



Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Couple Therapy and Acceptance and Commitment Couple Therapy on the Couple Burnout and Post-traumatic Stress of Women Affected by Marital Infidelity

Received: August 5, 2020

Accepted: February 26, 2021

Tachara Roohi Karimi

Ph.D. Candidate in Psychology, Ph.D. in Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Zahedan branch, Zahedan, Iran.

Mahmoud Shirazi

mshirazi@edpsy.usb.ac.ir

Associate Professor, Department of Psychology, University Of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran. **(Corresponding Author)**

Gholam Reza Sanagouye Moharrer

Assistant Professor, Departement of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran.

Abstract

It is important to use appropriate interventions to reduce negative effects of marital infidelity. Therefore, the aim of this study was to comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance and commitment couple therapy on marital burnout and post-traumatic stress in women affected by infidelity. The statistical population of the study consisted of all women affected by infidelity in the west region of Tehran in 2019. Forty-five women selected by purposeful sampling and then randomly assigned to one of the three groups, including the cognitive-behavioral couple therapy group, the acceptance and commitment couple therapy's group, and the control group. Participants in the cognitive-behavioral couple therapy group as well as the acceptance and commitment therapy group received 12 90-minutes weekly sessions of therapy, while the control group received no intervention. All participants completed the marital burnout (Pines, 1996) and the post-traumatic stress questionnaires (Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum, 1993) at pre/post intervention. Data were analyzed using covariance analysis. The results was show that both cognitive-behavioral couple therapy and acceptance and commitment couple therapy had a significant effect on physical burnout ($P= 0.002$; $F=7.64$), emotional burnout ($P= 0.001$; $F=19.07$), mental burnout ($P= 0.001$; $F=16.42$), and post-traumatic stress ($P= 0.001$; $F=65.72$). Also, the results of Bonferroni post hoc test showed that there was no significant difference between the two groups in marital burnout ($p>0.05$), while, in terms of post-traumatic stress, the difference between the two groups was significant and the results were in favor of the acceptance and commitment couple therapy ($p<0.05$). According to the results, it can say that cognitive-behavioral couple therapy, and acceptance and commitment couple therapy are effective on marital burnout and post-traumatic stress in women affected by marital infidelity. Therefore, we recommended that family psychological counseling specialists use these couple therapy methods to reduce the effects of marital infidelity.

Key words: *marital infidelity, marital burnout, post-traumatic stress, cognitive-behavioral couple therapy, acceptance and commitment couple therapy*

Introduction

Family therapists and researchers have offered several definitions of marital infidelity; but in short, marital infidelity is a kind of sexual, emotional, or sexual-emotional relationship with someone other than the spouse hidden from her/him (Munsch, 2015). The first expected consequence of marital infidelity is frustration with married life, which leads to increased marital burnout (Nazari, 2016). Marital burnout is defined as the gradual decrease in emotional attachment to the spouse accompanied by feelings of alienation, apathy, and indifference between couples, and the transitions of positive to negative emotions (Kebritchi & Mohammadkhani, 2016). On the other hand, a common problem of infidelity-affected women is the development of posttraumatic stress symptoms, which may be associated with other destructive outcomes. Posttraumatic stress occurs after a life-threatening event or painful experience (Perkins-Porras, Joekes, Bhalla, Sutherland, Pollard, 2015). Family therapists use various approaches to treat marital infidelity. Cognitive-behavioral couple therapy (CBCT) is one of the most effective treatments for couples' problems.

CBCT makes couples aware of cognitive errors including mind-reading and extreme generalization. In addition to cognitive reconstruction, it uses a variety of behavioral interventions to enhance coping skills (Fischer, Baucom & Cohen, 2016). Another recent treatment is Acceptance and Commitment Therapy (ACT). From the ACT perspective, the formation of different behaviors is influenced by living conditions (early childhood, mid-and late childhood, and early adulthood (Hayes, Strosahl & Wilson, 2011). Critical processes in the ACT include acceptance, living in the present, defusion, self as a context, values, and committed action (Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson, 2007). Given the above discussion, the present study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy (CBCT) and acceptance and commitment couple therapy (ACCT) on marital burnout and posttraumatic stress symptoms in infidelity-affected women.

Methodology

This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and two experimental and control groups. 45 infidelity-affected women were selected through the purposeful

sampling method and randomly divided into three groups of CBCT (15 people), ACCT (n = 15), and control group (n = 15). The first two groups participated in 12 CBCT and ACCT sessions, respectively.

Pines Couple Burnout Measure : This questionnaire was designed by Pines in 1996 and consists of 21 questions. Its Cronbach's alpha coefficient has been reported between 0.91 and 0.93 (Pines, 1996).

Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) : This scale was developed by Foa et al, in 1993 with 17 items to assess the symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD). The PDS reliability for re-experience, avoidance, and arousal is 0.78, 0.84, and 0.84, respectively; its total reliability is reported 0.92 (Foa, Meadows, 1997).

Results and discussion

Table 1 shows the mean and standard deviation of the subjects' marital burnout and post-traumatic stress scores in terms of groups and assessment stage.

Table 1.

The mean and standard deviation of the subjects' marital burnout and post-traumatic stress

Variable	Stage	CBT		ACT		Control group	
		M	SD	M	SD	M	SD
Physical burnout	Pre-test	19.13	2.03	17.13	2.13	17.73	1.98
	Post-test	13.40	1.50	14.53	2.29	17.86	4.50
Emotional burnout	Pre-test	26.93	2.28	26.46	3.09	26.53	3.48
	Post-test	18.33	2.02	20.13	4.25	25.46	2.58
Mental burnout	Pre-test	29.53	2.85	29.46	2.09	30.26	3.19
	Post-test	21.26	3.15	22.80	2.39	28	3.68
Total score of burnout	Pre-test	75.60	5.31	73.06	5.54	74.53	6.25
	Post-test	53	4.47	57.46	4.13	71.33	6.49
Posttraumatic stress	Pre-test	25.06	3.09	23.60	2.84	24.61	3.37
	Post-test	15.26	3.28	12.46	1.99	22.93	2.46

Table 2.

Mutual groups' differences (among CBCT, ACCT, and control) in marital burnout and post-traumatic stress

Dependent variable	Group		Mean differences	Standard deviation error	Sig.
Physical burnout	CBT	ACT	-1.31	1.22	0.86
	CBT	Control	-4.43	1.18	0.002
	ACT	Control	-3.11	1.14	0.03
Emotional burnout	CBT	ACT	-1.77	1.26	0.05
	CBT	Control	-7.09	1.22	0.001
	ACT	Control	-5.32	1.18	0.001
Mental burnout	CBT	ACT	-1.06	1.23	1
	CBT	Control	-6.21	1.19	0.001
	ACT	Control	-5.14	1.15	0.001
Posttraumatic stress	CBT	ACT	2.54	0.94	0.03
	CBT	Control	-7.74	0.93	0.001
	ACT	Control	-10.29	0.93	0.001

The results show that both treatments had a significant effect on the reduction of marital burnout and post-traumatic stress symptoms.

Conclusion

This study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance and commitment couple therapy on marital burnout and posttraumatic stress symptoms in infidelity-affected women. The results revealed that both CBCT and ACCT were successful in improving marital burnout and posttraumatic stress symptoms in infidelity-affected women. In addition, no significant difference was found between the two approaches. However, the effectiveness of ACCT on posttraumatic stress symptoms was more robust than CBCT.

In explaining the positive impact of CBCT on marital burnout and posttraumatic stress symptoms, it can be said that this approach is a combination of cognitive and behavioral techniques which provide couples with solutions to recognize and modify distorted thinking patterns and dysfunctional behaviors. It also helps them to use regular discussions and organized behavioral tasks (Mohammadi et al., 2017). The positive effect of ACCT also can be

attributed to teaching infidelity-affected women how to premit thoughts inhibition, avoid engaging in disturbing thoughts, and properly manage negative emotions. ACCT emphasizes performance orientation to deal with negative thoughts and feelings, which helps it to reduce the effects of marital infidelity including marital burnout and posttraumatic stress symptoms.

Acknowledgments

The authors would like to thank all the participants in this study.

Authors' contributions

In conducting this research the first author of treatment, data collection, writing this article, and the second author participated in statistical analysis and writing this article.

Funding

The study was conducted at the personal expense of researchers.

Availability of data and materials

The study used two questionnaires. These questionnaires are easily accessible to researchers

Ethics approval and consent to participate

All participants in the study participated in the study by filling out a consent form, and the researchers assured them that the results of the research were confidential.

Consent for publication

Researchers are pleased to announce the publication of this article

Competing interests

This research is not in conflict with personal or organizational interests.

References

- Fischer, M. S., Baucom, D. H., & Cohen, M. J. (2016). Cognitive-behavioral couple therapies: Review of the evidence for the treatment of relationship distress, psychopathology, and chronic health conditions. *Family Process, 55*(3), 423-442. [[link](#)]
- Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology, 48*(1), 449-480. [[link](#)]
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(2), 336. [[link](#)]

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press. [\[link\]](#)
- Kebritchi, A., & Mohammadkhani, S. (2016). The role of marital burnout and early maladaptive schemas in marital satisfaction between young couples. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(12), 239-246. [\[link\]](#)
- Mohammadi, M., Sheykh Hadi Siruii, R., Garafar, A., Zahrakar, K., Shakarami, M., & Davarniya, R. (2017). Effect of Group Cognitive Behavioral Couples Therapy on Couple Burnout and Divorce Tendency in Couples. *Armaghane Danesh*, 21(11), 1069-1086. [persian]. [\[link\]](#)
- Munsch, C. L. (2015). Her support, his support: Money, masculinity, and marital infidelity. *American Sociological Review*, 80(3), 469-495. [\[link\]](#)
- Nazari, A. M. (2016). Prediction of marital burnout based on personality traits and sexual intimacy in married woman nurses in selected private hospitals in Tehran. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal*, 6(3), 59-70. [\[link\]](#)
- Perkins-Porras, L., Joekes, K., Bhalla, N., Sutherland, C, and Pollard M. (2015). Reporting of Posttraumatic Stress Disorder and Cardiac Misconceptions tionsFollowing Cardiac Rehabilitation. *Journal of Cardiopulm Rehabil Prev*. 35 (4):238-245. [\[link\]](#)
- Pines, A. M. (1996). *Couple burnout: Causes and cures*, Routledge. [\[link\]](#)

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی



مشاوره و روان‌درمانی خانواده

دوره دهم، شماره دوم (پیاپی ۳۰)، پاییز و زمستان ۱۳۹۹

هم‌سنجی اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد بر بی‌رمقی زناشویی و تنیدگی پس‌ضربه‌ای زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی

دریافت: ۱۳۹۹-۰۵-۱۵ پذیرش: ۱۳۹۹-۱۲-۰۸

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.

