فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره۱۶، شماره ۲۰، بهار ۱۴۰۲

اثربخشی طرحواره‌درمانی بر ناگویی هیجانی و تعارضات زناشویی در زوجین دارای اختلافات خانوادگی

شیما روستایی علیشاه[۱] نفیسه مصطفایی[۲]

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر ناگویی هیجانی و تعارضات زناشویی در زوجین دارای اختلافات خانوادگی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زوجین دارای اختلافات خانوادگی مراجعه‌کننده به دفاتر شورای حل اختلاف شهر تهران بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه تحت آموزش طرحواره‌درمانی قرار گرفتند و گروه کنترل در طول این مدت در انتظار درمان ماندند. روش جمع‌آوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه ناگویی هیجانی (تورنتو، ۱۹۹۴) و تعارضات زناشویی (ثنایی و همکاران، ۱۳۸۷) انجام گرفت. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن برای پرسش‌نامه ناگویی هیجانی بالای ۰,۷ و پرسشنامه تعارضات زناشویی ۰,۸۱ به‌دست آمد. همین‌طور از روایی محتوا به‌منظور آزمون روایی پرسشنامه استفاده شد، که برای این منظور پرسشنامه‌ها به تأیید متخصصین مربوطه رسید. تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS19 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت. نتایج پژوهش نشان داد نتایج نشان داد که طرحواره‌درمانی بر «ناگویی هیجانی» زوجین دارای اختلافات خانوادگی موثر است. همچنین نتایج نشان داد طرحواره‌درمانی بر«تعارضات زناشویی» زوجین دارای اختلافات خانوادگی موثر است. بنابراین روش مداخله‌ای طرحواره محور می‌تواند ناگویی هیجانی و تعارضات زناشویی زوجین دارای اختلافات خانوادگی را بهبود دهد.

واژگان کلیدی: طرحواره‌درمانی، ناگویی هیجانی، تعارضات زناشویی

۱- کارشناسی ارشد مشاوه و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران (نویسنده مسئول) Sh_r1364@yahoo.com
۲- کارشناسی ارشد مشاوه و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07]

مقدمه

خانواده، سنگ بنای جامعه بزرگ انسانی است و در پابرجایی روابط اجتماعی و رشد تک‌تک افراد جامعه، نقش باارزشی دارد. کشش برای پابرجایی خانواده و سلامت آن، زمینه سلامت و کامیابی همگانی را فراهم می‌سازد. چگونگی روابط و دادوستد عاطفی اعضای خانواده به‌ویژه زن و شوهر از برجسته‌ترین شناسه‌های سلامت و کامروایی خانواده و یا سستی و ناکارآمدی آن است (بالان، حسینی، پیری و دهقان، ۱۳۹۵). یکی از عواملی که می‌تواند مایه کامروایی زندگی خانوادگی گردد، ارتباط شایسته میان زوجین است؛ ولی گاهی بروز دشواری‌ها و گرفتاری‌های گوناگون مانند پادرمیانی‌های نابجا، رشک‌ها و خودخواهی‌ها مایه اختلافات زناشویی و گسستن همبستگی می‌گردد. اختلافات زناشویی به‌عنوان سطح بالایی از تعاملات آشفته توأم با نبود هماوایی، رابطه دشمن گونه و تنش‌زا میان زوجین، بی‌احترامی و بدرفتاری گفتاری تعریف‌شده است (ویلسون، اندریج، پنگ، مالارکی[1] و همکاران، ۲۰۱۷). این اختلافات بر بهداشت روانی، بدنی و خانوادگی تأثیرگذار است و پژوهش‌های فراوانی همبستگی تعارض‌ها و اختلافات زناشویی را با افسردگی، اختلال‌های خوردن و بیماری‌های خاص مانند سرطان تائید کرده‌اند (توکلی زاده، نجاتیان و سوری، ۲۰۱۵).

از طرف دیگر، بر اساس پژوهش‌ها وجود ارتباط موثر و ابراز هیجانات عاملی اساسی در تفاوت بین زوج‌های راضی و ناراضی می‌باشد زیرا نقش مهمی در شکل‌گیری صمیمیت دارد (خان و جافه[2] ۲۰۲۲). تجربه هیجان توسط انسان امری پیچیده است. اغلب، کلماتی که برای بیان هیجاناتمان به دیگران داریم ناکافی به نظر می رسد. می‌توان تصور نمود که این چقدر برای فردی که در تمایز بین وضعیت‌های هیجانی ابتدایی خود هم ناتوان است، مشکل است. طبیعتا این مشکل به گونه ای منفی بر روابط اجتماعی تاثیرگذار خواهد بود. آگاهی اشخاص از احساس‌هایشان و توانایی بیان این احساس‌ها برای اشخاص دیگر در تسهیل تبادلات اجتماعی بسیار تاثیرگذار است (تانگ، هو، یانگ و زو[3] ۲۰۲۰). آگاهی هیجانی ضعیف چندین دهه مورد مطالعه قرار گرفته است و به عنوان ناگویی هیجانی شناخته شده است. اولین بار سیفنئوس در سال ۱۹۳۷ اصطلاح ناگویی هیجانی را مطرح ساخت (گورلیچ[4] ۲۰۱۸). دشواری‌هایی در شناسایی احساس‌ها، در توصیف احساس‌ها، سبک تفکر برون‌مدار، ظرفیت تخیلی محدود، توانایی ضعیف در همدلی، تمایل شدید برای رفتار تکانشی و گرایش زیاد به توصیفات نامتمایز از تجربه‌های هیجانی از جمله ویژگی‌های ناگویی هیجانی هستند. از دیدگاه علوم شناختی، هیجان‌ها به عنوان دسته‌ای از طرحواره‌های مبتنی بر پذیرش اطلاعات شناخته می‌شوند که شامل فرایندها و تجسم‌های نمادین و غیرنمادین هستند (مقتدر و حلاج، ۱۳۹۷). از جمله مسائلی که زوجین دارای تعارضات زناشویی با آن روبرو هستند، اشکالات جدی در مدیریت هیجانات است که علت این مشکلات ممکن است در بعضی از افراد، ناتوانی مزمن ناهشیاری هیجانی باشد. به طور کلی شواهد نشان می‌دهد که بسیاری از زوجینی که روابط آشفته ای دارند هیجانات خود را به خوبی درک نمی‌کنند و از تنظیم و تعدیل آن عاجزند (دهقانی و فلاح، ۱۳۹۹). بر حسب مدل آسیب پذیری-استرس، عوامل محیطی در تعامل با عوامل آسیب‌زایی که از قبل وجود دارند (مانند آسیب‌های زیستی و روانشناختی) باعث ایجاد اختلال‌های هیجانی می‌شوند. این نقص هیجانی یکی از عوامل خطر برای انواع اختلال‌های پزشکی و روان پزشکی است (شاه و مورالی[5] ۲۰۱۹) و همچنین باعث کاهش همدلی در زوجین می‌گردد (هس و گیبسون[6] ۲۰۱۹). اوبید[7] و همکاران (۲۰۱۹) طی پژوهشی در زمینه عوامل کارکردی، ساختاری و هیجانی مرتبط با کیفیت زندگی زناشویی، به این نتیجه دست یافتند که رابطه معناداری بین خودآگاهی هیجانی در افراد با میزان ناگویی هیجانی در آنان وجود دارد. نتایج پژوهش خانی (۱۳۹۸) نشان داد بین سبک‌های دلبستگی با کیفیت روابط زناشویی رابطه معناداری وجود دارد و بین ناگویی هیجانی و کیفیت روابط زناشویی رابطه معنادار و ساده‌ای وجود دارد همچنین نتایج پژوهش امیریان فر (۱۳۹۸) نشان داد ناگویی هیجانی (دشواری در شناسایی و/یا توصیف احساسات) و جو عاطفی (ارتباط) می تواند کیفیت روابط زناشویی را پیش‌بینی کند.

