

Comparison of the Effectiveness of Spiritual-Self Schema and Emotion-Focused Therapies on Attachment Injuries on Depression and Self Injury Behavior of Women Injured by Husband's Infidelity

Fariba Ghaseminejad Rinie: Ph.D. student of psychology, faculty of psychology and educational science, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran. azadbnd.pub@gmail.com

Mohsen Golparvar*: Ph.D. of psychology, associate professor, department of psychology, faculty of psychology and educational science, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran. drmgolparvar@gmail.com

Asghar Aghaei: Ph.D. of psychology, professor, department of psychology, faculty of psychology and educational science, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran. aghaeipsy@gmail.com

Abstract

Introduction: Husband's infidelity is a factor that undermines the well-being of many women. This study aimed to evaluate and compare the effectiveness of spiritual-self schema therapy and emotion-focused therapy based on attachment injuries on depression and self-injury behavior of women injured by their husband's infidelity.

Methods: This research was a semi-experimental study with a pretest, posttest and two months follow up design with a control group. The statistical population included all women hurt by their husband's infidelity referred to psychological counseling centers in Bandarabbas in spring 2021, forty-eight of them were selected by purposive sampling method and randomly assigned to two experimental groups and a control group, sixteen persons for each. Beck's depression inventory (BDI-II) and self-injury behavior questionnaire were used to collect data. Spiritual-self schema therapy and emotion-focused therapy based on attachment injuries were performed in the two experimental groups in ten sessions of ninety minutes per week. For data analysis, a mixed design with repeated measures analysis of variances was performed by SPSS26.

Results: The results showed that the interaction between group and time elements on depression was significant. ($P < 0.01$) In the sense that, spirituality based schema therapy and emotion-focused therapy based on attachment injuries significantly decreased depression in the experimental groups. Also, results indicated that there was no significant difference between the effectiveness of spiritual-self schema therapy and emotion-focused therapy based on attachment injuries in decreasing self-injury behavior. ($P > 0.05$)

Conclusions: The spiritual-self schema therapy and emotion-focused therapy based on attachment injuries are effective for decreasing depression in women injured by husband's infidelity; and both can be used to help hurt by husband's infidelity's women.

Keywords

Depression, Emotion-Focused Therapy, Schema Therapy, Self-injury, Spirituality

*Corresponding Author
Study Type: Original
Received: 31 Dec 2021
Accepted: 27 Sep 2022

Please cite this article as follows:

Ghaseminejad Rinie F, Golparvar M, and Aghaei A. Comparison of the effectiveness of spiritual-self schema and emotion-focused therapies on attachment injuries on depression and self injury behavior of women injured by husband's infidelity. Quarterly journal of social work. 2022; 11 (3); 5-17

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی معنویت‌محور و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب‌دلبستگی، بر افسردگی و رفتار خودآسیبی زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر

فریبا قاسمی‌نژاد رایینی: دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. azadbnd.pub@gmail.com

محسن گل‌پرور*: دکتری روانشناسی، دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. drmgolparvar@gmail.com

اصغر آقایی: دکتری روانشناسی، استاد گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. aghaeipsy@gmail.com

واژگان کلیدی

افسردگی، خودآسیبی، درمان هیجان‌مدار، طرحواره درمانی، معنویت‌گرایی

* نویسنده مسؤول

نوع مطالعه: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۰۵

چکیده

مقدمه: پیمان‌شکنی شوهر عامل تضعیف بهزیستی و سلامتی برای بسیاری از زنان است. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی معنویت‌محور و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب‌دلبستگی بر افسردگی و رفتار خودآسیبی زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر انجام شد.

روش: این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با پیگیری دو ماهه با گروه گواه بود. جامعه‌آماری شامل زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر در شهر بندرعباس در بهار ۱۴۰۰، و گروه نمونه شامل چهل و هشت نفر از این زنان بودند که به‌صورت هدفمند انتخاب و سپس به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه در هر گروه شانزده نفر گمارده شدند. از سیاهه افسردگی بک BDI-II و پرسشنامه رفتار خودآسیبی SIQ برای

جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. طرحواره درمانی معنویت‌محور و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب‌دلبستگی به‌ترتیب برای گروه آزمایش اول و دوم هر یک طی ده جلسه نود دقیقه‌ای در هر هفته اجرا شد. داده‌ها با استفاده از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از طریق نرم‌افزار SPSS22 تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد که تعامل عامل زمان و گروه بر افسردگی معنادار است. ($P < 0/05$) به این معنی که طرحواره درمانی معنویت‌محور و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب‌دلبستگی به‌طور معناداری افسردگی را در گروه‌های آزمایش کاهش دادند. همچنین نتایج نشان داد که طرحواره درمانی معنویت‌محور و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب‌دلبستگی بر کاهش رفتار خودآسیبی دارای اثربخشی معناداری نیستند. ($P > 0/05$)

بحث و نتیجه‌گیری: طرحواره درمانی معنویت‌محور و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب‌دلبستگی، هر دو درمانی موثر جهت کاهش افسردگی در زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر هستند. این دو درمان می‌توانند برای یاری به زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر مورد استفاده قرار گیرند.

فریبا قاسمی‌نژاد رایینی، محسن گل‌پرور و اصغر آقایی. مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی معنویت‌محور و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب‌دلبستگی، بر افسردگی و رفتار خودآسیبی زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۴۰۱؛ ۱۱ (۳): ۵-۱۷

نحوه استناد به مقاله:

مقدمه

تجربه پیمان شکنی همسر رویدادی آسیبزا است که در موارد زیادی زنان را در معرض آسیب های جسمی، روانی و اجتماعی قرار می دهد. [۱] تاکنون نرخ های شیوع متفاوتی برای پیمان شکنی زناشویی و یا روابط فرازناشویی در سطح جهان گزارش شده است. بر اساس برخی شواهد در خارج از ایران، پانزده تا هفتاد درصد زنان و بیست و پنج تا هفتاد و پنج درصد مردان، ممکن است در مسیر زندگی خود درگیر روابط پیمان شکنانه یا روابط فرازناشویی شوند. [۲ و ۳] تاکنون در ایران آمار رسمی از میزان شیوع پیمان شکنی یا روابط فرازناشویی داده نشده است. با این حال، در برخی مطالعات از میزان رو به رشد این پدیده سخن به میان آمده است. [۳] در کنار آمار مربوط به پیمان شکنی و روابط فرازناشویی، یکی از روندهای پژوهشی رو به گسترش، بررسی پاسخ زنان و مردان و آثار و تبعات پیمان شکنی برای زوج ها، بالاخص برای زنانی است که با پیمان شکنی همسر مواجه می شوند. پیمان شکنی همسر برای زنان، می تواند اثراتی نظیر احساس شرم، خجالت، خشم، تحقیر، حسادت و تنفر را به دنبال داشته باشد. [۴ و ۵] فراتر از آثار و تبعات مورد اشاره، دو پدیده بسیار مهم مرتبط با پیمان شکنی زناشویی و به تبع آن سطح سلامت و بهزیستی زنان، افسردگی و رفتار خودآسیبی است. [۶ و ۷]

