رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۹، شماره پیاپی ۶۶، آذر ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(9), 2021

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای و درمان هیجان‌مدار بر سبک‌های حل تعارض همسران تازه ازدواج کرده دارای تعارض

comparison of the effectiveness of the schema mode therapy and Emotional-focused therapy on styles of conflict resolution, in new married couples with conflict

رامین لطافتی بریس(نویسنده مسئول)
دانشجوی دکتری رشته مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی ، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
دکتر حسین قمری کیوی
استاد مشاوره، گروه مشاوره، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
دکتر احمدرضا کیانی
استادیار مشاوره، گروه مشاوره، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
دکتر علی شیخ الاسلامی
دانشیار روانشناسی تربیتی، گروه مشاوره، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان-شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

Ramin Letafati beris*
Ph.D.Candidate of Counseling,Department of Education And Psychology,University of Mohghegh Ardablli, Ardablli, Iran .
raminlb21@gmail.com
Dr. Hossein Ghamari kivi
Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Education, University of Mohghegh Ardablli, Ardablli, Iran.
Dr. Ahmad Reza Kiani
Assistant Professor,Department of Counseling, Faculty of Psychology and Education,University of Mohghegh Ardablli, Ardablli, Iran.
Dr. Ali Sheykholeslami
Associate Professor of Educational psychology ,Department Of Counseling, Faculty Of Education And Psychology, University Of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

چکیده
هدف پژوهش حاضر، مقایسه درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای و درمان هیجان‌مدار(مدل محکم در آغوشم بگیر) بر سبک‌های حل تعارض زوجین تازه ازدواج کرده متعارض بود. این پژوهش از لحاظ هدف، کاربردی، و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری است. جامعه پژوهش، شامل زوجین متعارض کمتر از شش‌سال ازدواج بود که در سال ۱۳۹۸ به مراکز مشاوره آستارا مراجعه کرده بودند که از میان آنها،۳۰ زوج به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه سبک‌های حل تعارض رحیم(۱۹۸۳)(ROCI-II) بود و پس از اجرای مداخلات در چارچوب پروتکل-های مدون، از تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری مکرر برای تحلیل داده‌ها استفاده گردید. یافته‌ها نشان داد که درمان ذهنیت‌های طرحواره‌ای، به صورت پایدار سبک‌های حل تعارض مصالحه و یکپارچه را در زوجین متعارض افزایش($P<۰/۰۱$) و حل تعارض اجتنابی($P<۰/۰۱$) و ملزم شده($P<۰/۰۱$) را کاهش می‌دهد. درمان هیجان‌مدار، به صورت پایدار سبک حل تعارض یکپارچه را افزایش($P<۰/۰۱$) و حل تعارض اجتنابی($P<۰/۰۵$) را کاهش می‌دهد و تفاوت اثر هر دو رویکرد بر سبک‌های حل تعارض زوجین، معنادار نبود. بنابراین درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای و هیجان‌مدار بر سبک-های حل تعارض زوجین موثر بوده و می‌توانند مورد استفاده مشاوران و روانشناسان قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: ذهنیت *طرحواره‌ای، درمان هیجان‌مدار، محکم در آغوشم بگیر، سبک‌های حل تعارض*

Abstract
The aim of this research was to study of comparison of Schema Mode therapy and Emotional-focused therapy (HMT) on styles of conflict resolution in new married couples with conflict. In regard to the purpose, this research was applicable and in regard to procedure, it was a quasi-experimental study with a multi-group pre-test-post-test design with control and follow-up group. The statistical population included couples with marital conflict who had been married for less than 6 years and had been referred to counseling centers in Astara in 1398. 30 couples were selected by convenience sampling method and assigned randomly into control and experimental groups. The instrument was Rahim's (1983) Conflict Resolution Styles Questionnaire, and after performing the interventions in codified protocols, multivariate analysis of variance was used with repeated measures to analyze data. Findings Showed schema mode therapy consistently increases Compromising and Integrating styles ($P<0.01$), and reduces Avoiding and Obligating conflict resolution styles ($P<0.01$), and Emotional-focused therapy (HmT) consistently increases Integrating ($P<0.01$) and reduces Avoiding conflict resolution styles($P<0.05$),And the difference between the effects of both approaches on conflict resolution styles of conflicting couples was not statistically .Therefore, schema mode therapy and Emotional-focused therapy is effective on couples' conflict resolution styles and can be used by counselors and psychologists.
***Keywords**: Schema Mode, Emotional-focused therapy, Hold me tight, Styles of conflict resolution*

نوع مقاله : کاربردی | **دریافت :** اردیبهشت ۱۴۰۰ | **پذیرش:** خرداد ۱۴۰۰ | **ویرایش نهایی :** آذر ۱۴۰۰

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.16.2]

مقدمه

اساس سلامت روان و عملکرد مطلوب خانواده به روابط سالم و مدیریت مناسب تعارض زوجین بستگی دارد(مولگرا، فناروولی، پرینو، رولی، سچی، تراوانتو[1] و همکاران، ۲۰۱۸). به لحاظ اهمیت، تعارض می‌تواند به انحلال ازدواج و بی‌ثباتی زناشویی فرزندان منجر شود (لیم و لی،[2] ۲۰۲۰؛ کامینگز و دیویس،[3] ۲۰۱۰). از طرفی، مشکلات ارتباطی و طلاق در ایران و جهان شایع است(سازمان ثبت احوال کشور،۱۳۹۷؛ مرکز کنترل بیماری و پیشگیری آمریکا،[4] ۲۰۱۶؛ کمیسیون اروپا،[5] ۲۰۱۵)، و عواقب منفی آن بر تمام حیطه‌های زندگی بشر تاثیر زیانباری دارد(بریان،[6] ۲۰۲۱). همچنین، پنج‌سال اول زندگی خواستگاه تعارض زناشویی است (پیوسته، دهشیری و موسوی،۱۳۹۷؛ لاوسون،[7] ۱۹۸۸). استفاده از سبک‌های حل تعارض[8] سازنده، عاملی تعیین‌کننده در رضایت از زندگی محسوب می‌شود اونال و اکگون،[9] ۲۰۲۱). سبک‌های حل تعارض، راهبردهای مدیریت تعارض می‌باشد که شخص در هنگام رو به رو شدن با تعارض از آنها استفاده می‌نماید(رحیم،[10] ۱۹۸۳). رحیم(۱۹۸۳)، پنج سبک اصلی را برای مدیریت تعارض مطرح می‌کند: سبک یکپارچه،[11] سبک مسلط،[12] سبک اجتنابی،[13] سبک ملزم شده[14] و سبک مصالحه.[15] افرادی که سبک یکپارچه را انتخاب می‌کنند، دارای مشارکت و ابراز وجود بالا می‌باشند، وضعیت «برنده-برنده»[16] بر روابطشان حاکم است و به علایق خود و دیگران احترام قائلند. در سبک مسلط یا وضعیت رقابتی «برنده-بازنده»،[17] فرد علاقه کمی به دیگران و علاقه زیادی به خود دارد. در سبک اجتنابی یا وضعیت «بازنده-بازنده»،[18] افراد درگیر تعارض نمی‌گردند و با واگذاری مسئولیت خود به دیگران، از تعارض به دور می‌مانند. افراد دارای سبک ملزم شده با وضعیت «بازنده-برنده»،[19] علایق و خواسته‌های خود را فدای دیگران می‌کنند و در میان سایر سبک‌ها، سبک حل تعارض مصالحه یا دادوستدی با وضعیت «نه برنده و نه بازنده»،[20] از یک موضع میانه برخوردار است(لو و وانگ،[21] ۲۰۱۷؛ رحیم،۱۹۸۳).

