



<https://sanad.iau.ir/Journal/jcdepr/Article/1224624>

مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر طرحواره درمانی و ایماگو درمانی بر بهبود سبک‌های دلبستگی زوجین

صمد اسلامی مهر^۱، کیانوش زهراکار^۲، فرشاد محسن زاده^۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۰۳

چکیده:

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی بود. همچنین از لحاظ روش طرح پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود که با هدف مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر طرحواره درمانی و ایماگو درمانی بر بهبود سبک‌های دلبستگی زوجین انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زوجینی تشکیل می‌دهند که در زمستان سال ۱۳۹۷ برای درمان به مرکز مشاوره رازی کرج مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری این پژوهش از نوع در دسترس و هدفمند بوده است که ۴۵ نفر از زنان و مردانی که شرایط لازم برای ورود به جلسات را داشتند انتخاب شده و به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش ۱ (گروه طرحواره درمانی) و ۱۵ نفر در گروه آزمایش ۲ (ایماگو درمانی) و ۱۵ نفر دیگر در گروه کنترل قرار داده شدند. هر دو گروه آزمایش هر کدام طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای در ده هفته متناوب و به صورت هر هفته یک جلسه به صورت مجزا به ترتیب، آموزش گروهی مبتنی بر طرحواره درمانی و ایماگو تراپی دریافت کردند و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه سبک‌های دلبستگی هازن و شیور (۱۹۷۸) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش تحلیل توصیفی و استنباطی و با کمک نرم افزار SPSS صورت گرفت. در تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها به بررسی شاخص‌های مرکزی (شامل میانگین) و شاخص‌های پراکندگی (شامل انحراف از معیار) پرداخته شد و در بخش تحلیل استنباطی داده‌ها نیز از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل کوواریانس و مقایسه‌های زوجی و آزمون تعقیبی پسین توکی برای فرضیه‌های پژوهش استفاده شد. نتایج نشان داد که بین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر طرحواره درمانی و ایماگو درمانی بر سبک‌های دلبستگی زوجین تفاوت وجود دارد لذا طرحواره درمانی اثر بیشتری بر سبک‌های دلبستگی دارد.

کلیدواژه: طرحواره درمانی، ایماگو درمانی، سبک‌های دلبستگی.

۱- دانشجوی دکتری، مشاوره، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، علوم تحقیقات تهران، ایران. sasmehr@gmail.com

۲- هیئت علمی دانشگاه خوارزمی dr_zahrakar@khu.ac.ir

۳- هیئت علمی دانشگاه خوارزمی Farshad.mohsenzadeh@khu.ac.ir

مقدمه

ازدواج یکی از بنیادهای جهان شمول بشری است که صرفاً پیوند دو نفر با یکدیگر نیست، بلکه معرف دگرگونی در دو نظام خانوادگی و تکوین یک خرده نظام در داخل هر یک از آنهاست که طرز فکر زنان و مردان و انتظار آن‌ها از زندگی زناشویی با توجه به خانواده‌های مبدأ و تجاربشان با یکدیگر تفاوت دارد (پیروز نیا و همکاران، ۱۴۰۱). رابطه زناشویی به عنوان مهمترین و اساسی‌ترین رابطه انسان توصیف شده است، زیرا ساختاری اولیه را برای بنا نهادن رابطه خانوادگی و تربیت کردن نسل آینده فراهم می‌سازد. به عبارت دیگر، یکی از جنبه‌های حیاتی یک سیستم زناشویی، رضایتی است که همسران در رابطه خویش احساس و تجربه می‌کنند (اسپنسر^۱ و همکاران، ۲۰۲۱).

از همان روزهای آغازین رابطه زناشویی، عدم توافق‌های جدی و مکرری به وجود می‌آیند که اگر حل نگردند، می‌توانند رضایت و ثبات زناشویی را با تهدیدی جدی مواجه کنند. از زمانیکه ارتباط بین دلبستگی و آسیب‌های روانی به وسیله بالبی مطرح شد، تحقیقات بسیاری در زمینه رابطه بین سبک‌های دلبستگی ناایمن و شکل‌های مختلف آسیب‌های روانی انجام گرفته است شواهد جمع‌آوری شده نشان داده است که دلبستگی‌های ناایمن با سطوح بالای اختلالات هیجانی همراه است (کیم^۲ و همکاران، ۲۰۲۰).

از طرفی به عقیده هازن و شیور^۳ (۱۹۸۷) دلبستگی نظامی است که خود را در روابط عاشقانه بزرگسالی بروز می‌دهد و مفهوم دلبستگی به همسر برای زنان و شوهران جزو پاداش‌های ازدواج تلقی می‌شود. بانز^۴ (۲۰۰۴) در پژوهش خود اعلام کرد که دلبستگی ایمن با رضایت زناشویی بیشتر و دلبستگی ناایمن با رضایت زناشویی کمتر، رابطه دارد (اسمیت^۵ و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی از سازه‌های روان‌شناختی مؤثر بر رابطه زناشویی سبک دلبستگی^۶ است. از نظر بالبی^۷ (۱۹۸۲) نیز دلبستگی یکی از نیازهای بنیادین انسانهاست و پیوند عاطفی عمیقی است که فرد با افراد خاصی که رابطه‌ای نزدیک با وی دارند، برقرار می‌کند. طبق نظریه بالبی در خلال سال‌های اولیه رشد، افراد بر حسب تجاربشان با چهره‌های دلبستگی و تعامل با جهان مادی، الگوهای فعال درونی خود را به وجود می‌آورند که به کمک همین الگوهاست که شخص وقایع را ادراک و تفسیر کرده، حوادث را پیش‌بینی و طرح‌هایی را بنا می‌کند (گراوند، ۱۴۰۱).

نظریه دلبستگی فرض می‌کند این مدل‌های فعال، طرحواره‌های ارتباطی هستند که در اثر قواعدی که در تعاملات با مظاهر دلبستگی اصلی وجود داشته، شکل می‌گیرند و اینگونه استنباط می‌شود که مدل‌های دلبستگی با طرحواره‌های شناختی قدیمی یا عقاید ما در مورد خودمان و دیگران ارتباط نزدیک دارند و به تعاملات بین‌فردی اثر گذاشته و از آنها تأثیر می‌پذیرند. در نتیجه منشأ پیدایش سبک‌های دلبستگی، تجربیات کودکی می‌باشد که در رابطه با مراقبان شکل می‌گیرد (اسپنسر و همکاران، ۲۰۲۱).

از طرفی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سبک‌های دلبستگی پیش‌بینی‌کننده شدت و مدت پریشانی عاطفی ناشی از برهم خوردن روابط عاشقانه طلاق جدایی موقت از همسر جدایی دائمی از همسر بودند. در این مطالعات شدت‌یابی پریشانی عاطفی پاسخ رایج افراد دارای سبک دلبستگی اضطرابی بود، در حالیکه دلبستگی ایمن با بازیابی و سازگاری هیجانی سریع مرتبط بود (گوکداغ^۸، ۲۰۲۱).

۱. Spencer

۲. Kim

۳. Hazan & Shaver

۴. Banes

۵. Smith

۶. attachment style

۷. Bowlby

۸. Gökdağ

با توجه به اهمیت سبک دلبستگی در رضایت زناشویی طراحی و اجرای مداخلات درمانی برای بهبود این سازه‌ها از اهمیت زیادی برخوردار است. طرحواره درمانی بیشتر برای درمان اختلالات روانی و شخصیت کاربرد و رواج دارد و استفاده از این رویکرد در مورد مسایل زوجین کم و محدود می‌باشد (آرنتز^۱ و همکاران، ۲۰۲۰).

در پژوهشی که به وسیله پلاتز و همکاران (۲۰۰۵) به منظور بررسی رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دلبستگی بزرگسالی انجام گرفت نتایج نشان داد که طرحواره‌ها به صورت معناداری مطابق با گروه‌بندی سطح دلبستگی، متفاوت است. گروه دارای سطح دلبستگی بیمناک درجه بیشتری از طرحواره‌های ناسازگار را داشتند (باقری شیخانگش و همکاران، ۱۴۰۲). همچنین طرحواره‌های برخاسته از روابط والدینی، بر توانایی احساس رضایت از روابط عاشقانه تأثیر داشته و با صمیمیت و سازگاری در روابط عاشقانه و زناشویی، رابطه معنادار دارد (کیم^۲ و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی از رویکردهای اخیر در درمان مشکلات و اختلالات روانشناختی طرحواره درمانی است. طرحواره درمانی "طرحواره" را به عنوان موضوعی گسترده و فراگیر که شامل هیجان، حافظه و شناخت راجع به خود شخص یا ارتباط با دیگران است که در دوره کودکی یا نوجوانی رشد و پرورش می‌یابد و چگونگی تفکر انسان از محرک‌ها را هدایت کرده و در طول زندگی پیچیده و تا حد زیادی ناکارآمد می‌شود، تعریف می‌کند (پیترز^۳ و همکاران، ۲۰۲۲).

