

اثربخشی خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری بر اختلال تنوع‌طلبی جنسی

Efficacy of family therapy combined with CBT techniques on treatment of sexual variety seeking

دکتر محمد خدایاری فرد

استاد دانشگاه تهران، گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، (نویسندهٔ مسئول)

ثریا علوی نژاد

کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه الزهرا

سعید سجادی اناری

کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه خوارزمی

سعید زندی

کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه تهران

Mohammad Khodayarifard

Professor of Tehran University: khodayar@ut.ac.ir

Sorayya Alavinejad

Alzahra University

Saeid Sajjadi Anari

Kharazmi

Saeid Zandi

Tehran University

چکیده

در زمینه میزان وقوع خیانت در زمان تأهل آمار دقیقی در دست نیست. این در حالی است که بی‌شک در همه جوامع ازدواج بر پایه قرار دای انجام می‌گیرد که در آن هر دو همسر متعهد می‌شوند نسبت به یکدیگر وفادار باشند. مسئله خیانت زمانی رخ می‌دهد که در ازدواجی که طرفین متعهد به تک‌همسری باشند، یکی از آن‌ها مخفیانه تعهد را نقض کند. تحقیقات نشان داده‌اند به دلیل نقش مهم اعضای خانواده، آموزش خانواده همراه با به کارگیری روش‌های شناختی-رفتاری در درمان اختلالات جنسی به‌طور اعم و تنوع‌طلبی جنسی و خیانت به‌طور خاص، تأثیر بسزایی دارد. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی کارکرد خانواده‌درمانی توأم با روش‌های شناختی- رفتاری در درمان تنوع‌طلبی جنسی بود. روش پژوهش حاضر از نوع مطالعه موردی بود. در این روش، متغیرهای متعدد در مورد تعداد اندکی آزمودنی مورد بررسی قرار می‌گیرد. در این مطالعه، سه آزمودنی ۲۸، ۲۸ و ۴۸ ساله که از طریق مصاحبه بالینی و آزمون‌های روان‌شناختی مبتلا به تنوع‌طلبی جنسی تشخیص داده شدند، مورد مطالعه و درمان قرار گرفتند. نتایج مؤید قطع روابط

Abstract

There are no accurate statistics on marital infidelity. However, undoubtedly in all societies, marriage is founded on a contract in which the partners commit to stay faithful to each other. Marital infidelity occurs when one of the partners, who had already committed to monogamy, secretly violates the commitment. Focusing on the important role of family members, research shows that family education in combination with CBT techniques has desired effects on treatment of sexual disorders, especially marital infidelity and sexual variety seeking. The current study intended to investigate the efficacy of family therapy combined with CBT techniques on treatment of sexual variety seeking. The present research utilized a case study design, in which several variables are studied among a small number of subjects. In the current study, three subjects aged 28, 28, and 48 years, and diagnosed with having the desire for sexual variety were studied and treated. Findings indicated the effectiveness of

cognitive-behavioral family therapy on termination of extramarital affairs, and return to marital interactions. Follow-up visits confirmed that the clients have still stayed committed to their marital life, and no infidelity and extramarital affairs were reported. Consistency of the results of the current research with those of the prior studies was also discussed in detail.

Keywords: infidelity, family therapy, cognitive-behavioral therapy, family education.

فرازناشویی و بازیابی تعامل زوجین در درمان تنوع‌طلبی جنسی و کارایی خانواده‌درمانی با تأکید بر رویکرد شناختی-رفتاری بود. همچنین در پیگیری‌های پس از درمان، مراجعین به زندگی زناشویی خود متعهد بودند و هیچ‌گونه خیانت و رابطه‌ی فرازناشویی در آن‌ها مشاهده نشد. همسویی این نتایج با نتایج پژوهش‌های قبلی نیز به تفصیل مورد بحث واقع شده است.

واژه های کلیدی: آموزش خانواده، خانواده‌درمانی، خیانت، رویکرد شناختی-رفتاری.



مقدمه

خانواده در زمره مهم‌ترین نظام‌های اجتماعی است که بر اساس ازدواج بین دو نفر شکل می‌گیرد. حفظ و تداوم خانواده اهمیت زیادی دارد. همچنین خانواده به‌عنوان واحدی اجتماعی، کانون رشد و تکامل، التیام و شفادهندگی و تغییر و تحول آسیب‌ها و عوارض و هم‌بستر شکوفایی یا فروپاشی روابط بین اعضایش است (شعاع‌کاظمی و سیف، ۱۳۸۹). زندگی مشترک مانند هر امر و پدیده دیگری، آسیب‌ها و آفت‌های خاص خود را دارد و یکی از این آسیب‌های بزرگ، رابطه جنسی فرازناشویی است. روابط فرازناشویی به دو دسته تقسیم می‌شود: خیانت زناشویی^۱ و اختلال تنوع‌طلبی جنسی^۲.

این دو رابطه، تفاوت‌های شایان توجهی دارند؛ از جمله در خیانت زناشویی، تعداد شرکای جنسی غیر از همسر اصولاً یک نفر است و در طول زمان این رابطه می‌تواند مداوم باشد و علاوه بر جنبه جنسی، وابستگی عاطفی نیز وجود داشته باشد. زمان این رابطه طولانی و گسترده است؛ اما در اختلال تنوع‌طلبی جنسی فرد بر اساس اعتیاد جنسی روابط فرازناشویی دارد. تعداد شرکای جنسی زیاد و متنوع است و زمان روابط با یک نفر کوتاه است. همچنین هیچ‌گونه رابطه عاطفی بین افراد وجود ندارد و همیشه جنبه جنسی دارد (لاسترمن، ۱۳۹۰).

نکته شایان توجه اینکه در مقالات مختلف از واژه‌های خیانت و تنوع‌طلبی جنسی به‌صورت هم‌زمان استفاده شده است. به‌عبارت دیگر، در ادبیات پژوهش، این دو عبارت تفاوت معنایی با هم ندارند و به‌جای همدیگر نیز استفاده می‌شوند (اسمیت، ریباخ و دایگل، ۲۰۱۰). خیانت زناشویی موضوعی است که زوج‌درمانگران، به‌صورت منظم در کارهای بالینی خود با آن مواجه می‌شوند و می‌تواند تجربه گیج‌کننده و دردناکی برای افراد درگیر در آن باشد. افزون بر این، خیانت یکی از دلایل عمده مراجعه به کلینیک‌های مشاوره، طلاق و از هم پاشیدن شدن خانواده است (اسچیلکفورد، ۲۰۰۸). این پدیده

-
1. marital infidelity
 2. extramarital affairs
 3. Smith, Hal, & Daigle
 4. Shackelford

ممکن است پیامدهای عاطفی شدیدی در زوجین ایجاد کند. روان‌درمانگران گزارش می‌کنند همسرانی که به آن‌ها خیانت شده است، اغلب احساساتی مانند خشم، عزت‌نفس پایین، پایمال شدن، افسردگی و درماندگی را تجربه می‌کنند. همسران عهدشکن نیز با احساساتی مانند شرم، احساس گناه، تردید، عصبانیت و ناامیدی دست‌به‌گریبان هستند (براون، ۲۰۰۱؛ گلاس و رایت، ۲، ۲۰۰۷).

تنوع طلبی جنسی بر اساس تعریف، نقض تعهد رابطه دوفره است که به شکل‌گیری درجاتی از صمیمیت عاطفی و فیزیکی با فردی خارج از این رابطه منجر می‌شود (آویرام و آمیچای، ۳، ۲۰۰۵). روابط خارج از حیطه زناشویی؛ شیوع شایان توجهی در محیط‌های بالینی و عادی دارد که آشفتگی‌های زیادی را نیز برای افراد خاطی (بیمار) و نیز همسران آن‌ها به وجود می‌آورد. نتایج مطالعات متعدد نشان می‌دهد که بیشتر افراد خواهان تک-همسری و پرهیز از روابط خارج از حیطه زناشویی هستند (باس و شاکلفورده، ۲۰۰۲؛ وایدرومن و الگریه، ۱۹۹۶). به طوری که در تحقیقی، ۹۷ درصد پاسخگویان بیان کردند که افراد متأهل نباید در این‌گونه روابط شرکت جویند (جانسون، ۷، ۲۰۰۵). با توجه به این نگرش‌ها بازهم افرادی در نهایت مرتکب این اعمال می‌شوند.

یافته‌ها در مورد میزان شیوع رابطه‌های خارج از حیطه زناشویی متنوع است؛ البته تا حدی به نحوه مفهوم‌سازی خیانت زناشویی بازمی‌گردد. آمارهای موجود در زمینه خیانت نیز بسیار متفاوت‌اند. بر اساس یکی از معتبرترین مطالعات انجام گرفته در آمریکا، ۲۱ درصد مردان و ۱۱ درصد زنان در طول زندگی مرتکب خیانت زناشویی شده‌اند (اشنایدر، باکوم و گوردون، ۸، ۲۰۰۷). همچنین ۴۰ درصد از افرادی که در آمریکا طلاق

1. Brown
2. Glass & Wright
3. Aviram & Amichai
4. extramarital involvement
5. Buss & Shackelford
6. Wiederman & Allgeier
7. Johnson
8. Snyder, Baucom, & Gordon

گرفته‌اند، گزارش کرده‌اند که در طول زندگی زناشویی حداقل یک‌بار درگیر روابط خارج از حیطه زناشویی شده‌اند (سودانی، کریمی، مهرابی‌زاده و نیسی، ۱۳۹۱).

اگرچه خیانت مسئله‌ای شایع برای زوج است، اما مواجه شدن با آن در عمل یکی از سخت‌ترین و چالش‌برانگیزترین مشکلات می‌باشد (ریبستین، ۲۰۱۳).

