

The Effects of Schema Therapy on the Irrational Beliefs and Emotional Self-Regulation of the Women with Marital Conflict with Early Maladaptive Schemata

Farzaneh Bidari*

Azita Amirfakhraei**

Eghbal Zarei***

Keramat Keramati****

Introduction

As the first structure in the society and due to the fact that it is the foundation of the human existence, the family is a very important structure. Attention to and maintaining such a structure is very clear through considering its mental, affective, social and behavioral effects and the importance of it. This study was conducted aiming to investigate the effect of schema therapy on the irrational beliefs and emotional self-regulation of the women with marital conflict with early maladaptive schemata.

Method

This is a quasi-experimental study with pretest, posttest and control group design and a two-month follow-up stage. The statistical population of the study included the women with marital conflict with early maladaptive schemata who referred to consultation centers in the city of Tehran in the autumn and winter of 2019-2020. 40 women with marital conflict and early maladaptive schemata were selected through purposive sampling method

* Ph.D. Student in General Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.

** Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Bandar Abbas Branch, Bandar Abbas, Iran. *Corresponding Author:* afakhraei2002@gmail.com

*** Assistant Professor, Department of Psychology, University of Hormozgan, Bandar Abbas, Iran.

**** Assistant Professor, Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.

and were randomly assigned to experimental and control groups (each group of 20). The experimental group received the schema therapy in 8 ninety-minute sessions during the research process. 4 people from the experimental group and 3 people from the control group were excluded from the study. The applied questionnaires in this study included Irrational Beliefs Questionnaire (Jones, 1969), Emotional Self-Regulation Questionnaire (Gross & John, 2003), Marital Conflict (Barati & Sanaie, 1997) and Early Maladaptive Schemata (Young, 1998). The data from the study were analyzed through repeated measurement ANOVA via SPSS23 statistical software.

Results

The results showed that schema therapy has significant effect on the irrational beliefs and emotional self-regulation of the women with marital conflict with early maladaptive schemata ($p < 0.001$); that is, this therapy succeeded in decreasing irrational beliefs and emotional self-regulation in the women with marital conflict with early maladaptive schemas. Moreover, the results showed that 64% and 62% of the changes in the irrational beliefs and self-regulation variables of the women were explained by offering the schema therapy.

Conclusion

According to the findings of the study it can be concluded that schema therapy can be used to reduce irrational beliefs and increase emotional self-regulation of women with marital conflict with early maladaptive schema.

Keywords: Irrational belief, Marital conflict, Emotional self-regulation, Early maladaptive schemata, Schema therapy

Author Contributions: The current article has been extracted from Mir. Farzaneh Bidari Ph.D. dissertation at the Department of Psychology, Bandarabbas Branch, Islamic Azad University, supervised by Dr. Azita Amirfakhraei, and consulted by Dr. Eghbal Zarei and Keramat Keramati. All authors discussed the results, reviewed and approved the final version of the manuscript.

Acknowledgments: The authors express their gratitude to the all women in the study, their families and counseling centers in Ahvaz who have helped us in this research.

Conflicts of Interest: The authors declare there is no conflict of interest in this article.

Funding: This article did not receive any financial support.

اثربخشی طرحواره‌درمانی بر باورهای غیرمنطقی و خودتنظیمی هیجانی زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه

فرزانه بیداری*

آزیتا امیرفخرایی**

اقبال زارعی***

کرامت کرامتی****

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر باورهای غیرمنطقی و خودتنظیمی هیجانی زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه انجام گرفت. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در شش ماهه پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ بود. در این پژوهش تعداد ۴۰ زن دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایشی و گواه گمارده شدند (هر گروه ۲۰ زن). گروه آزمایشی طرحواره‌درمانی را طی دو ماه در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. در گروه آزمایشی ۴ نفر و در گروه گواه ۳ نفر ریزش وجود داشت. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز، خودتنظیمی هیجانی گروس و جان، تعارض زناشویی براتی و ثنایی، و طرحواره‌های ناسازگار

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

** استادیار گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران (نویسنده مسئول)

Afakhraei2002@gmail.com

*** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

**** استادیار گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

اولیه‌ی یانگ بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که طرحواره‌درمانی بر باورهای غیرمنطقی و خودتنظیمی هیجانی زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه تأثیر معنی‌داری دارد ($p \leq 0.001$). بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که می‌توان از طرحواره‌درمانی در جهت کاهش باورهای غیرمنطقی و بهبود خودتنظیمی هیجانی زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه بهره برد.

کلید واژگان: باورهای غیرمنطقی، تعارض زناشویی، خودتنظیمی هیجانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، طرحواره‌درمانی

مقدمه

به شکل معمول در نخستین روزهای ازدواج، زوجین به یکدیگر احساس تعهد می‌کنند، اما برخی از زوجین به تدریج دچار تعارضات زناشویی^۱ می‌شوند، هر چند که بعضی مواقع، تفکرات پس از تعارضات زناشویی نشان از پشیمانی زوجین از بروز این فرآیند دارد. تعارضات زناشویی از پدیده‌هایی است که میان خانواده‌ها را با خطر جدی مواجه می‌کند (Wilson et al., 2017). تعارضات زناشویی ممکن است اشکال گوناگون داشته باشد و به صورت افسردگی یکی یا هر دو زوج، سوءرفتار با همسر و درگیری لفظی و فیزیکی بین هر زوجین بروز نموده و نهایتاً منجر به طلاق گردد (Cribbet, Smith, Uchino, Baucom & Nealey-Moore, 2017). تعارضات زناشویی نوعی فقدان توافق مداوم و معنادار بین دو همسر است که یکی از آن‌ها آن را گزارش می‌کند. این در حالی است که تجربه سطوح مختلفی از تعارض و اختلاف‌نظر در تعاملات یک زوج، امری بدیهی و غیرقابل اجتناب است (Ons & Amer, 2014). وجود تعارضات زناشویی ناشی از واکنش نسبت به تفاوت‌های فردی است و گاهی اوقات، آن قدر شدت می‌یابد که احساس خشم، خشونت، کینه، نفرت، حسادت و سوء رفتار کلامی و فیزیکی در روابط زوجین حاکم می‌شود (Musavi, Samavatyan & Nouri, 2018) و به شکل حالات تخریب‌گر و ویران‌گر بروز می‌کند (Li & Liu, 2020). Gao et al. (2018) نیز زوجین متعارض را ناراضی از عادات و شخصیت همسر و دارای مشکل ارتباطی در حوزه‌های گوناگون می‌دانند. در ارتباط بین افراد، تعارض وقتی بروز می‌کند که فرد بین

