

مقایسه اثربخشی دو رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و
روایت درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در
مراجعات متقاضی طلاق

محمد نریمانی^۱

استاد روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

مسلم عباسی

استادیار روان‌شناسی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون

محمد جواد بگیان کوله مرز

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی

مجتبی بختی

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه فردوسی مشهد

پذیرش: ۹۳/۳/۲

دریافت: ۹۲/۱۱/۱۴

چکیده

هدف: پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و روایت درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مراجعات متقاضی طلاق بود.

روش: در این روش مداخله‌ای نیمه آزمایشی که با استفاده از دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل انجام شد، ۶۰ نفر از افراد متقاضی طلاق شهرستان نورآباد مراجعه کننده یا ارجاع داده شده توسط دادگاه خانوادگی به مراکز بهزیستی، کمیته امداد و بخش مشاوره شبکه بهداشت و درمان بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گروه اول آموزش پذیرش و تعهد و برای گروه دوم روایت

1. Corresponding author email: narimani@uma.ac.ir

درمانی گروهی و گروه کنترل هیچ نوع آموزشی دریافت نکردند. پژوهش با کمک فرم کوتاه پرسش نامه طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه یانگ (YSQ-SF) جمع‌آوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و روایت درمانی گروهی نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اثر بخش بوده‌اند ($P \leq 0/001$).

نتیجه‌گیری: بنابراین توجه به اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و روایت درمانی گروهی در محیط‌های مشاوره و روان‌درمانی خانواده از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند.

واژگان کلیدی: پذیرش و تعهد، روایت درمانی، طرح‌واره، ناسازگار، طلاق.

مقدمه

طلاق فرآیندی است که با تجربه‌ی بحران عاطفی هر دو زوج شروع می‌شود و با تلاش برای حل تعارض از طریق ورود به موقعیت جدید با نقش و سبک زندگی جدید، خاتمه می‌یابد (گاتمن^۱، ۱۹۹۳). طبق آمار رسمی در ایران از هر هزار مورد ازدواج، حدود دویست مورد به طلاق منجر می‌شود (یونگ و لانگ^۲، ۱۹۹۸) و ایران، چهارمین کشور جهان از نظر میزان نسبت طلاق به ازدواج معرفی شده است (میروسی و بهاری، ۱۳۷۷). در بررسی علت طلاق علاوه بر عوامل اجتماعی، اقتصادی و حقوقی، توجه به علل فردی و روانشناختی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (گاتمن، ۱۹۹۳؛ به نقل از یوسفی، ۱۳۹۰).

از جمله پیامدهای روانشناختی که افراد متقاضی طلاق به احتمال زیاد با آن رو به رو هستند و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته، طرح‌واره‌های^۳ ناسازگار است. ساختارهای شناختی، بنیان تفکر و رفتار افراد را سازمان می‌دهند و سایر عوامل مربوط به آنها احتمالاً نقش واسطه‌ای بر عهده دارند (وارد، پلاسک و بیچ^۴، ۲۰۰۶؛ لنگتون و مارشال^۵، ۲۰۱۰). ژرف‌ترین ساختارهای شناختی طرح‌واره‌ها هستند (بکر و بیچ^۶، ۲۰۰۴؛ اسویتز^۷، ۲۰۰۹). طرح‌واره‌ها در رویارویی با محرک‌های جدید بر پایه ساختار پیشین خود، اطلاعات به دست آمده را سرند، رمزگردانی و ارزیابی می‌کنند (بک^۸، ۱۹۶۷؛ به نقل از جکوین^۸، ۱۹۹۷) و بدین ترتیب به نوع نگرش افراد نسبت به خود و جهان پیرامونشان تأثیر می‌گذارند (بک^۸، ۱۹۶۷؛ به نقل از جکوین^۸، ۱۹۹۷). یانگ^۹ (۱۳۸۴) آن دسته از طرح‌واره‌هایی را که به رشد و شکل‌گیری مشکلات

1. Guttman
2. Young & Long
3. Schemas
4. Ward, Polaschek, & Beech
5. Langton & Marshall
6. Baker & Beech
7. Switzer
8. Jacquin
9. Young

روانشناختی می‌انجامند، طرح واره های ناسازگار اولیه^۱ می‌نامد. این طرح‌واره‌ها الگوهای شناختی و هیجانی خود آسیب رسانی هستند که از جریان اولیه رشد آغاز شده و در طول زندگی تداوم می‌یابند (مک‌گین و یانگ، ۱۹۹۶؛ یانگ، گلاسکو و ویشار^۲، ۲۰۰۳؛ به نقل از نورادهل و هولت و هاگوم^۳، ۲۰۱۰). دومار، زوترمیستر و فریدمن^۴ (۲۰۰۶) دریافتند که نیمی از افراد متقاضی طلاق تغییر در روابط جنسی و ۷۵ درصد از آنها تغییر حالات خلقی را گزارش کردند. نتایج نشان می‌دهد که بروز رفتارهای تکانشی و خشم‌های پراکنده، احساس درماندگی، احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی، اضطراب و تشویش، باورهای منفی نسبت به خود، نگرانی در مورد جذابیت جنسی، احساس طردشدگی، شکایت‌های جسمی و همچنین اشکال در روابط زناشویی و تمایلات جنسی و بسیاری از مشکلات روانی دیگر از جمله مواردی هستند که در زوجین متقاضی طلاق وجود دارد (گیسون و مایرز^۵، ۲۰۰۸).

از جمله درمان‌هایی که می‌تواند بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه افراد در معرض طلاق موثر باشد، روایت درمانی^۶ گروهی است، روایت درمانی عبارت است از فرآیند کمک به افراد برای غلبه بر مشکلاتشان از راه درگیر شدن در گفتگوهای درمانی که شامل گفتن، گوش دادن، دوباره گفتن و دوباره شنیدن داستان‌هاست (فاضل، ۲۰۱۰). همچنین این رویکرد مردم را متخصصان اصلی زندگی‌شان و مشکلات را به عنوان بخش‌های جداگانه از مردم می‌بیند و تصور می‌کنند مردم دارای بسیاری از مهارت‌ها، باورها، ارزش‌ها و توانایی‌هایی هستند که به آنها کمک می‌کند تا اثرات مشکلات را در زندگی‌شان کاهش دهند و راهی برای فهم تجربه انسان و یک ابراز بالینی است (باربارا، فیش و آرنولد^۷، ۱۹۹۹).

1. Early maladaptive schema
2. Young, Klosko & Weishaar
3. Nordahl, Holthe & Haugum
4. Domar, Zuttermeister & Friedman
5. Gibson & Mayers
6. Narrative Therapy
7. Barbara, Fiese, Arnold & Sameroff

در روایت درمانی به مشکلات انسانی به عنوان مسائلی نگریسته می‌شود که از داستان‌های رنج آور تأثیرگذار بر زندگی فرد برخاسته است. فرآیند درمان، بررسی چگونگی تحلیل داستان زندگی افراد توسط خود آنان است و تمرکز و تأکید کلی بر ایجاد معانی جدید در زندگی است مشکلات به صورت داستان‌هایی دیده می‌شوند که مردم قبول کرده‌اند برای خود بگویند (پرسیلا، ماریا و واندر گریف-آوری^۱، ۲۰۰۱). در این رویکرد مراجع و درمانگر در واقع ویراستاران زندگی‌نامه شخصی مراجع هستند و درمان، ویراستاری زندگی‌نامه شخصی است، به عبارتی نقش فعالی را برای مراجع در درمان فراهم می‌کند (بانکیر، کاست و کاترین^۲، ۲۰۱۰). فرد در این روش یاد می‌گیرد که مسئولیتش را در تسکین و بهبود مسائل روانی خود به عهده بگیرد و آن را تمرین کند. چون هنگام نوشتن داستان زندگی، فرد همزمان به آن فکر می‌کند، بخش‌هایی از آن را انتخاب می‌کند و قسمت‌های نه چندان مهم را کنار می‌گذارد در واقع ویراستار داستان خود می‌شود و این چیزی است که در این رویکرد مورد تأکید است یعنی افراد باید داستان زندگی‌شان را مرتب و ویراستاری کنند (بانکیر و همکاران، ۲۰۱۰). در واقع فرآیند ساختن داستان‌های جدید یک احساس ضرورت شخصی در اعضای خانواده به وجود می‌آورد که آنان را قادر می‌سازد با مشکلات آینده بهتر به مبارزه پردازند (فاضل، ۲۰۱۰). در نهایت درمان روایتی به دنبال یافتن روایاتی است که ارتباط میان زوج‌ها را در روابط زناشویی شکل می‌دهد. همچنین به دنبال تسهیل فرآیند بازنویسی مشارکتی روایت‌های مشکل دار آنان است (تبریزی، کاردانی و جعفری، ۲۰۰۶؛ به نقل از نوری تیرتاشی و کاظمی، ۱۳۹۱).

