



# The Effectiveness of Schema Therapy on Feelings of Loneliness and Emotional Distress of Conflicting Couples

Sara Ojaghloo<sup>1\*</sup>, Sima Ghodrati<sup>2</sup>, Hamid Reza Vatankhah<sup>3</sup>

1 Islamic Azad University, West Tehran Branch, Tehran, Iran

2 Associate Professor, Educational Sciences and, Faculty of Humanities, Azad University, West Tehran Branch, Tehran, Iran

3 Assistant Professor Islamic Azad University, West Tehran Branch, Tehran, Iran

\* **Corresponding author:** Islamic Azad University, West Tehran Branch, Tehran, Iran

**Received:** 2022-05-14

**Accepted:** 2022-05-23

## Abstract

The aim of this study was the effectiveness of schema therapy on couples' feelings of loneliness and emotional malaise. The statistical population included all couples who referred to counseling centers in District 5 of Tehran due to conflict in the second six months of 1400. In this study, 30 couples with 15 pairs divided for each (experimental groups and control group) that this number of individuals, according to the inclusion criteria, cooperated with this study. Data collection tools included Russell, Pilva, and Cortona (1980) Loneliness Questionnaire; . The collected data were analyzed by descriptive and inferential methods. In this research, descriptive statistics were used to calculate the mean and standard deviation of research variables and show the frequency and related graphs, and inferential statistics were used to test the research hypotheses. Multivariate and univariate analysis of covariance was used to analyze inferential statistics data. The results showed that schema therapy training is effective on couples' feelings of loneliness and emotional malaise. Due to the severity of the effect, schema therapy training has a greater effect on the couple's feeling of loneliness.

**Keywords:** Schema therapy, Loneliness, Emotional malaise



## اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس تنهایی و ناگویی هیجانی زوجین دارای تعارض

سارا اوجاقلو<sup>۱\*</sup>، سیما قدرتی<sup>۲</sup>، حمیدرضا وطن خواه<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران

<sup>۲</sup> استادیار، علوم تربیتی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد واحد تهران غرب، تهران، ایران

<sup>۳</sup> استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: اوجاقلو: دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران. پست الکترونیکی:

Sara.ojaghlo.n@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۳/۰۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۲/۲۴

### چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس تنهایی و ناگویی هیجانی زوجین بود. جامعه آماری شامل کلیه زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه ۵ شهر تهران با علت تعارض در شش ماه دوم سال ۱۴۰۰ بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ زوج با تقسیم بندی ۱۵ زوج برای هر کدام از (گروه های آزمایش و گروه کنترل) که این تعداد نفرت، بنابر رعایت ملاک های ورود، با این پژوهش همکاری کردند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه احساس تنهایی راسل، پیلوا و کورتونا (۱۹۸۰)، ناگویی هیجانی تورنتو توسط تیلور (۱۹۸۶)، تعارض زناشویی تجدیدنظر شده ثنائی (MCQ-R) ۱۳۹۵ (و پروتکل طرحواره درمانی یانگ، کلاسکو و ویشار (۲۰۰۳) بود. تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده، به دو روش توصیفی و استنباطی انجام شد. در این تحقیق از آمار توصیفی برای محاسبه میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق و نشان دادن فراوانی و نمودارهای مربوط به آن استفاده شد و از آمار استنباطی به منظور بررسی فرضیه های تحقیق استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده های آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که آموزش طرحواره درمانی بر احساس تنهایی و ناگویی هیجانی زوجین دارای تعارض اثربخش است. با توجه به شدت اثر، آموزش طرحواره درمانی بر احساس تنهایی زوجین تأثیری بیشتری دارد.

**واژگان کلیدی:** طرحواره درمانی، احساس تنهایی، ناگویی هیجانی

تمامی حقوق نشر برای فصلنامه رویکردی نو در علوم تربیتی محفوظ است.

### مقدمه

طلاق می گیرند [۲]. در ایران نیز به گزارش مرکز آمار ایران، طی دهه اخیر میزان طلاق های ثبت شده افزایش یافته و روند آن نسبت به گذشته شتاب بیشتری گرفته است. براساس گزارش سالنامه آمارهای جمعیتی سازمان ثبت احوال کشور در سال ۱۳۹۸ در مجموع ۱۷۴ هزار و ۸۳۱ طلاق در کشور داشته ایم. طبق آمار رسمی در ایران از هر هزار مورد ازدواج، حدود دویست مورد به طلاق منجر می شود و ایران چهارمین کشور جهان از

رابطه خانوادگی و تربیت کردن نسل آینده را فراهم می سازد [۱]. معضل فروپاشی روابط زوجها از جمله شایع ترین آسیب های خانوادگی است. شواهد نشان می دهد که امروزه معمولاً حدود نیمی از ازدواج ها به طلاق می انجامند. بعد از طلاق حدود ۶۵ درصد زنان و ۷۰ درصد مردان احتمالاً دوباره ازدواج می کنند و حدود ۵۰ درصد افرادی که برای بار دوم ازدواج کرده اند، دوباره

نظر میزان نسبت طلاق به ازدواج معرفی شده است [۳]. پدیده طلاق یکی از پیچیده‌ترین مشکلات زندگی زناشویی در تمام جوامع بشمار می‌رود و این پیچیدگی به دلیل نقش عوامل گوناگون فردی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی در بروز این پدیده است [۴]. گلدنبری<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) [۵] معتقد است که بعد از مرگ اعضای خانواده، طلاق مهم‌ترین عامل فشار و آشفتگی روان در فرد است [۵]. پیامدهای منفی طلاق شامل نقص سیستم ایمنی، اختلالات خلقی و اضطرابی، اعتیاد و خودکشی، تغییر در سبک زندگی و تصور از خود، کاهش عملکرد حرفه‌ای، تغییر در روابط و کاهش حمایت اجتماعی می‌باشد [۶]. اساساً شاخص‌های سلامت روان و کیفیت زندگی از عمده مسائل روان‌شناختی است که بعد از طلاق دچار افت می‌شود [۷].

یکی از نشانه‌های اولیه بی‌ثباتی در یک رابطه عاشقانه، احساس تنهایی<sup>۲</sup> است [۸]. احساس تنهایی حس ناخوشایندی است که به طور معمول وقتی که تجربه نامطلوبی را تجربه می‌کنیم اتفاق می‌افتد [۹]. مروری بر تحقیقات گذشته نشان می‌دهد که شدیدترین نوع احساس تنهایی در زندگی تمایل به پشیمانی در روابط عاشقانه و ازدواج است. با این وجود تحقیقات نسبتاً کمی روی پشیمانی در روابط عاشقانه انجام شده است. پشیمانی از انتخاب همسر با کاهش روابط رضایت بخش ارتباط دارد [۱]. به عبارت دیگر، فردی که تجربه پشیمانی از همسر دارد ممکن است آنچه رضایت از رابطه را ایجاد می‌کند را مورد سنجش قرار دهد و همین امر به نوبه خود منجر به کاهش رضایت از همسر فعلی می‌شود و پشیمانی نسبت به انتخاب شریک می‌تواند تأثیر منفی روی عملکرد روابط عاشقانه داشته باشد و حتی ممکن است ثبات زندگی را تضعیف کند [۱۰].

