

Comparison of the Effectiveness of the Schema Mode Tand Emotional-focused Therapy on Emotional Adjustment in New Married Couples with Conflict

Ramin Letafati Beris¹, Hossein Ghamari kivi², Ahmad Reza Kiani³, Ali Sheykhholeslami⁴

1. Ph.D. of Counseling, Department of Psychology and Educational Sciences, University of Mohghegh Ardabili, Ardabili, Iran. raminlb21@gmail.com
2. (Corresponding Author) Ph. D. in Counseling, Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohghegh Ardabili, Ardabili, Iran. H_ghamari@uma.ac.ir
3. Ph. D. in Counseling, Associate Professor, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohghegh Ardabili, Ardabili, Iran. ahmadreza_kiani@yahoo.com
4. Ph.D. in Educational Psychology, Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohghegh Ardabili, Ardabil, Iran. a_sheikholslami@yahoo.com

ABSTRACT

The article is taken from doctoral thesis

Received: 05/05/2021 - Accepted: 28/08/2023

Aim: This study aimed to compare the effect of Schema Mode Therapy (SMT) and Emotional-Focused Therapy (HMT model) on emotional adjustment of new married couples with conflict. **Methods:** This study was a quasi-experimental study with a multi-group pre-test/post-test design with a control and follow-up group. The statistical population of this study included couples with marital conflict who had been married for less than 6 years and had been referred to counseling centers in city of Astara in 2019. Thirty couples were selected through convenience sampling method and assigned randomly into control and experimental groups. The Rubio et al (2007) Emotional Adjustment Measure (EAM) was used as research instruments in this study. Follow-up was performed after 3 months from the end of the interventions, and multivariate analysis of covariance statistical tests with repeated measures and SPSS-24 software were used to analyze the hypotheses. **Results:** Schema mode therapy and emotional-focused therapy (HMT), separately, reduced components of lack of discipline ($P<0.05$) and lack of hope ($P<0.01$). **Conclusions:** Both methods increases emotional adjustment in general state, and there is no significant difference between the effectiveness of two intervention methods.

keywords: Schema Mode therapy, Emotional-focused therapy, Emotional adjustment.



فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره
انجمن مشاوره ایران
جلد ۲۳، شماره ۸۹، بهار ۱۴۰۳
مقاله پژوهشی

e-issn:4018-2717

p-issn:400-2717X

DOI: 10.18502/qjcr.v23i89.15790

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای و درمان هیجان‌مدار بر سازگاری هیجانی زوج‌های تازه ازدواج کرده دارای تعارض

رامین لطافتی بریس^۱، حسین قمری کیوی^۲، احمدرضا کیانی^۳، علی شیخ‌الاسلامی^۴

۱. دکتری رشته مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
raminlb21@gmail.com

۲. (نویسنده مسئول)، دکتری مشاوره، استاد گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
ghamari@uma.ac.ir_H

۳. دکتری مشاوره، دانشیار گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
ahmadreza_kiani@yahoo.com

۴. دکتری روان‌شناسی، استاد گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
a_sheikhslamy@yahoo.com

(صفحات ۹۲-۱۱۷)

چکیده

مقاله برگرفته از رساله دکتری است.

هدف: هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای و درمان هیجان‌مدار بر سازگاری هیجانی زوج‌های تازه ازدواج کرده متعارض بود.

روش: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون چندگروهی با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل همه زوج‌های دارای تعارض زناشویی با کمتر از شش سال ازدواج بود که در شش ماهه اول سال ۱۳۹۸ به مراکز مشاوره خصوصی و دولتی در شهرستان آستارا مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس و با جایگزینی تصادفی انجام گرفت و از میان متقاضیان مشاوره زوجی، ۳۰ زوج به روش نمونه‌گیری در دسترس و گمارش تصادفی در سه گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار به‌کاررفته در این پژوهش، مقیاس سازگاری هیجانی رابیو و همکاران (۲۰۰۷) بود. در این پژوهش، مداخلات گروهی ذهنیت‌های طرحواره‌ای طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و درمان هیجان‌مدار (مدل محکم در آغوشم بگیر) ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای و در چارچوب پروتکل مدون، پس از اعلام علاقه‌مندی اعضا و کسب رضایت از آنها جهت شرکت در جلسات، مطابق برنامه تنظیمی، اجرا گردید و پس از گذشت ۳ ماه از پایان مداخلات و انجام پیگیری، فرضیه‌ها با استفاده از کوواریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای و درمان هیجان‌مدار به طور جداگانه، در مقایسه با گروه کنترل، مؤلفه‌های فقدان نظم بخشی ($P < 0/05$) و فقدان امیدواری ($P < 0/01$) را کاهش داده و در حالت کلی نیز سازگاری هیجانی را در همسران تازه ازدواج کرده به صورت پایدار افزایش می‌دهند و بین اثربخشی این دو شیوه مداخلاتی بر مؤلفه‌های سازگاری هیجانی تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: می‌توان درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای و درمان هیجان‌مدار (محکم در آغوشم بگیر) را برای بهبود سازگاری هیجانی زوج‌های دارای تعارض زناشویی به کار بست.

واژه‌های کلیدی: ذهنیت‌های طرحواره‌ای، درمان هیجان‌مدار، سازگاری هیجانی.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۰۶

مقدمه

تعارض زناشویی به دلیل علایق، دیدگاه‌ها و نظرات متفاوت زوج‌ها و ماهیت روابط همسری، یک پدیده طبیعی و ذاتی در روابط زن و شوهری است. تعارض به صورت اختلافات آشکار بین زوج‌ها تعریف می‌شود که باعث عدم توافق و مشکلات ارتباطی می‌گردد (امبیوایر^۱، ۲۰۱۷) و همچنین، بروز اختلافات زناشویی مؤلفه‌های روان‌شناختی و هیجانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در صورت تشدید تعارضات، اثرات بسیار وخیمی بر سلامت روان اعضای خانواده می‌گذارد (تیله‌نوبی، رحمانی و قربان‌شیرودی، ۱۴۰۱). از طرفی دیگر، در سال‌های اول ازدواج، به خصوص پنج سال اول زندگی که از دوره‌های مهم چرخه زندگی خانواده محسوب می‌گردد، سطح تعارضات زوج‌ها افزایش می‌یابد و باعث کاهش رضایت زناشویی می‌گردد (پیوسته، دهسیری و موسوی، ۱۳۹۵). سازگاری هیجانی^۲، به عنوان یکی از انواع سازگاری‌های بین فردی، به سازوکارهایی اطلاق می‌شود که به وسیله آن فرد به ثبات عاطفی می‌رسد (سینها و سینگ^۳، ۱۹۹۳). سازگاری هیجانی به توانایی فرد در حفظ تعادل هیجانی و ثبات در برابر عوامل استرس‌زای داخلی و خارجی اشاره دارد. سازگاری زناشویی با رضایت از زندگی رابطه مثبت دارد (ایسیک، اوزبیلر، اسپچور^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). بررسی‌ها نشان می‌دهد توانمند کردن افراد از نظر هیجانی، مواجهه آنها با چالش‌های زندگی را تسهیل کرده و سلامت روان آنها را افزایش می‌دهد (کینگ و ایمونز^۵، ۱۹۹۰). افرادی که در برابر حوادث روزمره، توانایی مدیریت هیجانات خود را ندارند، نشانه‌های اختلالات روانی بیشتری را نشان می‌دهند، بنابراین، تنظیم هیجان، عامل تعیین‌کننده‌ای در بهزیستی روانی محسوب می‌شود (راو، گروور و چاکرابرتی^۶، ۲۰۲۰).

