

مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی بومی با طرحواره درمانی یانگ بر تنظیم هیجانی و میل به طلاق در زوج‌های دارای تعارض

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۹ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۲۵

خلاصه

مقدمه: محققان رویکردهای درمانی مختلف را جهت تعیین میزان اثربخشی آن‌ها مورد مقایسه قرار می‌دهند؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی بومی با طرحواره درمانی یانگ بر تنظیم هیجانی و میل به طلاق در زوج‌های دارای تعارض شهر اصفهان انجام شده است.

روش کار: روش تحقیق نیمه تجربی می‌باشد. جامعه آماری تحقیق کلیه زوجین دارای مشکل تعارض بودند که به مراکز مشاوره و روانشناسی شهر اصفهان مراجعه کرده بودند که از این جامعه تعداد ۴۸ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (طرحواره درمانی بومی، طرحواره درمانی یانگ و گروه کنترل) گماشته شدند. ابزارهای تحقیق شامل پرسشنامه‌های میل به طلاق (روزلت، جانسون و مورو، ۱۹۸۶) و پرسشنامه تنظیم هیجانی (گراتز، ۲۰۰۴) بودند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با انداز گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که بسته بومی طرحواره درمانی بر کاهش میل به طلاق و بهبود تنظیم هیجانی اثربخش بوده است ($P < 0/01$) و طرحواره درمانی یانگ صرفاً بر تنظیم هیجانی مؤثر بوده است ($P < 0/01$). همچنین نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین اثربخشی بسته بومی طرحواره درمانی با طرحواره درمانی یانگ بر کاهش میل به طلاق در سطح $P < 0/01$ وجود دارد، اما بین اثربخشی این دو روش بر بهبود تنظیم هیجانی تفاوت معناداری مشاهده نگردید ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: به نظر می‌رسد که بسته بومی طرحواره درمانی بر هردو متغیر میل به طلاق و بهبود تنظیم هیجان اثربخش می‌باشد.

کلمات کلیدی: طرحواره درمانی بومی، طرحواره درمانی یانگ، تنظیم هیجانی، طلاق، زوج‌های دارای تعارض

تهمینه گلکار^۱

محسن گل پرور*^۲

اصغر آقایی^۳

^۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

^۲ دانشیار، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استاد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

Email: drmgolparvar@hotmail.com

مقدمه

خانواده بنیادی‌ترین تشکل اجتماعی و اصلی‌ترین جزء اجتماع است. این نهاد اجتماعی به‌عنوان عامل واسطه‌ای است که نقش مهمی در انتقال هنجارهای و فرهنگ هر جامعه از نسلی به نسل بعدی ایفا می‌کند و به‌عنوان بهترین تجلی‌گاه فرهنگ حاکم بر سایر نهادها شناخته می‌شود. در واقع خانواده‌ها جامعه را پدید می‌آورند و بهنجاری یا نابهنجاری جامعه در گرو شرایط عمومی خانواده‌هاست. دستیابی به جامعه سالم در گرو سلامت خانواده است و هیچ‌یک از آسیب‌های اجتماعی فارغ از تأثیر خانواده به وجود نمی‌آید و به همین ترتیب نیز هیچ جامعه‌ای نمی‌تواند ادعای سلامت کند، مگر آنکه از خانواده‌های سالم برخوردار باشد. از طرفی هم تحقق خانواده سالم مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و داشتن ارتباط مطلوب با یکدیگر است و در صورت نداشتن این ارتباط سلامت خانواده به خرافتداده و ایجاد مشکلات و تعارضاتی در بطن خانواده می‌کند. در این بین برخی نابهنجاری‌ها و عدم رعایت شرایط و همکاری‌های لازم با یکدیگر موجب افزایش تعارض گردیده است (۱).

مشکلات زناشویی از جمله شایع‌ترین مسائلی است که زوجین از آن شکایت دارند. تعارض‌های زناشویی ناشی از ناهماهنگی زن و شوهر در نوع نیازها و روش ارضای آن، اختلاف درخواستها، طرحواره‌های رفتاری نامناسب و رفتار غیرمسئولانه نسبت به ازدواج است که معمولاً موجب استرس شدیدی بین زوجین می‌شود و خود برای زوجین تعارض‌های مضاعفی را ایجاد می‌کند که به‌نوبه خود سیکل معیوبی ایجاد می‌شود و اوضاع نابسامان‌تر از قبل می‌گردد. مطالعات نشان داده‌اند که وجود خشم، احساس گناه، کینه، نفرت و سایر هیجانات منفی نیز باعث بدتر شدن مشکلات ارتباطی بین آن‌ها می‌گردد (۲)؛ بنابراین تنظیم هیجانی شناختی بالا می‌تواند منجر به کم‌تر شدن تعارضات زناشویی در بین زوجین گردد. چراکه مهارت افزایشی در روابط بین فردی می‌تواند مسئولیت‌پذیری بیشتر و در نتیجه روابط زوجین را بهبود بخشد (۳).

