32598/shenakht.9.2.16>
- Nejatian, M., Alami, A., Momeniyan, V., Delshad Noghabi, A., & Jafari, A. (2021). Investigating the status of marital burnout and related factors in married women referred to health centers. *BMC Women's Health*, 21(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01172-0>
- Pourabbas vafa, H., Babapour Kheiroddin, J., Livarjani, S., & Moheb, N. (2022). Comparison of the Efficacy of Emotional Schema Therapy and Emotion-Based Therapy on Marital Burnout among Women with Emotional Divorce. *Journal of Modern Psychological Researches*, 17(66), 35-43. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2022.15271>
- Sadati, S. E., Mehrabizadeh Honarmand, M., Sodani, M. (2014). *Validity, reliability and factor analysis of Kayser's Marital Disaffection Scale*. The First National Congress of Family Psychology A step in drawing the desired family model.
- Sayadi, M., Tazik, S. S., Madani, Y., & Gholamali Lavasani, M. (2017). The Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy on Marital Commitment and Couple Burnout in Infertile Couples. *Journal of Education and Community Health*, 4(3), 26-37.
- Stavraianopoulos, K., Faller, G., & Furrow, J. L. (2014). Emotionally Focused Family Therapy: Facilitating change within a family system. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, 13(1), 25–43.
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide* (1st Edition). Guilford Press.
- Zeytinoglu-Saydam, S., Nino, A. (2019). A Tool for Connection: Using the Person-of-the-Therapist Training (POTT) Model in Emotionally Focused Couple Therapy Supervision. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45(2), 233– 243.
- Zhang, C., & Liang, Y. (2023). The impact of education level on marital satisfaction: Evidence from China. *Social Sciences & Humanities Open*, 7(1), 100487. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2023.100487>