افسردگی از نظر بالینی وضعیت خلقی و عاطفی متشکل از خلق غمگین، بی علاقه‌گی به کارهایی که قبلاً انجام آن ها لذت بخش بوده، مختل شدن عملکرد روزانه و کاهش انرژی، تغییرات خواب و اشتها، بی قراری و اضطراب، کاهش ظرفیت تصمیم گیری، احساس بی ارزشی، عذاب وجدان، ناامیدی، افکار آسیب به خود و خودکشی است. [۸] زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر، افکار و یادآوری های فاجعه آمیز مکرر و زیادی را در مورد پیمان شکنی همسر دارند. همین امر باعث سوگیری منفی و گزینشی آنان نسبت به شرایط شده و به تدریج به سوی درماندگی و انفعال و در نهایت افسردگی کشیده می شوند. [۶] شروت و ویگل ۲۰۲۰ در مطالعه خود اشاره نموده اند که افسردگی ناشی از پیمان شکنی همسر، به لحاظ فرایند و نحوه بروز، پاسخی به خاطره و یادآوری مکرر صحنه های واقعی یا تصویری پیمان شکنی همسر است. [۷] در کنار افسردگی رفتار خودآسیبی نیز ممکن است در بین زنان مواجه شده با پیمان شکنی همسر بروز نماید. [۹] خودآسیب رسانی، شکلی از تخریب عمدی و تغییر بافت های بدن، بدون قصد آشکار خودکشی است. بر اساس مطالعات انجام شده خودآسیب رسانی روشی نامناسب برای مواجهه با مشکلات هیجانی، خشم و ناکامی است. اگرچه این رفتار ابتدا باعث کاهش تنش و احساس آرامش می شود، ولی اغلب فرد پس از آن با احساس گناه، شرمندگی و بازگشت احساسات منفی روبرو می شود. [۱۰] شواهد حاصل از مطالعات انجام شده حاکی از رابطه بین افسردگی و رفتار خودآسیبی است. [۱۱ و ۱۲] به واسطه رابطه افسردگی و رفتار خودآسیبی و با توجه به بروز افسردگی در زنان مواجه شده با پیمان شکنی همسر، [۸] در مواردی رفتار خودآسیبی در این زنان قابل پیشبینی و مورد انتظار است. [۱۳] بروز افسردگی در کنار رفتار احتمالی خودآسیبی، به دلیل این که، بالاخص افسردگی به شدت ممکن است سلامتی، بهزیستی و کارکردهای طبیعی زنان مواجه شده با پیمان شکنی همسر را با مشکلات جدی مواجه سازد، ضرورت درمان های روان شناختی و اجتماعی را محرز می سازد. تاکنون درمان های مختلفی برای افراد مواجه شده با پیمان شکنی، برای درمان افسردگی و رفتارهایی نظیر خودآسیبی مطرح و استفاده شده است. دو درمان که به لحاظ ماهیت پیمان شکنی و تبعات افسردگی و متغیرهای مرتبط با آن برای زنان مواجه شده با پیمان شکنی همسر، می تواند مورد توجه قرار گیرد، یکی طرحواره درمانی معنویت محور و دیگری درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی است.

طرحواره درمانی، از طیف درمان هایی است که ریشه بسیاری از مشکلات و نارسایی های روان شناختی و حتی روان تنی انسان ها را وجود نظامی از باورها، بایدها و تفسیر و تعبیرهای ذهنی و شناختی ناکارآمد و معیوب موسوم به طرحواره های ناسازگار اولیه می داند. [۱۴] این طرحواره های ناسازگار و مشکل آفرین، اغلب ریشه در فرایندهای تحول و رشد کودکی داشته و در صورت درمان نکردن و تعدیل نیافتن آن ها، می توانند در عرصه های مختلف انسان ها را با مشکل مواجه کنند. [۱۵] شواهدی وجود دارد که پیمان شکنی و مواجهه با آن با طرحواره های ناسازگار در ارتباط است. [۱۶] بر همین اساس نیز این درمان در مواردی به تازگی برای یاری به زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر استفاده شده است. برای نمونه در پژوهشی رفتار علی آبادی و همکاران ۲۰۲۰ و ۲۰۲۲ نشان دادند که طرحواره درمانی همراه با ذهن آگاهی موجب کاهش تحریف شناختی و نشانه های افسردگی در زنان مواجه شده با پیمان شکنی همسر می شود. [۱۶ و ۱۷]. علاوه بر مطالعه مورد اشاره،

در برخی مطالعات دیگر، اثربخشی طرحواره درمانی بر متغیرهایی که به نوعی با افسردگی ارتباط دارند نیز بررسی شده است. برای نمونه مورکانی [۲۰۲۱] و شخم‌گر [۲۰۱۶] اثربخشی طرحواره درمانی را بر افزایش سلامت روان، نیکوگفتار و سنگانی [۲۰۲۰] اثربخشی طرحواره درمانی را بر نشخوار ذهنی، احساس تنهایی و سلامت روان، یوسفی [۲۰۱۱] اثربخشی طرحواره درمانی را بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عسگری و گودرزی [۲۰۱۸] نیز اثربخشی طرحواره درمانی را بر دزدگی زناشویی نشان داده‌اند. در کنار طرحواره‌های ناسازگار و طرحواره درمانی، معنویت و معنویت‌گرایی نیز در حوزه روابط فرازناشویی و پیمان شکنانه، به تازگی بیشتر از قبل مورد توجه قرار گرفته است. یکی از منظرهای مورد توجه در حوزه معنویت‌گرایی، تلقی معنویت به‌عنوان ارتباطی معنادار و آرامش بخش با نیروی فرا بشری است. در این دیدگاه که طرفداران زیادی نیز در سرتاسر دنیا دارد، ارتباطی معنادار و حمایت‌گرانه با نیروی لایزال و همیشه حاضر خداوند متعال، احساس تنها نبودن و رهایی از درماندگی در مواجهه با سختی‌ها را در انسان تقویت می‌کند. [۲۳ و ۲۴] زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر، در بسیاری مواقع احساس تنهایی، درماندگی، رهاشدگی و بی‌پناهی را تجربه نموده و از این طریق سلامت و بهزیستی آن‌ها به شدت به مخاطره می‌افتد. [۹] در حمایت از نیاز به توجه به معنویت و معنویت‌گرایی و اثربخشی درمان‌های معنویت‌محور برای زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر، نعیمی در مطالعه خود نشان داد که مداخله معنوی-مذهبی موجب افزایش حس آرامش و بخشش در زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی زناشویی می‌شود. [۲۳] در ترکیب نتایج مطالعات حوزه طرحواره و طرحواره درمانی در کنار نقش معنویت و نیاز به حمایت معنوی در زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر، طرحواره درمانی معنویت‌محور، به‌عنوان ترکیبی از طرحواره درمانی و معنویت درمانی در این مطالعه مطرح و استفاده شده است.

فراتر از نقش طرحواره‌های ناسازگار و معنویت متکی بر نیروی فرا بشری خداوند متعال، زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر، از آسیب‌های معطوف به دلبستگی و اعتماد رنج می‌برند. [۲۵] به همین جهت، یکی دیگر از رویکردهای مطرح قابل استفاده در درمان برخی پیامدهای پیمان‌شکنی زناشویی، درمان هیجان‌مدار است. [۲۶] هدف اصلی این نوع درمان کمک به زوجها جهت گسترش، تنظیم و بیان احساسات به شیوه‌ای سازگارانه‌تر است. در بستر درمان هیجان‌مدار، درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی توسط برویچر در راستای تغییر رفتارهای دلبستگی به‌عنوان گزینه‌ای برای بهبود روابط آسیب‌دیده زوجها و رویکردی برای روابط امن، تنظیم تنش و سازگاری بیشتر ارائه شده است [۲۷]. اگر چه در جستجوها، مطالعه‌ای در دسترس قرار نگرفت که اثربخشی درمان هیجان‌مدار را بر بهبود افسردگی و رفتار

خودآسیبی در زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر، مورد بررسی قرار داده باشد، ولی اثربخشی این درمان بر رضایت جنسی در مطالعه حسن‌نژاد و همکاران [۲۰۲۱]، [۲۶] اثربخشی درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی بر افزایش بخشش در زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر توسط دهقانی و همکاران [۲۰۱۹]، [۲۷] اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر نشانه‌های افسردگی و نشانگان استرس پس از سانحه توسط کریمی و همکاران [۲۰۱۳]، [۲۸] اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر نشانگان افسردگی توسط عماري و همکاران [۲۰۲۲]، [۲۹] اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر امید به آینده، اعتماد بین فردی و افسردگی توسط متقی و همکاران [۲۰۱۹]، [۳۰] و اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر دزدگی زناشویی توسط قاسمی و همکاران [۲۰۲۰]، [۳۱] را می‌توان به‌عنوان شواهدی برای اثربخشی احتمالی درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی بر افسردگی و رفتار خودآسیبی در زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر در نظر گرفت.

