

مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی بر مبنای طرح‌واره درمانی و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در تاب‌آوری خانواده

معصومه همتی*، محمدابراهیم مداحی*، سیمین حسینیان*** و جواد خلعتبری***

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر طرح‌واره درمانی و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در تاب‌آوری خانواده زوجین انجام شد. پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون سه گروهی بود. جامعه آماری، شامل کلیه زوجین متعارض و مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بود که از بین آن‌ها ۱۲۰ نفر به تصادف انتخاب و پس از اجرای اولیه آزمون غربال‌گری، تعداد ۴۸ نفر که دارای کم‌ترین سطح تاب‌آوری خانوادگی بودند، انتخاب و به تصادف در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. ابزار سنجش، پرسشنامه تاب‌آوری خانواده سیکسبی بود و داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد زوج‌درمانی مبتنی بر طرح‌واره (p<0/05) و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (p<0/05) به‌طور معناداری موجب افزایش سطح تاب‌آوری خانواده زوجین شده است. همچنین، در مقایسه زوج‌درمانی بر مبنای طرح‌واره درمانی با زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، مشخص گردید که زوج‌درمانی بر مبنای طرح‌واره درمانی تأثیر بیشتری نسبت به زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد دارد (p<0/05). به‌طورکلی نتایج نشان داد هر دو رویکرد زوج‌درمانی در تاب‌آوری خانواده تأثیر دارند. لیکن، نتایج به نفع اثربخشی بیشتر زوج‌درمانی بر مبنای طرح‌واره درمانی در تاب‌آوری خانواده بود.

واژگان کلیدی: زوج‌درمانی؛ طرح‌واره درمانی؛ پذیرش و تعهد؛ تاب‌آوری خانواده.

* دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.
** نویسنده مسئول: استادیار روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. memaddahi@yahoo.com

*** استاد مشاوره، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

**** دانشیار روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۸/۲۲

تاریخ ارسال: ۱۳۹۵/۱۱/۱۱

مقدمه و بیان مسئله

احساس خوب در زندگی، زمانی است که فرد احساس مراقبت، دوست داشته شدن، عزت نفس و ارزشمند بودن کند و احساس نماید که در بخشی از شبکه وسیع ارتباطی قرار دارد و می تواند در برابر عوامل تنیدگی به خوبی مقابله نماید (کوب^۱، ۱۹۷۶؛ به نقل از تری^۲، ۲۰۰۹). پژوهش های انجام شده حاکی از آن است که هیچ انسانی در گذر از زندگی از آسیب پذیری روانی مصونیت ندارد. عوامل استرس زای شدید که معمولاً غیرقابل پیش بینی اند؛ تهدیدکننده سلامت روان می باشند و انسان ها در شرایط استرس زای یکسان، واکنش های متفاوت نشان می دهند. در واقع، یکی از عواملی که می تواند کارکردهای روانی اعضای خانواده در قالب تفکر، خلق و رفتار بهبود بخشد و توان مقابله با مشکلات هیجانی و روان شناختی را افزایش دهد، تاب آوری است (میکائیلی، گنجی و طالبی جویباری، ۱۳۹۱).

تاب آوری به عنوان مهارت ها، ویژگی ها و توانایی هایی که افراد را قادر به انطباق با سختی ها، مشکلات و چالش ها می کند، تعریف شده (آلورد و گرادوس، ۲۰۰۵؛ به نقل از توماس، ۲۰۱۱) و به توانایی فرد، زوجین یا خانواده سالم، علی رغم ضربه یا بحران و بازگشتن به همان سطح پیش مرضی یا سطح بالاتر از عملکرد اشاره دارد (گریف و اسپلینگ، ۲۰۰۷) که در نتیجه آن، حوادث ناگوار، کم اثر یا بی اثر می شوند و سلامت روان حاصل می گردد (توگاد و فردریکسون، ۲۰۰۴).

اخیراً محققان مفهوم تاب آوری را در حوزه خانواده گسترش داده اند؛ به طوری که سیر مطالعات و تحقیقات از مشاهده تاب آوری به عنوان فرایند فردی، به سمت نگاه سیستمی کشیده شده است (سیکسی^۳، ۲۰۰۵). رویکرد تاب آوری خانواده، به منظور تقویت ظرفیت های موجود در خانواده جهت تسلط یافتن بر سختی ها ایجاد شد (والش^۴، ۱۹۹۶). نتایج پژوهش هایبر و همکاران^۵ (۲۰۱۰) نشان می دهد که ویژگی های تاب آوری نقش مهمی در رضایت زناشویی، روابط زوجین، کاهش استرس های زناشویی و افزایش هیجانانگیز مثبت دارد. ویژگی های تاب آوری می تواند در تقویت پیوندهای خانوادگی و شبکه اجتماعی اثربخش باشد و موجب ارتقای مضاعف تاب آوری شود. مک کوبین و مک کوبین (۱۹۸۸؛ به نقل از بوچانان^۶، ۲۰۰۸) تاب آوری خانواده را به عنوان ویژگی خانوادگی که باعث افزایش مقاومت و سازگاری آن ها در

1. Cobb

2. Tree

3. Sixbey

4. Walsh

5. Huber

6. Buchanan



برخورد با تغییرات و شرایط بحرانی می‌شود، تعریف می‌کنند. سیر تکامل تاب‌آوری خانواده، بر درک شیوه‌های عملکرد خانواده و راه‌های کمک به آن‌ها در جهت بهبود بخشیدن به توانایی حل مسئله، مواجهه و سازگاری متمرکز است (فراین، برون و تکسوپ^۱، ۲۰۰۸). کنلی (۲۰۰۵؛ به نقل از مشایخ، ۱۳۹۱) معتقد است که تاب‌آوری زوجین با تاب‌آوری مبتنی بر فرآیندهایی که زوجین برای غلبه موفقیت‌آمیز بر بحران‌ها، مشکلات و مصیبت‌ها و جهش از آن‌ها در روابطشان استفاده می‌کنند، اشاره دارد.

از جمله منابع تاب‌آوری که به‌عنوان منابع زوجین نامیده می‌شود، منابعی که به‌عنوان عملکرد حمایتی زوجین و (خانواده) در موقعیت‌های تنش‌زا و مشکل به کار می‌رود؛ مانند حمایت اجتماعی، رفتار حل مسئله، رفتارهای مقابله‌ای، ابراز عاطفی، دیدگاه خوش‌بینانه و اسناد مثبت زناشویی (گراهام و کنلی، ۲۰۰۶؛ به نقل از مشایخ، ۱۳۹۱).

