

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانگری و زوج‌درمانگری هیجان‌مدار به صورت گروهی بر رضایت از زندگی و طرحواره‌های سازش نیافته زوجین*

احمد آقایی^۱، فرهاد کهرآزنی^۲، علی فرنام^۳

The comparison of the effectiveness of group schema therapy and group emotional-based couple therapy on couples' maladaptive schemas and life satisfaction

Ahmad Aghayi¹, Farhad Kahrazeni², Ali Farnam³

چکیده

زمینه: تحقیقات نشان داده است که طرحواره درمانگری و زوج‌درمانگری هیجان‌مدار بر بهبود رضایت از زندگی مؤثر است، اما آیا زوج‌درمانگری هیجان‌مدار و طرحواره درمانگری به شکل گروهی بر رضایت از زندگی مؤثر است و کدام یک تاثیر بیشتری دارد؟ **هدف:** این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانگری و زوج‌درمانگری هیجان‌مدار بر رضایت از زندگی و طرحواره‌های سازش نیافته زوجین انجام شد. **روش:** این پژوهش نیمه‌آزمایشی با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. از بین زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد، تعداد ۵۰ زوج دارای مشکلات زناشویی با مصاحبه غربال شد. سپس، از بین این زوجین، ۲۴ زوج به صورت تصادفی در گروه‌ها قرار گرفتند. ۸ جلسه زوج‌درمانگری هیجان‌مدار (جانسون، ۲۰۱۲) و ۱۱ جلسه طرحواره درمانگری (یانگ، ۱۹۹۹) اجرا شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از دو پرسشنامه رضایت از زندگی دینر، ایمونس، لارسن و گریفین (۱۹۸۴) و طرحواره‌های سازش نیافته یانگ (۱۹۹۱) بهره برده شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که طرحواره درمانگری باعث افزایش رضایت از زندگی و کاهش طرحواره‌های سازش نیافته زوجین شد، همچنین زوج‌درمانگری هیجان‌مدار موجب افزایش رضایت از زندگی و کاهش طرحواره‌های سازش نیافته زوجین شد ($p < 0/001$). **نتیجه‌گیری:** نتایج نشان‌دهنده تأثیر مثبت طرحواره درمانگری و زوج‌درمانگری بر روی طرحواره‌های سازش نیافته و رضایت زندگی زوجین بود و این دو روش به شکل یکسانی توانسته‌اند تأثیرگذار باشند. بنابراین نمی‌توان گفت که یکی نسبت به دیگری برتری دارد. **واژه کلیدی‌ها:** رضایت از زندگی، طرحواره‌های سازش نیافته، طرحواره درمانگری، زوج‌درمانگری هیجان‌مدار

Background: research indicated emotional-based couple group therapy and schema group therapy have improved life satisfaction, but whether emotional-based couple group therapy and schema group therapy are effective on this variable and which one is more effective? **Aims:** The aim of the current study was to compare the effectiveness of group schema therapy and group emotional-based couple therapy on couples' life satisfaction and maladaptive schemas. **Method:** The present study was a quasi-experimental design containing two experimental groups and one control group. Among couples who referred to counseling centers in the city of Mashhad, 50 couples with marital problems were screened by interview. Then, among them, 24 couples were randomly assigned into the groups. Eight emotional-based couple therapy (Johnson, 2012) sessions and 11 schema therapy (Young, 1999) sessions were held. Data were collected by using Diener, Emmons, Larsen, and Griffin satisfaction with life scale (1984) and Young's maladaptive schemas questionnaire (1991). To analyze the data, SPSS software and multivariate analysis of covariance were used. **Results:** The results of the present study showed that schema therapy was effective in the improvement of life satisfaction and the reduction of maladaptive schemas in couples. Emotional-based couple therapy was also effective in reducing maladaptive schemas and increasing life satisfaction ($p < 0/001$). **Conclusions:** The results showed the positive effects of schema therapy and couple therapy on couples' maladaptive schemas and life satisfaction, and also these two methods were equally effective.

Key words: Life satisfaction, Maladaptive schemas, Schema therapy, Emotional-based couple therapy

Corresponding Author: farhad_kahraz@ped.usb.ac.ir

* این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری نویسنده اول است.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

^۱ Ph.D Student of General Psychology, Islamic Azad university, Sistan and Baluchestan Branch, Zahedan, Iran

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Associate Professor, Department of Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran (Corresponding Author)

^۳ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

^۳ Associate Professor, Department of Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran

پذیرش نهایی: ۹۷/۱۲/۲۵

دریافت: ۹۷/۱۰/۱۷

مقدمه

به‌ویژه آنها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیتی و مشکلات بین فردی باشند. یانگ، کلووسکو و ویشار^{۱۱} (۲۰۰۳) طرحواره‌های سازش نیافته اولیه را الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی تعریف می‌کنند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته‌اند و در سیر زندگی تکرار شده و بر نحوه تعبیر و تفسیر تجارب و رابطه با دیگران تأثیر می‌گذارند. طرحواره‌های سازش نیافته اولیه^{۱۱} همیشه خود را در جریان یک رابطه نشان می‌دهند و باعث تأثیر در کنشگری رابطه می‌شوند. معمولاً ماهیت ناسازگار طرحواره‌ها وقتی ظاهر می‌شود که بیماران در روند زندگی خود و در تعامل با دیگران، به‌ویژه رابطه زناشویی به‌گونه‌ای عمل می‌کنند که طرحواره‌های آنها تأیید شود، حتی اگر برداشت اولیه آنها نادرست باشد (هاشمیان، شایان، امیدوار و مدرس قراوی^{۱۲}، ۲۰۱۵). طرحواره‌های مربوط به رابطه زناشویی در برگرفته باورهای اساسی درباره ماهیت انسان و نحوه روابط می‌باشند و فرض می‌شود که نسبتاً ثابت هستند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳).

