

The Effects of Emotional Schema Therapy on Anger and Suicidal Ideation in Men with Extramarital Relations

Rahmati R¹, *Taklavi S², Mousazadeh T²

Author Address

1. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran;

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran.

*Corresponding author's email: s.taklavi@iauardabil.ac.ir

Received: 2020 December 26; Accepted: 2021 April 8

Abstract

Background & Objectives: The family is the most significant element for progression and development in a society; however, this crucial institution can be endangered for various reasons and deviate from its primary function. Marital infidelity is among these reasons. Being unfaithful to your married partner has a significant and negative impact on the whole family. Therefore, psychologists constantly intend to reduce the following adverse effects that predominantly affect women since they are often the ones who are being cheated on. What makes women be more affected by the negative impacts is that although most men are engaged in extramarital affairs, they never accompany their wives to the consulting sessions. If their participation in the counseling process is achieved, we can improve and enhance marital life. Thus, this study aimed to investigate the effects of Emotional Schema Therapy (EST) on anger and suicidal ideation in males engaged in extramarital affairs.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest and a control group design. The study population included all the spouses (in this study, only men are considered cheaters) being cheated on and consulted a psychologist in Tehran City, Iran, in 2020. Thirty subjects were randomly selected and placed in 2 groups. The inclusion criteria of the study were at least eighth-grade of education, no substance use disorders, consent to participate in the survey, involvement in extramarital relations in recent three months, and having been left at present, not having used psychological interventions, and having been married for at least 2 years. The exclusion criteria were not attending more than 2 intervention sessions, failure to perform assignments, and not volunteering to continue the therapeutic process. The State-Trait Anger Expression Inventory-2 (Spielberger, 1999) and Beck Scale for Suicide Ideation (Beck & Steer, 1961) collected the required data at pretest and posttest stages. The experimental group participated in 9 ninety-minute EST sessions (Leahy, 2002). Moreover, descriptive statistics, including means and standard deviation and inferential statistics, including Analysis of Covariance (ANCOVA), were applied in SPSS at the significance level of 0.05 to analyze the obtained data.

Results: According to the ANCOVA data, EST reduced external anger reaction ($p < 0.001$, Eta Squared=0.855), internal anger reaction (Eta Squared=0.936, $p < 0.001$), external anger controlling ($p < 0.001$, Eta Squared=0.985), external anger controlling ($p < 0.001$, Eta Squared=0.989), and suicidal ideation ($p < 0.001$, Eta Squared=0.949) in men involved in extramarital relations.

Conclusion: EST reduces anger and suicidal ideation among men engaged in extramarital affairs; thus, applying this effective method is suggested to minimize the adverse effects of marital infidelity.

Keywords: Suicidal ideation, Anger, Emotional schema therapy, Extramarital relations.

بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر هیجان خشم و افکار خودکشی در مردان دارای روابط فرازنشویی

رحیم رحمتی^۱، *سمیه تکلوی^۲، توکل موسی زاده^۲

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران؛

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران.

*وابانامه نویسنده مسئول: s.taklavi@iauardabil.ac.ir

تاریخ دریافت: ۶ دی ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۹ فروردین ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: داشتن روابط فرازنشویی در یکی از زوجین می تواند اثرات منفی بسیاری برای خانواده به همراه داشته باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر هیجان خشم و افکار خودکشی در مردان دارای روابط فرازنشویی بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با یک گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه این پژوهش را تمامی زوجینی تشکیل دادند که به سبب خیانت مرد برای مداخلات روان شناختی در سال ۱۳۹۹ به مراکز مشاوره شهر تهران مراجعه کردند. از این میان تعداد سی نفر داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و با روش تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. برای جمع آوری داده ها از سیاهه ابراز خشم صفت-حالت-ویرایش دوم (اسپیلبرگر، ۱۹۹۹) و مقیاس یک برای افکار خودکشی (بک و استیر، ۱۹۶۱) استفاده شد. پروتکل طرحواره درمانی لیهی (۲۰۰۲) طی ۸ جلسه و هر جلسه نود دقیقه صرفاً برای گروه آزمایش به کار رفت. داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ و روش آماری تحلیل کوواریانس در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد، طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش هیجان خشم مردان با روابط فرازنشویی اعم از بیان خشم بیرونی، بیان خشم درونی، کنترل خشم بیرونی و کنترل خشم بیرونی تأثیر داشت ($p < 0/001$)؛ همچنین استفاده از مداخله مذکور سبب کاهش افکار خودکشی در این گروه از مردان شد ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: براساس یافته های پژوهش، طرحواره درمانی هیجانی سبب کاهش هیجان خشم و افکار خودکشی در مردان دارای روابط فرازنشویی می شود.

کلیدواژه ها: افکار خودکشی، خشم، طرحواره درمانی هیجانی، روابط فرازنشویی.

اغلب زوج‌ها زندگی‌شان را با عشق متقابل آغاز می‌کنند و از این منظر زندگی خود را از دیگران متفاوت می‌دانند (۱)؛ اما نارضایتی از برآورده نشدن انتظاراتها، به بروز سرخوردگی^۱ می‌انجامد که این موضوع نیز بیگانگی عاطفی^۲، افزایش احساس بی‌علاقگی و بی‌تفاوتی به همسر را به همراه دارد (۲). این تجربه تأثیر یکسانی بر زوجها ندارد. در بعضی از آن‌ها منجر به طلاق می‌شود؛ ولی عده‌ای باقی‌ماندن در ازدواج را انتخاب می‌کنند و ممکن است به روابط فرازنشویی^۳ گرایش پیدا کنند؛ این موضوع نیز باعث بروز احساس تردید، افسردگی و احساس گناه در همسری می‌شود که خیانت کرده است (۳).