مفهوم تاب‌آوری خانواده برای بسیاری از حیطه‌های مرتبط با سلامت، جذاب بوده است و روند رو به افزایش پژوهش‌های متعدد در این زمینه را نشان می‌دهد (سوغایا و همکاران^۲، ۲۰۰۱). چراکه در طول دو دهه گذشته، رشته‌های مربوط به درمان مشکلات خانواده، توجه خود را از نقص‌ها و کمبودهای خانواده، به توانمندی‌های خانواده معطوف داشته‌اند (نیکولز و شوارتز، ۲۰۰۰؛ به نقل از والش، ۲۰۰۲) و بسیاری از تحقیقاتی که اخیراً در زمینه خانواده انجام گرفته بر این دیدگاه متمرکز دارند (ابرین و زاماستنی، ۲۰۰۳؛ به نقل از صیدی و همکاران، ۱۳۹۰). در شرایط آسیب‌زا، به‌خصوص آسیب‌های عودکننده پیچیده و پیش‌رونده، کارکرد خانواده و شبکه‌های حیاتی وابسته بدان، ممکن است از هم گسیخته شوند. از این‌رو، توجه به تأثیرپذیری خانواده از آسیب‌های عمده در هر رویکرد درمانی ضروری است (والش، ۲۰۰۶).

در این میان، نظریه «طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه» و «طرح‌واره درمانی» یانگ، به‌مثابه یک رویکرد یکپارچه و جدید، در تبیین و درمان مشکلات زناشویی نیز کارایی دارد (یانگ، کلوسکو و ویشار، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۳؛ صلواتی و یکه‌زدان‌دوست، ۱۳۹۴). بر اساس رویکرد شناختی به مشکلات زناشویی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه افراد، در ایجاد مشکلات خانواده نقش دارند (اپشتین و باکوم، ۲۰۰۲).

1. Frain, Berven & Tschopp

2. Sugaya

از طریق طرح‌واره درمانی، خلأها و شکاف‌های موجود در زندگی زوجین شناخته می‌شوند و به آن‌ها کمک می‌شود تا چگونگی برطرف کردن آن‌ها را بیاموزند و در ایجاد وحدت و کلیت در زندگی زناشویی خویش توفیق یابند که این دو خصوصیت در سایه شناخت طرح‌واره‌ها، زیر سؤال بردن اعتبار طرح‌واره‌ها و الگو شکنی رفتاری حاصل می‌شود (بهمنی، ۱۳۸۹). نتایج پژوهش پرنور (۱۳۹۴) که به بررسی رابطه بین ناگویی هیجانی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تاب‌آوری بر رضایت از زندگی پرداخت، حاکی از ارتباط مستقیم متغیرها باهم و تأثیر بر رضایت از زندگی بود. از این‌رو، می‌توان با توجه و تلاش بیشتر افراد را از پایه نسبت به شناخت خود و درون خود و رفع نقایص تفکری و جایگزینی احساس و فکر بهتر آموزش داد و به سمت خود و هویتی بهتر و رضایت از زندگی بیشتر راهنمایی کرد.

در پژوهش‌های مختلفی به تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی در تاب‌آوری پرداخته شده است. از جمله، ستوده فر (۱۳۹۴) پژوهشی با هدف مقایسه اثربخشی دو نوع درمان طرح‌واره درمانی و واقعیت درمانی بر تاب‌آوری و تنظیم هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به شخصیت مرزی دارای تجربه شکست عاطفی انجام داد. نتایج نشان داد که طرح‌واره درمانی در مقایسه با واقعیت درمانی بر بهبود نظم جویی هیجانی دختران نوجوان مبتلا به شخصیت مرزی مؤثرتر بوده و واقعیت درمانی بر بهبود تاب‌آوری دختران نوجوان مبتلا به شخصیت مرزی با تجربه شکست عاطفی مؤثرتر بوده است. نتایج پژوهش پناهی (۱۳۹۴) که با هدف بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی بر میزان تاب‌آوری زنان در آستانه طلاق شهر تهران انجام شد، حاکی از اثربخشی طرح‌واره درمانی بر میزان تاب‌آوری زنان بود.

از سوی دیگر، همان‌طور که پرداخته شد فردی که دارای تاب‌آوری است، چاره‌ساز و انعطاف‌پذیر بوده، مطابق تغییرات محیطی خود را وفق می‌دهد (سیبرت^۱، ۲۰۰۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به‌عنوان حوزه مهمی از روان‌درمانی‌های نوظهور که پژوهش‌ها از نقش مؤثر آن بر استرس، اختلالات اضطرابی، افسردگی و سایر شرایط بالینی حکایت دارند، در افزایش کیفیت زندگی زناشویی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زوجین نیز اثربخش بوده است (کاهل، وینتر و اشویگر^۲ ۲۰۱۲؛ دونی، نگو و بلایس^۳، ۲۰۱۲؛ دایون، بلایس و مونستز^۴، ۲۰۱۲).

1. Siebert

2. Kahl

3. Dionne, Ngô, & Blais

4. Monestès



ACT به‌جای آموزش راهبردهای بیشتر و بهتر برای تغییر با کاهش افکار و احساسات ناخواسته، به مراجعین می‌آموزد تا برای آگاهی و مشاهده افکار و احساسات ناخوشایند، همان‌گونه که هستند، مهارت کسب کنند (ایفرت، فورست، ارچ، اسپینجو و همکاران^۱، ۲۰۰۹). از سوی دیگر، به افراد آموزش می‌دهد تا تجربیات درونی آزاردهنده خود را که در هنگام تلاش برای کاهش تنش و آشفتگی با آن‌ها مواجه می‌شوند (مانند احساس تنهایی و غیره)، درک نموده و از آنجا که زوجین با سطوح بالای اضطراب، تعارض و کمبود صمیمیت، نقص‌هایی در زمینه روابط زناشویی نشان می‌دهند (موراسکی^۲، ۲۰۰۷)، به نظر می‌رسد مداخلات درمانی همچون زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد که این متغیرها را آماج درمانی قرار می‌دهند، شاید بتوانند از کارایی لازم در افزایش تاب‌آوری خانواده برخوردار باشند. لی، چون، ادگار، لایزرنر و چاگنو^۳ (۲۰۰۶؛ به نقل از نریمانی و همکاران، ۱۳۹۳) در مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافتند زوجینی که آموزش مبتنی بر پذیرش را دریافت کرده بودند، از هیجانات مثبت و معنادار و شایستگی اجتماعی بالایی نسبت به هم‌تایان خود برخوردار بودند. همچنین نتایج پژوهش عزیزی (۱۳۹۳) که با هدف بررسی مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و گروه‌درمانی بین‌فردی (IPT) بر بهبود نشانه‌های سلامت روان، تاب‌آوری و درد مزمن افراد مبتلا به اختلال سردرد مزمن انجام شد، نشان داد که بین گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی بین‌فردی در بهبود سلامت روان، تاب‌آوری و شدت درد در مبتلایان به سردرد مزمن تفاوت معناداری وجود نداشت.