در رویکرد طرحواره محور تمرکز بر آگاهی و بینش افزایش یافته و درک نقش طرحواره‌ها در حفظ موقعیت‌های مسئله‌آفرین و همچنین تعدیل نحوه فعال‌سازی و عمل طرحواره‌ها است (اسماعیلی، محمدی و حاکمی^{۱۳}، ۲۰۱۶). تحقیقات کم و بیش قانع‌کننده‌ای وجود دارد که اثربخشی طرحواره درمانی را در سطح مداخله فردی و هنگام وجود اختلال‌های روانی قابل تشخیص اثبات می‌کند (آنتل، فری، سار، باربی و وان زیل^{۱۴}، ۲۰۱۰). یکی از راه‌های افزایش رضایت زناشویی آموزش به زوجین است. در کنار درمان‌ها و مداخله‌های فردی دسته دیگر از روش‌های مداخله‌ای وجود دارند که نه در سطح فردی بلکه به شیوه و در سطح گروهی و در قالب آموزش روانشناختی برای افزایش رضایت زناشویی به کار رفته‌اند (ریسو، توتی، ستین و یانگ^{۱۵}، ۲۰۰۷). برنامه‌های آموزشی متنوعی وجود دارد که اثربخشی آنها برای مسائل زوجین به اثبات رسیده است. یک

رابطه زناشویی به‌عنوان مهمترین و اساسی‌ترین رابطه انسان توصیف شده است، زیرا ساختاری اولیه را برای بنا نهادن رابطه خانوادگی و رضایت از زندگی^۱ فراهم می‌سازد (لاونر، کارنی و برادبوری^۲، ۲۰۱۶). محققان در بررسی‌های خود به وجود رابطه بین رضایت از زندگی و سلامت‌روانی پی برده‌اند (کیز^۳، ۲۰۱۴) و عدم رضایت از زندگی را با وضعیت سلامتی ضعیف‌تر، علائم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی و وضعیت اجتماعی مرتبط دانسته‌اند. رضایت از زندگی ضعیف نیز می‌تواند موجب به‌کارگیری مکانیسم‌های مقابله و سازگاری نامؤثر در رابطه زناشویی افراد شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در زندگی آنان گردد (متیود، بشکورد و ایبانهز^۴، ۲۰۱۴). در واقع رضایت از زندگی را ارزیابی فرد از زندگی خویش، در دوره‌های زمانی حال و گذشته می‌دانند. این ارزیابی شامل واکنش هیجانی فرد به قضاوت‌هایی است که وی درباره زندگی خود ارائه می‌دهد (پیوت و دینر^۵، ۲۰۰۸). افراد دارای رضایت از زندگی بالا، عمدتاً دارای هیجان‌ات مثبت بوده و ارزیابی مثبتی درباره رویدادهای زندگی دارند. افراد دارای رضایت از زندگی پایین نیز شرایط و رویدادها را نامطلوب ارزیابی کرده و به همین دلیل هیجان‌ات نامطلوب مانند اضطراب، افسردگی و پرخاشگری را تجربه می‌کنند که این هیجان‌ات منفی ناسازگاری زناشویی را افزایش می‌دهد (سرجی^۶، ۲۰۱۲). نتایج تحقیقات نشان داده است رضایت از زندگی ارتباط مستقیمی بر الگوهای ارتباطی دارد (ملفت و آذربون، ۱۳۹۵).

عوامل شناختی مختلفی در نارضایتی و ناسازگاری‌های زناشویی مؤثر هستند. نوعی از شناخت‌ها که در رابطه زناشویی مهمی باشند، طرحواره‌ها^۷ هستند (سیمونز، سیستاد، سیمونز و هانسن^۸، ۲۰۱۸). طرحواره‌ها سازه‌هایی هستند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرند و به‌عنوان واسطه، پاسخ‌های رفتاری افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (دانگ، شارما و شاکوات^۹، ۲۰۱۹). برخی از طرحواره‌ها

9. Dang, Sharma & Shekhawat

10. Young, Klosko, & Weishaar

11. early maladaptive schemas

12. Hashemian, Shayan, Omidvar & Modarres Gharavi

13. Esmaili, Mohammadi & Hakami

14. Antle, Frey, Sar, Barbee & Van zyl

15. Riso, Toit, Stein, & Young

1. life satisfaction

2. Lavner, Karney & Bradbury

3. Keyes

4. Matud, Bethencourt & Ibáñez

5. Pavot & Diener

6. Sirgy

7. schemas

8. Simons, Sistad, Simons & Hansen

قرار می‌گیرند. برای دستیابی به چنین هدفی اهدافی، این درمان عناصر کلیدی در درمان مراجع محور را با اصول نظریه سیستم‌های عمومی تلفیق می‌کند. چنین تلفیقی را در تکنیک‌های خانواده درمانی ساختاری می‌توان مشاهده کرد (هاروی^۴، ۲۰۱۵ ترجمه احمدی، ۱۳۹۵). نظریه دلبستگی، رویکرد هیجان‌مدار را با مفهومی نظری غیر مرضی به منظور درک اهمیت پیوندهای عاطفی، اتکاء متقابل و صمیمیت دوران بزرگسالی حمایت می‌کند (جاویدی، ۱۳۹۲).

تحقیقات زیادی مؤثر بودن زوج‌درمانی هیجان‌مدار را نشان داده‌اند، از جمله می‌توان به تحقیق فلیچر^۵ (۲۰۱۶) اشاره کرد، نتایج تحقیق نشان می‌دهد رویکرد هیجان‌مدار با آموزش تکنیک‌های ارتباطی - هیجانی مؤثر به زوجین باعث بهبود روابط روزمره، خصوصی و نزدیک آنها شده و افزایش رضایت زوجین و تعهد آنها به یکدیگر می‌شود. لاو، مور و استانیس^۶ (۲۰۱۶) نشان داد که پس از جلسات زوج‌درمانی هیجان‌مدار، تعهد و صمیمیت زوجین نسبت به قبل از شروع درمان افزایش معناداری داشته است. تحقیق گرینبرگ^۷ و همکاران (۲۰۱۰) اشاره کرد که در پژوهشی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار نشان دادند زوج‌های درمان شده بهبودی معناداری در رضایت زناشویی، اعتماد و بخشودگی نشان دادند و این نتایج تا سه ماه بعد نیز حفظ شده بود. هنرپروان (۱۳۸۵) نشان داد که زوج‌درمانی با رویکرد هیجان‌مدار، در بهبود رفتار، تمایل، عواطف، کیفیت و رضایت زناشویی مؤثر است. پژوهش جاویدی (۱۳۹۲) نشان داد که بین زوجین گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای کنترل رفتار و رضایت زناشویی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در پژوهش دی‌آندریا^۸ (۲۰۰۴) نتایج نشان داد که طرحواره‌های سازش نیافته اولیه با عواطف مثبت، اعتماد به نفس و سازگار مشارکتی زوجین رابطه‌ی منفی دارد. پژوهش یوسفی (۱۳۹۰) نشان داد که بین مراجعان متقاضی طلاق گروه‌های آزمون و شاهد در متغیر وابسته‌ی طرحواره‌های سازش نیافته اولیه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج یک پژوهش نشان داد که طرحواره‌های سازش نیافته اولیه پیش‌بین قدرتمندی برای بدبینی، افسردگی، ناامیدی در پیشرفت و اضطراب در بین زوجین می‌باشد (تاملینسان، کیفیتز، راوانا و لیوملی^۹ (۲۰۱۱)).

