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

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودشناسی انسجامی و تنظیم هیجانی در زنان باتجربه روابط فرا زناشویی

سمیرا غلامحسینی[۱]

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودشناسی انسجامی و تنظیم هیجانی در زنان باتجربه روابط فرا زناشویی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری 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 (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله روان‌درمانی گروهی شناختی رفتاری را دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. ابزار اندازه‌گیری مورداستفاده در پژوهش، پرسشنامه انسجام درونی (کیمیایی و همکاران، ۱۳۹۲) و پرسشنامه تنظیم هیجانی (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶) بود. تجزیه‌وتحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه از طریق نرم‌افزار SPSS-V22 در دو بخش توصیفی و استنباطی (کوواریانس) انجام پذیرفت. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش خودشناسی انسجامی در زنان باتجربه روابط فرا زناشویی شده است، همچنین نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش تنظیم هیجانی در زنان باتجربه روابط فرا زناشویی شده است. بنابراین می‌توان گفت که روان‌درمانی گروهی شناختی رفتاری روشی مؤثر به‌منظور بهبود خودشناسی انسجامی و تنظیم هیجانی در زنان باتجربه روابط فرا زناشویی است.

واژگان کلیدی: خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجانی، درمان شناختی رفتاری

[۱] کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه ازاد اسلامی، ایران (نویسنده مسئول)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

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[۱]، ۲۰۱۷) که بنا به گفته موسکو[۲] (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[۳]، ۲۰۲۰). فرهنگ لغت انگلیسی آکسفورد خیانت[۴] 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[۵]، 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[۶]، ۲۰۲۱) و علاوه بر آن به‌راحتی می‌توان قطع روابط با دیگران و همچنین مشکلات عاطفی را شناسایی کرد (هینتزلمن، مورداک، کریکاک و سی[۷]، 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 خودشناسی انسجامی و دیگر مؤلفه‌های روان‌شناختی آن‌ها در معرض خدشه قرار می‌گیرد (مهمان‌نوازان، صفاری نیا، آقا یوسفی، حسینیان، ۱۳۹۶).

انسجام روان‌شناختی سبب ایجاد منبعی از مقاومت گسترده می‌گردد که تأثیرات استرس را بر میزان سلامتی می‌تواند تعدیل نماید. به این سبب که روش‌های سودبخش و اثربخشی از برخورد با عوامل اضطراب زا را در اختیار افراد قرار می‌دهد و ازاین‌رو، فرد را توانمند می‌سازد تا در برابر تأثیرات استرس‌های مختلف زندگی مقاومت زیادی را از خود نشان دهد (کاسه، یوئندو، شیماموتو و ایشی[۸]، ۲۰۱۹). خودشناسی انسجامی، جهت‌گیری کلی و حس اعتماد و پویایی فراگیر و مداوم در زندگی و دنیای اطراف افراد را نشان می‌دهد. خودشناسی انسجامی سبب می‌گردد فرد تحریک‌های بیرونی و درونی دریافت شده را در زندگی قابل پیش‌بینی تر، سازمان یافته‌ها و توضیح پذیرتر ادراک نماید. به بیان روشن‌تر، انسجام روان‌شناختی به احساسات و ادراکات فردی اشاره دارد که زندگی را برای آن‌ها کنترل‌پذیرتر، پرمعناتر و درک پذیرتر می‌کند (اریکسون[۹]، ۲۰۲۲). مونن، اید، دراگست و جسدال[۱۰] (۲۰۱۹) بر این نظر هستند که انسجام روان‌شناختی بالا با سازگاری در شرایط اضطراب‌آور مانند روابط آشفته زندگی رابطه مثبت داشته و سبب تندرستی بیشتر و کاهش پریشانی روانی، اضطراب و افسردگی می‌شود. در همین راستا نتایج پژوهش کانگ[۱۱] (۲۰۲۳) در پژوهش خود نشان دادند که افراد بااحساس انسجام بالا با موفقیت بیشتری در برابر استرس مقابله می‌کنند. همچنین نتایج پژوهش چادها، رابینسون، کین-راجرز، الکساندریس-سوفیس و رابن فیر[۱۲] (۲۰۱۶) نشان داد که انسجام روانی نقش مؤثری در شرایط سلامت جسمی و روانی افراد دارد.

---

[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] - Kase, Ueno, Shimamoto & Oishi
[9] - Eriksson
[10] - Moen, Eide, Drageset & Gjesdal
[11] - Kang
[12] - Chaddha, Robinson, Kline-Rogers, Alexandris-Souphis & Rubenfire