با توجه به اهمیت عوامل مؤثر در تاب‌آوری خانواده و افزایش آن در بین زوجین، حل تعارضات زناشویی، پیشگیری از آسیب‌ها و ارتقای سلامت روان زوجینی که به دلیل تعارضات زناشویی به مراکز خدمات مشاوره و روان‌شناسی شهر تهران مراجعه کرده‌اند، کسب مهارت‌های لازم در جهت افزایش تاب‌آوری خانواده و کم‌بودن تحقیقات بالینی و کنترل‌شده مرتبط با موضوع حاضر، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با زوج‌درمانی بر مبنای طرح‌واره درمانی در تاب‌آوری خانواده انجام شد.

1. Eifert

2. Murawski

3. Lee, Cohen, Edgar, Laizner & Gagnon

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات کاربردی و یک طرح آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با سه گروهی گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه زوجینی که به علت مشکل تعارض زناشویی که به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۵ مراجعه کرده بودند. نمونه مورد نظر از زوجینی که پس از مشاهده فراخوان شرکت در گروه‌های زوج‌درمانی، داوطلبانه به مراکز مشاوره مراجعه و ثبت‌نام کردند، انتخاب شد. از بین این تعداد، ۱۲۰ نفر را به تصادف انتخاب و پرسشنامه تاب‌آوری خانواده سیکسی (۲۰۰۵) در جلسه غربالگری ارائه شد. پس‌از آن، تعداد ۴۸ نفر از زوجینی که دارای کم‌ترین نمره در تاب‌آوری خانواده بودند و دارای ملاک‌های ورود به پژوهش (زوج‌هایی که به دادگاه خانواده به قصد طلاق مراجعه نکرده‌اند؛ زوج‌هایی که دچار اختلالات روانی - شخصیتی مزمن نباشند؛ زوج‌هایی که حداقل یک سال سابقه زندگی مشترک داشته باشند؛ زوج‌هایی که دارای حداقل تحصیلات دیپلم باشند؛ زوج‌هایی که هر دو بتوانند ۱۲ جلسه پیاپی در جلسات شرکت کنند) بودند، به صورت تصادفی و برحسب قرعه، در سه گروه (زوج‌درمانی بر مبنای رویکرد طرح‌واره درمانی، زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل) جایگزین شدند. پس‌از آن، دو گروه آزمایش، در معرض ۱۲ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای زوج‌درمانی بر مبنای رویکرد طرح‌واره درمانی و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) قرار گرفتند، اما بر روی گروه کنترل هیچ درمانی صورت نگرفت. در ابتدای شروع جلسات، ملاک‌های خروج از پژوهش به اطلاع کلیه زوجین شرکت‌کننده در گروه‌های آزمایش رسید؛ غیبت بیش از سه جلسه، عدم انجام جدی تکالیف در طول زوج‌درمانی، وقوع رویداد پیش‌بینی نشده (مانند بیماری، مرگ و...) و ابراز عدم تمایل به همکاری؛ تا در صورت لزوم، زوجینی که شامل چنین شرایطی می‌شدند، از گروه خارج شوند.

پس از اتمام مداخله‌های مذکور، پرسشنامه تاب‌آوری خانواده در مرحله پس‌آزمون دوباره توسط شرکت‌کنندگان هر سه گروه تکمیل شد. به منظور رعایت ملاحظه‌های اخلاقی، از آزمودنی‌های گروه گواه و سایر متقاضیان حائز شرایط شرکت در جلسات، دعوت شد تا پس از اجرای پس‌آزمون در گروه‌های زوج‌درمانی شرکت کنند.



به‌منظور سنجش تاب‌آوری خانواده، از مقیاس ۵۱ آیتمی سنجش تاب‌آوری خانواده که توسط سیکسبی^۱ (۲۰۰۵) و مبتنی بر مدل تاب‌آوری خانواده والش ساخته شده، استفاده گردید. این مقیاس میزان تاب‌آوری خانواده را در شش خرده مقیاس زیر اندازه‌گیری می‌کند: ارتباط و حل مسئله، منابع اقتصادی و اجتماعی، چشم‌انداز مثبت، تماس، تعالی و معنویت و معنایابی برای سختی‌ها (سیکسبی، ۲۰۰۵). این ابزار یک مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرتی را به کار می‌برد که ۴ به منزله به‌شدت مخالفم و ۱ به منزله به‌شدت موافقم است (سیکسبی، ۲۰۰۵). نمرات این مقیاس در طیفی بین ۵۱ تا ۱۴۶ قرار می‌گیرند. نمرات بالا، نشان‌دهنده سطح بالایی از تاب‌آوری در خانواده است؛ درحالی‌که نمرات پایین نشان‌دهنده این است که خانواده سطح پایینی از تاب‌آوری را دارا است. پایایی این مقیاس بالا است و آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۶ است. مقیاس سنجش تاب‌آوری خانواده از اعتبار خوبی برخوردار است. در ارزیابی که از این مقیاس با مقیاس سنجش خانواده فرم دوم (FAD2) انجام گردید اعتبار خوب و مناسبی گزارش شد. با این حال، در ارزیابی مجدد مقیاس با شاخص معنای شخصی (PMI) و ابزار سنجش خانواده فرم (FAD1) اعتبار این مقیاس متوسط به دست آمد. بیشتر عامل‌های این مقیاس، با توجه به ضرایب پایایی خرده مقیاس‌ها که بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۵ است، می‌تواند به‌عنوان ابزاری مثبت و قابل‌اعتمادی برای اندازه‌گیری تاب‌آوری خانواده، محسوب شوند (سیکسبی، ۲۰۰۵).

در جلسات زوج‌درمانی مبتنی بر طرح‌واره به موضوعاتی از این قبیل پرداخته شد: برقراری ارتباط با هدف برقراری ارتباط و همدلی، آشنایی و معرفی برنامه، تعریف طرح‌واره درمانی به جهت آشنایی و درک مفاهیم طرح‌واره درمانی و نحوه کاربرد آن، آموزش و شناخت طرح‌واره‌های زوجین، آموزش و شناخت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه زوجین با هدف فراگیری دقیق و علمی مفاهیم طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، معرفی حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (آشنایی کامل با این حوزه و تشخیص آن‌ها)، آموزش، شناخت و انطباق مفهوم هماهنگی شناختی و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد با تجارب شخصی، سنجش و آموزش طرح‌واره درمانی (شناخت و تشخیص طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه فردی)، استفاده از راهبردهای شناختی طرح‌واره درمانی (اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه)، استفاده از راهبردهای شناختی طرح‌واره درمانی (تغییر و بهبود

