



مقایسه تأثیر زوج درمانی شناختی- رفتاری و زوج درمانی هیجان مدار بر طرحواره‌های عشق زنان متأهل

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

مهناز شاه‌مرادی ^{id}
مژگان نیکنام* ^{id}
رضا خاکپور ^{id}

دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۰۳ | پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۲۹ | ایمیل نویسنده مسئول: Nickname.mojgan@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۲ | پیاپی ۶ | ۲۱۰-۱۹۰

تابستان ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

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

(شاه‌مرادی، نیکنام و خاکپور، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

شاه‌مرادی، مهناز، نیکنام، مژگان، و خاکپور، رضا. (۱۴۰۰). مقایسه تأثیر زوج درمانی شناختی- رفتاری و زوج درمانی هیجان مدار بر طرحواره‌های عشق زنان متأهل. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۲ پیاپی ۶): ۲۱۰-۱۹۰.

چکیده

هدف: هدف این پژوهش، مقایسه تأثیر زوج درمانی شناختی- رفتاری و زوج درمانی هیجان مدار بر طرحواره‌های عشق زنان متأهل بود. **روش پژوهش:** این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماه اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش زنان متأهل ۴۰-۲۵ سال مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود که ۶۰ زن متأهل به شیوه در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارده شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه طرحواره عشق سینگلیز و همکاران (۱۹۹۵) بود. گروه آزمایش زوج درمانی شناختی- رفتاری شادیش و بالدوین (۲۰۰۵) ۱۰ جلسه و گروه آزمایشی زوج درمانی هیجان مدار جانسون (۲۰۰۴) را در هشت جلسه به مدت ۹۰ دقیقه دریافت کردند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** مداخله زوج درمانی شناختی- رفتاری بر طرحواره عشق ایمن ($F=5/98, P=0/019$)، طرحواره عشق چسبیده ($F=9/20, P=0/004$)، طرحواره عشق کناره‌گیر ($F=8/55, P=0/006$)، طرحواره عشق بی‌ثبات ($F=8/15, P=0/007$)، طرحواره عشق غیرجدی ($F=5/71, P=0/022$) و طرحواره عشق بی‌علاقه ($F=9/99, P=0/003$) و در مداخله زوج درمانی هیجان مدار بر طرحواره عشق ایمن ($F=9/18, P=0/004$)، طرحواره عشق چسبیده ($F=8/23, P=0/007$)، طرحواره عشق کناره‌گیر ($F=5/21, P=0/028$)، طرحواره عشق بی‌ثبات ($F=12/81, P=0/001$)، طرحواره عشق غیرجدی ($F=6/01, P=0/019$) و طرحواره عشق بی‌علاقه ($F=10/65, P=0/002$) مؤثر بوده است و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بود. **نتیجه‌گیری:** زوج درمانی شناختی- رفتاری و زوج درمانی هیجان مدار از مداخلات مؤثر بر طرحواره‌های عشق زنان است؛ لذا این یافته‌ها تلویحات مهمی در زمینه آموزش و ارتقای بهداشت روانی زنان متأهل ارائه می‌کنند.

کلیدواژه‌ها: زوج درمانی، شناختی- رفتاری، هیجان مدار، طرحواره‌های عشق

مقدمه

ازدواج نوعی پیوند اجتماعی صمیمانه و عمیق میان زن و شوهر است که می‌تواند منشأ خوشی و شادمانی و یا رنجی عمیق برای آن‌ها شود (شاه‌مرادی، صادقی، گودرزی و روزبهانی، ۱۳۹۸)؛ در واقع ازدواج و رابطه زناشویی منبع حمایت، صمیمیت و لذت انسان است؛ در طول دهه گذشته این سؤال که چگونه ازدواج شکل می‌گیرد و کدام عوامل بر موفقیت و یا شکست آن مؤثر است، تبدیل به یکی از دغدغه‌های پژوهشی روانشناسان گشته است (گاتمن و لونسون، ۲۰۰۰؛ نقل از یارمحمدی واصل، مهرابی پور و ذوقی‌پایدار، ۱۴۰۰).

به تازگی روانشناسان اجتماعی نقش طرحواره‌ها بر شناخت‌ها، هیجانات و رفتارهای افراد در زمینه روابط بین فردی را مورد توجه قرار داده‌اند (شریفی، حاجی‌حیدری، خوروش و فاتحی‌زاده، ۱۳۹۱). طرحواره‌ها ساختارهایی شناختی هستند که در تفسیر اطلاعات و هدایت، رفتارها در موقعیت‌های مختلف نقش مؤثری دارند (فیهر، ۲۰۱۳). در این راستا هاتفیلد و رابسون، ۱۹۹۶؛ مدل طرح‌واره‌های عشق را با تلفیق دو نظریه مرحله‌ای و نظریه دلبستگی ارائه نموده‌اند؛ طرحواره عشق در هر فرد برحسب میزان راحتی او با نزدیکی، استقلال و اشتیاق به برقراری روابط عاشقانه تعریف می‌شود (شریفی و همکاران، ۱۳۹۱). افرادی که علاقه‌مند به برقراری روابط عاشقانه هستند اغلب در یکی از چهار دسته طرح‌واره عشق ایمن^۱، چسبنده^۲، کناره‌گیر^۳ و بی‌ثبات^۴ قرار می‌گیرند؛ افراد با طرح‌واره عشق ایمن کسانی هستند که هم با نزدیکی و هم با استقلال از دیگران راحت هستند، افراد با طرح‌واره عشق چسبنده خواستار نزدیکی زیاد می‌باشند، ولی از استقلال می‌ترسند، طرح‌واره عشق کناره‌گیر شامل افرادی است که از نزدیکی زیاد به هم دارند، اما با استقلال مشکلی ندارند و طرح‌واره عشق بی‌ثبات نیز بیانگر عدم آسودگی خاطر افراد هم با نزدیکی و هم با استقلال است. افرادی که نسبت به رابطه با دیگران بی‌میل هستند، در دو طبقه طرح‌واره عشق غیر جدی^۵ (کسانی که فقط وقتی هیچ مشکلی نباشد، وارد رابطه می‌شوند و طرح‌واره عشق بی‌علاقه کسانی که به‌طور کلی علاقه‌مند به رابطه نیستند)، قرار می‌گیرند (هاتفیلد و رابسون، ۱۹۹۶). سه طرح‌واره عشق ایمن، چسبنده و کناره‌گیر به ترتیب با سه سبک دلبستگی ایمن، مضطرب دوسوگرا و اجتنابی در جمعیت عمومی قابل انطباق می‌باشند (سینگلیز، چو و هاتفیلد، ۱۹۹۵). در مطالعه‌ای با بررسی احساسات و تجارب عاشقانه افراد از گروه‌های قومی مختلف در امریکا نشان داده شد که بیشتر از ۲/۶۲ درصد از افراد در روابط عاشقانه به نسبت ایمن، ۶/۷ درصد چسبنده، ۵/۱۰ درصد کناره‌گیر، ۲/۱۲ درصد بی‌ثبات، ۷/۶ درصد تغییر جدی و تعداد بسیار کمی (۰/۸ درصد) بی‌علاقه هستند (هاتفیلد، سینگلز، لوین، باچمن، موتو و چو، ۲۰۰۷). تأثیر طرح‌واره‌های عشق بر افکار، احساسات و رفتارهای افراد در روابط عاشقانه، شکل‌گیری الگوهای شناختی متفاوت و انتظارات از خود و شریک عشقی‌شان کم و بیش شناخته شده است (شریفی و همکاران، ۱۳۹۱).

شواهد متعددی نیز در حمایت از رابطه بین الگوهای دلبستگی و طرح‌واره‌های عشق و از طرف دیگر ارتباط بین سبک‌های دلبستگی و پدیده‌های مرتبط با رابطه عاشقانه از قبیل تعهد، خودداری جنسی و ثبات رابطه

1. Secure
2. Clingy
3. Skittish
4. Fickle
5. Casual

به دست آمده است (باربارا، ۲۰۰۸؛ مارچسی، ۲۰۰۹؛ آلن، ۲۰۱۳). در پژوهش دیگری با استفاده از مدل طرح‌واره عشق، تفاوت‌های معنی‌داری بین طرح‌واره‌های عشق از لحاظ سطح تعهد، جهت‌گیری اجتماعی-جنسی و نگرش‌های با عشق‌ورزی مشاهده شده است (استپان و باچمن، ۲۰۰۹)؛ بنابراین از بین روش‌هایی که می‌شود به این مردان یا زنان متأهل برای کسب بینش نسبت به طرح‌واره‌های عشق خود کرد روش زوج درمان شناختی رفتاری^۱ است؛ زوج درمانی شناختی-رفتاری از گسترش تدریجی زوج درمانی رفتاری و استراتژی‌های درمانی آن و اضافه کردن و تأکید بر عوامل شناختی در درمان آشفتگی‌های زناشویی پدید آمد (شادیش و بالدوین، ۲۰۰۵؛ به نقل از محمدی، شیخ هادی سیروانی، گرافر، زهراکار، شاکرمی و داورنیا، ۱۳۹۵). این رویکرد مشکلات زناشویی را نتیجه مهارت‌های ناکارآمد همسران در برقراری ارتباط، ناتوانی در حل مؤثر مشکلات و تعارضات و باورهای غیرمنطقی و تبدلات رفتاری منفی می‌داند. رویکردهای شناختی رفتاری فرض می‌کنند که وقتی مردم نحوه پردازش اطلاعات و شناخت‌های خود را تغییر می‌دهند تغییرات مثبت در هیجان‌ها و رفتارها نیز اتفاق خواهد افتاد (اپستین و ژنگ، ۲۰۱۷). در همین زمینه نتایج پژوهشی حاکی از اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر رضایت زناشویی زوجین می‌باشد. به عنوان مثال بلانگر، لاپورت، سابورین و رایت (۲۰۱۵) در پژوهشی تأثیر درمان شناختی-رفتاری را بر شادمانی زناشویی و عملکرد زوج‌ها در فعالیت‌های حل مسئله بررسی نمودند و نشان دادند که این مدل درمانی در افزایش شادمانی زناشویی و بهبود عملکرد حل مسئله زوج‌ها مؤثر بوده است. در پژوهشی دیگر در شهر شیراز، نشان دادند که زوج درمانی شناختی-رفتاری تأثیر معنی‌دار در کاهش استرس زناشویی و مهارت‌های عاطفی دارد (هنری و شامولی، ۲۰۱۷). آل یاسین، عیدی و نادعلی (۱۳۹۵) در پژوهش خود با هدف بررسی اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری با استفاده از بازسازی طرح‌واره‌های شناختی ناسازگار بر تعارضات زناشویی نشان دادند که رویکرد زوج درمانی شناختی-رفتاری با استفاده از بازسازی طرح‌واره‌های ناسازگار بر تعارضات زوجین، روابط جنسی، واکنش هیجانی، جلب حمایت فرزندان، رابطه فردی با خویشاوندان خود، رابطه خانوادگی با خویشاوندان و جداسازی امور مالی اثرگذار بوده است.

