



مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی طرحواره‌درمانی و درمان هیجان‌مدار بر استرس و اضطراب زوجها

استادیار گروه مشاوره، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
دانشجوی دکتری گروه مشاوره، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

ابوالفضل بخشی پور*

سمیه باستین

ab8boj@gmail.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۰۵

دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۰۱

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۲ پیاپی ۱۶ | ۶۶۷-۶۴۷

تابستان ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(بخشی پور و باستین، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

بخشی پور، ابوالفضل، و باستین، سمیه. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی طرحواره‌درمانی و درمان هیجان‌مدار بر استرس و اضطراب زوجها. *خانواده‌درمانی کاربردی*. ۳(۲)، ۶۴۷-۶۶۷.

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی طرحواره‌درمانی و درمان هیجان‌مدار بر استرس و اضطراب زوجها انجام شد. **روش پژوهش:** روش پژوهش از نوع نیمه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه این پژوهش کلیه زوجین مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی مشاوره و راهنمایی منطقه ۵ شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند که از بین آنها با روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ زوج انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه مساوی ۱۵ نفری جایگزین شدند. ۱۰ جلسه زوج‌درمانی هیجان-مدار (جانسون، ۲۰۰۹) و ۸ جلسه طرحواره‌درمانی (یانگ، ۲۰۰۳) اجرا شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از دو پرسشنامه استرس زناشویی استکهلم-تهران اورت-کومر و همکاران (۲۰۰۰) و پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر (۱۹۷۰) بهره برده شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که طرحواره‌درمانی و درمان هیجان‌مدار باعث کاهش استرس و اضطراب در زوجین در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شد در رابطه با نمرات متغیر اضطراب آشکار ($F=۸/۱۶$, $P<۰/۰۱$) و متغیر استرس پنهان ($F=۷/۷۵$, $P<۰/۰۱$). نتیجه‌گیری: نتایج نشان‌دهنده تاثیر مثبت طرحواره‌درمانی و درمان هیجان‌مدار بر روی کاهش استرس و اضطراب زوجین شد و این دو روش به شکل یکسانی توانسته‌اند تاثیرگذار باشند. بنابراین نمی‌توان گفت که یکی نسبت به دیگری برتری دارد.

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌درمانی، درمان هیجان‌مدار، استرس، اضطراب.

مقدمه

نظام خانواده در زمره مهم‌ترین نظام‌های اجتماعی است؛ از این‌رو، نیاز به برقراری و حفظ پیوند به عنوان انگیزه اساسی و بنیادی بشر قلمداد می‌شود (اصلانی، ۱۳۹۴). در عصر حاضر، نظام خانواده دچار مشکلات و چالش‌های اساسی شده و کشمکش‌های خانوادگی و به دنبال آن افزایش طلاق نه تنها اساس خانواده‌ها را تهدید می‌کند، بلکه تهدیدی جدی برای جامعه و نظام‌های اجتماعی محسوب می‌شود (استنمتر، ساسمن، ۲۰۱۸). تحقیقات نشان می‌دهند که استرس نقش مهمی در فهمیدن کیفیت و ثبات روابط نزدیک بازی می‌کند. بسیاری از تحقیقات و نظریه‌ها نشان داده‌اند که استرس در زوجها همیشه یک پدیده دوتایی است که هر دو شریک را تحت تاثیر قرار می‌دهد (استوری و برادبوری، ۲۰۲۱؛ بودنمن، پیت، شانتینات، سینا و ویدمر، ۲۰۱۹). استرس زناشویی^۱ به عنوان موقعیتی تعریف شده که در آن همسران مشکلات ارتباطی و حل مساله را تجربه می‌کنند، در حالی که در جستجوی راه حل هستند، با یکدیگر زندگی می‌کنند و به سختی تفاوت‌های دیگری را می‌پذیرند (جاکبسون، کریستینس، پرینس، کردوا و ایلدریچ، ۲۰۲۰). استرس زناشویی در واقع فرایندی چند عاملی است که شامل محیط خانواده، تجارب شخصی، راهبردهای مقابله و مجموعه‌ای از پاسخ عصبی- غددی، سیستم خودکار، قلبی- عروقی و سایر پاسخ‌های منظم فیزیولوژیک است (بیگدلی و رحیم آبادی، ۲۰۱۸). استرس بیش از حدی که زوجها در روابط زناشویی و زندگی روزمره خود تجربه می‌کنند، ممکن است باعث ایجاد مشکلاتی در روابط زناشویی آنها گردد. این استرس اگر به شیوه‌ای مناسب مدیریت و درمان نگردد، آثار زیان‌بار خود را بر رابطه زناشویی و در لایه‌های بعد در رابطه با فرزندان و رابطه با خانواده اصلی زوج بر جای می‌گذارد (استنمتر، ساسمن، ۲۰۱۸). همچنین از مهمترین اختلالات خلقی در روابط زوجین که به صورت بحرانی رو به افزایش است اختلالات اضطرابی هستند که طبق آمار سازمان جهانی بهداشت در رأس فهرست بیماری‌های روانی قرار دارند و حدود ۲۵ درصد از آمار مراجعان به مراکز بهداشتی را به خود اختصاص می‌دهند (لانانا، والنزا، ناردلی، گرینتلی و اسکیلینگو، ۲۰۱۹). تمام افراد تا حدی اضطراب را تجربه می‌کنند. اضطراب یک پاسخ سازشی در برابر محرک‌ها تلقی می‌شود و نبود آن گاهی انسان را با خطرهای جدی مواجه می‌کند، اما اگر از حد متعادل فراتر رود و تداوم پیدا کند، دیگر نمی‌توان آن را سازش یافته تلقی کرد، بلکه باید آن را به عنوان منشا درماندگی دانست (جان بزرگی، ۱۳۹۷). بنابر گزارش سازمان بهداشت جهانی، حدود ۱۰۰ میلیون اروپایی و ۱۹ میلیون آمریکایی از این اختلال رنج می‌برند. ۸ درصد کلیه بیماران روانی سرپایی، مبتلا به این اختلال هستند (زمانی و همکاران، ۱۳۹۷) و حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد افراد در مرحله‌ای از زندگی خود به اختلالاتی دچار می‌شوند که با اضطراب ارتباط دارد (جکسون، ۲۰۱۴). در نتیجه، اختلالات اضطرابی بار سنگینی بردوش جامعه و فرد تحمیل می‌کنند و دوره آن بیشتر از سایر مشکلات روانی طول می‌کشد و می‌تواند به‌اندازه یک بیماری فیزیکی فلج کننده باشد (هوور، لاجنر و پیکت، ۲۰۱۶). درمان بیماری‌های اضطرابی از پرهزینه ترین درمان‌ها محسوب می‌شود (شالو، مفیت، باریات ویت، دنس، فلمینگ و همکاران، ۲۰۱۴).

در تبیین و درمان بهبود مولفه‌های موثر بر روابط زناشویی در زوجین، مدل‌های نظری مختلفی ارائه شده است. از جمله مدل‌های ارائه شده می‌توان به مدل بخشودگی، درمان شناختی- رفتاری، رویکرد پذیرش و

تعهد و درمان‌های دارویی اشاره کرد (گوردون، باکوم و اسنایدر، ۲۰۱۹). هر کدام از درمان‌ها، از نظر طول درمان و هزینه‌هایی که بر شخص آسیب دیده تحمیل می‌کنند با کاستی‌هایی روبرو هستند. همچنین دوره پیگیری در این درمان‌ها بصورت دائمی و بلند مدت نبود (پلوسو، ۲۰۲۰). یکی از رویکردهای درمانی پرکاربرد در این حیطه، زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان^۱ سوزان جانسون است که برای درمان آسیب‌های ناشی از روابط زناشویی آن تمرکز دارد (بورگس، ۲۰۱۶). درمان هیجان‌مدار، درمانی ادغام یافته با محوریت درمان مراجع محوری راجرز، سیستمی خانواده مینوچین و با الحاق ریشه‌های وجودی و تجربه‌ای و بر اساس و پایه نظریه دلبستگی می‌باشد (جانسون، ۲۰۰۹، به نقل از خورشیدی، ۱۳۹۶). رویکرد هیجان‌مدار به فرآیندهای دلبستگی در بزرگسالان و زوجها می‌پردازد و محوریت بر هیجان و دلبستگی است و چنانچه تغییر پایداری در روان درمانی فردی مد نظر باشد از طریق تجربه هیجانات و دلبستگی انجام می‌شود در حالی که در روش‌های دیگر درمان بیشتر به شناخت و رفتار توجه می‌گردد. در واقع از دیدگاه زوج‌درمانی هیجان‌مدار تغییر در هیجان فقط نتیجه تغییر در شناخت نیست بلکه خود تجربه هیجانی منجر به تغییر هیجان و دسترسی به نیازهای اولیه می‌گردد. در واقع تاکید بیشتر این رویکرد بر هیجانات و نظریه دلبستگی بنا شده و همین نیز دلیل اصلی تفاوت این رویکرد با بقیه رویکردها می‌باشد (عرفان، ۱۳۹۵). تفاوت اصلی رویکرد هیجان‌مدار با رویکردهای سیستمی این است که این رویکرد علاوه بر تمرکز به هیجانات میان فردی، به هیجانات درون افراد و دلبستگی فردی و واکنش فرد هم به احساسات درونی خودش و هم احساساتی که در ارتباط دیگران برایش شکل می‌گیرد، می‌پردازد و بر امنیت دلبستگی تاکید دارد، در حالیکه رویکردهای سیستمی بیشتر به مداخله در سطح میان فردی است بیشتر به عوامل برون فردی تمرکز دارند و تمرکز زیادی بر بینش و هیجان ندارند و بیشتر مبتنی بر روابط و بازسازی هستند. و همچنین چون تعارض و هیجان بسیار به هم مرتبط هستند بنابراین مدلی که هیجان را در نظر می‌گیرد کارکرد موثرتری دارد، چون بیشتر بر بازسازی فرآیندهای بروز تعارض متمرکز هست در حالیکه رویکردهای سیستمی بر کارکردهای محتوا و بین سیستمی متمرکز هستند، در واقع رویکرد هیجان‌مدار بیشتر بر رشد فردی و کاهش تعارض‌های درونی امنیت جویانه در روابط میان فردی تمرکز دارد در حالیکه رویکردهای مساله‌مدار بر مهار منابع بیرونی ایجاد تعارض و مهارت‌های حل مساله تمرکز دارند. در طول سه دهه از تدوین و توسعه مدل و اعمال درمان هیجان‌مدار، این نوع درمان به عنوان یکی از مدل‌های زوج‌درمانی در نظر گرفته شده که از نظر تجربی دارای بیشترین حمایت‌های پژوهشی بوده است (دنتون، ۲۰۱۹). این رویکرد نتایج درمانی مثبتی برابر با ۷۰ تا ۷۳٪ را در بهبودی مشکلات زوج‌ها نشان می‌دهد (جانسون، ۲۰۰۳). در پژوهش‌های مختلف اثربخشی رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار در بهبود افسردگی و افزایش کیفیت روابط زناشویی (دنتون و همکاران، ۲۰۱۹)، بهبود رضایت زناشویی زوجین و کنترل رفتار خانواده (جاویدی، ۲۰۱۳)، افزایش رضایتمندی جنسی زوجین (جاویدی و همکاران، ۲۰۱۲)، بهبود الگوهای ارتباطی زوجین (جاویدی و همکاران، ۲۰۱۴) و بهبود علائم افسردگی و استرس پس از سانحه ناشی از روابط فرازناشویی (کریمی و همکاران، ۱۳۹۳) بررسی و تایید شده است. گرینبرگو همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی رویکرد هیجان‌مدار را برای التیام آسیب‌های هیجانی زوجین به کار بردند. نتایج نشان داد، گروهی که مداخله دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروه

۱ Emotionally Focused Couple Therapy

شاهد، بهبودی قابل توجهی را در رضایت زوجی، اعتماد، بخشش و همچنین کاهش معناداری در علایم روان پزشکی گزارش کردند (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۲۰). مک لین وهالیس (۲۰۱۸) در یک مطالعه موردی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار را در یک زوج که یکی از همسران مبتلا به سرطان بدخیم بود، مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که درمان باعث بهبود آشفته‌گی زناشویی، افزایش امید به زندگی، کاهش دردهای فیزیولوژیکی، کاهش افکار خودکشی و درگیر شدن بیشتر در فعالیت‌های روزمره زندگی شده است (مک لین وهالیس، ۲۰۱۸).

هدف زوج‌درمانی کمک به زوجها برای سازگاری مناسب‌تر با مشکلات جاری و یادگیری روش‌های موثرتر ارتباط است (رستمی و همکاران، ۱۳۹۸). نظریه‌پردازان طرحواره درمانی از روش‌های شناختی، شناختی-رفتاری و سایر روش‌ها انتقاد می‌کنند و معتقدند که راه حل مناسبی را برای کاهش علائم اضطراب و افسردگی طراحی و تدوین کرده‌اند. در این رویکرد، طرحواره همان الگوها یا درونمایه‌های عمیق و فراگیری است که از خاطره‌ها، هیجان‌ها و شناخت‌واره‌ها و احساس‌های بدنی تشکیل شده‌اند، در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته‌اند و در مسیر زندگی تداوم دارند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). طرحواره درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که برنامه منظمی را برای ارزیابی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه فراهم می‌کند، بر پایه درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده و تکنیک‌های شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی را برای سنجش و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه ترکیب می‌کند. طرحواره درمانی بر ریشه‌های تحولی مشکلات روان شناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک‌های برانگیزاننده و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار تاکید دارد (یانگ، ۲۰۰۴). نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود علائم اضطراب (حمیدپور، ۱۳۹۶) و افسردگی (زره پوش، ۱۳۹۷) زره پوش و همکاران، ۱۳۹۸) بوده است. برای مثال در بحث اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود اضطراب، کاپرون و همکاران (۲۰۱۸)، ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی موجب کاهش حساسیت اضطرابی می‌شود (کاپرون و همکاران، ۲۰۱۸) شخمگار (۱۳۹۵) در پژوهش خود به اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش مشکلات سلامت روان ناشی از روابط فرازناشویی در زوجین پرداخت نتایج نشان داد که طرحواره درمانی باعث افزایش سلامت روان در زوجین گردید. همچنین محمد نژادی و ربیعی (۱۳۹۴) ضمن پژوهشی درباره اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه به این نتیجه رسیدند که این شیوه درمانی باعث افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه گردید. در پژوهش دیگر رحیم آقایی (۱۳۹۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی بر کاهش علایم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی پرستاران اثربخش است (رحیم آقایی، ۱۳۹۶) دلیل انتخاب این دو رویکرد این است که هر دو به نحوی بر الگوهای ارتباطی و تعامل زوجها تمرکز می‌کنند. با توجه به اهمیت موضوع خانواده و آسیب‌های متأثر از آن به خصوص در زوجین، نیاز به بررسی و تحقیقات بیشتر مداخلات روان‌درمانی از جمله الگوی درمانی طرح‌واره محور و درمان هیجان‌مدار برای کاهش تأثیرات سوء و مخرب آن دیده می‌شود. با توجه به این که مطالعات طرحواره درمانی و درمان هیجان‌مدار در داخل و خارج بیشتر بر روی اختلالات شخصیتی و مرزی و افسردگی صورت گرفته است، کمبود بررسی اثربخشی این رویکرد نسبتاً نوین، بر سایر مواردی که می‌تواند مثرم ثمر باشد بیشتر جلب توجه می‌کند. بنابراین ارائه

مداخلات روانشناختی جهت توانمندسازی زوجین کاملاً مشهود است. بنابراین وجود برنامه درمانی مناسب در این زمینه می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی زوجین موثر واقع شود (بیات اصغری، ۱۳۹۴). هیچ یک از این پژوهش‌ها به طور اختصاصی تاثیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار و طرحواره درمانی را در درمان اضطراب و استرس زوج‌ها بررسی نکرده و این دو رویکرد را با هم مقایسه نکرده‌اند. پژوهش حاضر با این امید انجام شده است که خلا موجود در این زمینه را پر کند. بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر پاسخگویی به سوالات زیر است:

- آیا درمان گروهی طرحواره درمانی بر استرس و اضطراب زوج‌ها اثربخش است؟
- آیا درمان هیجان‌مدار بر استرس و اضطراب زوج‌ها اثربخش است؟
- آیا بین اثربخشی دو درمان گروهی طرحواره درمانی و درمان هیجان‌مدار بر استرس و اضطراب زوج‌ها تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات کاربردی و به لحاظ روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود می‌باشد. جامعه این پژوهش کلیه زوجین مراجعه کننده به کلینیک‌های تخصصی مشاوره و راهنمایی منطقه ۵ شهر تهران در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بودند که جهت حل تعارضات و مشکلات زناشویی خود به فراخوان محقق جهت حضور در طرح زوج‌درمانی پاسخ مثبت داده بودند. پس از مصاحبه اولیه با زوجین متقاضی شرکت در جلسات و واجد شرایط شرکت در پژوهش و بر اساس نمرات کسب شده توسط افراد در پرسشنامه استرس زناشویی و اضطراب، ۴۵ زوج که نمرات بالاتری در پرسشنامه پژوهش کسب نموده بودند، به شیوه در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هرکدام ۱۵ زوج) جایگزین شدند. از آنجایی که در گروه‌های مشاوره و روان درمانی بهتر است اندازه گروه بیش از ۱۰ تا ۱۵ نفر نباشد (سنایی، ۲۰۰۴). تعداد اعضای گروه‌ها را در پژوهش حاضر می‌توان مناسب دانست. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بودند از: دامنه سنی ۲۵-۴۵ سال، داشتن حداقل دو سال سابقه زندگی مشترک، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل، نداشتن اختلالات حاد روانی و شخصیتی بر مبنای نمرات افراد در پرسشنامه فهرست تجدید نظر شده علائم روانی، شرکت هر دو عضو زوج در جلسات، تکمیل فرم رضایت نامه درمان، متقاضی طلاق نبودن، تعهد جهت حضور تا پایان جلسات و عدم دریافت خدمات مشاوره فردی در خارج در جلسات درمان. موارد خروج افراد از پژوهش نیز مصرف سیگار، الکل و مواد روانگردان و سابقه خیانت زناشویی در نظر گرفته شد.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس استرس زناشویی استکهلم - تهران:** فرم اصلی این مقیاس، مقیاس استرس زناشویی استکهلم است که توسط اورث - گومر و همکاران برای پژوهش درباره زنان مبتلا به بیماری قلبی ساخته شد. در عین حال می‌توان از آن برای پژوهش درباره مردان و سایر اختلالات در حوزه روانشناسی سلامت و طب رفتاری نیز استفاده نمود. مقیاس اصلی دارای ۱۷ سوال است که به صورت صفر و یک نمره گذاری می‌شود. حداقل نمره این مقیاس صفر و حداکثر نمره آن ۱۷ است.. هرچه نمره فرد در این مقیاس بالاتر باشد، استرس

