DOI: *10.29252/rbs.19.2.251*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2021, Volume 19, Issue 2

The Effectiveness of Emotion-Oriented Therapy on Early Maladaptive Schemas during Marriage

Farideh Esmaeeli[1], **Shokoh Navabinejad**[2], **Alireza Kiamanenh**[3]

1- Ph.D Student of counseling, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.

2- (Corresponding author)* Professor, Department of counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran.

3- Professor, Department of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Abstract

Aim and Background: Marriage is one of the most important events in the life of any person, which is influenced by characteristics of the person before marriage, such as the early maladaptive schemas. One of the treatment approaches proposed for early maladaptive schemas is emotion therapy. Therefore, the aim of the present study was to evaluate the effectiveness of emotion-focused therapy on early maladaptive schemas during marriage.

Methods and Materials: The present research plan is quasi-experimental with pre-test, post-test and follow-up. For this purpose, a sample of 40 couples were selected during the marriage using the available sampling method and filled out the Yang (1990) early maladaptive Schemas Questionnaire. They were given emotion-focused therapy for 12 sessions. Data analysis was performed using repeated measures analysis of variance.

Findings: The results showed that emotion-focused therapy was effective on early maladaptive schemas (p=0.05). The results showed that the interactive effect of time * group and intergroup source had a significant difference in participants' scores regarding early maladaptive schemas (p=0.01).

Conclusions: Thus, emotion-focused therapy increases couples' involvement in emotion regulation by improving awareness, cognition, and emotion regulation, and reduces cognitive deviations resulting from early maladaptive schemas.

Keywords: Emotion-focused therapy - early maladaptive schemas - during marriage.

Citation: Esmaeeli F, Navabinejad Sh, Kiamanenh A. **The Effectiveness of Emotion-Oriented Therapy on Early Maladaptive Schemas during Marriage**. Res Behav Sci 2021; 19(2): 251-262.

* **Shokoh Navabinejad,**
Email: navabinejad93@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.10.9]

[DOI: 10.52547/rbs.19.2.251]

اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه زوجین در دوران عقد

فریده اسمعیلی[۱]، شکوه نوابی نژاد[۲]، علیرضا کیامنش[۳]

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران.

۲ - (نویسنده مسئول)* استاد گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳- استاد گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: ازدواج یکی از مهم‌ترین رویدادهای زندگی هر فرد است که تحت تأثیر ویژگی‌ها و خصوصیات فرد پیش از ازدواج مانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. یکی از رویکردهای درمانی که برای طرحواره‌های ناسازگار اولیه ارائه شده است، درمان هیجان مدار است؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دوران عقد است.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش حاضر از بعد هدف کاربردی و از بعد روش اجرا شبه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماه است. از جامعه زوجین در دوران عقد شهر تهران نمونه‌ای ۴۰ نفری از زوجین به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به روش تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. آموزش درمان هیجان مدار به مدت ۱۲ جلسه به گروه آزمایش ارائه شد. از پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (۱۹۹۰) برای گردآوری داده‌ها استفاده گردید. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج به‌دست‌آمده نشان داد درمان هیجان‌مدار بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه اثربخش بوده است ($p=0.05$). نتایج نشان داد که اثر تعاملی زمان*گروه و منبع بین گروهی در نمرات شرکت‌کنندگان در خصوص طرحواره‌های ناسازگار اولیه تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0.01$).

نتیجه‌گیری: بنابراین درمان هیجان مدار با بهبود آگاهی، شناخت و تنظیم هیجانی، عاملیت زوجین را در تنظیم هیجان‌ها افزایش می‌دهد و انحرافات شناختی ناشی از طرحواره‌های ناسازگار اولیه را کاهش می‌دهد و پیشنهاد می‌گردد به‌عنوان رویکرد درمانی در مسائل زوجین استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌های ناسازگار اولیه، درمان هیجان مدار، زوجین دوران عقد.

ارجاع: اسمعیلی فریده، نوابی نژاد شکوه، کیامنش علیرضا. **اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه زوجین در دوران عقد**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۰؛ ۱۹(۲): ۲۵۱-۲۶۲.

*- **شکوه نوابی نژاد،**

رایانامه: navabinejad93@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.10.9]

[DOI: 10.52547/rbs.19.2.251]

مقدمه

ازدواج یکی از مهم‌ترین رویدادهای زندگی هر فرد است که نقش عمده‌ای در مسیر زندگی فرد دارد. عوامل مختلفی وجود دارد که کیفیت و زندگی زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. زوجین در حین ازدواج ویژگی‌های شخصیتی خاص خود را دارند که پیش از ازدواج شکل‌گرفته‌اند و بر ازدواج و زندگی مشترک آن‌ها تأثیرگذار خواهد بود؛ به‌گونه‌ای که برخی از مسائل و مشکلات زوجین ناشی از خصوصیات و ویژگی‌هایی است که پیش از ازدواج در زوجین شکل‌گرفته‌اند(۱). یکی از مهم‌ترین این ویژگی‌ها، طرحواره‌های ناسازگار اولیه هستند.

اصطلاح طرحواره‌ها را اولین بار آدلر در سال ۱۹۲۹ به کار برد. وی معتقد بود که آسیب‌شناسی روانی، بازتاب روانی طرحواره‌های ناسالم و روان‌نژند است(۲). طبق تعریف یانگ (۳) طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیر هستند که در دوران کودکی یا نوجوانی شکل‌گرفته، در مسیر زندگی تداوم دارند، به رابطه فرد با خود و با دیگران مربوط می‌شوند و به‌شدت ناکارآمدند، با جمع‌بندی چندین پژوهش درباره‌ی طرحواره‌ها، یانگ (۴) تعریف زیر را از طرحواره‌ها ارائه می‌دهد: عناصر نظام‌مندی از واکنش‌ها و تجارب گذشته که پیکرهای نسبتاً منسجم و پایداری از دانش را تشکیل می‌دهند که می‌تواند ادراک‌ها و ارزیابی‌های بعدی را هدایت کنند. یانگ (۳, ۵) بر این باور است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه به دلیل ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دلبستگی ایمن به دیگران (مانند نیاز به امنیت، ثبات، محبت و پذیرش)، خودگردانی، کفایت و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان سالم، خودانگیختگی، تفریح، محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویشتن‌داری در دوران کودکی به وجود آمده‌اند.

تیلور، بی و هادوک (۶) بیان نمود که طرحواره شواهد قابل‌ملاحظه‌ای از ارتباطات ساختاری میان افکار، احساس و رفتار فراهم می‌کند. طرحواره‌ها مطابق با نیاز تحولی کودک به پنج حوزه‌ی بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت مندی، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری تقسیم‌شده‌اند که هرکدام شامل چند طرحواره می‌شوند. حوزه بریدگی و طرد شامل طرحواره‌های رهاشدگی / بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، محدودیت هیجانی، نقص / شرم و انزوای اجتماعی / بیگانگی است. حوزه خودگردانی و عملکرد مختل شامل طرحواره‌های وابستگی/ بی کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود تحول نیافته / گرفتار و شکست می‌باشد. حوزه محدودیت‌های مختل شامل استحقاق / بزرگ منشی، خویشتن‌داری و خودانضباطی ناکافی است. حوزه دیگر جهت‌مندی شامل طرحواره‌های اطاعت، ایثار و پذیرش می‌باشد و حوزه گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری شامل طرحواره‌های منفی گرایی / خودبینی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی و تنبیه می‌باشد(۷). به‌طورکلی دو عملکرد طرحواره عبارتند از تداوم طرحواره و بهبود طرحواره (۳). هر فکر، احساس، رفتار و تجربه‌ی مرتبط با طرحواره را می‌توان تداوم‌بخش طرحواره دانست، درصورتی‌که طرحواره را تثبیت یا تقویت کند و اگر باعث ضعیف شدن آن شود می‌توان به‌عنوان بهبوددهنده‌ی طرحواره در نظر گرفت. تداوم طرحواره به هر چیزی اشاره دارد که فرد انجام می‌دهد (درونی یا بیرونی) تا وضعیت فعلی طرحواره را حفظ کند. تداوم طرحواره، تمام افکار، احساس‌ها و رفتارهایی را در برمی‌گیرد تا به‌جای بهبود طرحواره درنهایت باعث تقویت آن شود(۸). طرحواره‌ها توسط سه سازوکار اولیه تداوم می‌یابند که عبارتند از تحریف‌های شناختی، الگوهای زندگی خود آسیب‌رسان و سبک‌های مقابله‌ای(۹).