درباره علل گرایش به روابط فرازنشویی می‌توان به عوامل زیر اشاره کرد: نارضایتی از روابط جنسی و عاطفی؛ سوءظن به وفاداری همسر؛ تنوع طلبی (۴)؛ سبک‌های هویتی زوجین (۵)؛ انتقام‌جویی از همسر بی‌وفا؛ ویژگی‌های شخصیتی؛ سبک دل‌بستگی؛ مذهب؛ سطح تحصیلات؛ درآمد و شغل (۶)، بلوغ جنسی و اجتماعی؛ خانواده، وسایل ارتباط جمعی و مسائل طبی (۷)؛ عوامل زمینه‌ای؛ شخصیت و درک همسران از ازدواج (۸)؛ عوامل پیش‌بینی‌کننده قبل از ازدواج (۹)؛ البته این عوامل با وضعیت سلامتی ضعیف‌تر، علائم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی و وضعیت اجتماعی مرتبط می‌شوند (۱۰) که در این صورت نیاز به مداخلات روان‌شناختی ضرورت پیدا می‌کند؛ چراکه از دلایل بسیار مهم طلاق در دهه‌های اخیر پیمان‌شکنی زن‌اشویی و روابط فرازنشویی است (۱۱، ۱۲). مجموع این عوامل می‌تواند میزان سلامت روانی زوجین را تحت تأثیر قرار دهد. در این خصوص برخی از پژوهش‌ها بیان می‌کنند، همسران آسیب‌دیده در روابط فرازنشویی در ابعاد مختلفی از جمله عاطفی، روانی و جسمانی با مشکلات متعددی مواجه می‌شوند که این عوامل خود می‌تواند زمینه‌ساز بروز مشکلاتی در حیطه هیجانات باشد؛ چنان‌که یافته‌ها نشان می‌دهد احساس شرم با رابطه فرازنشویی رابطه معنادار دارد (۵، ۱۲)؛ به عبارت دیگر زوجینی که از روابط فرازنشویی همسر خود اطلاع می‌یابند، با مشکلاتی در میزان سلامت روانی روبه‌رو می‌شوند و از آثار آن می‌توان به خشم در آنان اشاره کرد.

خشم از هیجان‌های بسیار مهم و تأثیرگذار بر زندگی انسان است که نقشی بسیار اساسی در زندگی بازی می‌کند؛ همچنین به‌عنوان یکی از هیجانات اصلی تلقی می‌شود (۱۳) که در نهایت با اختلالات روان‌رنجورخویی و روان‌پریشی^۴ ارتباط مستقیم دارد؛ از این رو ممکن است با افکار خودکشی^۵ نیز مرتبط باشد (۱۳). افکار خودکشی گرا^۶ از جمله مؤلفه‌های مرتبط با خودکشی است که بر وقوع هر گونه اندیشه خودتخریبی دلالت دارد؛ درواقع اشتغال فکری درباره مرگ است که هنوز جنبه عملی به خود نگرفته است (۱۴). این افکار می‌تواند براساس میزان سلامت روان که در مؤلفه‌هایی مانند افسردگی و اضطراب نمود پیدا می‌کند، در افراد رخ دهد (۱۵)؛ البته با خیانت‌های زن‌اشویی در افراد ارتباط مستقیم دارد (۳، ۶).

از منظر روان‌شناختی، مواجهه با پدیده فرازنشویی، مستلزم رویکردی جامع و نافذ است که از اوایل دهه ۱۹۸۰ جنبش قدرت‌مندی در این زمینه شکل گرفته است (۱۵). در این میان «طرحواره درمانی»^۷ یانگ، به‌مثابه رویکردی یکپارچه و جدید، در تبیین و درمان بخش درخور توجهی از اختلالات مزمن محور یک، محور دو و مشکلات بین‌فردی، از جمله مشکلات زن‌اشویی کارایی دارد (۱۶). طرحواره درمانی هیجانی^۸ به باورها، تفسیرها، مفاهیم، برنامه‌ها و راهبردهایی اطلاق می‌شود که به‌هنگام تجربه یک هیجان به‌کار می‌رود. نظریه طرحواره درمانی هیجانی، مدلی بالینی است که بر نحوه مفهوم‌سازی افراد از تجربه‌ای هیجانی، نوع انتظاراتشان از آن تجربه، چگونگی قضاوت درباره هیجان‌تشان، رفتارها و برنامه‌ریزی‌های فرد در پاسخدهی به آن تجربه هیجانی، تأکید دارد (۱۷). این روش درمانی بر بهبود افسردگی و استرس پس از سانحه زوجین (۳)، افزایش رضایت زن‌اشویی (۱۸)، کاهش دل‌بستگی اضطرابی و افزایش گواه هیجانی زوجین (۱۹) و نیز کاهش پرخاشگری زوجین (۲۰) اثربخش بوده است.