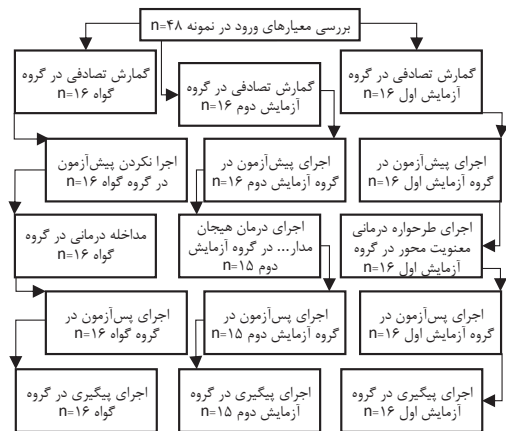
در مجموع مطالعه حاضر همسو با مطالعات قبلی است و با توجه به تعداد کم مطالعات انجام شده بالاخص در حوزه طرحواره درمانی و معنویت درمانی در کنار تمرکز بسیار محدود بر افسردگی و رفتار خودآسیبی به‌عنوان متغیرهای وابسته در زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر، تلاش شد تا با بهره‌گیری از درمان ترکیبی طرحواره درمانی معنویت‌محور در کنار درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی، بسترها و مسیرهای پیشبرد بهزیستی، آرامش و خودارزشمندی زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر را بررسی و تا حد امکان ظرفیت‌های یاری‌رسانی گسترش یابد. بر همین مبنا، مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی معنویت‌محور نسبت به درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی بر افسردگی و رفتار

خودآسیبی زنان مواجه شده با پیمان شکنی

همسر اجرا شد.



جدول (۱) جلسات درمان طرحواره درمانی معنویت محور	
جلسات	محتوا و توضیح مختصر جلسات
اول	آشنایی، معرفی و بیان قوانین حاکم بر گروه و مفاهیم درمانی مطرح شده در دوره درمانی شامل معرفی آن، سنجش مشکلات مراجع در قالب مدل طرحواره، طرحواره و آشنایی با عوامل مرتبط با شکل گیری معنویت و تأثیر آن در زندگی افراد و سنجش سنجش سبک مقابله ای افراد در قبال طرحواره، مفهوم مشکلات شرکت کنندگان. اعتقادات و باورهای معنوی و معنایی. تعیین تکلیف خانگی
دوم	شناخت طرحواره های ناسازگار و ارتباط آن با مشکلات فعلی، شناخت هیجان های مرتبط با طرحواره ها و تأثیر آن بر نگرش افراد، شناخت ماهیت معنویت و تأثیر آن بر سلامتی و مقابله با مشکلات. تعیین تکلیف خانگی: نوشتن دلایل مشکلات به وجود آمده
سوم	آزمون اعتبار طرحواره ها (فنون شناختی)، آموزش و شناخت خطاهای ذهنی، بررسی ذهنیت های طرحواره ای ناسازگار، فن باز تعریف شواهد تایید کننده طرحواره، آموزش مهارت ذهنیت معنوی و معرفی نحوه برخورد افراد معنوی با مشکلات. تعیین تکلیف خانگی: نوشتن دلایل جدید و بازسازی شده برای مشکلات.
چهارم	ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای هر طرحواره، درک ماهیت خود آسیب رسان آن ها، آموزش فنون شناختی جهت به چالش کشیدن طرحواره ها و شناخت الگوهای شناختی تکراری، معرفی انواع سبک های مقابله ای معنوی با رویدادهای تلخ زندگی، فنون دعا و نیایش و تعیین تکلیف خانگی: نوشتن سبک مقابله ای کارآمد و ناکارآمد برای مشکلات.
پنجم	آموزش خطاهای شناختی و بررسی علل تداوم طرحواره، آموزش راهبردهای شناختی جهت تغییر طرحواره ها و مقابله با تداوم بخش های طرحواره ای، فن بازسازی صدای ذهن، برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم و تقویت مفهوم بزرگسال سالم، آموزش و شناخت انگیزش، معنا، هدف و نقش آن در برداشت صحیح از معنویت و تعیین تکلیف خانگی: تهیه فلش کارت طرحواره ای.
ششم	بررسی ریشه های تحول هیجانی طرحواره، کاربرد فنون تجربی نظیر گفتگوی خیالی، تصویرسازی ذهنی با هدف آگاهی و بازپردازش مجدد هیجانات. شناخت هیجانات از دیدگاه معنوی و طرحواره های هیجانی معنوی و تعیین تکلیف خانگی: فن نوشتن نامه برای والدین (بدون ارسال نامه به والدین).
هفتم	آموزش الگو شکنی رفتاری، آشنایی و آموزش مولفه رفتاری مقابله معنوی و پیامدهای آن، فنون مقابله با خشم، تهیه فهرست رفتارهای خاص برای تغییر، آموزش مفهوم ایمان، توکل بر خدا و صبر، دعا و سپاسگزاری از خداوند، تعیین تکلیف خانگی: تهیه اولویت بندی رفتارها برای الگو شکنی.
هشتم	آموزش و شناخت مفهوم دلبستگی و سبک های آن و ارتباط دلبستگی با طرحواره های ناسازگار اولیه و ارتباط دلبستگی و معنویت و تأثیر دلبستگی معنوی بر ارتقا مولفه های روان شناختی سلامت روان. تعیین تکلیف خانگی: تهیه لیستی از رفتارهای تداوم بخش الگوهای ناسالم اولیه.
نهم	آموزش تمرین اثرگذاری طرحواره ها بر روابط کارآمد، آموزش بازنگری مزایا و معایب ادامه روابط، راهکارهایی جهت غلبه بر موانع تغییر رفتار، فنون انگیزه آفرینی، آموزش روابط سالم و سازگارانه با هدف افزایش رضایت از زندگی، آموزش تأثیرات معنویت در روابط بین فردی و تعیین تکلیف خانگی: ثبت الگوهای رفتاری.
دهم	مرور و جمع بندی فنون آموخته شده در بخش طرحواره درمانی و معنویت: مرور آموزش کارآمد مقابله با تنش و ناکامی، آموزش و شناخت باورهای نجات بخش، فنون آرامش دهی بخشش محور، قنطاری و شکرگزاری و اجرای پس آزمون توسط اعضای گروه.



نمودار (۱) نمودار CONSORT پژوهش

در این مطالعه از روش نیمه آزمایشی سه گروهی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری شامل تمامی زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر ساکن در شهر بندرعباس بوده که به فراخوان های نصب شده در مراکز مشاوره روان شناختی این شهر در بهار سال ۱۴۰۰ پاسخ داده بودند. تعداد آن ها در بازه زمانی پژوهش شصت زن آسیب دیده از پیمان شکنی از جمله عاطفی یا جنسی همسر بود که پس از ارزیابی اولیه از طریق یک مصاحبه مقدماتی برای تشخیص دارا بودن ملاک های ورود به پژوهش، چهل و هشت نفر شامل شانزده نفر در هر گروه به شیوه هدفمند انتخاب شدند. برای تعیین حجم نمونه، بر اساس حداقل انحراف معیار افسردگی مبتنی بر یک مطالعه مقدماتی در پژوهش حاضر که برابر با ده و هجده صدم به دست آمد، مقدار Z در سطح اطمینان نود و پنج درصد برابر با یک و نود و شش صدم، توان آزمون برابر با نود و مقدار Z برابر با یک و بیست و هشت و مقدار حداقل خطا یا اختلاف (مقدار d) در فرمول برابر با حداقل دوازده نمره، با توجه به ریزش احتمالی تعداد نمونه برای هر گروه شانزده نفر برآورد گردید. فرمول استفاده شده به این شرح می باشد. پس از انتخاب، نمونه به طور مساوی در هر گروه شانزده نفر به صورت تصادفی در سه گروه شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارده شدند. در نمودار شماره یک در قالب نمودار کانسورت فرایند نمونه گیری، گمارش، سنجش و اجرای درمان نشان داده شده است.

