

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم PTSD عاطفی در زنان آسیب‌دیده از خیانت

### The Effectiveness of Acceptance and Commitment Based Therapy on the Symptoms of Emotional PTSD in Women Affected by Infidelity

**A. Gharadaghi, Ph.D.**

Department of education sciences, University of Tabriz,  
Tabriz, Iran

**M. seyed Mirzaei, M.A.**

Department of counseling, University of Azad unit of  
electronic, Tehran, Iran

✉ دکتر علی قره‌داغی

گروه علوم تربیتی، دانشگاه تبریز

مریم سیدمیرزایی

گروه مشاوره، دانشگاه آزاد واحد الکترونیکی

دریافت مقاله: ۹۶/۱۱/۲۹

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۹/۲/۲۵

پذیرش مقاله: ۹۹/۴/۲۹

#### Abstract

Marital infidelity always comes with a severe blow to the partner; this event causes some symptoms similar to post-traumatic stress disorder (PTSD) that is one of the most difficult problems in counseling and psychotherapy. The present study aims to determine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on decreasing the symptoms of emotional PTSD. Research method was semi-experimental with pre-test and post-test with a control group.

✉Corresponding author: Department of Education, Faculty of Psychology and Education, University of Tabriz, Tabriz, Iran.  
Email: [a.ghardaghi@tabrizu.ac.ir](mailto:a.ghardaghi@tabrizu.ac.ir)

#### چکیده

خیانت زناشویی معمولاً با ضربه شدید به طرف مقابل همراه است؛ این رویداد باعث بروز نشانه‌هایی شبیه اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) می‌شود که یکی از سخت‌ترین مشکلات در مشاوره و روان‌درمانی است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم PTSD عاطفی صورت پذیرفت. روش پژوهش نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود.

✉نویسنده مسئول: تبریز، دانشگاه تبریز، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه علوم تربیتی  
پست الکترونیکی: [a.ghardaghi@tabrizu.ac.ir](mailto:a.ghardaghi@tabrizu.ac.ir)

The research population comprised of 30 participants who had a 21 and over score in emotional PTSD scale, were selected through available and purposeful sampling method and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received 9 sessions of acceptance and commitment group therapy, but the control group had no therapy. Finally data were analyzed at two statistical levels, descriptive and inferential statistics (ANCOVA). Results show that acceptance and commitment therapy is effective ( $P<0/001, F=478/37$ ) in reducing the symptoms of emotional PTSD of women affected by infidelity.

**Keywords:** Acceptance and Commitment therapy; Emotional PTSD; Infidelity

جامعه آماری تمامی زنان آسیب‌دیده از پدیده خیانت همسر بودند، ۳۰ آزمودنی که در نمرات PTSD عاطفی فوآ (۲۰۰۳) دارای طیف علائم متوسط به بالا (نمره ۲۱ و بالاتر) بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش ۹ جلسه در برنامه گروهی ACT شرکت کردند، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در نهایت داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس یک‌راهه) تحلیل شدند. نتایج حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم PTSD عاطفی زنان آسیب‌دیده از پدیده خیانت ( $F=478/37$  و  $P<0/001$ ) مؤثر است.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استرس پس از ضربه عاطفی، خیانت زناشویی.

## مقدمه

خیانت زناشویی<sup>۱</sup> رویدادی تکان‌دهنده برای زوجها و نهاد خانواده‌ها بوده، نوعی اختلال و بیماری در رفتار به شمار می‌رود، آسیب‌ها و مشکلات مختلفی برای همسر خیانت‌کار و همسر آسیب‌دیده ایجاد می‌کند و موضوعی رایج در روان‌درمانی و مشاوره خانواده است (گوردون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵؛ وراچ و جوزف<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). مهم‌ترین انگیزه زن و مرد متأهلی که به سوی روابط نامشروع کشیده می‌شود، تجربه مجدد صمیمیت فردی و جنسی است؛ چیزی که دیگر آن را در زندگی مشترک‌شان نمی‌یابند، البته برخی نیز با وجود داشتن چنین احساسات مثبتی، به دلایل درونی به این عمل اقدام می‌کنند (اسنایدر، باکوم<sup>۴</sup> و گوردون، ۲۰۰۷).

روان‌درمانگران گزارش می‌کنند که همسرانی که به آن‌ها خیانت شده است، اغلب احساساتی از قبیل ضربه شدید احساسی تجربه می‌کنند؛ این نوع روابط باعث بروز نشانه‌هایی شبیه اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)<sup>۵</sup> و نیز احساساتی مانند افسردگی، خشم، احساس شوک، ناباوری و انکار، ضرب و شتم، قتل همسر و خودکشی می‌شود (شاکلفورد، باس، ویکس و شاکلفورد<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳). ناامیدی، عدم اعتماد به نفس، از دست دادن هویت، احساس بی‌ارزشی، احساس طرد و رهاشدگی و آشفتگی‌های شناختی مثل نشخوار فکری شدید، اختلال در تمرکز و اختلال در عملکرد روزانه می‌شود (لاکوت، ۲۰۱۵؛ آمارزو<sup>۷</sup>، ۲۰۱۲). هنگام کشف خیانت، فرد آسیب‌دیده، در حالت شوک به سر می‌برد، نسبت به نظم و عدالت در جهان بی‌اعتماد می‌شود،

