

مقاله اصلی

اثربخشی زوج درمانی طرحواره محور بر خودتنظیمی هیجانی، شفقت به خود و فرسودگی زناشویی زوجین متعارض شهر تهران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۲۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۱۰

خلاصه

مقدمه: هدف پژوهش حاضر اثربخشی زوج درمانی طرحواره محور بر خودتنظیمی هیجانی، شفقت به خود و فرسودگی زناشویی زوجین متعارض شهر تهران در سال ۹۸-۹۹ بود. روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود.

روش کار: جامعه آماری شامل کلیه زوجین متعارض شهر تهران و حجم نمونه شامل ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای اندازه گیری شامل پرسشنامه ۳۶ سوالی دشواری در تنظیم هیجان گرتز و روثمر (۲۰۰۴)، پرسشنامه ۲۱ سوالی فرسودگی زناشویی پاینز (۱۹۹۶)، و پرسشنامه ۲۶ سوالی شفقت به خود نف (۲۰۰۳) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون تحلیل واریانس عاملی با اندازه گیری مکرر استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پس آزمون زوجین متعارض دچار فرسودگی زناشویی، شفقت به خود و خودتنظیمی هیجانی گروه آزمایش و گواه در زوج درمانی طرحواره محور وجود داشت ($P=0/001$).

نتیجه گیری: تفاوت معناداری در زوج درمانی طرحواره محور بر فرسودگی شغلی و شفقت به خود وجود داشت، و این نتایج با تمامی تحقیقات انجام شده همسو بوده که نشان دهنده اثر طرحواره درمانی در کاهش و حل تعارضات زناشویی است.

کلمات کلیدی: زوج درمانی طرحواره محور، خودتنظیمی هیجانی، شفقت به خود، فرسودگی زناشویی

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

آناهیتا ثمرخی^۱

فریبرز درتاج^{۲*}

مژگان سپاه منصور^۳

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد تهران مرکزی،

دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ استاد گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی،

تهران، ایران

^۳ دانشیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه

آزاد اسلامی، تهران، ایران

Email: dortajf@gmail.com

مقدمه

مطالعه بر روی سیستم های اعتقادی و الگوهای تعاملی زوجین راضی نشان می دهد که آن ها زندگی معناداری با یکدیگر داشته و مواردی از قبیل: احترام، پذیرش، بیشتر بودن تعامل های مثبت در مقایسه با تعامل های منفی، متمرکز کردن تعارض ها بر روی موضوعات دقیق و مشخص، ترمیم روابط قطع شده برخورد معقول با سبک های متفاوت محاوره زنانه و مردانه و توجه کردن به نیازهای صمیمیت و قدرت برای آن ها تعریف شده است (۱). بر این اساس، وقتی بین زوجین تعارض بوجود می آید، موارد مذکور دستخوش تغییر و آسیب می شود و در این زمان است که درمانگران شناختی-رفتاری درصدد بازگرداندن همین موارد به زندگی زوجین است.

هیجان^۱، نقش مهمی در جنبه های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنیدگی را ایفا می کند (۲). هرچند هیجان ها مبنای زیستی دارند (۱)، اما افراد قادرند با هیجان های ناخوشایند خود مواجه شده، شدت و بروز آن ها طوری تنظیم کنند، تا عادات تنظیم هیجانی^۲ اصلاح شده و به شیوه ای سازگارانه تر پاسخ دهند (۳). هر قدر میزان خودتنظیمی^۳ هیجانی زوجین افزایش یابد، به همان میزان تحمل پریشانی روانی^۴ نیز در آن ها افزایش می یابد. به صورتی که پاسخ هیجانی سودمندی را برای تحمل حالات درونی ناخوشایند خود ارسال کنند (۴)، میزان سرخوردگی و فرسودگی زناشویی^۵ کمتری از هیجانات منفی را تجربه کنند (۵)، مراقبه مؤثرتری را با موقعیت های استرس زا به کار برند (۶)، فعالیت های لازم در پاسخ به موقعیت های میان فردی و زناشویی را بالا برده، از هیجانات به طور مثبتی برای بهبود کیفیت روابط زناشویی استفاده کنند (۷) و زندگی زناشویی همراه با روابط صمیمانه (۸) و سلامت روان شناختی (۹) را تجربه کنند.

در مقابل، هیجان زمانی مشکل آفرین و آسیب زا می شود که به سبک نادرستی ابراز شود، در بافتی نامتناسب رخ دهد، بسیار شدید باشد و برای مدت زیادی بر زندگی زوجین اثر گذارد (۶). زمانی که زوجین، توانایی مقابله ای ادارک شده و مدیریت حالات هیجانی کمتری را به کار می برد، دست به اجتناب از تجربه هیجان های منفی می زنند که همین امر موجب تشدید پریشانی هیجانی و احساس درماندگی عاطفی آن ها می گردد. از این رو، باورها و احساسات منفی بر زندگی زناشویی

آن ها چیره شده و منجر به از دست رفتن شور و شوق نخستین، وابستگی عاطفی، تعهد و سرانجام فرسودگی زناشویی می گردد (۱۰). فرسودگی زناشویی که با کاهش احساس مراقبت، دوست داشته شدن، عزت نفس و ارزش مند بودن همراه است (۱۱)، منجر به از پا افتادن جسمی، عاطفی و روانی می گردد (۱۲). زیرا، نتیجه طولانی مدت موقعیت هایی است که از نظر عاطفی و هیجانی مطالبات زیادی دارند و بین توقعات و واقعیت تفاوت زیادی وجود دارد (۱۳). از این رو، زوجین درمی یابند با وجود تلاش های مکرر، این رابطه به زندگی آن ها معنایی نمی دهد (۱۴). در این زمان، می توان پاسخ های سازش-نیافته نسبت به تنش، شامل مترصد فرصت بودن برای فرار از عاطفه منفی یا اجتناب از آن بود (۱۵).

