

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و هیجان مدار بر ناگویی هیجانی افراد دچار تعارض زناشویی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۰۵ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۲۸

خلاصه

مقدمه

این پژوهش با هدف تعیین مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و هیجان مدار بر ناگویی هیجانی افراد دچار تعارض زناشویی انجام شد.

روش کار

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. از جامعه آماری زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های منطقه ۱ شهر تهران ۴۵ نفر به روش در دسترس انتخاب و با استفاده از روش تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. ابزار پژوهش ناگویی هیجانی (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴) بود. ابتدا پیش آزمون ناگویی هیجانی برای هر سه گروه اجرا شد، سپس طرحواره درمانی و هیجان مدار برای گروه‌های آزمایش اجرا شد اما برای گروه کنترل، هیچگونه مداخله‌ای اعمال نشد؛ در نهایت پس آزمون و آزمون پیگیری برای هر سه گروه به عمل آمد.

نتایج

نتایج آزمون اندازه گیری مکرر نشان داد که هر دو گروه طرحواره درمانی و هیجان مدار بر کاهش ناگویی هیجانی موثر است ($p < /0.01$). آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که درمان هیجان مدار موثرتر از طرحواره درمانی است ($p < /0.01$).

نتیجه گیری

برای بهبود ناگویی هیجانی افراد دچار تعارض زناشویی پیشنهاد می شود از درمان هیجان مدار استفاده شود.

کلمات کلیدی

تعارض زناشویی، ناگویی هیجانی، طرحواره درمانی، هیجان مدار.

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

الهام قلعه خندابی^۱

جاوید پیمانی*^۲

طاهر تیزدست^۳

جواد خلعتبری^۴

^۱ گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.

^۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

^۳ استادیار گروه مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

^۴ دانشیار گروه مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

Email: dr.peymani@yahoo.com

دارند که اگر فعال شوند می‌توانند به مراجعان کمک کنند تا حالات هیجانی مشکل آفرین یا تجربیات ناخواسته خود را تغییر دهند. این دیدگاه از هیجان بر این باور است که هیجان یک سیستم تطبیقی و ذاتی است که به بقا و پیشرفت ما کمک می‌کند. هیجان‌ها بیانگر ضروری‌ترین نیازهای انسان‌ها هستند و به سرعت افراد را در ارتباط با بهزیستی هشدار می‌دهند. آنها همچنین افراد را آماده می‌کنند و راهنمای آنها در این شرایط مهم برای اقدام نسبت به برآوردن نیازها هستند بنابراین هیجان‌ها برای یک حالت اولیه از پردازش در عمل، تنظیم شده‌اند (۱۶).

مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد که طرحواره درمانی بر متغیرهایی مثل شادکامی زناشویی (۱۷)، خشونت و صمیمیت زناشویی (۱۸)، ناگویی هیجانی (۱۹) و رویکرد هیجان‌مدار نیز بر رضایت زناشویی (۲۰)، دلزدگی زناشویی زوجین متقاضی طلاق (۲۱-۲۲) تاثیر دارد. همانطور که بیان شد، ناگویی هیجانی با تعارض زناشویی در ارتباط است و افراد دچار تعارض زناشویی، دارای مشکلاتی در این زمینه هستند. توجه به تمام عوامل ذکر شده اهمیت پرداختن به این موضوع را بیش از پیش روشن می‌کند. بویژه اینکه تحقیقات انجام شده در این حوزه در کشور محدود بوده و شکاف تحقیقاتی در مقایسه اثر بخشی رویکردهای طرحواره درمانی و هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی را هر چه بیشتر نمایان می‌سازد و مجموع این عوامل سبب پرداختن پژوهشگر به این مسئله شد. بنابراین مساله اصلی پژوهش این خواهد بود که بین طرحواره درمانی و درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی افراد دچار تعارض زناشویی چه تفاوتی وجود دارد؟

