

اثربخشی درمان مبتنی بر مدل باکوم و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بخشودگی، شرم درونی‌شده و حل مسئله در قربانیان خیانت زناشویی

Effectiveness of Therapy Based on Baucom's Model and Emotional Couple Therapy on Forgiveness, Internalized Shame, and Problem Solving in Victims of Marital Infidelity

Monire Mohammadinejad-Motlagh, PhD Student

Hassan Bafandeh-Qaramaleki, PhD[✉]

Gholamreza Chalabianlou-Hasratloo, PhD

Ezzatollah Ahmadi, PhD

منیره محمدی نژاد مطلق^۱

حسن بافنده قراملکی^۲

غلامرضا چلیانلو حسرتانلو^۱

عزت‌اله احمدی^۱

Abstract

Aim: The aim of the present study was Comparing the Effectiveness of Therapy Based on Baucom's Model and Emotional Couple Therapy on, Forgiveness, Internalized Shame, and Problem Solving in Victims of Marital Infidelity. **Method:** The method of the present study was quasi-experimental and pre-test-post-test-follow-up with a control group. The statistical population included all women affected by infidelity who had referred to divorce centers in Tehran in the fall of 2024. 45 people were selected through purposive sampling and were randomly assigned to three groups (15 people in emotion-focused couple therapy, 15 people in Bakum model therapy, and 15 people in the control group) and responded to Pollard's forgiveness questionnaire (1998), Cook's internalized shame questionnaire (1993), and Ahmadi's family problem solving questionnaire (2010). The experimental groups also underwent intervention during 8 45-minute weekly sessions. The obtained data were also analyzed using the repeated measures analysis of variance method and SPSS-26 software. **Findings:** The results showed that treatment based on the Bakum model and emotion-focused couple therapy were effective on forgiveness, internalized shame, and problem solving. Also, Bakum treatment had a greater effect on forgiveness and problem-solving variables than emotion-focused treatment, but on internalized shame variable, emotion-focused treatment had a greater effect than Bakum treatment ($P < 0.05$). **Discussion and Conclusion:** Both treatment methods can be used in the context of couples.

Keywords: Bakum Model Therapy, Emotion-Focused Couple Therapy, Forgiveness, Shame, Problem Solving, Infidelity.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر مدل باکوم و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بخشودگی، شرم درونی‌شده و حل مسئله در زنان قربانی خیانت زناشویی انجام شد. این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری و دارای گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز طلاق شهر تهران در پاییز سال ۱۴۰۳ بود که از میان آنان، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (زوج‌درمانی هیجان‌مدار، درمان مبتنی بر مدل باکوم و گروه کنترل) جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان به مقیاس‌های بخشودگی پولارد (۱۹۹۸)، شرم درونی‌شده کوک (۱۹۹۳) و پرسشنامه حل مسئله خانواده احمدی (۲۰۱۰) پاسخ دادند. گروه‌های آزمایش طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی تحت مداخله قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. نتایج نشان داد هر دو مداخله بر بخشودگی، شرم درونی‌شده و حل مسئله اثربخش بوده‌اند. همچنین، در متغیرهای بخشودگی و حل مسئله، درمان مبتنی بر مدل باکوم اثربخشی بیشتری نسبت به زوج‌درمانی هیجان‌مدار داشت، درحالی‌که در متغیر شرم درونی‌شده، زوج‌درمانی هیجان‌مدار مؤثرتر بود ($P < 0/05$). براساس یافته‌ها، هر دو رویکرد درمانی قابلیت استفاده در مداخلات زوج‌درمانی را دارند.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر مدل باکوم، زوج‌درمانی هیجان‌مدار، بخشودگی، شرم، حل مسئله، خیانت.

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۴/۵ تصویب نهایی: ۱۴۰۴/۹/۱۶

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

● مقدمه

ازدواج روندی است که با آن زن و مرد به‌عنوان همسر، روابط خود را به‌صورت عمومی و رسمی شکل می‌دهند. نهاد ازدواج باگذشت زمان دچار تحولاتی در رابطه با زن و شوهر شده که ممکن است روابط زناشویی را تحت تأثیر قرار دهد (باس، ۲۰۱۸). یکی از عوامل آسیب‌زا، خیانت زناشویی است (الیسون، ۲۰۱۷). خیانت زناشویی (marital infidelity) نوعی رابطه جنسی، عاطفی یا جنسی-عاطفی با فردی غیر از همسر است که از همسر پنهان می‌شود (مونش، ۲۰۱۵). آمارها نشان می‌دهد ۲۲ تا ۲۵ درصد از مردان متأهل و ۱۱ تا ۱۵ درصد از زنان متأهل درگیر در خیانت زناشویی بوده‌اند (مونش، ۲۰۱۵). همسر آسیب‌دیده از خیانت زناشویی اغلب هیجان‌های منفی مانند؛ ناامنی، خصومت، افسردگی، اضطراب، سرزنش و حقارت را تجربه خواهد کرد (تپلو و فینچام، ۲۰۱۸). یکی از مشکلات ایجادشده ناشی از خیانت، ناتوانی در حل مسئله (problem solving) است. پس‌از برملا شدن خیانت، همسر آسیب‌دیده ممکن است کارهای غیرمعمول و پیش‌بینی‌نشده‌ای انجام دهد، به‌جای حل مسئله، احساس ناامیدی و خشم وجودشان را فرامی‌گیرد (باکوم، ۲۰۰۹). افراد فاقد توانایی حل مسئله، به‌محض مواجهه با مسائل زندگی ممکن است رفتارهای تکانشی از خود بروز داده و در نتیجه رفتارهای پرخاصگرانه را نسبت به همسر بروز داده یا گوشه‌گیر می‌شوند (شریفی نژاد و همکاران، ۲۰۱۴). یکی دیگر از پیامدهای روان‌شناختی موردتوجه در افراد خیانت‌دیده، احساس شرم (feeling of shame) است (بالدرمادوربین، ۲۰۱۷). زمانی که افراد احساس کنند که کنترل بر زندگی خود را از دست داده‌اند؛ احساس شرم و گناه بیشتری را تجربه می‌کنند (اورث و همکاران، ۲۰۱۰). این هیجان‌ها باعث می‌شود که افراد بعد از تجربه شکست بر خود متمرکز شوند (مک کلاری - سیلز و همکاران، ۲۰۱۶). با توجه به اینکه خیانت یکی از شدیدترین اشتباهاتی است که یک نفر در حق همسری مرتکب می‌شود و به خاطر شدت زیاد آسیب و نحوه حرکت افراد در مسیر دشوار روابط متقابل، مسلماً بخشش (forgiveness) خیانت یک مسئله سخت در روابط زناشویی است (بندیکسن و همکاران، ۲۰۱۸). پیامدهای مخرب خیانت زناشویی نشان می‌دهد خیانت زناشویی تعارض‌آمیزترین موضوعی است که موجب شده زوج درمانگران به‌طور مداوم به دنبال مداخله‌ای باشند که در درمان رابطه زوجین باخیانت زناشویی مؤثر باشد (لبو و گارسیا، ۲۰۲۲). در تبیین و درمان افراد درگیر با مشکل خیانت زناشویی، مدل‌های نظری مختلفی ارائه شده است. ازجمله مدل‌های ارائه‌شده در زمینه درمان خیانت زناشویی می‌توان به درمان هیجان‌مدار (emotional couple therapy) و درمان مبتنی بر مدل سه مرحله‌ای (therapy based on Baucom's model) باکوم و همکاران (۱۳۹۶) اشاره کرد. مدل سه مرحله‌ای باکوم یکی از رویکردهای زوج‌درمانی ترکیبی است (اشنایدر و همکاران، ۲۰۰۷) که براساس نظریه شناختی رفتاری، نظریه بخشودگی در روابط بین-فردی، نظریه مبتنی بر بیش و نظریه پاسخ آسیب‌زا، است. مطابق مدل ترکیبی، درمان خیانت دارای سه مرحله است: ۱- شناسایی و فهم آثار آسیب‌زای خیانت ۲- فهم عواملی که منجر به خیانت شده است ۳- ادامه دادن به زندگی همراه با این فهم جدید (آرین فر و اعتمادی، ۱۳۹۵). این رویکرد کمک می‌کند زوجین با علائم تروما کنار بیایند و با عواملی که منجر به بروز خیانت شده است آشنا شوند تا بتوانند استراتژی‌هایی را برای پیشگیری از خطر خیانت ایجاد کنند و در آینده تصمیمات منطقی بگیرند (سانگور و قیامی، ۲۰۲۱). یکی دیگر از رویکردهای درمانی پرکاربرد در این حیطه، زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان سوزان جانسون است (کاتالینا، ۲۰۱۷). این روش تلفیقی از رویکرد سیستماتیک و انسان‌گرایی و نظریه دلبستگی است که با توجه به نقش عمده هیجان‌ها در نظریه دلبستگی، به نقش ارتباط‌های هیجانی در سازمان‌دهی الگوهای ارتباطی اشاره دارد. فرانک ویک (۲۰۱۷) نشان داد که زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان مبتنی بر مدل درمانی آسیب دلبستگی می‌کوشد تا ارتباطات عاطفی زوج‌هایی که باخیانت زناشویی مواجه شده‌اند را اصلاح نموده و مسئولانه در جهت تأمین نیازهای دلبستگی یکدیگر اقدام نمایند. جعفری و همکاران (۱۴۰۲) نیز در پژوهشی بر اثربخشی این درمان بر سازش زناشویی اذعان داشتند. همین‌طور محمدی و همکاران (۱۳۹۷) نیز در پژوهشی بیان داشتند که این مداخله باعث تأثیر بر دلزدگی زناشویی و میل به طلاق در زوجین می‌شود.

