

The Effectiveness of Integrated Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness on Marital Conflict and Anxiety in Women with Pathological Spousal Jealousy

Saeedeh Noorbakhsh Baghbaderani¹, Zohreh Latifi²

1. MSc in guidance and counseling, Payame Noor University, Iran.

2. Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Iran.

Email: z_yalatif@yahoo.com

ABSTRACT

Received: 08/05/1399 - Accepted: 02/03/1400

Aim: Pathological jealousy toward spouse is one of the most common complaints of couples referring for couple therapy. The research aimed to study the effectiveness of integrated cognitive-behavioral therapy and mindfulness on decreasing of marital conflict and anxiety in women with pathological jealousy toward spouse. **Methods:** For this purpose, a quasi-experimental pretest, posttest and follow up design with control group was used. The study sample included 34 women with Pathological jealousy who were selected through purposive sampling among women referred to counseling centers in Isfahan. The intervention method included 10 integrated sessions of cognitive-behavioral therapy and mindfulness that was implemented for experimental group. In order to assess variables Marital Conflict Questionnaire (Barati & Sanayi, 2000) and State Anxiety Inventory (Spielberger, et al., 1983) were used. The data analysis conducted by multivariate analysis of variance with pretest and control. **Findings:** The findings showed a significant decline in the mean scores of experimental group, both in anxiety and in marital conflict, in pretest and follow-up stages, but no tangible changes were observed in the control group scores. ($p < 0.0005$). **Conclusion:** Thus, integration of cognitive-behavioral therapy and mindfulness has been effective in reducing marital conflict and anxiety in women with pathological jealousy toward spouse, and could be used by couple therapists and other psychotherapists.

Keywords: Pathological jealousy, marital conflict, anxiety, mindfulness-integrated cognitive-behavior therapy and mindfulness



فصلنامه علمی پژوهشهای مشاوره
انجمن مشاوره ایران
جلد ۲۰، شماره ۷۹، پاییز ۱۴۰۰
مقاله پژوهشی

e-issn:4018-2717

p-issn:400-2717X

DOI: 10.18502/qjcr.v20i79.7348

اثر بخشی درمان تلفیقی شناختی رفتاری - ذهن آگاهی بر تعارض زناشویی و اضطراب زنان دارای حسادت بیمارگون

سعیده نوربخش باغبادرانی^۱، دکتر زهره لطیفی^۲

۱. کارشناس ارشد راهنمایی و مشاوره، دانشگاه پیام نور، ایران.

۲. (نویسنده مسئول)، دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

(صفحات ۲۲۹-۲۴۹)

چکیده

هدف: حسادت بیمارگون نسبت به همسر، یکی از شایع‌ترین شکایات زوج‌های مراجعه کننده برای زوج‌درمانی است. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان تلفیقی شناختی رفتاری- ذهن آگاهی بر کاهش تعارض زناشویی و اضطراب زنان دارای حسادت بیمارگون انجام گرفت. **روش:** بدین منظور از روش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه استفاده شد. نمونه پژوهش شامل ۳۴ زن دارای حسادت بیمارگون بود که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند از بین زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره اصفهان انتخاب شد. روش مداخله شامل ۱۰ جلسه‌ی گروهی درمان تلفیقی شناختی رفتاری- ذهن آگاهی بود که برای گروه آزمایش اجرا شد. به منظور سنجش متغیرها از پرسشنامه تعارض زناشویی (براتی و ثنایی، ۱۳۷۹) و اضطراب حالت-صفت (اشپیلبرگر و همکاران، ۱۹۸۳) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری با کنترل پیش‌آزمون انجام گرفت. **یافته‌ها:** نتایج کاهش معناداری را در میانگین نمرات گروه آزمایش در هر دو متغیر اضطراب و تعارض زناشویی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نشان داد، لیکن در نمرات گروه گواه تغییر محسوسی مشاهده نشد. ($p < 0/0005$) **نتیجه‌گیری:** بنابراین درمان تلفیقی شناختی رفتاری- ذهن آگاهی در کاهش اضطراب و تعارض زناشویی زنان دارای حسادت بیمارگون مؤثر بوده و می‌تواند مورد استفاده‌ی متخصصان زوج‌درمانی و روان‌درمانگران قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: حسادت بیمارگون، تعارض زناشویی، اضطراب، درمان تلفیقی شناختی رفتاری-

ذهن آگاهی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۰۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۰۲

مقدمه

حسادت^۱ در روان‌شناسی به دو نوع حسادت عاطفی و جنسی^۲ تقسیم می‌شود. در واقع این نوع تقسیم‌بندی به جنسیت باز می‌گردد. به عبارت دیگر، در پاسخ به بی‌وفایی، زنان بیشتر حسادت عاطفی و مردان بیشتر حسادت جنسی را آشکار می‌سازند. اما هرگاه حسادت اشتغال ذهنی فرد را پوشش می‌دهد که این اشتغال ذهنی غیرمعمول است و واقعی نیست؛ به گونه‌ای که حالت وسواس گونه‌ای را رقم می‌زند. این حسادت در علم روان‌شناسی، حسادت بیمارگون^۳ و یا مرضی تلقی می‌گردد (بیرجندی، قطبی و شعیری، ۱۳۹۷). حسادت در روابط عاشقانه یک مشکل تقریباً معمول در تجربه‌ی بالینی درمانگران و مراجعان است و در بیشتر روابط عاشقانه تجربه می‌شود (لسونا، سورو و وینگن،^۴ ۲۰۲۱). حسادت بیمارگون نسبت به همسر با مواردی همچون نگرانی در مورد ازدست دادن علاقه، توجه و عشق همسر به دلیل وجود یک رقیب، افکار وسواسی یا وارد کردن تهمت‌های فراوان به همسر از نظر داشتن رابطه کلامی یا فیزیکی با شخصی دیگر، کنترل فعالیت‌های همسر که نشانه سوءظن به همسر از نظر داشتن رابطه عاشقانه با دیگری است، کنترل اعمال همسر و محدود کردن فعالیت‌های او، خشم انفجاری نسبت به همسر، سرزنش همسر، ترس در مورد تنها ماندن و اضطراب فراگیر مشخص می‌شود (الیری، هیمن و جانگسما،^۵ ۱۹۹۸، ترجمه کیمیایی و باقریان‌نژاد، ۱۳۹۶). حسادت بیمارگون را می‌توان به عنوان ترکیبی از احساسات مختلف چون رنجش، اضطراب و خشم تعریف کرد که ویژگی اساسی آن باور غیرمنطقی در مورد بی‌وفایی همسر است. حسادت بیمارگون یک مشکل شایع ارائه شده در اکثر مداخلات زوج‌درمانی است و می‌تواند فشار زیادی بر رابطه زناشویی وارد کند (نامنی، ۱۳۹۵). این تأثیر حداقل

1. Jealousy.

2. affective & sexual jealousy.