مداخله آموزشی اثربخش در کنار آموزش رفتاری، نیازمند در نظر گرفتن ساز و کارهای نیرومند دیگر، نظیر طرحواره‌ها است که زوجین با خود به درون رابطه زناشویی منتقل می‌کنند و ناشی از تجارب ارتباطی و الگوهای دلبستگی منفی اولیه است (گوردون و کریستن^۱، ۲۰۰۸). برنامه‌های آموزش گروهی در درمان و بهبود مشکلات روانشناختی اثربخشی فراوانی نشان داده‌اند (داوریک^۲ و همکاران، ۲۰۰۰).

از سوی دیگر، یکی از رویکردهایی که بر کنترل رفتار و هیجان تأکید دارد و در نهایت منجر به افزایش رضایت زوجین از زندگی می‌گردد، رویکرد هیجان‌مدار است. این رویکرد، رویکردی سازنده است که در آن درمان‌جویان به‌عنوان متخصصانی در زمینه تجارب خودشان در نظر گرفته می‌شوند. فرآیند تغییر در این رویکرد در ۹ گام مشخص شده است که دربرگیرنده مراحل سه‌گانه است. مرحله اول: جلوگیری از گسترش چرخه معیوب، مرحله دوم: بازسازی موقعیت‌های تعاملی، مرحله سوم: تحکیم و یکپارچگی (جاویدی، سلیمانی، احمدی، صمدزاده، ۱۳۹۱). در خانواده درمانی هیجان‌مدار^۳ فرض می‌شود تعارض در زندگی زناشویی زمانی اتفاق می‌افتد که همسران قادر به ارضای نیازهای دلبستگی یکدیگر برای امنیت، ایمنی و رضایت نیستند. به عبارت دیگر روابط آشفته زناشویی، نشان‌دهنده شکست زوجین در برقراری رابطه همراه با الگوی دلبستگی ایمن است (رحیم آقایی، حاتمی‌پور و عاشوری، ۱۳۹۶). پژوهشگران به اتفاق نظر دارند که مشکلات زناشویی به سبک‌های دلبستگی زوجین ارتباط دارد و قواعد عاطفی و واکنش‌های هیجانی در افراد به صورت مستقیم بر روابط آنها اثر می‌گذارد (مرادی، یزدانبخش و بساطی، ۱۳۹۵). در واقع تمرکز این روش درمان بر تأثیر همسر بر رفتارهای همچون تعارضات ارتباطی، حمایت زوجی یا کیفیت زناشویی است (نکونام، اعتمادی، پورنقاش اصفهانی، ۱۳۹۷). این گونه همسران در برآوردن نیازهای دلبستگی به دیگر پاسخ‌های هیجانی ثانوی مانند خشم، خصومت، انتقام‌جویی یا احساس گناه مفرد را تجربه می‌کنند. عناصر کلیدی از جمله نیازها و ترس‌های ناشی از دلبستگی در طی جلسات درمان، آشکار شده و مورد انتقاد

6. Love, Moore & Stanish

7. Greenberg

8. D'Andrea

9. Tomlinson, Keyfitz, Rawana, & Lumley

1. Gordon & Christman

2. Dowrick

3. emotional focused therapy

4. Harvey

5. Fletcher

مستقل (زوج درمانی هیجان مدار و طرحواره درمانی) مورد اندازه-گیری قرار گرفتند (پیش آزمون). سپس درمان هیجان مدار جانسون (۲۰۱۲) در ۸ جلسه (۱/۵ ساعته و یک بار در هفته) و جلسات طرحواره درمانی در ۱۱ جلسه بر اساس نظریه طرحواره‌های سازش نایافته اولیه یانگ (۱۹۹۹) (۱/۵ ساعته و هر هفته یک جلسه) برای هر زوج گروه آزمایش اجرا شد و پس از آن مجدداً آزمودنی‌ها مورد اندازه‌گیری (پس آزمون) قرار گرفت. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی بعد از اتمام کار، جلساتی به صورت فشرده و در ۴ هفته برای گروه گواه که داوطلب شرکت در مطالعه هستند ولی آموزش دریافت نکردند، اجرا شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت‌اند از:

- ۱- کسب نمره T پایین‌تر از ۴۰ (نمره کل کمتر از ۱۵۲) در پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ؛
- ۲- سطح تحصیلات حداقل دیپلم؛
- ۳- طول مدت ازدواج بالاتر از ۲ سال. ملاک‌های خروج عبارت‌اند از:
- ۱- وجود اختلال روانشناختی یا سابقه بیماری روانی و بستری شدن؛
- ۲- مصرف دارو، مواد مخدر و الکل.

خلاصه محتوای جلسات آموزشی زوج درمانگری هیجان مدار (جانسون، ۲۰۱۲) در جدول ۱ ارائه شده است.

خلاصه محتوای جلسات آموزشی طرحواره درمانگری یانگ (۱۹۹۹) در جدول ۲ ارائه شده است.

با توجه به نقش رضایت از زندگی و طرحواره در سلامت و پایداری نظام خانواده به عنوان کوچکترین نهاد اجتماعی؛ انجام تحقیقاتی که باعث حفظ و بقای زناشویی و سلامت ازدواج می‌شود، ضروری به نظر می‌رسد. لذا در این پژوهش درصدد پاسخگویی به آنیم که آیا بین اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و طرحواره درمانی بر رضایت از زندگی و طرحواره‌های سازش نایافته زوجین مؤثر می‌باشد؟ فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از:

- ۱- زوج درمانی هیجان مدار بر طرحواره‌های سازش نایافته تأثیر معناداری دارد.
- ۲- زوج درمانی هیجان مدار بر رضایت از زندگی تأثیر معناداری دارد.
- ۳- بین میزان تأثیر طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان مدار به صورت گروهی در کاهش طرحواره‌های سازش نایافته زوجین تفاوت معناداری وجود دارد.
- ۴- بین میزان تأثیر طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان مدار به صورت گروهی در افزایش رضایت از زندگی زوجین تفاوت معناداری وجود دارد.