آنچه در پژوهش‌های انجام‌شده تا به امروز مدنظر قرار نگرفته، اثربخشی این روش درمانی به‌تفکیک زوجین یا تأکید بر مردان است؛ چراکه غالباً حضور زنان در مراکز مشاوره پررنگ‌تر است و مردان با رغبت کمتری در این فرایند مشارکت می‌کنند؛ از این رو توجه به هیجانات خشم و افکار خودکشی در مردانی که خود درگیر روابط فرازنشویی بوده‌اند، می‌تواند در فرایند درمانی از اهمیت دوچندانی برخوردار باشد؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر هیجان خشم و افکار خودکشی در مردان دارای روابط فرازنشویی بود.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با یک گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه پژوهش را تمامی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که پس از مصاحبه اولیه، تشخیص دارای مشکلات فرازنشویی با تأکید بر خیانت مردان دریافت کردند. از این میان با روش نمونه‌گیری هدف‌مند و براساس پژوهش اکبری و همکاران (۲۱) با $\alpha=0/95$ ، $\delta=1/88$ ، $d=2/123$ ، $\text{Power}=0/9$ واجد شرایط انتخاب شدند. سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه پانزده نفره شامل گروه آزمایش (دریافت‌کننده روش طرحواره درمانی هیجانی) و گروه گواه (بدون دریافت روش درمانی) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: دارا بودن تحصیلات حداقل سیکل؛ نداشتن اعتیاد؛ شرکت داوطلبانه در پژوهش؛ داشتن روابط فرازنشویی در سه ماه اخیر و خاتمه‌یافته در حال حاضر؛ دریافت نکردن مداخله روان‌شناختی؛ سپری شدن حداقل

۵. Suicide

۶. Suicidal ideation

۷. Schema therapy

۸. Emotional Schema Therapy

۱. Disaffection

۲. Emotional estrangement

۳. Extra Marital Relationship

۴. Neuroticism and psychosis

خشم درونی^۴ (۲۶، ۳۰، ۳۴، ۳۸، ۴۲، ۴۶، ۵۰، ۵۴) و کنترل خشم بیرونی^۵ (۲۸، ۳۲، ۳۶، ۴۰، ۴۴، ۴۸، ۵۲، ۵۶) بود. اعتبار بازآزمایی ۰/۷۲ و همسانی درونی ۰/۸۱ توسط اسپیلبرگر و ریسر گزارش شد (۲۴). در ایران نیز خدایاری فرد و همکاران ضرایب آلفای کرونباخ آن را میان ۰/۸ تا ۰/۹۱ به دست آوردند (۲۲). در این پژوهش از ویرایش دوم سیاهه ابزار خشم صفت-حالت استفاده شد.

مقیاس بک برای افکار خودکشی^۶: این مقیاس توسط بک و استیر در سال ۱۹۹۱ طراحی شد. این مقیاس حاوی ۱۹ پرسش است که هر پرسش از صفر تا ۲ نمره می‌گیرد؛ بنابراین جمع نمرات از صفر تا ۳۸ متغیر است (۲۵). نمره‌گذاری نهایی مقیاس به این صورت است که اگر فرد نمره صفر تا ۳ به دست آورد، درواقع فاقد افکار خودکشی است؛ در صورت کسب نمره ۴ تا ۱۱ دارای افکار خودکشی کم‌خطر و در صورت کسب نمره ۱۲ تا ۳۸ دارای افکار خودکشی پرخطر است (۲۵). همبستگی درونی این مقیاس ۰/۸۹ درصد و پایایی بین آزماینده آن $r = 0.83$ بود. اعتبار هم‌زمان این مقیاس با مقیاس سنجش خطر خودکشی، معادل $r = 0.69$ و $p < 0.001$ به دست آمد (۲۵). در ایران نیز در پژوهش انیسی و همکاران، اعتبار مقیاس بک برای سنجش افکار خودکشی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و روش دونیمه‌کردن به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۸ به دست آمد (۲۶).

پروتکل طرحواره‌درمانی: روایی محتوایی پروتکل طرحواره‌درمانی لیهی (۱۷) علاوه بر تأیید اساتید دانشگاه که در زمینه زوج‌درمانی با رویکرد طرحواره فعالیت داشتند، در پژوهش نیک‌آمال و همکاران (۱۶) نیز به تأیید رسید. درمان طرحواره‌هیجانی در طی ۹ جلسه و هر جلسه نود دقیقه ارائه شد که ساختار آن در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

جدول ۱. شرح مختصر جلسات طرحواره‌درمانی هیجانی

جلسه	محتوا
اول	شناسایی طرحواره‌های هیجانی در دسرساز، ارائه نظریه‌ای درباره‌ی هیجان، ارائه الگویی از هیجان به فرد، تمرین توجه‌آگاهی انفصالی.
دوم	بررسی مقاومت در برابر اعتباریابی و مفهوم آن، شناسایی خاستگاه‌های مختلف طرحواره‌های هیجانی اعتبارزدایی، شناسایی پاسخ‌های مشکل‌زا به اعتبارزدایی، ابداع راهبردهای انطباقی برای سازش با اعتبارزدایی.
سوم	برچسب‌زنی و افتراق هیجان‌ها از یکدیگر، بهنجارسازی تجربه‌ی هیجانی، افزایش تحمل احساسات مختلط، استعاره‌ی انسان کامل.
چهارم	افزایش قدرت پذیرش احساسات، استعاره‌ی مهمان، آموزش گذرابودن هیجان، تمایز میان هیجان و اقدام، تجربه‌کردن هیجان به صورت موج، آزمایش رفتاری پیش‌بینی عاطفی.
پنجم	افزایش قدرت پذیرش احساسات، اقدام متضاد و همجوشی‌زدایی، اتخاذ موضعی به دور از قضاوت برای هیجان، انجام آزمایش رفتاری به منظور آزمون باورهای هیجانی غلط، تمرین نامه‌نگاری دلسوزانه.
ششم	تقویت آگاهی هیجانی، القای هیجان، فضا سازی هیجانی، بررسی هیجان به عنوان هدف، تکلیف.
هفتم	بالا رفتن از نردبان مفاهیم برتر، نقص کامیابی، شناسایی افکار خودآیند، تمایز افکار از احساسات، فن پیکان رو پایین، فاجعه‌زدایی.
هشتم	فن وکیل مدافع، بررسی شواهد افکار منفی، بررسی معایب و مزایای افکار منفی، فن درجه‌بندی میزان هیجان و میزان باور به یک فکر.
نهم	روند خلاصه‌ی مطالب و آموزش تمهید آن به هنگام مشکل، نحوه‌ی انجام تکالیف خانگی، پس‌آزمون.

