

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سلامت روان زوجین

صحرا ناصری^{۱*}، رقیه ایرانی^۲، بهرام معصومی پور^۳، فرشته رضایی نسب^۴، حمید رستمی^۵

چکیده

مقدمه: میزان سلامت و بهداشت روانی در ازدواج یکی از ملاک‌های مهمی است که کیفیت زندگی زوجین را تعیین می‌کند. هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سلامت روان زوجین بود.

روش پژوهش: پژوهش حاضر، کاربردی و از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. از میان زوجین تهران در سال ۱۴۰۰، ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش ۱۵ نفری جایگزین شد. یک گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با روش طرحواره درمانی و یک گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با روش درمان شناختی رفتاری آموزش دید. گروه‌ها پرسش‌نامه سلامت روان (GHQ-28) و مقیاس پرسش‌نامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه را به‌عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس یک عاملی و چند متغیری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمره سلامت روان در گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری و در گروه آزمایش طرحواره درمانی تفاوت معنی‌دار بود ($p < 0/01$) و این میزان در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری نداشتند. همچنین نتایج بیانگر این بود که درمان طرحواره نسبت به درمان شناختی رفتاری در بهبود طرحواره‌های ناسازگار بیماران دارای اثربخشی و ماندگاری بیشتری بوده است. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش بر اهمیت کاربرد درمان طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری در افزایش سلامت روان زوجین اذعان دارد. می‌توان از این دو رویکرد برای کاهش آسیب‌های موجود در روابط زناشویی استفاده کرد.

واژگان کلیدی: زوجین، درمان شناختی رفتاری، سلامت روان، طرحواره درمانی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۹/۱۰ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۱۰/۲۸

استناد: ناصری صحرا، ایرانی رقیه، معصومی پور بهرام، رضایی نسب فرشته، رستمی حمید. مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سلامت روان زوجین، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۱۳(۱): ۱۹۶-۱۸۶

^۱ - (نویسنده مسئول)، دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، پردیس بین الملل کیش دانشگاه تهران، کیش، ایران. naseri.f@yahoo.com

^۲ - کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه، ارومیه، ایران.

^۳ - کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران.

^۴ - دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران.

^۵ - کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران.

مقدمه:

در ازدواج، تعارض به منزله تنازع ارزش‌های دو طرف است که با بیان احساسات منفی نسبت به یکدیگر متجلی می‌شود (۱). در همین راستا لازم است اشاره نماییم که امروزه میزان زیادی از مشکلات بهداشت روانی، ناشی از ارتباط‌های محتمل و حل تعارض در مسائل زندگی است. تبادل‌های مناسب در درون خانواده سالم به انطباق و سازگاری باثبات‌تر اجتماعی و فردی اعضای خانواده کمک می‌کند. وجود مشکلات و تعارضات زناشویی علاوه بر ضروری ساختن وجود متخصصان در امر درمان زناشویی، لزوم مداخلات پیشگیرانه برای رفع مشکلات بالقوه قبل از حادث شدنشان را نیز ضروری می‌سازد (۲).

زندگی زناشویی یکی از جهانی‌ترین نهادهای بشری است که از دو نفر با توانایی‌ها و استعداد‌های متفاوت و با نیازها و علایق مختلف و در یک‌کلام با شخصیت‌های گوناگون تشکیل شده است. یک رابطه زناشویی صمیمی مستلزم آن است که زوجین یاد بگیرند باهم ارتباط برقرار کنند و با هم متفاوت باشند (۳). در بسیاری از فرهنگ‌ها به خانواده و روابط زناشویی به منزله منبع اولیه حمایت و عاطفه نگریسته می‌شود و از همسران انتظار می‌رود تا در یک رابطه انحصاری، صداقت، علاقه، عاطفه و تیز صمیمیت و حمایت از خود نشان دهند. تقریباً تمامی زوج‌ها در ابتدای زندگی زناشویی سطح بالایی از رضایت و سلامت روان را گزارش می‌کنند، اما این رضایت و سلامت روان در خلال زمان کاهش میابد (۴). در واقع در فرایند چرخه زندگی خانواده مسائل و مشکلاتی پیش می‌آید که آرامش آن هرچند برای مدت کوتاهی سلب می‌شود. این مسائل در سطح خرد مربوط به ساختارها و کارکردهای خانواده و در سطح کلان مربوط به ساختارهای اجتماعی است (۵).

