



تأثیر زوج درمانی طرحواره محور بر رضایت زناشویی و بدتنظیمی هیجانی زوجین ناهم‌ساز: پژوهش مورد منفرد

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

عظیم بردی خوجه ^{id}

علی جهانگیری* ^{id}

عبدالله مفاخری ^{id}

دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۲۰ | پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۱۳ | ایمیل نویسنده مسئول: ali.jahangiri.pnu@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۴ پیاپی ۱۸ | ۵۱۹-۵۰۵
پاییز ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(بردی خوجه و همکاران، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

بردی خوجه، عظیم، جهانگیری، علی، و مفاخری، عبدالله. (۱۴۰۲). تأثیر زوج درمانی طرحواره محور بر رضایت زناشویی و بدتنظیمی هیجانی زوجین ناهم‌ساز: پژوهش مورد منفرد. *خانواده درمانی کاربردی*. ۴(۴)، ۵۱۹-۵۰۵.

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تأثیر درمان طرحواره محور بر رضایت زناشویی و دشواری در تنظیم هیجانی، زوجین ناهم‌ساز بود. **روش پژوهش:** این پژوهش از لحاظ هدف جزء پژوهش‌های از نوع مورد منفرد با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری در برگزیده، کلیه زوجین متعارض مراجعه کننده به کلینیک مشاوره و روان درمانی پارسای شهر بندرتارکمن در سه ماهه دوم سال ۱۴۰۰ بود که از میان آن‌ها و با به کارگیری نمونه‌گیری هدفمند ۳ زوج (زن و شوهر) انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها با چک لیست اطلاعات دموگرافیک (فرم محقق ساخته)، پرسشنامه رضایت زناشویی (MSS) آلسون و همکاران (۱۹۸۷) و پرسشنامه دشواری تنظیم هیجانی (DERS) گراتز و رومر (۲۰۰۴) انجام شد. آزمودنی‌ها در یک گروه هر کدام ۱۲ جلسه و هر هفته دو جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه برنامه‌های درمانی تعیین شده را دریافت کردند. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش طی تحلیل دیداری نمودار داده‌ها براساس شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل دیداری نشان داد، در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه مداخله در افزایش نمرات کل رضایت زناشویی و کاهش نمرات مؤلفه‌های بدتنظیمی هیجانی بجز مؤلفه ی دشواری رفتار هدفمند در روش طرحواره درمانی معنادار ($p < 0/05$) بوده است. **نتیجه‌گیری:** نتیجه پژوهش بیانگر آن است که طرحواره درمانی بر افزایش رضایت زناشویی و نیز کاهش بدتنظیمی هیجانی زوجین متعارض و ناهم‌ساز مؤثر بوده و از آن می‌توان در مراکز درمانی جهت ارتقای کارکرد خانوادگی و زناشویی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: پژوهش مورد منفرد، طرحواره درمانی، رضایت زناشویی، بدتنظیمی هیجانی.

مقدمه

تعارض^۱ و ناهمسازی به عنوان جزء جدا نشدنی و همیشگی در ازدواج و روابط زناشویی است که، اگر زوجین نتوانند آن را به خوبی حل کنند آثار مخربی از جمله نارضایتی در زندگی زناشویی و دشواری در تنظیم هیجانی را به دنبال دارد (فری کوکس و همکاران، ۲۰۲۱). رضایت زناشویی^۲، میزان علاقه‌مندی زوجها به یکدیگر و نگرش مثبت به متأهل بودن است که نقش با ارزشی در سلامت روان ایفا می‌کند و نقش اصلی بر ادامه داشتن یک رابطه به شمار می‌رود (هو و همکاران، ۲۰۱۹). رضایت زناشویی با تامین شدن نیازهایی از قبیل نیاز عاطفی و جنسی و همچنین برآورده شدن توقعات زوجین از یکدیگر کسب می‌شود (قیان و همکاران، ۲۰۲۰). و از سویی دیگر دشواری در تنظیم هیجانی یا بدتنظیمی هیجانی^۳، عدم توانایی برای پاسخ دادن منعطف به هیجان‌ها و کنترل مدیریت آن‌ها تعریف شده است (تامپسون، ۲۰۱۹). در طول دو دهه گذشته رشته‌های مربوط به درمان مشکلات زناشویی توجه خود را به نقش خانواده در ایجاد این مشکلات معطوف داشته‌اند (داس سنتوس، ۲۰۲۲). در این میان، طرحواره‌درمانی^۴ نیز در درمان مشکلات متعدد با پشتوانه تجربی نسبتاً موفقی همراه بوده است (برنستین و همکاران، ۲۰۲۲) و ویبلینک و همکاران، (۲۰۲۲). ویبلینک و همکاران (۲۰۲۲)، نشان دادند که مشکلات خلقی و اضطرابی مبتلایان به مشکلات شخصیتی با دریافت طرحواره‌درمانی کاهش یافته است و نیز یافته برنستین و همکاران (۲۰۲۲)، بیانگر سودمندی این رویکرد بر روابط بین فردی بود. طرحواره‌درمانی روش نوین و یکپارچه‌ای است که عمده‌تاً براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک^۵ بنا شده است (یانگ و همکاران، ۲۰۲۲).

طرحواره‌درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین‌فردی مراجعان را در غلبه بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه که مفهوم کلیدی در این رویکرد محسوب می‌شود، یاری می‌دهد و هدف اولیه‌ی این درمان، ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌ها است و هدف نهایی آن نیز بهبود طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (یانگ و همکاران، ۲۰۲۲). نتایج پژوهش رایتی و همکاران (۲۰۲۲) و اسی و کانکایا (۲۰۲۲) نشان داد که سطوح طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند رضایت زناشویی را پیش بینی کنند. همچنین با توجه به پژوهش چارستاد و همکاران (۱۴۰۱) طرحواره‌درمانی توانسته است موجب افزایش سرمایه روانشناختی و خودتنظیمی هیجانی در زوجین نابارور شهر تهران گردد و نیز یافته‌های قلی زاده (۱۴۰۱) نشان داد که طرحواره‌درمانی بر خود انتقادی و خودتنظیمی هیجانی زنان افسرده مؤثر بود. به نظر می‌رسد آشفتگی رابطه، حتی در بین زوجین رضایت‌مند، یک مشکل عمومی در اکثر جوامع غربی و ایران است. براین اساس لازم است، تحقیقات بنیادی و کاربردی زیادی برای پیشگیری و مداخله برای افزایش رضایت زناشویی و کاهش بد تنظیم هیجانی و تعارضات و

