

اثر بخشی طرحواره درمانی بر سرخوردگی زناشویی زنان متأهل

زهرا تقی یار^{1*}

فرشاد پهلوان زاده²

دکتر سید عبدالوهاب سماوی³

چکیده

مهم ترین عامل تحکیم و ثبات یا تزلزل و فروپاشی خانواده، چگونگی رابطه ها و داد و ستد عاطفی میان اعضای خانواده، به ویژه زن و شوهرهاست که تحت تاثیر باورهایی که در طول زندگی به خصوص دوران کودکی کسب کرده اند. لذا این پژوهش با هدف تبیین میزان تاثیر طرحواره درمانی بر سرخوردگی زناشویی زنان متأهل انجام شده است. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی (پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل) و جامعه آماری شامل کلیه زنانی است که در سال 1395 به مراکز مشاوره مراجعه کرده که از این افراد تعداد 40 نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (20 نفر) و کنترل (20 نفر) قرار داده شدند. بر روی دو گروه آزمون سرخوردگی زناشویی (کایزر، 1993) به عنوان پیش آزمون اجرا شد و سپس بر روی گروه آزمایش بسته آموزشی طرحواره درمانی در 8 جلسه 90 دقیقه ای اجرا گردید و دوباره از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. یافته های به دست آمده نشان داد که تحلیل کواریانس یکراهه پس آزمون گروه طرحواره درمانی در متغیر وابسته سرخوردگی زناشویی معنادار می باشد. به طور کلی نتایج پژوهش بیانگر اینست که آموزش رویکرد طرحواره درمانی باعث کاهش سرخوردگی زناشویی زنان شده است.

واژه های کلیدی: طرحواره درمانی، سرخوردگی زناشویی، باورهای اصلی.

1. کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه هرمزگان، اصفهان ایران (نویسنده مسؤول) taghiyar2000@gmail.com
2. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران f.pahlavanzade1394@gmail.com
3. استادیار گروه مشاوره و روانشناسی دانشگاه هرمزگان

مقدمه

همه زوج ها به امید یک زندگی درازمدت و توأم با آرامش و خوشبختی پیوند می بندند و هیچ زوجی با هدف جدایی ازدواج نمی کند، اما در رهگذر زمان و تحولات جریان زندگی، مشکلات شدید و فراگیری را در هنگام برقراری و حفظ روابط زناشویی تجربه می کنند. با انجام ازدواج هریک از زوجین انتظار دارند که خانواده جدید همان شکلی را پیدا کنند که برای او مطلوب و آشناست. بنابراین هرکدام از آنها می کوشد که واحد زن و شوهری را در راستای مطلوب و مورد ترجیح خود سازمان داده و دیگری را برای برون سازی، تحت فشار قرار دهد (مینوچین، 1380؛ به نقل از منصوری نیا، 1389).

اما هنگامی که زندگی زناشویی آن گونه که آنها توقع دارند، پیش نمی رود، زوجین به حالتی از ناباوری می رسند. پس میان شروع یک ازدواج پر از عشق، امید و توجه و جایی که از خود بیگانگی و اختلاف شروع می شود، چه چیزی اتفاق می افتد؟ سرخوردگی زناشویی. سرخوردگی، کاهش تدریجی دلبستگی عاطفی است که شامل کاهش توجه نسبت به همسر، بیگانگی عاطفی و افزایش یک نوع احساس بی علاقهگی و بی تفاوتی نسبت به همسر است (کایزر¹، 2012). سرخوردگی عدم حضور عشق است که معمولاً پس از تجمع نارضایتی ها در ازدواج اتفاق می افتد (داک²، 2007). سرخوردگی به معنای جایگزین شدن عواطف خنثی به جای عواطف مثبت است. بنابراین برای اینکه سرخوردگی اتفاق افتد، فرض می شود که مجموعه ای احساسات و عواطف در شروع رابطه وجود داشته است. زوجین سرخورده احساس و علاقه داشته اند، اما این احساس مدت هاست که مرده است. مفهوم سرخوردگی به طور خاص به حالت عاطفی ازدواج (احساس علاقه، توجه و عاطفه نسبت به همسر) اشاره می کند، نه به رفتارهای واقعی همسر. زوجین ممکن است در میزان سرخوردگی زناشویی شان متفاوت از یکدیگر باشند، در بعضی موارد دو طرف سرخوردگی را تجربه می کنند، در حالی که در موارد دیگر سرخوردگی تنها در مورد یک فرد است در حالی که طرف مقابل علاقه مند به اوست. در یک ازدواج سرخورده احساسات منفی مانند آسیب و خشم رو به افزایش است تا اینکه به یک حالت سردی منجر می شود (کوهی، 1388).