به عقیده مارتین و یانگ (۲۰۱۰) طرحواره‌ها پدیده‌های روانی هستند که از طریق ایجاد راهبردهای مقابله‌ای رفتار بیرونی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. یانگ مجموعه‌ای از طرحواره‌ها را شناسایی نمود که به آن‌ها طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۴ می‌گویند (باخ^۵ و همکاران، ۲۰۱۸).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه به موضوعات ثابت و مداومی برمی‌گردد که در طی دوران کودکی رشد یافته‌اند، در طول زندگی فرد ثابت هستند و به عنوان الگوهایی برای پردازش تجربیات بعدی به کارگرفته می‌شوند. این طرحواره‌ها مرتبط با خویشتن و دنیای فرد بوده و براساس تجربیات گذشته او ساخته شده‌اند (ژانگ^۶ و همکاران، ۲۰۲۳). یانگ (۲۰۰۳) معتقد است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه از نیازهای برآورده نشده دوران کودکی به وجود آمده‌اند، که یکی از مهمترین این نیازها، نیاز به دلبستگی ایمن به دیگران می‌باشد (تریسی^۷ و همکاران، ۲۰۲۴).

زمانی که نیاز خاصی ارضا نشود، طرحواره‌ی ناسازگاری در آن حیطه ایجاد می‌شود. با ارضا نشدن نیازهای دلبستگی و صمیمیت و سرخوردگی از روابط عاطفی اولیه، طرحواره‌های ناسازگار مربوط به روابط صمیمانه و دلبستگی ایجاد می‌شود. این باورها و طرحواره‌های مربوط به روابط بین فردی در بزرگسالی در همسرگزینی و در دوران تأهل در روابط زناشویی نمود می‌یابد و بر آن تأثیر مخرب می‌گذارد (اسمیت^۸ و همکاران، ۲۰۲۰).

همچنین طرحواره‌ها به واسطه ارتباط و تأثیری که بر سبک دلبستگی، اختلالات شخصیت و اختلالات خلق می‌گذارند، می‌توانند تأثیر غیرمستقیم نیز بر روابط زناشویی داشته باشند. اغلب مشکلات بین فردی که افراد تجربه می‌کنند تحت تأثیر شیوه تصور آن‌ها در مورد خود و دیگران است. این شیوه تصور طرحواره نامیده می‌شود (آرنتز^۹ و همکاران، ۲۰۲۰).

یانگ معتقد است که طرحواره‌ها به دلیل ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود می‌آیند که این نیازها عبارتند از: دلبستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، کفایت و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم، خود انگیختگی و تفریح، محدودیتهای واقع بینانه و خویشتن داری طرحواره‌ها مطابق با پنج نیاز تحولی کودک به پنج حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت مندی، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری تقسیم

1. Arntz

2. Kim

3. Peeters

4. early maladaptive schemas

5. Bach

6. Zhang

7. Tracy

8. Smith

9. Arntz

شده‌اند که هرکدام شامل چند طرحواره می‌شوند. حوزه بریدگی و طرد شامل طرحواره‌های ره‌اشدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص/ شرم و انزوای اجتماعی/ بیگانگی است. حوزه خودگردانی و عملکرد مختل شامل طرحواره‌های وابستگی/ بیکفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود تحول نیافته/ گرفتار و شکست می‌باشد. حوزه محدودیت‌های مختل شامل استحقاق/ بزرگمنشی، خویشتن‌داری و خودانضباطی ناکافی است. حوزه دیگر جهت‌مندی شامل طرحواره‌های اطاعت، ایثار و پذیرش جویی می‌باشد و حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازدارندگی شامل طرحواره‌های منفی‌گرایی/ بدبینی، بازدارندگی هیجانی، معیارهای سرسختانه/ عیبجویی افراطی و تنبیه می‌باشد (کیم^۱ و همکاران، ۲۰۲۰).

همچنین پلاتز، تیسون و ماسون^۲ (۲۰۰۴) ذکر کرده‌اند که مفهوم مدل‌های فعال درونی دلبستگی ارتباط روشنی با طرحواره‌ها دارد. الگوی این ارتباط که در نتیجه تعامل با مراقبان اولیه است کارکردهای عاطفی و روانشناختی بعدی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (هاین^۳، ۲۰۱۹).

با این حال آرنتر و جاکوب^۴ (۲۰۱۳) عنوان می‌کنند که طرحواره درمانی یک روش درمانی مؤثر است که قادر به مواجهه با مشکلاتی است که در مسیر اصلی شناخت درمانی نادیده گرفته شده‌اند. این مشکلات شامل الگوهای معیوب روابط صمیمی و تغییر خاطرات رنج‌آور کودکی است (مرسر^۵، ۲۰۲۳).

یانگ و گلوسکی^۶ (۱۹۹۷)، چنین فرض کردند که رضایت در روابط نزدیک و دوستانه فقط زمانی دیده می‌شود که هم‌نیازهای رشدی به طور مقتضی برآورده شده باشند و هم‌نیازهای بزرگسالی ارضا شوند؛ چون هر یک از زوجین علاوه بر طرحواره‌هایی که با خود به رابطه می‌آورند در ارتباط فعلی خود نیز طرحواره‌هایی به وجود می‌آورند که خاص این رابطه هستند. زمانیکه نیازها ارضا نشوند ممکن است طرحواره‌های ناسازگار خاصی ایجاد شوند که بر روابط صمیمانه اثر می‌گذارند (باخ^۷ و همکاران، ۲۰۱۸).

سایمون-دی فرانسسکو^۸ (۲۰۱۰) عنوان می‌کند طرحواره درمانی برای زوجین یک درمان کاربردی است که موجب ایجاد تغییرات جدی در روابط زوجین می‌شود. طرحواره درمانی برای زوجین شامل درک و توضیح مدل ذهنیت‌های طرحواره‌ای، چرخه‌های ذهنیت‌های طرحواره‌ای و روش‌های درمانی (تصویرسازی ذهنی و کار با صندلی خالی) است. همچنین اتکینسون^۹ (۲۰۱۲) عنوان می‌کند طرحواره درمانی برای زوج درمانگران درک وسیعی فراهم می‌کند تا چهارچوب‌های اصلی ناسازگار زیربنایی در روابط آشفته زوجین را ارزیابی و متمایز کنند (رافلی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰).

نظریه ایماگو درمانی بر اساس نتایج پژوهش‌های متعددی که در زمینه‌های مختلف از جمله تأثیر این رویکرد بر رضایت زناشویی سازگاری دوتایی صمیمیت زوج‌ها سبک‌های عشق ورزی و دلزدگی زناشویی، تغییر نگرش نسبت به انتخاب همسر خود متمایزسازی انجام گرفته است، یک رویکرد مثبت و مؤثر در بهبود روابط زوج‌ها و ارتقاء مهارت‌های ارتباطی آنان بوده است (شاه محمدی و همکاران، ۱۴۰۰).

یکی دیگر از رویکردهای روانشناختی به طور خاص در درمان مشکلات زوجین ایماگو درمانی^{۱۱} است. ایماگو درمانی شیوه‌ای از زوج درمانی است که نظریه‌های روان تحلیلی یونگ، علوم رفتاری، فیزیولوژی و دانش معنوی را با هم تلفیق کرده است. واژه ایماگو، معادل لاتین تصویر مجسم‌سازی است که از زمان افلاطون برای تشریح و توصیف حسی بکار رفته است که این حس شهودی و الهام بخش باعث می‌شود، شخص خاصی را که می‌بینیم، طوری با فردی که سال‌ها است در ذهن داریم و

^۱ . Kim

^۲ . Plats, Mason & Tyson

^۳ . Haeyen

^۴ . Arntz & Jacob

^۵ . Mercer

^۶ . Gluhoski

^۷ . Bach

^۸ . Simeone-DiFrancesco

^۹ . Atkinson

^{۱۰} . Rafaeli

^{۱۱} . Imago therapy

به آن فکر می‌کنیم جفت و جور کنیم که شدیداً عاشق شویم. چون این تصور و تجسم بیشتر جنبه ناخودآگاه دارد، به همان اندازه هم قدرت و نفوذ آن بر فرد بیشتر است. ایماگو یک عامل مؤثر در انتخاب همسر می‌باشد زیرا این امر بوسیله ناخودآگاه با هدف بهبود تمامیت فرد، بوسیله احیای مجدد ارتباط، هم شخصی و هم بین‌شخصی که در دوران تصویر کودکی توسط ناکامی گسسته شده است، هدایت می‌شود (ایوانوا^۱، ۲۰۲۳).

این الگوی درمانی محصول همفکری‌های هارویل هندریکس و همسرش هلن هانت است که هر دو طلاق را تجربه کرده بودند و اشتیاق فراوانی به درک علت شکستشان در ازدواج داشتند. ایماگو درمانی پارادیمی است که به افزایش ارتباطات زوجین، اصلاح تثبیت‌های رشدی، بهبود جراحات دوران کودکی، افزایش متمایزسازی از طرف مقابل و همچنین احیای تماس بین‌فردی زوج می‌پردازد (رفعی و همکاران، ۱۴۰۱).

