

## مقایسه اثربخشی درمان تلفیقی (زوج‌درمانی هیجان‌مدار و واقعیت‌درمانی) با طرح‌واره‌درمانی بر رضایت زناشویی در زوجین ناهمساز و متعارض: مطالعه تجربی تک‌موردی

عظیم بردی خوجه<sup>۱</sup>، علی جهانگیری<sup>۲\*</sup>، عبدالله مفاخری<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۳/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۳/۶

### خلاصه

**مقدمه:** رضایت زناشویی از جمله سازه‌هایی است که به آسانی تحت تأثیر روابط بین زوجین قرار می‌گیرد و آمارها حاکی از افزایش طلاق به دلیل نارضایتی زناشویی است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان تلفیقی (زوج‌درمانی هیجان‌مدار و واقعیت‌درمانی) با طرح‌واره‌درمانی بر رضایت زناشویی در زوجین ناهمساز و متعارض انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش از نوع تجربی تک‌موردی (Single-subject design) با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری بود. جامعه آماری در برگزیده، زوجین متعارض مراجعه‌کننده به کلینیک مشاوره پارسای بندرترکمن سال ۱۴۰۰ بود که از میان آن‌ها، ۶ زوج (زن و شوهر) بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش، مصاحبه بالینی ساختاریافته و پرسش‌نامه رضایت زناشویی (Olson و همکاران، ۲۰۰۳) و با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد. آزمودنی‌های دو گروه، ۱۲ جلسه هفتگی (دو جلسه، ۹۰ دقیقه‌ای) برنامه درمانی دریافت کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی، آزمون مجذور کای، تحلیل دیداری نمودار با شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی استفاده شد.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد هر دو روش درمان تلفیقی و طرح‌واره‌درمانی تغییرات معنی‌داری از نظر آماری و بالینی در آماج‌های درمانی ایجاد کرده ( $p < 0/05$ )، و تأثیرات درمانی در دوره پی‌گیری نیز ادامه داشته است ( $RCI \geq 1/96$ )، اما درصد بهبودی در آزمودنی‌های گروه درمان تلفیقی ( $p = 0/18$  و  $PND = 38/70$ ) نسبت به آزمودنی‌های گروه طرح‌واره‌درمانی ( $p = 0/24$  و  $PND = 27/45$ ) بیشتر بوده است.

**نتیجه‌گیری:** درمان تلفیقی بر افزایش رضایت زناشویی زوجین متعارض و ناهمساز مؤثر بوده و از آن می‌توان در مراکز درمانی جهت ارتقای کارکرد خانوادگی و زناشویی استفاده کرد.

**واژه‌های کلیدی:** پژوهش تک‌موردی، درمان تلفیقی، طرح‌واره‌درمانی، رضایت زناشویی

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاداسلامی، بجنورد، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: a15um@hotmail.com ، تلفن: ۰۹۱۵۳۸۵۳۰۵۶

۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

## مقدمه

یکی از مشکلات شایع در خانواده، بروز تعارض زناشویی (Marital conflicts) است [۱]. تعارض و ناهمسازی زوجین پیامدهای متعددی از جمله ناراضی‌ت در زندگی زناشویی را به دنبال دارد [۲، ۳]. رضایت زناشویی (Marital satisfaction) به طور مستقیم و غیرمستقیم با پایدار بودن واحد خانواده و کیفیت بهتر زندگی مرتبط است [۳]، و میزان ناراضی‌ت زناشویی عاملی مؤثر در اقدام به طلاق می‌باشد [۴].

امروزه درمانگران با موضوعات متعددی در ساختار خانوادگی و زوجی مواجه هستند و درمان‌های تک بُعدی به تنهایی نتوانسته‌اند روابط خانوادگی را با همه پیچیدگی‌های آن در نظر بگیرند. رویکردهای تلفیقی دارای مزایای منحصر به فردی از جمله ایجاد پایه وسیع‌تری از مداخله و انعطاف‌پذیری در درمان هستند [۵]. از نظر Glasser تعارض ناشی از انتخاب رفتارهای غیرمسئولانه در روابط زناشویی، غیرواقعی بودن خواسته‌ها و ناتوانی در ارزیابی درست از رفتار است. بنابراین هدف واقعیت‌درمانی (Reality therapy) کاهش کنترل بیرونی و رشد کنترل درونی در زوجین است. عدم صراحت خواسته‌ها و تصاویر دنیای کیفی موجب انتقاد و سرزنش و نهایتاً تعارض زناشویی می‌شود [۶].

نگاهی به یافته‌های زناشویی روشن می‌کند که بررسی صرفاً عقلانی مسائل زوجین و توجه بر مسئولیت‌پذیری آن‌ها (بعد شناختی)، درمانگر را از پرداختن به مسائل هیجانی باز می‌دارد (بعد هیجانی) و از آن‌جا که بسیاری از مسائل زوجین ریشه در چگونگی ابراز هیجانات زیربنایی دارد، درمانگران با غفلت از آن در حل مسائل درونی زوجین بازمی‌مانند [۷، ۸]. این در حالی است که اساساً درمان هیجان‌مدار (Emotionally focused therapy) بر نقش کلیدی هیجان و محاورات برخاسته از آن در سازمان‌دهی الگوهای تعاملی تأکید دارد. در این رویکرد هیجانات نه فقط عاملی اساسی در ایجاد تعارضات زناشویی، که عنصری قدرتمند برای تغییر در روابط ناکارساز نیز به شمار می‌رود. درمان هیجان‌مدار سعی دارد از طریق کمک به همسران برای دسترسی به هیجانات اصلی و نیازهای زیربنایی واکنش‌های خودحمایتی در روابط، تعاملات را بازسازی کرده و در نتیجه چرخه‌های جدیدی از درگیری

رابطه‌ای را خلق کند [۹].

در طول دو دهه گذشته رشته‌های مربوط به درمان مشکلات زناشویی توجه خود را به نقش خانواده در ایجاد این مشکلات معطوف داشته‌اند [۱۰]. در این میان، طرح‌واره درمانی (Schema-focused therapy) نیز در درمان مشکلات متعدد با پشتوانه تجربی نسبتاً موفق همراه بوده است [۱۲]، Wibbelink و همکاران [۱۱] نشان دادند که مشکلات خلقی و اضطرابی مبتلایان به مشکلات شخصیتی با دریافت طرح‌واره درمانی کاهش یافته است. یافته Bernstein و همکاران [۱۱] نیز بیانگر سودمندی این رویکرد بر روابط بین‌فردی بود. طرح‌واره درمانی بر تغییر و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تأکید می‌کند [۱۳]. از طریق طرح‌واره درمانی خلأها و شکاف‌های موجود در زندگی زوجین شناخته شده و به آن‌ها کمک می‌شود چگونگی برطرف کردن آن را بیاموزند و در ایجاد وحدت و کلیت در زندگی زناشویی خویش توفیق یابند، که این دو خصوصیت در سایه شناخت طرح‌واره‌ها، زیر سؤال بردن اعتبار طرح‌واره‌ها و الگوشکنی رفتاری حاصل می‌شود [۱۰-۱۲].

