

# مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان - مدار و طرحواره - درمانی بر مشکلات برونی سازی فرزندان مادران سرپرست خانوار\*

✦ منصوره سیدشریفی<sup>۱</sup> ✦ دکتر شکوه نوایی نژاد<sup>۲</sup> ✦ دکتر ولی الله فرزاد<sup>۳</sup>

## چکیده:

هدف این پژوهش تعیین و مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان - مدار و طرحواره - درمانی بر مشکلات برونی سازی فرزندان (دانش آموزان) مادران سرپرست خانوار بود. این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را زنان سرپرست خانواری تشکیل دادند که حداقل یک فرزند دانش آموز داشتند. از این جامعه بعد از غربالگری، ۴۵ نفر با روش در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری آزمایشی ۱، گروه آزمایشی ۲ و گروه کنترل، جایگزین شدند. یافته های مورد نیاز از طریق پرسشنامه نشانگان برونی سازی آخنباخ در سه نوبت پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری گردآوری شدند و با نرم افزار SPSS و آزمونهای اندازه گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته های پژوهش نشان دادند که میانگین برونی سازی نمره گروه هیجان - مدار از ۴۶/۱۳ به ۳۵/۱۵ و گروه طرحواره - درمانی از ۴۶/۰۰ به ۳۵/۲۶ کاهش پیدا کرده و نتایج تحلیل اندازه گیری مکرر نشان داده است که هر دو درمان هیجان - مدار و طرحواره - درمانی بر کاهش مشکلات برونی سازی فرزندان مادران سرپرست خانوار اثربخش است ( $p < 0/001$ ). نتایج مقایسه زوجی، نشان داد که میان اثربخشی دو درمان تفاوت معنادار وجود ندارد.

**کلیدواژگان:** نشانگان برونی سازی فرزندان، مادران سرپرست خانوار، رویکرد هیجان - مدار، طرحواره - درمانی

◎ تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۱/۱۲

◎ تاریخ دریافت: ۹۸/۰۱/۱۵

\* این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول است.

۱. دانش آموخته دوره دکتری مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. monasharifi48@yahoo.com
۲. (نویسنده مسئول) استاد گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران. Navabinejad93@gmail.com
۳. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران. Vfarzad@yahoo.com

## مقدمه

سرپرست خانواده یکی از مهم‌ترین پایه‌های خانواده محسوب می‌شود و از آنجایی که خانواده به منزله‌ی اساسی‌ترین واحد اقتصادی و اجتماعی جامعه مطرح است، اثرات هر گونه تغییر در روند اداره و ساختار آن، بر سطح یکپارچگی جامعه دور از انتظار نیست (زرهانی، ۲۰۱۱). تغییرات ایجاد شده در جوامع در دهه‌های اخیر سبب تغییر ساختار خانواده، پذیرش مسئولیت بالاتر و استرس بیشتر برای اداره زندگی از سوی زنان شده است. گذشته از این، مواردی مانند فوت یا جدایی از همسر، نیازمند سازگاری مجددند. در خانواده‌های ایرانی، اغلب مرد سرپرست خانواده محسوب می‌شود، اما تحت شرایطی از قبیل موارد مذکور، چنین مسئولیتی بر عهده زنان قرار می‌گیرد (افشاری و ترکزیان، ۱۳۹۴).

در کشورهای در حال توسعه افزایش چشمگیری در تعداد زنان سرپرست خانواده گزارش شده است (شاتز، مدهاوان و ویلیامز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). سازمان بین‌المللی کار<sup>۲</sup> (ILO) زنان سرپرست خانواده را شامل خانواده‌هایی می‌داند که به دلیل طلاق، متارکه و جدایی، مهاجرت، عدم ازدواج یا فوت همسر و از کارافتادگی مرد، در آن خانواده، مرد حضور ندارد یا در صورت حضور، سهمی در درآمدهای خانواده ندارد مانند مردان معتاد، بیکار، زندانی، متواری یا از کار افتاده (زرهانی، ۲۰۱۱).

این گروه از زنان که سرپرست خانواده یا خودسرپرست در جامعه نامیده می‌شوند با مصائب و مشکلات و موانع زیادی در زندگی مواجه‌اند (جمالی، سپاه‌منصور و فلاحیان، ۱۳۹۳). فقدان حمایت‌های کافی و کمبودهایی که این زنان در تأمین امورات مالی دارند باعث شده است که این زنان از سلامت اجتماعی و روانی کمتری برخوردار باشند. این امر می‌تواند احتمال زمینه ابتلای آنان و فرزندان تحت حمایت آنها را به اختلالات روانی فراهم کند. از آنجایی که نقش سرپرستی خانواده برای زنان یک نقش چالش‌انگیز است (چیزمان، فرگوسن و کوهن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱) و نیز تصمیم‌گیری برای مقابله با مسائل و مشکلات شخصی، روانی، اجتماعی، عاطفی، تحصیلی و رفتاری فرزندان در آینده به عهده مادر است و مادر نقش تأمین‌کننده مالی را نیز به عهده دارد، زنان سرپرست خانواده، علاوه بر مشکلات والدگری، در معرض مشکلات دیگری نیز قرار دارند و این مسائل به نوبه خود ممکن است منجر به بروز مشکلات رفتاری در فرزندان آنها گردد (دیلمان<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی از رایج‌ترین تقسیم‌بندی‌های مشکلات رفتاری دوران کودکی و نوجوانی، تمایز مشکلات درونی‌سازی از برونی‌سازی است. مشکلات درونی‌سازی، ماهیتاً درون - فردی‌اند و به شکل کناره‌گیری از تعامل‌های اجتماعی<sup>۵</sup>، بازداری<sup>۶</sup>، اضطراب<sup>۷</sup> و افسردگی<sup>۸</sup> متجلی می‌شوند. در مقابل، مشکلات برونی‌سازی،

1. Schatz, Madhavan & Williams
2. International Labor Organization
3. Cheeseman, Ferguson & Cohen
4. Dieleman
5. Social interactions
6. Inhibition
7. Anxiety
8. Depression