اثر متقابل متغیر مستقل (گروه) با متغیرهای همپراش (خشم و خودکشی و پیش‌آزمون هریک) صورت گرفت. در نهایت روش تحلیل کوواریانس برای تحلیل داده‌ها با رعایت پیش‌فرض‌های آن استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

دو سال از زندگی مشترک. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمانی، انجام‌ندادن تکلیف‌های ارائه‌شده توسط درمانگر و تمایل‌نداشتن به ادامه‌ی فرایند درمانی به صورت داوطلبانه بود. برای رعایت‌کردن ملاحظات اخلاقی، به شرکت‌کنندگان در ارتباط با محرمانه‌بودن اطلاعات فردی و داشتن اختیار در خروج از پژوهش یادآوری شد. در انتهای پژوهش نیز برای گروه‌گواه طی جلساتی فشرده طرحواره‌درمانی هیجان ارائه شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و گروه‌گواه و همچنین از پروتکل درمانی زیر استفاده شد.

سیاهه‌ی ابراز خشم صفت-حالت ویرایش دوم^۱: اولین نسخه‌ی این پرسشنامه توسط اسپیلبرگر در سال ۱۹۸۰ تهیه شد و در طی سال‌ها تغییراتی از جمله تغییر از مقیاس خشم به سیاهه‌ی صفت-حالت خشم کرد. ویرایش دوم سیاهه‌ی ابراز خشم صفت-حالت که توسط اسپیلبرگر در سال ۱۹۹۹ تدوین شد (به نقل از ۲۲)، دارای شش مقیاس و پنج خرده‌مقیاس است. در این پرسشنامه ۵۷ سؤال به سه بخش تقسیم می‌شود که ۱۵ سؤال بخش اول مربوط به خشم حالت، ۱۰ سؤال بخش دوم مربوط به خشم صفت و ۳۲ سؤال بخش سوم شامل بروز و کنترل خشم است (۲۴-۲۲). سؤالات در قالب طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود و نمره‌ی بیشتر نشان‌دهنده‌ی خشم بیشتر فرد است (۲۲). در پژوهش حاضر تنها از سؤالات بخش سوم استفاده شد که دربرگیرنده‌ی خرده‌مقیاس‌های بیان خشم بیرونی^۲ (سؤالات ۲۷، ۳۱، ۳۵، ۳۹، ۴۳، ۴۷، ۵۱، ۵۵)، بیان خشم درونی^۳ (۲۹، ۳۳، ۳۷، ۴۱، ۴۵، ۴۹، ۵۳، ۵۷)، مقیاس کنترل

تحلیل آماری با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و با بهره‌گیری از میانگین و انحراف معیار در سطح آمار توصیفی صورت گرفت؛ همچنین، از آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال‌بودن داده‌ها و از آزمون لون برای همگنی واریانس‌ها استفاده شد. بررسی همگنی شیب رگرسیون

^۴. Anger control in

^۵. Anger control out

^۶. Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI)

^۱. State-Trait Anger Expression Inventory-2

^۲. Anger expression out

^۳. Anger expression in

۳ یافته‌ها

در این پژوهش میانگین و انحراف معیار سن افراد گروه آزمایش $38/43 \pm 2/21$ سال و گروه گواه $38/86 \pm 3/17$ سال بود. در هر دو گروه ۷ زوج (۴۷ درصد) دارای یک فرزند یا بیشتر بودند و ۸ زوج (۵۳ درصد) دیگر فرزندی نداشتند. همچنین میانگین و انحراف معیار زندگی مشترک زوجین در گروه آزمایش $4/9 \pm 0/8$ سال و در گروه گواه $5/4 \pm 1/1$ سال بود.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه

متغیر	گروه آزمایش				گروه گواه			
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	میانگین	انحراف معیار	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	میانگین	انحراف معیار
بیان خشم بیرونی	۲۱/۸۷	۴/۰۵	۱۰/۶	۱/۸۸	۲۴/۶۷	۴/۲۳	۲۳/۸۹	۳/۴۲
بیان خشم درونی	۲۴/۷۳	۳/۴۹	۹/۱۳	۰/۹۱	۲۵/۲۷	۴/۹	۲۵/۰۷	۴/۵۹
کنترل خشم بیرونی	۲۸/۷۳	۲/۵۴	۹/۲۷	۰/۷۹	۲۸/۳۳	۲/۴۱	۲۸/۲۷	۲/۲۸
کنترل خشم درونی	۲۶/۶	۱/۹۵	۹/۳۱	۰/۸	۲۹/۶	۱/۸۴	۲۹/۵۳	۱/۷۲
افکار خودکشی	۲۶/۱۳	۳/۷	۱۱/۹۳	۱/۷۹	۲۹/۹۳	۲/۲۵	۲۹/۳۳	۲/۲۲