1. Kayser

2. Duck

سرخوردگی زناشویی یک فرایند تدریجی است که وقتی شخص در پاسخ به استرس مدت دار، درد و فشار جسمی - روانی - عاطفی، جدایی از کار و دیگر روابط قرار می گیرد، ایجاد می شود (گورکین¹، 2009). سرخوردگی زناشویی به علت مجموعه ای از توقعات غیر واقعی از همسر و ازدواج، تداوم با استرسها، واقعیت ها و فراز و نشیبهای زندگی بروز میکند (لینگرن²، 2003). اگر این سرخوردگی ادامه پیدا کند در نهایت به دلزدگی و عدم رضایت زناشویی می انجامد (لائس و لائس³، 2001).

در حالی که بعضی ازدواج ها موجب رشد و شکوفایی زوج هاست، بسیاری از زن و شوهرها نیز می توانند به مصیبت هایی در مقابل یکدیگر بدل شوند، ایجاد و حفظ روابط صمیمانه و ارضای نیازهای عاطفی و روانی در جریان ازدواج، هنر و مهارتی است که علاوه بر سلامت روان و تجارب سالم اولیه، نیازمند داشتن و کسب نگرشهای منطقی، مهارتهای زندگی و انجام رفتارها و وظایف خاص خویش است (بشلیده، درویشی و کرای، 1391). تجربه دلسردی تاثیر یکسانی بر زوجین ندارد، در بعضی از زوجین منجر به طلاق خواهد شد. عده ای باقی ماندن در ازدواج را انتخاب می کنند، حتی اگر علاقه زیادی نسبت به همسرشان نداشته باشند و عده ای هم در جهت بهبود ارتباط و کاهش سرخوردگی (دلسردی) اقدام می کنند (کایزر، 2012).

همچنین در بین زوجین زنان نسبت به مردان در برابر عوامل استرس زای زناشویی بیشتر زخم پذیر هستند و استرسهای زناشویی بر آنان تاثیر بیشتری می گذارد و این مساله میتواند به دلیل اهمیت دادن بیشتر آنان به روابط صمیمانه و نیاز به حفظ این روابط باشد. به خاطر اینکه زنان در جامعه به خاطر بافت اجتماعی - فرهنگی بهتر است زندگی را به هر قیمتی حفظ کرده و کمتر طلاق بگیرند (باکر، 2009). همان طور که آهولا (2007)، در پژوهش خود به این نتیجه رسید که زنان به صورت معناداری در مقایسه با شوهران خود دلزدگی بیشتری دارند. ضمناً دلزدگی و سرخوردگی زنان هم تحت تاثیر عوامل کاری هم عوامل غیرکاری است در حالی که در مردان تنها تحت تاثیر عوامل استرس زای کاری قرار دارد. همان طور که کایزر (2012)، مطرح کرد که ازدواجهای با زوجین سرخورده همیشه منجر به طلاق نمی شوند و همیشه در حالت ناکامی باقی نمی ماندند. بعضی از زوجین تلاش می کنند تا سرخوردگی و عشق از دست

1.Gorkin

2.Lingren

3.Leas & Leas

رفته را دوباره بدست آورند. زوج درمانی انواع مداخلات درمانی را که به زوجین در کاهش سرخوردگی کمک می‌کند، فراهم می‌کند.

امروزه در درمان مشکلات زناشویی از رویکردهای مختلفی مانند خانواده درمانی شناختی-رفتاری، خانواده درمانی ستیر، بوئن، تحلیل محاوره‌ای و... استفاده می‌شود. برای مثال در پژوهشی سودانی، دهقانی و دهقان‌زاده (1391)، به بررسی اثربخشی آموزش تحلیل ارتباط محاوره‌ای بر دلزدگی زناشویی و کیفیت زندگی زوجین پرداختند که یافته‌ها نشان داد تحلیل ارتباط محاوره‌ای موجب کاهش دلزدگی زناشویی و افزایش کیفیت زندگی زوجین می‌شود اما چون مرحله پیگیری نداشته پایداری اثربخشی آن در درازمدت مشخص نیست. در مورد درمان راهبردی تلویحا گفته شده است که این درمان بدان میزان که محققان در ابتدا بیان می‌کردند موثر نیست (سلوینی¹، 1986). مطهری، احمدی، بهزاد پور و آزموه (1391)، در پژوهشی به بررسی اثربخشی ذهن‌آگاهی بر کاهش دلزدگی زناشویی پرداختند و به این نتیجه دست یافتند که آموزش ذهن‌آگاهی به طور معناداری بر دلزدگی زناشویی و مولفه‌های آن موثر بوده است.

