



مقایسه اثر بخشی طرحواره درمانی و ایماگو درمانی بر ناکامی و دشواری تنظیم هیجان در افراد درگیر طلاق عاطفی

دانشجوی دکتری گروه مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
استادیار گروه روان‌شناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
گروه مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
گروه مشاوره، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

آرزو نظامی ^{id}

حمیدرضا وطن‌خواه * ^{id}

محمد رضا زربخش ^{id}

شهره قربان شیرودی ^{id}

hamid_vatankhal@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۶

دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۱۸

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

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

دوره ۳ | شماره ۲ پیاپی ۱۱ | ۱۶۶-۱۸۷

تابستان ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی و ایماگو درمانی بر دشواری تنظیم هیجان و ناکامی در افراد درگیر طلاق عاطفی پرداخته شده است. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با گروه کنترل و پیگیری انجام شد. جامعه آماری این پژوهش زوجین مراجعه کننده به مجتمع قضایی تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. ۴۵ نفر به صورت نمونه گیری هدفمند با توجه به نتیجه پرسشنامه طلاق عاطفی گاتمن انتخاب، و به سه گروه ۱۵ نفری، به طور کاملا تصادفی تقسیم شدند. گروه آزمایش اول تحت مداخله طرحواره درمانی جفری یانگ و همکاران (۲۰۱۲) و گروه آزمایش دوم تحت مداخله ایماگو تراپی هندریکس (۲۰۱۳) به مدت دوازده جلسه هفتگی قرار گرفتند. ابزارهای این پژوهش مقیاس طلاق عاطفی گاتمن (۱۹۹۷)، پرسشنامه تحمل ناکامی هارینگتون (۲۰۰۵) و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان گراتز و رومر (۲۰۰۴) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده از روش تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. **یافته ها:** نتایج نشان داد مداخله طرحواره درمانی و ایماگو تراپی بر دشواری تنظیم هیجان ($P=0/001, F=23/32$) و ناکامی ($P=0/001, F=48/96$) موثر بود و این تاثیر در مرحله پیگیری پایدار بود؛ همچنین نتایج نشان داد بین اثربخشی دو رویکرد ایماگو درمانی و طرح واره درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد. **نتیجه گیری:** یافته ها نشان داد استفاده از درمان های این پژوهش می تواند در طرح ریزی مداخلات پیشگیرانه جهت ارتقاء و بهبود سلامت روان و روابط هیجانی در افراد درگیر طلاق عاطفی استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌درمانی، ایماگو‌درمانی، ناکامی، دشواری تنظیم هیجان، طلاق عاطفی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(نظامی، وطن‌خواه، زربخش، قربان‌شیرودی،
۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

نظامی، آرزو، وطن‌خواه، حمیدرضا، زربخش،
محمد رضا، قربان‌شیرودی، شهره. (۱۴۰۱).
مقایسه اثر بخشی طرحواره درمانی و ایماگو
درمانی بر ناکامی و دشواری تنظیم هیجان در
افراد درگیر طلاق عاطفی. فصلنامه خانواده
درمانی کاربردی، ۳(۲ پیاپی ۱۱): ۱۶۶-۱۸۷.

مقدمه

خانواده نخستین و منحصر به فردترین نهاد اجتماعی است و سلامت و بهروزی یک جامعه مرهون سلامت و رضایت اعضای آن می‌باشد (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۱۲). زندگی زناشویی ناموفق می‌تواند تأثیرات منفی بر سلامت جسمی و روحی همسران و فرزندان آنها بگذارد (طاقانی، ۲۰۱۹). زوجی که درگیر طلاق عاطفی^۱ شده‌اند، نه تنها به سلامت فردی و اجتماعی خود بی‌توجه می‌شوند، حتی به سلامت دیگر افراد خانواده نیز اهمیت کمتری می‌دهند و وظایف و مسئولیت‌های خود را در مقابل دیگر افراد خانواده به سردی و بی‌هیچ‌میل و رغبتی انجام می‌دهند (براون، ۲۰۱۹). طلاق عاطفی باعث می‌شود میزان اعتماد افراد به یکدیگر کم شده و نسبت به یکدیگر دچار سوءتفاهم شوند. اعضای خانواده به دلیل نداشتن تکیه‌گاه جدی در زندگی، احساس یأس و سرخوردگی می‌کنند و به انواع بیماری‌های روانی و روحی دچار می‌شوند. برای شناسایی عوامل طلاق عاطفی در درون خانواده‌ها از چند دیدگاه می‌توان استفاده کرد. از دیدگاه روان‌شناختی و تأکید بر عوامل روانی و شخصیتی، از دیدگاه جامعه‌شناختی و تأکید بر عوامل اجتماعی، و از دیدگاه ترکیبی دو دسته از عوامل (جامعه‌شناختی و روانشناختی) در افزایش صمیمیت زوج‌ها مؤثرند. این عوامل هم مفاهیم درون‌خانوادگی و هم مفاهیم برون‌خانوادگی را در بر می‌گیرند.

طلاق عاطفی چندین مرحله را پشت سر می‌گذارد، از بین رفتن عشق و محبت و ترک جزئی ارتباط عاطفی، تا ترک کامل رابطه زناشویی و زندگی در خارج از خانه است. به این ترتیب، زن نه مطلقه است و نه ازدواج کرده است (ال‌هاکبانی، ۲۰۱۳). این مراحل شامل موارد زیر است. اول بی‌ثبات‌سازی و از دست دادن اعتماد (ال‌هادی، ۲۰۱۰). دوم سردی و از دست دادن عشق است (ال‌رشیدی و آل‌خلیفی، ۲۰۰۸). سوم خودخواهی است. خودخواهی به تخریب قوانین خانواده کمک می‌کند. زن یا شوهر فداکاری نمی‌کنند و منافع زندگی طرف مقابل را در نظر نمی‌گیرند، و متعهد به انجام وظایف خود در روابط نیستند (مورسی، ۱۹۹۵). طلاق عاطفی آخرین مرحله در روابط زناشویی است (توکلی، ۲۰۱۷). اگرچه در زیر یک سقف زندگی می‌کنند، ولی هیچ رابطه‌ای بین آنها نیست. از دید اطرافیان آنها یک زوج واقعی به نظر می‌رسند، اما ارتباط واقعی آنها قبلاً از بین رفته و از یکدیگر جدا شده‌اند (هاشمی و همایونی، ۲۰۱۷). در ارتباط با طلاق عاطفی در داخل و خارج از کشور اقدامی صورت نگرفته است و به طور معمول بیشتر اقدامات بر محور فشارهای روحی و عاطفی و تجربیات منفی هیجانی زوج‌ها بعد از طلاق است.

ریشه بسیاری از اختلال‌های روانی یا روان‌تنی هیجان‌ها می‌باشند (محمدی سیرت، رسولی و حسینیان، ۱۳۹۵). هیجان‌ها می‌توانند سلامت انسان در خانواده را تضمین کنند. هیجان، نه تنها به ماهیت عامل هیجان‌زا بلکه به خود فرد، حالت فعلی، جسمی و ذهنی، شخصیت، تاریخچه زندگی شخصی و تجربه‌های قبلی او نیز وابسته است (دلیری و همکاران، ۱۳۹۴). تنظیم هیجان به ظرفیت نظارت، فهم و اصلاح واکنش‌های هیجانی به شیوه‌ای که برای عملکرد بهنجار سودمند است، اشاره دارد (پولک، مک‌کیب، سوتهدارد و زیگلر هیل، ۲۰۱۶). تنظیم هیجان برای رشد سالم روابط بین فردی ضروری است. و می‌تواند واکنش‌های هیجانی به موقعیت‌های استرس‌زا و اضطراب‌انگیز را کاهش دهد. دشواری در تنظیم هیجان برای سلامت روانی افراد یک عامل پرخطر و به عنوان نکته کلیدی در اختلالات اضطرابی شناخته می‌شود (گراتر و رومر،