روش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های کاربردی و نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل به همراه یک دوره آزمون پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های منطقه ۱ شهر تهران (به دلیل مشکل زناشویی) در نیمه دوم سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. از جامعه مذکور، تعداد ۴۵ نفر به عنوان نمونه پژوهش به صورت دسترس انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از کسب نمره بالاتر از خط برش در ناگویی هیجانی مطابق با ابزارهای پژوهش، متاهل بودن و عدم شرکت همزمان در دوره درمانی دیگر. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بود از غیبت بیش از دو جلسه در مداخله درمانی، اقدام به مصرف داروهای مرتبط با اعصاب و روان و انصراف از شرکت در دوره درمانی. روش اجرا بدین ترتیب بود که ابتدا طی فراخوانی، افرادی که دچار تعارض زناشویی هستند، با استفاده از پرسشنامه تعارض زناشویی بررسی و افرادی که نمره بالا در این پرسشنامه کسب کنند را به عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شد. سپس برای هر دو گروه (آزمایشی و کنترل) پیش‌آزمون ناگویی هیجانی اجرا شد، سپس طرحواره درمانی و درمان هیجان‌مدار برای گروه‌های آزمایشی شد اما برای گروه کنترل، هیچگونه مداخله‌ای اعمال نشد. بلافاصله بعد از اتمام مداخلات برای گروه‌های آزمایشی، پس‌آزمون پرسشنامه پژوهش برای هر سه گروه اجرا شد، در ادامه به منظور بررسی میزان پایداری نتایج بعد از سه ماه، آزمون پیگیری انجام گرفت و بدین ترتیب داده‌های مورد نیاز برای بررسی هدف پژوهش گردآوری شد. داده‌ها به دلیل داشتن پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری (۳ بار سنجش) از تحلیل واریانس آمیخته یا طرح اندازه‌گیری مکرر درون گروهی و برون گروهی و همچنین آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد.

به منظور رعایت مسائل اخلاقی پژوهش، رضایت‌نامه‌ای تهیه شد که در آن به صورت کلی هدف پژوهش توضیح داده شده بود. افراد شرکت‌کننده ابتدا رضایت‌نامه را مطالعه نموده و در صورت تمایل در پژوهش شرکت نمودند. یکی از مواردی که به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد این بود که به آنها اطمینان داده شد که هیچ‌گونه سوءاستفاده شخصی در این پژوهش وجود ندارد و همچنین بعضی از شرکت‌کنندگان تمایل داشتند که نتیجه پاسخدهی خود را به پرسش‌نامه بدانند و گزارش تفسیر پرسش‌نامه‌های افراد به زبانی ساده در اختیار آنها قرار گرفت. همچنین درباره محرمانه بودن پرسشنامه‌ها و نتایج آنها به آزمودنیها توضیحات لازم

داده شد؛ در انتها به منظور رعایت اخلاق پژوهشی، بعد از اتمام مرحله اجرای پژوهش مداخلات متمرکز بر هیجان و طرحواره درمانی برای گروه کنترل نیز اعمال شد.

ابزارهای پژوهش

ناگویی هیجانی: مقیاس ناگویی هیجانی (TAS'20) این مقیاس ۲۰ ماده‌ای توسط بگبی^۲ و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شده و ناگویی هیجانی را در سه زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساس (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساس (۵ ماده) و تفکر برون مدار (۸ ماده) ارزیابی می‌کند. روش نمره گذاری این مقیاس بدین صورت است که برای گزینه کاملاً مخالف نمره ۱، مخالف: ۲، نه مخالف نه موافق: ۳، موافق: ۴، کاملاً موافق: ۵ در نظر گرفته می‌شود. بشارت (۱۳۹۲، ص ۹۰) اعتبار کل مقیاس را در نمونه ایرانی با استفاده از روش دو نیمه‌سازی و بازآزمایی ۰/۷۱ و ۰/۸۳ و روایی مقیاس را ۰/۸۵ گزارش کرد. ضرایب پایایی این مقیاس در پژوهش پیوسته گر (۱۳۹۷ ص ۵۵) با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف برای عامل دشواری در تشخیص احساس، دشواری در توصیف احساس و تفکر برون مدار به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۹ و ۰/۸۲ محاسبه شدند.

جدول ۱. خلاصه جلسات براساس طرح واره درمانی (۲۳)