با توجه به پیامدهای روان‌شناختی خیانت زناشویی، سؤال پژوهش حاضر این است که کدام‌یک از دو رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر مدل باکوم در بهبود بخشودگی، شرم درونی‌شده و حل مسئله زوجین آسیب‌دیده از خیانت زناشویی اثربخشی بیشتری دارد؟

• روش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و با طرح نیمه‌تجربی (پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل) انجام شد. شرکت‌کنندگان شامل افراد خیانت‌دیده بودند که به‌طور تصادفی در سه گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار، درمان مبتنی بر مدل باکوم و گروه کنترل جایگزین شدند. مداخله‌ها به‌صورت یک‌سوکور و توسط آزمایشگر اجرا گردید.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز طلاق شهر تهران در پاییز سال ۱۴۰۳ بود. از میان آنان، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (زوج‌درمانی هیجان‌مدار، درمان مبتنی بر مدل باکوم و گروه کنترل) تخصیص یافتند. تمامی شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌ها را به‌صورت خودگزارشی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کردند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل سن ۲۰ تا ۴۰ سال، مدت‌زمان ازدواج حداکثر ۱۰ سال، سطح تحصیلات دیپلم یا کارشناسی و ارائه رضایت آگاهانه بود. ملاک‌های خروج نیز شامل دریافت هم‌زمان سایر مداخلات روان‌شناختی، وجود سابقه بیماری‌های جسمی یا روانی بر اساس پرونده پزشکی و نبود تمایل به ادامه همکاری در طول پژوهش در نظر گرفته شد.

• ابزارها

الف) مقیاس بخشودگی پولارد (Pollard's forgiveness scale- PFS): برای سنجش بخشودگی از مقیاس

سنجش بخشش در خانواده استفاده شد. این مقیاس در سال ۱۹۸۸ توسط پولارد و همکارانش طراحی و ساخته شد. این مقیاس شامل دو قسمت است یک قسمت مربوط به خانواده اصلی (نسل اول) و قسمت دیگر مربوط به خانواده هسته‌ای یا نسل دوم (زوجین) می‌شود. فرم اصلی مقیاس شامل ۴۰ ماده است که ۲۰ ماده آن مربوط به بخشودگی در خانه همسران است و در این پژوهش نیز این ۲۰ ماده مورد سنجش قرار خواهد گرفت. عبارت‌ها در مورد وضعیت رنجش‌ها و دلخوری‌ها و همچنین بخشایش و گذشت در بین اعضای خانواده است. پاسخ هر ماده شامل یک طیف چهاردرجه‌ای (تقریباً همیشه این‌طور است، اغلب اوقات این‌طور است، به‌ندرت این‌طور است، اصلاً این‌طور نیست) می‌شود. این مقیاس توسط بهاری و سیف در سال ۱۳۷۹ برای خانواده‌های ایرانی هنجاریابی شد و اعتبار آن ۰/۸۴ به‌دست آمد (بهاری و سیف، ۲۰۰۰).

ب) مقیاس شرم درونی‌شده کوک (Cook internalized shame scale- CISS): این مقیاس در سال ۱۹۹۳

تهیه شده و شامل ۳۰ ماده و دو خرده مقیاس کمرویی و عزت‌نفس است. پاسخ به هر ماده این مقیاس به‌صورت ۵ درجه‌ای از نوع لیکرتی است. نمره‌گذاری به‌صورت معکوس صورت می‌گیرد؛ به‌طوری‌که نمره‌های بالا در این مقیاس نشان‌دهنده بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی است و نمره پایین بیانگر اعتمادبه‌نفس بالا است. کوک ضریب اعتبار آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های کمرویی و عزت‌نفس را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. همچنین رجبی و عباسی (۱۳۹۰) ضرایب اعتبار آلفای کرونباخ مقیاس شرم درونی در کل نمونه ۰/۹۰ در مردان ۰/۸۹ در زنان ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند.

ج) پرسشنامه حل مسئله خانواده (Furgeson problem solving questionnaire- FPSQ): این پرسشنامه با الهام از

پرسشنامه فورگاچ (۱۹۸۹) کایرن و همکاران (۱۹۹۶)، چمپیون و پاور (۲۰۰۰)، دیزوریالا و نزو (۱۹۹۰) توسط احمدی و همکاران (۲۰۱۰) ساخته شد. مواد این پرسشنامه در زمینه روش‌های مواجهه با مشکلات فعلی، میزان شناخت فرایند و گام‌های حل مسئله و چگونگی به‌کارگیری روش‌های حل مسئله در بین زوج‌ها است. براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از گزینه هیچ‌وقت: ۱، به‌ندرت: ۲، بعضی مواقع: ۳، خیلی مواقع: ۴ و همیشه: ۵ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ضریب همبستگی درونی پرسشنامه با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و میزان اعتبار پرسشنامه با روش بازآزمایی در فاصله دو هفته در بین زوج‌ها ۰/۶۴ محاسبه شد (احمدی و همکاران، ۲۰۱۰).