زوج درمانی هیجان‌مدار^۲ یکی دیگر از رویکردهایی است که هم بر کنترل رفتار و هم بر کنترل هیجان تمرکز دارد و در نهایت منجر به رضایت زوجین از زندگی می‌شود. زوج درمانی هیجان‌مدار رویکردی یکپارچه از تلفیق سه دیدگاه سیستماتیک، انسان‌گرایی و نظریه دلبستگی بزرگسالان است که در اوایل سال ۱۹۸۰ توسط جانسون و گرینبرگ ابداع شد (پنگ، ۲۰۱۴). با توجه به نقش عمده هیجان‌ها در نظریه دلبستگی، این درمان به نقش مهم هیجان‌ها و ارتباطات هیجانی در سازماندهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجان‌ها را عامل تغییر در نظر می‌گیرد (جانسون، ۲۰۰۷). فرایند تغییر در این درمان در برگزیده مراحل سه‌گانه است. مرحله اول: جلوگیری از گسترش چرخه معیوب؛ مرحله دوم: بازسازی موقعیت‌های تعاملی؛ مرحله سوم: تحکیم و یکپارچگی (جاویدی، ۱۳۹۲). هدف درمان هیجان‌مدار این است که از طریق کمک به همسران برای دسترسی پیدا کردن به هیجان‌ها اصلی و نیازهای زیربنایی واکنش‌های خودحمایتی در روابط، تعاملات را بازسازی کرده و در نتیجه چرخه‌های جدیدی از درگیری رابطه‌ای را خلق کند (هاتوری، ۲۰۱۴).

1. Cognitive Behavioral Couples Therapy (CBCT)

2. Emotion-Focused Couples Therapy (EFCT)

بدیهی زراعتی و موسوی (۱۳۹۵) در پژوهشی با هدف بررسی تأثیر زوج درمانی هیجان مدار بر تغییر سبک دلبستگی بزرگسالان و صمیمیت جنسی زوجین، نشان دادند که تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در میزان ایمنی در سبک دلبستگی و میزان صمیمیت جنسی زوجین وجود دارد. در پژوهشی دیگر نشان داده شده است که از طریق درمان‌های متمرکز بر هیجان در زوجین می‌توان با تغییر در طرح‌های دلبستگی باعث بهبود رضایت زوجین در روابط شوند (بنسون، سیویر و چریستنسون، ۲۰۱۳). این محققان در مطالعه‌ای بر روی ۱۳۴ زوج نشان دادند که می‌توان تغییرات در رضایت زناشویی به دنبال تغییر در اضطراب مربوط به دلبستگی در زوجین را، در پایان درمان پیش‌بینی نمود. مک‌گیل، آدلر-بیدر و رودریگز (۲۰۱۶) نیز در پژوهش خود نشان داد که مداخلات شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، خشنودی زناشویی را افزایش می‌دهد و نقش مهمی در افزایش این خشنودی دارد. نتایج پیگیری دوساله از پیامدهای زوج درمانی هیجان مدار نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار به زوج‌ها کمک می‌کند تا رضایت و پیوستگی پایداری را نشان دهند (وایی، جانسون، لافونتانی، بورگس، دالگلیش و تاسکا، ۲۰۱۷)؛ به طور کلی هر دو رویکرد مداخله‌ای با هدف کاهش تعارض‌ها و آشفتگی ارتباطی میان زوج‌ها به وجود آمده است. هدف آن‌ها کمک به زوج‌ها برای سازگاری مناسب‌تر با مشکلات جاری و یادگیری روش‌های مؤثرتر ارتباط است (داورنیا و همکاران، ۱۳۹۴). در نهایت با توجه به اهمیت مداخله‌های زناشویی در ارتقای روابط زوجین، بررسی این متغیرها در رابطه زناشویی و همچنین استفاده از نتایج این پژوهش در محیط‌های درمانی و مشاوره‌ای و فراهم‌سازی زمینه‌ای برای تحقیقات بعدی، این پژوهش دارای اهمیت است و درصدد آن است که به این سؤال اساسی پاسخ دهد:

۱. آیا مداخله زوج درمانی شناختی-رفتاری و زوج درمانی هیجان مدار بر طرحواره‌های عشق زنان متأهل در مرحله پس‌آزمون مؤثر است؟
۲. آیا مداخله زوج درمانی شناختی-رفتاری و زوج درمانی هیجان مدار بر طرحواره‌های عشق زنان متأهل در مرحله پیگیری پایدار مؤثر است؟
۳. آیا بین اثربخشی تأثیر دو رویکرد درمان شناختی-رفتاری و زوج درمانی هیجان مدار بر طرحواره‌های عشق در زنان متأهل تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

روش این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون چند گروهی و پیگیری دو ماهه است. در این پژوهش روش‌های درمانی به عنوان متغیر مستقل در سه سطح زوج درمانی شناختی- رفتاری، زوج درمانی هیجان‌مدار و عدم مداخله (گروه گواه) و طرحواره‌های عشق به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده‌اند. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان متأهل ۴۰-۲۵ سال مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند؛ حجم نمونه‌گیری پژوهش حاضر در دو مرحله انجام شد. به این ترتیب که ابتدا به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از سه مرکز مشاوره مرکز خدمات روان‌شناختی و مشاوره سرو، مرکز مشاوره و تحکیم خانواده امام رضا در منطقه ۶ تهران و کلینیک مشاوره ندای آرامش روان در منطقه ۵ تهران انتخاب و سپس با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۶۰ زن متأهل که برای مشکلات زناشویی به این مراکز مراجعه کرده بودند بر اساس معیارهای ورود به پژوهش که عبارت بود از ۲۵-۴۰ سال داشتن

زنان؛ متأهل بودن و تحصیلات دیپلم به بالا و معیارهای خروج از پژوهش که عبارت بود از تجربه طلاق؛ تشخیص روان‌پزشکی؛ مصرف داروهای خاص؛ وابستگی به مواد و غیبت بیش از ۲ جلسه؛ انتخاب شدند. نمونه‌های انتخاب شده در گروه‌های آزمایشی زوج درمانی شناختی-رفتاری (۲۰ زن)، زوج درمانی هیجان‌مدار (۲۰ زن) و گروه گواه (۲۰ زن) به صورت تصادفی کاربردی شدند.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس طرحواره عشق**^۱. مقیاس طرحواره عشق، یک ابزار خودگزارشی ۶ ماده‌ای است که توسط سینگلیز و همکاران (۱۹۹۵) به منظور سنجش انواع طرحواره‌های عشق، بر اساس نظریه هاتفیلد و راپسون (۱۹۹۶) طراحی گردیده است. این مقیاس، اشتیاق ادراک شده افراد نسبت به درگیری در روابط عاشقانه را با توجه به دو حیطه استقلال و نزدیکی مورد ارزیابی قرار می‌دهد (هاتفیلد و راپسون، ۱۹۹۶). در هر کدام از ماده‌های این مقیاس، احساسات و تجارب مرتبط با یکی از انواع طرحواره‌های عشق، توصیف می‌شود و پاسخ‌دهنده با استفاده از یک مقیاس شش درجه‌ای از ۱ تا ۶ (= مناسب‌ترین توصیف برای من است تا ۶ = کمترین تناسب را با من دارد)، میزان توافق خود را با هر ماده مشخص می‌نماید. خرده مقیاس‌های طرحواره‌های عشق عبارت است از طرحواره عشق ایمن، چسبنده، کناره‌گیر، بی‌ثبات، غیرجدی و بی‌علاقه. به دلیل اینکه هر کدام از طرحواره‌های عشق از طریق تک ماده‌ای سنجیده می‌شود، امکان محاسبه اعتبار درونی برای مقیاس‌ها وجود ندارد (موری و لیونگ، ۲۰۰۱؛ موری و لیونگ، ۲۰۰۲)، ولی برخی شواهد هم‌ارزی فرهنگی^۲، بر اساس خطای استاندارد میانگین و چولگی داده‌ها برای شش ماده طرحواره‌های عشق در بین گروه‌های فرهنگی به دست آمده است. در هر گروه، خطای استاندارد میانگین هر ماده ۰/۲ یا کمتر است و چولگی در هیچ موردی از ۱ فراتر نرفته است (موری و لیونگ، ۲۰۰۱). همچنین نمرات طرحواره‌های عشق با مقیاس عشق مشفقانه، مقیاس انتخاب همسر و نیز افکار، احساسات و رفتارهایی که افراد در مورد روابط متعهدانه و جدی ابراز می‌کنند، همبستگی نشان داده است (هاتفیلد و راپسون، ۱۹۹۶؛ به نقل از شریفی و همکاران، ۱۳۹۱). این مقیاس توسط شریفی و همکاران (۱۳۹۱) به فارسی ترجمه شده و روایی محتوایی آن توسط استادان مشاوره دانشگاه اصفهان مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین خطای استاندارد میانگین برای پنج ماده ایمن، چسبنده، کناره‌گیر، بی‌ثبات و غیرجدی به ترتیب ۰/۱۲۲، ۰/۱۰۸، ۰/۱۰۵، ۰/۱۱۸ و ۰/۱۰۵ به دست آمد.

۲. **زوج درمانی شناختی-رفتاری**. زوج درمانی شناختی-رفتاری از گسترش تدریجی زوج درمانی رفتاری و استراتژی‌های درمانی آن و اضافه کردن و تأکید بر عوامل شناختی در درمان آشفتگی‌های زناشویی پدید آمده است (شادپیش و بالدوین، ۲۰۰۵). پروتکل زوج درمانی شناختی-رفتاری در ده جلسه و به صورت گروهی ارائه شد. شرح جلسات به صورت زیر است:

جلسه‌های اول، دوم و سوم. برقراری رابطه مناسب با افراد، بیان قواعد، اهداف و تعداد جلسه‌های درمانی و انعقاد قرارداد درمانی، سنجش، اتحاد درمانی با افراد به نحوی که هر یک از آنها احساس امنیت و پذیرش

1. Love schema

2. Cultural equivalence

از سوی درمانگر کرده و اطمینان حاصل کنند که درمانگر اهداف و نیازهای آن‌ها را درک کرده و قادر به کمک دادن به آن‌ها خواهد بود.

