

اثر بخشی درمان پردازش شناختی بر بهبود علائم پس آسیبی، کیفیت زندگی، عزت نفس و رضایت زناشویی زنان مواجه شده با خیانت زناشویی

سجاد بشرپور^۱

استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

پذیرش مقاله: ۹۱/۶/۴

دریافت مقاله: ۹۱/۱/۲

چکیده

هدف: خیانت زناشویی یک حادثه بین فردی آسیب زاست که می‌تواند منجر به علائم شناختی، عاطفی و رفتاری در قربانی گردد. با توجه به این امر پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان پردازش شناختی بر بهبود علائم پس آسیبی، کیفیت زندگی، عزت نفس و رضایت زناشویی زنان مواجه شده با آسیب خیانت زناشویی انجام گرفت.

روش: طرح پژوهش حاضر شبه آزمایشی بود. تعداد ۱۴ نفر از زنان مواجه شده با آسیب خیانت زناشویی همسر که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده بودند، در مرحله پیش آزمون به پرسش‌نامه‌های اختلال استرس پس از سانحه، کیفیت زندگی، عزت نفس و رضایت زناشویی پاسخ دادند، سپس درمان پردازش شناختی به مدت ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی روی آن‌ها اجرا شد. در نهایت آزمودنی‌ها در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری نیز به پرسش‌نامه‌های فوق پاسخ دادند. داده‌های بدست آمده نیز با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تفاوت میانگین نمرات سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آزمودنی‌ها در متغیرهای علائم پس آسیبی، کیفیت زندگی و عزت‌نفس از لحاظ آماری معنی‌می‌باشد، نتایج آزمون تعقیبی نیز نشان داد که این تفاوت بین مراحل پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پی‌گیری است. ولی میانگین نمرات رضایت زناشویی در این سه مرحله تغییر معنی داری نکرده بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش لزوم کاربست، یک روش روان درمانی مبتنی بر آسیب از جمله درمان پردازش شناختی در کار با زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی را مطرح می‌کند.

کلید واژه‌ها: درمان پردازش شناختی، علائم پس آسیبی، کیفیت زندگی، خیانت زناشویی، زنان

مقدمه

طبق تعریف، خیانت زناشویی^۱ به معنای برقراری رابطه جنسی با فردی غیر از همسر می‌باشد، این عمل یک حادثه آسیب‌زا^۲ و تکان‌دهنده بین فردی برای شریک زندگی آسیب‌دیده است ولی متأسفانه به میزان زیادی در ازدواج‌ها رخ می‌دهد. در مطالعات اخیر با نمونه‌های انتخابی وسیع تقریباً ۲۲ تا ۲۵ درصد مردان و ۱۱ تا ۱۵ درصد زنان در ایالات متحده آمریکا گزارش دادند که حداقل یک‌بار خارج از چارچوب زناشویی‌شان رابطه جنسی داشته‌اند (لومن، کاگنون، میسائیل، میسائیلز^۳، ۱۹۹۴). بین ۱/۵ تا ۴ درصد از افراد متأهل سالانه به رابطه جنسی خارج از چارچوب زناشویی اقدام می‌کنند و در طی یک سال گذشته، مردان در مقایسه با زنان دو برابر به رابطه جنسی نامشروع می‌پردازند (لومن و همکاران، ۱۹۹۴؛ ویدرمن، ۱۹۹۷). خیانت زناشویی یکی از دلایل عمده‌ی طلاق و از هم پاشیدن ازدواج‌ها می‌باشد (اسچیکفورد، ۲۰۰۸)، زیرا این امر دربرگیرنده یک سری عناصر رفتاری چون نیازهای نامناسب هیجانی و جنسی، فرصت طلبی، بی‌مسئولیتی و فریبکاری عمدی است که پذیرش آنها برای افرادی که به نوعی در این مسئله درگیر می‌شوند چندان راحت نیست. همچنین خیانت زناشویی ابزاری است که به وسیله آن بدون اینکه فرد به یک تخلف جنایی آشکار دست بزند، جنبه مشکل‌زا و تاریک‌تر شخصیت خود را نشان می‌دهد (اسپیترزبرگ و کاپاچ^۴، ۱۹۹۸).

برخی از جنبه‌های خیانت زناشویی انعکاسی از تفاوت‌های جنسی در نگرش به جنسیت می‌باشند، بدین گونه که در مقایسه با زنان، مردان معمولاً تأکید کمتری بر دلبستگی هیجانی به روابط جنسی داشته و علاقه زیادی به تجربه‌های جنسی بی‌نام و نشان^۵ دارند و تمایل دارند که شریکان جنسی زیادی داشته باشند (وایت و ریس^۶، ۱۹۹۷). در مقابل زنان بر دلبستگی هیجانی ارزش بیشتری قائلند و روابط جنسی آن‌ها نیز بدون استثناء^۷ است. این امر بیانگر نیاز تکاملی زنان برای اطمینان کامل داشتن از تعهد شخصی مرد و رضایت او برای مشارکت در منابع قبل از داشتن رابطه جنسی با او است. خیالپردازیه‌های جنسی دو جنس این اختلاف جنسی را به روشنی بیان می‌کنند؛ به این صورت که مردان خیالپردازیه‌های جنسی بیشتری نسبت به زنان دارند و در این خیالپردازیه‌ها معمولاً افراد غربیه وارد می‌شوند، ولی خیالپردازیه‌های جنسی زنان به احتمال زیاد دارای برخی مضامین شخصی هستند (الیس و سایموند^۸، ۱۹۹۰).

خیانت زناشویی موضوعی است که زوج درمانگران به میزان زیادی در کارهای بالینی با آن مواجه می‌شوند ولی به رغم شیوع این مسئله در مفهوم سازی پیمان شکنی زناشویی یا شناخت چگونگی ایجاد طرح

1. infidelity
2. traumatic
3. Laumann, Gagnon, Michael & Michaels
4. Spitzberg & Cupach
5. anonymous
6. Wright & Reise
7. no exception
8. Ellis & Symons

درمانی برای این مسئله هنوز به راه حل مناسبی دست نیافته‌اند (ویسمن، دیکسون و جانسون^۱، ۱۹۹۷). مشاهدات بالینی و بررسی‌های علمی نشان می‌دهند که بر ملا شدن پیمان‌شکنی زناشویی تأثیر مخرب، تکان دهنده و شدیدی بر زوجها می‌گذارد. متخصصان بالینی گزارش می‌دهند که در فرد آسیب دیده از خیانت زناشویی عواطف شدید اغلب بین احساس خشم نسبت به فرد خطاکار و اقدام کننده و احساسات درونی خجالت، افسردگی، بی رمقی طاقت فرسا، احساس قربانی شدن و رها شدگی در نوسان هستند (اسپرینگ و اسپرینگ^۲، ۱۹۹۶؛ براون، ۱۹۹۱؛ گوردون و همکاران، ۲۰۰۴). بسیاری از این پاسخ‌های عاطفی، شناختی و رفتاری در مجموع با معیارهای اختلال استرس پس از سانحه^۳ (PTSD) هماهنگ هستند. بنابراین وقتی پاسخ به خیانت زناشویی به عنوان واکنشی در برابر رویداد آسیب‌زای بین فردی مفهوم سازی می‌شود، به فرمول بندی این موارد دشوار و اقدام درمانی کمک می‌کند یعنی می‌توان برای درمان چنین مواردی از روان درمانی‌های مبتنی بر رویداد آسیب‌زا^۴ استفاده کرد.

درمان پردازش شناختی (CPT)^۵ یکی از رویکردهای درمانی برای افراد مواجهه شده با آسیب است که تاکنون اثربخشی آن در کاهش علائم آسیب شناختی افراد مواجهه شده با آسیب مشخص شده است. این روش یک برنامه درمانی است که توسط رسیک^۶ و همکاران (۱۹۹۲) بر پایه یک نظریه پردازش اطلاعات درباره اختلال استرس پس از سانحه به وجود آمد. این نظریه فرض می‌کند که اطلاعات مربوط به حادثه آسیب‌زا در مغز در قالب شبکه‌های ترس ذخیره می‌شوند. فرض زیربنای این روش درمانی این است که علت اصلی اختلال استرس پس از سانحه، تعارض بین طرحواره‌های قبلی و اطلاعات جدیدی است که به وسیله یک حادثه آسیب‌زا فعال می‌شوند. به این دلیل تمرکز اصلی این شیوه درمان، شناسایی و اصلاح این تعارضات است، تعارضاتی که نکات پیوسته شده^۷ نامیده می‌شوند. درمان پردازش شناختی ترکیبی است از ۳ مؤلفه: ۱- آموزش درباره اختلال استرس پس از سانحه و نظریه پردازش شناختی ۲- مواجهه درمانی و ۳- درمان شناختی و آموزش مهارت‌ها (رسیک و اشنایک، ۱۹۹۲). این روش برای اولین بار در درمان اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با تجاوز جنسی در زنان آزمون شد (رسیک و اشنایک، ۱۹۹۲، رسیک و همکاران، ۲۰۰۲). از آن تاریخ محققان مختلف اثربخشی این روش را در جمعیت‌های مواجهه شده با آسیب‌های مختلفی چون نوجوانان زندانی شده (آهرنز و رکسفولد^۸، ۲۰۰۲)، سربازان جنگ (مانسون و همکاران، ۲۰۰۶)، پناهندگان سیاسی (شولز، رسیک، هوبر و گریفین^۹، ۲۰۰۶) و قربانیان تصادفات

1. Whisman, Dixon & Johnson

2. Spring & Spring

3. posttraumatic stress disorder

4. trauma focused psychotherapies

5. Cognitive processing therapy (CPT)

6. Resick

7. Attached points

8. Ahrens & Rexford

9. Schuls, Resick, Huber, Griffin

رانندگی (گالووسکی، لوئیس و رسیک^۱، ۲۰۰۸) نشان داده‌اند. آلوارز و همکاران^۲ (۲۰۱۱) با مقایسه اثر بخشی درمان گروهی پردازش شناختی با یک درمان گروهی متمرکز بر تروما به این نتیجه رسیدند که شرکت‌کنندگان درمان پردازش شناختی بهبودی‌های بیشتری نسبت به گروه دیگر در چک لیست علائم اختلال استرس پس از سانحه نشان دادند. نریمانی و همکاران (۱۳۹۰) نیز نشان دادند که این روش درمانی در کاهش علائم افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، افکار پارانوئید در دانش آموزان مواجه شده با آسیب مؤثر می‌باشد. بشرپور و همکاران (۲۰۱۱) نیز با مقایسه اثر بخشی روش پردازش شناختی با روش پردازش مجدد هولوگرافیک در کاهش شناخت‌های پس آسیبی گروهی از دانش آموزان آسیب دیده به این نتیجه رسیدند که این دو روش به یک اندازه بر کاهش شناخت‌های منفی درباره خود اثربخش می‌باشند.

شواهد نشان می‌دهند که خیانت زناشویی شیوع بالایی دارد و در مقایسه با زنان، مردان بیشتر در حق شریک زندگی خود پیمان شکنی می‌کنند. تجربه خیانت و پیمان شکنی زناشویی به عنوان یک رویداد آسیب‌زای بین فردی بوده منجر به علائم شناختی، عاطفی و رفتاری در قربانی می‌شود. با توجه به آسیب‌پذیری جنس زن به نظر می‌رسد که زنان بیشتر از مردان از علائم مرتبط با این رویداد آسیب‌زا رنج می‌برند. زیرا تجربه چنین رویداد آسیب‌زایی از طرف صمیمی‌ترین فرد یعنی همسر می‌تواند منجر به از بین رفتن اعتماد بین فردی و رشد احساسات منفی‌ای چون خشم، افسردگی، کاهش اعتماد به نفس و غیره گردد. شواهد بالینی با موارد آسیب دیده از خیانت زناشویی نشان می‌دهد که این علائم به ویژه فرضیاتی که فرد بعد از تجربه‌ی این رویداد درباره اعتماد، زندگی، آینده، شوهر و غیره می‌سازد حتی سال‌ها بعد از این رویداد و ترک و جبران آن از طرف شوهر دوام یافته و می‌توانند بر کیفیت زندگی خانوادگی و رابطه فرد با سایر اعضا به ویژه کودکان نیز اثر منفی داشته باشند. با توجه به موارد بالا و لزوم ارائه مداخلات اثربخش برای افراد مواجه شده با خیانت زناشویی پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پردازش شناختی بر بهبود علائم پس آسیبی، کیفیت زندگی، عزت نفس و رضایت زناشویی زنان مواجه شده با آسیب خیانت زناشویی انجام گرفت تا این فرض را مورد آزمون قرار دهد که درمان پردازش شناختی بر بهبود علائم پس آسیبی، کیفیت زندگی، عزت نفس و رضایت زناشویی زنان مواجه شده با آسیب خیانت زناشویی مؤثر می‌باشد.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع طرح‌های شبه آزمایشی پیش آزمون- پس آزمون با یک گروه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنانی بودند که به علت خیانت زناشویی شوهر در بازه‌ی زمانی فروردین تا بهمن سال ۱۳۹۰ به اداره مشاوره معاونت اجتماعی و ارشاد فرماندهی انتظامی استان آذربایجان غربی (ارومیه) مراجعه کرده و در آنجا تشکیل پرونده داده بودند ($n = 27$). تعداد ۱۶ نفر از آن‌ها که همگی جوان (در دامنه سنی ۲۰-۴۰)، دارای تحصیلات دیپلم تا کارشناسی و دارای حداقل یک بچه بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در این پژوهش شرکت کردند. لازم به ذکر است که تجربه آسیب خیانت برای این زنان

1. Galovski, Louis & Resick

2. Alvarez

حل نشده باقی مانده بود و همه آن‌ها یکی از شرایط زیر را داشتند ۱- یا متارکه کرده و در خانه پدری زندگی می‌کردند ۲- یا در آستانه طلاق بودند ۳- یا به علت اینکه شوهرشان خیانت کرده بود و این امر به تازگی بر ملا شده بود، زن خانواده در خانه قبلی با بچه‌هایشان جدا از شوهر زندگی می‌کردند. کلیه این آزمودنی‌ها و ابزارهای جمع آوری اطلاعات در این پژوهش عبارت بودند از:

۱- مقیاس اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی^۱: این آزمون یک مقیاس خود گزارشی است که توسط کیان^۲ و همکاران در سال ۱۹۸۸ تدوین شده و برای ارزیابی شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه به کار می‌رود. این مقیاس ۳۵ سوال دارد و آزمودنی‌ها به این سوالها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای پاسخ می‌دهند که این گزینه‌ها به ترتیب ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ نمره گذاری می‌شوند. دامنه کل نمرات یک فرد از ۳۵ تا ۱۷۵ خواهد بود و نمره ۱۰۷ و بالا بیانگر وجود اختلال استرس پس از سانحه در فرد است. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در دامنه ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ گزارش شده است، ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در این مطالعه ۰/۷۹ به دست آمد. این آزمون اعتبار بالایی دارد و همبستگی خیلی خوبی با دیگر ابزارهای سنجش اختلال استرس پس از سانحه دارد (کیان و همکاران، ۱۹۸۸). این مقیاس در ایران توسط گودرزی (۱۳۸۱) اعتباریابی شده و ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۲ گزارش شده است. جهت تعیین روایی همزمان این مقیاس از سه ابزار فهرست وقایع زندگی، فهرست PTSD و سیاهه پادوا استفاده گردید که ضریب همبستگی مقیاس می‌سی‌سی‌پی با هر یک به ترتیب برابر ۰/۲۳، ۰/۸۲ و ۰/۷۵ گزارش شده است (گودرزی، ۱۳۸۱).

۲- فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-۳۶): این پرسشنامه توسط وار، اسنوو، کوزینسکی و کاندیک^۳ در سال ۱۹۹۳ ساخته شده و مشتمل بر ۳۶ آیتم بوده و به طور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی به کار برده می‌شود. این پرسش‌نامه ۸ مؤلفه‌ی کیفیت زندگی شامل سلامت عمومی، کارکرد فیزیکی، بهزیستی، درد بدنی، محدودیت‌های نقش به علت سلامت فیزیکی (نقش فیزیکی)، محدودیت‌های نقش به علت سلامت هیجانی (نقش هیجانی)، کارکرد اجتماعی و سلامت روانی را ارزیابی می‌کند. در ایران این فرم توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۵) با روش ترجمه و ترجمه مجدد به فارسی برگردانده و روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا (میانگین سنی ۳۵/۱ سال) که ۵۲ درصد آن‌ها زن بودند هنجاریابی شده است. ضریب پایایی گزارشی شده برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ است، به غیر از خرده مقیاس سرزندگی که ۰/۶۵ بود. در مجموع یافته‌ها نشان دادند که نسخه ایرانی این پرسشنامه ابزاری مناسب برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی است.

۳- مقیاس عزت نفس روزنبرگ: این پرسش‌نامه ۱۰ سوالی توسط روزنبرگ و موریس در سال ۱۹۶۰ ساخته شده و برای ارزیابی عزت نفس کلی بکار می‌رود. پایایی بازآزمایی این مقیاس در دامنه ۰/۸۲ تا

1. Mississippi

2. Keane

3. Ware, Snow, Kosinski & Gandek

۰/۸۸ و ضریب آلفای کرونباخ آن در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۸۸ توسط روزنبرگ گزارش شده است (روزنبرگ، ۱۹۶۵).

۴- پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ: پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ از ۱۱۵ سوال و ۱۲ مقیاس تشکیل شده است که شامل ابعاد موضوعات شخصیتی، ارتباطات، حل تعارض، مسایل مالی، اوقات فراغت، روابط جنسی، ترتیب فرزند، ارتباط با خانواده اصلی و دوستان، نقش‌های همسری و جهت گیری مذهبی و معنوی می‌باشد. السون و همکاران اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. با توجه به طولانی بودن سوالات این مقیاس، فرم‌های متعددی از آن استخراج شده است. اولین بار السون فرم ۱۵ سوالی آن را معرفی نمود و سپس فرم ۴۷ سوالی آن ساخته شد (فاورز و الوسون، ۱۹۸۹). در پژوهش حاضر از فرم کوتاه این پرسشنامه استفاده شد که از ۴۷ آیتم تشکیل شده است. این آزمون توسط سلیمانیان (۱۳۷۳) در پژوهشی تحت «عنوان بررسی تفکرات غیر منطقی بر نارضایتی زناشویی اعتبار یابی شد، شیوه نمره گذاری این پرسشنامه به روش لیکرت است که به هر گزینه از ۱ تا ۵ نمره داده می‌شود. سلیمانیان درباره اعتبار این پرسشنامه می‌نویسد که سوالات به رؤیت متخصصین روان شناسی رسانده شد و روایی صوری پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. در مرحله بعد بر روی یک گروه ۱۱ نفری اجرا گردید و ضریب پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد (سلیمانیان، ۱۳۷۳).

جهت جمع آوری اطلاعات لازم برای این پژوهش بعد از هماهنگی با اداره مشاوره فرماندهی انتظامی استان آذربایجان غربی (مرکز ارومیه) که مؤلف هم یکی از مشاوران آن مرکز بود، تمام پرونده‌هایی که به علت خیانت زناشویی شوهر در بازه‌ی زمانی فروردین تا بهمن سال ۹۰ تشکیل شده بودند مشخص شدند (N=۲۷). در مرحله بعد طی تماس تلفنی که با همه این ۲۷ نفر گرفته شد از آن‌ها درخواست گردید در صورت تمایل در یک برنامه روان درمانی گروهی که از طرف آن اداره ترتیب داده شده شرکت نمایند، ۱۱ نفر آنها به دلایلی چون نقل مکان، مسافرت ... حاضر به همکاری نشدند، تعداد ۱۶ نفر آن‌ها بعد از یک مصاحبه مقدماتی در خصوص تأیید مجدد خیانت شوهر و عوارض روان شناختی آن، داشتن تحصیلات حداقل راهنمایی و مطلقه نبودن در پژوهش شرکت داده شدند، در جلسه اول درمان شرکت کنندگان به پرسشنامه‌های اختلال استرس پس از سانحه، کیفیت زندگی، عزت نفس و رضایت زناشویی به عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند در مرحله بعد درمان پردازش شناختی به مدت ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای با تواتر ۲ بار در هفته توسط مؤلف این مقاله با تحصیلات دکترای روان شناسی در محل اتاق کنفرانس اداره مشاوره روی این گروه اجرا گردید. آزمودنی‌ها در جلسه آخر درمان به عنوان پس آزمون و بعد از سه ماه نیز در مرحله پی‌گیری به پرسشنامه‌های فوق‌الذکر پاسخ دادند. لازم به ذکر است که در انتهای درمان از کل ۱۶ نفر شرکت کننده تعداد ۲ نفر مراحل درمانی را تا آخر ادامه نداده و از پژوهش خارج شدند و در نهایت داده‌های ۱۴ نفر در تحلیل شرکت داده شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از ابزارهای آمار توصیفی فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد. محتوای جلسات درمان پردازش

شناختی نیز مطابق راهنمای فراهم شده توسط رسیک و همکاران (۲۰۰۷) بود که جهت بررسی اعتبار آن در نمونه‌های آسیب دیده از خیانت زناشویی و انطباق آن با فرهنگ ایرانی قبل از اجرا به تأیید چهار نفر متخصص روان شناسی رسانده شد و در نهایت به شرح زیر ارائه گردید:

جلسات اول و دوم: در این دو جلسه پس از ایجاد تفاهم درمان‌بخش، درباره مشکلات فعلی آزمودنی‌ها آگاهی لازم داده شد و مشکلات آن‌ها ارزیابی و ساختار جلسات درمانی مشخص شد، اختلالات موجود آن‌ها تبیین شناختی شده و منطبق بر درمان ارائه گردید. در آخر جلسه دوم نیز از آن‌ها درخواست شد تا به عنوان یک تکلیف عملی یک توصیف حادثه^۱ بنویسند.

جلسات سوم و چهارم: در این جلسات معنای رویداد آسیب‌زای آزمودنی‌ها شناسایی و مواجه سازی نوشتاری بر اساس توصیف حادثه آزمودنی‌ها به کارگرفته شد و از روش ABC در شناسایی ارتباط بین افکار و احساسات آزمودنی‌ها استفاده گردید.

جلسات پنجم و ششم: در این دو جلسه به آزمودنی‌ها کمک شد تا باورهای خود درباره رویداد آسیب‌زا را ارزیابی مجدد بکنند و بازسازی شناختی به آن‌ها معرفی گردید و باورهای آن‌ها با استفاده از فهرستی از سوالات چالش برانگیز به چالش کشیده شد و از آن‌ها خواسته شد به وسیله خود بازبینی^۲ به طور منظم افکار خود را شناسایی کرده و آن‌ها را به چالش بکشند.

جلسه هفتم: در این جلسه به آزمودنی‌ها کمک شد تا با تکنیک‌های شناسایی باورهای مرتبط با امنیت، شناسایی مسیرهای ارتباط این باورها با اضطراب و اجتناب، تمایز تمرین‌های مناسب جستجوی امنیت از تمرین‌های اجتناب مبتنی بر ترس، تشخیص خودگویی‌های کاهش دهنده اضطراب و ارزیابی واقع بینانه احتمال رخداد مجدد رویداد آسیب‌زا احساس امنیت خود را افزایش دهند.

جلسه هشتم: در این جلسه به آزمودنی‌ها کمک شد تا به کمک تکنیک‌های ارزیابی رویکرد همه یا هیچ خود نسبت به اعتماد، آموزش روشهای اعتماد کردن، آموزش تمرکز بر رفتار واقعی دیگران نه قضاوت‌های کلی در مورد آن‌ها و تشویق به درخواست و دریافت حمایت از جانب دیگران در مواقع تجربه عوامل فشار را اعتماد خود به دیگران را (همسر) افزایش دهند.

جلسه نهم: در این جلسه با استفاده از تکنیک‌های شناسایی و ارزیابی مجدد باورهای مربوط به خودکارایی و روابط بین فردی و همچنین اعتبار یابی خشم به عنوان واکنش منطقی به رویداد آسیب‌زا (خیانت) به آزمودنی‌ها کمک شد تا بدون ترس از کوره در رفتن رویداد آسیب‌زا را تجربه کرده و با آرامش درباره آن صحبت کرده و بیشتر احساس کنترل و قدرت نمایند.

جلسه دهم: در این جلسه با شناسایی فرضیات اثر گذار بر خلق و عزت نفس و کشف اثرات رویداد آسیب‌زا بر تقویت این فرضیات و تشویق آزمودنی‌ها به احساس ارزشمندی به واسطه حوادث خوشایند و تعریف و تمجید از خود به آن‌ها کمک شد عزت نفس خود را افزایش دهند.

1. Impact statement

2. self monitoring

جلسه یازدهم؛ در این جلسه با استفاده از روشهای بحث روی اثر حادثه آسیب زا بر صمیمیت آنها با دیگران، شناسایی تمام تلاشهای بیرونی مشکل زای خودتسکین دهی (برای مثال روی آوردن به پرخوری، کم‌خوری و غیره، شناسایی دامنه موضوعات حل نشده مربوط به کنترل و اعتماد که با صمیمیت ارتباط دارند و کشف هر نوع اجتناب از حمایت اجتماعی به آزمودنی‌ها کمک شد تا میزان صمیمیت خود را افزایش دهند.

جلسه دوازدهم؛ در این جلسه به آزمودنی‌ها کمک شد تا باورهای بیش از حد تعمیم داده شده^۱ و افراطی در مورد خود^۲ را شناخته، ارزیابی کرده و تجدید نظر نمایند، در آخر این جلسه نیز معنای رویداد آسیب‌زا با آزمودنی‌ها مرور شد و از آنها درخواست گردید تا گزارشی دوباره درباره آن رویداد نوشته و گزارش قبلی خود را اصلاح نماید. در نهایت درمان با یادآوری مفاهیم و مهارت‌های معرفی شده در طول دوره به پایان رسید (رسیک و همکاران، ۲۰۰۷؛ بشرپور، ۱۳۹۰).

یافته‌ها

تعداد ۱۴ زن مواجه شده با آسیب خیانت زناشویی با میانگین سنی ۳۲/۷۴ سال و انحراف معیار ۵/۲۸ در این پژوهش شرکت داشتند. از این تعداد ۶ نفر (۴۲/۹ درصد) وضعیت اقتصادی اجتماعی خود را متوسط و ۸ نفر (۵۷/۱ درصد) خوب گزارش کردند. ۳ نفر (۲۱/۳ درصد) دارای تحصیلات پایین‌تر از دیپلم، ۹ نفر (۶۴/۲۸ درصد) نفر تحصیلات کارشناسی و ۲ نفر (۱۴/۳ درصد) نیز دارای تحصیلات بالاتر از کارشناسی بودند. از لحاظ وضعیت اشتغال نیز ۶ نفر (۴۲/۹ درصد) شاغل و ۸ نفر (۵۷/۱ درصد) غیر شاغل بودند.

1. over-generalized beliefs

2. self

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای وابسته در سه مرحله آزمون

نوع آزمون	متغیرها	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
پیش آزمون	علائم پس آسیبی	۱۱۹/۷۱	۲۱/۵۱	۹۱	۱۴۸
	عزت نفس	۲۴/۲۱	۸/۴۶	۱۳	۳۴
	کیفیت زندگی	۹۲/۳۵	۸/۴۶	۶۸	۱۱۰
	رضایت زناشویی	۱۲۴/۱۴	۲۸/۶۷	۹۱	۱۶۴
پس آزمون	علائم پس آسیبی	۶۶/۲۸	۱۰/۸۱	۳۸	۷۹
	عزت نفس	۳۹/۸۵	۶/۸۲	۲۷	۴۵
	کیفیت زندگی	۱۳۵/۰۷	۱۲/۹۵	۱۲۱	۱۶۲
	رضایت زناشویی	۱۳۸/۹۲	۲۷/۴۴	۹۵	۱۸۷
پیگیری	علائم پس آسیبی	۶۷/۹۲	۱۱/۹۶	۴۰	۸۷
	عزت نفس	۳۸/۲۱	۴/۶۷	۳۰	۴۴
	کیفیت زندگی	۱۳۲/۷۱	۱۴/۴۶	۱۱۴	۱۶۴
	رضایت زناشویی	۱۳۵/۲۸	۲۷/۶۳	۹۰	۱۹۰

جدول ۱ نتایج مربوط به میانگین، انحراف معیار و حداقل و حداکثر نمرات آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۳ ماهه را نشان می‌دهد. قبل از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری، آزمون کرویت موجلی که میزان آن در هیچ یک از متغیرهای وابسته معنی دار نبود نشان داد که فرض برابری تساوی واریانس‌های درون گروهی رعایت شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری (درون آزمودنی‌ها) برای مقایسه روند نمرات در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	sig	اندازه اثر
علائم پس آسیبی	روند	۱۸۷۷۲/۳۲	۱	۱۸۷۷۲/۳۲	۱۳۴/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۹۱
	خطا	۱۸۱۸/۱۷	۱۳	۱۳۹/۸۶			
کیفیت زندگی	روند	۱۱۴۰۰/۸۹	۱	۱۱۴۰۰/۸۹	۵۵/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۸۱
	خطا	۲۶۵۴/۶۰	۱۳	۲۰۴/۲۰			
عزت نفس	روند	۱۳۷۲/۰۰	۱	۱۳۷۲/۰۰	۱۹/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	خطا	۹۰۶/۰۰	۱۳	۶۹/۶۹			
رضایت زناشویی	روند	۸۶۹/۱۴	۱	۸۶۹/۱۴	۰/۹۹	۰/۳۳	۰/۰۷
	خطا	۱۱۳۷۶/۸۵	۱۳	۸۷۵/۱۴			

مطابق جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری نشان می‌دهد که تفاوت نمرات سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری آزمودنی‌ها در متغیرهای علائم پس آسیبی ($F=134/22$; $P<0/001$)، کیفیت زندگی ($F=55/83$; $P<0/001$) و عزت نفس ($F=19/68$; $P<0/001$) از لحاظ آماری معنی‌می‌باشد ولی این تفاوت در متغیر رضایت زناشویی معنی‌دار نیست ($F=0/99$; $P=0/33$).

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی مربوط به مقایسه تفاوت دو به دوی میانگین نمرات آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری براساس شاخص‌های اختلاف میانگین‌ها و سطح معنی داری

متغیرها	مراحل	پس آزمون	پیگیری
علائم پس آسیبی	پیش آزمون	* ۵۳/۴۲ (P< ۰/۰۰۱)	* ۵۱/۷۸ (P< ۰/۰۰۱)
	پس آزمون	-	-۱/۶۴ (P= ۰/۲۹)
کیفیت زندگی	پیش آزمون	* -۴۲/۷۱ (P< ۰/۰۰۱)	* -۴۰/۳۵ (P< ۰/۰۰۱)
	پس آزمون	-	-
عزت نفس	پیش آزمون	* -۱۵/۶۴ (P< ۰/۰۰۱)	* -۱۴/۰۰ (P< ۰/۰۰۲)
	پس آزمون	-	۱/۶۴ (P= ۰/۲۸)
	پیگیری	-	-

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمرات علائم پس آسیبی، کیفیت زندگی و عزت نفس آزمودنی‌ها در مرحله پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت آماری معنی داری دارند، ولی بین میانگین نمرات مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد.

نتیجه گیری

زوج‌هایی که با خیانت و پیمان شکنی زناشویی مواجه می‌شوند، اغلب با آشفتگی، تخلیه عاطفی هیجانی شدید و تعامل‌های منفی واکنش نشان می‌دهند که اغلب این علائم با معیارهای اختلال استرس پس از سانحه سازگاری دارد، با توجه با این امر هدف اصلی این پژوهش بررسی اثر بخشی یکی از روشهای معتبر درمان علائم پس آسیبی یعنی درمان پردازش شناختی بر بهبود علائم پس آسیبی، کیفیت زندگی، عزت نفس و رضایت زناشویی بود. نتایج تحلیل واریانس با اندازه های تکراری نشان داد که میانگین نمرات علائم آسیبی آزمودنی‌ها در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش معنی داری داشته است. این نتیجه با نتایج رسیک و اشنایک (۱۹۹۲) مبنی بر اثر بخشی این روش درمانی بر اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با تجاوز جنسی در زنان و همچنین نتایج آهرنز و رکسفولد (۲۰۰۲)، مانسون و همکاران (۲۰۰۶)، شولز و همکاران (۲۰۰۶)، آلوارز و همکاران (۲۰۱۱)، بشرپور و همکاران (۲۰۱۱) و نریمانی و

همکاران (۱۳۹۰) مبنی بر اثر بخشی این روش درمانی بر گروه‌های مختلفی از افراد آسیب دیده همخوان می‌باشد. چون خیانت زناشویی فرضیه های اساسی فرد درباره چگونگی عملکرد جهان و افراد را نقض می‌کند، به مثابه ضربه عاطفی شدیدی عمل کرده و علائم اختلال استرس پس از سانحه را ایجاد می‌کند، از آنجا که نقطه تمرکز درمان پردازش شناختی شناسایی و اصلاح این باورها و فرضیات بوده و از روشهای دیگری چون مواجهه درمانی در کنار تکنیک‌های شناختی استفاده می‌نماید (رسیک و اشنایک، ۲۰۰۲)، به درمانجویان کمک می‌کند تا رویداد آسیب زای خیانت زناشویی را پذیرش کرده و به اصلاح باورهای ناکارآمد خود در این خصوص پرداخته و در نهایت به صورت منطقی با آن مواجه شوند.

نتیجه تحلیل واریانس همچنین نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی آزمودنی‌ها در مراحل پس آزمون و پی‌گیری نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش معنی داری داشته است. این امر نشان دهنده اثر بخشی درمان پردازش شناختی بر کیفیت زندگی آزمودنی‌ها می‌باشد. این نتیجه نیز با نتایج تحقیقات پیشین (برای مثال: رسیک و اشنایک، ۱۹۹۲؛ آهرنز و رکسفولد، ۲۰۰۲؛ مانسون و همکاران، ۲۰۰۶؛ شولز، رسیک، هوبر و گریفین، ۲۰۰۶؛ آلوارز و همکاران، ۲۰۱۱؛ بشرپور و همکاران، ۲۰۱۱؛ نریمانی و همکاران، ۱۳۹۰) همخوان می‌باشد. شواهد نشان می‌دهند که زندگی خانوادگی به میزان زیادی بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد (راجرز و راکمن^۱، ۱۹۸۸)، داشتن یک زندگی خانوادگی توأم با تعارض و عواطف منفی می‌تواند کیفیت زندگی فرد را به میزان زیادی پایین بیاورد. درمان پردازش شناختی با افزایش میزان عواطف مثبت، جلب توجه آزمودنی به ویژگی‌های مثبت زندگی، رفع تعارضات درونی می‌تواند بر این جنبه‌ی مهم زندگی اثرگذار باشد. همچنین این روش درمانی حاوی بخشی به نام آموزش مهارت‌هاست که مهارت‌های لازم برای برون رفت از رویداد آسیب زا را فراهم می‌کند.

نتایج این پژوهش آشکار کرد که میانگین نمرات عزت نفس آزمودنی‌ها در مراحل پس آزمون و پی‌گیری نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش معنی داری داشته است. این نتیجه نیز با نتایج تحقیقات قبلی در خصوص اثر بخشی این شیوه درمانی بر آزمودنی‌های آسیب دیده (برای مثال: رسیک و اشنایک، ۱۹۹۲؛ آهرنز و رکسفولد، ۲۰۰۲؛ مانسون و همکاران، ۲۰۰۶؛ شولز، رسیک، هوبر و گریفین، ۲۰۰۶؛ آلوارز و همکاران، ۲۰۱۱؛ بشرپور و همکاران، ۲۰۱۱؛ نریمانی و همکاران، ۱۳۹۰) همخوان می‌باشد. خیانت زناشویی از طرف شوهر لطمه بزرگی به عزت نفس زن وارد می‌کند، چون تقریباً تمام انواع رویدادهای آسیب زا بر روی باورهای افراد در مورد عزت نفس تأثیر می‌گذارد، درمان پردازش شناختی محتوی اصولی برای تغییر دادن

1. Rodgers & Bachman

این باور های مرتبط با عزت نفس است. علت اصلی اثر بخشی این شیوه درمانی بر عزت نفس هم این است که در این بخش از تکنیک های شناختی و رفتاری برای افزایش عزت نفس آزمودنی ها استفاده می شود. در نهایت نتایج این پژوهش نشان داد که درمان پردازش شناختی اثر معنی داری بر رضایت زناشویی نداشت. علت این یافته نیز می تواند به این امر برگردد که درمان پردازش شناختی به عنوان یک روش درمانی برای علائم پس آسیبی بوده و فاقد بخش آموزش مهارت های زناشویی است. علاوه بر این رضایت زناشویی بیشتر به عنوان یک عامل بین فردی می باشد که انجام رفتارهای مثبت از طرف زوجین را می طلبد، ولی در این پژوهش فقط زنان بودند که تحت برنامه درمانی قرار داشتند.

در مجموع نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که درمان پردازش شناختی بر بهبود علائم پس آسیبی، کیفیت زندگی و عزت نفس زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی مؤثر بوده و این نتایج بعد از سه ماه نیز همچنان دوام داشتند. این نتایج همچنین نشان داد که این روش درمانی تأثیر معنی داری بر بهبود رضایت زناشویی ندارد. با توجه به شیوع بالای خیانت زناشویی و مراجعه آسیب دیدگان این رویداد به مراکز مشاوره و روان درمانی و نبود پروتکل های درمانی مبنی بر شواهد برای مداخله در این افراد، اثر بخشی درمان پردازش شناختی بر بهبود علائم روان شناختی این افراد که در پژوهش حاضر نشان داده شد می تواند این شیوه درمان را به عنوان یک راهنمای درمان برای این افراد معرفی نماید، با توجه به اثر بخشی نبودن این شیوه درمان بر رضایت زناشویی توصیه می شود برای اهداف بازسازی زندگی زناشویی در کنار این روش از روش های زوج درمانی هم استفاده شود. حجم پایین نمونه آماری مهم ترین محدودیت پژوهش حاضر بود که ایجاب کرد کل نمونه در گروه آزمایشی قرار بگیرند و از گروه گواه برای مقایسه استفاده نشود. بر اساس نتایج این پژوهش پیشنهاد می شود در صورت امکان در تحقیقات بعدی از حجم بالای نمونه استفاده شود که در آن امکان جایگزینی تصادفی آزمودنی های در گروه های آزمایش و گواه فراهم باشد. نتایج این پژوهش لزوم کاربست یک روش روان درمانی مبتنی بر آسیب از جمله درمان پردازش شناختی در کار با زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی در کنار روش های معمول زوج درمانی را مطرح می کند.

سپاس و قدردانی

بدین وسیله از ریاست محترم اداره مشاوره فرماندهی انتظامی استان آذربایجان غربی جناب سرهنگ عیوض زاده و کارشناس روان شناسی آن مرکز سرکار خانم هاشمی به خاطر زحماتشان در این پژوهش قدردانی می گردد.

منابع

بشرپور، سجاد (۱۳۹۰). مقایسه اثر بخشی روش‌های درمان پردازش شناختی و پردازش مجدد هولوگرافیک در کاهش علائم پس آسیبی دانش آموزان مواجه شده با تروما. رساله دکترای روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی.

نریمانی، محمد، بشرپور، سجاد، قمری، حسین و ابولقاسمی، عباس (۱۳۹۰). اثر بخشی روش‌های درمان پردازش شناختی و پردازش مجدد هولوگرافیک در کاهش علائم روان شناختی دانش آموزان مواجه شده با آسیب. مجله روان‌شناسی بالینی، ۱۱، ۴۱-۵۲.

گودرزی، محمد علی (۱۳۸۱). بررسی اعتبار و روایی مقیاس اختلال استرس پس از ضربه می‌سی‌سی‌پی. مجله روان‌شناسی، ۷، ۱۵۳-۱۷۸.

سلیمانیان، علی اکبر (۱۳۷۳). بررسی تأثیر تفکرات غیر منطقی بر اساس رویکرد شناختی بر ناراضایتی زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت معلم تهران.

Ahrens, J. & Rexford, L. (2002). Cognitive processing therapy for incarcerated adolescents with PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6, 201-216.

Alvarez, J., McLean, C., Harris, A.H.S., Rosen, C.S., Ruzek, J. I. & Kimerling, R. (2011). The Comparative Effectiveness of Cognitive Processing Therapy for Male Veterans Treated in a VHA Posttraumatic Stress Disorder Residential Rehabilitation Program. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 79(5), 590-599.

Basharpoor, S., Narimani, M., Gamari-givi, H., Abolghasemi, A. & Molavi, P. (2011). Effect of Cognitive Processing Therapy and Holographic Reprocessing on Reduction of Posttraumatic Cognitions in Students Exposed to Trauma. *Iranian Journal of Psychiatry*, 6(4), 107-114.

Brown, E. (1991). Patterns of infidelity and their treatment. New York: Brunner/Mazel.

Ellis, B. J. & Symons, D. (1990). Sex differences in sexual fantasy: an evolutionary approach. *Journal of Sex Research*, 4, 527–555.

Foweres, B.J. & Olson, D.H. (1989). ENRICH marital inventory. A discriminant validity and cross validation assessment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, 65–79.

Galovski, T.E., Louis, S. & Resick, P.A. (2008). Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder Secondary to a Motor Vehicle Accident: A Single-Subject Report. *Cognitive and Behavioral Practice*. 15, 287–295.

Gordan, K.C., Baucom, D.H. & Snyder, D.K. (2004). An integrative intervention for promoting recovery from extramarital affairs. *Journal of marital and family therapy*, 30, 213-231.

Keane, T.M., Caddell, T.M. & Taylor, L. (1988). Mississippi scale for combat PTSD. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(1), 85-90.

Laumann, E., Gagnon, J.H., Michael. R.T. & Michaels, S. (1994). The social organization of sexuality. Chicago: University of Chicago Press.

Monson, C.M., Schnurr, P.P., Resick, P.A., Friedman, M.J., Young-Xu, Y. & Stevens, S.P. (2006). Cognitive Processing Therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 898–907.

Resick, P.A., Nishith, P., Weaver, T.L., Astin, M.C. & Feuer, C.A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867–879.

Resick, P.A. & Schnicke, M.K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748–756.

Rodgers, W. L. & Bachman, J. G. (1988). The subjective well-being of young adults: trends and relationships. Ann Arbor: University of Michigan.

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Schulz, P.M., Resick, P.A., Huber, L.C. & Griffin, M.G. (2006). The effectiveness of Cognitive Processing Therapy for PTSD with refugees in a community setting. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 322–331.

Shackelford, T. K., Besser, A. & Goetz, A. T. (2008). Personality, Marital Satisfaction, and Probability of Marital Infidelity. *Journal of Individual Differences Research*, 6, 13-25.

Spitzberg, B. H. & Cupach, W. R. (Eds.). (1998). The dark side of human relationships. London, UK: Lawrence Erlbaum Associates.

Spring, A.J. & Spring, M. (1996). After the affair: healing the pain and rebuilding trust when a partner has been unfaithful. New York: Harper Collins.

Ware, J., Snow, K., Kosinski, M. & Gandek, B. (1993). SF-36 health survey: manual and interpretation guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center.

Whisman, M.A., Dixon, A.E. & Johnson, B. (1997). Therapists on perceptiveness of couple problems and treatment issues in the practice of couple therapy. *Journal of family psychology*, 11, 167-174.

Wiederman, M. W. (1997). Extramarital sex: prevalence and correlates in a national survey. *The journal of sex research*, 34, 167-174.

Wright, T. M., & Reise, S. P. (1997). Personality and unrestricted sexual behavior: correlations of socio sexuality in Caucasian and Asian college students. *Journal of Research in Personality*, 31, 166–192.