



Effectiveness of Schema Therapy based on Mindfulness on Alexithymia and Sense of Coherence of Women with Breast Cancer

Hamideh Eskandarpoor ^{1*}, Raziye Taghikhani ², Vahid Sarmad Soltan ³

1. MA, Department of General Psychology, Payam Noor University, Gorgan, Gorgan, Iran (Corresponding Author)
 2. MA, Department of General Psychology, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran.
 3. MA, Department of Family Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.
- ❖ Corresponding Author Email: hamideheskandarpoor@yahoo.com

Journal Info:

Volume 2, Issue 3 Autumn 2023
Pages: 86-99

Article Dates:

Receive: 2023/07/24
Accept: 2023/11/29
Published: 2023/12/21

Keywords:

Alexithymia, Sense of Coherence, Schema Therapy, Mindfulness, Breast Cancer

The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of schema therapy based on mindfulness on Alexithymia and sense of coherence of women with breast cancer in Tehran in 1402. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the study included all women with breast cancer in Tehran, who were selected by the available and targeted sampling method and were placed in two experimental (15 people) and control (15 people) groups. The experimental group underwent 10 90-minute sessions of schema therapy training based on mindfulness, and the control group remained waiting for treatment during this period. The method of data collection was based on the standard questionnaire of Alexithymia (Begbi et al., 1994) and the standard questionnaire of sense of coherence (Kimaie et al., 2012). The reliability of the questionnaire was calculated using Cronbach's alpha method, and its value for the Alexithymia questionnaire was 81. And the sense of coherence of the questionnaire was above 0.7. Likewise, content validity was used to test the validity of the questionnaire, and for this purpose, the questionnaires were approved by the relevant experts. The analysis of the information obtained from the implementation of the questionnaires was done through SPSS24 software in two descriptive and inferential sections (covariance analysis). The results of the research showed that the schema therapy based on mindfulness reduced the "Alexithymia" of women with breast cancer. Also, the results showed that schema therapy based on mindfulness improved Alexithymia in women with breast cancer. Therefore, the findings of the present study showed that schema therapy based on mindfulness is effective in reducing Alexithymia and increasing the sense of coherence of breast cancer patients.

Article Cite:

Eskandarpoor H, Taghikhani R, Sarmad Soltan V. (2023). Effectiveness of Schema Therapy based on Mindfulness on Alexithymia and Sense of Coherence of Women with Breast Cancer, *Psychological Dynamics in Mood Disorders*; 2(3): 86-99





اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نارسایی هیجانی و انسجام درونی زنان مبتلا به سرطان سینه

حمیده اسکندر پور^۱، راضیه تقی خانی^۲، وحید سرمدی سلطان^۳

۱. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، گرگان، گرگان، ایران (نویسنده مسئول)

۲. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران.

۳. کارشناسی ارشد، گروه مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

✦ ایمیل نویسنده مسئول: hamideheskandarpoor@yahoo.com

اطلاعات نشریه:

دوره ۲، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۲

صفحات: ۹۹-۸۶

تاریخ های مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۰۱

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۰۲

انتشار: ۱۴۰۲/۰۹/۳۰

واژگان کلیدی:

نارسایی هیجانی، انسجام درونی، طرحواره درمانی، ذهن آگاهی، سرطان سینه

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نارسایی هیجانی و انسجام درونی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه شهر تهران بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند و گروه کنترل در طول این مدت در انتظار درمان ماندند. روش جمع آوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه استاندارد نارسایی هیجانی (بگی و همکاران، ۱۹۹۴) و پرسشنامه استاندارد انسجام درونی (کیمیایی و همکاران، ۱۳۹۲) انجام گرفت. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن برای پرسشنامه نارسایی هیجانی ۰/۸۱ و پرسش نامه انسجام درونی بالای ۰/۷ به دست آمده آمد. همین طور از روایی محتوا به منظور آزمون روایی پرسشنامه استفاده شد، که برای این منظور پرسشنامه‌ها به تأیید متخصصین مربوطه رسید. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم افزار SPSS24 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت. نتایج تحقیق نشان داد نتایج نشان داد که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش "نارسایی هیجانی" زنان مبتلا به سرطان سینه شد. همچنین نتایج نشان داد طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبود انسجام درونی در زنان مبتلا به سرطان سینه شد. بنابراین یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نارسایی هیجانی و افزایش انسجام درونی بیماران مبتلا به سرطان سینه مؤثر می‌باشد.

استناد به مقاله:

اسکندر پور ح، تقی خانی ر، سرمدی سلطان و. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نارسایی هیجانی و انسجام درونی زنان مبتلا به سرطان سینه. پویایی روانشناختی در اختلالات خلقی (۳): ۹۹-۸۶



مقدمه

سرطان یک اصطلاح کلی برای توصیف گروه بزرگی از بیماری‌ها است که با رشد کنترل نشده سلول‌های بدن و تهاجم به بافته‌ای موضعی و متاستاز سیستماتیک مشخص می‌گردد (سازمان بهداشت جهانی؛ ۲۰۲۲). در سال ۲۰۲۰ (آخرین سالی که اطلاعات جامعی در دسترس می‌باشد)، تعداد ۱۴/۱ میلیون مورد جدید سرطان برآورده شده است و تعداد ۸/۲ میلیون مرگ‌ومیر ناشی از بیماری سرطان، گزارش شده است (بورگوین و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس تخمین انجمن سرطان آمریکا در سال ۲۰۲۱، روند بروز سرطان در ۱۳ سال اخیر بین زنان ثابت بوده است اما در میان مردان ۳/۱ درصد کاهش یافته است (ویل و همکاران، ۲۰۲۳). احتمال می‌رود تا سال ۲۰۳۰ با توجه به رشد جمعیت از یک‌سو و پیری جمعیت از سوی دیگر، معضل جهانی سرطان، سیر صعودی در پیش گیرد (کنلی، بایشاپ و آندرسون؛ ۲۰۱۶). با وجود پیشرفت‌های وسیع در زمینه درمان انواع سرطان، اغلب این درمان‌ها با عوارض جانبی بسیاری همراه هستند (کاراسنی و شکودرا؛ ۲۰۱۹). سرطان سینه سومین سرطان شایع در جهان است (گوچ و اسچنابل؛ ۲۰۱۹). شایع‌ترین سرطان در زنان (اسمولارز و همکاران، ۲۰۲۲) و دومین عامل مرگ ناشی از سرطان در میان آنان است (ویلکینسون و گاتانی؛ ۲۰۲۲). در ایران نیز سرطان سینه شایع‌ترین سرطان در میان زنان می‌باشد (افشارپور و اقدسی، ۱۴۰۰). این سرطان می‌تواند در اثر عوامل متعددی چون سن، جنس، نژاد، بیماری خوش‌خیم قبلی در سینه، سابقه سرطان قبلی در فرد، سن قاعدگی و منارک زودرس، یائسگی دیررس، بارداری در سنین بالا، وضعیت اقتصادی-اجتماعی بهتر، داشتن سابقه فامیلی در سرطان‌های سینه و تخمدان، برخورد با اشعه یونیزان به وجود آید (کاتسورا و همکاران، ۲۰۲۲).

