



The Efficacy of the combined couple therapy approach based on acceptance and commitment with schema formulation (ACT/SF) on psychological flexibility and marital satisfaction

Zahra Borjali¹ , Javad Molazadeh² , Nourallah Mohammadi³ , AbdulAziz Aflakseir⁴

1. Ph.D Candidate in Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran. E-mail: zborjali2@gmail.com
2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran. E-mail: molazade@shirazu.ac.ir
3. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran. E-mail: nmohamadi@shirazu.ac.ir
4. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran. E-mail: aafakseir@shirazu.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 02 April 2024
Received in revised form
29 April 2024
Accepted 06 June 2024
Published Online 21
November 2024

Keywords:

acceptance and
commitment therapy,
schema formulation,
couple therapy,
psychological flexibility,
marital satisfaction

ABSTRACT

Background: Integrating the approach based on acceptance and commitment with the approach of schema therapy to be more effective and respond to a wider range of couple problems has attracted the attention of researchers.

Aims: This study aimed to determine the effectiveness of the combined approach of couple therapy based on acceptance and commitment with schema formulation (ACT/SF) on psychological flexibility and marital satisfaction.

Methods: The research method used was quasi-experimental with a pre-test, post-test design, and a control group. The statistical population consisted of all couples referred to counseling centers in Qom in 2022. From this population, 16 couples (32 people) were selected using available sampling and divided into two groups: control and experimental. Both groups completed the ENRICH Marital Satisfaction Scale and the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) in the pre-test and post-test. The experimental group received therapeutic intervention for twelve 120-minute sessions. Data analysis was performed using covariance analysis at a significant level ($P < 0.05$).

Results: The results indicated that, by controlling the pre-test as a covariate variable, the experimental group experienced a significant increase in marital satisfaction with a strong effect size ($\eta^2 = 0.62$) and in psychological flexibility with a medium effect size ($\eta^2 = 0.32$).

Conclusion: The combined approach of couple therapy based on acceptance and commitment with schema formulation significantly improves psychological flexibility and marital satisfaction. This is achieved through formulating problems, recognizing schemas, and becoming aware of cognitive distortions, which helps people understand and be more aware of their own and their spouse's psychological processes. Techniques based on acceptance and commitment are then used to encourage couples to improve their relationships based on their values.

Citation: Borjali, Z., Molazadeh, J., Mohammadi, N., & Aflakseir, A.A. (2024). The Efficacy of the combined couple therapy approach based on acceptance and commitment with schema formulation (ACT/SF) on psychological flexibility and marital satisfaction. *Journal of Psychological Science*, 23(141), 27-47. [10.52547/JPS.23.141.27](https://doi.org/10.52547/JPS.23.141.27)

Journal of Psychological Science, Vol. 23, No. 141, 2024

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.23.141.27](https://doi.org/10.52547/JPS.23.141.27)



✉ **Corresponding Author:** Javad Molazadeh, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.
E-mail: molazade@shirazu.ac.ir, Tel: (+98) 9171031347

Extended Abstract

Introduction

In recent times, there has been a surge in the popularity of integrative approaches across various therapy fields, especially in the field of couple therapy. The integration of acceptance and commitment therapy with schema therapy has caught the attention of numerous researchers. Acceptance and commitment therapy is an action-oriented approach with remarkable success in research and treatment (Gloster et al., 2020). This method uses mindfulness, acceptance, and defusion to enhance psychological flexibility, which reduces psychological distress and inconsistent performance caused by psychological rigidity (Hayes et al., 2006). Furthermore, acceptance and commitment-based techniques have gained attention from schema therapists who have started to incorporate these techniques to modify maladaptive coping strategies by integrating acceptance and commitment principles into their treatment approaches. For instance, Cousineau (2012), Bricker and Labin (2012), Parfy (2012), and Vreeswijk et al. (2009) have integrated mindfulness techniques into schema therapy protocols.

Despite the effective techniques of ACT, this therapeutic approach has not provided a comprehensive analysis of psychopathology and the development of psychological inflexibility. In contrast, schema therapy explicitly addresses the factors that cause and maintain present symptoms. Therefore, in the integrated approach of Lev (2011); and McKay et al. (2012) ACT forms the basis of treatment, and schemas are used to identify the root causes and formation of current problems. They tested the effectiveness of this integrated approach in treating marital and interpersonal issues. Additionally, Quinlan (2018); Kusin (2021); Aalami et al (2021); and Norouzi et al (2017) investigated the effectiveness of Lev and McKay's integrated approach (ACT/ST). All evidence suggests that using this approach can effectively enhance marital compatibility, increase satisfaction, and reduce conflicts in marriage.

Therefore, enriching this approach will help treat couple problems improve functions, and improve couple relationships. In this research, education, and recognition of cognitive distortions were used as an effective component to increase efficiency. Cognitive distortions are biased beliefs about oneself or situations that arise from dysfunctional schemas according to Beck's theoretical model. Beck (2008) states that negative mood in depressed people leads to cognitive distortion. More cognitive errors lead to more negative emotions. Hence, a cyclical relationship between cognitive distortions and schema activation can be considered. Schema activation leads to cognitive distortions, and cognitive distortions lead to the reinforcement and continuation of the schema. Yang et al. (2003) introduce cognitive distortions as a mechanism of schema continuity. They believe that cognitive distortions cause people to focus on information that is consistent with their schemas. And information that contradicts their schemas is devalued or ignored.

Awareness of cognitive distortions can block the activation of schemas. It helps the process of defusing thoughts. While this therapeutic component has not been considered in Lev and McKay's protocol.

In the current research, the client is led to observe cognitive, emotional, and behavioral patterns (signs of schema activation). and describe unpleasant feelings and thoughts caused by schemas. And by monitoring the cognitive distortions that have occurred, experience defusing from schematic thoughts. It means to distance and experience thoughts only as thoughts. Naming the schema and creating a new cognitive framework separates the individual's identity from the schema. Describing one's experience using the concepts of schemas provides a more flexible and practical understanding of the situation.

This study aimed to assess the effectiveness of the combined couple therapy approach based on acceptance and commitment with schema formulation (ACT/SF) on psychological flexibility and marital satisfaction. In this research, cognitive distortions that reinforce schemas were addressed. Another distinction from other similar studies is the focus on identifying schemas and their triggers in

couple sessions while learning effective communication patterns of couples with each other is emphasized in group sessions.

Method

This research method was quasi-experimental based on a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population consisted of all couples referred to counseling centers in Qom in 2022. Sixteen couples (32 people) were selected using available sampling. They were randomly divided into two groups: experimental and control. After the pre-test, the experimental group received weekly sessions lasting 120 minutes. Initially, three sessions were held for each couple separately to identify schemas and triggers. Then, in line with the cultural and social requirements of Iranian society, to enhance the effectiveness of group therapy, facilitate self-disclosure, increase positive interactions in the group, and reduce potential group issues such as subgroup formation or withdrawal, group sessions with gender separation for couples were conducted (8 sessions). After the intervention, integrating the learned and experienced processes, a session was held for each couple. The post-test was conducted one month after the final session.

The ENRICH Marital Satisfaction Scale: developed by Fowers and Olson in 1993, was used in this study. It consists of 47 items, answered on a five-point scale, and includes 11 dimensions: Marital Satisfaction, Personality Issues, Communication, Conflict Resolution, Financial Management, Leisure Activities, Sexual Relationships, Children and Parenting, Family and Friends, Equalitarian Roles, and Religious Orientation (Olson et al., 1987). Higher scores indicate higher levels of marital satisfaction. The ENRICH inventory has been validated in several studies, and coefficient alpha reliabilities of the scales range from .68 (Equalitarian Roles) to .86 (Marital Satisfaction). Criterion validity demonstrated that all of the ENRICH scales can differentiate between satisfied and dissatisfied couples (Fowers & Olson, 1993).

The Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II): This 10-item scale, designed by Bond et al. (2011), measures psychological flexibility. High scores indicate avoidance of internal experiences, while low

scores indicate acceptance of internal experiences. The results of this measure from 2,816 participants across six samples indicate its reliability and validity. The mean alpha coefficient is 0.84.

Results

This study aimed to investigate the effectiveness of couple therapy packages (ACT/SF). To achieve this, multivariate and univariate analysis of covariance was utilized, taking pre-test scores as covariates. The presumptions of covariance analysis were checked, including the normality of the data using the Shapiro-Wilk test, the homogeneity of group variance with the Levine test, and the homogeneity of regression slope. The results of none of these tests were significant ($P < 0.05$).

The results of the covariance analysis in Table 1 indicate that by removing the effect of the pre-test from the post-test scores, 62% of the post-test changes in marital satisfaction and its dimensions ($\eta^2 = 0.62$) ($F = 47.795$, $p < 0.001$) and 32% of individual differences in psychological flexibility in the post-test ($\eta^2 = 0.32$) ($F = 13/662$, $P = 0.001$) are significantly related to the effect of couple therapy package (ACT/SF).

MANCOVA analysis was used to investigate the difference in the effect of package therapy on the dimensions of marital satisfaction. Box's M test confirmed the equality of covariance matrices ($M_{\text{box}} = 85.099$, $F = 0.769$, $P = 0.915$). In the MANOVA analysis, Wilks's lambda test ($\lambda = 0.61$, $F = 12.61$, $P < 0.001$) showed a significant difference between the scores of marital satisfaction dimensions in the control and experimental groups.

For further investigation between means, univariate analysis of covariance was used in the MANCOVA text. Table 2 shows that all F values related to dimensions of marital satisfaction are significant ($p < 0.05$). Additionally, according to Table 2, the greatest effect of the intervention (ACT/SF) is related to the dimensions of personality issues (68%), conflict resolution (60%), sexual relations (57%), communication (56%), family and friends (50%), children and parenting (45%), financial management (42%), religious orientation (40%), leisure activities (27%), and equalitarian roles (22%) ($p < 0.05$).

Table 1. ANCOVA results on post-test scores of psychological flexibility and marital satisfaction

variable	Total squares	df	Mean of squares	F	Sig.	Eta2	Test capability
Marital Satisfaction	8394.466	1	8394.466	47.795	.000	.622	1.000
psychological flexibility	321.887	1	321.887	13.662	.001	.320	.946

Table 1 shows that there is a significant difference in psychological flexibility with the control of pre-test among individuals in the experimental and control groups ($F = 13.662$, $P = 0.001$). Considering the post-test means of the experimental and control groups, it can be said that the psychological flexibility of couples significantly increased after treatment. The effect size ($\eta^2 = 0.32$) indicates that by removing the pre-test effect from the post-test scores, 32% of the individual differences in psychological flexibility in the post-test are attributable to the effect of the combined therapy package based on acceptance and commitment formulation (employing and influencing the independent variable). The statistical power is also determined to be 0.94, implying that the probability of erroneously confirming the null

hypothesis is about 0.06 (Type II error); therefore, the combined therapy package based on acceptance and commitment formulation (SF/ACT) has led to increased psychological flexibility in couples. A MANCOVA covariance analysis was used to examine the difference in the impact of the therapeutic package on the 11 dimensions of marital satisfaction. The standard method for evaluating the equality of covariance matrices is the Box's M test. The results indicated that the assumption of the equality of covariance matrices holds ($M_{\text{box}} = 85.099$, $F = 769.0$, $P = 0.915$). Table 2 presents the results of the covariance analysis for the subscales of marital satisfaction in the two certified and experimental groups.

