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 hurted 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 hurted 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

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.3.2.3]

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

فریبا قاسمی‌نژاد راینی: 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 مسوول

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 آسیب دلبستگی 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 خودآسیبیSIQ برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. طرحواره درمانی معنویت‌محور و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی 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 نرم افزار SPSS22 تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد که تعامل عامل زمان و گروه بر افسردگی معنادار است.(P<۰/۰۵) به این معنی که طرحواره درمانی معنویت‌محور و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی به‌طور معناداری افسردگی را در گروه‌های آزمایش کاهش دادند. همچنین نتایج نشان داد که طرحواره درمانی معنویت‌محور و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی بر کاهش رفتار خودآسیبی دارای اثربخشی معناداری نیستند.(P>۰/۰۵)

بحث و نتیجه‌گیری: طرحواره درمانی معنویت‌محور و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی، 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.

نحوه استناد به مقاله:

فریبا قاسمی‌نژاد راینی، محسن گل‌پرور و اصغر آقایی. مقایسه اثربخشي طرحواره درماني معنويت‌محور و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی، بر افسردگي و رفتار خودآسيبي زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۴۰۱؛ ۱۱ (۳): ۱۷-۵

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.3.2.3]

مقدمه

تجربه پیمان‌شکنی همسر رویدادی آسیبزا است که در موارد زیادی زنان را در معرض آسیب‌های جسمی، روانی و اجتماعی قرار می‌دهد.[۱] تاکنون نرخ‌های شـیوع متفاوتی برای پیمان‌شـکنی 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 اسـت در مسـیر زندگی خود درگیر روابط پیمان‌شکنانه یا روابط فرازناشویی شوند.[۱و۲] تاکنون در ایران آمار رسمی از میزان شـیوع پیمان‌شـکنی یا روابط فرازناشویی داده نشده اسـت. با این حال، در برخی مطالعات از میزان رو به رشد این پدیده سـخن به میان آمده است.[۳] در کنار آمار مربوط به پیمان‌شکنی و روابط فرازناشویی، یکی از روندهای پژوهشی رو به گسترش، بررسی پاسخ زنان و مردان و آثار و تبعات پیمان‌شکنی برای زوج‌ها، بالاخص برای زنانی است که با پیمان‌شکنی همسـر مواجه می‌شوند. پیمان‌شکنی همسر برای زنان، می‌تواند اثراتی نظیر احساس شرم، خجالت، خشم، تحقیر، حسادت و تنفر ر ا به‌دنبال داشته باشد.[٤و٥] فراتر از آثار و تبعات مورد اشاره، دو پدیده بسیار مهم مرتبط با پیمان‌شکنی زناشویی و به تبع آن سطح سلامت و بهزیستی زنان، افسردگی و رفتار خودآسیبی است.[٦و٧]

افسردگی از نظر بالینی وضعیت خلقی و عاطفی متشکل از خلق غمگین، بی‌علاقگی به‌کارهایی که قبلا انجام آن‌ها لذت بخش بوده، مختل شـدن عملکرد روزانه و کاهش انرژی، تغییرات خواب و اشـتها، بی‌قراری و اضطراب، کاهش ظرفیت تصمیم‌گیری، احسـاس بی‌ارزشی، عذاب وجدان، ناامیدی، افکار آسیب به خود و خودکشی است.[۸] زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شـکنی همسـر، افکار و یادآوری‌های فاجعه‌آمیز مکرر و زیادی را در مورد پیمان‌شکنی همسر دارند. همین امر باعث سـوگیری منفی و گزینشـی آنان نسبت به شرایط شده و به تدریج به سوی درماندگی و انفعال و در نهایت افسردگی کشیده می‌شوند.[٦] شروت و ویگل ۲۰۲۰ در مطالعه خود اشاره نموده‌اند که افسردگی ناشی از پیمان‌شکنی همسر، به لحاظ فرایند و نحوه بروز، پاسخی به خاطره و یادآوری مکرر صحنه‌های واقعی یا تصوری پیمان‌شکنی همسر است.[۷] در کنار افسردگی رفتار خودآسـیبی نیز ممکن است در بین زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر بروز نماید.[۹] خودآسیب‌رسانی، شکلی از تخریب عمدی و تغییر بافت‌های بدن، بدون قصد آشکار خودکشی است. بر اساس مطالعات انجام شده خودآسیب‌رسانی روشی نامناسب برای مواجهه با مشکلات هیجانی، خشم و ناکامی است. اگرچه این رفتار ابتدا باعث کاهش تنش و احساس آرامش می‌شـود، ولی اغلب فرد پس از آن با احسـاس گناه، شـرمندگی و بازگشت احساسـات منفی روبرو می‌شود.[۱۰] شـواهد حاصل از مطالعات انجام شـده حاکی از رابطه بین افسـردگی و رفتار خودآسیبی اسـت.[۱۱و۱۲] به واسطه رابطه افسـردگی و رفتار خودآسـیبی و با توجه به بروز افسـردگی در زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسـر،[۸] در مواردی رفتار خودآسـیبی در این زنان قابل پیشـبینی و مورد انتظار است.[۱۳] بروز افسـردگی در کنار رفتار احتمالی خودآسیبی، به‌دلیل این‌که، بالاخص افسـردگی به شدت ممکن است سلامتی، بهزیسـتی و کارکردهای طبیعی زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر را با مشکلات جدی مواجه سازد، ضرورت درمان‌های روان‌شناختی و اجتماعی را محرز می‌سازد. تاکنون درمان‌های مختلفی برای افراد مواجه شـده با پیمان‌شـکنی، برای درمان افسـردگی و رفتارهایی نظیر خودآسیبی مطرح و استفاده شده اسـت. دو درمان که به لحاظ ماهیت پیمان‌شـکنی و تبعات افسـردگی و متغیرهای مرتبط با آن برای زنان مواجه شـده با پیمان‌شـکنی همسر، می‌تواند مورد توجه قرار گیرد، یکی طرحواره درمانی معنویت‌محور و دیگری درمان هیجان‌مدارمبتنی بر آسیب دلبستگی است.