---

[1] - Wilson, Andridge, Peng, Bailey, Malarkey
[2] - Khan & Jaffee
[3]- Tang, Hu, Yang & Xu
[4]- Goerlich
[5]- Shah & Murali
[6] - Hesse & Gibbons
[7]- Obeid

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07]

از سوی دیگر تعارضات زناشویی به‌عنوان تعامل بین زوج‌هایی در نظر گرفته می‌شود که علایق، دیدگاه‌ها و باورهای متضادی دارند (استرانگ و کوهن[1] ۲۰۱۳). ۶۱ درصد از زوجین با روابط آشفته، تعارض بیش‌ازحد را یکی از دلایل طلاق خویش گزارش کرده‌اند (ژانگ، اسپینارد، ایزنبرگ، لئو و وانگ[2] ۲۰۱۷). برخی نظریات بر این باور است که تعارض در زندگی خانوادگی، رویدادی طبیعی است که در اغلب اوقات، پدیده‌ای اجتناب‌ناپذیر در نظر گرفته می‌شود که در تمامی روابط خانوادگی به چشم می‌خورد (فیرکلوث[3] ۲۰۱۲). گاتمن[4](۱۹۹۹؛ به نقل از زرنقاش، زرنقاش و شاهینی، ۲۰۱۳) تعارض زناشویی را به دو نوع قابل‌حل و مداوم تقسیم می‌کند. تعارضات قابل‌حل، همان‌طور که از نام آن برمی‌آید در خلال زندگی قابل‌حل است، اما تعارضات مداوم برای همیشه بخشی از زندگی افراد می‌شود، برای مثال خانواده‌ای که نمی‌تواند در مورد مقصد سفر خود در تعطیلات تصمیمی بگیرد، دچار تعارض قابل‌حل می‌شود. در چنین وضعی، اعضای خانواده با استفاده از فنون صحیح حل تعارض سرانجام به تصمیم مشارکتی می‌رسند و تعارض حل می‌شود، اما تعارضات دائمی عمیقاً در اختلاف بر سر موضوعات اساسی همچون ارزش‌ها، نقش‌ها و صفات شخصیتی ریشه دارد. این تعارضات دائماً در فضای خانواده جلوه‌گر می‌شود و اگر نگوییم غیرقابل تغییر، به‌سختی قابل‌تغییر است. تعارض زناشویی با متغیرهایی همچون ناگویی هیجانی رابطه معناداری دارد (ژیلیوسکی[5] ۲۰۱۲).

روانشناسان و مشاوران جهت بهبود ناگویی هیجانی و تعارضات زناشویی زوجین از رویکردها و درمانی های مختلفی استفاده کرده‌اند برای مثال از درمان هیجان مدار (صاحبی بزاز، سودانی و هنرمند، ۱۳۹۸)؛ مداخله ذهن آگاهی (سیاگونا[6] ۲۰۱۹) جهت بهبود تحمل ناکامی و درمان هایی از قبیل درمان شناختی رفتاری (بهشتی، زمستانی، رضاعی، ۱۳۹۷)؛ درمان پذیرش و تعهد (هان[7] و مک کارن[8] ۲۰۱۴) جهت بهبود تنظیم شناختی و درمان شناختی رفتاری (محمودیان، امیری، طاهر نشاط و منشئی، ۱۳۹۷)؛ و طرحواره‌درمانی خود یاری (پریمر[9] تالبوت[10] و فرنچ[11] ۲۰۱۵) جهت بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه استفاده کرده‌اند. با توجه به توضیحات فوق و شواهد پژوهشی به نظر می‌رسد که طرحواره‌درمانی در بهبود ناگویی هیجانی و تعارضات زناشویی زوجین مؤثر باشد است. از سویی دیگر در روش درمانی طرحواره‌درمانی هیجانی[12] شکل جدیدی از درمان شناختی رفتاری است که لیهی[13](۲۰۰۲) با اقتباس از نظریه شناختی بک، طرحواره‌درمانی یانگ، الگوی فراشناختی ولز و رویکردهای مبتنی بر پذیرش برای درمان مشکلات هیجانی تدوین نمود (لیهی، ۲۰۰۲). لیهی و همکاران (۲۰۱۱) معتقدند که طرحواره‌درمانی می‌تواند الگویی منسجم از نظم جویی را ارائه کند که بالینگر را یاری دهد تا فن‌های بهتری را انتخاب کند و این تکنیک‌ها را در نوعی سازه مفهومی معنی‌دارتری بگنجاند که به درک تلقی کلی بیمار از هیجان‌ها (شامل ارزیابی‌ها، پیش‌بینی‌ها و راهبردهای مقابله) کمک می‌کند؛ به‌عبارت‌دیگر در طرحواره‌درمانی با استفاده از تکنیک‌های رویکردهای مختلف، طرحواره‌های ناکارآمد اصلاح‌شده و میزان کاربرد طرحواره‌های هیجانی کارآمد افزایش می‌یابد. افراد در الگوی طرحواره‌های هیجانی از نظر تفسیر و ارزیابی‌هایی که از تجربه هیجانی خود به عمل می‌آورند با یکدیگر تفاوت داشته و ممکن است با راهبردهای مختلفی مثل، اجتناب تجربی (مانند سرکوبی، کرخی، گریز و اجتناب)، راهبردهای شناختی بی‌ثمر (تکیه بیش‌ازحد بر اندیشناکی و نگرانی)، حمایت اجتماعی (راهبردهای اعتبار یابی انطباقی یا غیر انطباقی) بکوشند با هیجان‌های خود مقابله کنند (لی هی، تیچ[14] و ناپولیتانو[15] ۲۰۱۱). این الگوی درمانی در تلاش است تا درمان‌های موج سوم شناختی - رفتاری را به‌صورت یکپارچه

---

1 - Strong & Cohen
2 - Zhang, Spinrad, Eisenberg, Luo & Wang
3 - Faircloth
4 - Gutman
5 - Zhylyevskyy
6 - Siyaguna
7 - Hann
8 - McCracken
9 - Priemer
10 - Talbot
11 - French
12 - Emotional schema therapy
13 - Leahy
14 - Tirch
15 - Napolitano

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07]

درآورد. چون اخیراً شواهد نشان داده است که تمام درمان‌های موج سوم به‌تنهایی به‌اندازه کافی اثربخش نیستند (کاهل[1] وینتر[2] و اسچیویگر[3]، ۲۰۱۲).

