

## **Comparison of the effectiveness of McKay cognitive couple therapy and schema therapy on impulsivity and relationship improvement in couples with marital conflict in Qom**

**Maliheh fadaei moghadam<sup>\*</sup>, Hasan khoshakhlagh<sup>\*\*</sup>**

**Hasan Rezaei Jamaloei<sup>\*\*\*</sup>**

### **Abstract**

This study aimed to determine the effect of emotion focused therapy on emotion regulation and social isolation in women with social anxiety the research method was semi-expert-mental, and the research design was two groups with three stages (pre-test and post-test and follow up design). To carry out the research, from first referred women to counseling centers with social anxiety in Isfahan city in 2020, 30 women were selected and randomly assigned into one therapeutic group (with 15 people) and a control group (with 15 people). Emotion regulation questionnaire (Grats, 2004), social isolation questionnaire (Rasell, 1976) and social anxiety (canor,2000) was used to measure the dependent variable in the pre-test and post-test and follow-up. The group of emotion focused therapy received 10 session of treatment. The data were analyzed with the use of multivariate analysis of covariance (MANOVA). The results showed that there is a significant difference

\* Department of psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran,  
m.2001.moghadam@gmail.com

\*\* Department of psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran, (Corresponding Author) khoshakhlagh\_h@yahoo.com

\*\*\* Department of Psychology, NajafAbad Branch, Islamic Azad University, NajafAbad, Iran,  
h.rezayi2@yahoo.com

Date received: 05/12/2021, Date of acceptance: 13/02/2022



Copyright © 2018, This is an Open Access article. This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

between emotion focused therapy With control group in emotion regulation, and social isolation in post-test after controlling for pretest ( $p<0/01$ ).

**Keywords:** emotion focused therapy, emotion regulation, social isolation, social anxiety.



## مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی شناختی مک کی و طرح‌واره‌درمانی بر تکانش‌گری و بهبود عملکرد رابطه در زوجین دارای تعارض زناشویی شهر قم

ملیحه فدایی مقدم\*

حسن خوش اخلاق\*\*، حسن رضائی جمالویی\*\*

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی شناختی مک کی و طرح‌واره‌درمانی بر تکانش‌گری و بهبود عملکرد رابطه در زوجین متعارض شهر قم بود. طرح این پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زوجین دارای تعارض زناشویی شهر قم بود. ۴۵ زوج برای هر ۳ گروه آزمایش و گواه توصیه شد. در این پژوهش از پرسشنامه‌های تکانش‌گری بارت و همکاران ویرایش یازدهم (۲۰۰۴) و عملکرد خانوادگی مک مستر اپستاین و بالدوین و بیشاپ (۱۹۵۰) استفاده شده است. نتایج تحلیل یافته‌ها حاکی از آن بود که با این‌که هر دو روش نسبت به گروه کنترل اثربخشی معنی‌داری بر تکانش‌گری زوجین داشتند ولی بین اثربخشی این دو روش نسبت به هم در تکانش‌گری زوجین تفاوت معنی‌داری نبود.

\* گروه روان‌شناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران (مقاله برگرفته از رساله دوره دکتری است)، m.2001.moghadam@gmail.com

\*\* گروه روان‌شناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران (نویسنده مسئول)،  
khoshakhlagh\_h@yahoo.com

\*\*\* گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران، h.rezayi2@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۱۴، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۲۴



( $F=473/90$  و  $p<0/000$ ) و اثربخشی زوج درمانی شناختی مک کی بر بهبود عملکرد رابطه در زوجین بیشتر از طرحواره درمانی بوده است.

**کلیدواژه‌ها:** تکانشگری، تعارض زناشویی، زوج درمانی شناختی مک کی، طرح‌واره درمانی، عملکرد رابطه.

## ۱. مقدمه

هدف اصلی نظریه‌های خانواده درمانی تمرکز بر تعارض‌های زناشویی بوده است. با این وجود تعارض‌های زناشویی، هنوز پیچیده باقی مانده است، زیرا ما هنوز خانواده را به خوبی نمی‌شناسیم (بهرامینا و همکاران، ۲۰۱۳). مسائل عاطفی و روانی و شخصیتی نیز تحت تأثیر خانواده قرار دارد، چراکه خانواده جایگاهی است که فرد می‌تواند با تکمیل شخصیت خویش آماده پذیرش نقشه‌ای اجتماعی گردد، در خانواده روابط زوجین سیستم پیچیده‌ای است از تعارض تعامل عوامل مختلف که تفاهم و تضاد آن‌ها را پیش‌بینی می‌کند (ریاحی، ۱۳۹۶). وجه روانشناختی بارز در تعارضات زناشویی، ناتوانی افراد در کنترل رفتار و تکانه‌هاست. بنابراین شناسایی سازه‌های روانی مرتبط با نقص در کنترل تکانه‌ها می‌تواند گامی مهم در راستای درک بهتر این تعارضات باشد. یکی از سازه‌هایی که به نظر می‌رسد در کنترل رفتار زوجین موثر باشد، تکانشگری (impulsivity) است. تکانشگری عبارتست از گرایش به واکنش‌های سریع و نسنجیده نسبت به محرک‌های درونی و بیرونی بدون توجه به پیامدهای منفی آن برای فرد و دیگران (ندرکرون، هابن، هافمن، رونس و جانسن، ۲۰۱۰). فقدان برنامه‌ریزی (به معنای گرایش به درگیر شدن در اعمال فوری به جای عمل همراه با تفکر دقیق و برنامه‌ریزی)، فوریت (به معنای مشکل برای مقاومت در برابر تکانه‌های قوی و گرایش به عمل از روی بی‌ملاحظگی در هنگام تجارب هیجانی منفی یا مثبت)، هیجان‌طلبی (به معنای جستجوی هیجان و ماجراجویی) و فقدان پایداری (به معنای مشکل در نگهداشتن توجه بر انجام تکلیف و شکست در تحمل خستگی) مهم‌ترین عناصر مطرح در رفتارهای تکانشگرانه هستند. هم‌چنین تعریف تکانشگری از دیدگاه رفتارشناسی، دربرگیرنده سود کوتاه مدت هر چند بی‌ارزش در برابر دست‌آوردهای بلند مدت ولی با ارزش‌تر می‌باشد (پتری، ۲۰۱۰). تکانشگری و رفتار تکانشی دارای سه ویژگی اساسی است که آن را از اصطلاحات مشابهی مانند بیش واکنش جدا می‌کند.

این رفتارها، شتاب زده، برنامه‌ریزی نشده، بدون فکر و مستعد اشتباه هستند، در حالی که در بیش واکنش به جای تأکید بر سرعت بروز عکس‌العمل، تأکید بر شدت و طول زمانی است که عکس‌العمل رخ می‌دهد (سوان وهلندر، ۲۰۱۲). مطالعات انجام شده به خوبی نشان داده‌اند که تکانشگری به دلیل ضعف در عملکردهای اجرایی و توانایی کنترل تکانه‌ها در افراد تکانشگر موجب اختلال در تعادل و اختلال در رفتارهای هدفمند و خودتنظیمی در افراد و در نهایت کاهش عملکرد در خانواده می‌شود (هان و همکاران، ۲۰۱۶؛ مولر و همکاران، ۲۰۱۳ و فولفرد و همکاران، ۲۰۱۵). مت‌آنالیز دو مرحله‌ای مدلسازی معادلات ساختاری نشان داد که این تأثیرات به دلیل همپوشانی بین تمام جنبه‌های تکانشگری نبوده است. نتایج به روشن شدن نقش تکانشگری در پیشرفت در زمینه تحقیقات پرخاش‌گری کمک می‌کند و همچنین در این پژوهش نشان داده شد، میزان تکانشگری با پرخاش‌گری بین زوجین ارتباط مستقیم دارد (برسین، ۲۰۱۹). شیوع تعارضات در جهان رو به افزایش است و این مشکل در کشورهای در حال توسعه بارزتر می‌باشد (نوربالا و همکاران، ۲۰۱۷). بیش از ۶۰ درصد افراد پس از تعارضات شدید و طلاق به خانواده‌ی اصلی خود برمی‌گردند، بنابراین خانواده اولین و مهمترین منبع برای افراد می‌باشد (کوچکی و همکاران، ۲۰۱۶). خانواده جایگاه مهمی در رشد شخصیت افراد دارد و اغلب افراد دچار تعارضات زناشویی و مشکلات شخصیتی که فاقد عملکرد مناسب هستند از خانواده‌های ناسالم برخاسته‌اند (گلدنبرگ، ۲۰۱۳) اساساً جامعه‌ای سالم قلمداد می‌شود که از خانواده‌هایی با عملکرد سالم برخوردار باشد. همچنین خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط بر برخورداری افراد آن از سلامت روانی و وجود روابط مطلوب با یکدیگر، و عملکرد مؤثر خانواده است. عملکرد مؤثر خانواده منجر به رفع نیازهای اجتماعی و فردی خانواده شده و باعث رشد و تکامل شخصیتی افراد، شکل‌گیری اعتماد به نفس و اجتماعی شدن اعضای خانواده می‌شود. زمانی که یکی از اعضا خانواده دچار مشکل شود همه‌ی خانواده تحت تأثیر این بحران و پیامدهای آن قرار می‌گیرند. از این رو توجه به عملکرد خانواده یکی از مهمترین اصول درمانی و پیشگیری کننده در زوجین می‌باشد (ابایومی و همکاران، ۲۰۱۵). عملکرد خانواده، توانایی خانواده در هماهنگی یا تطابق با تغییرات ایجادشده در طول حیات، حل تضادها و تعارضها، همبستگی بین اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز بین افراد و اجرای قوانین و مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل سیستم می‌باشد (پورتز و همکاران، ۱۹۹۹). عملکرد