سیستم اعصاب و فعالیت شناختی او دچار تغییرات فیزیولوژیک می‌شود، تحت تأثیر ترشح آدرنالین و سایر هورمون‌های عصبی قرار می‌گیرد و احساس برانگیختگی شدیدی می‌کند. این موضوع باعث می‌شود که فرد دچار اختلال خواب شود و نسبت به هر صدایی حساسیت بیشتری پیدا کند، همچنین رابطه خود را با دیگران محدود یا قطع می‌کند و دچار رفتارهای وسواس‌گونه مثل کنترل همسر یا پناه‌بردن به سیگار و الکل می‌شود (لاکوت<sup>۸</sup>، ۲۰۱۵). همسران عهدشکن نیز ممکن است کشمکش هیجانی مانند احساس گناه، خشم، خجالت و افسردگی (فیف، ویکس و استلبرگ و فیلبرت<sup>۹</sup>، ۲۰۱۳)، درگیر شدن در ارتباطات منفی و دشواری بیشتر در تأمین صمیمیت را تجربه کنند (لیفکر، هانلی وایت، بلاندون و مارشال<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۵). همچنین خیانت زناشویی می‌تواند به بروز علائم استرس پس از ضربه عاطفی کمک کند (علوی‌زاده و شاکریان<sup>۱۱</sup>، ۱۳۹۵). اختلال استرس پس از آسیب می‌تواند پس از مواجهه فرد با رویداد آسیب‌زا پدید آید و تجربه مستقیم یک رویداد آسیب‌زا یا شاهد یک رویداد که شامل آسیب جدی واقعی یا تهدید به مرگ، یا تمامیت فیزیکی در خود فرد یا دیگری است را موجب می‌شود؛ همچنین رویداد آسیب‌زا باید یک واکنش در افراد که شامل ترس شدید، وحشت یا درماندگی است، به وجود بیاورد؛ در تجربه خیانت زناشویی این رویداد تهدید قطع پیوند عاطفی میان زوج و احتمال رویارویی با مسائلی هم‌چون خشونت، ترک منزل، طلاق و مشکلات اقتصادی را نیز به همراه دارد، هرچند قطع پیوند عاطفی میان زوجین به دنبال پدید آمدن یک رابطه جایگزین عاطفی توسط یکی از آنها خود یک آسیب اساسی است و فشار روانی زیادی را تحمیل می‌کند (واراچ و جوزف، ۲۰۱۹). PTSD عاطفی با مشکلات صمیمیت عاطفی و جنسی، دشواری در تأمین حمایت نسبت به همسر، رضایت ارتباطی کمتر، اعمال خشونت و تعهد کمتر به رابطه همراه است (لیفکر و همکاران، ۲۰۱۵).

در تبیین و درمان زوجین درگیر با مشکل خیانت زناشویی، مدل‌های نظری مختلفی ارائه شده است. از جمله مدل‌های ارائه‌شده در خصوص درمان خیانت زناشویی می‌توان به درمان هیجان‌مدار<sup>۱۲</sup>، مدل بخشودگی<sup>۱۳</sup>، درمان شناختی - رفتاری<sup>۱۴</sup>، مدل تروماتیک<sup>۱۵</sup>، مدل بینش‌گرا<sup>۱۶</sup> و مدل آیینی<sup>۱۷</sup> اشاره کرد. از آنجایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱۸</sup> (ACT) یک رویکرد درمانی جدید بوده و از فرایندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روانی استفاده می‌کند (هایز و لیلیس<sup>۱۹</sup>، ۲۰۱۲)، برای درمان زنان آسیب‌دیده از خیانت رویکرد مناسبی است (براوو و لامپکین<sup>۲۰</sup>، ۲۰۱۰) و می‌تواند در کاهش نشانگان PTSD عاطفی این زنان مؤثر واقع شود. از منظر ACT رنج انسان‌ها ریشه در انعطاف‌ناپذیری روانی دارد که به وسیله تلفیق شناختی و اجتناب از تجارب، ایجاد شده و آنچه آسیب‌زا تلقی می‌شود، تمایل به جذب تجارب و جنگ با آن‌ها از طریق اجتناب کردن از تجارب است. اصول زیربنایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شرح زیر است: پذیرش یا تمایل به تجربه درد بدون اقدام به مهار آن، عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با عمل به عنوان اهداف معنی‌دار شخصی بیش از حذف تجارب ناخواسته است و در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیرکلامی به کارکرد سالم منجر می‌شود (والیس و هترینگتن<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۹). هدف اصلی این رویکرد، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه این‌که عملی تنها جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته‌ساز انجام شده یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (هاریس<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۹). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف این است که افراد بیاموزند وقایع درونی‌شان، مخصوصاً آن‌هایی را که ناخواسته‌اند، قضاوت نکنند و

بپذیرند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرد را یاری می‌کند تا حسی متعالی از خود که «خود - به‌عنوان - بافتار» شناخته می‌شود، کسب کند. معنی چنین حسی آن است که فرد همیشه مشاهده‌گر و تجربه‌کننده افکار، احساسات، حس‌های بدنی و خاطرات خود و در عین حال از آن‌ها متمایز است. هدف از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آن است که به مراجع کمک کند تا ارزش‌های زندگی‌اش را مشخص کند و بر اساس آن‌ها اقدام به عمل کند و در این فرایند شادابی و معنای بیشتری به زندگی مراجع افزوده شده و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی او افزایش یابد (راچ و همکاران<sup>۲۳</sup>، ۲۰۱۷).