پایه فلسفی حمایت‌کننده رویکرد ایماگو درمانی این است که هر انسانی از یک تصویر ناخودآگاه از مراقب ایده‌آلش در طول تعامل با مراقبان اولیه در دوران کودکی برخوردار است. این تصویر همان ایماگو است. شخص وارد رابطه عشقی با چنین فردی می‌شود، این تصویر آرمانی به وسیله آرزوهای ناخودآگاه برای کامل کردن نیازهای برآورده نشده دوران کودکی برانگیخته شده است. بنابراین شخص کسی را انتخاب می‌کند که تجربه و نیازهای اساسی کودکی برآورده نشده مشابه او داشته باشد و ما گرایش داریم به سوی کسی که خصوصیات مثبت و منفی مشابه مراقبان دوران کودکی اولیه ما را داشته باشد، جذب شویم (می^۲، ۲۰۲۰).

با توجه به آنچه ذکر شد سبک‌های دلبستگی در اوایل زندگی و در ارتباط با مراقبین اولیه شکل می‌گیرند لذا رویکرد ایماگو و رویکرد طرحواره، دو چارچوب نظری هستند که مدل کارکرد روان‌شناختی بزرگسالی را بر اساس تجارب اولیه کودکی توضیح می‌دهند، هر دو بر دلبستگی به عنوان یک نیاز اساسی تأکید دارند اما تبیین و راهبردهای متفاوتی برای تغییر و روان‌درمانی دارند، از این رو پژوهش حاضر به بررسی این نکته می‌پردازد که آیا طرحواره درمانی و ایماگو درمانی در تغییر سبک دلبستگی زوجین مؤثر هستند و اینکه کدام یک اثربخشی بهتری دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی بود. همچنین از لحاظ روش طرح پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زوجینی تشکیل می‌دهند که در زمستان سال ۱۳۹۷ برای درمان به مرکز مشاوره رازی کرج مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری این پژوهش از نوع در دسترس و هدفمند بوده است. به منظور انتخاب نمونه در ابتدا از ۶۰ نفر مراجعه‌کننده به مراکز و متقاضی شرکت در پژوهش که واجد شرایط: تأهل و داشتن حداقل ۳ سال سابقه زندگی مشترک، دامنه سنی ۵۰-۲۰، نداشتن اختلالات حاد روانشناختی، عدم دریافت خدمات مشاوره و روانشناختی فردی در طول شرکت در جلسات مشاوره گروهی بودند و در پرسشنامه سبک دلبستگی دارای دلبستگی ناایمن اجتنابی یا دلبستگی ناایمن دوسوگرا بودند (با وجود رضایت کتبی) ۴۵ نفر از زنان و مردانی که شرایط لازم برای ورود به جلسات را داشتند انتخاب شده و به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش ۱ (گروه طرحواره درمانی) و ۱۵ نفر در گروه آزمایش ۲ (ایماگو درمانی) و ۱۵ نفر دیگر در گروه کنترل قرار داده شدند. هر دو گروه آزمایش هر کدام طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای در ده هفته متناوب و به صورت هر هفته یک جلسه به صورت مجزا به ترتیب، آموزش گروهی مبتنی بر طرحواره درمانی و ایماگو تراپی دریافت می‌نمایند و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نمی‌کند. در پایان جلسات نیز هر سه گروه به وسیله پس‌آزمون مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. جلسات به صورت گروهی و به شیوه سخنرانی، بحث گروهی و بر اساس تکالیف در حین جلسه و تکالیف تهیه شده در بسته درمانی بین جلسات انجام شد.

^۱ . Ivanova

^۲ . Mi

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی

این پرسشنامه به منظور جمع‌آوری داده‌های جمعیت شناختی لازم به عنوان اطلاعات پایه مشتمل بر سن، جنس، تحصیلات، وضعیت شغلی و استفاده از داروهای روانگردان شرکت‌کنندگان است. همینطور سؤالاتی در مورد مصرف الکل و سیگار توسط بیمار، میزان مدت ازدواج، و سابقه خودکشی است.

پرسشنامه سبک دلبستگی

این پرسشنامه توسط هازن و شایور^۱ (۱۹۷۸) به منظور سنجش سبک‌های دلبستگی است. این آزمون ابزاری خودگزارش‌دهی است که بر مبنای سبک‌های دلبستگی سه‌گانه اینزورث^۲ (ایمن، اجتنابی و دوسوگرا) طراحی شده است. این ابزار اندازه‌گیری، دارای ۱۵ سوال و حاوی سه عبارت توصیفی از احساس‌های فرد درباره نزدیکی و صمیمیت در روابط است که هر کدام از آنها به یکی از سبک‌های دلبستگی اشاره دارد. از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود تا کاربردپذیری هر یک از توصیف‌های سه‌گانه را در مورد خودشان روی یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای نشان دهند. همچنین شرکت‌کنندگان باید یکی از توصیف‌ها را که بهتر از همه، احساس آنها را در روابط نزدیک و صمیمانه وصف می‌کند، انتخاب کنند. بالدوین و فهر^۳ (۱۹۹۵)، پایایی کلی این پرسشنامه را ۰/۶۷ و روایی آن را ۰/۷۰ و ضرایب آلفای سبک‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۵۷ و ۰/۳۲ گزارش کردند. پاکدامن (۱۳۸۰) همبستگی آزمون مجدد را بعد از یک ماه برای دلبستگی ایمن ۰/۳۶، برای دلبستگی اجتنابی ۰/۵۶ و برای دلبستگی دوسوگرا ۰/۷۲ گزارش کرده است.

روش اجرای پژوهش

برای اجرای این پژوهش ابتدا مجوزهای لازم از دانشگاه گرفته شد و نمونه پژوهش از بین زوجینی که در زمستان سال ۱۳۹۷ برای درمان به مرکز مشاوره رازی کرج مراجعه کرده بودند به تعداد ۴۵ نفر به صورت نمونه‌گیری دردسترس و هدفمند انتخاب شدند و در ۳ گروه کنترل و طرحواره درمانی و ایماگو درمانی (هرگروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. با ارائه توضیحات لازم در خصوص ملاحظات اخلاقی پژوهش از جمله محرمانه بودن اطلاعات تک‌تک افراد، احترام به استقلال فردی آنان، عدم ضرر رسانی به آنها و برخورداری بودن از نتایج کلی پژوهش، پرسشنامه‌های مذکور به عنوان پیش‌آزمون به هر سه گروه داده شد. هر دوگروه طرحواره درمانی و ایماگو درمانی هر کدام طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای در ده هفته متناوب و به صورت هر هفته یک جلسه به صورت مجزا به ترتیب، آموزش گروهی مبتنی بر طرحواره درمانی و ایماگو‌تراپی دریافت کردند و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پس از پایان پژوهش چهار جلسه مشاوره نیز برای گروه گواه برگزار گردید.

ایماگو درمانی: یک چارچوب آموزشی ۱۲ جلسه‌ای به صورت گروهی، هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است، شامل ۱۶ تمرین براساس نظریه ی هندریکس است که در کتاب دریافت عشق دلخواهتان: راهنمای عملی زوج‌ها (سال انتشار ۲۰۱۳)، ارائه شده است.

^۱ . Hazan & Shaver

^۲ . Ainsworth

^۳ . Baldwin & Fehr

جدول ۱. پروتکل جلسات ایماگو درمانی هندریکس

شرح جلسات	اقدامات انجام شده
جلسه اول	برقراری ارتباط، ایجاد انگیزه، تصمیم به تلاش مسئولانه برای بهبود رابطه، مروری بر ساختار جلسات، قوانین مربوط به گروه
جلسه دوم	شرح تکنیک تمرکز بر تاریخچه شخصی، توضیحاتی در مورد طلاق عاطفی و بررسی آن در چهارچوب خانواده
جلسه سوم	کشف ساختار ایماگو (تصویر ذهنی از خود)، بررسی تاریخچه روابط صمیمانه و الگوهای ارتباطی، بررسی ذهن و تأثیر آن بر روابط بین فردی
جلسه چهارم	پرداختن به سرخوردگی ها و جراحات دوران کودکی، تجربه مجدد احساسات و خاطرات کودکی و کشف روابط
جلسه پنجم	بررسی ابعاد هیجانی بدن و رابطه آن با دفاع ها، اجتناب ها، انسدادها، اضطراب ها و تروماها، شناسایی احساسات و عواطف خود
جلسه ششم	افزایش سطح نزدیکی و صمیمیت شما با همسران، توانایی افراد برای احساس کردن خود و دیگری، تعریف مرزهای شخصی با صراحت
جلسه هفتم	آموزش و تمرین گفتگوی ایماگویی، شناخت عمیق همسر، بررسی انتظارات و نیاز همسر برای ایجاد و حفظ پیوند عاطفی
جلسه هشتم	یجاد منطقه امن، افزایش صمیمیت و التیام زخمهای عاطفی، بررسی ابعاد صمیمیت زوجین، ایجاد چرخه های مثبت تعامل
جلسه نهم	یجاد تعهد مشترک و اطمینان از با هم بودن زوج، شناسایی تعارض و سبکهای حل تعارض آنان، افزایش سطح صمیمیت و ارضاء نیازها
جلسه دهم	افزایش احساس امنیت و پیوستگی، شادی و پیوند عاطفی، افزایش رفتارهای مثبت متقابل و کاهش رفتارهای منفی
جلسه یازدهم	بیان و تخلیه خشم در یک محیط امن و سازنده، کاهش و حل رنجشهای گذشته، التیام زخمهای عاطفی، شناسایی خوشحال کننده همسر
جلسه دوازدهم	یکپارچگی خویشتن و بحث و جمع بندی مطالب جلسات گذشته

طرحواره درمانی: یک چارچوب آموزشی ۱۲ جلسه ای به صورت گروهی، هفته ای یک جلسه ۹۰ دقیقه ای، براساس نظریه ی جفری یانگ و همکاران است که در کتاب طرحواره درمانی، راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی، (سال انتشار ۱۳۹۱) ارائه شده است.

