



## مقایسه اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT و طرحواره درمانی ST در بهبود سواد عاطفی، ابرازگری هیجانی و تمایز یافتگی در زوج های با دلزدگی زناشویی

مرتضی رزم آرا: دانشجوی دکتری مشاوره، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران  
**محمود جاجرمی:** استادیار، گروه روان شناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران (\*نویسنده مسئول) [Mahmoud.jajarmi@gmail.com](mailto:Mahmoud.jajarmi@gmail.com)  
**محسن دوستکام:** استادیار، گروه روانشناسی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران

### چکیده

#### کلیدواژه‌ها

فرسودگی زناشویی،  
بیان هیجانی،  
خودمتمایزسازی،  
سواد هیجانی،  
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،  
طرحواره درمانی

**زمینه و هدف:** دلزدگی زناشویی از جمله مؤلفه‌های مهم در روابط زوجین است که وجود آن موجب بروز اثرات منفی بر زوجین و خانواده می شود. در این میان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک درمان موج نو و طرحواره درمانی به عنوان درمانی که تلفیقی از درمان های دیگر می باشد، با هدف قرار دادن زمینه های هیجانی، شناختی و رفتاری در مشکلات ارتباطی زوجین، به حل مشکلات آنها می پردازند. از این رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر بهبود ابراز هیجانی، خودمتمایزسازی و سواد عاطفی زوجین با دلزدگی زناشویی پردازد.

**روش کار:** این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. به این منظور تعداد ۳۰ زوج که به مرکز مشاوره آستان مهر مشهد در بهار سال ۱۴۰۱ مراجعه نمودند با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی و کنترل گماشته شدند. مقیاس دلزدگی زناشویی پاینز، پرسشنامه ابرازگری هیجان، پرسشنامه تمایز خود و پرسشنامه سواد عاطفی در دو مقطع پیش آزمون، پس آزمون مورد استفاده قرار گرفتند. افراد گروه های آزمایش در جلسات درمان (هر جلسه ۹۰ دقیقه) شرکت کردند و اعضای گروه دیگر (گروه کنترل) هیچ درمانی را دریافت نکردند. برای بررسی داده ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و یک متغیره استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج بدست آمده از تحلیل آماری داده ها نشان داد که بین هر دو گروه درمانی و گروه کنترل از نظر اثربخشی درمان تفاوت معناداری وجود ندارد. اما اندازه اثر مشاهده شده برای هر درمان، تأیید کننده اثربخشی هر دو گروه درمانی در بهبود سطح ابرازگری هیجانی، خودمتمایزسازی و سواد عاطفی بود. همچنین تفاوت معناداری بین مرحله پیگیری با پس آزمون در اعضای نمونه پژوهش مشاهده نشد.

**نتیجه گیری:** این یافته ها بیانگر لزوم تمرکز بر شاخص های شناختی و هیجانی در رویارویی با دلزدگی زناشویی و طراحی برنامه های درمانی می باشد. بنابراین می توان گفت که هر دو درمان اجرا شده می توانند از طریق ایجاد بازسازی های شناختی، رفتاری و هیجانی، به بهبود شرایط زوجین با دلزدگی زناشویی کمک کنند.

**تعارض منافع:** گزارش نشده است.

**منبع حمایت کننده:** حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Razm-Ara MR, Jajarmi M, Doustkam M. Comparing the Effectiveness of Couple Therapy Based on Acceptance and Commitment ACT and Schema Therapy ST in Improving Emotional Literacy, Emotional Expression and Differentiation in Couples with Marital Distress. Razi J Med Sci. 2023(30 Dec);30.155.

\*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با 4.0 CC BY-NC-SA صورت گرفته است.

## Comparing the Effectiveness of Couple Therapy Based on Acceptance and Commitment ACT and Schema Therapy ST in Improving Emotional Literacy, Emotional Expression and Differentiation in Couples with Marital Distress

**Mohammad Reza Razm-Ara:** PhD Student, Department of Counseling, Bojnord University, Islamic Azad University, Bojnord, Iran

**Mahmoud Jajarmi:** Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran (\*Corresponding Author) [Mahmoud.jajarmi@gmail.com](mailto:Mahmoud.jajarmi@gmail.com)

**Mohsen Doustkam:** Assistant Professor, Department of Psychology, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran

### Abstract

**Background & Aims:** Conflicts between individuals are a common and unavoidable issue. One of the most important reasons for couples seeking counseling is their decision to divorce (1). An unhealthy family environment caused by conflicts, hypocrisy, and arguments between spouses can lead to negative consequences for the children's lives, which may manifest as defiance and disobedience to social norms in the future (3). Empathy is a crucial factor in creating or preventing marital intimacy, as it can reduce the emotional distance between spouses. Studies show that awareness of emotions and the impact of this awareness on interpersonal relationships in married life is effective (12). Couples who possess a certain level of self-awareness can maintain their individuality and independence while also having strong, genuine, and non-threatening emotional intimacy (13). Expressing emotions is related to some marital processes, including marital satisfaction; competent individuals in terms of emotions can identify and understand their feelings, recognize the underlying meanings of those feelings, and express their emotional states more effectively to others (17). Marital therapy is an important component of healthcare services, and research has shown that therapy based on acceptance and commitment is a type of effective treatment for reducing marital conflicts (19). The healing cycle is a combined treatment that integrates cognitive-behavioral therapy, object relations theory, psychodrama therapy, and attachment theory into a systematic treatment model (22). Therefore, the present study aimed to investigate whether marital therapy based on acceptance and commitment and the healing cycle can have a significant impact on improving emotional empathy, emotional expression, and self-awareness in couples with marital distress.

**Methods:** In this study, a semi-experimental design was used. The research design was of the applied type and semi-experimental (with a pre-test and post-test with a control group) and was approved by the university's Ethics Committee with the code IR.IAU.BOJNOURD.REC.1401.016 in the ethics system. The statistical population consisted of all couples who sought treatment at the Astane Mehr Center in Mashhad in the spring of 1401. From this population, 30 couples were selected using convenience sampling. They were randomly assigned to three groups: commitment-based therapy and acceptance (15 couples), healing cycle therapy (15 couples), and the control group (15 couples). The inclusion criteria included being between the ages of 25 and 45, having no signs of primary depression or anxiety disorders, and

### Keywords

Marital burnout, emotional expression, Self-differentiation, Emotional literacy, Therapy based on acceptance and commitment, Schema therapy

Received: 05/08/2023

Published: 30/12/2023

no mental or sexual disorders, which were identified through a screening interview conducted by the researcher and a trained assistant in clinical psychology. Additionally, participants had to score above the cutoff point of the marital distress scale (the cutoff point for this scale is 84), and couples had to have at least 5 years of cohabitation. Participants had to have a minimum of a diploma and no substance dependence. The exclusion criteria included seeking other treatments or counseling services simultaneously or having more than three consecutive absent sessions and participants not wanting to continue treatment. In this study, the following instruments were used: the Couples Burnout Measurement, Emotional Expression Questionnaire, Self-Awareness Questionnaire, and Emotional Awareness Questionnaire.

