

Research Paper



Comparison of the Efficacy of Emotional Schema Therapy and Emotion-Based Therapy on Marital Burnout among Women with Emotional Divorce



Homa Pourabbas Vafa ¹, Jalil Babapour Kheiroddin ^{*2}, Sholeh Livarjani ³, Naeemeh Moheb ⁴

1. Ph. D Student of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.
2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
3. Associate Professor, Faculty of Education and Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Tabriz Medical Sciences, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.10.0](https://doi.org/10.27173852.1401.17.66.10.0)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15271.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Emotional Schema Therapy, Emotion-Based Therapy, Burnout Emotional Divorce

Received: 2021/12/14

Accepted: 2022/01/01

Available: 2022/09/21

The aim of the current study was comparison of the efficacy of emotional schema therapy and emotion-based therapy on quality of life, happiness, and marital burnout among women with emotional divorce. The research was quasi-experimental. The population of this research was distressed women referred to psychological clinics of Tabriz in 1398. Among them 45 couple (15 couple in each group) were selected purposively and assignment in emotional schema therapy, emotion-based therapy and control group. Data were gathered using, The Oxford Happiness Questionnaire, the Quality-of-Life Questionnaire (WHOQOL-BREF), the Paynes Burnout Questionnaire and the Relationship Health Questionnaire. Data were analyzed with ANCOVA. Results showed that there is a significant difference between three group in all three variables, after controlling for a covariate (pre-test) (Quality of Life: $f=59/43$; $p< 0/001$; Happiness: $f=21/27$; $p< 0/001$; Burnout: $f=40/96$; $p< 0/001$). Pairwise comparison showed that both treatments are more effective than the control group. There was no significant difference in any of the research variables between the two groups of emotional schema therapy and emotion-based therapy.



* Corresponding Author: Jalil Babapour Kheiroddin

E-mail: babapourj@yahoo.com

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان هیجان محور بر دلزدگی زناشویی در زنان با طلاق عاطفی



هما پورعباس وفا^۱، جلیل باباپور خیرالدین^{۲*}، شعله لیوارجانی^۳، نعیمه محب^۴

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۲. استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۳. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۴. استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.10.0](https://doi.org/10.27173852.1401.17.66.10.0)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15271.html



چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

طرحواره درمانی هیجانی، درمان هیجان محور، کیفیت زندگی، شادکامی، دلزدگی زناشویی، طلاق عاطفی

هدف پژوهش حاضر تعیین مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان هیجان محور بر کیفیت زندگی، شادکامی و دلزدگی زناشویی در زنان با طلاق عاطفی بود. طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی (طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مبتلا به طلاق عاطفی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر تبریز در سال ۱۳۹۸ بود. از بین این مراجعین ۴۵ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و در سه گروه درمان هیجان محور، طرحواره درمانی هیجانی و انتظار جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه شادکامی آکسفورد، پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF)، پرسشنامه دلزدگی پاییز و پرسشنامه سلامت روابط استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس یک راهه (ANCOVA) استفاده شد. یافته‌ها نشان دادند در هر سه متغیر، پس از کنترل متغیر همپراش (نمرات پیش آزمون) بین سه گروه تفاوت معنادار آماری وجود دارد (کیفیت زندگی: $p = 0/001$ ؛ $F = 59/43$ ؛ شادکامی: $p = 0/001$ ؛ $F = 21/27$ ؛ و دلزدگی زناشویی: $p = 0/001$ ؛ $F = 40/96$). مقایسه زوجی نشان داد هر دو درمان نسبت به گروه انتظار اثربخشی بهتری دارند. در هیچ یک از متغیرهای پژوهش بین دو گروه طرحواره درمانی هیجانی و درمان هیجان محور تفاوت معناداری وجود نداشت.

دریافت شده: ۱۴۰۰/۰۹/۲۳

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۱۰/۱۱

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۶/۳۰

* نویسنده مسئول: جلیل باباپور خیرالدین

رایانامه: babapourj@yahoo.com

مقدمه

هر چند ازدواج و تشکیل خانواده یکی از مهم‌ترین پدیده‌های زندگی است که می‌تواند موجبات رشد و شکوفایی توانایی‌ها و هم‌چنین تأمین نیازهای مختلف انسان و به دنبال آن آرامش روانی گردد، با وجود این، پدیده‌ای که همواره باید مورد توجه قرار گیرد، بروز کشمکش و تعارض به عنوان جزء جدانشدنی و همیشگی در ازدواج و روابط زناشویی است که اگر زوجین نتوانند آن را به خوبی حل کنند آثار مخربی برای زوجین و فرزندان در خانواده به همراه می‌آورد. تعارض پدیده‌ای است که به موازات عشق در ارتباط زناشویی به وجود می‌آید و امری غیر قابل اجتناب است و زمانی پیش می‌آید که اعمال یک فرد با اعمال فرد دیگر تداخل پیدا می‌کند، همچنان که دو فرد به یکدیگر نزدیک می‌شوند نیروی تعارض افزایش می‌یابد (بهمنی، فلاح چای و زارعی، ۱۳۹۰).

هنگامی که تعارض‌ها افزایش می‌یابند و از کنترل زوجین خارج می‌شوند و زوجین نتوانند راه حل مناسبی برای مدیریت و کنترل تعارض‌های خود بیابند ممکن است رابطه به پایان خود رسیده باشد و زوجین اقدام به طلاق بکنند. طلاق اما به یکباره به وجود نمی‌آید، بلکه به تدریج و طی مراحل شکل می‌گیرد. برخی پژوهشگران طلاق عاطفی را اولین مرحله در فرایند طلاق و بیانگر رابطه زناشویی رو به زوال می‌دانند (رضایی، میرزاده و یعقوبی، ۱۳۹۶).

طلاق عاطفی مشکلی است که اساس خانواده درگیر آن است. با وجود این مشکل، زندگی مشترک علاوه بر اینکه بی‌معنا می‌شود محیطی مناسب برای رشد ناهنجاری‌ها و کجروی‌ها هم برای اعضای آن و هم برای اعضای جامعه می‌شود (بزدانی، حقیقتیان و کشاورز، ۱۳۹۲).