1- marital conflicts

اهداف، نیازها، یا امیال شخصی خودش و اهداف، نیازها و امیال شخصی طرف مقابلش ناهمسازی و ناهمخوانی می‌بیند (Makhanova, McNulty, Eckel, Nikonova & Maner, 2018). عوامل مختلفی می‌توانند به عنوان عامل زیربنایی تعارضات زناشویی قلمداد شوند. بر پایه پژوهش‌های پیشین می‌توان بیان نمود که یکی از این عوامل، وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۱ در زوجین است (Chehreaz Abolhasani, 2017; Aryanfar & Pourshahriari, 2017; Sedighi & Jaafari, 2016). طرحواره‌ها به عنوان ساختارهای شناختی برای گزینش، رمزگذاری و ارزیابی محرک‌هایی توصیف شده که روی افراد تأثیر می‌گذارند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند از طریق تجارب آزارنده اولیه به وجود بیایند و در موقعیت‌های مشابه باعث برانگیخته شدن افراد شوند (Orue, Calvete & Padilla, 2014). محتوای هر طرحواره از طریق تجربه‌های زندگی فردی ساخته و پرداخته می‌شود، سازمان می‌یابد و در ادراک و ارزیابی اطلاعات جدید مورد استفاده قرار می‌گیرد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوی ثابت و درازمدتی است که در دوران کودکی به وجود آمده و تا زندگی بزرگسالی نیز ادامه می‌یابد. بنابراین طرحواره‌ها دانش افراد در مورد خود و جهان هستند و در نحوه تفسیر افراد از رویدادها تأثیر می‌گذارند (Calvete, 2014).

یکی دیگر از عوامل ایجادکننده تعارضات زناشویی در بین زوجین، باورهای غیرمنطقی آن‌ها است (Haratian, Janbozorgi, Agahi Haris & Sarimotlagh, 2017; Karami, Bakhshi, Gange, Rezaei & Sarvghad, 2015). هر یک از زوج‌ها در هنگام ورود به رابطه زوجی دارای باورهای ارتباطی هستند که هریک از این باورها ممکن است منطقی و یا غیرمنطقی باشند. از دیدگاه عقلانی - عاطفی نیز علت اکثر مسائل رفتاری و تعارضات بین فردی از جمله تعارض زناشویی، با باورهای غیرمنطقی فرد در ارتباط است (Haratian et al., 2017). باور ارتباطی عقیده یا ذهنیتی است که زن و شوهر نسبت به ارتباط زناشویی خود دارند و آن را به عنوان واقعیت پذیرفته‌اند. باورهای غیرمنطقی هر گونه فکر، هیجان و یا رفتاری است که منجر به تخریب نفس و از بین رفتن خود می‌شوند و پیامدهای مهم آن اختلال در بقاء، خوشحالی و شادمانی است (Allen, El-Cheikh & Turner, 2017). به عبارتی باورهای غیرمنطقی عبارت‌اند

1- early maladaptive schema

از افکار و اندیشه‌ها و عقایدی که در آن‌ها اجبار، الزام، وظیفه و مطلق‌گرایی (به شیوه افراطی) وجود داشته باشد و موجب بروز اختلالات عاطفی و رفتاری گردد. این‌گونه باورها در برخورد با حوادث و محرک‌های خارجی پیامدهای عاطفی همچون ترس، اضطراب، خشم، گناه، غم و اندوه، خصومت و افسردگی ایجاد می‌کند. در حقیقت این باورهای انسان است که نوع، وضعیت و شدت عاطفه و رفتار او را تعیین می‌کند، زیرا رفتار و عواطف انسان ناشی از باورها و اعتقادات غیرمنطقی اوست و همین باورها، طرز تفکر انسان را نسبت به خود، جهان هستی و دیگران موجب می‌شود (Duduu, Sfeatcu, Funieru & Dumitrache, 2015). نتایج پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که بین باورهای ارتباطی نامعقول و ارتباط زناشویی رابطه منفی وجود دارد. همچنین نشان داده شده است که باور تخریب‌کنندگی مخالفت و عدم تغییرپذیری همسر در پیش‌بینی اختلافات زناشویی سهیم بوده و در سطح دو متغیری بین باورهای ارتباطی و شروع مشاجره در اختلافات زناشویی همبستگی منفی وجود دارد (Haratian et al., 2017; Karami, et al., 2015).

بروز تعارضات زناشویی، به فرایندهای روان‌شناختی، اجتماعی و هیجانی زوجین نیز آسیب وارد می‌کند. یکی از فرایندهای هیجانی آسیب‌پذیر در تعارضات زناشویی خودتنظیمی هیجانی^۱ است (Wilson et al., 2017; Frankel, Umemura, Jacobvitz & Hazen, 2015). علاوه بر این شواهد پژوهشی نشان داده است که آشفتگی روان‌شناختی در پاسخ به رویدادهای استرس‌زای زندگی ممکن است با راهبردهای خودتنظیمی هیجان که افراد در مواجهه با این رویدادها به کار می‌برند، مرتبط باشد (Kraaij & Garnefski, 2019). فرایندهای خودتنظیمی هیجانی افراد، بر دریافت و ادراک اینکه چه هیجانانی را تجربه می‌کنند، چه موقع آن‌ها را تجربه می‌کنند و چگونه آن‌ها را بیان می‌نمایند، تأثیر می‌گذارد (Li, Li, Wu & Wang, 2019). خودتنظیمی هیجانی ممکن است برای به راه انداختن، افزایش، حفظ یا کاهش هیجانان مثبت و منفی در پاسخ به رویدادهای محیطی، نقش ایفا کند؛ زیرا فرایندهای فیزیولوژیکی، رفتاری و تجربی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Joormann & Stanton, 2016). خودتنظیمی هیجانی به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی هیجانی و هیجانان منفی را تنظیم نمایند، احساسات دیگران

را درک نموده و به طرز اثربخشی با آن برخورد کنند، که این امر موفقیت و کارآمدی در حوزه‌های مختلف زندگی را سبب می‌شود (Benfer, Bardeen & Clauss, 2018). Malesza (2019) دریافت که هرگاه خودتنظیمی هیجان فرآیند سه مرحله‌ای تشخیص نیاز به تنظیم هیجان، تصمیم‌گیری در مورد نحوه تنظیم و تصویب یک استراتژی برای تنظیم را طی نماید، منجر به غلبه بر طیف وسیعی از مشکلات بالینی می‌شود.

روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی برای زوجین و به خصوص زنان متعارض به‌کار گرفته شده است. طرحواره‌درمانی^۱ یکی از مداخلات جدید درمانی است که کارایی آن در تحقیقات پژوهشگرانی همچون Mohammadi, Sepehri, Shamlo and Asghari Ebrahim (2019) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه؛ (Saffarinia and Azizi (2019) مبنی بر تأثیر طرحواره‌درمانی گروهی بر ارتقاء بهزیستی اجتماعی و ادراک اعتماد اجتماعی؛ Bidari and Hajalizadeh (2019) مبنی بر طرحواره‌درمانی بر راهبردهای شناختی هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بیماران؛ (Kodabandelou, Najafi and Rahimian (2018) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار بر عزت‌نفس افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته؛ Rohi, Jazayeri, Ftehzadeh and Etemadi (2017) مبنی بر اثربخشی رویکرد طرحواره‌درمانی بر کاهش آسیب‌های تعاملی زناشویی مردان دارای شخصیت اجتنابی؛ Yousefzadeh, Talebi and Neshatdost (2017) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار در بیماران؛ (Sayyadi, Golmohammadian and Rashidi (2017) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر احساس حقارت دختران نوجوان خانواده‌های طلاق؛ Ghaderi, Kalantari and Mehrabi (2016) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان؛ (Bashiri, Golmohammadian and Hojjatkah (2016) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر نگرش‌های ناکارآمد نسبت به انتخاب همسر در دانشجویان دختر؛ Taghiyar, Pahlavanzadeh and Samavi (2016) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر سرخوردگی زناشویی زنان متأهل؛ (Dijk et al. (2020) و Renner, DeRubeis, Arntz, Peeters, Lobbestael