بهبود طرحواره‌ها نیازمند داشتن اراده‌ای قوی برای جنگیدن با طرحواره است(۴). فرد باید هرروز به طور نظام‌مند، علائم فعال شدن طرحواره را مورد مشاهده قرار دهد و برای تغییر آن تلاش کند(۷). رویکردهای مختلفی برای درمان و تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه شکل‌گرفته‌اند. یکی از رویکردهای که در سال‌های اخیر موردتوجه متخصصین حوزه خانواده قرارگرفته رویکرد هیجان مداراست. درمان هیجان مدار در اوایل ده ۱۹۸۰ در پاسخ به فقدان مداخلات زوجی فعال و کارآمد توسط سوزان جانسون و لزلی گرینبرگ مطرح شد(۱۰). هیجانات نه‌فقط عاملی اساسی در ایجاد تعارضات زناشویی، که عنصری قدرتمند و غالباً ضروری برای ایجاد تغییر در روابط ناکارساز نیز بشمار می‌روند. تا آن زمان هرگز در ادبیات زوج درمانی، نیاز به تمرکز بر هیجان و نیرویی که این مقوله در خلق تغییرات مثبت ارتباطی دارد با این جدیت برخورد نشده بود(۱۱). نقشی که هیجانات در بازسازی روابط زناشویی دارند متخصصین هیجان مدار را به گمانه‌زنی در این راستا هدایت کرده که شناخت و رفتارهای کارساز، پس آیند مدیریت بر هیجان‌ها هستند نه خاستگاه آن. یافته‌های دهه اخیر گواهی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.10.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.251]

مسلم بر صحت این ادعاست. امروزه نقش برجسته‌ی هیجانات در تعارضات زناشویی بیشتر و بیشتر موردپذیرش قرار می‌گیرد (۱۲) و مطالعه‌ی هیجانات رو به رشد است. هم‌اکنون، اهمیت بنیادین تنظیم و به‌کارگیری هیجانات در رضایتمندی و نیز تعارضات همسران موردتوجه قرار گرفته، و ماهیت هیجان مدار دلبستگی انسان‌ها پژوهش‌های وسیعی را برانگیخته است. به‌طورکلی، دهه‌ی گذشته، ضرورت شناخت نقش هیجانات در فرایند بازسازی روابط صمیمانه آشکارشده و مداخلات و روش‌های مفیدی جهت استفاده‌ی بهینه از یافته‌ها در دسترس درمانگران قرار گرفته است(۱۳). رویکرد هیجان محور در پی مشاهده نظام‌دار زوجهای تحت درمان و بررسی توفیقات که هیجان مداری در بازسازی روابط فرسایشی آن‌ها به دنبال داشت، ایجاد شد. بانیان زوج‌درمانی هیجان محور، توصیف فرایند تغییر و معرفی مداخلات تسریع‌کننده‌ی آن را از طریق کار با زوج‌های دچار تعارض آموخته اند(۱۴).

بر اساس آنچه بیان شد طرحواره‌های ناسازگار اولیه طرحواره‌های پایداری هستند که ممکن است فعال یا غیرفعال باشند و رویدادهای مهمی مانند ازدواج و عقد می‌توانند سبب فعال شدن آن‌ها گردد(۳)؛ از سوی دیگر با توجه به تأثیر رویکردهای هیجان مدار بر بهبود تجربه‌های هیجانی و هیجان‌های ناکارآمد و خودتنظیمی هیجانی(۱۰)، و اهمیت مشاوره‌های پیش از ازدواج و در دوران عقد(۱)، هدف از پژوهش حاضر این است که آموزش رویکرد هیجان مدار چه تأثیری بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین دارد؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع پژوهش‌های کاربردی و نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه آزمایش و گروه گواه به همراه آزمون پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی زوجین در دوران عقد شهر تهران که در پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ نمره بالا کسب کردند، تشکیل دادند. از این جامعه ۴۰ نفر با مراجعه به مراکز مشاوره ازدواج شهر تهران، به صورت در دسترس انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه قرار داده شدند؛ تعداد افراد نمونه ۴۰ نفر (۲۰ زوج) بود که هرکدام از گروه ها ۲۰ نفر (۱۰ زوج) را شامل شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از بالا بودن نمره آن در پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری‌های حاد روان‌پزشکی (براساس سؤال در مورد سوابق روان‌پزشکی)؛ ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بود از غیبت بیش از دو جلسه و مصرف قرص‌های روان‌پزشکی.

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه: این پرسشنامه که توسط یانگ (۱۵) ساخته شد. پرسشنامه‌ی خود – گزارشی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، دارای ۹۰ ماده است که ۱۸ حیطه از طرحواره‌های ناسازگار اولیه از قبیل محرومیت هیجانی، رهاشدگی / بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، انزوای اجتماعی / بیگانگی، نقص / بی‌مهری بی‌عشقی، شکست در پیشرفت، وابستگی / بی کفایتی عملی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، گرفتاری، اطاعت، ایثار (فداکاری)، بازداری هیجانی، معیارهای سخت‌گیرانه، استحقاق بودن/ برتری داشتن، خویشتن‌داری خود انضباطی ناکافی، تحسین / جلب توجه، نگرانی / بدبینی، خود تنبیهی را اندازه می‌گیرد. هر آیتم به وسیله مقیاس درجه‌بندی ۶ تایی نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار این مقیاس توسط سازندگان آن با استفاده از روش همسانی درونی و باز آزمایی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۱ گزارش کردند؛ روایی همگرایی پرسشنامه با ابزارهای اندازه‌گیری درماندگی روان‌شناختی، اعتمادبه‌نفس، آسیب‌پذیری شناختی برای نشانگان اختلال افسردگی و اختلال شخصیت موردبررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه ارتباط منفی با صفات مثبت از قبیل اعتمادبه‌نفس، عاطفه‌ی مثبت و ارتباط مثبت با صفاتی از قبیل اختلال شخصیت، درماندگی، عاطفه منفی و اختلال عملکرد نگرش دارند. همچنین در ایران روایی و اعتبار این مقیاس با استفاده همسانی درونی در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۹۲ گزارش‌شده است(۱۵).

