

بررسی مقایسه اثربخشی درمان طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان مدار بر سبک های حل تعارض زناشویی زوجین دارای روابط آشفته

لطیفه شیخ زاده

روانشناس، مدیر مرکز خدمات بهزیستی و مدس سازمان بهزیستی

زیبا گل افلاک

روانشناس بالینی

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان مدار بر سبک های حل تعارض زناشویی زوجین دارای روابط آشفته است. روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زوجین با روابط آشفته بودند که به منظور حل تعارضات یا به پیشنهاد دادگاه خانواده به دفاتر شورای حل اختلاف در شهر آبادان در سال ۱۴۰۲ مراجعه کردند. برای انتخاب نمونه ابتدا طی یک فراخوان اطلاع رسانی شد که ۴۵ زوج متعارض ثبت نام کردند که بطور تصادفی در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند؛ گروه های آزمایش تحت آموزش درمان طرحواره درمانی (۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای) و زوج درمانی هیجان مدار (۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای) قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ گونه درمانی دریافت نکردند. به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه سبک های حل تعارض رحیم (ROCI-II) استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار SPSS-v22 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کواریانس) انجام پذیرفت. نتایج نشان داد که هر دو مداخله بکار رفته در این پژوهش می توانند سبک های حل تعارض را در زوجین دارای روابط آشفته بهبود بخشند ($p < 0.05$)، اما مداخله زوج درمانی هیجان مدار دارای تاثیر بیشتری بر بهبود سبک های حل تعارض بود. نتیجه گیری: براساس نتایج این پژوهش، درمان طرحواره درمانی و هیجان مدار، مداخلات موثری در بهبود سبک های حل تعارض زوجین دارای روابط آشفته دارند اما تاثیر درمان زوج درمانی هیجان مدار بیشتر بود.

واژگان کلیدی: طرحواره درمانی، زوج درمانی هیجان مدار، سبک های حل تعارض، روابط آشفته.

مقدمه

خانواده مهمترین نهاد جامعه بشری است که بنیادی ترین و اولین نهاد جامعه است و اولین قدم برای ایجاد این نهاد اجتماعی ازدواج است. ازدواج در همه جوامع یک موضوع مهم تلقی می شود و داشتن یک زندگی زناشویی موفق برای اکثر افراد هدف اصلی و ایده آل محسوب می شود. به عبارت دیگر خانواده به عنوان مهمترین واحد جوامع شناخته می شود و ازدواج اساسی ترین رابطه انسانی است. زیرا ساختار اولیه روابط خانوادگی و رشد نسل های بعدی را تشکیل می دهد (دربانی و پارساکیا، ۱۴۰۰ الف). در سالهای اخیر، موضوع تعارضات و روابط آشفته در زندگی زوجین یکی از عوامل ختم شونده به طلاق است که به صورت یک روند فزاینده در میان آثار منتشر شده حوزه ازدواج وضعیتی ویژه کسب کرده است (Halligan et al, 2014; Fincham, 2003; Bradbury et al, 2001). آمارها نشان می دهد که روابط آشفته در رابطه زناشویی به عنوان مشکلی موزیانه که در حال حاضر در همه جا هست مورد توجه قرار گرفته است و نتایج مطالعات اپیدمیولوژیک به طور عمده نشان می دهد که در هر لحظه ۲۰٪ جمعیت در زندگی زناشویی خود دارای روابط آشفته هستند (Gurman, & Fraenkel, 2002). گاتمن معتقد است اکثر زوجینی که از هم جدا میشوند و یا طلاق میگیرند ابتدا یک دوره آشفته در رابطه را تحمل و سپس به جدا شدن فکر می کنند (Gottman, 1993). بردیت و همکاران نیز معتقد هستند که طلاق پیامد شکل گیری یک دوره آشفته در زندگی زناشویی زوجین است (Birditt et al, 2017). شکل گیری آشفته در روابط زناشویی ناشی از تعارضات و اختلافات حل نشده زناشویی است. تعارض مجموعه ای از رویدادها و حوادثی است که بر یک یا چند نفر از اعضای خانواده یا همه آنها یا با هم تحمیل می شود و همه اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار می دهد (صحت و همکاران، ۲۰۱۴). طبیعی است که بین زن و شوهر اختلاف و درگیری ایجاد شود. به دلیل ماهیت فعالیت همسران، گاه پیش می آید که اختلاف نظر پیش می آید یا نیازها برآورده نمی شود؛ در نتیجه، همسران نسبت به یکدیگر احساس عصبانیت، ناامیدی و ناخشنودی می کنند. تعارض همیشه منفی نیست، اما روشی است که زوج ها برای مدیریت رابطه معیوب خود استفاده می کنند که می تواند به رابطه آسیب برساند. تعارض زناشویی امنیت کل سیستم خانواده را به خطر می اندازد. همچنین، انرژی مورد استفاده برای بازیابی ایمنی عاطفی، منابع فیزیکی لازم برای ادامه نیازهای تحول آفرین را محدود می کند (دربانی و پارساکیا، ۱۴۰۰ ب). به عبارت دیگر، مقدمه جدایی زوج ها تعارض زناشویی است که از شایعات ساده شروع می شود و می تواند به درگیری های لفظی، دعوا و ضرب و شتم و گاهی جدایی گسترش یابد. تعارض زناشویی زمانی افزایش می یابد که همسران درجات مختلفی از استقلال یا وابستگی را برای همکاری و تصمیم گیری نشان دهند. درجه تفاوت ها می تواند به دلیل حساسیت ها ایجاد شود و باعث ایجاد اختلافات سطحی تا درگیری های شدید شود (Oh & Hwang, 2018). گلاسر معتقد است که تعارض ها ناشی از ناهماهنگی زن و شوهر در نوع نیازها و نحوه برآوردن آنها، خودمحوری، تفاوت در تمایلات، طرحواره های رفتاری و رفتار غیرمسئولانه نسبت به روابط زناشویی و ازدواج است. تعارض در خانواده بیانگر آن است که دنیای کیفی اعضای آن خانواده با یکدیگر ناسازگار است و حداقل یکی از اعضای خانواده در تلاش است تا سایر اعضای خانواده را با دنیای کیفی خود هماهنگ کند (Glasser, 2000). پژوهش ها نشان می دهند که اختلاف ها و ناسازگاری های زوجین و طلاق، نه تنها باعث کاهش سلامت جسمی و بهداشت روانی همسران، درماندگی روانشناختی آنها، کاهش میزان شادکامی کلی، کم شدن رضایت از زندگی، اضطراب، وسواس و اجبار و اختلال در سلامت جسمی و بهداشت روانی همسران می شود، بلکه به احساس تنهایی، پوچی، عزت نفس پایین، نارضایتی و دشواری در انجام وظایف والدینی و اختلال در روابط و عملکردهای اجتماعی همسران نیز می انجامد (دانش، ۱۳۸۹). کوران (Corran) (۱۹۹۲؛ به نقل از حسینی غفاری، ۱۳۸۵) نشان دادند که روابط آشفته در زندگی زناشویی با طیف وسیعی از مشکلات مربوط به فرزندان ارتباط دارد از جمله می توان به مواردی

همچون افسردگی، گوشه‌گیری، ضعف شایستگی اجتماعی، مشکلات مربوط به سلامتی، ضعف در عملکرد تحصیلی و مشکلات ارتباطی اشاره نمود.

