

اثربخشی طرحواره درمانی بر صمیمیت و نارسایی هیجانی زوجین دارای روابط آشفته

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۱/۳۱ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۳/۳۰

خلاصه

مقدمه: مطالعه حاضر، با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر صمیمیت و نارسایی هیجانی زوجین دارای روابط آشفته شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زوج های دارای روابط آشفته شهر تهران بودند که به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای مداخله مبتنی بر آموزش طرحواره درمانی را دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. ابزار اندازه گیری مورد استفاده در پژوهش، پرسشنامه صمیمیت والکر و تامپسون (۱۹۸۳) و پرسشنامه نارسایی هیجانی تورنتو (۱۹۹۴) بود. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه از طریق نرم افزار SPSS19 در دو بخش توصیفی و استنباطی (کوواریانس) انجام پذیرفت.

نتایج: نتایج نشان داد میانگین صمیمیت زوجین با روابط آشفته تغییر پیدا کرده است و باعث افزایش صمیمیت در زوجین شده است. همچنین آموزش طرحواره درمانی، نارسایی هیجانی زوجین با روابط آشفته را کاهش داده است.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت که آموزش طرحواره درمانی بر بهبود نارسایی هیجانی و صمیمیت زوجین با روابط آشفته تاثیر مثبت گذاشته است.

کلمات کلیدی: طرحواره درمانی، صمیمیت، نارسایی هیجانی، زوجین با روابط آشفته

علیرضا ختائی^{۱*}

طاهره سام خانیانی^۲

^۱ روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساوه،

ساوه، ایران

^۲ گروه مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد

تنکابن، تنکابن، ایران

Email: alirezakhataei@mailfa.com

مقدمه

خانواده مؤثرترین و عمومی‌ترین نهاد اجتماعی است که در تمامی جوامع حضور دارد و از این رو مهم‌ترین تکیه‌گاه و محور زندگی اجتماعی است که به‌طور غیرمستقیم فرهنگ، عقاید، آداب و رسوم و ارزش‌ها را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (۱). مفهوم خانواده و ارزش این نهاد اجتماعی برای هر جامعه‌ای اساس کار تلقی می‌شود و هر جامعه‌ای متناسب با ارزش‌های خود ابتدا خانواده را کانون توجه خود قرار می‌دهد تا از درون آن، شهروندان آینده خویش را پروراند (زای، شای و ما، ۲۰۱۷). سلامت در خانواده در گروه تداوم و سلامت رابطه بین زن و شوهر می‌باشد و رابطه زناشویی هسته مرکزی نظام خانواده را تشکیل می‌دهد و اختلال در آن به‌منزله تهدیدی جدی برای بقای خانواده محسوب می‌شود. از این رو وجود اختلاف در زندگی، خانواده‌های بسیاری را در معرض خطر نابسامانی و از هم پاشیدگی قرار می‌دهد (۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد متأهل در مقایسه با مطلقه‌ها، جدانشده‌ها، بیوه‌ها و ازدواج‌نکرده‌ها سلامت روان‌شناختی بیشتر و فشار روانی کمتری را تجربه می‌کنند (۳). بنا به گزارش روانشناسان در سال‌های اخیر احساس امنیت، آرامش و روابط صمیمانه میان زنان و مردان به سستی گراییده است و خانواده‌ها به‌گونه‌ای فزاینده با نیروهای ویرانگر روبرو شده‌اند و مشکلات بین شخصی آنان بیشتر شده است (۴).

توانایی پروراندن صمیمیت عاملی بین شخصی است که اهمیت آن اغلب به خاطر نقش اساسی‌اش در رشد روابط نزدیک و رابطه‌اش با رضایت زناشویی برجسته می‌شود (۵). از این رو صمیمیت، هم‌منجر به رضایت فردی و هم رضایت ارتباطی می‌شود و عاملی اصلی سلامت، سازگاری، شادکامی و احساس معنا در زندگی زناشویی به حساب می‌آید. افزون بر این‌ها، به نظر می‌رسد صمیمیت، منجر به بهبود تعهد در روابط می‌شود و سازگاری ارتباطی را افزایش می‌دهد (پناهی و همکاران، ۱۳۹۶). می‌توان چنین فرض کرد که روابط بین فردی نزدیک، به افراد اجازه می‌دهد که نیازهای خود را به پذیرفته شدن، مورد توجه بودن، ارزشمند تلقی شدن و دوست داشته شدن را برآورده کنند