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

لذا تعداد قابل‌توجهی از خانواده‌ها در جامعه ما، از اثرات منفی خیانت رنج می‌برند (آساری و کالدول[۱]، ۲۰۱۹). این افراد، اغلب به‌گونه‌ای زیان‌آور، سطح بالایی از فشار روانی را تجربه می‌کنند و تنظیم هیجانی پایین‌تری دارند (انکر، هاویک و هیر[۲]، ۲۰۲۰). تنظیم هیجان مدیریت مناسب فعالیت‌های هیجانی به‌منظور دستیابی به عملکرد اجتماعی مؤثر است که دربرگیرنده ایجاد، نگهداری و تغییر وقوع شدت یا مدت‌زمان حالات احساسات درونی و واکنش‌های فیزیولوژیکی مرتبط با آن است (شفیعی تبار، اکبری و یساولی، ۱۳۹۹). تنظیم هیجانی، یکی از جنبه‌های خلق‌وخو می‌باشد که در پیش‌بینی کنار آمدن با ناسازگاری‌های روان‌شناختی نقش مهمی ایفا می‌کند (اسماعیلیان و همکاران، ۱۳۹۴؛ آلوارز[۳] و همکاران، ۲۰۲۲). عدم تنظیم هیجانی، با بسیاری از اختلالات روان‌شناختی ارتباط دارد (میو[۴] و همکاران، ۲۰۲۲) هیجانات منفی می‌توانند یکی از علل اساسی کژکاری در بین افراد باشند (کیو و شام[۵]، ۲۰۲۲) در حقیقت هیجانی شدن منفی یکی از مؤلفه‌های اساسی در اختلالات درونی شده و بیرونی شده در افراد است (وانگ[۶]، ۲۰۲۲). هایز و فلدمن[۷] (۲۰۰۴) مطرح کردند که هیجانات یا از طریق اجتناب و یا از طریق درگیری بیش‌ازحد، می‌توانند تنظیم شوند. اجتناب از تجارب کنونی می‌توانند شامل سوگیری انتخابی اطلاعات، تحریف شناختی یا عدم درگیری هیجانی باشد. درگیری بیش‌ازحد نیز شامل نشخوار، نگرانی مزمن، وسواس‌های فکری و رفتارهای اجباری است. هردوی این راهبردهای تنظیم هیجان نیازمند تغییر توجه از رویدادهای کنونی به‌طرف رویدادهای گذشته یا آینده هستند. زمانی که افراد هیجاناتشان را تنظیم می‌کنند و به چالش‌های زندگی با روش‌های سازنده و مؤثر پاسخ می‌دهند، مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد، عمداً شرایطی را ایجاد می‌کنند تا بتواند تحت آن شرایط، هیجاناتشان را کنترل کنند که به نفع آن‌ها وارد عمل شوند (چن و فاگوندس[۸]، ۲۰۲۲).

یکی از درمان‌هایی که باعث بهبود خودشناسی انسجامی و تنظیم هیجانی در زنان باتجربه روابط فرا زناشویی شده است درمان شناختی رفتاری می‌باشد. این درمان برای نشانه‌ها و رفتارهای غیرعادی استفاده می‌شود. ازآنجایی‌که افکار و اعمالی از این نوع، اغلب با یکدیگر همراهی دارند، در بیشتر موارد از تکنیک‌های رفتاری و شناختی همراه هم استفاده می‌شود (کریستا، هیبرز، دیوید، هالون[۹] و همکاران، ۲۰۱۵). درمان شناختی رفتاری بر این فرض استوار است که اختلال عاطفی و علائم اختلال‌های رفتاری در نتیجه تفکر غیرمنطقی ادامه پیدا می‌کند و می‌تواند با استفاده از تکنیک‌های متنوع رفتاری، عاطفی و شناختی نه‌تنها در طی جلسات درمانی، بلکه در بین جلسات به‌صورت ارائه تکلیف تغییر پیدا کند (فریدلند، کارنی، ریچ، استین مایر و رابین[۱۰]، ۲۰۱۵). بر اساس درمان شناختی رفتاری، تجارب افراد به تشکیل فرض‌ها و یا طرحواره‌هایی درباره خویشتن و جهان می‌انجامد و این فرض یا طرحواره‌ها بر سازمان‌بندی ادراکی و کنترل و ارزیابی رفتار تأثیر می‌گذارد. درمان شناختی رفتاری مراجعان را به حل فعالانه مسائل و درگیری جرات مندانه در محیط تشویق و بر توانایی فرد جهت تفسیر و تغییر مناسب رویدادها تأکید می‌نماید (آرچ، آیرز، باکر، آلمکالو، دین و کراسک[۱۱]، ۲۰۱۳). همچنین، مداخله‌های رفتاری ویژه در درمان شناختی رفتاری، برافزایش میزان اشتغال فرد به فعالیت‌های لذت‌بخش تأکید دارد. هدف از این روش آن است که به فرد کمک شود تا بتواند حداقل یک‌بار در هفته برای انجام فعالیت‌های لذت‌بخش برنامه‌ریزی کند تا بتواند تغییر عمده‌ای در کیفیت خلق و زندگی فرد ایجاد نماید (قمری گیوی، نادر، سواری و اسمعیلی، ۱۳۹۳). درمانگران شناختی رفتاری به مراجعان کمک می‌کنند تا نسبت به مشاهده شناخت‌هایشان به ارزشیابی فعال‌تری بپردازند، روی اصلاح تعامل‌های رفتاری منفی به‌منظور پرورش شناخت‌ها و

1 - Assari & Caldwell
2 - Anker, Haavik & Heir
3 - Álvarez
4 - Miu
5 - Qiu & Shum
6 - Wang
7 - Hayes & Feldman
8 - Chen & Fagundes
9 - Cristea, Huibers, David, Hollon
10 - Freedland, Carney, Rich, Steinmeyer & Rubin
11 - Arch, Ayers, Baker, Almklov, Dean & Craske

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

هیجان‌های مثبت در مورد یکدیگر کار کنند و به مطرح کردن مسائل مربوط به بیماری خود در مورد تجربیات هیجانی بازداری شده بپردازند تا بتوانند در محیطی رضایت‌بخش‌تر، کیفیت زندگی بالایی را تجربه کنند (اپستین و باکوم[1]، ۲۰۰۲). درواقع درمان شناختی رفتاری برای مراجعان به‌صورت یک درمان کیفی منظم است که در آن اثرات متقابل شناخت‌ها، رفتارها و هیجان‌های مراجعان بررسی می‌شود و به‌منظور بهبود تنظیم هیجانی و تاب‌آوری، موارد مشکل‌آفرین هدف تغییر قرار می‌گیرند (باکوم، ۲۰۱۰). در همین رابطه نتایج پژوهش لالونی، لجوتسون، بونتر، سگونجا[2] و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده‌اند که تکنیک‌های شناختی رفتاری به‌تنهایی باعث افزایش کیفیت فرد از سطح زندگی خویش و بهبود تنظیم هیجانی می‌شود. علاوه بر این دییر، فوگلیاتی، گاندی، مک دونالد، تالی و جونز[3] (۲۰۱۸) به این نتیجه رسیده‌اند که اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تمامی جوانب زندگی مراجعان اثر گذاشته و در افزایش تاب‌آوری مراجع تأثیر معنادار دارد.

