



## اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و

### ناامیدی زنان خیانت دیده: یک کار آزمایی بالینی تصادفی شده

محمد رضا رفتار علی آبادی<sup>۱</sup>، حسین شاره<sup>۲\*</sup>، حسن توزنده جانی<sup>۱</sup>

۱- گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

۲- گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران

#### مقاله پژوهشی اصیل

#### چکیده

##### مقدمه

خیانت منجر به مشکلات سلامت روان، آشفتگی خانوادگی، نشخوار فکری درباره رویداد و تغییر نگرش فرد خیانت دیده نسبت به همسرش می شود، لذا هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی طرحواره درمانی متمرکز بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و ناامیدی زنان خیانت دیده بود.

##### مواد و روش ها

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری شامل کلیه زنانی بود که در فواصل دی ماه تا اسفندماه ۹۶ به علت خیانت همسر در شهر مشهد نیازمند خدمات روانشناختی بودند که تعداد ۲۴ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. هر دو گروه پرسشنامه های افسردگی، اضطراب و ناامیدی بک را در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۲ ماهه تکمیل کردند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه مداخله طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (فن ورسیک و همکاران، ۲۰۱۴) دریافت کردند. داده ها با روش تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر عاملی تحلیل شد.

##### یافته ها

اثر تعامل درون گروهی و بین گروهی در افسردگی ( $p=0/01$ ) و اضطراب ( $p=0/001$ ) معنادار ولی در ناامیدی معنادار نیست. ( $p=0/36$ ) در افسردگی و اضطراب از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ( $p<0/01$ ) اما در مورد ناامیدی تفاوت بین پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری معنادار نیست. ( $p>0/05$ )

##### نتیجه گیری

طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند برای کاهش افسردگی و اضطراب زنان قربانی خیانت همسر مورد استفاده قرار گیرد.

**کلیدواژه ها:** طرحواره درمانی، ذهن آگاهی، افسردگی، اضطراب، ناامیدی، خیانت، زنان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۲/۳۰

\*نویسنده مسئول: حسین شاره،

سبزوار،

دانشگاه حکیم سبزواری، دانشکده

ادبیات و علوم انسانی، گروه علوم تربیتی

تلفن:

۰۹۱۲۴۲۴۲۷۵۷

پست الکترونیک:

Email: h.shareh@hsu.ac.ir



## مقدمه

هر چند جنبه‌های زیادی از روابط عاطفی و جنسی امروزی تغییر کرده است اما هنوز آرمان تک همسری در نزد زوجین همچنان به عنوان یک توقع و انتظار و نیز پیمان‌شکنی به عنوان یک وضعیت بسیار دردناک باقی مانده است (۱). اگرچه برای اکثریت زنان و مردان تک همسری بسیار ارزشمند است و رفتارهای جنسی خارج از ازدواج را رد می‌کنند، اما ۲۰ تا ۴۰ درصد از مردان و ۱۴ تا ۲۵ درصد از زنان گزارش داده‌اند که حداقل یک بار در زندگی با کسی غیر از همسر خود درگیر رابطه جنسی بوده‌اند (۲). دونوان و ایمرس‌سومر (۳) خیانت را ترکیبی از این می‌دانند که:

(۱) همسر فرد بر اساس ماهیت ارتباطش با فرد دیگر چارچوب رابطه را نقض کرده است.

(۲) نقض چارچوب رابطه منجر به حسادت و رقابت شده باشد.

نقض چارچوب رابطه، می‌تواند ارتباط جنسی، یا سرمایه‌گذاری عاطفی از جمله عشق رمانتیک، صرف زمان و توجه به فرد دیگر غیر از همسر را در برگیرد. استارات، شاکلفورد و شاکلفورد (۴) نیز نشان دادند که علی‌رغم این واقعیت که خیانت تا حد زیادی تابو است، بیش از نیمی از نمونه پژوهش آنها (۵۴ درصد از زنان و ۶۶ درصد از مردان) تمایل به خیانت عاطفی یا جنسی را گزارش دادند. بر اساس یافته‌های لودوا، جنیس و هاویگر (۵) ۲۵ درصد افراد تمایل دارند خیانت همسر را تحمل کنند ولی ۳۳ درصد خیانت را به عنوان مشکلی حل‌نشده در نظر دارند که منجر به از هم‌پاشیدگی روابط و در برخی مواقع طلاق می‌شود. خیانت با احتمال زیاد با سلامت روانی ضعیف‌تر به ویژه افسردگی و اضطراب، انحلال رابطه یا طلاق، علایم شبیه به

استرس پس از سانحه (PTSD) از جمله شوک، سردرگمی، خشم، آسیب دیدن عزت نفس و کاهش اعتمادبه‌نفس در مسائل شخصی و جنسی رابطه دارد (۶، ۷).

همسران آسیب دیده از خیانت، در ابعاد عاطفی، روانی و جسمانی در برابر این بحران واکنش شدید روانی شامل احساس خشم، احساس گناه، دلسردی و ناامیدی، شکستن اعتماد، آسیب دیدن عزت نفس و دوره‌های طولانی مدت افسردگی و اضطراب نشان می‌دهند (۸). از ویژگی‌های افسردگی به عنوان یکی از پیامدهای خیانت همسر، فقدان انعطاف‌پذیری در زمینه‌های مختلف است. افراد افسرده خلق گسترده‌ی پایین و یا عدم توانایی لذت بردن از زندگی را گزارش می‌کنند و اغلب اوقات محیط خود را بصورت محیطی تغییرناپذیر در نظر می‌گیرند، جهان از نظر این افراد ثابت، ملال‌آور، پوچ و بی‌فایده است. در نتیجه، افراد افسرده وضعیت خود را ناامیدکننده در نظر گرفته و عادت‌های رفتاری آنها اغلب دچار فروپاشی می‌شود (۹). همچنین بک از ناامیدی به عنوان هسته افسردگی یاد نمود و یادآور شد که ناامیدی هم فلج‌کننده اراده است و هم باعث تحمل‌ناپذیر شدن و میل به گریز از یک موقعیت می‌گردد (۱۰).

اضطراب نیز به عنوان یکی از پیامدهای خیانت همسر، وضعیت هیجانی است که با احساس تنش، عصبانیت، نگرانی، ترس و افزایش فعالیت سیستم اعصاب اتونومیک مشخص شده و منجر به افزایش ضربان قلب، فشار خون و برون ده قلبی می‌گردد. اضطراب شایع‌ترین واکنش روانی در پاسخ به تغییرات و تجربیات جدید می‌باشد و مانند درد، علامتی هشداردهنده و بیانگر خطری قریب الوقوع است که فرد را به اتخاذ تدابیر ضروری برای مقابله و یا کاهش عوارض آن تحریک می‌نماید (۱۱). یکی از مداخلات نسبتاً

<sup>1</sup> Donovan, & Emmer-Sommer

<sup>2</sup> Starratt, Shackelford, & Shackelford

<sup>3</sup> Loudova, Janis, & Haviger

<sup>4</sup> Post-Traumatic Stress Disorders



جدید در زمینه مشکلات روانشناختی و همچنین آسیب‌های خانوادگی رویکرد طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهن‌آگاهی است. طرحواره‌های ناسازگار می‌توانند به زمینه‌ها و الگوهای خودویرانگری منجر شوند که در طول روابط دوره بزرگسالی تکرار می‌شود. این طرحواره‌ها که در کودکی شکل می‌گیرند همچنان در طول زندگی در موقعیت‌های استرس‌زا راه‌اندازی می‌شوند. به محض راه‌اندازی طرحواره‌ها، یک تجربه تمام عیار شامل افکار، احساسات، ادراکات، خاطرات و اجبارهای طرحواره‌محور قدرتمندی را برای فرد به بار می‌آورد (۱۲).