زوجین و خانواده‌ها در طول زندگی خود با مشکلات فراوانی مواجه می‌شوند که تحمل ناکامی را ندارند که این عدم تحمل ناکامی، سازگاری را مختل می‌کند. ناکامی احساسی است که در نتیجه ایجاد مانع بر سر راه رسیدن به هدفی که فرد آن را مطلوب می‌شمارد، پدید می‌آید. ناگویی خلقی را می‌توان چالشی دائمی در زندگی دانست. چالشی که به عقیده روان‌شناسان دو معنای اساسی را دربر می‌گیرد: اول اینکه حالت و وضعیت عاطفی بدین معنا که هرگاه مانعی راه دستیابی به آرزوها را، نیازها و فعالیت‌ها را سد نماید، حالت و وضعیتی در انسان به وجود می‌آید که ناخوشایند بوده و به عنوان یک عامل ناکام‌کننده شناخته می‌شود. و دوم مانعی که ایجاد کننده حالتی ناخوشایند است. از آن جا که آرزوها، نیازها و اهداف انسان‌ها متفاوت است؛ بنابراین آنچه برای یک شخص ناکام‌کننده است؛ ممکن است برای دیگری آن گونه نباشد. از این رو ناکامی با وضعیت‌های عاطفی ناخوشایندی چون اضطراب، افسردگی،

هیجان‌پذیری منفی و خشم رابطه داشته است و با بروز آن افراد سعی می‌کنند. راه‌هایی را به منظور اجتناب، فرار یا کاهش ناکامی جستجو نمایند [۱۱، ۱۲]. براساس مطالعات انجام پذیرفته، عدم ناگویی خلقی میان زوجین بر میزان تنش، گسیختگی، انسجام و وحدت خانواده و روابط نامناسب میان زوجین می‌افزاید. جبین<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) [۱۳] در پژوهش خود به این نتیجه رسید که ناگویی خلقی در رابطه زناشویی با اختلالات عاطفی به طور خاص ارتباط دارد. به طوری که عدم تحمل ناکامی رابطه معنی‌داری با افسردگی و اضطراب دارد [۱۳] از آن جا که آسیب‌های روان‌شناختی تنش‌های روابط زناشویی، به صورت مزمن بروز می‌کند؛ این امر لزوم مداخله‌های روان‌شناختی را مطرح می‌کند. یکی از مداخلات رایج در زمینه اختلالات روان‌شناختی و هم‌چنین آسیب‌های خانوادگی، رویکرد طرح‌واره درمانی<sup>۴</sup> است. در مداخله طرح‌واره درمانی سعی می‌شود تا با به کارگیری مبانی و روش‌های درمان شناختی و رفتاری و مؤلفه‌هایی از سایر نظریه‌ها مانند دلبستگی، روابط شی، ساختارگرایی و روان‌تحلیل‌گری و تلفیق یکپارچه و منسجم آن‌ها با یکدیگر یک مدل درمانی جدید را ارائه دهد. یکی از رویکردهایی که اثربخشی آن در زمینه‌های بسیاری به تأیید رسیده، طرح‌واره درمانی است که لیهی<sup>۵</sup> بر مبنای مفهوم پردازش هیجانی و با الهام از مدل فراشناختی هیجان‌ات ارائه کرده است. طبق این مدل، افراد در شیوه تجربه هیجان‌ات و مفهوم‌سازی آنها متفاوتند و بسته به باورهایی که درباره‌ی هیجان‌ات خود دارند، روش‌های متفاوتی برای اقدام انتخاب می‌کنند. افرادی که هیجان‌ات منفی زیادی دارند، به بروز کنش‌های شدید در موقعیت‌های نسبتاً اضطراب‌زا یا نامطلوب تمایل دارند. این افراد خود را سرزنش کرده و به شدت انتقاد می‌کنند و به دیگران بیش از حد حساسیت نشان می‌دهند. این خصیصه‌های منفی، در دراز مدت سبب جدایی و فاصله‌افزایی از یکدیگر شده، به بروز شکست‌های عاطفی بیشتر در روابط منجر می‌گردند [۱۴]. از این رو و با توجه به مطالب عنوان‌شده، این پژوهش می‌کوشد تا اثربخشی طرح‌واره درمانی بر احساس تنهایی و ناگویی هیجانی زوجین دارای تعارض مورد بررسی قرار دهد.

### بیان مسئله

سالم‌ترین جامعه بشری جامعه‌ای است که کوچکترین واحد آن یعنی خانواده، سالم باشد. زن و شوهر به یکدیگر عشق بورزند و بر پایه آن کانون خانواده گرم و شاداب شود [۱۵]. یکی از مظاهر زندگی اجتماعی وجود تعامل سازنده میان زن و شوهر و برقرار بودن عشق و ابراز صمیمیت به یکدیگر است [۱۶]. یکی از تکالیف مهم زندگی زناشویی توانایی ایجاد و حفظ روابط پایدار،

هیجان‌ها از چهره دیگران مشکل دارند و ظرفیت آنها برای همدردی با حالت‌های هیجانی دیگران محدود است [۲۷]. توانایی فهمیدن و درک کردن احساسات دیگران نیز نقش مهمی در رابطه رضایت بخش دارد [۲۸]. بیان عواطف، تبادلات عاطفی و همدلی عاملی اساسی در تمایز زوج‌های راضی از ناراضی بوده و نقش مهمی در رشد صمیمیت دارد [۲۹]. شناسایی راهکارهای درمانی مؤثر بر ابعاد مختلف زناشویی همواره مورد توجه و دغدغه درمانگران خانواده بوده است. تاکنون رویکردها و تکنیک‌های متنوعی برای کاهش مشکلات بین زوجین مورد استفاده قرار گرفته است، که یکی از آن‌ها طرحواره درمانی می‌باشد که به عنوان یکی از رایج‌ترین و پرکاربردترین مداخلات روان‌درمانی است. در مداخله طرحواره درمانی سعی می‌شود تا با به کارگیری مبانی و روش‌های درمان شناختی و رفتاری و مؤلفه‌هایی از سایر نظریه‌ها مانند دلبستگی، روابط‌شی، ساختارگرایی و روان‌تحلیل‌گری و تلفیق یکپارچه و منسجم آن‌ها با یکدیگر یک مدل درمانی جدید را ارائه دهد. هدف درمان این است که بیماران به جای سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، از سبک‌های مقابله‌ای سازگارتر استفاده کنند تا از این طریق بتوانند نیازهای هیجانی اساسی خود را ارضا کنند [۳۰].

تیلور، بی و هادوک<sup>۸</sup> (۲۰۱۷) [۳۱] معتقد هستند که برخی از این طرحواره‌ها به ویژه آن دسته از طرحواره‌ها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار اولیه شکل می‌گیرند، ممکن است هسته اصلی اختلالات روانی قرار گیرند. نظر باج، لوک وود و یونگ<sup>۹</sup> (۲۰۱۸) [۳۲] ماهیت ناسازگار طرحواره‌ها زمانی ظاهر می‌شود که بیماران در روند زندگی خود و در تعامل با دیگران، به گونه‌ای عمل می‌کنند که طرحواره‌های آن‌ها تأیید شود. طرحواره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه فرد 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 [۳۳]. اثربخشی طرحواره درمانی در پژوهش‌های بسیاری بر کاهش پریشانی روانشناختی و دشواری تنظیم هیجان [۳۴]؛ بهبود راهبردهای شناختی هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی و هیجانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی [۳۵]؛ بهبود حساسیت اضطرابی و راهبردهای تنظیم هیجان دانش‌آموزان مضطرب اجتماعی [۳۶]؛ بهبود اختلالات خلقی، اضطرابی و سایر بیماری‌های مزمن [۳۷]؛ و بهبود آسیب‌های هیجانی اشاره داشته است.

گسستگی عاطفی، بدون شک دردناک بوده و توأم با ضایعات و آسیب‌های متفاوت برای زوجین می‌باشد که با تجربه بحران عاطفی هر دو زوج شروع شده و با تلاش برای حل تعارض از

سازگاران و رضایت بخش با همسر است [۱۷]. بروز تعارض امری رایج و اجتناب‌ناپذیر است، به گونه‌ای که می‌توان از تعارض به عنوان رایج‌ترین و غیر قابل اجتناب‌ترین پدیده در روابط زناشویی نام برد. وقوع تعارض در زندگی زناشویی، حتی در ازدواج‌های موفق هم امری عادی تلقی می‌شود [۱۸].

