

## مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان مدار به صورت گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار زوجین

احمد آقایی<sup>۱</sup>، فرهاد کهرآزنی<sup>۲\*</sup>، علی فرنام<sup>۲</sup>

۱. دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زاهدان، زاهدان، ایران.
۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

\* نویسنده مسئول: فرهاد کهرآزنی، گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

Email: farhad\_kahraz@ped.usb.ac.ir

تاریخ پذیرش: شهریور ۱۳۹۹

تاریخ دریافت: مرداد ۱۳۹۹

### چکیده

**زمینه و هدف:** روابط زوجین همواره می‌تواند به دلایل مختلف دستخوش مشکلاتی قرار گیرد. در پژوهش‌های مختلف، زمینه‌های متعددی را برای بروز این مشکلات برشمرده‌اند که کارکردهای شناختی و هیجانی اثرگذار بر چارچوب ارتباط زوجین، از مهم‌ترین آنها می‌باشند. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان‌مدار به صورت گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار زوجین شهر مشهد بود.

**روش و مواد:** روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره شهر مشهد در سال ۱۳۹۶ بودند که تعداد ۲۴ زوج به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه، هر گروه هشت زوج، جایگذاری شدند. ابزار به کار رفته در این پژوهش، پرسشنامه طرحواره‌های Young بود که در سه نوبت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اجرا شد. برای یکی از دو گروه آزمایش مداخله زوج درمانی هیجان‌محور و برای گروه دیگر طرحواره درمانی انجام شد و اعضای گروه گواه هیچ گونه مداخله‌ای دریافت ننمودند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-21 تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** در گروه زوج درمانی هیجان‌محور، میانگین (انحراف معیار) طرحواره‌های ناسازگار از (۱۶/۹) (۱۴۰/۲) در پیش‌آزمون به (۸/۶) (۱۰۱/۶) در پس‌آزمون و (۸/۳) (۹۹/۸) در مرحله پیگیری کاهش یافت ( $P < 0/001$ ). در گروه طرحواره درمانی نیز میانگین (انحراف معیار) طرحواره‌های ناسازگار از (۱۷/۱) (۱۳۷/۵) در پیش‌آزمون به (۷/۵) (۹۵/۰) در پس‌آزمون و (۷/۲) (۹۴/۹) در مرحله پیگیری کاهش یافت ( $P < 0/001$ ). میزان اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار بیشتر از زوج درمانی هیجان‌مدار بود ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** مطالعه نشان داد هر دو مداخله طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان‌مدار باعث کاهش طرحواره‌های ناسازگار زوج‌ها شدند، اما اثربخشی طرحواره‌درمانی بیشتر از زوج درمانی هیجان‌محور بود.

**واژگان کلیدی:** زوج درمانی هیجان‌محور، طرحواره درمانی، طرحواره‌های ناسازگار زوجین.

## مقدمه

خانواده، یکی از مهم ترین نهادهای جامعه و شکل دهنده شخصیت آدمی است. مطلوبیت، رضایت، خشنودی، کیفیت و کارکرد بهینه خانواده، عامل بسیار تأثیرگذاری در شکوفایی، رشد و پیشرفت اعضای خانواده است (۱). وجه تمایز آن از سایر سیستم های اجتماعی بدین صورت است که ورود به سیستم خانوادگی از لحظه تولد، یا فرزند خواندگی یا ازدواج آغاز می شود (۲). مطالعات فراوانی نشان می دهد که مشکلات رفتاری و انحرافات افراد بیشتر ریشه در خانواده های شان دارد (۳). با توجه به اینکه ماهیت رابطه زناشویی سرچشمه عمده نارضایتی و تعارضات زناشویی شناخته می شود، می توان گفت تعارضات زوجی از شایع ترین مشکلات زناشویی بین زوج ها می باشد (۴). تعارض زناشویی نوعی تعامل است که در طی آن، بین زن و شوهر، تمایلات، دیدگاه ها و عقاید متضادی بیان می شود، که می تواند پیش درآمد جدایی زوج ها محسوب شود (۵). معمولاً تعارضات زناشویی حاصل واکنش زوجین نسبت به تفاوت های فردی بین خودشان است و در صورت شدت یافتن، تبدیل به احساس خشم و بروز سوء رفتار کلامی و فیزیکی بر روابط زن و شوهر شده که در نهایت منجر به نابهنجار شدن تعارضات در این حالت می گردد (۶).

میزان پایین رضایت از زناشویی نیز می تواند موجب به کارگیری مکانیسم های مقابله و سازگاری نامؤثر در رابطه زناشویی افراد شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در زندگی آنان گردد (۷). همچنین عوامل شناختی مختلفی در نارضایتی و ناسازگاری های زناشویی مؤثر هستند. نوعی از شناخت ها که در رابطه زناشویی مهمی باشند، طرحواره ها هستند. طرحواره های ناسازگار اولیه همیشه خود را در جریان یک رابطه نشان می دهند و باعث تأثیر در کنشوری رابطه می شوند. معمولاً ماهیت ناسازگار طرحواره ها وقتی ظاهر می شود که بیماران در روند زندگی خود و در تعامل با دیگران، به ویژه رابطه زناشویی به گونه ای عمل می کنند که طرحواره های آنها تأیید شود، حتی اگر برداشت اولیه آنها نادرست باشد (۸). طرحواره های مربوط به رابطه زناشویی در بر گیرنده باورهای اساسی درباره ماهیت انسان و نحوه روابط می باشند و فرض می شود که نسبتاً ثابت هستند.

در رویکرد طرحواره محور تمرکز بر آگاهی و بینش افزایش یافته و درک نقش طرحواره ها در حفظ موقعیت های مسأله آفرین و همچنین تعدیل نحوه فعال سازی و عمل طرحواره ها است (۹). تحقیقات کم و بیش قانع کننده ای وجود دارد که اثربخشی طرحواره درمانی را در سطح مداخله فردی و هنگام وجود اختلال های روانی قابل تشخیص اثبات می کند (۱۰). برنامه های آموزشی متنوعی وجود دارد که اثربخشی آنها برای مسائل زوجین به اثبات رسیده است. در این مداخلات، هدف، تمرکز بر کیفیت ارتباطی و انتظارات متقابل زوجین از یکدیگر برای دستیابی به صمیمیت زناشویی می باشد (۱۱).