چان و ساریف مصطفی^۲ (۲۰۰۸) طی پژوهشی به ترتیب خیانت، داشتن رابطه جنسی با کسی غیر از همسر خود، عشق به فرد دیگر و مشکل عاطفی (خشونت شفاهی و جسمی) را سه عامل اصلی طلاق در مالزی ذکر کردند. به دلیل پژوهش‌های اندک در این حوزه، آمار دقیقی از میزان روابط خارج از زناشویی در ایران در دسترس نیست، با این حال بر اساس آمار سازمان بهزیستی ایران در سال ۱۳۸۷، علت ۶۷ درصد از قتل مردان به دست همسرانشان خیانت بوده است. ۳۳ درصد مردان هم با واکنش در برابر خشونت و حمله ناگهانی یا تهدید همسر مواجه بوده‌اند (حسن‌آبادی، مجرد و سلطانی‌فر، ۱۳۹۰). فونگ، ونگ و تام^۳ (۲۰۰۹) نیز در پژوهشی با عنوان «خیانت در رانندگان کامیون» به این نتیجه رسیدند که بین خیانت مردان و نوع شغل رابطه‌ای وجود ندارد، ولی بین خیانت و تعارضات زناشویی رابطه مشاهده شده است. به عبارتی احتمال خیانت در مردانی که از روابط زناشویی خود ناراضی‌اند، بیشتر است. بیشتر اوقات، هنگامی که نیازها و انتظارات فرد به دست نمی‌آید، و سوسه ایجاد روابط خارج از ازدواج به عنوان جایگزین ایجاد می‌شود. وجود تعهد به رابطه عاملی است که در ایجاد روابط فرازناشویی دخالت دارد و رضایت از رابطه نیرویی است که سطح تعهد را تعیین کرده و تحت تاثیر قرار می‌دهد (دریگتاس و بارتا، ۲۰۱۲).

عده‌ای از پژوهشگران نیز معتقدند که علت روابط خارج زناشویی روش‌های اشتباه در روابط اولیه زوج‌هاست. برای مثال نارضایتی از روابط اولیه، تمایل به شرکت در روابط خارج زناشویی را افزایش می‌دهد (اسمیت، هال و دایگل، ۲۰۱۰). همچنین بین

-
1. Reibstein
 2. Chan & Sarif Mustaffa
 3. Fung, Wong, & Tam
 4. Drigotas & Barta

رضایت زناشویی و خیانت رابطه معکوس یافت شده است که در مورد تمام جوانب خیانت‌های زناشویی اعم از عاطفی، جنسی و عاطفی-جنسی صادق است (گلاس و رایت، ۲۰۰۷). باین‌حال، زنان و مردانی که همزمان در خیانت‌های عاطفی-جنسی درگیر می‌شوند، رضایت کمتری از ازدواج خود دارند (شاکلفورد، بسر و گوتز، ۲۰۰۸؛ امارس، سومر، واربر و هالفورد، ۲۰۱۰). براوو و لپکین (۲۰۱۰) در مدل ارائه‌شده خود برای تبیین خیانت‌های زناشویی، بارزترین عوامل مؤثر در رخداد این پدیده را، نیازهای برآورده‌نشده و نقایص موجود در پاسخ‌دهی همدلانه و همچنین خستگی عنوان می‌کنند که اثر مستقیم بر کاهش رضایت زناشویی دارند. خیانت جنسی شامل صرفاً مقاربت جنسی است در حالی که خیانت عاطفی حتماً به رابطه جنسی نیاز ندارد و یک پیوند عاطفی قوی با فرد دیگری غیر از همسر را شامل می‌شود (تورنتون و ناگرنی، ۲۰۱۱). متخصصان این حیطه بیان می‌کنند که درمان خیانت زناشویی متفاوت از سایر مشکلات زوجی است و باید توجه ویژه‌ای به راهبردهای درمانی شود (اسنایدر، باکوم و گوردون، ۲۰۰۷). در تبیین و درمان زوجین درگیر با مشکل خیانت زناشویی، مدل‌های نظری مختلفی ارائه شده است. از جمله مدل‌های ارائه‌شده در خصوص درمان خیانت زناشویی، می‌توان به درمان هیجان‌مداره، مدل بخشودگی^۶، درمان شناختی-رفتاری^۷ و دیگر مدل‌ها اشاره کرد (پلاسو، ۲۰۰۷).

زندى پور، شافعی‌نیا و حسینی^۹ (۲۰۰۸) در تحقیقی بر روی زنان دارای مشکل خیانت همسر نشان دادند که «بخشش»، اثر مثبت و معناداری بر سلامت زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر دارد. مؤمنی جاوید و شعاع کاظمی (۱۳۹۱) نیز در پژوهشی با عنوان «اثربخشی مداخلات روان‌درمانی بر بخشش خیانت همسر» به این نتیجه رسیدند که

-
1. Shackelford, Besser, & Goetz
 2. Emmers, Sommer, Warber, & Halford
 3. Brave & Lepkin
 4. Tornton & Nagurney
 5. emotionally focused therapy
 6. forgiveness therapy
 7. cognitive- behavioral therapy
 8. Peluso
 9. Zandipour, Shafeheniya & Hosseini

مداخلات روان‌درمانی بر افزایش میزان بخشودگی زنان آسیب‌دیده از خیانت‌های زناشویی تأثیرگذار است. همچنین، گوردون^۱ (۲۰۰۴) به بررسی تأثیر بخشش به‌عنوان مداخله درمانی برای بهبود روابط زناشویی شش زوج که خیانت را تجربه کرده بودند، پرداخت. این مدل درمانی، مبتنی بر راهبردهای شناختی- رفتاری و راهبردهای بینش‌مدار بود. نتایج نشان داد که زوج‌ها، هیجانانگیز و آشفتگی کمتر و بخشش بیشتری را در ارتباط با خیانت همسرانشان نشان دادند.

نتایج مطالعه شیردل (۱۳۸۵) نشان داد که مدت ازدواج و جنسیت در میزان نارضایتی جنسی و عاطفی بر روابط زناشویی و حس انتقام‌جویی آن‌ها تأثیر معناداری ندارد. همچنین یافته‌های پژوهش وی نشان داد که مردان، تنوع‌طلب‌اند و مردانی که یک تا ده سال از زمان ازدواجشان می‌گذرد، تنوع‌طلب‌تر از مردانی هستند که یازده تا بیست سال از ازدواجشان می‌گذرد. احتمال می‌رود مردان جوان‌تر که هنوز تعهد لازم را نسبت به زندگی مشترک ندارند، در مقابل مردان میان‌سال که تعهد بیشتری به شغل و اعضای خانواده دارند، نمره‌های بالاتری را در تنوع‌طلبی روابط جنسی کسب کنند.

بر اساس بررسی‌ها و نظریه‌های مشاوران و روان‌شناسان که در زمینه رابطه جنسی خارج از حریم زناشویی به مطالعه پرداخته‌اند، عوامل مختلفی می‌تواند موجب گرایش افراد به سمت رابطه نامشروع جنسی شود. این عوامل عبارتند از:

الف) نارضایتی از روابط عاطفی و عدم صمیمیت میان زوجین؛ در میان برخی زوجین به‌مرور زمان نوعی جدایی عاطفی و روابط کور به وجود می‌آید و راحت‌تر به جدایی عاطفی تن می‌دهند. حساس نبودن و عدم کنجکاوای نسبت به مسائل فردی یکدیگر موجب می‌شود، فرصت ایجاد روابط جدید جنسی و سایر روابط عاطفی و گشودن راه‌های جدید بین دو زوج پیش نیاید و در این میان، زوجین برای رسیدن به روابط عاطفی مناسب و ارضای احساسات و عواطف ممکن است به روابط نامشروع روی آورند (روبینزتن و ایوانر^۲، ۱۹۹۹)؛

1 . Gordon

2 . Rubinstein & Ivanir

ب) نارضایتی از رابطه جنسی؛ بعضی زوجها در این موارد از مواجهه با مشکلاتشان می‌گریزند و به درمان آن نمی‌پردازند. نداشتن میل جنسی، ناکارآمدی جنسی مانند ناتوانی در روابط جنسی مطلوب و زودانزالی به‌طور مزمن، امتناع از عشق‌بازی و رفتار جنسی، عدم تحریک‌پذیری جنسی، دیر ارضا شدن، عدم توانایی در اظهار عشق جسمی و عاطفی مسائلی هستند که بیشتر مطرح می‌شوند. در این موارد زوجین به‌جای درمان مشکل موجود در رابطه جنسی‌شان و همچنین ناآگاهی یا احساس شرم یا دلایل دیگر، مشکل را حل‌نشده رها کرده و نیاز خود را با ایجاد رابطه نامشروع جبران می‌کنند (آبراهامز، ۱۳۸۰).

ج) تنوع‌طلبی؛ عده‌ای از افراد معتقدند که انسان در مدت طولانی نمی‌تواند روابط جنسی خود را به شکل تک‌همسری ادامه دهد و وفاداری به همسر عقیده غیرعادلانه و قدیمی است؛ بنابراین می‌توان گفت در بعضی موارد، علت رابطه نامشروع عشقی، نیاز به تجربه، شور و عشق زیاد و میل به تجربه کردن رابطه جنسی جدید و ممنوع است (روبینزتن و ایوانز، ۱۹۹۹).

د) انتقام‌جویی از همسر بی‌وفا؛ زمانی است که یکی از زوجها رابطه نامشروع دارد و زوج قربانی برای برانگیختن حس حسادت و انتقام‌جویی از همسرش به رابطه نامشروع روی می‌آورد (لاتینتل، ۲۰۰۳).

همسری که مورد بی‌وفایی قرار می‌گیرد، احساس اجحاف شدیدی می‌کند. چنین احساسی افکار مختلفی را به ذهن می‌آورد و واکنش‌های متفاوتی را ممکن است به‌همراه داشته باشد. گاهی نیز افکاری همچون انتقام گرفتن و مقابله به مثل به ذهن همسری که مورد بی‌وفایی قرار گرفته است، خطور می‌کند (کاوه، ۱۳۸۳).