شواهد نشان می‌دهند که خیانت زناشویی شیوع بالایی دارد و در مقایسه با زنان، مردان بیشتر در حق شریک زندگی خود پیمان‌شکنی می‌کنند. تجربه خیانت و پیمان‌شکنی زناشویی به‌عنوان 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 می‌دهد 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 درمان شناختی رفتاری بر خودشناسی انسجامی و تنظیم هیجانی در زنان باتجربه روابط فرا زناشویی انجام گرفت تا این فرض را مورد آزمون قرار دهد که درمان شناختی رفتاری بر خودشناسی انسجامی و تنظیم 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 ۳۰ خانم بود. روش نمونه‌گیری غیر تصادفی از نوع در دسترس بود. چون پژوهش از نوع مداخله‌ای بود، حداقل نمونه در هر یک از گروه‌ها ۱۵ 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 ۲۴۱ مراجعه‌کننده، از طریق مصاحبه مقدماتی خانم‌های واجد شرایط انتخاب شدند، سپس از بین ۷۱ خانم متقاضی دارای شرایط پژوهش (طبق شرایط ورودی و غربالگری از طریق پرسشنامه‌های پژوهش صورت گرفت)، ۳۰ 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.

[1] - Epstein & Baucom
[2] - Lalouni, Ljótsson, Bonnert, Ssegonja
[3] - Dear, Fogliati, Fogliati, Gandy, McDonald, Talley & Jones

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

ابزارهای پژوهش:

الف) پرسشنامه انسجام درونی: پرسشنامه انسجام درونی یک پرسش‌نامه‌ی ۵۰ سوالی است که توسط کیمیایی، ارقبایی و جوزی (۱۳۹۲) ساخته‌شده است. این پرسش‌نامه دارای سه خرده مقیاس برای سنجش میزان قابل‌درک بودن، قابل مدیریت بودن و معنادار بودن وقایع ازنظر فرد می‌باشد. مقیاس معناداری شامل ۲۳ سؤال و مقیاس قابل مدیریت بودن ۶ سؤال و مقیاس قابل‌درک بودن ۲۰ را دارا است و در یک طیف ۵ درجه‌ای از خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵) به روش لیکرت درجه‌بندی می‌شود. سؤالات ۴۸، ۴۷،۴۶،۴۱،۳۹،۲۷،۲۲،۲۱،۱۶. ۸،۹ به‌صورت معکوس درجه‌بندی می‌شود به طوریکه در طیف ۵ نمره‌ای خیلی زیاد (۱) تا خیلی کم (۵) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر نشانگر انسجام درونی بیشتر و نمرات پایین‌تر بیانگر انسجام درونی کمتر است. در هنجاریابی این پرسش‌نامه از ۴۱۰ آزمودنی که به شیوه خوشه‌ای چندمرحله‌ای نمونه‌گیری شده بودند، تعداد ۴۰۴ پرسشنامه به دست آمد که دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال و میانگین ۲۲/۵ سال داشتند. پرسشنامه انسجام درونی همسانی درونی خوبی دارد و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۳۵، برای خرده مقیاس معناداری ۰/۹۲۷، برای خرده مقیاس قابل مدیریت بودن ۰/۶۵۰، برای خرده مقیاس قابل‌درک بودن ۰/۸۸۶ می‌باشد. اعتبار هم‌زمان پرسشنامه انسجام درونی از طریق همبستگی معنی‌دار ۰/۵۵۶- با پرسشنامه GHQ[1] به دست آمد. هم‌چنین تمام خرده مقیاس همبستگی معنی‌داری با سایر مقیاس‌های سلامت عمومی دارد.

ب) پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی و کرایج (۲۰۰۶): پرسشنامه یک ابزار ۱۸ گویه‌ای است که راهبردهای خودتنظیمی را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و استرس‌زای زندگی در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از یک (هرگز) تا پنج (همیشه) برحسب ۹ زیرمقیاس زیر می‌سنجد: سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری، فاجعه انگاری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه وسیع و پذیرش. نمره بیشتر، نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ و ضریب اعتبار خرده مقیاس‌های آن به شیوه باز آزمایی به فاصله زمانی ۱۴ ماده در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۶۱ گزارش‌شده است (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶). در ایران نیز ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این آزمون را در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ و همچنین ضریب اعتبار این عوامل را به شیوه باز آزمایی بافاصله زمانی یک هفته بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ به دست آورده‌اند (عبداللهی و همکاران، ۱۳۹۲). نتایج تحلیل عامل به شیوه مؤلفه‌های اصلی نشان داده است که پرسشنامه خودتنظیمی یک ساختار هفت عاملی دارد که شامل تمرکز مجدد مثبت/برنامه‌ریزی، ارزیابی مثبت/دیدگاه وسیع، پذیرش، سرزنش دیگران، سرزنش خود، نشخوار فکری و فاجعه انگاری است. روایی محتوایی پرسشنامه خودتنظیمی، بر اساس داوری هشت نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی و ضرایب توافق کندال برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ محاسبه شد. در پژوهش خداپناه و همکاران (۱۳۹۶) آلفای کرونباخ راهبردهای منفی (ناکارآمد) ۰/۸۹ به دست آمد. راهبردهای خودتنظیمی را می‌توان هم در امتداد یک بعد در نظر گرفت (مقابله شناختی) و هم به دو نوع راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش یافته (مثبت/کارآمد) و کمتر سازش یافته (منفی/ناکارآمد) تقسیم کرد. تمرکز مجدد مثبت/تمرکز بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت/دیدگاه وسیع (کم‌اهمیت شماری) و پذیرش راهبردهای مقابله‌ای بیشتر سازش یافته هستند و خودسرزنش‌گری، دیگر سرزنش گری، نشخوار فکری و فاجعه نمایی از راهبردهای مقابله‌ای کمتر سازش یافته محسوب می شوند.