**Results:** The findings showed that the mean differences in the research variables (emotional expression, self-awareness, and emotional empathy) in the two measurement stages were statistically significant ( $P < 0.01$ ). The interaction between the repeated measure and the experimental variable (acceptance-based and commitment therapy and healing cycle therapy): The mean differences between the research variables in the experimental and control groups in the three measurement stages were statistically significant ( $P < 0.01$ ). The experimental variable (acceptance-based and commitment therapy and healing cycle therapy): The mean differences of the research variables in the experimental and control groups were statistically significant ( $P < 0.01$ ). The purpose of presenting the above hypothesis was to examine the impact of the experimental variables. Since the calculated F value for acceptance-based and commitment therapy and healing cycle therapy is greater than the critical F value at a degree of freedom of 2 and 57 and a significant level of  $P < 0.05$ , the null hypothesis is rejected. Based on the rejection of the null hypothesis, it can be concluded that acceptance-based and commitment therapy and healing cycle therapy had a more significant impact on improving the research variables (emotional expression, self-awareness, and emotional empathy) in the married couples of the experimental groups compared to the control group.

**Conclusion:** The results showed that the mean scores of emotional empathy, emotional expression, and self-awareness in the members of the experimental groups were significantly higher than those in the control group in the post-test. Additionally, the effect size indicated that providing acceptance-based and commitment therapy and healing cycle therapy had a significant impact on improving the levels of emotional empathy, emotional expression, and self-awareness in the married couples of the experimental groups.

In conclusion, the provided therapies were able to have a meaningful impact on improving the levels of emotional empathy, emotional expression, and self-awareness in the members of the experimental groups, and it was determined that there was no significant difference in the impact of acceptance-based and commitment therapy and healing cycle therapy on the research variables among the members of the experimental groups.

**Conflicts of interest:** None

**Funding:** None

#### Cite this article as:

Razm-Ara MR, Jajarmi M, Doustkam M. Comparing the Effectiveness of Couple Therapy Based on Acceptance and Commitment ACT and Schema Therapy ST in Improving Emotional Literacy, Emotional Expression and Differentiation in Couples with Marital Distress. Razi J Med Sci. 2023(30 Dec);30.155.

\*This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.

## مقدمه

مطالعات نشان داده اند که یکی از مهمترین دلایل مراجعات زوجین به مراکز مشاوره، تصمیم آنها برای طلاق است (۱) که اثبات شده دلزدگی زناشویی از اصلی ترین زمینه ها این تصمیم در بین آنها می باشد (۲). بروز تعارض در روابط انسان ها با یکدیگر امری رایج و اجتناب ناپذیر است.

کانون خانواده‌ای که بر اثر تعارض و نفاق و جدال بین زن و شوهر آشفته است آثار مخربی در حیات کودکی فرزندان و خانواده به جای می‌گذارد که در سال‌های آتی به صورت عصیان و سرکشی از مقررات اجتماعی بروز می‌کند (۳). نتایج مطالعات حاکی از رابطه معکوسی بین سلامت روان و دلزدگی زناشویی است. به طور مثال بو تورت و رودر یگرز (Butterworth & Rodgers) نشان دادند زوج هایی که در آنها زن یا شوهر دچار مشکلات بهداشت روانی هستند، از اختلالات زناشویی بیشتر خبر می‌دهند (۴). دمیرداگاس (Demir-Dagdaz) و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که فقدان سلامت روان و وجود آسیب های روانشناختی می تواند زمینه ساز بروز اختلافات زناشویی و ناسازگاری زوجین شود و در مقابل، این مشکلات خود می‌تواند به تشدید بیشتر آسیب‌های روانی در زوجین منجر شود (۵). به نظر می‌رسد که یکی دیگر از عوامل مرتبط با دلزدگی زناشویی، سواد عاطفی باشد (۶).

نتایج پژوهش‌های اوه و همکاران (۷)؛ حقی و همکاران (۸)؛ لی و همکاران (۹) و جاویدوالا و همکاران (۱۰) حاکی از این حقیقت است که اگر صمیمیت در جریان رابطه بین زوجین متوقف شود، انرژی عشق به آزردهی و خشم تبدیل میشود و میتواند باعث شکل گیری دلزدگی زناشویی بین آنها شود. در واقع دلزدگی های به وجود آمده در خانواده مسائل و مشکلاتی را در سطوح فردی، نهادی و اجتماعی به وجود می‌آورد. در سطح نهاد خانواده عواقب تعارض به وجود آمده نه تنها گریبان گیر همه اعضای آن خانواده می‌شود، بلکه خویشان، بستگان، نزدیکان و آشنایان آنها را هم ممکن است تحت تأثیر قرار دهد. این تعارضات می‌تواند منجر به ضعیف شدن روابط زناشویی، ضعیف شدن سازگاری کودکان، احتمال افزایش تعارض بین والدین و فرزندان و نیز بین

خویشاوندان شود (۱۱).

مفهوم سواد عاطفی عامل مهمی در ایجاد یا عدم ایجاد دلزدگی زناشویی است، زیرا سواد عاطفی میتواند فاصله عاطفی بین زوجین را کم کند. مطالعات نشان میدهد که آگاهی از هیجانها و چگونگی اثر گذاری این آگاهی در روابط بین فردی در زندگی زناشویی مؤثر است (۱۲). سواد عاطفی به ظرفیتی گفته می‌شود که افراد به وسیله آن توان اندیشیدن، تشخیص دادن، اداره کردن، دریافت و انتقال عواطف خود به طور مناسب را دارند و می‌توانند به درک و فهم این مطلب برسند که این عوامل چگونه رفتارها و مناسبات ما را شکل داده و بر اندیشه ها و باورهای آنها تاثیر بگذارند. از سوی دیگر یکی از فاکتور های مؤثر در دلزدگی زناشویی، تمایز یافتگی می‌تواند باشد که میزان توانایی فرد را در تفکیک فرایندهای عقلانی و احساسی او نشان می‌دهد. زوجینی که به یک اندازه از سطوح بالای تمایز یافتگی برخوردارند، قادرند فردیت و استقلال روشنی را به وجود آورده و حفظ کنند و در همان زمان صمیمیت عاطفی قوی، پخته و غیر تهدید آمیزی را داشته باشند. از سوی دیگر زن و شوهرهایی که از سطوح پایین تمایز یافتگی برخوردارند در برقراری صمیمیت، با مشکل مواجه هستند چون فقط خودهایی کاذب را پرورش داده اند. (۱۳). بسیاری از تحقیقات، تمایز یافتگی را به عنوان پیش بینی کننده کیفیت روابط زناشویی و صمیمیت زناشویی مطرح می‌کنند (۱۴ و ۱۵). بررسی پیلاژ نشان داد که بین تمایز یافتگی بالا و رضایت زناشویی زوج های در مراحل مختلف زندگی رابطه مثبت وجود دارد. با توجه به موارد ذکر شده می‌توان از سازه تمایز یافتگی به عنوان یکی از پیش بین های دلزدگی زناشویی یاد کرد (۱۶). ابرازگری هیجانی با برخی از فرایندهای زوجی از جمله رضایت زناشویی مرتبط است؛ افراد توانمند از نظر هیجانی، در رویارویی با هر آنچه آزاردهنده است، احساس های خود را تشخیص می‌دهند، مفاهیم ضمنی آن را درک می‌کنند و به گونه مؤثرتری حالت های هیجانی خود را برای دیگران بیان می‌کنند (۱۷). توجه به علت عدم شفافیت در ابرازگری هیجانی و ترس یا عدم صمیمیت می‌تواند شواهد مفیدی جهت کاوش در روابط انسان ها به شمار رود (۱۸).