جلسه چهارم، پنجم و ششم. بازخورد و معرفی روند درمان، ارزیابی و تعیین اهداف اصلی، مشخص کردن نگرانی‌ها و حوزه‌های دارای پتانسیل رشد در زوجین، تعیین میزان تناسب زوج درمانی برای پرداختن به نگرانی‌های مذکور. آموزش تأثیر تفاوت‌های جنسیتی و شخصیتی. بررسی الگوهای منفی، سرزنش و ملامت، تهدید به ترک رابطه، قطع رابطه زناشویی، شناسایی عوامل تنش‌زای زندگی زناشویی خاص همسران. تعیین عوامل شناختی، رفتاری و محیطی زوجین که در ایجاد نگرانی‌های آن‌ها نقش دارند. بررسی شناخت‌ها و کمک به اصلاح آن‌ها، آشنایی و آگاهی از تأثیر خطاهای شناختی بر خلق و روابط همسران، مخصوصاً اصلاح شناخت‌ها؛ توجه انتخابی، اسنادها، انتظارات، مفروضات و معیارها.

جلسه هفتم و هشتم. ایجاد برنامه‌هایی برای انجام فعالیت‌های خوشایند، تعریف از ویژگی‌های مثبت یکدیگر، تبادل رفتاری، افزایش فعالیت‌های فردی، مداخلات مخصوص اصلاح رفتار، تغییر رفتار هدایت شده و مداخلات مبتنی بر مهارت. آموزش مهارت‌های ارتباطی؛ به کار بردن افعالی با ضمیر من، آموزش مهارت گوش دادن، بیان مطالبات رفتاری خاص، شناسایی الگوهای تعاملی. مهارت‌های حل تعارض (بررسی تعارض-ها و سبک‌های حل تعارض زوجین، آموزش و تمرین روش‌های حل تعارض).

جلسه نهم و دهم. آموزش حل مسئله، تعریف مشکل، ارائه راه‌حل‌های جایگزین، ارزیابی راه‌حل‌ها، انتخاب و اجرای راه‌حل انتخابی، ارزیابی راه‌حل انتخابی انجام شده. تعامل بر اساس ادراکات جدید و ایجاد راه‌حل‌های جدید ضروری. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک افراد. تشکر و خداحافظی و ختم جلسات.

۳. زوج درمانی هیجان‌مدار: زوج درمانی هیجان‌مدار یکی از رویکردهایی است که هم بر کنترل رفتار و هم بر کنترل هیجان تمرکز دارد و در نهایت منجر به رضایت زوجین از زندگی می‌گردد (جانسون، ۲۰۰۴). پروتکل زوج درمانی هیجان‌مدار در هشت جلسه و به صورت گروهی ارائه شد. شرح جلسات به صورت زیر است:

جلسه اول. معرفی و آشنا شدن با اعضای گروه؛ در این جلسه تعریفی از هر کدام از مفاهیم هیجان، مدیریت، رضایت، ارتباط عاطفی، جنسی، مفهوم خانواده و الگوهای مختلف ارتباطی ارائه می‌شود و نظر افراد در مورد این مفاهیم بررسی و صحبت شد. در این جلسه به افراد تکلیفی ارائه می‌شود تا حالات هیجانی خود را بهتر شناسایی کنند. تکلیف ارائه شده: توجه به حالات هیجانی خو شایند (نشاط، لذت، سرحالی، خوشحالی و ...) و حالات ناخوشایند (خشم، تنفر، غمگینی، حسادت و اضطراب).

جلسه دوم. در این جلسه ابتدا افراد گروه در مورد تکالیف هفته گذشته خود صحبت خواهند کرد؛ و در ادامه جلسه به بررسی این آیتم‌ها پرداخته شد:

پذیرش و انعکاس تجربیات (تعاملی و هیجانی) مشترکی که از نظر زوج بی‌اهمیت است و کمتر به آن اشاره شده است.

کشف تعاملات مشکل‌دار و مشخص کردن چرخه‌های تعاملی منفی که آشفتگی را نگه می‌دارد.

مشخص کردن رابطه پاسخ‌های هیجانی زوج با سطح دلبستگی آنان.

ارزیابی مشکل و موانع دلبستگی.

ایجاد توافق درمانی.

شناسایی چرخه تعاملات منفی.

جلسه سوم. در این جلسه به شناسایی احساسات زیربنایی و ابراز نشده و گوش کردن احساسات، ابراز هیجانات، بیان احساسات خالص، حذف حواشی (حواشی از الگوهای ارتباطی غلط ناشی می‌شود و اجازه درک متقابل نمی‌دهد) و تصدیق احساسات پرداخته و تفاوت بین هیجان خالص و حواشی بررسی شد. همچنین آیتم‌های زیر بررسی و انجام شد:

مشاهده نحوه تعامل هرکدام از زوجین (سناریو)

کشف ترس‌ها و نایمنی‌های اساسی که ارتباط زوجی را محدود می‌کند.

کمک به زوجین تا عواطفشان را در جلسه درمان تجربه کنند.

تشویق هر یک از زوجین به داشتن درگیری عاطفی و هیجانی با طرف مقابل.

جلسه چهارم. در این جلسه به شکل‌دهی مجدد به مشکل از جنبه چرخه منفی، روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی، هماهنگی بین تشخیص درمانگر و زوج، پذیرش چرخه تعامل توسط زوج، افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی، پذیرش هیجانات، عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی پرداخته شد. جلسه پنجم. در این جلسه ترس‌های ناشی از ارتباط مشخص شد؛ همچنین موارد زیر مورد توجه قرار گرفت:

عمق بخشیدن به درگیری زوج؛

ارتقا روش‌های جدید تعامل؛

تمرکز روی خود نه دیگری؛

ابراز خواسته و آرزوها در حضور همسر؛

تعریف مجدد دلبستگی؛

جلسه ششم. در این جلسه به گسترش پذیرش تجربه شده هر شریک توسط شریک دیگر تأکید شد. به زوج برگه‌ای داده شد تا سؤالات خود را بنویسند و جلسه بعد همراه خود بیاورند. همچنین به بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها، نمادگذاری آرزوها به ویژه آرزوهای سرکوب شده پرداخته شد.

جلسه هفتم. در این جلسه به تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها برای ساخت مجدد تعاملات بر پایه ادراک‌های جدید پرداخته شد. سؤالات زوج پاسخ داده شد. بازسازی تعاملات، تغییر رفتار همسر آسیب‌رسان و همچنین تسهیل راه‌حل‌های جدید برای مشکلات کهنه و قدیمی بررسی شد.

جلسه هشتم. نهایتاً در این جلسه به تحکیم چرخه ایجاد شده پرداخته شد؛ همچنین به صحبت در مورد درگیری صمیمانه زوج، پذیرش وضعیت‌های جدید، ایجاد دلبستگی ایمن، ساختن داستانی شاد از رابطه و مرور یادگیری‌های اصلی درمان توسط زوج پرداخته شد.

شیوه اجرا. پس از کسب مجوز از مدیریت مراکز مشاوره سرو، تحکیم خانواده و ندای آرامش و غربالگری زنان متأهل مراجعه‌کننده به این مراکز، نمونه‌های واجد شرایط حضور در پژوهش انتخاب شدند. پیش از اجرای مداخله درباره طرح پژوهش، محل برگزاری آن، اهداف پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول مدت هر جلسه و مسائل مطروحه در جلسه‌ها، رعایت اصول اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان و ابراز تمایل آن‌ها برای شرکت در

پژوهش رضایت‌نامه کتبی از هر سه گروه گرفته شد. جلسه‌های درمان به صورت گروهی و هفتگی برای گروه‌های آزمایش برگزار شد. گروه‌های آزمایش به همراه گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و در مرحله پیگیری دو ماهه به مقیاس طرحواره‌های عشق پژوهش پاسخ دادند. برای رعایت موازین اخلاقی پس از پایان پژوهش، زنان گروه گواه در دو گروه به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله زوج درمانی شناختی- رفتاری و مداخله زوج درمانی هیجان‌مدار قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نسخه بیست و چهارم نرم‌افزار اس.پی.اس.اس و به روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن زنان متأهل در گروه گواه ۳۲/۲۲ (و ۳/۷۳)، زنان گروه زوج درمانی شناختی- رفتاری ۳۳/۳۳ (و ۴/۰۳) و زنان گروه زوج درمانی هیجان مدار ۳۳/۲۱ (و ۴/۲۶) است؛ از میان زنان متأهل در گروه گواه ۱۶/۷ درصد (۳ نفر) تحصیلات دیپلم، ۱۶/۷ درصد (۳ نفر) لیسانس، ۵۰ درصد (۹ نفر) فوق لیسانس و ۱۶/۷ درصد (۳ نفر) دکتری، زنان گروه زوج درمانی شناختی- رفتاری ۵/۶ درصد (۱ نفر) تحصیلات دیپلم، ۳۳/۳ درصد (۶ نفر) لیسانس، ۵۵/۶ درصد (۱۰ نفر) فوق لیسانس و ۵/۶ درصد (۱ نفر) دکتری و زنان گروه زوج درمانی هیجان مدار ۳۱/۶ درصد (۶ نفر) لیسانس، ۷۴/۴ درصد (۹ نفر) فوق لیسانس و ۲۱/۱ درصد (۴ نفر) دکتری بودند؛ زنان متأهل گروه گواه ۲۲/۲ درصد (۴ نفر) خانه‌دار، ۵۵/۶ درصد (۱۰ نفر) شغل آزاد و ۲۲/۲ درصد (۴ نفر) شغل دولتی، زنان گروه زوج درمانی شناختی- رفتاری ۲۷/۸ درصد (۵ نفر) خانه‌دار، ۲۷/۸ درصد (۵ نفر) شغل آزاد و ۴۴/۴ درصد (۸ نفر) شغل دولتی و نهایتاً زنان گروه زوج درمانی هیجان مدار ۲۱/۱ درصد (۴ نفر) خانه‌دار، ۴۲/۱ درصد (۸ نفر) شغل آزاد و ۳۶/۸ درصد (۷ نفر) شغل دولتی داشتند.

