

Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Couple Attraction and the Expression of Positive Feelings in Conflictual Couples

1. Forogh Moayerirad[✉]: Department of Clinical Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran
2. Ghamar Kiani^{✉*}: Department of Psychology, Za.C., Islamic Azad University, Zanjan, Iran
3. Amin Rafiepoor[✉]: Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email: qa.kiani@iau.ac.ir

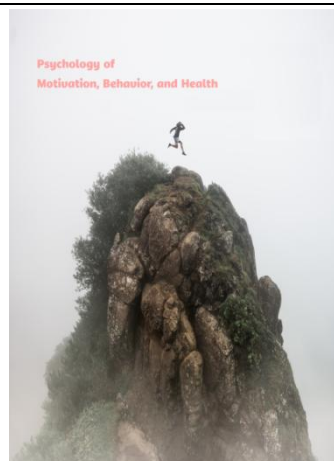
Received: 2026-04-30

Revised: 2026-07-26

Accepted: 2026-08-04

Initial Publish: 2026-08-07

Final Publish: 2027-06-22



Abstract

Introduction and Aim: Persistent marital conflicts may reduce partners' perceived attraction, weaken emotional bonds, and restrict the expression of positive feelings within intimate relationships. This study aimed to compare the effectiveness and durability of schema therapy and cognitive behavioral therapy in improving couple attraction and the expression of positive feelings among conflictual couples.

Methodology: This applied study employed a quasi-experimental pretest–posttest–follow-up design with a control group. The statistical population consisted of conflictual couples who attended Bamdad Clinic in the Saadat Abad district of Tehran during the first half of 2024. Using purposive sampling, 45 couples were recruited and randomly assigned to schema therapy, cognitive behavioral therapy, and control groups, with 15 couples in each group. Data were collected using the Positive Feelings Questionnaire and the Couple Attraction Questionnaire. The data were analyzed using repeated-measures analysis of variance and Bonferroni-adjusted pairwise comparisons.

Findings: Both interventions produced significant improvements in behavioral attraction, emotional attraction, total expression of positive feelings, general feelings toward the spouse, and positive feelings toward the spouse compared with the control group ($p \leq 0.001$). At posttest, schema therapy was significantly more effective than cognitive behavioral therapy in improving behavioral attraction ($p=0.040$), emotional attraction ($p=0.012$), total positive feelings ($p=0.005$), general feelings toward the spouse ($p=0.018$), and positive feelings toward the spouse ($p=0.012$). The superiority of schema therapy remained significant at follow-up for behavioral attraction ($p=0.020$), emotional attraction ($p=0.025$), total positive feelings ($p=0.002$), general feelings toward the spouse ($p=0.008$), and positive feelings toward the spouse ($p=0.010$). No significant differences were found between posttest and follow-up scores in either intervention group, indicating that the therapeutic improvements were relatively stable over time.

Conclusion: Schema therapy and cognitive behavioral therapy are both effective in enhancing couple attraction and the expression of positive feelings among conflictual couples. However, schema therapy appears to produce stronger and more durable improvements and may therefore be particularly appropriate for addressing persistent emotional and relational patterns in couples experiencing chronic marital conflict.

Keywords: Schema therapy, cognitive behavioral therapy, couple attraction, expression of positive feelings, conflictual couples.

How to Cite: Moayerirad, F., Kiani, G., & Rafiepoor, A. (2027). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Couple Attraction and the Expression of Positive Feelings in Conflictual Couples. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 5(2), 1-22.



Copyright: © 2027 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Marital relationships constitute one of the most influential interpersonal contexts for psychological well-being, emotional security, sexual satisfaction, and family functioning. Although disagreement is an inevitable component of intimate relationships, persistent and unresolved marital conflict can gradually weaken emotional intimacy, diminish positive interaction, and reduce spouses' willingness to engage constructively with one another. Marital conflict is a multidimensional phenomenon shaped by differences in expectations, beliefs, values, communication patterns, emotional regulation capacities, parenting practices, financial concerns, sexual needs, and the distribution of familial roles. When couples lack effective strategies for managing such differences, conflict may become chronic and be expressed through criticism, contempt, defensiveness, emotional withdrawal, hostility, or repeated cycles of attack and avoidance (Lopez-Ixta et al., 2025; Tasew & Getahun, 2021). In addition to its relational consequences, marital conflict may negatively affect physical and psychological health. Repeated exposure to conflict can activate stress-related biological processes and intensify inflammatory responses, thereby increasing the long-term burden of marital stress on health (Wilson et al., 2024). Emotional regulation is particularly important in this context because the ability to manage emotional arousal can buffer the association between stressful experiences and psychological distress (Haver et al., 2023).

One of the important consequences of chronic marital conflict is the reduction of perceived attraction between spouses. Attraction in marital relationships is not restricted to physical appearance; rather, it includes behavioral, emotional, cognitive, and interpersonal dimensions. Spouses may perceive one another as attractive because of warmth, empathy, responsibility, respect, emotional accessibility, reliability, and the capacity to provide psychological security. Physical attractiveness also remains relevant to marital satisfaction, particularly when it is experienced alongside love, sexual compatibility, and mutual respect (Husain et al., 2024). Attractiveness may influence partner selection and romantic preferences, particularly when combined with perceived similarity in values and beliefs (Bowman, 2024). Nevertheless, in established relationships, perceived attraction is continuously reconstructed through everyday interactions. Supportive and affectionate behaviors may increase attraction, whereas criticism,

humiliation, neglect, and emotional unavailability can diminish it.

Nonverbal behavior is also central to the perception of attraction. Facial expression, eye contact, tone of voice, physical proximity, affectionate touch, and emotional responsiveness communicate acceptance and interest. Research has demonstrated that nonverbal expressivity and physical attractiveness contribute to liking both during first impressions and in established relationships (Fultz et al., 2024). Therefore, attraction is not merely a stable personal characteristic but a relational perception that develops through repeated interpersonal experiences. Emotional interpretation also affects this process. Individuals with high intolerance of uncertainty may interpret ambiguous relational signals as threatening and react more intensely to emotional stimuli (Wiese et al., 2023). In marital relationships, this may lead spouses to interpret neutral behavior as rejection, indifference, or loss of attraction.

The expression of positive feelings is another central component of satisfying marital relationships. It includes affection, appreciation, admiration, empathy, emotional support, respect, and positive regard toward the spouse. Positive feelings may be communicated verbally through affectionate statements and expressions of gratitude or nonverbally through smiling, touching, attentive listening, and supportive behavior. Positive emotions are not merely temporary pleasant experiences; they can broaden cognitive and behavioral repertoires and contribute to the formation of enduring psychological and relational resources. Greater differentiation and awareness of positive emotions have been associated with higher levels of well-being (Tan et al., 2022). Positive emotional experiences may also encourage prosocial tendencies and reduce self-focused attention (Sturm et al., 2022). In marital relationships, repeated expressions of affection and appreciation can produce reciprocal positive responses and strengthen intimacy.

Conversely, suppression of positive feelings may gradually create emotional distance. Even when affection exists, failure to express it may be interpreted as indifference or rejection. Power relations, gender expectations, and culturally defined marital roles can also influence how spouses express needs and emotions throughout marital life (Ustunel et al., 2022). Positive emotions, communication skills, and marital commitment have been identified as significant predictors of marital quality (Yazdani, 2023). Thus, the expression of positive feelings may function both as an indicator of marital quality and as

an active mechanism through which intimacy is maintained.

Schema therapy and cognitive behavioral therapy are two prominent therapeutic approaches for modifying dysfunctional relational patterns. Schema therapy is an integrative treatment that combines cognitive, behavioral, experiential, interpersonal, attachment-based, and psychodynamic principles. It focuses on early maladaptive schemas, coping styles, and schema modes that originate from unmet emotional needs and become activated in adult relationships. The use of schema modes facilitates the conceptualization of rapidly changing emotional and behavioral states such as the vulnerable child, angry child, punitive parent, detached protector, and overcompensator modes (Edwards, 2022). A central therapeutic objective is strengthening the healthy adult mode, which is associated with emotional regulation, self-awareness, responsibility, empathy, and the capacity to meet emotional needs adaptively (Salicru, 2023). Schema therapy has been evaluated in comparison with cognitive behavioral and supportive treatments and is particularly relevant to persistent and deeply rooted emotional difficulties (Kopf-Beck et al., 2020).

Within marital relationships, schemas such as emotional deprivation, abandonment, mistrust, defectiveness, subjugation, and unrelenting standards may distort perceptions of the spouse and intensify conflict. Schema-focused interventions have been associated with improvements in relationship functioning among couples with marital conflict (Fadaei-Moghadam et al., 2022). Emotional schema therapy has also improved emotional maturity, interactional patterns, and sexual self-concept (Aghili et al., 2022), reduced emotion-regulation difficulties and increased marital satisfaction (Masoumi-Tabar et al., 2020), and enhanced emotional expressivity (Ghadiani & Nejad-Hosseini, 2020). Moreover, schema therapy has reduced ambivalence over emotional expression and improved mentalization (Farmanbar et al., 2023).

Cognitive behavioral therapy focuses on identifying and modifying dysfunctional thoughts, cognitive distortions, and maladaptive behaviors. In distressed couples, mind reading, overgeneralization, labeling, catastrophizing, selective attention to negative behavior, and all-or-nothing thinking may intensify conflict. Cognitive restructuring can help individuals evaluate evidence more accurately and replace rigid interpretations with balanced alternatives (Fadhli & Situmorang, 2021). In couple therapy, this process is combined with communication training, problem

solving, anger management, and the reinforcement of positive relational behaviors. Emotional coregulation may also improve when couples learn to respond to vulnerability with support rather than hostility or withdrawal (Conroy et al., 2023). Accordingly, the present study aimed to compare the effectiveness and durability of schema therapy and cognitive behavioral therapy in improving couple attraction and the expression of positive feelings among conflictual couples.

Methodology

The study was applied in purpose and used a quasi-experimental pretest-posttest-follow-up design with a control group. The statistical population consisted of conflictual couples who attended Bamdad Clinic in the Saadat Abad district of Tehran during the first half of 2024 to receive counseling and psychotherapy services. Participants were selected through purposive sampling. A total of 45 couples, equivalent to 90 individuals, were included and randomly assigned to three groups: schema therapy, cognitive behavioral therapy, and control. Each group consisted of 15 couples. Eligibility criteria included the presence of marital conflict based on clinical screening, continued cohabitation, willingness of both spouses to participate, literacy, absence of a severe psychiatric condition requiring immediate intervention, and no simultaneous participation in another couple-therapy program. Withdrawal, absence from more than two sessions, initiation of another psychological treatment, or the emergence of a severe marital or psychological crisis were considered exclusion criteria.

Data were collected using the Positive Feelings Questionnaire and the Couple Attraction Questionnaire. The Positive Feelings Questionnaire contains 17 items and evaluates general feelings toward the spouse and positive feelings toward the spouse using a seven-point response scale. Higher scores represent stronger positive feelings. The Couple Attraction Questionnaire includes eight items and assesses behavioral and emotional attraction using a five-point response scale. Higher scores indicate greater perceived attraction toward the spouse.

The schema therapy intervention was conducted in ten weekly 90-minute group sessions. The protocol included psychoeducation about schemas and schema modes, identification of early maladaptive schemas, analysis of marital schema cycles, cognitive restructuring, imagery rescripting, chair work, recognition of unmet emotional needs, emotional validation, empathic communication, replacement of maladaptive coping responses, and relapse prevention.

The cognitive behavioral intervention was also delivered in ten weekly 90-minute sessions and included education about the cognitive model, identification of automatic thoughts, modification of cognitive distortions, communication-skills training, problem solving, anger management, behavioral rehearsal, reinforcement of positive interaction, affectionate communication, and relapse prevention. The control group received no structured psychological intervention during the study period.

Data were analyzed using descriptive statistics, including means and standard deviations, and inferential statistics. The Shapiro-Wilk test was used to assess normality, Levene's test was used to examine homogeneity of variances, and Mauchly's test was applied to evaluate sphericity. Repeated-measures analysis of variance was used to examine the effects of time, group, and the time-by-group interaction. Bonferroni-adjusted pairwise comparisons were conducted to identify the location of significant differences. The significance level was set at 0.05.

Findings

The descriptive results showed that the three groups had relatively similar pretest scores. However, substantial improvements were observed in both intervention groups at posttest and follow-up. The mean total positive-feelings score in the schema therapy group increased from 49.20 at pretest to 87.60 at posttest and remained at 84.90 at follow-up. In the cognitive behavioral therapy group, the corresponding means were 48.50, 81.40, and 77.00, whereas the control group showed only minor changes from 49.00 to 50.80 and 51.20.