تاجارا روحی کریمی

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران. (نویسنده مسئول)

محمود شیرازی

mshirazi@edpsy.usb.ac.ir

استادیار روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.

غلامرضا ثناگوی محرر

چکیده

به‌کارگیری مداخلات فراخور برای کاهش اثرات منفی خیانت زناشویی ارجح فراوانی دارد. بر این اساس هدف از پژوهش حاضر هم‌سنجی کارایی زوج‌درمانی شناختی رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد بر بی‌رمقی زناشویی و تنیدگی پس‌ضربه‌ای زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی بود. جامعه آماری این پژوهش دربرگیرنده همه زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی منطقه غرب تهران در سال ۱۳۹۸ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در سه گروه زوج‌درمانی شناختی رفتاری، زوج‌درمانی پذیرش و تعهد و گروه گواه گمارش شدند. آزمودنی‌های گروه شناختی رفتاری و گروه پذیرش و تعهد هر کدام به‌صورت جداگانه طی دوازده جلسه و یک‌بار در هفته به مدت ۹۰ دقیقه تحت آموزش قرار گرفتند. طی این مدت گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. همه آزمودنی‌ها قبل و بعد از پژوهش به پرسشنامه بی‌رمقی زناشویی (Pines, 1996) و تنیدگی پس‌ضربه‌ای (Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum, 1993) پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که هر دو درمان تأثیر معناداری بر بی‌رمقی بدنی ($F=7/64$; $P=0/002$)، بی‌رمقی هیجانی ($F=19/07$)، بی‌رمقی روانی ($F=16/42$; $P=0/001$) و تنیدگی پس‌ضربه‌ای ($F=65/72$; $P=0/001$) داشتند. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در بی‌رمقی زناشویی وجود نداشت ($p>0/05$) ولی در تنیدگی پس‌ضربه‌ای تفاوت دو گروه معنادار بود و نتایج به نفع گروه زوج‌درمانی پذیرش و تعهد بود ($p<0/05$). بر اساس نتایج حاضر، می‌توان دریافت که زوج‌درمانی شناختی رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد بر بی‌رمقی و تنیدگی پس‌ضربه‌ای زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی مؤثر است؛ بر این اساس پیشنهاد می‌شود متخصصین مشاوره روان‌شناختی خانواده از این روش‌های زوج‌درمانی برای کاهش اثرات خیانت زناشویی بهره بگیرند.

کلیدواژه‌ها: خیانت زناشویی، بی‌رمقی زناشویی، تنیدگی پس‌ضربه‌ای زوج‌درمانی شناختی رفتاری، زوج‌درمانی پذیرش و تعهد

مقدمه

خانواده و جامعه سالم، وابسته به روابط زناشویی کامیاب است. مشکلات زناشویی نه تنها پایه‌های خانواده را لرزان می‌کند، چه بسا مهم‌تر از آن تحول هیجانی، اجتماعی و سازگاری پس از آن زوجین را نیز دچار مشکل می‌سازد. یکی از پیشامدهایی که به شدت بر روابط زناشویی زوجین تأثیر منفی می‌گذارد، خیانت زناشویی^۱ است (Fincham & May, 2017). درمانگران خانواده و پژوهشگران تعریف‌های فراوانی از خیانت زناشویی ارائه کرده‌اند؛ ولی به‌طور گزیده خیانت زناشویی گونه‌ای رابطه جنسی، هیجانی یا جنسی - هیجانی با فردی غیر از همسر است که از او پنهان می‌گردد (Munsch, 2015). خیانت جنسی عبارت است از داشتن رابطه جنسی با فردی غیر از همسر که از او پنهان می‌شود و خیانت هیجانی عبارت است از داشتن علاقه به شخص دیگری غیر از همسر یا قرار دادن منابع هیجانی مانند عشق، وقت و توجه به فردی غیر از همسر (Harris, 2018). به‌تازگی با گسترش فناوری و استفاده روزافزون از اینترنت نوع دیگری از خیانت به‌عنوان خیانت اینترنتی در ادبیات پژوهش مطرح شده است. خیانت اینترنتی به‌عنوان داشتن رابطه شیداوار جنسی با فردی غیر از همسر تعریف می‌شود که از راه ابزارهای الکترونیک آغاز و ادامه پیدا می‌کند (Fincham & May, 2017). خیانت زناشویی به‌طور نهفته به انحلال زناشویی کمک می‌کند. خیانت یکی از بدترین رویدادهایی است که در روابط زناشویی روی می‌دهد و ثبات خانواده را به چالش می‌کشد (Warach & Josephs, 2021). این اتفاق صرف‌نظر از وضعیت روابط، تهدید بزرگی برای روابط عاشقانه است. چندان تفاوتی نمی‌کند که افراد در روابط دوستانه باشند یا پیوند زناشویی؛ در صورت کشف بی‌وفایی شریک خود، به‌احتمال زیاد اقدام به جدایی می‌کنند (Amani, Isanejad, Alipour, 2018). درواقع شاید بتوان گفت نخستین پیامدی که می‌توان درباره به خیانت زناشویی انتظار داشت، دلسردی و ناامیدی از زندگی زناشویی است که منجر به افزایش بی‌رمقی زناشویی^۲ می‌شود (Nazari, 2016). بی‌رمقی زناشویی کاهش تدریجی دل‌بستگی هیجانی به همسر است که با احساس بیگانگی، بی‌علاقگی و بی‌تفاوتی زوجین به یکدیگر و جایگزینی هیجان‌های منفی به‌جای هیجان‌های مثبت همراه است (Kebritchi & Mohammadkhani, 2016) و در پی آن، احساسات منفی،

1. marital infidelity
2. marital burnout

حالت غالب به خود می‌گیرد و به از دست دادن شور و شوق اولیه، وابستگی هیجانی، تعهد و نهایتاً بروز بی‌رمقی منجر می‌شود (Pokorska, Farrell, Evanschitzky, & Pillai, 2013).

بی‌رمقی را به‌عنوان یک حالت خستگی بدنی، هیجانی و روانی (Pines, Neal, Hammer, Ickson, 2011)، بی‌رمقی را به‌عنوان یک حالت خستگی بدنی، هیجانی و روانی که در شرایط درگیری طولانی‌مدت همراه با مطالبات هیجانی ایجاد می‌شود، می‌دانند. در این تعریف، خستگی بدنی با کاهش انرژی، خستگی مزمن، ضعف و تنوع وسیعی از شکایت‌های جسمی و روان‌تنی مشخص می‌شود. درحالی‌که خستگی هیجانی شامل احساسات درماندگی، ناامیدی و فریب می‌شود. خستگی روانی به تحول نگرش منفی نسبت به خود، کار و زندگی برمی‌گردد. از سوی دیگر در تعدادی از پژوهش‌ها، بی‌رمقی به دو نوع بدنی و روانی تقسیم‌بندی شده است (Pokorska et al, 2013). بی‌رمقی زناشویی از نوع جسمی زمانی بروز می‌کند که زوجین متوجه می‌شوند به‌رغم تلاش‌هایشان، رابطه‌شان جسمی و جنسی با همسرشان به زندگی معنا نداده و نخواهد داد، آن‌ها در جهان‌شان تفاوتی احساس نکرده‌اند و از این‌رو آغاز به احساس بیچاره بودن، ناامید بودن و بی‌رمقی جسمی و جنسی می‌کنند (Lingern, 2003). بی‌رمقی عاطفی نیز زمانی بروز می‌کند که یکی از زوجین به‌اندازه طرف دیگر برای رابطه ارزش قائل نیست و یا مهم‌ترین نیازهای یکی از طرفین نادیده گرفته می‌شود (Pines et al, 2011). آغاز بی‌رمقی روان‌شناختی و بی‌رمقی روانی به‌ندرت ناگهانی است و در بیشتر موارد یک پدیده ناگوار یا رخداد‌های جزئی ناراحت‌کننده مانند خیانت زناشویی آغاز می‌گردد، ولی روند آن تدریجی است تا اینکه در ادامه زمانی می‌رسد که زوجین در می‌پایند از نظر روان‌شناختی میلی به هم ندارند. از آنجا که بی‌رمقی زناشویی کاهش عشق و علاقه و افزایش رفتارهای خصمانه را به دنبال دارد و می‌تواند به نارضایتی زناشویی منجر شده و بنیان خانواده را متزلزل سازد (Huston, 2009).

همچنین بر اساس پژوهش‌های انجام‌گرفته، یکی از مشکلات رایج زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی، نشانگان تنیدگی پس‌ضربه‌ای^۱ است (Avani, ZareeiMahmoodAbad, 2020). این مسئله از مشکلاتی است که می‌تواند در پی ضربه افشای خیانت همسر اتفاق بیفتد و عواقب دیگری را نیز برای فرد رقم بزند. تنیدگی پس‌ضربه‌ای در پی یک اتفاق تهدیدکننده حیات یا یک تجربه دردناک در افراد ظاهر می‌شود (Perkins-

1. post-traumatic stress

Brown, 2015) و افراد با ترس به آن واکنش نشان می‌دهند (Brown, 2015). علائم این اختلال شامل باز تجربه کردن ناخواسته و تکراری رویداد، اجتناب از یادآورنده‌های رویداد آسیب‌زا، دگرگونی فراوان در بیش‌برانگیختگی و واکنش‌پذیری افراطی و تغییرات منفی در طرح‌واره‌ها و خلق مربوط به رویداد آسیب‌زا است (American Psychiatric Association, 2013). همچنین برخی واکنش‌های آسیب‌زای خیانت، در قالب شبه اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای است: کرختی هیجانی، تنیدگی، اجتناب از یادآورنده‌ها، تصاویر مزاحم، نشخوار فکری، آینده کوتاه شده، بیش‌اشتغالی ذهنی با شکست اعتماد، شک به خویشتن و خشم (Fairbrother, Newth, & Rachman, 2005). (Glass, 1997 & Wright, 2013) و (De Stefano, & Oala, 2008) و بسیاری پژوهش‌های دیگر در رابطه با خیانت زناشویی، تأیید می‌کنند که این رویداد موجب بروز وسواس، افسردگی و همچنین نشانه‌های اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای می‌شود.

همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پیامدهای زیان‌بار خیانت می‌تواند برای طولانی مدت و شاید برای همیشه دوام داشته باشد، مگر اینکه زوجین درمانی مناسبی دریافت کنند (Baucom, Snyder & Gordon, 2009). پژوهش‌های مرتبط با زوج‌درمانی خیانت، فارغ از جهت‌گیری نظری درمان نشان داده است که درصد زیادی از زوجها درمان‌پذیر هستند (Brown, 2013). خانواده درمانگران از رویکردهای مختلف و متعددی برای درمان خیانت زناشویی بهره می‌برند. یکی از درمان‌های مؤثر در زمینه حل مشکلات زوجین، زوج‌درمانی شناختی-رفتاری^۱ است. در زوج‌درمانی شناختی-رفتاری، به زوجها درباره خطاهای شناختی همچون ذهن‌خوانی و تعمیم افراطی هشدار داده می‌شود. رویکرد زوج‌درمانی شناختی-رفتاری علاوه بر بازسازی شناختی، از انواع مداخله‌های رفتاری برای تقویت مهارت‌های مقابله‌ای استفاده می‌کند (Fischer, 2016). تمرکز زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر تغییرات رفتاری و تعاملات زوجین است و توجه زوجین را به تبیین‌هایی که در مورد رفتار یکدیگر دارند و به استانداردها و انتظاراتی که از رابطه زناشویی و از رابطه به‌طور کلی دارند معطوف می‌کند (Baucom, & Epstein, 2013). به دلیل اینکه کشف و برملا شدن خیانت معمولاً منجر به آشفتگی‌های هیجانی و تعاملات منفی میان زوجین می‌شود، راهبردهای

1. cognitive-behavioral couple therapy

با ساختار و مستقیم که در زوج‌درمانی شناختی-رفتاری وجود دارد به زوجین کمک می‌کند تا آشفته‌گی‌های هیجانی کمتری را تجربه کنند و از شدت تعاملات منفی‌شان کاسته شود (Gordon, Baucom, Snyder, & Dixon, 2008).

یکی دیگر از روش‌های درمانی اخیر نیز درمان پذیرش و تعهد^۱ یا اکت^۲ است. از دیدگاه روش اکت، شکل‌گیری رفتارهای مختلف در انسان متأثر از شرایط زندگی (دوره اولیه کودکی، واسط و اواخر کودکی و اوایل سن بلوغ) است (Hayes, Strosahl & Wilson, 2011). به بیان دیگر، زمینه‌ها و تجارب هر فرد در زندگی است که پایه رفتارهای رمانتیک و عاشقانه را در زندگی طرح‌ریزی می‌کند و تعاملات کلامی افراد در دوران کودکی و اواخر دوران کودکی و بلوغ جنسی، روابط زوجی آن‌ها را در آینده تحت تأثیر قرار می‌دهد بنابراین، طبق نظریه چهارچوب ارتباطی^۳، زبان و تعاملات کلامی در عین حال که تجربه عشق و صمیمیت را پررنگ می‌کنند، مشکلاتی را نیز به وجود می‌آورد که می‌توان از راه روش اکت در جهت حل این مشکلات گام برداشت (Harris, 2009). فرایندهای مهم در شیوه ACT نیز شامل پذیرش^۴، در زمان حال بودن، گسلش^۵ خود به‌عنوان زمینه^۶، ارزش‌ها^۷ و عمل متعهدانه^۸ است (Gregg, et al, 2007). فرایندهای مکمل پذیرش و گسلش، زوجین را در پاسخ‌دهی به افکار و احساسات خود به نحو سالم‌تری از نظر روانی یاری می‌دهد، پذیرش به معنای پذیرفتن افکار و احساسات در لحظه، بدون تلاش به منظور کنترل آن‌ها و به صورتی که فقط تجربه شود. گسلش به این - معنی است که فرد افکار را به صورت حقیقت باور می‌کند و به‌جای اجتناب، باید آن‌ها را تجربه کند؛ بنابراین، پذیرش و گسلش می‌تواند مانع از این شود که زوجین به نحوی پاسخ دهند که روابط زوجی را تضعیف کند (Harris, 2019).

پژوهش‌های اخیر با استفاده از شیوه‌های زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد نتایج رضایت‌بخشی را برای استفاده از این رویکردها در درمان زوجین فراهم می‌کند. پژوهش‌های

1. acceptance and commitment therapy

2. ACT

3. relational frame theory

4. acceptance

5. defusion

6. self as a context

7. values

8. committed action

انجام شده، روش زوج درمانی شناختی-رفتاری را به عنوان درمان مناسبی برای مشکلات زناشویی نشان داده اند؛ برای مثال (Pirfalak, Sodani, shafiabadi, 2014) در پژوهشی نشان دادند که زوج درمانی گروهی شناختی-رفتاری بر کاهش بی رمقی زناشویی تأثیر دارد؛ (Mohammadi et al., 2017) در پژوهشی نشان دادند که گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش فرسودگی زناشویی و میل به طلاق در زوجین مؤثر است، پژوهش (Gharagozloo, Moradhaseli & Atadokht, 2018) که با هدف مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری حضوری و مجازی بر اختلال استرس پس از سانحه در روابط فرا زناشویی صورت گرفت؛ نشان داد که آموزش زوج درمانی شناختی-رفتاری بر تنیدگی پس ضربه ای زوجین آسیب دیده از خیانت تأثیر دارد. پژوهش (Khanjani veshki, Shafiabady, Farzad & Fatehizade, 2017) نشان داد که زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی زناشویی زوجین متعارض تأثیر گذر است. پژوهش (Bélanger, Laporte, Sabourin & Wright, 2015)، نشان داد که زوج درمانی شناختی بر بهبود حل مسئله و افزایش شادکامی در زندگی زناشویی مؤثر است. علاوه بر این، نتایج پژوهش (Dugal, Bakhos, Bélanger, & Monson et al, 2012; Godbout, 2018) بیانگر آن بود که زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش تعارض های زناشویی و تنیدگی پس ضربه ای مؤثر است. همچنین، اثربخشی روش اکت برای بسیاری از مشکلات زناشویی نشان داده شده است؛ برای مثال نتایج پژوهش (Amidisimakani, Najarpourian & Samavi, 2018) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد درمان مؤثری برای بی رمقی و تعهد زناشویی زنان متأهل است؛ نتایج پژوهش (Arabnejad, Birashk, & Abolmaali Alhosseini, 2014) که با هدف بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر بهبود صمیمیت زناشویی و کاهش تعارضات زوجین انجام گرفته بود؛ نشان داد که این درمان در بهبود صمیمیت زناشویی و کاهش تعارضات زناشویی مؤثر است. علاوه بر این، (Amani et al., 2018) اثربخشی این روش درمانی را بر آشفستگی زناشویی، تعارض زناشویی و خوش بینی نشان داده اند. از سوی دیگر در پژوهش دیگری نیز اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افزایش سازگاری، رضایتمندی زوجین، کاهش آشفستگی های روانی و روابط میان فردی نشان داده شده است (Peterson, Eifert, Feingold, & Davidson, 2009). شیوه های زوج درمانی شناختی-رفتاری و زوج درمانی پذیرش و تعهد نتایج تفاوت هایی با یکدیگر دارند که از آن جمله می توان گفت که زوج درمانی شناختی جزء نگر است؛ در حالی که درمانگران شیوه زوج درمانی پذیرش و تعهد را به تبع زمینه گرایی عملکردی، کل نگر می دانند. این نوع از

درمان به‌طور کلی درمانی زمینه‌گرا است، زمینه‌های که فکر و هیجان در آن رخ می‌دهد. بنابراین، می‌کوشد به‌جای تغییر شکل یا محتوای رفتار بالینی، زمینه اجتماعی / کلامی را تغییر دهد (Hayes et al, 2011). یکی از بهترین و مؤثرترین یافته‌ها، استراتژی تنظیم احساسات از راه ارزیابی مجدد شناختی است که هسته اصلی روش زوج‌درمانی شناختی محسوب می‌شود؛ در صورتی که استراتژی زوج‌درمانی پذیرش و تعهد، پذیرش و عدم اجتناب است (Hofmann & Asmundson, 2011).

با توجه به مطالب ارائه‌شده و کمبود پژوهش‌های ارائه‌شده در خصوص خیانت زناشویی در داخل کشور و به‌ویژه کاربرد زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد و مشکلات ناشی از خیانت و بهبود آسیب‌های ناشی از این مسئله و نبودن پژوهشی که به مقایسه تأثیر این دو روش زوج‌درمانی بر خیانت زناشویی پرداخته باشد، لذا در پژوهش حاضر به تأثیر زوج‌درمانی شناختی-رفتاری در مقایسه با زوج‌درمانی پذیرش و تعهد بر بی‌رمقی زناشویی و تنیدگی پس‌ضربه‌ای زنان آسیب‌دیده از خیانت می‌پردازد و به این پرسش پاسخ می‌دهد که آیا تفاوت معنی‌داری میان زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد بر بی‌رمقی زناشویی و تنیدگی پس‌ضربه‌ای زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی وجود دارد؟

روش

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه زنان درگیر با مسئله خیانت زناشویی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی مشاوره و روان‌شناختی منطقه غرب تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل داد که میان‌ماه‌های خرداد تا شهریور سال ۱۳۹۸ به مراکز مشاوره (چهار مرکز مشاوره) مراجعه کرده بودند. از میان آن‌ها تعداد ۴۵ نفر که دارای تمام ملاک‌های ورود به پژوهش بودند (داشتن تجربه خیانت زناشویی، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، داشتن حداقل یک سال زندگی مشترک، رضایت آگاهانه و داوطلبانه برای شرکت در پژوهش، توانایی شرکت در تمامی جلسات، نداشتن مشکل بدنی یا روانی مشخص) به‌صورت هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه زوج‌درمانی شناختی-رفتاری (۱۵ نفر)؛ زوج‌درمانی پذیرش و تعهد (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جای‌دهی شدند.