مداخلات درمانی متعددی بر افزایش رضایت زناشویی انجام شده است، از آن جمله می‌توان به رویکرد ذهنیت‌های طرحواره‌ای[22] (یانگ،کلسکو و ویشار،[23] ۲۰۰۳) و درمان هیجان‌مدار(EFT)[24] رویکرد «محکم در آغوشم بگیر»[25] (HMT) جانسون(۲۰۰۸) اشاره کرد. درمان گروهی مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای به صورت مستقل توسط فارل و شاو[26] ۲۰۱۲؛ترجمه پورسمر، ۱۳۹۶) ایجاد و در قالب زوج‌درمانی، توسط (سیمونه، رودیگر و استونس،[27] ۲۰۱۵، ترجمه حاجی‌علیزاده و سلیمی،۱۳۹۷) به طور مبسوطی تدوین، تشریح و به کار

1.Molgora, Fenaroli, Prino, Rolle, Sechi , Trovato
2.Lim, Lee
3. Cummings, Davies
4. enter for Disease Control and Prevention
5.European Commission
6.Brian
7. Lawson
8.styles of conflict resolution
9. Ural, Akgun
1 . Rahim 0
1 .integrating style 1
1 . dominating style 2
1 . avoiding style 3
1 . obligating style 4
1 . compromising style 5
1 . win-win 6
1 . win-lose 7
1 .lose- lose 8
1 . lose-win 9
2 . no-win-no-lose 0
2 . Lu,Wang 1
2 .schema modes theory 2
2 . Young, Klosko,Weishaar 3
2 .emotionally focused therapy 4
2 .hold me tight 5
2 . Farrell, Shaw 6
2 . Simeone, Rediger, Stevens 7

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.16.2]

برده شده است. وقتی که طرحواره‌های ناسازگار فعال می‌شوند، حالات شدیدی ظاهر می‌شوند که در طرحواره‌درمانی، ذهنیت‌های طرحواره-ای[1]نام دارد. ذهنیت، شامل ابعاد هیجانی، شناختی و رفتاری شخصیت است (فارل، ریس[2]و شاو،۲۰۱۴؛ ترجمه هدایتی و صمیمی، ۱۳۹۵) .ذهنیت‌های طرحواره‌ای مولفه پیشرفته طرحواره‌درمانی است که هدفش کمک به شکل‌گیری ذهنیت سالم می‌باشد. امروزه طرحواره‌درمانی عمدتا روی ذهنیت‌ها کار می‌کند، چرا که ذهنیت‌ها برای ما قابل مشاهده است. کار با نقشه ذهنیت آسان است و باعث فهم‌پذیری و دقت بیشتر می‌شود. همچنین، راهنمایی قابل اعتماد برای پاسخ‌های لازم از جانب درمانگر است. پایش و مدیریت مفهوم سازی بر اساس ذهنیت، هم برای درمانگر و هم برای زوج بسیار آسان‌تر می‌باشد. در این مدل، احساسات کنونی ما می‌توانند به جای محیط بیرونی، توسط طرحواره‌ها تحریک شوند. طرحواره‌ها زمینه بروز ذهنیت‌ها هستند. تشخیص ذهنیت در شناسایی «عمل» به درمانگر کمک می‌کند. این مدل علائم مشکلات را به زبانی ساده و قابل فهم برای بیماران شرح می‌دهد، و با مواجهه همدلانه محیط را برای تغییر میسر می‌سازد. به طوری که در موقعیت‌هایی که روند درمان با مشکل مواجه می شود، خیلی موثر واقع می‌شود. فعالیت‌های شناختی، رفتاری و هیجانی را تقویت نموده و با بیرونی‌سازی مشکلات، باعث کاهش مقاومت در برابر تغییر و درمان می‌گردد(یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). پژوهش آرنتز[3]و همکارن (۲۰۰۵) و فارل، ریس[4]و شاو،۲۰۱۴؛ ترجمه هدایتی و صمیمی، ۱۳۹۵) از کارایی مدل ذهنیت‌مدار طرحواره‌ای درکاهش علائم اختلال شخصیت مرزی حمایت کرده‌اند. همچنین این مدل، شواهد غیرمستقیمی در حمایت از بهبود نیازهای هیجانی اصلی در بیماران خود شیفته فراهم کرده است. در داخل کشور نیز، خدابنده‌لو، نجفی و رحیمیان‌بوگرا (۱۳۹۶) نشان دادند که طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار در افزایش عزت نفس ناآشکارآنها موثر واقع می‌شود. اما در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنیت طرحواره‌ای بر سبک‌های حل تعارض مطالعه‌ای یافت نشد.

رویکرد «محکم در آغوشم بگیر» (HmT) بر روان‌درمانی‌های انسانگرا[5]و مفهوم روانپویایی دلبستگی بالبی[6]استوار است(جانسون، ۲۰۰۸). این برنامه یک گزینه امیدوارکننده برای بهبود رابطه زناشویی است و مانند درمان هیجان‌مدار، 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 حمایتی زوج‌ها، فقط یک شیوه درمانگری نبوده، بلکه برنامه‌ای روان- آموزشی برای کمک به گروهها یا زوج‌ها برای پیشگیری یا غنی‌سازی رابطه است تا به صورت امن، در پیوند با یکدیگر باشند و درمورد عشق، نیازهای دلبستگی و چرخه‌های منفی بالقوه تعامل و چگونگی تغییرآنها مهارت‌هایی را یاد بگیرند. این برنامه، شامل هشت جلسه دو ساعته، به طور قابل‌توجهی،کوتاه‌تر ازEFT سنتی بوده و نسبت به آن مقرون به صرفه‌تر است(جانسون، ۲۰۰۸؛ ونگ،گرینمن و بیودوین[7]،۲۰۱۷). اهمیت رویکرد هیجان‌مدارHMT در تاکید بر ایجاد ارتباط همدلانه، تنظیم هیجان و تجربه هیجانی است. هیجان‌ها می توانند کل وجود را تغییر دهند(جانسون،۲۰۱۵). آگاهی از الگوهای تعاملی خود و همسر و همانندسازی با نقش‌های ارائه شده در فیلم‌های نمایش داده شده در فرایند درمان، بررسی هیجانات اولیه، بحث و گفتگو در زمینه چرخه‌ها و گفتگوهای اهریمنی[8]،مورد استقبال زوجین قرار گرفته و بر حل وفصل تعارض زوجین تاثیر شگرف دارد(جانسون، ۲۰۰۸). مطالعات لینچ[9](۲۰۱۵) نشان داد که برنامه‌های مداخلاتیHmT کیفیت رابطه زوجین دارای همسران مبتلا به سرطان را بهبود می‌بخشد و برای کنار آمدن با سرطان موثر است. مطالعه کنرادی، دینگناس، نوردوف، فینکناور، و کامپویس[10](۲۰۱۷) نشان داد که زوج‌های خودارجاعی به طور قابل‌توجهی در طول درمان HmT در زمینه رضایت از رابطه، احساس امنیت برای شریک زندگی و بخشش، بهبود یافتند. کندی، جانسون، ویب و تسکا[11](۲۰۱۷) با اجرای برنامهHmT روی ۹۵ زوج در ۱۶ گروه درکانادا و آمریکا به این نتیجه رسیدند که اجرای برنامه، نتایج پایداری را در رضایت از رابطه زناشویی، ایجاد اعتماد، دلبستگی، صمیمیت،کاهش علائم افسردگی و نشانه‌های اضطراب به وجود می‌آورد. همچنین، خان، ریجز و براون[12](۲۰۱۸) با ۱۰۳ نمونه خودارجاعی و کلینیکی، در کارگاه آموزشی

1.schema modes
2. Reiss
3. Antz
4. Reiss
5.humanistic
6. Bowlby attachment theory
7. Wang, Greenman, Beaudoin
8.demon Dialogues
9. Lynch
10. Conradi, Dingenance, Nordhof, Finkanaver, Kamphuis
11.Kennedy, Johnson, Wiebe, Tasca
12. Khan, Riggs, Brown

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.16.2]

«محکم در آغوشم بگیر» به این نتیجه رسیدند که نزدیکی، ایمنی عاطفی، کیفیت ارتباط، تعهد و رضایت زناشویی در اثر آموزش افزایش می‌یابد.