روش

طرح این پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد در فاصله ماه‌های خرداد تا مهر سال ۱۳۹۶ بود. پس از انتخاب شرکت کنندگان جهت رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت کنندگان پژوهش اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت نتیجه‌گیری کلی و نه فردی منتشر خواهد شد و همچنین آنها اختیار کامل دارند در پژوهش شرکت نکنند و یا هر مرحله که بخواهند از ادامه پژوهش انصراف دهند و کسب رضایت کتبی شرکت کنندگان انجام شد. بنابراین از بین زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره، تعداد ۵۰ زوج دارای مشکلات زناشویی به کمک مصاحبه غربال شد و به منظور شناسایی طرحواره‌های سازش نایافته اولیه پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. سپس از بین این زوجین، ۲۴ زوج (۴۸ نفر) که دارای بهترین شرایط برای ورود به پژوهش هستند به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. با توجه به این که ۴۸ نفر مذکور به طور تصادفی در سه گروه جایگزین شدند، ابتدا ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها سنجیده شد و سپس آزمودنی‌ها قبل از اجرای متغیر

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات آموزشی زوج درمانگری هیجان مدار (جانسون، ۲۰۱۲)	
جلسه	خلاصه محتوا
اول	معرفی و ایجاد رابطه خوب؛ پذیرش زوجین و خوش آمدگویی؛ آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و مشاور؛ بیان کلی در مورد اهداف زوج درمانی گروهی هیجان مدار؛ بیان مقررات و اصول جلسات؛ اهمیت رعایت نظم و فعال بودن در بحثها و انجام دادن تکالیف و توافق بر سر زمان تشکیل جلسات، تعداد و مدت آنها و برگزاری پیش آزمون.
دوم	تکلیف: توجه به حالات هیجانی خوشایند (نشاط، لذت، سرحالی و...) و حالات ناخوشایند (خشم، تنفر، ...) پذیرش و انعکاس تجربیات (تعاملی و هیجانی) مشترک زوجین، کشف تعاملات مشکل دار و شناسایی چرخه های تعاملی منفی آشفته ساز، مشخص کردن رابطه پاسخ های هیجانی زوجین با سطح دلستگی زوجین، ارزیابی مشکل و موانع دلستگی
سوم	ایجاد فضای امن ارتباطی زوجین، کشف و شناسایی احساسات زیربنایی و ابراز نشده، ابراز احساسات و هیجانان خالص، مشاهده نحوه تعامل هر کدام از زوجین، کشف ترس ها و ناایمنی های اساسی در ارتباطات زوجین، کمک به زوجین جهت تجربه مجدد عواطف
چهارم	تکلیف: تجربه دوباره تعاملات همراه با بیان احساسات خالص تشویق هر یک از زوجین به درگیری عاطفی با طرف مقابل، شکل دهی مجدد چرخه تعاملات، روش ساختن پاسخ های هیجانی کلیدی، هماهنگی بین تشخیص درمانگر و زوج، پذیرش چرخه تعامل توسط زوج.
پنجم	عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی، تمرکز روی خود نه دیگری، ارتقا روش های جدید تعامل، ابراز خواسته ها و آرزوها در حضور همسر
ششم	گسترش پذیرش تجربه شده هر شریک توسط شریک دیگر، نمادگزار آرزوها بویژه آرزوهای سرکوب شده، تکلیف: نوشتن سوالات توسط زوجین
هفتم	تسهیل ابراز نیازها و خواسته ها جهت ساخت مجدد تعاملات بر پایه ادراک های جدید، تعاملات، تغییر رفتار همسر آسیب رسان، بازسازی و تسهیل راه حل های جدید برای مشکلات کهنه و قدیمی و پاسخ به سوالات زوجین.
هشتم	تحکیم چرخه ایجاد شدخ فعلی، درگیری صمیمانه زوج، پذیرش وضعیت های جدید، مرور یادگیری های اصلی درمان توسط زوجین، بحث در مورد نقطه نظرات مثبت و منفی اجرای طرح آموزشی ایجاد پس آزمون

جدول ۲. جلسات طرحواره درمانی یانگ (۱۹۹۹)	
جلسه	محتوای جلسه
اول	ارتباط، آشنایی، همدلی: در این برنامه، جلسه اول به آشنایی عناصر برنامه آموزشی (روانشناس، زوجین، چارچوب برنامه) با یکدیگر اختصاص می یابد. هدف کلی آشناسازی زوجین شرکت کننده با فرآیند، اهداف و مقررات و فواید برنامه آموزشی طرحواره محور و همچنین انجام پیش آزمون است.
دوم	آموزش نیازهای مرکزی و ریشه تحولی طرحواره ها: این جلسه ابتدای ورود به فرمول بندی طرحواره محور درباره نارضایتی زناشویی زوجین است. سعی می شود تا با پرداختن به نیازهای مرکزی اولیه و ریشه های تحولی طرحواره ها و همچنین نحوه شکل گیری آنها، زوجین را با برنامه آموزشی درگیر نمود. هدف اصلی این جلسه آموزش موارد زیر به زوجین می باشد: شش دسته نیازهای مرکزی و ریشه های اولیه و نحوه شکل گیری طرحواره های ناکارآمد
سوم	آموزش حوزه ها و انواع طرحواره ها: در این جلسه و جلسه بعدی، آموزش شناخت پنج حوزه طرحواره ای و ۱۸ طرحواره سازش نیافته اولیه، که با مشکلات بین فردی انسان به ویژه نارضایتی زناشویی در ارتباطند، در دستور کار می باشند.
چهارم	✓ آموزش حوزه ها و انواع طرحواره ها و ویژگی های آن ها: در این جلسه ابتدا به ادامه آموزش بقیه طرحواره های ناکارآمد اولیه پرداخته شده و سپس ویژگی های طرحواره ها بحث می شود.
پنجم	آشنایی با تصادم طرحواره ای در روابط زناشویی: طرحواره ها در تمامی جنبه های زندگی به ویژه رابطه زناشویی حضور دارند. در این جلسه هدف اصلی برجسته سازی و آموزش نقش طرحواره ها، در رابطه متقابل با همسر و پیامدهای ناشی از تصادم طرحواره ها است.
ششم	حرکت به سوی تعدیل و کاهش تأثیرات طرحواره های ناکارآمد (۱): سه جلسه پایانی برنامه آموزشی طرحواره محور در صدد آموزش مقابله با طرحواره های ناکارآمد و کاهش تأثیرات طرحواره های ناکارآمد می باشد. بدین منظور اقدامات زیر در این جلسه در دستور کار قرار دارد: ۱- آزمون اعتبار یک طرحواره ناکارآمد، ۲- ارزیابی مزایا و معایب سبک ها و پاسخ های مقابله ای، و ۳- تمایز و تفکیک پاسخ های ناشی از طرحواره
هفتم	حرکت به سوی تعدیل و کاهش تأثیرات طرحواره های ناکارآمد (۲): در جلسه دهم سعی می شود روش های زیر برای کاستن تأثیرات طرحواره های ناکارآمد آموزش داده شود: ۱- آموزش تهیه و تدوین کارت های آموزشی، ۲- نوشتن نامه و گفتگوی خیالی با والدین، و ۳- ایفای نقش توسط زوجین در موقعیت های زندگی واقعی.
هشتم	خلاصه مطالب، ارزیابی نهایی و اختتام برنامه آموزشی طرحواره محور: هدف جلسه آخر جمع بندی و آماده سازی زوجین برای اختتام برنامه است. در این جلسه سه کار عمده انجام می شود. ۱- تأکید و ترغیب زوجین به کاربرد دستاوردهای برنامه آموزشی از طریق تمرین در زندگی واقعی. ۲- شناسایی زوجینی که نیاز به مداخله فردی دارند و برنامه ریزی جلسه مشاوره انفرادی با آن ها و ۳- اجرای پس آزمون.