شفقت، عاملی نوظهور و در حال رشد است که به نظر می رسد جزء ضروری برای افزایش رضایت مندی در زندگی باشد. شفقت خود به عنوان یک صفت و یک عامل محافظ مؤثر برای پرورش انعطاف-پذیری عاطفی و روانی محسوب می شود؛ به طوری که در چند سال اخیر، روش های درمانی با هدف بهبود شفقت خود، توسعه داده شده است. خود شفقت ورزی^۶ با احساس دوست داشتن خود و نگرانی و مراقبت در مورد دیگران مرتبط است (۱۶)، که هنگام تجربه سختی ها به خودشان نیز داشته باشند (۱۷).

شفقت به خود به عنوان یک راه سالم و درست ارتباطی با خود است که مستلزم مهربان بودن با خود در مقابل خودقضاوتی، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی نسبت به افکار و احساسات دردناک. این شیوه به جای انتقاد از خود، شامل پذیرش درد و رنج خود در مقابل قطع ارتباط یا دوری جستن، ایجاد تمایل به التیام و بهبود فرد می شود. شفقت به خود، شامل ترکیبی از آگاهی ذهنی از عواطف دردناک، در نظر گرفتن پیشامدهای شخصی به عنوان از تجارب بزرگ تر انسانی و مهربان بودن با خود هنگام تجربه شکست و بیماری می شود (۱۸). همین امر موجب بهبود مؤلفه های سلامت روانشناختی (سعیدی، قربانی، سرافراز و شریفیان، ۱۳۹۲)، رضایتمندی عمومی از زندگی و بهبود روابط انسانی و عاطفی با دیگران به ویژه در زندگی زناشویی می شود (۱۹). چرا که شفقت به خود، به ارضای نیازهای اساسی خودمختاری، شایستگی و نیاز به برقراری ارتباط می انجامد و در نتیجه می توان شاهد بهزیستی روان شناختی افزایش یافته و بهبود تنظیم و تحمل هیجانات فردی می شود.

1. emotional

2. emotional regulation

3. self-regulation

4. psychological distress

5. marital burnout

6. self-compassion

درمانی بر تنظیم شناختی هیجانی و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب از اثربخشی معناداری برخوردار است (۲۹). هم‌چنین نتایج پژوهش‌های دیگر حاکی از تأثیر زوج‌درمانی طرحواره‌محور بر تنظیم هیجانی (۳۰)، شفقت به خود، فرسودگی زناشویی (۳۱) بود.

با توجه به آن‌چه بیان شد، هریک از مداخلات بر مبنای مؤلفه‌های اساسی نظریه، به تغییر دست می‌زنند؛ طرحواره‌درمانی با تکیه بر شناسایی و بینش نسبت به طرحواره‌ها، ردیابی ریشه‌های تحولی آن‌ها در دوران کودکی و ارتباط آن با مشکلات کنونی، با به کارگیری مداخلات و راهبردهای شناختی، رفتاری، بین فردی و تجربی الگوهای رفتاری سالم‌تری را جایگزین سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار او کرده و طرحواره‌ها را بهبود می‌بخشد.

از این‌رو، انجام پژوهشی جهت شناسایی عوامل دخیل در بهبود خودتنظیمی هیجانی، شفقت به خود و کاهش فرسودگی زناشویی و تفاوت اثربخشی مداخلات مذکور ضروری به نظر می‌رسد. بر همین اساس، پژوهش حاضر به بررسی اثر زوج‌درمانی طرحواره‌محور بر خودتنظیمی هیجانی، شفقت به خود و فرسودگی زناشویی زوجین متعارض شهر تهران می‌پردازد.

روش کار

روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زوجین متعارض که به علت مشکل تعارض زناشویی به مراکز مشاوره مناطق ۱ تا ۶ شهر تهران مراجعه نمودند. در ابتدا به روش نمونه‌گیری دردسترس ۱۲۰ زوج دارای تعارض زناشویی انتخاب و بطور تصادفی ۴۰ زوج انتخاب شده و در دو گروه (۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل) تقسیم شدند. اولین ابزار اندازه‌گیری شامل پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان که توسط گرتز و روئمر^۳ (۲۰۰۴) ساخته شد (۳۲). این پرسشنامه دارای ۳۶ سوال سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری مقیاس نامبرده در طیف لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) در شش زمینه شامل، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، فقدان آگاهی هیجانی، دشواری در به کارگیری رفتارهای هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجانی صورت می‌گیرد. گرتز و روئمر (۲۰۰۴) پایایی ابزار را بین ۰/۵۷ تا ۰/۸۰ گزارش کردند. بر اساس نتایج پژوهش کرمانی مامزندی و طالع‌پسند

