DOI: *10.29252/rbs.19.1.1*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2021, Volume 19, Issue 1

Compare the Effectiveness of Emotion-Focused and Schema Therapy Approaches on Ambiguity Resilience, and Self-Control of Women with Marital Burnout

Rozita Tanbakouchian[1], Firouzeh Zanganeh Motlagh[2], Mohammad Reza Bayat[3]

1. Ph.D. Student in Counseling, Department of Psychology and Counseling, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

2. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

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

Abstract

Aim and Background: Research has shown that resilience and self-control are associated with marital boredom; In this regard, various therapeutic approaches have been used by researchers; therefore, this study was conducted to compare the effectiveness of emotion-focused and schema therapy approaches on ambiguity resilience, and self-control of women with marital burnout.

Methods and Materials: The research method was applied in terms of purpose and quasi-experimental in terms of implementation method with pretest-posttest design of two experimental groups and a control group with follow-up test. From the community of women suffering from marital burnout in district three of tehran, 45 people were selected by the convenient sampling method and were replaced in three groups using the random method. Ambiguity resilience questionnaire (Freison et al., 1994) and self-control questionnaire (Gramisk et al., 1993) were used. Research data were analyzed by ANOVA using repeated measures and bonferroni's post hoc test.

Findings: Findings showed that both emotion-focused and schema therapy approaches have a significant and lasting effect on increasing the resilience of ambiguity and self-control of women with marital burnout (p=0.001). Also, the result of comparing the two approaches showed that the effect of schema therapy approach on self-control of women with marital burnout is more than the emotion-focused approach (p=0.001). But the difference between the two approaches on the resilience of ambiguity was not significant.

Conclusions: According to the obtained results, it seems that the use of both schema therapy and emotion-focused approaches to improve self-control and resilience of ambiguity in women with marital burnout is effective and it is recommended to be used as therapeutic approaches.

Keywords: Marital Burnout, Emotion-Focused Approach, Schema Therapy, Self-Control, Ambiguity Resilience.

Citation: Tanbakouchian R, Zanganeh F, Bayat MR. **Compare the Effectiveness of Emotion-Focused and Schema Therapy Approaches on Ambiguity Resilience, and Self-Control of Women with Marital Burnout**. Res Behav Sci 2021; 19(1): 1-12.

*** Firouzeh Zanganeh Motlagh,**
Email: F-zanganeh@iau.arak.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.7.4]

[DOI: 10.52547/rbs.19.1.1]

مقایسه اثربخشی رویکرد متمرکز بر هیجان و طرحواره درمانی بر تاب‌آوری ابهام و خودمهارگری زنان دچار دلزدگی زناشویی

رزیتا تنباکوچیان[۱]، فیروزه زنگنه مطلق[۲]، محمدرضا بیات[۳]

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

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

چکیده

زمینه و هدف: تحقیقات نشان داده است که تاب‌آوری و خودمهارگری با دلزدگی زناشویی ارتباط دارد؛ در این راستا رویکردهای درمانی مختلفی توسط محققان مورداستفاده قرار گرفته است؛ بنابراین این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی رویکرد متمرکز بر هیجان و طرحواره درمانی بر تاب‌آوری ابهام و خودمهارگری انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش از بعد هدف کاربردی و از بعد روش اجرا، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون دو گروه آزمایش و یک گروه گواه به همراه آزمون پیگیری بود. از جامعه زنان دچار دلزدگی زناشویی منطقه سه شهر تهران، تعداد ۴۵ نفر به روش در دسترس انتخاب و با استفاده از روش تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. از پرسشنامه تاب‌آوری ابهام (فریسون و همکاران، ۱۹۹۴) و خودمهارگری (گرامیسک و همکاران، ۱۹۹۳) استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو رویکرد متمرکز بر هیجان و طرحواره درمانی بر افزایش تاب‌آوری ابهام و خودمهارگری زنان دچار دلزدگی زناشویی تأثیر معنی‌دار و پایداری دارند (p=۰/۰۰۱). نتیجه مقایسه دو رویکرد نیز نشان داد که رویکرد طرحواره درمانی بر خودمهارگری زنان دچار دلزدگی زناشویی مؤثرتر از رویکرد متمرکز بر هیجان است (p=۰/۰۰۱)؛ اما تفاوت دو رویکرد بر تاب‌آوری ابهام معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست‌آمده به نظر می‌رسد که استفاده از هر دو رویکرد طرحواره درمانی و متمرکز بر هیجان به‌منظور بهبود خودمهارگری و تاب‌آوری ابهام زنان دچار دلزدگی زناشویی مؤثر بوده و پیشنهاد می‌گردد به‌عنوان رویکردهای درمانی استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: دلزدگی زناشویی، رویکرد متمرکز بر هیجان، طرحواره درمانی، خودمهارگری، تاب‌آوری ابهام.

ارجاع: تنباکوچیان رزیتا، زنگنه مطلق فیروزه، بیات محمدرضا. **مقایسه اثربخشی رویکرد متمرکز بر هیجان و طرحواره درمانی بر تاب‌آوری ابهام و خودمهارگری زنان دچار دلزدگی زناشویی**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۰؛ ۱۹(۱): ۱۲-۱.

*- **فیروزه زنگنه مطلق**

رایانامه: F-zanganeh@iau.arak.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.7.4]

[DOI: 10.52547/rbs.19.1.1]

مقدمه

بسیاری از زنان زندگی زناشویی خود را با روابط صمیمی بالا آغاز می‌کنند، اما با گذر زمان این روابط صمیمی کم‌کم دچار مشکل می‌شود. الیس عنوان می‌کند زوج‌هایی که به‌تازگی ازدواج کرده‌اند، کمتر به این فکر می‌کنند که ممکن است زمانی عشق آن‌ها کمرنگ شود و این درست زمانی است که دلزدگی آغاز شده است (۱). عوامل متعددی می‌توانند موجب دلزدگی زناشویی شوند. یکی از سازه‌هایی که می‌تواند با بهبود رابطه زناشویی یا تصمیم به طلاق در زنان دچار دلزدگی زناشویی مرتبط باشد، تاب‌آوری ابهام است (۲).