For total couple attraction, the schema therapy group increased from 18.90 at pretest to 31.40 at posttest and 30.60 at follow-up. The cognitive behavioral therapy group increased from 19.10 to 28.80 and 27.20, while the control group remained relatively stable at 19.20, 20.10, and 20.40. Similar patterns were observed for behavioral attraction, emotional attraction, general feelings toward the spouse, and positive feelings toward the spouse.

The assumptions of repeated-measures analysis were met. Shapiro-Wilk significance values were greater than 0.05, indicating normal distributions. Levene's test was nonsignificant for all variables across measurement stages, supporting homogeneity of variances. The sphericity assumption was also satisfied.

Repeated-measures analysis of variance showed significant main effects of time and group for all

study variables. More importantly, the time-by-group interaction was significant for total positive feelings, general feelings toward the spouse, positive feelings toward the spouse, total couple attraction, behavioral attraction, and emotional attraction. These findings indicated that changes across the three measurement stages differed significantly according to group membership.

Bonferroni comparisons showed that both interventions were significantly more effective than the control condition. At posttest, schema therapy produced significantly higher scores than cognitive behavioral therapy for total positive feelings, behavioral attraction, emotional attraction, general feelings toward the spouse, positive feelings toward the spouse, and total couple attraction. These differences remained significant at follow-up. Comparisons within groups indicated significant improvements from pretest to posttest and from pretest to follow-up in both intervention groups. In contrast, differences between posttest and follow-up were not significant, indicating relative maintenance of treatment gains. No significant changes were observed in the control group.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that both schema therapy and cognitive behavioral therapy were effective in improving couple attraction and the expression of positive feelings among conflictual couples. The significant time-by-group interactions confirmed that the observed improvements were associated with the therapeutic interventions rather than the passage of time. Both approaches increased behavioral and emotional attraction, strengthened positive evaluations of the spouse, and enhanced affectionate and supportive emotional expression.

The effectiveness of cognitive behavioral therapy may be explained by the correction of distorted interpretations and the development of more adaptive communication and problem-solving behaviors. By challenging mind reading, overgeneralization, labeling, and negative selective attention, participants may have become better able to recognize desirable qualities in their spouses. Behavioral exercises, positive reinforcement, and communication training may also have increased affectionate behavior and reduced hostile exchanges.

Schema therapy produced stronger and more durable effects than cognitive behavioral therapy. This superiority may be related to its emphasis on deeper emotional structures, unmet attachment needs, and

longstanding relational patterns. By identifying schema activation and maladaptive coping modes, couples may have developed greater awareness of the vulnerability underlying criticism, withdrawal, anger, or controlling behavior. Experiential techniques may also have reduced shame, fear of rejection, emotional deprivation, and reluctance to express affection. As these deeper patterns changed, spouses were likely able to perceive one another as more emotionally accessible, attractive, trustworthy, and worthy of positive regard.

The absence of significant differences between posttest and follow-up suggests that the therapeutic gains were relatively stable. The maintenance of improvement may reflect continued use of communication skills, emotional-regulation strategies, cognitive restructuring, and schema-awareness techniques after treatment ended. The stronger follow-

up performance of schema therapy suggests that interventions targeting both current interactions and underlying emotional patterns may be particularly useful for couples with chronic conflict.

Overall, schema therapy and cognitive behavioral therapy can both be considered effective interventions for improving attraction and positive emotional expression in distressed couples. However, schema therapy appears to provide greater benefits when relational problems are rooted in persistent schemas, unmet emotional needs, attachment insecurity, and repetitive maladaptive interaction cycles. These findings support the integration of schema-focused interventions into couple counseling programs and highlight the importance of addressing both observable relational behavior and the deeper emotional meanings that organize marital interaction.

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر جذابیت زوجین و ابراز احساسات مثبت در زوجین متعارض

۱. فروغ معیری راد^{ID}: گروه روانشناسی بالینی، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

۲. قمر کیانی^{ID}: گروه روانشناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران

۲. امین رفیعی پور^{ID}: گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: qa.kiani@iau.ac.ir

انتشار نهایی: ۱۴۰۶/۰۴/۰۱

انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۵/۱۶

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۱۳

بازنگری: ۱۴۰۵/۰۵/۰۴

دریافت: ۱۴۰۵/۰۲/۱۰

چکیده

مقدمه و هدف: تعارضات پایدار زناشویی می‌توانند با کاهش جذابیت ادراک شده همسر، تضعیف پیوند عاطفی و محدود شدن ابراز احساسات مثبت همراه باشند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی و پایداری اثر طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر جذابیت زوجین و ابراز احساسات مثبت در زوجین متعارض انجام شد.

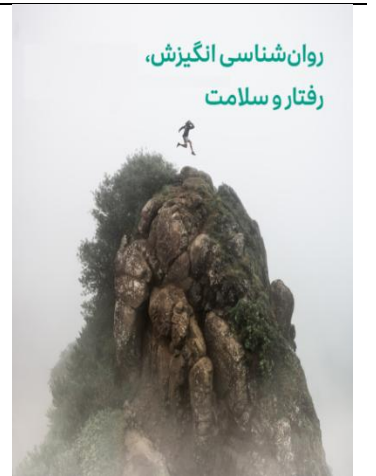
روش‌شناسی: این پژوهش کاربردی با طرح شبه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری شامل زوجین متعارض مراجعه کننده به کلینیک بامداد در منطقه سعادت آباد تهران طی نیمه نخست سال ۱۴۰۳ بود. با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند، ۴۵ زوج انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه طرحواره درمانی، درمان شناختی-رفتاری و گواه، هر کدام شامل ۱۵ زوج، جایگزین شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه ابراز احساسات مثبت به همسر و پرسشنامه جذابیت زوجین گردآوری شدند. تحلیل داده‌ها با آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و مقایسه‌های زوجی پونفرونی انجام شد.

یافته‌ها: هر دو مداخله در مقایسه با گروه گواه موجب افزایش معنادار جذابیت رفتاری، جذابیت احساسی، نمره کل ابراز احساسات مثبت، احساسات کلی نسبت به همسر و احساس مثبت به همسر شدند ($p \leq 0/001$). در پس‌آزمون، طرحواره درمانی در جذابیت رفتاری ($p=0/040$)، جذابیت احساسی ($p=0/012$)، ابراز احساسات مثبت کلی ($p=0/005$)، احساسات کلی نسبت به همسر ($p=0/018$) و احساس مثبت به همسر ($p=0/012$) به طور معناداری اثربخش‌تر از درمان شناختی-رفتاری بود. این برتری در مرحله پیگیری نیز برای جذابیت رفتاری ($p=0/020$)، جذابیت احساسی ($p=0/025$)، ابراز احساسات مثبت کلی ($p=0/002$)، احساسات کلی نسبت به همسر ($p=0/008$) و احساس مثبت به همسر ($p=0/010$) حفظ شد. تفاوت پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه درمانی معنادار نبود که بیانگر پایداری نسبی آثار مداخلات است.

نتیجه‌گیری: طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری هر دو برای بهبود جذابیت زوجین و ابراز احساسات مثبت در زوجین متعارض مؤثرند؛ با این حال، طرحواره درمانی اثر قوی‌تر و پایداری بیشتری دارد و می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مناسب برای درمان تعارضات مزمن زناشویی مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌گان: طرحواره درمانی، درمان شناختی-رفتاری، جذابیت زوجین، ابراز احساسات مثبت، زوجین متعارض.

روان‌شناسی انگیزش،
رفتار و سلامت



نحوه استناددهی: معیری راد، فروغ، کیانی، قمر، و رفیعی پور، امین. (۱۴۰۶). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر جذابیت زوجین و ابراز احساسات مثبت در زوجین متعارض. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۵(۲)، ۱-۲۲.



مجاز و حق نشر: © ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC) صورت گرفته است. (4.0)

مقدمه

ازدواج یکی از بنیادی‌ترین نهادهای اجتماعی و یکی از مهم‌ترین بسترهای تأمین نیازهای عاطفی، روان‌شناختی، جنسی و اجتماعی انسان است. کیفیت رابطه زناشویی می‌تواند بر سلامت روان، احساس امنیت، رضایت از زندگی، کارکرد خانوادگی و حتی سلامت جسمانی زوجین اثرگذار باشد. با این حال، زندگی مشترک همواره با تفاوت در نیازها، انتظارات، باورها، سبک‌های ارتباطی، نقش‌های خانوادگی و شیوه‌های تنظیم هیجان همراه است و این تفاوت‌ها ممکن است در شرایطی به تعارض زناشویی منجر شوند. تعارض زناشویی زمانی شکل می‌گیرد که زوجین در زمینه اهداف، خواسته‌ها، ارزش‌ها، تقسیم مسئولیت‌ها، تربیت فرزندان، مسائل مالی، روابط جنسی یا نحوه ابراز هیجان‌ها با یکدیگر اختلاف داشته باشند و نتوانند این اختلاف‌ها را از طریق گفت‌وگوی سازنده و حل مسئله مدیریت کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تعارض زناشویی پدیده‌ای چندعاملی است و عوامل فردی، بین‌فردی، خانوادگی، فرهنگی و اجتماعی در شکل‌گیری و تداوم آن نقش دارند (Lopez-Ixta et al., 2021; Tasew & Getahun, 2025). تداوم تعارض، به‌ویژه هنگامی که با انتقاد، تحقیر، سرزنش، کناره‌گیری هیجانی و ناتوانی در همدلی همراه باشد، می‌تواند پیوند عاطفی زوجین را تضعیف کرده و رابطه را به چرخه‌ای از ناکامی، خشم و فاصله‌گیری تبدیل کند.

پیامدهای تعارض زناشویی تنها به کاهش رضایت از زندگی مشترک محدود نیست، بلکه می‌تواند سلامت روانی و جسمانی زوجین را نیز تحت تأثیر قرار دهد. قرارگرفتن مکرر در معرض تعارض‌های حل‌نشده، بدن و ذهن را در وضعیت تنیدگی مزمن قرار می‌دهد و واکنش‌های هیجانی و زیستی مرتبط با استرس را فعال می‌کند. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که تعارض با همسر می‌تواند با افزایش پاسخ‌های التهابی و فعال‌شدن سازوکارهای زیستی مرتبط با فشار روانی همراه باشد و از این طریق، سلامت عمومی فرد را در بلندمدت تهدید کند (Wilson et al., 2024). همچنین، فشار ناشی از تعارض زناشویی ممکن است توانایی فرد برای تنظیم هیجان‌ها را کاهش دهد و موجب شود واکنش‌های هیجانی در موقعیت‌های تنش‌زا شدت بیشتری پیدا کنند. تنظیم هیجان نقش تعدیل‌کننده مهمی در ارتباط میان فشار روانی و آشفتگی روان‌شناختی دارد و

افرادی که از مهارت‌های تنظیم هیجان ضعیف‌تری برخوردارند، در برابر فشارهای رابطه‌ای آسیب‌پذیرتر هستند (Haver et al., 2023). بنابراین، تعارض زناشویی را باید پدیده‌ای دانست که هم ساختار رابطه و هم سلامت فردی زوجین را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

یکی از پیامدهای مهم تعارض‌های مزمن، کاهش جذابیت ادراک‌شده میان همسران است. جذابیت در روابط زوجی مفهومی فراتر از ویژگی‌های ظاهری دارد و می‌تواند شامل جذابیت جسمانی، رفتاری، هیجانی، شناختی و اجتماعی باشد. فرد ممکن است همسر خود را نه فقط به دلیل ظاهر، بلکه به دلیل شیوه سخن گفتن، میزان احترام، مسئولیت‌پذیری، همدلی، توجه، حضور عاطفی و توانایی ایجاد امنیت روان‌شناختی جذاب بداند. در ادبیات علمی، مفهوم جذابیت در حوزه‌های مختلف به ظرفیت یک محرک برای جلب توجه و ایجاد گرایش نزدیک‌شدن اشاره دارد؛ حتی در حوزه‌های غیرانسانی نیز سازوکارهای جذب و کشش مورد مطالعه قرار گرفته‌اند (Peixoto et al., 2024). با این حال، در روابط زناشویی، جذابیت ماهیتی پیچیده‌تر دارد و در تعامل میان ادراک ظاهری، تجربه عاطفی، رفتارهای بین‌فردی و معنایی که فرد به رابطه می‌دهد، شکل می‌گیرد.