جدول ۱. نتایج شاخص‌های توصیفی طرحواره‌های عشق در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه‌های مورد مطالعه							
گروه زوج درمانی هیجان مدار		گروه زوج درمانی شناختی- رفتاری		گروه گواه		متغیرهای مورد مطالعه	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۸۴	۲/۵۸	۰/۷۰	۲/۴۴	۰/۶۹	۲/۳۹	پیش‌آزمون	طرحواره
۰/۵۳	۴/۲۱	۰/۹۸	۴/۶۰	۰/۸۵	۲/۳۸	پس‌آزمون	عشق ایمن
۰/۹۶	۴/۶۳	۰/۹۵	۴/۵۴	۰/۷۷	۲/۲۹	پیگیری	
۰/۹۹	۳/۸۹	۱/۲۳	۳/۸۸	۰/۹۶	۳/۷۲	پیش‌آزمون	طرحواره
۰/۹۹	۲/۷۴	۰/۷۸	۲/۶۱	۰/۹۴	۳/۷۸	پس‌آزمون	عشق
۰/۷۱	۲/۵۵	۰/۶۸	۲/۴۵	۰/۸۴	۳/۶۷	پیگیری	چسبنده
۰/۸۳	۴/۳۷	۰/۹۲	۴/۵۰	۰/۷۸	۴/۱۷	پیش‌آزمون	طرحواره
۰/۹۰	۲/۵۳	۰/۹۴	۲/۵۱	۰/۹۴	۴/۲۲	پس‌آزمون	عشق کناره-
۰/۸۷	۲/۴۴	۰/۹۲	۲/۴۸	۰/۹۲	۴/۱۸	پیگیری	گیر
۰/۷۶	۴/۶۳	۱/۰۹	۴/۶۱	۰/۹۲	۴/۴۴	پیش‌آزمون	

۰/۸۴	۲/۵۸	۰/۸۳	۲/۸۸	۰/۷۸	۴/۳۹	پس‌آزمون	طرحواره
۰/۸۱	۲/۵۱	۰/۷۷	۲/۷۴	۰/۹۰	۴/۴۵	پیگیری	عشق بی‌ثبات
۰/۸۳	۴/۶۳	۰/۷۸	۴/۴۴	۰/۸۹	۴/۷۲	پیش‌آزمون	طرحواره
۰/۸۴	۲/۵۳	۰/۸۵	۲/۴۴	۰/۶۱	۴/۶۱	پس‌آزمون	عشق
۰/۸۳	۲/۵۰	۰/۷۴	۲/۳۸	۰/۶۵	۴/۵۶	پیگیری	غیرجدی
۰/۸۳	۴/۳۷	۱/۱۴	۴/۳۹	۰/۸۵	۴/۶۲	پیش‌آزمون	طرحواره
۰/۸۲	۲/۳۱	۰/۷۷	۲/۰۰	۱/۰۴	۴/۳۹	پس‌آزمون	عشق بی‌علاقه
۰/۸۵	۲/۴۱	۰/۷۸	۲/۰۵	۱/۰۶	۴/۴۴	پیگیری	

نتایج شاخص‌های تو صیفی طرحواره‌های عشق در جدول ۱ گزارش شده است که نشان دهنده تفاوت نمرات در گروه‌های زوج درمانی شناختی-رفتاری و هیجان‌مدار در طرحواره‌های عشق در مراحل پیش‌آزمون نسبت به مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به نمرات گروه گواه دارد.

جدول ۲. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگراف-اسمیرنف			آزمون لوین			موخلی
		درجه آزادی	آماره	سطح معناداری	درجه آزادی	آماره	سطح معناداری	
طرحواره عشق ایمن	شناختی-رفتاری	۲۰	۰/۱۷	۰/۱۱	۳۸	۰/۱۵	۰/۶۹	۰/۹۰
	هیجان‌مدار	۲۰	۰/۱۸	۰/۱۰				
	گواه	۲۰	۰/۲۰	۰/۰۸				
طرحواره عشق چسبنده	شناختی-رفتاری	۲۰	۰/۱۹	۰/۱۲	۳۸	۰/۵۱	۰/۶۰	۰/۷۸
	هیجان‌مدار	۲۰	۰/۱۷	۰/۱۰				
	گواه	۲۰	۰/۱۶	۰/۱۳				
طرحواره عشق کناره‌گیر	شناختی-رفتاری	۲۰	۰/۲۰	۰/۱۰	۳۸	۰/۰۴۸	۰/۸۳	۰/۹۶
	هیجان‌مدار	۲۰	۰/۲۲	۰/۰۹				
	گواه	۲۰	۰/۱۸	۰/۱۰				
طرحواره عشق بی‌ثبات	شناختی-رفتاری	۲۰	۰/۱۹	۰/۱۱	۳۸	۰/۱۱	۰/۷۳	۰/۷۷
	هیجان‌مدار	۲۰	۰/۱۸	۰/۰۸				
	گواه	۲۰	۰/۲۰	۰/۱۳				
طرحواره عشق غیرجدی	شناختی-رفتاری	۲۰	۰/۱۸	۰/۱۴	۳۸	۲/۲۳	۰/۰۸۱	۰/۸۹
	هیجان‌مدار	۲۰	۰/۱۶	۰/۱۲				
	گواه	۲۰	۰/۱۷	۰/۱۰				
طرحواره عشق بی‌علاقه	شناختی-رفتاری	۲۰	۰/۱۹	۰/۱۱	۳۸	۱/۵۱	۰/۲۲	۰/۹۸
	هیجان‌مدار	۲۰	۰/۲۰	۰/۱۲				
	گواه	۲۰	۰/۲۰	۰/۱۱				

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد آزمون کولموگراف-اسمیرنف حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش (طرحواره‌های عشق) است. همچنین آماره W موخلی برای متغیرهای پژوهش در سطح $0/05$ معنی‌دار نیست؛ از این رو یافته‌ها نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته معنی‌داری نبوده و مفروضه کرویت برقرار است؛ بنابراین در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون اثرهای درون آزمودنی‌ها از این آماره استفاده شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه گروه در سه مرحله

متغیر	گروه‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
طرحواره عشق	شناختی-	مراحل مداخله	۲۱/۰۱	۲	۱۰/۵۰	۱۹/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۳۴
		مراحل × گروه	۵/۵۵	۲	۲/۷۷	۵/۱۷	۰/۰۰۸	۰/۱۲
		بین گروهی	۹/۶۳	۱	۹/۶۳	۵/۹۸	۰/۰۱۹	۰/۱۳
ایمن	رفتاری	مراحل مداخله	۳/۴۶	۲	۱/۷۳	۲/۱۴	۰/۱۲	۰/۰۵
		مراحل × گروه	۱۰/۴۶	۲	۵/۲۳	۶/۴۷	۰/۰۰۳	۰/۱۴
		بین گروهی	۱۲/۰۳	۱	۱۲/۰۳	۹/۱۸	۰/۰۰۴	۰/۱۹
طرحواره عشق	شناختی-	مراحل مداخله	۷۵/۰۵	۲	۳۷/۵۲	۲۳/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۳۸
		مراحل × گروه	۷/۳۱	۲	۳/۶۵	۲/۲۸	۰/۱۰	۰/۰۵
		بین گروهی	۱۲/۰۳	۱	۱۲/۰۳	۹/۲۰	۰/۰۰۴	۰/۱۹
چسبنده	رفتاری	مراحل مداخله	۹۱/۴۰	۲	۴۵/۷۰	۳۱/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵
		مراحل × گروه	۲/۴۰	۲	۱/۲۰	۰/۸۳	۰/۴۳	۰/۰۲
		بین گروهی	۱۰/۸۰	۱	۱۰/۸۰	۸/۲۳	۰/۰۰۷	۰/۱۷
طرحواره عشق	شناختی-	مراحل مداخله	۲۴/۵۱	۲	۱۲/۲۵	۱۰/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۲۲
		مراحل × گروه	۰/۹۵	۲	۰/۴۷	۰/۴۲	۰/۶۵	۰/۰۱
		بین گروهی	۱۰/۸۰	۱	۱۰/۸۰	۸/۵۵	۰/۰۰۶	۰/۱۸
کناره‌گیر	رفتاری	مراحل مداخله	۲۲/۳۱	۲	۱۱/۱۵	۶/۸۵	۰/۰۰۲	۰/۱۵
		مراحل × گروه	۲/۰۱	۲	۱/۰۰	۰/۶۲	۰/۵۴	۰/۰۱
		بین گروهی	۸/۵۳	۱	۸/۵۳	۵/۲۱	۰/۰۲۸	۰/۱۲
طرحواره عشق	شناختی-	مراحل مداخله	۱۹/۱۱	۲	۹/۵۵	۱۰/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۲۱
		مراحل × گروه	۹/۱۱	۲	۴/۵۵	۵/۰۱	۰/۰۰۹	۰/۱۱
		بین گروهی	۱۶/۱۳	۱	۱۶/۱۳	۸/۱۵	۰/۰۰۷	۰/۱۷
بی‌ثبات	رفتاری	مراحل مداخله	۸/۳۱	۲	۴/۱۵	۲/۶۹	۰/۰۷	۰/۰۶
		مراحل × گروه	۹/۱۱	۲	۴/۵۵	۲/۹۵	۰/۰۵۸	۰/۰۷
		بین گروهی	۲۰/۰۰	۱	۲۰/۰۰	۱۲/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۲۵
طرحواره عشق	شناختی-	مراحل مداخله	۹/۸۶	۲	۴/۹۳	۴/۴۶	۰/۰۱۵	۰/۱۰
		مراحل × گروه	۱۸/۲۰	۲	۹/۱۰	۸/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۱۷
		بین گروهی	۱۶/۸۷	۱	۱۶/۸۷	۵/۷۱	۰/۰۲۲	۰/۱۳
غیرجدی	رفتاری	مراحل مداخله	۰/۸۱	۲	۰/۴۰	۰/۳۴	۰/۷۰	۰/۰۰

۰/۰۸	۰/۰۳	۳/۶۸	۴/۳۵	۲	۸/۷۱	مراحل × گروه	هیجان مدار
۰/۱۳	۰/۰۱۹	۶/۰۱	۲۰/۸۳	۱	۲۰/۸۳	بین گروهی	
۰/۰۱	۰/۵۴	۰/۶۱	۰/۵۵	۲	۱/۱۱	مراحل مداخله	شناختی- طرحواره عشق
۰/۲۱	۰/۰۰۱	۱۰/۱۵	۹/۱۵	۲	۱۸/۳۱	مراحل × گروه	رفتاری بی‌علاقه
۰/۲۰	۰/۰۰۳	۹/۹۹	۱۱/۴۰	۱	۱۱/۴۰	بین گروهی	
۰/۰۳	۰/۲۵	۱/۳۷	۱/۱۰	۲	۲/۲۱	مراحل مداخله	
۰/۲۲	۰/۰۰۱	۱۰/۷۶	۸/۶۵	۲	۱۷/۳۱	مراحل × گروه	هیجان مدار
۰/۲۱	۰/۰۰۲	۱۰/۶۵	۱۶/۱۳	۱	۱۶/۱۳	بین گروهی	

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مداخله زوج درمانی شناختی-رفتاری نمره طرحواره عشق ایمن ($F=5/98$) با اندازه اثر $0/19$ ($P=0/004$, $F=9/20$)، طرحواره عشق چسبیده ($P=0/006$, $F=8/55$) با اندازه اثر $0/18$ ($P=0/007$, $F=8/15$)، طرحواره عشق بی‌ثبات ($P=0/003$, $F=9/99$) با اندازه اثر $0/20$ و در مداخله زوج درمانی هیجان‌مدار نمره طرحواره عشق ایمن ($P=0/004$, $F=9/18$) با اندازه اثر $0/19$ ، طرحواره عشق چسبیده ($P=0/007$, $F=8/23$) با اندازه اثر $0/17$ ، طرحواره عشق کناره‌گیر ($P=0/028$, $F=5/21$) با اندازه اثر $0/12$ ، طرحواره عشق بی‌ثبات ($F=12/81$) با اندازه اثر $0/01$ ($P=0/001$)، طرحواره عشق غیرجدی ($P=0/019$, $F=6/01$) با اندازه اثر $0/13$ و طرحواره عشق بی‌علاقه ($P=0/002$, $F=10/65$) با اندازه اثر $0/21$ مؤثر بوده است.