از جمله رویکردهای روانشناختی دیگری که می‌تواند بر تعدیل طرح واره‌های ناسازگار موثر باشد و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ (ACT) است. در طی ۱۵-۱۰ سال گذشته تعدادی از درمان‌های جدید با اشکال گسترش یافته درمان‌های

1. Priscilla, Maria & Vandergriff-Avery
2. Banker, Kaestle & Katherine
3. Acceptance and commitment therapy

CBT در حوزه روان‌درمانی روی کار آمده است (اوست^۱، ۲۰۰۸). موج سوم رفتار درمانی در اوایل دهه ۱۹۹۰ با رشد درمان‌های ابتکاری شروع شد که از اصول ذهن آگاهی استفاده کردند و روی آگاهی نسبت به لحظه حال و پذیرش آن تأکید می‌کردند (کارداسیتو^۲، ۲۰۰۵). درمان‌های موج سوم را می‌توان به دو گروه تقسیم کرد، ۱- مداخلاتی که براساس آموزش ذهن آگاهی هستند (مانند کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی)، ۲- مداخلاتی که ذهن آگاهی را به عنوان یک مؤلفه کلیدی به کار می‌برند (مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیکی) (هایز^۳، ۲۰۰۴). درمان مبتنی بر پذیرش بر مبنای این فرضیه روی کار آمدند که آسیب روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است (هایز، بیست، کوم، زیتل، روزن فاب، گوپر و همکاران^۴، ۱۹۹۹). این درمان‌ها بر تغییر رابطه مراجع با تجارب درونی و اجتناب‌هایش تأکید دارند (رومیر و اورلیش^۵، ۲۰۱۰). در رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش، مشکلات بالینی در قالب رفتاری مفهوم بندی می‌شود. سه مشکل اساسی زیربنای اختلالات روانشناختی را تشکیل می‌دهد که عبارتند از مشکلات مرتبط با آگاهی، اجتناب از تجارب درونی و عدم انجام فعالیت‌های مهم و ارزشمند زندگی فرد. این مشکلات، به عنوان اهداف مداخله مدنظر قرار می‌گیرند (زرگر، محمدی، امیدی، باقریان سرارودی، ۱۳۹۱).

اپشتاین، لپسون، هولشتاین و هایوه^۶ (۱۹۹۲) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که عناصر شناختی به ویژه طرح‌واره‌های معیار سخت‌گیرانه، گذشت یک‌جانبه (ایثار)، عمیق‌ترین عنصر شناختی پیش‌بینی‌کننده سازگاری و عدم سازگاری در زوجین هستند. اسماعیلی (۱۳۸۳)؛ به نقل از ربیعی، فاتحی زاده و بهرامی، ۱۳۸۷) در پژوهشی به مقایسه روایت‌های زندگی افراد افسرده، مضطرب و عادی پرداخت. نتایج نشان داد که افراد افسرده و مضطرب نگرش منفی بیشتری

-
1. Ost
 2. Cardaciotto
 3. Hayes
 4. Hayes, Bissett, Korn, Zettle, Rosenfarb, Cooper & et al
 5. Roemer & Orsillo
 6. Epsten, Lipson, Holstein & Huh

نسبت به خود، دنیا و آینده دارند. مضمون اصلی روایت افراد افسرده اجبار و محدودیت و افراد مضطرب، تردید و ابهام است. ولی روایت‌های افراد عادی پیامدهای رهایی بخش بیشتری نسبت به دو گروه دیگر داشت. در پژوهش سیسرو، نلسون و گیلی^۱ (۲۰۰۴) دریافتند که طرحواره‌های بازداری هیجانی، رهاشدگی و محرومیت هیجانی در بزرگسالی، دلبستگی ایمن را به مخاطره می‌اندازند و پیشگویی مثبت برای دلبستگی رهاشدگی و دلبستگی بیمناک در بزرگسالان هستند. آریتی و بمپوراد^۲ (۲۰۰۶) در پژوهشی دریافتند که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه اثر منفی بر رضایت زناشویی دارند. پل کین قرون^۳ (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسید که زوجین متقاضی طلاق که در دوره آموزش گروهی روایت درمانی شرکت کرده بودند در مقایسه با هم‌تایان خود، افسردگی و ناامیدی کمتری را در پیگیری دو ماه نشان دادند. بال، میشل، مالهی، چیلکورم و اسمیت^۴ (۲۰۱۱) به این نتیجه رسیدند که روایت درمانی گروهی در کاهش آسیب‌پذیری شناختی و جانشین نمودن راهکارهای مدیریتی سازگارانه جهت برخورد با مشکلات زندگی مؤثر بوده است. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه پیش بین قدرتمندی برای بدبینی، افسردگی، ناامیدی در پیشرفت و اضطراب در بین زوجین می‌باشد (ولبرن، کیستین، داک، پونتیه فرکت و جردان^۵، ۲۰۰۲). یوسفی (۱۳۹۰) در مطالعه‌ای به مقایسه دو رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرح‌واره درمانی و نظام عاطفی بوون بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق پرداخت. نتایج نشان داد که این دو رویکرد بر کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار مؤثر بوده‌اند. لی، چون، ادگار، لایزنر و چاگنو^۶ (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافتند که زوجینی که آموزش مبتنی بر پذیرش دریافت کرده بودند از هیجانات مثبت و شایستگی اجتماعی بالاتری نسبت به هم‌تایان

1. Cecero, Nelson & Gillie
2. Arieti & Bemporad
3. Polkinghron
4. Ball, Mitchell, malhi, Skillecorem & smith
5. Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract & Jordan
6. Lee, Cohen, Edgar, Laizner & Gagnon

خود در گروه کنترل برخوردار بودند. کریستین، اتکینز، برنیز، ولیر و سیمون^۱ (۲۰۱۱)؛ کریستین و همکاران، (۲۰۱۲) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که زوجین ناسازگاری که زوج درمانی رفتاری تلفیقی مبتنی بر آموزش پذیرش و تعهد دریافت کرده بودند در مقایسه با هم‌تایان خود در گروه کنترل رضایت زناشویی و سلامت روان بالاتری را در پیگیری سه ماهه نشان دادند. نوری تیرتاشی و کاظمی (۱۳۹۱) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که روایت درمانی باعث افزایش بخشودگی در زنان می‌شود. نتایج نشان داد زنانی که در جلسات روایت درمانی شرکت کرده بودند در مقایسه با هم‌تایان خود در گروه کنترل تمایل بیشتری به بخشش اشتباهات شوهران خود داشتند.

در مجموع با توجه به ویژگی‌های روان‌شناختی طلاق، مشکلات رفتاری، حالات خلقی (اضطراب و افسردگی)، تجربه عواطف منفی برای فرزندان این والدین، نقش آموزش گروهی روایت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان عامل‌های کلیدی در موفقیت، ارتقای سلامتی و کاهش مشکلات روانشناختی این افراد و خلأهای پژوهشی در این زمینه و استفاده از نتایج این پژوهش در زمینه آسیب شناسی و درمان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه از ضرورت‌های مهم این مطالعه است. بنابر این هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و روایت درمانی گروهی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق است.