ابزارها

پرسشنامه بی‌رمقی زناشویی^۱: این پرسشنامه توسط پاینز (Pines, 1996) ساخته شده است و شامل ۲۱ سؤال است که نشان‌دهنده‌ی نشانگان بی‌رمقی است. این پرسشنامه دارای سه مؤلفه بی‌رمقی هیجانی (خستگی هیجانی^۲ با سؤالات ۲، ۳، ۵، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۷)، بی‌رمقی روانی (خستگی ذهنی^۳ با سؤالات ۶، ۸، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰) و بی‌رمقی جسمی (خستگی جسمی^۴ با سؤالات ۴، ۷، ۱۰، ۱۶، ۲۱) است. در این مقیاس نمره بالاتر نشان‌دهنده بی‌رمقی بیشتر است و حد بالای نمره ۱۴۰ و حد پایین ۲۰ است. در تفسیر نمره‌ها، درجه بیشتر از ۵ نشانگر لزوم کمک فوری، درجه ۵ نشان‌دهنده وجود بحران، درجه ۴ نمایانگر حالت بی‌رمقی، درجه ۳ نشان‌دهنده خطر بی‌رمقی و درجه ۲ و کمتر از آن نیز نشان‌دهنده وجود رابطه خوب است. ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه برای و دوماهه ۰/۸۹ و برای یک دوره دوماهه ۰/۷۶ و برای یک دوره چهارماهه ۰/۶۶ بوده است. ضریب آلفای کرونباخ آن نیز میان ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. این پرسشنامه با ویژگی‌های ارتباطی مثبت مانند نظر مثبت در مورد ارتباط، کیفیت مکالمه، احساس امنیت، خودشکوفایی، احساس هدفمندی روایی همگرایی معنی‌داری داشت (Pines, 1996). در پژوهش (Ebadatpour, Navabinejad, Shafiabadi & Falsafinejad, 2013) پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ محاسبه شد.

پرسشنامه اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای^۵: این پرسشنامه توسط فوا، ریگس، دانکو و راثبوم (Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum, 1993) برای سنجش علائم اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۱۷ ماده در مورد نشانه‌های تنیدگی پس‌ضربه‌ای بر اساس نسخه ۵-DSM است هر یک از این نشانه‌ها بسته به اینکه در یک ماه گذشته تا چه میزان برای فرد رخ داده است روی لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری سؤالات به صورت ۰، ۱، ۲، ۳ است. حداقل نمره در این آزمون ۰؛ و حداکثر ۵۱ است. نمرات کمتر از ۱۰ دارای شدت ملایم علائم، ۱۱ تا ۲۰ شدت متوسط علائم، ۲۱ تا ۳۵ دارای شدت متوسط

1. couple burnout measure
2. emotional exhaustion
3. mental exhaustion
4. physical exhaustion
5. posttraumatic diagnostic scale (PDS)

تا شدید علائم و نمرات بالاتر از ۳۵ تشخیص علائم شدید اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای می‌گیرد (Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum, 1993). پایایی کل پرسشنامه را ۰/۹۲ و برای ابعاد تجربه مجدد، اجتناب و برانگیختگی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۴ و ۰/۸۴ و ضریب بازآزمایی به فاصله دو تا سه هفته را ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. همچنین مشخص شده است که پرسشنامه تنیدگی پس ضربه‌ای هم‌نوابی بالایی با مصاحبه با ساختار جهت تشخیص اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای دارد (Foa, Meadows, 1997). در ایران در پژوهشی که برای به دست آوردن ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنیدگی پس ضربه‌ای انجام دادند، نتایج این‌گونه به دست آمد: ضریب آلفا ۰/۸۴، ضریب بازآزمایی ۰/۸۶، همبستگی آن نیز با مصاحبه بالینی جهت تشخیص اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای ۰/۵۳ به دست آمد که از نظر آماری معنادار بود (Mirzamani, Mohammadi, & Mahmoudi-Gharaei & Mirzamani, 2007).

مداخلات

زوج‌درمانی شناختی-رفتاری: زوج‌درمانی شناختی-رفتاری مبتنی بر پروتکل (Khanjani veshki et al., 2017) است. این پروتکل درمانی توسط (Khanjani veshki et al., 2017) پس از مرور و بررسی تعدادی از پژوهش‌های مرتبط در حوزه زوج‌درمانی شناختی-رفتاری، از جمله پژوهش‌های (McKay, Fanning & Pale, 2006)، (Dattilio, 2009) و (Azimifar, Fathezadeh, Bahrami, Ahmadi & Abedi, 2016) طراحی شد و فرم اولیه آن به دست آمد. با نظر ۸ متخصص، اصلاحاتی در آن صورت گرفت و با استفاده از روش توافقی، پایایی طرح درمان مورد محاسبه قرار گرفت و ضریب ۰/۸۷ به دست آمد که بیانگر سطح توافق مطلوب در خصوص طرح درمان بود. همچنین، روایی محتوایی طرح درمانی توسط استادان بررسی‌کننده (۸ متخصص)، مطلوب گزارش گردید (Khanjani veshki et al., 2017) و دوازده جلسه درمان، یک‌بار در هفته به مدت ۹۰ دقیقه به صورت گروهی اجرا شد. این درمان به صورت کلی بر آموزش مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های رفتاری، مهارت‌های شناختی، مهارت‌های حل مسئله و حل تعارض تمرکز دارد. شرح جزئی‌تر این درمان در زیر آورده شده است:

جلسه اول: هدف جلسه اول برقراری ارتباط بود که در این جلسه آشنایی با اعضا و اهداف درمانی شرح داده شد.

جلسه دوم، سوم و چهارم، هدف این جلسات آموزش مهارت‌های ارتباطی بود که در این جلسات به مواردی نظیر ایفای نقش، شناخت الگوهای تقویت و تنبیه، افزایش تبادل رفتاری مثبت و کاهش تبادل منفی، قراردادهای وابستگی، وارونه‌سازی نقش، جرئت‌ورزی، آزمایش‌های رفتاری و تمرین رفتاری پرداخته شد.

جلسه پنجم و ششم: هدف این جلسات آموزش مهارت‌های ارتباطی بود، در این جلسات مهارت‌های گوش دادن فعال، مهارت‌های فرستنده و گیرنده، تعیین تعاملات منفی خاص و تمرین ارتباط کارآمد به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد.

جلسه هفتم، هشتم، نهم و دهم: هدف این جلسات آموزش مهارت‌های شناختی بود، برای این امر مهارت‌های پیکان نزولی، تشخیص افکار خود آیند و هیجانات، تشخیص طرح‌واره‌ها، فرایندهای شناختی، تبیین رفتار همسر، تشخیص خطاهای شناختی، الگوهای اسنادی و تبیین انتظارات غیرواقع‌بینانه مورد بحث قرار گرفت.

جلسه یازدهم: هدف این جلسه آموزش مهارت‌های حل مسئله بود که در این جلسه مهارت‌های ارزیابی و تمرین حل مسئله و برنامه‌ریزی فعالیت به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد.

جلسه دوازدهم: هدف این جلسه آموزش مهارت‌های حل تعارض بود که در این جلسه شناسایی و تمرین روش‌های حل تعارض به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد.

زوج‌درمانی پذیرش و تعهد: برای زوج‌درمانی پذیرش و تعهد، از پروتکل زوج‌درمانی پذیرش و تعهد (Khanjani veshki et al., 2017) استفاده شد. برای تهیه طرح درمانی، (Khanjani veshki et al., 2017) ابتدا به مرور پژوهش‌های (Harris, 2009; Harris, 2018) پرداختند و بر اساس مرور پیشینه پژوهشی یک طرح درمان تهیه شد و فرم اولیه درمان به دست آمد. سپس پژوهشگران طرح اولیه درمان را به ۸ متخصص ارجاع دادند که متخصصین اصلاحاتی در آن انجام دادند. با استفاده از روش توافقی، پایایی طرح درمان مورد محاسبه قرار گرفت. ضریب $0/83$ حاصل شد که بیانگر سطح توافق مطلوب در خصوص درمان بود. همچنین، روایی محتوایی طرح درمانی توسط استادان بررسی‌کننده (۸ متخصص) مطلوب عنوان گردید (Khanjani veshki et al., 2017). زوج‌درمانی پذیرش و تعهد دارای ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که یک‌بار در هفته و به صورت گروهی اجرا شد. خلاصه جلسات درمانی زوج‌درمانی پذیرش و تعهد در زیر شرح داده شده است:

جلسه اول: هدف محتوای جلسه اول به برقرار ارتباط معطوف بود که در این جلسه به مواردی نظیر مشخص کردن انتظارات و اهداف و قراردادهای اولیه پرداخته شد.

جلسه دوم: در جلسه دوم به مفهوم‌سازی مشکل از دیدگاه اعضا و مشاور (استعاره چاله و بیلچه) پرداخته شد و از شرکت‌کنندگان خواسته شد که فهرستی از اعمال ناکارآمد حل مشکل را مشخص سازند.

جلسه سوم: به مبحث ماندن یا رفتن پرداخته شد. در این جلسه انتخاب ارتباط سالم و گشودگی و تمرکز و اشتیاق از جمله مواردی بودند که مورد بحث قرار گرفتند.

جلسه پنجم، ششم، هفتم و هشتم: در این جلسات به مشکل زوجین پرداخته شد و از فن‌ها و مهارت‌های نظیر سهم، انتظارات، پادزهر، تضعیف انتظارات (نه حذف آن‌ها)، مهارت‌ها برای حرکت در جهت ارزش‌ها (حل تعارض و ارتباط مؤثر)، سهم قطع ارتباط، پادزهر: یکی شدن با همسر (گشودگی، پذیرش و کنجکاوی)، سهم تلاش برای اجتناب پادزهر: تمایل سه رنج، معرفی روش‌های کنترل پرداخته شد.

جلسه نهم: در جلسه نهم به مبحث ارزش‌ها پرداخته شد؛ در این جلسه ارزش‌های زوجی، شناسایی موانع در برابر ارزش‌ها، انتخاب یک روش زوجی و عینی کردن آن از جمله مهم‌ترین مباحثی بود که مورد بحث قرار گرفتند.

جلسه دهم: در جلسه دهم به موانع و پادزهر موانع درونی پرداخته شد، در این جلسه به شناسایی موانع عمل، پادزهر: پذیرش و گسلس پرداخته شد.

جلسه یازدهم: در جلسه یازدهم به پادزهر موانع بیرونی پرداخته شد که در این جلسه روش‌های تغییر و حل مسئله به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد.

جلسه دوازدهم: در جلسه دوازدهم به معرفی مه روان‌شناختی و معرفی لایه‌های مه (لایه باید‌ها هیچ جایی برای تلاش نیست ای کاش فقط اگر ... گذشته دردناک، آینده ترسناک و غیره) پرداخته شد.

