Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol /12 / No/ 1. 2025
Page:1-17

Comparing the effectiveness of emotion-oriented therapy and cognitive-behavioral therapy on the action flexibility and psychological distress of women affected by infidelity

Leila Aghabalazadeh [1], **Farnaz Farshbaf Manisefat**[2], **Ali Khademi** [3]

1- PhD Student of General Psychology, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran
2- Assistant Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran (Corresponding Author). E-mail: Farshbaf@iaurmia.ac.ir
3- Associate Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

Received : 16/01/2024 **Accepted:** 24/01/2024

Abstract

Introduction: Marital infidelity results in significant psychological distress and a reduction in action flexibility. Therefore, therapeutic interventions aimed at enhancing action flexibility and alleviating psychological distress in women affected by infidelity should be prioritized.

Aim: This study aimed to compare the effectiveness of emotion-oriented therapy and cognitive-behavioral therapy in enhancing action flexibility and reducing psychological distress among women aged 20 to 40 who have experienced infidelity.

Materials: This study employed a quasi-experimental design. A total of 45 women affected by their husbands' infidelity in 2023 were selected through simple random sampling from those referred to police counseling centers. Participants were divided into three groups: emotion-oriented therapy (n=15), cognitive-behavioral therapy (n=15), and a control group (n=15). They completed the Action Flexibility Questionnaire and the Psychological Distress Scale before the intervention, after the intervention, and again after a two-month follow-up. Data were analyzed using repeated measures analysis in SPSS 22.

Results: The results indicated that both cognitive-behavioral therapy and emotion-oriented therapy were effective in enhancing action flexibility and reducing psychological distress ($P < 0.01$). However, cognitive-behavioral therapy demonstrated greater effectiveness in reducing psychological distress ($P < 0.05$). No significant difference was found between the two therapeutic interventions in improving action flexibility ($P > 0.05$).

Conclusion: The findings demonstrated the effectiveness of both cognitive-behavioral therapy and emotion-oriented therapy in enhancing action flexibility and reducing psychological distress in women affected by infidelity. Additionally, cognitive-behavioral therapy was more effective than emotion-oriented therapy in alleviating psychological distress.

Keywords: Emotion-Oriented Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, Action Flexibility, Psychological Distress

Aghabalazadeh L, Farshbaf Manisefat F, Khademi A. Comparing the effectiveness of emotion-oriented therapy and cognitive-behavioral therapy on the action flexibility and psychological distress of women affected by infidelity. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2025; 12 (1) 1-17
URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2145-fa.html

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال دوازدهم شماره : ۱۴۰۴،۱
صفحات : ۱۷-۱

مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان شناختی_ رفتاری بر انعطاف‌پذیری کنشی و پریشانی روانشناختی زنان آسیب دیده از خیانت همسر

لیلا آقابالازاده[۱]، فرناز فرشباف مانی صفت[۲]، علی خادمی[۳]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران (مولف مسئول). ایمیل Farshbaf@iaurmia.ac.ir
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۰/۲۶ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۲/۱۱/۰۴

چکیده

مقدمه: خیانت زناشویی به آسیب‌های متعددی در افراد منجر و موجب کاهش انعطاف‌پذیری کنشی و افزایش پریشانی روانشناختی می‌شود؛ لذا مداخلات درمانی جهت افزایش انعطاف‌پذیری کنشی و کاهش پریشانی روانشناختی زنان آسیب دیده از خیانت همسر باید مورد توجه قرار بگیرد.

هدف : هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی_ رفتاری بر انعطاف‌پذیری کنشی و پریشانی روانشناختی زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله آسیب دیده از خیانت همسر بود.

روش: این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی است. تعداد ۴۵ زن آسیب دیده از خیانت همسر در ۴ ماهه اول سال ۱۴۰۲ مراجعه کننده به مراکز مشاوره نیروی انتظامی با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و در سه گروه ۱۵ نفره درمان هیجان‌مدار، شناختی- رفتاری و گروه کنترل، پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری کنشی کانور و دیویدسون (۲۰۰۳) و پریشانی روان شناختی کسلر و همکاران (۲۰۰۳) را پیش، پس از مداخله و پس از ۲ ماه پیگیری تکمیل نمودند. داده‌ها با تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و با نرم‌افزار spss22 تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان شناختی_ رفتاری و هیجان‌مدار در ارتقاء انعطاف‌پذیری کنشی و کاهش پریشانی روانشناختی اثربخش بودند ($P < ۰/۰۱$). در پریشانی روانشناختی درمان شناختی- رفتاری اثربخشی بیشتری داشت ($P < ۰/۰۵$)؛ اما در انعطاف‌پذیری کنشی بین دو مداخله درمانی تفاوت وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده حاکی از اثربخشی درمان شناختی_ رفتاری و هیجان مدار بر انعطاف‌پذیری کنشی و پریشانی روانشناختی زنان آسیب دیده از خیانت همسر بود. همچنین درمان شناختی- رفتاری نسبت به درمان هیجان‌مدار، اثربخشی بیشتری در کاهش پریشانی روانشناختی داشت.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی_ رفتاری، درمان هیجان‌مدار، انعطاف‌پذیری کنشی، پریشانی روانشناختی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

مقدمه

خیانت زناشویی[۲]، وفاداری زوجین نسبت به ازدواج را تضعیف می‌کند، آسیب‌های زیادی به همراه دارد که در صورت درمان نشدن می‌تواند به طلاق و جدایی زوجین منجر شود (پارکر و کمبل[۳]، ۲۰۱۷). آسیب خیانت زناشویی نقض تعهد رابطه دو نفره است که منجر به شکل-گیری درجاتی از صمیمیت عاطفی و فیزیکی خارج از این رابطه می‌شود (واحدی، ذوالرحیم و محب، ۱۳۹۹). آسیب خیانت زناشویی به آسیب‌های متعددی در افراد منجر و موجب از دست رفتن روابط زناشویی می‌شود. سوینی و هوریتز[۴] (۲۰۰۸) مهم‌ترین آسیب خیانت زناشویی را طلاق می‌دانند. همچنین مشکلات هیجانی و روان- تنی، بدبینی و نگرانی، انزوا و مشکلات ارتباطی با همسر را به‌عنوان مهم‌ترین آسیب‌های خیانت زناشویی بیان شده‌اند (عزیزپور و همکاران، ۱۳۹۹).

در مطالعات جدید در داخل کشور، علل زمینه‌ساز خیانت زناشویی شامل کسالت بار شدن زندگی بعد از کشف یکدیگر، ضعف‌های ذاتی ازدواج، آسیب‌پذیری در زمان سرکوفته شدن نیاز جنسی یا عاطفی، تحول جامعه بودند (افشاری کاشانیان، زهراکار، محسن زاده و تاجیک اسماعیلی، ۱۳۹۹).

عوامل زیادی می‌توانند در تعدیل، گرایش و یا مقابله با خیانت زناشویی در زوجین نقش داشته باشند. از دیدگاه زوج درمانگران یکی از متغیرهای تأثیرگذار در روابط زناشویی، انعطاف‌پذیری کنشی[۵] است (الیوت، هسیائو، کیمبرل، دی بییر، گالیور[۶] و همکاران، ۲۰۱۹). انعطاف پذیری کنشی یک مفهوم گسترده‌ای است که به قابلیت و توانمندی جهت سازگاری بازنمایی‌های شناختی فرد و سازگاری مطلوب شخص در مواجهه با مصائب و ضربه‌ی روحی و روانی فشارزا باشد، اشاره دارد (آلن و بالک[۷]، ۲۰۱۸). مشکلاتی از قبیل مسائل خانوادگی و مشکلات جدی در سلامت فردی، فشارهای محیط کاری و یا فشارهای مالی می‌توانند انعطاف‌پذیری کنشی را با چالش مواجه کند (عارف پور، شجاعی، حاتمی و مهدوی، ۱۳۹۸).

زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی از نظر روانی دچار مشکلات زیادی می‌شوند و به نوعی درگیر پریشانی روان-شناختی[۸] هستند. این مفهوم به ندرت به عنوان مفهومی مجزا تعریف شده است و اصطلاح مترادف با افسردگی، اضطراب و استرس است (دالی و رابینسون[۹]، ۲۰۲۱). پریشانی روانی به عنوان حالتی از درد و رنج عاطفی تعریف شده که متشکل از علائم افسردگی و اضطراب است که در بسیاری از موارد با علائم جسمی همراه است (میروفسرکی و راس[۱۰]، ۲۰۰۲). همچنین شکل مقابله و چگونگی رویارو شدن و مقابله با رویداد پیمان‌شکنی در زوجین به ویژگی‌هایی همچون تحمل پریشانی بستگی دارد (بندیکسن و کنایر[۱۱]، ۲۰۱۷).

پریشانی روان‌شناختی حتی می‌تواند در ایجاد علائم جسمانی نیز نقش داشته باشد (مهاجرانی و همکاران، ۱۴۰۰). نتایج مطالعات حاکی از آن است که تحمل پریشانی یکی از توانایی‌ها و مهارت‌هایی است که می‌تواند

[2] Marital Infidelity
[3] Parke & Campbell
[4] Sweeney & Horowitz
[5] functional flexibility
[6] Elliott, Hsiao, Kimbrel, DeBeer & Gulliver
[7] Allen & Palk,
[8] **Psychological Distress**
[9] Daly & Robinson
[10] Mirowsky & Ross
[11] Bendixen & Kennair

به زوجین برای افزایش سازگاری و حل‌وفصل مشکلات کمک کند (اوکتاوا و آبراهام[12]، ۲۰۱۹).

با توجه به اینکه زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی در ابعاد مختلف روانی، شناختی و هیجانی دچار مشکلات زیادی هستند، نیازمند انجام مداخلات و درمان است، در همین راستا و با توجه به اینکه مداخلات حوزه روان‌شناختی کارآمد، در دسترس‌تر، مقرون به صرفه هستند، در سالیان گذشته در جهت کاهش مشکلات زوجین، مداخلاتی مانند درمان هیجان مدار[13] و درمان شناختی_ رفتاری[14] مورد استقبال پژوهشگران بوده‌اند.

درمان هیجان‌مدار در حوزه زناشویی در اوایل دهۀ ۱۹۸۰ در پاسخ به فقدان مداخله‌های زناشویی فعال و کارآمد مطرح شد (جانسون و زاکارینی[15]، ۲۰۱۰). مداخله درمانی هیجان‌مدار رویکردی یکپارچه به نقش مهم هیجانات و ارتباطات هیجانی در ساماندهی الگوهای ارتباطی توجه داشته و هیجانات را عامل تغییر در نظر می‌گیرد (گرینبرگ، ۱۹۸۰، نقل از ویب و جانسون[16]، ۲۰۱۷). درمان هیجان مدار تلفیقی از رویکردهای درمانی مراجع-محور، گشتالت‌درمانی و اصول شناختی را شامل می‌شود و هیجان را به عنوان اساس و پایه تجربه در ارتباط با کارکردهای انطباقی و غیر انطباقی می‌داند (اسلون و دنیس[17]، ۲۰۰۴، داچ و راتاناسیرپنگ[18]، ۲۰۱۷). درمان متمرکز بر هیجان هم به صورت فردی و هم گروهی برای اختلالات خلقی، عاطفی، هیجانی و ... استفاده می‌گردد (برومند راد، ۱۳۹۹).

در این راستا، یافته‌های پژوهش قاسمی نژاد راینی و همکاران (۱۴۰۱) نشان داد درمان هیجان مدار مبتنی بر آسیب دلبستگی بر ناامیدی و سلامت روان زنان آسیب دیده از پیمان‌شکنی همسر اثربخش بود. حسین زاده و همکاران (۱۳۹۹) نیز اثربخش بودن درمان هیجان‌محور بر انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی زوج‌ها را تائید نمودند. همچنین داچ و همکاران (۲۰۱۷) نیز نشان دادند درمان هیجان‌مدار می‌تواند زمینه بخشش و آشتی زوج‌ها و ایجاد همبستگی عاطفی بین آن‌ها را فراهم نماید.

یافته‌های پژوهش‌ها حاکی از اثربخش بودن درمان هیجان-محور بر انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی زوج‌ها (حسین زاده، قربان شیرودی، خلعتبری و رحمانی، ۱۳۹۹)، بخشش و آشتی زوج‌ها و ایجاد همبستگی عاطفی بین آن‌ها (داچ و همکاران، ۲۰۱۷) بود.

یکی دیگر از مداخلاتی که در دودهه اخیر از پرکاربردترین مداخلات در تحقیقات حوزه روان‌شناسی است، درمان شناختی- رفتاری (CBT) است (کیان زاد، نشاط دوست، مهرابی و موسوی، ۱۴۰۰). درمان شناختی-رفتاری (CBT) در واقع یک روش درمانی است که اولین بار در دهه ۱۹۶۰ توسط آرون بک[19]، زمانی که در حال کار کردن با بیماران افسرده بود، مطرح شد. رویکرد شناختی- رفتاری بر این فرض استوار است که اغلب مشکلات و اختلالات ریشه در الگوهای شناختی ناکارآمد دارند که به نوبه خود پاسخ‌های رفتاری و هیجانی بدکارکرد را فعال می‌کنند (ویلهلم، فلیپس، گرینبرگ، اوکیف، هوپنر[20] و همکاران، ۲۰۱۹).

در این مداخله درمانی به افراد کمک می‌شود که به چه شکل و چگونه رفتار آن‌ها بر روی افکار و احساسات آن‌ها اثر دارد. درمان شناختی- رفتاری از مداخلات بسیار

[12] Octaviana & Abraham
[13] Emotion-focused therapy
[14] Cognitive- behavioral therapy
[15] Johnson & Zuccarini
[16] Wiebe & Johnson
[17] Sloan & Denise
[18] Dutch & Ratanasiripong
[19] Beck
[20] Wilhelm, Phillips, Greenberg, O›Keefe & Hoeppner

کارکردی در کاهش مشکلات زوجین است (والش و همکاران، ۲۰۲۳).

در این راستا، نتایج مطالعه امینوف و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد درمان شناختی – رفتاری در کاهش پریشانی روان-شناختی زنان با سطح بالای پریشانی روان شناختی اثربخش بود. همچنین نتایج مطالعه والش و همکاران (۲۰۲۳) نیز اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در ارتقاء رضایت زناشویی زوجین را بررسی و تائید نمود و یافته‌های پژوهش کاظمی خوبان و همکاران (۱۴۰۱) نیز حاکی از اثربخشی پروتکل بازنگری شده درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما بر کیفیت زندگی و پریشانی روانشناختی زنان قربانی خشونت خانگی بود.