تاب‌آوری ابهام نوعی مهارت شناختی است که بر چگونگی دریافت، تفسیر و واکنش فرد به یک موقعیت نامطمئن در سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری تأثیر می‌گذارد. افرادی که نمی‌توانند ابهام را تحمل کنند، موقعیت‌های ابهام‌آمیز را تنش برانگیز، منفی و فشارزا توصیف می‌کنند و سعی می‌کنند از این موقعیت‌ها اجتناب کنند و اگر در این موقعیت‌ها قرار بگیرند، کارکردشان دچار مشکل می‌شود (۳). به‌طورکلی عدم تحمل ابهام، متوسل شدن به راه‌حل‌های سیاه و سفید و توافق زودرس در مورد جنبه‌های ارزشمند است و غالباً با نادیده گرفتن واقعیت و میل به پذیرش کلی یا رد کردن بی‌قیدوشرط همراه است. طبق این مدل اشخاصی که تاب‌آوری ابهام پایینی دارند، زمانی که با مشکلی مواجه می‌شوند به‌سرعت به‌سوی بسته‌های ادراکی و مفهومی حرکت می‌نمایند و برعکس افرادی که تاب‌آوری ابهام بالایی دارند با موقعیت سازمان‌یافته یا موقعیتی که پایان آن نامشخص است، مقابله‌ای موفقیت‌آمیز دارند، در این حالت تاب‌آوری ابهام می‌تواند میل و رغبت فرد را به توانایی پذیرش تجربه‌های متفاوت یا موقعیت‌های نامشخص ایجاد کند (۴).

مطالعات نشان داده که ویژگی تاب‌آوری نقش مهمی در رضایت زناشویی، روابط زوجین، کاهش دلزدگی و بی‌رمقی زناشویی، کاهش استرس‌های زناشویی و افزایش هیجانات مثبت دارد (۵, ۶)، از طرف دیگر، مرور پژوهش‌ها نشان از این دارد که عدم تاب‌آوری ابهام با اختلال‌های روانی مثل افسردگی و اضطراب (۷)، اضطراب (۸) و وسواس (۹) ارتباط دارد. نتیجه پژوهش دی فورگ و سوبال نشان داد که زنان نسبت به مردان تاب‌آوری ابهام پایین‌تری دارند (۱۰). همچنین پژوهش‌ها نشان از این دارد که افرادی که دچار تاب‌آوری ابهام پایینی هستند، قدرت بهبود رابطه زناشویی را از دست داده و درنهایت رابطه زناشویی دچار شکست می‌شود (۱۱).

یکی از مهارت‌های مهم و اساسی، موقع بروز اختلاف یا دلزدگی زناشویی، خودمهارگری است. خودمهارگری عبارت است از توانایی مهار کردن خود، از این نظر که بر تمایلات و سلایق خود تسلط داشته باشد. افرادی که خودمهارگری دارند می‌توانند آنچه می‌خواهند را تعدیل کنند تا اطمینان یابند که افراط یا تفریط نمی‌کنند (۱۲). خودمهارگری یکی از نشانه‌های رضایتمندی زناشویی و یکی از مؤلفه‌های کارایی و عملکرد مطلوب خانواده است. خودمهارگری غلبه منطق، شناخت و برنامه‌ریزی درونی در فرد است زمانی که تعارض و تنش در روابط بروز می‌نماید (۱۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که خودمهارگری یک روش کارا برای بهزیستی روانی است و می‌تواند بر کیفیت ارتباط تأثیر مثبتی بگذارد (۱۴). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد بین رضایت زناشویی با خودمهارگری ارتباط وجود دارد (۱۵)؛ به‌عبارت‌دیگر می‌توان گفت که خودمهارگری زنانی که دچار دلزدگی زناشویی هستند، پایین هست.

با توجه به مطالب عنوان‌شده باید با مداخله‌های مناسب بتوان زمینه را برای بهبود کیفیت زندگی زناشویی و درنتیجه بهبود چرخه کارکرد خانواده مهیا کرد. لازمه رسیدن به هدف مذکور به‌کارگیری فنون اثربخش و برخورداری از انواع حمایت‌ها بوده و به‌کارگیری مداخلات آموزشی و درمانی متعددی برای بهتر کردن زندگی زناشویی که از آن جمله می‌توان به آموزش‌ها و فنون مبتنی بر رویکرد متمرکز بر هیجان و طرحواره درمانی اشاره کرد.

درمان متمرکز بر هیجان شیوه‌ای درمانی است که تأکید آن بر مشارکت هیجان در الگوهای همیشگی ناسازگاری زوجین آشفته است. کوشش این درمان آشکار ساختن هیجان‌های آسیب‌زا در زوجین و تواناسازی آن‌ها برای نمود دادن هیجان به شیوه‌های ایمن و محبت‌آمیز است. باور بر این است که پردازش این هیجان‌ها در بافتی ایمن، الگوهای همکنشی سالم‌تر و تازه‌تر را به وجود می‌آورد که مایه آرام شدن آشفتگی و افزایش داشتن بی‌آلایشی و سرانجام برخورداری از رابطه و رضایت زناشویی بیشتر است (۱۶). درمان متمرکز بر هیجان یک رویکرد یکپارچه نگر، برای مقابله با انواع اختلالات اضطرابی، تروماها و پریشانی‌های ناشی از اتفاق‌های زندگی و ... می‌باشد (۱۷).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.7.4]
[DOI: 10.52547/rbs.19.1.1]

رویکرد متمرکز بر هیجان یکی از رویکردهایی است که هم بر ارتباط خانواده و هم بر هیجانات فردی تمرکز دارد (۱۸).

ازآنجایی‌که زنان ضروری است تا اقداماتی انجام دهند که نظام روابط عاطفی موجود در خانواده حفظ شده، از ایجاد تنش‌ها در محیط خانواده حتی‌الامکان جلوگیری نماید و ازلحاظ مادی و معنوی فرزندان را حمایت کنند، برخورداری از مهارت‌های تنظیم و مدیریت هیجان در رویارویی با موقعیت‌های پرتنش و اضطراب‌زایی که برای خود و خانواده ایجاد می‌شود، ضروری است (۱۹). در این رویکرد درمانی، آنچه مطرح است این است که هیجان‌ها خودشان به‌طور ذاتی پتانسیل تطبیقی دارند که اگر فعال شوند می‌توانند به مراجعان کمک کنند تا حالات هیجانی مشکل‌آفرین یا تجربیات ناخواسته خود را تغییر دهند. این دیدگاه از هیجان بر این باور است که هیجان یک سیستم تطبیقی و ذاتی است که به بقا و پیشرفت ما کمک می‌کند. هیجان‌ها بیانگر ضروری‌ترین نیازهای انسان‌ها هستند و افراد را آماده می‌کنند تا در شرایط مهم نسبت به برآوردن نیازها اقدام کنند؛ بنابراین هیجان‌ها برای یک حالت اولیه از پردازش در عمل، تنظیم شده‌اند (۲۰).