3. morbid jealousy.

4. Lecuona, O., Suero, M., Wingen, T.

5. O'Leary, K., Heyman, D., & Jongsma, J.

تاحدودی به خاطر وجود هیجانات منفی مانند ترس و خشم به عنوان اجزای مرکزی حسادت است (گیوریو، اسپیتزبرگ و یوشیمورا، ۲۰۰۴).

حسادت بیمارگون به ویژه با خطر محدود سازی / کنترل گری و رفتارهای آزارگرانه / خصمانه شامل تعقیب کردن، رفتارهای تأییدکننده ی پاییدن و به طور مداوم چک کردن وسایل همسر برای ردیابی خیانت مرتبط است. محققان نشان داده اند که حسادت بیمارگون با رضایت زناشویی زنان متأهل رابطه دارد (بارلدس و بارلدس - دیجکسترا، ۲۰۰۷) و سطوح بالاتر حسادت منجر به کاهش نمرات سازگاری دوتایی، کاهش صمیمیت ادراک شده و افزایش تعارض و خشونت معطوف به همسر می گردد (داندوران و لافونتینه، ۲۰۱۴؛ سیلوا، دیرچو، لانگ و فراری، ۲۰۰۰). حسادت بیمارگون نه تنها اضطراب، ناامنی، کشمکش و تعارض در رابطه ایجاد می کند، بلکه باعث می شود، همسر غیرحسود نیز احساس بی اعتمادی و تحت کنترل بودن کند (سلطانی، ۱۳۹۶).

فرد مبتلا به حسادت بیمارگون به طور مداوم در مورد خیانت همسر خود نگران و دلواپس بوده و از نظر شناختی تصاویری از خیانت او در ذهن خود می سازد و احساس اضطراب، نگرانی، سوء ظن و بی اعتمادی مداوم از خود بروز می دهد. در واقع سطح بالایی از اضطراب حتی در فقدان رقیب واقعی تجربه می شود. تحقیقات نیز نشان می دهند که افراد دارای حسادت بیمارگون از اضطراب مداوم، خشم، افسردگی و اختلالات روان تنی رنج می برند (ایستون و شاکلفورد، ۲۰۰۹). بنابراین می توان گفت تعارض زناشویی و اضطراب از پیامدهای مهم حسادت بیمارگون در رابطه زناشویی به شمار می روند (راجاگپالان، ۲۰۲۱).

1. Guerrero, L. K., Spitzberg, B. H., & Yoshimura, S. M.
2. Barelds, D. P., & Barelds-Dijkstra, P.
3. Dandurand, C., & Lafontaine, M.
4. Silva, J. A., Derecho, D. V., Leong, G. B., Ferrari, M. M.
5. Easton, J. A., & Shackelford, T. K.
6. Rajagopalan, V.

با توجه به تأثیرات مخرب حسادت بیمارگون بر کیفیت زناشویی و سلامت روانی همسران، طراحی و اجرای مداخلات روان‌درمانی در زمینه‌ی درمان یا کاهش آسیب‌های مرتبط با آن حائز اهمیت است. مرور پیشینه مطالعات در این زمینه نشان می‌دهد که درمان‌های شناختی-رفتاری از جمله درمان‌های خط اول برای مراجعان دارای حسادت بیمارگون به شمار می‌روند و بیشترین شواهد اثربخشی را در این زمینه داشته‌اند (فریمن و گارتی، ۲۰۱۴^۱). چندین مطالعه از تأثیرگذاری مثبت درمان‌های شناختی-رفتاری بر کاهش علائم حسادت بیمارگون حمایت کرده‌اند (سلطانی، ۱۳۹۶؛ کورلینگ، کتل، توتردل، پری، هاردی و بری، ۲۰۱۸^۲؛ باس و آبرامس، ۲۰۱۷^۳؛ فریمن و گارتی، ۲۰۱۴؛ کلت و توتردل، ۲۰۱۱^۴؛ اینتیلی و تاریر، ۱۹۹۸^۵؛ بیشای، تاریر، دولان، بکت و هاوود، ۱۹۹۶^۶؛ دولان و بیشای، ۱۹۹۶؛ تاریر، بکت و هاوود، ۱۹۹۰^۷).

هدف درمان شناختی-رفتاری کمک به افراد دارای حسادت برای رها کردن مفروضات غلط و تشخیص روش غیرمنطقی رفتار با همسرشان است. انتخاب این رویکرد از آن جهت است که محققان معتقدند سیمایه‌ی مرکزی حسادت بیمارگون، آمادگی فرد برای تحریف‌های شناختی و خطاهایی در ادراک و تفسیر وقایع و اطلاعات است. به نظر می‌رسد حسادت، پیامد یک ارزیابی شناختی تحریف شده است که منجر به ترس از دست دادن همسریا از دست دادن محبت او می‌شود (دولان و بیشای، ۱۹۹۶). بر همین اساس، محققان استفاده از مفهوم‌سازی شناختی-رفتاری را برای مقابله با حسادت از طریق چارچوب‌بندی مجدد شناختی آن پیشنهاد می‌کنند (باس و آبرامس، ۲۰۱۷).

علی‌رغم تأثیرگذاری مثبت درمان‌های شناختی-رفتاری بر علائم حسادت بیمارگون،

1. Freeman, D., & Garety, P.
2. Curling, L., Kellett, S., Totterdell, P., Parry, G., Hardy, G., Berry, K.
3. Buss, D. M., Abrams, M.
4. Kellett, S., Totterdell, P.
5. Intili, R., & TARRIER, N.
6. Bishay, N. R., TARRIER, N., Dolan, M., Beckett, R., & Harwood, S.
7. TARRIER, N., Beckett, R., Harwood, S.

در سال های اخیر و به دنبال برخی انتقادات از رویکرد شناختی-رفتاری به ویژه در درمان اختلالات خلقی، روش های تلفیقی متعددی پیشنهاد شده است. یکی از روش هایی که اخیراً برای ترکیب با رویکرد شناختی-رفتاری مورد توجه محققان قرار گرفته، استفاده از مداخلات ذهن آگاهی^۱ است. ذهن آگاهی، توجه کردن به طریقی خاص با هدف تمرکز بر لحظه ی حال و به شکلی غیر قضاوت گرانه است (کابات زین، ۱۹۹۴^۲؛ طاهری، منشی و عابدی، ۱۳۹۹). شواهد زیادی وجود دارد که پیشنهاد می کند تلفیق مهارت های ذهن آگاهی با الگوهای درمان شناختی-رفتاری می تواند از به کار بردن این رویکردها به تنهایی مزایای درمانی بیشتری تولید کند (کایون، ۲۰۱۱^۳؛ بائر، ۲۰۰۳^۴؛ تیزدل، ۱۹۹۹^۵).

درمان تلفیقی شناختی رفتاری- ذهن آگاهی^۶ یکی از جدیدترین رویکردهای تلفیقی ذهن آگاهی در سال های اخیر به شمار می رود. درمان تلفیقی شناختی رفتاری- ذهن آگاهی رویکرد درمانی سیستماتیکی است که اجزای برنامه ی مراقبه ذهن آگاهانه را با مهارت ها و اصول شناختی-رفتاری تلفیق می کند (کایون، ۲۰۱۱). هدف آن، آموزش بیماران برای درونی کردن توجه به منظور تنظیم توجه و هیجان و تعمیم این مهارت ها به محیط هایی است که آسیب هایشان در آن راه اندازی یا حفظ شده است. منطق تلفیق ذهن آگاهی به درمان شناختی-رفتاری در درمان تلفیقی شناختی رفتاری- ذهن آگاهی کمک به بی طرفی بُعد هیجانی افکار ناکارآمد و رفتارها (ارزیابی و واکنش) است که موجب برقراری مجدد توازن در این سیستم و کاهش احتمال بیش قضاوت گری و بیش واکنش گری می شود. پیشنهاد شده که درمان تلفیقی شناختی رفتاری- ذهن آگاهی می تواند به مدیریت مشکلات روان شناختی همبود از قبیل افسردگی و اضطراب کمک کند. این روش یک راهبرد درمانی ساختار بندی شده است که به مراجعان درونی کردن

1. mindfulness.

2. Kabat-Zinn, J.

3. Cayoun, B. A.

4. Baer, R. A.

5. Teasdale, J.

6. Mindfulness-integrated Cognitive Behaviour Therapy /MiCBT.

توجه به منظور تنظیم هیجانات و سپس بیرونی سازی و استفاده از این هیجانات و توجه تنظیم شده برای مدیریت مشکلات خود را یاد می‌دهد (کایون و اوشا^۱، ۲۰۱۲).

اگرچه تاکنون مطالعات تجربی زیادی در مورد کارایی درمان تلفیقی شناختی رفتاری - ذهن آگاهی انجام نگرفته، لیکن شواهد مقدماتی پیشنهاد می‌کنند که به طور کلی رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم و مولفه‌های شناختی اختلال اضطراب فراگیر (مومنی، شهیدی، موتابی و حیدری، ۱۳۹۷)، در فرو نشانندن فکر و مؤلفه‌های هیجانی بیماران مبتلا به دیابت (خاکشور شاندیز، سوداگر عنانی سرای، ملیحی و همکاران، ۱۳۹۹) بر کیفیت خواب، اضطراب و خستگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (پویانفرد، محمدپور، پرویزی فرد و فروغی، ۲۰۱۹^۲) در درمان اضطراب و پیشگیری از بازگشت نشانگان آن (مقتدر، ۱۳۹۵؛ فرهادی، موحدی و موحدی، ۱۳۹۲؛ بوهلمیجر، پرنگر، تال و همکاران، ۲۰۱۰^۳؛ لیکینس و بائر، ۲۰۰۹^۴؛ هافمن، ساویر، ویت و او، ۲۰۱۰^۵) و بهبود رابطه زناشویی (خوش سکه، قیطرانی و قهاری، ۲۰۱۶^۶؛ بازنس، برون، کروسمارک، کمبل ورج، ۲۰۰۷^۷؛ واتچس و کوردوا، ۲۰۰۷^۸؛ بورپی و لانگر، ۲۰۰۵؛ کارسون، کارسون، گیل و باکوم، ۲۰۰۴^{۱۰}) مؤثر هستند.

همان‌طور که پیش‌تر بحث شد، با توجه به پیامدهای منفی و مخرب حسادت بیمارگون بر بهداشت روانی و کیفیت رابطه زناشویی افراد، اجرای پژوهش در زمینه درمان‌های مؤثر برای کار با این قبیل زوج‌ها ضروری است. مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که تاکنون در زمینه حسادت بیمارگون در کشور تحقیقات بسیار محدودی انجام

1. O'Shea, L.
2. Pouyanfard, S., Mohammadpour, M., Parvizifard, A., & Foroughi, A.
3. Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P.
4. Lykins, E. L. B., & Baer, R. A.
5. Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D.
6. KhoshSekkeh, M., Gheitarani, B., Ghahari, SH.
7. Barnes, S., Brown, K. W., Krusemark, E., Campbell, W. K., & Rogge, R. D.
8. Wachs, K., & Cordova, J. V.
9. Burpee, L. C., & Langer, E. J.
10. Carson, J. W., Carson, K. M., Gil, K. M., & Baucom, D. H.

شده و به ویژه اثربخشی مداخلات روان درمانی در جهت کاهش تعارض زناشویی و اضطراب در افراد دارای حسادت بیمارگون به لحاظ تجربی بررسی نشده است. این در حالی است که با توجه به تعامل بین ویژگی های شخصیتی و بافت فرهنگی هر جامعه (شریفی، فاتحی زاده، بهرامی، جزایری و اعتمادی، ۲۰۱۷)^۱ لازم است بررسی سودمندی مداخلات روان درمانی برای افراد دارای حسادت بیمارگون در فرهنگ ایرانی نیز بررسی شود. بدیهی است که پرداختن به چنین پژوهش هایی می تواند علاوه بر افزایش دانش متخصصان در زمینه کار با زوج های دارای حسادت بیمارگون، در کاهش تعارضات زناشویی و آسیب های روان شناختی موجود در این قبیل روابط و به تبع آن کاهش خشونت زناشویی و میل به طلاق در جامعه مؤثر باشد. لذا در پژوهش حاضر به بررسی تأثیر درمان تلفیقی شناختی رفتاری - ذهن آگاهی بر کاهش تعارض زناشویی و اضطراب زنان دارای حسادت بیمارگون پرداخته شد.

روش پژوهش

در این مطالعه از طرح پژوهشی شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه گواه استفاده شد. روش مداخله شامل درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بود. بدین منظور ۳۴ نفر از زنان دارای حسادت بیمارگون از بین مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره و روان درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. پس از اخذ رضایت نامه ی کتبی از شرکت کنندگان، مداخله درمان تلفیقی شناختی رفتاری - ذهن آگاهی بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه گواه مداخله ای دریافت نکردند. پس از ۴۰ روز آزمون پیگیری برای هر دو گروه اجرا شد و به منظور رعایت اخلاق پژوهش پس از آزمون پیگیری، مداخله برای گروه گواه نیز اجرا شد.

برای انتخاب نمونه مورد آزمایش ملاک های ورود به نمونه عبارت بود از: دارا بودن

علائم حسادت بیمارگون براساس مصاحبه‌ی بالینی نیمه ساختار یافته و تشخیص روانپزشک براساس راهنمای تشخیص و طبقه‌بندی اختلالات روانی^۱، عدم ابتلاء به سایر اختلالات بالینی، عدم مراجعه به دادگاه برای طلاق در زمان اجرای پژوهش (زوج‌ها در حال متارکه نباشند)، عدم شرکت در دوره‌های مشاوره یا درمان هم‌زمان، دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم، قراردادش در محدوده‌ی سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، و داشتن حداقل یک سال زندگی مشترک. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بود از: غیبت بیش از یک جلسه از جلسات مشاوره، شروع مصرف داروهای روان‌شناختی یا شرکت در سایر جلسات آموزشی و بروز بیماری‌های جسمی یا روان‌شناختی به نحوی که فرد قادر به مشارکت در جلسات مشاوره نباشد.

ابزارهای گردآوری داده‌ها عبارت بودند از:

پرسشنامه حالت - صفت اضطراب: پرسشنامه حالت - صفت اضطراب^۲

(اشپیلبرگر، گورسوج، لوشن، واگ و جاکبس، ۱۹۸۳)^۳ که به عنوان پرسشنامه اضطراب اشپیلبرگر نیز شناخته می‌شود شامل ۴۰ گزینه‌ی خودگزارشی است و اضطراب فراگیرا می‌سنجد. ۲۰ ماده‌ی اول، اضطراب حالت (یعنی شخص در حال حاضر چه احساسی دارد؟) و ۲۰ ماده‌ی بعدی اضطراب صفت (یعنی به طور کلی شخص چه احساسی دارد؟) را می‌سنجند. این مقیاس از اعتبار و پایایی مطلوبی برخوردار است (اشپیلبرگر، گورسوک، لاجن و همکاران، ۱۹۸۳)^۴؛ به نقل از شمس، کرم قدیری، اسماعیلی ترکانبوری و ابراهیم خانی، ۱۳۸۳). در پژوهش حاضر از مقیاس اضطراب حالت استفاده شد که شامل ۲۰ ماده است و براساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (خیلی کم=۱، کم=۲؛ زیاد=۳، خیلی زیاد=۴) نمره گذاری می‌شود. حداکثر و حداقل نمره ۲۰ و ۸۰ است. مه‌رام (۱۳۷۳) در هنجاریابی این آزمون در شهر مشهد بر روی ۶۰۰ نفر، پایایی آن را با استفاده از

1. Diagnostical & Statically Manual of Mental Disorder (DSM5)

2. State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

3. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. Vagg, P. R., & Jacobs, G. A.

4. Speaburger, C. D., Gursuck, L., Lachen, N. & et all.

ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس اضطراب حالت ۰/۹۱، مقیاس اضطراب صفت ۰/۹۰، و کل مقیاس ۰/۹۴ گزارش کرده است. همبستگی این مقیاس با مقیاس پرسشنامه‌ای اضطراب کتل^۱ از ۰/۷۵ تا ۰/۷۷ و با سیاهه‌ی اضطراب آشکار تیلور^۲ از ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ گزارش شده است (پناهی شهری، ۱۳۷۲). لذا این سیاهه با سایر مقیاس‌های سنجش اضطراب همبستگی خوبی دارد که نشان‌گر روایی ملاکی این ابزار است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه تعارض زناشویی: پرسشنامه تعارض زناشویی براتی و ثنایی، (۱۳۷۹) یک مقیاس ۴۲ ماده‌ای است که برای سنجیدن تعارض‌های زوج‌ها ساخته شده است. این پرسشنامه هفت بُعد از تعارض‌های زناشویی را می‌سنجد که عبارتند از: ۱) کاهش همکاری، ۲) افزایش واکنش‌های هیجانی، ۳) افزایش جلب حمایت فرزندان، ۴) افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، ۵) کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، ۶) کاهش رابطه جنسی، و ۷) جدا کردن امور مالی از یکدیگر. نمره‌گذاری مقیاس بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ی (همیشه = ۵، اکثر اوقات = ۴، گاهی = ۳، به ندرت = ۲ و هرگز = ۱)، حداکثر نمره ۲۱۰ و حداقل ۴۲ است. طبق هنجار پرسشنامه، افرادی که نمره خام آن‌ها در دامنه ۱۱۵ تا ۱۳۴ قرار بگیرد، از نظر میزان تعارض در حد بهنجار کمی بالاتر هستند و نمره خام ۱۳۵ و بالاتر نشانه تعارض شدید و روابط شدیداً آسیب‌پذیر در زندگی زناشویی است. پایایی کل این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه براتی و ثنایی (۱۳۷۹) ۰/۵۲، گزارش شده است (جزایری، ۱۳۹۸). پرسشنامه تعارض زناشویی از روایی محتوایی برخوردار است. در مرحله تحلیل محتوایی آزمون، پس از اجرای مقدماتی و محاسبه همبستگی هر سوال با نمره کل پرسشنامه و مقیاس‌های آن، به دلیل همبستگی مناسب تمام سوالات، هیچ سوالی حذف نشد (عینی، امینی، صفدریان و همکاران، ۱۳۹۹). در پژوهش حاضر نیز پایایی

1. Cattell Anxiety Questionnaire Scale (CAQ).
2. Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS).

پرسشنامه با استفاده از الفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمد.

جهت اجرای پژوهش، پس از انتخاب نمونه‌ها به شیوه‌ای که در بالا گفته شد، ۱۷ نفر از آن‌ها به صورت تصادفی در گروه آزمایش و ۱۷ نفر در گروه گماریه شدند. دو پرسشنامه حالت - صفت اضطراب و تعارض زناشویی بر روی آن‌ها اجرا گردید. سپس گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه درمان تلفیقی شناختی رفتاری - ذهن آگاهی قرار گرفتند (هفته‌ای دو مرتبه)، و گروه گماریه آموزشی را دریافت نکردند. جلسات در یکی از مراکز مشاوره و روان‌شناسی انجام شد. پس از پایان جلسات نیز پرسشنامه‌ها بر روی نمونه‌ها اجرا گردید (مرحله پس آزمون). مجدد بعد از گذشت ۳۰ روز از اعضای هر دو گروه تقاضا شد پرسشنامه‌های را تکمیل کنند (مرحله پیگیری). سپس نمرات بدست آمده از طریق روش‌های آمار توصیفی و استنباطی مورد بررسی قرار گرفت تا معلوم شود فرضیه‌های آماری تایید یا رد می‌شود. ساختار کلی جلسات درمان تلفیقی شناختی رفتاری - ذهن آگاهی در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. ساختار جلسات درمان تلفیقی شناختی رفتاری - ذهن آگاهی سلطانی (۱۳۹۶)