طرحواره درمانی، از طیف درمان‌هایی اسـت که ریشـه بسیاری از مشکلات و نارسایی‌های روان‌شناختی و حتی روان‌تنی انسـان‌ها را وجود نظامی از باورها، بایدها و تفسـیر و تعبیرهای ذهنی و شـناختی ناکارآمد و معیوب موسوم به طرحواره‌های ناسـازگار اولیه می‌داند.[١٤] این طرحواره‌های ناسـازگار و مشکل‌آفرین ، اغلب ریشـه در فرایندهای تحول و رشد کودکی داشته و در صورت درمان نکردن و تعدیل نیافتن آن‌ها، می‌توانند در عرصه‌های مختلف انسان‌ها را با مشکل مواجه کنند.[۱۵] شـواهدی وجود دارد که پیمان‌شکنی و مواجهه با آن با طرحواره‌های ناسازگار در ارتباط است.[١٦] بر همین اساس نیز این درمان در مواردی به تازگی برای یاری به زنان آسـیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر استفاده شده است. برای نمونه در پژوهشی رفتار علی‌آبادی و همکاران۲۰۲۰ و ۲۰۲۲ نشـان دادند که طرحواره درمانـی همراه با ذهن‌آگاهی موجب کاهش تحریف شـناختی و نشانه‌های افسردگی در زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر می‌شـود.[١٦و١٧]. علاوه بر مطالعه مورد اشاره،

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.3.2.3]

در برخی مطالعات دیگر، اثربخشی طرحواره درمانی بر متغیرهایی که به نوعی با افسردگی ارتباط دارند نیز بررسی شده است. برای نمونه مورکانی۲۰۲۱[۱۸] و شخم‌گر۲۰۱۶[۱۹] اثربخشی طرحواره درمانی را بر افزایش سلامت روان، نیکوگفتار و سنگانی۲۰۲۰[۲۰] اثربخشی طرحواره درمانی را بر نشخوار ذهنی، احساس تنهایی و سلامت روان، یوسفی۲۰۱۱[۲۱] اثربخشی طرحواره درمانی را بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عسگری و گودرزی۲۰۱۸[۲۲] نیز اثربخشی طرحواره درمانی را بر دلزدگی 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 نیرویی فرابشری 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.[۲۳و۲۴] 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 فرابشری 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 بروبچر 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 همکاران۲۰۲۱،[۲۶] اثربخشی درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی بر افزایش بخشش در زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر توسط دهقانی و همکاران۲۰۱۹،[۲۷] اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر نشانه‌های افسردگی و نشانگان استرس پس از سانحه توسط کریمی و همکاران۲۰۱۳،[۲۸] اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر نشانگان افسردگی توسط عماری و همکاران۲۰۲۲،[۲۹] اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر امید به آینده، اعتماد بین فردی و افسردگی توسط متقی و همکاران۲۰۱۹،[۳۰] و اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر دلزدگی زناشویی توسط قاسمی و همکاران۲۰۲۰،[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.