در ارتباط با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی در طرحواره‌درمانی بنت-گلمن اشاره می‌کند که می‌توان از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی برای تغییر طرحواره‌ها استفاده کرد. افرادی که درگیر ذهنیت‌های ناسازگار شده‌اند رفتار، احساس و تصمیم‌شان تابع این ذهنیت‌هاست به همین دلیل دچار مشکلات بین‌فردی و درون‌فردی می‌شوند. هدف از ترکیب طرحواره‌درمانی با ذهن‌آگاهی این است که با به کارگیری تکنیک‌های ذهن‌آگاهی ذهنیت بزرگسال سالم بر سایر ذهنیت‌ها حاکم شود تا بتواند عنان و اختیار را تا حدودی به دست بگیرد، شاید از این رهگذر افراد بتوانند به پذیرش، شکیبایی، مدارا، لذت بردن و واقع‌بینی برسند، دستاوردی که اگر در پرتو تلاش و کوشش به دست نیاید، حتی گام-برداری در آن مسیر نیز تجربه‌ای گرانبهاست (۱۳).

در طول تمرینات ذهن‌آگاهی، افراد آموزش می‌بینند تا نسبت به خودشان و تجربیاتشان مهربان و دلسوز باشند که آرزوی خوب برای خود داشتن و تصدیق رنج شخصی را در بر می‌گیرد. افراد با یک نگرش دلسوزانه نسبت به خود یاد می‌گیرند تا راحت‌تر احساسات ناخوشایند و هیجانات استرس‌زای خود را تحمل کنند (۱۴). وقتی افراد تحت تاثیر طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها وارد مسیر بی‌توجهی می‌شوند،

احتمالاً دچار واکنش‌های خودآیند، بی‌تأمل و دردسرساز می‌گردند. هدف فرد در چنین مسیری این است که از شر هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و هیجانی ناخوشایند خلاص شود. همراهی تمرینات ذهن‌آگاهی با طرحواره‌درمانی به افراد کمک می‌کند تا وارد مسیر ذهن‌آگاهی شوند که نتیجه آن رفتارهای سالم‌تری خواهد بود (۱۳).

هر چند در ارتباط با نتایج اثر بخشی طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یافته‌هایی پژوهشی زیادی در دست نیست، اما اثر بخشی طرحواره‌درمانی بر افسردگی اساسی، افسردگی مزمن، مشکلات سلامت‌روان زوجین دارای مشکل روابط فرازناشویی، حسایت به طرد زنان و افسردگی، اضطراب و استرس ادراک‌شده نشان داده شده است (۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹). همچنین اثربخشی مداخلات ذهن‌آگاهی بر کاهش نشانه‌های اضطرابی و خلقی (۲۰)، افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی زنان یائسه (۲۱) افسردگی، خشم و تنظیم هیجان همسران جانبازان (۲۲)، ارتباط بین برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) و سلامت‌روان شرکت‌کنندگان و تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) بر جلوگیری از برگشت علائم در افراد دارای افسردگی مزمن (۲۳) نشان داده شده است.

با توجه به این که خیانت همسر به عنوان یک رویداد استرس‌زا منجر به فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه زنان قربانی خیانت همسر می‌شود و این زنان تحت تاثیر فعال شدگی طرحواره‌ها معمولاً واکنش‌ها و پاسخ‌های ناکارآمدی برای مقابله با آنها به کار می‌گیرند که نتیجه‌ای جز تداوم مشکلات هیجانی و اریطای آنها نخواهد داشت و از طرفی با توجه به این که طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهن‌آگاهی می‌تواند به افراد کمک کند تا در شرایط هیجانی

<sup>2</sup> Mindfulness based stress reduction

<sup>3</sup> Mindfulness based cognitive therapy

<sup>1</sup> Bennett- Goldman



منفی واکنش‌های منطقی‌تری از خود نشان دهند. لذا این سوال مطرح می‌شود که آیا طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به افرادی که تحت تاثیر خیانت همسر به عنوان یک رویداد راه انداز طرحواره، هیجانات منفی شدیدی را تجربه می‌کنند می‌تواند کمک کند تا با استفاده از تمرینات ذهن آگاهی، واکنش منطقی‌تری به هیجانات خود داشته باشند؟ بنابراین هدف از این پژوهش بررسی اثر بخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و ناامیدی زنان آسیب دیده از خیانت همسر می‌باشد.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر که در کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی نیشابور با کد IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1397.003 و در سایت کارآزمایی بالینی ایران با کد ICT20180131038576N1 به ثبت رسیده است. به لحاظ روش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با پیگیری ۲ ماهه و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنانی بود که در فواصل دی ماه تا اسفند ماه ۱۳۹۶ به علت مشکل خیانت شوهرشان به مراکز مشاوره شهر مشهد مراجعه کرده و یا نیازمند کمک روانشناختی بودند. حجم نمونه در این مطالعه با توجه به نظر همیبرگ (۲۴) در مورد حجم نمونه در جلسات درمان گروهی و از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس و معیارهای ورود به پژوهش ۲۴ نفر در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: بر اساس شواهد و اعترافات شوهر، وجود تجربه خیانت‌زناسویی از طرف همسر در یک سال گذشته، تحصیلات حداقل دیپلم، زندگی با شوهر در زمان پژوهش، اتمام رابطه با شخص سوم و تلاش برای جبران خیانت توسط شوهر، عدم توانایی بازسازی رابطه با شوهر به دلیل خشم و رنجش ناشی از خیانت شوهر، عدم دریافت درمان همزمان دیگر در زمان

انجام پژوهش، همچنین معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: مقابله به مثل در ارتباط با خیانت شوهر (زنانی که بر اساس گزارش خودشان پس از خیانت شوهر وارد رابطه فرازناسویی با فرد دیگری شده بودند)، داشتن علائم روانپریشی که با تشخیص روان شناس بالینی و ارجاع به روانپزشک نیازمند درمان دارویی یا بستری باشد، زنانی که متاضی طلاق بودند و زنانی که ارتباط شوهران آنها با فرد ثالث منجر به ازدواج موقت یا دائم شده بود. از بین ۵۳ زن که به علت خیانت شوهر به پژوهشگر معرفی شده بودند، ۱۶ نفر به دلیل تقاضای طلاق، ۹ نفر به دلیل ازدواج شوهر با فرد ثالث و ۶ نفر به دلیل مقابله به مثل خیانت شوهر از پژوهش حذف شدند و در نهایت تعداد ۲۴ زن که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند انتخاب شدند. نمونه‌های انتخاب شده به صورت تصادفی ساده و از طریق جدول اعداد تصادفی به دو گروه طرحواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۱۲ زن) و گروه کنترل (۱۲ زن) گمارده شدند.

