



Comparing the Effectiveness of Narrative Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Referential Thinking in Women Facing Marital Infidelity

Pakdaman T¹, Yousefi Afrashteh M^{2*}, Farghadani A³

1- Department of Psychology, Sav.C., Islamic Azad University, Saveh, Iran. t.pakdaman@iau.ac.ir

2- Department of Psychology, University of Zanjan, Zanjan, Iran. yousefi@znu.ac.ir

3- Department of Psychology, Sav.C., Islamic Azad University, Saveh, Iran. AZ.Farghadani@iau.ac.ir

Corresponding author: Yousefi Afrashteh M, Department of Psychology, University of Zanjan, Zanjan, Iran.
Email: yousefi@znu.ac.ir

Received: 21 Jul 2025

Accepted: 16 Sep 2025

Abstract

Introduction: Spousal infidelity is one of the most traumatic experiences that can significantly affect the psychological health and cognitive styles of women. Among the psychological consequences of this experience are increased referential thinking and negative perceptions of oneself and others. The present study aimed to compare the effectiveness of narrative therapy and acceptance and commitment therapy on referential thinking in women who have experienced spousal infidelity.

Methods: The research design was a quasi-experimental pretest-posttest study with a control group and a three-month follow-up. The statistical population included all women who experienced infidelity and referred to psychological services and counseling centers in District 5 of Tehran (Motamed, Entekhab, Rahno, and Noor counseling centers) during the first half of 2024. From this population, 51 women who had experienced infidelity were selected through convenience sampling from counseling centers in District 5 and were randomly assigned into two experimental groups (17 participants in each group) and one control group (17 participants). To collect the data, the Referential Thinking Questionnaire was used. Participants in the first experimental group received 8 sessions of narrative therapy, while those in the second experimental group received 8 sessions of acceptance and commitment training focused on infidelity. The control group did not receive any training. Afterward, a post-test was administered to participants in both the experimental and control groups. The data were analyzed using multivariate covariance analysis (MANCOVA) with SPSS-22 software.

Results: Based on the results, there was no significant difference in referential thinking scores among the three groups at the pretest stage ($p > 0.05$). However, in the posttest and follow-up stages, the mean scores of referential thinking in the narrative therapy and acceptance and commitment groups were significantly lower than those in the control group ($p < 0.001$). Additionally, there was no significant difference between the two therapeutic groups at either the posttest or follow-up stages ($p > 0.05$), indicating that both approaches were similarly effective in reducing referential thinking compared to the control group.

Conclusion: The results showed that both narrative therapy and acceptance and commitment therapy significantly reduced referential thinking in women who had experienced spousal infidelity. However, no significant difference was observed between the effectiveness of these two approaches. These findings suggest that both therapies can be considered effective interventions for reducing maladaptive thinking styles after experiencing marital infidelity. Therefore, the use of narrative therapy and acceptance and commitment therapy as scientific and effective interventions for reducing referential thinking and the psychological harm caused by spousal infidelity is recommended to therapists and counselors.

Keywords: Narrative therapy, Acceptance and commitment therapy, Infidelity, Referential thinking, Women, Psychological stress.



مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تفکر ارجاعی زنان مواجه شده با خیانت همسر

طاهره پاکدامن^۱، مجید یوسفی افراشته^۲، آزاده فرقدانی^۳

۱- گروه روانشناسی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران. t.pakdaman@iau.ac.ir

۲- گروه روانشناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران. yousefi@znu.ac.ir

۳- گروه روانشناسی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران. AZ.Farghadani@iau.ac.ir

نویسنده مسئول: مجید یوسفی افراشته، گروه روانشناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران.

ایمیل: yousefi@znu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۶/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۴/۳۰

چکیده

مقدمه: خیانت همسر یکی از تجربه‌های آسیب‌زا است که می‌تواند سلامت روانی و سبک شناختی زنان را به‌طور قابل توجهی تحت تأثیر قرار دهد. از جمله پیامدهای روانی این تجربه، افزایش تفکر ارجاعی و برداشت‌های منفی از خود و دیگران است. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تفکر ارجاعی زنان مواجه شده با خیانت همسر بود.

روش کار: طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون _ پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه‌ی آماری شامل تمامی زنان خیانت دیده که در نیمه اول سال ۱۴۰۳ به مراکز خدمات روانشناسی و مشاوره منطقه ۵ تهران (مراکز مشاوره معتمد، انتخاب، راه‌نو و نور) رجوع کردند، بود. از میان آنها ۵۱ نفر از زنان خیانت دیده به روش نمونه‌گیری در دسترس از مراکز مشاوره منطقه ۵ تهران انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۷ نفر) و یک گروه کنترل (۱۷ نفر) تقسیم شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی تفکر ارجاعی، استفاده شد. شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش اول ۸ جلسه روایت‌درمانی و شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش دوم ۸ جلسه آموزش پذیرش و تعهد مبتنی بر حوزه خیانت را دریافت نمودند و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد و سپس از شرکت‌کننده‌های آزمایش و کنترل پس از آزمون به عمل آمد. داده‌ها با روش کواریانس چند متغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بر اساس نتایج، بین سه گروه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری در نمره تفکر ارجاعی مشاهده نشد ($p > 0/05$)، اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، میانگین نمرات تفکر ارجاعی در گروه‌های روایت‌درمانی و پذیرش و تعهد به طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود ($p < 0/001$). همچنین، بین دو گروه درمانی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$)، که نشان دهنده اثربخشی مشابه این دو رویکرد در کاهش تفکر ارجاعی نسبت به گروه کنترل است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد هر دو روش روایت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری سبب کاهش تفکر ارجاعی در زنان مواجه شده با خیانت همسر شدند. با این وجود، تفاوت معناداری میان اثربخشی این دو رویکرد مشاهده نشد. این یافته‌ها بیانگر آن است که هر دو درمان می‌توانند به عنوان مداخله‌های مؤثر در کاهش سبک‌های تفکر ناسازگارانه پس از تجربه خیانت زناشویی مطرح باشند. در نتیجه، بهره‌گیری از روایت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان مداخلات علمی و مؤثر برای کاهش تفکر ارجاعی و آسیب‌های ناشی از خیانت همسر، به درمانگران و مشاوران توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: روایت‌درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خیانت زناشویی، تفکر ارجاعی، زنان، فشار روانی.

مقدمه

متخصصان حوزه خانواده، مسائل و موضوعات بسیار زیادی را با خانواده و زناشویی مرتبط دانسته‌اند که می‌توانند موجب رشد و یا زوال زندگی زناشویی شوند (۱). پژوهش‌ها گویای آن است که تجربیات گذشته افراد، ویژگی‌های شخصیتی، علایق، نگرش‌ها و انتظارات می‌توانند در روابط میان فردی و به‌ویژه در روابط زناشویی افراد تأثیرگذار باشند. خانواده به عنوان یکی از نهادهای اصلی جامعه و ازجمله مهم‌ترین مکان‌ها برای توسعه شخصیت آدمی مطرح می‌شود. یک خانواده زمانی قدرتمند است که زن و شوهر بتوانند به یک درک متقابل از یکدیگر برسند (۲). از میان عوامل آسیب‌زایی که وفاداری زوجها به پیمان ازدواج را تهدید نموده و گاه به جدایی زوجها از یکدیگر ختم می‌شود، می‌توان به خیانت زناشویی اشاره کرد (۳). خیانت همسر یکی از چالش‌برانگیزترین و دردناک‌ترین تجربی است که می‌تواند بنیان‌های روانی، هیجانی و شناختی فرد را به شدت تحت تأثیر قرار دهد (۴). مواجهه با خیانت، به‌ویژه برای زنان، اغلب با احساساتی چون خشم، شرم، غم، بی‌اعتمادی، کاهش عزت‌نفس و بحران هویت همراه است. این تجربه ممکن است دیدگاه فرد را نسبت به خود، دیگران و روابط انسانی به کلی دگرگون کند و سلامت روانی او را با تهدید جدی مواجه سازد (۵).

خیانت پیچیدگی نظری زیادی دارد و دستیابی به تعریف واحد و مشترک از آن که در تمامی فرهنگ‌ها از پذیرش برخوردار باشد تا حدی دور از انتظار است. خیانت به‌عنوان فریب، بی‌وفایی و مطمئناً به‌عنوان یک مفهوم غیراخلاقی معرفی می‌شود (۶). حدود ۴۰ درصد از افرادی که در آمریکا طلاق گرفته‌اند، گزارش کرده‌اند که در طول زندگی زناشویی حداقل یک‌بار درگیر روابط خارج از حیطه‌ی زناشویی شده‌اند (۷). خیانت می‌تواند تأثیر عمیقی بر زندگی زناشویی بگذارد و خصوصاً فرد قربانی را درگیر کند و سبب تفکر ارجاعی گردد (۸)، تفکر ارجاعی شامل این دیدگاه است که اتفاقات روزمره و طبیعی معنایی خاص را برای شخص به ارمغان می‌آورد که شدت این معنا برای هر فردی متفاوت است. تفکر ارجاعی به عنوان یک فرایند تفکر مداوم در خصوص مشکلات یا تجارب منفی خود تعریف می‌شود که دور ماندن از آنها سخت است (۹). افراد این افکار را غیرقابل کنترل ادراک می‌کنند که یا مربوط به رویدادهای گذشته است (نشخوار) و یا مربوط به آینده

(نگرانی) (۱۰).