د) خلاصه جلسات درمان مبتنی بر مدل باکوم (۲۰۱۱)

این مداخله به صورت ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و به شکل هفته‌ای یک جلسه برگزار شد.

| جلسه | محتوای جلسه |
|------|---|
| ۱ | ارتباط، ارزیابی و برقراری نظم در زندگی روزمره |
| ۲ | برقراری ارتباط، ارزیابی رابطه، چگونگی اتفاق خیانت، بررسی میزان تعهد به درمان |
| ۳ | بررسی نقاط ضعف و قوت همسران و تنشگرهای محیطی و به حداقل رساندن آسیب‌های بعداز تروما و ارتقا تعاملات و برقراری نظم در زندگی روزمره |
| ۴ | ایجاد توانایی درک احساسات زوج آسیب‌دیده و توانایی او برای کنار آمدن با فلش‌بک‌ها، آموزش توان بیان احساسات و آشنایی با احساسات |
| ۵ | پاسخگویی زوج خاطی به احساسات زوج آسیب‌دیده، ایجاد وقفه برای تنظیم هیجانات در تعاملات |
| ۶ | مواجهه با خیانت و آماده ساختن زوج برای شناسایی عوامل آن در زوج آسیب‌دیده |
| ۷ | طبقه‌بندی عوامل در ارتباط با زوج پیمان‌شکن |
| ۸ | بررسی عوامل مربوط به شخص سوم، عوامل محیطی، تنشگرها، تسهیل‌کننده‌ها |
| ۹ | بررسی عوامل تداوم بخش و نحوه مدیریت عوامل مختلف و تلاش جهت ایجاد تغییرات مؤثر در عوامل سبب‌ساز خیانت |
| ۱۰ | طرح‌کردن مسئله بخشودگی چالش با عوامل و باورهای مانع آن، بررسی عواملی که موجب پیشگیری خیانت می‌شود و تعهد را تقویت می‌کند. |
| ۱۱ | روش‌های حفظ دستاوردها و هشدار در مورد پس‌نگاه‌ها به خیانت |
| ۱۲ | جمع‌بندی، بازخورد و پس‌آزمون |

د) خلاصه جلسات زوج‌درمانی هیجان‌مدار (مسهودی و اسمخانی اکبرنژاد، ۱۴۰۳)

این مداخله به صورت ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و به شکل هفته‌ای یک جلسه برگزار شد.

| جلسه | محتوای جلسه |
|------|--|
| ۱ | معرفی و ایجاد رابطه خوب؛ پذیرش زوجین و خوش‌آمدگویی؛ آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و مشاوره؛ بیان کلی در مورد اهداف زوج‌درمانی گروهی هیجان‌مدار؛ بیان مقررات و اصول جلسات؛ اهمیت رعایت نظم و فعال‌بودن در بحث‌ها و انجام‌دادن تکالیف و توافق بر سر زمان تشکیل جلسات، تعداد و مدت آنها؛ ارائه تعریف مفاهیم زوج‌درمانی، ناباوروری، تعهد زناشویی، دلزدگی زناشویی و بررسی نظرات اعضا در مورد این مفاهیم؛ ارزیابی انگیزه و اهداف زوجین از شرکت در این جلسات |
| ۲ | ارائه تعریف سبک‌های دلبستگی، دلبستگی بزرگسالان و رابطه دلبستگی با مفاهیم عشق، صمیمیت، روابط زوجین و آشفته‌گی‌های آنها. |
| ۳ | شناسایی چرخه تعامل زوجین از طریق توضیح شایع‌ترین الگوهای تعاملی آشفته زوجین به اعضا مانند الگوهای تسلط، عیب‌جویی و تحت‌تعقیب قرار‌دادن که به دنبال آن الگوی دفاع‌کردن، فاصله‌گرفتن و مانند دیوار سنگی شدن در طرف مقابل شکل می‌گیرد. سپس به اعضا آموزش داده می‌شود که چگونه از طریق تکنیک تمرکز و سودبردن از آخرین مشاجره‌هایی که آنها را با همسرشان درگیر کرده است، الگوهای تعاملی آشفته را در روابط خود (با همسر) شناسایی کنند. |
| ۴ | ارائه تعریفی از هیجان و تقسیم‌کردن هیجان‌ها به دو نوع اولیه و ثانویه و نام‌بردن هیجان متفاوت تا ذهن اعضا با این مفهوم درگیر شود؛ کاوشگری در هیجان‌های ثانویه با هدف دستیابی به هیجان‌های زیرساختاری و ناشناخته (بازشناسی هیجان نوین) مانند احساس درماندگی یا ناتوانی از خشنودکردن همسر خواستن از زوجین که مانند جلسه قبل بر آخرین درگیری خود تمرکز کنند، هیجان‌های خود را بیرون بکشند و به هیجان‌های اولیه و به بر زبان آوردن آنها اقرار کنند. |
| ۵ | اشاره به نقش اجتماعی هیجان و چگونگی پدیدآیی هیجان‌ات تقابلی توسط یکدیگر (شرح نحوه شکل‌گیری چرخه و اشاره به قدرت آن در اداره کردن روابط)؛ استفاده از تکنیک شدت‌بخشی (شدت‌بخشی به عناصری که به نظر می‌رسد در حفظ چرخه نقش دارند) و توصیف و شرح چرخه در بافت سبک‌های دلبستگی که در جلسه دوم بررسی گردید (سرزنش‌گری در قالب اهمیت پیکره دلبستگی، خشم در قالب اعتراض دلبسته، اجتناب در قالب ترس از بروز مجدد آشوب و چرخه به عنوان دشمن مشترک، مجدداً قاب‌دهی می‌شوند. |
| ۶ | ردگیری دقیق‌تر تعامل‌ها؛ درک دقیق‌تر موقعیت‌های تعاملی؛ تشریح ساختار و فرآیند تعاملات؛ انعکاس الگوهای تعاملی بررسی مجدد میزان اتحاد مشاوره‌ای؛ ارزیابی و برجسته‌سازی پیشرفت حاصل شده؛ کمک به زوجین برای پذیرش و درک چرخه‌های تعاملی خود به دنبال کشف هیجان‌های زیرساختاری و برملاشدن جایگاه هر همسر در رابطه، هیجان‌ها به‌صورت کامل‌تر تجربه می‌شوند و شیوه‌های ادراک خود و همسر در رابطه را عیان می‌سازند. |
| ۷ | کمک به تجربه‌گری عمیق‌تر؛ برجسته‌سازی و شرح مجدد نیازهای فطری دلبستگی خواهانه و اشاره به سالم بودن آنها ردگیری هیجان‌های شناخته شده؛ دستیابی به جنبه‌هایی از تجربه هیجانی که انکار یا محدود شده و یا سرکوب گردیده‌اند. فراخوانی درگیری در همسر اجتناب‌کننده |
| ۸ | یافتن راه حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی شامل: بازسازی تعاملات، تغییر رفتار همسر آسیب‌رسان، ایجاد هماهنگی در حس درونی نسبت به خود و رابطه و تغییر تعاملات غلبه بر موانع واکنش مثبت؛ تکلیف: کشف راه حل‌های جدید برای بحث‌ها و مشکلات قدیمی |
| ۹ | استفاده از دستاوردهای مشاوره گروهی در زندگی روزانه شامل: درگیری صمیمانه زوجین، ماندن در سیر فرآیند مشاوره و خارج نشدن از آن، هماهنگی وضعیت‌های جدیدی که زوجین ایجاد کرده‌اند، شناسایی و حمایت از الگوهای سازنده تعاملی، ایجاد دلبستگی ایمن و ساختن یک داستان شاد از رابطه؛ تکلیف: اجرای تکنیک‌ها در محیط روزمره |
| ۱۰ | تسهیل پایان جلسات؛ حفظ تغییر تعاملات در آینده؛ تعیین تفاوت بین الگوی تعاملی منفی گذشته در جلسات اولیه و حال حاضر؛ حفظ درگیری هیجانی به منظور ادامه قوی‌کردن پیوند بین آنها؛ تغییرات قابل مشاهده در هیجان‌ها، رفتارها، شناخت و روابط بین فردی همسران؛ هیجان: |

هیجان‌های منفی کاهش یافته و به شیوه‌ای نوین تنظیم و پردازش می‌شوند. زوجین می‌توانند در حین درگیری در رابطه، از خود رابطه برای تنظیم هیجان‌های منفی استفاده کنند. رفتار: زوجین از نظر رفتاری نسبت به یکدیگر تغییر کرده‌اند. آنها اکنون هم در جلسات و هم در زندگی روزمره نسبت به یکدیگر پاسخگو و در دسترس‌تر هستند. شناخت: آنها یکدیگر را به شیوه‌ای نو ادراک می‌نمایند. زوجین برای توصیف خود، رابطه و همسر از کلمات جدیدی استفاده می‌کنند. رابطه میان‌فردی: چرخه مثبت نوین فعال‌سازی شده است. قدرت چرخه منفی تقریباً از میان رفته و همسران پاسخ‌های تازه‌ای را به یکدیگر ارائه می‌کنند که این پاسخ‌های تازه، آنها را از نظر هیجانی در رابطه نگه می‌دارد.

• یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۴۵ نفر زن شرکت داشتند که در سه گروه ۱۵ نفری (درمان هیجان‌مدار، درمان باکوم، گروه کنترل) قرار گرفتند. از نظر سنی میانگین گروه درمان هیجان‌مدار ۳۳/۴۶ سال، درمان باکوم ۳۳/۲۰ و کنترل ۳۳/۵۳ سال بود. از نظر میانگین مدت زمان ازدواج نیز میانگین گروه درمان هیجان‌مدار ۴/۳۳ سال، درمان باکوم ۴/۶۶ و کنترل ۵/۰۶ سال بود. در ادامه شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد بررسی گزارش شده است (جدول ۱).

جدول ۱. آمارهای توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه و مراحل

| متغیرها | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری |
|----------|------------------|-----------|--------------|----------|--------------|--------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| بخشودگی | درمان هیجان‌مدار | ۶۴/۱۳ | ۱۰/۳۷ | ۸۶/۶۶ | ۱۵/۲۳ | ۸۵/۶۰ |
| | درمان باکوم | ۷۰/۶۶ | ۸/۷۸ | ۹۶/۴۰ | ۱۰/۴۲ | ۹۱/۶۶ |
| | کنترل | ۶۵/۴۶ | ۱۱/۴۰ | ۶۵/۸۶ | ۱۲/۳۳ | ۶۵/۰۶ |
| شرم | درمان هیجان‌مدار | ۹۸/۲۶ | ۵/۷۵ | ۷۳/۲۶ | ۸/۷۱ | ۷۳/۱۳ |
| | درمان باکوم | ۹۸/۵۳ | ۱۳/۷۲ | ۷۰/۹۳ | ۱۵/۴۷ | ۷۱/۶۰ |
| | کنترل | ۹۱/۰۰ | ۱۰/۶۰ | ۹۰/۵۳ | ۹/۶۹ | ۸۹/۴۶ |
| حل مسئله | درمان هیجان‌مدار | ۴۵/۴۶ | ۹/۴۲ | ۶۶/۱۳ | ۱۰/۳۲ | ۶۴/۱۳ |
| | درمان باکوم | ۴۸/۰۰ | ۸/۳۴ | ۷۰/۰۰ | ۱۱/۹۵ | ۶۶/۴۶ |
| | کنترل | ۵۲/۱۳ | ۹/۱۰ | ۵۱/۸۶ | ۷/۷۹ | ۵۲/۶۰ |

در جدول فوق، میانگین و انحراف معیار هر یک از متغیرهای مورد بررسی و مؤلفه‌های آن گزارش شده است. همچنین نتایج آزمون کجی و کشیدگی جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها نشان داد که آماره‌های کجی و کشیدگی در دامنه مورد قبول (۲+ و ۲-) قرار داشت که در نتیجه توزیع داده‌ها در تمامی متغیرها نرمال است. در ادامه جهت بررسی و تحلیل داده‌های به‌دست آمده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یکی از متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش بخشودگی بود. قبل از اجرای این تحلیل پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. در بررسی مفروضه‌ها و پیش‌شرط‌های مشخص گردید که بین کوواریانس ماتریس‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد (۶۶/۹۱ و Box's M= ۰/۰۰۰۱ و $p=$ ۰/۰۰۰۱). آزمون کرویت بارتلت نیز نشان داد که همبستگی معناداری بین متغیرهای وابسته وجود دارد (۱۰۸/۶۸ و Approx. Chi-Square= ۰/۰۰۰۱ و $p=$ ۰/۰۰۰۱).

همچنین نتایج آزمون لوین برای همگونی واریانس‌های خطا نشان داد که همگونی داده‌ها در مرحله پیش‌آزمون (F- ۱/۰۷؛ P- ۰/۳۵)، پس‌آزمون (F- ۱/۵۸؛ P- ۰/۲۱) و پیگیری (F- ۱/۰۷؛ P- ۰/۳۸) رعایت شده است. بنابراین پیش‌شرط‌های لازم برای اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر وجود داشت. همچنین نتایج لامبدای ویلکز نشان داد که نتایج نشان داد که اثر درمان مبتنی بر هیجان‌مدار و درمان باکوم معنادار است و بین گروه‌ها در ارتباط با متغیر بخشودگی تفاوت معنادار وجود دارد. به‌علاوه، تعامل این درمان‌ها و عضویت گروهی در طی زمان و گروه بر متغیر بخشودگی معنادار بود و ۸۳ درصد تأثیر دارد (Value. ۰/۱۷، F. ۱۰۰/۰۵، P. ۰/۰۰۰۱، Eta. ۰/۸۳). همچنین نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف حاکی از آن بود که نمرات متغیر بخشودگی مورد بررسی دارای توزیع نرمال بودند ($p > ۰/۰۵$). بنابراین نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر متغیر بخشودگی در سه مرحله ارزیابی در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول ۲. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در متغیر بخشودگی

| مقیاس | آماره | خطا | میانگین مجزورات | F | سطح معناداری | اندازه اثر | توان آماری | |
|----------------------------|-----------------|----------------|-----------------|--------------|--------------|------------|------------|--|
| بخشودگی | کرویت فرضی | ۲ | ۳۴۸۴/۶۷ | ۱۲۹/۹۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۵ | ۱/۰۰۰ | |
| | گرین هوس - گیسر | ۱/۷۴ | ۳۹۹۵/۰۷ | ۱۲۹/۹۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۵ | ۱/۰۰۰ | |
| | هیون-فلدت | ۱/۹۰ | ۳۶۶۷/۲۹ | ۱۲۹/۹۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۵ | ۱/۰۰۰ | |
| | کران پایین | ۱/۰۰ | ۶۹۶۹/۳۴ | ۱۲۹/۹۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۵ | ۱/۰۰۰ | |
| بخشودگی* گروه | کرویت فرضی | ۴ | ۸۷۸/۰۰ | ۳۲/۷۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۰ | ۱/۰۰۰ | |
| | گرین هوس - گیسر | ۳/۴۸ | ۱۰۰۶/۶۱ | ۳۲/۷۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۰ | ۱/۰۰۰ | |
| | هیون-فلدت | ۳/۸۰ | ۹۲۴/۰۲ | ۳۲/۷۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۰ | ۱/۰۰۰ | |
| | کران پایین | ۲/۰۰ | ۱۷۵۶/۰۱ | ۳۲/۷۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۰ | ۱/۰۰۰ | |
| نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی | | | | | | | | |
| گروه A | گروه B | اختلاف میانگین | خطای استاندارد | سطح معناداری | | | | |
| | درمان باکوم | -۷/۴۴ | ۳/۸۸ | ۰/۱۸ | | | | |
| | کنترل | ۱۳/۳۳ | ۳/۸۸ | ۰/۰۰۴ | | | | |
| | کنترل | ۲۰/۷۷ | ۳/۸۸ | ۰/۰۰۰۱ | | | | |

همان‌گونه که در جدول (۲) مشاهده می‌شود، بین سه گروه در مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در متغیر بخشودگی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$) و به این معنا است که در طول سه مرحله آزمون، میان گروه کنترل و آزمایش‌ها (درمان هیجان‌مدار و درمان باکوم) تفاوت معناداری در متغیر بخشودگی وجود داشت. اندازه اثر نیز نشان داد که ۷۵ درصد از تغییرات ناشی از تأثیر این درمان‌ها بوده است. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نیز نشان داد که بین درمان‌های هیجان‌مدار و درمان باکوم تفاوت معناداری وجود ندارد. هرچند بر اساس نمرات میانگین‌ها درمان باکوم اثر بیشتری نسبت به درمان هیجان‌مدار داشته است ($۸۶/۲۴$ در برابر $۷۸/۸۰$). همچنین هر دو گروه آزمایش (درمان هیجان‌مدار و درمان باکوم) تفاوت معناداری با گروه کنترل داشتند. به طوری که این درمان‌ها باعث افزایش میزان بخشودگی در شرکت‌کنندگان شدند.