علاوه بر توجه به هیجان و درمان مبتنی بر آن، در سال‌های اخیر توجه فزاینده‌ای به نظریاتی شده که به دنبال شناخت و معرفی فرایندهای شناختی مؤثر بر مشکلات میان فردی مثل دلزدگی زناشویی بوده‌اند. یکی از پدیده‌های شناختی موردتوجه در این حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه است (۲۱). طرحواره‌های اولیه باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند که به‌طورمعمول از ارضاء نشدن نیازهای اولیه به‌خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند (۲۲). طرحواره‌ها سازه‌هایی هستند که براساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرند و به‌عنوان واسطه، پاسخ‌های رفتاری افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۲۳).

بنابراین رویکرد دیگری که می‌توان در درمان زنان دلزدگی زناشویی به‌کار بست، طرحواره درمانی است. طرحواره درمانی، درمانی است ابتکاری و تلفیقی که توسط یانگ و همکارانش پایه‌گذاری شده و او در این درمان کوشیده تا با به‌کارگیری مبانی و راهبردهای روش‌های درمانی شناختی- رفتاری (CBT) و مؤلفه‌هایی از سایر نظریه‌های مختلف مثل دلبستگی، روابط شیء‌ای، ساختارگرایی و روان تحلیل گری و تلفیق یکپارچه و منسجم آن‌ها با یکدیگر، یک مدل درمانی جدید را برای درمان اختلالات دیرپا مثل اختلالات شخصیت و اختلالات مزمن محور یک ارائه دهد (۲۴). طرحواره درمانی یک رویکرد بالقوه کارآمد در حل مشکلاتی است که به‌طور عمده از سوی جریان اصلی درمان شناختی نادیده گرفته می‌شود. این درمان به طرحواره‌های ناسازگار نخستین که برآمده از الگوهای ناکارآمد در روابط صمیمی و یادبودهایی از سختگیری دوران کودکی هستند و منجر به ادراک تحریف‌شده و تفکر غیرمنطقی زوج‌ها می‌شوند اهمیت زیادی می‌دهند؛ چراکه طرحواره‌ها همیشه خود را در پویایی‌های یک رابطه نشان می‌دهند، موجب تأثیر در کنشگری رابطه می‌شوند و با رضایت و کاهش تعارض‌های زندگی زناشویی همبستگی دارند (۲۵).

با توجه به مشکلاتی که زنان دچار دلزدگی زناشویی و به‌تبع آن خانواده درگیر هستند و همچنین مبانی نظری و پژوهشی بیان‌شده، اهمیت پرداختن به این موضوع را بیش‌ازپیش روشن می‌کند به‌ویژه اینکه تحقیقات انجام شده در این حوزه در کشور معدود بوده و خلاء تحقیقاتی در مقایسه اثربخشی رویکرد متمرکز بر هیجان و طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر خودمهارگری و تاب‌آوری ابهام بر زنان دچار دلزدگی زناشویی را هر چه بیشتر نمایان می‌سازد، لذا هدف این پژوهش تعیین و مقایسه اثربخشی رویکرد متمرکز بر هیجان و طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر تاب‌آوری ابهام و خودمهارگری زنان دچار دلزدگی زناشویی بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع پژوهش‌های کاربردی و نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه به همراه آزمون پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی زنان منطقه سه شهر تهران که در پرسشنامه دلزدگی زناشویی نمره بالا کسب کردند، تشکیل دادند. از این جامعه ۴۵ نفر با مراجعه به کلینیک‌های منطقه سه شهر تهران، به‌صورت در دسترس انتخاب شد و به‌صورت تصادفی در سه گروه آزمایشی یک، گروه آزمایشی دو و گواه قرار داده شدند؛ تعداد افراد نمونه ۴۵ نفر بود که هرکدام از گروه‌ها ۱۵ نفر را شامل شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از داشتن دلزدگی زناشویی براساس پرسشنامه دلزدگی زناشویی، 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

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.7.4]
[DOI: 10.52547/rbs.19.1.1]

قرص‌های روانپزشکی. روش اجرا بدین‌صورت بود که ابتدا زنانی که از کیفیت زندگی زناشویی خود ناراضی هستند را شناسایی، سپس پرسشنامه دلزدگی زناشویی پاینز (۱۹۶۶) روی آن‌ها اجرا شد و افرادی که نمره بالا در این پرسشنامه کسب کردند را به‌عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شدند. سپس برای هر سه گروه (آزمایشی یک، آزمایشی دو و گواه) پیش‌آزمون تاب‌آوری ابهام و خودمهارگری اجرا شد، سپس مداخله مبتنی بر رویکرد متمرکز بر هیجان بر روی گروه آزمایشی یک و طرحواره درمانی برای گروه آزمایش دو اجرا شد اما برای گروه گواه، هیچگونه مداخله‌ای اعمال نشد اما به‌منظور رعایت مسائل اخلاقی پژوهش، در انتها به‌منظور رعایت اخلاق پژوهشی، بعد از اتمام مرحله اجرای پژوهش مداخلات متمرکز بر هیجان و طرحواره درمانی 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 گروه‌های آزمایش، پس‌آزمون پرسشنامه پژوهش برای هر سه گروه اجرا شد؛ بعد از دو ماه از اجرای پس‌آزمون به‌منظور سنجش ماندگاری اثر طرحواره درمانی و متمرکز بر هیجان، پرسشنامه پژوهش با هدف آزمون پیگیری بین آزمودنی‌های پژوهش پخش شد و داده‌های موردنیاز جمع‌آوری شد.

پرسشنامه خودمهارگری: برای سنجش خودکنترلی از مقیاس خودمهارگری گراسمیک، تیتل، بورسیک و آرنکلف استفاده شد (۲۶). این مقیاس، در اصل یک پرسشنامه ۲۴ ماده‌ای است که برای سنجش وضعیت خودمهارگری فرد مورداستفاده قرار می‌گیرد. پاسخ‌دهنده بر روی یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای پاسخ می‌دهد که نمره‌گذاری آن از ۱ تا ۷ انجام می‌شود. اسپنسر (۲۰۰۵) ضریب همسانی درونی آن را با کاربرد روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۰ گزارش نموده است (۲۷). اله وردی پور، حیدرنیا، کاظم‌نژاد، شفیعی، میرزایی و همکاران (۱۳۸۴) در پژوهش بر روی دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران ضریب آلفای آن را ۰/۸۰ به‌دست آورده‌اند (۲۸). روایی ابزار در این پژوهش با استفاده ازنظر متخصصان تأیید شد و پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

تاب‌آوری ابهام: مقیاس تاب‌آوری یا تحمل ابهام توسط فریستون و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شده است. این آزمون ۲۷ سؤال دارد که مربوط به غیرقابل‌قبول بودن بلاتکلیفی و ابهام است و معمولاً منجر به ناکامی، استرس و ناتوانی برای انجام عمل می‌شود. این آزمون با یک مقیاس لیکرتی پنج‌درجه‌ای (هرگز، بندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) پاسخ داده می‌شود و هر یک از گزینه‌ها به ترتیب ۴،۳،۲،۱ و ۵ نمره می‌گیرند. در نسخه اولیه به زبان فرانسوی همسانی درونی (۰/۹۱) و ضریب پایایی بازآزمایی نسبتاً خوبی با فاصله ۴ هفته (r=۰/۷۸) به دست آمده است. ضریب اعتبار این آزمون معنادار و رضایت‌بخش گزارش شده است (۲۹). مقیاس ابهام در سال ۲۰۰۲ توسط باهر و دوگاس مجدداً اعتباریابی شد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از ۵ هفته) این مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۴ گزارش شده است. اسدی مجره، عابدینی، پور شریفی و نیکوکار (۱۳۹۱) پایایی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش کردند (۳۰). روایی ابزار در این پژوهش با استفاده از نظر متخصصان تأیید شد و پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد.