گروه آزمایش ۱۰ جلسه مداخله گروهی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی دریافت نمودند و گروه کنترل تا پایان مرحله پیگیری دو ماهه هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. به اعضای گروه کنترل توضیح داده شد که باید به مدت ۴ ماه در لیست انتظار برای دریافت درمان قرار گیرند و بعد از آن در صورتی که تمایل داشته باشند می‌توانند از خدمات روانشناختی که توسط درمانگر ارائه می‌شود استفاده کنند. در طول فرایند مداخلات ۳ نفر از گروه طرحواره درمانی نتوانستند در جلسات به طور کامل شرکت کنند لذا از پژوهش حذف شدند. محتوای جلسات گروهی طرحواره درمانی متمرکز بر ذهن آگاهی برگرفته از کتاب ذهن آگاهی و طرحواره درمانی (۱۳) و کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای زوجها (۱۲) می‌باشد. در طول فرایند جلسات، سه مورد از بانفوذترین طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌های



هر یک از اعضای گروه شناخته می‌شد، سپس این طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها در خلال آموزش، در حکم موضوعی برای ذهن آگاهی به کار گرفته می‌شدند.

جدول ۱: خلاصه جلسات گروهی طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهن آگاهی

| جلسات      | توضیحات                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه اول   | معرفی شرکت‌کنندگان و بیان قوانین گروه، توضیح خیانت و مشکلات هیجانی ناشی از آن. بیان تجربه قبلی شرکت‌کنندگان از تمرینات ذهن آگاهی (در صورت داشتن اینگونه تجربیات)، منطق ذهن آگاهی و انجام تمرین ذهن آگاهی با کشمش                                                                             |
| جلسه دوم   | بررسی و بحث درباره طرح واره‌ها، ذهنیت‌ها، ارتباط بین فعال شدن طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها با خیانت همسر، تمرین ذهن آگاهی واری بدن                                                                                                                                                                  |
| جلسه سوم   | مراقبه واری بدن ۵ دقیقه‌ای-بیان منطق ذهن آگاهی و طرحواره درمانی و چگونگی تاثیر گذاری تمرینات ذهن آگاهی بر واکنش‌های خودکار ناشی از فعال شدن طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها، تمرین ذهن آگاهی به امور روزمره، تمرین ذهن آگاهی به محیط پیرامون                                                           |
| جلسه چهارم | بازخورد از شرکت‌کنندگان در مورد میزان ذهن آگاهی آنها نسبت به طرحواره‌هایشان در هفته گذشته، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تمرین ذهن آگاهانه به خاطرات دردناک                                                                                                                                   |
| جلسه پنجم  | بازخورد از شرکت‌کنندگان در مورد میزان ذهن آگاهی آنها نسبت به طرحواره‌هایشان در هفته گذشته، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تشریح راهبردهای مقابله با طرحواره، تکمیل پرسشنامه مقابله با طرحواره توسط اعضا، تمرین ذهن آگاهی به طرحواره، تمرین آشنایی با طرحواره                                   |
| جلسه ششم   | بازخورد از شرکت‌کنندگان در مورد میزان ذهن آگاهی آنها نسبت به طرحواره‌هایشان در هفته گذشته، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، آموزش به اعضا تا بتوانند به موقعیت‌ها از دید بزرگسال سالم و کودک شاد واکنش نشان دهند، تمرین ذهن آگاهانه سه دقیقه ای به طرحواره، تمرین پذیرش ذهن آگاهانه خود و دیگران |
| جلسه هفتم  | بازخورد از شرکت‌کنندگان در مورد میزان ذهن آگاهی آنها نسبت به طرحواره‌هایشان در هفته گذشته، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، طرحواره (واقعیت یا خیال): در نظر گرفتن طرحواره‌ها به عنوان یک مشت فکر که با واقعیت یکی نیستند، تمرین رها کردن طرحواره‌ها به حال خود                                  |
| جلسه هشتم  | بازخورد از شرکت‌کنندگان در مورد میزان ذهن آگاهی آنها نسبت به طرحواره‌هایشان در هفته گذشته، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، آموزش مراقبت از خویشتن از طریق بزرگسال سالم و کودک خوشحال، چالش شناختی با طرح واره‌ها                                                                                |
| جلسه نهم   | بازخورد از شرکت‌کنندگان در مورد میزان ذهن آگاهی آنها نسبت به طرحواره‌هایشان در هفته گذشته، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تداوم جهت گیری ذهن آگاهانه، تمرین بزرگسال سالمی که ذهن آگاهی را وارد زندگی روزمره می‌کند.                                                                            |
| جلسه دهم   | بررسی میزان ذهن آگاهی شرکت‌کنندگان 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.                                                  |

## ابزارهای پژوهش

### ۱- پرسشنامه افسردگی بک-ویراش دوم (BDI-II):

پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم، یک ویرایش از پرسشنامه افسردگی و یک شاخص خودگزارشی برای

اندازه‌گیری نشانه‌های افسردگی در جمعیت‌های مختلف بالینی و غیر بالینی است که توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ منتشر شد (۲۵). این پرسشنامه ۲۱ ماده‌ای است که هر ماده بر اساس شدت آن به چهار درجه تقسیم شده و از صفر تا سه نمره می‌گیرد. نمره صفر نشان دهنده پایین‌ترین

<sup>1</sup> Beck Depression Inventory



میزان و نمره ۳ نشان دهنده بالاترین میزان شدت تجربه یک نشانه افسردگی است. جمع نمرات پرسشنامه می‌تواند بین ۰ تا ۶۳ باشد. این پرسشنامه برای ارزیابی شدت افسردگی در افراد بالاتر از ۱۳ سال استفاده می‌شود. در این آزمون نمرات ۰-۱۳ حداقل افسردگی، ۱۴-۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰-۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹-۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهد (۲۶). پایایی آزمون به روش باز آزمایی در دامنه‌ای از ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ و ضریب همبستگی بین این پرسشنامه و آزمون افسردگی همیلتون ۰/۶۱ به دست آمده است (۲۵). همچنین در مطالعات داخلی، دابسون و محمدخانی (۲۷) ضریب اعتبار کل پرسشنامه را برابر با ۰/۹۱، ضریب همبستگی هر آیت با کل پرسشنامه را ۰/۶۸ و ضریب باز آزمایی آن را ۰/۹۴ به دست آورده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

## ۲- پرسشنامه اضطراب بک (BAI)

بک و همکاران (۱۹۹۰) پرسشنامه اضطراب بک را معرفی کردند که به طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجد. این پرسشنامه یک آزمون ۲۱ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان دهنده اضطراب است را انتخاب می‌کند. هر سوال در یک مقیاس لیکرت چهاربخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود، لذا نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. در صورتی که نمره به دست آمده در دامنه صفر تا ۷ باشد فرد هیچ اضطرابی ندارد. اگر نمره بین ۸ تا ۱۵ باشد اضطراب خفیف، اگر بین ۱۶ تا ۲۵ باشد اضطراب متوسط و اگر بین ۲۶-۶۳ باشد نشان دهنده اضطراب شدید است (۲۸). ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار

آن به روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن با نمره کل آزمون از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی (محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی) برای این آزمون سنجیده شده که همگی نشان دهنده روایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشد (۲۶). کویانی و موسوی (۲۹) در بررسی ویژگی‌های روانسنجی این آزمون در جمعیت ایرانی، ضریب روایی در حدود ۰/۷۲ و ضریب اعتبار آزمون-آزمون مجدد به فاصله یک ماه را ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