جدول ۴ نتایج آزمون بنفرونی در سه مرحله به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مرحله (۱)	شناختی-رفتاری		هیجان‌مدار		گواه
		میانگین‌ها (۱-ج)	خطای معیار	میانگین‌ها (۱-ج)	خطای معیار	
طرحواره عشق	پس‌آزمون	۲/۵۳**	۰/۹۳	۱/۴۰**	۰/۲۳	۰/۷۸
ایمن	پیش‌آزمون	۲/۳۳**	۰/۶۰	۱/۳۰**	۰/۱۸	۰/۳۳
	پس‌آزمون	۰/۲۰	۰/۱۰	۰/۳۳	۰/۶۲	۰/۲۹
طرحواره عشق	پس‌آزمون	۱/۳۳**	۰/۴۴	۱/۵۰*	۰/۲۲	۰/۱۷
چسبنده	پیش‌آزمون	۱/۸۶**	۰/۹۶	۲/۰۵**	۰/۳۲	۰/۰۸
	پس‌آزمون	۰/۴۶	۰/۰۸	۰/۶۰	۰/۵۴	۰/۲۳
طرحواره عشق	پس‌آزمون	۱/۰۶**	۰/۵۴	۱/۳۳**	۰/۲۷	۰/۲۵
کناره‌گیر	پیش‌آزمون	۱/۲۰**	۰/۹۸	۱/۵۳**	۰/۲۴	۰/۲۷
	پس‌آزمون	۰/۱۳	۰/۶۶	۰/۸۰	۰/۱۴	۰/۱۴
طرحواره عشق	پس‌آزمون	۱/۴۱**	۰/۷۴	۱/۱۸**	۰/۶۴	۰/۶۸
بی‌ثبات	پیش‌آزمون	۱/۳۳**	۰/۸۹	۱/۱۳*	۰/۵۵	۰/۷۴
	پس‌آزمون	۰/۲۰	۰/۴۸	۰/۴۱	۰/۲۱	۰/۲۴

۰/۷۷	۰/۵۴	۰/۵۷	۱/۸۴**	۰/۹۰	۱/۲۶**	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	طرحواره عشق
۰/۸۷	۰/۶۰	۰/۶۰	۱/۵۷**	۰/۸۷	۱/۳۴**	پیش‌آزمون	پیگیری	غیرجدی
۰/۵۴	۰/۳۰	۰/۲۳	۰/۳۴	۰/۷۰	۰/۱۵	پس‌آزمون	پیگیری	
۰/۶۸	۰/۲۷	۰/۵۷	۱/۲۰*	۰/۷۷	۱/۱۶**	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	طرحواره عشق
۰/۷۷	۰/۲۰	۰/۶۴	۱/۴۸**	۰/۹۳	۱/۲۱**	پیش‌آزمون	پیگیری	بی‌علاقه
۰/۶۴	۰/۱۵	۰/۲۴	۰/۳۳	۰/۵۵	۰/۱۴	پس‌آزمون	پیگیری	

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

جدول ۴ مقایسه سه مرحله در گروه‌های آزمایش زوج درمانی شناختی- رفتاری و زوج درمان هیجان مدار و گروه گواه نشان می‌دهد که تفاوت در طرحواره‌های عشق در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون، معنادار و این تأثیر تا مرحله پیگیری پایدار مانده است؛ در حالی که در گروه گواه، این تفاوت‌ها معنادار نیست ($P > 0.05$).

جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین‌ها در گروه‌ها

متغیر	گروه	هیجان مدار		گواه
		P (I-J)	P (I-J)	
عشق ایمن	زوج درمانی شناختی- رفتاری	۰/۳۹۷	۰/۴۷۲	<۰/۰۰۱
	زوج درمانی هیجان مدار	-	-	<۰/۰۰۱
عشق چسبنده	زوج درمانی شناختی- رفتاری	-۰/۱۰۶	۱/۰۰	<۰/۰۱
	زوج درمانی هیجان مدار	-	-	<۰/۰۱
عشق کناره‌گیر	زوج درمانی شناختی- رفتاری	-۰/۰۷۵	۱/۰۰	<۰/۰۰۱
	زوج درمانی هیجان مدار	-	-	<۰/۰۰۱
عشق بی‌ثبات	زوج درمانی شناختی- رفتاری	۰/۳۲۷	۰/۶۴۴	<۰/۰۰۱
	زوج درمانی هیجان مدار	-	-	<۰/۰۰۱
عشق غیرجدی	زوج درمانی شناختی- رفتاری	-۰/۱۰۸	۱/۰۰	<۰/۰۰۱
	زوج درمانی هیجان مدار	-	-	<۰/۰۰۱
عشق بی‌علاقه	زوج درمانی شناختی- رفتاری	-۰/۲۹۵	۱/۰۰	<۰/۰۰۱
	زوج درمانی هیجان مدار	-	-	<۰/۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی در جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین نمرات طرحواره عشق ایمن، در هر دو گروه آزمایش زوج درمانی شناختی- رفتاری و زوج درمانی هیجان مدار از گروه کنترل به طور معناداری بیشتر است ($P < 0.001$)؛ همچنین میانگین نمرات طرحواره عشق چسبنده، کناره‌گیر، بی‌ثبات، بی‌علاقه و غیرجدی، در هر دو گروه آزمایش زوج درمانی شناختی- رفتاری و زوج درمانی هیجان مدار از گروه کنترل به طور معناداری کمتر است ($P < 0.01$)؛ ولی تفاوت معناداری بین میانگین نمرات طرحواره عشق ایمن، چسبنده، کناره‌گیر، بی‌ثبات، بی‌علاقه و غیرجدی در دو گروه آزمایش به دست نیامد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری در مقایسه با اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر طرحواره‌های عشق زنان متأهل شهر تهران بود. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر نشان داد بین گروه آزمایش زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و گواه از لحاظ پس‌آزمون مربوط به میانگین نمرات طرحواره عشق ایمن، طرحواره عشق چسبنده، طرحواره عشق کناره‌گیر، طرحواره عشق بی‌ثبات، طرحواره عشق غیرجدی و طرحواره عشق بی‌علاقه تفاوت معناداری وجود دارد و زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر طرحواره‌های عشق مؤثر بود و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار گزارش شد. مرور پژوهش‌های مشابه هیچ نتیجه دلخواهی را که همسو با یافته‌های این پژوهش باشد به دست نمی‌دهد و تا حدودی می‌توان با نتایج پژوهش‌های؛ استادی و همکاران (۱۳۹۳) و بلانگر و همکاران (۲۰۱۵) همسو دانست؛ این پژوهشگران نتیجه گرفتند که رویکرد شناختی-رفتاری می‌تواند در زمینه روابط زناشویی یک مداخله مناسب به حساب بیاید و به جوانب مختلف این رابطه بپردازد؛ اما در عین حال، به نظر می‌رسد که رویکرد شناختی-رفتاری دارای اثرگذاری بهتری در زمینه‌هایی که نیاز به مداخله شناختی بیشتری دارد، است. در تبیین اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر طرحواره‌های عشق در درجه اول، اشاره به این موضوع مهم است که ارضا نشدن نیازهای دلبستگی و صمیمیت و سرخوردگی از روابط عاطفی اولیه، طرحواره‌های ناسازگار مربوط به روابط صمیمانه و دلبستگی را ایجاد می‌کند. این باورها و طرحواره‌های مربوط به روابط بین فردی در بزرگسالی در هم‌سرگزینی و در دوران تأهل در روابط زناشویی نمود می‌یابد و بر آن تأثیر مخرب می‌گذارد (یانگ، ۲۰۰۳). افزون بر آن، مهارت‌های شناختی به بررسی و اصلاح انتظارات و افکار غیرواقع‌بینانه زوجین می‌پردازد. این باورها، انتظارات، برداشت‌ها و اسنادهای مخرب و غیرمنطقی روابط زناشویی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. لذا آموزش‌های شناختی به اصلاح برداشت‌ها و اسنادهای غلط زن و شوهر از رفتار یکدیگر شده و باعث رفع سوءتفاهم، کاهش رنجش و خشم و توجه به جنبه‌های مثبت رفتار یکدیگر می‌شود. هرچقدر این رنجش‌های زناشویی کمتر شود احساس امنیت در رابطه بالاتر رفته و به مرور باعث بهبود سبک‌های دلبستگی آسیب‌دیده در روابط می‌شود. استادی و همکاران (۱۳۹۳) نیز در پژوهشی با روش نمونه‌گیری در دسترس بر روی ۱۶ نفر از متأهلین دارای سبک دلبستگی ناامن و سازگاری زناشویی کم که به مرکز بهداشت و درمان شهرداری مشهد مراجعه کرده بودند، با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی شناختی رفتاری بر نگرش‌های دلبستگی و ناتوانی و تعدیل زناشویی افراد متأهل، دریافتند که درمان شناختی رفتاری گروهی می‌تواند در تغییر میزان وابستگی، اضطراب، نگرش‌های ناکارآمد و سبک‌های دلبستگی زوجین مؤثر باشد.