موجود در روابط او و همسرش بیشتر خواهد بود. اورث گومر و همکاران همسانی درونی مقیاس (آلفای کرونباخ = ۰/۷۷) و اعتبار سازه آن را با استفاده از مقیاس‌های مرتبط، رضایت بخش توصیف کرده‌اند (بیگدلی و رحیم آبادی، ۲۰۱۸). فرم ایرانی این مقیاس توسط بشارت، شمسی پور و براتی (۲۰۰۶) ترجمه و اعتباریابی شد. فرم ایرانی مقیاس استرس زناشویی استکهلم - تهران دارای ۱۶ گویه است. پنج گزینه بسیار زیاد، زیاد، متوسط، کم و بسیار کم به ترتیب برابر با ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و نمره هر آزمودنی را از ۲۴ (حداقل) و ۱۲۰ (حداکثر) مشخص می‌نماید. (دو مورد از سوال‌های این مقیاس پنج قسمتی است و در کل جمع سوال‌ها به ۲۴ می‌رسد). به منظور سنجش اعتبار بازآزمایی این مقیاس، ضریب همبستگی بین نمره‌های بدست آمده در دو نوبت اجرا با فاصله دو تا چهار هفته ۰/۷۸ بدست آمد که در سطح ($p < ۰/۰۰۱$) معنی دار بود که نشانه اعتبار بازآزمایی خوبی برای این مقیاس اس (بشارت و همکاران، ۲۰۰۶). برای سنجش همسانی درونی مقیاس استرس زناشویی استکهلم - تهران از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و این ضریب برای این مقیاس ۰/۹۱ گزارش شده که نشانگر همسانی درونی بالای این آزمون است (بشارت و همکاران، ۲۰۰۶). اعتبار همزمان فرم فارسی مقیاس استرس زناشویی استکهلم - تهران با استفاده از پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبمرگ - راست و مقیاس افسردگی یک بررسی شد و نتایج همبستگی پیرسون در این موارد نشان داد که بین نمره استرس زناشویی آزمودنی‌ها و نمره آنها در زمینه مشکلات زناشویی و افسردگی رابطه مثبت معنی دار (۰/۵۳ و ۰/۴۱) وجود دارد. این همبستگی‌ها در سطح ($p < ۰/۰۰۱$) معنی دار بودند (بشارت و همکاران، ۲۰۰۶). در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی پرسشنامه با بهره‌گیری از محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۷۷ بدست آمد.

۲. پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر : پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان اشپیل برگر به طور عمیقی در پژوهش‌ها و فعالیت‌های بالینی مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه شامل مقیاس‌های جداگانه خود سنجی، برای اندازه‌گیری اضطراب آشکار و پنهان می‌باشد. پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان STAI شامل مقیاس‌های جداگانه خود سنجی، برای اندازه‌گیری اضطراب آشکار و پنهان می‌باشد. مقیاس اضطراب آشکار شامل بیست جمله است که احساسات فرد را در «این لحظه و در زمان پاسخگویی» ارزشیابی می‌کند. مقیاس اضطراب پنهان هم شامل بیست جمله است که احساسات عمومی و معمولی افراد را می‌سنجد. به هر کدام از عبارات آزمون STAI، بر اساس پاسخ ارائه شده، وزنی بین ۱ تا ۴ تخصیص می‌یابد. نمره ۴، نشان دهنده حضور بالایی از اضطراب است، که ده عبارت مقیاس اضطراب آشکار و یازده عبارت مقیاس اضطراب پنهان، بر این اساس نمره گذاری می‌شوند. برای نمره گذاری سایر عبارات، رتبه بالا برای هر عبارت، نشان دهنده عدم اضطراب است که ده عبارت اضطراب آشکار و نه عبارت مقیاس اضطراب پنهان را شامل می‌شود. نمرات هر کدام از دو مقیاس اضطراب آشکار و پنهان، می‌تواند در دامنه‌ای بین ۸۰ - ۲۰ قرار بگیرد. مه‌رام در سال ۱۳۷۲ مطالعه‌ای جهت استاندارد سازی آزمون اشپیل برگر انجام داد. او ضریب پایایی آزمون را در دو گروه هنجار و ملاک به طور مجزا مورد بررسی قرار داد. میزان پایایی برای گروه هنجار (۶۰۰ نفر)، در مقیاس اضطراب آشکار و پنهان بر اساس آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۰۸۴ و ۰/۹۰۲۵ است، و این میزان در گروه ملاک (۱۳۰ نفر) برابر با ۰/۹۴۱۸ است. علاوه بر این، پایایی آزمون، از طریق نسبت واریانس نمرات حقیقی به واریانس مشاهده شده محاسبه، و مقدار آن در گروه هنجار ۰/۹۴۵

ثبت شد. خطای استاندارد اندازه گیری آزمون برابر با ۴/۶۴ محاسبه شد. همچنین همبستگی نمرات مشاهده شده با نمره حقیقی برابر با ۰/۹۷۲ و با نمرات خطا، برابر با ۰/۲۳۴ محاسبه گردید.

۳. زوج درمانی هیجان مدار: شرح مختصر جلسات زوج درمانی هیجان مدار در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصه‌ای از طرح درمان زوج درمانی هیجان مدار

جلسه	عنوان	محتوی جلسات
۱	ارزیابی و پیوستگی	آشنایی، ایجاد پیوستگی، بررسی انگیزه درمان
۲	ادامه ارزیابی و شناسایی چرخه تعامل منفی	کشف تعاملات مشکل دار، ارزیابی مشکل و موانع دلبستگی، ایجاد توافق درمانی
۳	تحلیل و تغییر هیجان‌ات	باز کردن تجربه‌های برجسته مربوط به دلبستگی، پذیرش احساسات تصدیق نشده بنیادی
۴	تحلیل و تغییر هیجان‌ات	روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی، هماهنگی بین تشخیص درمانگر و مراجعان، پذیرش چرخه تعامل توسط مراجعان
۵	درگیری هیجانی عمیق	ابراز هیجان‌ات، افزایش شناسایی نيازهای دلبستگی، پذیرش هیجان‌ات، عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی
۶	درگیری هیجانی عمیق	عمق بخشیدن به درگیری هیجانی، ارتقا روش‌های تعامل، تمرکز روی خود نه دیگری، تعریف مجدد دلبستگی
۷	تحکیم و یکپارچه سازی	بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها، نمادگذاری آرزوها بویژه آرزوهای سرکوب شده
۸	تحکیم و یکپارچه سازی	بازسازی تعاملات، کشف راه حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی
۹	تحکیم و یکپارچه سازی	درگیری صمیمانه مراجعان با همسرشان، پذیرش وضعیت‌های جدید، ایجاد دلبستگی ایمن، ساختن داستانی شاد از رابطه
۱۰	اختتام	تسهیل اختتام، مشخص کردن تعامل بین الگوی گذشته و اکنون، رسیدن به این نتیجه که برای سرزندگی نیازی به درمانگر نیست

۳. طرحواره درمانی: برای جلسات طرحواره درمانی سعی بر این است که منطبق با الگوی درمانی یانگ و به همان ترتیب با استفاده از راهبردهای شناختی و تجربی و الگوشکنی رفتاری روند مداخله اجرا شود. مداخله شامل ۸ جلسه طرحواره درمانی برای گروه آزمایش بود و گروه شاهد مداخله‌ای دریافت نکرد. جلسات به صورت دو ساعته و هفته‌ای یک بار تشکیل شد.

جدول ۲. خلاصه برنامه مداخلات طرحواره درمانی

جلسات	عنوان جلسه	شرح کلی مداخله
اول / عمومی	آشنایی مقدماتی با رویکرد آماده سازی	معارفه، اهداف جلسات، تعداد جلسات، ایجاد انگیزه و اهمیت طرح آموزشی و پژوهشی، اجرا و جمع آوری پرسشنامه‌های پژوهش
دوم	شناسایی طرحواره‌ها	توضیح مختصر در رابطه با اهداف و قوانین و مقررات گروه، تکمیل فرم تعهد نامه، آشنایی با طرحواره‌های ناسازگار، شکل گیری و تداوم آن، حیطه‌ها و نیازهای مرتبط، دسته بندی

تکنیک‌های شناختی	طرحواره‌های عضو خود تحلیلی، آغاز اجرای تکنیک‌ها و راهبردهای درمانی با هدف بهبود طرحواره‌ها، ارائه تکالیف خانگی، جمع بندی مباحث
سوم	ادامه تکنیک‌های شناختی
چهارم	ادامه تکنیک‌های شناختی
پنجم	شروع تکنیک‌های تجربی
ششم	ادامه تکنیک‌های تجربی
هفتم	ادامه تکنیک‌های تجربی
هشتم	شروع تکنیک‌های رفتاری

روش اجرا: قبل از آغاز جلسات درمان، پژوهشگر درباره ماهیت و اهداف تشکیل جلسات برای شرکت کنندگان توضیحاتی را ارائه نمود و به سوالات مطرح شده از سوی آزمودنی‌ها نیز پاسخ داد. همچنین برای زوجها توضیح داده شد که هدف از برگزاری جلسات درمان، کمک به آنها برای حل تعارضات و بهبود روابط زناشویی‌شان می‌باشد و شرکت کنندگان در فرایند یک پژوهش نیز شرکت خواهند کرد. به شرکت کنندگان گروه کنترل نیز تعهد داده شد، پس از پایان جلسات درمان گروه آزمایش، برای آنها نیز جلسات درمانی برگزار خواهد شد. بدین ترتیب موضوع اخذ رضایت آگاهانه در پژوهش مطرح گردید و تمامی آزمودنی‌ها اعلام نمودند که با رضایت کامل در فرایند پژوهش حضور خواهند داشت. پس از تکمیل مقیاس استرس زناشویی و اضطراب توسط دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون، جلسات زوج‌درمانی هیجان‌مدار و طرحواره درمانی به شیوه گروهی برای زوجین گروه آزمایش اجرا گردید، اما زوجین گروه کنترل تا پایان درمان هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار برای دوره‌های درمانی بعدی قرار گرفتند. در این پژوهش زوج درمانی هیجان‌مدار، مداخله‌ای بود که پژوهشگران بر اساس کتاب زوج درمانی هیجان‌مدار جانسون (۲۰۰۹) تهیه کردند. مداخله شامل ۱۰ جلسه زوج درمانی به شیوه زوج درمانی هیجان‌مدار برای گروه آزمایش بود و گروه شاهد مداخله‌ای دریافت نکرد. جلسات به صورت یک ساعته و هفته‌ای یک بار تشکیل شد. داده‌های این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS 20 در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت که در آن متناسب با سطح سنجش متغیرها از آمارهای توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس چند متغیره) استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین (انحراف استاندارد) سن شرکت‌کنندگان پژوهش ۳۶/۴۵ (۶/۴۸) سال بود. میانگین (انحراف استاندارد) سال‌های تأهل (زندگی مشترک) زوجین شرکت‌کننده ۸/۳۵ (۴/۱۲) سال بود. میزان تحصیلات ۵۴/۱۶ درصد شرکت‌کنندگان دیپلم، ۳۶/۱۴ درصد شرکت‌کنندگان پژوهش کارشناسی و ۹/۷ درصد کارشناسی ارشد بود. مشخصات توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. مشخصات توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع مداخله