یکی از روش‌های مداخله‌ای مفید در زمینه کاهش مشکل‌های زندگی زناشویی، طرح‌واره‌درمانی^۱ است. از دیدگاه یانگ، یکی از پدیده‌های شناختی مورد توجه در زمینه زندگی امیدوارانه، طرح‌واره‌ها است (۲۰) که از ابتدای زندگی شکل گرفته (۲۱)، در طول زندگی ثابت و پابرجا هستند و اساس ساخت‌های شناختی فرد را تشکیل دهند. همان‌طور که استفاده از طرح‌واره‌های سازگارانه منجر به توانایی بهتر زوجین برای مقابله با فشار روانی و مواجهه با حادثه‌های فشارزای زندگی شده و کمتر احتمال دارد که دچار مشکلات روانی شوند (۲۲)؛ در مقابل، طرحواره‌های ناسازگار می‌توانند خود را در جریان یک رابطه زوجی نشان داده، باعث تأثیر در کنش‌وری رابطه شوند (۲۳) و در رضایت و تعارضات زندگی زناشویی نقش مهمی ایفا کنند (۲۳).

از این‌رو، طرح‌واره‌درمانی، با ایجاد روشی نوین و یکپارچه که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده و با الهام از مبانی مکتب‌های شناختی رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیئی، ساختارگرایی و روان‌کاوی را در قالب یک مدل (۲۴)، به آموزش مفاهیم آسان برای درک طرح‌واره‌ها و چندوچون هیجانی تجارب گذشته زوج‌ها پرداخته و به آن‌ها اجازه می‌دهد آزادانه درباره راه‌هایی که می‌توانند تعامل بهتری را بیازمایند به گفتگو بپردازند تا ضمن شناخت ریشه‌های الگوهای ناکارآمد، زندگی و روابط زناشویی خود را به‌سوی احساس رضایت پیش برده و ابزار مؤثر را برای از میان بردن تعاملات منفی بیابند (۲۵).

پریمر، تالبوت و فرنچ^۲ (۲۰۱۵) در نتایج پژوهشی با هدف تأثیر طرح‌واره‌درمانی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه و فرسودگی زناشویی زوجین نشان دادند طرحواره‌درمانی از اثربخشی مطلوبی در بهبود تمام متغیرهای مورد بررسی‌شان برخوردار بود (۲۶). نتایج پژوهش عرفان، نوربالافتی، محمدی و ادیبی (۱۳۹۵) نشان داد طرحواره‌درمانی هیجانی تأثیر معناداری بر اصلاح طرحواره‌های هیجانی و دشواری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر داشت (۲۷). فسیبندر، شویگر، مارتیوس، برن-دویل و آرنه در نتایج پژوهشی خود نشان دادند طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی دارای اثربخشی مطلوبی بر خودتنظیمی هیجانی هستند و در این بین درمان طرحواره‌محور از اثربخشی بیشتری برخوردار است (۲۸). نتایج پژوهش رهبر و همکاران، نشان داد توانبخشی مبتنی بر طرحواره-

1. schema therapy
2. Priemer, Talbot & French

(۳۳) مقیاس مربوطه از اعتبار قابل قبولی برخوردار است (۰/۶۳ تا ۰/۷۵). همچنین ضریب روایی همگرا و ملاکی نیز ۰/۵۳ به دست آمد. دومین پرسشنامه فرسودگی زناشویی که توسط پاینز (۱۹۹۶) با هدف اندازه گیری درجه فرسودگی زناشویی در بین زوجین ساخته شد. پرسشنامه دارای ۲۱ سوال و دارای سه خرده مقیاس: از پا افتادگی جسمانی (خستگی، سستی، اختلال خواب و ...)، از پا افتادگی هیجانی (افسردگی، ناامیدی، در دام افتادگی و ...) و از پا افتادگی روانی (بی ارزشی، سرخوردگی، خشم نسبت به همسر و ...) است. نمره گذاری، در طیف هفت درجه ای لیکرت در دامنه ای از (۱= هرگز تا ۷= همیشه) انجام می شود. در این مقیاس، نمرات بالاتر، نشان دهنده فرسودگی زناشویی بیشتر است به صورتی که، حد بالای نمره ۱۴۷ و حد پایین نمره ۲۱ است. در تفسیر نمره ها، درجه ۲ یا کم تر نشان دهنده رابطه خوب، درجه ۳ خطر فرسودگی، درجه ۴ وجود فرسودگی، درجه ۵ وجود بحران و درجه بیش از ۵، لزوم کمک فوری را نشان می دهد. در ایران، ضریب اطمینان را بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ گزارش کردند. ضریب اطمینان آزمون- باز آزمون، ۰/۸۹ برای یک دوره