سرطان سینه می‌تواند آن قدر پیشرفته و غیرقابل کنترل باشد که در عملکرد روزانه و تمرکز فرد اختلال ایجاد کند. نارسایی هیجانی، ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها است و دربرگیرنده مؤلفه‌های دشواری در شناسایی احساسات و تمایز بین احساسات و تهییج‌های بدنی مربوط به انگیزتگی هیجانی، دشواری در توصیف احساسات، ضعف در خیال‌پردازی، سبک‌شناختی عینی و جهت‌گیری فکری بیرونی است (دوبی و همکاران، ۲۰۲۳). لان (۲۰۲۰) در توصیف این افراد بیان می‌کند که افراد مبتلا به نارسایی هیجانی، تهییج‌های بدنی بهنجار را بزرگ می‌کنند، نشانه‌های بدنی انگیزتگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند، درماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند و در اقدامات درمانی نیز به دنبال نشانه‌های بدنی هستند (فرزادنیا، ۱۴۰۰). در واقع، ویژگی‌های اساسی که برای برقراری یک رابطه صمیمی نیاز است در این افراد با نارسایی هیجانی پایین است (زمائیرولا، ولمینکس، لومینت و کورنیل؛ ۲۰۱۸). ادواردز، شیواجی، میکک و واپرم (۲۰۲۰) معتقدند که افراد با نارسایی هیجانی نیاز قوی به وابستگی دارند که نتیجه‌اش شک و تردید و بی‌اعتمادی به دیگران است. به دلیل بی‌تفاوتی و بی‌علاقگی نسبت به دیگران، مشکلات بین شخصی متعدد در افراد با نارسایی هیجانی مشاهده شده است. این افراد در بیان نیازهایشان به دیگران مشکل دارند و توانایی مقابله با چالش‌های بین شخصی در موقعیت‌های اجتماعی را ندارند (جوردن و اسمیت؛ ۲۰۱۷). پژوهش‌های انجام شده در این زمینه، یافته‌های پیرز، کورکوس، روبین و فام-اسکاتز (۲۰۲۰) در پژوهش خود یک رابطه منفی معنی‌داری بین ناگویی خلقی و بیماری‌های جسمانی گزارش کردند.

از سوی دیگر انسجام روان‌شناختی سبب ایجاد منبعی از مقاومت گسترده می‌گردد که تأثیرات استرس را بر میزان سلامتی می‌تواند تعدیل نماید. به این سبب که روش‌های سودبخش و اثربخشی از برخورد با عوامل اضطراب‌زا را در اختیار افراد قرار می‌دهد و از این‌رو، فرد را توانمند می‌سازد تا در برابر تأثیرات استرس‌های مختلف زندگی مقاومت زیادی را از خود نشان دهد (کاسه، یوئندو، شیماموتو و ایشی؛ ۲۰۱۹). انسجام روانی، جهت‌گیری کلی و حس اعتماد و پویایی فراگیر و مداوم در زندگی و دنیای اطراف افراد را نشان می‌دهد. انسجام روانی سبب می‌گردد فرد تحریک‌های بیرونی و درونی دریافت شده را در زندگی قابل پیش‌بینی تر، سازمان‌یافته‌ها و توضیح پذیرتر ادراک نماید. به بیان روشن‌تر، انسجام روان‌شناختی به احساسات

1 - World Health Organization

2 - Burguin

3 - Will

4 - Conley, Bishop, Anderson

5 - Caraceni & Shkodra

6 - Gooch & Schnabel

7 - Smolarz

8 - Wilkinson & Gathani

9 - Katsura

1 - Dubé 0

1 - Lane 1

1 - Zamariola, Vlemincx, Luminet & Corneille

1 - Edwards, Shivaji, Micek & Wupperman

1 - Jordan & Smith 4

1 - Peres, Corcos, Robin & Pham-Scottez

1 - Kase, Ueno, Shimamoto & Oishi

و ادراکات فردی اشاره دارد که زندگی را برای آن‌ها کنترل‌پذیرتر، پرمعناتر و درک‌پذیرتر می‌کند (اریکسون، ۲۰۲۲). مومن، اید، دراگست و جسدال^{۱۸} (۲۰۱۹) بر این نظر هستند که انسجام روان‌شناختی بالا با سازگاری در شرایط اضطراب‌آور مانند روابط آشفته زندگی رابطه مثبت داشته و سبب تندرستی بیشتر و کاهش پریشانی روانی، اضطراب و افسردگی می‌شود. در همین راستا نتایج پژوهش نریمانی و عینی (۱۴۰۰) در پژوهش خود نشان دادند که افراد با احساس انسجام بالا با موفقیت بیشتری در برابر استرس مقابله می‌کنند. همچنین نتایج پژوهش چادها، رابینسون، کین-راجرز، الکساندریس-سوفیس و رابن فیر^{۱۹} (۲۰۱۶) نشان داد که انسجام روانی نقش مؤثری در شرایط سلامت جسمی و روانی افراد دارد.

اخیراً نسل سوم درمان‌های شناختی رفتاری مانند درمان طرحواره و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، باهدف قرار دادن نیازهای بیماران متمرکز کرده‌اند. در حوزه شناخت درمانی یکی از مدل‌های درمانی، مدل طرحواره درمانی است که توسط یانگ و همکاران (۲۰۰۳) به وجود آمده که درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی و رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرحواره درمانی اصول و مبانی مکتب‌های شناختی رفتاری، دل‌بستگی، گشتالت، روابط شیء، سازنده‌گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. تصور می‌شود طرحواره‌های شناختی نقش اصلی در توسعه و ادامه اختلالات روانی و نیز عود و برگشت آن‌ها دارند. بنابراین شناخت طرحواره‌ها می‌تواند به توصیف آسیب‌پذیری در آسیب‌شناسی روانی کمک کند (چویی-کاین و گاندسون، ۲۰۰۸). طرحواره‌ها نیز موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان فردی آبه‌صورت سو تفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف‌شده و گمانه‌زنی‌های نادرست، هدف و چشم‌داشت‌های غیرواقعیانه مشخص می‌شوند (یاگ، ۲۰۱۵). رویکرد طرحواره درمانی، بر الگوهای خودیوانگر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سرتاسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. این الگوهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه تأمیده می‌شوند. این سته از طرحواره‌های ناسازگار به رشد و شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی می‌انجامد. طرحواره‌های آسیب‌رسانی که از جریان اولیه رشد آغاز و در طول زندگی تداوم می‌یابد (قربانعلی زاده، مقدم زاده و جعفری، ۱۳۹۶). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عمیق‌ترین سطح ساختارهای شناختی هستند که خود را در رابطه با محیط و سایر افراد نشان می‌دهد و در شرایط خاص فعال می‌شوند (دومن، ۲۰۱۸). در شکل‌گیری طرحواره‌ها خلق‌و‌خوی^{۲۰} ذاتی با تجارب ارتباطی غیر انطباقی اولیه به‌ویژه آسیب‌های کودکی^{۲۱} تعامل می‌کنند و به‌طور خاص‌تر، این طرحواره‌ها در صورتی به طرحواره‌های ناسازگار تبدیل می‌شوند که نیازهای روان‌شناختی فرد (مثل نیازهای استقلال، محبت و دل‌بستگی) برآورده نشوند (ون دن بروک، کولن-دی ووس و برنشتاین، ۲۰۱۱). یانگ، کلسکو و ویشار^{۲۲} (۲۰۰۳) ۱۸ طرحواره ناسازگار را مشخص کرده‌اند که در ۵ حوزه زیر قرار می‌گیرند؛ حوزه بریدگی و طرد^{۲۳} (رهاشدگی، بی‌اعتمادی، محرومیت هیجانی، نقص و شرم، انزوای اجتماعی/بیگانگی)؛ حوزه خودگردانی و عملکرد مختل^{۲۴} (وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و زیان، خود تحول نیافته/گرفتار، شکست)؛ حوزه محدودیت‌های مختل^{۲۵} (استحقاق/برزگ منشی، خویشنداری و خود انضباطی ناکافی)؛ حوزه دیگرجهت‌مندی^{۲۶} (اطاعت، ایثار، پذیرش جویی/جلب توجه) و حوزه گوش به زندگی بیش‌ازحد