1- Schema Therapy

Nenadic, and Huibers (2018) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش افسردگی؛ Pugh (2015) و Lamberth and Reiss (2017) مبنی بر نقش طرحواره‌درمانی بر کاهش مشکلات روان‌شناختی نشان داده شده است. طرحواره‌درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که عمدتاً بر اساس گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری بنا شده است (Dijk et al., 2020). رویکرد طرحواره‌درمانی در قالب جنبش «سازنده‌گرایی» می‌گنجد. در جنبش سازنده‌گرایی بر نقش عواطف در فرآیند تغییر، به کارگیری تکنیک‌های تجربی، دلبستگی‌های اولیه و رفتارهای بین‌فردی تأکید می‌شود. در واقع طرحواره‌ها حاصل گفتگوی والدین با کودک هستند که به تدریج در ذهن او جای گرفته‌اند و هم‌اکنون به گونه‌ای نظام‌مند، اما ناکارآمد، زندگی وی را زیر سیطره خود گرفته‌اند، طرحواره‌درمانی حاصل تلاشی ماهرانه برای غنی ساختن تکنیک‌های درمانی است (Sangani & Dashtbozorgi, 2018). این رویکرد بر پایه شناخت‌درمانی بنا شده و برای بسیاری از مشکلاتی که افراد در زندگی روزمره خود با آن‌ها دست به‌گریبان هستند، راه‌حل می‌آفریند (Khasho, Van Alphen, Heijnen-Kohl, Ouwens, Arntz & Videler, 2019). هدف اولیه طرحواره‌درمانی، ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌ها و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (Ghaderi, Kalantari & Mehrabi, 2016).

در حوزه ضرورت انجام پژوهش حاضر، ابتدا تأکید بر نهاد خانواده و اهمیت کارکرد این نهاد خصوصاً برای جامعه است. چراکه جامعه سالم از خانواده‌های سالم تشکیل شده است و شرط سلامت خانواده، وجود روابط سالم و کارکرد صحیح این نهاد است. بنابراین باید راه‌هایی که می‌تواند کارکرد خانواده را بهبود ببخشد، مورد شناسایی و کاربرد قرار گیرند؛ بنابراین پژوهش حاضر با بحث در مورد اهمیت خانواده و زنان و تعامل بهینه زوجین اهمیت خود را در این‌باره نشان می‌دهد. در یک جمع‌بندی در باب ضرورت انجام پژوهش حاضر باید اشاره کرد که تعارضات زناشویی باعث ایجاد اختلال در فرآیند اجتماعی شدن، عملکرد فعال خانواده، شرکت در فعالیت‌های شغلی و اجتماعی زنان و همچنین منحرف شدن فرزندپروری صحیح می‌شود. بر این اساس عدم بکارگیری درمان‌های روان‌شناختی مناسب و پایداری این تعارضات در طول زمان می‌تواند منجر به بروز آسیب‌های بیشتر در زنان و همچنین پدیدآیی

دیگر آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی همچون افسردگی در نزد زوجین و فرزندان گردد. بر این اساس بکارگیری روش‌های درمانی کارآمد می‌تواند به عنوان راهگشایی در جهت بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی، هیجانی، ارتباطی و شغلی این افراد به شمار رود. بنابراین فرضیه‌های اصلی پژوهش حاضر بدین صورت بود:

- ۱- طرحواره‌درمانی بر باورهای غیرمنطقی زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه اثربخش است.
- ۲- طرحواره‌درمانی بر خودتنظیمی هیجانی زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه اثربخش است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در شش ماهه پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ بود که جهت شرکت در این پژوهش، رضایت آگاهانه داشتند. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند استفاده شد. بدین صورت که ابتدا زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران مورد شناسایی قرار گرفتند (با توجه به حجم بالای مراکز مشاوره شهر تهران، تعداد ۱۵ مرکز انتخاب شد). سپس فرم‌های حضور در پژوهش به شکل داوطلبانه در بین زنان دارای تعارضات زناشویی پخش شد. با شناسایی زنان داوطلب، پرسشنامه تعارضات زناشویی به آن‌ها ارائه شد. با اجرای پرسشنامه تعارضات زناشویی و نمره‌گذاری آن، زنانی که نمره بالاتر از ۱۲۶ در پرسشنامه تعارضات زناشویی کسب کرده بودند (برخورداری از تعارضات زناشویی متوسط)، انتخاب شدند. در گام بعد زنان شناسایی‌شده توسط ملاک ورود مهم دیگر به پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. بدین صورت که در بین زنان دارای تعارضات زناشویی شناسایی‌شده، پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه توزیع شد. سپس، زنانی که نمرات بالاتر از نمره برش در پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه به دست آورده بودند، مورد شناسایی قرار گرفتند (نمرات بالاتر از

برش در حداقل دو مورد از ابعاد بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت‌مندی، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری). سپس این زنان با استفاده از مصاحبه بالینی نیز مورد بررسی مجدد قرار گرفتند. در مرحله آخر تعداد ۴۰ نفر از این زنان که بالاترین نمرات را در پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه به دست آورده بودند (نمرات بالاتر از نمره برش ابعاد و به صورت ترتیب‌بندی شده)، انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی و گواه گمارده شدند (۲۰ زن در هر گروه). در این بین در گروه آزمایشی ۴ نفر و در گروه گواه نیز ۳ نفر ریزش داشتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: جنسیت زن، داشتن سابقه زندگی زناشویی بالاتر از سه سال، داشتن تعارضات زناشویی متوسط، وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، داشتن سلامت جسمی و تمایل به شرکت در پژوهش بود. لازم به ذکر است که ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت در دو جلسه آموزشی، عدم انجام تکالیف خواسته‌شده و بروز حوادث پیش‌بینی نشده بود. از لحاظ آماری طرح‌های تجربی به حجم نمونه ۱۵ تا ۲۰ کفایت می‌کند (Delavar, 2012). در نهایت طرحواره درمانی برای گروه آزمایشی برگزار شد ولی گروه گواه این مداخلات را دریافت نکردند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه تعارض زناشویی^۱: پرسشنامه تعارض زناشویی توسط Baratii and Sanaei (2006) ساخته شده است. این پرسشنامه نمره کل تعارض زناشویی و ابعاد آن را به دست می‌دهد. این ابعاد عبارتند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزند، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر. هر ماده پرسشنامه دارای یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (همیشه=۵، اکثر اوقات=۴، گاهی وقت‌ها=۳، به ندرت=۲ و هرگز=۱) تعلق می‌گیرد. نمره بالا در این آزمون حاکی از شدت تعارض و بد بودن اوضاع و پایین بودن دال بر خوب بودن اوضاع است. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۴۲ تا ۲۱۰ می‌باشد. این پرسشنامه توسط سازندگان آن بر روی مراجعه‌کنندگان به مراجع قضایی یا مراکز مشاوره جهت رفع تعارض زناشویی هنجاریابی شده و مشخصات روان‌سنجی آن به این شرح