1. Mbwirire

2. emotional adjastment

3. Sinha & Singh

4. Isik, Ozbiler & Schever

5. King & Emmons

6. Rao, Grover & Chakrabarti

دو مورد از روش‌های مداخله‌ای مفید و مؤثر در زمینه زوج‌درمانی، طرحواره‌درمانی^۱ مدل درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای^۲ و درمان هیجان‌مدار^۳ (EFT) مدل «محکم در آغوشم بگیر»^۴ (HMT) می‌باشد که به ترتیب، توسط یانگ، کلسکو و ویشار^۵ (۲۰۰۶) و جانسون^۶ (۲۰۰۴) به وجود آمده‌اند. طرحواره‌درمانی یکی از روش‌های مؤثر در بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی و زوج‌درمانی است که عمدتاً بر اساس گسترش مفاهیم درمان شناختی-رفتاری^۷ کلاسیک بنا شده است (کوئینلان، دینه و کرو^۸، ۲۰۱۸) و فنون متمرکز بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای^۹، مؤلفه مهم طرحواره‌درمانی محسوب می‌شود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). درمان گروهی مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای، به صورت مستقل، توسط فارل، شاو و وبر^{۱۰} (۲۰۱۴) و در قالب زوج‌درمانی، به وسیله سیمونه - دیفرنسسکو، رودیگر و استیونس^{۱۱} (۲۰۱۵) به طور وسیعی به کار برده شده‌اند. زمانی که طرحواره‌های ناسازگار فعال می‌شوند، حالات شدیدی به وجود می‌آیند که ذهنیت‌های طرحواره‌ای نامیده می‌شوند. ذهنیت، شامل ابعاد هیجانی، شناختی و رفتاری شخصیت است. اغلب ذهنیت‌های ناکارآمد زمانی به وجود می‌آیند که چندین طرحواره ناسازگار اولیه فعال شده باشند (سیمونه، رودیگر و استونس، ۲۰۱۵؛ ترجمه حاجی‌علیزاده و سلیمی، ۱۳۹۷).

درمان هیجان‌مدار از روان‌درمانی‌های انسان‌گرا^{۱۲} گرفته شده است، اما منشأ این رویکرد، مانند طرحواره‌درمانی، بیشتر بر مفهوم تئوری دلبستگی بالبی^{۱۳} استوار است

1. schema therapy
2. schema mode therapy
3. emotionally focused therapy
4. hold me tight
5. Young, Klosko & Weishaar
6. Johnson
7. cognitive behavioral therapy
8. Quinlan, Deane & Crowe
9. schema modes
10. Farrell, Shaw & Webber
11. Simeone-DiFrancesco, Roediger & Stevens
12. humanistic
13. Bowlby attachment theory

(جانسون، ۲۰۱۷). وقتی یک زوج استرس معنی‌داری را تجربه می‌کنند، رفتارهای مبتنی بر دلبستگی‌شان، به طور غیرارادی، مانند کودکان فعال می‌شوند که قبلاً یاد گرفته‌اند (کاسیدی و شاور^۱، ۲۰۱۶). یکی از این برنامه‌های آموزشی برگرفته از رویکرد هیجان‌مدار، برنامه «محکم در آغوشم بگیر» (HMT) است که در فرایند درمان هیجان‌مدار به دست آمده است (جانسون، ۲۰۰۸؛ ونگ، گرینمن و بیودوین^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). این روش، از طریق مهارت‌سازی، انجام تمرینات و ارائه تکالیف منزل، بر نقش هیجان و دلبستگی تأکید می‌کند (جانسون، ۲۰۱۵). HMT به عنوان یک مداخله گروهی ساختاریافته کوتاه مدت، علاوه بر شیوه درمانگری، برنامه‌ای روان-آموزشی^۳ برای کمک به گروه‌ها یا زوج‌ها برای پیشگیری یا غنی‌سازی رابطه است تا در وضعیت ایمن، در پیوند با یکدیگر باشند و در مورد عشق، نیازهای دلبستگی، چرخه‌های منفی تعامل، چگونگی تغییر آنها و احساسات مربوطه مهارت‌هایی را یاد بگیرند. این برنامه، با هشت جلسه دوساعته، به طور قابل توجهی، کوتاه‌تر از EFT سنتی بوده و نسبت به آن مقرون به صرفه‌تر است (جانسون، ۲۰۰۸). هدف این مدل، ارتباط دادن هیجان و دلبستگی به عنوان جنبه‌های مرکزی کارکردهای ارتباطی می‌باشد (کندی، جانسون، ویب^۴ و همکاران، ۲۰۱۷).

استفاده از درمان گروهی مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای، به ویژه در کشورمان به اندازه درمان انفرادی رایج نیست و پژوهش‌های خیلی اندکی در این زمینه انجام یافته است. گروه درمانی مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای، در بعضی مواقع، تأثیراتی افزون‌تر و حتی سریع‌تر از درمان انفرادی دارد (فارل، شاو و وبر، ۲۰۱۲؛ ترجمه پورسمر، ۱۳۹۶). اسکوس، سامسون، سیمپتون^۵ و همکاران (۲۰۱۵) گزارش کردند که آثار مثبت طرحواره درمانی بر روی آشفتگی‌های روانی پس از گذشت زمان تداوم پیدا می‌کند.

1. Cassidy & Shaver
 2. Wong, Greenman & Beaudoin
 3. psycho-educational
 4. Kennedy, Johnson & Wiebe
 5. Skewes, Samson & Simpson

گیلبرت و لیاهی^۱ (۲۰۱۲) و آوانتس، بیتل و مارگولین^۲ (۲۰۰۹) نشان دادند که طرحواره درمانی به فرد کمک می‌کند که نسبت به هیجان‌ات خود، آگاهی یافته و آنها را بپذیرد. مطالعه محمدی، سپهری شاملو و اصغری (۱۳۹۸) نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی گروهی باعث کاهش معنادار پریشانی روان‌شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه می‌گردد.

در مطالعه کنرادی، دینگنانس، نورد هاف^۳ و همکاران (۲۰۱۷) زوج‌های خودارجاعی، در طول درمان HMT رضایت زن و شوهری، احساس امنیت و بخشش قابل توجهی را به دست آوردند. پژوهش لینچ^۴ (۲۰۱۵) نشان داد که برنامه‌های مداخلاتی ۶ جلسه‌ای زوج‌ها به روش HMT، کیفیت روان‌شناختی رابطه‌ی زوج‌هایی که یکی از همسران آنها به سرطان مبتلا شده را بهبود می‌بخشند و برای کنار آمدن با سرطان مؤثر هستند. استاوریانوپولس^۵ (۲۰۱۵) برنامه‌های HMT را در ۱۴ زوج انجام داد که برای ۸۷ درصد زوج‌ها، رضایت زناشویی معناداری به دست آمد و همچنین، ۶۷ درصد زنان و ۷۵ درصد مردان بهبود افسردگی را گزارش کردند. کندی و همکاران (۲۰۱۷) با اجرای برنامه HMT روی ۹۵ زوج در ۱۶ گروه در کانادا و آمریکا به این نتیجه رسیدند که اجرای برنامه به طور پایدارتری نتایج معناداری را در رضایت از رابطه زناشویی، ایجاد اعتماد، دلبستگی، صمیمیت، کاهش علائم افسردگی و نشانه‌های اضطراب به وجود می‌آورد. همچنین خان، ریجز و براون^۶ (۲۰۱۸) با ۱۰۳ نمونه خودارجاعی و کلینیکی در کارگاه آموزشی «محکم در آغوشم بگیر» به این نتیجه رسیدند که در اثر برنامه‌های روان-آموزشی، نزدیکی، ایمنی عاطفی، ارتباط، تعهد کلی و رضایت زناشویی به طور معنادارتری افزایش می‌یابد.

1. Gilbert & Leahy

2. Avants, Beitel & Margoline

3. Conradi, Dingenance & Noordhof

4. Lynch

5. Stavrianopoulos

6. Khan, Riggs & Brown

بنابراین، نارضامندی زناشویی و به دنبال آن شیوع طلاق در کشور (سازمان ثبت احوال کشور، ۱۳۹۷) و عواقب زیان‌بار آن بر تمام حیطه‌های زندگی (جول، اسمیتل، امسیکوبین و همکاران^۱، ۲۰۱۷)، ضرورت وجود رویکردهای قوی برای مداخله را چندین برابر می‌سازد. از طرفی دیگر، وجود مطالعات بسیار اندک در زمینه اثربخشی و مقایسه رویکردهای مطرح‌شده در مطالعه حاضر، لزوم مقایسه این دو رویکرد را ایجاب می‌کند. هرکدام از این رویکردها مزایایی دارند. ذهنیت‌های طرحواره‌ای مؤلفه پیشرفته رویکرد طرحواره درمانی محسوب می‌شود. به طوری که در موقعیت‌هایی که روند درمان با مشکل مواجه می‌شود، خیلی مؤثر واقع می‌گردد. این مدل، علل زیربنایی تعارضات را با مفهوم سازی ذهنیت‌ها، ملموس و قابل درک می‌سازد و با بیرونی‌سازی مشکلات، باعث کاهش مقاومت در برابر تغییر می‌گردد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین، مدل هیجان‌مدار HMT رابطه‌گرا بوده و مکانیسم اثرگذاری آن، تجربه هیجانی است. آگاهی از الگوهای تعاملی خود و همسر و همانندسازی با نقش‌های ارائه‌شده در فیلم‌های نمایش داده‌شده، بررسی هیجان‌ات اولیه و تنظیم هیجان، بحث و گفتگو در زمینه چرخه‌ها و گفتگوهای اهریمنی^۲، مورد استقبال زوج‌ها قرار گرفته و بر حل و فصل تعارض‌های زوج‌ها تأثیر شگرف دارد (جانسون، ۲۰۰۴)؛ بنابراین، استفاده از نتایج این پژوهش در زمینه درمان مشکلات روان‌شناختی زوج‌ها از نگاه دو رویکرد متفاوت، مفید خواهد بود و مشخص می‌نماید که تفاوت تأثیرگذاری دیدگاه‌های «گذشته‌گرایی و حال‌گرایی و درعین حال هر دو متمرکز بر هیجان، با شیوه‌های آموزشی و درمانی متفاوت»، بعد از آموزش و پیگیری تا چه میزان است؟ کدام مدل می‌تواند رضایت و شادمانی بیشتری را برای زوج‌ها فراهم سازد؟ همچنین، انتخاب رویکرد درمانی کارآمد می‌تواند به درمانگران حوزه خانواده و زوج‌درمانی سمت‌وسوی مناسبی بدهد. در نتیجه، هدف اصلی این پژوهش، به‌کارگیری دو مدل مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای و هیجان‌مدار مدل «محکم در آغوشم بگیر»