می آید (۲۴). برخی از تحقیقات حاکی از آن هستند که آموزش این رویکرد سبب افزایش عواطف مثبت، شادکامی و شفقت می شود (۲۵) و همچنین می تواند میزان صمیمیت و شادی (عواطف مثبت) زناشویی زنان متأهل را افزایش دهد (۲۶).

تفاوت موجود بین این دو رویکرد درمانی در این است که طرحواره درمانی با تلفیق سه حوزه روانی شناخت، هیجان و رفتار به این شکل عمل می کند که در مانگر از مداخلات شناختی، رفتاری، و هیجانی استفاده میکند که در هر طرحواره شکل خاصی دارد. در حالی که در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، تمرکز ویژه ای بر انعطاف پذیری روانی به منظور ایجاد توانایی انتخاب گزینه مناسب تر در بین گزینه های مختلف و مفهوم اجتناب تجربی به عنوان تلاش برای اصلاح ادراک افراد از تجارب واقعی دارد و بر برهه زمانی خاصی اشاره ندارد. بنابراین، مطالعه حاضر به منظور بررسی این مساله انجام شد که آیا زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در بهبود سواد عاطفی، ابرازگری هیجانی و تمایز یافتگی در زوج های با دزدگی زناشویی می تواند اثر بخش باشد؟

### روش کار

در پژوهش حاضر از شیوه طرح های نیمه آزمایشی استفاده شد. طرح پژوهش به لحاظ هدف از نوع کاربردی و از نظر نحوه اجرا نیمه آزمایشی (با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه آماری شامل تمامی زوجین مراجعه کننده به مؤسسه آستان مهر مشهد در بهار سال ۱۴۰۱ بود. از این جامعه ۳۰ زوج به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شد و به شیوه جایگزینی تصادفی در سه گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (۱۵ زوج)، گروه طرحواره درمانی (۱۵ زوج) و گروه کنترل (۱۵ زوج) قرار گرفتند. ملاک های ورود عبارتند از آزمودنی در دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال قرار داشته باشد، آزمودنی نشانگان افسردگی اساسی یا اختلالات اضطرابی نداشته باشد و اختلالات ذهنی و جنسی وجود نداشته باشد که با مصاحبه تشخیصی، که توسط پژوهشگر و یک دستیار

زوج درمانی یکی از مولفه های مهم خدمات بهداشتی است و نشان داده شده است که زوج درمانی یک گزینه درمانی مفید برای کاهش تعارضات زناشویی است (۱۹). یکی از چندین تکنیک زوج درمانی که برای تقویت روابط زوجین استفاده می شود، درمان با پذیرش و تعهد است. هدف پذیرش و تعهد ایجاد تغییر مستقیم در بیماران نیست، بلکه کمک به آنها برای برقراری ارتباط با تجربیات خود به روش های مختلف و ایجاد ارتباط کامل با یک زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش است. این درمان مراجعین را قادر می سازد تا با لحظه حال تماس بگیرند و رفتار خود را در خدمت اهداف ارزشمند و مهم زندگی تغییر دهند یا حفظ کنند (۲۰). انعطاف پذیری روان شناختی در پذیرش و تعهد از طریق شش فرآیند اصلی پذیرش، گسلس شناختی، خود به عنوان بافتار، تماس با لحظه حال، ارزش ها و اقدام متعهدانه انجام می شود. مزیت اصلی این روش درمانی نسبت به سایر روان درمانی ها در نظر گرفتن جنبه های انگیزشی در کنار جنبه های شناختی برای موثرتر و ماندگارتر کردن درمان است. هیز و ویلسون بر این باورند که پیام اصلی در پذیرش و تعهد این است که به مراجعین کمک کند آنچه را که خارج از کنترل آنها است بپذیرند و آنها را متعهد به انجام هر کاری که تحت کنترل آنها است می دانند (۲۱).

یکی دیگر از روش های موثر زوج درمانی که به بررسی نگرش ها و تجربیات افراد در روابط فعلی شان می پردازد، طرحواره درمانی مبتنی بر نظریه یا نگ است. طرحواره درمانی یک درمان تلفیقی است که درمان شناختی- رفتاری، نظریه روابط شیء، گشتالت درمانی و نظریه دلبستگی را در یک مدل سیستماتیک درمان ترکیب می کند (۲۲). در طرحواره درمانی علاوه بر درمان شناختی رفتاری، از تکنیک های تجربی مانند تصویر سازی و کار با صندلی استفاده می شود. هدف این درمان استفاده بیشتر از سبک های مقابله ای سازگانه به جای سبک های مقابله ای ناسازگار است تا بیماران بتوانند نیازهای عاطفی خود را ارضا کنند (۲۳). این دو ویژگی با شناخت طرحواره ها و زیر سؤال بردن اعتبار آنها و شکستن الگوهای رفتاری به دست



که بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ بود (۱). در ایران نیز نویدی آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ گزارش کرد. **پرسشنامه ابرازگری هیجانی:** این مقیاس را کینگ و آموز به منظور بررسی ابرازگری عاطفی طراحی کرده اند. ابرازگری عاطفی شامل ۱۶ ماده و ۳ زیر مقیاس ابرازگری هیجانی مثبت سؤالات ۱ تا ۷، ابرازگری صمیمیت سؤالات ۸ تا ۱۲ و ابرازگری هیجانی منفی سؤالات ۱۳ تا ۱۶ است. این پرسشنامه بر پایه طیف ۵ درجه ای لیکرت از دامنه «کاملاً مخالف ۱» تا «کاملاً موافق ۵» تنظیم شده است. بر اساس این شیوه نمره گذاری نمره کل فرد از ۱۶ تا ۸۰ متغیر است و نقطه برش ۴۰ برای این مقیاس در نظر گرفته شد (رفیعی نیا، ۱۳۸۵). کینگ و آموز در پژوهش خود میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برابر با ۰/۸۰ گزارش نمودند. پایایی این مقیاس از طریق روش همسانی درونی و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ توسط طباطبائی، معماریان، غیائی و عطاری بررسی شد و مقدار آن برای کل مقیاس ها و زیر مقیاس های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۵، ۰/۵۹ و ۰/۶۸ است.