روش

این پژوهش آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل اجرا شد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روایت درمانی گروهی متغیر مستقل و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه متغیر ملاک مطالعه محسوب می‌شوند.

1. Christensen, Atkins, Berns, Wheeler, Baucom & Simpson

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این پژوهش را کلیه مراجعین متقاضی طلاق (زن و شوهر) اعم از مراجعان خود ارجاعی و یا ارجاعی از طرف دادگاه خانواده شهرستان نورآباد (دلفان) به مراکز مشاوره‌ای بهزیستی، شبکه بهداشت و درمان و کمیته امداد در سال ۱۳۹۲ بودند. نمونه پژوهش شامل ۱۵۰ نفر از افراد مراجعه‌کننده (مرد یا زن) یا توسط دادگاه ارجاع داده شده در پاییز ۱۳۹۲ به مراکز مشاوره بهزیستی (۴۵ زوج)، شبکه بهداشت (۴۰) کمیته امداد و (۲۰ نفر) شبکه بهداشت روان بودند که از این بین ۶۰ نفر از آنها که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در روش آزمایشی باید هر زیر گروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۶۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) در نظر گرفته شد (دلاور، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شده است:

فرم کوتاه پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه یانگ (YSQ-SF)^۱: این پرسشنامه ۷۵ ماده دارد و آن را یانگ و برون (۱۹۹۴)؛ به نقل از برازنده، (۱۳۸۴) برای سنجش ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه شناختی شامل محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خودتحوّل نیافته/گرفتار، اطاعت، بازداری هیجانی، فداکاری/ایثار، معیارهای سرسختانه، خویش‌داری/خودانضباطی ناکافی، استحقاق و شکست‌طراحی شده است ساخته‌اند (شهامت، ثابتی و رضوانی، ۱۳۸۹). هر یک از ۷۵ عبارت این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از (۱) اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند؛ (۲)، خیلی در مورد من صدق نمی‌کند؛ (۳)، تقریباً در مورد من صدق می‌کند؛ (۴)، به طور متوسط؛ (۵)، خیلی در مورد من صدق می‌کند و (۶) دقیقاً مرا توصیف می‌کند، نمره‌گذاری می‌شود. نمره فرد در هر طرح‌واره با جمع نمرات سؤالات مربوط به آن طرح‌واره حاصل می‌شود. نمره بالا نشان‌دهنده حضور پررنگ تر طرح‌واره ناکار

1. Young schema Questionnaire (short form)

آمده است. پایایی این مقیاس به کمک آلفای کرونباخ برای همه طرح‌واره‌ها از ۰/۷۶ تا ۰/۹۳ به دست آمد (ولبرن و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از شهامت، ثابتی و رضوانی، ۱۳۸۹). نتایج تحلیل عاملی نیز از ساختار درونی پرسش‌نامه حمایت می‌کنند (برازنده، ۱۳۸۴). شهامت و همکاران (۱۳۸۹) نیز پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و روایی آن را به روش همبستگی با آزمون باورهای غیرمنطقی (IBT) ۰/۳۴ محاسبه کرده‌اند. پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر به کمک آلفای کرونباخ برای همه طرح‌واره‌ها از ۰/۷۴ تا ۰/۸۶ به دست آمد. روش‌های مداخله - روایت درمانی گروه: به منظور اجرای جلسات مداخله، ابتدا برای هر یک از افراد نمونه، جلسه‌ای انفرادی جهت مصاحبه و مطرح کردن اهداف درمانی برگزار شد. پس از به توافق رسیدن جهت شرکت در گروه قرارداد کتبی درمانی به منزله تعهد شرکت در تمامی جلسات نوشته شد. روش ارائه مطالب با استفاده از گفتگوی سقراطی و با استفاده از استدلال و بحث‌های مشارکتی و فعال بود. ۱۰ جلسه، ۶۰ دقیقه‌ای روی گروه آزمایش اعمال شد. طرح درمان با اقتباس از برنامه درمان وایت و اپستون (۱۹۹۰) نوشته شده است.

جلسه اول: معرفی، توضیح قوانین گروه، معرفی روایت درمانی، توصیف داستان مسلط افراد در زندگی و روایت زندگی و دادن تکلیف خانه. جلسه دوم: آغاز برون‌سازی، بررسی روایت‌های زندگی افراد، داستان زندگی من، آغاز اکتشاف استعاره خود. جلسه سوم: بررسی استعاره‌های افراد، استعاره‌سازی در باره رویدادهای زندگی. جلسه چهارم: راهبردهای مشکل، بحث گروهی راجع به نگرش نسبت به مشکل. جلسه پنجم: بحث گروهی در مورد پس‌خوراند جلسات قبلی، تسلط و حاکمیت بر فرد، دادن تکلیف خانه در مورد جمع‌آوری مجموعه عکس و مطالب مورد علاقه مرتبط با موضوع فرد و شفاف‌سازی. جلسه ششم: بررسی معایب خود، نکاتی درخصوص نیرودهندگان مشکل، ایفای نقش و توضیح تمرین جملات ناتمام. جلسه هفتم: تکنیک‌های مقابله با احساسات منفی نسبت به روابط تنش‌زای گذشته و بیان روایتی از تصورات شخصی درباره رویدادهای زندگی. جلسه هشتم: بحث گروهی و بررسی احساس فرد، آرزو و رویاپردازی در ارتباط با ظاهر خود و خلق داستان‌هایی از ظاهر خویش، بازنویسی روایت زندگی از گذشته تا حال. جلسه نهم: بازنویسی روایت

زندگی درباره حال و آینده و دادن عنوان جدید به روایت زندگی، آرامش‌بخشی از طریق تکنیک اتاق کنترل، توضیح دادن درخصوص ایجاد روایت جدید و کمک فردی. جلسه دهم: بحث گروهی درباره تغییرات ایجاد شده در افراد به واسطه شرکت در جلسات، بررسی شواهد مربوط به تغییر در گروه.

آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد: آموزش گروهی پذیرش و تعهد (فرمن و هربرت^۱، ۲۰۰۸) در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به شرح زیر آموزش داده خواهد شد.

جلسه اول: توضیحات مقدماتی، مفهوم سازی مشکل، آماده سازی مراجعین و اجرای پیش‌آزمون و همچنین تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی. جلسات دوم و سوم: آشنایی با مفاهیم درمانی ACT (انعطاف پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، داستان شخصی، روشن سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه) در شش مرحله به صورت زیر:

۱) در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت؛ ۲) بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد؛ ۳) به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند؛ ۴) تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است؛ ۵) کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها) و ۶) ایجاد انگیزه جهت عمل

1. Forman & Herbert

متعهدانه؛ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. جلسات چهارم و پنجم: آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد این که چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند و اینکه این مهارت‌ها چطور کار می‌کنند. همچنین استفاده از تکنیک تایم اوت توسط هریک از زوجین هنگام مشاجرات و عصبانیتی که منجر به اختلاف شود. جلسات ششم و هفتم: ابتدا بر افزایش آگاهی روانی تمرکز می‌شود و سپس در ادامه به افراد نحوه پاسخگویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی‌شان و ایجاد هدف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد عملی به آنها، آموزش داده می‌شود. برشماردن نقاط مثبت و منفی زوجین توسط یگدیگر بدون هیچ گونه قضاوت و واکنش هیجانی.

جلسات هشتم: آموزش تحمل پریشانی (مهارت‌های پایندگی در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش گانه و تمرین آگاهی). مرور جلسات قبل و بازخورد دادن زوجین به یگدیگر. جلسه نهم: آموزش تنظیم هیجان (اهداف آموزش تنظیم هیجان، دانستن اینکه چرا هیجان‌ها مهم هستند، تشخیص هیجان، کاهش آسیب پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت)، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر، تمرین عملی آموخته‌ها، ارائه بازخورد به وسیله گروه و درمانگر. جلسه دهم: افزایش کارآمدی بین فردی (حفظ و تداوم سلامت روابط خویشاوندی، علاقمندی و غیره). آموزش مهارت‌های بین فردی مهم (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرأت داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره کردن و عزت نفس). جمع بندی و اجرای پس‌آزمون.