با عنایت به پژوهش‌های ذکرشده، درمان روابط فرازنشویی در بیشتر موارد مربوط به حوزه خیانت‌های زناشویی است، به‌عبارت‌دیگر، تمرکز مداخلات بر آسیب‌های خیانت زناشویی است که در آن اصولاً فرد با یک نفر ارتباط فرازنشویی گسترده‌ای دارد (اسمیت، هال و دایگل، ۲۰۱۰)، از سوی دیگر، این مداخلات اغلب متمرکز بر همسر آسیب‌دیده است که در ارتکاب به این رفتار نقش اصلی نداشته است. در صورتی‌که

می‌بایست علاوه بر همسر آسیب‌دیده، فردی که روابط فرازناشویی داشته است نیز تحت درمان قرار گیرد.

یکی از رویکردهای درمانی پرکاربرد در حوزه مشکلات روان‌شناختی، خانواده‌درمانی است. خانواده‌درمانی عبارت است از ارائه خدمت به خانواده‌ها به‌منظور بالا بردن احساس وحدت، انس، آرامش و مودت از طریق اعمال فنون و رویکردهای مختلف به‌منظور رفع مشکلات و مسائل آنان. خانواده‌درمانگر، مشکلات هر فرد را در رابطه با خانواده‌اش مطالعه می‌کند و معتقد است که مشکلات فرد، ناشی از روابط او با دیگران است (حسینی، ۱۳۹۰). خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری که بر شناخت و رفتار تأکید دارد، بر عمق الگوهای تعاملی خانواده متمرکز است. روابط خانوادگی، شناخت‌ها، هیجانات و رفتارها بر اساس این نظریه بر یکدیگر تأثیرات دوجانبه دارند. بنابراین، یک استنتاج شناختی می‌تواند هیجان یا رفتاری را برانگیزاند و یک هیجان یا رفتار می‌تواند بر شناخت تأثیر بگذارد. در این رویکرد تأکید بر این است که اعضای خانواده همزمان بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند و از هم تأثیر می‌گیرند (نیکولز، ۱۳۸۹).

با توجه به اینکه خیانت نیز موضوعی تأثیرگذار بر کل خانواده است و آسیب‌های جدی را به کل خانواده تحمیل می‌کند، در درمان نیز نیاز است که فضای خانواده در نظر گرفته شود. تحقیقات بر این تأکید دارند که بیش از ۷۰ درصد افرادی که خیانت می‌کنند، در زندگی خانوادگی و زناشویی خود تنوع ندارند و روابط بین‌فردی آن‌ها سرد است (اسمیت، هال و دایگل، ۲۰۱۰). در درمان خیانت زناشویی با تأکید بر محیط خانواده، تعاملات را در جهت مثبت پیش می‌برند تا همسری که خیانت کرده است از تکرار آن خودداری کند و به‌صورت کامل درمان شود. همچنین همسری که به او خیانت شده و آسیب‌های جدی دیده است، در صورت درمان می‌تواند به زندگی عادی خود برگردد و محیط خانواده سالم را تجربه کند. با توجه به موارد ذکر شده و با عنایت به اینکه کمتر پژوهشی به بررسی اثربخشی مداخلات خانواده‌محور در درمان تنوع‌طلبی جنسی پرداخته است، مطالعه حاضر در پی پاسخ به این پرسش طراحی شده است که آیا خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری بر درمان تنوع‌طلبی جنسی مؤثر است؟

روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف جزو پژوهش‌های بنیادی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها یک مطالعه موردی و به لحاظ ماهیت داده‌ها از نوع کیفی است. در مطالعه موردی، مشخص می‌کنیم چرا یا چگونه یک پدیده ظاهر می‌شود. در واقع، توجه پژوهشگر بر یک یا چند واحد تحلیل است (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۹).

روش اجرا

در پژوهش حاضر، ابتدا روان‌شناس بالینی سه آزمودنی مرد را بر اساس مصاحبه بالینی، مبتلا به تنوع‌طلبی جنسی تشخیص داد. پس از تشخیص نوع اختلال، آزمودنی‌ها با استفاده از روش خانواده‌درمانی مبتنی بر فنون شناختی-رفتاری درمان شدند. آزمودنی‌ها تا یک سال پس از درمان نیز پیگیری شدند. تعداد جلسات برای مراجعین بین ۲۰ تا ۲۵ جلسه و به صورت هفته‌ای یک‌بار بود. افراد در جلسات ابتدایی به صورت فردی حضور داشتند، در ادامه با صلاح‌دید درمانگر تمامی اعضای خانواده در جلسه درمان حضور یافتند. شیوه درمان به صورت خانواده‌درمانی انتخاب شد.

در روش‌های مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری، درمانگر بر نقش فرایندهای شناختی و متغیرهای محیطی در شکل‌گیری و نگهداری اختلالات روانی و درمان آن‌ها تأکید دارد. در تمام این روش‌ها، درمانگر به زمان و مکان حاضر که مراجع در آن به سر می‌برد، توجه می‌کند. نیازهای مراجع شناسایی شده و برنامه‌های مداخله‌ای با توجه به آن طراحی می‌شود. افزایش مهارت‌های زندگی و آموزش روش‌های نظارت بر خود و تبیین رابطه بین تفکر، خلق و رفتار نیز در محور کار درمانگران قرار دارد (لایدلاو، تامپسون، سبکین و تامپسون، ۲۰۰۳). از جمله روش‌های موردنظر در درمان حاضر، روش حل مسئله، مواجهه، مثبت‌نگری، تنش‌زدایی و خودبازبینی بوده است.

محتوای بسته درمانی

محتوای بسته درمانی به صورت کلی خانواده‌درمانی شناختی رفتاری است که با توجه به مشکلات مطرح شده شامل ۲۰ تا ۲۵ جلسه درمان است. دلیل طولانی بودن این درمان گسترده بودن و آسیب شدیدی است که به خانواده مراجع تحمیل شده است. برای درمان چنین اختلالی نیاز است در کنار درمان فردی، بستر خانواده هم شرایط مناسبی داشته باشد تا ارتباط فرازناشویی مراجع، به صورت کامل قطع شود.

در ابتدا، درمانگر طی چند جلسه با استفاده از فنون درمان شناختی- رفتاری مانند تغییر طرح‌واره‌های ناسازگار به طرح‌واره‌های منطقی، به تدریج روابط فرازناشویی مراجع را کاهش می‌دهد. همچنین پیامدهای منفی تنوع‌طلبی را به مراجع خاطر نشان می‌کند تا وی شرایط حال حاضر خود را درک کند.

بر این اساس، در فرایند درمان، طی جلسه‌های خانواده‌درمانی از فنون زیر استفاده شد:

۱. روش حل مسئله: یکی از فنون مورد استفاده در رویکردهای شناختی- رفتاری برای درمان اختلالات، روش حل مسئله است. هدف کلی آموزش حل مسئله، آموزش و کمک به افراد برای مقابله مؤثر با مشکلات و مسائل زندگی روزمره است. روش حل مسئله شامل پنج مرحله است:

(الف) در مرحله اول، به اعضای خانواده کمک می‌شود تا مشکلات را به عنوان بخشی از زندگی روزانه بپذیرند و بتوانند در مواجهه با آن‌ها تکانه‌ها و هیجان‌های خود را کنترل کنند.

(ب) در مرحله دوم، افراد باید مشکل را درک کنند و از آن تعریف عملیاتی ارائه دهند.

(ج) در مرحله سوم، از آن‌ها خواسته می‌شود تا کلیه راه‌حل‌های بدیلی را که به حل مشکل کمک می‌کنند، مطرح سازند. در این مرحله قضاوتی در مورد راه‌حل‌های ارائه شده صورت نمی‌گیرد.

(د) در مرحله چهارم، اعضای خانواده هر راه‌حل را به طور جداگانه ارزیابی و سپس عملی‌ترین و مناسب‌ترین راه‌حل را برمی‌گزینند.

ه) در مرحله پنجم، افراد به طور مؤثری راه حل انتخاب شده را به کار می گیرند (کندال، ۲۰۰۱).

در این پژوهش درمانگر، طی جلسه ای با حضور اعضای خانواده، از آنها خواست تا یکی از مشکلاتشان را مطرح کنند و درمانگر به طور عملی چگونگی استفاده از این روش را به خانواده آموزش داد.

۲. مثبت نگری: در این روش آزمودنی به بازشناسی تجربه های مثبت و خوب خود و نقش آنها در افزایش احترام به خود و ارتقای عزت نفس تشویق می شود. این فن می تواند به دو صورت فردی و خانوادگی اجرا شود و شامل موارد زیر است (خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۹).

الف) در مرحله اول، از آزمودنی خواسته می شود تا نقاط قوت خود را نام ببرد.

ب) در مرحله دوم، طی چندین جلسه از آزمودنی خواسته می شود حداقل ۱۰ تا ۱۵ تجربه خوب را که از آنها احساس شادی و غرور می کند، نام ببرد.

ج) در مرحله سوم، از آزمودنی خواسته می شود که به نقاط قوت قابل اتکایی اشاره کند که در این تجارب خوشایند از آنها استفاده کرده است.

د) در مرحله چهارم، از آزمودنی خواسته می شود تا نقاط قوت مشخص شده خود را به ترتیب اولویت معین کند و پنج تا هشت توانمندی را که نقاط قابل اتکا خوانده می شوند، برگزیند.

ه) در آخرین مرحله، از آزمودنی خواسته می شود شواهد و معیارهایی را دال بر اینکه با ارزش ترین و معتبرترین نقاط قوت او قابل اتکا هستند، ارائه دهد.