**پرسشنامه تمایز یافتگی خود:** این پرسشنامه جهت سنجش میزان تمایز یافتگی بکار گرفته می شود و توسط اسکورون ساخته شده است. پرسشنامه تمایز یافتگی (DSI) دارای ۴۵ سوال و ۴ خرده مقیاس است. خرده مقیاس های این آزمون عبارتند از واکنش عاطفی، گسلس عاطفی، آمیختگی با دیگران و مواضع شخصی یا موقعیت من. سؤالات آزمون به صورت لیکرت ۶ درجه ای پاسخدهی می شوند (۱ به معنای عدم توافق و ۶ به معنای حداکثر توافق). همبستگی درونی سؤالات این پرسشنامه توسط اسکورون و فریدلندر با روش آلفای کرونباخ محاسبه گردیده که همبستگی درونی سؤالات پرسشنامه در کل ۰/۸۸ بوده و برای هریک از خرده آزمون ها به ترتیب عبارت است از واکنش عاطفی ۰/۸۳، گسلس عاطفی ۰/۸۰، آمیختگی با دیگران ۰/۸۲ و موقعیت من یا مواضع شخصی ۰/۸۰ (۱۵). در پژوهشی که در ایران توسط نجفلویی صورت گرفت پایایی پرسشنامه به طور کلی ۰/۷۲ و برای

متخصص در روانشناسی بالینی انجام شد، در جلسه غربالگری شناسایی شد. همچنین کسب نمره بالاتر از نقطه برش آزمون دلزدگی زناشویی پاینز (نقطه برش این آزمون ۸۴ می باشد) و اعضا بایستی حداقل ۵ سال سابقه زندگی مشترک داشته باشند. تحصیلات اعضا حداقل دیپلم باشد و وابستگی به مصرف مواد نیز در اعضا تشخیص داده نشود. ملاک های خروج نیز عبارت بودند از: مراجع هنگام دریافت این درمان، همزمان در دوره ها یا مداخلات روانشناختی دیگر شرکت داشته باشد و در بیش از سه جلسه پایپی غیبت داشته باشد و اعضا عدم تمایل به ادامه درمان نداشته باشند. ابزار به کار رفته جهت گردآوری داده ها به این شرح بودند:

**پرسشنامه دلزدگی زناشویی:** مقیاس دلزدگی زناشویی (Couples Burnout Measurement) (CBM)، یک ابزار خود سنجی است که برای اندازه گیری درجه دلزدگی زناشویی در بین زوجین طراحی گردیده است. CBM از یک ابزار خودسنجی دیگری که برای اندازه گیری دلزدگی به کار می رود (MB) اقتباس شده است. CBM توسط پاینز (۱۹۹۶) ابداع گردید (۱). این پرسشنامه ۲۱ مورد دارد که شامل سه قسمت اصلی خستگی جسمی (احساس خستگی، سستی و داشتن اختلالات خواب)، از پا افتادن عاطفی (احساس افتادگی، ناامیدی، در دام افتادن) و از پا افتادن روانی (احساس بی ارزشی، سرخوردگی و خشم نسبت به همسر) می باشد. تمام این موارد روی یک مقیاس هفت امتیازی پاسخ داده می شوند. سطح ۱ معرف عدم تجربه عبارت مورد نظر و سطح ۷ معرف تجربه زیاد عبارت مورد نظر (همیشه) است. تکمیل کردن CBM ۱۵ تا ۲۰ دقیقه طول می کشد (۱). با توجه به اینکه نقطه برش این آزمون ۸۴ می باشد، نمرات بالای ۸۴ به عنوان افراد با دلزدگی زناشویی بیشتر وارد فرایند مصاحبه غربالگری شدند. ارزیابی ضریب اعتبار CBM نشان داد که آن دارای یک همسانی بین متغیرها در دامنه ۰/۸۴ و ۰/۹۰ است. ضریب اطمینان آزمون-باز آزمون ۰/۸۹ برای یک دوره یک ماهه، ۰/۷۶ برای دوره دو ماهه و ۰/۶۶ برای دوره چهار ماهه بود. تداوم درونی برای اغلب آزمودنی ها با ضریب ثابت آلفا سنجیده شد

خرده آزمون به ترتیب ۰/۸۱ واکنش عاطفی، ۰/۷۶ گسلس عاطفی، ۰/۷۹ آمیختگی با دیگران و ۰/۶۴ برای موقعیت من برآورد شد.

**پرسشنامه آگاهی هیجانی:** مقیاس آگاهی هیجانی توسط ریفی و همکاران بر اساس مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو (باگی و همکاران، ۱۹۹۴) جهت سنجش چگونگی احساس یا ادراک کودکان و نوجوانان در مورد احساساتشان توسعه داده شده است. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت یک طیف لیکرت سه گزینه ای درست، تا حدودی درست و نادرست و از ۱ تا ۳ نمره است. این پرسشنامه شامل ۶ خرده مقیاس توانایی تمایز قائل شدن میان هیجانات با ۷ سوال، توانایی به اشتراک گذاشتن احساسات با ۳ سوال، توانایی پنهان نکردن هیجانات با ۵ سوال، خودآگاهی جسمی (بدنی) با ۵ سوال، توجه کردن به هیجانات دیگران با ۵ سوال و توانایی تحلیل هیجانات با ۵ سوال می باشد. پایایی و روایی این پرسشنامه توسط ریفی و همکاران انجام شد که نتایج بیانگر پایایی خرده مقیاس های توانایی تمایز قائل شدن میان هیجانات، توانایی به اشتراک گذاشتن احساسات، توانایی پنهان کردن هیجانات، خودآگاهی جسمی، توجه کردن به هیجانات دیگران و توانایی تحلیل هیجانات به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۶۸، ۰/۶۴، ۰/۶۵ و ۰/۶۵ بود. ریفی و همکاران با استفاده از تحلیل عاملی ساختار ۶ عاملی پرسشنامه را تایید کرد. در ایران غلامرضا و صابری روایی و پایایی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار دادند و آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را برابر با ۰/۷۸ گزارش کردند (۲۷). همچنین به منظور بررسی روایی سازه پرسشنامه از هر دو روش تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی استفاده کردند که نتایج هر دو تحلیل از ساختار شش عاملی پرسشنامه حمایت کرد.

پس از کسب مجوزهای لازم و تعیین حجم نمونه ضمن رعایت اصول اخلاقی، پرسشنامه ها جهت اجرا به نمونه منتخب پژوهش حاضر ارائه شد. ملاحظات اخلاقی شامل هماهنگی و کسب اجازه برای ورود به محیط پژوهش، توضیح هدف تحقیق و روش تکمیل پرسشنامه ها و حق مشارکت کنندگان برای شرکت در

مطالعه یا امتناع آنها، دادن اطمینان به مشارکت کنندگان درخصوص محرمانه ماندن اطلاعات فردی و کسب رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش رعایت گردید. همچنین به جهت رعایت اصول اخلاق پژوهش، پس از اتمام مداخلات و اجرای پس آزمون، مداخلات ارائه شده برای اعضای گروه کنترل نیز ارائه شد. پس از اجرای دوره پیش آزمون، اعضای گروه درمان پذیرش و تعهد به مدت ۸ جلسه و اعضای گروه طرحواره درمانی به مدت ۱۱ جلسه تحت درمان قرار گرفتند و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه بود. اعضای گروه کنترل در طی این مدت هیچگونه درمانی یا آموزشی را دریافت نکردند. در پایان جلسه آخر برای هر گروه درمانی، از اعضای نمونه پس آزمون گرفته شد و در همین زمان با دعوت از اعضای گروه کنترل، از آنها نیز پس آزمون اخذ شد. پس از دو ماه نیز با دعوت مجدد از اعضای نمونه پژوهش، پرسشنامه ها مجدداً به آنها ارائه و توسط آنها تکمیل شد تا بخش پیگیری نیز انجام پذیرد. در این طرح پژوهش داده های جمع آوری شده از پرسشنامه های پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، با استفاده از آمار توصیفی همچون جداول و نمودارها برای نشان دادن ویژگی های جمعیت شناختی تحلیل و به منظور استنباط داده ها از آزمون کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) و تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) برای آزمون فرضیه ها و کنترل اثر پیش آزمون مورد استفاده قرار گرفت. تمام مراحل تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS انجام گردید.