1. Sixbey

سطح هیجانی و عاطفی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه)، آموزش روش‌های الگو شکنی، جایگزین کردن رفتارهای سالم و کارآمد به جای رفتارهای مقابله‌ای و ناسازگار و ارزیابی اثربخشی طرح‌واره درمانی و خاتمه بخشیدن به جلسات. در جلسات زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به موضوعاتی از این قبیل پرداخته شد: بررسی ارتباط و وضعیت ارتباطی زوجین، بررسی مشکل از دیدگاه زوجین، مفهوم‌سازی مشکل از دیدگاه مشاور، معرفی کنترل به‌عنوان مشکل، معرفی راهکارهای متداول کنترل افکار و احساسات، آشنایی با ماهیت اصلی افکار و داستان‌های ذهنی، معرفی لایه‌های روان‌شناختی، آشنایی با نحوه جدا شدن از افکار و احساسات ناخوشایند، پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند، بیان اهمیت توجه به میزان کارآمدی افکار و احساسات، آشنایی با مقوله‌های مختلف ارزش‌های زندگی، شناسایی ارزش‌های زوجین، آشنایی با اهریمن‌های ذهنی (موانع قدم برداشتن در مسیر ارزش‌ها)، مفهوم‌سازی هدف و بیان وجه تمایز آن با ارزش، آشنایی با انواع مختلف اهداف، ایجاد یک طرح عملیاتی، آشنایی با موانع اصلی تغییر، معرفی تمایل به‌عنوان پادزهر موانع تغییر و طرح نهایی اشتیاق و عمل، جمع‌بندی. در جهت حذف اثر سایر متغیرها به‌جز متغیرهای آزمایش (زوج‌درمانی بر مبنای طرح‌واره درمانی و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) و کاهش واریانس خطا، داده‌های به‌دست‌آمده از اجرای پژوهش، با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

در بخش آمار توصیفی این پژوهش، میانگین و انحراف استاندارد متغیر تاب‌آوری در سه گروه به شرح جدول ذیل است؛

یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که آزمودنی‌های هر یک از گروه‌های مورد مطالعه تعداد ۱۶ نفر بوده‌اند که در طول دوره درمان به پرسشنامه پژوهش پاسخ داده‌اند. میانگین گروه کنترل برای تاب‌آوری خانوادگی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت چندانی با همدیگر ندارد در حالی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی مبتنی بر طرح‌واره باعث افزایش سطح تاب‌آوری خانواده شده است.



جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد تاب‌آوری خانواده در بین گروه‌ها

گروه	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف معیار
کنترل	پیش‌آزمون	۱۶	۱۰۵/۳۱۲۵	۱۱/۴۸۱۶۹
	پس‌آزمون	۱۶	۱۰۲/۱۲۵۰	۹/۹۹۹۱۷
زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT	پیش‌آزمون	۱۶	۱۱۵/۰۶۲۵	۱۰/۵۴۱۷۸
	پس‌آزمون	۱۶	۱۶۰/۱۲۵۰	۷/۴۴۶۴۸
زوج‌درمانی مبتنی بر طرح‌واره	پیش‌آزمون	۱۶	۱۰۰/۳۷۵۰	۷/۱۶۳۵۷
	پس‌آزمون	۱۶	۱۶۳/۹۳۷۵	۷/۰۸۴۹۰

به عبارت دقیق‌تر، درمان مذکور باعث بهبود تاب‌آوری خانوادگی در زوجین شده است. به دلیل برقراری رابطه خطی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و مفروضه‌های همگنی ماتریس کوواریانس و مفروضه یکسانی واریانس‌ها و همگنی شیب خط رگرسیون، از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. در جدول ذیل به بررسی اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر طرح‌واره بر دل‌زدگی زناشویی زوجین پرداخته شده است:

جدول ۲: خلاصه تحلیل کوواریانس اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT در تاب‌آوری خانواده

ss	df	Ms	F	sig	η^2
۲۱۵۸/۱۷۴	۱	۲۱۵۸/۱۷۴	۳۶/۸۵۶	۰/۰۰۰	۰/۵۶۰
۶۳۳/۳۳۸	۱	۶۳۳/۳۳۸	۱۰/۸۱۶	۰/۰۰۳	۰/۲۷۲
۱۹۲۵۴/۳۲۶	۱	۱۹۲۵۴/۳۲۶	۳۲۸/۸۱۲	۰/۰۰۰	۰/۹۱۹
۱۶۹۸/۱۶۲	۲۹	۵۸/۵۵۷			
۲۹۲۴۳/۵۰۰	۳۱				

نتایج جدول فوق بیان‌گر آن است که با توجه به این‌که سطح معناداری برای متغیر کمکی کمتر از ۰/۰۵ است ($p=۰/۰۰۳$)، متغیر کمکی (مشاهدات پیش‌آزمون) به‌طور معناداری با متغیر وابسته (مشاهدات پس‌آزمون) رابطه معناداری دارد؛ لذا اجرای تحلیل فوق معتبر است. در سطر بعدی سطح معناداری متناظر با گروه کنترل و آزمایش کمتر از ۰/۰۵ است ($p=۰/۰۰$)، با عنایت به میانگین تعدیل شاخص تاب‌آوری خانواده در گروه کنترل و آزمایش در نمرات پس‌آزمون که به

ترتیب ۱۰۴/۱۵۷ و ۱۵۸/۰۹۳ بوده و معنادار شدن فرض صفر در تحلیل کوواریانس، فرضیه پژوهش مبنی بر این که «زوج‌درمانی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در تاب‌آوری خانواده مؤثر است»، با اطمینان ۰/۹۵ پذیرفته می‌شود.

جدول ۳: خلاصه تحلیل کوواریانس اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر طرح‌واره در تاب‌آوری خانواده

η ²	sig	F	Ms	df	ss	
۰/۵۰۸	۰/۰۰۰	۲۹/۹۶۲	۱۱۳۴/۸۲۰	۱	۱۱۳۴/۸۲۰	ضریب ثابت
۰/۵۱۲	۰/۰۰۰	۳۰/۴۷۶	۱۱۵۴/۲۹۷	۱	۱۱۵۴/۲۹۷	متغیر کمکی (نمرات پیش‌آزمون)
۰/۹۶۶	۰/۰۰۰	۸۳۳/۵۷۶	۳۱۵۷۲/۱۴۸	۱	۳۱۵۷۲/۱۴۸	گروه (کنترل و آزمایش)
			۳۷/۸۷۶	۲۹	۱۰۹۸/۳۹۰	خطا
				۳۱	۳۲۸۱۸/۹۶۹	کل (تصحیح‌شده)

نتایج جدول فوق بیان‌گر آن است، با توجه به این که سطح معناداری برای متغیر کمکی کمتر از ۰/۰۵ است، ($p=۰/۰۰$) متغیر کمکی (مشاهدات پیش‌آزمون) به‌طور معناداری با متغیر وابسته (مشاهدات پس‌آزمون) رابطه دارد. از این رو، اجرای تحلیل فوق معتبر است. در سطر بعدی سطح معناداری متناظر با گروه کنترل و آزمایش ۰/۰۰ و کمتر از ۰/۰۵ است؛ از این رو با عنایت به میانگین تعدیل شاخص تاب‌آوری در گروه کنترل و آزمایش در نمرات پس‌آزمون که به ترتیب ۱۰۰/۵۲ و ۱۶۵/۵۳۸ بوده و معنادار شدن فرض صفر در تحلیل کوواریانس، فرضیه پژوهش مبنی بر این که «زوج‌درمانی مبتنی بر رویکرد طرح‌واره درمانی بر تاب‌آوری خانواده مؤثر است» با اطمینان ۰/۹۵ پذیرفته می‌شود.