(۲۰۰۴). مشکلات تنظیم هیجان می‌تواند منجر به اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی شود (شیپس، سری و گروس، ۲۰۱۵). دشواری تنظیم هیجان^۱ با اختلالات روانی^۲، اختلال شخصیت مرزی^۳، اختلال افسردگی^۴، خشم^۵، اختلال خوردن^۶، اختلال استرس پس از سانحه^۷، سوء مصرف الکل^۸ و مواد در ارتباط است (بندر، رینحلت دان، اسبجن و پنز، ۲۰۱۲؛ روبرتن، دافرن و باکس، ۲۰۱۲؛ ارگتا، ۲۰۱۱). احساس شرم و گناه و دشواری تنظیم هیجان در رضایت جنسی زنان موثر است (کارگر، داوودی و مظفری، ۱۳۹۸). بهبود اختلالات هیجانی و تنظیم هیجان در درمان افسردگی مؤثر است (برجعی، رحمانی، کریمی و زینالی، ۱۳۹۹). دشواری در تنظیم هیجان با رفتارهای آسیب به خود رابطه مثبت معنادار دارد (رشیدی، کوکلی، میرخانی و شاهانی، ۱۳۹۹). دشواری تنظیم هیجانی می‌تواند تاکتیک حل تعارض و پرخاشگری فیزیکی با پدر و مادر و پرخاشگری کلامی با مادر را تبیین نماید (حسینی، کریمی، نظریور، ۱۳۹۷). دشواری در تنظیم هیجان باعث به کارگیری راهبردهای سازش نیافته برای پاسخدهی به هیجان‌ها می‌شود. پاسخ‌های غیرقابل پذیرش، دشواری در کنترل رفتارها هنگام مواجهه با آشفتگی‌های هیجانی و نقص در استفاده کارآمد از اطلاعات هیجانی نمونه‌هایی از این راهبردها هستند (تال و همکاران، ۲۰۱۲). یکی از خطرهایی که حیات و استمرار خانواده‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، عدم آگاهی به علل ناکامی و مبادرت به طی مسیر ناکامی قبلی که در زناشویی مشکلات زیادی را در پی دارد؛ اینکه چرا مرد یا زنی اشتیاقی به روابط نشان نمی‌دهد شاید ریشه در رفتارهایی دارد که بدون داشتن آگاهی در زندگی مشترک انجام می‌شود (نامک، ۱۳۹۶). ناکامی^۹ عبارت است از حالت فردی که در راه ارضاء نیازهای منطقی خود محروم شده و یا در بر آوردن امید و آرزوهای خود با مانع روبه‌رو می‌شود. ناکامی می‌تواند محصول فقدان یک شی (نبود غذا برای فرد گرسنه، از دست دادن یک عزیز) یا محصول برخورد با مانع در راه برآوردن نیازها باشد (گنجی، ۱۳۹۶). گاهی فرد نه می‌تواند موانع ناکامی را از میان بردارد و نه می‌تواند از کنار آن عبور کند. در این گونه موارد راه حل دوم این است که هدف را عوض کند. اگر فرد به دلایلی نتواند از این دو راه حل استفاده کند، حالتی پیدا خواهد کرد که اصطلاحاً تعارض روانی می‌نامیم. تعارض یعنی مبارزه تمایلات و علایق؛ موقعیتی که فرد را در معرض نیروهای متضاد و با قدرت‌های تقریباً برابر قرار می‌دهد (گنجی، ۱۳۹۶). تعارض بین فردی نوعی تعامل است که در آن دیدگاه‌ها و نظرات مخالف بیان می‌شود. بنابراین، تعارض در همه ازدواج‌ها معمول است (بانگ و همکاران، ۲۰۱۶). همه افراد ناگزیر ناکامی را تجربه می‌کنند. نکته مهم این است که علل ایجاد تعارض را تحلیل و برای حل آن راه منطقی پیدا کنیم که اختلال‌های روانی به همراه ندارد. مدیریت تعارضات مورد توجه پژوهشگران در زمینه ازدواج است. زیرا مدیریت ضعیف درگیری ممکن است یک ازدواج را خراب کند و بر جسم و روان زوجین و فرزندان آنها تأثیر منفی بگذارد (ویلسون و همکاران، ۲۰۱۷). مدیریت تعارض

1. Difficulty adjusting excitement
2. With mental disorders
3. borderline personality disorder
4. depressive disorder
5. anger
6. eating disorder
7. post-traumatic stress disorder
8. alcohol abuse
9. frustration

کارآمد از شکست رابطه زناشویی جلوگیری می‌کند و به زن و شوهر نشان می‌دهد که چگونه می‌توانند به طور موثر با مشکلات کنار بیایند تا تأثیرات مخرب بر روابط زناشویی خود را به حداقل برسانند (دیلون، ۲۰۱۵). درگیری های زناشویی به اشکال متفاوتی مثل اجتناب از مسئولیت، کناره گیری و سواستفاده در روابط جنسی خود را نشان می‌دهد (مادپگان، پلاموندون و جنکینز، ۲۰۱۷). تعارضات باعث اختلالات روانی در زوجین و کودکان می‌شوند (گائو، ۲۰۱۹). وجود تعارضات همیشگی می‌تواند منجر به شکست در ازدواج و در نتیجه طلاق شود. تعارضات زناشویی باید با اتخاذ روش های درمانی مناسب حل شود تا از مشکلات بعدی جلوگیری شود (یانگ و براون، ۱۹۹۰).

یکی از مهمترین راه ها جهت تشکیل خانواده منسجم آموزش و درمان مشکلات خانواده ها است (هندریکس و هانت، ۲۰۱۳). رویکردهای گوناگون زوج درمانی، با هدف کاهش تعارضات و آشفتگی ارتباطی میان زوجین به وجود آمده است (حسن آبادی، مجرد، سلطانی فر، ۱۳۹۲). ایجاد ارتباط بهتر بین زوجین و کاهش تعارضات زناشویی و در نتیجه افزایش رضایت زناشویی سرلوحه کار اکثریت آنها بوده است. طرحواره درمانی^۱ یک روش درمانی نسبتاً جدید است و به بررسی این نکته می‌پردازد که افراد چگونه می‌اندیشند، چگونه ادراک و پردازش می‌کنند و چگونه اطلاعات را به یاد می‌آورند. طرحواره های ناسازگار موجب سوگیری در تفسیر رویدادها می‌شوند (پیروی و بهرامی، ۱۳۹۶). این سوگیری‌ها به صورت سوء تفاهم، نگرش‌های تحریف شده، فرض‌های نادرست، هدف‌ها و انتظارات غیر واقع بینانه در همسران پدید می‌آیند و این سوء برداشت‌ها بر ادراک‌ها و ارزیابی‌های بعدی و چگونگی رابطه‌ی فرد با خود و دیگران به ویژه شریک زندگی تأثیر دارند (حجازی و همکاران، ۱۳۹۹). خانواده اولیه و تجارب دردناک کودکی در شکل‌گیری طرح‌واره های اولیه نقش اساسی دارد. چهار دسته از تجارب اولیه زندگی روند اکتساب طرحواره‌ها را تسریع می‌کنند: عدم ارضا نیازهای اساسی هیجانی، آسیب دیدن و قربانی شدن، ارضاء بیش از حد نیازها و همانند سازی با افراد مهم زندگی یا درونی‌سازی انتخابی (یانگ و همکاران، ترجمه حمید پور و اندوز، ۱۳۸۶). اگر تجربه های ناخوشایند اولیه این طرحواره‌ها را تشکیل دهند، می‌توان آنها را به عنوان دلیل اصلی اختلالات بعدی در افراد در نظر گرفت (باخ و همکاران، ۲۰۱۶). تجربیات کودکی در سطح غیر کلامی ذخیره می‌شوند (ریجکیور و هونتجنس، ۲۰۰۷). طرحواره‌ها یک برنامه کلی یا یک مدل برجسته از تجربیات شناختی عاطفی یک رویداد است که حتی ممکن است توسط یک نوزاد قبل از یادگیری زبان تجربه شود. بنابراین، طرحواره‌ها نقش مهمی در تشدید یا تداوم مشکلات مزمن روانشناختی دارند، تغییر یا کاهش طرحواره های ناسازگار از طریق روان‌درمانی می‌تواند زندگی افراد را بهبود بخشد (تایلر، ۲۰۱۷). در روش متمرکز بر طرحواره تاکید زیادی بر ریشه مشکل می‌شود و در حقیقت علت بسیاری از رفتارهایی که افراد امروز انجام می‌دهند مربوط به دوران کودکی و نوجوانی آنهاست (طاهری اردکانی، ۱۳۹۷). بررسی تاریخچه طرحواره‌درمانی اثربخشی مثبت آن را نشان می‌دهد (علیزاده اصلی و لنگرودی، ۱۳۹۷). هدف طرح‌واره درمانی، این است که به بیماران کمک کند تا راه‌های سازگارانه‌تری برای ارضا نیازهای هیجانی خود بیابند (همتی و همکاران، ۱۳۹۷). طرحواره‌های ناسازگار اولیه موجب دشواری در تنظیم هیجان می‌شوند که نقش موثری در تخریب روابط بین فردی زوج و طلاق عاطفی دارد (نجفی، احمدی، زهراکار، ۱۳۹۹).

1. Schema therapy

ایماگو^۱ یک رویکرد زوج درمانی است که توسط هندریکس به منظور بهبود کیفیت رابطه ی زوجین ارائه شده است (هندریکس و هانت، ۲۰۰۸). این نظریه بر تأثیر خانواده‌ی مبدأ تأکید کرده و چگونگی برقراری ارتباط مؤثر تر با همسر را به زوجین می‌آموزد ایماگو درمانی نوعی درمان تحلیلی است که با التقاط چند رویکرد، بنیان‌گذاری و وارد عرصه زوج درمانی شد. هر فرد در طی تعامل با مراقبان اولیه اش (پدر، مادر...) در دوران کودکی، تصویری ناخودآگاه را شکل می‌دهد که "ایماگو" نامیده می‌شود. این تصویر شامل ویژگی‌های مثبت و منفی مراقبان اولیه کودک است (دی کلرک، ۲۰۰۳). نظریه ایماگو، مبتنی بر پارادیم رابطه ای است نه فردی به این معنی که اهمیت و اولویت را به روابط انسانی و ارتقای کیفیت آن‌ها می‌دهد. کودک نیاز دارد تا یک مراقب اصلی، کارهای او را انعکاس داده و تایید کند تا هر مرحله بدون تجربه زخم یا تجربه کودکی منفی پشت سر گذاشته شود، موردی که مستلزم سازگاری رفتاری است. زوج درمانی ایماگو می‌تواند با آموزش مهارت‌های ارتباطی و گفتگوی ایماگویی برای برقراری رابطه سالم‌تر و امن‌تر یاری کند. یادگیری چگونگی ایجاد ارتباطات عمیق‌تر و سالم‌تر برای کاهش تنهایی و انزوا مهم است. هدف احیای تماس معنوی و عاطفی میان زوجین جهت ایجاد یک هدف تازه برای ازدواجشان است (هندریکس، ۲۰۰۸؛ رحمانی شمس و نظری، ۱۳۹۵)؛ میان عوامل اثرگذار بر سلامت روانی انسانها، خانواده نقش بسیار مهمی دارد، بسیاری از ناهنجاری‌های روانی و رفتاری انسان‌ها در خانواده ریشه دارد. راه اطمینان از خانه‌های سالم این است که روابط سالمی بین زوجین داشته باشیم. طولانی شدن سردی رابطه می‌تواند موجب افسردگی و انزوای زوجین و بروز اختلالات روانی در آنها شود. و یا زمینه ساز یک سری خیانت‌ها شود که آسیب‌های جدی برای خانواده و اجتماع به همراه خواهد داشت. طلاق عاطفی زوجین را بیمار می‌کند و بیشترین آسیب متوجه فرزندان خانواده است. برخی از این فرزندان تمایل به استفاده از مواد مخدر، ارتباط ناسالم و نامشروع، انجام کارهای خلاف و غیر عرف پیدا می‌کنند. برخی دچار افسردگی شده و در خود فرو می‌روند. این افراد برای تشکیل یک زندگی جدید هیچ الگوی مناسبی پیش رو ندارند و در آینده مشکلات والدین خود را تجربه می‌کنند. متأسفانه کتاب‌های درسی ما از پرداختن به موضوع ازدواج و حفظ بنیان‌های خانواده خالی است، هنوز معلوم نیست که جوانان ما زندگی زناشویی را باید از کدام رسانه آموزش ببینند. شناخت علائم و مشکلاتی که منجر به طلاق عاطفی شده، می‌تواند اولین گام برای ایجاد تغییر باشد. و شناسایی مداخلات درمانی که موجب بهبود روابط بین فردی زوج می‌شود، از لحاظ بالینی و نظری حائز اهمیت است؛ حاضر با هدف کلی تعیین اثربخشی طرحواره درمانی و ایماگو درمانی در درمان افراد درگیر طلاق عاطفی و اهداف جزئی و مقایسه اثربخشی این دو روش در بهبود دشواری در تنظیم هیجان و ناکامی در مراجعه کنندگان درگیر طلاق عاطفی دادگاه خانواده صورت پذیرفت.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع تجربی است و با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (سه ماهه) با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش زوجین مراجعه کننده به مجتمع قضایی شهید مفتاح غرب تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. در این تحقیق با توجه به محدودیت‌های عملی و محرمانه تلقی شدن اطلاعات افراد