خانواده با سلامت روانی اعضا ارتباط دارد و در خانواده‌هایی که میان اعضا بر اساس نزدیکی و صمیمیت و تفاهم بین افراد استوار است، همه‌ی اعضا نسبتاً علیه فشارهای زندگی مقاوم و مصون هستند. بعلاوه عملکرد خانواده معیار پیش‌بینی کننده مناسبی برای سلامت روانی افراد است (شارف، ۲۰۱۵). بعضی ویژگی‌های خانواده دارای عملکرد مطلوب شامل: تعامل ارتباطی باز، کنترل و مهار فشارهای روانی و بکارگیری سبک‌های حل تعارض به طور موثر، همدلی، رهبری، ابراز محبت و علاقه و مسولیت‌پذیری شخصی است (دپاوول، ۲۰۰۶). یکی از دغدغه‌های به روز متولیان اجتماعی و مشاوران خانواده حفظ خانواده و موفقیت آن می‌باشد. از این رو تاکنون پژوهش‌های گوناگونی به روابط خانوادگی، کاهش تعارضات و یا سازه‌های مشابه به آن پرداخته‌اند (شیخ و همکاران، ۲۰۱۸). نظریه‌های مختلف زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی سعی در تبیین روابط همسران و عوامل پیشاینده کیفیت و ثبات زندگی زناشویی دارند و تلاش می‌کنند تا براساس مبانی نظری خود، مداخله‌ها و راهکارهایی را برای کاهش مشکلات و در نتیجه افزایش کیفیت رابطه همسران و خانواده پیشنهاد کنند (برادبری و کارنی، ۲۰۰۴). حجم و تنوع گسترده مشکلات زوجین و خانواده‌ها و سیر به نسبت صعودی آمار طلاق نیاز به کاربرد درمان‌های اثربخش‌تر را می‌طلبد. در این میان رویکردهای خاصی از جمله درمان‌های یک‌پارچه نگر هستند که در دهه‌های اخیر مورد توجه درمانگران خانواده و زوج واقع شده‌اند (آماتو و همکاران، ۲۰۱۸).

در همین راستا معرفی و طرح یک مدل مربوط به عوامل مؤثر بر کیفیت رابطه زناشویی، جنبه‌های مختلفی نظیر ویژگی‌های شخصیتی زوجین می‌تواند تعیین کننده باشد (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۱۳). از این رو این مطالعه با هدف مقایسه رویکرد شناختی مک‌کی و روان‌بنه درمانگری زوجی در کاهش تعارضات زوجین متعارض انجام شد. یکی از رویکردهای درمانی مؤثر بر تعارض زناشویی که با کمک تکنیک‌های مؤثر درمانی منجر به کاهش تعارض زناشویی می‌شود و همچنین به بررسی بازخورد و باورهای گذشته بر ارتباطات کنونی فرد پرداخته است، نظریه طرحواره درمانی (Schema therapy) است (متقی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۷؛ دیماچی و همکاران، ۱۳۹۴).

طرح‌واره‌ها الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در طول زندگی فرد تکرار می‌شوند. در چارچوب واژه‌های

طرح‌واره‌درمانی این الگوها طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نامیده می‌شوند (فارل و روسین، ۲۰۱۴). کاشو و همکاران (۲۰۱۹)، طرح‌واره‌درمانی، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی-رفتاری، دلبستگی، و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی گشتالت، روابط شیئی، سازنده‌گرایی ارزشمند تلفیق کرده است (لانچ، ۲۰۱۷). طرح‌واره‌درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، تجربی (هیجانی)، رفتاری و بین‌فردی، بیماران را در غلبه بر طرح‌واره‌های مذکور یاری می‌دهد. هدف اولیه این مدل روان‌درمانی ایجاد آگاهی روانشناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرح‌واره‌هاست و هدف نهایی آن بهبود طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (مندلر، ۲۰۱۷). طرح‌واره‌درمانی سه دسته تکنیک درمانی عمده را با یکدیگر تلفیق کرده و در فرآیند درمان از این تکنیک‌ها بسته به شرایط درمانی بهره‌گرفته می‌شود. این سه دسته تکنیک عمده عبارتند از: تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تجربی (یانگ، ۲۰۱۶). در تکنیک‌های تجربی به بیمار کمک می‌شود که با طرح‌واره‌ها در سطح عاطفی بجنگد و هدف از تکنیک‌های شناختی طرح‌واره‌درمانی کمک به بیمار برای بیان واضح‌ندایی سالم است که از طریق آن بتواند با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه اش به چالش برخیزد و در برابر آنها دست به استدلال منطقی-عقلانی بزند (موسوی و همکاران، ۲۰۱۶). در واقع تکنیک‌های شناختی به بیمار کمک می‌کنند، بتوانند برای زیر سوال بردن طرح‌واره‌ها، صدای سالمی در ذهن خویش به‌وجود بیاورند و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازند (کلیبرت و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین در پژوهش‌های مختلف به این نتیجه رسیدند که طرح‌واره‌درمانی برای درمان انواع اختلالات خوشه c، که اکثراً دارای اختلال در عملکرد هستند، موثر است (دنزل و همکاران، ۲۰۲۱). در پژوهشی اثربخشی این درمان را بر بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که موضوع اصلی آنها تکانشگری است، مفید ارزیابی کردند. ذاکرزاده و همکاران، (۱۳۹۸)، نیز در پژوهشی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی را بر تکانشگری بررسی و تایید کردند. در رویکرد طرح‌واره‌درمانی تمرکز بر آگاهی و افزایش بینش و درک نقش طرح‌واره‌ها در حفظ موقعیت‌های مساله‌آفرین و همچنین تعدیل نحوه فعالسازی و عمل طرح‌واره‌هاست (هوارد، ۲۰۱۱). تجزیه و تحلیل اطلاعات در پژوهشی نشان داد، زوج‌درمانی طرح‌واره‌محور بر بهبود عملکرد زوجین تأثیر معنادار مثبت داشته است. در حقیقت نتیجه

این بود که طرحواره‌های ناسازگار اولیه زوجین در زندگی زناشویی، عامل مهمی در شکل‌گیری عملکرد مختل آن‌ها است (بهمنی و همکاران، ۲۰۱۱).

روش دیگری که در این پژوهش استفاده شد، روش زوج‌درمانی شناختی مکی بود. درمان شناختی - رفتاری علاوه بر پرداختن به بازسازی شناختی، انواع مداخله‌های رفتاری را جهت تقویت مهارت‌های مقابله‌ای مورد استفاده قرار می‌دهد. همچنین این روش مداخله‌ای به طور همزمان نقش فرایندهای شناختی و رفتاری را مورد تأکید قرار داده و فرصتی را برای افراد فراهم می‌آورد تا بتوانند شیوه‌های لازم برای شناسایی و اصلاح رفتار و رفتارهای خودتخریبی را آموخته و به هنگام رویارویی با مسایل مختلف در آینده از آن‌ها استفاده نمایند (کاربون، پلگ، بارنز و شلهاز، ۲۰۱۴). در نظریه‌های شناختی اعتقاد بر آن است که افراد شادمان از نظر فرهنگی رویدادهای خوشایند بیشتری را تجربه می‌کنند و علاوه براین، رویدادهای خنثی را به صورت مثبت و رویدادهای مثبت را مثبت‌تر در نظر می‌گیرند. درواقع، افراد شادمان قادرند از طریق کنترل افکار خود، بهزیستی ذهنی و احساس شادی‌شان را افزایش دهند. درمان شناختی رفتاری بر چهار محور تغییرات شناختی، مهارت‌های رفتاری، مهارت‌های ارتباطی و مهارت‌های حل مساله و مهارت‌های حل تعارض مبتنی است (آلن، ۲۰۱۸). از جمله مهارت‌های شناختی می‌توان به آشنایی افراد در حوزه‌های شناختی و تکنیک‌های درمان شناختی اشاره کرد. همچنین مهارت‌های رفتاری، آشنایی افراد در حوزه‌های الگوی مبادله اجتماعی و اصل تقابل، عینیت و تصریح رفتاری و مبادله رفتاری را شامل می‌شود. از حوزه‌های مهارت‌های ارتباطی می‌توان به حوزه‌های اصول ارتباط، مهارت ارتباط مثبت، تاثیر ارتباط بر زندگی فردی، الگوهای ارتباطی رایج میان افراد و برنامه‌های آموزش ارتباطی اشاره نمود. مهارت‌های حل تعارض و حل مساله نیز شامل آشنایی افراد در حوزه‌های الگوهای تعارض، نظریه‌های تعارض، روش‌های حل تعارض و مهارت حل مساله می‌باشد (عظیمی‌فر، ۱۳۹۳). پیرفلک، سودانی و شفیع‌آبادی (۱۳۹۳) در پژوهش خود اثربخشی زوج‌درمانی شناختی - رفتاری را بر دلزدگی زناشویی مورد بررسی قرار دادند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که مداخلات شناختی - رفتاری موجب کاهش دلزدگی زناشویی زوجین و مؤلفه‌های آن شامل خستگی جسمانی، ازپافتادگی عاطفی و ازپافتادگی روانی شده است. نتایج پژوهش‌های اندرسون و همکاران (۲۰۲۱)، کاویانی، عنایتی (۱۳۹۳)، حمیدی، کیانی مقدم و حسین‌زاده (۱۳۹۴)، عظیمی‌فر، فاتحی‌زاده، بهرامی و عابدی (۱۳۹۵)، خانجانی، شفیع‌آبادی، فرزاد و



فاتحی‌زاده (۱۳۹۵)، محمدی و همکاران (۱۳۹۵)، اسکندری و آریان پویان (۱۳۹۸)، الماسی، آکاجیان و ماراسی (۲۰۱۳)، آبراموتیزو و همکاران (۲۰۱۶)، اپستین و ژنگ (۲۰۱۷)، بلانت، پترسون و مونسون (۲۰۱۸)، دارسانا، سارنی، سادارسانا، پارامارتا (۲۰۲۰)، ژانگ، یانگ، سونگ و جین (۲۰۲۰)، نشان داده است که درمان شناختی می‌تواند بر مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی، عاطفی و ارتباطی و در نهایت در بهبود عملکرد رابطه در زوجین مؤثر باشد. از این رو پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سوال بود که آیا بین اثربخشی زوج‌درمانی شناختی مک کی و طرح‌واره درمانی بر تکانشگری و بهبود عملکرد رابطه در زوجین دارای تعارض زناشویی شهر قم تفاوتی وجود دارد؟