شیوه اجرای پژوهش

ابتدا پژوهش مورد نظر از راه یک فراخوان در چهار مرکز مشاوره منطقه غرب تهران اطلاع‌رسانی شد. بر این اساس زنانی که به دلیل مشکلات خیانت زناشویی اعلام آمادگی کرده بودند، طبق ملاک‌های اخلاقی پژوهش جهت مشارکت در طرح پژوهش رضایت‌نامه آگاهانه را تکمیل کردند. در یک بازه زمانی بیش از سه ماه بعد از مصاحبه تشخیصی توسط پژوهشگر و مشخص شدن زوجینی که ملاک‌های ورود را دارا بودند، تعداد ۴۵ نفر بر اساس نمونه‌گیری هدفمند در دسترس انتخاب شدند. پس از هم‌تاسازی از نظر تحصیلات، سن و طبقه اقتصادی در سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. از میان سه گروه به صورت تصادفی گروه آزمایش اول، گروه آزمایش دوم و یک گروه گواه انتخاب شدند. پس از آن انتخاب گروه‌ها، قبل از مداخله، پیش‌آزمون برای هر سه گروه اجرا گردید و مشکلات مراجعین در دو متغیر شامل بی‌رمقی زناشویی و اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای مشخص گردید. گروه آزمایش اول تحت زوج‌درمانی شناختی-

رفتاری، گروه آزمایش دوم زوج‌درمانی پذیرش و تعهد و گروه گواه که تحت هیچ درمانی قرار نگرفتند. بعد از مداخلات، از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد.

یافته‌ها

بر اساس شاخص‌های جمعیت‌شناختی، میانگین و انحراف معیار سنی آزمودنی‌های گروه درمان‌شناختی- رفتاری به ترتیب برابر با ۳۲/۸۶ و ۱۰/۸۳، میانگین و انحراف معیار سنی گروه درمان پذیرش و تعهد به ترتیب برابر با ۳۵/۰۶ و ۱۰/۴۸ بود؛ همچنین میانگین و انحراف معیار سنی گروه گواه به ترتیب برابر با ۳۵/۶۰ و ۱۰/۵۸ است. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات بی‌رمقی و تنیدگی پس‌ضربه‌ای آزمودنی‌ها برحسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی نشان داده شده است. با توجه به نتایج جدول ۱ میانگین نمرات بی‌رمقی زناشویی و تنیدگی پس‌ضربه‌ای در گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییراتی داشته است.

جدول ۱.

میانگین و انحراف استاندارد بی‌رمقی و تنیدگی پس‌ضربه‌ای در گروه‌های پژوهش

متغیر	درمان شناختی - رفتاری		درمان پذیرش و تعهد		گروه گواه		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
بی‌رمقی بدنی	پیش‌آزمون	۱۹/۱۳	۲/۰۳	۱۷/۱۳	۲/۱۳	۱۷/۷۳	۱/۹۸
	پس‌آزمون	۱۳/۴۰	۱/۵۰	۱۴/۵۳	۲/۲۹	۱۷/۸۶	۴/۵۰
بی‌رمقی هیجانی	پیش‌آزمون	۲۶/۹۳	۲/۲۸	۲۶/۴۶	۳/۰۹	۲۶/۵۳	۳/۴۸
	پس‌آزمون	۱۸/۳۳	۲/۰۲	۲۰/۱۳	۴/۲۵	۲۵/۴۶	۲/۵۸
بی‌رمقی روانی	پیش‌آزمون	۲۹/۵۳	۲/۸۵	۲۹/۴۶	۲/۰۹	۳۰/۲۶	۳/۱۹
	پس‌آزمون	۲۱/۲۶	۳/۱۵	۲۲/۸۰	۲/۳۹	۲۸	۳/۶۸
نمره کل بی‌رمقی	پیش‌آزمون	۷۵/۶۰	۵/۳۱	۷۳/۰۶	۵/۵۴	۷۴/۵۳	۶/۲۵
	پس‌آزمون	۵۳	۴/۴۷	۵۷/۴۶	۴/۱۳	۷۱/۳۳	۶/۴۹
تنیدگی پس‌ضربه‌ای	پیش‌آزمون	۲۵/۰۶	۳/۰۹	۲۳/۶۰	۲/۸۴	۲۴/۶۱	۳/۳۷
	پس‌آزمون	۱۵/۲۶	۳/۲۸	۱۲/۴۶	۱/۹۹	۲۲/۹۳	۲/۴۶

جهت بررسی تفاوت‌های گروهی و ارزیابی دقیق‌تر نتایج آموزشی از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد. استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مستلزم رعایت مجموعه‌ای از پیش‌فرض‌ها است. مهم‌ترین این پیش‌فرض‌ها عبارت‌اند از: نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌خط رگرسیون. برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها از شاخص کجی و کشیدگی استفاده شد، نتایج این شاخص‌ها در جدول ۲ نشان داد که شاخص کجی و کشیدگی نمرات بی‌رمقی زناشویی و تنیدگی پس‌ضربه‌ای در دامنه ۲ و ۲- قرار داشت و این به معنای نرمال بودن داده‌ها است. از آزمون لون نیز برای بررسی همگنی واریانس‌ها استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ نشان داد در هیچ‌کدام از متغیرهای وابسته این آزمون معنادار نبود ($p > 0/05$) که نشان می‌دهد که این پیش‌فرض برای همه متغیرها رعایت شده است.

جدول ۲.

نتایج کجی، کشیدگی و آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس

متغیرهای پژوهش	کجی	کشیدگی	F	Sig
تنیدگی پس‌ضربه‌ای	۰/۴۱	-۱/۲۲	۰/۴۷	۰/۶۲
بی‌رمقی بدنی	۱/۰۵	۰/۴۴	۳/۱۶	۰/۰۶
بی‌رمقی هیجانی	۰/۰۸	۰/۱۶	۲/۶۷	۰/۳۲
بی‌رمقی روانی	۰/۳۷	-۰/۳۱	۱/۱۵	۰/۶۵

در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌خط رگرسیون، نتایج نشان داد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مراحل پس‌آزمون در متغیرهای پژوهش معنادار نبود ($p > 0/05$). این بدان معناست که فرض همگنی شیب‌خط رگرسیون در این متغیر برقرار شد.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیرهای وابسته یعنی مؤلفه‌های بی‌رمقی معنی‌دار است دارد ($F(27) = 0/27$ لامبدای ویکلز، $p < 0/001$ ، $F(74,6) = 11/05$). نتایج نشان می‌دهد که تفاوت میان سه گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی‌دار است و میزان این تفاوت ۴۷ درصد است. یعنی ۴۷ درصد واریانس مربوط به اختلاف میان سه گروه ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته است.

در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس اثرات میان گروهی برای گروه‌های آزمایش و گواه را نشان می‌دهد. چنانچه در این جدول مشاهده می‌گردد، میان دو گروه آزمایش و گواه در تمام مؤلفه‌های بی‌رمقی زناشویی یعنی بی‌رمقی بدنی، بی‌رمقی هیجانی و بی‌رمقی روانی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری از نظر آماری وجود دارد ($p < 0/01$). این بدین معناست که متغیرهای مستقل (زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنی‌دار میانگین نمرات متغیرهای بی‌رمقی زناشویی در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۰۱ گردد. همچنین بر اساس شاخص‌های اندازه اثر، میزان اثربخشی متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های بی‌رمقی در حدود متوسط بوده است و بیشترین اثربخشی مربوط به مؤلفه بی‌رمقی هیجانی بوده است.

جدول ۳.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) برای تعیین تفاوت میان گروهی بی‌رمقی زناشویی

متغیرها	SS	df	MS	F	Sig	مجذور اتا
بی‌رمقی بدنی	۱۴۶/۱۸	۲	۷۳/۰۹	۷/۶۴	۰/۰۰۲	۰/۲۸
بی‌رمقی هیجانی	۳۸۷/۲۶	۲	۱۹۳/۶۳	۱۹/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۴۹
بی‌رمقی روانی	۳۱۶/۰۲	۲	۱۵۸/۰۱	۱۶/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۴۵

در ادامه جهت بررسی این نکته که این تأثیر در کدام یک از گروه‌های آزمایش بوده است، به بررسی نتایج آزمون تعقیبی بونفونی در جدول ۴ پرداخته شده است. نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که در تمام مؤلفه‌های بی‌رمقی زناشویی یعنی بی‌رمقی بدنی، بی‌رمقی هیجانی و بی‌رمقی روانی تفاوت معنی‌داری میان دو گروه آزمایش با گروه گواه وجود دارد ($p < 0/05$). به این معنا که هر دو گروه زوج‌درمانی در مقایسه با گروه گواه، بهبودی معنی‌داری بر بی‌رمقی زناشویی آزمودنی‌ها داشته‌اند و با توجه به اینکه میانگین نمرات مؤلفه‌های بی‌رمقی زناشویی در میان دو گروه زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون کمتر از گروه گواه بوده است، می‌توان دریافت که زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد تأثیر مثبتی بر بی‌رمقی زناشویی آزمودنی‌ها داشته است ($p < 0/05$). نتایج پژوهش همچنین نشان داد که در هیچ کدام از مؤلفه‌های بی‌رمقی زناشویی در میان دو گروه زوج‌درمانی

شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$). به این معنا که تأثیر زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد بر زناشویی آزمودنی‌ها یکسان بوده است و هر دو درمان بهبودی یکسانی را داشته‌اند.

جدول ۴.

بررسی تفاوت‌های دوبه‌دو گروه‌های پژوهش (زوج‌درمانی شناختی-رفتاری، زوج‌درمانی پذیرش و تعهد و گواه) در بی‌رمقی زناشویی

مقدار معناداری	خطای معیار	تفاوت میانگین ها	گروه	متغیر وابسته
۰/۸۶	۱/۲۲	-۱/۳۱	درمان پذیرش و تعهد	بی‌رمقی بدنی
۰/۰۰۲	۱/۱۸	-۴/۴۳	گواه	
۰/۰۳	۱/۱۴	-۳/۱۱	گواه	
۰/۵۰	۱/۲۶	-۱/۷۷	درمان پذیرش و تعهد	بی‌رمقی هیجانی
۰/۰۰۱	۱/۲۲	-۷/۰۹	گواه	
۰/۰۰۱	۱/۱۸	-۵/۳۲	گواه	
۱	۱/۲۳	-۱/۰۶	درمان پذیرش و تعهد	بی‌رمقی روانی
۰/۰۰۱	۱/۱۹	-۶/۲۱	گواه	
۰/۰۰۱	۱/۱۵	-۵/۱۴	گواه	

جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری مربوط به نمرات تنیدگی پس ضربه‌ای را نشان می‌دهد. نتایج این تحلیل نشان می‌دهد که اثر نمرات پیش‌آزمون معنادار نبود ($F=3/62, p > 0/05$). بدین معنا که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تنیدگی پس ضربه‌ای رابطه معنی‌داری وجود ندارد. همچنین، نتایج مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون تنیدگی پس ضربه‌ای معنادار است ($F=65/72, p < 0/001$)؛ به عبارت دیگر، میان آزمودنی‌های سه گروه آزمایش و گواه در میانگین نمرات تنیدگی پس ضربه‌ای در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بر اساس شاخص‌های اندازه اثر، میزان اثربخشی متغیرهای مستقل بر تنیدگی پس ضربه‌ای زیاد بوده است.