۳. تنش زدایی: مهارتی است که باعث کاهش میزان تنیدگی و اضطراب در افراد می شود و به آنها کمک می کند تا فشارها و ناراحتی های خود را بیرون بریزند و در زندگی روزانه به تعادل برسند. در این روش از فرد خواسته می شود راحت روی صندلی بنشیند یا اینکه به راحتی روی زمین به پشت دراز بکشد

و زیر زانوهای خود بالش‌های کوچکی قرار دهد. چند لحظه به آرامی و منظم نفس بکشد و درعین حال هرگاه نفس خود را بیرون می‌دهد، کلمه «آرام» را به زبان بیاورد، سپس فکر خود را بر قسمت‌های مختلف بدن متمرکز کند و در حین نفس کشیدن عضلات آن قسمت را شل کند. بهتر است این کار از شست پا شروع شود و به تدریج به طرف بالا برود تا به عضلات صورت برسد. فرد باید به هر قسمت که توجه می‌کند، با کشیدن نفس عمیق ابتدا آن را منقبض و سپس رها سازد (بنسون، ۱۹۸۵).

۴. خودبازبینی: با استفاده از جدول خودگزارش‌دهی افکار، تفکرات غیرمنطقی آزمودنی و میزان توجه به آن‌ها، ارزیابی می‌شود. آزمودنی برای تهیه این جدول ابتدا باید ایام هفته و تاریخ مربوط را یادداشت کند. سپس موضوع فکر غیرمنطقی (مانند حضور نیافتن در جمع) و ساعت و مدت‌زمان پرداختن به آن را ثبت کند. به تدریج و طی پیشرفت فرایند درمان به آزمودنی آموزش داده می‌شود تا افکار منطقی را جانشین افکار غیرمنطقی کند و موضوع افکار منطقی و ساعت و مدت‌زمان پرداختن به آن را ثبت کند (زارب، ۲، ۱۳۸۶).

۵. بازسازی شناختی: بازسازی شناختی اصطلاحی است که به شیوه‌هایی اشاره دارد که به صورت مستقیم در پی تغییر تفکرات یا باورهای خاص هستند که گمان می‌رود واسطه پاسخ‌های جسمی- هیجانی و رفتاری ناسازگارند. آموزش‌دهنده از شیوه‌های بازسازی شناختی برای تغییر باورها، نگرش‌ها و مفروضه‌های نادرست افراد گروه استفاده می‌کند. این شیوه‌ها بر این فرض استوارند که اگر افراد در زمینه بازشناسی و اصلاح تحریف‌هایی که از واقعیت به عمل می‌آورند، آموزش ببینند می‌توانند برای تغییر پاسخ‌های عاطفی و رفتاری ناکارآمد مرتبط با خود در موقعیت‌های بهتری قرار گیرند. علائم شناختی‌ای که می‌توانند شامل باورها، تعبیر و تفسیرها، خودگویی‌ها

وفرایندهای شناختی تحریف شده باشند، به عنوان هدف مداخله‌های بازسازی شناختی تعیین می‌شوند (زارب، ۱۳۸۶).

مراحل اجرا و یافته‌ها

مشخصات آزمودنی‌ها

مشخصات مراجع اول

مراجع، آقای م-الف-ک، ۴۸ ساله، شغل آزاد و تحصیلات دیپلم. متأهل و دارای یک فرزند. همسر مراجع، خانم ف-ب، ۴۵ ساله. خانه‌دار و دارای تحصیلات لیسانس. دختر خانواده نیز ش-ک، ۱۶ ساله و دانش‌آموز کلاس دوم دبیرستان. طول درمان، ۲۳ جلسه یک‌ساعته، هر هفته یک‌بار.

در جلسه اول همسر با گریه‌های زیادی نارضایتی خویش را از زندگی‌اش اعلام کرد و آن را بر پایه دروغ و لذت‌جویی‌های نادرست شوهرش تعریف کرد. مرد ضمن اعلام عدم تفاهم با خانم اظهار کرد: «از اول زندگی، خانم در رابطه من شک داشت و من هشت ماه است که با خانمی ارتباط دارم؛ اما از یک ماه پیش احساس می‌کنم که زندگی دوباره پیدا کرده‌ام و به اشتباه سنگینم پی برده‌ام و می‌خواهم از نو شروع کنم». جواب شوهر به سؤال درمانگر درباره وجود رابطه عاطفی قوی با خانمی که با او در خارج از خانواده رابطه داشت، کاملاً منفی بود. اظهارات مرد درباره خودش در یک جلسه انفرادی به این صورت بود که: «شخصیتاً خیلی رفیق‌بازم و دوست دارم که مورد توجه دیگران قرار بگیرم و از جوانی تا به حال با بیش از ۳۰ تا ۴۰ خانم مختلف رابطه جنسی داشته‌ام. در اوایل زندگی دست از پا خطا نکرده بودم، ولی بعد از ایجاد یک مورد، کم‌کم عادی شد و هر وقت که همسرم متوجه می‌شد، هیچ‌چیز را قبول نمی‌کردم. در دوران تحصیل به هیچ گروهی وابسته نشدم و الآن به جلسات مذهبی و عرفانی می‌روم. همسرم را دوست دارم ولی هیچ‌وقت عاشق او نشدم». درمانگر به این نکته اشاره کرد که فرایند حل این مشکل چندین جلسه نیاز دارد و زن و شوهر باید هم در جلسات فردی و هم در جلسات خانوادگی شرکت کنند.

در جلسات بعدی درمانگر ضمن صحبت با شوهر به او توصیه کرد که با همسرش صحبت کند و تصمیم بگیرد که دیگر رابطه‌فرازناشویی را تکرار نکند تا درمانگر به کنترل و حل تنوع‌طلبی جنسی وی بپردازد. در جلساتی که با خانم مراجع تشکیل شد، مشخص شد که وی نیز ثبات عاطفی ندارد. بنا بر توصیه‌ی درمانگر خانم باید در خانه آرامش برقرار کند و محبت‌های خود را ابراز دارد. درمانگر به همسر مراجع گفت: «مسئله شوهرت را باید به دید یک اختلال نگاه کنید که باید درمان شود». درمانگر ضمن توضیح درباره‌ی طول درمان و اصلاح روابط که به یک سال می‌رسد، مسئله‌ی ضبط همه‌ی وقایع از طریق مغز و ثبت آن‌ها در ناهشیار و تأثیرش را در زندگی توضیح داد.

با توضیح فرایند (ABC)، تکالیفی برای مرد تعیین شد که خودش را محدود کند، مشروبات الکلی نخورد و خطرهای آینده را ببیند. درمانگر در مورد مثبت‌نگری و فواید آن توضیحات کامل داد، سپس از آن‌ها خواست که فرم نقاط قوت را پر کنند. درمانگر ضمن توضیح فواید شنا و تأثیر آن بر ترشح سروتونین، خانم را به رفتن به شنا تشویق کرد. خانم در تعارض شدید بین طلاق گرفتن و تأثیر منفی آن بر دخترش قرار گرفته بود. زن با توجه به شرایطی که داشت، دچار افسردگی شده بود. آن خانم با همسر مراجع تماس گرفته بود و اظهار داشته بود: «شوهرت از تو متنفر است و تو را دوست ندارد. از زندگی ما بیرون برو». همسر مراجع نیز در جلسات انفرادی به درمانگر اعلام کرد که عاشق مرد دیگری شده است و در تخیلاتش با او ارتباط جنسی دارد و به همین دلیل درمانگر روی فرم نقاط مثبت و افزایش صمیمیت بین زوج تمرکز کرد. در طول اصلاح روابط زناشویی درمانگر تکالیفی مانند فن ابراز وجود برای زن، ۱۰ دقیقه صحبت کردن بدون محکوم کردن برای خانواده، پر کردن فرم نقاط قوت و نخوردن مشروب تا یک هفته را به خانواده داد و از طریق حساسیت‌زدایی منظم، مراحل تنش‌زدایی را به مراجع آموزش داد تا هرروز انجام دهند. در اواسط روند درمان با وجود مشاهده‌ی تغییرات مثبت در رفتار شوهر، خانم هنوز هم به طلاق فکر می‌کرد و قرار شد که مزایا و معایب زندگی پس از طلاقش را بنویسد و برای بررسی به جلسه بیاورد. درمانگر با استفاده از «شرطی‌سازی تدریجی»، مشروب نخوردن را به‌عنوان نقطه‌ای مثبت در مرد تقویت کرد.

به طوری که قرار شد زن روزهایی که شوهرش مشروب می خورد، با او رابطه جنسی نداشته باشد. طی روند خانواده درمانی و آموزش روش حل مسئله به خانواده، روابط زن و شوهر بهبود یافت. همچنین با خانم در مورد این موضوع که اگر رابطه بین ایشان و همسرش بهبود پیدا کند خیلی بهتر از این است که طلاق صورت گیرد، صحبت شد. بر اساس نظر شوهر، روابط خارج از زناشویی اش صرفاً جنبه ارضای نیازهای جنسی داشته و هیچ رابطه عاطفی وجود نداشته است. تأکید درمانگر به خانواده بر روی شفاف سازی روابط، ابراز محبت و بیان نقاط قوت یکدیگر بود.

اعضای خانواده به خصوص پدر شوخی های زننده و تحقیرآمیز زیادی می کرد و دختر خانواده نیز از پدرش الگو گرفته بود و پرخاشگر، خودرأی، پرتوقع و عاشق هنرپیشه ها بود و با پدرش تفریحاتی مانند سوارکاری داشتند. دختر خانواده نسبت به مادرش احساسات منفی، تعارض و دوسوگرایی عاطفی داشت. وی دارای دل مشغولی های جنسی، عدم اعتماد به نفس، عدم پذیرش هویت خود و ترس و اضطراب بود. در پرونده دبستان او بیش فعالی^۱ گزارش شده بود و دو سال بود که به بلوغ جنسی رسیده بود و دو دوست پسر داشت. همچنین فیلم های نامناسب می دید و از روی لجبازی سؤالات جنسی زیادی را از والدینش می پرسید و اظهار می کرد که خیلی زود عاشق می شود. درمانگر با اعمال مثبت نگری و بازسازی شناختی به دختر خانواده امیدواری داد که شخصیت خوبی پیدا خواهد کرد. درمانگر به خانواده توضیح داد که این ویژگی ها اقتضای سن دخترتان است و شما برای حفظ زندگی خود باید وقت دخترتان را با ورزش و تفریح پر کنید. درمانگر مادر را برای ایجاد رابطه خوب با دخترش، رفتن به کلاس های ورزشی دونفره مانند باشگاه یا شنا و حذف شوخی های تحقیرآمیز، حذف نصیحت کردن و شنونده بودن تشویق کرد.