با توجه به ویژگی‌هایی که برای طرحواره‌درمانی برشمرده شد این رویکردها به لحاظ نظری از جمله شیوه‌های درمانی مناسب در جهت بهبود ناگویی هیجانی و تعارضات زناشویی زوجین بشمار می رود. همانطور که گفته شد طرحواره‌درمانی با به کار گیری شناخت درمانی و جانشین کردن راهکارهای مدیریتی هیجانی سازگارانه برای مواجهه با مشکلات زندگی، مشکلات بین فردی مزمن و بی ثباتی هیجانی را کاهش داده و از این طریق تنظیم هیجانی را در فرد فعال می‌کند. همچنین این درمان شرایطی را مهیا می‌کند تا بیمار از راهبردهای مقابله‌ای و بهنجار و سازگارانه استفاده کند. بهره گیری از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه با گسترش ظرفیت روانی و مهارت حل مساله همراه است و این فرایند سبب بهبود ناگویی هیجانی و تعارضات زناشویی زوجین می‌شود. با توجه به بررسی های پژوهشگر هیچ گونه تلاشی در جهت اثربخشی این رویکرد بر متغیرهای ذکر شده در جامعه زوجین دارای اختلافات زناشویی انجام نشده است. از این رو، نادیده گرفتن این رویکرد در جهت بهبود ناگویی هیجانی و تعارضات زناشویی را می توان یک خلا جدی در ادبیات پژوهش به حساب آورد که هدف پژوهش حاضر پر کردن بخشی از آن است؛ از آنجایی که ممکن است طرحواره‌های ناسازگار اولیه باعث تعارضات زناشویی شود و ناگویی هیجانی منجر به عدم تنظیم شناختی شود انجام مداخلاتی که باعث بهبود ناگویی هیجانی و تعارضات زناشویی موثر باشد می‌تواند منجر به کاهش علائم جسمانی و روحی و روانی بر روی زوجین شود. لذا در همین راستا مطالعه حاضر با هدف اثربخشی طرحواره‌درمانی بر ناگویی هیجانی و تعارضات زناشویی زوجین دارای اختلافات خانوادگی انجام شد؛ و به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا طرحواره‌درمانی هیجانی بر ناگویی هیجانی و تعارضات زناشویی زوجین دارای اختلافات خانوادگی اثربخش است؟

روش

در این پژوهش از روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زوجین دارای اختلافات خانوادگی بودند که به‌منظور حل تعارضات یا به پیشنهاد دادگاه خانواده به دفاتر شورای حل اختلاف در شهر تهران در سال ۱۴۰۱ مراجعه کردند. نمونه‌گیری در این پژوهش در دو مرحله انجام شد. در مرحله اول کلیه شرکت کنندگان به روش هدفمند انتخاب شدند. منظور از انتخاب هدفمند این بود که شرکت کنندگان زن و متاهل بودند و معیارهای پژوهش در مورد آنها صدق می‌کرد. در مرحله دوم ۳۰ نفر تعیین شده به طور تصادفی به دو گروه آزمایش کنترل اختصاص داده شدند. جهت نمونه‌گیری در ابتدا به وسیله یک فراخوان عمومی از کلیه زوجین دارای اختلافات خانوادگی جهت انجام آموزش گروه درمانی طرحواره محور دعوت به عمل آمد تا به این مراکز مراجعه کنند که تعداد ۱۰۰ نفر جهت انجام پژوهش اعلام آمادگی کردند و پس از مراجعه، در مورد اهداف و جزئیات پژوهش اطلاعاتی به آنان داده شد. که در نهایت ۷۰ نفر موافقت نهایی خود را اعلام کردند. سرانجام از این ۷۰ نفر، تعداد ۳۰ نفر از زوجین دارای اختلافات خانوادگی که با معیارهای پژوهش همخوانی داشتند، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند که برای انجام پژوهش به صورت تصادفی به دو گروه (۱۵ نفری) آزمایش و کنترل تقسیم شدند. کلیه آنها سوالات ناگویی هیجانی و تعارضات زناشویی را پاسخ دادند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو: مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو که توسط بگبی 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، 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

[1] - Kahl
[2] - Winter
[3] - Schweiger

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07]

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.

پرسشنامه تعارض‌های زناشویی: پرسشنامه تعارض‌های زناشویی (ثنایی و همکاران، ۱۳۸۷) که برای سنجیدن تعارض‌های زن‌وشوهری ساخته‌شده است. این پرسشنامه یک ابزار ۵۴ پرسشی است حداقل و حداکثر نمرات به ترتیب میان ۵۴ تا ۲۷۰ محاسبه می‌شود. دارای هفت مؤلفه است که عبارت‌اند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش جلب حمایت فرزند، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه فردی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر، کاهش ارتباط مؤثر؛ که حداکثر نمره هر مؤلفه مساوی تعداد سؤالات آن مؤلفه ضربدر ۵ است. ماده‌های این پرسشنامه به‌صورت لیکرت در یک طیف پنج‌درجه‌ای درجه‌بندی می‌شود که شماری از ماده‌ها به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در این ابزار نمره بیشتر به معنی تعارض بیشتر و نمره کمتر به معنی رابطه بهتر و تعارض کمتر است. به‌منظور برآورد پایایی و روایی، پرسشنامه مذکور بر روی یک گروه ۱۲۰ نفر متشکل از ۴۸ مرد و ۷۲ زن که برای زدایش تعارض‌های زناشویی خود به مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند و نیز یک گروه گواه ۱۵۰ نفر زوج‌های عادی متشکل از ۶۷ مرد و ۸۲ زن اجرا گردید. آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه روی یک گروه ۲۷۰ نفر برابر ۰/۹۶ به دست آمد و برای ۷ مؤلفه آن ازاین‌قرار است: کاهش همکاری ۰/۸۱؛ کاهش رابطه جنسی ۰/۶۱؛ افزایش واکنش‌های هیجانی ۰/۷۰؛ افزایش جلب حمایت فرزندان ۰/۳۳؛ افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود ۰/۸۶؛ کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۸۹؛ جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۷۱ و کاهش ارتباط مؤثر ۰/۶۹ (ثنایی و همکاران، ۱۳۸۷). آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۷ به دست آمد.

