

Research Paper

A Comparative Study of the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive Restructuring in Reducing Rumination and Emotional Loneliness Among Women Affected by Marital Infidelity

Vida Farzalizadeh¹, Mahnaz Askarian^{2*}, Mehrnaz Azadyekta³

1 Department of psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2 Department of psychology, Ashtiyani Branch, Islamic Azad University, Ashtiyani, Iran.

3 Department of psychology, Eslamshahr Branch, Islamic Azad University, Eslamshahr, Iran.

Keywords

Schema therapy, cognitive restructuring therapy, rumination, feeling of emotional loneliness, women who are victims of breaking the marital contract.

ABSTRACT

Marital infidelity remains one of the most psychologically destabilizing relational traumas, often resulting in prolonged cognitive rumination and profound emotional loneliness. This study examined the comparative efficacy of schema therapy and cognitive restructuring in reducing rumination and emotional loneliness among women affected by spousal betrayal. Seventy-five participants were randomly assigned to schema therapy, cognitive restructuring, or a waitlist control group. Using a pre-test–post-test design, outcomes were assessed via validated self-report measures of rumination ($\alpha = .86$) and emotional loneliness ($\alpha = .76$). Mixed ANOVA revealed significant group $\times$ time interactions for both rumination ($F(2,144) = 17.37, p < .001$) and emotional loneliness ($F(2,144) = 3.82, p = .024$). Post-hoc comparisons confirmed that schema therapy outperformed both cognitive restructuring and control conditions, yielding the largest reductions in both outcomes. MANOVA corroborated these results at the multivariate level (Wilks' $\Lambda = .350, p < .001$). Findings underscore schema therapy's unique capacity to remediate entrenched cognitive-affective patterns associated with betrayal trauma.

*Corresponding Author.

Email Addresses: askarian.mahnaz@gmail.com

Farzalizadeh, V., Askarian, M. and Azadyekta, M. (2025). A Comparative Study of the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive Restructuring in Reducing Rumination and Emotional Loneliness Among Women Affected by Marital Infidelity. *Human Ecology*, 4(11), 854-867.



Doi: <https://doi.org/10.22034/he.2025.537880.1126>

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و بازسازی شناختی در کاهش نشخوار فکری و تنهایی عاطفی در زنان آسیب دیده از پیمان شکنی زناشویی^۱

ویدا فرضعلی زاده^۱، مهناز عسکریان^{۲*}، مهرناز آزادیکتا^۳

۱ گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲ گروه روانشناسی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران.

۳ گروه روانشناسی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلامشهر، ایران.

چکیده	واژگان کلیدی
پیمان شکنی زناشویی به عنوان یکی از آسیب زاترین وقایع رابطه ای، همواره با پیامدهای روان شناختی بی ثبات کننده ای از جمله نشخوار ذهنی مزمن و تنهایی عاطفی عمیق همراه بوده است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و بازسازی شناختی در کاهش این دو پیامد شناختی-هیجانی در زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی طراحی و اجرا گردید. در این راستا، تعداد ۷۵ شرکت کننده به صورت تصادفی در یکی از سه گروه طرحواره درمانی، بازسازی شناختی، یا گروه کنترل در لیست انتظار تخصیص یافتند. داده ها در قالب طرح پیش آزمون-پس آزمون، با استفاده از دو مقیاس خودگزارشی معتبر برای نشخوار ذهنی ($\alpha = 0.86$) و تنهایی عاطفی ($\alpha = 0.76$) جمع آوری شد. نتایج حاصل از تحلیل واریانس مختلط به وضوح نشان داد که تعامل گروه $\times$ زمان برای هر دو متغیر معنادار بوده است: برای نشخوار ذهنی ($F(2,144) = 17.37, p < 0.001$) و برای تنهایی عاطفی ($F(2,144) = 3.82, p = 0.024$). تحلیل های پس آزمون نیز مؤید آن بود که طرحواره درمانی در مقایسه با هر دو گروه دیگر (بازسازی شناختی و کنترل) کاهش معنادار بیشتری در هر دو پیامد ایجاد کرده است. علاوه بر این، تحلیل واریانس چندمتغیره نیز این نتایج را در سطح چندمتغیره تأیید نمود ($Wilks' \Lambda = 0.350, p < 0.001$). یافته های به دست آمده حاکی از آن است که طرحواره درمانی دارای ظرفیت منحصر به فردی در بازسازی الگوهای شناختی-هیجانی مزمن ناشی از تروماهای خیانت صمیمی است.	طرحواره درمانی، درمان بازسازی شناختی، نشخوار فکری، احساس تنهایی عاطفی، زنان قربانی پیمان شکنی زناشویی.

ارجاع به این مقاله: فرضعلی زاده، ویدا، عسکریان، مهناز و آزادیکتا، مهرناز. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و بازسازی شناختی در کاهش نشخوار فکری و تنهایی عاطفی در زنان آسیب دیده از پیمان شکنی زناشویی. اکولوژی انسانی، ۴(۱۱)، ۸۵۴-۸۶۷.

^۱ این مقاله مستخرج از رساله دکتری با عنوان مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان بازسازی شناختی بر نشخوار فکری، سرخوردگی زناشویی و احساس تنهایی عاطفی زنان قربانی پیمان شکنی زناشویی می باشد که توسط ویدا فرضعلی زاده، تحت راهنمایی دکتر مهناز عسکریان (استاد راهنما) و با مشاوره دکتر مهرناز آزادیکتا (استاد مشاور) در رشته روان شناسی، در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی در حال انجام است.

۱. مقدمه

پیمان شکنی زناشویی یکی از چالش‌های قابل ملاحظه زندگی زناشویی است که در پیوندهای زناشویی، عملکرد، ثبات و تداوم روابط را خدشه دار می‌سازد (سیرن^۲ و همکاران، ۲۰۱۸؛ وارما و ماهشواری^۳، ۲۰۲۴). مشاهدات بالینی و بررسی‌های علمی نشان می‌دهند که بر ملا شدن پیمان شکنی زناشویی تأثیر مخرب، قابل ملاحظه و ناگواری بر هر یک از زوجها وارد می‌کند. نتایج پژوهش گوردون^۴ و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد به علت پیامدهای بسیار منفی و ویرانگر پیمان شکنی، فرد در زندگی دچار یک بحران شناختی و ذهنی و روحی می‌شود و رفتارها و احساس‌های متفاوتی همچون احساس تردید، افسردگی و احساس گناه و ... را از خود نشان می‌دهد. افزون بر این، واکاوی ادبیات پژوهشی مؤید آن است که پیمان شکنی زناشویی به دلیل درگیر کردن فرد قربانی در چرخه افکار تکراری با نشخوار فکری (اونایلی^۵، ۲۰۱۹؛ بارمن و ماهشواری^۶، ۲۰۲۳) همراه است.

نشخوار فکری به عنوان الگویی فکری اطلاق می‌شود که بر علل، معنا و پیامدهای حالات هیجانی تمرکز دارد. این الگوی فکری، سبک ذهنی ناسازگارانه‌ای است که از پیش‌بین‌های مهم افسردگی است. شواهد علمی به خوبی نشان می‌دهد یکی از شاخص‌های عمده افسردگی و اضطراب، نشخوار فکری است (ادگار^۷ و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات انجام شده در ادبیات پژوهشی نشان می‌دهند نشخوار فکری به عنوان یکی از پیش‌بین‌های شروع دوره افسردگی اساسی و علائم افسردگی در افراد غیرافسرده و افسرده است و در زمینه تأثیر دیگر عوامل خطرناک بر افسردگی نقش یک متغیر میانجی را ایفا می‌کند (هوورس^۸، ۲۰۲۴).

با تداوم نشخوار فکری در قربانیان پیمان شکنی زناشویی و افزایش سرخوردگی زناشویی، افراد قربانی فاصله عاطفی معناداری نسبت به همسر ایجاد می‌کنند که موجب شکل‌گیری احساس تنهایی در قربانیان می‌شود (تام^۹ و همکاران، ۲۰۲۴). تنهایی یک احساس انسانی است که برای هر فرد می‌تواند هم پیچیده و هم منحصر به فرد باشد. حدود ۸۰ درصد از افراد زیر ۱۸ سال و ۴۰ درصد از بزرگسالان بالای ۶۵ سال گزارش می‌دهند که حداقل گاهی اوقات تنها هستند (سورکالیم^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۲). تنهایی مترادف با انزوای اجتماعی ادراک شده است؛ نه انزوای عینی اجتماعی. تنهایی به عنوان یک احساس ناراحت کننده با این تصور همراه است که نیازهای اجتماعی فرد از طریق کمیت یا به ویژه کیفیت روابط اجتماعی فرد برآورده نمی‌شود (وریتی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۲). عدم توجه به تنهایی، عواقب جدی برای شناخت، احساسات، رفتار و سلامتی دارد. برای مثال، احساس تنهایی پس از کنترل سن، جنس، بیماری‌های مزمن، مصرف الکل، سیگار و محدودیت‌های عملکردی، میزان مرگومیر را به طور چشمگیری افزایش می‌دهد (هاوکل^{۱۲}، ۲۰۲۲). افزون بر این، در افراد دارای تجربه پیمان شکنی زناشویی، احساس تنهایی می‌تواند موجب پیری فیزیولوژیکی زودرس، بیماری‌های قلبی-عروقی و مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی شود در نتیجه، توجه به احساس تنهایی در افراد قربانی پیمان شکنی زناشویی، ضروری اجتناب‌ناپذیر است (هاردز^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۲).