جدول ۳. نتایج روش تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر مداخله بر خرده‌مقیاس‌های متغیر خشم و افکار خودکشی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار احتمال	اندازه اثر
بیان خشم بیرونی	ثابت	۱۰۲/۰۱۴	۱	۱۰۲/۰۱۴	۱۵/۵۲۹	۰/۰۰۱	۰/۳۶۵
	پیش‌آزمون	۳۵/۹۶۴	۱	۳۵/۹۶۴	۵/۴۷۵	۰/۰۲۷	۰/۱۶۹
	گروه	۱۰۴۴/۴۲۱	۱	۱۰۴۴/۴۲۱	۱۵۸/۹۸۷	<۰/۰۰۱	۰/۸۵۵
	خطا	۱۷۷/۳۶۹	۲۷	۶/۵۶۹			
	مجموع	۱۰۴۴۳	۳۰				
بیان خشم درونی	ثابت	۴/۰۴۶	۱	۴/۰۴۶	۰/۸۷۲	۰/۳۵۹	۰/۰۳۱
	پیش‌آزمون	۱۸۱/۳۴۶	۱	۱۸۱/۳۴۶	۳۹/۰۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۹۱
	گروه	۱۸۲۱/۵۰۲	۱	۱۸۲۱/۵۰۲	۳۹۲/۴۳۸	<۰/۰۰۱	۰/۹۳۶
	خطا	۱۲۵/۳۲۱	۲۷	۴/۶۴۲			
	مجموع	۱۲۵/۳۲۱	۳۰				
کنترل خشم بیرونی	ثابت	۵/۰۴	۱	۵/۰۴	۳/۳۰۵	۰/۰۸	۰/۱۰۹
	پیش‌آزمون	۴۰/۷	۱	۴۰/۷	۲۶/۶۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۹۷
	گروه	۲۷۴۴/۰۸	۱	۲۷۴۴/۰۸	۱۷۹۹/۷۶۶	<۰/۰۰۱	۰/۹۸۵
	خطا	۴۱/۱۶۷	۲۷	۱/۵۲۵			
	مجموع	۱۳۳۵۵	۳۰				
کنترل خشم درونی	ثابت	۰/۹۱۲	۱	۰/۹۱۲	۱/۳۷۶	۰/۲۵۱	۰/۰۴۸
	پیش‌آزمون	۳۵/۵۷۳	۱	۳۵/۵۷۳	۵۳/۶۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۶۵
	گروه	۱۵۶۰/۰۸۷	۱	۱۵۶۰/۰۸۷	۲۳۵۴/۰۵۲	<۰/۰۰۱	۰/۹۸۹
	خطا	۱۷/۸۶۴	۲۷	۰/۶۶۳			
	مجموع	۱۴۳۸۸	۳۰				
افکار خودکشی	ثابت	۲۹/۱۵۶	۱	۲۹/۱۵۶	۱۱/۰۱۹	۰/۰۰۳	۰/۲۹
	پیش‌آزمون	۴۲/۸۲۸	۱	۴۲/۸۲۸	۱۶/۱۸۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۷۵
	گروه	۱۳۴۰/۶۶۵	۱	۱۳۴۰/۶۶۵	۵۰۶/۷	<۰/۰۰۱	۰/۹۴۹
	خطا	۷۱/۴۳۹	۲۷	۰/۶۴۶۲			
	مجموع	۱۵۱۵۷	۳۰				

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، باوجود کاهش میانگین نمرات در پس‌آزمون، این کاهش در نمرات گروه گواه وجود ندارد. برای بررسی معنادار بودن این تفاوت‌ها با تأکید بر کنترل اثر پیش‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. در ابتدا آزمون شاپیرو-ویلکز مشخص کرد، فرض نرمال بودن داده‌ها در پس‌آزمون و برای هریک از خرده‌مقیاس‌های متغیر خشم و افکار خودکشی برقرار بود ($p > 0/05$).

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، باوجود کاهش میانگین نمرات در پس‌آزمون، این کاهش در نمرات گروه گواه وجود ندارد. برای بررسی معنادار بودن این تفاوت‌ها با تأکید بر کنترل اثر پیش‌آزمون از روش

همچنین همگنی واریانس نمرات در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با نتایج آزمون لون برای متغیر هیجان خشم و افکار خودکشی به تفکیک خرده‌مقیاس‌ها رد نشد ($p > 0.05$). نتایج روش تحلیل کوواریانس نیز نشان داد، اثر متقابل میان خرده‌مقیاس‌های خشم و افکار خودکشی در مرحله پس‌آزمون با گروه آزمایش و گروه کنترل معنادار نبود؛ از این رو در تمامی مواقع فرض همگنی شیب رگرسیون برای استفاده از روش تحلیل کوواریانس برقرار بود ($p > 0.05$).

در ابتدا باید گفت، میان متغیر مستقل شامل مداخله طرحواره هیجانی با همپراش (نتایج نمرات در پیش‌آزمون) رابطه معناداری وجود داشت ($p < 0.05$)؛ از این رو پیش‌فرض دیگری از تحلیل کوواریانس مبنی بر همبستگی متغیر همپراش و مستقل برقرار بود. در نهایت نیز نتایج روش تحلیل کوواریانس نشان داد، طرحواره درمانی بر کاهش بیان خشم بیرونی ($\text{Eta Squared} = 0.855, p < 0.001$)، کاهش بیان خشم درونی ($\text{Eta Squared} = 0.936, p < 0.001$)، کنترل خشم بیرونی ($\text{Eta Squared} = 0.985, p < 0.001$)، کنترل خشم بیرونی ($\text{Eta Squared} = 0.989, p < 0.001$) و کاهش افکار خودکشی ($\text{Eta Squared} = 0.949, p < 0.001$) اثربخش است.