در طلاق رسمی، زن و مرد با مراجعه به دادگاه به طور قانونی از یکدیگر جدا شده و هیچ تعهدی نسبت به هم ندارند، اما طلاق عاطفی به گونه‌ای دیگر در زندگی زوجین به وجود می‌آید. طلاق عاطفی مهم‌ترین عامل از هم گسستگی ساختار و بنیادی‌ترین بخش جامعه یعنی خانواده است و موجب از هم پاشیدگی عاطفی خانواده می‌شود. در این نوع خانواده، به قول اکثر تعاریف، زن و مرد زیر یک سقف زندگی می‌کنند، ولی هیچ رابطه احساسی میان زوجین یا وجود ندارد و یا بسیار کم است (بزدانی و همکاران، ۱۳۹۲). پل بوهانان طلاق عاطفی را اولین مرحله در فرایند طلاق و بیانگر رابطه زناشویی رو به زوالی می‌داند که احساس بیگانگی جایگزین آن می‌شود (اولسن و دفراین، ۲۰۰۶).

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که بین طلاق عاطفی با دزدگی زناشویی رابطه معنادار وجود دارد (آقاجانی، فخری و حیدری، ۱۳۹۶). دزدگی حالت دردناک فرسودگی جسمی، عاطفی و روانی است و کسانی را متأثر می‌سازد که توقع دارند عشق رؤیایی به زندگی‌شان معنا ببخشد. این حالت زمانی بروز می‌کند که آنها متوجه می‌شوند علی‌رغم تلاش‌هایشان، رابطه‌شان به زندگی معنا نداده و نخواهد داد (عطاری و همکاري، ۱۳۹۱).

از آنجایی که دزدگی با احساساتی نظیر خشم، نفرت، ناامیدی و سرخوردگی از همسر همراه است و انباشته شدن این احساسات دردناک، به مرور زمان باعث بی‌میلی و ناخشنودی به همسر شده و زندگی در کنار وی را غیرقابل تحمل می‌سازد، لذا توجه به اثرات مخرب این پدیده و درمان به موقع آن، بسیار حائز اهمیت است (دونهام، ۲۰۱۶).

با توجه به مواردی که گفته شد و با توجه به پیامدهای منفی طلاق عاطفی به ویژه در زنان، اهمیت و لزوم بررسی‌های بیشتر به ویژه در زمینه درمان طلاق عاطفی نمایان می‌شود.

امروزه زوج درمانی درمان انتخابی برای نارضایتی‌های ارتباطی است. چندین مطالعه نشان داده‌اند که زوج درمانی می‌تواند آشفتگی‌های ارتباطی را به طور موثری کاهش دهد و رضایت و ثبات روابط بین فردی را افزایش دهد (کریستنسن و هیوی، ۱۹۹۹). با وجود تاثیرات مثبت برخی از درمان‌ها در مشکلات زوجین هنوز برخی ابهام‌ها (مانند تاثیر بلند مدت این درمان‌ها) در این بین وجود دارد (جانسون و لیبو، ۲۰۰۰).

یکی از این رویکردها که اثربخشی آن در زمینه‌های بسیاری به تأیید رسیده، طرحواره درمانی هیجانی است که لیبی بر مبنای مفهوم پردازش هیجانی و با الهام از مدل فراسناختی هیجان‌ارائه کرده است (لیبی، ۲۰۱۲). طرحواره درمانی هیجانی یک رویکرد درمانی فراسناختی (یا فراهیجانی) یکپارچه‌ساز است که بر اساس مدل طرحواره‌های هیجانی (لیبی، ۲۰۰۲) ساخته شده است. این الگوی درمانی که حاصل ترکیب مدل فراسناختی ولز (مولدز، کاندریس، استار و وونگ، ۲۰۰۷) و درمان هیجان مدار (EFT) گرینبرگ (۲۰۰۲) است در تلاش است تا درمان‌های موج سوم شناختی رفتاری را به صورت یکپارچه درآورد تا جلوی ازهم پاشیدگی و انشعابات فراوان درمان شناختی رفتاری را بگیرد (لیبی، تیرچ و ناپولیتانو، ۲۰۱۱). لیبی (۲۰۱۲) بر این عقیده است که درمان‌های موج سوم به علت عدم تأکید درمان شناختی رفتاری بر رابطه درمانی، گسترش یافته‌اند به همین منظور او در این الگوی درمانی، رابطه درمانی را از طریق تأکید بر اعتباربخشی، پذیرش و پردازش هیجانی در درمان شناختی رفتاری پر رنگتر کرده است. به طور کلی، می‌توان گفت این الگوی درمانی یک رویکرد درمانی خالص نیست، بلکه از به هم پیوستن مجموعه‌ای از تکنیک‌های درمانی مختلف به وجود آمده است.

برخی پژوهش‌ها از اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر مشکلات روانشناختی (رضایی و همکاران، ۱۳۹۴) و مشکلات زناشویی (کربلایی و آذری، ۱۳۹۶؛ پریست، ۲۰۱۳؛ عسگری و گودرزی، ۱۳۹۷) حمایت کرده‌اند. دومین درمان مورد بررسی در پژوهش حاضر درمان هیجان مدار جانسون و گرینبرگ (۱۹۸۵) است. زوج درمانی هیجان مدار جهت کاهش آشفتگی در روابط عاشقانه بزرگسالی و ایجاد پیوندهای دلبستگی ایمن تر و بازسازی الگوهای تعاملی زوج‌ها به کار می‌رود (جانسون و همکاران، ۲۰۰۵). عناصر کلیدی تجربه، مانند نیازها و ترسهای دلبستگی در جلسه درمان آشکار و متبلور می‌شوند. در جریان درمان، گام‌های کوچکی به سمت درگیری