جلسات رویکرد متمرکز بر هیجان (۳۱)

جلسه اول. معارفه، شرح ساختار و اهداف جلسات، اجرای پیش‌آزمون، ایجاد انگیزه مشارکت میان اعضا، آشنایی و معرفی کلی از رویکردهای تجربه نگر برای تغییر، آشنایی با مبانی رویکرد متمرکز بر هیجان.

جلسه دوم. اجرای رویکرد مربیگری هیجانی یا کوچینگ شامل: انجام فنون آموزشی متمرکز بر هیجان، آشنایی با کوچینگ (ترک کردن موقعیت هیجانی، رسیدن به دسترسی به هیجانات).

جلسه سوم. کشف هیجانات کلیدی مشارکت‌کنندگان، ردیابی دردناکترین و ناگوارترین هیجان اعضا، برجسته‌سازی اهمیت فرایند محتوا (اهمیت تشخیص فرایندی).

جلسه چهارم. بررسی نشانگرهای مرتبط با مقوله هسته اصلی هیجانات، ظهور معانی جدید از هیجانات.

جلسه پنجم. کمک در آشکارسازی و برملا کردن هیجانات ثانویه، اعتبار دهی و شدت بخشی به تجارب هیجانی، کار بر روی هیجانات ثانویه و نامگذاری آن‌ها.

جلسه ششم. کمک در شناسایی و آشکارسازی هیجانات اولیه، اعتباربخشی و شدت بخشی به تجربه هیجانی زیر بنایی و بنیادی، به مالکیت درآوردن تجربه پایه‌ای.

جلسه هفتم. تشریح ساختار و فرایند الگوها و چرخه‌های ارتباطی و تعاملی، ابراز نیازها و خواسته‌های دلبستگی‌مدارانه با تمرکز بر هیجانات اولیه.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.7.4]
[DOI: 10.52547/rbs.19.1.1]

جلسه هشتم. اجرای پس‌آزمون، مرور کلی و اخذ بازخورد از اعضا نسبت به مباحث دوره و انجام فنون و تکنیک‌های رویکرد متمرکز بر هیجان، اختتام جلسات.

جلسات براساس طرحواره درمانی (۳۲)

جلسه اول. معارفه، اهداف جلسات، تعداد جلسات، ایجاد انگیزه و اهمیت طرح آموزشی و پژوهشی، اجرا و جمع‌آوری پرسشنامه‌های پژوهش.

جلسه دوم. توضیح مختصر در رابطه با اهداف و قوانین و مقررات گروه، تکمیل فرم تعهدنامه، آشنایی با طرحواره‌های ناسازگار، شکل‌گیری و تداوم آن، حیطه‌ها و نیازهای مرتبط، دسته‌بندی طرحواره‌های اعضا، آغاز اجرای تکنیکها و راهبردهای شناختی با هدف بهبود طرحواره‌ها، ارائه تکالیف خانگی، جمع‌بندی مباحث.

جلسه سوم. مرور جلسات قبلی، توضیح سبک‌های مقابله‌ای و تبادل‌نظر با اعضا، ارائه تکالیف مربوط به استفاده از سبک‌های مقابله‌ای در زندگی روزمره و ذکر موارد عینی آن، برقراری گفتگو بین جنبه امیدوارکننده و ناامیدکننده ذهن، ارائه تکالیف خانگی، جمع‌بندی مباحث.

جلسه چهارم. مرور مباحث قبلی، به‌کارگیری تکنیک‌های ذهن آگاهی و تن آرامی، گفتگوهای خیالی (در قالب تصویرسازی ذهنی)، ارائه تکالیف خانگی، جمع‌بندی.

جلسه پنجم. مرور مباحث قبلی، نوشتن نامه به باعث‌وبانی طرحواره، مرور و تکرار مجدد بر تکنیک‌های شناختی و تجربی، ارائه تکالیف خانگی، جمع‌بندی مباحث.

جلسه ششم. مرور مباحث قبلی، توصیف دقیق رفتارهای مقابله‌ای، اولویت‌بندی رفتارهای مقابله‌ای، ارائه تکالیف خانگی، جمع‌بندی مباحث.

جلسه هفتم. مرور مباحث قبلی، تغییر احتمالی رفتار، مرور و تکرار تکنیک‌های رفتاری، ارائه تکالیف خانگی، جمع‌بندی مباحث.

جلسه هشتم. مرور مباحث قبلی، توزیع و تکمیل مجدد پرسشنامه‌ها (از هر دو گروه گواه و آزمایش)، پرسش و پاسخ به سؤالات، بحث و نتیجه‌گیری از کل جلسات، اختتام جلسه.

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

یافته‌ها

در این پژوهش ۴۵ زن دچار دلزدگی زناشویی در سه گروه گواه، متمرکز بر هیجان و طرحواره درمانی شرکت داشتند که میانگین سن گروه گواه ۳۹/۰۵ (با انحراف معیار ۴/۷۹)، میانگین سن گروه آزمایش یک (متمرکز بر هیجان) برابر با ۳۷/۷۵ (با انحراف معیار ۴/۸۵) و میانگین سن گروه آزمایش دو (طرحواره درمانی) برابر با ۳۸/۱۶ (با انحراف معیار ۴/۲۵) بود که نتایج مقایسه میانگین‌های سنی به روش تحلیل واریانس نشان داد این اختلاف ازلحاظ آماری معنی‌دار نیست (p>۰/۰۰۵).