- | | |
|--|---|
| 1 - Eriksson | 7 |
| 1 - Moen, Eide, Drageset & Gjæsdal | |
| 1 - Chaddha, Robinson, Kline ^۲ Rogers, Alexandris-Souphis & Rubenfire | |
| 2 - Young | 0 |
| 2 - Choi-Kain & Gunderson | 1 |
| 2 - interpersonal psychopathology | |
| 2 - Pugh | 3 |
| 2 - Early Maladaptive Schem ^۵ | |
| 2 - Doomen | 5 |
| 2 - Temperment | 6 |
| 2 - Childhood Trauma | 7 |
| 2 - van den Broek, Keulen-de ^۸ Vos & Bernstein | |
| 2 - Young, Klosko & Weishaar ^۹ | |
| 3 - Disconnection & Rejection ^{۱۰} | |
| 3 - Aandonment | 1 |
| 3 - Mistrust | 2 |
| 3 - emotional deprivation | 3 |
| 3 - social isolation | 4 |
| 3 - impaired autonomy and performance | |
| 3 - dependence | 6 |
| 3 - vulnerability to illness | 7 |
| 3 - Enmeshment | 8 |
| 3 - Defectiveaness | 9 |
| 4 - Impaired limits | 0 |
| 4 - Insufficient Self-Control | 1 |
| 4 - Other Directedness | 2 |

و بازداری (منفی گرایی/بدبینی، بازداری هیجانی،^{۴۳} معیارهای سرسختانه، تنبیه). در همین رابطه تاسکا و بلفورم^{۴۴} (۲۰۱۴)، در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که بیماران سطوح بالاتری از ناامنی دل‌بستگی و حالات ذهنی آشفته را نشان می‌دهند. در خصوص اثربخشی طرح‌واره درمانی در بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نتایج بیانگر این بود در حوزه بریدگی و طرد و در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، این درمان اثربخش است. عابدی شرق، آهوان، دوستیان، اعظمی و حسینی (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان دادند که درمان طرح‌واره درمانی هیجانی باعث بهبود نشانه‌های بالینی و کاهش طرح‌واره هیجانی در بیماران شده است.

علاوه بر طرح‌واره درمانی، یکی دیگر از درمان‌های به نسبت نوین که در مورد افراد دارای بیماری سرطان سینه دارای کاربرد است، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی است. این درمان می‌تواند به‌عنوان یک گزینه درمانی در کمک به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و انسجام درونی بیماران مبتلابه سرطان سینه موردتوجه قرار گیرد (پیتر، مک گراث، چامبرز و دیک،^{۴۵} ۲۰۱۴). ذهن آگاهی به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه و مشاهده گری بدون داوری می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از بیماری اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود بیماری کمک کند (هازلت-استیونز، سینگر و چونگ،^{۴۶} ۲۰۱۹). رویکرد کابات زین برای درمان بیماران شامل واریسی بدنی یا فن آگاهی از بدن، یک سری تغییرات عمدی را در برمی‌گیرد که در آغاز بر کل بدن و سپس بر هر بخشی از بدن در یک شیوه بدون داوری متمرکز می‌شود (بورکل، فندل و اسمیدت،^{۴۷} ۲۰۲۰). با استفاده از تمرین‌های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد یاد می‌گیرد که پاسخ‌هایی جایگزین ناراحتی‌های هیجانی بدهد و پاسخ‌های شرطی شده را کاهش می‌یابد. در ذهن آگاهی افراد یاد می‌گیرند که تجربیات را به‌عنوان تجربیات مجزا از خود و به‌عنوان یک حالت گذرا و موضوعی برای تغییر بپذیرند (لیووریک، کاواناق و استرایوس،^{۴۸} ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر مهارت‌های پیشگیری از عود شناختی رفتاری (به‌عنوان مثال شناسایی کردن موقعیت‌های پرخطر و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای) و مراقبه ذهن آگاهانه محوریت پیدا کرده است. تمرینات ذهن آگاهی به دنبال افزایش پذیرش آگاهی متمایز از طریق تمرکز خاص بر ناراحتی‌های جسمی و هیجانی است و به مراجعین می‌آموزد که وضعیت‌های هیجانی، جسمانی و شناختی را بدون واکنش غیرارادی مورد مشاهده قرار دهند (کولز، لاندمن، کلودیوس، روس و همکاران،^{۴۹} ۲۰۱۹). بر اساس پژوهش‌ها، مراقبه معادلی، مراقبه ذهن آگاهی، مراقبه وپاسانا، یوگا و سایر فنون مراقبه‌ای تأثیر قابل توجهی در بهبود توان‌بخشی انواع بیماران داشته‌اند (زیممن، فینگان، پائول، اسمیدت، تای و همکاران،^{۵۰} ۲۰۱۹). مطالعات نشان می‌دهد که درمان ذهن آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب و افسردگی (هنت، سیرز، کاتون، پالرا و همکاران،^{۵۱} ۲۰۲۰) و استرس (مادوک، هوی، دی آلتون و کیربی،^{۵۲} ۲۰۱۹) ارتباط دارد. تحقیقات دیگر نشان داده‌اند که ذهن آگاهی، خلق را بهبود می‌بخشد و آموزش کوتاه‌مدت آن، افسردگی را کاهش می‌دهد و باعث افزایش بهزیستی روانی بیماران می‌شود (فینبرگ و همکاران،^{۵۳} ۲۰۲۰) و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود نشانه‌های استرس، اضطراب و افزایش اعتمادبه‌نفس و بهبود انسجام درونی منجر می‌شود (گلدین و گروس،^{۵۴} ۲۰۱۰).