با توجه جدی بودن آسیب‌های ناشی از پیمان شکنی زناشویی، یکی از رویکردهای اثربخشی، طرحواره درمانی است. طرحواره درمانی برای استفاده در درمان اختلالات مزمنی که بیماران پس از انجام درمان‌های دیگر پاسخ نمی‌دهند یا عود می‌کنند، ایجاد شد. طرحواره درمانی یک روان‌درمانی یکپارچه است که نظریه و تکنیک درمان‌های قبلی موجود، از جمله درمان شناختی-رفتاری، نظریه روابط شیء روانکاوانه، نظریه دلبستگی و گشتالت درمانی را ترکیب می‌کند (ون دونزل^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این، با توجه به برجستگی وجه شناختی در سازه‌های نشخوار فکری و سرخوردگی زناشویی، به نظر می‌رسد درمان بازسازی شناختی رویکردی مؤثر برای بهبود این سازه‌ها در زنان قربانی پیمان شکنی زناشویی باشد. بازسازی شناختی یک فرآیند روان‌درمانی مبتنی بر یادگیری برای شناسایی و مقابله با افکار غیرمنطقی یا ناسازگار شناخته شده به عنوان تحریف شناختی (مانند تفکر همه یا هیچ (شکاف)، تفکر جادویی، تعمیم بیش‌ازحد، بزرگنمایی) است (میاساری و موجباتی^{۱۵}، ۲۰۲۲). این رویکرد از راهبردهای بسیاری مانند پرسش سقراطی، ثبت افکار و تصویر سازی هدایت‌شده استفاده می‌کند و در بسیاری از انواع درمان‌ها از جمله درمان شناختی-رفتاری و رفتاردرمانی هیجانی-منطقی استفاده می‌شود (وانگ و وی^{۱۶}، ۲۰۲۳). شواهدی

2. Scheeren
3. Varma & Maheshwari
4. Gordon
5. Onayli
6. Barman & Maheshwari
7. Edgar
8. Haworth
9. Tamm
10. Surkalim
11. Verity
12. Hawkley
13. Hards
14. Van Donzel
15. Mayasari & Mujiyati
16. Wang & Wei

وجود دارد که نشان می‌دهد طرحواره درمانی تأثیر معناداری بر نشخوار فکری سرخوردگی زناشویی دارد (پیترز^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۱). افزون بر این، درمان بازسازی شناختی راهبردی مؤثر برای بهبود نشخوار فکری (هافمن^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۴)، سرخوردگی زناشویی (حسینی و همکاران، ۱۳۹۸؛ شمسائی، ۱۴۰۲) است. با توجه به هزینه‌های سنگین مادی و معنوی مشکلات روان‌شناختی افراد زنان قربانی پیمان‌شکنی زناشویی، انجام پژوهش‌هایی که اثربخشی انواع شیوه‌های روان‌درمانی نوین را مورد بررسی قرار دهد، ضروری است. علاوه بر این، اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی همراه با سایر درمان‌ها می‌تواند از عوارض منفی پیمان‌شکنی زناشویی از جمله آسیب به کیفیت زندگی و سلامت روان-شناختی و نیز سایر پیامدهای اجتماعی همچون انزوای اجتماعی را در آن‌ها کاهش دهد. همچنین می‌تواند به زنان قربانی پیمان‌شکنی زناشویی کمک کند به این‌بار دست یابند که عوامل مرتبط با افزایش کیفیت زندگی آنان و رهایی از انزوا و دستیابی به زندگی سالم در دستان آنان بوده و با توجه به مسائل فردی، در برابر مشکلات زندگی زناشویی ایستادگی کرده و در نتیجه، سطح کیفی زندگی خود را ارتقاء دهند. بنابراین در جهت رفع این خلأهای اطلاعاتی و همچنین در راستای شناسایی یک درمان کارآمد و اثربخش‌تر برای بهبود نشخوار فکری و احساس تنهایی عاطفی در زنان قربانی پیمان‌شکنی زناشویی، این پژوهش درصدد است به این سؤال پاسخ دهد که آیا بین اثربخشی طرحواره درمانی با درمان بازسازی شناختی بر نشخوار فکری و تنهایی عاطفی زنان قربانی پیمان‌شکنی زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد؟

۲. مواد و روش‌ها

۲-۱. روش پژوهش

مطالعه حاضر با بهره‌گیری از یک طراحی آزمایش بالینی تصادفی شده (RCT) در قالب طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با سه گروه موازی به اجرا درآمد. این گروه‌ها شامل گروه دریافت‌کننده طرحواره درمانی، گروه دریافت‌کننده درمان بازسازی شناختی، و گروه کنترل در لیست انتظار بودند. هدف اصلی این پژوهش، مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی ساختاریافته در کاهش دو پیامد شناختی هیجانی کلیدی، یعنی نشخوار ذهنی و تنهایی عاطفی در زنان قربانی پیمان‌شکنی زناشویی بود. با توجه به ماهیت داده‌ها و ساختار طراحی، تحلیل‌های آماری با استفاده از مدل‌های ترکیبی (Mixed-design ANOVA) و تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) انجام پذیرفت. جامعه آماری این پژوهش را زنان بزرگسال ۲۵ تا ۴۵ ساله تشکیل می‌دادند که طی ۶ تا ۲۴ ماه گذشته تجربه خیانت زناشویی از سوی همسر مرد را گزارش کرده بودند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند از مراکز مشاوره خانواده و انجمن‌های آنلاین حمایت از زنان آسیب‌دیده انجام شد و در نهایت ۷۵ نفر به طور تصادفی در سه گروه ۲۵ نفره تخصیص یافتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تجربه گزارش‌شده خیانت در رابطه فعلی، عدم مصرف داروهای روان‌گردان یا بستری روان‌پزشکی در حال حاضر، و حداقل تحصیلات دیپلم بودند. از سوی دیگر، ابتلا به اختلال مصرف مواد، دریافت درمان روان‌شناختی هم‌زمان، و نقص داده‌های پرسشنامه‌ای، از جمله دلایل خروج از مطالعه محسوب می‌شدند. تمامی شرکت‌کنندگان پس از دریافت اطلاعات لازم درباره اهداف و مراحل پژوهش، رضایت‌نامه آگاهانه را امضا کردند و پروتکل پژوهش به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه میزبان رسید. برای سنجش نشخوار ذهنی، از یک پرسشنامه ۲۱ ماده‌ای خودگزارشی که با جمعیت هدف تطبیق داده شده بود، استفاده شد. این ابزار بسامد افکار منفی تکرارشونده در زمینه رابطه آسیب‌دیده را ارزیابی می‌کرد و دارای پایایی مطلوب (آلفای کرونباخ = ۰.۸۶) بود. به منظور سنجش تنهایی عاطفی نیز از یک مقیاس ۱۰ ماده‌ای بهره گرفته شد که تمرکز آن بر ادراک حمایت هیجانی در رابطه زناشویی بود. مقیاس تنهایی بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شد و در پیش‌آزمون پایایی قابل قبولی (آلفای کرونباخ = ۰.۷۶) نشان داد. پس از اجرای پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان به کمک الگوریتم تصادفی‌سازی رایانه‌ای در سه گروه تخصیص یافتند. گروه دریافت‌کننده طرحواره درمانی، هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای را بر اساس پروتکل درمانی یانگ پی گرفتند. تمرکز این مداخلات بر شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، شناخت حالت‌های طرحواره‌ای، تصویرسازی مجدد، بازوالدگری محدود و تکنیک‌های هیجانی-تجربی بود. در مقابل، گروه بازسازی شناختی نیز هشت جلسه موازی دریافت کرد که مبتنی بر الگوهای درمانی بک و ایلس طراحی شده و بر شناسایی و اصلاح تحریف‌های شناختی، ثبت افکار، پرسش سقراطی و کشف هدایت‌شده تمرکز داشت. گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد، اما پس از اتمام مرحله پژوهش، خدمات روان‌درمانی به آن‌ها ارائه شد. تمامی پرسش‌نامه‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون (یک هفته پیش از شروع جلسات) و پس‌آزمون (یک هفته پس از اتمام جلسات) توسط شرکت‌کنندگان به صورت حضوری یا آنلاین تکمیل شد. اجرای مداخلات توسط روان‌شناسان بالینی آموزش دیده صورت گرفت و برای تضمین انسجام اجرای درمان، نظارت هم‌تا به صورت تصادفی بر بخشی از جلسات اعمال شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شد. پیش از تحلیل‌های اصلی، مفروضات آماری شامل نرمال بودن توزیع، همگنی واریانس‌ها و یکنواختی ماتریس‌های کوواریانس بررسی و تأیید گردید. برای آزمون فرضیه‌ها، از تحلیل واریانس مختلط (Mixed ANOVA) به منظور بررسی اثرات اصلی و تعاملی درون‌گروهی و بین‌گروهی استفاده شد. سپس آزمون‌های پس‌آزمون (Tukey HSD) برای مقایسه