تنظیم هیجان یکی از عوامل اساسی بهزیستی است و در سازش یافتگی با رویدادهای تنیدگی زای زندگی نقش مهمی ایفا می‌کند (۴). از طرفی نارسایی در تنظیم هیجان می‌تواند موجب افزایش تجارب منفی شود؛ بنابراین، هنگامی که افراد احساس می‌کنند مهار کمی بر موقعیت دارند، آن را منفی و پرتنش تعبیر می‌کنند؛ امری که نتیجه آن تجربه عاطفی منفی خواهد بود و این نیز می‌تواند به مشکلات بین فردی مانند رابطه‌ای سرد و سبک اجتنابی در ابرازگری هیجانی (به‌خصوص در رابطه با نزدیکان و همسر) منجر شود (۵). تنظیم هیجان می‌تواند به‌صورت خودکار یا کنترل‌شده، هشیار یا ناهشیار انجام گیرد (۶). مفهوم گسترده تنظیم هیجان، فرآیندها و راهبردهای تنظیمی بی‌شماری را دربر می‌گیرد که شامل ابعاد شناختی، جسمانی، اجتماعی و رفتاری می‌شود (۷). بعد شناختی تنظیم هیجان به تمام سبک‌های شناختی اطلاق می‌شود که هر فردی از آن به‌منظور افزایش یا کاهش و یا حفظ هیجان خود استفاده می‌کند (۸). نگاهی گذرا به بسیاری از رفتارهای افراد نشان می‌دهد که عامل مهم در تعیین رفتارهای مرتبط با سلامت و خطر، راهبردهای مورد استفاده آن‌هاست (۹) و از جمله راهبردهای تنظیم هیجان، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است که به‌واسطه‌ی آن اطلاعات ورودی برانگیزاننده هیجان تحت مهار فرد قرار می‌گیرد، به‌ویژه هنگامی که فرد با یک تجربه هیجانی منفی یا یک رویداد تهدیدکننده مواجه می‌شود (۴).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که راهبردهای نامناسب تنظیم هیجانی با پیدایش پرخاشگری و اختلالات رفتار آشفته، رابطه دارد و افراد مبتلا به مشکلات تنظیم هیجانی گرایش بیشتری به خطرپذیری و انجام رفتارهای خطرناک نشان می‌دهند (۱۰). تنظیم هیجان موفق همراه با دستاوردهای مثبت می‌باشد، دستاوردهایی چون رشد صلاحیت‌های اجتماعی (۱۱) و در مقابل، هیجان تنظیم‌نشده با اشکال برجسته آسیب‌های روانی همراه است، مثلاً گفته شده است که ناتوانی در تنظیم هیجان می‌تواند منادی رفتارهای مشکل‌آفرینی همچون خشونت باشد (۱۲). و به لحاظ نظری می‌توان انتظار داشت که بعضی از مهارت‌های تنظیم

هیجان (مانند فاجعه‌آمیز پنداری، سرزنش دیگران و نشخوار فکری) باخشم و خشونت مرتبط باشند (۱۳).

یکی از معضلات مهم در زمینه زندگی زناشویی پدیده‌ای به نام طلاق است که شیوع روزافزون آن پژوهشگران و نظریه‌پردازان حوزه خانواده و ازدواج را بر آن داشته که در مورد علل و عوامل تأثیرگذار بر آن به بررسی و تحقیق بپردازند. طبق تعریف، طلاق فرآیندی است که باتجربه بحران عاطفی هر دو زوج شروع می‌شود و با تلاش برای حل تعارض از طریق ورود به موقعیت جدید با نقش‌ها و سبک زندگی جدید خاتمه می‌یابد (۱۴). طلاق پدیده پیچیده‌ای است که عوامل مختلف فردی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و حتی سیاسی بر آن تأثیرگذار هستند. بعضی ویژگی‌های روان‌شناختی مانند روان رنجوری و سبک‌های روابط دلبستگی معیوب، ابعاد شناختی طرح‌واره‌ها، آسیب‌های پایداری را در روابط زناشویی به وجود می‌آورند و احتمال بروز طلاق را افزایش می‌دهند. همچنین وجود اختلالات و ناهنجاری‌های روانی یکی دیگر از عوامل آسیب‌زا در خانواده و زندگی زناشویی محسوب می‌شوند. از سوی دیگر عوامل جمعیت‌شناسی مانند سن، جنسیت، تحصیلات، طبقه اقتصادی-اجتماعی، مدت ازدواج، تعداد فرزندان، وضعیت اشتغال و عواملی مانند آن تأثیری گسترده بر روابط زناشویی دارند و تأثیرات چندجانبه این عوامل به پیچیدگی بیشتر پدیده طلاق منجر می‌شود (۱۵).

در علل طلاق افزون بر عوامل اجتماعی، اقتصادی و حقوقی، علل فردی و روان‌شناختی از جمله طرحواره‌ها اهمیت ویژه‌ای دارند. طرحواره‌ها از دیدگاه یانگ عبارت‌اند از: باورهای عمیق و مستحکم فرد در مورد خود و جهان که حاصل آموزه‌های سالهای نخستین زندگی‌اند. آن دسته از طرحواره‌هایی که شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی را به دنبال دارند، طرحواره‌های ناسازگار اولیه نامیده می‌شوند (۱۶). مقصود از مفهوم میل به طلاق میزان تمایل و علاقه‌مندی زوجین به جدا شدن و گسستن روابط زناشویی طی مراحل قانونی است، این مفهوم دارای سه بعد شناختی، عاطفی و رفتاری است که در بعد شناختی تصورات فرد را در مورد طلاق دربرمی‌گیرد و در بعد

عاطفی شامل احساسات و عواطف مثبت و منفی فرد نسبت به طلاق است، سرانجام بعد رفتاری میزان آمادگی رفتاری فرد را جهت علیه یا له طلاق در بر می‌گیرد. تصمیم به طلاق نتیجه فشار درونی شدیدی است که حداقل به یکی از همسران وارد می‌شود که ممکن است از طریق برآورده نشدن نیازها یا اهداف، شیوه‌های مقابله‌ای ضعیف، مدیریت حوادث زندگی یا ناتوانی در انتقال احساسات به همسر باشد (۱۷).