Table 2. Results of one-way analysis of covariance in MANOVA test on the variable of Marital Satisfaction's dimensions

variable	Total squares	df	Mean of squares	F	Sig.	Eta2	Test capability
Personality Issues	102.345	1	102.345	41.066	.000	.684	1
Communication	103.042	1	103.042	23.683	.004	.562	.945
Conflict Resolution	215.044	1	215.044	28.562	.000	.601	.999
Financial Management	108.534	1	108.534	13.964	.001	.424	.943
Leisure Activities	21.111	1	21.111	7.161	.015	.274	.719
Sexual Relationship	171.160	1	171.160	25.666	.000	.575	.998
Children and Parenting	83.548	1	83.548	15.689	.001	.452	.964
Family and Friends	42.617	1	42.617	19.541	.000	.507	.987
Equalitarian Roles	8.242	1	8.242	5.489	.030	.224	.604
Religious Orientation	72.701	1	72.701	12.714	.002	.401	.922

Conclusion

This study aimed to determine the effectiveness of the combined couple therapy approach based on acceptance and commitment with schema formulation (ACT/SF) on psychological flexibility and marital satisfaction. The research results are consistent with the studies conducted by Cousineau (2012), Fisher et al. (2016), Grecucci et al. (2018), Kusin (2021), and Quinlan (2018), which showed that the integrated approach (ACT/SF) can improve the psychological flexibility of couples. Additionally, the findings of Lev & McKay (2017), McKay et al. (2012), Mohammadi Tileh Noii et al. (2022), Kusin (2021), Greenberg (2017), and Aalami et al. (2021) showed that the combined approach (ACT/SF)

significantly increased marital satisfaction with a strong effect size. Specifically, the personality issues component showed that ACT/SF produced the most changes in understanding spouse behaviors and characteristics. After that, the components of conflict resolution, sexual relations, and communication have been affected by treatment more than other aspects of marital satisfaction. The results of the present study showed that being aware of cognitive distortions positively affects defusing and distancing couples from irrational and negative thoughts. Participants in the study noted they once believed their thoughts aligned with reality before treatment. However, upon recognizing cognitive distortions, they were able to distinguish between their thoughts and reality. Therefore, it is crucial to thoroughly explore this core

concept during treatment to grasp what is controllable and what is not.

In the ACT/SF protocol, adapted from Lev & McKey (2017), and by educating couples about cognitive distortions, we aimed to change whatever could be changed and accept whatever was uncontrollable. As Reinhold Niebuhr (1892-1971) famously said: "God, grant me the serenity to accept the things I cannot change, the courage to change the things I can, and the wisdom to know the difference."

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is from the doctoral thesis of the first author in clinical psychology at Shiraz University's Faculty of Educational Sciences and Psychology. with the code of ethics IR.US.REC.1403.003, Ethical considerations, including informed consent, no harm, freedom to withdraw, and confidentiality, were fully respected.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: This article was extracted from the first author's doctoral thesis with guidance from the second author and advice from the third and fourth authors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: We would like to acknowledge the clients who took part in this research.



تعیین اثربخشی زوج درمانی ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد با فرمول بندی طرحواره‌ای (ACT/SF) بر انعطاف پذیری روانشناختی و رضایت زناشویی

زهرا برجعلی^۱، جواد ملازاده^۲، نوراله محمدی^۳، عبدالعزیز افلاک سیر^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۳. استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۴. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۲/۱۰

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۱۷

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۰۹/۰۱

کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،

فرمول بندی طرحواره‌ای،

زوج درمانی،

انعطاف پذیری روانشناختی،

رضایت زناشویی

زمینه: تنوع فوق العاده مسائل زوجی، مکانیسم‌ها و فرآیندهای درمانی متنوعی را می‌طلبد. ادغام رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد طرحواره درمانی به منظور پاسخ به دامنه وسیع تری از مشکلات زوجی مورد توجه محققان قرار گرفته است. از این رو، مطالعات بیشتر و غنی سازی این رویکرد با بکارگیری مؤلفه‌های مؤثرتر، در بهسازی روابط زوجی راهگشا خواهد بود.

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی رویکرد ترکیبی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با فرمول بندی طرحواره‌ای (ACT/SF) بر میزان انعطاف پذیری روانشناختی و رضایت زناشویی انجام شد.

روش: مداخله حاضر با طرح نیمه آزمایشی و انجام پیش آزمون-پس آزمون در دو گروه آزمایش و گواه مورد مطالعه قرار گرفت. بدین منظور ۱۶ زوج (۳۲ نفر) از مراجعان سه مرکز مشاوره در شهر قم در سال ۱۴۰۱ انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. هر دو گروه مقیاس رضایت زناشویی انریچ (السون، ۱۹۹۸) و پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل-نسخه دوم (بوند و همکاران، ۲۰۱۱) را در مراحل پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. گروه آزمایش مداخله درمانی ACT/SF را به مدت دوازده جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای دریافت کرد و گروه گواه در انتظار درمان باقی ماندند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس در نرم افزار Spss نسخه ۲۶ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن بود که با کنترل پیش آزمون به عنوان متغیر کواریت، میزان رضایت زناشویی با اندازه اثر قوی ($\eta^2 = ۰/۶۲$) و انعطاف پذیری روانشناختی با اندازه اثر متوسط ($\eta^2 = ۰/۳۲$) به طور معنی داری در گروه آزمایش افزایش داشته است ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه گیری: باتوجه به نتایج این مطالعه می‌توان گفت که فرمول بندی مشکلات زوجین بر مبنای طرحواره‌ها و آگاهی از تحریف‌های شناختی باعث می‌شود افراد درک و آگاهی بیشتری نسبت به فرآیندهای روانی و رفتارهای خود و همسرشان پیدا کنند، و با تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ترغیب می‌شوند بر اساس ارزش‌های خویش، روابط زوجی را بهبود بخشند.

استناد: برجعلی، زهرا؛ ملازاده، جواد؛ محمدی، نوراله؛ و افلاک سیر، عبدالعزیز (۱۴۰۳). تعیین اثربخشی زوج درمانی ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد با فرمول بندی طرحواره‌ای (ACT/SF) بر انعطاف پذیری روانشناختی و رضایت زناشویی. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۴۱، ۴۷-۲۷.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۴۱، ۱۴۰۳. DOI: [10.52547/JPS.23.141.27](https://doi.org/10.52547/JPS.23.141.27)



مقدمه

زوج درمانی یک زمینه در حال تکامل است و در حال حاضر شکلی مهم و گسترده از درمان است که روش‌های متمایز خود را دارد (لیوف و اسنایدر ۲۰۲۲). بررسی پیش‌بینی‌های روان‌درمانگران متخصص در مورد شیوه‌های آینده در روان‌درمانی نشان داد که زوج‌درمانی قالبی است که احتمالاً در دهه آینده بیشترین رشد را خواهد داشت (نورکراس و همکاران، ۲۰۲۲) دو عامل کلیدی باعث توسعه و پذیرش گسترده زوج درمانی به عنوان یک روش درمانی برجسته شده است: شیوع بالای پریشانی زوجین، و تأثیر نامطلوب آن بر بهزیستی عاطفی و روانی همسران و فرزندان آن‌ها. در سراسر جهان، تقریباً در تمام کشورهایی که داده‌های مربوط به آن‌ها در دسترس است، نرخ طلاق از دهه ۱۹۷۰ تا آغاز این قرن افزایش یافته است (سازمان همکاری و توسعه اقتصادی، ۲۰۱۱؛ نقل از لیوف و اسنایدر، ۲۰۲۲). رویکردهای زوج درمانی معاصر، فرآیندهای ارتباطی و الگوهای تعاملی بین همسران را از عوامل مهم دخیل در رضایت زناشویی^۱ معرفی می‌نمایند. گاتمن (۱۹۹۳) بیان می‌کند: زوج‌های فرسوده و تحت فشار معمولاً مشکلاتی را در حیطه‌ی ارتباطی خود دارند و از الگوهای ارتباطی ناکارآمد رنج می‌برند. بک (۱۹۹۰)، نقص ارتباطی بین همسران را ناشی از نگرش‌های آنان می‌داند؛ وی معتقد است که تفاوت اصولی طرز تلقی زن و مرد از یک حادثه واحد، یکی از عوامل مهم عدم رضایت در ازدواج است. اینکه همسران با عینک خاص خود به وقایع می‌نگرند باعث ایجاد نگرش‌های متفاوت و نقیض نسبت به رویدادها می‌شود و از آنجا که همسران عقاید خود را واقعیت می‌پندارند؛ نگرش و طرز تلقی فرد مقابل برای آن‌ها غیرواقع‌بینانه می‌گردد و این امر سبب متهم کردن دیگری به حماقت، داشتن رفتارهای کودکانه و یا غیرمنطقی می‌گردد. گاتمن (۱۹۹۳) نیز، ادراک غلط و انتظار غیرواقع‌بینانه نسبت به ازدواج را از مهم‌ترین عوامل شناختی در ایجاد مشکلات ارتباطی همسران می‌داند. از دهه ۱۹۸۰ که زوج درمانی رونق یافت، رویکردهایی مانند: زوج درمانی شناختی رفتاری، زوج درمانی رفتاری یکپارچه، زوج درمانی متمرکز بر هیجان، زوج درمانی به روش گاتمن و ایماگو تراپی رابط، بروز و ظهور یافتند. شادیش و بالدوین (۲۰۰۳) نیز نتیجه گرفتند که ۴۰-۵۰٪ موارد درمان شده

با خانواده درمانی و زوج درمانی، از نظر بالینی و آماری منافع قابل توجه و معناداری از درمان کسب کردند و تغییرات مهمی در کیفیت زندگی‌شان نشان دادند.

علی‌رغم وجود شواهد تجربی فزاینده از تأثیر زوج درمانی، درصد قابل توجهی از همسران به زوج درمانی جواب نمی‌دهند و در میان زوج‌هایی که به درمان پاسخ می‌دهند، رابطه‌ی عده قابل توجهی از آن‌ها در پیگیری‌ها رو به تباهی می‌گذارد (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۱۲)؛ بنابراین می‌توان گفت که اثربخشی درمان‌های فعلی محدود است و اکثر درمان‌های آزمایش شده موفقیتی بهتر از ۵۰٪ را گزارش نمی‌کنند (کازین، ۲۰۲۱). اینگونه نتایج، روان‌شناسان را بر آن می‌دارد تا راه‌های دیگری را بیازمایند. گزارش ماتوف (۲۰۱۸) نیز بیانگر آن است که استفاده از یک نوع درمان همیشه سودمند و مؤثر نیست. تا جایی که، جهت‌گیری‌های منفرد، محدودکننده دیدگاه‌ها و توضیحات مربوط به رفتار انسان و عامل عدم پیشرفت درمان معرفی شده‌اند (گاوپرین، ۲۰۱۴). در سال‌های اخیر، شاهد رویکردهای تلفیقی در اغلب حوزه‌های درمانی خصوصاً زوج درمانی بوده‌ایم. به اعتقاد کار (۲۰۰۶) هدف این رویکردهای یکپارچه‌نگر، فراهم نمودن چارچوب نظری برای جهت دادن به انتخاب مفاهیم و مداخلات از بین نظریه‌های متنوع است تا به دامنه وسیع‌تری از مراجعان پاسخ دهد. در همین راستا، لو و مک کی (۲۰۱۷) در درمان مشکلات ارتباطی همسران، رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ را با طرحواره درمانی^۳ ادغام کردند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به‌عنوان یک درمان متمرکز بر عمل موفقیت‌های زیادی را در حیطه پژوهش و درمان داشته است (گلاستر و همکاران، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، که اساس درمان رویکرد تلفیقی لو و مک کی (۲۰۱۷) است در مطالعات متعددی حمایت شده است (سالاری‌فر و همکاران، ۱۴۰۲؛ هریس (۲۰۱۹) معتقد است مبنای ACT بر خلاف سایر رویکردهای روانشناسی، تغییر علائم مرضی نیست. بلکه متمرکز بر ارزش‌هاست و با عمل متعهدانه، زندگی توام با ذهن‌آگاهی و پذیرش را جستجو می‌کند، تا درد را بدون رنج نماید. رویکرد ACT رنج روانشناختی و عملکرد ناسازگارانه را ناشی از انعطاف‌ناپذیری روانشناختی^۴

³. Schema therapy

⁴. psychological inflexibility

¹. Marital Satisfaction

². Acceptance and commitment therapy

می‌داند و از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش^۱ شناختی به منظور افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی استفاده می‌کند (هیز و همکاران، ۲۰۱۲).