و به آن‌ها فرصت می‌دهد که چنین نگرش‌ها و رفتارهایی را متقابلاً انجام دهند (هاوکینز، انگلستون و براون، ۲۰۱۹). پژوهش‌های بسیاری نشان می‌دهند که شکست در برقراری ارتباط، یکی از رایج‌ترین مشکلاتی است که زوجین با روابط آشفته، تجربه می‌کنند (سوبرال، تکسیرا و کاستا، ۲۰۱۵). افزون بر این، توانایی برقراری و حفظ صمیمیت با دیگران به افراد کمک می‌کند با مشکلات ارتباطی کنار آیند و روابطی رضایت‌بخش داشته باشند (۶) در حالی که اجتناب از صمیمیت، مشخصه افرادی است که روابطشان را کم‌تر رضایت‌بخش توصیف می‌کنند (۷، ۸) به منظور درک و مفهوم‌سازی روابط صمیمانه، مفهوم ترس از صمیمیت را مطرح و عنوان کردند، که در نتیجه اضطراب، قابلیت افراد برای تبادل افکار و احساسات مهم شخصی با دیگران، بازداری می‌شود. افرادی که ترس از صمیمیت دارند؛ خواهان ارتباط بین شخصی هستند ولی از طرد می‌ترسند، در نتیجه طی ارتباط کلامی و غیرکلامی با دیگران، اضطراب را تجربه می‌کنند. صمیمیت، اغلب منجر به بروز تعارض‌های حل‌نشده دوران کودکی می‌شود و چالش‌های ارتباطی جدیدی را به وجود می‌آورد. نیروهای ایجادکننده علاقه و پیوند، که در صمیمیت نهفته‌اند، همیشه زوج‌ها را به ابزارهایی تجهیز می‌کند که بتوانند اختلاف‌ها و تعارض‌هایی را که همواره ممکن است بروز کند، حل کنند (۹). از این رو، زوج‌ها باید راه‌های جدید برقراری ارتباط با یکدیگر را فراگیرند تا بتوانند فرضیه‌های اساسی پیونددهنده خود و همسرشان را تغییر دهند. زمانی که زوج‌ها در انجام این امر شکست می‌خورند، صمیمیت و تعهد متقابل گسسته و باعث نارسایی هیجانی می‌شود (۱۰).

نارسایی هیجانی، ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها است و دربرگیرنده مؤلفه‌های دشواری در شناسایی احساسات و تمایز بین احساسات و تهییج‌های بدنی مربوط به انگیزندگی هیجانی، دشواری در توصیف احساسات، ضعف در خیال‌پردازی، سبک‌شناختی عینی و جهت‌گیری فکری بیرونی است (۱۱). تیلور و همکاران (۱۹۹۲) در توصیف این افراد بیان می‌کنند که افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، تهییج‌های بدنی بهنجار را بزرگ می‌کنند، نشانه‌های بدنی انگیزندگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند، درماندگی هیجانی را از طریق

² - Hawkins, Eggleston & Brown

³ - Sobral, Teixeira & Costa

⁴ - Taylor

¹ - Xie, Shi & Ma

اولیه رشد آغاز و در طول زندگی تداوم می یابد (۱۶). طرحواره های ناسازگار اولیه، عمیق ترین سطح ساختارهای شناختی هستند که خود را در رابطه با محیط و سایر افراد نشان می دهد و در شرایط خاص فعال می شوند (۱۷). در شکل گیری طرحواره ها خلق و خوی ذاتی با تجارب ارتباطی غیرانطباقی اولیه به ویژه آسیب های کودکی^۷ تعامل می کنند و به طور خاص تر، این طرحواره ها در صورتی به طرحواره های ناسازگار تبدیل می شوند که نیازهای روانشناختی فرد (مثل نیازهای استقلال، محبت و دل بستگی) برآورده نشوند (۱۸، ۱۹) یانگ، کلسکو و ویشار^۸ (۲۰۰۳) ۱۸ طرحواره ناسازگار را مشخص کرده اند که در ۵ حوزه زیر قرار می گیرند (۱۹)؛ حوزه بریدگی و طرد^۹ (رها شدگی)؛ بی اعتمادی^{۱۰} محرومیت هیجانی^{۱۱} نقص و شرم، انزوای اجتماعی/بیگانگی^{۱۲}؛ حوزه خودگردانی و عملکرد مختل^{۱۳} (وابستگی/بی کفایتی)؛ آسیب پذیری نسبت به ضرر و زیان^{۱۴}؛ خود تحول نیافته/گرفتار^{۱۵}؛ شکست^{۱۶}؛ حوزه محدودیت های مختل^{۱۷} (استحقاق/برزگ منشی، خویشتن داری و خودانضباطی ناکافی)؛ حوزه دیگرجهت مندی (اطاعت، ایثار، پذیرش جویی/جلب توجه) و حوزه گوش به زندگی بیش از حد و بازداری (منفی گرای/بدینی، بازداری هیجانی)؛ معیارهای سرسختانه، تنبیه). در همین رابطه تاسکا و بلفورم^{۱۸} (۲۰۱۴)، در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که زوجین با روابط زناشویی آشفته سطوح بالاتری از ناامنی دل بستگی و حالات ذهنی آشفته را نشان می دهند (۲۰). در خصوص اثربخشی طرحواره

شکایت های بدنی نشان می دهند و در اقدامات درمانی نیز به دنبال نشانه های بدنی هستند (به نقل از گابریل، یونتاس، لاونر، کولک و لومینت^{۱۹} ۲۰۱۶). در واقع، ویژگی های اساسی که برای برقراری یک رابطه صمیمی نیاز است در این افراد با ناگویی هیجانی پایین است (۱۲). ولز، رحمان و سوترلند^{۲۰} (۲۰۱۶) معتقدند که افراد با نارسایی هیجانی نیاز قوی به وابستگی دارند که نتیجه اش شک و تردید و بی اعتمادی به دیگران است. به دلیل بی تفاوتی و بی علاقه نسبت به دیگران، مشکلات بین شخصی متعدد در افراد با نارسایی هیجانی مشاهده شده است. این افراد در بیان نیازهایشان به دیگران مشکل دارند و توانایی مقابله با چالش های بین شخصی در موقعیت های اجتماعی را ندارند (۱۳). پژوهش های انجام شده در این زمینه، یافته های لومینت^{۲۱} و همکاران (۲۰۱۱) مبنی بر رابطه بین ناگویی هیجانی و دوری از صمیمیت را تایید می نمایند.