از سوی دیگر، یکی از رویکردهایی که بر کنترل رفتار و هیجان تاکید دارد و در نهایت منجر به افزایش رضایت زوجین از زندگی می گردد، رویکرد هیجان مدار است. این رویکرد، رویکردی سازنده است که در آن درمانجویان به عنوان متخصصانی در زمینه تجارب خودشان در نظر گرفته می شوند. فرایند تغییر در این رویکرد در نه گام مشخص شده است که در برگیرنده مراحل سه گانه است. مرحله اول: جلوگیری از گسترش چرخه معیوب، مرحله دوم: بازسازی موقعیت های تعاملی، مرحله سوم: تحکیم و یکپارچگی. نظریه دلبستگی، رویکرد هیجان مدار را با مفهومی نظری غیر مرضی به منظور درک اهمیت پیوندهای عاطفی، اتکاء متقابل و صمیمیت دوران بزرگسالی حمایت می کند (۱۲). مشخص شده است که زوج درمانی با رویکرد هیجان مدار، در بهبود رفتار، تمایل، عواطف، کیفیت و رضایت زناشویی مؤثر است و بر این اساس زوج درمانی هیجان مدار با تمرکز بر هیجان زوجین به رفع مشکلات آنها و مدیریت بهتر هیجانات آنها می پردازد (۱۳). در پژوهشی نشان داده شده است که زوج درمانی هیجان مدار باعث کاهش نشانه های افسردگی و بهبود تنظیم هیجانی زوجین می گردد (۱۴). هم چنین پژوهش های متعددی نشان دهنده اثربخشی طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود طرحواره های ناسازگار زوجین می باشد (۱۵-۱۷).

نوآوری پژوهش حاضر از آن جهت است که این پژوهش در پی مقایسه دو روش درمانی طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان مدار بر رضایت از زندگی و طرحواره های ناسازگار زوجین است. پژوهش های مختلفی اثربخشی رویکرد طرحواره

درمانی را بر طرحواره های ناسازگار مورد بررسی قرار داده اند اما اینکه در یک پژوهش، اثربخشی آن به صورت توأم با رویکردی در حیطه زوج درمانی مانند رویکرد هیجان‌مدار بر رضایت از زندگی و طرحواره های ناسازگار مورد مقایسه و بررسی قرار گیرد، اجرا نشده است. با توجه به آنچه که گفته شد، هدف این مطالعه مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان‌مدار گروهی بر طرحواره های ناسازگار زوجین است.

## روش و مواد

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد در فاصله ماه‌های خرداد تا مهر سال ۱۳۹۶ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، از بین زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره، با انجام مصاحبه بالینی توسط پژوهشگر، تعداد ۵۰ زوج دارای مشکلات زناشویی غربال شد و به منظور شناسایی طرحواره های ناسازگار اولیه پرسشنامه های پژوهش را تکمیل کردند. روش تعیین تعداد نمونه، بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۸۰، در سه گروه، حداقل تعداد نمونه ۲۴ زوج (۴۸ نفر) به دست آمد که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۸ زوج) قرار گرفتند. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- کسب نمره T پایین تر از ۴۰ در پرسشنامه رضایت زناشویی Entich، ۲- سطح تحصیلات حداقل دیپلم، ۳- طول مدت ازدواج بالاتر از دو سال. ملاک های خروج عبارت بودند از: وجود اختلال روانشناختی یا سابقه بیماری روانی و بستری شدن، مصرف دارو، مواد مخدر و الکل.

ابتدا در مرحله پیش‌آزمون، مشارکت‌کنندگان در پژوهش، به تکمیل پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اقدام کردند و سپس درمان هیجان‌مدار در هشت جلسه (۱/۵ ساعته و یک بار در هفته) و جلسات طرحواره درمانی در ۱۱ جلسه (۱/۵ ساعته و هر هفته یک جلسه) برای هر زوج گروه آزمایش اجرا شد و اعضای گروه گواه هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نمودند. اعضای هر سه گروه، پس از اتمام مداخلات، در قالب پس‌آزمون، مجدداً پرسشنامه طرحواره های ناسازگار را تکمیل نمودند و پس از شش ماه نیز این پرسشنامه توسط اعضای هر سه گروه تکمیل شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی بعد از اتمام کار، جلساتی به صورت فشرده و در چهار هفته برای گروه گواه که داوطلب شرکت در مطالعه هستند ولی آموزش دریافت نکردند، اجرا شد. همچنین اصل گمنامی برای شرکت‌کنندگان در طرح چه در مرحله غربالگری و چه در مرحله اجرای متغیر مستقل کاملاً رعایت شد. تمام افراد مشارکت‌کننده در پژوهش، در خصوص رعایت اصل رازداری در محتوا و شرح جلسات از سوی اعضای تیم پژوهش مطلع شده و برای آنها حق اختیاری بودن شرکت در پژوهش و همچنین مختار بودن آنها برای خروج از طرح در هر زمان تشریح شد. همچنین امکان دریافت خدمات مشاوره و روان‌درمانی پس از اتمام طرح برای شرکت‌کنندگان نیز فراهم بود.

پرسشنامه طرحواره Young (فرم کوتاه): نسخه اصلی پرسشنامه طرحواره ها (SQ) توسط یانگ در سال ۱۹۹۱ برای اندازه‌گیری طرحواره های ناسازگار اولیه ساخته شده است. همچنین شکل کوتاه پرسشنامه طرحواره ها (SQ-SF) برای اندازه‌گیری ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه بر اساس فرم اصلی تهیه شده است. در پژوهش حاضر به منظور سنجش طرحواره‌های ناسازگار اولیه از فرم کوتاه (۴۲ سؤال) پرسشنامه طرحواره یانگ استفاده شده است که ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه را در قالب پنج حوزه می‌سنجد که شامل حوزه بریدگی و طرد (طرد و رهاشدگی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص و شرم، بیگانگی و انزوای اجتماعی)، حوزه خودگردانی و عملکرد مختل شده (وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری و ضرر، گرفتار/خودتحوّل نیافته، شکست)، حوزه محدودیت‌های مختل (استحقاق/بزرگ‌منشی، خودکنترلی و خودانضباطی ناکافی)، حوزه دیگر جهت‌مندی (اطاعت، ایثار، تأییدطلبی)، حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (منفی‌گرایی/بدبینی، تنبیه‌گرایی، استانداردهای سفت و سخت/انتقادیجویی، بازداری هیجانی) می‌شوند. نمره‌دهی به هر سؤال بر اساس مثناس لیکرت و در یک طیف شش درجه‌ای است که نمره بالاتر نشان دهنده برخورداری فرد از طرحواره یا حوزه طرحواره ای می‌باشد. برای هر طرحواره ناسازگار اولیه ضریب آلفایی از ۰/۶۳ تا ۰/۹۲ و در مقیاس کلی نیز ۰/۹۴ به دست آمده است (۱۸). در ایران نیز ذوالفقاری و همکاران، فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره Young روی ۷۰ نفر از زوجین اجرا