چالش و مسئله پژوهش حاضر که بالا بودن پرونده‌های خیانت زناشویی در دادگاه‌ها، کلانتری‌ها و مراکز مشاوره است که از عوامل پررنگ در آمار بالای طلاق و برهم خوردن انسجام خانواده‌ها در کشور است که ضرورت انجام مداخلات روانشناختی در این زمینه احساس می-گردد؛ اما خلاقیت و نوآوری پژوهش حاضر که در مطالعات داخلی دیگر انجام نشده است، مقایسه اثربخشی دو مداخله روانشناختی شامل مداخله شناختی- رفتاری و درمان هیجان مدار بود که باعث می‌شود در انتخاب مداخله مورد نظر به درمانگران و مشاوران خانواده در کاهش مشکلات زنان آسیب دیده از خیانت همسر کمک نموده و با آگاهی از اثربخشی و کارایی پژوهشی و بالینی این مداخلات، بتوان با انتخاب دقیق‌تر و به صرفه‌تر مداخلات درمان روانشناختی از صرف زمان و هزینه کرد بیشتر کاست و این عامل می‌تواند راهکار برای کاهش مشکلات و آسیب‌های ناشی از خیانت زناشویی از طریق هر کدام از مداخلات درمانی شامل درمان شناختی- رفتاری و درمان هیجان مدار محسوب شود؛ بر این اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی_ رفتاری بر انعطاف‌پذیری کنشی، پریشانی روانشناختی زنان آسیب دیده از خیانت همسر انجام شده است.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با پیگیری ۲ ماهه است. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی در ۴ ماهه اول سال ۱۴۰۲ که دارای پرونده مشاوره مربوط به خیانت زناشویی در مراکز مشاوره معاونت اجتماعی نیروی انتظامی هستند را شامل شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن تمایل به شرکت در پژوهش و تائید فرم رضایت آگاهانه، دارای پرونده در معاونت اجتماعی نیروی انتظامی، حداقل تحصیلات خواندن و نوشتن، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال و فاقد هرگونه معلولیت و یا بیماری روانپزشکی و معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت در بیش از یک سوم جلسات درمانی ، شرکت کردن همزمان در هر نوع مداخله آموزشی دیگر بود.

جهت تعیین حجم نمونه، با توجه به زنان آسیب دیده داوطلب و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، در مرحله اول نمونه‌گیری با روش نمونه‌گیری داوطلبانه، تعداد ۴۵ زن انتخاب شدند. در مرحله بعد، با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از طریق قرعه‌کشی، تعداد ۱۵ نفر در گروه درمان هیجان مدار، ۱۵ نفر در گروه مداخله درمانی شناختی- رفتاری و در گروه سوم ۱۵ نفر در گروه کنترل گنجانده شد. در مرحله بعد از ۳ گروه پیش‌آزمون شامل کونور و دیویدسون (۲۰۰۳)، پریشانی روان شناختی کسلر و همکاران (۲۰۱۰) گرفته شد. سپس گروه آزمایش اول

در مجموع به مدت ۲ ماه درمان هیجان مدار (شامل ۸ جلسه، هر هفته ۱ جلسه یک و نیم ساعته) و گروه آزمایش دوم به مدت ۲ ماه درمان شناختی- رفتاری (شامل ۸ جلسه، هر هفته ۱ جلسه یک و نیم ساعته) دریافت نمودند. در طول مدت مداخله درمانی برای ۲ گروه آزمایش، هیچ آموزشی برای گروه کنترل ارائه نشد. بلافاصله پس از انجام فرایند مداخله درمانی، از ۳ گروه پس‌آزمون گرفته شد و به شرکت‌کنندگان ۲ گروه آزمایش جهت آمادگی برای مرحله سوم آزمون، یعنی مرحله پیگیری مجدد، تکالیفی ارائه شد، همچنین در طول مدت ۲ ماه در فاصله پس‌آزمون تا پیگیری مجدد از طریق تماس تلفنی با شرکت‌کنندگان دو گروه آزمایش صحبت شد. مجددا پس از گذشت ۲ ماه جهت انجام مرحله پیگیری مجدد، از شرکت‌کنندگان دعوت شد تا با حضور در مکان تعیین شده، مجددا پرسشنامه‌ها جهت تکمیل در اختیار سه گروه قرار داده شد. در نهایت پس از دریافت پرسشنامه‌ها و تشکر از شرکت-کنندگان، داده ها جهت تجزیه و تحلیل آماده شد.

ابزار پژوهش شامل مقیاس انعطاف‌پذیری کنشی کانور- دیویدسون (۲۰۰۳)، پرسشنامه پریشانی روان شناختی کسلر و همکاران (۲۰۱۰)، برنامه درمانی هیجان مدار برگرفته از رویکرد درمانی گرینبرگ و گلر و پروتکل درمان شناختی رفتاری فری است که در ادامه توضیح داده شده است.

ابزارها

مقیاس انعطاف‌پذیری کنشی کانور-دیویدسون[21]: این مقیاس ۲۵ گویه‌ای توسط کانور و دیویدسون، ۲۰۰۳ ساخته شد و سازه انعطاف‌پذیری کنشی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت بین کاملا نادرست=۰ تا همیشه درست= ۴ می‌سنجد و دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۱۰۰ است. کانور و همکاران، ۲۰۰۳، ضریب آلفای کرونباخ را برابر با ۰/۸۹ و ضریب پایایی بازآزمایی دریک فاصله ۴ هفته‌ای را برابر با ۰/۸۷ گزارش کردند (سیمی و همکاران، ۲۰۲۱). در پژوهش عارف‌پور و همکاران(۱۳۹۸) ضریب آلفای کل برابر با ۰/۸۸ محاسبه شد. همچنین در پژوهش گولر و همکاران (۲۰۲۴)، پایایی این ابزار، ۰/۹۴ به دست آمد.

پرسشنامه پریشانی روان شناختی کسلر و همکاران[22]: این ابزار وضعیت پریشانی روان شناختی بیمار را طی یک ماه اخیر بررسی می‌کند توسط کسلر و همکاران در سال ۲۰۰۳ به صورت ۱۰ سؤالی تنظیم شد. پاسخ سؤالات به شکل ۵ گزینه‌ای (۴=تمام وقت تا ۰=هیچ وقت) است که به صورت ۰ تا ۴ نمره گذاری می شود و حداکثر نمره در آن برابر ۴۰ است. کسلر و همکاران برای ساختن این مقیاس ابتدا ۵ هزار سؤال را از منابع مختلف گردآوری نموده و طبقه بندی کردند. پس از طبقه بندی آن ها بر اساس اختلالات روانی موجود، تعداد سؤال‌ها را به ۴۵ و سپس به ۳۲ سؤال کاهش دادند. درنهایت دو نسخه ۱۰ و ۶ گویه ای تنظیم کردند (کسلر و همکاران، ۲۰۰۳). در پژوهش یعقوبی (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۳ و ضریب پایایی تصنیف و اسپیرمن- براون ۰/۹۱ به دست آمد. همچنین در پژوهش ازکا و همکاران (۲۰۲۴)، پایایی ابزار با آلفای کرونباخ، ۰/۷۷ به دست آمد.

برنامه درمانی هیجان مدار: برنامه درمانی هیجان مدار برگرفته از رویکرد درمانی گرینبرگ و گلر (۲۰۱۲) که در ۸ جلسه یک و نیم‌ساعته برگزار شد. این جلسات به صورت هفتگی بدین شکل که در هر هفته یک جلسه برگزار شد.