در مورد خیانت زناشویی، تفکر ارجاعی ممکن است باعث شود که فرد به جای بررسی دلایل و عوامل داخلی خود برای خیانت، مسئولیت را به شریک زندگی خود انتقال دهد. این نوع طرز تفکر همچون دگرگونی در ادراک می‌تواند فراخوانی واقعیت را محدود سازد (۱۱). برخی افراد لحظات آنی و کوچکی از این تفکر را تجربه می‌کنند بدون آنکه هیچگونه عواقب مهمی برای آنها در پی داشته باشد، حال آنکه برخی این باورها و اعتقادات را در ذهن خود تثبیت کرده و بسط می‌دهند که نهایتاً این تکرار مکرر افکار منفی در ذهن فرد می‌تواند سلامت روان وی را تهدید کند (۱۲). همچنین افرادی که تمایل بیشتری به تفکر منفی تکراری دارند، حوادث منفی اجتماعی را نیز منفی‌تر از دیگران ارزیابی می‌کنند (۱۳). تفکر ارجاعی در اکثر اختلالات مشخصه یکسانی دارد که نشان دهنده فراتشخیصی بودن این فرآیند است (۱۴). به عنوان یک عامل خطر ساز، بالا رفتن تفکر ارجاعی ممکن است همبندی اختلالات عاطفی را افزایش دهد (۱۵). نتایج مطالعات نشان داده‌اند که تفکر ارجاعی افسردگی را تعدیل می‌کند و در کارایی فرد در زندگی تأثیرگذار است (۱۶).

امروزه رویکردهای روان درمانی متفاوتی برای درمان مشکلات زناشویی پیشنهاد شده است که این رویکردها می‌تواند برای زنانی که مشکلات زناشویی دارند مفید واقع شود. یکی از این رویکردها که برگرفته از دیدگاه‌های پسامدرنیسم است، رویکرد روایت‌درمانی است که بر واقعیت درونی هر فردی متمرکز شده است (۱۷). روایت‌درمانی بر این باور استوار است که افراد، دانش و شناخت خود از واقعیت‌ها را از طریق روایت‌هایی که درباره خود و جهان پیرامونشان بیان می‌کنند، سامان می‌بخشند. این روایات دربردارنده توالی خاصی از رخداد‌های حیات هستند، روش و علت آن را معنی می‌کنند و دربردارنده واقعیت پنداشته از اطراف، توانایی، قابلیت‌ها، کنش‌ها، رابطه‌ها و دستاوردها و سرخوردگی‌ها است (۱۸). در این دیدگاه اعتقاد بر آن است که در پس داستان‌ها واقعیتی عینی وجود ندارد و واقعیت هر شخص داستان منحصر به فرد، ذهنی و شخصی اوست. به همین دلیل است که اعتقاد دارند که مراجعین می‌توانند گذشته‌ی خود را درست مانند بازنویسی کتب تاریخی با تغییر روایت خویش از آن تغییر دهند. براساس پژوهش‌ها نیز کیفیت زندگی و تنظیم هیجان (۱۹)، ناکامی

افکار و احساسات تمرکز دارند، اثربخشی بالاتری بر مشکلات روانشناختی (۳۴) و از جمله مشکلات همراه با خیانت زناشویی دارند. از آنجا که موضوع خیانت، موضوع پیچیده‌ای است، انتخاب بهترین رویکرد درمانی از بین دو رویکرد روایت‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد که اثربخشی هر دو تأیید شده است، برای مشکل خیانت در بین زنان آسیب‌دیده از پیمان شکنی همسر مهم است چرا که می‌تواند از اثرات و آسیب‌های متعددی که این زنان با آن مواجهه می‌شود، پیشگیری کند. روایت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با نظریه‌پردازی‌های متفاوت، هر دو در بهبود پیامدهای روان‌شناختی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی نقش دارند، اما با مکانیسم‌هایی متمایز به کاهش تفکر ارجاعی کمک می‌کنند. روایت‌درمانی با بازنویسی داستان زندگی و ACT با افزایش پذیرش و انعطاف‌پذیری روانی، به بهبود نگرش و سلامت روانی این زنان می‌پردازند. بر این اساس، سؤال اصلی پژوهش آن است که کدام‌یک از این دو رویکرد در کاهش تفکر ارجاعی زنان خیانت‌دیده مؤثرتر است؟

روش کار

این پژوهش یک مطالعه‌ی نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه است که در آن سه گروه شامل دو گروه آزمایشی (روایت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و یک گروه کنترل (لیست انتظار) به‌طور تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. جامعه آماری شامل کلیه جمعیت زنان خیانت‌دیده که در نیمه اول سال ۱۴۰۳ به مراکز خدمات روانشناسی و مشاوره منطقه ۵ تهران رجوع کردند بود. در این مطالعه به دلیل در نظر گرفتن ریزش آزمودنی‌ها، تعداد ۵۱ نفر از زنان خیانت‌دیده به روش نمونه‌گیری در دسترس از مراکز مشاوره منطقه ۵ تهران (مراکز مشاوره معتمد، انتخاب، راه‌نو و نور) انتخاب و به تصادف به دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۷ نفر) و یک گروه کنترل (۱۷ نفر) تقسیم شدند. ملاک‌های ورود شامل: وجود خیانت براساس شواهد و پذیرش شوهر، وجود تجربه خیانت زناشویی از طرف همسر در چند سال اخیر، زندگی با شوهر در زمان پژوهش، عدم توانایی بازسازی رابطه با شوهر به دلیل خشم و رنجش ناشی از خیانت شوهر و ملاک‌های خروج شامل: مقابله به مثل در ارتباط با خیانت شوهر (زنانی که براساس گزارش خودشان پس از خیانت

ادراک شده (۲۰؛ ۲۱)، علائم استرس، افسردگی و کنترل هیجانات (۲۲؛ ۲۳)، پریشانی روانی (۲۴)، تأثیر داشته است. یکی دیگر از رویکردها، در حوزه حل مشکلات زوجین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا همان اکت است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه در رفتارگرایی دارد اما به وسیله فرایندهای شناختی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد (۲۵). به طور کلی در درمان پذیرش و تعهد ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات و...) افزایش یابد و سپس آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا مهار این تجارب ذهنی ناخواسته، بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت (۲۶). سپس بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود و به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب جدا سازد (جداسازی شناختی) و برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی که برای خود در ذهنش ساخته است تلاش کند؛ و با روشن‌سازی و شناخت ارزش‌های شخصی و اصلی خود، با ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه‌ی معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده همراه با پذیرش تجارب ذهنی، اقدام کند (۲۷). براساس پژوهش‌ها نیز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانی و ناگویی هیجانی (۲۸؛ ۲۹)، کنترل عواطف و افزایش انعطاف‌پذیری (۲۶)، پشیمانی از انتخاب همسر و تاب‌آوری (۳۰)، عدم تحمل بلا تکلیفی و عواطف منفی (۳۱)، تأثیر داشته است.

دو رویکرد روایت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو به عنوان روش‌های درمانی مبتنی بر شناخت و پذیرش شناخته می‌شوند و هدف اصلی آن‌ها کمک به فرد برای شناخت بهتر خود، پذیرش احساسات و تعهد به ارزش‌های خود است، اما تفاوت عمده‌شان در نحوه‌ی برخورد با مشکل است (۳۲). عده‌ای از پژوهشگران اعتقاد دارند از آنجایی که تحلیل داستان‌های رنج‌آور فرد، ریشه مشکلات افراد در مواجهه با خیانت زناشویی است، از این رو در روایت‌درمانی به مشکلات انسانی به عنوان مسائلی نگریسته می‌شود که از داستان‌های رنج‌آور تأثیرگذار بر زندگی فرد برخاسته است (۳۳). این در حالی است که عده دیگر اعتقاد دارند درمان‌های موج سوم مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، که بر روی پذیرش مشکلات،

شوهر وارد رابطه فرازنشویی با فرد دیگری شده بودند)، داشتن علائم روان پریشی که با تشخیص روان شناس بالینی و ارجاع به روانپزشک نیازمند درمان دارویی یا بستری باشد، زنانی که متقاضی طلاق بودند.

پرسشنامه تفکر ارجاعی (perseverative thinking questionnaire (PTQ): این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش دهی ۱۵ سوالی است که به وسیله Ehring و همکاران (۳۵) تهیه شد. این پرسشنامه شامل سه زیرمقیاس ویژگی های اصلی تفکر ارجاعی، ناکامی ادراک شده و تسخیر ظرفیت روانی می باشد. آزمودنی ها در طیف لیکرتری ۵ درجه ای از هرگز = صفر تا همیشه = ۴ نمره میزان موافقت یا مخالفت خود را با هریک از عبارت ها مشخص می کنند. دامنه نمرات بین صفر تا ۶۰ می باشد و نمره بالاتر به معنای تفکر ارجاعی منفی یا افکار منفی تکراری بیشتر است. نتایج پژوهش سازندگان ابزار حاکی از همسانی درونی مطلوب پرسشنامه دارد. آن ها ضریب آلفای کرونباخ را برای کل آزمون ۰/۹۵ و برای زیرمقیاس های ویژگی های اصلی تفکر ارجاعی ۰/۹۴، ناکارآمدی ادراک شده ۰/۸۳ و تسخیر ظرفیت روانی ۰/۸۶ و برای پایایی حاصل از روس بازآزمایی برای کل آزمون ۰/۶۹ گزارش کرده اند (۳۵). همبستگی معنادار این ابزار با دیگر ابزارهای سنجش تفکر ارجاعی از جمله پرسشنامه حالت نگرانی ($r=0/49$)، پرسشنامه افسردگی بک ($r=0/43$)، حاکی از روایی همگرایی مناسب این ابزار است (۳۵). همسانی درونی پرسشنامه پرسشنامه تفکر ارجاعی در پژوهش داخلی به روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۷۹ و برای زیرمقیاس ها به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۱ و ۰/۶۹ بدست آمد (۳۶). روایی این پرسشنامه از طریق همبستگی بین متغیرها محاسبه شد که نتایج آن تفکر ارجاعی و ویژگی های اصلی تفکر ارجاعی ($r=0/7650$)، تفکر ارجاعی و ناکامی ادراک شده ($r=0/751$)، تفکر ارجاعی و تسخیر ظرفیت روانی ($r=0/871$) بود که روایی مطلوب را نشان می دهد (۳۶). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای کل پرسشنامه ۰/۷۸ است.

