فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۹، شماره ۲۲، زمستان ۱۴۰۲

اثربخشی مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و ناگویی هیجانی در زنان باتجربه رابطه فرا زناشویی

الهام واحدی[۱]

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و ناگویی هیجانی در زنان باتجربه رابطه فرا زناشویی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان باتجربه رابطه فرا زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر تهران بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار داده شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند و گروه کنترل در طول این مدت در انتظار درمان ماندند. روش جمع‌آوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه استاندارد ناگویی هیجانی (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴) و پرسشنامه استاندارد نشخوار فکری (نولن هوکسما و مارو، ۱۹۹۱) انجام گرفت. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن برای پرسشنامه ناگویی هیجانی ۸۱/. و پرسش‌نامه نشخوار فکری بالای ۰,۷ به دست آمد. همین‌طور از روایی محتوا به‌منظور آزمون روایی پرسشنامه استفاده شد، که برای این منظور پرسشنامه‌ها به تأیید متخصصین مربوطه رسید. تجزیه‌وتحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS24 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت. نتایج تحقیق نشان داد نتایج نشان داد که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش " نشخوار فکری" زنان باتجربه رابطه فرا زناشویی شد. همچنین نتایج نشان داد طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبود "ناگویی هیجانی" زنان باتجربه رابطه فرا زناشویی شد. بنابراین یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و ناگویی هیجانی زنان باتجربه رابطه فرا زناشویی مؤثر می‌باشد.

واژگان کلیدی: نشخوار فکری، ناگویی هیجانی، طرحواره درمانی، ذهن آگاهی

[۱] کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحدآیت الله آملی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران (نویسنده مسئول) elhamv114@gmail.com

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21]

مقدمه

ازدواج معمولاً یک رابطه نسبتاً پایدار بین زن و شوهر و به‌عنوان یک پیوند مذهبی، اجتماعی و حقوقی شناخته می‌شود که ایجادکننده تعهدات متقابل بین زوج است (جهان، چادهوری، آدکور رحمان، چادهوری، خیر[1]، ۲۰۱۷) که بنا به گفته موسکو[2] (۲۰۰۹)، یکی از ویژگی‌های ازدواج تعهد و پایبندی هر یک از همسران نسبت به یکدیگر و حقوق متقابل بوده، که قوی‌ترین و پایدارترین عامل پیش‌بین کیفیت و ثبات رابطه زناشویی است (مؤمنی، جاوید، نادری، نوبندگانی، ۱۳۹۳). این رابطه زناشویی با خطراتی گره‌خورده است که استمرار حیات خانوادگی و سلامت خانواده را مختل می‌کند. یکی از این خطرها خیانت زناشویی که یکی از دلایل عمده طلاق و از هم پاشیدن خانواده است (گوردون، آمر، لنگر، برم، باکوم و اسنایدر[3]، ۲۰۲۰). فرهنگ لغت انگلیسی آکسفورد خیانت[4] را به‌عنوان رابطه جنسی یک فرد متأهل باکسی غیر از همسر خود تعریف کرده است. اما محققان حاضر این تعریف را گسترش داده‌اند که عبارت‌اند از: خیانت جنسی (رابطه جنسی بدون درگیری عاشقانه)، خیانت عاشقانه (درگیری عاشقانه بدون هیچ‌گونه رابط جنسی) و درگیری جنسی و عاشقانه (فیلیمون، هوزا و تورلیوک[5]، ۲۰۲۱). مطالعات زیادی نشان داده‌اند که واکنش فرد نسبت به خیانت همسر، شبیه علائم استرس پس از سانحه همچون علائم شوک، سردرگمی، خشم، افسردگی، آسیب دیدن عزت‌نفس و کاهش اعتمادبه‌نفس در مسائل شخصی و جنسی می‌باشد (باراکا و پولانسکی[6]، ۲۰۲۱) و علاوه بر آن به‌راحتی می‌توان قطع روابط با دیگران و همچنین مشکلات عاطفی را شناسایی کرد (هینتزلمن، مورداک، کریکاک و سی[7]، ۲۰۱۴) که این‌گونه تغییرات شناختی- هیجانی می‌تواند به شکل‌گیری برخی از واکنش‌های رفتاری منفی نیز از سوی فرد قربانی بینجامد. با توجه به آمارهای جهانی متأسفانه زنان نسبت به مردان بیشتر خیانت همسر را تجربه می‌کنند که با توجه به پیامدهای ناگوار این رویداد سلامت روان و دیگر مؤلفه‌های روان‌شناختی آن‌ها در معرض خدشه قرار می‌گیرد (مهمان‌نوازان، صفاری نیا، آقا یوسفی، حسینیان، ۱۳۹۶).

ازجمله مشکلاتی که زنان باتجربه رابطه فرا زناشویی از آن رنج می‌برند، نشخوار فکری است که به‌عنوان افکاری مقاوم و عودکننده شناخته می‌شود که حول یک موضوع معمول دور می‌زند و توجه را از موضوعات موردنظر و اهداف فعلی منحرف می‌سازد. مطالعات زیادی از رابطه تنگاتنگ بین نشخوار فکری و انواع مختلف اختلالات هیجانی حکایت می‌کند (ربیعانی و مجتبایی، ۱۳۹۷). این افراد با تمرکز بیشتر به عوامل فشار زای زندگی، دچار افکار ناکارآمدی می‌شوند که عمدتاً گرایش به گذشته داشته و به افکار منفی تکرارشونده‌ی متمرکز بر خود منتهی می‌شود که آن را نشخوار فکری گویند (تومینیا، کولاین، روزرو و گالا[8]، ۲۰۲۰). درواقع نشخوار فکری به‌عنوان افکار تکراری در مورد تجربیات مرتبط با عواطف تعریف می‌شود (کوواکس، تکاکس، توس[9] و همکاران، ۲۰۲۰) و شامل افکار منفعلانه‌ای است که متمرکز بر علت‌ها، نتایج و علائم هستند (عندلیب، عابدی، نشاط‌دوس و آقایی، ۱۳۹۹) که به‌عنوان نوعی رفتار برگشتی معمولاً برای مدت طولانی‌مدت دوام می‌آورد (هتریک، کاکس، فیشر[10] و همکاران، ۲۰۱۵). مطالعات تحولی نشان می‌دهد که سبک‌های پاسخ‌دهی نشخوار گونه، طی انتقال فرد از دوران کودکی به دوران بزرگ‌سالی ایجاد و تثبیت می‌شوند (شاو، هیلت و استار[11]، ۲۰۲۱). حین نشخوار فکری فرد به برآوردهای افراطی از احتمال حوادث منفی و مسئولیت خود در قبال ایجاد یا پیشگیری از پیامدهای فاجعه‌بار مرتبط با افکار دست می‌زند و سعی در کنترل این افکار دارد (خدری، شیرالی‌نیا و اصلانی، ۱۴۰۱).