با نگرش به مطالب فوق، مشخص است که هر دو رویکرد بر بهبود روابط بین فردی و زوجی موثر بوده و هر یک دارای مزیتهای خاص خود می‌باشند، و لی پژوهشی در زمینه مقایسه این دو رویکرد انجام نپذیرفته و تراز اثربخشی آنها با یکدیگر نامشخص است و در پژوهشهای مشابه نیز تناقضاتی در این زمینه وجود دارد، برای مثال مطالعات هواسی، زهراکار و محسن‌زاده(۱۳۹۶) اثربخشی بیشتر درمان هیجان‌مدار، بملیس، اورس، اسپینهون[1]و همکاران(۲۰۱۴) تاثیر بیشتر طرحواره‌درمانی و نورنی، جعفر، حسن و نوحا[2](۲۰۱۹) اثر بخشی یکسان طرحواره‌درمانی را گزارش کرده‌اند. از طرفی دیگر، شیوع طلاق در کشور، ازدیاد مشکلات زناشویی در اوایل ازدواج و وجود مطالعات اندک در ایران و جهان در زمینه اثربخشی رویکردهای مطرح شده، لزوم مقایسه این مداخلات را ضروری‌تر می‌سازد. همچنین، انتخاب رویکرد درمانی کارا می‌تواند به درمانگران و حوزه خانواده و زوج‌درمانی سمت و سوی مناسبی بدهد. از این رو، هدف اصلی این پژوهش، به کارگیری دو رویکرد مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای و هیجان‌مدار مدل «محکم در آغوشم بگیر» بر روی زوجین دارای تعارضات زناشویی در حد پیشگیری دومین (نه پاتالوژک و سومین) می‌باشد، تا مشخص گردد آیا بین اثربخشی دو روش مذکور (با مبانی فلسفی مشترک و فرایند درمانی متفاوت)، بر سبک‌های حل تعارض زوجین متعارض تفاوت معناداری وجود دارد؟ نتایج این پژوهش و راهکارهای ارائه شده می‌تواند در مراکز مشاوره و روان درمانی، 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، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری است. جامعه آماری این پژوهش، شامل همه زوجین دارای تعارض زناشویی کمتر از شش سال ازدواج بود که در شش‌ماهه 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 تعداد۳۰ زوج که دارای بیشترین تراز سبک‌های حل تعارض ناکارامد 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 دوگروه آزمایشی و یک گروه گواه صورت گرفت. شایان ذکر است که برای تحقیق آزمایشی، حداقل ۱۵ نفر برای هرگروه توصیه می‌شود(دلاور،۱۳۹۶؛ گال، گال و بورگ[3]،ترجمه نصر و همکاران، ۱۳۹۵). در مراحل پیش و پس از مداخلات، پرسش‌نامه سبک‌های حل تعارض برای هر سه گروه اجرا گردید. پس از گذشت ۳ ماه از پایان مداخلات، پیگیری انجام شد و برای تحلیل فرضیه‌ها از تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار 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 به دادگاه خانواده به قصد طلاق، برخورداری از سلامت روان،گذشت حداقل یکسال و حداکثر ۵ سال از زندگی مشترک، داشتن حداقل تحصیلات ششم ابتدایی، شرکت داوطلبانه در جلسات به صورت زوجی، قرار نداشتن زوجین تحت مشاوره و آموزش و عدم ابتلا به اختلالات مصرف مواد، و ملاکهای خروج نیز شامل: داشتن غیبت بیش از دو جلسه و عدم پاسخگویی کامل به ابزار در مراحل آزمون بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه سبکهای حل تعارض[4](ROCI-II): این پرسشنامه توسط رحیم(۱۹۸۳) برای اندازه‌گیری سبک‌های حل تعارض بین‌فردی تدوین شده و دارای سه نسخه A,B,C با پنج خرده‌مقیاس است. در این پژوهش، از نسخه B، ۲۸ ماده‌ای استفاده شد. این این خرده مقیاس‌ها عبارتند از: سبک‌های یکپارچه دارای(۷ عبارت)، مسلط(۵ عبارت)، ملزم شده(۶ عبارت)، اجتنابی(۶ عبارت) و مصالحه‌ای(۴ عبارت). ماده‌های این مقیاس به شکل لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود:کاملا مخالفم(۱)، مخالفم(۲)، نظری ندارم(۳)، موافقم(۴) و

1. Bamelis, Evers, Spinhoven
2.Nooroney, Jaafar, Hassan, Noah
3. Gall, Gal, Borg
4.conflict Resolution Styles Questionnaire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.16.2]

کاملا مخالفم(۵). سپس با توجه به تعداد ماده‌های هر زیرمقیاس، نمره کلی آن به دست می‌آید. حداقل و حداکثر نمره هر زیرمقیاس نیز با توجه به تعداد ماده‌های آن از ۱ تا ۵ خواهد بود. بر این اساس، زیرمقیاس یکپارچگی با داشتن ۷ ماده، نمره‌ایی با حداقل ۷ و حداکثر ۳۵ خواهد داشت. نمره نهایی این زیر مقیاس(۳۵) بر تعداد سئوالات آن تقسیم می‌شود و نمره به دست آمده برابر با ۵ خواهد بود. نمره بالا در هر زیر مقیاس نشان‌دهنده این است که فرد از آن سبک برای حل تعارض خود استفاده می‌کند. رحیم(۱۹۹۷) ضرایب بازآزمایی پنج مولفه این پرسشنامه را بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش نمود. در پژوهش کینگ و میلز[1](۱۹۹۰) پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۲ تا ۰/۷۷، همچنین با تحلیل عاملی اکتشافی، ماده‌های پرسشنامه ۰/۸۹ درصد از واریانس کل را تبیین می‌نماید. حقیقی و همکاران(۱۳۹۱) ضریب پایایی آلفای کرونباخ مولفه‌های این ابزار را بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۵ و به روش تصنیف ۰/۶۸گزارش کردند. همچنین نتایج تحلیل عامل اکتشافی این مطالعه، نشان داد که همه ماده‌های پرسشنامه دارای بار عاملی بیشتر از ۰/۵۰ بوده و از برازش مطلوبی برخوردار می‌باشد و همبستگی مثبت و منفی بین خرده‌آزمون‌ها نشان‌دهنده روایی همگرا و واگرای مطلوب این پرسشنامه است. در پژوهش حاضر نیز، پایایی ضریب پایایی آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های سبک یکپارچه،۰/۷۴،مصالحه،۰/۶۱، ملزم شده،۰/۶۵،مسلط،۰/۶۷، و اجتنابی،۰/۶۸ به دست آمد.

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 حاجی‌علیزاده و سلیمی،۱۳۹۷)؛ یانگ و همکاران(۲۰۰۳) و فتحی(۱۳۹۹) تهیه شده و به صورت گروهی در۱۲جلسه به صورت هفتگی و هر جلسه۹۰ دقیقه، و مداخلات هیجان‌مدار نیز شامل برنامه‌های کتابچه راهنمای مداخلات و ویدئوهای آموزشی جانسون(۲۰۰۸)، به صورت گروهی در۱۰جلسه به صورت هفتگی و هر جلسه۱۲۰ دقیقه توسط خود پژوهشگر اجرا شد. در جدول‌های زیر محتوا و جلسات مداخلات به طور خلاصه آورده شده است.