روش گردآوری اطلاعات: روش اجرا بدین صورت بود که ابتدا زوجینی که جهت مشاوره ازدواج مراجعه کرده بودند پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ(۵) روی آن‌ها اجرا شد و افرادی که نمره بالا در این پرسشنامه کسب کردند را به‌عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شدند. سپس برای هر دو گروه (آزمایشی و گواه) پیش‌آزمون طرحواره‌های ناسازگار اولیه اجرا شد، سپس مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان مدار بر روی گروه آزمایشی اجرا شد. مشاوره‌ای مبتنی بر رویکرد هیجان مدار بر اساس پروتکل سوزان جانسون انجام گرفت. این آموزش به صورت فیلم‌های آموزشی و برگزاری کلاس های آنلاین برای رفع اشکال و پرسش و پاسخ برگزار شد. اما برای گروه گواه،

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.10.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.251]

هیچ‌گونه مداخله‌ای اعمال نشد اما به منظور رعایت مسائل اخلاقی پژوهش، در انتها به منظور رعایت اخلاق پژوهشی، بعد از اتمام مرحله اجرای پژوهش مداخلات هیجان مدار برای گروه گواه نیز اعمال شد. همچنین درباره محرمانه بودن پرسشنامه‌ها و نتایج آن‌ها به آزمودنی‌ها توضیحات لازم داده شد؛ بلافاصله بعد از اتمام مداخلات برای گروه آزمایش، پس‌آزمون پرسشنامه پژوهش برای هر دو گروه اجرا شد؛ بعد از دو ماه از اجرای پس‌آزمون به منظور سنجش ماندگاری اثر مداخله هیجان مدار، پرسشنامه پژوهش با هدف آزمون پیگیری بین آزمودنی‌های پژوهش پخش شد و داده‌های موردنیاز جمع‌آوری شد.

جلسات درمانی: جلسات درمانی پژوهش حاضر برگرفته از پروتکل هیجان درمانی سوزان جانسون(۱۰) می‌باشد که در پژوهش کشاورز و همکاران(۱۶) نیز به کار گرفته شده است. این درمان به مدت ۱۲ جلسه و هر هفته دو جلسه برگزارشده است که مدت هر جلسه آموزشی ۱ ساعت بود.خلاصه جلسات مداخله‌ای هیجان مدار به صورت زیر می‌باشد:

جلسه اول: برقراری ارتباط اولیه و ارائه منطق درمان و برگزاری پیش‌آزمون.

جلسه دوم: ارزیابی و تشخیص موضوع کشمکش‌های ارتباطی بین زوج ها از نقطه نظر دلبستگی.

جلسه سوم: ارزیابی عمیق‌تر از چرخه‌های تعاملات زناشویی

جلسه چهارم: ارزیابی فردی و شناسایی هیجان‌های زیربنایی.

جلسه پنجم: دست‌یابی به هیجانات ناشناخته که زیر ساختار الگوهای تعاملی هستند.

جلسه ششم: قاب دهی مجدد به مشکل از طریق توجه به چرخه منفی.

جلسه هفتم: افزایش شناخت در مورد هیجانات و جنبه‌هایی از خود.

جلسه هشتم: تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها و خلق درگیری هیجانی.

جلسه نهم: بازسازی موقعیت‌های تعاملی.

جلسه دهم: تثبیت و تقویت مواضع جدید و چرخه‌های نوین در روابط.

جلسه یازدهم: ادامه تحکیم و یکپارچگی.

جلسه دوازدهم: تحلیل کلی و اجرای پس‌آزمون.

روش آماری: برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید و درنهایت با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳، به تحلیل یافته‌ها پرداخته شد.

یافته‌ها

در این بخش نتایج تجزیه‌وتحلیل داده‌ها مطرح می‌شود. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایشی نسبت به نمرات مرحله پیش‌آزمون آن‌ها در این گروه کاهش چشم‌گیری داشته است. این در حالی است که بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری طرحواره‌ای ناسازگار اولیه افراد گروه کنترل نسبت به میانگین نمرات پیش‌آزمون آنان تغییر محسوسی نکرده است. در ادامه برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل‌شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید.

استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا به بررسی این پیش‌فرض‌ها پرداخته شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو- ویلکز استفاده شد. ازآنجایی‌که مقادیر آزمون شاپیرو- ویلکز در هیچ‌یک از ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه معنی‌دار نبود ($p=0.05$)، می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه معنی‌دار نبود ($p=0.05$) و بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تأیید شد. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. بررسی فرض کرویت داده‌ها با استفاده از آزمون ماچلی نشان می‌دهد که فرض کرویت در رهاشدگی، بی‌اعتمادی، شکست، معیار سخت‌گیرانه و پذیرش جویی معنادار نیست ($p=0.05$) و از فرض کرویت داده‌ها استفاده می‌شود؛ اما در سایر طرحواره‌های ناسازگار اولیه معنادار می‌باشد ($p=0.01$)، لذا از مقدار اصلاح اپسیلون و گرین هاوس گریزر استفاده می‌شود.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.10.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.251]

جدول ۱. یافته‌های توصیفی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	گروه					
	آزمایش			کنترل		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
محرومیت هیجانی	۱۷/۸۵±۲/۲۹	۱۴/۷۷±۱/۷۳	۱۵/۶۲±۱/۴۷	۱۸/۴۲±۲/۲۷	۱۸/۳۵±۲/۳۸	۱۸/۵۵±۲/۳۰
رهاشدگی/بی‌ثباتی	۱۷/۸۵±۱/۷۰	۱۵/۱۰±۱/۴۴	۱۵/۰۲±۱/۰۴	۱۷/۴۷±۱/۴۶	۱۷/۴۰±۱/۶۴	۱۷/۳۰±۱/۵۵
بی‌اعتمادی/بدرفتاری	۱۹/۰۵±۱/۹۷	۱۵/۸۲±۱/۸۲	۱۶/۰۵±۱/۵۱	۱۹/۱۲±۱/۶۸	۱۹/۰۲±۱/۸۴	۱۹/۰۵±۱/۹۶
انزوای اجتماعی/بیگانگی	۱۶/۷۷±۲/۱۶	۱۴/۴۷±۱/۴۶	۱۴/۵۵±۱/۵۳	۱۶/۷۵±۲/۰۴	۱۶/۶۲±۱/۸۷	۱۶/۷۷±۱/۹۸
نقص/شرم	۱۷/۹۲±۲/۲۱	۱۵/۱۲±۱/۴۷	۱۵/۲۲±۱/۵۲	۱۷/۷۷±۲/۰۸	۱۸/۰۰±۲/۲۹	۱۷/۸۲±۲/۳۳
شکست	۱۷/۵۷±۲/۰۲	۱۴/۹۲±۱/۵۷	۱۵/۸۵±۱/۶۲	۱۷/۶۷±۱/۶۲	۱۷/۳۵±۱/۹۲	۱۷/۵۰±۱/۶۷
وابستگی/بی‌کفایتی	۱۸/۲۲±۱/۷۹	۱۵/۲۲±۱/۰۴	۱۵/۳۷±۱/۰۳	۱۸/۴۲±۱/۸۳	۱۸/۰۵±۱/۵۵	۱۸/۰۵±۱/۵۳
آسیب	۱۷/۲۲±۲/۰۵	۱۴/۸۲±۱/۴۱	۱۴/۹۵±۱/۳۱	۱۷/۱۷±۱/۹۹	۱۷/۲۰±۱/۹۷	۱۷/۳۵±۱/۹۴
گرفتار	۱۷/۳۵±۱/۸۱	۱۴/۸۲±۱/۳۵	۱۴/۹۷±۱/۲۲	۱۷/۰۲±۱/۴۹	۱۷/۱۸±۱/۶۱	۱۷/۴۰±۱/۷۳
اطاعت	۱۸/۴۷±۱/۷۸	۱۵/۸۲±۱/۴۱	۱۶/۵۷±۱/۵۰	۱۸/۴۸±۱/۸۲	۱۸/۳۵±۱/۸۸	۱۸/۲۵±۱/۷۲
ایثار	۱۷/۸۰±۱/۶۰	۱۵/۴۵±۱/۲۱	۱۶/۱۲±۱/۳۲	۱۷/۷۲±۱/۶۷	۱۷/۸۵±۱/۹۰	۱۷/۷۵±۱/۸۳
بازداری	۱۸/۷۷±۲/۱۷	۱۵/۷۲±۱/۴۶	۱۶/۲۰±۱/۳۴	۱۸/۸۵±۲/۲۱	۱۸/۶۷±۲/۳۱	۱۸/۵۲±۲/۰۲
معیار سخت‌گیرانه	۱۵/۸۷±۱/۹۵	۱۳/۹۷±۱/۴۲	۱۴/۱۰±۱/۳۹	۱۶/۰۱±۱/۹۳	۱۵/۹۲±۲/۱۱	۱۶/۳۳±۲/۳۳
استحقاق	۱۶/۰۷±۲/۳۶	۱۴/۱۷±۱/۵۰	۱۴/۲۷±۱/۴۴	۱۶/۱۵±۲/۴۱	۱۶/۱۷±۲/۵۹	۱۶/۳۰±۲/۵۰
خویشتن‌داری	۱۷/۵۲±۲/۰۹	۱۵/۱۵±۱/۵۲	۱۵/۲۵±۱/۴۶	۱۷/۳۷±۲/۲۲	۱۷/۲۷±۲/۲۸	۱۷/۳۵±۲/۱۳
پذیرش جویی	۱۸/۰۵±۱/۵۶	۱۸/۲۷±۱/۴۴	۱۶/۱۲±۱/۲۴	۱۸/۱۲±۱/۶۵	۱۸/۰۷±۱/۶۵	۱۷/۸۷±۱/۶۲
منفی گرایی	۱۶/۷۷±۲/۰۸	۱۴/۴۰±۱/۲۵	۱۴/۵۰±۱/۱۳	۱۶/۸۷±۱/۷۲	۱۶/۷۲±۱/۶۹	۱۶/۷۷±۱/۶۷
تنبیه	۱۵/۹۰±۲/۴۷	۱۴/۱۰±۱/۷۳	۱۴/۲۷±۱/۷۵	۱۵/۶۷±۲/۱۶	۱۵/۸۲±۲/۲۷	۱۵/۸۰±۲/۰۹