### یافته‌ها

با بررسی میزان تحصیلات اعضای نمونه که به تفکیک گروه انجام شد، نتایج بدست آمده در جدول ۱ نشان دادند که در گروه پذیرش و تعهد، ۸ نفر دیپلم، ۱۷ نفر لیسانس و ۵ نفر دارای مدرک ارشد یا دکتری بودند. در گروه ST نیز ۱۱ نفر دیپلم، ۱۵ نفر لیسانس و ۴ نفر دارای مدرک ارشد یا دکتری بودند. در گروه کنترل نیز ۹ نفر دیپلم، ۱۷ نفر لیسانس و ۴ نفر دارای مدرک ارشد یا دکتری بودند.

در جدول ۲ شاخص های توصیفی شامل میانگین و

جدول ۱- توزیع سطح تحصیلات اعضای نمونه به تفکیک گروه

کل	ارشد و دکتری	لیسانس	دیپلم	کنترل
۳۰	۴	۱۷	۹	کنترل
۳۰	۵	۱۷	۸	پذیرش و تعهد
۳۰	۴	۱۵	۱۱	ST
۹۰	۱۳	۴۹	۲۸	کل

جدول ۲- میانگین متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و پیش/پس آزمون

سواد عاطفی	تمایز یافتگی	ابراز هیجانی	میانگین	پیش آزمون	پذیرش و تعهد
۳۴/۶۶۶	۱۳۶/۸۳۳	۳۰/۹	میانگین	پیش آزمون	پذیرش و تعهد
۳/۱۸۷	۲/۸۷۷	۳/۵۱۶	ان.استاندارد	پس آزمون	کنترل
۴۵/۲۶۶	۱۴۵/۵	۳۹/۷	میانگین	پس آزمون	کنترل
۲/۵۹۸	۳/۲۶۶	۳/۵۱۴	ان.استاندارد	پیگیری	کنترل
۴۴/۴۱۸	۱۴۴/۵۱	۳۷/۴۳	میانگین	پیگیری	کنترل
۳/۲۸	۳/۶۵	۳/۳۷	ان.استاندارد	پیش آزمون	ST
۳۴/۵	۱۳۵/۴۶۶	۳۱/۵	میانگین	پیش آزمون	کنترل
۴/۴۳۱	۳/۴۲۱	۳/۹۷۱	ان.استاندارد	پس آزمون	کنترل
۴۱/۶	۱۴۱/۱۳۳	۳۶/۹	میانگین	پس آزمون	کنترل
۶/۲۷۳	۵/۵۵	۵/۶۲۲	ان.استاندارد	پیگیری	کنترل
۴۰/۸۷	۱۴۰/۲۲۸	۳۶/۱۷۴	میانگین	پیگیری	کنترل
۵/۷۴	۵/۴۷	۵/۱۸۵	ان.استاندارد	پیش آزمون	کنترل
۳۴/۲۶۶	۱۳۴/۴۶۶	۳۱/۴۳۳	میانگین	پیش آزمون	کنترل
۴/۰۵	۴/۰۷۴	۳/۵۹۷	ان.استاندارد	پس آزمون	کنترل
۳۷/۲۶۶	۱۳۶/۶۶۶	۳۳/۶	میانگین	پس آزمون	کنترل
۶/۷۹۲	۶/۳۹۱	۵/۴۹۹	ان.استاندارد	پیگیری	کنترل
۳۸/۱۴۹	۱۳۶/۷۱۴	۳۶/۸۴	میانگین	پیگیری	کنترل
۶/۲۰۸	۶/۵۱۱	۵/۶۲۸	ان.استاندارد	پیگیری	کنترل

تصاویری از *greenhouse-Geisser* برای گزارش اثربخشی مداخلات انجام شده استفاده شد.

**تکرار آزمون:** تفاوت میانگین متغیرهای پژوهش (ابراز هیجانی، تمایز یافتگی و سواد عاطفی) در دو مرحله اندازه‌گیری معنی‌دار است ( $P < 0/01$ ). تعامل تکرار آزمون و متغیر آزمایشی (درمان پذیرش و تعهد و درمان ST): تفاوت میانگین متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله اندازه‌گیری معنی‌دار است ( $P < 0/01$ ). متغیر آزمایشی (درمان پذیرش و تعهد و درمان ST): تفاوت میانگین متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل معنی‌دار است ( $P < 0/01$ ). هدف از ارائه فرضیه فوق اثربخشی

انحراف معیار برای متغیرهای ابراز هیجانی، تمایز یافتگی و سواد عاطفی در سه زمان به تفکیک گروه‌ها گزارش شده است.

نتایج بدست آمده در جدول ۳ از بررسی آزمون‌های پیش فرض نشان دهنده رعایت شدن پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها و پیش فرض همگنی واریانس‌ها می‌باشد که بیانگر رعایت شدن این پیش فرض‌ها می‌باشد. همچنین با اجرای آزمون باکس مشخص شد که  $F$  بدست آمده برای این آزمون در سطح  $0/05$  معنادار شده که این به معنای رعایت نشدن پیش فرض مربوط همگنی ماتریکس‌ها می‌باشد ( $P < 0/05$ ،  $F = 1/343$ ،  $Box's M = 302/943$ ). بنابراین از آزمون



**جدول ۳- نتایج بررسی پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر**

متغیر	همگنی واریانس ها		آزمون M box	
	لوین	معناداری	F	معناداری
ابراز هیجانی	۱/۸۳۳	۰/۱۶۹	۳۰۲/۹۴۳	۰/۰۰۳
تمایز یافتگی	۲/۳۸۷	۰/۱۰۱		
سواد عاطفی	۰/۱۸۶۵	۰/۴۲۷		