یکی از رویکردهایی که به بررسی نگرش و باورهای گذشته بر ارتباطات کنونی فرد پرداخته است نظریه طرحواره درمانی است. طرحواره درمانی، بر الگوهای خود-ویرانگر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. در چارچوب واژه‌های طرحواره درمانی، این الگوها طرحواره‌های ناسازگار اولیه² نامیده می‌شوند. عدم ارضا و ناکامی در برآورده شدن نیازهای بنیادی (نیاز به امنیت و پذیرش، هویت، خودانگیختگی و تفریح و خویشن داری) در دوران کودکی فرد، موجب شکل‌گیری طرحواره‌های مختل می‌شوند. یانگ³ 18 طرحواره‌ی ناسازگار اولیه و ساز و کارهای مقابله ناسازگار را که به گونه خودکار و ناخودآگاه موجب تداوم یکدیگر می‌شوند و در نتیجه منجر به تداخل در توانایی فرد در ارضای نیازهای بنیادین خود می‌گردد معرفی کرده است که این طرحواره‌ها را در 5 حوزه اصلی بریدگی و طرد/ خودگردانی و عملکرد مختل / محدودیت‌های مختل / جهت‌مندی

1.Selvini

2.early maladaptive shema

3.Young

و گوش به زنگی و بازداری قرار داده اند (استراک¹، 2005، به نقل از ذولفقاری و همکاران، 1387).

طرحواره های ناسازگار اولیه همیشه خود را در جریان یک رابطه نشان می دهند و باعث تأثیر در کنش وری رابطه می شوند. معمولاً ماهیت ناسازگار طرحواره ها وقتی ظاهر می شود که افراد در روند زندگی خود و در تعامل با دیگران، به ویژه رابطه زناشویی به گونه ای عمل می کنند که طرحواره های آن ها تأیید شود، حتی اگر برداشت اولیه آنها نادرست باشد (یانگ، کلووسکو²، 2003، ترجمه اندوز و حمیدپور، 1386). طرحواره های مربوط به رابطه زناشویی در برگیرنده باورهای اساسی درباره ماهیت انسان و نحوه روابط می باشند و فرض می شود که نسبتاً ثابت هستند. در رویکرد طرحواره درمانی تمرکز بر آگاهی و بینش افزایش یافته و درک نقش طرحواره ها در حفظ موقعیت های مسأله آفرین و همچنین تعدیل نحوه فعال سازی و عمل طرحواره ها است (هوارد، 2011). بینش در این رویکرد آگاهی عمیق به ساختارهایی (طرحواره ها) است که به عنوان بازنمایی های شناختی در تعبیر و تفسیر موقعیت های مبتنی بر ارتباط بین فردی دخالت می کنند (گلدفرید³، 2003).

رویکرد طرحواره درمانی بر این باور استوار است که شرایط منحصر به فردی که شخص در کودکی تجربه می کند نقش مهمی در ایجاد مجموعه باورهایی درباره خویشتن و دیگران ایفا می کند، که در مسیر زندگی تداوم دارند و به رابطه فرد با خود و دیگران مربوط می شود. از این رو هریک از زوجین طرحواره هایی درباره خود و روابط صمیمی دارند که با خود به روابط زناشویی می آورند. طرحواره ها شامل فرضیاتی است درباره همسر و رابطه زناشویی، آن گونه که هستند و معیارهایی درباره اینکه چگونه باید باشند (اپستین و باکوم⁴، 2002). هریک از زوج ها علاوه بر طرحواره هایی که با خود به رابطه می آورند در ارتباط فعلی خود نیز طرحواره هایی نیز به وجود می آورند که خاص این رابطه است (داتیلیو و بیرشک⁵، 1385). پس طرحواره درمانی درصدد شناسایی این طرحواره ها و تلاش در جهت اصلاح یا تغییر آن ها و در نتیجه بهبود روابط زوجین می باشد. به دلیل اینکه این رویکرد تأکید زیادی بر باورهای عمیق در رابطه زوجین دارد

1. Stark

2. Klosko

3. Goldfried

4. Epstein & Baucom

5. Dadylyv and Birashk

و نقش اساسی در رابطه زوجین را زنان بر عهده دارند و سرخوردگی در رابطه باعث طلاق عاطفی بین زوجین می‌شود، لذا پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر دلزدگی زناشویی پرداخته است.