جدول ۲. تحلیل سری زمانی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مؤلفه‌ها	SS	df	MS	F	p	اتای سهمی	توان آماری
زمان	محرومیت هیجانی	۱۰۲/۹۰	۱/۸۴	۵۵/۶۵	۹۳/۹۱	۰/۰۱	۰/۵۴۶	۱/۰۰
	رهاشدگی/بی‌ثباتی	۱۱۳/۴۰	۲	۵۶/۷۰	۱۳۶/۶۵	۰/۰۱	۰/۶۳۷	۱/۰۰
	بی‌اعتمادی/بدرفتاری	۱۳۷/۱۵	۲	۶۸/۵۷	۱۱۱/۷۱	۰/۰۱	۰/۵۸۹	۱/۰۰
	انزوای اجتماعی/بیگانگی	۷۱/۸۰	۱/۷۸	۴۰/۲۷	۶۳/۵۰	۰/۰۱	۰/۴۴۹	۱/۰۰
	نقص/شرم	۹۱/۰۵	۱/۶۳	۵۵/۸۲	۹۳/۰۲	۰/۰۱	۰/۵۴۴	۱/۰۰
	شکست	۹۰/۷۷	۲	۴۵/۳۸	۹۰/۹۶	۰/۰۱	۱۸۱/۸۳	۱/۰۰
	وابستگی/بی‌کفایتی	۱۴۵/۴۲	۱/۴۶	۹۹/۶۰	۱۵۲/۶۳	۰/۰۱	۰/۶۶۲	۱/۰۰
	آسیب	۶۷/۵۰	۱/۵۷	۴۲/۸۴	۷۱/۸۷	۰/۰۱	۰/۴۸۰	۱/۰۰
	گرفتار	۶۵/۲۰	۱/۵۳	۴۲/۴۵	۸۲/۹۷	۰/۰۱	۰/۵۱۵	۱/۰۰
	اطاعت	۸۴/۲۵	۱/۶۵	۵۱/۰۱	۷۴/۹۲	۰/۰۱	۰/۴۹۰	۱/۰۰
	ایثار	۵۳/۳۵	۱/۶۱	۳۲/۹۶	۵۵/۸۴	۰/۰۱	۰/۴۱۷	۱/۰۰
	بازداری	۱۲۶/۱۱	۱/۵۷	۸۰/۱۴	۹۶/۰۲	۰/۰۱	۰/۵۵۲	۱/۰۰
	معیار سخت‌گیرانه	۴۱/۸۵	۲	۲۰/۹۲	۴۶/۶۲	۰/۰۱	۰/۳۷۴	۱/۰۰
	استحقاق	۴۱/۹۲	۱/۴۶	۲۸/۵۷	۵۴/۴۸	۰/۰۱	۰/۴۱۱	۱/۰۰
	خویشتن‌داری	۷۶/۳۱	۱/۳۵	۵۶/۵۳	۸۱/۷۹	۰/۰۱	۰/۵۱۲	۱/۰۰
	پذیرش جویی	۸۷/۵۵	۲	۴۳/۷۷	۷۳/۲۵	۰/۰۱	۰/۴۸۵	۱/۰۰
	منفی گرایی	۸۰/۲۵	۱/۴۲	۵۶/۲۱	۹۶/۶۷	۰/۰۱	۰/۴۷۲	۱/۰۰
	تنبیه	۳۳/۳۰	۱/۷۰	۱۹/۵۶	۳۲/۴۶	۰/۰۱	۰/۲۹۴	۱/۰۰

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.10.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.251]

ادامه‌ی جدول ۲. تحلیل سری زمانی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در گروه آزمایش و کنترل