## ۳- مقیاس ناامیدی بک (BHS)

مقیاس ناامیدی بک جهت بررسی و اندازه‌گیری میزان انتظارات منفی فرد درباره حوادث آینده در سال ۱۹۷۴ ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۰ جمله می‌باشد که برای اجرا روی بزرگسالان (۱۷-۸۰ سال) طراحی شده و طرز فکر و روحیه فرد را بیان می‌کند. جملات به صورت صحیح یا غلط جواب داده می‌شوند، دامنه نمرات بین ۰ تا ۲۰ است به طوری که هر چه نمره فرد به ۲۰ نزدیکتر باشد، میزان ناامیدی بیشتر است. همبستگی معنادار بین مقیاس ناامیدی بک و چک لیست اضطراب و افسردگی همیلتون به ترتیب ۰/۲۵ و ۰/۴۳ بوده است (۳۰). این آزمون توسط دژکام (۳۱) روی دانشجویان دانشگاه آزاد واحد تهران هنجاریابی شده به طوری که پایایی مقیاس با استفاده از ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۷۹ به دست آمده است. جهت بررسی روایی آزمون با انجام تحلیل مولفه‌های اصلی پنج عامل شامل: یاس در دستیابی به خواسته‌ها، ناامیدی در مورد آینده، نگرش نسبت به آینده، دورنمای

<sup>1</sup> Hamilton

<sup>2</sup> Beck Anxiety Inventory

<sup>3</sup> Beck Hopelessness Scale



زندگی، اعتماد به نفس به آینده استخراج شد، که این ۵ عامل روی هم ۴۸/۹ درصد واریانس کل را تبیین می‌کنند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۶ به دست آمد.

#### ۴- پرسشنامه رضایتمندی مراجع<sup>۱</sup> (CSQ)

این مقیاس که برای سنجش میزان رضایت مراجع از خدماتی که طی درمان دریافت کرده توسط لارسن<sup>۲</sup> و همکاران (۳۲) ساخته شده و دارای ۸ سؤال است و هر سؤال ۴ پاسخ دارد که پاسخ‌ها براساس درجه مثبت یا منفی بودنشان نمره‌ای بین ۱ تا ۴ (= ۱ بسیار منفی و ۴ بسیار مثبت) می‌گیرند، و بر این اساس حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس به ترتیب ۸ و ۳۲ است. نمره بالاتر رضایتمندی بیشتر از درمان را نشان می‌دهد. بررسی‌ها پایایی و روایی این پرسشنامه را تایید می‌کنند. در تحلیل عاملی یک عامل برای این پرسشنامه به دست آمده است. ضریب همسانی‌درونی این مقیاس براساس آلفای کرونباخ بسیار عالی و بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ بوده است. همچنین روایی همگرایی این پرسشنامه براساس همبستگی با متغیرهایی مثل تکمیل برنامه درمانی برای این پرسشنامه گزارش شده است (۳۳). روایی محتوایی این پرسشنامه توسط روانشناسان بالینی و روانپزشکان در یک نمونه ۲۳ نفری به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و به روش بازآزمایی با فاصله یک هفته ۰/۸۹ به دست آمد (۳۴).

#### ۵- مقیاس بهبود کلی بالینی (CGI)

این مقیاس، دومین خرده مقیاس پرسشنامه برداشت کلی مراجع از درمان است که توسط گای<sup>۴</sup> (۳۵) طراحی شده است و برای سنجش میزان پاسخ به درمان، در پایان درمان

و پیگیری توسط درمانجو تکمیل می‌گردد؛ که دارای یک سؤال با مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت است که براساس آن مراجع نمره‌ای بین ۱-۷ می‌گیرد؛ بنابراین، حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس به ترتیب ۱ و ۷ است که نمرات بالاتر نشانه بهبود کم‌تر و نمرات پایین‌تر نشانه بهبود بیشتر است. این پرسشنامه توسط شاره از طریق ترجمه و ترجمه مجدد به فارسی برگردانده شد که روایی محتوایی این مقیاس توسط روانشناسان بالینی و روانپزشکان مورد تایید قرار گرفته و پایایی آن در یک نمونه ۲۳ نفری از مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی، به روش بازآزمایی با فاصله‌ی یک هفته ۰/۹۱ به دست آمد (۳۴).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها پس از بررسی مفروضات، از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیره عاملی استفاده شد. تحلیل‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ صورت گرفت.

#### یافته‌ها

توزیع جمعیت‌شناختی بر حسب سن نشان داد که میانگین و در گروه آزمایش به ترتیب ۳۲/۸۸ و ۵/۹۱ و در گروه کنترل به ترتیب ۳۲/۳۸ و ۴/۳۴ بود. پس از بررسی همگنی خطای واریانس لوین ( $P > 0.05$ ) آزمون  $t$  مستقل نشان داد که گروه‌ها از نظر سنی تفاوت معناداری نداشته و همگن هستند ( $t = -0.19$ ,  $P = 0.85$ ). نسبت آزمودنی‌های دارای تحصیلات دیپلم، کاردانی، کارشناسی و کارشناسی ارشد در هر دو گروه برابر و به ترتیب ۲۵ درصد، ۲۵ درصد، ۳۷/۵ درصد و ۱۲/۵ درصد بود. در نهایت اینکه ۵۰ درصد آزمودنی‌ها گروه آزمایش و ۶۲/۵ درصد آزمودنی‌های گروه کنترل دارای یک فرزند بودند و تفاوت معناداری میان گروه‌ها وجود نداشت ( $\chi^2 = 0.25$ ,  $P = 0.50$ ). شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهشی بر حسب مراحل آزمون در جدول ۲ آورده شده است.

<sup>1</sup> Clinical Satisfaction Questionnaire

<sup>2</sup> Larsen

<sup>3</sup> Clinical Global Impressions

<sup>4</sup> Guy





جدول ۲- شاخص‌های توصیفی متغیرها در گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

| متغیر   | گروه   | پیش آزمون |              | پس آزمون |              | پیگیری  |              |
|---------|--------|-----------|--------------|----------|--------------|---------|--------------|
|         |        | میانگین   | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| افسردگی | آزمایش | ۲۰/۶۳     | ۶/۱۶         | ۹/۰۰     | ۲/۵۶         | ۸/۲۵    | ۲/۲۵         |
|         | کنترل  | ۲۰/۶۲     | ۸/۲۴         | ۲۱/۵۰    | ۴/۸۷         | ۲۰/۷۵   | ۲/۹۲         |
| اضطراب  | آزمایش | ۲۵/۷۵     | ۱۰/۰۵        | ۱۴/۰۰    | ۸/۵۰         | ۵/۵۰    | ۱/۵۱         |
|         | کنترل  | ۲۸/۳۸     | ۱۰/۱۰        | ۲۷/۵۰    | ۸/۶۵         | ۲۷/۳۸   | ۲/۳۹         |
| ناامیدی | آزمایش | ۷/۵۰      | ۵/۸۶         | ۴/۲۵     | ۳/۲۸         | ۴/۳۸    | ۰/۹۲         |
|         | کنترل  | ۹/۱۳      | ۵/۱۹         | ۹/۲۵     | ۱/۳۹         | ۹/۱۳    | ۱/۱۳         |

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین افسردگی گروه آزمایش در پیش آزمون متوسط بوده که در پس آزمون و پیگیری میانگین گروه به حداقل افسردگی کاهش پیدا کرده است در حالی که تغییر قابل ملاحظه‌ای در میانگین افسردگی گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. میانگین اضطراب گروه آزمایش در پیش آزمون متوسط و نزدیک به شدید است که این میانگین در پس آزمون خفیف و در پیگیری فقدان اضطراب را نشان می‌دهد، در حالی که در میانگین اضطراب گروه کنترل از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری تفاوت قابل ملاحظه‌ای مشاهده نمی‌شود. در ناامیدی میانگین گروه آزمایش در پیش آزمون نشان دهنده ناامیدی زیاد است که به ناامیدی کمتر در پس آزمون و پیگیری تغییر کرده است در حالی که در گروه کنترل تغییر در پس آزمون و پیگیری زیاد واضح نیست.