به نظر می‌رسد آسفتگی رابطه، حتی در بین زوجین رضایت‌مند، در اکثر جوامع غربی و ایران یک مشکل عمومی است. بر این اساس بایستی تحقیقات بنیادی و کاربردی بیشتری برای پیشگیری و مداخله جهت افزایش رضایت و صمیمیت زوجین و کاهش تعارضات زناشویی انجام شود تا از پیامدهای نامطلوب روانی-اجتماعی تعارضات زناشویی و طلاق بر روی خانواده‌ها پیشگیری شود. مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان تلفیقی (زوج‌درمانی هیجان‌مدار و واقعیت‌درمانی) با طرح‌واره درمانی بر رضایت زناشویی در زوجین ناهمساز و متعارض انجام شد.

## مواد و روش‌ها

در این پژوهش از طرح تجربی مورد منفرد، از نوع خط پایه چندگانه (Multiple-baseline-across-subjects) استفاده شد. این مقاله برگرفته از رساله دکترای تخصصی رشته مشاوره با کد اخلاق IR.IAU.BOJNOURD.REC 1400.014 می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را زوجینی که

به دلیل داشتن ناهمسازی و تعارض زناشویی در فاصله زمانی ۶ مرداد ماه تا ۲۲ شهریور ماه سال ۱۴۰۰ به مرکز مشاوره و روان‌درمانی پارسای شهر بندر ترکمن یکی از شهرستان‌های استان گلستان مراجعه نمودند، تشکیل داد.

ابتدا از طریق نصب اطلاعیه در مرکز مشاوره و روان‌درمانی، تشکیل جلسات درمان تلفیقی (زوج‌درمانی هیجان‌مدار و واقعیت‌درمانی) و طرح‌واره درمانی به منظور افزایش رضایت زناشویی در زوجین ناهم‌ساز و متعارض به اطلاع مراجعین رسانده شد. سپس از طریق تماس تلفنی از بین متقاضیان شرکت در این جلسات ثبت‌نام به عمل آمد. از بین زوجین واجد شرایط بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش و نیز فرایند مصاحبه، نمونه لازم انتخاب شد. با توجه به عدم امکان دسترسی به نمونه‌های بیشتر و محدودیت استفاده از طرح آزمایشی، طرح تجربی مورد منفرد انتخاب گردید [۱۴].

در این‌گونه طرح‌ها، تعداد آزمودنی‌ها می‌تواند ۱ تا ۲۰ نفر باشد ولی کار با هر آزمودنی به صورت انفرادی انجام می‌گیرد. لازم به ذکر است که نوع پژوهش، شاخص اصلی انتخاب روش نمونه‌گیری است [۱۵]. بنابراین با توجه به طرح و ماهیت پژوهش، ۶ زوج (۱۲ نفر زن و شوهر) بر اساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و برحسب تصادفی‌سازی در دو گروه مساوی تحت درمان تلفیقی و طرح‌واره درمانی قرار گرفتند. در این روش نمونه‌گیری، هدف انتخاب افرادی است که درک عمیقی از موضوع مورد مطالعه برای پژوهشگر فراهم نمایند. تصادفی‌سازی با روش پرتاب تاس و به این صورت بود که اعداد ۱ و ۲ برای گروه آزمایش اول (طرح‌واره درمانی) و اعداد ۳ و ۴ برای گروه آزمایش دوم (درمان تلفیقی) در نظر گرفته شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل وجود ناهم‌سازی و تعارض زناشویی بر اساس مصاحبه، کسب نمره بُرش لازم در پرسش‌نامه رضایت زناشویی، تمایل به شرکت در پژوهش، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل یا دیپلم، دامنه سنی ۴۶-۲۶ سال (بنا به گزارش موجود این گروه سنی از زوجین در معرض خطر بیشتری برای طلاق قرار دارند [۴])، گذشتن حداقل ۳ و حداکثر ۱۵ سال از زندگی مشترک (مطابق با آمار طلاق در ایران بیشتر زوجین در پنج سال اول زندگی از هم

جدا می‌شوند و رتبه دوم جدایی متعلق به پنج سال دوم و سوم زندگی است [۱۶])، توانایی شرکت در جلسات، و زندگی زوجین در یک خانه و با هم (در زمان اجرای پژوهش)، بود. ملاک‌های عدم ورود به پژوهش نیز داشتن سابقه اختلال‌های روان‌شناختی بر اساس مصاحبه بالینی، استفاده از داروهای خاص (اعم از روانپزشکی-بیماری‌های طبی مزمن)، سوءمصرف مواد مخدر یا الکل، سابقه طلاق و یا روابط فرازناشویی و اقدام برای طلاق، دریافت درمان‌های روان‌شناختی قبل و یا هم‌زمان با شرکت در اجرای پژوهش حاضر تعیین شد. ملاک‌های خروج از پژوهش غیبت بیش از یک جلسه، عدم رضایت برای ادامه همکاری، ابتلای به بیماری یا رخداد حوادث ناگوار (فوت یکی از اعضای خانواده) در حین پژوهش و عدم اجرای تمرینات مرتبط با جلسات درمانی بود. لازم به ذکر است جهت تعیین ملاک‌های ورود و خروج، از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور I (Structured clinical interview for DSM disorders) استفاده شد.

بعد از نمونه‌گیری، زوجین در یکی از دو گروه درمانی قرار گرفتند. 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 (target behavior) 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 پرسش‌نامه رضایت زناشویی را تکمیل نمودند و هیچ مداخله‌ای در این سه جلسه صورت نگرفت (جهت ارزیابی ثبات داده‌ها). سپس، مرحله آزمایشی اجرا شد که طی آن تأثیر متغیر مستقل بر رفتار آماج مورد توجه بود. در مرحله پی‌گیری، مشاهده مجدد رفتار تغییر یافته بر اثر عمل آزمایشی در شرایط طبیعی صورت گرفت. به این منظور، جلسه پی‌گیری به فاصله یک ماه از آخرین جلسه درمان اجرا گردید.