گزارش شده است: آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۵۳، و برای خرده‌مقیاس کاهش همکاری ۰/۳۰، افزایش جلب حمایت فرزند ۰/۶۰، افزایش واکنش هیجانی ۰/۷۳، کاهش رابطه جنسی ۰/۵۰، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۶۴، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان ۰/۶۴ و جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۵۱ گزارش شده است. برای تعیین روایی این پرسشنامه از تعدادی متخصص خانواده درمانی نظرخواهی شد، بنابر اعتقاد آن‌ها این پرسشنامه دارای روایی محتوایی مناسبی است (Rasoli & Falahat, 2014). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شد.

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۱: پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه توسط Young (1998) تدوین شده است. فرم کوتاه این پرسشنامه مشتمل بر ۷۵ ماده است که ۱۵ طرحواره را در ۵ حوزه کلی می‌سنجد این پنج حوزه شامل بریدگی و طرد (۲۵ ماده)، خودمختاری و عملکرد مختل (۲۰ ماده)، دیگر جهت‌مندی (۱۰ ماده)، بازداری و گوش به زنگی بیش از حد (۱۰ ماده) و محدودیت‌های مختل (۱۰ ماده) است. در این پرسشنامه نمره بالا نشان‌دهنده روان‌بندگی‌های ناسازگار اولیه است. این ابزار خودتوصیفی دارای پاسخ‌های لیکرت شش‌درجه‌ای از کاملاً غیرصحیح (۱) تا کاملاً صحیح (۶) درجه‌بندی می‌شود. این پرسشنامه نمره کل ندارد و نمرات افراد در ۵ حوزه ذکر شده قابل محاسبه است (Young, 1998). در پژوهش Waller, Meyer and Ohanian (2001) اعتبار مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۶ و برای تمام خرده‌مقیاس‌ها بالا بود و ضرایب بازآزمایی بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ در یک جمعیت غیربالینی به دست آمد. در ایران Sadoghi and Agilar Vafaei (2008) به منظور بررسی روایی و اعتبار فرم کوتاه مقیاس Young، همسانی درونی خرده مقیاس‌ها را بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ و نمره کل مقیاس ۰/۹۴ به دست آوردند. لازم به ذکر است در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه فوق با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای پنج حوزه بریدگی و طرد، خودمختاری و عملکرد مختل، دیگر جهت‌مندی، بازداری و گوش به زنگی بیش از حد و محدودیت‌های مختل به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۱، ۰/۷۶، ۰/۸۲ و ۰/۷۹ محاسبه شد.

پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی^۲: پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی توسط Gross and John

1- Primary Maladaptive Schema Questionnaire

2- Emotional Self-Regulation Questionnaire

(2003) ساخته و دارای ۱۰ ماده و دو خرده‌مقیاس بازداری هیجانی (ماده‌های ۲، ۴، ۶ و ۹) و ارزیابی مجدد شناختی (ماده‌های ۱، ۳، ۵، ۷، ۸ و ۱۰) را می‌سنجد. آزمودنی به هر ماده این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات در این مقیاس از ۱۰ تا ۷۰ است. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده خودتنظیمی هیجانی بالاتر در نزد فرد است. ضریب همسانی درونی در خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد شناختی برای مردان ۰/۷۲ و برای زنان ۰/۷۹ است. همچنین ضریب همسانی درونی در خرده‌مقیاس بازداری هیجانی برای مردان ۰/۶۷ و برای زنان ۰/۶۹ می‌باشد (Gross & John, 2003). (Mohammadi and Mousavi (2015) در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌های ارزیابی مجدد شناختی ۰/۷۱ و بازداری هیجانی ۰/۸۱ گزارش کردند. همچنین در پژوهش (Asli Azad, Manshaei and Ghamarani (2019) برای دو خرده‌مقیاس بازداری هیجانی و ارزیابی مجدد شناختی و نمره کل پرسشنامه به وسیله ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۴ و ۰/۷۶ محاسبه شد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ محاسبه شد.

پرسشنامه باورهای غیرمنطقی: پرسشنامه باورهای غیرمنطقی توسط Jones (1969) تدوین شده است. این پرسشنامه انواع تفکرات غیرمنطقی را مورد سنجش قرار می‌دهد. Ebadi and Motamedian (2005) با استفاده از روش تحلیل عوامل بر روی پرسشنامه باورهای غیرمنطقی ۱۰۰ ماده‌ای Jones، یک پرسشنامه وابسته به فرهنگ ایرانی را که از ۱۰۰ ماده به ۴۰ ماده و از ۱۰ عامل به ۴ عامل کاهش پیدا کرد، ساختند و به آن آزمون چهار عاملی باورهای غیرمنطقی اطلاق کردند. عامل‌های پرسشنامه باورهای غیرمنطقی عبارتند از: درماندگی در برابر تغییر (۱۵ ماده: شامل ماده‌های ۱ تا ۱۵)؛ توقع تأیید از دیگران (۱۰ ماده: شامل ماده‌های ۱۶ تا ۲۵)؛ اجتناب از مشکل (۵ ماده: شامل ماده‌های ۲۶ تا ۳۰)؛ بی‌مسئولیتی هیجانی (۱۰ ماده: شامل ماده‌های ۳۱ تا ۴۰). نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) امتیازبندی شده است. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۴۰ تا ۲۰۰ است. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده باورهای غیرمنطقی بیشتر است. Ebadi and Motamedian (2005) برای بررسی پایایی ضریب آزمون، از ضریب آلفای کرونباخ و روش

تنصیف استفاده کردند که به ترتیب برای کل مقیاس ۰/۷۵ و ۰/۷۶ و خرده‌مقیاس‌های درماندگی برابر تغییر ۰/۸۰ و ۰/۸۲؛ توقع تأیید دیگران ۰/۸۱ و ۰/۸۴؛ اجتناب از مشکل ۰/۷۳ و ۰/۷۴؛ و بی‌مسئولیتی هیجانی ۰/۷۵ و ۰/۷۲ به دست آمد. همچنین Motamedi, Badri (2011) Ebadi and Zamani با هنجاریابی این پرسشنامه نشان دادند با استفاده از روش آلفای کرونباخ، پایایی آزمون به ترتیب برای عامل‌ها و کل آزمون ۰/۷۷، ۰/۶۸، ۰/۵۹، ۰/۶۸ و ۰/۸۶ و برآورد گردید. روایی پرسشنامه نیز از روش روایی همگرا ۰/۸۱ به دست آمد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم از طرف مراکز مشاوره مربوطه و انجام فرآیند نمونه‌گیری، زنان انتخاب‌شده (۴۰ زن دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایشی و گواه گمارده شدند (۲۰ زن در گروه آزمایشی و ۲۰ زن در گروه گواه). در این بین در گروه آزمایشی ۴ نفر و در گروه گواه نیز ۳ نفر ریزش داشتند. بنابراین تعداد نمونه نهایی در گروه آزمایشی ۱۶ نفر و در گروه گواه ۱۷ نفر بود. گروه آزمایشی مداخله درمانی مربوط به طرحواره‌درمانی را طی دو ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای را در ۸ جلسه دریافت نمودند. این در حالی است که افراد حاضر در گروه گواه مداخلات حاضر را در طول پژوهش دریافت نکردند. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت زنان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرآیند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. جدول ۱، اهداف و خلاصه جلسات طرحواره‌درمانی را نشان می‌دهد.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلکز جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موجلی جهت بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل

واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

Table 1.
Summary of Schema Therapy sessions (Bidari & Hajalizadeh, 2019)

جلسه	هدف	محتوی	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف خانگی
۱-۳	پی بردن آزمودنی‌ها به ماهیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی و سازوکار آن‌ها.	اجرای مرحله سنجش و آموزش طرحواره درمانی، بیان دستورالعمل‌ها و قوانین کلی کار گروهی، توضیح مدل طرحواره‌درمانی به زبانی ساده و شفاف.	-	-
۴-۷	هدف از آموزش تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی این بود که آزمودنی‌ها با به کارگیری فنون شناختی یاد بگیرند در مقابل طرحواره استدلال کنند و در سطح منطقی، اعتبار طرحواره را زیر سؤال ببرند.	معرفی، آموزش و به کارگیری تکنیک‌های شناختی چالش با طرحواره‌ها مانند آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه ناسالم طرحواره، تدوین کارت آموزشی و تکمیل فرم ثبت طرحواره.	یادگیری تکنیک‌های شناختی طرحواره‌درمانی	تمرین تکنیک‌های آموخته شده در جلسه
۸-۱۱	کمک به آزمودنی‌ها برای مبارزه با طرحواره‌ها در سطح هیجانی	تکنیک‌های هیجانی (تجربی) معرفی و آموزش داده شد تا آزمودنی‌ها بتوانند به ریشه‌های تحول طرحواره‌ها در سطح هیجانی بپردازند: معرفی و انجام تکنیک‌های گفتگوهای خیالی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه و تصویرسازی ذهنی به منظور الگوشکنی رفتاری بر اساس دستورالعمل مداخله و کار گروهی.	استفاده از فنون تجربی مثل تصویرسازی ذهنی و برقراری گفتگو جهت بیان ناراحتی خود نسبت به حوادث دوران کودکی.	با استفاده از تصویرسازی ناراحتی‌های دوران کودکی را یادداشت نمایند.
۱۲-۱۵	آموزش شیوه‌های بهنجار سبک‌های مقابله‌ای	آموزش و اجرای تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری، ترغیب آزمودنی‌ها برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد، مثل تغییر رفتار، انگیزه‌آفرینی، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار و تمرین رفتارهای سالم و آماده کردن افراد برای ختم جلسات.	یادگیری شیوه‌های مقابله‌ای بهنجار و پرهیز از سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار	تمرین آموخته‌ها در زندگی روزمره

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال بودند که در گروه آزمایشی دامنه سنی ۳۰ تا ۳۳ سال (تعداد ۵ نفر معادل ۱۵/۱۵ درصد) و در گروه گواه دامنه سنی ۲۵ تا ۲۸ سال (تعداد ۴ نفر معادل ۱۲/۱۲ درصد) دارای

بیشترین فراوانی بود. از طرفی این افراد دارای دامنه تحصیلات دیپلم تا فوق‌لیسانس بودند که در این بین در هر دو گروه آزمایشی (تعداد ۶ نفر ۱۸/۱۸ معادل درصد) و گواه (تعداد ۷ نفر معادل ۲۱/۲۱ درصد) سطح تحصیلات لیسانس دارای بیشترین فراوانی بود. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای باورهای غیرمنطقی و خودتنظیمی هیجانی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک دو گروه آزمایشی و گواه، در جدول ۲ ارائه شده است.

Tabel 2.

The mean and standard deviation results of performing pre-test and post-test of the dependent variables (irrational beliefs and emotional self-regulation) in current research

Variable	Group	Pretest		Posttest		Follow up	
		M	SD	M	SD	M	SD
Irrational beliefs	Experiment	115.18	16.90	105.50	19.67	106.7	18.53
	Control	118.52	19.13	119.35	18.85	119.05	18.92
Emotional self-regulation	Experiment	30.75	5.25	38.81	5.72	40.75	5.17
	Control	31.88	5.09	30.88	5.40	31.76	5.91

نتایج جدول ۲ بیانگر آن است که میانگین نمرات باورهای غیرمنطقی و خودتنظیمی هیجانی زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه آزمایشی در اثر دریافت طرحواره‌درمانی دچار تغییر شده است. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای باورهای غیرمنطقی و خودتنظیمی هیجانی در گروه‌های آزمایشی و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنی‌دار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت نمرات پیش‌آزمون گروه‌های آزمایشی و گروه گواه در متغیرهای وابسته (باورهای غیرمنطقی و خودتنظیمی هیجانی) معنی‌دار نبوده است ($p > 0/05$). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای باورهای غیرمنطقی و خودتنظیمی هیجانی رعایت شده است ($p > 0/05$).

نتایج نشان داد که میانگین نمرات باورهای غیرمنطقی و خودتنظیمی هیجانی زنان دارای

Tabel 3.

Results of the analysis of the repeated measurement ANOVA on average scores of the variables of the research

		SST	df	Sum of Squares	F	P-Value	Effect Size	Test Proportion
Irrational beliefs	stage	405.30	2	202.65	41.42	0.0001	0.57	1
	Group	2452.76	1	2452.76	15.36	0.0001	0.33	0.98
	Stage interaction and grouping	547.07	2	273.53	92.55	0.0001	0.64	1
	Error	303.28	62	4.89				
Emotional self-regulation	stage	427.21	2	213.60	40.90	0.0001	0.57	1
	Group	684.41	1	684.41	22.17	0.0001	0.35	0.99
	Stage interaction and grouping	509.95	2	339.52	48.82	0.0001	0.62	1
	Error	405.30	2	202.65	41.42	0.0001	0.57	1

تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه فارغ از تأثیر گروه‌بندی در طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری دچار تغییر معنی‌دار شده که این تغییر در مقایسه با پیش‌آزمون یک تفاوت معنی‌دار به شمار می‌رود ($p \leq 0/001$). از طرفی نتایج سطر دوم جدول فوق بیانگر آن است که متغیر گروه‌بندی (طرحواره درمانی) فارغ از مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر باورهای غیرمنطقی و خودتنظیمی هیجانی زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه تأثیر معنی‌دار داشته است ($p \leq 0/001$). بدین معنا که اثر طرحواره‌درمانی در مقایسه با گروه گواه یک اثر معنی‌دار بوده است. در نهایت اما سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه‌بندی به عنوان مهم‌ترین یافته جدول فوق حاکی از آن است که طرحواره‌درمانی با تعامل مراحل نیز تأثیر معنی‌داری بر مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) باورهای غیرمنطقی و خودتنظیمی هیجانی زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه داشته است ($p \leq 0/001$). همچنین نتایج نشان داد که به ترتیب ۶۴ و ۶۲ درصد از تغییرات باورهای غیرمنطقی و خودتنظیمی هیجانی زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه توسط تعامل متغیر مراحل و گروه‌بندی تبیین می‌شود. در جدول ۴ مقایسه زوجی میانگین نمرات باورهای غیرمنطقی و خودتنظیمی هیجانی آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی ارائه می‌شود.