رابطه زناشویی یکی از رابطه‌های قوی انسانی محسوب می‌شود که کیفیت آن پیامدهای گوناگونی برای همسران، فرزندان و دیگر اعضای خانواده و در نهایت جامعه دارد (۶). روابط زناشویی رضایت‌بخش، زیربنای عملکرد خوب خانواده است. یک ازدواج رضایتمندانه، زمینه‌ساز فضای مناسبی جهت تلاقی و تبادل احساسات و عواطف مثبت بین زوجین است. از این‌رو، توانایی درک و پذیرش افکار، احساسات و عواطف یکدیگر در زندگی زناشویی با احساس رضایتمندانه بیشتری همراه است (۷). رضایت زناشویی در زندگی می‌تواند با رضایت کلی از زندگی رابطه داشته باشد. انسان برای رسیدن به زندگی بهتر و سالم‌تر نیاز دارد بین فکر، احساسات و عواطف خود هماهنگی لازم را به وجود آورد و متناسب با موقعیت‌های زندگی از آن‌ها استفاده نماید (۸). به نظر گاتمن و همکاران رابطه زناشویی هسته مرکزی نظام خانواده است و اختلال در آن به منزله تهدیدی جدی برای بقای خانواده می‌باشد. رضایت فرد از رابطه زناشویی به منزله رضایت وی از خانواده در حکم رضایت کلی از زندگی است. رابطه زناشویی مثبت، پیش‌بینی‌کننده قوی جهت کیفیت زناشویی و رابطه منفی ملاک تشخیص زوجین مشکل‌دار است. همچنین ارتباط خشک و نفوذناپذیر یا غیر مؤثر، پیش‌بینی‌کننده مهمی برای طلاق زوجین می‌باشد (۹).

میان صاحب‌نظران در تعریف سلامت عمومی توافق چندانی وجود ندارد و به‌طور کلی سلامت عمومی را رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی فرد به‌طوری‌که میان این سه جنبه تأثیر پویا و متقابل وجود داشته باشد، تعریف کرده‌اند. علی‌رغم تفاوت در تعریف سلامت عمومی، سلامت روانی را به‌عنوان قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی و دارا بودن معنا و هدف در زندگی تعریف می‌کنند (۱۰). فردی از سلامت روانی برخوردار است که از اضطراب و علائم ناتوانی به‌دور است و می‌تواند ارتباط سازنده با دیگران برقرار سازد و قادر به مقابله با فشارهای زندگی است.

در بررسی علل مشکلات و تعارض‌های زوجین علاوه بر عوامل اجتماعی، اقتصادی و حقوقی، توجه به علل فردی و روان‌شناختی از جمله طرحواره‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱۱). ساختارهای شناختی، بنیان تفکر و رفتار افراد را سازمان می‌دهند و سایر

عوامل مربوط به آن‌ها احتمالاً نقش واسطه‌ای به عهده دارند (۱۲). ژرف‌ترین ساختارهای شناختی طرحواره‌ها هستند (۱۳). طرحواره‌ها در رویارویی با محرک‌های جدید بر پایه ساختار پیشین خود، اطلاعات به‌دست‌آمده را رمزگردانی و ارزیابی می‌کنند، و بدین ترتیب به نوع نگرش افراد نسبت به خود و جهان پیرامونشان تأثیر می‌گذارند. یانگ آن دسته از طرحواره‌هایی را که به رشد و شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی می‌انجامد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌نامد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند، در مسیر زندگی تداوم دارند، به رابطه فرد با خود و با دیگران مربوط می‌شوند و به‌شدت ناکارآمد هستند (۱۴). یانگ هیجده طرحواره را بیان می‌کند که عبارت‌اند از: ۱. رهاشدگی؛ ۲. بی‌اعتمادی / بدرفتاری؛ ۳. محرومیت هیجانی؛ ۴. نقص / بی‌مهری؛ ۵. انزوای اجتماعی / بیگانگی؛ ۶. وابستگی بی‌کفایتی عملی؛ ۷. آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری؛ ۸. خود تحول نیافته / گرفتار؛ ۹. شکست در پیشرفت؛ ۱۰. استحقاق / بزرگ‌منشی؛ ۱۱. خویش‌داری و خود انضباطی ناکافی؛ ۱۲. اطاعت؛ ۱۳. ایثار؛ ۱۴. تاییدجویی / جلب‌توجه؛ ۱۵. منفی‌گرایی / بدبینی؛ ۱۶. بازداری هیجانی؛ ۱۷. معیارهای سرسختانه و ۱۸. خود تنبیهی.