جدول ۲. پروتکل طرحواره درمانی جفری یانگ و همکاران

ساختار جلسات	اقدامات انجام شده
جلسه اول	آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، بیان اهمیت و هدف طرحواره درمانی و صورت بندی مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی
جلسه دوم	بررسی شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته، بحث و گفتگو پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم
جلسه سوم	تکنیک های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای
جلسه چهارم	تعریف مفهوم بزرگسال سالم در ذهن مراجعان، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده
جلسه پنجم	آموزش برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی، رابطه درمانی، ایجاد آمادگی برای تغییر در رفتار و بحث و بررسی و انجام تکالیف
جلسه ششم	آموزش تکنیکهای تجربی مثل تصویر سازی ذهنی، موقعیتهای مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آنها
جلسه هفتم	رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن و برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره خواست
جلسه هشتم	معرفی راهبردهای تجربی برای تغییر، تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری، انجام گفتگوهای خیالی
جلسه نهم	الگو شکنی رفتار، بررسی مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم و ارائه راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار
جلسه دهم	ادامه الگو شکنی رفتار، آموزش و تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویر سازی ذهنی و ایفای نقش .بررسی تکالیف
جلسه یازدهم	بررسی و آموزش تکنیکها و محرکهای برانگیزاننده طرحواره ها، تصویر سازی ذهنی. وقایع فعلی .خاطرات گذشته: خواستن از بیمار برای صحبت در مورد تجارب اولیه دوران کودکی از طریق تصویر سازی ذهنی.
جلسه دوازدهم	مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یادگرفته شده تمرین شد افزایش انگیزه برای تغییر و ایجاد انگیزه

روش تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش تحلیل توصیفی و استنباطی و با کمک نرم افزار SPSS صورت گرفت. در تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها به بررسی شاخص‌های مرکزی (شامل میانگین) و شاخص‌های پراکندگی (شامل انحراف از معیار) پرداخته شد و در بخش تحلیل استنباطی داده‌ها نیز از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی برای فرضیه‌های پژوهش استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

شاخص‌های جمعیت شناختی

در این بخش جداول فراوانی متناظر با جنسیت، وضعیت شغلی، میزان مدت ازدواج، تحصیلات، سابقه خودکشی، مصرف داروی روان گردان، مصرف سیگار و الکل و سن افراد شرکت کننده در پژوهش ارائه شده است. جدول فراوانی وضعیت پاسخ دهندگان به پرسشنامه از لحاظ جنسیت، بررسی شده است.

جدول ۳. فراوانی نمونه بر حسب جنسیت آزمودنی ها

گروه						متغیر	
کنترل		ایماگو درمانی		طرحواره درمانی			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۴۶/۶۷	۷	۶۰	۹	۵۳/۳۳	۸	مرد	جنسیت
۵۳/۳۳	۸	۴۰	۶	۴۶/۶۷	۷	زن	
۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	کل	

تفاوت معناداری بین سه گروه طرحواره درمانی (۸=مرد، ۷=زن)، ایماگو درمانی (۹=مرد، ۶=زن) و کنترل (۷=مرد، ۸=زن) در جنسیت وجود نداشت ($\chi^2=2/06$, $p=0/74$). از ۴۵ نفر کل نمونه، ۲۴ نفر مرد و ۲۱ نفر زن بودند.

جدول فراوانی وضعیت پاسخ دهندگان به پرسشنامه از لحاظ وضعیت شغلی، بررسی شده است.

جدول ۴. فراوانی نمونه بر حسب وضعیت شغلی آزمودنی ها

گروه						متغیر		
کنترل		ایماگو درمانی		طرحواره درمانی		وضعیت شغلی		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی			
۸۶/۶۷	۱۳	۸۰	۱۲	۶۶/۶۷	۱۰			شاغل
۱۳/۳۳	۲	۲۰	۳	۳۳/۳۳	۵			بیکار
۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵			کل

تفاوت معناداری بین سه گروه طرحواره درمانی (۱۰=شاغل، ۵=بیکار)، ایماگو درمانی (۱۲=شاغل، ۳=بیکار) و کنترل (۱۳=شاغل، ۲=بیکار) در وضعیت شغلی وجود نداشت ($\chi^2=2/12$, $p=0/72$). از ۴۵ نفر کل نمونه، ۳۵ نفر شاغل و ۱۰ نفر بیکار بودند.

جدول فراوانی وضعیت پاسخ دهندگان به پرسشنامه از لحاظ میزان مدت ازدواج، بررسی شده است.

جدول ۵. فراوانی نمونه بر حسب میزان مدت ازدواج آزمودنی ها

گروه						متغیر	
کنترل		ایماگو درمانی		طرحواره درمانی			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۲۶/۶۷	۴	۴۰	۶	۳۳/۳۳	۵	۳ سال	میزان مدت ازدواج
۳۳/۳۳	۵	۲۰	۳	۲۶/۶۷	۴	بین ۳ تا ۶ سال	
۴۰	۶	۴۰	۶	۴۰	۶	بین ۶ تا ۹ سال	
۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	کل	

تفاوت معناداری بین سه گروه طرحواره درمانی (۵ = سه سال ، ۴ = بین سه تا شش سال و ۶ = بین شش تا نه سال)، ایماگو درمانی (۶ = سه سال ، ۳ = بین سه تا شش سال و ۶ = بین شش تا نه سال) و کنترل (۴ = سه سال ، ۵ = بین سه تا شش سال و ۶ = بین شش تا نه سال) در میزان مدت ازدواج وجود نداشت ($\chi^2=2/47, p=0/75$). بیشتر افراد نمونه مدت زمان ازدواج شان بین ۶ تا ۹ سال بوده است.

جدول فراوانی وضعیت پاسخ دهندگان به پرسشنامه از لحاظ تحصیلات، بررسی شده است.

جدول ۶. فراوانی نمونه بر حسب تحصیلات آزمودنی ها

گروه						متغیر	تحصیلات
کنترل		ایماگو درمانی		طرحواره درمانی			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۶۰	۶	۲۶/۶۷	۴	۲۰	۳	دیپلم	
۳۳/۳۳	۵	۴۰	۶	۳۳/۳۳	۵	لیسانس	
۲۰	۳	۲۰	۳	۴۰	۶	فوق لیسانس	
۶/۶۷	۱	۱۳/۳۳	۲	۶/۶۷	۱	دکتری	
۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	کل	

تفاوت معناداری بین سه گروه طرحواره درمانی، ایماگو درمانی و کنترل در تحصیلات وجود نداشت ($\chi^2=1/87, p=0/69$). بیشتر افراد نمونه از نظر تحصیلات دارای لیسانس بودند.

جدول فراوانی وضعیت پاسخ دهندگان به پرسشنامه از لحاظ سابقه خودکشی، بررسی شده است.

جدول ۷. فراوانی نمونه بر حسب سابقه خودکشی آزمودنی ها

گروه						متغیر	
کنترل		ایماگو درمانی		طرحواره درمانی			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۰	۰	۱۳/۳۳	۲	۶/۶۷	۱	سابقه خودکشی دارد	سابقه خودکشی
۱۰۰	۱۵	۸۶/۶۷	۱۳	۹۳/۳۳	۱۴		
۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	کل	

تفاوت معناداری بین سه گروه طرحواره درمانی، ایماگو درمانی و کنترل در سابقه خودکشی وجود نداشت ($p=0/75$). از ۴۵ نفر کل نمونه، ۳ نفر دارای سابقه خودکشی بودند.