ملاک های ورود و خروج

ملاک های ورود: رضایت آگاهانه افراد مورد پژوهش و تمایل به مشارکت و ادامه آن، جنسیت زن، رده سنی بیست تا پنجاه سال، گذشت حداقل سه سال از زندگی مشترک و قرار نداشتن تحت درمان های روان پزشکی و روان شناختی به طور

کنندگان، داشتن آزادی و اختیار کامل برای کناره‌گیری از پژوهش، اطلاع‌سانی کامل در مورد پژوهش، کسب رضایت‌نامه کتبی و استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش بود. همچنین در راستای پیروی از معیارهای اخلاقی در مطالعات علمی، گروه گواه در پایان دوره اجرای پژوهش، به‌صورت آزادانه و به شکل فشرده تحت یکی از درمان‌های هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب‌دلبستگی و طرحواره درمانی معنویت‌محور قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس افسردگی بک ویرایش دوم
BDI-II: جهت سنجش میزان افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک و کلارک که شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است استفاده شد. [۳۲] این پرسشنامه شامل بیست و یک گویه است. فرد پاسخگو برای هر گویه یکی از چهار گزینه‌ای که نشان‌دهنده شدت افسردگی وی است را بر می‌گزیند. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا سه می‌گیرد و در نتیجه نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای از صفر تا شصت و سه دارد. افزایش امتیازات در این پرسشنامه به معنای افزایش شدت افسردگی است. مطالعات روان‌سنجی انجام شده بر روی ویرایش دوم این پرسشنامه نشان می‌دهد که از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است. [۳۲ و ۳۳] برای نمونه بک و همکاران علاوه بر نشان دادن شواهدی از روایی محتوایی سوالات این پرسشنامه در تطابق با نشانه‌های مطرح برای افسردگی در راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روان‌شناختی انجمن روانشناسی امریکا DSM-IV، آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برابر با نود و دو صدم و پایایی بازآزمایی آن را در فاصله یک هفته‌ای برابر با نود و سه صدم گزارش نموده‌اند. [۳۲] این پرسشنامه تاکنون در مطالعات مختلفی در ایران استفاده و روایی سازه، افتراقی و پایایی آن به خوبی مستند و تایید شده است. برای نمونه

جدول (۲) جلسات درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب‌دلبستگی	
جلسات	محتوا و توضیح مختصر جلسات
اول	آشنایی، معرفی و بیان قوانین حاکم بر گروه و مفاهیم درمانی مطرح شده در دوره درمانی، برقراری اتحاد درمانی، ایجاد فضای امن برای مطرح شدن مشکلات فرد آسیب دیده از پیمان شکنی همسر، بررسی انگیزه درمان، اهداف درمانی و چگونگی اجرای درمان. همچنین درمانگر، اعضای گروه را حمایت نموده و ترغیب می‌کند احساس واقعی خود در ارتباط با پیمان‌شکنی همسر را بیان کند. همسر آسیب‌دیده به بیان آسیب‌ها و تاثیرهای پیمان شکنی ناشوویی پرداخته و ناامیدی خود را در رابطه صمیمانه با همسر پیمان شکن، ابراز می‌کند.
دوم	کشف تعامل‌های مشکل‌دار، ارزیابی مشکل، ردگیری و توصیف چرخه‌های تکرار شونده که موجب ماندگاری آشفتگی زناشویی شده، یافتن موانع دلبستگی، ارزیابی رابطه و پیوند دلبستگی زوج آسیب‌دیده، بررسی نقش هیجانات در تعاملات بین فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری و مرور آسیب‌ها و تاثیرهای ناشی از پیمان شکنی زناشویی.
سوم	روشن کردن تجربه‌های برجسته مربوط به دلبستگی و پذیرش احساسات تصدیق نشده بنیادی از راه اعتباربخشی با واگوش و انعکاس هیجان‌های ثانویه، گذار از هیجان‌های ثانویه برای دستیابی به هیجان‌های بنیادی اولیه.
چهارم	کمک درمانگر به همسر آسیب‌دیده برای دستیابی و کاوش هیجانات زیربنایی و ناشناخته، بحث در مورد هیجانات اولیه، پردازش آن‌ها و بالا بردن آگاهی از هیجانات اولیه و شناخت آن‌ها، همچنین همسر آسیب‌دیده به ترس‌های دلبستگی در ارتباط با همسر پیمان شکن خود دست یافته و سپس به ابراز روشن این ترس‌ها و رنجش‌های ناشی از آن بپردازد. درمانگر در این مرحله به همسر آسیب‌دیده کمک می‌کند تا همچنان در ارتباط با پیمان شکنی زناشویی و آسیب دلبستگی ناشی از آن قرار گرفته و هیجان‌های ثانویه خود را در ارتباط با آسیب ایجاد شده، آشکار سازد.
پنجم	ابراز هیجان‌ها، شناسایی بیشتر نیازهای دلبستگی، پذیرش هیجان‌ها، عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی (گسترش و بازسازی تجربه هیجانی) و یکپارچه‌سازی این عناصر با تعاملات ارتباطی، کمک به همسر آسیب دیده برای افزایش آگاهی و بیان نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش تجربه تصحیحی و در نهایت ترغیب همسر آسیب‌دیده جهت به‌کارگیری الگوهای تعاملی توأم با احترام و همدلی.
ششم	با مرور جلسه قبل درمانگر به نقش و جایگاه هر همسر در رابطه پرداخته و بر پذیرش تجربیات پیش آمده تاکید می‌کند. همچنین راه‌های جدید تعامل با تجربیات، ردگیری هیجانات شناخته شده، برجسته‌سازی و شرح مجدد نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آن‌ها می‌پردازد.
هفتم	بازسازی تعامل‌ها در جهت این‌که همسر آسیب‌دیده پاسخگوتر باشد، تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها به شیوه جدید در نتیجه ایجاد ادراکات تازه از یکدیگر و خلق پیوند ایمن و ایجاد رویدادهای دلبستگی‌مدار و آغاز چرخه جدید تعاملی.
هشتم	مرور جلسه قبلی و بازسازی تعامل‌ها، تسهیل کشف راه حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی، تعریف دوباره رابطه و ایجاد فضای امن در روابط زوجی.
نهم	تثبیت و تقویت مواضع تازه و چرخه‌های جدید تعاملی، درگیری صمیمانه با همسر پیمان‌شکن و پذیرش وضعیت‌های جدید تعاملی از طریق چرخه‌های تعاملی مثبت و جدید و مقایسه آن با چرخه ناکارآمد قبلی، افزایش تمرین در دسترس بودن، پاسخگو بودن و درگیری هیجانی.
دهم	با مرور جلسه های قبل، درمانگر به تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است پرداخته و به برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجاد شده است، می‌پردازد. شکل‌گیری رابطه براساس یک پیوند ایمن به‌گونه‌ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه‌حل‌ها، آسیبی به آن‌ها وارد نسازد را تمرین می‌کنند. ایجاد دلبستگی ایمن، تثبیت، یکپارچه‌سازی موقعیت‌های تعاملی جدید و خاتمه درمان.

همزمان.

ملاک‌های خروج: شامل نداشتن رضایت و تمایل به مشارکت و یا ادامه مشارکت در پژوهش، غیبت دو جلسه متوالی یا غیر متوالی و تمایل نداشتن به ادامه زندگی مشترک یا بودن در شرف طلاق، یا ترک زندگی مشترک.

ملاحظات اخلاقی: شامل کسب کد اخلاق برای مطالعه از طرف کمیته اخلاق، رعایت رازداری نسبت به هویت و اطلاعات شرکت

رحیمی ۲۰۱۴ با استفاده از دو هزار و دویست و شصت نفر دانشجو در شهر شیراز، پایایی بازآزمایی برابر با هفتاد و سه صدم و آلفای کرونباخ برابر با هشتاد و هفت صدم را برای این مقیاس در ایران به دست آورده است. [۳۳]

در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برابر با هشتصد و چهل و شش هزارم به دست آمد.

پرسشنامه رفتار خودآسیبی

SIQ: پرسشنامه خودگزارشی رفتارهای خودآسیب رسان توسط کلانسکی و گلن ۲۰۰۹ ساخت شده و سیزده کارکرد رفتارهای خودآسیب رسان را به وسیله سی و نه سوال مورد ارزیابی قرار می دهد. این سیزده کارکرد زیر تحت دو بعد درون فردی (تنظیم عاطفی، ضد گسستگی، ضد خودکشی، نشان پریشانی و خودتنبیهی) و بعد بین فردی (استقلال، حریم های بین فردی، تاثیر بین فردی، وابستگی به همسالان، انتقام، مراقبت از خود، هیجان خواهی و سرسختی) قرار می گیرند. [۳۴]

سوالات در قالب سه گزینه ای از صفر کاملاً غیر مرتبط، یک تاحدی مرتبط و دو کاملاً مرتبط امتیازدهی شده، بنابراین هر یک از خرده مقیاس ها از صفر تا شش نمره گذاری می شوند. همچنین میانگین کلی رفتارهای خودآسیب رسان از جمع نمرات خرده مقیاس های بعد درون فردی و بعد برون فردی تقسیم بر تعداد سیزده به دست می آید.