**جدول ۴- نتیجه تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای متغیرهای پژوهش**

منابع تغییر	SS	Df	MS	F	sig	اندازه اثر
آزمون (ابراز هیجانی)	۱۶۴۵/۵۴۴	۱/۳۶۰	۱۲۱۰/۲۱۶	۴۱/۶۸۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸۰
آزمون (تمایز یافتگی)	۱۹۸۵/۲۴۴	۱/۳۸۱	۱۴۳۷/۹۸۷	۳۰/۱۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴۱
آزمون (سواد عاطفی)	۱۳۱۳/۷۴۴	۱/۴۲۳	۹۲۳/۰۴۷	۴۱/۵۹۴	۰/۰۰۱	۰/۶۷۹
تعامل آزمون* گروه (ابراز هیجانی)	۹۹۳/۴۲۲	۲/۷۱۹	۳۶۵/۳۰۶	۱۲/۵۸۱	۰/۰۰۱	۰/۵۱۵
تعامل آزمون* گروه (تمایز یافتگی)	۱۱۲۱/۷۵۶	۲/۷۶۱	۴۰۶/۳۶۵	۸۵/۱۰۲	۰/۰۰۱	۰/۷۴۹
تعامل آزمون* گروه (سواد عاطفی)	۸۴۶/۸۸۹	۲/۸۴۷	۲۹۷/۵۱۵	۱۳/۴۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵
خطا (ابراز هیجانی)	۲۲۵/۰۳۳	۷۷/۵۰۴	۳/۲۹۵			
خطا (تمایز یافتگی)	۳۷۵/۶۶۷	۷۸/۶۹۳	۴/۷۷۴			
خطا (سواد عاطفی)	۱۸۰/۰۳۳	۸۱/۱۲۶	۲/۲۱۹			
گروه (ابراز هیجانی)	۲۶۰۲/۸۷۸	۲	۱۳۰۱/۴۳۹	۹/۴۹۴	۰/۰۰۱	۰/۲۵۰
گروه (تمایز یافتگی)	۲۷۳۹/۵۴۴	۲	۱۳۶۹/۷۷۲	۴۵/۵۱۴	۰/۰۰۱	۰/۶۱۵
گروه (سواد عاطفی)	۱۲۸۸/۴۷۸	۲	۶۴۴/۲۳۹	۱۸/۸۴۴	۰/۰۰۱	۰/۳۹۸
خطا (ابراز هیجانی)	۷۸۱۳/۳۶۷	۵۷	۱۳۷/۰۲۷۷			
خطا (تمایز یافتگی)	۱۷۱۵/۴۳۳	۵۷	۳۰/۰۹۵			
خطا (سواد عاطفی)	۱۹۴۸/۷۶۷	۵۷	۳۴/۱۸۹			

واریانس در بهبود متغیرهای پژوهش در اعضای گروه‌های آزمایشی، از طریق متغیرهای آزمایشی قابل تبیین است. برای مقایسه نتایج بدست آمده در پس‌آزمون بر روی اعضای هر دو گروه آزمایشی در مقایسه با اعضای گروه کنترل، از آزمون بونفرونی استفاده شد. این به منظور تشخیص دقیق میزان تفاوت نتایج بدست آمده در پس‌آزمون گروه پذیرش و تعهد، ST و کنترل می‌باشد.

با توجه به جدول ۵ مشاهده می‌شود که برای هر سه متغیر وابسته، تفاوت میانگین پس‌آزمون بین گروه‌های آزمایشی به صورت جداگانه با گروه کنترل از نظر آماری معنادار است ( $P < 0.001$ ). اما تفاوت میانگین پس‌آزمون بین گروه‌های آزمایشی، که به صورت دو به دو مورد بررسی قرار گرفت، تفاوت معناداری از نظر آماری نشان نمی‌دهد که این به معنای رد فرضیه اصلی

متغیرهای آزمایشی بود. بنابراین با توجه به نتایج جدول ۴ چون F محاسبه شده برای درمان پذیرش و تعهد و درمان ST از ارزش بحرانی F با درجه آزادی ۲ و ۵۷ و سطح معنی‌داری  $P < 0.05$  بزرگتر است، پس فرض صفر رد می‌شود. با توجه به رد فرض صفر، می‌توان نتیجه گرفت که در مان پذیرش و تعهد و درمان ST در شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایشی به نسبت گروه کنترل تاثیر بیشتری بر بهبود متغیرهای پژوهش (ابراز هیجانی، تمایز یافتگی و سواد عاطفی) در زنان متاهل داشته است. میزان این تاثیر «معنادار بودن عملی» برای متغیر ابراز هیجانی ۰/۲۵۰، برای متغیر تمایز یافتگی ۰/۶۱۵ و برای متغیر سواد عاطفی ۰/۳۹۸ بدست آمده است که به معنای این است که برای متغیر ابراز هیجانی ۲۵ درصد، برای متغیر تمایز یافتگی ۶۱ درصد و برای متغیر سواد عاطفی ۳۹ درصد کل

جدول ۵- نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه اثربخشی مداخلات انجام شده با یکدیگر و با گروه کنترل

متغیر	گروه مورد مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	معناداری
ابراز هیجانی	کنترل * پذیرش و تعهد	-۱۱/۳۵۲	۰/۷۶۵	۰/۰۰۰
	کنترل * ST	-۱۱/۶۶۹	۰/۸۳۳	۰/۰۰۰
تمایز یافتگی	پذیرش و تعهد * ST	-۰/۳۱۷	۰/۷۷۴	۱/۰۰۰
	کنترل * پذیرش و تعهد	-۹/۳۵۴	۰/۶۲۹	۰/۰۰۰
	کنترل * ST	-۱۰/۰۱۲	۰/۶۸۵	۰/۰۰۰
	پذیرش و تعهد * ST	-۰/۶۵۸	۰/۶۳۶	۱/۰۰۰
سواد عاطفی	کنترل * پذیرش و تعهد	-۸/۹۰۰	۰/۶۰۶	۰/۰۰۰
	کنترل * ST	-۹/۸۳۰	۰/۶۵۹	۰/۰۰۰
	پذیرش و تعهد * ST	-۰/۹۳۰	۰/۶۱۳	۱/۰۰۰

با توجه به اینکه در درمان مبتنی و پذیرش و تعهد هم شاخص‌های شناختی و هم شاخص‌های هیجانی مدنظر می‌باشد، ساختار کلیدی در این درمان، تمرکز بر آگاهی نسبت به فرایند هیجانی و تقویت مهارت ابرازگری آن در روابط زناشویی می‌باشد. ابرازگری هیجانی، پیچیده و در عین حال کمتر شناخته شده است. به دلیل اهمیت ابرازگری هیجانی در مدیریت روابط زناشویی، فهم کامل از عواملی که با سواد عاطفی و ابرازگری هیجانی مرتبط می‌شود و بین آنها مشترک است، در کار با زوجین دارای دلزدگی زناشویی لازم است، به طوری که با ایجاد روابط موثر، به تحکیم شرایط درمانی کمک می‌کند (۳۴).

تمایز یافتگی فرایند تبیین منطقی از وقایع بدون دخالت هیجانات است و به افراد کمک می‌کند تا بتوانند مسائل و چالش‌های زناشویی را با ایجاد تعادل صحیح بین منطق و هیجان حل و فصل کنند. از سوی دیگر به نظر می‌رسد درک ناکارآمدی در توانایی‌های شناختی خاص در بین زوجین متعارض مهم است، زیرا در حالات پرتنش، افراد درگیر سوگیرهای شناختی متعددی هستند که بر نگرش آنها نسبت به رخدادها و وقایع تأثیر منفی می‌گذارد. همچنین مشخص شده است که طرحواره درمانی نیز توانسته است اثربخشی معناداری بر مؤلفه‌های پژوهش داشته باشد. این یافته همسو با نتایج بدست آمده توسط چان و همکاران (۳۵)، خاتمساز و همکاران (۳۶)، دربی (۳۷) و سیمئونه و همکاران (۲۴) بود که مؤید اثربخشی طرحواره

پژوهش و عدم تفاوت معنادار اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر متغیرهای وابسته در اعضای گروه‌های آزمایش می‌باشد.