یکی از مسائلی که در بررسی میل به طلاق از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است طرحواره‌ها هستند. طرحواره‌های از ابتدای زندگی شکل گرفته و در تمام طول زندگی، فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱۸). طرحواره‌های اولیه^۱ باورهایی هستند که افراد درباره خود و محیط دارند و به‌طور معمول از ارضاء نشدن نیازهای اولیه به‌خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرد (۱۹). در واقع طرحواره‌های ناسازگار اولیه در طول زندگی ثابت و پابرجا هستند و اساس ساختارهای شناختی فرد را تشکیل می‌دهند. این طرحواره‌ها به شخص کمک می‌کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان دهند و اطلاعات دریافتی را پردازش می‌کنند (۲۰). بدین منظور در پژوهشی که توسط آرنتز^۲ (۲۱) جهت مقایسه‌ی تفاوت اثربخشی طرحواره درمانی گروهی و روان‌درمانی متمرکز بر انتقال انجام شد، نتایج به‌دست آمده نشان داد که در درمان روان تحلیلگری، افت آزمودنی بیشتر بوده و در مقایسه با طرحواره درمانی، اثربخشی کمتری داشته است. لوبستال، آرنتز و سیوردا (۲۲) در مطالعه‌ای بر روی گروهی از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی، کاربرد مدل طرحواره را مورد آزمون قرار دادند، نشان از اثربخشی طرحواره درمانی را در درمان این اختلالات دادند. در مطالعات تیلور و همکاران (۲۰۱۷) که در ارتباط با طرحواره درمانی و اثرات طرحواره بر تغییرات در اختلالات روانی انجام شد نشان داده شد که درمان طرحواره محور می‌تواند در بهبود نشانه‌های اختلالات روانی مؤثر باشد. همچنین دانشمندی و همکاران (۲۳) پژوهشی را به‌منظور بررسی اثربخشی درمان طرحواره‌های هیجانی بر طرحواره‌های هیجانی

¹ primery schema

² Arntz

روش کار

طرح تحقیق این پژوهش نیمه آزمایشی و جامعه آماری تحقیق شامل کلیه زوج‌های ساکن اصفهان بودند که از سال ۱۳۹۶ به مراکز مشاوره شهر اصفهان مراجعه کرده و تشکیل پرونده داده بودند. از این جامعه ۴۸ نفر از زوجین به صورت در دسترس انتخاب به شیوه تصادفی در سه گروه ۱۶ نفره (آزمایشی طرحواره درمانی بومی، آزمایشی طرحواره درمانی یانگ و گروه کنترل) گماشته شدند و با استفاده از پرسشنامه تنظیم هیجانی و میل به طلاق سنجیده شدند. گروه اول تحت درمان بسته بومی طرحواره درمانی طی چهارده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند، گروه دوم از زوجین تحت مداخله بسته طرحواره درمانی یانگ طی چهارده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای تحقیق شامل پرسشنامه‌های میل به طلاق (روزلت، جانسون و مورو، ۱۹۸۶) و پرسشنامه تنظیم هیجانی (گراتز، ۲۰۰۴) بودند.

پرسشنامه میل به طلاق. پرسشنامه میل به طلاق اولین بار به وسیله روزلت، جانسون و مورو^۱ (۱۹۸۶)، طراحی شد. این پرسشنامه یک ابزار ۲۸ سؤالی است که برای ارزیابی زوجین مستعد و متمایل به طلاق به کار می‌رود که دارای ۴ بعد است و هر بعد ۷ سؤال دارد، بعد تمایل برای خارج شدن (متمایل به طلاق)، بعد تمایل به مسامحه، بعد ابراز احساسات و بعد وفاداری است که در پژوهش حاضر دو بعد یعنی تمایل برای خارج شدن و بعد تمایل به مسامحه مورد استفاده قرار خواهد گرفت. هر آیتم به وسیله مقیاس درجه بندی ۷ تایی نمره گذاری می‌شود (۱=هرگز، ۲=بندرت، ۳=خیلی کم، ۴=کم، ۵=زیاد، ۶=خیلی زیاد، ۷=همیشه)؛ بنابراین نمره‌های این پرسشنامه با جمع نمرات ماده‌ها به دست می‌آید. به عبارت دیگر کمینه و بیشینه نمره‌های اندازه‌گیری تمایل یا عدم تمایل به طلاق می‌باشد که نمره بالا حاکی از میزان بالای تمایل به طلاق در آزمودنی‌ها است. روزلت، جانسون و مورو (۱۹۸۶) در تحلیل آماری این پرسشنامه ضریب آلفا برای بعد خارج شدن (۰/۹۱)، بعد ابراز احساسات

زنان قربانی کودک‌آزاری و غفلت انجام دادند که یافته بیان داشت درمان طرحواره‌های هیجانی منجر به کاهش طرحواره‌های هیجانی «احساس گناه» و «ساده‌انگاری هیجانی» و افزایش «پذیرش هیجانات» در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده است؛ بنابراین طرحواره درمانی در اکثر نتایج اثربخش بوده است، اما اشکال بزرگ طرحواره درمانی در کشور ما، مطابقت نداشتن کامل با فرهنگ بومی ما بوده است.

