

June-July 2021, Volume 16, Issue 2

## The Comparison Effect of Schema Mode Therapy and Emotionally Focused Couple Therapy on Marital Adjustment in Couples with Marital Conflict Referred to Counseling Centers

Najmeh Cheraghi Seyf Abad<sup>1</sup>, Parvin Ehtesham Zadeh<sup>2\*</sup>, Parviz Asgari<sup>2</sup>,  
Reza Johari Fard<sup>3</sup>

1- Ph.D Student in Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

**Corresponding Author:** Parvin Ehtesham Zadeh, Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

**Email:** P\_ehtesham85@yahoo.com

Received: 8 Aug 2020

Accepted: 9 Sep 2020

### Abstract

**Introduction:** Conflict in marital relationships is a common problem and extensive therapeutic interventions have been suggested to reduce them and increase marital adjustment. The purpose of this study was to the comparison of the effectiveness of schema mode therapy and emotionally focused couple therapy on marital adjustment in couples with marital conflict.

**Methods:** This experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group. The statistical population of this study included all couples with marital conflict who refer to Ahvaz counseling centers in year 2019, using a purposive sampling method, 45 couple were selected and randomly assigned to two experimental groups and one control group (each group of 15 couples). To collect data marital adjustment of Spanir (1986) questionnaire were used. The experimental groups underwent individual schema mode therapy training (12 sessions 120 minutes) and emotionally focused couple therapy training (14 sessions 90 minutes), but the control group received no training. Data were analyzed by analysis of Covariance Analysis in SPSS-19 software.

**Results:** The changes in the intervention groups compared to the control group in assessment steps was significantly different ( $P \leq 0.05$ ) in marital adjustment ( $F = 6.011$ ,  $P = 0.001$ ) and about 22% of the observed differences in the marital adjustment variable are due to group membership (interventions). Benfroni subordinate test was used to compare these changes over time. Changes between pretest with posttest, pretest with follow-up and posttest with follow-up were significant only in the intervention groups ( $P \leq 0.05$ ). Also, Benfroni subordinate test for pairwise comparison of groups showed that there is no significant difference between the experimental groups ( $p > 0.05$ ); But there is a significant difference between each of the experimental groups with the control group ( $P \leq 0.05$ ).

**Results:** The results showed that both schema mode therapy and emotionally focused couple therapy were effective to increasing marital adjustment in couples with marital conflict ( $p < 0.05$ ) and the results showed that there was significant difference in favor of emotionally focused couple therapy between the effectiveness of schema mode therapy and emotionally focused couple therapy on increasing marital adjustment in couples with marital conflict ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** The results indicate that both schema mode therapy and emotionally focused couple therapy were effective in increasing marital adjustment in couples with marital conflict. Therefore, it is recommended that therapists and family counselors use these therapies along with other therapeutic interventions to increase marital adjustment and reduce marital conflict.

**Keywords:** Schema mode therapy training, Emotionally focused couple therapy training, Marital adjustment & marital conflict

## مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر سازگاری زناشویی در زوجین دارای تعارض زناشویی

نجمه چراغی سیف آباد<sup>۱</sup>، پروین احتشام زاده<sup>۲\*</sup>، پرویز عسگری<sup>۳</sup>، رضا جوهری فرد<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

نویسنده مسئول: پروین احتشام زاده، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

ایمیل: P\_ehtesham85@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۵/۱۷

### چکیده

**مقدمه:** وجود تعارض در روابط زوجی یک مسئله رایج می باشد و مداخلات درمانی گسترده ای برای کاهش آن‌ها و افزایش سازگاری زناشویی پیشنهاد شده است. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار و زوج درمانی هیجان‌مدار بر سازگاری زناشویی در زوجین دارای تعارض زناشویی بود.

**روش کار:** روش پژوهش حاضر آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زوجین دارای تعارض زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره اهواز در سال ۱۳۹۸ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ زوج انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ زوج) قرار گرفتند. به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر (۱۹۸۶) استفاده شد. گروه‌های آزمایشی تحت طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار (۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای) و زوج درمانی هیجان‌مدار (۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS-19 تحلیل شدند. **یافته‌ها:** روند تغییرات در گروه‌های مداخله نسبت به گروه کنترل در مراحل سنجش در متغیرهای سازگاری زناشویی ( $F=6/011, P=0/001$ ) به طور معنادار متفاوت بوده است ( $P \leq 0/05$ ) و حدود ۲۲٪ درصد از تفاوت‌های مشاهده در متغیر سازگاری زناشویی ناشی از عضویت گروهی (مداخله‌ها) می باشد. جهت مقایسه این تغییرات در روند زمان از آزمون تبعی بن فرونی استفاده شد. تغییرات بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری و پس‌آزمون با پیگیری فقط در گروه‌های مداخله معنی دار بود ( $P \leq 0/05$ ). همچنین آزمون تبعی بن فرونی جهت مقایسه زوجی گروه‌ها، گویای این است که بین گروه‌های آزمایش با یکدیگر تفاوت معنی داری وجود ندارد ( $P > 0/05$ )؛ اما بین هر یک از گروه‌های آزمایش با گروه کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد ( $P \leq 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج حاکی از تاثیر طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار و زوج درمانی هیجان‌مدار بر افزایش سازگاری زناشویی در زوجین دارای تعارض زناشویی اثربخش بود. بنابراین، توصیه می‌گردد که درمانگران و مشاوران خانواده برای افزایش سازگاری زناشویی و کاهش تعارض زناشویی در کنار سایر مداخلات درمانی از این درمان‌ها استفاده کنند. **کلیدواژه‌ها:** طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار، زوج درمانی هیجان‌مدار، سازگاری زناشویی و تعارض زناشویی.