شواهد تجربی در این زمینه نشان می دهد یکی از روش های موثر جهت کاهش مشکلات روانشناختی در زوجین با روابط آشفته می شود، درمان های غیردارویی نظیر گروه درمانی، تن آرامی و غیره است. اعتقاد بر این است که درمان های گروهی در بیشتر اختلال های روانی موثر است زیرا فرد در گروه، نحوه برخورد خود را با اجتماع بازبینی می کند و گروه درمانی فرایندی است که باعث رشد بینش و بصیرت او می شود. زوجین، در گروه احساس قدرت می کنند و اعتماد به نفسشان بالا می رود (۱۴).

یکی از این روش های درمانی، طرحواره درمانی است. طرحواره ها نیز موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می شوند و این سوگیری ها در آسیب شناسی روانی میان فردی^{۲۲} به صورت سوتفاهم ها، نگرش های تحریف شده و گمانه زنی های نادرست، هدف و چشم داشت های غیرواقع بینانه مشخص می شوند (۱۵). رویکرد طرحواره درمانی، بر الگوهای خوددویرانگر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته اند و در سرتاسر طول زندگی فرد تکرار می شوند، تمرکز می کند. این الگوهای طرحواره های ناسازگار اولیه^{۲۳} نامیده می شوند. این سته از طرحواره های ناسازگار به رشد و شکل گیری مشکلات روان شناختی می انجامد. طرحواره های آسیب رسانی که از جریان

6 - Temperment

7 - Childhood Trauma

8 - Young, Klosko & Weishaar

9 - Disconnection and Rejection

1 - Aandonment 0

1 - Mistrust 1

1 - Emotional Deprivation 2

1 - Social Isolation 3

1 - Impaired Autonomy and Performance 4

1 - Dependence 5

1 - Vulnerability to Illness 6

1 - Enmeshment 7

1 - Defectiveness 8

1 - Impaired limits 9

2 - Insufficient Self-Control 0

2 - Other Directedness 1

2 - Emotional Inhibition 2

2 - Tasca & Balfour 3

1 - Gabriel, Untas, Lavner, Koleck & Luminet

2 - Wells, Rehman & Sutherland

3 - Luminet

4 - nterpersonal psychopathology

5 - Early Maladaptive Schems

درمانی در بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه نتایج بیانگر این بود در حوزه بریدگی و طرد و در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، این درمان اثربخش است.

با توجه به این که زوجین ناراضی با مشکلات و آسیب‌های روانی، اجتماعی و عاطفی بسیاری روبه‌رو هستند که مجموع این فشارها موجبات تنش در ابعاد گوناگون را فراهم می‌آورد، تنظیم هیجان‌ها و باورها و افکار و روابط بین فردی آن‌ها با مشکل مواجه می‌گردد. شایان‌ذکر است مداخله طرحواره درمانی می‌تواند در جهت کاهش مشکلات این زوجین بسیار مؤثر واقع گردد زیرا این رویکرد درمانی باعث کاهش تنش‌های ناشی از مشکلات می‌گردد. بنابراین با فراهم نمودن شرایط مناسب می‌توان تنش ناشی از مشکلات را کنترل نمود و در ابعاد مختلف بر توانمندی‌های درونی مثبت آن‌ها اثر گذاشت و میزان قدرت تحمل و سازگاری فرد در برخورد با مشکلات را تقویت نمود. در نهایت می‌تواند عملکرد مفید و روابط بین فردی را در آن‌ها تقویت و میزان صمیمیت این زوجین را تنظیم کرد. پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه مؤید این نظر است که رویکردهای درمانی اثربخشی بر مشکلات زوجین ناراضی می‌تواند اثرات مفیدی بر کیفیت زندگی این زوجین در جامعه ایجاد کند لذا تحقیق در این راستا مهم و ضروری تلقی می‌گردد. بنابراین در پژوهش حاضر این مسئله مدنظر است که: طرحواره درمانی بر میزان صمیمیت و نارسایی هیجانی در زوجین با روابط آشفته چه تاثیری دارد؟

روش کار

روش مورد استفاده در این پژوهش برحسب هدف کاربردی و از نظر گردآوری داده‌ها از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها بود. جامعه آماری کلیه زوج‌های با روابط آشفته بودند که به‌منظور حل تعارضات یا به پیشنهاد دادگاه خانواده به دفاتر شورای حل اختلاف در شهر تهران در سال ۱۳۹۸ مراجعه کردند. برای انتخاب نمونه ابتدا طی یک فراخوان اطلاع‌رسانی شد که ۴۵ زوج متعارض ثبت‌نام کردند و پرسشنامه‌های صمیمیت و نارسایی هیجانی را تکمیل کردند. ۳۰ شرکت‌کننده که ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش را داشتند به روش

نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی و به‌طور مساوی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. برنامه طرحواره درمانی در ۱۲ جلسه برای شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش اجرا شد و برای شرکت‌کنندگان در گروه کنترل هیچ برنامه‌ای اجرا نشد. از آنجایی که شرایط حضور در جلسات قبلاً برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد، تا پایان دوره آموزشی همه شرکت‌کنندگان حاضر بودند و هیچ افت آزمودنی وجود نداشت. شرح جلسات طرحواره درمانی در جدول (۱) ارائه شده است.