بیماران مبتلابه سرطان سینه از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه هستند، بیماری و مشکلات جسمانی آن‌ها موجب آسیب‌پذیرتر شدن این طیف از جامعه می‌شود. بیماری می‌تواند بر مسائل زناشویی، خانوادگی و شغلی این افراد تأثیر بسزایی بگذارد. تشخیص و درمان سرطان، تجربه‌ای همراه با استرس می‌باشد. افراد مبتلا با درمان‌هایی مثل شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و عمل جراحی و عوارض جانبی ناخوشایندی مواجه می‌شوند. درمان‌های طولانی، توانایی این بیماران را در برقراری نقش اجتماعی مورد تهدید قرار می‌دهد. سطح بالای مشکلات روان‌شناختی، تأثیر منفی طولانی‌مدتی را بر خودباوری بیماران دارد که نهایتاً تأثیر نامطلوبی بر سطح کیفی زندگی آنان دارد. با توجه به این که تاکنون در ایران و سایر کشورها پژوهشی در خصوص بررسی اثربخشی درمان طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نارسایی هیجانی افزایش انسجام دورنی بیماران مبتلابه سرطان سینه انجام نگرفته است و شناسایی چنین شیوه‌های درمانی که بتواند این عوامل را در بیماران افزایش دهد؛ می‌تواند به کاهش مشکلات و افزایش توانمندی این بیماران کمک کند، لذا در این پژوهش پژوهشگر می‌خواهد به این مسئله بپردازد: گروه‌درمانی طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نارسایی هیجانی و انسجام درونی زنان مبتلابه سرطان سینه شهر تهران چه تأثیری دارد؟

4 - Emotional Inhibition 3

4 - Tasca & Balfour 4

4 - Petter, McGrath, Chambers & Dick

4 - Hazlett-Stevens, Singer & Chong

4 - Bürkle, Fendel & Schmidt⁷

4 - Leeuwerik, Cavanagh & Strauss

4 - Külz, Landmann, Cludius, Rose

5 - Zimmerman, Finnegan, Paul, Schmidt, Tai

5 - Hente, Sears, Cotton, Pallérta

5 - Maddock, Hevey, D'Alton & Kirby

5 - Fineberg 3

5 - Goldin & Gross 4

روش پژوهش

طرح این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی با گروه کنترل، همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان مبتلابه سرطان سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان شهدای تجریش استان تهران در سال ۱۴۰۲ است. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس استفاده شد. با بیماران در سالن‌های انتظار و درمانگاه کلینیک در مورد مطالعه و جلسات گروهی صحبت شد. در مرحله بعد، افراد داوطلب و واجد شرایط فرم مشخصات عمومی را تکمیل نمودند. پس از بررسی فرم‌ها از ۳۰ نفر از داوطلبان برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. سپس افراد به پرسشنامه‌های نارسایی هیجانی و انسجام درونی پاسخ دادند و نتایج ثبت شد. در مرحله بعد، افراد به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش قرار گرفت. محتوای جلسات فوق در جدول (۱) آمده است. پس از پایان جلسات هر دو گروه مجدداً با پرسشنامه‌های یادشده مورد ارزیابی قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش:

پرسشنامه نارسایی هیجانی تورنتو: مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو که توسط بگبی و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شده یک آزمون ۲۰ سؤالی است و شامل سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از (۱) کاملاً مخالف تا ۵ (کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود. در این آزمون سؤال‌های ۱، ۳، ۵، ۸، ۱۱، ۱۷ و ۱۹ دشواری در شناسایی احساسات، سؤال‌های ۲، ۴، ۶، ۹، ۱۶ و ۲۰ دشواری در توصیف احساسات و بقیه سؤال‌ها تفکر عینی را تعیین می‌کند. در این آزمون مجموع نمره‌های سه زیر مقیاس، نارسایی هیجانی کلی را محاسبه می‌کند. بشارت (۲۰۰۷)، در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو، ضریب آلفای کرونباخ را برای نارسایی هیجانی کل و مقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرده است. وی همچنین پایایی آزمون را به روش باز آزمایی در دو نوبت بافاصله چهار هفته ۰/۸۰ و ۰/۸۷ محاسبه کرده است.

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

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

جدول ۱. مداخله تلفیقی درمان طرحواره و ذهن آگاهی

جلسات	محتوای مربوط به هر جلسه
جلسه اول	معرفی شرکت کنندگان و بیان قوانین گروه، توضیح در مورد سرطان سینه و مشکلات هیجانی ناشی از آن، توضیح درباره طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها، تمرین کشمش، دفتر یادداشت طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها، تمرین واری بدن، تکلیف خانگی، توضیح درباره تکلیف خانگی: توجه آگاهی در زندگی روزمره، توضیح در مورد پرسشنامه توجه آگاهی پنج‌وجهی، آگاه شدن از طرحواره‌های تان، خلاصه‌نویسی
جلسه دوم	توجه آگاهانه به محیط پیرامون، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، مراقبه کوتاه‌مدت واری بدن (پنج دقیقه‌ای)، بحث درباره نمرات توجه آگاهی و تکلیف خانگی، تمرین توجه آگاهانه به امور روزمره، تمرین توجه آگاهانه به محیط پیرامون، تکلیف خانگی
جلسه سوم	توجه آگاهانه به تنفس، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره نمرات توجه آگاهی به طرحواره و همچنین تکلیف خانگی، تمرین توجه آگاهانه به خاطرات دردناک، راه رفتن توجه آگاهانه، ختم جلسه، تکلیف خانگی
جلسه چهارم	توجه آگاهانه به سبک‌های مقابله با طرحواره، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره نمرات توجه آگاهی به طرحواره و همچنین درباره تکلیف خانگی، مقابله با طرحواره، شیرین کاری توجه آگاهانه، ختم جلسه، تکلیف خانگی
جلسه پنجم	مجاز دانستن و پذیرش هر آنچه وجود دارد، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره توجه آگاهانه به طرحواره و همچنین درباره تکلیف خانگی، تمرین توجه آگاهی سه دقیقه‌ای به طرحواره، پذیرش توجه آگاهانه خویشتن و دیگران، ختم جلسه، تکلیف خانگی
جلسه ششم	طرحواره: واقعیت یا خیال؟، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره توجه آگاهی به طرحواره و همچنین درباره تکلیف خانگی، نشان دادن قصد، رها کردن طرحواره‌ها به حال خود، ختم جلسه، تکلیف خانگی
جلسه هفتم	مراقبت از خویشتن با کمک بزرگسال سالم و کودک خوشحال، دفتر یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره توجه آگاهی به طرحواره و همچنین درباره تکلیف خانگی، مراقبت از خویشتن از طریق بزرگسال سالم و کودک خوشحال، آماده شدن برای آینده، بزرگسال سالم و کودک خوشحال، به چه چیزهایی نیاز دارند؟، ختم جلسه، تکلیف خانگی
جلسه هشتم	آینده، یادداشت طرحواره و ذهنیت، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تبادل نظر درباره توجه آگاهی به طرحواره و همچنین درباره تکلیف خانگی، تمرین توجه آگاهانه به خویشتن به عنوان کودک و بزرگسال، سرین کاری و توجه آگاهانه به طرحواره و ذهنیت در تعاملات شخصی، تکلیف خانگی
جلسه نهم	بازخورد از شرکت کنندگان در مورد میزان ذهن آگاهی آن‌ها نسبت به طرحواره‌هایشان در هفته گذشته، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تداوم جهت‌گیری ذهن آگاهانه، تمرین بزرگسال سالمی که ذهن آگاهی را وارد زندگی روزمره می‌کند
جلسه دهم	بررسی میزان ذهن آگاهی شرکت کنندگان به طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها در خلال هفته گذشته، تشخیص و پایش مداوم طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها، تمرین ذهن آگاهانه با بزرگسال سالمی که بر آسیب‌پذیری فرد نظارت دارد، با ملاحظت پاسخ می‌دهد و به آینده امیدوار است