سبک‌های حل تعارض در ازدواج، الگوهایی هستند که زوجین برای پیدا کردن راهکار مناسب در برابر مشکلاتی که با آن مواجه میشوند، به کار می‌برند. مدیریت و حل و فصل سازنده تعارضات میتواند ارتباط بین زوجین را قویتر ساخته و آنها را برای ایجاد رابطه صمیمی و نزدیک یاری دهد (Somohano, 2013). با توجه به اینکه زوجین همواره، تعارضاتی را تجربه می‌کنند، مسأله این نیست که چگونه از تعارض جلوگیری کنند، بلکه مهم این است که چگونه به حل و فصل تعارض بپردازند (Dilmac & Tosun, 2015). سبک‌های حل تعارض، رفتارهایی هستند که انسان‌ها در یک تعارض برای تسلط بر موقعیت نشان می‌دهند. رحیم (۱۹۸۳) سبک‌های حل تعارض را به پنج دسته طبقه‌بندی کرد و توجه به خود و توجه به دیگران در جریان تعارض، مبنای این طبقه‌بندی بود. این سبک‌های حل تعارض عبارتند از سبک یکپارچه‌سازی، سبک اجتنابی، سبک سازش‌کاری، سبک سلطه‌گر و سبک الزام‌آور. در سبک یکپارچه سازی، تلاش‌ها بین زوجین مشترک است. این سبک با باز بودن، ارتباط، تجزیه و تحلیل تفاوت‌ها و کشف راه حل‌های مورد توافق متقابل مشخص می‌شود. از سوی دیگر سبک اجتناب با انزوا، اجتناب از مسئولیت، اجتناب از تعارض، نادیده گرفتن اختلاف نظرها و بی‌طرفی مشخص می‌شود. مبادلات و تصمیمات متقابل محور سبک سازش را تشکیل می‌دهند. سبک سلطه بر رقابت و نگرش‌های تهدید آمیز استوار است. در نهایت در سبک تکلیفی سعی بر کاهش اختلاف و تأکید بر شباهت‌ها برای جلب رضایت دیگران است (Ben-Ari, & Hirshberg, 2009; Goodwin, 2001). سبک‌های حل تعارض زناشویی مهمتر از تعارض است زیرا تعارضات زناشویی تداوم ازدواج یا مخالفت را تعیین می‌کند. از این رو، سبک‌های حل تعارض کلید ازدواج‌های موفق هستند و تکنیک‌های عالی حل تعارض، روابط را طولانی تر می‌کند (Weisskirch & Delevi, 2013). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که سبک‌های حل تعارض با تعهد زناشویی (یوسفی و همکاران، ۱۳۹۵)، فرسودگی زناشویی (کریمی و همکاران، ۱۳۹۳)، کیفیت رابطه زوجین (موسوی، ۱۳۹۵)، و رضایت زناشویی (آزادی فرد و امانی، ۱۳۹۹) مرتبط است.

در سالهای اخیر رویکردهای متعددی برای حل تعارضات زناشویی توسط روانشناسان معرفی شده است که از آن جمله میتوان به زوج درمانی هیجان مدار اشاره نمود. زوج درمانی هیجان مدار (EFT: Emotionally Focused couple therapy)، رویکردی یکپارچه از تلفیق سه دیدگاه سیستماتیک، انسان گرایی (تجربه گرایی)، و نظریه دلبستگی بزرگسالان می‌باشد که در اوایل سال ۱۹۸۰ توسط جانسون و گرینبرگ ابداع شد. با توجه به نقش عمده هیجانات در نظریه دلبستگی، این درمان به نقش مهم هیجانات و ارتباطات هیجانی در ساماندهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجانات را عامل تغییر در نظر می‌گیرد (Johnson, 2007). استفاده از نظریه دلبستگی بزرگسالان در این رویکرد، چارچوب منسجمی را برای فهم ماهیت عشق بزرگسالی فراهم می‌کند (Johnson, & Whiffen, 2003). از نظر دیدگاه دلبستگی، هر یک از زوجین با انتظارات و تجاربی از گذشته خود، وارد رابطه کنونی می‌شوند که نقش مهمی در چگونگی پاسخ‌دهی آنها به همسر خود دارد (WHOQL-BREF, 2020). از این رو آشکارسازی هیجانات و نیازهای دلبستگی و نیز پاسخگویی شریک صمیمی به این نیازها برای ایجاد پیوند هیجانی ضرورت دارد و اساس فرآیند تغییر در EFT می‌باشد (Lee et al, 2001). بنابراین مشکلات زوجین فقط ناشی از فقدان مهارت نیست، بلکه ناشی از حل و فصل تجارب اولیه دلبستگی آنها است (Byrne et al, 2004). از این رو هدف عمده این رویکرد این است که به زوجین کمک کند تا نیازها و تمایلات اصلی و نگرانی‌های دلبستگی یکدیگر را شناسایی کرده و ابراز کنند. بنابراین از ناامنی‌های دلبستگی زوجین کاسته می‌شود و دلبستگی ایمن بین آنها پرورش می‌یابد. رویکرد تجربیاتی در EFT بر نقش تجارب هیجانی هر زوج و رویکرد سیستماتیک آن بر نقش چرخه‌های تعاملی در حفظ مشکل تأکید دارد. بنابراین EFT دنیای درون فردی و بین فردی را یکپارچه می‌سازد (Johnson, 2008).

زوج درمانی هیجان مدار به علت ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان مرحله به مرحله برای زوجین، اثربخشی بیشتری نسبت به دیگر رویکردها داشته و احتمال عود در آن به شدت کمتر است. این درمان در اولین مرحله به ارزیابی سبک ارتباطی زوجها می پردازد و پس از اینکه دفاعها آشکار شدند، این سبک را برای زوجین آشکار ساخته و پیامدهای آن را مشخص می سازد؛ به همین دلیل، زوجین رفته رفته موفق میشوند هیجانات سرکوب شده و ناآشنای که این چرخه منفی ارتباطی را تداوم می بخشد، بشناسند و بر اساس مداخلاتی که اثربخشی آنها در پژوهشهای متعددی تأیید شده است، این چرخه را متوقف سازند و روابط خود را بهبود بخشند (Jiang et al, 2015). تاثیر زوج درمانی هیجان مدار بر سبکهای حل تعارض مورد تایید قرار گرفته است. به عنوان مثال، مطالعات کریمیان، اکبری و امیدی (۱۴۰۰) نشان دادند که زوج درمانی هیجان مدار بر صمیمیت زناشویی و حل تعارضات بین زوجین تاثیر معنی داری دارد. همچنین مطالعات هواسی، زهراکار و محسن زاده (۱۳۹۶) نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی مبتنی بر نظریه گاتمن، منجر به کاهش سبکهای حل تعارض مخرب و افزایش استفاده از سبکهای حل تعارض سازنده میشود.