جدول ۱. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بر ابعاد هوش هیجانی تاب‌آوری ابهام و خود مهار گری زنان دچار دلزدگی زناشویی

سبک‌های دلبستگی	آزمون	مقدار	F	df1	df2	p	مربع ایتای جزئی
تاب‌آوری ابهام	لامبدای ویلکز	۰/۵۲۶	۷/۷۵۹	۴	۸۲	۰/۰۰۰	۰/۲۷۵
خودمهارگری	لامبدای ویلکز	۰/۵۵۵	۷/۰۱۸	۴	۸۲	۰/۰۰۰	۰/۲۵۵

همان‌طوری که در جدول ۱ مشخص است، با کنترل پیش‌آزمون سطوح معنی‌داری آزمون لامبدای ویلکز، بیانگر آن هستند که بین تاب‌آوری ابهام و خودمهارگری گروه‌های متمرکز بر هیجان، طرحواره درمانی و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p<۰/۰۱)؛ به عبارتی حداقل یکی از رویکردهای درمانی بر تاب‌آوری ابهام و خودمهارگری زنان دچار دلزدگی زناشویی تأثیر معنی‌داری دارد. برای بررسی جزئیات تفاوت و مقایسه سه گروه با هم از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد که در زیر به آن پرداخته می‌شود. مطابق با یافته‌های گزارش شده در جدول ۲ مشخص است که بین میانگین گروه های پژوهش از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p<۰/۰۱). به‌طوری‌که میانگین نمرات تاب‌آوری ابهام و خودمهارگری گروه متمرکز بر هیجان و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.7.4]
[DOI: 10.52547/rbs.19.1.1]

طرحواره‌درمانی از گروه گواه بیشتر است و در مقایسه اثر رویکرد متمرکز بر هیجان و طرحواره درمانی نیز نتایج نشان داد که رویکرد طرحواره درمانی اثر بیشتری نسبت به رویکرد متمرکز بر هیجان بر خودمهارگری زنان دچار دلزدگی زناشویی دارد است (p=۰/۰۰۱) اما تفاوت دو رویکرد بر تاب‌آوری ابهام معنی‌دار نبود. به‌منظور مقایسه نتایج در مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری) از مقایسه زوجی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۲. مقایسه نمرات سه گروه (متمرکز بر هیجان، طرحواره درمانی و گواه) بر متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	گروه الف	گروه ب	تفاوت میانگین	خطای انحراف معیار	p
تاب‌آوری ابهام	گواه	متمرکز بر هیجان	-۴/۷۳۳	۱/۱۰۲	۰/۰۰۲
		طرحواره درمانی	-۵/۲۸۹	۱/۱۰۲	۰/۰۰۱
	متمرکز بر هیجان	گواه	۴/۷۳۳	۱/۱۰۲	۰/۰۰۲
		طرحواره درمانی	-۱/۰۰۴	۱/۱۰۲	۰/۱۸۷
خودمهارگری	گواه	متمرکز بر هیجان	-۸/۲۴۴	۰/۹۸۹	۰/۰۰۱
		طرحواره درمانی	-۱۱/۸۶۷	۰/۹۸۹	۰/۰۰۱
	متمرکز بر هیجان	گواه	۸/۲۴۴	۰/۹۸۹	۰/۰۰۱
		طرحواره درمانی	-۳/۶۲۲	۰/۹۸۹	۰/۰۰۱

جدول ۳. مقایسه زوجی نمرات میانگین متغیرهای وابسته در سه مرحله زمانی

متغیرهای وابسته	زمان الف	زمان ب	تفاوت میانگین	انحراف معیار	p
تاب‌آوری ابهام	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۸/۰۰۰*	۱/۰۹۹	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۷/۷۵۶*	۱/۱۰۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۸/۰۰۰*	۱/۰۹۹	۰/۰۰۱
		پیگیری	۰/۲۴۴	۰/۱۶۷	۰/۴۴۹
خودمهارگری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۹/۷۳۳*	۱/۱۹۴	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۹/۵۷۸*	۱/۱۹۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۹/۷۳۳*	۱/۱۹۴	۰/۰۰۱
		پیگیری	۰/۱۵۶	۰/۲۰۹	۱/۰۰۰

مطابق با یافته‌های گزارش‌شده در جدول ۳ مشخص است که بین میانگین پیش آزمون و پس‌آزمون و همچنین میانگین پیش آزمون و پیگیری از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p<۰/۰۱). به‌طوری‌که میانگین پس‌آزمون و پیگیری از میانگین پیش آزمون به لحاظ آماری در تاب‌آوری ابهام و خودمهارگری بالاتر است. همچنین بین میانگین نمرات پس‌آزمون و نمرات میانگین آزمون پیگیری به لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد که نشان از پایداری نتایج متاثر از مداخله درمانی بر اثر گذشت زمان دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی رویکرد متمرکز بر هیجان و طرحواره درمانی بر تاب‌آوری ابهام و خودمهارگری زنان دچار دلزدگی زناشویی انجام شد. اولین نتیجه پژوهش نشان داد که رویکرد متمرکز بر هیجان بر افزایش تاب‌آوری ابهام و خودمهارگری زنان دچار دلزدگی زناشویی تأثیر معنی‌دار و پایداری دارد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های قبلی (۳۳–۳۸) همسو بود.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.7.4]
[DOI: 10.52547/rbs.19.1.1]

مفروضه رویکرد متمرکز بر هیجان این است کـه هیجانـات نه‌تنها عاملی اساسی در ایجاد تعارضات زناشـویی کـه عنصـری قدرتمند و غالباً ضروری جهت ایجاد تغییر در روابط ناسازگار نیـز به شمار می‌روند. امروزه نقـش برجسـته هیجانـات در تعارضـات زناشـویی بیشـتر و بیشـتر موردپـذیرش قـرار مـی‌گیـرد (۳۹) و مطالعه‌ی هیجانات رو به رشد اسـت. اهمیـت بنیـادین تنظـیم و به‌کارگیری هیجانات در رضایتمندی و نیـز تعارضـات همسـران موردتوجه قرار گرفته و ماهیـت متمرکـز بـر هیجـان دلبسـتگی انسان‌ها پژوهش‌های وسیعی را برانگیخته است.

در تبیین اثربخشی رویکرد متمرکز بر هیجـان بـر تـاب‌آوری ابهام و خودمهارگری زنان دچار دلزدگی زناشویی می‌توان گفـت که این رویکرد نوعی رویکرد سیستمی است کـه از ایـن طریـق سعی می‌کند الگوهای تعامل انعطاف‌ناپذیر و پاسخ‌های هیجـانی را تغییر دهد و باعث رشد روابـط ایمنـی‌بخـش شـود. همچنـین رویکرد متمرکز بر هیجان (۳۱) رویکـردی اسـت کوتـاه‌مـدت و کارآمـد کـه بـه‌اصـلاح الگوهـای تعـاملی محدودشـده زوجـین، بازسازی پاسخ‌های هیجـانی و تسـریع رشـد رشـته‌هـای ایمـن دلبستگی می‌پردازد. به گفته جانسون و لبو (۲۰۰۰)، یک رویکرد کارآمد زوج‌درمانی بـه بازسـازی روابـط، حـل تعارضـات، ایجـاد محاوره‌ای مؤثر و خلق صمیمیتی ماندگار اقدام می‌کند؛ هم‌اکنون یافته‌های معتبر علمی ثابت کرده‌اند که درمان متمرکز بر هیجان از این مزایا برخوردار است (۴۰).