### بحث

یافته‌های بدست آمده از تحلیل آماری داده‌های پژوهش بیانگر تفاوت معنادار میانگین سواد عاطفی، ابرازگری هیجانی و تمایز یافتگی در اعضای گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس آزمون بوده است. همچنین نتایج بدست آمده از ضریب اثر نشان می‌دهد که ارائه طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بر بهبود سطح سواد عاطفی، ابرازگری هیجانی و تمایز یافتگی در اعضای گروه آزمایش دارای اثربخشی معناداری بوده است. این یافته‌ها همسو با نتایج بدست آمده توسط حسینی و همکاران (۲۸)، نلسون و همکاران (۲۹)، واترز و همکاران (۳۰)، موشر و همکاران (۳۱) و زارلینگ و همکاران (۳۲) بود که نشان دادند درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند بر بهبود شاخص‌های مرتبط با سازه‌های روانشناختی در حوزه زوج درمانی، مؤثر باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر ارتقاء و حفظ تغییرات سبک زندگی و بهبود کیفیت زندگی می‌باشد. در واقع ساختار کلیدی در تحقیقات روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز بر مکانیزم‌های میانجی اساسی در موفقیت‌های درمانی می‌باشد (۳۳).

را از طریق بازطراحی الگوهای رفتاری پیگیری می‌کنند. در چنین شرایطی زوجینی که به دلیل بروز دلزدگی زناشویی، دچار درهم‌ریختگی در هیجانات و باورها در خصوص زندگی شده‌اند، با ارتقای سطح توانمندی شخصی در خصوص نظم بخشی به عاطفه، کنترل فشار روانی، برقراری ارتباط، کنترل احساس‌ها و خودکنترلی خواهند توانست تنش‌های بین فردی را همراه با آگاهی و تسلط درونی بگذرانند. یافته‌های بدست آمده در پژوهش حاضر و سایر پژوهش‌های مشابه، ضمن روشن ساختن پاره‌ای از مسائل مهم در جامعه، زمینه را به منظور ایجاد دقت نظر و تأکید بیشتر بر کاربست آموزش‌های مبتنی بر رشد فردی در حل تعارضات فراهم می‌کند. نظر به این واقعیت‌ها و نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت ضروری است در کنار ایجاد امکاناتی برای افزایش توانمندی درمانگران، به کاربست این نظریه‌ها در درمان مشکلات زوجین دارای تعارضات زناشویی پرداخت تا به این شکل بتوان در خصوص بهبود و ارتقای کیفیت زندگی افراد جامعه اقدامات لازم را انجام داد.

### تقدیر و تشکر

از تمام عوامل فعال در مؤسسه آستان مهر مشهد، که در انجام این پژوهش ما را همراهی نمودند، کمال قدردانی و تشکر را داریم. **کد اخلاق:** این مقاله با کد (IR.IAU.BOJNOURD.REC.1401.016) در سامانه اخلاق پژوهشی ثبت گردیده و مورد تأیید می‌باشد.

### References

1. Pines A. Boredom of marital relations. Translated by Gohari Rad, Hamid and Afshar, Kazem. Tehran: Rad Mehr Publishing. 2014
2. Meyer DD, Jones M, Rorer A, Maxwell K. Examining the associations among attachment, affective state, and romantic relationship quality. *Family J.* 2015;23(1):18-25.
3. Lucas-Thompson RG, Lunkenheimer ES, Dumitrache A. Associations between marital conflict and adolescent conflict appraisals, stress physiology, and mental health. *J Clin Child Adolesc Psychol.*

درمانی بر مؤلفه‌های مرتبط با زندگی زناشویی می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت طرحواره‌درمانی به در مانگر کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق بیماران را دقیق‌تر تعریف کرده و آنها را به گونه‌ای قابل درک سازماندهی کند. در این مدل، ردپای طرحواره‌ها با تأکید بر روابط بین فردی بیمار از زمان کودکی تا زمان حال دنبال می‌شود. با بکارگیری طرحواره درمانی بیماران می‌تواند مشکلات شخصیتی خود را به صورت خودناهمخوان دیده و در نتیجه برای رها شدن از شر مشکلات انگیزه بیشتری پیدا کنند. باور بر این است که هیجان و عاطفه منفی، خشم و خصومت که جزئی از شخصیت افراد هستند، می‌توانند در تشدید مشکلات دیگر نیز نقش بازی کنند. هیجان‌ها یک‌زنجیره از اعمال خودکار هستند که به دلیل ماهیت عاطفی و هیجانی خود به زنجیره زیربنایی خود یعنی طرحواره‌های هیجانی می‌رسند و در نقش ساخت و تداوم آنها عمل می‌کنند (۳۸).

### نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه در طرحواره درمانی، هدف اصلی تضعیف طرحواره ناسازگار اولیه و در صورت امکان ایجاد یک طرحواره سالم است، در طرحواره درمانی، درمانگر به بیمار کمک می‌کند انتخاب‌های سالم تری انجام دهد، رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار و الگوهای رفتاری خود آسیب‌رسان زندگی را کنار بگذارد. در واقع دیدگاه بر این است که درمان‌های ارائه شده برای اعضای گروه‌های آزمایش، توانسته‌اند تاثیر معناداری در بهبود سطح مؤلفه‌های پژوهش در افراد داشته باشد و در این مسیر مشخص شد که تفاوت معناداری بین این دو درمان وجود نداشته است. این می‌تواند از یک سو به این دلیل باشد که هر دو درمان، برخاسته از درمان‌های موج سوم هستند که راهبردهای شناختی، هیجانی و رفتاری را با فلسفه‌ای تقریباً مشابه دنبال می‌کنند. از سوی دیگر این عدم تفاوت ممکن است به این دلیل باشد که هر دو درمان به دنبال بازسازی نظام شناختی و هیجانی افراد در بستر ارتباط زناشویی هستند و این

2017;46(3):379-393.

4. Butterworth P, Rodgers B. Mental health problems and marital disruption: is it the combination of husbands and wives' mental health problems that predicts later divorce? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008 Sep 1; 43(9):758-63.

5. Demir-Dagdas T, Isik-Ercan Z, Intepe-Tingir S, Cava-Tadik Y. Parental divorce and children from diverse backgrounds: Multidisciplinary perspectives on mental health, parent-child relationships, and educational experiences. *J Divorce Remarriage.* 2018 Aug 18; 59(6):469-85.

6. Wilding L, Claridge S. The Emotional Literacy Support Assistant (ELSA) programme: parental perceptions of its impact in school and at home. *Educ Psychol Pract.* 2016;32(2):180-196.