## ۲. روش تحقیق

طرح این پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه گواه و شامل مراحل اجرایی زیر بود: ۱- جایگزین کردن تصادفی آزمودنی‌ها ۲- اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها ۳- اجرای متغیر مستقل روی گروه‌های آزمایشی ۴- اجرای پس‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها ۵- اجرای آزمون پیگیری و جمع‌آوری داده‌ها (طی سه مرحله با فاصله زمانی ۴۵ روز). متغیرهای مستقل شامل زوج‌درمانی طرح‌واره محور و رویکرد شناختی مک کی بود که براساس تعریف پروتکل که در ذیل آمده است و با توجه به نیاز آزمودنی‌ها، هر یک طی ۱۰ جلسه یک ساعت و نیم به‌صورت هفتگی انجام شد و نمرات پرسشنامه‌های تکانشگری و عملکرد خانواده به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شدند. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زوجین دارای تعارض زناشویی بود که جهت حل مشکلاتشان به کلینک‌های روانشناختی مراجعه کرده بودند. در اکثر پروژه‌های تحقیقی محدودیت‌های مالی، وقت و نیروی انسانی، اندازه نمونه‌ای را که لازم است مورد مطالعه قرار گیرد محدود می‌سازند. برای نمونه‌گیری با توجه به اینکه برای گروه‌های آزمایش و کنترل بهتر هست که بین ۸ تا ۱۸ نفر در نظر گرفته شود، ۱۵ زوج برای هر گروه و جمعا ۴۵ زوج برای هر ۳ گروه آزمایش و کنترل توصیه شد (دلاور، ۱۳۸۳). با توجه به موارد بالا و معیارهای ورود به تحقیق، نمونه‌های به حجم روش نمونه‌گیری هدفمند (به دلیل وجود محدودیت‌های مختلف امکان استفاده از نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت)، با جایگزین تصادفی، از بین افراد جامعه آماری انتخاب شد. معیارهای

شمول این تحقیق عبارتند از: وجود تعارض زناشویی با توجه به نتایج پرسشنامه تعارض زناشویی ثنایی و همکاران (۱۳۷۹)، عدم اعتیاد، دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم. سپس از افراد به صورت شفاهی و کتبی فرم رضایت شرکت در پژوهش گرفته شد و نمونه انتخابی به صورت زوج بدین ترتیب که در هر گروه تعداد، جایگزینی تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. با توجه به شیوع بالای این تعارضات این مطالعه تنها بر روی زوجین دارای تعارض انجام شد. نمونه مورد مطالعه شامل ۴۵ زوج دارای تعارض زناشویی بود که از طریق جایگزینی تصادفی در ۳ گروه ۱۵ زوجی قرار گرفت. مداخلات (به صورت گروه درمانی) در ۳ گروه شامل: گروه اول درمان شناختی مک کی (پروتکل ۱۰ جلسه‌ای، یک و نیم ساعته) گروه دوم طرح‌واره درمانی (پروتکل ۱۰ جلسه‌ای، یک و نیم ساعته) و گروه سوم، گروه گواه (عدم مداخله درمانی و صرفاً اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون) بود. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند از:

(۱) تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش

(۲) وجود تعارض زناشویی

(۳) تحصیلات دیپلم به بالا.

(۴) دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال

معیارهای خروج از پژوهش نیز به شرح ذیل بود:

(۱) غیبت در بیش از ۳ جلسه از کل جلسات درمانی

(۲) شرکت نکردن همزمان در هر نوع مداخله آموزشی دیگر

مقیاس تکانشگری بارت ویرایش یازدهم: این مقیاس از ۳۰ ماده تشکیل شده است که یک نمره کل و سه زیر مقیاس را می‌سازند. زیرمقیاس‌های آن عبارتند از: ۱- تکانشگری توجهی یا شناختی ( ۵، ۱۱، ۲۸، ۶، ۲۴، ۲۶) ۲- تکانشگری حرکتی (۲، ۳، ۴، ۱۷، ۱۹، ۲۲، ۲۵، ۱۶، ۲۱، ۲۳، ۳۰) و ۳- تکانشگری بی‌برنامگی (۱۴، ۱۸، ۲۷، ۱، ۷، ۸، ۱۲، ۱۳، ۱۰، ۱۵، ۲۹). تکانشگری توجهی یا شناختی معرف تحمل پیچیدگی‌ها و مقاومت‌ها در شرایط تصمیم‌گیری بلافاصله است. تکانشگری حرکتی نشان‌دهنده عمل بدون تفکر است و تکانشگری مبتنی بر بی‌برنامه‌گی، مبین عدم آینده‌نگری در رفتار و اعمال است. نمره‌گذاری به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای (۱ به ندرت تا ۴ همیشه) است. از مجموع

نمرات پرسشنامه می‌توان به نمره کل تکانشگری دست یافت. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳، خرده مقیاس توجهی یا شناختی ۰/۷۴، خرده مقیاس حرکتی ۰/۷۴ و خرده مقیاس بی‌برنامگی ۰/۷۳ گزارش شده است. همچنین این مقیاس با سایر پرسشنامه‌های خودگزارشی تکانشگری مانند مقیاس هیجان خواهی ذاکرمن، مقیاس تکانشگری آیزنک و مقیاس بازداری و فعال سازی رفتاری، هم‌بستگی بالای ۰/۷۰ دارد (استنفورد و همکاران، ۲۰۰۹). مقیاس تکانشگری بارت در ایران نیز هنجاریابی انجام شد. ضریب آلفا به ترتیب ۰/۸۳ برای کل آزمون، ۰/۷۸ برای تکانشگری توجه، ۰/۶۳ برای تکانشگری حرکتی و ۰/۴۷ برای تکانشگری بی‌برنامگی گزارش شد (اختیاری و همکاران، ۱۳۸۷). همچنین در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه (و مؤلفه‌های آن) در دامنه‌ای از ۰/۶۹ تا ۰/۷۲ بدست آمد.

مقیاس عملکرد خانواده: این مقیاس برای سنجیدن عملکرد خانواده بر اساس الگوی مک مستر تدوین شده است و شامل ۵۳ سؤال هست. این الگو خصوصیات ساختاری و شغلی و تعاملی خانواده را معین می‌سازد. جهت تهیه این پرسشنامه، نسخه انگلیسی پرسش‌نامه FAD-53 با نسخه فارسی مقیاس سنجش خانواده ۶۰ آیتمی به ترجمه ثنائی تطبیق داده شده است. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه شامل حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده هست. روایی هم‌زمان پرسش‌نامه با پرسشنامه ۶۰ آیتمی عملکرد خانواده انجام شده. پایایی با آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ ذکر شده است (ثنائی و همکاران، ۱۳۸۷).

### ۳. مداخله

برنامه درمانی زوج‌درمانی: کاربردی آزمایش در این تحقیق اعمال زوج‌درمانی شناختی مک کی و طرحواره بر گروه‌های آزمایش بود. مداخله زوج‌درمانی شناختی مورد استفاده در این پژوهش بر اساس مدل درمان مک کی، متیو و فانینگ، پاتریک و پالگ، کیم (۲۰۰۷) بود. این مداخله بر پایه مهارت‌آموزی به زوجین بود. هدف ایجاد دانش و نگرش مشترک و سپس آموزش مهارت بود. در این دوره که ۱۰ جلسه ۱ و نیم ساعته طول کشید، مسائل زیر عنوان شد:

جدول ۱. عنوان موضوعات و خلاصه‌ای از جلسات برنامه درمانی زوج‌درمانی شناختی مک کی

جلسات	عناوین مطالب ارائه شده
جلسه اول	برقراری ارتباط و ایجاد رابطه حسنه و آشنایی با اصول و اهداف زوج‌درمانی شناختی - رفتاری
جلسه دوم	بررسی و شناخت اهداف اعضا از شرکت در جلسات
جلسه سوم	شناسایی باورها و انتظارات غیرواقع بینانه زوجین از طریق ارائه مهارت‌های شناختی
جلسه چهارم	اصلاح خطاهای شناختی، رفع سوء تفاهم ناشی از برداشت‌های غلط یا متفاوت از یکدیگر جایگزین کردن باورها و انتظارات واقع بینانه (مهارت‌های شناختی)
جلسه پنجم	آموزش مهارت‌های ارتباطی مؤثر بین زوجین (ارتباط کلامی و غیر کلامی درک همدلانه - گوش‌دادن فعال)
جلسه ششم	شناخت الگوهای تقویت و تنبیه هر یک از همسران، افزایش تقویت‌کننده‌های مثبت و افزایش تبادلات رفتاری مثبت (مهارت‌های رفتاری)
جلسه هفتم	آموزش مهارت حل مسئله و نقش آن در کاهش عوامل مربوط به تعارض زناشویی
جلسه هشتم	تعریف تعارض بین زوجین، علل ایجاد تعارضات، مهم‌ترین شیوه‌های حل تعارض - علت سبک‌های مقابله‌ای متفاوت در تعارضات - شیوه‌های حل تعارض شایع و ناکارآمد - شناخت غالب‌ترین الگوهای حل تعارض
جلسه نهم	مدیریت خشم در روابط همسران - بیان هدف که شامل یادگیری منطقی مدیریت خشم، آشنا کردن و توانمندسازی زوجین در زمینه مدیریت خشم و زیر رفتارهای ناسازگارانه در مورد خشم
جلسه دهم	شناسایی مسائل مربوط به عملکرد روابط جنسی و نقش آنها در بروز تعارض زناشویی

پروتکل طرح‌واره درمانی زوجین، طراحی فرآیند طرح‌واره درمانی نیز بر اساس مدل طرح‌واره درمانی یانگ (یانگ، کلووسکو و ویشار، ۲۰۰۳) در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در نظر گرفته شد. محتوای جلسات درمانی عبارت بود از:

جدول ۲. عنوان موضوعات و خلاصه‌ای از جلسات مدل طرح‌واره درمانی یانگ

جلسات	موضوع
اول	توضیح مدل طرح‌واره به زبان ساده و شفاف برای زوجین و چگونگی شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، ویژگی‌های طرح‌واره ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی و حوزه‌های آن، عملکردهای طرح‌واره و سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار.

## مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی شناختی ... (ملیحه فدایی مقدم و دیگران) ۱۵۱

دوم	آموزش به زوجین در خصوص طرح‌واره‌ها. مفهوم‌سازی مشکل زوجین طبق رویکرد طرح‌واره محور و جمع‌آوری کلیه اطلاعات به‌دست‌آمده در مرحله سنجش. شناسایی حوزه‌های مختل طرح‌واره مربوط به زوجینان، بررسی شواهد عینی تأییدکننده و طردکننده طرح‌واره‌ها بر اساس شواهد زندگی گذشته و فعلی زوجین.
سوم	آموزش دو فن از فن‌های شناختی طرح‌واره درمانی شامل آزمون اعتبار طرح‌واره و تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرح‌واره.
چهارم	آموزش و تمرین دو فن شناختی دیگر شامل ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای زوجین و برقراری گفتگو بین جنبه طرح‌واره و جنبه سالم و یادگیری پاسخ‌های جنبه سالم توسط زوجین.
پنجم	آموزش فن‌های تهیه و تدوین کارت‌های آموزشی طرح‌واره هنگام مواجهه با موقعیت برانگیزاننده طرح‌واره. نوشتن فرم ثبت طرح‌واره در طی زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرح‌واره‌ها.
ششم	ارائه منطبق استفاده از فن‌های تجربی، تصویرسازی ذهنی، مفهوم‌سازی تصویر ذهنی در قالب طرح‌واره و اجرای گفتگوهای خیالی. تقویت مفهوم «بزرگ‌سال سالم» در ذهن زوجین و شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و جنگیدن علیه طرح‌واره‌ها در سطح عاطفی.
هفتم	ایجاد فرصتی برای زوجین جهت شناسایی احساساتش نسبت به والدین و نیازهای برآورده نشده‌اش توسط آن‌ها. کمک به زوجین برای بیرون ریختن عواطف بلوکه‌شده با حادثه آسیب‌زا و فراهم نمودن زمینه حمایت برای زوجین.
هشتم	پیدا کردن راه‌های جدیدی برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی. تهیه فهرست جامعی از رفتارهای مشکل‌ساز و تعیین اولویت‌های تغییر و مشخص نمودن آماج‌های درمانی.
نهم	تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین رفتار. تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید. بازنگری مزایا و معایب رفتارهای ناسالم و سالم.
دهم	غلبه بر موانع تغییر رفتار. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و اجرای پسرآزمون. لازم به ذکر است که در این شیوه درمانی نیز در هر جلسه علاوه بر مرور جلسه و تمرینات جلسه قبل تکالیف خانگی نیز داده می‌شد.

### ۴. شیوه اجرای پژوهش

بعد از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، از آزمودنی‌های سه گروه خواسته شد که در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این جلسه ضمن تشریح اهداف پژوهش، به‌منظور رعایت اصول اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها به‌صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و آنان اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله که بخواهند، مختارند از ادامه پژوهش انصراف دهند. همچنین از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی گرفته شد که در قبال ارائه خدمات روان‌شناختی، نتیجه پژوهش بدون ذکر نام گزارش شود. لازم به ذکر است که مراجع برای امضای این رضایت‌نامه، اختیار

کامل داشتند. همچنین با آگاهی دادن به آزمودنی‌های گروه کنترل در زمینه ضرورت دریافت درمان در پایان اجرای طرح پژوهشی، از آن‌ها درخواست شد برای دریافت کمک به مراکز مشاوره مراجعه نمایند. سپس از هر سه گروه پیش‌آزمون به عمل آمد. شرکت‌کنندگان پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل نمودند. سپس یکی از گروه‌های آزمایش تحت زوج‌درمانی شناختی مک کی و گروه آزمایشی دوم تحت درمان طرح‌واره درمانی قرار گرفت، گروه گواه هیچ نوع درمانی دریافت نکرد. داگاس و رابی چاوود (۲۰۰۷) معتقدند که وجود مرحله پیگیری دوماهه، برای ارزیابی ماندگاری اثرات درمان کافی است. بنابراین به منظور ارزیابی پایایی اثربخشی درمان، باگذشت ۴۵ روز از پایان هر یک از درمان‌ها نیز مرحله پیگیری صورت گرفت. جهت جمع‌آوری اطلاعات و آزمون فرضیات پژوهشی از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، فراوانی و درصد) و آمار استنباطی (آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، آزمون تعقیبی بن فرونی) استفاده شد. همچنین داده‌های جمع‌آوری شده از طریق نرم‌افزار ۱۹ Spss مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

## ۵. نتایج

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته درمان‌ها بر مولفه‌های نکاتشگری

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F ارزش	سطح معناداری	مجذور اتا	توان
مرحله	۱۸۶۶/۸۵	۱/۴۶۶	۱۲۷۳/۵۲	۲۴۱/۸۲	۰/۰۰۰	۰/۸۵۲	۱/۰۰
مرحله*گروه	۱۱۹۶/۹۰	۲/۹۳۲	۴۰۸/۲۴	۷۷/۵۲	۰/۰۰۰	۰/۷۸۷	۱/۰۰
متغیر	۷۵۶۶/۹۳	۱/۸۹۳	۳۹۹۶/۳	۹۵/۷۹	۰/۰۰۰	۰/۶۹۵	۱/۰۰
متغیر*گروه	۳۷۱/۴۵	۳/۷۸۷	۹۸/۱۱۲	۲/۳۵	۰/۰۶۴	۰/۱۰۱	۰/۶۳۹
مرحله*متغیر	۱۷۸/۴۳	۳/۲۷۰	۵۴/۵۷۳	۱۳/۴۰	۰/۰۰۰	۰/۲۴۲	۰/۰۰
مرحله*متغیر*گروه	۱۶۵/۰۵	۶/۵۳۹	۲۵/۲۴۱	۶/۱۹۸	۰/۰۰۰	۰/۲۲۸	۰/۹۹۹
گروه	۲۰۹۱/۴۸	۲	۱۰۴۵/۷۴۱	۱۵/۱۰۸	۰/۰۰۰	۰/۴۱۸	۰/۹۹۹
خطا	۲۹۰۷/۰۵	۴۲	۶۹/۲۱۶				

در جدول ۴، مشاهده می‌شود اثر اصلی مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) معنی‌دار است ( $F=241.80, p<0.000, \eta^2=0.852$ ). اثر متقابل گروه با مرحله معنی‌دار است

مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی ... (ملیحه فدایی مقدم و دیگران) ۱۵۳

( $F=1.25, \eta^2=0.56, p<0.001$ ) اثر متقابل گروه با متغیر معنی دار است (،  $F=77.52, \eta^2=0.78, p<0.001$ ) اثر متقابل متغیر باگروه و با مرحله معنی دار نشده است (،  $F=2.35, \eta^2=0.10, p<0.001$ ) نتایج به دست آمده نشان می دهد در کل بین گروه ها تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F=15.10, p<0.001, \eta^2=0.418$ ) این نتایج نشان می دهد که تفاوت های معنی داری در مراحل و گروه های مختلف وجود دارد. در ادامه به منظور بررسی دقیق تر چگونگی این تفاوت ها نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای تمامی مولفه ها به ترتیب گزارش شده است.

جدول ۵. میانگین ها و مقایسه ی زوجی بر نمرات مولفه های تکانشگری براساس آزمون بن فرونی

مرحله	گروه ۱	گروه ۲	میانگین ها تفاوت	انحراف معیار	معنی داری
پیش آزمون	کنترل	شناختی مک کی	-۰/۲۶۷	۱/۶۳۸	۰/۹۸۵
	کنترل	طرحواره محور	-۰/۴۶۷	۱/۶۳۸	۰/۹۵۶
	شناختی مک کی	طرحواره محور	-۰/۲۰۰	۱/۶۳۸	۰/۹۹۲
پس آزمون	کنترل	شناختی مک کی	۱۱/۴۰۰*	۱/۶۸۸	۰/۰۰۰
	کنترل	طرحواره محور	۱۲/۲۰۰*	۱/۶۸۸	۰/۰۰۰
	شناختی مک کی	طرحواره محور	۰/۸۰۰	۱/۶۸۸	۰/۸۸۴
پیگیری	کنترل	شناختی مک کی	۷/۸۰۰*	۱/۶۲۷	۰/۰۰۰
	کنترل	طرحواره محور	۸/۷۳۳*	۱/۶۲۷	۰/۰۰۰
	شناختی مک کی	طرحواره محور	۰/۹۳۳	۱/۶۲۷	۰/۸۳۵
پیش آزمون	کنترل	شناختی مک کی	۰/۳۳۳	۱/۹۶۶	۰/۹۸۴
	کنترل	طرحواره محور	۰/۴۶۷	۱/۹۶۶	۰/۹۶۹
	شناختی مک کی	طرحواره محور	۰/۱۳۳	۱/۹۶۶	۰/۹۹۷
پس آزمون	کنترل	شناختی مک کی	۸/۳۳۳*	۱/۸۰۹	۰/۰۰۰
	کنترل	طرحواره محور	۱۰/۲۶۷*	۱/۸۰۹	۰/۰۰۰
	شناختی مک کی	طرحواره محور	۱/۹۳۳	۱/۸۰۹	۰/۵۳۹
پیگیری	کنترل	شناختی مک کی	۶/۹۳۳*	۱/۷۱۸	۰/۰۰۱
	کنترل	طرحواره محور	۸/۴۶۷*	۱/۷۱۸	۰/۰۰۰
	شناختی مک کی	طرحواره محور	۱/۵۳۳	۱/۷۱۸	۰/۶۴۸