مسائل میان - فردی<sup>۱</sup> را موجب می شوند و به صورت بیش فعالی، پرخاشگری و رفتارهای ضد اجتماعی<sup>۲</sup> و درهم گسیخته ظاهر می شوند. تقریباً ۷ تا ۱۵ درصد مادران کودکان پیش دبستانی و دبستانی گزارش می دهند که فرزندان آنها رفتارهای شدید برونی سازی از خود نشان می دهند (کازدین و همکاران، ۱۹۸۷). پژوهشهای بسیاری نشان داده اند که از میان عوامل گوناگون مربوط به کودک (ژنتیک یا حوادث پریناتال<sup>۳</sup> و محیطی)، خانواده (تعارض زناشویی<sup>۴</sup>، تعامل والد - کودک و ...) و محیط (محیط آموزشی، نقش همسالان، رسانه ها و ...) که در بروز مشکلات برونی سازی دخالت دارند، نحوه والدگری و کیفیت رابطه والد - فرزند به عنوان مهم ترین عامل تأثیرگذار، در رشد و تداوم مشکلات برونی سازی کودکان نقش دارد (استوتس<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). در این میان مادران سرپرست خانواده، به دلیل نبود پدر و همچنین به دلیل ارتباط خاص مادر - فرزند، نقشی پررنگتر دارند (مکاین تایر و گرشام، ۲۰۰۷) که اینها موجب می شوند تعارضاتی که به مشکلات رفتاری می انجامد میان مادر و فرزند بیشتر باشد، بنابراین این زنان بیشتر از زنان دیگر نیازمند توجه و حمایت روانی هستند (حبیبی، قنبری، خدایی و قنبری، ۱۳۹۲). همچنین لازمه دستیابی به هدف مذکور به کارگیری فنون اثربخش و برخورداری از انواع حمایتها و به کارگیری مداخلات آموزشی و درمانی متعددی برای بهتر کردن زندگی زنان سرپرست خانواده و فرزندان آنان است و از آن میان می توان به آموزشها و فنون مبتنی بر رویکردهای هیجان - مدار و طرحواره - درمانی اشاره کرد.

رویکرد هیجان - مدار یکی از رویکردهایی است که هم بر ارتباط اعضای خانواده و هم بر هیجانات فردی تمرکز دارد (جانسون<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹). از آنجایی که انجام اقداماتی از سوی زنان سرپرست خانوار ضروری است تا نظام روابط عاطفی موجود در خانواده حفظ شود و از ایجاد تنشها در محیط خانواده حتی الامکان جلوگیری کند و از لحاظ مادی و معنوی فرزندان را حمایت کند، برخورداری از مهارتهای تنظیم و مدیریت هیجان در رویارویی با موقعیتهای پرتنش و اضطراب زایی که برای خود و فرزندان ایجاد می شود، ضروری است (مکینتاش، فلچر و آیزنورث<sup>۷</sup>، ۲۰۱۹). مجهز شدن زنان سرپرست خانواده به این مهارتها، یک ضرورت است، چرا که مادر نقشی بسیار مهم در تنظیم هیجانات فرزندان خود دارد (سیمینو<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). از سوی دیگر مادران افسرده و ناشاد، خلق و خوی منفعل همراه با غم و اندوه را در فرزندان خود فعال می کنند (شارائونگا، مودهارا و بوگیل<sup>۹</sup>، ۲۰۱۶).

1. Interpersonal problems
2. Antisocial behaviors
3. Prenatal events
4. Marital conflict
5. Stotts
6. Johnson
7. MacIntosh, Fletcher & Ainsworth
8. Cimino
9. Sharaunga, Mudhara, Bogale

علاوه بر این چنانچه طرحواره‌های ناسازگار اولیه زنان سرپرست خانواده حل نشوند و به راه‌حلی مثبت جهت‌یابی نگردند، می‌توانند به تنش‌زایی در زندگی منجر شوند، چرا که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود - آسیب‌رسانی‌اند که در ابتدای رشد و تحول، در ذهن شکل می‌گیرند و در سیر زندگی، تداوم می‌یابند و تکرار می‌شوند (یانگ، کلوסקو و ویشار<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). بنابراین شناخت و حل این طرحواره‌ها در زنان سرپرست خانواده، می‌تواند نقشی مؤثر در بهبود کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده و سلامت روان آنها داشته باشد.

پژوهش خسروی اصل، نصیری و بخشایش (۱۳۹۷) نشان داد که روش درمانی هیجان - مدار می‌تواند بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانوار مؤثر باشد. پژوهش نامنی، محمدی‌پور و نوری (۱۳۹۶) نشان داد که درمان هیجان - مدار به شیوه گروهی بر بخشودگی میان - فردی و امید در زنان مطلقة اثرگذار است. نتایج پژوهش حسینی هنزایی، چوب‌فروش‌زاده و نصیریان (۱۳۹۶) نشان داد که طرحواره - درمانی بر افزایش خودکارآمدی والدگری مادران و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه مادران مؤثر است. نتایج پژوهش ساطوریان، طهماسبیان و احمدی (۱۳۹۵) نشان داد که از میان مهارت‌های والدگری، ابعاد مشارکت و تنبیه جسمانی، در تبیین مشکلات برونی‌سازی کودکان، نقشی پیش‌بینی‌کننده‌تر دارند. اوبی و بارانف<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) در مطالعه خود به این نتیجه رسیده‌اند که طرحواره‌های ناکارآمد والدین، پیش‌بینی‌کننده‌ای بسیار مناسب برای ایجاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مشکلات رفتاری کودکان در روابط میان - فردی آینده است و نیز ارتباط نادرست والدین با فرزندان و تجارب دردناک مداوم با مراقبان و افراد مهم دیگر در طول دوران کودکی و نوجوانی می‌تواند منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های ناکارآمد و مشکلات رفتاری شود. بامبر و مک‌ماه<sup>۳</sup> (۲۰۰۸) در بررسی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در محیط کار به این نتیجه رسیدند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه موجب افزایش مشکلات میان - فردی، نارضایتی از محیط کار و عدم کارایی مناسب فرد در محیط کار می‌شود. پژوهش همتی ثابت، روحانی شهرستانی، همتی ثابت و احمدپناه (۱۳۹۵) نشان داد که تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه سبب کاهش اضطراب و پرخاشگری نوجوانان می‌شود.

توجه به تمام عوامل ذکر شده، اهمیت پرداختن به این موضوع را بیش از پیش روشن می‌کند، به‌ویژه با توجه به اینکه تحقیقات انجام شده داخلی در این حوزه محدود بوده است و شکافی تحقیقاتی در مقایسه اثربخشی درمان هیجان - مدار و طرحواره - درمانی بر مشکلات برونی‌سازی فرزندان آنها وجود دارد، بنابراین مجموع این عوامل سبب پرداختن پژوهشگر به این مسئله شد. از این رو هدف پژوهش

1. Young, Klosko & Weishaar

2. Oei & Baranoff

3. Bamber & McMahon

حاضر تعیین و مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان - مدار و طرحواره - درمانی بر مشکلات برونی سازی فرزندان مادران سرپرست خانوار بوده است.