ابزار پژوهش شامل موارد زیر بودند:

پرسشنامه صمیمیت: این پرسشنامه را والکر و تامپسون تنظیم کرده‌اند. این ابزار ۱۷ گویه دارد که با استفاده از مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت (۱= هرگز تا ۷= همیشه) نمره‌گذاری می‌شود؛ لذا دامنه نمرات بین ۱۷ تا ۱۱۹ است و نمره بالاتر به معنای صمیمیت زناشویی بیشتر است. آنان روایی ابزار را با روش تحلیل عاملی تایید و پایایی آن را در پژوهش‌های متفاوت با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ گزارش کردند (میشل و همکاران، ۲۰۰۸). واکر و تامپسون (۱۹۸۳) ضریب پایایی این آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ گزارش کرده‌اند. همچنین برای بررسی روایی آزمون از روش محتوا و روایی صوری استفاده شده است. بدین صورت که چند نفر از استادان رشته مشاوره و روانشناسی پرسشنامه فوق را بررسی و اظهار کردند که صمیمیت زوجین را می‌سنجد. در تحقیق نادری و آزاد منش (۱۳۹۱)، ضرایب پایایی پرسشنامه صمیمیت نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف محاسبه شد که به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۳ است که به‌طور کلی بیانگر ضرایب پایایی مطلوب پرسشنامه یاد شده است (۲۱). همچنین کاواند (۲۰۱۱) پایایی این ابزار را با روش آلفای کرونباخ برای مردان ۰/۹۷ و برای زنان ۰/۹۶ گزارش کرد.

پرسشنامه نارسایی هیجانی تورنتو: مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو که توسط بگی و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شده یک آزمون ۲۰ سؤالی است و شامل سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود. در این آزمون سؤال‌های ۱، ۳، ۴، ۵، ۸، ۱۱، ۱۷ و ۱۹ دشواری در شناسایی احساسات، سؤال‌های ۲، ۶، ۹، ۱۶ و ۲۰ دشواری در توصیف احساسات و بقیه سؤال‌ها

تفکر عینی را تعیین می‌کند. در این آزمون مجموع نمره‌های سه زیر مقیاس، ناگویی هیجانی کلی را محاسبه می‌کند. بشارت (۲۰۰۷)، در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس نارسایی خلقی تورنتو، ضریب آلفای کرونباخ را برای نارسایی هیجانی کل و مقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات،

دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرده است. وی هم‌چنین پایایی آزمون را به روش بازآزمایی در دو نوبت با فاصله چهار هفته ۰/۸۰ و ۰/۸۷ محاسبه کرده است.

جدول ۱. شرح جلسات طرحواره درمانی

جلسات درمان	محتوای جلسات گروهی طرحواره درمانی
اول	مروری بر ساختار جلسات و قوانین گروه و انجام توافق‌های لازم، آموزش مفهوم طرحواره، طرحواره درمانی، درمان گروهی، تکمیل کردن پرسشنامه برای پیش‌آزمون، برقراری رابطه با اعضای گروه و فراهم سازی زمینه اعتماد، ارائه تکلیف
دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش در زمینه ارتباط بین طرحواره درمانی با صمیمیت و نارسایی هیجانی، فرایندهای شناختی، پیگیری رابطه درمانی و اعتماد بین اعضای، ارائه تکلیف
سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش در روند درمان، ارتباط طرحواره با کودک درون، بیان یک مثال از طرحواره ناسازگار، عوامل موثر در اکتساب طرحواره، ارائه تکلیف
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناخت و برانگیختن طرحواره‌های زوجین، تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل‌گیری طرحواره نقش داشته‌اند، کمک به زوجین برای تجربه کردن هیجان‌های مرتبط با طرحواره در شروع جلسه، ارائه تکلیف
پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آشنا کردن افراد با سبک‌های مقابله‌ای، بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای در چند نفر از اعضای گروه، بیان چند مثال درباره سبک‌های مقابله‌ای، ارائه تکلیف
ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آزمون اعتبار طرحواره، جمع‌آوری شواهد عینی تاکید کننده بر طرحواره طی صحبت با اعضای گروه، جمع‌آوری شواهد عینی رد کننده طرحواره، تعریف جدید از شواهد تایید کننده طرحواره، ارائه تکلیف
هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای اعضا، تهیه کارت‌های آموزشی طرحواره، معرفی فرم ثبت طرحواره‌ها، ارائه تکلیف
هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، به کار بردن تکنیک گفتگوی خیالی، گفتگوی طرحواره (گفتگوی خیالی)، توانمندسازی زوجین برای جنگیدن علیه طرحواره و فاصله گرفتن از طرحواره، ارائه تکلیف
نهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، برقراری گفتگوی بین طرحواره و جنبه سالم، بررسی فرم ثبت طرحواره، نوشتن نامه به والدین و برقراری گفتگوی خیالی با آنها در جلسه درمان از طریق روش صندلی خالی، تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر، ارائه تکلیف
دهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، راهبردهای درمانی مورد نظر برای تغییر رفتارهای موثر در تداوم طرحواره، بررسی روش‌های موثر در توانایی کنترل هیجان‌ها و تکانه‌های خود، ارائه تکلیف
یازدهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی برخی از طرحواره‌ها مانند ایثار و اطاعت، محرومیت هیجانی و بازداری هیجان در اعضای گروه، آموزش شیوه درست ارتباط و ابراز عواطف و هیجان، ارائه تکلیف
دوازدهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، مرور تمرین‌ها و تکالیف جلسه قبل، بررسی روش‌های موثر در تحمل خستگی و ناکامی در حین انجام کارها بر اساس طرحواره خویشتن‌داری، انجام اقدامات و آمادگی‌های لازم جهت انجام آزمون‌های پایانی از گروه آزمون
تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم افزار spss22 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.	بودن توزیع نمرات و حجم مساوی گروه آزمایش و کنترل برای آزمون معناداری تفاوت مشاهده شده بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون و کنترل اثر نمره‌ها پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