طرحواره‌های فرهنگی همان‌گونه که از اسم آن‌ها برمی‌آید به فرهنگ وابسته هستند و از هر فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت می‌باشند؛ البته می‌توانند همپوشانی‌هایی هم داشته باشند. در درون هر فرهنگ نیز، طرحواره‌ها متمایز از یکدیگر هستند. افراد در درون یک فرهنگ از یک الگوی مشترک، طرحواره‌های گوناگونی دارند، برخی از این طرحواره‌ها کاملاً باهم متفاوت و برخی دیگر تا حدودی باهم متفاوت هستند یعنی باوجود تفاوت‌ها، شباهت‌هایی هم باهم دارند ولی هیچ‌یک از طرحواره‌ها را نمی‌توان یافت که کاملاً شبیه به هم باشند. از این‌روست که افراد در ارتباطات روزمره‌ی خود گاهی دچار سوء تفاهم می‌شوند و همدیگر را درک نمی‌کنند چون آنان از یک الگوی مشترک، طرحواره‌های متفاوتی را در ذهن خود دارند (۲۴). باوجود الگوگیری از مدل‌های متعدد طرحواره درمانی گرفته شده از منابع خارجی، به نظر می‌رسد استفاده از بسته بومی طرحواره درمانی که با فرهنگ ایران همخوان و هماهنگ باشد، برای کمک به حل مشکلات زوج‌های متعارض ایرانی کمک‌کننده خواهد بود؛ بنابراین این پژوهش به مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی بومی با طرحواره درمانی یانگ بر تنظیم هیجانی و میل به طلاق زوج‌های دارای تعارض مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و درمان پرداخته است و به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا بین اثربخشی طرحواره درمانی بومی با اثربخشی طرحواره درمانی یانگ بر تنظیم هیجانی و میل به طلاق زوج‌های دارای تعارض تفاوت معناداری وجود دارد یا خیر؟

¹ Rusbult, Johnson & Morrow

الگوهای تنظیم هیجانی افراد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه از ۶ خرده مقیاس تشکیل شده است که عبارت‌اند از: خرده مقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (عدم پذیرش)، خرده مقیاس اشکال در مشارکت رفتارهای منتهی به هدف (اهداف)، خرده مقیاس مشکلات کنترل تکانه (تکانشگری)، خرده مقیاس کمبود آگاهی هیجانی (آگاهی)، خرده مقیاس محدودیت در دستیابی به راهکارهای تنظیم هیجانی (راهبردها) و نهایتاً خرده مقیاس کمبود وضوح هیجانی (وضوح). همسانی درونی پرسشنامه تنظیم هیجانی بالا و موردقبول است (۰/۹۳) و پایایی خرده آزمون‌های آن برای هر خرده آزمون حداقل (۰/۸۰) می‌باشد که این سطح از پایایی مطلوبیت بالایی در پژوهش‌ها دارد (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). ضریب پایایی کل پرسشنامه در این پژوهش با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۴ بوده است. در ادامه محتوای جلسات بسته بومی طرحواره درمانی بومی و طرحواره درمانی یانگ در جدول شماره ۱ و ۲ آورده شده است.

(۰/۷۶)، وفاداری (۰/۶۳) و بعد مسامحه (۰/۸۶) گزارش کردند (روزولت و بونک، ۱۹۹۳). این پرسشنامه توسط داوودی، اعتمادی و بهرامی (۱۳۸۷) در ایران هنجاریابی شد. پایایی آن با استفاده از شیوه آلفای کرونباخ برای کل نمونه ۰/۸۸ به دست آمد و میزان آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های تمایل برای خارج شدن ۰/۸۹، ابراز احساسات ۰/۹۰، وفاداری ۰/۸۶ و مسامحه ۰/۷۲ به دست آمده است. روایی پرسشنامه به صورت بررسی محتوایی توسط پنج متخصصین روانشناسی و مشاوره بررسی شد. ضریب پایایی این پرسشنامه برای کل برابر با ۰/۷۶ و برای دو بعد تمایل برای خارج شدن و تمایل به مسامحه در این پژوهش به ترتیب برابر با ۰/۶۲ تا ۰/۶۷ برآورد شده است.

پرسشنامه تنظیم هیجان. جهت سنجش سطح تنظیم هیجان از پرسشنامه تنظیم هیجانی استفاده می‌شود. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۴ توسط گراتز ساخته شده است و دارای ۳۶ گویه می‌باشد. پرسشنامه حاضر از نوع خودگزارشی و چندبعدی می‌باشد که

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله طرحواره درمانی بومی

جلسه	محتوای جلسه
اول	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه (سنجش طرحواره‌ها با تمرکز بر تاریخچه زندگی / شناخت مشکل فعلی بیمار و الگوهای ناکارآمد زندگی / اجرای پیش‌آزمون و تکمیل پرسشنامه)
دوم	توضیح مدل طرحواره به زبان ساده و شفاف برای بیمار و چگونگی شکل‌گیری طرحواره‌ها، ذهنیت‌های طرحواره‌ای و سبک‌های مقابله‌ای و برقراری ارتباط بین مشکل فعلی و طرحواره‌ها / ربط دهی ذهنیت‌ها به علائم فعلی
سوم	تشخیص سبک‌های مقابله‌ای و خلق و خوی بیمار و تصویرسازی ذهنی در مرحله سنجش و مفهوم‌سازی مشکل بیمار طبق طرحواره، ذهنیت‌ها و جمع‌آوری کلیه اطلاعات به دست آمده / شناسایی و نام‌گذاری طرحواره‌ها و ذهنیت‌های طرحواره‌ای
چهارم	راهبردهای شناختی (ارائه منطق درمان / اجرای آزمون اعتبار که همان بررسی شواهد تأیید کننده و رد کننده است / کاوش درباره ریشه‌های تحلیلی و ارزش انطباقی طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها در دوران کودکی و نوجوانی / ربط دادن این شواهد به تجارب دوران کودکی و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد با شیوه رویارویی هم‌دلانه / ارائه تکلیف)
پنجم	تکنیک‌های شناختی (مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای / گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم / تهیه و تدوین فلش کارت‌های آموزشی طرحواره / نوشتن فرم ثبت طرحواره در طی زندگی و زمان برانگیخته شدن طرحواره)
ششم	بررسی تکلیف خانگی / بینش نسبت به مزایای تعدیل یا رها کردن طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها / گفتگو بین ذهنیت بزرگسال سالم و سایر ذهنیت‌ها
هفتم	راهبردهای تجربی (ارائه منطق درمان / اجرای تصویرسازی ذهنی / برقراری ارتباط بین گذشته و حال / دسترسی به ذهنیت‌های کودک آسیب‌پذیر از طریق تصویرسازی ذهنی)
هشتم	ادامه تصویرسازی ذهنی باهدف شناسایی نیازهای ارضاء نشده و جنگیدن علیه طرحواره‌ها با شیوه گفتگوی خیالی / برقراری مجدد گفتگو بین ذهنیت بزرگسال سالم و سایر ذهنیت‌ها / ارائه تکلیف خانگی
نهم	ادامه تصویرسازی ذهنی باهدف تقویت مفهوم "بزرگسال سالم" در ذهن بیمار و فراهم کردن فرصتی جهت شناسایی احساسات بیمار نسبت به والدین و نیازهای برآورده نشده توسط آن‌ها / برون‌ریزی عواطف بلوکه شده با حادثه آسیب‌زا و حمایت از کودک آسیب‌دیده
دهم	الگو شکنی رفتاری (ارائه منطق درمان / ارائه هدف درمان / تعیین فهرست جامعی از رفتارهای مشکل‌ساز برای تغییر / کمک به مراجع برای تعمیم