## روش شناسی پژوهش

این پژوهش از نوع پژوهشهای کاربردی و نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان سرپرست خانواده در مؤسسات خیریه شهرستان تهران تشکیل داده بودند. از جامعه مذکور، طی یک فراخوان عمومی (فراخوان، در شبکه های مجازی، مؤسسات خیریه و کلینیکهای شهر تهران گذاشته شد) افرادی که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند فراخوانده شدند. افراد مایل به شرکت در پژوهش که ۶۱ نفر بودند، پس از غربالگری به ۴۵ نفر کاهش یافتند که این تعداد به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری آزمایشی ۱، گروه آزمایشی ۲ و کنترل جایگزین شدند. در جایگزینی زنان و فرزندان برای هر دو گروه (آزمایش ۲ و کنترل) از لحاظ سنی و تحصیلات، همتاسازی شدند.

ملاکهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: بیسرپرست بودن زنان، داشتن حداقل یک فرزند دانش آموز، داشتن سواد حداقلی (خواندن و نوشتن)، داشتن حس همکاری و رضایت به شرکت کردن در دوره. همچنین ملاکهای خروج از پژوهش نیز، ازدواج دوباره و داشتن سرپرست، نداشتن مسئولیت برای ادامه دادن جلسات مداخله و مراجعه به کلینیکهای روانشناختی برای درمان بود. پس از هماهنگیهای لازم با مسئول مراکز خیریه مزبور، پژوهش اجرا شد. به این ترتیب که اول برای هر سه گروه (آزمایشی ۱ و ۲ و کنترل) پیش آزمون پرسشنامه نشانگان برونی سازی آخنها روی دانش آموزان اجرا شد، سپس جلسات طرحواره - درمانی برای گروه آزمایشی ۱ و مداخلات هیجان - محور طی ده جلسه جداگانه برای گروه آزمایش ۲ اجرا شد (شرح جلسات در جداول ۲ و ۱ آورده شده است)، اما برای گروه کنترل، هیچگونه مداخله ای اعمال نشد و بلافاصله پس از پایان مداخلات آزمایشی برای گروههای آزمایش و نیز گروه کنترل پس آزمون اجرا شد. پس از دو ماه از اجرای پس آزمون، به منظور سنجش ماندگاری اثر طرحواره - درمانی و رویکرد هیجان - مدار، پرسشنامه پژوهش با هدف آزمون پیگیری میان آزمودنیهای پژوهش پخش شد و داده های مورد نیاز گردآوری شدند. در نهایت با استفاده از نرم افزار SPSS به دلیل به اینکه داده های پژوهش در سه نوبت (پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری) گردآوری شده بود، از آزمونهای اندازه گیری مکرر استفاده شد. گفتنی است که پیش از استفاده از اندازه گیری مکرر، مفروضه های این آزمون با استفاده از آزمونهای کولموگروف اسمیرنف، آزمون لوین، آزمون باکس و آزمون موخلی مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج آن نشان داد استفاده از اندازه گیری مکرر برای این پژوهش بلامانع است.

## ابزار پژوهش

● پرسشنامه نشانگان برونی‌سازی آخنباخ: ابزار استفاده شده در این پژوهش، نمون برگ رفتاری کودک (CBCL)<sup>۱</sup> (آخنباخ و رسکرولا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱: ۴۱)، بر مبنای رویکرد نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA)<sup>۳</sup> است. سیاهه رفتاری کودک (CBCL) را والدین یا فردی که سرپرستی کودک را به عهده دارد و از او مراقبت می‌کند یا هر کسی که با کودک در محیطهای شبیه خانواده زندگی می‌کند و او را به‌طور کامل می‌شناسد براساس وضعیت کودک در ۶ ماه گذشته تکمیل می‌کند. رفتار برونی‌سازی شده، دارای دو زیرمؤلفه پرخاشگری و قانون‌شکنی است. زیرمقیاسهای رفتارهای پرخاشگرانه دارای ۱۸ سؤال و زیرمقیاس رفتارهای قانون‌شکنی واجد ۱۷ سؤال است که به صورت کاملاً، معمولاً و اصلاً با نمرات ۱، ۲ و صفر نمره‌گذاری می‌شود. این آزمون را مینایی با جامعه ایران منطبق و برای جمعیت ایرانی هنجاریابی کرده است (مینایی، ۱۳۸۵). برای محاسبه روایی آزمون، علاوه بر کوششهایی که در زمینه‌رواسازی محتوا صورت گرفته است، ضرایب همبستگی میان مقیاسهای CBCL و پرسشنامه کانز والدین که بیشترین تشابه را در محتوا دارند، در یک گروه ۴۲ نفری پسر و ۱۸ نفری دختر ۸-۶ ساله که مراجعین درمانگاه سرپایی در کانادا و آمریکا بودند، محاسبه شد که همه این ضرایب در سطح  $P < 0.0001$  معنادار بودند (آخنباخ و رسکرولا، ۲۰۰۱: ۵۹). همچنین دادستان، بیات و عسگری (۱۳۸۸)، در پژوهش خود برای برآورد اعتبار این مقیاس از ضریب همسانی درونی کرونباخ استفاده کرده‌اند. براین اساس، برای مقیاس برونی‌سازی، آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۳ و برای زیرمقیاسهای رفتار پرخاشگرانه و قانون‌شکنی به ترتیب برابر ۰/۷۹ و ۰/۶۱ محاسبه شده است. در این پژوهش نیز ابتدا پرسشنامه‌ها همراه با اهداف و فرضیه‌های پژوهش به‌شماری از اساتید که در زمینه موضوع پژوهش از تخصص و تجربه کافی برخوردار بودند، داده شد و طبق نظرات آنها مورد تأیید قرار گرفت و پایایی ابزارهای پژوهش در این مطالعه، با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۹ به‌دست آمد.