1. Conflict
2. Marital satisfaction
3. Emotion dysregulation
4. Schema therapy
5. Classical cognitive behavioral therapy

ناسازگارهای زناشویی صورت گیرد تا از پیامدهای نامطلوب روانی- اجتماعی طلاق و تعارضات زناشویی بروی خانواده‌ها پیشگیری شود. لذا مطالعه حاضر با توجه به خلاء پژوهشی در زمینه تاثیر همزمان طرحواره درمانی بر متغیر رضایت زناشویی و دشواری در تنظیم هیجانی در زوجین ناهمساز ترکمن (فرهنگ خاص و قومی) با هدف تاثیر درمان طرحواره محور بر رضایت زناشویی و بدتنظیمی هیجانی زوجین متعارض و ناهمساز انجام شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر در چارچوب طرح‌های تجربی مورد منفرد از نوع خط پایه چندگانه انجام شد. گاهی در محیط‌های بالینی و آموزشی امکان استفاده از طرح‌های گروهی که نیازمند تکرار یا حذف متغیر مستقل هستند، وجود ندارد. تعداد کم افراد نمونه، خاص بودن ویژگی‌های آزمودنی‌ها (فرهنگ ترکمن) و ناهمگن بودن افراد نمونه از دلایلی می‌باشند که نمی‌توان از طرح‌های گروهی استفاده کرد. در این مواقع که پژوهشگران با چنین قید و بندهای اخلاقی و علمی رو به رو می‌شوند، طرح‌های مورد منفرد تنها الگوی ارزیابی مناسب برای بالین‌گران هستند. جهت انتخاب نمونه ابتدا از طریق نصب اطلاعیه در مرکز مشاوره و روان درمانی، تشکیل جلسات طرحواره درمانی به منظور افزایش رضایت زناشویی و کاهش دشواری‌های هیجانی در زوجین ناهمساز و متعارض به اطلاع مراجعین رسانده شد. سپس از طریق تماس تلفنی از بین متقاضیان شرکت در این جلسات ثبت نام به عمل آمد. با توجه به خطر ویروس کرونا در مقطع زمانی انجام پژوهش و نیز فرهنگ قومی ترکمن که به ندرت جهت حل مشکلات زناشویی به مراکز مشاوره مراجعه می‌کنند، و از سویی با توجه به عدم دسترسی به نمونه بیشتر و محدودیت استفاده از طرح‌های آزمایشی، طرح تجربی مورد منفرد انتخاب گردید. در این گونه طرح‌ها، تعداد آزمودنی می‌تواند از ۱ تا ۲۰ نفر باشد ولی کار با هر آزمودنی به صورت انفرادی انجام می‌گیرد (فراهانی و همکاران، ۱۳۹۷). جامعه آماری این پژوهش را کلیه زوجینی که به دلیل داشتن ناهمسازی و تعارض زناشویی در فاصله زمانی ۶ مردادماه تا ۲۲ شهریورماه سال ۱۴۰۰ به کلینیک مشاوره و روان درمانی پارسای شهر بندر ترکمن یکی از شهرهای استان گلستان مراجعه نمودند، تشکیل داد که از میان آن‌ها و با توجه به طرح و ماهیت پژوهش ۳ زوج (۶ نفر زن و شوهر) بر اساس نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. در این روش نمونه گیری، هدف انتخاب افرادی است که درک عمیقی از موضوع مورد مطالعه برای پژوهشگر فراهم نمایند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل وجود تعارض و ناهمسازی زوجین، کسب نمره برش لازم در پرسشنامه‌های رضایت زناشویی و دشواری تنظیم هیجانی، تمایل به شرکت در طرح، عدم ابتلا به اختلال‌های روان‌شناختی، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی پیشین، زندگی زوجین در یک خانه و با هم (در زمان اجرای پژوهش) و حداقل تحصیلات سیکل یا دیپلم بود. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل غیبت در بیش از یک جلسه موجه، سوء مصرف الکل، سابقه طلاق یا روابط فرا زناشویی، شرکت داشتن همزمان در برنامه‌های مداخلاتی دیگر و عدم رضایت برای ادامه همکاری در برنامه فوق‌الذکر بود. لازم به ذکر است جهت تعیین ملاک‌های ورود و خروج، از مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات محور I^۱ استفاده شد.

1. Structured clinical interview for DSM disorders

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه رضایت زناشویی (MSS). پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ توسط آلسون و همکاران (۱۹۸۷) تهیه شده است. پرسشنامه تک عاملی شامل ۱۰ سوال است. پرسش‌ها به صورت پنج گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود به این صورت که کاملاً موافق ۵ نمره، موافقم ۴ نمره، نه موافقم و نه مخالفم ۳ نمره، مخالفم ۲ نمره و کاملاً مخالفم ۱ نمره تعلق می‌گیرد. به سوالات ۱، ۳، ۵، ۸، ۹ نمره‌گذاری معکوس صورت می‌گیرد به این صورت که به کاملاً موافقم ۱ نمره، موافقم ۲ نمره، نه موافقم و نه مخالفم ۳ نمره، مخالفم ۴ نمره و کاملاً مخالفم ۵ نمره تعلق می‌گیرد. روایی سازه پرسشنامه با همبستگی گویه مقیاس نشان داد که دامنه نمرات همبستگی بین ۰/۲۱ تا ۰/۵۰ و معنی‌دار در ۰/۰۵ به دست آمده است که نشان دهنده روایی سازه است (عرب علیدوستی، نخعی و خانجانی، ۱۳۹۴). در خارج از کشور همسانی درونی با آلفای کرونباخ برای زنان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و برای مردان ۰/۸۶ به دست آمده است (برادفورد و همکاران، ۲۰۱۵). در یک پژوهش دیگر ضریب آلفای کرونباخ سوالات پرسشنامه بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۵ به دست آمده است که نشان پایایی مطلوب پرسشنامه است (ایکسو و همکاران، ۲۰۱۸).

۲. مقیاس دشواری تنظیم هیجانی (DERS). یک شاخص خودگزارشی است که برای ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم هیجانی به شکل جامعتری نسبت به ابزارهای موجود در این زمینه ساخته شده است. این مقیاس توسط گراتز و رومر (۲۰۰۴)، تدوین شده است و دارای ۳۶ ماده است. مقیاس ۳۶ ماده‌ای دشواری در تنظیم هیجانی شش شامل راهبرد شناختی پذیرش هیجانات، رفتار کردن مطابق با اهداف، عدم توانایی در کنترل کردن رفتار تکانشی، نقص در آگاهی و درک هیجانات، نقص در راهبردهای به کار رفته در تنظیم هیجان و نقص در شناخت هیجانات می‌باشد. نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده بدتنظیمی هیجانی و نمره پایین نشان دهنده تنظیم هیجانی (عدم دشواری هیجانی) است. در رابطه با روایی نیز بررسی‌ها نشانگر روایی سازه و پیش بین کافی برای این مقیاس است (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). گراتز اعتبار این مقیاس را ۰/۹۳ و اعتبار آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش کرده است. در پژوهش عزیزی و همکاران (۱۳۸۹) پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ گزارش گردید.