1. Dunham
2. Heavy

3. Moulds MC, Kandris E, Starr S, Wong
4. Leahy RL, Tirch D, Napolitano

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه دزدگی پاینز: مقیاس دزدگی زناشویی ابزار خودسنجی است که به وسیله پاینز (۱۹۹۶) برای اندازه‌گیری میزان دزدگی زناشویی در بین زوجین طراحی شده است. این پرسشنامه ۲۰ گویه داشته و دارای ۳ جزء اصلی از پافتادن جسمی، عاطفی و روانی است. تمام این گویه‌ها روی یک مقیاس ۷ امتیازی پاسخ داده می‌شود. ضریب پایایی آزمون-بازآزمون برای یک دوره یک ماهه ۰/۸۹ بود. همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ سنجیده شده که بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ بود (پاینز، ترجمه شاداب، ۱۳۸۱). در ایران نیز عطاری (۱۳۸۸) ضریب پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش کرده است.

پرسشنامه سلامت روابط: این پرسشنامه برای سنجش طلاق عاطفی استفاده می‌شود و دارای ۶۲ سوال است. برای هر سوال دو گزینه صحیح و غلط وجود دارد. نقاط برش پرسشنامه بدین صورت است: نمرات بالاتر از ۳۲ بیانگر رابطه در حال فروپاشی و نمرات بین ۲۰ تا ۳۲ بیانگر طلاق عاطفی است. میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۳ و پایایی پرسشنامه به شیوه آزمون باز آزمون به فاصله دو هفته ۰/۷۸ بوده است (رضایی، میرزاده و یعقوبی، ۱۳۹۶).

طرح درمان هیجان محور

جلسه اول: اجرای پیش آزمون، آشنایی و برقراری رابطه‌ی درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی اهداف و انتظارات همسران از درمان
جلسه دوم: تشخیص چرخه‌ی تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که همسران، آشنایی زوجین با اصول درمان هیجان مدار و نقش هیجان‌ات در تعاملات بین فرد، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری همسران، ایجاد توافق درمانی

جلسه سوم: دستیابی به احساسات شناسایی نشده که زیربنای موقعیت‌های تعاملی هستند

جلسه چهارم: از نو قاب‌گیری مشکل بر حسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تاکید بر توانایی مراجع در بیان هیجان‌ات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به همسر

جلسه پنجم: ترغیب به شناسایی نیازهای طرد شده و جنبه‌هایی از خود که انکار شده‌اند، جلب توجه زوجین به شیوه‌ی تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آن‌ها با احترام و همدلی

جلسه ششم: آگاه کردن افراد از هیجان‌ات زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر همسر در رابطه، تاکید بر پذیرش تجربیات همسر و راه‌های جدید تعامل، ردگیری هیجان‌ات شناخته شده، شرح مجدد نیازهای دلبستگی و اشاره به طبیعی بودن آنها

جلسه هفتم: تسهیل بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی، توسعه تجارب هیجانی اولیه در زمینه‌ی دلبستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی، ایجاد دلبستگی‌های جدید با پیوندی ایمن بین همسران

هیجانی ایمن برداشته می‌شود که بر اساس آن زوج‌ها می‌توانند برای همدیگر آرامش و امنیت و اطمینان دوباره فراهم کنند. این رویکرد شامل سه مرحله و نه گام است. درمانگر از مداخلات چندی برای فراهم کردن زمینه جهت تسهیل تغییر الگوهای مشکل‌زا استفاده می‌کند و نقشی تسهیل‌کننده جهت کمک به زوج‌ها برای یافتن راه حل جدید ایفا می‌کند (کوری، ۲۰۰۱).

برخی مطالعات تاثیر درمان هیجان محور را بر زوج‌های آشفته بررسی کرده‌اند (فینی، ۲۰۰۲؛ مکینن، ۲۰۰۴؛ باتلر و همکاران، ۲۰۰۲؛ فلاح زاده، ثنایی ذاکر و فرزاد، ۱۳۹۱). این پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی خوب درمان هیجان محور دارد.

علی‌رغم آنکه درمان‌های مورد بحث اثربخشی خود را در برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند اما اثربخشی آنها بر روی متغیرهای زناشویی و روانشناختی و هیجانی به صورت همزمان در هیچ پژوهشی مورد بررسی قرار نگرفته است. بر همین اساس پژوهش حاضر می‌کوشد تا به این سوال پاسخ دهد که آیا طرحواره درمانی هیجانی و درمان هیجان محور بر دزدگی زناشویی در زنان با طلاق عاطفی اثربخش هستند و آیا بین این دو درمان به لحاظ اثربخشی تفاوت وجود دارد؟

روش

تحقیق حاضر، تحقیقی نیمه آزمایشی^۱ (نیمه تجربی) طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری کلیه زنان مبتلا به طلاق عاطفی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر تبریز در سال ۱۳۹۸ بود. از بین این مراجعین ۴۵ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت جایگزینی تصادفی در سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر) تحت درمان هیجان محور، طرحواره درمانی هیجانی و گروه انتظار قرار گرفتند. شیوه اجرا به این صورت بود که از بین زنان متاهل مراجعه کننده به یکی از مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر تبریز، نمونه‌گیری شد. نمونه‌ها بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بود از: محدوده سنی ۲۰ الی ۵۰ سال، مدت ازدواج ۵ تا ۲۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، داوطلب بودن برای شرکت در پژوهش، نداشتن اختلال در محور دو یا مشکل روانی شدید بود. همچنین افرادی انتخاب شد که بر اساس آزمون سلامت روابط مبتلا به طلاق عاطفی باشند.

جلسه دهم آموزش تکنیک وکیل مدافع، تبیین دزدگی زناشویی براساس الگوی طرحواره های هیجانی، آموزش راهبردهای عملی، بررسی احساسات افراد از برگزاری جلسات، مرور مطالب مطرح شده در جلسات و جمع بندی و اختتام.