نتایج

در این بخش با توجه به همسانی واریانس نمرات و نرمال

جدول ۲. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات صمیمیت در دو گروه

شاخص آماری	SS	df	MS	F	sig	ضریب ایما
متغیرها						
پیش آزمون	۱۵.۱۶۹۳	۱	۱۵.۱۶۹۳	۳۳.۵۴	۰۰۰.	۶۶.
گروه	۲۴.۲۱۵	۱	۲۴.۲۱۵	۹۰.۶	۰۱۴.	۲۰.
خطا	۳۷.۸۴۱	۲۷	۱۶.۳۱			
کل	۳۶.۲۷۷۵	۲۹				

درمانی در شرکت کنندگان گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل تاثیر بیشتری بر صمیمیت زوجین با روابط آشفته داشته است. میزان این تاثیر «معنادار بودن عملی» $0/20$ بوده است یعنی 20 درصد کل واریانس یا تفاوت های فردی در صمیمیت زوجین با روابط آشفته مربوط به مداخله طرحواره درمانی بوده است.

نتایج جدول ۲ نشان می دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می شود که بین میانگین های تعدیل شده نمرات صمیمیت شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می شود ($P > 0.05$). بنابراین با توجه به میانگین های اصلاح شده نتیجه گرفته می شود که مداخله طرحواره

جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات ابعاد ناگویی هیجانی در دو گروه

شاخص آماری	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	sig	ضریب ایما
تفاوت دو گروه با کنترل اثر پیش آزمون	اثربدای ویلکس	۴۹.	۵۶.۷	۰۰.۳	۰۰.۲۳	۰۰۱.	۴۹.
کنترل اثر پیش آزمون	لامبدای ویلکس	۵۰.	۵۶.۷	۰۰.۳	۰۰.۲۳	۰۰۱.	۴۹.
	اثر هتلینگ	۹۸.	۵۶.۷	۰۰.۳	۰۰.۲۳	۰۰۱.	۴۹.
	بزرگترین ریشه روی	۹۸.	۵۶.۷	۰۰.۳	۰۰.۲۳	۰۰۱.	۴۹.

ناگویی هیجانی زوجین با روابط آشفته که با مداخله مبتنی بر طرحواره درمانی درمان شده اند با زوجین با روابط آشفته گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس $0/50$ ، $p > 0.05$).

نتایج جدول ۳ نشان می دهد پس از حذف اثر پیش آزمون با روش تحلیل کوواریانس چند متغیری، یک اثر معنی دار برای عامل مداخله مبتنی بر طرحواره درمانی «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می دهد که حداقل بین یکی از مولفه های

جدول ۴ - آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه در متن تحلیل کوواریانس چند متغیری

شاخص آماری	منبع تغییر	SS	df	MS	F	سطح معناداری	ضریب ایما
دشواری در شناسایی احساسات	گروه	۳۸.۴۶	۱	۳۸.۴۶	۴۶.۱۰	۰۰۳.	۲۹.
	خطا	۸۰.۱۱۰	۲۵	۴۳.۴			
دشواری در توصیف احساسات	گروه	۸۸.۹۶	۱	۸۸.۹۶	۵۴.۱۷	۰۰۰.	۴۱.
	خطا	۰۴.۱۳۸	۲۵	۵۲.۵			
تفکر با جهت گیری خارجی	گروه	۹۱.۱۳۵	۱	۹۱.۱۳۵	۹۵.۱۱	۰۰۲.	۳۲.
	خطا	۳۲.۲۸۴	۲۵	۳۷.۱۱			