از دیگر مداخلات درمانی جهت کاهش مشکلات زناشویی، طرحواره درمانی است. طرحوارهها نیز موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می شوند و این سوگیریها در آسیب شناسی روانی میان فردی به صورت سوتفاهم ها، نگرشهای تحریف شده و گمانه زنیهای نادرست، هدف و چشم داشتهای غیرواقع بینانه مشخص می شوند (Pugh, 2015). رویکرد طرحواره درمانی، بر الگوهای خودویرانگر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته اند و در سرتاسر طول زندگی فرد تکرار می شوند، تمرکز می کند. این الگوهای طرحوارههای ناسازگار اولیه نامیده می شوند. این دسته از طرحوارههای ناسازگار به رشد و شکل گیری مشکلات روان شناختی می انجامد. طرحوارههای آسیب رسانی که از جریان اولیه رشد آغاز و در طول زندگی تداوم می یابد (قربانعلی پور، مقدم زاده و جعفری، ۲۰۱۷). طرحوارههای ناسازگار اولیه، عمیق ترین سطح ساختارهای شناختی هستند که خود را در رابطه با محیط و سایر افراد نشان می دهد و در شرایط خاص فعال می شوند (Doomen, 2018). در شکل گیری طرحوارهها خلق و خوی ذاتی با تجارب ارتباطی غیرانطباقی اولیه به ویژه آسیبهای کودکی تعامل می کنند و به طور خاص تر، این طرحوارهها در صورتی به طرحوارههای ناسازگار تبدیل می شوند که نیازهای روانشناختی فرد (مثل نیازهای استقلال، محبت و دلبستگی) برآورده نشوند (van den Broek et al, 2011; Young et al, 2006). یانگ و همکاران (۲۰۰۳) ۱۸ طرحواره ناسازگار را مشخص کرده اند که در پنج حوزه زیر قرار می گیرند (Young et al, 2006)؛ حوزه بریدگی و طرد (رهاشدگی، بی اعتمادی، محرومیت هیجانی، نقص و شرم، انزوای اجتماعی/بیگانگی)، حوزه خودگردانی و عملکرد مختل (وابستگی/بی کفایتی، آسیب پذیری نسبت به ضرر و زیان، خودتحويل نیافته/گرفتار، شکست)، حوزه محدودیت های مختل (استحقاق/برزگ منشی، خویشتن داری و خودانضباطی ناکافی)، حوزه دیگر جهت مندی (اطاعت، ایثار، پذیرش جویی/جلب توجه) و حوزه گوش به زندگی بیش از حد و بازداري (منفی گرایی/بدبینی، بازداري هیجانی، معیارهای سرسختانه، تنبیه). در همین رابطه تاسکا و بلفورم، در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که زوجین با روابط زناشویی آشفته سطوح بالاتری از ناامنی دلبستگی و حالات ذهنی آشفته را نشان می دهند (Tasca, & Balfour, 2014).

قناطیر (۱۴۰۰) نیز در پژوهش خود نشان دادند که طرحواره درمانی بر بهبود سبکهای حل تعارض در زوجین تاثیر مثبت و معناداری دارد. همچنین مطالعات ختائی و سام خانیانی (۱۳۹۹) نشان دادند که آموزش طرحواره درمانی بر بهبود نارسایی هیجانی و صمیمیت زوجین با روابط آشفته تاثیر مثبت گذاشته است. جانتن و نلسون نشان دادند که طرحواره درمانی بر حل تعارضات و کیفیت زندگی اثربخش است و منجر به افزایش سبک حل تعارض یکپارچه و مصالحه و کاهش سبک حل تعارض مسلط، اجتنابی و ملزم شده، می شود (Jantn, & Nlson, 2016).

با توجه به این که زوجین ناراضی با مشکلات و آسیب‌های روانی، اجتماعی و عاطفی بسیاری روبه رو هستند که مجموع این فشارها موجب تنش در ابعاد گوناگون را فراهم می‌آورد، سبک‌های حل تعارض متفاوتی را در حل مشکلات و روابط خود بکار می‌گیرند. شایان ذکر است که مداخله طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان مدار می‌توانند در جهت کاهش مشکلات این زوجین بسیار موثر واقع گردد زیرا این دو رویکرد درمانی باعث کاهش تنش‌های ناشی از مشکلات می‌گردد. بنابراین با فراهم نمودن شرایط مناسب می‌توان تنش ناشی از مشکلات را کنترل نمود و در ابعاد مختلف بر توانمندی‌های درونی مثبت آن‌ها اثر گذاشت و میزان قدرت تحمل و سازگاری فرد در برخورد با مشکلات را تقویت نمود. در نهایت می‌تواند عملکرد مفید و روابط بین فردی را در آن‌ها تقویت و میزان صمیمیت این زوجین را تنظیم کرد. پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه مؤید این نظر است که رویکردهای درمانی طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان مدار با اثربخشی بر مشکلات زوجین ناراضی می‌تواند اثرمفیدی بر کیفیت زندگی این زوجین در جامعه ایجاد کند. اما در ارتباط با برتری هر کدام نسبت به دیگری در زمینه اثربخشی آن‌ها به ویژه در ارتباط با سبک‌های حل تعارض زوجین دارای روابط آشفته اطلاعاتی در دست نیست. لذا ضرورت انجام پژوهش حاضر احساس می‌شود و می‌تواند به گسترش دانش و بینش افراد تاثیر بگذارد. بدیهی است انجام چنین مطالعاتی در تصمیم‌گیری درمانگران جهت انتخاب درمان مناسب و کمک به زوجین دارای روابط آشفته کمک شایانی خواهد بود. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه تاثیر طرح‌واره درمانی و زوج درمانی هیجان مدار بر سبک‌های حل تعارض در زوجین دارای روابط آشفته انجام شد.

روش تحقیق

طرح این پژوهش، نیمه آزمایشی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه زوجین با روابط آشفته بودند که به منظور حل تعارضات یا به پیشنهاد دادگاه خانواده به دفتر شورای حل اختلاف در شهر آبادان در سال ۱۴۰۲ مراجعه کردند. برای انتخاب نمونه ابتدا طی یک فراخوان اطلاع‌رسانی شد که ۷۰ زوج متعارض ثبت نام کردند. با توجه به اینکه در تحقیقات آزمایشی ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است (گال و همکاران، ۱۹۹۶)، تعداد ۴۵ شرکت‌کننده براساس ملاک‌های ورود به پژوهش و با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند سپس، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت از رضایت آگاهانه، دامنه سنی ۴۰-۲۵ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، سکونت در شهر آبادان، ۵ سال سابقه تاهل، عدم استفاده از داروهای روان گردان و روانپزشکی حداقل دو هفته قبل از شروع درمان، عدم ابتلا به بیماریهای شدید جسمانی یا روانی بودند. معیارهای خروج از پژوهش عبارت از دو جلسه غیبت متوالی یا سه جلسه غیرمتوالی، عدم انجام دقیق تکالیف و تمرین‌های منزل طی سه جلسه متوالی یا غیرمتوالی و استفاده از داروهای روان گردان و روان پزشکی در حین انجام پژوهش بودند. گروههای آزمایش تحت آموزش طرحواره درمانی (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و زوج درمانی هیجان مدار (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ آموزش و مداخله‌ای را دریافت نکردند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در اولین جلسه دوره آموزشی اعلام شد نتایج بدست آمده از داده‌ها محرمانه بوده و تحلیل آن‌ها صرفاً به شکل گروهی انجام می‌پذیرد و اعضای گروه فرم رضایت نامه را تکمیل کردند. شایان ذکر است که در طی ارائه دوره اعضای گروه کنترل تحت هیچ گونه مداخله‌ای قرار نگرفتند و به آن‌ها گفته شد می‌توانند در دوره بعدی شرکت کنند. همچنین مجریان هر کدام از مداخله‌ها دوره‌های لازم را دیده و متخصصین هم نظارت داشتند.