ابزار و روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی پیش آزمون و پس آزمون با گروه آزمایش و گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش عبارت بود از کلیه زنان متأهل شهر اصفهان که در سال 95 به دو مرکز مشاوره شهر مراجعه کرده اند و حداقل یک سال از زندگی مشترک شان می‌گذرد. شیوه نمونه‌گیری در این پژوهش نمونه‌گیری در دسترس بود که افراد نمونه 40 نفر انتخاب و در دو گروه کنترل و آزمایش به صورت تصادفی قرار داده شدند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه سرخوردگی زناشویی و بسته آموزشی طرحواره درمانی بود و نتایج پژوهش حاضر با تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شد.

مقیاس سرخوردگی زناشویی¹، مقیاس سرخوردگی زناشویی توسط کایزر در سال 1993 ساخته شده است. این مقیاس دارای 21 سوال است که برای ارزیابی سطح سرخوردگی یا نبود عواطف نسبت به همسر به کار می‌رود. این مقیاس شامل سه بعد است: دلبستگی²، بیگانگی هیجانی³ و حمایت هیجانی⁴. سؤالات مربوط به هر خرده مقیاس عبارتند از:

دلبستگی: 1، 3، 5، 6، 7، 8، 9، 16، 21.

بیگانگی هیجانی: 10، 12، 13، 15، 18، 19، 20.

حمایت هیجانی: 2، 4، 11، 14، 17.

دامنه نمرات این مقیاس 21 تا 84 است و دارای طیف لیکرت چند گزینه ایی «بسیار درست» تا «نادرست» است. کایزر (1993)، برای بررسی روایی این پرسشنامه همبستگی مثبت معناداری را بین پرسشنامه سرخوردگی زناشویی و پرسشنامه های شادی زناشویی نشان داد اما با پرسشنامه صمیمیت زناشویی همبستگی منفی بدست آورد. همچنین کایزر (1993)، همسانی درونی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ

1. Marital Disaffection Scale

2. Attachment

3. Emotional Estrangement

4. Emotional Support

0/97 گزارش کرده است و در پژوهشی که توسط کوهی (1388)، انجام شد نیز آلفای کرونباخ کل سوالات 0/88 به دست آمد و روایی محتوایی آن نیز توسط پنج نفر از متخصصان گروه مشاوره دانشگاه اصفهان مورد تأیید قرار گرفت. همچنین در بررسی روایی همزمان و نمرات مقیاس سرخوردگی رابطه معناداری $r=.56$ با پرسشنامه سلامت عمومی نشان داد. ضریب پایایی در این پژوهش 0/94 به دست آمد. بسته آموزشی طرحواره درمانی: این بسته آموزشی شامل 8 جلسه 90 دقیقه ای بود که در شرح جلسات آموزشی به شرح زیر می باشد.

جدول شماره 1: شرح جلسات آموزشی طرحواره درمانی

تعداد جلسات	عنوان جلسات	اهداف جلسات	تکلیف جلسات
اول	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه	-برقراری ارتباط و معرفی اعضا -بیان قواعد گروه و اهداف و معرفی دوره -تعهد گرفتن -شناخت مشکل فعلی	هر فرد طی چندروز آینده روابط خود با همسر و دیگران را دقت کند و مشکلات فعلی خود را شناسایی کند. سپس این مشکلات را طبق توضیحات جلسه بصورت اختصاصی بنویسد و در مقابل آن اهداف خود را در مورد مشکل باتوجه به دوره درمان بنویسد.
دوم	آموزش در مورد طرحواره ها و سبک های مقابله ای	1-آموزش طرح واره های ناسازگار اولیه، انواع و مشخصات آنها -توضیح سبک های مقابله ای -برقراری ارتباط بین مشکلات زندگی فعلی و طرح واره ها	افراد برگه اطلاعات در مورد طرح واره ها را خوب مطالعه کرده و چند موقعیت که دچار سرخوردگی می شوند را در زندگی زناشویی خود در نظر بگیرند و نوع طرح واره ای که در آن هنگام برانگیخته می شود ویا آن مرتبط است را بنویسند و سبک های مقابله ای خود را برای کنار آمدن با آن طرح واره را نیز مشخص نمایند.
سوم	راهبردهای شناختی	-ارائه منطق تکنیک های شناختی و استعاره جنگ -اجرای آزمون اعتبار طرح واره -استفاده از سبک درمانی رویارویی همدلانه -تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرح واره	افراد تا جلسه بعد چند مورد از رفتارهای طرح واره را در نظر بگیرند، طرحواره زیربنایی آن، شواهد تأیید کننده و رد کننده آن را یادداشت کنند.
چهارم	تکنیک های شناختی	-ارزیابی مزایا و معایب پاسخ های مقابله ای افراد -برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم -استفاده از بازی مدافع شیطان -آموزش تدوین وساخت کارهای آموزشی	افراد در منزل بین جنبه طرح واره و جنبه سالمشان با استفاده از تکنیک صندلی خالی گفتگویی برقرار سازند و بنویسند.