تعامل زمان گروه	محرومیت هیجانی	۹۹/۶۳	۱/۴۸	۵۳/۸۸	۹۰/۲۹	۰/۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
	رهاشدگی/بی‌ثباتی	۹۴/۵۲	۲	۴۷/۲۶	۱۱۳/۸۹	۰/۰۱	۰/۵۹۴	۱/۰۰
	بی‌اعتمادی/بدرفتاری	۱۲۲/۴۱	۲	۶۱/۲۰	۹۹/۶۹	۰/۰۱	۱/۵۶	۱/۰۰
	انزوای اجتماعی/بیگانگی	۶۵/۳۲	۱/۷۸	۳۶/۶۴	۵۷/۷۷	۰/۰۱	۰/۴۲۶	۱/۰۰
	نقص/شرم	۱۱۱/۹۲	۱/۶۳	۶۸/۶۲	۱۱۴/۳۴	۰/۰۱	۰/۵۹۴	۱/۰۰
	شکست	۵۶/۰۵	۲	۲۸/۰۲	۵۶/۱۷	۰/۰۱	۰/۴۱۹	۱/۰۰
	وابستگی/بی‌کفایتی	۸۶/۹۲	۱/۴۶	۵۹/۵۳	۹۱/۲۳	۰/۰۱	۰/۵۳۹	۱/۰۰
	آسیب	۷۹/۲۲	۱/۵۷	۵۰/۲۷	۸۴/۳۴	۰/۰۱	۰/۵۲	۱/۰۰
	گرفتار	۹۸/۱۵	۱/۵۳	۶۳/۹۰	۱۲۴/۹۰	۰/۰۱	۰/۶۱۶	۱/۰۰
	اطاعت	۶۶/۰۲	۱/۶۵	۳۹/۹۷	۵۸/۷۱	۰/۰۱	۰/۴۲۹	۱/۰۰
	ایثار	۶۴/۱۱	۱/۶۱	۳۶/۶۰	۵۸/۷۱	۰/۰۱	۰/۴۲	۱/۰۰
	بازداری	۹۱/۴۵	۱/۵۷	۵۸/۱۲	۶۹/۶۴	۰/۰۱	۰/۴۷۲	۱/۰۰
	معیار سخت‌گیرانه	۵۲/۱۱	۲	۲۶/۰۵	۵۸/۰۳	۰/۰۱	۰/۴۲۷	۱/۰۰
	استحقاق	۵۰/۰۵	۱/۴۶	۳۴/۱۱	۶۵/۰۵	۰/۰۱	۰/۴۵۵	۱/۰۰
	خویشتن‌داری	۶۸/۳۵	۱/۳۵	۵۰/۵۷	۷۳/۱۶	۰/۰۱	۰/۴۸۴	۱/۰۰
	پذیرش جویی	۷۵/۵۵	۲	۳۷/۷۷	۶۳/۴۵	۰/۰۱	۰/۴۴۹	۱/۰۰
	منفی گرایی	۶۴/۵۵	۱/۲۴	۴۵/۲۱	۵۶/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۱۸	۱/۰۰
	تنبیه	۴۶/۰۳	۱/۷۰	۲۷/۰۳	۴۴/۸۸	۰/۰۱	۰/۳۶۵	۱/۰۰
گروه	محرومیت هیجانی	۳۳۳/۷۰	۱	۳۳۳/۷۰	۲۷/۳۲	۰/۰۱	۰/۲۵۹	۰/۹۹
	رهاشدگی/بی‌ثباتی	۱۱۷/۶۰	۱	۱۱۷/۶۰	۲۰/۰۷	۰/۰۱	۰/۲۰۵	۰/۹۹
	بی‌اعتمادی/بدرفتاری	۲۶۲/۵۰	۱	۲۶۲/۵۰	۳۰/۶۰	۰/۰۱	۰/۲۸۲	۱/۰۰
	انزوای اجتماعی/بیگانگی	۱۲۶/۱۵	۱	۱۲۶/۱۵	۱۳/۵۸	۰/۰۱	۰/۱۴۸	۰/۹۵
	نقص/شرم	۱۸۹/۰۳	۱	۱۸۹/۰۳	۱۶/۸۲	۰/۰۱	۰/۱۷۷	۰/۹۸
	شکست	۱۱۶/۲۰	۱	۱۱۶/۲۰	۱۴/۱۶	۰/۰۱	۰/۱۵۴	۰/۹۶
	وابستگی/بی‌کفایتی	۲۱۶/۶۰	۱	۲۱۶/۶۰	۳۷/۳۳	۰/۰۱	۰/۳۲۴	۱/۰۰
	آسیب	۱۴۸/۸۳	۱	۱۴۸/۸۳	۱۶/۷۶	۰/۰۱	۰/۱۷۷	۰/۹۸۱
	گرفتار	۱۳۲/۰۱	۱	۱۳۲/۰۱	۲۰/۳۹	۰/۰۱	۰/۲۰۷	۰/۹۹۴
	اطاعت	۱۱۷/۶۰	۱	۱۱۷/۶۰	۱۵/۶۴	۰/۰۱	۰/۱۶۷	۰/۹۷۴
	ایثار	۱۰۴/۰۱	۱	۱۰۴/۰۱	۱۵/۱۷	۰/۰۱	۰/۱۶۳	۰/۹۷۰
	بازداری	۱۹۰/۸۱	۱	۱۹۰/۸۱	۱۸/۶۸	۰/۰۱	۰/۱۹۳	۰/۹۹۰
	معیار سخت‌گیرانه	۱۲۳/۲۶	۱	۱۲۳/۲۶	۱۲/۵۴	۰/۰۱	۰/۱۳۹	۰/۹۳۸
	استحقاق	۱۱۲/۰۶	۱	۱۱۲/۰۶	۸/۲۳	۰/۰۱	۰/۰۹۵	۰/۸۰۹
	خویشتن‌داری	۱۱۰/۷۰	۱	۱۱۰/۷۰	۱۰/۱۸	۰/۰۱	۰/۱۱۵	۰/۸۸۳
	پذیرش جویی	۱۴۲/۶۰	۱	۱۴۲/۶۰	۲۴/۱۳	۰/۰۱	۰/۲۳۶	۰/۹۹۸
	منفی گرایی	۱۴۷/۲۶	۱	۱۴۷/۲۶	۲۱/۷۵	۰/۰۱	۰/۲۱۸	۰/۹۹۶
	تنبیه	۶۱/۰۱	۱	۶۱/۰۱	۴/۹۹	۰/۰۵	۰/۰۶۰	۰/۵۹۸

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهد بین میانگین نمرات در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0.05$). همچنین نتایج نشان داد که اثر تعاملی زمان*گروه و منبع بین گروهی در نمرات شرکت‌کنندگان در خصوص طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0.01$). بدین معنی که بین نمرات طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین بررسی تحلیل سری زمانی نشان می‌دهد آموزش درمان هیجان‌مدار بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دوران عقد اثربخش بوده است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.10.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.251]

مقایسه زوجی متغیرهای پژوهش در طی زمان در گروه آزمایش نشان می‌دهد؛ تفاوت معناداری بین مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در تمامی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه دارد که نشان از اثربخشی آموزش بر متغیرهای پژوهش است و تفاوت معناداری بین مرحله پس‌آزمون با پیگیری در اغلب طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه وجود ندارد که نشان‌دهنده تداوم اثربخشی در طول زمان در اغلب طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌باشد.

جدول ۳. مقایسه زوجی متغیرهای پژوهش در طی سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های مختلف