۳. آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد طرحواره درمانی. آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد طرحواره درمانی بر اساس راهنمای عملی درمان طرحواره محور یانگ و همکاران (۲۰۲۲) بود.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات طرحواره درمانی

جلسه	محتوای جلسات
اول	توضیح الگوی طرحواره به زبان ساده و شفاف برای زوجین و چگونگی شکل‌گیری طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای، سنجش مشکلات زوجین
دوم	فرضیه‌سازی در خصوص طرحواره‌ها و شناسایی و نام‌گذاری آن‌ها، تشخیص سبک‌های مقابله‌ای و خلق‌وخوی زوجین و تصویرسازی ذهنی در مرحله سنجش
سوم	مفهوم‌سازی مشکل زوجین طبق رویکرد طرحواره و جمع‌آوری کل اطلاعات به دست آمده در مرحله سنجش، بررسی شواهد عینی تأییدکننده و ردکننده طرحواره‌ها براساس شواهد زندگی گذشته و فعلی زوجین
چهارم	اسناددهی شواهد تأییدکننده طرحواره‌ها به تجارب دوران کودکی و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد، گفتگو بین طرح‌واره سالم و یادگیری پاسخ‌های سالم توسط زوجین

پنجم	تهیه کارت‌های آموزشی طرحواره هنگام مواجهه با موقعیت برانگیزاننده طرحواره، نوشتن فرم ثبت طرحواره در طی زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرحواره‌ها
ششم	ارائه منطق استفاده از روش‌های تجربی و اجرای گفتگوی خیالی، تقویت مفهوم "بزرگسال سالم" در ذهن زوجین و شناسایی نیازهای ارضاء نشده و جنگیدن علیه طرحواره‌ها
هفتم	ایجاد فرصتی برای زوجین جهت شناسایی احساساتش نسبت به والدین و نیازهای برآورده نشده‌اش توسط آن‌ها، کمک به زوجین برای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده با حوادث آسیب‌زا و فراهم نمودن زمینه حمایت برای زوجین، یافتن راه‌های جدید برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی
هشتم	تهیه فهرستی جامع از رفتارهای مشکل‌ساز و تعیین اولویت‌های تغییر و مشخص نمودن آماج‌های درمانی، تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین رفتارها
نهم	استفاده از راهبرد شناختی جهت آزمون اعتبار طرحواره یعنی بررسی شواهد تأیید و ردکننده طرحواره در طول زندگی زناشویی
دهم	استفاده از راهبرد تجربه‌گرا مانند تصویرسازی تجارب آسیب‌زننده، نوشتن نامه به منشاء طرحواره و تصویرسازی ذهنی جهت الگوشکنی رفتاری
یازدهم	استفاده از رابطه درمانی جهت تعدیل طرحواره‌ها
دوازدهم	پس آزمون و بحث و بررسی راجع به آموخته‌ها و دستاوردهای جلسات واتخاذ موضع در رابطه با چالش‌ها و مشکلات احتمالی آینده برای سازگاری مجدد

شیوه اجرا. مداخله به شیوه طرحواره درمانی با توجه به پروتکل تدوین شده توسط یانگ و همکاران (۲۰۲۲) که توسط متخصصین مربوطه قبلاً به تأیید رسیده است، برای ۳ زوج به مدت ۱۲ جلسه و با انجام پیگیری سه ماهه بود. جلسات مداخله‌ای به صورت هفته‌ای دو مرتبه و طول زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. همچنین روش مداخله توسط روان‌درمانگر متخصص دارای تجربه و در اتاق‌هایی مجزا در مرکز مشاوره پارسا اجرا شد. طرح پژوهش حاضر دارای سه مرحله خط پایه، مداخله و پی‌گیری بود که در مرحله خط پایه رفتار مورد بررسی که به آن رفتار آماج گفته می‌شود، مدتی تحت شرایط طبیعی مورد مشاهده قرار گرفت. به این صورت که پیش از آغاز مداخله، همه شرکت‌کنندگان به مدت سه جلسه پی در پی فقط پرسش‌نامه‌های مربوطه را تکمیل نمودند و هیچ مداخله‌ای در این سه جلسه صورت نگرفت (جهت ارزیابی ثبات داده‌ها)، سپس مرحله مداخله اجرا شد که طی آن تاثیر متغیر مستقل بر رفتار آماج مورد توجه بود. در مرحله پیگیری مشاهده مجدد رفتار تغییر یافته بر اثر مداخله در شرایط طبیعی صورت گرفت. به این منظور جلسه پیگیری به فاصله یک ماه از آخرین جلسه درمان اجرا گردید. در پژوهش حاضر عموماً از شیوه‌های پیچیده آماری استفاده نشد، بلکه میزان تغییرات در نمرات هر شرکت‌کننده مورد بررسی قرار گرفته است. به همین دلیل در این طرح نیازی به گروه کنترل نبود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها علاوه بر شاخص‌های آمار توصیفی از آزمون ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی به روش‌های ترسیم دیداری، معنی داری بالینی، درصد بهبودی، شاخص تغییر پایا و بهبودی کلی با استفاده از نرم افزار آماری *SPSS* نسخه ۲۶ استفاده شد.

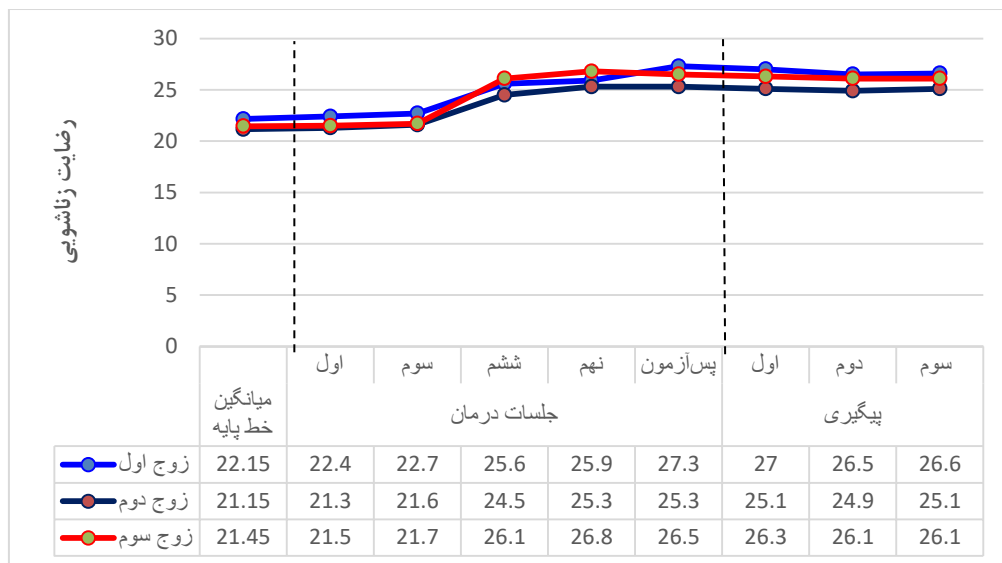
یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌ها ۳۴/۱۶ سال بود. نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر رضایت زناشویی و بدتنظیمی هیجانی آزمودنی‌ها طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری، شاخص تغییر پایا (RCI)، بهبودی پس از

درمان و بهبودی کلی در جدول ۲ (رضایت زناشویی) و جداول ۳ تا ۵ (بدتنظیمی هیجانی) نشان داده شده است.