بیانی، آرامش و لذت آنها از بین می رود (۲۴). والدینی که اغلب عبوس، خشک و سخت گیر و تنبیه کننده اند و تاکید زیادی بر وظیفه شناسی، بی نقص گرایی، دنباله روی از قوانین و اجتناب از اشتباه دارند اغلب اضطراب و نگرانی را به کودک خود منتقل می کنند. بنابراین زمانی که این نوع طحوااره‌ها در ذهن افراد ریشه گرفته و به تدریج زمینه ساز اضطراب‌های اساسی می شود، یکی از عمده‌ترین اقدامات می تواند تغییر طحوااره‌ها با استفاده از کسب بینش نسبت به آن‌ها، شناخت چگونگی پدیدآیی، سازوکار اثر بر وضعیت هیجانی و شناختی و نیز انجام تمرین‌های مختلف جهت تغییر طحوااره‌ها، هیجان‌ها و رفتارها باشد. در طحوااره‌درمانی افراد در سطح هیجانی با طحوااره مبارزه می کنند و با استفاده از تکنیک‌های تجربی مثل تصویر سازی ذهنی و برقراری گفتگو، نخست خشم و ناراحتی خود را نسبت به حوادث دوران کودکی شان ابراز می‌دارند. آن‌ها تصویرهای ذهنی دوران کودکی را به تصاویر وقایع ناراحت کننده فعلی ربط می دهند، خودشان را با طحوااره و پیام آن به طور مستقیم روبرو می سازند، با طحوااره مخالفت می کنند و یا با آن می‌جنگند.

در طحوااره درمانی همچنین درمانگر به بیمار کمک می کند تا برای جایگزین نمودن الگوهای رفتاری سازگارتر و جدیدتر به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد، تکالیف خانگی را طرح ریزی نماید. درمانگر با استفاده از روش‌های مانند غرقه‌سازی می تواند صمیمیت مراجعان را به نحو چشمگیری افزایش دهد. از دیگر تکنیک‌های درمانی روش پیکان رو به پایین است. بعضی از افکار منفی، درست از آب درمی‌آیند مانند اینکه بیمار پیش بینی می کند در مهمانی طرد خواهد شد یا مورد بی‌اعتنایی بقیه قرار می گیرد. از این رو جستجوی باورهای زیر بنایی ترس، به او کمک می کند تا فکر را از درجه اعتبار ساقط کند. درمانگر در این تکنیک، مدام درباره فکر یا واقعه از مراجع سوال می کند تا باورهای مرکزی فرد به طور کامل شناسایی گردد. همان باوری که هسته اصلی مشکلات محسوب می شود.

همچنین نتایج نشان داد که طحوااره درمانی باعث کاهش ناراسایی هیجانی در زوجین با روابط آشفته شده است. همانگونه که پیش تر نیز ذکر شد طحوااره‌های ناسازگار اولیه در طول زندگی ثابت و پابرجا هستند و اساس ساخت‌های شناختی فرد را تشکیل می دهند. این طحوااره‌ها به شخص کمک می کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان دهند و اطلاعات دریافتی را پردازش کنند (۲۵) چنانچه بومبر و مک

نتایج جدول ۴ نشان می دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون، این فرضیه مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیرهای دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت گیری خارجی زوجین با روابط آشفته گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تایید می گردد. همانگونه که از نتایج جدول ۴ ملاحظه می گردد سطح معناداری حاصل شده برای شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت گیری خارجی در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۱۷ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۳ متغیر وابسته) کوچکتر می باشد. در نتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل شده می توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت گیری خارجی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی طحوااره درمانی بر صمیمیت و ناراسایی هیجانی در زوجین با روابط آشفته انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش طحوااره توانسته است میزان صمیمیت در زوجین با روابط آشفته را افزایش دهد. پژوهش حاضر با یافته‌های رودیگر و همکاران (۲۰۱۸) تاسکا و بلفورم (۲۰۱۴) (۲۰، ۲۲)، همسو می باشد. یانگ و همکاران (۲۰۰۳) معتقدند که فرد طحوااره‌هایی از کودکی با خود به بزرگسالی می آورد که این طحوااره‌ها معمولاً ناسازگار بوده و شرایط زندگی را تحت تأثیر قرار می دهند و برای بهبود شرایط زندگی فرد، باید طحوااره‌هایش را بهبود داد (۱۹). در همین رابطه دی کلارک و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی با هدف بررسی نقش طحوااره‌های ناسازگار اولیه در صمیمیت زناشویی معتقدند که طحوااره‌های ناسازگار اولیه با مدل‌های سلسله مراتبی شناختی بر سطوح لایه‌های افکار تأثیر گذاشته و متقابل این سطوح افکار در تداوم طحوااره‌ها نقش دارند (۲۳). زوجین باید یاد بگیرند نیازها و هیجان‌های ویژه‌ی خودشان را بدون ترس بی‌جهت از تلافی یا احساس گناه بیان کنند. زوجین را باید تشویق کرد تا احساسات، تکانه‌ها و انتخاب‌های خود را با خودانگیختگی بیان کنند. برای زوجین خیلی سخت است که گوش به زنگ احتمالی باشند یا نگران این باشند که نتوانند انتظارات را برآورده کنند یا قواعد سفت و سخت را رعایت نمایند. هنگامی که زوجین گوش به زنگی بیش از حد و بازداری را یاد بگیرند اغلب خوشحالی، خود