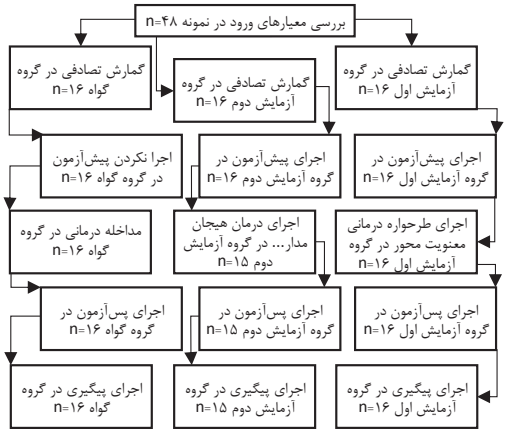
در مجموع مطالعه حاضر همسو با مطالعات قبلی است و با توجه به تعداد کم مطالعات انجام شده بالاخص در حوزه طرحواره درمانی و معنویت درمانی در کنار تمرکز بسیار محدود بر افسردگی و رفتار خودآسیبی به‌عنوان متغیرهای وابسته در زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر، تلاش شد تا با بهره‌گیری از درمان ترکیبی طرحواره درمانی 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

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.3.2.3]

خودآسیبی زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر اجرا شد.

روش



نمودار(۱) نمودار CONSORT پژوهش

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 شکل‌گیری معنویت و تأثیر آن در زندگی افراد و سنجش سنجش سبک مقابله‌ای افراد در قبال طرحواره، مفهوم مشکلات شرکت‌کنندگان. اعتقادات و باورهای معنوی و معنایی. تعیین تکلیف خانگی
دوم	شناخت طرحواره‌های ناسازگار و ارتباط آن با مشکلات فعلی، شناخت هیجان‌های مرتبط با طرحواره‌ها و تاثیر آن بر نگرش افراد، شناخت ماهیت معنویت و تاثیر آن بر سلامتی و مقابله با مشکلات. تعیین تکلیف خانگی: نوشتن دلایل مشکلات به‌وجود آمده
سوم	آزمون اعتبار طرحواره‌ها (فنون شناختی)، آموزش و شناخت خطاهای ذهنی، بررسی ذهنیت‌های طرحواره‌ای 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 سبک‌های مقابله‌ای هر طرحواره، درک ماهیت خود آسیب‌رسان آن‌ها ،آموزش فنون شناختی جهت به چالش کشیدن طرحواره‌ها و شناخت الگوهای شناختی تکراری، معرفی انواع سبک‌های مقابله‌ای معنوی با رویدادهای تلخ زندگی، فنون دعا و نیایش و تعیین تکلیف خانگی: نوشتن سبک مقابله‌ای کارآمد و ناکارآمد برای مشکلات.
پنجم	آموزش خطاهای شناختی و بررسی علل تداوم طرحواره، آموزش راهبردهای شناختی جهت تغییر طرحواره‌ها و مقابله با تداوم بخش‌های طرحواره‌ای ، 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 طرحواره‌ای.
ششم	بررسی ریشه‌های تحول هیجانی طرحواره، کاربرد فنون تجربی نظیر گفتگوی خیالی، تصویرسازی ذهنی با هدف آگاهی و بازپردازش مجدد هیجانات. شناخت هیجانات از دیدگاه معنوی و طرحواره‌های هیجانی معنوی و تعیین تکلیف خانگی: فن نوشتن نامه برای والدین (بدون ارسال نامه به والدین).
هفتم	آموزش الگوشکنی 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 اولویت‌بندی رفتارها برای الگوشکنی.
هشتم	آموزش و شناخت مفهوم دلبستگی و سبک‌های آن و ارتباط دلبستگی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ارتباط دلبستگی و معنویت و تاثیر دلبستگی معنوی بر ارتقا مولفه‌های روان‌شناختی سلامت روان. تعیین تکلیف خانگی: تهیه لیستی از رفتارهای تداوم بخش الگوهای ناسالم اولیه.
نهم	آموزش تمرین اثرگذاری طرحواره‌ها 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 تاثیرات معنویت در روابط بین فردی و تعیین تکلیف خانگی: ثبت الگوهای رفتاری.
دهم	مرور و جمع‌بندی فنون آموخته شده در بخش طرحواره درمانی و معنویت: مرور آموزش کارآمد مقابله با تنش و ناکامی، آموزش و شناخت باورهای نجات‌بخش، فنون آرامش‌دهی بخشش‌محور، قدردانی و شکرگزاری و اجرای پس‌آزمون توسط اعضای گروه.

در این مطالعه از روش نیمه آزمایشی سه گروهی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه گواه استفاده شد. جامعه‌آماری شامل تمامی زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر ساکن در شهر بندرعباس بوده که به فراخوان‌های نصب شده در مراکز مشاوره روان‌شناختی این شهر در بهار سال ۱۴۰۰ پاسخ داده‌بودند. تعداد آن‌ها در بازه زمانی پژوهش شصت زن آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی از جمله عاطفی یا جنسی همسر بود که پس از ارزیابی اولیه از طریق یک مصاحبه مقدماتی برای تشخیص دارا بودن ملاک‌های 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 به‌دست 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 می‌باشد. پس از انتخاب، نمونه به‌طور مساوی در هر گروه شانزده نفر به‌صورت تصادفی در سه گروه شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارده شدند. در نمودار شماره یک در قالب نمودار کانسورت فرایند نمونه‌گیری، گمارش، سنجش و اجرای درمان نشان داده شده است.

$$n = \frac{2\sigma^2\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta}\right)^2}{d^2} \quad \frac{2(10.18)^2(1.96+1.28)^2}{12^2}=15.11$$

ملاک‌های ورود و خروج

ملاک‌های 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 درمان‌های روانپزشکی و روان‌شناختی به‌طور

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.3.2.3]

جدول(۲) جلسات درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی

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 زناشویی 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 واگویش 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 قرارگرفته 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 توام 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 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 آسیب دلبستگی 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 نشان دهنده شدت افسردگی وی است را بر می‌گزیند. هرماده 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. [۳۲و۳۳] 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 امریکاDSM-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

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.3.2.3]

رحیمی۲۰۱٤ 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 به‌دست آورده است.[۳۳] در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برابر با هشتصد و چهل و شش هزارم به‌دست آمد.

پرسشنامه رفتار خودآسیبی SIQ: پرسشنامه خودگزارشی رفتارهای خودآسیب‌رسان توسط کلانسکی و گلن۲۰۰۹ ساخت شده و سیزده کارکرد رفتارهای خودآسیب‌رسان را به‌وسیله سی و نه سوال مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این سیزده کارکرد زیر تحت دو بعد درون‌فردی (تنظیم عاطفی، ضد گسستگی، ضد خودکشی، نشان پریشانی و خودتنبیهی) و بعد بین‌فردی (استقلال، حریم‌های بین فردی، تاثیر بین فردی، وابستگی به همسالان، انتقام، مراقبت از خود، هیجان‌خواهی و سرسختی) قرار می‌گیرند.[۳٤] سوالات در قالب سه گزینه‌ای از صفر کاملا غیرمرتبط، یک تاحدی مرتبط و دو کاملا مرتبط امتیازدهی شده، بنابراین هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از صفر تا شش نمره‌گذاری می‌شوند. همچنین میانگین کلی رفتارهای خودآسیب‌رسان از جمع نمرات خرده‌مقیاس‌های بعد درون‌فردی و بعد برون فردی تقسیم بر تعداد سیزده به‌دست می‌آید. [۳٤] کلانسکی و گلن۲۰۰۹ 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 به‌عنوان شواهدی از روایی همگرا بین امتیازات حاصل از این پرسشنامه با افسردگی، اضطراب، اختلال شخصیت مرزی، ایده‌پردازی معطوف به خودکشی، اقدام به خودکشی و خودآسیبی در زمان تنها بودن همبستگی مثبت و معناداری(P<۰/۰۱) را گزارش نموده است. آلفای کرونباخ پرسشنامه نیز هشتاد و هشت صدم و هشت دهم برای این پرسشنامه گزارش شده است.[۳٤] صفاری‌نیا و همکاران۲۰۱٤ 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] در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با نود و هشت صدم به‌دست آمد.

پس از انتخاب و گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان در دو گروه درمانی و یک گروه گواه، افراد گروه طرحواره درمانی معنویت‌محور و افراد گروه درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی هر یک طی ده جلسه دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفتند. لازم به‌ذکر است که از گروه درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی، یک نفر به‌دلیل غیبت بیش از دو جلسه، از درمان کنار رفت و تعداد نمونه در این گروه به پانزده نفر تقلیل یافت. در زمان‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری میزان افسردگی و رفتار خودآسیبی آنان اندازه‌گیری شد. بسته طرحواره درمانی معنویت‌محور 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 آترایدـ استرلینگ۲۰۰۱،[۳٦] مضامین سازمان دهنده و پایه لازم برای بسته طرحواره درمانی معنویت‌محور، 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 به‌دست 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 روان‌درمانگر با بیش از ده سال سابقه آموزش و درمان، ترکیب فنون درمانی طرحواره و معنویت درمانی برای ده جلسه به‌ترتیب تعیین و بسته درمانی اولیه تدوین گردید. سپس بسته تدوین شده توسط شش داور متخصص حوزه روان‌درمانی بررسی و پس از اعمال اصلاحات داوران، ضریب توافق کلی هشتصد و نود و نه هزارم برای بسته درمانی به‌دست آمد. پس از تایید تخصصی، طی یک مطالعه مقدماتی اثربخشی مقدماتی بسته طراحی شده بر روی شش نفر از زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر اجرا، و اعتبار اولیه بسته تایید شد. درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی نیز در مطالعات قبلی در ایران از نظر اعتبار مورد بررسی قرار گرفته و تایید شده است.[۲٤] در جدول شماره یک و دو خلاصه جلسات دو درمان طرحواره درمانی معنویت‌محور و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی آمده است.

داده‌ها با استفاده از شاخص‌های فراوانی، درصد فراوانی و آزمون کای دو برای بررسی همسانی توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی، از

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.3.2.3]

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

یافته‌ها

جدول(۵) نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرارشده (مکرر) برای افسردگی و رفتار خودآسیبی

متغیر و منبع اثر		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	مقدار احتمال	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
افسردگی								
درون-گروهی	زمان	۱۹۰/۱۳	۱/۴۸	۱۲۸/۲۱	۵/۴۳	۰/۰۱۲	۰/۱۱	۰/۷۴۵
	تعامل زمان×گروه	۲۰۶/۱۲	۲/۹۷	۶۹/۴۹	۲/۹۴	۰/۰۴	۰/۱۲	۰/۶۷
	خطا (زمان)	۱۵۴۱/۵۹	۶۵/۲۵	۲۳/۶۲	-	-	-	-
بین-گروهی	گروه	۱۳۷۸/۳۰	۲	۶۸۹/۱۵	۴/۲۰	۰/۰۲	۰/۱۶	۰/۷۱
	خطا	۷۲۱۸/۱۱	۴۴	۱۶۴/۰۵	-	-	-	-
رفتار خودآسیبی								
درون-گروهی	زمان	۴/۶۸	۱/۲۰	۳/۹۱	۰/۹۰	۰/۳۶	۰/۰۲	۰/۱۶
	تعامل زمان×گروه	۷/۴۴	۲/۴۰	۳/۱۰	۰/۷۲	۰/۵۲	۰/۰۳	۰/۱۸
	خطا (زمان)	۲۲۸/۴۶	۵۲/۷۵	۴/۳۳	-	-	-	-
بین-گروهی	گروه	۱۴۷۲/۵۳	۲	۷۳۶/۲۷	۱/۵۲	۰/۲۳	۰/۰۶	۰/۳۱
	خطا	۲۱۲۵۸/۲۰	۴۴	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	مقدار احتمال
افسردگی	پس‌آزمون	گروه‌گواه	هیجان‌مدار	۳/۷۳	۱/۸۱	۰/۱۳
		گروه‌گواه	طرحواره درمانی	۷/۵۰	۱/۷۹	۰/۰۰۱
		هیجان‌مدار	طرحواره درمانی	۱/۸۰	۱/۸	۰/۱۳
	پیگیری	گروه گواه	هیجان‌مدار	۴/۵۱	۲/۶۶	۰/۲۹
		گروه گواه	طرحواره درمانی	۷/۵۳	۲/۶۱	۰/۰۲
		هیجان‌مدار	طرحواره درمانی	۳/۰۲	۲/۶۶	۰/۷۹

جدول(۳) متغیرهای جمعیت شناختی شرکت‌کننده‌ها به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر و طبقات آن		طرحواره فراوانی(٪)	هیجان‌مدار فراوانی(٪)	گروه گواه فراوانی(٪)	کای‌دو	مقدار احتمال
سن	تا ۳۰ سال	(۱۸/۷۵)۳	(۲۶/۶۷)۴	(۱۲/۵)۲	۱۸/۳۵	۰/۱۲
	۳۱ تا ۴۰ سال	(۵۰)۸	(۴۶/۶۶)۷	(۳۷/۵)۶		
	۴۱ تا ۵۰ سال	(۳۱/۲۵)۵	(۲۶/۶۷)۴	(۵۰)۸		
تحصیلات	تا دیپلم	(۳۷/۵)۶	(۱۳/۳)۲	(۵۰)۸	۸/۹۶	۰/۳۵
	فوق‌دیپلم و لیسانس	(۴۳/۷۵)۷	(۶۰)۹	(۳۷/۵)۶		
	فوق‌لیسانس و دکتری	(۱۸/۷۵)۳	(۲۶/۷)۴	(۱۲/۵)۲		
شغل	بیکار	(۳/۲)۵	(۳۳/۳۳)۵	(۳۷/۵)۶	۱/۳۳	۰/۸۶
	خانه‌دار	(۲۵)۴	(۳۳/۳۳)۵	(۳۷/۵)۶		
	شاغل	(۴۳/۸)۷	(۳۳/۳۳)۵	(۲۵)۴		
فرزندان	یک فرزند	(۳۱/۳)۵	(۴۰)۶	(۱۲/۵)۲	۶/۴۵	۰/۳۷
	دو فرزند	(۴۳/۸)۷	(۲۶/۷)۴	(۳۱/۲۵)۵		
	سه فرزند و بیشتر	(۶/۳)۱	(۶/۷)۱	(۲۵)۴		
	اعلام نشده	(۸۱/۸)۳	(۲۶/۷)۴	(۳۱/۲۵)۵		
سال‌های ازدواج	تا ۵ سال	(۱۲/۵)۲	(۳۳/۳۳)۵	(۱۲/۵)۲	۳۵/۱۸	۰/۱۲
	۶ تا ۱۵ سال	(۴۳/۷۵)۷	(۴۰)۶	(۴۳/۷۵)۷		
	۱۶ سال و بیشتر	(۴۳/۷۵)۷	(۲۶/۶۷)۴	(۴۳/۷۵)۷		

جدول(٤) میانگین و انحراف معیار افسردگی و رفتار خودآسیبی در سه گروه پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر	زمان	گروه گواه		گروه درمان هیجان‌مدار		گروه طرحواره-درمانی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۹/۵۰	۱۰/۵۰	۱۷/۳۳	۷/۵۷	۱۶	۸/۷۹
	پس‌آزمون	۱۹/۹۱	۹/۰۵	۱۴/۸۰	۶/۳۱	۱۰/۱۹	۷
	پیگیری	۲۰/۵۹	۹/۰۵	۱۴/۳۳	۶/۲۵	۱۱/۲۲	۷/۵۰
رفتار خود آسیبی	پیش‌آزمون	۲/۸۱	۰/۷۵	۲/۵۹	۰/۹۱	۲/۲۳	۱/۱۵
	پس‌آزمون	۲/۸۰	۰/۷۶	۲/۵۶	۰/۹۵	۲/۱۶	۱/۲۲
	پیگیری	۲/۸۰	۰/۷۵	۲/۵۵	۰/۹۶	۲/۲۴	۱/۲۳

با توجه به جدول شماره شماره سه، نتیجه بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی از طریق آزمون کای‌دو، 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. به‌عبارتی 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=۰/۳۲) و رفتارخودآسیبی(P=۰/۰۳) 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=۰/۱۳) و رفتار خودآسیبی(P=۰/۰۲) در سطح بزرگتر از یک صدم بود. آزمون ام باکس نیز برای افسردگی(P=۰/۱۲) و رفتار خودآسیبی(P=۰/۰۹) حاکی از برابری ماتریس واریانس-کوواریانس بود، ولی آزمون ماچلی برای بررسی پیش‌فرض کرویت،

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.3.2.3]

هـم بـرای افسـردگی(P=۰/۰۰۱) و هم برای رفتار خودآسـیبی(P=۰/۰۰۱) معنادار بود. به این معنی که پیش‌فرض کرویت رعایت نشـده اسـت. در این مورد با توجه به رعایت نشـدن پیش‌فرض کرویت، نتایج تعدیل شده برحسب اپسـیلون در درجه آزادی برحسب نتایج آزمون گریـن هاوس-گیزر گـزارش گردید. با توجه به نتایج مربوط به پیش‌فرض‌های اشـاره شده، نتایـج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شـده در جـدول شـماره پنج، نشـان داد کـه برای متغیر افسـردگی، عامـل زمـان،(F=۵/۴۳، df=۱/۴۸وP<۰/۰۵) تعامـل زمـان و گـروه(F=۲/۹۴، df=۲/۹۷وP<۰/۰۵) و عامـل گـروه(F=۴/۲۰، df=۲وP<۰/۰۵) معنـادار هسـتند. این نتایج حاکی از آن اسـت کـه حداقل بین یکی از گروه‌هـای آزمایش و گروه گواه در افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایـج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شـده در جدول شـماره پنج، برای رفتار خودآسیبی نشان داد عامل زمان،(P=۰/۲۹وP=۰/۳۶) تعامل زمان و گروه(P=۰/۳۲وP=۰/۵۲) و عامل گروه(P=۰/۰۹وP=۰/۲۳) معنادار نیسـتند. به این معنی که بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه در رفتارخودآسیبی تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول شـماره شش، نشان داد که در متغیر افسـردگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیـری، فقط طرحواره درمانی معنویت‌محور با گروه گواه دارای تفاوت معناداری هسـتند،(P<۰/۰۵) ولی بین درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسـیب دلبستگی با گروه گواه و بین دو درمان تفاوت معنادار(P>۰/۰۵) نیست.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسـه اثربخشـی طرحواره درمانی معنویت‌محور و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسـیب دلبستگی بر افسردگی و رفتار خودآسیبی زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر انجام شد. نتایج در متغیر افسردگی نشان داد گروه درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی و طرحواره درمانی معنویت‌محور با گروه گواه دارای تفاوت بودند، ولی بین اثربخشی دو درمان تفاوتی به‌دسـت نیامد. نتایج حاصل از این بخش از پژوهش در حوزه اثربخشـی طرحواره درمانی معنویت‌محور بر کاهش افسـردگی بـا نتایج مطالعه رفتار علی‌آبـادی و همکاران۲۰۲۰ و۲۰۲۲[۱۶و۱۷] در خصوص اثربخشـی طرحواره درمانی همراه با ذهن‌آگاهی بر کاهش تحریف شناختی و نشانه‌های افسردگی در زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر، با نتایج مطالعه نعیمی۲۰۱۹[۲۳] در باب اثربخشـی مداخله معنوی-مذهبی بر افزایش حس آرامش و بخشش، با نتایج مطالعه مورکانی۲۰۲۱[۱۸] و شـخم‌گر۲۰۱۶[۱۹] در خصوص اثربخشـی طرحواره درمانی بر افزایش سلامت روان، با نتایج مطالعه نیکوگفتار و سـنگانی۲۰۲۰[۲۰] در باب اثربخشـی طرحواره درمانی بر نشخوار ذهنی، احسـاس تنهایی و سلامت روان، با نتایج پژوهش یوسفی۲۰۱۱[۲۱] درباره اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و با نتایج مطالعه عسگری و گودرزی[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 تفسـیر و تعبیرهای معیوب معطوف به طرحواره‌های ناسـازگار 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 شـناختی تسـهیل کننده 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 اسـتفاده از شـیوه‌های مقابله ناکارآمد و هیجانی می‌شـوند،[۱۵و۱۷] با اصلاح و جایگزینی تدریجی با طرحواره‌های سـازگارتر و کارآمدتر، در کنار آموزش مقابله کارآمد با طرحوارهای معیوب، سـبک مقابله شـناختی و رفتاری فرد را به سمت سبک مقابله کارآمدتر سوق داده و از این طریق نیز نظام رفتاری و شناختی تسـهیل کننده افسـردگی را مختل می‌کند. برآیند این امر نیز بهبود خلق افسرده اسـت. در بعد معنویت درمانی ترکیب شده بـا طرحواره درمانی نیز، همزمان با نقشـی که بازسـازی نظام باورهـا و ذهنیت‌های طرحواره‌ای بر کاهش افسـردگی دارد، طرحواره درمانی معنویت‌محور قادر اسـت تا چرخه معیوبی که اغلب بین احسـاس درماندگی، بی‌پناهی، تحقیر، شـرم و

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.3.2.3]

بی‌ارزشـی شخصی با طرحواره‌های ناسازگاری مانند حس قربانی شدن و درماندگی و تسـلیم سرنوشـت بودن ایجاد می‌شود، را از هم بشکند. در چنین شرایطی فرد با تمرکز بیشتر بر نیروی درونی خود همراه با روی آوری روانـی و معنوی به دریافت حمایت از خداوند متعال، احسـاس تنها نبودن و حمایت درونی و معنوی را در خود تقویت نموده، و به این ترتیب احسـاس درماندگی، بی‌پناهی و سردرگمی که در بسیاری موارد زمینه ساز 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 شـرایط افسرده‌ساز را تقویت و در نهایت افسردگی و علایم آن را کاهش می‌دهد.

مطالعه‌ای که متغیر افسـردگی را با درمـان هیجان‌مدار در زنان مواجه شـده با پیمان‌شکنی زناشویی مورد بررسـی قرار داده باشد یافت نشد. با این حال در مطالعاتی نظیر مطالعه حسـن‌نژاد و همکاران۲۰۲۱،[۲۶] اثربخشـی درمان هیجان‌مدار بر رضایت جنسـی و در مطالعه دهقانی و همـکاران۲۰۱۹[۲۷] نیز اثربخشـی درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسـیب دلبسـتگی بر بخشش نشان داده شـده اسـت. این نتایج تا حدودی با نتایـج مطالعه حاضر با توجه به رابطه بین رضایت و بخشـش با کاهش افسـردگی،[۸] همسـویی دارد. در تبیین اثربخشـی درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبسـتگی بر کاهش افسردگی، می‌توان بیان داشت که فرایند درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسـیب دلبستگی بر ترمیم و بازسازی روابط عاطفـی و هیجانی، بالاخص در میان زنانی که با پیمان‌شـکنی همسر مواجه شده‌اند تمرکز دارد. ترمیم و بازسازی روابط از طریق بهبود سطح در دسترس بودن و رفتار مسوولیت شناسانه در بین زوجین محقق می‌شـود.[۲۷] از آن‌جایی که بسیاری از زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسـر از آسیب‌های دلبسـتگی رنج می‌برند،[۲۵] ورود به مسیر ترمیم روابـط هیجانی و مسـوولانه، بخشـی از غم و انده و خلـق 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 آسـیب دلبسـتگی، 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 مسـیرهای ارتباطی زوجی هیجـان محور و مثبت دیگر، تمرکـز 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 دلبسـتگی می‌توان نام برد.[۲۶] تقویت روابط مثبـت 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 دیگـر نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشـان داد که طرحواره درمانی معنویت‌محور بـا درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبسـتگی در تاثیر بر کاهش افسـردگی به یک میزان اثربخش هستند. این اثربخشی یکسان نشان از آن دارد که طرحواره درمانی معنویت‌محـور و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسـیب دلبسـتگی 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 ذهنیت‌هـای ناسـازگار و ناکارآمد در کنار ایجاد اتکا درونـی و معنوی به نیروی خود و حمایت معنوی نیرویـی متعالی نظیر خداوند متعال که در طرحواره درمانی معنویت‌محور با اهمیت بـوده و چه از طریق ترمیم روابط و ایجاد روابط همدلانه و مبتنی بر اعتماد ترمیم شـده در درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسـیب دلبستگی، می‌توان به زنان افسرده آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر کمک نمود تا افسردگی خود را کاهش دهند.

