



اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده در زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی (پیگیری یک ماهه)

رضا داورنیا، کیانوش زهراکار، اسماعیل اسدپور، فرشاد محسن زاده، عبدالرحیم کسائی اصفهانی *

گروه مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران ایران

چکیده	مقاله پژوهشی اصیل
مقدمه خیانت زناشویی به عنوان یکی از مهم ترین عوامل آسیب رسان برای زوجها و خانواده ها و همچنین پدیده ای رایج برای درمانگران حوزه خانواده و ازدواج مطرح است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده در زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی انجام شد. مواد و روش ها این مطالعه از نوع نیمه تجربی بود و به شیوه پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام شد. جامعه پژوهش متشکل از زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی بودند که به مراکز مشاوره شهر گرگان در سال ۱۳۹۸ مراجعه نموده بودند. ۲۴ زن به شیوه هدمند انتخاب و با جایگزینی تصادفی در دو گروه ۱۲ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها مقیاس شرم درونی شده کوک (۱۹۹۳) بود. مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت در ۱۳ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای برای گروه آزمایش اجرا شد. داده ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته ها نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت موجب کاهش شرم درونی شده آزمودنی های گروه تحت مداخله در مراحل پس آزمون و پیگیری شده بود. همچنین مداخله درمانی بر مؤلفه های شرم درونی شده (کمرویی، عزت نفس) اثر مثبت و معناداری داشت ($p < 0/01$). نتیجه گیری با توجه به تایید اثربخشی رویکرد متمرکز بر شفقت، درمانگران و مشاوران خانواده می توانند از این مدل درمانی جهت کاهش آسیب های ناشی از خیانت زناشویی استفاده کنند. کلیدواژه ها روابط فرا زناشویی، شرم، زنان، ازدواج	تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۸/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۱۹ * نویسنده مسئول: عبدالرحیم کسائی اصفهانی- گروه مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران ایران تلفن: ۰۹۱۳۳۰۰۶۶۱۷ پست الکترونیک: rkasae82gmail.com



مقدمه

خانواده به عنوان یک گروه واحد اجتماعی در برگیرنده بیشترین و اساسی ترین مناسبات انسانی است که بر اساس ازدواج و زندگی زناشویی شکل می گیرد (۱). ازدواج به عنوان عالی ترین و مهمترین رسم اجتماعی برای دستیابی به نیازهای عاطفی همواره مورد تأیید بوده است و رابطه ای انسانی، پیچیده، ظریف و پویا است که از ویژگی های خاصی برخوردار است. دلایل اصلی ازدواج به طور عمده عشق و محبت، داشتن شریک و همراه در زندگی، ارضاء انتظارات عاطفی و روانی و افزایش شادی و خشنودی است (۲). با اینکه تعهد عاطفی و جنسی نقش مهمی را در تحکیم روابط ایفا می کند و هنجار کلیدی در تنظیم ازدواج محسوب می شود، خیانت زناشویی^۱ به طور بالقوه باعث انحلال زناشویی^۲ می گردد (۳، ۴). خیانت یکی از بدترین رویدادهایی است که در روابط عاشقانه روی می دهد و ثبات خانواده را به چالش می کشد (۵).

خیانت برای برخی از افراد به معنای داشتن رابطه جنسی و برای برخی دیگر به معنای داشتن رابطه عاطفی پنهانی با فرد دیگری به جز همسر است (۶، ۷). ایندور و همکاران^۳ (۸) در پژوهشی که در آمریکا انجام دادند، نشان دادند که ۲۱ تا ۲۵ درصد از مردان و ۱۱ تا ۱۵ درصد از زنان در طول زندگی مرتکب خیانت زناشویی شده اند. مطالعات نشان داده اند که شیوه پاسخ دادن مردان و زنان به انواع مختلف خیانت متفاوت است. زنان تمایل دارند که حسادت بیشتری نسبت به خیانت احساسی نشان دهند و مردان بیشتر به خیانت جنسی حسادت می کنند (۹). شکلفورد، لبلانس و