جذابیت جسمانی معمولاً در مراحل اولیه شکل‌گیری رابطه نقش برجسته‌ای دارد، اما در ادامه زندگی مشترک، جذابیت رفتاری و احساسی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عشق، احترام، روابط جنسی و جذابیت جسمانی از مؤلفه‌های مرتبط با رضایت زناشویی هستند و نحوه تجربه این عوامل می‌تواند بر ارزیابی فرد از کیفیت زندگی مشترک اثر بگذارد (Husain et al., 2024). در انتخاب شریک عاطفی نیز جذابیت ظاهری و شباهت‌های ارزشی یا مذهبی می‌توانند در شکل‌گیری ترجیح و تصمیم فرد نقش داشته باشند (Bowman, 2024). با این حال، پس از ورود به زندگی مشترک، جذابیت به شدت تحت تأثیر تجربه‌های روزمره زوجین قرار می‌گیرد. همسری که در تعامل‌های روزانه حمایتگر، قابل‌اعتماد، محترم و همدل است، معمولاً جذاب‌تر ادراک می‌شود، در حالی که رفتارهایی مانند انتقاد مداوم، بی‌توجهی، تحقیر، پرخاشگری یا بی‌مسئولیتی می‌توانند جذابیت ادراک‌شده را کاهش دهند.

بیان غیرکلامی هیجان‌ها نیز در شکل‌گیری ادراک جذابیت نقش مهمی دارد. حالت چهره، تماس چشمی، لحن صدا، فاصله بدنی، لمس محبت‌آمیز و نحوه حضور فرد در تعامل، پیام‌هایی را درباره علاقه، پذیرش و صمیمیت منتقل می‌کنند. یافته‌ها نشان داده‌اند که بیانگری غیرکلامی، جذابیت جسمانی و میزان دوست داشتن فرد در نخستین برداشتها و نیز در روابط تثبیت‌شده با یکدیگر ارتباط دارند (Fultz et al., 2024). بنابراین، جذابیت زوجین تنها حاصل ویژگی‌های ثابت فرد نیست، بلکه در جریان تعامل و از طریق رفتارهای کلامی و غیرکلامی ساخته و بازساخته می‌شود. زوجین متعارض ممکن است به تدریج توجه خود را از ویژگی‌های مثبت همسر بردارند و بیشتر بر کاستی‌ها، ناکامی‌ها و رفتارهای منفی تمرکز کنند. این سوگیری ادراکی می‌تواند به کاهش کشش عاطفی، کاهش تمایل به صمیمیت و تضعیف احساس خواستنی‌بودن منجر شود.

تجربه جذابیت همچنین با نحوه پردازش هیجانی محرک‌های عاطفی مرتبط است. افرادی که در برابر ابهام و عدم قطعیت تحمل کمتری دارند، ممکن است موقعیت‌های عاطفی را تهدیدآمیزتر ارزیابی کنند و نسبت به رفتارهای همسر واکنش‌های شدیدتری نشان دهند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عدم تحمل بلا تکلیفی با تفاوت در انتظار و واکنش‌پذیری نسبت به محرک‌های هیجانی مرتبط است (Wiese et al., 2023). در رابطه زناشویی، این ویژگی می‌تواند سبب شود فرد رفتارهای مبهم همسر را نشانه بی‌علاقگی، طرد یا کاهش جذابیت تلقی کند. در نتیجه، ارزیابی جذابیت همسر تا حد زیادی از الگوهای شناختی و هیجانی فرد تأثیر می‌پذیرد و نمی‌توان آن را صرفاً یک قضاوت عینی درباره ظاهر یا رفتار دانست.

در کنار جذابیت زوجین، ابراز احساسات مثبت یکی دیگر از مؤلفه‌های اساسی کیفیت رابطه زناشویی است. ابراز احساسات مثبت شامل بیان محبت، قدردانی، تحسین، علاقه، توجه، حمایت، همدلی، احترام و رضایت از حضور همسر است. این احساسات ممکن است به صورت کلامی، مانند گفتن جملات محبت‌آمیز و قدردانی، یا به صورت غیرکلامی، مانند لبخند، لمس، تماس چشمی و رفتارهای حمایت‌گرانه، بیان شوند. هیجان‌های مثبت صرفاً حالات زودگذر خوشایند نیستند، بلکه می‌توانند دامنه شناخت و رفتار فرد را گسترش

دهند و منابع روان‌شناختی و بین‌فردی پایدار ایجاد کنند. پژوهش درباره ظرافت و تمایز هیجان‌های مثبت نشان داده است که توانایی تجربه و تشخیص دقیق‌تر هیجان‌های مثبت با بهزیستی بیشتر همراه است (Tan et al., 2022). از این رو، زوجینی که قادرند احساسات مثبت خود را بهتر تشخیص دهند و به شیوه‌ای روشن‌تر بیان کنند، احتمالاً از ظرفیت بیشتری برای حفظ صمیمیت و مدیریت تعارض برخوردارند.

بیان هیجان‌های مثبت می‌تواند چرخه‌ای سازنده در رابطه ایجاد کند. هنگامی که یکی از زوجین محبت، تحسین یا سپاسگزاری خود را ابراز می‌کند، احتمال بروز پاسخ مثبت از سوی همسر افزایش می‌یابد و این تعامل متقابل می‌تواند احساس امنیت و نزدیکی را تقویت کند. حتی رفتارهای ساده‌ای مانند لبخند، توجه و مشارکت در تجربه‌های خوشایند می‌توانند احساس پیوند اجتماعی و رفتارهای جامعه‌پسند را افزایش دهند. نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تجربه‌های مثبت همراه با هیجان‌هایی مانند شگفتی و شادی می‌تواند توجه فرد را از خودمحوری کاهش داده و گرایش‌های اجتماعی و مثبت را تقویت کنند (Sturm et al., 2022). در بستر زناشویی، چنین فرایندی می‌تواند به افزایش توجه به نیازهای همسر، کاهش خصومت و تقویت رفتارهای حمایت‌گرانه منجر شود.

در مقابل، سرکوب یا محدود کردن ابراز احساسات مثبت می‌تواند رابطه را به تدریج سرد و تهی از تقویت‌های عاطفی سازد. زوجینی که احساسات خود را به ندرت بیان می‌کنند، ممکن است حتی در صورت وجود علاقه، به همسر خود این پیام را منتقل کنند که رابطه فاقد محبت یا ارزش است. در برخی روابط، ساختارهای قدرت، انتظارات جنسیتی و الگوهای فرهنگی می‌توانند بر نحوه ابراز نیازها و احساسات تأثیر بگذارند. روایت‌های زنان در طول زندگی زناشویی نشان داده‌اند که مذاکره درباره قدرت، نقش‌ها و نیازهای رابطه‌ای فرایندی مداوم است و ممکن است نحوه بیان عاطفه و خواسته‌های فرد را محدود یا بازتعریف کند (Ustunel et al., 2022). بنابراین، ابراز احساسات مثبت نه تنها یک مهارت فردی، بلکه محصول زمینه ارتباطی و ساختار قدرت در رابطه است.

کیفیت رابطه زناشویی با هیجان‌های مثبت، مهارت‌های ارتباطی و تعهد زناشویی ارتباط دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این سه عامل

می‌توانند کیفیت ازدواج را پیش‌بینی کنند و ضعف در هر یک از آن‌ها ممکن است به کاهش رضایت و افزایش تعارض منجر شود (Yazdani, 2023). هنگامی که زوجین توانایی بیان احساسات مثبت و گفت‌وگوی مؤثر را از دست می‌دهند، تعامل‌های روزانه ممکن است به تبادل انتقاد، دفاع، سکوت یا سرزنش محدود شود. در چنین شرایطی، کاهش ابراز محبت می‌تواند هم نتیجه تعارض و هم عامل تداوم آن باشد. به بیان دیگر، تعارض احساسات مثبت را کاهش می‌دهد و کاهش احساسات مثبت نیز توان زوجین برای ترمیم تعارض را محدود می‌کند.

با توجه به نقش جذابیت و ابراز احساسات مثبت در کیفیت رابطه، استفاده از مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای زوجین متعارض اهمیت زیادی دارد. یکی از رویکردهای مطرح در این زمینه، طرحواره‌درمانی است. طرحواره‌درمانی رویکردی یکپارچه است که عناصر درمان شناختی-رفتاری، نظریه دلبستگی، رویکردهای روان‌پویشی، گشتالت‌درمانی و روش‌های تجربی را با یکدیگر ترکیب می‌کند. این رویکرد بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله‌ای و حالت‌های طرحواره‌ای تمرکز دارد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای عمیق و فراگیری از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌ها و احساسات بدنی هستند که معمولاً در اثر برآورده‌نشدن نیازهای اساسی در دوران کودکی شکل می‌گیرند و در روابط بزرگسالی فعال می‌شوند. شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که طرحواره‌درمانی به‌عنوان رویکردی ساختاریافته در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری و درمان حمایتی مورد ارزیابی قرار گرفته و بر تغییر الگوهای عمیق شناختی و هیجانی تأکید دارد (Kopf-Beck et al., 2020).

در طرحواره‌درمانی، مفهوم حالت‌های طرحواره‌ای برای فهم نوسان میان وضعیت‌های هیجانی، شناختی و رفتاری مختلف به کار می‌رود. حالت‌هایی مانند کودک آسیب‌پذیر، کودک خشمگین، والد تنبیه‌گر، محافظ بی‌تفاوت و جبران‌گر افراطی می‌توانند در تعامل‌های زوجین فعال شوند و چرخه‌های تعارض را تداوم بخشند. برای نمونه، انتقاد یک همسر ممکن است حالت کودک آسیب‌پذیر را در طرف مقابل فعال کند و او را به کناره‌گیری یا حمله متقابل سوق دهد. مفهوم‌پردازی مورد بر اساس حالت‌های طرحواره‌ای به درمانگر

کمک می‌کند تا ارتباط میان محرک‌های رابطه‌ای، نیازهای هیجانی برآورده‌نشده و پاسخ‌های ناسازگار را شناسایی کند (Edwards, 2022). همچنین، تقویت حالت «بزرگسال سالم» یکی از اهداف اصلی درمان است؛ حالتی که با خودآگاهی، تنظیم هیجان، همدلی، مسئولیت‌پذیری و توانایی برآوردن سالم نیازها همراه است (Salicru, 2023).

در روابط زناشویی، طرحواره‌هایی مانند محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، نقص و شرم، اطاعت و معیارهای سخت‌گیرانه می‌توانند بر ادراک فرد از خود و همسر تأثیر بگذارند. فرد دارای طرحواره نقص و شرم ممکن است خود را فاقد جذابیت بداند و رفتارهای همسر را نشانه رد شدن تلقی کند. فرد دارای طرحواره محرومیت هیجانی نیز ممکن است محبت‌های همسر را نادیده بگیرد و باور داشته باشد که نیازهای عاطفی او هرگز برآورده نخواهند شد. طرحواره‌درمانی با استفاده از تکنیک‌های شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای تلاش می‌کند این الگوها را تغییر دهد. یافته‌ها نشان داده‌اند که طرحواره‌درمانی می‌تواند بر ابرازگری هیجانی و کاهش دوسوگرایی در بیان هیجان‌ها اثرگذار باشد (Farmanbar et al., 2023). همچنین، مقایسه طرحواره‌درمانی با مداخلات شناختی زوجی نشان داده است که این رویکرد می‌تواند کارکرد رابطه را در زوجین دارای تعارض بهبود بخشد (Fadaei-Moghadam et al., 2022).

شواهد داخلی نیز از اثربخشی رویکردهای مبتنی بر طرحواره در حوزه روابط و هیجان حمایت می‌کنند. طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی توانسته است خودپنداره جنسی، بلوغ عاطفی و الگوهای تعاملی زنان را بهبود دهد؛ متغیرهایی که با کیفیت ارتباط صمیمانه و تجربه جذابیت در رابطه مرتبط‌اند (Aghili et al., 2022). همچنین، طرحواره‌درمانی هیجانی در زنان ناسازگار در سال‌های نخست ازدواج موجب کاهش دشواری‌های تنظیم هیجان و افزایش رضایت زناشویی شده است (Masoumi-Tabar et al., 2020). مقایسه طرحواره‌درمانی با درمان اثربخشی هیجانی نیز نشان داده است که این درمان می‌تواند نشخوار فکری را کاهش داده و ابرازگری هیجانی را بهبود بخشد (Ghadiani & Nejad-Hosseini, 2020). این یافته‌ها نشان می‌دهند که طرحواره‌درمانی، با هدف قرار دادن لایه‌های عمیق

هیجانی و شناختی، ظرفیت بالایی برای تغییر الگوهای پایدار تعارض و افزایش احساس نزدیکی دارد.

در کنار طرحواره‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری یکی از پرکاربردترین رویکردهای روان‌شناختی برای اصلاح الگوهای ناسازگار رابطه‌ای است. این درمان بر این فرض استوار است که برداشت‌ها، باورها و افکار خودکار افراد، واکنش‌های هیجانی و رفتاری آنان را شکل می‌دهند. در زوجین متعارض، خطاهای شناختی مانند ذهن‌خوانی، تعمیم افراطی، برچسب‌زنی، فاجعه‌سازی و تمرکز انتخابی بر ویژگی‌های منفی همسر می‌تواند تعارض را تشدید کنند. درمان شناختی-رفتاری با شناسایی و بازسازی این افکار، آموزش مهارت‌های ارتباطی، حل مسئله، تنظیم خشم و افزایش رفتارهای مثبت، به زوجین کمک می‌کند تا تعامل‌های سازنده‌تری ایجاد کنند. تکنیک بازسازی شناختی یکی از عناصر محوری این رویکرد است و پژوهش‌ها اثربخشی آن را در کاهش اضطراب و اصلاح ارزیابی‌های ناکارآمد نشان داده‌اند (Fadhli & Situmorang, 2021).