پژوهش‌های قبلی نشان داد که درمان ACT موجب بهبود بالینی در علائم PTSD و ناراحتی‌های هیجانی در روان‌پریشی زودرس شده است (جانسون و موریس<sup>۲۴</sup>، ۲۰۱۷) و در بهبود نشانگان خستگی مزمن<sup>۲۵</sup> (راچ، داوسون، مقدم، ابی و گریسول<sup>۲۶</sup>، ۲۰۱۷)، اضطراب، استرس، نشانه‌های PTSD (باردین و فرگاس<sup>۲۷</sup>، ۲۰۱۶) و افسردگی (کوتالا، موتکا و لاپالاین<sup>۲۸</sup>، ۲۰۱۷) مؤثر واقع شده است. هم‌چنین در مسائل زوجی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش علائم PTSD عاطفی زنان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. در این راستا مطالعات نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و کاربردهای مهم آن سبب غنی‌سازی ارتباطات زوجین و سلامت روانی فردی (کارسون، گیل و باکوم، ۲۰۱۱)؛ افزایش بهزیستی روان‌شناختی همسران جانبازان دارای علائم PTSD (عیسی‌نژاد و آزادبخت<sup>۲۹</sup>، ۱۳۹۶)؛ کاهش علائم PTSD در دختران مبتلا به سوگ نابهنجار (بهروز<sup>۳۰</sup>، ۱۳۹۴)؛ کاهش علائم PTSD نوجوانان (وندیک، موریسون<sup>۳۱</sup> و توهیگ، ۲۰۱۴)؛ کاهش علائم PTSD ناشی از تجاوز جنسی (باروس<sup>۳۲</sup>، ۲۰۱۳) و افزایش بخشش و سازگاری در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی (هنرپروران<sup>۳۳</sup>، ۱۳۹۳) شده است.

آسیب ناشی از خیانت مسائل مهم زیادی را با خود به همراه دارد؛ یکی از مهم‌ترین آن‌ها طلاق است. خیانت به عنوان آفت اعتماد در روابط زوجین شناخته می‌شود (هنرپروران، ۱۳۹۳). در ایران طبق آمار سازمان ثبت احوال کشور (۱۳۹۴) تعداد ۱۶۳۷۶۵ واقعه طلاق در کشور به ثبت رسیده که نسبت به مدت مشابه سال قبل افزایش داشته است. طبق این آمار نسبت ازدواج به طلاق در سال ۱۳۹۴ در کشور ۴/۲ به یک است. نظر به پیامدهای ویرانگر خیانت زناشویی بر بهداشت جسمی و روانی افراد آسیب‌دیده از خیانت همسر، لزوم تحقیق در مورد پیامدهای عاطفی و روانی زنان آسیب‌دیده هرچه بیشتر آشکار می‌شود. با توجه به مطالب ذکر شده، پژوهش حاضر در پی بررسی این سؤال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم PTSD عاطفی زنان آسیب‌دیده از پدیده خیانت مؤثر است؟

## روش

طرح این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش تمام زنان آسیب‌دیده از پدیده خیانت یا پیمان‌شکنی همسر و مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر کرج در بهار ۱۳۹۶ بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ زن (۱۵ زن گروه آزمایش و ۱۵ زن گروه کنترل) بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش غیر تصادفی به شیوه در دسترس و هدفمند بود؛ به این ترتیب که برای انتخاب نمونه ابتدا به صورت فراخوان در مراکز مشاوره سطح کرج، از زنان آسیب‌دیده از پدیده خیانت زناشویی دعوت به عمل آمد تا در مشاوره گروهی با چنین موضوعی شرکت کنند. معیارهای ورود

شرکت‌کنندگان عبارت بودند از: ۱- زنان حداقل دارای مدرک دیپلم باشند، ۲- حداقل یکی از علائم تجربه مجدد، اجتناب تجربه‌ای و برانگیختگی را در حال تجربه باشند، ۳- حداقل دو سال از زندگی مشترک آن‌ها گذشته باشد، ۴- برای درمان و بهبود شرایط موجود انگیزه داشته باشند، ۵- هم‌زمان در هیچ جلسه مشاوره و روان‌درمانی یا جلسات ریش‌سفیدی به منظور بخشش کورکورانه شرکت نکنند و ۶- خیانت عاطفی اتمام یافته باشد و حداکثر یک سال از مدت آن گذشته باشد. سپس شرکت‌کنندگان به پرسشنامه استرس پس از ضربه پاسخ دادند. از بین زنان شرکت‌کننده تعداد ۳۰ زن که دارای شدت علائم متوسط به بالا (نمره ۲۱ و بالاتر) بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. سپس طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای که هفته‌ای یک بار برگزار می‌شد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مورد گروه آزمایش اعمال شد و در این مدت گروه کنترل در معرض هیچ‌گونه مداخله‌ای قرار نگرفت. سپس پس‌آزمون روی هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد و نتایج حاصله مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در نهایت داده‌ها توسط آزمون تحلیل کوواریانس یک‌متغیری (ANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور رعایت اصول اخلاقی پس از جمع‌آوری داده‌ها برای گروه گواه نیز هشت جلسه گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت کاهش PTSD عاطفی این زنان، تدارک دیده شد.

### ابزار

**مقیاس استرس پس از ضربه (PTSD) عاطفی:** این مقیاس خودگزارشی؛ توسط فوآ<sup>۳۴</sup> (۲۰۰۳) برای سنجش اختلال استرس پس از آسیب ساخته شده است. این مقیاس برای اولین بار در ایران، توسط میرزمانی، محمدی و محمودی و میرزمانی، (۲۰۰۷)؛ به نقل از کریمی، سودانی، مهرابی‌زاده هنرمند و نیسی<sup>۳۵</sup>، (۱۳۹۲) ترجمه و هنجاریابی شد. این مقیاس یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته ۱۷ ماده‌ای است که می‌تواند توسط متخصصان مصاحبه‌گر، برای تشخیص تصویر بالینی ارائه‌شده توسط افراد آسیب‌دیده، مورد استفاده قرار بگیرد (فوآ، ۲۰۰۳). این ابزار به صورت بسیار موفقیت‌آمیزی ویژگی‌های روان‌شناختی را در نمونه‌ای از زنانی که اخیراً قربانی ضرب و شتم یا خیانت واقع شده‌اند، نشان می‌دهد. این مقیاس سه بعد اختلال استرس پس از آسیب - بعد تجربه مجدد، بعد اجتناب و بعد برانگیختگی - را اندازه‌گیری می‌کند. سؤالات ۱ تا ۵، بعد تجربه مجدد، سؤالات ۶ تا ۱۲، بعد اجتناب و سؤالات ۱۳ تا ۱۷ بعد برانگیختگی اختلال استرس پس از آسیب را می‌سنجند. این مقیاس ۱۷ ماده‌ای شدت هر یک از نشانگان اختلال استرس پس از آسیب را روی یک لیکرت چهاردرجه‌ای اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری سؤالات به صورت =۰ هرگز، =۱ کمی، =۲ گاهی اوقات و =۳ خیلی زیاد است.