ج) شرح جلسات درمان شناختی رفتاری: جلسات درمانی شناختی رفتاری با مرور متون مربوط به درمان شناختی رفتاری مایکنبام (۱۹۷۷) و فرمت جلسات درمانی شناختی رفتاری پیشرفته، بر مبنای مهارت‌های تغییر باورها و شناخت‌های معیوب و آموزش مهارت‌های ارتباطی تدوین شد.

[1] - General Health Questionnaire

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

جدول ۱. شرح جلسات درمان شناختی رفتاری

گام‌ها	جلسه‌ها	محتوای هر جلسه
معرفی و آشناسازی	۱	آشنایی کلی و مقدماتی با روابط فرا زناشویی و درمان شناختی رفتاری
مثلث شناخت، هیجان و رفتار	۲	توصیف رفتار، هیجان و شناخت و توضیح رابطه بین آن‌ها
بازسازی شناختی	۴-۳	آگاه‌سازی از الگوهای تحریف شناختی و سعی بر تغییر آن‌ها
بازسازی رفتاری	۶-۵	آگاه‌سازی از الگوهای نامطلوب رفتاری و سعی بر تغییر آن‌ها
تلفیق بازسازی شناختی و رفتاری	۷	مرور، ارزیابی و تحکیم موارد جلسه‌های قبلی
مدیریت خشم و مراقبه	۸	ایجاد توانایی کنترل خشم و به‌تبع آن عصبانیت و پرخاشگری، توانایی ایجاد خودآرایشی
مهارت‌های اجتماعی و ابراز وجود	۹	یادگیری و بهبود مهارت‌های اجتماعی و توانایی تعامل سازنده، توانایی ابراز وجود
تصمیم‌گیری نهایی	۱۰	مرور، ارزیابی و تحکیم موارد جلسه‌های قبلی، تصمیم‌گیری مشترک برای اتمام مداخله

تجزیه‌وتحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار spss-V22 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته‌ها

در این بخش توصیفی آماری از داده‌ها به‌عمل‌آمده، سپس تفاوت احتمالی گروه‌ها در متغیرها در مراحل مختلف سنجش موردبررسی قرار می‌گیرد.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی ابعاد انسجام درونی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

متغیر	گروه		میانگین	انحراف معیار
قابل‌درک بودن	آزمایش	پیش‌آزمون	۶۳/۴۶	۹/۴۲
		پس‌آزمون	۷۲/۰۱	۱۱/۳۵
	کنترل	پیش‌آزمون	۶۴/۵۳	۱۰/۲۳
		پس‌آزمون	۶۴/۸	۱۱/۵۳
قابل مدیریت بودن	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵/۳۳	۱/۱۷
		پس‌آزمون	۱۸/۸۶	۱/۶۴
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵/۰۱	۱/۶
		پس‌آزمون	۱۵/۲۶	۱/۸
معنادار بودن وقایع	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۰/۲	۲/۱۱
		پس‌آزمون	۳۸/۷۳	۴/۰۲
	کنترل	پیش‌آزمون	۲۹/۴	۳/۳۳
		پس‌آزمون	۳۰/۲۶	۳/۸
خودشناسی انسجامی (نمره کل)	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۰۹/۰۱	۱۰/۹
		پس‌آزمون	۱۲۹/۶	۱۲/۷۴

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

کنترل	پیش‌آزمون	۱۰۸/۹۳	۱۲/۶۷
	پس‌آزمون	۱۱۰/۳۳	۱۳/۲۵

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین ابعاد خودشناسی انسجامی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، نسبت به‌پیش آزمون افزایش نشان می‌دهد. بر اساس نتایج مندرج در جدول، می‌توان به این توصیف دست زد که شناختی رفتاری بر خودشناسی انسجامی زنان دارای تجربه روابط فرا زناشویی نسبت به گروه کنترل باعث افزایش خرده مقیاس‌های خودشناسی انسجامی شده است.