زمانی که نیاز خاصی ارضا نشود، طرحواره‌ی ناسازگاری در آن حیطه ایجاد می‌شود. با ارضا نشدن نیازهای دلبستگی و صمیمیت، و سرخوردگی از روابط عاطفی اولیه، طرحواره‌های ناسازگار مربوط به روابط صمیمانه و دلبستگی ایجاد می‌شود. این باورها و طرحواره‌های مربوط به روابط بین‌فردی در بزرگسالی در همسرگزینی و در دوران تأهل در روابط زناشویی نمود می‌یابند و بر آن تأثیر مخرب می‌گذارد (۱۴). دومار، زوترمیستر و فریدمن (۱۵)، دریافتند که نیمی از افراد متقاضی طلاق تغییر در روابط زناشویی و جنسی، و ۷۵ درصد از آن‌ها تغییر حالات خلقی را گزارش کردند. رابطه زناشویی به‌عنوان مهم‌ترین و اساسی‌ترین رابطه انسان توصیف شده است، زیرا ساختاری اولیه را برای بنا نهادن رابطه خانوادگی و تربیت کردن نسل آینده فراهم می‌سازد. افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی یک جنبه بسیار مهم و پیچیده از یک رابطه زناشویی است.

علت اصلی مشکلات بسیاری از اشخاص متأهلی که به مراکز مشاوره مراجعه می‌کنند را، اختلالات زناشویی تشکیل می‌دهد. سلامت فیزیکی و عاطفی و بهداشت روانی افراد در جامعه در گرو سلامت روابط زناشویی و تداوم و بقای ازدواج می‌باشد (۸). در پژوهش دی آندریا (۱۰)، نتایج نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با عواطف مثبت، اعتمادبه‌نفس و سازگار مشارکتی زوجین رابطه منفی دارد. آریتی و بمپوراد در پژوهشی دریافتند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه اثر منفی بر رضایت زناشویی دارند. در پژوهشی که توسط یانگ (۱۴)، انجام شد، آن‌ها دریافتند که در زوجین، علاوه بر طرحواره‌های اولیه که به روابط زناشویی وارد می‌شوند، در روابط فعلی نیز طرحواره‌هایی شکل می‌گیرند، چنان که در روابط دو نفر نیازهای طرحواره‌ی اولیه برآورد نشود و یا طرحواره‌ی اولیه با طرحواره‌ی فعلی ناهماهنگ باشد، موجب ناسازگاری بین زوجین و در نهایت طلاق می‌شود. روشی که مبتنی بر طرحواره برای حل اختلافات توسط یانگ به وجود آمده، طرحواره درمانی نام دارد. طرحواره درمانی، روشی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی - رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرحواره درمانی، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی - رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیئی، ساختارگرایی و روان‌کاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. (۱۴).