درمان شناختی-رفتاری می‌تواند از طریق اصلاح تعبیرهای منفی نسبت به همسر، ادراک جذابیت را نیز بهبود دهد. هنگامی که فرد رفتار همسر را نه نشانه بی‌علاقگی یا بی‌ارزشی، بلکه در چارچوبی واقع‌بینانه‌تر تفسیر می‌کند، شدت هیجان‌های منفی کاهش می‌یابد و امکان توجه به ویژگی‌های مثبت افزایش پیدا می‌کند. افزون بر این، آموزش رفتارهای تقویت‌کننده مانند تحسین، قدردانی، تماس عاطفی، مشارکت در فعالیت‌های مشترک و گفت‌وگوی همدلانه می‌تواند ابراز احساسات مثبت را افزایش دهد. با این حال، درمان شناختی-رفتاری عمدتاً بر افکار و رفتارهای جاری تمرکز دارد، در حالی که طرحواره‌درمانی تلاش می‌کند الگوهای عمیق‌تر و ریشه‌دارتر را نیز تغییر دهد. از این رو، مقایسه مستقیم این دو رویکرد می‌تواند روشن سازد که آیا کار عمیق‌تر بر طرحواره‌ها در مقایسه با تمرکز بر بازسازی شناختی و مهارت‌های رفتاری، نتایج قوی‌تر و پایدارتری ایجاد می‌کند.

درک روابط زوجی همچنین مستلزم توجه به هم‌تنظیمی هیجانی است. زوجین در تعامل با یکدیگر صرفاً هیجان‌های فردی خود را تجربه نمی‌کنند، بلکه واکنش‌های هیجانی آنان به صورت متقابل یکدیگر را تنظیم یا بی‌ثبات می‌کند. پژوهش‌های مرتبط با درمان

هیجان‌مدار نشان داده‌اند که مداخلات زوجی می‌توانند از طریق ایجاد هم‌تنظیمی، کاهش واکنش‌پذیری و افزایش دسترس‌پذیری هیجانی، کیفیت رابطه را بهبود بخشند (Conroy et al., 2023). اگرچه درمان هیجان‌مدار با دو رویکرد مورد بررسی حاضر تفاوت دارد، این یافته بر اهمیت سازوکارهای هیجانی مشترکی تأکید می‌کند که می‌توانند در افزایش جذابیت احساسی و بیان محبت نقش داشته باشند. همچنین، توجه به ابراز هیجان، پذیرش آسیب‌پذیری و ایجاد پاسخ‌های حمایت‌گرانه می‌تواند یکی از مسیرهای اثرگذاری طرحواره‌درمانی بر رابطه زوجین باشد.

در مجموع، جذابیت زوجین و ابراز احساسات مثبت دو سازه مهم و مرتبط با یکدیگرند که در حفظ صمیمیت، رضایت و ثبات رابطه نقش دارند. تعارض‌های مداوم می‌توانند ادراک زوجین از جذابیت همسر را منفی کنند، رفتارهای محبت‌آمیز را کاهش دهند و چرخه‌های سردی و فاصله‌گیری را تقویت نمایند. از سوی دیگر، افزایش بیان محبت، احترام، قدردانی و توجه به ویژگی‌های مثبت همسر می‌تواند ادراک جذابیت را بهبود دهد و رابطه را از چرخه‌های منفی خارج کند. با وجود شواهد مربوط به اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری در بهبود متغیرهای هیجانی و ارتباطی، مقایسه مستقیم این دو رویکرد در زمینه جذابیت زوجین و ابراز احساسات مثبت، به‌ویژه همراه با بررسی پایداری آثار آن‌ها، کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی و پایداری اثر طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر جذابیت زوجین و ابراز احساسات مثبت در زوجین متعارض بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زوجین متعارض مراجعه‌کننده به کلینیک بامداد واقع در منطقه سعادت‌آباد تهران تشکیل دادند که برای دریافت خدمات تخصصی مشاوره و روان‌درمانی در نیمه نخست سال ۱۴۰۳، از فروردین تا شهریور، به این مرکز مراجعه کرده بودند. حجم نمونه اولیه با استفاده از جدول تعیین حجم نمونه کوهن

و با در نظر گرفتن ساختار سه گروهی پژوهش محاسبه شد. بر اساس محاسبات اولیه، حداقل ۱۰ زوج برای هر گروه کافی تشخیص داده شد؛ با این حال، به منظور افزایش توان آماری، جبران ریزش احتمالی شرکت کنندگان و هماهنگی با حجم نمونه به کاررفته در پژوهش‌های شبه‌آزمایشی مشابه، تعداد نمونه در هر گروه به ۱۵ زوج افزایش یافت. در نهایت، ۴۵ زوج، معادل ۹۰ شرکت‌کننده شامل ۴۵ زن و ۴۵ مرد، با استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و هدفمند انتخاب شدند و پس از اجرای پیش‌آزمون، به صورت تصادفی در سه گروه طرحواره‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری و گواه جایگزین شدند؛ به گونه‌ای که هر گروه شامل ۱۵ زوج، معادل ۳۰ نفر، بود. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن تعارض زناشویی بر اساس ارزیابی اولیه بالینی، زندگی مشترک در زمان اجرای پژوهش، مراجعه داوطلبانه به کلینیک، توانایی خواندن و نوشتن، تمایل هر دو همسر به شرکت در پژوهش، نداشتن اختلال شدید روان‌پزشکی یا شرایط بحرانی نیازمند مداخله فوری، شرکت نکردن هم‌زمان در برنامه‌های زوج‌درمانی دیگر و ارائه رضایت آگاهانه کتبی بود. غیبت بیش از دو جلسه، شروع درمان روان‌شناختی یا دارویی جدید در طول مطالعه، بروز بحران شدید زناشویی یا روان‌شناختی و انصراف هر یک از زوجین از ادامه همکاری به عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته شد. پیش از اجرای پژوهش، هدف مطالعه، محرمانه بودن اطلاعات، اختیاری بودن مشارکت و حق خروج از پژوهش در هر زمان برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. سپس هر سه گروه در مرحله پیش‌آزمون ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند. گروه‌های آزمایش مداخلات مربوط به خود را دریافت کردند، در حالی که گروه گواه طی این مدت مداخله روان‌شناختی سازمان‌یافته‌ای دریافت نکرد. پس از پایان مداخلات، پس‌آزمون برای هر سه گروه اجرا شد و برای بررسی پایداری آثار درمان، ارزیابی پیگیری نیز پس از دوره تعیین‌شده انجام گرفت.

پرسشنامه ابراز احساسات مثبت به همسر توسط اولیری و ترکویتر در سال ۱۹۸۳ طراحی شد و برای سنجش نوع و شدت احساسات مثبت افراد نسبت به همسر یا شریک عاطفی به کار می‌رود. این پرسشنامه دارای ۱۷ گویه و دو مؤلفه احساسات کلی نسبت به همسر و احساس مثبت به همسر است. مؤلفه احساسات کلی نسبت به همسر با گویه‌های ۱ تا ۹ و مؤلفه احساس مثبت به همسر با گویه‌های ۱۰ تا ۱۷

اندازه‌گیری می‌شود. پاسخ‌ها بر اساس یک طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای از ۱ تا ۷ نمره‌گذاری می‌شوند؛ به طوری که نمره ۱ نشان‌دهنده احساس فوق‌العاده منفی، نمره ۲ نشان‌دهنده احساس نسبتاً منفی، نمره ۳ نشان‌دهنده احساس کمی منفی، نمره ۴ نشان‌دهنده حالت خنثی یا بی‌تفاوت، نمره ۵ نشان‌دهنده احساس کمی مثبت، نمره ۶ نشان‌دهنده احساس نسبتاً مثبت و نمره ۷ نشان‌دهنده احساس فوق‌العاده مثبت است. دامنه نمره کل پرسشنامه از ۱۷ تا ۱۱۹ متغیر است و نمرات بالاتر بیانگر شدت بیشتر احساسات مثبت نسبت به همسر است. در مطالعه اولیه سازندگان، ضریب پایایی بازآزمایی پرسشنامه با فاصله زمانی یک تا سه هفته برابر با ۰.۹۳ گزارش شد. همچنین، ضریب همبستگی پرسشنامه با شاخص سازگاری زناشویی برابر با ۰.۷۰ به دست آمد که مؤید روایی همگرای مطلوب آن بود. در ایران، محمودی و همکاران در سال ۱۳۹۴ این ابزار را در میان زوجین متعارض بررسی کردند و ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۶ را برای همسانی درونی آن گزارش دادند. آنان همچنین ضریب روایی همگرای پرسشنامه با پرسشنامه سازگاری زناشویی را ۰.۸۹ به دست آوردند که نشان‌دهنده برخورداری ابزار از پایایی و روایی مناسب برای استفاده در جامعه زوجین ایرانی است.

پرسشنامه جذابیت زوجین توسط کارانداشو و همکاران در سال ۲۰۲۰ ارائه شد و برای ارزیابی ادراک فرد از جذابیت همسر در ابعاد رفتاری و احساسی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه شامل ۸ گویه و دو خرده‌مقیاس جذابیت رفتاری و جذابیت احساسی است. گویه‌های ۱ تا ۴ جذابیت رفتاری و گویه‌های ۵ تا ۸ جذابیت احساسی را اندازه‌گیری می‌کنند و مجموع نمرات دو خرده‌مقیاس، شاخص کلی جذابیت زوجین را تشکیل می‌دهد. پاسخ‌گویی به گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ تا ۵ انجام می‌شود. نمره هر خرده‌مقیاس در دامنه ۴ تا ۲۰ و نمره کل در دامنه ۸ تا ۴۰ قرار می‌گیرد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده ادراک بیشتر جذابیت رفتاری و احساسی همسر و نمرات پایین‌تر بیانگر ادراک کمتر جذابیت در رابطه زناشویی است. کارانداشو و همکاران با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، ساختار عاملی ابزار را مطلوب گزارش کردند. ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل جذابیت زوجین، جذابیت رفتاری و جذابیت احساسی به ترتیب برابر با ۰.۷۳، ۰.۷۷ و ۰.۸۱ گزارش شد. در ایران، جاهد عطائیان و همکاران در سال ۱۴۰۱ پرسشنامه را با استفاده از

روش ترجمه و بازترجمه برای جامعه ایرانی آماده کردند. روایی صوری ابزار در مطالعه آنان برابر با ۰.۸۷ به دست آمد و ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس جذابیت رفتاری، خرده‌مقیاس جذابیت احساسی و نمره کل پرسشنامه به ترتیب ۰.۹۱، ۰.۸۵ و ۰.۹۰ گزارش شد. این ضرایب نشان دادند که پرسشنامه برای سنجش جذابیت ادراک‌شده میان زوجین ایرانی از اعتبار و پایایی مناسبی برخوردار است.