وقتی که تعارض‌های زناشویی رخ می‌دهد، افراد احساسات ناخوشایندی مانند احساس تنهایی را تجربه می‌کنند که این نوع احساس به عنوان زمینه‌ساز بسیاری از ناپهنجاری‌ها، چنانچه به موقع درمان نشود و بطور طولانی مدت در زندگی فردی و اجتماعی افراد حاکم باشد، منجر به بسیاری از اختلالات روانی می‌شود [۱۹]. درمانگران احساس تنهایی را یک تجربه عاطفی ناخوشایند، کشنده و بازدارنده‌ای می‌دانند که افراد در مناسبات اجتماعی حس می‌کنند و این حالت منجر به اشتغال ذهنی، خستگی، دلمردگی و گریز از جمع می‌شود [۲۰]؛ عبارت دیگر احساس تنهایی بیانگر هوشیاری شناختی فرد از کاستی‌ها و نارسایی‌های خود در شبکه روابط بین فردی است که به احساس غمگینی، پوچی، دلهره و اضطراب منجر می‌شود [۲۱].

هر چند تعاریف متعددی از احساس تنهایی ارائه شده است؛ اما همگی آنها در سه مؤلفه بنیادی مشترک اند: اول اینکه، احساس تنهایی از نبود یا کاستی‌های ادراک شده در دنیای اجتماعی و ارتباطات فرد ناشی می‌شود. دوم اینکه، احساس تنهایی بیشتر یک حالت ذهنی است تا یک وضعیت عینی و آخر این که، احساس تنهایی، تجربه‌ای ناخوشایند، حزن‌انگیز، غم‌افزا و مایه‌نگرانی است [۲۲]. شواهد پژوهشی حاکی از آن است که افزایش سازگاری و صمیمیت میان زوج‌ها می‌تواند نقشی مؤثر بر کاهش احساس تنهایی داشته باشد [۲۳].

وجود تعارضات بین زوجین با احساساتی مانند خشم، نفرت، ناامیدی و سرخورده‌گی نسبت به همسر همراه است و انباشته شدن این احساسات دردناک به مرور زمان در زوجین باعث بی‌میلی و ناخشنودی نسبت به همدیگر شده و زندگی در کنار شریک زندگی را غیر قابل تحمل می‌سازد [۲۴]. که با تداوم مشکلات روان‌شناختی و به تبع آن جدایی و طلاق می‌تواند زمینه‌ساز ناگویی هیجانی<sup>۶</sup> در زوجین نیز شود. سیف‌نوس<sup>۷</sup> (۱۹۸۸) نخستین بار واژه ناگویی هیجانی را به منظور توصیف مجموعه‌ای از ویژگی‌های شناختی و عاطفی که در میان بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی مشاهده شده بود، به کار برد [۲۵]. ناگویی هیجانی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و جهت‌گیری فکری بیرونی است. این مشخصه‌ها بیانگر نقایصی در پردازش شناختی و تنظیم هیجان‌ات می‌باشند [۲۶]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در شناسایی صحیح

طرحواره درمانی بر احساس تنهایی و ناگویی هیجانی زوجین دارای تعارض موثر است.

### ب. فرضیه های فرعی

۱. طرحواره درمانی بر کاهش احساس تنهایی زوجین دارای تعارض موثر است.

۲. طرحواره درمانی بر کاهش ناگویی هیجانی زوجین دارای تعارض موثر است.

### روش پژوهش

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس تنهایی و ناگویی هیجانی زوجین دارای تعارض بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل می باشد. این پژوهش از دو گروه آزمودنی ها که شامل یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل با تعداد ۱۵ زوج برای هر یک از گروه ها که از همان جامعه آماری می باشند، تشکیل شد که هر دو گروه آزمایش و گروه کنترل، دو بار (پیش آزمون- پس آزمون) توسط پرسشنامه های استاندارد سنجیده شدند. اولین اندازه گیری با اجرای یک پیش آزمون و دومین اندازه گیری با اجرای یک پس آزمون می باشد که دیاگرام آن در جدول زیر آمده است:

طریق ورود به موقعیت جدید با نقش ها و سبک زندگی جدید خاتمه می یابد [۳۸]. حال با توجه به هزینه های روانشناختی زیادی که از تعارضات بین زوجین حاصل می گردد، ایجاد مداخلات موثر بیش از پیش احساس می شود. با توجه به مطالب و مطالعات انجام شده، این سوال اصلی تحقیق مطرح می گردد که آیا طرحواره درمانی بر احساس تنهایی و ناگویی هیجانی زوجین دارای تعارض اثربخش است؟

### اهداف پژوهش

#### الف. هدف اصلی

۱. تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس تنهایی و ناگویی هیجانی زوجین دارای تعارض شهر تهران

#### ب. اهداف فرعی

۱. تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس تنهایی زوجین دارای تعارض شهر تهران  
 ۲. تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر ناگویی هیجانی زوجین دارای تعارض شهر تهران

### فرضیه های پژوهش

#### الف. فرضیه اصلی

جدول ۱: طرح پژوهش

گروه ها	شیوه گمارش	پیش آزمون	مداخله	پس آزمون
آزمایش (E)	R	T1	(طرحواره درمانی) X1	T2
کنترل (C)	R	T1	-----	T2

### جامعه آماری پژوهش

در این پژوهش جامعه آماری شامل کلیه زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه ۵ شهر تهران با علت تعارض در شش ماه دوم سال ۱۴۰۰ بود.

### حجم نمونه و روش نمونه گیری

در این پژوهش تعداد ۳۰ زوج با تقسیم بندی ۱۵ زوج برای هر کدام از (گروه های آزمایش و گروه کنترل) که این تعداد نفرات، بنا بر رعایت ملاک های ورود، با این پژوهش همکاری کردند. این تعداد نفرات بر اساس تعداد جامعه آماری و با استفاده از فرمول کوهن، تعیین شدند:

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{d^2}$$

$$\frac{(1.96 + 1.44)^2 (7.38^2 + 4.60^2)}{7.74^2} \cong 15$$

جهت انتخاب ۳۰ زوج (۶۰ نفر) از کل جامعه آماری، دو مرکز از بین مراکز منطقه ۵ را به صورت تصادفی ساده (قرعه کشی) انتخاب شد، سپس جهت غربالگری زوجین متقاضی شرکت در پژوهش، پرسشنامه های تعارض زناشویی، احساس تنهایی و ناگویی هیجانی در بین زوجین توزیع شد، بعد از برآورد نتیجه مبنی بر نمره بالاتر از متوسط از پرسشنامه های تعارض زناشویی، احساس تنهایی و ناگویی هیجانی و همچنین رعایت دیگر ملاک های ورود، از بین آن ها ۳۰ زوج به صورت در دسترس انتخاب شدند؛ سپس جهت کنترل بعضی از متغیرها در گروه های نمونه، شرکت کنندگان را از نظر سن، میزان

و گویه های ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به دلیل منفی بودن به شیوه معکوس نمره گذاری می شوند. حداقل نمره ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ می باشد و هرچه نمره فرد از نمره ۵۲ بالاتر باشد واجد ناگویی هیجانی بالاتر از میانگین است. محققان پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و ضریب بازآزمایی را ۰/۷۷ محاسبه کردند. که نشان دهنده همسانی درونی خوب آزمون است. همچنین سرلک و سجادیان (۱۳۹۵) آلفای کرونباخ مقیاس را در نمونه ایرانی برای مولفه دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۴، برای دشواری در توصیف احساسات ۰/۶۱ و برای تفکر عینی ۰/۵۰ به دست آورده اند. علاوه بر این نتایج تحلیل عوامل نیز ساختار عاملی نسخه ایرانی الکیس تیمیا را تایید نمود. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس های دشواری و شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شده است. روایی و اعتبار این پرسشنامه در تحقیق ایمانی (۱۳۸۶) برابر با ۰/۹۱ به دست آمد.