جدول ۳. اطلاعات توصیفی تنظیم هیجانی و ابعاد آن‌ها به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

متغیر	شاخص آماری	عوامل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
سرزنش خود	گروه آزمایش	میانگین	۶۰/۱۱	۶۷/۸
		انحراف معیار	۵۵/۱	۳۵/۱
	گروه کنترل	میانگین	۶۰/۱۰	۸۰/۱۰
		انحراف معیار	۹۲/۱	۴۳/۲
سرزنش دیگران	گروه آزمایش	میانگین	۸۰/۱۳	۶۷/۱۲
		انحراف معیار	۰۱/۱	۱۶/۲
	گروه کنترل	میانگین	۴۷/۱۳	۷۳/۱۳
		انحراف معیار	۷۷/۱	۳۷/۲
فاجعه پنداری	گروه آزمایش	میانگین	۳۳/۱۲	۶۷/۱۰
		انحراف معیار	۱۸/۱	۸۴/۱
	گروه کنترل	میانگین	۰۰/۱۲	۲۷/۱۲
		انحراف معیار	۶۰/۱	۸۳/۱
نشخوار فکری	گروه آزمایش	میانگین	۴۷/۱۳	۸۷/۱۰
		انحراف معیار	۶۸/۱	۶۴/۱
	گروه کنترل	میانگین	۲۷/۱۲	۹۳/۱۱
		انحراف معیار	۰۵/۲	۵۸/۱
پذیرش	گروه آزمایش	میانگین	۵۳/۸	۴۷/۱۰
		انحراف معیار	۹۶/۱	۴۲/۳
	گروه کنترل	میانگین	۶۰/۸	۹۳./۷
		انحراف معیار	۹۹/۱	۰۲/۲
تمرکز مجدد مثبت	گروه آزمایش	میانگین	۸۰/۱۰	۶۷/۱۱
		انحراف معیار	۹۴/۰	۳۵./۱
	گروه کنترل	میانگین	۵۳/۱۰	۶۰/۱۰
		انحراف معیار	۰۶/۱	۵۰/۱
برنامه‌ریزی	گروه آزمایش	میانگین	۰۷/۸	۹۳/۱۱
		انحراف معیار	۸۷/۱	۰۶/۵
	گروه کنترل	میانگین	۸۷/۷	۴۷/۷

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

		انحراف معیار	۰۰/۲	۹۷/۲
باز ارزیابی مثبت	گروه آزمایش	میانگین	۶۰/۹	۱۳/۱۲
		انحراف معیار	۳۰/۱	۸۵/۱
	گروه کنترل	میانگین	۶۰/۹	۲۷/۹
		انحراف معیار	۹۹/۰	۲۲/۱
باز ارزیابی مثبت	گروه آزمایش	میانگین	۴۷/۹	۶۰/۱۲
		انحراف معیار	۸۳/۲	۵۹/۲
	گروه کنترل	میانگین	۱۳/۸	۹۳/۷
		انحراف معیار	۵۶/۲	۰۹/۲

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، نسبت به‌پیش آزمون در راهبردهای منفی تنظیم هیجان کاهش و در راهبردهای مثبت، افزایش نشان می‌دهد. بر اساس نتایج مندرج در جدول، می‌توان به این توصیف دست زد که اجرای درمان شناختی رفتاری باعث بهبود مؤلفه‌های تنظیم هیجان در زنان دارای روابط فرا زناشویی شده است.

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری

شاخص آماری اثر	آزمون	ارزش	F	dfفرضیه	dfخطا	sig
تفاوت دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون	اثر پیلای	۰/۷۱	۱۸/۶۷	۳	۲۳	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکس	۰/۲۹	۱۸/۶۷	۳	۲۳	۰/۰۰۱
	اثرهتلینگ	۲/۴۳	۱۸/۶۷	۳	۲۳	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۴۳	۱۸/۶۷	۳	۲۳	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش‌آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی‌دار برای عامل گروه «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از خرده مقیاس‌های خودشناسی انسجامی زنان دارای تجربه روابط فرا زناشویی که با درمان شناختی رفتاری آموزش‌دیده‌اند با زنان دارای تجربه روابط فرا زناشویی گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس=۰/۰۵، $p<0.05$)

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

شاخص آماری متغیرها	منبع تغییر	SS	df	MS	F	سطح معناداری	ضریب ایتا
قابل‌درک بودن	گروه	۶۱۱/۳۷	۱	۶۱۱/۳۷	۹/۰۳	۰/۰۰۶	۰/۲۶
قابل مدیریت بودن	گروه	۷۶/۷۳	۱	۷۶/۷۳	۳۷/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹
معنادار بودن وقایع	گروه	۴۰۸/۲۹	۱	۴۰۸/۲۹	۵۴/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۸

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون، فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنادار در خرده مقیاس‌های قابل‌درک بودن، قابل مدیریت بودن، معنادار بودن وقایع گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تائید می‌گردد. همان‌گونه که از نتایج جدول ملاحظه می‌گردد سطح معناداری حاصل‌شده برای قابل‌درک بودن، قابل مدیریت بودن، معنادار بودن وقایع در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۱۷ به‌دست‌آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۳ متغیر وابسته) کوچک‌تر می‌باشد. در نتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل‌شده می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان قابل‌درک بودن، قابل مدیریت بودن، معنادار بودن وقایع گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود داشته است.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

جدول ۶. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات ابعاد مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان در دو گروه

شاخص آماری	آزمون	ارزش	F	dfفرضیه	dfخطا	sig	ضریب ایتا اثر
تفاوت دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون	اثرپیلای	۰.۷۶	۲۷.۶۶	۹.۰۰	۱۱.۰۰	۰.۰۰۱	۰.۷۶
	لامبدای ویلکس	۰.۰۴	۲۷.۶۶	۹.۰۰	۱۱.۰۰	۰.۰۰۱	۰.۷۶
	اثرهتلینگ	۲۲.۶۳	۲۷.۶۶	۹.۰۰	۱۱.۰۰	۰.۰۰۱	۰.۷۶
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲۲.۶۳	۲۷.۶۶	۹.۰۰	۱۱.۰۰	۰.۰۰۱	۰.۷۶

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش‌آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی‌دار برای عامل درمان شناختی رفتاری «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از مؤلفه‌های تنظیم هیجان در زنان دارای تجربه روابط فرا زناشویی که با درمان شناختی رفتاری آموزش‌دیده‌اند، با زنان دارای تجربه روابط فرا زناشویی گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس=۰/۰۴، $p<0.05$).