در این پژوهش جهت پاسخگویی به فرضیات پژوهشی از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیره عاملی استفاده شده است. پیش از اجرای این آزمون، مفروضات آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیروویلک جهت بررسی بهنجار بودن توزیع متغیرها در گروه آزمایش برای افسردگی ( $w=0/85$ ,  $p=0/10$ )، اضطراب ( $w=0/85$ ,  $p=0/16$ ) و

ناامیدی ( $w=0/88$ ,  $p=0/17$ ) و در گروه کنترل برای افسردگی ( $w=0/88$ ,  $p=0/18$ )، اضطراب ( $w=0/92$ ,  $p=0/17$ ) و ناامیدی ( $w=0/86$ ,  $p=0/17$ ) نشان دهنده بهنجار بودن توزیع متغیرهاست. نتایج آزمون لون جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها برای افسردگی در پیش آزمون ( $f=1/45$ ,  $p=0/25$ )، پس آزمون ( $f=5/76$ ,  $p=0/06$ )، و پیگیری ( $f=0/42$ ,  $p=0/68$ )، برای اضطراب در پیش آزمون ( $f=0/50$ ,  $p=0/47$ )، پس آزمون ( $f=0/82$ ,  $p=0/06$ )، و پیگیری ( $f=1/43$ ,  $p=0/25$ )، و برای ناامیدی در پیش آزمون ( $f=2/03$ ,  $p=0/18$ )، پس آزمون ( $f=0/49$ ,  $p=0/50$ )، نشان داد که همگنی واریانس‌ها در سه مرحله آزمون برای افسردگی، اضطراب و ناامیدی محقق شده است ( $P>0/05$ ).

نتایج بررسی مفروضه کرویت موجلی در جدول ۳ آورده شده است. نتایج نشان می‌دهد که در اضطراب کرویت محقق شده است اما در افسردگی و ناامیدی این مفروضه محقق نشده و باید از اصلاح اسپیلن گرینهاوس گیزر استفاده کرد (جدول ۳). در جدول ۴ استفاده از درجه آزادی صحیح

<sup>1</sup> Mauchly's test of Sphericity





نشان دهنده تحقق مفروضه کرویت موچلی و درجه آزادی  
اعشاری نشان دهنده عدم تحقق مفروضه کرویت و استفاده

جدول ۳- نتایج آزمون کرویت موچلی

| متغیر   | W موچلی | $\chi^2$ | سطح معناداری | اصلاح گرینهاوس گیزر |
|---------|---------|----------|--------------|---------------------|
| افسردگی | ۰/۳۸    | ۱۲/۶۸    | ۰/۰۰۲        | ۰/۶۲                |
| اضطراب  | ۰/۹۲    | ۱/۱۳     | ۰/۵۷         | ۰/۹۲                |
| نامیدی  | ۰/۳۹    | ۱۲/۴۰    | ۰/۰۰۲        | ۰/۶۲                |

( $Wilks' \text{ Lambda} = ۰/۱۶$ ,  $F = ۲۰/۵۹$ ,  $P = ۰/۰۰۱$ ) و اثرات  
تعاملی ( $Wilks' \text{ Lambda} = ۰/۲۶$ ,  $F = ۳/۹۸$ ,  $P = ۰/۰۳$ ) در  
ترکیب خطی متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد.  
نتایج این تحلیل در جدول ۴ آمده است.

با توجه به محقق شدن مفروضات، در ادامه از تحلیل واریانس  
اندازه گیری مکرر چندمتغیره عاملی استفاده شد. نتایج آزمون  
چندمتغیره نشان داد که در حالت درون گروهی ( $P = ۰/۰۴$ ،  
 $Wilks' \text{ Lambda} = ۰/۲۸$ ,  $F = ۳/۸۴$ )، بین گروهی

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل اندازه گیری مکرر عاملی

| متغیرها | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F     | سطح معناداری | مجدوراتی سهمی | توان آزمون |
|---------|--------------|---------------|-------------|-----------------|-------|--------------|---------------|------------|
| افسردگی | درون گروهی   | ۳۵۷/۱۷        | ۱/۲۳        | ۲۸۹/۸۲          | ۶/۳۹  | ۰/۰۲         | ۰/۳۱          | ۰/۸۷       |
|         | بین گروهی    | ۸۳۳/۳۳        | ۱           | ۸۳۳/۳۳          | ۴۳/۸۷ | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۶          | ۱/۰۰       |
|         | اثر تعاملی   | ۴۱۶/۶۷        | ۱/۲۳        | ۳۳۸/۱۰          | ۷/۴۵  | ۰/۰۱         | ۰/۳۵          | ۰/۷۹       |
| اضطراب  | درون گروهی   | ۹۱۳/۷۹        | ۲           | ۴۵۶/۹۰          | ۱۱/۷۸ | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۶          | ۰/۹۹       |
|         | بین گروهی    | ۱۹۲۵/۳۳       | ۱           | ۱۹۲۵/۳۳         | ۱۸/۹۷ | ۰/۰۰۱        | ۰/۵۸          | ۰/۹۸       |
|         | اثر تعاملی   | ۷۴۵/۲۹        | ۲           | ۳۷۲/۶۵          | ۹/۶۱  | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۱          | ۰/۹۷       |
| نامیدی  | درون گروهی   | ۲۶/۰۴         | ۱/۲۴        | ۲۱/۰۳           | ۰/۸۹  | ۰/۳۸         | ۰/۰۶          | ۰/۱۹       |
|         | بین گروهی    | ۱۷۲/۵۲        | ۱           | ۱۷۲/۵۲          | ۱۹/۳۳ | ۰/۰۰۱        | ۰/۵۸          | ۰/۹۸       |
|         | اثر تعاملی   | ۲۸/۲۹         | ۱/۲۴        | ۲۲/۸۴           | ۰/۹۷  | ۰/۳۶         | ۰/۰۷          | ۰/۱۶       |



آن چنان که در جدول ۴ نشان داده شده است در افسردگی و اضطراب در حالت درون‌گروهی، بین‌گروهی و اثرات تعاملی تفاوت‌های معناداری وجود دارد ( $P < 0/01$ ). اما در خصوص ناامیدی تنها اثر بین‌گروهی معنادار است و در حالت درون‌گروهی و اثرات تعاملی تفاوت معناداری میان گروه‌ها وجود ندارد ( $P > 0/05$ ). سایر نتایج نشان می‌دهد که اندازه اثر مداخله در افسردگی و اضطراب بر حسب اثرات تعاملی به ترتیب ۰/۳۵ و ۰/۴۱ است. بدین معنی که ۳۵ درصد از