ابزار

آنها در نرم افزار SPSS داده‌های توصیفی زیر حاصل شد. در پایان داده‌ها توسط آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره^۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های توصیفی شامل سن و مدت ازدواج شرکت کنندگان نشان می‌دهد بیشتر آزمودنی‌های مرد سنین ۳۱-۳۵ سال بوده‌اند. کمترین تعداد آزمودنی‌ها بین سنین ۳۰-۲۶ سال هستند که هیچ آزمودنی‌ها در این دامنه‌ی سنی قرار نداشت. بیشتر آزمودنی‌های زن سنین ۳۱-۳۵ سال بوده‌اند. کمترین تعداد آزمودنی‌ها بین سنین ۳۰-۲۶ و ۵۰-۴۶ سال هستند که هیچ آزمودنی‌ها در این دامنه‌ی سنی قرار نداشت. بیشتر آزمودنی‌های متعلق به زوجینی است که ۷ سال از زندگی مشترکشان گذشته بود. کمترین تعداد فراوانی نیز متعلق به زوجینی است که ۸، ۱۰، ۱۴، ۱۸ و ۲۵ سال از زندگی مشترکشان گذشته بود.

برای بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف و شاپیرو - ویلک استفاده شده است. به دلیل آن که سطح معنی‌داری در آزمون فوق‌الذکر از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات متغیرهای وابسته نرمال است ($P > 0.05$). به منظور بررسی همگنی واریانس‌های خطای گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس آزمون، از آزمون همگنی واریانس‌های لون استفاده شد. شاخص آماره آزمون لون برای متغیرهای رضایت از زندگی و طرحواره‌های سازش‌نا یافته در هر سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنادار نیست. از این رو، می‌توان نتیجه گرفت، پیش فرض همسانی واریانس‌های خطا رعایت شده است. در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش آمده است. در جدول ۴، نشان داده شده است زوج‌هایی که تحت مشاوره زوجی طرحواره درمانی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار قرار گرفتند در اغلب نوبت‌های اندازه‌گیری میانگین بالاتری در رضایت از زندگی داشته‌اند، اما گروه نمرات تغییرات زیادی در سه مرحله ارزیابی در گرو کنترل ندارند.

جدول ۴، نشان می‌دهد زوج‌هایی که تحت مشاوره زوجی طرحواره درمانی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار قرار گرفتند در اغلب نوبت‌های اندازه‌گیری میانگین پایین‌تری در طرحواره‌های سازش

پرسشنامه طرحواره‌ها توسط یانگ^۱ (۱۹۹۱) برای اندازه‌گیری طرحواره‌های سازش‌نا یافته اولیه ساخته شده است. شکل کوتاه پرسشنامه طرحواره‌ها (۷۵ سؤالی) بود که برای اندازه‌گیری ۱۵ طرحواره سازش‌نا یافته اولیه بر اساس فرم اصلی تهیه شد. دیوانداری، آهی، اکبری و مهدیان (۱۳۸۸) در بررسی نمونه ایرانی اعلام کردند تنها ۱۱ طرحواره سازش‌نا یافته برای جمعیت ایرانی معنادار هستند و ۵۵ سؤال این پرسشنامه تأیید شدند که برای هر طرحواره ۵ سؤال مطرح است. هر سؤال روی یک مقیاس ۶ درجه ای (کاملاً نادرست و ۶ برای کاملاً درست) نمره گذاری می‌شود. در این پرسشنامه، نمره بالا نشان‌دهنده طرحواره‌های سازش‌نا یافته اولیه و میانگین بین ۵۵ تا ۳۳۰ است (دیوانداری، آهی، اکبری و مهدیان (۱۳۸۸). در پژوهش لچنان - چاوالیت، ماچاند، کاتراس، بویوارد و مارتین^۲ (۲۰۰۶)، برای هر طرحواره سازش‌نا یافته اولیه ضریب آلفایی از ۰/۸۳ (برای طرحواره خود تحول نیافته / گرفتار) تا ۰/۹۶ (برای طرحواره نقص / شرم) به دست آمد و ضریب باز آزمایی در جمعیت غیر بالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ بود. دیوانداری و همکاران (۱۳۸۸) ضمن تأیید درستی این پرسشنامه، ضرایب همسانی درونی را در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۹۲ نشان دادند.

پرسشنامه رضایت از زندگی توسط دینر، ایمونس، لارسن و گریفین^۳ (۱۹۸۵) ساخته شده است و ۵ گویه دارد که توسط آزمودنی بر اساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. دامنه نمرات این مقیاس از ۵ تا ۳۵ می‌باشد. دینر و همکاران (۱۹۸۵) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. و ضریب اعتبار باز آزمایی آن را ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند (دینر و همکاران، ۱۹۸۵). همچنین بیانی، محمد کوچکی و گودرزی (۱۳۸۶) ضمن هنجاریابی و ترجمه پرسشنامه ذیل جهت تعیین اعتبار و درستی در جمعیت ایرانی اقدام نموده و ضریب کرونباخ و باز آزمایی این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۶۹ گزارش نمودند.