زوجی گروه‌ها اجرا گردید و به منظور تفسیر عملی نتایج، اندازه اثرها با شاخص کوهن (Cohen's d) محاسبه شد. در نهایت، تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) نیز برای ارزیابی تأثیر مداخلات بر الگوهای ترکیبی پیامدها به کار رفت.

ده جلسه اول طرحواره درمانی^{۱۹} اقتباس از یانگ^{۲۰} و همکاران (۲۰۰۳)

- | | |
|--------------|---|
| جلسه | محتوای جلسه |
| اول | پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان خواهد شد. همچنین ایجاد انگیزه برای درمان، مروری بر ساختار جلسات (رازداری، محرمانه بودن، احترام و گوش دادن)، قوانین و مقررات مربوط به گروه درمانی، مرور اهداف و منطق کلی درمان. |
| دوم | معرفی حوزه‌های طرحواره و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، شرح مختصر در مورد بیولوژی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، توضیح در مورد عملکرد طرحواره‌ها، فرضیه‌سازی در خصوص طرحواره‌ها و شناسایی و نام‌گذاری آن‌ها.
تکلیف: تکمیل پرسشنامه فرم کوتاه ۷۵ سؤالی طرحواره‌های ناسازگار یانگ (۲۰۰۵)
مصاحبه برای بیرون کشیدن طرحواره‌ها، ارزش‌ها و سبک‌های مقابله‌ای |
| سوم | فرضیه‌سازی در خصوص طرحواره‌ها و نام‌گذاری و دسته‌بندی آن‌ها مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی آموزش و صورت‌بندی، شناخت مشکل فعلی مراجع و سنجش برای طرحواره درمانی با تمرکز بر تاریخچه شخصی از اهداف این جلسه خواهد بود. فرضیه‌سازی و آزمون آن و پس‌خوراند آن به مراجعان آموزش و تعریف ذهنیت‌ها و سبک‌های مقابله‌ای و خلق‌و‌خوی فرد، و نیازهای اساسی بر اساس طرحواره درمانی در مرحله سنجش. شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد اولیه. شناسایی حوزه‌ها، فرایندها، رفتارها و سبک‌های طرحواره‌ای، مفهوم‌سازی مشکل طبق رویکرد طرحواره، جمع‌آوری اطلاعات به دست آمده در مرحله سنجش |
| چهارم | اصلاح توسط تکنیک‌های هیجانی. استفاده از تکنیک‌های هیجانی (بحث و گفتگو در مورد تجربارب گذشته، گفتگوی خیالی با والدین، بحث و گفتگو در مورد وقایع فعلی، تصویرسازی ذهنی و تخلیه هیجانی). گفتگوهای خیالی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه به والدین و تصویرسازی ذهنی به منظور الگو شکنی رفتاری اساس دستورالعمل مداخله و کار گروهی در این جلسات با هدف کمک به آزمودنی‌ها برای مبارزه با طرحواره‌ها در سطح هیجانی بود تا بیماران با استفاده از فنون تجربی مثل تصویرسازی ذهنی و برقراری گفتگو، خشم و ناراحتی خود را نسبت به حوادث دوران کودکی‌شان ابراز کنند و چرخه تداوم طرحواره را در سطح هیجانی بشکنند.
تکلیف: اجرای گفتگوی خیالی در منزل |
| پنجم | تکنیک‌های شناختی برای چالش با طرحواره‌های ناسازگار و شناسایی سبک‌های مقابله‌ای ناسالم ارائه منطق تکنیک آزمون اعتبار طرحواره‌ها و آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده خواهد شد. |
| ششم | اسناددهی شواهد. اسناد دادن شواهد تأکید کننده طرحواره‌ها به تجربارب دوران کودکی و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد، گفتگو بین طرحواره‌ها و جنبه سالم. ارائه منطق تکنیک ارزیابی معایب و مزایای طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای فرد
ادامه جلسه قبل و ارائه منطق استفاده از تکنیک‌های تجربی و اجرای تصویرسازی ذهنی به منظور تغییر به منظور برانگیختن هیجان‌های مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار
تکلیف: نوشتن نامه، گفتگوی خیالی، تصویرسازی ذهنی. ارائه منطق تکنیک کار با تصاویر ذهنی به منظور باز والدینی و آموزش تکنیک. |
| هفتم | اصلاح توسط تکنیک‌های رفتاری: ارائه منطق تکنیک تکمیل فرم ثبت طرحواره و آموزش تکنیک، ارائه منطق تکنیک کار با تصاویر ذهنی به منظور الگو شکنی و آموزش تکنیک‌های رفتاری به منظور مقابله با سبک‌های مقابله‌ای ناسالم و تمرین رفتارهای سالم: حل مسأله خشم، جرأت‌ورزی. ارائه منطق تکنیک برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره و آموزش تکنیک. ارائه منطق تکنیک کار با تصاویر ذهنی آسیب‌زا و آموزش تکنیک الگو شکنی رفتاری
تکلیف: الگو شکنی رفتاری و رفتار جابگزین |

هشتم اصلاح توسط تکنیک‌های شناختی. استفاده از تکنیک‌های شناختی (بررسی انتقادی شواهد حمایت کننده از طرحواره‌ها، اصلاح توسط تکنیک‌های شناختی مرور و بررسی شواهد متناقض با طرحواره‌ها، تکنیک موضع-ضد موضع، تهیه کارت‌های آموزشی مصور که با طرحواره‌ها متناقض است و تحلیل سود و زیان طرحواره‌ها). ارائه منطق تکنیک تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی و آموزش تکنیک. ارائه منطق تکنیک نوشتن نامه و آموزش تکنیک. آموزش به افراد گروه برای پاسخ دادن به شیوه‌های سالم در موقعیت‌های برانگیزنده طرحواره

تهیه و تدوین کارت‌های آموزشی طرحواره هنگام مواجهه با موقعیت برانگیزاننده طرحواره، نوشتن فرم ثبت طرحواره در زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرحواره‌ها.

نهم تکلیف: انجام تکنیک‌های خود هیپنوتیزم با کارت آموزشی

کار روی تله رهاشدگی اجرای پرسشنامه تله رهاشدگی

توضیح چرخه تله رهاشدگی و تجارب که منجر به تله رهاشدگی می‌شوند

توضیح انواع رهاشدگی مبتنی بر وابستگی و مبتنی بر فقدان یا بی‌ثباتی توضیح ریشه‌های تحولی تله رهاشدگی

علائم خطر در مراحل اولیه عاشقی در تله رهاشدگی

تخریب روابط سالم در تله رهاشدگی و بررسی فهرستی از خطاهای شناختی و رفتارهای ناشی از این طرحواره

تکلیف: التیام کودک درون با تصویرسازی خیالی و تهیه کارت آموزشی مربوط به تله رهاشدگی

دهم پرداختن به طرحواره بی‌اعتمادی و بدرفتاری

اجرای پرسشنامه بی‌اعتمادی و بدرفتاری تجارب منجر به شکل‌گیری تله بدرفتاری

ریشه‌های تحولی تله بی‌اعتمادی و بدرفتاری

نشانه‌های خطر در روابط بین فردی تله اعتمادی و بدرفتاری

تکلیف: التیام کودک درون با تصویرسازی خیالی و تهیه کارت آموزشی برای رفع تله بی‌اعتمادی و بدرفتاری

درمان بازسازی شناختی بر اساس پروتکل کلارک^{۲۱} (۲۰۱۳)