متغیرها	مرحله	گروه کنترل	گروه طرحواره درمانی		گروه هیجان مدار
		میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد
استرس	پیش‌آزمون	۵۸/۴۲	۵۹/۱۲	۸/۴۰	۹/۰۳
زناشویی	پس‌آزمون	۵۸/۱۶	۵۱/۱۷	۶/۲۵	۶/۲۱
	پیگیری	۵۸/۰۵	۵۵/۱۹	۷/۱۸	۷/۰۶
اضطراب	پیش‌آزمون	۴۲/۱۸	۴۳/۰۲	۷/۰۴	۷/۰۱
آشکار	پس‌آزمون	۴۱/۹۸	۳۵/۱۹	۵/۴۸	۵/۵۳
	پیگیری	۴۲/۰۴	۳۸/۶۲	۶/۵۴	۶/۶۲
اضطراب	پیش‌آزمون	۴۳/۸۳	۴۴/۱۵	۷/۴۳	۷/۵۲
پنهان	پس‌آزمون	۴۳/۸۰	۳۴/۰۷	۵/۲۶	۵/۲۲
	پیگیری	۴۲/۹۷	۳۷/۱۴	۶/۱۳	۶/۱۸

با توجه به وجود چند متغیر وابسته، به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانکوا) با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. با توجه به یافته‌های جدول ۴، آماره Z برای متغیرهای استرس زناشویی و اضطراب آشکار و پنهان معنادار نبود که بیان‌گر نرمال بودن داده است.

جدول ۴. آزمون کالموگوروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	معناداری (p)
		آماره Z	آماره Z	آماره Z	معناداری (p)
استرس	گروه	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۱۴	۰/۱۹
زناشویی	طرحواره درمانی	۰/۱۳	۰/۱۳	۰/۱۴	۰/۱۹
	گروه هیجان مدار	۰/۱۴	۰/۱۸	۰/۱۱	۰/۲۰
	گروه کنترل	۰/۲۳	۰/۱۶	۰/۱۵	۰/۱۸

اضطراب آشکار	گروه طرحواره درمانی	۰/۲۱	۰/۱۵	۰/۲۰	۰/۱۵	۰/۱۸	۰/۱۹
	گروه هیجان مدار	۰/۲۰	۰/۱۵	۰/۲۲	۰/۱۳	۰/۲۱	۰/۱۵
	گروه کنترل	۰/۱۹	۰/۱۴	۰/۲۰	۰/۱۴	۰/۱۹	۰/۱۵
اضطراب پنهان	گروه طرحواره درمانی	۰/۲۰	۰/۱۴	۰/۱۹	۰/۱۴	۰/۱۶	۰/۱۸
	گروه هیجان مدار	۰/۲۲	۰/۱۲	۰/۲۰	۰/۱۵	۰/۲۴	۰/۱۲
	گروه کنترل	۰/۱۸	۰/۱۵	۰/۲۱	۰/۱۵	۰/۱۷	۰/۱۸

یکی دیگر از پیش فرض‌های مهم، رعایت پیش فرض همگنی ماتریس وایانس- کوواریانس است که برای بررسی آن از آزمون ام باکس استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برقرار است ($F=1/84$, $P=0/06$), $P=11/54$ (MBOX=). برای بررسی همگنی واریانس گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون لوین استفاده شد. نتایج غیر معنادار آزمون لوین در پیش‌آزمون ($F=1/80$, $P=0/08$)، پس آزمون ($F=1/65$), $F=0/10$ ($P=0/10$) و پیگیری ($F=1/72$, $P=0/09$) برای متغیر استرس زناشویی؛ همچنین نتایج غیرمعنادار آزمون لوین در پیش‌آزمون ($F=1/42$, $P=0/16$)، پس آزمون ($F=1/38$, $P=0/18$) و پیگیری ($F=1/55$), $F=0/14$ ($P=0/14$) برای متغیر اضطراب آشکار و در نهایت عدم معناداری آزمون لوین در پیش‌آزمون ($F=1/23$), $P=0/25$ ($P=0/25$)، پس آزمون ($F=1/35$, $P=0/21$) و پیگیری ($F=1/18$, $P=0/27$) برای متغیر اضطراب پنهان حاکی از این بود که مفروضه همگنی واریانس گروه‌های آزمایش و کنترل برای متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله سنجش رعایت شده است. از دیگر پیش‌فرض‌ها می‌توان به پیش‌فرض کرویت اشاره کرد. براساس نتایج، پیش فرض کرویت برای متغیر استرس زناشویی برقرار بود ($0/88$ =آماره موخلی، $P<0/001$). همچنین پیش‌فرض کرویت برای متغیر اضطراب آشکار ($0/93$ =آماره موخلی، $P<0/001$) برقرار بود. اما پیش‌فرض کرویت برای متغیر اضطراب پنهان برقرار نبود ($0/48$ =آماره موخلی، $P>0/05$). با توجه به این که اندازه اپسیلون برای متغیر اضطراب پنهان در تصحیح هیون فلت ($0/78$) بالاتر از تصحیح گرین هاوس ($0/74$) و لوور باند ($0/65$) بود، برای گزارش اثر مداخلات بر اضطراب پنهان در آزمون تحلیل واریانس از تصحیح هیون فلت استفاده شد. نتایج همچنین نشان داد که اثر اصلی طرحواره درمانی و درمان هیجان مدار معنادار است و بین گروه‌ها حداقل در ارتباط با یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد ($0/56$ =اثرات پیلایی، $F_{(149,5)}=12/76$, $P<0/001$) و ۳۲ درصد تفاوت‌های مشاهده شده مربوط به عضویت گروهی یا اثر مداخلات است. علاوه بر این، اثر تعامل بین زمان و اثر گروهی نیز معنادار بود ($0/45$ =اثرات پیلایی، $F_{(149,10)}=6/14$, $P<0/001$) و ۲۵ درصد تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در طی زمان است. بنابراین، برای تعیین دقیق تفاوت‌ها بین متغیرهای وابسته، نتایج مقایسه با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

منبع	مقیاس	آماره ملاک	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	معنی‌داری (P)	اندازه اثر
عامل درون آزمودنی	استرس	فرض	۱۱۹۲/۰۹	۲/۵۰	۴۳/۶۵	۰/۰۰۱ **	۰/۵۵
	زناشویی	کرویت					
	اضطراب	فرض	۱۵۶۴/۸۵	۳	۱۸/۳۶	۰/۰۰۱ **	۰/۳۶
	آشکار	کرویت					
	اضطراب	هیون فلت	۶۵۲/۴۳	۴/۰۶	۱۴/۳۵	۰/۰۰۱ **	۰/۳۴
	پنهان						
تعامل درون آزمودنی و گروه	استرس	فرض	۸۵۶/۳۴	۵	۸/۴۲	۰/۰۰۱ **	۰/۳۳
	زناشویی	کرویت					
	اضطراب	فرض	۷۴۹/۳۸	۴/۱۲	۷/۳۷	۰/۰۰۱ **	۰/۳۰
	آشکار	کرویت					
	اضطراب	هیون فلت	۵۷۶/۴۳	۳/۴۵	۶/۴۹	۰/۰۰۱ **	۰/۳۲
	پنهان						
خطا	استرس	فرض	۱۴۷/۴۳	۸۷			
	زناشویی	کرویت					
	اضطراب	فرض	۱۶۲/۳۴	۸۲			
	آشکار	کرویت					
	اضطراب	هیون فلت	۳۹/۱۵	۶۵/۳۵			
	پنهان						

**P<۰/۰۰۱

مطابق جدول ۵، نتایج آزمون تحلیل واریانس بیان‌گر اثربخشی معنادار مداخله‌های طرحواره درمانی و هیجان-مدار بر استرس زناشویی و اضطراب آشکار و پنهان در طی زمان بود ($P<۰/۰۰۱$). علاوه بر این، تعامل مداخله‌های طرحواره درمانی و هیجان‌مدار در طی زمان و گروه بر متغیر استرس زناشویی و اضطراب آشکار و پنهان نیز معنادار بود ($P<۰/۰۰۱$).