دستاوردهای درمان به محیط زندگی / تکلیف خانگی)

یازدهم	بررسی تکلیف خانگی / اولویت بندی رفتارهای مشکل ساز مورد تغییر / ایجاد انگیزه برای تغییر با برقراری ارتباط با بیمار و دست برداشتن از سبک های
دوازدهم	مقابله ای اجتناب و جبران افراطی
سیزدهم	تکنیک های رفتاری (افزایش انگیزه برای تغییر / اجرای تصویرسازی ذهنی موقعیت های مشکل آفرین و رویارویی همدلانه با مشکل سازترین رفتار /
چهاردهم	تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش / ارائه تکلیف خانگی)
پنجاهم	بررسی تکلیف خانگی / بازنگری مزایا و معایب رفتارهای ناسالم و سالم / غلبه بر موانع تغییر رفتار
چهاردهم	ختم جلسه / خلاصه ای از جلسات / بررسی تکالیف انجام شده / نتیجه گیری کلی / اجرای پس آزمون.

جدول ۲. خلاصه جلسات مداخله طرحواره درمانی یانگ (۲۰۰۵)

جلسه	محتوای کلی جلسات
پیش جلسه	آشنایی کلی، اخذ رضایت نامه آگاهانه شرح کلی درمان، ارزیابی مقیاس های مورد بررسی شرکت کننده در جلسات معجزا و ثبت مقادیر خط پایه
اول	در جلسه اول پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورت بندی می شود.
دوم	تعریف طرحواره درمانی، تعریف طرحواره های ناسازگار اولیه، تعریف ویژگی های طرحواره های ناسازگار اولیه، تعریف ریشه های تحولی طرحواره ها
سوم	تمرکز بر تاریخچه زندگی و سنجش از طریق تصویرسازی ذهنی
چهارم	غلبه بر طرحواره اجتناب و سنجش خلق و خوی هیجانی مراجع
پنجم	راهبردهای شناختی و رویارویی همدلانه
ششم	تکنیک های شناختی
هفتم	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ های مقابله ای بیمار، برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم، کارت های آموزش طرحواره و فرم ثبت طرحواره
هشتم	راهبردهای تجربی، تصویرسازی و گفتگو در مرحله سنجش و آغاز تصویرسازی با بیمار
نهم	تصویرسازی از دوران کودکی و ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال
دهم	مفهوم سازی تصویر ذهنی در قالب طرحواره و تصویرسازی ذهنی با افراد مهم زندگی
یازدهم	استفاده از راهبردهای تجربی برای تغییر و منطق تکنیک، گفتگوی خیالی، بررسی خاطرات آسیب زاء، تصویرسازی به منظور الگو شکنی
دوازدهم	الگو شکنی رفتاری، سبک های مقابله ای، آمادگی برای انجام الگو شکنی رفتاری
سیزدهم	بازنگری مفهوم سازی مشکل بیمار، توصیف دقیق رفتارهای مشکل آفرین، تصویرسازی ذهنی موقعیت های مشکل آفرین و گزارش های افراد مهم زندگی
چهاردهم	اولویت بندی رفتارها برای الگو شکنی، شروع با مشکل سازترین رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، غلبه بر موانع تغییر رفتار، ایجاد تغییرات مهم در زندگی و اجرای پس آزمون

نتایج

درصد از اعضای نمونه ۷ تا ۹ سال و ۲۲/۹ درصد از افراد بیشتر از ۱۰ سال است که زندگی مشترک خود را تشکیل داده اند. یافته های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه های مورد مطالعه در جدول شماره ۳ آمده است.