شدت نشانگان اختلال استرس پس از آسیب از طریق مجموع نمرات ۱۷ ماده مشخص می‌شود. برای تشخیص اختلال استرس پس از آسیب، فرد باید حداقل دارای یک نشانه در بعد تجربه مجدد، سه نشانه در بعد اجتنابی و دو نشانه در بعد برانگیختگی باشد و حداقل یک ماه از زمان آسیب گذشته باشد و نشانگان هم‌چنان وجود داشته باشد. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر نمره ۵۰ است. نمرات کمتر از ۱۰ شدت کم علائم، ۱۱ تا ۲۰ شدت ملایم علائم، ۲۱ تا ۳۵ دارای شدت متوسط علائم و نمرات بالاتر از ۳۵ تشخیص علائم شدید اختلال استرس پس از آسیب را می‌گیرند (فوآ، ۲۰۰۳). فوآ (۲۰۰۳) پایایی درونی کل

پرسش‌نامه را ۰/۹۲ و ابعاد تجربه مجدد، اجتناب و برانگیختگی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۹۴ و ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی تشخیص اختلال استرس پس از آسیب با استفاده از ضریب کاپا در یک نمونه متشکل از ۱۱۰ شرکت‌کننده را ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند و هم‌چنین درصد توافق بین تشخیص در دو نقطه زمانی ۰/۸۷ بود که درجه بالایی از پایایی را نشان می‌دهد. در ایران در پژوهشی که میرزمانی و همکاران (۲۰۰۷)؛ به نقل از کریمی و همکاران، (۱۳۹۲) برای به دست آوردن ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه استرس پس از آسیب انجام دادند، ضریب آلفا ۰/۸۴ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۶ به دست آمد. همبستگی آن نیز با مصاحبه بالینی جهت تشخیص اختلال استرس پس از سانحه ۵۳ درصد به دست آمد که از لحاظ آماری معنادار بود. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه اختلال استرس پس از آسیب (۱۷ ماده) ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های تجربه مجدد، اجتناب و برانگیختگی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۵ و ۰/۸۱ به دست آمد.

## روش اجرا

در جدول ۱ شرح جلسات، اهداف و روش‌ها و تکنیک‌های به کار گرفته‌شده برای گروه آزمایش تشریح شده است.

جدول ۱: ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

جلسات	هدف
جلسه اول	آشنایی گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ آشنا کردن افراد با موضوع خیانت و بی‌وفایی؛ سنجش افراد گروه به صورت کلی و سنجش در خصوص نوع خیانت؛ مفهوم‌سازی خیانت بر اساس ACT؛ ایجاد درماندگی خلاق و پاسخ به پرسشنامه پذیرش و عمل
جلسه دوم	شناسایی ارزش‌های افراد در زندگی مشترک؛ تصریح ارزش‌هایی هم‌چون روابط صمیمانه، تعهد در زندگی، اعتماد زناشویی، بخشش، کیفیت زندگی، آرامش، خوشبختی، روابط اجتماعی؛ تعیین اهداف زندگی؛ تصریح اعمال؛ تصریح موانع
جلسه سوم	متعهد کردن افراد نسبت به ارزش‌ها؛ بیان و تصریح ارزش‌ها؛ تحلیل سود و زیان؛ تعهد به ادامه پیروی از آن‌ها
جلسه چهارم	بررسی دنیای درون و بیرون در درمان ACT؛ ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد؛ تفهیم این موضوع که کنترل مسئله است نه راه‌حل؛ معرفی جایگزینی برای کنترل، یعنی تمایل
جلسه پنجم	تفهیم پذیرش و انجام تمرین‌هایی برای پذیرش پیمان‌شکنی همسر
جلسه ششم	تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و آموزش چگونگی گسلس شناختی با هدف تغییر کارکردهای نامطلوب افکار در خصوص خیانت همسر
جلسه هفتم	تأکید برای در زمان حال بودن و پرهیز از سرگردانی ذهن درون افکار، خاطرات یا خیال‌پردازی‌هایی در خصوص موضوع خیانت
جلسه هشتم	بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه در خصوص مواجهه با خیانت همسر
جلسه نهم	یادآوری جلسات و تمرین؛ جمع‌بندی؛ دریافت بازخورد از اعضا نسبت به رهبر گروه و نسبت به یکدیگر و اجرای پس‌آزمون

## یافته‌ها

به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. در این قسمت ابتدا آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) مربوط به متغیرهای پژوهش را بیان می‌کنیم؛ سپس به منظور تحلیل هم‌زمان متغیرهای وابسته نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری را بیان می‌کنیم. از آنجایی که آزمون تحلیل کوواریانس مفروضاتی دارد که در صورت رعایت این مفروضات مجاز به انجام این تحلیل می‌شویم، بعد از تحلیل کوواریانس چندمتغیری به انجام آزمون‌های آماری مناسب برای تبیین این مفروضات پرداخته و سپس آزمون مقایسه میانگین مؤلفه‌های آسیب پس از سانحه در دو گروه (تحلیل کوواریانس) را گزارش می‌دهیم.