مراجعه کننده به دادگاه ها، از نمونه گیری غیر احتمالی هدفمند استفاده شد. نمونه از بین مراجعانی که جهت ارائه شکایت زناشویی یا درخواست طلاق به این شعبه مراجعه کرده بودند، با تمایل و رضایت خود و با توجه به ملاک های ورود و خروج انتخاب شد. سپس تحت ارزیابی اولیه قرار گرفتند. مراجعانی که نمره آنان در پرسشنامه طلاق عاطفی یک انحراف استاندارد بالاتر تر از میانگین (۱۲) بود، تحت مصاحبه روان شناختی قرار گرفتند تا نتایج پرسشنامه تأیید شود. در مرحله بعدی شرکت کنندگانی که نمره برش را در مقیاس های دشواری تنظیم هیجان و ناکامی کسب کرده بودند و نمرات پرسشنامه و نتیجه مصاحبه شان همسو و همسان بود، انتخاب شدند. پس از این که تعداد مراجعان به حجم مورد نظر رسید که براساس نظریات آزمایشی در تحقیقات آزمایشی برای هر گروه حداقل ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. به صورت جایگزینی تصادفی در یکی از سه گروه طرحواره درمانی، ایماگو درمانی یا گروه انتظار گمارده شدند. مداخلات در دو گروه طرحواره درمانی و ایماگو درمانی به موازات هم در طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای و به شکل گروهی و هفتگی برگزار شد. گروه کنترل درمانی دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش

۱. **مقیاس طلاق عاطفی گاتمن.** این مقیاس ۲۴ سؤالی توسط گاتمن در سال ۲۰۰۰ تهیه شد. سؤالات به صورت «بلی (۱) و خیر (۰)» جواب داده می شوند. برای تفسیر، نمره هر ۲۴ سؤال با هم جمع می شود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۲۴ است. اگر تعداد پاسخهای (بله) بالاتر از دوازده بود نشان دهنده نارضایتی زندگی زناشویی است و نمرات بالاتر از ۱۶ نشان دهنده این است که زندگی زناشویی فرد در معرض جدایی قرار داشته و علائمی از طلاق عاطفی در او مشهود می باشد. (گاتمن، ۲۰۰۰، ترجمه جزایری، ۱۳۸۷). روایی پایایی این پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش شده است. چهار عامل؛ جدایی و فاصله از یکدیگر، احساس تنهایی و انزوا، نیاز به همراه و هم صحبت و احساس بی حوصلگی و بیقراری. روایی و پایایی: در پژوهش مامی و عسگری ۰/۸۳ ذکر شده است. روایی صوری آن نیز توسط متخصصان تأیید شده است (موسوی و رضازاده، ۱۳۹۳). در بررسی حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برای این مقیاس به دست آمد.

۲. **پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان (DERS).** این پرسشنامه را گراتز و رومر (۲۰۰۴) ساختند که دارای ۳۶ سؤال بود. گویه ها بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از ۱ (به ندرت) تا ۵ (همیشه) نمره گذاری می شوند. دامنه نمرات بین ۳۶ تا ۱۸۰ می باشد. نمرات بالاتر بیانگر مشکلات بیشتر در نظم بخشی هیجانی است. این مقیاس شامل ۶ خرده مقیاس است. توجه: عبارات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۴ و ۳۴ در این مقیاس به شکل معکوس نمره گذاری می شوند. سازنده گان آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی این مقیاس را به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۸ گزارش کردند. آلفای کرونباخ نسخه فارسی محاسبه شده ضرایب اعتبار برای هر یک از عامل های عدم پذیرش، پاسخ های هیجانی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان وضوح هیجانی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۶۶، ۰/۶۸، ۰/۷۴، ۰/۷۵ و ۰/۶۳ گزارش شده است (کرمانی مامزندی و طالع پسند، ۱۳۹۶). در ایران ضریب پایایی این مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ در پژوهش عزیزی و همکاران ۰/۹۲ به دست آمده است. و در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

۳. پرسشنامه تحمل ناکامی^۱. به منظور سنجش میزان تحمل ناکامی فرد در رسیدن به اهداف توسط هارینگتون (۲۰۰۵) طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۳۵ سوال و شامل ۴ مولفه می باشد و بر اساس طیف پنج گزینه ای لیکرتی (۵= کاملاً موافقم، ۴= موافقم، ۳= نظری ندارم، ۲= مخالفم، ۱= کاملاً مخالفم) نمره گذاری می‌شود. با سوالاتی مانند (همیشه به دنبال آسان ترین راه برای حل مسائل هستم، تحمل شرایط دشوار را ندارم) به سنجش تحمل ناکامی می‌پردازد. عامل اول: تحمل عاطفی، مانند عدم تحمل استرس (سوالات ۱، ۵، ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۱، ۲۵). عامل دوم: تحمل ناراحتی، مانند عدم تحمل مشکلات و گرفتاری‌ها (سوالات ۳، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹، ۲۳، ۲۷). عامل سوم: پیشرفت، مانند عدم تحمل اهداف پیشرفت (سوالات ۴، ۸، ۱۲، ۱۶، ۲۰، ۲۴، ۲۸). عامل چهارم: شایستگی، مانند عدم تحمل بی‌عدالتی و خشنودی (سوالات ۲، ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۲۲، ۲۶، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵). مجموع نمرات پایین نشانه تحمل ناکامی بالای آزمودنی و مجموع نمرات بالا نشان دهنده تحمل ناکامی کم آزمودنی است. حداقل امتیاز ممکن ۳۵ و حداکثر ۱۷۵ خواهد بود. نمره بین ۳۵ تا ۵۸: میزان تحمل ناکامی افراد در حد بالایی می‌باشد. نمره بین ۵۸ تا ۱۱۶: میزان تحمل ناکامی افراد در حد متوسطی می‌باشد. نمره بالاتر از ۱۱۶: میزان تحمل ناکامی افراد در حد پایینی می‌باشد. در پژوهش رحیمی و افشارنیا (۱۳۹۶) روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش رحیمی و افشارنیا (۱۳۹۶) برای این پرسشنامه بالای ۰/۷۰ برآورد شد. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

۴. ایماگو درمانی. یک چارچوب آموزشی ۱۲ جلسه‌ای به صورت گروهی، هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است، شامل ۱۶ تمرین براساس نظریه‌ی هندریکس است که در کتاب دریافت عشق دلخواه‌تان: راهنمای عملی زوجها (سال انتشار ۲۰۱۳)، ارائه شده است.

جدول ۱. پروتکل جلسات ایماگو درمانی هندریکس

شرح جلسات	اقدامات انجام شده
جلسه اول	برقراری ارتباط، ایجاد انگیزه، تصمیم به تلاش مسئولانه برای بهبود رابطه، مروری بر ساختار جلسات، قوانین مربوط به گروه
جلسه دوم	شرح تکنیک تمرکز بر تاریخچه شخصی، توضیحاتی در مورد طلاق عاطفی و بررسی آن در چهارچوب خانواده
جلسه سوم	کشف ساختار ایماگو (تصویر ذهنی از خود)، بررسی تاریخچه روابط صمیمانه و الگوهای ارتباطی، بررسی ذهن و تأثیر آن بر روابط بین فردی
جلسه چهارم	پرداختن به سرخوردگی‌ها و جراحات دوران کودکی، تجربه مجدد احساسات و خاطرات کودکی و کشف روابط
جلسه پنجم	بررسی ابعاد هیجانی بدن و رابطه آن با دفاع‌ها، اجتناب‌ها، انسدادها، اضطراب‌ها و تروماها، شناسایی احساسات و عواطف خود
جلسه ششم	افزایش سطح نزدیکی و صمیمیت شما با همسرتان، توانایی افراد برای احساس کردن خود و دیگری، تعریف مرزهای شخصی با صراحت

آموزش و تمرین گفتگوی ایماگویی، شناخت عمیق همسر، بررسی انتظارات و نیاز همسر برای ایجاد و حفظ پیوند عاطفی	جلسه هفتم
ایجاد منطقه امن، افزایش صمیمیت و التیام زخم‌های عاطفی، بررسی ابعاد صمیمیت زوجین، ایجاد چرخه‌های مثبت تعامل	جلسه هشتم
ایجاد تعهد مشترک و اطمینان از با هم بودن زوج، شناسایی تعارض و سبک‌های حل تعارض آنان، افزایش سطح صمیمیت و ارضاء نیازها	جلسه نهم
افزایش احساس امنیت و پیوستگی، شادی و پیوند عاطفی، افزایش رفتارهای مثبت متقابل و کاهش رفتارهای منفی	جلسه دهم
بیان و تخلیه خشم در یک محیط امن و سازنده، کاهش و حل رنجش‌های گذشته، التیام زخم‌های عاطفی، شناسایی خوشحال کننده همسر	جلسه یازدهم
یکپارچگی خویشتن و بحث و جمع بندی مطالب جلسات گذشته	جلسه دوازدهم

۵. طرح‌واره درمانی. یک چارچوب آموزشی ۱۲ جلسه‌ای به صورت گروهی، هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، براساس نظریه‌ی جفری یانگ و همکاران است که در کتاب طرح‌واره درمانی، راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی، (سال انتشار ۱۳۹۱) ارائه شده است.