- جلسه محتوای جلسات**
- اول** بررسی مرحله اول و دوم بازسازی شناختی، تمرکز بر محتوای ذهن و تمایز بین افکار و احساسات، همچنین ارائه توضیحاتی در خصوص خودگویی‌ها و برگه تفکر، ارائه خلاصه‌ای از جلسه تکالیفی مبنی بر ثبت افکار در برگه تفکر
- دوم** آموزش نحوه ردیابی افکار، بررسی ارتباط افکار با باورها و چگونگی دستیابی به باورهای اصلی به شیوه نردبانی و ارائه مثال‌های مختلف، توضیحاتی در خصوص نحوه تهیه نقشه شناختی از باورها
- سوم** تبیین خطاهای شناختی و نحوه به چالش کشیدن آن‌ها، بررسی شواهد، بررسی مزایا و معایب، بررسی نتایج مثبت و منفی و همچنین آزمودن باورها، نحوه شکل‌گیری و جایگزین کردن باورهای فعلی با باورهای مخالف
- چهارم** آشنایی با مفهوم استرس و بحث راجع به استرس‌های مرتبط با پیمان‌شکنی زناشویی از جمله؛ دوست‌یابی، کسب هویت و ... / آشنایی با علائم و شیوه‌های مقابله با استرس آشنایی با تکنیک توقف فکر و نقش آن در کاهش استرس و برخورد مؤثر با مشکلات پیرامونی
- پنجم** آموزش چرخه تعاملی استرس آموزش راهبرد بیان احساس آموزش آرمیدگی عضلاتی
- ششم** بحث در خصوص اینکه انتقاد چیست و چرا باید انتقاد کنیم متفاوت انتقاد سازنده و غیر سازنده / افکار و نگرش‌های مثبت و منفی که به دنبال انتقاد افراد احساس می‌کنند/ تمرین در نحوه کنار آمدن با انتقاد دیگران / شیوه‌های مناسب تفکر و بررسی نظرات و انتقادات دیگران
- هفتم** بحث در خصوص هیجان خشم، مهارت مدیریت خشم و فواید آن بحث راجع به نحوه کنترل خشم خود بحث راجع به حل تعارضات و نحوه برخورد با پرخاشگری دیگران بحث راجع به بررسی و پیگیری جراتمندانه در مواجهه با خشم خود و دیگران / بحث در خصوص چگونگی مدیریت افکار در موقعیت‌های توأم با خشم و پرخاشگری

هشتم بحث در خصوص تعریف و اهمیت مهارت حل مسئله و نقش آن در مقابله با مشکلات بررسی موانع حل مسئله آموزش مراحل پنج گانه حل مسئله و ارائه مثال های ملموس در هر مرحله تمرین در خصوص مراحل حل مسئله با اعضا / معرفی انواع روش های حل مسئله ، مسئله مدار و هیجان عذارا بررسی جایگاه تفکر در هریک از این شیوه ها

۳. یافته ها

در گام نخست تحلیل داده ها، آمار توصیفی به منظور تبیین روندهای بنیادین و متعاقب مداخله در دو متغیر پیامدی محوری، یعنی نشخوار ذهنی و تنهایی عاطفی، مورد بررسی قرار گرفت. این شاخص ها در سه بستر آزمایشی شامل درمان طرحواره محور، بازسازی شناختی، و گروه کنترل، در دو مقطع زمانی پیش آزمون و پس آزمون، به صورت مجزا تحلیل شدند. این تحلیل توصیفی، یک بستر مقدماتی اما حیاتی را برای بررسی جهت گیری کلی داده ها و ارزیابی اولیه اثرات درمانی مهیا می سازد و به مثابه گامی ضروری و پیش نیاز اساسی برای آزمون فرضیه های پژوهش تلقی می گردد.

نشخوار ذهنی

داده های مندرج در جدول ۱ نشان می دهد که میانگین نمرات نشخوار ذهنی در مرحله پیش آزمون، در هر سه گروه مورد مطالعه، نسبتاً همسان بوده است. این همسانی نسبی، مؤید توزیع متعادل اولیه و اجرای موفقیت آمیز فرآیند تصادفی سازی در تخصیص شرکت کنندگان به گروه ها است که از بروز هرگونه سوگیری احتمالی ناشی از تفاوت های پایه ای پیشگیری می نماید. میانگین نمره پیش آزمون در گروه درمان طرحواره ۷۲/۱۲ (انحراف معیار: ۸/۲۴)، در گروه بازسازی شناختی ۶۹/۲۴ (انحراف معیار: ۸/۲۳)، و در گروه کنترل ۶۹/۸۴ (انحراف معیار: ۸/۴۲) گزارش گردید.

در مرحله پس آزمون، تفاوت های چشمگیری میان گروه ها مشهود شد. گروهی که تحت درمان طرحواره قرار گرفته بود، بیشترین کاهش را در نشخوار ذهنی تجربه کرد (میانگین: ۵۰/۶۸، انحراف معیار: ۸/۱۴). این امر، حاکی از بازسازی مؤثر ساختارهای شناختی بنیادین و الگوهای منفی مزمن است. گروه بازسازی شناختی نیز کاهش قابل ملاحظه ای را نشان داد (میانگین: ۵۷/۷۲، انحراف معیار: ۱۰/۲۰) که این نتیجه با چارچوب نظری بک (۱۹۷۶) مبنی بر اصلاح افکار خودکار و تحریفات شناختی همخوانی دارد. در نقطه مقابل، گروه کنترل تغییر چشمگیری را نشان نداد (میانگین: ۶۹/۲۰، انحراف معیار: ۹/۵۲) که این یافته، عدم بهبود خودبه خودی یا بازپردازش شناختی بدون مداخله ساختارمند را در بازه زمانی مطالعه، تأیید می کند.

تنهایی عاطفی

الگوی مشابهی نیز در خصوص تنهایی عاطفی مشاهده شد که جزئیات آن در جدول ۱ ارائه گردیده است. میانگین نمرات پیش آزمون در سه گروه درمان طرحواره (میانگین: ۳۳/۲۹، انحراف معیار: ۲/۵۷)، بازسازی شناختی (میانگین: ۳۲/۶۲، انحراف معیار: ۲/۴۸)، و کنترل (میانگین: ۳۳/۳۰، انحراف معیار: ۲/۷۵) تفاوت آماری معناداری را نشان ندادند. این هم ارزی پایه ای، یک پیش نیاز ضروری برای ارزیابی تغییرات افتراقی حاصل از مداخلات روان درمانی به شمار می رود. در مرحله پس آزمون، گروه درمان طرحواره بیشترین کاهش را در احساس تنهایی عاطفی تجربه کرد (میانگین: ۲۹/۵۳، انحراف معیار: ۳/۷۶). گروه بازسازی شناختی کاهش ملایم تری را نشان داد (میانگین: ۳۱/۰۴، انحراف معیار: ۳/۶۸) که این امر می تواند بازتابی از تمرکز نسبتاً سطحی تر این رویکرد بر فرآیندهای شناختی باشد. در مقابل، در گروه کنترل افزایش خفیفی در تنهایی عاطفی مشاهده شد (میانگین: ۳۳/۴۷، انحراف معیار: ۳/۴۳) که این پدیده، احتمالاً ناشی از فقدان تعامل هیجانی یا مداخله بین فردی در طول دوره مطالعه است. یافته های توصیفی حاضر، به صورت مقدماتی، از فرضیه های جهت دار پژوهش پشتیبانی می نمایند و دلالت بر این دارند که مداخلات روان شناختی ساختاریافته، به ویژه درمان طرحواره محور، می توانند در کاهش نشانه های شناختی (نشخوار ذهنی) و عاطفی (تنهایی) مؤثر واقع شوند. با این حال، برای قضاوت دقیق تر در خصوص معناداری آماری و پایداری این تأثیرات، انجام تحلیل های استنباطی امری ضروری و اجتناب ناپذیر است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای نشخوار ذهنی و تنهایی عاطفی بر حسب گروه و زمان آزمون

متغیر	گروه	میانگین (انحراف معیار) پیش آزمون	میانگین (انحراف معیار) پس آزمون
نشخوار ذهنی	طرحواره	72.12 (8.24)	50.68 (8.14)
	شناختی	69.24 (8.23)	57.72 (10.20)
	کنترل	69.84 (8.42)	69.20 (9.52)
تنهایی عاطفی	طرحواره	33.29 (2.57)	29.53 (3.76)
	شناختی	32.62 (2.48)	31.04 (3.68)
	کنترل	33.30 (2.75)	33.47 (3.43)