طرحواره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، تجربی (هیجانی)، رفتاری و بین‌فردی، بیماران را در غلبه بر طرحواره‌های مذکور یاری می‌دهد. هدف اولیه این

مدل روان‌درمانی، ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره هاست و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (۱۴). نتایج پژوهش حسنی نشان داد، روش طرحواره درمانی بر رضایت زناشویی زوجین مؤثر است. نتایج پژوهش تقی یار نشان داد که آموزش رویکرد طرحواره درمانی باعث کاهش سرخوردگی زناشویی زنان شده است. عراقی در پژوهشی نشان داد که طرحواره درمانی باعث افزایش صمیمت، هوس و تعهد و همچنین نمره کلی عشق‌ورزی می‌شود. همچنین، طرحواره درمانی باعث افزایش رضایت زناشویی شده است. کالوت و همکاران (۱۲)، در پژوهشی نشان دادند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه منطبق با مدل‌های سلسله‌مراتبی شناختی انزوای اجتماعی بر سطوح لایه‌های افکار تأثیر گذاشته و متقابلاً این سطوح افکار در تداوم طرحواره‌ها نقش دارند. دمیترسکو و روسو (۱۶)، نشان دادند که سطوح طرحواره‌های ناسازگار اولیه توانستند سطوح رضایت زناشویی را پیش‌بینی کنند. پژوهشگران در یافته‌های خود اثربخشی طرحواره درمانی را در افزایش کیفیت و رضایت از زندگی و بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه (۱۷) مورد تأیید قرار داده‌اند.

درمان شناختی رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است که به فرد کمک می‌کند تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای اینکه فرد بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد را تغییر دهد از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری سازمان‌یافته استفاده می‌کند. درمان شناختی رفتاری در ایجاد و افزایش توانمندی‌هایی مانند تصمیم‌گیری، ایجاد انگیزه، پذیرش مسئولیت، ارتباط مثبت با دیگران، شادکامی، ایجاد عزت‌نفس، حل مسئله، خود نظم‌دهی، خودکفایتی و سلامت روان مؤثر است. بر همین اساس، با توجه به مطالعات انجام شده و نظریه‌های مطرح شده در این پژوهش اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سلامت روان زوجین مورد توجه قرار گرفت، لذا پژوهشگر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا بین طرحواره درمانی با درمان شناختی رفتاری در طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سلامت روان زوجین تفاوت وجود دارد؟

۲. روش بررسی

پژوهش حاضر، کاربردی و از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. از میان زوجین تهران در سال ۱۴۰۰، ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش ۱۵ نفری جایگزین شد. یک گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با روش طرحواره درمانی و یک گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با روش درمان شناختی رفتاری آموزش دید. گروه‌ها پرسش‌نامه سلامت روان (GHQ-28) و مقیاس پرسش‌نامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه را به‌عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس یک عاملی و چند متغیری استفاده شد.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل ۱- زوجین دارای تعارض و مشکلات زناشویی ۲- سطح تحصیلات حداقل سیکل ۳- عدم شرکت در برنامه درمانی قبل ۴- عدم وجود اختلال روان‌شناختی یا سابقه بیماری روانی و بستری شدن در بخش‌های روانپزشکی ۵- عدم مصرف دارو، مواد مخدر و الکل (به‌منظور تقلیل اثرات عوامل مداخله‌گر مصرف دارو، مواد مخدر و الکل حتی به‌صورت تفننی) و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل ۱- عدم حضور در جلسات درمانی بود.

پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28)

فرم ۲۸ سؤالی پرسش‌نامه سلامت عمومی در سال (۱۹۸۹) به‌وسیله گلدبرگ و هیلیر ساخته شد و دارای ۲۸ ماده و ۴ زیر مقیاس ۷ سؤالی (علایم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی) می‌باشد. این پرسش‌نامه به‌صورت ۰، ۱، ۲، ۳، نمره گذاری می‌شود و سؤالات پژوهشی با عنوان استانداردسازی پرسش‌نامه سلامت عمومی بر روی ۵۷۱ نفر از دانشجویان دختر و پسر

دوره کارشناسی دانشگاه تربیت معلم در سال ۷۶-۱۳۷۵ انجام شد. پایایی کل پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ برآورد شد، مقدار روایی سازه این پرسشنامه نیز ۸۲/۰ به دست آمد (قاسمی و ساروخانی، ۲۰۱۴). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل سلامت روانی ۰/۷۷ به دست آمده است.