تغییرات افسردگی و ۴۱ درصد از تغییرات اضطراب در طی مراحل آزمون به عضویت در گروه آزمایش یا کنترل مربوط است. توان آزمون نیز برای اثرات تعامل درون‌گروهی و بین‌گروهی در افسردگی و اضطراب به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۹۷ بود. بدین معنی که آزمون از توان بالایی برای برآورد تفاوت‌های بین‌گروهی برخوردار است. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی بر حسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی جهت مقایسه تفاوت‌ها بر حسب مراحل آزمون

| متغیرها | گروه   | پیش‌آزمون- پس‌آزمون |              | پیش‌آزمون- پیگیری |              | پس‌آزمون- پیگیری |              |
|---------|--------|---------------------|--------------|-------------------|--------------|------------------|--------------|
|         |        | اختلاف میانگین      | سطح معناداری | اختلاف میانگین    | سطح معناداری | اختلاف میانگین   | سطح معناداری |
| افسردگی | آزمایش | ۱۱/۶۳               | ۰/۰۱         | ۱۲/۳۸             | ۰/۰۰۷        | -۰/۷۵            | ۰/۵۱         |
|         | کنترل  | -۰/۸۸               | ۰/۹۹         | -۰/۱۳             | ۰/۹۹         | ۰/۷۵             | ۰/۹۹         |
| اضطراب  | آزمایش | ۱۱/۷۵               | ۰/۰۵         | ۲۰/۲۵             | ۰/۰۰۱        | ۸/۵۰             | ۰/۰۴         |
|         | کنترل  | ۰/۸۸                | ۰/۹۹         | ۱/۰۰              | ۰/۹۹         | ۰/۱۳             | ۰/۹۹         |
| ناامیدی | آزمایش | ۳/۲۵                | ۰/۸۳         | ۳/۱۳              | ۰/۶۰         | -۰/۱۳            | ۰/۹۹         |
|         | کنترل  | -۰/۱۳               | ۰/۹۹         | ۰/۰۱              | ۰/۹۹         | ۰/۱۳             | ۰/۹۹         |

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در افسردگی در میان آزمودنی‌های گروه آزمایش از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری تفاوت میانگین معناداری وجود دارد ( $P < 0/01$ ) اما از پس‌آزمون به پیگیری تفاوت معنادار نیست ( $P > 0/05$ ). در اضطراب تفاوت میانگین‌ها از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری و همچنین پس‌آزمون به پیگیری معنادار است ( $P < 0/05$ ). در ناامیدی تفاوت معناداری در مراحل آزمون برای گروه آزمایش وجود ندارد ( $P > 0/05$ ). بر اساس نمرات پرسشنامه‌های CGI و CSQ میانگین نمره رضایت از درمان و بهبود کلی درمان در گروه آزمایش در پس‌آزمون به ترتیب ۲۴/۴۱ و ۱/۹۱ به دست آمد که نشان دهنده بهبود کلی نسبتاً خوب درمان است و

مراجعین به درمان پاسخ داده‌اند، همچنین از فرایند درمان رضایت داشته‌اند.

### بحث

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که طر حواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب زنان آسیب دیده از خیانت همسر در پس‌آزمون اثربخش بوده و این اثر بخشی تا مرحله پیگیری نیز حفظ شده است اما این درمان در مورد ناامیدی زنان در پس‌آزمون و مرحله پیگیری اثربخش نبوده است. هر چند در ارتباط با اثربخشی طر حواره درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی شواهدی گزارش نشده است، اما نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌هایی که اثربخشی طر حواره درمانی را بر افسردگی، افسردگی مزمن، مشکلات سلامت روان زوجین



دارای مشکل روابط فرازنشویی، افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده نشان می‌دهند همراستا است (۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۹). همچنین نتایج این پژوهش با یافته‌هایی که نشان دهنده اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی زنان یائسه (۲۱)، افسردگی، خشم و تنظیم هیجان همسران جانبازان (۲۲) است همراستا می‌باشد.

نتایج با یافته‌های فرا تحلیل خوری<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰) نیز همراستا می‌باشد که نشان دادند درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به طور متوسط تاثیر نیرومند و مثبتی بر نشانه‌های اضطرابی و خلقی در تمامی مطالعات گنجانده شده در فراتحلیل داشته و این اثرات در پیگیری ۱۲ هفته‌ای کماکان به قوت خود باقی مانده‌اند. همچنین یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های میچل و هدز<sup>۲</sup> (۲۳) که ارتباط بین برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) و سلامت روان شرکت‌کنندگان را نشان دادند همراستا می‌باشد. بعلاوه، شواهدی وجود دارد مبنی بر این که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) می‌تواند از برگشت علائم در افراد دارای افسردگی مزمن جلوگیری کند و افراد دارای افسردگی مزمن می‌توانند از این درمان خلاقانه بهره ببرند (۲۳).

در تبیین نتایج می‌توان اشاره کرد که یکی از راه‌های سازماندهی اطلاعات در ذهن، تقسیم واقعیت‌ها به دو دسته درست و نادرست است. اما طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها باعث می‌شوند که ما اطلاعات را آن گونه که طرحواره‌ها می‌خواهند برداشت کنیم بدون این که 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 داریم تاثیر می‌گذارند، بلکه بر چگونگی پردازش اطلاعاتی نیز که در زندگی روزانه با آنها مواجه هستیم تاثیر گذار 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 بازیابی 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 (۱۳). طرحواره‌هایی که در کودکی شکل گرفته‌اند در طول زندگی تحت تاثیر 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 تجربان و ایجاد خطای ادراکی یا توهم‌ایمنی و پیش‌بینی-پذیری در جهان به ما کمک می‌کنند و این احساس را ایجاد می‌کنند که ما می‌توانیم پیش‌بینی‌هایی درباره نتیجه‌ی 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 تمام عیار شامل افکار، احساسات، ادراکات، خاطرات و اجبارهای طرحواره محور قدرتمندی را به بار می‌آورند (۱۲).

فرایندهای توجهی، تقریباً در همه حال، نقشی محوری در پردازش اطلاعات بر عهده دارند و معمولاً پیش‌بینی سایر فرایندهای مغزی نیز هستند. از دید کوستر، باثرت و دی رانت (۱۳) افرادی که از نظر زیستی مستعد اختلالات

<sup>1</sup> Khoury

<sup>2</sup> Mitchell & Heads



اضطرابی هستند، بیش از حد گوش به زنگ‌اند که این مساله به مواردی چون: تشدید حواس‌پرتی به طور کلی، افزایش وارسی محیط برای اطلاعات تهدیدزا، توجه‌انتخابی به اطلاعات تهدیدزا، دامنه توجه گسترده پیش از کشف تهدید و دامنه توجه محدود بعد از کشف تهدید منتهی می‌شود. وجود این سوگیری‌ها در توجه موجب می‌شود که فرد، جهان را به عنوان مکانی ناامن تجربه کند. افزون بر این، چنین سوگیری دسترسی توجه را به اطلاعات ناهمخوان با انتظارات اضطرابی محدود می‌کند. فرایندهای توجهی ناکارآمد در افسردگی نیز نقش دارند، اطلاعاتی که نظریه بدبینانه‌ای را تایید می‌کنند به احتمال بیشتری انتخاب می‌شوند، خاطرات منفی به احتمال بیشتری به یاد می‌آیند، و توجه کمتری نصیب اطلاعات مثبت می‌شود. افراد مبتلا به افسردگی معمولاً چندان توجهی به تجارب مثبت نمی‌کنند و کسانی که خلق اندوهگینی دارند، در مقایسه با گروه کنترل، احتمال کمتری دارد که توجه شان را از اطلاعات منفی به اطلاعات غیر منفی جابه‌جا کنند (۱۳).