یافته‌ها

در این پژوهش با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS داده‌ها را مورد بررسی قرار دادیم. با استفاده از اطلاعات به‌دست آمده و وارد کردن

3. Diener, Immunes, Larsen and Griffin

4. multivariate analysis of covariance (MANCOVA)

1. Yang

2. Lachenal-Chevallet, Mauchand, Cottraux, Bouvard & Martin

تفاوت کلی متغیر رضایت از زندگی در بین دو گروه طرحواره درمانی با گروه زوج درمانی هیجان مدار است. اثر اصلی جنسیت معنادار است و این به معنای این است که زنان و مردان تغییرات را به یک اندازه درک نکرده اند. اثر اصلی زمان معنی دار است، این بدین معنی است که تغییرات متغیر رضایت از زندگی از مرحله پیش آزمون تا مرحله پیگیری تغییر کرده است. تعامل زمان و جنسیت معنادار نیست.

نیافته داشته اند، اما گروه نمرات تغییرات زیادی در سه مرحله ارزیابی در گروه کنترل ندارند.

جدول ۵، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر را برای متغیر رضایت از زندگی با اصلاح درجات آزادی نشان می دهد. از محتوای جدول مشخص است که اثرات اصلی گروه و زمان در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی دار به دست آمده است اما اثر اصلی گروه معنادار نیست. معنی دار نبودن اثر گروه به معنی عدم وجود

جدول ۳. شاخص های توصیفی متغیر رضایت از زندگی در گروه گواه و آزمایش

گروه ها	جنسیت	رضایت از زندگی					
		میانگین			انحراف استاندارد		
		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
طرحواره درمانی	مردان	۱۸/۰۸	۲۲/۰۱	۲۱/۹۹	۷/۷۱	۵/۲۲	۵/۵۰
	زنان	۱۷/۶۳	۲۲/۱۳	۲۲/۰۴	۶/۶۵	۴/۸۹	۴/۱۷
زوج درمانی هیجان مدار	مردان	۱۶/۷۸	۲۱/۰۵	۲۰/۸۶	۷/۲۹	۵/۶۴	۵/۵۶
	زنان	۱۶/۳۱	۲۰/۶۶	۲۰/۱۳	۶/۲۷	۵/۹۳	۵/۳۹
گواه	مردان	۱۷/۰۷	۱۶/۹۳	۱۷/۱۰	۵/۶۲	۵/۷۱	۶/۹۷
	زنان	۱۶/۴۱	۱۶/۶۱	۱۶/۶۵	۴/۳۱	۴/۱۲	۴/۰۵

جدول ۴. شاخص های توصیفی متغیر طرحواره های سازش نیافته در گروه گواه و آزمایش

گروه ها	جنسیت	طرحواره های سازش نیافته					
		میانگین			انحراف استاندارد		
		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
طرحواره درمانی	مردان	۲۳۲/۲۵	۱۹۲/۲۵	۱۹۰/۶۲	۲۶/۳۷	۱۸/۶۵	۱۹/۱۰
	زنان	۲۴۸/۱۲	۲۰۰/۰۰	۱۹۹/۰۴	۲۷/۵۴	۱۷/۶۲	۱۷/۴۲
زوج درمانی هیجان مدار	مردان	۲۳۱/۳۷	۱۹۱/۲۵	۱۹۱/۶۲	۲۶/۹۰	۱۸/۵۸	۱۷/۹۷
	زنان	۲۴۳/۶۲	۱۹۸/۷۵	۱۹۸/۲۵	۲۷/۱۱	۱۶/۵۴	۱۷/۵۶
گواه	مردان	۲۲۶/۶۲	۲۲۷/۰۰	۲۲۸/۸۷	۲۹/۰۹	۲۹/۳۹	۲۸/۷۳
	زنان	۲۳۸/۸۷	۲۳۷/۳۷	۲۳۸/۰۰	۲۷/۵۸	۲۶/۸۴	۲۶/۴۵

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی رضایت از زندگی

منابع تغییرات	MS	F	Df	P	اندازه اثر	توان آزمون
اثر گروه	۷۲/۲۶	۰/۱۹	۱	۰/۶۶۳	۰/۰۱	۰/۰۷
اثر جنسیت	۲۰/۳۴	۵/۳۷	۱	۰/۰۲۸	۰/۱۶	۰/۰۶
اثر زمان	۱۸/۵۲	۸۰۴/۷۵	۱/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱/۰۰
تعامل زمان*جنسیت	۵۵/۹۳	۲/۲۴	۱/۰۶	۰/۱۲۸	۰/۰۸	۰/۳۴
تعامل زمان*گروه	۷/۰۹	۰/۳۱	۱/۰۶	۰/۵۹۵	۰/۰۱	۰/۰۸
تعامل زمان*جنسیت*گروه	۱/۸۳	۰/۰۸	۱/۰۶	۰/۷۹۶	۰/۰۱	۰/۰۶

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی طرحواره‌های سازش نیافته						
منابع تغییرات	MS	F	Df	P	اندازه اثر	توان آزمون
اثر گروه	۴۶/۷۶	۰/۱۴	۱	۰/۲۰۶	۰/۰۱	۰/۰۶
اثر جنسیت	۲۳۵۰/۲۶	۷/۱۸	۱	۰/۰۱۲	۰/۲۰	۰/۷۳
اثر زمان	۳۹۲۰/۴۹	۴۵۵/۴۱	۱/۰۳	<۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱/۰۰
تعامل زمان*جنسیت	۲۰۳/۷۷	۲/۳۷	۱/۰۳	۰/۱۳۴	۰/۰۸	۰/۳۲
تعامل زمان*گروه	۳۱/۳۳	۰/۳۶	۱/۰۳	۰/۵۵۷	۰/۰۱	۰/۰۹
تعامل زمان*جنسیت*گروه	۶/۰۹	۰/۰۷	۱/۰۳	۰/۸۰۰	۰/۰۱	۰/۰۶

شده که این عامل هیجان‌ات متعارض و منفی نسبت به زوجین را بیشتر می‌کند. در این روش مطابق با تحقیق فلیچر (۲۰۱۶)، با شناسایی این سبک‌های مخرب و جایگزینی ادراک جدید از سبک‌های ارتباطی زوجین، پذیرش و انعکاس عواطف مثبت، اعتماد زوجین نسبت به پذیرش همدیگر بیشتر می‌شود.