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

جلسات	محتوای جلسات
پیش جلسه	عشق و عشق‌ورزی: معارفه+ آشنایی با اهداف، برنامه‌ها و قوانین گروه + عقد قرارداد اولیه+ اخذ فرم رضایت آگاهانه
جلسه اول	درک عشق و دلبستگی: مفاهیم کلیدی سه فصل اول کتاب + بررسی روابط زوج‌ها.
جلسه دوم	چگونه عشق به بیراهه می‌رود- تشخیص گفتگوی اهریمنی(۱): چرخه‌ها و گفتگوهای اهریمنی + بررسی زوایای واکنش منفی همسر + همانندسازی(گفتگوی۱).
جلسه سوم	چگونه عشق به بیراهه می‌رود- تشخیص گفتگوی اهریمنی(۲): چرخه‌ها و گفتگوهای اهریمنی، بررسی زوایای واکنش منفی همسر+ همانندسازی(گفتگوی۱).
جلسه چهارم	یافتن نقاط جریحه‌دار در گفتگوهای اهریمنی(۱): عوامل تاثیرگذار در هدایت رقص زوجین (افکار، همانندسازی+ جستجوی هیجانات زیرین) (گفتگوی ۲).
جلسه پنجم	یافتن نقاط جریحه‌دار در گفتگوهای اهریمنی(۲): عوامل تاثیرگذار در هدایت رقص زوجین (افکار، همانندسازی، جستجوی هیجانات زیرین)(گفتگوی۲).
جلسه ششم	تصحیح اشتباهات و خلق یک پایگاه امن- مرور یک لحظه دشوار: گفتگوهای اهریمنی و هیجان‌های زیرین نقاط جریحه‌دار، (تحلیل رونوشت) (گفتگوی۳).
جلسه هفتم	پذیرا و پاسخگو شدن- مکالمه محکم در آغوشم بگیر: ترس‌ها، اشتیاق‌ها، نیازها و همانندسازی‌ها(گفتگوی۴).
جلسه هشتم	بخشش جراحت‌ها و اعتماد مجدد: زخم‌های رابطه + معذرت خواهی و اعتماد مجدد (گفتگوی۵).
جلسه نهم	نوازش ملاطفت‌آمیز، رابطه جنسی و تماس هماهنگ: رابطه جنسی اطمینان‌بخش و ارتباط امن عاطفی(گفتگوی۶).
جلسه دهم	زنده نگهداشتن عشق و مراقبت از رابطه:بیان تجارب اعضا، زبان عشق(گفتگوی۷).

1.King, Miles

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.16.2]

	جدول ۲: محتوای جلسات مداخلات ذهنیت‌های طرحواره‌ای
پیش‌جلسه	آمادگی: معارفه+ آشنایی با برنامه‌ها و قوانین گروه + عقد قرارداد اولیه+ ترسیم ژنوگرام زوجین
جلسه اول	مفاهیم طرحواره‌درمانی(۱): مفاهیم ذهنیت‌های طرحواره‌ای + تبیین مشکلات زناشویی در قالب ذهنیت‌ها و طرحواره-ها+ انواع طرحواره‌ها (ارائه کاربرگ شماره۱)+ تمرین حباب امن در گروه
جلسه دوم	مفاهیم طرحواره‌درمانی(۲): طرحواره‌ها، نیازها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار+ دیدگاه اشتراکی در تعارضات زناشویی و یافتن دشمن مشترک رابطه+کاربرگ شماره ۲.
جلسه سوم	مفاهیم طرحواره‌درمانی(۳): طرحواره‌ها، نیازها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار+ دیدگاه اشتراکی در تعارضات زناشویی و یافتن دشمن مشترک رابطه+ بازبینی کاربرگ شماره ۲.
جلسه چهارم	آگاهی از ذهنیت‌ها(۱(آشنایی با خانواده ذهنیت‌ها) و بیرونی سازی مشکل: آموزش مفاهیم ذهنیت‌های طرحواره‌ای+ انجام تصویرسازی ذهنی+ مطالعه کاربرگ شماره ۳ .
جلسه پنجم	آگاهی از ذهنیت‌ها (۲): مولفه‌های ذهنیت‌های طرحواره‌ای+ تکمیل برگه «آگاهی از ذهنیت» + ربط دادن ذهنیت‌ها به خاطرات کودکی و نیازها.
جلسه ششم	آگاهی از ذهنیت ها(۳) و مدیریت شناختی- رفتاری ذهنیت‌ها(۱): بررسی جدول ذهنیت زوجین + تحریف‌های شناختی+ تکمیل جدول ثبت افکار(تقویت ذهنیت بزرگسال سالم).
جلسه هفتم	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 هشتم	مدیریت تجربی ذهنیت‌ها(۱): ایفای نقش‌های ذهنیتی به روش سایکودراما + تصویرسازی ذهنی+ تکمیل جدول ثبت آگاهی و مدیریت ذهنیت
جلسه نهم	مدیریت تجربی ذهنیت‌ها:(گفتگوی ذهنیت‌ها)(۲): فراخوانی ذهنیت‌های طرحواره‌ای+ استفاده از فنون پسیکودراما جهت گفتگوی بین ذهنیت‌ها+ تکمیل کارت آموزشی(ذهنیت بزرگسال سالم و والد.
جلسه دهم	مدیریت تجربی ذهنیت‌ها: (تصویرسازی ذهنی)(۳): تمرین تصویرسازی+ فعالیت‌های لذت‌بخش کودک شاد + تدارک راهکارهای بلندمدت برای کاهش قدرت ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار(شناختی، رفتاری، تجربی)
جلسه یازدهم	مدیریت همه‌جانبه ذهنیت‌ها(تقویت ذهنیت‌های بزرگسال سالم و کودک شاد ۱): نوشتن نامه به والدین + راهکارهای بلندمدت کاهش قدرت ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار+ تقویت خودوالدینی و هم‌والدینی حدومرزدار
جلسه دوازدهم	مدیریت همه جانبه ذهنیت‌ها (تقویت ذهنیت‌های بزرگسال سالم و کودک شاد ۲): بررسی نامه‌ها + جذابیت‌های جنسی + تمرین نقاشی صورت + اعلام پایان جلسات.

یافته ها

در این پژوهش ۱۸ نفر (۹ زوج) در هر یک از گروه‌های طرحواره‌درمانی و درمان هیجان‌مدار و ۲۰ نفر (۱۰ زوج) در گروه گواه حضور داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه طرحواره‌درمانی به ترتیب برابر با ۳۲/۱۷ ± ۵/۲۴، گروه هیجان‌مدار برابر با ۳۱/۵۴ ± ۴/۶۹ و گروه گواه برابر با ۳۲/۵۱ ± ۵/۱۹ بود. میانگین و انحراف استاندارد مدت زمان سپری شده از زمان ازدواج برای زوجین در گروه طرحواره‌درمانی به ترتیب برابر با ۲/۵۶ ± ۱/۵۱، گروه هیجان‌مدار برابر با ۳/۰۰ ± ۱/۴۱ و گروه گواه برابر با ۳/۲۰ ± ۱/۶۲ بود. میزان تحصیلات ۶ نفر در گروه طرحواره‌درمانی 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 گواه، میزان تحصیلات ۵ نفر زیر دیپلم، ۹ نفر دیپلم و ۶ نفر لیسانس یا بالاتر بود. جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد سبک‌های حل تعارض در زوجین را نشان می دهد.