مداخله درمانی طرحواره: مداخله طرحواره‌درمانی توسط پژوهشگر و به مدت ۸ جلسه ۱۲۰دقیقه‌ای طی ۸ هفته متوالی اجرا خواهد شد. در زیر خلاصه جلسات این پروتکل ارائه شده است.

جدول ۱. شرح جلسات طرحواره‌درمانی

جلسه	محتوی
اول	آشنایی اعضا, شرکت‌کننده خود را معرفی می‌کند (درباره آنچه که او را به شرکت در مداخله ترغیب کرده و آنچه از فرآیند مداخله می خواهد صحبت می‌کنند). تعیین أصول و قواعد دوره-توضیح درباره اهداف و معرفی طرحواره–اجرای پیش‌آزمون
دوم	کشف ریشه‌های تحولی: از طریق بررسی ویژگی‌های افراد مهم زندگی و حکم‌هایی که شرکت‌کننده‌ها در کودکی دریافت کرده‌اند و ارضا یا نادیده گرفتن ۵ نیاز اساسی از طریق افراد مهم زندگی و بررسی خاطرات اولیه (سه خاطره بد و اصلی) در ارتباط با افراد مهم زندگی (والدین) صورت می‌گیرد. بدین صورت انجام می‌شود که تمامی موارد داخل برگه‌ای نوشته می‌شود و با اسم شرکت‌کننده به پژوهشگر تحویل داده می‌شود تمامی این موارد باید با تمرکز شرکت کننده انجام گیرد. شناسایی روند شکل‌گیری: کشف و بررسی چهار عنصر اصلی که طرحواره را شکل می‌دهند، شامل: خاطرات اولیه و شناخت واره های حاصل از آن، احساسات بدنی و هیجانات ناشی از در معرض اتفاق ها و خاطرات قرار گرفتن. شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه: از طریق پرسشنامه طرحواره یانگ.
سوم	تصویرسازی به منظور سنجش: با این تکنیک شرکت‌کننده‌ها می‌توانند خاطراتی از دوران کودکی را به یاد بیاورند و احساسات و هیجانات نادرست شکل گرفته را بهتر به مشکلات فعلی خود ربط دهند (هدف اصلی طرحواره‌درمانی). با سنجش از طریق تصویرسازی به شرکت‌کننده‌ها کمک می کنیم که بتوانند طرحواره‌ها را در سطح عاطفی تجربه کنند . آگاه‌سازی: توضیح طرحواره‌ها و آشنا شدن شرکت‌کننده‌ها با ریشه‌های تحولی و نحوه شکل‌گیری طرحواره.
چهارم	ارتباط طرحواره‌ها و مشکلات فعلی: شرکت‌کننده‌ها به منظور حل مشکلات فعلی زندگی خود حضور پیدا کرده‌اند. آگاه‌سازی در مورد ذهنیت‌ها و جذابیت‌های طرحواره‌ای: ذهنیت‌های طرحواره‌ای را برای شرکت‌کننده‌ها توضیح می‌دهیم به دلیل اینکه با آشنایی در مورد ذهنیت‌ها به رفتارهای تکراری خود طبق طرحواره‌ها پی ببرند. جذابیت طرحواره‌ای: آگاه کردن شرکت‌کننده‌ها از جذابیت طرحواره‌ای آنها را با آدم‌های اطراف و آدم‌هایی که در آینده جذب آنها می‌شوند آشنا می‌کند. آگاه‌سازی می‌شود که ما جذب آدم‌هایی می‌شویم که طرحواره ما را تایید می‌کنند.
پنجم	شناسایی سبک‌های مقابله‌ای: شناسایی سبک‌های مقابله‌ای (جنگ، گریز، میخکوب). به دلیل اینکه این سه سبک مقابله‌ای خارج از هوشیاری عمل می‌کند و در بزرگسالی حالت ناسازگارانه پیدا می‌کنند باید برای شرکت‌کننده‌ها توضیح داده شود و شناسایی شود .زیرا به کارگیری آن ها باعث تداوم طرحواره می‌شود و در نتیجه برای بهبود طرحواره‌هایشان باید سبک

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07]

	مقابله‌ای خود را شناسایی و تغییر دهند. برای شرکت‌کننده‌ها ابتدا مفهوم سازی در مورد راهبردها صورت می‌گیرد. انواع راهبردها و کارکرد هر کدام از آنها در مقابل هر یک از طرحواره‌ها توضیح داده می‌شود. ارائه راهکارهایی جهت فهم نادرست بودن طرحواره‌ها (شناختی): راهبردهای شناختی به شرکت‌کننده‌ها کمک می‌کند بتوانند با زیر سوال بردن طرحواره‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود بوجود بیاورند و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازند.
ششم	کارت‌های طرحواره‌ای: بعد ازتکمیل شدن فرایند بازسازی طرحواره تهیه کارت آموزشی را آموزش می‌دهیم. کارت آموزشی طرحواره، خلا صه‌ای از پا سخ‌های سالم به موقعیت‌های فعال ساز طرحواره ا ست .افراد باید کارت آموز شی را همراه خود داشـــته باشـــند تا هنگام برانگیخته شـــدن طرحواره‌های مربوطه آن را مطالعه کنند. آزمون اعتبار طرحواره : آزمون اعتبار طرحواره را با بررسی شواهد عینی تایید کننده و ردکننده طرحواره‌ها شروع می کنیم . آموزش با تصاویر ذهنی به منظور باز والدینی : با اســـتفاده از باز والدینی در تصـــویرســـازی ذهنی به شـــرکت کنندگان کمک می‌کنیم تا به ذهنیت کودکانه برگردند و در مورد برخی چیزهایی که از دست داده اند ابتدا از پژوهشگر و سپس از طریق خودشان مطالبی را یاد بگیرند .
هفتم	نوشتن نامه به والدین و تصویرسازی به منظور الگو شکنی : با استفاده از تکنیک های تصویرسازی می توان کمک کرد تا افراد دست از سبک‌های مقابله‌ای خود بردارند و راه‌های جدیدی برای برقراری ارتباط پیدا کنند . در این نوع تصویرسازی سعی می‌شود به جای تکرار دوباره سبک‌های مقابله‌ای معمول شیوه های صحیح رفتار مقابله‌ای تجسم شود.
هشتم	الگوشکنی رفتاری: شرکت‌کنندگان مراحل شناختی و تجربی را تجربه کرده‌اند وحالا مرحله الگو شکنی رفتاری را شروع می‌کنیم. تعیین و توصیف دقیق رفتارهای مشکل‌آفرین: گام اول برای الگو شکنی , تهیه فهرستی جامع از رفتارهای مشکل ساز زندگی است. برای تهیه این فهرست به منابع اطلاعاتی که از قبل کسب کرده‌اند مراجعه می‌کنند (اطلاعات حاصل از مفهوم سازی، پرسشنامه‌ها، تصویرسازی و ....). اولویت‌بندی رفتارهای مشکل آفرین: گام بعدی الگو شکنی رفتاری، اولویت‌بندی رفتارهای مشکل‌آفرین می باشد. بدین صورت که بعد از فهرست رفتارهای مشکل ساز , باید راجع به مشکل سازترین رفتار تصمیم بگیرند و باید ارتباط رفتارهای مشکل‌آفرین با کودکی و افراد مهم زندگی بررسی شود.