[21] Connor-Davidson action flexibility scale

[22] Kessler Psychological Distress Scale

جدول ۱. جلسات درمان هیجان محور برگرفته از گرینبرگ و گلر (۲۰۱۲)

عناوین	محتوای جلسات
اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی و برقراری رابطه درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات مراجعه کنندگان از درمان.
دوم	تشخیص چرخه تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که مراجعه کنندگان چرخه تعاملی منفی خود را آشکار می‌کنند. ارزیابی رابطه و پیوند دلبستگی مراجعه کنندگان، آشنایی آن‌ها با اصول درمان هیجان مدار و نقش هیجانات در تعاملات بین فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری مراجعه کنندگان.
سوم	شکل‌دهی دوباره به مشکل برحسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تأکید بر توانایی مراجع در بیان هیجانات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به مراجع، آگاهی دادن به مراجعه کنندگان در مورد تأثیر ترس و ساختارهای دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، توصیف چرخه دریافت و زمینه دلبستگی.
چهارم	ترغیب به شناسایی نیازهای طردشده و جنبه‌هایی از خود که انکار شده است. جلب توجه مراجعه کنندگان به شیوه تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آن‌ها با احترام و همدلی، بیان نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش.
پنجم	آگاه کردن افراد از هیجانات زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر مراجع در رابطه، تأکید بر پذیرش تجربیات مراجعه کنندگان و راه‌های جدید تعامل، ردگیری هیجانات شناخته شده، برجسته‌سازی و شرح دوباره نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آن‌ها.
ششم	آسان سازی بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی، توسعه تجربه هیجانی اولیه در زمینه دلبستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی، ایجاد دلبستگی های جدید با پیوندی ایمن بین مراجعه کنندگان
هفتم	ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین مراجعه کنندگان و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف-سازی الگوی تعاملی، یادآوری نیازهای دلبستگی.
هشتم	تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است. برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجادشده است. شکل‌گیری رابطه بر اساس پیوندی ایمن به‌گونه‌ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه‌حل‌ها آسیبی به آن‌ها وارد نسازد، ارزیابی تغییرات و اجرای پس‌آزمون.

برنامه درمان شناختی- رفتاری فری: برنامه درمان شناختی-رفتاری از پروتکل درمان شناختی-رفتاری فری[23] در سال ۲۰۰۱ در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تهیه شده است. گزارش این برنامه درمانی در جدول ۲ آمده است.

[23] Free

جدول ۲. جلسات درمان شناختی- رفتاری برگرفته از برنامه درمـــانی فری

عناوین	محتوای جلسات
اول	خوش‌آمد گویی، توضیح قوانین گروه، توضیح تعامل فرایندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری؛ آشنایی شرکت‌کنندگان با مولفه های شناختی واکنش های هیجانی؛ شناسایی افکار سطحی اولیه که بین واقعه و واکنش هیجانی قرار می‌گیرند و نوشتن آن‌ها در جدول سه ستونی رویداد فعال‌ساز (A) باورها یا افکار (B) و پیامد و واکنش هیجانی (C).
دوم	آشنایی با افکار خودآیند؛ آشنایی با تحریف های شناختی و شناسایی آن‌ها در تفکر خود؛ شناخت مقاومت‌های احتمالی در برابر درمان و طراحی راهبردهایی برای مقابله با این مقاومت‌ها.
سوم	آشنایی با بنیادهای پیامدهای رفتاری، آموزش ماهیت طرحواره ها (باورهای اصلی، طرحواره ها، نگرش‌های ناکارآمد(و ارتباط بین طرحواره ها و افکار خودآیند و همچنین شناسایی طرحواره ها با استفاده از روش پیکان عمودی.
چهارم	کار روی پیکان عمودی و حل مشکلاتی که اعضای گروه در به کار بستن روش پیکان عمودی به منظور شناسایی طرحواره های منفی خود با آن روبرو می شوند. توانا ساختن شرکت‌کنندگان در شناسایی ده نوع طرحواره منفی متداول و قرار دادن باورهای خود در این ده طبقه.
پنجم	دستیابی شرکت‌کنندگان به تصویر واضح تری از چگونگی ارتباط و تناسب باورهای منفی با یکدیگر؛ تنظیم فهرست باورهای منفی؛ رسم نقشه‌های شناختی از چگونگی ارتباط باورهای منفی با یکدیگر و رتبه‌بندی آن‌ها.
ششم	پذیرش این نکته که باورها تغییرپذیرند و این امکان وجود دارد که افراد بتوانند باورهایشان را مورد تجدید نظر قرار دهند.
هفتم	درک این نکته که باورها از نظر سودمندی متفاوت‌اند آن‌ها را می‌توان بر اساس معیارهایی، ارزشیابی کرد. شناخت باورهای مشکل‌زای خود و ارزشیابی آن‌ها، تصمیم‌گیری در مورد نگهداری یا کنار گذاشتن آن‌ها.
هشتم	بررسی طرح‌های شرکت‌کنندگان برای نگهداری اهداف درمان و اخذ بازخورد از آن‌ها درباره برنامه درمانی. ارائه پس‌آزمون.

یافته‌ها

بررسی اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه، نشان می‌دهد در گروه درمان هیجان مدار بیشترین فراوانی در گروه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال، در گروه درمان شناختی_ رفتاری، بیشترین فراوانی در گروه سنی ۳۱ تا ۳۵ سال با ۵ نفر و در گروه کنترل نیز بیشترین فراوانی در گروه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال با ۵ نفر بود. در بررسی وضعیت تحصیلات شرکت‌کنندگان، همان‌طور که مشاهده می‌شود در گروه درمان هیجان مدار، ۵ نفر زیر دیپلم، ۲ نفر زیر دیپلم، ۱ نفر کاردانی، ۳ نفر کارشناسی و ۲ نفر کارشناسی ارشد، در گروه درمان شناختی_ رفتاری، ۴ نفر زیر دیپلم، ۳ نفر زیر دیپلم، ۶ نفر کارشناسی و ۱ نفر کارشناسی ارشد و ۱ نفر دکتری و در گروه کنترل ۴ نفر زیر دیپلم، ۳ نفر زیر دیپلم، ۱ نفر کاردانی، ۴ نفر کارشناسی و ۲ نفر کارشناسی ارشد و ۱ نفر دکتری قرار دارند. در ادامه و در جدول ۳، آمار توصیفی متغیرهای پژوهشی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج توصیفی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش در گروه درمان هیجان مدار گروه درمان شناختی- رفتاری و گروه کنترل

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		M	SD	M	SD	M	SD
انعطاف پذیری کنشی	درمان هیجان مدارگروه	۵۳/۵۴	۱۳/۶۸	۷۰/۶۰	۱۶/۳۶	۶۷/۴۶	۱۳/۱۶
	درمان شناختی- رفتاری	۵۶/۱۳	۱۲/۷۷	۷۳/۰۱	۶/۸	۶۹/۹۳	۷/۵۱
	گروه کنترل	۵۱/۸۰	۱۶/۰۵	۵۲/۲۰	۱۵/۵۹	۵۲/۰۱	۱۵/۹۶
پریشانی روانشناختی	درمان هیجان مدار گروه	۲۸/۹۳	۶/۳۸	۲۲/۲۶	۶/۶۹	۲۵/۴۶	۵/۹۰
	درمان شناختی- رفتاری	۲۹/۸۶	۶/۲۲	۱۶/۰۶	۲/۵۴	۱۸/۸۰	۳/۴۸
	گروه کنترل	۲۹/۱۳	۷/۰۱	۲۹/۸۰	۵/۷۴	۳۰/۲۰	۶/۲۲