1. Child behavior checklist (CBCL)
2. Achenbach & Rescorla
3. Achenbach system of empirically based assessment (ASEBA)

**جدول ۱. خلاصه جلسات طرحواره - درمانی (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶)**

| شماره<br>جلسات | عنوان جلسات                              | شرح کلی مداخلات                                                                                                                                                                                            |
|----------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول / عمومی    | آشنایی مقدماتی<br>آماده سازی زنان سرپرست | معارفه، شرح ساختار و اهداف جلسات، ایجاد انگیزه برای مشارکت فعال، تکمیل فرم تعهدنامه، اجرای پیش آزمون                                                                                                       |
| دوم            | شناسایی طرحواره ها                       | آشنایی با طرحواره های ناسازگار و معرفی پرسشنامه مربوطه، شکل گیری و تداوم آن، حیطه ها و نیازهای مرتبط با ایجاد طرحواره، توضیح سبکهای مقابله ای، جمع بندی مباحث                                              |
| سوم            | شروع تکنیکهای تجربی                      | مرور مباحث قبلی و تبادل نظر با اعضا، انجام تکنیک تجربه ای<br>«تخلیه هیجانی با بانی طرحواره» از سوی اعضای داوطلب، جمع بندی مباحث                                                                            |
| چهارم          | ادامه تکنیکهای تجربی                     | مرور مباحث قبلی، اجرای مجدد تکنیک تخلیه هیجانی با دیگر اعضا، ارائه تکلیف یا تمرین خانگی («نوشتن نامه به والدین» یا ضبط صدا پس از تخلیه هیجانات)، جمع بندی مباحث                                            |
| پنجم           | ادامه تکنیکهای تجربی                     | مرور مباحث قبلی، اجرای مجدد تکنیک تخلیه هیجانی با اعضای باقیمانده، بررسی تأثیرات و بازخوردهای هیجانی اعضا، ارائه تکلیف یا تمرین خانگی، جمع بندی مباحث                                                      |
| ششم            | ادامه تکنیکهای تجربی                     | مرور مباحث قبلی، «گفتگوهای خیالی با باعث و بانی طرحواره» از سوی تعدادی از اعضا، ارائه تکالیف خانگی، جمع بندی مباحث                                                                                         |
| هفتم           | ادامه تکنیکهای تجربی                     | مرور مباحث قبلی، تکنیک به کارگیری شیوه «تن آرامی» همراه با موزیک ملایم، به منظور «تصویرسازی ذهنی» در مکان امن                                                                                              |
| هشتم           | ادامه تکنیکهای تجربی                     | مرور مباحث قبلی، به کارگیری فن تن آرامی، ایجاد «تغییر در روند خاطرات هیجانی آزادکننده»، اجرای نمونه تمرین عملی و پیشنهاد برای تکلیف خانگی (نوشتن چند نمونه از خاطرات هیجانی مهم زندگی فرد)، جمع بندی مباحث |
| نهم            | ادامه تکنیکهای تجربی                     | مرور مباحث قبلی، مرور و تکرار مجدد برخی از تکنیکهای تجربی با تعدادی از اعضای داوطلب، ارائه ادامه تکالیف خانگی متفاوت مبتنی بر راهبردهای تجربی، جمع بندی مباحث                                              |
| دهم / عمومی    | جمع بندی و اختتام                        | مرور مباحث قبلی، اجرای مجدد پرسشنامه ها یا پس آزمون (هر سه گروه)، پرسش و پاسخ به سؤالات، بحث و نتیجه گیری از کل جلسات، اختتام جلسه                                                                         |

جدول ۲. خلاصه جلسات براساس درمان هیجان - مدار (گرینبرگ<sup>۱</sup> و جانسون، ۱۹۸۸)

| شماره جلسات | شرح جلسات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول/عمومی   | اجرای پیش‌آزمون، ارزیابی ماهیت مشکل و روابط والد - فرزندی، بررسی تناسب مشکلات موجود با نوع رویکرد درمانی هیجان - محور، توضیح اهداف جلسات.                                                                                                                                                                                                                  |
| دوم         | آشنایی با تعاریف هیجان و نیازهای دلبستگی، تمرکز بر هیجانات، شناسایی، نام‌گذاری و دسته بندی هیجانات در ابراز نیازهای دلبسته - مدار، معتبر دانستن نیازها و گرایشات دلبستگی خواهانه، آشنا ساختن اعضا با اصول درمان هیجان - مدار، نقش هیجانات در کنترل و تنظیم هیجانی در روابط صمیمانه.                                                                        |
| سوم         | تشکیل اتحاد درمانی، ایجاد شرایطی جهت برون‌ریزی هیجانات تعدادی از اعضای داوطلب از طریق تکنیک «صدلی خالی» (باز کردن، واری و بستن تروما یا تجربه هیجانی).                                                                                                                                                                                                     |
| چهارم       | تمرکز، شناسایی و معتبرسازی هیجانات «ثانویه»، کمک در آشکار کردن و بر ملا کردن هیجانات ثانویه، شدت‌بخشی و اعتباردهی به تجارب هیجانی گوناگون و کمک به اقرار کردن آن از سوی اعضا، کار روی هیجانات ثانویه، اشاره به نقش اجتماعی هیجان و چگونگی پدیدآیی هیجانات تقابلی.                                                                                          |
| پنجم        | کمک به اعضا در جهت شناسایی، تمرکز و تمایز هیجانات «اولیه» و معتبرسازی آن، تلاش در آشکار کردن و بر ملا کردن هیجانات اولیه و کمک به اقرار کردن آن از سوی اعضا و ردگیری دقیق‌تر تعاملات، بررسی مجدد میزان اتحاد درمانی و ارزیابی و برجسته‌سازی پیشرفت‌های حاصل شده.                                                                                           |
| ششم         | تشریح ساختار و فرایند تعاملات، انعکاس الگوها و چرخه تعاملی منفی، توجه به جنبه‌هایی از تجربه که هنوز جذب ساخت خود نشده‌اند، کمک به تجربه‌گری عمیق‌تر، برجسته‌سازی و شرح مجدد نیازهای فطری دلبستگی خواهانه و اشاره به سالم بودن آنها.                                                                                                                        |
| هفتم        | ردگیری هیجانات شناخته شده، قاب‌دهی مجدد به مشکل از طریق تمرکز بر قدرت چرخه منفی، توصیف و شرح چرخه در بافتار دلبستگی صمیمانه، ابراز نیازها و خواسته‌های دلبستگی - مدارانه از سوی اعضا با تمرکز بر هیجانات «اولیه»، تمرکز بر عناصر کشف‌نشده‌ای که در تجربه هر یک از اعضا نهفته است، برانگیختگی هیجانی آنان و ایجاد دلبستگی‌های مجدد با پیوندهای مثبت هیجانی. |
| هشتم        | بررسی و طراحی وقایعی تازه که اصلاح‌کننده اوضاع تعاملی فعلی اعضا باشد، آموزش بازگویی واضح و مستقیم نیازها و خواسته‌ها در روابط والد - فرزندی، شفاف‌سازی و فعال کردن الگوهای تعاملی، قاب‌دهی مجدد به موقعیتهای تعاملی در خلق ادراکات و پاسخهای نوین.                                                                                                         |
| نهم         | تسهیل پدیدآیی راهکارهای تازه برای حل مسائل کهنه ارتباطی از سوی اعضا، به‌منظور توانایی در ایجاد و فعال سازی مواضع و چرخه تازه و رویدادهای نوین خارج از جلسات، بررسی تغییرات قابل مشاهده در ابراز هیجانات، رفتارها، شناخت و نیز روابط میان - فردی زنان سرپرست با فرزندانشان.                                                                                 |
| دهم/عمومی   | مرور مباحث قبلی، اجرای پس‌آزمون، پرسش و پاسخ به سؤالات، بحث و نتیجه‌گیری از کل جلسات، اختتام جلسه.                                                                                                                                                                                                                                                         |