منطق احتمالی اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش طرحواره‌های عشق چسبنده، کناره‌گیر، بی‌ثبات، غیرجدی و بی‌علاقه این است که کیفیت رابطه زناشویی هر کسی، نتیجه باورها، اندیشه‌ها، رفتار و کردار خویش بوده و به تصمیمات و عملکرد گذشته‌اش مربوط می‌شود. عدم وجود روابط شاد و مثبت و مساعد بین زوجین موجب بروز خستگی و افزایش تعارضات و کاهش دلبستگی و امنیت رابطه می‌شود. این رویکرد، به فرد کمک می‌کند امید و نشاط بیشتری در روابط‌شان جاری شود و با اراده بیشتری شروع به بازسازی روابط گذشته خود با همسرشان کنند و همین امر موجب بهبود طرحواره‌های عشق ناسازگار و

در واقع کاهش ترس از نزدیکی زیاد (طرحواره عشق کناره‌گیر)، کاهش عدم آسودگی خاطر افراد از نزدیکی با یکدیگر و استقلال (طرحواره عشق بی‌ثبات)، کاهش بی‌میلی به رابطه با دیگران (طرحواره عشق غیرجدی و طرحواره عشق بی‌علاقه) می‌شود. هنری و شامولی (۲۰۱۷) در پژوهشی بر روی ۴۰ زوج مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز و با هدف بررسی اثر بخشی زوج درمانی شناختی رفتاری بر استرس زناشویی و مهارت‌های عاطفی در زوجین دارای تجربه خیانت زناشویی، نشان دادند که زوج درمانی شناختی رفتاری تأثیر معنی‌دار در استرس زناشویی و مهارت‌های عاطفی دارد. برخی از زوجین بعد از گذشت ماه‌های اولیه زندگی به علت درگیر شدن در مسائل و مشکلات زندگی و یا عدم اعتقاد به ضرورت و تأثیر مهارت‌های رفتاری، عملاً به کاهش تقویت‌کننده‌ها کمک می‌کنند. از سوی دیگر، بروز تعارضات و رنجش‌ها و حل نشدن آن‌ها باعث افزایش دلخوری و احساسات منفی و در نتیجه عدم تمایل به انجام رفتارهای خوشایند و افزایش رفتارهای منفی مثل بی‌توجهی، سرزنش و تحقیر می‌شود (پارسه و همکاران، ۱۳۹۴). به همین منظور، زوج درمانی شناختی- رفتاری با ارتقای مهارت‌های رفتاری زوجین، منجر به مبادله رفتارهای مثبت و خوشایند و کاهش رفتارهای منفی و تنبیه می‌شود. همچنین تغییر در احساس و رفتار زوجین به تغییر نگرش نیز می‌انجامد و بر نرخ هزینه- پاداش تأثیر مثبت می‌گذارد. این تغییرات در نهایت منجر به افزایش صمیمیت، رضایت زناشویی و کاهش دلزدگی عاطفی زوجین منجر می‌گردد. در همین راستا، پپینگ و هالفورد (۲۰۱۶) در یک مطالعه مروری و با هدف بررسی ذهن آگاهی و رویکردهای مشتق شده از بودیسم در سلامت روان و اعتیاد، نشان دادند که درمان ذهن آگاهی به عنوان درمان‌های موج سوم شناختی- رفتاری محافظی در برابر آسیب‌پذیری روانی است و از این طریق بر عملکرد رابطه رمانتیک اثر می‌گذارد.

علاوه بر این، در تبیین این موضوع عدم شناخت دقیق همسران از یکدیگر و تفاوت‌های فردی در تقویت و تنبیه را نیز نباید نادیده گرفت. بسیاری از همسران به علت نوع رابطه نسبت به آنچه برای طرف مقابل تقویت، علاقه یا تنبیه است، آگاهی ندارند (مختاری و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین، مشکلات مربوط به تعارضات زوجین، به طور اولیه نتیجه شکست در برقراری روابط صحیح است، توانایی زوجین در برقراری ارتباط مؤثر به انتقال روشن، صحیح و مؤثر افکار، احساسات، نیازها و خواسته‌هایشان بستگی دارد (شریفی و همکاران، ۱۳۹۱). بنابراین زوج درمانی شناختی- رفتاری با استفاده از تکنیک‌ها و روش‌های درمانی مختلف باعث کاهش تعارضات زناشویی و افزایش دل‌بستگی ایمن در زوجین می‌گردد. طبق الگوی تبادل رفتار که درمان رفتاری زوجین بر آن استوار است، اختلاف‌های زناشویی تا حد زیادی پیامد میزان تقویت و یا تنبیه اعمال شده، از طرف زوجین نسبت به هم و هر رابطه تقویت و تنبیهی که هر زوج از خودشان نشان می‌دهند، در نظر گرفته می‌شود (معادی‌نژاد، ۱۳۹۴). اصولاً در درمان شناختی- رفتاری، زوجین تشویق می‌شوند که شاهد تفسیرهای خود از حوادث زندگی زناشویی باشند و مهارت‌هایی را بیاموزند تا بتوانند اعتبار این تفسیرها را از طریق گردآوری و پردازش اطلاعات مورد آزمایش قرار دهند؛ علاوه بر این مداخله ویژه‌ای صورت می‌گیرد که بخشی از آن‌ها بدین ترتیب است: پیشنهاد دادن درباره چگونگی بیان تجربه‌های درونی که احتمالاً هرگز اظهار نشده‌اند؛ ترغیب زوج‌ها به یادآوری احساسات مثبتی که از تفاوت‌های رفتاری آن‌ها نشأت می‌گیرد؛ آموزش زوج‌ها درباره چگونگی بیان کردن و گوش دادن به تجربه‌ها و احساسات درونی یکدیگر؛ چارچوب بندی مجدد مسئله، با اشاره به این که تفاوت‌های رفتاری،

نتیجه تاریخچه یادگیری متفاوت آن‌هاست تا آنچه هر یک نسبت به دیگری انجام می‌دهند؛ آموزش نحوه صحیح انتقاد کردن از یکدیگر و غیره (آل‌یاسین و همکاران، ۱۳۹۵).

موارد فوق و فعالیت‌هایی از این دست، آموزش‌هایی هستند که به آزمودنی‌ها منتقل می‌شوند و همه این فعالیت‌ها، درمان شناختی- رفتاری را توجیه می‌کنند. تأکید این رویکرد بر جنبه‌های رفتاری، ارتباطی و حل مشکل است (باکوم و همکاران، ۲۰۰۸)؛ در درمان رفتاری به‌کارگیری اصول درمان رفتاری مثل تبادل رفتاری، تقویت و تنبیه باعث اصلاح رفتار و جلوگیری از شکل‌گیری تعاملات نامناسب و بروز تعارض در روابط زوجین می‌شود (بنسون و همکاران، ۲۰۱۳). بولتون، ۱۹۹۵؛ بیان می‌دارد که زندگی اغلب زوج‌ها به دلیل فقدان مهارت‌های ارتباطی و سبک ارتباطی ناسالم به یک رابطه موازی و بدون صمیمیت تبدیل می‌شود (اپستاین و ژانگ، ۲۰۱۷)؛ در تبیین دیگر چرایی نتایج حاصل از پژوهش در مورد اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری بر طرحواره‌های عشق می‌توان گفت که آگاهی از تجارب خانوادگی هم‌سر در جلسات باعث می‌شود زوجین به اطلاعات جدیدی دست یابند و بتوانند از دیدگاه یکدیگر در موضوعات مختلف آگاه شوند؛ بنابراین با آگاهی از دیدگاه یکدیگر، می‌توانند در احساسات مثبت و منفی یکدیگر شریک باشند. همچنین، مشاور از شیوه پیکان‌نزولی استفاده می‌کند و به زوجین اجازه می‌دهد که از زنجیره افکار خودشان آگاه شوند و ببینند که چگونه فرضیات پایداری را تقویت می‌کنند که الزاماً در دست نیستند، سپس ضمن توضیح دلایل و نیت رفتارهای خود به اصلاح سوءتفاهم‌ها و تصورات غلط از یکدیگر بپردازند. مشاور از زوجین می‌خواهد که فرایندهای شناختی را که موجب آشفتگی در روابط می‌شوند، شناسایی کنند و باورهای منطقی را در روابط جایگزین کنند تا بدون هیچ‌گونه ترسی از واکنش هم‌سر، افکار و باورهای مهم خود را در رابطه بیان کنند (محمدی و همکاران، ۱۳۹۵).

مطابق با نتایج این پژوهش می‌توان بیان کرد زوج درمانی هیجان‌مدار بر طرحواره‌های عشق زنان متأهل شهر تهران مؤثر است. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر نشان داد بین گروه آزمایش زوج درمانی هیجان‌مدار و کنترل از لحاظ پس‌آزمون مربوط به میانگین نمرات طرحواره عشق ایمن، طرحواره عشق چسبنده، طرحواره عشق کناره‌گیر، طرحواره عشق بی‌ثبات، طرحواره عشق غیرجدی و طرحواره عشق بی‌علاقه تفاوت معناداری وجود دارد. این نتیجه تا حدودی تنها با یافته‌های وایبی و همکاران (۲۰۱۷) و بنسون و همکاران (۲۰۱۳) هم‌خوانی دارد که نشان دادند زوج درمانی هیجان‌مدار بر سبک‌های عشق تأثیرگذار بوده است. بنسون و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی با هدف بررسی تأثیر زوج درمانی رفتاری بر زوج‌های مضطرب نشان دادند که از طریق درمان‌های متمرکز بر هیجان می‌توان با تغییر در طرح‌های دلبستگی باعث بهبود در رضایت زوجین در روابط شد؛ این پژوهشگران در تحقیقی بر روی ۱۳۴ زوج نشان دادند که می‌توان تغییرات در رضایت زناشویی به دنبال تغییر در اضطراب مربوط به دلبستگی در زوجین را، در پایان درمان پیش‌بینی نمود. در تبیین اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر طرحواره‌های عشق، ابتدا بایستی به ارتباط بین سبک دلبستگی و طرحواره‌های عشق اشاره نمود که مطالعات نشان داده‌اند که طرحواره‌های عشق با سه سبک دلبستگی ایمن، مضطرب/دو سوگرا و اجتنابی در جمعیت عمومی قابل انطباق می‌باشند (سینگلیز و همکاران، ۱۹۹۵). همچنین تأثیر طرحواره‌های عشق بر افکار، احساسات و رفتارهای افراد در روابط عاشقانه، شکل‌گیری الگوهای شناختی متفاوت و انتظارات از خود و شریک