۴ بحث

خانواده از نهادهای بسیار مهم جامعه تلقی می‌شود که با پیمان زناشویی میان دو فرد شکل می‌گیرد و ممکن است همانند هر موضوعی با آسیب‌هایی همراه باشد. یکی از این آسیب‌ها در دنیای امروزی روابط فرازناشویی است (۱۵). به عبارت دیگر از آسیب‌هایی که می‌تواند به شکل درخور توجهی سبب متلاشی شدن خانواده شود، داشتن روابط فرازناشویی در یکی از زوجین و با تأکید بر مرد در پژوهش حاضر است. بر این اساس هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر هیجان خشم و افکار خودکشی در مردان دارای روابط فرازناشویی بود.

یافته‌های پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی سبب کاهش خشم و افکار خودکشی در مردانی با روابط فرازناشویی می‌شود. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های هم‌تای ثابت (۲۷)، قوتی و همکاران (۲۸) و مؤذن‌زاده و همکاران (۱۴) همسوست. همچنین در یافته‌های پژوهش کیایی‌راد و همکاران اثربخشی روش درمانی مذکور بر کاهش این افکار در هر دو زوج گزارش شد (۲۹). از سوی دیگر طرحواره درمانی هیجانی می‌تواند در بروز و کنترل هیجانات منفی افراد اثربخش باشد؛ از این رو یکی از درمان‌های مؤثر در این زمینه معرفی می‌شود (۲۰). این موضوع زمانی اهمیت دوچندان پیدا می‌کند که ولی‌پور و میردیکوند گزارش کردند آموزش تنظیم هیجان باعث افزایش سازگاری زناشویی زوجین دچار تعارض زناشویی می‌شود (۳۰). در راستای نتایج به دست آمده می‌توان گفت، طرحواره درمانی با مشخص کردن مؤلفه‌ها و فاکتورهای زیربنایی شکل‌گیری شخصیت انسان‌ها که در نهایت رفتار ویژه‌ای را در آنان به دنبال دارد، سبب می‌شود افراد آگاهی بیشتری از خود داشته باشند؛ این امر نیز در اتخاذ تصمیم‌های مناسب آنان را یاری می‌کند. در این زمینه اسچاپ و همکاران بیان می‌دارند که طرحواره درمانی با آگاهی بخشی به زوجین می‌تواند آنان را از قرار گرفتن در چالشی ناخواسته بازدارد و به

همین سبب بهره‌گیری از این روش درمانی در زوجین می‌تواند اثرات مثبتی را به همراه داشته باشد (۳۱). به عبارت دیگر در این فرایند، درمانگر زوجین را با نیازهای هیجانی خودشان آشنا می‌کند تا آن‌ها با روش‌های مناسب برای ارضای این نیازها اقدام کنند (۳۲). به نظر نیک‌آمال و همکاران این روش درمانی می‌تواند بر ارتقای کیفی ابعاد مختلف زندگی زناشویی تأثیر بگذارد و در نهایت به ارتقای رضایت زناشویی منجر شود (۱۶)؛ چراکه برخی از طرحواره‌ها از جمله انزوای اجتماعی، نقص/شرم، شکست، وابستگی، آسیب‌پذیری در برابر بیماری و خود تحول‌نیافته، در مردان دارای روابط فرازناشویی بیشتر وجود دارد (۳۳)؛ از این رو در صورت استفاده از مداخلات طرحواره درمانی در زوجین می‌توان به اثربخشی آن امیدوار بود. از سوی دیگر بررسی طرحواره‌ها در زوجین سبب می‌شود با کمک راهبردهای هیجانی و شناختی، عوامل تداوم بخش شناسایی شوند و در نهایت برای تغییر آنان اقدام شود (۲۲). این موضوعات که می‌تواند در مشکلات گوناگون زناشویی استفاده شود، در مواقعی که مراجعان در زمینه روابط فرازناشویی با مشکلاتی مواجه می‌شوند، از اهمیت بیشتری برخوردار خواهد بود؛ چراکه با آگاهی بخشی به زوجین درخصوص دلایل به وجود آمدن چنین پیشامدی در آنان می‌توان به اثربخشی بیشتری امید داشت؛ این موضوع زمانی که مردان به عنوان اهداف درمانی مدنظر قرار می‌گیرند، به سبب مراجعه کمتر آن‌ها به مشاوره می‌تواند بر اهمیت و نقش آن بیفزاید. به دلیل آنکه مردان ممکن است مقاومت بیشتری برای طی مراحل درمانی از خود بروز دهند، طرحواره درمانی با بررسی مفاهیم زیربنایی و مکانیزم‌های دفاعی آنان در دستیابی به تغییرات رفتاری امکان موفقیت دارد (۳۴). همچنین در طرحواره درمانی هدف آن است که بیماران به جای سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، سبک‌های مقابله‌ای سازگارتری به کار برند تا از این طریق بتوانند نیازهای هیجانی اساسی خود را ارضا کنند (۲۱)؛ از این رو می‌توان انتظار داشت بعد از سپری کردن مراحل درمانی، زوجین در بروز خشم ناشی از روابط معیوب دو نفر از راهبردهای مقابله‌ای کارآمدی استفاده کنند.