### ج. پرسشنامه تعارض زناشویی تجدیدنظر شده

#### ثباتی (MCQ-R) (۱۳۹۵)

این پرسشنامه ۵۴ سوالی توسط ثنایی (۱۳۹۵) جهت سنجش تعارضات زناشویی طراحی شده است. این پرسشنامه هشت بعد از تعارضات زناشویی را می سنجد که عبارتند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر، و کاهش ارتباط موثر. مشاوران و سایر متخصصان بالینی می توانند از این پرسشنامه برای سنجیدن تعارض های زن و شوهری و ابعاد آن استفاده کنند. برای هر سوال پنج گزینه در نظر گرفته شده که به تناسب ۱ تا ۵ نمره به آنها اختصاص داده شده است. حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۷۰ و حداقل آن ۵۴ است. سوال های خرده مقیاس ها از این قرار است: کاهش همکاری، پرسش های ۴، ۱۲، ۱۸، ۲۵، ۳۴، کاهش رابطه جنسی، پرسش های ۵، ۱۳، ۱۹، ۳۵، ۴۰؛ افزایش جلب حمایت فرزند، پرسش های ۹، ۲۲، ۳۱، ۳۸، ۴۴؛ افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، پرسش های ۸، ۱۵، ۲۱، ۲۹، ۳۷، ۴۳؛ کاهش رابطه فردی با خویشاوندان همسر و دوستان، پرسش های ۱، ۲۳، ۳۲، ۴۶، ۵۰، ۵۳؛ جدا کردن امور مالی از یکدیگر، پرسش های ۲، ۱۰، ۱۷، ۲۴، ۳۳، ۳۹، ۴۸؛ کاهش ارتباط موثر پرسش های ۳، ۷، ۱۱، ۱۶، ۲۶، ۲۸، ۳۰، ۴۱، ۴۵، ۴۷، ۵۲، ۵۴. حداکثر نمره هر خرده

تحصیلات و مدت زمان سابقه زندگی همسازگی شد. بعد از همسازگی، ۳۰ زوج منتخب با روش گمارش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام به تعداد ۱۵ زوج) جایگزین شدند. اضافه می شود که برای هر گروه به عنوان ذخیره نیز تعداد ۵ زوج انتخاب شدند تا در صورت عدم همکاری افراد، از آن ها در گروه ها استفاده شود.

### ابزار گردآوری اطلاعات

ابزار گردآوری داده ها در این تحقیق پرسشنامه های استاندارد و خلاصه جلسات درمانی بود:

فرم اطلاعات دموگرافیک (جمعیت شناختی): این اطلاعات عبارت اند از: سن، میزان تحصیلات، طول مدت ازدواج، سابقه ازدواج قبلی، سابقه مراجعه به روان پزشک و مصرف داروهای روان پزشکی

### الف. پرسشنامه احساس تنهایی راسل، پیلوا و کورتونا<sup>۱۰</sup> (۱۹۸۰)

این پرسشنامه توسط راسل و پیلوا و کورتونا در سال ۱۹۸۰ ساخته شد که شامل ۲۰ سوال و به صورت ۴ گزینه ای، ۱۰ جمله منفی و ۱۰ جمله مثبت است. شیوه نمره گذاری و تفسیر: در این پرسشنامه هرگز امتیاز (۱)، به ندرت امتیاز (۲)، گاهی امتیاز (۳) و همیشه امتیاز (۴) دارد. ولی امتیاز سوالات ۱، ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۰ بصورت معکوس نمره گذاری می شود. دامنه نمره ها بین ۲۰ (حداقل) و ۸۰ (حداکثر) است. بنابراین میانگین نمره ۵۰ است. نمره بالاتر از میانگین بیانگر شدت بیشتر تنهایی است. پایایی این آزمون در نسخه جدید تجدید نظر شده ۷۸٪ گزارش شد. پایایی آزمون به روش باز آزمایی توسط راسل، پیلوا و فرگوسن<sup>۱۱</sup> (۱۹۷۸) ۸۹٪ گزارش شده است. روایی و اعتبار این پرسشنامه در تحقیق احمدی و همکاران (۱۳۹۳) برابر با ۰/۸۴ به دست آمد. این مقیاس توسط شکرکن و میردریکوند ترجمه و پس از اجرای مقدماتی و اصلاحات به کار گرفته شد.

### ب. پرسشنامه هیجانی تورنتو<sup>۱۲</sup> (FTAS-20) (۱۹۸۶)

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو توسط تیلور (۱۹۸۶) طراحی شده است و در سال ۱۹۹۴ توسط بگی و همکارانش تجدید نظر گردید. این یک آزمون ۲۰ سوالی است و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات (شامل ۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (شامل ۵ ماده)، و تفکر عینی (شامل ۸ ماده) را در اندازه های پنج درجه ای لیکرت از نمره کاملاً مخالف=۱، مخالف=۲، نظری ندارم=۳، موافق=۴، کاملاً موافق=۵ می باشد.

مقیاس آن از این قرار است: کاهش همکاری، ۰/۸۱؛ کاهش رابطه جنسی، ۰/۶۱؛ افزایش واکنش های هیجانی، ۰/۷۰؛ افزایش جلب حمایت فرزند، ۰/۳۳؛ افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، ۰/۸۶؛ کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، ۰/۸۹؛ جدا کردن امور مالی از یکدیگر، ۰/۷۱؛ و کاهش ارتباط موثر، ۰/۶۹. پرسشنامه تعارضات زناشویی از رویایی محتوایی خوبی برخوردار است. پایایی کل پرسشنامه توسط براتی (۲۵) برابر با ۰/۵۲، توسط دهقان برابر با ۰/۷۲ صدم و توسط فرح بخش برابر با ۰/۶۹ به دست آمد.

مقیاس مساوی با تعداد سوال های آن خرده مقیاس ها ضربدر ۵ است. در این ابزار نمره بیشتر به معنی تعارض بیشتر و نمره کمتر به معنی رابطه بهتر و تعارض کمتر است. نمره گذاری گزینه ها به این صورت است: هرگز (۱)، بندرت (۲)، گاهی (۳)، اکثرا (۴)، همیشه (۵). سوالات ۳، ۱۱، ۱۴، ۲۶، ۳۰، ۳۳، ۴۵، ۴۷، ۵۴ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. نمره بین ۱۰۸ تا ۱۶۲ : تعارض زناشویی متوسط است. نمره بالاتر از ۱۶۲ : تعارض زناشویی زیاد است آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه روی یک گروه ۲۷۰ نفری برابر با ۰/۹۶ به دست آمد و برای ۸ خرده

جدول ۱: پروتکل طرحواره درمانی یانگ، کلاسکو و ویشار (۲۰۰۳)