برای اجرای روش درمانی ابتدا زوج اول در هر دو گروه وارد طرح درمانی شدند و در هر مرحله خط پایه تمام ابزارهای پژوهش بر روی زوج اول اجرا شد. زوج اول، دو بار، زوج دوم، سه بار و زوج سوم، چهار بار سنجش شدند. سپس، مداخله به شیوه طرح‌واره درمانی با توجه به پروتکل تدوین شده توسط

Young [۱۳] برای ۳ زوج و بسته تلفیقی (زوج درمانی هیجان مدار و واقعیت درمانی) نیز برای ۳ زوج و به مدت ۱۲ جلسه ارائه شد. مداخله زوج درمانی هیجان مدار با توجه به پروتکل تدوین شده توسط Johnson [۹] و واقعیت درمانی با توجه به پروتکل تدوین شده توسط Glasser [۶] اجرا شد که توسط متخصصین مربوطه قبلاً تأیید شده بود. جلسات مداخله، هفته‌ای دو مرتبه و طول زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. هر یک از دو روش مداخله توسط روان درمانگر متخصص دارای تجربه و در اتاق‌هایی مجزا در مرکز مشاوره پارسا اجرا شد. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی طبق اصول طرح‌های خط پایه چندگانه در جلسه دوم مداخله برای زوج اول در هر دو گروه (زوج شماره ۱ و ۴)، طرح درمان در مورد زوج دوم هر دو گروه (زوج شماره ۲ و ۵) آغاز شد و به همین ترتیب در جلسه سوم زوج اول هر دو گروه (زوج شماره ۱ و ۴) و جلسه دوم زوج دوم هر دو گروه (زوج شماره ۲ و ۵)، طرح درمان در مورد زوج سوم هر دو گروه (زوج شماره ۳ و ۶) آغاز شد. تمام ابزارهای پژوهش در جلسات ۱، ۴، ۸ و ۱۲ و بلافاصله پس از اتمام جلسات درمانی تکمیل شد. ابزار گردآوری اطلاعات، چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک (شامل سن، مدت زمان ازدواج و تحصیلات)، مصاحبه بالینی ساختاریافته و پرسش‌نامه رضایت زناشویی (Short form marital satisfaction scales) بود.

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور I: این ابزار مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط First و Gibbon در سال ۲۰۰۴ تدوین گردید. طی ۴۵ تا ۹۰ دقیقه می‌توان مصاحبه را انجام داد و در افراد بزرگسال قابل اجرا می‌باشد. First و Gibbon قابلیت اطمینان این مصاحبه را ۰/۹۳ و ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها را ۰/۶۰ درصد گزارش کرده‌اند [۱۷]. این ابزار در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمری ۵۵ درصد) به دست آمده نیز خوب بود [۱۷]. در این پژوهش از این ابزار فقط به عنوان تأیید تشخیصی روان‌شناختی استفاده شد و اعتبار آن ۰/۶۸ محاسبه شد.

پرسشنامه رضایت زناشویی: این ابزار خودگزارشی در سال ۱۹۸۷ توسط Fowers و Olson تدوین شد و دارای ۱۰ سؤال می‌باشد. سؤالات پرسشنامه به صورت ۵ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند 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 می‌گیرد. سؤالات ۱، ۳، ۵، ۸، ۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در این ابزار هر چه جمع نمرات اکتسابی بالاتر باشد، نشانه رضایت بیش‌تر از زندگی زناشویی است و دامنه نمرات اکتسابی بین ۱۰ الی ۵۰ در نوسان خواهد بود. روایی سازه پرسش‌نامه با همبستگی گویه-مقیاس نشان داد که دامنه نمرات همبستگی بین ۰/۲۱ تا ۰/۵۰ و معنی‌دار است (در سطح ۰/۰۵)، که نشان‌دهنده روایی سازه است. همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ برای زنان و ۰/۸۶ برای مردان به دست آمده است [۱۸]. Behrouz و همکاران [۱۹] در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ابزار ۰/۷۹ به دست آمد.

برای تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی درمان‌ها علاوه بر شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون مجذور کای، از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی، شاخص تغییر پایه، معنی‌داری بالینی، درصد بهبودی و اندازه اثر با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. درصد داده‌های غیرهمپوش (Percentage of non-overlapping data=PND) نشان‌دهنده درصد غیرهمپوشی نقاط دو یا چند موقعیت بالینی (خط پایه و مداخله) است. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش مورد منفرد، به تغییر سطح از یک موقعیت به موقعیت دیگر و درصد داده‌های غیرهمپوش (PND) بستگی دارد، به این معنی که تغییرات اندک در مقادیر متغیر وابسته در طی مداخله‌ای که بعد از یک مسیر داده متغیر در موقعیت خط پایه قرار دارد نسبت به تغییرات اندک در مداخله‌ای که ثبات در مسیر داده‌های خط پایه وجود داشته است، کنترل آزمایشی کمتری دارد. هم‌چنین، هر چه PND بین دو موقعیت مجاور بالاتر باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست. تحلیل دیداری پرکاربردترین راهبرد تحلیل داده‌های پژوهشی مورد منفرد است. این تحلیل

در نظر گرفته شد. برای عینی سازی میزان بهبودی در آماج‌های درمانی، و معنی داری بالینی از فرمول درصد بهبودی استفاده شد. فرمول درصد بهبودی یکی از روش‌های سنجش پیشرفت مراجعان در کاهش مشکلات آماجی برای تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک موردی است. در این فرمول نمره پیش‌آزمون از نمره پس‌آزمون کم شده و حاصل بر نمره پیش‌آزمون تقسیم و نتیجه بر ۱۰۰ ضرب می‌شود [۱۵، ۱۴]. در جدول ۱ خلاصه محتوای جلسات بسته تلفیقی و در جدول ۲ خلاصه محتوای جلسات طرحواره درمانی ارائه شده است.

مزیت بسیاری مثل کاربرد برای تحلیل داده‌های مربوط به گروه‌های کوچک و پویایی فرایند تحلیل را دارد و علمی بودن و پایایی این روش اثبات شده است. برای معنی داری آماری از شاخص تغییر پایا استفاده شد. در این شاخص، نمره پس‌آزمون از نمره پیش‌آزمون تفریق شده و حاصل بر خطای استاندارد تفاوت بین دو نمره تقسیم می‌شود. برای آن‌که شاخص تغییر پایا از نظر آماری معنی دار باشد، بایستی قدر مطلق نتیجه آن مساوی یا بیش‌تر از ۱/۹۶ شود، که نشان‌دهنده نتایج بیش‌تر ناشی از عوامل فعال و دستکاری آزمایشگر است، تا خطای اندازه‌گیری. سطح معنی داری ۰/۰۵

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات بسته تلفیقی برای زوجین ناهمساز و متعارض مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره پارسای بندرت‌کمن در سال ۱۴۰۰