جلسات	هدف	محتوا
جلسه اول	معارفه و آموزش مقدماتی ساختار درمان	- آشنایی و معارفه، ارزیابی توافق درمانی - آموزش اولیه درباره ساختار کلی درمان - معرفی خط مشی کلی و اهداف مداخله، معرفی کوتاه درمان - گفتگو در مورد نگرشی که تمرین‌ها بر مبنای آن تنظیم شده - بحث در مورد رازداری و حریم خصوصی، بستن قرارداد - بحث مقدماتی درباره ذهن آگاهی و اجرای یک تمرین ساده (خوردن ذهن آگاهانه‌ی کشمش) - توضیح در زمینه نقش افکار در برانگیختن احساس‌ها و رفتارها - آشنا شدن با علائم جسمی، فکری و رفتاری حسادت
جلسه دوم	آموزش استفاده از تمرین‌های ذهن آگاهی	- مرور تمرین‌های خانگی و رفع مشکلات احتمالی - آموزش تهیه دفتر یادداشت روزانه ذهن آگاهی و تعیین تکلیف خانگی - آموزش تکنیک پوشش بدن و تمرین آن - آموزش دسته‌های مختلف افکار خودآیند و تحریف‌های شناختی
جلسه سوم	بررسی سوگیری‌های	- آموزش تمرین ذهن آگاهی از تنفس - بررسی تجارب مراجع از تمرین ذهن آگاهی - ادامه شناسایی افکار خودکار مهم در حسادت (ذهن خوانی، برچسب

جلسات	هدف	محتوا
شناختی مرتبط با حسادت	شناختی مرتبط با حسادت	زدن) - روشن سازی و شناسایی دلایل حسادت - بررسی سود و زیان هرفکر - جستجوی شواهدی له و علیه هرفکر - بررسی مزایا و منافع کاهش سرزنش خصمانه - اصلاح پیش فرض ها درباره کنترل اجباری همسر
جلسه چهارم	استفاده از آگاهی ذهن آگاهانه	- تمرین تکنیک ذهن آگاهی فضای تنفس سه دقیقه ای - کمک به فرد برای به کار بردن یک موضع مشاهده گردن آگاه نسبت به تجربه حسادت در لحظه حال . - رها کردن الگوهای عادتی پاسخ دادن به تهدیدهای ادراک شده - بررسی پاسخ های ذهن آگاهانه به جای پاسخ های واکنشی
جلسه پنجم	آموزش تحمل ابهام	- تمرین ذهن آگاهی اشعه های خورشید - بررسی مزایا و معایب ابهام (تردید) - ارائه ی مثال هایی از پذیرش ابهام در زندگی روزانه - تمرین غرقه سازی خود با پیام های ابهام
جلسه ششم	بررسی طرحواره های ذهنی درباره همسر	- تمرین ذهن آگاهی افکار - معرفی طرحواره های ذهنی - شناسایی طرحواره های ذهنی درباره همسر - تعدیل طرحواره های ذهنی درباره همسر
جلسه هفتم	طرحواره های ذهنی درباره خود	- تمرین ذهن آگاهی مراقبه مهرو محبت - شناسایی طرحواره های ذهنی منفی درباره خود - تعدیل طرحواره های ذهنی منفی درباره خود - تمرین نامه نگاری دلسوزانه به خود
جلسه هشتم	آموزش مهارت های تنظیم هیجان	- تمرین ذهن آگاهی تنفس مهرورزانه - مدیریت شدت هیجان - تشویق به "تایم اوت" خود تحمیلی در زمان حسادت و خشم - استفاده از مهارت های ذهن آگاهی برای تنظیم هیجانات منفی در زمان تجربه حسادت
جلسه نهم	تعهد به خود مراقبتی	- آموزش تمرین ذهن آگاهی "عشق ورزیدن به دیگران بدون ازدست دادن خود" - برنامه ریزی برای تعهد به خود مراقبتی
جلسه دهم	جمع بندی و اختتام	- بررسی برنامه ریزی خود مراقبتی شرکت کنندگان - بررسی میزان رسیدن به اهداف تعیین شده - بررسی تجارب مراجعین از جلسات و رفع مشکلات احتمالی - برنامه ریزی همراه با مراجعین برای ادامه روند تغییر

یافته ها

میانگین سنی نمونه درگروه آزمایش ۲۹/۶۴ سال (انحراف استاندارد ۵/۵۲) و در گروه

گواه ۳۰/۰۵ سال (انحراف استاندارد ۵/۲۰) بود.

در این پژوهش جهت بررسی درمان تلفیقی شناختی رفتاری - ذهن آگاهی بر کاهش تعارض زناشویی و اضطراب زنان دارای حسادت بیمارگون از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. ابتدا توضیحاتی در رابطه با رعایت پیش فرض‌ها برای این روش آماری آورده شد.

به منظور بررسی برابری واریانس‌ها از آزمون لوین^۱ استفاده شد که نتایج نشان داد که در هر دو متغیر، در مراحل پس آزمون و پیگیری، سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ استفاده از تحلیل کوواریانس در داده‌های پژوهش بلا مانع بوده و پایایی نتایج به دست آمده از آن تأیید می‌گردد. به منظور بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون‌های کلموگروف - اسمیرنوف^۲ و شاپیرو - ویلکز^۳ استفاده شد که نتایج نشان داد سطح معناداری در هر دو متغیر بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ لذا فرض نرمال بودن نیز برقرار است. شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات پیش آزمون و پس آزمون نمرات تعارض زناشویی و اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تعارض زناشویی و اضطراب

متغیر	گروه	پیش آزمون میانگین (انحراف استاندارد)	پس آزمون میانگین (انحراف استاندارد)	پیگیری میانگین (انحراف استاندارد)
تعارض زناشویی	آزمایش	۱۸۶/۴۱ (۱۱/۳)	۱۲۷/۷ (۴/۳۰)	۱۲۸/۰ (۶/۳۱)
	کنترل	۱۷۰/۱۲ (۱۶/۶۴)	۱۶۸/۷ (۴/۳۰)	۱۶۸/۹ (۴/۳۱)
اضطراب	آزمایش	۵۶/۰۵ (۱۰/۰)	۳۶/۲۳ (۶/۷۵)	۳۵/۱۷ (۶/۳۴)
	کنترل	۵۵/۸۲ (۱۱/۰)	۵۵/۸۲ (۱۰/۴۵)	۵/۹۴ (۱۰/۳۷)

1. levene's test.
2. kolmogrov-smirnov.
3. shapiro-wilkz.

نتایج توصیفی (میانگین‌ها) در جدول ۲ نشان می‌دهد که در متغیرهای تعارض زناشویی و اضطراب در گروه آزمایش، میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته، ولی در نمرات گروه گواه، تغییر محسوسی مشاهده نمی‌شود.

جدول ۳. نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیره در دو گروه آزمایش و کنترل

ازلحاظ نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	خطا	معناداری	مجذور توان	آماری
آزمون اثربخشی ^۱	۰/۹۱۳	۷۰/۵۰	۲۷	۰/۰۰۰۵	۰/۹۱	۱/۰۰۰
آزمون لامبدای ویلکز ^۲	۰/۰۸۷	۷۰/۵۰	۲۷	۰/۰۰۰۵	۰/۹۱	۱/۰۰۰
آزمون اثر هتلینگ ^۳	۱۰/۴۴	۷۰/۴۴	۲۷	۰/۰۰۰۵	۰/۹۱	۱/۰۰۰
آزمون بزرگترین ریشه روی ^۴	۱۰/۴۴	۷۰/۴۴	۲۷	۰/۰۰۰۵	۰/۹۱	۱/۰۰۰

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیری مربوط به تفاضل متغیرهای پژوهش از لحاظ آماری معنادار هستند. بنابراین دو گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از دو متغیر مورد مقایسه تفاوت معنادار دارند. به عبارت دیگر درمان تلفیقی شناختی رفتاری - ذهن آگاهی حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته بر میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون تأثیر داشته است ($p < 0/0005$). میزان این تأثیر تفاوت برابر با ۹۱٪ است. یعنی ۹۱ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات تعارض زناشویی و اضطراب مربوط به تأثیر عضویت گروهی است. توان آماری یک نمایانگر کفایت حجم نمونه است. به منظور مقایسه گروه‌ها در متغیرهای تعارض زناشویی و اضطراب از تحلیل واریانس با کنترل پیش‌آزمون استفاده شد که نتایج در جدول ۴ و ۵ ارائه شده است.

1. pillai, s trace.
 2. wilk,s lambda.
 3. hotelling trace.
 4. roy, s largest root.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با کنترل پیش‌آزمون مربوط به تعارض
زناشویی در دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون و پیگیری

متغیرهای پژوهش	مرحله	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدوراتا (میزان تأثیر)	توان آماری
تعارض زناشویی	پس‌آزمون	۹۰۸۱/۰۳۸	۱	۹۰۸۱/۰۳۸	۳۳/۸۲	۰/۰۰۰۵	۰/۵۳	۱
پیگیری	پیگیری	۸۹۹۳/۱۵	۱	۸۹۹۳/۱۵	۳۳/۲۹	۰/۰۰۰۵	۰/۵۳	۱

همان گونه که در جدول ۴ نشان داده شده است، پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات تعارض زناشویی کل شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه گواه) در مرحله پس‌آزمون ($F=۳۳/۸۲$) و پیگیری ($F=۳۳/۲۹$) تفاوت معنادار وجود دارد ($p<۰/۰۰۰۵$)؛ لذا می‌توان نتیجه گرفت که درمان تلفیقی شناختی-رفتاری - ذهن‌آگاهی بر کاهش تعارض زناشویی گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشته است ($p<۰/۰۰۰۵$). میزان این تأثیر در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری ۵۳ درصد بوده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با کنترل پیش‌آزمون متغیر اضطراب
در دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون و پیگیری

متغیرهای پژوهش	مرحله	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدوراتا (میزان تأثیر)	توان آماری
اضطراب	پس‌آزمون	۲۶۰۱/۷۵	۱	۲۶۰۱/۷۵	۱۷۰/۴۶	۰/۰۰۰۵	۰/۸۵	۱
پیگیری	پیگیری	۲۹۹۲/۵۷	۱	۲۹۹۲/۵۷	۲۱۶/۱۱	۰/۰۰۰۵	۰/۸۷	۱

همان گونه که در جدول ۵ نشان داده شده است، پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات اضطراب کل شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایش و گروه گواه) در مرحله پس‌آزمون ($F=170/46$) و پیگیری ($F=2992/57$) تفاوت معناداری وجود دارد ($p<0/0005$)؛ لذا می‌توان نتیجه گرفت که درمان تلفیقی شناختی رفتاری - ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشته است ($p<0/0005$). میزان این تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۸۵ درصد و در مرحله پیگیری ۸۷ درصد بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی تأثیر درمان تلفیقی شناختی رفتاری - ذهن آگاهی بر کاهش تعارض زناشویی و اضطراب زنان دارای حسادت بیمارگون نسبت به همسر بود. نتایج نشان داد که این درمان بر کاهش تعارض زناشویی زنان دارای حسادت بیمارگون تأثیر معناداری داشته است. این یافته با نتایج مطالعات خوش سکه و همکاران (۲۰۱۶)، بارنس و همکاران (۲۰۰۷)، واتچس و کوردوا (۲۰۰۷)، بورپی و لانگر (۲۰۰۵) و کارسون و همکاران (۲۰۰۴) در زمینه تأثیر مداخلات شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زناشویی همسواست. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت احتمالاً تکنیک‌های شناختی مورد استفاده در این پژوهش با شناسایی و ایجاد آگاهی از مفروضات غلط فرد دارای حسادت و شناسایی عوامل محیطی مرتبط با این مفروضات، در کاهش تجربه‌ی حسادت نقش به‌سزایی داشته است.

در این مداخله، ضمن توضیح نقش افکار در برانگیختن احساس‌ها و رفتارها به شرکت‌کنندگان کمک شد تا منشأ احساس حقارت یا جذاب نبودن خود را کشف و غیرمنطقی بودن مفروضات غلط خود را درک و راه‌های غیرمنطقی تعامل با همسر خود را بازبینی نمایند.

همچنین راهبردهایی برای کمک به کنترل هیجانات و رفتارها آموزش داده شد. به نظر می‌رسد، بخش الحاقی ذهن‌آگاهی نیز به افراد برای به کار بردن یک موضع مشاهده‌گر ذهن‌آگاه نسبت به تجربه‌ی حسادت در لحظه‌ی حال، رهاکردن الگوهای عادت‌ی پاسخ دادن به تهدیدهای ادراک شده و ایجاد فضا و زمان برای آگاه‌تر شدن و تصمیمات مبتنی بر واقعیت درباره رابطه با همسر، کمک نموده و در کاهش تعارض‌های بین فردی آنان مؤثر بوده است.