به منظور تحلیل داده ها، از شاخص های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و برای تحلیل فرضیه های تحقیق از تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) با آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. تحلیل داده ها با SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

نتایج

توصیف آماری نمرات پرسشنامه دزدگی زناشویی به تفکیک گروه آورده شده است (جدول ۱).

جدول ۱: توصیف نمرات پیش آزمون - پس آزمون متغیر های پژوهش به تفکیک گروه

موقعیت	متغیر	طرحواره درمانی هیجانی		گروه کنترل	
		انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد
پیش آزمون زناشویی	دزدگی زناشویی	۸۷/۴۰	۸/۱۰۵	۸۳/۷۳	۱۰/۷۴۷
پس آزمون زناشویی	دزدگی زناشویی	۵۷/۸۰	۶/۰۶۲	۶۳/۰۷	۱۱/۱۱۹

همانطور که در جدول شماره ۱، ملاحظه می شود، میانگین پیش آزمون نمرات دزدگی زناشویی گروه طرحواره درمانی هیجانی ۸۷/۴۰ و در پس آزمون ۵۷/۸۰؛ می باشد. بر اساس نتایج، میانگین پیش آزمون نمرات دزدگی زناشویی گروه درمان هیجان محور ۸۳/۷۳ و در پس آزمون ۶۳/۰۷؛ می باشد. همچنین، میانگین پیش آزمون نمرات دزدگی زناشویی گروه کنترل ۱۰/۷۴۷ و در پس آزمون ۱۱/۱۱۹؛ می باشد.

برای تحلیل فرضیه پژوهش ابتدا مفروضه های تحلیل کواریانس شامل یکسان بودن شیب خط رگرسیون و نرمال بودن توزیع متغیر بررسی گردید که نتایج نشان داد همه پیش فرض ها رعایت شده است (جدول شماره ۲ و ۳).

جدول ۲: نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع

موقعیت	متغیر	طرحواره درمانی هیجانی		گروه کنترل	
		انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد
پیش آزمون زناشویی	دزدگی زناشویی	۸۷/۴۰	۸/۱۰۵	۸۳/۷۳	۱۰/۷۴۷
پس آزمون زناشویی	دزدگی زناشویی	۵۷/۸۰	۶/۰۶۲	۶۳/۰۷	۱۱/۱۱۹

جلسه هشتم: ایجاد موقعیت های تعاملی جدید بین زوجین و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف سازی الگوهای تعاملی، یادآوری نیازهای دلبستگی

جلسه نهم: تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است، بحث در مورد نقطه نظرات مثبت و منفی در مورد طرح آزمایشی، ارزیابی تغییرات و اجرای پس آزمون

محتوای جلسات طرحواره درمانی هیجانی

جلسه اول: بیان اهداف جلسات، آشنایی زوجین با رویکرد طرحواره های هیجانی، شناخت مشکل فعلی مراجع و سنجش مراجعان برای طرحواره درمانی با تمرکز بر تاریخچه شخصی و مشاهده هیجانها و توصیف آنها، معرفی انواع باورهای هیجانی،

جلسه دوم: ارائه الگویی از هیجانها به زوجها و شناسایی طرحواره های هیجانی دردرساز و مقایسه با طرحواره های هیجانی سالم، ارائه شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرحواره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته، آموزش تکنیک برچسب زنی هیجانی

جلسه سوم: مرور تکالیف خانگی، توضیح مفهوم اعتباریابی (احساس اینکه شخصی تو را درک میکند و به من اهمیت می دهد) و بررسی مقاومت در برابر اعتباریابی و مفهوم آن، شناسایی خاستگاه های مختلف طرحواره های هیجانی اعتبارزاد

جلسه چهارم: مرور تکالیف خانگی، اعتباریابی هیجانی، چالش با طرحواره های هیجانی دردرساز، برچسب زنی و افتراق هیجانها از یکدیگر، استعاره انسان کامل و بهنجارسازی تجربه هیجانی، ذهن آگاهی انفعالی به هیجان. جلسه پنجم: افزایش قدرت پذیرش احساسات، آموزش گذرا بودن هیجان، تمرین فضا سازی و تمایز میان هیجان و اقدام، مشاهده و توصیف هیجان، آموزش تکنیک پذیرش و خواست، ارائه تکالیف خانگی تمرین ذهن آگاهی روزانه

جلسه ششم: افزایش پذیرش هیجان، تحمل احساسات مختلط، آموزش تکنیک بالارفتن از نردبان مفاهیم برتر، آموزش تکنیک ذهن آموزی دلسوزانه. ارائه تکالیف خانگی: جستجوی هیجانها مثبت و تمرینات تکنیک ذهن آموزی دلسوزانه

جلسه هفتم: مرور تکالیف، آموزش فنون حل مسئله، شناسایی افکار خود آیند، آموزش تکنیک پیکان رو به پایین، تمایز افکار از احساسات.

جلسه هشتم: مرور تکالیف خانگی، رنجش سودمند، بازسازی شناختی، تکنیک بالارفتن از نردبان مفاهیم برتر، فاجعه زدایی، کاهش استرس، ارائه تکالیف خانگی بررسی مزایا و معایب فکر و بررسی شواهد مربوط به یک فکر

جلسه نهم: تشریح اهداف در رابطه زوجین، باورهای منطقی زندگی زناشویی و مبادله عشق و محبت. آگاهی هیجانی و القای فضا سازی هیجانها مثبت، شناخت موقعیت ها و نشانه های یأس آور و اهداف کوتاه مدت و دراز مدت زندگی زناشویی

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد، طرحواره درمانی هیجانی و درمان هیجان محور بر دزدگی زناشویی در زنان با طلاق عاطفی موثر است. نتیجه بدست آمده با یافته‌های باین، کر و کلارک (۲۰۰۴)، باتلر و همکاران (۲۰۰۲)، داورنیار، زهراکار، معیری و شاکرمی (۱۳۹۴)، جکسون، میلر، اوکا و هنری (۲۰۱۴) همسو می‌باشد.