جلسات روایت درمانی: فرایند درمان روایتی با اقتباس از دیدگاه White & Epston (۳۷) و Kianipour و همکاران (۳۸) بود که در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای هر هفته ۱ جلسه در طی دو ماه به آزمودنی ها عرضه شد، به شرح زیر است: ابتدا، مراجع داستان زندگی خود را روایت می کند. سپس مشکل با همکاری مراجع و درمانگر نام گذاری می شود

و در ادامه، از زبان برون سازی برای جدا شدن مشکل از هویت فرد استفاده می گردد. در این فرایند، مسائل فرهنگی و اجتماعی به طور ویژه مدنظر قرار می گیرند و پرسش های تأثیرگذار و مرتبط مطرح می شوند. همچنین، از مراجع خواسته می شود تا نسبت به مشکل موضع گیری کرده و دیدگاه خود را بیان کند. استفاده از مستندات درمانی مانند نامه یا خاطره و نیز یادآوری افراد تأثیرگذار زندگی مراجع، بخش دیگری از این فرایند است. در نهایت، بازگویی و غنی سازی مجدد داستان زندگی فرد صورت می گیرد (۳۷).

مراجع: "سمیه" (۳۴ ساله، خانه دار، مادر دو فرزند)

جلسه ۱: سمیه با اضطراب و شرم وارد گروه می شود و پس از توضیحات درمانگر درباره اهداف و قوانین، با تردید، داستان ازدواج و بحران خیانت همسرش را بازگو می کند. سایر اعضا با همدلی به صحبت هایش گوش می دهند. **جلسه ۲:** درمانگر از سمیه می خواهد داستان مشکلاتش را با جزییات روایت کند. سمیه بارها از عباراتی مثل "بی ارزش بودن" استفاده می کند. درمانگر با کمک گروه، نام مشکل را "زخم خیانت" انتخاب می کند. تکلیف: ترسیم آینده ای که دوست دارد داشته باشد.

جلسه ۳: سمیه آینده ای روشن اما دست نیافتنی را توصیف می کند. درمانگر با پرسش هایی معطوف به جزئیات، او را به تأمل درباره سابقه برقراری رابطه و اتفاقات منجر به خیانت سوق می دهد. گروه تجربیات مشابه را به اشتراک می گذارد.

جلسه ۴: برون سازی مشکل آغاز می شود. سمیه یاد می گیرد مشکل "زخم خیانت" بخشی از هویت او نیست. او با راهنمایی درمانگر، احساس خشم نسبت به خیانت همسر را طبیعی می داند اما آن را با هویت خود یکی نمی کند. تکلیف: توصیف واکنش هایش هنگام روبرو شدن با خاطرات تلخ.

جلسه ۵: درمانگر به بازمعنایی خاطرات و رویدادها کمک می کند. سمیه برای اولین بار خودش را "زن قوی بعد از زخم" می نامد و روایت جایگزین را با حمایت گروه خلق می کند. وظیفه خانگی: یادداشت کردن مواردی طی هفته که خود را با برجسب قدیمی می بیند و تلاش برای جایگزینی.

جلسه ۶: سمیه در گروه مثالی واقعی از موفقیت کوچک شخصی (گرفتن یک مدرک فنی) ارائه می دهد و با راهنمایی درمانگر آن را "موفقیت علی رغم بحران" می داند.

طاهره پاکدامن و همکاران

جلسه ۸: در جمع‌بندی نهایی، سمیه با حمایت گروه داستان جدیدی برای آینده ترسیم می‌کند (پیوستن به انجمن زنان موفق) و خود را دارای “صدای تازه” می‌بیند. درمانگر با تأکید بر تداوم روایت جایگزین و مقاومت در برابر برچسب‌های مشکل‌ساز، پایان جلسه را به بازخورد مثبت گروه اختصاص می‌دهد.

روایت‌های گروه به سمیه کمک می‌کند معنای جدید خلق کند.

جلسه ۷: موضوع بخشش و رها کردن گذشته مطرح می‌شود. سمیه از والدینش و نقش برخی عقاید خانوادگی در دوام بحران صحبت می‌کند. با تشویق درمانگر، نامه‌ای به همسرش (بدون ارسال) می‌نویسد و احساس سبکی پس از بیان هیجانات منفی را تجربه می‌کند.

جدول ۱: محتوای جلسات روایت‌درمانی

جلسات	محتوا
اول	بیان اهداف حضور در کارگاه توسط اعضا / بیان قواعد بنیادین کارگاه توسط پژوهشگر / حضور منظم / انجام تکلیف هفتگی / داشتن ارتباط آزاد در گروه و فعالیت / داشتن هماهنگی در فعالیت‌ها / بیان اصل رازداری و ارزش جلسات درمانی برای اعضا. انجام تکلیف زیر: ۱) گسترش دادن داستان زندگی و دادن نقطه شروع به آن، ۲) ترسیم داستان زندگی.
دوم	شرح کافی درباره اهداف، ارزش‌ها و محتوای درمانی / ایجاد موقعیت اشتراکی در درمان و محوریت دادن به مراجع / شرح داستان مشکل‌دار / گوش دادن دقیق به جزئیات زبان مراجع / نام‌گذاری مشترک مشکل با توجه به اولویت به واژه‌ها و زبان مراجع / ارائه تکلیف: ترسیم یک آینده مثبت: دوست دارید چه اتفاقی مثبت در داستان زندگی شما اتفاق بیافتد / ترسیم و توصیف یک آینده منفی در زندگی زناشویی.
سوم	شرح داستان‌های مشکل‌دار با جزئیات بیشتر و به‌طور کامل‌تر توسط مراجع: اینکه مشکل چه زمانی؟ چگونه؟ با چه معنایی؟ چه مدت؟ اتفاق افتاد / گوش دادن دقیق به زبان و واژه‌ها و استعاره‌های مراجع / استفاده از زبان برونی‌سازی و جداسازی مشکل از هویت و ارتباطات مراجع / بررسی روایت بیان‌شده هر یک از اعضا از دید دیگر اعضا.
چهارم	تشویق مراجع به توصیف روایت‌های کوچک و برونی‌سازی مشکل (که فرد بین خود و مشکل تفاوت قائل می‌شود) و روش پرسیدن سوالاتی بود که افراد صفاتی را که به خود نسبت می‌دادند تغییر دهند. و به کار بردن استعاره / تشویق مراجع به روشن‌سازی عکس‌العمل و عقایدش در مقابل این مشکلات و اتفاقات از طریق پرسش‌های تأثیرگذار / به چالش کشیدن داستان مشکل‌ساز.
پنجم	نامگذاری مشکل / ساخت‌شکنی روایت‌های مشکل‌دار / بازمعنایی و معنا بخشیدن مجدد یا زدن برچسب جدید برای مشکل، مطرح نمودن روایت‌های جایگزین و مرجع / کمک به کسب آگاهی، قدرت، احساس عاملیت شخصی و امید در مراجع از طریق به بحث گذاشتن پیامدهای منحصربه‌فرد / تشویق اعضا به رفتارهای مغایر با داستان سرشار از مشکل در فاصله‌ی بین جلسات / ارائه تکلیف: زنان ۵ مورد از مواردی که در زندگی در طول هفته به‌عنوان مشکل برایشان اتفاق می‌افتد را یادداشت کنند و برچسب جدید بزنند.
ششم	پرسش از مراجع درباره استثنای موارد منحصربه‌فرد (زمانی که مراجع تحت‌فشار مشکل نبوده) / تمرکز و تأکید بر جزئیات، احساسات، تفکرات و رفتارهای این موارد منحصربه‌فرد؛ بسط این موارد منحصربه‌فرد به زمان حال / ادامه ساخت‌شکنی / بسط روایت جایگزین از طریق سوالات چشم‌انداز عمل و سوالات چشم‌انداز هوشیاری.
هفتم	بازگشت به رویدادهای آسیب‌زا / در میان گذاشتن قصه خویش توسط اعضا با گروه / گفتگو درباره افراد مهم زندگی‌اش در گذشته و اکنون جهت یادآوری مشکلات حل‌نشده / انواع مهارت‌ها عبارت‌اند از: ۱) مهارت‌های حرف زدن: هر یک از طرفین خودشان حرف بزنند / اطلاعات حسی خودشان را توصیف کنند / بیان افکار / بیان احساسات / طرح خواسته‌ها. ۲) مهارت‌های گوش دادن: توجه نشان دادن / گوش دادن / نگاه کردن / تأیید تجربه‌ها / برای اطمینان از صحت مطالب، گفته‌ها را خلاصه کنند / باز پرسیدن سؤال / درخواست از مراجع جهت نوشتن نامه‌های پست نشده. بخشیدن، فراموش کردن و یا رها کردن افراد زورگو و سوءاستفاده کننده و کسانی که در گذشته موجب خاطرات ناخوشایند برای مراجع بوده‌اند.
هشتم	مرور خاطرات و اقدامات احتمالی مراجع درباره مطالب جلسه قبل / گفتگو در مورد تجربه‌های مثبت و روایت‌های جایگزین / دوباره‌گویی و تثبیت روایت‌های جایگزین / تأیید روایت‌های جایگزین مراجع / ارزیابی نتایج حاصل از روایت درمانی و رفع نقایص / بیشتر کار روایت درمانی شامل گفتن و دوباره‌گویی است. درمان زمانی پایان می‌یابد که مراجع احساس کند روایتش تغییر کرده است.