روش اجرا: بعد از هماهنگی و کسب مجوز با دادگاه خانواده شهرستان نورآباد (دلفان)، با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، با آگاه سازی زوجین و کسب اجازه از آنها، رضایت آنها برای شرکت در این پژوهش جلب شد. سپس افراد نمونه تحقیق به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. نمونه پژوهش در مرحله پیش‌آزمون پرسشنامه طرح واره‌های ناسازگار را متناسب با ویژگی‌های خود تکمیل نمودند. سپس

گروه‌های آزمایشی در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به مدت یک‌ماه، هفته‌ای دوبار در جلسات گروهی «آموزش روایت درمانی گروهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» شرکت کردند. داستان‌ها و فعالیت‌های مورد اجرا در این برنامه براساس نیازهای افراد و مهارت‌های اجتماعی بین فردی مورد نیاز آنان در برخورد با مشکلات روزمره، نگارش و تدوین شده بود در ضمن گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکرد. ۱ هفته بعد از اتمام جلسات، پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بین دو گروه آزمایش (و کنترل) توزیع شد. بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها در مرحله پس‌آزمون و نمره‌گذاری، بعد از ۲ ماه دوباره پرسشنامه‌ها در اختیار افراد قرار داده شد و داده‌های جمع‌آوری شده با روش آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر^۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌آزمون - پس‌آزمون

و پیگیری گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	روایت درمانی گروهی		درمان پذیرش و تعهد		کنترل	
	SD	M	SD	M	SD	M
محروریت هیجانی آزمون	۱۸/۹۰	۱/۴۱	۰/۹۷۸	۱۸/۳۰	۱/۵۶	۱۹/۶۰
	۱۳/۵۰	۰/۸۲۷	۱/۰۹	۱۳/۰۵	۱/۰۷	۱۸
	۱۱/۵۰	۱/۰۵	۱/۰۵	۱۰/۴۵	۱/۲۰	۱۷/۱۰
رها شدگی/بی‌ثباتی آزمون	۱۹/۶۵	۱/۷۸	۱/۱۰	۱۸/۵۰	۱/۳۳	۲۰
	۱۳/۵۵	۱/۰۵	۱/۳۴	۱۱/۸۵	۱/۷۳	۱۹/۲۳
	۱۰/۹۵	۱/۱۹	۱/۱۴	۹/۹۵	۰/۹۶۷	۱۸/۱۰

1. Repeated Measures

۱/۰۸	۱۸/۱۵۰	۱/۰۶	۱۷/۷۵	۱/۵۹	۱۸/۷۰	پیش آزمون	بی اعتمادی / بدرفتاری
۱/۵۵	۱۷/۹۸	۰/۹۱۰	۱۳/۲۵	۰/۹۱۰	۱۲/۷۵	پس آزمون	
۱/۴۱	۱۸/۹۰	۱/۱۴	۱۰/۰۵	۱/۴۹	۱۱/۱۵	پیگیری	
۰/۹۴۵	۱۸/۱۵	۱/۳۱	۱۸/۴۰	۱/۳۰	۱۹/۳۰	پیش آزمون	انزوای اجتماعی / بیگانگی
۱/۳۹	۱۸/۹	۰/۷۳۲	۱۳/۳۰	۰/۸۲۵	۱۳/۴۵	پس آزمون	
۱/۷۴	۱۹/۷۵	۱/۲۷	۱۰/۵۵	۱/۱۴	۱۰/۶۰	پیگیری	
۰/۸۹۸	۱۷/۹۵	۰/۹۹۴	۱۸/۶۰	۱/۸۴	۱۹/۶۵	پیش آزمون	نقص / شرم
۱/۳۳	۱۷/۵۵	۰/۹۸۸	۱۲/۶۵	۱/۱۱	۱۲/۲۳	پس آزمون	
۱/۵۹	۱۸/۷۰	۱/۳۵	۱۰/۵۵	۱/۳۶	۱۰/۸۰	پیگیری	
۱/۲۳	۱۸/۹۰	۱/۷۸	۱۹/۴۰	۱/۹۱	۲۰/۲۵	پیش آزمون	شکست
۰/۸۹۴	۱۸/۲۰	۱	۱۲/۵۰	۰/۹۶۷	۱۲/۹	پس آزمون	
۱/۰۸	۱۸/۱۵	۱/۱۴	۱۰/۰۵	۱/۲۲	۱۰/۶۵	پیگیری	
۱/۴۵	۱۹/۶۵	۱/۸۷	۱۹/۴۰	۱/۵۶	۱۹/۶۰	پیش آزمون	وابستگی / بی- کفایتی
۱/۱۴	۱۸/۴۰	۰/۸۵۸	۱۳	۰/۹۸۸	۱۱/۸۹	پس آزمون	
۱/۳۲	۱۹/۲۰	۱/۱۹	۹/۸۰	۱/۴۶	۱۱/۱۵	پیگیری	
۲/۱۲	۱۸/۷۰	۱/۲۳	۱۸/۶۵	۱/۳۳	۲۰	پیش آزمون	آسیب پذیری نسبت به بیماری
۱/۲۳	۱۸	۰/۶۸۰	۱۳/۴۰	۱	۱۲/۳۶	پس آزمون	
۱/۸۴	۱۹/۶۵	۱/۰۸	۱۰/۳۰	۱/۲۷	۱۱/۰۵	پیگیری	
۱/۳۸	۱۸/۱۰	۱/۰۸	۱۸/۵۵	۱/۱۹	۱۸/۰۵	پیش آزمون	خود تحول نیافته / گرفتار
۱/۵۹	۱۹/۶۵	۱/۴۵	۱۲/۷۰	۰/۸۵۸	۱۲/۶۵	پس آزمون	
۱/۵۷	۱۹/۵۵	۱/۲۰	۱۰/۲۵	۱/۳۶	۹/۸۰	پیگیری	

۱/۲۵	۱۹/۳۰	۱/۱۶	۱۷/۷۵	۱/۰۲	۱۸	پیش آزمون	اطاعت
۱/۱۱	۱۷/۹۰	۱/۱۷	۱۲/۷۰	۱/۰۷	۱۱	پس آزمون	
۱/۱۶	۱۶/۷۵	۱/۲۶	۱۰/۳۵	۱/۱۵	۱۰/۲۰	پیگیری	
۱/۶۸	۱۹/۶۵	۰/۹۶۷	۱۷/۹۰	۱/۰۷	۱۸	پیش آزمون	از خود گذشتگی / ایثار
۱/۱۹	۱۸/۴۵	۰/۹۱۰	۱۲/۷۵	۰/۹۳۳	۱۳	پس آزمون	
۰/۸۸۷	۱۷/۴۵	۱/۱۹	۱۰/۹۵	۱/۶۶	۱۰/۴۵	پیگیری	
۱/۴۵	۱۹/۶۰	۰/۹۷۸	۱۸/۳۰	۱/۸۹	۱۸/۱۵	پیش آزمون	بازداری هیجانی
۱/۴۷	۱۸	۰/۸۲۵	۱۳/۴۵	۱/۱۷	۱۲/۱	پس آزمون	
۰/۹۵۱	۱۷/۸۰	۱/۲۲	۱۰/۶۵	۱/۵۷	۱۱/۰۵	پیگیری	
۲/۲۳	۲۰	۱/۵۶	۱۹/۶۵	۰/۹۳۳	۱۸/۱۵	پیش آزمون	معیارهای سرسختانه / عیب
۱/۶۵	۱۸/۷۵	۱/۱۱	۱۲/۷۵	۱/۲۵	۱۱/۸۵	پس آزمون	جویی افراطی
۰/۹۵۱	۱۷/۸۰	۱/۴۶	۱۱/۱۵	۱/۲۷	۱۱/۰۵	پیگیری	
۲/۲۶	۲۰/۲۵	۱/۵۲	۱۹/۷۰	۱/۰۵	۱۷/۹۵	پیش آزمون	استحقاق / بزرگ منشی
۱/۶۹	۱۸/۸۵	۰/۹۳۳	۱۲/۸۵	۰/۹۸۴	۱۲/۷	پس آزمون	
۰/۹۶۶	۱۷/۷۵	۱/۰۵	۱۱/۵۰	۱/۱۵	۱۰/۲۰	پیگیری	
۱/۶۳	۱۹/۳۶	۱/۲۳	۱۸/۰۵	۱/۰۲	۱۸/۱	پیش آزمون	خویشتن داری / خود انضباطی
۰/۹۴۲	۱۸/۱۵	۱/۱۷	۱۲/۷۰	۱	۱۳	پس آزمون	ناکافی
۳/۶۴	۱۵/۸۵	۱/۱۹	۱۰/۹۵	۱/۲۲	۱۰/۶۵	پیگیری	
۷/۸۶	۲۸۶/۱۵	۴/۶۷	۲۷۸/۹۰	۵/۸۹	۲۸۲/۴۵	پیش آزمون	طرح واره‌های ناسازگار
۶/۱۳	۲۸۱/۶۱	۲/۷۵	۱۹۲/۹	۴/۸۵	۱۹۱/۹۵	پس آزمون	
۵/۶۳	۲۷۲/۵۱	۴/۲۱	۱۵۷/۵۰	۶/۲۳	۱۶۱/۲۵	پیگیری	