به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه سبک‌های حل تعارض رحیم (۱۹۹۷) استفاده شد. این مقیاس ۲۸ گویه با ۵ گزینه کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم و خیلی موافقم در مقیاس لیکرت است که به ترتیب از ۱ تا ۵ نمره گذاری می‌شود. این

پرسشنامه شامل ۵ خرده مقیاس شامل سبک یکپارچه (سوالات ۷ تا ۱۳)، سبک اجتنابی (سوالات ۸ تا ۱۳)، سبک مسلط (سوالات ۱۴-۱۸)، سبک مصالحه (سوالات ۱۹-۲۲) و سبک ملزم شده (سوالات ۲۳-۲۸) است. پایایی آزمون -بازآزمون این مقیاس در تحقیقات مختلف از ۰/۷۲ تا ۰/۸۳ گزارش شده است. فرم فارسی آن دارای همسانی درونی ۰/۸۱ و روایی ۰/۷۹ است (باباپور، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر الفای کرونباخ ۰/۹۰ برآورد شد.

تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از اجرای پرسشنامه از طریق نرم افزار SPSS-V22 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

جدول ۱. جلسات درمانی طرحواره درمانی براساس الگوی یانگ و همکاران^۱ (۲۰۱۶)

جلسه	محتوا
اول	اول توضیح الگوی طرحواره به زبان ساده و شفاف برای بیمار و چگونگی شکل گیری طرحواره ها و سبک های مقابله ای، سنجش مشکلات بیمار
دوم	فرضیه سازی در خصوص طرحواره ها و شناسایی و نام گذاری آن ها، تشخیص سبک های مقابله ای و خلق و خوی بیمار و تصویر سازی ذهنی در مرحله سنجش
سوم	مفهوم سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره و جمع آوری کل اطلاعات به دست آمده در مرحله سنجش، بررسی شواهد عینی تایید کننده و رد کننده طرحواره ها براساس شواهد زندگی گذشته و فعلی بیمار
چهارم	اسناد دهی شواهد تایید کننده طرحواره ها به تجارب دوران کودکی و شیوه های فرزند پروری ناکارآمد، گفتگو بین طرحواره سالم و یادگیری پاسخ های سالم توسط بیمار
پنجم	تهیه کارت های آموزشی طرحواره هنگام مواجهه با موقعیت برانگیزاننده طرحواره، نوشتن فرم ثبت طرحواره در طی زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرحواره ها
ششم	ارائه منطق استفاده از روش های تجربی و اجرای گفتگوی خیالی، تقویت مفهوم "بزرگسال سالم" در ذهن بیمار و شناسایی نیازهای هیجانی ارضاء نشده و جنگیدن علیه طرحواره ها
هفتم	ایجاد فرصتی برای بیمار جهت شناسایی احساساتش نسبت به والدین و نیازهای برآورده نشده اش توسط آن ها، کمک به بیمار برای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده با حوادث آسیب زا و فراهم نمودن زمینه حمایت برای بیمار، یافتن راههای جدید برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک های مقابله ای اجتناب و جبران افراطی
هشتم	تهیه فهرستی جامع از رفتارهای مشکل ساز و تعیین اولویتهای تغییر و مشخص نمودن آماج های درمانی، تصویر سازی ذهنی موقعیت های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل ساز ترین رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش بازنگری مزایا و معایب رفتارهای ناسالم و سالم و غلبه بر موانع تغییر رفتار
نهم	جمع بندی جلسات به همراه اجرای پس آزمون

¹ Yang, Zhu, Chen, Song, & Wang

جدول ۲. چارچوب جلسات زوج درمانی هیجان مدار براساس برنامه درمانی جانسون (۲۰۰۷)

جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی با اعضا و بیان منطق، تبیین و ارائه رویکرد هیجان مدار، ایجاد یک رابطه درمانی، احساس امنیت، حمایت و درک شدن و پذیرش بوسیله درمانگر از طرف اعضا، بحث و گفت گو در مورد نابرابری، پذیرش خود، نگرش جنسی و بخشودگی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
دوم	شناسایی تعاملات منفی زمانی که این موضوعات متعارض بروز پیدا می کند، خلاصه سازی جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، بحث و گفتگو درباره تعاملات منفی، زمانی که این موضوعات متعارض بروز پیدا می کند، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
سوم	ارزیابی هیجانات زیر بنایی ناشناخته، خلاصه سازی جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، بحث و گفت و گو درباره هیجانات زیربنایی همراه با تعاملات منفی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
چهارم	قاب گیری مجدد مشکل از طریق بررسی چرخه همراه با هیجانات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، خلاصه سازی جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، قاب گیری مجدد مشکل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
پنجم	ارتقای احساس نزدیکی با هیجانات عاطفی طرد شده، خلاصه سازی جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، ارتقای احساس نزدیکی با هیجانات عاطفی طرد شده، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
ششم	افزایش پذیرش هر یک از اعضا از تجربه همسرش، خلاصه سازی جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
هفتم	تسهیل بیان نیازها و خواسته ها جهت دوباره سازمان دادن تعاملات بر مبنای درک جدید از همسران و ایجاد رویدادهای پیوند دهنده، خلاصه سازی جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، تسهیل بیان نیازها و خواسته ها، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
هشتم	تسهیل ایجاد راه حل های جدید برای مشکلات قدیمی و تقویت موقعیت های جدید و چرخه های رفتاری عاطفی، خلاصه سازی جلسه قبل و بررسی تکالیف جلسه قبل، تسهیل ایجاد راه حل های جدید برای مشکلات قدیمی و تقویت موقعیت های جدید، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف، داشتن مراسمی برای تجدید کردن عهد و پیمان ها.
نهم	جمع بندی جلسات به همراه اجرای پس آزمون

یافته ها

در مطالعه حاضر ابتدا توصیفی آماری از متغیرهای پژوهش به عمل آمده، سپس تفاوت احتمالی گروه ها بررسی شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار پیش آزمون-پس آزمون سبک های حل تعارض در گروه های آزمایش و گروه کنترل

متغیر	مراحل	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سبک یکپارچه	گروه طرحواره درمانی	۱۲/۱۳	۳/۲۹	۲۳/۵۳	۲/۷۲
	گروه زوج درمانی هیجان مدار	۱۳/۲۷	۲/۷۴	۲۶/۲۰	۱/۸۶
	گروه کنترل	۱۲/۰۰	۲/۵۴	۱۱/۴۰	۲/۰۳
سبک اجتنابی	گروه طرحواره درمانی	۲۵/۰۰	۱/۸۹	۱۵/۱۳	۱/۷۷
	گروه زوج درمانی هیجان مدار	۲۳/۷۳	۲/۶۹	۱۲/۸۷	۱/۶۴
	گروه کنترل	۲۳/۳۳	۲/۵۳	۲۲/۷۳	۲/۱۵
سبک مسلط	گروه طرحواره درمانی	۲۰/۰۰	۲/۱۴	۱۵/۲۰	۱/۹۰
	گروه زوج درمانی هیجان مدار	۱۹/۸۰	۲/۶۵	۱۴/۱۳	۲/۴۲
	گروه کنترل	۲۰/۹۳	۱/۹۱	۲۰/۴۰	۱/۹۹
سبک مصالحه	گروه طرحواره درمانی	۸/۶۷	۱/۹۵	۱۳/۵۳	۱/۶۸
	گروه زوج درمانی هیجان مدار	۷/۸۰	۱/۵۷	۱۶/۸۰	۱/۴۲