مداخله طرحواره‌درمانی در قالب ۱۰ جلسه گروهی هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای برای زوجین گروه آزمایش نخست اجرا شد. ساختار جلسات بر اصول طرحواره‌درمانی و کاربرد آن در روابط زوجی استوار بود و مؤلفه‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و بین‌فردی را در بر می‌گرفت. در آغاز مداخله، اعضا با اهداف درمان، قوانین گروه، مفهوم تعارض زناشویی و نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در شکل‌گیری و تداوم الگوهای ارتباطی ناکارآمد آشنا شدند. سپس طرحواره‌های غالب هر یک از زوجین، از جمله محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، نقص و شرم، اطاعت، ایثار افراطی و معیارهای سخت‌گیرانه شناسایی شد و ارتباط این طرحواره‌ها با ادراک جذابیت همسر، حساسیت به طرد، کناره‌گیری هیجانی، انتقادگری و کاهش ابراز احساسات مثبت مورد بررسی قرار گرفت. در ادامه، چرخه‌های طرحواره‌ای زوجین و شیوه‌های مقابله‌ای تسلیم، اجتناب و جبران افراطی تحلیل شد و زوجین آموختند که چگونه فعال‌شدن طرحواره‌های یک همسر می‌تواند طرحواره‌ها و واکنش‌های مقابله‌ای همسر دیگر را تحریک کند و چرخه‌ای از حمله، دفاع، سکوت یا فاصله‌گیری ایجاد نماید. در مراحل بعدی از تکنیک‌های شناختی مانند بررسی شواهد تأییدکننده و ردکننده باورهای طرحواره‌ای، بازتعریف شناخت‌های ناکارآمد، تهیه کارت‌های آموزشی و گفت‌وگوی میان جنبه سالم و جنبه طرحواره‌ای شخصیت استفاده شد. تکنیک‌های تجربی شامل تصویرسازی ذهنی، بازنویسی تجارب آسیب‌زای گذشته، گفت‌وگوی صندلی‌ها، بیان نیازهای هیجانی ارضانده و تمرین مواجهه با احساس شرم، خشم، ترس یا محرومیت بود. زوجین همچنین شیوه بیان مستقیم نیازها، گوش‌دادن همدلانه، اعتباربخشی هیجانی، ابراز محبت و قدردانی و ایجاد پاسخ‌های ایمن‌تر به آسیب‌پذیری همسر را تمرین کردند. در بخش رفتاری مداخله،

الگوهای مخرب مانند تحقیر، انتقاد مداوم، اجتناب، رفتارهای کنترل‌گرانه و سکوت تنبیهی شناسایی و با رفتارهای سالمی مانند گفت‌وگوی محترمانه، توجه به ویژگی‌های مثبت همسر، افزایش رفتارهای محبت‌آمیز و برنامه‌ریزی فعالیت‌های مشترک لذت‌بخش جایگزین شد. در جلسات پایانی، تغییرات ایجادشده مرور شد، طرحواره‌ها و موقعیت‌های پرخطر برای بازگشت الگوهای ناسازگار شناسایی شدند و زوجین برنامه‌ای عملی برای حفظ جذابیت رفتاری و احساسی، استمرار ابراز احساسات مثبت، مدیریت تعارض‌ها و پیشگیری از عود تدوین کردند. در پایان هر جلسه، تکالیف خانگی متناسب با محتوای جلسه تعیین و در ابتدای جلسه بعد بررسی می‌شد.

مداخله درمان شناختی-رفتاری نیز در قالب ۱۰ جلسه گروهی هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای برای زوجین گروه آزمایش دوم اجرا شد. این مداخله بر این فرض استوار بود که تعارضات زناشویی و کاهش جذابیت یا احساسات مثبت تحت تأثیر تعامل متقابل افکار، هیجان‌ها و رفتارهای زوجین قرار دارند و اصلاح شناخت‌ها و الگوهای ارتباطی می‌تواند کیفیت رابطه را بهبود بخشد. در جلسات نخست، اعضای گروه با اصول درمان شناختی-رفتاری، ساختار جلسات، قوانین گروه و مدل ارتباط میان موقعیت، افکار خودکار، هیجان‌ها و رفتارها آشنا شدند. سپس موقعیت‌های تعارض‌برانگیز رایج در زندگی مشترک شناسایی و افکار خودکار منفی مربوط به خود، همسر و رابطه استخراج شد. خطاهای شناختی متداول در روابط زوجی، از جمله ذهن‌خوانی، تعمیم افراطی، برجسب‌زنی، تفکر همه یا هیچ، شخصی‌سازی، فاجعه‌سازی، استدلال هیجانی و تمرکز انتخابی بر ویژگی‌های منفی همسر، آموزش داده شد. زوجین با استفاده از ثبت افکار و بررسی شواهد آموختند که شناخت‌های غیرمنطقی خود را ارزیابی و تعبیرهای متعادل‌تر، واقع‌بینانه‌تر و انعطاف‌پذیرتری را جایگزین کنند. بخش دیگری از جلسات به آموزش مهارت‌های ارتباطی، از جمله گوش‌دادن فعال، استفاده از پیام‌های «من»، بیان روشن و غیرسرزنش‌گرانه خواسته‌ها، بازخورد سازنده، خلاصه‌سازی سخنان همسر و اعتباربخشی به احساسات اختصاص یافت. همچنین، مهارت حل مسئله شامل تعریف دقیق مشکل، تولید راه‌حل‌های مختلف، ارزیابی پیامدهای هر راه‌حل، انتخاب راه‌حل مناسب، اجرای تصمیم و ارزیابی نتیجه آموزش داده شد. در ادامه، زوجین الگوهای رفتاری کاهش‌دهنده جذابیت و صمیمیت را شناسایی کردند و از طریق

تمرین رفتاری، ایفای نقش و بازخورد گروهی، رفتارهایی مانند توجه، احترام، همکاری، تحسین، قدردانی، تماس عاطفی و انجام فعالیت‌های مشترک خوشایند را افزایش دادند. برای تقویت ابراز احساسات مثبت، تکالیفی مانند ثبت روزانه ویژگی‌ها و رفتارهای مطلوب همسر، بیان منظم قدردانی، برنامه‌ریزی زمان دونفره، انجام رفتارهای محبت‌آمیز و کاهش انتقاد و سرزنش تعیین شد. آموزش مدیریت خشم، توقف چرخه تشدید تعارض، آرام‌سازی و خودنظارتی نیز بخشی از مداخله بود. در جلسات پایانی، مهارت‌های آموخته‌شده تلفیق و موقعیت‌های مستعد عود شناسایی شدند و هر زوج برنامه‌ای برای ادامه تمرین مهارت‌های شناختی، ارتباطی و رفتاری پس از پایان درمان تدوین کرد. تکالیف خانگی در پایان هر جلسه ارائه و میزان انجام آن‌ها در جلسه بعد بررسی می‌شد.

پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها کدگذاری و وارد نرم‌افزار آماری شدند و تحلیل‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام گرفت. در سطح توصیفی، برای توصیف نمرات جذابیت زوجین، جذابیت رفتاری، جذابیت احساسی، ابراز احساسات مثبت، احساسات کلی نسبت به همسر و احساس مثبت به همسر در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل‌های اصلی، مفروضه‌های آزمون‌های پارامتریک بررسی شدند. نرمال‌بودن توزیع نمرات با آزمون شاپیرو-ویلک، همگنی واریانس‌ها با آزمون لون و کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس اندازه‌گیری‌های تکراری با آزمون ماچلی ارزیابی شد. در صورت نقض فرض کرویت، از ضرایب اصلاحی گرین‌هاوس-گایزر یا

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در سه گروه و سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون، میانگین $\pm$ انحراف معیار	پس‌آزمون، میانگین $\pm$ انحراف معیار	پیگیری، میانگین $\pm$ انحراف معیار
ابراز احساسات مثبت، نمره کل	طرحواره‌درمانی	۹۱۰ $\pm$ ۴۹۲۰	۸۳۰ $\pm$ ۸۷۶۰	۸۹۰ $\pm$ ۸۴۹۰
	شناختی-رفتاری	۹۵۰ $\pm$ ۴۸۵۰	۸۹۰ $\pm$ ۸۱۴۰	۹۴۰ $\pm$ ۷۷۰۰
گواه		۹۲۰ $\pm$ ۴۹۰۰	۹۱۰ $\pm$ ۵۰۸۰	۹۰۰ $\pm$ ۵۱۲۰
احساسات کلی نسبت به همسر	طرحواره‌درمانی	۵۲۰ $\pm$ ۲۵۱۰	۴۹۰ $\pm$ ۴۴۸۰	۵۱۰ $\pm$ ۴۳۶۰
	شناختی-رفتاری	۵۴۰ $\pm$ ۲۴۸۰	۵۲۰ $\pm$ ۴۱۹۰	۵۶۰ $\pm$ ۳۹۴۰
گواه		۵۳۰ $\pm$ ۲۵۴۰	۵۴۰ $\pm$ ۲۶۱۰	۵۳۰ $\pm$ ۲۶۴۰
احساس مثبت به همسر	طرحواره‌درمانی	۵۰۰ $\pm$ ۲۴۱۰	۴۶۰ $\pm$ ۴۲۸۰	۴۹۰ $\pm$ ۴۱۳۰
	شناختی-رفتاری	۵۱۰ $\pm$ ۲۳۷۰	۴۹۰ $\pm$ ۳۹۵۰	۵۱۰ $\pm$ ۳۷۶۰
گواه		۵۰۰ $\pm$ ۲۳۶۰	۵۱۰ $\pm$ ۲۴۷۰	۵۰۰ $\pm$ ۲۴۸۰
جذابیت زوجین، نمره کل	طرحواره‌درمانی	۳۸۰ $\pm$ ۱۸۹۰	۴۱۰ $\pm$ ۳۱۴۰	۴۳۰ $\pm$ ۳۰۶۰

هوبین-فلت استفاده شد. برای بررسی تغییرات متغیرهای وابسته در سه مرحله زمانی و مقایسه روند تغییرات میان سه گروه، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در این تحلیل، زمان شامل سه سطح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌عنوان عامل درون‌گروهی و نوع گروه شامل طرحواره‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری و گواه به‌عنوان عامل بین‌گروهی در نظر گرفته شد. اثر اصلی زمان، اثر اصلی گروه و اثر متقابل زمان و گروه برای هر یک از متغیرهای وابسته بررسی شد. پس از مشاهده اثرهای معنادار، برای تعیین محل دقیق تفاوت‌ها از مقایسه‌های زوجی با تعدیل بونفرونی استفاده شد. این مقایسه‌ها هم برای بررسی تفاوت میان گروه‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری و هم برای مقایسه مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری درون هر گروه انجام گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد و مقادیر کمتر از این سطح به‌عنوان معنادار آماری تفسیر شدند.

یافته‌ها

به‌منظور بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر جذابیت زوجین و ابراز احساسات مثبت، ابتدا شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری محاسبه شد. سپس، پس از بررسی مفروضه‌های آماری، داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند.

شناختی-رفتاری	3.90 ± 19.10	4.40 ± 28.80	4.60 ± 27.20
گواه	3.70 ± 19.20	3.80 ± 20.10	3.90 ± 20.40
طرحواره درمانی	2.10 ± 9.60	2.30 ± 16.40	2.40 ± 16.10
شناختی-رفتاری	2.20 ± 9.70	2.50 ± 15.30	2.70 ± 14.70
گواه	2.10 ± 9.80	2.20 ± 10.20	2.30 ± 10.30
طرحواره درمانی	2.00 ± 9.30	2.20 ± 15.00	2.30 ± 14.50
شناختی-رفتاری	2.00 ± 9.40	2.30 ± 13.60	2.40 ± 13.30
گواه	2.00 ± 9.40	2.10 ± 9.90	2.20 ± 10.10

پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، مفروضه های این آزمون بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع نمرات تمام متغیرهای اصلی و خرده مقیاس های آنها در سه گروه و سه مرحله اندازه گیری از توزیع نرمال انحراف معناداری نداشت؛ به طوری که مقادیر سطح معناداری در دامنه ۰.۲۰۸ تا ۰.۴۹۳ قرار داشت و همگی بیشتر از ۰.۰۵ بودند. نتایج آزمون لون نیز نشان داد که تفاوت معناداری میان واریانس نمرات سه گروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری وجود نداشت. برای نمره کل ابراز احساسات مثبت، مقادیر معناداری آزمون لون در سه مرحله به ترتیب برابر با ۰.۴۷۶، ۰.۲۸۹ و ۰.۳۵۴ و برای نمره کل جذابیت زوجین برابر با ۰.۵۰۷، ۰.۳۰۹ و ۰.۴۰۷ بود. بررسی آزمون ماچلی نیز نشان داد که فرض کرویت برای متغیرهای پژوهش برقرار است و مقادیر معناداری این آزمون بیشتر از ۰.۰۵ به دست آمد. بنابراین، مفروضه های نرمال بودن توزیع داده ها، همگنی واریانس ها و کرویت رعایت شدند و استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مجاز بود.

همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می شود، میانگین پیش آزمون متغیرهای پژوهش در سه گروه به یکدیگر نزدیک بود و تفاوت چشمگیری میان گروه ها وجود نداشت. با این حال، در مرحله پس آزمون، میانگین نمره کل ابراز احساسات مثبت در گروه طرحواره درمانی از ۴۹.۲۰ به ۸۷.۶۰ و در گروه شناختی-رفتاری از ۴۸.۵۰ به ۸۱.۴۰ افزایش یافت، در حالی که میانگین گروه گواه تنها از ۴۹.۰۰ به ۵۰.۸۰ رسید. در نمره کل جذابیت زوجین نیز میانگین گروه طرحواره درمانی از ۱۸.۹۰ به ۳۱.۴۰ و میانگین گروه شناختی-رفتاری از ۱۹.۱۰ به ۲۸.۸۰ افزایش یافت، اما میانگین گروه گواه تغییر اندکی نشان داد. این الگو در خرده مقیاس های احساسات کلی نسبت به همسر، احساس مثبت به همسر، جذابیت رفتاری و جذابیت احساسی نیز مشاهده شد. هرچند میانگین متغیرها در مرحله پیگیری در دو گروه درمانی اندکی کمتر از پس آزمون بود، نمرات همچنان به طور چشمگیری بالاتر از پیش آزمون باقی ماندند. همچنین، در همه متغیرها میانگین گروه طرحواره درمانی در پس آزمون و پیگیری بیشتر از گروه شناختی-رفتاری بود که می تواند بیانگر اثربخشی بیشتر و پایداری بالاتر طرحواره درمانی باشد.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر اتا
ابراز احساسات مثبت، نمره کل	زمان	۳۷۱۲۸.۴۶	۲	۱۸۵۶۴.۲۳	۲۱۶.۷۴	۰.۰۰۱	۰.۷۱۴
گروه		۲۴۵۶۱.۳۸	۲	۱۲۲۸۰.۶۹	۸۹.۳۲	۰.۰۰۱	۰.۶۷۳
زمان × گروه		۲۳۸۷۹.۵۴	۴	۵۹۶۹.۸۹	۶۹.۷۲	۰.۰۰۱	۰.۶۱۶
خطای درون گروهی		۱۴۹۰۴.۷۶	۱۷۴	۸۵.۶۶			
خطای بین گروهی		۱۱۹۵۷.۲۱	۸۷	۱۳۷.۴۴			
احساسات کلی نسبت به همسر	زمان	۹۸۴۳.۵۲	۲	۴۹۲۱.۷۶	۱۸۷.۶۴	۰.۰۰۱	۰.۶۸۳
گروه		۶۳۸۲.۴۷	۲	۳۱۹۱.۲۴	۷۲.۵۸	۰.۰۰۱	۰.۶۲۵
زمان × گروه		۶۰۹۴.۳۸	۴	۱۵۲۳.۶۰	۵۸.۰۹	۰.۰۰۱	۰.۵۷۲
خطای درون گروهی		۴۵۶۴.۸۱	۱۷۴	۲۶.۲۳			

خطای بین گروهی	۳۸۲۴.۹۰	۸۷	۴۳.۹۶			
احساس مثبت به همسر	زمان	۹۲۰۶.۷۱	۲	۴۶۰۳.۳۶	۱۹۴.۴۷	۰.۰۰۱
گروه		۶۰۱۸.۵۳	۲	۳۰۰۹.۲۷	۷۵.۳۴	۰.۰۰۱
زمان × گروه		۵۷۸۶.۴۹	۴	۱۴۴۶.۶۲	۶۱.۱۱	۰.۰۰۱
خطای درون گروهی		۴۱۱۸.۲۶	۱۷۴	۲۳.۶۷		
خطای بین گروهی		۳۴۷۴.۵۸	۸۷	۳۹.۹۴		
جذابیت زوجین، نمره کل	زمان	۵۴۲۸.۶۳	۲	۲۷۱۴.۳۲	۱۵۴.۲۸	۰.۰۰۱
گروه		۳۲۷۹.۵۴	۲	۱۶۳۹.۷۷	۶۴.۹۷	۰.۰۰۱
زمان × گروه		۳۱۳۶.۸۵	۴	۷۸۴.۲۱	۴۴.۵۸	۰.۰۰۱
خطای درون گروهی		۳۰۶۱.۹۷	۱۷۴	۱۷.۶۰		
خطای بین گروهی		۲۱۹۵.۲۶	۸۷	۲۵.۲۳		
جذابیت رفتاری	زمان	۱۵۷۲.۴۱	۲	۷۸۶.۲۱	۱۴۱.۳۸	۰.۰۰۱
گروه		۹۸۴.۶۳	۲	۴۹۲.۳۲	۵۹.۲۷	۰.۰۰۱
زمان × گروه		۹۴۷.۲۸	۴	۲۳۶.۸۲	۴۲.۵۹	۰.۰۰۱
خطای درون گروهی		۹۶۷.۶۴	۱۷۴	۵.۵۶		
خطای بین گروهی		۷۲۲.۷۸	۸۷	۸.۳۱		
جذابیت احساسی	زمان	۱۳۸۶.۵۷	۲	۶۹۳.۲۹	۱۲۶.۷۴	۰.۰۰۱
گروه		۸۴۷.۳۹	۲	۴۲۳.۷۰	۵۴.۱۹	۰.۰۰۱
زمان × گروه		۸۱۵.۴۶	۴	۲۰۳.۸۷	۳۷.۲۷	۰.۰۰۱
خطای درون گروهی		۹۵۱.۸۷	۱۷۴	۵.۴۷		
خطای بین گروهی		۶۸۰.۱۵	۸۷	۷.۸۲		

نتایج جدول ۲ نشان داد که اثر اصلی زمان برای نمره کل ابراز احساسات مثبت، احساسات کلی نسبت به همسر، احساس مثبت به همسر، نمره کل جذابیت زوجین، جذابیت رفتاری و جذابیت احساسی معنادار بود. این یافته نشان می‌دهد که نمرات متغیرهای پژوهش، بدون توجه به عضویت گروهی، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تغییر کرده‌اند. اثر اصلی گروه نیز برای همه متغیرها معنادار بود؛ بنابراین، میانگین کلی نمرات سه گروه طرحواره‌درمانی، شناختی-رفتاری و گواه با یکدیگر تفاوت داشت. مهم‌تر اینکه اثر متقابل زمان و گروه برای نمره کل ابراز احساسات مثبت با $F=۶۹.۷۲$ ، احساسات کلی نسبت به همسر با $F=۵۸.۰۹$ ، احساس مثبت به همسر با $F=۶۱.۱۱$ ، نمره کل جذابیت زوجین با $F=۴۴.۵۸$ ، جذابیت رفتاری با $F=۴۲.۵۹$ و جذابیت احساسی با $F=۳۷.۲۷$ در سطح ۰.۰۰۱ معنادار بود. معناداری اثر متقابل زمان و گروه نشان می‌دهد که روند تغییر نمرات در طول مراحل اندازه‌گیری در سه گروه یکسان نبوده و تغییرات مشاهده‌شده به نوع مداخله وابسته بوده است. اندازه اثر تعامل زمان و گروه برای متغیرهای پژوهش بین ۰.۴۶۱ تا ۰.۶۱۶ قرار داشت که بیانگر اثر بزرگ مداخلات بر متغیرهای وابسته است. برای مشخص کردن محل دقیق تفاوت‌ها، آزمون تعقیبی بونفرونی اجرا شد.

جدول ۳. نتایج مقایسه‌های تعقیبی بونفرونی میان گروه‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین	سطح معناداری
ابراز احساسات مثبت، نمره کل	پس‌آزمون	طرحواره‌درمانی - شناختی-رفتاری	۶.۲۰	۰.۰۰۵
		طرحواره‌درمانی - گواه	۳۶.۸۰	۰.۰۰۱

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر جذابیت زوجین... (معیری راد و همکاران)

۰.۰۰۱	۳۰.۶۰	شناختی-رفتاری - گواه		
۰.۰۰۲	۷.۹۰	طرحواره درمانی - شناختی-رفتاری	پیگیری	
۰.۰۰۱	۳۳.۷۰	طرحواره درمانی - گواه		
۰.۰۰۱	۲۵.۸۰	شناختی-رفتاری - گواه		
۰.۰۱۸	۲.۹۰	طرحواره درمانی - شناختی-رفتاری	پس آزمون	احساسات کلی نسبت به همسر
۰.۰۰۱	۱۸.۷۰	طرحواره درمانی - گواه		
۰.۰۰۱	۱۵.۸۰	شناختی-رفتاری - گواه		
۰.۰۰۸	۴.۲۰	طرحواره درمانی - شناختی-رفتاری	پیگیری	
۰.۰۰۱	۱۷.۲۰	طرحواره درمانی - گواه		
۰.۰۰۱	۱۳.۰۰	شناختی-رفتاری - گواه		
۰.۰۱۲	۳.۳۰	طرحواره درمانی - شناختی-رفتاری	پس آزمون	احساس مثبت به همسر
۰.۰۰۱	۱۸.۱۰	طرحواره درمانی - گواه		
۰.۰۰۱	۱۴.۸۰	شناختی-رفتاری - گواه		
۰.۰۱۰	۳.۷۰	طرحواره درمانی - شناختی-رفتاری	پیگیری	
۰.۰۰۱	۱۶.۵۰	طرحواره درمانی - گواه		
۰.۰۰۱	۱۲.۸۰	شناختی-رفتاری - گواه		
۰.۰۱۴	۲.۶۰	طرحواره درمانی - شناختی-رفتاری	پس آزمون	جذابیت زوجین، نمره کل
۰.۰۰۱	۱۱.۳۰	طرحواره درمانی - گواه		
۰.۰۰۱	۸.۷۰	شناختی-رفتاری - گواه		
۰.۰۰۶	۳.۴۰	طرحواره درمانی - شناختی-رفتاری	پیگیری	
۰.۰۰۱	۱۰.۲۰	طرحواره درمانی - گواه		
۰.۰۰۱	۶.۸۰	شناختی-رفتاری - گواه		
۰.۰۴۰	۱.۱۰	طرحواره درمانی - شناختی-رفتاری	پس آزمون	جذابیت رفتاری
۰.۰۰۱	۶.۲۰	طرحواره درمانی - گواه		
۰.۰۰۱	۵.۱۰	شناختی-رفتاری - گواه		
۰.۰۲۰	۱.۴۰	طرحواره درمانی - شناختی-رفتاری	پیگیری	
۰.۰۰۱	۵.۸۰	طرحواره درمانی - گواه		
۰.۰۰۱	۴.۴۰	شناختی-رفتاری - گواه		
۰.۰۱۲	۱.۴۰	طرحواره درمانی - شناختی-رفتاری	پس آزمون	جذابیت احساسی
۰.۰۰۱	۵.۱۰	طرحواره درمانی - گواه		
۰.۰۰۳	۳.۷۰	شناختی-رفتاری - گواه		
۰.۰۲۵	۱.۲۰	طرحواره درمانی - شناختی-رفتاری	پیگیری	
۰.۰۰۱	۴.۴۰	طرحواره درمانی - گواه		
۰.۰۰۵	۳.۲۰	شناختی-رفتاری - گواه		

گروه طرحواره درمانی با گروه شناختی-رفتاری افزایش یافت. در خرده مقیاس های احساسات کلی نسبت به همسر و احساس مثبت به همسر نیز هر دو گروه درمانی در پس آزمون و پیگیری به طور معناداری از گروه گواه نمرات بالاتری کسب کردند، اما میانگین گروه طرحواره درمانی به طور معناداری بیشتر از گروه شناختی-

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۳ نشان داد که در مرحله پس آزمون، میانگین نمره کل ابراز احساسات مثبت در گروه طرحواره درمانی به طور معناداری بیشتر از گروه شناختی-رفتاری و گروه گواه بود. گروه شناختی-رفتاری نیز در مقایسه با گروه گواه نمره بالاتری داشت. همین الگو در مرحله پیگیری حفظ شد و تفاوت

رفتاری داشت. همچنین، تفاوت معناداری میان نمرات پس‌آزمون و پیگیری دو گروه درمانی مشاهده نشد که نشان‌دهنده پایداری نسبی آثار هر دو مداخله و ثبات بیشتر نتایج در گروه طرحواره‌درمانی بود.

در تبیین یافته مربوط به جذابیت زوجین باید توجه داشت که جذابیت در روابط زناشویی صرفاً به ظاهر جسمانی محدود نمی‌شود، بلکه ارزیابی فرد از رفتار، ویژگی‌های هیجانی، میزان توجه، احترام، مسئولیت‌پذیری و حضور عاطفی همسر را نیز در بر می‌گیرد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین جذابیت رفتاری و احساسی در هر دو گروه درمانی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون به‌طور معناداری افزایش یافت، در حالی که تغییرات گروه گواه ناچیز بود. این یافته با مطالعاتی همسو است که جذابیت را یکی از عوامل مرتبط با رضایت، انتخاب شریک و کیفیت تعاملات صمیمانه معرفی کرده‌اند. برای نمونه، جذابیت جسمانی همراه با عشق، احترام و رضایت جنسی در ارزیابی کیفیت زندگی زناشویی نقش دارد (Husain et al., 2024) و جذابیت در فرایند انتخاب شریک عاطفی نیز در کنار شباهت‌های ارزشی و مذهبی از اهمیت برخوردار است (Bowman, 2024). بر این اساس، بهبود جذابیت در گروه‌های درمانی را می‌توان نشانه تغییر ادراک زوجین از یکدیگر و کاهش تمرکز انحصاری آنان بر رفتارها و ویژگی‌های منفی همسر دانست.