جلسه	محتوای جلسات
اول	اجرای پیش‌آزمون، ایجاد اتحاد درمانی و ارزیابی موضوعات مشکل‌زا در قالب موضوعات دلبستگی-معرفی برنامه تلفیقی و منطق زیربنایی آن
دوم	شناسایی چرخه معیوب تعاملات- معرفی چرایی و چگونگی رفتار، نیازهای بنیادین و تأثیر آن در روابط زناشویی
سوم	دست‌یابی به هیجانات درک نشده زیربنای تعاملات و آشکارسازی عواطف پشت تعاملات- معرفی ۵ نیاز اساسی و ترسیم نیم‌رخ نیازها
چهارم	قالب‌بندی مشکل براساس چرخه معیوب عواطف نهفته و نیازهای دلبستگی- آشناسازی با طلاق عاطفی و بحث پیرامون تجربیات زندگی زناشویی
پنجم	ارتقای شناسایی هیجانات، نیازها و جنبه‌هایی از خود که ناشناخته مانده است-معرفی رفتار کلی و آشناسازی زوجین با چهار مؤلفه تشکیل‌دهنده رفتار
ششم	تشویق به پذیرش تجارب یکدیگر- آشنایی با نظریه کنترل، هفت عادت مخرب و هفت عادت مهرورزی
هفتم	تسهیل بیان نیازها- آشنایی زوجین با مفهوم کنترل بیرونی و نقش مخرب آن در روابط صمیمانه
هشتم	ارائه راه‌حل‌های جدید برای مسائل ارتباطی گذشته-معرفی تعارض‌های چهارگانه
نهم	کمک به ایجاد چرخه جدیدی از رفتارهای دلبستگی به صورت ابراز صادقانه نیازهای دلبستگی- ارزیابی تعارضات موجود در زندگی و تعیین شدت آن
دهم	یکپارچه‌سازی هیجانات و نیازها به سوی تعاملات ارتباطی- آموزش دنیای کیفی و بررسی شکاف بین دنیای کیفی و دنیای واقعی و پیامدهای حاصل از آن
یازدهم	ارائه تکلیف نام‌گذاری هیجانات به صورت خودگزارشی- معرفی برنامه (D (plan of action), E (evaluation), D (doing) و W (wants)
دوازدهم	پس‌آزمون و بحث راجع به دستاوردهای جلسات و اتخاذ موضع در رابطه با چالش‌ها و مشکلات احتمالی آینده برای سازگاری مجدد

جدول ۲- خلاصه محتوای جلسات طرحواره درمانی برای زوجین ناهمساز و متعارض مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره پارسای بندرت‌کمن در سال ۱۴۰۰

جلسه	محتوای جلسات
اول	توضیح الگوی طرحواره به زبان ساده و شفاف 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، بررسی شواهد عینی تأییدکننده و ردکننده طرحواره‌ها براساس شواهد زندگی گذشته و فعلی زوجین
چهارم	اسناددهی شواهد تأییدکننده طرحواره‌ها به تجارب گذشته و شیوه‌های فرزندپروری، گفتگو بین طرحواره سالم و یادگیری پاسخ‌های سالم توسط زوجین
پنجم	تهیه کارت‌های آموزشی 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" و شناسایی نیازهای ارضا نشده و جنگیدن علیه طرحواره‌ها
هفتم	ایجاد فرصتی جهت شناسایی احساسات نسبت به والدین و نیازهای برآورده نشده، بیرون ریختن عواطف بلوکه شده با حوادث آسیب‌زا، یافتن راه‌های جدید برای برقراری ارتباط و کنار نهادن مقابله اجتنابی و جبران افراطی
هشتم	تهیه فهرستی جامع از رفتارهای مشکل‌ساز و تعیین اولویت‌های تغییر، تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و روبرویی 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 الگوسکنی رفتاری
یازدهم	استفاده از رابطه درمانی جهت تعدیل طرحواره‌ها
دوازدهم	پس‌آزمون و بحث راجع به دستاوردهای جلسات و اتخاذ موضع در رابطه با چالش‌ها و مشکلات احتمالی آینده برای سازگاری مجدد

**یافته‌ها**

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه طرح‌واره درمانی  $4/63 \pm 34/20$  و در گروه درمان تلفیقی  $5/22 \pm 36/05$  سال بود. آزمون مجذور کای نشان داد بین دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک تفاوت معنی‌داری وجود

ندارد. نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر رضایت زناشویی آزمودنی‌های گروه درمان تلفیقی و طرح‌واره درمانی طی جلسات خط پایه، مداخله، پی‌گیری، شاخص تغییر پایا و شاخص‌های درصد بهبودی در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۳- اطلاعات دموگرافیک مراجعین به مرکز مشاوره پارسا شهر بندرترکمن سال ۱۴۰۰ (تعداد هر گروه=۳ زوج)

متغیر دموگرافیک	گروه طرح‌واره درمانی		P
	درصد (فراوانی)	گروه درمان تلفیقی درصد (فراوانی)	
سطح تحصیلات	دیپلم-فوق دیپلم	۳۳/۳۳ (۲)	۰/۲۵۲
	کارشناسی	۵۰ (۳)	
	کارشناسی ارشد	۱۶/۶۶ (۱)	
وضعیت شغل	دولتی	۵۰ (۳)	۰/۱۶۲
	آزاد	۳۳/۳۳ (۲)	
	بیکار	۱۶/۶۶ (۱)	
طول مدت ازدواج	۵ الی ۱۰ سال	۵۰ (۳)	۰/۲۱۸
	۱۱ سال و بالاتر	۵۰ (۳)	
		۶۶/۶۶ (۴)	

نوع آزمون: مجذور کای دو، \* $p < 0/05$  اختلاف معنی‌دار

در رابطه با رضایت زناشویی با توجه به نتایج، درصد بهبودی پس از درمان برای زوجین اول تا سوم برابر با  $0/35$ ،  $0/39$  و  $0/44$  بود. درصد بهبودی کلی پس از درمان نیز برای زوجین  $27/41$  بود که در مرحله پی‌گیری به  $0/33$ ،  $0/40$  و  $0/43$  با درصد بهبودی کلی  $27/45$  رسید. براساس مقادیر شاخص تغییر پایا ( $RCI \geq 1/96$ )، اختلاف نمرات مداخله طرح‌واره درمانی برای رضایت زناشویی در مراحل مختلف (پس‌آزمون و پی‌گیری) معنی‌دار شد ( $p=0/030$ ). با توجه به رسیدن نمرات آزمودنی‌های زوج اول، دوم و سوم به بالای نقطه برش پرسش‌نامه رضایت زناشویی در مرحله پایان درمان و مرحله پی‌گیری، بهبودی این آزمودنی‌های از نظر بالینی نیز معنی‌دار بود ( $p=0/024$ ).