## مقدمه

خانواده و جامعه سالم، در گرو روابط زناشویی رضایت‌بخش است. پدید آمدن اختلاف و تعارض بین زن و شوهر امری غیرطبیعی نیست. به دلیل ماهیت کنش‌وری همسران در فضای زندگی مشترک، گاه پیش می‌آید که اختلاف دیدگاه بین زوجین روی دهد و یا اینکه نیازهای آنها برآورده نشود. نتیجه چنین تعاملات منفی، ناخشنودی، ناامیدی و احساس خشم همسران نسبت به یکدیگر گزارش شده است (۱). تعارضات زناشویی (marital conflicts) به اشکال متفاوتی مانند کتک زدن همسر، سوء رفتار از همسر، سوء رفتار جنسی، عدم مسئولیت‌پذیری زوجین، روابط نامشروع، تجاوزات جنسی، مجادلات زیرکانه بین زن و شوهر و رفتارهای سوء دیگر نمایش داده می‌شود (۲). به طوری که، تعارضات مابین زوجین نه تنها نظام خانواده را متزلزل می‌کند، بلکه رشد عاطفی، اجتماعی و سازگاری بعدی زوجین را نیز با مشکل مواجهه خواهد نمود. از این‌رو، روابط زناشویی را می‌توان از عمیق‌ترین لذت‌های بشر و همچنین یکی از بزرگ‌ترین سرچشمه‌های رنج در زوجین به شمار آورد (۳).

عوامل مختلفی بر میزان تعارضات زناشویی زوجین اثرگذارند که به نظر می‌رسد یکی از این عوامل سازگاری زناشویی (marital adjustment) است. بحث ازدواج و سازگاری زناشویی همواره به عنوان یکی از مهم‌ترین ارتباطات در طول زندگی زوجین مطرح بوده است (۴). رضایت داشتن از ارتباطات میان زوجین و کیفیت مطلوب این ارتباطات، دارای پیامدهای متعددی است که بر روی روابط زوجین، فرزندان و دیگر اعضای خانواده و همین‌طور بر روی زندگی کاری و به طور کلی بر روی کل جامعه تأثیر خواهد داشت (۵). با افزایش اختلافات زناشویی و طلاق و اثر منفی آن بر سلامت روانی زوجین و فرزندان و جامعه، پژوهشگران را برآن داشته که به دنبال راهکارهایی باشند تا موجب تحکیم روابط زناشویی و نهاد خانواده شوند (۶). سازگاری به معنای توانایی برقراری ارتباط با دیگران با حفظ فردیت در شخص می‌باشد. در واقع فرد به درجه‌ای از رشد فردی-اجتماعی می‌رسد که می‌تواند با دیگران رابطه صمیمانه و دوستانه‌ای برقرار کند (۷). سازگاری زناشویی عبارت است از میزان نزدیکی به همسر، فعالیت‌های لذت‌بخش مشترک، روابط جنسی رضایت‌بخش و نزدیک، اشتراک ارزش‌ها و افکار بدون اجبار. زوجینی که از صمیمیت زناشویی بالایی برخوردار باشند، در روابطشان نیازهای خود را به گونه مؤثری

با همسر خود ابراز کرده و به راحتی با عواطف و نظرات طرف مقابل خود، کنار می‌آیند (۸). از این‌رو، سازگاری زناشویی یکی از متغیرهای مورد علاقه و حیاتی در حوزه مشاوره خانواده در بین پژوهشگران و کارشناسان در سال‌های اخیر بوده است (۹).

از آنجایی که عوامل متعددی بر روابط زوجین و کیفیت تعامل آنها موثر است، لزوم استفاده از تکنیک‌ها و آموزش‌هایی در جهت بهبود تعامل و سازگاری زناشویی در زوجین دارای تعارض زناشویی، ضروری به نظر می‌رسد. یکی از تکنیک‌های مهم در این رابطه، طرحواره درمانی ذهنیت مدار (schema mode therapy) است. طرحواره درمانی، تحولی بنیادین در شناخت درمانی است که توسط Young (۱۹۹۰) و با الهام از رویکرد شناخت درمانی بر اساس نظریهٔ دلبستگی به وجود آمد. به طور کلی، طرحواره‌ها از جمله متغیرهای زیربنایی هستند که از توان تبیینی بالایی برخوردارند، چرا که بسیاری از پردازش‌های شناختی، راهبردهای مقابله و سبک زندگی افراد تحت تأثیر این سازه زیربنایی قرار دارد (۱۰). طرحواره‌ها، الگو و طرح کلی برجسته از تجربهٔ شناختی-هیجانی یک واقعه است که تاریخ تجربه تشکیل آن می‌تواند حتی به پیش از شکل‌گیری زبان نوزادان بازگردد (۱۱). بنابراین، طرحواره‌ها نقش مهمی در تداوم و تشدید مشکلات روان‌شناختی مزمن خواهند داشت و تغییر دادن یا تعدیل طرحواره‌های ناسازگار در فرایند روان‌درمانی می‌تواند به بهبود وضعیت زندگی افراد کمک شایانی نماید (۱۲). برخی از این طرحواره‌ها، به ویژه آن دسته از طرحواره‌ها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار اولیه شکل می‌گیرند ممکن است هستهٔ اصلی اختلالات بعدی را در افراد شکل دهند (۱۳).

طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه همیشه خود را در جریان یک رابطه نشان می‌دهند و باعث تأثیر در کنش‌ورزی رابطه می‌شوند. نظر به اهمیت محیط خانواده به عنوان خاستگاه طرحواره‌های ناسازگارانه می‌توان انتظار داشت روابط زناشویی فضایی برای بازنمایی این طرحواره‌ها باشد. انتخاب شریک زندگی ناسازگار، معمول‌ترین سازوکاری است که از طریق آن تداوم طرحواره‌ها میسر می‌شود (۱۴). اما امروزه با افزایش تعارضات زناشویی، ادامه ارتباط و سالم‌سازی رابطه، با مدل طرحواره به سادگی امکان‌پذیر نیست و مفهوم سازی خاص خود را می‌طلبد. در این راستا، Young و همکاران، نوع خاصی از طرحواره درمانی را ابداع

کمک شایانی داشت. لذا بر اساس آنچه گفته شد، پژوهش حاضر در پی بررسی مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی ذهنیت مدار و زوج درمانی هیجان مدار بر سازگاری زناشویی در زوجین دارای تعارض زناشویی است.

### روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی و طرح آن از نوع پیش آزمون- پس آزمون پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری مورد مطالعه پژوهش حاضر کلیه زوج‌های مراجعه کننده به مراکز روان‌شناختی و مشاوره شهر اهواز در سال ۱۳۹۸ بودند؛ جامعه آماری در شروع پژوهش ۱۱۲ زوج گزارش شد. تعداد نمونه با استفاده از نرم افزار GPower ۳٫۱ محاسبه شد. با استناد به مطالعه قبلی (۳۰) با وجود یک اندازه اثر بزرگ ( $f=0/4$ )، حداقل تعداد نمونه لازم برای دستیابی به توان ۰/۴، تعداد نمونه را ۴۵ زوج برآورد شد که به روش هدفمند انتخاب شدند. به این ترتیب که ملاک‌های ورود شامل، نمره پایین تر از میانگین در پرسشنامه سازگاری زناشویی، عدم حضور همزمان زوجین در جلسات درمانی، گذشتن حداقل دو و حداکثر ده سال از زندگی مشترک، عدم وجود فاصله فیزیکی و تصمیم به جدایی، عدم ابتلای هر یک از زوجین به بیماری شدید و اختلالات روان‌شناختی بود. ملاک‌های خروج شامل ازدواج مجدد، عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش و اعتیاد در نظر گرفته شد.

پس از اجرای پرسشنامه سازگاری زناشویی روی افرادی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، ۴۵ زوج انتخاب شده و در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی در جلسات درمانی شرکت کردند، اما گروه کنترل تحت هیچ گونه درمانی قرار نگرفتند. در پایان جلسات درمانی و ۴۵ روز پس از انجام پس آزمون، آزمودنی‌ها پرسشنامه‌ها را در مرحله پیگیری تکمیل کردند. مداخلات توسط یک مشاور خانواده زوج درمانگر انجام شد.

پرسشنامه سازگاری زناشویی (Marital Adjustment Questionnaire): پرسشنامه سازگاری زناشویی توسط Spinner (۱۹۸۶) ساخته شده است. این پرسشنامه یک ابزار ۳۲ سؤالی برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی می‌باشد و شامل ابعاد رضایت زناشویی (۱۰ ماده)، همبستگی دو نفری (۵ ماده)، توافق دو نفری (۱۳ ماده) و ابزار محبت (۴ ماده)

کردند که اساس آن بر ذهنیت طرحواره‌ای می‌باشد (۱۳). Jacobs و همکاران ذهنیت‌های طرحواره‌ای را پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و یا رفتارهای سالمی تعریف میکنند که در حال حاضر در ذهن فعال می‌باشند (۱۵). تکنیک‌های متمرکز بر ذهنیت، بخش مکمل طرحواره درمانی هستند. ذهنیت، مجموعه‌ای از طرحواره‌ها یا عملیات طرحواره‌ای سازگار یا ناسازگار است که در حال حاضر در ذهن وجود دارد (۱۶). پژوهش‌های مختلف به اثربخشی این روش درمانی بر افزایش سازگاری زناشویی و صمیمیت زناشویی (۱۷)، بهبود کمبود میل جنسی زنان (۱۸)، ارتقاء عملکرد ازدواج و بهزیستی روان‌شناختی زنان دارای تعارضات زناشویی (۱۹)، افزایش صمیمیت زناشویی (۲۰)، افزایش رضایت زناشویی (۲۱) اشاره داشته‌اند.

رویکرد مهم دیگری که در جهت بهبود سازگاری زناشویی در زوجین دارای تعارض زناشویی، اهمیت دارد، زوج‌درمانی هیجان‌مدار (Emotionally focused therapy) است. این رویکرد توسط پیشگامان عصر حاضر در حوزه زوج‌درمانی با نام Johnson و Greenman معرفی شده است. در این درمان، تجارب هیجانی افراد شناسایی می‌شود و با پردازش و سازماندهی مجدد، الگوهای تعاملی که موجب درماندگی زوجها در روابط زناشویی می‌شوند، حذف و بهبود می‌یابد (۲۲). در این رویکرد درمانی، با ایجاد تعاملات سازنده میان زوجین و شناسایی الگوهای دلبستگی ایمن سبب افزایش سازگاری، صمیمیت و رضایت‌مندی در آنها می‌شود و تمرکز خود را بر تغییر رفتارهای دلبستگی به عنوان ابزاری برای بهبود روابط آشفته قرار می‌دهد (۲۳). این درمان شامل چند مفهوم اصلی شامل همدلی، هیجانات و صدمات مربوط به دلبستگی، حفظ و بازسازی روابط عاشقانه است (۲۴) و هدف نهایی زوج‌درمانی هیجان‌مدار، کمک به زوجها در دستیابی به هیجان‌های نهفته و تسهیل تعاملات مثبت می‌باشد تا در دسترس بودن و اعتماد میان آنها را افزایش دهد (۲۵). پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی این درمان بر افزایش رضایت جنسی، رضایت، صمیمیت و سازگاری زناشویی و حل تعارضات و مشکلات زناشویی می‌باشد (۲۶-۲۵).

به این ترتیب، با توجه به اثرات نامطلوب تعارضات زناشویی و اثر آن بر سازگاری زناشویی و پیامدهای ناشی از آن، با تشخیص به موقع و با مداخلات مناسب توسط درمانگران می‌توان به بهبود شرایط نامطلوب ناشی از آن و بهبود سازگاری زناشویی در زوجین دارای تعارضات زناشویی

می‌باشد. طیف نمره گذاری سؤالات در این مقیاس مختلف است و همچنین نمره کل مجموع تمام سؤالات بین ۰ تا ۱۵۸ است. نمرات بالاتر نشان دهنده سازگاری بهتر است. Spinner (۱۹۸۶) برای محاسبه روایی از مقیاس سازگاری زن و شوهری با استفاده از یک گروه نمونه که مرکب از اشخاص متأهل (۲۱۸ نفر) و اشخاص مطلقه (۹۴ نفر) انجام داد و روایی همگرای آن را ۰/۷۵ گزارش کرد. وی پایایی این ابزار را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ برآورد کرده است (۳۱). Rusbult و همکاران روایی این ابزار را به روش همگرا با پرسشنامه سطح رضایت در ۲۵۰ زوج، ۰/۶۹ و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش کردند (۳۲). این پرسشنامه توسط حسین نژاد در سال ۱۳۷۴ در ایران ترجمه و شاخص روایی محتوایی آن ۰/۷۵ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۷۱ گزار شد (۳۳). همچنین موسوی و همکاران روایی همزمان را ۰/۸۰ برآورد کردند و پایایی بازآزمایی این ابزار با اجرا در فاصله ۳۷ روزه روی ۹۲ نفر را ۰/۷۰ گزارش کردند (۳۰). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر، ۰/۸۶ به دست آمد.