میانگین سنی اعضای نمونه گروه آزمایش طرحواره درمانی بومی برابر ۳۷/۷۴ با انحراف استاندارد ۵/۱۶، میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه طرحواره درمانی یانگ به ترتیب برابر با ۳۹/۱۹ و ۷/۴۷ سال و میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه کنترل به ترتیب برابر با ۴۱/۳۴ و ۵/۱۳ سال بوده است و از بین اعضای نمونه ۱۸/۸ درصد کمتر از ۳ سال است که زندگی مشترک را تجربه کرده اند، ۳۳/۳ درصد بین ۳ تا ۶ سال، ۲۵

جدول ۳. یافته‌های توصیفی میل به طلاق و تنظیم هیجانی به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

مقیاس	مراحل	گروه طرحواره درمانی بومی		گروه طرحواره درمانی یانگ		گروه کنترل
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
میل به طلاق	پیش‌آزمون	۱۴۶/۳۷	۱۳/۴۹	۱۴۷/۵۰	۸/۱۱	۱۴۲/۲۵
	پس‌آزمون	۱۱۰/۸۷	۱۱/۲۰	۱۳۰/۱۲	۱۰/۹۶	۱۱/۵۴
تنظیم هیجانی	پیگیری	۱۰۷/۵۰	۱۱/۶۱	۱۳۲/۶۲	۱۱/۸۳	۱۳/۱۰
	پیش‌آزمون	۱۲۸/۷۵	۱۱/۸۰	۱۲۳/۴۳	۹/۲۲	۱۱/۳۸
	پس‌آزمون	۸۸/۹۳	۸/۲۰	۱۰۳/۹۳	۸/۰۲	۹/۷۶
	پیگیری	۸۴/۶۸	۷/۰۶	۹۹/۳۷	۸/۱۶	۱۰/۰۹

داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمرات متغیرهای تحقیق گروه‌ها و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه بررسی و پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها مورد تأیید واقع شد. پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پس‌آزمون برای متغیرهای تحقیق

تأیید گردید. نتایج آزمون ماچلی برای میل به طلاق (کای اسکوتر = ۰/۷۰) معنادار نبود و برای تنظیم هیجانی با مقدار ۰/۴۸ در سطح ۰/۰۱ معنادار بوده است. با توجه به سطح معنادار، فرض یکسانی کوواریانس‌ها برای میل به طلاق تأیید شد و برای تنظیم هیجانی تأیید نشد، بدین جهت برای تنظیم هیجانی از تصحیح گرین هوس-گیسر استفاده شد.

جدول ۴. تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در سه مرحله آزمون

مقیاس	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اتا	توان
								آماري
میل به طلاق	درون گروهی	۱۰۴۰۷/۰۵	۲	۵۲۰۳/۵۲	۲۶۱/۹۷	۰/۰۱	۰/۸۵	۱/۰۰
	خطا	۷۲۸۲/۶۱	۴	۱۸۲۰/۶۵	۹۱/۶۶	۰/۰۱	۰/۸۰	۱/۰۰
بین گروهی	گروه	۱۰۵۸۷/۵۵	۲	۵۲۹۳/۷۷	۱۲/۳۹	۰/۰۱	۰/۳۵	۰/۹۹
	خطا	۱۹۲۲۰/۳۳	۴۵	۴۲۷/۱۱				
تنظیم هیجانی	درون گروهی	۱۴۵۷۸/۵۹	۱/۳۱	۱۱۰۵۷/۴۲	۴۴۷/۳۷	۰/۰۱	۰/۷۸	۱/۰۰
	خطا	۷۸۶۶/۹۸	۲/۶۳	۲۹۸۳/۴۳	۱۲۰/۷۰	۰/۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰
بین گروهی	گروه	۱۰۷۷۷/۷۲	۲	۵۳۸۸/۸۶	۲۳/۰۳	۰/۰۱	۰/۵۰	۱/۰۰
	خطا	۱۰۵۲۵/۵۸	۴۵	۲۳۳/۹۰				

با توجه به جدول شماره ۴ و معنادار بودن عامل‌های درون گروهی وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای میل به طلاق و تنظیم هیجانی در سطح $P < ۰/۰۱$ تأیید گردید. همچنین با معنادار بودن

منبع گروه در بین گروه‌ها می‌توان گفت تفاوت معناداری بین گروه آزمایش با کنترل برای میل به طلاق و تنظیم هیجانی در سطح $P < ۰/۰۱$ وجود دارد. ضریب اتای درون گروهی نشان داده است که ۸۰ درصد از تغییرات درون گروهی میل به طلاق و ۷۸

درصد از تغییرات درون گروهی تنظیم هیجانی متأثر از اثرات مداخله‌ای طرحواره‌های درمانی بوده است. همچنین ۳۵ درصد از تغییرات بین گروهی میل به طلاق و ۵۰ درصد از تغییرات بین گروهی تنظیم هیجانی ناشی از تفاوت در اثربخشی طرحواره

های درمانی بومی و یانگ بوده است. برای بررسی تفاوت اثربخشی طرحواره درمانی بومی و طرحواره درمانی یانگ بر تنظیم هیجانی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول شماره ۵ آورده شده است.

جدول ۵. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه اثربخشی طرحواره‌های درمانی بومی و یانگ بر میل به طلاق و تنظیم هیجانی

مقیاس	گروه A	گروه B	اختلاف میانگین (A-B)	خطای استاندارد	سطح معناداری
میل به طلاق	طرحواره بومی	طرحواره یانگ	-۱۵/۱۶	۴/۲۱	۰/۰۱
	کنترل	کنترل	-۲۰/۱۶	۴/۲۱	۰/۰۱
تنظیم هیجانی	طرحواره یانگ	کنترل	-۵/۰۰	۴/۲۱	۰/۷۲
	طرحواره بومی	طرحواره یانگ	-۶/۴۵	۳/۱۲	۰/۱۳
	کنترل	کنترل	-۲۰/۷۰	۳/۱۲	۰/۰۱
	طرحواره یانگ	کنترل	-۱۴/۲۵	۳/۱۲	۰/۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی بسته بومی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجانی و میل به طلاق زوج‌های متعارض و مقایسه آن با طرحواره درمانی یانگ در زوجین دارای تعارض شهر اصفهان انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده اثربخش بودن بسته بومی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجانی و میل به طلاق بود. نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بیانگر این بود که بسته بومی طرحواره درمانی موجب بهبود تنظیم شناختی-هیجانی و کاهش میل به طلاق در بین زوجین شده است و این اثربخشی بر کاهش میل به طلاق بیشتر از اثربخشی بسته طرحواره درمانی یانگ بوده است. به عبارت دیگر بسته بومی طرحواره درمانی توانسته هم‌زمان موجب کاهش میل به طلاق و افزایش تنظیم هیجانی زوجین شود اما طرحواره درمانی یانگ صرفاً توانسته موجب بهبود تنظیم هیجانی در بین زوجین گردد. نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های تحقیقات آرنتز (۲۱)، لوپستال و همکاران (۲۲) دانشمندی و همکاران (۲۳) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر مؤلفه‌های روان‌شناختی و تنظیم هیجانی همسو بوده است.