شماره جلسات	شرح کلی مداخلات
اول/عمومی	معارفه، اجرای پیش آزمون، ایجاد انگیزه مشارکت میان اعضا، آشنایی و معرفی کلی از رویکردهای درمانی یکپارچه نگر برای تغییر (بهبود و ترمیم طرحواره)
دوم	آشنایی اعضا با تعاریف و مفاهیم طرحواره های ناسازگار اولیه، شناخت چگونگی شکل گیری و تداوم طرحواره ها، آشنایی با محیط ها و نیازهای مرتبط با شکل گیری طرحواره ها، معرفی سبک های مقابله ای
سوم	شروع فنون تجربی رویکرد، بررسی مولفه شیوه های فرزندپروری در ایجاد طرحواره ها، تشویق به بیان آزاد وقایع مرتبط با شکل گیری طرحواره
چهارم	تشویق در ایجاد تغییر روند در خاطرات هیجانی آزردهنده، بررسی مولفه خلق و خو یا مزاج کودک در ایجاد طرحواره ها
پنجم	بر انگیزتن هیجانان مرتبط با طرحواره های ناسازگار اولیه، بررسی مولفه سبک های مقابله ای در تقویت و تداوم طرحواره ها
ششم	تمرکز بر ابرازگری عواطف و تخلیه هیجانی سالم، بررسی عملکرد مولفه سبک مقابله ای اجتناب در تقویت و تداوم طرحواره ها
هفتم	تشویق در ایجاد تغییر روند خاطرات هیجانی ناخوشایند، بررسی عملکرد مولفه سبک مقابله ای جبران در تقویت و تداوم طرحواره
هشتم	بررسی عملکرد و کارکرد مولفه سبک مقابله ای تسلیم در تداوم طرحواره ها
نهم	تمرکز بر عوامل ممانعت در شکل گیری و تداوم طرحواره ها مثل نقش فرد حامی (عوامل محیطی)، خلق و خوی و مزاج (عوامل زیستی یا وراثت)
دهم/عمومی	اجرای پس آزمون، بحث و نتیجه گیری، تاکید بر نقش عاملیت فردی در بهبود و ترمیم سبک های رفتاری ناسالم، اختتام جلسات

¹ Toronto alexithymia scale

² Baghby

جدول ۲. خلاصه جلسات براساس رویکرد هیجان مدار (۲۴)

شماره جلسات	شرح کلی مداخلات
اول/ عمومی	معارفه، شرح ساختار و اهداف جلسات، اجرای پیش آزمون، ایجاد انگیزه مشارکت میان اعضا، آشنایی و معرفی کلی از رویکردهای تجربه نگر برای تغییر، آشنایی با مبانی رویکرد هیجان مدار
دوم	آشنایی اعضا با مفاهیم و انواع هیجانها، کمک به شناسایی و نامگذاری هیجانها گوناگون، شناخت هیجانها هسته ای و ابراز نیازهای دلبسته مدار، بررسی نقش هیجانها و تسهیل در تنظیم هیجان در روابط
سوم	اجرای رویکرد مربیگری هیجانی شامل: انجام فنون آموزشی هیجان مدار، آشنایی با فاز اول کوچینگ (رسیدن و دسترسی به هیجانها)
چهارم	ادامه آموزش کوچینگ یا مربیگری هیجانی، آشنایی با فاز دوم کوچینگ (ترک کردن موقعیت هیجانی)
پنجم	کشف هیجانها کلیدی مشارکت کنندگان، ردیابی دردناکترین و ناگوارترین هیجان اعضا، برجسته سازی اهمیت فرایند محتوا (اهمیت تشخیص فرایندی)
ششم	بررسی نشانگرهای مرتبط با مقوله هسته اصلی هیجانها، ظهور معانی جدید از هیجانها
هفتم	کمک در آشکار سازی و بر ملا کردن هیجانها ثانویه، اعتبار دهی و شدت بخشی به تجارب هیجانی، کاربروری هیجانها ثانویه و نامگذاری آنها
هشتم	کمک در شناسایی و آشکار سازی هیجانها اولیه، اعتبار بخشی و شدت بخشی به تجربه هیجانی زیر بنایی و بنیادی، به مالکیت در آوردن تجربه پایه ای
نهم	تشریح ساختار و فرآیند الگوها و چرخه های ارتباطی و تعاملی، ابراز نیازها و خواسته های دلبستگی مدارانه با تمرکز بر هیجانها اولیه
دهم/ عمومی	اجرای پس آزمون، مرور کلی و اخذ بازخورد از اعضا نسبت به مباحث دوره و انجام فنون و فنون رویکرد هیجانی محور، اختتام جلسات

نتایج

درمانی (آزمایش ۱) ۴۴/۱۴ (با انحراف معیار ۶/۶۷) و میانگین سن گروه هیجان مدار (آزمایش ۲) برابر با ۴۲/۸۷ (با انحراف معیار ۶.۴۳) بود که نتایج مقایسه میانگین های سنی نشان داد این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نیست.