جدول ۲. میانگین نمرات زوج اول، دوم و سوم در متغیر رضایت زناشویی قبل از شروع درمان، حین درمان و در پایان

مداخله	مراجعه	میانگین خط پایه	جلسات درمان			پیگیری			RCI	بهبود پس از درمان	بهبودی کلی
			اول	سوم	ششم	نهم	پس-آزمون	اول			
طرحواره درمانی	زوج اول	۲۱٫۷	۲۲	۲۲٫۲	۲۴٫۸	۲۵	۲۶٫۸	۲۶٫۸	۱۲٫۷۰	۱۷/۲۹	۱۷/۹۸
	زوج دوم	۲۱٫۱	۲۱٫۲	۲۱٫۴	۲۴	۲۵٫۲	۲۵٫۲	۲۵٫۲	۱۰٫۵۸	۱۵/۸۷	۱۵/۸۰
زوج سوم	زوج اول	۲۱٫۶	۲۱٫۶	۲۱٫۸	۲۶٫۲	۲۷٫۴	۲۶٫۴	۲۶٫۴	۱۲٫۷۰	۱۸/۱۸	۱۸٫۸۶
	زوج سوم	۲۱٫۳	۲۱٫۴	۲۱٫۶	۲۶	۲۶٫۲	۲۶٫۲	۲۶٫۲	۱۳٫۷۶	۱۹/۵۴	۱۷٫۶۳



نمودار ۱. روند تغییرات رضایت زناشویی طی مراحل مداخله (خط پایه، حین مداخله و پیگیری)

نتایج جدول شماره ۳ نشان دهنده آن است که در زوج اول (مرد و زن)، دوم و سوم که تحت مداخله طرحواره درمانی بودند شاخص تغییر پایا (RCI) برای متغیر رضایت زناشویی کلی به ترتیب (۱۳٫۲۳ و ۱۲٫۷۰)، (۱۰٫۵۸ و ۱۰٫۵۸) و (۱۰٫۵۸ و ۱۲٫۷۰) می باشد که با توجه به سطح معناداری ($p < 0.05$) نمرات شاخص تغییر پایا در متغیر رضایت زناشویی کلی برای زوج اول، دوم و سوم، بیشتر از $Z = 1/96$ است که می توان نتیجه گرفت که تغییرات در رضایت زناشویی کلی از نظر آماری قابل قبول است. درصد

بهبودی برای زوج اول (مرد و زن)، دوم و سوم در متغیر رضایت زناشویی کلی به ترتیب (۱۷,۹۸ و ۱۷,۲۹)، (۱۵,۷۴ و ۱۵,۸۷) و (۱۸,۱۸ و ۱۹,۵۴) می‌باشد و بهبودی کلی طرح‌واره درمانی برای زوج اول، دوم و سوم به ترتیب ۱۷,۶۳، ۱۵,۸۰ و ۱۸,۸۶ می‌باشد.

جدول ۳. میانگین نمرات زوج اول در مؤلفه‌های بدتنظیمی هیجانی قبل از شروع درمان، حین

درمان و در پایان

بهبود ی کلی	بهبود از درمان	RC I	پیگیری			جلسات درمان			میانگین خط پایه	مراجع	مؤلفه‌های بدتنظیمی هیجانی	
			سوم	دوم	اول	پس آزمون	نهم	ششم				سوم
	۱۲	۳,۴۹	۲۲	۲۳	۲۲	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۵,۳	مرد	عدم پذیرش
	۱۶/۶۶	۴,۶۶	۲۱	۲۱	۲۰	۲۰	۲۲	۲۲	۲۴	۲۵	زن	پاسخ‌های هیجانی
	۵/۰	۱,۳۲	۱۹	۲۰	۲۰	۱۹	۱۹	۱۹	۲۰	۱۹,۶	مرد	دشواری رفتار
	۵/۲۶	۱,۳۲	۱۹	۱۸	۱۹	۱۸	۱۸	۱۸	۱۹	۱۹	زن	هدفمند
	۱۶	۶,۲۹	۲۲	۲۱	۲۲	۲۱	۲۲	۲۲	۲۴	۲۴,۶	مرد	دشواری کنترل تکانه
۱۱,۱۳	۸/۶۹	۳,۱۴	۲۲	۲۲	۲۲	۲۱	۲۱	۲۲	۲۳	۲۳,۶	زن	
	۱۳/۰۴	۵,۳۱	۲۱	۲۱	۲۰	۲۰	۲۰	۲۲	۲۳	۲۲,۶	مرد	فقدان آگاهی هیجانی
	۱۴/۲۸	۵,۳۱	۱۹	۱۹	۱۹	۱۸	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	زن	
	۱۱/۴۲	۵,۲۹	۳۲	۳۲	۳۱	۳۱	۳۱	۳۲	۳۵	۳۴,۶	مرد	دسترسی محدود به
	۱۱/۷۶	۵,۲۹	۳۱	۳۱	۳۰	۳۰	۳۰	۳۴	۳۴	۳۴	زن	راهبرد تنظیم
	۵/۲۶	۲,۷۷	۱۹	۱۹	۱۸	۱۸	۱۹	۱۹	۲۰	۲۱,۳	مرد	عدم شفافیت هیجانی
	۱۴/۲۸	۸,۳۱	۱۹	۱۸	۱۸	۱۸	۱۸	۱۸	۲۱	۲۱	زن	

نتایج جدول شماره ۴ نشان دهنده آن است که در زوج اول (مرد و زن) که تحت مداخله طرح‌واره درمانی بودند شاخص تغییر پایا (RCI) برای مؤلفه‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبرد تنظیم هیجان و عدم شفافیت مالی به ترتیب (۳,۴۹ و ۴,۶۶)، (۱,۳۲ و ۱,۳۲)، (۶,۲۹ و ۳,۱۴)، (۵,۳۱ و ۵,۳۱)، (۵,۲۹ و ۵,۲۹) و (۲,۷۷ و ۸,۳۱) می‌باشد که با توجه به سطح معناداری ($p < 0.05$) نمرات شاخص تغییر پایا در همه مؤلفه‌ها به غیر از مؤلفه دشواری رفتار هدفمند، بیشتر از $Z = 1/96$ است که می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات در دشواری تنظیم هیجانی از نظر آماری قابل قبول است. درصد بهبودی برای زوج اول (مرد و زن) در مؤلفه‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبرد تنظیم هیجان و عدم شفافیت هیجانی به ترتیب (۱۲ و ۱۶,۶۶)، (۵ و ۵,۲۶)، (۱۶ و ۸,۶۹)، (۱۳,۰۴ و ۱۴,۲۸)، (۱۱,۴۲ و ۱۱,۷۶) و (۵,۲۶ و ۱۴,۲۸) می‌باشد و بهبودی کلی طرح‌واره درمانی برای زوج اول ۱۱/۱۳ می‌باشد.