دراس^۴ (۱۰) در مطالعه خود عنوان کردند که همسران آسیب دیده از خیانت همسر در ابعاد عاطفی، روانی و جسمانی دچار مشکل می شوند و در برابر این بحران واکنش های روانی شدید شامل احساس خشم، احساس گناه، ناامیدی، از دست دادن اعتماد، آسیب دیدن عزت نفس و دوره های طولانی افسردگی و اضطراب نشان می دهند (۱۱). یکی از موارد مهم تجربه شده توسط همسری که به او خیانت شده، احساس شرم درباره این رویداد است (۱۲). به عقیده گوردون، باکوم و اسنایدر^۵ (۱۳) پس از افشای خیانت، همسر آسیب دیده عواطف شدیدی مانند خشم، شرم، افسردگی، ناتوانی و رهاسدگی را تجربه می کند. شرم^۶ یکی از مهمترین هیجان های خودآگاه است که تاثیر چشمگیری بر احساس فرد از خود، بهزیستی و آسیب پذیری نسبت به اختلال های روانی و شخصیت دارد (۱۴). احساس شرم درونی شده زمانی اتفاق می افتد که عواطف و ارزیابی های مربوط به شرم به طور درونی متمرکز شده باشند و فرد خودش را به صورت شخصی بی کفایت، بد، نامطلوب و ضعیف مورد قضاوت قرار می دهد (۱۵). گیلبرت^۷ (۱۶) بیان کرد که شرم درونی یک تجربه درونی از خود به عنوان یک عامل اجتماعی بی جاذبه است که خود را تحت فشار می دهد تا از طریق فرار کردن یا دلجویی، آسیب احتمالی برای خود را محدود کند. شرم درونی می تواند بر روی جنبه های معین خود (مثل ظاهر جسمانی) یا توانایی ها یا تجارب درونی عمومی تر (مثلا زمانی که فرد احساس می کند هوش کمتری نسبت به دیگران دارد) تمرکز داشته باشد (۱۷).

^۴ Shackelford, LeBlanc & Drass

^۵ Gordon, Baucom, & Snyder

^۶ Shame

^۷ Gilbert

^۱ Marital Infidelity

^۲ Marital Dissolution

^۳ Eindor & et al



در تبیین و درمان افراد درگیر با مشکل خیانت زناشویی، مدل‌های نظری مختلفی ارایه شده است. از جمله مدل‌های ارایه شده در زمینه درمان خیانت زناشویی می‌توان به درمان هیجان مدار^۱، بخشش درمانی^۲، درمان شناختی-رفتاری^۳، مدل آسیب ز^۴، مدل آیینی^۵ و مدل بینش گرا^۶ اشاره کرد (۱۸). از بین این مدل‌ها، مدل آسیب ز^۴، مدل بخشودگی، هیجان مدار و شناختی رفتاری بیشترین تحقیقات را در زمینه خیانت به خود اختصاص داده‌اند (۱۹). یکی از مدل‌های درمانی که به نظر می‌رسد در کاهش آسیب‌های ناشی از خیانت همسر از جمله احساس شرم درونی شده موثر واقع شود، درمان متمرکز بر شفقت^۷ است. درمان متمرکز بر شفقت توسط پائول گیلبرت و در پاسخ به این مشاهده بنیان نهاده شد که بسیاری از افراد، بویژه آنهایی که احساس شرم و خودانتقادی بالایی دارند، در حین درمان‌های سنتی، دشواری‌هایی در ایجاد صدای درونی خودحمایت گر و مهربانانه تجربه می‌کردند. شفقت مهارتی است که می‌توان از طریق آموزش و تمرین کردن این مهارت، سیستم‌های فیزیولوژی عصبی و ایمنی افراد را تحت تاثیر قرار داد (۲۰). محور اصلی درمان متمرکز بر شفقت پرورش ذهن شفقت ورز است؛ در حقیقت درمانگر با توضیح و تشریح مهارت‌ها و ویژگی‌های شفقت به مراجع، به تدریج این کار را انجام می‌دهد (۲۱). اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید

درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام شود (۲۲). در مطالعات مختلفی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در ارتقاء سلامت روان (۲۳)، کاهش شرم و خودانتقادی (۲۴)، بهبود اختلالات خوردن (۲۵) و کاهش استرس و افزایش احساس آرامش و تسکین (۲۶) بررسی و تایید شده است. اندرسون و راسمن^۸ (۲۷) در پژوهش خود گروه درمانی متمرکز بر شفقت را برای افراد دارای خودانتقادی و با عزت نفس پایین اجرا کردند. نتایج اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در کاهش افسردگی، اضطراب و خود انتقادی و افزایش عزت نفس را تایید نمود. با توجه به آنچه پیرامون اثرات منفی و مخرب خیانت زناشویی بر روابط زوج‌ها و استحکام بنیان خانواده بیان گردید، ضروری است، مداخلات درمانی مناسب و کاربردی برای افراد درگیر در این پدیده طراحی و ارایه گردد. زنان به عنوان رکن اصلی خانواده در برابر مشکلات زندگی زناشویی همچون خیانت همسر، بیشتر آسیب می‌بینند و بیشتر نیازمند دریافت درمان‌های روان شناختی موثر جهت بهبود وضعیت روانشناختی شان می‌باشند. مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که رویکردهای درمانی نسل سوم همچون درمان متمرکز بر شفقت دستاوردهای درمانی سودمندی را برای مراجعین با آشفتگی‌های شدید روان‌شناختی به همراه داشته‌اند. همچنین جستجوهای محقق پیرامون اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت برای زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی نشان داد که تاکنون مطالعه‌ای به بررسی تاثیر این شیوه درمانی بر شرم درونی شده زنان خیانت دیده نپرداخته است. با توجه به این مطلب، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی

^۱Emotionally Focused Therapy

^۲Forgiveness Therapy

^۳Cognitive-Behavioral Therapy

^۴Traumatic Model

^۵Ritual Model

^۶Insight Oriented

^۷Compassion-Focused Therapy (CFT)

^۸Andersen & Rusmassen



مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده در زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه تجربی است و از طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده گردید. جامعه این پژوهش را تمامی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی تشکیل دادند که جهت دریافت خدمات تخصصی مشاوره و روان درمانی به کلینیک‌های مشاوره و خدمات روان شناختی راستین، آرام، ترنم و باران در شهر گرگان در سال ۱۳۹۸ مراجعه نموده بودند. بر اساس مصاحبه مقدماتی و ملاک‌های ورود و عدم ورود به مطالعه و معیارهای خروج از مطالعه، ۲۴ نفر از زنان آسیب دیده از خیانت همسر به شیوه هدفمند انتخاب شدند و با جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) قرار گرفتند. از آنجایی که در گروه‌های مشاوره و روان درمانی بهتر است تعداد نفرات گروه بیش از ۱۰ تا ۱۲ نفر نباشد (۲۸) تعداد اعضای گروه‌ها را در پژوهش حاضر می‌توان مناسب دانست. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش عبارت بودند از: ۱- حداقل دارای تحصیلات دیپلم باشند، ۲- حداقل سه سال سابقه زندگی مشترک داشته باشند، ۳- از افشای خیانت همسرشان بیش از شش ماه گذشته باشد و ۴- فرم رضایت نامه درمان را تکمیل کرده باشند. موارد عدم ورود افراد به مطالعه عبارت بودند از: به دلیل مساله خیانت همسرشان متقاضی طلاق باشند، ۲- سابقه بستری در بیمارستان‌های روان پزشکی داشته باشند و ۳- مصرف کننده مواد مخدر یا الکل باشند. معیارهای خروج از مطالعه نیز موارد زیر در نظر گرفته شد: ۱- بیش از دو جلسه غیبت داشته باشند، ۲- در حین شرکت در جلسات درمانی، جهت دریافت خدمات مشاوره فردی مراجعه نموده باشند.

شیوه اجرای مطالعه بدین صورت بود که محقق ابتدا مجوزهای لازم جهت اجرای مطالعه را از دانشکده اخذ نمود. در مرحله بعد جهت اجرایی کردن پژوهش، با مدیریت کلینیک‌های مشاوره و خدمات روان شناختی راستین، آرام، باران و ترنم شهر گرگان جهت انتخاب نمونه رایزنی‌های لازم انجام شد و در جهت ارجاع موارد خیانت زناشویی (زنان خیانت دیده) به مرکز راستین، هماهنگی به عمل آمد. همچنین اطلاعیه فراخوان شرکت در جلسات مشاوره گروهی برای زنان آسیب دیده از خیانت همسر از طریق کانال تلگرامی مراکز مورد نظر نیز اعلام گردید. در مرحله بعد، از متقاضیان شرکت در جلسات درمانی ثبت نام به عمل آمد و با هریک از متقاضیان مصاحبه اولیه‌ای صورت گرفت و ۲۴ نفر از افراد واجد شرایط شرکت در مطالعه به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) قرار گرفتند. در جلسه توجیهی برای اعضای گروه‌ها، روال انجام پژوهش و مزایای شرکت در جلسات گروهی توضیح داده شد و سپس جهت سنجش موارد مورد نظر محقق، تمامی شرکت کنندگان ابزار پژوهش را تکمیل نمودند (مرحله پیش آزمون). پس از اخذ پیش آزمون از هر دو گروه، جلسات مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت برای گروه آزمایش در ۱۳ جلسه دو ساعته و با توالی هر هفته یک جلسه در محل مرکز مشاوره و خدمات روان شناختی راستین برگزار گردید. در زمان ارایه بسته درمانی به گروه آزمایشی و تا پایان مرحله پیگیری پژوهش، آزمودنی‌های گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت ننمودند و در لیست انتظار قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات مشاوره گروهی، مجدداً آزمودنی‌های دو گروه توسط ابزار مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفتند (مرحله پس آزمون). یک ماه پس از پایان مرحله پس آزمون نیز جهت سنجش اثر ماندگاری مداخله، شرکت کنندگان هر دو گروه در یک