1. Jewell, Schmittl & McCobin
2. demon dialogues

بر روی زوج‌های دارای تعارضات زناشویی در حد پیشگیری دومین (نه مرضی و سومین) می‌باشد تا مشخص گردد آیا بین این دو روش در تأثیرگذاری بر سازگاری هیجانی زوج‌ها می‌تعارض تفاوت وجود دارد؟ بنابراین، برای بررسی این هدف، سه فرضیه زیر مطرح گردید:

مداخلات هیجان‌مدار، «سازگاری هیجانی» همسران تازه ازدواج‌کرده دارای تعارض را افزایش می‌دهد. درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای، «سازگاری هیجانی» همسران تازه ازدواج‌کرده دارای تعارض زناشویی را افزایش می‌دهد و بین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنیت طرحواره‌ای و درمان هیجان‌مدار بر سازگاری هیجانی همسران تازه ازدواج‌کرده دارای تعارض تفاوت وجود دارد. نتایج این پژوهش و راهکارهای ارائه شده می‌تواند در مراکز مشاوره و روان‌درمانی، مراکز آموزش و پیشگیری از طلاق، مراکز ازدواج و خانواده، انتخاب همسر و سایر مراکز مشابه مورد استفاده قرار بگیرد.

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، کاربردی و از نظر روش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری است. جامعه آماری این پژوهش، شامل همه زوج‌های دارای تعارض زناشویی کمتر از شش سال ازدواج بود که در شش ماهه اول سال ۱۳۹۸ به مراکز مشاوره خصوصی و دولتی در شهرستان آستارا مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس با جایگزینی تصادفی صورت گرفت و تعداد ۳۰ زوج که دارای بیشترین تراز ناسازگاری هیجانی بودند، پس از هم‌تاسازی از نظر سن، تحصیلات و طبقه اقتصادی، به صورت تصادفی در سه گروه ذهنیت‌های طرحواره‌ای، درمان هیجان‌مدار و گروه گواه گمارده شدند که پس از احتساب ریزش و حذف داده‌های پرت، تحلیل داده‌های ۲۸ زوج از دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه صورت گرفت. شایان ذکر است که برای تحقیق آزمایشی، حداقل ۱۵ نفر را برای هر گروه توصیه می‌کنند

(دلاور، ۱۳۹۰؛ گال، گال و بورگ^۱، ترجمه نصر و همکاران، ۱۳۹۳). پس از گذشت ۳ ماه از پایان مداخلات، پیگیری انجام شد و برای تحلیل فرضیه‌ها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS-24 استفاده به عمل آمد. پس از پایان پژوهش، جلسات درمانی برای گروه گواه نیز تشکیل گردید. ملاک‌های ورود به پژوهش، شامل عدم مراجعه زوج‌ها به دادگاه خانواده به قصد طلاق، برخورداری از سلامت روان، گذشت حداقل ۱ و حداکثر ۵ سال از زندگی مشترک، داشتن حداقل تحصیلات ششم ابتدایی، شرکت داوطلبانه در جلسات به صورت زوجی، قرار نداشتن زوج‌ها تحت مشاوره و آموزش و عدم ابتلا به اختلالات مصرف مواد بود و ملاک‌های خروج نیز عبارت از داشتن غیبت بیش از دو جلسه و عدم پاسخگویی کامل به ابزار در مراحل آزمون بود. در این مطالعه، پس از اخذ شناسه اخلاق IR.ARUMS.REC.1398.607 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، پروتکل مداخلات مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای با استفاده از (فارل و همکاران، ۲۰۱۴؛ ترجمه هدایتی و صمیمی، ۱۳۹۵)؛ (سیمونه و همکاران، ۲۰۱۵؛ ترجمه حاجی علیزاده و سلیمی، ۱۳۹۷)؛ یانگ و همکاران (۲۰۰۶) و فتحی (۱۳۹۹) تهیه گردید و به صورت گروهی در ۱۲ جلسه به صورت هفتگی و هر جلسه ۹۰ دقیقه و مداخلات هیجان‌مدار نیز شامل برنامه‌های کتابچه راهنمای مداخلات و ویدئوهای آموزشی جانسون (۲۰۰۸)، به صورت گروهی در ۱۰ جلسه به صورت هفتگی و هر جلسه ۱۲۰ دقیقه توسط خود پژوهشگر اجرا گردید. لازم به ذکر است که جهت اطمینان از روایی محتوایی و حساسیت بومی - فرهنگی برنامه مداخلات، پس از تهیه مقدماتی آنها، پنج استاد مشاوره و روان‌درمانی کشور که عضو هیات علمی گروه مشاوره در دانشگاه‌های معتبر کشور و دارای پروانه تخصصی فعالیت از سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره کشور هستند، برنامه مداخلات را بررسی کرده و آن را مورد ارزیابی و تأیید قرار دادند، سپس مداخلات بر روی ۴ زوج (۸ زن و شوهر) انجام گرفت که تأثیر

آنها بر روی زوج‌ها معنادار بود و مجری مداخلات، نویسنده اول با نظارت نویسندگان دوم، سوم و چهارم بود که ضمن دارا بودن مجوز فعالیت از سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره کشور، دوره‌های لازم را در این زمینه گذرانده بود و جلسات هر دو برنامه یادشده، در مرکز مشاوره نویسنده اول با شماره پروانه فعالیت تخصصی ۶۸۷ در شهرستان آستارا انجام گرفت.

در جدول‌های زیر، محتوا و جلسات مداخلات به‌طور خلاصه آورده شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات مداخلات هیجان‌مدار (مدل محکم در آغوشم بگیر)

جلسات	محتوای جلسات
پیش‌جلسه	عشق و عشق‌ورزی: معارفه+آشنایی با اهداف، برنامه‌ها و قوانین گروه + عقد قرارداد اولیه+ اخذ فرم رضایت آگاهانه
جلسه یک	درک عشق و دل‌بستگی: مفاهیم کلیدی سه فصل اول کتاب + بررسی روابط زوج‌ها.
جلسه دو	چگونه عشق به بیراهه می‌رود- تشخیص گفتگوی اهریمنی (۱): چرخه‌ها و گفتگوهای اهریمنی + بررسی زوایای واکنش منفی همسر + همانندسازی (گفتگوی ۱).
جلسه سه	چگونه عشق به بیراهه می‌رود- تشخیص گفتگوی اهریمنی (۲): چرخه‌ها و گفتگوهای اهریمنی، بررسی زوایای واکنش منفی همسر+ همانندسازی (گفتگوی ۱).
جلسه چهار	یافتن نقاط جریحه‌دار در گفتگوهای اهریمنی (۱): عوامل تأثیرگذار در هدایت رقص زوج‌ها (افکار، همانندسازی+ جستجوی هیجان‌ات زیرین) (گفتگوی ۲).
جلسه پنج	یافتن نقاط جریحه‌دار در گفتگوهای اهریمنی (۲): عوامل تأثیرگذار در هدایت رقص زوج‌ها (افکار، همانندسازی، جستجوی هیجان‌ات زیرین) (گفتگوی ۲).
جلسه شش	تصحیح اشتباهات و خلق یک پایگاه امن- مرور یک لحظه دشوار: گفتگوهای اهریمنی و هیجان‌های زیرین نقاط جریحه‌دار، (تحلیل رونوشت) (گفتگوی ۳).
جلسه هفت	پذیرا و پاسخگو شدن- مکالمه محکم در آغوشم بگیر: ترس‌ها، اشتیاق‌ها، نیازها و همانندسازی‌ها (گفتگوی ۴).
جلسه هشت	بخشش جراحت‌ها و اعتماد مجدد: زخم‌های رابطه + معذرت‌خواهی و اعتماد مجدد (گفتگوی ۵).
جلسه نه	نوازش ملاطفت‌آمیز، رابطه جنسی و تماس هماهنگ: رابطه جنسی اطمینان‌بخش و ارتباط امن عاطفی (گفتگوی ۶).