اثربخشی‌های گسترده تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره درمانگران را نیز مجذوب خود ساخت. به گونه‌ای که در درمان و تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، به تکنیک‌های رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد روی آوردند؛ مانند وریسویچک و همکاران (۲۰۰۹) که در یک پروتکل درمانی از تمرینات ذهن آگاهی به عنوان بخشی از طرحواره درمانی استفاده کردند (مینا و همکاران، ۱۴۰۲). به عقیده آنان، یادگیری این تکنیک‌ها می‌تواند دیدگاه جدیدی به بیماران ارائه دهد. تکنیک‌های ذهن آگاهی و نگرش غیر قضاوتی ACT، همراه با آگاهی از طرحواره‌ها و ذهنیت‌های فعال در موقعیت، فضایی را در جهت بهبود فراهم می‌آورد و به بیمار کمک می‌کند تا به جای واکنش‌های خودکار طرحواره‌ای در زمان فعال شدن طرحواره، واکنش‌های خود را انتخاب نماید (وریسویچک و همکاران، ۲۰۱۲). کازینو (۲۰۱۲) با استفاده از ذهن آگاهی، مفاهیم فلسفی و تکنیک‌های برگرفته از ACT تلاش کرد رابطه فرد را با طرحواره‌های اولیه‌اش تغییر دهد. وی با استفاده از فلش کارت‌های ذهن آگاهی به بیماران کمک کرد تا تأثیرات شدید ناشی از فعال‌سازی طرحواره‌ها را تحمل کنند و بتوانند به انعطاف‌پذیری روانشناختی دست یابند (نقدی و همکاران، ۱۴۰۲). او نتیجه گرفت که امکان ادغام تکنیک‌ها و مفاهیم ACT با طرحواره درمانی به منظور تسهیل انعطاف‌پذیری روانشناختی وجود دارد. بریکر و لابین (۲۰۱۲) نیز، آموزش ذهن آگاهی را به عنوان بخشی از طرحواره درمانی برای بیماران به کار بردند. در پروتکل آنان، مراجعان به منظور مقابله بهتر با وضعیت‌های طرحواره‌ای در لحظه، انواع تمرینات ذهن آگاهی را یاد می‌گیرند و در مورد زمان و نحوه اجرای آن‌ها آموزش می‌بینند. همچنین، پارفی (۲۰۱۲) تلفیق و ادغام دو رویکرد طرحواره درمانی و رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را مدنظر قرار داد. او معتقد است که بسیاری از ایده‌های فشرده و متقاعدکننده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را می‌توان بدون هیچ گونه تناقضی با روش‌های طرحواره درمانی یکپارچه کرد. ACT نحوه ارتباط افراد با تجربه‌های درونی یعنی افکار و احساسات را مورد بررسی قرار می‌دهد (رویز، ۲۰۱۰)؛ اما، این رویکرد

درمانی به منشاء افکار و احساسات توجهی نشان نمی‌دهد و در آسیب‌شناسی روانی و نحوه شکل‌گیری انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، تحلیل تحولی ارائه نداده است. درحالی‌که، طرحواره درمانی به صراحت هم به عوامل ایجاد و هم عوامل نگه دارنده (علت‌شناسی) علائم فعلی می‌پردازد. تحلیل عوامل رشدی که زمینه مشکلات کنونی مراجع را فراهم آورده است، همواره بخشی از فرمول‌بندی مشکلات مراجعان در درمان‌های شناختی رفتاری بوده است (وریسکویچک و همکاران، ۲۰۱۲). یک دیدگاه کلاسیک در این زمینه معتقد است شناخت ریشه‌ها و عوامل شکل‌دهنده و تداوم‌دهنده درونی می‌تواند روند درمان مشکلات فعلی مراجع را هموار سازد؛ براساس این دیدگاه که به امری (۱۹۸۴) منتسب است چنانچه مراجعان بدانند چگونه رشد یافته‌اند، انگیزه بیشتری برای تغییر باورهای خود پیدا می‌کنند (وریسکویچک و همکاران، ۲۰۱۲)؛ بنابراین، فرمول‌بندی مشکلات مراجع با استفاده از طرحواره‌ها، کمک شایانی به درک مشکلات و خاستگاه افکار، احساسات ناخوشایند می‌کند. از این رو، لو و مک کی (۲۰۱۷) در رویکرد تلفیقی خود از ماهیت تحولی طرحواره‌های ناسازگار اولیه به منظور ادغام طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهره برده‌اند. در رویکرد تلفیقی لو (۲۰۱۱)، مک کی و همکاران (۲۰۱۲) درمان ACT پایه و اساس قرار می‌گیرد و از طرحواره‌ها برای شناسایی ریشه و نحوه شکل‌گیری مشکلات فعلی استفاده می‌شود. مک کی و همکاران (۲۰۱۲) اثربخشی این درمان تلفیقی را بر مشکلات بین فردی مورد آزمون قرار دادند. کارآزمایی تصادفی کنترل شده آنان، اندازه اثر بزرگ ($d=1/23$) را به دنبال داشت. پس از آن لو و مک کی (۲۰۱۷) این مداخله ACT با مفهوم‌بندی طرحواره را برای کار با زوج‌ها آماده کردند؛ و در یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده، اندازه اثرهای متوسط تا بزرگ ($d=0/94, 0/1, 0/71/0/5$) را در میزان رضایت از رابطه، ارتقاء مهارت‌های ارتباطی و کاهش رفتارهای بین فردی ناسازگار گزارش نمودند. کوئینلن و همکاران (۲۰۱۸) مداخله ACT با مفهوم‌بندی طرحواره‌ای را در نمونه ۲۴ نفری از مراقبان سلامت روان، به کار بردند. نتایج آنان حاکی از کاهش معنادار مشکلات بین فردی، اجتناب تجربه‌ای و افزایش ذهن آگاهی در شرکت‌کنندگان بود. کازین (۲۰۲۱) نیز، این رویکرد تلفیقی ACT/ST را با رویکرد EFT مقایسه نمود و گزارش کرد

¹. defusion

که هر دو رویکرد درمانی، تأثیرات آماری قابل توجهی در افزایش رضایت زناشویی، مهارت‌های ارتباطی و پذیرش رفتارهای همسر داشته‌اند؛ اما، افزایش فراوانی رفتارهای مثبت در گروه درمان با ACT نسبت به EFT معنی دار بوده است. اعلمی و همکاران (۱۳۹۹) و نریمانی و حبی (۱۳۹۷) نیز اثربخشی رویکرد تلفیقی لو و مک کی (ACT/SF) را به‌بوته آزمایش سپردند. یافته‌ها همگی حاکی از مؤثر بودن این رویکرد در سازش یافتگی، افزایش رضایت و کاهش تعارضات زناشویی بوده است.

در مجموع، یافته‌های پژوهش‌های ذکر شده همگی حاکی از مؤثر بودن رویکرد ترکیبی درمان ACT با مفهوم‌سازی طرحواره‌ای در درمان مشکلات ارتباطی و سازگاری است. همچنین، مطالعات در حوزه زوج نیز، گویای موفقیت این رویکرد در افزایش رضایت و کاهش تعارضات زناشویی است. با توجه به این پژوهش‌ها و نتایج آنان، غنی‌سازی این رویکرد در حوزه زوج درمانی، گامی مثبت در درمان مشکلات زوجی و بهبود عملکردها و بهسازی روابط زوجی خواهد بود؛ بنابراین، مطالعات بیشتر و به‌کارگیری مؤلفه‌های مؤثرتر، راهگشا خواهد بود.

از این رو، در پژوهش حاضر، به‌منظور کارایی بیشتر رویکرد درمانی لو و مک کی (۲۰۱۷)، آموزش و شناخت تحریف‌های شناختی به عنوان یک مولفه مؤثر در درمان به‌کار گرفته شد. خطاهای شناختی، باورهای تحریف شده‌ای درباره شخص و یا موقعیت هستند که بر اساس الگوی نظری آرون بک (۱۹۶۴) از طرحواره‌های ناکارآمد سرچشمه می‌گیرند و با ایجاد سوگیری در تفسیر وقایع فعلی و پیش‌بینی رویدادهای آینده، نقش مهمی را در مشکلات روانی ایفا می‌کنند. وقتی یک رویداد فعال‌ساز طرحواره اتفاق می‌افتد، طرحواره تحریک شده و مجموعه‌ای از شناخت‌ها و موضوعات مربوط به آن فعال شده و افکار و احساسات طرحواره‌ای بروز و ظهور یافته و سبک‌های مقابله‌ای رفتاری فراخوانده می‌شوند. بک (۱۹۶۴) رفتارهای فرد را تحت نفوذ باورها و نگرش‌ها (طرحواره‌ها) می‌داند و بیان می‌کند دریافت و پردازش و ذخیره اطلاعات فرد تحت تأثیر این طرحواره‌ها انجام می‌شود؛ که از طریق فرایند توجه انتخابی، تفسیر و تحلیل داده‌ها اعمال می‌شود؛ بنابراین، فرد صرفاً اطلاعاتی را ادراک می‌کند که در تأیید و هماهنگی با طرحواره‌هایش باشد. زمانی که طرحواره توسط رویدادی فعال می‌شود، سیستم پردازش اطلاعات با توجه به طرحواره تحریف می‌گردد. فعال‌سازی طرحواره‌های منفی، ادراک کلی منفی از

واقعیت را در پی دارد. اینگرام و همکاران (۱۹۹۸) معتقدند که نوع پاسخ شناختی فرد به رویداد منفی، منجر به فعال‌سازی طرحواره می‌شود؛ و مدل بک (۲۰۰۸) در تعامل بین خطاهای شناختی و خلق منفی بیان می‌دارد که خلق منفی در افراد افسرده منجر به خطای شناختی شده و وقتی فرد به سمت خطاهای شناختی بیشتر می‌رود خلق منفی بیشتری را تجربه خواهد کرد. از این رو، می‌توان رابطه چرخه‌ای بین خطاهای شناختی و فعال‌سازی طرحواره در نظر گرفت. فعال شدن طرحواره منجر به بروز خطاهای شناختی در فرد شده و خطای شناختی به تقویت و تحریک بیشتر طرحواره می‌انجامد. یانگ و همکاران (۲۰۰۳) تحریف‌های شناختی را جزو سازوکار اولیه تداوم طرحواره معرفی می‌کنند؛ و معتقدند که تحریف‌های شناختی باعث تمرکز فرد بر اطلاعات همخوان با طرحواره می‌گردد و اطلاعاتی که با طرحواره منافات دارد کم ارزش و یا نادیده گرفته می‌شود؛ بنابراین تقویت طرحواره را به دنبال دارند.

آگاهی از این تحریف‌های شناختی، می‌تواند فعال‌سازی طرحواره‌ها را مسدود سازد و به فرآیند انفصال و گسلش از افکار کمک شایانی نماید. درحالی‌که این بخش از درمان در رویکرد تلفیقی لو و مک کی (۲۰۱۷) مورد توجه قرار نگرفته است. در پروتکل درمانی (ACT/SF) که در پژوهش حاضر به‌کار گرفته شده است؛ فرد به مشاهده ظهور الگوهای شناختی، عاطفی و رفتاری (علایم فعال شدن طرحواره) سوق داده می‌شود، تا ضمن پذیرش احساسات برخاسته از طرحواره، خود را توصیف نماید و با پایش تحریف‌های شناختی رخ داده، جدا شدن و گسلش از افکار طرحواره‌ای یعنی عقب‌نشینی و دیدن افکار به عنوان افکار را تجربه کند. نام‌گذاری طرحواره و ایجاد یک چارچوب مجدد شناختی، هویت فرد را از طرحواره جدا می‌نماید. در واقع، توصیف تجربه خود با استفاده از مفاهیم طرحواره‌ها، درکی انعطاف‌پذیرتر و کاربردی‌تر از موقعیت را فراهم می‌آورد.

در این پژوهش با اقتباس از رویکرد درمانی لو و مک کی (۲۰۱۷) و مک کی، لو و اسکین (۲۰۱۲)، پکیج زوج درمانی در قالب جلسات گروهی و زوجی فراهم گردید و جهت تعیین میزان اثربخشی آن در انعطاف‌پذیری روانشناختی و افزایش رضایت زناشویی، مورد آزمون قرار گرفت. سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که پکیج زوج درمانی ترکیبی مبتنی بر

و یا کناره‌گیری از گروه، جلسات گروهی با تفکیک جنسیت برای زوجین تشکیل شد (۸ جلسه). در انتهای مداخله، به منظور ادغام فرآیندهای آموخته شده و تجربه شده یک جلسه برای هر زوج برگزار شد و پس از آن در فاصله یک ماه بعد از جلسه پایانی گرفته شد.