همان‌گونه که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p \leq 0/001$). این بدان معناست که طرحواره

Tabel 4.
Bonferroni test results and comparison of the mean of the experimental and control groups in three stages of pre-test, post-test and follow-up in research variables

Variable	Stage	Compare means	SE	Sig	
Irrational beliefs	Pretest	Posttest	4.43	0.70	0.0001
		Follow	4.14	0.53	0.0001
	Posttest	Pretest	-4.43	0.70	0.0001
		Follow	-0.29	0.33	0.78
Emotional self-regulation	Pretest	Posttest	-3.53	0.62	0.0001
		Follow	-4.94	0.65	0.0001
	Posttest	Pretest	3.53	0.62	0.0001
		Follow	-1.41	0.37	0.11

درمانی توانسته به شکل معنی‌داری نمرات پس‌آزمون و پیگیری را نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر نمایند. چنان‌که یافته‌های توصیفی نیز بیانگر کاهش میانگین نمرات باورهای غیرمنطقی و افزایش نمرات خودتنظیمی هیجانی زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه بود. یافته دیگر این جدول نشان داد که بین میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. بر این اساس هر دو فرضیه پژوهش حاضر تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر باورهای غیرمنطقی و خودتنظیمی هیجانی زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه انجام گرفت. یافته اول پژوهش حاضر بیانگر آن بود که طرحواره‌درمانی منجر به کاهش باورهای غیرمنطقی زنان دارای تعارضات زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه شده است. این یافته همسو با یافته Mohammadi et al. (2019) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه؛ با نتایج پژوهش Bidari and Hajalizadeh (2019) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر راهبردهای شناختی هیجان، تحمل پریشانی و ناگویی خلقی بیماران؛ با یافته Rohi et al. (2017) مبنی بر اثربخشی رویکرد طرحواره‌درمانی بر کاهش آسیب‌های تعاملی زناشویی مردان دارای شخصیت اجتنابی؛ با نتایج پژوهش Yousefzadeh et al. (2017) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار در بیماران؛ با گزارشات Ghaderi et al. (2015) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان؛ با نتایج پژوهش Taghiyar et al. (2016) مبنی

بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر سرخوردگی زناشویی زنان متأهل و با یافته Renner et al. (2018) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش افسردگی همسو بود.

در تبیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر باورهای غیرمنطقی زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توان گفت که رویکرد طرحواره‌محور به دلیل کار کردن بر درون-مایه‌های روان‌شناختی یا همان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افرادی که دید منفی نسبت به خود، توانایی‌ها، عواطف و هیجانات خود دارند، در اصلاح باورها و افکار آن‌ها مفید است (Renner et al., 2018). بر همین اساس در بُعد عاطفی و بیان عواطف، طرحواره‌درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی باور شناختی را که به باور هیجانی گره خورده است، به چالش می‌کشد تا تخلیه هیجانی، نیازهای هیجانی ارضاء نشده را که به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار منجر شده است، بشناسد. این آگاهی سبب می‌شود تا زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بهره‌گیری از طرحواره‌درمانی بتوانند به شکلی بهتر، عواطف، احساسات و هیجانات خود را مدیریت نمایند. این فرآیند سبب رهایی زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه از مشکلات عاطفی و هیجانی درونی شده و زمینه را برای موفقیت در دیگر فرآیندها همچون تغییر در نگرش شناختی و متغیرهای مرتبط با آن نظیر نگرش‌های ناکارآمد مهیا می‌سازد. همچنین می‌توان گفت که طرحواره‌درمانی علاوه بر کار بر روی عوامل شناختی، به عوامل محیطی و تجارب شخصی گذشته افراد نظر داشته و با برقراری ارتباط بین مشکلات تحصیلی فعلی و طرح‌واره‌ها، می‌تواند حرکت جدیدی را برای افراد ایجاد نماید (Ghaderi et al., 2015). علاوه بر این، در جریان طرحواره‌درمانی زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه آموختند که با ارزیابی طرحواره‌ها، پاسخ‌های مقابله‌ای خود را مورد آزمون قرار داده و با بکارگیری تکنیک‌هایی همچون تصویرسازی ذهنی و گفتگوی خیالی، مسائل حل‌نشده گذشته و تجارب ایجادکننده طرحواره‌های ناسازگار را به زمان حال آورده و با استفاده از تکنیک‌های شناختی و رفتاری آن‌ها را حل و مدیریت نمایند. این فرآیند نیز نگرش‌های ناکارآمد گذشته آن‌ها را مورد بازبینی و اصلاح قرار می‌دهد.

یافته دوم پژوهش حاضر بیانگر آن بود که طرحواره‌درمانی منجر به افزایش خودتنظیمی هیجانی زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه شده است. یافته حاضر همسو با نتایج پژوهش Saffarinia and Azizi (2019) مبنی بر تأثیر طرحواره‌درمانی گروهی بر