در این پژوهش ۴۵ نفر در گروه کنترل، طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار حضور داشتند که میانگین سن گروه کنترل ۴۳/۶۵ (با انحراف معیار ۷/۹۸)، گروه طرحواره

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ناگویی هیجانی به تفکیک گروه‌ها

مراحل	طرحواره درمانی		هیجان مدار		کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	۷۰/۲۰	۱۰/۳۴	۷۱/۴۰	۱۰/۲۵	۶۹/۵۳	۹/۶۵
پس آزمون	۶۱/۶۶	۸/۴۷	۵۳/۸۶	۱۰/۴۷	۶۹/۰۶	۱۰/۵۶
پیگیری	۶۱/۴۰	۹/۴۳	۵۲/۸۶	۹/۷۶	۶۹/۴۰	۹/۵۲

همانطور که در جدول مشخص است میانگین ناگویی هیجانی گروه‌های طرحواره درمانی و هیجان مدار در مرحله پس آزمون و آزمون پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است و بین پس آزمون و آزمون پیگیری تفاوت محسوس نیست؛ اما در نمرات سه نوبت آزمون گروه کنترل تفاوت خیلی جزئی بود. در ادامه با آزمون اندازه گیری مکرر به مقایسه سه گروه پژوهش در ناگویی هیجانی پرداخته می شود.

جدول ۴. نتایج اندازه گیری مکرر برای مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و هیجان مدار بر ناگویی هیجانی

افراد دچار تعارض زناشویی

اثر	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجذور ای تا
اثر پیلایی	.731	55.822	2	41	.000	.731
عامل مکرر						
لامبدای ویلکز	.269	55.822	2	41	.000	.731
اثر هوتلینگ	2.723	55.822	2	41	.000	.731
بزرگترین ریشه روی	2.723	55.822	2	41	.000	.731
اثر پیلایی	.670	10.580	4	84	.000	.335
عامل گروه و						
لامبدای ویلکز	.330	15.184	4	82	.000	.426
عامل مکرر						
اثر هوتلینگ	2.030	20.297	4	80	.000	.504
بزرگترین ریشه روی	2.030	42.622	2	42	.000	.670

توجه به اندازه اثر $0/335$ مشخص است که بین ناگویی هیجانی گروه های آزمایشی و کنترل تفاوت وجود دارد؛ به منظور بررسی بیشتر این تفاوت در سه گروه از آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد.

مطابق با نتایج گزارش شده در جدول ۴ مشخص است که تمام آزمون های چند متغیره حاکی از معنی داری واریانس عامل تعامل گروه و زمان است (برای مثال مقدار اثر پیلایی برابر با $0/670$ است که $F_{10,580}=.670; P<.05$).

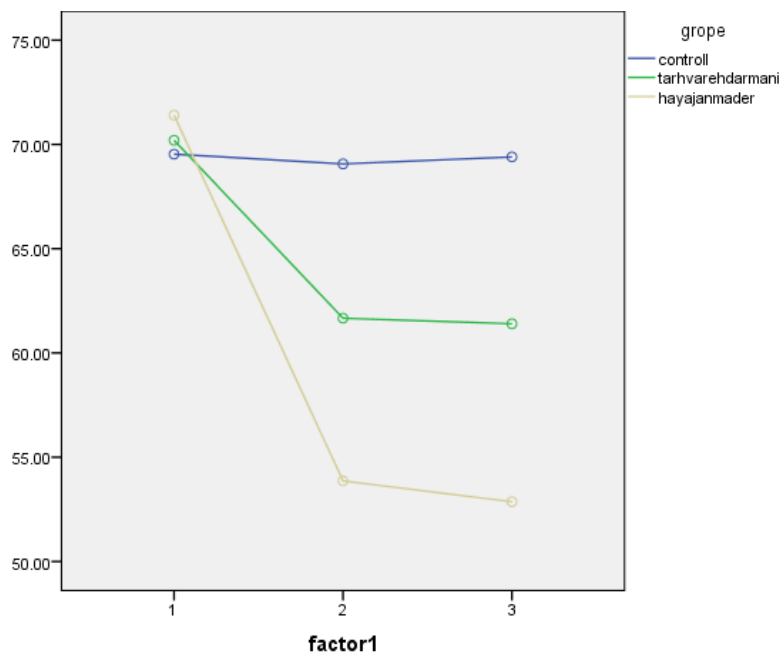
جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه نمرات میانگین ناگویی هیجانی در سه گروه

گروه الف	گروه ب	تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری
کنترل	طرحواره درمانی	4.911	2.340	.026
	هیجان مدار	9.956	2.340	.001
هیجان مدار	کنترل	-9.956	2.340	.001
	طرحواره درمانی	-5.044	2.340	.021

نتایج آزمون بن فرونی نشان داد که بین اثربخشی مداخله طرحواره درمانی و رویکرد هیجان مدار با گروه کنترل بر ناگویی هیجانی تفاوت وجود دارد که نشان از تاثیر هر دو رویکرد بر کاهش ناگویی

هیجانی افراد دچار تعارض زناشویی دارد ($p < /0.01$). مقایسه گروه های طرحواره درمانی و هیجان مدار نیز نشان داد که تاثیر مداخله هیجان مدار بیشتر از طرحواره درمانی است ($p < /0.05$).