جدول۳: میانگین ± انحراف استاندارد مربوط به سبک های حل تعارض

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
سبک یکپارچه	طرحواره درمانی	۱۹/۲۲ ± ۴/۱۸	۲۲/۸۳ ± ۳/۵۰	۲۳/۸۹ ± ۴/۲۳
	هیجان محور	۱۸/۶۱ ± ۳/۷۹	۲۲/۶۱ ± ۳/۹۲	۲۲/۴۰ ± ۳/۶۸

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.16.2]

	گروه کنترل	۱۹/۱۰ ± ۳/۴۹	۱۸/۵۰ ± ۳/۱۷	۱۹/۲۰ ± ۳/۵۰
	طرحواره درمانی	۲۱/۶۱ ± ۴/۳۴	۱۶/۳۸ ± ۴/۳۵	۱۷/۲۸ ± ۳/۶۹
سبک اجتنابی	هیجان محور	۲۲/۰۵ ± ۴/۶۲	۱۷/۷۲ ± ۳/۱۰	۱۸/۶۷ ± ۵/۲۳
	گروه کنترل	۲۰/۶۰ ± ۴/۱۸	۲۱/۳۰ ± ۴/۶۴	۱۹/۸۰ ± ۳/۵۷
	طرحواره درمانی	۱۷/۵۰ ± ۳/۸۸	۱۵/۱۱ ± ۲/۹۴	۱۶/۸۳ ± ۳/۴۸
سبک مسلط	هیجان محور	۱۸/۹۴ ± ۴/۴۶	۱۶/۵۰ ± ۳/۵۸	۱۷/۱۱ ± ۳/۸۶
	گروه کنترل	۱۶/۱۰ ± ۳/۲۲	۱۶/۹۵ ± ۳/۰۷	۱۶/۵۵ ± ۴/۲۷
	طرحواره درمانی	۱۱/۳۹ ± ۳/۱۰	۱۵/۲۲ ± ۲/۸۹	۱۵/۸۸ ± ۲/۷۰
سبک مصالحه	هیجان محور	۱۲/۹۰ ± ۳/۱۱	۱۵/۴۵ ± ۳/۳۱	۱۵/۶۷ ± ۳/۲۷
	گروه کنترل	۱۲/۲۰ ± ۳/۰۷	۱۳/۰۰ ± ۲/۴۱	۱۲/۵۵ ± ۳/۳۶
	طرحواره درمانی	۲۱/۱۷ ± ۳/۲۹	۱۶/۱۱ ± ۳/۹۹	۱۵/۵۵ ± ۳/۲۹
سبک ملزم شده	هیجان محور	۲۰/۷۸ ± ۴/۰۲	۱۶/۶۱ ± ۲/۷۸	۱۷/۰۰ ± ۳/۳۱
	گروه کنترل	۲۰/۶۵ ± ۳/۸۱	۱۹/۹۵ ± ۴/۳۳	۱۹/۶۵ ± ۳/۴۴

به منظور ارزیابی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، مقادیر شاپیرو- ویلک هر یک از مؤلفه‌ها در هر دو گروه و در هر سه مرحله اجرا مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج نشان داد که شاخص شاپیرو- ویلک مربوط به هیچ‌یک از سبک‌های حل تعارض در هیچ یک از گروه‌ها و در هیچ‌یک از مراحل در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. این موضوع بیانگر آن است که توزیع داده‌های مربوط به هر پنج سبک حل تعارض در گروه‌ها و مراحل سه گانه نرمال است. همچنین نتیجه آزمون لون برای هیچ‌یک از سبک‌های حل تعارض در بین گروه‌ها و در سه مرحله اجرا در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود. بنابراین، می‌توان گفت مفروضه همگنی واریانس ها نیز در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار بود. استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری نیز نشان داد که پیش از اجرای متغیرهای مستقل بین گروه‌ها به لحاظ سبک‌های حل تعارض تفاوت معنادار وجود ندارد (۰/۰۵< P،۰/۷۶۲=(۹۸ و ۱۰)F). بنابراین، می‌توان گفت مفروضه استقلال متغیر پیش‌آزمون از عضویت گروهی نیز برای داده‌های مربوط به سبک‌های حل تعارض برقرار بود. جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری در مقایسه اثر اجرای متغیر مستقل بر سبک‌های حل تعارض را نشان می‌دهد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری در مقایسه اثر اجرای متغیرهای مستقل بر سبک‌های حل تعارض

متغیر	لامبدای ویلکز	F	درجات آزادی	سطح معناداری	۲η
سبک یکپارچه	۰/۸۰۴	۳/۰۰۵	۱۰۴ و ۴	۰/۰۲۲	۰/۱۰۴
سبک اجتنابی	۰/۷۶۸	۳/۶۷۴	۱۰۴ و ۴	۰/۰۰۸	۰/۱۲۴
سبک مسلط	۰/۸۹۰	۱/۵۵۴	۱۰۴ و ۴	۰/۱۹۲	۰/۰۵۶
سبک مصالحه	۰/۸۴۲	۲/۴۳۸	۱۰۴ و ۴	۰/۰۴۸	۰/۰۷۸
سبک ملزم شده	۰/۸۲۸	۲/۵۷۱	۱۰۴ و ۴	۰/۰۴۲	۰/۰۹۰

جدول۴ نشان می‌دهد که نتیجه تحلیل واریانس چندمتغیری برای اثرات تعاملی گروه × زمان بر سبک‌های حل تعارض یکپارچه (۰/۸۰۴= لامبدای ویلکز ، ۰/۱۰۴= η۲ ، ۰/۰۲۲= P ، ۳/۰۰۵ = (۱۰۴ و ۴)F)، مصالحه (۰/۸۴۲= لامبدای ویلکز ،۰/۰۷۸=η۲ ، ۰/۰۴۸=P ، ۲/۴۳۸ = (۱۰۴و۴)F) و سبک ملزم شده (۰/۸۲۸= لامبدای ویلکز،۰/۹۰=η۲ ،۰/۰۴۲=P ،۲/۵۷۱= (۱۰۴و۴)F) در سطح ۰/۰۵ و بر سبک حل تعارض اجتنابی (۰/۷۶۸=لامبدای ویلکز،۰/۱۲۴= η۲ ،۰/۰۰۸=P ،۳/۶۷۴= (۱۰۴و۴)F) در سطح ۰/۰۱معنادار است. گفتنی است که اثر تعاملی مربوط به سبک حل تعارض مسلط در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود. در ادامه، مفروضه برابری ماتریس خطاهای کوواریانس با استفاده از تست موخلی مورد بررسی و نتایج نشان داد که ارزش مجذور کای مربوط به هیچ‌یک از سبک‌های حل تعارض در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای هر پنج سبک حل تعارض برقرار است. جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر سبک‌های حل تعارض را نشان می‌دهد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.16.2]

جدول ۵ : نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر سبک‌های حل تعارض

متغیر	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	درجه آزادی	F	سطح معناداری	η۲
سبک یکپارچه	۱۶۴/۰۷	۱۱۳۸/۷۵	۱۰۶ و ۴	۳/۸۲	۰/۰۰۶	۰/۱۲۶
سبک اجتنابی	۱۹۸/۸۴	۱۳۳۶/۱۷	۱۰۶ و ۴	۳/۹۹	۰/۰۰۵	۰/۱۳۰
سبک مسلط	۷۶/۴۳	۱۲۰۷/۸۰	۱۰۶ و ۴	۱/۶۸	۰/۱۶۱	۰/۰۶۰
سبک مصالحه	۸۸/۷۵	۹۲۸/۱۲	۱۰۶ و ۴	۲/۵۳	۰/۰۴۴	۰/۰۸۳
سبک ملزم شده	۱۳۹/۳۸	۱۳۲۱/۹۹	۱۰۶ و ۴	۲/۷۹	۰/۰۳۰	۰/۰۹۵

جدول ۵ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه× زمان بر سبک‌های حل تعارض مصالحه (η۲=۰/۰۸۳ ، P=۰/۰۴۴ ،۲/۵۳= F(۴و۱۰۶)) و ملزم شده (η۲ =۰/۰۹۵ ، P =۰/۰۳۰ ،۲/۷۹ = F(۴ و ۱۰۶)) در سطح ۰/۰۵ و بر سبک‌های حل تعارض یکپارچه (η۲ =۰/۱۲۶ ، ۰/۰۰۶= P ، ۳/۸۲ = F(۴و۱۰۶)) و سبک اجتنابی (η۲ =۰/۱۳۰ ، P =۰/۰۰۵ ، ۳/۹۹=F(۴و۱۰۶)) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. برای مقایسه اثرات متغیرهای مستقل با یکدیگر و با گروه گواه، آزمون های تعقیبی به کار گرفته شد که نتیجه آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶ : مقایسه معناداری اثر تعاملی گروه × زمان به صورت دو گروهی بر سبک‌های حل تعارض