شده است که ضریب همسانی درونی پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ و برای پنج حوزه آن به این شرح به دست آمد: بریدگی و طرد ۰/۹۱، خودگردانی و عملکرد مختل ۰/۹۰، محدودیت های مختل ۰/۷۳، دیگر جهت مندی ۰/۶۷ و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری ۰/۷۸ (۱۹). در مطالعه حاضر نیز با استفاده از آلفای کرونباخ، ضریب همسانی درونی کل پرسشنامه ۰/۹۰ و برای حوزه بریدگی و طرد ۰/۸۹، خودگردانی و عملکرد مختل ۰/۹۲، محدودیت های مختل ۰/۹۱، دیگر جهت مندی ۰/۸۸ و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری ۰/۸۲ بدست آمده است. برای تحلیل داده ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، با بهره گیری از نرم افزار SPSS-21 استفاده شد.

### جدول شماره ۱- برنامه و محتوای جلسات طرحواره درمانی گروهی

جلسات	محتوای جلسات
اول	ارتباط، آشنایی، همدلی. هدف کلی آشناسازی زوجین شرکت کننده با فرآیند، اهداف و مقررات و فواید برنامه آموزشی طرحواره محور و همچنین انجام پیش آزمون بود.
دوم	آموزش نیازهای مرکزی و ریشه تحولی طرحواره ها: سعی شد تا با پرداختن به نیازهای مرکزی اولیه و ریشه های تحولی طرحواره ها و همچنین نحوه شکل گیری آنها، زوجین را با برنامه آموزشی درگیر نمود. هدف اصلی این جلسه آموزش موارد زیر به زوجین می باشد: شش دسته نیازهای مرکزی، ریشه های اولیه و نحوه شکل گیری طرحواره های ناکارآمد.
سوم	آموزش حوزه ها و انواع طرحواره ها: در این جلسه و جلسه بعدی، آموزش شناخت پنج حوزه طرحواره ای و ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه، که با مشکلات بین فردی انسان به ویژه ناراضیاتی زناشویی در ارتباطند، در دستور کار بودند.
چهارم	آموزش حوزه ها و انواع طرحواره ها و ویژگی های آنها: در این جلسه ابتدا به ادامه آموزش بقیه طرحواره های ناکارآمد اولیه پرداخته شد و سپس ویژگی های طرحواره ها بحث شد.
پنجم	آموزش طرحواره های غیرشرطی و شرطی: در این جلسه به توصیف و توضیح طرحواره های شرطی و طرحواره های غیرشرطی پرداخته شد و بر اساس بررسی نتایجی که از پرسشنامه طرحواره Young به دست آمده، طرحواره های غالب شرطی و غیرشرطی در زوجین شناسایی شدند.
ششم	آموزش نحوه تداوم طرحواره ها: در این جلسه کارکرد طرحواره ها و شیوه عملکرد آنها آموزش داده می شود. سعی می شود تا زوجین با نحوه حفظ و تداوم طرحواره های ناکارآمد آشنا شوند. همچنین سبک های مقابله ای ناکارآمدی که زوجین از طریق آن به طرحواره ها پاسخ می دهند، آموزش داده می شود.
هفتم	آموزش پاسخ های مقابله ای ناکارآمد در جریان ناراضیاتی زناشویی: هدف اصلی این جلسه آموزش یازده پاسخ مقابله ای ناکارآمد به زوجین بود. هنگامی که یکی از طرحواره ها فعال شد، زوجین معمولاً از طریق یک پاسخ مقابله ای، آن سبک را در رفتار به نمایش می گذارند. پاسخ های مقابله ای عبارتند از تمام پاسخ هایی که در گنجینه رفتاری فرد در مقابل تهدید وجود دارند.
هشتم	آشنایی با تصادم طرحواره ای در روابط زناشویی: طرحواره ها در تمامی جنبه های زندگی به ویژه رابطه زناشویی حضور دارند. در این جلسه هدف اصلی برجسته سازی و آموزش نقش طرحواره ها، در رابطه متقابل با همسر و پیامدهای ناشی از تصادم طرحواره ها بود.
نهم	حرکت به سوی تعدیل و کاهش تأثیرات طرحواره های ناکارآمد (۱): سه جلسه پایانی برنامه آموزشی طرحواره محور در صدد آموزش مقابله با طرحواره های ناکارآمد و کاهش تأثیرات طرحواره های ناکارآمد می باشد. ۱- آزمون اعتبار یک طرحواره ناکارآمد، ۲- ارزیابی مزایا و معایب سبک ها و پاسخ های مقابله ای، و ۳- تمایز و تفکیک پاسخ های ناشی از طرحواره.
دهم	حرکت به سوی تعدیل و کاهش تأثیرات طرحواره های ناکارآمد (۲): در جلسه دهم سعی می شود روش های زیر برای کم کردن تأثیرات طرحواره های ناکارآمد آموزش داده شود: ۱- آموزش تهیه و تدوین کارت های آموزشی، ۲- نوشتن نامه و گفتگوی خیالی با والدین، و ۳- ایفای نقش توسط زوجین در موقعیت های زندگی واقعی.
یازدهم	خلاصه مطالب، ارزیابی نهایی و اختتام برنامه آموزشی طرحواره محور: هدف جلسه آخر جمع بندی و آماده سازی زوجین برای اختتام برنامه بود. در این جلسه سه کار عمده انجام می شود. ۱- تأکید و ترغیب زوجین به کاربرد دستاوردهای برنامه آموزشی از طریق تمرین در زندگی واقعی. ۲- شناسایی زوجینی که نیاز به مداخله فردی دارند و برنامه ریزی جلسه مشاوره انفرادی با آنها و ۳- اجرای پس آزمون.