هیجان‌ات در کلیه روابط زوجین نقش اساسی دارند و باید به آنها توجه خاصی شود؛ بنابراین می‌توان از درمان هیجان محور برای دزدگی زناشویی استفاده کرد؛ زیرا هم شاخه‌ای از زوج درمانی می‌باشد و هم هیجان‌ات را محور کار درمانی خود قرار می‌دهد. این نوع درمان، اختلالات و ناسازگاریهای ارتباطی را مورد توجه قرار میدهد و افراد را تشویق می‌کند تا از هیجان‌ات خود صحبت کنند و آن را مورد بحث قرار دهند. در تبیین یافته بدست آمده می‌توان گفت، زوج درمانی هیجان مدار با بهبود بخشیدن به روابط زوجین از طریق حل مشکلات هیجانی آنها، شناسایی هیجان‌ات ابراز نشده و سرکوب شده، تصحیح ارتباط دلبستگی زوجین و افزایش صمیمیت از طریق راه حل صحیح ابراز هیجان‌ات و شناسایی نیازهای هیجانی و عاطفی همسر باعث بهبود تعاملات زوجین و به دنبال آن افزایش تعهد، همبستگی و افزایش میزان ابراز محبت و به تبع آن کاهش دزدگی زناشویی در زنان با طلاق عاطفی می‌شود.

در طرحواره درمانی هیجانی، افراد از نظر تفسیری که از تجربه‌ی هیجانی خود به عمل می‌آورند، با یکدیگر تفاوت داشته و تفاوت‌های موجود بین افراد از نظر تفاسیر، ارزیابی‌ها، میل به اقدام و راهبردهای رفتاری مربوط به هیجان‌های آنان، طرحواره‌های هیجانی نامیده می‌شود. همچنین، تغییرات این تفاسیر (تفسیر خود فرد و دیگران) باعث تغییر در شدت و نارسانظم جویی هیجانی می‌شود. افراد بر اساس طرحواره‌های هیجانی خود ممکن است از طریق اجتناب تجربی (مانند سرکوب، کرخی، اجتناب و گریز)، راهبردهای شناختی بی‌فایده (مانند نگرانی و نشخوار فکری)، جستجوی حمایت اجتماعی (خواه راهبردهای اعتباریابی سازگارانه و خواه ناسازگارانه) بکوشند با هیجان‌های خود مقابله کنند. اهداف این درمان، شناسایی باورهای دردسرساز و طرحواره‌های هیجانی که بیمار برای تفسیر و اقدام درباره‌ی هیجان از آنها استفاده می‌کند و ایجاد باورها و راهبردهای جدید، انعطاف پذیرتر و سازگارانه درباره تجربه هیجانی فرد می‌باشد (لیهی، ۲۰۱۵).

به طور کلی طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد و روشهای مقابله نادرست با هیجان‌ها موجب ایجاد مشکل در تجربه‌ی هیجانی افراد می‌شود. بنابراین می‌توان انتظار داشت با اصلاح طرحواره‌های هیجانی افراد، تجربه‌ی هیجانی آنها نیز اصلاح شود (لیهی، ۲۰۱۲). در نهایت می‌توان اضافه نمود که طرحواره‌های هیجانی بر یکدیگر تاثیر متقابل دارند و از این طریق به بهبود یکدیگر کمک می‌دانند. به عنوان مثال اعتباربخشی به هیجان‌های افراد به عادی سازی، کاهش احساس گناه و شرم، پذیرش و قابل درک بودن هیجان‌ها کمک می‌کند (لیهی، ۲۰۱۸). در رابطه با طرحواره سرزنش نیز میتوان گفت، به نظر می‌رسد استفاده از روش آموزش روانی درباره هیجان، کاربرد هیجان،

جدول ۳: بررسی همگنی شیب رگرسیون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
پیش آزمون	۲۰۸۳/۴۳۳	۱	۲۰۸۳/۴۳۳	۲۸/۰۸۵	
گروه *	۷۵/۲۴۹	۲	۳۷/۶۲۵	۰/۵۰۷	۰/۶۰۶
پیش آزمون خطا	۲۸۹۳/۱۰۱	۳۹	۷۴/۱۸۲		

همانطور که در جدول (۴-۱۱) مشاهده می‌شود، سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ سطح اثر متقابل گروه*پیش آزمون نشانگر این نکته می‌باشد که مفروضه همگنی شیب رگرسیون برقرار می‌باشد. بنابراین بین متغیر وابسته (پس آزمون) و متغیر کووریت (پیش آزمون) در درون گروه‌ها رابطه خطی وجود دارد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات دزدگی زناشویی پس از تعدیل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور ایستا
پیش آزمون	۲۰۶۵/۶۵۰	۱	۲۰۶۵/۶۵۰	۲۸/۵۳۲	۰/۰۰۱	
گروه	۵۹۳۱/۱۷۰	۲	۲۹۶۵/۵۸۵	۴۰/۹۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶۶
خطا	۲۹۶۸/۳۵۰	۴۱	۷۲/۳۹۹			

در جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات دزدگی زناشویی آورده شده است. با توجه به نتایج بدست آمده از جدول (۴-۱۰) ($F=2$ و $dF=41$ $P=0/001$) نشان داده می‌شود زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج پس آزمون مربوط به گروه‌ها حذف شود، تفاوت بین گروه‌ها معنادار می‌باشد. در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی اثر بخشی هر یک از مداخلات در مقایسه با گروه کنترل آورده شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت مقایسه پس آزمون گروه‌ها پس از تعدیل پیش آزمون

(I) گروه	(J) گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
طرحواره درمانی	درمان هیجان محور	-۳/۳۴۹	۰/۸۸
هیجانی	کنترل	-۲۵/۹۱۷	۰/۰۰۱
درمان هیجان محور	کنترل	-۲۲/۵۶۷	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج جدول ۵، تفاوت نمرات پس آزمون دزدگی زناشویی گروه آزمایش طرحواره درمانی هیجانی با درمان هیجان محور غیر معنادار است ($P < 0/05$). تفاوت بین نمرات پس آزمون دزدگی زناشویی گروه طرحواره درمانی هیجانی با گروه کنترل معنادار می‌باشد ($P < 0/05$). همچنین تفاوت بین نمرات پس آزمون دزدگی زناشویی گروه درمان هیجان محور با گروه کنترل معنادار می‌باشد ($P < 0/05$). بنابراین فرضیه سوم تحقیق تأیید می‌گردد. پس می‌توان گفت، طرحواره درمانی هیجانی و درمان هیجان محور بر دزدگی زناشویی در زنان با طلاق عاطفی موثر است.