1. Greenberg

## یافته‌های پژوهش

در این پژوهش ۴۵ زن سرپرست خانوار حضور داشتند که میانگین سن گروه کنترل ۴۴/۵۲ (با انحراف معیار ۵/۷۹)، میانگین سن گروه آزمایش ۱ برابر با ۴۳/۹۸ (با انحراف معیار ۶/۸۵) و میانگین سن گروه آزمایش ۲ برابر با ۴۴/۱۶ (با انحراف معیار ۷/۲۵) بود که میانگین مدت زمان سرپرست خانوار شدن گروه کنترل ۹/۷۲ (با انحراف معیار ۲/۹۸)، میانگین گروه آزمایش ۱ برابر با ۸/۹۶ (با انحراف معیار ۳/۱۲) و میانگین گروه آزمایش ۲ برابر با ۸/۴۲ (با انحراف معیار ۳/۲۵) بود.

جدول ۳. خلاصه نتایج اندازه‌گیری مکرر برای رویکرد هیجان - مدار بر نشانگان برونی سازی فرزندان

| اثر                | مقدار | F      | درجه آزادی فرضیه | درجه آزادی خطا | سطح معناداری | مربع ایتای جزئی |
|--------------------|-------|--------|------------------|----------------|--------------|-----------------|
| اثر پیلایی         | ۰.۷۳۵ | ۳۷.۳۹۶ | ۲.۰۰۰            | ۲۷.۰۰۰         | ۰.۰۰۰        | ۰.۷۳۵           |
| لامبدای ویلکز      | ۰.۲۶۵ | ۳۷.۳۹۶ | ۲.۰۰۰            | ۲۷.۰۰۰         | ۰.۰۰۰        | ۰.۷۳۵           |
| اثر هوتلینگ        | ۲.۷۷۰ | ۳۷.۳۹۶ | ۲.۰۰۰            | ۲۷.۰۰۰         | ۰.۰۰۰        | ۰.۷۳۵           |
| بزرگ‌ترین ریشه روی | ۲.۷۷۰ | ۳۷.۳۹۶ | ۲.۰۰۰            | ۲۷.۰۰۰         | ۰.۰۰۰        | ۰.۷۳۵           |

براساس نتایج گزارش شده در جدول ۳ مشخص است که تمام آزمونهای چند متغیره حاکی از معناداری واریانس عامل تعامل گروه و زمان است (برای مثال مقدار اثر پیلایی برابر با ۰/۷۳۵ است که  $P < ۰.۰۱$ ;  $F_{۳۷,۳۹۶} = ۰.۷۳۵$ ). با توجه به اندازه اثر ۰/۷۳۵ مشخص است که تأثیر مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان - مدار بر کاهش نشانگان برونی سازی فرزندان زنان سرپرست خانوار معنادار است.

به منظور مقایسه نتایج در مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری) از مقایسه زوجی استفاده شد که نتایج نشان داد میان میانگین پیش آزمون و پس آزمون، میانگین پیش آزمون و پیگیری از نظر آماری تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < ۰.۰۱$ )، به طوری که میانگین پس آزمون و پیگیری از میانگین پیش آزمون از نظر آماری در متغیر نشانگان برونی سازی کمتر است. همچنین میان میانگین نمرات پس آزمون و نمرات میانگین آزمون پیگیری به لحاظ آماری تفاوت معنادار وجود ندارد که نشان از پایداری نتایج متأثر از مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان - مدار بر نشانگان برونی سازی فرزندان بر اثر گذشت زمان دارد.

جدول ۴. نتایج اندازه‌گیری مکرر برای طرحواره - درمانی بر نشانگان برونی‌سازی فرزندان

| اثر                | مقدار | F      | درجه آزادی فرضیه | درجه آزادی خطا | سطح معناداری | مربع ایتای جزئی |
|--------------------|-------|--------|------------------|----------------|--------------|-----------------|
| اثر پیلایی         | .۵۸۶  | ۱۹.۰۹۳ | ۲.۰۰۰            | ۲۷.۰۰۰         | .۰۰۰         | .۵۸۶            |
| لامبدای ویلکز      | .۴۱۴  | ۱۹.۰۹۳ | ۲.۰۰۰            | ۲۷.۰۰۰         | .۰۰۰         | .۵۸۶            |
| اثر هوتلینگ        | ۱.۴۱۴ | ۱۹.۰۹۳ | ۲.۰۰۰            | ۲۷.۰۰۰         | .۰۰۰         | .۵۸۶            |
| بزرگ‌ترین ریشه روی | ۱.۴۱۴ | ۱۹.۰۹۳ | ۲.۰۰۰            | ۲۷.۰۰۰         | .۰۰۰         | .۵۸۶            |

براساس نتایج گزارش شده در جدول ۴ مشخص است که تمام آزمونهای چند متغیره حاکی از معناداری واریانس عامل تعامل گروه و زمان است (برای مثال مقدار اثر پیلایی برابر با ۰/۵۸۶ است که  $P < .۰۱$ ;  $F_{19,0.93} = .۵۸۶$ ). با توجه به اندازه اثر ۰/۵۸۶ مشخص است که تکنیکهای تجربی طرحواره - درمانی بر کاهش نشانگان برونی‌سازی فرزندان زنان سرپرست خانوار معنادار است. به‌منظور مقایسه نتایج در مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری) از مقایسه زوجی استفاده شده که نتایج نشان داده است میان میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون، میانگین پیش‌آزمون و پیگیری از نظر آماری تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < .۰۱$ )، به‌طوری که میانگین پس‌آزمون و پیگیری از میانگین پیش‌آزمون به لحاظ آماری در متغیر نشانگان برونی‌سازی کمتر است. همچنین میان میانگین نمرات پس‌آزمون و نمرات میانگین آزمون پیگیری به لحاظ آماری تفاوت معنادار وجود ندارد که نشان از پایداری نتایج متأثر از مداخله مبتنی بر تکنیکهای درمان هیجان - مدار بر نشانگان برونی‌سازی فرزندان بر اثر گذشت زمان دارد.