جدول ۴: خلاصه تحلیل کوواریانس چندمتغیره اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر طرح‌واره و ACT در تاب‌آوری خانواده

MD	sig	F	Ms	df	ss	
-۳/۸۱۵	۰/۰۰۱	۷/۸۸۰۶	۴۱۶/۲۸۱	۱	۴۱۶/۲۸۱	درون‌گروهی
			۵۲/۸۲۳	۳۰	۱۵۸۴/۶۸۸	بین‌گروهی

سطح معناداری متناظر با آماره F برای بررسی اثربخشی زوج‌درمانی بر مبنای رویکرد طرح‌واره درمانی و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در تاب‌آوری خانواده ۰/۰۰۱ و کمتر از ۰/۰۵ است ($p=۰/۰۰۱<۰/۰۵$). از طرفی، میانگین نمرات در پس‌آزمون طرح‌واره درمانی



۱۶۳/۹۳۷ و برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۶۰/۱۲۵ است. از این رو، با توجه به سطح معناداری آزمون F و میانگین نمرات پس‌آزمون با اطمینان ۰/۹۵، اثربخشی زوج‌درمانی بر مبنای طرح‌واره درمانی نسبت به زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بالاتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش نشان داد که زوج‌درمانی بر مبنای رویکرد طرح‌واره درمانی در تاب‌آوری خانواده زوجین متعارض مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤثر بود و بین دو گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنادار وجود داشت. از این رو، فرضیه مذکور در این پژوهش، تأیید می‌شود. نتیجه به‌دست‌آمده در ارتباط با تأثیر زوج‌درمانی بر مبنای طرح‌واره درمانی در تاب‌آوری خانواده با پژوهش‌های پناهی (۱۳۹۴)، ستوده فر (۱۳۹۴) و پرنور (۱۳۹۴) هم‌خوان و همسو بود.

پژوهش‌های گوناگون نشان داده‌اند تاب‌آوری بر کیفیت زندگی زناشویی تأثیرگذار است. همچنین، تاب‌آوری می‌تواند پیش‌بینی‌کننده رضایت از زندگی زناشویی باشد (میکائیلی، گنجی و طالبی جویباری، ۱۳۹۱). در واقع، افراد تاب‌آور به دلیل ویژگی‌ها و توانمندی‌های درونی‌شان، از جمله انعطاف‌پذیری و قابلیت سازگاری بالا با شرایط زندگی زناشویی و کنار آمدن با مشکلات (اسکارمن و همکاران، ۲۰۱۳)، مقاومت و سازگاری بالایی در برخورد با تغییرات و شرایط بحرانی دارند (مک‌کوبین و مک‌کوبین، ۱۹۸۸؛ به نقل از بوچانان، ۲۰۰۸).

در طول دو دهه گذشته، رشته‌های مربوط به درمان مشکلات خانواده، توجه خود را از نقص‌ها و کمبودهای خانواده به توانمندی‌های خانواده معطوف داشته‌اند (نیکولز و شوارتز، ۲۰۰۰؛ به نقل از والش، ۲۰۰۲) و بسیاری از تحقیقاتی که اخیراً در زمینه خانواده انجام گرفته بر این دیدگاه تمرکز دارند (ابرین و زاماستنی، ۲۰۰۳؛ به نقل از صیدی و همکاران، ۱۳۹۰). در شرایط آسیب‌زا، به‌خصوص آسیب‌های عودکننده پیچیده و پیش‌رونده، کارکرد خانواده و شبکه‌های حیاتی وابسته بدان، ممکن است از هم‌گسیخته شوند. از این رو، توجه به تأثیرپذیری خانواده از آسیب‌های عمده در هر رویکرد درمانی ضروری است (والش، ۲۰۰۶).

در این میان، نظریه «طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه» و «طرح‌واره درمانی» یانگ، به‌مثابه یک رویکرد یکپارچه و جدید، در تبیین و درمان مشکلات زناشویی کارایی دارد (یانگ، کلسکو و

ویشار، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۳؛ صلواتی و یکه‌زدان‌دوست، ۱۳۹۴) و می‌تواند با رویکرد شناختی که به مسائل زندگی زناشویی دارد، به زوجین در توجه به توانمندی‌های زندگی زناشویی، مقاومت و سازگاری با مشکلات و در نهایت افزایش تاب‌آوری خانواده کمک کند. از نظر یانگ و همکاران (ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۳) افرادی که باورهای ناسازگار اولیه دارند، راهبردهای کنار آمدن ناسازگارانه نشان می‌دهند که ممکن است طرح‌واره‌هایشان را دائمی سازد. این یافته بیان می‌کند که تاب‌آوری در صورت وجود هر یک از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، کاهش می‌یابد. از آنجا که تاب‌آوری مدلی برای سلامت روان و طرح‌واره‌های اولیه شناختی ناسازگار، مدلی برای عدم سلامت روان تعیین شود، می‌توان گفت که نتایج حاصل از این پژوهش مبنی بر تأثیر زوج‌درمانی بر مبنای طرح‌واره درمانی در تاب‌آوری خانواده، با تعاریف و مطالعات پیشین هم‌خوانی دارد.

همچنین، نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش نشان داد که زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در تاب‌آوری خانواده زوجین در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤثر بود و بین دو گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنادار وجود داشت. از این‌رو، فرضیه مذکور در این پژوهش، تأیید می‌شود. نتیجه به‌دست‌آمده با پژوهش‌های لی، چون، ادگار، لاینزرو و چاگنو (۲۰۰۶) و عزیزی (۱۳۹۳) هم‌خوان و همسو بود.