(ب) ابزار

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (ENRICH)^۱: به منظور سنجش میزان رضایت زناشویی در این پژوهش به کار گرفته شد. این پرسشنامه توسط السون (۱۹۹۸) ساخته شد و پس از آن به عنوان یک ابزار پژوهشی معتبر در پژوهش‌ها و بررسی‌های بالینی متعددی به کار گرفته شده است. برای هر یک از سؤال‌های پرسشنامه، پنج گزینه با نمره‌گذاری از ۱ تا ۵ (مقیاس لیکرت) منظور شده است (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵). بازه نمرات ۴۷ تا ۲۳۵ با نقطه برش ۱۴۱ است. نمره پایین در این پرسشنامه نشان‌دهنده نارضایتی زناشویی و نمره بالا به معنی رضایت از رابطه زناشویی است. خرده مقیاس‌های مورد سنجش پرسشنامه انریچ عبارتند از: پاسخ قراردادی، موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، فرزندپروری، دوستان و بستگان، مساوات طلبی بین مرد و زن و جهت‌گیری مذهبی. شواهد روایی و پایایی قابل قبولی برای این پرسشنامه گزارش شده است. فورز و السون (۱۹۹۳) با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی در تحقیق ملی با ۵۰۳۹ زوج نشان دادند که با استفاده از این پرسشنامه می‌توان با دقت ۸۵-۹۵٪ بین زوجین خرسند و ناخرسند تمایز قائل شد. دیوید السون و امی السون (۲۰۰۰) در یک نمونه مشتمل بر ۲۵۵۰۱ زوج متأهل، این مقیاس را بکار بردند؛ و گزارش نمودند که دامنه ضریب آلفای مؤلفه‌های این پرسشنامه از ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ و اعتبار بازآزمایی آن از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ بوده است. سلیمانان (۱۳۷۳) میزان پایایی ۰/۷۶۹ و روایی ۰/۷۵۴ را برای این پرسشنامه گزارش نموده است. در مطالعه حاضر میزان پایایی به شیوه کرونباخ برابر با ۰/۷۹ برآورد شد.

پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل-نسخه دوم^۲ (AAQ-II): بوندو همکاران (۲۰۱۱) نسخه‌ی ده ماده‌ای از پرسشنامه‌ی اصلی طراحی شده توسط هیز و

پذیرش و تعهد با فرمول‌بندی طرحواره‌ای (ACT/SF) تا چه اندازه بر انعطاف‌پذیری روانشناختی و رضایت زناشویی زوجین مؤثر است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش مورد استفاده در این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون همرا با گروه گواه بود که در آن اثربخشی متغیر مستقل یعنی زوج درمانی ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد با فرمول‌بندی طرحواره‌ای (ACT/SF) بر متغیر وابسته یعنی رضایت‌مندی زناشویی مورد بررسی قرار گرفت. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل تمامی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر قم (سه مرکز زندگی به رنگ خدا؛ مرکز روشن و مرکز مشاوره مهر) در سال ۱۴۰۱ بود. انتخاب زوج‌ها به صورت در دسترس و از بین مراجعان به ۳ مرکز مشاوره خانواده شهر قم انجام گرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از زوج‌هایی که حداقل دارای تحصیلات ابتدایی باشند، دستکم یک سال از آغاز زندگی مشترک آن‌ها گذشته باشد، مایل به همکاری جهت دریافت این نوع از مداخله‌ی مشاوره‌ای باشند بود. ملاک‌های خروج نیز عبارت بود از ابتلا به اختلالات حاد روانشناختی که به شیوه خوداظهاری کنترل شد و زوج‌هایی که به طور منظم در جلسات زوجی و گروهی حداقل ۲ جلسه حضور نداشتند، از مطالعه کنار گذاشته شدند. پس از مصاحبه اولیه با ۱۵۰ زوج مراجعه‌کننده و با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش، نمونه مورد نظر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. در نهایت، نمونه مورد مطالعه با توجه به ملاک‌های خروج شامل ۱۶ زوج (۳۲ نفر) گردید.

پس از انجام پیش‌آزمون در دو گروه، جلسات زوجی و گروهی (۱۲۰ دقیقه‌ای) به صورت هفتگی (در مجموع ۱۲ جلسه) در گروه آزمایش برگزار شد. در ابتدا ۳ جلسه بصورت زوجی با هدف شناسایی طرحواره‌ها و رویدادهای محرک با هریک از زوج‌ها برگزار گردید. سپس با توجه به مقتضیات فرهنگی و اجتماعی جامعه ایرانی و به منظور افزایش بهره‌وری گروه درمانی و تسهیل خود آشکارسازی و افزایش تعاملات مثبت در گروه همچنین کاهش آسیب‌های گروه از جمله تشکیل احتمالی گروه‌های فرعی

۱. Evaluation & Nurturing Relationship Issues Communication & Happiness

۲. Acceptance and Action Questionnaire-second version

درونی ۰/۸۴ گزارش شده است. ویژگی‌های روانسنجی فرم فارسی این پرسشنامه توسط عباسی و همکاران (۱۳۹۱) مورد مطالعه قرار گرفت که، ضریب پایایی کل آزمون ۰/۸۹ و ضریب پایایی بازآزمون ۰/۷۱ به دست آمده است.

به منظور بررسی نتایج اثربخشی پکیج درمانی (ACT/SF) از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره در نرم‌افزار Spss نسخه ۲۶ استفاده شد.

همکاران (۲۰۰۴) را به منظور سنجش پذیرش، اجتناب تجربه‌ای و انعطاف ناپذیری روانشناختی استخراج کردند. این مقیاس دارای ۱۰ آیتم است که بر روی یک مقیاس ۷ نمره‌ای درجه‌بندی می‌شود. از «هرگز درست نیست» تا «همیشه درست است» نمره‌دهی می‌شود به این ترتیب که به هرگز درست نیست عدد ۱ و برای همیشه درست است عدد ۱۰ اختصاص داده می‌شود. نمرات بالا، اجتناب از تجارب درونی و نمرات پایین، پذیرش تجارب درونی را نشان می‌دهد. پایایی بازآزمایی این پرسشنامه، ۰/۸۱ و همسانی

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی ACT/SF با اقتباس از رویکرد درمانی لو و مک کی (۲۰۱۷) و مک کی و همکاران (۲۰۱۲)

جلسات	اهداف	خلاصه موضوعات	تکالیف بین جلسات
جلسات اول تا سوم (زوجی): تاریخچه و شرح حال	شناسایی طرحواره‌ها و برانگیزاننده‌های آن‌ها	مصاحبه و فهرست مشکلات ارتباطی با همسر، تعیین اهداف درمانی، توضیح در مورد فرآیند درمان و دوره زوج درمانی ترکیبی، کمک به زوج برای شناخت و درک طرحواره‌های خود و همسر، معرفی نحوه اثرگذاری طرحواره‌ها بر روابط زوجی، شناسایی عوامل فعال‌کننده طرحواره‌های خود و همسر، شناخت هیجان‌های مرتبط با طرحواره‌های خود و همسر	مطالعه فصول مربوطه از کتاب چگونه زندگی خود را دوباره بیافرینید و فهرست خواسته‌ها از رابطه زوجی
جلسه چهارم: اصول گروه و معرفی تحریف‌های شناختی	مشخص نمودن قوانین اصلی گروه، شناسایی تحریف‌های شناختی و تداوم طرحواره‌ها	خوشامدگویی و نگاه کلی به ساختار جلسات، معارفه و آشنایی کلی اعضا با طرحواره‌های شناخته شده یکدیگر، تنظیم قواعد و اهداف گروهی، تأکید بر بیان سهم اعضا در ارتباطات زوجی و تلاش در جهت تغییر آنچه که در کنترل آنان است. معرفی خطاهای شناختی و نقش این خطاها در فعال‌سازی طرحواره‌ها، بررسی شواهد و ایجاد جایگزین‌های منطقی	انجام کاربرگ بررسی افکار
جلسه پنجم: ناامیدی سازنده	شناسایی راهبردهای اجتناب تجربه‌ای (سبک‌های مقابله‌ای) و فرآیند تبدیل آن به درد ثانویه و ایجاد ناامیدی سازنده	تمرین ذهن آگاهی (تمرکز بر جریان تنفس و انجام تنفس عمیق و آگاهی از افکار)، معرفی سبک‌های مقابله‌ای و رفتارهای مرتبط با هریک از این سبک‌ها، توصیف چرخه‌ای از رفتارهای ناکارآمدی که زوجها گرفتار آن شده‌اند. ایجاد ناامیدی سازنده، افزایش آگاهی نسبت به برنامه کنترل هیجانات و تجربه ناکارآمدی این روش	کاربرگ ثبت افکار و رفتارهای مقابله‌ای و انجام مراقبه تنفسی ذهن آگاهی یک بار در روز
جلسه ششم: تعیین ارزش‌ها	روشن‌سازی ارزش‌ها و شناسایی اعمال همسو با ارزش‌ها و لحظات انتخاب	تمرین ذهن آگاهی و اسکن بدن، کارگردانی فیلم زندگی خود و نقش ایده آل خود، ماشین زمان و رفتن به هنگام تدفین برای یافتن معنای زندگی و آنچه که واقعا در زندگی زوجی مهم هست. تعیین ارزش‌ها در ارتباط با همسر، مشخص نمودن آنچه که به زندگی، حس معناداری و هدفمندی می‌دهد. تشخیص لحظه انتخاب	کاربرگ تصریح ارزش‌ها و تمرین ذهن آگاهی
جلسه هفتم: شناخت موانع	شناسایی موانع انجام رفتار همسو با ارزش‌ها	تمرین ذهن آگاهی، اسکن بدن و بررسی حواس پنج‌گانه، بررسی موانع در انجام اعمال آگاهانه و همسو با ارزش‌ها، افکار و احساسات طرحواره‌ای موانع مؤثر در پیشبرد اهداف، تمثیل کتاب به جای افکار و معرفی آمیختگی شناختی، تمثیل هیولاها در اتوبوس و معرفی عدم پذیرش احساسات	تعیین اهداف رفتاری همسو با ارزش‌ها و تمرین ذهن آگاهی هنگام فعالیت‌های روزانه
جلسه هشتم: گسلش	ایجاد توانایی گسلش شناختی به منظور کاستن تأثیر افکار برخاسته از طرحواره بر روی رفتار	تمرین ذهن آگاهی، اسکن بدن و بررسی حواس پنج‌گانه و مشاهده خود، مداخلات گسلش شناختی: نام گذاری ذهن، برچسب زدن به افکار، جداسازی از افکار، تکنیک برگ‌های روی رودخانه، تکنیک قرار دادن افکار در کف دست، تکنیک در تله افتادن، جمع‌بندی مطالب جلسه و اختصاص وقت برای پرسش اعضا	تمرین گسلش در هنگام افکار منفی و تمرین ذهن آگاهی هنگام فعالیت‌های روزانه
جلسه نهم: پذیرش	پرورش پذیرش احساسات و توجه آگاهی	تمرین ذهن آگاهی، اسکن بدن و بررسی حواس پنج‌گانه و مشاهده خود، مفهوم پذیرش احساسات، ایجاد ارتباط روان شناختی کامل، باز، غیر دفاعی با تجربه‌های درونی ناخواسته، تمثیل عبور از میان باتلاق، تکنیک بسط و دست نوازشگر	تمرین تکنیک بسط و تمرین ذهن آگاهی هنگام فعالیت روزمره
جلسه دهم: مهارت‌های مؤثر	تمرین فنون ارتباط مؤثر به منظور افزایش مهارت‌های حل تعارض	تمرین ذهن آگاهی، اسکن بدن و بررسی حواس پنج‌گانه و مشاهده خود، آموزش مهارت گوش دادن و تصدیق کردن، ابراز وجود، بیان احساسات و نیازها، متمایز کردن ارزیابی و توصیف موقعیت‌ها، توقف و مدیریت خشم، قدردانی	تمرین مهارت‌ها در رابطه زوجی و بین فردی