1- Jahan, Chowdhury, Atqur Rahman, Chowdhury, Khair
2- Mosko
3 - Gordon, Amer, Lenger, Brem, Baucom & Snyder
4- infidelity
5 - Filimon, Huza & Turliuc
6 - Barraca & Polanski
7- Heintzelman, Murdock, Krycak, Seay
8 - Tumminia, Colaianne, Roeser, & Galla
9 - Kovacs, Takacs, Toth
10 - Hetrick, Cox, Fisher
11 - Shaw, Conway & Starr

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21]

از طرف دیگر، بر اساس پژوهش‌ها وجود ارتباط مؤثر و ابراز هیجانات عاملی اساسی در تفاوت بین زوج‌های راضی و ناراضی می‌باشد زیرا نقش مهمی در شکل‌گیری صمیمیت دارد (خان و جافه[1]، ۲۰۲۲). تجربه هیجان توسط انسان امری پیچیده است. اغلب، کلماتی که برای بیان هیجاناتمان به دیگران داریم ناکافی به نظر می‌رسد. می‌توان تصور نمود که این چقدر برای فردی که در تمایز بین وضعیت‌های هیجانی ابتدایی خود هم ناتوان است، مشکل است. طبیعتاً این مشکل به‌گونه‌ای منفی بر روابط اجتماعی تأثیرگذار خواهد بود. آگاهی اشخاص از احساس‌هایشان و توانایی بیان این احساس‌ها برای اشخاص دیگر در تسهیل تبادلات اجتماعی بسیار تأثیرگذار است (تانگ، هو، یانگ و زو[2]، ۲۰۲۰). آگاهی هیجانی ضعیف چندین دهه موردمطالعه قرارگرفته است و به‌عنوان ناگویی هیجانی شناخته‌شده است. اولین بار سیفنئوس در سال ۱۹۳۷ اصطلاح ناگویی هیجانی را مطرح ساخت (گورلیچ[3]، ۲۰۱۸). دشواری‌هایی در شناسایی احساس‌ها، در توصیف احساس‌ها، سبک تفکر برون مدار، ظرفیت تخیلی محدود، توانایی ضعیف در همدلی، تمایل شدید برای رفتار تکانشی و گرایش زیاد به توصیفات نامتمایز از تجربه‌های هیجانی ازجمله ویژگی‌های ناگویی هیجانی هستند. از دیدگاه علوم شناختی، هیجان‌ها به‌عنوان دسته‌ای از طرح‌واره‌های مبتنی بر پذیرش اطلاعات شناخته می‌شوند که شامل فرایندها و تجسم‌های نمادین و غیر نمادین هستند (مقتدر و حلاج، ۱۳۹۷). ازجمله مسائلی که زوجین دارای تعارضات زناشویی با آن روبرو هستند، اشکالات جدی در مدیریت هیجانات است که علت این مشکلات ممکن است در بعضی از افراد، ناتوانی مزمن ناهشیاری هیجانی باشد. به‌طورکلی شواهد نشان می‌دهد که بسیاری از زوجینی که روابط آشفته‌ای دارند هیجانات خود را به‌خوبی درک نمی‌کنند و از تنظیم و تعدیل آن عاجزند (دهقانی و فلاح، ۱۳۹۹). برحسب مدل آسیب پذیری-استرس، عوامل محیطی در تعامل با عوامل آسیب‌زایی که از قبل وجود دارند (مانند آسیب‌های زیستی و روان‌شناختی) باعث ایجاد اختلال‌های هیجانی می‌شوند. این نقص هیجانی یکی از عوامل خطر برای انواع اختلال‌های پزشکی و روان‌پزشکی است (شاه و مورالی[4]، ۲۰۱۹) و همچنین باعث کاهش همدلی در زوجین می‌گردد (هس و گیبسون[5]، ۲۰۱۹). اوبید[6] و همکاران (۲۰۱۹) طی پژوهشی درزمینهٔ عوامل کارکردی، ساختاری و هیجانی مرتبط باکیفیت زندگی زناشویی، به این نتیجه دست یافتند که رابطه معناداری بین خودآگاهی هیجانی در افراد با میزان ناگویی هیجانی در آنان وجود دارد. نتایج پژوهش خانی (۱۳۹۸) نشان داد بین سبک‌های دل‌بستگی باکیفیت روابط زناشویی رابطه معناداری وجود دارد و بین ناگویی هیجانی و کیفیت روابط زناشویی رابطه معنادار و ساده‌ای وجود دارد همچنین نتایج پژوهش امیریان فر (۱۳۹۸) نشان داد ناگویی هیجانی (دشواری در شناسایی و/یا توصیف احساسات) و جو عاطفی (ارتباط) می‌تواند کیفیت روابط زناشویی را پیش‌بینی کند.

اخیراً نسل سوم درمان‌های شناختی رفتاری مانند درمان طرح‌واره و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، باهدف قرار دادن نیازهای بیماران متمرکز کرده‌اند. در حوزه شناخت درمانی یکی از مدل‌های درمانی، مدل طرح‌واره درمانی است که توسط یانگ[7] و همکاران (۲۰۰۳) به وجود آمده که درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی و رفتاری کلاسیک بناشده است. طرح‌واره درمانی اصول و مبانی مکتب‌های شناختی رفتاری، دل‌بستگی، گشتالت، روابط شیء، سازنده گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. تصور می‌شود طرح‌واره‌های شناختی نقش اصلی در توسعه و ادامه اختلالات روانی و نیز عود و برگشت آن‌ها دارند. بنابراین شناخت طرح‌واره‌ها می‌تواند به توصیف آسیب‌پذیری در آسیب‌شناسی روانی کمک کند (چویی-کاین و گاندرسون[8]، ۲۰۰۸). طرح‌واره‌ها نیز موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان

[1] - Khan & Jaffee
[2]- Tang, Hu, Yang & Xu
[3]- Goerlich
[4]- Shah & Murali
[5] - Hesse & Gibbons
[6]- Obeid
[7] - Young
[8] - Choi-Kain & Gunderson

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21]

فردی[1] به‌صورت سو تفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف‌شده و گمانه‌زنی‌های نادرست، هدف و چشم‌داشت‌های غیرواقع‌بینانه مشخص می‌شوند (پاگ[2]، ۲۰۱۵). رویکرد طرحواره درمانی، بر الگوهای خودویرانگر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سرتاسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. این الگوهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه[3] نامیده می‌شوند. این سته از طرحواره‌های ناسازگار به رشد و شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی می‌انجامد. طرحواره‌های آسیب‌رسانی که از جریان اولیه رشد آغاز و در طول زندگی تداوم می‌یابد (قربانعلی زاده، مقدم زاده و جعفری، ۱۳۹۶). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عمیق‌ترین سطح ساختارهای شناختی هستند که خود را در رابطه با محیط و سایر افراد نشان می دهد و در شرایط خاص فعال می‌شوند (دومن[4]، ۲۰۱۸). در شکل‌گیری طرحواره‌ها خلق‌وخوی[5] ذاتی با تجارب ارتباطی غیر انطباقی اولیه به‌ویژه آسیب‌های کودکی[6] تعامل می‌کنند و به‌طور خاص‌تر، این طرحواره‌ها در صورتی به طرحواره‌های ناسازگار تبدیل می شوند که نیازهای روان‌شناختی فرد (مثل نیازهای استقلال، محبت و دل‌بستگی) برآورده نشوند (ون دن بروک، کولن-دی ووس و برنشتاین[7]، ۲۰۱۱). یانگ، کلسکو و ویشار[8] (۲۰۰۳) ۱۸ طرحواره ناسازگار را مشخص کرده‌اند که در ۵ حوزه زیر قرار می‌گیرند؛ حوزه بریدگی و طرد[9] (رهاشدگی[10]، بی‌اعتمادی[11]، محرومیت هیجانی[12]، نقص و شرم، انزوای اجتماعی/بیگانگی[13])، حوزه خودگردانی و عملکرد مختل[14] (وابستگی/بی‌کفایتی[15]، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و زیان[16]، خود تحول نیافته/گرفتار[17] ، شکست[18])، حوزه محدودیت‌های مختل[19] (استحقاق/برزگ منشی، خویشتن‌داری و خود انضباطی ناکافی[20])، حوزه دیگر جهت مندی[21] (اطاعت، ایثار، پذیرش جویی/جلب‌توجه) و حوزه گوش به زندگی بیش‌ازحد و بازداری (منفی گرایی/بدبینی، بازداری هیجانی[22]، معیارهای سرسختانه، تنبیه). در همین رابطه تاسکا و بلفورم[23] (۲۰۱۴)، در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که بیماران سطوح بالاتری از ناامنی دل‌بستگی و حالات ذهنی آشفته را نشان می‌دهند. در خصوص اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه نتایج بیانگر این بود در حوزه بریدگی و طرد و در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، این درمان اثربخش است. عابدی شرق، آهوان، دوستیان، اعظمی و حسینی (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان دادند که درمان طرحواره درمانی هیجانی باعث بهبود نشانه‌های بالینی و کاهش طرحواره هیجانی در بیماران شده است.