یکی دیگر از متغیرهای مورد بررسی در پژوهش حاضر شرم بود. در بررسی مفروضه‌ها و پیش‌شرط‌های مشخص گردید که بین کوواریانس ماتریس‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($\text{Box's } M = ۴۲/۲۱$ و $p = ۰/۰۰۰۱$). آزمون کرویت بارتلت نیز نشان داد که همبستگی معناداری بین متغیرهای وابسته وجود دارد ($\text{Approx. Chi-Square} = ۱۵۹/۵۱$ و $p = ۰/۰۰۰۱$). همچنین نتایج آزمون لوین برای همگونی واریانس‌های خطا نشان داد که همگونی داده‌ها در مرحله پیش‌آزمون ($F = ۴/۲۳$; $P = ۰/۰۲$) رعایت نشده ولی در پس‌آزمون ($F = ۳/۲۰$; $P = ۰/۰۵۱$) و پیگیری ($F = ۲/۴۵$; $P = ۰/۰۹$) رعایت شده است. بنابراین پیش‌شرط‌های لازم برای اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر وجود داشت. همچنین نتایج لامبدای ویلکز نشان داد که اثر درمان مبتنی بر هیجان‌مدار و درمان باکوم معنادار است و بین گروه‌ها در ارتباط با متغیر شرم تفاوت معنادار وجود دارد. به علاوه، تعامل این درمان‌ها و عضویت گروهی در طی زمان و گروه بر متغیر شرم معنادار بود و ۸۷ درصد تأثیر دارد ($\text{Eta.} = ۰/۸۷$, $P = ۰/۰۰۰۱$, $F = ۱۴۸/۲۶$, $\text{Value.} = ۰/۱۲$). همچنین نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای مورد بررسی دارای توزیع نرمال بودند ($p > ۰/۰۵$). بنابراین نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر متغیر بخشودگی در سه مرحله ارزیابی در جدول (۳) ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین سه گروه در مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در متغیر شرم تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$) و به این معنا است که در طول سه مرحله آزمون، میان گروه کنترل و آزمایش‌ها (درمان هیجان‌مدار و درمان باکوم) تفاوت معناداری در متغیر شرم وجود دارد. اندازه اثر نیز نشان داد که ۸۶ درصد از تغییرات ناشی از تأثیر این درمان‌ها بوده است. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نیز نشان داد که بین درمان‌های هیجان‌مدار و درمان باکوم تفاوت معناداری وجود ندارد. هرچند بر اساس نمرات میانگین‌ها درمان هیجان‌مدار اثر بیشتری نسبت به درمان باکوم داشته است ($۸۲/۲۲$ در برابر $۸۰/۳۵$) همچنین هر دو گروه آزمایش (درمان هیجان‌مدار و درمان باکوم) تفاوت معناداری با گروه کنترل داشتند. به طوری که این درمان‌ها باعث افزایش کاهش میزان شرم در شرکت‌کنندگان شدند.

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در متغیر شرم

| مقیاس | آماره | خطا | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | اندازه اثر | توان آماری |
|------------|----------------|------|-----------------|--------|--------------|------------|------------|
| رم | کرویت فرضی | ۲ | ۴۵۶۷/۳۱ | ۲۶۵/۰۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۶ | ۱/۰۰۰ |
| | گرین هاوس-گیسر | ۱/۲۷ | ۷۱۸۳/۷۹ | ۲۶۵/۰۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۶ | ۱/۰۰۰ |
| | هیون-فلدت | ۱/۳۵ | ۶۷۳۷/۳۶ | ۲۶۵/۰۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۶ | ۱/۰۰۰ |
| | کران پایین | ۱/۰۰ | ۹۱۳۴/۶۳ | ۲۶۵/۰۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۶ | ۱/۰۰۰ |
| شرم * گروه | کرویت فرضی | ۴ | ۱۰۳۵/۰۳ | ۶۰/۰۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۴ | ۱/۰۰۰ |
| | گرین هاوس-گیسر | ۲/۵۴ | ۱۶۲۷/۹۶ | ۶۰/۰۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۴ | ۱/۰۰۰ |
| | هیون-فلدت | ۲/۷۱ | ۱۵۲۶/۷۹ | ۶۰/۰۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۴ | ۱/۰۰۰ |
| | کران پایین | ۲/۰۰ | ۲۰۷/۰۵ | ۶۰/۰۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۴ | ۱/۰۰۰ |

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی

| گروه A | گروه B | اختلاف میانگین | خطای استاندارد | سطح معناداری |
|-------------|-------------|----------------|----------------|--------------|
| هیجان مدار | درمان باکوم | ۱/۸۶ | ۳/۹۳ | ۱/۰۰ |
| | کنترل | -۸/۱۱ | ۳/۹۳ | ۰/۰۳ |
| درمان باکوم | کنترل | -۹/۹۷ | ۳/۹۳ | ۰/۰۴ |

در نهایت متغیر حل مسئله به عنوان آخرین متغیر مورد بررسی در پژوهش حاضر بود. در بررسی مفروضه‌ها و پیش شرط‌های مشخص گردید که بین کوواریانس ماتریس‌های دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($\text{Box's } M = 267/75$ و $p = 0/02$). آزمون کرویت بارتلت نیز نشان داد که همبستگی معناداری بین متغیرهای وابسته وجود دارد ($\text{Approx. Chi-Square} = 150/97$ و $p = 0/0001$). همچنین نتایج آزمون لوین برای همگونی واریانس‌های خطا نشان داد که همگونی داده‌ها در مرحله پیش‌آزمون ($F = 0/72$; $P = 0/49$) و پس‌آزمون ($F = 2/31$; $P = 0/11$) رعایت شده ولی در مرحله پیگیری ($F = 4/74$; $P = 0/01$) رعایت نشده است. بنابراین پیش‌شرط‌های لازم برای اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر وجود داشت. نتایج لامبدای ویلکز نیز نشان داد که اثر درمان مبتنی بر هیجان‌مدار و درمان باکوم معنادار است و بین گروه‌ها در ارتباط با متغیر حل مسئله تفاوت معنادار وجود دارد به علاوه، تعامل این درمان‌ها و عضویت گروهی در طی زمان و گروه بر متغیر حل مسئله معنادار بود و ۸۵ درصد تأثیر دارد ($\text{Value} = 0/14$, $F = 119/40$, $P = 0/0001$, $\text{Eta} = 0/85$). همچنین نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای مورد بررسی دارای توزیع نرمال بودند ($p > 0/05$). بنابراین نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بر متغیر بخشودگی در سه مرحله ارزیابی در جدول (۴) ارائه شده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در متغیر حل مسئله

| مقیاس | آماره | خطا | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | اندازه اثر | توان آماری |
|-----------------|----------------|------|-----------------|--------|--------------|------------|------------|
| حل مسئله | کرویت فرضی | ۲ | ۲۶۹۵/۴۶ | ۱۸۶/۸۲ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۱ | ۱/۰۰۰ |
| | گرین هاوس-گیسر | ۱/۳۳ | ۴۰۳۴/۰۵ | ۱۸۶/۸۲ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۱ | ۱/۰۰۰ |
| | هیون-فلدت | ۱/۴۳ | ۳۷۷۰/۷۳ | ۱۸۶/۸۲ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۱ | ۱/۰۰۰ |
| | کران پایین | ۱/۰۰ | ۵۳۹۰/۹۳ | ۱۸۶/۸۲ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۱ | ۱/۰۰۰ |
| حل مسئله * گروه | کرویت فرضی | ۴ | ۶۷۲/۶۲ | ۴۶/۷۵ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۹ | ۱/۰۰۰ |
| | گرین هاوس-گیسر | ۲/۶۷ | ۱۰۰۹/۶۴ | ۴۶/۷۵ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۹ | ۱/۰۰۰ |
| | هیون-فلدت | ۲/۸۵ | ۹۴۳/۷۴ | ۴۶/۷۵ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۹ | ۱/۰۰۰ |
| | کران پایین | ۲/۰۰ | ۱۳۴۹/۲۴ | ۴۶/۷۵ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۹ | ۱/۰۰۰ |