جلسات	اهداف	خلاصه موضوعات	تکالیف بین جلسات
جلسه یازدهم: حل مسئله	حل مسئله مبتنی بر ارزش‌ها و انعطاف‌پذیری شناختی زوجین	تمرین ذهن آگاهی، اسکن بدن و بررسی حواس پنج‌گانه و مشاهده خود، گام‌های حل مسئله مبتنی بر ارزش‌ها، بارش فکری، مذاکره، راه حل‌های مشارکتی، تکنیک کوه	انجام روزانه تکنیک کوه و ذهن آگاهی هنگام فعالیت روزمره
جلسه دوازدهم (زوجی): انعطاف‌پذیری شناختی	ادغام تمام فرآیندهای آموخته شده و تجربه شده زوجین	بررسی وضعیت آثار مثبت حاصل از گروه‌درمانی آموزشی، مرور مطالب و بررسی موانع موجود، بررسی فهرست خواسته‌ها، دیدگاه‌گزینی، پرورش دیدگاهی مشفقانه و انعطاف‌پذیر نسبت به همسر، جمع بندی، پاسخ به پرسش‌ها و پایان جلسه	پرورش دیدگاهی مشفقانه و انعطاف‌پذیر نسبت به همسر

یافته‌ها

ابتدا برای شناخت بیشتر نمونه‌های شرکت‌کننده در تحقیق، ویژگی‌های جمعیت شناختی آن‌ها تشریح می‌گردد. سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان بدین صورت می‌باشد در گروه آزمایش ۱۸/۸ درصد (۳ نفر) سیکل، ۱۸/۸ درصد (۳ نفر) دیپلم، ۱۲/۵ درصد (۲ نفر) کاردانی، ۳۱/۳ درصد (۵ نفر) کارشناسی و ۱۸/۸ درصد (۳ نفر) کارشناسی ارشد و در گروه گواه ۱۲/۵ درصد (۲ نفر) سیکل، ۳۷/۵ درصد (۶ نفر) دیپلم، ۱۲/۵ درصد (۲ نفر) کاردانی، ۲۵ درصد کارشناسی، ۱۲/۵ درصد (۲ نفر) کارشناسی ارشد می‌باشند. نمرات پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه به‌عنوان متغیر کوواریت و نمرات پس‌آزمون به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. پیش‌فرض‌های ضروری برای انجام تحلیل کوواریانس اجرا شد؛ پیش از گزارش نتیجه تحلیل واریانس، مفروضات آزمون از جمله تبعیت از توزیع نرمال در متغیرهای وابسته، همبستگی میان متغیرهای وابسته در تحلیل‌های چندمتغیری (آزمون بارتلت)، کرویت داده‌ها با استفاده از آزمون ماچلی و همچنین همگنی واریانس کوواریانس با استفاده از ام‌باکس بررسی و ارائه شده است. بررسی‌ها برای مفروضه نرمال بودن با توجه به آماره آزمون شاپیر-ویلک در گروه‌ها در هر سه مرحله پژوهش حاکی از برقراری آن در تمامی گروه‌ها بود ($P > 0/05$). همچنین برای بررسی یکسانی واریانس‌های خطا از آزمون لون بهره گرفته شد که نتایج نشان داد مفروضه واریانس‌های خطا برای نمرات خودپنداره جنسی مثبت و منفی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و مفروضه یکسانی واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) برقرار بود. در نهایت، مفروضه کرویت از طریق آزمون ماچلی بررسی و نتایج در این بخش نیز حاکی از برقراری این مفروضه بود.

همچنین، مجذور سهمی اتا (η^2) به منظور شاخص اندازه اثر گزارش گردید که نشان دهنده سهم متغیر مستقل در تبیین واریانس متغیر وابسته است. شاخص‌های توصیفی متغیر انعطاف‌پذیری روانشناختی و متغیر رضایت زناشویی و ابعاد آن در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ نشان داده شده است. با توجه به جدول ۲ میانگین نمرات انعطاف‌پذیری روانشناختی در پس‌آزمون گروه آزمایش، ۱۰/۴۴ واحد کاهش داشته، درحالی‌که میانگین نمرات گروه گواه در پس‌آزمون ۳/۵ واحد کاهش داشته است. (با توجه به نمره گذاری مقیاس AAQ، نمرات کمتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روانشناختی بیشتر است). همچنین، تفاضل میانگین نمرات رضایت زناشویی در گروه آزمایش ۲۸ واحد در مرحله پس‌آزمون افزایش را نشان می‌دهد. درحالی‌که در گروه گواه ۴/۶۹ واحد کاهش میانگین پس‌آزمون در متغیر رضایت زناشویی مشاهده می‌شود. این تغییرات مؤید آن است که در گروه آزمایش، نمرات پس‌آزمون شرکت‌کنندگان در متغیر رضایت زناشویی افزایش داشته است. همچنین افزایش نمرات میانگین در تمامی ابعاد مربوط به رضایت زناشویی در گروه آزمایش مشاهده می‌شود.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک متغیرهای انعطاف‌پذیری روانشناختی و رضایت زناشویی و ابعاد آن

متغیر	گروه	پیش‌آزمون				پس‌آزمون			
		میانگین	انحراف معیار	آماره SW	P	میانگین	انحراف معیار	آماره SW	P
انعطاف‌پذیری روانشناختی	آزمایش	۳۷/۶۲	۶/۳۵	۰/۹۵۴	۰/۵۵۸	۲۷/۱۸	۵/۱۷	۰/۹۵۶	۰/۵۹۶
	گواه	۳۵/۸۱	۷/۷۲	۰/۹۶۹	۰/۸۲۸	۳۲/۳۱	۸/۲۵	۰/۹۳۸	۰/۳۲۳
رضایت زناشویی	آزمایش	۱۲۴/۴۳	۱۹/۳۶	۰/۹۶۸	۰/۸۰۵	۱۵۲/۴۳	۲۳/۶۵	۰/۹۴۸	۰/۴۶۶
	گواه	۱۲۶/۸۷	۲۰/۲۳	۰/۹۴۷	۰/۴۴۰	۱۲۲/۱۸	۲۰/۵۹	۰/۹۸۲	۰/۹۸۰
پاسخ قراردادی	آزمایش	۶/۲۵	۲/۵۹	۰/۹۰۹	۰/۱۱۲	۸/۵۶	۲/۸۳	۰/۹۴۳	۰/۳۹۰
	گواه	۶/۲۴	۲/۴۶	۰/۸۲۴	۰/۷۶۰	۶/۰	۲/۱۹	۰/۸۰۴	۰/۵۶۰
موضوعات شخصیتی	آزمایش	۱۰/۳۷	۲/۸۹	۰/۹۵۲	۰/۵۱۸	۱۴/۰۰	۱/۷۱	۰/۸۹۹	۰/۰۷۷
	گواه	۹/۶۸	۳/۰۰	۰/۸۸۵	۰/۵۶۰	۹/۲۵	۲/۸۱	۰/۹۰۶	۰/۰۹۹
ارتباط زناشویی	آزمایش	۹/۳۷	۲/۳۳	۰/۹۶۶	۰/۱۷۹	۱۱/۵۶	۲/۰۱	۰/۹۷۰	۰/۵۳۷
	گواه	۱۰/۷۵	۲/۰۴	۰/۹۴۵	۰/۴۱۲	۱۰/۶۸	۲/۵۲	۰/۹۴۲	۰/۴۴۱
حل تعارض	آزمایش	۱۳/۳۷	۳/۱۸	۰/۹۱۹	۰/۱۶۲	۱۷/۷۵	۳/۸۳	۰/۹۲۷	۰/۲۲۰
	گواه	۱۲/۴۳	۲/۶۸	۰/۹۶۲	۰/۷۰۱	۱۲/۵۰	۲/۸۷	۰/۹۲۶	۰/۲۱۴
مدیریت مالی	آزمایش	۱۴/۷۵	۴/۱۸	۰/۹۶۸	۰/۸۰۵	۱۷/۴۳	۴/۵۷	۰/۹۲۳	۰/۱۹۰
	گواه	۱۴/۶۲	۴/۴۸	۰/۹۰۹	۰/۱۱۳	۱۳/۵۰	۴/۵۴	۰/۹۵۱	۰/۵۰۸
اوقات فراغت	آزمایش	۱۰/۶۲	۳/۵۷	۰/۹۲۹	۰/۲۳۸	۱۱/۸۷	۲/۸۷	۰/۹۶۲	۰/۶۹۳
	گواه	۱۰/۶۵	۳/۲۰	۰/۹۲۶	۰/۲۰۸	۱۰/۸۱	۳/۱۰	۰/۹۵۶	۰/۶۲۷
روابط جنسی	آزمایش	۱۲/۸۱	۴/۰۶	۰/۹۰۸	۰/۱۰۸	۱۷/۵۶	۳/۵۵	۰/۹۶۰	۰/۴۸۱
	گواه	۳۷/۱۴	۳/۹۹	۰/۸۶۴	۰/۵۳۰	۱۳/۵۶	۳/۹۶	۰/۹۲۱	۰/۱۷۶
فرزندپروری	آزمایش	۱۳/۴۳	۲/۶۸	۰/۹۴۳	۰/۳۹۰	۱۵/۶۲	۳/۷۷	۰/۹۰۲	۰/۰۸۶
	گواه	۱۴/۴۳	۲/۸۳	۰/۸۰۴	۰/۵۳۰	۱۴/۰۰	۳/۳۲	۰/۸۴۹	۰/۵۳۰
بستگان	آزمایش	۱۴/۱۸	۲/۷۶	۰/۹۷۲	۰/۸۶۷	۱۶/۱۸	۳/۱۰	۰/۹۰۲	۰/۰۸۷
	گواه	۱۵/۲۵	۳/۱۳	۰/۹۶۷	۰/۷۹۳	۱۴/۲۵	۲/۹۳	۰/۹۴۴	۰/۴۰۰
مساوات طلبی	آزمایش	۴/۸۱	۱/۵۵	۰/۹۰۸	۰/۱۰۸	۶/۰۰	۱/۲۶	۰/۹۶۸	۰/۸۰۵
	گواه	۴/۸۲	۱/۴۷	۰/۸۶۴	۰/۲۶۰	۴/۹۳	۱/۳۸	۰/۹۴۷	۰/۴۴۰
جهت‌گیری مذهبی	آزمایش	۱۴/۴۳	۳/۷۰	۰/۹۱۸	۰/۱۵۷	۱۵/۸۷	۳/۶۱	۰/۹۴۸	۰/۴۶۶
	گواه	۱۳/۶۲	۳/۹۳	۰/۹۳۰	۰/۲۴۵	۱۲/۶۸	۴/۰۶	۰/۹۸۲	۰/۹۸۰

جدول ۳. همگنی رگرسیون متغیرهای انعطاف‌پذیری روانشناختی و رضایت زناشویی و ابعاد آن