محدود بودن افراد گروه نمونه به مراجعه‌کنندگان مراکز مشاوره (جامعه و نمونه تنها شامل افرادی می‌شد که به مرکز مشاوره مدنظر مراجعه کردند) و همچنین خودگزارشی بودن پرسشنامه‌ها که ممکن است دقت و صحت آن را مخدوش کند، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود سایر پژوهشگران در این راستا علاوه بر تکرار این پژوهش، متغیرهای دیگری مانند خودکارآمدی و اعتماد به نفس را برای افزایش غنا و تعمیم‌دهی نتایج در نظر داشته باشند. همچنین مقایسه میان خشم و افکار خودکشی در زوجین می‌تواند به نتایج محکم‌تر و مستندتر منجر شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج به دست آمده می‌توان بیان کرد، طرحواره درمانی هیجانی با آگاه کردن مردان دارای روابط فرازناشویی درباره هیجانات خود می‌تواند در کاهش خشم و کاهش افکار خودکشی اثربخش باشد. این رویکرد با تعدیل طرحواره‌های شکل گرفته در مردان دارای روابط فرازناشویی، علاوه بر آگاه کردن آن‌ها درباره وجود این طرحواره و البته طرحواره‌هایی که در این گروه از مردان شایع‌تر است، سبب می‌شود در

زمان بروز این طرحواره‌ها این افراد عملکرد مناسب‌تری داشته باشند؛ همچنین از بروز تعارضات زناشویی که ممکن است به روابط فرازناشویی منجر شود، جلوگیری کنند. بدین ترتیب بر بهره‌گیری از این روش درمانی در حوزه متخصصان زوج‌درمانی تأکید می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر که با سپری کردن جلسات درمانی پژوهشگران را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل با کد اخلاق 043.1399.REC.ARDABIL.IAU.IR است. تمامی افراد به شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند. بر محرمانه بودن اطلاعات و رعایت حریم خصوصی تأکید شد. در نهایت برای گروه گواه نیز درمان مؤثرتر اجرا

شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

مداخله درمانی در مرکز مشاوره آرزوی رهایی به آدرس اینترنتی <http://arezooye-rahayi.com> در شهر تهران انجام شد؛ از این رو داده‌ها در مرکز مذکور به صورت محرمانه نگهداری می‌شود.

تزامن منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

پژوهش حاضر تحت حمایت و کمک مالی هیچ نهاد یا سازمانی نبوده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول داده‌ها را جمع‌آوری کرد. نویسنده دوم در راستای بررسی مطالب انگلیسی و پیشینه پژوهش و نویسنده سوم در تحلیل داده‌ها اقداماتی را انجام دادند.

References

1. Pamuk M, Durmuş E. Investigation of burnout in marriage. Human Sciences. 2015;12(1):162–77.
2. Knoke J, Burau J, Roehrl B. Attachment styles, loneliness, quality, and stability of marital relationships. Journal of Divorce & Remarriage. 2010;51(5):310–25. doi: [10.1080/10502551003652017](https://doi.org/10.1080/10502551003652017)
3. Karimi J, Soudani M, Mehrabi-Zadeh Honarmand M, Nisi A. Comparison of the efficacy of integrative couple therapy and emotionally focused couple therapy on symptoms of depression and post-traumatic stress symptoms caused by extramarital relations in couples. Journal of Clinical Psychology. 2013;5(3):35–46. [Persian] doi: [10.22075/jcp.2017.2134](https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2134)
4. Shirdel M. The tendency factors of married men and women to sexual unlawful relationship. Social Welfare Quarterly. 2006;6(22):133–48. [Persian] http://refahj.uswr.ac.ir/browse.php?a_id=2103&sid=1&slc_lang=en&ftxt=1
5. Taklavi S, Zare R. Role of self-conscious affect and theory of mind in the prediction of justify extramarital relationships in married individuals. Journal of Modern Psychological Researches. 2018;13(51):49–62. [Persian] https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_8281_2365aababad36cd84aa09ce6229b8993.pdf?lang=en
6. Yuan S, Weiser DA. Relationship dissolution following marital infidelity: comparing European Americans and Asian Americans. Marriage & Family Review. 2019;55(7):631–50. doi: [10.1080/01494929.2019.1589614](https://doi.org/10.1080/01494929.2019.1589614)
7. Loudová I, Janiš K, Haviger J. Infidelity as a threatening factor to the existence of the family. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2013;106:1462–9. doi: [10.1016/j.sbspro.2013.12.164](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.12.164)
8. Bagarozzi DA. Understanding and treating marital infidelity: a multidimensional model. The American Journal of Family Therapy. 2007;36(1):1–17. doi: [10.1080/01926180601186900](https://doi.org/10.1080/01926180601186900)
9. Allen ES, Rhoades GK, Stanley SM, Markman HJ, Williams T, Melton J, et al. Premarital precursors of marital infidelity. Fam Process. 2008;47(2):243–59. doi: [10.1111/j.1545-5300.2008.00251.x](https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2008.00251.x)
10. Pilar Matud M, Bethencourt JM, Ibáñez I. Relevance of gender roles in life satisfaction in adult people. Personality and Individual Differences. 2014;70:206–11. doi: [10.1016/j.paid.2014.06.046](https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.06.046)
11. Previti D, Amato PR. Is infidelity a cause or a consequence of poor marital quality? Journal of Social and Personal Relationships. 2004;21(2):217–30. doi: [10.1177/0265407504041384](https://doi.org/10.1177/0265407504041384)
12. Mark KP, Janssen E, Milhausen RR. Infidelity in heterosexual couples: demographic, interpersonal, and personality-related predictors of extradyadic sex. Arch Sex Behav. 2011;40(5):971–82. doi: [10.1007/s10508-011-9771-z](https://doi.org/10.1007/s10508-011-9771-z)
13. Smits DJM, De Boeck P. From anger to verbal aggression: Inhibition at different levels. Personality and Individual Differences. 2007;43(1):47–57. doi: [10.1016/j.paid.2006.11.006](https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.11.006)
14. Mozamzadeh T, Gholamrezai S, Rezaei F. The effect of schema therapy on severity of depression and suicidal thoughts in patients with resistant to depression. Armaghane danesh. 2018;23(2):253–66. [Persian] <http://armaghanej.yums.ac.ir/article-1-1499-en.pdf>