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه

این پرسشنامه توسط یانگ (۱۴)، ساخته شد. پرسشنامه خودگزارشی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، دارای ۹۰ ماده است که ۱۸ حیطه از طرحواره‌های ناسازگار اولیه از قبیل محرومیت هیجانی، رهاشدگی بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/بی‌مهری (بی‌عشق)، شکست در پیشرفت، وابستگی بی‌کفایتی عملی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، گرفتاری، اطاعت، ایثار (فداکاری)، بازداری هیجانی، معیارهای سختگیرانه، استحقاق بودن/برتری داشتن، خویش‌داری/خود انضباطی ناکافی، تحسین/جلب توجه، نگرانی/بدبینی و خودتنبیهی را اندازه می‌گیرد. هر آیتم توسط مقیاس درجه‌بندی ۶ تایی نمره‌گذاری می‌شود (۱- کاملاً در مورد من نادرست است. ۲- تقریباً در مورد من نادرست است. ۳- مقداری درست است تا این که غلط باشد. ۴- اندکی در مورد من درست است. ۵- تقریباً در مورد من درست است. ۶- کاملاً در مورد من درست است)؛ بنابراین نمره‌های این پرسشنامه با جمع نمرات ماده‌های هر مقیاس به دست می‌آید. به عبارت دیگر هر مقیاس دارای ۵ ماده است که نوع طرحواره‌ی ناسازگار اولیه را اندازه می‌گیرد. کمینه و بیشینه نمره‌های اندازه‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه بین ۱ تا ۶ می‌باشد که نمره بالا حاکی از میزان بالای طرحواره‌های ناسازگار اولیه در آزمودنی‌ها است. تحلیل عاملی نشان داد که عامل‌های استخراج شده از قابلیت بالا و رضایت‌بخش برخوردار بودند. روایی همگرایی پرسشنامه با ابزارهای اندازه‌گیری درماندگی روان‌شناختی، عاطفه مثبت و منفی، اعتمادبه‌نفس، آسیب‌پذیری شناختی برای نشانگان اختلال افسردگی و اختلال شخصیت مورد بررسی قرار گرفت و نتایج همبستگی برای شش ملاک مذکور به ترتیب، ۰/۳۹، ۰/۴۰، ۰/۳۴، ۰/۳۷، ۰/۳۵ و ۰/۳۶ - گزارش شده است که در سطح $P > 0.001$ معنی‌دار است.

خلاصه جلسات طرحواره درمانی

در جلسه اول پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورت‌بندی شد. در جلسه دوم شواهد عینی تأییدکننده و ردکننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار گرفت و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو شد. در جلسه سوم تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده شد. در جلسه چهارم مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضاء نشده آنها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده شد. در جلسه پنجم برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده شد. در جلسه ششم تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آنها آموزش داده شد. در جلسه هفتم رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و به تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده شد و جلسه هشتم مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده شد.

خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری

جزئیات مداخله در گروه درمان شناختی رفتاری به تفکیک جلسات به شرح زیر خواهد بود. جلسه اول ضمن معارفه و آشنایی، تمایز بین افکار و احساسات و درجه‌بندی آن‌ها آموزش داده شد. جلسه دوم افکار خود آیند و خطاهای شناختی مورد بحث و بررسی قرار گرفت و خطاهای شناختی و افکار ناکارآمد مورد ارزیابی قرار گرفت و درباره سود و زیان آن‌ها بحث شد. جلسه سوم بازسازی خطاهای شناختی و افکار ناکارآمد آموزش داده شد و شواهد تأییدکننده یا ردکننده آن‌ها بررسی شد. جلسه چهارم برنامه‌ریزی برای انجام فعالیت‌ها، شروع فعالیت‌های راكد مانده و داشتن نگرش خنثی به مشکلات آموزش داده شد. جلسه پنجم حل مسئله و شیوه‌های حل مسئله آموزش داده شد. جلسه ششم خطاهای منطقی ارزیابی شد و علاوه بر آن کنترل خشم و شیوه مقابله با آن آموزش داده شد. جلسه هفتم شناسایی استرس و شیوه‌های مقابله با آن آموزش داده شد. جلسه هشتم مهارت‌های ارتباطی، موانع ارتباط و انواع سبک‌های ارتباطی آموزش داده شد و به جمع‌بندی مطالب جلسات قبل پرداخته شد.