جدول ۲. پروتکل طرح‌واره درمانی جفری یانگ و همکاران

ساختار جلسات	اقدامات انجام شده
جلسه اول	آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، بیان اهمیت و هدف طرح‌واره درمانی و صورت بندی مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرح‌واره درمانی
جلسه دوم	بررسی شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرح‌واره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته، بحث و گفتگو پیرامون جنبه طرح‌واره موجود با طرح‌واره سالم
جلسه سوم	تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرح‌واره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای
جلسه چهارم	تعریف مفهوم بزرگسال سالم در ذهن مراجعان، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده
جلسه پنجم	آموزش برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی، رابطه درمانی، ایجاد آمادگی برای تغییر در رفتار و بحث و بررسی و انجام تکالیف
جلسه ششم	آموزش تکنیک‌های تجربی مثل تصویر سازی ذهنی، موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آن‌ها
جلسه هفتم	رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن و برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره خواست
جلسه هشتم	معرفی راهبردهای تجربی برای تغییر، تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری، انجام گفتگوهای خیالی
جلسه نهم	الگو شکنی رفتار، بررسی مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم و ارائه راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار
جلسه دهم	ادامه الگو شکنی رفتار، آموزش و تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویر سازی ذهنی و ایفای نقش. بررسی تکالیف

جلسه یازدهم	بررسی و آموزش تکنیک‌ها و محرک‌های برانگیزاننده طرحواره‌ها، تصویرسازی ذهنی، وقایع فعلی، خاطرات گذشته: خواستن از بیمار برای صحبت در مورد تجارب اولیه دوران کودکی از طریق تصویرسازی ذهنی.
جلسه دوازدهم	مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یادگرفته شده تمرین شد افزایش انگیزه برای تغییر و ایجاد انگیزه

روش اجرا. پژوهش حاضر پس از اخذ کد اخلاق پژوهش IR.IAU.TON.REC1399.047 اجرا شد؛ پیش از شروع مداخله، مراجعان رضایت نامه کتبی مبنی بر اینکه از اهداف پژوهش حاضر آگاه هستند را امضا کردند. در این رضایت نامه همچنین به رعایت موازین اخلاقی نظیر رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات، جلب رضایت و تمایل آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش، اشاره شد؛ پژوهشگران می‌توانند از نتایج پرسشنامه‌ها به صورت گروهی استفاده نمایند، ولی حق اشاره به هویت آزمودنی را نخواهد داشت ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به مطالعه عبارت بود از: حداقل ۲۲ سال و حداکثر ۵۵ سال سن، طول مدت ازدواج حداقل یک سال، عدم اعتیاد به مواد مخدر، توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل: استفاده از هر نوع خدمات روان‌شناختی برای هر اختلال روانی و استفاده از هر نوع داروی روان‌پزشکی و روان‌گردان در سه ماه قبل از اولین جلسه درمان بود. در این پژوهش از پرسشنامه‌های به شرح ذیل استفاده گردید. تجزیه و تحلیل این پژوهش توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل واریانس اندازه مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی) صورت گرفت.

یافته‌ها

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و ایماگو‌درمانی در درمان افراد درگیر طلاق عاطفی بود. تجزیه و تحلیل این پژوهش در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی صورت گرفت. مقایسه گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد سن بیشترین افراد نمونه طرح‌واره‌درمانی معادل ۴۶/۷ درصد. گروه ایماگو‌درمانی معادل ۶۰ درصد و افراد نمونه گروه کنترل معادل ۶۰ درصد بین ۳۶ تا ۴۵ سال و سن داشتند. تحصیلات گروه طرح‌واره‌درمانی معادل ۴۷/۶ درصد لیسانس و گروه ایماگو‌درمانی معادل ۴۰ درصد لیسانس و گروه کنترل به معادل ۴۰ درصد لیسانس بود. افراد نمونه طرح‌واره‌درمانی معادل ۶۰ درصد متارکه نداشتند. ایماگو‌درمانی به تعداد ۱۳ نفر معادل ۸۶/۷ درصد متارکه نداشتند و گروه کنترل معادل ۸۶/۷ درصد متارکه نداشتند. نتایج نشان می‌دهد که بین گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سن، مدت ازدواج، سابقه متارکه، نوع ازدواج از نظر نحوه انتخاب همسر و سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و گروه‌ها از نظر مشخصات جمعیت‌شناختی همگن هستند.

جدول ۳. مشخصه های آماری مولفه های متغیر وابسته در دو گروه آزمایش و گروه کنترل

پیش آزمون		پس آزمون		پیکیری		متغیر	
انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	متغیر	عضویت گروهی
۱۳,۶۱۵	۱۰۲,۴۰	۷,۳۰۷	۱۰۲,۶۰	۷,۰۸۹	۱۰۲,۶۰	ناکامی	طرحواره درمانی
۵۷۳,۱۷	۹۳,۸۳	۵۷۲,۱۳	۶۰,۸۴	۸۰۸,۱۳	۶۰,۸۴	دشواری در تنظیم هیجان	ایماگو درمانی
۱۷,۱۹۵	۱۰۱,۸۶	۱۱,۰۳۸	۱۰۲,۴۶	۱۰,۵۶۸	۱۰۲,۴۶	ناکامی	گروه کنترل
۸۳۰,۱۳	۳۳,۸۹	۵۹۷,۱۷	۸۰,۸۹	۳۴۱,۱۷	۸۰,۸۹	دشواری در تنظیم هیجان	
۹,۸۸۵	۱۱۹,۴۶	۹,۴۴۸	۱۱۹,۲۶	۹,۳۶۹	۱۱۹,۲۶	ناکامی	
۰,۸۴,۱۶	۲۶,۱۳۴	۴۱۱,۱۶	۲۶,۱۳۴	۳۵۰,۱۶	۲۶,۱۳۴	دشواری در تنظیم هیجان	

نتایج نشان می دهد که بین میانگین گروه کنترل و میانگین گروه آزمایش در متغیر های وابسته در مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد این تفاوت ها در هر دو متغیر به سود گروه های آزمایشی است.

جدول ۴. میانگین تعدیل یافته انحراف استاندارد مولفه های متغیر وابسته و مشخصه های آماری متغیر های وابسته در مرحله پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گروه کنترل

گروه کنترل	گروه آزمایش				مولفه ها
	ایماگو درمانی		طرحواره درمانی		
انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۱۳۵,۲	۱۲۹,۲	۱۷,۱۰۲	۱۴۵,۲	۱۰۱,۶۸	ناکامی پس آزمون
۹۹۹,۳	۹۸۶,۳	۸۹,۸۹	۰,۱۷,۴	۸۵,۸۲	دشواری تنظیم هیجان پس آزمون
۲۷۹۸۸,۱	۳۳۲۳۳,۱۷	۱۳۳۳,۲۰	۱۹۳۴۳,۱۳	۰,۶۶۷,۲۰	ناکامی (مرحله پیگیری)
۹۱۵۴۸,۰	۱۱۰۲۱,۲۶	۲۰۰۰,۴۵	۴۶۹۰۲,۲۰	۸۶۶۷,۴۹	دشواری در تنظیم هیجان (مرحله پیگیری)

در جدول فوق میانگین‌های تعدیل یافته متغیر وابسته ارائه شده است. اثر متغیرهای تصادفی کمکی به صورت آماری حذف شده است. این میانگین‌ها به ما می‌گویند که میانگین گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در سطح بهتری قرار دارند.

بین میانگین دشواری در تنظیم هیجان در طرحواره درمانی بامیانگین گروه کنترل در سطح $p < 0/01$ تفاوت معنادار وجود دارد. این تفاوت به سود گروه طرحواره درمانی است که موجب کاهش دشواری در تنظیم هیجان در افراد درگیر طلاق عاطفی شده است. بین میانگین دشواری در تنظیم هیجان با روش ایماگو درمانی بامیانگین گروه کنترل در سطح $p < 0/01$ تفاوت معنادار وجود دارد. این تفاوت به سود گروه ایماگو درمانی است که موجب کاهش دشواری در تنظیم هیجان در افراد درگیر طلاق عاطفی شده است. بین میانگین متغیرهای دشواری تنظیم هیجان روش طرحواره درمانی بامیانگین گروه ایماگو درمانی تفاوت معنادار وجود ندارد. لذا تاثیر هر دو گروه درمانی در کاهش دشواری در تنظیم هیجان در افراد درگیر طلاق عاطفی به یک اندازه است.

بین میانگین ناکامی با روش طرحواره درمانی بامیانگین ناکامی با گروه کنترل در سطح $p < 0/01$ تفاوت معنادار وجود دارد. این تفاوت به سود گروه طرحواره درمانی است که موجب کاهش ناکامی در افراد درگیر طلاق عاطفی شده است. بین میانگین ناکامی با روش ایماگو درمانی بامیانگین ناکامی با گروه کنترل در سطح $p < 0/01$ تفاوت معنادار وجود دارد. این تفاوت به سود گروه ایماگو درمانی است که موجب کاهش ناکامی در افراد درگیر طلاق عاطفی شده است. بین میانگین متغیرهای ناکامی با روش طرحواره درمانی بامیانگین ناکامی گروه ایماگو درمانی تفاوت معنادار وجود ندارد. لذا تاثیر هر دو گروه درمانی در کاهش ناکامی در افراد درگیر طلاق عاطفی به یک اندازه است.