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 غیر ارادی به رویدادها با تامل و تفکر پاسخ دهند. در این صورت، توانایی مشاهده کردن حالت‌هایی مثل اضطراب افزایش می‌یابد و به جای الگوهای رفتاری خودکار، فرد با درک حضور در زمان حال و همراهی با هیجانات و عدم قضاوت آن‌ها قادر به مدیریت شرایط موجود بوده و استرس کمتری تجربه خواهد 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 آنجا که 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 زیر بنایی 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 گلمن از پیامدهای ذهن آگاهی با عنوان «حساسیت زدایی همه جانبه» یاد می‌کند (۳۶).

طرحواره‌درمانی دو مرحله دارد: در مرحله اول یا همان سنجش طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها شناسایی می‌شوند و 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 سومی را نیز معرفی می‌کند که در آن از طریق توجه عاری از قضاوت به تجربه درونی فعال ساز طرح‌واره و ذهنیت، مجالی برای ایجاد روش‌های بدیع برای پاسخ‌دهی به وجود می‌آید. دستور العمل 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 این که در بلند مدت، با آزاد گذاشتن احساسات دگرگونی حاصل می‌شود (۱۳). 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 (۱۲). با توجه به این که شیوه افراد برای ادراک جهان را طرح واره‌هایشان از مدت‌ها پیش شکل داده است، لذا دسترسی به چشم اندازه‌های جدید اصولاً در دسترس ذهن افراد قرار نمی‌گیرد. به عبارت دیگر، دستگاه هدایت خودکار اغلب اوقات و به راحتی بر افراد مسلط می‌شود. ذهن آگاهی کلید خروج از وضعیت خودکار است. زندگی ذهن آگاهانه بدون ابراز واکنش آنی، مجالی برای کنش‌های هشیارانه و ارادی در اختیار می‌گذارد. آموزش مستمر ذهن آگاهی به افراد این امکان را می‌دهد تا فرایندهای 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 کم رنگ ببازد، و توجه و نیروی بیشتری را برای طیف وسیع‌تری از تجارب آزاد می‌سازد که در غیر این صورت از نظر دور می‌ماندند (۱۳). در پژوهش حاضر زنان در گروه طرحواره‌درمانی 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 پر فشار مرتبط با طرحواره‌ها خارج از کنترل هستند، لذا آنها دریافتند که راهبردهایی که از آنها به عنوان تلاش‌هایی برای کنترل و فرار از درد عمیق اجتناب-ناپذیر استفاده می‌کنند، به ایجاد و تشدید دردی که ترس زیادی از آن دارند منتهی می‌شود. آنها به این درک رسیدند که هر گاه تلاش می‌کنند تا از درد اولیه‌ی مرتبط با طرحواره‌هایشان اجتناب کنند یا آن را مسدود کنند، روابطشان آسیب می‌بیند و وقتی به جای تمرکز بر تلاش بر روی آن چه در کنترلشان است، همچنان با تغییر آن چه

کنترل‌ناپذیر است درگیر هستند، درد حفظ و تشدید می‌شود باشیم.

### نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که از طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در قالب جلسات گروهی می‌توان جهت کاهش آلام روحی و آسیب‌های عاطفی زنان قربانی خیانت‌همسر استفاده کرد. انجام نمونه‌گیری در دسترس و عدم تعیین حجم نمونه بر اساس آزمون‌های آماری مناسب، تعمیم نتایج مطالعه حاضر را به کل زنان آسیب‌دیده از خیانت‌همسر محدود می‌کند. همچنین با توجه به تفاوت‌های جنسیتی در پاسخ به خیانت جنسی و عاطفی همسر، پیشنهاد می‌شود که حجم نمونه واقعی‌تری از جامعه با تفکیک جنسیت و نوع خیانت (جنسی، عاطفی یا ترکیب هر دو) انتخاب و اثربخشی مداخلات بر هر نوع از خیانت همسر بررسی شود. از طرفی با توجه به شیوع روز افزون خیانت خانم‌ها و استرس و فشار روانی بیشتری که آقایان در مقایسه با خانم‌ها در ارتباط با خیانت جنسی همسرشان تجربه می‌کنند (۳۷)، اثربخشی مداخلات این پژوهش بر مردان آسیب‌دیده از خیانت همسر پیشنهاد می‌شود.

### تشکر و قدردانی

از کلیه همکاران روانشناس و مشاور در مراکز مشاوره شهر مشهد که با ارجاع مراجعین در فرایند انتخاب نمونه مساعدت داشتند قدردانی می‌شود. این مقاله از پایان نامه دکتری نویسنده اول منتج شده است.

### تعارض منافع

در این تحقیق تعارض منافع بین نویسندگان و منابع مالی تحقیق وجود ندارد.