مؤلفه	گروه الف	گروه ب	گروه آزمایش			گروه کنترل		
			تفاوت الف – ب	خطای استاندارد	سطح معناداری	تفاوت الف – ب	خطای استاندارد	سطح معناداری
محرومیت هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۰۸	۰/۲۱۶	۰/۰۱	۰/۰۸	۰/۱۳۶	۰/۹۹
		پیگیری	۲/۲۳	۰/۲۰۷	۰/۰۱	−۰/۱۳	۰/۱۳۰	۰/۹۹
	پس‌آزمون	پیگیری	−۰/۸۵	۰/۱۵۸	۰/۰۱	−۰/۲۰	۰/۱۲۰	۰/۳۱
رهاشدگی/بی‌ثباتی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۷۵	۰/۱۷۴	۰/۰۱	۰/۰۸	۰/۱۳۱	۰/۹۹
		پیگیری	۲/۸۳	۰/۱۸۲	۰/۰۱	۰/۱۸	۰/۱۱۳	۰/۳۹
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۸	۰/۱۳۱	۰/۹۹	۰/۱۰	۰/۱۱۸	۰/۹۹
بی‌اعتمادی/بدرفتاری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۲۳	۰/۱۸۸	۰/۰۱	۰/۱۰	۰/۱۹۲	۰/۹۹
		پیگیری	۳	۰/۱۱۹	۰/۰۱	۰/۰۸	۰/۲۲۸	۰/۹۹
	پس‌آزمون	پیگیری	−۰/۲۳	۰/۱۵۰	۰/۴۲	−۰/۰۳	۰/۱۵۴	۰/۹۹
انزوای اجتماعی/بیگانگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۳۰	۰/۱۸۳	۰/۰۱	۰/۱۳	۰/۱۷۲	۰/۹۹
		پیگیری	۲/۲۳	۰/۱۶۲	۰/۰۱	−۰/۰۳	۰/۲۰۷	۰/۹۹
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۸	۰/۰۷۵	۰/۹۷	−۰/۱۵	۰/۱۷۷	۰/۹۹
نقص/شرم	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۸۰	۰/۱۸۷	۰/۰۱	−۰/۲۳	۰/۱۴۱	۰/۳۶
		پیگیری	۲/۷۰	۰/۱۶۹	۰/۰۱	−۰/۰۵	۰/۱۹۳	۰/۹۹
	پس‌آزمون	پیگیری	−۰/۱۰	۰/۰۷۰	۰/۴۸	۰/۱۷	۰/۱۴۷	۰/۷۳
شکست	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۶۵	۰/۱۸۴	۰/۰۱	۰/۳۳	۰/۱۴۵	۰/۰۹
		پیگیری	۱/۷۳	۰/۱۷۵	۰/۰۱	۰/۱۸	۰/۱۴۷	۰/۷۳
	پس‌آزمون	پیگیری	−۰/۹۳	۰/۱۵۴	۰/۰۱	−۰/۱۵	۰/۱۳۷	۰/۸۴
وابستگی/بی‌کفایتی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳	۰/۲۱۲	۰/۰۱	۰/۳۸	۰/۱۵۵	۰/۰۶
		پیگیری	۲/۸۵	۰/۱۸۴	۰/۰۱	۰/۳۸	۰/۱۴۲	۰/۰۴
	پس‌آزمون	پیگیری	−۰/۱۵	۰/۰۹۲	۰/۳۳	۰/۰۱	۰/۱۰۷	۰/۹۹
آسیب	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۴۰	۰/۱۸۵	۰/۰۱	−۰/۰۳	۰/۱۵۰	۰/۹۹
		پیگیری	۲/۲۸	۰/۱۶۰	۰/۰۱	−۰/۱۸	۰/۱۸۹	۰/۹۹
	پس‌آزمون	پیگیری	−۰/۱۳	۰/۰۸۲	۰/۴۰	−۰/۱۵	۰/۱۳	۰/۷۳
گرفتار	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۵۳	۰/۱۸۳	۰/۰۱	−۰/۱۵	۰/۱۱۶	۰/۶۱
		پیگیری	۲/۳۸	۰/۱۷۱	۰/۰۱	−۰/۳۸	۰/۱۵۵	۰/۰۶
	پس‌آزمون	پیگیری	−۰/۱۵	۰/۰۷۶	۰/۱۷	−۰/۲۳	۰/۱۱	۰/۱۴
اطاعت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۶۵	۰/۱۶۲	۰/۰۱	۰/۱۳	۰/۱۵۳	۰/۹۹
		پیگیری	۱/۹۰	۰/۲۲۰	۰/۰۱	۰/۲۳	۰/۱۸۱	۰/۶۶
	پس‌آزمون	پیگیری	−۰/۷۵	۰/۱۴۷	۰/۰۱	۰/۱۰	۰/۱۲۸	۰/۹۹
ایثار	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۳۵	۰/۱۸۸	۰/۰۱	−۰/۱۳	۰/۱۵۷	۰/۹۹
		پیگیری	۱/۶۸	۰/۱۹۱	۰/۰۱	−۰/۰۳	۰/۱۵۰	۰/۹۹
	پس‌آزمون	پیگیری	−۰/۶۸	۰/۱۲۱	۰/۰۱	۰/۱۰	۰/۱۰۰	۰/۹۷

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.10.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.251]

ادامه‌ی جدول ۳. مقایسه زوجی متغیرهای پژوهش در طی سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های مختلف

بازداری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۰۵	۰/۲۳۷	۰/۰۱	۰/۱۸	۰/۱۳۳	۰/۵۹
		پیگیری	۲/۵۸	۰/۲۴۸	۰/۰۱	۰/۳۳	۰/۱۶۹	۰/۱۹
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۴۸	۰/۱۱۹	۰/۰۱	۰/۱۵	۰/۱۳۷	۰/۸۴
معیار سخت‌گیرانه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۹۰	۰/۱۶۷	۰/۰۱	۰/۰۸	۰/۱۵۴	۰/۹۹
		پیگیری	۱/۷۸	۰/۱۳۱	۰/۰۱	-۰/۳۳	۰/۱۸۰	۰/۲۴
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۱۳	۰/۰۷۳	۰/۲۹	-۰/۴۰	۰/۱۶۷	۰/۰۷
استحقاق	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۹۰	۰/۱۹۲	۰/۰۱	-۰/۰۳	۰/۱۲۱	۰/۹۹
		پیگیری	۱/۸۰	۰/۱۸۳	۰/۰۱	-۰/۱۵	۰/۱۲۲	۰/۶۸
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۱۰	۰/۰۷۰	۰/۴۸	-۰/۱۳	۰/۱۰۲	۰/۶۹
خویشتن‌داری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۳۸	۰/۱۹۸	۰/۰۱	۰/۱۰	۰/۱۵۹	۰/۹۹
		پیگیری	۲/۲۸	۰/۱۶۰	۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۱۸۸	۰/۹۹
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۱۰	۰/۰۷۸	۰/۶۳	-۰/۰۸	۰/۰۹۰	۰/۹۹
پذیرش جویی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۷۸	۰/۲۳۳	۰/۰۱	۰/۰۵	۰/۱۲۴	۰/۹۹
		پیگیری	۱/۹۳	۰/۱۸۰	۰/۰۱	۰/۲۵	۰/۱۷۱	۰/۴۵
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۸۵	۰/۱۵۸	۰/۰۱	۰/۲۰	۰/۱۴۸	۰/۵۶
منفی گرایی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۳۸	۰/۲۰۵	۰/۰۱	۰/۱۵	۰/۱۵۴	۰/۹۹
		پیگیری	۲/۲۸	۰/۲۰۳	۰/۰۱	۰/۱۰	۰/۲۰۸	۰/۹۹
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۱۰	۰/۰۷۰	۰/۴۸	-۰/۰۵	۰/۱۳۴	۰/۹۹
تنبیه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۸۰	۰/۱۹۷	۰/۰۱	-۰/۱۵	۰/۱۴۶	۰/۹۳
		پیگیری	۱/۶۳	۰/۱۵۵	۰/۰۱	-۰/۱۳	۰/۲۰۰	۰/۹۹
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۱۸	۰/۱۰۱	۰/۲۷	۰/۰۳	۰/۱۴۱	۰/۹۹