تجزیه‌وتحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار spss-V19 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته‌ها

در این بخش توصیفی آماری از داده‌ها به عمل آمده، سپس تفاوت احتمالی گروه‌ها در متغیرها در مراحل مختلف سنجش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی ناگویی هیجانی و تعارضات زناشویی به تفکیک مرحله سنجش در گروه ها

متغیر	شاخص آماری	عوامل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
ناگویی هیجانی	گروه آزمایش	میانگین	۶۶.۴۷	۰۶.۳۶
		انحراف معیار	۵۲.۵	۷۹۶۲۱.۷
	گروه کنترل	میانگین	۱۳.۴۵	۰۰.۴۶
		انحراف معیار	۵۵.۵	۸۰.۸
دشواری در شناسایی احساسات	گروه آزمایش	میانگین	۴۶.۱۴	۶۰.۱۰
		انحراف معیار	۸۲.۲	۵۸.۲
	گروه کنترل	میانگین	۱۳.۱۳	۹۳.۱۲
		انحراف معیار	۵۵.۲	۰۸.۲
دشواری در توصیف احساسات	گروه آزمایش	میانگین	۲۰.۱۴	۸۰.۱۰
		انحراف معیار	۱۱.۲	۹۱.۳
	گروه کنترل	میانگین	۴۰.۱۳	۲۶.۱۴
		انحراف معیار	۳۳.۳	۸۰.۳
تفکر با جهت‌گیری خارجی	گروه آزمایش	میانگین	۰۰.۱۹	۶۶.۱۴
		انحراف معیار	۱۷.۲	۲۷.۴

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07]

	گروه کنترل	میانگین	۶۰.۱۸	۸۰.۱۸
		انحراف معیار	۳۳.۳	۴۷.۴
کاهش همکاری	گروه آزمایش	میانگین	۱۱/۷۰	۸/۷۵
		انحراف معیار	۶/۷۱	۲/۹۱
	گروه کنترل	میانگین	۱۳/۱۰	۱۳/۵۴
		انحراف معیار	۷/۱۴	۶/۱۵
کاهش رابطه جنسی	گروه آزمایش	میانگین	۱۲/۱۳	۱۱/۸۰
		انحراف معیار	۵/۴۸	۷/۲۳
	گروه کنترل	میانگین	۹/۶۵	۱۲/۰۷
		انحراف معیار	۴/۸۵	۵/۳۴
افزایش واکنش‌های هیجانی	گروه آزمایش	میانگین	۱۸/۵	۲۰/۱۱
		انحراف معیار	۶/۱۲	۶/۵۴
	گروه کنترل	میانگین	۱۵/۳۹	۲۰/۱۷
		انحراف معیار	۳/۲۱	۶/۲۷
افزایش جلب حمایت فرزندان	گروه آزمایش	میانگین	۱۳/۲	۱۴/۱
		انحراف معیار	۵/۱۸	۵/۸۵
	گروه کنترل	میانگین	۱۲/۶۱	۱۳/۸۱
		انحراف معیار	۳/۴۹	۴/۷۲
کاهش رابطه خانوادگی با خویشان همسر	گروه آزمایش	میانگین	۱۴/۵	۱۲/۸
		انحراف معیار	۹/۴۲	۸/۹۱
	گروه کنترل	میانگین	۱۰/۷۲	۱۳/۷
		انحراف معیار	۴/۱۷	۷/۱۸
افزایش رابطه فردی با خویشان خود	گروه آزمایش	میانگین	۱۳/۸	۱۳/۲۵
		انحراف معیار	۸/۷	۹/۱۱
	گروه کنترل	میانگین	۱۰/۲۱	۱۳/۸۵
		انحراف معیار	۳/۸۵	۸/۲۱
جدا کردن امور مالی از یکدیگر	گروه آزمایش	میانگین	۱۹/۷	۲۰/۱۴
		انحراف معیار	۹/۳	۸/۸۰
	گروه کنترل	میانگین	۱۶/۷۲	۱۹/۱۵
		انحراف معیار	۴/۹۱	۸/۵۴
کاهش ارتباط موثر	گروه آزمایش	میانگین	۲۶/۲۷	۲۵/۹۳
		انحراف معیار	۹/۸	۹/۷۵
	گروه کنترل	میانگین	۲۳/۸۸	۱۹/۷۵
		انحراف معیار	۵/۸۴	۹/۲۳
تعارضات زناشویی	گروه آزمایش	میانگین	۱۲۹/۸	۱۳۱/۳۳
		انحراف معیار	۴/۷	۴/۳۳
	گروه کنترل	میانگین	۱۰۷/۹۳	۱۲۸/۰۶
		انحراف معیار	۹/۵۱	۴/۹

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون کاهش نشان می دهد. براساس نتایج مندرج در جدول، می‌توان به این توصیف دست زد که اجرای مداخله طرحواره‌درمانی باعث کاهش ناگویی هیجانی و تعارضات زناشویی در زوجین دارای اختلافات خانوادگی شده است.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07]

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

شاخص آماری اثر	آزمون	ارزش	F	dfفرضیه	dfخطا	sig	ضریب ایتا
تفاوت دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون	اثرپیلای	.۴۹	۷.۵۶	۳.۰۰	۲۳.۰۰	.۰۰۱	.۴۹
	لامبدای ویلکس	.۵۰	۷.۵۶	۳.۰۰	۲۳.۰۰	.۰۰۱	.۴۹
	اثرهتلینگ	.۹۸	۷.۵۶	۳.۰۰	۲۳.۰۰	.۰۰۱	.۴۹
	بزرگترین ریشه روی	.۹۸	۷.۵۶	۳.۰۰	۲۳.۰۰	.۰۰۱	.۴۹

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش‌آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی‌دار برای عامل مداخله مبتنی بر طرحواره‌درمانی «متغیرمستقل» وجود دارد.این اثر نشان می دهدکه حداقل بین یکی از مولفه‌های ناگویی هیجانی زوجین دارای اختلافات خانوادگی که با مداخله مبتنی بر طرحواره‌درمانی درمان شده‌اند با زوجین دارای اختلافات خانوادگی گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس=۰/۵۰، p<۰۵.۰).