به منظور تضمین اعتبار تحلیل‌های پارامتریک آتی، ارزیابی از مفروضات آماری به انجام رسید. به طور مشخص، نرمال بودن توزیع تک‌متغیره، همگنی واریانس‌ها و یکنواختی ماتریس‌های کوواریانس در چهار متغیر پیامدی مورد سنجش قرار گرفتند: نشخوار ذهنی و تنهایی عاطفی، هر یک در مراحل پیش آزمون و پس آزمون. نتایج حاصل از این بررسی‌ها، صحت به کارگیری روش‌های آماری تحلیل واریانس مختلط (Mixed ANOVA) و تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) را تأیید نمود. فرضیه نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این آزمون هیچ‌گونه انحراف معناداری از توزیع نرمال را نشان نداد؛ به این معنا که مقادیر p برای تمامی متغیرها از آستانه متداول ۰.۰۵ فراتر رفت. به طور دقیق‌تر، نرمات نشخوار ذهنی در پیش آزمون ($W = 0.978, p = 0.679$) و پس آزمون ($W = 0.981, p = 0.515$) و همچنین نرمات تنهایی عاطفی در پیش آزمون ($W = 0.984, p = 0.569$) و پس آزمون ($W = 0.985, p = 0.579$) همگی با پارامترهای توزیع نرمال سازگاری آماری داشتند. در ادامه، فرضیه همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین برای هر یک از متغیرها در هر دو مقطع زمانی مورد سنجش قرار گرفت. نتایج این آزمون نیز در تمامی موارد غیرمعنادار بود که حاکی از برقراری واریانس‌های برابر میان گروه‌هاست: نشخوار ذهنی در پیش آزمون ($F(72.2) = 0.07, p = 0.934$)، نشخوار ذهنی در پس آزمون ($F(72.2) = 2.13, p = 0.126$)، تنهایی عاطفی در پیش آزمون ($F(72.2) = 0.255, p = 0.776$)، و تنهایی عاطفی در پس آزمون ($F(72.2) = 0.21, p = 0.813$). نهایتاً، فرضیه همگنی ماتریس‌های کوواریانس، که معمولاً با استفاده از آزمون باکس-ام بررسی می‌شود، در این پژوهش با توجه به محدودیت‌های نرم‌افزاری، به صورت تقریبی از طریق شاخص‌های چندمتغیره در چارچوب MANOVA ارزیابی شد. نتایج تفاوت‌های چندمتغیره معناداری را میان گروه‌ها نشان دادند. شاخص‌های آماری محاسبه شده عبارت بودند از: لامبدای ویلکس ($\Lambda = 0.222$)، ردپای پیلای ($F(138.8) = 19.39, p < 0.001$)، ردپای پیلای ($F(140) = 12.01, p < 0.001$)، ردپای روی ($F(69.27) = 28.67, p < 0.001$)، و بزرگ‌ترین ریشه روی ($F(70.4) = 57.82, p < 0.001$). اگرچه این یافته‌ها نشانگر عدم تطابق آماری در ساختار کوواریانس بین گروه‌ها هستند، اما چنین نتایجی در پژوهش‌های مداخله‌ای چندمتغیره، که مداخلات درمانی هم‌زمان بر چندین پیامد اثر می‌گذارند، غیرمنتظره نیست. علاوه بر این، با توجه به حجم نمونه یکسان در هر گروه ($n = 25$)، روش‌های پارامتریک، به ویژه MANOVA، از پایداری آماری مناسبی در برابر موارد این چنینی از نقض فرضیات برخوردارند. در مجموع، نتایج آزمون فرضیات گواه آن است که داده‌های پژوهش واجد شرایط لازم برای اجرای تحلیل‌های استنباطی معتبر هستند و از منظر آماری، بستر قابل اعتمادی برای آزمون فرضیه‌های اصلی پژوهش فراهم گردیده است.

جدول ۲. نتایج نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها و ساختار کوواریانس چندمتغیره

نتیجه‌گیری	مقدار p	آمار آزمون	آزمون آماری	مفروضه
مفروضه برقرار است	.679	$W = .978$	Shapiro-Wilk	نشخوار ذهنی - پیش آزمون (نرمال بودن)
مفروضه برقرار است	.515	$W = .981$	Shapiro-Wilk	نشخوار ذهنی - پس آزمون (نرمال بودن)
مفروضه برقرار است	.569	$W = .984$	Shapiro-Wilk	تنهایی عاطفی - پیش آزمون (نرمال بودن)
مفروضه برقرار است	.597	$W = .985$	Shapiro-Wilk	تنهایی عاطفی - پس آزمون (نرمال بودن)
مفروضه برقرار است	.934	$F(2, 72) = 0.07$	Levene's Test	نشخوار ذهنی - پیش آزمون (همگنی واریانس)
مفروضه برقرار است	.126	$F(2, 72) = 2.13$	Levene's Test	نشخوار ذهنی - پس آزمون (همگنی واریانس)
مفروضه برقرار است	.776	$F(2, 72) = 0.25$	Levene's Test	تنهایی عاطفی - پیش آزمون (همگنی واریانس)
مفروضه برقرار است	.813	$F(2, 72) = 0.21$	Levene's Test	تنهایی عاطفی - پس آزمون (همگنی واریانس)
تفاوت معنادار آماری	< .001	$F(8, 138) = 19.39$	MANOVA (Wilks' Lambda)	ساختار کوواریانس چندمتغیره
تفاوت معنادار آماری	< .001	$F(8, 140) = 12.01$	Pillai's Trace	
تفاوت معنادار آماری	< .001	$F(8, 96.27) = 28.67$	Hotelling's Trace	

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهند، تمامی مفروضات مربوط به نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس‌ها در سطح آماری قابل قبول تأیید شده‌اند. گرچه آزمون‌های چندمتغیره نشان‌دهنده تفاوت معنادار در ساختار کوواریانس میان گروه‌های مداخله‌ای هستند، اما با عنایت به برابری کامل حجم نمونه در تمامی گروه‌ها ($n = 25$)، تحلیل‌های آماری به کار گرفته شده، به‌ویژه MANOVA از استحکام کافی در برابر این سطح از نقض مفروضه برخوردارند.

در پی تأیید مفروضات آماری، مجموعه‌ای از تحلیل‌های آنالیز واریانس با طرح آمیخته به اجرا درآمد تا تأثیر سه‌گانه مداخلات بر دو متغیر وابسته، یعنی نشخوار ذهنی و تنهایی عاطفی، مورد واکاوی قرار گیرد. در این تحلیل‌ها، دو عامل اساسی مد نظر قرار گرفت: زمان (پیش‌آزمون در برابر پس‌آزمون) به مثابه عامل درون‌گروهی، و نوع مداخله (درمان طرحواره، بازسازی شناختی، گروه کنترل) به عنوان عامل بین‌گروهی. به طور همزمان، اثرات اصلی هر عامل و تعامل دوسویه آن‌ها نیز ارزیابی شد تا مشخص گردد آیا میزان تغییر در متغیرهای وابسته بر حسب نوع مداخله تفاوتی معنادار داشته است یا خیر. تحلیل‌ها نشان دادند که اثر اصلی گروه معنادار است ($F(2, 144) = 11.42, p < 0.001$). این بدان معناست که میانگین نشخوار ذهنی در میان سه گروه آزمایشی، فارغ از گذر زمان، تفاوت معناداری را به نمایش گذاشته است. همچنین، اثر اصلی زمان نیز معنادار بود ($F(1, 144) = 60.40, p < 0.001$)، که حاکی از کاهش کلی در نشخوار ذهنی از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون در سطح کل نمونه است. مهم‌تر آنکه، تعامل گروه $\times$ زمان نیز از نظر آماری معنادار گزارش شد ($F(2, 144) = 17.37, p < 0.001$). این یافته صراحتاً نشان می‌دهد که میزان کاهش در نشخوار ذهنی بسته به نوع مداخله تفاوت معناداری دارد. بررسی‌های پسینی تفاوت میانگین‌ها آشکار ساخت که گروه دریافت‌کننده درمان طرحواره بیشترین کاهش را در نشخوار ذهنی تجربه نمود، در حالی که گروه بازسازی شناختی کاهش متوسطی را نشان داد و گروه کنترل تغییر اندکی را ثبت کرد. این الگو کاملاً با پیش‌بینی‌های نظری در خصوص عمق تأثیر بازسازی شناختی در سطح طرحواره همسو است.