---

1 - interpersonal psychopathology
2 - Pugh
3 - Early Maladaptive Schems
4 - Doomen
5 - Temperment
6 - Childhood Trauma
7 - van den Broek, Keulen-de Vos & Bernstein
8 - Young, Klosko & Weishaar
9 - Disconnection & Rejection
10 - Aandonment
11 - Mistrust
12 - emotional deprivation
13 - social isolation
14 - impaired autonomy and performance
15 - dependence
16 - vulnerability to Illness
17 - Enmeshment
18 - Defectiveaness
19 - Impaired limits
20 - Insufficient Self-Control
21 - Other Directedness
22 - Emotional Inhibition
23 - Tasca & Balfour

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21]

علاوه بر طرح‌واره درمانی، یکی دیگر از درمان‌های به نسبت نوین که در مورد افراد دارای بیماری سرطان سینه دارای کاربرد است، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی است. این درمان می‌تواند به‌عنوان یک گزینه درمانی در کمک به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و انسجام درونی بیماران مبتلابه سرطان سینه موردتوجه قرار گیرد (پیتر، مک گراث، چامبرز و دیک[1]، ۲۰۱۴). ذهن آگاهی به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه و مشاهده گری بدون داوری می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از بیماری اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود بیماری کمک کند (هازلت-استیونز، سینگر و چونگ[2]، ۲۰۱۹). رویکرد کابات زین برای درمان بیماران شامل وارسی بدنی یا فن آگاهی از بدن، یک سری تغییرات عمدی را در برمی‌گیرد که در آغاز بر کل بدن و سپس بر هر بخشی از بدن در یک شیوه بدون داوری متمرکز می‌شود (بورکل، فندل و اسمیدت[3]، ۲۰۲۰). با استفاده از تمرین‌های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد یاد می‌گیرد که پاسخ‌هایی جایگزین ناراحتی‌های هیجانی بدهد و پاسخ‌های شرطی شده را کاهش می‌یابد. در ذهن آگاهی افراد یاد می‌گیرند که تجربیات را به عنوان تجربیات مجزا از خود و به عنوان یک حالت گذرا و موضوعی برای تغییر بپذیرند (لیووریک، کاواناق و استرایوس[4]، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر مهارت‌های پیشگیری از عود شناختی رفتاری (به‌عنوان‌مثال شناسایی کردن موقعیت‌های پرخطر و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای) و مراقبه ذهن آگاهانه محوریت پیداکرده است. تمرینات ذهن آگاهی به دنبال افزایش پذیرش آگاهی متمایز از طریق تمرکز خاص بر ناراحتی‌های جسمی و هیجانی است و به مراجعین می‌آموزد که وضعیت‌های هیجانی، جسمانی و شناختی را بدون واکنش غیرارادی مورد مشاهده قرار دهند (کولز، لاندمن، کلودیوس، روس[5] و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس پژوهش‌ها، مراقبه متعادلی، مراقبه ذهن آگاهی، مراقبه ویپاسانا، یوگا و سایر فنون مراقبه‌ای تأثیر قابل‌توجهی در بهبود توان‌بخشی انواع بیماران داشته‌اند (زیمرمن، فینگان، پائول، اسمیدت، تای[6] و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعات نشان می‌دهد که درمان ذهن آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب و افسردگی (هنت، سیرز، کاتون، پالرلا[7] و همکاران، ۲۰۲۰) و استرس (مادوک، هوی، دی آلتون و کیربی[8]، ۲۰۱۹) ارتباط دارد. تحقیقات دیگر نشان داده‌اند که ذهن آگاهی، خلق را بهبود می‌بخشد و آموزش کوتاه‌مدت آن، افسردگی را کاهش می‌دهد و باعث افزایش بهزیستی روانی بیماران می‌شود (فینبرگ[9] و همکاران، ۲۰۲۰) و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود نشانه‌های استرس، اضطراب و افزایش اعتمادبه‌نفس و بهبود انسجام درونی منجر می‌شود (گلدین و گروس[10]، ۲۰۱۰).

شواهد نشان می دهند که خیانت زناشویی شیوع بالایی دارد و در مقایسه با زنان، مردان بیشتر در حق شریک زندگی خود پیمان‌شکنی می کنند. تجربه خیانت و پیمان‌شکنی زناشویی به عنوان یک رویداد آسیب‌زای بین فردی بوده منجر به علائم شناختی، عاطفی و رفتاری در قربانی می‌شود. با توجه به آسیب‌پذیری جنس زن به نظر می‌رسد که زنان از طرف صمیمی‌ترین فرد یعنی همسر می‌تواند منجر به از بین رفتن اعتماد بین فردی و رشد احساسات منفی‌ای چون خشم، افسردگی، کاهش اعتمادبه‌نفس و غیره گردد. شواهد بالینی با موارد آسیب‌دیده از خیانت زناشویی نشان می دهد که این علائم به‌ویژه فرضیاتی که فرد بعد از تجربه این رویداد درباره اعتماد، زندگی، آینده، شوهر و غیره می‌سازد حتی سال‌ها بعدازاین رویداد و ترک و جبران آن‌طرف شوهر دوام یافته و می‌توانند بر کیفیت زندگی خانوادگی و رابطه فرد با سایر اعضا به‌ویژه کودکان نیز اثر منفی داشته باشند. با توجه به موارد بالا و لزوم ارائه مداخلات اثربخش برای افراد مواجه شده باخیانت زناشویی پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی مداخله تلفیقی طرح‌واره درمانی و ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و ناگویی هیجانی در زنان باتجربه

[1] - Petter, McGrath, Chambers & Dick
[2] - Hazlett-Stevens, Singer & Chong
[3] - Bürkle, Fendel & Schmidt
[4] - Leeuwerik, Cavanagh & Strauss
[5] - Külz, Landmann, Cludius, Rose
[6] - Zimmerman, Finnegan, Paul, Schmidt, Tai
[7] - Hente, Sears, Cotton, Pallerla
[8] - Maddock, Hevey, D'Alton & Kirby
[9] - Fineberg
[10] - Goldin & Gross

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21]

روابط فرا زناشویی انجام گرفت تا این فرض را مورد آزمون قرار دهد که تلفیق درمان طرحواره و ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و ناگویی هیجانی در زنان باتجربه روابط فرا زناشویی چه تأثیری دارد؟

روش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان خیانت دیده مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۰ خانم بود. روش نمونه‌گیری غیر تصادفی از نوع در دسترس بود. چون پژوهش از نوع مداخله‌ای بود، حداقل نمونه در هر یک از گروه‌ها ۲۰ نفر در نظر گرفته شد. به‌این‌ترتیب که برای انتخاب نمونه ابتدا اطلاعیه تشکیل جلسات و شرایط ثبت‌نام اولیه به اطلاع مراجعین و همکاران مشاور در مراکز مشاوره رسانده شد. پس از ثبت‌نام متقاضیان از بین ۲۳۷ مراجعه‌کننده، از طریق مصاحبه مقدماتی خانم‌های واجد شرایط انتخاب شدند، سپس از بین ۶۷ خانم متقاضی دارای شرایط پژوهش (طبق شرایط ورودی و غربالگری از طریق پرسشنامه‌های پژوهش صورت گرفت)، ۴۰ خانم بر اساس مصاحبه‌های تشخیصی صورت گرفته و با روش تصادفی و بر اساس معیارهای ورود و خروج (ملاک‌های ورود: ۱. داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، ۲. حداقل ۵ سال از ازدواج آن‌ها گذشته باشد، ۳. افرادی که تجربه خیانت داشته باشند، ۴. زنانی که به علت خیانت همسر متقاضی طلاق هستند، ۵. زنانی که مشکلات روان‌شناختی و جسمانی ندارند، ۶. زنانی که تحت درمان‌های روان‌پزشکی و روان‌شناختی نیستند. ملاک‌های خروج: ۱. عدم تمایل به ادامه درمان، ۲. اقدام به طلاق، ۳. قرار گرفتن تحت درمان‌های روان‌شناختی یا روان‌پزشکی در حین جلسات مشاوره) از پژوهش در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل قرار گرفت. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش قرار گرفت. محتوای جلسات فوق در جدول (۱) آمده است. پس از پایان جلسات هر دو گروه مجدداً با پرسشنامه‌های یادشده مورد ارزیابی قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش:

پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو: مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو که توسط بگبی و همکاران (۱۹۹۴) ساخته‌شده یک آزمون ۲۰ سؤالی است و شامل سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱(کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود. در این آزمون سؤال‌های ۱، ۳، ۵، ۸، ۱۱، ۱۷ و ۱۹ دشواری در شناسایی احساسات، سؤال‌های ۲، ۶، ۹، ۱۶ و ۲۰ دشواری در توصیف احساسات و بقیه سؤال‌ها تفکر عینی را تعیین می‌کند. در این آزمون مجموع نمره‌های سه زیر مقیاس، ناگویی هیجانی کلی را محاسبه می‌کند. بشارت (۲۰۰۷)، در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس نارسایی خلقی تورنتو، ضریب آلفای کرونباخ را برای نارسایی هیجانی کل و مقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرده است. وی هم‌چنین پایایی آزمون را به روش باز آزمایی در دو نوبت بافاصله چهار هفته ۰/۸۰ و ۰/۸۷ محاسبه کرده است.