تفاوت‌ها	پیش‌آزمون	کنترل	شناختی مک کی	-۰/۷۳۳	۰/۹۷۷	۰/۷۳۵
		کنترل	طرحواره محور	-۰/۶۰۰	۰/۹۷۷	۰/۸۱۳
		شناختی مک کی	طرحواره محور	۰/۱۳۳	۰/۹۷۷	۰/۹۹۰
	پس‌آزمون	کنترل	شناختی مک کی	۳/۳۳۳	۱/۴۰۵	۰/۰۵۷
		کنترل	طرحواره محور	۴/۰۶۷*	۱/۴۰۵	۰/۰۱۶
		شناختی مک کی	طرحواره محور	۰/۷۳۳	۱/۴۰۵	۰/۸۶۱
	پیگیری	کنترل	شناختی مک کی	۲/۵۳۳	۱/۱۷۱	۰/۰۹۰
		کنترل	طرحواره محور	۳/۲۰۰*	۱/۱۷۱	۰/۰۲۴
		شناختی مک کی	طرحواره محور	۰/۶۶۷	۱/۱۷۱	۰/۸۳۷

در جدول ۵، مشاهده شد در پیش‌آزمون بین نمرات مولفه تکانشگری توجهی گروه مک کی و طرحواره محور تفاوت معنی‌دار ( $P > ۰/۹۹۲$ ) وجود ندارد. بین نمرات مولفه تکانشگری توجهی گروه مک کی و طرحواره محور تفاوت معنی‌دار ( $P > ۰/۸۸۴$ ) وجود ندارد. در مطالعات پیگیری نیز مشاهده شد که بین نمرات مولفه توجهی دو گروه تفاوت معنی‌دار ( $P > ۰/۸۳۵$ ) نیست. در پیش‌آزمون بین نمرات مولفه تکانشگری حرکتی گروه مک کی و طرحواره محور تفاوت معنی‌دار ( $P > ۰/۹۹۷$ ) وجود ندارد. بین نمرات مولفه تکانشگری حرکتی گروه مک کی و طرحواره محور تفاوت معنی‌دار ( $P > ۰/۵۳۹$ ) وجود ندارد. در مطالعات پیگیری نیز مشاهده شد که بین دو گروه تفاوت معنی‌دار ( $P > ۰/۶۴۸$ ) نیست. در پیش‌آزمون بین نمرات مولفه تکانشگری بی‌برنامگی گروه مک کی و طرحواره محور تفاوت معنی‌دار ( $P > ۰/۹۹۰$ ) وجود ندارد. بین نمرات مولفه تکانشگری بی‌برنامگی گروه مک کی و طرحواره محور تفاوت معنی‌دار ( $P > ۰/۸۶۱$ ) وجود ندارد. در مطالعات پیگیری نیز مشاهده شد که بین دو گروه تفاوت معنی‌دار ( $P > ۰/۹۷۸$ ) نیست.

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس آمیخته چند متغیری درمان‌ها بر مولفه‌های عملکرد خانواده

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F ارزش	سطح معناداری	مجذور اتا	توان
مرحله	۱۰۵۶/۷۷۵	۱/۳۱۲	۸۰۵/۲۴۴	۱۲۴/۷۹	۰/۰۰	۰/۷۸۴	۱/۰۰
مرحله*گروه	۹۷۳/۵۵۱	۲/۶۲۵	۳۷۰/۹۱۴	۵۷/۴۸۱	۰/۰۰۰	۰/۷۳۲	۱/۰۰
متغیر	۸۹۹۳۲/۸۲	۱/۸۰۲	۴۹۹۰۸/۹۱	۹۸۳/۷۹	۰/۰۰۰	۰/۹۵۹	۰/۰۰



مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی شناختی ... (ملیحه فدایی مقدم و دیگران) ۱۵۵

متغیر*گروه	۱۳۶/۴۴۰	۳/۶۰۴	۳۷/۸۵۹	۰/۷۴۶	۰/۵۵۱	۰/۰۳۴	۰/۲۲
مرحله*متغیر	۳۷/۵۹۵	۲/۸۵۲	۱۳/۱۸۲	۳/۵۲۱	۰/۰۱۹	۰/۰۷۷	۰/۷۶
مرحله*متغیر*گروه	۲۹/۹۹۰	۵/۷۰۴	۵/۲۵۸	۴/۴۰۴	۰/۲۲۱	۰/۰۶۳	۰/۵۲
گروه	۲۰۷۳/۶۶	۲	۱۰۳۶/۸۳	۱۲/۰۵۹	۰/۰۰۰	۰/۳۶۵	۰/۹۹
خطا	۳۶۱۱/۰۳	۴۲	۸۵/۹۷۷				

در جدول ۷، مشاهده شد اثر اصلی مرحله (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) معنی دار است ( $F=124.79, p<0.000, \eta^2=0.748$ ). اثر متقابل گروه با مرحله معنی دار است ( $F=0.25, p<0.001, \eta^2=0.732$ ). اثر متقابل گروه با متغیر معنی دار نشده است ( $F=1.40, p<0.001, \eta^2=0.56$ ). اثر متقابل متغیر با گروه و با مرحله معنی دار نشده است ( $F=1.40, p>0.221, \eta^2=0.063$ ). نتایج به دست آمده نشان داد در کل بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F=5.91, p<0.008, \eta^2=0.22$ ). این نتایج نشان داد که تفاوت‌های معنی‌داری در مراحل و گروه‌های مختلف وجود دارد. در ادامه به منظور بررسی دقیق‌تر چگونگی این تفاوت‌ها نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای تمامی متغیرها به ترتیب گزارش شده است.

جدول ۸. میانگین‌ها و مقایسه‌ی زوجی نمرات مولفه‌های عملکرد خانواده براساس آزمون بن فرونی

میانگین	مرحله	گروه ۱	گروه ۲	میانگین‌ها تفاوت	انحراف معیار	معنی داری
تفاوتی	پیش آزمون	کنترل	شناختی مک کی	-۰/۵۳۳	۲/۱۷۷	۰/۹۶۷
		کنترل	طرحواره محور	۰/۲۶۷	۲/۱۷۷	۰/۹۹۲
		شناختی مک کی	طرحواره محور	۸/۰۰	۲/۱۷۷	۰/۹۲۸
	پس آزمون	کنترل	شناختی مک کی	*-۹/۹۳۰	۲/۰۱۲	۰/۰۰۰
		کنترل	طرحواره محور	*-۴/۹۳۳	۲/۰۱۲	۰/۰۴۸
		شناختی مک کی	طرحواره محور	*۵/۰۰	۲/۰۱۲	۰/۰۴۴
پیگیری	کنترل	شناختی مک کی	*-۸/۲۶۷	۲/۱۵۵	۰/۰۰۱	
	کنترل	طرحواره محور	-۳/۰۰۰	۲/۱۵۵	۰/۳۵۴	
	شناختی مک کی	طرحواره محور	*۵/۲۶۷	۲/۱۵۵	۰/۰۴۸	
	کنترل	شناختی مک کی	۰/۶۶۷	۱/۸۰۴	۰/۹۲۸	
تفاوتی	پیش آزمون	کنترل	طرحواره محور	۰/۶۰۰	۱/۸۰۴	۰/۹۴۱
		شناختی مک کی	طرحواره محور	-۰/۰۶۷	۱/۸۰۴	۰/۹۹۹
		کنترل	شناختی مک کی	*-۶/۳۳	۱/۸۰۰	۰/۰۰۳

۰/۰۷۹	۱/۸۰۰	-۴/۰۰۰	طرحواره محور	کنترل	شناختی مک کی	پیگیری
۰/۴۰۵	۱/۸۰۰	۲/۳۳۳	طرحواره محور	کنترل		
۰/۰۱۹	۱/۸۳۴	-۵/۲۰*	شناختی مک کی	کنترل	طرحواره محور	پیگیری
۰/۳۴۱	۱/۸۳۴	۲/۶۰۰	طرحواره محور	کنترل		
۰/۳۴۱	۱/۸۳۴	۲/۶۰۰	طرحواره محور	شناختی مک کی	طرحواره محور	پیش آزمون
۰/۷۲۵	۱/۰۴۳	-۰/۸۰۰	شناختی مک کی	کنترل		
۰/۷۲۵	۱/۰۴۳	۰/۸۰۰	طرحواره محور	کنترل	طرحواره محور	پیش آزمون
۱/۰۰۰	۱/۰۴۳	۰/۰۰۰	طرحواره محور	شناختی مک کی		
۰/۰۰۰	۰/۹۱۶	-۹/۸۶*	شناختی مک کی	کنترل	طرحواره محور	پس آزمون
۰/۰۰۰	۰/۹۱۶	۴/۸۰۰*	طرحواره محور	کنترل		
۰/۰۰۰	۰/۹۱۶	۵/۰۶۷*	طرحواره محور	شناختی مک کی	طرحواره محور	پیگیری
۰/۰۰۰	۰/۹۹۶	-۹/۶۰۰*	شناختی مک کی	کنترل		
۰/۰۰۰	۰/۹۹۶	-۴/۵۳۳*	طرحواره محور	کنترل	طرحواره محور	پیگیری
۰/۰۰۰	۰/۹۹۶	۵/۰۶۷*	طرحواره محور	شناختی مک کی		

در جدول ۸، مشاهده می‌شود در پیش آزمون بین نمرات مولفه عملکرد رفتاری گروه مک کی و طرحواره محور تفاوت معنی دار ( $P > 0/928$ ) وجود ندارد. در پس آزمون بین نمرات مولفه عملکرد رفتاری گروه مک کی و طرحواره محور تفاوت معنی دار ( $P < 0/044$ ) وجود دارد. در مطالعات پیگیری نیز مشاهده می‌شود که بین دو گروه تفاوت معنی دار ( $P < 0/0480$ ) است. این معنی داری به گونه ای است که درمان مک کی اثربخشی بیشتری داشته است. در پیش آزمون بین نمرات مولفه عملکرد مشکل گشایی گروه مک کی و طرحواره محور تفاوت معنی دار ( $P > 0/999$ ) وجود ندارد. در پس آزمون بین نمرات مولفه عملکرد مشکل گشایی گروه مک کی و طرحواره محور تفاوت معنی دار ( $P > 0/405$ ) وجود ندارد. در مطالعات پیگیری نیز مشاهده می‌شود که بین دو گروه تفاوت معنی دار ( $P > 0/341$ ) نشده است. در پیش آزمون بین نمرات مولفه عملکرد عاطفی گروه مک کی و طرحواره محور تفاوت معنی دار ( $P > 1/000$ ) وجود ندارد. در پس آزمون بین نمرات مولفه عملکرد عاطفی گروه مک کی و طرحواره محور تفاوت معنی دار ( $P < 0/001$ ) وجود دارد. در مطالعات پیگیری نیز مشاهده می‌شود که بین دو گروه تفاوت معنی دار ( $P < 0/001$ ) است. این معنی داری به گونه ای است که درمان مک کی اثربخشی بیشتری داشته است.