نمودار زیر به صورت شماتیک به مقایسه سه گروه در سه مرحله آزمون پرداخته است.



نمودار ۱. مقایسه گروه های پژوهش در سه مرحله آزمون در ناگویی هیجانی

کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ های مقابله ای ناسازگار و ناکارآمد، تکلیف رفتاری را طرح ریزی و اجرا کنند. برای مثال در رابطه درمانی، درمانگر تلاش می کند در قالب مرزهای درمان از اصول اخلاقی، نیازهای ارضا نشده مراجعان را ارضا کند. مثلاً درمانگر شرایطی را فراهم کرد که مراجعه کننده ای که طرحواره ناسازگار اطاعت داشت کمتر اطاعت کند. برای مثال به او تکلیفی مبنی بر نوشتن چند انتقاد از درمانگر و جلسه درمان داده شد. در نهایت این مزایای زیاد و کاربردی طرحواره درمانی باعث افزایش تفکر مثبت در مراجع می شود. بنابراین با توجه به نتایج این پژوهش رویکرد طرحواره درمانی منجر به کاهش ناگویی هیجانی در افراد دچار تعارض زناشویی می شود.

در تبیین اثربخشی رویکرد هیجان مدار بر ناگویی هیجانی افراد دچار تعارض زناشویی می توان گفت که در جلسات رویکرد هیجان مدار به افراد آموزش داده شد که چرخه تعاملی خود را بشناسند، هیجانات منفی را به مثبت تبدیل کنند و از دلبستگی نایمن به ایمن برسند. تجربه امنیت فردی می تواند دلبستگی ایمن را وارد خانواده کند، از آنجایی که تعاملات یکی از منابع دلبستگی است و زمانی که افراد در خانواده خود احساس امنیت کردند مسلماً در آن رابطه احساس تعهد نیز می کنند (۲۷). در نتیجه با افزایش تجربه های برخاسته از دلبستگی ایمن نسبت به خانواده، ناگویی هیجانی آنها بهبود یافت.

ناگویی هیجانی با تنظیم هیجان ارتباط معکوس دارد. تنظیم هیجان به فرایندهای اشاره دارد که افراد هیجانات خود را تحت تاثیر قرار داده و آنها را بیان و تجربه می کنند. این فرایندها می تواند در جهت فراخوانی، کنترل، تغییر و یا حفظ یک هیجان استفاده می شود (۲۸). هدف اولیه رویکرد درمان هیجان مدار، توانمندسازی فرد است، به خصوص افرادی که تعارض زناشویی دارند و با نیازهای متفاوت شکل متغیر و متفاوت و شاید دشوار تری از زوجی را تجربه می کنند. و به این افراد کمک می کند تا مشکل تعاملات خود را با پرداختن به بن بست های هیجانی خود تا حد زیادی

مطابق با یافته های گزارش شده در این نمودار مشخص است که ناگویی هیجانی افراد شرکت کننده در گروه هیجان مدار خط روند نزولی تری دارد و در مراحل پس آزمون و پیگیری کاهش پیدا کرده است. این روند در گروه طرحواره درمانی نیز نسبت به گروه کنترل نزولی است. بنابراین می توان گفت که مداخله هیجان مدار و طرحواره درمانی بر کاهش ناگویی هیجانی افراد دچار تعارض زناشویی تاثیر مثبتی دارند و تاثیر هیجان مدار بیشتر است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و هیجان مدار بر ناگویی هیجانی افراد دچار تعارض زناشویی انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو رویکرد درمانی بر کاهش ناگویی هیجانی افراد دچار تعارض زناشویی موثر است اما میزان اثربخشی درمان هیجان مدار بیشتر بود. به منظور مقایسه نتایج با نتایج پژوهش های قبلی، پژوهشی که به مقایسه این دو رویکرد بر ناگویی هیجانی باشد، یافت نشد اما با پژوهش های که نشان دادند طرحواره درمانی (۱۹-۱۷) و درمان هیجان مدار (۲۲-۲۰) مداخله موثری هستند، همسو بود.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر ناگویی هیجانی افراد دچار تعارض زناشویی می توان گفت که رویکرد طرحواره درمانی بر تغییر و تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه تاکید دارد. طرحواره ناسازگار اولیه به عنوان قدیمی ترین و عمیق ترین مولفه های شناختی، باورها و احساسات غیرشرطی در باره خودمان هستند و از تعامل خلق و خوی فطری کودک با تجارب ناکارآمد او با والدین، خواهرها و برادرها و همسالان در طی سالهای اولیه زندگی به وجود می آید (۲۵). طرحواره ها در واقع باورهای فرد و ارزیابی او درباره هیجان است و به دنبال آن راهبردهای تنظیم هیجان به وجود می آیند که ممکن است کارآمد یا ناکارآمد باشند؛ بنابراین منطقی به نظر میرسد که بین طرحواره ناسازگار محدودیتهای مختل با ناگویی هیجانی رابطه وجود داشته باشد (۲۶). رویکرد طرحواره درمانی به مراجع کمک می کند تا برای جایگزین