جلسات روش طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار: محتوای جلسات مبتنی بر روش زوج درمانی هیجان‌مدار توسط Johnson و Greenman (۲۰۰۶) (۳۵) در ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شرح زیر ارائه شد. هدف جلسات اول تا سوم: برقراری ارتباط و ایجاد رابطه حسنه و انعقاد قرارداد درمانی اتحاد درمانی با زوجین، بیان قواعد، اهداف و تعداد جلسات درمانی، اجرای پیش‌آزمون در جلسه اول؛ هدف جلسه چهارم: فراخوانی و کشف کردن، سعی در ارتقای بازخوانی مجدد، تجارب زوجین به شکل آگاهانه، تشویق زوجین به بیان هیجانات که پیشین سرکوب شده است. سنجش و بازخورد؛ هدف جلسه پنجم تا هفتم: ترسیم موضوعات تعارض برانگیز و ناراحت کننده بین همسران و تمرکز به رفع آن‌ها گوش دادن و کشف روایت‌های زوجین از مشکلات موجود، گردآوری اطلاعات در مورد تاریخچه الگوی دلبستگی اولیه و ارتباط فعلی میان آن‌ها؛ هدف جلسه هشتم تا نهم: افزایش دانش در مورد احساسات زیربنایی، موقعی‌تهای تمایلی و شناسایی چرخه‌های تعاملی منفی، شناسایی جنبه‌های دردناک تجارب زوج‌ها، مشاهده سبک پردازش موضوعات هیجانی، شناسایی موضوعات درون فردی و بین فردی؛ هدف جلسه دهم و یازدهم: افزایش پذیرش هر یک از همسران نسبت به ادراک تجربه همسر خود؛ هدف جلسه دوازدهم و سیزدهم: تسهیل میان‌خواسته‌ها و نیازها برای ساختاردهی مجدد، تعامل برای ادراکات جدید و ایجاد راه حل‌های جدید ضروری؛ هدف جلسه چهاردهم: جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک زوجین، اجرای پس‌آزمون. برای رعایت اصول اخلاقی، بعد از اتمام جلسات آموزشی بر روی گروه‌های آزمایشی و کنترل، جلسات درمانی مناسب بر روی گروه کنترل نیز اجرا گردید. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان اخذ و برای اجرا و انتشار نتایج پژوهش با تاکید بر اصل محرمانگی توضیحات کاملی ارائه شد. به منظور آزمون فرضیه‌های

جلسات روش طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار: محتوای جلسات مبتنی بر روش طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار طبق پروتکل تهیه شده توسط Young و همکاران در سال ۲۰۰۳؛ ترجمه شده توسط حمیدپور و اندوز در سال ۱۳۹۱ (۳۴) در قالب یک برنامه گروهی ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به طور هفتگی به شرح زیر اجرا شد. هدف جلسه اول: آشنا شدن اعضا با قوانین و مقررات گروه اجرا شد؛ هدف جلسه دوم: آشنا کردن مراجعان با مدل‌های نظری موجود در زمینه جنبه‌های روان‌شناختی سازگاری زناشویی؛ هدف جلسه سوم: آشنا کردن اعضا با مدل مفهومی طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار؛ هدف جلسه چهارم: آشنا کردن اعضا با ذهنیت طرحواره ای و پاسخ‌مقابله خود در مواجهه با موقعیت‌های زناشویی و سایر موقعیت‌های زندگی شخصی و تأثیر آن بر کیفیت زندگی؛ هدف جلسه پنجم: آشنا کردن افراد با طرحواره‌های خودشان، آشنا کردن افراد با مفهوم قواعد زندگی؛ هدف جلسه ششم: آشنا کردن اعضا با فرایند طرحواره ستیزی؛ هدف جلسه هفتم: آشنا کردن راهبردهای شناختی طرحواره درمانی با تاکید بر نقش هیجان‌های اولیه؛ هدف جلسه هشتم: آشنا کردن راهبردهای شناختی طرحواره درمانی با تاکید بر نقش هیجان‌ها در روابط زناشویی؛ هدف جلسه نهم: آشنا کردن شرکت کنندگان با راهبردهای هیجانی

### یافته ها

در این پژوهش ۴۵ زوج در سه گروه ۱۵ نفری مشارکت داشتند، مشخصات جمعیت شناختی آن‌ها در ادامه ارائه شده است.

پژوهش، از روش تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. تحلیل های این پژوهش در نرم افزار اس پی اس نسخه ۱۹ انجام شد. شایان ذکر است که سطح معناداری  $P < 0/05$  در نظر گرفته شد.

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان به تفکیک گروه ها

گروه ها	میانگین سن		تعداد فرزندان	میانگین طول دوران ازدواج	وضعیت تحصیلات		
	مردان	زنان			سیکل تا دیپلم	کاردانی تا کارشناسی	کارشناسی ارشد
طرحواره درماني ذهنيت مدار	۴۰/۲±۵۱/۱۲	۳۴/۳±۴۳/۶۲	۱/۱±۱۱/۲۵	۳/۳±۶۹/۳۰	۵	۷	۳
زوج درماني هيچان مدار	۳۹/۳±۴۴/۷۸	۳۵/۴±۳۰/۰۲	۰/۱±۸۹/۰۱	۳/۳±۷۱/۲۱	۴	۸	۳
گروه کنترل	۴۱/۴±۴۹/۲۰	۳۳/۳±۴۲/۳۱	۱/۱±۳۱/۷۸	۳/۳±۲۸/۷۸	۵	۹	۱
مقایسه تحلیلی	$P=0/284$	$P=0/380$	$P=0/812$	$P=0/928$			$P=0/984$

نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش فرض همسانی ماتریس های کوواریانس نشان داد که متغیر سازگاری زناشویی ( $Box's M=19/785, P=0/125$ ) در شرکت کنندگان معنادار نیست، بر این اساس این پیش فرض برقرار است ( $P > 0/05$ ). نتایج آزمون لون نشان داد که همگونی واریانس ها در متغیر سازگاری زناشویی در مراحل پیش آزمون ( $F=0/170, P=0/844$ )، پس آزمون ( $F=0/743, P=0/786$ ) و پیگیری ( $F=0/188, P=0/830$ )، برقرار است ( $P < 0/05$ ). نتایج آزمون کرویت ماچلی نشان داد که مقدار P آزمون در متغیر سازگاری زناشویی ( $W=0/933$ ) ماچلی،  $2/863$  تخمین خی دو،  $2$  درجه آزادی، ( $P=0/239$ ) معنادار نیست ( $P > 0/05$ ).

نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه در (جدول ۳) نشان می دهد که بین گروه های آزمایش و کنترل در متغیرهای میانگین سن زنان ( $F=0/380, P=0/990$ )، مردان ( $F=0/928, P=0/284$ )، میانگین طول دوران ازدواج ( $F=0/928, P=0/284$ ) و تعداد فرزندان ( $F=0/210, P=0/812$ ) تفاوت جود ندارد. همچنین نتایج آزمون دقیق فیشر نشان داد که بین گروه ها و وضعیت تحصیلات ( $P=0/984$ ) تفاوت معنی داری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ).

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی پیش فرض طبیعی بودن توزیع داده ها نشان داد که مقدار آماره آزمون شاپیرو-ویلک در گروه ها در متغیر سازگاری زناشویی معنادار نیست، به عبارت دیگر، داده ها دارای توزیع نرمال است ( $P > 0/05$ ).

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر برای متغیر سازگاری زناشویی در مراحل سنجش

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	P	اندازه اثر
	زمان	۲۹۴۰/۷۸۱	۲	۱۴۷۰/۳۹۱	۳۱/۶۶۶	$< 0/001$	۰/۴۳۰
سازگاری زناشویی	زمان*گروه	۱۳۷۶/۰۶۳	۴	۳۴۴/۰۱۶	۷/۴۰۹	$< 0/001$	۰/۲۶۱
	خطا	۳۹۰۰/۴۸۹	۸۴	۴۶/۴۳۴			
	بینگروهی	۱۶۱۱/۲۷۰	۲	۸۰۵/۶۳۵	۶/۰۱۱	$< 0/001$	۰/۲۲۳

بوده است. اندازه اثر مداخله در متغیر سازگاری زناشویی در طول زمان ۴۳٪ و در اثر متقابل زمان و گروه ۲۶٪ برآورد شد. معناداری اثر متقابل زمان و گروه نشان می دهد، تغییرات متغیر سازگاری زناشویی در سه گروه روند متفاوتی را دنبال می کنند. به عبارتی، یافته های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیر مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر در (جدول ۲) ارائه شده است. نتایج نشان داد که بین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر سازگاری زناشویی ( $F=31/666, P=0/001$ ) بدون توجه به عامل گروهی تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین روند تغییرات نمرات در این متغیر از مرحله پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری (اثر متقابل زمان و گروه) در گروه ها متفاوت

زناشویی ( $F=6/11$ ,  $P=0/001$ ) وجود دارد ( $P \leq 0/05$ ). همانطور که مشاهده می شود ۲۲٪ از تفاوت های مشاهده در در متغیر سازگاری زناشویی ناشی از عضویت گروهی (مداخله ها) است.

مربوط به متغیرها طی مراحل ارزیابی در سه گروه مورد مطالعه یکسان نبوده است. همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر در قسمت تغییرات بین گروهی در (جدول ۲) ارائه شده است. نتایج حاکی از آن است که تفاوت معناداری بین سه گروه در متغیر سازگاری

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات سازگاری زناشویی در گروه های مداخله و گروه کنترل طی مراحل سنجش و مقایسه آن ها

آزمون تبعی بونفرونی مقایسه مراحل سنجش			مراحل آزمون			گروهها
پس آزمون تا پیگیری $*P < 0/05$	پیش آزمون تا پیگیری $*P < 0/05$	پیش آزمون تا پس آزمون $*P < 0/05$	پیگیری میانگین $\pm$ انحراف معیار	پس آزمون میانگین $\pm$ انحراف معیار	پیش آزمون میانگین $\pm$ انحراف معیار	
( $P=0/125$ ) ۴/۹۳۳	( $P=0/001$ ) *۱۲/۶۶۷	( $P=0/001$ ) *۱۷/۶۰۰	۶۸/۷۳ $\pm$ ۸/۱۳	۷۳/۶۶ $\pm$ ۹/۲۵	۵۶/۰۶ $\pm$ ۸/۸۳	طرحواره درمانی ذهنیت مدار
( $P=0/045$ ) *۵/۹۶۷	*۹/۵۶۷ ( $P=0/005$ )	( $P=0/001$ ) *۱۵/۵۳۳	۶۵/۲۳ $\pm$ ۷/۹۷	۷۱/۲۰ $\pm$ ۹/۶۸	۵۵/۶۶ $\pm$ ۸/۷۱	زوج درمانی هیجان مدار
( $P=1/000$ ) ۰/۱۰۰	۰/۴۰۰ ( $P=1/000$ )	۰/۵۰۰ ( $P=1/000$ )	۵۸/۱۰ $\pm$ ۷/۲۸	۵۸/۲۰ $\pm$ ۹/۶۵	۵۷/۷۰ $\pm$ ۸/۴۲	کنترل

جدول ۴: نتایج آزمون تبعی بون فرونی برای مقایسه تفاوت میانگین های سازگاری زناشویی گروه های طرحواره درمانی ذهنیت مدار"، "زوج درمانی هیجان مدار" و کنترل در مرحله پیگیری

گروه های مورد مقایسه	تفاوت میانگین ها	خطای معیار	سطح معنی داری
طرحواره درمانی ذهنیت مدار- گروه کنترل	۸/۱۵	۲/۴۴	۰/۰۰۵
زوج درمانی هیجان مدار- گروه کنترل	۶/۰۳	۲/۴۴	۰/۰۵۳
طرحواره درمانی ذهنیت مدار-زوج درمانی هیجان مدار	۱/۱۲	۲/۴۴	۱/۰۰۰

زوجین دارای تعارض زناشویی اثربخش است. به عبارتی دیگر، طرحواره درمانی ذهنیت مدار باعث بهبود سازگاری زناشویی گروه آزمایشی در برابر گروه کنترل شد. همچنین، نتایج حاکی از این بود که بین گروه طرحواره درمانی ذهنیت مدار و گروه زوج درمانی هیجان مدار در سازگاری زناشویی تفاوت معنی داری وجود ندارد. در زمینه تاثیر طرحواره درمانی بر سازگاری زناشویی مطالعه حاضر با مطالعات شهبایی و ثناگویی مهرر و همکاران (۱۷)، افضلی گروه و همکاران (۱۸)، اصغری و همکاران (۲۰) و نیک آمال و همکاران (۲۱) همسو است.