## ۶. نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد زوج‌درمانی شناختی مک کی و طرح‌واره درمانی بر تکانش‌گری در زوجین دارای تعارض زناشویی شهر قم موثر بوده است و بین اثربخشی زوج‌درمانی شناختی مک کی و طرح‌واره درمانی بر تکانش‌گری در زوجین تفاوتی وجود ندارد (در پس‌آزمون و پیگیری). یکی از متغیرهای شخصیتی که کمتر در زوجین مورد بررسی قرار گرفته است، میزان تکانش‌گری آنان است. تکانش‌گری ناکارآمد به آن نوع تکانش‌گری گفته می‌شود که در هنگام عمل با کمترین دوران‌دیشی صورت گرفته باشد. بخصوص زمانی که آن عمل سرچشمه مشکلات و گرفتاری‌های بعدی باشد. برعکس، تکانش‌گری کارآمد به آن نوع تکانش‌گری گفته می‌شود که با دوران‌دیشی نسبی همراه است، بخصوص زمانی که این دوران‌دیشی برای فرد بهینه باشد. تکانش‌گری به تمایل فرد برای انجام عملی ناگهانی، بدون محاسبه، دوران‌دیشی و بدون فکر در مورد عواقبی که رفتار برای فرد یا دیگران دارد اشاره می‌کند. با این حال، در ارتباط با تکانش‌گری زوجین به عنوان یک ویژگی شخصیتی به همراه مشکلات زناشویی، تحقیقات محدودی و آن هم پراکنده و غیر مستقیم انجام شده است. به عنوان مثال، زوج‌درمانی متمرکز بر راه حل، بر ابعاد مختلف توانایی حل مسأله زوجین از جمله تکانش‌گر بودن آنها مؤثر بوده است (جنابان، رفاهی و قادری، ۲۰۱۴). در پژوهشی دیگر (ویمیز و مولینا، ۲۰۱۵) مؤلفه‌های درمان شناختی-رفتاری را با زوج‌درمانی یکپارچه کرده‌اند تا در درمان بزرگسالانی که دارای نشانه‌های سطح بالای اختلال نقص توجه بیش‌فعالی در بافت روابط رمانتیک شان بودند، به کار برند. براساس این برنامه، علاوه بر اینکه افراد دارای نشانه‌های سطح بالای اختلال نقص توجه بیش‌فعالی، نشانه‌های کمتری از بی‌توجهی و بیش‌فعالی تکانش‌گری به دنبال درمان نشان دادند، شرکت‌کنندگان با و بدون این نشانه‌ها، تخریب روابط کمتری را نیز نشان دادند. در تبیین این نتیجه، هر چند مباحث نظری و پژوهشی در این زمینه چندان قوی نیست اما با نگاهی به مؤلفه‌های مقیاس درجه بندی تکانش‌گری، برای ارزیابی تکانش‌گری بر اساس هفت مؤلفه: ۱- صبر کردن و صبر نکردن، ۲- زمان صرف شده برای تصمیم‌گیری، ۳. توانایی تحمل تعویق و تاخیر، ۴- خشونت و تهاجم جویی، ۵- کنترل واکنش‌ها، ۶. توانایی ادامه دادن یک فعالیت و ۷- تحریک‌پذیری ساخته شده است، می‌توان فهمید که حداقل برخی از عناوین و مباحث مربوط به جلسات زوج‌درمانی طرح‌واره محور و

رویکرد شناختی، آموزش حل تعارض و حل مسأله می‌توانند بر برخی از مؤلفه های تکانشگری مؤثر باشند و میزان آن را در زوجین کاهش دهند. بنابراین، برنامه زوج‌درمانی طرح‌واره محور و رویکرد شناختی می‌تواند با بالا بردن میزان صبر و حوصله، تقویت قدرت تصمیم‌گیری، کاهش پرخاشگری و خشونت، مناسب‌تر کردن واکنش‌ها و کاهش تحریک‌پذیری زوجین، بهبودی بیشتری در میزان تکانشگری آنها ایجاد و مشکلات زناشویی آنها را کاهش و در نتیجه عملکرد را بهبود ببخشد. این نتایج، به ویژه از بابت کنترل واکنش‌ها و کاهش خشونت و پرخاشگری در میان زوجین، می‌تواند بسیار مفید و ارزنده باشد. از طرف دیگر با توجه به نظریه دیکمن در مورد تکانشگری (۱۹۹۰) شاید تکانشگری زوجین در جهت کارآمد بودن تغییر یافته باشد و بدین ترتیب تکانشگری ناکارآمد آنان کاهش یافته باشد. بدین ترتیب، با بالا رفتن سرعت پردازش اطلاعات و برطرف شدن مشکل تمرکز بر فرایند تصمیم‌گیری و دوراندیشی، میزان تکانشگری در نتیجه بخشی از مشکلات زناشویی زوجین کاهش می‌یابد. در تبیین، این نتایج بر مبنای وجود اختلالات هیجانی احتمالی در زوجین دارای مشکلات زناشویی استوار است. بررسی‌ها، شیوع بالایی از آشفتگی و انحلال رابطه، همراه با پیامدهای سلامت جسمانی و هیجانی برای زوجین و فرزندان‌شان (هالفورد و اسنایدر، ۲۰۱۲) و تأثیر طلاق و تعارض زوجی به عنوان عوامل خطر اصلی ناکارآمدی و آسیب‌شناسی روانی در خانواده (هالوگ و ریشر، ۲۰۱۰) را نشان داده‌اند. مطالعات (شریبر، گرانت و ادلای، ۲۰۱۲) نیز نشان داده‌اند که افراد دارای اختلال هیجانی دارای نمرات بالاتری در تکانشگری، اجتناب آسیب‌زا و استدلال شناختی هستند. از آنجا که روابط آسیب‌یافته و نادرست و تکانش‌گرانه و رفتار پرخاشگرانه و نواقصی در کارکردهای هدفدار و کاستی‌های مربوط به فعالیت‌های خود جهت‌دهی نظیر سازمان‌دهی رفتار، بکارگیری مکالمه خود جهت‌دهی شده و اجرای قوانین و طرح‌ها، ناتوانی در به تأخیر انداختن رضامندی و ناتوانی در انجام فعالیت‌های آتی هدفمند ممکن است افراد را به سمت تخلفات و گرفتاری‌های اجتماعی و به طور کلی نابهنجاری‌های رفتاری و روانی و ضعف ارتباطات میان فردی سوق دهد، زوج‌درمانی طرح‌واره محور به واسطه برخی از مباحث کاربردی و ریشه‌ای و تلفیقی آن ممکن است اثرات مثبتی بر این مؤلفه‌ها و کاهش تکانشگری و رفتارهای مشکل‌آفرین روابط زوجی و خانوادگی داشته باشد. افرادی که سطح تکانشگری بالایی دارند، عموماً زمانی که هیجان منفی را تجربه می‌کنند تمایل دارند تا برای کاهش اضطراب و هیجان منفی و رسیدن به

رضایت آنی و فوری به رفتارهای ناگهانی، بدون تفکر و ارزیابی موقعیتی که در آن هستند دست بزنند. خیلی از اوقات این افراد پس از رفتار یا گفتار ناگهانی خود سطحی از پشیمانی را گزارش می‌کنند. وجود ویژگی تکانشگری (برانگیختگی) در یک یا هر دو شریک عاطفی، می‌تواند بر روابط رمانتیک آنان تاثیر گذاشته و علی‌رغم کاهش کیفیت رابطه منجر به عدم رضایت هر دو طرف از رابطه و حتی کوتاه شدن عمر رابطه گردد. زوج‌ها با ویژگی تکانشگری عموماً سبک‌های ارتباطی ناسالم و مخربی را برای ارتباط با شریک عاطفی خود بر می‌زینند و همین امر موجب کاهش رضایت آنان از رابطه می‌گردد. در این راستا زوج‌درمانی و رویکرد شناختی متمرکز بر مهارت‌آموزی می‌تواند به زوجین در تنظیم این ویژگی و سپس بالابردن سطح کیفیت و رضایت رابطه کمک قابل ملاحظه‌ای نمایند (شریبر، گرانت و ادلای، ۲۰۱۲). نتایج نشان داد زوج‌درمانی شناختی مک‌کی و طرح‌واره‌درمانی، همچنین بر بهبود عملکرد رابطه در زوجین دارای تعارض زناشویی شهر قم موثر بوده است و اثربخشی زوج‌درمانی شناختی مک‌کی بر تکانش‌گری و بهبود عملکرد رابطه در زوجین بیشتر از طرح‌واره‌درمانی بوده است. نتایج مطالعه‌ی حاضر همسو با یافته‌های مطالعات مؤمنی و همکاران (۲۰۱۶)، گیورتز، سگرین و هانزال (۲۰۰۹)، مسترز (۲۰۰۸) و اشمیت و همکاران (۲۰۱۶)، نشان داد که عملکرد خانواده بر تعهد زناشویی تأثیر دارد. بارکر و چانگ (۲۰۱۳) معتقدند چنانچه روابط زناشویی رابطه‌ای سست باشد، پایه‌های لازم برای موفقیت‌آمیز بودن و مطلوب بودن عملکرد خانواده، لرزان و یا حداقل ضعیف خواهد بود. بنابراین عملکرد خانواده باید به‌گونه‌ای باشد که زوجین از روابط میان خود احساس رضایت کنند. در واقع آن‌ها باید نیازهای یکدیگر را ارضا نمایند و همدیگر را تصدیق و حمایت کنند. رابطه‌ی زناشویی باید بر اساس تعهد، اطمینان و احترام متقابل شکل گیرد؛ که در این امر عوامل عاشقانه و صمیمیت نیز دخالت دارند. علاوه بر این، زوجین باید بتوانند به موقع به حل تعارضات موجود بپردازند. پروندی، عارفی و مرادی (۲۰۱۶) و پرویزی، سرابی، سالمی و کلهری (۲۰۱۶) در پژوهش خود دریافتند که میان همه‌ی مؤلفه‌های عملکرد خانواده و رضایت زناشویی رابطه‌ی معنادار وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت که هر قدر زوجین در هریک از ابعاد عملکرد خانواده کارآمدتر عمل کنند، رابطه‌ی بهتر و منسجم‌تری را تجربه خواهند کرد که این امر خود منجر به رضایت زناشویی و در نتیجه افزایش تعهد زناشویی می‌شود. در فرایند زوج‌درمانی طرح‌واره‌محور و رویکرد شناختی مراجعان با خود