افزایش جذابیت رفتاری در دو گروه مداخله احتمالاً ناشی از اصلاح الگوهای ارتباطی و افزایش رفتارهای مثبت میان زوجین بوده است. زوجین متعارض معمولاً رفتار همسر را از خلال فیلترهای شناختی منفی تفسیر می‌کنند و حتی رفتارهای خنثی یا مثبت را نادیده می‌گیرند. در درمان شناختی-رفتاری، شناسایی افکار خودکار، اصلاح خطاهای شناختی، آموزش گفت‌وگوی مؤثر و افزایش رفتارهای تقویت‌کننده می‌تواند نگاه فرد به همسر را متعادل‌تر کند. زمانی که فرد به‌جای ذهن‌خوانی، تعمیم افراطی و برچسب‌زنی، رفتار همسر را بر اساس شواهد واقعی ارزیابی می‌کند، احتمال مشاهده ویژگی‌هایی مانند همکاری، وفاداری، مهربانی و مسئولیت‌پذیری افزایش می‌یابد. اثربخشی بازسازی شناختی در کاهش ارزیابی‌های ناکارآمد و تعدیل واکنش‌های هیجانی در مطالعات پیشین نیز مورد تأیید قرار گرفته است (Fadhli & Situmorang, 2021). بنابراین، بخشی از افزایش جذابیت در گروه شناختی-رفتاری را می‌توان

رفتاری بود. در نمره کل جذابیت زوجین، میانگین گروه طرحواره‌درمانی در پس‌آزمون ۲.۶۰ واحد و در پیگیری ۳.۴۰ واحد بیشتر از گروه شناختی-رفتاری بود. افزون بر این، هر دو گروه درمانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه برتری معناداری نشان دادند. در خرده‌مقیاس جذابیت رفتاری، تفاوت گروه طرحواره‌درمانی با گروه شناختی-رفتاری در پس‌آزمون ۱.۱۰ واحد و در پیگیری ۱.۴۰ واحد بود. در خرده‌مقیاس جذابیت احساسی نیز این تفاوت‌ها در پس‌آزمون و پیگیری به‌ترتیب برابر با ۱.۴۰ و ۱.۲۰ واحد بود و از نظر آماری معنادار به دست آمد. همچنین، مقایسه‌های درون‌گروهی نشان داد که در هر دو گروه درمانی، تفاوت پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری برای همه متغیرها معنادار بود، در حالی که تفاوت پس‌آزمون با پیگیری معنادار نبود. در گروه گواه هیچ‌یک از تغییرات زمانی به سطح معناداری نرسید. در مجموع، نتایج نشان داد که هر دو مداخله طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری موجب افزایش معنادار و پایدار جذابیت زوجین و ابراز احساسات مثبت شدند؛ بااین‌حال، طرحواره‌درمانی در همه متغیرهای اصلی و خرده‌مقیاس‌ها اثربخشی بیشتر و پایداری نسبت به درمان شناختی-رفتاری داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی و پایداری اثر طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر جذابیت زوجین و ابراز احساسات مثبت در زوجین متعارض انجام شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اثر زمان، اثر گروه و اثر متقابل زمان و گروه بر نمره کل جذابیت زوجین، جذابیت رفتاری، جذابیت احساسی، نمره کل ابراز احساسات مثبت، احساسات کلی نسبت به همسر و احساس مثبت به همسر معنادار بود. این یافته بیانگر آن است که روند تغییر نمرات در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های طرحواره‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری و گواه یکسان نبوده و تغییرات ایجادشده به نوع مداخله دریافت‌شده وابسته بوده است. نتایج مقایسه‌های تعقیبی نیز نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه گواه موجب افزایش معنادار جذابیت زوجین و ابراز احساسات مثبت شدند، اما طرحواره‌درمانی در تمام متغیرهای اصلی و خرده‌مقیاس‌های پژوهش اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-

حاصل اصلاح تفسیرهای منفی و جایگزینی آن‌ها با شناخت‌های واقع‌بینانه‌تر دانست.

در گروه طرحواره‌درمانی، افزایش بیشتر جذابیت رفتاری و احساسی را می‌توان به مداخله در سطوح عمیق‌تر شناختی و هیجانی نسبت داد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه مانند نقص و شرم، محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی و رهاسدگی می‌توانند موجب شوند فرد خود یا همسرش را فاقد ارزش، جذابیت یا قابلیت دوست‌داشتن ادراک کند. در این شرایط، حتی رفتارهای محبت‌آمیز همسر نیز ممکن است نادیده گرفته شوند یا غیرواقعی و موقتی تلقی گردند. طرحواره‌درمانی با شناسایی حالت‌های طرحواره‌ای، سبک‌های مقابله‌ای و نیازهای هیجانی برآورده‌نشده به فرد کمک می‌کند منشأ واکنش‌های شدید خود را درک کند و پاسخ‌های سالم‌تری جایگزین سازد. استفاده از مفهوم حالت‌های طرحواره‌ای در مفهوم‌پردازی بالینی، امکان درک دقیق‌تر نوسانات هیجانی و رفتاری را فراهم می‌کند (Edwards, 2022) و تقویت حالت بزرگسال سالم نیز موجب افزایش خودتنظیمی، همدلی و مسئولیت‌پذیری در رابطه می‌شود (Salicru, 2023). از این منظر، برتری طرحواره‌درمانی در جذابیت زوجین می‌تواند حاصل تغییر در باورهای ریشه‌دار و تجربه درونی زوجین از دوست‌داشتنی‌بودن و ارزشمندی باشد.

این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌هایی که اثربخشی طرحواره‌درمانی را بر کارکرد رابطه، تنظیم هیجان و سازه‌های بین‌فردی تأیید کرده‌اند، همسو است. مقایسه طرحواره‌درمانی با زوج‌درمانی شناختی نشان داده است که طرحواره‌درمانی می‌تواند کارکرد رابطه را در زوجین دارای تعارض بهبود بخشد (Fadaei-Moghadam et al., 2022). همچنین، طرحواره‌درمانی هیجانی باعث بهبود الگوهای تعاملی، بلوغ عاطفی و خودپنداره جنسی شده است (Aghili et al., 2022). این متغیرها با ادراک فرد از جذابیت خود و همسر ارتباط نزدیکی دارند؛ زیرا فردی که از بلوغ هیجانی و خودپنداره مثبت‌تری برخوردار است، نیاز کمتری به دفاع، انتقاد یا کناره‌گیری دارد و می‌تواند رابطه را از منظری پذیرنده‌تر ارزیابی کند. افزون بر این، بهبود تنظیم هیجان و رضایت زناشویی در نتیجه طرحواره‌درمانی هیجانی نیز در پژوهش‌های پیشین گزارش شده است (Masoumi-Tabar et al., 2020) که از تبیین حاضر حمایت می‌کند.

یافته مربوط به افزایش جذابیت احساسی نیز با نقش بیانگری هیجانی و نشانه‌های غیرکلامی در شکل‌گیری کشش و علاقه قابل تبیین است. جذابیت احساسی زمانی افزایش می‌یابد که فرد حضور همسر را آرامش‌بخش، صمیمی و حمایتگر تجربه کند. حالت چهره، تماس چشمی، لحن صدا، شیوه لمس و میزان بیان هیجان‌های مثبت می‌توانند پیام‌های قدرتمندی درباره پذیرش و علاقه منتقل کنند. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که بیانگری غیرکلامی و جذابیت جسمانی با میزان دوست‌داشتن فرد، هم در برداشت اولیه و هم در روابط تثبیت‌شده ارتباط دارند (Fultz et al., 2024). مداخلات پژوهش حاضر احتمالاً با کاهش واکنش‌های خصمانه و افزایش رفتارهای محبت‌آمیز، کیفیت نشانه‌های کلامی و غیرکلامی میان زوجین را بهبود بخشیده‌اند و در نتیجه، جذابیت احساسی آنان افزایش یافته است.

نتایج همچنین نشان داد که هر دو درمان موجب افزایش معنادار نمره کل ابراز احساسات مثبت، احساسات کلی نسبت به همسر و احساس مثبت به همسر شدند. این یافته با پژوهش‌هایی همسو است که نقش هیجان‌های مثبت، مهارت‌های ارتباطی و تعهد را در کیفیت زناشویی برجسته کرده‌اند (Yazdani, 2023). ابراز محبت، قدردانی، تحسین و حمایت عاطفی نه تنها نشان‌دهنده کیفیت مطلوب رابطه است، بلکه خود می‌تواند به‌عنوان عامل ایجاد و حفظ صمیمیت عمل کند. زوجینی که به‌طور منظم احساسات مثبت خود را بیان می‌کنند، احتمالاً در زمان تعارض نیز دسترسی بیشتری به خاطرات و ارزیابی‌های مثبت از همسر دارند و کمتر در چرخه‌های خشم، سرزنش و کناره‌گیری گرفتار می‌شوند.

افزایش ابراز احساسات مثبت در درمان شناختی-رفتاری را می‌توان با آموزش مهارت‌های ارتباطی و اصلاح افکار ناکارآمد توضیح داد. فردی که باور دارد همسرش «هرگز او را درک نمی‌کند» یا «هیچ ویژگی مثبتی ندارد»، انگیزه کمتری برای ابراز محبت و قدردانی خواهد داشت. بازسازی این باورها و توجه هدفمند به رفتارهای مطلوب همسر می‌تواند زمینه ابراز هیجان‌های مثبت را فراهم کند. افزون بر این، تمرین‌های رفتاری مانند بیان قدردانی، برنامه‌ریزی فعالیت‌های مشترک و کاهش انتقاد، احتمال تجربه پاسخ مثبت متقابل را افزایش می‌دهند. این فرایند می‌تواند چرخه‌ای صعودی ایجاد کند

که در آن ابراز احساس مثبت از سوی یک همسر، رفتار مثبت همسر دیگر را تقویت می‌کند.

در طرحواره‌درمانی، افزایش بیشتر ابراز احساسات مثبت احتمالاً به کاهش دوسوگرایی هیجانی و رفع موانع عمیق بیان عاطفه مربوط است. بسیاری از افراد به دلیل تجربه‌های اولیه طرد، تحقیر یا بی‌توجهی آموخته‌اند که بیان نیاز و محبت با خطر آسیب‌پذیری همراه است. در نتیجه، ممکن است حتی در صورت تجربه علاقه، آن را سرکوب کنند یا به‌صورت غیرمستقیم و ناکارآمد نشان دهند. یافته‌های پیشین نشان داده‌اند که طرحواره‌درمانی می‌تواند دوسوگرایی در ابراز هیجان را کاهش دهد و توانایی ذهنی‌سازی را بهبود بخشد (Farmanbar et al., 2023). همچنین، این درمان در افزایش ابرازگری هیجانی و کاهش نشخوار فکری مؤثر بوده است (Ghadiani & Nejad-Hosseini, 2020). بنابراین، برتری گروه طرحواره‌درمانی در ابراز احساسات مثبت می‌تواند ناشی از کاهش ترس از آسیب‌پذیری و ایجاد تجربه‌ای امن‌تر از بیان محبت و نیاز عاطفی باشد.

توانایی تجربه و تمایز هیجان‌های مثبت نیز در این زمینه اهمیت دارد. افرادی که هیجان‌های مثبت خود را با دقت بیشتری شناسایی می‌کنند، بهتر می‌توانند آن‌ها را نام‌گذاری و بیان کنند. پژوهش درباره ظرافت هیجانی نشان داده است که تمایز بیشتر میان هیجان‌های مثبت با بهزیستی روان‌شناختی ارتباط دارد (Tan et al., 2022). در جلسات درمانی، زوجین احتمالاً آموخته‌اند میان احساساتی مانند محبت، قدردانی، آرامش، افتخار، علاقه و امید تمایز قائل شوند و آن‌ها را به‌صورت روشن‌تر با همسر خود در میان بگذارند. این فرایند می‌تواند افزایش نمره احساسات کلی و احساس مثبت به همسر را توضیح دهد.

بهبود ابراز احساسات مثبت را همچنین می‌توان در چارچوب هم‌تنظیمی هیجانی تبیین کرد. واکنش هیجانی یک همسر می‌تواند هیجان و رفتار همسر دیگر را آرام یا تشدید کند. هنگامی که زوجین به‌جای واکنش‌های دفاعی، پاسخ‌هایی حمایت‌گرانه و پذیرنده ارائه می‌دهند، سطح برانگیختگی هیجانی کاهش می‌یابد و امکان تعامل مثبت بیشتر می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات زوجی می‌توانند از طریق تقویت هم‌تنظیمی و دسترس‌پذیری هیجانی،

کیفیت رابطه را بهبود بخشند (Conroy et al., 2023). هرچند این مطالعه درباره درمان هیجان‌مدار بوده است، سازوکار هم‌تنظیمی می‌تواند یکی از عناصر مشترک مؤثر در طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری باشد.