پرسشنامه نشخوار فکری نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱): نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) پرسشنامه‌ای خودآزما تدوین کردند که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلف منفی را مورد ارزیابی قرار می‌داد. پرسشنامه سبک‌های پاسخ از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس تشکیل‌شده است. مقیاس پاسخ‌های نشخواری ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هرکدام را در مقیاسی از ا (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند (ترینر گنزالز و نولن هوکسما، ۲۰۰۳). بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند همبستگی باز آزمایی برای مقیاس پاسخ‌های نشخواری، ۰/۶۷ است (لامینت، ۲۰۰۴). این مقیاس برای اولین بار از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد. اعتبار پیش‌بین مقیاس پاسخ‌های نشخواری، در تعداد زیادی از مطالعات مورد آزمایش قرارگرفته است. چنان‌که در قبلاً توضیح داده شد، نتایج پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهند که مقیاس پاسخ‌های نشخواری می‌تواند شدت افسردگی را در دوره‌های پیگیری در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی با کنترل متغیرهایی مانند، سطح اولیه افسردگی و یا عوامل استرس‌زا، پیش‌بینی کند. هم‌چنین، بر پایه یافته‌های

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21]

پژوهشی، این مقیاس می‌تواند آسیب‌پذیری افراد را نسبت به افسردگی تعیین کند. به‌علاوه نشان داده‌شده است که این مقیاس می‌تواند پیش‌بینی کننده یک دوره بالینی افسردگی باشد.

شرح جلسات مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی: مدل تلفیقی درمان طرحواره محور و ذهن آگاهی تهیه برنامه و بسته درمانی آموزش مدل تلفیقی طرحواره و ذهن آگاهی که توسط پژوهشگر تحت نظارت اساتید با استفاده از پیشینه‌های نظری و پژوهشی و مفاهیم رویکرد طرحواره و ذهن آگاهی نوشته فن ورسیویک و همکاران (۲۰۱۴) ترجمه زیرک و حمیدپور (۱۳۹۸) می‌باشد و در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه آموزش داده شد. در مطالعه علی‌آبادی، شاره و توزنده جانی (۱۳۹۹) اثربخشی مداخله تلفیقی طرحواره درمانی و ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و ناامیدی تائید و لذا دارای اعتبار لازم برای استفاده است.

جدول ۱. مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی

جلسات	محتوای مربوط به هر جلسه
جلسه اول	معرفی شرکت‌کنندگان و بیان قوانین گروه، توضیح در مورد روابط فرا زناشویی و مشکلات هیجانی ناشی از آن، توضیح درباره طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها، تمرین کشمش، دفتر یادداشت طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها، تمرین وارسی بدن، تکلیف خانگی، توضیح درباره تکلیف خانگی: توجه آگاهی در زندگی روزمره، توضیح در مورد پرسشنامه توجه آگاهی پنج‌وجهی، آگاه شدن از طرحواره‌هایتان، خلاصه‌نویسی
جلسه دوم	توجه آگاهانه به محیط پیرامون، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، مراقبه کوتاه‌مدت وارسی بدن (پنج‌دقیقه‌ای)، بحث درباره نمرات توجه آگاهی و تکلیف خانگی، تمرین توجه آگاهانه به امور روزمره، تمرین توجه آگاهانه به محیط پیرامون، تکلیف خانگی
جلسه سوم	توجه آگاهانه به تنفس، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، تبادل‌نظر درباره نمرات توجه آگاهی به طرحواره و همچنین تکالیف خانگی، تمرین توجه آگاهانه به خاطرات دردناک، راه رفتن توجه آگاهانه، ختم جلسه، تکلیف خانگی
جلسه چهارم	توجه آگاهانه به سبک‌های مقابله با طرحواره، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، تبادل‌نظر درباره نمرات توجه آگاهی به طرحواره و همچنین درباره تکالیف خانگی، مقابله با طرحواره، شیرین‌کاری توجه آگاهانه، ختم جلسه، تکلیف خانگی
جلسه پنجم	مجاز دانستن و پذیرش هر آنچه وجود دارد، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، تبادل‌نظر درباره توجه آگاهانه به طرحواره و همچنین درباره تکالیف خانگی، تمرین توجه آگاهی سه‌دقیقه‌ای به طرحواره، پذیرش توجه آگاهانه خویشتن و دیگران، ختم جلسه، تکلیف خانگی
جلسه ششم	طرحواره : واقعیت یا خیال؟، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، تبادل‌نظر درباره توجه آگاهی به طرحواره و همچنین درباره تکالیف خانگی، نشان دادن قصد، رها کردن طرحواره‌ها به حال خود، ختم جلسه، تکلیف خانگی
جلسه هفتم	مراقبت از خویشتن با کمک بزرگ‌سال سالم و کودک خوشحال، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، تبادل‌نظر درباره توجه آگاهی به طرحواره و همچنین درباره تکالیف خانگی، مراقبت از خویشتن از طریق بزرگ‌سال سالم و کودک خوشحال، آماده شدن برای آینده، بزرگ‌سال سالم و کودک خوشحال، به چه چیزهایی نیاز دارند؟، ختم جلسه، تکلیف خانگی

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21]

جلسه هشتم	آینده، یادداشت طرح‌واره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، تبادل‌نظر درباره توجه آگاهی به طرح‌واره و همچنین درباره تکالیف خانگی، تمرین توجه آگاهانه به خویشتن به عنوان کودک و بزرگ‌سال، شرین کاری و توجه آگاهانه به طرح‌واره و ذهنیت در تعاملات شخصی، تکلیف خانگی
جلسه نهم	بازخورد از شرکت‌کنندگان در مورد میزان ذهن آگاهی آن‌ها نسبت به طرح‌واره‌هایشان در هفته گذشته، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، تداوم جهت‌گیری ذهن آگاهانه، تمرین بزرگ‌سال سالمی که ذهن آگاهی را وارد زندگی روزمره می کند
جلسه دهم	بررسی میزان ذهن آگاهی شرکت‌کنندگان به طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها در خلال هفته گذشته، تشخیص و پایش مداوم طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها، تمرین ذهن آگاهانه با بزرگ‌سال سالمی که بر آسیب‌پذیری فرد نظارت دارد، با ملاطفت پاسخ می دهد و به آینده امیدوار است

تجزیه‌وتحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار spss24 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته‌ها

اطلاعات توصیفی مقیاس نشخوار فکری و ناگویی هیجانی در جدول ۲ به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل ارائه‌شده است.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی نشخوار فکری و ناگویی هیجانی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