نمونه‌های ایرانی ۸/۰ گزارش شد. همچنین میزان پایایی این پروتکل در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است.

مراجع: “مینا” (۴۲ ساله، کارمند و مادر یک فرزند)

جلسه ۱: مینا با چهره‌ای خسته و نگاهی مضطرب وارد گروه می‌شود. علائم مزمن بی‌خوابی، نگرانی، و حس

جلسات درمان پذیرش و تعهد: پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زیر با اقتباس از Hayes (۳۹)، Mohammadi و همکاران (۴۰) و حدادی و همکاران (۲۸)، بود که در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته ۱ جلسه در طی دو ماه به آزمودنی‌ها عرضه شد. روایی محتوایی این پروتکل در

سنگین شرم و خودسرزنی در او مشخص است. در معرفی، با صدایی آهسته می‌گوید: «چطور ممکن بود متوجه نشدم؟ لابد من کم گذاشتم...». درمانگر بعد از توضیح اصول ACT و هدف گروه (پذیرش بدون داوری احساسات پس از خیانت)، با تمرین تنفس عمیق و تمرکز بر بدن، فضای امنی برای ابراز احساسات اولیه گروه ایجاد می‌کند. تکلیف: طی هفته، توجه آگاهانه به حس بدن هنگام یادآوری رویداد خیانت.

جلسه ۲: درمانگر بحث را با استعاره‌ی «ماهی در ظرف کوچک» شروع می‌کند؛ مینا متوجه می‌شود که سال‌ها با انکار واقعیت و بحث‌های تکراری با همسرش، اسیر الگوهای ناکارآمد بوده است. احساس تهی بودن و تردید نسبت به خود شدت یافته است («هر چی بیشتر تلاش کردم درست کنم، بدتر شد»). درمانگر توضیح می‌دهد که فرار یا مقاومت در برابر درد، گاه رنج را عمیق‌تر می‌کند. تکلیف: تمرین ذهن‌آگاهی – شنیدن صداهای محیط، بدون تفسیر یا قضاوت. یادداشت واکنش‌های هیجانی ناگهانی در طول هفته.

جلسه ۳: با کمک درمانگر و فرم ارزش‌ها، مینا ارزش‌های مهم زندگی‌اش را مثل «اعتماد»، «کرامت انسانی» و «دوست داشتن بدون وابستگی» شناسایی می‌کند. وقتی سایر اعضا ارزش‌هایشان را بیان می‌کنند، مینا به شدت احساس می‌کند چقدر از ارزش‌های اصلی‌اش دور مانده است؛ مثلاً تسلیم شدن در برابر بی‌احترامی یا خشم کور. تکلیف: نوشتن یک خاطره از سه موقعیت گذشته که رفتار یا احساسش با ارزش‌هایش در تضاد بوده است.

جلسه ۴: درمانگر با سؤالات کلیدی («چه چیزی واقعاً برای اهمیت دارد؟»، «چه چیزی تو را مانع حرکت می‌کند؟») مینا را به تفکر عمیق درباره اهداف آینده سوق می‌دهد. او بازسازی اعتماد به نفس و حفظ احترام نزد فرزندش را هدف خود می‌داند، اما هنوز از شروع کاری جدید می‌ترسد («می‌ترسم دوباره شکست بخورم»). تمرین بدنی ذهن‌آگاهانه (اسکن بدن) در جلسه صورت می‌گیرد تا تماس قوی‌تر با احساسات لحظه‌ای ایجاد شود. تکلیف: تعیین و اجرای یک رفتار کوچک که به ارزش‌ها

نزدیک‌ترش کند (مثلاً تماس با یک دوست یا پیاده‌روی بعد از کار).

جلسه ۵: مینا متوجه می‌شود بسیاری از جملات منفی او («من بی‌کفایت بودم»، «همه تقصیر من است») صرفاً افکار هستند، نه واقعیت مطلق. با تکنیک تفکیک (diffusion)، درمانگر به او یاد می‌دهد این جملات را مانند ابرهایی جدا از خود ببیند («این، فقط یک فکر است، نه من»). بار شرم و مسئولیت‌پذیری بیش از حد، کمی از دوشش برداشته می‌شود. تکلیف: جملات منفی تکرارشونده را در طول هفته یادداشت کند و با این جمله کنارشان بنویسد: «این فقط یک فکر است».

جلسه ۶: مینا متعهد می‌شود هر هفته یک فعالیت معنادار و شخصی انجام دهد (مانند شرکت در کلاس نقاشی یا گردش با فرزند). پس از اولین تجربه، حس اعتماد به نفس و شادی کوچکی را بازمی‌یابد: «فکر نمی‌کردم بتوانم از خانه بیرون بروم بی‌آنکه نگران باشم دیگران درباره‌ام چه فکری می‌کنند». حمایت همدلانه گروه، انگیزه بیشتری ایجاد می‌کند. تکلیف: بازتاب تجربه واداشتن خودش به تداوم فعالیت ارزش‌محور.

جلسه ۷: تفاوت «رنج اولیه» (احساس حقارت، خشم و شکستن اعتماد) و «رنج ثانویه» (خودسرزنی، مقصر دانستن مدام خود، هراس مکرر از آینده) تبیین می‌شود. مینا درمی‌یابد که اجازه دادن به تجربه و عبور از رنج اولیه بهتر از اسیر شدن در چرخه افکار منفی است. با تمرین ذهن‌آگاهی حین پیاده‌روی، انرژی و تعادل بیشتری احساس می‌کند. تکلیف: شناسایی لحظات عبور موفق از افکار منفی و ثبت آن‌ها.

جلسه ۸: در جلسه پایانی، درمانگر به جمع‌بندی آموزه‌ها و مرور ارزش‌ها می‌پردازد؛ احتمال عود افکار یا احساسات را عادی می‌داند و راه‌های مقابله (تمرین‌ها، برقراری ارتباط با گروه، تمرکز بر ارزش‌ها) را مرور می‌کند. مینا احساس قدرتمندتری در خود حس می‌کند و می‌گوید: «حتی اگر گذشته تغییر نکند، من تصمیم گرفتم ارزشم را دوباره پیدا کنم». گروه با انرژی مثبت و تعهد به ادامه مسیر از یکدیگر خداحافظی می‌کنند.

طاهره پاکدامن و همکاران

جدول ۲. محتوای جلسات پذیرش و تعهد

جلسات	هدف	محتوا
اول	مقدمه و دستور جلسه درمان	۱. فراهم کردن فرصتی برای مراجعان تا با یکدیگر و اهداف درمان آشنا شوند. ۲. برقراری رابطه درمانی و ارزیابی شدت مشکلات و تمرین مبتنی بر آگاهی، با عنوان «تمرین تمرکز»
دوم	تغییر رفتار و ذهن آگاهی	۱. ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه حل های گذشته از طریق استعاره و پرسش از مراجعان. ۲. تمرین ذهن آگاهی.
سوم	ارزش ها	۱. پذیرش، ۲. ارزش ها، ۳. تکلیف
چهارم	شفاف سازی ارزش ها و اهداف	۱. شفاف سازی ارزش ها، ۲. بررسی موانع، ۳. تعیین اهداف و معرفی عمل متعده و تمرین ذهن آگاهی «اسکن بدن»، ۴. تکمیل فرم مسیرهای ارزشمند
پنجم	گسستگی	۱. مرور تکالیف، ۲. گسستگی از تهدیدهای زبان، ۳. ذهن آگاهی، ۴. تکلیف
ششم	عمل متعده	۱. مرور درمان، ۲. عمل متعده، ۳. ذهن آگاهی و تمرین خودمشاهده گری، ۴. تکالیف
هفتم	رضایت	۱. رنج اولیه و ثانویه، ۲. تعهد و موانع شکل گیری رضایت، ۳. ذهن آگاهی در پیاده روی، ۴. تکالیف
هشتم	ختم جلسات و نتیجه گیری	۱. شفاف سازی ارزش ها، ۲. عود و پیشامدها، آمادگی نه پیشگیری، ۳. خداحافظی، ۴. تکلیف مادام العمر.

روش کار

در نیمه اول سال ۱۴۰۳ با مراکز مشاوره و روانشناسی منطقه ۵ تهران جهت همکاری کامل با پژوهشگر هماهنگی لازم به عمل آمد. نمونه گیری انجام شد. سپس با در نظر گرفتن ملاک های ورودی مطالعه، پیش آزمون در اواخر خرداد ماه سال ۱۴۰۳ انجام شد. سپس افراد به طور تصادفی در گروه ها جایگزین شدند، میانگین ۳ گروه در هر کدام از متغیرهای وابسته با تحلیل واریانس، مقایسه شد که تفاوت معنی داری مشاهده نشود و به اصطلاح گروه ها

یافته ها

همتا شوند. روایت درمانی در ۸ جلسه ی گروهی ۹۰ دقیقه ای و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ی گروهی ۹۰ دقیقه ای به صورت ۱ مرتبه در هفته و به مدت دو ماه از اوایل تیر ماه ۱۴۰۳ تا اواخر خرداد ۱۴۰۳ در مرکز مشاوره معتمد توسط دانشجوی دکتری مشاوره (نویسنده ی اول مقاله و دارای سه سال سابقه ی فعالیت تخصصی در حوزه ی روانشناسی و مشاوره) صورت گرفت. بعد از سه ماه آزمون پیگیری از شرکت کنندگان گرفته شد.