جدول فراوانی وضعیت پاسخ دهندگان به پرسشنامه از لحاظ استفاده از داروی روان گردان، بررسی شده است.
جدول ۸. فراوانی نمونه بر حسب استفاده از داروی روان گردان آزمودنی ها

گروه						متغیر	
کنترل		ایماگو درمانی		طرحواره درمانی		استفاده از داروی روان گردان	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۶/۶۷	۱	۱۳/۳۳	۲	۱۳/۳۳	۲		
۹۳/۳۳	۱۴	۸۶/۶۷	۱۳	۸۶/۶۷	۱۳	مصرف نکرده	
۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	کل	

تفاوت معناداری بین سه گروه طرحواره درمانی، ایماگو درمانی و کنترل در استفاده از داروی روان گردان وجود نداشت ($\chi^2=1/67, p=0/67$). از ۴۵ نفر کل نمونه، ۵ نفر سابقه مصرف داروی روان گردان داشتند.
جدول فراوانی وضعیت پاسخ دهندگان به پرسشنامه از لحاظ مصرف سیگار، بررسی شده است.
جدول ۹. فراوانی نمونه بر حسب مصرف سیگار آزمودنی ها

گروه						متغیر	
کنترل		ایماگو درمانی		طرحواره درمانی			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۲۰	۳	۲۶/۶۷	۴	۳۳/۳۳	۵	مصرف کرده	مصرف سیگار
۸۰	۱۲	۷۳/۳۳	۱۱	۶۶/۶۷	۱۰	مصرف نکرده	
۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	کل	

تفاوت معناداری بین سه گروه طرحواره درمانی، ایماگو درمانی و کنترل در مصرف سیگار وجود نداشت ($\chi^2=1/93, p=0/78$). از ۴۵ نفر کل نمونه، ۱۲ نفر سابقه مصرف سیگار داشتند.

جدول فراوانی وضعیت پاسخ دهندگان به پرسشنامه از لحاظ مصرف الکل، بررسی شده است.
جدول ۱۰. فراوانی نمونه بر حسب مصرف الکل آزمودنی ها

گروه						متغیر		
کنترل		ایماگو درمانی		طرحواره درمانی				
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی			
۶/۶۷	۱	۲۰	۳	۱۳/۳۳	۲	مصرف الکل	مصرف کرده	
۹۳/۳۳	۱۴	۸۰	۱۲	۸۶/۶۷	۱۳			مصرف نکرده
۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵			کل

تفاوت معناداری بین سه گروه طرحواره درمانی، ایماگو درمانی و کنترل در مصرف الکل وجود نداشت ($\chi^2=2/36$, $p=0/77$). از ۴۵ نفر کل نمونه، ۶ نفر سابقه مصرف الکل داشتند.

جدول فراوانی وضعیت پاسخ دهندگان به پرسشنامه از لحاظ سن، بررسی شده است.
جدول ۱۱. فراوانی نمونه بر حسب سن آزمودنی‌ها

گروه						متغیر	
کنترل		ایماگو درمانی		طرحواره درمانی		سن	بین ۲۰ تا ۳۰ سال
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۳۳/۳۳	۵	۵۳/۳۳	۸	۴۰	۶		
۴۰	۶	۳۳/۳۳	۵	۴۶/۶۷	۷		بین ۳۰ تا ۴۰ سال
۲۶/۶۷	۴	۳۳/۱۳	۲	۱۳/۳۳	۲		بین ۴۰ تا ۵۰ سال
۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	کل	

تفاوت معناداری بین سه گروه طرحواره درمانی، ایماگو درمانی و کنترل در سن وجود نداشت ($\chi^2=1/54$, $p=0/85$). بیشتر افراد نمونه از نظر سنی بین ۲۰ تا ۳۰ سال داشتند.

شاخص‌های توصیفی مربوط به داده‌های پژوهش

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهشی در گروه‌های آزمایش و کنترل در جداول ۱۲ ارائه شده است.

جدول ۱۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

گروه کنترل		گروه ایماگو درمانی		گروه طرحواره درمانی		زمان	متغیر	
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		سبک‌های دلبستگی	ناایمن اجتنابی
۴/۰۶	۱۸/۹۰	۴/۲۶	۲۰/۰۵	۴/۲۵	۱۹/۱۰	پیش‌آزمون		
۳/۸۳	۱۸/۲۰	۲/۸۱	۱۸/۶۵	۳/۴۵	۱۵/۵۰	پس‌آزمون		
۲/۱۶	۱۶/۵۰	۳/۷۳	۱۸/۴۰	۳/۴۱	۱۸/۳۵	پیش‌آزمون		ناایمن دو سوگرا
۲/۱۲	۱۶/۳۸	۲/۱۸	۱۶/۶۵	۲/۱۷	۱۳/۷۵	پس‌آزمون		

نتایج بیانگر نزدیک بودن نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون در متغیر سبک‌های دلبستگی می‌باشد. یافته‌های جدول‌های فوق نشان می‌دهد آزمودنی‌ها در هر دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ داده‌اند. در جدول فوق میانگین به عنوان اساسی‌ترین معیار مرکزی متغیرها نشان می‌دهد که میانگین مشاهدات در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نزدیک به هم می‌باشد در حالی که اختلاف بین مقادیر در گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیش‌آزمون مشهود است لذا هم آموزش گروهی مبتنی بر طرحواره درمانی و هم ایماگو درمانی باعث بهبود سبک‌های دلبستگی شده‌اند.

در جدول فوق انحراف معیار به عنوان شاخص پراکندگی مشاهدات بیان شده است؛ هر چند دامنه تغییرات ابتدائی‌ترین شاخص پراکندگی بوده ولی با عنایت به اینکه شاخص دامنه تغییرات به شدت تحت تاثیر مشاهدات دور افتاده می‌باشد برای سنجش پراکندگی بهتر است از شاخص انحراف معیار استفاده نمایم. یافته‌های جدول مذکور حاکی از آن است که برای گروه

آزمایش در متغیر سبک های دلبستگی نمرات در مرحله پس آزمون دارای پراکندگی کمتری نسبت به نمرات در مرحله پیش آزمون می باشد و این موضوع بیانگر پاسخ همگن تر زوجین در پس آزمون سبک های دلبستگی است.

تجزیه و تحلیل استنباطی داده ها

از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره برای تحلیل داده های پژوهش استفاده شد. در ادامه برخی پیش فرض های این آزمون از جمله نوع متغیرهای پژوهش، مستقل بودن مشاهدات و نرمال بودن توزیع داده ها ارائه گردید. سایر پیش فرض ها از جمله همگنی واریانس، همگنی واریانس-کوواریانس، شیب خط رگرسیون به تفکیک در مورد هر فرضیه مورد بررسی قرار خواهد گرفت. باوجوداین، متغیرهای وابسته این پژوهش فاصله ای بودند. متغیر مستقل دارای سه گروه بود. مشاهده های حاصل از شرکت کنندگان مختلف پژوهش مستقل از یکدیگر بودند. در جدول زیر نتایج مربوط به پیش فرض نرمال بودن متغیرهای پژوهش با استفاده از روش شاپیرو-ویلک^۱ ارائه شده است.

جدول ۱۳. بررسی نرمال بودن و همگنی واریانس متغیرهای پژوهش

پس آزمون			پیش آزمون			گروه	متغیرها
p	df	آماره شاپیرو ویلک	p	df	آماره شاپیرو ویلک		
۰/۹۲	۲۰	۰/۹۸	۰/۵۴	۲۰	۰/۹۶	طرحواره درمانی	سبک های دلبستگی
۰/۸۹	۲۰	۰/۹۲	۰/۳۱	۲۰	۰/۹۴	ایماگو درمانی	
۰/۳۶	۲۰	۰/۹۵	۰/۷۹	۲۰	۰/۹۸	کنترل	

نتایج جدول فوق نشان می دهد که توزیع تمامی متغیرها نرمال است ($P > ۰/۰۱$).

به منظور بررسی فرضیه پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره برای تعیین معناداری تفاوت میان سه گروه آزمایش و کنترل استفاده شد. باوجوداین، ابتدا پیش فرض های همگنی واریانس ها، همگنی ماتریس واریانس و کوواریانس متغیرها و شیب خط رگرسیون بررسی شد.

جدول ۱۴. بررسی مفروضه همگنی واریانس ها و همگنی واریانس-کوواریانس

همگنی واریانس کوواریانس (آزمون باکس)					همگنی واریانس (آزمون لون)				متغیر
P	df2	df1	F	BM	p	df2	df1	F	
۰/۵۸	۱۵۷۴۵/۱۵	۱۲	۰/۸۶	۱۱/۱۹	۰/۲۰	۵۷	۲	۱/۶۲	سبک های دلبستگی

نتایج آزمون لون^۲ نشان می دهد که واریانس متغیر سبک های دلبستگی بین سه گروه برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنادار ندارند ($p > ۰/۰۵$)، بنابراین فرض برابری واریانس ها پذیرفته می شود. نتایج آزمون باکس^۳ نشان می دهد که سطح معناداری مربوط به آزمون باکس بزرگ تر از ۰/۰۵ هست ($p > ۰/۰۵$)، بنابراین پیش فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس رعایت شده است. یکی دیگر از پیش فرض های تحلیل کوواریانس، بررسی فرضیه یکسانی شیب خط رگرسیون است. در جدول ۱۵ نتایج آزمون F مربوط به یکسانی شیب خط رگرسیون متغیر ارائه شده است.

^۱ Shapiro-Wilk test

^۲ Levene's test

^۳ Box's M test

جدول ۱۵. نتایج آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون

منابع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه* سبک های دل بستگی	سبک های دل بستگی	۲۶/۸۳	۳	۸/۹۴	۰/۴۷	۰/۷۰

نتایج جدول ۱۵ نشان می‌دهد که پیش فرض یکسانی شیب خط رگرسیون برای هر سه گروه در متغیر سبک های دل بستگی یکسان است ($p > 0.05$). در نهایت، نتایج مربوط به پیش فرض های تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره بلامانع است. برای بررسی فرضیه اصلی در ابتدا از آزمون چند متغیره لامبدای ویلکز^۱ برای تعیین اثر متغیر گروه بر متغیر سبک های دل بستگی استفاده شد (جدول ۱۶).