جدول ۷. آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری

شاخص آماری متغیرها	منبع تغییر	SS	df	MS	F	سطح معناداری	ضریب ایتا
سرزنش خود	گروه	۲۰.۲۹	۱	۲۰.۲۹	۸.۲۵	۰.۰۰۲	۰.۳۰
	خطا	۴۶.۷۴	۱۹	۲.۴۶			
سرزنش دیگران	گروه	۵.۴۰	۱	۵.۴۰	۲.۳۶	۰.۱۴۱	۰.۱۱
	خطا	۴۳.۵۰	۱۹	۲.۲۹			
فاجعه پنداری	گروه	۸.۳۳	۱	۸.۳۳	۵.۹۳	۰.۰۰۴	۰.۲۴
	خطا	۲۶.۶۹	۱۹	۱.۴۱			
نشخوار فکری	گروه	۶.۶۵	۱	۶.۶۵	۳.۳۶	۰.۰۸۳	۰.۱۵
	خطا	۳۷.۶۸	۱۹	۱.۹۸			
پذیرش	گروه	۵۸.۲۸	۱	۵۸.۲۸	۱۱.۸۴	۰.۰۰۱	۰.۳۸
	خطا	۹۳.۵۴	۱۹	۴.۹۲			
تمرکز مجدد مثبت	گروه	۵.۲۱	۱	۵.۲۱	۳.۰۱	۰.۰۹۹	۰.۱۴
	خطا	۳۲.۸۶	۱۹	۱.۷۳			
برنامه‌ریزی	گروه	۹۶.۰۴	۱	۹۶.۰۴	۶.۳۵	۰.۰۰۲	۰.۲۵
	خطا	۲۸۷.۳۰	۱۹	۱۵.۱۲			
باز ارزیابی مثبت	گروه	۴۷.۶۷	۱	۴۷.۶۷	۳۳.۱۲	۰.۰۰۱	۰.۶۴
	خطا	۲۷.۳۵	۱۹	۱.۴۴			
اتخاذ دیدگاه	گروه	۱۰۴.۰۱	۱	۱۰۴.۰۱	۲۱.۴۲	۰.۰۰۱	۰.۵۳
	خطا	۹۲.۲۵	۱۹	۴.۸۶			

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون، فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیرهای سرزنش خود، فاجعه پنداری، پذیرش، برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه زنان دارای تجربه روابط فرا زناشویی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تائید می‌گردد. همان‌گونه که از نتایج جدول ۷ ملاحظه می‌گردد سطح معناداری حاصل‌شده برای سرزنش خود، فاجعه پنداری، پذیرش، برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۰۵ به‌دست‌آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵بر۹ متغیر وابسته) کوچک‌تر می‌باشد. در نتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل‌شده می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان سرزنش خود، فاجعه پنداری، پذیرش، برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودشناسی انسجامی و تنظیم هیجانی در زنان باتجربه روابط فرا زناشویی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش خودشناسی انسجامی در زنان باتجربه روابط فرا زناشویی شد. در این روش درمانی در آغاز به‌طور کامل عوامل زمینه‌ساز، آشکارکننده و تداوم‌بخش مشکل، بررسی‌شده و در ادامه با استفاده از شیوه درمانگری شناختی رفتاری صورت گرفت. نتایج این پژوهش بامطالعه تحقیقات ترودل و همکاران (۲۰۰۱)، مک کارتی (۲۰۱۳) سراجی و دادفر (۲۰۰۹)، صالح زاده و همکاران (۲۰۱۱) و حسینی و همکاران (۲۰۱۲) در مورد تأثیر درمان شناختی رفتاری بر بهبود عزت‌نفس و انسجام روانی همسو است و ازآنجاکه در تمامی پژوهش‌های شناختی رفتاری مذکور به‌منظور درمان اختلال کاهش میل جنسی، تکنیک‌های شناختی به‌کاربرده شده، در پژوهش حاضر نیز تکنیک‌هایی همچون بازسازی شناختی، مهارت تمرکز-توجه و آموزش خود ابرازی استفاده‌شده است، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که علت بهبودی خودشناسی انسجامی در مراجعان در بعد شناختی استفاده از این تکنیک‌های درمانی است زیرا در مداخله درمانی پژوهش حاضر از بازسازی شناختی افکار غیرمنطقی جنسی نسبت به خود، همسر و رابطه، خود گویی مثبت، مهارت تمرکز-توجه و خود ابرازی استفاده‌شده است که تمام این تکنیک‌های شناختی می‌توانند به بهبود خودشناسی انسجامی و در کل بهبودی بعد شناختی آن در جز منجر شوند. همچنین نتایج نشان می‌دهد که تکنیک‌های شناختی رفتاری در این زمینه شامل افزایش آگاهی جنسی و مهارت‌های جنسی، خیال‌پردازی، افزایش بینش و درک علل سیستماتیک، و طرز بیان احساسات و مداخلات رفتاری بر بهبود خودشناسی انسجامی اثر گذاشته و با تأثیرات مثبت متقابل روی همسر به‌ویژه در زمینه ارتباط، رضایت افراد را تحت شعاع قرار می‌دهد.