جدول ۳. شاخص های توصیفی و فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی شرکت کنندگان پژوهش (به تفکیک گروه های آزمایش و کنترل)

متغیر	گروه	گروه روایت درمانی		گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		گروه کنترل	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
اشتغال	خانه دار	۱۰	۵۸	۹	۵۳	۱۱	۶۵
	شاغل	۷	۴۲	۸	۴۷	۶	۳۵
	۲۵ تا ۳۵ سال	۶	۳۵	۵	۳۰	۶	۳۵
سن	۳۵ تا ۴۵ سال	۶	۳۵	۷	۴۰	۵	۳۰
	۴۵ تا ۵۵ سال	۵	۳۰	۵	۳۰	۶	۳۵
تحصیلات	دیپلم	۸	۴۷	۹	۵۳	۸	۴۷
	لیسانس	۶	۳۵	۵	۳۰	۷	۴۲
	بالتر از لیسانس	۳	۱۸	۳	۱۷	۲	۱۱

جدول فوق درصد و فراوانی گروه های شرکت کننده را بر اساس وضعیت اشتغال و سن و تحصیلات نشان می دهد.

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد تفکر ارجاعی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	شاخص آماری گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
پیش‌آزمون	کنترل	۴۸/۲۹	۹/۶۳	۱۷
	گروه روایت درمانی	۴۹/۲۳	۶/۲۶	۱۷
	گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۹/۶۴	۶/۱۸	۱۷
پس‌آزمون	کنترل	۴۸/۲۳	۸/۳۶	۱۷
	گروه روایت درمانی	۳۴/۴۱	۵/۱۱	۱۷
	گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳۳/۷۶	۴/۹۳	۱۷
پیگیری	کنترل	۴۶/۶۴	۷/۲۱	۱۷
	گروه روایت درمانی	۳۴/۱۱	۵/۱۰	۱۷
	گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳۳/۸۸	۴/۹۴	۱۷

همانطور که در جدول ۴ نشان داده شده است میانگین و انحراف استاندارد تفکر ارجاعی گروه‌های روایت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری محاسبه شده است.

جدول ۵: آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن تفکر ارجاعی

گروه	مرحله	آزمون کولموگروف اسمیرنوف		
		N	مقدار Z	سطح معناداری
پیش‌آزمون	کنترل	۱۷	۰/۷۶۵	۰/۰۹۹
	گروه روایت درمانی	۱۷	۰/۵۴۳	۰/۱۱۲
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۷	۰/۴۴۴	۰/۱۳۶
پس‌آزمون	کنترل	۱۷	۰/۷۶۸	۰/۰۸۴
	گروه روایت درمانی	۱۷	۰/۷۰۲	۰/۱۱۳
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۷	۰/۴۵۳	۰/۱۱۱
پیگیری	کنترل	۱۷	۰/۹۹۳	۰/۰۷۰
	گروه روایت درمانی	۱۷	۰/۸۴۲	۰/۰۸۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۷	۰/۷۷۹	۰/۰۹۰

برقرار است و استفاده از آزمون تحلیل واریانس مکرر مجاز می‌باشد. همچنین بر اساس نتایج آزمون M باکس، سطح معناداری برابر با ۰/۶۶۹ گزارش شد ($p=۰/۶۶۹$) که نشان‌دهنده رعایت پیش‌فرض تساوی ماتریس کوواریانس دو گروه است. بر این اساس، استفاده از تحلیل واریانس مکرر برای بررسی فرضیات پژوهش بلامانع می‌باشد.

نتایج جدول ۵، حاکی از آن است که پیش‌فرض نرمال بودن متغیر تفکر ارجاعی برقرار است. به منظور بررسی پیش‌فرض‌های آماری، ابتدا آزمون لوین جهت همگنی واریانس‌های گروه‌ها برای متغیر تفکر ارجاعی در سه مرحله قبل، بعد و پیگیری اجرا شد. نتایج نشان داد که سطح معناداری تمامی مراحل بالاتر از ۰/۰۵ است ($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین، پیش‌فرض برابری واریانس‌ها

جدول ۶: آزمون تحلیل واریانس مکرر جهت بررسی فرضیه پژوهش

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
درون گروهی (اثر زمان)	۳۷۹۲/۴۰۵	۲	۱۸۹۶/۲۰۳	۲۳۰/۴۹۳	۰/۰۰۱	۰/۴۳۶
بین گروهی	۲۴۸۵/۵۴۲	۲	۱۲۴۲/۷۷۱	۱۰/۸۳۰	۰/۰۰۱	۰/۶۵۸
تعامل اثر زمان* گروه	۱۶۱۵/۸۳۰	۴	۴۰۳/۹۵۸	۴۹/۱۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹۸

با توجه به نتایج جدول ۶، مشخص می‌شود که مقدار F در نمره درون گروهی تفکر ارجاعی $[F=۲۳۰/۴۹۳, p<۰/۰۰۱]$ معنادار شده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت اثر زمان بر تفکر ارجاعی معنادار بوده و بین تفکر ارجاعی شرکت کنندگان در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین مقدار F در نمره بین گروهی تفکر ارجاعی $[F=۱۰/۸۳۰, p<۰/۰۰۱]$ معنادار شده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت اثر گروه و درمان‌ها بر تفکر ارجاعی معنادار بوده و بین تفکر ارجاعی شرکت کنندگان در سه گروه کنترل، روایت درمانی و درمان مبتنی

بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین مقدار F در نمره تعامل اثر زمان و گروه تفکر ارجاعی $[F=۴۹/۱۰۳, p<۰/۰۰۱]$ معنادار شده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت اثر گروه و درمان بر تفکر ارجاعی با گذشت زمان معنادار بوده و بین تفکر ارجاعی شرکت کنندگان در سه گروه کنترل، روایت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه به جزئیات بیشتر و مقایسه دو به دو زمان‌ها (مراحل) و گروه‌ها (درمان‌ها) بر روی تفکر ارجاعی پرداخته می‌شود.

جدول ۷: آزمون بونفرونی جهت مقایسه ی تفکر ارجاعی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه‌های شرکت کننده

گروه	مرحله	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد میانگین	سطح معناداری
کنترل	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۹۹۸	۲/۱۲۴	۰/۸۹۷
	پیش آزمون-پیگیری	۱/۲۳۲	۲/۱۱۵	۰/۸۵۹
	پس آزمون-پیگیری	۰/۸۷۳	۰/۳۲۵	۰/۰۶۷
روایت درمانی	پیش آزمون-پس آزمون	۱۸/۲۲۷	۲/۲۴۳	۰/۰۰۱
	پیش آزمون-پیگیری	۱۸/۹۸۷	۲/۶۶۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون-پیگیری	۰/۹۸۷	۰/۳۰۰	۰/۰۶۵
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیش آزمون-پس آزمون	۱۷/۵۵۲	۲/۱۴۶	۰/۰۰۱
	پیش آزمون-پیگیری	۱۸/۵۵۷	۲/۳۳۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون-پیگیری	۰/۷۷۶	۰/۲۹۵	۰/۰۵۴

با توجه به نتایج جدول ۷، مشخص می‌شود که در گروه کنترل بین مرحله پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری نمرات تفکر ارجاعی هیچ تفاوت معناداری مشاهده نشد که نشان می‌دهد که گروه کنترل به دلیل عدم دریافت درمان هیچ تغییری را در نمره تفکر ارجاعی مشاهده نکرد. همچنین با توجه به سطوح معناداری در گروه روایت درمانی در مقایسه سه مرحله مشاهده شد که بین نمرات تفکر ارجاعی مرحله پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد و نمرات تفکر ارجاعی در مرحله پس آزمون و پیگیری به طور معناداری کمتر از مرحله

پیش آزمون بوده است که نشان می‌دهد درمان روایت درمانی باعث کاهش تفکر ارجاعی شده است. همچنین با توجه به سطوح معناداری در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه سه مرحله مشاهده شد که بین نمرات تفکر ارجاعی مرحله پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد و نمرات تفکر ارجاعی در مرحله پس آزمون و پیگیری به طور معناداری کمتر از مرحله پیش آزمون بوده است که نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش تفکر ارجاعی شده است.

جدول ۸: آزمون توکی جهت مقایسه ی گروه‌های درمانی در متغیر تفکر ارجاعی در مراحل زمانی

مرحله	گروه	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد میانگین	سطح معناداری
پیش آزمون	کنترل-گروه روایت درمانی	-۰/۹۴۱	۲/۵۸۴	۰/۹۹۹
	کنترل- گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱/۳۵۳	۲/۵۸۴	۰/۹۹۹
	گروه روایت درمانی - گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰/۴۱۲	۲/۵۸۴	۰/۹۹۹
پس آزمون	کنترل-گروه روایت درمانی	۱۳/۸۲۴	۲/۱۷۶	۰/۰۰۱
	کنترل- گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۴/۴۷۱	۲/۱۷۶	۰/۰۰۱
	گروه روایت درمانی - گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۶۴۷	۲/۱۷۶	۰/۹۹۹
پیگیری	کنترل-گروه روایت درمانی	۱۲/۵۲۹	۲/۰۰۶	۰/۰۰۱
	کنترل- گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۲/۷۶۵	۲/۰۰۶	۰/۰۰۱
	گروه روایت درمانی - گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۲۳۵	۲/۰۰۶	۰/۹۹۹

هستند. اما با توجه به میزان تفاوت میانگین‌ها مشخص می شود تاثیر گذاری روایت درمانی کمی کمتر از تاثیر گذاری درمان پذیرش و تعهد می باشد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تفکر ارجاعی زنان خیانت دیده انجام گرفت. پژوهش نشان داد هر دو روش روایت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش معنادار تفکر ارجاعی زنان خیانت‌دیده نسبت به گروه کنترل شدند و این اثر در پس‌آزمون و پیگیری پایدار بود. بین دو روش درمانی، تفاوت معناداری مشاهده نشد و هر دو به یک اندازه مؤثر بودند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد روایت‌درمانی موجب کاهش معنادار تفکر ارجاعی در زنان خیانت‌دیده گردید. این یافته با یافته‌های Brown و همکاران (۲۰)، Nasir (۲۴)، Heshmati و همکاران (۱۹)، Karami و همکاران (۲۱)، همسو بوده است.