جدول ۱۶. نتایج آزمون لامبدای ویلکز برای تعیین اثر متغیر گروه بر سبک های دل بستگی

آزمون‌ها	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجدور اتای سهمی
اثر پیلایی	۱/۲۵	۳۰/۰۴	۶	۱۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳
لامبدای ویلکز	۰/۰۹	۳۹/۷۴	۶	۱۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹
اثر هاتلینگ	۶/۰۳	۵۱/۲۵	۶	۱۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵
بزرگترین ریشه روی	۵/۳۱	۹۳/۹۳	۳	۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴

نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که اثر کلی گروه معنادار است ($p < 0.0001$). از این رو، بین سه گروه در یکی متغیر سبک های دل بستگی تفاوت معنی دار وجود دارد. در ادامه جهت تعیین اینکه این تأثیر کلی در کدام گروه‌ها وجود دارد، نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول ۱۷ ارائه شده است.

جدول ۱۷. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به سه گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا
سبک های دل بستگی	گروه	۱۴۰۴/۴۹	۲	۷۰۲/۲۵	۳۸/۲۳	۰/۵۸
	خطا	۹۹۱/۹۰	۵۴	۱۸/۳۷		
	کل	۲۴۶۸۸۶	۶۰			

نتایج جدول ۱۷ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون سه گروه برای متغیر سبک های دل بستگی (۰/۵۸=مجدور اتا، $p < 0.05$) معنادار است. برای بررسی دقیق‌تر تفاوت‌های موجود بین گروه‌های پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید. در جدول ۱۸ نتایج مربوط به این آزمون ارائه شده است.

جدول ۱۸. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	p
سبک های دل بستگی	طرحواره درمانی	ایماگو درمانی	۱۰/۸۸	۱/۵۴	۰/۶۸
		کنترل	۱۲/۸۷	۱/۶۶	۰/۰۰۰۱
	ایماگو درمانی	کنترل	۱۱/۷۵	۱/۳۸	۰/۰۰۰۱

نتایج جدول ۱۸ نشان می‌دهد بین میانگین نمره سبک های دل بستگی گروه‌های طرحواره درمانی و ایماگو درمانی با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0.05$). نتایج نشان می‌دهد بین دو گروه طرحواره درمانی و ایماگو درمانی در متغیر

¹ Wilks' Lambda

سبک-های دلبستگی تفاوت وجود دارد ($p > 0.05$) با توجه به نتایج جدول ۱۸ و مراجعه به جدول ۱۲ نتایج نشان داد که طرحواره درمانی اثر بیشتری بر سبک های دلبستگی است. از این رو فرضیه اصلی این پژوهش مبنی بر اینکه بین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر طرحواره درمانی و ایماگو درمانی بر سبک های دلبستگی زوجین تفاوت وجود دارد، تأیید می شود.

نتیجه گیری

یافته های پژوهش نشان داد که بین میانگین نمره سبک های دلبستگی گروه های طرحواره درمانی و ایماگو درمانی با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج نشان می دهد بین دو گروه طرحواره درمانی و ایماگو درمانی در متغیر سبک های دلبستگی تفاوت وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که طرحواره درمانی اثر بیشتری بر سبک های دلبستگی است. از این رو فرضیه اصلی این پژوهش مبنی بر اینکه بین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر طرحواره درمانی و ایماگو درمانی بر سبک های دلبستگی زوجین تفاوت وجود دارد، تأیید می شود.

نتایج این پژوهش با نتایج مطالعات محمدی و همکاران (۱۴۰۲) و دیلمی و بیات (۱۴۰۰) همسو و همخوان می باشد. در تبیین این یافته ها می توان بیان نمود که تفاوت در اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر طرحواره درمانی و ایماگو درمانی بر سبک های دلبستگی زوجین به دلیل تفاوت های نظری و عملی این دو رویکرد درمانی است. هر یک از این رویکردها بر اساس نظریه های مختلف و با تأکید بر جنبه های خاصی از روابط و تعاملات عاطفی عمل می کنند (رفعی و همکاران، ۱۴۰۱). طرحواره درمانی جفری یانگ (۲۰۰۳) بر شناسایی و تغییر طرحواره های ناسازگار اولیه که در دوران کودکی شکل می گیرند، تمرکز دارد. این طرحواره ها می توانند تأثیر عمیقی بر سبک های دلبستگی و نحوه تعاملات عاطفی در روابط بزرگسالی داشته باشند. این رویکرد به زوجین کمک می کند تا با شناسایی و اصلاح طرحواره های منفی، سبک های دلبستگی خود را بهبود بخشند. تغییر طرحواره ها به بهبود واکنش های عاطفی و الگوهای دلبستگی منجر می شود، اما این تغییر ممکن است زمان بر باشد و نیاز به بررسی عمیق تری از الگوهای شناختی و رفتاری داشته باشد (آرنتر و ون جندرن، ۲۰۲۰).

ایماگو درمانی هارویل و هیلدا هندریکس بر الگوهای ارتباطی و تعارضات در روابط بزرگسالی تمرکز دارد. این رویکرد بر ایجاد ارتباطات مؤثر و همدلانه میان زوجین تأکید دارد و به بررسی چگونگی تأثیر تجربیات کودکی بر روابط فعلی می پردازد. ایماگو درمانی به زوجین آموزش می دهد که چگونه با استفاده از تکنیک های ارتباطی مؤثر، تعارضات را حل کنند و نیازهای عاطفی یکدیگر را برآورده سازند. این تمرکز بر ارتباطات و حل تعارض می تواند به بهبود سبک های دلبستگی از طریق افزایش همدلی و کاهش تنش ها کمک کند. روش های درمانی و تکنیک ها شامل شناسایی، تجزیه و تحلیل، و تغییر طرحواره های ناسازگار، استفاده از تکنیک های شناختی و رفتاری برای اصلاح باورها و الگوهای عاطفی است. اثربخشی می تواند به تغییرات عمیق در سبک های دلبستگی منجر شود، اما نیاز به فرآیندهای پیچیده و زمان بر برای اصلاح طرحواره ها دارد. ایماگو درمانی شامل تکنیک های خاص برای ایجاد و تقویت ارتباطات همدلانه، حل تعارضات و برآورده کردن نیازهای عاطفی از طریق گفت و گو و تمرین های ارتباطی است. اثربخشی می تواند به بهبود فوری و مستقیم در سبک های دلبستگی منجر شود، زیرا به طور خاص بر بهبود مهارت های ارتباطی و کاهش تعارضات تأثیر می گذارد (رافاعلی، ۲۰۲۰).

همچنین در تبیین این یافته ها می توان بیان نمود که هدف گذاری درمانی بر تغییر الگوهای عمیق و ریشه دار باورها و احساسات که در دوران کودکی شکل گرفته اند، تمرکز دارد (سیمس و سات، ۲۰۲۰). نتایج ممکن است به تغییرات اساسی و پایدار در سبک های دلبستگی منجر شود، اما این تغییرات به تدریج و از طریق اصلاح الگوهای شناختی و رفتاری ایجاد می شوند. ایماگو درمانی بر بهبود ارتباطات و تعاملات روزمره زوجین تمرکز دارد و تلاش می کند تا نیازهای عاطفی فوری و رابطه ای را برآورده سازد. نتایج می تواند به تغییرات سریع تری در سبک های دلبستگی و بهبود روابط منجر شود، زیرا به طور مستقیم بر مهارت های ارتباطی و حل تعارض تمرکز دارد (محنایی و همکاران، ۱۳۹۸).

تفاوت در اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر طرحواره درمانی و ایماگو درمانی بر سبک های دلبستگی زوجین به دلیل تفاوت های نظری و عملی این دو رویکرد است. طرحواره درمانی به تغییر عمیق و ریشه ای در الگوهای شناختی و عاطفی پرداخته و به اصلاح سبک های دلبستگی از طریق تغییر طرحواره های ناسازگار کمک می کند، در حالی که ایماگو درمانی بر

بهبود مهارت‌های ارتباطی و مدیریت تعارضات تأکید دارد و به تغییرات سریع‌تر و مستقیم‌تری در سبک‌های دلبستگی منجر می‌شود (باقری شیخانگفشه و همکاران، ۱۴۰۲).

همچنین در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود که برای توضیح تفاوت در اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر طرحواره درمانی و ایماگو درمانی بر سبک‌های دلبستگی زوجین، می‌توان به نظریه‌های مختلف روانشناسی و نظریه‌پردازان معتبر اشاره کرد. این تفاوت‌ها ناشی از روش‌ها، تمرکزها، و اهداف متفاوت هر رویکرد است.