درمان متمرکز بر هیجان به‌شدت تحت تأثیر نظریه دلبستگی و پژوهش‌های مبتنی بر فرایند درمان است و تأکیـد خاصـی بـر یکپارچه‌سازی هیجان با شناخت، انگیزش و رفتار دارد. درمـانگر به‌منظور اصلاح هیجان‌ها، آن‌ها را فعال می‌کنـد. در ایـن شـیوه درمان، شناسایی و بهبود طرحواره‌های هیجـانی اهمیـت زیـادی دارد. پژوهش‌ها نشان دادند که تاب‌آوری ابهـام و خودمهـارگری با هیجان فرد ارتباط دارد (۴۱). در درمـان متمرکـز بـر هیجـان «هیجان» تعیین‌کننده‌ترین عامل در شـکل‌دهـی بـه درام‌هـای آشفته‌ساز ارتباطی قلمداد می‌شود؛ اما آنچه مایه خرسندی اسـت آن‌که همین عامل از مزیت پادزهر شدن نیـز برخـوردار اسـت و پتانسیل بهبود این آشفتگی‌هـا را نیـز در خـود نهفتـه دارد. ایـن هیجان است که رفتارهای دلبسته گونه را سامان می‌دهد و ما را برای پاسخ‌دهی به دیگران برانگیخته و جهت‌دهی مـی‌کنـد؛ بـا کاربری هیجانات است که افـراد نیازهایشـان را ابـراز و متجلـی می‌کنند و اشتیاقی که به برآورده شدن آن نیازهـا دارنـد را افشـا می‌نمایند. در درمان متمرکز بر هیجان، هیجانات نه کم‌اهمیت‌تر ازآنچه واقعاً هستند دیده می‌شوند و نه به‌راحتی القاب گونـاگونی را جذب می‌کنند؛ در حقیقت درمان متمرکز بر هیجان، هیجانات و نقش آن‌ها را بازشناسی و سـپس توسـعه داده اسـت. هیجـان درمان گـران، ایـن فراینـد بازشناسـی و بسـط را تحـت عنـوان «پدیدار ساختن واقعیت هیجانی مـراجعین» توصـیف کـرده‌انـد. همچنین جهت تبیین این نتیجه از پژوهش می‌توان گفت که در جلسات رویکرد متمرکز بر هیجان با تأکید بر کاهش آشفتگی از طریق مداخله در سطح هیجانی به زنان کمک شد که تعـاملات نزدیک و ارتباط با همسرشان برقرار کننـد، درنتیجـه منجـر بـه علاقه بیشتر و روابط صمیمانه‌تر بین آن‌ها و همسرانشـان شـد. همچنین در جلسات به آن‌ها آموزش داده شـد چگونـه بـه ابـراز هیجانات و در میان گذاشتن احساسات مثبـت و منفـی، افکـار و باورهایشان بپردازند کـه منجـر بـه افـزایش تـاب‌آوری ابهـام و خودمهارگری زنان دچار دلزدگی زناشویی شود.

نتیجه بعدی پژوهش نشان داد که رویکرد طرحواره درمانی بر افزایش تـاب‌آوری ابهـام و خودمهـارگری زنـان دچـار دلزدگـی زناشویی تأثیر معنی‌دار و پایداری دارد. این نتیجه بـا یافتـه‌هـای پژوهش‌های قبلی (۴۲-۴۵) همسو بود.

نتایج یافته‌های هم‌راستا نشان می‌دهد که طرحـواره درمـانی باعث ایجاد تغییراتی در زمینه‌های شناختی و تجربی، عـاطفی و هیجانی و رفتاری می‌گردد. این رویکرد بـا بـه چـالش کشـیدن طرحواره‌های ناسازگار و پاسخ‌های ناکارآمد در جـایگزینی آن بـا افکار و پاسخ‌های مناسب و سالم‌تر مـؤثر بـوده اسـت. طرحـواره درمانی با بهبود برخی مؤلفه‌های اساسی و مخرب چون عواطـف و افکار منفی به نظر می‌رسـد بتوانـد بـه‌طـورکلی باعـث بهبـود سلامت روانشناختی و درنتیجـه سـلامت روانـی در افـراد شـود. فنون طرحواره درمانی کمک می‌کننـد تـا افـراد دارای دلزدگـی زناشویی با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش دهی زمینـه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد. این طرحواره‌ها در عمیق‌ترین سطح شناخت، معمولاً بیرون از سطح آگاهی عمل می‌کنند (۴۶). درمـان گروهـی طرحـواره محـور موجـب کـاهش فعالیـت طرحواره‌های ناسازگار می‌شود و نیز علائـم اخـتلالات را بهبـود می‌بخشد. در پژوهش کاملی و همکـاران (۱۳۹۰) گـروه‌درمـانی متمرکز بر طرحواره تأثیر مهمی در کاهش نمـره طرحـواره‌هـای دختران داشت و بنابراین موجب کاهش علائم مرضی و تغییر در رفتـار آنـان شـد (۴۷). کـاهش فعالیـت طرحـواره‌هـا در اغلـب طرحواره‌ها مشاهده شد. بومبر و مک مـاهن (۲۰۱۲) در بررسـی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.7.4]
[DOI: 10.52547/rbs.19.1.1]

نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه به این نتیجه رسیدند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه موجب افزایش مشکلات میان فردی، نارضایتی و عدم کارایی مناسب فرد می‌شود (۴۸).

در تبیین بیشتر این یافته‌ها می‌توان گفت رویکرد طرحواره درمانی با استفاده از تکنیک‌های خود در افراد علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی، باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون‌شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران در سال‌های کودکی می‌شود که می‌تواند سبب کسب آرامش و کاهش اضطراب، نشخوار منفی اندک، درنتیجه تجربیات انگیختگی جسمانی کمتر می‌گردد که می‌تواند تعیین‌کننده مفیدی برای سلامت باشد و درنتیجه بر خودکارآمدی والدگری مؤثر باشد. درواقع توانایی طرحواره درمانی برای الگوشکنی رفتاری است و این راهبرد به مراجع کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به‌جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح‌ریزی و اجرا کنند که می‌تواند سبب بهبود انگیزه‌های اجتماعی و ارتباطی بهتر گردد که سبب افزایش تاب‌آوری ابهام و خودمهارگری در بین زنان دارای دلزدگی زناشویی نیز می‌گردد.