سیر تکامل تاب‌آوری خانواده بر درک شیوه‌های عملکرد خانواده و راه‌های کمک به آن‌ها در جهت بهبود بخشیدن به توانایی حل مسئله، مواجهه و سازگاری متمرکز است (قراین، برون و تکسوپ، ۲۰۰۸). زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، ضمن فراهم نمودن بستری به‌منظور پذیرش هیجانات، با به‌کارگیری فنون شناختی- رفتاری و سایر روش‌های ACT به آموزش زوجین برای رهایی از بند مبارزه بی‌حاصل و تلاش برای کنترل و حذف عواطف و تجارب منفی می‌پردازد و زوجین را به پیگیری ارزش‌ها و به دنبال آن، تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش‌ها ترغیب می‌کند؛ در نتیجه، این امر می‌تواند منجر به افزایش تاب‌آوری در زوجین شود. پژوهش‌های مختلف نیز اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سرزندگی و تاب‌آوری بیماران زن مبتلا به پسوریازیس (حیدری، ۱۳۹۲)، تاب‌آوری مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری (دهقانی، ۱۳۹۴)، بهبود تاب‌آوری افراد مبتلا به سردرد مزمن (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۳)، آسفتگی اخلاقی و تاب‌آوری (خانجانی، ۱۳۹۵) و مکانیزم‌های دفاعی، تاب‌آوری و



خودکارآمدی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (اصغرخواه و شاره، ۱۳۹۴) را مورد تأیید قرار دادند.

در پایان، نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش نشان داد که بین اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر طرح‌واره درمانی و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در تاب‌آوری خانواده زوجین تفاوت وجود دارد. این یافته با پژوهش‌های پناهی (۱۳۹۴) و پرنور (۱۳۹۴) هم‌خوان و با پژوهش‌های عزیزی (۱۳۹۳) و ستوده فر (۱۳۹۴) متفاوت بود.

به اعتقاد هابر و همکاران^۱ (۲۰۱۰) ویژگی‌های تاب‌آوری نقش مهمی در رضایت زناشویی، روابط زوجین، کاهش استرس‌های زناشویی و افزایش هیجانات مثبت دارد. ویژگی‌های تاب‌آوری می‌تواند در تقویت پیوندهای خانوادگی و شبکه اجتماعی اثربخش باشد و موجب ارتقای مضاعف تاب‌آوری شود. هاولی (۲۰۰۰) و فیتزپاتریک و کوئرر (۲۰۰۴) بعد گفت‌و شنود را پیش‌بینی کننده مثبت و تأثیرگذاری بر تاب‌آوری و بعد هم‌نوایی را پیش‌بینی کننده منفی برای تاب‌آوری می‌دانند.

سیر تکامل تاب‌آوری خانواده بر درک شیوه‌های عملکرد خانواده و راه‌های کمک به آن‌ها در جهت بهبود بخشیدن به توانایی حل مسئله، مواجهه و سازگاری متمرکز است (فراین، برون و تکسوپ، ۲۰۰۸). در تعاریف تاب‌آوری خانواده، سه اصل اساسی وجود دارد که عبارت‌اند از: (۱) وجود چالش، بحران و یا سختی‌های عمده و بالقوه که عملکرد واحد خانواده را بر هم می‌زند؛ (۲) توانایی خانواده در به‌کارگیری منابع داخلی و خارجی برای مقابله با چالش‌ها؛ (۳) فرایند پویای درگیر شدن با چالش‌ها به‌منظور بهینه ساختن سازگاری خانواده در شرایط بحرانی (گازمن، ۲۰۱۱).

در این میان، رویکرد طرح‌واره درمانی بر این فرض استوار است که هریک از زوجین، طرح‌واره‌های ارتباطی درباره خود و روابط صمیمی دارند و با خود به رابطه زناشویی می‌آورند. طرح‌واره‌ها، شامل فرضیاتی است که درباره همسر و رابطه زناشویی آن‌گونه که هستند و معیارهایی درباره این‌که چگونه باید باشند (اپشتین و باکوم، ۲۰۰۲). طرح‌واره‌های ناسازگار، در طی تجربیات گذشته و بر اساس ارتباط با خانواده اصلی شکل می‌گیرند و اغلب هسته تضاد بین زوجین است (داتیلیو، ۱۹۹۳، ۲۰۰۵)؛ که این مورد با مفهوم تاب‌آوری در تناقض است (یانگ

1. Huber

و همکاران، ۲۰۰۳). از این رو، فریمن^۱ (۱۹۹۳) در تشریح طرح‌واره‌ها، صرفاً به بعد شناختی آن‌ها اشاره نمی‌کند؛ بلکه توجه به دو مؤلفه مهم دیگر در طرح‌واره‌های شناختی را نیز که عبارت‌اند از: مؤلفه‌های عاطفی و رفتاری، لازم و ضروری می‌داند. در واقع، به منظور اصلاح عمیق‌تر طرح‌واره‌های معیوب، باید از نوعی روش درمانی استفاده که در آن به هر سه مؤلفه شناخت، عاطفه و رفتار توجه داشته باشد.

از سوی دیگر، در تبیین اثربخشی بیشتر رویکرد طرح‌واره درمانی می‌توان گفت طرح‌واره درمانی، مداخله‌ای نوین و یکپارچه است و مبنای نظری آن بر بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمانی غنی و مؤثری چون شناختی- رفتاری، دل‌بستگی گشتالت، روابط شیء، سازه‌گرایی و روان‌کاوی در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است (یانگ، کلسکو و ویشار^۲، ترجمه حمیدپور و همکاران، ۱۳۸۸) و می‌توان آن را از زمره روش‌های مطلوب و مؤثر در زمینه کار با زوجین قلمداد کرد. همچنین، از آنجاکه طرح‌واره درمانی بر کشف ریشه‌های مشکلات روانی دوران کودکی و ارتباط آن‌ها با مشکلات جاری از طریق کار بر ذهنیت طرح‌واره‌ها و باز والدینی حدودمرزدار تأکید دارد؛ در واقع، این درمان، پاسخی به شکست‌های درمانی ناشی از کاربرد فن‌های شناختی- رفتاری استاندارد در کار با افراد به‌ویژه زوجین است (ماریسو و همکاران، ۲۰۱۱). در این پژوهش، پس از شناسایی خلأها و شکاف‌های موجود در زندگی زوجین، چگونگی برطرف کردن آن‌ها و ایجاد وحدت و کلیت در زندگی زناشویی، در سایه شناخت طرح‌واره‌ها، زیر سؤال بردن اعتبار طرح‌واره‌ها و الگوشکنی رفتاری صورت گرفت؛ از این رو، با توجه به آنچه گفته شد می‌توان انتظار اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که بر مبنای رویکرد شناختی- رفتاری است، داشته باشیم.