نقش تنظیم هیجان در نتایج حاضر نیز قابل توجه است. زوجین متعارض معمولاً هنگام فعال‌شدن خشم، ترس یا احساس طرد، توانایی محدودی برای کنترل واکنش‌های خود دارند و این امر موجب کاهش رفتارهای مثبت می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تنظیم هیجان می‌تواند رابطه میان فشار روانی و آشفتگی را تعدیل کند (Haver et al., 2023). بنابراین، آموزش تنظیم هیجان در هر دو مداخله احتمالاً موجب شده است زوجین در موقعیت‌های تنش‌زا واکنش‌های خود را بهتر مدیریت کنند و فرصت بیشتری برای بیان همدلی، محبت و قدردانی داشته باشند. کاهش عدم تحمل ابهام و تعبیرهای تهدیدآمیز از رفتار همسر نیز می‌تواند در این فرایند مؤثر باشد، زیرا عدم تحمل بلا تکلیفی با واکنش‌پذیری بیشتر نسبت به محرک‌های عاطفی ارتباط دارد (Wiese et al., 2023).

پایداری تغییرات در مرحله پیگیری از دیگر نتایج مهم پژوهش بود. در هر دو گروه درمانی، تفاوت میان پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود، در حالی که تفاوت پیش‌آزمون با هر دو مرحله بعدی معنادار باقی ماند. این یافته نشان می‌دهد مهارت‌ها و تغییرات ایجادشده پس از پایان مداخله نیز تا حد زیادی حفظ شده‌اند. پایداری بیشتر طرحواره‌درمانی را می‌توان به اصلاح ساختارهای عمیق‌تر شخصیت و رابطه نسبت داد. درمانی که تنها رفتار آشکار را تغییر دهد ممکن است در برابر فشارهای جدید آسیب‌پذیرتر باشد، اما زمانی که باورهای بنیادین، خاطرات هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای نیز بازسازی شوند، احتمال حفظ تغییرات افزایش می‌یابد. مقایسه طرحواره‌درمانی با درمان شناختی-رفتاری در پژوهش‌های بالینی نیز بر امکان ایجاد تغییر در الگوهای عمیق و مزمن تأکید کرده است (Kopf-Beck et al., 2020).

نتایج پژوهش حاضر از منظر پیامدهای تعارض زناشویی نیز اهمیت دارد. تعارض مداوم با فشار روانی و واکنش‌های زیستی نامطلوب همراه است (Wilson et al., 2024) و می‌تواند تحت تأثیر عوامل متعدد فردی و خانوادگی شکل گیرد (Lopez-Ixta et al., 2025).

(Tasew & Getahun, 2021). بنابراین، افزایش جذابیت و ابراز احساسات مثبت صرفاً یک پیامد عاطفی محدود نیست، بلکه می‌تواند به کاهش چرخه‌های استرس و بهبود سلامت کلی زوجین کمک کند. همچنین، ساختار قدرت و نقش‌های زناشویی ممکن است بیان نیاز و عاطفه را محدود کند (Ustunel et al., 2022). ایجاد فضای درمانی امن می‌تواند به زوجین کمک کند درباره نیازهای خود گفت‌وگو کنند و الگوهای خاموشی، اطاعت یا سلطه را کاهش دهند.

در مجموع، یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو مداخله طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری در افزایش جذابیت زوجین و ابراز احساسات مثبت مؤثرند، اما طرحواره‌درمانی اثربخشی قوی‌تر و پایدارتری دارد. درمان شناختی-رفتاری با اصلاح افکار ناکارآمد، آموزش مهارت‌های ارتباطی و افزایش رفتارهای مثبت، تعامل زوجین را بهبود می‌دهد؛ در حالی که طرحواره‌درمانی علاوه بر این تغییرات، طرحواره‌های ناسازگار، نیازهای هیجانی ارضانگشته و حالت‌های طرحواره‌ای را نیز هدف قرار می‌دهد. از این رو، طرحواره‌درمانی می‌تواند در زوجینی که تعارض‌های آنان مزمن، عمیق و مرتبط با تجربه‌های اولیه و الگوهای دلبستگی است، مزیت بیشتری داشته باشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و محدود شدن جامعه پژوهش به زوجین مراجعه‌کننده به یک کلینیک در منطقه سعادت‌آباد تهران اشاره کرد که تعمیم نتایج به تمام زوجین متعارض را با احتیاط همراه می‌سازد. استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی ممکن است تحت تأثیر تمایل به پاسخ‌دهی اجتماعی، برداشت شخصی و شرایط هیجانی شرکت‌کنندگان قرار گرفته باشد. همچنین، مدت پیگیری محدود بود و امکان بررسی پایداری بلندمدت تغییرات وجود نداشت. کنترل کامل عوامل بیرونی مانند رویدادهای خانوادگی، تغییرات اقتصادی، استفاده هم‌زمان از دارو و دریافت حمایت‌های غیررسمی نیز امکان‌پذیر نبود. افزون بر این، حضور زن و شوهر در یک گروه درمانی ممکن است بر میزان صراحت آنان در بیان تجربه‌های شخصی اثر گذاشته باشد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر، روش نمونه‌گیری تصادفی و مشارکت زوجین از مناطق جغرافیایی و زمینه‌های فرهنگی و اقتصادی متفاوت انجام شوند. استفاده از دوره‌های پیگیری شش‌ماهه و یک‌ساله می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری درباره دوام آثار درمان فراهم کند. بررسی نقش میانجی متغیرهایی مانند تنظیم هیجان، سبک دلبستگی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، همدلی و مهارت‌های ارتباطی نیز می‌تواند سازوکار اثرگذاری مداخلات را روشن‌تر سازد. به کارگیری روش‌های چندمنبعی مانند مشاهده مستقیم تعامل زوجین، مصاحبه بالینی و ارزیابی درمانگر در کنار پرسشنامه‌های خودگزارشی نیز توصیه می‌شود. مقایسه این دو رویکرد با درمان هیجان‌مدار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مداخلات یکپارچه زوجی می‌تواند به شناسایی درمان مناسب‌تر برای زیرگروه‌های مختلف زوجین متعارض کمک کند.

پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره خانواده و کلینیک‌های روان‌شناختی از طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان مداخلاتی ساختاریافته برای افزایش جذابیت رفتاری و احساسی و تقویت ابراز احساسات مثبت استفاده کنند. در زوجینی که تعارض‌ها با باورهای ریشه‌دار، احساس طردشدگی، محرومیت هیجانی یا الگوهای تکرارشونده حمله و کناره‌گیری همراه است، طرحواره‌درمانی می‌تواند در اولویت قرار گیرد. آموزش مهارت‌های شناختی-رفتاری نیز برای زوجینی که مشکلات آنان بیشتر با سوءبرداشت، ضعف ارتباط، حل مسئله ناکارآمد و کاهش رفتارهای مثبت مرتبط است، سودمند خواهد بود. همچنین، برگزاری جلسات تقویتی پس از پایان درمان، ارائه تکالیف مشترک، آموزش منظم قدردانی و گفت‌وگوی عاطفی و مشارکت فعال هر دو همسر می‌تواند به حفظ دستاوردهای درمان کمک کند.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- Aghili, S. M., Hassannejad, Z., & Asghari, A. (2022). The effectiveness of group emotional schema therapy on sexual self-concept, emotional maturity, and interaction patterns among women with chronic pain. *Women and Family*, 17(61), 199-219.
- Bowman, T. (2024). *Investigating the influence of religious similarity and attractiveness on romantic partner selection* California State University, Stanislaus].
- Conroy, J., Perryman, K., Robinson, S., Rana, R., Blisard, P., & Gray, M. (2023). The coregulatory effects of emotionally focused therapy. *Journal of Counseling & Development*, 101(1), 46-55. <https://doi.org/10.1002/jcad.12453>
- Edwards, D. J. A. (2022). Using schema modes for case conceptualization in schema therapy: An applied clinical approach. *Frontiers in psychology*, 12, 763670. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.763670>
- Fadaei-Moghadam, M., Khosh-Akhlagh, H., & Rezaei Jamalouei, H. (2022). Comparison of the effectiveness of McKay cognitive couple therapy and schema therapy on impulsivity and relationship functioning among couples with marital conflict in Qom. *Women's Research Journal*, 13(39), 141-166.
- Fadhli, T., & Situmorang, D. D. B. (2021). Implementation of cognitive behavioral therapy with cognitive restructuring technique to reduce psychosocial anxiety during the COVID-19 outbreak. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 20(4), 268-277. <https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000246>
- Farmanbar, F., Mardpour, A., & Malekzadeh, M. (2023). The effectiveness of schema therapy on ambivalence over emotional expression and mentalization in patients with borderline personality disorder. *Islamic lifestyle with a focus on health*, 7, 218-228.
- Fultz, A. A., Stosic, M. D., & Bernieri, F. J. (2024). Nonverbal expressivity, physical attractiveness, and liking: From first impression to established relationship. *Journal of Nonverbal Behavior*, 48(2), 189-211. <https://doi.org/10.1007/s10919-023-00444-7>
- Ghadiani, M., & Nejad-Hosseini, S. (2020). Comparison of the effectiveness of schema therapy and emotional efficacy therapy on rumination and emotional expressivity among divorced women in Tehran. *Applied Family Therapy*, 1(3), 188-203.
- Haver, A., Krampe, H., Danbolt, L. J., Stålsett, G., & Schnell, T. (2023). Emotion regulation moderates the association between COVID-19 stress and mental distress: Findings on buffering, exacerbation, and gender differences in a cross-sectional study from Norway. *Frontiers in psychology*, 14, 1121986. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1121986>
- Husain, W., Faheem, A., & Zaheer, A. (2024). Love, sex, respect, and physical attractiveness in marital satisfaction and remarriage: A comparison between monogamous and polygynous marriages. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, 18(2), 174-188. <https://doi.org/10.5964/ijpr.11759>
- Kopf-Beck, J., Zimmermann, P., Egli, S., Rein, M., Kappelmann, N., Fietz, J., & Keck, M. E. (2020). Schema therapy versus cognitive behavioral therapy versus individual supportive therapy for depression in an inpatient and day clinic setting: Study protocol of the OPTIMA-RCT. *BMC psychiatry*, 20(1), 506. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02880-x>
- Lopez-Ixta, Z. T., McManus, P. A., Guerra-Reyes, L., Greene, A., & Dennis, B. (2025). The correlates of childrearing marital conflict in Mexico according to urban women parenting preschoolers. *Journal of Family Studies*, 31(1), 118-139. <https://doi.org/10.1080/13229400.2024.2425621>
- Masoumi-Tabar, Z., Afsharinia, K., Amiri, H., & Hosseini, S. S. (2020). The effectiveness of emotional schema therapy on emotion-regulation difficulties and marital satisfaction among maladjusted women in the first decade of marriage. *Journal of Psychological Science*, 19(95), 1497-1506.
- Peixoto, P. G., Nascimento, V. F., de Lacerda, L. B., Siansi, F. L., de Matos, G. F., de Souza, J. M., & De Bortoli, S. A. (2024). Attractiveness of pitfall traps with baits for harvestmen in a sugarcane agroecosystem. *Sugar Tech*, 26(3), 731-740. <https://doi.org/10.1007/s12355-024-01390-4>
- Salicru, S. (2023). The healthy adult in schema therapy: Using the octopus metaphor. *Psychology*, 14(6), 1-10. <https://doi.org/10.4236/psych.2023.146050>
- Sturm, V. E., Datta, S., Roy, A. R., Sible, I. J., Kosik, E. L., Veziris, C. R., & Keltner, D. (2022). Big smile, small self: Awe walks promote prosocial positive emotions in older adults. *Emotion*, 22(5), 1044. <https://doi.org/10.1037/emo0000876>
- Tan, T. Y., Wachsmuth, L., & Tugade, M. M. (2022). Emotional nuance: Examining positive emotional granularity and well-being. *Frontiers in psychology*, 13, 715966. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.715966>
- Tasew, A. S., & Getahun, K. K. (2021). Marital conflict among couples: The case of Durbete town, Amhara Region, Ethiopia. *Cogent Psychology*, 8(1), 1903127. <https://doi.org/10.1080/23311908.2021.1903127>
- Ustunel, A. O., Bolak Boratav, H., & Fişek, G. O. (2022). Negotiating power and relationships throughout marital life: Narratives of middle-aged women from Turkey. *Journal of Family Studies*, 55(3), 1-27. <https://doi.org/10.1080/13229400.2022.2045211>
- Wiese, A. D., Lim, S. L., Filion, D. L., & Kang, S. S. (2023). Intolerance of uncertainty and neural measures of anticipation and reactivity for affective stimuli. *International Journal of Psychophysiology*, 183, 138-147. <https://doi.org/10.1016/j.jpsycho.2022.11.010>
- Wilson, S. J., Syed, S. U., Yang, I. S., & Cole, S. W. (2024). A tale of two marital stressors: Comparing proinflammatory responses to partner distress and marital conflict. *Brain, behavior, and immunity*, 119, 898-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2024.05.003>
- Yazdani, A. (2023). The roles of positive emotions, communication skills, and marital commitment in predicting

marital quality. *Journal of Health Psychology*, 11(4), 197-220.