متغیر مقایسه	گروه های مورد	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	درجه آزادی	F	سطح معناداری	η۲
سبک‌یکپارچه	گروه اول- گروه دوم	۷/۷۲	۸۳۰/۴۸	۶۸ و ۲	۰/۳۲	۰/۷۳۰	۰/۰۰۹
	گروه اول- گروه سوم	۱۲۲/۶۶	۷۷۹/۳۴	۷۲ و ۲	۵/۶۵	۰/۰۰۷	۰/۱۳۶
	گروه دوم – گروه سوم	۱۱۲/۲۲	۶۶۷/۶۷	۷۲ و ۲	۶/۰۵	۰/۰۰۴	۰/۱۴۴
سبک اجتنابی	گروه اول- گروه دوم	۵/۰۶	۹۲۲/۷۰	۶۸ و ۲	۰/۱۹	۰/۸۳۰	۰/۰۰۵
	گروه اول- گروه سوم	۱۶۸/۲۰	۷۴۸/۴۳	۷۲ و ۲	۸/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۱۸۴
	گروه دوم – گروه سوم	۱۲۰/۰۴	۱۰۰۱/۲۱	۷۲ و ۲	۴/۳۲	۰/۰۱۷	۰/۱۰۷
سبک مصالحه	گروه اول- گروه دوم	۱۴/۳۹	۶۶۶/۵۶	۶۸ و ۲	۰/۷۳	۰/۴۸۴	۰/۰۲۱
	گروه اول- گروه سوم	۸۷/۳۸	۵۸۱/۹۰	۷۲ و ۲	۵/۴۱	۰/۰۰۷	۰/۱۳۱
	گروه دوم – گروه سوم	۲۹/۷۷	۶۸۷/۷۹	۷۲ و ۲	۱/۵۶	۰/۲۱۸	۰/۰۴۱
سبک ملزم‌شده	گروه اول- گروه دوم	۱۵/۱۳	۷۸۹/۱۹	۶۸ و ۲	۰/۶۵	۰/۵۲۴	۰/۰۱۹
	گروه اول- گروه سوم	۱۲۷/۲۶	۹۲۴/۰۲	۷۲ و ۲	۴/۹۶	۰/۰۱۰	۰/۱۲۱
	گروه دوم – گروه سوم	۶۳/۸۲	۹۳۰/۷۶	۷۲ و ۲	۲/۴۷	۰/۰۹۲	۰/۰۶۴

گروه اول: طرحواره‌درمانی /گروه دوم: درمان هیجان‌مدار/ گروه سوم: گروه گواه

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای در مقایسه با گروه گواه میانگین نمرات سبک‌های حل تعارض یکپارچه (۰/۰۱> P ،۵/۶۵ = F(۲ و ۷۲)) و سبک مصالحه (۰/۰۱> P ،۵/۴۱ = F(۲ و ۷۲)) را در سطح معناداری ۰/۰۱ افزایش و میانگین نمرات سبک‌های حل تعارض ملزم شده (۰/۰۱>P ،۴/۹۶= F(۲و ۷۲)) و اجتنابی(۰/۰۱> P ، ۸/۰۹= F(۲ و ۷۲)) را در سطح معناداری ۰/۰۱ کاهش داده است. منطبق بر نتایج جدول فوق، درمان هیجان مدار در مقایسه با گروه گواه ، میانگین نمرات سبک حل تعارض یکپارچه (۰/۰۱> P ،۶/۰۵=F(۲و۷۲)) را در سطح معناداری ۰/۰۱ افزایش، و میانگین نمرات سبک حل تعارض اجتنابی (۰/۰۵> P ، ۴/۳۲ =F(۲و۷۲)) را در سطح معناداری ۰/۰۵ کاهش داده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.16.2]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای و درمان هیجان‌مدار(مدل محکم در آغوشم بگیر) بر سبک‌های حل تعارض زوجین تازه ازدواج کرده متعارض بود. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای استفاده از سبک‌های حل تعارض مصالحه و یکپارچه را در همسران تازه ازدواج کرده متعارض، به صورت پایدار افزایش داده و استفاده از سبک‌های حل تعارض اجتنابی و ملزم شده را در آنان کاهش می دهد. در پژوهش‌های مشابه، این یافته با یافته‌های آرنتز[1] و همکارن (۲۰۰۵) و فارل، ریس[2] و شاو،۲۰۱۴؛ ترجمه هدایتی و صمیمی، ۱۳۹۵) فارل و همکاران(۲۰۱۴، ترجمه صمیمی و هدایتی،۱۳۹۵) و خدابنده‌لو و همکاران(۱۳۹۶) مطابقت دارد. 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،۲۰۰۳). در سبک‌های حل تعارض نیز، مسئله اساسی، نحوه ارضا نیازهای خود و همسراست، به طوری که در سبک‌های ناکارامد، هدف زوجین صرفا ارضا نیازهای خود و یا فقط همسر است. در این پژوهش، طرحواره‌درمانی کمک کرد تا زوجین با سازماندهی مجدد هیجانی، از طریق بهبود طرحواره‌ها و مدیریت ذهنیت‌ها، زمینه را برای ارضا نیازهای همدیگر به شکل ارتباط «برنده-برنده» مهیا سازند. در طول فرایند درمان، به وضوح نشان داده شد که ذهنیت‌های ناکارامد، نقش اصلی را در شیوه‌های حل تعارض بازی می‌کنند. برای مثال، در ذهنیت والد پرتوقع و تنبیه کننده، زوجین با چشم‌پوشی از نیازهای خود، به دیگران اجازه می‌دادند تا به خواسته‌هایشان برسند و به هر بهایی در صدد راضی نگهداشتن دیگران باشند، در غیر این صورت، احساس گناه کرده و به وسیله والد تنبیه‌گرشان مورد سرزنش قرار می‌گرفتند. این افراد با طرحواره «ایثار»، خودفداکاری کرده و یک وضعیت «بازنده-بازنده» را به وجود می‌آوردند، یا اینکه در سبک حل تعارض اجتنابی، زوجین درگیر تعارض نمی‌شدند. به نگرانی‌های خود و همسرشان اهمیت کمی می‌دادند و معمولا کناره‌گیر بودند. در این حالت، ذهنیت کودک آسیب‌پذیرشان فعال می شد و با سبک مقابله‌ای اجتنابی از مواجهه با تعارض و مشکلات خودداری می‌کردند. در هر دو وضعیت، تعارضات پنهان زیادی بین آنها به وجود می‌آمد. در این پژوهش، ذهنیت‌های طرحواره‌ای دقیقا با سبک‌های حل تعارض در آمیخته بود. به گفته بالبی(۱۹۸۸) دلبستگی علاوه بر ارتباط با کیفیت زناشویی، به راهبردهای حل تعارض نیز مربوط می‌شود. طرحواره‌درمانی به زوجین کمک کرد تا زوجین ابتدا هیجانات و ذهنیت‌های خود را شناسایی و نامگذاری کنند، از طریق تکنیک‌های سایکودراما از ساختار شخصیت خود به صورت ذهنیت‌های چندگانه به بینش برسند و بین آنها گفتگو برقرار سازند، سپس آنها را به طور سالم مدیریت کرده و با طرف مقابل خود همدلی نمایند. باز سازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مدیریت ذهنیت‌های ناکارآمد، به تقویت ذهنیت بزرگسال سالم و کودک شاد و حمایت از کودک زخم‌دیده منجرگردید و توانست به زوجین کمک کند تا نحوه کنارآمدن با هیجانات خود را بیاموزند و نتیجه این مداخله، حاکمیت سبک یکپارچه بر روابط زوجین بود به گونه‌ای که در کنار هم سعی می‌کردند تا همه برنده باشند. سبک حل تعارض یکپارچه، تداعی‌گر نیازهای دلبستگی مورد تاکید ذهنیت‌های طرحواره‌ای است، چرا که به نظربسیاری از پژوهشگران، بین سبک دلبستگی ایمن و نایمن(که زیربنای طرحواره‌درمانی و مدل ذهنیت‌های طرحواره‌ای می‌باشد) و سبک‌های حل تعارض رابطه وجود دارد(دوراچراسکالیک، استتلرب، استودرا و هارینگتون،[3]۲۰۱۳).