ارتقاء بهزیستی اجتماعی و ادراک اعتماد اجتماعی؛ با یافته Khodabandehloo, Najafi and Rahimian Boger (2018) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار بر عزت‌نفس افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته؛ با گزارشات Sayadi, Golmohammadian and Rashidi (2017) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر احساس حقارت دختران نوجوان خانواده‌های طلاق؛ و با نتایج پژوهش Bashiri et al. (2016) مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر نگرش‌های ناکارآمد نسبت به انتخاب همسر در دانشجویان دختر همسو بود.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر بهبود خودتنظیمی هیجانی زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توان اشاره کرد که رویکرد طرحواره-درمانی با کار روی ابعاد چندوجهی فرد زمینه تغییر را فراهم می‌کند که این ابعاد شامل بُعد شناختی، تجربی و رفتاری هستند (Sayadi et al., 2017). در بُعد شناختی، طرحواره‌درمانی با کار کردن بر صدای درونی شده والدین و عمیق‌ترین سطح شناخت یعنی طرحواره‌ها، کمک می‌کند تا زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه، یکی از دلایل بروز مشکلات و تعارضات زناشویی را ناشی از افکار و اعمال خود بدانند و با استفاده از آزمون کردن اعتبار درستی طرحواره و پیدا کردن تعریفی جدید از شواهد تأییدکننده یا ردکننده طرحواره، طرحواره منتج از آن را زیر سؤال برده و دیدگاه خوش‌بینانه‌تری نسبت به زندگی زناشویی و ارتباط با همسر پیدا کنند. شکل‌گیری دیدی خوش‌بینانه نسبت به زندگی زناشویی و ارتباط با همسر نیز می‌تواند منجر به بهبود پردازش شناختی و هیجانی این زنان شود. علاوه بر این، می‌توان گفت هدف نهایی طرحواره‌درمانی، بهبود طرحواره است. تعدیل ساختار و محتوای طرحواره‌های ناسازگار به منظور جلوگیری از عود نشانه‌ها ضروری است (Dijk et al., 2020). تکنیک‌های طرحواره‌درمانی مبتنی بر راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین فردی است. تکنیک‌های شناختی با محک زدن اعتبار طرحواره‌ها و استفاده از تکنیک‌هایی مانند تعریف جدید شواهد تأییدکننده طرحواره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، تدوین کارت‌های آموزشی و ... آگاهی عقلانی و هیجانی زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه را افزایش داده و آنان را به این نتیجه رسانده که طرحواره غلط است یا سخت اغراق‌آمیز (Khasho et al., 2019). از موارد دیگر می‌توان به تکنیک‌های تجربی اشاره کرد که افراد از طریق این تکنیک موفق به دستیابی تغییر در سطح هیجانی شدند. استفاده از تکنیک‌های تجربی در سطوح

پردازش هیجانی، یکی از ویژگی‌های کلیدی طرحواره‌درمانی است. تکنیک‌های تجربی، بر تجربه و ابراز هیجانات تمرکز می‌کنند که مرتبط با موقعیت‌های گذشته همچون موقعیت‌های دشوار گذشته هستند که به نوبه خود، منجر به توسعه یا حفظ طرحواره و ذهنیت‌ها می‌شوند. بر این اساس طرحواره‌درمانی می‌تواند با بکارگیری این تکنیک‌ها، فرآیندهای شناختی و پردازشی زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه را متأثر ساخته و منجر به بهبود خودتنظیمی هیجانی آنان شود.

محدود بودن دامنه تحقیق به زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران؛ عدم مهارت‌های اثرگذار بر باورهای غیرمنطقی و خودتنظیمی هیجانی زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر زنان همچون زنان مطلقه، بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و مهارت‌های ذکرشده اجرا شود. با توجه به اثربخشی طرحواره‌درمانی بر باورهای غیرمنطقی و خودتنظیمی هیجانی زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود، که طرحواره‌درمانی به عنوان یک درمان کارآمد در سطح مراکز مشاوره خانواده و همچنین مراکز مشاوره دادگستری مطرح و از آن استفاده شود. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود با توجه به شکل‌گیری طرحواره‌درمانی بر اساس مبانی نظری طرحواره‌های ناسازگار اولیه، افرادی که دارای چنین طرحواره‌هایی هستند، این مداخله را دریافت نموده تا بر اساس قرابت نظری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با طرحواره‌درمانی، تأثیرات و تغییرات سازگارانه‌تری را از خود نشان دهند.

سهم مشارکت نویسندگان: مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری خانم فرزانه بیداری در گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس، به راهنمایی دکتر آزیتا امیرفخرایی و مشاوره دکتر اقبال زارعی و کرامت کرامتی می‌باشد؛ همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مورد بررسی قرار داده و تأیید نموده‌اند.

سپاسگزاری: نویسندگان مراتب تشکر خود را از تمام زنان حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنها و مسئولین مراکز مشاوره که در تکمیل این پژوهش مؤثر بوده‌اند اعلام می‌دارند.

تضاد منافع: نویسندگان اذعان می‌کنند که در این مقاله هیچ نوع تعارض منافی وجود ندارد.

منابع مالی: این مقاله از حمایت مالی برخوردار نبوده است.

References

- Allen, M. S., El-Cheikh, S., & Turner, M. J. (2017). A longitudinal investigation of irrational beliefs, hedonic balance and academic achievement. *Learning and Individual Differences, 58*, 41-45.
- Arinefar, N., & Pourshahriari, M. (2017). Structural equation model for predicting marital conflicts based on early incompatible schemas in the field of cutting and rejection and the mediating variable of love styles. *Counseling Culture and Psychotherapy, 8*(29), 107-134. [Persian]
- Asli Azad, M., Manshei, G., & Ghamrani, A. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on cognitive emotion regulation and tolerance of ambiguity in students with obsessive-compulsive disorder. *Quarterly Journal of Exceptional Psychology, 9*(36), 33-53. [Persian]
- Azizi, Z., & Saffarinia, M. (2019). The effect of group schema therapy on the promotion of social well-being and perception of social trust in students. *Journal of Psychological Studies, 15*(1), 147-163. [Persian]
- Bashiri, T., Golmohammadian, M., & Hojjatkah, S. M. (2016). The effectiveness of schema therapy on dysfunctional attitudes toward choosing a spouse in female students. *Culture of Counseling and Psychotherapy, 7*(27), 171-188. [Persian]
- Benfer, N., Bardeen, J. R., & Clauss, K. (2018). Experimental manipulation of emotion regulation self-efficacy: Effects on emotion regulation ability, perceived effort in the service of regulation, and affective reactivity. *Journal of Contextual Behavioral Science, 10*, 108-114.
- Bidari, F., & Haji Alizadeh, K. (2019). The effectiveness of schema therapy on cognitive strategies of emotion, anxiety tolerance and mood dysphoria in patients with borderline personality disorder. *Quarterly Journal of Psychological Studies, 15*(2), 165-180. [Persian]
- Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect, 37*(4), 735-746.
- Chehraz Abolhassani, M., & Honarmand, N. (2017). *Explaining the relationship between marital conflicts and early incompatible schemas with attitudes toward extramarital relationships in couples*. The 1st National Conference on New Iranian and World Research in Management, Economics, Accounting and Humanities, Shiraz, Shiraz University of Applied Sciences. [Persian]
- Cribbet, M. R., Smith, T. W., Uchino, B. N., Baucom, B. R. W., & Nealey-Moore, J. B. (2020). Autonomic influences on heart rate during marital conflict: Associations with high frequency heart rate variability and cardiac pre-ejection period. *Biological Psychology, 151*, 107-112.
- Delavar, A. (2012). *Research methods in psychology and educational sciences*. Tehran: Virayesh Publishing. [Persian]
- Dijk, S. D. M., Bouman, R., Folmer, E., Held, R. C., Warringa, J. E., Marijnissen, R. M., & Voshaar, R. C. O. (2020). Virushed in to online group schema therapy based day-treatment for older adults by the