15. Alavizadeh F, Shakerian A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing stress, anxiety and depression in married females experiencing infidelity (Emotional- Sexual). Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2017;4(6):8–14. [Persian] doi: [10.21859/ijpn-04063](https://doi.org/10.21859/ijpn-04063)
16. Nikamal M, Salehi M, Bermas H. Effectiveness of schema therapy based on emotional on marital satisfaction, of couple. Journal of Psychological Studies. 2018;13(4):157–74. [Persian] doi: [10.22051/psy.2017.17242.1489](https://doi.org/10.22051/psy.2017.17242.1489)
17. Leahy RL. A model of emotional schemas. Cognitive and Behavioral Practice. 2002;9(3):177–90. doi: [10.1016/S1077-7229\(02\)80048-7](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80048-7)
18. Tomlinson RM, Keyfitz L, Rawana JS, Lumley MN. Unique contributions of positive schemas for understanding child and adolescent life satisfaction and happiness. J Happiness Stud. 2017;18(5):1255–74. doi: [10.1007/s10902-016-9776-3](https://doi.org/10.1007/s10902-016-9776-3)
19. Burgess Moser M, Johnson SM, Dalglish TL, Lafontaine M-F, Wiebe SA, Tasca GA. Changes in relationship-specific attachment in emotionally focused couple therapy. J Marital Fam Ther. 2016;42(2):231–45. doi: [10.1111/jmft.12139](https://doi.org/10.1111/jmft.12139)
20. Snyder DK, Balderrama-Durbin C. Integrative approaches to couple therapy: implications for clinical practice and research. Behav Ther. 2012;43(1):13–24. doi: [10.1016/j.beth.2011.03.004](https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.004)
21. Akbari E, Azimi Z, Talebi S, Fahimi S. Prediction of couples' emotional divorce based on early maladaptive schemas and emotion regulation's components. Clinical Psychology and Personality. 2020;14(2):79–92. [Persian] http://cpap.shahed.ac.ir/article_2783_57e0dec37b5f8fc081c22c988991064.pdf?lang=en
22. Khodayari-Fard M, Lavasani M, Akbari_Zardkhane S, Liaghat S. Psychometric properties spielberger's state-trait anger expression inventory-2 among of Iranian students. Archives of Rehabilitation. 2010;11(1):47–56. [Persian] <https://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-441-en.pdf>
23. Knight RG, Chisholm BJ, Paulin JM, Waal-Manning HJ. The Spielberger Anger Expression Scale: some psychometric data. Br J Clin Psychol. 1988;27(3):279–81. doi: [10.1111/j.2044-8260.1988.tb00792.x](https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1988.tb00792.x)
24. Spielberger CD, Reheiser EC. Measuring anxiety, anger, depression, and curiosity as emotional states and personality traits with the STAI, STAXI and STPI. In: Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol 2: Personality assessment. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc.; 2004. pp: 70–86.
25. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck scale for suicide ideation. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1991;63.
26. Anisi J, Fathi Ashtiani A, Salimi SH, Ahmadi Kh. Validity and reliability of Beck Suicide Scale ideation among soldiers. Journal of Military Medicine. 2005;7(1):33-37. [Persian]
27. Hemmati Sabet V, Rohani Shahrestani N, Hemmati Sabet A, Ahmadpanah M. The effectiveness of schema therapy in reducing aggression and social anxiety in adolescents of hamedan city aged 17 to 18 years. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2016;3(2):82-93. [Persian]. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-240-fa.html>
28. Ghovati A, Talebian Sharif J, Ahvan M. The effectiveness of group schema therapy on the reduction of suicide behaviors and suicide of adolescent girls between 18 and 18 years in Mashhad. Journal of Psychology New Ideas. 2018;2(6):1-12.[Persian]. <http://jnip.ir/article-1-183-fa.html>
29. Kiaee Rad H, Pasha R, Asgari P, Makvandi B. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and schema therapy on extramarital relationships and domestic violence in women with emotional divorce. Psychological Science.2020;19(96):1682-1667. .[Persian]. <http://psychologicalscience.ir/article-1-877-fa.html>
30. Valipoursheikhi Z, Mirederikvand F. The effectiveness of emotion regulation instruction on increasing of marital adjustment in couples with marital conflict. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2019;7(1):75–81. [Persian] <http://ijpn.ir/article-1-1104-en.pdf>
31. Schaap GM, Chakhssi F, Westerhof GJ. Inpatient schema therapy for nonresponsive patients with personality pathology: Changes in symptomatic distress, schemas, schema modes, coping styles, experienced parenting styles, and mental well-being. Psychotherapy (Chic). 2016;53(4):402–12. doi: [10.1037/pst0000056](https://doi.org/10.1037/pst0000056)
32. Ahmadzadehaghdam E, Karimisani P, Goudarzi M, Moradi O. The effectiveness of couple therapy with schema therapy approach on disaffection and marital commitment in couples. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2020;8(5):1–13. [Persian] <http://ijpn.ir/article-1-1622-en.pdf>
33. Koolae A, Motlagh T, Esmaili A, Taghvaei D, Rahmatizadeh M. The comparison of early maladaptive schema and intimacy in married infidelity and non-infidelity men. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2014;2(3):12–23. [Persian] <http://ijpn.ir/article-1-395-en.pdf>
34. Dang S, Sharma P, Shekhawat LS. Cognitive schemas among mental health professionals and other health professionals. Indian J Psychol Med. 2019;41(3):258–65. [10.4103/ijpsym.ijpsym_194_18](https://doi.org/10.4103/ijpsym.ijpsym_194_18)