ماهن (۲۰۱۲) در بررسی نقش طحواره های ناسازگار اولیه به این نتیجه رسیدند که طحواره های ناسازگار اولیه موجب افزایش مشکلات میان فردی، نارضایتی از محیط کار و عدم کارایی مناسب فرد در محیط کار می شود. یانگ (۲۰۰۳) طحواره ها را هسته اصلی اختلالات شخصیت و مشکلات منش شناختی و بسیاری از اختلالات مزمن می داند و از آنها به عنوان طحواره های ناسازگار اولیه یاد می کند. به عقیده نوردال و همکاران (۲۰۰۵) طحواره های ناسازگار اولیه پیش بینی کننده ناسازگاری بین فردی و تبیین کننده بسیاری از اختلالات روانی و شخصیتی می باشد. در همین رابطه لطفی و همکاران (۱۳۸۶) نیز نشان دادند که طحواره های ناسازگار اولیه آسیب پذیری خاصی را برای انواع آشفتگی های روان شناختی و آسیب شناسی شخصیتی ایجاد می کنند. بر همین اساس رویکرد طحواره درمانی با تأکید بر این اصل که فرد طحواره هایی از کودکی با خود به بزرگسالی می آورد که اغلب ناسازگار بوده و شرایط زندگیش را تحت تأثیر قرار می دهد، بر این سازوکار است که برای بهبود شرایط زندگی فرد، باید طحواره هایش را بهبود داد (۱۹). بر این اساس درمانگر با استفاده از رویکرد طحواره درمانی نخست مراجع را نسبت به این موضوعات آشنا می کند. مراجع طحواره هایش را می شناسد و مکانیسم اثر و نحوه پدید آیی آنها درک می کند. عواملی که هر کدام در روند درمان تأثیر بسزایی دارند. چرا که به عقیده ی ژانگ و هه (۲۰۱۰) مراجعان اغلب طحواره را با واقعیت اشتباه می گیرند. بیماران معتقدند که طرز فکر آنها نسبت به خودشان برداشت های شخصی نیستند بلکه

نشانگر واقعیتند، یکی از دلایل اینکه بیماران طحواره را با واقعیت اشتباه می گیرند این است که طوری رفتار می کنند که طحواره شان تایید شود. درمانگر پس از شناسایی طحواره ها توسط بیمار و سپس به چالش کشیدن آنها از تکنیک های درمانی مختلفی استفاده می کند. برای نمونه با استفاده از تکنیک تصویر سازی ذهنی و ایفای نقش، ذهن مراجع را آماده پذیرش مسنولیت در زندگی روزمره می کند. استفاده از تکنیک های تغییر رفتار و یا ایجاد تغییرات مهم در زندگی نیز موجب شکل گیری سبک جدید از ارتباط فرد با جهان پیرامونی می گردد. در کنار این تمرین ها، درمانگر به تقویت سبک های مقابله ای فرد می پردازد و از این طریق با افزایش توانمندی فرد در مقابله با رویدادهای استرس زا، موجب کاهش نارسایی هیجانی او نیز می گردد.

هر تحقیق و پژوهشی محدودیت هایی دارد و پژوهش حاضر هم از این قاعده مستثنی نیست. از جمله محدودیت هایی که می توان برای این پژوهش برشمرد عبارتند از: پژوهش حاضر بر روی ۳۰ نفر از زوجین با روابط آشفته انجام پذیرفته، لذا در تعمیم نتایج به سایر جوامع باید جانب احتیاط را رعایت کرد. محدودیت ابزار اندازه گیری متغیرها که فقط از پرسشنامه جهت گردآوری داده ها استفاده گردید لذا در تفسیر نتایج می بایست محدودیت های این ابزار را در نظر داشت. بنابراین ارائه خدمات روان درمانی و مشاوره مناسب به زوجین با روابط آشفته ضروری به نظر می رسد.