یک ماهه، ۰/۷۶ برای یک دوره دوماهه و ۰/۶۶ برای دوره سه ماهه گزارش شده است (داورنیا و همکاران، ۱۳۹۳). نویدی (۱۳۸۴) ضریب پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرده است. نادری، افتخار و آملزاده (۱۳۸۹) اعتبار آن را با استفاده از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ ($r = -0.40$, $p \leq 0.001$) گزارش کردند. سومین ابزار، پرسشنامه شفقت به خود که توسط نف (۲۰۰۳) طراحی و نمره گذاری شد. این پرسشنامه شامل ۲۶ ماده است و پاسخ های آن در یک دامنه ۵ درجه ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می گیرند. این پرسشنامه دارای شش زیر مقیاس مهربانی با خود، قضاوت خود، بهوشیاری، همانندسازی فزاینده، اشتراک های انسانی، و انزواء اندازه گیری می کند. مطالعات متعدد اعتبار همگرا (۱۹)، اعتبار افتراقی، همسانی درونی و پایایی آزمون- باز آزمون این مقیاس را نشان داده اند (نف، ۲۰۰۳)؛ هم چنین ضریب آلفای کرونباخ نسخه اولیه این ابزار ۰/۹۲ گزارش شده (نف، ۲۰۰۳) و آلفای کرونباخ آن در مطالعه قربانی و همکاران (۲۰۱۲) نیز ۰/۸۴ به دست آمده است.

طرح جلسات زوج درمانی طرح واره محور

جدول ۱. خلاصه جلسات زوج درمانی طرح واره محور

جلسات	هدف
جلسه اول	برقراری ارتباط با هدف برقراری ارتباط و همدلی، آشنایی و معرفی برنامه و قوانین اساسی
جلسه دوم	سنجش طرحواره های زوجین به منظور شناخت و تشخیص طرحواره های ناسازگار اولیه توسط زوجین
جلسه سوم	آشناسازی زوجین با مفهوم طرحواره، انواع طرحواره، ذهنیت، طرحواره درمانی و نحوه کاربرد آن
جلسه سوم	شناسایی علت های طرحواره های ناسازگار اولیه همچون، تجارب اولیه مؤثر (فرزندپروری والدین)، نیازهای ارضاء نشده و خلق و خوی آن ها
جلسه چهارم	آموزش، شناخت و انطباق مفهوم هماهنگی شناختی از طریق مفهوم سازی مشکل توسط زوجین و پاسخ های مقابله ای نا کارآمد (تسلیم، اجتناب و جبران) با تجارب شخصی آن ها
جلسه پنجم	بررسی ریشه های محتمل طرحواره های زوجین
جلسه پنجم	استفاده از راهبردهای مقدماتی و شناختی طرحواره درمانی (همچون خود مشاهده گری، بررسی تاریخچه تحولی، تصویرسازی خیالی و فرم ثبت طرحواره ها)، بازخورد و ارایه تکلیف
جلسه ششم	استفاده از راهبردهای بازسازی شناختی طرحواره درمانی (شامل بررسی شواهد، بررسی سودمندی سبک مقابله ای و کارت آموزشی) در جهت بررسی شواهد تأیید کننده و رد کننده و آشنایی با شناخت واره های نا کارآمد به منظور اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه
جلسه ششم	استفاده از راهبردهای تجربی طرحواره درمانی (شامل تصویرسازی رابطه باز والدینی، تصویرسازی به منظور الگو شکنی رفتار، نامه نوشتن و تصویرسازی خاطرات سرکوب شده) با هدف آشنایی با مفهوم هیجانات بلوکه شده، دستیابی به خاطرات سرکوب شده و تغییر بعد هیجانی طرح واره ها

جلسه هفتم

استفاده از تکنیک‌های بین فردی و آموزش روش‌های الگوشکنی رفتاری به منظور تغییر در رفتار و سبک زندگی در پی جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگارتر و جدیدتر

بررسی ارتباط بین انتخاب نوع رابطه با همسر و تداوم طرحواره‌ها و جایگزین کردن رفتارهای سالم و کارآمد به جای رفتارهای مقابله‌ای و ناسازگار

جلسه هشتم

جمع‌بندی و بحث در مورد دستاوردهای اعضا در درمان، پس‌آزمون و خاتمه درمان

نتایج

بازه سنی مورد مطالعه در این پژوهش زنان متاهل گروه سنی ۲۵ تا ۴۵ ساله بودند، طرح پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. بعد از اجرای مداخله، از گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون و پیگیری به-عمل آمد و داده‌ها استخراج شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، استفاده شد.

به منظور بررسی پیش فرض‌های مورد نیاز جهت اجرای آزمون‌های آماری به بررسی نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف و همچنین مقایسه نمرات پیش‌آزمون در دو گروه (آزمایش و کنترل) پرداخته شده است. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف نشان می‌دهد که تمامی مقادیر Z به دست آمده در خصوص توزیع متغیرها در همه متغیرها به تفکیک آزمون‌ها در در سطح $P \leq 0.05$ معنی دار نمی‌باشد. بنابراین توزیع متغیرها با توزیع نرمال تفاوت معناداری ندارد و توزیع متغیرها نرمال است.