[۳۴] کلانسکی و گلن ۲۰۰۹ در مطالعه خود با استفاده از دویست و سی و پنج دانشجو، از طریق تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش از نوع پروماکس، روایی سازه این پرسشنامه را مستند نموده و به عنوان شواهدی از روایی همگرا بین امتیازات حاصل از این پرسشنامه با افسردگی، اضطراب، اختلال شخصیت مرزی، ایده پردازی معطوف به خودکشی، اقدام به خودکشی و خودآسیبی در زمان تنها بودن همبستگی مثبت و معناداری ($P < 0/01$) را گزارش نموده است. آلفای کرونباخ پرسشنامه نیز هشتاد و هشت صدم و

هشت دهم برای این پرسشنامه گزارش شده است. [۳۴]

همکاران ۲۰۱۴ با استفاده از سی نوجوان مقیم کانون اصلاح و تربیت تهران، پس از بررسی روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه، آلفای کرونباخ را برابر با هفتاد و شش صدم گزارش نمودند. [۳۵]

حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با نود و هشت صدم به دست آمد.

پس از انتخاب و گمارش تصادفی شرکت کنندگان در دو گروه درمانی و یک گروه گواه، افراد گروه طرحواره درمانی معنویت محور و افراد گروه درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی هر یک طی ده جلسه دقیقه ای تحت درمان قرار گرفتند. لازم به ذکر است که از گروه درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی، یک نفر به دلیل غیبت بیش از دو جلسه، از درمان کنار رفت و تعداد نمونه در این گروه به پانزده نفر تقلیل یافت. در زمان های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری میزان افسردگی و رفتار خودآسیبی آنان اندازه گیری شد. بسته طرحواره درمانی معنویت محور برای اولین بار در این مطالعه تدوین و پس از اعتبارسنجی اولیه محتوایی، علمی و تخصصی مورد استفاده قرار گرفت. فرایند تدوین این بسته درمانی نوین، به این صورت بود که ابتدا از طریق تحلیل مضمون متون حوزه طرحواره درمانی و معنویت درمانی از طریق تحلیل شبکه مضامین آتراید-استرلینگ ۲۰۰۱، [۳۶] مضامین سازمان دهنده و پایه لازم برای بسته طرحواره درمانی معنویت محور، استخراج گردید. در این مرحله نسبت روایی محتوایی CVR که از طریق سه کدگذار مستقل محاسبه گردید برابر با نه صصصد و نود و نه هزارم به دست آمد. پس از آن، فنون درمانی ویژه هر یک از دو رویکرد طرحواره درمانی و معنویت درمانی از طریق تحلیل محتوای متعارف استخراج و سپس توسط یک پنل تخصصی متشکل از هفت متخصص روانشناس و روان درمانگر با بیش از ده سال سابقه آموزش و درمان، ترکیب فنون درمانی طرحواره و معنویت درمانی برای ده جلسه به ترتیب تعیین و بسته درمانی اولیه تدوین گردید. سپس بسته تدوین شده توسط شش داور متخصص حوزه روان درمانی بررسی و پس از اعمال اصلاحات داوران، ضریب توافق کلی هشتصد و نود و نه هزارم برای بسته درمانی به دست آمد.

پس از تایید تخصصی، طی یک مطالعه مقدماتی اثربخشی مقدماتی بسته طراحی شده بر روی شش نفر از زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر اجرا، و اعتبار اولیه بسته تایید شد. درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی نیز در مطالعات قبلی در ایران از نظر اعتبار مورد بررسی قرار گرفته و تایید شده است. [۲۴]

در جدول شماره یک و دو خلاصه جلسات دو درمان طرحواره درمانی معنویت محور و درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی آمده است.

داده ها با استفاده از شاخص های فراوانی، درصد فراوانی و آزمون کای دو برای بررسی همسانی توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی، از

کرویت) از طریق تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و آزمون تعقیبی بونفرونی و با استفاده از نرم افزار SPSS26 نسخه ۲۶ تحلیل شد.

طریق شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار جهت نمایش وضعیت متغیرهای وابسته در سه مرحله زمانی مطالعه و در نهایت پس از بررسی پیش‌فرض‌های آماری لازم (آزمون شاپیرو-ویلک، آزمون لون، آزمون ام باکس و آزمون ماچلی جهت بررسی پیش‌فرض

یافته‌ها

جدول (۳) متغیرهای جمعیت شناختی شرکت‌کننده‌ها به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه				
متغیر و طبقات آن	طرحواره	هیجان‌مدار	گروه گواه	کای دو
	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	مقدار احتمال
سن	تا ۳۰ سال	۳ (۱۸/۷۵)	۴ (۲۶/۶۷)	۲ (۱۲/۵)
	۳۱ تا ۴۰ سال	۸ (۵۰)	۷ (۴۶/۶۶)	۶ (۳۷/۵)
	۴۱ تا ۵۰ سال	۵ (۳۱/۲۵)	۴ (۲۶/۶۷)	۸ (۵۰)
تحصیلات	تا دیپلم	۶ (۳۷/۵)	۲ (۱۳/۳)	۸ (۵۰)
	فوق‌دیپلم و لیسانس	۷ (۴۳/۷۵)	۹ (۶۰)	۶ (۳۷/۵)
	فوق‌لیسانس و دکتری	۳ (۱۸/۷۵)	۴ (۲۶/۶۷)	۲ (۱۲/۵)
شغل	بیکار	۵ (۳۱/۲۵)	۵ (۳۳/۳۳)	۶ (۳۷/۵)
	خانه‌دار	۴ (۲۵)	۵ (۳۳/۳۳)	۶ (۳۷/۵)
	شاغل	۷ (۴۳/۷۵)	۵ (۳۳/۳۳)	۴ (۲۵)
فرزندان	یک فرزند	۵ (۳۱/۲۵)	۶ (۴۰)	۲ (۱۲/۵)
	دو فرزند	۷ (۴۳/۷۵)	۴ (۲۶/۶۷)	۵ (۳۱/۲۵)
	سه فرزند و بیشتر	۱ (۶/۳)	۱ (۶/۳)	۴ (۲۵)
	اعلام نشده	۳ (۱۸/۷۵)	۴ (۲۶/۶۷)	۵ (۳۱/۲۵)
سال‌های ازدواج	تا ۵ سال	۲ (۱۲/۵)	۵ (۳۳/۳۳)	۲ (۱۲/۵)
	۶ تا ۱۵ سال	۷ (۴۳/۷۵)	۶ (۴۰)	۷ (۴۳/۷۵)
	۱۶ سال و بیشتر	۷ (۴۳/۷۵)	۴ (۲۶/۶۷)	۷ (۴۳/۷۵)

جدول (۴) میانگین و انحراف معیار افسردگی و رفتار خودآسیبی در سه گروه پژوهش در سه مرحله زمانی				
متغیر	زمان	گروه گواه	گروه درمان	گروه طرحواره-درمانی
		میانگین	انحراف معیار	میانگین
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۹/۵۰	۱۰/۵۰	۱۷/۲۳
	پس‌آزمون	۱۹/۹۱	۹/۰۵	۱۴/۸۰
	پیگیری	۲۰/۵۹	۹/۰۵	۱۴/۲۳
	پیش‌آزمون	۲/۸۱	۰/۷۵	۲/۵۹
رفتار خود آسیبی	پس‌آزمون	۲/۸۰	۰/۷۶	۲/۵۶
	پیگیری	۲/۸۰	۰/۷۵	۲/۵۵