جدول ۵. نتایج تحلیل متغیرهای وابسته در مرحله پس ازآزمون و پیگیری

مرحله	متغیر وابسته	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی DF	میانگین مجذورات MS	F	سطح معناداری P	Eta
پس ازآزمون	ناکامی	۱۲۶.۳۱۲۵	۲	۵۶۳.۱۵۶۲	۲۳.۳۲۳	۰.۰۰۰	۰.۵۶۴
	خطا	۸۸۵.۲۴۱۱	۳۶	۹۹۷.۶۶			
	دشواری در تنظیم هیجان	۹۳۹.۲۳۰۰۸	۲	۴۶۹.۱۱۵۰۴	۹۶۶.۴۸	۰.۰۰۰	۰.۷۳۱
	خطا	۱۱۰.۸۴۵۸	۳۶	۹۴۷.۲۳۴			
پیگیری	ناکامی	۷۱۱.۳۷۵۰	۲	۳۵۶.۱۸۷۵	۸۱۷.۱۱	۰.۰۰۰	۰.۳۶۰
	خطا	۶۰۰.۶۶۶۵	۴۲	۷۰۵.۱۵۸			
	دشواری در تنظیم هیجان	۱۱۱.۲۱۹۴۱	۲	۵۵۶.۱۰۹۷۰	۸۷۷.۲۹	۰.۰۰۰	۰.۵۸۷
	خطا	۸۶۷.۱۵۴۲۱	۴۲	۱۸۷.۳۶۷			

نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای وابسته در مرحله پس آزمون و پیگیری در جدول ۵ نشان داده شده است. مقدار Eta نشان می‌دهد که در مرحله پس آزمون تقریباً ۵۶ درصد از واریانس متغیر ناکامی و حدود ۷۳ درصد از واریانس متغیر دشواری در تنظیم هیجان برای متغیر گروه به حساب آمده است. همچنین مقدار Eta در مرحله پیگیری تقریباً ۳۶ درصد از واریانس متغیر ناکامی و حدود ۵۹ درصد از واریانس متغیر دشواری در تنظیم هیجان برای متغیر گروه به حساب آمده است.

چون مشخصه F از لحاظ آماری معنادار شده است لازم است از آزمون تعقیبی استفاده شود برای این مقصود از آزمون توکی برای مقایسه دو به دو میانگین‌ها استفاده شد که نتایج آن در جدول نمایش داده شده است.

جدول ۶. مقایسه دو به دو میانگین‌های متغیرهای وابسته در بین سه گروه در مرحله پیگیری

متغیر وابسته	طرحواره درمانی	ایماگو درمانی	کنترل
ناکامی	—	۰.۶۶۷-	**۱۹,۳۳۳
دشواری در تنظیم هیجان	—	—	**۱۹,۴۰۰
دشواری در تنظیم هیجان	طرحواره درمانی	۴,۶۶۷	**۴۹,۰۰۰
ناکامی	ایماگو درمانی	—	**۴۹,۰۰۰

جدول ۶- مقایسه دو به دو میانگین‌های متغیرهای وابسته در بین سه گروه در مرحله پیگیری را نشان می‌دهد.

نتایج نشان داد بین میانگین متغیرهای وابسته در مرحله پیگیری در روشهای طرحواره درمانی و ایماگو درمانی با میانگین‌های وابسته در گروه کنترل در سطح $p < 0/01$ تفاوت معنادار وجود دارد. این تفاوت به سود گروههای طرحواره درمانی و ایماگو درمانی است که موجب کاهش متغیرها در افراد درگیر طلاق عاطفی شده است و بین دو روش درمانی در کاهش متغیرها تفاوت معنا دار وجود ندارد. این نتیجه حاکی از آنست که نتایج حاصل در مرحله پیگیری پایدار است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثر بخشی طرحواره درمانی و ایماگو درمانی بر دشواری تنظیم هیجان و ناکامی در افراد درگیر طلاق عاطفی بود. نتایج نشان داد بین میانگین متغیرهای وابسته در روشهای طرحواره درمانی و ایماگو درمانی با میانگین‌های وابسته در گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. این تفاوت به سود گروههای طرحواره درمانی و ایماگو درمانی است که موجب کاهش متغیرها در افراد درگیر طلاق عاطفی شده است. بنابراین فرض صفر رد و فرض خلاف تایید شد؛ اما بین دو روش درمانی در کاهش متغیرها تفاوت معنا دار وجود ندارد. فرض صفر تایید و فرض تحقیق رد شد. نتایج در مرحله پیگیری پایدار بود. اثر بخشی طرحواره درمانی، به دلیل تغییر ساختاری در شخصیت بیمار است و نه تنها به دلیل بهبود علائم به عنوان یک نتیجه از تغییرات ساختاری، بلکه تنظیم نامنظم هیجانی اولیه ناشی از تجربیات منفی کودکی، جای خود را به تنظیم هیجانی (بزرگسالان) می‌دهد. این یافته را می‌توان اینگونه تبیین کرد که تنظیم هیجان، تحمل فشار، ناکامی و ناراحتی، رضایت از زندگی فردی، و دیدگاه مثبت نسبت به زندگی، انعطاف پذیری

روانی و احساس آرامش و امنیت که موجب پایداری ازدواج می‌شوند را افزایش می‌دهد. پژوهش‌های همسو با این یافته: (نیکامال، صالحی و برماس، ۲۰۱۸). (قاسم آبادی و همکاران، ۲۰۱۹). (ثناگویه و همکاران، ۲۰۱۹). (عسگری و گودرزی، ۲۰۱۹). (باسیل، تونری، فرانسسیسکو و ماچینی، ۲۰۱۸). (بردی، ازونی-داواجی، ۲۰۱۸). (تیلور، بی و هادوک، ۲۰۱۷). (همتی و همکاران، ۱۳۹۷). (نورنی، مارزوکی وان جافر، آدیشا و مهد نواه، ۲۰۱۳).

طرحواره درمانی موجب کاهش اثر دشواری تنظیم هیجان در افراد درگیر طلاق عاطفی شده است. بنابراین فرض پژوهش تایید می‌شود. علوی لواسانی و احمدی طهورسلطانی (۱۳۹۶)، خانواده‌هایی که در آن طلاق هیجانی وجود دارد تنظیم هیجانی اعضای خانواده با دشواری بیشتری همراه است. اصغری، عیسی پور هفت خوانی و قاسمی جوبنه (۱۳۹۷)، یکی از عوامل مهم در کاهش فرسودگی زناشویی و به تبع آن کاهش طلاق عاطفی آموزش تنظیم هیجان به زوجها دانسته‌اند. علاوه بر این، باردن و کامپولا (۲۰۱۳) و برکینگ، مارگراف، ایبرت، ووپرمن، هافمن و یونگاس (۲۰۱۲)، آموزش مبتنی بر زوج درمانی بر تنظیم شناختی هیجان زنان متأهل اثربخش بوده است. طرحواره درمانی موجب کاهش اثر ناکامی در افراد درگیر طلاق عاطفی شده است. بنابراین فرض پژوهش تایید می‌شود. هر چه میزان ناکامی افراد از زندگی مشترک بیشتر باشد میزان وقوع طلاق عاطفی بیشتر خواهد شد. بر اساس مبانی نظری وجود تعارض در روابط نزدیک، تهدیدی برای کیفیت روابط محسوب می‌شود. از سویی تعارض، بخش جدایی ناپذیر روابط بشری است و از آن‌گیزی نیست. با این حال، از آنجا که بشر موجودی هوشمند است می‌تواند با خلق شیوه‌های سازنده برای حل تعارضات و مسائل بین فردی، تجربه روابط لذت بخش و صمیمانه را برای خود ممکن سازد. رابطه صمیمیت زناشویی و توانایی زوجین در حل تعارضات، رابطه‌ای دو سویه است. به این معنا که هرچه زوجین صمیمی‌تر باشند در حل تعارضات تواناترند و نیز هر چه زوجین در حل تعارضات کارآمدتر عمل نمایند رابطه صمیمانه‌تری را تجربه می‌کنند. این احساس امنیت، دیدگاه فهمی و تعامل سازنده، بستری از صمیمیت برای رابطه ایجاد می‌کند. همسو با این یافته: علی‌نژاد، عزیزی و دمهری (۱۳۹۹)، طرحواره درمانی به طور معناداری باعث کاهش نمرات عدم تحمل ناکامی دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون شد. شاکرمی، میرزمانی، سید محمود و یکتا (۱۳۹۸)، طرحواره درمانی بر ناکامی زنان مبتلا به بیماری‌های جسمانی اثر دارد. (زاهدی، ۲۰۱۹، فینی و کارانتزاس، ۲۰۱۷؛ صادقی فرد، ۲۰۱۵ و اعتمادی جابری، جزایری و احمدی، ۱۳۹۳).