همچنین نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش تنظیم هیجانی در زنان باتجربه روابط فرا زناشویی شده است. این پژوهش با پژوهش‌های دنتون و همکاران (۲۰۱۲) و داورنیا و همکاران (۱۳۹۴) همسو می‌باشد. آن‌ها در پژوهش‌های خود تأثیر درمان‌های شناختی و هیجان مدار را بر بهبود روابط جنسی و تنظیم هیجانی گزارش کرده‌اند. در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان شناختی رفتاری یکی از رویکردهای روان‌درمانی است که بر پایه اصول یادگیری و شناختی استوار است که در آن بر آنچه اعضای خانواده می‌اندیشد و نیز چگونه رفتار کردن آن‌ها تأکید می‌کند (رستمی، ۱۳۹۳). ازآنجایی‌که اصل بنیادین درمان شناختی رفتاری بر این پایه استوار است که کنش‌ها و رفتارهای فرد تا اندازه زیادی به چگونگی تفسیر او از جهان هستی بستگی دارد، در این رویکرد تفسیرهای افراد را از موقعیت‌های تعارض برانگیز منحرف و یا به شکل مثبت تغییر می‌دهند و برآیند این‌که باعث بهبود تنظیم هیجانی مراجعان می‌شود. همچنین احتمال دارد که دلیل اصلی این‌که درمان شناختی رفتاری بر متغیرهای پژوهش تأثیر داشته است، این بوده است که مشکلات زنان موردپژوهش بیشتر میان فردی بوده است تا درون فردی، به‌عبارت‌دیگر یک مشکل کوچک مایه برپایی تعارض‌هایی در روابط اعضای خانواده باهم دیگر شده است و سرانجام با مرور و گذشت زمان‌بر شدت و اندازه این تعارض‌ها افزوده‌شده است؛ بنابراین یکی از دلایلی که درمان شناختی رفتاری در مورد این مراجعان کارساز بوده است می‌تواند این باشد که این مداخلات مایه بازسازی تفکرات غیرواقعی شده است. پس می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری با حل‌وفصل تعارض‌های میان اعضای خانواده و بهبود روابط بین شخصی از راه آموزش فنونی همچون حل مسئله، مهارت‌های رویارویی میان فردی، مهارت‌های رویارویی با تنیدگی، مهارت قاطعیت (جرات ورزی)، آموزش فنون

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

بازسازی شناختی، مثبت اندیشی، مهارت‌های ارتباطی و مهارت همدلی به افراد خانواده، به آنان کمک کرده است به شیوه مناسبی با مشکل رویارو گردند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم کنترل سایر شرایط خانوادگی مانند شرایط اقتصادی و اجتماعی اشاره کرد و همچنین به خاطر اجرای پروتکل مجبور به استفاده از افراد باسواد به‌عنوان نمونه شدیم که می‌تواند محدودیت دیگر پژوهش به شمار برود. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی محققین با کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده‌ای مانند شرایط اقتصادی-اجتماعی و سطح سواد افراد مطالعاتی را جهت بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر بهبود خودشناسی انسجامی و تنظیم هیجانی انجام دهند.

منابع

اسماعیلیان، نسرین؛ طهماسیان، کارینه؛ دهقانی، محسن؛ موتابی، فرشته. (۱۳۹۴). اثربخش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجانی، توجه آگاهانه و پذیرش در فرزندان طلاق، مجله دستاوردهای روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز، د۱(۲)، ص ۴۵-۶۶.

داورنیا، رضا؛ زهرا کار، کیانوش؛ معیری، نسیم و شاکرمی، محمد. (۱۳۹۴). بررسی کارایی زوج‌درمانی هیجان مدار به شیوه گروهی بر کاهش فرسودگی زناشویی زنان. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۲۵ (۲)، ۱۴۰-۱۳۲.

رستمی، محمد. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر رویکرد زوج‌درمانی هیجان مدار بر بهبود و افزایش رضایت زناشویی. *علوم رفتاری و اجتماعی*، ۸ (۲)، ۵۲-۴۱.

شفیعی تبار، م؛ اکبری چرمهینی، ص؛ موالیی یسراولی، م. (۱۳۹۹). ساختار عواملی و ویژگی‌های روان‌سنجی چک‌لیست تنظیم هیجانی – نسخه والدین. فصلنامه سلامت روان کودک. د۷(۳)، ۸۱-۹۵.

قمری گیوی، حسین؛ نادر، مقصود؛ سواری، حسن و اسمعیلی، معصومه. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی رفتاری و ذهن آگاهی بر سلامت روان مصرف‌کنندگان کراک. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۱ (۴)، ۶۲-۴۷.

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.

Álvarez, N., Lázaro, M. H., Gordo, L., Elejalde, L. I., & Pampliega, A. M. (2022). Maternal mentalization and child emotion regulation: A comparison of different phases of early childhood. *Infant Behavior and Development*, *66*, 101681.

Anker, E., Haavik, J., & Heir, T. (2020). Alcohol and drug use disorders in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence and associations with attention-deficit/hyperactivity disorder symptom severity and emotional dysregulation. *World Journal of Psychiatry*, *10*(9), 202.

Arch, J. J., Ayers, C. R., Baker, A., Almklov, E., Dean, D. J., & Craske, M. G. (2013). Randomized clinical trial of adapted mindfulness-based stress reduction versus group cognitive behavioral therapy for heterogeneous anxiety disorders. *Behaviour research and therapy*, *51*(4), 185-196.

Assari, S., Caldwell, C. H., & Bazargan, M. (2019). Association between parental educational attainment and youth outcomes and role of race/ethnicity. *JAMA network open*, *2*(11), e1916018-e1916018.