هم‌چنان که نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد، میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون روایت درمانی گروهی در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (۲۸۲/۴۵) (۵/۸۹) می‌باشد. نمره کلی پس‌آزمون روایت درمانی گروهی در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ۱۹۱/۹۵ (و ۴/۸۵) و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مرحله پیگیری ۱۶۱/۲۵ (و ۶/۲۳) می‌باشد. نمره کلی پیش‌آزمون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ۲۷۸/۹۰ (۴/۶۷) می‌باشد. نمره کلی پس‌آزمون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ۱۹۲/۹ (و ۴/۸۵) و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مرحله پیگیری ۱۵۷/۵۰ (و ۶/۲۳) می‌باشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون گروه کنترل در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ۲۸۶/۱۵ (و ۷/۸۶) می‌باشد. و نمره کلی پس‌آزمون گروه کنترل در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ۲۸۱/۶۱ (و ۶/۱۳) و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مرحله پیگیری ۲۷۲/۵۱ (و ۵/۶۳) می‌باشد.

جدول ۲. نتایج آزمون باکس و لون در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های سه گروه در نمرات

کلی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

Sig	DF2	DF1	F	BOX'M
۰/۲۲۴	۱/۵۷۵	۱۲	۱/۹۲۸	۸/۹۷۴
آزمون لون				
Sig	DF2	DF1	F	Levene's
۰/۵۰۷	۵۷	۲	۰/۴۴۸	پس‌آزمون
۰/۳۶۱	۵۷	۲	۰/۸۵۶	پیگیری

هم‌چنان که نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد، قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لون استفاده شد. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ‌یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است ($F=۱/۹۲۸$ ، $P=۰/۲۲۴$)،

BOX=8/974). بر اساس آزمون لون و عدم معنی داری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس های بین گروهی رعایت شده است.

جدول ۳. اطلاعات مربوط به شاخص های اعتباری آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر

متغیر	منبع	ارزش	ارزش	فرضیه	خطا DF	f	P	ES
طرح واره های	دوره	لامبدی	۰/۲۸۵	۲	۵۵	۶۸/۹۲۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱۵
	ویکلس							
ناسازگار	دوره×پیش-	لامبدی	۰/۲۰۰	۲	۵۵	۱/۱۰۲	۰/۰۰۱	۰/۸۰۰
	آزمون	ویکلس						
	دوره×گروه	لامبدی	۰/۰۰۶	۴	۱۱۰	۳/۲۶۸	۰/۰۰۱	۰/۹۲۲
	ویکلس							

هم چنان که نتایج جدول (۳) نشان می دهد، نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب طرح واره های ناسازگار اولیه معنی دار می باشد $[P \leq 0/001, P = 0/006, (268,3)]$ Wilks, F]. آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر را مجاز شمرد. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین دو گروه مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴. نتایج آزمون کرویت موخلی و گرین هاوس گیرز در مورد پیش فرض همگن بودن

واریانس های سه گروه در نمرات کلی طرح واره های ناسازگار اولیه

طرح	کرویت موخلی	مجدور تقریبی	df	P	Epsilon
واره ها	۰/۹۲۳	۴/۴۶۲	۲	۰/۱۰۷	گرین هاوس گیرز
					هایان-فیلد
					۰/۹۹۳
					۰/۹۲۹

هم‌چنان که نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد، قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های کرویت موخلی، گرین‌هاوس گیز استفاده شد. بر اساس آزمون موخلی که برای هیچ‌یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است ($P=0/107$, $df=2$, $Mauchl'sW=0/923$). بر اساس آزمون گرین‌هاوس گیز و عدم معنی‌داری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است.

جدول ۵. آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری طرح واره‌های ناسازگار در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P	Eta
مفروضه کرویت	۸۵۰۶۸/۲۲۲	۴	۲۱۲۶۷/۰۵۶	۶۵۱/۱۳۱	$P \leq 0/001$	۰/۹۵۴
گرین‌هاوس	۸۵۰۶۸/۲۲۲	۳/۷۱۵	۲۲۸۹۵/۷۷۸	۶۵۱/۱۳۱	$P \leq 0/001$	۰/۹۵۸
طرح واره‌ها × گروه						
گیز						
هایان-فیلد	۸۵۰۶۸/۲۲۲	۳/۹۷۰	۲۱۴۲۶/۵۴۶	۶۵۱/۱۳۱	$P \leq 0/001$	۰/۹۵۸
حد پایین	۸۵۰۶۸/۲۲۲	۲/۰۰۰	۴۲۵۳۴/۱۱۱	۶۵۱/۱۳۱	$P \leq 0/001$	۰/۹۵۸

هم‌چنان که نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات طرح واره‌های ناسازگار اولیه با ($F=651/131$) بین دو گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روایت درمانی گروهی و گروه گواه در پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0/001$). در واقع همین معنی‌داری تعامل میان گروه و طرح واره‌های ناسازگار است که به طور غیر مستقیم نشانگر تغییراتی در دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. این معنی‌داری نشان می‌دهد که روند میانگین دو گروه آزمایش و گواه از لحاظ سطوح متغیر وابسته با یکدیگر متفاوت است.

جدول ۶. آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه سطوح طرح واره‌های ناسازگار اولیه میان سه گروه روایت درمانی گروهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه

متغیر	منبع	SS	DF	MS	f	P	ES
دوره	دوره	۲۶۶۸/۷۴۱	۱	۲۶۶۸/۷۴۱	۴۵/۷۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵۰
	دوره × پیش-آزمون	۲۹۰۸/۲۳۷	۱	۲۹۰۸/۲۳۷	۵۳/۹۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹۱
طرح واره‌های ناسازگار	دوره × گروه	۲۶۳۲/۶۰۹	۲	۱۳۱۶۰/۳۰۵	۲۴۴/۰۱۳	۰/۰۰۱	۰/۸۹۷
	خطا	۳۰۲۰/۲۳۸	۵۶	۵۳/۹۲۳			
	پیش‌آزمون	۲۴۵۰/۳۵۳	۱	۲۴۵۰/۳۵۳	۶۲/۱۱۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶
گروه	گروه	۱۹۲۱۴۱/۴۲۴	۲	۹۶۰۷۰/۷۱۲	۲/۴۳۵	۰/۰۰۱	۰/۹۸۹
	خطا	۲۲۰۹/۰۴۷	۵۶	۳۹/۴۴۷			

هم‌چنان که نتایج جدول (۶) نشان می‌دهد، که اثر اصلی دوره (پس‌آزمون و پیگیری)، تعامل دوره با پیش‌آزمون، تعامل دوره با گروه، اثر اصلی پیش‌آزمون و اثر اصلی گروه معنی دار می‌باشد. بدین ترتیب میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری بین سه گروه روایت درمانی گروهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل متفاوت می‌باشد ($P=۰/۰۰۱$ و $F_{(۲,۵۶)}=۲/۴۳۵$).