## جدول شماره ۲- برنامه و محتوای جلسات زوج درمانی هیجان محور

جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی و برقراری رابطه درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات همسران از درمان و اجرای پیش آزمون.
دوم	تشخیص چرخه ی تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که همسران، چرخه تعاملی منفی خود را آشکار کنند ارزیابی رابطه و پیوند دلبستگی بین زوجین، آشنایی زوجین با اصول درمان هیجان مدار و نقش هیجانات در تعاملات بین فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف پذیری همسران.
سوم	دستیابی به احساسات شناسایی نشده که زیربنای موقعیت های تعاملی هستند، تمرکز بیشتر بر هیجانات، نیازها و ترس های دلبستگی، تسهیل تعامل همسران با یکدیگر و اعتباربخشی به تجارب و نیازها و تمایلات دلبستگی آنها تمرکز بر هیجانات ثانوی که در چرخه تعاملی آشکار می شوند و کاوشگری در آن ها برای دستیابی به هیجانات زیربنایی و ناشناخته، بحث در مورد هیجانات اولیه، پردازش آنها و بالا بردن آگاهی زوج ها از هیجانات اولیه و شناخت های داغ.
چهارم	از نو قاب گیری مشکل بر حسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تاکید بر توانایی مراجع در بیان هیجانات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به همسر، آگاهی دادن به زوج ها در مورد تأثیر ترس و مکانیزم های دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، توصیف چرخه در بافت و زمینه دلبستگی.
پنجم	ترغیب به شناسایی نیازهای طرد شده و جنبه هایی از خود که انکار شده اند، جلب توجه زوجین به شیوه تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آن ها با احترام و همدلی، بیان نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش تجربه تصحیحی.
ششم	آگاه کردن افراد از هیجانات زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر همسر در رابطه، تاکید بر پذیرش تجربیات همسر و راه های جدید تعامل، ردگیری هیجانات شناخته شده، برجسته سازی و شرح مجدد نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آنها.
هفتم	تسهیل بیان نیازها و خواسته ها و ایجاد درگیری هیجانی، توسعه تجارب هیجانی اولیه در زمینه دلبستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی، ایجاد دلبستگی های جدید با پیوندی ایمن بین همسران.
هشتم	ایجاد موقعیت های تعاملی جدید بین زوجین و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف سازی الگوهای تعاملی، یادآوری نیازهای دلبستگی.
نهم	تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است، برجسته کردن تفاوت هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجاد شده است، شکل گیری رابطه براساس یک پیوند ایمن به گونه ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه حل ها آسیمی به آنها وارد نسازد، ارزیابی تغییرات و اجرای پس آزمون

## یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سن اعضای گروه مداخله طرحواره درمانی (۶/۳) ۳۷، در گروه درمان هیجان مدار (۵/۷) ۳۲ و در گروه گواه (۶/۵) ۳۵ بود.

برای بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها از آزمون کالموگروف- اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک استفاده شده است. به دلیل آن که سطوح معناداری در آزمون های ذکر شده در بالا، بزرگ تر از ۰/۰۵ می باشد، می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات متغیرهای وابسته نرمال است. به منظور بررسی همگنی واریانس های خطای گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس آزمون، از آزمون همگنی واریانس های لون استفاده شد. شاخص آماره آزمون لون برای متغیرهای رضایت از زندگی و طرحواره های سازش نیافته در هر سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنادار نیست. از این رو، می توان نتیجه گرفت، پیش فرض همسانی واریانس های خطا رعایت شده است.

در جدول شماره ۳ شاخص های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش آمده است. در گروه زوج درمانی هیجان محور، میانگین (انحراف معیار) طرحواره های ناسازگار از (۱۶/۹) ۱۴۰/۲ در پیش آزمون به (۸/۶) ۱۰۱/۶ در پس آزمون و (۸/۳) ۹۹/۸ در مرحله پیگیری کاهش یافت ( $P < ۰/۰۰۱$ ). در گروه طرحواره درمانی نیز میانگین (انحراف معیار) طرحواره های ناسازگار از (۱۷/۱) ۱۳۷/۵ در پیش آزمون به (۷/۵) ۹۵ در پس آزمون و (۷/۲) ۹۴/۹ در مرحله پیگیری کاهش یافت ( $P < ۰/۰۰۱$ ). نمرات گروه گواه در سه مرحله آزمون تفاوتی نشان نداد. میانگین (انحراف معیار) مؤلفه های طرحواره های ناسازگار در اعضای گروه گواه در پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری با پیش آزمون نداشتند. اما در گروه طرحواره درمانی،

میانگین (انحراف معیار) مؤلفه بریدگی و طرد از ۷۲/۲ (۶/۴) در پیش آزمون به ۶۱/۴ (۵/۲) در پس آزمون و ۶۰/۶ (۵/۴) در پیگیری، میانگین (انحراف معیار) مؤلفه خودگردانی و عملکرد مختل از ۶۴/۵ (۷/۳) در پیش آزمون به ۵۱/۲ (۶/۱) در پس آزمون و ۵۰/۶ (۶/۳) در پیگیری، میانگین (انحراف معیار) مؤلفه محدودیت های مختل از ۳۱/۳ (۹/۱) در پیش آزمون به ۲۴/۶ (۶/۴) در پس آزمون و ۲۳/۱ (۶/۴) در پیگیری، میانگین (انحراف معیار) مؤلفه دیگر جهت مندی از ۴۶/۳ (۱۰/۲) در پیش آزمون به ۳۹/۲ (۶/۵) در پس آزمون و ۳۸ (۶/۳) در پیگیری و میانگین (انحراف معیار) گوش به زنگی بیش از حد و بازداری نیز از ۶۳/۷ (۶/۵) در پیش آزمون به ۵۲/۱ (۴/۱) در پس آزمون و ۵۰/۷ (۴/۵) در پیگیری کاهش یافت ( $P < 0.001$ ).