جدول ۲. تحلیل واریانس عاملی با اندازه‌گیری مکرر در بررسی تاثیر طرحواره درمانی بر فرسودگی زناشویی، شفقت به خود و تنظیم هیجان

متغیر	مشخصه آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
فرسودگی زناشویی	آزمون	۴۴۴۷,۴۱	۱,۲۲	۳۶۳۷,۴۸	۱۱,۱۲	۰,۰۰۱	۰,۲۸
	درمان	۳۵۰۲,۴۲	۱	۳۵۰۲,۴۲	۱۲,۶۸	۰,۰۰۱	۰,۳۱
	آزمون * درمان	۶۳۶۶,۰۷	۱,۲۲	۵۱۹۰,۳۸	۱۵,۸۷	۰,۰۰۰۱	۰,۳۶
	آزمون	۴۴۵۱,۳۴	۱,۲۷	۳۴۹۰,۱۵	۱۴,۱۹	۰,۰۰۰۱	۰,۳۳
شفقت به خود	درمان	۸۹۰۴,۲۰	۱	۸۹۰۴,۲۰	۱۵,۹۵	۰,۰۰۰۱	۰,۳۶
	آزمون * درمان	۳۷۹۶,۲۳	۱,۲۷	۲۹۷۶,۵۰	۱۲,۱۰	۰,۰۰۱	۰,۳۰
	آزمون	۳۲۶۸,۱۴	۲	۱۶۳۴,۰۷	۱۹,۷۵	۰,۰۰۰۱	۰,۴۱
	درمان	۴۷۸۴,۳۵	۱	۴۷۸۴,۳۵	۲۰,۸۳	۰,۰۰۰۱	۰,۴۲
تنظیم هیجان	آزمون * درمان	۲۶۹۷,۸۷	۲	۱۳۴۸,۹۳	۱۶,۲۹	۰,۰۰۰۱	۰,۳۶

نتایج نشان داد بین نمرات فرسودگی زناشویی، نمرات شفقت به خود و نمرات اختلال در تنظیم هیجان در سه آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۳. آزمون باکس M در متغیرهای فرسودگی زناشویی، شفقت به خود و تنظیم هیجان (مقایسه ماتریس کوواریانس دو گروه طرحواره درمانی و کنترل)

متغیر	باکس M	مقدار F	سطح معناداری
فرسودگی زناشویی	۱۱,۸۲	۱,۶۴	۰,۲۷
شفقت به خود	۱۲,۶۸	۰,۱۳	۰,۰۷
تنظیم هیجان	۸,۲۵	۰,۵۱	۰,۲۸

نتایج نشان داد که در مورد فرسودگی زناشویی؛ مقدار شاخص باکس M برابر ۱۱,۸۲ است که در سطح $P \leq 0,05$ معنی دار نمی باشد. بنابراین، ماتریس کوواریانس دو گروه آزمایش و کنترل، همگن می باشد. و در متغیر شفقت به خود مقدار شاخص باکس M برابر ۱۲,۶۸ است که در سطح $P \leq 0,05$ معنی دار نمی باشد. بنابراین، ماتریس

کوواریانس دو گروه آزمایش و کنترل، همگن می باشد. مقدار خی دو به دست آمده در آزمون کرویت ماخلی در متغیر شفقت به خود برابر ۱۶,۷۱ است که در سطح $P \leq 0,01$ معنی دار می باشد. بنابراین، واریانس تفاوت بین ترکیب ماتریس واریانس - کوواریانس مربوط به این متغیر در گروه های مورد بررسی یکسان نیست. بنابراین، از ضریب تصحیح گیسر استفاده شده است.

در متغیر تنظیم هیجان، مقدار شاخص باکس M برابر ۸,۲۵ است که در سطح $P \leq 0,05$ معنی دار نمی باشد. بنابراین، ماتریس کوواریانس دو گروه آزمایش و کنترل، همگن می باشد.

مقدار خی دو به دست آمده در آزمون کرویت ماخلی در متغیر اختلال در تنظیم هیجان برابر ۲,۰۲ است که در سطح $P \leq 0,05$ معنی - دار نمی باشد. بنابراین، واریانس تفاوت بین ترکیب ماتریس واریانس - کوواریانس مربوط به این متغیر در گروه های مورد بررسی یکسان است. بنابراین، از ضریب اسفیرتی استفاده شده است.

جدول ۴. آزمون بنفرونی (مقایسه دو به دو درون گروهی طرحواره درمانی در فرسودگی زناشویی، شفقت به خود و تنظیم هیجان)

متغیر	مقایسه ها	تفاوت میانگین ها	سطح معناداری
فرسودگی زناشویی	پیش آزمون و پس آزمون	-۲۸,۱۰	۰,۰۰۰۱
	پیش آزمون و پیگیری	-۳۸,۷۵	۰,۰۰۰۱
	پس آزمون و پیگیری	-۱۰,۶۵	۰,۰۰۱
شفقت به خود	پیش آزمون و پس آزمون	۲۷,۶۵	۰,۰۰۰۱
	پیش آزمون و پیگیری	۳۲,۶۰	۰,۰۰۰۱
	پس آزمون و پیگیری	۴,۹۵	۰,۰۰۹
تنظیم هیجان	پیش آزمون و پس آزمون	-۲۴,۶۵	۰,۰۰۰۱
	پیش آزمون و پیگیری	-۲۶,۹۵	۰,۰۰۰۱
	پس آزمون و پیگیری	-۲,۳۰	۰,۰۰۹

در نتایج مربوط به متغیر فرسودگی زناشویی، مقایسه های دو به دو در خصوص تفاوت درون گروهی، نتایج آزمون بنفرونی نشان می دهد که تفاوت نمرات پیش آزمون با هر دو آزمون پس آزمون و پیگیری در سطح $P \leq 0,01$ معنادار است. همچنین، تفاوت پس آزمون و آزمون پیگیری (در سطح $P \leq 0,01$) معنادار است. با توجه به کاهش نمره در پس آزمون و اختلاف نمره آزمون پیگیری با پیش آزمون، هم چنین کاهش معنادار نمره در آزمون پیگیری، می توان گفت اثر عمل آزمایشی در آزمون پیگیری در گروه آزمایش حفظ شده است.