جدول ۲ نتایج توصیفی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش در گروه درمان هیجان مدار، گروه درمان شناختی- رفتاری و گروه کنترل را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌گردد در گروه‌های آزمایش در انعطاف‌پذیری کنشی، میزان نمرات در پس‌آزمون بالاتر از پیش‌آزمون و مرحله پیگیری است و در پریشانی روانشناختی بالعکس میزان نمرات در پس‌آزمون پایین‌تر از پیش‌آزمون و مرحله پیگیری است. در جدول ۴، شاخص آماره W موچلی آورده شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون موچلی

متغیر	W موچلی	مجذور خی	درجه آزادی	سطح معنی داری	اپسیلون گرین هاوس – گیسر	اپسیلون هاین – فلت
انعطاف‌پذیری کنشی	۰/۶۱	۲۰/۱۶	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۰/۷۷
پریشانی روانشناختی	۰/۵۶	۲۳/۷۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۰/۷۴

نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد که آماره W موچلی برای انعطاف‌پذیری کنشی (۰/۶۱) و پریشانی روانشناختی (۰/۵۶)، در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود. این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به صورت معنی‌داری متفاوت است؛ بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش فرض کرویت باعث می‌شود آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. در رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین هاوس – گیسر[24] و هاین- فلت[25] تصحیح می‌کنند. اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، استیونس[26] (۱۹۹۶) پیشنهاد می‌کند اگر مقدار اپسیلون گرین هاوس – گیسر بزرگتر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح هاین- فلت استفاده شود و اگر اپسیلون گرین هاوس – گیسر کوچکتر از ۰/۷۵ و یا هیچ‌گونه اطلاعاتی

[24] Greenhouse-Geisser
[25] Huynh-Feldt
[26] Stevens

در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین هاوس- گیسر استفاده شود. با توجه به جدول فوق، مقدار اپسیلون شاخص‌های گرین هاوس – گیسر کمتر از ۰/۷۵ است؛ لذا از شاخص گرین هاوس – گیسر برای تصحیح درجه آزادی استفاده شد. در دامنه نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر جهت بررسی مقایسه اثرات درون گروهی، بین گروهی و تعامل مراحل زمانی و گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آزمون
انعطاف‌پذیری کنشی	تفاوت مراحل زمانی	۳۳۳۳/۳۴۸	۱/۴۴۰	۲۳۱۴/۱۶۰	۶۲/۹۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱
	تعامل مراحل با گروه	۱۵۶۵/۶۳۰	۲/۸۸۱	۵۴۳/۴۶۵	۱۴/۷۹۴	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۱
	تفاوت بین گروهی	۵۲۹۶/۴۱۵	۴۲	۲۶۴۸/۲۰۷	۵/۳۲۳	۰/۰۰۹	۰/۲۰	۱
پریشانی روانشناختی	تفاوت مراحل زمانی	۱۰۲۲/۵۰۴	۱/۳۸۹	۷۳۶/۰۸۹	۶۳/۹۸۳	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱
	تعامل مراحل با گروه	۹۲۱/۶۳۰	۲/۷۷۸	۳۳۱/۷۳۵	۲۸/۸۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱
	تفاوت بین گروهی	۱۴۸۸/۶۳۷	۴۲	۷۴۴/۳۱۹	۸/۹۰۶	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۱

همان‌طور که در جدول بالا نشان داده شده است، تفاوت از نظر مراحل زمانی در انعطاف پذیری کنشی معنی دار است (P < ۰/۰۱ ؛ F= ۶۲/۹۹۷). میزان F اثر تعامل مراحل زمانی و گروه برای انعطاف پذیری کنشی (P < ۰/۰۱ ؛ F= ۱۴/۷۹۴) که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ انعطاف‌پذیری کنشی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس-آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. اندازه اثر به دست آمده با استفاده از شاخص مجذور اتا در تفاوت بین گروهی انعطاف‌پذیری شناختی به میزان ۰/۲۰ چون بالای ۰/۱۴ است، حاکی از اثربخشی بالای مداخلات درمانی است. تفاوت بین گروه ها در انعطاف پذیری کنشی نیز معنی دار شده است (P < ۰/۰۱ ؛ F= ۵/۳۲۳) این یافته نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل در انعطاف‌پذیری کنشی تفاوت معنی‌دار وجود داشت.

همچنین تفاوت از نظر مراحل زمانی در پریشانی روانشناختی معنی‌دار است (P < ۰/۰۱؛ F= ۶۳/۹۸۳). میزان F اثر تعامل مراحل زمانی و گروه برای پریشانی روانشناختی (P < ۰/۰۱؛ F= ۲۸/۸۳۵) که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ پریشانی روانشناختی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. اندازه اثر به‌دست‌آمده با استفاده از شاخص مجذور اتا در تفاوت بین گروهی پریشانس روانشناختی به میزان ۰/۳۰ چون بالای ۰/۱۴ است، حاکی از اثربخشی بالای مداخلات درمانی است. تفاوت بین گروه‌ها در پریشانی روانشناختی نیز معنی‌دار شده است (P < ۰/۰۱؛ F= ۸/۹۰۶) این یافته نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل در پریشانی روانشناختی تفاوت معنی‌دار وجود داشت. در نهایت در جدول ۶،

تفاوت متغیرها بر اساس مقایسه دوبه‌دوی گروه‌ها ارائه شده است.

جـدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی LSD جهت مقایسه میانگین‌های افتراقی نمره‌های انعطاف‌پذیری کنشی و در گروه‌های درمان هیجان مدار، درمان شناختی_ رفتاری و گروه کنترل

متغیر	گروه‌ها (I)	گروه‌ها (J)	تفاوت میانگین (J-I)	تفاوت خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
انعطاف پذیری کنشی	درمان شناختی_ رفتاری	درمان هیجان مدار	۲/۴۸	۴/۷۰	۰/۵۹۹
	درمان شناختی_ رفتاری	گروه کنترل	۱۴/۳۵	۴/۷۰	۰/۰۴
	درمان هیجان مدار	گروه کنترل	۱۱/۸۶	۴/۷۰	۰/۰۱۵
پریشانی روانشناختی	درمان شناختی_ رفتاری	درمان هیجان مدار	-۳/۹۷	۱/۹۲	۰/۰۴۵
	درمان شناختی_ رفتاری	گروه کنترل	-۸/۱۳	۱/۹۲	۰/۰۰۱
	درمان هیجان مدار	گروه کنترل	-۴/۱۵	۱/۹۲	۰/۰۰۱

جـدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی LSD جهت مقایسه میانگین‌های افتراقی نمره‌های انعطاف‌پذیری کنشی در گروه‌های درمان هیجان مدار، درمان شناختی_ رفتاری و گروه کنترل را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می-گردد: نتایج نشان می‌دهد که در انعطاف پذیری کنشی بین دو گروه درمان هیجان مدار و درمان شناختی_ رفتاری تفاوت وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$). بین دو گروه درمان شناختی_ رفتاری و گروه کنترل در انعطاف‌پذیری کنشی تفاوت وجود داشت و این تفاوت به نفع درمان شناختی_ رفتاری بود ($P < ۰/۰۱$). همچنین بین گروه درمان هیجان مدار و گروه کنترل در انعطاف‌پذیری کنشی تفاوت وجود داشت که این تفاوت به نفع گروه درمان هیجان مدار بود ($P < ۰/۰۱$). نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی_ رفتاری در پریشانی روانشناختی تفاوت وجود داشت و این تفاوت به نفع گروه درمان شناختی_ رفتاری بود ($P < ۰/۰۵$). بین دو گروه درمان شناختی_ رفتاری و گروه کنترل در پریشانی روانشناختی تفاوت وجود داشت و این تفاوت به نفع درمان شناختی_ رفتاری بود ($P < ۰/۰۱$). همچنین بین گروه درمان هیجان مدار و گروه کنترل در پریشانی روانشناختی تفاوت وجود داشت که این تفاوت به نفع درمان هیجان مدار بود ($P < ۰/۰۱$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان-مدار و درمان شناختی_ رفتاری بر انعطاف‌پذیری کنشی، پریشانی روانشناختی زنان آسیب دیده از خیانت همسر انجام شده است. نوآوری پژوهش حاضر که در مطالعات داخلی دیگر انجام نشده است، مقایسه اثربخشی دو مداخله روانشناختی شامل مداخله شناختی- رفتاری و درمان هیجان مدار بود که باعث می‌شود در انتخاب مداخله مورد نظر به درمانگران و مشاوران خانواده در کاهش مشکلات زنان آسیب دیده از خیانت همسر کمک شود. نتایج نشان داد، اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان شناختی_ رفتاری بر انعطاف‌پذیری کنشی زنان آسیب دیده از خیانت همسر معنی دار بود. همچنین بین دو گروه مداخله درمانی در انعطاف‌پذیری کنشی تفاوت معنی‌دار وجود نداشت. همچنین نتایج حاکی از آن بود که اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان شناختی_ رفتاری بر پریشانی روانشناختی زنان آسیب دیده از خیانت همسر معنی دار بود. همچنین بین دو گروه مداخله درمانی در پریشانی روانشناختی تفاوت وجود داشت و این تفاوت به نفع گروه درمان شناختی_ رفتاری بود.

یافته به دست آمده مبنی بر اثربخشی درمان هیجان مدار بر انعطاف‌پذیری کنشی با نتایج مطالعه حسین زاده، قربان شیرودی، خلعتبری و رحمانی، ۱۳۹۹)، برومند راد (۱۳۹۹)، زاکارونی و همکاران (۲۰۱۳) همخوان بود.

در تبیین اثربخشی درمان هیجان مدار بر انعطاف پذیری کنشی می‌توان گفت در مداخلات زوج‌درمانی مبتنی بر رویکرد هیجان مدار، این هدف دنبال می‌گردد که اجتناب عاطفی یا جدایی هیجانی را مخل روابط می‌دانند و احساس خوشایند پیوند را عامل افزایش انعطاف‌پذیری قلمداد می‌کنند. در جدایی هیجانی (گسلش عاطفی) تمایل به خروج از رابطه و عقب نشینی عاطفی در شرایط پرتنش مشاهده می‌شود و در شرایط پرتنش عاطفی، فرد نیاز به فرار، اجتناب و یا نادیده گرفتن موقعیت دارد (فقیه و کاظمی، ۲۰۱۸). در رویکرد هیجان مدار، مهارت‌های هیجانی که به عنوان توانایی تشخیص و ابراز هیجانات و همچنین توانایی همدلی با دیگران، باعث افزایش صمیمیت و احساس امنیت شده و انتقاد پذیری (البته در بعد مثبت) را در فرد افزایش می‌دهد (زاکارونی و همکاران، ۲۰۱۳) و از این طریق می‌توان انتظار تغییرات مطلوب و افزایش انعطاف پذیری کنشی و رفتاری را در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی را داشت. در همین ارتباط و در تائید این تبیین، نتایج پژوهش زاکارونی و همکاران (۲۰۱۳) نشان از آن بود که درمان هیجان مدار می‌تواند انعطاف پذیری کنشی را ارتقا دهد.

یافته به دست آمده مبنی بر اثربخشی درمان هیجان مدار بر پریشانی روانشناختی با نتایج مطالعه حسین زاده و همکاران (۱۳۹۹)، داچ و همکاران (۲۰۱۷)، فقیه و همکاران (۲۰۱۸) همخوان بود.

همچنین اثربخشی درمان هیجان مدار بر پریشانی روانشناختی را بدین صورت می‌توان تبیین کرد که درمان هیجان‌مدار در یک رابطه همدلانه و تبدیل خاطرات طرحوارهای هیجانی ناسازگار معمولی است که به عنوان منبع پریشانی روانشناختی و افسردگی دیده می‌شود (صالح پور و همکاران، ۲۰۲۰)، این خاطرات اغلب شامل احساس شرم از بی‌ارزشی، ناامنی مضطرب و غم و اندوه رها شدن و قربانی شدن در برابر خشونت محیط است. از طریق فرآیند درمانی، احساسات سازگارانه برای تغییر احساسات ناسازگار و سازماندهی فرد برای پاسخ‌های انطباقی قابل دسترسی است. این فرآیند، تغییر هیجان با احساسات با استفاده از تکنیک‌های درمانی خاص مانند همدلی آینه-وار، کشف سبک پردازش هیجانی مراجع و تمرین هیجانی و بازنمایی تجربه‌ای تروماهای مراجع مرتبط با دلبستگی یا هویت که به تحریک احساسات و پردازش آن

منجر می‌شود، کمک می‌کند (گرینمن و همکاران، ۲۰۲۲) و می‌تواند از شدت پریشانی و آشفتگی‌های روان-شناختی بکاهد. در همین راستا، داچ و همکاران (۲۰۱۷) اعتقاد داشتند، از طریق مداخلات هیجان‌مدار می‌توان سطح پریشانی روان‌شناختی زنان را می‌توان کاهش داد.

یافته به‌دست‌آمده مبنی بر اثربخشی درمان شناختی_ رفتاری بر انعطاف پذیری کنشی با نتایج مطالعه فاضلی و همکاران (۲۰۱۵) و چنگ و همکاران (۲۰۲۳) همخوان بود.

یافته به دست آمده مبنی بر اثربخشی درمان شناختی_ رفتاری بر پریشانی روانشناختی با نتایج مطالعه امینوف و همکاران (۲۰۲۱)، جونکیناس و همکاران (۲۰۲۱) همخوان بود.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر انعطاف-پذیری شناختی زنان آسیب دیده از خیانت همسر می توان گفت سامانه‌ی دانشی که درمان شناختی- رفتاری بر آن مبتنی است در هر لحظه از زمان این امکان وجود دارد که حقایق تازه، تجربه‌های تازه، حتی نیازها و ترجیح های تازه‌ای، متناسب با نیاز فرد برانگیخته شود (لیهی، ۲۰۱۱) و این می‌تواند زمینه‌ساز افزایش انعطاف‌پذیری‌های کنشی و رفتاری را فراهم نماید. در همین زمینه، چنگ و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که آموزش و درمان شناختی- رفتاری باعث افزایش انعطاف‌پذیری می‌شود. همچنین می‌توان گفت در تکنیک‌های شناختی-رفتاری، شناسایی و چالش با تفکرات منفی، جستجوی کمک برای یافتن روش‌های جایگزین تفکر مورد توجه است که با این روش با ایجاد تغییر و دگرگونی در نظام شناختی فرد منجر به تغییر واکنش‌های او به وسیله‌ی کیفیات شناختی شده و فرد می‌تواند به طور صحیح واقعیت‌ها را درک و تفسیر کند و انعطاف بیشتر در زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی را به وجود آورد (فاضلی و همکاران، ۲۰۱۵).

در تبیین اثربخشی درمان شناختی_ رفتاری بر پریشانی روانشناختی و اثربخشی بیشتر نسبت به مداخله مبتنی بر هیجان‌مدار، می‌توان گفت، مداخله شناختی- رفتاری به زنان آسیب‌دیده کمک می‌کند، بتوانند افکار منفی خود را شناسایی کنند و آن‌ها را مورد بررسی قرار دهند. این توانمندی در آن‌ها بر اساس ظرفیت خودیاری استوار است و باعث می‌شود آن‌ها بتوانند مهارت‌های لازم را نه-تنها برای حل مسائل جاری، بلکه مسائل مشابه در آینده رشد دهد، درنتیجه کسب این مهارت و کارآمد قلمداد کردن راه‌حل‌ها به بیماران کمک می‌کند تا موقعیت‌های نامعین یا مبهم را کمتر فشار آور و آشفته کننده درک کرده (علیاری خانشان و همکاران، ۱۴۰۱)؛ بنابراین، زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی می‌توانند عکس‌العمل مناسبی نشان دهند و کمتر دچار پیشانی و آشفتگی روان‌شناختی می-شوند. در راستای این تبیین، امینوف و همکاران (۲۰۲۱) نیز در راستای این یافته، نشان دادند که می‌توان با آموزش درمان شناختی- رفتاری، از میزان پریشانی روان‌شناختی کاست.

همچنین در تبیین این یافته که درمان شناختی- رفتاری اثربخشی بیشتری نسبت به درمان هیجان مدار در کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی می‌توان گفت پروتکل‌های ساخته شده مداخلات شناختی- رفتاری در حوزه زناشویی بسیار کاربردی و اثرگذار بوده‌اند و با بهبود تنظیم هیجان و صمیمیت زناشویی و استفاده از عامل بخشش و تعهد در این پروتکل‌ها به تقویت و استحکام روابط زناشویی زوجینی که دچار مشکلات زناشویی بوده و تعهد زناشویی آن‌ها دچار خدشه شده‌اند، می‌انجامد. در این راستا قابل اشاره است که این مداخله درمانی، در حوزه بالینی و پژوهشی بیشترین استفاده در حوزه خانواده و مشکلات زناشویی

زوجین را دارند. در این ارتباط، کاظمی خوبان و همکاران (۱۴۰۱) نشان دادند پروتکل بازنگری شده درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما بر پریشانی روانشناختی زنان قربانی خشونت خانگی اثربخشی بالایی دارد.

نتیجه‌گیری

در نهایت در نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت درمان هیجان مدار و درمان شناختی_ رفتاری بر انعطاف پذیری کنشی و پریشانی روانشناختی زنان آسیب دیده از خیانت همسر اثربخش بود. بر همین اساس با تمرکز بر نتایج مطالعه حاضر و استفاده از این مداخلات برای این گروه از زنان قربانی خیانت زناشویی، می‌توان به کاهش مشکلات این گروه از افراد اقدام نمود. در همین راستا و در انجام مطالعه حاضر، محدودیت‌هایی وجود داشت. پژوهش حاضر بر زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله سال با سابقه خیانت از همسر در شهر ارومیه انجام شد؛ لذا تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌های سنی و مردان و زوجین با سایر مشکلات زناشویی را با محدودیت مواجه می‌کند. همچنین اجرای پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها در سه مرحله قبل، بعد و دوره‌ی پیگیری درمان‌ها جزء محدودیت‌ها محسوب می‌شوند؛ به دلیل اینکه تکرار این فرایند در سه مرحله، امکان سوگیری در پاسخ و آشنایی با پرسشنامه‌ها و سؤالات آن را به وجود می‌آورد. همچنین نمونه‌گیری در دسترس در مرحله اول نمونه‌گیری از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود که پیشنهاد می‌گردد پژوهشگران در مطالعات آتی با انجام پژوهش‌های مشابه در جهت تائید و تثبیت نتایج، زمینه-سازی جهت کاهش محدودیت‌های اشاره شده را نیز مد نظر قرار دهند. برای تعمیم نتایج درمان می‌توان این درمان-ها را بر روی سایر گروه‌های جامعه اجرا کرد تا میزان تعمیم‌پذیری نتایج درمانی بیشتر شود. در نهایت، پیشنهادهایی کاربردی برای مراکز مشاوره خانواده و تحکیم ازدواج زیر نظر سازمان نظام روان‌شناسی، قوه قضاییه، بهزیستی و سازمان نظام روان‌شناسی به جهت گنجاندن مداخلات درمانی هیجان مدار و شناختی- رفتاری برای زنان قربانی ناشی از خیانت زناشویی مورد استفاده قرار گیرد.

سپاسگزاری

در نهایت از همه شرکت‌کنندگان در مطالعه و همچنین مدیریت مراکز مشاوره که در انجام پژوهش حاضر همکاری نمودند، کمال تشکر به عمل می‌آید. مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی عمومی خانم لیلا آقابالازاده در دانشگاه آزاد واحد ارومیه با کد اخلاق IR.IAU.URMIA.REC.1401.104 کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی است. همچنین این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون هیچ‌گونه منبع و حمایت مالی اجرا شده است. در نهایت از تمامی عوامل حمایت‌کننده در این دانشگاه نهایت تشکر به عمل می‌آید.

References

Afshari Kashanian O, Zahrakar K, Mohsen Zadeh F, Tajik Esmaili AA. (2019). Detection of Predisposing factors in women marital infidelity. Journal of Computer & Robotics, 18 (71),121-154. (In Persian).

Aliyari Khanshan Vatan F, Ahadi H, Kalhornia Golkar M, Sedaghat M. (2022). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Anxiety and Distress Tolerance in Patients with Coronary Heart Diseases. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing, 8 (3), 54-65. (In Persian).

Allen RC, Palk G. (2018). Development of recommendations and guidelines for strengthening resilience in emergency department nurses. Traumatology, 24(2), 148.

Aminoff V, Bobeck J, Hjort S, Sörliden E, Ludvigsson M, Berg M, Andersson G. (2023). Tailored internet-based psychological treatment for psychological problems during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. Internet Interventions, 1;34, 100662.

Arefpour A, Shojaei F, Mahdavi H, Hatami M. (2020). Prediction of resilience based on cognitive regulation of emotion and guilty feeling in women with breast cancer. Journal of Applied Psychology, 13(4), 509-526.

Azizpour S, Rezapour Mirsaleh Y, mottaghi S. (2021). Emotional and Psychological Dimensions of Childhood Trauma in Men and Women who have Marital Infidelity. Family Counseling and Psychotherapy, 10(2), 329-360.(Persian).

Bendixen M, Kennair LE. (2017). Advances in the understanding of same-sex and opposite-sex sexual harassment. Evolution and Human Behavior, 1(5), 583-91.

Boroumandrad S. M. (2020). The effectiveness of emotion-focused therapy on promoting mental health and resilience of women affected by infidelity. Scientific Journal of Social Psychology, 8(56), 111-122. (In Persian).