در تحلیل مربوط به تنهایی عاطفی نیز، اثر اصلی گروه معنادار بود ($F(2, 144) = 4.27, p = 0.016$)، و همچنین اثر اصلی زمان نیز به طور مستقل معنادار گزارش شد ($F(1, 144) = 8.81, p = 0.004$). این نتایج، کاهش کلی سطح تنهایی در طول زمان و نیز تفاوت میان گروه‌های درمانی در سطوح تنهایی را منعکس می‌کنند. تعامل معنادار گروه $\times$ زمان ($F(2, 144) = 3.82, p = 0.024$)، نشان داد که روند تغییرات تنهایی عاطفی بسته به نوع درمان، تفاوت معناداری را بروز می‌دهد. همان‌گونه که انتظار می‌رفت، گروه درمان طرحواره بیشترین کاهش را در تنهایی عاطفی گزارش کرد، و پس از آن گروه بازسازی شناختی با کاهش متوسطی مواجه بود، در حالی که گروه کنترل اندکی افزایش در تنهایی را تجربه نمود. این الگو کاملاً با پیش‌فرض‌های نظری مرتبط با نقش درمان طرحواره در هدف‌گیری آسیب‌پذیری‌های هیجانی و بین‌فردی انطباق دارد.

جدول ۳. خلاصه نتایج آنالیز واریانس مختلط برای نشخوار ذهنی و تنهایی عاطفی

مقدار p	F	درجه آزادی	مجموع مجزورات	اثر
نشخوار ذهنی				
< .001	11.42	2	1779.04	گروه
< .001	60.40	1	4704.00	زمان
< .001	17.37	2	2705.92	تعامل گروه $\times$ زمان
—	—	144	11215.04	باقیمانده
تنهایی عاطفی				
.016	4.27	2	108.31	گروه
.004	8.81	1	111.65	زمان
.024	3.82	2	96.74	تعامل گروه $\times$ زمان
—	—	144	1825.16	باقیمانده

یافته‌های فوق، پشتیبانی تجربی مستحکمی از فرضیه‌های اصلی مطالعه فراهم می‌آورند. تعامل معنادار گروه $\times$ زمان در هر دو متغیر وابسته به وضوح نشان می‌دهد که مداخلات روان‌شناختی ساختاریافته، به ویژه درمان طرحواره‌محور، اثربخشی افتراقی و قابل‌توجهی در کاهش

نشخوار ذهنی و تنهایی عاطفی داشته‌اند. به‌طور خاص، گروه دریافت‌کننده درمان طرحواره، بالاترین سطح از تغییرات درمانی سودمند را به نمایش گذاشت که این امر با نظریه‌های معطوف به تغییرات شناختی-هیجانی در سطح ساختارهای بنیادین به‌طور کامل همخوانی دارد. به منظور تبیین تعامل معنادار گروه $\times$ زمان که در تحلیل واریانس مختلط برای هر دو متغیر نشخوار ذهنی و تنهایی عاطفی مشاهده شد، مجموعه‌ای از آزمون‌های پس‌آزمون Tukey HSD به همراه محاسبه اندازه اثر (Cohen's d) انجام گردید. این تحلیل‌ها، امکان مقایسه زوجی میان گروه‌ها را بر مبنای نمرات تغییر (اختلاف بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون) فراهم آورده و معیارهای استاندارد شده‌ای را برای تفسیر اهمیت بالینی یافته‌ها ارائه می‌نمایند. نتایج آزمون Tukey در خصوص نمرات تغییر نشخوار ذهنی، تفاوت آماری معناداری را میان گروه درمان طرحواره و گروه کنترل ($p < 0.001$) و همچنین میان گروه بازسازی شناختی و گروه کنترل ($p = 0.001$) آشکار ساخت. مقایسه بین گروه طرحواره و بازسازی شناختی نیز به سطح معناداری نزدیک بود ($p = 0.056$)، که نشان می‌دهد مداخله مبتنی بر طرحواره به میزان حاشیه‌ای بیشتری منجر به کاهش نشخوار ذهنی شده است. این یافته‌ها مؤید اثربخشی هر دو درمان فعال بوده، اما تأثیر قوی‌تر درمان طرحواره را برجسته می‌سازند. برآورد اندازه‌های اثر نیز این الگو را تأیید کرد. بزرگ‌ترین اندازه اثر میان گروه طرحواره و کنترل به‌دست آمد ($d = 1.69$)، که دلالت بر اثری بسیار بزرگ و بالینی معنادار دارد. مقایسه میان بازسازی شناختی و کنترل نیز اثری بزرگ ($d = 0.86$) را نشان داد، در حالی که اختلاف بین طرحواره و شناختی با $d = 0.87$ در حد متوسط تا بزرگ ارزیابی گردید. این داده‌ها، اثربخشی قوی درمان‌ها، به ویژه درمان طرحواره را به وضوح نشان می‌دهند.

تحلیل‌های پس‌آزمون بر روی نمرات تغییر در تنهایی عاطفی نیز تفاوت معناداری را میان گروه طرحواره و کنترل ($p < 0.001$) و میان بازسازی شناختی و کنترل ($p = 0.004$) نشان دادند. علاوه بر این، تفاوت آماری معنادار میان طرحواره و بازسازی شناختی ($p = 0.026$) نیز تأیید شد، که نشان‌دهنده برتری و کاهش معنادارتر احساس تنهایی عاطفی در پی مداخله مبتنی بر طرحواره است. در سطح اندازه اثر، نتایج حتی از یافته‌های مربوط به نشخوار ذهنی نیز برجسته‌تر بود. یک اندازه اثر بسیار بزرگ بین گروه طرحواره و کنترل ($d = 3.77$) به دست آمد؛ این مقدار از لحاظ بالینی به ندرت مشاهده می‌شود و حکایت از تأثیر عمیق درمان دارد. مقایسه میان طرحواره و بازسازی شناختی نیز اثری بزرگ ($d = 1.97$) را نشان داد، و تفاوت میان بازسازی شناختی و کنترل نیز قابل توجه بود ($d = 1.75$). این یافته‌ها نشان می‌دهند که هر دو درمان در کاهش احساس تنهایی مؤثر بوده‌اند، اما درمان طرحواره به طور قاطع مؤثرتر عمل کرده است، به‌ویژه در حوزه‌های مرتبط با دلبستگی، آسیب‌پذیری‌های هیجانی و نیازهای برآورده‌نشده بین‌فردی.

جدول ۴. مقایسه‌های زوجی (Tukey HSD) و اندازه‌های اثر (Cohen's d)

تنهایی عاطفی (d)	تنهایی عاطفی (p)	نشخوار ذهنی (d)	نشخوار ذهنی (p)	مقایسه
1.97	.026	0.87	.056 (غیرمعنادار)	طرحواره در برابر شناختی
3.77	< .001	1.69	< .001	طرحواره در برابر کنترل
1.75	.004	0.86	.001	شناختی در برابر کنترل

بر مبنای معیارهای کوهن (۱۹۸۸) برای تفسیر اندازه اثر ($d \geq 0.80$ به عنوان اثر بزرگ، $d \geq 0.50$ به عنوان اثر متوسط، و $d \geq 0.20$ به عنوان اثر کوچک)، نتایج تحلیل‌های پس‌آزمون به وضوح مؤید آن است که هر دو مداخله فعال، یعنی درمان طرحواره‌محور و بازسازی شناختی، در قیاس با گروه کنترل، تأثیری معنادار بر کاهش نشخوار ذهنی و تنهایی عاطفی داشته‌اند. با این حال، درمان طرحواره‌محور به صورت پیوسته و قاطعانه اثربخشی قوی‌تری را به نمایش گذاشته است، خصوصاً در زمینه کاهش تنهایی عاطفی. این یافته، کاملاً منطبق با مبانی نظری این رویکرد در تمرکز بر الگوهای آسیب‌زای دلبستگی، طرحواره‌های هیجانی، و ساختارهای بین‌فردی ناسازگار است.