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig
تعامل پیش‌آزمون‌ها در سطح عامل انعطاف‌پذیری روانشناختی	۰/۶۵۰	۱	۰/۶۵۰	۰/۵۴۷	۰/۴۶۶
تعامل پیش‌آزمون‌ها در سطح عامل با رضایت زناشویی	۳۸/۲۰۵	۱	۳۸/۲۰۵	۰/۲۱۲	۰/۶۴۹
تعامل پیش‌آزمون‌ها در سطح عامل پاسخ قراردادی	۱۳/۰۶۸	۱	۱۳/۰۶۸	۱/۳۰۵	۰/۲۳۶
تعامل پیش‌آزمون‌ها در سطح عامل موضوعات شخصیتی	۲۲/۵۰۸	۱	۲۲/۵۰۸	۳/۱۹۰	۰/۰۸۵
تعامل پیش‌آزمون‌ها در سطح عامل ارتباط زناشویی	۳/۴۰۰	۱	۳/۴۰۰	۰/۴۸۲	۰/۴۹۳
تعامل پیش‌آزمون‌ها در سطح عامل حل تعارض	۰/۵۴۹	۱	۰/۵۴۹	۰/۰۵۵	۰/۸۱۷
تعامل پیش‌آزمون‌ها در سطح عامل مدیریت مالی	۳/۴۴۰	۱	۳/۴۴۰	۰/۸۹۶	۰/۳۵۲
تعامل پیش‌آزمون‌ها در سطح عامل اوقات فراغت	۷/۰۵۳	۱	۷/۰۵۳	۱/۸۳۸	۰/۱۸۶
تعامل پیش‌آزمون‌ها در سطح عامل روابط جنسی	۳/۱۷۵	۱	۳/۱۷۵	۰/۵۵۲	۰/۴۶۴
تعامل پیش‌آزمون‌ها در سطح عامل فرزندپروری	۰/۴۸۲	۱	۰/۴۸۲	۰/۱۹۳	۰/۶۶۴
تعامل پیش‌آزمون‌ها در سطح عامل بستگان	۳/۸۴۹	۱	۳/۸۴۹	۲/۶۸۴	۰/۱۱۳
تعامل پیش‌آزمون‌ها در سطح عامل مساوات طلبی	۴/۰۵۹	۱	۴/۰۵۹	۰/۷۸۶	۰/۳۸۳
تعامل پیش‌آزمون‌ها در سطح عامل جهت‌گیری مذهبی	۹/۷۱۴	۱	۹/۷۱۴	۱/۶۸۸	۰/۲۰۵

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره بر نمرات پس‌آزمون انعطاف‌پذیری روانشناختی و رضایت زناشویی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	آزمون F	Sig	Eta	توان آزمون
گروه* رضایت زناشویی	۸۳۹۴/۴۶۶	۱	۸۳۹۴/۴۶۶	۴۷/۷۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲۲	۱/۰۰۰
گروه* انعطاف‌پذیری روانشناختی	۳۲۱/۸۸۷	۱	۳۲۱/۸۸۷	۱۳/۶۶۲	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۴۶

برای بررسی نرمال بودن داده‌ها، آزمون شاپیرو-ویلک مورد استفاده قرار گرفت؛ که در جدول ۲ نتایج نشان می‌دهد که سطح معناداری متغیرهای پژوهش بر اساس آزمون شاپیرو-ویلک بالاتر از ۰/۰۵ است. لذا توزیع نمرات متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رضایت زناشویی و ابعاد آن در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال می‌باشد ($P > ۰/۰۵$). در تحلیل کوواریانس فرض بر این است که واریانس نمرات دو گروه در جامعه با هم برابرند و از نظر آماری تفاوت معناداری با هم ندارند. برای آزمودن این فرضیه از آزمون لوین استفاده شد و نتایج این آزمون، همگنی واریانس‌های نمرات مربوط به انعطاف‌پذیری روانشناختی و رضایت زناشویی و ابعاد آن را تأیید نمود ($P > ۰/۰۵$). پیش‌فرض همگنی رگرسیون نیز، به وسیله آزمون فرض همگنی شیب‌ها مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به جدول ۳ و برقرار بودن پیش‌فرض همگنی خطوط رگرسیون ($P > ۰/۰۵$)، تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره انجام شد. چنانکه در جدول ۴ ملاحظه می‌شود در جدول بالا مقدار F مربوط به بررسی فرضیه پژوهش و مقایسه میزان رضایت زناشویی در مرحله پس‌آزمون زوجین با کنترل پیش‌آزمون در بین دو گروه گواه و آزمایش برابر با ($F = ۴۷/۷۹۵$) که از لحاظ آماری در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنی‌دار است. با توجه به میانگین رضایت زناشویی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، می‌توان گفت که رضایت زناشویی زوجین به طور معنی‌داری پس از درمان افزایش پیدا کرده است. اندازه اثر ($\eta^2 = ۰/۶۲$) بیانگر آن است که با برداشتن تأثیر پیش‌آزمون از نمرات پس‌آزمون؛ ۶۲ درصد از تغییرات پس‌آزمون رضایت زناشویی و ابعاد آن مربوط به تأثیر پکیج زوج درمانی (ACT/SF) است. توان آماری نیز برابر با ۱ به دست آمده است، یعنی احتمال اینکه فرضیه صفر اشتباهاً تأیید شده باشد در حدود ۰/۰۱ می‌باشد (خطای نوع دوم). از

این رو می‌توان گفت که زوج درمانی ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد با فرمول بندی طرحواره ای (ACT/SF) موجب افزایش رضایت زناشویی شده است.

همچنین در جدول ۴ نشان داده شده است با کنترل پیش‌آزمون بین افراد گروه آزمایش و گروه گواه، از لحاظ انعطاف‌پذیری روانشناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F = ۱۳/۶۶۲$ ، $P = ۰/۰۰۱$). با توجه به میانگین پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه می‌توان گفت که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زوجین به طور معنی‌داری پس از درمان افزایش پیدا کرده است. اندازه اثر ($\eta^2 = ۰/۳۲$) گویای آن است که با برداشتن تأثیر پیش‌آزمون از نمرات پس‌آزمون ۳۲ درصد از تفاوت‌های فردی انعطاف‌پذیری روانشناختی در پس‌آزمون مربوط به تأثیر پکیج زوج درمانی ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد با فرمول‌بندی طرحواره‌ای (به کارگیری و تأثیر متغیر مستقل) است. توان آماری نیز برابر با ۰/۹۴ به دست آمده است، یعنی احتمال اینکه فرضیه صفر اشتباهاً تأیید شده باشد در حدود ۰/۰۶ می‌باشد (خطای نوع دوم)؛ بنابراین زوج درمانی ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد با فرمول‌بندی طرحواره‌ای (ACT/SF) موجب افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی زوجین شده است. برای بررسی تفاوت میزان تأثیر پکیج درمانی بر ابعاد ۱۱ گانه رضایت زناشویی از تحلیل کوواریانس مانکوا استفاده شد. روش استاندارد برای ارزیابی برابری ماتریس‌های کوواریانس آزمون M باکس است. نتایج نشان داد که فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس برقرار است ($Mbox = ۸۵/۰۹۹$ ، $F = ۰/۷۶۹$ ، $P = ۰/۹۱۵$). جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس برای خرده مقیاس‌های رضایت زناشویی در دو گروه گواه و آزمایش را نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) ابعاد رضایت زناشویی در دو گروه مورد مطالعه

نام آزمون	مقدار	آزمون F	df	Df error	Sig	Eta	توان آزمون
اثر پیلاپی	۰/۹۳۹	۱۲/۶۱۴	۱۱	۹	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۶۱۰	۱۲/۶۱۴	۱۱	۹	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹	۱
آزمون اثر هلینگ	۱۵/۴۱۷	۱۲/۶۱۴	۱۱	۹	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹	۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۱۵/۴۱۷	۱۲/۶۱۴	۱۱	۹	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹	۱

درد و گروه گواه و آزمایش از لحاظ آماری در سطح $p < 0/05$ معنی‌دار است؛ بنابراین، با کنترل پیش‌آزمون به عنوان متغیر کواریت بین این ابعاد رضایت زناشویی در گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود. همچنین اندازه اثر (مجذور اتا) هر خرده مقیاس نشان می‌دهد که با برداشتن تأثیر پیش‌آزمون از نمرات پس‌آزمون، بیشترین تأثیر زوج درمانی ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد با فرمول‌بندی طرحواره‌ای (ACT/SF) به ترتیب مربوط به ابعاد موضوعات شخصیتی (۶۸٪)، حل تعارض (۶۰٪)، روابط جنسی (۵۷٪)، ارتباط زناشویی (۵۶٪) پاسخ قراردادی (۵۲٪)، بستگان (۵۰٪)، فرزندپروری (۴۵٪)، مدیریت مالی (۴۲٪)، جهت‌گیری مذهبی (۴۰٪)، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت (۲۷٪) و مساوات طلبی بین مرد و زن (۲۲٪) است ($p < 0/05$).

جدول ۵ بیانگر آن است که در میانگین آزمون‌ها از نظر حداقل یکی از ابعاد رضایت زناشویی زوجین در دو گروه گواه و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد. آزمون لامبدای ویلکز ($\lambda = 0/61$)، $F = 12/61$ ، $P < 0/001$ تفاوت معناداری را میان نمرات ابعاد رضایت زناشویی در دو گروه گواه و آزمایش نشان می‌دهد. برای بررسی بیشتر بین میانگین نمرات ابعاد رضایت زناشویی در دو گروه گواه و آزمایش از آزمون تحلیل کواریانس یک متغیره آنکوا در متن مانکوا استفاده شده است که در جدول ۶ گزارش شده است. چنانکه در جدول ۶ ملاحظه می‌شود تمام مقدارهای F مربوط به ابعاد رضایت زناشویی (پاسخ قراردادی، موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، فرزندپروری، بستگان، مساوات طلبی بین مرد و زن و جهت‌گیری مذهبی) در مرحله پس‌آزمون زوجین با کنترل پیش‌آزمون

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات ابعاد رضایت زناشویی

منبع تغییرات برای پس‌آزمون	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	آزمون F	Sig	Eta	توان آزمون
بین گروهی پاسخ قراردادی	۶۸/۱۸۱	۱	۶۸/۱۸۱	۲۰/۶۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۲۰	۰/۹۹۰
بین گروهی موضوعات شخصیتی	۱۰۲/۳۴۵	۱	۱۰۲/۳۴۵	۴۱/۰۶۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸۴	۱
بین گروهی ارتباط زناشویی	۱۰۳/۰۴۲	۱	۱۰۳/۰۴۲	۲۳/۶۸۳	۰/۰۰۴	۰/۵۶۲	۰/۹۴۵
بین گروهی حل تعارض	۲۱۵/۰۴۴	۱	۲۱۵/۰۴۴	۲۸/۵۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰۱	۰/۹۹۹
بین گروهی مدیریت مالی	۱۰۸/۵۳۴	۱	۱۰۸/۵۳۴	۱۳/۹۶۴	۰/۰۰۱	۰/۴۲۴	۰/۹۴۳
بین گروهی اوقات فراغت	۲۱/۱۱۱	۱	۲۱/۱۱۱	۷/۱۶۱	۰/۰۱۵	۰/۲۷۴	۰/۷۱۹
بین گروهی روابط جنسی	۱۷۱/۱۶۰	۱	۱۷۱/۱۶۰	۲۵/۶۶۶	۰/۰۰۱	۰/۵۷۵	۰/۹۹۸
بین گروهی فرزندپروری	۸۳/۵۴۸	۱	۸۳/۵۴۸	۱۵/۶۸۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵۲	۰/۹۶۴
بین گروهی بستگان	۴۲/۶۱۷	۱	۴۲/۶۱۷	۱۹/۵۴۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰۷	۰/۹۸۷
بین گروهی مساوات طلبی	۸/۲۴۲	۱	۸/۲۴۲	۵/۴۸۹	۰/۰۳۰	۰/۲۲۴	۰/۶۰۴
بین گروهی جهت‌گیری مذهبی	۷۲/۷۰۱	۱	۷۲/۷۰۱	۱۲/۷۱۴	۰/۰۰۲	۰/۴۰۱	۰/۹۲۲

بحث و نتیجه‌گیری

علاوه بر این، نتایج به دست آمده گویای آن بود که پکیج درمانی به کار گرفته شده به‌طور معناداری باعث افزایش رضایت زناشویی با اندازه اثر قوی ($\eta^2 = 0/62$) شده است. این نتایج، همسو با یافته‌های لو و همکاران (۲۰۱۷)، مک کی و همکاران (۲۰۱۲)، محمدی و همکاران (۲۰۲۲)، کوشین (۲۰۲۱)، گرینبرگ (۲۰۱۷)، واعلمی و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که رویکرد تلفیقی (ACT/SF) در افزایش رضایتمندی زوجی اثر معناداری دارد. بالاخص، مؤلفه ویژگی شخصیتی که درک فرد از ویژگی‌ها و رفتارهای همسرش را نشان می‌دهد، بیشترین تغییر و افزایش را بعد از درمان

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی رویکرد ترکیبی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با فرمول‌بندی طرحواره‌ای (ACT/SF) بر انعطاف‌پذیری روانشناختی و رضایت زناشویی انجام شد. نتایج این پژوهش همسو با کازینو (۲۰۱۲)، فیشر و همکاران (۲۰۱۶)، گرکوچی و همکاران (۲۰۱۸)، کازین (۲۰۲۱) و کوئینلن (۲۰۱۸) نشان داد که این درمان می‌تواند باعث افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی زوجین شود.