ریشه تکاملی هیجان تاثیر هیجان بر بقای انسانها و همگانی بودن آن در کاهش این طرحواره نقش داشته است.

به طور کلی می توان نتیجه گرفت طرحواره درمانی هیجانی با به کارگیری شیوه هایی مانند ذهن آگاهی، تمرین های رفتاری مانند آرمیدگی عضلانی و اصلاح باورهای هیجانی ناکارآمد و تقویت باورهای هیجانی کارآمد (لیهی، ۲۰۱۵، ۲۰۱۱) موجب افزایش کیفیت زندگی و کاهش دلدگی زناشویی در پژوهش حاضر شده است.

در تبیین یافته بدست آمده می توان گفت، بخش وسیعی از رابطه همسران ریشه در مسایل عاطفی، هیجانی و جنسی دارد. هنگامی که شریکی هیجانها و نیازهای آسیب دیده خود را به صورت متفاوتی درک میکند، این امر منجر به تغییر سبک پاسخگویی او به شریک خود می گردد که ممکن است سبب طلاق عاطفی و دلدگی زناشویی شود؛ از اینرو دور از انتظار نیست که با افزایش تجربه های برخاسته از دل بستگی ایمن زنان نسبت به همسرشان، صمیمیت و رضایت زوجین نسبت به هم افزایش یابد؛ بنابراین در پژوهش حاضر در جریان درمان هیجان مدار، درمانگر ضمن شناساندن هیجانها و نحوه صحیح ابراز آن به زنان به بهبود و افزایش معنادار ارتباط و تعهد زناشویی آنها کمک کرده و از میزان احساس طلاق عاطفی بکاهد. در حقیقت، ناتوانی در ابراز به موقع و به طریق مناسب این هیجانها در ابتدا منجر به کناره گیری عاطفی و از دست رفتن صمیمیت و در نهایت طلاق عاطفی می شود. درمان هیجان مدار صرفا بر ابراز هیجانها مثبت تأکید نمی کند و به بروز هیجانها مثبت است ظاهرا مثبت طلقی نشوند نیز مانند خشم، اندوه، رنجش و اهمیت آنها در ایجاد عملکرد مثبت و یا منفی روابط زناشویی توجه ویژه ای مبذول می دارد.

همچنین، در درمان هیجان مدار درمانگر به مراجعین کمک می کند تا عناصر موجود در رابطه مخرب را تغییر دهند. هنگامی که چرخه منفی مختل شده و پاسخها شروع به تغییر کردن میکنند، یک چرخه مثبتتر به وجود می آید که به زنان کمک میکند تا به سمت پیوندی ایمن تر پیش بروند. در حقیقت، هدف درمان هیجان مدار این است که کاری کند تا مراجعین به پاسخهای هیجانی که زیربنای الگوی تعاملی منفی آنها هستند، دسترسی پیدا کنند، آنها را ابراز نموده و پردازش مجدد کنند. سپس زنان میتوانند علائم هیجانی جدیدی را به همسرشان بفرستند که اجازه میدهد الگوهای تعاملی به سمت دسترس پذیری و پاسخگو بودن بیشتری پیش روند و در نتیجه یک پیوند ایمن تر و رضایت بخش تر خلق گردد. این پیوند ایمن ایجاد شده در رابطه بین زنان آسیب دیده از خشونت خانگی با همسرانشان سبب می شود آنها بتوانند با مطرح نمودن و صحبت کردن در باره ناراضیتمندی جنسیشان بتوانند نیاز جنسی و علائم عاطفی همراه با آن را با شوهرشان مطرح کنند، بنابراین با فائق آمدن بر احساس شرم و گناه خود می توانند به رضایت زناشویی بیشتری در زندگی مشترکشان برسند.

در تبیین یافته های حاصل از پژوهش می توان اظهار کرد که به طور کلی درمان هیجان مدار، شیوه ای درمانی است که تأکید اصلی آن بر مشارکت هیجانها در الگوهای دائمی ناسازگاری در زوجین آشفته می باشد.

تلاش این درمان آشکار ساختن هیجانها آسیب پذیر در هر یک از زوجین و تسهیل توانایی آنها در ایجاد این هیجانها به شیوه های ایمن و محبت آمیز می باشد. اعتقاد بر این است که پردازش این هیجانها در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالمتر و جدیدتری را به وجود می آورد که سبب آرام شدن سطح آشفتنگی و افزایش دوست داشتن، صمیمیت و ارتباطی رضایت بخش تر می شود (صیادی، شاه حسینی تازی، مدنی و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۶). در جلسات طرحواره درمانی هیجانی به زوجین کمک می کند تا در روابط خود از نظر هیجانی بهتر بتوانند احساساتشان را کنترل کرده و به جای استفاده از اجتناب و نشخوار فکری از پذیرش، فعالسازی رفتاری و ایجاد روابط حمایتی معنادارتری، جهت مقابله با هیجانها استفاده کنند (ویب و جانسون، ۲۰۱۶) و در نهایت دلدگی و مؤلفه های جسمی، عاطفی و روانی خود را کاهش دهند. در تبیین دیگری می توان گفت، شرکت در جلسات طرحواره درمانی هیجانی به زنان کمک می کند تا در روابط خود از نظر هیجانی بهتر بتوانند احساساتشان را کنترل کرده و به جای استفاده از اجتناب و نشخوار فکری، به عنوان راهبردهای خود، از پذیرش، فعالسازی رفتاری و ایجاد روابط حمایتی معنادارتری، جهت مقابله با هیجانها استفاده کنند و در نهایت دلدگی و را کاهش دهند (عسگری و گودرزی، ۱۳۹۷)

بررسی نتایج نشان داد، بین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان هیجان محور بر دلدگی زناشویی در زنان با طلاق عاطفی تفاوت وجود ندارد. بنابراین از هر دو روش می توان جهت کاهش دلدگی زناشویی زنان با طلاق عاطفی بهره جست. پژوهشی که اثر بخشی این دو روش را مقایسه کند، طی جستجوی محقق یافت نشد؛ لذا در ادامه تبیین احتمالی نتیجه بدست آمده آورده شده است.