جدول۴. آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری

شاخص آماری متغیرها	منبع تغییر	SS	df	MS	F	سطح معناداری	ضریب ایتا
دشواری در شناسایی احساسات	گروه	۴۶.۳۸	۱	۴۶.۳۸	۱۰.۴۶	.۰۰۳	.۲۹
	خطا	۱۱۰.۸۰	۲۵	۴.۴۳			
دشواری در توصیف احساسات	گروه	۹۶.۸۸	۱	۹۶.۸۸	۱۷.۵۴	.۰۰۰	.۴۱
	خطا	۱۳۸.۰۴	۲۵	۵.۵۲			
تفکر با جهت‌گیری خارجی	گروه	۱۳۵.۹۱	۱	۱۳۵.۹۱	۱۱.۹۵	.۰۰۲	.۳۲
	خطا	۲۸۴.۳۲	۲۵	۱۱.۳۷			

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، باحذف تاثیر متغیر پیش‌آزمون، فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیرهای دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت‌گیری خارجی زوجین دارای اختلافات خانوادگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تایید می‌گردد. همانگونه که از نتایج جدول ۴ ملاحظه می گردد سطح معناداری حاصل شده برای شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت‌گیری خارجی در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۱۷ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵بر۳ متغیر وابسته) کوچکتر می‌باشد. در نتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل شده می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت‌گیری خارجی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است.

جدول ۵. خلاصه آزمون کوواریانس جهت بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر تعارضات زناشویی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	سطح معنی‌داری
اثر پیش‌آزمون	۱۵۰/۴۰	۱۵۰/۴۰	۱۸/۳۹	۰/۴۵	۰/۰۰۱
اثر گروه	۱۶۹۲/۷۵	۱۶۹۲/۷۵			
خطا					

چنانکه در جدول ۵ مشاهده می‌شود، تفاوت بین گروه‌ها، در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. به‌طوری مقایسه نمرات گروه‌ها در جدول ۵ نشان می‌دهد، نمرات گروه آزمایش پس از مداخله، به‌طور معنی‌داری بهبود یافته است. بااین‌وجود، تغییر نمرات گروه کنترل، محسوس نیست. ازاین‌روی می‌توان با ۹۹ درصد اطمینان نتیجه گرفت "طرحواره‌درمانی" باعث بهبود تعارضات زناشویی در زوجین دارای اختلافات خانوادگی شده است شده است. اندازه این اثر نیز برابر با ۰/۴۵ درصد برآورد شده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی طرحواره‌درمانی بر ناگویی هیجانی و تعارضات زناشویی در زوجین دارای اختلالات خانوادگی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی باعث کاهش ناگویی هیجانی در زوجین دارای اختلافات خانوادگی شده است. نتایج پژوهش با یافته های (بیداری و حاجی علیزاده، ۲۰۱۹؛ ایزدی و همکاران، ۲۰۱۹؛ ختایی و سام خانیان، ۲۰۲۰)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07]

همسو است. در تبیین این یافته ابتدا باید به این نکته اشاره کرد که یکی از مراحل درمانی در طرحواره‌درمانی، الگوشکنی رفتاری می‌باشد. در این مرحله تلاش می‌شود سبک‌های مقابله‌ای و نحوه پاسخدهی به طرحواره مورد دستکاری قرار بگیرد. به همین منظور بعد از شناسایی طرحواره‌ها و نحوه پاسخدهی به آن‌ها مراجع یاد می‌گیرد که راهبرد عدم تحمل، پاسخ ناسازگارانه به طرحواره می‌باشد در این راستا همچنین درمانگر مزایا و معایب راهبردهای شناختی را به طور مفصل به فرد توضیح می‌دهد تا انگیزه او برای تغییر الگوی رفتای بیشتر گردد. به همین منظور درمانگر برای ایجاد تغییر بیشتر راهبرد شناختی غیرانطباقی، تلاش می‌کند معایب را بیشتر از مزایای آن برجسته کند. چون این عقیده وجود دارد که در این صورت تغییر راحت و سریع‌تر اتفاق می‌افتد. از سوی دیگر، در تکنیک گفتگوی خیالی و سایر تکنیک‌های تجربی، بروز هیجانات اصلی مثل خشم، زمینه را برای تخلیه هیجانی مهیا می‌سازد و باعث می‌شود فرد به جای درگیری شناختی با آن‌ها (مثل ناگویی هیجانی) هیجان‌ها را به طور مستقیم بروز دهد. چون ابراز هیجانی یک عامل اساسی در جلوگیری از ناگویی هیجانی است. به علاوه، در تصویرسازی ذهنی به منظور الگو شکنی، فرد موقعیت‌هایی که بیشتر درگیر راهبردهای شناختی می‌شود را شناسایی می‌کند و پاسخ‌های مرتبط به آن‌ها با کمک درمانگر ساخته می‌شود تا در بروز موقعیت در محیط واقعی بتواند از آن استفاده کند. سپس در بازی نقش که فعال شدن طرحواره را به دنبال دارد و تبع آن راهبردهای مقابله‌ای به کار گرفته می‌شود، درمانگر و مراجع در یک موقعیت شبیه به محیط واقعی پاسخ‌های سازگارنه‌ای برای وضعیت ناکامی ایجاد می‌کنند. به صورت کلی، در تمرین‌های باز والدینی حد و مرزدار، درمانگر موقعیت‌های کودکی را که منجر به شکل‌گیری طرحواره و راهبرد شناختی ناسازگار شده است را شناسایی می‌کند و با ارضای نیازهای هیجانی ارضاء نشده در آن موقعیت‌ها زمینه را برای کاهش هر چه بیشتر طرحواره و به تبع آن راهبردهای ناسازگار فراهم می‌نماید.