جدول ۲: اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌های آزمایش و کنترل

کنترل		آزمایش		متغیر	کنترل		آزمایش		متغیر
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	تحصیلات	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	سن
۴۰	۶	۳۳/۳۳	۵	دیپلم	۱۳/۳۳	۲	۶/۶۷	۱	۳۰-۲۰
۱۳/۳۳	۲	۲۰	۳	فوق دیپلم	۴۶/۶۷	۷	۵۳/۳۳	۸	۴۰-۳۱
۳۳/۳۳	۵	۴۰	۶	لیسانس	۳۳/۳۳	۵	۴۰	۶	۵۰-۴۱
۱۳/۳۳	۲	۶/۶۷	۱	تحصیلات تکمیلی	۶/۶۷	۱	۰	۰	۶۰-۵۱
۷۳/۳۳	۱۱	۸۰	۱۲	۲۱-۳۵ متوسط	شدت علائم				
۲۶/۶۷	۴	۲۰	۳	۳۶-۵۰ شدید					

اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد در گروه آزمایش و کنترل از نظر سن بیشترین افراد دارای سن ۳۱-۴۰ و کمترین افراد ۶۰-۵۱ بودند. در گروه آزمایش به لحاظ تحصیلات نیز بیشترین افراد در گروه لیسانس و کمترین آنها در تحصیلات تکمیلی حضور داشتند و در گروه کنترل نیز بیشترین افراد در گروه تحصیلات دیپلم و کمترین آنها در گروه تحصیلات تکمیلی قرار داشتند. از نظر شدت علائم نیز بیشتر افراد دارای شدت علائم متوسط بودند؛ هم در گروه آزمایش و هم در گروه کنترل.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی نمره آزمودنی‌ها به تفکیک مرحله و گروه در PTSD عاطفی

پس آزمون		پیش آزمون				اندازه‌گیری		
گروه کنترل		گروه آزمایش		گروه کنترل		گروه آزمایش		متغیر وابسته
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۲/۵۳	۴۰/۸۶	۳/۴۳	۲۵/۳۹	۲/۸۱	۴۱/۲۶	۲/۵۰	۴۱/۴۰	PTSD عاطفی
۱/۳۳	۱۲/۰۷	۲/۱۱	۶/۸۰	۱/۵۴	۱۲/۲۷	۱/۸۴	۱۱/۷۳	تجربه مجدد
۱/۳۳	۱۶/۷۳	۱/۹۴	۱۱/۹۳	۱/۳۵	۱۶/۶۰	۱/۵۳	۱۶/۹۳	اجتناب
۱/۱۰	۱۲/۰۷	۱/۴۴	۶/۶۷	۱/۲۹	۱۲/۴۰	۱/۳۸	۱۲/۷۳	برانگیختگی

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمره آزمودنی‌ها در PTSD عاطفی و هر یک از خرده‌مقیاس‌های آن را به تفکیک مرحله و گروه نشان می‌دهد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) روی میانگین نمرات

پس آزمون PTSD عاطفی گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	سطح معناداری
PTSD عاطفی	لامبدای ویلکز	۰/۰۴۱	۱۷۸/۴۵۷	۳	۲۳	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۴ بیانگر آن است که بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته PTSD عاطفی (تجربه مجدد، اجتناب و برانگیختگی) تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. بنابراین برای پی‌بردن به این تفاوت، نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا، در جداول بعدی ارائه شده است.

جدول ۵: آزمون‌های رعایت پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس

آزمون	آزمون لوین			آزمون کلموگروف		آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون	
	متغیر	F	Df <sup>۱</sup>	Df <sup>۲</sup>	sig	Z	sig
PTSD عاطفی	۰/۰۳۳۱	۱	۳۰	۰/۸۶۱	۰/۷۱۷	۰/۶۸۷	۰/۰۹۹
تجربه مجدد	۰/۲۲۹	۱	۳۰	۰/۶۳۵	۰/۷۵۹	۰/۶۱۲	۰/۲۵۴
اجتناب	۱/۶۲	۱	۳۰	۰/۲۱۰	۰/۶۷۸	۰/۷۴۷	۰/۰۲۷
برانگیختگی	۱/۴۹	۱	۳۰	۰/۲۳۰	۰/۶۶۵	۰/۷۶۸	۰/۶۱۹

در آزمون لوین فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمره‌های دو گروه در تمامی متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود، یعنی پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل تأیید شد. در آزمون کلموگروف - اسمیرنوف نیز فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود. همچنین مقدار F تعامل برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون برای تمام متغیرهای پژوهش غیرمعنادار است؛ به عبارت دیگر، همگنی شیب خط رگرسیون پذیرفته شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین PTSD عاطفی دو گروه

و خرده‌مقیاس‌های آن با کنترل اثر پیش‌آزمون

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
PTSD عاطفی	۱۸۲۰/۳۰	۱	۱۸۲۰/۳۰	۴۷۸/۳۷	۰/۰۰۱
تجربه مجدد	۱۶۵/۴۴۵	۱	۱۶۵/۴۴۵	۱۳۵/۵۶	۰/۰۰۱
اجتناب	۱۹۴/۳۴۱	۱	۱۹۴/۳۴۱	۲۴۱/۷۰	۰/۰۰۱
برانگیختگی	۲۳۱/۳۵۵	۱	۲۳۱/۳۵۵	۲۲۱/۹۹	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۶ نشان داده شده است، با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین زوجین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ PTSD عاطفی (نمره کلی) ( $p < 0/001$  و  $F=478/37$ )، تجربه مجدد ( $p < 0/001$  و  $F=135/56$ )، اجتناب ( $p < 0/001$  و  $F=241/70$ ) و برانگیختگی ( $p < 0/001$  و  $F=221/99$ ) تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و



تعهد با توجه به میانگین نمره PTSD عاطفی گروه آزمایش و تمام خرده‌مقیاس‌های آن (تجربه مجدد، اجتناب و برانگیختگی) در پس‌آزمون نسبت به میانگین زنان گروه کنترل، موجب کاهش علائم PTSD عاطفی گروه آزمایش شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم PTSD عاطفی زنان آسیب‌دیده از پدیده خیانت صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش علائم PTSD عاطفی زنان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. نتایج این تحقیق با نتایج مطالعات (جانسون و موریس، ۲۰۱۷؛ راج، داونسون، مقدم، ابی و گریسول، ۲۰۱۷؛ کوتالا، موتکا و لاپالاین، ۲۰۱۷؛ کارسون، گیل و باکوم، ۲۰۱۱؛ عیسی‌نژاد و آزادبخت، ۱۳۹۶، بهروز، ۱۳۹۴؛ ووندیک، موریسون<sup>۳۶</sup> و توهیگ، ۲۰۱۴؛ باروس<sup>۳۷</sup>، ۲۰۱۲ و هنرپروران، ۱۳۹۳) همخوانی دارد.

در تبیین اثربخشی درمان اکت بر نشانه‌های استرس پس از سانحه ناشی از خیانت در زنان می‌توان گفت از آنجایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به فرد کمک می‌کند تا از اجتناب رفتاری که تقویت‌کننده سطح اضطراب است، جلوگیری کرده و به نوعی با تشویق به مواجهه و تعهد به تغییر به حساسیت‌زدایی اضطراب فرد کمک می‌کند، می‌تواند بر هر یک از نشانگان PTSD شامل تجربه مجدد، اجتناب و برانگیختگی؛ نشخوار فکری و تصویرسازی ذهنی واقعه خیانت، نارزنده‌سازی خود، خشم، حسادت رمانتیک و اضطراب و افسردگی مؤثر باشد. همچنین راهبردهای اصولی ACT شامل پذیرش، بودن در لحظه حاضر، ناهمجوشی شناختی، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها، شفقت، عمل متعهدانه و دستیابی به حسی متعالی از خویشتن و ذهن‌آگاهی برآمده از پذیرش و تعهد، موجب می‌شود فرد آگاهی و هشیاری فزاینده‌ای در کنشگری‌های روزانه خود به دست آورد. آگاهی‌های کسب‌شده به واسطه درمان اکت از اندیشه‌ها و احساسات، به دگرگونی پیوند فرد با آن اندیشه‌ها و احساسات منجر می‌شود (براج و همکاران، ۲۰۱۲). به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، به جای دگرگونی درون‌مایه اندیشه‌ها، رابطه فرد را با اندیشه‌هایش دگرگون می‌سازد و بدین وسیله به جای غرق‌شدن در افکار، فرد را کاملاً درگیر آنچه انجام می‌دهد، می‌کند.

وقتی افراد تجربه‌های درونی خود را با پذیرش نظاره می‌کنند، حتی خاطرات، احساسات، افکار و حس‌های بدنی دردناک نیز کمتر تهدیدکننده و تحمل‌ناپذیر به نظر می‌رسند. زمانی که زنی متوجه خیانت همسر خود می‌شود، از یک سو دچار نشخوار فکری در این زمینه شده و از سوی دیگر تلاش بی‌سرانجامی را برای رهایی از این افکار می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجتناب از محرک‌ها (افکار، احساسات، فعالیت‌ها) را هدف درمانی خود قرار می‌دهد تا به منظور تجربه‌کردن به جای کنترل یا تغییر دادن ارزیابی‌های منفی وقایع خیانت، در تعارضات فرد یک بازگشایی اساسی به وجود آورد (کارسون، باکوم و گیل<sup>۳۸</sup>، ۲۰۱۱). در واقع تمرین‌های تمرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به فرد آسیب‌دیده کمک می‌کنند تا مستقیماً با وقایع استرس‌زا و تنش‌زای خود خصوصاً در جلسات گروهی تماس پیدا کند و افکار و هیجان‌های نامطلوب را به جای کنترل یا کشمکش با آن‌ها، تجربه کند. به نظر می‌رسد تغییرات این روش درمانی ناشی از تکنیک‌هایی است که به مبتلایان PTSD کمک می‌کند به جای کنترل‌کردن و اجتناب از تفکرات مربوط

به PTSD، از این کنترل و اجتناب پرهیز کرده و به جای آن ارزش‌های زندگی خود را مشخص کرده و اعمال خود را بر اساس حرکت در مسیر ارزش‌های تعریف‌شده سازمان دهد. درمان اکت در واقع مبتنی بر مواجهه رفتاری و عدم کنترل شناختی و عاطفی خود است (بهروز، ۱۳۹۴)؛ بنابراین زنان زخم‌خورده با هدف کنترل هیجانی به جلسات درمانی قدم می‌گذارند و می‌خواهند از استبداد و ظلم افسردگی، اضطراب، خاطرات افشای پیمان‌شکنی، عزت‌نفس پایین، ترس از طرد شدن، خشم و عصبانیت خلاص بشوند. در ACT هیچ تلاشی برای کاهش، تغییر، اجتناب، سرکوب یا کنترل این تجربیات درونی نمی‌شود؛ بلکه مراجعان یاد می‌گیرند اثر و نفوذ افکار و احساسات نامطلوب را با استفاده مؤثر از ذهن‌آگاهی کاهش دهند. مراجعان یاد می‌گیرند مبارزه با تجربیات درونی خود را متوقف کنند، آغوش خود را برایشان بکشایند و به آن‌ها اجازه دهند تا بیایند و بروند (براچ، کانکر و باچ<sup>۳۹</sup>، ۲۰۱۲). بنابراین وقت و نیرویی که قبلاً برای کنترل کیفیت حال خود خرج می‌کردند، حال صرف این می‌شود که اقدامی مؤثر در جهت ارزش‌های زندگی خود انجام دهند تا انگیزه‌های زندگی‌شان جان یابد و لحظات‌شان پربار شود. این اقدامات اگرچه شرایط خیانت را تغییر نمی‌دهد، اما احساسات مثبت بیشتری را به‌دنبال خواهد داشت.