یکی از مشکلات اصلی این خانواده مثلث سازی اعضا بود و مشکلات زناشویی که بایستی توسط زن و مرد حل می شد، توسط نفر سوم که دختر خانواده بود، گسترش می یافت. همچنین پدر با دخترش علیه مادر در بیشتر زمینه ها ائتلاف کرده بود و این

1. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

یکی از عوامل اصلی جدایی زن و شوهر از هم بود. درمانگر با تأکید بر خانواده‌درمانی شناختی، مثلث‌سازی و ائتلاف در خانواده با آموزش خانواده مبنی بر اینکه احساسات خود را مستقیم و بدون واسطه بگویند، درمان کرد.

مرد هفت ماه است که روابط جنسی خارج از خانواده نداشته است. تمرکز اصلی درمانگر روی موارد بود: ۱. اصلاح رابطه با همسرش؛ ۲. قطع رابطه جنسی با خانم‌های دیگر؛ ۳. قطع خوردن مشروب. درمانگر، مهارت‌های ارتباطی زناشویی را نیز آموزش داد. در خلال جلسات درمان، نظر زن در مورد طلاق تغییر کرد و تصمیم گرفت که با شوهرش زندگی کند. درمانگر، زن و مرد را در معرض تفکر برای ایجاد تغییراتی در افکار، شناخت‌ها و رفتارهایشان قرار داد و بر بازسازی شناختی تأکید کرد و در مورد مهارت‌های سازگاری و ارتباط با همسر توضیح مفصل داد. درمانگر برای ترک مشروب خوردن شوهر در کنار روان‌درمانی، دارودرمانی را پیشنهاد کرد که به بهبود وی کمک کرد. برای دارودرمانی، درمانگر وی را به روان‌پزشک ارجاع داد.

طی جلسات اصلاح روابط خانواده، مرد روند رو به بهبودی را در رابطه با همسر و دخترش، کاهش کشیدن سیگار و مشروب نخوردن و نداشتن رابطه فرازناشویی، حل شدن مسائل و مشکلات جنسی با همسر و رضایت از زندگی با همسر گزارش کرد. با افزایش رضایت جنسی در روابط زناشویی نیاز مرد به روابط فرازناشویی کمتر شد. خانم نیز در روند درمان به این نتیجه رسید که باید واقعیت مسائل شوهرش را بپذیرد و می‌خواست به کلاس آشپزی یا خیاطی برود تا بتواند کار کند و درآمد داشته باشد و با تشویق درمانگر کارش را ادامه دهد. با انجام این فعالیت‌ها خودکارآمدی همسر مراجع و در نتیجه رضایت از زندگی زناشویی افزایش یافت. جلسات درمان در طول دو سال پیگیری شد، اما در یک وقفه شش‌ماهه مراجعین به درمانگر مراجعه نداشتند. در پیگیری‌های انجام‌گرفته در طول دو سال، مرد هیچ رابطه فرازناشویی نداشت و روابط با همسر و فرزندش بهبود یافت. شناخت‌های غیرمنطقی مرد خانواده در طول جلسات تغییر کرد و طرح‌واره‌های منطقی جایگزین شد.

مشخصات مراجع دوم

مراجع، آقای م-م، ۲۸ ساله، تحصیلات لیسانس و شغل آزاد. همسر وی خانم ض-الف-ن ۲۸ ساله، تحصیلات دیپلم و خانه‌دار. فرزند خانواده، به نام م-م. طول درمان، ۲۱ جلسه یک‌ساعته هر هفته یک‌بار.

آقای م-م در جلسه اول اظهار کرد: «وجود چند مشکل را در زندگی‌ام احساس می‌کنم؛ اول افسردگی، دوم سردرگمی در تصمیمات، سوم مشکلات اخلاقی، چهارم محدودیت در برقراری ارتباط با دیگران و پنجم عدم اعتماد به دیگران. از زمانی که مستقل شدم و فشارهای خانواده‌ام که خیلی مذهبی‌اند برداشته شد، ارتباط جنسی من با خانم‌ها آرام‌آرام شروع شد، در دانشگاه تقویت شد و هنوز هم ادامه دارد. البته من مذهبی‌ام، اما از صیغه استفاده نمی‌کنم و هیچ‌گونه احساس گناهی ندارم. روابط من با این خانم‌ها عاطفی نیست، بلکه صرفاً روابط جنسی است و روابط عاطفی و جنسی با همسرم بسیار عالی است». درمانگر پیشنهاد آزمایش خون را برای تشخیص ایدز داد و برای جلسه بعد نیز آزمون‌های MMPI و SCL90 را در دستور کار قرار داد.

تفسیر این آزمون‌ها نشان داد که مراجع در روابط اجتماعی و کنش‌های متقابل با دیگران مشکلات فراوانی دارد. زندگی‌اش بی‌نظم و درعین حال از بی‌نظمی دیگران نیز ناراحت بود. پیشنهادهای اصلاحی دیگران را نمی‌پذیرفت، قادر به پیش‌بینی رفتار خود نسبت به دیگران نبود و سعی داشت خود را بهتر از آنچه بود نشان دهد و درگیری‌های عاطفی خود را انکار می‌کرد. نمره HS بالا در آزمون MMPI نشان داد که وی دارای ویژگی‌هایی از جمله نارضایتی از وضع جسمانی خود، جلب توجه دیگران از طریق آلام جسمانی به منظور کنترل محیط، خودمداری و توجه به منافع شخصی خود بود. نمره PD بالا نشان می‌دهد که مراجع خود را قربانی خانواده می‌داند و علیه آن عصیان می‌کرد. نمره PT نیز بالا گزارش شده است. میزان اضطراب مراجع با توجه به تابلوی بالینی وی بالا گزارش شده بود. در جلسات بعد مشخص شد که مراجع با خانم‌های متأهل هم رابطه جنسی داشته است و درمانگر در جلسات اولیه با توجه به نشانه‌ها، تشخیص اختلال تنوع‌طلبی جنسی را دارد.

درمانگر طی چندین جلسه با استفاده از فنون درمان شناختی- رفتاری از جمله تغییر طرح‌واره‌های غلط به طرح‌واره‌های منطقی به تدریج روابط فرازناشویی مراجع را کاهش داد، چراکه مراجع اظهار داشت روابط زناشویی مشکلی ندارد و مردان می‌توانند روابط فرازناشویی داشته باشند. درمانگر با به چالش کشیدن این تفکرات مراجع را با مشکلات آینده این روابط مواجه کرد و گفت که مرد دچار اعتیاد جنسی شده است و باید این اعتیاد را ترک کند. از طرفی طی پنج جلسه راه‌های صحیح رابطه جنسی را به زن و شوهر آموزش داد. زن و شوهر طی این جلسات بهبود روابط جنسی و افزایش آن را گزارش دادند. همچنین روی تعاملات مثبت زوج تأکید شد؛ در نتیجه رابطه عاطفی و جنسی با همسرش، افزایش یافت.

مراجع در ادامه جلسات با هیچ خانمی در ارتباط نبود. درمانگر طی چندین جلسه با شیوه شناخت درمانی، ابتدا باورها، شناخت‌ها و الگوهای ناکارآمد را شناسایی کرد و پس از بررسی آن‌ها به بازسازی شناختی پرداخت. درمان‌جو در جلسات بعدی بحث عذاب وجدان و احساس گناه خود را مطرح کرد و به تفکر عمیق فرورفت. درمانگر خواستار ملاقات مشترک زوجین شد. همسر مراجع از لحاظ ظاهری خیلی خوب بود. اظهارات خانم نشان می‌داد که روابط زناشویی آن‌ها خوب شده است، اما به کار بردن بعضی کلمات از سوی شوهر به خانم احساس افسردگی و ناتوانی می‌داد. درمانگر روش حل مسئله را برای بهبود روابط عاطفی زوجین به کار برد. این کار سبب شد تا مشکلات پیش رو را بتوانند از طریق بیان و همفکری حل کنند.

در جلسات بعدی از فنون مثبت‌نگری نسبت به یکدیگر و از بین بردن افکار منفی استفاده شد. یک جلسه که خانم به تنهایی آمد، ضمن صحبت درباره روابط جنسی زوج، اشاره کرد که گاهی درخواست‌های شوهرش را برای رابطه جنسی رد می‌کند. بیشتر اوقات باهم به رختخواب نمی‌روند. خانم از روابط فرازناشویی شوهر به صورت واضح مطلع نبود.

با توجه به ضعف خودپنداره شوهر، درمانگر به تقویت آن پرداخت و به مرد هشدار داد که در صورت آگاهی همسران از این موضوع، زندگی‌ات از بین می‌رود و

بسیاری از مشکلات شما از جمله افسردگی به موضوع روابط فرازنشویی مربوط می‌شود و در صورت درمان این اختلال، مشکلات نیز حل خواهد شد. مراجع دو ماه بود که روابط خارج از زناشویی نداشت. درمانگر در طول درمان با استفاده از فنون شناختی، از جمله بازسازی شناختی، تغییری در کیفیت روابط عاطفی و جنسی زوج ایجاد کرد.