### جدول شماره ۳- میانگین و انحراف معیار حوزه‌های طرحواره‌ای به تفکیک گروه و زمان اندازه‌گیری

P	پس آزمون		پیش آزمون		گروه	مؤلفه‌ها
	پیگیری	(انحراف معیار) میانگین	پیگیری	(انحراف معیار) میانگین		
<0/001	۶۰/۶ (۵/۴)	۶۱/۴ (۵/۲)	۷۲/۱ (۶/۴)	۷۲/۱ (۶/۴)	طرحواره‌درمانی	بریدگی و طرد
<0/001	۶۳/۲ (۵/۷)	۶۵/۸ (۵/۳)	۷۳/۲ (۷/۴)	۷۳/۲ (۷/۴)	هیجان‌مدار	
0/46	۷۳ (۵/۵)	۷۳/۲ (۵/۶)	۷۲/۹ (۶/۱)	۷۲/۹ (۶/۱)	گواه	
<0/001	۵۰/۶ (۶/۳)	۵۱/۲ (۶/۱)	۶۴/۵ (۷/۳)	۶۴/۵ (۷/۳)	طرحواره‌درمانی	خودگردانی و عملکرد مختل
<0/001	۵۱/۱ (۵/۷)	۵۱/۵ (۵/۴)	۶۳/۵ (۹/۸)	۶۳/۵ (۹/۸)	هیجان‌مدار	
0/81	۶۶/۵ (۷/۸)	۶۶/۴ (۸/۱)	۶۵/۱ (۸/۳)	۶۵/۱ (۸/۳)	گواه	
<0/001	۲۳/۱ (۶/۴)	۲۴/۵ (۶/۴)	۳۱/۳ (۹/۱)	۳۱/۳ (۹/۱)	طرحواره‌درمانی	محدودیت‌های مختل
<0/001	۲۳/۷ (۶/۷)	۲۴/۱ (۶/۸)	۳۲ (۸/۶)	۳۲ (۸/۶)	هیجان‌مدار	
0/68	۳۴ (۷/۱)	۳۳/۷ (۷/۱)	۳۱/۶ (۸/۵)	۳۱/۶ (۸/۵)	گواه	
<0/001	۳۸ (۶/۳)	۳۹/۲ (۶/۵)	۴۶/۳ (۱۰/۲)	۴۶/۳ (۱۰/۲)	طرحواره‌درمانی	دیگر جهت‌مند
<0/001	۳۹/۵ (۶/۴)	۴۰/۲ (۶/۳)	۴۵/۸ (۱۰/۳)	۴۵/۸ (۱۰/۳)	هیجان‌مدار	
0/73	۴۸/۷ (۷/۶)	۴۸/۴ (۸/۱)	۴۷/۲ (۹/۷)	۴۷/۲ (۹/۷)	گواه	
<0/001	۵۰/۶ (۴/۵)	۵۲/۱ (۴/۱)	۶۳/۸ (۶/۶)	۶۳/۸ (۶/۶)	طرحواره‌درمانی	گوش به زنگی بیش از حد
<0/001	۵۱/۸ (۴/۷)	۵۳/۲ (۴/۷)	۶۲/۲ (۶/۸)	۶۲/۲ (۶/۸)	هیجان‌مدار	
0/70	۶۲/۷ (۵/۴)	۶۲/۱ (۵/۹)	۶۱/۹ (۷/۴)	۶۱/۹ (۷/۴)	گواه	
<0/001	۹۴/۹ (۷/۲)	۹۵ (۷/۵)	۱۳۷/۵ (۱۷/۱)	۱۳۷/۵ (۱۷/۱)	طرحواره‌درمانی	نمره کلی طرحواره های ناسازگار
<0/001	۹۹/۸ (۸/۳)	۱۰۱/۶ (۸/۶)	۱۴۰/۲ (۱۶/۹)	۱۴۰/۲ (۱۶/۹)	هیجان‌مدار	
0/74	۱۳۳/۴ (۲۲/۶)	۱۳۲/۵ (۲۳/۱)	۱۳۲/۷ (۲۳/۳)	۱۳۲/۷ (۲۳/۳)	گواه	

همچنین مشاهده می‌شود که در گروه درمان هیجان‌مدار، میانگین (انحراف معیار) مؤلفه بریدگی و طرد از ۷۳/۲ (۷/۴) در پیش آزمون به ۶۵/۸ (۵/۳) در پس آزمون و ۶۳/۲ (۵/۷) در پیگیری، میانگین (انحراف معیار) مؤلفه خودگردانی و عملکرد مختل از ۶۳/۵ (۹/۸) در پیش آزمون به ۵۱/۲ (۶/۱) در پس آزمون و ۵۰/۶ (۶/۳) در پیگیری، میانگین (انحراف معیار) مؤلفه محدودیت های مختل از ۳۲ (۸/۶) در پیش آزمون به ۲۴/۱ (۶/۸) در پس آزمون و ۲۳/۷ (۶/۷) در پیگیری، میانگین (انحراف معیار) مؤلفه دیگر جهت مندی از ۴۵/۸ (۱۰/۳) در پیش آزمون به ۴۰/۲ (۶/۳) در پس آزمون و ۳۹/۵ (۶/۴) در پیگیری و میانگین (انحراف معیار) گوش به زنگی بیش از حد و بازداری نیز از ۶۲/۱ (۵/۹) در پیش آزمون به ۶۲/۱ (۵/۹) در پس آزمون و ۶۲/۷ (۵/۴) در پیگیری کاهش یافت ( $P < 0.001$ ). در اعضای گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری دارای تفاوت معناداری با پیش‌آزمون می‌باشد.

جدول شماره ۴، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر را برای متغیر رضایت از زندگی با اصلاح درجات آزادی نشان می‌دهد. پیش از اجرای تحلیل واریانس چندگانه، پیشفرض های مربوط به این آزمون مورد بررسی قرار گرفتند که



نتایج بیانگر نرمال بودن داده‌ها در تمامی مؤلفه‌ها، رعایت پیشفرض همگنی واریانس‌ها و همسانی ماتریس‌های کوواریانس گروه‌ها بود.

**جدول شماره ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی**

منابع تغییرات	MS	F	df	P	اندازه اثر	توان آزمون
اثر گروه	۱۱۷۰۴/۱۷	۱۱/۸	۱	۰/۰۰۲	۰/۳۰	۰/۹۱
اثر زمان	۱۰۱۳۷/۲۰	۲۵۲/۴۵	۱/۰۵	<۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱/۰۰
تعامل زمان*گروه	۹۹۶۱/۰۳	۲۴۸/۰۷	۱/۰۵	<۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱/۰۰

با توجه به جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود اثرات اصلی گروه و زمان در سطح ۰/۰۵ معنادار شده است که به معنای وجود تفاوت کلی گروه‌های طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان‌مدار با گروه گواه است. اثر اصلی زمان معنادار است و این بدین معنی است که تغییرات مربوط به مؤلفه‌های طرحواره‌ای، از مرحله پیش‌آزمون تا مرحله پیگیری تغییر کرده است.