متغیر	عوامل		پیش‌آزمون	پس‌آزمون
		شاخص آماری		
نشخوار فکری	گروه آزمایش	میانگین	۶۷.۲۳	۰۷.۱۷
		انحراف معیار	۶۹.۲	۷۹.۲
	گروه کنترل	میانگین	۶۰.۲۳	۸۷.۲۳
		انحراف معیار	۶۴.۲	۷۵.۲
ناگویی هیجانی	گروه آزمایش	میانگین	۶۶.۴۷	۰۶.۳۶
		انحراف معیار	۵۲.۵	۷۹۶۲۱.۷
	گروه کنترل	میانگین	۱۳.۴۵	۰۰.۴۶
		انحراف معیار	۵۵.۵	۸۰.۸
دشواری در شناسایی احساسات	گروه آزمایش	میانگین	۴۶.۱۴	۶۰.۱۰
		انحراف معیار	۸۲.۲	۵۸.۲
	گروه کنترل	میانگین	۱۳.۱۳	۹۳.۱۲
		انحراف معیار	۵۵.۲	۰۸.۲
دشواری در توصیف احساسات	گروه آزمایش	میانگین	۲۰.۱۴	۸۰.۱۰
		انحراف معیار	۱۱.۲	۹۱.۳
	گروه کنترل	میانگین	۴۰.۱۳	۲۶.۱۴
		انحراف معیار	۳۳.۳	۸۰.۳

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21]

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، نسبت به‌پیش آزمون در نشخوار فکری و مؤلفه‌های ناگویی هیجانی را کاهش می دهد. بر اساس نتایج مندرج در جدول ۲، می‌توان به این توصیف دست زد که اجرای درمان تلفیقی طرحواره درمانی و ذهن آگاهی باعث بهبود مؤلفه‌های نشخوار فکری و ناگویی هیجانی در زنان باتجربه روابط فرا زناشویی شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون کواریانس برای اثربخشی درمان تلفیقی طرحواره درمانی و ذهن آگاهی **بر نشخوار فکری**

متغیر	شاخص آماری	SS	Df	MS	F	معنی‌داری	اندازه اثر
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	۱۵/۷۸	۱	۱۵/۷۸	۰/۲۰	۰/۶۵	۰/۰۰۶
	گروه	۴۴۷/۴۵	۱	۴۴۷/۴۵	۵/۷۴	۰/۰۲	۰/۱۳
	خطا	۳۱۱۵/۹۶	۲۴	۸۶/۵۵			
	کل	۷۵۰۰۹/۰۰	۳۰				

نتایج جدول ۳ نشان می دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه‌شده (F =۵/۷۴ ،P <۰/۰۵)، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات نشخوار فکری شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. به این معنی که استفاده از در درمان تلفیقی طرحواره درمانی و ذهن آگاهی در زنان باتجربه فرا زناشویی گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل تأثیر بیشتری بر کاهش نشخوار فکری در زنان باتجربه روابط فرا زناشویی داشته است.

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات ابعاد ناگویی هیجانی در دو گروه

شاخص آماری اثر	آزمون	ارزش	F	dfفرضیه	dfخطا	sig	ضریب ایتا
تفاوت دو گروه با	اثرپیلای	۴۹.	۵۶.۷	۰۰.۳	۰۰.۲۳	۰۰۱.	۴۹.
کنترل اثر	لامبدای ویلکس	۵۰.	۵۶.۷	۰۰.۳	۰۰.۲۳	۰۰۱.	۴۹.
پیش‌آزمون	اثرهتلینگ	۹۸.	۵۶.۷	۰۰.۳	۰۰.۲۳	۰۰۱.	۴۹.
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۹۸.	۵۶.۷	۰۰.۳	۰۰.۲۳	۰۰۱.	۴۹.

نتایج جدول ۴ نشان می دهد پس از حذف اثر پیش‌آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی‌دار برای عامل مداخله تلفیقی طرحواره درمانی و ذهن آگاهی «متغیر مستقل» وجود دارد.این اثر نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از مؤلفه‌های ناگویی هیجانی زنان دارای تجربه روابط فرازناشوی که با مداخله مبتنی بر تلفیق طرحواره درمانی و ذهن آگاهی درمان شده‌اند با زنان دارای تجربه روابط فرا زناشویی گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس=۰/۵۰، P <۰/۰۵).

جدول ۵. آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری

شاخص آماری متغیرها	منبع تغییر	SS	df	MS	F	سطح معناداری	ضریب ایتا
دشواری در شناسایی احساسات	گروه	۳۸.۴۶	۱	۳۸.۴۶	۴۶.۱۰	۰۰۳.	۲۹.
	خطا	۸۰.۱۱۰	۲۵	۴۳.۴			
دشواری در توصیف احساسات	گروه	۸۸.۹۶	۱	۸۸.۹۶	۵۴.۱۷	۰۰۰.	۴۱.
	خطا	۰۴.۱۳۸	۲۵	۵۲.۵			

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21]

تفکر با جهت‌گیری خارجی	گروه	۹۱.۱۳۵	۱	۹۱.۱۳۵	۹۵.۱۱	۰۰۲.	۳۲.
	خطا	۳۲.۲۸۴	۲۵	۳۷.۱۱			

نتایج جدول ۵ نشان می دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون، فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیرهای دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت‌گیری خارجی زنان دارای تجربه روابط فرا زناشویی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تائید می‌گردد. همان‌گونه که از نتایج جدول ۴ ملاحظه می گردد سطح معناداری حاصل‌شده برای شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت‌گیری خارجی در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۱۷ به‌دست‌آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵بر۳ متغیر وابسته) کوچک‌تر می‌باشد. درنتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل‌شده می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت‌گیری خارجی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و ناگویی هیجانی در زنان باتجربه رابطه فرا زناشویی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش نشخوار فکری در زنان باتجربه رابطه فرا زناشویی شد. نتایج پژوهش با یافته‌های (میرباقری و همکاران، ۲۰۲۲؛ غیورکاظمی و همکاران، ۲۰۲۳) همسو است. در تبیین نتایج می‌توان اشاره کرد که یکی از راه‌های سازمان‌دهی اطلاعات در ذهن، تقسیم واقعیت‌ها به دودسته درست و نادرست است. اما طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها باعث می‌شوند که ما اطلاعات را آن‌گونه که طرحواره‌ها می‌خواهند برداشت کنیم بدون این‌که به آن آگاه باشیم. بسیاری از مشکلات به این دلیل ایجاد و تداوم می‌یابند که ما در وضعیت هدایت خودکار به موقعیت‌ها واکنش نشان می‌دهیم. طرحواره‌ها نه‌تنها بر چیزهایی که باورشان تأثیر می‌گذارند، بلکه بر چگونگی پردازش اطلاعات نیز که در زندگی روزانه با آن‌ها مواجه هستیم تأثیرگذار هستند، وقتی یک طرحواره و باورهای مرکزی مربوط به آن فعال می‌شوند، افراد اطلاعات را به‌صورت سوگیرانه پردازش می‌کنند طوری که اطلاعات سازگار با طرحواره باریابی و اطلاعات ناسازگار با طرحواره نادیده گرفته می‌شوند. بنابراین رابطه متقابلی بین سوگیری در پردازش اطلاعات و باورهای مرکزی وجود دارد، لذا نیاز به هماهنگی شناختی و از طرف دیگر، استراتژی‌های مقابله ناسازگار (تسلیم، اجتناب و جبران افراطی) باعث تداوم طرحواره‌ها می‌شوند (ون وریس ویجک و همکاران، ۲۰۱۴). طرحواره‌هایی که در کودکی شکل‌گرفته‌اند در طول زندگی تحت تأثیر تعارض‌ها، نیازهای قوی و افکار و احساسات دشوار راه‌اندازی می‌شوند. طرحواره‌ها در توانایی افراد در احساس امنیت در رابطه، توانایی در رفع نیازهایشان و توانایی در رفع نیازهای دیگران تداخل ایجاد می‌کنند. دست کشیدن از طرحواره‌ها دشوار است زیرا آن‌ها در سازمان‌دهی تجاربمان و ایجاد خطای ادراکی یا توهم ایمنی و پیش‌بینی پذیری در جهان به ما کمک می‌کنند و این احساس را ایجاد می‌کنند که ما می‌توانیم پیش‌بینی هایی درباره نتیجه روابطمان و محافظت از خودمان داشته باشیم. چگونگی پاسخ‌دهی افراد در هنگام راه‌اندازی طرحواره‌ها می‌تواند دقیقا همان چیزی را خلق کند که آن‌ها از آن می‌ترسند. به‌محض راه‌اندازی طرحواره‌ها، یک تجربه تمام‌عیار شامل افکار، احساسات، ادراکات، خاطرات و اجبارهای طرحواره محور قدرتمندی را به بار می‌آورند (لیو و مک کی، ۲۰۱۷).