جدول ۵. نتایج اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان - مدار و تکنیکهای تجربی طرحواره - درمانی بر نشانگان برونی‌سازی فرزندان

| اثر                | مقدار | F    | درجه آزادی فرضیه | درجه آزادی خطا | سطح معناداری | مربع ایتای جزئی |
|--------------------|-------|------|------------------|----------------|--------------|-----------------|
| اثر پیلایی         | .۰۵۲  | .۷۴۲ | ۲.۰۰۰            | ۲۷.۰۰۰         | .۴۸۶         | .۰۵۲            |
| لامبدای ویلکز      | .۹۴۸  | .۷۴۲ | ۲.۰۰۰            | ۲۷.۰۰۰         | .۴۸۶         | .۰۵۲            |
| اثر هوتلینگ        | .۰۵۵  | .۷۴۲ | ۲.۰۰۰            | ۲۷.۰۰۰         | .۴۸۶         | .۰۵۲            |
| بزرگ‌ترین ریشه روی | .۰۵۵  | .۷۴۲ | ۲.۰۰۰            | ۲۷.۰۰۰         | .۴۸۶         | .۰۵۲            |

براساس نتایج گزارش شده در جدول ۵ مشخص است که هیچیک از آزمونهای چند متغیره واریانس که عامل تعامل گروه و زمان است معنادار نیست (برای مثال مقدار اثر پیلای برابر با  $0/052$  است که  $F(0/742=0/052; P > 0/05)$ ، با توجه به اندازه اثر  $0/052$  مشخص است که میان اثربخشی مداخله با رویکرد هیجان-مدار و تکنیکهای تجربی طرحواره-درمانی بر نشانگان برونی‌سازی فرزندان زنان سرپرست خانواده تفاوت وجود ندارد که مقایسه میانگین زوجی نشان داد که میزان اثربخشی تکنیکهای طرحواره-درمانی و رویکرد هیجان-مدار بر نشانگان برونی‌سازی فرزندان تقریباً شبیه است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش تعیین و مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان-مدار و طرحواره-درمانی بر مشکلات برونی‌سازی فرزندان مادران سرپرست خانوار بود. همان‌طور که در نتایج نشان داده شده، رویکرد هیجان-مدار بر کاهش مشکلات برونی‌سازی فرزندان مادران سرپرست خانوار اثربخش است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهشهای خسروی اصل و همکاران (۱۳۹۷)، گودینی و همکاران (۱۳۹۶)، دهقان‌منشادی، غلامرضایی و غضنفری (۱۳۹۵)، پریست<sup>۱</sup> (۲۰۱۳) و شاپ سولیوان<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۷) همسوست.

بسیاری از اختلالهای رفتاری کودکان در تعاملات منفی والد-کودک ریشه دارد، به‌ویژه اگر کودکان فاقد پدر شوند و از حمایت‌های همه‌جانبه پدر محروم باشند، بیشتر در معرض اختلالهای رفتاری مانند پرخاشگری و قانون‌شکنی قرار می‌گیرند. گاهی ممکن است شرایط خاص و فشارهای عاطفی، اجتماعی و اقتصادی که مادران سرپرست خانوار متحمل می‌شوند، سبب بروز خشم، رفتارهای منفی مانند فریاد یا کتک زدن، تهدید کردن و غیره در آنها شود که این برخوردها نیز به نوبه خود سبب ارائه واکنشهای پرخاشگری و رفتارهای منفی در فرزندان می‌شود.

مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان-مدار بیشتر بر برقراری ارتباطات و هیجانات در روابط طرفین تمرکز دارد که در این پژوهش، ارتباط میان مادران سرپرست خانوار و فرزندان آنها مطرح بود. براساس این رویکرد، اگر افراد قادر نباشند نیازهای دلبستگی خود را در حیطه‌های رضامندی و امنیت با یکدیگر در میان بگذارند، تعارضات ارتباطی شروع می‌شود و شدت می‌گیرد (ویب<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). تأکید این رویکرد بر روش ارتباط سازگارانه، از طریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل برای نیازهای خود فرد و طرف مقابل است. این رویکرد با استفاده از تکنیکهایی مانند بررسی روابط والد-فرزندی، تمرکز بر هیجانات، تکنیک صندلی خالی و همچنین ردگیری هیجانات

1. Priest
2. Schoppe-Sullivan
3. Wiebe

شناخته شده می‌تواند بر مشکلات ارتباط میان والد - فرزند تاثیر مثبت بگذارد و در نتیجه مشکلات برونی‌سازی مانند پرخاشگری و قانون‌شکنی را در فرزندان کاهش دهد. همراستا با این نتیجه، پژوهش گودینی و همکاران (۱۳۹۶) نیز نشان داد که آموزش برنامه مدیریت هیجانات به مادران، گامی مؤثر در کاهش مشکلات رفتاری فرزندان آنها به‌شمار می‌رود.

رویکرد هیجان - مدار درمان تعامل والد - فرزند با تقویت تعاملات مثبت و آموزش مادران سرپرست خانوار به اینکه باثبات باشند و تکنیکهای غیرخشونت آمیز را به کار برند، این چرخه معیوب را می‌شکند. در رویکرد درمان هیجان - مدار، مادران، مهارتهایی را برای ایجاد روابط امن و در جهت رشد کودکانشان فرا می‌گیرند و به این ترتیب ذخایر رفتارهای مناسب اجتماعی را در فرزندشان افزایش می‌دهند و رفتارهای منفی مانند پرخاشگری و قانون‌شکنی را در وی کاهش می‌دهند (جانسون، ۲۰۱۹). در این برنامه مادران یاد می‌گیرند که سبکهای والدگری منطبق با نیازهای کودکان را به کار گیرند و به رفتارها و ارتباطهای سازگارانه او توجه کنند و رفتارهای ناسازگارانه وی را با برقراری ارتباط و تعامل سازنده حل کنند، در نتیجه مشکلات برونی‌سازی مانند پرخاشگری و قانون‌شکنی کودکان کاهش می‌یابد.

یکی دیگر از نتایج این پژوهش این بود که طرحواره - درمانی بر کاهش مشکلات برونی‌سازی فرزندان مادران سرپرست خانوار تأثیری مثبت و معنادار دارد. این نتیجه با نتایج پژوهشهای مشابه مثل عقیلی و رضایی (۱۳۹۸)، نظری، کاکاوند و مشهدی فراهانی (۱۳۹۴)، اویی و بارانوف (۲۰۱۷)، کوشنیر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۴) و بامبر و مک‌ماهن (۲۰۰۸) همسو بود.