جان بالبی (۱۹۶۹) نظریه دلبستگی را معرفی کرد و به تأثیر روابط اولیه در شکل‌گیری سبک‌های دلبستگی در بزرگسالی پرداخت. طرحواره درمانی بر تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه تأکید دارد که معمولاً در دوران کودکی شکل می‌گیرند. این طرحواره‌ها می‌توانند تأثیر عمیقی بر سبک‌های دلبستگی داشته باشند. این رویکرد به دلیل تمرکز بر تغییر عمیق و ریشه‌ای در طرحواره‌های فردی، می‌تواند به اصلاح سبک‌های دلبستگی از طریق تغییر الگوهای اولیه و عمیق کمک کند. اما این فرآیند ممکن است زمان‌بر و پیچیده باشد. ایماگو درمانی به بررسی و بهبود تعاملات فعلی و ارتباطات روزمره زوجین می‌پردازد و به نحوه تأثیر تجربیات کودکی بر روابط فعلی توجه دارد. این رویکرد به دلیل تمرکز بر ارتباطات فعلی و حل تعارضات می‌تواند به تغییر سریع‌تر و مستقیم‌تر در سبک‌های دلبستگی کمک کند، زیرا بر ایجاد و تقویت ارتباطات مؤثر و همدلانه تمرکز دارد (گلکار و همکاران، ۱۴۰۰).

همچنین در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود که جفری یانگ (۲۰۰۳) نظریه طرحواره‌های ناسازگار را توسعه داد و بر تأثیر این طرحواره‌ها بر رفتار و روابط بزرگسالی تأکید کرد. این رویکرد به شناسایی و تغییر طرحواره‌های ناسازگار که به طور عمیق در ذهن فرد ریشه دوانده‌اند، می‌پردازد. طرحواره درمانی به دلیل تمرکز بر تغییر طرحواره‌های عمیق و ریشه‌ای، می‌تواند به اصلاح عمیق و پایدار سبک‌های دلبستگی کمک کند. با این حال، ممکن است برای مشاهده نتایج نیاز به زمان بیشتری باشد. این رویکرد بر تغییر الگوهای ارتباطی و تعاملات در روابط فعلی تمرکز دارد و به شیوه‌های مؤثر بر حل تعارضات و برآورده کردن نیازهای عاطفی می‌پردازد. ایماگو درمانی می‌تواند به تغییرات سریع‌تر و ملموس‌تری در سبک‌های دلبستگی منجر شود، زیرا به طور مستقیم بر تعاملات و ارتباطات فعلی تمرکز دارد (ویدلر و همکاران، ۲۰۲۰).

آلبرت بندورا (۱۹۹۸) نظریه یادگیری اجتماعی را معرفی کرد و بر اهمیت یادگیری از طریق مشاهده و تعامل تأکید کرد. تغییر طرحواره‌های عاطفی و شناختی از طریق تحلیل و اصلاح الگوهای فردی. این تغییرات عمیق می‌تواند به اصلاح سبک‌های دلبستگی کمک کند، اما بیشتر بر فرآیندهای درونی فرد متمرکز است. فرآیند یادگیری و تغییر ممکن است در طرحواره درمانی بیشتر به صورت فردی و درونی باشد، که به نوبه خود می‌تواند بر سبک‌های دلبستگی تأثیر بگذارد. یادگیری از طریق تعاملات گروهی و مشاهده رفتارهای دیگران در گروه درمانی. این رویکرد به زوجین این امکان را می‌دهد که از تجربیات دیگران یاد بگیرند و تکنیک‌های جدید را به سرعت در روابط خود پیاده‌سازی کنند. می‌تواند به تغییر سریع‌تر و مؤثرتر در سبک‌های دلبستگی منجر شود، زیرا زوجین می‌توانند الگوهای جدید رفتاری و عاطفی را به راحتی از گروه یاد بگیرند و در تعاملات خود به کار برند (امینی و همکاران، ۱۴۰۲).

همچنین در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود که اریک برن (۱۹۹۶) نظریه تحلیل رفتار متقابل را توسعه داد که به بررسی الگوهای تعاملات عاطفی و رفتاری می‌پردازد. تغییر الگوهای شناختی و عاطفی عمیق، با تأکید بر تحلیل و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار است. به تغییرات عمیق‌تر و پایدارتر در رفتارهای عاطفی و سبک‌های دلبستگی منجر می‌شود. بر تغییر رفتارهای متقابل و الگوهای ارتباطی فعلی تمرکز دارد. این رویکرد به زوجین کمک می‌کند تا الگوهای جدید تعاملات عاطفی را تجربه کنند. به دلیل تمرکز بر تغییرات سریع و ملموس در رفتارهای ارتباطی و عاطفی، می‌تواند به تغییرات سریع‌تری در سبک‌های دلبستگی منجر شود (رحیمی و بزازیان، ۱۴۰۲).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دوران کودکی و در تعاملات اولیه فرد با والدین یا مراقبان اصلی شکل می‌گیرند. این طرحواره‌ها تأثیر عمیقی بر روابط آینده فرد دارند، از جمله بر نحوه دلبستگی او به دیگران. در طرحواره درمانی، تمرکز بر کشف و شناسایی این طرحواره‌هاست، که اغلب منشأ اصلی سبک‌های دلبستگی نایمن هستند. با اصلاح و تغییر این طرحواره‌های اولیه، سبک‌های دلبستگی فرد نیز بهبود می‌یابد. طرحواره درمانی به فرد کمک می‌کند تا نه تنها رفتارها، بلکه باورها و احساسات عمیق‌تری که در ارتباط با روابط عاطفی و دلبستگی دارد را تغییر دهد. این تغییرات عمیق‌تر باعث می‌شوند که فرد به طور ریشه‌ای سبک‌های دلبستگی نایمن خود را شناسایی و اصلاح کند، به‌ویژه در مواردی که سبک دلبستگی فرد در نتیجه

طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته باشد (تریسی و همکاران، ۲۰۲۴).

طرحواره‌درمانی به فرد کمک می‌کند الگوهای تکراری در روابط خود را که ناشی از طرحواره‌های ناسازگار است، شناسایی کند. بسیاری از این الگوها به شکل سبک‌های دلبستگی ناسالم (مثل دلبستگی اجتنابی یا اضطرابی) بروز می‌کنند. با شناسایی این الگوها و کار بر روی تغییر آن‌ها، فرد می‌تواند به تدریج به سبک دلبستگی ایمن‌تری دست یابد. یکی از اصول مهم در طرحواره‌درمانی، پرداختن به نیازهای هیجانی برآورده‌نشده است. بسیاری از افراد با سبک‌های دلبستگی نایمن، نیازهای عاطفی برآورده‌نشده‌ای دارند که به شکل طرحواره‌های ناسازگار در ذهن آن‌ها باقی مانده‌اند. طرحواره‌درمانی به فرد کمک می‌کند تا این نیازها را شناسایی کند و راه‌های سالم‌تری برای ارضای آن‌ها در روابط خود پیدا کند، که این فرآیند به بهبود سبک‌های دلبستگی کمک می‌کند (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۳).

طرحواره‌درمانی نه‌تنها به رفتارهای فرد در روابط توجه می‌کند، بلکه بر افکار و احساسات عمیق‌تر او که مرتبط با سبک‌های دلبستگی است، متمرکز می‌شود. اصلاح طرحواره‌ها به فرد کمک می‌کند تا شناخت‌های منفی خود نسبت به خود و دیگران را تغییر دهد و در نتیجه به روابط سالم‌تری دست یابد. بسیاری از افرادی که سبک دلبستگی نایمن دارند، در دوران کودکی تجربیات منفی و ناکامی در روابط عاطفی با والدین یا مراقبان داشته‌اند. طرحواره‌درمانی به افراد کمک می‌کند تا این تجربیات منفی را بازسازی کنند و از طریق فرآیند درمان، به سبک دلبستگی ایمن‌تر دست یابند. این بازسازی، تغییراتی ماندگارتر در سبک‌های دلبستگی ایجاد می‌کند (باقری شیخانگفشه و همکاران، ۱۴۰۲).

در نتیجه طرحواره‌درمانی به دلیل تمرکز بر ریشه‌های عمیق شکل‌گیری طرحواره‌ها و تأثیر آن‌ها بر روابط، قدرت بیشتری در تغییر سبک‌های دلبستگی دارد. این روش به افراد کمک می‌کند تا نه تنها به الگوهای رفتاری نادرست، بلکه به باورها و احساسات منفی عمیق‌تری که بر دلبستگی‌های آن‌ها اثر گذاشته‌اند، بپردازند و آن‌ها را اصلاح کنند. از این رو، طرحواره‌درمانی اثرات ماندگارتر و عمیق‌تری بر سبک‌های دلبستگی دارد.

برای پژوهش در زمینه مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر طرحواره درمانی و ایماگو درمانی بر سبک‌های دلبستگی زوجین، محدودیت‌های زیر ممکن است وجود داشته باشد: پژوهش حاضر بر روی زوجین انجام شده است لذا در تعمیم نتایج به جوامع دیگر باید احتیاط کرد. استفاده از روش‌های نمونه‌گیری غیرتصادفی (مانند انتخاب خودیاب) می‌تواند بر اعتبار نتایج تأثیر بگذارد. دوره زمانی کوتاه برای اجرای درمان و مشاهده نتایج ممکن است برای ارزیابی تأثیرات عمیق و پایدار کافی نباشد. داده‌های جمع‌آوری‌شده از طریق خودگزارش‌دهی ممکن است به دلیل تمایل به ارائه تصویر مطلوب از خود، دقت کمتری داشته باشند. مشارکت فعال و پایدار زوجین در جلسات درمانی می‌تواند چالش‌برانگیز باشد، به‌ویژه اگر درگیر مسائل شخصی یا زمانی باشند.