- COVID-19 outbreak in the Netherlands. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(9), 983-988.
- Duuuu, D. P., Sfeatcu, I. R., Funieru, C., & Dumitrache, M. A. (2015). Professional stress in relation to anxiety, depression and irrational beliefs among dental and psychotherapy students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 187, 158-162.
- Ebadi, G. H., & Motamedin, M. (2005). Investigating the factor structure of Jones irrational beliefs test in Ahvaz. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 23, 73-92. [Persian]
- Frankel, L. A., Umemura, T., Jacobvitz, D., & Hazen, N. (2015). Marital conflict and parental responses to infant negative emotions: Relations with toddler emotional regulation. *Infant Behavior and Development*, 40, 73-83.
- Gao, T., Meng, X., Qin, Z., Zhang, H., Gao, J., Kong, Y., Hu, Y., & Mei, G. (2018). Association between parental marital conflict and internet addiction: A moderated mediation analysis. *Journal of Affective Disorders*, 240, 27-32.
- Ghaderi, F., Kalantari, M., & Mehrabi, H. A. (2015). The effectiveness of group schema therapy in cognitive emotion regulation strategies of students with symptoms of social anxiety disorder. *International Journal of Behavioral Sciences*, 9(2), 128-139. [Persian]
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.
- Heratian, A., Janbozorgi, M., Agahi Haris, M., & Sari Motlagh, N. (2017). Comparison of first maladaptive psychoses, irrational beliefs, marital conflict and religious commitment of married men and women. *Islamic Journal of Women and Family*, 5(8), 89-106. [Persian]
- Jones, R. G. (1968). *A factored measure of Ellis' irrational belief system with personality and maladjustment correlates*. Doctoral dissertation, Texas Tech University.
- Joormann, J., & Stanton, C. H. (2016). Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behavior Research and Therapy*, 86, 35-49.
- Karami, A., Bakhshi Ganjeh, M. J., Rezaei, A., & Sarvghad, S. (2015). The effectiveness of positive thinking training on irrational beliefs in marital relationships of couples in Yasouj. *Methods and Psychological Models*, 6(19), 81-95. [Persian]
- Khasho, D. A., Van Alphen, S. P., Heijnen-Kohl, S. M., Ouwens, M. A., Arntz, A., & 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*, 14, 321-330.
- Khodabandehloo, S., Najafi, M., & Rahimian Boger, I. (2018). The effectiveness of mindfulness-oriented schema therapy on self-esteem of people with narcissistic personality disorder: a single case study.

- Quarterly Journal of Clinical Psychology Studies*, 8(3), 65-101. [Persian]
- Kraaij, V., & Garnefski, N. (2019). The Behavioral Emotion Regulation Questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 137, 56-61.
- Li, D., Li, D., Wu, N., & Wang, Z. (2019). Intergenerational transmission of emotion regulation through parents' reactions to children's negative emotions: Tests of unique, actor, partner, and mediating effects. *Children and Youth Services Review*, 101, 113-122.
- Li, X., & Liu, Q. (2020). Parent–grandparent coparenting relationship, marital conflict and parent–child relationship in Chinese parent–grandparent coparenting families. *Children and Youth Services Review*, 109, 104-108.
- Makhanova, A., McNulty, J. K., Eckel, L. A., Nikonova, J., & Maner, J. K. (2018). Sex differences in testosterone reactivity during marital conflict. *Hormones and Behavior*, 105, 22-27.
- Malesza, M. (2019). Stress and delay discounting: The mediating role of difficulties in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 144, 56-60.
- Mohammadi, H., & Mosavi, V. (2015). Comparison of emotional regulation and self-control in children with and without attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Children Mental Health*, 2(2), 21-33. [Persian]
- Mohammadi, H., Sepehri Shamloo, Z., & Asghari Ebrahimabad, M. J. (2019). The effectiveness of group emotional therapy scheme on reducing psychological distress and difficulty in emotional regulation of divorced women. *Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 13(51), 27-36. [Persian]
- Motamedin, M., Badri, R., Ebadi, G., & Zamani, N. (2012). Standardization of Ahwaz Irrational Beliefs Test. *Psychological Methods and Models*, 2(8), 71-86. [Persian]
- Musavi, S. M., Samavatyan, H., & Nouri, A. (2018). The effectiveness of Relationship Enhancement Program (REP) and Quality of Work Life (QWL) programs on marital conflicts & marital instability of dual-career couples considering the spillover role. *Journal of Psychological Achievement*, 25(2), 201-2016. [Persian]
- Nenadic, I., Lamberth, S., & Reiss, N. (2017). Group schema therapy for personality disorders: A pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings. *Psychiatry Research*, 253, 9-12.
- Onsy, E., & Amer, M. M. (2014). Attitudes toward seeking couples counseling among Egyptian couples: Towards a deeper understanding of common marital conflicts and marital satisfaction. *Social and Behavioral Sciences*, 140, 470-475.
- Orue, I., Calvete, E., & Padilla, P. (2014). Brooding rumination as a mediator in the relation between early maladaptive schemas and symptoms of depression and social anxiety in adolescents. *Journal of*

- Adolescence*, 37(8), 1281-1291.
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 39, 30-41.
- Rasoli, Y., & Falahat, E. (2014). The effect of active method of problem solving on marital conflicts in Yasuj, Iran. *Armaghane Danesh*, 18(10), 859-868. [Persian]
- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. H. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 58, 97-105.
- Rohi, A., Jazayeri, R. S., Fatehizadeh, M., & Etemadi, O. (2017). The effectiveness of schema therapy approach on reducing the marital interaction injuries of men with avoidant personality. *Quarterly Journal of Clinical Psychological Studies*, 8(29), 135-159. [Persian]
- Sadoghi, Z., & Aguilar-Vafae, M. (2008). Factor analysis of the short version of the Young Schema Questionnaire in the Iranian non-clinical sample. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14(2), 214-219. [Persian]
- Sangani, A., & Dasht Bozorgi, Z. (2018). The effectiveness of schema therapy on general health, ruminating and social loneliness of divorce women. *Journal of Psychological Achievement*, 25(2), 201-2016. [Persian]
- Sayadi, G., Golmohammadian, M., & Rashidi, A. (2017). The effectiveness of schema therapy on the feeling of inferiority of adolescent girls in divorced families. *Journal of Clinical Psychology Research and Counseling*, 7(1), 89-100. [Persian]
- Taghiyar, Z., Pahlavanzadeh, F., & Samavi, S. A. (2016). The effectiveness of schema therapy on marital fellowship of married women. *Quarterly Journal of Women and Family Studies*, 9(34), 49-63. [Persian]
- Waller, G., Meyer, C., & Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long & short versions of the young schema questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive Therapy Research*, 25(2), 137-147.
- Wilson, S. J., Jaremka, L. M., Fagundes, C. P., Andridge, R., et al. (2017). Shortened sleep fuels inflammatory responses to marital conflict: Emotion regulation matters. *Psychoneuroendocrinology*, 79, 74-83.
- Young, J. E. (1998). *Young Schema Questionnaire Short Form*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Yousefzadeh, M., Talebi, H., & Neshatdoost, H. T. (2017). The effectiveness of schema therapy on reducing maladaptive schemas in patients with chronic low back pain in Tehran: a two-month follow-up. *Journal of Cognitive and Behavioral Sciences Research*, 7(2), 69-81. [Persian]