جدول (۵) نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای افسردگی و رفتار خودآسیبی									
متغیر و منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	مقدار احتمال	مجدور سهمی	توان آزمون	مقدار	مقدار
افسردگی									
زمان	۱۹۰/۱۳	۱/۴۸	۱۲۸/۲۱	۵/۴۳	۰/۰۱۲	۰/۱۱	۰/۷۴۵	۰/۱۱	۰/۷۴۵
تعامل زمان×گروه	۲۰۶/۱۲	۲/۹۷	۶۹/۴۹	۲/۹۴	۰/۰۴	۰/۱۲	۰/۶۷	۰/۱۲	۰/۶۷
خطا (زمان)	۱۵۴۱/۵۹	۶۵/۲۵	۲۳/۶۲	۲۳/۶۲	-	-	-	-	-
گروه	۱۳۷۸/۳۰	۲	۶۸۹/۱۵	۴/۲۰	۰/۰۲	۰/۱۶	۰/۷۱	۰/۱۶	۰/۷۱
خطا	۷۲۱۸/۱۱	۴۴	۱۶۴/۰۵	۱۶۴/۰۵	-	-	-	-	-
رفتار خودآسیبی									
زمان	۴/۶۸	۱/۲۰	۳/۹۱	۰/۹۰	۰/۳۶	۰/۰۲	۰/۱۶	۰/۰۲	۰/۱۶
تعامل زمان×گروه	۷/۴۴	۲/۴۰	۳/۱۰	۰/۷۲	۰/۵۲	۰/۰۳	۰/۱۸	۰/۰۳	۰/۱۸
خطا (زمان)	۲۲۸/۴۶	۵۲/۷۵	۴/۳۳	۴/۳۳	-	-	-	-	-
گروه	۱۴۷۲/۵۳	۲	۷۳۶/۲۷	۱/۵۲	۰/۲۳	۰/۰۶	۰/۳۱	۰/۰۶	۰/۳۱
خطا	۲۱۲۵۸/۲۰	۴۴	۴۸۳/۱۴	۴۸۳/۱۴	-	-	-	-	-

جدول (۶) نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه‌ها در متغیر افسردگی در پس‌آزمون و پیگیری					
متغیر	زمان	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد
افسردگی	پس‌آزمون	گروه گواه	هیجان‌مدار	۳/۷۳	۱/۸۱
	پس‌آزمون	گروه گواه	طرحواره درمانی	۷/۵۰	۱/۷۹
	پس‌آزمون	هیجان‌مدار	طرحواره درمانی	۱/۸۰	۱/۸
	پیگیری	گروه گواه	هیجان‌مدار	۴/۵۱	۲/۶۶
پیگیری	پیگیری	گروه گواه	طرحواره درمانی	۷/۵۳	۲/۶۱
	پیگیری	هیجان‌مدار	طرحواره درمانی	۳/۰۲	۲/۶۶

با توجه به جدول شماره شماره سه، نتیجه بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی از طریق آزمون کای دو، شامل سن، تحصیلات، شغل، تعداد فرزندان و سال‌های ازدواج نشان داد که بین سه گروه پژوهش در توزیع فراوانی متغیرهای یاد شده

تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارتی سه گروه از نظر توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی با هم شباهت دارند. با توجه به نتایج نشان داده شده در جدول شماره چهار، بررسی میانگین‌های سه گروه مطالعه نشان داد که دو گروه طرحواره درمانی معنویت‌محور و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی نسبت به گروه گواه در پس‌آزمون و پیگیری در افسردگی و رفتار خودآسیبی تغییراتی نشان داده‌اند.

پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده، پیش‌فرض‌های آماری این تحلیل بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو ویلک در افسردگی ($P=0/32$) و رفتار خودآسیبی ($P=0/03$) در سطح بزرگتر از یک صدم حاکی از نرمال بودن توزیع این دو متغیر و نتایج آزمون لون نیز حاکی از برابری واریانس گروه‌های سه‌گانه مطالعه در متغیر افسردگی ($P=0/13$) و رفتار خودآسیبی ($P=0/02$) در سطح بزرگتر از یک صدم بود. آزمون ام باکس نیز برای افسردگی ($P=0/12$) و رفتار خودآسیبی ($P=0/09$) حاکی از برابری ماتریس واریانس - کوواریانس بود، ولی آزمون ماچلی برای بررسی پیش‌فرض کرویت،

عامل گروه ($F=4/20$, $df=2$, $P<0/05$) معنادار هستند. این نتایج حاکی از آن است که حداقل بین یکی از گروه‌های آزمایش و گروه گواه در افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده در جدول شماره پنج، برای رفتار خودآسیبی نشان داد عامل زمان، ($P=0/29$ و $P=0/36$) تعامل زمان و گروه ($P=0/32$ و $P=0/52$) و عامل گروه ($P=0/09$ و $P=0/23$) معنادار نیستند. به این معنی که بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه در رفتار خودآسیبی تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول شماره شش، نشان داد که در متغیر افسردگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، فقط طرحواره درمانی معنویت‌محور با گروه گواه دارای تفاوت معناداری هستند، ($P<0/05$) ولی بین درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب‌دلبستگی با گروه گواه و بین دو درمان تفاوت معنادار ($P>0/05$) نیست.

هم برای افسردگی ($P=0/001$) و هم برای رفتار خودآسیبی ($P=0/001$) معنادار بود. به این معنی که پیش‌فرض کروییت رعایت نشده است. در این مورد با توجه به رعایت نشدن پیش‌فرض کروییت، نتایج تعدیل شده برحسب اسپیلون در درجه آزادی برحسب نتایج آزمون گرین-هاوس-گیزر گزارش گردید. با توجه به نتایج مربوط به پیش‌فرض‌های اشاره شده، نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده در جدول شماره پنج، نشان داد که برای متغیر افسردگی، عامل زمان، ($F=5/43$ ، $df=1/48$ و $P<0/05$) تعامل زمان و گروه ($F=2/94$ ، $df=2/97$ و $P<0/05$) و

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی معنویت‌محور و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب‌دلبستگی بر افسردگی و رفتار خودآسیبی زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر انجام شد. نتایج در متغیر افسردگی نشان داد گروه درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب‌دلبستگی و طرحواره درمانی معنویت‌محور با گروه گواه دارای تفاوت بودند، ولی بین اثربخشی دو درمان تفاوتی به‌دست نیامد. نتایج حاصل از این بخش از پژوهش در حوزه اثربخشی طرحواره درمانی معنویت‌محور بر کاهش افسردگی با نتایج مطالعه رفتار علی‌آبادی و همکاران ۲۰۲۰ و ۲۰۲۲ [۱۶ و ۱۷] در خصوص اثربخشی طرحواره درمانی همراه با ذهن‌آگاهی بر کاهش تحریف شناختی و نشانه‌های افسردگی در زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر، با نتایج مطالعه نعیمی ۲۰۱۹ [۲۳] در باب اثربخشی مداخله معنوی-مذهبی بر افزایش حس آرامش و بخشش، با نتایج مطالعه مورکانی ۲۰۲۱ [۱۸] و شخم‌گر ۲۰۱۶ [۱۹] در خصوص اثربخشی طرحواره درمانی بر افزایش سلامت روان، با نتایج مطالعه نیکوگفتار و سنگانی ۲۰۲۰ [۲۰] در باب اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار ذهنی، احساس تنهایی و سلامت روان، با نتایج پژوهش یوسفی ۲۰۱۱ [۲۱] درباره اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و با نتایج مطالعه عسگری و گودرزی ۲۰۲۲ [۲۲] در خصوص اثربخشی طرحواره درمانی بر دلزدگی زناشویی همسویی نسبی نشان می‌دهد.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی معنویت‌محور بر کاهش افسردگی زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر می‌توان گفت طرحواره درمانی با تمرکزی که بر نقش نظام باورها و تفسیر و تعبیرهای معیوب معطوف به طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ایجاد آسیب‌ها و مساله‌های روانی همراه با نیازهای هیجانی و عاطفی برآورده نشده دارد، بستر جرح و تعدیل نوع باور، تفسیر معیوب و آسیب‌زای افراد را از خود و وقایع دنیای اطراف از طریق فنونی نظیر فنون شناختی که طرحواره‌ها و الگوهای شناختی تکراری را به چالش می‌کشد فراهم می‌سازد. [۱۶] به چالش کشیدن طرحواره‌ها و ذهنیت‌های طرحواره‌ای آسیب‌زا، که اغلب فرد را در حالتی از انفعال و درماندگی قرار می‌دهد، به تدریج نظام شناختی تسهیل‌کننده افسردگی را تضعیف و آرام آرام خلق فرد را از طریق نظام تفسیری و طرحواره‌ای سازنده و کارآمدتر بهبود می‌بخشد. از طرف دیگر طرحواره‌ها و ذهنیت‌های طرحواره‌ای معیوب که اغلب موجب روی‌آوری و استفاده از شیوه‌های مقابله ناکارآمد و هیجانی می‌شوند، [۱۵ و ۱۷] با اصلاح و جایگزینی تدریجی با طرحواره‌های سازگارتر و کارآمدتر، در کنار آموزش مقابله کارآمد با طرحواره‌های معیوب، سبک مقابله شناختی و رفتاری فرد را به سمت سبک مقابله کارآمدتر سوق داده و از این طریق نیز نظام رفتاری و شناختی تسهیل‌کننده افسردگی را مختل می‌کند. برآیند این امر نیز بهبود خلق افسرده است. در بعد معنویت درمانی ترکیب شده با طرحواره درمانی نیز، همزمان با نقشی که بازسازی نظام باورها و ذهنیت‌های طرحواره‌ای بر کاهش افسردگی دارد، طرحواره درمانی معنویت‌محور قادر است تا چرخه معیوبی که اغلب بین احساس درماندگی، بی‌پناهی، تحقیر، شرم و