7. Oh YK, Hwang SY. Impact of uncertainty on the quality of life of young breast cancer patients: focusing on mediating effect of marital intimacy. *J Korean Acad Community Health Nurs.* 2018;48(1):50-58.

8. Haghi F, Allahverdipour H, Nadrian H, Sarbakhsh P, Hashemiparast M, Mirghafourvand M. Sexual problems, marital intimacy and quality of sex life among married women: A study from an Islamic country. *Sex Relatsh Ther.* 2018;33(3):339-352.

9. Lee M, Kim YS, Lee MK. The mediating effect of marital intimacy on the relationship between spouse-related stress and prenatal depression in pregnant couples: An actor-partner interdependent model test. *Int J Environ Health Res.* 2021;18(2):487.

10. Javadi Z, Allahverdipour H, Kouzekanani K, Merghati-Khoei E, Asghari Jafarabadi M, Mirghafourvand M. A randomized trial of a relationship-enhancement approach in improving marital intimacy in middle-aged Iranian couples. *J Sex Marital Ther.* 2019;45(3):190-200.

11. Karim Mansourian SM, Fakhrai S. Sociological analysis of spouse conflicts in Shiraz families. *Women's Research Journal. J Wom Stud.* 2008;2(1):75.

12. Lyusin DB. Emotional intelligence as a mixed construct. *Eur J Soc Psychol.* 2016;44 (6):54-68.

13. Talebi M, Ghojari Bonab B. Determining the relationship between self-differentiation, emotional intelligence and marital satisfaction in the counseling centers of Shahrood city (Tranem, Saba, Rozbeh, Behazisti, Shahid Foundation and Veteran Affairs). *J Fam Stud.* 2011;5(18):15-31.

14. Lambert JE, Friedlander M. Relationship of differentiation of self to adult clients' perceptions of the alliance in brief family therapy. *Health Psychol Res.* 2008;18(2):160-166.

15. Skowron EA, Dendy AK. differentiation of self and attachment in adulthood: relational correlates of effortful control." *Contemporary Family Therapy* 26(3), September Springer Science+Business Media, Inc. 2004.

16. Cañadas-De la Fuente GA, Ortega E, Ramirez-Baena L, De la Fuente-Solana EI, Vargas C, Gómez-Urquiza JL. Gender, marital status, and children as risk factors for burnout in nurses: A meta-analytic study. *Int J Environ Health Res.* 2018 Oct;15(10):2102.

17. Nawabi Far F, Ateshpour H, Golparvar M. Constructing and evaluating the effectiveness of a training package based on nine personality types (Enneagram) on the expression of emotion of marriage applicants. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2019;26(1):15-2

18. Koolae AK, Adibrad N, Poor BS. The comparison of relationship beliefs and couples burnout in women who apply for divorce and women who want to continue their marital life. *Iran J Psychiatry.* 2010;5(1):35-9.

19. Warner J, Carter JD. Loneliness, marital adjustment and burnout in pastoral and lay persons. *J Psychol Theol.* 1984;12(2):125-31.

20. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. In W. T. O'Donohue, & J. E. Fisher (Eds.), *General Principles and Empirically Supported Techniques of Cognitive Behavior Therapy* (pp. 77-101). New York: John Wiley & Sons, Inc. 2009.

21. Hayes SC, Follette VM, Linehan MM. Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. New York: Guilford Press; 2004: 243-60.

22. Bach B, Lockwood G, Young J. a new look at the schema therapy model: Organization and role of early maladaptive schemas. *J Ration Emot Cogn Behav Ther.* 2018;47(4):328-49.

23. Calvete E, Orue I, Hankin B. Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *J Anxiety Disord.* 2013;27(3):278-88.

24. Simeone-DiFrancesco C, Roediger E, Stevens BA. Schema therapy with couples: A practitioner's guide to healing relationships. New York: John Wiley & Sons. 2015.

25. Azimifar S, Jazayeri RE, Fatehizadeh M, Abedi A. Evaluating the effect of parenting management training and parenting training with a therapy method focused on acceptance and commitment in the mother-child relationship of mothers of children suffering from externalizing behavior problems. *J Fam Ther.* 2016;7(2):99-122.

26. Selgi Z, Atai W. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on type A behavior pattern and loneliness in adolescents living in correctional centers. *J Exp Soc Psychol.* 2016;7(28):41-54.

27. Gholamreza H, Sabri H. Determining the validity and reliability of the emotional awareness questionnaire in primary school students in Tehran. *Psychol Sci Q.* 2018;7(4):85-98

28. Hosseini N, Poh LL, Baranovich DL. Enhancing

marital satisfaction through acceptance and commitment therapy: A review of marital satisfaction improvement of Iranian couples. *Int J Psychol Psychol Ther.* 2019;4(33):53-60.

29. Nelson CJ, Saracino RM, Napolitano S, Pessin H, Narus JB, Mulhall JP. Acceptance and commitment therapy to increase adherence to penile injection therapy-based rehabilitation after radical prostatectomy: pilot randomized controlled trial. *J Sex Med.* 2019;16(9):1398-1408.

30. Waters CS, Annear B, Flockhart G, Jones I, Simmonds JR, Smith S, et al. Acceptance and Commitment Therapy for perinatal mood and anxiety disorders: A feasibility and proof of concept study. *J Clin Psychol.* 2020;59(4):461-479.

31. Mosher CE, Secinti E, Hirsh AT, Hanna N, Einhorn LH, Jalal SI, et al. Acceptance and commitment therapy for symptom interference in advanced lung cancer and caregiver distress: a pilot randomized trial. *J Pain Manag.* 2019;58(4): 632-644.

32. Zarling A, Bannon S, Berta M. Evaluation of acceptance and commitment therapy for domestic violence offenders. *Psychol Violence.* 2019;9(3):257.

33. Spatola CA, Manzoni GM, Castelnuovo G, Malfatto G, Facchini M, Goodwin CL, et al. The ACTonHEART study: rationale and design of a randomized controlled clinical trial comparing a brief intervention based on Acceptance and Commitment Therapy to usual secondary prevention care of coronary heart disease. *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12:1-10.

34. Ifeagwazi FC. The influence of marital status on self-report of symptoms of psychological burnout among nurses. *Omega: J Death Dying.* 2006;52(4):359-73.

35. Chan EWL, Tan HJR. Positive psychology couple schema therapy: A new model of couple therapy focusing on reigniting couple attraction via schema therapy and positive psychology. *J ReAtt Ther Dev Divers.* 2019;2(2):61-69.

36. Khatamsaz B, Forouzandeh E, Ghaderi D. Effectiveness of schema therapy on marital satisfaction and marital relationship quality in married women. *Int J Educ Psychol.* 2017;3(1):11.

37. Derby DS, Peleg-Sagy T, Doron G. Schema therapy in sex therapy: A theoretical conceptualization. *J Sex Marital Ther.* 2016;42(7):648-658.

38. Scott Mear G. Examining th Relationship between Emotional Schemas Emotional Intelligence, and Relationshi Satisfaction. A Dissertation Presented in Partial Fulfillment Of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy. 2012