هشیار یا ناهشیار تعدیل می‌کنند. به‌علاوه، تنظیم هیجانی به توانایی فهم هیجان‌ات، تعدیل تجربه هیجانی و ابراز هیجان‌ات اشاره دارد. بنابراین، شکست در تنظیم هیجان، بی‌نظمی نامیده می‌شود. بی‌نظمی هیجان به‌عنوان روش‌های ناسازگارانه پاسخ به هیجان‌ات تعریف شده است. رویکرد طرحواره درمانی بر الگوهای خودیوانگر تفکر، احساس و رفتار که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. طرحواره درمانی هیجانی با استفاده از کنترل هیجان‌ات دردناک و ایجاد روابط عمیق و شناسایی و تعدیل طرحواره‌های هیجانی نامناسب و راهبردهای تنظیم هیجانی ضعیف، میزان سازگاری و خودکنترلی زوجینی که دچار تعارضات زناشویی شده‌اند را بهبود بخشیده و به‌موجب آن زوجین می‌توانند فنون مواجهه‌سازی با هیجان‌های منفی را به‌خوبی کنترل و مدیریت کنند؛ بنابراین طرحواره درمانی با ایجاد انعطاف‌پذیری در تجارب هیجانی زوجین دارای تعارضات زناشویی می‌تواند راهبردهای جدید و مناسب‌تری را در اختیار مبتلایان قرار دهد.

همچنین در مورد تأثیر بسته بومی طرحواره درمانی بر میل به طلاق می‌توان بیان داشت که این بسته طرحواره درمانی با کاربر

در تبیین این نتایج می‌توان بیان داشت که تنظیم هیجان فرایندی است که از طریق آن افراد هیجان‌های خود را به‌صورت

خانوادگی پردازند تا تصویر روشن‌تری از کارایی این شیوه درمانی با توجه به بافت فرهنگی کشور ما به دست آید. با توجه به اثربخشی این رویکرد بر کاهش میل به طلاق و افزایش تنظیم هیجانی پیشنهاد می‌شود سازمان‌ها، مراکز مداخله در بحران خانواده، مراکز کاهش طلاق، مراکز مشاوره خانواده و مراکز دولتی و خصوصی متولی آموزش خانواده از این رویکرد در جهت حل مشکلات زناشویی و خانوادگی و بهبود روابط زوجین استفاده نمایند.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش انجام گرفته می‌توان گفت طرحواره درمانی که خلاصه‌ای از پاسخ‌های سالم فرد، شناسایی ریشه طرحواره و افکار ناکارآمد است، بهترین ابزار کمک‌کننده به فرد جهت شناسایی موقعیت برانگیزاننده طرحواره، تشخیص رفتارهای منفی و چگونه جایگزین کردن رفتارهای سالم در روابط زناشویی است، که موجب آگاهی فرد نسبت به طرحواره‌ها می‌شود و زمینه تغییر را در فرد و به تبع آن در روابط زوجین فراهم می‌کند.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) می‌باشد. بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاور و تمامی کسانی که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

روی ابعاد چندوجهی فرد زمینه تغییر را فراهم می‌کند. در بعد شناختی، طرحواره درمانی با کارکردن بر صدای درونی شده والدین و عمیق‌ترین سطح شناخت یعنی طرحواره‌ها کمک می‌کند تا زوجین ناراضی از روابط زناشویی به ریشه افکار خودآگاهی یابند و با استفاده از آزمون کردن اعتبار درستی طرحواره و پیدا کردن تعریفی جدید از شواهد تأییدکننده یا ردکننده طرحواره، طرحواره و افکار ناخودآیند منتج از آن را زیر سؤال ببرند و دیدگاه جدید به روابط زناشویی پیدا کنند. افراد طی سال‌های متمادی اطلاعات همخوان با طرحواره را برجسته می‌کنند و اطلاعات ناهمخوان با آن را نادیده می‌گیرند و این روند را در روابط زناشویی تداوم می‌بخشند و مستقیماً مشاهده کند که چگونه طرحواره در روابط زناشویی برای بقای خودش می‌جنگد.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر روش طرحواره درمانی بومی مؤثرتر از طرحواره درمانی یانگ بوده است. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، بومی و محیطی هر منطقه و جامعه‌ای، یقیناً بسته‌های آموزشی و درمانی که از همان فرهنگ و بستر سرچشمه می‌گیرد و یا ساخته می‌شود می‌تواند نقاط ضعف و کمبودهای بسته‌های درمانی که در بستر کلی طراحی شده است را پوشش و میزان اثربخش آن بسته مداخله‌ای را بیشتر نماید. این پژوهش نیز به‌مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی همراه بوده است. از آنجاکه این پژوهش بر روی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره اصفهان انجام گرفته، باید در تعمیم نتایج به دیگر شهرها و مناطق، جانب احتیاط را رعایت کرد. شیوه نمونه‌گیری در دسترس، خود گزارشی بودن ابزار مورد استفاده و بررسی نکردن نقش تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی نیز از محدودیت‌های دیگر تحقیق حاضر است که باید به آن توجه نمود. در آخر پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌هایی به مقایسه اثربخشی بسته بومی طرحواره درمانی با دیگر رویکردهای درمانی در حوزه زوجی و