پنجم	راهبردهای تجربی	-ارائه منطق تکنیک تجربی واهداف آن -تصویر سازی ذهنی -ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال -انجام گفتگوی خیالی	نوشتن نامه به فردی که در دوران کودکی به آنها آسیب رسانده و ارسال نکرده و در جلسه به همراه خود بیاورند.
ششم	الگوشکنی رفتاری	-ارائه منطق تکنیک های رفتاری - بیان هدف تکنیک های رفتاری -تعیین فهرست جامعی از رفتارهای خاص به عنوان موضوع تغییر -ارائه راههایی برای تهیه فهرست رفتار -اولویت بندی رفتارها برای الگوشکنی و مشخص کردن مشکل سازترین -افزایش انگیزه برای تغییر رفتار	افراد طی چند روز آینده چند موقعیتی که سرخورده شده اند را در زندگی در نظر گرفته و توجه کنند که چه احساسی داشته اند و چه فکری کرده و چه رفتاری انجام داده اند و در صورت بروز رفتار مشکل آفرین، رفتار سالم جایگزین را مقابل آن بنویسند.
هفتم	تکنیک های رفتاری	-افزایش انگیزه برای تغییر رفتار -تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی و ایفای نقش -غلبه بر موانع تغییر رفتار -ایجاد تغییرات مهم در زندگی	از افراد خواسته که برای رفتاری که هنوز در آن تغییری ایجاد نشده با پرسیدن این سوال از خود "اگر این طرح واره را نداشتم چه کار می کردم؟" رفتار جایگزین را بیابند و مزایا و معایب تغییر در برابر عدم تغییر را یادداشت کنند.
هشتم	جمع بندی و اختتام	-خلاصه جلسات قبل -بررسی تکالیف انجام شده و رفع اشکال -جمع بندی و نتیجه گیری نهایی با کمک اعضا -ارائه پس آزمون مربوط -تشکر و خداحافظی	

یافته ها

میانگین و (انحراف معیار) نمره های پیش آزمون و پس آزمون سرخوردگی زناشویی زناشویی گروه کنترل به ترتیب 154/66 و (30/96) و 151/46 و (29/22) می باشد. میانگین و (انحراف معیار) نمره های پیش آزمون و پس آزمون سرخوردگی زناشویی گروه آزمایشی طرحواره درمانی به ترتیب 157/40 و (31/67) و 135/53 و (30/13) می باشد. برای اطمینان از اینکه داده های این پژوهش مفروضه های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورد می کنند، ابتدا پیش نیازها و پیش فرض های تحلیل کواریانس بررسی شده اند که از جمله آزمون های کولموگورف - اسمیرنوف و شاپیرو- ویلکر، آزمون همگنی واریانس لوین استفاده شد و با مشاهده سطح معناداری ($P \geq 0/05$) مشخص شد که پیش فرضها رعایت شده است.

جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی، تحلیل کوواریانس (ANCOVA) روی نمرات پس آزمون، با کنترل پیش آزمون ها انجام گرفت. جدول 1 نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره را نشان می دهد.

جدول شماره 2: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین پس آزمون سرخوردگی زناشویی با کنترل پیش آزمون در گروه آزمایشی طرحواره درمانی

متغیرات تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور ضریب اتا	توان آزمون
پیش آزمون	26875/496	1	26875/496	985/960	0/0001	0/973	1
گروه خطا	2720/250	1	2720/250	99/796	0/0001	0/787	1
کل	735/971	37	27/258				
	616992/000	40					

پس از کنترل اثر پیش آزمون، تأثیر طرحواره درمانی بر نمرات پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر سرخوردگی زناشویی بررسی شد. همان طور که داده های جدول 1 نشان می دهند، بین میانگین دو گروه ($F=99/796$ و $P<0/05$) تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه پژوهش حاضر مورد تأیید قرار می گیرد. این نتیجه بدان معناست که طرحواره درمانی بر متغیر سرخوردگی زناشویی، در آزمودنی های گروه آزمایش در مرحله پس آزمون مؤثر بوده است و دلزدگی آن ها را کاهش داده است. بر اساس ضریب تأثیر، $0/78$ از تفاوت گروه ها در نمره سرخوردگی زناشویی در پس آزمون، مربوط به تأثیر متغیر مستقل یعنی درمان طرحواره درمانی است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که تحلیل کواریانس یکراهه پس آزمون گروه طرحواره درمانی در متغیر وابسته سرخوردگی زناشویی در سطح $0/0001$ معنادار می باشد. این یافته با نتایج پژوهش های سودانی و همکاران (1391)، مطهری و همکاران (1391)، امانی و بهزاد (1390)، هماهنگ می باشد.