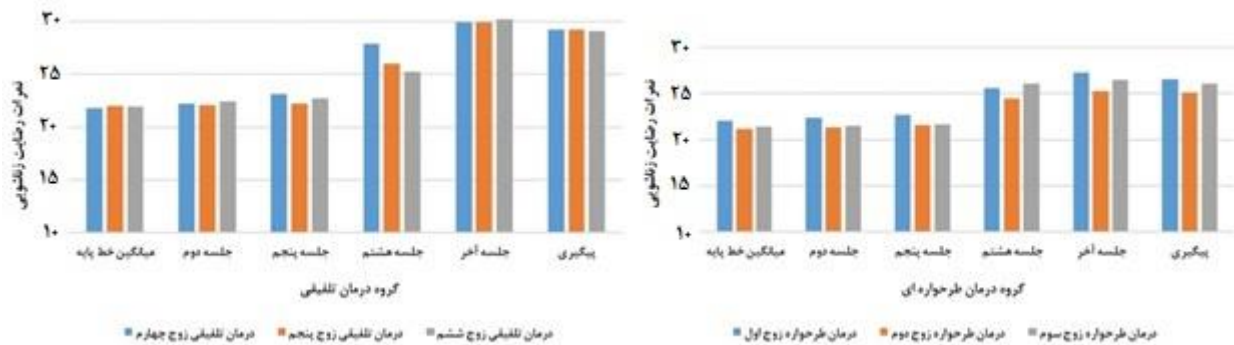
در گروه درمان تلفیقی نیز درصد بهبودی پس از درمان برای زوجین چهارم تا ششم  $0/41$ ،  $0/47$  و  $0/38$  بود. درصد بهبودی کلی برای زوجین نیز  $38/61$  بود که در مرحله پی‌گیری به  $0/45$ ،  $0/50$  و  $0/39$  با درصد بهبودی کلی  $38/70$  رسید. با توجه به مقادیر شاخص تغییر پایا ( $1/96$ )  $RCI \geq$ ، مداخله به شیوه تلفیقی در هر دو مرحله درمان و پی‌گیری از نظر آماری معنی‌دار شد ( $p=0/022$ ). با توجه به درصد بهبودی کلی پس از درمان و پی‌گیری نیز می‌توان گفت درمان تلفیقی نسبت به درمان طرح‌واره‌ای تأثیر بیش‌تری در بهبود نمرات رضایت زناشویی داشته است ( $p=0/018$ ).

جدول ۴- روند تغییرات نمرات رضایت زناشویی مراجعین به مرکز مشاوره پارسا شهر بندرترکمن در مراحل مختلف سنجش

گروه	آزمودنی	میانگین خط پایه	جلسه دوم	جلسه پنجم	جلسه هشتم	جلسه آخر	درصد بهبودی	شاخص تغییر پایا	درصد بهبودی کلی	اندازه اثر	پیگیری	پیگیری	درصد بهبودی	شاخص تغییر پایا	بهبودی کلی	اندازه اثر
درمان طرح‌واره	زوج اول	22/10	22/40	22/70	25/61	27/30	0/35	-2/81	27/41	0/92	26/60	0/33	27/45	-2/80	27/45	0/92

۰/۸۲	-۱/۲۴	۰/۴۰	۲۵/۱۱	۰/۸۶	-۱/۲۰	۰/۳۹	۲۵/۳۰	۲۴/۵۰	۲۱/۶۰	۲۱/۳۱	۲۱/۱۵	زوج دوم
۰/۸۵	-۳/۲۵	۰/۴۳	۲۶/۱۰	۰/۸۹	-۳/۲۱	۰/۴۴	۲۶/۵۱	۲۶/۱۰	۲۱/۷۰	۲۱/۵	۲۱/۴۰	زوج سوم
۰/۹۸	۳۸/۷۰	-۲/۲۲	۲۹/۲۱	۰/۹۶	۳۸/۶۱	-۲/۴۰	۲۹/۹۰	۲۷/۹۲	۲۳/۱۰	۲۲/۲	۲۱/۸۰	زوج چهارم
۰/۸۷	-۲/۱۳	۰/۵۰	۲۹/۲۰	۰/۸۳	-۲/۲۰	۰/۴۷	۲۹/۹۲	۲۶	۲۲/۲۱	۲۲/۱	۲۲	زوج پنجم
۰/۹۶	-۱/۸۰	۰/۳۹	۲۹/۱۱	۰/۹۷	-۱/۸۰	۰/۳۸	۳۰/۲۰	۲۵/۲۲	۲۲/۷۰	۲۲/۴	۲۱/۹۰	زوج ششم

تصویر ۱، روند تغییر نمرات پرسش‌نامه رضایت زناشویی آزمودنی‌های دو گروه مداخله درمانی را نشان می‌دهد.



تصویر ۱- روند تغییرات نمرات رضایت زناشویی در آزمودنی‌های دو گروه

## بحث

افزودن درمان‌های کوتاه‌مدت به درمان‌های معمول به منظور افزایش اثربخشی آن‌ها در دهه اخیر در حوزه خانواده رواج یافته است [۲۰، ۱۰]. با توجه به هدف اصلی مطالعه یعنی مقایسه اثربخشی درمان تلفیقی با طرح‌واره درمانی بر رضایت زناشویی در زوجین ناهمساز و متعارض، یافته‌ها نشان داد که میان دو درمان تفاوت معنی‌داری در بهبود رضایت زناشویی وجود نداشت ولی اثربخشی درمان تلفیقی بر رضایت زناشویی زوجین بیشتر بوده است. این برآیند همسو با نتایج مطالعه Alizade و Isanejad [۲۱] است که نشان دادند برنامه آموزش تقویت مهارت مقابله زوجی در مقایسه با برنامه آموزش دوشادوش بر کاهش استرس و رضایت زناشویی مؤثرتر بوده است. یافته مطالعه حاضر با نتایج مطالعه El-Frenn و همکاران [۲۲]، Righetti و همکاران [۲۳] و Ece و همکاران [۲۴] همسو بود. اما با نتایج مطالعه Mirabi و همکاران [۲۵] مبنی بر عدم تفاوت بین تأثیر طرح‌واره درمانی و درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور بر صمیمیت زناشویی در زنان دارای تعارض زناشویی همسو نبود. در تبیین این ناهمسویی، علاوه بر جدید بودن این شیوه درمانی (تلفیق دو رویکرد)، می‌توان به تفاوت در جمعیت پژوهش، طرح پژوهش و تعداد نمونه اشاره کرد.