ACT/SF نشان داد. بعد از آن، دو مؤلفه دیگر یعنی حل تعارض، روابط جنسی و ارتباط زناشویی نسبت به سایر ابعاد رضایت زناشویی تحت تأثیر درمان قرار گرفته‌اند. بدین معنی که بعد از درمان، نگرش‌ها و احساسات همسران در هنگام شکل‌گیری تعارض‌ها تغییر یافته و روش‌های مؤثرتری را جهت پایان و اتمام جر و بحث‌ها بکار می‌برند؛ و در مورد مسائل جنسی، صمیمیت و نگرش مثبتی در آنان شکل گرفته است. همچنین، ارتباط زناشویی چه کلامی و چه غیر کلامی بهبود یافته و تبادل احساسات و افکار با رضایت بیشتری دنبال شده است.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر از یک سو، میتوان به اثربخشی بسیار تأیید شده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. پژوهش‌های بسیاری تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در بافت خانوادگی و زوجی مورد بررسی قرار داده‌اند مانند کارسون و همکاران (۲۰۰۴)، پترسون و همکاران (۲۰۰۹)، کوشین (۲۰۲۱)، و سبوحی و همکاران (۱۳۹۴). یافته‌های همه این پژوهش‌ها حاکی از مؤثر بودن رویکرد درمانی ACT در سازش یافتگی، افزایش رضایت و کاهش تعارضات زناشویی بوده است. در اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان به ویژگی خاص این رویکرد درمانی اشاره کرد؛ که به جای کنترل به چگونگی سازگار شدن با عوامل تعارض برانگیز زندگی می‌پردازد و با تکیه بر کشف ارزش‌ها به چگونگی ایجاد یک زندگی پر معنا تأکید می‌کند و با ارائه راهبردهای انطباقی و افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی همسران باعث می‌شود همسران به سطح بالاتری از رضایتمندی دست پیدا کنند.

از سویی دیگر، تأثیر طرحواره درمانی در بهبود عملکرد همسران و درمان مشکلات زناشویی توسط پژوهش‌های متعدد تأیید شده است؛ مانند یانگ و همکاران (۲۰۰۳)، دیفرانچسکو و همکاران (۲۰۱۵)، نوکراگ (۲۰۱۵)، رویدگر و همکاران (۲۰۱۸). وریسکوجیک (۲۰۱۲) معتقد است رویکرد طرحواره یانگ، مجموعه‌ای از مفاهیم متقاعد کننده با تأثیری فزاینده را فراهم می‌آورد و تحقیقات انجام شده، شواهد خوبی از سودمندی قابل توجه طرحواره درمانی را فراهم آورده است.

این گونه نتایج و نظایر آن نشان داده‌اند که هم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و هم طرحواره درمانی در کاهش تعارضات همسران و افزایش رضایتمندی آنان مؤثر هستند؛ و حتی در اینکه کدام رویکرد بر دیگری ترجیح دارد نیز مطالعاتی انجام شده است (نیک پور و همکاران، ۱۴۰۰؛

نجاری و همکاران، ۱۴۰۲). همچنین، همتی و مداحی (۱۳۹۷) که با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی زوجی و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در میزان تاب‌آوری، مطالعه‌ای را روی نمونه ۴۸ نفری انجام دادند. این محققان نتیجه گرفتند که طرحواره درمانی زوجی تأثیر بیشتری در افزایش سطح تاب‌آوری همسران نسبت به زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد دارد. فرشیدمنش و همکاران (۲۰۱۹) هم به این مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و ذهن‌آگاهی بر صمیمیت زوجی زنان پرداختند. مطالعه آنان نشان داد هم طرحواره درمانی و هم ذهن‌آگاهی می‌تواند سطح صمیمیت، تعهد و شادکامی زوجی را افزایش دهد. مختاری‌نژاد و همکاران (۱۳۹۹) نیز مقایسه بین طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی انجام دادند. نتایج به‌دست آمده حاکی از این بود که ACT در کاهش سرزنش دیگران و تمرکز بر فاجعه و افزایش تمرکز مجدد مثبت مؤثرتر از طرحواره درمانی بود و در سایر مؤلفه‌های درمانی تفاوت معنی‌داری بین دو نوع درمان وجود نداشت.

به‌طور کلی این مطالعات و یافته‌ها، گویای آن است که هم طرحواره درمانی و هم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو می‌توانند در کاهش مشکلات زوجی مورد استفاده قرار بگیرند. هر دو رویکرد، به خوبی تثبیت شده هستند. هم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و هم طرحواره درمانی در کاهش تعارضات و افزایش رضایت همسران مؤثر هستند؛ اما هر یک از این درمان‌ها حوزه خاصی از مشکلات را نشانه می‌روند. برای اینکه با دید جامع تری بتوان به مشکلات زوجی پرداخت، ناگزیر از آن هستیم که فواید رویکردهای درمانی را که می‌توانند مکمل یکدیگر قرار گیرند در مجموعه‌ای تجمیع و تلخیص کنیم. در زوج درمانی ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد با فرمول‌بندی طرحواره‌ای (ACT/SF)، رابطه میان فرد و افکار و احساسات ناشی از فعال شدن طرحواره‌ها تغییر می‌یابد. با توجه به اینکه طرحواره‌ها با احتمال کمی بهبود می‌یابند و به گفته یانگ (۲۰۰۳) بیشترین تمرکز درمان در طرحواره درمانی نیز، فعال‌سازی کمتر طرحواره‌هاست تا حذف آن؛ بنابراین در این رویکرد ترکیبی نیز، بیشتر به نحوه ارتباط افراد با طرحواره‌ها نشان توجه گردید.

در این درمان، زوج‌ها با شناسایی و نام‌گذاری طرحواره‌های خود و همسران می‌آموزند نسبت به عواطف برخاسته از طرحواره، پذیرش بیشتری نشان دهند و با فاصله گرفتن از افکار طرحواره‌ای، انعطاف‌پذیری

تعارضات و فرسودگی زوجی می‌گردد. بنابراین، ضروری است که به طور کامل به این مفهوم اصلی پرداخته شود که چه چیزی در کنترل زوج است و چه چیزی نیست. در رویکرد ACT/SF درمانگر تأکید می‌کند که تنها چیزی که قابل کنترل است رفتار خود فرد است. از این طریق، آمیختگی زوجها بر کنترل احساسات خود و دیگری کاهش یافته و به آن‌ها کمک می‌کند تا روابط خود را به روشی معنادار بهبود بخشند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، عدم امکان پیگیری طولانی مدت، برای تعیین اثرات ماندگار درمان بود؛ بنابراین، پیگیری و ارزیابی مجدد در فواصل زمانی ۶ تا ۱۲ ماه بعد از درمان، توصیه می‌گردد. همچنین، بدلیل محدودیت در تعداد نمونه و گروه‌ها، پیشنهاد می‌گردد به منظور تأیید بیشتر اثربخشی و کاربردپذیری رویکرد درمانی (ACT/SF)، پژوهش‌های دیگری در با حجم نمونه‌ی بزرگتر و با مقایسه سایر رویکردهای درمانی انجام گیرد. البته، برای تعیین فرمت بهینه‌ای از این نوع درمان و مدت زمان مورد نیاز جهت ارایه این درمان به تحقیقات بیشتری نیاز است؛ و در آخر، این پکیج درمانی، می‌تواند در کلیه مراکز مشاوره خصوصی و دولتی و مراکز کاهش طلاق سازمان بهزیستی و کلیه مراکزی که با خانواده در ارتباط هستند استفاده گردد و به عنوان یک راهنمای مؤثر در اختیار زوج درمانگران قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی در دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شیراز می‌باشد. ملاحظات اخلاقی مانند جلب رضایت آگاهانه، عدم آسیب‌رسانی، آزاد بودن خروج از پژوهش و محرمانه بودن اسامی شرکت‌کنندگان بطور کامل رعایت گردید. این پژوهش با کد اخلاق IR.US.REC.1400.003 در وبگاه سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی ثبت شده است.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسندگان سوم و چهارم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از مراجعانی که در این پژوهش شرکت کردند، قدردانی می‌گردد.

روانشناختی خود را پرورش دهند؛ و با توجه به ارزش‌ها، رفتار کارآمدی را در پیش گیرند. در این مدل ردپای طرحواره‌ها با تأکید بر روابط بین فردی از دوران کودکی تا زمان حال دنبال می‌شود. با به کارگیری این مدل افراد می‌توانند مشکلات خود را به شکل خود ناهمخوان ببینند و در نتیجه برای رها شدن از شر مشکلات، انگیزه بیشتری پیدا کنند (یانگ و گلاسکو، ۲۰۰۳) و افکار برخاسته از طرحواره‌ها را هوشیارانه مشاهده کرده و با گسلسن شناختی از آن‌ها فاصله گرفته و ضمن مشاهده هوشیارانه عواطف برخاسته از طرحواره‌ها، با آن‌ها مواجه شوند و به جای اجتناب از درد طرحواره‌ای که ریشه تعارضات زناشویی است، بیاموزند که آن را بپذیرند. رفتارهای همسو با ارزش‌ها را به عنوان جایگزین برای اجتناب برخاسته از طرحواره شناسایی کنند و خودشان را به این رفتارهای تازه متعهد سازند (لو، ۲۰۱۱).

پروتکل درمانی ACT/SF که در این پژوهش مورد آزمون قرار گرفت؛ فرد را به مشاهده ظهور الگوهای شناختی، عاطفی و رفتاری (علائم فعال شدن طرحواره) سوق می‌دهد تا ضمن پذیرش احساسات برخاسته از طرحواره، خود را توصیف نماید و با پایش تحریف‌های شناختی رخ داده، جدا شدن و گسلسن از افکار طرحواره‌ای یعنی عقب‌نشینی و دیدن افکار به عنوان صرفاً افکار را تجربه کند. به منظور کارایی بیشتر درمان ACT/SF، در این پژوهش، آشنایی با خطاها و تحریف‌های شناختی را که عامل تداوم طرحواره هستند، مورد توجه قرار دادیم. شناسایی این الگوهای تفکر غیر منطقی و منفی که به تحریف واقعیت منتهی می‌شوند می‌تواند از یک سو مانع تقویت طرحواره‌های ناسازگار فرد باشد و از دیگر سو فرآیندهایی از آمیختگی شناختی را تسریع سازد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آشنایی کلی با تحریف‌های شناختی و عملکرد آن در تخریب روابط زوجی همسران، تأثیر خوبی در گسلسن شناختی و فاصله گرفتن همسران از افکار غیرمنطقی و منفی داشته است و در گزارش‌های بالینی همسران این نکته به خوبی نمایان بود که تا قبل از آن گمان می‌کردند افکارشان مطابق با واقعیت است اما بعد از آشنایی با تحریف‌های شناختی ذهن، می‌توانند آن فکر را از خود و از واقعیت جدا بدانند. با آموزش تحریف‌های شناختی فرد از نارسایی‌های و خطاهای ذهنی خویش آگاه شده و منجر به تغییر در روند و الگوهای فکری و نگرش فرد شود این امر موجب کاهش افکار منفی و غیرمنطقی و درنهایت کاهش