جلسات	فرایند	حوزه فعالیت
اول	پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورت بندی می شود.	ایجاد انگیزه برای درمان، مروری بر ساختار جلسات(ارزاداری، محرمانه بودن، احترام و گوش دادن) قوانین و مقررات مربوط به گروه درمانی، مرور اهداف و منطق کلی درمان، برقراری ارتباط، شناخت مشکل فعلی مراجع و سنجش برای طرحواره درمانی با تمرکز بر تاریخچه شخصی
دوم	شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته	تعریف طرحواره درمانی، طرحواره های ناسازگار اولیه، ویژگی های طرحواره های ناسازگار اولیه، ریشه های تحولی طرحواره
سوم	تکنیک های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای	معرفی حوزه طرحواره های ناسازگار اولیه، توضیح در مورد عملکردها طرحواره، فرضیه سازی در خصوص طرحواره ها و شناسایی و نامگذاری آنها، تشخیص سبک های مقابله ای و خلق و خوی بیمار، تصویرسازی ذهنی در مرحله سنجش
چهارم	شناسایی طرحواره های ناکارآمد اولیه	شناسایی حوزه ها، فرآیندها، رفتارها و سبک های طرحواره ای، مفهوم سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره، جمع آوری اطلاعات به دست آمده در مرحله سنجش
پنجم	ارزیابی چرخه افکار و رفتار مراجع و آموزش در خصوص تحریف های شناختی	بررسی افکار، پیشایندها و پس آیندها، شناسایی افکار تحریف شده، شناسایی اجبارها، اجتناب ها و باورهای بنیادین
ششم	اسناد دهی شواهد	اسناد دادن شواهد تأیید کننده طرحواره ها به تجارب دوران کودکی و شیوه های فرزندپروری ناکارآمد، گفتگو بین طرحواره ها و جنبه سالم
هفتم	ارائه منطق تکنیک ها	استفاده از تکنیک های تجربی و اجرای گفتگوی خیالی، تقویت مفهوم بزرگسال سالم در ذهن مراجع، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و جنگ علیه طرحواره ها. ایجاد فرصتی جهت شناسایی احساسات خود نسبت به والدین و نیازهای برآورد نشده
هشتم	اصلاح توسط تکنیک های شناختی	استفاده از تکنیک های شناختی (بررسی انتقادی شواهد حمایت کننده از طرحواره ها، مرور و بررسی شواهد متناقض با طرحواره ها، تکنیک موضع - ضد موضع، تهیه کارت های آموزشی مصور که با طرحواره ها متناقض است و تحلیل سود و زیان طرحواره ها).
نهم	اصلاح توسط تکنیک های هیجانی	استفاده از تکنیک های هیجانی، گفتگوهای خیالی، تصویرسازی وقایع آسیب زا، نوشتن نامه به والدین و تصویرسازی ذهنی به منظور الگو شکنی رفتاری اساس دستورالعمل مداخله و کار گروهی
دهم	اصلاح توسط تکنیک های رفتاری و آماده کردن افراد برای ختم جلسات	استفاده از تکنیک های رفتاری، حذف رفتارهای تداوم بخش طرحواره، اجتناب ها و افزایش رفتارهای مقابله ای سالم، تغییر رفتار، انگیزه آفرینی، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار و تمرین رفتارهای سالم و تهیه و تدوین کارت های آموزشی

### روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده، به دو روش توصیفی و استنباطی از طریق نرم افزار SPSS22 انجام شد. در این تحقیق از آمار توصیفی برای محاسبه میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق و نشان دادن فراوانی و نمودارهای مربوط به آن استفاده

شد و از آمار استنباطی به منظور بررسی فرضیه های تحقیق استفاده گردید. قبل از آزمودن فرضیه‌ها، مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنوف انجام شد. سپس مفروضه همگنی واریانس‌ها از طریق آزمون لوین در تمام متغیرهای دو گروه بررسی شد. برای گزارش نتایج از معناداری

سن: ۳۰٪ آزمودنی ها بین ۲۵ الی ۳۶ سال، ۴۰٪ بین ۳۷ الی ۴۲ سال و ۳۰٪ نیز بین ۴۳ الی ۵۰ سال می باشند. سابقه زندگی مشترک: ۲۷٪ آزمودنی ها بین ۲ الی ۶ سال، ۵۰٪ بین ۷ الی ۱۳ سال و ۲۳٪ نیز ۱۴ سال و بالاتر تجربه زندگی مشترک دارند.

آزمون های آماری مورد نظر و اندازه از اثر متغیر مستقل استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده های آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا برای فرضیه های اصلی) و تک متغیره (آنکوا برای فرضیه های فرعی) استفاده شد.

### یافته ها

#### توصیف متغیرهای پژوهش

جدول ۲: توصیف متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف معیار
ناگویی هیجانی	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۳/۳۳	۰/۲۳
		پس آزمون	۱۵	۳/۲۸	۰/۲۶
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۳/۲۴	۰/۱۸
		پس آزمون	۱۵	۳/۰۳	۰/۴۲
احساس تنهایی	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۲/۲۲	۰/۲۲
		پس آزمون	۱۵	۲/۲۴	۰/۲۲
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۲/۳۱	۰/۲۱
		پس آزمون	۱۵	۱/۹۲	۰/۳۴

تجزیه و تحلیل استنباطی فرضیه ها  
فرضیه اصلی: طرحواره درمانی بر احساس تنهایی و ناگویی هیجانی زوجین دارای تعارض موثر است.

همانطوریکه ملاحظه می شود مقدار متغیرهای احساس تنهایی و ناگویی هیجانی دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی داری وجود ندارد. اما مقدار متغیرهای احساس تنهایی و ناگویی هیجانی زوجین در مرحله پس آزمون در دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش محسوسی یافته است.

جدول ۳: آزمون باکس به منظور بررسی برابری ماتریس واریانس ها

sig	Df2	Df1	F	Box s m
۰/۰۷۳	۴۴۲	۱۲	۱/۴۹	۳۷/۲۳

داده شده معنی دار نیست بنابراین فرض صفر رد نمی شود. به این معنی که ماتریس های کوواریانس مشاهده شده بین گروه های مختلف با هم برابرند.

جدول ۳ آماره Box M باکس ام را نشان می دهد. این آزمون این فرض صفر را مورد آزمون قرار می دهد که ماتریس های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه های مختلف برابرند. در جدول فوق چون مقدار f در سطح خطای

جدول ۴: تحلیل کوواریانس یکطرفه فرضیه کلی

آماره ها	مقدار	F	Sig
اثر پیلائی	۰/۴۵۶	۶/۲۸	۰/۰۰۰
لانداى ويلكز	۰/۷۰۳	۵/۹۶	۰/۰۰۰
اثر هاتلینگ	۰/۵۹۸	۶/۰۶	۰/۰۰۰

بنابراین اثر آموزش طرحواره درمانی بر احساس تنهایی و ناگویی هیجانی زوجین دارای تعارض متفاوت می باشد.

در جدول ۴ بر اثر سه آماره اثر پیلائی، لانداى ويلكز<sup>۱۳</sup> و اثر هاتلینگ<sup>۱۴</sup> با توجه به اینکه مقدار sig کمتر از ۰/۰۵ می باشد



جدول ۵: تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA)

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	سطح معنی داری	شدت اثر
ناگویی هیجانی	۰/۵۲۵	۱	۰/۵۲۵	۴/۱۴۵	۰/۰۲۲	۰/۱۷۶
احساس تنهایی	۰/۲۲۴	۱	۰/۲۲۴	۱۲/۳۳۵	۰/۰۱۳	۰/۲۱۲

فرضیه ۱: طرحواره درمانی بر کاهش احساس تنهایی زوجین دارای تعارض موثر است.

همانطوریکه در جدول ۵ مشاهده می شود که آموزش طرحواره درمانی بر احساس تنهایی و ناگویی هیجانی زوجین دارای تعارض اثربخش است. با توجه به شدت اثر، آموزش طرحواره درمانی بر احساس تنهایی زوجین تأثیری بیشتری دارد.

جدول ۶: تحلیل کواریانس یکطرفه فرضیه ۱

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	Sig	شدت اثر
مدل تصحیح شده	۰/۲۲۶	۲	۰/۱۱۳	۱/۱۷۵	۰/۳۲۴	
عرض از مبدا	۱/۴۷۶	۱	۱/۴۷۶	۱۵/۳۶۰	۰/۰۰۱	
پیش آزمون احساس تنهایی	۰/۱۱۸	۱	۰/۱۱۸	۳/۱۸۲	۰/۰۰۲	
گروه (متغیر مستقل)	۰/۲۲۴	۱	۰/۲۲۴	۱۲/۳۳۵	۰/۰۱۳	۰/۲۱۲
خطا	۲/۵۹۴	۲۷	۰/۰۹۶			
مجموع	۳۱۱/۱۷۳	۳۰				
کل تصحیح شده	۲/۸۲۰	۲۹				

است. در واقع آموزش طرحواره درمانی موجب بهبود احساس تنهایی زوجین دارای تعارض می گردد.