از سوی دیگر ذهن آگاهی به درک این نکته کمک می‌کند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهند، اما جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند و به افراد این امکان را می دهد که به‌جای پاسخ غیرارادی به رویدادها با تامل و تفکر پاسخ دهند. در این صورت، توانایی مشاهده کردن حالت هایی مثل علائم بیماری افزایش می‌یابد و به‌جای الگوهای رفتاری خودکار، فرد با درک حضور در زمان حال و همراهی با هیجانات و عدم قضاوت آن‌ها قادر به مدیریت شرایط موجود بوده و علائم بیماری کمتری را تجربه خواهند نمود. ذهن آگاهی به‌جای تلاش برای تغییر محتوای هیجان‌ها یا افکار، مستلزم تحمل است. مراقبه به فرد می‌آموزد که متوجه عوامل منجر به حواس‌پرتی باشد، اما خودش را با آن‌ها درگیر نکند. ازآنجاکه هیجان‌ها نمایانگر سخت‌ترین عوامل حواس‌پرتی‌اند، ذهن آگاهی مستلزم رویارویی مداوم با احساسات ناخوشایند در جسم و افکار ناخوشایند در ذهن است. از این گذشته، افزایش آگاهی به بینش بیشتر نسبت به اطلاعات مربوط به عوامل زیربنایی نظیر علل هیجان‌ها و

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21]

ارتباطشان با خاطرات ناخوشایند تجربه گذشته می‌انجامد. به‌عبارت‌دیگر، ذهن آگاهی شبیه مواجهه عمل می‌کند. به همین دلیل است که گلمن از پیامدهای ذهن آگاهی با عنوان «حساسیت‌زدایی همه‌جانبه» یاد می‌کند (سگال و همکاران، ۲۰۱۸).

بنابراین طرح‌واره درمانی دو مرحله دارد: در مرحله اول یا همان سنجش طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها شناسایی می‌شوند در مرحله دوم که تغییر است از درمان شناختی-رفتاری (بازسازی شناختی، ایجاد یک ندای سالم درونی شده، و تمرینات رفتاری مختص در هم شکستن رفتار ناکارآمد)، درمان تجربی (تمرین ابراز خشم، غم یا درد)، درمان گشتالتی و روان‌درمانی بین فردی برای اصلاح طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها استفاده می‌شود. رویکرد مبتنی بر ذهن آگاهی مرحله سومی را نیز معرفی می‌کند که در آن از طریق توجه عاری از قضاوت به تجربه درونی فعال‌ساز طرح‌واره و ذهنیت، مجالی برای ایجاد روش‌های بدیع برای پاسخ‌دهی به وجود می‌آید. دستورالعمل مواجهه ذهن آگاهانه عبارت است از اجازه ظهور دادن به احساسات و تمرکز بر روی پاسخ‌های جسمانی حاصل از آن‌ها، بدون پیش‌بینی هیچ‌چیز، و بدون دست زدن به هیچ اقدامی. عجیب این‌که در بلندمدت، با آزاد گذاشتن احساسات دگرگونی حاصل می‌شود (ون وریس ویجک و همکاران، ۲۰۱۴). باورهای مرکزی از دل تروماهای خاص و رویارویی منفی با مراقبین که در طی آن نیازهای هیجانی اساسی برآورده نشده جوانه می‌زند. باورهای مبتنی بر طرح‌واره‌ها، هیجانات بسیار دردناکی را راه‌اندازی می‌کنند. در حقیقت آن‌ها آن‌قدر تشویش زا هستند که افراد به‌محض فعال شدن این درد آن را سرکوب یا از آن اجتناب می‌کنند (لیو و مک کی، ۲۰۱۷). با توجه به این‌که شیوه افراد برای ادراک جهان را طرح‌واره‌هایشان از مدت‌ها پیش شکل داده است، لذا دسترسی به چشم‌اندازهای جدید اصولاً در دسترس ذهن افراد قرار نمی‌گیرند. به‌عبارت‌دیگر، دستگاه هدایت خودکار اغلب اوقات به‌راحتی بر افراد مسلط می‌شود. ذهن آگاهی کلید خروج از وضعیت خودکار است. زندگی ذهن آگاهانه بدون ابراز واکنش آنی، مجالی برای کنش‌های هشیارانه و ارادی در اختیار می‌گذارد. آموزش مستمر ذهن آگاهی به افراد این امکان را می دهد تا فرآیندهای توجهی خود را بهتر درک، شناسایی و تنظیم کنند. این امر کمک می‌کند تا تمایل افراد برای توجه خودکار به افکار یا احساسات عاطفی خاص و همانندسازی با آن‌ها کم‌کم رنگ ببازد، و توجه و نیروی بیشتری را برای طیف وسیع‌تری از تجارب آزاد می‌سازد که در غیر این صورت ازنظر دور می‌ماند (ون وریس ویجک و همکاران، ۲۰۱۴). در پژوهش حاضر زنان دارای تجربه رابطه فرا زناشویی در گروه طرح‌واره درمانی متمرکز بر ذهن آگاهی آموختند که تجربه‌های مرتبط با طرح‌واره‌هایشان مانند احساسات یاس، ترس، آسیب، طرد و تنهایی بخشی از سازمان ذهنشان است که در همه روابط ظاهر می‌شوند. افکار، احساسات، حالات بدنی، خاطرات و امیال پرفشار مرتبط با طرح‌واره‌ها خارج از کنترل هستند، لذا آن‌ها دریافتند که راهبردهایی که از آن‌ها به عنوان تلاش‌هایی برای کنترل و فرار از درد عمیق اجتناب‌ناپذیر استفاده می‌کنند، به ایجاد و تشدید دردی که ترس زیادی از آن دارند منتهی می‌شود. به این درک رسند که هرگاه تلاش می‌کنند تا از درد اولیه مرتبط با طرح‌واره‌هایشان اجتناب کنند یا آن را مسدود کنند، روابطشان آسیب می‌بیند و وقتی به‌جای تمرکز بر تلاش بر روی آنچه در کنترلشان است، همچنان با تغییر آنچه کنترل ناپذیر است درگیر هستند، درد حفظ و تشدید می‌شود باشیم.

همچنین نتایج نشان داد که طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش ناگویی هیجانی در زنان دارای تجربه رابطه فرا زناشویی شد. نتایج پژوهش با یافته‌های (رفتارعلی آبادی و شارح، ۲۰۲۲؛ فرهادی و همکاران، ۲۰۲۱) همخوانی دارد. در تبیین یافته پژوهش می‌توان بیان نمود هدف نهایی طرح‌واره درمانی بهبود طرح‌واره‌ها است و همان‌طور که بک اشاره‌کرده است، تعدیل ساختار و محتوای طرح‌واره‌های ناسازگار به‌منظور جلوگیری از عود نشانه‌های اضطراب ضروری است. تک‌تک مهارت‌های مبتنی بر طرح‌واره درمانی بر پیشبرد این هدف درمانی نقش داشته است. طرح‌واره درمانگران معتقدند رابطه درمانی، مؤلفه ضروری در سنجش و تغییر طرح‌واره‌هاست، ولی عامل اصلی تغییر محسوب نمی‌شود، بلکه ابزاری است که امکان تغییر را فراهم می‌کند (رنر و همکاران، ۲۰۱۸). ازجمله عوامل تأثیرگذار دیگر در فرآیند تعدیل طرح‌واره می‌توان راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین فردی را نام برد. تکنیک‌های شناختی با محک زدن اعتبار طرح‌واره‌ها و استفاده از تکنیک‌هایی مانند تعریف جدید شواهد تائید کننده طرح‌واره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره، تدوین کارت‌های آموزشی، آگاهی عقلانی افراد دارای علائم ناگویی هیجانی را افزایش داده و آنان را به این نتیجه رسانده که طرح‌واره غلط است. این روند سبب می‌شود تا این افراد از بند پردازش‌های ناکارآمد رهاشده و بتوانند پردازش‌های شناختی و هیجانی کارآمدتری را به نمایش گذاشته و از این طریق