جلسات	محتوای جلسات
جلسه ده	زنده نگه داشتن عشق و مراقبت از رابطه: بیان تجارب اعضا، زبان عشق (گفتگوی ۷). جدول ۲: محتوای جلسات مداخلات ذهنیت‌های طرحواره‌ای
پیش جلسه	آمادگی: معارفه + آشنایی با برنامه‌ها و قوانین گروه + عقد قرارداد اولیه + ترسیم ژنوگرام زوج‌ها
جلسه یک	مفاهیم طرحواره درمانی (۱): مفاهیم ذهنیت‌های طرحواره‌ای + تبیین مشکلات زناشویی در قالب ذهنیت‌ها و طرحواره‌ها + انواع طرحواره‌ها (ارائه کار برگ شماره ۱) + تمرین حباب امن در گروه
جلسه دو	مفاهیم طرحواره درمانی (۲): طرح‌اره‌ها، نیازها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار + دیدگاه اشتراکی در تعارضات زناشویی و یافتن دشمن مشترک رابطه + کار برگ شماره ۲.
جلسه سه	مفاهیم طرحواره درمانی (۳): طرحواره‌ها، نیازها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار + دیدگاه اشتراکی در تعارضات زناشویی و یافتن دشمن مشترک رابطه + بازیابی کار برگ شماره ۲.
جلسه چهار	آگاهی از ذهنیت‌ها (آشنایی با خانواده ذهنیت‌ها) و بیرونی سازی مشکل: آموزش مفاهیم ذهنیت‌های طرحواره‌ای + انجام تصویرسازی ذهنی + مطالعه کار برگ شماره ۳.
جلسه پنج	آگاهی از ذهنیت‌ها (۲): مؤلفه‌های ذهنیت‌های طرحواره‌ای + تکمیل برگه «آگاهی از ذهنیت» + ربط دادن ذهنیت‌ها به خاطرات کودکی و نیازها.
جلسه شش	آگاهی از ذهنیت‌ها (۳) و مدیریت شناختی - رفتاری ذهنیت‌ها (۱): بررسی جدول ذهنیت‌های زوج‌ها + تحریف‌های شناختی + تکمیل جدول ثبت افکار (تقویت ذهنیت بزرگسال سالم).
جلسه هفت	مدیریت شناختی - رفتاری ذهنیت‌ها (۲): ذهنیت‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار + گفتگو بین ذهنیت‌ها + تکمیل کارت آموزشی + راهبردهای رفتاری کوتاه و درازمدت برای مدیریت ذهنیت‌ها.
جلسه هشت	مدیریت تجربی ذهنیت‌ها (۱): ایفای نقش‌های ذهنیتی به روش روان نمایشگری ^۱ + تصویرسازی ذهنی + تکمیل جدول ثبت آگاهی و مدیریت ذهنیت
جلسه نه	مدیریت تجربی ذهنیت‌ها: (گفتگوی ذهنیت‌ها) (۲): فراخوانی ذهنیت‌های طرحواره‌ای + استفاده از فنون روان - نمایشگری جهت گفتگوی بین ذهنیت‌ها + تکمیل کارت آموزشی ذهنیت بزرگسال سالم و والد.
جلسه ده	مدیریت تجربی ذهنیت‌ها: (تصویرسازی ذهنی) (۳): تمرین تصویرسازی + فعالیت‌های لذت بخش کودک شاد + تدارک راهکارهای بلندمدت برای کاهش قدرت ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار (شناختی، رفتاری، تجربی)
جلسه یازده	مدیریت همه جانبه ذهنیت‌ها (تقویت ذهنیت‌های بزرگسال سالم و کودک شاد ۱): نوشتن نامه به والدین + راهکارهای بلندمدت کاهش قدرت ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار + تقویت خود والدینی و هم والدینی حدودم‌ز دار

جلسات	محتوای جلسات
جلسه	مدیریت همه‌جانبه ذهنیت‌ها (تقویت ذهنیت‌های بزرگسال سالم و کودک شاد ۲): بررسی نامه‌ها +
دوازده	جذابیت‌های جنسی + تمرین نقاشی صورت + اعلام پایان جلسات.

ابزار پژوهش

ابزار پژوهش، مقیاس سازگاری هیجانی^۱ (رابیو، آگادو، هونتانگاز و همکاران، ۲۰۰۷) بود. این مقیاس باهدف اندازه‌گیری تمایل افراد به اعمال تعادل هیجانی، تنظیم و ثبات در مقابل بی‌ثباتی هیجانی ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۸ سؤال بوده و قالب پاسخ آن از (۱=کاملاً موافق) تا (۶=کاملاً مخالف) است. بالاترین نمره‌ای که فرد می‌تواند در این پرسشنامه به دست آورد ۱۶۸ و پایین‌ترین نمره ۲۸ است. بدین ترتیب، هرگاه آزمودنی نمره بالای نزدیک به ۱۶۸ را در این پرسشنامه اخذ نماید به منزله آن است که فرد سازگاری هیجانی پایین و وضعی دارد و نمره پایین و نزدیک به ۲۸ نشان‌دهنده آن خواهد بود که وی سازگاری هیجانی بالایی را تجربه می‌کند. این پرسشنامه، دارای دو زیرمقیاس فقدان نظم بخشی انگیختگی‌های هیجانی و فیزیولوژیکی و عامل دوم، به نام ناامیدی و تفکر آرزومندانه می‌باشد (رابیو و همکاران، ۲۰۰۷). در این مطالعه، ضریب همسانی درونی مقیاس سازگاری هیجانی ۰/۸۹ به دست آمد. در مطالعه شکری، تمیزی، عبدالله‌پور و همکاران (۱۳۹۵) همبستگی بین دو عامل مذکور از لحاظ آماری معنادار بود. همچنین در این مطالعه ضرایب همسانی درونی زیر مقیاس‌های عامل اول و دوم به ترتیب برابر با ۰/۸۴ و ۰/۸۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز، ضریب پایایی آلفای کرونباخ، برای مقیاس فقدان نظم بخشی ۰/۷۸ و فقدان امیدواری، ۰/۷۲ به دست آمد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۱۸ نفر (۹ زوج) در هر یک از گروه‌های طرحواره درمانی و درمان

1. emotional adjustment measure
2. Rubio, Aguado & Hontangas

هیجان‌مدار و ۲۰ نفر (۱۰ زوج) در گروه گواه حضور داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن زوج‌ها در گروه طرحواره درمانی به ترتیب برابر با $۳۲/۱۷ \pm ۵/۲۴$ ، گروه هیجان‌مدار برابر با $۳۱/۵۴ \pm ۴/۶۹$ و گروه گواه برابر با $۳۲/۵۱ \pm ۵/۱۹$ بود. میانگین و انحراف استاندارد مدت زمان سپری شده از زمان ازدواج برای افراد در گروه طرحواره درمانی به ترتیب برابر با $۲/۵۶ \pm ۱/۵۱$ ، گروه هیجان‌مدار برابر با $۳/۰۰ \pm ۱/۴۱$ و گروه کنترل برابر با $۳/۲۰ \pm ۱/۶۲$ بود. میزان تحصیلات ۶ نفر از شرکت‌کنندگان در گروه طرحواره درمانی زیر دیپلم، ۶ نفر دیپلم و ۶ نفر لیسانس یا بالاتر بود. در گروه هیجان‌مدار میزان تحصیلات ۵ نفر زیر دیپلم، ۷ نفر دیپلم و ۶ نفر لیسانس یا بالاتر بود و در گروه کنترل، میزان تحصیلات ۴ نفر زیر دیپلم، ۸ نفر دیپلم و ۶ نفر لیسانس یا بالاتر بود. جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های سازگاری هیجانی در گروه‌های آزمایش و کنترل، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۳. یافته‌های توصیفی مربوط به سازگاری هیجانی در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	زمان	میانگین \pm انحراف استاندارد	میانگین \pm انحراف استاندارد
فقدان نظم پیش‌شخصی	طرحواره درمانی	طرحواره درمانی	$۶/۳۹ \pm ۴۲/۷۲$
		هیجان‌مدار	$۶/۰۲ \pm ۴۰/۷۲$
	پیش‌آزمون	کنترل	$۷/۰۸ \pm ۴۳/۷۵$
		طرحواره درمانی	$۵/۹۰ \pm ۳۴/۰۰$
	پس‌آزمون	هیجان‌مدار	$۴/۵۰ \pm ۳۲/۸۳$
		کنترل	$۶/۰۷ \pm ۴۲/۰۵$
	پیگیری	طرحواره درمانی	$۵/۹۹ \pm ۳۳/۶۱$
		هیجان‌مدار	$۴/۷۸ \pm ۳۳/۷۸$
کنترل	$۵/۰۰ \pm ۴۲/۵۰$		