نتایج همچنان نشان داد که طرحواره درمانی بر رضایت از زندگی و طرحواره‌های سازش نیافته زوجین تأثیر معنادار داشت. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های دی آندریا (۲۰۰۴)، پژوهش یوسفی (۱۳۹۰)، اسپچاپ، چاخسی و وسترهوف^۱ (۲۰۱۶)، تامیلینسان و همکاران (۲۰۱۷) و هاشمیان پور، جعفری و ذبیح^۲ (۲۰۱۹) همسو بوده است. می‌توان گفت طرحواره درمانی با شناسایی عوامل زیربنایی رفتار و شخصیت زوجین و آگاه کردن آنها از تأثیرگذاری این طرحواره‌های سازش نیافته بر روابط بین فردی زوجین، آنها را هشیار کرده که در برخورد‌های بین فردی نقش این طرحواره‌ها را با دقت بیشتری در نظر بگیرند این همان چیزی است که اسپچاپ و همکاران (۲۰۱۹) در تحقیق خود اشاره کرده است و از طرف دیگر در تحقیق تامیلینسان و همکاران (۲۰۱۷) به این نتیجه رسیدند که مجهز کردن زوج‌ها نسبت به انتخاب شیوه صحیح پاسخ بین فردی از بروز مشکلات زوجیت جلوگیری کرده و افراد را نسبت به راهکارهای صحیح تجهیز کنند. همچنین نتایج پژوهش نشان داد بین میزان تأثیر طرحواره درمانی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار به صورت گروهی در کاهش طرحواره‌های سازش نیافته و افزایش رضایت از زندگی زوجین تفاوت معناداری وجود ندارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان به این مسئله اشاره نمود 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

جدول ۶، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای متغیر طرحواره‌های سازش نیافته با اصلاح درجات آزادی نشان می‌دهد. از محتوای جدول مشخص است که اثرات اصلی گروه و زمان در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار به دست آمده است اما اثر اصلی گروه معنادار نیست. معنی‌دار نبودن اثر گروه به معنی عدم وجود تفاوت کلی متغیر طرحواره‌های سازش نیافته در بین دو گروه طرحواره درمانی با گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار است. اثر اصلی جنسیت معنادار است و این به معنای این است که زنان و مردان تغییرات را به یک اندازه درک نکرده‌اند. اثر اصلی زمان معنی‌دار است، این بدین معنی است که تغییرات متغیر طرحواره‌های سازش نیافته از مرحله پیش‌آزمون تا مرحله پیگیری تغییر کرده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تفاوت زوج‌درمانی هیجان‌مدار و طرحواره درمانی بر رضایت از زندگی و طرحواره‌های سازش نیافته زوجین انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نشان می‌دهد زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر رضایت از زندگی و طرحواره‌های سازش نیافته تأثیر معناداری داشت. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های فلیچر (۲۰۱۶)، لاو و همکاران (۲۰۱۶)، گرینبرگ و همکاران (۲۰۱۰)، هنرپروان (۲۰۱۰) و جاویدی (۱۳۹۲) همسو می‌باشد. می‌توان گفت رویکرد تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار، اختلالات و ناسازگاری‌های ارتباطی را مورد توجه قرار می‌دهد و زوجین را تشویق می‌کند تا در مورد هیجان‌ات خود صحبت کند و آن را مورد بحث قرار دهند. در این رویکرد بر شناسایی الگوهای ارتباطی، هیجان‌ات، احساسات و تبادل سبک‌های دلبستگی زوجین پرداخته می‌شود لاو و همکاران (۲۰۱۶) این امر را نشان دادند و نتایج تحقیق در همان راستا به دست آمد. سبک‌های تعاملی مخرب زوجین باعث افزایش فاصله عاطفی

2. Hashemipour, Jafari & Zabihi

1. Schaap, Chakhssi & Westerhof

بر رویکرد زوج درمانی هیجان مدار (EFT) برافزایش رضایت جنسی زوجین. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۱(۳)، ۵-۱۸.

دیوانداری، حسین؛ آهی، قاسم؛ اکبری، حمزه و مهدیان، حسین (۱۳۸۸). فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ (SQ-SF): بررسی ویژگی های روانسنجی و ساختار عاملی بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر سال تحصیلی ۱۳۸۵-۸۶. *مجله پژوهشنامه تربیتی*، ۵(۲۰)، ۱۰۳-۱۳۳.

رحیم آقایی، فلورا؛ حاتمی پور، خدیجه و عاشوری، جمال (۱۳۹۶). تأثیر طرحواره درمانی گروهی بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی پرستاران. *مجله آموزش پرستاری*، ۶(۳)، ۱۷-۲۳.

مرادی، آسیه؛ یزدانبخش، کامران و بساطی، آریتا (۱۳۹۵). پیش بینی تعارض زناشویی بر اساس روان بنه ها، سبک های دلبستگی و بخشودگی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۵(۶۰)، ۵۱۹-۵۳۸.

ملفت، قوام و آذربون، بنت الهدی (۱۳۹۵). پیش بینی رضایت از زندگی بر اساس الگوی ارتباطی خانواده با نقش میانجی گری انگیزش مذهبی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۵(۵۷)، ۶۰-۸۰.

نکونام، آسیه؛ اعتمادی، ثریا و پورنقاش اصفهانی، سعید (۱۳۹۷). اثربخشی رویکرد زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود رضایت جنسی و تنیدگی زناشویی بیماران قلبی به ای پس عروق کرونر. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۶۵)، ۶۱-۷۷.

هاروی، مایکل (۲۰۱۵). *کتاب جامع زوج درمانی*، ترجمه خدابخش احمدی، ۱۳۹۵. داتژه: تهران، چاپ دوم.

هنرپروران، نازنین (۱۳۸۵). *بررسی ارتباط عوامل روانشناختی و خانوادگی در رضایتمندی جنسی زنان متأهل شیراز*. کنترل سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران، دانشگاه شهید بهشتی ایران.

یوسفی، ناصر (۱۳۹۰). *مقایسه اثربخشی دو رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی و نظام عاطفی بوون بر میل به طلاق در مراجعان متقاضی متار که*. *مجله روانشناسی بالینی*، ۳(۱۱)، ۵۳-۶۴.