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی

| گروه A | گروه B | اختلاف میانگین | خطای استاندارد | سطح معناداری |
|-------------|-------------|----------------|----------------|--------------|
| هیجان‌مدار | درمان باکوم | -۲/۹۱ | ۳/۴۶ | ۱/۰۰ |
| | کنترل | ۶/۳۷ | ۳/۴۶ | ۰/۰۳ |
| درمان باکوم | کنترل | ۶/۲۸ | ۳/۴۶ | ۰/۰۳ |

همان‌گونه که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، بین سه گروه در مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در متغیر حل مسئله تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$) و به این معنا است که در طول سه مرحله آزمون، میان گروه کنترل و آزمایش‌ها (درمان هیجان‌مدار و درمان باکوم) تفاوت معناداری در متغیر حل مسئله وجود دارد. اندازه اثر نیز نشان داد که ۸۱ درصد از تغییرات ناشی از تأثیر این درمان‌ها بوده است. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نیز نشان داد که بین درمان‌های هیجان‌مدار و درمان باکوم تفاوت معناداری وجود ندارد. هرچند بر اساس نمرات میانگین‌ها درمان باکوم اثر بیشتری نسبت به درمان هیجان‌مدار داشته است (۶۱/۴۸ در برابر ۵۸/۵۷) همچنین هر دو گروه آزمایش (درمان هیجان‌مدار و درمان باکوم) تفاوت معناداری با گروه کنترل داشتند. به‌طوری‌که این درمان‌ها باعث افزایش افزایش مهارت حل مسئله در شرکت‌کنندگان شدند.

• بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی، یعنی درمان مبتنی بر مدل باکوم و زوج‌درمانی هیجان‌مدار، بر سه متغیر روان‌شناختی (بخشودگی، شرم درونی‌شده و حل مسئله) در زنان قربانی خیانت زناشویی انجام شد. یکی از نتایج به‌دست آمده این بود که هر دو درمان به طور معناداری بخشودگی را در گروه‌های آزمایشی افزایش داده‌اند؛ اما تفاوت آماری معناداری بین اثربخشی این دو روش مشاهده نشد. این یافته با پژوهش سودانی و همکاران (۱۳۹۱) هم‌راستا است که نشان داد زوج‌درمانی هیجان‌مدار بخشودگی را به طور معناداری افزایش می‌دهد. همچنین، نتایج با مطالعه باکوم و همکاران (۲۰۰۹) که اثربخشی مدل سه‌مرحله‌ای باکوم را بر بخشودگی تأیید کرد، همخوان است. با این حال، نبود تفاوت معنادار با یافته‌های کیهان و همکاران (۱۴۰۱) که برتری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را نشان داد، ناهمسو است. در تبیین نتایج به‌دست آمده این فرضیه می‌توان گفت که افزایش بخشودگی در هر دو گروه آزمایشی را می‌توان از منظر مکانیزم‌های روان‌شناختی و نظریه‌های مرتبط توضیح داد. مدل باکوم با ارائه یک چارچوب سه‌مرحله‌ای (شناسایی آثار خیانت، فهم علل آن و پیشرفت به سوی بهبودی) به افراد کمک می‌کند تا ابتدا ترومای خیانت را پردازش کنند (اسنایدر و همکاران، ۲۰۰۷). مرحله دوم این مدل، با تمرکز بر تحلیل شناختی علل خیانت، به بازسازی باورهای مخدوش درباره خود و رابطه منجر می‌شود که طبق نظریه شناختی- رفتاری (بک، ۱۹۷۶) می‌تواند خودسرزنش‌گری را کاهش داده و پذیرش را تسهیل کند. در مرحله سوم، تأکید بر بخشودگی به عنوان یک انتخاب آگاهانه، افراد را به سوی رهایی از کینه هدایت می‌کند. از سوی دیگر، زوج‌درمانی هیجان‌مدار با استفاده از نظریه دلبستگی بالبی (۱۹۶۹) و تمرکز بر بازسازی پیوندهای عاطفی، به کاهش چرخه‌های تعاملی منفی (مانند سرزنش و کناره‌گیری) کمک می‌کند (جانسون، ۲۰۰۴). طبق پژوهش وایب و جانسون (۲۰۱۶) این فرآیند با تقویت دلبستگی ایمن، احساس امنیت عاطفی را افزایش می‌دهد که پیش‌نیاز بخشودگی است. نبود تفاوت معنادار بین این دو روش می‌تواند به اشتراکات آنها در هدف‌گذاری بر هیجان‌های منفی و بازسازی اعتماد مربوط باشد. با این حال، برتری اندک مدل باکوم در میانگین نمرات ممکن است به ساختارمندتر بودن آن و تأکید بر جنبه‌های شناختی (مانند تغییر باورها) در کنار هیجانی مرتبط باشد، که با یافته‌های می و فینچام (۲۰۱۷) درباره نقش شناخت در بخشودگی هم‌راستا است. به عبارتی دیگر، مدل باکوم به زوجها آموزش می‌دهد تا تفسیرهای منفی از رفتار شریک خود (مانند نسبت دادن خطاها به نیت‌های بدخواهانه) را به تفسیرهای مثبت‌تر یا خنثی تغییر دهند. این فرآیند می‌تواند احساس خشم و کینه را کاهش داده و پذیرش و بخشودگی را تسهیل کند. از طرفی دیگر، زوج‌درمانی هیجان‌مدار رویکردی است که بر تنظیم هیجان‌ها، تقویت پیوند عاطفی و بازسازی تعاملات عاطفی بین زوجها تمرکز دارد. این روش به زوجها کمک می‌کند تا هیجان‌های عمیق‌تر (مانند ترس از طرد شدن یا نیاز به پذیرش) را شناسایی و بیان کنند، که می‌تواند به بهبود روابط و افزایش بخشودگی منجر شود. در نتیجه می‌توان گفت که هر دو روش به طور جداگانه در افزایش بخشودگی موفق بودند.

یکی دیگر از نتایج به‌دست آمده این بود که هر دو درمان به طور معناداری شرم درونی‌شده را کاهش دادند. اما تفاوت معناداری بین اثربخشی آنها مشاهده نشد. این یافته با پژوهش سودانی و همکاران (۱۳۹۱) که کاهش علائم روان‌شناختی منفی (شامل شرم) را با هیجان‌مدار تأیید کرد، همسو است. همچنین، باکوم و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که مدل باکوم با کاهش خودسرزنش‌گری، شرم را تعدیل می‌کند. با این حال، برتری اندک هیجان‌مدار با یافته‌های گیلبرت (۲۰۱۱) که بر تأثیر مداخلات هیجانی بر شرم تأکید دارد، سازگار است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) با تمرکز بر بازسازی پیوندهای عاطفی و تنظیم هیجان‌ها،

احتمالاً از طریق ایجاد فضایی امن برای بیان احساسات و کاهش احساس طردشدگی، به کاهش شرم کمک می‌کند. در مقابل، درمان مبتنی بر مدل باکوم ممکن است با تغییر الگوهای فکری منفی یا کاهش خودانتقادی به این هدف دست یابد. در واقع مدل باکوم با تمرکز بر فهم علل خیانت، به افراد کمک می‌کند تا مسئولیت خیانت را از خود به عوامل بیرونی یا رابطه‌ای منتقل کنند. این رویکرد با بازسازی روایت خیانت، احساس حقارت و بی‌ارزشی را که از پیامدهای شایع خیانت است (گلاس و رایت، ۲۰۰۷) تعدیل می‌کند. پژوهش بورگس و همکاران (۲۰۱۶) نشان می‌دهد که بازسازی دل‌بستگی ایمن در این روش، احساس ارزشمندی را افزایش داده و شرم را کاهش می‌دهد. همچنین مکانیزم اثربخشی مدل باکوم بر شرم درونی شده می‌تواند به این دلیل باشد؛ بازسازی شناختی: شرم درونی شده اغلب با باورهای منفی عمیق درباره خود مانند «من کافی نیستم» یا «من شایسته عشق نیستم» همراه است. مدل باکوم با به چالش کشیدن این باورها و جایگزینی آنها با دیدگاه‌های مثبت‌تر، به کاهش شدت این احساسات کمک می‌کند. برای مثال، زوج‌ها یاد می‌گیرند که رفتارهای منفی شریک خود را به عوامل موقعیتی (به جای نقص‌های شخصی خود) نسبت دهند. همچنین این مدل با آموزش مهارت‌هایی مانند گوش دادن فعال و بیان نیازها، فضایی برای پذیرش متقابل ایجاد می‌کند. زمانی که زوج‌ها احساس می‌کنند شنیده و درک شده‌اند، شرم مرتبط با طرد یا انتقاد کاهش می‌یابد. همچنین شرم درونی شده اغلب با احساسات سرکوب‌شده‌ای مانند ترس از طرد یا احساس ناکافی بودن همراه است. EFT به زوج‌ها کمک می‌کند تا این احساسات را شناسایی، بیان و پردازش کنند، که می‌تواند شدت شرم را کاهش دهد.

در نهایت نتایج نشان داد که هر دو درمان مهارت حل مسئله را به طور معناداری بهبود ببخشد. اما تفاوت معناداری بین آنها مشاهده نشد. این یافته با پژوهش فارابی و همکاران (۱۴۰۲) که اثربخشی درمان شناختی- رفتاری ترکیبی را بر حل مسئله تأیید کرد، هم‌راستا است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که بهبود حل مسئله در گروه باکوم به تأکید این مدل بر تحلیل شناختی و رفتاری مشکلات مربوط است. طبق نظریه حل مسئله نرو دزوریلا (۱۹۹۰) توانایی شناسایی مسئله، تولید راه‌حل‌ها و اجرای آن‌ها، کلید موفقیت در مواجهه با چالش‌ها است. مدل باکوم با آموزش تکنیک‌های عملی (مانند مسئله‌گشایی بحران‌ها در مرحله اول)، افراد را به سمت رویکردی منطقی و ساختاریافته هدایت می‌کند (باکوم و همکاران، ۲۰۱۷). طبق پژوهش سلطانی و همکاران (۲۰۱۴) کاهش چرخه‌های منفی تعاملی (مانند انتقاد و دفاع)، فضای همکاری را تقویت می‌کند که به نوبه خود حل مسئله را تسهیل می‌کند. این رویکرد با تنظیم هیجان‌ها، مانع از غلبه خشم و ناامیدی بر فرآیند تصمیم‌گیری می‌شود (کمپر و همکاران، ۲۰۱۵). برتری اندک باکوم ممکن است به دلیل ساختارمندتر بودن و تأکید بر مهارت‌های عملی باشد، درحالی‌که هیجان‌مدار بیشتر بر زمینه عاطفی حل مسئله تمرکز دارد. مدل باکوم با تشویق زوج‌ها به کار تیمی، آنها را ترغیب می‌کند تا به‌عنوان یک واحد مشترک به مشکلات نگاه کنند، نه به‌عنوان طرف‌های مقابل. این دیدگاه همکاری‌محور مهارت‌های مذاکره و توافق را بهبود می‌بخشد. از طرفی دیگر، EFT با کمک به زوج‌ها برای مدیریت هیجان‌های منفی (مانند اضطراب یا ناامیدی)، موانع عاطفی که مانع تفکر منطقی در حل مسئله می‌شوند را کاهش می‌دهد. این فرآیند به زوج‌ها امکان می‌دهد با ذهنی بازتر به مشکلات نزدیک شوند. این مداخله با ایجاد ارتباط عاطفی قوی‌تر، زوج‌ها را تشویق می‌کند تا مشکلات را به‌عنوان چالش‌های مشترک ببینند، نه مسائل فردی. این حس اتحاد، همکاری در یافتن راه‌حل‌ها را تسهیل می‌کند. بهبود همچنین زمانی که زوج‌ها یاد می‌گیرند نیازهای عاطفی یکدیگر را درک کرده و به آنها پاسخ دهند، احتمال درگیری‌های مخرب کاهش می‌یابد، که این امر فضایی برای مذاکره و حل مسئله فراهم می‌کند.

• نتیجه‌گیری

در مجموع، این پژوهش شواهد ارزشمندی ارائه می‌دهد که نشان می‌دهد درمان مبتنی بر مدل باکوم و زوج‌درمانی هیجان‌مدار می‌تواند ابزاری مؤثر برای کاهش مشکلات به‌وجود آمده ناشی از خیانت در بین زوجین باشد. هر پژوهشی طبیعتاً دارای محدودیتی است. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر اندازه نمونه کوچک و محدودبودن تعمیم‌پذیری، مدت کوتاه دوره پیگیری و ناکافی بودن برای ارزیابی پایداری نتایج، تمرکز تنها بر زنان و نبود بررسی جنسیت مردان بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر (شامل هر دو جنس) و بررسی اثرات بلندمدت مداخلات با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر صورت گیرد. براساس نتایج به‌دست آمده نیز پیشنهاد می‌شود که درمانگران و متخصصین حوزه زوجین از درمان مبتنی بر مدل باکوم و زوج‌درمانی هیجان‌مدار در

مورد زوجینی که دارای اختلاف و خیانت هستند بهره ببرند. همینطور پیشنهاد می‌شود که جهت پیشگیری از خیانت زوجین در آینده، این مداخلات به‌عنوان آموزش قبل از ازدواج توسط مشاورین پیش از ازدواج و نهادهای مرتبط مانند مراکز مشاوره خانواده اعمال گردد تا آگاهی زوجین افزایش یابد.

• تعارض منافع

نویسندگان این پژوهش اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی با یکدیگر ندارند.

• تشکر و قدردانی

نویسندگان پژوهش حاضر از تمامی کسانی که صمیمانه در پژوهش شرکت داشتند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