زوجینی که دچار سرخوردگی شده هیجانانگیز مثبت را حتی با وجود رفتارهای مثبت طرف مقابل بروز نمی دهند و در مقابل، رفتارها و هیجان های منفی را به سرعت جبران می کنند اغلب تعاملات آن ها با جملات خصومت آمیز شروع می شود و ادامه پیدا

می‌کند. معمولاً با پاسخ‌های منفی یکدیگر به شکل تقابلی جواب می‌دهند و هرگز احساسات منفی خود را مدیریت نمی‌کنند. و در طول زمان الگوی رفتاری خود را مبتنی بر فاصله گرفتن از هم قرار می‌دهند و به جای تلاش برای نزدیک شدن به هم، عامدانه از هم دور می‌شوند.

ازدواج بر پایه شکل‌گیری و توسعه رابطه بین دو فرد استوار است و این روابط به شدت تحت تاثیر طرحواره‌ها و باورهای ارتباطی هریک از زوجین قرار دارد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه همیشه خود را در جریان یک رابطه نشان می‌دهند و باعث تأثیر در کنش‌وری رابطه می‌شوند. معمولاً ماهیت ناسازگار طرحواره‌ها وقتی ظاهر می‌شود که افراد در روند زندگی خود و در تعامل با دیگران، به ویژه رابطه زناشویی به گونه‌ای عمل می‌کنند که طرحواره‌های آن‌ها تأیید شود، حتی اگر برداشت اولیه آن‌ها نادرست باشد (یانگ و همکاران، 2003). طرحواره‌ها در چارچوب رابطه زناشویی رفتارهای همسران را تحت تأثیر قرار داده و آن‌ها را جهت‌دهی می‌کنند (یانگ و گلوکسکی، 1997). در تبیین اثربخشی مداخله آموزشی طرحواره درمانی بر کاهش دلزدگی زناشویی می‌توان گفت که این دیدگاه با فراهم‌سازی و تسهیل بینش نسبت به ریشه‌های عمیق رفتارهای جاری در روابط زوجین، آگاهی و بینش آنان را نسبت به اهمیت طرحواره‌ها و نقش آن‌ها در حفظ موقعیت‌های مسئله‌آفرین بین فردی افزایش می‌دهد. با مشخص شدن ریشه‌های تحولی هر طرحواره، زوجین متوجه می‌شوند که علت رفتارهای کنونی شان افکار و نگرش‌هایی است که قبلاً در آن‌ها ایجاد شده و می‌توان با آموزش و راهکارهای خاص آن‌ها را تغییر داد. همچنین فنون مورد استفاده در این درمان، به زوجین کمک می‌کنند تا از فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه کاسته و شیوه مقابله کارآمد با آن‌ها را یاد بگیرند. آموزش‌های طرحواره محور باعث افزایش درک و فهم زوجین نسبت به این نکته می‌شود که آن‌ها از محیط‌های خانوادگی مختلفی آمده‌اند و همچنین منجر به کشف سیستم باورهای مرکزی زوجین درباره نقش‌های زن و مردی در روابط زوجین می‌شوند (داتیلیو¹، 2006). در نتیجه طرحواره درمانی با داشتن دیدگاهی چند بعدی در کنار در نظر گرفتن تاثیر شناخت‌ها و نگرش‌ها به بررسی ریشه‌های مشکل در گذشته پرداخته و درصدد آگاهی و ایجاد بینش در فرد است.

1. Dattilio

پس طرحواره درمانی علاوه بر کار بر روی عوامل شناختی، به عوامل محیطی و تجارب شخصی گذشته افراد نظر داشته و با برقراری ارتباط بین مشکلات زندگی فعلی و طرح واره ها، توانست مسیر حرکت جدیدی را برای آزمودنی ها تعیین کند. آزمودنی ها آموختند با ارزیابی اعتبار طرحواره ها، پاسخ های مقابله ای خود را مورد بررسی قرار دهند و با بکارگیری تکنیک هایی مانند تصویرسازی ذهنی و انجام گفتگوی خیالی مسایل حل نشده گذشته و تجارب ایجاد کننده طرحواره های ناسازگار را به زمان حال آورده و با استفاده از تکنیک های رفتاری به الگوشکنی اقدام کنند. لذا در الگوهای ارتباطی آنان نیز تغییراتی ایجاد شد و میزان دلزدگی و سرخوردگی آنان نیز کاهش چشمگیری یافت.