برطرف کنند (۱۵). در این پژوهش نیز از آنجا که افراد در جلسات هیجان مدار با مفهوم هیجان و مولفه های مختلف شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری آن آشنا می شوند، به آنها کمک می شوند تا بتوانند هیجانان تجربه شده خود را که تا پیش از این فقط در پی اجتناب از آنها و یا سرکوب آن بوده اند، نامگذاری کنند و در موقعیت های مختلف آنها را شناسایی نمایند؛ هم چنین طی فرایند مربی گری هیجانی می آموزند که الگوهای ناساگار هیجانی خود مانند اجتناب از هیجان های نامطلوب را شناسایی نمایند و بیان هیجانان و ابراز آن را قابل قبول بدانند (۱۷). در این مدل درمانی افراد تلاش می کنند ترس، خشم و هیجانان ثانویه نسبت به خودشان و دیگران را بیان نمایند. هیجانان سرکوب شده ای که فرد با عدم بیان آنها مانع ایجاد پیوندی همدلانه با فرد دیگر شده است بیان می گردند و به آنها پرداخته می شود.

درمان هیجان مدار بیان کننده آن است که هیجانان در بردارنده پتانسیل درونی انطباقی می باشند و چنانچه فعال شوند قادرند به مراجعان کمک نمایند تا وضعیت هیجانی مساله دارشان تغییر کند. در این رویکرد درمانی به مراجعان کمک می شود تا به صورت بهتری هیجانانشان را شناسایی، تجربه، کشف، تغییر و مدیریت کنند (۲۹). افرادی که توانایی بهتری در مدیریت هیجان دارند و بهتر می توانند از هیجانهای منفی مانند اضطراب و استرس رهایی یابند، می توانند مسائل ارتباطی و زناشویی خودشان را بهتر حل کنند و بر کاهش تعارض زناشویی موثر باشد.

اما در تبیین اثربخشی بیشتر رویکرد هیجان مدار بر ناگویی هیجانی افراد دچار تعارض زناشویی می توان گفت که رویکرد هیجانمدار بر روی هیجانها و عواطف تمرکز دارد، اساس درمان خود را بر خودسازی و تعادل فرد قرار داده است و از راه خویشتن پنداری مثبت سعی در خودنظم بخشی فرد و سیستم احساسی او دارد و در جلسه های درمانی به صورت گسترده از روش های درمانی برای بیان احساسات تازه استفاده می کند (۲۴). از سویی شیوه هیجانمدار تلفیقی از دیدگاه های انسانگرایانه، دلبستگی و شناختی است و به صورت

گسترده و متنوع از راهبردهایی از قبیل شناخت، تمرکز بر احساسات، تاکید بر احساسات مثبت، بازسازی هیجانی، پیداکردن راهحل و خلق و ایجاد معانی تازه و روابط حسنه در این رویکرد استفاده می شود و با توجه به این که بیشتر احساسات حالت هیجانی دارند با آموزش و با استفاده از روشهای مداخله ای خاص این رویکرد می توان باعث تغییر و اصلاح عواطف مثبت و منفی افراد شد (۳۰). می توان گفت شرکت در جلسات هیجان مدار با تاکید بر استفاده از تمرین ها و تکنیک های اصولی و ارائه تکالیف خانگی به افراد کمک نموده است تا مهارتهای تنظیم شناختی هیجان مانند پذیرش و نامگذاری هیجان، قبول هیجانان منفی، پذیرش دیدگاه دیگران، عدم ملامت خود و دیگران برای داشتن هیجانان، و تمرکز مثبت و ارزیابی مثبت مجدد را ارتقا داده و از آن طریق بتوانند ویژگی ناگویی هیجانی را نیز در خود بهبود ببخشند، بدین معنی که بتوانند با وجود محرک ها و شرایط آزار دهنده و برهم زننده آرامش و ایجاد کننده تنش، هیجانان خود کنترل کرده و به بهترین شکل ممکن ابراز کنند.