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS24 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته‌ها

در این بخش توصیفی آماری از داده‌ها به عمل آمده، سپس تفاوت احتمالی گروه‌ها در متغیرها در مراحل مختلف سنجش مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی نارسایی هیجانی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

متغیر	شاخص آماری	عوامل	پیش آزمون	پس آزمون
نارسایی هیجانی	گروه آزمایش	میانگین	۶۶.۴۷	۰۶.۳۶
	گروه کنترل	انحراف معیار	۵۲.۵	۷۹۶۲۱.۷
گروه آزمایش	گروه کنترل	میانگین	۱۳.۴۵	۰۰.۴۶
	گروه آزمایش	انحراف معیار	۵۵.۵	۸۰.۸
گروه آزمایش	میانگین	۴۶.۱۴	۶۰.۱۰	

۵۸.۲	۸۲.۲	انحراف معیار	دشواری در
۹۳.۱۲	۱۳.۱۳	میانگین	شناسایی
-۰.۸.۲	۵۵.۲	انحراف معیار	احساسات
۸۰.۱۰	۲۰.۱۴	میانگین	دشواری در
۹۱.۳	۱۱.۲	انحراف معیار	توصیف احساسات
۲۶.۱۴	۴۰.۱۳	میانگین	تفکر با
۸۰.۳	۳۳.۳	انحراف معیار	جهت‌گیری
۶۶.۱۴	۰۰.۱۹	میانگین	خارجی
۲۷.۴	۱۷.۲	انحراف معیار	
۸۰.۱۸	۶۰.۱۸	میانگین	
۴۷.۴	۳۳.۳	انحراف معیار	

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون کاهش نشان می‌دهد. بر اساس نتایج مندرج در جدول، می‌توان به این توصیف دست زد که اجرای مداخله طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش ناگویی هیجانی زنان مبتلابه سرطان سینه شده است.

جدول ۳. اطلاعات توصیفی ابعاد انسجام درونی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
قابل درک بودن	آزمایش	پیش آزمون	۶۳/۴۶	۹/۴۲
		پس آزمون	۷۲/۰۱	۱۱/۳۵
	کنترل	پیش آزمون	۶۴/۵۳	۱۰/۲۳
		پس آزمون	۶۴/۸	۱۱/۵۳
قابل مدیریت بودن	آزمایش	پیش آزمون	۱۵/۳۳	۱/۱۷
		پس آزمون	۱۸/۸۶	۱/۶۴
	کنترل	پیش آزمون	۱۵/۰۱	۱/۶
		پس آزمون	۱۵/۲۶	۱/۸
معنادار بودن وقایع	آزمایش	پیش آزمون	۳۰/۲	۲/۱۱
		پس آزمون	۳۸/۷۳	۴/۰۲
	کنترل	پیش آزمون	۲۹/۴	۳/۳۳
		پس آزمون	۳۰/۲۶	۳/۸
انسجام درونی (نمره کل)	آزمایش	پیش آزمون	۱۰۹/۰۱	۱۰/۹
		پس آزمون	۱۲۹/۶	۱۲/۷۴
	کنترل	پیش آزمون	۱۰۸/۹۳	۱۲/۶۷
		پس آزمون	۱۱۰/۳۳	۱۳/۲۵

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین ابعاد انسجام درونی گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون افزایش نشان می‌دهد. بر اساس نتایج مندرج در جدول، می‌توان به این توصیف دست زد که درمان طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در زنان مبتلابه سرطان سینه نسبت به گروه کنترل باعث افزایش خرده مقیاس‌های انسجام درونی شده است.

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

شاخص آماری اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	sig	ضریب ایتا
تفاوت دو گروه با کنترل اثر پیش آزمون	اثر پیلای	۴۹.	۵۶.۷	۰۰.۳	۰۰.۲۳	۰۰۱.	۴۹.
	لامبدای ویلکس	۵۰.	۵۶.۷	۰۰.۳	۰۰.۲۳	۰۰۱.	۴۹.
	اثر هتلینگ	۹۸.	۵۶.۷	۰۰.۳	۰۰.۲۳	۰۰۱.	۴۹.
	بزرگترین ریشه روی	۹۸.	۵۶.۷	۰۰.۳	۰۰.۲۳	۰۰۱.	۴۹.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی‌دار برای عامل مداخله مبتنی بر طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از مؤلفه‌های نارسایی هیجانی زنان مبتلابه سرطان سینه که با مداخله طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی درمان شده‌اند با زنان مبتلابه سرطان سینه گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس = ۰/۵۰، $p > ۰.۰۵$).

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

شاخص آماری متغیرها	منبع تغییر	SS	df	MS	F	سطح معناداری	ضریب ایتا
دشواری در شناسایی احساسات	گروه	۳۸.۴۶	۱	۳۸.۴۶	۴۶.۱۰	۰۰۳.	۲۹.
	خطا	۸۰.۱۱۰	۲۵	۴۳.۴			
دشواری در توصیف احساسات	گروه	۸۸.۹۶	۱	۸۸.۹۶	۵۴.۱۷	۰۰۰.	۴۱.
	خطا	۰۴.۱۳۸	۲۵	۵۲.۵			
تفکر با جهت‌گیری خارجی	گروه	۹۱.۱۳۵	۱	۹۱.۱۳۵	۹۵.۱۱	۰۰۲.	۳۲.
	خطا	۳۲.۲۸۴	۲۵	۳۷.۱۱			

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش آزمون، فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیرهای دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت‌گیری خارجی زنان مبتلابه سرطان سینه گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تأیید می‌گردد. همان‌گونه که از نتایج جدول ۵ ملاحظه می‌گردد سطح معناداری حاصل شده برای شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت‌گیری خارجی در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۱۷ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۳ متغیر وابسته) کوچک‌تر می‌باشد. در نتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل شده می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت‌گیری خارجی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است.