جدول ۴. میانگین نمرات زوج دوم در مؤلفه‌های بدتنظیمی هیجانی قبل از شروع درمان، حین درمان

و در پایان

مؤلفه‌های هیجانی	بدتنظیمی	مراجع	میانگین خط پایه	جلسات درمان			پیگیری			RCI	بهبود پس از درمان	بهبودی کلی
				اول	سوم	ششم	نهم	پس-آزمون	۱			
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	مرد	۲۴,۳	۲۴	۲۴	۲۳	۲۲	۲۰	۲۱	۲۱	۴,۶۶	۱۶/۶۶	
دشواری رفتار هدفمند	مرد	۲۰,۶	۲۱	۲۰	۲۰	۱۹	۱۹	۲۰	۲۰	۲,۶۵	۹/۵۲	
دشواری کنترل تکانه	مرد	۲۴,۳	۲۴	۲۳	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱	۴,۷۲	۱۲/۵	
فقدان آگاهی هیجانی	مرد	۲۳	۲۳	۲۲	۲۱	۲۰	۱۹	۱۹	۲۰	۷,۰۸	۱۷/۳۹	
دسترسی محدود به راهبرد تنظیم	مرد	۳۲,۶	۳۳	۳۳	۳۰	۲۹	۲۹	۲۹	۲۹	۵,۲۹	۱۲/۱۲	
عدم شفافیت هیجانی	مرد	۲۲	۲۲	۲۰	۲۰	۱۹	۱۹	۱۹	۱۹	۸,۳۱	۱۳/۶۳	
	زن	۲۱,۶	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۱۸	۱۸	۱۸	۱۱,۰۸	۱۸/۱۸	

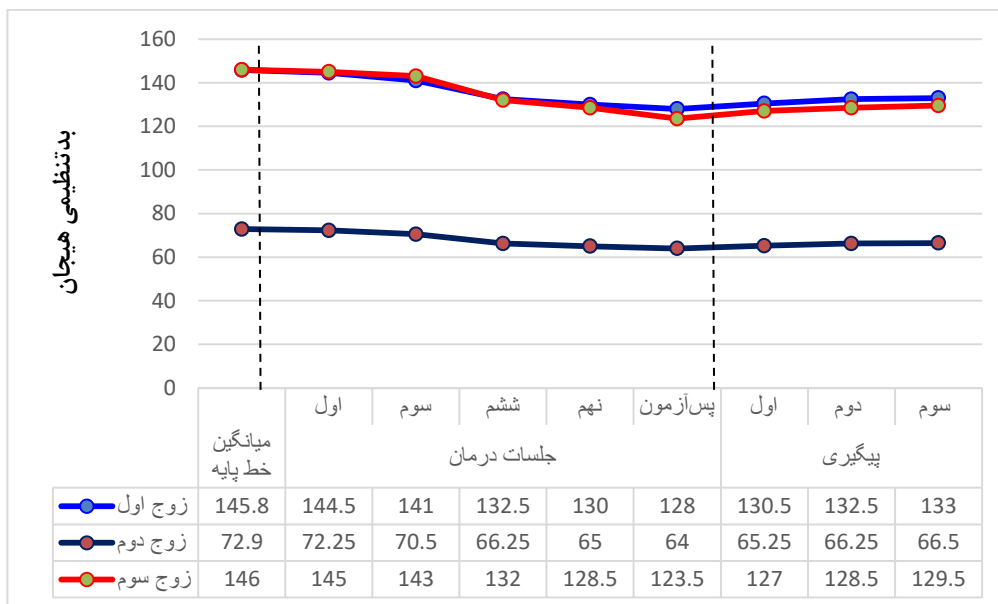
نتایج جدول شماره ۵ نشان دهنده آن است که در زوج دوم (مرد و زن) که تحت مداخله طرح‌واره درمانی بودند شاخص تغییر پایا (RCI) برای مؤلفه‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبرد تنظیم هیجان و عدم شفافیت مالی به ترتیب (۴,۶۶ و ۵,۸۲)، (۲,۶۵ و ۳,۹۷)، (۴,۷۲ و ۴,۷۲)، (۷,۱۸ و ۸,۸۵)، (۵,۲۹ و ۵,۲۹) و (۸,۳۱ و ۱۱,۰۸) می‌باشد که با توجه به سطح معناداری ($p < 0/05$) نمرات شاخص تغییر پایا در همه مؤلفه‌ها، بیشتر از $Z = 1/96$ است که می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات در دشواری تنظیم هیجانی از نظر آماری قابل قبول است. درصد بهبودی برای زوج دوم (مرد و زن) در مؤلفه‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبرد تنظیم هیجان و عدم شفافیت هیجانی به ترتیب (۱۶,۶۶ و ۲۰)، (۹,۵۲ و ۱۳,۶۳)، (۱۲,۵ و ۱۳,۰۴)، (۱۷,۳۹ و ۲۲,۷۲)، (۱۲,۵ و ۱۳,۶۳) و (۱۸,۱۸ و ۱۳,۶۳) می‌باشد و بهبودی کلی طرح‌واره درمانی برای زوج دوم ۱۵/۱۵ می‌باشد.

جدول ۵. میانگین نمرات زوج سوم در مؤلفه‌های بدتنظیمی هیجانی قبل از شروع درمان، حین

درمان و در پایان

مؤلفه‌های هیجانی	بدتنظیمی	مراجع	میانگین خط پایه	جلسات درمان			پیگیری			RCI	بهبود پس از درمان	بهبودی کلی
				اول	سوم	ششم	نهم	پس-آزمون	اول			
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	مرد	۲۶	۲۵	۲۵	۲۴	۲۲	۲۱	۲۱	۲۲	۴,۶۶	۱۶	
دشواری رفتار	زن	۲۴,۳	۲۴	۲۴	۲۳	۲۲	۱۹	۲۰	۲۰	۵,۸۲	۲۰/۸۳	
	مرد	۲۲	۲۲	۲۱	۲۰	۲۰	۲۰	۲۱	۲۰	۲,۶۵	۹/۰۹	