و در شفقت به خود، مقایسه های دو به دو در خصوص تفاوت درون گروهی، نتایج آزمون بنفرونی نشان می دهد که تفاوت نمرات پیش آزمون با هر دو آزمون پس آزمون و پیگیری در سطح $P \leq 0,01$ معنادار است. همچنین، تفاوت پس آزمون و آزمون پیگیری (در سطح $P \leq 0,05$) معنادار نیست. با توجه به افزایش نمره در پس آزمون و اختلاف نمره آزمون پیگیری با پیش آزمون، می توان گفت اثر عمل آزمایشی در آزمون پیگیری در هر گروه آزمایش حفظ شده است. و در اختلال در تنظیم هیجانی، مقایسه های دو به دو در خصوص تفاوت درون گروهی، نتایج آزمون بنفرونی نشان می دهد که تفاوت نمرات

مها شده است. این موضوع در مطالعات علی محمدی و همکاران (۳۶)، کاتام^۱ (۳۷)، نیز مورد تأیید قرار گرفت.

بر همین اساس، کاتام (۲۰۱۷) نیز معتقد است از آنجا که هیجان‌های مخرب در سازگاری فرد و محیط تأثیر دارد، زوجین گروه آزمایش به علت وجود هیجان‌های منفی و مخرب ناشی از درگیری‌ها و تعارضات با همسر، دارای باورهای غیرمنطقی بیشتری بودند و از قدرت کمتری در کنترل تکانه‌ها و درجه انطباق ضعیف‌تری با دیگران برخوردار بودند و در هنگام رویارویی با فشارهای روانی، به دلیل دارا بودن عواطف منفی و تمایلات تکانشگری و آسیب‌پذیری که دارند، سازوکارهای مقابله‌ای هیجانی و اجتنابی را به کار می‌گیرند و در نتیجه، چنین رفتارهایی موجب برهم خوردن عواطف و بروز مشکلات عاطفی هیجانی با همسر شده و بدنبال آن فرآیند مهربانی و شفقت بخود و دیگران برهم خواهد خورد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش شامل، محدود بودن نتایج پژوهش به زوجین متعارض شهر تهران و احتیاط در تعمیم نتایج به زوجین شهرهای دیگر و محدود بودن نتایج پژوهش به زوجین متعارض و احتیاط در تعمیم نتایج به زوجین بدون تعارض و محدود بودن نتایج پژوهش به زوجین سنین ۲۵ تا ۴۵ سال و احتیاط در تعمیم نتایج آن به زوجین سنین دیگر می‌باشد. در راستای تحقیقات آینده، پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی زوجین متعارض شهرهای دیگر نیز اجرا شود. هم‌چنین، پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی زوجین بدون تعارض بمنظور غنی‌سازی زندگی زناشویی نیز اجرا شود. با توجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر «تأثیر زوج‌درمانی طرحواره‌محور بر خودتنظیمی هیجانی، شفقت به خود و فرسودگی زناشویی زوجین متعارض» پیشنهاد می‌شود برای کاهش فرسودگی زناشویی و بهبود مهارت خودتنظیمی هیجانی و شفقت به خود زوجین از زوج‌درمانی طرحواره‌محور استفاده شود. و پیشنهاد می‌شود برای مردان و زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره، کارگاه‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی مبتنی بر طرحواره‌درمانی برگزار شود تا آن‌ها با چگونگی ابراز احساسات و عواطف مثبت آشنا شوند و نشخوارهای ذهنی ارتباطی را بطور مؤثری کنترل و مدیریت کنند.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

پیش‌آزمون با هر دو آزمون پس‌آزمون و پیگیری در سطح $P \leq 0.01$ معنادار است. همچنین، تفاوت پس‌آزمون و آزمون پیگیری (در سطح $P \leq 0.05$) معنادار نیست. با توجه به کاهش نمره در پس‌آزمون و اختلاف نمره آزمون پیگیری با پیش‌آزمون، می‌توان گفت اثر عمل آزمایشی در آزمون پیگیری در هر گروه آزمایش حفظ شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

بحث در مورد فرضیه مبنی بر اثربخشی زوج‌درمانی طرحواره‌محور بر خودتنظیمی هیجانی، شفقت به خود و فرسودگی زناشویی زوجین متعارض نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پس‌آزمون زوجین متعارض در خودتنظیمی هیجانی، شفقت به خود و فرسودگی زناشویی گروه آزمایش و گواه وجود داشت. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، طرحواره‌درمانی بر خودتنظیمی هیجانی، شفقت به خود و فرسودگی زناشویی زوجین تأثیر داشت.