بی‌ارزشی شخصی با طرحواره‌های ناسازگاری مانند حس قربانی شدن و درماندگی و تسلیم سرنوشت بودن ایجاد می‌شود، را از هم بشکند. در چنین شرایطی فرد با تمرکز بیشتر بر نیروی درونی خود همراه با روی آوری روانی و معنوی به دریافت حمایت از خداوند متعال، احساس تنها نبودن و حمایت درونی و معنوی را در خود تقویت نموده، و به این ترتیب احساس درماندگی، بی‌پناهی و سردرگمی که در بسیاری موارد زمینه‌ساز افسردگی هستند [۱۲] را نیز تا اندازه‌ای برطرف می‌کند. در واقع طرحواره درمانی معنویت‌محور، در کنار تغییر ذهنیت‌های طرحواره‌ای ناکارآمد و ناسازگار از طریق فنون طرحواره درمانی، از مسیر فعال‌سازی باورها و ارزش‌های معنوی و درونی توان مقابله با شرایط افسرده‌ساز را تقویت و در نهایت افسردگی و علایم آن را کاهش می‌دهد.

مطالعه‌ای که متغیر افسردگی را با درمان هیجان‌مدار در زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی زناشویی مورد بررسی قرار داده باشد یافت نشد. با این حال در مطالعاتی نظیر مطالعه حسن‌نژاد و همکاران [۲۰۲۱، ۲۶] اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر رضایت جنسی و در مطالعه دهقانی و همکاران [۲۰۱۹، ۲۷] نیز اثربخشی درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی بر بخشش نشان داده شده است. این نتایج تا حدودی با نتایج مطالعه حاضر با توجه به رابطه بین رضایت و بخشش با کاهش افسردگی، [۸] همسویی دارد. در تبیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی بر کاهش افسردگی، می‌توان بیان داشت که فرایند درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی بر ترمیم و بازسازی روابط عاطفی و هیجانی، بالاخص در میان زنانی که با پیمان‌شکنی همسر مواجه شده‌اند تمرکز دارد. ترمیم و بازسازی روابط از طریق بهبود سطح در دسترس بودن و رفتار مسوولیت‌شناسانه در بین زوجین محقق می‌شود. [۲۷] از آنجایی که بسیاری از زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر از آسیب‌های دلبستگی رنج می‌برند، [۲۵] ورود به مسیر ترمیم روابط هیجانی و مسوولانه، بخشی از غم و اندوه و خلق پایین را از طریق بازسازی و بهبود روابط کاهش داده و از این طریق احساس غم و اندوه و در نهایت افسردگی را کاهش می‌دهد. از طرف دیگر در درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی، به‌طور جدی بر مسیر تسهیل و کشف راه حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی، تعریف دوباره رابطه و ایجاد فضای امن در روابط زوجی در کنار مسیرهای ارتباطی زوجی هیجان‌محور و مثبت دیگر، تمرکز دارد، [۲۷] که به‌عنوان مصداقی از این فنون درمان، درک و همراهی مبتنی بر همدلی، پاسخ‌های انگیزشی در رابطه، و تلاش همدلانه معطوف به کشف و بیان نیازها و هیجان‌های دلبستگی می‌توان نام برد. [۲۶] تقویت روابط مثبت مبتنی بر نیازهای دلبستگی زمینه‌ساز ترمیم روابط آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی و در نهایت کاهش افسردگی برآمده از مرور خاطرات مربوط به پیمان‌شکنی است. از طرف دیگر نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره

درمانی معنویت‌محور با درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی در تاثیر بر کاهش افسردگی به یک میزان اثربخش هستند. این اثربخشی یکسان نشان از آن دارد که طرحواره درمانی معنویت‌محور و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی هر دو توانسته‌اند آثار یکسانی را در ایجاد آرامش روانی بیشتر و بازسازی روابط آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی به بار آورند. این اثربخشی یکسان به این واقعیت باز می‌گردد که چه از مسیر اصلاح طرحواره‌ها و ذهنیت‌های ناسازگار و ناکارآمد در کنار ایجاد اتکا درونی و معنوی به نیروی خود و حمایت معنوی نیرویی متعالی نظیر خداوند متعال که در طرحواره درمانی معنویت‌محور با اهمیت بوده و چه از طریق ترمیم روابط و ایجاد روابط همدلانه و مبتنی بر اعتماد ترمیم شده در درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی، می‌توان به زنان افسرده آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر کمک نمود تا افسردگی خود را کاهش دهند.

در بخش دیگری از نتایج مطالعه حاضر، مشخص گردید که طرحواره درمانی معنویت‌محور و درمان مبتنی بر آسیب دلبستگی، هیچ یک اثربخشی معناداری بر کاهش رفتار خودآسیبی نداشتند. در جستجوهای مکرر مطالعه‌ای در دسترس قرار نگرفت که طی آن اثربخشی طرحواره درمانی، معنویت درمانی و یا درمان هیجان‌مدار بر رفتار خودآسیبی در زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته باشد. البته مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان سیستمی و هیجانی بوئن بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، [۲۱] مقایسه اثربخشی زوج درمانی یکپارچه محور با درمان هیجان‌مدار بر نشانه‌های افسردگی و نشانگان استرس پس از سانحه [۲۸] و مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار با زوج درمانی شناختی-رفتاری بر دلزدگی زناشویی [۳۱] در مطالعات انجام شده است.

درمانی معنویت محور و درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی را برای مردان مواجه شده با پیمان شکنی همسر و به طور همزمان به صورت مشارکت هر دو زوج در درمان در کنار سنجش های عمیقتر وضعیت شرکت کنندگان در مطالعه از طریق روش هایی نظیر مصاحبه مد نظر قرار دهند. در سطح کاربردی نیز از آنجایی که افسردگی از جمله اختلال های خلقی است که هم در سطح روانی، هم در سطح اجتماعی و هم در سطح جسمی افراد را با افت کارایی و عملکرد مواجه می کند، پیشنهاد می شود که طرحواره درمانی معنویت محور و درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی توسط درمانگران و مددکاران مراکز درمان و مددکاری روان شناختی و اجتماعی، به عنوان درمان یاری رسان به این زنان مورد توجه و استفاده قرار گیرند.

محدودیت ها: پژوهشگران و خوانندگان لازم است تا در تعبیر و تفسیر نتایج مطالعه حاضر به محدودیت های مطالعه شامل تمرکز مطالعه بر زنان مواجه شده با پیمان شکنی و نه مردان، استفاده از پرسشنامه برای سنجش متغیرهای وابسته که اطلاعات عمیقی برای وضعیت زنان مواجه شده با پیمان شکنی همسر به دست نمی دهد توجه ویژه داشته باشند.

تضاد منافع: نویسندگان مقاله اعلام می دارند که در این مطالعه هیچ گونه تضاد منافی وجود نداشت. به این معنی که این پژوهش بخشی از رساله دکتری روانشناسی است و بدون دریافت هیچ گونه کمک مالی از موسسه یا سازمانی خاص، انجام شده است.

سپاسگزاری: این پژوهش علاوه بر تاییدیه کمیته تخصصی پژوهش های علمی، دارای کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1399.114 از کمیته اخلاق در پژوهش علمی است. در این جا از کلیه زنان آسیب دیده از پیمان شکنی شرکت کننده در پژوهش که در این مطالعه شرکت نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می نمایم.