گمشده، خود انکار شده روبه رو شده و با نقاب برداشتن از خود با جنبه تاریک وجودی خود مواجهه شدند. در این پژوهش به دلیل بکارگیری فنون عملی و شناختی در راستای کاهش عاطفه منفی خشم، اضطراب و تکانشگری بالطبع عاطفه مثبت افزایش یافت. این شیوه درمان فرصتی فراهم می‌آورد که افراد ابتدا با تمرکز بر خود شروع کنند، از خاطرات دوران کودکی بدی بگویند که درونی شده اند و آنها را در دعوای، تعارضات و بحث‌های امروز با همسرشان بیابند. هیجان‌های منفی مثل احساس ترس و وحشت، حقارت، غم، گناه و غیره که درونی شده اند، در طی فرایند انتقال به درمانگر منتقل شدند و در ادامه به جای تمرکز بر نقش و تاثیر دیگران (خانواده مبدأ) به توانایی خود در بازآفرینی تمرکز کرده، تفکیک را در خود بالا برده و از مثلث‌های انتخابی و تحمیلی رهایی یافته، کمتر به تعارضات خود توجه کنند. مک، لبوویتز، سیلورمن، و ونیدی (۲۰۱۹) یک پیش‌زمینه تاریخی را درباره رفتار درمانی شناختی زوج و خانواده (CBC/FT) از ریشه‌های آن در رفتارگرایی و درمان شناختی در مقایسه با علوم معاصر بررسی کردند. آنها مفاهیم اصلی نظریه‌های رفتاری شناختی را در ارتباط با زوجین و خانواده‌ها مورد بحث قرار داده و خصوصیات اصلی و مراحل CBC/FT را ارائه کردند. نگرانی‌های مربوطه شامل مشکلات بین شخصی و نیز نگرانی‌های سلامتی ذهنی در بین زوجین و خانواده‌ها هستند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که زن و شوهری که از الگوی سازنده متقابل در روابط زن و شوهری بیش‌تر بهره می‌برند، از رفتارهای مخرب پرهیز و برای حفظ و تداوم رابطه سالم تلاش می‌کنند، احساس می‌کنند همدیگر را درک می‌کنند، احساساتشان را به طور مناسب بروز داده و برای مشکل ارتباطی پیشنهاد راه حل داده و با هم مذاکره می‌کنند در نتیجه از زندگی زناشویی خود بیش‌تر راضی هستند. ولی زن و شوهری که از الگوهای ارتباطی اجتناب متقابل و توقع کناره‌گیری استفاده می‌کنند، در روابط زن و شوهری، رفتاری‌های مخرب مثل انتقادکردن، غرزدن و یا پیشنهاد تغییر دادن دیگری را به کار می‌برند، برای خلق و تداوم رابطه سالم تلاش نمی‌کنند. هر دو سعی می‌کنند از بحث کردن در باره مشکل دوری کنند. آنها نمی‌توانند احساساتشان را به طور مناسب بروز دهند و برای مشکل ارتباطی پیشنهاد راه حل بدهند و با هم مذاکره کنند. در نتیجه این ارتباط زناشویی ناکارآمد، نارضایتی زناشویی بر زندگی آنها مستولی گشته و خانواده را در معرض آسیب‌های متعدد قرار می‌دهد. بنابراین عملکرد مطلوب خانواده و الگوی ارتباطی سازنده متقابل پیش‌بینی‌کننده رضایت زناشویی هستند و در مقابل، عملکرد ناکارآمد خانواده و الگوهای

ارتباطی اجتناب متقابل و توقع کناره‌گیری، پیش‌بینی‌کننده نارضایتی زناشویی هستند. عملکرد مطلوب خانواده تأثیر مستقیمی بر نیازها، اهداف، روابط عاطفی خانواده و رضایت‌مندی از زندگی داشته (میلر، رایان، کیتنر، بیشاب و اپستین، ۲۰۲۰) و با رضایت زناشویی ارتباط دارد (عباسی اسفجیر و رضانی، ۲۰۱۷). مطالعات نشان می‌دهد که عوامل فردی، زوجی و محیطی مختلفی بر تعهد زناشویی تأثیر می‌گذارند. در میان عوامل زوجی، تعارض میان زوجین، رضایت زناشویی و عشق، از منابع مهم تأثیرگذار بر تعهد هستند (ایتو و ساگارا، ۲۰۱۶، نقل از ملک آسا و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین الگوهای تعاملی و ارتباط مناسب زوجین یکی از عواملی است که بر تعهد زناشویی تأثیر می‌گذارد. در پژوهشی اندرسون و همکاران به این نتیجه رسیدند که زوج‌درمانی مبتنی بر شناختی رفتاری بر اختلال PTSD در نظامیان متأهل مفید است. در تبیین این یافته می‌توان اینگونه بیان کرد که در نهایت درمان اختلال استرس پس از سانحه، افراد از شتاب و تکانشگری‌شان کاسته شده و در نتیجه عملکرد زناشویی‌شان بهبود می‌یابد (اندرسون و همکاران، ۲۰۲۱). روابطی که افراد آن را منبعی از عاطفه مثبت ارزیابی می‌کنند، تعهد افزایش پیدا می‌کند (گیورتز، سگرین و هانزال، ۲۰۰۹). پژوهش‌ها (مؤمنی، کاووسی امید و امانی، ۲۰۱۶؛ مولیس، بریل اسفورد و مولیس، ۲۰۰۳) بررسی و درمان افکار شخصی هر یک از زوجین، هدف مرکزی زوج‌درمانی طرح‌واره محور است. همانطور که افراد طرح‌واره‌های اساسی خود را راجع به خودشان، جهان‌شان و آینده‌شان حفظ می‌کنند، همچنین طرح‌واره‌هایی را راجع به ویژگی‌های کلی خویشاوندان نزدیک و بویژه روابط صمیمی خود با آنها را توسعه می‌دهند. تغییر شناخت‌های ناسازگار و تقویت شناخت‌های تقویت‌کننده از طریق تأثیر بر نگرش درباره پیوند زناشویی و نگرش نسبت به طلاق، بهبود کیفیت روابط زناشویی و طرح‌واره‌های شخصیتی باعث تقویت تعهد می‌گردد، تعهدی که می‌تواند تضمین‌کننده روابط زناشویی پایدار باشد. می‌توان گفت، در طرح‌واره درمانی افراد به جای تمرکز بیشتر بر طرح‌واره‌های ناسازگار، با شناختن آنها سعی در تقویت بزرگ‌سال سالم می‌کنند و این موضوع سبب کاهش تکانشگری و افزایش عملکرد و کارایی فرد می‌شود. همچنین تکنیک‌های تجربی باعث استفاده بیشتر از خرد بیمار به جای هیجان‌های مخرب می‌شود (دیزل و همکاران، ۲۰۲۱). در تبیین این یافته می‌توان از این یافته بهره برد. به دلیل اثربخشی طرح‌واره درمانی بر اختلال شخصیت مرزی که موضوع اصلی آنها تکاشی بودن بالا هست، می‌توان نتیجه گرفت این رویکرد بر کاهش تکانشگری

افراد بزرگسال و همچنین متأهلین موثر بوده است (کاشو و همکاران، ۲۰۱۹). پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی، مقایسه برنامه‌های درمانی مورد بررسی در پژوهش حاضر در سایر فرهنگ‌ها در داخل کشور بررسی گردد. با توجه به نتایج به دست آمده در راستای تاثیر درمان مبتنی بر اثربخشی زوج‌درمانی طرح‌واره محور و رویکرد شناختی مک کی بر سبک‌های حل تعارض زوجین دارای تعارض زناشویی، پیشنهاد می‌گردد برنامه‌ها و کارگاه‌های مهارت‌افزایی درمان زوج‌درمانی طرح‌واره محور با آموزش مدیریت و تنظیم هیجان‌ها، شناسایی هیجان‌های مثبت و منفی، آموزش سبک‌های حل مسأله مدار زمینه بهبود استفاده از راهبردهایی برای افزایش هیجان مثبت و کاهش هیجان منفی و در نهایت تنظیم هیجان مهیا گردد. با توجه به نتایج به دست آمده در راستای تاثیر درمان اثربخشی زوج‌درمانی طرح‌واره محور و رویکرد شناختی مک کی بر سبک‌های حل تعارض زوجین دارای تعارض زناشویی، پیشنهاد می‌گردد. برنامه‌های آموزش تحلیل رفتار متقابل در کلینیک‌ها، مراکز درمانی و آموزشی ناباروری، توسط درمانگران آموزش دیده به صورت برنامه‌های هفتگی آموزش داده شوند تا زمینه ارتقاء سطح بهزیستی روان‌شناختی زوجین دارای تعارض زناشویی در زمینه ارتباطات بین فردی مهیا گردد.