عشقی‌شان کم و بیش شناخته شده است (چو و همکاران، ۱۹۹۶). به همین منظور می‌توان چنین استدلال کرد که فرضیه اساسی در رویکرد متمرکز بر هیجان بیان می‌کند تا زمانی که هر یک از زوجین، قادر نباشند نیازهای دلبستگی خود را در حیطه‌های رضامندی و امنیت با یکدیگر در میان گذارند تعارضات زناشویی شروع به شکل‌گیری می‌کند (گرینبرگ و هانسلی، ۱۹۹۹). تأکید زوج درمانی هیجان مدار بر روش دلبستگی‌های سازگارانه، از طریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل برای نیازهای خود فرد و همسر است (جانسون، ۲۰۰۷). تغییر در دلبستگی را می‌توان به عنوان سطحی از تغییر در طرحواره‌های عشق و پاسخ‌های رفتاری در نظر گرفت. برخی از این تغییرات در پاسخ‌های رفتاری عبارتند از بازتر و همدل‌تر شدن، اصلاح شیوه‌های تنظیم هیجان، تغییر در روابط خاص و تغییر در مدل‌های شناختی خود و دیگران؛ به عبارت دیگر، این رویکرد افراد را تشویق می‌کند تا در مورد هیجان‌ات خود حرف زده، در مورد موضوع مرتبط در جلسات درمانی بحث کرده و بر بازسازی هیجان‌ات به صورت پیوندهای دلبستگی ایمن بین همسران تأکید می‌کند. پاسخ‌های هیجانی می‌توانند به برآورده شدن نیازهای فرد منجر شده و در نتیجه بر طرحواره عشق افراد تأثیرگذار باشد. این درمان از طریق بهبود آگاهی فرد از هیجان‌ات به عنوان اساسی‌ترین هدف خود عمل می‌کند (سلطانی و همکاران، ۱۳۹۱). پژوهشگران اظهار داشته‌اند که خلق تجربیات جدید در روابط عاطفی و نزدیک فرد که با مدل نایمن دلبستگی‌اش متناقض می‌باشند، می‌تواند منجر به ایجاد تغییر در پاسخ‌ها و مدل‌های دلبستگی وی شود. سپس این تجربیات عاطفی جدید می‌توانند ترس‌های دلبستگی پیشین را زیر سؤال برده و به مدل‌های جدید و ایمن دلبستگی اجازه دهند تا گسترش یابد و در نهایت توانایی شکل‌گیری و ترکیب رفتارهای مطلوب را در اختیار فرد قرار دهند (اورایر، ۲۰۱۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهند افراد با سبک دلبستگی ایمن ارتباط‌های عاشقانه بهتر و رضایت‌بخش‌تری را گزارش می‌کنند (جی. زیمر و دوکات، ۲۰۱۰؛ به نقل از بدیهی زراعتی و موسوی، ۱۳۹۵).

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار بر رضایت زناشویی تأثیر دارد. در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت که بر اساس این مدل درمانی، هیجان‌ات به خودی خود، ظرفیت ذاتی سازگارانه‌ای دارند که اگر فعال شود، می‌تواند به زوجین کمک کند تا مواضع هیجانی و ابرازگری ناخواسته خود را تغییر دهند (پالمر-اولسون، گلد و وولی، ۲۰۱۱). در واقع این درمان از طریق کمک به همسران برای دسترسی پیدا کردن به هیجان‌ات اصلی و نیازهای زیربنایی واکنش‌های خودحمایتی در روابط، تعاملات را بازسازی کرده و در نتیجه چرخه‌های جدیدی از درگیری رابطه‌ای را خلق کند (هاتوری، ۲۰۱۴). در واقع درمان هیجان مدار با پردازش مجدد تجارب ارتباطی و بازسازماندهی تعاملات زوجین، با هدف خلق دلبستگی ایمن و ایجاد احساسی سرشار از امنیت، مداخله را به انجام می‌رساند. در این راستا تمرکز درمانی همواره بر مقولاتی مرتبط با دلبستگی ایمن، اعتماد و تماس و البته عوامل بلوکه‌کننده آن خواهد بود (بدیهی زراعتی و موسوی، ۱۳۹۵). در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت، به طور کلی درمان هیجان مدار شیوه درمانی است که تأکید اصلی آن بر مشارکت هیجان‌ات در الگوهای دائمی ناسازگاری در زوجین آشفته می‌باشد. تلاش این درمان آشکار ساختن هیجان‌ات آسیب‌پذیر در هر کدام از زوجین و تسهیل توانایی زوجین در ایجاد این هیجان‌ات به شیوه‌های ایمن و محبت‌آمیز می‌باشد. اعتقاد بر این است که پردازش این هیجان‌ات در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالم‌تر و جدیدتر را به وجود می‌آورد که سبب آرام شدن سطح آشفستگی و افزایش دوست داشتن، صمیمیت و در پایان ارتباطی رضایت‌بخش‌تر

می‌باشد (پلوسو، ۲۰۰۷). در یک تبیین کلی می‌توان گفت، همان‌طور که هیجان یکی از عوامل اصلی رویکرد دلبستگی است، ساختارهای هیجانی در پیش‌بینی، تبیین، نحوه واکنش و کنترل تجرب زندگی به ما کمک می‌کند. هیجان‌ها در حافظه ما ذخیره نمی‌شود، بلکه به وسیله ارزیابی موقعیت‌هایی 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 هیجان‌ات خود بپردازند و سپس آن‌ها می‌توانند طی این تجربه جدید، هیجان‌ات خود را اصلاح کنند. به این ترتیب هیجان‌ات آن‌ها قابل دسترس، رشد یافته و بازسازی می‌شود و در جهت بازسازی تجرب لحظه به لحظه آن‌ها و رفتارشان در قبال یکدیگر و دیگران به کار گرفته می‌شود. با انجام این مرحله از درمان، فرد از هیجان‌ات خود آگاهی یافته و در فضایی امن با ابراز هیجان‌ات واقعی در موقعیت‌های مختلف زندگی مجموعه رفتارهای جدیدی را از خود نشان می‌دهند و این امر باعث افزایش رضایتمندی زناشویی آن‌ها می‌شود (بابایی گرمخانی و همکاران، ۱۳۹۶). در کل با توجه به نتایج فرضیه‌ها می‌توان گزارش نمود که زوج درمانی شناختی- رفتاری و زوج درمانی هیجان‌مدار موجب کاهش تعارضات زناشویی و طرحواره‌های عشق ناایمن و افزایش طرحواره عشق ایمن در آزمودنی‌ها شده است. در واقع این دو درمان موجب مسلح شدن هر یک از زوج‌ها به مهارت‌های اساسی برای زندگی زناشویی و تعمیم این آموخته‌ها به دیگر سطوح زندگی زناشویی و اجتماعی شده است. این امر سبب شده که در برخورد با مسائل زندگی تعارضات و دلزدگی، احساس اعتماد به نفس و امیدواری برای حل مسائل در آنان شکل گیرد و برای حل مشکلات تلاش و کوشش نمایند؛ از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به اثرگذاری ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان مثل سن، جنسیت، تحصیلات و غیره اشاره کرده که تعمیم نتایج را به گروه‌های سایر زنان دشوار می‌سازد؛ هر چند ابزارهای به کار رفته در مطالعه حاضر از ابزارهای معتبر در ارزیابی هستند، ولی جزء ابزارهای خودگزارشی هستند که بر اساس توصیف مراجعین از علائم‌شان است که می‌تواند تعمیم‌پذیری را دچار مشکل کند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود از ابزارهای بومی هنجار شده استفاده شود؛ همچنین برای تعمیم‌پذیری نتایج، این پژوهش در شهرهای دیگر و با خرده فرهنگ‌ها و اقلیت‌های موجود در جامعه ایران، تکرار شود. برای دستیابی به نتایج دقیق‌تر درمانی، پیشنهاد می‌شود که محققان در پژوهش‌های آینده سعی کنند عواملی را که بر میزان تعمیم‌پذیری نتایج تأثیر دارند، مانند ابزارها، روش نمونه‌گیری و ... را با دقت بیشتری کنترل کنند. نتایج این پژوهش ضمن فراهم نمودن حمایت تجربی از کارایی مدل طرحواره‌های عشق در تفکیک شناخت‌ها و باورهای متفاوت افراد در زمینه روابط نزدیک، مسیرهای جدیدی را در جهت برنامه‌ریزی راهبردهای پیشگیرانه و درمانی در حیطه خیانت زناشویی ایجاد می‌نماید که به مشاوران و زوج درمانگران تمرکز بیشتر در این حوزه پیشنهاد می‌شود.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند؛ پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سیاسگزاری

از مدیر مراکز خدمات مشاوره سرو، تحکیم خانواده و ندای آرامش شهر تهران و همه زنان شرکت‌کننده در پژوهش و همه کسانی که در اجرای این پژوهش با پژوهشگر همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از رساله دکتری نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن به تصویب رسیده است و همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- آل یاسین، سیدعلی، عبدی، منصور. و نادعلی، شهرزاد. (۱۳۹۵). اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری با استفاده از بازسازی طرحواره‌های - شناختی ناسازگار بر تعارضات زناشویی. چهارمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، موسسه آموزش عالی مهراروند و مرکز راهکارهای دستیابی به توسعه پایدار، تهران.
- بایابی گرمخانی، محسن، رسولی، محسن. و داورنیا، رضا. (۱۳۹۶). اثر زوج درمانی هیجان‌مدار بر کاهش استرس زناشویی زوج‌ها. مجله علوم پزشکی زانکو دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱۸(۵۶): ۵۶-۶۹
- بدیهی زراعتی، فرنوش. و موسوی، رقیه. (۱۳۹۵). اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر تغییر سبک دلبستگی بزرگسالان و صمیمیت جنسی زوجین. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۷(۲۵): ۷۱-۹۰
- پارسه، معصومه، نادری، فرح. و مهربابی زاده هنرمند. (۱۳۹۴). اثربخشی خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر تعارضات زناشویی و رضایت جنسی در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز روان‌شناختی. فصلنامه دستاوردهای روانشناسی بالینی، ۱(۱): ۱۴۸-۱۲۵.
- جاویدی، نصیرالدین. (۱۳۹۲). اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر بهبود رضایت زناشویی زوجین و کنترل رفتار خانواده. دوفصلنامه مشاوره کاربردی، ۳(۲): ۷۸-۶۵.
- سلطانی، مرضیه، شعیری، محمدرضا. و روشن، رسول. (۱۳۹۱). تأثیر زوج درمانی متمرکز بر هیجان بر افزایش سازگاری زوجین نابارور، مجله علوم رفتاری، ۶(۴): ۳۸۳-۳۸۹
- شاهمرادی، حسین، صادقی، مسعود، گودرزی، کوروش. و روزبهانی، مهدی. (۱۳۹۸). هم‌سنجی اثربخشی رویکردهای تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن و راهبردی- راه حل محور بر بازبانی صمیمیت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۱۴(۵۴): ۲۹۳-۳۲۷

شریفی، مرضیه، حاجی حیدری، مهناز، خوروش، فریبرز، و فاتحی زاده، مریم. (۱۳۹۱). رابطه طرحواره‌های عشق و توجیه روابط فرازنشویی در زنان متأهل شهر اصفهان. *تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۰ (۶): ۵۲۶-۵۳۴

داورنیا، رضا، زهراکار، کیانوش، معیری، نسیم، و شاکرمی، محمد. (۱۳۹۴). بررسی کارایی زوج درمانی هیجان مدار به شیوه گروهی بر کاهش فرسودگی زناشویی زنان. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۲۵ (۲): ۱۳۲-۱۴۰

محمدی، محمد، شیخ هادی سیروانی، رحمان، گرافر، امیر، زهراکار، کیانوش، شاکرمی، محمد، و داورنیا، رضا. (۱۳۹۵). اثر زوج درمانی شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر فرسودگی زناشویی و میل به طلاق در زوجین. *مجله ارمغان دانش*، ۲۱ (۱۱): ۱۰۸۶-۱۰۶۹.