Antle, B. F., Frey, S. E., Sar, B. K., Barbee, A. P., & van Zyl, M. A. (2010). Training the child welfare workforce in healthy couple relationships: An examination of attitudes and outcomes. *Children and Youth Services Review*, 32(2), 223-230.

D'Andrea, J. T. (2004). *An investigation of the relationship between early maladaptive schemas and psychological adjustment: The moderating effects of spiritual coping styles*. (Doctoral dissertation, Oxford University).

Dang, S., Sharma, P., & Shekhawat, L. S. (2019). Cognitive schemas among mental health professionals and

سیستم پردازش اطلاعات زوجین را تحت تأثیر قرار داد و از تأثیر عوامل مخرب همانند کلیشه ها و تضادهای زندگی در بین زوجین جلوگیری کرد. علاوه بر این در هر دو روش زوجین یادمی گیرند که هیجان های خود را کنترل و با نظم جویی هیجان و اصلاح طرحواره های ذهنی نسبت به ذهن خود آگاهی پیدا کنند و با ادراک دیگران و بهبود ارتباط با همسر خود از زندگی خود لذت بیشتری ببرند.

از دیگر یافته های تحقیق که در تحقیق های مشابه به آن پرداخته نشده بود مقایسه نتایج طرحواره درمانی و زوج درمانی هیجان مدار بود. هر دو این درمان ها باعث نظم و انسجام فکری می شود و آسفتگی هیجانی را کاهش می دهد. بنابراین، قابل کنترل بودن منابع هیجانی باعث می شود تا فرد سلامت روانی بهتری داشته باشد و بتواند مشکلات را با آرامش بهتری حل کند. هر دو رویکرد هیجان مدار و طرحواره درمانی به یک میزان در افزایش رضایت از زندگی و طرحواره های سازش نایافته زوجین مؤثر باشد که این موارد در حفظ و تداوم یک ازدواج موفق، ضروری هستند. از محدودیت های مطالعه حاضر می توان 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 گزارش دهی ابزار از دیگر محدودیت های پژوهش می باشد.

با توجه به اثربخشی هیجان مدار و طرحواره درمانی بر رضایت از زندگی و طرحواره های سازش نایافته زوجین، مشاوران خانواده و روان درمانگران حرفه ای در مراکز مشاوره می توانند از آن در جهت کمک به بهبود تعاملات زوجین بهره بگیرند.

منابع

بیانی، علی اصغر؛ محمد کوچکی، عاشور و گودرزی، حسینه (۱۳۸۶). اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی (SWLS). *فصلنامه روانشناسی تحولی*، ۳(۱۱)، ۲۵۶-۲۶۵.

جاویدی، نصرالدین (۱۳۹۲). *اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود رضایت زناشویی زوجین و کنترل رفتار خانواده*. دو فصلنامه مشاور کاربردی، ۳(۲)، ۶۵-۸۷.

جاویدی، نصرالدین؛ سلیمانی، علی اکبر؛ احمدی، خدابخش و صمد زاده، منا (۱۳۹۱). *اثربخشی آموزش راهبردهای مدیریت هیجان مبتنی*

- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3(2), 137-152.
- Riso, L. P., du Toit, P. L., Stein, D. J., & Young, J. E. (2007). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide*. American Psychological Association
- Schaap, G. M., Chakhssi, F., & Westerhof, G. J. (2016). Inpatient schema therapy for nonresponsive patients with personality pathology: Changes in symptomatic distress, schemas, schema modes, coping styles, experienced parenting styles, and mental well-being. *Psychotherapy*, 53(4), 402.
- Simons, R. M., Sistad, R. E., Simons, J. S., & Hansen, J. (2018). The role of distress tolerance in the relationship between cognitive schemas and alcohol problems among college students. *Addictive behaviors*, 78, 1-8
- Sirgy, M. J. (2012). *The psychology of quality of life: Hedonic well-being, life satisfaction, and eudaimonia* (Vol. 50). Springer Science & Business Media.
- Tomlinson, R. M., Keyfitz, L., Rawana, J. S., & Lumley, M. N. (2017). Unique contributions of positive schemas for understanding child and adolescent life satisfaction and happiness. *Journal of Happiness Studies*, 18(5), 1255-1274.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- other health professionals. *Indian journal of psychological medicine*, 41(3), 258.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J. L., Dalgard, O. S., Page, H., Lehtinen, V., ... & Wilkinson, G. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. *Bmj*, 321(7274), 1450.
- Esmaili, S. S., Mohammadi, A. Z., & Hakami, M. (2016). Predicting marital satisfaction on the basis of early maladaptive schema in married women, Tehran, Iran. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(6), 262-270.
- Fletcher, G. (2016). *Couples who completed emotionally focused therapy: their stories at least one year later* (Doctoral dissertation, Alliant International University).
- Gordon, K. C., & Christman, J. A. (2008). Integrating social information processing and attachment style research with cognitive-behavioral couple therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 38(3), 129.
- Greenberg, L., Warwar, S., & Malcolm, W. (2010). Emotion-focused couples therapy and the facilitation of forgiveness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(1), 28-42.
- Hashemian, S. S., Shayan, S., Omidvar, A., & Modarres Gharavi, M. (2015). Relationship between early maladaptive schemas and sexual satisfaction in working women in Mashhad Ferdowsi University and Shiraz University, Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17(4), 192-196.
- Hashemipoor, F., Jafari, F., & Zabihi, R. (2019). Maladaptive schemas and psychological well-being in premenopausal and postmenopausal women. *Przegląd menopauzalny= Menopause review*, 18(1), 33.
- Keyes, C. L. (2014). Happiness, flourishing, and life satisfaction. *The Wiley Blackwell encyclopedia of health, illness, behavior, and society*, 747-751.
- Lachenal-Chevallet, K., Mauchand, P., Cottraux, J., Bouvard, M., & Martin, R. (2006). Factor analysis of the schema questionnaire-short form in a nonclinical sample. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(3), 311.
- Lavner, J. A., Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2016). Does couples' communication predict marital satisfaction, or does marital satisfaction predict communication?. *Journal of Marriage and Family*, 78(3), 680-694.
- Love, H. A., Moore, R. M., & Stanish, N. A. (2016). Emotionally focused therapy for couples recovering from sexual addiction. *Sexual and Relationship Therapy*, 31(2), 176-189
- Matud, M. P., Bethencourt, J. M., & Ibáñez, I. (2014). Relevance of gender roles in life satisfaction in adult people. *Personality and Individual Differences*, 70, 206-211.