۱۵,۲۹	هدفمند	زن	۲۱,۶	۲۱	۲۱	۲۰	۲۰	۱۹	۲۰	۲۰	۲۰	۲,۶۵	۹/۵۲
	دشواری کنترل تکانه	مرد	۲۳,۳	۲۳	۲۳	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱	۳,۱۴	۸/۶۹
	فقدان آگاهی هیجانی	زن	۲۲,۳	۲۲	۲۲	۲۱	۲۱	۲۰	۲۰	۲۱	۲۱	۳,۱۴	۹/۰۹
	دسترسی محدود به	مرد	۲۲	۲۲	۲۲	۱۷	۱۷	۱۷	۱۷	۱۷	۱۷	۸,۸۵	۲۲/۷۲
	راهبرد تنظیم	زن	۲۳	۲۳	۲۳	۱۸	۱۸	۱۷	۱۸	۱۸	۱۸	۱۰,۶۲	۲۶/۰۸
	عدم شفافیت هیجانی	مرد	۳۳,۶	۳۴	۳۴	۳۱	۳۱	۳۰	۳۱	۳۱	۳۱	۵,۲۹	۱۱/۷۶
		زن	۳۱,۶	۳۲	۳۲	۳۰	۳۱	۲۹	۲۸	۲۹	۳۰	۵,۲۹	۱۲/۵
		مرد	۲۱	۲۱	۲۱	۱۹	۱۹	۱۸	۱۸	۱۹	۱۸	۸,۳۱	۱۸/۱۸
		زن	۲۱,۳	۲۱	۲۱	۲۰	۲۰	۱۷	۱۸	۲۰	۲۰	۱۱,۰۸	۱۹/۰۴



نمودار ۲. روند تغییرات نمره کل بدتنظیمی هیجان طی مراحل مداخله (خط پایه، حین مداخله و پیگیری)

نتایج جدول شماره ۶ نشان دهنده آن است که در زوج سوم (مرد و زن) که تحت مداخله طرحواره درمانی بودند شاخص تغییر پایا (RCI) برای مؤلفه‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبرد تنظیم هیجان و عدم شفافیت مالی به ترتیب (۴,۶۶ و ۵,۸۲)، (۲,۶۵ و ۲,۶۵)، (۳,۱۴ و ۳,۱۴)، (۸,۸۵ و ۱۰,۶۲)، (۵,۲۹ و ۵,۲۹) و (۸,۳۱ و ۱۱,۰۸) می‌باشد که با توجه به سطح معناداری ($p < 0.05$) نمرات شاخص تغییر پایا در همه مؤلفه‌ها، بیشتر از $Z = 1/96$ است که می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات در دشواری تنظیم هیجانی از نظر آماری قابل قبول است. درصد بهبودی برای زوج سوم (مرد و زن) در مؤلفه‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبرد تنظیم هیجان و عدم شفافیت هیجانی به ترتیب (۱۶ و ۲۰,۸۳)، (۹,۰۹ و ۹,۵۲)، (۸,۶۹ و ۹,۰۹)،

(۲۲،۷۲ و ۲۶،۰۸)، (۱۱،۷۶ و ۱۲،۵) و (۱۸،۱۸ و ۱۹،۰۴) می‌باشد و بهبودی کلی طرح‌واره درمانی برای زوج سوم ۱۵/۲۹ می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که درمان طرحواره مدار بر رضایت زناشویی زوجین ناهمساز و متعارض تاثیر مثبتی داشته است. این یافته در راستای مطالعه راییتی و همکاران (۲۰۲۲) و اسی و همکاران (۲۰۲۲) می‌باشد که نشان دادند سطوح طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند رضایت زناشویی را پیش بینی کنند. مطالعه معصومی تبار و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که طرحواره درمانی بعد از ۱۲ جلسه بر تعدیل مشکلات تنظیم هیجانی و رضایت زناشویی در دهه اول زندگی مؤثر بوده است. اسماعیل زاده و اکبری (۱۴۰۰) در مطالعه خود همسو با پژوهش حاضر، سودمندی طرحواره درمانی را بر خود کارآمدی جنسی، طرحواره‌های ناسازگار و رضایت زناشویی در زوجین متعارض مراجعه کننده، به کلینیک‌های مشاوره تایید کردند. در تبیین این یافته می‌توان گفت طرحواره درمانی با آماج قرار دادن قالب‌ها یا الگوهای فرد و بازسازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه قادر به درمان این طرحواره‌ها شده است. تکنیک‌های رفتاری به زوجین کمک می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره خاص، سبک‌های مقابله‌ای سالم تری را جانشین سازند. همچنین کمک می‌کنند تا از طرحواره‌ها فاصله بگیرند و به جای این که آن‌ها را یک حقیقت مسلم درباره خود بدانند، آن را یک موجود مزاحم بشمارند. از سوی دیگر طرحواره درمانی از طریق تغییرات شناختی، هیجانی، رفتاری و اتخاذ سبک‌های مقابله‌ای کارآمدتر در روابط زوجی، به زوجین کمک می‌نماید تا به سطح بالاتری از رضایت در زندگی زناشویی خویش دست یابند و همچنین تعارض، اختلافات زناشویی، عوامل سرخوردگی و الگوهای تعاملی ناکارآمد که باعث مسائلی در رابطه و پایین آمدن کیفیت آن می‌شوند را درک می‌کنند.

دومین یافته مطالعه نشان داد که درمان طرحواره محور بر بدتنظیمی هیجانی زوجین متعارض و ناهمساز تأثیر مثبتی دارد. و طرحواره درمانی توانسته موجب کاهش معنادار دشواری تنظیم هیجان در زوجین ناهمساز و متعارض شود. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های قبلی (چارستاد و همکاران، ۱۴۰۱؛ قلی زاده، ۱۴۰۱؛ محمدی و همکاران، ۱۳۹۸؛ کیانی پور و همکاران، ۱۳۹۷؛ معصومی تبار و همکاران، ۱۳۹۹) مبنی بر تاثیر مثبت طرحواره درمانی بر دشواری تنظیم هیجانی هم سویی دارد. در تبیین ساز و کار اثر مثبت طرحواره درمانی بر دشواری تنظیم هیجانی زوجین ناهمساز بجز مؤلفه‌ی دشواری در انجام رفتار هدفمند (زوج اول) می‌توان گفت که در این مدل نقش راهبردهای شناختی و به تبع آن هیجانی برجسته می‌شود. در طرحواره درمانی با استفاده از تکنیک‌های شناختی و عاطفی به زوجین در فهم بهنجار بودن هیجان با توجه به وضعیت کمک می‌شود و نیز با آموزش این تکنیک‌ها جهان هیجانی فرد بزرگ تر شده و فضایی فراهم می‌شود که در آن هیجان‌های ناخوشایند و خوشایند در حالت موازنه با یکدیگر قرار گیرند و هدف تنظیم هیجانی که همانا کاهش بدتنظیمی هیجانی به صورت کلی است، محقق شود. همچنین درمانگر با همدلی با تجربه‌های عاطفی عود شونده زوجین، به این تجارب اعتبار می‌بخشد. در