شاخص شاپیرو-ویلک^۱ مربوط به مؤلفه‌های سازگاری هیجانی در هر سه گروه و در

هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار بود و این موضوع بیانگر نرمال بودن توزیع مؤلفه‌های سازگاری هیجانی در هر سه گروه و در هر سه مرحله است. همچنین نتایج آزمون لون^۱ نشان داد که تفاوت واریانس نمرات مربوط به هر دو مؤلفه سازگاری هیجانی در گروه‌ها در سطح ۰/۰۵ غیر معنادار است؛ بنابراین، مفروضه همگنی واریانس‌ها در بین داده‌های مربوط به سازگاری هیجانی برقرار بود. استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری نیز نشان داد که ارزش F در مقایسه پیش‌آزمون مؤلفه‌های سازگاری هیجانی در مرحله پیش‌آزمون در بین سه گروه در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار است ($F(4, 104) = 0.542, P > 0.05$). این یافته نشان می‌دهد که پیش از اجرای متغیرهای مستقل، بین گروه‌ها به لحاظ مؤلفه‌های سازگاری هیجانی تفاوت معناداری وجود نداشت. جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در مقایسه اثر اجرای متغیرهای مستقل هر دو روش درمانی بر سازگاری هیجانی زوج‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در مقایسه اثر اجرای متغیرهای مستقل درمان هیجان‌مدار و ذهنیت‌های طرحواره‌ای بر سازگاری هیجانی

سازگاری هیجانی	لامبدای ویلکز	F	درجات آزادی	سطح معناداری	η^2
فقدان نظم‌بخشی	۰/۷۹۶	۳/۱۷۱	۴ و ۱۰۴	۰/۰۱۷	۰/۱۰۹
فقدان امیدواری	۰/۶۰۵	۷/۴۲۷	۴ و ۱۰۴	۰/۰۰۱	۰/۲۲۲

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه \times زمان (سه مرحله اجرا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر مؤلفه فقدان نظم‌بخشی ($=0.796$ لامبدای ویلکز^۲، $\eta^2 = 0.109$) و فقدان امیدواری ($=0.605$ لامبدای ویلکز^۲، $F(4, 104) = 3.171, P = 0.017$) و فقدان امیدواری ($=0.605$ لامبدای ویلکز^۲، $\eta^2 = 0.222$)

1. Levene's Test
2. Wilks' lambda

ویلکز، $\eta^2 = 0/222$ ، $P = 0/001$ ، $F(4 \text{ و } 104) = 7/427$ ، سازگاری هیجانی به ترتیب در سطوح 0/05 و 0/01 معنادار است. نتایج تست موخلی^۱ نشان داد که ارزش مجذورکای مربوط به مؤلفه های فقدان نظم بخشی $(\chi^2(2) = 8/69, w = 0/848, p < 0/05)$ و فقدان امیدواری $(\chi^2(2) = 8/46, w = 0/850, p < 0/05)$ سازگاری هیجانی در سطح 0/05 معنادار است؛ بنابراین، مفروضه کروییت^۲ برای مؤلفه های سازگاری هیجانی برقرار نبود و به همین دلیل درجات آزادی مربوط به آنها با روش گرینهوس-گیسر^۳ اصلاح شد. جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس مختلط با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه های سازگاری هیجانی را نشان می دهد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس مختلط با اندازه گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه های سازگاری هیجانی

سازگاری هیجانی	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	درجه آزادی	F	سطح معناداری	η^2
فقدان نظم بخشی	۴۰۵/۵۱	۳۳۹۴/۷۴	۳/۴۷ و ۹۱/۸۷	۳/۱۷	۰/۰۲۲	۰/۱۰۷
فقدان امیدواری	۱۵۸۹/۸۴	۵۵۸۳/۳۶	۳/۴۸ و ۹۲/۱۶	۷/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۲۲۲

جدول ۵ نشان می دهد که اثر تعاملی گروه \times زمان بر مؤلفه های فقدان نظم بخشی $(F(3/47 \text{ و } 91/87) = 3/17, P = 0/022, \eta^2 = 0/107)$ معنادار است. در ادامه، برای مقایسه اثرات متغیرهای مستقل با یکدیگر و با گروه کنترل، آزمون های تعقیبی^۴ به کار گرفته شد که نتیجه آن در جدول ۶ ارائه شده است.

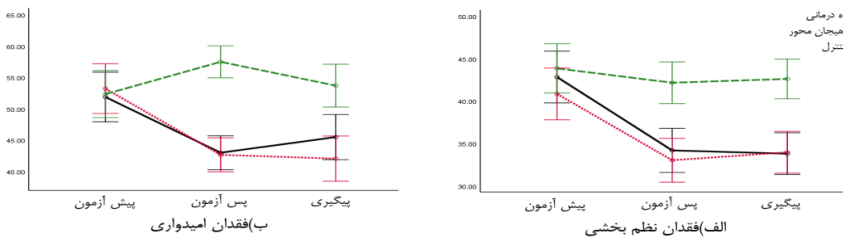
1. Mauchly's test
 2. sphericity
 3. Greenhouse-Geisser Test
 4. post hoc

جدول ۶. مقایسه معناداری اثر تعاملی گروه x زمان به صورت دو گروهی بر سازگاری هیجانی

گروه‌های مورد مقایسه	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	درجه آزادی	F	سطح معناداری	η^2
فقدان نظم بخشی	گروه اول-	۲۱۷۵۰	۱۹۹۵/۱۱	۶۰/۷۳ و ۱/۷۹	۰/۳۶۶	۰/۶۷۱
	گروه دوم					
	گروه اول-	۳۵۳/۰۹	۲۵۵۸/۸۶	۶۱/۴۲ و ۱/۷۱	۴/۹۶۸	۰/۰۱۴
	گروه سوم					
	گروه دوم-	۲۲۴/۱۳	۲۲۳۵/۵۲	۶۰/۸۱ و ۱/۶۹	۳/۶۰۹	۰/۰۴۰
	گروه سوم					
فقدان امیدواری	گروه اول-	۱۰۵/۸۵	۳۴۶۱/۹۳	۶۱/۳۶ و ۱/۸۱	۱/۰۴۰	۰/۳۵۴
	گروه دوم					
	گروه اول-	۹۳۶/۸۶	۳۹۰۶/۹۵	۶۶/۲۳ و ۱/۸۴	۸/۶۳۳	۰/۰۰۱
	گروه سوم					
	گروه دوم-	۱۳۰۵/۷۹	۳۷۹۷/۸۴	۵۵/۴۴ و ۱/۵۴	۱۲/۳۷۸	۰/۰۰۱
	گروه سوم					

گروه اول: طرحواره درمانی / گروه دوم: درمان هیجان مدار / گروه سوم: گروه کنترل
 جدول ۶ نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای در مقایسه با گروه کنترل میانگین نمرات مؤلفه‌های فقدان نظم بخشی ($F(۱/۷۱ و ۶۱/۴۲) = ۴/۹۶۸, P < ۰/۰۵$) و فقدان امیدواری ($F(۱/۸۴ و ۶۶/۲۳) = ۸/۶۳۳, P < ۰/۰۱$) سازگاری هیجانی را به ترتیب در سطوح معناداری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ کاهش داده است. نمودار (الف) در شکل زیر نشان می‌دهد که میانگین نمرات فقدان نظم بخشی در گروه درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است و نمودار (ب) در شکل زیر نشان می‌دهد که میانگین نمرات مؤلفه فقدان امیدواری در گروه درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با

پیش‌آزمون کاهش یافته و اگرچه در مرحله پیگیری بر میانگین آن افزوده شده، باوجوداین، اختلاف آن با مرحله پیش‌آزمون همچنان قابل توجه است. همچنان که نمودارهای (الف) و (ب) نشان می‌دهد در مراحل سه‌گانه اجرا در گروه کنترل نمرات هر دو مؤلفه سازگاری هیجانی تغییرات چندانی نشان نداده است. منطبق بر یافته‌های جدول ۶، درمان هیجان‌مدار در مقایسه با گروه کنترل میانگین نمرات هر دو مؤلفه فقدان نظم‌بخشی ($F(1/69) = 3/609, P < 0/05$) و فقدان امیدواری ($F(1/69) = 12/378, P < 0/01$) را به ترتیب در سطوح معناداری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ کاهش داده است. نمودار (الف) و (ب) در شکل زیر نشان می‌دهد که میانگین نمرات مؤلفه‌های مزبور در گروه درمان در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. در نهایت، جدول فوق نشان می‌دهد که بین اثربخشی دو شیوه درمان بر مؤلفه‌های سازگاری هیجانی تفاوت معناداری وجود ندارد.



بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای و درمان هیجان‌مدار «مدل محکم در آغوشم بگیر» بر سازگاری هیجانی همسران تازه ازدواج کرده متعارض، برای بررسی سه فرضیه (که در مقدمه ذکر گردید)، صورت گرفت. در آزمون فرضیه اول چنین نتیجه‌گیری شد که HMT سازگاری هیجانی را به صورت پایدار در زوج‌های تازه ازدواج کرده افزایش می‌دهد. مطالعات اندکی در خصوص بررسی اثربخشی مداخلات هیجان‌مدار به ویژه HMT بر سازگاری هیجانی

وجود دارد؛ اما در پژوهش‌های مشابه، مطالعه کنرادى و همکاران (۲۰۱۷) در تأثیر HMT بر بهبود رابطه، احساس امنیت برای شریک زندگی و بخشش زوج‌ها، لینچ (۲۰۱۵) در برنامه‌های تأثیر روش HMT بر بهبود کیفیت روان‌شناختی رابطه زوج‌های دارای همسر سرطانی و کنار آمدن با سرطان؛ استاوریانوپولوس (۲۰۱۵) در اثربخشی HMT بر رضایت زناشویی زوج‌ها و بهبود افسردگی؛ کندی و همکاران (۲۰۱۷) در اجرای برنامه HMT بر رضایت از رابطه زناشویی، ایجاد اعتماد، دلبستگی، صمیمیت، کاهش علائم افسردگی و نشانه‌های اضطراب؛ خان و همکاران (۲۰۱۸) در اثربخشی برنامه «محکم در آغوش بگیر» بر نزدیکی، ایمنی عاطفی، ارتباط، تعهد کلی و رضایت زناشویی و شاه‌مردی، کشاورز، گودرزی و همکاران (۲۰۱۹) در اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان در کاهش خشونت زناشویی و بهبود عملکرد خانواده، با این یافته مطابقت دارد.

پس از مداخله ده جلسه‌ای، زوج‌ها در گروه HMT از نظر آماری در دو بعد ناسازگاری هیجانی (فقدان نظم‌بخشی و فقدان امیدواری) کاهش معنی‌داری را تجربه کردند. عصبانیت، مشکلات گوارشی، خشم معطوف به خود، غمگینی و ... کاهش پیدا کرد که مطابق با فرضیه مهم EFT است: «کار با هیجان عامل مهم تغییر است» (جانسون، ۲۰۰۴). هیجان‌ات نقش کلیدی در روابط زوج‌ها دارد (فارو، پالمر، جانسون^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). درمان متمرکز بر هیجان، بر «همدلی» به عنوان اصلی‌ترین عامل تأکید دارد و با افزایش همدلی در زوج‌ها، میزان ناسازگاری هیجانی کاهش می‌یابد (جانسون، ۲۰۰۹). هدف نهایی EFT و HMT تقویت و ایجاد دلبستگی ایمن بین همسران است (جانسون، ۲۰۰۴) که در این مطالعه بسیار مؤثر بود. در HMT زوج‌ها از چرخه‌های تعامل منفی و نیازهای دلبستگی ارضا نشده خود و هیجان‌ات مرتبط با آنها آگاه می‌شوند و در آخر، به هدف نهایی HMT نائل می‌شوند؛ یعنی، با دلبستگی ایمن «همدیگر را در آغوش می‌گیرند و رها نمی‌کنند» و به ایجاد دلبستگی ایمن در همسرشان نیز کمک می‌نمایند

(جانسون، ۲۰۰۸).

در آزمون فرضیه دوم، چنین نتیجه‌گیری شد که درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای، سازگاری هیجانی را در زوج‌ها به صورت پایدار افزایش می‌دهد. پژوهش‌هایی که مستقیماً بر تأثیر طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر درمان ذهنیت‌های طرحواره‌ای بر روی سازگاری هیجانی اشاره کرده باشند، توسط محقق پیدا نشد، اما پژوهش‌های مشابه، اسکوس و همکاران (۲۰۱۵)، در تأثیر پایدار طرحواره درمانی بر روی آسفتگی‌های روانی، گیلبرت و لیهی (۲۰۱۲)، آوانس، برتل و مارگولین (۲۰۰۹) در اثربخشی طرحواره درمانی در خودآگاهی و پذیرش نسبت به هیجانات، کوئینلان و همکاران (۲۰۱۸) در بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی و سازگاری زوجی و محمدی و همکاران (۱۳۹۸) در تأثیر طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و دشواری تنظیم هیجان در زنان مطلقه همسو با این یافته است. طرحواره‌های ناسازگار اولیه و در ادامه آن، ذهنیت‌های طرحواره‌ای ناسازگار به علت ارضا نشدن نیازهای هیجانی بنیادین در دوران کودکی به وجود می‌آیند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). در طول فرایند طرحواره درمانی، به وضوح نشان داده شد که برخی از ذهنیت‌های ناکارآمد نقش اصلی را در ناسازگاری هیجانی بازی می‌کنند. برای مثال، زوج‌ها با طرحواره «محرومیت هیجانی» فکر می‌کردند که هیچ‌کس به آنها اهمیت نمی‌دهد و برای همسرشان مهم نیستند و در نتیجه، در تله «ذهنیت کودک آسیب‌پذیر» می‌افتادند و اعتماد به نفس‌شان پایین می‌آمد. فعال شدن «ذهنیت والد پرتوقع و تنبیه‌کننده» باعث می‌شد تا از دست همسرشان به شدت عصبانی شوند، از خود و همسرشان انتقاد کنند، با افتادن در دام طرحواره «ایثار»، احساسات و عواطف خود را سرکوب کرده و باعث فعال شدن «ذهنیت کودک سرسپرده فرمان‌بردار» گردند و از نظر هیجانی ناسازگار می‌شدند. طرحواره درمانی به زوج‌ها کمک کرد ابتدا هیجانات و ذهنیت‌های خود را شناسایی و نام‌گذاری کنند، سپس آنها را به طور سالم مدیریت کرده و با طرف مقابل خود همدلی نمایند. بازسازی

طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ذهنیت‌های ناکارآمد و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم و کودک شاد و حمایت از کودک زخم دیده، به زوج‌ها توانست کمک کند تا نحوه کنار آمدن با هیجانات خود را بیاموزند.

در آزمون فرضیه سوم چنین نتیجه‌گیری شد که بین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای و درمان هیجان‌مدار بر سازگاری هیجانی زوج‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد. در این بخش از فرایند پژوهش، مطالعه عیسی نژاد و رمضانی (۱۳۹۷) در تأثیر یکسان درمان‌های هیجان‌مدار و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خود-تنظیمی بر ارتقاء راهبردهای مقابله زناشویی و تنظیم شناختی هیجان، مطالعه باملیس، اورس، اسپینهنون^۱ و همکاران (۲۰۱۴) و اسکوس و همکاران (۲۰۱۵) در تأثیر مثبت طرحواره‌درمانی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر رضایت زندگی زوج‌ها، با این یافته مطابقت دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت با وجود اینکه پروتکل‌های هر دو رویکرد متفاوت هستند، ولی هر دو به صورت یکسانی بر سازگاری هیجانی زوج‌ها تأثیرگذار بوده‌اند. به نظر می‌رسد مؤلفه‌های تأثیرگذار مشترک، ولی با شیوه‌های مداخلاتی متفاوت باید بین آنها وجود داشته باشد تا این میزان اثرگذاری را تبیین نماید. هردوی درمان‌های مبتنی بر ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای و هیجان‌مدار بر تئوری دلبستگی مبتنی هستند. بالبی (۱۹۸۲) از تئوری روانکاوی فروید استفاده کرد و مانند فروید آسیب‌پذیری بزرگسالی را در اوایل زندگی آنها جستجو نمود. داشتن ریشه روانکاوی یک نقطه اشتراک مهم و تأثیرگذار یکسان آنها در این دو رویکرد است، چرا که هر دو رویکرد بر نقش مراقبین و ارضای نیازهای بنیادین فرد تأکید می‌کنند. بنابراین، در هر دو گروه مداخلاتی، نیازها تا حدود زیادی مشترک بود، بنابراین، در هر دو گروه، بر ارضای نیازهای امنیت، خودابرازی، درک همدلانه با کودک آسیب‌پذیر و دلبستگی ایمن، پیوند عاطفی و درک متقابل زوج‌ها