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*.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

Baucom, D. H. (2010). Cognitive- behavioral couple therapy. In K.S. Dobson, Handbook of cognitive behavioral therapies, 3rdEd. New York: The Guilford press, p. 411-444.

Chaddha, A., Robinson, E. A., Kline-Rogers, E., Alexandris-Souphis, T., & Rubenfire, M. (2016). Mental health and cardiovascular disease. *The American journal of medicine*, *129*(11), 1145-1148.

Chen, M. A., & Fagundes, C. P. (2022). Childhood maltreatment, emotion regulation strategies and depressive symptoms during spousal bereavement. *Child Abuse & Neglect*, *128*, 105618.

Cristea, I. A., Huibers, M. J., David, D., Hollon, S. D., Andersson, G., & Cuijpers, P. (2015). The effects of cognitive behavior therapy for adult depression on dysfunctional thinking: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *42*, 62-71.

Dear, B. F., Fogliati, V. J., Fogliati, R., Gandy, M., McDonald, S., Talley, N., ... & Jones, M. (2018). Transdiagnostic internet-delivered cognitive-behaviour therapy (CBT) for adults with functional gastrointestinal disorders (FGID): A feasibility open trial. *Journal of psychosomatic research*, *108*, 61-69.

Denton, W. H., Wittenborn, A. K., & Golden, R. N. (2012). Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples: A randomized pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy*, *38*(s1), 23-38.

Epstein, N. B., & Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. American Psychological Association.

Eriksson, M. (2022). The sense of coherence: the concept and its relationship to health. In *The handbook of salutogenesis* (pp. 61-68). Springer, Cham.

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.

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.

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

Hosseiny, F., Kajbaf, M., & Faramarzi, S. (2012). Effectiveness of cognitive - behavioral therapy The female frigidity frigidity in women and intimacy in Bandar Abbas. Journal of Counseling and Family Therapy, 3(2), 307-21.(Persian)

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.

Kang, W. (2023). Psychological distress mediates the associations between neighborhood social cohesion (NSC) and cognitive performance in older adults. *Current Psychology*, 1-9.

Kase,T., Ueno, Y., Shimamoto, K., Oishi, K. (2019). Causal relationships between sense of coherence and life skills: Examining the short-term longitudinal data of Japanese youths. *Mental Health & Prevention*,13(1), 14-20

Lalouni, M., Ljótsson, B., Bonnert, M., Ssegonja, R., Benninga, M., Bjureberg, J., ... & Hedman-Lagerlöf, E. (2019). Clinical and cost effectiveness of online cognitive behavioral therapy in children with functional abdominal pain disorders. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, *17*(11), 2236-2244.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

McCarthy, B., & McCarthy, E. (2013). Rekindling Desire A STEP-BY-STEP PROGRAM TO HELP LOWSEX AND NO-SEX MARRIAGES, 2NT EDITION, New York

Moen,V.P., Eide, G.E., Drageset, J., Gjesdal, S. (2019). Sense of Coherence, Disability, and Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Study of Rehabilitation Patients in Norway. American Congress of Rehabilitation Medicine.

Qiu, C., & Shum, K. K. M. (2022). Relations between caregivers' emotion regulation strategies, parenting styles, and preschoolers' emotional competence in Chinese parenting and grandparenting. *Early Childhood Research Quarterly*, *59*, 121-133.

Salehzadeh, M., kajbaf, M., Molavi, H., & Zolfaghari, M. (2011). The effectiveness of cognitive behavioral therapy for sexual dysfunction in women. Psychological Studies,7(1), 11-31. (Persian)

Seraji, M., & Dafr, M. (2009). Efficacy of cognitive-behavioral, fluoxetine and combine them in the female identified as being phobic. *Original Journal*, 14-19. (Persian)

Trudel, G., Marchand, A., Ravart, M., Aubin, S., Turgeon, L., & Fortier, P. (2001). The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sexual and relationship therapy*, *16*(2), 145-164.

Wang, X. (2022). Intergenerational effects of childhood maltreatment: The roles of parents' emotion regulation and mentalization. *Child Abuse & Neglect*, *128*, 104940.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

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

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Psychological Coherence and Emotional Regulation in Women with Extramarital Relationship Experience

Samira Gholamhoseini[۱]

Abstract

The purpose of this study was to determine the effectiveness of cognitive behavioral therapy on psychological coherence and emotional regulation in women with experience of extramarital relationships in Tehran in ۱۴۰۲. The current research was a semi-experimental type with a pre-test-post-test design with experimental and control groups. The statistical population was all women with experience of extramarital relationship referring to psychological counseling and services centers in Tehran, who were selected by available sampling method and were placed in two experimental (15 people) and control (15 people) groups. The experimental group received cognitive-behavioral group psychotherapy intervention in 10 90-minute sessions, and the control group remained on the waiting list. The measurement tool used in the research was the psychological coherence Questionnaire (Kimaei et al., 2013) and the Emotional Regulation Questionnaire (Garnefski and Karaij, 2006). The analysis of the information obtained from the implementation of the questionnaire was done through the SPSS-v22 software in two parts: descriptive and inferential (covariance). The results showed that cognitive behavioral therapy has increased the psychological coherence in women who have experienced extramarital relationships. Also, the results showed that cognitive behavioral therapy increased emotional regulation in women with extramarital relationship experience. Therefore, it can be said that cognitive-behavioral group psychotherapy is an effective method to improve psychological coherence and emotional regulation in women with extramarital relationship experience.

Key words: Psychological Coherence, Emotional Regulation, Cognitive Behavioral Therapy

[1] Master's degree in clinical psychology, Rudehen branch, Islamic Azad University, Iran (Corresponding Author)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]