در تبیین یافته‌ی بدست آمده می‌توان اینگونه بیان کرد که روایت‌درمانی بر اساس مفهوم روایت و داستان‌سرایی بنا شده است (۴۲). این روش به افراد کمک می‌کند تا داستان زندگی خود را بازنویسی کنند و از طریق این بازنویسی، معنا و هدف جدیدی برای تجربیات خود پیدا کنند (۴۳). در این فرآیند، زنان می‌توانند از احساسات منفی ناشی از خیانت فاصله بگیرند و به جای غرق شدن در تفکرات منفی، بر روی نقاط قوت و تجارب مثبت خود تمرکز کنند. در روایت‌درمانی، با کار کردن بر درون مایه‌های روانشناختی

با توجه به نتایج جدول ۸، مشخص می‌شود که در مرحله پیش آزمون بین تفکر ارجاعی گروه‌های کنترل و گروه‌های درمانی روایت‌درمانی و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیچ تفاوت معناداری مشاهده نشد که زیرا که هیچ درمانی نیز ارائه نشده بود.

همچنین با توجه به سطوح معناداری در مرحله پس‌آزمون مشخص شد بین نمرات تفکر ارجاعی گروه‌های کنترل با گروه‌های درمانی روایت‌درمانی و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رفتاری تفاوت معناداری وجود دارد و میزان تفکر ارجاعی در گروه‌های درمانی روایت‌درمانی و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش یافته است که نشان می‌دهد این درمان باعث کاهش تفکر ارجاعی شده است. همچنین در این مرحله هیچ تفاوت معناداری بین تفکر ارجاعی هر دو گروه آزمایشی مشاهده نشد که نشان دهنده‌ی تاثیر گذاری یکسان این دو درمان بر تفکر ارجاعی می باشد.

همچنین با توجه به سطوح معناداری در مرحله پیگیری مشخص شد بین تفکر ارجاعی گروه‌های کنترل با گروه‌های درمانی روایت‌درمانی و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود دارد و میزان تفکر ارجاعی در گروه‌های درمانی روایت‌درمانی و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش یافته است که نشان می‌دهد این درمان‌ها باعث کاهش تفکر ارجاعی شده است. همچنین در این مرحله هیچ تفاوت معناداری بین تفکر ارجاعی هر دو گروه آزمایشی مشاهده نشد که نشان دهنده‌ی تاثیر گذاری یکسان این دو درمان بر تفکر ارجاعی در مرحله پیگیری می باشد و هر دو درمان به یک اندازه تاثیر گذار

زندگی‌شان بپردازند. این فرآیند به آنها کمک می‌کند تا از احساس قربانی بودن خارج شوند و قدرت بیشتری در کنترل سرنوشت خود پیدا کنند. با بازنگری در روایت‌های خود، زنان می‌توانند به نقاط قوت و منابع درونی خود پی ببرند که ممکن است در طول بحران نادیده گرفته شده باشند. همچنین، روایت‌درمانی به زنان کمک می‌کند تا از الگوهای منفی تفکر رهایی یابند. بسیاری از زنان پس از خیانت همسرانشان ممکن است دچار افکار منفی شوند که بر عزت نفس و اعتماد به نفس آنها تأثیر منفی می‌گذارد. با استفاده از روش‌های روایت‌درمانی، آنها می‌توانند این افکار را شناسایی کرده و به چالش بکشند. این فرآیند می‌تواند به ایجاد یک تصویر مثبت‌تر از خود و آینده کمک کند. به طور کلی، روایت‌درمانی یک ابزار قدرتمند برای زنان مواجه با خیانت همسر است که به آنها کمک می‌کند تا از تجربیات تلخ خود عبور کنند و زندگی جدیدی را آغاز کنند. این نوع درمان نه تنها بر روی فردیت زنان تأثیر دارد، بلکه می‌تواند بر کیفیت روابط اجتماعی و خانوادگی آنها نیز تأثیرگذار باشد. با ایجاد تغییر در روایت‌های شخصی، زنان می‌توانند به سمت یک زندگی مثبت‌تر و معنادارتر حرکت کنند.

از سوی دیگر نتایج پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش معنادار تفکر ارجاعی در زنان خیانت‌دیده گردید. این یافته می‌تواند با یافته‌های Haddadi و همکاران (۲۸)، Barraca (۲۹)، Zhang و همکاران (۴۱)، Lawrence و همکاران (۲۶)، Mehri و همکاران (۳۱)، همسو باشد.

در تبیین یافته‌ی بدست آمده می‌توان اینگونه بیان کرد که، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش احساسات و تفکرات بدون قضاوت تأکید دارد (۴۴). این روش به زنان کمک می‌کند تا با احساسات دشوار خود مواجه شوند و یاد بگیرند که چگونه می‌توانند بدون اینکه تحت تأثیر این احساسات قرار گیرند، به زندگی خود ادامه دهند. این رویکرد باعث می‌شود تا زنان بتوانند از تفکر ارجاعی فاصله بگیرند و به جای آن، بر روی ارزش‌ها و اهداف خود تمرکز کنند (۲۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک رویکرد روانشناختی، به زنان مواجه با خیانت همسر این امکان را می‌دهد که با احساسات و افکار منفی خود به شیوه‌ای سالم‌تر برخورد کنند. یکی از اصول کلیدی این رویکرد، پذیرش احساسات منفی است، که به زنان کمک

یا همان روایت‌های ناسازگار در افراد که دید منفی نسبت به توانایی‌های جسمانی، هیجانات و عواطف خود دارند، در اصلاح و تغییر افکار و باورهای آنها اثربخش است. در بیان عواطف و بُعد عاطفی، روایت‌درمانی باورهای شناختی را که به باورهای هیجانی گره خورده است را با توجه به راهبردهای رفتاری و تجربی، به چالش کشیده و این شرایط موجب می‌شود، فرد نیازهای هیجانی ارضا نشده را که منجر به شکل‌گیری روایت‌های ناسازگار و بدتنظیمی هیجانی میشود، بشناسد و به دنبال راه‌حل مناسب تمایل پیدا کند و همین امر سبب تجربه هم‌جوشی و آمیختگی شناختی کمتر در آنان می‌شود (۴۵). تکنیک‌های روایت‌های به زنان کمک می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری خاص، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین سازد و وقتی با یک تفکر منفی و ارجاعی مواجه می‌شوند آن را با یک تفکر سالم و سازنده جایگزین کنند (۴۶). همچنین روایت‌درمانی به زنان کمک می‌کنند تا از روایت‌های ناسازگار فاصله بگیرد و به جای اینکه روایت خود را یک حقیقت مسلم درباره خود بداند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بداند. لذا روایت‌درمانی به زنان کمک می‌کند تا با زیر سوال بردن روایت‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد (۴۷). این رویکرد درمانی به زنان کمک می‌کند تا درستی روایت‌هایشان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، زنان روایت خود را به عنوان یک حقیقت بیرونی مینگرند که می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی بر علیه آنها بجنگند. به همین دلیل است که روایت‌درمانی می‌تواند اثرات درمانی خود بر روی تفکر ارجاعی را در طول زمان حفظ کند و ماندگار باشد.

بنابراین روایت‌درمانی به عنوان یک رویکرد روانشناختی، به زنان کمک می‌کند تا داستان‌های زندگی خود را بازنویسی کنند و از طریق این فرآیند، به درک عمیق‌تری از تجربیات خود برسند. یکی از چالش‌های عمده‌ای که زنان با آن مواجه هستند، خیانت همسرانشان است. این تجربه می‌تواند احساسات شدیدی از ناامیدی، خشم و سردرگمی را به همراه داشته باشد. روایت‌درمانی با تمرکز بر بازسازی روایت‌های شخصی، به زنان این امکان را می‌دهد که احساسات و تجربیات خود را بهتر پردازش کنند (۴۸). در این نوع درمان، زنان تشویق می‌شوند تا داستان‌های خود را روایت کنند و به بررسی معنا و تأثیر این تجربیات بر

می‌کند تا به جای سرکوب کردن یا فرار از این احساسات، آنها را بپذیرند و با آنها زندگی کنند (۴۹). این فرآیند باعث کاهش شدت احساسات منفی و بهبود کیفیت زندگی آنها می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همچنین بر روی تعهد به ارزش‌ها و اهداف شخصی تأکید دارد. پس از تجربه خیانت، زنان ممکن است دچار سردرگمی شوند و نتوانند اهداف خود را مشخص کنند. این رویکرد به آنها کمک می‌کند تا ارزش‌های خود را شناسایی کرده و بر اساس آن اهداف جدیدی برای زندگی خود تعیین کنند. این فرآیند می‌تواند به ایجاد حس هدفمندی و انگیزه در زندگی آنها کمک کند. یکی دیگر از جنبه‌های مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تمرکز بر ذهن‌آگاهی است. ذهن‌آگاهی به زنان کمک می‌کند تا در لحظه حاضر زندگی کنند و از افکار منفی که ممکن است ناشی از تجربیات گذشته باشد، فاصله بگیرند (۵۰). این مهارت می‌تواند به کاهش اضطراب و افسردگی ناشی از خیانت همسر کمک کند و به آنها اجازه دهد تا با وضوح بیشتری به مسائل خود نگاه کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همچنین به زنان یاد می‌دهد که چگونه با افکار منفی خود فاصله بگیرند. این فاصله‌گذاری به آنها این امکان را می‌دهد که افکار خود را به عنوان یک واقعیت مطلق نپندارند و به جای آن، آنها را به عنوان محصولات از ذهن خود مشاهده کنند (۴۱). این تغییر در نگرش می‌تواند منجر به کاهش تأثیر منفی افکار بر روی احساسات و رفتارهای آنها شود. از دیگر مزایای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تقویت مهارت‌های ارتباطی است. زنان می‌توانند با استفاده از این رویکرد، یاد بگیرند که احساسات و نیازهای خود را به شیوه‌ای مؤثرتر ابراز کنند (۲۹). این امر نه تنها به بهبود روابط فعلی آنها کمک می‌کند، بلکه می‌تواند در ایجاد روابط جدید نیز تأثیرگذار باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همچنین به زنان کمک می‌کند تا از الگوهای تفکر منفی رهایی یابند. بسیاری از زنان پس از تجربه خیانت ممکن است دچار افکار خودانتقادی شوند. با استفاده از تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آنها می‌توانند این الگوها را شناسایی کرده و به چالش بکشند، که این امر می‌تواند به افزایش عزت نفس و اعتماد به نفس آنها منجر شود (۴۹). علاوه بر این، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی توانمندسازی فردی تأکید دارد. با تشویق زنان به پذیرش واقعیت‌های زندگی و تمرکز بر