تاکید می‌شد. علاوه بر آن، هر دو مدل، ریشه‌های انسان‌گرا دارند و از مفاهیم درمان مراجع-محور^۱ استفاده می‌کنند. پذیرش بدون قید و شرط درک همدلانه و ایفای نقش والد مهربان، پایه و قلب هر دو مداخله بود، به طوری که در جلسات درمانی هر دو گروه، درک همدلانه اساس کار بود و بر ارتباط همدلانه اعضا و همسران با همدیگر تاکید می‌گردید. نقطه اشتراک سوم این است که هر دو مدل، متمرکز بر هیجان هستند (البته در هیجان‌مدار بیشتر به چشم می‌خورد). نقطه اشتراک چهارم این دو رویکرد، بینش مدار بودن آنها می‌باشد، یکی با انعکاس هیجانات اولیه و ثانویه و چرخه‌های تعاملی و دیگری با شناساندن ذهنیت‌ها و طرح‌واره‌ها، مراجعین را به آگاهی و بینش می‌رسانند و نقطه اشتراک پنجم، چرخه‌ها یا الگوهای ارتباطی است؛ یعنی، زوج‌ها ابتدا از وجود الگوهای تعاملی یا رقص‌های شیطانی در (HMT) و چرخه‌های ذهنیت در (SMT)، آگاه می‌شوند و با کمک درمانگر به اصلاح آنها می‌پردازند. برای مثال، الگوهای تعاملی «چرخه جبران‌گر افراطی - خودآرام‌بخش بی‌تفاوت» در ذهنیت طرح‌واره‌ای و مکالمه شیطانی یا رقص «تقاضا-کناره‌گیری» در مدل (HMT) از تنوع و شباهت الگوهای تعاملی در دو رویکرد حکایت دارد. نقطه اشتراک ششم این دو رویکرد، تأکید آنها بر مفهوم سیستم در درمان است، یعنی تغییر هر دو زوج در برنامه مداخلاتی قرار دارد و تغییر یک همسر به تغییر و اصلاح همسر دیگر کمک می‌کند. در هر دو روش زوج‌ها یاد می‌گیرند که هیجانات خود را تجربه کرده و با تنظیم هیجان، شناخت نیازها و خواسته‌های زیربنایی و روبنایی خود و همسرشان و با ایفای نقش «خود والدینی» و «هم والدینی» حدودمزدار، به بهبود رابطه خود با خویشان و همسر پرداخته و از زندگی شان لذت بیشتری ببرند.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

به طور خلاصه، این پژوهش نشان داد که هر دو روش ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای و

درمان هیجان‌مدار مدل «محکم در آغوشم بگیر» بر بهبود سازگاری هیجانی زوج‌های دارای تعارض مؤثر هستند و تفاوت معنی‌داری بین آنها وجود ندارد. در هر دو روش، زوج‌ها یاد می‌گیرند که هیجان‌های خود را تجربه و تنظیم کنند و با شناخت نیازهای زیربنایی خود و همسرشان و از طریق ایفای نقش «خود والدینی» و «هم والدینی حدودم‌زدار»، به بهبود رابطه خود با خویشان و همسرشان دست یابند. این پژوهش دارای محدودیت بود که تعمیم نتایج آن را با مشکل مواجه می‌سازد. استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس مهم‌ترین محدودیت این پژوهش بود؛ بنابراین، توصیه می‌شود در تحقیقات مشابه، جهت مقایسه این دو مداخله درمانی و تعمیم نتایج، از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد. پژوهش در شهر آستارا انجام شده که تعمیم نتایج به سایر شهرها با توجه به زمینه فرهنگی و اجتماعی متفاوت با محدودیت مواجه است. در آخر، استفاده از پروتکل‌های این مطالعه، در مراکز مشاوره خانواده و ازدواج، کارگاه‌های آموزشی با موضوع ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای و مداخلات هیجان‌مدار مدل «محکم در آغوشم بگیر» برای پیشگیری، درمان و غنی‌سازی رابطه زن و شوهری و جوانان در آستانه ازدواج و تازه‌ازدواج کرده و همچنین، تهیه کتابچه به زبان ساده برای زوج‌ها پیشنهاد می‌گردد. همچنین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، مؤلفه‌های سازگاری هیجانی به طور مجزا مورد بررسی قرار گیرند و برای آنها فرضیه‌های جداگانه‌ای در نظر گرفته شود و در نهایت، مدل تلفیقی این دو رویکرد تهیه گردد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش: آگاه‌سازی شرکت‌کنندگان از اهداف پژوهش، اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان، کسب اجازه برای ضبط مصاحبه‌ها، رعایت اصل رازداری، محفوظ ماندن نام مشارکت‌کنندگان و استفاده از اسم مستعار، امکان انصراف در هر مرحله از پژوهش و احترام به حریم خصوصی مشارکت‌کننده، از جمله ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر بودند.

سهم نویسندگان: تمامی مراحل فرایند پژوهشی با همکاری همه نویسندگان و با نظارت و مدیریت نویسنده مسئول انجام گرفته است. این مقاله برگرفته از نتایج یک رساله دکتری رشته مشاوره خانواده است.

حمایت مالی: نویسندگان اعلام می‌نمایند در پژوهش حاضر هیچ‌گونه حمایت مالی دریافت نکرده‌اند.

تعارض منافع: نویسندگان اذعان می‌نمایند هیچ‌گونه تعارض منافع در انجام و نگارش پژوهش حاضر با شخص یا سازمانی ندارند.

قدردانی: پژوهشگران مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمام مشارکت‌کنندگانی که در فرایند پژوهش همکاری نمودند، اعلام می‌دارند.

منابع

بهشتی، نیلوفر و نجفی، محمود (۱۴۰۱). مقایسه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، تکانشوری و افکار خودکشی در افراد مبتلا به اختلال وسواس، دوقطبی و افراد عادی. فصلنامه علمی - پژوهشی پژوهش‌های مشاوره، ۲۱(۸۳).
doi: 10.18502/qjcr.v21i83.11090

پیوسته، بهار؛ دهشیری، غلامرضا و موسوی، فاطمه (۱۳۹۵). مطالعه تغییرات زناشویی، رضایت جنسی و بهزیستی ذهنی در پنج سال اول زندگی مشترک: تحلیل روند. فصلنامه علمی - پژوهشی پژوهش‌های مشاوره، ۱۷(۶۷).
<https://iran-counseling.ir/journal/article-1-290-fa.html>

دلاور، علی (۱۳۹۰). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران، نشر رشد.
<https://www.gisoom.com/book/1759534>
<https://www.sabteahval.ir> سازمان ثبت احوال کشور (۱۳۹۷).

سیمثونه - دی فرانچسکو؛ رودیگر، اکهار و استونس، بروس (۲۰۱۵). طرحواره درمانی برای زوج‌ها، راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی (ترجمه کبری حاجی‌علیزاده و هادی سلیمی، ۱۳۹۷)، تهران، انتشارات ابن‌سینا.
<https://www.gisoom.com/book/11395119>
شکری، امید؛ تمیزی، نوشین؛ عبدالله‌پور، محمدآزاد؛ سادات‌اخوی، زهره و عبدالخالقی، معصومه، (۱۳۹۵). مشخصه‌های روان‌سنجی مقیاس واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک‌شده. فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، ۷(۱۵)، ۱۵۸-۱۳۷.

<https://doi.org/10.22054/jem.2017.12998.1368>
عیسی‌نژاد، امید و رضائی، سمیه (۱۳۹۷). مقایسه آموزش مبتنی بر زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خود-تنظیمی در بهبود راهبردهای مقابله زناشویی و تنظیم شناختی هیجان والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی. فصلنامه کودکان استثنایی، سال ۲۰۳۹، ۱۸-۵۴.