اثربخشی نبودن هر دو درمان بر کاهش رفتار خودآسیبی، می تواند به دلایل مختلفی رخ داده باشد. پیش از بیان تبیین های احتمالی در این باره لازم است توجه شود که بالاخص طرحواره درمانی معنویت محور، در پس آزمون و مرحله پیگیری تا حدودی موجب کاهش رفتار خودآسیبی شده، ولی این کاهش به حد مطلوب برای ایجاد معناداری نرسیده است. مهمترین احتمال ممکن درباره اثربخشی نبودن دو درمان بر رفتار خودآسیبی، به این واقعیت باز می گردد که متغیری مانند رفتار خودآسیبی، در بسیاری از مواقع در سطوح افسردگی بالاتر از متوسط و وجود زمینه های رفتاری پر خاشگرانه و خشم بستر بروز پیدا می کند. [۱۰] نگاهی به میانگین های افسردگی و رفتار خودآسیبی در کنار آن در بدو ورود به مطالعه حاکی از آن است که سطح افسردگی و رفتار خودآسیبی زنان آسیب دیده وارد مطالعه شده، در حد متوسط بوده است. بالاخص سطح متوسط و احیاناً پایین تر از متوسط رفتار خودآسیبی ممکن است در عمل، زنان مواجه شده با پیمان شکنی همسر را در این حوزه، چندان در این سطح نیازمند درمان ننموده و به این ترتیب درمان های مورد استفاده نیز اثربخشی کاهشی معناداری را بر این متغیر ایجاد ننموده باشند.

پیشنهادها: پیشنهاد می گردد پژوهشگران در مطالعات آینده مقایسه اثربخشی طرحواره

منابع

References:

1. Babaei M, Zavrei M. A comparative study of psychological profile of men and women with and without extramarital affairs. Journal of Research in Psychopathology. 2021;2[4]:4-9.
2. Fouladiyan M, Baradarankashani Z, Dayyaree M. Sociological analysis of extramarital affairs: A grounded theory. Social Problems of Iran. 2020;11[2]:177-206. [Persian]
3. Atapour N, Ahmadi K, Falsafinejad MR, Khodabakhshi Kolaei A. Risk Factors for Breach of Contract in Couples with Marital Infidelity. Islamic Life Style. 2020;4[3] [Persian]
4. Grøntvedt TV, Kennair LEO, Bendixen M. Breakup likelihood following hypothetical sexual or emotional infidelity: Perceived threat, blame, and forgiveness. Journal of Relationships Research. 2020;11:e7.
5. Kato T. Gender differences in response to infidelity types and rival attractiveness. Sexual and Relation-

ship Therapy. 2021;36[4]:368-84.

6. Weigel DJ, Shrout MR. Suspicious minds: The psychological, physical and behavioral consequences of suspecting a partner's infidelity. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2021;38[3]:865-87.

7. Shrout MR, Weigel DJ. Coping with infidelity: The moderating role of self-esteem. *Personality and Individual Differences*. 2020;154:109631.

8. Gorman L, Blow A. Concurrent depression and infidelity: Background, strategies for treatment, and future research. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. 2008;7[1]:39-58.

9. Heintzelman A, Murdock NL, Krycak RC, Seay L. Recovery from infidelity: Differentiation of self, trauma, forgiveness, and posttraumatic growth among couples in continuing relationships. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*. 2014;3[1]:13.

10. Zetterqvist M, Jonsson LS, Landberg Å, Svedin CG. A potential increase in adolescent nonsuicidal self-injury during COVID-19: A comparison of data from three different time points during 2011–2021. *Psychiatry Research*. 2021;305:114208.

11. Zhang L, Meiai C, Benxian Y, Zhang Y. Aggression and non-suicidal self-injury among depressed youths: The mediating effect of resilience. *Iranian Journal of Public Health*. 2021;50[2]:288.

12. Wang L, Cui Q, Liu J, Zou H. Emotion reactivity and suicide risk in patients with depression: The mediating role of non-suicidal self-injury and moderating role of childhood neglect. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;12:707181.

13. Hall JH, Fincham FD. Psychological distress: Precursor or consequence of dating infidelity? *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2009;35[2]:143-59.

14. Wenzel AE. *Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches*, Vol. 1: American Psychological Association; 2021.

15. Penney ES, Norton AR. A novel application of the schema therapy mode model for social anxiety disorder: A naturalistic case study. *Clinical Case Studies*. 2022;21[1]:34-47.

16. Raftar Aliabadi MR, Shareh H. Mindfulness-based schema therapy and forgiveness therapy among women affected by infidelity: A randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*. 2022;32[1]:91-103.

17. Raftar Aliabadi MR, Shareh H, Toozaandehjani H. Comparison of the effectiveness of schema therapy with mindfulness and forgiveness therapy on clinical symptoms, emotional responses in women affected by wife betrayal. *North Khorasan University of Medical Sciences*. 2020;11[4]:50-61. [Persian]

18. Mourkani SS. The effectiveness of treatment schemas on reducing marital conflicts and increasing mental health. *International Journal of Medical Investigation*. 2021;10[1]:76-84.

19. Shokhmgar Z. Effectiveness of schema therapy in reducing mental health problems caused by extra-marital relationships in couples. *Quarterly Journal of Health Breeze*. 2016;5[1]:1-7. [Persian]

20. Nikoogoftar M, Sangani A. The effectiveness of schema therapy on rumination, loneliness and general health of divorced women. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2020;21[2]:1-12. [Persian]

21. Yousefi N. Comparison of the effectiveness of family therapy based on schema therapy and Bowen's emotional system therapy on the early maladaptive schema among divorce applicant clients. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2011;13(52):73-356.

22. Asgari A, Goodarzi K. The effectiveness of emotional schema therapy on marital burnout on the brink of divorce. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2018;8(0):55. [Persian]

23. Naimi L. Effect of spiritual-religious interventions on increasing the sense of calmness and forgiveness in women who have experienced marital. *Health, Spirituality and Medical Ethics*. 2019;6[4]:16-22.

24. David P, Stafford L. A relational approach to religion and spirituality in marriage: The role of couples' religious communication in marital satisfaction. *Journal of Family Issues*. 2015;36[2]:232-49.

25. Darab M, Bahrami F, Etemadi O. Sexual infidelity as an attachment injury in Iranian women: A qualitative study. *Journal of Divorce & Remarriage*. 2020;61[6]:385-405.

26. Hasannejad L, Heydarei A, Makvandi B, Talebzadeh M. The comparison effect of emotionally focused couple therapy and solution-focused therapy on sexual satisfaction in women affected by marital infidelity. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) Original Article*. 2021;9[4]. [Persian]

27. Dehghani M, Aslani K, AMANELAHI A, Rajabi G. The effectiveness of emotionally focused couples

therapy based on attachment injury resolution model on forgiveness among the injured women with marital infidelity. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2019;9[1]:143-60.

28. Karimi J, Soudani M, Mehrabi-Zadeh Honarmand M, Nisi A. Comparison of the efficacy of integrative couple therapy and emotionally focused couple therapy on symptoms of depression and post-traumatic stress symptoms caused by extra-marital relations in couples. *Journal of Clinical Psychology*. 2013;5[3]:35-46. [Persian]

29. Ammari S, Deyreh E, Keikhosravani M, Gangi K. The effectiveness of emotion-focused couple therapy on depressive symptoms and sexual function in women affected by infidelity. *Women and Family Studies*. 2022;15(55):100-18.

30. Mottaghi S, Shameli L, Honarkar R. The efficiency of emotion-focused therapy on depression, hope for the future and interpersonal trust of the divorced women. *Journal of Psychological Studies*. 2019;14[4]:107-22. [Persian]

31. Ghasemi F, s Nia KA, Amiri H. Effect of emotion-oriented couple therapy and cognitive-behavioral couple therapy on marital burnout. A comparative study. *Arch Pharm Pract*. 2020;1:104.

32. Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck depression inventory-II. *Psychological Assessment*. 1996.

33. Rahimi C. Application of the beck depression inventory-II in Iranian University students. *Clinical Psychology and Personality*. 2014;12[1]:173-88. [Persian]

34. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the inventory of statements about self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2009;31[3]:215-9.

35. Saffarinia M, Nikoogoftar M, Damavandian A. The effectiveness of dialectical behavior therapy (DBT) on reducing self-harming behaviors in juvenile offenders in Tehran's juvenile correction and rehabilitation centre. *Clinical Psychology Studies*. 2014;4[15]:141-58. [Persian]

36. Attride-Stirling J. Thematic networks: An analytic tool for qualitative research. *Qualitative research*. 2001;1[3]:385-405.