افرادی که درگیر طرح‌واره‌های ناسازگار هستند نمی‌توانند دل‌بستگی‌های ایمن و رضایت‌بخشی با دیگران برقرار کنند. و سبک‌های مقابله‌ای ناسالمی را پیش می‌گیرند. به عنوان مثال: انتخاب همسر و دوستان از میان کسانی که در دسترس نیستند و رفتارشان قابل پیش‌بینی نیست. انتخاب همسر و دوستی که متعهد نیست و نمی‌تواند رابطه پایداری برقرار کند. دوری از روابط صمیمانه همراه با ترس از رها شدن. حفظ رابطه با همسر و افراد مهم زندگی با رفتارهایی نظیر وابستگی زیاد، سلطه‌گری یا کنترل کردن، رفتارهای سماجی و حاکی از وابستگی شدید و دلگیر کردن همسر تا حدی که از او دور شود. در نتیجه تلاش زوج برای حل مشکلاتشان بی‌ثمر مانده و موجب تشدید اختلافات زناشویی و کاهش روابط صمیمانه و عاطفی، دل‌سردی و در نتیجه طلاق عاطفی می‌شود. طرحواره درمانی با استفاده از الگوشکنی رفتاری باعث می‌شود بیمار از

طرحواره فاصله بگیرد و تلاش کند به جای الگوهای رفتاری طرح واره خاست، سبک های مقابله ای سالم تری را جانشین سازد. این مرحله طولانی ترین و در برخی موارد حساس ترین بخش طرح واره درمانی است. بدون انجام این مرحله، احتمال عود اختلال بالاست. بدون تغییر الگوهای رفتاری، حتی اگر بیمار نسبت به طرح واره های ناسازگار اولیه خود بینش پیدا کند و تکنیک های شناختی و تجربی را نیز انجام دهد، اختلال دوباره خودش را نشان خواهد داد. بدون انجام مرحله رفتاری طرح واره درمانی، پیشرفت درمان به کندی صورت می گیرد و ممکن است بیماران نتوانند از زیرسطح طرح واره هایشان خارج شوند. به همین دلیل ضروری است که به منظور دستیابی بیماران به نفع کامل درمانی و تداوم آن الگوهای رفتاری شان تغییر کند. تکنیک های شناختی و تجربی، جنبه سالم شخصیت بیمار را تقویت می کنند، به ویژه این که جنبه ی سالم را برای جنگ با طرح واره های بیمار توانمند می سازند. به هنگام اجرای مرحله رفتاری درمان، تکنیک های شناختی و تجربی (ارایه منطق استفاده از چنین تکنیکها در درمان، انجام گفتگوهای خیالی، باز والدینی در حین کار با تصاویر ذهنی، تصویر سازی ذهنی وقایع آسیب زا، نوشتن نامه به عنوان تکلیف خانگی و تصویر سازی ذهنی به منظور الگو شکنی) به بیمار کمک می کنند تا برموانع تغییر رفتار غلبه کند.

ایماگو از طریق مرور خاطرات دوران کودکی و کشف ساختار ایماگو (تصویر ذهنی از خود) به بررسی تاریخچه روابط صمیمانه و الگوهای ارتباطی می پردازد. و با کشف ناکامی های اصلی دوران کودکی و نحوه واکنش به آنها، زوج را هشیار کرده و با آموزش و تمرین گفتگوی ایماگویی، شناخت عمیق و بررسی انتظارات و نیاز همسر برای ایجاد و حفظ پیوند عاطفی تلاش می کند. با توجه به بررسی برنامه های پنهان ذهن و تأثیر آن بر روابط فعلی، و ایجاد منطقه امن برای تخلیه هیجانات منفی و افزایش صمیمیت و التیام زخم های عاطفی، به بررسی ابعاد صمیمیت زوجین و ایجاد چرخه های مثبت تعامل برای افزایش رفتارهای مثبت متقابل و کاهش رفتارهای منفی و ایجاد تعهد مشترک و اطمینان از با هم بودن، به شناسایی تعارضهای آنها و سبکهای حل تعارض آنان در حال حاضر و افزایش سطح صمیمیت و ارضاء نیازها به خصوص نیاز جنسی و افزایش احساس امنیت و پیوستگی، دست یابد. افزایش احساس شادی موجب کاهش و حل رنجشهای گذشته و التیام زخمهای عاطفی می شود. زوجین برای دستیابی به بهبود و التیام، نیاز به ساختاری دارند که آنان را قادر سازد برای برآورده کردن نیازهای برآورده نشده یکدیگر تلاش کنند و از این رهگذر خود نیز به رشد و کمال برسند. این رشد بدین معناست که زوجین خود را بسط داده (شامل تغییر رفتار) و قسمت های انکار شده و سرکوب شده شخصت خود را بازیابی کنند. این فرایند زوجین را قادر می سازد انسان های رشد یافته و سرزنده ای شوند. و حالت اصیل آرامش، شادی و احساس پیوند و یکپارچگی خود را مجدد به دست آورند. تکنیک و راهبرد نظریه ایماگو برای فراهم کردن زمینه این رشد، گفتگو یا دیالوگ ایماگو می باشد این دیالوگ اصلی ترین مهارت ارتباطی استفاده شده برای حرکت دادن زوجین به سمت برقراری ارتباط مجدد از طریق ساختاری ایمن است. فرآیند گفتگومحور این فرصت را برای زوجین فراهم می آورد که به تمایز و استقلال یکدیگر بیشتر و عمیق تر پی ببرند و همزمان علیرغم وجود این تمایز بتوانند با یکدیگر همدلی کنند. پژوهش نا همسو با این یافته، گهلرت و همکاران (۲۰۱۷)، نتایج ایماگو درمانی اگرچه از نظر آماری قابل توجه است، اما بهبودهای تجربه شده توسط گروه درمانی از نظر بالینی قابل توجه نبوده است. در حالی که تقریباً یک سوم شرکت کنندگان در طول درمان بهبود یافتند، در سطح دوم، فقط یک زوج بهبود یافتند. پژوهش های همسو با این یافته: شیدان فر، نوابی نژاد و ولی الله (۱۳۹۶)، نشان داد که

رویکرد ایماگو بر سازگاری فردی زوجین تاثیر داشت. متین و حیاتی (۱۳۹۶)، ایماگوتراپی باعث افزایش مهارت حل مشکل خانواده، کاهش استفاده از سبک‌های دفاعی رشد نایافته و روان آزاده و افزایش استفاده از سبک‌های دفاعی رشد یافته شده است. (شجاعیان، ۱۳۹۶). (رفاهی و اردلانی، ۱۳۹۴). معاذی نژاد، عارفی و امیری (۱۳۹۹)، نشان داد تکنیک‌های ایماگوتراپی در بهبود صمیمیت جنسی زوجها مؤثر بود. (نجاراصل، عسگری، نادری و اسمعیل خانی، ۲۰۲۱). (نیک آمال، صالحی و برماس، ۱۳۹۶). فتوح آبادی (۱۳۹۵)، درمان تلفیقی طرحواره درمانی و ایماگوتراپی بر رشد فردی و ثبات ازدواج تاثیر معناداری دارد.

رویکرد ایماگو در کاهش اثر متغیر دشواری تنظیم هیجان در طلاق عاطفی اثر بخش بوده و فرض صفر رد می‌شود. هر چه میزان دشواری تنظیم هیجان افزایش یابد میزان وقوع طلاق عاطفی افزایش می‌یابد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت رویکرد ایماگو با توجه به آسیب‌های هیجانی و عواطف سرکوب شده دورانی کودکی و بازسازی و تخلیه آسیب‌های آن دوران، هیجانات را به آگاهی می‌آورد. پژوهش‌های همسو با این یافته؛ (ولایکو، ۲۰۱۸). ابراهیمی و حیدری (۱۳۹۹)، بین بلوغ عاطفی و گرایش به طلاق عاطفی رابطه مثبت معنادار و بین باورهای نگرانی مثبت با گرایش به طلاق عاطفی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. سیدآبادی، نورانی پور و شفیع آبادی (۱۳۹۹)، زوج‌هایی که تحت مداخله‌های زوج‌درمانی ایماگوتراپی قرار گرفتند تعارض زناشویی کمتری از زوج‌های گروه کنترل نشان دادند. رویکرد ایماگو در کاهش میزان متغیر ناکامی در طلاق عاطفی اثر بخش بود. بنابراین فرض صفر رد و فرض خلاف تایید می‌شود. زوج درمانی ایماگو می‌تواند با آموزش مهارت‌های ارتباطی و گفتگوی ایماگویی برای برقراری رابطه سالم تر و امن تر یاری کند. یادگیری چگونگی ایجاد ارتباطات عمیق تر و سالم تر برای تداوم زندگی مشترک مهم است. پژوهش حاضر نیز مانند سایر تحقیقات حوزه علوم رفتاری با محدودیت‌هایی مواجه بوده است. شیوه نمونه‌گیری هدفمند به جای نمونه‌گیری تصادفی و همچنین وجود متغیرهای مزاحم مانند نگرش افراد، انگیزه شرکت در مداخله، میزان صداقت در پاسخگویی به پرسشنامه‌ها، جو عاطفی خانواده، زمان پاسخگویی، میزان درک و... نیز ممکن است نتایج را تحت تاثیر قرار داده باشند. استفاده از ابزار خود گزارش دهی به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ دهی و شیوه‌های معرفی شخصی، که می‌توان آن را به عنوان متغیر مداخله‌گر درونی در نظر گرفت. با توجه به محدودیت حجم نمونه پژوهش، توصیه می‌شود به منظور بررسی اثرات درمانی دو رویکرد با دقت بیشتر، مطالعات گسترده تر و با حجم نمونه بزرگ تر اجرا شود. با توجه به اثر بخش بودن رویکرد ایماگو و طرحواره درمانی به سازمان‌های متولی، برگزاری کارگاه‌های مختلف قبل از ازدواج به منظور آموزش الگوهای صحیح ارتباطی و آگاهی از آسیب‌های دوران کودکی و تاثیر آن در مشکلات زناشویی، و برگزاری دوره‌های درمانی با حضور همسرانی که از وجود مشکل طلاق عاطفی رنج می‌برند و یا متقاضی طلاق هستند پیشنهاد می‌شود. طلاق موضوعی متصل به ازدواج است. نرخ بالای زنان و مردان مطلقه، فرزندان طلاق، از هم پاشیدن بنیان خانواده در آینده می‌تواند حیات جامعه را با مخاطره روبرو ساخته و از این رو می‌طلبد تا دولت، مجلس و سایر نهاد‌های درگیر در موضوع با رویکردی نو و حساب شده به موضوع ورود پیدا کنند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دکتری نویسنده اول است. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن جهت ارائه مجوز انجام پژوهش، و همچنین کلیه شرکت کننده گان در این پژوهش تقدیر و تشکر می‌شود.