هم چنین نتایج این پژوهش نشان داد که درمان تلفیقی شناختی رفتاری - ذهن‌آگاهی بر کاهش میزان اضطراب زنان دارای حسادت بیمارگون تأثیر معناداری داشته است. این یافته با نتایج مطالعات مقتدر (۱۳۹۵)، فرهادی و همکاران (۱۳۹۲)، بوهلمیجر و همکاران (۲۰۱۰)، هافمن و همکاران (۲۰۱۰) و بائر (۲۰۰۳) همسواست. بهبودی در اضطراب ممکن است انعکاس دهنده‌ی ارتقای توانایی فرد در مهارت‌های تنظیم هیجان به ویژه کسب توانایی یا تمایل بیشتر به تجربه‌ی هیجانات منفی به جای تلاش برای سرکوبی یا اجتناب از آن‌ها باشد. همچنین به نظر می‌رسد ذهن‌آگاهی گرایش به اضطراب را با جهت‌دهی مجدد توجه و دور کردن آن از جریان فکری نشخوارگرانه کاهش می‌دهد. به نظر می‌رسد آموزش تهیه دفتر یادداشت روزانه ذهن‌آگاهی با انجام تکلیف خانگی و آموزش تکنیک پویش بدن و تمرین مداوم آن به مدیریت و دسته‌بندی افکار خودآیند و تحریف‌های شناختی کمک کرده و این افزایش مهارت‌های شناختی و رفتاری بر مدیریت علائم و نشانه‌های فیزیولوژیک و کاهش علائم جسمانی اضطراب تأثیر داشته است. در واقع از طریق تمرین‌های ارایه شده در جلسات این درمان، افراد یاد می‌گیرند که حس‌های بدنی شدید و هیجانات ناراحت خود را بپذیرند و با مهارت‌های شناختی کسب شده، فرصت بازشناسی فعال شدن خودکار فرایندهای شناختی ناکارآمد و عادت‌وار را به خود بدهند بدون این که نسبت به آنها واکنش نشان داده یا از آن اجتناب کنند.

علاوه بر موارد فوق، بخش ذهن آگاهانه‌ی این دوره معطوف به قادر ساختن شرکت کنندگان به توجه کردن به علایم هشداردهنده‌ی اضطراب، چرخه‌های عاطفه-فکر مکرر و تمرکززدایی از افکار منفی بود. درمان تأکید زیادی بر کارکردن بر روی درک ابعاد شناختی و روان شناختی تجارب داشت و شرکت کنندگان از طریق تمرین‌های ذهن آگاهی، ضمن آگاه شدن از شیوه‌ی ذهنی خود در هر لحظه، یاد می‌گرفتند که چگونه ذهن خود را از شیوه‌ای به شیوه دیگر منتقل کنند و آگاه‌تر بودن از افکار و احساسات منفی در زمان‌های عود بالقوه و پاسخ دادن به این افکار و احساسات به طریقی که اجازهی جدا شدن از فرایندهای اضطراب آور می‌دهد، را تمرین نمودند. احتمالاً، به واسطه‌ی تمرین‌ها و تکنیک‌های مبتنی بر ذهن آگاهی، شرکت کنندگان نسبت به فعالیت‌های روزانه خود، آگاهی پیدا کرده و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت‌های جسمانی بر آن‌ها مسلط شده و از ذهن خودکار متمرکز بر گذشته و آینده رها می‌شدند که این مهارت‌ها، بر کاهش اضطراب آنان تأثیر داشته است. در خصوص ماندگاری اثرات درمان می‌توان گفت که حفظ تأثیرات درمانی در بلند مدت نشان دهنده‌ی توانمندسازی شرکت کنندگان در اجرا و تمرین مهارت‌های رفتاری و به ویژه تمرین‌های ذهن آگاهی در زندگی روزمره است. به نحوی که بتوانند "ذهن آگاه بودن" را در اکثر اوقات شبانه روز و در ضمن فعالیت‌های مختلف به کار برده و در واقع به بخشی از الگوی ذهنی و رفتاری آن‌ها تبدیل شود. به طور کلی نتایج این پژوهش از تأثیر درمان تلفیقی شناختی رفتاری - ذهن آگاهی بر کاهش تعارض زناشویی و اضطراب زنان دارای حسادت بیمارگون حمایت می‌کند و می‌تواند در تنظیم مداخلات درمانی در کار با مراجعان دارای حسادت بیمارگون و به منظور بهبود وضعیت سلامت روان و کیفیت زناشویی این افراد مورد استفاده متخصصان خانواده و زوج درمانی قرار گیرد. با توجه به اینکه این مطالعه بر روی نمونه‌ی کوچکی از زنان زرین شهر اصفهان انجام گرفته، و با عنایت به ملاحظات فرهنگی خاص این منطقه، لازم است تعمیم نتایج به سایر

گروه‌های فرهنگی با احتیاط انجام پذیرد. همچنین این مطالعه بر روی زنان اجرا شده و آسیب‌شناسی، سنجش و اجرای این مداخله برای مردان نیاز به ایجاد تغییرات و اصلاحاتی در فرایند درمان دارد. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های دیگری با حجم نمونه‌ی بزرگ‌تر و گروه‌های فرهنگی متفاوت به منظور تأیید بیشتر اثربخشی این مداخله انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی این مداخله بر روی مردان نیز بررسی شود.

سپاسگزاری

در پایان محققان سپاس خود را از همکاری صمیمانه تمامی شرکت‌کنندگان در تحقیق ابراز می‌دارند.

منابع

- الیری، د؛ هیمن، ر؛ جانگسما، ا. (۱۹۹۸). راهنمای گام به گام درمان مشکلات زناشویی (طرح‌های مدون زوج درمانی). ترجمه: کیمیایی، ع؛ باقریان نژاد، ز. ۱۳۹۶، تهران: انتشارات رشد.
- بیرجندی، ز؛ قطبی، ث؛ شعیری، م. ر. (۱۳۹۷). شناسایی مفهوم و ابعاد حسادت در قرآن و حدیث و مقایسه آن با روان‌شناسی حسادت. *مجله روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۶(۲)، ۲۴۹-۲۶۶.
- پناهی شهری، م. (۱۳۷۲). بررسی مقدماتی روایی اعتبار و نرم یابی فهرست حالت-صفت اضطراب اسپیلبرگر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس.
- جزایری، ر. (۱۳۹۸). مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان هیجان‌مدار (EFT) بر تعارض زناشویی بیماران قلبی با سابقه بای‌پس عروق کرونری مراجعه‌کننده به مرکز بازتوانی قلب امام علی (ع) شهر کرمانشاه. *خانواده پژوهی*، ۱۵(۴)، ۵۱۹-۵۴۰.
- خاکشورشاندیز، ف؛ سوداگر، ش؛ عنانی، غ؛ ملیحی‌الذاکرینی، س؛ زربان، الف. (۱۳۹۹). مقایسه تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مؤلفه‌های شناختی (آمیختگی، اجتناب و انعطاف‌پذیری شناختی) و استرس اکسیداتیو زنان مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره*. ۱۹(۷۵)، ۵-۳۳.
- سلطانی، م. (۱۳۹۶). کشف آسیب‌های بین فردی زوجی مردان دارای علائم حسادت مرضی و نیز بررسی و مقایسه تأثیر مشاوره به شیوه‌ی زوجی و فردی بر کیفیت زناشویی و آسیب‌های تعاملی مردان دارای حسادت مرضی و