در تبیین این نتایج همانگونه که عسگری و گودرزی (1397) عنوان کردند؛ می توان گفت که رویکرد طرحواره درمانی هیجانی این قابلیت را دارد که با افزایش آگاهی و نمادگذاری هیجانی و آگاهی از عاملیت در تجربه و تغییر پردازشها به فرد کمک کند تا روابط بین فردی خود را که مهمترین آنها رابطه با همسر است؛ تغییر بدهد و کنترل بیشتری بر آن داشته باشد. به باور لیهی (2018) در این رویکرد با شناسایی هیجانها و طرحواره های هیجانی، پیامهای قابل درک و رفتارهای سازنده می شوند. همخوان با نتایج پژوهش پیرساقی و همکاران (1394) یافته های پژوهش حاضر نیز نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی با تأکید بر حمایت زوجها از یکدیگر، گشودگی هیجان و بروز آن به طریق مثبت، تمرکز بر هیجانهای خود و شناسایی آنها، بیان تجارب جدید در زندگی زناشویی و هیجانهای همراه با آن، شکل دهی تعاملات جدید در رابطه، تأکید بر مراقبت از همسر، شناسایی چرخه های تعاملی منفی و حذف آنها در زندگی زناشویی، کمک میکند تا ارتباط خود را با همسرشان بازسازی کنند و با ایجاد ارتباط سالم و مؤثر، از میزان دلدگی زناشویی خود بکاهند؛ بنابراین همانگونه که ویب و جانسون^۱ (۲۰۱۶) عنوان کردند؛ شرکت در جلسه های طرحواره های هیجانی به افراد متأهل کمک میکند تا در روابط خود از نظر هیجانی بهتر بتوانند احساساتشان را کنترل کنند و به جای استفاده از اجتناب و نشخوار فکری به عنوان

راهبردهای خود، از پذیرش، فعالسازی رفتاری و ایجاد روابط حمایتی معنادارتری جهت مقابله با هیجانها استفاده کنند و در نهایت از دلزدگی و خستگی جسمی، ازپا افتادگی عاطفی و روانی خود بکاهند.

در فرایند درمان هیجان مدار، درمانگر اقدام به از بین بردن احساس ناامنی می‌کند. بنابراین وقتی درمانگر چرخه های تعاملی منفی نمایانگر دلبستگی ناایمن را شناسایی میکند، این چرخه ها را دوباره بر اساس ابراز نیازهای نهفته دلبستگی تنظیم میکند و در فرایند درمان زوجها می‌تواند با استفاده از چرخه های جدید نیازهای خود را به راحتی ابراز کنند و نیازهای دلبستگی همسر را بپذیرند (گلدمن و گرینبرگ، ۲۰۱۳). تغییر در درمان هیجان مدار زمانی رخ می‌دهد که درمانگران به همسران کمک می‌کنند تا عناصر موجود در رابطه مخرب را تغییر دهند. وقتی چرخه منفی مختل شده و پاسخ‌ها شروع به تغییر کردن میکنند، یک چرخه مثبت تر به وجود می‌آید که به زوج کمک میکند تا به سمت پیوندی ایمن تر پیش بروند. هدف درمان هیجان مدار این است که کاری کند همسران به پاسخ‌های هیجانی ای که زیربنای الگوی تعاملی منفی شان هستند، دسترسی پیدا کرده، آن‌ها را ابراز و پردازش مجدد کنند. سپس همسران می‌توانند علایم هیجانی جدیدی را بفهرستند که اجازه می‌دهند الگوهای تعاملی به سمت دسترس پذیری و پاسخگو بودن بیشتری پیش رفته و در نتیجه یک پیوند ایمن تر و رضایت بخش تری خلق شود.

این پژوهش همانند اغلب پژوهش‌ها، دارای برخی محدودیتها بود: نتایج این پژوهش را بایستی با احتیاط تفسیر نمود. هر چند در جهت کنترل شرایط تا حد مقدور اقدامهای لازم صورت گرفته است، اما در مورد آزمودنیهای انسانی و درمانهای روان شناختی، کنترل همواره امری دشوار بوده است. به دلیل محدودیت زمانی نبود مرحله پیگیری نیز محدودیت دیگر این پژوهش است. تحقیق حاضر بر روی زنان با طلاق عاطفی انجام گرفته است و در تعمیم نتایج به سایر زنان و مردان بایستی احتیاط کرد.

منابع

- آقاجانی نوری، زهره؛ فخری، محمدکاظم و حیدری، شعبان (۱۳۹۶). رابطه بین دلزدگی زناشویی، طلاق عاطفی و کیفیت زندگی در مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره شهرستان بابل، پنجمین همایش ملی راهکارهای توسعه و ترویج علوم تربیتی، روانشناسی، مشاوره و آموزش در ایران، تهران، انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین.
- پاینز، آ. مالاچ (۱۳۸۱). چه کنیم تا عشق رویایی به دازدگی نینجامد. تهران، انتشارات ققنوس.
- جانسون، سوزان (۲۰۰۴). زوج درمانی هیجان محور. ترجمه ی بی تا حسینی (۱۳۸۹). تهران: جنگل
- داورنیا، رضا؛ زهراکار، کیانوش؛ نظری، علی محمد (۱۳۹۴). تاثیر رویکرد زوج درمانی کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش فرسودگی زناشویی زنان. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۳ (۱۳): ۳۶-۴۶.
- رضایی، علی محمد؛ میرزاده، فرشته و یعقوبی، الهام (۱۳۹۶). تعاملات عاطفی زوجین و نقش آن در طلاق عاطفی و اقدام به طلاق: یک پژوهش کیفی. خانواده پژوهشی، ۱۳ (۵۲): ۵۸۵-۶۰۴.