همسو با این یافته، محمدخانی، سلیمانی و سیدعلی‌نقی (۱۳۹۳) نیز در پژوهش خود نشان دادند افرادی که طرح‌واره‌های هیجانی مثبت دارند، یعنی باورهایی زیربنایی سالم‌تری دارند که بر پذیرش و ابراز احساسات، تجلی تأیید دیگران، ارزش‌های والاتر و توافق تأکید می‌نماید، به شیوه مؤثری با استرس‌ها و تصورات نادرست کنار می‌آیند و در نتیجه تاب‌آوری بهتری نشان می‌دهند. در مقابل، افرادی که طرح‌واره‌های منفی مانند نشخوار ذهنی در آن‌ها نیرومند است،

1. Freeman

2. Young, Klosko & Weishaar



ازلحاظ راهبردهای تنظیم هیجان درگیر نشخوار فکری می‌شوند که یک فرآیند شناختی ناسازگارانه‌ای است و موجب تشدید و تداوم خلق منفی و اختلال در فرآیند حل مسئله می‌شود. ازجمله محدودیت‌هایی که می‌توان در این پژوهش در نظر گرفت، عبارت‌اند از: پژوهش تنها روی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تهران و احتیاط در تعمیم نتایج، کم‌توجهی و همکاری نامناسب برخی از آزمودنی‌ها در اجرا و تکمیل پرسشنامه‌ها و اجرای پس‌آزمون، بلافاصله پس از اتمام دوره مداخله‌ای. ازاین‌رو، به نظر می‌رسد که نتایج باید با احتیاط بیشتری تفسیر شوند. لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی در مورد سایر زوجین و به کمک سایر روش‌های درمانی صورت گیرد. همچنین، جهت سنجش اثر مداخلات درمانی، اجرای پس‌آزمون بعد از گذشت مدت‌زمان مشخصی از اتمام جلسات مداخله‌ای و آزمون پیگیری شش ماه پس از آن برگزار گردد.

منابع

۱. اصغرخواه، الهه؛ و شاره، حسین (۱۳۹۴). تأثیر گروه درمانی فراشناختی بر مکانیزم‌های دفاعی، تاب‌آوری و خودکارآمدی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. اولین کنگره سراسری موج سوم درمان‌های رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان.
۲. بهمنی، مجید (۱۳۸۹). تأثیر درمان بر اساس رویکرد طرح‌واره‌محور بر عملکرد زوجین دانشجوی مراکز آموزش عالی شهر لامرد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
۳. پرنور، زهرا (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین ناگویی هیجانی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تاب‌آوری بر رضایت از زندگی دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه.
۴. پناهی، مریم (۱۳۹۴). اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر میزان تاب‌آوری زنان در آستانه طلاق شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.
۵. حیدری، پریا (۱۳۹۲). تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سرزندگی و تاب‌آوری بیماران زن مبتلا به پسوریازیس شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
۶. خانجانی، سجاد (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر آشفتگی اخلاقی، تاب‌آوری و فرسودگی شغلی در پرستاران بخش‌های درمانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی.
۷. دهقانی، هانیه (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری. اولین کنگره علمی پژوهشی سراسری توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی، جامعه‌شناسی و علوم فرهنگی اجتماعی ایران.
۸. ستوده‌فر، فائزه (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی دو نوع درمان واقعیت‌درمانی و طرح‌واره‌درمانی بر تاب‌آوری و تنظیم هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به شخصیت مرزی دارای تجربه شکست عاطفی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد.
۹. صلواتی، مژگان؛ یکه‌زدان‌دوست، رخساره (۱۳۹۴). طرح‌واره‌درمانی (راهنمای ویژه متخصصان روان‌شناسی بالینی). تهران: دانژه.
۱۰. صیدی، محمد سجاد؛ پور ابراهیم، تقی؛ باقریان، فاطمه؛ منصور، لادن (۱۳۹۰). رابطه بین معنویت خانواده با تاب‌آوری، باواسطه‌گری کیفیت ارتباط در خانواده. فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۲(۵): ۶۷.
۱۱. محمدخانی، شهرام؛ سلیمانی، حمیده؛ و سیدعلی‌نقی، سیداحمد (۱۳۹۳). نقش طرح‌واره‌های هیجانی در تاب‌آوری «افراد مبتلا به HIV». مجله دانش و تندرستی، ۹(۳): ۱-۱۰.
۱۲. مشایخ، مریم (۱۳۹۱). تدوین الگویی برای تاب‌آوری خانواده جانباز بر مبنای مصایب انسانی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.
۱۳. میکاییلی، نیلوفر؛ گنجی، مسعود؛ و طالبی جویباری، مسعود (۱۳۹۱). مقایسه تاب‌آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان در والدین با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی. ناتوانی‌های یادگیری، ۲(۱): ۱۲۰-۱۳۷.



۱۴. نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ بگیان، کوله مرز، محمدجواد؛ بختی، مجتبی (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی دو رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و روایت‌درمانی گروهی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۴(۱): ۲۸-۱.
۱۵. یانگ، ج؛ کلوکسو، ژ؛ ویشار، م. (۱۳۹۳). طرح‌واره‌درمانی، راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: ارجمند.

16. Asgharkhah, E., Shareh, H. (2015). Effectiveness Met- Cognitive group therapy on Defense mechanisms, resiliency and self-efficacy in women with multiple sclerosis, First Congress of the third wave of behavioral treatment, Kashan University of Medical Sciences and Health Services. (Text in Persian)
17. Bahmani, M. (2010). The effect of treatment based on schema therapy on performance of student couples of Lamerd higher education centers, Master's Thesis, Islamic Azad University of Marvdasht. (Text in Persian)
18. Dehghani, H. (2015). Effectiveness Acceptance and Commitment Therapy on Resiliency's mothers with children with learning disorders, First Scientific- research national congress on the Development and Promotion of Educational Sciences and Psychology, Sociology and Social Sciences of Iran. (Text in Persian)
19. Heydari, P. (2013). The effect of acceptance and commitment group therapy (ACT) on Vitality and resiliency in women with psoriasis in Isfahan, Master's Thesis, Islamic Azad University of Khorasgan. (Text in Persian)
20. Khanjani, S. (2016). Effectiveness Group training based on Acceptance and Commitment Therapy on Moral confusion, resiliency and burnout in nurses' health, Master's Thesis in clinical psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences. (Text in Persian)
21. Mashayekh, M. (2012). Compilation of pattern for family resiliency's Veterans based on Human suffering. (Text in Persian)
22. Meikailei, N., Ganji, M., Talebi Joybari, M. (2012). A comparison of resiliency, marital satisfaction and mental health in parents of children with learning disabilities and normal children, Journal of Learning Disabilities, 2(1): 120-137.
23. Mohammadkhani, S., Soleimani, H., Seyed Ali Naghi, S.A. (2014). The Role of Emotional Schemas in Resilience of People living with HIV, Journal of Knowledge & Health, 9(3): 1-10. (Text in Persian)
24. Narimani, M., Abbasi, M., Bagyan, M.A., Bakhti, M. (2014). Comparison of Two Approaches based on Acceptance and Commitment Training (ACT) and a Modified Version of Group Therapy on Early Maladaptive Schemas in Clients in Divorce, Journal of Family Counseling & Psychotherapy, 4(1):1-28. (Text in Persian)
25. Panahi, M. (2015). Effectiveness Schima therapy on the amount of resiliency of Women on the verge of divorce in Tehran, Master's Thesis, Islamic Azad University of Shahroud. (Text in Persian)
26. Pornoor, Z. (2015). Survey relationship between Alexithymia, Early maladaptive schemas and resiliency on life satisfaction of students, Master's Thesis, Islamic Azad University of Kermanshah. (Text in Persian)
27. Salavati, M., Yekeyazdandoost, R. (2015). Schema therapy (Special guide professionals in clinical psychology), Tehran: Danzheh. (Text in Persian)
28. Seidi, MS., Poor Ebrahim, T., Bagherian, F., Mansour, L. (2011). Relation between Family spirituality and resiliency Mediated Gray Quality of communication in the family, Journal of psychological methods and models, 2(5):63-79. (Text in Persian)
29. Sotoudehfar, F. (2015). Comparison of Reality Therapy and Schema therapy on resiliency and emotion regulation in female adolescents with borderline personality experienced emotional breakdown, Master's Thesis, Islamic Azad University of NajafAbad. (Text in Persian)