موازین اخلاقی

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش با جلب رضایت آگاهانه شرکت کننده گان و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات رعایت شده است.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن به تصویب رسیده است. در تدوین این مقاله همه نویسندگان نقش یکسانی دارند.

تعارض منافع

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

منابع

- اصغری، فرهاد، عیسی پور هفت خوانی، خدیجه، قاسمی جوبنه، رضا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر فرسودگی زناشویی و طلاق عاطفی زنانی که خواهان طلاق هستند. مجله مددکاری اجتماعی. ۷ (۱): ۲۱-۱۴
- اصغری، فرهاد، عیسی پور هفت خوانی، خدیجه، و قاسمی جوبنه، رضا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر
- سرمد، زهره، حجازی، الهه و عباس بازرگان (۱۳۹۰). روش تحقیق در علوم رفتاری، انتشارات آگاه سیدآبادی، صدیقه، نورانی پور، رحمت الله، شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۹۹). مقایسه اثر بخشی دو رویکرد زوج درمانی
- شجاعیان، منصور. (۱۳۹۶). اثر بخشی زوج‌درمانی‌های مشارکتی و تصویرسازی ارتباطی (ایماگوتراپی) بر الگوهای ارتباطی و صمیمیت زوج‌های آشفته مراجعه کننده به مراکز شهر بهبهان. پایان‌نامه، دانشگاه شهید چمران اهواز - دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دکترای تخصصی
- شیدان‌فر، نازنین، نوابی‌نژاد، شکوه، فرزاد، ولی‌الله. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و ایماگوتراپی بر رضایتمندی زناشویی زوجین. روانشناسی خانواده. ۴ (۲): ۷۵-۸۸
- علوی لوسانی، اکرم السادات، احمدی طهور سلطانی، محسن. (۱۳۹۶). همبستگی بدرفتاری در کودکی با طلاق عاطفی واسطه‌ای سبک‌های دل‌بستگی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دشواری در تنظیم هیجان. فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت. ۶ (۴): ۴۹-۵۸

علیزاده اصلی، افسانه، جعفر نژاد لنگرودی، زینب. (۱۳۹۷). اثربخشی طرح‌واره درمانی مبتنی بر برنامه غنی‌سازی ارتباطی پذیرش و ذهن‌آگاهی در صمیمیت، سازگاری و تاب‌آوری در زنان با تعارضات زناشویی شهرستان کرج. نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز. ۷ (۳): ۲۴۸-۲۵۶

عیسی زادگان، علی، دوستعلیزاده، سحر. (۲۰۲۰). مقایسه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی، هم‌جوشی و گسلس شناختی در زنان و مردان متقاضی طلاق. فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی. ۵ (۴): ۱۵-۲۶.

فرخی، الهام، اسلام زاده، بابک. (۱۳۹۹). بررسی مولفه‌های ارتقاء صمیمیت زوج‌ها: یک تحلیل کیفی. پژوهش‌های مشاوره (تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره). ۱۹ (۷۶): ۱۷۲-۲۰۸

فرسودگی زناشویی و طلاق عاطفی زنان متقاضی طلاق. فصلنامه مددکاری اجتماعی. ۷ (۱): ۱۴-۲۱

متین، حسین، حیاتی، مژگان. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش گروهی ایماگوتراپی بر مکانیزم‌های دفاعی و حل مشکل زنان. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. ۸ (۳۲): ۶۳-۸۷

محمودپور، عبدالباسط، دهقان پور، ثنا، ایجاد، سحر، یوسفی، ناصر. (۲۰۲۰). پیش‌بینی صمیمیت زناشویی زنان بر اساس ذهن‌آگاهی، الگوهای حل تعارض، حمایت اجتماعی ادراک شده و رفاه اجتماعی. فصلنامه تحقیقات روانشناسی اجتماعی. ۱۰ (۳۹): ۱۰۲-۸۳

معادی نژاد، مهوش، عارفی، مختار، امیری، حسن. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی بر صمیمیت جنسی زوجین. پژوهش‌های مشاوره. ۱۹ (۷۶): ۲۴-۴۷

نیک آمال، میترا، صالحی، مهدیه، برماس، حامد. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان طرح‌واره درمانی هیجان مدار بر رضایت زناشویی زوجین. مطالعات روانشناختی. ۱۳ (۴): ۱۵۷-۱۷۴

هندریکس، هارویل، هانت، هلن. (۲۰۰۸). دریافت عشق دلخواهتان: راهنمای عملی زوجها. ترجمه رحمانی شمس، حسن، نظری، مرتضی. (۱۳۹۵) تهران: نسل آفتاب.

هندریکس، هارویل، هانت، هلن. (۲۰۱۳). راهنمای زناشویی آسان. ترجمه رحمانی شمس، حسن، نظری، مرتضی. (۱۳۹۵) تهران: نسل آفتاب

هیجان مدار و تصویرسازی ارتباطی (ایماگوتراپی) بر تعارضات زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران، پژوهش‌های مشاوره. ۱۹ (۷۶): ۲۳-۴

References

- Bardeen, J. R., Kumpula, M. J., & Orcutt, H. K. (2013). Emotion regulation difficulties as a prospective predictor of posttraumatic stress symptoms following a mass shooting. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 188-196
- Bender, P. K., Reinholdt-Dunne, M. L., Esbjørn, B. H., & Pons, F. (2012). Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: gender differences. *Journal of Personality and Individual Differences*, 53(3), 284-288.
- Berenson KR, Gyurak A, Ayduk Ö, et al. (2009) Rejection sensitivity and disruption of attention by social threat cues. *Journal of Research in Personality*. 43(6):1064-1072
- Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S. G., & Junghanns, K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 307-318.

- Brown SL, Mitchell SM, Roush JF, Rosa NLL, Cukrowicz KC. (2019). Rejection sensitivity and suicide ideation among psychiatric inpatients: An integration of two theoretical models. *Psychiatry Research*. 272:54-60.
- Goldenberg I, Goldenberg H. (2012) Family therapy: On overview. 4th ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 2: 96-103.
- Harrington, N. (2005). The frustration discomfort scale: Development and psychometric properties. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 12(5), 374-387.
- Nowland, R., Talbot, R., Qualter, P. (2018). Influence of loneliness and rejection sensitivity on threat sensitivity in romantic relationships in young and middle-aged adults. *Personality and Individual Differences*. 131:185-190.
- Scott, W., Tyser, J., Penningroth, S. L., Strauch, C. (2021) Assessing self-schema content: The relationship of psychological needs to early maladaptive schemas, rejection sensitivity, and personality traits. *Self and Identity*. 1-22
- Young, ME., Long, LL. (1999) Counseling and psychotherapy of couple. New York: Guilford, 21-85.

پرسشنامه طلاق عاطفی گاتمن

سوالات	بله	خیر
۱. در این ازدواج بسیار بیشتر از آنچه پیش بینی می کردم احساس تنهایی می کنم	۱	۰
۲. ما آنقدرها که آرزو داشتم بهم نزدیک نیستیم	۱	۰
۳. در این ازدواج احساس بیهودگی می کنم	۱	۰
۴. انجام کارهای مشترک برایم خسته کننده است	۱	۰
۵. حتی وقتی با هم هستیم احساس بی قراری و اندوه می کنم	۱	۰
۶. بیشتر وقتها نمیدانم خود را چگونه سرگرم کنم	۱	۰
۷. گاهی در این ازدواج احساس بی حوصلگی و بیقراری میکنم	۱	۰
۸. در حسرت کسی هستم که در کنار او احساس نزدیکی کنم	۱	۰
۹. حس تنهایی بسیار آزارم میدهد	۱	۰
۱۰. انگار ازدواجم چیزی کم دارد	۱	۰
۱۱. کاش اطرافیانم بیشتر به من زنگ میزدند	۱	۰
۱۲. اغلب دلم میخواهد کسی را داشتهم که در کنارش باشم	۱	۰
۱۳. احساس نمیکنم بخشی از زندگی کسی هستم	۱	۰
۱۴. احساس نمیکنم به کسی تعلق دارم	۱	۰
۱۵. اغلب به لحاظ عاطفی احساس انزوا میکنم	۱	۰
۱۶. در این ازدواج احساس طرد شدگی میکنم	۱	۰
۱۷. کسی را ندارم که به او پناه ببرم	۱	۰
۱۸. اغلب در رابطه با همسر احساس میکنم فراموش شده ام	۱	۰
۱۹. هیچ کس مرا نمیشناسد	۱	۰
۲۰. هیچ کس مرا درک نمیکند	۱	۰
۲۱. اغلب هیچ کس را ندارم که با او حرف بزنم	۱	۰
۲۲. اغلب نیاز شدیدی به داشتن یک هم صحبت احساس میکنم	۱	۰
۲۳. احساس میکنم در این ازدواج کاملا کنار گذاشته شده ام	۱	۰
۲۴. احساس جدا بودن میکنم (با همسر)	۱	۰