درمان تلفیقی شیوه‌ای است که تأکید اصلی آن بر مشارکت هیجان‌ها در الگوهای دائمی ناسازگاری زوجین دارای تعارض است. در این شیوه، تلاش بر آشکار ساختن هیجان‌ها آسیب‌پذیر و افزایش توانایی در ایجاد ارتباط سازنده می‌باشد. این رویکرد نه تنها بر الگوهای تعاملی منفی تمرکز می‌کند بلکه بر واکنش‌های قوی عاطفی منفی از سوی زوجین آشفته نیز تأکید دارد. در این شرایط، روان‌درمانگر می‌تواند مشکلات را بازسازی کرده و از زوجین بخواهد به طور فعال در درمان حل مشکل موجود شرکت کنند و با هدف ساختن یک رابطه رضایت‌بخش، اشکال جدیدی از ارتباط کلامی را ایجاد نمایند. از دیگر سو، برخلاف طرح‌واره درمانی که تنها بر خود فرد معطوف است، در رویکرد تلفیقی توانایی مقابله با هیجان‌ها فرد را قادر می‌سازد تا همزمان به هیجان‌ها خود و همسر توجه نموده و بتواند واکنش مناسب به هیجان را نشان دهد. افزایش مهارت ارتباطی توأم با راهبردهای تنظیم و ابراز هیجانی باعث مقابله مؤثر با موقعیت‌های پرتنش بین‌فردی و حل مسئله فعالانه‌تر می‌شود. در مقابل، طرح‌واره درمانی جهت آموزش مهارت‌های ارتباطی و گفتگو به همسران اهتمام نمی‌ورزد، زیرا معتقد است تا وقتی زوجین به سبب طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به آشفتگی دچارند در به کارگیری این مهارت ناتوان خواهند بود.

حاصل ارزیابی فرد از کیفیت رابطه است که مبتنی بر دو عامل نتیجه یک رابطه و درک و ذهنیت فرد از رابطه می‌باشد. از آن‌جا که در مدل تلفیقی، زوجین به دنبال کنترل همدیگر نیستند و هر کس معتقد است که دیگری نمی‌تواند رفتار او را کنترل کند، ارزیابی زوجین از کیفیت رابطه رضایت‌بخش بوده و این امر منجر به افزایش رضایت زناشویی می‌گردد.

از سوی دیگر، زمانی می‌توانیم دیگری را در دنیای خویش نگه داریم که ارتباطی مطلوب با او داشته باشیم. ارتباط بُعد مهمی در زندگی زوجین است [۳۰]. چنانچه روابط زناشویی سست شود، پایه‌های لازم برای موفقیت و مطلوب بودن عملکرد زناشویی با تعارض و نارضایتی مواجه و لرزان خواهد شد. زوجین هنگامی که دچار تعارض می‌شوند، ارتباط آن‌ها از نظر کمیت و کیفیت دچار ضعف شده و کمتر از آن به عنوان ابزاری کمک کننده استفاده می‌کنند. از آن‌جا که در مدل تلفیقی و بر اساس نظر Glasser [۶] بر دنیای مطلوب و شیوه مدیریت این دنیا و منطبق کردن دنیای واقعی متناسب با دنیای مطلوب با توجه به ارضای نیازهای مهم هر فرد تأکید می‌شود، لذا این آموزش‌ها به زوجین باعث می‌گردد که با بهبود دنیای ادراکی، روابط و مهارت‌های شناسایی و ابراز مناسب هیجانی، کیفیت زندگی زناشویی افزایش یابد.

یافته‌های این مطالعه همچنین نشان داد طرح‌واره درمانی بر رضایت زناشویی زوجین ناهمساز و متعارض تأثیر مثبتی داشته است. این یافته در راستای مطالعه Righetti و همکاران [۲۳] و Ece و همکاران [۲۴] می‌باشد که نشان دادند سطوح طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند رضایت زناشویی را پیش‌بینی کنند. مطالعه MasumiTabar و همکاران [۳۱] نشان داد طرح‌واره درمانی بعد از ۱۲ جلسه بر تعدیل مشکلات تنظیم هیجان و بهبود رضایت زناشویی در دهه اول زندگی مؤثر بوده است. Akbari و IsmaeilZadeh [۳۲] در مطالعه خود همسو با پژوهش حاضر، سودمندی طرح‌واره درمانی را بر خودکارآمدی جنسی، طرح‌واره‌های ناسازگار و رضایت‌مندی زناشویی در زوجین متعارض مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره تأیید کردند. یافته مطالعه AhmadzadehAghdam و همکاران [۳۳] نیز مبنی بر این‌که طرح‌واره درمانی بر

برآیند پژوهشی همچنین، نشان داد که درمان تلفیقی بر رضایت زناشویی زوجین ناهمساز و متعارض تأثیر مثبتی داشته است. هم راستا با یافته پژوهش حاضر، El-Frenn و همکاران [۲۲] نشان دادند که ناگویی هیجانی و رضایت از زندگی مشترک در زوجین متعارض لبنانی با شرکت در جلسات زوج‌درمانی هیجان‌مدار بهبود یافته است. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعات Moridi و همکاران [۲۶] مبنی بر این‌که آموزش به روش واقعیت‌درمانی بر بهبود رضایت زناشویی، رضایت از زندگی و مهارت ارتباطی زوجین تأثیرگذار است، Hosseini و همکاران [۲۷] مبنی بر اثربخشی مثبت آموزش مفاهیم تئوری انتخاب بر ابعاد نگرش به ازدواج در افراد در شرف ازدواج و Panahifar و همکاران [۲۸] که نشان دادند زوج‌درمانی مبتنی بر ابعاد هیجانی می‌تواند بر کاهش تعارضات زناشویی و افزایش سازگاری زوجین متقاضی طلاق مؤثر باشد، همسو است.

Kailanko و همکاران [۲۹] معتقدند که با تغییرات در مهارت ارتباطی و ابراز عواطف زوجین می‌توان در جهت کمک به کاهش ناسازگاری‌ها و عادات مخرب زناشویی گام مؤثری برداشت و رویکردهای مداخلاتی که تلفیقی از هیجان، شناخت و رفتار را دارند، روش‌های سودمندی می‌باشند. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت که درمان تلفیقی دنیای درون‌فردی و بین‌فردی را (با توجه به تمرینات دو رویکرد مذکور) یکپارچه می‌سازد، بدین صورت که پاسخ‌های هیجانی زیربنایی تعامل، کشف و تجربه شده و مجدداً پردازش می‌شوند، در نتیجه تعاملات جدیدی شکل می‌گیرند. دستیابی و کشف این تجارب هیجانی به منظور تخلیه و بینش نیست بلکه به خاطر تجربه جنبه‌های جدیدی از خود می‌باشد که پاسخ‌های هیجانی جدیدی را از شریک برمی‌انگیزاند. از این‌رو، آشکارسازی هیجانات و نیازهای دلبستگی و نیز پاسخ‌گویی شریک صمیمی به این نیازها اساس فرایند تغییر در مدل تلفیقی است. براین اساس مدل تلفیقی با فراخوانی هیجانات، پردازش مجدد آن‌ها، کاهش عادات مخرب و بیان صحیح در تعامل زوجین به تنظیم روابط زناشویی یاری رسانده و سبب می‌شود تا تعارض زناشویی کاهش یابد و کیفیت زناشویی بهبود نشان دهد. Glasser [۶] معتقد بود رضایت زناشویی