نتیجه مقایسه دو رویکرد متمرکز بر هیجان و طرحواره درمانی نشان داد که طرحواره درمانی بر خودمهارگری مؤثرتر از رویکرد متمرکز بر هیجان بود اما تفاوت بین دو رویکرد بر تاب‌آوری ابهام معنی‌دار نبود. در تبیین تأثیر بیشتر طرحواره درمانی بر خودمهارگری می‌توان به ریشه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه در فرد و تأثیر آن در بزرگسالی اشاره کرد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، موضوعات ثابت و درازمدتی هستند که در دوران کودکی به وجود می‌آیند، به زندگی بزرگسالی راه پیدا کرده و تا حد زیادی ناکارآمد هستند. طرحواره‌ها بر شیوه فکر، احساس و رفتار افراد تأثیر می‌گذارند و پس از ازدواج عامل صمیمیت زناشویی تا حدودی براساس طرحواره‌ها تعیین می‌شود. طرحواره‌های ناسازگار اولیه منجر به کاهش خودمهارگری، صمیمیت زناشویی و به خطر افتادن رابطه زناشویی در درازمدت می‌شوند که باعث بوجود آمدن دلزدگی زناشویی نیز می‌شود. در طرحواره درمانی افراد با مرور خاطرات خوب گذشته با همسرشان، بررسی ویژگی‌های مثبت و منفی والدین خود و همسرشان و بازسازی یک تصویر ذهنی واقعی از همسر خود، می‌توانند صمیمیت موردنیاز و مطلوب را تجربه کنند. از طرفی هر چه آن‌ها بتوانند خود را از تجربیات گذشته متمایز کنند صمیمیت، رضایت و سازگاری بیشتری در روابطشان تجربه می‌کنند (۴۹). زنان دچار دلزدگی دارای طرحواره محرومیت هیجانی هستند، افراد با طرحواره محرومیت هیجانی انتظار ندارند تمایل آن‌ها برای برقراری رابطه هیجانی با دیگران به‌طور کافی ارضا شود لذا با توجه به اینکه این طرحواره منجر به کاهش صمیمیت در زنان با دلزدگی زناشویی می‌شود و یکی از نیازهای عاطفی زوج‌ها، روابط توأم با صمیمیت است که منبع مهمی برای شادی، احساس معنا و رضایت زناشویی در زندگی می‌باشد، لذا در جلسات آموزش طرحواره درمانی با استفاده از فنون شناختی، تجربی و رفتاری آن‌ها یاد گرفتند مسائل و مشکلاتشان را مطرح کنند و از گیر افتادن در تعاملات منفی، خود را نجات دهند و تعارضات به وجود آمده در رابطه زناشویی‌شان را حل کنند و درنتیجه صمیمت زناشویی بیشتری را تجربه کنند که این عامل توانست بر خودمهارگری زنان نیز تأثیر مثبت بگذارد.

درنهایت به‌منظور نتیجه‌گیری نهایی پژوهش می‌توان گفت که هر دو رویکرد متمرکز بر هیجان و طرحواره درمانی موجب بهبود تاب‌آوری ابهام و خود مهار گری زنان دچار دلزدگی زناشویی می‌شود که در تاب‌آوری ابهام تفاوت بین دو رویکرد معنادار نبود اما بر خودمهارگری زنان دچار دلزدگی زناشویی طرحواره درمانی مؤثرتر از رویکرد متمایز بر هیجان بود. استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس مهم‌ترین محدودیت این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود به‌منظور تعمیم دهی بهتر نتایج در پژوهش‌های آتی از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود دو رویکرد طرحواره درمانی و متمرکز بر هیجان بر متغیرهای دیگری مثل شادکامی زناشویی و تقاضای طلاق زوجین نیز انجام شود.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از مدیران کلینیک‌های منطقه سه شهر تهران و همه کسانی که جهت اجرای این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای را با پژوهشگران داشتند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.7.4]
[DOI: 10.52547/rbs.19.1.1]

Reference

1. Davarniya R, Zahrakar K, A. N. The effect of brief solution-focused couple therapy (BSFCT) approach on reducing couple burnout dimensions in women. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2015;13(1):36-46. [In Persian]
2. Ouellet C, Langlois F, Provencher M, Gosselin P. Intolerance of uncertainty and difficulties in emotion regulation: Proposal for an integrative model of generalized anxiety disorder. European Review of Applied Psychology. 2019;69(1):9-18.
3. Buhr K, Dugas MJ. The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. Behaviour research and therapy. 2002;40(8):931-45.
4. Abolghasemi A. Psychology of Perfectionism. third, editor. Tehran: Golpooneh 2010. 270 p. [In Persian]
5. Huber CH, Navarro RL, Womble MW, Mumme FL. Family resilience and midlife marital satisfaction. The Family Journal. 2010;18(2):136-45.
6. Melvin KC, Gross D, Hayat MJ, Jennings BM, Campbell JC. Couple functioning and post-traumatic stress symptoms in US army couples: The role of resilience. Research in Nursing & Health. 2012;35(2):164-77.
7. de Jong-Meyer R, Beck B, Riede K. Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. Personality and Individual Differences. 2009;46(4):547-51.
8. Chen S, Bagrodia R, Pfeffer CC, Meli L, Bonanno GA. Anxiety and resilience in the face of natural disasters associated with climate change: a review and methodological critique. Journal of Anxiety Disorders. 2020:102297.
9. Fisher R. Passion, resilience, obsession & sustained entrepreneurial action: The path to entrepreneurial success. Faculty of Business and Enterprise Melbourne, VIC: Swinburne University of Technology. 2011.
10. DeForge BR, Sobal J. Intolerance of ambiguity in students entering medical school. Social Science & Medicine. 1989;28(8):869-74.
11. Li X, Ye L, Tian L, Huo Y, Zhou M. Infertility-Related stress and life satisfaction among chinese infertile women: a moderated mediation model of marital satisfaction and resilience. Sex Roles. 2020;82(1):44-52.
12. Chiou W-B, Wu W-H, Cheng Y-Y. Beauty against tobacco control: viewing photos of attractive women may induce a mating mindset, leading to reduced self-control over smoking among male smokers. Evolution and Human Behavior. 2015;36(3):218-23.
13. Hwang J. A processing model of emotion regulation: Insights from the attachment system. 2006.
14. Yoosefi N, Karimipoor B. Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Couple Therapy Based on Self-Regulation on Coping Strategies and Couples Self-Control. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2018;8(1):52-72. [In Persian]
15. Oveyssi H, Ahmadi R, Makhlouq M. Investigating the relationship between the three dimensions of self-efficacy, self-esteem and self-control personality with marital satisfaction in married men working in Valiasr Hospital in Qom. the first scientific conference on psychology, educational sciences and pathology of society, electronically, Green Gold Company, Monitoring Association; Tehran: Qom University Publisher; 2015.
16. Dalgleish TL. Examining Predictors of Change in Emotionally Focused Couples Therapy: Université d'Ottawa/University of Ottawa; 2013.
17. Ivanova I. The" How" of Change in Emotion-focused Group Therapy for Eating Disorders: University of Toronto Toronto, ON; 2013.
18. 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.
19. Geng Y, Zhao W, Zhou F, Ma X, Yao S, Hurlemann R, et al. Oxytocin enhancement of emotional empathy: generalization across cultures and effects on amygdala activity. Frontiers in neuroscience. 2018;12:512.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.7.4]
[DOI: 10.52547/rbs.19.1.1]