رضایی، مهدی؛ قدم پور، عزت اله؛ رضایی، مظاهر و کاظمی، رضا (۱۳۹۴). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر اندیشناکی و شدت افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. مجله روانشناسی بالینی، ۴ (۲۸): ۴۵-۶۰.

عسگری، امین و گودرزی، کورش (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر دلزدگی زناشویی زوجین در آستانه طلاق. مجله مطالعات ناتوانی، ۸ (۵۵): ۱-۱۰.

عطاری، یوسفعلی (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش مهارتهای ارتباطی به شیوه برنامه ارتباطی زوجین بر کاهش دلزدگی زناشویی در زوجین. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات خوزستان.

عطاری، یوسفعلی، حسینیپور، محمد و راهنورد، سیما (۱۳۹۱). آموزش بخشی مهارتهای ارتباطی به شیوه برنامه ارتباطی زوجین بر کاهش دلزدگی زناشویی در زوجین، مجله اندیشه و رفتار، ۴: ۱۴-۲۵.

فلاح زاده، هاجر؛ ثنائی ذاکر، باقر و فرزاد، ولی الله (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان محور و زوج درمانی سیستمی تلفیقی بر کاهش اضطراب صمیمیت زوجها. خانواده پژوهی، ۸ (۳۲): ۴۶۵-۴۸۴.

کربلایی، محبوبه و آذری، الناز (۱۳۹۶). اثربخشی درمان هیجان محور بر صمیمیت زناشویی و کاهش دلزدگی زناشویی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲ شهر تهران. مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی، ۳ (۱): ۱۰۸-۱۱۷.

یزدانی، عبای؛ حقیقتیان، منصور و کشاورز، حمید (۱۳۹۲). تحلیلی بر کیفیت زندگی زنان دچار طلاق عاطفی: مطالعه موردی شهر کرد. فصلنامه راهبرد اجتماعی فرهنگی، ۲ (۶): ۱۸۵-۱۵۹.

تقی‌یار، زهرا؛ پهلوان زاده، فرشاد؛ سماوی، سید عبدالوهاب. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی بر سرخوردگی زناشویی زنان متأهل. زن و مطالعات خانواده، ۹ (۳۴): ۴۹-۶۴.

پیرساقی، فهیمه، نظری، محمدعلی، نعیمی، قادر، و شفائی، محمد. (۱۳۹۴). تعارضهای زناشویی، نقش سبکهای دفاعی و طرحواره های هیجانی. روان پرستاری، ۳ (۱): ۵۹-۶۹.

- Butler, M. H., Dahlin, S. K., & Fife, S. T. (2002). "Languaging" factors affecting clients' acceptance of forgiveness intervention in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(3), 285-298.
- Byrne, M., Carr, A., & Clark, M. (2004). The efficacy of behavioral couple's therapy and emotionally focused therapy for couple distress. *Contemporary Family Therapy*, 26(4), 361-387.
- Christensen, A., & Heavey, C. L. (1999). Interventions for couples. In Spence, J. T., Darley, J. M., & Foss, D. J. (Eds.), *Annual review of psychology* (pp. 165-190). Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Corey, G. (2001). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. New York: Brooks/ Cool Publishing Company.
- Dunham, S.M. (2016). Emotionally focused couple therapy: An interview with Scott Woolley, PhD. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 24(1): 95-100.
- Feeney, J.A. (2002). The role of husbands and wives' emotional expressivity in the marital relationship. *Journal of Family Therapy*, 7, 515-520.
- Greenberg LS. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
- Hills, P., & Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 33, 1071- 8.
- Jackson, J.B, Miller RB, Oka M, Henry RG. (2014). Gender Differences in Marital Satisfaction: A Meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 76(1):105-29.
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1985). The differential effectiveness of experiential and problem-solving interventions in resolving marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 175-184.
- Johnson, S. M., Bradley, B., Furrow, J., Lee, A., Palmer, G., Tilley, D., & Woolley, S. (2005). *Becoming an emotionally focused couple therapist: The workbook*. New York: Brunner-Routledge.
- Johnson, S., & Lebow, J. (2000). The "Coming of age" of couple's therapy: A decade review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 23-38.
- Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. (2011). *Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford press.
- Leahy RL. (2012). *Emotional Schema Therapy: A Bridge Over Troubled Waters*. In: Herbert JD, Forman EM editors. *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies*. New York; John Wiley Sons.
- Leahy, R. (2015). *Emotional schema therapy*, New York: The Guilford Press.
- Leahy, R.L. (2018). *Emotional schema therapy (CBT distinctive features)*. Publisher: Routledge, 1 edition (September 19, 2018).
- Makinen, J. (2004). *Treating attachment injuries: Process and outcome*. Unpublished doctoral dissertation, University of Ottawa, Ontario, Canada. Alliant University, www.coursedelivery.com
- Moulds MC, Kandris E, Starr S, Wong ACM. (2007). The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behav Res Ther*. 2007; 45(2):251- 61.
- Olson, D. H., & Defrain, J. (2006). *marriage and families*, New York: Mc Graw Hill.
- Priest, JB. (2013). Emotionally focused therapy as treatment for couples with generalized anxiety disorder and relationship distress. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. 1;12(1):22-37.
- WHO (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychological Medicine*, 28(3): 551-8.
- Wiebe, S.A, Johnson, S.M. (2016). A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Family Process*, 55(3): 390-407.