نهایت با انجام طرحواره درمانی و کاهش نمرات در هر یک از مؤلفه‌ها، بجز مؤلفه‌ی دشواری در انجام رفتار هدفمند در زوج اول، با کاهش در نمرات، تنظیمی هیجانی زوجین بهبود و ارتقاء پیدا کند. یافته‌های این مطالعه می‌تواند اطلاعات مفیدی را برای مشاوران و روان‌درمانگران در مورد اثر بخشی طرحواره درمانی فراهم کند. از دستاوردهای این مطالعه می‌توان در دو سطح نظری و عملی به شرح زیر نتیجه‌گیری کرد. در سطح نظری، نتایج این مطالعه می‌تواند نتایج مطالعات پیشین و نظریه‌های مربوط به نقش حیاتی طرحواره‌های بنیادین در بروز تعارضات و ناهمسازی‌ها را تایید کند. در سطح نتایج عملی یافته‌های مطالعه حاضر می‌توانند در تدوین برنامه‌های آموزشی و بهداشتی در چارچوب روابط والد-فرزندی مورد استفاده قرار گیرد. به عنوان مثال، با توجه به نقش طرحواره‌های بنیادین در آشفتگی زناشویی و شیوه‌های برخورد والدین از ابتدای تولد در چگونگی شکل‌گیری این سبک‌ها، توصیه می‌شود که زوجین به منظور پرورش مهارت تصمیم‌گیری، توانایی پذیرش مسئولیت و مدیریت صحیح هیجانات تحت آموزش قرار گیرد. با وجود نتایجی که از این مطالعه حاصل شده، این پژوهش چون سایر پژوهش‌ها خالی از محدودیت نیست. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به دشواری در یافتن مرکز مناسب و در دسترس به نمونه مورد نظر، سوگیری‌هایی که ممکن است در پاسخ به ابزارهای پژوهش وجود داشته باشد به خصوص که نمونه پژوهش حاضر از زوجین با قومیت ترکمن بود که ویژگی‌های خاص خود را دارد. و همچنین متغیرهای مزاحم و مداخله‌گری که ممکن است در نتیجه به دست آمده دخالت کنند، اشاره کرد. همچنین به دلیل ماهیت طرح تک موردی، عدم استفاده از گمارش تصادفی یا هم‌تا کردن آزمودنی‌ها پیشنهاد می‌شود این مدل با نمونه‌های بزرگ‌تر و با گمارش تصادفی همراه با گروه کنترل انجام شود تا کارایی آن با روش تحلیل واریانس نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود این پژوهش با دیگر متغیرهای زناشویی مورد سنجش قرار گیرد و به منظور صرفه‌جویی در وقت و هزینه، اثربخشی روش درمانی به کار رفته به صورت گروهی نیز بر رضایت زناشویی و دشواری در تنظیم هیجانی و ابعاد آن‌ها مورد بررسی و با نتایج اجرای فردی سنجیده شود تا درمانگران و مشاوران خانواده به انتخاب بهترین روش بتوانند دسترسی داشته باشند. در نهایت به این نکته توجه کرد که در زمینه مداخلات درمانی به بافت فرهنگی زوجین که در پژوهش حاضر آزمودنی‌ها، زوجین ترکمن بودند حتماً می‌بایست توجه کرد و با توجه به این مساله تکنیک‌ها و آموزش‌ها را به کار برد. در نظر گرفتن و هم‌سنجی طرحواره درمانی با متغیرهای وابسته پژوهش حاضر در بافت‌های فرهنگی متعدد از جمله پیشنهادات مطرح می‌باشد.

موازن اخلاقی

این پژوهش بر گرفته از رساله دکتری تخصصی رشته مشاوره با کد اخلاق IR.IAU.BOJNOURD.REC 1400.014 می‌باشد. ملاحظات اخلاقی در پژوهش با جلب رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان رعایت شده است؛ همچنین به افراد درباره محرمانه بودن نتایج اطمینان داده شد.

سپاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش و همه کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

در تدوین این مقاله همه نویسندگان در طراحی، روش‌شناسی، مفهوم‌سازی، گردآوری و تحلیل داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- اسماعیل زاد، نگین، و اکبری، بهمن. (۱۴۰۰). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودکارآمدی جنسی، رضایت زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین با تعارضات زناشویی. *مجله علوم پزشکی مشهد*. ۶۴(۱)، ۲۲۹۸-۲۲۸۶.
- چارستاد، حسین، عظیمی، رحمت‌الله، و موسوی نیک، مریم. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر سرمایه روان‌شناختی و خودتنظیمی هیجانی در زوجین ناباور. *فصلنامه مطالعات و تحقیقات در علوم رفتار*. ۴(۱۰)، ۵۴-۴۲.
- عرب‌علیدوستی، علیرضا، نخعی، نوذر، و خانجانی، نرگس. (۱۳۹۴). پایایی و روایی پرسشنامه‌های رضایت زناشویی کانزاس و اینریچ کوتاه شده به زبان فارسی. *مجله بهداشت و توسعه*. ۴(۲)، ۱۶۷-۱۵۸.
- شمس، جمال، عزیزی، علیرضا، و میرزایی، آزاده. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم*. ۱۳(۱)، ۱۱-۱۸.
- فراهانی، حجت‌الله، عابدی، احمد، آقامحمدی، سمیه، و کاظمی، زینب. (۱۳۹۷). *مبانی کاربردی مورد منفرد در پژوهش‌های علوم رفتاری و پزشکی*. تهران: نشر روانشناسی و هنر.
- قلی‌زاده، داوود. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودانتقادی و خودتنظیمی هیجانی زنان افسرده. *مجله پژوهش‌های نوین روانشناختی*. ۶۷(۶)، ۲۲۷-۲۱۹.
- کیانی‌پور، المیرا، حسنی، فریبا، راه‌نجات، امیرحسین، و قنبری پناه، افسانه. (۱۳۹۷). مقایسه اثر بخشی طرحواره‌درمانی هیجانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش دشواری تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال وحشتزدگی. *فصلنامه پرستار و پزشک در رزم*. ۶(۲۰)، ۷۰-۶۰.
- محمدی، حانیه، سپهری شاملو، زهره، و اصغری ابراهیم‌آباد، محمدجواد. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی بر کاهش پریشانی روانشناختی و دشواری تنظیم هیجانی زنان مطلقه. *مجله اندیشه و رفتار*. ۱۴(۵۱)، ۳۶-۲۷.

معصومی تبار، زینب، افشاری نیا، کریم، امیری، حسن، و حسینی، سعیده سادات. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر مشکلات تنظیم هیجانی و رضایت زناشویی بانوان ناسازگار در دهه اول زندگی. *مجله علوم شناختی*، ۱۹(۹۵)، ۱۵۰۶-۱۴۹۷.