۲/۰۲	۸/۳۳	۲/۵۰	۸/۴۷	گروه کنترل	سبک ملزم شده
۱/۴۴	۱۷/۰۷	۲/۳۰	۲۴/۰۰	گروه طرحواره درمانی	
۲/۳۷	۱۴/۸۰	۲/۵۳	۲۳/۱۳	گروه زوج درمانی هیجان مدار	
۲/۲۳	۱۶/۳۳	۲/۰۷	۲۳/۸۷	گروه کنترل	

براساس نتایج مندرج در جدول ۳، می توان به این توصیف دست زد که مداخله به هر دو روش باعث افزایش سبک مصالحه و سبک یکپارچه و باعث کاهش سبک مسلط، اجتنابی و ملزم کننده شده است. این تغییرات در گروه کنترل مشاهده نمی شود.

جدول ۴. آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای بررسی توزیع نرمال داده ها

پس آزمون		پیش آزمون		مراحل	متغیر
p	آماره K-S	p	آماره K-S		
۰/۹۹	۰/۴۳	۰/۵۳	۰/۸۱	گروه طرحواره درمانی	سبک یکپارچه
۰/۸۰	۰/۶۵	۰/۹۶	۰/۵۰	گروه زوج درمانی هیجان مدار	
۰/۸۶	۰/۶۰	۰/۸۰	۰/۶۵	گروه کنترل	
۰/۹۴	۰/۵۳	۰/۷۹	۰/۶۵	گروه طرحواره درمانی	سبک اجتنابی
۰/۸۱	۰/۶۴	۰/۹۳	۰/۵۵	گروه زوج درمانی هیجان مدار	
۰/۶۵	۰/۷۳	۰/۷۹	۰/۶۵	گروه کنترل	
۰/۹۲	۰/۵۵	۰/۸۰	۰/۶۵	گروه طرحواره درمانی	سبک مسلط
۰/۷۶	۰/۶۷	۰/۴۷	۰/۸۵	گروه زوج درمانی هیجان مدار	
۰/۸۴	۰/۶۲	۰/۹۷	۰/۴۹	گروه کنترل	
۰/۸۵	۰/۶۱	۰/۸۰	۰/۶۴	گروه طرحواره درمانی	سبک مصالحه
۰/۵۸	۰/۷۸	۰/۷۰	۰/۷۱	گروه زوج درمانی هیجان مدار	
۰/۸۲	۰/۶۳	۰/۹۶	۰/۵۰	گروه کنترل	
۰/۵۳	۰/۸۱	۰/۸۰	۰/۶۵	گروه طرحواره درمانی	سبک ملزم شده
۰/۷۴	۰/۶۸	۰/۸۴	۰/۶۱	گروه زوج درمانی هیجان مدار	
۰/۴۸	۰/۸۴	۰/۵۴	۰/۸۰	گروه کنترل	

قبل از آزمون فرضیه های تحقیق حاضر به بررسی مفروضه های تحلیل کواریانس پرداخته شد که نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در هیچ یک از متغیرها معنادار نشد ($p > 0.05$). که نشانگر رعایت پیش فرض نرمال بودن توزیع داده ها است. جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس های متغیرها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج نشان داد که آزمون لوین در هیچ یک از متغیرهای تحقیق معنی دار نمیباشد که نشان دهنده این است که واریانسها همگن هستند ($p > 0.05$).

جدول ۵. آزمون F لوین برای بررسی همگنی واریانس در گروه طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان مدار

متغیر	F	DF1	DF2	p
سبک یکپارچه	۲/۵۶۵	۱	۲۸	۰/۱۲۰
سبک اجتنابی	۱/۷۱۶	۱	۲۸	۰/۳۰۱
سبک مسلط	۱/۲۱۹	۱	۲۸	۰/۳۷۹
سبک مصالحه	۰/۳۵۴	۱	۲۸	۰/۵۵۷
سبک ملزم شده	۰/۲۷۴	۱	۲۸	۰/۶۰۵

جدول ۶. نتایج کلی تحلیل کوواریانس چند متغیره

نوع آزمون	Df فرضی	Df خطا	F	p
اثر پیلای	۱۰/۰۰۰	۷۸/۰۰۰	۱۲/۲۰۴	۰/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۱۰/۰۰۰	۷۶/۰۰۰	۳۱/۰۸۵	۰/۰۰۰
اثر هاتلینگ	۱۰/۰۰۰	۷۴/۰۰۰	۶۷/۳۶۰	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه روی	۵/۰۰۰	۳۹/۰۰۰	۱۳۹/۰۶۸	۰/۰۰۰

همان طور که در جدول ۶ مشاهده می شود، معنادار شدن شاخص های آزمون چند متغیره یعنی لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ، بزرگترین ریشه اختصاصی روی و اثر پیلای مویید این موضوع است که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرها در پس آزمون ایجاد شده است. نتایج این بررسی در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۷. مقایسه پس آزمون در سه گروه با کنترل اثر پیش آزمون

منابع تغییرات	متغیرها	df	F	p	ضریب اثر
پیش آزمون	سبک یکپارچه	۱	۳۷۴۲/۰۳۶	۰/۰۰۰	۰/۹۸۹
	سبک اجتنابی	۱	۳۶۹۲/۰۲۸	۰/۰۰۰	۰/۹۸۹
	سبک مسلط	۱	۲۷۶۶/۷۷۰	۰/۰۰۰	۰/۹۸۵
	سبک مصالحه	۱	۲۵۰۲/۴۴۴	۰/۰۰۰	۰/۹۸۳
	سبک ملزم شده	۱	۲۷۶۱/۵۸۷	۰/۰۰۰	۰/۹۸۵
گروه	سبک یکپارچه	۲	۱۸۶/۹۲۲	۰/۰۰۰	۰/۸۹۹
	سبک اجتنابی	۲	۱۱۴/۹۳۳	۰/۰۰۰	۰/۸۴۶
	سبک مسلط	۲	۳۷/۷۲۴	۰/۰۰۰	۰/۶۴۲
	سبک مصالحه	۲	۹۱/۵۵۰	۰/۰۰۰	۰/۸۱۳
	سبک ملزم شده	۲	۴/۷۷۱	۰/۰۱۴	۰/۱۸۵

طبق جدول ۷ نتایج به دست آمده از مقایسه پس آزمون سبک های حل تعارض در سه گروه با کنترل کردن اثر پیش آزمون حاکی از این است که پس از ارائه مداخلات درمانی، نمرات سبک های حل تعارض اعضایی که در گروههای طرحواره درمانی، زوج درمانی هیجان مدار و کنترل شرکت داشتند، تفاوت معناداری داشته است ($p < ۰/۰۱$). برای مشخص شدن تفاوت موجود بین گروهها از آزمون تعقیبی استفاده شد که نتایج نشان داد سبک یکپارچه و سبک مصالحه در اعضایی که در گروه زوج درمانی هیجان مدار شرکت

داشتند، نسبت به اعضای که در گروه طرحواره درمانی یا در گروه کنترل جایگزین شده بودند، افزایش معناداری داشته است ($p < 0.01$). بنابراین درمان زوج درمانی هیجان مدار بر سبک یکپارچه و سبک مصالحه اثربخشی بهتری دارد. همچنین، نتایج به دست آمده از مقایسه پس آزمون سبک ملزم کننده و سبک اجتنابی درسه گروه با کنترل کردن اثر پیش آزمون حاکی از این است که پس از ارائه مداخلات درمانی، نمرات سبک ملزم کننده و سبک اجتنابی اعضای که در طرحواره درمانی، زوج درمانی هیجان مدار و کنترل شرکت داشتند، تفاوت معناداری داشته است ($p < 0.01$). برای مشخص شدن تفاوت موجود بین گروهها از آزمون تعقیبی استفاده شد که نتایج نشان داد نمرات سبک ملزم کننده و سبک اجتنابی در اعضای که در گروه زوج درمانی هیجان مدار شرکت داشتند، نسبت به اعضای که در گروه طرحواره درمانی یا در گروه کنترل جایگزین شده بودند، کاهش معناداری داشتند ($p < 0.01$). بنابراین درمان زوج درمانی هیجان مدار بر سبک ملزم کننده، سبک اجتنابی و سبک مسلط اثربخشی بهتری دارد. همچنین، نتایج به دست آمده از مقایسه پس آزمون سبک مسلط درسه گروه با کنترل کردن اثر پیش آزمون حاکی از این است که پس از ارائه مداخلات درمانی، نمرات سبک مسلط اعضای که در گروه های طرحواره درمانی، زوج درمانی هیجان مدار و کنترل شرکت داشتند، تفاوت معناداری نداشته است. بنابراین، بین اثربخشی طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش سبک مسلط در زوجین دارای روابط آشفته تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف تحقیق حاضر مقایسه درمان طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود سبک های حل تعارض زوجین دارای روابط آشفته بود. نتایج بدست آمده از تحقیق حاضر این فرضیه را که نمرات سبک های حل تعارض اعضای گروه های طرحواره درمانی، زوج درمانی هیجان مدار و کنترل با هم تفاوت دارند، تایید کرد. بدین صورت که نمرات پس آزمون سبک مصالحه و سبک یکپارچه اعضای که در گروه درمان زوج درمانی هیجان مدار و طرحواره درمانی شرکت داشتند بیشتر از نمرات اعضای است که در گروه کنترل جایگزین شده بودند. همچنین نمرات پس آزمون سبک اجتنابی، سبک ملزم کننده که در گروه زوج درمانی هیجان مدار و طرحواره درمانی شرکت داشتند کمتر از نمرات اعضای است که در گروه کنترل جایگزین شده بودند. لذا درمان طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان مدار بر افزایش سبک یکپارچه و سبک مصالحه و کاهش سبک اجتنابی، سبک مسلط و سبک ملزم کننده اثربخش می باشند. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نیز نشان داد که درمان زوج درمانی هیجان مدار بر افزایش سبک مصالحه و سبک یکپارچه و کاهش سبک اجتنابی، سبک ملزم کننده اثربخشی بهتری دارد. همچنین بین دو رویکرد درمانی بر سبک مسلط تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتایج نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار بر افزایش سبک مصالحه و سبک یکپارچه و کاهش سبک اجتنابی، سبک مسلط و سبک ملزم کننده با مطالعات مشابه صورت گرفته در این زمینه همچون تحقیق لطافتی بریس و همکاران (۱۴۰۰)، کندی و همکاران (۲۰۱۷)، کنرادی و همکاران (۲۰۱۷) و خان و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر افزایش سبک مصالحه و یکپارچه میتوان گفت هدف اصلی درمان هیجان مدار، دسترسی و پردازش مجدد واکنش های هیجانی اساسی در تعاملات زناشویی است (جانسون، ۲۰۱۷). این فرایند به توسعه سبک های دلبستگی ایمن، همدلی زوج ها نسبت به تجارب یکدیگر و ایجاد الگوهای تعاملی جدید منجر می شود و سبک های دلبستگی بالبی شباهت زیادی به سبک های حل تعارض مطرح شده در این پژوهش دارد. پس از مداخله ۸ جلسه زوجین در گروه زوج درمانی هیجان مدار، از نظر آماری، بهبودی معنی داری در ابعاد مختلف سبک های حل تعارض زوجین حاصل شد. به طوری که زوجین پس از درمان تلاش می کردند از تبادلات کلامی ناخوشایند

با همسرشان جلوگیری کنند و یک رابطه برابر و برنده-برنده را در بین شان برقرار سازند، به مذاکره و گفت و شنود روی بیاورند، همسر خود را حمایتگر و مراقبت کننده فرض کرده و از تعارض اجتناب نکنند، خودافشایی نمایند و در نهایت با یادگیری سبک حل تعارض سازنده و یکپارچه، به ارضاء متقابل نیازهای همدیگر بپردازند، چیزی که در سایر سبک ها به چشم نمی خورد. این تغییرات مطابق با اولین فرضیه درمان هیجان مدار است: موثرترین عامل در ایجاد و حفظ صمیمیت زناشویی به نوع زنجیره های عاطفی ارائه شده در یک رابطه بستگی دارد (Johnson, 2004). استفاده از این رویکرد میتواند منجر به ایجاد ایمنی در سبک دلبستگی زوجین شود زیرا زوجین پس از شرکت در این جلسات درباره تعهدات و مسؤولیتهای خود مذاکره نمودند و عمل عدم توافق خود را بررسی کردند و حتی به ارایه ایدههایی درباره افزایش کیفیت زندگی خود پرداختند. تأکید اصلی شیوه درمانی هیجان مدار بر مشارکت هیجانات در الگوهای ناسازگاری در زوجین آشفته میباشد. تلاش این روش آشکار ساختن هیجانات آسیب پذیر و تسهیل تواناییهای هر کدام از زوجین با شیوه های ایمنی و محبت آمیز میباشد. این شیوه سعی میکند عناصر مخرب در رابطه زناشویی که باعث ایجاد چرخه منفی در زندگی شده را تغییر دهد (Johnson, & Zuccarini, 2010). رویکردهای دیگر تعارضات زناشویی نیز عموماً تأکید بر تعاملات و گفتگوهای صمیمانه دارند. استفاده از مشاورین بد، عدم توافق در مورد وجود مشکلات، انتظارات بیش از حد از یکدیگر، جریحه دار کردن احساسات زوجین و عدم بیان نیازهای عاشقانه به یکدیگر و دلایل متعدد دیگری میتواند با ایجاد تعاملات صمیمانه به مهار بسیاری از آن ها پرداخت (کریمیان و همکاران، ۱۴۰۰).