جدول ۵.

نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکووا) برای مقایسه گروه‌های آزمایش و گواه در تنیدگی پس
ضربه‌ای

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	Sig	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۲۳/۶۸	۱	۲۳/۶۸	۳/۶۲	۰/۰۶	۰/۰۸
گروه	۸۵۹/۰۱	۲	۴۲۹/۵۰	۶۵/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶
خطا	۲۶۷/۹۱	۴۱	۶/۵۳			
کل	۱۴۰۰۸	۴۵				

در ادامه جهت مقایسه گروه‌های پژوهش، به بررسی نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی در جدول ۶ پرداخته شده است. نتایج آزمون بونفرنی در جدول ۶ نشان می‌دهد که در تنیدگی پس ضربه‌ای تفاوت معنی‌داری میان دو گروه آزمایش با گروه گواه وجود دارد ($p < 0/05$). به این معنا که هر دو گروه زوج‌درمانی در مقایسه با گروه گواه، تأثیر معنی‌داری بر کاهش تنیدگی پس ضربه‌ای آزمودنی‌ها داشته‌اند و با توجه به اینکه میانگین نمرات تنیدگی پس ضربه‌ای در میان دو گروه زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون کمتر از گروه گواه بوده است، می‌توان دریافت که زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد تأثیر مثبتی بر تنیدگی پس ضربه‌ای آزمودنی‌ها داشته است ($p < 0/05$). نتایج پژوهش همچنین نشان داد میان دو گروه زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون در تنیدگی پس ضربه‌ای وجود دارد ($p < 0/05$) و با توجه به اینکه نمرات تنیدگی پس ضربه‌ای در مرحله پس از سانحه در گروه زوج‌درمانی پذیرش و تعهد کمتر از گروه زوج‌درمانی شناختی رفتار است، می‌توان دریافت که این تفاوت به نفع گروه زوج‌درمانی پذیرش و تعهد است. بر مبنای نتایج به‌دست آمده می‌توان دریافت که زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد بر تنیدگی پس ضربه‌ای آزمودنی‌ها تأثیرگذار است؛ با این حال اثربخشی زوج‌درمانی پذیرش و تعهد بیشتر از زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بوده است.

جدول ۶.

بررسی تفاوت‌های دوه‌دو در گروه‌های آزمایش (زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد) در تنیدگی پس ضربه‌ای

مقدار معناداری	خطای معیار	تفاوت میانگین‌ها	گروه	درمان شناختی-رفتاری
۰/۰۳	۰/۹۴	۲/۵۴	درمان پذیرش و تعهد	درمان شناختی-رفتاری
۰/۰۰۱	۰/۹۳	-۷/۷۴	گواه	درمان شناختی-رفتاری
۰/۰۰۱	۰/۹۳	-۱۰/۲۹	گواه	درمان پذیرش و تعهد

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف هم‌سنجی اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد بر تنیدگی پس ضربه‌ای و بی‌رمقی زناشویی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی انجام گرفت، برآیندهای پژوهش نشان داد که زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد منجر به بهبود تنیدگی پس ضربه‌ای و بی‌رمقی زناشویی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی شده است. برآیندها همچنین نشان داد که میان این دو درمان تفاوت معنی‌داری در کاهش بی‌رمقی زناشویی وجود نداشت؛ ولی اثربخشی زوج‌درمانی پذیرش و تعهد بر تنیدگی پس ضربه‌ای بیشتر از زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بود.

این برآیندها همسو با پژوهش (Gharagozloo et al., 2018) است که نشان داده بود آموزش زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر تنیدگی پس ضربه‌ای زوجین آسیب‌دیده از خیانت تأثیر دارد. همچنین همسو با برآیندهای پژوهش (Amidisimakani et al., 2018) است که نشان داده بود درمان پذیرش و تعهد درمان کارسازی برای کاهش بی‌رمقی و افزایش تعهد زناشویی زنان متأهل است؛ همچنین در راستا با نتایج این پژوهش (Mohammadi et al., 2017) نشان دادند که گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش فرسودگی زناشویی و میل به طلاق در زوجین مؤثر است. هم‌راستا با این یافته‌ها (Pirfalak et al., 2014) نیز نشان دادند که زوج‌درمانی گروهی شناختی-رفتاری بر کاهش بی‌رمقی زناشویی تأثیر دارد. همچنین (Dugal et al., 2018) مشابه به یافته به‌دست‌آمده در این پژوهش نشان دادند که زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش تعارض‌های زناشویی و تنیدگی پس ضربه‌ای مؤثر است. یافته (Monson et al., 2012) نیز بیانگر آن بود که

زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش تعارض‌های زناشویی و تنیدگی پس‌ضربه‌ای مؤثر است؛ (Arabnejad et al., 2014) نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد در بهبود صمیمیت زناشویی و کاهش تعارضات زناشویی مؤثر است. (Peterson et al, 2009) نیز هم‌راستا با این پژوهش‌ها نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد بر مشکلات زناشویی زنان تأثیرگذار است.

در تبیین اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر تنیدگی پس‌ضربه‌ای و بی‌رمقی زناشویی می‌توان گفت که زوج‌درمانی شناختی-رفتاری، ترکیبی از رویکردهای شناختی و رفتاری است. در این نوع درمان به زوج‌ها راه‌حلهایی ارائه می‌شود تا بتوانند الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص داده و آن‌ها را تغییر دهند و از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری سازمان‌یافته‌ای بهره بگیرند (Mohammadi et al., 2017). با توجه به مداخله درمانی شناختی-رفتاری، عوامل گوناگونی بر کاهش تنیدگی پس‌ضربه‌ای و بی‌رمقی زناشویی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی مؤثر است که از میان آن‌ها می‌توان حل مناسب تعارض، بروز هیجانات مثبت و منفی به شکل درست، عدم غرق شدن در تجربیات منفی گذشته و آگاهی زن‌ها نسبت به رابطه خود و همسرشان اشاره کرد (Dattilio, 2009). زوج‌درمانی شناختی-رفتاری این امکان را فراهم می‌کند تا زنان بتوانند روش‌های لازم برای شناسایی و اصلاح افکار، عقاید و رفتارهای خود تخریب‌گر را یاد بگیرند و در هنگام مواجه‌شدن با مسائل و مشکلات مختلف آن‌ها را به کارگیرند. این نوع درمان با تأکید بر رفع ذهنیت‌های اشتباه در روابط همسران، شیوه‌های افزایش رفتارهای مطلوب و کاهش رفتارهای نامطلوب را مورد توجه قرار می‌دهد. بر این اساس، اسنادها در ایجاد احساسات ناخوشایند نسبت به همسر نقش مهمی دارند. زوج‌درمانی شناختی-رفتاری با تغییر الگوهای فکری اشتباه و اسندهای منفی موجب کاهش هیجان‌ها و احساسات منفی و ناخوشایند نسبت به همسر شده و این مسئله نیز موجب کاهش تنیدگی پس‌ضربه‌ای و بی‌رمقی زناشویی در زنان می‌شود (Dugal et al, 2018).

درواقع مداخله شناختی-رفتاری با تأکید بر اصلاح ارزیابی‌های رفتاری-شناختی و تفکر فرد مبتلا به تنیدگی پس‌ضربه‌ای می‌تواند در کاهش علائم این بیماری مؤثر باشد (Monson et al., 2012). در رویکرد شناختی-رفتاری به زنان تأکید می‌شود تا خاطرات خود را از خیانت همسر به صورت دقیق و جزئی بیان کنند. تجدید خاطره تصویری این فرصت را برای زنان فراهم می‌آورد تا در خصوص رویداد آسیب‌زا که

همان خیانت از جانب همسر است، احساسات خود را بیان کنند که این کار مانع از سرکوب افکار و احساسات شده و تا حدی علائم اجتناب در زنان مبتلا به تنیدگی پس‌ضربه‌ای را کاهش می‌دهد. همچنین با اجرای راه‌حل‌هایی که در جلسات درمانی به آن‌ها ارائه می‌شد، نسبت به اصلاح باورها و اسنادهای اشتباهی که موجب بی‌رمقی زناشویی در آن‌ها شده بود، پیردازند. اصلاح باورها و عقاید، انتظارات و خواسته‌های نامعقول و اسنادهای غلط زنان از رفتار همسرانشان باعث کاهش دلخوری و ناراحتی‌های بی‌مورد و بیشتر شدن شناخت از جنبه‌های مثبت رفتار یکدیگر شده است که این امر، موجب کاهش بی‌رمقی زناشویی می‌شود (Khanjani veshki et al., 2017).

همچنین در تبیین اثربخشی زوج‌پذیرش و تعهد بر تنیدگی پس‌ضربه‌ای و بی‌رمقی زناشویی نیز می‌توان گفت که فرایند زوج‌درمانی پذیرش و تعهد این امکان را برای زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی فراهم می‌آورد که چگونه دست از بازداری تفکر بردارند، چگونه با افکار مزاحم درگیر نشوند و هیجان‌ات منفی خود را بیشتر کنترل کنند. این نوع درمان برای مقابله با افکار و احساسات منفی به جهت‌دهی عملکرد تأکید می‌کند و همین تمرکز بر عملکرد، این درمان را با کاهش اثرات خیانت زناشویی نظیر تنیدگی پس‌ضربه‌ای و بی‌رمقی مرتبط می‌سازد. از دیدگاه رویکرد پذیرش و تعهد، منبع اولیه وجود تنیدگی پس‌ضربه‌ای و سایر مشکلات در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی، عدم انعطاف‌پذیری شناختی آن‌هاست. درواقع، وجود گزینه‌های محدود برای نشان دادن عملکرد، باعث می‌شود این زنان احساس محدود بودن داشته باشند. این درمان بر بهره‌گرفتن از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در قالب در اختیار داشتن گزینه‌های رفتاری در دسترس تأکید می‌کند. این اتفاق زمانی می‌افتد که زنان، آگاهانه و بدون قضاوت افکار، احساسات و هیجان‌های نفی و آشفته‌کننده خود را می‌پذیرند و عملکردی متناسب با ارزش‌هایشان نشان می‌دهند (Hayes et al, 2011).