References

- Arab Alidousti, A., Nakhai, N., & Khanjani, N. (2015). Reliability and validity of the Kansas and Inerich shortened marital satisfaction questionnaires in Persian. *Journal of Health and Development*, 4(2), 167-158. (In Persian)
- Azizi, A., Shams, J., & Mirzaei, A. (2010). The relationship between distress tolerance and emotional regulation with smoking dependence in university students. *Hakim Health System Research Journal*, 13(1), 18-11. (In Persian)
- Bernstein DP, Wijk-Herbrink MFV, Kersten T. (2022). Forensic schema therapy and safe-path: individual-and milieu-therapy approaches for complex personality disorders and externalizing behavior problems. *in clinical forensic psychology*. Palgrave Macmillan, Cham; pp:587-608. <http://doi.org/10.1080/14999013.2012.746757>
- Bradford, K., Wade Stewart, J., Higginbotham, B.J., & Skogrand, L. (2015). The Perceived Relationship Knowledge Scale: An Initial Validation. *Family Relations*. 64(2), 305-318. <http://doi.org/10.1111/fare.12116>
- Charastad, H., Azimi, R., & Mosavi, N. (2022). The effectiveness of therapy schema on psychological capital and emotional self-regulation in infertile couples. *Journal of Studies and Research in Behavioral Sciences*, 4(10). (In Persian)
- Dos Santos LM. (2022). The attitudes and experiences of marriage and family counselors for same-sex couple and family clients: a qualitative study. *Journal of Educational and Social Research*; 12(1):24-36. <https://doi.org/10.36941/jesr-2022-0004>
- Ece, EKEN & Cankaya, Z. C. (2022). The relationship between early maladaptive schemas and psychological tendencies associated with the romantic relationships in university students: an investigation through the schema therapy model. *Cukurova University Faculty of Education Journal*; 51(1), 689-717. <https://doi.org/10.14812/cuefd.935734>
- Farahani, H. A., Abedi, A., Aghamohammadi, S., & Kazemi, Z. (2018). Applied foundations of single case research in behavioral and medical sciences. Tehran: Psychology and Art Publication. (In Persian)
- Frye-Cox N, Ganong L, Jensen T, Coleman M. (2021). Marital conflict and health: the moderating roles of emotion regulation and marriage order. *Journal of Divorce & Remarriage*; 62(6):450-74. [10.1080/10502556.2021.1925853](https://doi.org/10.1080/10502556.2021.1925853)
- Gholizadeh, D. (2022). The effectiveness of therapy schema on critical self-talk and emotional self-regulation in depressed women. *Modern Psychological Research*, (67), 227-219. (In Persian)
- Gratz. KL., Roemer L. (2004). multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral Assessment*, 26 (1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Hou, Y., Jiang, F., & Wang, X. (2019). Marital commitment, Communication and marital satisfaction: An analysis based on actor-partner interdependence model. *International journal of psychology*, 54(3), 369-376. <http://doi.org/10.1002/ijop.12473>

- Ismaeilzadeh, N., & Akbari, B. (2021). The effectiveness of therapy schema on sexual self-efficacy, marital satisfaction, and primary maladaptive schemas in couples with marital conflicts. *Mashhad Medical Sciences Journal*, 64(1), 2298-2286. (In Persian)
- Kianipour, A., Hosseini, F., Rahnejat, A., & Ghanbaripannah, A. (2018). The effectiveness of emotion-focused therapy schema and mindfulness-based cognitive therapy on reducing emotion regulation difficulties in women with anxiety disorder. *Nurse and Physician in War*, 6(20), 60-70. (In Persian)
- Masoumi Tabar, Z., Afshari Nia, K., Amiri, H., & Hosseini, S. A. (2021). The effectiveness of emotion-focused therapy schema on emotion regulation difficulties and marital satisfaction of incompatible women in the first decade of life. *Cognitive Sciences*, 19(95), 1497-1506. (In Persian)
- Mohammadi, H., Sepahri Shamloo, Z., & Asghari Ebrahimabad, M. J. (2019). The effectiveness of group emotional schema therapy on reducing psychological distress and emotion regulation difficulties in divorced women. *Thought and Behavior*, 14(51), 27-36. (In Persian)
- Qian, Y., Chen, F., & Yuan, C. (2020). The effect of co-parenting on children's emotion regulation under fathers perception: A moderated mediation model of family functioning and marital satisfaction. *Children and Youth services Review*, 119(3), 144-156. <http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105501>
- Righetti, F., Faure, R., Zoppolat, G., Meltzer, A., & McNulty, J. (2022). Factors that contribute to the maintenance or decline of relationship satisfaction. *Nat Rev Psychol*; 1(3), 161-73. <http://doi.org/10.1038/s44159-022-00026-2>
- Thompson, R. A. (2019). Emotion dysregulation: A theme in search of definition. *Development and Psychopathology*, 31(3), 805-815. <http://doi.org/10.1017/S0954579419000282>
- Wibbelink CJ, Arntz A, Grasman RP, Sinnaeve R, Boog M, Bremer O, et al. (2022). Towards optimal treatment selection for borderline personality disorder patients (BOOTS): a study protocol for a multicenter randomized clinical trial comparing schema therapy and dialectical behavior therapy. *BMC psychiatry*; 22(1):1-28. [10.1186/s12888-021-03670-9](https://doi.org/10.1186/s12888-021-03670-9)
- Xie, J., Zhou, Z.E., & Gong, Y. (2018). Relationship between proactive personality and marital satisfaction: A spillover-crossover perspective. *Personality and Individual Differences*, 128, 75-80. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.02.011>
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. (2022). *Schema therapy: a practitioners' guide*. 5nd ed. Translated by: Hamidpour H, Andouz Z. Tehran: ARJMAND. (In Persian)

The effect of Schema- based couple therapy on marital satisfaction and emotional dysregulation in discordant couples: Single Subject Research

Azim. Bardikhoje¹, Ali. Jahangiri^{2*} & Abdollah. Mafakheri³

Abstract

Aim: The aim of this research was the effect of schema-based therapy on marital satisfaction and difficulty in emotional regulation, in discordant couples. **Method:** In term of its purpose, this research had a single-subject design with a pre-test, post-test and follow-up design. The statistical population included all conflicted couples who referred to Parsa counseling and psychotherapy clinic in Bandar Turkmen city in the second quarter of 2021, from which 3 couples (husband and wife) were selected by using targeted sampling. Data collection was done with demographic information checklist (researcher-made form), marital satisfaction scale (MSS), Olson et al. (1987) and Difficulties in emotional regulation scale (DERS), Gratz and Romer (2004). Subjects in one group received 12 sessions each and two sessions per week for 90 minutes. **Results:** The finding of the research during the visual analysis of the data graph based on the indicators of descriptive statistics and visual analysis showed that in the follow-up phase compared to the baseline, the intervention increased the total scores of marital satisfaction and decreased the scores of emotional dysregulation components except the component of the difficulty of purposeful behavior in the schema therapy method, treatment was significant ($P < 0/05$). **Conclusion:** The result of the research shows that schema therapy is effective in increasing marital satisfaction and reducing emotional maladjustment of conflicting and discordant couples and it be used in treatment centers to improve family and marital functioning.

Keywords: *single subject research, schema therapy, marital satisfaction, emotional dysregulation*

1. PhD Student, Department of Psychology and Counseling, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran

2. *Corresponding author: Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Payam Noor University, Tehran, Iran

Email: ali.jahangiri.pnu@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran