

مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و طرحواره درمانی بر افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد و پردازش هیجانی زنان آسیب دیده از خیانت همسر

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۳۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۳۰

خلاصه

مقدمه: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و طرحواره درمانی بر افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد و پردازش هیجانی زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بود.

روش کار: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با دو گروه آزمایش و گروه گواه و جامعه آماری شامل کلیه زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر شهر اصفهان که با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین زنان خیانت‌دیده مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره مداخله در بحران سازمان بهزیستی ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر در گروه واقعیت درمانی، و ۱۵ نفر در گروه طرحواره درمانی) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند اما، در پایان در گروه واقعیت درمانی ۱۲ نفر، در گروه طرحواره درمانی نیز ۱۲ نفر و در گروه کنترل ۱۳ نفر از زنان باقی ماندند. یکی از گروه‌های آزمایش تحت درمان طرحواره درمانی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه دیگر آزمایش تحت درمان واقعیت درمانی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. ابزارهای گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶)، پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد ویزمن و بک (۱۹۷۸)، و پرسشنامه پردازش هیجانی باکر و همکاران (۲۰۱۰) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد.

نتایج: میزان F مشاهده شده در سطح $\alpha = 0/05$ تفاوت معناداری بین میزان تأثیرگذاری دو روش واقعیت درمانی و طرحواره درمانی بر افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر نشان داد.

نتیجه‌گیری: برای مشکلات روانی و شخصیتی افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره روانشناسی می‌توان از دو روش واقعیت درمانی و طرحواره درمانی استفاده نمود.

کلمات کلیدی: واقعیت درمانی، طرحواره درمانی، افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد، پردازش هیجانی، خیانت

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

مصیب شاهی نژاد^۱

شیرعلی خرامین^{۲*}

سید یوسف رسولی^۳

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

^{۲*} دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.

ایمیل:

^۳ استادیار، گروه آموزش روانشناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.

Email: sapootang@yahoo.com

مقدمه

ازدواج، به عنوان عاملی مفید و ساختار دهنده به جوامع و در جهت برآوری نیازهای شخصی افراد گسترش یافته است و پس از ازدواج، زوجین از خود و همسرشان انتظار دارند، که در طول ازدواج از نظر جنسی و عاطفی وفادار بمانند، ولی گاه مشکلات زیادی در روابط زناشویی پیش می آید که تحت عنوان روابط فرازناشویی از آن یاد می شود. به عبارتی، یکی از عوامل آسیب‌زا در ساختار خانواده و روابط بین زوجین، نقض تعهد و اعتماد است، که در قالب خیانت^۱ یا روابط فرازناشویی به آن پرداخته می شود (۱). امروزه، روابط فرازناشویی ابعاد گوناگونی پیدا کرده و به روابط خانوادگی آسیب‌های جدی وارد می کند و یافته‌های پژوهشی نیز نشان می دهند که روابط فرازناشویی امروزه با شیوع بالائی همراه است (۲)(۳). منظور از روابط فرازناشویی یا خیانت برقراری رابطه معنادار عاطفی، جنسی، حمایتی و ارتباطی با فردی غیر از همسر یا شریک زندگی است. ارتباط فرازناشویی باعث نقض تعهد ضمنی یا کتبی است که افراد به هم داده‌اند و فرد عهدشکن با شکستن این تعهد باعث آسیب شدید روحی و جسمی به فرد مورد تعهد خود می شود (۴).

فرهنگ لغت آکسفورد^۲ در تعریف خیانت این طور بیان می کند که: عمل پایبند نبودن به زن، شوهر یا شریک جنسی با برقراری رابطه‌ای جنسی با فردی دیگر^۳ (۵). روابط پنهانی^۳ و خیانت‌های آشکار همیشه باعث ضربه شدید روحی به طرفین می شود. این نوع روابط باعث بروز نشانه‌های شبیه به اختلال پس از ضربه (PTSD)^۴ و باعث احساساتی مانند از دست دادن هویت و احساس بی ارزشی، افسردگی، خشم، ناامیدی و عدم عزت نفس می شود (۶).

کسلو^۵ (۲۰۲۰)(۷)، معتقد است، با بروز خیانت، ارتباط و تعامل زوجین بهم می خورد و نگرش منفی و ناکارآمد غلبه پیدا می کند و بسترهای لازم را برای بروز افسردگی^۶ به خصوص در زنان مهیا می کند زیرا، آن ها قدرت و توان لازم را برای پردازشگری هیجانی از دست می دهند. بر این اساس، یکی از گروه‌های در معرض خطر نگرش ناکارآمد و به دنبال آن ابتلاء به افسردگی زنان خیانت دیده هستند، که شیوع این اختلال در آنان ۱۶/۶۰ درصد گزارش شده است (۸).

یکی از مدل‌های روان شناختی که به تازگی در تبیین مشکلات خانواده مطرح شده است و به واسطه مبنای نظری و پشتیبان تجربه قوی آن مورد توجه قرار گرفته است، مدل شناختی^۷ می باشد. مطابق با این مدل، افکار غیرمنطقی^۸ و تحریک-ف-ه-ای-ش-ناختی^۹ عوامل مهم در ایجاد و تداوم رفتار-ای پاتولوژیک در خانواده هستند. سالکوفسکی^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۵)(۹)، در تعریف نگرش‌های ناکارآمد بیان می کنند، نگرش‌های ناکارآمد اعتقاد و باورهای غیرمنطقی است که منجر به تعریف ناصحیح رویدادها و موقعیت‌ها در فرد می شود و موجبات ناتوانی فرد را در مواجهه با موقعیت‌ها فراهم می کند. نگرش‌های ناکارآمد، نگرش‌ها و باورهایی هستند که فرد را مستعد افسردگی و یا به طور کلی آشفتگی روانی می کند. این باورها که در اثر تجربه نسبت به خود و جهان کسب می شوند، فرد را آماده می سازند، تا موقعیت‌های خاص را بیش از حد منفی و ناکارآمد تعبیر کنند. از نظر بک نگرش‌های ناکارآمد معیارهایی انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه هستند، که فرد از آن برای قضاوت درباره خود و دیگران استفاده می کند. از آنجا که این نگرش‌ها انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم، در مقابل تغییراند، ناکارآمد یا نابارور قلمداد می شوند (۱۰).

⁶ -Depressio

⁷ Cognitive model

⁸ Irrational beliefs

⁹ Cognitive distortion

¹⁰ - Salkovskis

¹ - infidelity

² - Oxford

³ - Affair

⁴ - Post Trauma Stress Disorder

⁵ - Kislev

پیامد تدوام افکار و نگرش‌های ناکارآمد^۱، بروز افسردگی است (۱۱). بک (۱۹۷۸) (۱۲)، در تعریف افسردگی بیان می‌دارد، که افسردگی بیماری است، که خصوصیات اول و عمده آن تغییر خلق است و شامل یک احساس غمگینی است، که از یک نوسانی خفیف تا احساس یأس شدید ممکن است نوسان داشته باشد. این تغییر خلق نسبتاً ثابت و برای روزها، هفته‌ها و سال‌ها ادامه دارد. همراه این تغییر خلق، تغییرات مشخصی در رفتار، نگرش، تفکر، کارآیی و اعمال فیزیولوژیک وجود دارد (۱۳). افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات خلقی است، چنانچه سازمان بهداشت جهانی^۲ تخمین زده است، که تا سال ۲۰۲۰ افسردگی، دومین بیماری پس از بیماری‌های قلبی و عروقی خواهد بود، که سلامتی و حیات انسان را در سراسر جهان تهدید خواهد کرد (۱۴). افسردگی موجب می‌شود، تا توانایی فرد در استفاده صحیح هیجانات و چگونگی تنظیم و پردازش هیجانی^۳، آن‌ها کاهش پیدا کند و در واقع آن‌ها در پردازش هیجانی با مشکل مواجه می‌شوند (۱۵).

راچمن^۴ (۱۹۸۰) (۱۶)، پردازش هیجانی را فرآیندی می‌داند که به وسیله آن آشفتگی عاطفی جذب و به اندازه‌ای کاهش می‌یابد که تجارب و رفتارهای دیگر بدون آشفتگی می‌تواند صورت گیرد. هم‌چنین، باکر^۵ (۲۰۱۷) (۱۷)، معتقد است، پردازش هیجانی را می‌توان به عنوان برگشت به رفتار غیربیمارگونه، بعد از کاهش اغتشاش عاطفی تعریف کرد، بعد از این که اغتشاش عاطفی در فرد بیمار کاهش یافت میزان پردازش را می‌توان از طریق ارائه محرک‌هایی که موجب بیداری مجدد واکنش‌های عاطفی می‌شوند، تخمین زد. با میزان موفقیت و ارسای‌های آزمون‌های در برانگیختن واکنش عاطفی، می‌توان و سعت پردازش عاطفی هیجانی را مشخص کرد. ساوتسکی^۶ و همکاران (۲۰۲۰) (۱۸)، معتقدند، استفاده از راهبردهای پردازش هیجان می‌تواند در افزایش بسیاری از مهارت‌ها از جمله

مهارت‌های عاطفی برای کاهش اضطراب و مشکلات روانی در افراد مؤثر باشد. در یک دهه اخیر استفاده از روش‌های پردازش هیجانی در قالب درمان‌های رفتاری-شناختی از جمله غرقه‌سازی، رویارویی همراه با حساسیت‌زدایی منظم و جلوگیری از پاسخ جهت درمان اختلالات هیجانی از جمله وسواس‌ها و اجبارها، کاربرد وسیعی داشته است.

براساس مطالعه ویچ^۷ و همکاران (۲۰۱۹) (۱۹)، تأثیر پردازش هیجانی بر وضعیت افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد مورد تأیید قرار گرفته است. نگرش‌های ناکارآمد، به عنوان یک عامل زمینه ساز در شروع دوره‌های افت روانی به صورت مستقیم و یا به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری در تحت شرایط فشارزای محیطی تلقی شده است.

زنان خیانت دیده، به علت استرس زیاد فاقد مهارت‌های لازم برای آرامش‌دهی به خود و زندگی هستند به همین دلیل نیاز است از مداخلات روانشناختی استفاده شود. در پژوهش حاضر از دو روش واقعیت درمانی^۸، و طرحواره درمانی^۹، برای حل مشکلات روانی زنان خیانت دیده استفاده می‌شود. طرحواره درمانی با کمک مصاحبه و پرسشنامه به شناسایی طرحواره‌های و ذهنیت‌های غالب مراجع پرداخته و با بیان مفهوم طرحواره و معرفی آن‌ها به وی کمک می‌کند تا رفتار و تصمیم‌گیری‌های خود را بر اساس واقعیت‌ها انجام دهد نه بر اساس طرحواره (۲۰). طرحواره درمانی، روش درمانی ابتکاری و تلفیقی است، که توسط یانگ و همکارانش پایه‌گذاری شده و درمانی نوین و یکپارچه است، که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا گردیده است. در این درمان تلاش شده تا با بکارگیری مبانی و راهبردهای روش‌های درمان شناختی-رفتاری و مولفه‌هایی از سایر نظریه‌ها مثل دلبستگی، روابط شیء‌ای، ساختارگرایی و روان‌تحلیل‌گری و تلفیق یکپارچه و منسجم آن‌ها با یکدیگر یک مدل درمانی

⁷ - Weich

⁸- Reality Therapy

⁹-Schema therapy

¹ - Dysfunctional attitud

² -World Health Organization(WHO)

³- emotional perocessing

⁴- Rachman

⁵- Backer

⁶. Savitsky

جدید را برای درمان اختلالات دیرپایی مثل اختلالات شخصیت و اختلالات مزمن محور ارائه دهد (۲۱). براساس دیدگاه یانگ هدف طرحواره درمانی کمک به نیازهای هیجانی ارضاء نشده بیمار است و زمانی که در طی فرآیند درمان این نیازهای هیجانی تا حدودی ارضاء می شوند، زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا می‌سازند چرا که طرحواره‌های ناسازگار اساساً به خاطر عدم ارضاء نیازهای هیجانی ایجاد می‌گردند (۲۲).

واقعیت درمانی براساس نظریه گلاسر شکل یافته است. ویلیام گلاسر، در اواخر دهه ۵۰ و اوایل دهه ۶۰ سده بیستم میلادی، واقعیت درمانی را به عنوان روشی نوین برای کمک به مراجع پیشنهاد کرد، تا بتواند رفتارهایی را که مانع رسیدن آنان به خواسته‌هایشان است، بشناسند. آنچه واقعیت درمانی را از دیگر رویکردهای معاور، به‌ویژه رفتار درمانی شناختی بک و رفتار درمانی عقلانی هیجانی الیس متمایز می‌کند، سه ویژگی است: نخست، واقعیت درمانی یک رویکرد فرآیند مدار است و نه تکنیک مدار. دوم، واقعیت درمانی حل محور است و نه مشکل محور. سوم، واقعیت درمانی بر بنیاد خودسنجی مراجع استوار است و نه ارزیابی درمانگر از شناخت‌ها و باورهای مراجع. واقعیت درمانی عبارت است از بررسی یک فرآیند، این که فرد اکنون به دنبال چیست و در زندگی خود چه می‌خواهد و برای دستیابی به آن چه کار انجام می‌دهد (۲۳). در این روش درمانی، مواجه شدن با واقعیت، مسئولیت‌پذیری و ارزشیابی در مورد رفتارهای درست و نادرست مورد تاکید قرار می‌گیرد و فرد نه تنها در مقابل اعمال خود، بلکه در برابر تفکرات و احساسات خود نیز مسئول است و فرد باید بداند که قربانی گذشته و حال خود نیست، مگر این که خود بخواهد. این رویکرد درمانی هم در مورد رفتارهای بهنجار و هم در مورد رفتارهای نابهنجار و هم در مورد تدوین شیوه‌های مناسب تعلیم و تربیت به کار می‌رود (۲۴).

با توجه به فراوانی بالای روابط فرازناشویی در جامعه و آمارهای بالای طلاق ناشی از خیانت زوجین (۲۵)، و با توجه به اهمیت

بسیار پررنگ نگرش به خیانت در تضعیف پایه‌های زندگی زناشویی و ساختار خانواده، نیاز است متغیرهای متاثر از آن مورد مطالعه قرار گیرد. هم‌چنین، طبق مطالعه پژوهشگر تاکنون تحقیقی با در نظر گرفتن مقایسه دو روش درمانی (واقعیت درمانی و طرحواره درمانی) به‌طور همزمان بر سه متغیر (افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد و پردازش هیجانی) در شهر اصفهان انجام نشده، و در این زمینه خلاء پژوهشی احساس می‌شود. با توجه به مطالب مطرح شده حال این سوال مطرح می‌شود، آیا واقعیت درمانی و طرحواره درمانی می‌تواند به زنان خیانت دیده به‌منظور بهبود افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد و پردازش هیجانی کمک کند؟

روش کار

روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با دو گروه آزمایش و گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان آسیب دیده از خیانت همسر شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ می‌باشند. جهت انتخاب زنان گروه نمونه، ابتدا به صورت روش نمونه‌گیری دردسترس از زنان خیانت دیده مراجعه کننده به مرکز مشاوره مداخله در بحران سازمان بهزیستی شهر اصفهان و انجام یک مصاحبه اولیه انتخاب شدند و برای اطمینان از وجود افسردگی در بین زنان خیانت دیده، به آن‌ها پرسشنامه افسردگی بک داده شد و از بین زنانی که نمره بالای ۲۹ کسب کردند و هم‌چنین ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، تعداد ۴۵ نفر را انتخاب، و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر در گروه واقعیت درمانی، و ۱۵ نفر در گروه طرحواره درمانی) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس به دو گروه آزمایش تحت درمان طرحواره درمانی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، و گروه آزمایش دیگر واقعیت درمانی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ارائه گردید و برای گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. ریزش تعداد زنان نمونه در گروه واقعیت درمانی، ۳ نفر، در گروه طرحواره درمانی نیز ۳ نفر و در گروه کنترل ۲ نفر بود. بنابراین، در نهایت گروه واقعیت درمانی ۱۲ نفر، گروه طرحواره درمانی ۱۲ نفر و گروه کنترل ۱۳ نفر باقی ماندند.

محتوای جلسات به شرح زیر بوده است.

جدول (۱). جلسات طرحواره درمانی اقتباس شده از کتاب طرحواره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی) تالیف یانگ، گلوکسو و ویشار (۱۴۰۰) (۲۶)

جلسه اول	آشنایی اعضا گروه با یکدیگر، مروری بر ساختار جلسات، توضیح قوانین و مقررات گروه؛ تعریف طرحواره درمانی، تعریف طرحواره های ناسازگار اولیه، تعریف ویژگیهای طرحواره های ناسازگار اولیه
جلسه دوم	تعریف ریشه های تحولی طرحواره، معرفی حوزه های طرحواره و طرحواره های ناسازگار اولیه، شرح مختصر در مورد بیولوژی طرحواره های ناسازگار اولیه، معرفی سبک ها و پاسخ مقابله ای ناسازگار که موجب تداوم طرحواره ها می شوند به همراه مثال هایی از زندگی روزمره.
جلسه سوم	تعریف مفهوم ذهنیت های طرحواره ای، ایجاد آمادگی برای تغییر طرحواره ها، سنجش طرحواره ها از طریق پرسشنامه، تصویر سازی هیجانی خلق و خوی هیجانی و آرایه باز خورد برای شناسایی بیشتر طرحواره ها.
جلسه چهارم	آرایه راهبرد شناختی برای تغییر، آزمون اعتبار طرحواره ها، تعریف جدید از شواهد تایید کننده طرحواره ها، ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای، ایجاد برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره ناسالم.
جلسه پنجم	تدوین وساخت کارت های آموزشی به کمک افراد شرکت کننده، آموزش تکمیل فرم ثبت طرحواره توسط افراد شرکت کننده، آرایه منطق چنین تکنیک-هایی در روند مسایل روزمره زندگی.
جلسه ششم	انجام گفتگوی خیالی، معرفی مجدد سبک های مقابله ای به عنوان آماج تغییر، آمادگی برای انجام الگو شکنی رفتار، تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج های مهم تغییر، نوشتن نامه به عنوان تکلیف خانگی.

جلسه هفتم	اولویت بندی رفتارها برای الگو شکنی، افزایش انگیزه برای تغییر، آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویر سازی ذهنی و ایفای نقش.
جلسه هشتم	آموزش غلبه بر موانع تغییر رفتار و ایجاد تغییرات مهم زندگی، اجرای پرسشنامه به عنوان پس آزمون
جدول (۲). جلسات واقعیت درمانی اقتباس شده از کتاب نظریه انتخاب تالیف گلاس (۱۴۰۰) (۲۷)	
تعداد جلسات و موضوع جلسه	شرح جلسات
جلسه اول	آشنایی با زنان مطلقه - برقراری ارتباط صمیمانه - تشریح اهداف پژوهش، آشنایی آزمودنی ها با یکدیگر - معرفی و بیان قوانین و اصول حاکم بر مشاوره گروهی
جلسه دوم (افزایش شناخت و آگاهی هر عضو از خود)	رشد و شناخت بهتر خود، شناخت بیشتر نقاط قوت و ضعف خود از طریق ابراز خویش و بی پرده گویی، تمرین گوش دادن فعال و استنباط کردن، پی بردن به اثر افکار و کنشهای - خود بر سایر اعضای گروه، دیدن خود از دریچه چشم اعضای گروه، کمک به کاهش اضطراب صحبت کردن در جمع درباره خویش - ارائه تکلیف و بازخورد.
جلسه سوم (واقعیت و مسئولیت پذیری)	خلاصه جلسه قبل - بررسی تکالیف آزمودنی ها - بحث پیرامون قبول واقعیت های زندگی و عدم انکار واقعیت - راهکارهای تقویت روحیه مسئولیت پذیری - ارائه تکلیف و بازخورد.
جلسه چهارم (تأکید بر زمان حال)	خلاصه جلسه قبل - بررسی تکالیف آزمودنی ها - آموزش چگونگی توجه و تأکید بر زمان حال - آموزش چگونگی تمرکز بر رفتار کنونی خویش - ارائه تکلیف و بازخورد.
جلسه پنجم (نیازهای اساسی و کسب هویت موفق)	خلاصه جلسه قبل - بررسی تکالیف آزمودنی ها - بحث و گفتگو در زمینه چگونگی کسب آگاهی و شناخت بیشتر نسبت به نیازهای اساسی خویش - بحث و گفتگو در مورد انواع هویت - چگونگی کسب یک هویت منسجم و موفق - ارائه تکلیف و بازخورد.

جلسه ششم
(شناخت
اهداف و نظام
ارزشی)

خلاصه جلسه قبل - بررسی انجام تکلیف
آزمودنیها - بررسی و شناخت اهداف کوتاه
مدت و دراز مدت در زندگی شخصی و
اجتماعی آزمودنیها - بررسی و شناخت نظام
ارزشی آزمودنیها - ارائه تکلیف و بازخورد.

جلسه هفتم
(تشخیص
نشانه‌های یاس
و ناامیدی و
کسب مهارت‌ها
برای رویارویی
با
موقعیت‌های
یاس آور)

خلاصه‌ای از جلسات قبل - بررسی انجام تکلیف
آزمودنیها - شناخت نشانه‌ها و موقعیت‌های
یاس آور، بررسی افکار و تفکر خودکار افراد
در موقعیت‌های ناامیدکننده و یاس آور، اجتناب
از سرزنش و تنبیه، اجتناب از کمالگرایی و
ناامیدی، جایگزینی افکار مثبت به جای افکار
ناامیدکننده، پرهیز از استدلال‌ها و انتظارات
غیرمنطقی - میزان دستیابی به اهداف درمان -
تعریف و تمجید از مراجعان به خاطر دستیابی به
هدف‌ها - ارائه تکلیف و بازخورد.

جلسه هشتم

خلاصه‌ای از جلسات قبل - بررسی انجام تکلیف
آزمودنیها - بررسی میزان توانایی آزمودنی‌ها
در انجام تکلیف - اجرای پس‌آزمون - تشکر و
قدردانی از آزمودنی‌ها

ابزار پژوهش شامل موارد زیر می‌باشد.

پرسشنامه افسردگی بک^۱: این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه بک است، که جهت سنجش علائم و شدت افسردگی تدوین شده است و در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با ملاک‌های تشخیصی اختلالات روان‌پزشکی و ویرایش چهارم همخوانی دارد (۲۸). این مقیاس ۲۱ ماده دارد که پاسخ‌دهنده شدت افسردگی خود را با انتخاب یکی از چهار گزینه، ۱، ۲، ۳، ۴ مشخص می‌شود و محدوده نمره کل هر فرد بین صفر تا ۶۳ می‌باشد. قضاوت بالینی بر اساس نقطه برش این مقیاس می‌باشد، نمرات صفر تا ۱۳، افسردگی جزئی یا عدم افسردگی، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهد. با علم به پیشینه این ابزار، نمره ۱۷ برای تفکیک افراد مبتلا و غیر مبتلا به افسردگی، که با ارزشیابی روان‌پزشکی نیز همخوانی داشت، به عنوان نمره آستانه تعیین و به کار گرفته شد. روایی

سازه این آزمون در جمعیت غیر ایرانی ۰/۶۶ ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹، ضریب همبستگی میان دو نیمه آن ۰/۸۹، و ضریب بازآزمایی آن با فاصله دو هفته ۰/۹۴ و ضریب همبستگی آن با ویرایش اول این مقیاس ۰/۹۳ گزارش شده است. همچنین در پژوهش حاضر نیز سنجش پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ مورد محاسبه قرار گرفت که ضریب ۰/۸۸ بدست آمد.

پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد^۲ (DAS): این پرسشنامه توسط وایزمن و بک^۳ (۱۹۷۸) (۲۹)، بر مبنای نظریه بک در مورد محتوای ساختار شناختی در افسردگی تهیه شده است. این مقیاس دارای ۲۶ سوال و از ۴ خرده مقیاس موفقیت - کامل طلبی (سوالات ۳-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۵-۱۷-۲۱-۲۳)، نیاز به تأیید دیگران (سوالات ۱۸-۲۲-۲۴-۲۵)، نیاز به راضی کردن دیگران (سوالات ۱-۲-۴-۱۴-۱۶) و آسیب‌پذیری - ارزشیابی عملکرد (سوالات ۱۳-۱۹-۲۰-۲۶) تشکیل شده است. در این پرسشنامه پاسخ‌دهنده میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر عبارت روی یک مقیاس ۷ نقطه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم نمره ۷ تا کاملاً مخالفم نمره ۱) مشخص می‌کند. آلفای کرونباخ گزارش شده وایزمن و بک (۱۹۷۸) (۲۹)، برابر با ۰/۹۲^۴، همبستگی با فرم اصلی ۰/۹۷^۲ و روایی پیش‌بینی آن از طریق همبستگی با نمرات پرسشنامه سلامت روانی (GHQ)، در گروه بیماران و غیر بیماران ۰/۵۶^۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسشنامه پردازش هیجانی باکر^۴: پرسشنامه پردازش اطلاعات هیجانی توسط باکر و همکاران (۲۰۱۰) (۳۰)، توسعه داده شد. نسخه اولیه این پرسشنامه دارای ۴۸ سوال (۲۰۰۷) بود، که بعداً توسط باکر و همکاران (۲۰۱۰) (۳۰)، کوتاه‌تر شد و نسخه ۲۵ سوالی آن تهیه شد. نمره گذاری براساس طیف، نمره ۱ به پاسخ کاملاً مخالفم، نمره ۲ برای پاسخ مخالفم، نمره ۳ برای پاسخ نظری ندارم، نمره ۴ برای پاسخ موافقم و نمره ۵ برای پاسخ کاملاً موافقم اختصاص می‌یابد. همچنین این پرسشنامه دارای ۵ بعد یا خرده مقیاس با عناوین سرکوبی، تجربه هیجانات ناخوشایند، نشانه‌های هیجانات پردازش نشده، اجتناب و کنترل هیجان است. باکر و همکاران (۲۰۱۰) (۳۰)، ساختار عاملی این پرسشنامه را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار داده و ۵ عامل استخراج کردند. ضرایب آلفای کرونباخ و باز آزمایی این

³ Waisman & Beck

⁴ Baker

¹ - Beck Depression Inventory II (BDI-II)

² Dysfunctional attitud Scale

۱۱/۰۸	۵۳/۰۶	۱۵/۴۲	۵۶/۶۳	۱۷/۴۳	نگرش‌های ناکارآمد و پردازش هیجانی زنان مصیب شاهی نژاد و همکاران
۱۸/۲۰	۶۶/۷۳	۱۶/۱۵	۶۹/۴۰	۱۶/۷۳	ناکارآمدی و پردازش هیجانی زنان مصیب شاهی نژاد و همکاران
۱۳/۱۶	۸۵/۴۰	۱۱/۴۲	۸۵/۰۶	۹/۹۹	این مقیاس را با مقیاس گویا (۱۳۹۶) (۱۳۹۱) مقایسه می‌کنیم. به دست آمد که حاکمی (۱۳۹۶) و گویا (۱۳۹۱) در مقیاس‌های خود تفاوتی ندارند.
۹/۵۸	۶۴/۹۳	۵/۶۹	۶۹/۸۶	۸/۳۴	پردازش هیجانی و نگرش‌های ناکارآمد و پردازش هیجانی زنان مصیب شاهی نژاد و همکاران
۷/۶۹	۶۶/۵۳	۸/۸۵	۷۰/۴۰	۷/۸۸	هیجان‌های منفی و نگرش‌های ناکارآمد و پردازش هیجانی زنان مصیب شاهی نژاد و همکاران
۱۳/۱۰	۸۵/۰۶	۱۲/۰۹	۸۶/۹۳	۱۲/۶۳	داده‌ها از روش آماری کوپل واریانس چند متغیره استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

برای اجرای متغیر مستقل درمان گروهی و رعایت اخلاق پژوهش، ضمن آگاهی دادن به تمامی زنان شرکت کننده، در زمینه اهداف پژوهش، برای آن‌ها توضیح داده شد، که نتایج پژوهش کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و از نتایج بدون ذکر نام فردی در پژوهش استفاده می‌شود.

یافته‌ها

در این قسمت به بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان آسیب دیده از خیانت همسر در شهر اصفهان گروه نمونه براساس متغیرهای سن، تحصیلات و مدت ازدواج می‌پردازیم. با توجه به نتایج، بیشترین فراوانی زنان آسیب دیده از خیانت همسر در گروه آزمایش (واقعیت درمانی ۶۶/۶ درصد)، آزمایش (طرحواره درمانی ۵۸/۳ درصد)، و گروه گواه (۵۸/۳ درصد) مربوط به گروه سنی ۳۳-۳۹ سال سال بود. همچنین، بیشترین فراوانی آسیب دیده از خیانت همسر در گروه آزمایش در گروه آزمایش (واقعیت درمانی ۶۶/۶ درصد)، آزمایش (طرحواره درمانی ۶۶/۶ درصد)، و گروه گواه (۷۵ درصد) مربوط به زنان دارای تحصیلات دیپلم بود. و بیشترین فراوانی زنان آسیب دیده از خیانت همسر در گروه آزمایش (واقعیت درمانی ۵۰ درصد)، آزمایش (طرحواره درمانی ۵۸/۳ درصد)، و گروه گواه (۵۰ درصد) مربوط به زنان با مدت ازدواج ۵ تا ۱۰ سال بوده است.

چنانکه در جدول ۳، مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش آزمون افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد و پردازش هیجانی زنان آسیب دیده از خیانت همسر دو گروه آزمایش و گروه گواه تقریباً با هم برابر بوده اما، در پس آزمون و پیگیری افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد و پردازش هیجانی زنان میانگین نمرات دو گروه آزمایش کوچکتر از میانگین نمرات گروه گواه بود.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کواریانس با اندازه گیری مکرر، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد و پردازش هیجانی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برقرار است ($P > 0.05$). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت، که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد و پردازش هیجانی رعایت شده است ($P > 0.05$). همچنین، اثرات تعامل درون گروهی (لامبدای ویلکز) ترکیب خطی متغیرهای وابسته با متغیرهای مستقل معنادار بود ($P = 0.001$).

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره، مقایسه

اثربخشی دو روش واقعیت درمانی و طرحواره درمانی بر افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد و پردازش هیجانی زنان آسیب دیده از خیانت همسر

مجموع	پس آزمون	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	میانگین	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
۲۸۸/۳۰	۷	۲۸۸/۳۰	۱	۲۸۸/۳۰	۴/۷۵	۰/۰۳	۰/۱۵	۵/۷۳
۲۶۴/۰۳	۸/۰۸	۲۶۴/۰۳	۱	۲۶۴/۰۳	۴/۵۶	۰/۰۴	۰/۱۴	۴/۷۸
۱۱۶۵/۶۳	۷	۱۱۶۵/۶۳	۱	۱۱۶۵/۶۳	۴/۶۷	۰/۰۳	۰/۱۴	۴/۹۵

جدول (۳). میانگین و انحراف معیار نمرات کل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد و پردازش هیجانی زنان آسیب دیده از خیانت

همسر دو گروه آزمایش و گروه گواه

مجموع
پس آزمون
میانگین
انحراف معیار
میانگین
انحراف معیار
مجموع
پس آزمون
میانگین
انحراف معیار

وجود ندارد. نتایج آزمون تعقیبی نشان‌دهنده این است که طرحواره درمانی به طور معناداری تأثیر بیشتری نسبت به واقعیت درمانی بر کاهش افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد داشته است.

هر چند تحقیقی مبنی بر مقایسه اثربخشی دو روش واقعیت درمانی و طرحواره درمانی بر متغیرهای افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد و پردازش هیجانی انجام نشده و تنها در پژوهش علیرضایی، فتحی‌اقدم، قمری و بزازیان (۱۳۹۹) (۳۲)، اثربخشی واقعیت درمانی و طرحواره درمانی بر کاهش نشانگان تنیدگی به یک میزان گزارش شده، اما بنا بر تحقیقات فارسی و همکاران (۱۴۰۲) (۳۳)، مشایخی و طاهری (۱۴۰۱) (۳۴)، بولوت و همکاران (۲۰۲۲) (۳۵)، و بیهری و کانوی (۲۰۲۱) (۳۶)، هر دو روش واقعیت درمانی و طرحواره درمانی بر متغیرهای روانی و شخصیتی زیادی تأثیرگذار بوده‌اند.

کارت^۱ و همکاران (۲۰۱۳) (۳۷)، در پژوهش خود دریافتند، نرخ بهبودی قابل مقایسه‌ای بین پروتکل طرحواره درمانی و دیگر درمان‌های شناختی رفتاری وجود دارد، در درمان شناختی نرخ بهبودی ۴۰ درصد، در حالی که در طرحواره درمانی ۵۰ درصد می‌باشد. ملوگیانیس^۲ و همکاران (۲۰۱۴) (۳۸)، پروتکل طرحواره درمانی را بر روی بیماران زن افسرده مزمن اجرا کرده‌اند، که در این نشانه‌های افسردگی تقریباً ۶۰ درصد کاهش پیدا کرده است. بیهری و کانوی (۲۰۲۱)، معتقدند که حضور و فعال شدن طرحواره آسیب‌پذیری، یکی از ویژگی‌های افرادی است که می‌ترسند ریسک ادراک شده مواجهه و جلوگیری از پاسخ را بپذیرند و طرحواره درمانی نسبت به سایر درمان‌های روانشناختی بهتر می‌تواند اثر این طرحواره را خنثی کند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، هدف نهایی طرح‌واره درمانی، بهبود طرحواره است، و همانطور که بک (۱۹۷۸) (۱۲)، ذکر کرده است، تعدیل ساختار و محتوای طرحواره‌های ناسازگار به منظور جلوگیری از عود نشانه‌های مرضی ضروری است و تمامی تکنیک‌های طرح‌واره درمانی بر پیشبرد این هدف درمانی نقش دارند. طرحواره درمانگران معتقدند رابطه درمانی، مؤلفه ضروری در سنجش و تغییر طرحواره-هاست، ولی عامل اصلی تغییر محسوب نمی‌شود، بلکه ابزاری است که امکان تغییر را فراهم می‌کند و از جمله عوامل تأثیرگذار دیگر در فرآیند تعدیل طرحواره می‌توان راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین فردی را نام برد که کمتر در درمان‌های روانشناختی بطور همزمان اتفاق می‌افتد. در این نوع درمان، تکنیک‌های شناختی با محک زدن

۱۴۰۰/۸۳	۱	۱۴۰۰/۸۳	۶/۱۶	۰/۰۱	۰/۱۸
۲/۱۳	۱	۲/۱۳	۰/۰۳	۰/۸۴	۰/۰۰۱
۱۹/۲۰	۱	۱۹/۲۰	۰/۲۵	۰/۶۱	۰/۰۰۹

نتایج جدول ۴، F مشاهده شده در سطح $\alpha = 0/05$ تفاوت معناداری بین میزان تأثیرگذاری دو روش واقعیت درمانی و طرحواره درمانی بر افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد زنان آسیب دیده از خیانت همسر نشان می‌دهد، در حالی که بین میزان تأثیرگذاری دو روش مذکور بر پردازش هیجانی تفاوت معناداری وجود ندارد. براساس، جدول (۵)، نتایج آزمون تعقیبی نشان‌دهنده این است، که طرحواره درمانی به طور معناداری تأثیر بیشتری نسبت به واقعیت درمانی بر کاهش افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد داشته است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی LSD مقایسه میانگین اثربخشی تلثیر دو روش واقعیت درمانی و طرحواره درمانی بر متغیرهای افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد و پردازش هیجانی

گروه‌ها	اختلاف میانگین	سطح معناداری
نواره درمانی - واقعیت درمانی	-۶/۲۰	۰/۰۳
نواره درمانی - واقعیت درمانی	-۵/۹۳	۰/۰۴
نواره درمانی - واقعیت درمانی	-۱۲/۴۶	۰/۰۳
نواره درمانی - واقعیت درمانی	-۱۳/۶۶	۰/۰۱

طبق نتایج حاصله آزمون تعقیبی LSD، طرحواره درمانی بطور معناداری نسبت به واقعیت درمانی بر کاهش افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد زنان آسیب دیده از خیانت همسر تأثیر داشته است.

نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد، تفاوت معناداری بین میزان تأثیرگذاری دو روش واقعیت درمانی و طرحواره درمانی بر افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد زنان آسیب دیده از خیانت همسر وجود داشت، در حالی که بین میزان تأثیرگذاری دو روش مذکور بر پردازش هیجانی تفاوت معناداری

². Malogiannis

¹. Carter

اعتبار طرح‌واره‌ها، و استفاده از تکنیک‌هایی مانند تعریف جدید شواهد تأیید کننده طرحواره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، تدوین کارت‌های آموزشی و... آگاهی عقلانی زنان گروه آزمایش را افزایش داده، و آنان را به این نتیجه رسانده، که طرحواره غلط است با سخت اغراق آمیز از موارد دیگر می‌توان به تکنیک‌های تجربی اشاره کرد، که بیماران از طریق این تکنیک موفق به دستیابی تغییر در سطح هیجانی شدند و استفاده از تکنیک‌های تجربی، یکی از ویژگی‌های کلیدی طرحواره درمانی است و موجب برتری این نوع درمان می‌شود. سیستم‌های شناختی عقلانی مبتنی بر زبان از سیستم‌های مرتبط با هیجان مستقل هستند و تکنیک‌های تجربی، بر تجربه و ابراز هیجان‌هایی تمرکز می‌کنند که مرتبط با موقعیت‌های گذشته هستند، که به نوبه خود، منجر به توسعه یا حفظ طرحواره و ذهنیت‌ها می‌شوند. همچنین، از جمله عوامل مؤثر بر برتری طرحواره درمانی، تعدیل طرحواره‌ها می‌توان به الگوشکنی رفتاری است، که طولانی‌ترین و حساس‌ترین بخش طرحواره درمانی که در دیگر درمان‌ها وجود ندارد. در این قسمت به پژوهشگر به زنان گروه آزمایش کمک نمود تا با جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگارتر و جدیدتر، به جای پاسخ مقابله‌ای ناکارآمد، رفتارهای انطباقی‌تری را جایگزین کنند.

در تبیینی دیگر، با توجه به متون علمی طرح‌واره درمانی که برای اختلالات محور دوم تأثیر بیشتری دارد، اما در این پژوهش نشان داد، که در محور یک هم مؤثرتر از واقعیت درمانی می‌باشد و شاید یکی از دلایلی که می‌شود بر آن تأکید داشت تاریخچه زندگی زنان گروه آزمایش باشد که پر از محرومیت هیجانی، نقص و آسیب می‌باشد و به نظر می‌رسد، نشانه‌های افسردگی، افکار غیرمنطقی و استرس در آن‌ها مزمن بوده و در رویکرد واقعیت درمانی از آنجایی که بیشتر و به‌طور اختصاصی متمرکز بر مشکل است کمتر از روش طرح‌واره درمانی بر نشانه‌ها و علائم مزمن زنان، متمرکز بوده بنابراین، واقعیت درمانی تأثیرگذاری کمتری نسبت به طرح‌واره درمانی داشته است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بحث در مورد جامعه آماری بود که جامعه آماری زنان آسیب دیده از خیانت همسر شهر اصفهان تشکیل داده و در تعمیم نتایج آن به زنان دیگر شهرها احتیاط لازم بایستی صورت گیرد. همچنین، به لحاظ نو و جدید بودن موضوع (مقایسه اثربخشی دو روش واقعیت درمانی و طرحواره درمانی)، پیشینه پژوهش در این زمینه یافت نشد. در راستای پیشنهادات پژوهشی، با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود، برای کاهش تعارضات زناشویی، کارگاه طرحواره درمانی برگزار کنند.

References

1. Valentova, J. V., de Moraes, A. C., & Varella, M. A. C. (2020). Gender, sexual orientation and type of relationship influence individual differences in jealousy: A large Brazilian sample. *Personality and Individual Differences*, 157(4): 109805.
2. Mahdizadeh, F., and Dare Kurdi, A. (2019). The relationship between primary maladaptive schemas and attitudes towards extramarital relationships with the mediation of mindfulness dimensions to present a model. *Journal of Pesto Sciences*, 19(87):15-32.
3. Harris, M. A. (2018). *Characteristics of Emotional and Physical Marital Infidelity that Peredict Divorce*. Proquist Publication. London.
4. Amato, P. R., & Rogers, S. J. (2019). A longitudinal study of marital problems and subsequent divorce. *Journal of Marriage and Family*, 59(3), 612-24.
5. Harmon, D. KH. (2020). *Black men and marriage: the impact of spirituality, religiosity and marital commitment on marital satisfaction*. Unpublished doctoral dissertation: Alabama University.
6. Aman, J., Abbas, J., Nurunnabi, M., & Bano, S. (2019). The relationship of religiosity and marital satisfaction: The role of religious commitment and practices on marital satisfaction among pakistani respondents. *Behavioral Sciences*. 3(9).
7. Kislev, E. (2020). Does marriage really improve sexual satisfaction? Evidence from the Pairfam dataset. *J. Sex Res.* 2020; 57:470481. doi: 10. 1080/00224499. 2019. 1608146.
8. Astle, S. M., & Anders, K. M. (2022). The relationship between topic-specific quality of parent-child sexual communication and measures of sexual self-concept and sexual subjectivity. *J. Sex Res.* 2022 doi: 10. 1080/00224499. 2022. 2081312. Advance online publication
9. Salkovskis, P. M.; Wroe, A. L.; Gledhill, A.; Morrison, N.; Forrester, E. & Richards, C. (2015). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*; 38(4): 347-55.

10. Çelikbaş, Z., & Yalçinkaya-Alkar, Ö. (2022) The Relationship Between Attachment Styles, Ruminative Response Styles, Dysfunctional Attitudes and Major Depression Diagnosis. *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther.* <https://doi.org/10.1007/s10942-022-00446-2>
11. Harmon, D. KH. (2019). *Black men and marriage: the impact of spirituality, religiosity and marital commitment on marital satisfaction. Unpublished doctoral dissertation: Alabama University.*
12. Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1978). Beck Depression Inventory – 2nd Edition Manual. The Psychological Corporation, San Antonio
13. Chen, S. T., Stevinson, C., & Yang, C. H. (2021). Cross-sectional and longitudinal associations of outdoor walking with overall mental health in later life. *Exp Gerontol.* 2021; 151:111428.
14. Çubuk, B. (2020) Covid 19 ile gelen kayıp nesne, yas ve depresyon. *Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(21), 90-99.
15. Didin, M., Yavuz, B. & Gezin Yazıcı, H. (2022). Covid-19'un Öğrencilerin Stres, Anksiyete, Depresyon, Korku Düzeylerine Etkisi: Sistematik Derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(1): 38-45.
16. Rachman, S. J., Hodgson, R. J. (1980). Obsessions and Compulsions. Englewood cliffs. New York. Prentice- Hall.
17. Backer, R. (2017). Development of emotional processing. *J Psychosom Res*, 4(6): 167-178.
18. Savitsky, B., Findling, Y., Erel, A., and Hendel, T. (2020). Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. *Nurse Educ. Pract.* 46, 1–7. doi: 10.1016/j.nepr.2020.102809.
19. Weich, S., Churchic, R., & Lewis, G. (2019). Dysfunctional attitude and common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorder.* 75, 265-278.
20. Young, M. E. & Long, E. (2015). Counseling and therapy- For Couples, Ltp international thomson Publishing Company. Research. *Journal Of Applied Psychology*, 79,139,149.
21. Bhattacharya, S., Goicoechea, C., Heshmati, S., Carpenter, J. K., & Hofmann, S. G. (2023). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Meta-Analysis of Recent Literature. *Curr Psychiatry Rep*, 25(1):19-30. doi: 10.1007/s11920-022-01402-8. Epub 2022 Dec 19. PMID: 36534317; PMCID: PMC9834105.
22. Arntz, A., Rijkeboer, M., Chan, E., Fassbinder, E., Karaosmanoglu, A., Lee, C. W., & Panzeri, M. (2021). Towards a reformulated theory underlying schema therapy: Position paper of an international workgroup. *Cognitive Therapy and Research.* <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10209-5>. Online ahead of print.
23. Montesano, A., Medina, J. C., Paz, C. (2021). Does virtual reality increase the efficacy of psychotherapy for young adults with mild-to-moderate depression? A study protocol for a multicenter randomized clinical trial. *Trials* 22, 916. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05809-1>
24. Saredakis, D., Szpak, A., Birkhead, B., Keage, H. A. D., Rizzo, A., & Loetscher, T. (2020). Factors associated with virtual reality sickness in head-mounted displays: A systematic review and meta-analysis. *Front Hum Neurosci*, 14:96
25. Mir Aghaei, M., and Azizi, M. (2018). Prediction of marital infidelity based on separation of self and marital boredom of women referring to Tabriz counseling centers. *Journal of Women and Family Studies.* 12(43): 1-16.
26. Young, J.; Klosko, J., Vishar, M. (2021). Schema Therapy, (Translation: Hassan Hamidpour and Zahra Indozi 2019). Tehran, Arjmand Publications.
27. Glaser, V. (2023). Reality therapy, Sayeh Sokhon publisher, 424, printing date: 8th, ISBN: 978-600-6304-8-90
28. Beck, A. T, Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1996). Cognitive therapy for depression. New york: Guilford.
29. Weissman, A. N. Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association. Canada.
30. Baker, R, et al. (2010). The emotional processing scale: Scale refinement and abridgement (EPS-25) *J. Psychosom. Res.* 2010; 68:83–88. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.07.007.

31. Lotfi, S., Abul Qasimi, A., Narimani, M. (2016). Comparison of emotional processing and fear of positive and negative evaluations in women with social phobia and normal women. *Knowledge and research in psychology*. 14(53): 101-111.
32. Alirezaei, M., Fathi Aghdam, Q., Qamari, M., Bezazian, S. (2019). Comparing the effectiveness of reality therapy and schema therapy on tension symptoms in women with marital conflict. *Psychiatric Nursing*, 8(2):1-13.
33. Farsi, M., Rezaei, A. M., and Poursadegh Fard, M. (2023). The effectiveness of reality therapy on rumination and emotional expression in patients with multiple sclerosis in Shiraz. *Islamic Lifestyle Journal*, 7, 197-210.
34. Mashaykhi, M. and Taheri, A. (2022). The effectiveness of reality therapy on increasing social well-being and reducing depressive symptoms in people who have experienced emotional failure. *The third national conference of psychopathology*, Ardabil.
35. Bulut, M. A., Gökkaya, F. Ve Emeç, K. (2022). schema therapy on Stres and hope ve Yaşam Doyumu Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi, *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 5(1): 28-43.
36. Behary, W., & Conway, J. (2021). *The value of the therapeutic relationship: The burdens of the enmeshed child. Presentation to the International Society of Schema Therapy Virtual Summit*. Available online at: <https://schematherapysociety.org/Day>
37. Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, C. M. & Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal about Affective Disorders*. 151(2), 500-505
38. Malogiannis, IA., Arntz., A Spyropou; ou, A., Tsartsara, E., Aggeli A., Karveli, S., Vlavianou, M., Pehlivanidis ,A., Papadimitriou, GN., Zervas, I. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 3, 319-32.

Original Article

Comparing the effectiveness of reality therapy and schema therapy on depression, dysfunctional attitudes and emotional processing of women affected by infidelity

Received: 21/09/2024 - Accepted: 20/11/2024

Mosayyeb Shahinejad¹
Shir Ali Kharamin^{2*}
Seyed Yousef Rasouli³

¹PhD. Student, Department of Psychology, Yasuj Branch, Islamic Azad University, Yasuj, Iran.

^{2*}Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.

³Assistant professor, Department of Psychology and Counselling, Farhangian University, Tehran, Iran.

Email: sapootang@yahoo.com

Abstract

Background: The aim of the present study was to compare the effectiveness of reality therapy and schema therapy on depression, dysfunctional attitudes and emotional processing of women affected by infidelity in Isfahan city. **Materials and Methods:** Semi-experimental research method with a pre-test-post-test-follow-up design with two experimental groups and a control group and a statistical population including all women affected by the infidelity of their husbands in the city of Isfahan that the available sampling method among the betrayed women referring to the crisis intervention counseling center of the welfare organization, 45 people were randomly selected into two experimental groups (15 people in the reality therapy group, and 15 people in the schema therapy group) and the group control (15 people) were placed, but At the end, 12 women remained in the reality therapy group, 12 women in the schema therapy group, and 13 women in the control group. One of the experimental groups was treated with schema therapy for 8 sessions of 90 minutes and the other experimental group was treated with reality therapy for 8 sessions of 90 minutes. Data collection tools included the Beck depression questionnaire (1996), the Weizman and Beck dysfunctional attitudes questionnaire (1978), and the Bakker et al. emotional processing questionnaire (2010).

Results: To analyze the data, statistical methods of multivariate analysis of variance were used. F observed on the surface $\alpha = 0.05$ It showed a significant difference between the effectiveness of the two methods of reality therapy and schema therapy on depression and dysfunctional attitudes of women affected by infidelity.

Conclusion: two methods of reality therapy and schema therapy can be used for psychological and personality problems of people who refer to psychological counseling centers.

Keywords: reality therapy, schema therapy, depression, dysfunctional attitudes, emotional processing, betrayal

Acknowledgement: There is no conflict of interest