در روند درمان، مثبت‌نگری اعمال شد و فرم نقاط قوت به زن و شوهر ارائه شد تا آن را پر کنند. همسر مراجع انرژی کافی برای انجام کارهای روزمره نداشت و در خانه به ظاهر خود نمی‌رسید. درمانگر برای حل مسئله وی برنامه ورزشی به‌خصوص شنا را در طول هفته پیشنهاد داد. همچنین به خانم تکلیف داد که در خانه به ظاهر خودش برسد. به دلیل ادامه تحصیل مراجع قرار بود به همراه خانواده به خارج از کشور برود. مراجع در خانواده هم درگیری‌های شدیدی با همسرش داشت و خیلی سریع عصبانی می‌شد. برای کنترل هرگونه رابطه فرازنشویی، پروسه بازسازی شناختی صورت گرفت و طرح‌واره‌های شناختی مراجع بررسی و درمان شد.

مراجع ابراز کرد که اضطراب زیادی دارد. درمانگر در کنار توضیح این موضوع که منشأ اضطراب، مخفی کردن روابط قبلی است، آرامیدگی را به مراجع آموزش داد و از وی خواست تا هرروز به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه این کار را انجام دهد. هنگامی که مراجع درباره افکار و سواسی‌اش صحبت کرد، درمانگر طی جلسات به او آموزش داد تا افکار منطقی را جایگزین افکار غیرمنطقی کند. در ادامه روند درمان میزان مصرف داروها توسط روان‌پزشک کاهش یافت.

اختلال تنوع‌طلبی جنسی این مراجع، طی یک سال با بیست جلسه به صورت مستقیم درمان شد. تعداد جلسات دیگر مربوط به مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب و پایین بودن عزت‌نفس خانم و همچنین درمان مشکلات عدیده شوهر بود که پس از درمان اختلال تنوع‌طلبی جنسی به این موضوعات پرداخته شد. در اواخر روند درمان، روابط جنسی فرازنشویی مراجع به‌طور کامل قطع شد. حال روحی مراجع بهتر شد و ارتباط متقابل زوج به شکل متعادلی درآمد. در جلسه‌های پیگیری هم بعد از چند

ماه میزان رضایت زن و شوهر از زندگی خوب گزارش شده است و مراجع روابط جنسی فرازناشویی ندارد.

مشخصات مراجع سوم

مراجع، آقای م-س-م، ۲۸ ساله، دارای تحصیلات لیسانس و مهندس ساختمان. همسر وی، خانم م-م-۲۵ ساله، لیسانس و خانه‌دار. آن‌ها فرزندی ندارند. تعداد جلسات نیز ۲۰ جلسه یک‌ساعته هر هفته یک‌بار.

شوهر م-س-م در ۲۴ سالگی ازدواج کرده است. وی پیش از ازدواج، با خانم‌های مجرد و متأهل رابطه جنسی داشته است. بعد از ازدواج هم مراجع رابطه فرازناشویی دارد. همسر مراجع، با دیدن یک پیامک در گوشی وی، متوجه ارتباط شوهرش با خانمی شد. خانم از شوهرش خواست که این موضوع را با روان‌شناس مطرح کنند و مراجع را تهدید به طلاق کرد.

در جلسه اول مراجع در مورد شرایطش توضیحاتی داد که نشان از طردشدگی وی از خانواده داشت و به دلیل این کمبود توجه و محبت از سمت والدین، کوچک‌ترین توجهی از سوی جنس مؤنث، موجب شکل‌گیری یک رابطه می‌شد. در دوران جوانی دوستان متعددی داشته، اما به دلیل ضربه‌های متعدد از جانب آن‌ها، دیگر به هیچ‌کس نمی‌توانست اعتماد کند. یکی دیگر از مشکلات او، ناتوانی در تصمیم‌گیری بود که نمی‌توانست به‌طور مستقل تصمیم بگیرد و بیشتر اوقات در شک و دودلی بسر می‌برد و از تصمیماتش پشیمان می‌شد و منتظر تأیید دیگران می‌ماند. هنگام برقراری روابط فرازناشویی اصلاً عذاب وجدان نداشت و این روابط را یک تفریح می‌دانست. مراجع هم با خانم‌های مجرد و هم با خانم‌های متأهل ارتباط جنسی داشت.

در ابتدا، وی میلی به اصلاح روابط خود نداشت و مقاومت می‌کرد. پس از چند جلسه با توجه به «بازسازی شناختی» توسط درمانگر، مقاومت مراجع شکسته شد و مطالب را مطرح کرد. درمانگر، همسر آقای م-س-م را نیز به جلسات دعوت کرد. جلسات به‌صورت مشترک و انفرادی برگزار می‌شد. درمانگر در جلسات مشترک ابراز محبت کلامی را آموزش داد، باآنکه این زوج در ظاهر اظهار می‌کردند با هم رابطه خوبی

دارند، پس از بررسی مشخص شد که زن و شوهر روابط کلامی و غیرکلامی محبت‌آمیزی ندارند.

در جلسات انفرادی «تنوع‌طلبی» جنسی ریشه‌یابی و مشخص شد که یکی از عوامل تأثیرگذار بر آن، روابط سرد پدر و مادر مراجع بود. پدر و مادر مراجع عملاً ابراز محبتی نسبت به اعضای خانواده‌شان نداشتند و این موضوع موجب همانندسازی و الگوبرداری مراجع برای زندگی خود شده بود و وی اعلام کرد نمی‌داند که چگونه باید محبتش را ابراز کند. این موضوع موجب اعتراض همسرش شده بود. آقای م-س-م همچنین در زندگی احساس کمبود محبت و طردشدگی از سوی خانواده و همسرش می‌کرد.

در جلسات انفرادی خانم ابراز کرد که از زندگی زناشویی خود ناامید شده است. درمانگر روی این موضوع تأکید می‌کند که از نظر ظاهری در خانه به خود برسد، همچنین از خانم خواسته شد که احساسات عاشقانه را با همسرش بیان کند و تعداد آن را هرروز افزایش دهد. در ادامه به خانم آموزش داده شد که در رابطه با همسرش «شفاف‌سازی» شود و فن «ابراز وجود» را به وی آموزش داد تا احساسات و غم و شادی‌های خود را به‌طور صحیحی به همسرش انتقال دهد. همچنین وی را به ورزش کردن منظم به‌خصوص رفتن به شنا آن‌هم هفته‌ای سه بار تشویق کرد.

در جلسات میانی روابط فرازناشویی آقا کمتر شد، درمانگر در مورد تنوع‌طلبی جنسی و عواقب آن در زندگی مشترک با مراجع صحبت می‌کند. همچنین درمانگر رفتارهای عاشقانه شوهر با همسرش را آموزش داد. مراجع و همسرش در روابط جنسی مشکل داشتند که درمانگر این موضوع را در پنج جلسه به زوج آموزش داد و در جلسات بعد آموزش‌ها مؤثر واقع شد و آن‌ها رضایت جنسی را گزارش دادند.

در جلسات بعدی، پس از «بازسازی شناختی» و مشخص کردن پیامدهای منطقی و غیرمنطقی روابط فرازناشویی آقای م-س-م، به میزان چشمگیری کمتر شد، به‌طوری‌که هم‌اکنون با یک خانم آن‌هم بسیار به‌ندرت روابط جنسی دارد. روان‌شناس مراجع را تشویق کرد که رابطه با این خانم هم هرچه سریع‌تر قطع شود.

در جلسات اصلاح روابط که به صورت مشترک ادامه داشت، درمانگر روابط جنسی صحیح را که در جلسات گذشته آموزش داده بود، پیگیری کرد تا زوج، نیازهای جنسی را به طور کامل برای یکدیگر برطرف کنند. همچنین روی این موضوع با خانم مراجع کار شد که سرگرمی‌های شوهرش را جدی بگیرد و نیازهای او را برطرف کند. درمانگر در جلسات بعد روی افکار جایگزین کار کرد. در چند جلسه پیوسته به جایگزینی افکار مناسب پرداخته شد. بازهم روی فن «بازسازی شناختی» و «خودبازبینی» مراجع کار شد. مراجع اظهار کرد ارتباط جنسی و عاطفی با خانم‌ها ندارد و فقط بحث دوستی صمیمانه برقرار است.

درمانگر همچنین رفتارهای «بازتابی عاشقانه» را با زوج کار کرد و آن‌ها را تقویت کرد تا چرخه معیوب رابطه‌ای زوج که به تعارض منجر می‌شد، کاملاً قطع شود. در جلسات بعدی مراجع و همسرش کاهش تعارضات را به طور چشمگیری گزارش دادند و در جلسات انفرادی شوهر اظهار کرد که رابطه خود را به طور کامل با خانم‌های دیگر قطع کرده و یک ماه است که هیچ رابطه فرازنشویی نداشته است. در جلسات بعد آقای م-س-م و همسرش از اصلاح روابطشان خبر داده و رضایت جنسی را گزارش دادند و آموزش‌ها مؤثر واقع شد. به صورت پیوسته توسط درمانگر ارتباط جنسی زوج، تقویت مثبت شد.

در چند جلسه مراجع با کمک درمانگر به جایگزینی افکار مناسب و اصلاح روابط پرداخت. از نظر وی یکی از دلایل ایجاد روابط فرازنشویی آن بود که نیازهای جنسی‌اش با نیازهای جنسی همسرش در تعارض بوده و مکمل هم نبودند، ولی این مشکلات از طریق آموزش‌های درمانگر حل شده و نیازها تعدیل شد. درمانگر به درونی کردن این نکته تأکید داشت که نیازهای جنسی بیشتر از اینکه فیزیولوژیکی باشد، شناختی است و بستگی به این دارد که مغز را چگونه تربیت کنیم.

در جلسات پایانی آقا با هیچ خانمی در ارتباط نبود و روابط فرازنشویی با دیگران کاملاً قطع شده بود. مراجع به این حقیقت رسیده بود که: «با وجود داشتن همسر خوب، دنبال روابط جنسی با خانم‌های دیگر بوم و مجبور شدم به اینجا بیایم. اکنون روابط

فرازناشویی را کاملاً کنار گذاشته‌ام. من و همسر من بسیار تغییر کرده‌ایم و مشکلات خانوادگی نیز حل شده. من کنجکاوی ارتباط با زن‌های دیگر را از دست داده‌ام».