Cheng P, Kalmbach DA, Hsieh HF, Castelan AC, Sagong C, Drake CL. (2023). Improved resilience following digital cognitive behavioral therapy for insomnia protects against insomnia and depression one year later. Psychological medicine, 53(9), 3826-36.

Conner KM & Davidson JR. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and Anxiety, 18, 76-82.

Daly M, Robinson E. (2021). Psychological distress and adaptation to the COVID-19 crisis in the United States. Journal of psychiatric research, 1(136), 603-9.

Dutch MS, Ratanasiripong P. (2017). Marriage family therapist's attitudes toward evidence-based treatments and readiness for change. Journal of Psychotherapy Integration, 27(4), 540.

Elliott TR, Hsiao YY, Kimbrel NA, DeBeer BB, Gulliver SB, Kwok OM, Morissette SB, Meyer EC. (2019). Resilience facilitates adjustment through greater psychological flexibility among Iraq/Afghanistan war veterans with and without mild traumatic brain injury. Rehabilitation psychology, 64(4), 383.

Ezaka, E. S., Nwangbo, J. O., Ezaka, E. I., Nwodo, T. O., & Obi, C. G. (2024). A Study on Influence of Psychological Distress and Job Satisfaction on Psychological Wellbeing Among Nurses. *J. General Medicine and Clinical Practice*, *7*(4).

Faghih S, Kazemi H. (2018). The Effectiveness of Emotionally Focused Therapy on Distress Tolerance in Infertile Couples in Isfahan. Community Health Journal, 12(1), 22-29. (In Persian).

Fazeli M, Ehteshamzadeh P, Hashemi SE. (2015). The effectiveness of cognitive

behavior therapy on cognitive flexibility of depressed people. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology**,** 9(34), 27-36. (In Persian).

Free M. (2008). Cognitive Therapy in Groups: Guidelines and Resources for Practice, Second Edition.

Ghaseminejad Rinie F, Golparvar M, Aghaei A. Comparison of the effectiveness of emotion-focused therapy based on attachment injuries and eclectic spirituality based schema therapy on hopelessness and mental health of women affected by husband's infidelity. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2022; 9 (3) :151-166. (In Persian).

Greenberg S, & Geller SM. (2012). Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy. Washington: American Psychological Association.

Greenman PS, Johnson SM. (2022). Emotionally focused therapy: Attachment, connection, and health. Current Opinion in Psychology, 1, 43, 146-50.

Güler, K., Demir, Z. G., & Yurtseven, C. S. (2024). Investigation of the relationship between childhood traumas, psychological resilience, cognitive flexibility and emotion regulation skills in adults. *The European Research Journal*, 1-12.

Hagh Ranjbar F, Kakavand AR, BorjaliA, Bermas H. (2011). Resiliency and life quality on mothers of children with mental retardation. Journal of Health Psychology. 1(1), 177-87.

Hosseinzadeh Z, Ghorban Shirodi S, Khalatbari J, Rahmani MA. (2020). The Comparison of the Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy and Couple Therapy with Reality Therapy Approach on Couple's Functional Flexibility and Distress Tolerance. Journal of Applied Psychology, 14(2), 122-101. (In Persian).

Johnson S, Zuccarini D. (2010). Integrating sex and attachment in emotionally focused couple therapy. Journal of marital and family Therapy, 36(4), 431-45.

Junkins A, Psaros, C, Ott C. (2021). Feasibility, acceptability, and preliminary impact of telemedicine-administered cognitive behavioral therapy for adherence and depression among African American women living with HIV in the rural South. Journal of Health Psychology, 26(14), 2730-2742.

Kazemi Khooban S Z, Poursharifi H, Kakavand A R, Geyanbagheri M. (2022). The effectiveness of the revised protocol of trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT) on the quality of life and psychological distress in female victims of domestic violence. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 9 (2), 62-75 . (In Persian).

Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters, EE & Zaslavsky, AM. (2003). Short screening scales to monitor population prevalence's and trends in nonspecific psychological distress. Psychological Medicine, 32(6), 959-976.

kiyanzad S, Neshat Doost HT, Mehrabi HA, Mousav SG. (2021). The efficacy of brief cognitive-behavioral therapy in depression, suicidal thoughts and cognitive emotion regulation in women attempting suicide. Journal of Psychological Science, 20(106), 1767-1786. (In Persian).

Leahy R. (2011). Cognitive Therapy Techniques, Second Edition. Taylor and Francic Group.

Mirowsky J & Ross CE. (2002). Depression, parenthood, and age at first birth. Social Science & Medicine, 54(8), 1281–1298.

Mohajerani S, Issazadegan A, Soleimani E, Khoram Z. Relationship between psychological distress and physical symptoms of functional dyspepsia with the mediating role of pain related mental imagery, visceral sensitivity, pain catastrophizing and pain self-efficacy. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2022; 8 (6) :98-113. (In Persian).

Octaviana BN, Abraham J. (2018). Tolerance for emotional internet infidelity and its correlate with relationship flourishing. International Journal of Electrical and

Computer Engineering (IJECE). Aug 10;8(5):3158-68.

Parker ML, Campbell K. (2017). Infidelity and attachment: The moderating role of race/ethnicity. Contemporary Family Therapy. 39, 172-83.

Salehpour P, Ahghar Ghodsi, Navabinejad Sh. (2020). The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on reducing irrational beliefs and emotional divorce of married women referring to counseling centers in Tehran. Journal of the Faculty of Medicine of Mashhad University of Medical Sciences, 62(4.1), 169-178. (In Persian).

Simi Z, Nourafkan F, FathiMard F, Taghi Sohrabi renani M, davoodi M. (2021). Predicting the quality of work life of nurses based on action flexibility and positive and negative emotions. Journal of Jiroft University of Medical Sciences, 7 (4), 506-514. (In Persian).

Stevens J. (1996). Applied multivariate statistics for the social sciences (3rd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Sweeney JC, Soutar GN, Mazzarol T. (2008). Factors influencing word of mouth effectiveness: receiver perspectives. European journal of marketing, 4;42(3/4):344-64.

Walsh EA, Boland CL, Popok PJ, Pedreira PB, Fox RS, Moreno PI, Yanez B, Penedo FJ. (2023). Marital status and perceived stress in men with advanced prostate cancer: A randomized-controlled trial of cognitive behavioral stress management. Journal of psychosomatic research. 1, 167, 111198.

Wiebe SA, Johnson SM, Lafontaine MF, Burgess Moser M, Dalgleish TL, Tasca GA. (2017). Two-year follow-up outcomes in emotionally focused couple therapy: An investigation of relationship satisfaction and attachment trajectories. Journal of marital and family therapy, 43(2):227-44.

Yaghubi, H. (2016). Psychometric properties of the 10 questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10). Journal of Applied Psychological Research, 6(4): 45-57. (In Persian).

Zanganeh Parsa F, Hobbi MB. (2021). Testing the Mediating Role of Cognitive Flexibility in the Relationship between Psychological Capital and Distress Tolerance in Couples Suffering from Marital Infidelity. The Women and Families Cultural-Educational, 15(53), 105-123. (In Persian).

Zolrahim R, Vahedi S, Moheb N. (2020). The Effectiveness of Positive Psychotherapy on Quality of Life in Women Hurt by Marital Infidelity. *Community Health Journal*, 14(1), 32-40. (In Persian)

Zuccarini D, Johnson SM, Dalgeish TL, & Makinen JA. (2013). Forgiveness and Reconciliation in Emotionally Focused Therapy for Couples: The Client Change Process and Therapist Interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(2),1486.