در تبیین می توان اشاره نمود که طرحواره های ناسازگار اولیه قدیمی ترین مولفه های شناختی، باورها و احساسات غیرشرطی هر فرد راجع به خود است، این طرحواره ها از تعاملات کودک با تجارب ناکارآمد با والدین در سال های اولیه زندگی بوجود آمده و در درازمدت در زندگی فرد جریان دارد. طرحواره ها به دلیل ارضاء نشدن نیازهای هیجانی کودکی شکل می گیرند، با این نگرش درمانگر سعی می کند به

همان طور که در (جدول ۴) مشاهده می گردد، تفاوت بین میانگین گروه طرحواره درمانی ذهنیت مدار و گروه کنترل در متغیر سازگاری زناشویی برابر ۸/۱۵ است که معنادار می باشد ( $P \leq 0/05$ ). همچنین، تفاوت بین میانگین گروه زوج درمانی هیجان مدار و گروه کنترل در سازگاری زناشویی برابر ۶/۰۳ می باشد که معنادار است ( $P \leq 0/05$ ). اما تفاوت بین طرحواره درمانی ذهنیت مدار و زوج درمانی هیجان مدار برابر با ۱/۱۲ است که معنی دار نیست؛ به عبارت دیگر بین گروه های آزمایش تفاوت معنی داری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ).

### بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی ذهنیت مدار و زوج درمانی هیجان مدار بر سازگاری زناشویی در زوجین دارای تعارض زناشویی بود. یافته ها نشان داد که هر دو درمان طرحواره درمانی ذهنیت مدار و زوج درمانی هیجان مدار بر افزایش سازگاری زناشویی در

## نجمه چراغی سیف آباد و همکاران

بر مشارکت هیجانانگیز در الگوهای دائمی ناسازگاری زوجین آشفته و دارای تعارض است. تلاش در این شیوه درمانی بر آشکار ساختن هیجانانگیز آسیب پذیر و آسان نمودن توانایی زوجین در ایجاد این هیجانانگیز به شیوه ایمن و محبت آمیز می باشد. اعتقاد بر این است که پردازش هیجانانگیز در بافتی ایمن الگوی تعاملی سالم تر و جدیدتر ایجاد می کنند که سبب آرام شدن سطح آشفته و افزایش دوست داشتن و در نهایت، افزایش سازگاری و رضایت زناشویی می شود. تمایلات رفتاری و هیجانی به سیستم دلبستگی بستگی دارد. بر این اساس، تفاوت افراد در زمینه دلبستگی ایمن با شیوه های تنظیم هیجانانگیز نشان داده می شود (۳۷). رویکرد زوج درمانی هیجان مدار نه تنها بر الگوهای تعاملی منفی متمرکز است، بلکه بر روی واکنش های قوی عاطفی منفی از سوی زوجین آشفته تأکید دارد. در این شرایط، روان درمانگر می تواند مشکلات را بازسازی کرده و از زوجین بخواهد بطور فعال در درمان شرکت کنند و با هدف ساخت یک رابطه خوب و رضایت بخش اشکال جدیدی از ارتباطات کلامی را ایجاد نمایند. تغییر در زوج درمانی هیجان مدار به این صورت است که پاسخ های هیجانی زیربنای تعامل کشف و تجربه شده و دوباره پردازش می شود و در نتیجه تعاملات جدیدی شکل می گیرد (۲۵). ساختارهای هیجانی در سازش یافتگی با رویدادهای استرس زا نقش مهمی بر عهده دارد. انکار و سرکوب عواطف در بلندمدت و احساسات که در اثر بازخوردهای نامناسب با سوء تفاهمات بین زوجین و خانواده ایجاد می شود، باعث تیره شدن روابط خواهد شد و در درمان بیان احساسات باعث تخلیه هیجانی و رضایت شخصی فرد می شود. از سوی دیگر، باعث آشنایی زوجین با نیازهای فردی و حساسیت های آنان می شود و چه بسا سوء تفاهماتی که ایجاد شده، برطرف شود (۲۷). آشکار سازی هیجانانگیز و نیازهای دلبستگی، پاسخگویی شریک صمیمی به این نیازها برای پیوند هیجانی ضرورت دارد و اساس تغییر در هیجان محور است و در واقع ساختارهای جدید هیجان به زوجین کمک می کند به سمت وضعیت جدیدی در رابطه حرکت کنند. وضعیتی که دلبستگی ایمن را افزایش می دهد و زوج درمانی هیجان مدار این کار را با برانگیختن تأثیر، ابراز و پذیرش هیجان، تجربیات عاطفی در دسترس و پردازش مجدد واکنش های عاطفی اساسی در تعاملات زوجین انجام می گیرد (۳۸). بر طبق این درمان که مبتنی بر نظریه دلبستگی است و معتقد است که بیشتر اختلافات

جستجو طرحواره های ناسازگاری پردازد که زندگی فعلی فرد را مختل نموده است، در حقیقت درمانگر با شناسایی الگوی طرحواره ها و همچنین پاسخ های هیجانی ناکارآمد فرد به آن سعی در تعدیل اثرگذاری آنها می نماید (۱۶). به عنوان مثال درمانگر در مرحله اول به شناسایی طرحواره ها و سبک های متمایز پاسخگویی هر فرد به آن ها و همچنین ریشه های تحولی طروره در کودکی می پردازد و مدلی طرحواره ای به فرد آموزش داده می شود. درمانگر سعی می کند با بکارگیری تکنیک های شناختی، تجربی، رابطه درمانی و شکستن الگوهای رفتاری سطوح اثرگذاری طرحواره های ناسازگار اولیه را کاهش داد. درمانگر با بکارگیری تکنیک های مختلف همچو تکنیک شناختی صحت و سقم طرحواره ها را به آزمون می گذارد. در این مرحله درمانگر با روش هایی مثل آزمون اعتبار طرح واره، تعریف جدیدی از شواهد تأییدکننده طرح واره، ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح واره، تدوین کارت آموزشی و تکمیل فرم ثبت طرح واره به شناسایی دقیق طرحواره هایی می پردازد که بر الگوی رفتاری بیمار تأثیرگذار است (۳۶). در مجموع می توان گفت تعارض زناشویی به عنوان یکی از آسیب هایی که می تواند زمینه از هم گسیختگی خانواده را فراهم سازد، ناشی از ادراک طرحواره خواست زوجین از مسائل مختلف است، بر این اساس می توان انتظار داشت که بهبود طرحواره های ناسازگارانه منجر به کاهش تعارضات زناشویی شود. اما همانگونه که قبلا مطرح شد، شکل گیری طرحواره های ناسازگارانه و کاهش اثر معیوب آنها تا اندازه زیادی به ارضاء نیازهای هیجانی و از همه مهم تر رشد دلبستگی در دوران کودکی می باشد. بنابراین مداخلاتی که در طرحواره درمانی همچون شناخت طرحواره ها، سبک های مقابله ای و آشنایی با ذهنیت طرحواره ای انجام می شود، همه در جهت شناسایی ریشه تحولی دلبستگی و اثرات آن در روابط بین فردی در بزرگسالی است (۲۱).