جدول ۶. آزمون اثرات بین گروهی

منبع	مقیاس	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	معنی‌داری (p)	اندازه اثر
گروه	استرس زناشویی	۱۰۱۲/۴۸	۳	۱۰/۸۴	۰/۰۰۱ **	۰/۳۸
	اضطراب آشکار	۶۸۴/۶۲	۳	۸/۱۶	۰/۰۰۱ **	۰/۳۳
	اضطراب پنهان	۶۲۵/۲۵	۳	۷/۷۵	۰/۰۰۱ **	۰/۳۲
خطا	استرس زناشویی	۲۴۵	۳۸			
	اضطراب آشکار	۱۶۷	۳۸			
	اضطراب پنهان	۱۷۸	۳۸			

**P<۰/۰۰۱

به منظور بررسی تفاوت نمرات هر کدام از متغیرهای وابسته بین گروه‌های آزمایش و کنترل، نتایج آزمون اثرات بین گروهی در جدول ۶ گزارش شده است. نتایج برای متغیر استرس زناشویی بیان‌گر تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های آزمایش و کنترل بود ($F=10/84$, $P<0/01$) و اندازه اثر ۳۸ درصد بود. همچنین در رابطه با نمرات متغیر اضطراب آشکار نیز بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت ($F=8/16$, $P<0/01$) و اندازه اثر ۳۳ درصد بود. در نهایت از نظر متغیر استرس پنهان نیز بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت ($F=7/75$, $P<0/01$) و اندازه اثر ۳۲ درصد بود.

جدول ۷. مقایسه‌های زوجی میانگین نمرات بین گروه‌ها

مقیاس	گروه یک	گروه دو	تفاوت میانگین - خطای استاندارد	معنی‌داری
استرس زناشویی	طرحواره درمانی	درمان هیجان مدار	۰/۱۹	۰/۹۵
	کنترل		-۶/۹۹	۰/۰۰۸*
اضطراب آشکار	درمان هیجان - مدار	طرحواره درمانی	-۷/۱۸	۰/۰۰۶*
	کنترل		-۶/۷۹	۰/۰۰۷*
اضطراب پنهان	درمان هیجان - مدار	طرحواره درمانی	-۰/۸۵	۰/۹۲
	کنترل		-۵/۹۴	۰/۰۰۹*
اضطراب آشکار و پنهان	درمان هیجان - مدار	طرحواره درمانی	۰/۸۵	۰/۹۲
	کنترل		-۹/۷۳	۰/۰۰۱**
اضطراب آشکار	درمان هیجان - مدار	طرحواره درمانی	۰/۱۴	۰/۹۰
	کنترل		-۹/۸۷	۰/۰۰۱**
اضطراب آشکار و پنهان	درمان هیجان - مدار	طرحواره درمانی	-۰/۱۴	۰/۹۰
	کنترل		-۹/۸۷	۰/۰۰۱**

* $P<0/01$. ** $P<0/001$

مقایسه زوجی میانگین‌ها در جدول ۷ نشان داد که در متغیرهای استرس زناشویی و اضطراب آشکار و پنهان بین گروه طرحواره درمانی و کنترل و نیز بین گروه درمان هیجان مدار و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت. اما بین دو گروه آزمایش تفاوت معناداری در رابطه بین این سه متغیر وجود نداشت ($P>0/05$). بنابراین، هر دو مداخله باعث کاهش استرس و اضطراب آشکار و پنهان شده بودند و بین اثربخشی آن‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی طرحواره درمانی و درمان هیجان‌مدار بر استرس و اضطراب زوجها در شهر تهران صورت گرفت. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که پس انجام مداخله

زوج‌درمانی هیجان‌مدار بین زوجین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان اضطراب و استرس زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر زوج‌درمانی هیجان‌مدار موجب کاهش اضطراب و استرس زناشویی زوجین گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های تحقیقات هالچوک (۲۰۲۰) که رویکرد هیجان‌مدار را برای هجده زوج که از آشفتگی زناشویی شکایت داشتند، به کار برد و دریافت که زوجین پس از دریافت زوج‌درمانی هیجان‌مدار، بی‌تنظیمی هیجانی کمتر، سازگاری زناشویی بالاتر، اعتماد و حمایت بیشتر و سبک دلبستگی ایمن‌تری را از خود بروز دادند (هالچوک، ۲۰۲۰). شاه‌کرمی در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که زوج‌درمانی هیجان‌مدار باعث کاهش فرسودگی زناشویی و ابعاد آن در زنان شده است (شاه‌کرمی، ۲۰۱۴) و حسن آبادی و همکاران در پژوهش خود گزارش کردند که رویکرد هیجان‌مدار بر افزایش میزان سازگاری زناشویی و احساس‌های مثبت نسبت به همسر در افراد دارای روابط خارج از ازدواج مؤثر بوده است (حسن آبادی و همکاران، ۲۰۱۱)؛ همخوان می‌باشد. همچنین یافته‌های این پژوهش همسو و در تایید نتایج تحقیقات گرینبرگ و همکاران (۲۰۲۰)، جانسون و تالیتمن (۲۰۰۸)، اسدپور و همکاران (۱۳۹۵) می‌باشد که اثر بخشی رویکرد هیجان‌مدار را تایید نموده بودند. همچنین پژوهش‌های صورت گرفته اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار را بر افزایش سازگاری زناشویی و احساسات مثبت نسبت به همسر (عرفان منش، ۱۳۸۶)، افزایش صمیمیت زوج‌ها (جانسون و تالیتمن، ۲۰۰۸)، برطرف کردن احساس خشم، گناه، غم و ناامیدی در زوج‌ها (فینی، ۲۰۰۲)، حل صدمه دلبستگی، بهبود رضایت زناشویی، کاهش اضطراب دلبستگی و افزایش اعتماد ارتباط (مکینن، ۲۰۰۴) نشان داده است. در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت، به طور کلی درمان هیجان‌مدار شیوه درمانی است که تأکید اصلی آن بر مشارکت هیجان‌ها در الگوهای دایمی ناسازگاری در زوجین آشفتگی می‌باشد. تلاش این درمان آشکار ساختن هیجان‌ها آسیب‌پذیر در هر کدام از زوجین و تسهیل توانایی زوجین در ایجاد این هیجان‌ها به شیوه‌های ایمن و محبت‌آمیز می‌باشد. براساس یکی از چهار فرض کلیدی درمان هیجان‌مدار، زوج‌ها در الگوهای منفی گرفتار شده‌اند که از پاسخگویی مورد نیاز برای پیوند ایمن جلوگیری می‌کند. این زوج‌ها نیازمند حمایت برای فرمول بندی نیازها و ترس‌های دلبستگی‌شان هستند تا بتوانند به شیوه‌ای درست پیوند ایمن را بهبود بخشند (جانسون و همکاران، ۲۰۰۵). همانطور که هیجان یکی از عوامل اصلی رویکرد دلبستگی است، ساختارهای هیجانی در پیش‌بینی، تبیین، نحوه واکنش و کنترل تجارب زندگی به ما کمک می‌کند. هیجان‌ها در حافظه ما ذخیره نمی‌شود، بلکه به وسیله ارزیابی موقعیتی‌هایی که باعث فعال شدن چارچوب هیجانی خاصی می‌شود، دوباره احیا می‌شوند و منجر به مجموعه رفتارهای به خصوصی می‌شوند. در طول درمان هیجان‌مدار، چنین موقعیت‌هایی دوباره طراحی می‌شود تا زوجین به اکتشاف و گسترش هیجان‌ها خود بپردازند و سپس آنها می‌توانند طی این تجربه جدید، هیجان‌ها خود را اصلاح کنند. به این ترتیب هیجان‌ها قابل دسترس، رشد یافته و بازسازی می‌شود و در جهت بازسازی تجارب لحظه به لحظه آنها و رفتارشان در قبال یکدیگر و دیگران به کار گرفته می‌شود. با انجام این مرحله از درمان، زوجین از هیجان‌ها خود آگاهی یافته و در فضایی امن با ابراز هیجان‌ها واقعی در موقعیت‌های مختلف زندگی مجموعه رفتارهای جدیدی را از خود نشان می‌دهند و این امر باعث کاهش اضطراب و استرس زناشویی آنها می‌شود (امانی و مجدوبی، ۲۰۱۳). بر طبق این رویکرد وقتی افراد احساس می‌کنند که همسرشان در دسترس نیست، پاسخگو نیست، انتقاد کننده یا طرد کننده است، اغلب استراتژی‌های تنظیم هیجانی‌ای را به کار