همچنین این مطالعه نشان داد که درمان هیجان‌مدار به صورت پایدار استفاده از سبک‌های حل تعارض یکپارچه را در همسران تازه ازدواج کرده متعارض افزایش داده و استفاده از سبک‌های حل تعارض اجتنابی را در آنان کاهش می‌دهد. یافته اخیر با یافته‌های لینچ(۲۰۱۵)، کندی و همکاران(۲۰۱۷)، کنرادی و همکاران(۲۰۱۷) و خان و همکاران(۲۰۱۸) همسو است. هدف اصلی درمان هیجان‌مدار، دسترسی و پردازش مجدد واکنش‌های هیجانی اساسی در تعاملات زناشویی است(جانسون،۲۰۱۷). این فرایند به توسعه سبک‌های دلبستگی ایمن، همدلی زوجها نسبت به تجارب یکدیگر و ایجاد الگوهای تعاملی جدید منجر می شود و سبک‌های دلبستگی بالبی شباهت زیادی به سبک‌های حل تعارض مطرح شده در این پژوهش دارد. پس از مداخله ده جلسه‌ای زوجین در گروه HmT، از نظر آماری، بهبودی معنی‌داری در ابعاد مختلف سبک‌های حل تعارض زوجین حاصل شد. به طوری که زوجین پس از درمان تلاش می‌کردند از تبادل کلامی ناخوشایند با همسرشان جلوگیری کنند و یک رابطه برابر و «برنده-برنده» را در بین‌شان برقرار سازند، به مذاکره و

1. Antz
2. Reiss
3.Du Rocher Schudlich,Stettlerb, Stoudera, Harrington

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.16.2]

گفت‌وشنود روی بیاورند، همسر خود را حمایتگر و مراقبت‌کننده فرض کرده و از تعارض اجتناب نکنند، خودافشایی نمایند و در نهایت با یادگیری سبک حل تعارض سازنده و یکپارچه ، به ارضاء متقابل نیازهای همدیگر بپردازند، چیزی که در سایر سبک‌ها به چشم نمی‌خورد. این تغییرات مطابق با اولین فرضیه درمان هیجان‌مدار است:«موثرترین عامل در ایجاد و حفظ صمیمیت زناشویی به نوع زنجیره‌های عاطفی ارائه شده در یک رابطه بستگی دارد» (جانسون،۲۰۰۴). یعنی در فرایند درمان، با افزایش همدلی و تنظیم هیجان، میزان استفاده از سبک‌های کارامد حل تعارض افزایش می‌یابد. درHmT زوجین 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 به قول سوزان جانسون «همدیگر را در آغوش می‌گیرند و رها نمی‌کنند» و «به ایجاد دلبستگی ایمن در همسرشان نیز کمک می‌نمایند»(جانسون،۲۰۰۸). درمان هیجان‌مدار بر اهمیت بازیابی احساسات تأکید دارد و حتی بر این باور است که به طور مستقیم یا غیرمستقیم بر کل سیستم خانواده تأثیر می‌گذارد. اگر روابط عاشقانه بین زوجین مطلوب باشد، این احساس مثبت در کل خانواده گسترش می‌یابد(جانسون،۲۰۰۴)، و این یکی از مهمترین دلایل توجیه تأثیرEFT و HmT در عملکرد خانواده و زوجین است. نتایج این تحقیق نشان داد که تفاوت اثر درمان مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای و درمان هیجان‌مدار بر سبک‌های حل تعارض زوجین متعارض به لحاظ آماری معنادار نیست. اگرچه تحقیقی در زمینه مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی به روش طرحواره‌درمانی به ویژه مدل‌های مبتنی بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای و HMT انجام نشده است، ولی می‌توان به تحقیقات مشابه در این زمینه اشاره کرد. از جمله یافته‌های هواسی و همکاران(۱۳۹۶) در اثربخشی بیشتر درمان هیجان‌مدار، نورنی و همکاران (۲۰۱۹) در اثر بخشی یکسان طرحواره‌درمانی و بملیس و همکاران(۲۰۱۴) در اثربخشی بیشتر طرحواره‌درمانی با این یافته مطابقت دارد. در این پژوهش، با وجود اینکه پروتکل‌های هر دو رویکرد مطرح شده متفاوت است، ولی هر دو تقریبا به صورت یکسانی بر سبک‌های حل تعارض زوجین تاثیرگذار بوده‌اند. به نظر می‌رسد مولفه‌های تاثیرگذار مشترکی باید بین آنها وجود داشته باشد تا این میزان اثرگذاری را تبیین نماید. هر دو رویکرد بر تئوری دلبستگی بالبی مبتنی هستند. بالبی از تئوری روانکاوی استفاده کرد و مانند فروید آسیب‌پذیری بزرگسالی را در اوایل زندگی آنها جستجو نمود(یانگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ جانسون، ۲۰۰۴). داشتن ریشه روانکاوی یک نقطه اشتراک مهم در این دو رویکرد است،(چه بسا شاید این نکته در درمان هیجان‌مدار زیاد به چشم نخورد)، چرا که هر دو رویکرد بر نقش مراقبین و ارضای نیازهای بنیادین کودکی تاکید می‌کنند. (بالبی،۱۹۸۸) معتقد است اختلالاتی که در مراحل اولیه زندگی روی می‌دهد، بر پردازش اطلاعات در دوره‌های بعدی اثر می‌گذارد، و در نتیجه فرد را در مقابل تهدید به ترک شدن و تهدیدهای آسیب‌زننده به بقای زیستی فرد، آسیب پذیر می‌سازد. علاوه بر آن، هر دو مدل، دارای ریشه‌های انسانگرا نیز هستند. درک همدلانه و ایفای نقش والد مهربان، پایه اساسی و قلب هر دو مداخله است. نقطه اشتراک سوم این است که در هر دو شیوه، تاکید بر روی هیجانات، هدف اصلی درمان بوده و هر دو مدل به نوعی متمرکز برهیجان هستند(البته در هیجان‌مدار بیشتر به چشم می‌خورد). نقطه اشتراک چهارم این دو رویکرد، بینش‌مدار بودن آنهاست(یانگ و همکاران،۲۰۰۳؛ جانسون،۲۰۱۵)، 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(یانگ و همکاران،۲۰۰۳؛ جانسون،۲۰۰۴؛ ونگ و همکاران،۲۰۱۷). یعنی زوجین ابتدا از وجود الگوهای تعاملی یا رقص‌های شیطانی در(HmT) و چرخه‌های ذهنیت در درمان ذهنیت‌مدار، 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 هر دو رویکرد حکایت دارد. نقطه اشتراک ششم این دو رویکرد، تاکید 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. علاوه بر اینها، در توجیه این یافته می توان گفت که هر دو رویکرد با بیرونی کردن[1]مشکل و جداکردن مشکل از فرد و رابطه و ساخت شکنی، نگاه سرزنش‌گرانه و برچسب‌زنی در رابطه زوجی را مردود دانسته و ما را به یاد رویکردهای پست‌مدرن[2]می‌اندازند. درمانگران روایی[3]معتقدند که این فرد نیست که مشکل است، بلکه خود مشکل،

1. externalization
2.post modern
3. narrative therapy

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.16.2]

مشکل است و زندگی یعنی، ارتباط داشتن با مشکلات، نه قاطی شدن با آنها(وایت و اپستین،[1]۱۹۹۰)، و این داستان در مداخلات مبتنی بر ذهنیت و درمان هیجان‌مدارکاملا مشهود بود.