روی ارزش‌ها و اهداف شخصی، این رویکرد می‌تواند به آنها کمک کند تا احساس کنترل بیشتری بر زندگی خود داشته باشند. این احساس کنترل می‌تواند در مواجهه با چالش‌های آینده نیز مؤثر باشد. در نهایت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به زنان کمک کند تا امید و انگیزه برای آینده پیدا کنند. با پذیرش تجربیات گذشته و تمرکز بر روی اهداف آینده، آنها می‌توانند به سمت یک زندگی مثبت‌تر حرکت کنند. این امیدواری نه تنها بر کیفیت زندگی آنها تأثیر مثبت دارد، بلکه می‌تواند بر روابط اجتماعی و خانوادگی آنها نیز تأثیرگذار باشد. به طور کلی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک ابزار مؤثر برای زنان مواجهه با خیانت همسر است که به آنها کمک می‌کند تا با احساسات منفی خود کنار بیایند و زندگی جدیدی را آغاز کنند. با ایجاد تغییر در نگرش‌ها و رفتارها، زنان می‌توانند به سمت یک زندگی معنادارتر و رضایت‌بخش‌تر حرکت کنند.

پژوهش حاضر نیز همچون سایر مطالعات علمی دارای محدودیت‌هایی بود. مهمترین محدودیت این پژوهش مربوط به قلمرو زمانی و مکانی مطالعه است. با توجه به بافت فرهنگی و اجتماعی شهر تهران، نمی‌توان یافته‌های آن را به سایر اقشار و مناطق جغرافیایی دیگر تعمیم داد. در صورت تعمیم‌دهی بایستی جوانب احتیاط را در نظر داشت. در این مطالعه، یافته‌ها از طریق پرسش‌نامه و به صورت خودگزارش‌دهی توسط شرکت‌کنندگان به دست آمده است، از این رو به طور دقیق مشخص نیست نتایج حاصل از مداخله پژوهشی تا چه اندازه با رفتارهای واقعی در زندگی روزمره مرتبط است. طرح پژوهشی حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود بنابراین به دلیل عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر احتمالی، نتایج حاصل در مقایسه با یافته‌های مربوط به یک طرح آزمایشی کامل ممکن است از اعتبار کمتری برخوردار باشند. این پژوهش فقط بر روی زنان خیانت دیده شهر تهران اجرا شد، لذا پیشنهاد می‌شود در جامعه‌های دیگر و سایر استان‌ها به دلیل تنوع فرهنگی انجام شود. با توجه به محدودیت‌های مقیاس‌های خودگزارش‌دهی استفاده شده در پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در تحقیق‌های بعدی از بر مصاحبه نیمه ساخت‌یافته استفاده شود. محققان در آینده جهت بررسی اثربخشی روایت‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد از طرح‌های آزمایشی حقیقی با انتخاب تصادفی نمونه‌ها استفاده کنند. پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های

هویت آسیب‌دیده داشت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود انعطاف‌پذیری روانی و کاهش مقاومت در برابر تجربه احساسات منفی نقش برجسته‌تری ایفا کرد. بر این اساس، تلفیق این دو رویکرد یا انتخاب مداخله متناسب با ویژگی‌های فردی و زمینه‌ای مراجعان می‌تواند راهکار عملی مؤثری در توانمندسازی زنان مواجه‌شده با خیانت زناشویی و کاهش نشانه‌های شناختی و هیجانی آنان باشد. در نهایت، طراحی برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر این رویکردها و انجام مطالعات طولی با پیگیری‌های بلندمدت برای بررسی پایداری آثار درمانی پیشنهاد می‌شود.

سیاسکزاری

این مقاله مستخرج از رساله دکتری رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه می‌باشد که با کد اخلاق IR.IAU.ARAK.REC.1403.189 مورد تأیید کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی قرار گرفته است. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از تمامی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش که بدون همکاری آنها انجام این پژوهش مقدور نبود، صمیمانه تشکر و قدرانی نمایند.

تضاد منافع

در زمینه اجرا و چاپ مقاله هیچگونه تضاد منافی گزارش نشد.

درمانی برای زنان مواجه شده با خیانت همسر، از ترکیب هر دو رویکرد روایت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهره‌مند شوند تا اثرات مثبت آن‌ها بر تفکر ارجاعی تقویت شود. پیشنهاد می‌شود که در برنامه‌های درمانی، به کاهش تفکر ارجاعی توجه ویژه‌ای شود، زیرا این نوع تفکر می‌تواند موجب افزایش رنج‌های هیجانی و دشواری در بهبود بعد از خیانت شود. درمانگران باید تمرکز بیشتری بر تغییر افکار خودتخریب‌گر داشته باشند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد هر دو رویکرد روایت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تأثیر معناداری بر کاهش تفکر ارجاعی زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر دارند، اما شدت و پایداری این تأثیرات متفاوت است. روایت‌درمانی با فراهم‌سازی بستری برای بازنگری و بازسازی داستان زندگی و معناسازی مجدد رویدادهای آسیب‌زا، به زنان کمک کرد تا از نقش قربانی فراتر روند و برداشت‌های منفی و افکار ارجاعی را بازتعریف کنند. در مقابل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق ارتقای ذهن‌آگاهی، پذیرش افکار و احساسات منفی و تمرکز بر ارزش‌های فردی، به کاهش نشخوار ذهنی و فاصله‌گیری شناختی از افکار ارجاعی منجر شد. بررسی مقایسه‌ای نشان داد گرچه هر دو رویکرد موجب بهبود شدند، روایت‌درمانی اثربخشی بیشتری در اصلاح روایت‌های زیسته و بازسازی

References

1. Delatorre M. Z, Wagner A, Bedin L. M. Dyadic relationships between personality, social support, conflict resolution, and marital quality. *Personal Relationships*. 2022; 29(1): 199-216. <https://doi.org/10.1111/perc.12410>
2. Yoo, G, Joo S. Love for a marriage story: the association between love and marital satisfaction in middle adulthood. *Journal of Child and Family Studies*. 2022; 31(6): 1570-1581. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02055-6>
3. Ibrahim O, Kperogi I. I, Ibrahim A. S, Sayofunmi O. F, Isiaka G, Ogundiran G. B. Causes of Marital Infidelity among Married Residents of Ilorin Metropolis, Kwara State, Nigeria. *Ilorin Journal of Business Education*. 2024; 5(1): 223-237.
4. Zhong L, Vangelisti A. L. Conceptualizing Injured Partners' Relational Uncertainty Following Marital Infidelity: A Relational Turbulence Theory Perspective. *Journal of Family Communication*. 2025; 25(1): 57-75. <https://doi.org/10.1080/15267431.2024.2433206>
5. Mori S, Delal W. Digital Marital Infidelity: A Virtual Threat to Family Life. *السياسية*. 2025; 11(1): 216-229. <https://asjp.cerist.dz/en/article/263368>
6. Ogwuche C. H, Tyav-Tersoo K. I, Caleb O. N. A. H, Orafia D. T. Marital Infidelity among Married Couples: Roles of Emotional Intelligence and Narcissistic Personality Traits in Makurdi, Benue State. *Journal of Innovation in Psychology, Education and Didactics*. 2024; 28(1): 27-36. <https://doi.org/10.29081/JIPED.2024.28.1.03>
7. Rokach A, Chan S. H. Love and infidelity: Causes and consequences. *International journal of environmental research*