جدول ۷. مقایسه میانگین نمرات مؤلفه‌های طرح واره‌های ناسازگار در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با آزمون تعقیبی توکی در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	گروه	درمان مبتنی بر پذیرش		کنترل	
		P	(I-J)	P	(I-J)
پیش‌آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش	-	-	۸۵/۴۱۷	$P \leq ۰/۰۰۱$
	روایت درمانی گروهی	$P \leq ۰/۰۰۱$	۶۰/۵۱۷	-	-
پس‌آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش	-	-	-۶۰/۵۱۷	$P \leq ۰/۰۰۱$
	روایت درمانی گروهی	$P \leq ۰/۰۰۱$	۲۴/۹۰۰	-	-
طرح واره‌ها	درمان مبتنی بر پذیرش	-	-	-۸۵/۴۱۷	$P \leq ۰/۰۰۱$
	روایت درمانی گروهی	$P \leq ۰/۰۰۱$	-۲۴/۹۰۰	-	-

هم‌چنان که نتایج جدول (۷) نشان می‌دهد، در پیش‌آزمون گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روایت درمانی گروهی و کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت. اما در پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روایت درمانی گروهی متفاوت بودند که نشان می‌دهد که این دو روش درمانی در تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اثربخش می‌باشند. همچنین نتایج آزمون توکی نشان می‌دهد که میانگین نمرات طرح‌واره‌های ناسازگار در پس‌آزمون با هم متفاوت بودند که نشان دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار بیشتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد ($P \leq 0/001$).

نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی دو رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و روایت درمانی گروهی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق شهر نورآباد بود. نتایج پژوهش نشان داد که روایت درمانی گروهی باعث تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق شده است. این نتایج با پژوهش‌های دیگر برای مثال (پل کین قرون، ۲۰۱۰؛ بال و همکاران، ۲۰۱۱ و نوری تیرتاشی و کاظمی، ۱۳۹۱) همخوانی دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که، طرح‌واره‌های ناسازگار موجب سوگیری‌هایی در تفسیر وقایع می‌شوند، این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی به صورت سوءتفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف‌شده، فرض‌های غلط، اهداف و انتظارات غیر واقع‌بینانه در بین زوجین تجلی پیدا می‌کنند و این سوء برداشت، ادراک‌ها و ارزیابی‌های بعدی (زندگی مشترک) را تحت تاثیر قرار می‌دهد؛ زیرا طرح‌واره‌ها در مسیر زندگی تداوم دارند، به رابطه فرد با خود و با دیگران (به خصوص شریک زندگی) مربوط می‌شوند و طرح‌واره‌های ناسازگار به شدت ناکارآمد بوده و موجب نارضایتی زناشویی گردیده و زمینه را برای اختلاف و طلاق فراهم می‌کنند (یوسفی، ۲۰۱۰). از سوی دیگر روایت درمانی گروهی ما را قادر می‌سازد که

داستان‌های خود را به عنوان شخصیت‌های جداگانه تعریف کنیم به طوری که بین شخصیت‌های داستان و مشکل تفاوت قائل بشویم (نوری تیرتاشی و کاظمی، ۱۳۹۱) از سوی دیگر زمانی که روابط گسسته و خدشه دار می‌شود خصوصاً بعد از آسیب ناشی از تجربیات سهمگین، ما سؤال می‌کنیم کیستیم، متعلق به چه کسی هستیم، چه نقش‌هایی را می‌توانیم ایفا کنیم و اینکه زندگی برای ما چه معنایی می‌تواند داشته باشد. بنابراین رویکردهای روایتی، این فرصت را به ما می‌دهند تا راه و روشی که برای زندگی آینده مد نظر قرار داده بودیم و همچنین نقش‌هایی که برای خود و دیگران در مسیر زندگی تعیین کرده بودیم را مورد بازبینی و تجدید نظر قرار دهیم. به طوری که بعد از آگاهی از حق انتخاب داشتن بین بخشودن و یا نبخشودن، به یک تجربه (آها) دست یابیم (اسکریت، ۲۰۱۰). بیشترین اهمیت روایت درمانی این است که به مردم کمک می‌کند که پی ببرند، نوشتن داستان‌های زندگی می‌تواند آنها را با راهنمایی‌های متناوب در زندگی آماده کند که به صورت دقیق‌تر ارزش‌ها، باورها، روابط و توانایی‌هایشان را انعکاس دهند (مالکولوم و رمزی، ۲۰۱۰). روایت درمانی همچنین می‌تواند یک ایماگو جهانی برای توصیف افراد به کار گیرد که داستان‌های زندگی مان را نمایان می‌کنند. این ایماگوها شخصیت‌های اصلی (افسانه شخصی) شیوه رفتاری ما هستند و عمداً یا سهواً برای تدارک یک الگو برای هویت مان و برای بیان چگونگی پاسخ به اتفاقاتی که برای ما می‌افتد به کار می‌روند (مک آدامز، ۱۹۹۳).

ما اغلب تمایل داریم در موقعیت‌هایی که بخشودگی اشتباهات دیگران به عنوان یک نیاز احساس می‌شود طرح‌واره‌های را برای خودمان و برای دیگران به صورت وضعیت سیاه و سفید مشخص و تعریف کنیم. مثلاً (ما قربانیان خوبی هستیم، آنها آدم‌های بد ذاتی است). فرض‌های که این طرح‌واره‌ها را همراهی می‌کنند، درونی، ساده، محدود و غیر جالب هستند. یکی از فوایدی که می‌توان به عنوان نتیجه جلسات روایت درمانی معرفی کرد فهم یک نگاه جدید به دنیا و خصوصاً با مضمون مثبت می‌تواند شرایط را برای حل گذشته دردناک برای زوجین فراهم کند. این خاصیت رویکردهای روایتی، با مفهوم بخشودگی اشتباهات یکدیگر

ارتباط نزدیکی دارد، همان طور که روایت زندگی، نگاه تازه را در افراد ایجاد می‌کند، تمایل در جهت بخشش اشتباهات دیگران نیز به عنوان یک رأی مثبت به خود برای زیستن در زمان حال است، وقتی از بخشیدن دیگران امتناع می‌کنیم در واقع ترجیح می‌دهیم به جای اینکه قدمی در بهبود اوضاع برداریم، در گذشته زندگی کنیم که این همان شکل‌گیری طرح واره تحقیر و سرزن است. وقتی اشتباهات خود و دیگران را نمی‌بخشیم، در واقع ماندن در احساس گناه را بر می‌گزینیم و بدین ترتیب خود را در رنج روحی بیشتری قرار می‌دهیم در واقع این همان طرح واره نقص / شرم و بی‌کفایتی است. بنابراین فرایند روایت درمانی شاهرهای است برای التیام بخشیدن به رویدادهای آسیب‌زای گذشته و گذشتن از آن و جاده‌ای است هموار در سوق دادن افراد به آینده‌ای با معنی و با مضمونی مثبت که نتیجه این نگرش چیزی جز آرامش درون نخواهد بود (نوری تیرتاشی و کاظمی، ۱۳۹۱). همچنین این بازبینی گذشته که با شخصیت‌سازی‌های در مورد مشکل همراه می‌شود، جدای از آنکه به زوجین اجازه می‌دهند بین خود و مشکل فاصله‌سازی کنند همین حق را به دیگر ایفا کنندگان عرصه زندگی شان نیز می‌دهند. این فرآیند درمانی با رویکرد روایت داستان زندگی شرایطی فراهم می‌کند تا افراد سریعاً وارد مرحله بخشیدن نشوند زیرا فرایند بخشودگی مفهومی متفاوت از فراموشی و یا نادیده انگاشتن مسائل است که این نیز با طرح واره شکست و بی‌اعتمادی همراه است (سیدنی و سیدنی، ۲۰۰۵).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث تعدیل طرح واره‌های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق شده است. این نتایج با پژوهش‌های دیگر برای مثال (لی و همکاران، ۲۰۱۰؛ کریستین و همکاران، ۲۰۱۱ و یوسفی، ۱۳۹۰) همخوانی دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که، به باور یانگ (۱۳۸۴) طرح واره‌ها هسته خودپنداره هر فرد را شکل می‌دهند و بر شیوه تعامل افراد با محیط پیرامون خود تأثیر می‌گذارند و این طرح واره‌های گوناگون می‌توانند افراد را نسبت به مشکلات روزمره آسیب‌پذیر کنند. در واقع طرح واره‌ها به عنوان الگوهایی برای پردازش تجربیات افراد به کار گرفته می‌شوند. به این