و طرح‌واره درمانی در حل این مسائل، آموزش این دو شیوه درمانی در لیست برنامه‌های آموزشی زوج‌درمانی و خانواده درمانی قرار گیرد.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های این مطالعه می‌تواند اطلاعات مفیدی را برای مشاوران و روان‌درمانگران در مورد اثربخشی رویکردهای ترکیبی و 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 کنترل درونی، هیجانات و طرح‌واره‌های بنیادین در بروز تعارضات و ناراضی‌های زناشویی را تأیید کند. با توجه به نتایج پیگیری و بهتر بودن عملکرد زوج‌درمانی تلفیقی و طرح‌واره درمانی در حفظ دستاوردهای درمانی می‌توان به نقش حیاتی هیجانات، مسئولیت‌پذیری و شناخت بیشتر و آگاهانه طرح‌واره‌ها در زندگی مشترک اشاره کرد. در سطح نتایج عملی یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند در تدوین برنامه‌های آموزشی و بهداشتی در چارچوب روابط والد-فرزندی استفاده شوند.

### تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

### سهم نویسندگان

امور مربوط به اجرای پژوهش، گردآوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله بر عهده عظیم بردی خوجه بوده است. علی جهانگیری و عبدالله مفاخری نیز نظارت، راهنمایی و مشاوره در فرایند انجام مقاله و اصلاحات آن را بر عهده داشتند.

### تقدیر و تشکر

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از تمام زوج‌های محترم که با وجود مشکلات فراوان در اجرای این پژوهش صمیمانه همکاری نمودند، تقدیر و تشکر نمایند.

سرخوردگی و تعهد زناشویی در بین زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره مؤثر است، با یافته مطالعه حاضر منطبق است. 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 سالم‌تری 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 کنند.

این پژوهش چون سایر پژوهش‌ها خالی از محدودیت نیست. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به دشواری دسترسی به نمونه موردنظر، سوگیری‌هایی که ممکن است در پاسخ به ابزارهای پژوهش وجود داشته باشد و متغیرهای مداخله‌گری که ممکن است در نتیجه به دست آمده دخالت کنند، اشاره کرد. به دلیل ماهیت طرح تک‌موردی، 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 بررسی شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود این پژوهش با دیگر متغیرهای زناشویی نیز مورد سنجش قرار گیرد، و به‌منظور صرفه‌جویی در وقت و هزینه، اثربخشی این روش‌های درمانی به صورت گروهی نیز بر رضایت و تعارض زناشویی زوجین و ابعاد آن‌ها بررسی و با نتایج اجرای فردی سنجیده شود. پیشنهاد می‌شود این بررسی برای سطوح مختلف تعارض و ناهم‌سازی زوجین انجام شود تا تفاوت مداخله در دو سطح آشفتگی و ناهم‌سازی ضعیف و متوسط تا شدید به دست آید و با توجه به اثربخشی رویکردهای ترکیبی

## References

1. Frye-Cox N, Ganong L, Jensen T, Coleman M. Marital conflict and health: the moderating roles of emotion regulation and marriage order. *Journal of Divorce & Remarriage* 2021; 62(6):450-74.
2. Dong S, Dong Q, Chen H. Mothers' parenting stress, depression, marital conflict, and marital satisfaction: The moderating effect of fathers' empathy tendency. *JAD* 2022; 299: 682-90.
3. Meyer D, Sledge R. The relationship between conflict topics and romantic relationship dynamics. *JFEI* 2022; 43(2):306-23.
4. Yoo G, Joo S. Love for a marriage story: the association between love and marital satisfaction in middle adulthood. *JCFS* 2022; 31(6):1570-81.
5. Wiley E, Khattab S, Tang A. Examining the effect of virtual reality therapy on cognition post-stroke: a systematic review and meta-analysis. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology* 2022; 17(1):50-60.
6. Glasser W. Promoting client strength through positive addiction. *CJCP* 2012; 11(4):123-39.
7. An U, Park HG, Han DE, Kim YH. Emotional suppression and psychological well-being in marriage: the role of regulatory focus and spousal behavior. *IJERPH* 2022; 19(2):973-90.
8. Page SJ. Religion and intimate life: marriage, family, sexuality. in the *routledge handbook of religion, gender and society*. Routledge 2022; 234-48.
9. Johnson SM. The emotionally focused couple therapy. 2<sup>nd</sup> ed. Translated by: Bahrami F, Azarian Z, Etemadi O. Tehran: arjmand 2022.
10. Dos Santos LM. The attitudes and experiences of marriage and family counselors for same-sex couple and family clients: a qualitative study. *JESR* 2022; 12(1):24-36.
11. Wibbelink CJ, Arntz A, Grasman RP, Sinnaeve R, Boog M, Bremer O, et al. 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* 2022; 22(1):1-28.
12. Bernstein DP, Wijk-Herbrink MFV, Kersten T. 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 2022; pp:587-608.
13. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioners' guide. 5<sup>nd</sup> ed. Translated by: Hamidpour H, Andouz Z. Tehran: ARJMAND 2022. [Persian]
14. Farahani HA, Abedi A, Aghamohammadi S, Kazemi Z. Methodology of single case series in behavioural sciences and medicine. 3<sup>rd</sup> ed. Tehran: Danzhe; 2019: 23-59. [Persian]
15. Kazdin AE. *Single-Case Research Designs: Methods for Clinical and Applied Settings*. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford University Press 2020; pp:211.
16. Doherty WJ, Kalantar SM, Tarsafi M. Divorce Ambivalence and Reasons for Divorce in Iran. *Family Process* 2021; 60(1):159-68.
17. First MB, Gibbon M. The structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID I) and the structured clinical interview for DSM-IV axis II disorders (SCID II). In: Hisenroth MJ, Segal DL, editors. *Comprehensive handbook of psychological assessment, Personality assessment*, 2<sup>nd</sup> ed. New Jersey: Wiley; 2004: 134-43.
18. Fowers BJ, Olson DH. ENRICH Marital Satisfaction Scale: A brief research and clinical tool. *Journal of Family psychology* 1993; 7(2):176-85.
19. Behrouz B, GolMohammadian M, HojatKhah SM. The causal relationship between emotion regulation and suicidal ideation mediated by marital satisfaction in earthquake-stricken women. *AFTJ* 2021; 2(1):91-107. [Persian]
20. Jejeebhoy SJ, Raushan MR. Marriage without meaningful consent and compromised agency in married life: evidence from married girls in Jharkhand, India. *Journal of Adolescent Health* 2022; 70(3):78-85.