نتایج نشان داد که طرحواره‌درمانی باعث کاهش تعارضات زناشویی زوجین دارای اختلافات خانوادگی شده است. نتایج پژوهش با یافته های (محمدی و همکاران، ۲۰۲۰؛ آلامی و همکاران، ۲۰۲۰؛ شفیعی و همکاران، ۲۰۲۲) همسو است. در تبیین این یافته باید گفت که طرحواره‌درمانی با ترکیب رویکردهای مختلف (دلبستگی، روابط شیء و ...) در قالب یک مدل درمانی در بهبود تعارضات زناشویی مؤثر واقع شود. در واقع تکنیک‌های تجربی این رویکرد کمک می‌کنند تا فرد با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود[1]یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش‌دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد. از سوی دیگر، شرکت کنندگان می‌توانند با استفاده از این تکنیک‌ها به فرضیه آزمایی طرحواره‌ها بپردازند و با برانگیخته شدن طرحواره‌ها و ارتباط آن با مسائل کنونی، زمینه برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود تعارضات زناشویی مهیا می‌شود. استفاده از تصویرسازی ذهنی باعث می‌گردد فرد طرحواره‌های اصلی را شناخته، ریشه‌های تحولی آن را درک کرده و این ریشه‌ها را به زندگی فعلی خود ربط دهد نه ویژگی‌های شخصیتی. علاوه بر این، موجب ارتقاء درک فرد و کمک به او در جهت حرکت از شناخت عقلانی به سمت تجربه کردن هیجانی می‌شود. در تکنیک گفتگوی خیالی، بروز هیجانات اصلی مثل خشم، زمینه را برای تخلیه هیجانی مهیا ساخته و باعث فاصله گرفتن از طرحواره‌ها می‌شود. تصویرسازی ذهنی به منظور الگوشکنی نیز باعث فاصله گرفتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی و از سویی با استفاده از تکنیک نوشتن نامه افراد فرصتی برای بیان حقوقی و شناخت احساسات‌شان می‌یابند که با کاهش احساست منفی همراه است. بر اساس دیدگاه یانگ و همکاران (۲۰۰۳) هدف طرحواره‌درمانی کمک به ارضای هیجانات ارضاء نشده است. زمانی که در طی فرآیند درمان این نیازهای هیجانی تا حدودی ارضاء می‌شود، زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا می‌سازد چرا که طرحواره‌های ناسازگار اساساً به خاطر عدم ارضاء نیازهای هیجانی ایجاد می‌گردد. در این راستا، یکی از مراحل درمانی در طرحواره‌درمانی الگشکنی رفتاری می‌باشد. در این مرحله تلاش می‌شود سبک‌های مقابله‌ای و نحوه پاسخدهی به طرحواره مورد دستکاری قرار بگیرد به همین منظور بعد از شناسایی طرحواره‌ها و نحوه پاسخدهی به آنها فرد یاد می‌گیرد که راهبرد نشخوار فکری، پاسخ ناسازگارانه به طرحواره می‌باشد در این راستا همچنین درمانگر مزایا و معایب راهبردهای شناختی را به طور مفصل به فرد توضیح می‌دهد تا انگیزه فرد برای تغییر الگوی رفتای بیشتر گردد. به همین منظور درمانگر برای ایجاد تغییر بیشتر راهبرد شناختی غیرانطباقی، تلاش می‌کند معایب را بیشتر از مزایای آن برجسته کند. چون این عقیده وجود دارد که در این صورت تغییر راحت و سریع‌تر اتفاق می‌افتد. در نهایت و در تبیین دیگر

[1] - self-exploration

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07]

اثرات درمانی طرحواره‌درمانی می‌توان گفت که طرحواره‌درمانی با دستکاری ریشه‌ای و تحولی منشأ اختلالات یعنی رفتارهای والدین در دوران کودکی، دلبستگی‌ها، نحوه شکل‌گیری طرحواره‌ها و ... ایجاد یک صدای درونی منطقی به جای طرحواره زمینه‌ی بهبودی و رفتارهای بهنجار را فراهم می‌کند. همچنین تکنیک‌های تجربی کمک می‌کنند تا فرد با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد. از سوی دیگر، افراد می‌توانند با استفاده از این تکنیک‌ها به فرضیه آزمایی طرحواره‌ها بپردازد و با برانگیخته شدن طرحواره‌ها و ارتباط آن با مسائل کنونی، زمینه برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود تعارضات زناشویی مهیا می‌شود. هدف طرحواره‌درمانی ارضای نیاز هیجانی (مثل دلبستگی، امنیت، آزادی بیان و ...) می‌باشد. زمانی که در طی فرآیند درمان این نیازهای هیجانی تا حدودی ارضاء می‌شود، زمینه را برای بهبود تعارضات زناشویی مهیا می‌سازد چرا که طرحواره‌های ناسازگار اساساً به خاطر عدم ارضاء نیازهای هیجانی ایجاد می‌گردد و با از بین رفتن طرحواره‌ها رفتارها و سبک‌های رفتار سالم جایگزین رفتارهای غیرانطباقی می‌گردد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم کنترل سایر شرایط خانوادگی مانند شرایط اقتصادی و اجتماعی اشاره کرد و همچنین به خاطر اجرای پروتکل مجبور به استفاده از افراد باسواد به‌عنوان نمونه شدیم که می‌تواند محدودیت دیگر پژوهش به شمار برود. بررسی اثربخشی آموزش طرحواره‌درمانی بر دیگر متغیرها ازجمله سازگاری زناشویی و بهبود عملکرد خانواده از پیشنهادات این پژوهش می‌باشد. با به‌کارگیری آموزش طرحواره‌درمانی در مراکز مشاوره به‌منظور کمک به زوجین برای کشف و به‌کارگیری الگوهای ارتباطی درست و نیز آموزش طرحواره‌درمانی بر روی زوجین تازه ازدواج‌کرده برای شکل‌گیری سبک‌های تعاملی درست و منطقی بین زن و شوهر از پیشنهادهای کاربردی این پژوهش می‌باشد.

منابع

امیریان فر، فاطمه. (۱۳۹۸). *پیش بینی کیفیت روابط زناشویی بر اساس جوّ عاطفی خانواده و ناگویی خلقی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر قدس.

بالان، عادل زاهد؛ حسینی شورابه، مریم؛ پیری کامرانی، مرضیه و دهقان، مریم. (۱۳۹۵). مقایسه رضایت زناشویی، تعارض زناشویی و بخشش در زوجین عادی و در حال طلاق. *دو فصلنامه آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده*، ۱ (۲)، ۸۴- ۷۴.

بهشتی، نگار؛ زمستانی، مهدی؛ رضاعی، فرزین. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری معطوف بر عدم تحمل ابهام و درمان دارویی بر مولفه های نگرانی، عدم تحمل ابهام و اجتناب شناختی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*. دوره ۲۴ , شماره ۳. صص ۲۵۴-۲۴۰.

خانی، فاطمه. (۱۳۹۸). *بررسی رابطه بین ابعاد ناگویی هیجانی، سبک‌های دلبستگی و میزان رضایت زناشویی در زوجین شهرستان دزفول*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور خوزستان.

دهقانی، فهیمه و فلاحی، پریناز. (۱۳۹۹). *آیا تکانشگری در رابطه بین ناگویی هیجانی و پرخاشگری دارای نقش واسطه ای است؟*. *نشریه اصول بهداشت روانی*، ۲۳ (۱)، ۷۵-۸۱.

صاحبی بزاز، لیلا؛ سودانی، منصور؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۹۸). اثربخشی درمان هیجان مدار بر تحمل ناکامی و سازگاری زناشویی زوج های مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره شرکت نفت. *مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری*. دوره ۴. شماره ۳۳. ۵۹-۸۳.

محمودیان دستنایی، طاهره؛ امیری، شعله؛ طاهر نشاط دوست، حمید؛ منشئی، غلامرضا (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران بی اشتهای عصبی با پیوند ضعیف مادری. *پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره (مطالعات تربیتی و روان شناسی)*. دوره ۸. شماره ۱. ۱۲۴-۱۴۱.