پژوهشها نشان دادند که درمان طرحواره‌های ناکارآمد مادران، پیش‌بینی‌کننده‌ای بسیار مناسب برای رفع طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مشکلات رفتاری فرزندان در روابط میان - فردی آینده آنهاست. همچنین داشتن روابط نادرست مادران با فرزندان و تجارب دردناک مداوم با مراقبان و افراد مهم دیگر در طول دوران کودکی و نوجوانی می‌تواند منجر به شکل‌گیری و تداوم طرحواره‌های ناکارآمد و مشکلات رفتاری شود (اویی و بارانوف، ۲۰۱۷).

نتایج پژوهش نظری و همکاران (۱۳۹۴) نیز نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در حیطه «گوش به زنگی افراطی» در ایجاد و تداوم طرحواره‌های بازدارنده هیجانی، منفی‌گرایی/بدبینی، تنبیه و معیارهای سرسختانه می‌تواند پیش‌بینی‌کننده عدم ثبات در برخورد والدین با کودکان باشد. همچنین طرحواره‌های ناسازگار دیگری در حیطه «دیگرجهت‌مندی» در ایجاد و تداوم طرحواره‌های اطاعت، ایثار، پذیرش جویی/جلب توجه پیش‌بینی‌کننده تنبیه بدنی بود. این طرحواره‌ها در سبک فرزندپروری مادران تأثیر دارند و پیش‌بینی‌کننده ناسازگاری اجتماعی و اختلال رفتاری کودکان مانند پرخاشگری و قانون‌شکنی هستند.

این پژوهش مؤید آن است که مادران سرپرست خانواری که دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌اند، در معرض خطر داشتن فرزندان با مشکلات رفتاری و برونی‌سازی خواهند بود. با توجه به یافته‌های فوق، مشکلات رفتاری کودکان تا حد زیادی می‌تواند تحت تأثیر طرحواره‌های ناسازگار مادران آنها باشد، بنابراین توجه به طرحواره‌های ناسازگار مادران در درمان مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان از اهمیتی ویژه برخوردار است.

در تبیین این یافته‌ها، می‌توان گفت که طرحواره - درمانی به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق بیماران را دقیق‌تر تعریف و شناسایی و به گونه‌ای قابل درک سازماندهی کند. در این مدل، ردپای طرحواره‌ها با تأکید بر روابط میان - فردی فرد از کودکی تا زمان حال پیگیری می‌شود. با به‌کارگیری این مدل، مادران سرپرست خانوار می‌توانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه خود را به صورت ناهمخوان ببینند. در نتیجه، با آگاهی از وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه، برای رها شدن از مشکلات، انگیزه بیشتری پیدا می‌کنند (اسمیت، بروکمن<sup>۱</sup> و مندز<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). طرحواره درمانی با استفاده از تمرین و تجربه ابراز خشمهای فروخته نسبت به اطرافیان و برون‌ریزی عواطف و هیجانات مربوط به آن، مبارزه با طرحواره‌های شکل‌گیری شده و تداوم یافته و رسیدن به بینش و پی بردن به ناصحیح بودن طرحواره‌هایشان، درک هیجانات و عصبانیت‌های اعضا از اطرافیان، به‌سبب اشتباه‌های خاصی که در سبک فرزندپروری داشته‌اند، می‌تواند موجب تغییر در سبک نامناسب فرزندپروری اتخاذ شده و جایگزینی آن با سبک مقتدرانه از سوی والدین شود و پس از اینکه مادران درمان شدند، می‌توانند در سبک‌های فرزندپروری خود تجدیدنظر کنند و سبب بهبود مشکلات رفتاری کودکان‌شان بشوند.

در نهایت نتایج پژوهشی نشان داد که میان میزان اثربخشی رویکرد هیجان - مدار و طرحواره - درمانی بر مشکلات برونی‌سازی کودکان با مادر سرپرست خانوار تفاوت معنادار وجود ندارد و هر دو رویکرد توانستند پرخاشگری و قانون‌شکنی کودکان را کاهش دهند. هیچ مطالعه‌ای به مقایسه اثربخشی این دو شیوه درمانی بر کاهش مشکلات برونی‌سازی کودکان نپرداخته است. استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و در دسترس و نیز عدم اعمال و بررسی ترتیب تولد و تعداد فرزندان از محدودیت‌های این پژوهش بودند. لذا تعمیم نتایج حاصل از این پژوهش، مستلزم اجرای پژوهشهایی در جامعه و نمونه‌های متفاوت و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خواهد بود. از این رو، پیشنهاد می‌شود که در پژوهشهای آتی از روشهای تصادفی استفاده شود. همچنین متغیرهایی مانند ترتیب تولد و شمار فرزندان در نتایج پژوهش اعمال شود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که روش طرحواره - درمانی و هیجان - مدار سبب افزایش معنادار خودکارآمدی

1. Brockman
2. Mendez

والدگری و کاهش مشکلات برونی‌سازی فرزندان زنان سرپرست خانواده شده است، لذا می‌توان گفت روش طرحواره - درمانی و هیجان - مدار، از روشهای مؤثری است که قابلیت کاربرد در مراکز درمانی را دارد. به مشاوران و درمانگران پیشنهاد می‌شود که از این روشها استفاده کنند. همچنین با توجه به اثربخشی روش طرحواره - درمانی و هیجان - مدار پیشنهاد می‌شود که مراکز دولتی و غیردولتی عام‌المنفعه‌ای که بانی خدمت‌رسانی به این زنان هستند از روان - درمانی و جلسات روان - درمانی برای بهبود کیفیت زندگی آنها بهره بگیرند.