- همسرانشان. رساله دکترای مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان.
- شمس، گ؛ کرم قدیری، ن؛ اسماعیلی ترکانبوری، ی؛ ابراهیم خانی، ن. (۱۳۸۳). اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه باورهای وسواسی. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۶، ۴۴-۶۷.
- طاهری، ع؛ منشی، غ؛ عابدی، الف. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور با آموزش هیجان محور بر عزت نفس و مشکلات خواب در نوجوانان داغ‌دیده پسر. *فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره*، ۱۹(۷۵)، ۳۴-۶۴.
- عینی، س؛ امینی، س؛ صفدریان، ز؛ عبادی، م. (۱۳۹۹). مدل یابی علی تعارض‌های زناشویی بر اساس پذیرش و عمل، باورها و اعتقادات زوج‌ها: نقش میانجی ذهن آگاهی. *دوفصلنامه روان‌شناسی خانواده*، ۷(۱)، ۹۳-۱۰۶.
- فهادی، ع؛ موحدی، م؛ موحدی، ی. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش اضطراب بیماران کرونر قلبی: با پیگیری دوماهه. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۱۵(۴)، ۲۰-۲۹.
- مقتدر، ل. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوارفکری، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند منفی در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۷(۹)، ۸۲۵-۸۳۵.
- مومنی، ف؛ شهیدی، ش؛ موتایی، ف؛ حیدری، م. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۸(۳۲)، ۹۳-۱۱۱.
- مهرام، ب. (۱۳۷۳). پرسشنامه اضطراب اشیپیلبرگر حالت - صفت. *مجله دانشگاه علوم روان‌شناسی مشهد*، ۳۴، ۹-۴.
- نامنی، الف. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای ارتباطی و رضایت زناشویی زنان ناسازگار. *فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره*، ۱۵(۵۷)، ۵۸-۸۰.

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Science Practice*, 10 (2), 125-43.
- Barelds, D. P., & Barelds-Dijkstra, P. (2007). Relations between Different Types of Jealousy and Self and Partner Perceptions of Relationship Quality. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 176-188.
- Barnes, S., Brown, K. W., Krusemark, E., Campbell, W. K., & Rogge, R. D. (2007). The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33 (4), 482-500.
- Bishay, N. R., TARRIER, N., Dolan, M., Beckett, R., & Harwood, S. (1996). Morbid jealousy: A cognitive outlook. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 10(1), 9-22.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68 (6), 539-544.

- Burpee, L. C., & Langer, E. J. (2005). Mindfulness and marital satisfaction. *Journal of Adult Development*, 12 (1), 43–51.
- Buss, D. M., Abrams, M. (2017). Jealousy, Infidelity, and the Difficulty of Diagnosing Pathology: A CBT Approach to Coping with Sexual Betrayal and the Green-Eyed Monster. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 35(2), 150-172.
- Carson, J. W., Carson, K. M., Gil, K. M., & Baucom, D. H. (2004). Mindfulness-based relationship enhancement. *Behavior Therapy*, 35 (3), 471–494.
- Cayoun, B. A. (2011). *Mindfulness-integrated CBT: Principles and practice*. 1 ed. United States: Wiley-Blackwell.
- Cayoun, B., O’Shea, E. (2012). *Mindfulness-integrated Cognitive Behavioural Therapy: Rationale for integration and the MiCBT model*. Conference Paper presented in November 2012. DOI:10.13140/RG.2.1.2450.2167.
- Curling, L., Kellett, S., Totterdell, P., Parry, G., Hardy, G., Berry, K. (2018). Treatment of obsessive morbid jealousy with cognitive analytic therapy: An adjudicated hermeneutic single-case efficacy design evaluation. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91, 95–116.
- Dandurand, C., & Lafontaine, M. (2014). Jealousy and Couple Satisfaction: A Romantic Attachment Perspective. *Marriage & Family Review*, 50, 154–173.
- Dolan, M., & Bishay, N. R. (1996). The effectiveness of cognitive therapy in the treatment of non-psychotic morbid jealousy. *British Journal of Psychiatry*, 168, 588–593.
- Easton, J. A., & Shackelford, T. K. (2009). Morbid Jealousy and Sex Differences in Partner-Directed Violence. *Hum Nat*, 20, 342–350.
- Freeman, D., & Garety, P. (2014). Advances in understanding and treating persecutory delusions: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 1179–1189.
- Guerrero, L. K., Spitzberg, B. H., & Yoshimura, S. M. (2004). Sexual and emotional jealousy. In J. Harvey, A. Wenzel, & S. Sprecher (Eds.), *The handbook of sexuality in close relationships* (pp. 311-345). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (2), 169–183.
- Intili, R., & Tarrier, N. (1998). Attentional bias in morbid jealousy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26(4), 323-338
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are*. New York, NY: Hyperion.
- Kellett, S., Totterdell, P. (2013). Taming the green eyed monster: Temporal responsivity to cognitive behavioural and cognitive analytic therapy for morbid jealousy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(1), 52–69.
- KhoshSekkeh, M., Gheitarani, B., Ghahari, SH. (2016). Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) on Martial Adjustment among Women. *Journal of Global Pharma Technology*, 02(8), 55-60.

- Lecuona, O., Suero, M., Wingen, T. *et al.* (2021). Does “Open” Rhyme with “Special”? Comparing Personality, Sexual Satisfaction, Dominance and Jealousy of Monogamous and Non-monogamous Practitioners. *Archives Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01865-x>
- Lykins, E. L. B., & Baer, R. A. (2009). Psychological functioning in a sample of long-term practitioners of mindfulness meditation. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 226–241.
- Pouyanfar, S., Mohammadpour, M., Parvizifard, A., & Foroughi, A. (2019). The Effectiveness of Mindfulness-Integrated Cognitive-Behavioral Therapy on Sleep Quality, Anxiety, and Fatigue in Patients with Multiple Sclerosis: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Sleep Sciences*, 4(1-2), 1-8.
- Rajagopalan, V. (2021). Understanding Eroticism in Art Forms: A Critical Analysis of Octave Tassaert’s Painting ‘The Cursed Woman’. *International Journal of Humanities and Social Sciences Review*, 1(1).
- Sharifi, M., Fatehizade, M., Bahrami, F., Jazayeri, R. A., Etemadi, O. (2017). Sexual Dynamics of Married Women with Interpersonal Dependency: A Qualitative Study on Iranian Women. *Psychopathology*, 50(4), 231-238.
- Silva, J. A., Derecho, D. V., Leong, G. B., Ferrari, M. M. (2000). Stalking behavior in delusional jealousy. *Journal of Forensic Sciences*, 45, 77–82.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). Manual for the state – trait anxiety inventory. Palo Alto, CA: consulting psychologists press.
- Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S. (1990). Morbid jealousy: a review and cognitive behavioural formulation. *British Journal of Psychiatry*, 157, 319-332.
- Teasdale, J. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146-155.
- Wachs, K., & Cordova, J. V. (2007). Mindful relating: Exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33 (4), 464–481.