در بخـش دیگری از نتایـج مطالعه حاضر، مشـخص گردیـد کـه طرحـواره درمانـی معنویت‌محـور و درمـان مبتنـی بر آسـیب دلبسـتگی، هیچ یـک اثربخشـی معناداری بر کاهـش رفتار خودآسـیبی نداشـتند. در جسـتجوهای مکـرر مطالعه‌ای در دسـترس قـرار نگرفت که طی آن اثربخشـی طرحواره درمانـی، معنویـت درمانـی و یـا درمـان هیجان‌مدار بر رفتار خودآسیبی در زنان مواجه شده با پیمان‌شـکنی همسـر مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته باشد. البته مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان سیستمی و هیجانی بوئـن بر طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیه،[۲۱] مقایسه اثربخشی زوج درمانی یکپارچه محور با درمان هیجان‌مدار بر نشـانه‌های افسردگی و نشـانگان اسـترس پـس از سـانحه[۲۸] و مقایسـه اثربخشـی زوج درمانی هیجان‌مدار با زوج درمانی شـناختی-رفتاری بر دلزدگی زناشـویی[۳۱] در مطالعات انجام شده است.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.3.2.3]

اثربخشی نبودن هر دو درمان بر کاهش رفتار خودآسیبی، می‌تواند به‌دلایل مختلفی رخ داده باشد. پیش از بیان تبیین‌های احتمالی در این باره لازم است توجه شود که بالاخص طرحواره درمانی معنویت‌محور، در پس‌آزمون 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 می‌گردد که متغیری مانند رفتار خودآسیبی، در بسیاری از مواقع در سطوح افسردگی بالاتر از متوسط و وجود زمینه‌های رفتاری پرخاشگرانه و خشم بستر بروز پیدا می‌کند.[۱۰] نگاهی به میانگین‌های افسردگی و رفتار خودآسیبی در کنار آن در بدو ورود به مطالعه حاکی از آن است که سطح افسردگی و رفتار خودآسیبی زنان آسیب‌دیده وارد مطالعه شده، در حد متوسط بوده است. بالاخص سطح متوسط و احیانا پایین‌تر از متوسط رفتار خودآسیبی ممکن است در عمل، زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر را در این حوزه، چندان در این سطح نیازمند درمان ننموده و به این ترتیب درمان‌های مورد استفاده نیز اثربخشی کاهشی معناداری را بر این متغیر ایجاد ننموده باشند.

پیشنهادها: پیشنهاد می‌گردد پژوهشگران در مطالعات آینده مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی معنویت‌محور و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی را برای مردان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر و به‌طور همزمان به‌صورت مشارکت هر دو زوج در درمان در کنار سنجش‌های عمیقتر وضعیت شرکت‌کنندگان در مطالعه از طریق روش‌هایی نظیر مصاحبه مد نظر قرار دهند. در سطح کاربردی نیز از آن‌جایی که افسردگی از جمله اختلال‌های خلقی است که هم در سطح روانی، هم در سطح اجتماعی و هم در سطح جسمی افراد را با افت کارایی و عملکرد مواجه می‌کند، پیشنهاد می‌شود که طرحواره درمانی معنویت‌محور و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی توسط درمانگران و مددکاران مراکز درمان و مددکاری روان‌شناختی و اجتماعی، به‌عنوان درمان یاری‌رسان به این زنان مورد توجه و استفاده قرار گیرند.

محدودیت‌ها: پژوهشگران و خوانندگان لازم است تا در تعبیر و تفسیر نتایج مطالعه حاضر به محدودیت‌های مطالعه شامل تمرکز مطالعه بر زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی و نه مردان، استفاده از پرسشنامه برای سنجش متغیرهای وابسته که اطلاعات عمیقی برای وضعیت زنان مواجه شده با پیمان‌شکنی همسر به‌دست نمی‌دهد توجه ویژه داشته باشند.

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

سپاسگزاری: این پژوهش علاوه بر تاییدیه کمیته تخصصی پژوهش‌های علمی، دارای کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1399.114 از کمیته اخلاق در پژوهش علمی است. در این‌جا از کلیه زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی شرکت‌کننده در پژوهش که در این مطالعه شرکت نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

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-

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.3.2.3]

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, Toozandehjani 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 extramarital 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

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.3.2.3]

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 terapy on depression، hope for the future and interpersonal trust of the devorced 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.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.3.2.3]