پرسشنامه استاندارد تحمل ناکامی هارینگتون

سوالات	کاملاً موافقم	کاملاً مخالفم	موافقم نظری ندارم	مخالفم کاملاً مخالفم
۱- همیشه به دنبال آسان‌ترین راه برای حل مسایل هستم، تحمل شرایط دشوار را ندارم.	۵	۴	۳	۲
۲- برای چیزهایی که در حال حاضر خواهان آن هستم، نمی‌توانم صبر کنم.	۵	۴	۳	۲
۳- باید هر چه سریعتر از شر احساسات ناراحت‌کننده خلاص شوم و گرنه نمی‌توانم آن را تحمل کنم.	۵	۴	۳	۲
۴- موانعی را که در تحقق استعدادهایم وجود دارند، نمیتوانم تحمل کنم.	۵	۴	۳	۲
۵- انجام دادن تکالیفی که بیش از حد سخت به نظر میرسند را نمیتوانم تحمل کنم.	۵	۴	۳	۲
۶- برای من قابل تحمل نیست که دیگران برخلاف خواسته‌هایم عمل کنند.	۵	۴	۳	۲
۷- نمی‌توانم این احساس که دارم دیوانه میشوم را تحمل کنم.	۵	۴	۳	۲
۸- در رسیدن به هدف‌هایم، ناکامی را تحمل میکنم.	۵	۴	۳	۲
۹- زمانی که سرحال نیستم انجام دادن تکالیف برایم سخت است.	۵	۴	۳	۲
۱۰- برایم قابل تحمل نیست که دیگران در برابر راهی که برگزیده‌ام سدی ایجاد کنند.	۵	۴	۳	۲
۱۱- برخی افکار را تحمل نمی‌کنم.	۵	۴	۳	۲
۱۲- حتی اگر بدانم پایین آوردن سطح معیارهایم برایم سودمند است، تحمل کاستن از آن را ندارم.	۵	۴	۳	۲
۱۳- نمیتوانم به زور خودم را برای انجام دادن کاری مجبور کنم.	۵	۴	۳	۲
۱۴- قطعی و مسلم بودن را نمی‌توانم تحمل کنم.	۵	۴	۳	۲
۱۵- تحمل شرايطی که در آن احساس ناراحتی می‌کنم را ندارم.	۵	۴	۳	۲
۱۶- اجبار برای انجام دادن شغلی که از آن رضایت ندارم، برایم قابل تحمل نیست.	۵	۴	۳	۲
۱۷- در درس اینک کار را باید همین الان انجام دهم برایم قابل تحمل نیست.	۵	۴	۳	۲
۱۸- نمی‌توانم تسلیم خواسته‌های دیگران شوم.	۵	۴	۳	۲
۱۹- تحمل احساسات آشفتگی را ندارم.	۵	۴	۳	۲
۲۰- ناکامی در انجام دادن کار مورد علاقه‌ام را نمی‌توانم تحمل کنم.	۵	۴	۳	۲
۲۱- نمی‌توانم کارهایی که خیلی در دسردار را تحمل کنم.	۵	۴	۳	۲
۲۲- با وجود سرزنش دیگران نمی‌توانم رفتارم را تغییر دهم.	۵	۴	۳	۲
۲۳- وقتی خواهان تغییر چیزهایی هستم که امکان آن وجود ندارد، نمی‌توانم خوشحال باشم تا به زندگی‌ام برسم.	۵	۴	۳	۲
۲۴- نمی‌توانم تحمل کنم که در کارها نفر اول نباشم.	۵	۴	۳	۲
۲۵- اصرار برای انجام تکالیف ناخوشایند برایم قابل تحمل نیست.	۵	۴	۳	۲
۲۶- نمی‌توانم انتقاد را بپذیرم، مخصوصاً اگر بدانم که حق با من است.	۵	۴	۳	۲
۲۷- از دست دادن کنترل احساساتم برایم قابل تحمل نیست.	۵	۴	۳	۲
۲۸- هیچ لغزشی در انضباط شخصی را نمی‌توانم تحمل کنم.	۵	۴	۳	۲
۲۹- اینکه نادیده گرفته شوم برایم قابل تحمل نیست.	۵	۴	۳	۲
۳۰- تحمل اینکه به طور غیرمنصفانه با من رفتار شود را ندارم.	۵	۴	۳	۲
۳۱- برایم سخت دشوار است که کسی مرا بدون هیچگونه توضیحی ترک کند.	۵	۴	۳	۲

۱	۲	۳	۴	۵	۳۲- به خاطر هدف های دوردست نمی توانم لذت های فوری را از دست بدهم.
۱	۲	۳	۴	۵	۳۳- نمی توانم تحمل کنم که با من بی احترامی کنند.
۱	۲	۳	۴	۵	۳۴- نمی توانم اکنون از چیزهایی که در گذشته نداشته ام محروم شوم.
۱	۲	۳	۴	۵	۳۵- نمی توانم رفتار بد یا احمقانه دیگران را تحمل کنم .

مقیاس دشواری های تنظیم هیجانی

تقریباً همیشه	بیشتر اوقات	نیمی از اوقات	گاهی اوقات	تقریباً هرگز	عبارات
۵	۴	۳	۲	۱	۱ احساساتم برای من شفاف هستند.
۵	۴	۳	۲	۱	۲ من به اینکه چه احساسی دارم، توجه می کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳ من هیجاناتم را به صورت شدید و خارج از کنترل، تجربه می کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۴ من نمی دانم چگونه احساسی دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۵ برایم مشکل است که از احساساتم سر در بیاورم.
۵	۴	۳	۲	۱	۶ من به احساساتم توجه می کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۷ من دقیقاً میدانم که چگونه احساس می کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۸ احساساتم برایم مهم است
۵	۴	۳	۲	۱	۹ من در مورد آنچه احساس می کنم، گیج هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۰ وقتی آشفته می شوم، هیجاناتم را درک می کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۱ وقتی آشفته می شوم، به خاطر داشتن چنین احساسی از خودم خشمگین می شوم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۲ وقتی آشفته می شوم، از چنین احساسی خجالت می کشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۳ وقتی آشفته می شوم، برای انجام کارهایم با مشکل مواجه می شوم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۴ وقتی آشفته می شوم، کنترلم را از دست می دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۵ وقتی آشفته می شوم، مدت زیادی در همان حالت باقی می مانم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۶ وقتی آشفته می شوم، معتقدم که سرانجام بسیار افسرده خواهم شد.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۷ وقتی آشفته می شوم، معتقدم که احساساتم قابل اطمینان و مهم هستند.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۸ وقتی آشفته می شوم، تمرکز بر چیزهای دیگر برایم مشکل است.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۹ وقتی آشفته می شوم، احساس می کنم که خارج از کنترل هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۰ وقتی آشفته می شوم، هنوز هم می توانم کارها را انجام دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۱ وقتی آشفته می شوم، به خاطر داشتن چنین احساسی از خودم شرمگین هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۲ وقتی آشفته می شوم، میدانم که نهایتاً می توانم راهی برای داشتن احساس بهتر پیدا کنم
۵	۴	۳	۲	۱	۲۳ - وقتی آشفته می شوم، احساس می کنم که ضعیف هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۴ وقتی آشفته می شوم، احساس می کنم می توانم رفتارهایم را کنترل کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۵ وقتی آشفته می شوم، به خاطر داشتن چنین احساسی، احساس گناه می کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۶ وقتی آشفته می شوم، تمرکز کردن برایم دشوار است.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۷ وقتی آشفته می شوم، کنترل رفتارهایم برایم دشوار است.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۸ وقتی آشفته می شوم، گمان می کنم که نمی توانم کاری انجام دهم تا احساس بهتری داشته باشیم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۹ وقتی آشفته می شوم، به خاطر داشتن چنین احساسی از خودم آزرده خاطر میشوم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۰ وقتی آشفته می شوم، احساس خیلی بدی در مورد خودم پیدا می کنم.

۵	۴	۳	۲	۱	وقتی آشفته می شوم، معتقدم که غرق شدن در ناراحتی تنها کاری است که می توانم انجام دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۲ وقتی آشفته می شوم، کنترلم را روی رفتارهایم از دست می دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۳ وقتی آشفته می شوم، فکر کردن درباره هر چیزی برای دشوار است.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۴ وقتی آشفته می شوم، نیاز دارم تا دریابم که واقعاً چه احساسی دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۵ وقتی آشفته می شوم، خیلی طول می کشد تا احساس بهتری داشته باشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۶ وقتی آشفته می شوم، تحت فشار هیجانانگیزم قرار می گیرم.

The Effectiveness of Schema Therapy and Imago Therapy on the Difficulty of Emotion Regulation and Failure in People Involved in Emotional Divorce

Arezoo. Nezami¹, Hamidreza. Vatankhah^{2*}, Mohammad Reza. Zarbakhsh³ & Shahreh. Ghorban Shiroudi³

Abstract

Aim: The present research aims to compare the effectiveness of schema therapy and imago therapy on the difficulty of emotion regulation and failure in people involved in emotional divorce. **Methods:** The current research was conducted as a semi-experimental type with a control and follow-up group. The statistical population of this research was the couples who referred to Tehran Judicial Complex in 2018. 45 people were selected by purposive sampling according to the Gutman Emotional Divorce Questionnaire, and were divided into three groups of 15 people, completely randomly. The first experimental group underwent schema therapy intervention by Jeffrey Young et al. (2012) and the second experimental group underwent Hendricks (2013) imago therapy intervention for twelve weekly sessions. The tools of this research were Gutman's Emotional Divorce Scale (1997), Harrington's Frustration Tolerance Questionnaire (2005) and Gratz and Romer's (2004) Emotion Regulation Difficulty Scale. Multivariate analysis of variance and Bonferroni's post hoc test were used to analyze the obtained data. **Results:** The results showed that the intervention of schema therapy and imago therapy was effective on the difficulty of emotion regulation ($F=23.32, P=0.001$) and failure ($F=48.96, P=0.001$) and this effect in the stage The follow-up was stable; Also, the results showed that there is no significant difference between the effectiveness of the two approaches of imago therapy and schema therapy. **Conclusion:** The findings showed that the use of treatments in this research can be used in planning preventive interventions to promote and improve mental health and emotional relationships in people involved in emotional divorce.

Keywords: *Schema therapy, Imago therapy, frustration, Difficulty adjusting excitement, Emotional divorce*

1. PhD Student, Department of Counseling, Tonkabon Branch, Islamic Azad University, Tonkabon, Iran.

2. ***Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Email: hamid_vatankhah1@yahoo.com

3. Consulting Department, Tonkabon Branch, Islamic Azad University, Tonkabon, Iran.