۳. یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سلامت روان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه زوجین در دو گروه آموزش طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول (۱) آمده است.

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سلامت روان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه

متغیر	گروه	میانگین		انحراف استاندارد	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
سلامت روان	طرحواره درمانی	۱۳۴/۰۸	۶۴/۲۵	۴۷/۵۶	۲۹/۸۵
	درمان شناختی رفتاری	۱۴۸/۲۱	۱۱۲/۳۵	۲۸/۴۵	۲۲/۳۸
	کنترل	۶۸	۱۵۱/۴۷	۹/۷۸	۲۱/۴۲
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	طرحواره درمانی	۲۲/۲۰	۱۸/۶۸	۱/۹۵	۱/۷۸
	درمان شناختی رفتاری	۲۲/۸۴	۲۰/۵۶	۲/۱۵	۱/۸۶
	کنترل	۲۳/۶۸	۲۱/۶۶	۱/۷۵	۱/۸۷

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، تغییراتی در نمرات پیش-آزمون، پس‌آزمون در متغیرهای سلامت روان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در هر دو گروه طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری رخ داده است. در طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری، میانگین و انحراف استاندارد نمرات سلامت روان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش معنی‌دار داشت. در این تحقیق از آزمون آماری کوواریانس به دلیل تناسب و سازگاری بیشتر با فرضیه تحقیق استفاده شده است.

جدول (۲): مقایسه تفاضل نمرات پس‌آزمون - پیش‌آزمون سلامت روان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سه گروه

طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری و کنترل						
منبع	متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P
گروه	سلامت روان	۴۷۶۱۱/۰۶	۲	۲۳۸۰۵/۵۳	۲۳/۷۰	۰/۰۰۱
	طرحواره‌های ناسازگار اولیه	۱۶۰۴/۴۱	۲	۸۰۲/۲۰۵	۸/۵۰	۰/۰۰۱

خطا	سلامت روان	۱۸۲۶۲/۵۲	۲۷	۶۷۶/۳۸
	طرحواره‌های ناسازگار اولیه	۹/۵۲	۲۷	۰/۳۵۲
کل	سلامت روان	۱۲۱۴۲۱/۳۵	۳۰	
	طرحواره‌های ناسازگار اولیه	۲۱۰۵/۲۲	۳۰	

باتوجه به نتایج جدول ۲، پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه‌ها در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار می‌باشد؛ بنابراین، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تفاوت بین گروه‌ها در پس‌آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد. برای بررسی دقیق میانگین گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون توکی میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون سلامت روان در گروه درمان شناختی رفتاری نسبت به گروه کنترل کمتر و میانگین تفاضل نمرات گروه طرحواره درمانی کمتر از گروه کنترل بوده است ($p/0.01$). به عبارت دیگر، گروه درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی نسبت به گروه کنترل بر سلامت روان اثربخش بوده‌اند. اما بین میانگین تفاضل نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه درمان شناختی - رفتاری و طرحواره درمانی تفاوت معنی‌داری به دست نیامد. همچنین بر اساس نتایج آزمون تعقیبی توکی می‌توان گفت که بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی در کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه تفاوت معناداری وجود ندارد.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سلامت روان زوجین بود. نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون سلامت روان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دو گروه، حاکی از آن است که پس از شرکت در جلسات طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری میانگین نمرات متغیرهای ذکر شده در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته است، بنابراین طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سلامت روان زوجین تأثیر معناداری داشته است. یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های یوسفی (۱۰)، شخمگر (۱۱)، آقایی، حاتمی پور و عاشوری (۱۲)، پناهی فر، یوسفی و آرمانی (۱۳) همسو می‌باشد. نتایج یافته‌های هم راستا نشان می‌دهد که طرحواره درمانی باعث ایجاد تغییراتی در زمینه‌های شناختی و تجربی، عاطفی و هیجانی و رفتاری می‌گردد. این رویکرد با به چالش کشیدن طرحواره‌های ناسازگار و پاسخ‌های ناکارآمد در جایگزینی آن با افکار و پاسخ‌های مناسب و سالم‌تر مؤثر بوده است. طرحواره درمانی با بهبود برخی مؤلفه‌های اساسی و مخرب چون عواطف و افکار منفی به نظر می‌رسد بتواند به طور کلی باعث بهبود سلامت روان شناختی و در نتیجه سلامت روانی در افراد شود. تکنیک‌های طرحواره درمانی کمک می‌کنند تا بیمار با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد. این طرحواره‌ها در عمیق‌ترین سطح شناخت، معمولاً بیرون از سطح آگاهی عمل می‌کنند (۱۶). در تبیین بیشتر این یافته‌ها می‌توان گفت رویکرد طرحواره درمانی، رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم

ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران در سال‌های کودکی می‌شود که می‌تواند سبب کسب آرامش و کاهش اضطراب، نشخوار منفی اندک، در نتیجه تجربیات انگیختگی جسمانی کمتر می‌گردد که می‌تواند تعیین‌کننده مفیدی برای سلامت باشد. همچنین اکثر پژوهش‌ها از جمله مجیدپور تهرانی و همکاران (۱۸)، ضرابی، طباطبایی نژاد و لطیفی (۱۹)، فرجی، آگاه هریس و شیبانی (۲۰)، رستمخانی و همکاران (۲۱)، شخمگر و همکاران (۱۱)، بارلو (۲۲)، مجاهد و همکاران (۲۳) حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری بودند.

ملاحظات اخلاقی: پس از تأییدیه‌های لازم و اخذ مجوز از طرف دانشگاه، جهت تکمیل پرسشنامه‌ها به کلیه افراد شرکت‌کننده در مطالعه اهداف و نحوه کار توضیح داده شد و رضایت آن‌ها را جلب نموده و به آن‌ها اطمینان داده شد که در صورت تمایل نتایج پژوهش در اختیار آنان قرار خواهد گرفت. همچنین به افراد اطمینان داده شد که برای شرکت یا عدم شرکت در پژوهش آزاد هستند و در صورت عدم شرکت و همکاری، روند درمان یا مراقبت‌های ایشان تحت اثربخشی قرار نخواهد گرفت و به صورت معمول پی‌گیری خواهد شد. به افراد اطمینان داده شد که در هر مرحله از پژوهش می‌توانند تصمیم به خروج از پژوهش بگیرند و این امر تبعات سوئی برای ایشان نخواهد داشت.

محدودیت پژوهش: این پژوهش هم مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌های بود که یکی از این محدودیت‌ها وضعیت روانی و عاطفی شرکت‌کنندگان هنگام پاسخگویی به سوالات بود که ممکن است در صحت و دقت پاسخگویی آنان تاثیر گذار باشد که این محدودیت غیر قابل کنترل بود.

تضاد منافع: بدینوسیله نویسندگان اعلام می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضاد منافی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری ندارد.

تقدیر و تشکر: نویسندگان مقاله از تمام مشارکت‌کنندگان در پژوهش، تقدیر و تشکر به عمل می‌آورند.

References:

1. Fincham F., May R.W. Infidelity in romantic relationships. Current opinion in psychology, 2017 13: 70 -74.
2. Fisher H.E., Aron A. "Infidelity: when, where, why" IN WR Cupach and BH Spitzberg, The Dark Side of Close Relationships II, New York: Routledge, 2010: 175-196.
3. Harris C.R.. A review of sex differences in sexual jealousy, including self-report data, psychophysiological responses, interpersonal violence, and morbid jealousy. Pers Socpsycholrev, 2019; 7(2): 102-128.
4. Lamers SMA, Westerhof GJ, Kovacs V, Bohlmeijer ET. Differential relationships in the association of the Big Five personality traits with positive mental health and psychopathology J Res perso, 2012; 46(5): 517-24. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2012.05.012>.
5. Mohammad Nejadi B, Rabiei M. The effect of schema therapy on the quality of life and psychological well-being of divorced women. Journal of Law Enforcement, 2015; 4(3): 179-190. [Persian].
6. Guijarro R., Cerviño M., Castrillo P. Acceptance and commitment therapy and anxiety disorders: Clinical case. European Psychiatry, 2017; 41(Supplement): S410. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.346>