30. Young, J. E, Klosko, J. S &, Weishaar, M. E. (2014). Translated by Hamidpoor, H & Andoz, Z. Schema Therapy: A Practical Guide, Tehran: Arjmand. (Text in Persian)
31. Buchanan, T. (2008). Family resilience as a predictor of better adjustment among International adoptees. Unpublished Doctoral philosophy, the University of Texas Arlington.
32. Dattilio, F. M. (1993). Cognitive techniques with couples and families. *The Family Journal*, 1(1), 51-65.
33. Dattilio, F. M. (2005). Restructuring family schemas: A cognitive-behavioral perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(1), 15-30.
34. Dionne, F., Ngô, T. L., & Blais, M. C. (2012). [The psychological flexibility model: a new approach to mental health]. *Sante mentale au Quebec*, 38(2), 111-130.
35. Dionne, F., Blais, M. C., & Monestès, J. L. (2012). [Acceptance and commitment therapy in the treatment of chronic pain]. *Sante mentale au Quebec*, 38(2), 131-152.
36. Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 368-385.
37. Epstein, N. & Baucom, D. B. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
38. Fitzpatrick, M. A. (2004). The family communication patterns theory: Observations on its development and application. *The Journal of Family Communication*, 4, 167-179.
39. Frain, M. P., Berven, N. L., Chan, F., & Tschopp, M. K. (2008). Family resiliency, uncertainty, optimism, and quality of life of individuals with HIV/AIDS. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 52, 16-27.
40. Freeman N. Constructive thinking and early maladaptive Schemas as predictors of interpersonal adjustment and marital satisfaction. Ph.D. Dissertation. New York: New York University, 1998, 21-83.
41. Gazman, J. D. (2011). Family resilience and Filipino immigrant families: Navigating the adolescence life-stage. Master of Science in Family Relations and Applied Nutrition, the University of Guelph.
42. Greeff, A.P., Holtzkamp, J. (2007). The Prevalence of Resilience in Migrant Families, *Family & community health*, 30(3):189-200. Hawly, R. D. (2000). Clinical implications of family resilience. *The American journal of family therapy*, 8, 101-106.
43. Huber, C. H. & Navarro, R. L. & Womble, M. E. & Mumme, T. L. (2010). Family Resilience and Midlife Marital Satisfaction. *The Family Journal*. 2010; 18; 136- 145.
44. Kahl, K. G., Winter, L., & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Current opinion in psychiatry*, 25(6), 522-528.
45. MarySue, V. Heilemanna, Huibrie C. Pieters, Priscilla Kehoe, Qing Yang (2011). Schema therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 42. 473-480.
46. Murawski, M. (2007). Problem solving and the management of obesity in women from underserved rural settings. A dissertation presented to the graduate for degree of doctor of philosophy university of Florida.
47. Schramm DG, Marshall JP, HarrIs VW, Lee TR. Religiosity, Homogamy, and marital adjustment: An examination of newlyweds in first marriages and remarriages. *Journal of Family Issues*. 2012; 33(8): 567-571.
48. Siebert AL. (2007). How to Develop Resiliency Strengths. Available: www.resiliencycenter.com.



49. Sixbey, D. M. (2005). Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience constructs. Doctoral dissertation, School of Counselor Education, University of Florida.
50. Sugaya N, Haraguchi A, Ogai Y, Senoo E, Higuchi S, Umeno M, et al. (2001). Family dysfunction differentially affects alcohol and methamphetamine dependence: a view from the Addiction Severity Index in Japan. *Int J Environ Res Public Health*, 8(10): 3922-37.
51. Thomas, D. A. (2011). Reaching resilience: Protective factors and adult children of divorce. Retrieved from http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas11/Article_22.pdf
52. Tree, H.A. (2009). Multiple sclerosis severity, pain intensity and psychosocial factors: Associations with perceived social support, hope, Optimism, depression, and fatigue. Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy, University of Kansas.
53. Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient Individuals use Positive Emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320-333.
54. Walsh, F. (2002). A Family Resilience Framework: Innovative Practice Applications. *Family Relations*, 51, 130-138.
55. Walsh, F. (2006). Strengthening family resilience. New York: Guilford Press.



Comparison the effectiveness of couple therapy based on schema therapy with couples therapy based on acceptance and commitment therapy on family resiliency of couples

Masoume Hemmati¹
Simin Hoseinian³

Mohammad Ebrahim Maddahi²
Javad Khalatbari⁴

Abstract

The present study was done with the aim of comparing the effectiveness of schema-based couple therapy and couple therapy based on acceptance and commitment on family resiliencies of couples. The study was experimental, with three group pre-test-post-test. The statistical population was conflicting couples referred to counseling centers, of which 120 couples were randomly selected and after the primary screening exam, 48 couple with the least level of family resilience were chosen and randomly assigned into three groups (two experimental groups and one control group). The research instrument was Sixbey questionnaire on family resiliency and data was analyzed by analysis of covariance. The results showed that couple therapy based on schema therapy ($p < 0.05$) and couples therapy based on acceptance and commitment ($p < 0.05$) significantly increased the family resilience of couples. Also, in comparing the effectiveness of schema-based couple therapy and couples therapy based on acceptance and commitment, couple therapy based on schema therapy was more effective than couples therapy based on acceptance and commitment in family resilience of couples ($p < 0.05$). Generally, the results showed that both couple therapies are effective on family resilience, although showing schema-based couple therapy as being more effective.

Keywords: couple therapy, schema therapy, acceptance and commitment, family resilience, couples

¹ PHD. Student of counseling, Islamic Azad University, Sciences and Research Branch, Tehran, Iran.

² PHD. Student of counseling, Islamic Azad University, Sciences and Research Branch, Tehran, Iran.

³ PHD. Student of counseling, Islamic Azad University, Sciences and Research Branch, Tehran, Iran.

⁴ PHD. Student of counseling, Islamic Azad University, Sciences and Research Branch, Tehran, Iran.

Submit Date: 2017/1/30

Accept Date: 2017/11/13