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دوران عقد بود که نتایج نشان داد درمان هیجان مدار می‌تواند به کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه کمک نماید. نتایج پژوهش حسین‌آبادی و همکاران(۱۳) نشان داد که درمان هیجان مدار بر بهبود عواطف مثبت اثربخش بوده است، در پژوهش آقایی و همکاران(۱۵) زوج درمانگری هیجان به‌صورت گروهی بر طرحواره‌های سازش نیافته زوجین اثربخش بوده است، برومندراد(۱۷) نشان داد که درمان با رویکرد هیجان مدار، در بهبود تاب‌آوری زنان آسیب‌دیده مؤثر است. تاملینسون و همکاران(۱۸) نشان دادند که طرحواره درمانی می‌تواند پیش‌بینی کننده قوی در بدبینی، افسردگی، ناامیدی و اضطراب در زوجین باشد. فلچر(۱۹) نیز بیان می‌کند که طرحواره درمانی در بهبود هیجان‌های منفی، ابراز هیجان و تقویت هیجان‌های مثبت اثربخش است. آدامسون(۲۰) در پژوهش خود نشان می‌دهد که آموزش هیجان محور سبب کاهش آشفتگی هیجانی در زوجین می‌شود. در پژوهش گرینبرگ(۲۱) درمان هیجان‌مدار بر بهبود هیجان‌های مثبت و بخشودگی اثربخش است و هیجان‌های منفی را کاهش می‌دهد

طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ازنظر رفتاری، فرد درگیر الگوهای خود آسیب‌رسان و انتخاب ناهشیارانه و ماندن در موقعیت‌هایی می‌شود(۲۲). درمان هیجان مدار با شناسایی فرایندهای زیر بنایی در طرحواره‌های هیجانی که منجر به اضطراب می‌شود. همچنین شناسایی عناصر تجربه هیجانی و بازگشایی آن و یکپارچه‌سازی جنبه‌های مختلف تجربه هیجانی به درمان این اختلال می‌پردازد(۲۳, ۲۴). طرحواره هیجانی نوعی پاسخ و سازمان‌دهی درونی است که سطوح مختلف اطلاعات شامل محرک‌های حسی- حرکتی، حافظه هیجانی و اطلاعات سطح ادراکی را ترکیب می‌کند. طرحواره هیجانی ساختاری است که دارای مؤلفه‌های غیرکلامی و تجارب عاطفی بوده و تلفیقی زیست‌شناسی و تجربه را در فرد نشان می‌دهد. در درمان هیجان مدار، هیجان، بخش اساسی ساختار فرد است و عامل کلیدی برای سازمان‌دهی خود می‌باشد، اساسی‌ترین سطح کارکرد هیجان یک‌شکل انطباقی و سازگارانه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار وی جهت داده و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.10.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.251]

موجب بهزیستی روان‌شناختی می‌شود(۲۵). در این درمان هیجان به‌عنوان پایه و اساس تجربه در ارتباط با کارکردهای انطباقی و غیر انطباقی در نظر گرفته می‌شود(۲۶) و تلاش می‌کند تا با فعال کردن هیجان قوی اولیه، هیجان‌های مثبت را بهبود و هیجان‌های منفی را کاهش دهد تا بتواند یک رابطه همدلانه و سازگارانه را بین زوجین شکل دهد. درواقع این درمان به زوجین کمک می‌کند تا به سازمان‌دهی و تنظیم هیجان‌های خود بپردازند(۲۵). در روش‌های درمانی متمرکز بر هیجان، تلاش می‌شود تا در جریان درمان، مراجعین تشویق شوند تا افکار ناراحت‌کننده خود را مورد سؤال قرار داده و خود گویی‌های جایگزین برای مقاله با این هیجان‌ها و نشخوارهای فکری که سبب آشفتگی هم ازلحاظ جسمانی و روانی می‌شود را برطرف نمایند. بنابراین این درمان به زوجین کمک می‌کند تا به هیجانات زیربنایی و آسیب‌دیده اولیه دسترسی پیدا کنند و بتوانند آن را ابراز کنند. آشکارسازی هیجان‌های آسیب‌پذیر زیربنایی بر در هم شکستن چرخه معیوب هیجان‌های منفی تأثیر دارد(۲۶).

طرح‌واره‌ها نسبت به تغییر بسیار مقاوم‌اند و به‌طور عمیقی با باورهای فرد راجع به خودش و محیط پیرامونش گره‌خورده‌اند. افراد در برابر از دست دادن طرح‌واره‌ها مقاومت می‌کنند، زیرا طرح‌واره‌ها، هسته‌ی اصلی هویت آن‌ها را تشکیل می‌دهند. درمان هیجان مدار روی هیجان‌ها تمرکز دارد و به افراد در خودتنظیمی هیجانی کمک می کند. در این شیوه درمانی از مؤلفه های تمرکز بر احساسات مثبت، بازسازی هیجانی و یافتن معانی جدید برای ارتباط بهتر با دیگران بهره می گیرند(۲۶, ۲۷). رویکرد هیجان‌مدار درمان بر اساس نظریه دیالکتیک در ساختار خود و تغییر بناشده است(۲۲, ۲۳). این رویکرد مربوط به فعال‌سازی و سازمان‌دهی مجدد طرح‌واره‌های هیجانی می‌شود(۲۴). روان‌درمانی هیجان مدار بر این اصل کلیدی که همه‌چیز جاری و در حرکت است، استوار است. این رویکرد تأکید می کنند که فرایند تجربه، ویژگی های شخصیتی، روابط میان فردی و حتی تغییرات مراجع را تحت تأثیر قرار می‌دهد(۲۳, ۲۴). همچنین درمان هیجان مدار به زوجین کمک می‌کند تا هیجان‌ها و نیازهای آسیب‌دیده خود را ابراز کنند و تحریف‌های شناختی را در آنان کاهش دهند(۲۶–۲۸). درمان هیجان مدار با بازخوانی این هیجانات سبب می‌شود تا در رویکرد هیجان مدار، مبنا تجربه‌های هیجانی منفی و ناخوشایند است و برای بهبود آن پاسخ‌های هیجانی را بهبود می‌بخشد(۷, ۲۵, ۲۹).

در تبیین اثربخشی رویکرد متمرکز بر هیجان بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌توان گفت که این رویکرد نوعی رویکرد سیستمی است که از این طریق سعی می‌کند الگوهای تعامل انعطاف‌ناپذیر و پاسخ‌های هیجانی را تغییر دهد و باعث رشد روابط ایمنی‌بخش شود. همچنین رویکرد متمرکز بر هیجان رویکردی است کوتاه‌مدت و کارآمد که به اصلاح الگوهای تعاملی محدودشده زوجین، بازسازی پاسخ‌های هیجانی و تسری رشد رشته‌های ایمن دلبستگی می‌پردازد. یک رویکرد کارآمد زوج‌درمانی به بازسازی روابط، حال تعارضات، ایجاد محاوره‌ای مؤثر و خلق صمیمیتی ماندگار اقدام می‌کند؛ هم‌اکنون یافته‌های معتبر علمی ثابت کرده‌اند که درمان متمرکز بر هیجان از این مزایا برخوردار است(۳۰).

طرح‌واره‌ها ممکن است در یک مرحله‌ی زمانی نافعال باشند و پس‌ازآن درنتیجه تغییر در نوع درون داده‌هایی که از محیط دریافت می‌کنند، انرژی کسب کنند و به‌سرعت فعال شوند(۳۱) و این امر موجب سوگیری‌هایی در تفسیر ما از وقایع می‌شوند. این سوگیرها در آسیب‌شناسی بین فردی (زوج‌ها) به‌صورت سوءتفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف‌شده، فرضیه‌های غلط، اهداف و انتظارات غیرواقع‌بینانه تجلی پیدا می‌کنند(۳۲). درمان هیجان مدار توجه زیادی به هیجانات حل‌نشده و پذیرفته‌نشده افراد دارد(۳۱). این درمان با به‌کارگیری سه مرحله پیوستگی، فراخوانی و کشف و بازسازی هیجانی به افراد کمک می‌کند تا پردازش هیجان‌ها و تجربه‌های ناخوشایند منفی هیجانی را بهبود بخشند. این درمان به زوجین کمک می‌کند تا شیوه‌های که آن‌ها تجارب هیجانی را سازمان‌دهی و پردازش می‌کنند، و الگوهای تعاملی که زوجین ایجاد کرده‌اند، بهبود بخشند(۳۳). درمان هیجان مدار با تأکید و نشانه‌گذاری بر رفتارها، افکار و هیجانات منفی به‌صورت مرحله‌به‌مرحله، هیجانات ناسازگار افراد را شناسایی می‌کند و درنهایت با روش‌ها و فنونی که به کار می‌گیرد، تلاش می‌کند تا آن‌ها را تغییر دهد(۳۲, ۳۳).