جدول ۶. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری

شاخص آماری اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	sig
تفاوت دو گروه با کنترل اثر پیش آزمون	اثر پیلای	۰/۷۱	۱۸/۶۷	۳	۲۳	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکس	۰/۲۹	۱۸/۶۷	۳	۲۳	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۲/۴۳	۱۸/۶۷	۳	۲۳	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۲/۴۳	۱۸/۶۷	۳	۲۳	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی‌دار برای عامل گروه «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از خرده مقیاس‌های انسجام درونی زنان مبتلابه سرطان سینه که با درمان طرح‌واره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی آموزش دیده‌اند با زنان مبتلابه سرطان سینه گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکس = ۰/۰۵، $p < 0.05$)

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

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

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش آزمون، فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنادار در خرده مقیاس‌های قابل درک بودن، قابل مدیریت بودن، معنادار بودن وقایع گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تأیید می‌گردد. همان‌گونه که از نتایج جدول ملاحظه می‌گردد سطح معناداری حاصل شده برای قابل درک بودن، قابل مدیریت بودن، معنادار بودن وقایع در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۱۷ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۳ متغیر وابسته) کوچک‌تر می‌باشد. در نتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل شده می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان قابل درک بودن، قابل مدیریت بودن، معنادار بودن وقایع گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

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

از سوی دیگر ذهن آگاهی به درک این نکته کمک می‌کند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهند، اما جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند و به افراد این امکان را می‌دهد که به جای پاسخ غیرارادی به رویدادها با تأمل و تفکر پاسخ دهند. در این صورت، توانایی مشاهده کردن حالت‌هایی مثل علائم بیماری افزایش می‌یابد و به جای الگوهای رفتاری خودکار، فرد با درک حضور در زمان حال و همراهی با هیجان‌ها و عدم قضاوت آن‌ها قادر به مدیریت شرایط موجود بوده و علائم بیماری کمتری را تجربه خواهند نمود. ذهن آگاهی به جای تلاش برای تغییر محتوای هیجان‌ها یا افکار، مستلزم تحمل است. مراقبه به فرد می‌آموزد که متوجه عوامل منجر به حواس‌پرتی باشد، اما خودش را با آن‌ها درگیر نکند. از آنجاکه هیجان‌ها نمایانگر سخت‌ترین عوامل حواس‌پرتی‌اند، ذهن آگاهی مستلزم رویارویی مداوم با احساسات ناخوشایند در جسم و افکار ناخوشایند در ذهن است. از این گذشته، افزایش آگاهی به بینش بیشتر نسبت به اطلاعات مربوط به عوامل زیربنایی نظیر علل هیجان‌ها و ارتباطشان با خاطرات ناخوشایند تجربه گذشته می‌انجامد. به عبارت دیگر، ذهن آگاهی شبیه مواجهه عمل می‌کند. به همین دلیل است که گلن از پیامدهای ذهن آگاهی با عنوان «حساسیت‌زدایی همه‌جانبه» یاد می‌کند (سگال و همکاران، ۲۰۱۸).

بنابراین طرح‌واره درمانی دو مرحله دارد: در مرحله اول یا همان سنجش طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها شناسایی می‌شوند در مرحله دوم که تغییر است از درمان شناختی-رفتاری (بازسازی شناختی، ایجاد یک ندای سالم درونی شده، و تمرینات رفتاری مختص در هم شکستن رفتار ناکارآمد)، درمان تجربی (تمرین ابراز خشم، غم یا درد)، درمان گشتالتی و روان‌درمانی بین فردی برای اصلاح طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها استفاده می‌شود. رویکرد مبتنی بر ذهن آگاهی مرحله سوم را نیز معرفی می‌کند که در آن از طریق توجه عاری از قضاوت به تجربه درونی فعال‌ساز طرح‌واره و ذهنیت، مجال برای ایجاد

روش‌های بدیع برای پاسخ‌دهی به وجود می‌آید. دستورالعمل مواجهه ذهن آگاهانه عبارت است از اجازه ظهور دادن به احساسات و تمرکز بر روی پاسخ‌های جسمانی حاصل از آن‌ها، بدون پیش‌بینی هیچ چیز، و بدون دست زدن به هیچ اقدامی. عجیب این‌که در بلندمدت، با آزاد گذاشتن احساسات دگرگونی حاصل می‌شود (ون وریس و ویجک و همکاران، ۲۰۱۴). باورهای مرکزی از دل تروماهای خاص و رویارویی منفی با مراقبین که در طی آن نیازهای هیجانی اساسی برآورده نشده جوانه می‌زند. باورهای مبتنی بر طرحواره‌ها، هیجانات بسیار دردناکی را راه‌اندازی می‌کنند. در حقیقت آن‌ها آن قدر تشویش‌زا هستند که افراد به محض فعال شدن این درد آن را سرکوب یا از آن اجتناب می‌کنند (لیو و مک کی، ۲۰۱۷). با توجه به این‌که شیوه افراد برای ادراک جهان را طرحواره‌هایشان از مدت‌ها پیش شکل داده است، لذا دسترسی به چشم‌اندازهای جدید اصولاً در دسترس ذهن افراد قرار نمی‌گیرند. به عبارت دیگر، دستگاه هدایت خودکار اغلب اوقات به راحتی بر افراد مسلط می‌شود. ذهن آگاهی کلید خروج از وضعیت خودکار است. زندگی ذهن آگاهانه بدون ابزار واکنش‌آنی، مجالی برای کنش‌های هشیارانه و ارادی در اختیار می‌گذارد. آموزش مستمر ذهن آگاهی به افراد این امکان را می‌دهد تا فرآیندهای توجهی خود را بهتر درک، شناسایی و تنظیم کنند. این امر کمک می‌کند تا تمایل افراد برای توجه خودکار به افکار یا احساسات عاطفی خاص و همانندسازی با آن‌ها کم‌کم رنگ ببازد، و توجه و نیروی بیشتری را برای طیف وسیع‌تری از تجارب آزاد می‌سازد که در غیر این صورت از نظر دور می‌ماند (ون وریس و ویجک و همکاران، ۲۰۱۴). در پژوهش حاضر زنان مبتلابه سرطان سینه در گروه طرحواره درمانی متمرکز بر ذهن آگاهی آموختند که تجربه‌های مرتبط با طرحواره‌هایشان مانند احساسات یاس، ترس، آسیب، طرد و تنهایی بخشی از سازمان ذهنشان است که در همه روابط ظاهر می‌شوند. افکار، احساسات، حالات بدنی، خاطرات و امیال پرفشار مرتبط با طرحواره‌ها خارج از کنترل هستند، لذا آن‌ها دریافته‌اند که راهبردهایی که از آن‌ها به عنوان تلاش‌هایی برای کنترل و فرار از درد عمیق اجتناب‌ناپذیر استفاده می‌کنند، به ایجاد و تشدید دردی که ترس زیادی از آن دارند منتهی می‌شود. به این درک رسند که هرگاه تلاش می‌کنند تا از درد اولیه مرتبط با طرحواره‌هایشان اجتناب کنند یا آن را مسدود کنند، روابطشان آسیب می‌بیند و وقتی به جای تمرکز بر تلاش بر روی آنچه در کنترلشان است، همچنان با تغییر آنچه کنترل‌ناپذیر است درگیر هستند، درد حفظ و تشدید می‌شود باشیم.