<https://ensani.ir/file/download/article/1560862533-9786-68-3.pdf>

- فارل، جان؛ ریس، نیل و شاو، ایدا (۲۰۱۴). راهنمای بالینی طرحواره درمانی، (ترجمه مریم هدایتی و عادلہ صمیمی، ۱۳۹۶)، تهران، انتشارات ارجمند.
<https://www.gisoom.com/book/11344828>
- فارل، جان و شاو، ایدا (۲۰۱۲). طرحواره درمانی گروهی برای اختلال شخصیت مرزی (ترجمه لیلا پورسمر، ۱۳۹۶)، تهران، نشر ارجمند.
<https://www.arjmandpub.com/book/1467>
- فتحی، طاهر (۱۳۹۹). سایکودرام (پیشگیری و درمان بیماری‌های روانی اجتماعی در صحنه نمایش). نشر ناهید.
<https://www.gisoom.com/book/11636523>
- گال، مردیت؛ بورک، والتر و گال، جوئیس. روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی (جلد ۱ و ۲). (ترجمه احمدرضا نصر، علیرضا کیامنش، خسرو باقری، حمیدرضا عریضی، محمد خیر، محمود ابوالقاسمی، منیژه شهنی بیلاق، محمدجعفر پاک سرشت و زهره خسروی، ۱۳۹۳). تهران، سمت.
<https://www.gisoom.com/book/11024078>
- محمدی، حانیه؛ سپهری شاملو، زهره و اصغری ابراهیم‌آباد، محمد جواد (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه. مجله اندیشه و رفتار، ۱۳(۵۱).
<https://sanad.iau.ir/Journal/jtbcp/Issue/50244>
- محمدی تیله نوبی، سمیه؛ رحمانی، محمدعلی و قربان شیروودی، شهره (۱۴۰۱). اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر انعطاف‌پذیری شناختی و تنظیم شناختی هیجان در زوج‌های متقاضی طلاق. فصلنامه علمی - پژوهشی پژوهش‌های مشاوره، ۲۱(۸۱).
- [Doi:10.18502/qjcr.v21i81.9498](https://doi.org/10.18502/qjcr.v21i81.9498)

- Avants, S. K., Beitel, M., & Margoline, A. (2009). Making the shift from addict self to spiritual self: Result from a stage I study of spiritual self-schema (3-5) therapy for the treatment of addiction and HIV risk behavior. *Mental Health, Religion, and Culture*, 8, 167-177. DOI:10.1080/13694670500138924
- Bamelis, L. M., Evers, S. M., Spinhoven, P. S., & Arntz, A. A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(3): 305-22. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.12040518
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678. DOI.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x
- Cassidy, J., & Shaver, P. (Eds). (2016). Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (3rd Ed). New York, NY: Guilford Press. <https://www.guilford.com/books/Handbook-of-Attachment/Cassidy-Shaver/9781462536641>
- Conradi, H. J. Dingenance, P. Noordhof, A., Finkanaver, C. and Kamphuis, J. (2017). Effectiveness of the 'Hold me Tight' relationship enhancement program in a self-referred and a clinician-referred sample: an emotionally focused therapy-based approach. *Family Process*. 57(3), 613-628. DOI:https://doi.org/10.1111/famp.12305

- Furrow, J. L., Palmer, G, Johnson, S M., Faller, G & Palmer-Olsen, L. (2019). Emotionally Focused Family Therapy: Restoring Connection and Promoting Resilience. ISBN 10: 1138948020 / ISBN 13: 9781138948020. DOI:<https://doi.org/10.4324/9781315669649>
- Isik, E. Ozbiler, S. Schever-C, M, L & Rodriguez, G, M. (2020). Differentiation of Self Predicts Life Satisfaction through Marital Adjustment, *The American Journal of Family Therapy*, 48(3), 235-249. DOI:[10.1080/01926187.2020.1732248](https://doi.org/10.1080/01926187.2020.1732248)
- Jewell, J. Schmittel, M. McCobin, A. Hupp, S. & Pomerantz, A. (2017). The children first program: The effectiveness of a parent education program for divorcing parents, *Journal of Divorce & Remarriage*, 58(1):16-28. DOI:[10.1080/10502556.2016.1257903](https://doi.org/10.1080/10502556.2016.1257903)
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused marital therapy* (2nd ed). New York: Brunner/ Rutledge. DOI:<https://doi.org/10.4324/9780203843871>
- Johnson, S. M. (2008). *Hold me tight. Seven conversations for a lifetime of love*. New York: Little, Brown and Company. <https://www.amazon.com/Hold-Me-Tight-Conversations-ifetime/dp/031611300X>
- Johnson, S. M. (2015). Emotionally Focused Therapy. In Gurman, A. S., Lebow, J. L., & Snyder, D. K. (Eds.) *Clinical handbook of couple therapy*. 97-128. Guilford Publications. <https://psycnet.apa.org/record/2015-25194-004>
- Johnson, S. M. (2017). "An Emotionally Focused Approach to Sex Therapy" In Zoe D. Peterson, *The Wiley-Blackwell Handbook of Sex Therapy*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell. DOI:[10.1002/9781118510384](https://doi.org/10.1002/9781118510384)
- Khan, S . N., Riggs, S, K., & Brown, E .(2018). Improving intimate relationships: An exploratory study on outcomes for couples participating in the Hold Me Tight program: Improving Intimae Relationships. Rutgers University; Graduate School of Applied and Professional Psychology. <https://doi.org/doi:10.7282/T37W6GP8>
- Kennedy, N. W., Johnson, S. M., Wiebe, S. A., & Tasca, G. A. (2017). Conversations for connection: An outcome assessment of the hold me tight relationship education program for couples.(Manuscript In review) <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jmft.12356>
- King, L.A, & Emmons, R.A. (1990). Conflict over emotional expression: Psychological and physical Correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (5), 864-877. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.864>
- Lynch, L. E. (2015). Couples coping with cancer: A Hold me tight pilot intervention study (unpublished dissertation). <https://doi.org/10.1111/famp.12305>
- Mbwirire, J. (2017). Causes of marital conflicts in Christian marriages in Domboshawa area, *Mashonaland East Province, Zimbabwe*. 1(2), 59-73. <file:///C:/Users/NANO/Downloads/MbwirirePublicationMaritalConflictsinChurches.pdf>
- Quinlan, E., Deane, F., & Crowe, T. (2018). Pilot of an acceptance and commitment therapy and schema group intervention for mental health career's interpersonal problems. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 53-62. DOI:[10.1016/j.jcbs.2018.06.006](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.06.006)

- Rao, P, Grover, S & Chakrabarti, S. (2020). Coping with caregiving stress among caregivers of patients with schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, 54, 32-36.
[DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102219](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102219)
- Rubio, V. J. Aguado, D. Hontangas, P. M. & Hernández, J. (2007). Psychometric properties of an emotional adjustment measure: An application of the graded response model. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(1), 39–46.
[DOI:10.1027/1015-5759.23.1.39](https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.1.39)
- Shahmoradi,S.,Keshavarz,A,H.Goudarzy,M.,GholamAli,L,M.(2019). Effectiveness of Emotion-Focused Therapy in Reduction of MaritalViolence and Improvement of Family Functioning: AQuasi-Experimental Study. *Published online December7. Iran Red Crescent Med J.* 21(11):e97183.
[DOI:10.5812/ircmj.97183](https://doi.org/10.5812/ircmj.97183)
- Sinha A K P & Singh R P. (1993). Manual for adjustment inventory for school students. *Agra:National Psychological Corporation*, 48,281-290.
<https://www.scribd.com/document/511424745/AISS-Manual>
- Skewes, S. A. , Samson, R. A. , Simpson, S. G., & Van Vreeswijk, M. (2015). Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: a pilot study. *Frontiers in Psychology*, 5:1-9.
[DOI.org/10.3389/fpsyg.2014.01592](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01592)
- Stavrianopoulos, K. (2015). Enhancing relationship satisfaction among college student couples: emotionally focused therapy (EFT) approach. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 14(1), 1-16.
[DOI.org/10.1080/15332691.2014.953656](https://doi.org/10.1080/15332691.2014.953656)
- Wong, T. Y., Greenman, P. S., & Beaudoin, V. (2017). ‘Hold Me Tight’: The generalizability of an attachment-based group intervention to Chinese Canadian couples. *Journal of Couple & Relationship Therapy Innovations in Clinical and Educational Interventions*. 20(1), 42-60.
[DOI.org/10.1080/15332691.2017.1302376](https://doi.org/10.1080/15332691.2017.1302376)
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema Therapy: A Practitioner’s Guide*. New York: Guilford Press.
<https://www.guilford.com/books/Schema-Therapy/Young-Klosko-Weishaar/9781593853723>