می‌برند که ناخواسته اختلال رابطه را مداومت داده یا حتی تشدید کرده و پیوند بین آنها را تضعیف می‌کنند. اینها، شامل سرزنش‌گری مضطربانه و درخواست کردن یا کناره‌گیری کردن و بی‌مחلی کردن و افزایش استرس می‌شوند. در مرحله اول درمان هیجان‌مدار، یعنی تنش زدایی، درمانگر به هر کدام از افراد کمک می‌کند تا بطور آگاهانه چرخه منفی خود را مشاهده کرده و ترک و طردی که این چرخه منفی ایجاد می‌کند را به عنوان دشمن متقابل خود ببینند. در مرحله دوم، یعنی بازسازی، همسران تلاش می‌کنند تا ترس‌ها و خواسته‌های دل‌بستگی خود را کشف و در میان بگذارند و به تدریج راه‌هایی را بیابند تا به طور روشن این ترس‌ها و خواسته‌ها را به شیوه‌ای برای هم ابراز کنند که نزدیکی، دسترسی هیجانی و پاسخگو بودن یک پیوند ایمن‌تر را تسهیل کند. زوج می‌تواند پس از این وارد مرحله سه یعنی تحکیم منافع کسب شده در درمان شوند (جانسون و همکاران، ۲۰۱۳). تغییر در درمان هیجان‌مدار زمانی رخ می‌دهد که درمانگران به همسران کمک می‌کنند تا عناصر موجود در این رقص رابطه‌ای مخرب را تغییر دهند. وقتی چرخه منفی مختل شده و پاسخ‌ها شروع به تغییر کردن می‌کنند، یک چرخه مثبت تر به وجود می‌آید که به زوج کمک می‌کند تا به سمت پیوندی ایمن‌تر پیش بروند (دالگلیش، ۲۰۱۳). بنابر دیدگاه هیجان‌مدار، وقتی همسری از پاسخگویی هیجانی همسر خود در مواقع استرس یا بحران اطمینان ندارد و مطمئن نیست که او از نظر هیجانی در دسترس و پاسخگو است، احساس ناامنی می‌کند و این ناامنی سبب می‌شود هر یک از زوجین احساس کنند که در رویارویی با استرس‌های زندگی تنها هستند. در فرایند درمان هیجان‌مدار، درمانگر اقدام به از بین بردن این احساس ناامنی می‌کند. بنابراین وقتی درمانگر چرخه‌های تعاملی منفی نمایانگر دل‌بستگی ناپایمن را شناسایی می‌کند، این چرخه‌ها را مجدداً بر اساس ابراز نیازهای نهفته دل‌بستگی تنظیم می‌کند و در فرایند درمان، زوج‌ها می‌توانند با استفاده از چرخه‌های جدید نیازهای خود را به راحتی ابراز کنند و نیازهای دل‌بستگی همسر را بپذیرند (امانی و مجدوبی، ۲۰۱۳). در تبیین نتایج می‌توان اضافه کرد رویکرد هیجان‌مدار این قابلیت را دارد که با افزایش آگاهی هیجانی، نمادگذاری هیجانی، آگاهی از عاملیت در تجربه و تغییر پردازش‌ها به فرد کمک کند تا روابط بین فردی خود را که مهم‌ترین آنها رابطه با همسر است، تغییر دهد و کنترل بیشتری بر آن داشته باشد. در این رویکرد سعی می‌شود هیجانات مورد شناسایی قرار گرفته و به پیام‌های قابل درک و رفتارهای سازنده تبدیل شوند. در این رویکرد مهارت‌های هیجانی که به عنوان توانایی تشخیص و ابراز هیجانات و همچنین توانایی همدلی با دیگران تعریف شده است، باعث افزایش صمیمیت و احساس امنیت شده و انتقاد‌پذیری (البته در بعد مثبت) را در فرد افزایش می‌دهد و در حفظ و تداوم یک ازدواج موفق ضروری است. در جلسات درمانی، زوج‌درمانی هیجان‌مدار با تأکید بر حمایت زوجین از یکدیگر، گشودگی هیجان و بروز آن به طریق مثبت، تمرکز بر هیجانات خود و شناسایی آنها، بیان تجارب جدید در زندگی زناشویی و هیجانات همراه با آن، شکل‌دهی تعاملات جدید در رابطه، تأکید بر مراقبت از همسر، شناسایی چرخه‌های تعاملی منفی و حذف آنها در زندگی زناشویی به زوجین کمک نمود تا ارتباط خود را با همسرشان بازسازی نموده و در پرتو یک ارتباط سالم و موثر از میزان استرس زناشویی آنها کاسته شود (دالگلیش، ۲۰۱۳).

یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که پس انجام مداخله طرحواره‌درمانی در زوجین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان اضطراب و استرس زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر طرحواره

درمانی موجب کاهش اضطراب و استرس زناشویی زوجین گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. نتایج نشان داد طرحواره درمانی توانسته طلاق عاطفی را در زنان دارای همسر نظامی کاهش دهد. این نتایج با یافته‌های یوسفی (۱۳۹۰)، اکبری، عظیمی، طالبی، فهیم (۱۳۹۵)، تقی‌پار و همکاران (۱۳۹۵)، موسوی‌مقدم، (۱۳۹۸) و محنایی؛ گلستانه؛ پولادی ری‌شهری؛ کی‌خسروانی (۱۳۹۸) همسو بود. در راستای نتایج این تحقیق، نتایج پژوهش عسگری و گودرزی (۱۳۹۸) نشان داد که طرحواره درمانی موجب کاهش نمرات دلزدگی زناشویی و مؤلفه‌های آن در زوجین گروه آزمایش در مقایسه با گروه‌های مشاوره‌نما و گواه، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شد. همچنین مطابق با نتایج پژوهش حاضر رستمی، کریمی ثانی، فتحی و کریمی (۱۳۹۸)، در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که با توجه به تأثیر مثبت رویکرد طرحواره‌درمانی بر بهبود عملکرد خانواده، استفاده از این روش آموزشی در برنامه‌ریزی اقدامات بهداشت‌روانی برای زوجین ناسازگار توصیه می‌شود. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان بیان داشت که طرحواره درمانی برای درمان بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی مثل اضطراب و افسردگی که به قدر کافی از درمان‌های شناختی یا شناختی - رفتاری کمکی دریافت نمی‌کردند، تدوین گردید. از نظر یانگ، چون طرحواره درمانی بر عمیق‌ترین سطح شناخت تأکید دارد، از این رو به دنبال آن است که هسته مرکزی مشکل را اصلاح نماید و این عمل از میزان موفقیت بالایی در کاهش علائم مانند اضطراب و افسردگی و جلوگیری از برگشت آن برخوردار است. درمان شناختی - رفتاری برای شناخت طرحواره از رویکرد بالا به پایین استفاده می‌کند. به عنوان مثال در اختلال‌های اضطرابی از سطح نگرانی شروع می‌کند، سپس به مفروضه‌های زیربنایی و در نهایت به طرحواره‌ها می‌پردازد، اما در طرحواره درمانی این روند برعکس می‌شود و از پایین به بالاست. به عبارت دیگر، در فرایند طرحواره درمانی مستقیماً به سراغ عمیق‌ترین سطح طرحواره می‌رود (پینتو گوویا و همکاران، ۲۰۲۰). طرحواره‌درمانی با فراهم‌سازی و تسهیل بینش نسبت به ریشه‌های عمیق رفتارهای جاری در روابط زوجین، آگاهی و بینش آنان را نسبت به اهمیت طرحواره‌ها و نقش آن‌ها در حفظ موقعیت‌های مسأله‌آفرین بین‌فردی افزایش می‌دهد. با مشخص شدن ریشه‌های تحولی هر طرحواره، زوجین متوجه می‌شوند که علت رفتارهای کنونی‌شان افکار و نگرش‌هایی است که قبلاً در آن‌ها ایجاد شده و می‌توان با آموزش و راهکارهای خاص آن‌ها را تغییر داد. همچنین فنون مورد استفاده در این درمان، به زوجین کمک می‌کنند تا از فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه کاسته و شیوه مقابله کارآمد با آن‌ها را یاد بگیرند. آموزش‌های طرحواره محور باعث افزایش درک و فهم زوجین نسبت به این نکته می‌شود که آن‌ها از محیط‌های خانوادگی مختلفی آمده‌اند و همچنین منجر به کشف سیستم باورهای مرکزی زوجین درباره نقش‌های زن و مردی در روابط زوجین می‌شوند که در نتیجه استرس و اضطراب آنها را کاهش می‌دهد (داتیلیو، ۲۰۰۶). در نتیجه طرحواره‌درمانی با داشتن دیدگاهی چند بعدی در کنار در نظر گرفتن تأثیر شناخت‌ها و نگرش‌ها به بررسی ریشه‌های مشکل در گذشته پرداخته و درصد آگاهی و ایجاد بینش در فرد است. این موضوع در مطالعات چاتا و ویشمن (۲۰۰۹) نیز گزارش شده است که وجود طرحواره‌های ناسازگار از عمده‌ترین عامل استرس و برهم خوردن زندگی زناشویی است. بنابراین طرحواره‌ها که ریشه در کودکی فرد دارند می‌توانند بزرگسالی و روابط وی را تحت تأثیر قرار دهند. بر پای دیدگاه طرحواره‌درمانی همسران، همسران در طول طرح‌واره درمانی می‌آموزند طرح‌واره‌های ناسازگار و ذهنیت‌هایی که بلوکه شده‌اند را شناسایی کرده و تغییر دهند و از ابزارهای سازگارانه‌تری برای ارضای نیازهای بنیادی‌شان استفاده نمایند (مارتین، ۲۰۱۰).

هم چنین، طرح‌واره‌درمانی زوجین، سبب تغییر عمیق شخصیت می‌شود و می‌تواند به اجتناب از بن بست در رابطه میان همسران کمک کند و باعث بحث برد- برد میان آن‌ها شود. چرا که از دیدگاه طرح‌واره‌درمانی، رفتارهایی مانند پرخاشگری، وابستگی، اجتناب، عدم رعایت یکدیگر، کمبود تعهد و مقاومت به عنوان تکه‌های مهم اطلاعات که سرخ‌هایی از طرح‌واره‌های زیربنایی برانگیزاننده رفتار می‌دهند، در نظر گرفته می‌شود (بامبر، ۲۰۰۶). در نتیجه، تعدیل طرح‌واره‌های زیربنایی و ذهنیت‌ها همراه با پاسخ‌های مقابله‌ناکارآمد مایه تغییر رفتارهایی مانند پرخاشگری، وابستگی، کمبود تعهد و... می‌شود. هم‌چنین، طرح‌واره‌درمانی همسران می‌تواند با تأثیر بر مسائل شخصیتی و حل تعارض زوجین، ارتقاء تعهد زناشویی و حرمت خود همسرها، بر کاهش اضطراب و استرس زناشویی کارساز باشد (امانی و بهزاد، ۱۳۹۱). رویکرد طرح‌واره‌درمانی با تلفیق چهار تکنیک شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای در افراد علاوه بر زیر سوال بردن طرح‌واره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمدی و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی نیز باعث تخلیه عواطف و هیجان‌های منفی مدفون شده از جمله خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیزختگی و دلبستگی ایمن به دیگران طی سال‌های کودکی می‌شود و با استفاده از تکنیک تجربی که شناخت‌واره‌های دوران کودکی و خاطرات کودکی را بازسازی می‌کند به ابراز هیجان و عواطف سرکوب شده که در نهایت منجر به خودسانسوری هیجانی و مشکل در ابراز عواطف و سردی عاطفی می‌شود، کمک زیادی می‌کند و باعث نزدیکی عاطفی زوج‌ها می‌گردد. در نتیجه این عوامل باعث می‌شوند که زوج‌درمانی به روش طرح‌واره‌درمانی باعث کاهش اضطراب و استرس زناشویی می‌شود.

نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که دو درمان گروهی طرح‌واره‌درمانی و درمان هیجان‌مدار بر استرس و اضطراب زوج‌ها تفاوت معنی‌داری ندارد. یافته‌های پژوهش حاضر در این زمینه با یافته‌های گلدمن و گرینبرگ (۲۰۱۳) همخوانی دارد. دلیل عدم تفاوت این دو روش درمانی در کاهش استرس و اضطراب زوج‌ها در پژوهش حاضر ممکن است این باشد که هر دو رویکرد در تلاش هستند تا با تأثیرگذاری بر الگوهای فکری هشیار زوجین، افکار، اعمال زوجین را در شرایط و موقعیت‌های زندگی بهبود بخشند. در واقع به کمک این شیوه‌های درمانی می‌توان سیستم پردازش اطلاعات زوجین را تحت تأثیر قرار داد و از تأثیر عوامل مخرب همانند کلیشه‌ها و تضادهای زندگی در بین زوجین جلوگیری کرد. علاوه بر این در هر دو روش زوجین یاد می‌گیرند که هیجان‌های خود را کنترل و با نظم‌جویی هیجان و اصلاح طرح‌واره‌های ذهنی نسبت به ذهن خودآگاهی پیدا کنند و با ادراک دیگران و بهبود ارتباط با همسر خود از زندگی خود لذت بیشتری ببرند. همچنین هر دو این درمان‌ها باعث نظم و انسجام فکری می‌شود و آشفتگی هیجانی را کاهش می‌دهد. بنابراین، قابل کنترل بودن منابع هیجانی باعث می‌شود تا فرد سلامت روانی بهتری داشته باشد و بتوانند مشکلات را با آرامش بهتری حل کند. هر دو رویکرد هیجان‌مدار و طرح‌واره‌درمانی به یک میزان در کاهش استرس و اضطراب زوجین مؤثر باشد که این موارد در حفظ و تداوم یک ازدواج موفق، ضروری هستند.

در این پژوهش کارآیی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و طرح‌واره‌درمانی بر کاهش اضطراب و استرس زناشویی زوج‌ها مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها حاکی از آن بود که میزان اضطراب و استرس زناشویی در زوجین پس از جلسات زوج‌درمانی هیجان‌مدار و طرح‌واره‌درمانی به طور معناداری کاهش پیدا کرده است. یافته‌های این پژوهش می‌تواند اطلاعات مفیدی را برای مشاوران و روان‌درمانگران در مورد اثربخشی زوج‌درمانی

هیجان مدار و طرحواره درمانی بر اضطراب و استرس زناشویی فراهم کند. از دست‌آوردهای این پژوهش می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح نتیجه‌گیری کرد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را تایید کند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه‌های آموزشی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. در این پژوهش تلاش شد تا با انتصاب تصادفی آزمودنی‌ها به گروه‌های آزمایش و کنترل، متغیرهای مزاحم و سوگیری‌های احتمالی کم شود. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به انجام آن در نمونه کوچک اشاره نمود که قابلیت تعمیم نتایج به سایر زوجین را ندارد. نداشتن پیگیری بلندمدت به علت محدودیت زمان و روش خود گزارش‌دهی ابزار از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌باشد. همچنین نمونه پژوهش حاضر از نوع در دسترس بوده و اعضای نمونه از بین زوجینی که به کلینیک‌های روانشناسی منطقه ۵ شهر تهران مراجعه کرده‌اند، انتخاب شده‌اند، به همین دلیل تعمیم نتایج به دیگر زوج‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. به تبع محدودیت‌های یاد شده پیشنهاد می‌شود که در طرح‌های پژوهشی آتی در این قلمرو، مواردی که در پی می‌آیند، مد نظر قرار گیرند. توصیه می‌شود این پژوهش بر روی حجم نمونه بزرگتری انجام گیرد تا فرضیات با قوت بیشتری تایید یا رد شوند. از آنجایی که این درمان‌ها با زوج‌های شهر تهران انجام گرفت، توصیه می‌گردد در کار با زوج‌های مناطق مختلف نیز به کار گرفته شود و در حیطه‌های مختلف زندگی زناشویی اثربخشی آن مورد بررسی قرار گیرد. پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌هایی به مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار و طرحواره درمانی با دیگر رویکردهای درمانی در حوزه زوجی و خانوادگی بپردازند تا تصویر روشن‌تری از کارایی این شیوه درمانی با توجه به بافت فرهنگی کشور ما به دست آید. پیشنهاد می‌گردد اثر بخشی این رویکرد بر روی سایر متغیرهای زناشویی مانند تعهد زناشویی، کیفیت روابط زناشویی و... بررسی گردد. بهره‌گیری مشاوران خانواده و ازدواج از این رویکرد درمانی موثر و کاربردی در کلاس‌های آموزش خانواده و زوج، جهت کاهش مشکلات و افزایش رضایتمندی زناشویی از دیگر پیشنهادات این پژوهش می‌باشد.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از مساعدت‌های مسئولین محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد و همچنین، تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند

تعارض منافع

لازم به ذکر است نویسندگان هیچگونه تعارض منافی ندارند.

موازن اخلاقی

در پژوهش حاضر اصول اخلاقی پژوهش از جمله رازداری، محرمانه ماندن و حریم خصوصی افراد رعایت شد و شرکت در پژوهش هیچگونه آسیب احتمالی برای شرکت کنندگان نداشته است.

منابع

- اصلانی، مهدی. (۱۳۹۴). خانواده‌درمانی، مجله خانواده‌پژوهشی، ۳(۴): ۴۵-۵۲.
- اکبری، ابراهیم، عظیمی، زینب، طالبی، سعیده و فهیمی، صمد. (۱۳۹۵). پیش‌بینی طلاق عاطفی زوجین بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجان و مولفه‌های آن، دو فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۴(۲)، ۴۵-۶۵.
- امانی، احمد، و بهزاد، داوود. (۱۳۹۱). اثربخشی طرح‌واره‌درمانی در ارتقاء تعهد زناشویی و عزت نفس زوج‌ها، پژوهش‌های مشاوره، ۱۱(۴۱): ۱۱۷-۱۳۳.
- بیات اصغری، محمد. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی رویکرد متمرکز بر هیجان و طرح‌واره‌درمانی به شیوه گروهی، نشریه علمی زن و فرهنگ، ۱۱(۵): ۷۳-۶۲.
- تقی یار، زهرا، پهلوان زاده، فرشاد، و سماوی، عبدالوهاب. (۱۳۹۵). اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر سرخوردگی زناشویی زنان متأهل، نشریه زن و مطالعات خانواده، ۹(۳۴): ۴۹-۶۳.
- حمیدپور، حسن. (۱۳۸۶). بررسی مقدماتی کارآیی و اثربخشی طرح‌واره‌درمانی در درمان شکست‌های عشقی دانشجویان، چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان در شیراز، ۹۳-۹۱.
- رحیم آقایی، فلورا. (۱۳۹۶). تاثیر طرح‌واره‌درمانی گروهی بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی پرستاران. مجله آموزش پرستاری، ۶(۳): ۱۷-۲۳.
- شخمگار، زهرا. (۱۳۹۵). اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر کاهش مشکلات سلامت روان ناشی از روابط فرازناشویی در زوجین، نشریه نسیم تندرستی (سلامت خانواده)، ۵(۱): ۳۴-۳۹.
- عرفان منش، نوید. (۱۳۸۶). اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر سازگاری زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات، تهران.
- عرفان، جلال. (۱۳۹۵). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود رضایت زناشویی زوجین و کنترل رفتار خانواده. فصلنامه روانشناسی بالینی، ۳(۲): ۸۸-۶۵.
- عسگری، امین، و گودرزی، کوروش. (۱۳۹۸). اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر دلزدگی زناشویی زوجین در آستانه طلاق، نشریه مطالعات ناتوانی، ۸، ۴۵-۶۳.
- کریمی، جواد، سودانی، منصور، مهربانی زاده هنرمند، مهناز، و نیسی، عبدالکاسم. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی یکپارچه نگر و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر علائم افسردگی و استرس پس از سانحه ناشی از روابط فرازناشویی در زوجین. روان‌شناسی بالینی، ۵(۳): ۳۵-۴۶.
- محمدنژادی، بهجت، و ربیعی، مهدی. (۱۳۹۴). اثربخشی طرح‌واره‌درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه، نشریه طب انتظامی، ۴(۳): ۱۷۹-۱۹۰.

محنایی، ستاره، گلستانه، موسی، پولادی ری شهری، علی، و کی خسروانی، مولود. (۱۳۹۸). مجله روانشناسی اجتماعی، ۱۳(۵۱)، ۱۱۸-۱۰۹.

موسوی مقدم، زهرا، ۱۳۹۸، اثر بخشی طرحواره درمانی بر طلاق عاطفی زنان خیانت دیده، سومین کنفرانس بین المللی پژوهش در روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی. دانشگاه علامه طباطبایی.

یوسفی، ناصر. (۱۳۹۰). مقایسه ی اثربخشی دو رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرح واره درمانی و نظام عاطفی بون بر طرح واره های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق شهر سقز. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۳(۵۲)، ۷۳-۳۵۶.