نتایج دیگر نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار تأثیر معناداری بر سازگاری زناشویی دارد که با مطالعات نقی نسب اردهائی (۱۹)، Girard و Woolley (۲۵)، داوودوندی و همکاران (۲۶)، Johnson و همکاران (۲۷)، Rathgeber و همکاران (۲۸) و Wiebe و همکاران (۲۹) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان چنین اظهار داشت که، زوج درمانی هیجان مدار شیوه درمانی است که تأکید اصلی آن



### نتیجه گیری

نتایج حاکی از تاثیر طرحواره درمانی ذهنیت مدار و زوج درمانی هیجان مدار بر افزایش سازگاری زناشویی در زوجین دارای تعارض زناشویی اثربخش بود. با توجه به نتایج به دست آمده، می توان پیشنهاد داد در مراکز مشاوره و زوج درمانی، از زوج درمانی هیجان مدار در زوجین دارای تعارض زناشویی اجرا گردد و همچنین، انجام پژوهش های مشابه در دیگر فرهنگ ها و جوامع می تواند، تعمیم نتایج این پژوهش را امکان پذیر سازد. می توان میزان تأثیر زوج درمانی هیجان مدار بر صمیمیت و عملکرد جنسی، عزت نفس جنسی، ابرازگری هیجانی و اسنادهای ارتباطی را در پژوهش های آتی مورد بررسی قرار داد.

### سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از رساله دکتری رشته روانشناسی دانشجویان نهمه چرامی سیف آباد به راهنمایی دکتر پروین احتشام زاده در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می باشد که با کد ۱۶۲۲۷۱۳۳۳ مورخ ۹۷/۱۱/۲۳ در معاونت پژوهشی و تحصیلات تکمیلی به تصویب رسیده است؛ بر این اساس پژوهشگران بر خود ضروری می دانند که نهایت تقدیر و سپاس را از همکاری دانشگاه نام برده داشته باشند. همچنین پژوهشگران بر خود لازم می دانند که از مدیریت مراکز خدمات روانشناختی و مشاوره شهر اهواز و زوجین شرکت کننده در پژوهش قدردانی داشته باشند.

### تضاد منافع

بین نویسندگان مقاله حاضر هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

به طور ذاتی از هیجانات اولیه مانند ترس از رها شدن نشأت میگیرد که این مسأله ریشه در آسیب دلبستگی در دوران کودکی دارد. الگوهای تعاملی منفی درون رابطه زوجین زمانی که هیجانات ثانویه مانند خشم به طور مکرر اتفاق بیفتد و به وسیله حمله یا گریز توسط یکی از زوجین و هیجانات اولی همانند ترس از رها شدن تجربه شود و وقتی نیاز به امنیت تجربه نشود، اتفاق می افتد لذا، در درمان به زوجین آموزش داده می شود که چگونه حالات شدید بدتنظیم گری تعاملی توسط خودشان حفظ می شود و چگونه می تواند پیوند دلبستگی آنها را تحلیل ببرد. وقتی احساسات تعارض آمیز به عنوان بخش طبیعی تعامل زوجی دیده می شود، الگوهای تعاملی ناسازگار ایجاد می شود. بنابراین، زوجین می توانند به آنچه که در ایجاد سهم خودش در بن بست تعاملی آنها فعال شده علاقمند شوند و آنها یاد می گیرند چگونه خودتنظیم گری، آگاهی متقابل و همدلی در بین زوجین ایجاد می گردد تا چرخه تعاملی منفی قطع شود (۳۷). یکی از مهمترین عواملی که باعث تغییر در آنها می شود، دستیابی به تجربه های هیجانی نهفته در موضع هر یک از زوجین و پردازش مجدد آنها است. در درمان این مهم، از طریق پرورش احساس امنیت، فهم پذیری و پاسخ دهی هر یک از زوجین در شرایط امن تر ایجاد می شود تا به توانایی خود در برخورد احساسات دشوار پی ببرند و راحت تر اطلاعات اولیه را پردازش کرده و ابهامات را برطرف کنند. بنابراین، ایجاد امنیت از طریق پذیرش تجارب فردی صورت می گیرد که باعث التیام درونی فرد می شود. تمرکز اصلی بر الگوهای اولیه و تعاملات با هدف جهت دهی مجدد، رفع و تغییر الگوهای تعاملی منفی می باشد که باعث دلبستگی ایمن میان زوجین می شود (۲۹).

### References

1. Amreahi R, Roshan Chesly R, Shairi M, Nik Azin A. Marital Conflict, Marital Satisfaction, and Sexual Satisfaction: Comparison of Women with Relative Marriage and Women with Non-relative Marriage. *Clinical Psychology & Personality*. 2013; 2 (8) :11-22
2. Zerach G, Greene T, Solomon Z. Secondary traumatization and self-rated health among wives of former prisoners of war: The moderating role of marital adjustment. *Journal of Health Psychology*. 2015;20(2):222-35. <https://doi.org/10.1177/1359105313502563>
3. Papp LM. Topics of marital conflict in the everyday lives of empty nest couples and their implications for conflict resolution. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. 2018 2;17(1):7-24. <https://doi.org/10.1080/15332691.2017.1302377>
4. Siegel A, Levin Y, Solomon Z. The role of attachment of each partner on marital adjustment. *Journal of Family Issues*. 2019;40(4):415-34. <https://doi.org/10.1177/0192513X18812005>