مهمترین محدودیت این پژوهش استفاده از نمونه گیری غیرتصادفی بود. از آنجایی که روش نمونه گیری در مطالعه حاضر، روش نمونه گیری در دسترس بود، و همچنین این پژوهش روی افراد دچار تعارض زناشویی در سال ۱۴۰۰ در تهران، انجام شد، لذا در تعمیم نتایج پژوهش به جامعه و به زنان سایر شهرها باید احتیاط شود. با توجه به اینکه پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش از نوع خودگزارشی بودند، لذا ممکن است این مسئله بر نتایج بی تاثیر نبوده باشد. پیشنهاد می شود که این پژوهش روی زنان دچار تعارض زناشویی سایر شهرها نیز اجرا شود، تا بتوان نتایج آنها را با نتیجه پژوهش حاضر مقایسه کرد و نتایج را به جامعه بزرگتری تعمیم داد. در پژوهش های آتی، برخی متغیرهای مداخله گر از جمله وضعیت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی حتی الامکان کنترل شوند و یا به عنوان یک متغیر وارد پژوهش گردند و اثر آنها نیز سنجیده شود. در نهایت

پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی، این پژوهش بر روی مردان نیز اجرا شود تا بتوان نتایج را مقایسه نمود و تعمیم بیشتری داد.

References

1. Mirza M, Ghezelseflo M. The effectiveness and sustainability of attributional retraining on marital conflict resolution and increasing marital satisfaction of divorce applicants. *Psychological sciences*. 2020; 19 (88):475-482
2. Kiecolt-Glaser JK. Marriage, divorce, and the immune system. *American Psychologist*. 2018 Dec;73(9):1098.
3. Amini P, Karami Nejad R. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Marital Burnout and Self-Compassion in Unsupervised Women under the Cover of NGOs of Tehran. *TB* 2021; 20 (1) :25-37
4. Hughes EK, Gullone E. Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology. *Body image*. 2011 Jun 1;8(3):224-31.
5. Akbari, E., Azimi, Z., Talebi, S., Fahimi, S. Prediction of Couples' Emotional Divorce Based on Early Maladaptive Schemas and Emotion Regulation's Components. *Clinical Psychology and Personality*, 2020; 14(2): 79-92. doi: 10.22070/14.2.79
6. Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. *International review of psychiatry*. 2006 Jan 1;18(1):13-24.
7. Bach M, de Zwaan M, Ackard D, Nutzinger DO, Mitchell JE. Alexithymia: Relationship to personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 1994 May 1;35(3):239-43.
8. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press; 1999 Oct 7.
9. Fincham FD, Bradbury TN. Cognitive processes and conflict in close relationships: An attribution-efficacy model. *Journal of personality and social psychology*. 1987 Dec;53(6):1106.
10. Bernstein DP, Keulen-de Vos M, Clercx M, De Vogel V, Kersten GC, Lancel M, Jonkers PP, Bogaerts S, Slaats M, Broers NJ, Deenen TA. Schema therapy for violent PD offenders: a randomized clinical trial. *Psychological medicine*. 2021 Jun 15:1-5.
11. Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive behaviour therapy*. 2018 Jul 4;47(4):328-49.
12. Peeters N, van Passel B, Krans J. The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*. 2022 Sep;61(3):579-97.
13. Dattilio FM. The restructuring of family schemas: a cognitive-behavior perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2005 Jan;31(1):15-30.
14. Metzl E. Art therapy with couples: integrating art therapy practices with sex therapy and emotionally focused therapy. *International Journal of Art Therapy*. 2020 Jul 2;25(3):143-9.
15. Ivanova I, Watson J. Emotion-focused therapy for eating disorders: Enhancing emotional processing. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2014 Oct 2;13(4):278-93.
16. Greenberg LS, Watson JC. Emotion-focused therapy for depression: Canadian contributions. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 2022 Apr;54(2):152.
17. Flink N, Honkalampi K, Lehto S, Viinamaki H, Koivumaa-Honkanen H, Valkonen-Korhonen M. The effectiveness schema therapy on marital happiness in depressed patients. *Cilin Psychol*. 2019;23:15-25.
18. Paim KC, Falcke D. The experiences in the family of origin and the early maladaptive schemas as predictors of marital violence in men and women. *Análise Psicológica*. 2018 Sep 3;36(3):279-93.
19. Izadi F, Ashrafi E, Fathi Ashtiani A. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Reduction of the Negative Emotional Schemas, Alexithymia and Signs of Patients with somatic Symptoms. *RBS* 2019; 17 (2) :232-243
20. Beasley CC, Ager R. Emotionally focused couples therapy: A systematic review of its effectiveness over the past 19 years. *Journal of Evidence-Based Social Work*. 2019 Mar 4;16(2):144-59.