21. Alizade A, Isanejad O. Comparing the effectiveness of couples coping enhancement training (CCET) and TOGETHER program on marital stress and marital satisfaction of couples. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2022; 22(4):134-49. [Persian]
22. El Frenn Y, Akel M, Hallit S, Obeid S. Couple's satisfaction among lebanese adults: validation of the Toronto alexithymia scale and couple satisfaction index-4 scales, association with attachment styles and mediating role of alexithymia. *BMC psychol* 2022; 10(1):1-10.
23. Righetti F, Faure R, Zoppolat G, Meltzer A, McNulty J. Factors that contribute to the maintenance or decline of relationship satisfaction. *Nature Reviews Psychology* 2022; 1(3):161-73.
24. Ece EKEN, Çankaya ZC. The relationship between early maladaptive schemas and psychological tendencies associated with the romantic relationships in university students: an investigation through the schema therapy model. *C.U Faculty of Education Journal* 2022; 51(1):689-717.
25. Mirabi M, Hafezi F, Mehrabizadeh Honarmand M, Naderi F, Ehtesham Zadeh P. The comparison effect of emotion-oriented schema therapy and solution-focused brief therapy (SFBT) on marital intimacy in women with marital conflicts referring to psychological centers. *Women's Studies, Institute for Humanities and Cultural Studies* 2021; 12(35):239-56. [Persian]
26. Moridi H, Kajbaf MB, Mahmoodi A. The Effect of Islamic-Iranian Reality Therapy on Couples' Marital Satisfaction, Life Satisfaction, and Communication Skills Shiraz. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2020; 21(2):13-21. [Persian]
27. Hosseini Z, TajicEsmaeili A, MohsenZadeh F. The effect of teaching the concepts of the choice theory on marital attitude in marrying people according to attachment style. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2022; 22(4):43-57. [Persian]
28. Panahifar S, Momeni A. The effectiveness of couple therapy based on emotional intelligence components on reducing marital conflicts and increasing adjustment of divorce applicant couples. *Shenakht* 2021; 8(4):38-50. [Persian]
29. Kailanko S, Wiebe SA, Tasca GA, Laitila AA. Impact of repeating somatic cues on the depth of experiencing for withdrawers and pursuers in emotionally focused couple therapy. *JMFT* 2022; 48(3):693-708.
30. Doss BD, Roddy MK, Wiebe SA, Johnson SM. A review of the research during 2010-2019 on evidence-based treatments for couple relationship distress. *JMFT* 2022; 48(1):283-306.
31. Masumi Tabar Z, Afshariniya K, Amiri H, Hosseini SA. The effectiveness of emotional schema therapy on emotional regulation problems and marital satisfaction of maladaptive women of the first decade of life. *JPS* 2021; 19(95):1497-506. [Persian]
32. IsmaeilZadeh N, Akbari B. The effectiveness of schema therapy on sexual self-efficacy, marital satisfaction and early maladaptive schemas in couples with marital conflicts. *MJMS* 2021; 64(1):2286-98. [Persian]
33. Ahmadzadehaghdam E, Karimisani P, Goudarzi M, Moradi O. The effectiveness of couple therapy with schema therapy approach on disaffection and marital commitment in couples. *IJPN* 2020; 8(5):1-13. [Persian]

# Comparing the Effectiveness of Combined Therapy (Emotional Focused Couple & Reality Therapy) with Schema Therapy on Marital Satisfaction in Heterogeneous and Conflicting Couples: A Single Case Study

Berdi-Khoje A<sup>1</sup>, Jahangiri A<sup>2</sup>, Mafakheri A<sup>3</sup>

1- PhD Student, Dept of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

2-Assistant Prof, Dept of Psychology and Counseling, Payame-Noor University, Tehran. Iran. (Corresponding Author)

Email: a15um@hotmail.com, Tel: 09153853056

3- Assistant Prof, Dept of Psychology, Payame-Noor University, Tehran. Iran.

Received: 13 June 2022

Accepted: 3 June 2023

**Introduction:** Marital satisfaction is one of the variables easily affected by the relationship between couples. Statistics show an increase in divorce due to marital dissatisfaction. Therefore, this study compared the effectiveness of combined therapy with schema therapy on marital satisfaction in heterogeneous and conflicting couples.

**Materials and Methods:** The research was a single case study with pre-test, post-test, and follow-up design. The statistical population included conflicting couples referred to the Parsa counseling clinic in Bandar-e-Torkmen County in 2021. Among them, six couples (husband and wife) were selected based on the research entry criteria, structured clinical interview, and marital satisfaction questionnaire (Olson et al., 1987) using purposive sampling. The subjects of the two groups of combined therapy and schema therapy received 12 weekly sessions (two sessions, 90 minutes each) separately. Descriptive statistics, Chi-squared test, visual analysis of graph with reliable change index ( $RCI \geq 1.96$ ), and recovery percentage were used in the results report.

**Results:** The findings of the research showed that both methods of integrated treatment and schema therapy had made statistically and clinically significant changes in the treatment goals ( $p < 0.05$ ), and the therapeutic effects continued in the follow-up period ( $RCI \geq 1.96$ ). However, the percentage of recovery in the combined therapy group ( $PND = 38.70$  &  $p = 0.018$ ) was higher than in the schema therapy group ( $PND = 27.45$  &  $p = 0.024$ ).

**Conclusion:** Combined therapy was effective in increasing the marital satisfaction of couples; thus, it can be used in medical centers to improve family and marital function.

**Keywords:** Single case study, Combined therapy, Schema therapy, Marital satisfaction

---

## Please cite this article as follows:

Berdi-Khoje A, Jahangiri A, Mafakheri A. Comparing the Effectiveness of Combined Therapy (Emotional Focused Couple & Reality Therapy) with Schema Therapy on Marital Satisfaction in Heterogeneous and Conflicting Couples: A Single Case Study; Community Health Journal 2023; 17 (2): 1-12.

**Funding:** This research was funded by the Islamic Azad University, Bojnourd Branch.

**Conflict of Interest:** None declared.

**Ethical Approval:** The ethics committee of the Islamic Azad University, Bojnourd Branch, approved the study. (IR.IAU.BOJNOURD.REC 1400.014)