با توجه به میزان  $F= ۱۲/۳۳$  و با توجه به اینکه مقدار احتمال از سطح  $۰/۰۵$  کمتر می باشد با  $۰/۹۵$  اطمینان فرضیه تحقیق تأیید می گردد و این نتیجه حاصل می گردد که آموزش طرحواره درمانی بر کاهش احساس تنهایی زوجین دارای تعارض اثربخش

فرضیه ۲: طرحواره درمانی بر کاهش ناگویی هیجانی زوجین دارای تعارض موثر است.

جدول ۷: تحلیل کواریانس یکطرفه فرضیه ۲

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	Sig	شدت اثر
مدل تصحیح شده	۰/۵۵۵	۲	۰/۲۲۷	۲/۱۸۹	۰/۰۰۴	
عرض از مبدا	۱/۹۹۴	۱	۱/۹۹۴	۱۵/۷۳۴	۰/۰۰۰	
پیش آزمون ناگویی هیجانی	۰/۱۰۳	۱	۰/۱۰۳	۲/۸۱۶	۰/۰۰۴	
گروه (متغیر مستقل)	۰/۵۲۵	۱	۰/۵۲۵	۴/۱۴۵	۰/۰۲۲	۰/۱۷۶
خطا	۳/۴۲۱	۲۷	۰/۱۲۷			
مجموع	۳۰۳/۹۷۹	۳۰				
کل تصحیح شده	۳/۹۷۶	۲۹				

با توجه به میزان  $F= ۴/۱۴$  و با توجه به اینکه مقدار احتمال از سطح  $۰/۰۵$  کمتر می باشد با  $۰/۹۵$  اطمینان فرضیه تحقیق تأیید می گردد و این نتیجه حاصل می گردد که آموزش طرحواره درمانی بر کاهش ناگویی هیجانی زوجین دارای تعارض اثربخش است. در واقع آموزش طرحواره درمانی موجب بهبود ناگویی هیجانی زوجین دارای تعارض می گردد.

### بحث و تفسیر

**فرضیه اصلی:** نتایج فرضیه اصلی نشان داد که آموزش طرحواره درمانی بر احساس تنهایی و ناگویی هیجانی زوجین دارای تعارض اثربخش است. آموزش طرحواره درمانی بر احساس تنهایی زوجین تأثیری بیشتری دارد. این نتایج با نتایج

**فرضیه اول: نتایج فرضیه اول نشان داد که آموزش طرحواره درمانی بر کاهش احساس تنهایی زوجین دارای تعارض اثربخش است.** آموزش طرحواره درمانی موجب بهبود احساس تنهایی زوجین دارای تعارض می گردد. این نتایج با نتایج کرابی و قناطر (۱۴۰۰) [۴۳]، نیکوگفتار و سنگانی (۱۳۹۹) [۴۴]، محمدی، سپهری شاملو و اصغری ابراهیم آباد (۱۳۹۸) [۳۴]، سید موسوی و محرمی (۱۳۹۸) [۴۰]، گوسلی<sup>۱۶</sup> (۲۰۲۱) [۴۵]، آرج و کراسک<sup>۱۷</sup> (۲۰۲۰) [۴۶]، باسلی و اگر<sup>۱۸</sup> (۲۰۱۹) [۴۷] همسو می باشد. در تبیین این فرضیه می توان گفت که طرحواره درمانی به افراد کمک می کند تا مشکلات مزمن و عمیق را دقیق تر تعریف کرده، آنها را به گونه ای قابل درک سازماندهی کنند. در این مدل، ردپای طرحواره ها با تاکید بر روابط بین فردی افراد از کودکی تا زمان حال دنبال می شود. با به کارگیری این مدل افراد می توانند طرحواره های ناسازگار اولیه خود را به صورت ناهمخوان ببینند. در نتیجه، با آگاهی از وجود طرحواره های ناسازگار اولیه، برای رها شدن از مشکلات انگیزه بیشتری پیدا می کنند. اگر نیازهای هیجانی اساسی فرد در کودکی تأمین نشده باشند، آن وقت طرحواره ها، سبک های مقابله ای و حالات خلقی خاصی، می توانند شکل بگیرند، طرحواره، یک الگوی سازمان یافته از تفکر و رفتار است. طرحواره، همچنین می تواند به عنوان یک چهارچوب ذهنی از ایده های از پیش شکل گرفته تعریف شود. می توان طرحواره را قالب و چهارچوبی که نمایان گر مفاهیم جهان برای فرد است یا یک سیستم سازمان دهی و ادراک اطلاعات جدید دانست. طرحواره ها، باورهای ناهشیار و ناسازگار درباره خودمان، دیگران و دنیا هستند که آن قدر برایمان واقعی و بدیهی اند که آن ها را واقعیت محض می پنداریم و افسار افکار و هیجانات و رفتارهای ما را در دست می گیرند و باعث آشفستگی و نارضایتی در روابط عاطفی و بین فردی و شغلی می شوند. طرحواره درمانی بر ریشه های تحولی مشکل های روان شناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک ها برانگیزاننده و ارائه مفهوم سبک های مقابله ای ناسازگار تأکید دارد و ایجاد انگیزه برای درمان، مروری بر ساختار جلسات (رازداری، محرمانه بودن، احترام و گوش دادن) قوانین و مقررات مربوط به گروه درمانی، مرور اهداف و منطبق کلی درمان، برقراری ارتباط، شناخت مشکل فعلی مراجع و سنجش برای طرحواره درمانی با تمرکز بر تاریخچه شخصی به کاهش احساس تنهایی در زوجین کمک شایانی می کند. چون طرحواره درمانی بر عمیق ترین سطح شناخت تأکید می کند، از این رو به دنبال آن است که هسته مرکزی مشکل را اصلاح نماید.

زارع باغبیدی و اعتمادی فرد (۱۳۹۹) [۳۹]، محمدی، سپهری شاملو و اصغری ابراهیم آباد (۱۳۹۸) [۳۴]، سید موسوی و محرمی (۱۳۹۸) [۴۰]، لويس<sup>۱۵</sup> (۲۰۱۷) [۴۱]، تیتوو و همکاران (۲۰۱۵) [۴۲] همسو می باشد. در تبیین این فرضیه می توان گفت که ناگویی هیجانی اساساً با مشکل در تشخیص و بیان احساسات، خیالیابی بسیار کم، سبک شناختی با جهت گیری بیرونی و وابسته به محرک یا به عبارتی فکر برون مدار توأم با اصل اخلاقی سودمندگرایی و مشکل در تمیز دادن بین احساسات و حواس فیزیکی مشخص می شود. گمان می رود که این ویژگی ها یک نوع کمبود در پردازش شناختی و نظم دهی حالت های عاطفی را منعکس می کنند. هرچند ناگویی خلقی در ارتباط با بیماران روان تنی مطرح شد، اما امروزه به عنوان یک صفت شخصیتی در میان تمامی افراد جامعه توزیع شده است. عقیده بر این است که ناگویی هیجانی عامل خطر ساز برای بسیاری از بیماری هاست، زیرا افراد مبتلا به این عارضه بسیار سخت هیجانات خود را به کلام می آورند. که افرادی که دارای طرحواره های ناسازگار یا سازش نیافته می باشند میزان اضطراب بیشتری را تجربه خواهند کرد. بر اساس نوشته های دکتر جفری یانک بنیانگذار طرحواره درمانی، پنج نیاز هیجانی بنیادی وجود دارند که اگر ارضا نشوند منجر به شکل گیری طرحواره های ناسازگار می شوند این نیازها عبارتند از: نیاز به خود مختاری، نیاز به خود ابراز گری سالم، نیاز به پذیرش محدودیت یا ناکامی بهینه، نیاز به تفریح، نیاز به دل بستگی امن. بر اساس نتایج این فرضیه افراد با کمبود در این نیازهای اولیه دچار طرح واره های سازش نیافته می شند که نتیجه آن اضطراب اجتماعی می باشد. در واقع طرحواره ها دانش افراد در مورد خودشان و جهان هستند و در نحوه تفسیر افراد از رویدادها تاثیر می گذارند. آن دسته از طرحواره هایی که منجر به شکل گیری مشکلات روانشناختی می شوند طرحواره های سازش نیافته می نامند. نکته ای که می توان از این بحث استنباط نمود این است که طرحواره های سازش نیافته به طور طبیعی در کارکردهای روانشناختی افراد خلل ایجاد می کنند. چرا که فرد دچار حالاتی همچون محرومیت هیجانی، رهاشدگی، انزوای اجتماعی و احساس تنهایی می شود. یکی از نشانه های بروز آسیب های روانشناختی حاصل از این فرایند، اضطراب اجتماعی است. بنابراین بدیهی به نظر می رسد که وقتی فردی انباشته از طرحواره های سازش نیافته باشد، انواع مشکلات روانشناختی در وی پدیدار می شود. در این پژوهش بررسی افکار، پیشایندها و پس آیندها، شناسایی افکار تحریف شده، شناسایی اجبارها، اجتناب ها و باورهای بنیادین بررسی شده است.