## References

1. Knight EA. Gender differences in defining infidelity (Unpublished Master dissertation). Humboldt State University, Arcata, CA; 2010.
2. Allen ES, Atkins DC. The association of divorce and extramarital sex in a representative U.S. sample. *J FAM Issu* 2012; 33: 1477-1493.
3. Donovan S, Emmers-Sommer TM. Attachment Style and Gender as Predictors of Communicative Responses to Infidelity. *J mar and fam rev* 2012; 48:125-149. DOI: 10.1080/01494929.2011.626670
4. Starratt VG, Shackelford VW, shackelford TK. Mate value both positively and negatively predicts intentions to commit an infidelity. *Pers Individ Dif* 2017;104: 18-22.
5. Loudova I, Janis K, Haviger J. Infidelity as a threatening factor to the existence of the family. *Soc. Behave. Sci* 2013; 106: 1462-1469. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.12.164.
6. Cano A, O'Leary KD. Infidelity and separations precipitate major depressive episodes and symptoms of nonspecific depression and anxiety. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 774-781.
7. Stefano JD, Oala M. Extramarital Affairs: Basic Considerations and Essential Tasks in Clinical Work, *The family journal*. TFJ 2008; 16(1): 13-19.
8. Shackelford TK, LeBlanc GJ, Drass E. Emotional reactions to infidelity. *Cognition & Emotion* 2000; 14(5): 643-659. <http://dx.doi.org/10.1080/02699930050117657>
9. Leahy RL, Holland SJF, McCain L. Cognitive-Behavioral Programs and Interventions for Depression and Anxiety Disorders (2 the end). 2014. Translated by Shareh, Oladi, Olyaei and Omidvar, Mashhad, Motivation; 2015.
10. Dixon WA, Rumford KG, Heppner PP, Lips BJ. Use of different sources of stress to predict hopelessness and suicide ideation in a college population. *J Consult Psychol* 1996; 39(3): 342-349. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.39.3.342>
11. Abasi E, Tafazzoli M, Esmaily H, Hassanabadi H. The effect of maternal- fetal attachment education on maternal mental health. *Turk J Med Sci* 2013; 43: 815-820.
12. Lev A, Mckay M. Acceptance and commitment therapy for couple: A clinical guide to using mindfulness, values and schema awareness to rebuild relationship. 2017. Translated by Shareh et al. Tehran: Danjeh, 2018.
13. Van Vreeswijk MV, Broersen J, Schurink G. Mindfulness and schema therapy: A practical guide. 2014. Translated by Zirak H and Hamid Pour H. Tehran: Ebnesina publication; 2015.
14. Germer CK, Siegel RD, Fulton PR. Mindfulness and psychotherapy. New York, NY: Guilford Press; 2013.
15. Carter JD, McIntosh VV, Jordan J, Porter RJ, Frampton CM, JOYC PR. Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *J Affect Disord* 2013; 151: 500-505. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.034>
16. Renner F, Arntz A, Peeters FP, Lobbestae l J, Huibers MJ. Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2016; 51: 66-73. DOI: 10.1016/j.jbtep.2015.12.001
17. Shokhmgar Z. Effectiveness of schema therapy in reducing mental health problems due to crossover relationships in couples. *Nasim Health* 2016; 1(17): 1-7. [Persian]
18. Khoshnam S. Comparison of the Effectiveness of Couple Therapy in Attachment - Narrative with Scheme-Focused Couple Therapy on the Levels of Anxiety Attachment and Sensitivity to Rejection in Married Women in Tehran (Dissertation for the degree of Doctor of Consultin). Faculty of Education and Psychology, University of Esfahan; 2012.
19. Hemmati sabet A, Navabi nejad S, Khalatbari J. Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Group Cognitive Therapy to Reduce Depression, Anxiety and Perceived Stress of Women. *Shenakht J Psycho Psychi* 2016; 3(1): 12-25 [Persian].
20. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P. Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clin Physiol rev* 2013; 33(6): 763-771.
21. Habibi M, Hanasabzadeh M. The Effectiveness of Mindfulness-Based Art Therapy in Depression, Anxiety, Stress and Quality of Life among Postmenopausal Women. *J Eld* 2014; 9(1): 22-31 [Persian].
22. Mehri Nejad S, Ramezan Saatchi L. Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression, Anger and Emotion Regulation of Veterans' Spouses. *Iran J War Public Health* 2016; 8 (3): 141-148 [Persian].
23. Mitchell M, Heads G. Staying well: A follow up of a 5-week mindfulness-based stress reduction program for a range of psychological issues. *CMHJ* 2015; 51(8): 897-902.



24. Khaleghi M, Leahy RL, Akbari E, Mohammadkhani S, Hasani J, Tayyebi A. Emotional schema therapy for generalized anxiety disorder: a single- subject design. *Int J Cogn Ther* 2017;10(4):269-282.
25. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. The psychological corporation, Harcourt Brace: Company San Antonio; 1996.
26. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: A 10-year study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychol* 1985; 142: 559-563.
27. Dabson KS, Mohamadkhani P. Psychometric co-ordinates of the Beck Depression Inventory in a large sample of people with major depressive disorder. *Rehabilitation special letter on Diseases and Mental Disorders* 2007; 29: 80-86.
28. Beck AT, Steer RA. Beck Anxiety Inventory Manual. San Anto: Psycho Corp; 1990.
29. Kavyani H, Mosavi AS. Psychometric properties of Beck anxiety inventory in the age and sex groups of Iranian population. *Tehran Univ Med J* 2008; 68(2): 126-140 [Persian].
30. Gharaee B. Study of some of the cognition patterns in patients with anxiety and depression. [Dissertation]. *IJMS*; 1994. [Persian]
31. Dejkam N. Adjustment and standardization of Beck Hopelessness Scale in Students of Islamic Azad University of Tehran. *J Psycho Res* 2004; 2: 100-119 [Persian].
32. Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *J Eval Prog Plan* 1979; 2: 197-207.
33. Attkisson CC, Greenfield TK. The UCSF client satisfaction scales: I. The client satisfaction questionnaire-8. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1999.
34. Shareh H. Validation and investigating the psychometric properties of the client satisfaction questionnaire and client clinical global index in a sample of patients with obsessive-compulsive disorder. Unpublished manuscript; 2019.
35. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. US Department of Health, Education, and Welfare publication (ADM) 76-338. Rockville, MD: NIMH. 1976; 218-222.
36. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd Ed.). New York, NY, US: Guilford Press; 2013.
37. Miller SL, Maner JK. Sex differences in response to sexual versus emotional infidelity: The moderating role of individual differences. *Pers Individ Dif* 2009; 3: 287-291. doi: 10.1016/j.paid.2008.10.01





## Effectiveness of mindfulness-based schema therapy in depression, anxiety and hopelessness of betrayed women: A randomized clinical trial

Mohamad Reza Raftar Aliabadi<sup>1</sup>, Hossein Shareh<sup>2\*</sup>, Hassan Toozeandehjani<sup>1</sup>

1-Department of Psychological Sciences, Faculty of Basic Sciences, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

2-Department of Educational Sciences, Faculty of Literature and Human Sciences, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran.

### Original Article

**Received:** 28 Nov 2019

**Accepted:** 19 May 2020

#### \*Corresponding Author:

Hossein Shareh, Sabzevar,  
Hakim Sabzevari University,  
Faculty of Letters and  
Humanities, Department of  
Educational Science,  
**TEL:** 09124242757  
**Email:** h.shareh@hsu.ac.ir

### ABSTRACT

#### Introduction

Infidelity causes mental health problems, family disruptions, rumination about events, and changes in the betrayed person's beliefs toward the spouse. SO, the purpose of this study was to investigate the effectiveness of "mindfulness-based schema therapy" on depression, anxiety, and hopelessness of women affected by spouse infidelity.

#### Materials and Methods

It was semi-experimental research with a pretest-posttest and follow-up control group design. The research statistical population comprised all women who required psychological help due to their husband's betrayal and referred to counseling centers in Mashhad from January to March 2018. A total of 24 women were selected by the available sampling method and were randomly assigned to the experimental and control groups. Both groups completed Beck depression, anxiety, and hopeless questionnaires in the pretest, posttest, and a two-month follow-up. The experimental group received mindfulness-based schema therapy intervention (Van Vreeswijk et al., 2014) for ten sessions. Factorial repeated measures analysis of variance was used for data analysis.

#### Results

The effect of the intragroup and intergroup interaction was significant in depression ( $p=0/01$ ) and anxiety ( $p=0/001$ ) but not significant in hopelessness ( $p=0/36$ ). There is a significant difference in depression and anxiety from pretest to posttest and follow-up ( $p < 0/01$ ). But regarding hopelessness, the difference between pretest and posttest and follow-up is not significant ( $p > 0.05$ ).

#### Conclusion

Mindfulness-based schema therapy can be used to reduce the depression and anxiety of women affected by spouse betrayal.

#### Keywords

Schema therapy, Mindfulness, Depression, Anxiety, Hopelessness, Infidelity, Women

► Please cite this article as: Raftar Aliabadi MR, Shareh H\*, Toozeandehjani H. Effectiveness of mindfulness-based schema therapy in depression, anxiety and hopelessness of betrayed women: A randomized clinical trial. J Neyshabur Univ Med Sci 2020;8(2):140-155.