طرحواره‌های ناسازگار به‌عنوان زیرساخت‌های شناختی منجر به تشکیل باورهای غیرمنطقی شده و مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری با فعال کردن سطوحی از هیجان منتشر شده بطور مستقیم یا غیر مستقیم منجر به آشفتگی‌های روانشناختی از جمله تشدید افکار منفی (بطور مثال در پژوهش حاضر یادآوری تعارضات زناشویی) می‌شوند. در این زمان است که پژوهشگر با مداخلات طرحواره‌درمانی توانسته احساس مثبت از خود را در زوجین گروه آزمایش بهبود بخشد و لمس هیجان‌ها را برای آن‌ها تسهیل کند. بدین طریق به تأمین هیجان‌ات ارضاء نشده آن‌ها اقدام نموده و زمانی که در طی فرآیند درمان این نیازهای هیجانی در مسیر ارضاء قرار گرفت، بستر برای بهبود طرحواره‌ها مهیا شده زیرا، طرحواره‌های ناسازگار زوجین گروه آزمایش اساساً به خاطر عدم ارضاء نیازهای هیجانی و عاطفی و عشقی در ارتباط با همسر و فرسودگی زناشویی ایجاد شده است. طرحواره‌های ناسازگار اولیه زوجین گروه آزمایش به علت ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی در دوران کودکی (نیازهای بنیادین چون دلبستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم، خودانگیختگی و محدودیت‌های واقع‌بینانه) به وجود آمده‌اند و این طرحواره‌ها در عمیق‌ترین سطح شناخت، معمولاً بیرون از سطح آگاهی عمل می‌کنند. حال در این شرایط و عدم توجه همسر به نیازهای عاطفی و عشقی آن‌ها مهیا کنند فرسودگی زناشویی و برهم خوردن جو عاطفی و عدم احساس امنیت روانی در خانواده شده، که در این پژوهش با اصلاح این طرحواره‌ها زمینه برای زندگی سالم برای زوجین گروه آزمایش

^۱ - Katam

تهران که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به-
عمل می آید.

تشکر و قدردانی: مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای
نویسنده اول در دانشگاه تهران می باشد. بدین وسیله از تمام دانشجویان

References

1. Weeks, J. W., Heimberg, R. G., & Rodebaugh, T. L. (2008). The Fear of Positive Evaluation Scale: Assessing a proposed cognitive component of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1): 44-55.
2. Tignol, J., Faytout, M. & Swendsen, J., (2006), Social phobia, fear of negative evaluation and harm avoidance, *European psychiatry*, 24(3): 97-115.
3. McLaughlin KA, Nolen-Hoksema S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behav Res Ther*, 48(3): 186-93.
4. Kozak, AT., Fought, A. (2011). *Beyond alcohol and drug addiction Does the negative trait of low distress tolerance have an association with overeating?* 57(3): 578-81.
5. Hashemi, Z, & Naderi, H. (2017). The effectiveness of emotional regulation training on marital boredom and marital intimacy of conflicting couples. *Third International Conference on Applied Research in Educational Sciences and Behavioral Studies and Social Injuries in Iran.* (In Persian)
6. Gross, J.J. (2002). *Wise emotion regulation*. In: L. Feldma-Barrett & P. Salovey (Eds.), *the wisdom in feeling*. New York: The Guilford Press. 3(1): 297-318.
7. Tugade, M.M., Frederickson, B.L. (2002). *Positive emotions and emotional intelligence*. In: L. Feldman-Barrett & P. Salovey (Eds.), *the wisdom in feeling*. New York: The Guilford Press (319-340).
8. Mohammadi, Massoud; Farnam, Robert; Beloved, Parisa. (2011). The Relationship between Attachment Styles and Difficulty in Emotional Regulation with Marital Satisfaction in Kish Island Teachers. *Journal of Women and Culture*, 2 (7), 9-20. (In Persian)
9. Kring, A. M., & Werner, K. H. (2004). Emotion Regulation and Psychopathology. In P. Philippot, & R. S. Feldman (Eds.). *The regulation of Emotion* (pp. 359-385).
10. Pokorska, J., Farrell, A., Evanschitzky, H., & Pillai, K. (2013). *Relationship fading in business-to-consumer context*. In S. Sezgin, E. Karaosmanoglu, & A. B. Elmadag Bas (Eds.), EMAC. 42nd annual EMAC conference: lost in translation.
11. Tree, H.A. (2009). *Multiple sclerosis verity, pain intensity and psychosocial factors: Associations with perceived social support, hope. Optimism, depression, and fatigue*. Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy, University of Kansas.
12. Brummelhuis, L. L., Ter Hoeven, C. L., Bakker, A. B., & Peper, B. (2011). Breaking through the loss cycle of burnout: The role of motivation. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84: 268-287.
13. Bakker, A.B. (2009). *The crossover of burnout and its relation to partner health*. *Stress and Health*, 25:343-353.
14. Van Plet, M.A. (2009). Crossover of burnout among health care professionals. *Journal Marr FAM*; 85: 210-30.
15. DePape, AM., & Lindsay, S. (2015). Parents' experiences of caring for a child with autism spectrum disorder. *Qual Health Res*, 25(4): 569-583.
16. Neff, K.D. (2011). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self-Identity*, 2: 85-10.
17. Saeedi, Z; Ghirbani, N; Sarafraz, M.R; Sharifian, M.M. (2013). The effect of instilling self-compassion and self-respect on the experience of shame and sin. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*, 8 (1): 91-102.
18. Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-41.
19. Neff, KD., Rude, SS., Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *J Res Pers*, 41: 139-154.
20. Snyder CR. (1994). *The psychology of hope: You can get there from here*. New York: Free Press.
21. Dozois, D. J., Martin, R. A., Bieling, P. J. (2009). Early maladaptive schemas and adaptive/maladaptive styles of humor. *Cognitive Therapy and Research*, 33(6):585-596.
22. Rijkeboer, M.M., & de Boo, G.M. (2009). Early maladaptive schemas in children: Development and validation of the schema inventory for children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(2): 102-109.