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21]

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری را نیز از خود نشان می دهند. از طرفی دیگر مهارت‌های مبتنی بر طرح‌واره درمانی از ارتقای کارکردهای شناختی و روان‌شناختی حمایت می‌کند. بر این اساس شرکت‌کنندگان در جریان درمان، مهارت‌هایی کسب می‌کنند که از طریق آن از تصاویر نشخوار گونه ذهنی رها می‌شوند و ذهن خود را از خستگی رهانیده و به‌واسطه این تغییرات جدیدی که فنون ذهن آگاهی در فرد ایجاد می کند، افراد حاضر در پژوهش در برابر استرس‌ها، اضطراب و افکار پریشان که ممکن است در آینده نیز به آن دچار شود، محافظت می گردد و که این‌ها همه بر قدرت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی این افراد تأثیر می‌گذارد.

همچنین در تبیین دیگر طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توان به این موارد اشاره نمود با افزایش آگاهی افراد نسبت به حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارد و باعث کاهش نشخوارهای فکری و نگرش‌های ناکارآمد در افراد می‌شود. همچنین افراد را متوجه افکار زائد خود می‌سازد و مجدداً افکار آن‌ها را به سایر جنبه‌های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه با حضور ذهن یا صداهای محیطی، معطوف می‌سازد و از این طریق باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. همچنین ازآنجایی‌که بخشی از مشکل انعطاف‌ناپذیری و عاطفه منفی زنان دارای تجربه رابطه فرا زناشویی در عواملی چون عدم حضور ذهن آگاهانه در مکان و زمان نهفته است، بنابراین ارتقا ذهن آگاهی گامی مهم در جلوگیری از خود انتقادی و افزایش عاطفه مثبت است. به‌طوری‌که افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت ذهن آگاهی است (گا، زو و ژا، ۲۰۱۸) و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت و موجب بهبود قابلیت فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها می‌شود و این عوامل نیز به‌خودی‌خود می‌توانند باعث کاهش علائم در بیماران و افزایش هیجانات و ویژگی‌های مثبت روان‌شناختی شوند. علاوه بر این طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، تمرینات و تکنیک‌های ذهن آگاهی به جهت کمک به مراجعین به‌منظور افزایش آگاهی و تغییر دادن موقعیت‌های چالش‌انگیز ازجمله حالت‌ها و هیجان‌های موقعیت منفی، بدون واکنش به‌طور خودکار و عادت وار، طراحی‌شده است. بنابراین افراد درنتیجه دریافت درمانی طرح‌واره مبتنی بر ذهن آگاهی، تجربیات شناختی را به عنوان عناصر مجزا از خود و به عنوان یک حالت گذرا و به عنوان موضوعی برای تغییر می‌پذیرند و به‌جای کاوش موضوع و یا اجتناب شناختی یا رفتاری از تجربه آن‌که هر دو دردآور خواهد بود، این تجربیات را مانند سایر تجربیات شناختی که خنثی بوده و یا دارای بار هیجانی نمی‌باشند، پذیرفته و نهایتاً درونی می‌کنند.

ازاین‌رو می‌توان رویکرد طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را به عنوان یک مداخله مناسب به‌منظور ارتقای توانمندی مبتلایان در سازگاری با بحران خیانت و کاهش عوارض روان‌شناختی ناشی از آن به کاربرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهشی بر روی نمونه‌هایی با حجم بیشتر و به‌صورت مقایسه‌ای با سایر روش‌های روان‌درمانی گروهی و در مراحل مختلف درمان‌های روان‌شناختی انجام شود. به‌علاوه با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر استفاده از متخصصان روان‌شناسی در بخش‌های مختلف روابط زناشویی توصیه می‌شود.

منابع

امیریان فر، فاطمه. (۱۳۹۸). *پیش‌بینی کیفیت روابط زناشویی بر اساس جوّ عاطفی خانواده و ناگویی خلقی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر قدس.

خانی، فاطمه. (۱۳۹۸). *بررسی رابطه بین ابعاد ناگویی هیجانی، سبک‌های دل‌بستگی و میزان رضایت زناشویی در زوجین شهرستان دزفول*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور خوزستان.

خدری، معصومه؛ شیرالی‌نیا، خدیجه و اصلانی، خالد .(۱۴۰۱). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی متمرکز بر شفقت بر کاهش نشخوار فکری و استرس ادراک‌شده دختران نوجوان، روانشناسی کاربردی، ۱۶(۲): ۲۰۱-۲۲۳

دهقانی، فهیمه و فلاحی، پریناز. (۱۳۹۹). *آیا تکانش گری در رابطه بین ناگویی هیجانی و پرخاشگری دارای نقش واسطه‌ای است؟. نشریه اصول بهداشت روانی*، ۲۳ (۱)، ۸۱-۷۵.

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21]

ربیعانی، صدف و مجتبایی، مینا .(۱۳۹۷). تأثیر آموزش واقعیت درمانی گروهی بر میزان سازگاری اجتماعی و نشخوار فکری زنان نابارور، صارم در طب باروری، ۴ (۲): ۹۹-۱۰۳

عابدی شرق، نجمه؛ آهوان، مسعود؛ دوستیان، یونس؛ اعظمی، یوسف و حسینی، سپیده. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان طرحواره درمانی هیجانی بر نشانه‌های بالینی و طرحواره هیجانی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۲۶ (۱۱)، ۱۴۹-۱۶۳.

عندلیب، سیما؛ عابدی، محمدرضا؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر و آقایی، اصغر .(۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر تجارب با درمان مبتنی بر شفقت ورزی و شادکامی و نشخوار فکری در بیماران افسرده، روانشناسی بالینی، ۱۲(۱)

قربانعلی زاده، مسعود؛ مقدم زاده، علی و جعفری، عیسی. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی و معنا درمانی بر اضطراب مرگ در افراد مبتلابه خودبیمارپنداری. *مجله پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۷ (۱)، ۱۴-۲.

مقتدر، لیلا؛ و حلاج، لیلا. (۱۳۹۷). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ناگویی هیجانی و شادکامی در زنان با و بدون تعارضات زناشویی. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، *۷*(۲)، ۱۴۵-۱۳۸.

مهمان‌نوازان، اشرف؛ صفاری نیا، مجید؛ آقا یوسفی، علیرضا؛ حسینیان، سیمین (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی شناختی- رفتاری و روان‌درمانی آدلری زنان آسیب‌دیده. *پژوهش‌نامه انتظامی- اجتماعی زنان و خانواده، ۵(۲)*، ۶۰-۳۷.

مؤمنی جاوید، مهرآور و نادری‌نوبندگانی، زهرا (۱۳۹۳). *روابط فرا زناشویی؛ علل، پیامدها، نظریه و درمان*. تهران: انتشارات شباهنگ.

Barraca, J., & Polanski, T. X. (2021). Infidelity treatment from an integrative behavioral couple therapy perspective: Explanatory model and intervention strategies. *Journal of Marital and Family Therapy*.

Bürkle, J. J., Fendel, J. C., & Schmidt, S. (2021). Mindfulness-based and acceptance-based programmes in the treatment of obsessive–compulsive disorder: a study protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, *11*(6), e050329.

Doomen, L. (2018). The effectiveness of schema focused drama therapy for cluster C personality disorders: An exploratory study. *The Arts in Psychotherapy*, *61*, 66-76.

Filimon, D., Huza, G., & Turliuc, M. N. (2021). Self-Internet Infidelity and Partner Internet Infidelity. The Only Romanian Psychological Instruments Assessing the Online Extradyadic Behavior. *Open Journal of Social Sciences*, *9*(8), 120-140.