تحقیق حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بوده است که ازجمله آن‌ها می‌توان به محدودیت‌های دوران بیماری کرونا اشاره کرد که سبب شد تا کلاس‌های آموزشی به‌صورت آنلاین برگزار گردند.

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر برگرفته از رساله مقطع دکتری مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران بود. محققین بر خود

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.10.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.251]

لازم می‌دانند از تمامی مدیران مراکز خدمات مشاوره و روان‌شناختی شهر تهران و زوج‌های محترم که با صرف وقت، ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند. لازم به ذکر است که هیچ‌گونه تضاد منافعی بین نویسندگان پژوهش وجود ندارد و تمامی نویسندگان در امر نگارش پژوهش شرکت داشته‌اند.

References

1. Ebrahimi S, Goudarzi M, Isanejad O. The effectiveness of pre-marriage counseling through the couples care program «CARE» on expectations and communicational beliefs in marriage applicants. Family Counseling and Psychotherapy. 2019;9(1):217-36.
2. Ansbacher HL. Alfred Adler's concepts of community feeling and of social interest and the relevance of community feeling for old age. Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research & Practice. 1992;48(4):402-12.
3. Arntz A, Jacob G. Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach: John Wiley & Sons; 2017.
4. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange; 1999.
5. Young J, Klosko J. Reinventing your life: How to break free from negative life patterns and feel good again (a new client's guide to schema therapy. Plume Books; 2003.
6. Taylor CD, Bee P, Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2017;90(3):456-79.
7. Shahhossiani Tajik S, Sayadi M, Taheri N. Marital Commitment and Relationship Quality in Fertile Couples and In-fertile. The Horizon of Medical Sciences. 2019;25(3):184-97.
8. Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. Clinical psychology review. 2015;39:30-41.
9. Pauwels E, Dierckx E, Schoevaerts K, Claes L. Early maladaptive schemas in eating disordered patients with or without non-suicidal self-injury. European Eating Disorders Review. 2016;24(5):399-405.
10. Johnson SM, Brubacher LL. Emotionally focused couple therapy: Empiricism and art. Handbook of family therapy. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group; 2016. p. 326-48.
11. Wiebe SA, Johnson SM. A review of the research in emotionally focused therapy for couples. Family Process. 2016;55(3):390-407.
12. Dalgleish TL, Johnson SM, Burgess Moser M, Lafontaine MF, Wiebe SA, Tasca GA. Predicting change in marital satisfaction throughout emotionally focused couple therapy. Journal of marital and family therapy. 2015;41(3):276-91.
13. Hassanabadi h, Mopjarrad S, Soltanifar A. The Evaluation of Emotionally Focused Therapy (EFT) on Marital Adjustment & Positive Feeling of Couples with Extra Marital Relations. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2012;1(12):25-38.
14. Akhavan Bitaghsir Z, Sanaee Zaker B, Navabinejad S. Comparetive of Emotional Focused Couple Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Marital Adjustment and Marital Satisfaction. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2017;5(2):121-8.
15. Aghayi A, Kahrazeni F, Farnam A. The comparison of the effectiveness of group schema therapy and group emotional-based couple therapy on couples' maladaptive schemas and life satisfaction. Journal of psychologicalscience. 2019;18(73):133-42.
16. KeshavarzAfshar H, Geravand A, Ahmai A. The Effect of Cognitive-Behavioral Group Training on Marital Expectations of Married Males and Females of Kouhdasht City. Family counseling and psychotherapy. 2014;3(4):641-61.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.10.9]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.251]

17. Boroumandrad SM. The effectiveness of emotion-focused therapy on promoting mental health and resilience of women affected by infidelity. Scientific Journal of Social Psychology. 2020;8(56):111-22.

18. Tomlinson RM, Keyfitz L, Rawana JS, Lumley MN. Unique Contributions of Positive Schemas for Understanding Child and Adolescent Life Satisfaction and Happiness. Journal of Happiness Studies. 2017;18(5):1255-74.

19. Fletcher G. Couples who completed emotionally focused therapy: their stories at least one year later: Alliant International University; 2016.

20. Adamson NA. Emotionally focused therapy with couples facing breast cancer: a theoretical foundation and descriptive case study. Journal of psychosocial oncology. 2013;31(6):712-26.

21. Greenberg L, Warwar S, Malcolm W. Emotion-focused couples therapy and the facilitation of forgiveness. Journal of marital and Family Therapy. 2010;36(1):28-42.

22. McIntosh C. Schema Therapy for Problem Gamblers. Evidence-Based Treatments for Problem Gambling: Springer; 2017. p. 51-62.

23. Forouzanfar A, Sayadi M. Meta-Analysis of the Effectiveness of Emotionally Focused Therapy on Reducing Marital Problems. Armaghane danesh. 2019;24(1):97-109.

24. Sanagavi Moharrar G, Shirazi M, Mohammadi R, Maghsoodloo F. Effectiveness of Emotional Therapy on Reducing Anxiety and Depression in Patients with Multiple Sclerosis. medical journal of mashhad university of medical sciences. 2019;61(1):190-200.

25. Greenberg LJ, Warwar SH, Malcolm WM. Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. Journal of Counseling Psychology. 2008;55(2):185.

26. Bradley B, Furrow JL. Toward a mini-theory of the blamer softening event: Tracking the moment-by-moment process. Journal of Marital and Family Therapy. 2004;30(2):233-46.

27. Shahar B. New Developments in Emotion-Focused Therapy for Social Anxiety Disorder. Journal of Clinical Medicine. 2020;9(9):2918.

28. Shahar B, Bar-Kalifa E, Alon E. Emotion-focused therapy for social anxiety disorder: Results from a multiple-baseline study. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2017;85(3):238-49.

29. Priest JB. Emotionally focused therapy as treatment for couples with generalized anxiety disorder and relationship distress. Journal of Couple & Relationship Therapy. 2013;12(1):22-37.

30. Dunham SM. Emotional skillfulness in African American marriage: Intimate safety as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. Ohio: University of Akron; 2008.

31. Sotoodeh Navroodi SO, Nicknam M, Fatahi Andabil A. Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy on Cohesion, Adaptability, Emotional Intimacy and Quality of Communication in the Parents after the Birth of the First Child. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2020;7(3):1-13.

32. Kienast T, Foerster J. Psychotherapy of personality disorders and concomitant substance dependence. Current Opinion in Psychiatry. 2008;21(6):619-24.

33. Houseinzadeh Z, Ghorban Shirodi S, Kha J, Rahmani MA. The effectiveness of emotionally focused couple therapy on couple's functional flexibility and distress tolerance. Journal of Applied Family Therapy. 2020;1(3):23-38.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.10.9]

[DOI: 10.52547/rbs.19.2.251]