ناسازگار اطاعت داشت کمتر اطاعت کند. برای مثال به او تکلیفی مبنی بر نوشتن چند انتقاد از درمانگر و جلسه درمان داده شد. در نهایت این مزایای زیاد و کاربردی طرحواره درمانی باعث افزایش تفکر مثبت در مراجع می شود. بنابراین با توجه به نتایج این پژوهش رویکرد طرحواره درمانی منجر به کاهش ناگویی هیجانی در زوجین می شود.

**فرضیه دوم:** نتایج فرضیه دوم نشان داد که آموزش طرحواره درمانی بر کاهش ناگویی هیجانی زوجین دارای تعارض اثربخش است. آموزش طرحواره درمانی موجب بهبود ناگویی هیجانی زوجین دارای تعارض می گردد. این نتایج با نتایج سنگانی و دشت بزرگی (۱۳۹۷) [۴۸]، رضائیان و شریفی درآمدی (۱۳۹۵) [۴۹]، گاتر<sup>۱۹</sup> (۲۰۱۸) [۵۰]، لویس (۲۰۱۷) [۴۱]، گریف و مالهرب<sup>۲۰</sup> (۲۰۱۷) [۵۱] همسو می باشد. در تبیین این فرضیه می توان گفت که طرحواره درمانی بر تغییر و تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه تأکید میکند. طرحواره های ناسازگار اولیه، قدیمی ترین و عمیق ترین مؤلفه های شناختی، باورها و احساسات غیرشرطی درباره خودمان هستند و از تعامل خلق و خوی فطری کودک با تجارب ناکارآمد او با والدین، خواهرها، برادرها و همسالان در طی سالهای اولیه زندگی به وجود می آید. دانش جویانی که نیازهای منطقی خود محروم شدند یا حتی در بر آوردن امیدهای خود گول خورده اند و سرزنش خانواده احساس شکست و شرم در گذشته داشته و احساس ناتوانی در توصیف هیجانان و احساسات فردی داشتند دائماً از تفکرات منفی نسبت به خودشان و توانایی هایشان رنج می برند. در حقیقت این احساس ناتوانی منجر به عدم تمایل به گفت و گو، بی توجهی به صحبت های فرد مقابل، بی حوصلگی در گوش دادن و حرف زدن و تلاش برای پایان دادن به مکالمه یا عوض کردن موضوع مکالمه می شود و منجر به نشخوار افکار منفی می شود، دانشجویان با طرحواره درمانی می توانند آسیب های گذشته را شناسایی کنند و کیفیت زندگی مطلوب تری را تجربه کنند و در مورد خود و توانایی هایشان به احساس مثبتی دست یابند و به اصطلاح تفکر مثبت در آنان شکل می گیرد. طرحواره درمانی هیجانی با تأکید بر حمایت این دانشجویان از یکدیگر، افزایش تفکر مثبت و ابراز آن به یکدیگر، بیان تجارب جدید در زندگی، شکل دهی تعاملات جدید در رابطه، تأکید بر مراقبت از دوستان، شناسایی چرخه های تعاملی منفی و حذف آنها در زندگی به این زوجین کمک می کند. تفکر مثبت حالتی مطبوع و دلپذیر شخصی است که از تجربه هیجان های مثبت ناشی میشود. بنابراین تفکر مثبت محصول قضاوت و داوری مثبت افراد از زندگی است که این قضاوت از بیرون به فرد تحمیل نمیشود، بلکه حالتی درونی است. رویکرد طرحواره درمانی به مراجع کمک می کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ های مقابله ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح ریزی و اجرا کنند. برای مثال در رابطه درمانی، درمانگر تلاش می کند در قالب مرزهای درمان از اصول اخلاقی، نیازهای ارضا نشده مراجعان را ارضا کند. مثلاً درمانگر شرایطی را فراهم کرد که مراجعه کننده ای که طرحواره

#### واژه نامه

1. Goldenberi	گلدبری
2. Feeling lonely	احساس تنهایی
3. Jibeen	جبین
4. Schema therapy approach	طرحواره درمانی
5. Lee - Hey	لیهی
6. alexithymia	ناگویی هیجانی
7. Sifneos	سیفنیوس
8. Taylor, Bee, Haddock	تیلور، بی و هادوک
9. Bach, Lockwood, Young	باج، لوک وود و یونگ
10. Russell, Pilva and Cortana	راسل، پیلوا و کورتونا
11. Ferguson	فرگوسن
12. Toronto	تورنتو
13. Pillay, Landai Wilkes	پیلای، لاندای ویلکز
14. Hoteling	هتلینگ
15. Lewis	لویس
16. Gosseli, Marie-Hélène	گوسلی
17. Arch, Craske	آرچ و کراسک
18. Beasley, Ager	باسلی و آگر
19. Gater	گاتر
20. Greef A P & Malherb	گریف و مالهرب

#### فهرست منابع

- [1] Shahabi M; Amin Yazdi SA, Mashhadi A, Hassani J. The role of religious attitude in enduring psychological distress and difficulty in regulating emotion of Tehran University students. Research in religion and health. 2017; 3 (4): 47-32. [Persian]
- [2] Riso LP, du Toit PL, Stein DJ, Young JE. Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide. American Psychological Association 2017.
- [3] Ardeh Khani N. Effects of Emotional Couples Therapy on Improving Couples' Status, Assessment and Knowledge Publications, 2019 [Persian]
- [4] Cui M, Fincham FD. The differential effects of parental divorce and marital