ترتیب طرح‌واره‌ها اندیشه و روابط فرد با دیگران را تعیین می‌نمایند و چگونگی درکی را که هر فرد از خود و جهان پیرامونش دارد مشخص می‌کنند، ادراکی که به دلیل ماهیت خود تداوم بخش طرح‌واره‌ها در سراسر زندگی ادامه می‌یابد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آموزش به مراجع این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند را به افراد آموزش می‌دهد. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به علاوه بر تقویت یک رابطه غیر قضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌شود. اصلاح و تقویت خوددلسوزی (مفهومی که با قضاوت و انتقاد که اغلب مراجع نسبت به افکار و احساساتش دارد، مخالف است)، یک جنبه مهم این درمان محسوب می‌شود. به گونه‌ای که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های بیجا کاهش یابد. چرا که نشان داده شده است این حالت‌ها ناراحتی و تنش بین افراد را افزایش می‌دهند، انگیزه اجتناب تجربی را فراهم می‌کنند. در نهایت هدف این آموزش، تجربه افکار، احساسات و حس‌ها همان گونه که به طور طبیعی اتفاق می‌افتد، می‌باشد. چندین مداخله می‌تواند برای تحقق این هدف استفاده شود (روی‌مر و اورلیش، ۲۰۱۱). آموزش روانی-اجتماعی به مراجعین کمک می‌کند تا ماهیت تجارب درونی‌شان (به خصوص عملکرد هیجانات) و نقش را که روابط نامناسب با تجارب درونی می‌تواند در تداوم ناراحتی و محدودیت زندگی‌شان داشته باشد، بفهمند. پایش خود می‌تواند به افزایش آگاهی مراجع از تجارب درونی‌اش کمک کند، به خصوص این نکته را بفهمد که تجارب کم و زیاد می‌شود و با موقعیت و رفتار ارتباط دارد. فهم و درک این مطالب، برای تغییر کافی نیست. بنابراین زمان کافی برای تمرینات تجربی اختصاص می‌یابد که راه‌های جدیدی برای ارتباط با تجارب درونی فراهم می‌کند (روی‌مر و لی، ۲۰۰۹). در نهایت رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد عمل ارزشمند تأکید می‌کند. مراجعین آن دسته از اهداف رفتاری را انتخاب می‌کنند که بیشترین اهمیت یا ارزش را برای آنان دارد. این درمان‌ها ارزش بیش از آن که نوعی قضاوت اخلاقی باشد اهمیت شخصی یک عمل خاص رای فرد را نشان

می‌دهد. این ارزش‌ها می‌تواند شامل بهبود روابط بین فردی، تحصیل، مراقبت از خود و روابط زناشویی باشد. هدف درگیر شدن فرد در اعمالی است که برای فرد مهم است، ام وی از آن اجتناب می‌کند. مولفه مهم این هدف شامل شناسایی و تصریح موضوعات مهم برای مراجع، آوردن آگاهی به لحظات که بر اساس این ارزش‌ها اتفاق می‌افتد و اقدام به انجام این ارزش‌ها است. همه روش‌هایی که دو هدف اول را تحقق می‌بخشند، رسیدن به این هدف را نیز عملی می‌کند (روی‌مر و اورلیش، ۲۰۰۵). از سوی دیگر این درمان به فرد این فرصت را می‌دهد که دوباره به مشاهده، شرح و توصیف حالات هیجانی بدون یک دید قضاوت‌گرانه پردازد و بیشتر تمرکز درمانگر هدایت بیمار با قبول مسئولیت توسط خودش به سمت هشپاری کامل است. درمانگر افراد را تشویق می‌کند تا افکار و هیجانات مربوط به یک فکر، احساس، رابطه و رفتار را به صورت کامل تجربه کند بدون آنکه آنها را سرکوب کند، و در مورد آن قضاوت ارزشی کند و هیجانات ثانویه مثل شرم، گناه، بی‌اعتمادی، سرزنش و تحقیر را بعد از تجربه این رفتار، فکر و احساس تجربه نماید (فرمن و هربرت، ۲۰۰۸).

در پایان می‌توان چنین بیان کرد که با داشتن مدلی کارآمد براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه منفی و متغیرهای جمعیت شناختی، از میزان طلاق کاست، اثربخشی درمان و مداخله را در اختلافات زناشویی افزایش داده و خطر وقوع طلاق را که متأسفانه امروز رو به تزاید است، کاهش داد زیرا وقتی زوجین از طرحواره‌های ناسازگار اولیه منفی اطلاع یابند، بینش‌شان بالا رفته و برای همدیگر قابل پیش‌بینی‌تر می‌شوند و همچنین ممکن است برداشت متفاوت، تعارض و در نهایت اختلاف زناشویی به حداقل برسد. نتایج پژوهش حاضر علاوه بر کاربردی بودن برای زوجین ناسازگار، فواید بسیاری برای مشاوران خانواده در مرحله‌ی قبل از ازدواج، زناشویی و طلاق دارد که درمانگران خانواده نباید اهمیت توجه به طرحواره‌ی ناسازگار اولیه منفی را از نظر دور بدارند بلکه باید از این مدل برای کمک به زوجین دارای مشکل و متقاضی طلاق، بهره گرفته و از این طریق اثربخشی درمان خود را افزایش دهند.

در انجام هر پژوهش پژوهشگران با محدودیت‌های مواجه هستند از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن جامعه، به زوجین شهرستان نورآباد (دلفان) که امکان تعمیم نتایج این پژوهش را به سایر گروه‌های جامعه با محدودیت مواجه می‌سازد. محدودیت زمانی در آموزش گروهی از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی، میزان اثربخشی این رویکرد درمانی با توجه به متغیرهای مدت ازدواج، جنس و سن آزمودنی‌ها بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود روایت درمانی گروهی را با دیگر رویکردهای خانواده درمانی بر سازگاری زناشویی، صمیمیت و سایر متغیرهای روانشناختی مقایسه شود تا اثربخشی هر کدام مشخص شود. با توجه به اثربخشی این رویکرد بر طرح‌واره‌های ناسازگار پیشنهاد می‌شود سازمان‌ها و مراکز دولتی و خصوصی متولی آموزش خانواده از این رویکرد در حل مشکلات زناشویی و خانوادگی استفاده نمایند.

سیاس و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مراکز مشاوره و مداخله در بحران‌های اجتماعی و کاهش طلاق شهر نورآباد، کلینک‌های تخصصی زنان، زوجین شرکت کننده در پژوهش و کلیه‌ای کسانی که در انجام این پژوهش همکاری و مشارکت داشته‌اند، تقدیر و تشکر نمایند.