20. Pos AE, Greenberg LS, Warwar SH. Testing a model of change in the experiential treatment of depression. Journal of consulting and clinical psychology. 2009;77(6):1055.
21. Young JE, Mattila DE. Schema-focused therapy for depression. Depression: A Practitioner's Guide to Comparative Treatments, New York: Springer. 2007;2007:291-313.
22. Zhang D, He H. Personality traits and life satisfaction: A Chinese case study. Social Behavior and Personality: an international journal. 2010;38(8):1119-23.
23. Young J, Klosko J, Weishaar M. Schema therapy: A practitioner" s guide. A Division of Guilford Publications. Inc; 2003.
24. Heilemann MV, Pieters HC, Kehoe P, Yang Q. Schema therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 2011;42(4):473-80.
25. Jacob GA, Arntz A. Schema therapy for personality disorders-A review. International Journal of Cognitive Therapy. 2013;6(2):171-85.
26. Grasmick HG, Tittle CR, Bursik Jr RJ, Arneklev BJ. Testing the core empirical implications of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime. Journal of research in crime and delinquency. 1993;30(1):5-29.
27. De Li S. Race, self-control, and drug problems among jail inmates. Journal of Drug Issues. 2005;35(4):645-63.
28. Allahverdipour H, Heydarnia A, Kazemnejad A, Shafiee F, Azadfallah P, Mirzaei E, et al. Investigating the status of drug abuse in students and integrating the self-control factor in the EPPM model. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services. 2005;13(1):21-31. [In Persian]
29. Dugas MJ, Freeston MH, Ladouceur R. Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. Cognitive therapy and research. 1997;21(6):593-606.
30. Asadi Majreh S, Abedini M, Poursharifi H, Nikokar M. Relationship between intolerance of uncertainty and rumination with worry in students. Clin psychol. 2012;4(16):83-91. [In Persian]
31. Johnson SM, Greenberg LS. Emotionally focused couples therapy: An outcome study. Journal of Marital and Family Therapy. 1985;11(3):313-7.
32. Young JE, Behary W. Schema-focused therapy for personality disorders. Cognitive behaviour therapy. 1998:201-22.
33. Alavi SZ, Amanelahi A, Attari Y, Koraei A. The effectiveness of emotionally focused couple therapy on emotional and sexual intimacy of incompatible couples. 2019. [In Persian]
34. Sayadi M, Madani Y. Effectiveness of emotionally focused couple therapy on marital commitment and couple burnout in infertile couples. J Educ Community Health. 2017;4(3):26-37. [In Persian]
35. Beasley CC, Ager R. Emotionally focused couples therapy: a systematic review of its effectiveness over the past 19 years. Journal of Evidence-Based Social Work. 2019;16(2):144-59.
36. Kennedy SC, Gordon K. Effects of integrated play therapy on relationship satisfaction and intimacy within couples counseling: A clinical case study. The Family Journal. 2017;25(4):313-21.
37. Dillon A, Timulak L, Greenberg LS. Transforming core emotional pain in a course of emotion-focused therapy for depression: A case study. Psychotherapy Research. 2018;28(3):406-22.
38. Johnson SM, Simakhodskaya Z, Moran M. Addressing issues of sexuality in couples therapy: emotionally focused therapy meets sex therapy. Current Sexual Health Reports. 2018;10(2):65-71.
39. Gottman JM. What predicts divorce?: The relationship between marital processes and marital outcomes: Psychology Press; 2014.
40. Lebow JL. Handbook of clinical family therapy: John Wiley & Sons; 2005.
41. Yurtsever G. Negotiators' profit predicted by cognitive reappraisal, suppression of emotions, misrepresentation of information, and tolerance of ambiguity. Perceptual and Motor Skills. 2008;106(2):590-608.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.7.4]
[DOI: 10.52547/rbs.19.1.1]

42. Shahsavani S, Mashhadi A, Bigdeli I. The Effect of Group Emotional Schema Therapy on Cognitive Emotion Strategies in Women with Migraine Headaches: a Pilot Study. International Journal of Cognitive Therapy. 2020;13(4):328-40. [In Persian]
43. Alizadeh Asli A, Jafar Nezhad Langroudi Z. The Effectiveness of Schema Therapy Based on Acceptance and Mindfulness in Intimacy, Adaptation and Resiliency in Persons with Marital Conflicts in Couples of City Karaj. Alborz University Medical Journal. 2018;7(3):248-56. [In Persian]
44. Flink N. Early maladaptive schemas, chronic depression and suicidal ideation: the role of maladaptive cognitive structures among patients with depression: Itä-Suomen yliopisto; 2019.
45. Paim KC, Falcke D. The experiences in the family of origin and the early maladaptive schemas as predictors of marital violence in men and women. Análise Psicológica. 2018;36(3):279-93.
46. Titov N, Dear BF, Ali S, Zou JB, Lorian CN, Johnston L, et al. Clinical and cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of depression: a randomized controlled trial. Behavior therapy. 2015;46(2):193-205.
47. Kameli Z, Ghanbari Hashemabadi BA, Agha Mohammadian Sherbaf HR. Evaluation of the effectiveness of schema-focused cognitive group therapy on modulating early maladaptive schemas in homeless and poorly supervised adolescent girls. Clinical Psychology Research and Counseling. 2011;1(1):98-83. [In Persian]
48. Bamber M, McMahon R. Danger-Early maladaptive schemas at work!: The role of early maladaptive schemas in career choice and the development of occupational stress in health workers. Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice. 2008;15(2):96-112.
49. Bloch L, Haase CM, Levenson RW. Emotion regulation predicts marital satisfaction: More than a wives' tale. Emotion. 2014;14(1):130.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.1.7.4]
[DOI: 10.52547/rbs.19.1.1]