- and public health. 2023; 20(5): 3904. <https://doi.org/10.3390/ijerph20053904>
8. Gordon, K. C., Baucom, D. H., & Snyder, D. K. (2004). An Integrative Intervention for Promoting Recovery from Extramarital Affairs. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 213-231. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2004.tb01235.x>
9. Carrasco D. S, Testal J. F. R, Vázquez M. Neural bases of referential thinking in schizophrenia spectrum disorders and high-risk mental states: A systematic review. *European journal of psychiatry*. 2025; 39(1): 9. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2024.100280>
10. Oliveira J, Pedras S, Inman R.A, Ramalho S.M. Latent profiles of emotion regulation among university students: Links to repetitive negative thinking, internet addiction, and subjective wellbeing. *Frontiers in Psychology*. 2024; 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1272643>
11. Orgill M, York S, MacKellar J. Introduction to systems thinking for the chemistry education community. *Journal of Chemical Education*. 2019; 96(12): 2720 -2729. <https://doi.org/10.1021/acs.jchemed.9b00169>
12. Saleh S. E. Critical thinking as a 21st century skill: conceptions, implementation and challenges in the EFL classroom. *European Journal of Foreign Language Teaching*. 2019.
13. Chang C. Y, Panjaburee P, Lin H. C, Lai C. L, Hwang G. H. Effects of online strategies on students' learning performance, self-efficacy, self-regulation and critical thinking in university online courses. *Educational technology research and development*. 2022; 1-20. <https://doi.org/10.1007/s11423-021-10071-y>
14. Zetsche U, Bürkner P. C, Schulze L. Shedding light on the association between repetitive negative thinking and deficits in cognitive control -A meta -analysis. *Clinical Psychology Review*. 2019; 63: 56 -65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.001>
15. Pacheco C. S, Herrera C. I. A conceptual proposal and operational definitions of the cognitive processes of complex thinking. *Thinking skills and creativity*. 2021; 39: 100794. <https://doi.org/10.1016/j.tsc.2021.100794>
16. Khavarzamani P, Habibi-kaleybar R, Mesrabadi J. The effectiveness of Brain-Compatible Learning on Students' Academic Competence and Repetitive Negative Thinking. *Journal of Neuropsychology*. 2023; 9(1): 41-54.
17. Fazel M. The emerging evidence for narrative exposure therapy: A review. *Clinical psychology review*. 2010; 30(8): 1030-1039. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.07.004>
18. Morgan A. What is Narrative Therapy? An Easy-to-Read Introduction. Translated by Gita Pirbadian & Peyman Abkhazr (2020). Tehran: Shoar-Afarin Publishing.
19. Heshmati R, Amani S, Ahmadi Sh. The Effectiveness of narrative exposure therapy on quality of life and Emotional Regulation of Absolute Women in Zarrinshahr City. *Counseling Research & Developments*. 2021; 84: 98-119. <https://www.magiran.com/paper/2584913/>
20. Brown C. Talking Trauma Talk and the Dangers of Speech: Feminist Narrative Therapeutic Conversations for Complex Trauma. In *Reframing Trauma Through Social Justice* (pp. 103-127). Routledge.2025 . <https://doi.org/10.4324/9781003379591-7>
21. Karami B, Khodabakhshi-Koolae A, Heidari H, Davoodi H. The effectiveness of solution-focused narrative therapy and mindfulness-based stress reduction on the level of expressed emotion in mothers of boys with gross motor disabilities. *Journal of Client-Centered Nursing Care*. 2023; 9(4): 243-254. URL: <http://jcnc.iuums.ac.ir/article-1-468-fa.html> <https://doi.org/10.32598/JCCNC.9.4.33.21>
22. Mauritz M. W, van Gaal B. G, Goossens P. J, Jongedijk R. A, Vermeulen H. Treating patients with severe mental illness with narrative exposure therapy for comorbid post-traumatic stress disorder. *BJPsych open*. 2021; 7(1). <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.124>
23. Zhu S, Liao Q, Yuan H. Effect of Strength-Based Narrative Therapy on Depression Symptoms and Quality of Life in the Elderly. *Iranian Journal of Public Health*. 2025; 54(1): 124. <https://doi.org/10.18502/ijph.v54i1.17582>
24. Nasir A. Impact of cultural adaptation in digital narrative therapy on psychological distress: a randomized controlled trial (Doctoral dissertation, University of Regina).2024 .
25. Pentzien C. A Pilot Acceptance and Commitment Therapy Intervention to Reduce the Negative Effects of Sexual Objectification among College Women. Doctoral dissertation, Bowling Green

- State University). 2019.
26. Lawrence E, Cohn A. S, Allen S. H. Acceptance and commitment therapy for couples. *Clinical handbook of couple therapy*. 2022; 104-125. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100867>
27. Walser R. D, O'Connell M. Alliance rupture and repair in acceptance and commitment therapy. In C. F. Eubanks, L. W. Samstag, & J. C. Muran (Eds.), *Rupture and repair in psychotherapy: A critical process for change* (pp. 165 -186). American Psychological Association. 2023. <https://doi.org/10.1037/0000306-008>
28. Haddadi S, Abbasi G, Mirzaeian B. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Distress and Regretting The Spouse Choice in Betrayed Women. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2025; 11 (6) :51-64 URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2249-en.html> <https://doi.org/10.32598/shenakht.11.6.51>
29. Barraca J, Polanski T, Duarte-Díaz A, Perestelo-Pérez L. Acceptance and Commitment Therapy for Couples: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2024; 100867. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100867>
30. Najjar Khodabakhsh S, Torkan H, Golparvar M. Comparison of the Effectiveness of Imago Therapy and Narrative Therapy on Regret about Spouse Selection, Marital Burnout, and Resilience in Women Victims of Domestic Violence. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*. 2024; 3(4): 83-96. <https://doi.org/10.61838/kman.pdmd.3.4.6>
31. Mehri Borujeni M, Sajjadian I, Golparvar M. Comparison of the effectiveness of narrative-based acceptance and commitment therapy package and acceptance and commitment therapy on intolerance of uncertainty and negative emotions of women on the verge of divorce. *Journal of Family Research*. 2024; 78: 65-86.
32. Honarparvaran N. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Forgiveness and Marital Adjustment among Women Damaged by Marital Infidelity. *Journal of Woman & Society*. 2013; 5(19): 135-150. 20.1001.1.20088 566.1393.5.19.8.6
33. Narimani M, Abbasi M, Javad Bagyan M, Bakhti M. Comparison of Two Approaches based on Acceptance and Commitment Training (ACT) and a Modified Version of Group Therapy on Early Maladaptive Schemas in Clients in Divorce. *Journal of Family Counseling & Psychotherapy*. 2013; 4(1): 1-28. 20.1001.1.22516654.1393.4.1.1.0
34. Russell C. B. The third wheel: The impact of Twitter use on relationship infidelity and divorce. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2014; 17(7): 425-430. <https://doi.org/10.1089/cyber.2013.0570>
35. Ehring T, Zetsche U, Weidacker K, Wahl K, Schonfeld S, Ehlers A. The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal Behave There Expel Psychiatry*. 2011; 42(2): 225-232. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.12.003>
36. Gholamirad Z. The effectiveness of compassion-focused therapy on adjustment, referential thinking, and motivational structure in children of divorce in Kermanshah. Master's thesis, Razi University, Faculty of Social and Educational Sciences. 2021.
37. White M, Epston D. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W. W. Norton. 1990.
38. Kianipour O, Mohsenzadeh F, Zahra Kar K. Comparison of schema therapy and narrative therapy when combined each of them with marital enrichment program on marital infidelity tendency and marital satisfaction. *Journal of Family Counseling & Psychotherapy*. 2017; 7(2): 5-27. 20.1001.1.22516654.1396.7.2.2.4
39. Hayes H. W. Reese & T. R. Sarbin (Eds), *Varieties of scientific contextualism*, 11-27. Reno: Contex Press. Hayes, S. C. (2004). *Acceptance & Commitment Therapy: Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies*. *Behavior Therapy*, 35, 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
40. Mohammadi S, Azemoudeh M, Shalchi B, Mesrabadi J. Depression and Life Expectancy in Women Affected by Marital Infidelity: a Comparison of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Acceptance and Commitment Therapy. *Methodology*. 2024; 20(1): 125-144. 10.48308/JFR.20.1.125
41. Zhang C. Q, Leeming E, Smith P, Chung P. K, Hagger M. S, Hayes S. C. Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually -driven approach.

- Frontiers in psychology. 2018; 8: 2350. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02350>
42. Rodriguez-Schupmann E. E, Kadieva V. Exploring Marital Satisfaction and Work-Home Balance in a Church in North Texas Using Solution Focused Narrative Therapy. The Family Journal. 2025; 33(1): 31-38. <https://doi.org/10.1177/10664807241269517>
 43. Arianfar N hoseinian S. The comparison of the effectiveness of Solution- Focused Narrative Couple Therapy with Brief Self- Regulation Couple Therapy on liveliness and affections control of distressed couples. Woman and family studies. 2019; 7(3): 51-82. 10.22051/JWFS.2019.23541.1951
 44. Karbasian M, Mousavi S M, Shojaei M, Shabahang R, Bagheri Sheykhangafshe F. The Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment on Metacognitive Beliefs and Psychological Flexibility of Women Damaged by Marital Infidelity. RJMS. 2020; 27 (7) :12-24 URL: <http://rjms.iums.ac.ir/article-1-5982-fa.html>
 45. van Maarschalkerweerd F. A, Engelmoer I. M, Simon S, Arntz A. Addressing the punitive parent mode in schema therapy for borderline personality disorder: Short -term effects of the empty chair technique as compared to cognitive challenging. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2021; 73: 101678. <https://doi.org/10.1007/s10879-015-9309-0>
 46. Pilkington P. D, Spicer L, Wilson M. Schema therapists' perceptions of the influence of their early maladaptive schemas on therapy. Psychotherapy Research. 2022; 1 -14. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2038804>
 47. Peeters N, van Passel B, Krans J. The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. British Journal of Clinical Psychology. 2022; 61(3): 579 -597. <https://doi.org/10.1111/bjc.12324>
 48. Khalaj Asadi S, Fattahi Andabil A, Reza khani S. (2024). Comparing the effectiveness of treatment based on meta-emotion, narrative therapy and imagotherapy on marital burnout in conflicted married women. Rooyesh. 13(2), 89-100. URL: <http://frooyesh.ir/article-1-4852-en.html>
 49. Hayes S. C, Luoma J. B, Bond F. W, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. Behavior Research and Therapy. 2012; 49(1): 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
 50. Keng S. L, Smoski M. J, Robins C. J. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. Clinical Psychology Review. 2011; 31(6): 1041-1056. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>