- افشاری، زهرا و ترک‌زبان، مینا. (۱۳۹۴). مقایسه سطح توسعه اقتصادی و گذار جمعیتی در کشورهای در حال توسعه و توسعه نیافته (با استفاده از روش DOLS). *سیاستگذاری پیشرفت اقتصادی*، ۳(۲)، ۹-۲۷.
- جمالی، محمود؛ سپاه‌منصور، مژگان و فلاحیان، معصومه. (۱۳۹۳). مقایسه بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانواده با زنان دارای سرپرست. *نشریه زن در توسعه و سیاست*، ۱۱(۴)، ۵۳۱-۵۴۲.
- حبیبی، مجتبی؛ قنبری پیرکاشانی، نیکزاد؛ خدایی، ابراهیم و قنبری، پرستو. (۱۳۹۲). اثربخشی مدیریت استرس به روش شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب، استرس و افسردگی زنان سرپرست خانوار. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۳)، ۱۶۶-۱۷۵.
- حسینی هنزایی، اعظم؛ چوپ فروشزاده، آزاده و نصیریان، منصوره. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود خودکارآمدی والدگری مادران با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مراجعه‌کننده به مرکز پیشگیری از آسیبهای اجتماعی. کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت، مشهد، موسسه آموزش عالی شاندیز.
- خسروی اصل، مرجان؛ نصیریان، منصوره و بخشایش، علیرضا. (۱۳۹۷). تأثیر درمان هیجان‌مدار بر اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان یزد در سال ۱۳۹۵. *مجله تحقیقات سلامت*، ۷(۳)، ۱۷۳-۱۸۲.
- دهقان منشادی، سیدمسعود؛ غلام‌رضایی، سیمین و غضنفری، فیروزه. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های فرزندپروری مثبت بر خودکارآمدی والدگری و مشکلات رفتاری کودکان در زنان سرپرست خانوار شهر یزد. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۵(۲)، ۲۰-۲۷.
- ساطوریان، سیدعباس؛ طهماسبیان، کارینه و احمدی، محمدرضا. (۱۳۹۵). نقش ابعاد والدگری و رابطه والد-کودک در مشکلات رفتاری درونی سازی شده و برونی سازی شده کودکان. *خانواده پژوهی*، ۱۲(۴)، ۶۸۳-۷۰۵.
- عقیلی، سید مجتبی و رضایی، سکینه. (۱۳۹۸). تأثیر طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و امید به زندگی زنان مطلقه و طرحواره‌های ناسازگار اولیه فرزندان دختر. هفتمین کنگره انجمن روانشناسی ایران، تهران.
- گودینی، رحمان؛ پورمحمدرضای تجربی، معصومه؛ طهماسبی، سیامک و بیگلریان، اکبر. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش مدیریت هیجان به مادران بر مشکلات رفتاری فرزندان از دیدگاه والدین. *مجله توانبخشی*، ۱۸(۱)، ۱۳-۲۴.
- مینایی، اصغر. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۶(۱)، ۵۲۹-۵۵۸.
- نامنی، ابراهیم؛ محمدی‌پور، محمد و نوری، جعفر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان هیجان‌مدار به شیوه گروهی بر بخشودگی بین‌فردی و امید در زنان مطلقه. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۸(۲۹)، ۵۷-۷۸.
- نظری، فاطمه؛ کاکاوند، علیرضا و مشهدی‌فراهانی، ملکه. (۱۳۹۴). رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با شیوه‌های فرزندپروری مادران و اختلالهای بیرونی شده فرزندان. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۹(۲)، ۱۱۵-۱۳۵.
- همتی ثابت، وحید؛ روحانی شهرستانی، نیکو؛ همتی ثابت، اکبر و احمدپناه، محمد. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش پرخاشگری و اضطراب اجتماعی نوجوانان پسر ۱۷ تا ۱۸ سال شهرستان همدان. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۳(۲)، ۸۲-۹۳.

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: Child behavior checklist for ages 6-18, teacher's report form, youth self-report: An integrated system of multi-informant assessment*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Bamber, M., & McMahon, R. (2008). Danger-early maladaptive schemas at work!: The role of early maladaptive schemas in career choice and the development of occupational stress in health workers. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(2), 96-112.
- Cheeseman, S., Ferguson, C., & Cohen, L. (2011). The experience of single mothers: Community and other external influences relating to resilience. *The Australian Community Psychologist*, 23(2), 32-49.

- Cimino, S., Cerniglia, L., Tambelli, R., Ballarotto, G., Erriu, M., Paciello, M., ... & Koren-Karie, N. (2020). Dialogues about emotional events between mothers with anxiety, depression, anorexia nervosa, and no diagnosis and their children. *Parenting*, 20(1), 69-82.
- Dieleman, L. M., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Prinzie, P., Laporte, N., & De Pauw, S. S. (2019). Daily sources of autonomy-supportive and controlling parenting in mothers of children with ASD: The role of child behavior and mothers' psychological needs. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(2), 509-526.
- Greenberg, L. S., & Johnson, S. M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. Guilford Press.
- Johnson, S. M. (2019). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection*. Routledge.
- Kazdin, A. E., Esveldt-Dawson, K., French, N.H., & Unis, A.S. (1987). Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 76-85.
- Kushnir, J., Marom, S., Mazar, M., Sadeh, A., & Hermesh, H. (2014). The link between social anxiety disorder, treatment outcome, and sleep difficulties among patients receiving cognitive behavioral group therapy. *Sleep Medicine*, 15(5), 515-521.
- MacIntosh, H. B., Fletcher, K., & Ainsworth, L. (2019). Measuring mentalizing in emotionally focused therapy for couples with childhood sexual abuse survivors and their partners. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 18(4), 303-329.
- MacIntyre, L. L., & Gresham, F. M. (2007). Treatment integrity of school-based interventions with children in the Journal of Applied Behavior Analysis from 1991-2005. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40(4), 659-672.
- Oei, T. P. S., & Baranoff, J. (2017). Young schema questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 59(2), 78-86.
- Priest, J. B. (2013). Emotionally focused therapy as treatment for couples with generalized anxiety disorder and relationship distress. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 12(1), 22-37.
- Schatz, E., Madhavan, S., & Williams, J. (2011). Female-headed households contending with AIDS-related hardship in rural South Africa. *Health & Place*, 17(2), 598-605.
- Schoppe-Sullivan, S. J., Mangelsdorf, S. C., Haight, W. L., Black, J. E., Sokolowski, M. S., Giorgio, G., & Tata, L. (2007). Maternal discourse, attachment-related risk, and current risk factors: Associations with maternal parenting behavior during foster care visits. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28(2), 149-165.
- Sharaunga, S., Mudhara, M., & Bogale, A. (2016). Effects of 'women empowerment' on household food security in rural KwaZulu-Natal province. *Development Policy Review*, 34(2), 223-252.
- Smith, E., Brockman, R., & Mendez, C. (2019). Schema therapy for eating disorders: Therapist reflections from implementation of a multisite trial. In Simpson, S., & Smith, E. (Eds.), *Schema therapy for eating disorders: Theory and practice for individual and group settings* (pp. 252-261). Routledge.
- Stotts, A. L., Villarreal, Y. R., Klawans, M. R., Suchting, R., Dindo, L., Dempsey, A., ... Northrup, T. F. (2019). Psychological flexibility and depression in new mothers of medically vulnerable infants: A mediational analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 23(6), 821-829.
- Wiebe, S. A., Elliott, C., Johnson, S. M., Burgess Moser, M., Dalglish, T. L., Lafontaine, M. F., & Tasca, G. A. (2019). Attachment change in emotionally focused couple therapy and sexual satisfaction outcomes in a two-year follow-up study. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, 18(1), 1-21.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Zarhani, S. H. (2011). *Empowerment of female headed households. Case study: "Sedighin" charity institution in Iran*. Available at: <http://www.socialsciences.in/article/empowerment-female-headed-households>