**جدول شماره ۵- نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی طرحواره درمانی**

مؤلفه‌ها	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	معناداری	ضریب اثر
بریدگی و طرد	درون	۱۷۳/۸۸۶	۲	۵۷/۹۶۲	۵/۷۲۸	۰/۰۰۲	۰/۶۷
	آزمودنی	۲۴۷/۷۶۹	۶	۸۲/۵۹	۸/۱۶۲	۰/۰۰۰	۰/۷۵
	برون آزمودنی	۷۱۱/۱۸۴	۲	۷۱۱/۱۸۴	۵/۳۱۴	۰/۰۳۶	۰/۶۶
خودگردانی و عملکرد مختل	درون	۳۱۶/۹۷۳	۳	۱۰۵/۶۵۸	۵/۷۱۹	۰/۰۰۲	۰/۶۴
	آزمودنی	۸۸۹/۵۶۱	۳	۲۹۶/۵۲	۱۶/۰۵	۰/۰۰۰	۰/۸۱
	برون آزمودنی	۲۵۱۲/۰۶۱	۱	۲۵۱۲/۰۶۱	۳/۹۲۱	۰/۰۶	۰/۶۲
محدودیت‌های مختل	درون	۳۰۲/۰۶۳	۳	۱۰۰/۶۸۸	۹/۹۳۲	۰/۰۰۰	۰/۸۷
	آزمودنی	۳۵۳/۳۵۷	۳	۱۱۷/۷۸۶	۷/۳۱۷	۰/۰۰۰	۰/۸۹
	برون آزمودنی	۲۴۲/۰۶۶	۱	۲۴۲/۰۶۶	۶/۶۰۵	۰/۰۰۴	۰/۶۷
دیگر جهت‌مندی	درون	۱۰۵/۴۶۳	۳	۳/۱۵۴	۵/۱	۰/۰۰۴	۰/۵۵
	آزمودنی	۱۵۱/۱۶۹	۳	۵۰/۳۹	۷/۳۱	۰/۰۰۰	۰/۸۲
	برون آزمودنی	۱۶۸/۴۷۲	۱	۱۶۸/۴۷۲	۸/۳۱۱	۰/۰۰۰	۰/۷۲
گوش به زنگی	درون	۲۵۴/۸۰۶	۳	۸۴/۹۳۵	۹/۶۰۳	۰/۰۰۰	۰/۷۹
	آزمودنی	۲۲۷/۲۱۸	۳	۷۵/۷۳۹	۸/۵۶۳	۰/۰۰۰	۰/۸۶
	برون آزمودنی	۶۲۰/۵۱۷	۱	۶۲۰/۵۱۷	۱۰/۰۷	۰/۰۰۰	۰/۸۷

جدول شماره ۵ بیانگر نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیر طرحواره‌های ناسازگار با اصلاح درجات آزادی است. از محتوای جدول مشخص است که اثرات اصلی گروه و زمان در سطح ۰/۰۵ معنادار شده است که به معنای وجود تفاوت کلی میانگین گروه‌های آزمایشی با گروه گواه در مؤلفه‌های طرحواره‌ای است. اثر اصلی زمان معنادار است و این بدین معنی است که تغییرات مؤلفه‌های طرحواره‌ای از مرحله پیش‌آزمون تا مرحله پیگیری تغییر کرده است. برای مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان‌محور بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. این به منظور تشخیص دقیق میزان تفاوت نتایج بدست آمده در پس آزمون می‌باشد.

## جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان محور

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	گروه‌های مورد مقایسه
<۰/۰۰۱	۱/۱۶۴	۳۵/۹	کنترل/ طرحواره درمانی
<۰/۰۰۱	۱/۲۱۸	۳۷/۵۵	کنترل / هیجان محور
<۰/۰۵	۱/۷۵۹	۶/۶۵	طرحواره درمانی / هیجان محور

نتایج بررسی ها نشان می دهد که تفاوت بین اثربخشی طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان محور بر طرحواره های ناسازگار، در سطح ۰/۰۵ معنادار شده است ( $P > ۰/۰۵$ ) که به معنای اثربخشی بیشتر طرحواره درمانی در مقایسه با زوج درمانی هیجان محور در کاهش طرحواره های ناسازگار زوجین می باشد.

## بحث

مطالعه نشان داد که در گروه زوج درمانی هیجان محور، میانگین (انحراف معیار) طرحواره های ناسازگار از (۱۶/۹) (۱۴۰/۲) در پیش آزمون به (۸/۶) (۱۰۱/۶) در پس آزمون و (۸/۳) (۹۹/۸) در مرحله پیگیری کاهش یافت. در گروه طرحواره درمانی نیز میانگین (انحراف معیار) طرحواره های ناسازگار از (۱۷/۱) (۱۳۷/۵) در پیش آزمون به (۷/۵) (۹۵) در پس آزمون و (۷/۲) (۹۴/۹) در مرحله پیگیری کاهش یافت. میزان اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش طرحواره های ناسازگار بیشتر از زوج درمانی هیجان مدار بود.

اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش طرحواره های ناسازگار زوجین، همسو با نتایج بدست آمده توسط همتی و همکاران (۱۵) است که دریافتند زوج درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی می توانند به صورت معناداری بر افزایش تاب آوری و توانایی زوجین در حل مشکلات و تعارضات اثربخش باشد. همچنین همسو با این یافته‌ها، مامی و صفرنیا نیز دریافتند که زوج درمانی قادر است بر کاهش میانگین طرحواره های ناسازگار زوجین اثربخشی معناداری داشته باشد (۱۶). از سوی دیگر رفاهی و همکاران نیز در پژوهش خود دریافتند که زوج درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی، موجب می شود عملکرد زوجین در حل مشکلات و بهبود توانمندی آنها در عملکرد مختل شده، ارتقا پیدا کند (۱۷). McRae و همکاران (۲۰) اثربخشی زوج درمانی هیجان محور و Roediger و همکاران (۲۱) طرحواره درمانی را در بهبود عملکرد شناختی و رفتاری زوجین در حل تعارضات مفید یافته اند.

در تبیین این یافته می توان گفت که در رویکرد طرحواره درمانی، هدف نهایی بهبود طرحواره است و از آنجایی که، یک طرحواره مجموعه ای از خاطرات، هیجان ها، احساس های بدنی و شناخت واره هاست، بهبود طرحواره به کاهش تمام این موارد مربوط می شود. به عبارت دیگر طرحواره درمانی با افزایش مهارت بیماران در معنادهی به مشکلات مزمن خود و سازماندهی مجدد آنها در قالب یک روش قابل درک، به افزایش آگاهی زوجین از مشکلاتی که بین خود دارند، کمک می کند. این موجب می شود تا ضمن افزایش احساسات مثبت بین زوجین، در آنها نوعی احساس مسئولیت در قبال نقش خود و طرف مقابل در زندگی ایجاد شود که مبتنی بر احترام متقابل می باشد (۲۲). از طرف دیگر طرحواره درمانی، طرحواره های غیر انطباقی اولیه را از دوران کودکی تا زمان بزرگسالی و حال ردیابی می کند و در این راستا، تأکید خاصی بر روابط بین فردی دارد. با توجه به اینکه یک ازدواج، مبتنی بر توسعه روابط بین فردی می باشد، می توان گفت استفاده از ابزارهای عاطفی مثبت، می تواند بهبود کیفی روابط بین زوجین را به همراه داشته باشد (۱۷). در همین راستا طرحواره درمانی، با اثرگذاری بر قابلیت افراد در بهره گیری از ابزارهای عاطفی مثبت، ضمن بهبود کیفیت رابطه، افراد را توانمند می سازد تا به مشکلات خصیصه ای خود به عنوان یک مشکل خود ناهمخوان نگاه کنند و برای توقف آن ها قدرتمندتر شوند (۲۳). از سوی دیگر طرحواره ها مشخص می کنند هر فرد واقعیت را چگونه تفسیر می کند (۲۴). در راستای تئوری شناختی بک، باورها، پنداشت ها و نگرش های کلی طرحواره بر تفکر، هیجان و رفتار انسان ها تأثیر می گذارد (۲۵). هر فردی