5. Kim JH, Shin HS, Yun EK. A dyadic approach to infertility stress, marital adjustment, and depression on quality of life in infertile couples. *Journal of Holistic Nursing*. 2018;36(1):6-14. <https://doi.org/10.1177/0898010116675987>
6. Karremans JC, Regalia C, Paleari FG, Fincham FD, Cui M, Takada N, Ohbuchi KI, Terzino K, Cross SE, Uskul AK. Maintaining harmony across the globe: The cross-cultural association between closeness and interpersonal forgiveness. *Social Psychological and Personality Science*. 2011;2(5):443-51. <https://doi.org/10.1177/1948550610396957>
7. Mutlu B, Erkut Z, Yıldırım Z, Gündoğdu N. A review on the relationship between marital adjustment and maternal attachment. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2018;64(3):243-52. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.64.03.243>
8. Sheth J. The effect of marital locus of control on marital adjustment of couples. *The International Journal of Indian Psychology*. 2015;2(2):26-31. <https://doi.org/10.25215/0202.026>
9. Mackey RA, Diemer MA, O'Brien BA. Psychological intimacy in the lasting relationships of heterosexual and same-gender couples. *Sex Roles*. 2000;43(3-4):201-27.
10. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy*. New York: Guilford. 2003;254.
11. Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*. 2015;39:30-41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.003>
12. Taylor CD, Bee P, Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2017;90(3):456-79. <https://doi.org/10.1111/papt.12112>
13. Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive behaviour therapy*. 2018;47(4):328-49. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1410566>
14. Amani A, Sanaei Zaker B, Nazari AM, Mahdi Namdari P. Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Attachment Therapy on Attachment Styles in Contractually Engaged Students. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*. 2011; 1(2): 171-191
15. Jacobs I, Lenz L, Dörner S, Wegener B. How do schema modes and mode factors align with defense styles and personality disorder symptoms?. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2019;10(5):427. <https://doi.org/10.1037/per0000329>
16. Basile B, Tenore K, Mancini F. Early maladaptive schemas in overweight and obesity: A schema mode model. *Heliyon*. 2019;5(9):e02361. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02361>
17. Shahabi S, Sanagouye Moharer G. The Effect of Group Schema Therapy on marital adjustment and marital Intimacy in Couples in Kerman. *Social Health*. 2019;6(3): 236-243.
18. Afzaligrouh V, Nosrat Abadi M, Ghasemzadeh M, Choobdarry A. The Effectiveness of Schema Therapy on Married Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder in Sirjan City. *Community Health Journal*. 2017;11(33): 38-46
19. Naghinasab Ardehae F, Jajarmi M, Mohammadipour M. Effectiveness of emotion focused couple therapy on marriage function and psychological well-being of women with marital conflicts. *J Gorgan Univ Med Sci*. 2018; 20 (3) :1-10
20. Asgari A, Goodarzi K. Effectiveness of emotional schema therapy on marital intimacy among couples on the brink of divorce. *SALAMAT IJTIMAI (Community Health)*. 2019;6(2):174-85.
21. Nikamal M, Salehi M, Bermas H. Effectiveness of Schema Therapy based on Emotional on Marital satisfaction, of Couple. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2018;13(4):157-74.
22. Linhof AY, Allan R. A Narrative Expansion of Emotionally Focused Therapy With Intercultural Couples. *The Family Journal*. 2019;27(1):44-9. <https://doi.org/10.1177/1066480718809426>
23. Beasley CC, Ager R. Emotionally Focused Couples Therapy: A Systematic Review of Its Effectiveness over the past 19 Years. *Journal of Evidence-Based Social Work*. 2019;16(2):144-59. <https://doi.org/10.1080/23761407.2018.1563013>
24. Vazhappilly JJ, Reyes ME. Efficacy of emotion-focused couples communication program for enhancing couples' communication and marital satisfaction among distressed partners. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2018;48(2):79-88. <https://doi.org/10.1007/s10879-017-9375-6>
25. Girard A, Woolley SR. Using emotionally focused therapy to treat sexual desire

- discrepancy in couples. *Journal of sex & marital therapy*. 2017;43(8):720-35. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1263703>
26. Davoudvandi M, Navabinejad S, Farzad, V. The Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy in Improving Marital Adjustment and Couples' Intimacy. *Quarterly Journal of Family and Research*. 2018; 15 (1) :39-56.
  27. Johnson SM, Simakhodskaya Z, Moran M. Addressing issues of sexuality in couples therapy: Emotionally focused therapy meets sex therapy. *Current Sexual Health Reports*. 2018;10(2):65-71. <https://doi.org/10.1007/s11930-018-0146-5>
  28. Rathgeber M, Bürkner PC, Schiller EM, Holling H. The efficacy of emotionally focused couples therapy and behavioral couples therapy: A meta-analysis. *Journal of marital and family therapy*. 2019;45(3):447-63. <https://doi.org/10.1111/jmft.12336>
  29. Wiebe SA, Elliott C, Johnson SM, Burgess Moser M, Dalgleish TL, Lafontaine MF, Tasca GA. Attachment change in emotionally focused couple therapy and sexual satisfaction outcomes in a two-year follow-up study. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. 2019;18(1):1-21. <https://doi.org/10.1080/15332691.2018.1481799>
  30. Moosavi s, Fatehizadeh M, Jazayeri R S. The effect of couple training based on personality-systemic couple therapy model on marital adjustment. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2018;7(2):83-16.
  31. Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*. 1976:15-28. <https://doi.org/10.2307/350547>
  32. Rusbult CE, Martz JM, Agnew CR. The investment model scale: Measuring commitment level, satisfaction level, quality of alternatives, and investment size. *Personal relationships*. 1998; 5 (4):357-87. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1998.tb00177.x>
  33. Hoseinnejad M. Study of rate of incompatibility among parents with mentally retarded children. Master of art dissertation. Tehran: Allameh Tabatabaee University; 1995.
  34. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy. New York: Guilford. 2003;254.
  35. Johnson SM, Greenman PS. The path to a secure bond: Emotionally focused couple therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2006;62(5):597-609. <https://doi.org/10.1002/jclp.20251>
  36. Jafari A, Eskandari N, Ghandani M. Comparison of Early Maladaptive Schemas and Cognitive Emotion Regulation Strategies between Obese and Normal Weight Women. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2020;8(4):0-.
  37. Li T, Fung HH. How avoidant attachment influences subjective well-being: An investigation about the age and gender differences. *Aging & mental health*. 2014;18(1):4-10. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.775639>
  38. Soleimani AA, Najafi M, Ahmadi K, Javidi N, Kamkar EH, Mahboubi M. The effectiveness of emotionally focused couples therapy on sexual satisfaction and marital adjustment of infertile couples with marital conflicts. *International journal of fertility & sterility*. 2015;9(3):393.