همچنین نتایج نشان داد که طرحواره درمانی اثر مثبت و معناداری بر سبک های حل تعارض داشته و باعث افزایش سبک مصالحه و سبک یکپارچه و کاهش سبک مسلط، سبک ملزم کننده و سبک اجتنابی شده است. این یافته با پژوهش چشمه نوشی و همکاران (۱۳۹۹) و خوش اخلاق و رضایی جمالویی (۱۴۰۰) همسو است. آنها در یافته های خود نشان دادند که طرحواره درمانی بر سبک های حل تعارض اثربخشی معناداری دارد.

در تبیین این یافته می توان گفت رویکرد طرحواره درمانی می تواند به زوج ها کمک کند تا روابط بین فردی خود را با همسر و دیگران تغییر دهند و با ترویج نمادگرایی و آگاهی از نقش خود در کسب تجربه و تغییر فرآیندها، کنترل بیشتری بر روابط خود به دست آورند (Gurman, 2013). بنابراین طرحواره درمانی سعی در شناسایی طرحواره های ناسازگار در بین زوجین و تبدیل آنها به پیام ها و رفتارهای سازنده و قابل درک برای بهبود روابط و همکاری آنها، میزان گرایش زوجین به تایید و رد نظرات یکدیگر، عدم تمایل به مخالفت و... به طور غیرمنطقی نظرات همسر را رد می کنند و از یکدیگر در زمینه های مختلف حمایت می کنند (Hertlein & Weeks, 2017). در آموزش مبتنی بر طرحواره درمانی به دلیل این که انجام گفتگوهای خیالی ارائه شد، زوجین فرا گرفتند با افرادی که باعث ایجاد طرحواره هایشان شده اند، گفتگو کنند و تعارضات را حل کنند. این درمان به زنان کمک کرد که نیازهای ارضا نشده خود را بشناسند، تعارضات را شناسایی کنند و در روابط بین فردی خود در زندگی زناشویی برای رسیدن به توافق همکاری و انعطاف بیشتری داشته باشند، انطباقی تر و مصالحه گر باشند، از تعارضات در زندگی خود اجتناب نکنند و آنها در در اسرع وقت حل و رفع کنند، و کمتر به رقابت در روابط زناشویی بپردازند. می توان گفت اجرای تکنیک های شناختی و استفاده از تکنیک قالب بندی مجدد و بازمعنایی طرحواره های ناسازگار، ارزیابی سود و زیان راهبردهای مقابله ای، گفتگو بین جنبه سالم و ناسالم طرحواره و یادداشت روزانه طرحواره ها که سبب ترغیب زنان برای رها کردن تعارضات ناکارآمد شد و نیز موجب گردید زوجین در زندگی زناشویی خود بیشتر از خودگذشتگی و ایثار کنند تا روابط قطع نشود و تعارضات شان تعدیل گردد و نیز این درمان موجب شد، آرامش حفظ شود، فضای دوستی و رفاقت برای حل تعارضات تقویت شود و با تکیه بر حل مسئله و روشن ساختن اختلافات، الگوی حل تعارضات بهبود پیدا کرد (سعیدینا و مکوندی، ۱۳۹۷).

در انتها پیشنهاد می گردد مراکز مشاوره و خانواده به اثربخشی آموزش مبتنی بر طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان مدار به دلیل اثرات مثبت بر بهبود الگوهای حل تعارض توجه ویژه ای نمایند و در کارگاه های خانواده از این روشها مؤثر در جهت بهبود کیفیت زندگی زناشویی استفاده مناسب تری نمایند. همچنین پیشنهاد می گردد، متولیان امر خانواده، سمیناری در زمینه تأثیر آموزش طرح واره درمانی و زوج درمانی هیجان مدار برگزار کنند تا از این درمان ها بتوان استفاده گسترده تری کرد و الگوهای حل تعارض در زوجین دارای روابط آشفته را بهبود بخشید.

منابع

- آزادی فرد، صدیقه، امانی، رزیتا. (۱۳۹۹). رابطه‌ی باورهای ارتباطی و سبک‌های حل تعارض با رضایت زناشویی. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۴(۲)، ۳۹-۴۷.
- حسینی غفاری، فاطمه (۱۳۸۵). مقایسه روان درمانی گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب و روان درمانی انگیزشی نظاممند بر افزایش رضایتمندی زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.
- دانش، عصمت (۱۳۸۹). تاثیر روش تحلیل ارتباط محاوره ای بر افزایش خودشناسی و سازگاری زناشویی. معاونت پژوهشی دانشگاه شهید بهشتی.
- سعیدنیا، زینب؛ مکوندی، بهنام (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و الگوهای حل تعارض در زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره. روانشناسی فرهنگی زن (زن و فرهنگ سابق). دوره ۱۰، شماره ۳۷، ص ۹۹-۱۱۳.
- قناتیر، سعید (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود سبک های حل تعارض در زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان اهواز، هشتمین کنفرانس بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی.
- کریمی، پروانه، کریمی، جهانگیر، و دهقان، فاطمه. (۱۳۹۳). رابطه سبک های دلبستگی و سبک های حل تعارض با فرسودگی زناشویی کارکنان متاهل. زن و جامعه (جامعه شناسی زنان)، ۵(۴) (مسلسل ۲۰)، ۵۳-۷۰.
- کریمیان پریسا، اکبری حسین، امیدی عبدالله (۱۴۰۰). بررسی تاثیر زوج درمانی هیجان مدار بر صمیمیت زناشویی و تعارضات زوجین. مجله تحقیقات پزشکی صرم. ۶ (۳): ۱۵۵-۱۶۲
- موسوی، سیده فاطمه. (۱۳۹۶). ابعاد کیفیت زناشویی: بررسی پیش‌بینی کننده‌های مؤلفه‌های تعامل و شیوه‌های حل تعارض زناشویی. مشاوره کاربردی، ۱۷(۱)، ۸۱-۱۰۰.
- هواسی، ناهید، زهراکار، کیانوش، محسن‌زاده، فرشاد. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی به روش گاتمن بر فرسودگی زناشویی و تغییر سبک‌های حل تعارض. مجله اصول بهداشت روانی، ۲۰(۱)، ۱۳-۲۰.
- یوسفی، ناصر، کریمی پور، بنت الهدا، امانی، احمد. (۱۳۹۶). بررسی مدل باورهای مذهبی، سبک‌های حل تعارض و تعهد زناشویی با نگرش نسبت به خیانت زناشویی. مشاوره کاربردی، ۱۷(۱)، ۴۷-۶۴.
- Azadifard, S., & Amani, R. (2020). The relation between relational beliefs and conflict resolution styles with marital satisfaction. *Clinical Psychology and Personality*, 14(2), 39-47.
- Ben-Ari, R., & Hirshberg, I. (2009). Attachment styles, conflict perception, and adolescents' strategies of coping with interpersonal conflict. *Negotiation Journal*, 25(1), 59-82.
- Birditt, K. S., Wan, W. H., Orbuch, T. L. and Antonucci, T. C. (2017). The development of marital tension: Implications for divorce among married couples. *Developmental psychology*, 53(10): 1995
- Bradbury, T.N., Rogge, R. and Lawrence, E. (2001). Reconsidering the role of conflict in marriage. *Couples in conflict*, 59-81 .
- Byrne, M., Carr, A., & Clark, M. (2004). The efficacy of behavioral couples' therapy and emotionally focused therapy for couple distress. *Contemporary family therapy*, 26, 361-387.
- Cheshmeh Noshi, M., Arefi, M., Afshari Nia, K., & Amiri, H. (2021). Effect of Schema-Based Couple Therapy and Solution-Oriented Couple Therapy on Marital Conflict Resolution Styles in Women Referring to Counseling Centers. *Razavi International Journal of Medicine*, 9(4), 67-72.
- Darbani, S. A., & Parsakia, K. (2022a). The effectiveness of strength-based counseling on the reduction of divorced women's depression. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*, 4(2), 28-32.
- Darbani, S. A., & Parsakia, K. (2022b). The effectiveness of strength-based counseling on the self-esteem of marital conflicted women. *Psychology of Woman Journal*, 3(1), 46-55.
- Doomen, L. (2018). The effectiveness of schema focused drama therapy for cluster C personality disorders: An exploratory study. *The Arts in Psychotherapy*, 61, 66-76.