21. Ghafaralahi E, Etemadi O, Yousefi Z, Abedi M, Torkan H. Comparison of the Effectiveness of Commitment-Building Counseling Package and Emotionally-Focused Couple Therapy on Marital Boredom and Forgiveness of Married women with virtual infidelity. *RBS* 2021; 19 (2) :342-357
22. Goudarzi A, Keykhosrovani M, Deyreh E, Ganji K. The Effectiveness of Emotional Therapy on Marital Boredom and Moral Commitment in Divorced Couples. *RJMS* 2022; 29 (5) :117-126
23. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy. New York: Guilford. 2003;254.
24. Greenberg LS. Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2004 Jan;11(1):3-16.
25. Ojaghloo S, Ghodrati S, Tahaei SS. The effectiveness of schema therapy on feelings of loneliness and emotional distress of conflicting couples. *New Approach in Educational Sciences*. 2022 Sep 23;4(3):109-22.
26. Vakilian, L., TARKHAN, M., Khalatbari, J. Predicting Alexithymia based on Early Maladaptive Schemas and Perfectionism Mediating the Role of Cognitive Flexibility in Patients with Chronic Pain. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 2020; 15(57): 77-84.
27. Timulak L, Keogh D, Chigwedere C, Wilson C, Ward F, Hevey D, Griffin P, Jacobs L, Irwin B. A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2018 Dec;19(1):1-1.
28. Braunstein LM, Gross JJ, Ochsner KN. Explicit and implicit emotion regulation: a multi-level framework. *Social cognitive and affective neuroscience*. 2017 Oct 1;12(10):1545-57.
29. Wiesel I, Shahar B, Goldman RN, Bar- Kalifa E. Accuracy and bias in vulnerability perceptions of partners undergoing emotion- focused therapy for couples. *Family process*. 2021 Jun;60(2):377-92.
30. Tamminen KA, Watson JC. Emotion focused therapy with injured athletes: Conceptualizing injury challenges and working with emotions. *Journal of Applied Sport Psychology*. 2022 Feb 7:1-25.

*Original Article***Comparing the effectiveness of schema therapy and emotion focused therapy on alexithymia of people with marital conflict**

Received: 27/09/2022 - Accepted: 18/01/2023

Elham Ghale khandabi¹Javid Peymani^{1,*2}Tahir Tizdast³Javad Khalatbari⁴¹ Department of Psychology, Emirates Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.² Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.³ Assistant Professor of Counseling Department, Tonkabon Branch, Islamic Azad University, Tonkabon, Iran⁴ Associate Professor of Consulting Department, Tonkabon Branch, Islamic Azad University, Tonkabon, Iran

Email: dr.peymani@yahoo.com

Abstract**Introduction**

This research was conducted with the aim of comparing the effectiveness of schema therapy and emotion focused therapy on alexithymia of people suffering from marital conflict.

Material and Method

The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with two experimental groups and one control group. From the statistical population of women referring to the clinics of the 1st district of Tehran, 45 people were selected using the available method and replaced in three groups using a random method. The research tool was emotional ataxia (Begby et al., 1994). First, the pre-test of alexithymia was performed for all three groups, then schema therapy and emotion-focused therapy were performed for the experimental groups, but no intervention was applied for the control group; Finally, the post-test and the follow-up test were performed for all three groups.

Results

The results of the repeated measurement test showed that both schema therapy and emotion-oriented groups are effective in reducing alexithymia ($p > 0.01$). Bon Feroni's post hoc test showed that emotional therapy is more effective than schema therapy ($p > 0.01$).

Conclusion

it is suggested to use emotion-focused therapy to improve the alexithymia of people with marital conflict.

Key words

marital conflict, alexithymia, schema therapy, emotion focused therapy.

Acknowledgement: There is no conflict of interest