در خصوص تاثیرگذاری طرحواره های ناسازگار بر زندگی زناشویی یانگ معتقد است این طرحواره ها باورها و احساس های غیرشرطی درباره خودمان هستند که در اثر ارتباط با محیط حاصل می شوند. این طرحواره ها انعطاف ناپذیر و سخت هستند، بنابراین در برابر تغییر مقاوم بوده و پایه خودپنداره فرد و ادراک او از محیط محسوب می گردد. این حرکات نادرست موجب کاهش سازگاری فرد نسبت به محیط می گردد. بر همین اساس در زندگی زناشویی با کوچکترین مشکل فرد تعادل خود را از دست می دهد و برخوردهای هیجانی خواهد نمود. ترنر، رز و کوپر¹ (2005) معتقدند وجود طرحواره های ناسازگار موجب می گردد تا فرد توانایی مدیریت هیجانات خود را از دست بدهد، به همین جهت در سازگاری با افراد دیگر با مشکل مواجه می شود. این موضوع در مطالعات چاتا و ویشمن² (2009) و اسپینهنون، گيسن و وانديک³ (2007) نیز گزارش شده است که وجود طرحواره های ناسازگار از عمده ترین عامل استرس و برهم خوردن زندگی زناشویی است. بنابراین طرحواره ها که ریشه در کودکی فرد دارند می توانند بزرگسالی و روابط وی را تحت تاثیر قرار دهند. در طی فرایند درمان و با مشخص شدن ریشه های تحولی هر طرحواره، زوجین متوجه می شوند که علت رفتارهای کنونی شان افکار و نگرش هایی است که قبلا در آن ها ایجاد شده و می توان با آموزش و راهکارهای خاص (راهبردهای تجربی، شناختی و رفتاری) آن ها را تغییر داد. پس با آگاهی از نقش طرحواره ها، فرد به بازنگری در باورها و ساختارهای شناختی خود و به تبع آن اصلاح

1. Turner, Rose & Cooper

2. Chatav & Wishman

3. Spinhoven, Giesen & Van Dyck

رفتار و به خصوص الگوی ارتباطات وی می پردازد و با کاهش تاثیر طرحواره های ناسازگار اولیه در زوجین، ارتباط سریع و موثر، اعتماد متقابل بین زوجین، مسئولیت پذیری بیشتر و احترام به مقررات خانواده را بیشتر کند. در نتیجه افزایش همکاری، رابطه جنسی، کاهش کسب حمایت فرزند در مقابل همسر، افزایش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر، کاهش واکنش های هیجانی، کاهش رابطه فردی با خویشاوندان خود و جدا کردن امور مالی از نتایج تغییر طرحواره های ناسازگار خواهد بود.

به طور کلی، با در نظر گرفتن حیطه های تحت پوشش در طرحواره درمانی می توان تاثیر این رویکرد را بر کاهش سرخوردگی زناشویی توجیه کرد. به عنوان مثال افراد دارای طرحواره حوزه بریدگی و طرد در ارتباط با همسر خود، نیازهای امنیت، محبت و احترام به طور قابل پیش بینی ارضا نمی شود، در نتیجه در ارتباط جنسی و همکاری با همسر دچار مشکل شده و قادر نیست به وی اعتماد کند و نهایتاً به مثلث سازی (به وسط کشیدن پای خانواده، دوستان یا فرزندان) ختم می شود. و یا داشتن طرحواره خودگردانی و عملکرد مختل سبب عدم تمایز یافتگی در فرد و حفظ ارتباط با خانواده و دوستان می گردد. با این اوصاف آگاهی از تاثیر این طرحواره ها بر عملکرد و تصمیم گیری ها، می تواند زنان را تشویق کند که ضمن شناسایی نقش طرحواره ها در تجارب تنش زای روزمره، در جهت رفع طرحواره های ناسازگار تلاش کرده و در نتیجه عملکرد آنان در سرخوردگی و دلزدگی زناشویی بهبود یابد. طرحواره درمانی به افراد کمک می کند تا تعارض، اختلافات زناشویی، عوامل سرخوردگی و الگوهای تعاملی ناکارآمد که باعث مسائلی در رابطه می شوند را درک کنند و همین امر باعث رضایت زناشویی بیشتر می شود.