## کتاب‌نامه

- آشتیانی، آ. و ثامنی، ا (۱۳۹۵). اثربخشی ترکیب دو روش درمانی راه‌حل‌مدار و روایتی بر سرزندگی و کنترل عواطف در زنان متقاضی طلاق. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۷(۲۱).
- اختیاری، ح.، صفایی، ه.، اسماعیلی‌جاوید، غ.، عاطف‌وحید، م.ک.، عدالتی، ه. و مکرری، آ. (۱۳۸۷). روایی و پایایی پرسشنامه‌های آیزنک، بارت، دیکمن و زاگرن در تعیین رفتارهای مخاطره‌جویانه، مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۴(۳): ۳۲۶-۳۳۶.
- اسکندری، آ. و آریان‌پور س. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش درمانی مبتنی بر آموزش شناختی-رفتاری بر خودافشایی زناشویی زوجین، فصلنامه علمی مطالعات روانشناسی، ۱۵(۲): ۱۲۷-۱۴۳.
- بهرام‌نیا، م.، فلاح‌چایی، س.ر. و محمدی، ک. (۱۳۹۲). بررسی مقایسه ابعاد تعارض زناشویی در زوجین دارای تعارض زناشویی و زنان مطلقه عاطفی در بندرعباس، ایران، مجله علمی مطالعات روانشناسی، ۲(۱): ۷-۱۴.



## مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی شناختی ... (ملیحه فدایی مقدم و دیگران) ۱۶۳

بهمنی، م.، رفاهی، ژ.، قادری، ز. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش زوج‌درمانی طرحواره محور بر بهبود عملکرد زوجین، فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۲(۶): ۲۹-۳۳.

ثنایی، باقر و براتی ت (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج، تهران: انتشارات بعثت. حمید، ن.، کیانی مقدم ر.، حسین‌زاده ع. (۱۳۹۴). تأثیر مهارت‌های ارتباطی از طریق رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر دین بر صمیمیت و رضایت از زندگی در بین زوجین، مجله پزشکی دانشگاه هرمزگان، ۱۹ (۲): ۱۲۹-۱۳۶.

خانجانی وشکی، س.، شفیع‌آبادی، ع.، فرزاد، و. و فاتحی‌زاده، م. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی شناختی - رفتاری و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی زوجین متعارض شهر اصفهان. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۷(۴): ۴۰-۳۱.

ریاحی، م.، و علی وردی‌نیا، ا. و بهرامی کاکاوند، س. (۱۳۸۶). تحلیل جامعه‌شناختی میزان گرایش به طلاق (مطالعه موردی شهرستان کرمانشاه)، زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، ۵ (۳) (پیاپی ۱۹): ۱۰۹-۱۴۰.

عظیمی‌فر، ش.، فاتحی‌زاده م.، بهرامی ف.، احمدی ا. و عابدی ا (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادی زناشویی زوجین ناراضی شهر اصفهان: یک پژوهش مورد منفرد. مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت. ۳ (۲): ۵۶-۸۱

عباسی س.، دوکانه‌ای فرد، ف. و شفیع‌آبادی ع (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان هیجان محور و درمان شناختی رفتاری بر انسجام خانوادگی و رضایت زناشویی همسران جانباز شهرستان خرم‌آباد، فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان‌شناختی. ۱۷ (۷۱): ۸۲۳-۸۲۹

شیخ‌هادی‌سیروی ر.، محمدی م.، زهراکار ک.، شاکرمی م. و داورنیا، ر (۱۳۹۵). اثر زوج‌درمانی شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر فرسودگی زناشویی و میل به طلاق در زوجین. ارمغان دانش. ۲۱ (۱۱): ۱۰۶۹-۱۰۸۶

متقی کاشانی، م. و ملکی‌راد، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره‌درمانی، اختلال افسردگی اساسی، تعارض زناشویی و کیفیت زندگی در زنان معتاد به مواد مخدر، یازدهمین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم اجتماعی، (۶) ۳: ۳۷-۴۹.

محمدی، ح.، سپهری‌شاملو، ز. و اصغری‌ابراهیم‌آباد، م.ح. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۱۴(۵۱): ۳۶-۲۷.

کاوایانی، ز.، حمید، ن.، عنایتی، م. (۱۳۹۶). تأثیر درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی. ۱۵(۵۷): ۳۵-۲۶.

- Andersen, Mette Reitz, M., Clausen, A., Louise Hjort Svendsen, A. (2021). Experiences with basic body awareness therapy as an add-on to cognitive behavioural therapy among Danish military veterans with PTSD: an interview study. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* Available online 2 April
- Allen B (2018). Implementing Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT) With Preadolescent Children Displaying Problematic Sexual Behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*. 25(2): 240-249.
- Amato, P. R. (2018). The consequences of divorce for adult and children, *Journal of Marriage & Family*, 68(4), 09-86.
- Almasi, A., Akuchekian, S.H., Maracy, M.R. (2013). Religious Cognitive-Behavior Therapy (RCBT) on Marital Satisfaction OCD Patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 504-508.
- Abayomi O, Akinhanmi AO, Adelufosi AO. (2015). Psychiatric morbidity and subjective burden among carers of outpatients of a psychogeriatric clinic in southwestern Nigeria. *J Cross Cult Gerontol*. 2015;30(4):439-50.
- Bradbury, T. N., & Karney, B. R. (2004). Understanding and altering the longitudinal course of marriage. *Journal of Marriage and Family*, 66(4):862-879.
- Blount, T.H., Peterson, A.L., Monson, C.M. (2018). A Case Study of Cognitive-Behavioral Conjoint Therapy for Combat-Related PTSD in a Same-Sex Military Couple. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(3), 319-328.
- Carbone L, Plegue M, Barnes A, Shellhaas R. (2014). Improving the mental health of adolescents with epilepsy through a group cognitive behavioral therapy program. *Epil Behav*, 39: 130-134 .
- Kochaki Nejad Z, Mohajjel Aghdam A, Hassankhani H, Sanaat Z (2016). The effects of a patient-caregiver education and follow-up program on the breast cancer caregiver strain index. *Iran Red Crescent Med J*. 2016;18(3):e21627.
- Donzel, L, Ouwens, M.A, Videler, A. C. (2021). The effectiveness of adapted schema therapy for cluster C personality disorders in older adults – integrating positive schemas. *Contemporary Clinical Trials Communications* 30 January.
- 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.
- Depaul N. Healthy family functioning relationship advice Blount, T.H., Peterson, A.L., Monson, C.M. (2017). A Case Study of Cognitive-Behavioral Conjoint Therapy for Combat-Related PTSD in a Same-Sex Military Couple. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(3), 319-328.
- Dugas, M.J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder from Science to Practice*, New York: Routledge.

- Dharsana, I.K, Sudarsana, G.N, Suarni, N.K, Paramartha, W.E, Ahmad, M. (2020). Cognitive Behavioral Therapy counseling in developing Cross-Gender Friendship in adolescents. *Enfermeria Clínica*, 30(2),206208
- Eskandari A , Ariapooran S. (2019). The Effectiveness of Training Based Cognitive-Behavioral Therapy on Couple's Marital Self-Disclosure. *Scientific Quarterly of Psychological Studies*, 15(2):127-143
- Epstein, N.B., Zheng, L. (2017). Cognitive-behavioral couple therapy. *Current Opinion in Psychology*, 13, 142-147.
- 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. Gas.
- Goldenberg H, Goldenberg I. (2013). *Family therapy: An overview: Cengage learning*. 8th ed.
- Halford, Wk. (2012). *Brief couple therapy for couples*. New York: Guilford publications.
- Khasho, A, van Alphen,S.P, Videler,A.C.(2019). The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemporary Clinical Trials Communications*24 January
- Kochaki Nejad Z, Mohajjel Aghdam A, Hassankhani H, Sanaat Z (2016). The effects of a patient-caregiver education and follow-up program on the breast cancer caregiver strain index. *Iran Red Crescent Med J*.18(3):e21627. doi:10.5812/ircmj.21627 pmid: 27247782
- Klibert, J., Lamis, D. A., Naufel, K., Yancey, C. T., & Lohr, S.(2017). Associations between perfectionism and generalized anxiety: Examining cognitive schemas and gender. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 33(2),160-178.
- Kaviani Z, Hamid N, Enayati M.(2012). The Effect of Religiousá Based Cognitive Behavioral Therapy on Resiliency in Couples. *Knowledge and research in applied psychology*,15(57): 25-36.
- khanjani veshki S, Shafiabady A, Farzad V, Fatehizade M. (2016). A Comparison between the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Couple Therapy and Acceptance and Commitment Couple Therapy on Conflicting Couple'sMaritalIntimacy in Isfahan. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 17(4):31-40.
- Lounch, I . (2017). *Effects of Schema Therapy vs. Cognitive Behavioral Therapy in Patients With Depression*. University of Munich.
- Mandler, J. M. (2016) *Stories, scripts, and scenes: Aspects of schema theory*. Psychology Press.Young, J.E. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*, (rev. ed). Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2013). Psychiatric aspects impulsivity, *American Journal of Psychiatry*, 11, 1783-1793
- Mousavi, S., Low, W., & Hashim, A. (2016). The relationships between perceived parental rearing style and anxiety symptoms in Malaysian adolescents: the mediating role of early maladaptive schemas. *J Depress Anxiety*, 2: 2167-1044.

- Nederkorn, C., Houben, k., Hofmann, W., Roefs, A., Jansen, A. (2010). Control yourself or just eat what you like? Weight gain over a year is predicted by an interactive effect of response inhibition and implicit preference for snack foods. *Health Psychology*, 29: 389-393.
- Noorbala AA, Faghihzadeh S, Kamali K, Bagheri Yazdi SA, Hajebi A, Mousavi MT, et al. (2017). Mental health survey of the Iranian adult population in 2015. *Arch Iran Med*;20(3):128-34.
- Petry, N. M. (2001). Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness, *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 29-38.
- Portes PR, Howell SC, Brown JH, Eichenberger S, MasCA. (1999). Family functions and children's postdivorce adjustment. *Am J Orthopsychiat*. 62(4):613-7.
- Sanaee B, Barati T. (2018). *Family and Marriage Scales*, Tehran: Besat Publications
- Sharf RS (2015). *Theories of psychotherapy & counseling: Concepts and cases*: Cengage learning.
- Young, Jeffrey; Closco, Janet and Wissar, Marjorie. (2016). *Psychotherapy: A practical guide for clinicians*. Translation: Zahra Andouz and Hassan Hamidpour, Tehran: Arjmand Publications.
- Zhang, Q., Yang, X., Song, H., Jin, Y. (2020). Cognitive behavioral therapy for depression and anxiety o Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39, 101-111.