Fineberg, N. A., Day, G. A., de Koenigswarter, N., Reghunandanan, S., Kolli, S., Jefferies-Sewell, K., ... & Laws, K. R. (2015). The neuropsychology of obsessive-compulsive personality disorder: a new analysis. *CNS spectrums*, *20*(5), 490-499.

Ghayour Kazemi, F., Shahabizadeh, F., Safara, M., Shahidsales, S., Aledavood, S. A., Hosseini, S., ... & Zarei, E. (2023). Comparing the Effectiveness of Mindfulness Based Schema Therapy and Transdiagnostic Intervention on Cognitive Fusion with Illness and Posttraumatic Avoidance in Women with Breast Cancer: A Semi-Experimental Study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, *33*(220), 54-65.

Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*,*10*(1), 83.

Gordon, K. C., Amer, Z., Lenger, K. A., Brem, M. J., Baucom, D. H., & Snyder, D. K. (2020). Forgiveness and the dark side of intimate relationships: Infidelity, intimate partner violence, and divorce.

Gu, Y., Xu, G., & Zhu, Y. (2018). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for college students with ADHD. *Journal of attention disorders*, *22*(4), 388-399.

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21]

Hazlett-Stevens, H., Singer, J., & Chong, A. (2019). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy with older adults: a qualitative review of randomized controlled outcome research. *Clinical Gerontologist*, *42*(4), 347-358.

Heintzelman, A., Murdock, N, L., Krycak, R, C., Seay, L. (2014). Recovery from infidelity: Differentiation of self, trauma, forgiveness, and post traumatic growth among in intensive short- term dynamic psychotherapy on couple's satisfaction. *Journal of Clinical Psychology*, *3*(2), 13-21

Hente, E., Sears, R., Cotton, S., Pallerla, H., Siracusa, C., Filigno, S. S., & Boat, T. (2020). A Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Improve Well-Being for Health Professionals Providing Chronic Disease Care. *The Journal of Pediatrics*.

Hesse, C., & Gibbons, S. (2019). The longitudinal effects of alexithymia on romantic relationships. *Personal Relationships*, *26*(4), 566-585.

Hetrick, S. E, Cox, G. R, Fisher, C. A, Bhar, S. S, Rice, S. M, Davey, C. G, & Parker, A. G. (2015). Back to basics: could behavioural therapy be a good treatment option for youth depression? A critical review. Early intervention in psychiatry, 9(2), 93-99.

Jahan, Y., Chowdhury, A. S., Rahman, S. A., Chowdhury, S., Khair, Z., Huq, K. E., & Rahman, M. M. (2017). Factors involving extramarital affairs among married adults in Bangladesh. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, *4*(5), 1379-1386.

Khan, A. N., & Jaffee, S. R. (2022). Alexithymia in individuals maltreated as children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of child psychology and psychiatry*, *63*(9), 963-972.

Külz, A. K., Landmann, S., Cludius, B., Rose, N., Heidenreich, T., Jelinek, L., ... & Maier, J. G. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive–compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): a randomized controlled trial. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *269*(2), 223-233.

Leeuwerik, T., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2020). The association of trait mindfulness and self-compassion with obsessive-compulsive disorder symptoms: results from a large survey with treatment-seeking adults. *Cognitive Therapy and Research*, *44*(1), 120-135.

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*. New Harbinger Publications.

Maddock, A., Hevey, D., D'Alton, P., & Kirby, B. (2019). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy with psoriasis patients. *Mindfulness*, *10*(12), 2606-2619.

Mirbagheri, S. R., Khosravi, S., & Akrami, M. (2022). Evaluation of the effectiveness of group schema therapy on death anxiety and emotional disturbance in patients with breast cancer in Shiraz. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, *9*(5), 16-28.

Obeid, S., Akel, M., Haddad, C., Fares, K., Sacre, H., Salameh, P., & Hallit, S. (2019). Factors associated with alexithymia among the Lebanese population: results of a cross-sectional study. *BMC psychology*, *7*(1), 1-10.

Petter, M., McGrath, P. J., Chambers, C. T., & Dick, B. D. (2014). The effects of mindful attention and state mindfulness on acute experimental pain among adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, *39*(5), 521-531.

Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*, *39*, 30-41.

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21]

Raftar Aliabadi, M. R., & Shareh, H. (2022). Mindfulness-based schema therapy and forgiveness therapy among women affected by infidelity: A randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, *32*(1), 91-103.

Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., Huibers, M.J.H. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 58, 97-105.

Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford publications.

Shah, K., & Murali, R. (2019). Impact of Neuroticism on Alexithymia and Marital Satisfaction Among Married Men and Women. *Indian Journal of Mental Health*, *6*(1).

Shaw, Z. A., Conway, C. C., & Starr, L. R. (2021). Distinguishing Transdiagnostic versus Disorder-Specific Pathways between Ruminative Brooding and Internalizing Psychopathology in Adolescents: A Latent Variable Modeling Approach. Research on Child and Adolescent Psychopathology, 49(10): 1319-1331

Tang, W., Hu, T., Yang, L., & Xu, J. (2020). The role of alexithymia in the mental health problems of home-quarantined university students during the COVID-19 pandemic in China. *Personality and individual differences*, *165*, 110131.

Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, *47*(7), 710-717.

Tumminia, M. J., Colaianne, B. A., Roeser, R. W., & Galla, B. M. (2020). How is mindfulness linked to negative and positive affect? Rumination as an explanatory process in a prospective longitudinal study of adolescents. Journal of Youth and adolescence, 49(10): 2136-2148

Van den Broek, E., Keulen-de Vos, M., & Bernstein, D. P. (2011). Arts therapies and schema focused therapy: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, *38*(5), 325-332.

Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Schurink, G. (2014). *Mindfulness and schema therapy: A practical guide*. John Wiley & Sons.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

Zimmerman, B. J., Finnegan, M. K., Paul, S., Schmidt, S. A., Tai, Y., Roth, K. A., ... & Husain, F. T. (2019). Functional brain changes during mindfulness-based cognitive therapy associated with tinnitus severity. *Frontiers in neuroscience*, *13*, 747.

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۹، شماره ۲۲، زمستان ۱۴۰۲

The Effectiveness of the Integrated Intervention of Schema Therapy and Mindfulness on Rumination and Alexithymia in Women with Extramarital Relationship Experience

Elham Vahedi[1]

Abstract

The aim of the present study was to investigate the effectiveness of the combined intervention of schema therapy and mindfulness on rumination and alexithymia in women with extramarital relationship experience in Tehran in 1402. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the research included all the women with experience of extramarital relationship who referred to counseling centers and psychological services in Tehran, who were selected by available sampling method and were placed in two experimental (20 people) and control (20 people) groups. The experimental group underwent 10 90-minute sessions of schema therapy training based on mindfulness, and the control group remained waiting for treatment during this period. The method of data collection was based on the standard alexithymia questionnaire (Begby et al., 1994) and the standard rumination questionnaire (Nolen Hoeksma and Maro, 1991). The reliability of the questionnaire was calculated using the Cronbach's alpha method, and its value for the alexithymia questionnaire was 81. And rumination questionnaire was obtained above 0.7. Likewise, content validity was used to test the validity of the questionnaire, and for this purpose, the questionnaires were approved by the relevant experts. The analysis of the information obtained from the implementation of the questionnaires was done through SPSS24 software in two descriptive and inferential sections (covariance analysis). The results of the research showed that the schema therapy based on mindfulness reduced the "rumination" of women experiencing extramarital relationship. Also, the results showed that schema therapy based on mindfulness improved the alexithymia" of women with extramarital relationship experience. Therefore, the findings of the present study showed that schema therapy based on mindfulness is effective in reducing rumination and alexithymia in women with extramarital relationship experience.

Key words: Rumination, Alexithymia, Schema Therapy, Mindfulness

[1] MSC in Psychology, Department of Psychology, Ayatollah Amoli Unit, Islamic Azad University, Amol, Iran

[Downloaded from jnip.ir on 2025-12-21]