با توجه به محدودیت های موجود در این پژوهش، پیشنهاد می شود از آزمون های پیگیری و تحقیقات طولی برای تبیین بهتر و تحقیقات بیشتر در زمینه مساله تعارضات زناشویی با توجه به وضعیت کنونی ارتباطات زن و شوهر و به کارگیری سایر روش های درمانی در ارتباط با بهبود سرخوردگی و کاهش دلزدگی و طلاق عاطفی استفاده شود.

References

- Ahola, K. (2007), Occupational burnout and health. Helsinki, Finland: Finnish Institute Occupational Health.
- Amani, A., & Behzad, D.(2011), Effectiveness of schema therapy in promoting marital commitment and self-esteem couples, *Counseling Research & Developments*,11(41),117-133,(In Persian).
- Andooz, Z., & Hamidpoor, H. (2007),The relationship between early maladaptive schemas, attachment style and marital satisfaction of couples, *Proceedings of the Second Congress of Pathology family in Iran*, Beheshti University, Institute of Family, (In Persian).
- Bashlide, K., Darvishi, M., & Kraee, A. (2017), Examine the mediating role of conflict in the relationship between work and home conflicts between staff and workload and burnout among nurses in teaching hospitals of Ahvaz, *Journal of Family Counseling & Psychotherapy*,14(6), (In Persian).
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2007), *Insight in psychotherapy*, American Psychological Association, p. 57-81.
- Chatav, Y., & Wishman, M. A. (2009), *Partner Schema and Relationship unctioing: A stat of Mind Analysis*. Association for Behavioral and Cognitive Therapies, published by Elsevier Ltd,3 (40), 50-56.
- Dattilio, F. M. (2006), Restructuring schemata from family of origin in couple therapy, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An Int Quarterly*, 20(4): 359-373.
- Duck, S. (2007),Toward a rearch map for the study of relationship breakdown. In S.Duck & R, Gilmour (Eds)., *Personal relationship 3:personal relationships in disorder*(pp.129).London:Academic press.

- Dattilio, F. M., Birashk, B.(2007),CBT in Couples (case study:part 1), Advances in Cognitive Science, 2(8), 72-81, (In Persian).
- Epestein, N. B., & Baucom, D .H. (2002), Enhanced cognitive-behavioral therapy couples.-Acomextual approachWashington, American Psychological association, 12(4), 1325-1338.
- Goldfried, M. R. (2003), Cognitive-behavior therapy: Reflections on the evolution of a therapeutic orientation, Cognitive Therapy and Research, 27(1), 53-69.
- Gorkin, M. (2009), The four stage of burnout. Online. [http://stressdoc.com/4 stages. Htm.](http://stressdoc.com/4%20stages.htm)
- Howard, L. M, (2011), Incidence of burnout or compassion fatigue reported among medical dosimetrists[Dissertation], University of Wisconsin-La Crosse La Crosse WI. [http://www.uwlax.edu/md/forms/Michelle%20FINAL.pdf.](http://www.uwlax.edu/md/forms/Michelle%20FINAL.pdf)
- Leas, T., & Leas, T. (2001), Career burnout & its relationship to couple burnout in Finland. [http:// www.eric. ed.](http://www.eric.ed)
- Lingren, H. G. (2003), marriage burnout, University of Nebraska-Lincoln Cooperative Extension. [http://utahmarriage.org.](http://utahmarriage.org)
- Kayser, K. (2012),When love dies: the process of marital disaffection. NewYork. London: The Guilford press.
- Koohi, S. (2009), Check predictors of marital frustration among couples in Isfahan, MA Thesise, Isfahan University, (In Persian).
- Mansorineya, A. (2010), Comparison of satisfaction and frustration of married couples and couples had premarital education in Isfahan, MA Thesis of Counselling, Azad University of Marvdasht Branch, (In Persian).
- Motahari, Z., Ahmadi, KH., Behzadpoor, S., & Azmoode, F.(2012), Effectiveness of Mindfulness in Marital Burnout Among Mothers of ADHD Children, Journal of Family Counseling & Psychotherapy, 3(4), 591-612, (In Persian).

- Spinhoven. P., Giesen, J., & Van Dyck, R. (2007), The Therapeutic Alliance in Schema-Focused Therapy and transference- Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder, *Journal of Clinical Psychology*, 75(1), 104-115.
- Turner H. M., Rose, K. S., & Cooper, M. J. (2005), Parental bonding and eating disorder symptoms in an adolescent: The mediating role of core beliefs, *Eating Behaviors*, 62, 113-118.
- Young, J. E., & Gluhoski, V. (1997), A Schema- focused perspective on satisfaction in close relationship. In R. J. Sternberg & M. Hojjat (EDs). *Satisfaction in close relationship*, New York: The Gilford Press.

Archive of SID

Archive of SID