- Fincham, F. D. (2003). Marital conflict: Correlates, structure, and context. *Current Directions in Psychological Science*, 12(1): 23-27.
- Ghorbanalipoor, M., Moghadamzadeh, A., & Jafary, E. (2017). The effectiveness of schema therapy and logo therapy on death anxiety in patients with hypochondriasis. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 7(1), 52-66.
- Glasser, W. (2000). *Counseling with choice therapy: The new reality therapy*. Harper-Collins. <https://www.amazon.com/Counseling-Choice-Theory-William-Glasser/dp/0060953667>
- Goodwin, J. (2001). Resolving auditor-client conflicts concerning financial statement issues. SSRN.
- Gottman, J. M. (1993). *What predicts divorce: The relationship between marital process and marital outcomes*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Gurman, A. S., 2013. Behavioral couple therapy: Building a secure base for therapeutic integration. *Family Process*, 52(1), pp. 115-38.
- Gurman, A.S. and Fraenkel, P. (2002). The history of couple therapy: A millennial review. *Family Process*, 41(2): 199-260.
- Halligan, C., Chang, I. J. and Knox, D. (2014). Positive effects of parental divorce undergraduates. *Journal of Divorce & Remarriage*, 55(7): 557-567.
- Hertlein, K. M., & Weeks, G. R., 2017. The logical and clinical argument for the concept of meta-schema in cognitive therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 28(1), pp. 4-22.
- Jantn, F., & Nlson, S. (2016). The effect of training based on schema therapy on the quality of life and conflict resolution of women marital. *Applied Psychology*, 47, 109-118.
- Jiang, H., Wang, L., Zhang, Q., Liu, D. X., Ding, J., Lei, Z., ... & Pan, F. (2015). Family functioning, marital satisfaction and social support in hemodialysis patients and their spouses. *Stress and Health*, 31(2), 166-174.
- Johnson, S. M. (2007). The contribution of emotionally focused couples' therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 47-52.
- Johnson, S. M. (2008). Emotionally focused couple therapy. *Clinical handbook of couple therapy*, 4, 107-137.
- Johnson, S. M., & Whiffen, V. E. (Eds.). (2003). *Attachment processes in couple and family therapy*. Guilford Press.
- Johnson, S., & Zuccarini, D. (2010). Integrating sex and attachment in emotionally focused couple therapy. *Journal of marital and family Therapy*, 36(4), 431-445.
- Karimi, P., Karami, J., & Dehghan, F. (2015). Relationship between attachment styles and conflict resolution styles and married employee's marital burnout.
- Khoshakhlagh, H., & Rezaei Jamalooei, H. (2022). Comparison of the efficacy of schema-based couple therapy and McKay's cognitive approach on controlling emotions and conflict resolution styles inconflicting couples. *Journal of psychologicalscience*, 21(113), 1037-1050.
- Lee, T. Y., Sun, G. H., & Chao, S. C. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Hum Reprod*, 16(8), 1762- 1767.
- Oh, Y. K., & Hwang, S. Y. (2018). Impact of uncertainty on the quality of life of young breast cancer patients: focusing on mediating effect of marital intimacy. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 48(1), 50-58.
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*, 39, 30-41.
- Rahim, M. A. (1983). A measure of styles of handling interpersonal conflict. *Academy of Management journal*, 26(2), 368-376.
- Sehat, F., Sehat, N., Khanjani, S., Mohebi, S., & Shahsiah, M. (2014). The effect of solution-focused short-term approach on marital conflict decrease in Qom. *Journal of Health System Research*, 10(2), 268-275.
- Somohano, V. C. (2013). Mindfulness, attachment style and conflict resolution behaviors in romantic relationships.
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710-717.
- Tosun, F., & Dilmac, B. (2015). Predictor relationships between values held by married individuals, resilience and conflict resolution styles: A model suggestion. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 15(4).
- van den Broek, E., Keulen-de Vos, M., & Bernstein, D. P. (2011). Arts therapies and schema focused therapy: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 38(5), 325-332.



- Weisskirch, R. S., & Delevi, R. (2013). Attachment style and conflict resolution skills predicting technology use in relationship dissolution. *Computers in Human Behavior*, 29(6), 2530-2534.
- World Health Organization. (2020). Infertility is a global public health issue. (WHO) <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/perspective/en>.
- Yang, X., Zhu, L., Chen, Q., Song, P., & Wang, Z. (2016). Parent marital conflict and Internet addiction among Chinese college students: The mediating role of father-child, mother-child, and peer attachment. *Computers in Human Behavior*, 59, 221-229.
- Yoosefi, N., Karimipour, B., & Amani, A. (2016). The study model of religious beliefs, conflict resolution styles, and marital commitment with attitudes toward marital infidelity. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 6(1), 47-64.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

Comparing the effectiveness of schema therapy and emotion-oriented couple therapy on marital conflict resolution styles of couples with troubled relationships

Latifeh Sheykhzadeh²

Psychologist, manager of welfare service center and lecturer of
welfare organization

Ziba GolAflak¹

Clinical Psychologist

1-1-

Abstract - ۲-۱

The purpose of this research is to compare the effectiveness of schema therapy and emotion-oriented couple therapy on marital conflict resolution styles of couples with troubled relationships. The research method was quasi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the research included all couples with troubled relationships who referred to the offices of the dispute resolution council in the city of Abadan in order to resolve conflicts or at the suggestion of the family court. To select the sample, it was first announced through a call that 45 conflicted couples were registered, who were randomly placed in two experimental groups (15 people in each group) and control (15 people); The experimental groups were trained in schema therapy (8 sessions of 90 minutes) and emotional couple therapy (8 sessions of 90 minutes); But the control group did not receive any treatment. In order to collect information, Rahim's conflict resolution style questionnaire (ROCI-II) was used. The analysis of the information obtained from the implementation of the questionnaires was done through SPSS-v22 software in two descriptive and inferential sections (variance analysis). The results showed that both interventions used in this research can improve conflict resolution styles in couples with troubled relationships ($p < 0.05$), but the emotion-oriented couple therapy intervention has a greater effect on improving conflict resolution styles. It was conflict resolution. Conclusion: Based on the results of this research, schema therapy and emotion-oriented therapy are effective interventions in improving the conflict resolution styles of couples with troubled relationships, but the effect of emotion-oriented couple therapy was more.

Keywords: schema therapy, emotion-oriented couple therapy, conflict resolution styles, troubled relationships.