مختاری، زهرا، کیانپور، مسعود، و آقابابایی، احسان. (۱۳۹۵). مطالعه پدیدارشناسانه عشق ازدواجی در دوران آشنایی (تجربه زیسته کنش‌گران تازه ازدواج کرده شهر اصفهان از آشنایی تا لحظه عقد). *مجله زن در فرهنگ و هنر*، ۸ (۴): ۵۳۸-۵۱۷.

معادی‌نژاد، مهوش. (۱۳۹۴). *اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری در افزایش میزان سازگاری زناشویی و کاهش میزان دلزدگی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره بهزیستی شهر کرمانشاه*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه. کرمانشاه.

یارمحمدی‌اصل، مسیب، مهرابی‌پور، محیا، و ذوقی پایدار، محمدرضا. (۱۴۰۰). پیش‌بینی دلزدگی زناشویی بر اساس انواع طرحواره‌های عشق و جهت‌گیری اهداف زناشویی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۶ (۲۶): ۹۰-۱۰۸.

References

- Allen ES. (2013). *Attachment styles and their relation to patterns of extradyadic and extramarital involvement* [Thesis]. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Chapel Hill.
- Baucom, DH., Epstein, NB., & LaTailade, JJ. (2008). *Cognitive-behavioral couple therapy*. In AS Gurman. *Clinical handbook of couple therapy*. New York: Guilford Press, 31-73.
- Benson, L.A., Sevier, M., Christensen, A. (2013). The Impact of Behavioral Couple Therapy on Attachment in Distressed Couples. *J Marital Fam Ther*, 39(4): 407-420.
- Bélanger, C., Laporte, L., Sabourin, S., & Wright, J. (2015). *The effect of cognitive-behavioral group marital therapy on marital happiness and problem solving self-appraisal*. *American Journal of Family Therapy*, 43(2): 103-118.
- Epstein, N.B., Zheng, L. (2017). *Cognitive-behavioral couple therapy*. *Current Opinion in Psychology*, 13: 142-147.
- Evraire, L. E. (2014). *The Contribution of Attachment Styles and Reassurance Seeking to Daily Mood and Relationship Quality in Romantic Couples*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Psychology, The University of Western Ontario.
- Fehr B. (2013). *How do I love thee? Let me consult my prototype*. In: Duck S, Editor. *Individuals in relationships*. Newbury Park, CA: Sage Publications; p: 87-120
- Greenberg, L., Hunsley, J., Johnson, S., & Schindler, D. (1999). Emotionally focused couple therapy: Status and challenge. *Journal of Science and Practice*, 6: 67-79.
- Hatfield E, Singelis T, Levine T, Bachman G, Muto K, Choo P. (2007). Love schemas, preferences in romantic partners, and reactions to commitment. *Interpersonal*, 1: 1-24.

- Hatfield E, Rapson RL. (1996). *Stress and passionate love*. In: Spielberger CD, Sarason IG, Editors. *Stress and Emotion: Anxiety, Anger, & Curiosity*. New York, NY: Taylor & Francis Group; P: 16, 29-50
- Hattori, K. (2014). *Emotionally focused therapy for Japanese couples: Development and empirical investigation of a culturally-sensitive EFT model*. [dissertation]. Ottawa: School of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Ottawa, PP: 88-89.
- Honari, A., Shamoli, L. (2017). The Effectiveness of Cognitive Behavioural Couple Therapy on Marital Stress and Emotional Skills of Infidel Couples in Shiraz. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 6(2): 83-90.
- Johnson, S. M. (2004). *Creating connection: The practice of emotionally focused couple therapy*. New York: Brunner-Routledge.
- Johnson, S.M. (2007). The contribution of emotionally focused couple therapy. *Journal of Contempt Psychotherapy*. 37(1): 41-52.
- Marchese JM. (2009). *A qualitative study investigating the decision-making process of women's participation in marital infidelity* [PhD Thesis]. Manhattan, KS: Department of Family Studies and Human Services, Kansas State University.
- McGill, J., Adler-Baeder, F. and Rodriguez, P. (2016). Mindfully in Love: A Meta-Analysis of the Association Between Mindfulness and Relationship Satisfaction, *Journal of Human Sciences and Extension*, 4(1): 89-101.
- Moore SU, Leung CY. (2001). Romantic beliefs, styles, and relationships among young people from Chinese, Southern European, and Anglo-Australian backgrounds. *Asian J Soc Psychol*, 4(1): 53-68.
- Moore SU, Leung CY. (2002). Young people's romantic attachment styles and their associations with well-being. *Journal of Adolescence*, 25(2): 243-55.
- Palmer-Olsen, L., Gold, L.L., Woolley, S.R. (2011). Supervising emotionally focused therapists: A systematic research-based model. *J Marital Fam Ther*, 37(4): 411-426.
- Peluso, P.R. (2007). *Infidelity: A practitioner's guide to working with couples in crisis*. New York, NY: Routledge, PP.111-113.
- Pepping, C.A. & Halford, W.K. (2016). *Mindfulness and couple relationships*. In Edo Shonin, William Van Gordon and Mark D. Griffiths (Ed.), *Mindfulness and Buddhist-derived approaches in mental health and addiction* (pp. 391-411) Cham: Springer International Publishing.
- Peng, Y. (2014). *The use of recursive frame analysis on an emotionally focused couples therapy session*. *The Qualitative Report*, 19(63):1-25.
- Shadish WR, Baldwin SA. Effects of behavioral marital therapy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(1):6-14
- Singelis T, Choo P, Hatfield E. (1995). Love schemas and romantic love. *Journal of Social Behavior and Personality*, 10: 15-36.
- Stephan CW, Bachman GF. (2009). What's sex got to do with it? Attachment, love schemas, and sexuality. *Personal Relationships*, 6(1): 111-23.
- Wiebe, S.A., Johnson, S.M., Lafontaine, M.F., Burgess, M.M., Dagleish, T.L., Tasca, GA. (2017). Two-Year Follow-up Outcomes in Emotionally Focused Couple Therapy: An Investigation of Relationship Satisfaction and Attachment Trajectories. *J Marital Fam Ther*, 43(2): 227-244.

پرسشنامه طرحواره‌های عشق

لطفاً بر طبق این شش توصیف از شماره (۱) که بیشتر شبیه شما هستند و بهترین بازتاب تجربه هاتون در روابط پر حرارت عشقی شما می‌باشند تا شماره ۶ که کمتر شبیه شما و تجربه‌هایی که داشته‌اید هستند، دسته‌بندی کنید. (فقط شماره مناسب را در دایره نشان دهید)

۱. من از رابطه (نزدیکی) و یا استقلال رضایت دارم.
۲. من به حد بالایی از رابطه احتیاج دارم.
۳. من به حد بالایی از استقلال احتیاج دارم.
۴. من کاملاً مطمئن نیستم که به چه چیزی احتیاج دارم.
۵. من به طرز منصفانه‌ای در روابط معمولی هستم.
۶. من در روابط علاقه مند نیستم.

- ۱ O. بیشتر شبیه من هست. (بهترین توصیف مناسب)
- ۲ O. بهترین توصیف مناسب دومی.
- ۳ O. بهترین توصیف مناسب سومی.
- ۴ O. بهترین توصیف مناسب چهارمی.
- ۵ O. بهترین توصیف مناسب پنجمی.
- ۶ O. کمتر شبیه من هست.



A Comparison of the Effects of Cognitive-Behavioral Couple Therapy and Emotionally-Focused Couple Therapy on Love Schemas of Married Women

Mahnaz. Shahmoradi¹, Mojgan. Nicknam^{*2} & Reza. Khakpour³

Abstract

Aim: The present study aimed to compare the effects of cognitive-behavioral couple therapy and emotionally-focused couple therapy on the love schemas of married women. **Methods:** The present quasi-experimental study had a pretest-posttest design with a control group and a two-month follow-up. The statistical population consisted of married 25-40-year-old women who visited counseling centers in Tehran in 2018. Among them, 60 married women were selected after screening with the love schema questionnaire by Singelis et al. (1995) using the convenience sampling method and were randomly divided into two groups, experimental and control (20 women per group). The experimental group received the cognitive-behavioral couple therapy by Shadish and Baldwin (2005) in 10 sessions, and the emotionally-focused couple therapy by Johnson (2004) in eight sessions for 90 minutes. **Results:** The cognitive-behavioral couple therapy intervention affected secure love schema ($P=0.019$, $F=5.98$), clingy love schema ($P=0.004$, $F=9.20$), skittish love schema ($P=0.006$, $F=8.55$), fickle love schema ($P=0.007$, $F=8.15$), casual love schema ($P=0.022$, $F=5.71$), and disinterested love schema ($P=0.003$, $F=9.99$). The emotionally-focused couple therapy intervention also affected secure love schema ($P=0.004$, $F=9.18$), Clingy love schema ($P=0.007$, $F=8.23$), Skittish love schema ($P=0.028$, $F=5.21$), Fickle love schema ($P=0.001$, $F=12.81$), Casual love schema ($P=0.019$, $F=6.01$), and disinterested love schema ($P=0.002$, $F=10.65$), and the effect was stable in the follow-up phase. **Conclusion:** Cognitive-behavioral couple therapy and emotionally-focused couple therapy are effective interventions in improving women's love schema; hence, the findings provide important implications for the education and promotion of mental health in married women.

Keywords: Couple therapy; Cognitive-behavioral; Emotionally-focused; Love schemas

1. PhD Student in Educational Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

2. *Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran
Nickname.mojgan@gmail.com

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