زوج‌درمانی تعهد و پذیرش به زنان مبتلا به علائم تنیدگی پس‌ضربه‌ای کمک می‌کند تا مسئله خیانت همسر را پذیرفته و به دلیل این که کنترل و پرهیز از تفکر در مورد این اتفاق آسیب‌زا بی‌فایده است، به این زنان کمک می‌کند تا دست از مقابله و اجتناب با این افکار برداشته و با پذیرش فعال، ارزش‌ها و هنجارهای زندگی خود را معین کرده و رفتارها و عملکردهای خود را بر اساس حرکت در مسیر ارزش‌ها و هنجارهای تعریف‌شده برنامه‌ریزی کنند. این زنان پس از پذیرفتن تفکر و تفکیک کردن رفتارها و عملکردها از

تفکرات، خود را از بند تجزیه و تحلیل افکار و اندیشه‌های آزاردهنده نجات داده و به مسیر ارزشمند زندگی خود پا می‌گذارند و به تدریج، انعطاف‌پذیری شناختی جای علائم آسیب‌زا را می‌گیرد و می‌تواند زندگی امیدوارانه‌ای در پیش بگیرند (Peterson et al, 2009). همچنین این درمان، بیشتر افزایش عمل ارزشمند را مورد تأکید قرار می‌دهد. افرادی که به مراکز مشاوره مراجعه می‌کنند و تحت این نوع درمان قرار می‌گیرند، اهدافی را انتخاب می‌کنند که ارزش و اهمیت بیشتری به آن‌ها می‌دهند. در مداخله تعهد و پذیرش، ارزش‌ها بر مبنای قضاوت اخلاقی نمی‌باشند؛ بلکه اهمیت شخصی یک رفتار یا عمل خاص را برای فرد تحت درمان نشان می‌دهد. این ارزش‌ها می‌تواند شامل بهبود روابط زناشویی، روابط میان فردی و... باشد. اگرچه رفتاردرمانی تعهد و پذیرش، به‌طور مستقیم، اضطراب و استرس را کاهش نمی‌دهد؛ ولی این کاهش به‌واسطه ایجاد پذیرش، عدم اجتناب تجربی، افزایش ذهن آگاهی، کاهش قضاوت و تفکر ارزیابانه رخ می‌دهد (Gregg et al., 2007). همچنین زنانی که تحت درمان تعهد و پذیرش بودند، آموختند که فعالانه درگیر مشکلاتشان باشند و بدون قضاوت، تجاربشان را بپذیرند. در نتیجه این مداخله، منجر به کاهش بی‌رمقی زناشویی در بعد هیجانی شد. در بعد روانی بی‌رمقی زناشویی نیز کیفیت آگاهی درونی یا آگاهی از تجارب مورد تأکید است و اهمیت افزایش آگاهی را در افزایش بهره‌وری روانی مشخص می‌کند. اجرای مداخله تعهد و پذیرش به این صورت می‌تواند مؤثر باشد که به افراد مبتلا به بی‌رمقی روانی کمک می‌کند تا به‌جای اشتباه گرفتن یک هیجان مثل اضطراب یا استرس به‌جای هیجان دیگر، بدون این که تجاربشان در پاسخ به این هیجان‌ها را تغییر دهند، ترغیب شوند بدون قضاوت، راه‌حل مناسبی برای حل مشکلاتشان بیندیشند و در نتیجه از این احساس بی‌رمقی روانی رهایی پیدا کنند (Amidismakani et al., 2018).

هم‌چنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اثربخشی زوج‌درمانی شناختی- رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد بر علائم تنیدگی پس‌ضربه‌ای متفاوت است که این تفاوت به نفع درمان پذیرش و تعهد است. در تبیین این تفاوت می‌توان گفت که برخلاف سایر رویکردها، از جمله رویکرد شناختی- رفتاری که بر کاهش یا کنترل مشکلات روانی و علائم آن تأکید دارند، رویکرد پذیرش و تعهد و پذیرش بر افزایش پذیرش عکس‌العمل‌های منفی (افکار و احساسات و هیجانات منفی) به نفع درگیری در فعالیت‌های معنی‌داری که تغییر مستقیم آن‌ها امکان‌پذیر نیست را در مرکز توجه قرار می‌دهد. رویکرد شناختی- رفتاری به

مراجع کمک می‌کند تا در پایان دوره درمانی، از علائم و مشکلات روحی و روانی او کاسته شود و از نظر هیجانی احساس بهتری را تجربه کند؛ ولی رویکرد پذیرش و تعهد صراحتاً بر زندگی بهتر تمرکز دارد؛ صرف‌نظر از این که زندگی بهتر با احساس بهتر همراه باشد یا نباشد. چراکه گاهی زندگی بهتر، مستلزم احساس درد و رنج است (Dugal et al, 2018). اگر احساس رنج و درد ارتباط و زندگی پویا را ارتقاء ببخشد، رویکرد پذیرش و تعهد تلاش می‌کند، مهارت‌های لازم برای ایجاد درد و رنج را بدون دفاع غیرضروری فراهم کند. در رویکرد پذیرش و تعهد برخلاف شیوه شناختی-رفتاری، هیچ‌گونه ارزش یا سبک خاص زندگی به مراجع تحمیل نمی‌شود؛ در عوض، مراجع بر اساس نظام ارزش‌های خود به تصمیم‌گیری درباره تغییر می‌پردازند. همچنین، فرایند یادگیری که در رویکرد پذیرش و تعهد بر آن تأکید می‌شود، عمل متعهدانه است. ترغیب مراجعین به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و نهایتاً تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش‌ها، علی‌رغم وجود آسیب روحی و روانی باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن بر ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی مراجع‌کننده افزوده‌شده و او را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی رهایی می‌بخشد (Hayes et al, 2011). به دلیل همین تفاوت‌ها و این که درمان پذیرش و تعهد نوع توسعه‌یافته و پیشرفته‌تر رویکرد شناختی-رفتاری است، میزان اثربخشی آن نیز نسبت به درمان شناختی-رفتاری بیشتر است.

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد اثربخشی معناداری بر تنیدگی پس‌ضربه‌ای و بی‌رمقی زناشویی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی دارند؛ همچنین نتایج بیانگر آن بود که هر دو درمان اثربخشی یکسانی بر بی‌رمقی زناشویی داشتند ولی اثربخشی زوج‌درمانی پذیرش و تعهد بر تنیدگی پس‌ضربه‌ای بیشتر از زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بوده است.

محدودیت‌ها و پیشنهادها و پژوهش

البته برای نتیجه‌گیری قطعی‌تر، نیاز به پژوهش‌های بیشتر است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان نمونه‌گیری در دسترس، خود گزارشی بودن متغیر موردبررسی و نداشتن زمان پیگیری را نام برد؛ بنابراین در

این راستا پیشنهاد می‌شود از سایر روش‌ها مانند مصاحبه استفاده شود و پژوهش‌های پیگیری را در دوره‌های پیگیری دنبال نمایند و به منظور قابلیت تعمیم یافتن نتایج، حجم نمونه در محدوده‌های سنی و زمان‌های متفاوت از ازدواج مورد پژوهش قرار گیرد. در پژوهش حاضر هم درمان و هم سنجش را یک نفر انجام داد، پیشنهاد می‌شود برای جلوگیری از سوءگیری‌های احتمالی و اعتماد بیشتر به نتایج، در پژوهش‌های آینده از دو متخصص استفاده شود. همچنین با توجه به اهمیت تنیدگی پس‌ضربه‌ای و بی‌رمقی زناشویی در افزایش مشکلات زناشویی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی، می‌توان دریافت که پژوهش حاضر توانسته است اثربخشی زوج‌درمانی شناختی رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد را بر کاهش تنیدگی پس‌ضربه‌ای و بی‌رمقی زناشویی در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی نشان دهد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در کلینیک‌های مشاوره و روان‌درمانی از زوج‌درمانی شناختی رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد برای کاهش تنیدگی پس‌ضربه‌ای و بی‌رمقی زناشویی زنان آسیب‌دیده از خیانت استفاده کرد.



اخلاق پژوهش

به دلیل این‌که پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های مداخله‌ای است، بنابراین ملاک‌ها و ضوابط اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا و ملاک‌های اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره ایران در نظر گرفته شد. به طوری که یک رضایت‌نامه آگاهانه کتبی با در نظر گرفتن نکات زیر تدوین گردید: اصل رازداری رعایت شود، سلامت روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در اولویت قرار گیرد، اگر افراد تمایل به شرکت در روند درمان نداشته باشند به درخواست آن‌ها احترام گذاشته شود. همچنین بر اساس کدهای ۲۶ گانه مصوب کمیته کشوری اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی کدهای ۱۳ و ۲ (منافع حاصل از یافته‌ها در جهت پیشرفت دانش بشری)، کد ۲۰ (هماهنگی پژوهش با موازین دینی و فرهنگی) رعایت شد؛ علاوه بر این، پس از پایان مداخلات، فیلم زوج‌درمانی شناختی رفتاری و زوج‌درمانی پذیرش و تعهد در اختیار گروه گواه نیز قرار گرفت.

مشارکت نویسندگان

در این پژوهش نویسنده‌ی اول، اجرای درمان، جمع‌آوری داده‌ها و نگارش مقاله را به عهده داشت و نویسنده دوم، در تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله مشارکت داشت.

منابع مالی

این پژوهش با هزینه شخصی محققان انجام شد.

دسترسی به مواد و داده‌ها

در این پژوهش از دو پرسشنامه استفاده شد. این پرسشنامه‌ها به آسانی در دسترس محققان قرار دارد.

تائید اخلاقی و رضایت مشارکت‌کنندگان

همه مشارکت‌کنندگان در پژوهش فرم رضایت آگاهانه را پر کردند و محققان به آن‌ها اطمینان دادند که نتایج پژوهش محرمانه خواهد بود. از ۲۶ کد رایج اخلاق در پژوهش‌های پزشکی، کدهای ۲، ۱۳ و ۲۰ رعایت شد.