به‌منظور بررسی این فرضیه که آیا گروه‌های مداخله‌ای تأثیر افتراقی بر دو پیامد اصلی پژوهش، یعنی نشخوار ذهنی و تنهایی عاطفی داشته‌اند، یک تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) بر پایه نمرات تغییر (اختلاف پیش‌آزمون و پس‌آزمون) به عنوان متغیرهای وابسته اجرا گردید. این رویکرد آماری امکان آزمون فرضیه فراگیر را فراهم می‌آورد که بر اساس آن، تغییرات هم‌زمان در متغیرهای وابسته تابعی از عضویت گروهی شرکت‌کنندگان بوده و هم‌پوشانی واریانس میان دو سازه شناختی-هیجانی نیز در مدل لحاظ می‌شود. نتایج حاصل از آزمون چندمتغیره معنادار بود و به وضوح نشان داد که سه گروه پژوهش در الگوی مشترک پیامدها تفاوت‌های معناداری با یکدیگر دارند. به طور خاص، شاخص لامبدای ویلکس مقدار معناداری را نشان داد ($F(140.4) = 13.77, p < 0.001$). این امر دلالت بر آن دارد که نسبت واریانس تبیین‌شده در متغیرهای ترکیبی توسط عضویت گروهی، قابل توجه بوده است. سایر شاخص‌های چندمتغیره نیز این نتیجه را تأیید

نمودند: ردپای پیلای ($V = 0.702, F(142.4) = 13.21, p < 0.001$)، ردپای هتلینگ ($T^2(138.4) = 1.511, p = 14.33, p < 0.001$)، و بزرگ‌ترین ریشه روی ($\Theta = 1.358, F(71.2) = 48.13, p < 0.001$). این همگرایی در نتایج، نشان‌دهنده قدرت آماری بالای مدل چندمتغیره و پشتیبانی مجدد از تحلیل‌های واریانس تک‌متغیره و آزمون‌های پس‌آزمون است. بر اساس این الگو، درمان‌های فعال، به ویژه درمان طرحواره‌محور، پروفایل‌های متمایز و مؤثری از تغییرات شناختی-هیجانی را در مقایسه با گروه کنترل ایجاد کرده‌اند. از همه مهم‌تر، الگوی نتایج بار دیگر تأیید می‌کند که درمان طرحواره‌محور جامع‌ترین و معنادارترین بهبودها را در هر دو متغیر وابسته به ارمغان آورده است. این نتیجه کاملاً با مبانی نظری این رویکرد در هدف‌گیری هم‌زمان طرحواره‌های شناختی ناسازگار، نیازهای هیجانی برآورده‌نشده، و الگوهای دلبستگی گسیخته انطباق دارد (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج آزمون‌های چندمتغیره برای تفاوت گروه‌ها در نمرات تغییر نشخوار ذهنی و تنهایی عاطفی

مقدار p	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	F	مقدار آماره	آزمون
< .001	140	4	13.77	0.350	Lambda ویلکس
< .001	142	4	13.21	0.702	ردپای پیلای (Pillai's)
< .001	138	4	14.33	1.511	ردپای هتلینگ
< .001	71	2	48.13	1.358	بزرگ‌ترین ریشه روی

یافته‌های حاصل از تحلیل چندمتغیره، شواهد آماری یکپارچه‌ای را در تأیید تأثیر افتراقی نوع مداخله روان‌شناختی ارائه می‌دهند. به طور خاص، درمان طرحواره‌محور به نحو بارزی در ایجاد کاهش هم‌زمان و معنادار در شناخت‌های نشخواری و احساس تنهایی هیجانی موفق عمل کرده است؛ الگویی که کاملاً با اصول نظری این رویکرد در یکپارچه‌سازی هیجان‌محور و مداخلات عرضی تشخیصی همخوانی دارد. از منظر بالینی، این نتایج به وضوح تأکید می‌کنند که درمان مؤثر در اختلالات درون‌ریز، مستلزم هدف‌گیری هم‌زمان سختی‌های شناختی مزمن و گسیختگی‌های بین‌فردی و هیجانی است. چنین یافته‌هایی دارای کاربرد مستقیم در طراحی مداخلات جامع برای اختلالاتی نظیر افسردگی مزمن، اضطراب اجتماعی، و اختلالات شخصیت هستند؛ حوزه‌هایی که در آن‌ها هم نشخوار ذهنی و هم تنهایی عاطفی، نقشی بنیادین در پاتوفیزیولوژی ایفا می‌کنند.

۴. نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای اثربخشی دو رویکرد روان‌درمانی (شامل طرحواره‌درمانی و بازسازی شناختی) در کاهش دو پیامد روان‌شناختی بنیادین ناشی از پیمان‌شکنی زناشویی، یعنی نشخوار ذهنی و تنهایی عاطفی در زنان قربانی خیانت زناشویی انجام پذیرفت. در این راستا، چهار فرضیه پژوهشی در قالب یک طراحی آزمایشی دقیق مورد آزمون قرار گرفت. در تمامی مراحل تحلیل، از آمار توصیفی، آزمون مفروضات، تحلیل واریانس مختلط، آزمون‌های پس‌آزمون، تا تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) شواهد آماری در تأیید پیش‌فرض‌های پژوهش حاصل گردید. فرضیه نخست بر این مبنا استوار بود که مداخلات روان‌درمانی موجب کاهش نشخوار ذهنی بیشتری نسبت به گروه کنترل خواهند شد. داده‌های به‌دست‌آمده به وضوح از این فرضیه پشتیبانی کردند. هر دو گروه درمانی، کاهش معناداری در نشخوار ذهنی نشان دادند؛ به طوری که کاهش میانگین در گروه طرحواره برابر با ۲۱/۴۴ و در گروه بازسازی شناختی برابر با ۱۱/۵۲ بود، در حالی که گروه کنترل تغییر ناچیز ۰/۶۴ را تجربه کرد. این الگو با تعامل معنادار گروه $\times$ زمان و اندازه‌های اثر بزرگ تقویت شد. یافته‌ها با پیشینه پژوهشی همسو هستند که نشان می‌دهند مداخلات شناختی و طرحواره‌محور در مهار افکار منفی تکرارشونده مؤثر عمل می‌کنند (Peters et al., 2021; Hofmann et al., 2024). اما فراتر از آن، کاربرد مشخص این مداخلات در بافت تروماهای مرتبط با خیانت زناشویی را نیز نمایان می‌سازند. فرضیه دوم مبتنی بر این پیش‌فرض بود که احساس تنهایی عاطفی در گروه‌های درمانی نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری خواهد یافت. این فرضیه نیز مورد تأیید قرار گرفت. گروه طرحواره بیشترین کاهش در نمرات تنهایی (۳/۷۶-)، سپس گروه بازسازی شناختی (۱/۵۸-)، و در نهایت گروه کنترل افزایش خفیفی در تنهایی را (۰/۱۶) تجربه کردند. این نتایج نشان می‌دهند که پرداختن به تحریف‌های شناختی و هیجانی از طریق درمان‌های ساختاریافته می‌تواند به شکل مؤثری گسست‌های هیجانی-رابطه‌ای را کاهش دهد. به ویژه، طرحواره‌درمانی با تمرکز عمیق‌تری که بر نیازهای هیجانی اولیه و زخم‌های دلبستگی دارد، مسیر ترمیم روانی مؤثرتری را برای قربانیان خیانت فراهم می‌آورد (Van Donzel et al., 2021; Hards et al., 2022). فرضیه سوم، مبنی بر اثربخشی بیشتر بازسازی شناختی در کاهش نشخوار ذهنی نسبت به طرحواره‌درمانی، تأیید نشد. برخلاف انتظار، طرحواره‌درمانی کاهش چشمگیرتری در نشخوار ذهنی در قیاس با بازسازی شناختی ایجاد کرد. این یافته می‌تواند به محدودیت‌های تکنیک‌های بازسازی شناختی سطحی در مواجهه با طرحواره‌های

ناسازگار دیرپا مرتبط باشد. در مقابل، طرحواره‌درمانی با تمرکز بر شناسایی و بازسازی الگوهای عمیق شناختی-هیجانی، ظرفیت بهتری برای مقابله با ماهیت مزمن و خودتقویت‌گر نشخوار ذهنی پس از خیانت داراست (O'Neill, 2019; Edgar et al., 2024). این نتایج ضرورت توسعه مداخلاتی را برجسته می‌سازند که از چارچوب‌های سنتی CBT فراتر رفته و ابعاد شخصیتی آسیب‌پذیری را هدف قرار دهند. فرضیه چهارم که بیان می‌کند طرحواره‌درمانی در کاهش تنهایی عاطفی نسبت به بازسازی شناختی اثربخش‌تر خواهد بود، تأیید شد. گروه طرحواره نه تنها بیشترین کاهش در تنهایی را تجربه کرد، بلکه این تفاوت از نظر آماری و بالینی معنادار بود؛ به طوری که اندازه اثر کوهن بین این دو گروه $d = 1.97$ محاسبه گردید. این یافته به وضوح نشان‌دهنده قابلیت منحصربه‌فرد طرحواره‌درمانی در هدف‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ای همچون رهاشدگی، بی‌اعتمادی و محرومیت هیجانی است، عوامل بنیادینی که در بروز احساس تنهایی در این جمعیت نقش دارند (Hassani et al., 2019; Wang & Wei, 2022). تحلیل واریانس چندمتغیره نیز یافته‌ها را تأیید کرده و تفاوت معنادار در ترکیب دو متغیر نشخوار ذهنی و تنهایی عاطفی را بر حسب نوع مداخله نشان داد. این نتیجه بیانگر آن است که طرحواره‌درمانی نه تنها بر کاهش نشانه‌های منفرد اثرگذار بوده، بلکه تغییرات فراگیر و هم‌زمانی را در ابعاد به‌هم‌پیوسته روان‌شناختی ایجاد کرده است. مجموعه نتایج این پژوهش، شواهد محکمی ارائه می‌دهد که طرحواره‌درمانی در مقایسه با بازسازی شناختی، مداخله‌ای نیرومندتر و فراگیرتر در کاهش پیامدهای روان‌شناختی ناشی از خیانت زناشویی در زنان قربانی است. اگرچه هر دو درمان نسبت به گروه کنترل اثربخش بودند، اما طرحواره‌درمانی در هر دو سازه کلیدی (نشخوار ذهنی و تنهایی عاطفی) اثربخشی بالاتری نشان داد. از منظر بالینی، یافته‌های این پژوهش تأکید دارند که روان‌درمانگران در مواجهه با زنان قربانی پیمان‌شکنی زناشویی، می‌بایست مدل‌های مبتنی بر طرحواره‌درمانی را به عنوان گزینه خط اول درمان مد نظر قرار دهند. ترکیب پردازش هیجانی، ترمیم دلبستگی و بازسازی شناختی در بستر مدل طرحواره‌درمانی، ابزاری منسجم برای مداخله در آسیب‌های عمیق روان‌شناختی ناشی از خیانت فراهم می‌سازد. همچنین، این پژوهش اهمیت پرداختن هم‌زمان به سختی‌های شناختی (مانند نشخوار ذهنی) و گسست‌های رابطه‌ای (همچون تنهایی عاطفی) را به عنوان اهداف درمانی متمایز اما درهم‌تنیده برجسته می‌سازد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