در درمان این مراجع بین ۱۲ تا ۱۶ جلسه به صورت مستقیم به اختلال تنوع‌طلبی جنسی پرداخته شده و تنوع‌طلبی جنسی درمان شد. در مابقی جلسات درمان، موضوعات بالینی دیگر زوج مورد توجه قرار گرفت. مراجعین پس از درمان، علاقه داشتند تا در مورد موضوعات مختلف دیگر خانواده، مشاوره داشته باشند. در جلسات پیگیری نیز آقا در دو سال گذشته با هیچ خانمی ارتباط نداشته و تعارض‌های زوج کاهش یافته و زوجین الگوی صحیح روابط را یاد گرفته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی توأم با روش‌های شناختی-رفتاری در درمان تنوع‌طلبی جنسی انجام پذیرفت. از مجموعه نتایج به دست آمده می‌توان چنین استنباط کرد که «خانواده‌درمانی شناختی رفتاری» موجب افزایش تعامل زوجین و کاهش تعارض‌های زناشویی می‌شود. حضور مداوم مراجعین نقش بسزایی در درمان سه مراجع داشت. هر سه مراجع بعد از ازدواج روابط فرازناشویی جنسی متعدد با خانم‌های مجرد و متأهل داشتند. با توجه به شواهد و اظهارات، مراجعین رابطه جنسی با زنان دیگر را نوعی عادت و تفریح تلقی کرده و به صورت منظم با افراد مختلف این کار را تکرار می‌کردند.

جلسات خانواده‌درمانی کیفیت زندگی مراجعین را بهبود بخشید. بر اساس نتایج مطالعه حاضر همه مؤلفه‌های کیفیت زندگی بهبود یافتند. این یافته با نتایج پژوهش‌های گوردون (۲۰۰۴) و اتکینز، جاکوبسون و باکوم (۲۰۰۱) همسو است. این همسویی احتمالاً به این دلیل است که جلسات مشاوره به درمان خیانت در زندگی زناشویی منجر شده است.

در پژوهش حاضر بر تغییر نگرش اعضای خانواده با یکدیگر و افزایش تعاملات زوجین تأکید شد. با توجه به گزارش‌های به عمل آمده تعاملات و صمیمیت زوجین

افزایش یافت. در این زمینه، مطالعات گوردن، باکوم و اشنایدر (۲۰۰۴) حاکی از آن است که مداخلات مبتنی بر خانواده‌درمانی به فرد به‌منظور قالب‌گیری مجدد ذهنی (خیانت) و به دست آوردن درک عمیق‌تری از چرایی آن کمک می‌کند. این مداخلات همچنین در افزایش سطح «بخشش» مراجعین و بهبود سلامت روان آن‌ها مؤثر بوده است که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت فرایند «بخشش» با روند آرام در طول رابطه زناشویی شکل می‌گیرد.

یکی از موارد بررسی‌شده در این تحقیق آسیب‌های جدی به همسرانی است که به آن‌ها خیانت شده است. احساسات منفی به همسر خیانت‌کار بسیار زیاد است. یکی از ابعاد مهم در طول درمان، توجه به درمان زنان آسیب‌دیده است. پس از اتمام درمان، گزارش مراجعین حاکی از آن بود که عواطف و احساسات منفی همسران مراجعین شرایط مثبتی یافته است و این افراد می‌توانند ارتباط مجدد با همسرشان برقرار کنند. بر اساس بررسی‌های کانو و اولری (۲۰۰۲) نیز واکنش فرد نسبت به خیانت همسر شبیه علائم استرس پس از ضربه است، مثل علائم شوک، سردرگمی، خشم، افسردگی، کاهش عزت‌نفس در مسائل شخصی و جنسی. پژوهش گلاس (۲۰۰۲) در خصوص آثار خیانت بر زوجین، نشان داده است که زوجها پس از افشای خیانت، افسردگی، اضطراب و احساس طردشدگی را تجربه می‌کنند. در تبیین این مورد می‌توان گفت که احتمالاً میزان نفرت همسری که به او خیانت شده است با توجه به یادگیری فنون شناختی کاهش خواهد یافت.

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش اتکینز و همکاران (۲۰۰۵) مبنی بر اینکه می‌توان به زوج‌های مواجه با خیانت زناشویی کمک کرد، همسوست. این پژوهش نشان‌دهنده تأثیر بالای «خانواده‌درمانی» مبتنی بر فنون شناختی رفتاری در درمان تنوع‌طلبی جنسی افراد متأهل می‌باشد. چنانکه مشاهده شد، «آموزش بازسازی شناختی»، «حساسیت‌زدایی منظم»، «آموزش حل تعارض»، «مثبت‌نگری فردی و خانوادگی»، «خودآگاهی»، «خودبازبینی» و «آموزش روابط جنسی سالم بین زن و شوهر» از فنون مورد استفاده در این پژوهش بود. همچنین درمانگر از طریق «جلب مشارکت اعضای

خانواده» به بهبود روابط خانوادگی و تغییر الگوی تفکر آن‌ها کمک کرد. همچنین بر بازگشت اعتماد در زوجین، به‌خصوص بازگشت اعتماد فردی که به وی خیانت شده است، بسیار تأکید شد. در انتهای درمان تنوع‌طلبی جنسی، فرد آسیب‌دیده تا حدود زیادی اعتماد خود را در خانواده به دست آورد که این یافته با نتایج تحقیق استفانو و اولا (۲۰۰۸) و دایویس و گولد (۲۰۱۱) همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجاکه خیانت، اساسی‌ترین جز رابطه زناشویی یعنی اعتماد را خدشه‌دار می‌کند، آثار مخرب بسیار عظیمی بر زندگی مشترک بر جای می‌گذارد و این آسیب توسط درمانگر طی چندین جلسه زوج‌درمانی مورد تأکید قرار می‌گیرد. همسر عهدشکن نیز با تغییرات مشخص رفتاری، باید پایبندی و تعهد خود را به همسرش نشان دهد و حداکثر تلاش خود را برای پی‌ریزی اعتماد دوباره انجام دهد؛ بنابراین نقش درمانگر در آموزش به زوج، در راستای بازگشت اعتماد بسیار مهم است.

در تحقیق باروچ، کانکر و بوش^۱ (۲۰۱۲) برای دستیابی به اهداف درمانی خیانت زناشویی، از راهبردهای پذیرش، تمرینات تمرکزی برای تضعیف اجتناب از تجارب و کار بر روی ارزش‌ها استفاده گردید که پژوهش حاضر با آن همسو است. کارسون، بوکام و گیل^۲ (۲۰۱۱) دستیابی به افزایش رضایتمندی در ارتباطات با همسر، توازن و هماهنگی نزدیک، پذیرش طرف مقابل، ایجاد فلسفه خوش‌بینی^۳، معنویت، آرامش در همسران آسیب‌دیده ناشی از خیانت همسر در تمرکز ذهنی مبتنی بر پذیرش و تعهد را گزارش نمودند. از این رو با پژوهش حاضر همسو است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از تعداد محدود آزمودنی (سه آزمودنی) و عدم استفاده از گروه کنترل بود. بنابراین، تعمیم یافته‌های پژوهش حاضر

-
1. Baruch, Kanker & Busch
 2. Carson, Baucom & Gil
 3. optimism
 4. spirituality
 5. relaxation

می‌بایست با احتیاط صورت پذیرد. در پایان، پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی تعداد بیشتری آزمودنی مورد بررسی قرار گیرند و اثربخشی رویکردهای دیگر روان-شناختی نیز مورد ارزیابی واقع شوند.

منابع

- آبراهامز، اسپرینگ (۱۳۸۰). پیوند زخم‌خورده، ترجمهٔ مرجان فرجی، تهران: انتشارات فردوسی.
- آرتور ای، جانگسما و ال. مارک پترسون (۲۰۰۷). راهنمای گام‌به‌گام درمان مشکلات بزرگ‌سالان، ترجمهٔ سید علی کیمیایی و همکاران (۱۳۸۹)، مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- حسن‌آبادی، حسین؛ مجرد، سعید و سلطانی‌فر، عاطفه (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار (EFT) بر سازگاری زناشویی و عواطف مثبت زوج‌های دارای روابط خارج از ازدواج، پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱ (۲)، ۲۵-۳۸.
- حسینی، سید مهدی (۱۳۹۰). نظریه‌ها و فنون خانواده‌درمانی، تهران: انتشارات رشد.
- خدایاری‌فرد، محمد و عابدینی، یاسمین (۱۳۸۹). نظریه‌ها و اصول خانواده‌درمانی و کاربرد آن در درمان اختلالات کودکان و نوجوانان. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- داتیلو، فرانک و جانگسما، آرتور (۱۳۹۲). راهنمای گام‌به‌گام خانواده‌درمانی، ترجمهٔ فریده عامری، تهران: انتشارات فراروان.
- رفیعی سحر؛ حاتمی ابوالفضل و فروغی، علی‌اکبر (۱۳۸۹). رابطهٔ بین طرح‌واره‌های ناسازگارانهٔ اولیه و سبک دلبستگی در زنان دارای خیانت زناشویی، فصلنامهٔ علمی - پژوهشی جامعه‌شناسی زنان، ۲۰، ۲۱-۳۶.
- زارب، زانت ام. (۱۳۸۶). ارزیابی و شناخت - رفتاردرمانی نوجوانان، ترجمهٔ محمد خدایاری‌فرد و یاسمین عابدینی. تهران: انتشارات رشد.
- زندپیور، طیبه؛ شفیع‌نیا، اعظم و حسینی، فاطمه (۱۳۸۷). رابطهٔ بخشش خیانت همسر و سلامت روان زنان متأهل. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ۷، ۲۸.
- زهراکار، کیانوش و جعفری، فروغ (۱۳۹۰). مشاورهٔ خانواده، تهران: انتشارات ارسباران.

سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه (۱۳۸۹). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*، تهران: انتشارات آگاه.