این پژوهش با محدودیت‌هایی از جمله نمونه محدود به زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر در شهر شیراز همراه بود که تعمیم یافته‌های آن را به دیگر نمونه‌های متفاوت با احتیاط توأم می‌سازد. از جمله این‌که هر یک از شرکت‌کنندگان در زمان‌های متفاوتی دچار تجربه خیانت همسر شده بودند و گروه از نظر تجربه زمانی همگن نبودند. همچنین به دلیل قرار نگرفتن همسران در محدوده پژوهش و درمان، تأثیر رفتارهای آن‌ها بر زنان شرکت‌کننده ممکن است به عنوان یک عامل مداخله‌گر نتایج پژوهش را به انحراف کشیده باشد. همچنین به دلیل محدودیت زمانی و عدم دسترسی به مراجعان امکان پیگیری نتایج وجود نداشت. با وجود این، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در نمونه‌هایی که از نظر تجربه زمانی هم‌تراز شده‌اند، تکرار شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود با هدف تثبیت تأثیرات درمان، رفتارهای دل‌بستگی مدار همسران افراد سنجیده شده و اثر تعدیل‌کنندگی آن بر میزان تجربه آسیب توسط زنان محاسبه شود. به دلیل تفاوت احتمالی تجربه آسیب پس از خیانت توسط مردان، به دلیل برخی تفاوت‌های روان‌شناختی، پیشنهاد می‌شود این پژوهش روی مردان نیز صورت گرفته و با نتایج تحقیق فعلی مقایسه شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در مراکز مشاوره کار با زنان خیانت‌دیده، به منظور کاهش علائم PTSD عاطفی در زنان از رویکرد اکت به صورت گروهی استفاده شود. از طرفی تهیه بسته و محتوای آموزشی مبتنی بر درمان اکت در مواجهه با مصائب و مشکلات زندگی مشترک و ارائه در آموزش‌های پیش از ازدواج می‌تواند نقشی پیشگیرانه در وقوع احساسات منفی شدید و طلاق‌های عاطفی و قانونی زوجین به هنگام بروز خیانت و دیگر موارد آسیب‌زای زندگی مشترک زوجین داشته باشد.

#### پی‌نوشت‌ها

- |                       |                           |
|-----------------------|---------------------------|
| 1. Marital Infidelity | 21. Wallis & Hetherington |
| 2. Gordon             | 22. Harris                |
| 3. Warach & Joseohs   | 23. Roche et al           |
| 4. Snyder, Baucom     | 24. Jansen, & Morris      |

- |  |  |
|--|--|
| 5. Posttraumatic Stress Disorder               | 25. Chronic Fatigue Syndrome                         |
| 6. Shackelford, Buss, &Weekes-Shackelford      | 26. Roche, Dawson, Moghaddam, Abey, & Gresswell      |
| 7. Omarzu                                      | 27. Bardeen, Fergus                                  |
| 8. Laquet                                      | 28. Kohtala, Muotka, Lappalainen                     |
| 9. Fife, Weeks, & Stellberg- Filbert           | 29. Isanejad, & Azadbakht                            |
| 10. Leifker, Hanley White, Blandon, & Marshall | 30. Behrouz  |
| 11. Alavizadeh, & Shakerian                    | 31. Woidneck, & Morrison                             |
| 12. Emotionally Focused                        | 32. Burrows  |
| 13. Forgiveness Therapy                        | 33. Honarparvaran                                    |
| 14. Cognitive-Behavioral Therapy               | 34. Foa  |
| 15. Traumatic Model                            | 35. Karimi, Soudani, Mehrabi-Zadeh Honarmand, & Nisi |
| 16. Insight Oriented                           | 36. Woidneck, & Morrison                             |
| 17. Ritual Model                               | 37. Burrows  |
| 18. Acceptance and Commitment Therapy          | 38. Carson, Baucom & Gil                             |
| 19. Hayes & Lillis                             | 39. Baruch, Kanker, & Busch                          |
| 20. Bravo, & Lumpkin                           |  |

### منابع

- بهروز، ب. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد (ACT) بر اختلال استرس پس آسیبی (PTSD)، سبک مقابله‌ای و خودکارآمدی در دختران مبتلا به سوگ نابهنجار، *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، ۷ (۴)، ۸۱-۹۲.
- عیسی‌نژاد، ا.، و آزادبخت، ف. (۱۳۹۶). اثربخشی دو رویکرد پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی همسران جانبازان دارای اختلال استرس پس از سانحه، *فصلنامه علمی - پژوهشی طب جانباز*، ۹ (۴)، ۲۱۷-۲۲۳.
- علوی‌زاده، ف.، و شاکریان، ع. (۱۳۹۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم استرس، اضطراب و افسردگی زنان دارای تجربه روابط فرازنشویی (عاطفی، جنسی)، *مجله روان پرستاری*، ۴ (۶)، ۸-۱۴.
- کریمی، ج.، سودانی، م.، مهرابی‌زاده هنرمند، م. و نیسی، ع. (۱۳۹۲). مقایسه زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر علائم افسردگی و استرس پس از سانحه ناشی از روابط فرازنشویی در زوجین، *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۵ (۳)، ۳۵-۴۶.
- هنرپروران، ن. (۱۳۹۳). اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر بخشش و سازگاری زناشویی زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر، *فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه*، ۵ (۲)، ۱۵۰-۱۳۵.