۵. منابع

۱. جوکار، بهرام و سلیمی، عظیمه (۱۳۹۰). ویژگی‌های روان سنجی فرم کوتاه مقیاس احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی بزرگسالان. مجله علوم رفتاری، ۵(۴)، ۳۱۱-۳۱۷. <https://www.magiran.com/p956740>
۲. حسینی، معصومه؛ غفاری، عذرا؛ ابوالقاسمی، عباس و تکلوی، سمیه (۱۳۹۸). اثربخشی بازسازی شناختی بر حس پیوستگی و تعاملات زناشویی در زوجین متقاضی طلاق. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۲(۵)، ۲۵۲-۲۶۳. <https://doi.org/10.22038/mjms.2019.14442>
۳. حسین‌نژاد حلاجی، شلاله، خادمی، علی و علیوندی وفا، مرضیه (۱۴۰۰). اثربخشی مداخله ذهن آگاهی در سکس تراپی بر هیجان خواهی جنسی، روابط فرا زناشویی و سرخوردگی زناشویی زوجین. ماهنامه علوم روان شناختی، ۲۰(۱۰۶)، ۱۸۶۵-۱۸۷۹. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.20.106.1865>
۴. شمسائی، زینب؛ کریمی، کیومرث و اکبری، مریم (۱۴۰۲). اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر خوشنیت خانگی بر کاهش سرخوردگی و بی ثباتی زناشویی: یک مطالعه نیمه تجربی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۲۲(۹)، ۹۶۳-۹۷۸. <http://dx.doi.org/10.61186/jrums.22.9.963>
۵. شیرین کار، زهره؛ نامداری، کوروش؛ جمیلیان، حمیدرضا و عابدی، احمد (۱۳۹۵). تأثیر درمان گروهی مبتنی بر بخشش بر علایم افسردگی و تشخیص فکری زنان مبتلا به افسرده خویی. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۶(۲۲)، ۸۵-۱۰۴. <https://doi.org/10.22054/jcps.2016.3892>
۶. یانگ، جفری؛ کلسکو، ژانت و ویشار، مارجوری (۲۰۰۳). طرحواره درمانی، راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی. جلد اول، ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۳۹۱)، تهران: انتشارات ارجمند.
7. Barman, J. D., Maheshwari, S. (2023). Comparing the marriage and dating decisions of Indian youths: A vignette study. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 51(4), 356-369. <https://doi.org/10.1111/fcsr.12484>
8. Barrera, T. L., Szafranski, D. D., Ratcliff, C. G., Garnaat, S. L., & Norton, P. J. (2016). An experimental comparison of techniques: Cognitive defusion, cognitive restructuring, and in-vivo exposure for social anxiety. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 44(2), 249-254. doi:10.1017/S1352465814000630
9. DiTommaso, E., Brannen, C. (2004). Best LA. Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. *Educ Psychol Meas*, 64(1), 99-119. <http://dx.doi.org/10.1177/0013164403258450>
10. Edgar, E. V., Richards, A., Castagna, P.J., Bloch, M.H., Crowley, M.J. (2024). Post-event rumination and social anxiety: a systematic review and meta-analysis, *Journal of Psychiatric Research*, 173, 87-97. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.03.013>
11. Graham, B. M., Denson, T., Barnett, J., Calderwood, C., & Grisham, J. (2018). Sex hormones are associated with rumination and interact with emotion regulation strategy choice to predict negative affect in women following a sad mood induction. *Frontiers in Psychology*, 9, 937. doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00937
12. Hards, E., Loades, M. E., Higson-Sweeney, N., Shafran, R., Serafimova, T., Brigden, A., & Borwick, C. (2022). Loneliness and mental health in children and adolescents with pre-existing mental health problems: A rapid systematic review. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 313-334. <https://doi.org/10.1111/bjc.12331>
13. Hawkley, L. C. (2022). Loneliness and health. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 1-2. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00355-9>
14. Haworth, J.J. (2024). The prevalence of rumination syndrome and rumination disorder: A systematic review and meta-analysis, *wileyonlinelibrary*, 24(7), 1-9. <https://doi.org/10.1111/nmo.14793>
15. Hoffmann, G., Strutzke, S., Fiske, D., Heinicke, J., Mylostvyi, R. (2024). A New Approach to Recording Rumination Behavior in Dairy Cows. *Sensors*, 24(5521), 1-12. <https://doi.org/10.3390/s24175521>
16. Mayasari, S., & Mujiyati, S. A. (2022). Cognitive Restructuring Techniques in Developing Student Self-Compassion. *Journal of Positive School Psychology*, 6(3), 2564-2575. <https://doi.org/10.1111/bjc.56478>
17. Onaylı, S. (2019). Emotional reactions to infidelity: examining the roles of self-compassion, forgiveness, rumination and cognitive appraisal (Doctoral dissertation, Middle East Technical University). <https://doi.org/11511/27904>
18. Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2021). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 579-597. <https://doi.org/10.1111/bjc.12324>
19. Scheeren, P., Apellániz, I. D. A. M. D., & Wagner, A. (2018). Marital infidelity: The experience of men and women. *Trends in Psychology*, 26(1), 355-369. <https://doi.org/10.9788/TP2018.1-14Pt>

20. Surkalim, D. L., Luo, M., Eres, R., Gebel, K., van Buskirk, J., Bauman, A., & Ding, D. (2022). The prevalence of loneliness across 113 countries: Systematic review and meta-analysis. *bmj*, 376. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067068>
21. Tamm, G., Koster, E.H.W., & Hoorelbeke, K. (2024). Multiple paths to rumination within a network analytical framework. 14,10874. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-61469-6>
22. Van Donzel, L., Ouwens, M. A., Van Alphen, S. P. J., Bouwmeester, S., & Videler, A. C. (2021). The effectiveness of adapted schema therapy for cluster C personality disorders in older adults—integrating positive schemas. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 21, 100715. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2021.100715>
23. Varma, P., Maheshwari, S. (2024). Emotional Consequences of Infidelity: Guilt and Regret Experiences Among Perpetrators of Cheating in Heterosexual Dating Relationships. *Sage Journals*, 23(3), 58-70. <https://doi.org/10.1177/10664807241293150>
24. Verity, L., Yang, K., Nowland, R., Shankar, A., Turnbull, M., & Qualter, P. (2022). Loneliness from the adolescent perspective: A qualitative analysis of conversations about loneliness between adolescents and childline counsellors. *Journal of Adolescent Research*. <https://doi.org/10.1177/07435584221111>
25. Wade, N. G., Vogel, D. L., Liao, K.Y., & Goldman, D. B. (2008). Measuring state-specific rumination: Development of the Rumination about an Interpersonal Offense scale. *Journal of Counseling Psychology*, 55(3), 419-426. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.55.3.419>
26. Wang, Y., & Wei, L. (2022). Multilingual learning and cognitive restructuring: The role of audiovisual media exposure in Cantonese English Japanese multilinguals' motion event cognition. *International Journal of Bilingualism*, 13670069221085565. <https://doi.org/10.1177/13670069221085565>
27. Watkins, E. R., & Nolen-Hoeksema, S. (2014). A habit-goal framework of depressive rumination. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 24. <https://doi.org/10.1037/a0035540>
28. Young, J.E. (2005). Schema therapy-complete packet. Cognitive centers of New York & Connecticut.