مقتدر، لیلا؛ و حلاج، لیلا. (۱۳۹۷). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ناگویی هیجانی و شادکامی در زنان با و بدون تعارضات زناشویی. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۷(۲)، ۱۳۸-۱۴۵.

Aalami, M., Taimory, S., & Ahi, G. (2020). The effectiveness of an integrated approach of schema therapy based acceptance and commitment therapy on marital conflicts and divorce

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07]

tendency in divorce applicant couples. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, *18*(1), 132-141.

Bidari, F., & Haji Alizadeh, K. (2019). Effectiveness of schema therapy on cognitive strategies of emotion, distress bearing and alexithymia in the patients suffering from borderline personality disorder. *Journal of Psychological Studies*, *15*(2), 165-180.

Faircloth, B. (2012). Children and marital conflict: A review. *Center for the Advanced Study of Excellence in Early Childhood and Family Support Practices*, *6*(1), 1-5.

Goerlich, K. S. (2018). The multifaceted nature of alexithymia–a neuroscientific perspective. *Frontiers in psychology*, *9*, 1614.

Hann, K. E., & McCracken, L. M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. Journal of contextual behavioral science, 3(4), 217-227.

Hesse, C., & Gibbons, S. (2019). The longitudinal effects of alexithymia on romantic relationships. *Personal Relationships*, *26*(4), 566-585.

Izadi, F., Ashrafi, E., & Fathi Ashtiani, A. (2019). The effectiveness of emotional schema therapy on reduction of the negative emotional schemas, alexithymia and signs of patients with somatic symptoms. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, *17*(2), 232-243.

Kahl, K. G., Winter, L., & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective?. Current opinion in psychiatry, 25(6), 522-528.

Khan, A. N., & Jaffee, S. R. (2022). Alexithymia in individuals maltreated as children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of child psychology and psychiatry*, *63*(9), 963-972.

Khataei, A., & Sam Khaniani, T. (2020). The Effectiveness of Schema Therapy on the Intimacy and Alexithymia in Couples with troubled relationships. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, *63*(Special Psychology).

Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. Cognitive and behavioral practice, 9(3), 177-190.

Leahy, R. L. Tirch, D. & Napolitano, L. A. (2011). Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide: Guilford Press. Neuroses.Psychoanalytic Quarterly; 7: 467?89

Mohammadi, S., Hafezi, F., Ehteshamzadeh, P., Eftekhar Saadi, Z., & Bakhtiarpour, S. (2020). Effectiveness of schema therapy and emotional self-regulation therapy in the components of women's marital conflicts. *Journal of Client-centered Nursing Care*, *6*(4), 277-288.

Obeid, S., Akel, M., Haddad, C., Fares, K., Sacre, H., Salameh, P., & Hallit, S. (2019). Factors associated with alexithymia among the Lebanese population: results of a cross-sectional study. *BMC psychology*, *7*(1), 1-10.

Priemer, M., Talbot, F., & French, D. J. (2015). Impact of Self-Help Schema Therapy on Psychological Distress and Early Maladaptive Schemas: A Randomised Controlled Trial. Behaviour Change, 32(1).

Shafiei, A., Younesi, J., Khanjani, M. S., Azkhosh, M., & Hossainzadeh, S. (2022). Effects of Schema Therapy on Marital Satisfaction and Marital Conflict in Mothers of Children with Intellectual Disability. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, *16*(1).

Shah, K., & Murali, R. (2019). Impact of Neuroticism on Alexithymia and Marital Satisfaction Among Married Men and Women. *Indian Journal of Mental Health*, *6*(1).

Siyaguna, T. J. (2019). *Does a Brief Mindfulness Intervention Improve Distress Tolerance Among Athletes?* (Doctoral dissertation, North Dakota State University).

Strong, B., & Cohen, T. F. (2013). *The marriage and family experience: Intimate relationships in a changing society*. Cengage Learning.

Tang, W., Hu, T., Yang, L., & Xu, J. (2020). The role of alexithymia in the mental health problems of home-quarantined university students during the COVID-19 pandemic in China. *Personality and individual differences*, *165*, 110131.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07]

Tavakolizadeh, J., Nejatian, M., & Soori, A. (2015). The Effectiveness of communication skills training on marital conflicts and its different aspects in women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *171*, 214-221.

Wilson, S. J., Andridge, R., Peng, J., Bailey, B. E., Malarkey, W. B., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2017). Thoughts after marital conflict and punch biopsy wounds: Age-graded pathways to healing. *Psychoneuroendocrinology*, *85*, 6-13.

Zarnaghash, M., Zarnaghash, M., & Shahni, R. (2013). The influence of family therapy on marital conflicts. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *84*, 1838-1844.

Zhang, H., Spinrad, T. L., Eisenberg, N., Luo, Y., & Wang, Z. (2017). Young adults' internet addiction: Prediction by the interaction of parental marital conflict and respiratory sinus arrhythmia. *International Journal of Psychophysiology*, *120*, 148-156.

Zhylyevskyy, O. (2012). Spousal conflict and divorce. *Journal of Labor Economics*, *30*(4), 915-962.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07]

The Effectiveness of Schema Therapy on Alexithymia and Marital Conflicts in Couples with Family Differences

Shima Roustaei Alishah[1], Nafiseh Mostafaei[2]

Abstract

The aim of the present study was to investigate the effectiveness of schema therapy on alexithymia and marital conflicts in couples with family differences in Tehran in 1401. The current study was a semi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the study included all couples with family disputes who referred to the offices of the Dispute Resolution Council in Tehran, who were selected by the purposeful sampling method and placed in two experimental (15 people) and control (15 people) groups. The experimental group underwent schema therapy training for 8 sessions, and the control group remained waiting for treatment during this period. The method of data collection was based on alexithymia questionnaire (Toronto, 1994) and marital conflicts (Sanaei et al., 2017). The reliability of the questionnaire was calculated using the Cronbach's alpha method, and its value was found to be above 0.7 for the alexithymia questionnaire and 0.81 for the marital conflicts questionnaire. Likewise, content validity was used to test the validity of the questionnaire, and for this purpose, the questionnaires were approved by the relevant experts. The analysis of the information obtained from the implementation of the questionnaires was done through SPSS19 software in two descriptive and inferential sections (analysis of covariance). The results of the research showed that schema therapy is effective on "alexithymia" of couples with family differences. Also, the results showed that schema therapy is effective on "marital conflicts" of couples with family differences. Therefore, the schema-based intervention method can improve alexithymia and marital conflicts of couples with family differences.

Key words: Schema Therapy, Alexithymia, Marital Conflicts

1 Master of Counseling and Guidance, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran (Corresponding Author)

2 Master of Counseling and Guidance, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-07]