- Branch. *Journal of Mental Health Principles*, 2017; 19 (3): 171-167. [Persian]
- [16] Edalati A, Redzuan M. Perception of women towards family values and their marital satisfaction. *Journal of American Science*, 2010; 6(4): 132-137
- [17] Zhang H, Spinrad TL, Eisenberg N, Luo Y, Wang Z. Young adults' internet addiction: prediction by the interaction of parental marital conflict and respiratory sinus arrhythmia. *International Journal of Psychophysiology*, 2017; 120: 148-156.
- [18] Hosseinian S, Yazdi M, Tabatabaee M. Investigating relation between marital communication skills on marital intimacy in married women. *Journal of Family and Women*, 2011; 6: 45-70.
- [19] Ermer AE, Segel-Karpas D, Benson JJ. Loneliness trajectories and correlates of social connections among older adult married couples. *Journal of Family Psychology*. 2020.
- [20] Stoeckli G. The role of individual and social factors in classroom loneliness. *The Journal of Educational Research*, 2010;103: 28-39.
- [21] Mund M, Johnson MD. Lonely Me, Lonely You: Loneliness and the Longitudinal Course of Relationship Satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, 2020; 1-23.
- [22] Khan Ahmadi O, Eftaghi M, Ghaderi Beg Jan K. Comparison of loneliness and source of control between female-headed households and non-female-headed households. *Third International Conference on Research in Science and Technology Berlin, Germany*, 2016 [Persian]
- [23] Kelly M, Zimmer-Gembeck MJ, Boislard M. Identity, intimacy, status and sex dating goals as correlates of goal-consistent behavior and satisfaction in Australian youth. *Journal of Adolescence*, 2012; 36(6): 1441-1454
- [24] Dunham SM. Emotionally focused couple therapy: An interview with Scott Woolley, PhD. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*; 2016; 24(1): 95-100
- [25] Mohajerani S, Haghayegh SA, Adibi P. The relationship between emotional malaise, disease perception and resilience with quality of life in patients with ulcerative colitis. *Digestive Quarterly*, 2017; 22 (1): 38-28. [Persian]
- conflict on young adult romantic relationships. *Personal Relationships*, 2010;17(3):331-343.
- [5] Goldenberg H, Goldenberg I. *Family therapy: An overview*. Cengage Learning 2012
- [6] Johnson S, Zuccarini D. Integrating Sex and Attachment in Emotionally Focused Couple Therapy. *J Marital Fam Ther*, 2010; 36(4): 431-45.
- [7] Brown SL, Sanchez LA, Nock SL, Wright JD. Links between premarital cohabitation and subsequent marital quality, stability, and divorce: A comparison of covenant versus standard marriages. *Soc Sci Res* 2006; 35: 454-70.
- [8] Gehlert NC, Schmidt CD, Giegerich V, Luquet W. Randomized controlled trial of imago relationship therapy: Exploring statistical and clinical significance. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. 2017;16(3):188-209.
- [9] Coats S, Harrington JT, Beaubouef M, Locke H. Sex differences in relationship regret: The role of perceived mate characteristics. *Evolutionary Psychology*. 2012;10(3):147470491201000304.
- [10] Liao C, Lin HN, Luo MM, Chea S. Factors influencing online shoppers' repurchase intentions: The roles of satisfaction and regret. *Information & Management*. 2017;54(5):651-68.
- [11] Hooshmandi F, Naemi AM. The effect of self-forgiveness education with a religious approach on the vitality and tolerance of mothers of children with developmental and mental disabilities. *Quarterly Journal of New Psychological Research*, 2018; 13 (52): 326-305 [Persian]
- [12] Agarozzi DA. *Enhancing Intimacy in Marriage: A Clinician's Handbook*. Brunner-Routledge. 2011
- [13] Jibeen T. Frustration intolerance beliefs as predictors of emotional problems in university undergraduates. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 2013; 31 (1): 16-26.
- [14] Dattilio FM. Restructuring schemata from family of origin in couple therapy, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An Int Quarterly*, 2016; 20(4): 359-373.
- [15] Ahmadpour A, Khaledi T. Comparison of marital satisfaction and marital intimacy of employed and non-employed married students of Islamic Azad University, Ahvaz

- Journal of Women and Family Studies, 2019; 7 (2): 136-115. [Persian]
- [35] Bidari F, Haji Alizadeh K. The effectiveness of schema therapy on cognitive strategies of emotion, distress tolerance and marital intimacy in patients with borderline personality disorder, Journal of Psychological Studies, 2019; 15(2):165-180 [Persian]
- [36] Hoffart Lunding S, Hoffart A. Perceived parental bonding, early maladaptive schemas and outcome in schema therapy of cluster c personality problems. Clinical psychology & psychotherapy. 2016; 23(2): 107-17.
- [37] Haeyen S. Strengthening the Healthy Adult Self in Art Therapy Using Schema Therapy as a positive psychological intervention for people diagnosed with personality disorders. Frontiers in Psychology, 2019; 10:644.
- [38] Yoo J. Gender role attitude, communication quality, and marital satisfaction among Korean adults. Journal of Family Studies, 2020; 1-18
- [39] Zare Baghbidi M, Etemadi Fard A. Determining the mediating role of communication skills in the relationship between emotional distress and marital boredom of divorced couples, Social Psychological Research Quarterly, 2019; 10(38):135-150 [Persian]
- [40] Seyed Mousavi M, Moharrami J. Emotional malaise, loneliness and fear of intimacy: predictors of attitudes toward infidelity in men, Journal of Contemporary Psychology, 2019; 14(1):12-21. [Persian]
- [41] Lewis M. The role of the self in shame. Social Research, 2017; 70: 1181-1204.
- [42] Titov N, Dear BF, Ali S, Zou JB, Lorian CN, Johnston L, Fogliati VJ. Clinical and cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of depression: a randomized controlled trial. Behavior Therapy, 2015; 46(2): 193-205.
- [43] Karaei A, Qanatir S. The effectiveness of schema therapy on emotion regulation and family functioning in couples referring to counseling centers in Ahvaz, the first national conference on futures studies, educational sciences and psychology, Shiraz. 2021. [Persian]
- [26] Rahimi P. The effect of emotion-oriented approach on emotional distress and marital happiness of couples suffering from emotional divorce, 7<sup>th</sup> Congress of Iranian Psychological Association, Tehran. 2019[Persian]
- [27] Serafini G, Gonda X, Pompili M, Rihmer Z, Amore M, Engel-Yeger B. The relationship between sensory processing patterns, alexithymia, traumatic childhood experiences, and quality of life among patients with unipolar and bipolar disorders. Child Abuse Negl. 2016; 62(5): 39-50.
- [28] Wachs K, Cordova JV. Mindful relating: Exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships. Journal of marital and family therapy, 2013; 33(4):464-481
- [29] Kathryn D, Timmerman L. Accomplishing romantic relationship. In: Greene JO, Burleson BR. (editors). Handbook of communication and social interaction skills Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 2012; 14(4): 68-90
- [30] Calvete E, Orue I, Hankin BL. Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. Journal of Anxiety Disorders, 2013; 27 (3): 278-288.
- [31] Taylor CD, Bee P, Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 2017; 90(3):456-79.
- [32] Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. Cognitive behaviour therapy, 2018; 47(4):328-49.
- [33] Fassbinder E, Assmann N, Schaich A, Heinecke K, Wagner T, Sipos V. PRO\* BPD: effectiveness of outpatient treatment programs for borderline personality disorder: a comparison of Schema therapy and dialectical behavior therapy: study protocol for a randomized trial. BMC psychiatry, 2018; 18(1):3-41.
- [34] Mohammadi H, Sepehri Shamloo Z, Asghari Ebrahimabad MJ. The effectiveness of group emotional schema therapy on reducing loneliness and rumination in divorced women, Quarterly

- divorced women, Journal of Psychological Achievements (Educational Sciences and Psychology), 2018; 25(2):201-216 [Persian]
- [49] Rezaian M, Sharifi Daramadi P. Relationship between marital conflict and emotional schemas with emotional regulation in couples seeking divorce, non-governmental - Islamic Azad University - Islamic Azad University - Shahroud Unit - Faculty of Psychology and Educational Sciences - 2016 . [Persian]
- [50] Gater R. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. Psychol Med. 2018; 27(1): 191-7
- [51] Greef AP, Malherb HL. Intimacy and marital satisfaction in spouses. Journal of Sex & Marital Therapy, 2017;27(3): 247-256.
- [44] Nikogftar M, Sangani A. The effectiveness of schema therapy on rumination, social emotional loneliness and general health. Knowledge and Research in Applied Psychology, 2020; 21 (2): 12-1. [Persian]
- [45] Gosseli, Marie-Hélène M. An Exploration of the Relationships Among Early Maladaptive Schemas, Alexithymia and PainRelated Outcomes in Irritable Bowel Syndrome. Fielding Graduate University. 2021.
- [46] Arch JJ, Craske MG. Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? Clinical Psychology: Science and Practice 2020; 5(4): 263-279.
- [47] Beasley CC, Ager R. Emotionally focused couples therapy: A systematic review of its effectiveness over the past 19 years. Journal of Evidence-Based Social Work, 2019; 16(2):144-159.
- [48] Sangani A, Dasht-e Bozorgi Z. The effectiveness of schema therapy on mental health, mental rumination and loneliness of