در این راستا پیشنهاد می‌شود که تمرین‌هایی برای تغییر طرحواره‌های ناسالم و جایگزینی آن‌ها با الگوهای سالم ارائه کرد. به عنوان مثال، تمرین‌هایی که زوجها را تشویق به بیان احساسات و نیازهای خود می‌کند و مهارت‌های گوش دادن مؤثر را تقویت می‌کند. به زوجها نشان داد چگونه می‌توانند احساس ایمنی و حمایت در روابط خود ایجاد کنند. برای این منظور، تمرین‌هایی ارائه کرد که به آن‌ها کمک کند تا نیازهای دلبستگی خود را به شیوه‌ای سالم و مؤثر برآورده کنند. تمرین‌های عملی برای شناسایی سبک دلبستگی غالب هر زوج و فعالیت‌های گروهی برای ارائه راه‌حل‌هایی جهت تغییر سبک‌های منفی انجام شود. تمرین‌هایی مانند برقراری تماس چشمی، لمس محبت‌آمیز، و جلسات گفتگو که در آن زوجین بدون قضاوت به نیازهای عاطفی و دلبستگی یکدیگر گوش می‌دهند. این تمرین‌ها به آن‌ها کمک می‌کند تا به سمت دلبستگی ایمن حرکت کنند.

منابع

- امینی، مرضیه؛ و نشاطدو، حمیدطاهر (۱۴۰۲). اثربخشی روش تلفیقی طرحواره درمانی با آموزش اختصاصی سازی حافظه بر افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری دانشجویان دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه: پژوهش مورد منفرد. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲ (۱۲۹)، ۱۸۲۱-۱۸۴۰.
- باقری شیخانگفته، فرزین؛ رضازاده خلخالی، فرشته؛ صوابی نیری، وحید؛ ذوالفقارنیا، مریم و میکلائی، ناهید (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار فکری، افسردگی و کارکرد شخصیت زنان مبتلاء به پرخوری عصبی. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۳ (۱۵)، ۲۰-۴۰.
- پیروز نیا، سیما و آگنج، نجمه (۱۴۰۱). بررسی اثر بخشی ایماگوتراپی بر سبک دلبستگی نا ایمن زوجین دارای تعارض، کادر درمان شهرستان کهگیلویه، *مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*، ۸ (۱)، ۲۱-۴۷.
- دیلمی، منوچهر؛ و بیات، فرزانه (۱۴۰۰). بررسی اثر بخشی ایماگوتراپی بر صمیمیت زناشویی و سبک دلبستگی نا ایمن زوجین دارای تعارض کادر درمان شهرستان ماهشهر. *نشریه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*، ۷ (۱)، ۱۲۵-۱۴۵.
- رحیمی، زهرا و بزازیان، سعیده (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر نظمجویی هیجان و کاهش تنش در زنان داوطلب IVF (لقاح مصنوعی). *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲ (۱۳۱)، ۲۰۷-۲۲۳.
- رفعی، فرزانه؛ اسدی، جوانشیر؛ و خواجهوند خوشلی، افسانه (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی رویکردهای واقعیت درمانی و تصویرسازی ارتباطی (ایماگوتراپی) بر ابرازگری هیجانی زنان متقاضی طلاق. *مطالعات ناتوانی*، ۱۲ (۰)، ۱۲.
- شاه محمدی مهرجردی، مینا؛ و دوکانه ای فرد، فریده (۱۴۰۰). بررسی تاثیر ایماگوتراپی بر دلبستگی هیجانی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرری. *مطالعات ناتوانی*، ۱۱ (۱)، ۴۵-۹۵.
- گراوند، هوشنگ (۱۴۰۱). نقش واسطه ای طرحواره های ناسازگار اولیه در رابطه بین سبک های دلبستگی با اضطراب کرونا. *روان شناسی کاربردی*، ۱۶ (۱)، ۱۶۱-۱۸۱.
- گلکار، تهمینه؛ گل پرور، محسن و آقای، اصغر (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی بومی با طرحواره درمانی یانگ بر تنظیم هیجانی و میل به طلاق در زوج های دارای تعارض. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴ (۳)، ۳۰۷۲-۳۰۸۲.
- محمدی، مریم؛ شیرافکن کوپکن، علی؛ شفیع آبادی، عبدالله و فرهنگی، عبدالحسن (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک‌های دلبستگی و صمیمیت زناشویی زوجین شهر تهران، *زن و مطالعات خانواده*، ۶۴ (۳)، ۱۷۳-۱۹۵.
- محنایی، گلستانه؛ سیدموسی، پولادی ریشه‌ری و کیخسروانی، مولود (۱۳۹۸). اثربخشی زوج درمانی به روش طرحواره درمانی یانگ بر سازگاری زناشویی و طلاق عاطفی در زوجین متقاضی طلاق شهر بوشهر. *نشریه علمی روانشناسی اجتماعی*، ۷ (۵۱)، ۱۰۹-۱۱۸.
- Arntz, A., & Van Genderen, H. (2020). Schema therapy for borderline personality disorder. *John Wiley & Sons*.
- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive behaviour therapy*, 47(4), 328-349.
- Gökdağ, C. (2021). How does interpersonal emotion regulation explain psychological distress? The roles of attachment style and social support. *Personality and Individual Differences*, 176, 110763.
- Haeyen, S. (2019). Strengthening the healthy adult self in art therapy: using schema therapy as a positive psychological intervention for people diagnosed with personality disorders. *Frontiers in psychology*, 10, 445514.
- Ivanova, I. M. (2023). The History of the Development of Imago Therapy in Russia. *Transactional Analysis in Russia*, 3(3), 60-68.
- Kim, H. M., & Miller, L. C. (2020). Are insecure attachment styles related to risky sexual behavior? A meta-analysis. *Health Psychology*, 39(1), 46.

- Mi, P. (2020). Stimuli-responsive nanocarriers for drug delivery, tumor imaging, therapy and theranostics. *Theranostics*, 10(10), 4557.
- Mercer, J. (2023). "Nothing either good or bad but thinking makes it so": Commentary on "The association between early maladaptive schemas and adult attachment styles: A meta-analysis".
- Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 579-597.
- Rafaeli, E. (2020). Schema therapy. In Encyclopedia of Personality and Individual Differences (pp. 4559-4564). Cham: Springer International Publishing.
- Spencer, C. M., Keilholtz, B. M., & Stith, S. M. (2021). The association between attachment styles and physical intimate partner violence perpetration and victimization: A meta-analysis. *Family process*, 60(1), 270-284.
- Smith, M., & South, S. (2020). Romantic attachment style and borderline personality pathology: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 75, 101781.
- Tracy, M., Penney, E., & Norton, A. R. (2024). Group schema therapy for personality disorders: Systematic review, research agenda and treatment implications. *Psychotherapy Research*, 1-20.
- Videler, A. C., van Royen, R. J., Legra, M. J., & Ouwers, M. A. (2020). Positive schemas in schema therapy with older adults: clinical implications and research suggestions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 48(4), 481-491.
- Zhang, K., Hu, X., Ma, L., Xie, Q., Wang, Z., Fan, C., & Li, X. (2023). The efficacy of schema therapy for personality disorders: a systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(7), 641-650.

Comparing the Effectiveness of Group Training based on Schema Therapy and Imago Therapy on Improving Couples' Attachment Styles

Samad Eslami Mehr ¹, Kianoush ZahraKar ², Farshad Mohsenzadeh ³

Abstract

The present study was applied in terms of purpose and quasi-experimental in terms of method with a pre-test-post-test design with two experimental groups and a control group, which aimed to compare the effectiveness of group training based on schema therapy and imago therapy on improving attachment styles of couples. The statistical population included couples who had referred to the Razi Counseling Center in Karaj for treatment in the winter of 2018. The sampling was done via convenience and purposive types, in which 45 women and men who met the requirements for entering the sessions were selected and randomly assigned to experimental group 1 and experimental group 2 (each containing 15). The other 15 people were assigned to the control group. Both experimental groups received 10 sessions of group training based on schema therapy and imago therapy, and the control group did not receive any training. The Hazen and Shaver's Attachment Styles Questionnaire (1978) was used to collect data. Data analysis was performed in two parts: descriptive and inferential analysis, using SPSS software. The results showed that there was a difference between the effectiveness of group training based on schema therapy and imago therapy on couples' attachment styles, so schema therapy had a greater effect on attachment styles.

Keyword: schema therapy, imago therapy, attachment styles

1- Ph.D. student, consulting, Research Sciences Unit, Islamic Azad University, Research Sciences, Tehran, Iran. sasmehr@gmail.com

2- Faculty of Khwarazmi University dr_zahraKar@khu.ac.ir

3- Faculty of Khwarazmi University Farshad.mohsenzadeh@khu.ac.ir