منابع

- اعلمی، مهدی، تیموری، سعید، آهی، قاسم، و بیاضی، محمدحسین. (۱۳۹۹). مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد تلفیقی طرحواره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین متقاضی طلاق. *فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی*، ۹(۳۳)، ۵۸-۷۱.
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.25382799.1399.9.33.6.3>
 سبوحی، راحله، فاتحی زاده، مریم سادات، و احمدی، احمد. و اعتمادی، عذرا. (۱۳۹۴). تأثیر مشاوره مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مراجعه کننده به فرهنگسرای شهر اصفهان. *روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۲(۱)، ۴۲-۵۳.
<https://doi.org/10.22108/cbs.2016.20994>
 سالاری فر مرضیه، دشت بزرگی زهرا، جدیدی محسن. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی آموزش روانشناختی ایماگوتراپی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دیدگاه فهمی همسر در زوجین متقاضی طلاق. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲(۱۲۷)، ۱۴۳۳-۱۴۱۵.
<https://doi.org/10.52547/JPS.22.127.1415>
 عباسی، ایمانه؛ فتی، لادن؛ مولودی، رضا؛ ضرابی، حمید. (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۳(۱۰)، ۶۵-۸۰.
https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_61.html
 فرشی‌دمنش، فروغ؛ داودی، حسین؛ حیدری، حسن؛ زارع بهرام آبادی، مهدی. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار بر صمیمیت، تعهد و شادکامی زناشویی زنان با دلزدگی زناشویی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷(۱)، ۵۶-۶۷.
<http://rbs.mui.ac.ir/article-1-644-fa.html>
 مختاری نژاد، اولدوز، میرزائیان، بهرام، و حسن زاده، رمضان. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری و نگرانی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب بیماری. *تازه‌های علوم شناختی*، ۲۲(۳)، ۵۸-۶۷.
<http://doi.org/10.30699/icss.22.3.58>
 نیک پور فاطمه، خلعتبری جواد، رضائی امید، جمهوری فرهاد. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۱)، ۷۵۱.
<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1400.20.101.11.6>

- نجاری فیروزه، نیکنام مژگان، دوکانه ای فرد فریده. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر بخشش در زنان بعد از خیانت همسر. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲(۱۲۴)، ۸۴۳-۸۲۷.
<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.22.124.827>
 همتی معصومه، و مداحی، محمدابراهیم، و حسینیان، سیمین، و خلعتبری، جواد. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در تاب آوری خانواده. *مطالعات زن و خانواده*، ۶(۲)، ۱۴۵-۱۶۳.

<https://doi.org/10.22051/jwfs.2017.13919.1361>

References

- Aalami, M., Taimory, S., Ahi, G., & Bayazi, M. H. (2020). Comparison Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and an Integrated Approach of Schema Therapy based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Reduction of Marital Conflicts in Divorce Applicant Couples. *Journal of Consulting Excellence and Psychotherapy*, 9, 58-71. (Persian).
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.25382799.1399.9.33.6.>
 Abasi, E., Fti, L., Molodi, R., & Zarabi, H. (2012). Psychometric properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire -II. *Psychological Models and Methods*, 3(Vol.2/No.10/65-80). (Persian).
https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_61.html
 Beck, Aaron T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-375. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.368>
 Beck, Aaron T. (2008). Cognitive Schemas, Beliefs and Assumptions. In *Risk Factors in Depression* (pp. 119-143). Elsevier. [HTTPS://doi:10.1016/B978-0-08-045078-0.00006-X](https://doi.org/10.1016/B978-0-08-045078-0.00006-X)
 Beck, Aron T. (1964). Thinking and Depression: II. Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10(6), 561-571.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720240015003>
 Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>

- Bricker, D., & Labin, M. (2012). Teaching Mindfulness Meditation within a Schema Therapy Framework. *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice*, 259–270. <https://doi:10.1002/9781119962830.ch18>.
- Carr, A. (2006). *Family Therapy Concepts, Process and Practice, Second Edition* (A. Carr (ed.)). John Wiley & Sons Ltd. <https://doi:10.1002/9780470713051>.
- Carson, J. W., Carson, K. M., Gil, K. M., & Baucom, D. H. (2004). Mindfulness-based relationship enhancement. *Behavior Therapy*, 35(3), 471–494. [https://doi:10.1016/S0005-894\(04\)80028-5](https://doi:10.1016/S0005-894(04)80028-5).
- Cousineau, P. (2012). Mindfulness and ACT as Strategies to Enhance the Healthy Adult Mode. In *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy* (pp. 249–257). Wiley. <https://doi:10.1002/9781119962830.ch17>.
- Farshidmanesh, F., Davoudi, H., Heidari, H., & Zare Bahramabadi, M. (2019). Comparison of the Effectiveness of Mindfulness Education and Emotional Focused Therapy on Couple Intimacy, Commitment and Happiness Women with Couple Burnout. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 17(1), 56–67. (Persian). <https://doi.org/10.52547/rbs.17.1.56>.
- Fischer, T. D., Smout, M. F., & Delfabbro, P. H. (2016). The relationship between psychological flexibility, early maladaptive schemas, perceived parenting and psychopathology. *Journal of Contextual Behavioral Science*. <https://doi:10.1016/j.jcbs.2016.06.002>.
- Fowers, B. J., & Olson, D. H. (1993). ENRICH Marital Satisfaction Scale: A Brief Research and Clinical Tool. *Journal of Family Psychology*, 7(2), 176–185. <https://doi:10.1037/0893-3200.7.2.176>.
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192. <https://doi:10.1016/j.jcbs.2020.09.009>.
- Gottman, J. M. (1993). A Theory of Marital Dissolution and Stability. *Journal of Family Psychology*, 7(1), 57–75. <https://doi:10.1037/0893-3200.7.1.57>.
- Govrin, A. (2014). The vices and virtues of monolithic thought in the evolution of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(2), 79–90. <https://doi:10.1037/a0035972>.
- Grecucci, A., Messina, I., & Dadomo, H. (2018). Decoupling internalized dysfunctional attachments: A combined ACT and schema therapy approach. *Frontiers in Psychology*, 9(NOV), 2016–2018. <https://doi:10.3389/fpsyg.2018.02332>.
- Greenberg, M. J. (2017). A hybrid ACT and Schema Therapy protocol for the treatment of depression. In *ProQuest Dissertations and Theses*. <https://www.proquest.com/openview/a30b10a5ab88d409d3e866d82e0b52c3/1>.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2012). *Family therapy: An overview* (8th ed.). Cengage learning. https://books.google.com/books/about/Family_Therapy_An_Overview.html?id=6ccJAAAAQ.
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications. <https://doi:10.22051/jwfs.2017.13919.1361>.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* (2nd Edition). New York, NY: The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2012-00755-000>.
- Hemmati, M., & Maddahi, M. E. (2018). Compare the effectiveness of couples therapy based on schema therapy with couples therapy based on acceptance and commitment therapy on family resiliency of couples. *Journal of Woman and Family Studies*, 6(2), 145–163. <https://doi.org/10.22051/jwfs.2017.13919.1361>.
- Kuiper, J. J., De Man, R. A., & Van Buuren, H. R. (2006). Hepatische hydrothorax. In *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (Vol. 150, Issue 2).
- Kusin, E. (2021). An evaluation of acceptance and commitment therapy for couples in a workshop setting. In *ProQuest Dissertations and Theses*. <https://www.proquest.com/openview/0fafd523a4d3f9d2b8b4aae0e112bff0/1?>
- Lev, A. (2011). A new group therapy protocol combining acceptance and commitment therapy (ACT) and Schema Therapy in the treatment of interpersonal disorders: A randomized controlled trial. <https://www.proquest.com/openview/a30b10a>.
- Lev, A., & McKay, M. (2017). Acceptance and commitment therapy for couples: A clinician's guide to using mindfulness, values, and schema awareness to rebuild relationships. In *Context Press; 1st edition*. https://books.google.com/books/about/Acceptance_and_Commitment_Therapy_for_Co.html?
- Lebow, J. L., & Snyder, D. K. (2022). *Clinical Handbook of Couple Therapy*. Guilford Publications.

- <https://books.google.com/books?id=mLZ5EAAAQBAJ>
- Matoff, M. (2018). Circumstances to integrate acceptance and commitment therapy with short-term psychodynamic psychotherapies. *Cogent Psychology*, 5(1). <https://doi.org/10.1080/23311908.2018.1453595>
- McKay, M., Lev, A., & Skeen, M. (2012). Acceptance and commitment therapy for interpersonal problems: Using mindfulness, acceptance, and schema awareness to change interpersonal behaviors. In *New Harbinger Publications* (Vol. 59). <https://www.goodreads.com/book/show/13230895>
- Mohammadi Tileh Noii, S., Rahmani, M. A., & Ghorban Shirudi, S. (2022). The Effectiveness of Combined Couple Therapy based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Schema Therapy on Cognitive Flexibility and Cognitive Emotion-Regulation in Couples Seeking Divorce. *Journal of Counseling Research*. <https://doi.org/10.18502/qjcr.v21i81.9498>
- Mokhtarinjad, O., Mirzaian, B., & Hassanzadeh, R. (2020). Comparison of the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on perception of disease and worry in patients with illness anxiety disorder. *Advances in Cognitive Science*. <https://doi.org/10.30699/icss.22.3.58>
- Narimani, A. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on dyadic adjustment in women. *Journal of Family Counseling & Psychotherapy*, 8(1), 166–182. (Persian). <https://www.magiran.com/paper/1920676>
- Najari F, Niknam M, Dokaneifard F. (2023). Comparison of the efficacy of acceptance and commitment based therapy (ACT) and schema therapy on forgiveness in women after infidelity. *Journal of Psychological Science*. 22(124), 827-843. (Persian). doi:10.52547/JPS.22.124.827
- Neukrug, E. S. (2015). Schema Therapy. *The SAGE Encyclopedia of Theory in Counseling and Psychotherapy*, 254. <https://doi.org/10.4135/9781483346502.n324>
- Nikpour F, Khalatbari J, rezaei O, jomehri F. (2021). Comparison of the effectiveness of schema therapy approach and acceptance and commitment based therapy Psychological well-being of divorced women. *Journal of Psychological Science*, 20(101), 741-751. (Persian). <https://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1400.20>
- Norcross, J. C., Pfund, R. A., & Prochaska, J. O. (2022). *Psychotherapy in 2022: A Delphi Poll on Its Future*. 44(5), 363–370. <https://doi.org/10.1037/a0034633>
- Parfy, E. (2012). Schema Therapy, Mindfulness, and ACT—Differences and Points of Contact. *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice*, 229–237. <https://doi.org/10.1002/9781119962830.ch15>
- Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 430–442. <https://psycnet.apa.org/record/2010-13971-006>
- Quinlan, E. (2018). Pilot of an acceptance and commitment therapy and schema group intervention for mental health carer's interpersonal problems. *Journal of Contextual Behavioral Science*. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.06.006>
- Roediger, E., Stevens, B. A., & Brockman, R. (2018). *Contextual schema therapy: An integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning*. New Harbinger Publications. <https://researchoutput.csu.edu.au/en/publicatio>
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125–162. <https://psycnet.apa.org/record/2010-05335-008>
- Salarifar, M., Dasht Bozorgi, Z., & Jadidi, M. (2023). Comparing the effectiveness of psychological education of imago therapy and treatment based on acceptance and commitment on the dyadic perspective-taking in couples applying for divorce. *Journal of Psychological Science*, 22(127), 1415-1433. (Persian). <https://doi.org/10.52547/JPS.22.127.1415>
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. In *Journal of Marital and Family Therapy*. <https://doi.org/10.1111/j.1752-606.2003.tb01694.x>
- Simeone-DiFrancesco, C., Roediger, E., & Stevens, B. A. (2015). Schema Therapy with Couples. *Schema Therapy with Couples*. <https://doi.org/10.1002/9781118972700>
- Sobouhi, R., Fatehizade, M., Ahmadi, A., & Etemadi, O. (2016). The Effect of Counseling Approach Based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Improving Marital Attribution of Women Referred

- to Isfahan Cultural Centers. Research in Cognitive and Behavioral Sciences, 6(2), 53-64. (Persian).
doi: 10.22108/cbs.2016.20994
- Van Vreeswijk, M., & Broersen, J. (2012). Schema-Focused Mindfulness: An Eight-Session Protocol. *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice*, 271–281.
<https://doi.org/10.1002/9781119962830.ch19>.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy. In *Guilford*.
<https://www.guilford.com/excerpts/young.pdf>