همچنین نتایج نشان داد که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش انسجام درونی در زنان مبتلابه سرطان سینه شد. نتایج پژوهش با یافته‌های (رفقارعلی آبادی و شارح، ۲۰۲۲؛ فرهادی و همکاران، ۲۰۲۱) همخوانی دارد. در تبیین یافته پژوهش می‌توان بیان نمود هدف نهایی طرحواره درمانی بهبود طرحواره‌ها است و همان‌طور که بک اشاره کرده است، تعدیل ساختار و محتوای طرح‌واره‌های ناسازگار به منظور جلوگیری از عود نشانه‌های اضطراب ضروری است. تک‌تک مهارت‌های مبتنی بر طرحواره درمانی بر پیشبرد این هدف درمانی نقش داشته است. طرحواره درمانگران معتقدند رابطه درمانی، مؤلفه ضروری در سنجش و تغییر طرح‌واره‌هاست، ولی عامل اصلی تغییر محسوب نمی‌شود، بلکه ابزاری است که امکان تغییر را فراهم می‌کند (رنر و همکاران، ۲۰۱۸). از جمله عوامل تأثیرگذار دیگر در فرآیند تعدیل طرحواره می‌توان راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین فردی را نام برد. تکنیک‌های شناختی با محک زدن اعتبار طرحواره‌ها و استفاده از تکنیک‌هایی مانند تعریف جدید شواهد تأیید کننده طرحواره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، تدوین کارت‌های آموزشی، آگاهی عقلانی بیماران دارای علائم بیماری را افزایش داده و آنان را به این نتیجه رسانده که طرحواره غلط است. این روند سبب می‌شود تا این بیماران از بند پردازش‌های ناکارآمد رهاشده و بتوانند پردازش‌های شناختی و هیجانی کارآمدتری را به نمایش گذاشته و از این طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری را نیز از خود نشان می‌دهند. از طرفی دیگر مهارت‌های مبتنی بر طرحواره درمانی از ارتقای کارکردهای شناختی و روان‌شناختی حمایت می‌کند. بر این اساس شرکت‌کنندگان در جریان درمان، مهارت‌هایی کسب می‌کنند که از طریق آن از تصاویر نشخوار گونه ذهنی رها می‌شوند و ذهن خود را از خستگی رها کرده و به واسطه این تغییرات جدیدی که فنون ذهن آگاهی در فرد ایجاد می‌کند، بیماران حاضر در پژوهش در برابر استرس‌ها، اضطراب و افکار پریشان که ممکن است در آینده نیز به آن دچار شود، محافظت می‌گردد و که این‌ها همه بر قدرت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی این افراد تأثیر می‌گذارد.

همچنین در تبیین دیگر طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توان به این موارد اشاره نمود با افزایش آگاهی افراد نسبت به حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارد و باعث کاهش نشخوارهای فکری و نگرش‌های ناکارآمد در افراد می‌شود. همچنین افراد را متوجه افکار زائد خود می‌سازد و مجدداً افکار آن‌ها را به سایر جنبه‌های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه با حضور ذهن یا صداها محیطی، معطوف می‌سازد و از این طریق باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. همچنین از آنجایی که بخشی از مشکل انعطاف‌ناپذیری و عاطفه منفی بیماران مبتلابه سرطان در عواملی چون عدم حضور ذهن آگاهانه در مکان و زمان نهفته است، بنابراین ارتقا ذهن آگاهی گامی مهم در جلوگیری از خود انتقادی و افزایش عاطفه مثبت است. به طوری که افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت ذهن آگاهی است (گا، زو و ژا، ۲۰۱۸) و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت و موجب بهبود قابلیت فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها می‌شود و این عوامل نیز به خودی خود می‌توانند باعث کاهش علائم در بیماران و افزایش هیجانات و ویژگی‌های مثبت روان‌شناختی شوند. علاوه بر این طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، تمرینات و تکنیک‌های ذهن آگاهی به جهت کمک به مراجعین به منظور افزایش آگاهی و تغییر دادن موقعیت‌های چالش‌انگیز از جمله حالت‌ها و هیجان‌های موقعیت منفی، بدون واکنش به‌طور خودکار و عادت وار، طراحی شده است. بنابراین افراد در نتیجه دریافت درمانی طرحواره مبتنی بر ذهن آگاهی، تجربیات شناختی را به عنوان عناصر مجزا از خود و به عنوان یک حالت گذرا و به عنوان موضوعی برای تغییر می‌پذیرند و به جای

کاوش موضوع و یا اجتناب شناختی یا رفتاری از تجربه آن که هر دو دردآور خواهد بود، این تجربیات را مانند سایر تجربیات شناختی که خنثی بوده و یا دارای بار هیجانی نمی‌باشند، پذیرفته و نهایتاً درونی می‌کنند.

از این رو می‌توان رویکرد طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را به‌عنوان یک مداخله مناسب به‌منظور ارتقای توانمندی مبتلایان در سازگاری با بحران سرطان و کاهش عوارض روان‌شناختی ناشی از آن به‌کاربرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهشی بر روی نمونه‌هایی با حجم بیشتر و به‌صورت مقایسه‌ای با سایر روش‌های روان‌درمانی گروهی و در مراحل مختلف درمان‌های پزشکی انجام شود. به‌علاوه با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر استفاده از متخصصان روان‌شناسی در بخش‌های مختلف بیمارستانی از جمله بخش سرطان توصیه می‌شود.