<https://sanad.iau.ir/Journal/fhj/Article/1214725>

7. Forman E.M., Herbert J.D. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in w. o'donohue, je. Fisher, (eds), cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley, 2008;63: 263-265. <https://psycnet.apa.org/record/2009-02305-005>
8. Horigome T, Kurokawa S, Sawada K, Kudo S, Shiga K, Mimura M, Kishimoto T. Virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med 2020; 50: 2487-97. [DOI:10.1017/S0033291720003785](https://doi.org/10.1017/S0033291720003785)
9. Safdari H., Naderi F., Moradi Manesh F., Makvandi B. The effectiveness of acceptance-based therapy on anxiety, sexual satisfaction, and depression in infertile women. Medical journal of Mashhad University of Medical Sciences, 2023; 66(5): - <https://doi.org/10.22038/mjms.2022.67174.3982>
10. Yoosefi N. Comparison of the effectiveness of family therapy based on schema therapy and Bowen emotional system therapy on the early maladaptive schema among divorce applicant clients. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2012; 13 (4): 356-73 [Persian].
11. Shokhmgar Z. Effectiveness of Schema Therapy on reducing mental health problems due to crossover relationships in couples. Nasim Health, 2016; 51 (17): 1-7. [Persian]
12. Rahim Aghaei F., Hatamipour K., Ashoori J. The Effect of Group Schema Therapy on Depression Symptoms and Nurses' Quality of Life. Nursing Education Journal, 2017; 6(3): 17-22. [Persian]
13. Panahifar S., Yousefi N., Amani A. The Effectiveness of Schema-Based Couple Therapy on Early Maladaptive Schemata Adjustment and the Increase of Divorce Applicants Adaptability. Kuwait Chapter of the Arabian Journal of Business and Management Review, 2014; 3(9): 339. [Persian].
14. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford Press; 2003.
15. Young J.E. Brown G. Young Schema Questionnaire: Special Edition. New York: Schema Therapy Institute; 2001.
16. Titov N., Dear B.F., Ali S., Zou J.B., Lorian C.N., Johnston L., Fogliati V.J. Clinical and cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of depression: A randomized controlled trial. Behavior Therapy, 2015; 46(2): 193-205.
17. Shokhmgar A, Rajaei A, Beyazi M, Teimour S. The Effect of Group Training on "Cognitive-Behavioral Therapy" on Marital Satisfaction in Infertile Women Applying for IVF, Journal of Health Promotion Management, 2020; 9(4): 1-11.
18. Majidpoor Tehrani L, Golshani F, Peimani J, Baghdasarians A, Taghiloo S. The Effects of Cranial Electrotherapy Stimulation, Cognitive-Behavioral Therapy, and Pharmacotherapy on

Rumination and Depression in Women, Middle Eastern Journal of Disability Studies, 2021; 11(1): 68.

19. Zarabi SH, Tabatabaei FS, Latifi Z. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and self-healing therapy on the Distress tolerance of women with bulimia nervosa, Journal of Research in Behavioural Sciences, 2021; 19(2): 369-380.

20. Faraji SH, Agahheris M, Sheybani H. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on maladaptive schemas in women with marital problems, Iranian Journal of Psychiatric Nursing, 2021; 9(2): 30-40.

21. Rostamkhani F, Ghamari M, Babakhani V, Merghati Khoei ES. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on the Sexual Function and Schema of Postmenopausal Women, Journal of Health Promotion Management, 2020; 9(6): 96-107.

22. Barlow D.H. (Ed). Clinical handbook of psychological disorders. New York: Guilford press; 2011.

23. Mojahed A, Kalantari M, Molavi H, Neshatdust HT, Bakhshani NM. Comparison of Islamic-oriented and classic cognitive behavioral therapy on the mental health of martyrs and veteran wives. Journal of Fundamentals of Mental Health, 2010; 11(4): 282-291[Persian].