رضایت برای انتشار

نویسندگان از انتشار این مقاله رضایت کامل دارند.

تصریح درباره تعارض منافع

این پژوهش با منافع شخص یا سازمانی منافات ندارد. نویسنده اول این پژوهش دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی زاهدان، نویسنده دوم عضو هیئت‌علمی دانشگاه سیستان و بلوچستان و نویسنده سوم عضو هیئت‌علمی دانشگاه آزاد اسلامی زاهدان می‌باشند.

سپاسگزاری

نویسندگان از همه شرکت‌کنندگان در این پژوهش، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

References

- Amani, A., Isanejad, O., & Alipour, E. (2018). Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on marital distress, marital conflict, and optimism in married women visited the counseling center of Imam Khomeini Relief Foundation in Kermanshah. *Shenakht journal of psychology & Psychiatry*, 5(1), 42-64. [Persian]. [[link](#)]
- Amidisimakani, R., Najarpourian, S. & Samavi, A. (2018). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Boredom and Marital Commitment in Married Women. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 7(2), 55-68. [Persian]. [[link](#)]
- Arabnejad, S., Birashk, B., & Abolmaali Alhosseini, K. H. (2014). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on increasing Marital Intimacy and decreasing Marital Conflicts between the Couples of Tehran. *Journal of Social Issues & Humanities*, 2(8), 89-93. [[link](#)]
- Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub. [[link](#)]
- Atkins, D. C. (2003). *Infidelity and marital therapy: Initial findings from a randomized clinical trial*. Unpublished doctoral dissertation, University of Washington. [[link](#)]
- Avani, M., ZareeiMahmoodAbadi, H. (2020). Investigation on the Reasons and Backgrounds of Women's Extramarital Relations from Men's Perspective: A Grounded Theory. *Family Counseling and Psychotherapy*, 10(1), 125-150. [Persian]. [[link](#)]
- Azimifar, S., Fathezadeh, M., Bahrami, F., Ahmadi, A., & Abedi, A. (2016). Comparing the effects of cognitive-Behavioral couple therapy & acceptance and commitment therapy on marital happiness of dissatisfied couples. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 3 (2), 56-81 [Persian]. [[link](#)]
- Baucom, D. H., & Epstein, N. (2013). *Cognitive-behavioral marital therapy*. Routledge. [[link](#)]
- Baucom, D.H., Snyder, D.K. & Gordon, K.C. (2009). *Helping Couples GetPast the Affair: A clinician's Guide*. The Guilford Press. [[link](#)]
- Bélanger, C., Laporte, L., Sabourin, S., & Wright, J. (2015). The effect of cognitive-behavioral group marital therapy on marital happiness and problem-solving self-appraisal. *The American Journal of Family Therapy*, 43(2), 103-118. [[link](#)]

- Brown, E. M. (2013). *Patterns of infidelity and its treatment*. Routledge. [[link](#)]
- Brown, S. M., Webb, A., Mangoubi, R., & Dy, J. G. (2015). A Sparse Combined Regression-Classification Formulation for Learning a Physiological Alternative to Clinical Post-Traumatic Stress Disorder Scores. In AAA, 1700-1706. [[link](#)]
- Dattilio, F. M. (2009). *Cognitive-behavioral therapy with couples and families: A comprehensive guide for clinicians*. Guilford Press. [[link](#)]
- De Stefano, J., & Oala, M. (2008). Extramarital affairs: Basic considerations and essential tasks in clinical work. *The Family Journal, 16*(1), 13-19. [[link](#)]
- Dugal, C., Bakhos, G., Bélanger, C., & Godbout, N. (2018). Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Couples: An Insight into the Treatment of Couple Hardships and Struggles. In *Cognitive Behavioral Therapy and Clinical Applications*. IntechOpen. [[link](#)]
- Ebadatpour, B., Navabinejad, S., Shafiabadi, A., & Falsafinejad, M. (2013). Formulation of a Pattern for Marital Burn out Based on Family Function, Individual Resilience, and Spiritual Beliefs. *JOURNAL OF PSYCHOLOGICAL MODELS AND METHODS, 4*(13), 29-45. [Persian]. [[link](#)]
- Fairbrother, N., Newth, S., & Rachman, S. (2005). Mental pollution: feelings of dirtiness without physical contact. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 121-130. [[link](#)]
- Fincham, F. D., & May, R. W. (2017). Infidelity in romantic relationships. *Current Opinion in Psychology, 13*, 70-74. [[link](#)]
- Fischer, M. S., Baucom, D. H., & Cohen, M. J. (2016). Cognitive-behavioral couple therapies: Review of the evidence for the treatment of relationship distress, psychopathology, and chronic health conditions. *Family Process, 55*(3), 423-442. [[link](#)]
- Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology, 48*(1), 449-480. [[link](#)]
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 6*(4), 459-473. [[link](#)]
- Gharagozloo, N., Moradhaseli, M., & Atadokht, A. (2018). Comparing the effectiveness of face-to-face and virtual Cognitive-behavioral Couples

- Therapy on the Post-traumatic stress disorder in Extra-Marital Relations. *JCR*, 17 (65),187-210 [Persian] [[link](#)]
- Glass, S. P., & Wright, T. L. (1997). *Reconstructing marriages after the trauma of infidelity*. New York, NY: John Wiley & Sons. [[link](#)]
- Gordon, K. C., Baucom, D. H., Snyder, D. K. & Dixon, L. J. (2008). *Couple Therapy and the Treatment of Affairs*. In *Gurman, A, S, Clinical handbook of couple therapy* (pp. 429-458). New York: Guilford Press. [[link](#)]
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 336. [[link](#)]
- Harris, C. (2018). *Characteristics of Emotional and Physical Marital Infidelity That Predict Divorce* (Doctoral dissertation, Alliant International University). [[link](#)]
- Harris, R. (2009). *ACT with love: stop struggling, reconcile differences, and strengthen your relationship with acceptance and commitment*. New Harbinger Publications. [[link](#)]
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications. [[link](#)]
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press. [[link](#)]
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat?. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 1-16. [[link](#)]
- Huston, T. (2009). What is love got to do with it? Why some marriage succeeds and other fails. *Journal of Personal Relationship*, 16 (3), 301-27. [[link](#)]
- Jansen, J. E., & Morris, E. M. (2017). Acceptance and commitment therapy for posttraumatic stress disorder in early psychosis: A case series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(2), 187-199. [[link](#)]
- Kebritchi, A., & Mohammadkhani, S. (2016). The role of marital burnout and early maladaptive schemas in marital satisfaction between young couples. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(12), 239-246. [[link](#)]
- Khanjani veshki, S., Shafiabady, A., Farzad, V., & Fatehizade, M. (2017). A Comparison between the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Couple Therapy and Acceptance and Commitment Couple Therapy on Conflicting

- Couple's Marital Intimacy in Isfahan. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 17(4), 31-40. [Persian]. [[link](#)]
- Lingern, H. G. (2003). Marriage burnout. Retrieved. August, 11. [[link](#)]
- McKay, M., Fanning, P., & Paleg, K. (2006). *Couple skills: Making your relationship work*. New Harbinger Publications. [[link](#)]
- Mirzamani, S.M., Mohammadi, M.R., Mahmoudi-Gharaei, J., & Mirzamani, M.S. (2007). Validity of the PTSD Symptoms Scale Self report (Pss-SR) in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry*, 2:120-123. [[link](#)]
- Mohammadi, M., Sheykh Hadi Siruii, R., Garafar, A., Zaharakar, K., Shakarami, M., & Davarniya, R. (2017). Effect of Group Cognitive Behavioral Couples Therapy on Couple Burnout and Divorce Tendency in Couples. *Armaghane Danesh*, 21(11), 1069-1086. [Persian]. [[link](#)]
- Monson, C. M., Fredman, S. J., Macdonald, A., Pukay-Martin, N. D., Resick, P. A., & Schnurr, P. P. (2012). Effect of cognitive-behavioral couple therapy for PTSD: A randomized controlled trial. *Jama*, 308(7), 700-709. [[link](#)]
- Munsch, C. L. (2015). Her support, his support: Money, masculinity, and marital infidelity. *American Sociological Review*, 80(3), 469-495. [[link](#)]
- Nazari, A. M. (2016). Prediction of marital burnout based on personality traits and sexual intimacy in married woman nurses in selected private hospitals in Tehran. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal*, 6(3), 59-70. [[link](#)]
- Pamuk, M., & Durmuş, E. (2015). Investigation of burnout in marriage. *Journal of Human Sciences*, 12(1), 162-177. [[link](#)]
- Perkins-Porras L, Joekes K, Bhalla N, Sutherland C, Pollard M. (2015). Reporting of Posttraumatic Stress Disorder and Cardiac Misconceptions Following Cardiac Rehabilitation. *The Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 35 (4), 238-245. [[link](#)]
- Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Distressed Couples: A Case Study with Two Couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16; 430-442. [[link](#)]
- Pines, A. M. (1996). *Couple burnout: Causes and cures*, Routledge. [[link](#)]
- Pines, A.M., Neal, M.B., Hammer, L.B., Ickson, T. (2011). Job burnout and couple burnout in dual-earner couples in the sandwiched generation. *social psychology Quarterly*, 74 (4), 361-86. [[link](#)]

- Pirfalak, M., Sodani, M., Shafi Abadi, A. (2014). The Efficacy of Group Cognitive-Behavioral Couple's Therapy (GCBCT) on the Decrease of Couple Burnout. *Family Counseling and Psychotherapy*, 4(2), 247-269. [Persian] [[link](#)]
- Pokorska, J., Farrell, A., Evanschitzky, H., & Pillai, K. (2013). Relationship fading in business-to-consumer context. In S. Sezgin, E. Karaosmanoglu, & A.B. Elmadag Bas (Eds.), *EMAC: 42nd Annual European Marketing Academy Conference: Lost in translation*. Istanbul: Turkey. [[link](#)]
- Sahni, S. P., & Jain, G. (Eds.). (2018). *Internet Infidelity: An Interdisciplinary Insight in a Global Context*. Springer. [[link](#)]
- Showani, E., Zaharakar, K., & Rasooli, M. (2016). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reducing the Components of Couple Burnout in Veterans Spouses. *Iranian Journal of War and Public Health*, 8(2), 111-118. [[link](#)]
- Warach, B., & Josephs, L. (2021). The aftershocks of infidelity: a review of infidelity-based attachment trauma. *Sexual and Relationship Therapy*, 36(1), 68-90. [[link](#)]