References

- Abedi Sharq, Najmeh; Ahvan, Massoud; Dostian, Yunus; Azami, Yusuf and Hosseini, Sepideh. (2016). The effectiveness of emotional schema therapy on clinical symptoms and emotional schema in patients with obsessive compulsive disorder. *Quarterly Journal of Clinical Psychological Studies*, 26(11), 163-149.
- Afsharpour, Samia and Aghdasi, Ali Naghi. (1400). A comparative study of the effectiveness of reality therapy and existential therapy on the resilience of women with breast cancer. *Journal of Women and Family Studies*, 52 (11), 19-40.
- Burguin, A., Diorio, C., & Durocher, F. (2021). Breast cancer treatments: updates and new challenges. *Journal of personalized medicine*, 11(8), 808.
- Bürkle, J. J., Fendel, J. C., & Schmidt, S. (2021). Mindfulness-based and acceptance-based programmes in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a study protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 11(6), e050329.
- Caraceni, A., & Shkodra, M. (2019). Cancer Pain Assessment and Classification. *Cancers*, 11(4), 510.
- Chaddha, A., Robinson, E. A., Kline-Rogers, E., Alexandris-Souphis, T., & Rubenfire, M. (2016). Mental health and cardiovascular disease. *The American journal of medicine*, 129(11), 1145-1148.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135.
- Conley C, Bishop B, Andersen B.(2016). Emotions and emotion regulation in Breast cancer survivorship. *HealthCare*, 4, 56: 1-22.
- Doomen, L. (2018). The effectiveness of schema focused drama therapy for cluster C personality disorders: An exploratory study. *The Arts in Psychotherapy*, 61, 66-76.
- Dubé, V., Tremblay-Perreault, A., Allard-Cobetto, P., & Hébert, M. (2023). Alexithymia as a Mediator between Intimate Partner Violence and Post-Traumatic Stress Symptoms in Mothers of Children Disclosing Sexual Abuse. *Journal of Family Violence*, 1-9.
- Edwards, E. R., Shivaji, S., Micek, A., & Wupperman, P. (2020). Distinguishing alexithymia and emotion differentiation conceptualizations through linguistic analysis. *Personality and Individual Differences*, 157, 109801.
- Eriksson, M. (2022). The sense of coherence: the concept and its relationship to health. In *The handbook of salutogenesis* (pp. 61-68). Springer, Cham.
- Farzadenia, Marzieh. (1400). The role of emotional dyslexia in predicting the tendency to risky behaviors based on the mediating role of perceived social support. *Psychological Quarterly*, 25(4), 559-550.
- Fineberg, N. A., Day, G. A., de Koenigswarter, N., Reghunandanan, S., Kolli, S., Jefferies-Sewell, K., ... & Laws, K. R. (2015). The neuropsychology of obsessive-compulsive personality disorder: a new analysis. *CNS spectrums*, 20(5), 490-499.
- Ghayour Kazemi, F., Shahabizadeh, F., Safara, M., Shahidsales, S., Aledavood, S. A., Hosseini, S., ... & Zarei, E. (2023). Comparing the Effectiveness of Mindfulness Based Schema Therapy and Transdiagnostic Intervention on Cognitive Fusion with Illness and Posttraumatic Avoidance in Women with Breast Cancer: A Semi-Experimental Study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 33(220), 54-65.
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83.
- Gooch, J. C., & Schnabel, F. (2019). Inflammatory Breast Cancer. In *Clinical Algorithms in General Surgery* (pp. 105-108). Springer, Cham.

- Gu, Y., Xu, G., & Zhu, Y. (2018). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for college students with ADHD. *Journal of attention disorders*, 22(4), 388-399.
- Gurban Alizadeh, Massoud; Moghadamzadeh, Ali and Jafari, Isa. (2016). The effectiveness of schema therapy and meaning therapy on death anxiety in people suffering from narcissism. *Journal of Clinical and Counseling Psychology Research*, 7(1), 2-14.
- Hazlett-Stevens, H., Singer, J., & Chong, A. (2019). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy with older adults: a qualitative review of randomized controlled outcome research. *Clinical Gerontologist*, 42(4), 347-358.
- Hente, E., Sears, R., Cotton, S., Pallerla, H., Siracusa, C., Filigno, S. S., & Boat, T. (2020). A Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Improve Well-Being for Health Professionals Providing Chronic Disease Care. *The Journal of Pediatrics*.
- Jordan, K. D., & Smith, T. W. (2017). The interpersonal domain of alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 110, 65-69.
- Kase, T., Ueno, Y., Shimamoto, K., Oishi, K. (2019). Causal relationships between sense of coherence and life skills: Examining the short-term longitudinal data of Japanese youths. *Mental Health & Prevention*, 13(1), 14-20
- Katsura, C., Ogunmwoyi, I., Kankam, H. K., & Saha, S. (2022). Breast cancer: presentation, investigation and management. *British Journal of Hospital Medicine*, 83(2), 1-7.
- Külz, A. K., Landmann, S., Cludius, B., Rose, N., Heidenreich, T., Jelinek, L., ... & Maier, J. G. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): a randomized controlled trial. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 269(2), 223-233.
- Lane, R. D. (2020). Alexithymia 3.0: reimagining alexithymia from a medical perspective. *BioPsychoSocial Medicine*, 14(1), 1-8.
- Leeuwerik, T., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2020). The association of trait mindfulness and self-compassion with obsessive-compulsive disorder symptoms: results from a large survey with treatment-seeking adults. *Cognitive Therapy and Research*, 44(1), 120-135.
- Lev, A., & McKay, M. (2017). *Acceptance and Commitment Therapy for Couples: A clinician's guide to using mindfulness, values, and schema awareness to rebuild relationships*. New Harbinger Publications.
- Maddock, A., Hevey, D., D'Alton, P., & Kirby, B. (2019). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy with psoriasis patients. *Mindfulness*, 10(12), 2606-2619.
- Mirbagheri, S. R., Khosravi, S., & Akrami, M. (2022). Evaluation of the effectiveness of group schema therapy on death anxiety and emotional disturbance in patients with breast cancer in Shiraz. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 9(5), 16-28.
- Moen, V.P., Eide, G.E., Drageset, J., Gjesdal, S. (2019). Sense of Coherence, Disability, and Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Study of Rehabilitation Patients in Norway. American Congress of Rehabilitation Medicine.
- Narimani, Mohammad and Aini, Sanaz. (1400). Causal Model of Corona Virus Anxiety in the Elderly Based on Perceived Stress and Sense of Coherence: The Mediating Role of Perceived Social Support. *Journal of Psychology of Aging*, 7(1), 13-27.
- Peres, V., Corcos, M., Robin, M., & Pham-Scottez, A. (2020). Emotional intelligence, empathy and alexithymia in anorexia nervosa during adolescence. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(1), 1-8.
- Petter, M., McGrath, P. J., Chambers, C. T., & Dick, B. D. (2014). The effects of mindful attention and state mindfulness on acute experimental pain among adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(5), 521-531.
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*, 39, 30-41.
- Raftar Aliabadi, M. R., & Shareh, H. (2022). Mindfulness-based schema therapy and forgiveness therapy among women affected by infidelity: A randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, 32(1), 91-103.
- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., Huibers, M.J.H. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 58, 97-105.

- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford publications.
- Smolarz, B., Nowak, A. Z., & Romanowicz, H. (2022). Breast cancer—epidemiology, classification, pathogenesis and treatment (review of literature). *Cancers*, *14*(10), 2569.
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, *47*(7), 710-717.
- Van den Broek, E., Keulen-de Vos, M., & Bernstein, D. P. (2011). Arts therapies and schema focused therapy: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, *38*(5), 325-332.
- Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Schurink, G. (2014). *Mindfulness and schema therapy: A practical guide*. John Wiley & Sons.
- Wilkinson, L., & Gathani, T. (2022). Understanding breast cancer as a global health concern. *The British Journal of Radiology*, *95*(1130), 20211033.
- Will, M., Liang, J., Metcalfe, C., & Chandarlapaty, S. (2023). Therapeutic resistance to anti-oestrogen therapy in breast cancer. *Nature Reviews Cancer*, *23*(10), 673-685.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Zamariola, G., Vlemincx, E., Corneille, O., & Luminet, O. (2018). Relationship between interoceptive accuracy, interoceptive sensibility, and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, *125*, 14-20.
- Zimmerman, B. J., Finnegan, M. K., Paul, S., Schmidt, S. A., Tai, Y., Roth, K. A., ... & Husain, F. T. (2019). Functional brain changes during mindfulness-based cognitive therapy associated with tinnitus severity. *Frontiers in neuroscience*, *13*, 747.