- Alavizadeh, F., Shakerian A. (2017). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Stress, Anxiety and Depression in Married Females Experiencing Infidelity (Emotional- Sexual). *Iranian journal of psychiatric nursing*, 4(6), 8-14 [in Persian].
- Bardeen, J. R., Fergus, T., Thomas, A. (2016). The Interactive Effect of Cognitive Fusion and Experiential Avoidance on Anxiety, Depression, Stress and Posttraumatic Stress Symptoms, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 1-6.
- Baruch, D. Kanker, J. & Busch, A. (2012). Acceptance and Commitment Therapy: Enhancing the Relationships. *Journal of Clinical Case Studies*, 8 (3), 241-257.
- Behrouz, B. (2015). The Effectiveness of Group-Based Acceptance and Commitment Therapy on Post-Traumatic Stress Disorder, Coping Styles, and Self-Efficacy in Girls with Abnormal Grief, *Journal of Clinical Psychology*, 7(4), 81-92 [in Persian].

- Bravo, I. M., & White Lumpkin, P. (2010). The Complex Case of Marital Infidelity: An Explanatory Model of Contributory Processes to Facilitate Psychotherapy. *The American Journal of Family Therapy*, 38(5), 421-432.
- Burrows, C. J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy with Survivors of Adult Sexual Assault: A case study. *Clinical Case Studies*, 12(3), 246-259.
- Carson, J., Baucom, D. & Gil, K. (2011). Mindfulness and Acceptance –Based Relationship Enhancement. *Journal of Behavior Therapy*. 39(11), 471-494.
- Fife, S. T., Weeks, G. R., & Stellberg, J. (2013). Facilitating in the Treatment of Infidelity: An Interpersonal Model. *Journal of Family Therapy*, 35(4), 343-367.
- Foa, E. (2003). Assessment of post-traumatic stress disorder. In J. R. T. Davidson (Eds.). *Handbook of forensic psychology: Resource for mental Health and legal professionals*, New York: Elsevier.
- Gordon, K. (2005). Treating Couples Recovering from Infidelity: an Integrative Approach. *Journal Clinical psychology*. 61(11), 1393-405.
- Gordon, K.C. & Baucom, D. H. (2004). Understanding Betrayals in Marriage: A Synthesized Model of Forgiveness. *Family Process*, 37(4), 425-449.
- Harris, R. (2009). *ACT with love*. Oakland: New Horbinger Publication.
- Hayes, S. Lillis, S. (2012). Acceptance and Commitment Therapy. American psychological association publication.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes. *Behavior research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Honarparvaran, N. (2014). the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Forgiveness and Marital Adjustment among Women Damaged by Marital Infidelity, *quarterly journal of women and society*, 5(19), 135-150 [in Persian].
- Isanejad, O., Azadbakht, F. (2017). Effectiveness of Two Approaches of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Psychological Well-being of Veterans' Wives with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Iranian Journal of War and Public Health*. 9(4), 217-223 [in Persian].
- Jansen, J., & Morris, E. J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Early Psychosis: A Case Series, *Cognitive and Behavioral Practice*, 4(2), 187-199.
- Karimi, J., Soudani, M., Mehrabi-Zadeh Honarmand, M., Nisi, A., (2013). Comparison of the Efficacy of Integrative Couple Therapy and Emotionally Focused Couple Therapy on Symptoms of Depression and Post-Traumatic Stress Symptoms Caused by Extra-Marital Relations in Couples. *Journal of clinical psychology*, 5(3), 35-46 [in Persian].
- Kohtala, A., Muotka, J., Lappalainen, R., (2017). What Happens after Five Years?: The Long-Term Effects of a Four-Session Acceptance and Commitment Therapy Delivered by Student Therapists for Depressive Symptoms, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 230-238.
- Laquet, W. (2015). *Short-Term Couples Therapy: The Imago Model in Action (Hardcover)*. New York: Rutledge Hardcover pub.
- Leifker, F. R., White, K. H., Blandon, A. Y., & Marshall, A. D. (2015). Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Impact the Emotional Experience of Intimacy During Couple Discussions. *Journal of anxiety disorders*, 29, 119-127.
- Omarzu, J. (2012). Motivations and Emotional Consequences Related to Engaging in Extramarital Relationships. *Int J Sex Health*, 24(2), 154-162.

- Roche, L., Dawson, L., Moghaddam, N., Abey, A., Gresswell, D. M. (2017). An Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention for Chronic Fatigue Syndrome (CFS): A case series approach, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 178-186.
- Shackelford, T. K., Buss, D. M., & Weekes-Shackelford, V. A. (2003). Wife Killings Committed in the Context of a Lover's Triangle. *Basic and Applied Social Psychology*, 25(2), 137-143.
- Snyder, D. K., Baucom, D. H., Gordon, K. C. (2007). *Treating Infidelity: An Integrative Approach to Resolving Trauma and Promoting Forgiveness*. New York, NY: Routledge.
- Wallis, D. J., & Hetherington, M. M. (2009). Emotions and Eating. Self-reported and experimentally induced changes in food intake under stress. *Appetite*, 52(9) 355-362.
- Warach, B & Josephs, L. (2019). The Aftershocks of Infidelity: A Review of Infidelity-based Attachment Trauma. *Journal of Sexual and Relationship Therapy*, 27 (12), 85-97.
- Woidneck, M. R., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Posttraumatic Stress among Adolescents. *Behavior Modification*, 38(4), 451-476.