• منابع

- آرین فر، نیره؛ اعتمادی، عذرا. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر و هیجان‌مدار بر صمیمیت زناشویی (زوجین آسیب‌دیده از خیانت همسر. *مجله پژوهش‌های مشاوره*، ۱۵ (۵۹) ۸-۳۶.
- باکوم، دونالد؛ اسنایدر، داگلاس؛ گوردون، کریستن. (۱۳۹۶). راهی از پیمان‌شکنی زناشویی. راهنمای درمانگران. ترجمه: موزیری و نادری، تهران: انتشارات ارجمند.
- جعفری، لیلا؛ رحیمیان بوگر، اسحق؛ جراه، جمشید و تقوائی‌نیا، علی. (۱۴۰۲) مقایسه زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان و زوج‌درمانی گاتمن بر سازش زناشویی و چهار اسب سوارکار نابودگر زوجین. *مجله روان‌شناسی*، ۲۷ (۳)، ۲۵۰-۲۴۲
- رجبی، غلامرضا؛ عباسی، قاسم. (۱۳۹۱). بررسی رابطه خود انتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست با شرم درونی‌شده در دانشجویان. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۲ (۱).
- سودانی، منصور؛ کریمی، جواد؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز؛ نیسی، عبدالکاسم. (۱۳۹۱). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش آسیب‌های ناشی از خیانت همسر. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰ (۴)، ۱-۱۶.
- فارابی، مریم؛ تیموری، سعید؛ رجایی، علیرضا. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی شناختی رفتاری ترکیبی و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه بر عملکرد خانواده در زوجین دارای روابط فرا زناشویی. *روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۱۰ (۱)، ۳۱-۴۴.
- کیهان، فیروزه؛ غنیفر، محمدحسن؛ آهی، قاسم. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شاخص‌های معنوی) صبر و بخشش (در زوجین آسیب دیده از روابط فرا زناشویی. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*، ۳ (۳ پیاپی ۱۲) ۲۰-۳۴.
- محمدی، محمد؛ اژه‌ای، جواد؛ غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش رویکرد هیجان‌مدار بر دلزدگی زناشویی و میل به طلاق در زوج‌ها. *مجله روان‌شناسی*، ۲۲ (۴)، ۳۶۲-۳۷۸.
- مسعودی، زهرا؛ اسمخانی اکبرنژاد، هادی (۱۴۰۳). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بخشش و صمیمیت جنسی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی. *مجله روان‌شناسی*، ۲۸ (۲)، ۱۶۲-۱۷۰.
- Ahmadi, K., Ashrafi, S. M. N., Kimiaee, S. A., Afzali, M. H. (2010). Effect of family problem-solving on marital satisfaction. *Journal of Applied Sciences*, 10, 682-87. [DOI:10.3923/jas.2010.682.687](https://doi.org/10.3923/jas.2010.682.687)
- Allison R. T. (2017). Communication and parental infidelity: A qualitative analysis of how adult children cope in a topic-avoidant environment. *Journal of Divorce & Remarriage*, 58(3), 175-193. [DOI:10.1080/10502556.2017.1300019](https://doi.org/10.1080/10502556.2017.1300019)
- Bahari F, Seyf S. (2000). Forgiveness: Introducing a Therapeutic Model in Marriage and Family Counseling. *Counseling Research*, 2 (8), 49-66.
- Balderrama-Durbin, C., Stanton, K., Snyder, D. K., Cigrang, J. A., Talcott, G. W., Smith Slep, A. M., & Cassidy, D. G. (2017). The risk for marital infidelity across a year-long deployment. *Journal of Family Psychology*, 31(5), 629-634. [DOI:10.1037/fam0000281](https://doi.org/10.1037/fam0000281)
- Baucom, D. H., Pentel, K. Z., Gordon, K. C., & Snyder, D. K. (2017). An integrative approach to treating infidelity in couples. In *Foundations for Couples' Therapy* (pp. 206-215). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315678610-21>
- Baucom DH, Snyder DK, Gordon KC. (2007). Getting past the affair: A program to help you cope, heal, and move on—Together or apart. New York: Guilford Press.
- Baucom DH, Snyder DK, Gordon KC. (2011). Helping couples get past the affair: A clinician's guide, New York: Guilford Publications.

- Bendixen, M., Kennair, L. E. O., & Grøntvedt, T. (2018). Forgiving the unforgivable: Couples' forgiveness and expected forgiveness of emotional and sexual infidelity from an error management theory perspective. *Evolutionary Behavioral Sciences*, 12(4), 322-352. <https://doi.org/10.1037/ebs0000110>
- Buss, D. M. (2018). Sexual and emotional infidelity: Evolved gender differences in jealousy prove robust and replicable. *Perspectives on Psychological Science*, 13(2), 155-160. DOI:10.1177/1745691617698225
- Catalina, W. M. (2017). Emotion-focused couples therapy, person-centered & experiential psychotherapies. *Journal of the World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling*, 16(3), 236-255. DOI:10.1080/14779757.2017.1330706
- Champion, L.A., & Power, M.J. (2000). *Adult psychological problems: an introduction*. Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9780203970478>
- Cook, DR. (1993). *The internalized shame scale manual*. Menomonie, WI: Channel Press.
- D'Zurilla, T.J., & Nezu, A.M. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social Problem-Solving Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(2), 156-163. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.2.2.156>
- Fincham, F. D. & May, R. W. (2017). Infidelity in romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, 13, 70-74. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.03.008>
- Forgatch, M.S. (1989). Patterns and outcome in family problem solving: The disrupting effect of negative emotion. *Journal of Marriage and the Family*, 51(1), 115-124. <https://doi.org/10.2307/352373>
- Franckowiak, M. (2017). *Intimacy after Sexual Trauma: Clinical Perspectives* (Master's thesis). Available from Sophia, the St. Catherine University repository website:
- Gilbert P. (2011). *Shame in psychotherapy and the role of compassion focused therapy*. Washington DC: American psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12326-014>
- Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security: A biopsychosocial approach.
- Glass SP, Wright TL. (2007). Reconstructing marriages after the trauma of infidelity. In: Halford WK, Markman HJ, editors. *Clinical handbook of marriage and couples' interventions*. New York, NY: John Wiley & Sons; p. 471-507.
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J., Ostelo, R. W., Guzman, J., & van Tulder, M. (2015). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 350. DOI: 10.1136/bmj.h444
- Kieren, D.K., Maguire, T.O., & Hurlbut, N. (1996). A marker method to test a phasing hypothesis in family problem-solving interaction. *Journal of Marriage and the Family*, 58(2), 442-455. <https://doi.org/10.1177/1054773804270096>
- Lebow, J. L., & Garcia, A. R. (2022). Theories and Techniques of Couple Therapy. *Gabbard's Textbook of Psychotherapeutic Treatments*, 423. DOI:10.1176/appi.books.9781615375233.gg20
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Gilbert, P. (2013). The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(4), 334-349. DOI:10.1002/cpp.1766
- McCleary-Sills, J., Namy, S., Nyoni, J., Rweyemamu, D., Salvatory, A., & Steven, E. (2016). Stigma, shame and women's limited agency in help-seeking for intimate partner violence. *Global Public Health*, 11(1-2): 224-235. DOI:10.1080/17441692.2015.1047391
- Munsch, Ch. L. (2015). Her Support, His Support: Money, Masculinity, and Marital Infidelity, *American Sociological Review*, 80 (3), <https://doi.org/10.1177/0003122415579989>
- Orth, U., Robins, R. W., & Soto, C. J. (2010). Tracking the trajectory of shame, guilt, and pride across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(6), 1061-1069. DOI:10.1037/a0021342
- Shahmoradi M, Nicknam M, Khakpour R. (2021). A Comparison of the Effects of Cognitive Behavioral Couple Therapy and Emotionally Focused Couple Therapy on Love Schemas of Married Women. *Journal of Applied Family Therapy*, 2(2), 190-210. (In Persian) DOI:10.61838/kman.pwj.2.3.1
- Sharifnezhad, A., Toozandejani, H., Porsharifi, H., & Kamyar, A. (2014). The impact of cognitive--behavioral therapy on pain in patients undergoing hemodialysis in 22nd of Bahman hospital in Nishapur. *Advances in Environmental Biology*, 23-28.
- Smith, T. (2004). Attachment Style of Marriage Adjustment and Responses to Interaction. *Journal of Social and Personal Relationships*. 18 (2). 263-289. DOI:10.1177/0265407501182006
- Soltani, M., Shairi, M. R., Roshan, R., & Rahimi, C. (2014). The impact of emotionally focused therapy on emotional distress in infertile couples. *International Journal of Fertility & Sterility*, 7(4), 337-344. [24520504](https://doi.org/10.1007/s12014-014-0205-0)
- Sungur M, Giami A. (2021). Between couple therapy and sex therapy: A cognitive behavioral. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2020.12.012>
- Toplu-Demirtaş, E., & Fincham, F. D. (2018). Dating infidelity in Turkish couples: The role of attitudes and Intentions. *The Journal of Sex Research*, 55(2), 252-262. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1365110>
- Wiebe, S. A., & Johnson, S. M. (2016). A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Family Process*, 55(3), 390-407. DOI:10.1111/famp.12229