23. Thimm, J.C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41: 373-380.
24. Young, J., Clossco, Z., Wishar, M. (2003). *Schema therapy: A practical guide for clinicians*. Translated by Hassan Hamidpour and Zahra Andouz (2014). Fifth Edition, Tehran: Arjmand Publications.
25. Amato, P. R. (2016). Studying marital interaction and commitment with survey data. *Journal of Marriage and the Family*, 23, 53-70.
26. Priemer, M., Talbot, F., & French, D.J. (2015). Impact of self-help schema therapy on psychological distress and early maladaptive schemas: A randomized controlled trial. *Behavior Change*, 32: 59-73.
27. Erfan, A; Noor Balattefti, A.A; Mohammadi, A, & Adibi, P. (2016). The effectiveness of emotional schema therapy on modifying emotional schemas and the difficulty of emotion regulation in patients with irritable bowel syndrome. *9th International Congress on Psychotherapy (Asian Summit in the Context of Cultural Values)*. (In Persian)
28. Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arnt, A (2016). Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy. *Front in Psychol*, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01373>.
29. Rahbar Karbasdehi, E., Abolghasemi, A., & Rahbar Karbasdehi, F. (2018). The Effectiveness of Schema Therapy Integrated with Rehabilitation on Cognitive Emotion Regulation and Existential Anxiety in Patients with Congestive Heart Failure. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 48(4): 233-239. (In Persian)
30. Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, MM., & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children: The development of an instrument. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16: 1-9.
31. Hemmati, M; Maddahi, M.I; Khalatbari, J; Hosseinian, S. (2017). Comparison of the effect of couples' participation in psycho-educational sessions of schema therapy with acceptance and commitment therapy in marital insecurity. *Family Counseling and Psychotherapy*, 7 (1), 103-124.
32. Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
33. Kermani Mamazandi, Z, Tale Pasand, S. (2018). Psychometric Properties of Emotion Regulation Difficulty Scale in Semnan University Students. *Scientific Journal of Education and Evaluation (Quarterly)*; 11 (42): 117-142.
34. Mohammadi, M., Siroei, R, Sheikh Hadi. G, Amir, Z, Kianoosh., Shakermi, M., & Davarnia, R. (2016). The effect of cognitive-behavioral couple therapy in a group method on marital burnout and desire for divorce in couples. *The Gift of Knowledge*, 21 (11): 1069-1086.
35. Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
36. Ali Mohammadi, S., Mohsenzadeh, F. Zaharakar, K. (2019). The effectiveness of group schema therapy on increasing marital satisfaction and reducing marital burnout in women with bulimia nervosa. *Journal of Disability Studies*, No. 9, 68.
37. Katam, B. (2017). Effectiveness of schema therapy on marital satisfaction and marital burnout in married woman. *Journal of international educational & Psychological Researches*, 3(1):11-16.

Original Article

The effectiveness of schema-based couple therapy on emotional self-regulation, self-compassion and marital burnout of conflicting couples in Tehran

Received: 11/05/2021 - Accepted: 31/12/2021

Anahita Samarrokh¹
Fariborz Dortaj^{2*}
Mozhgan Sepahmansour³

¹ PhD Student in Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Professor, Department of Educational Psychology, Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran

³ Associate Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Email: dortajf@gmail.com

Abstract

Introduction: The aim of this study was the effectiveness of schema-based couple therapy on emotional self-regulation, self-compassion and marital burnout of conflicting couples in Tehran in 2020-2019. The research method was quasi-experimental with pre-test, post-test design and follow-up with the control group.

Methods: The statistical population included all conflicting couples in Tehran and the sample size included 20 people in the experimental group and 20 people in the control group who were selected by available sampling method. Measurement tools included a questionnaire of 36 difficult questions in regulating emotion Gratz and Roemer (2004), 21-item questionnaire of Pinez Marital Burnout (1996), and a 26-item self-compassion questionnaire Neff. (2003). for data analysis, repeated measures factor analysis of variance was used.

Results: The results showed that there was a significant difference between the mean post-test scores of conflicting couples with marital burnout, self-compassion and emotional self-regulation of the experimental and control groups in schema-based couple therapy ($P = 0.001$).

Conclusion: There was a significant difference in schema-based couple therapy on burnout and self-compassion, and these results are consistent with all studies that show the effect of schema therapy in reducing and resolving marital conflicts.

Keywords: Schema-based couple therapy, Emotional self-regulation, Self-compassion, Marital burnout