سودانی، منصور؛ کریمی، جواد؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز و نیسی، عبدالکاسم (۱۳۹۱). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش آسیب‌های ناشی از خیانت همسر. *نشریه تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰، ۴، ۲۵۸-۲۶۸.

شعاع کاظمی، مهرانگیز و سیف، سوسن (۱۳۸۹). *خانواده‌درمانی با رویکرد ستیر*، تهران: انتشارات الزهرا.

شیردل، ملیحه (۱۳۸۵). عوامل گرایش زنان و مردان متأهل به رابطه نامشروع جنسی. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۲۲، ۱۳۳-۱۴۸.

صدرالاشرفی، مسعود؛ خنکدار طارسی، معصومه؛ شمخانی، اژدر و یوسفی افرشته، مجید (۱۳۹۱). آسیب‌شناسی طلاق (علل و عوامل) و راهکارهای پیشگیری از آن. *مجله مهندسی فرهنگی*، ۷، ۷۳ و ۷۴، ۵۳-۲۶.

کالات، جیمز (۱۳۸۹). *روان‌شناسی فیزیولوژیکی*، ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر روان. کاوه، سعید (۱۳۸۳). *روانشناسی بی‌وفایی و خیانت*، تهران: انتشارات هنرهای اندیشه.

کاوه، سعید (۱۳۸۶). *همسران و بی‌وفایی و خیانت*، تهران: انتشارات سخن.

لاسترن دیوید، دان (۱۳۹۰). *آسیب‌شناسی وفاداری در زندگی زناشویی: راهنمای نجات از یک بحران خانوادگی*، ترجمه فرزین زاد، زنوزیان و واجب منفرد، تهران: نشر دانژه.

موسوی، اشرف‌السادات (۱۳۸۳). *خانواده‌درمانی کاربردی با رویکرد سیستمی*، تهران: دانشگاه الزهرا.

مهرآور مؤمنی، جاوید و شعاع کاظمی، مهرانگیز (۱۳۹۰). تأثیر روان‌درمانی زوجینی بر کیفیت زندگی زوجین آسیب‌دیده از خیانت‌های زناشویی در تهران. *مجله تخصصی پژوهش و سلامت مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت گناباد*، ۱، ۱، ۱۴-۲۷.

نیکولز، مایکل و شوارتز، ریچاردسی (۱۳۸۹). *خانواده‌درمانی مفاهیم و روش‌ها*، ترجمه دهقانی، محسن؛ گنجوی، آناهیتا؛ نجاریان، فرزانه؛ رسولی، سمانه؛ محمدی، علی زاد و طهماسبیان، کارینه. تهران: نشر دانژه.

هاروی. مایکل (۱۳۸۸). *زوج‌درمانی*. ترجمه خدابخش احمدی. تهران: نشر دانژه.

- Abrahamson, I., Rafat, K. A., & Schofield, M. J. (2012). What Helps Couples Rebuild Their Relationship after Infidelity? *Journal of Family Issues*, 33(11), 1494-1519.
- Amato, P. R., & Rogers, S. J. (1997). A longitudinal study of marital problems and subsequent divorce. *Journal of Marriage and Family*, 59(3), 612-24.
- Atkins, D. C., Jacobson, N. S., & Baucom, D. H. (2001). Understanding infidelity: Correlates in a national random sample. *Journal of family psychology*, 15, 735-749.
- Atwood, J. D. & Madeline, S. (1997). Extra Marital Affairs and Constructed Meaning: A Social Constructionist Therapeutic Approach. *The American Journal of family therapy*, 25(1), 55-75.
- Aviram, I., & Amichai-Hamburger, Y. (2005). Online infidelity: Aspects of dyadic satisfaction, self-disclosure, and narcissisms. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 10, 74-84.
- Bagarosi, D. A. (2008). Understanding and Treating Marital Infidelity: a Multidimensional Model. *The American Journal of Family Therapy*, 36, 1-17.
- Baruch, D. Kanker, J & Busch, A. (2012). *Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships*. Journal of Clinical Case Studies . 8 (3): 241-257.
- Baseline, D. (2002). *Statewide survey on marriage and divorce*. Oklahoma City: Oklahoma Department of Human Services.
- Benson, H. (1985). *Beyond the Relaxation Response*. New York: Berkley Books.
- Betzig, L. (1989). Causes of conjugal dissolution: A cross-cultural study. *Current Anthropology*, 30, 654-676.
- Bravo, I. M., & Lmpkin, P. W. (2010). The complex case of marital Infidelity: An explanatory model of contributory processes to facilitate psychotherapy. *American Journal Family Therapy*, 38, 421-32.
- Brown, E. M. (2001). *Patterns of infidelity and their treatment*. New York, NY: Psychology Press
- Buss, D. M., & Shackelford, T. K. (1997). Susceptibility to infidelity in the first year of marriage. *Journal of Research in Personality*, 31(2), 193-221.
- Chan, H., Chlen, S., & Sarif Mustafa, M. (2008). *DIVORCE IN MALEYSIA*. Doctoral dissertation (unpublished), Faculty of Education, University Technology Malaysia.
- Davis, J., & Gold, G. (2011). An examination of emotional empathy attributions of stability, and the link between perceived remorse and forgiveness. *Journal of Personality and Individual Differences*, 50, 392-397.
- Demaris, A. (2009). Distal and proximal influences on the risk of extramarital sex: A prospective study of longer duration marriage. *Journal of sex Research*, 73(3), 273-299.

- Drigotas, S. M., & Barta, W. (2012). The cheating heart: Scientific explorations of infidelity. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 177-180. doi:10.1111/1467-8721.
- Emmers-Sommer, T. M., Warber, K., & Halford, J. (2010). Reasons for nonengagement in Infidelity. *Journal Marital & Family Review*, 46, 420-44.
- Fisher, M., Voracek, M., Rekkas, P., & Vivien, C. A. (2008). Sex Differences in Feeling of Guilt Arising from Infidelity, *Evolutionary Psychology*, 6(3), 436-446.
- Fung, S. C., Wong, C. W., & Tam, S. M. (2009). Familial and extramarital relations among truck drivers crossing the Hong Kong-China border. *Journal Sex Marital Therapy*, 35(3), 239-44.
- Glass, S. P., & Wright, T. L. (2007). Reconstructing marriages after the trauma of infidelity. In: Halford W. K., & Markman, H. J., editors. *Clinical handbook of marriage and couples interventions*. New York, NY: John Wiley & Sons. p. 471-507.
- Glass, S. P. (2002). Couple therapy after the trauma of infidelity. In A. S. Gurman & N. S. Jacobson (Eds). *Clinical handbook of couple therapy*. New York: Guilford.
- Gordon K. C. (2004). An integrative intervention for promoting recovery from extramarital affairs. *Journal Marital Family Therapy*, 30, 213-231.
- Gordon, K. C, Baucom, D. H., & Snyder, D. K. (2004). An integrative intervention for promoting recovery from extramarital affairs. *Journal of marital and family therapy*, 92, 79-90.
- Janus, S., & Janus, C. L. (1993). *The Janus report on sexual behavior*. New York, NY: Wiley.
- Johnson, C. A., Stanley, S. M., Glenn, N. D., Amato, P. A., Nock, S. L., Markman, H. J., Dion, M., Olmos-Gallo, P. A., & Peters, M. (2001). *Marriage in Oklahoma: 2001 Baseline Statewide Survey on Marriage and Divorce*. Oklahoma Marriage Initiative.
- Kaighobadi, F., Shackelford, T. K., Popp, D., Moyer, R. M., Bates, V. M., & Liddle, J. R. (2009). Perceived risk of female infidelity Moderates the relationship between men Personality and partner-directed violence, *Journal of Research in Personality*, 43, 1033-1039.
- Kendall, P. C. (2000). *Child & Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral procedures*. New York: Guilford press.
- Lalasz, C. B, & Weigel, D. J. (2011). Understanding the relationship between gender and extradyadic relations: The mediating role of sensation seeking on intentions to engage in sexual infidelity. *Journal of personality and individual differences*, 50, 1079- 1083.
- Manassis, K., & Bardley, S. J. (1994). The development of childhood anxiety disorders: Toward an integrated model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 15, 345-366.

- Meston, C. M., & Buss, D. M. (2007). Why humans have sex. *Archives of Sexual behavior*, 36, 477-507.
- Micucci, J. A. (1998). *The adolescent in family therapy*. NY: Guilford press.
- Peluso, P. R. (2007). *Infidelity: A practitioner's guide to working with couples in crisis*. New York: Routledge.
- Reibstein, J. (2013). Commentary: a different lens for working with affairs: using social constructionist and attachment theory. *Journal of Family Therapy*, 35, 368-380.
- 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.
- Shackelford, T. K., Buss, D. M., & Bennett, K. (2002). Forgiveness or breakup: sex differences in responses to a partner infidelity. *Cognition and Emotion*, 16(2), 299-307.
- Smith, C., Hall, R., & Daigle, J. (2010). Monotony in Monogamy: A Study of Married Individuals Seeking to Have an Extramarital. *American Journal of Psychological Research*, 6(1), 97-102.
- Snyder, D. K., Baucom, D. H., & Gordon, K. C. (2007). Treating infidelity: An integrative approach to resolving trauma and promoting forgiveness. In: Peluso P. R., editor. *Infidelity: A practitioner's guide to working with couples in crisis*. New York: Routledge.
- Stefano, J. D., & Oala, M. (2008). Extramarital Affairs: Basic Considerations and Essential Tasks in Clinical Work. *The family Journal Counseling and therapy for Couples and Families*, 16, 1, 13-19.
- Thornton, V., & Nagurney, A. (2011). What is infidelity? Perceptions based on biological sex and personality. *Psychology Research and Behavior Management*, 4, 51-58.
- Wiederman, M. W., & Allgeier, E. R. (1996). Expectations and attributions regarding extramarital sex among young married individuals. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 8(3), 21-35.