References

- Xu X, Peng Y, Zhao P, Hayes R, Jimenez WPJS, Health. Fighting for time: Spillover and crossover effects of long work hours among dual-earner couples. 2019;35(4):491-502.
- Fincham FDJCDips. Marital conflict: Correlates, structure, and context. 2003;12(1):23-7.
- Petriglieri J. Couples That Work: How dual-career couples can thrive in love and work: Harvard Business Press; 2019.

4. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer SJ. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. 2010;30(2):217-37.
5. Bailey HN, Moran G, Pederson DRJA, Development H. Childhood maltreatment, complex trauma symptoms, and unresolved attachment in an at-risk sample of adolescent mothers. 2007;9(2):139-61.
6. Hopp H, Troy AS, Mauss IBC, Emotion. The unconscious pursuit of emotion regulation: Implications for psychological health. 2011;25(3):532-45.
7. DeSteno D, Gross JJ, Kubzansky LJHP. Affective science and health: the importance of emotion and emotion regulation. 2013;32(5):474.
8. Kumar JR, Rajendran RJMIJoMR. Impact of education and work environment on quality of work life in IT sector. 2018;43.
9. Bidel E, Turner M. Childhood anxiety disorder. New York: MC Graw-Hill; 2005.
10. Schroeder CS, Gordon BN. Assessment and treatment of childhood problems: A clinician's guide: Guilford Press; 2002.
11. Eisenberg NJ. Emotion, regulation, and moral development. 2000;51(1):665-97.
12. Dillon C. Emotional responses to immersive media: Goldsmiths, University of London; 2007.
13. Rahimi R, Salimi Bajestani H, Farahbakhsh K, Asgari M. Qualitative Search on Lived Experiences of Career couples of Satisfaction and Marital Conflicts: Master and unmaster career Couple %J The Journal Of Psychological Science. 2020;19(88):391-412.
14. Taubes S. Divorcing: New York Review of Books; 2020.
15. Yoosefi N, Etemadi O, Bahrami F, Fatehizade MA-S, Ahmadi SAJJoD, Remarriage. An investigation on early maladaptive schema in marital relationship as predictors of divorce. 2010;51(5):269-92.
16. Young JE, Klosko JS, Weishaar MEJNYG. Schema therapy. 2003;254.
17. Yoosefi N. 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.
18. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange; 1999.
19. Roediger E, Stevens BA, Brockman R. Contextual schema therapy: An integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning: New Harbinger Publications; 2018.
20. Ahmadi S, Maredpoor A, Mahmoudi A. Effectiveness of Schema Therapy on Initial incompatible Schemas, Increasing Quality of Life and Marital Satisfaction in Divorce Applicants in Shiraz. 2020.
21. Arntz AJEP. S41. 03-Schema-focused therapy for borderline personality disorder: Effectiveness and cost-effectiveness, evidence from a multicenter trial. 2008;23(S2):S65-S6.
22. Lobbstaal J, Arntz A, Sieswerda SJJ, psychiatry e. Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. 2005;36(3):240-53.
23. Daneshmandi S, Izadikhah Z, Kazemi H, Mehrabi H. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Emotional Schemas of Female Victims of Child Abuse and Neglect %J The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2014;22(5):1481-94.
24. Morris MW, Mok AJJoESP. Isolating effects of cultural schemas: Cultural priming shifts Asian-Americans' biases in social description and memory. 2011;47(1):117-26.

Original Article

Comparison of the effectiveness of indigenous schema therapy with Yang schema therapy on emotional regulation and desire for divorce in conflicting couples

Received: 30/06/2021 - Accepted: 16/09/2021

Tahmineh golkar¹
Mohsen golparvar^{2*}
Asghar Aghaei³

¹ PhD Student, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University Isfahan, Iran

² Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University Isfahan, Iran (Corresponding Author)

³ Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University Isfahan, Iran

Email:
drmgolparvar@hotmail.com

Abstract

Introduction: Researchers compare different treatment approaches to determine their effectiveness; Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of indigenous schema therapy with Yang schema therapy on emotional regulation and desire for divorce in conflicted couples in Isfahan.

Material and Methods: The research method is quasi-experimental. The statistical population of the study was all couples with conflict problems who referred to counseling and psychology centers in Isfahan. From this population, 48 people were randomly selected and randomly divided into three groups (native schema therapy, Yang schema therapy and control group.) Were assigned. Research tools included Divorce Questionnaire (Roosevelt, Johnson & Moro, 1986) and Emotional Regulation Questionnaire (Graz, 2004). Data were analyzed using repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test.

Results: The results showed that the native schema therapy package was effective in reducing the desire for divorce and improving emotional regulation ($P < 0.01$) and Yang schema therapy was effective only in emotional regulation ($P < 0.01$). The results also showed that there was a significant difference between the effectiveness of the native schema therapy package and Young's schema therapy on reducing the desire for divorce at the level of $P < 0.01$, but there was no significant difference between the effectiveness of these two methods on improving emotional regulation ($P < 0.01$).

Conclusion: It seems that the native package of schema therapy is effective on both variables of desire for divorce and improving emotion regulation.

Keywords: Indigenous Schema Therapy, Yang Schema Therapy, Emotional Regulation, Divorce, Conflicting Couples