References

۱. Milad Moradi, Feizollah Afrazi Zadeh, Hasan Asadzadeh Dahraei. The Relationship between Psychological Intimacy and Emotional Self-Regulation with Marital Conflicts among Couples Visiting Welfare Counseling Centers in Karaj. *Studies in Psychology and Educational Sciences*. 2017;4:96-109.
۲. George D, Luo S, Webb J, Pugh J, Martinez A, Foulston J. Couple similarity on stimulus characteristics and marital satisfaction. *Personality and Individual Differences*. 2015;86:126-31.
۳. Aggarwal S, Kataria D, Prasad S. A comparative study of quality of life and marital satisfaction in patients with depression and their spouses. *Asian journal of psychiatry*. 2017;30:65-70.
۴. Park T-Y, Park Y. Contributors Influencing Marital Conflicts Between a Korean Husband and a Japanese Wife. *Contemporary Family Therapy*. 2019;41(2):157-67.
۵. Luk BH, Loke AY. Sexual satisfaction, intimacy and relationship of couples undergoing infertility treatment. *Journal of reproductive and infant psychology*. 2019;37(2):108-22.
۶. Bowen C, Yeates G, Palmer S. Connections, closeness, and intimacy in couples relationships: Intervention. *A Relational Approach to Rehabilitation: Routledge*; 2018. p. 93-114.
۷. Kennedy SC, Gordon K. Effects of integrated play therapy on relationship satisfaction and intimacy within couples counseling: A clinical case study. *The Family Journal*. 2017;25(4):۲۱۳-۲۱۴.
۸. Sobral MP, Teixeira CP, Costa ME. Who can give me satisfaction? partner matching in fear of intimacy and relationship satisfaction. *The Family Journal*. 2015;23(3):247-53.
۹. Shrier LA, Blood EA. Momentary desire for sexual intercourse and momentary emotional intimacy associated with perceived relationship quality and physical intimacy in heterosexual emerging adult couples. *The Journal of Sex Research*. 2016;53(8):968-78.
۱۰. Perissutti C, Barraca J. Integrative behavioral couple therapy vs. traditional behavioral couple therapy: A theoretical review of the differential effectiveness. *Clínica y Salud*. 2013;24(1):11-8.
۱۱. khaje F, Khezri-Moghadam N. THE RELATIONSHIPS BETWEEN ALEXITHYMIA AND INTERPERSONAL PROBLEMS WITH MARITAL SATISFACTION IN MARRIED FEMALE NURSES OF THE PUBLIC HOSPITALS IN KERMAN CITY. *Nursing and Midwifery Journal* 2016; 14 (7) :630-638.
۱۲. Zamariola G, Vlemincx E, Corneille O, Luminet O. Relationship between interoceptive accuracy, interoceptive sensibility, and alexithymia. *Personality and Individual Differences*. 2018;125:14-20.
۱۳. Jordan KD ,Smith TW. The interpersonal domain of alexithymia. *Personality and Individual Differences*. 2017;110:65-9.
۱۴. Raman J, Hay P, Tchanturia K, Smith E. A randomised controlled trial of manualized cognitive remediation therapy in adult obesity. *Appetite*. 20۱۲;۲۶۹-۷۹:۱۸
۱۵. Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*. 2015;39:30-41.
۱۶. ali Moghadamzadeh ,Masood Ghorbanalipoor, Esa Jafary. The Effectiveness of Schema Therapy and Logo Therapy on Death Anxiety in Patients with Hypochondriasis: *Clinicalpsychology research and counseling*. 2018;7(1):52-66.
۱۷. Doomen L. The effectiveness of schema focused drama therapy for cluster C personality disorders: An exploratory study. *The Arts in Psychotherapy*. 2018;61:66-76.
۱۸. van den Broek E, Keulen-de Vos M, Bernstein DP. Arts therapies and schema focused therapy: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*. 2011;38(5):325-32.
۱۹. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*: guilford press; 2006.
۲۰. Tasca GA ,Balfour L. Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*. 2014;47(7):710-7.
۲۱. Naderi Farah, Azad Manesh Poneh Comparison of marital satisfaction, family functioning and intimacy of male and female employees: *Social psychology (new findings in psychology) - Islamic Azad University, Ahvaz branch*. 2013;7(12):97-112.
۲۲. Roediger E, Zarbock G, Frank-Noyon E, Hinrichs J, Arntz A. The effectiveness of imagery work in schema therapy with couples: a clinical experiment comparing the effects of imagery rescripting and cognitive interventions in brief schema couples therapy. *Sexual and Relationship Therapy*. ۲۰۱۸:۱-۱۸ .
۲۳. de Klerk N, Abma TA, Bamelis LL, Arntz A. Schema therapy for personality disorders: A qualitative study of patients' and therapists' perspectives. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2017;45(1):31-45.
۲۴. Moosaviassl S, Moosavi Sadat Z. The Effectiveness of schema therapy in reduction of Early maladaptive schemas on PTSD Veterans Men. *armaghanj* 2014; 19 (1) :89-99.
۲۵. Yosefi Naser. Comparison of the Effectiveness of Family Therapy Based on Schema Therapy and Bowen's™ Emotional System Therapy on Divorce Tendency Among Divorce Applicant Clients. *Clinical Psychology*. 2011;3(3):53-64.

Original Article

The Effectiveness of Schema Therapy on the Intimacy and Alexithymia in Couples with troubled relationships

Received: 19/04/2020 - Accepted: 20/06/2020

Alireza Khataei^{1*}
Tahereh Sam Khaniani²

¹ General Psychology, Islamic Azad University, Saveh Branch, Saveh, Iran

² Department of Educational Management, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran

Email: alirezakhataei@mailfa.com

Abstract

Introduction: The present study, with the aim of determining the effectiveness of schema therapy on intimacy and emotional failure of couples, had a chaotic relationship in Tehran in 1398.

Methods: The present study was a quasi-experimental with a pretest-posttest design with a experimental and control group. The statistical population included all couples with disturbed relationships in Tehran who were selected by available sampling method and randomly divided into two experimental groups (15 people) and control (15 people). In 12 90-minute sessions, the experimental group received intervention based on schema therapy training, and the control group remained on the waiting list. The measurement tools used in the study were the Walker and Thompson Intimacy Questionnaire (1983) and the Toronto Emotional Disability Questionnaire (1994). The analysis of the information obtained from the implementation of the questionnaire was performed through spss19 software in two descriptive and inferential sections (covariance).

Results: The results showed that the average intimacy of couples with chaotic relationships has changed and has increased intimacy in couples. Schema therapy has also reduced couples' emotional failure with disturbed relationships.

Conclusion: Based on the findings of this study, it can be concluded that the training of schema therapy has had a positive effect on improving emotional failure and intimacy of couples with chaotic relationships.

Key words: Schema Therapy, Intimacy, Emotional Failure, Couples with Turbulent Relationships