به طور خلاصه، این پژوهش نشان داد که هر دو روش ذهنیت‌های طرحواره‌ای و درمان هیجان مدار مدل «محکم در آغوشم بگیر» بر بهبود سبک‌های حل تعارض زوجین دارای تعارض موثر هستند و تفاوت معنی‌داری بین آنها وجود ندارد. در هر دو روش، زوجین یاد می‌گیرند که هیجان‌های خود را تجربه و تنظیم کنند و با شناخت نیازهای زیربنایی خود و همسرشان و از طریق ایفای نقش «خودوالدینی» و «هم والدینی» حدومرزدار ، به بهبود رابطه خود با خویشتن و همسرشان دست یابند. این پژوهش دارای محدودیت بود که تعمیم نتایج آنرا با مشکل مواجه می‌سازد. استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس مهمترین محدودیت این پژوهش بود، لذا توصیه می‌شود تحقیقات مشابه با تحقیق فعلی با استفاده از روی نمونه‌گیری تصادفی در جهت مقایسه این دو مداخله درمانی و تعمیم نتایج صورت بگیرد. 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 تازه ازدواج کرده و همچنین، تهیه کتابجه به زبان ساده برای زوجین پیشنهاد می گردد.

منابع

پیوسته، ب؛ دهشیری، غ؛ و موسوی، س. (۱۳۹۷). مطالعه تغییرات زناشویی، رضایت جنسی و بهزیستی ذهنی در ۵ سال اول زندگی مشترک: تحلیل روند، *فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره*،۱۷،۸۴، ۱۰۴-۶۷.

حقیقی، ح؛ زارعی، ا؛ و قادری، ف . (۱۳۹۱). بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه سبکهای حل تعارض-رحیم (ROCI-II) در بین زوجین ایرانی. فصلنامه *مشاوره و رواندرمانی خانواده*،۱ ، ۴، ۵۶۱-۵۳۴.

خدابنده‌لو، س؛ نجفی، م؛ و رحیمیان‌بوگر، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار بر عزت‌نفس افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته. فصلنامه *مطالعات روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی*، ۳۰،۸، ۱۰۱-۶۵.

دلاور، ع. (۱۳۹۶). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: نشر رشد.

سازمان ثبت احوال کشور(۱۳۹۷).

سیمونه، چ. د؛ رودیگر، ا؛ و بروس، ای. (۲۰۱۵). طرحواره‌درمانی برای زوجین، راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی. ترجمه کبری حاجی‌علیزاده و هادی سلیمی(۱۳۹۷). تهران: انتشارات ابن‌سینا.

فارل، ج ؛ ریس، ن؛ و شاو، ا. (۲۰۱۴). راهنمای بالینی طرحواره‌درمانی. ترجمه مریم هدایتی و عادله صمیمی(۱۳۹۵). تهران: انتشارات ارجمند.

فارل، ج؛ و شاو، ا. (۲۰۱۲). طرحواره‌درمانی گروهی برای اختلال شخصیت مرزی. ترجمه لیلا پورسمر(۱۳۹۶). تهران: نشر ارجمند.

فتحی، ط. (۱۳۹۹). سایکودرام(پیشگیری و درمان بیماری‌های روانی اجتماعی در صحنه نمایش). تهران: انتشارات ناهید.

گال، ج؛گال، م . د؛ و بورگ، و. روشهای تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی(جلد۱ و ۲). ترجمه احمدرضا نصر، علیرضا کیامنش، خسرو باقری، حمیدرضا عریضی، محمد خیر، محمود ابوالقاسمی، منیجه شهنی‌ییلاق، محمدجعفر پاک‌سرشت و زهره حسروی(۱۳۹۵). تهران: سمت.

هواسی، ن؛ زهراکار،ک؛ و محسن‌زاده، ف .(۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی به روش گاتمن بر فرسودگی زناشویی و تغییر سبک‌های حل تعارض. *مجله اصول بهداشت روانی*،۲۰، ۱، ۲۲-۱۴.

Arntz A, Klokman J, & Sieswerda S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36: 226–239.

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*,71(3),305-322.

Bowlby, J. (1988). *A secure base*: clinical applications of attachment theory, London, Rutledge.

Brian M. D'Onofrio (2021). divorce and separation, Consequences of Separation/Divorce for Children. *Indiana* University, USA. https://www.child-encyclopedia.com/

Center for Disease Control and Prevention.(2016). Provisional number of marriages and marriage rate: United States, 2000–2016.

Conradi, H. J., Dingenance, P., Noordhof, A., Finkanaver, C., & Kamphuis, J. H. (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.

1. Wite, M., Epston, D

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.16.2]

Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2010). Marital conflict and children: An emotional security perspective. New York, NY: Guilford.

Du Rocher Schudlich, T. D., Stettlerb, N. M., Stoudera, K.A., & Harrington, C. (2013). Adult Romantic Attachment and Couple Conflict Behaviors: Intimacy as a Multi-Dimensional Mediator. *Journal of Interpersonal*, 7(1), 26–43.

European Commission. (2015). Demography Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Johnson, S. M. (2004). The practice of emotionally focused marital therapy (2nd end). New York: Brunner-Rutledge.

Johnson, S. M. (2008). Hold me tight. Seven conversations for a lifetime of love. New York: Little, Brown and Company.

Johnson, S.M. (2015).“Emotionally focused couple therapy.” In Alan S. Gurman, Jay L. Lebow & Douglas K. Snyder (Eds.), Clinical Handbook of Couple Therapy, 5th Edition, pp. 97-128. New York: Guilford Press.

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.

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. *Marital and family therapy*, 45(3), 431-446.

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.

King, W. C. & Miles, E. W. (1990). What we know – and don’t know – about easuring conflict: An examination of the ROCI-II and the OCCI conflict instrument. *anagement Communication Quarterly*, 4, 222-243.

Lawson, A. (1988). Adultery: An analysis of love and betrayal. New York: Basic Books.

Lim, S . A., & lee, J. (2020). Gender Differences in the Relationships between Parental Marital Conflict, Differentiation from the Family of Origin, and Children’s Marital Stability. *The American Journal of Family Therapy, 48(5).*

Lu, W., & Wang, J. (2017). The influence of conflict management styles on relationship quality: The moderating effect of the level of task conflict. *International Journal of Project Management*, 35(8), 1483-1494.

Lynch, L. E. (2015). Couples coping with cancer: A Hold me Tight pilot intervention study. Dissertation Submitted to the Graduate Faculty of Drexel University. (Unpublished dissertation).

Molgora, S., Fenaroli, V., Prino, L. E., Rolle, L., Sechi, C., Trovato, A., Vismara, L.,Volpi,B., Brustia, P., Lucarelli, L., Tambelli, R., & Saita, E. (2018). Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant women:The role of anxiety, depression, and couple adjustment. *Journal of Women and Birth*, 31(2), 117-123 .

Nooroney, N., Jaafar, W. M. W., Hassan, S. A., & Noah, S.M. (2019). The effect of schema therapy and schema-focused mindfulness therapy on marital communication of Iranian women in Malaysia. *Journal of counselor*, 8(3), 74-83.

Rahim, M. A. (1983). A measure of styles of handing interpersonal conflict. *Academy of management*, 26(2),368- 376 .

Rahim, M. A. (1997). Styles of managing organizational conflict: A critical review and synthesis of theory and research. In M. A. Rahim, R. T. Golembiewski, & L. E. *Pate Current topics in management*, 2, 61–77. Greenwich, CT: JAI Press.

Unal, A., & Akgun, S. (2021). Conflict resolution styles as predictors of marital adjustment and marital satisfaction: an actor–partner interdependence model. *Journal of Family Studies*, 27,2.

White, M., Epston, D. (1990). Narrative means to therapeutic ends. 1st ed. New York:Norton.

Wong, T. Y., Greenman, P. S., & Beaudoin, V. (2017) .‘Hold Me Tight’:The generalizability of an attachment-based group intervention to Chinese Canadian couples. *Jornal of coupl & Relationsheip therapy*, 20(1), 42-60.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema Therapy: A Practitioner’s Guide. New York: Guilford Press.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.16.2]