References

- Amani R, Majzubi MR. (2013). Comparing the effectiveness of emotionally-focused couple therapy, cognitive-behavioral and cognitive- behavioral- emotional on depression and marital satisfaction in women. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*. 3(3):440-467.
- Asadpur E, Nazari AM, Sanaei Zaker B, Shaghaghi SH. (2016). efficacy of emotionally-focused couples therapy on marital intimacy couples counseling center in Tehran. *Journal of Clinical Psychology and Counseling Researches*. 2(1):25-38.
- Besharat MA, Shamsipoor H , Barati N. (2006). Reliability and validity of stekholm couple stress scale. *J Psychol Sci*. 19: 217-225.
- Bigdeli E, Rahim Abadi E. (2018). The effectiveness of arbitrary and collective activation therapy on depression, anxiety and couple stress in cardiovascular patients. *J Clin Psychol*. 2:19-28.
- Bodenmann G, Pihet S, Shantinath SD, Cina A, Widmer K. (2019). Improving dyadic coping in couples with a stress-oriented approach: a 2-year longitudinal study. *Behav Modif*. 2019; 30(5):571-597.
- Bomber, J. (2006). Schema therapy: A practitioner's guide. A Division of Guilford Publications, Inc.
- Burgess, F. (2016). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Capron DW, Kotov R, Schmidt NB. (2018). A crosscultural replication of an interactive model of anxiety sensitivity relevant to suicide. *Psychiatry Res*. 205(1-2): 74-8.
- Chatva, Y., Wishman, M. A. (2009). Partner schemas and relationship functioning: A states of mind analysis. *Behavior therapy*, 40, 50-56.
- Dalgleish TL. (2013). Examining predictors of change in emotionally focused couples therapy. [dissertation]. Ottawa: School of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Ottawa; PP. 45-47.
- Denton WH, Wittenborn AK, Golden RN. (2019). Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples: A randomized pilot study. *J Marital Fam Ther*. 38 1:23-38.
- Dotiliv, Ali. (2006). The Relationship between Attachment Styles and Mental Health with Marital Adjustment in Couples; *Journal of Behavioral Sciences* 2011: 5 (2).
- Feenev, J.A. (2002). The role of husbands and wives emotional expressivity in the marital relationship. *Journal of Family Therapy*, 7, 515-520
- Gordon KC, Baucom DH, Snyder DK. (2019). Treating couples recovering from infidelity: an integrative approach. *J Clin Psychol* 61(11): 1393-405.
- Goldman RN, Greenberg L. (2013). Working with identity and self-soothing in emotion-focused therapy for couples. *Fam Process*. 52(1):62-82.
- Greenberg L, (2020). Warwar S, Malcolm W. Emotion-focused couples therapy and the facilitation of forgiveness. *J Marital Fam Ther*. 36(1):28-42.
- Halchuk RE. (2020). Functional and structural neural effects of emotionally focused therapy for couples. [dissertation]. Ottawa: School of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Ottawa; PP. 38-40.

- Hamidpoor H.(2017). Comparison the effectiveness of cognitive behavior therapy and schema therapy in treatment women who suffer from generalized anxiety disorder [MA thesis]. University of Behzisti Sciences and Rehabilitation.
- HasanAbadi H, Mojarad S, Soltanifar A. (2011). A study on the effectiveness of emotionally focused therapy (EFT) on marital adjustment and positive filings in couples with extramarital. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 1(2):25-38.
- Hoover SM, Luchner AF, Pickett RF. (2016). Nonpathologizing trauma interventions in abnormal psychology courses. *Journal of Trauma & Dissociation*:17(2):151-64.
- Jacobson NS, Christensen A, Prince SE, Cordova J, Eldridge K. (2018). Integrative behavioral couple therapy an acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *J Consult Clin Psychol*. 68(2):351-355.
- Janbozorgi M. (2018). Investigation the effectiveness psychotherapy with and without Islamic religiosity orientation on anxiety and tension. *J Psycho* 2(4): 343-68.
- Javidi N, Soleimani A, Ahmadi KH, Samadzadeh M. (2012). The effectiveness of training of emotion management strategies according to emotionally focused couple therapy (EFT) to increase sexual satisfaction in couples. *Health Psychology*.1(3):1-14. [Persian]
- Javidi N, Soleimani A, Ahmadi Kh, Samadzadeh M.(2014). The effectiveness of emotionally focused couples therapy (EFT) to improve communication patterns in couples. *J Res Behave Sci*. 11(5):402-10. [Persian]
- Javidi N.(2013). The effectiveness of emotionally focused couples therapy (EFCT) in improving marital satisfaction and family behavior control. *Biannua Journal of Applied Counselng*. 3(2):65-78. [Persian]
- Johnson SM, Moser MB, Beckes L, Smith A, Dalgleish T, et al. (2013). Soothing the threatened brain: Leveraging contact comfort with emotionally focused therapy. *Plos One*.8(11):1-10.
- Johnson SM. (2010). The practice of emotionally focused couple therapy. Translated by Bahrami F, Azarian Z , Etemadi O. 2nd ed.Tehran: Danzheh Press;PP.257-259.
- Johnson SM. (2003). The revolution in couple therapy: A practitioner-scientist perspective. *J Marital Fam Ther*. 29(3):365-384.
- Johnson, S. M., & Talitman, E. (2008). Predictors of success in emotionally focused couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23, 135-152.
- Johnson, S. M., Hunslev, J., Greenberg, L. S., & Schlinder, D. (2005). Emotionally focused couple therapy: Statues and challenges. *Clinical Psychology Science and Practice*, 6, 67-79.
- Johnson, S.M. (2009). The practice of emotionally focused couple therapy. New York: Brunner – Rutledge.
- Karimi J, Sodani M, Mehrabizade M, Neisi A. (2013). Comparison of the efficacy of integrative couple therapy and emotionally focused couple therapy on symptoms of depression and posttraumatic stress symptoms caused by extra-marital relations in couples. *J Clin Psychol*. 3(19):35-47. [Persian]
- Lanata A, Valenza G, Nardelli M, Gentili C, Scilingo EP. (2019). Complexity index from a personalized wearable monitoring system for assessing remission in mental health. *IEEE journal of biomedical and health informatics*.19(1):132-9.
- Makinen, J. (2004). Treating attachment injuries: Process and outcome. Unpublished doctoral dissertation, University of Ottawa, Ontario, Canada. Alliant University.www.coursedeliverv.com
- Martin, S.(2010). Relationship between early maladaptive schemas, couple satisfaction and individual mate value: an evolutionary psychological approach, *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*. 12, 1, 63-76 12.
- McLean LM, Hales S. (2018). Childhood trauma, attachment style, and a couple's experience of terminal cancer: Case study. *Palliat Support Care*. 8(2):227-233.
- Peluso PR.(2020). *Infidelity: A practitioner's guide to working with couples in crisis*. New York, NY: Routledge.

- Pinto-Gouveia J, (2020). Castilho P, Galhardo A, Cunha M. Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*. 30(5):571-84.
- Rostami M, Taheri A, Abdi M, Kermani N. (2017) The effectiveness of instructing emotionfocused approach in improving the marital satisfaction in couples. *Social and Behavioral Sciences*. 114: 693-698.
- Sanai B. (2004). *Group couceling and psychotherapy*. Tehran: Chehr Press; PP.122-23.
- Shahkarami M.(2014). The effectiveness of emotionally focused couple therapy on reducing couple burnout in married women. [Thesis]. Tehran: Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University; PP. 55-56. [Persian]
- Shalev I, Moffitt TE, Braithwaite AW, Danese A, Fleming NI, Goldman-Mellor S, Harrington H, Houts RM, Israel S, Poulton R, Robertson SP. (2014). Internalizing disorders and leukocyte telomere erosion: a prospective study of depression, generalized anxiety disorder and post-traumatic stress disorder. *Molecular psychiatry*1:19(11):1163-70.
- Stanmetz JM., & Sasman, U.A. (2018). A theory of marital dissolution and stability. *J Fam Psychol*. (7): 57-75.
- Story LB, Bradbury TN. (2021). Understanding marriage and stress: Essential questions and challenges. *Clin Psychol Rev*. 23(8): 1139-1162.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press
- Young JE.(2004). *Young Parenting Inventory*. New York: Cognitive Therapy Center of New York;
- Zamani N, Farhadi M, Jamilian HR ,Habibi M.(2017). Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on Acceptance and Commitment) on Expulsive Anger and Impulsive Behaviors. *AMUJ* 17(92): 53-61.
- Zerehpooash A.(2016). The effectiveness of schema therapy on chronic depression in Isfahan University students [MA thesis]. Isfahan University.
- Zerehpoush A, Neshatdoust HT, Asgari K, et al. (2017.) The effect of schema therapy on chronic depression in students. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 10(4): 285-91.

Comparison of the Effectiveness of Two Group Therapies of Schema Therapy and Emotion Therapy on Stress and Anxiety of Couples

Mahdi. Ahmadi^{1*}, Somayeh. Basetin²

Abstract

Aim: The aim of this study was to compare the effectiveness of two group therapies of schema therapy and emotion therapy on stress and anxiety in couples. **Method:** The research method was quasi-experimental with pre-test, post-test and follow-up with control group. The population of this study was all couples referring to specialized counseling and guidance clinics in District 5 of Tehran in 2020-21, from which 45 couples were selected by purposive sampling method and randomly replaced in three equal groups of 15 people. 10 sessions of emotional couple therapy (Johnson, 2009) and 8 sessions of schema therapy (Young, 2003) were performed. Two Stockholm-Tehran Marital Stress Questionnaire and Spielberger Anxiety Questionnaire were used to collect data. SPSS software and multivariate analysis of covariance tests were used to analyze the data. **Results:** The results showed that schema therapy and emotion therapy reduced stress and anxiety in couples in the post-test and follow-up stages. **Conclusion:** The results showed the positive effect of schema therapy and emotion-based therapy on reducing couple stress and anxiety and these two methods have been able to be equally effective. Therefore, it cannot be said that one is superior to the other.

Keywords: *Schema therapy, Emotional therapy, Stress, Anxiety*

1. ***Corresponding author:** Assistant Professor, Department of Counseling, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran

2. PhD Student, Department of Counseling, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran

Email: ab8boj@gmail.com