طرحواره های متنوعی دارد که افکارش را درباره همه چیز هدایت و نیز گمانه هایی دارد که تفکرش را درباره خصوصیات جسمانی اش هدایت میکند. این گمانه ها باورهای اصلی فرد را درباره ارتباط و تأثیر ظاهرش بر زندگی شکل می دهند (۲۳). همچنین مشخص شد که زوج درمانی هیجان محور نیز موجب بهبود طرحواره های ناسازگار زوجین شده است. در تبیین این یافته می توان گفت اعتقاد بر این است که افزایش عواطف مثبت باعث بالا رفتن سطح توانمندی زوجین در تصمیم گیری و حل مسئله می شود. همچنین می توان گفت کار بر روی مهارتهای عاطفی می تواند نقشی مهم در افزایش رضایت زناشویی دارد (۲۶) و در ادامه موجب ارتقای مهارت های زوج در بالا بردن کیفیت ارتباط بین فردی و سایر شاخصهای زناشویی می شود (۲۷). بنابراین می توان گفت بعد از درمان EFT، همسران یکدیگر را به گونه ای متفاوت با قبل ادراک می کنند. همسران برای تعریف و توصیف خود و همسرشان از عناصر تازه های استفاده می کنند که شامل واژگان دلبستگی مدار نیز هست و انگاره های آنها درباره همسر و پیرامون خود در رابطه با دیگران اصلاح شده است و قادر میشوند از چشم انداز جدید به رابطه نگاه می کنند (۲۸).

در پایان معناداری تفاوت اثربخشی طرحواره درمانی بر زوج درمانی هیجان مدار را می توان این گونه تفسیر کرد که در طرحواره درمانی، درمانگر در تلاش هست تا با تأثیرگذاری بر الگوهای فکری هشیار زوجین، افکار، اعمال زوجین را در شرایط و موقعیت های زندگی بهبود بخشد. در واقع به کمک این شیوه های درمانی می توان سیستم پردازش اطلاعات زوجین را تحت تأثیر قرار داد و از تأثیر عوامل مخرب همانند کلیشه ها و تضاد های زندگی در بین زوجین جلوگیری کرد. علاوه بر این در هر دو روش زوجین یاد می گیرند که هیجان های خود را کنترل و با تنظیم هیجان و اصلاح طرح واره های ذهنی نسبت به ذهن خود آگاهی پیدا کنند و با ادراک دیگران و بهبود ارتباط با همسر خود از زندگی خود لذت بیشتری ببرند. اما در رویکرد زوج درمانی هیجان محور، تلاش بر این است تا از طریق پیگیری و انعکاس دادن واقعیت های هیجانی درونی و واکنش های بین فردی، ضمن تمرکز بر فرآیندهای درونی که در جلسات رخ می دهند، همزمان ادراکات مراجع از کنش های هیجانی رابطه تأیید شوند و پس از بیان مجدد و بازتعریف کنش های هیجانی، در یک بافت وسیع از قبیل چرخه تعاملی که زن و شوهر باهم ایجاد می کنند به فهم و درک رشد یافته ای از رابطه می انجامد. شاید بتوان اثربخشی بیشتر طرحواره درمانی در مقایسه با زوج درمانی هیجان محور را به این مسأله مرتبط دانست که در زوج درمانی هیجان محور، هیجانها در مرکز توجه درمانگر قرار دارند و در واقع تقدم هیجانها بر حالات و خطاهای شناختی را در این درمان مشاهده می کنیم. اما در طرحواره درمانی بررسی هیجانها، خطاهای شناختی و حتی اصلاح رفتار به صورت همزمان و بدون تقدم را شاهد هستیم. به بیان دیگر در طرحواره درمانی، اعتقاد بر این است که طرحواره های شالوده ای شناختی و هیجانی دارند که بایستی در نهایت منجر به بهبود رفتار فرد در قالب جبران ها و مقابله ها گردد.

از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به محدود بودن نمونه پژوهش اشاره داشت که موجب فقدان قابلیت تعمیم پذیری نتایج می گردد. پیشنهاد می شود با توجه به اینکه، ساختار طرحواره ها متشکل از مؤلفه های شناختی نیز می باشد، و از طرفی پویایی های مرتبط با رضایت جنسی نیز در روابط زوجی از اهمیت بالایی برخوردار است، در مطالعات آینده متغیرهایی مانند سبک های تفکر و مؤلفه های مرتبط با رضایت جنسی نیز مورد بررسی قرار گیرند.

### نتیجه گیری

مطالعه نشان داد هر دو مداخله طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان مدار باعث کاهش طرحواره های ناسازگار زوج ها شدند، اما اثربخشی طرحواره درمانی بیشتر از زوج درمانی هیجان محور بود.

### تشکر و قدردانی

از سازمان بهزیستی شهر مشهد و مرکز مشاوره حسین ابن علی (ع) شهر مشهد که در انجام این طرح همکاری تام و لازم را با تیم پژوهشی داشتند، تشکر و قدردانی می نمایم. این پژوهش دارای کد اخلاق IR.USB.REC.1399.3020 از دانشگاه سیستان و بلوچستان می باشد.

## تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

## REFERENCES

1. Salehpour P, Ghodsi A, Navabinejad Sh. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Decreasing Irrational Beliefs and Emotional Divorce in Married Women Referred to Tehran Counseling Centers. *Mashhad University of Medical Sciences Journal*. 2019. 62. 169–178. [Full text in Persian]
2. Carr, A. *Family therapy: Concepts, process, and practice*. Malden: John Wiley & Sons. 2012
3. Okrodudu, G. Influence of parenting styles on adolescent delinquency in Delta Central Senatorial District. *EDO J Counseling*, 2010.3, 58-86
4. Bakhshipour B, Asadi M, Kiani AR, ShirAlipour A, AhmadDoust H. Relationship between family performance and marital conflicts of couples on the verge of divorce. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 2017; 13 (48): 10-19. [Full text in Persian]
5. Ahmadzadeh L, Vaezi M, Sodagar S, Bahrami hidaji M, Golmohammad Nazhad G R. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy Adopted for Couples Compared with Integrative Couple Therapy on Marital Conflicts of Couples with Breast Cancer. *ijbd*. 2019; 12 (3) :47-59. [Full text in Persian]
6. Iveniuk J, Waite LJ, Laumann E, McClintock MK, Tiedt AD. Marital conflict in older couples: Positivity, personality, and health. *Journal of marriage and family*. 2014 Feb;76(1):130-44.
7. Matud MP, Bethencourt JM, Ibez I. Relevance of gender roles in life satisfaction in adult people. *Personality and Individual Differences*, 2014. 70, 206-211.
8. Hashemian SS, Shayan S, Omidvar A, Modarresgharavi M. Relationship between early maladaptive schemas and sexual satisfaction in working women in Mashhad Ferdowsi University and Shiraz University, Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2015. 17(4), 192-196. [Full text in Persian]
9. Taghi Yarz, Pahlavanzadeh F, Samavi A. The effectiveness of schema therapy on marital frustration of married women. *Women and Family Studies*, 2016; 9 (34): 49-64. [Full text in Persian]
10. Antle, B. F., Frey, S. E., Sar, B. K., Barbee, A. P., & van Zyl, M. A. Training the child welfare workforce in healthy couple relationships: An examination of attitudes and outcomes. *Children and Youth Services Review*, 2010. 32(2), 223-230
11. Hawrilenko M, Gray TD, Córdova JV. The heart of change: Acceptance and intimacy mediate treatment response in a brief couples intervention. *Journal of Family Psychology*. 2016 Feb;30(1):93.
12. Javidi N, Soleimani A, Ahmadi Kh, Samadzadeh M. The Effectiveness of Emotion Management Strategies Training Based on Emotional Couple Therapy Approach to Increasing Couples' Sexual Satisfaction. *Journal of Health Psychology*. 2011. 1 (3), 5-18. [Full text in Persian]
13. Honarparvaran N, Tabrizi M, Navabinejad Sh, Shafiabadi A. The Effectiveness of Emotional Approach Training on Couples' Sexual Satisfaction. *Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2010. 4 (15). 59-70. [Full text in Persian]
14. Khojasteh Mehr R, Shirali Nia Kh, Rajabi Gh, Bashlidesh K. The Effectiveness of Emotional Couple Therapy on Reduction of Depression Symptoms and Emotional Regulation of Turbulent Couples. *Journal of Applied Counseling*. 2012. 3 (1). 1-18. [Full text in Persian]
15. Hemmati M, Modahi MI, Hosseinian S, Khalatbari J. Comparison of the efficacy of schema-based couple therapy and couple-based acceptance and commitment therapy in family resilience. *Journal of Women and Family Studies*. 2018. 6 (2). 145-163. [Full text in Persian]
16. Mami Sh, Safernia A. The Effectiveness of Systemic-Structural Coupling Therapy on Early Maladaptive Schemas and Tendency to Extramarital Relationships in Divorce Applicants. *Journal of Psychological Studies*. 2016. 14 (1). 75-90. [Full text in Persian]
17. Refahi J, Qaderi Z, Bahmani M. The Impact of Schema-Based Couple Therapy Training on Couple Performance Improvement. *Psychological methods and models*. 2011. 2 (2). 29-45. [Full text in Persian]
18. Kriston L, Schäfer J, Jacob GA, Härter M, Hölzel LP. Reliability and validity of the German version of the Young Schema Questionnaire–Short Form 3 (YSQ–S3). *European Journal of Psychological Assessment*. 2013.
19. Zolfaghari M, Fatehizadeh M, Abedi MR. Determining the relationship between early maladaptive schemas and marital intimacy dimensions of Isfahan couples. *Family Studies*. 2008. 4 (15). 247-261. [Full text in Persian]

20. McRae TR, Dalglish TL, Johnson SM, Burgessmoser M, Killian KD. Emotion regulation and key change events in emotionally focused couple therapy. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, 2014. 13(2):1-24.
21. Roediger E, Zarbock G, Frank-Noyon E, Hinrichs J, Arntz A. The effectiveness of imagery work in schema therapy with couples: a clinical experiment comparing the effects of imagery rescripting and cognitive interventions in brief schema couples therapy. *Sexual and Relationship Therapy*. 2018 Dec 20:1-8.
22. Eken E. The role of early maladaptive schemas on romantic relationships: a review study. *PEOPLE: International Journal of Social Sciences*. 2017;16;3(3).
23. Hokmabadi M E, Bigdeli I, Asadi J, Asghari Ebrahim Abad M J. Schema Therapy on Personality Type D, Working and Prospective Memory and Adherence to Treatment in Patients with Coronary Artery Disease. *mejds*. 2019; 9 :96-96 Burgess Moser M, Johnson SM, Dalglish TL, Lafontaine MF, Wiebe SA, Tasca GA. Changes in relationship-specific attachment in emotionally focused couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2016 Apr;42(2):231-45. [Full text in Persian]
24. Panahifar S, Taghizade M, Esfandyari H, Mahdavi A, Salehi S. Effectiveness of schema-focused couple therapy to reduce marital relations conflict applicant for divorce. *Advances in Natural and Applied Sciences*. 2015 Jan 1;9(1):70-5. [Full text in Persian]
25. Van Vlierberghe L, Braet C, Bosmans G, Rosseel Y, Bögels S. Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of young's schema theory in youth. *Cognitive therapy and research*. 2010 Aug 1;34(4):316-32.
26. Wiebe SA, Johnson SM. A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Family Process*. 2016 Sep;55(3):390-407.
27. Thoma NC, Greenberg LS, Thoma NC, McKay D. Integrating emotion-focused therapy into cognitive-behavioural therapy. *Working with emotion in cognitive-behavioral therapy: Techniques for clinical practice*. 2015:239-62.
28. Schade LC, Sandberg JG, Bradford A, Harper JM, Holt-Lunstad J, Miller RB. A Longitudinal View of the Association between Therapist Warmth and Couples' In-Session Process: An Observational Pilot Study of Emotionally Focused Couples Therapy. *Journal of marital and family therapy*. 2015 Jul;41(3):292-307.