منابع فارسی

- کرمی نوری رضا، آخوندی محمد مهدی (۱۳۸۰). مطالعه و بررسی جنبه‌های روانی و اجتماعی ناباروری از دیدگاه پزشکان ایرانی، ششمین سمپوزیوم تخصصی باروری و ناباروری جنبه‌های روانشناختی ناباروری.
- برازنده، هدی لقا (۱۳۸۴). بررسی ارتباطی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با سازگاری زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- شهامت، فاطمه؛ ثابتی، علیرضا؛ رضوانی، سمانه (۱۳۸۹). بررسی سبک‌های فرزند پروری و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه. مطالعات تربیتی و روان‌شناسی، ۱۱(۲)، ۲۵۴-۲۳۹.

- ریبعی، سولماز؛ فاتحی زاده، مریم و بهرامی، فاطمه (۱۳۸۷). بررسی تأثیر روایت درمانی زوجی بر عملکرد خانوادگی زوجین شهر اصفهان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۴ (۱۴)، ۱۹۱-۱۷۹.
- یوسفی، ناصر (۱۳۹۰). مقایسه‌ی اثربخشی دو رویکرد خانواده‌درمانی مبتنی بر طرحواره‌درمانی و نظام عاطفی بوون بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق شهر سقز. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳ (۴)، ۳۵۶-۷۳.
- دلاور، علی (۱۳۹۰). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: انتشارات رشد.
- زرگر، فاطمه؛ محمدی، ابوالفضل؛ امیدی، عبدالله و باقریان سرارودی، رضا (۱۳۹۱). موج سوم رفتار درمانی با تأکید بر رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰ (۵)، ۳۹۰-۳۸۳.
- نوری تیرتاشی، ابراهیم و کاظمی، نرجس (۱۳۹۱). بررسی تأثیر روایت درمانی بر میزان تمایل به بخشودگی در زنان. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴ (۲)، ۷۸-۷۱.

منابع لاتین

- Domar AD, Zuttermeister PC, Friedman R. (2006). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 14(6): 45-52.
- Gibson DM, Mayers JE. Gender and infertility: (2008). A relational approach to counseling women. *J Couns Dev*, 78(8):36-45.
- Langton, C. M., & Marshall, W. L. (2010). Cognition in rapists: Theoretical patterns by typological breakdown. *Aggression and Violent Behavior*, 6 (2), 499-518.
- Baker, E., & Beech, A. R. (2004). Dissociation and variability of adult attachment dimensions and early maladaptive schemas in sexual and violent offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 19 (3), 1119-1136.
- Switzer, I. (2009). Early maladaptive schemas predic risky sexual behaviors. Unpublished thesis masters. Mississippi State University.
- Jacquin, K. M. (1997). The effects of maladaptive schemata on information processing. Unpublished doctoral dissertation. *The University of Texas at Austin*.
- Ward, T., Polaschek, D. L. L., & Beech, A. R. (2006). *Theories of sexual offending*. England: Leicestershire .Wiley.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's*

- guide. New York: Guilford Publication.
- Nordahl, H. M., Holthe, H., & Haugum, J. A. (2010). Early maladaptive schemas in patients with or without personality.
- Polkinghorne, D. E. (2010). Narrative and Postmodernism. In Angus, L. E., & McLeod, J. (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy*. London: SAGE Publication, 53-103.
- Ball, J.; Mitchell, P.; Malhi, G.; Skillecorem, A. & Smith, M. (2011). Co-constructing a Marriage: Analyses of Young Couples' Relationship Narratives. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 12 (2), 37-51.
- Cecero J, Nelson J, Gillie J. (2004). Tools and Tenets of Schema Therapy: Toward the construct validity of early maladaptive schema questionnaire-research version (EMSQ-RV). *J Clin Psychol Psychother*. 11(3): 344-57.
- Epsten S, Lipson A, Holstein C, Huh E. (1992). Irrational reactions to negative outcomes: Evidence for two conceptual systems. *J Pers Soc Psychol*, 62 (3): 328-39.
- Welburn K, Coristine M, Dagg P, Pontefract A, Jordan S. (2002). The schema questionnaire-short form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *J Cogn Ther Res*, 26(4): 519-30.
- Arieti S, Bemporad J. (2006). The psychological organization of depression. *J Am Psychiatry*,
- Ost LG. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*. 46(3): 296-321.
- Cardaciotto LA. (2005) Assessing Mindfulness: The Development of a Bi-Dimensional Measure of Awareness and Acceptance [Thesis]. Philadelphia, PA: Drexel University.
- Hayes SC, Bissett RT, Korn Z, Zettle RD, Rosenfarb IS, Cooper LD, et al. (1999). The Impact of Acceptance versus Control Rationales on Pain Tolerance. *The Psychological Record*. 49(1): 33-47.
- Hayes SC. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*. 35(4): 65-639.
- Roemer L, Orsillo SM. (2010). An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In: Orsillo SM, Roemer L, Editors. *Acceptance- and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety: Conceptualization and Treatment*. New York, NY: Springer; 8(2), 40-213.
- Forman EM, Herbert JD. (2008). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in w. o'donohue, je. fisher, (eds), *cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley, 4 (1): 263-265.
- Lee, V, Cohen, S. R, Edgar, L, Laizner, A. M & Gagnon A. J, (2006). "Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy," *Social Science & Medicine*, 62 (4): 3133-3145.
- Christensen A, Atkins DC, Yi J, Baucom DH, George WH. (2012). Couple and individual adjustment for 2 years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *J Consult Clin Psychol*; 74(6): 1180-91.
- Christensen A, Atkins DC, Berns S, Wheeler J, Baucom DH, Simpson LE. (2011).

- Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *J Consult Clin Psychol*; 72(2): 176-91.
- Young ME, Long LL. (1998). *Counseling and psychotherapy of couple*. New York: Guilford, 21-85.
- Kiannia M. (1996). [Today woman, yesterday man, conflict of marital]. Tehran: Raoushanfekran, 14-78. (Persian)
- Guttman JM. (1993). A theory of marital dissolution and stability. *J Fam Psychol*, 7(1): 57-75.
- Fazel, M. (2010), "The emerging for narrative exposure therapy: A review", *Clinical Psychology Review*, 30(8),1030-1039.
- Barbara H. Fiese and Arnold J. Sameroff. (1999). The Family Narrative Consortium: A Multidimensional Approach to Narratives. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64 (2): 1-36. <http://www.jstor.org/>.
- Priscilla WB. and Maria Vandergriff-Avery. (2001). Marital Therapy and Marital Power: Constructing Narratives of Sharing Relational and Positional Power. *Contem Fam Ther*, 23(3): 259-308.
- Banker j, Kaestle ch, Katherine A. (2010). Dating is Hard Work: A Narrative Approach to Understanding Sexual and Romantic Relationships in Young Adulthood. *J Contemp Family Ther*, 65(5): 173-191.
- Tabrizi M, kardani M, Jafari F. (2006). *family descriptive Dictionary*. Tehran. Fararavan Publication. [Persian].
- Malcolm L, Ramsey J. (2010) "On forgiveness and healing: Narrative therapy and the Gospel story. *Word & World*, 30(1): 23-32.
- McAdams D. (1993). *The Stones We Live By: Personal Myths and the Making of the Self*. New York: The Guilford Press, pp. 103-104.
- Skerrett RN. (2010). "Good Enough Stories": Helping Couples Invest in One Another's Growth, *j Fam Proc*, 49 (4): 503-516.
- Sidny S, Sidny S. forgiveness. Gharchedaghi M. (2005). Translators. Tehran. Dorsa Publication, [Persian].
- Roemer L, Orsillo SM. (2005). An acceptance- based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In: Orsillo SM, Roemer L, Editors. *Acceptance- and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety: Conceptualization and Treatment*. New York, NY: Springer, p. 213-40.
- Roemer L, Lee JK, (2009). Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM, Mennin DS. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behav Ther*, 40(2): 142-54.
- Roemer L, Orsillo SM, (2011). Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 76(6): 1083-9.
- Yoosefi N. (2010). [Structural relationships between self-differentiation and subjective well being, mental health and marital quality fitting Bowen's theory]. *Journal of Medical Sciences University of Shahre Kurd*, 12(3): 68-77 (Persian).