مرحله پیگیری نیز شرکت نمودند. پس از پایان مرحله پیگیری، طبق تعهدات داده شده و نیز تشکر از مشارکت و همراهی آزمودنی‌های گروه کنترل، جلسات درمانی برای آنها برگزار گردید. در این مطالعه مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی رعایت گردید که از جمله آنها می‌توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از

مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل اشاره کرد (۲۹). محتوای جلسات مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت بر اساس طرح درمانی پژوهش فتح الله زاده و همکاران (۳۰) تنظیم گردید. شیوه اجرای جلسات درمانی به صورت مختصر در جدول ۱ ارائه شده است.



جدول ۱- مختصری از محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تمرین خانگی	رفتار مورد انتظار
جلسه اول	آشنایی با اصول کلی درمان	اجرای پیش آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، گروه بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت؛ ارزیابی و بررسی میزان شرم، خودانتقادی، نشخوار فکری و خودشفقتی اعضا، مفهوم سازی آموزش خودشفقتی.	ثبت موارد احساس شرم و خودانتقادی در فعالیتهای روزانه	شناسایی و آگاهی از خودانتقادی
جلسه دوم	شناخت مؤلفه‌های شفقت به خود	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا.	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیتهای روزانه	شناسایی و آگاهی از مؤلفه‌های خودشفقتی
جلسه سوم و چهارم	آموزش و پرورش خودشفقتی اعضا	مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریبگرانه و شرم، آموزش همدردی با خود، شکل گیری و ایجاد احساسات بیشتر، و متنوع تر در ارتباط با مسایل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیتهای روزانه	پرورش خودشفقتی
جلسه پنجم و ششم	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی و نشخوار فکری	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای شفقت» یا «غیر شفقت»، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت آمیز» (ارزش خود-شفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات.	ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن	پرورش خودشفقتی
جلسه هفتم و هشتم	اصلاح و گسترش شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد «تمرین‌های پرورش ذهن شفقتانه» (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف	بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیتهای چالش انگیز روزانه و ثبت این موارد	بهبود و توسعه خودشفقتی



جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تمرین خانگی	رفتار مورد انتظار
جلسه نهم و دهم	آموزش سبک ها و روش های ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک ها و روش های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) به کارگیری این روش ها در زندگی روزمره و برای خانواده و دوستان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی	بکارگیری شفقت در فعالیت های روزانه	احساس ارزشمندی و خودشفقتی
جلسه یازدهم	فنون ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه های شفقت آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش «ثبت و یادداشت روزانه موقعیت های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت».	نوشتن نامه های شفقت آمیز برای خود و اطرافیان	بهبود خودشفقتی و خودارزشمندی
جلسه دوازدهم	ارزیابی و کاربرد	آموزش و تمرین مهارت ها؛ مرور و تمرین مهارت های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی ها تا بتوانند به روش های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راهکارهایی برای حفظ و بکارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره.	ثبت و یادداشت خودشفقتی در چالش های روزانه	پرورش و رشد خودشفقتی
جلسه سیزدهم	جمع بندی	جمع بندی و نتیجه گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در یک ماه آینده.	-	-

در این پژوهش جهت گردآوری اطلاعات مربوط به میزان احساس شرم شرکت کنندگان از مقیاس شرم درونی شده^۱ استفاده گردید. این مقیاس توسط کوک^۲ (۳۱) تهیه شده و شامل ۳۰ ماده و دو خرده مقیاس کمرویی با ۲۴ ماده (۱-۲۱-۲۰-۲۸-۱۸-۱۷-۱۶-۱۵-۱۲-۱۱-۱۰-۹-۷-۶-۵-۴-۳-۲-۳۰-۲۸-۲۷-۲۵-۲۴-۲۳-۲۲) و عزت نفس با ۶ ماده (۸-۲۹-۲۶-۱۹-۱۴-۱۳) است. پاسخ به هر ماده این مقیاس به صورت ۵ درجه‌ای از نوع لیکرتی است. نمره گذاری به صورت معکوس صورت می‌گیرد؛ به طوری که نمره های بالا

در این مقیاس نشان دهنده بی ارزشی، بی کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی است و نمره پایین بیانگر اعتماد به نفس بالا است (۳۲). کوک ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های کمرویی و عزت نفس را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش کرده است (۳۱). همچنین رجبی و عباسی ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس شرم درونی شده را در کل نمونه ۰/۹۰، در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱ گزارش کرده اند (۳۳). در پژوهش فتح الله زاده و همکاران ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۱ بود (۳۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۷۷ محاسبه گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از

^۱Internalized Shame Scale

^۲Cook



است. در گروه کنترل نیز میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۴/۵۰ سال و میانگین مدت تأهل آنها ۷/۸۳ سال بوده است. همچنین اطلاعات توصیفی مربوط به تحصیلات و تعداد فرزندان دو گروه به تفکیک در جدول ۲ ارائه شده است.

شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده گردید.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد میانگین سنی گروه آزمایش ۳۲/۴۲ سال و میانگین مدت تأهل آن‌ها ۷/۵۸ سال بوده

جدول ۲- توزیع فراوانی تحصیلات و تعداد فرزند آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
تحصیلات	دیپلم	۳	۲۵	۱۶/۷
	کاردانی	۱	۸/۳	۱۶/۷
	کارشناسی	۶	۵۰	۴۱/۶
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۲	۱۶/۷	۲۵
تعداد فرزند	بدون فرزند	۳	۲۵	۴۱/۷
	یک فرزند	۵	۴۱/۷	۲۵
	دو فرزند	۴	۳۳/۳	۳۳/۳

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد متغیر شرم درونی شده و مولفه‌های آن در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شرم درونی شده	پیش آزمون	۷۴	۷۵/۹۲	۶/۰۲
	پس آزمون	۵۳/۵۸	۷۳/۶۷	۷/۷۰
	پیگیری	۵۰/۰۸	۷۲/۸۳	۹/۱۹
کمرویی	پیش آزمون	۵۹	۶۰/۷۵	۵/۰۲
	پس آزمون	۴۴/۷۵	۵۸/۷۵	۷/۳۶
	پیگیری	۴۱/۵۰	۵۸/۵۰	۸/۲۷
عزت نفس	پیش آزمون	۱۵	۱۵/۱۷	۱/۹۴
	پس آزمون	۸/۸۳	۱۴/۹۲	۱/۰۸
	پیگیری	۸/۵۸	۱۴/۳۳	۱/۳۰



بر اساس اطلاعات مندرج در جدول ۳، میانگین نمرات متغیر شرم درونی شده و مؤلفه‌های آن برای گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تغییراتی داشته است. برای بررسی معنادار بودن تفاوت‌های موجود بین دو گروه از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در ادامه ارایه گردیده است. اما استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها و همگنی ماتریس کوواریانس‌ها می‌باشد که نرمال بودن با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی گردید و عدم معناداری این آزمون (۰/۰۵)

($p > 0/05$) برای شرم درونی شده و مؤلفه‌های آن در هر دو گروه نشان از نرمال بودن توزیع نمرات داشت. همچنین نتایج بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه با آزمون لوین و عدم معناداری این آزمون ($p > 0/05$) نشان از همگن بودن واریانس‌های دو گروه در متغیر شرم درونی شده و مؤلفه‌های آن داشت. نتیجه بررسی پیش فرض همگنی ماتریس کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون کرویت ماچلی نشان داد این پیش فرض برای شرم درونی شده ($W = 0/817$)، $0/05$ و ($p > 0/05$) و مؤلفه‌های کمرویی ($W = 0/795$)، $0/05$ و عزت نفس ($W = 0/834$)، $0/05$ رعایت شده است.

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به تاثیر درمان بر شرم درونی شده و مؤلفه‌های آن

اثرات	منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
درون آزمودنی	زمان	شرم درونی شده	۲۵۲۳/۱۱	۲	۱۲۶۱/۵۵	۲۶/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴
		کمرویی	۱۳۳۲/۷۵	۲	۶۶۶/۳۷	۱۵/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۱
		عزت نفس	۱۸۸/۸۶	۲	۹۴/۴۳	۷۷/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۷۷
	اثر تعامل	شرم درونی شده	۱۵۴۲/۳۳	۲	۷۷۱/۱۶	۱۵/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲
		کمرویی	۷۸۳/۲۵	۲	۳۹۱/۶۲	۹/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۳۹
		عزت نفس	۱۳۲/۵۸	۲	۶۶/۲۹	۵۴/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	خطا	شرم درونی شده	۲۱/۳۲	۴۴	۴۸/۴۶			
		کمرویی	۱۸۹۲	۴۴	۴۳			
		عزت نفس	۵۳/۸۸	۴۴	۱/۲۲			
	بین آزمودنی	گروه	شرم درونی شده	۴۰۰۵/۱۲	۱	۴۰۰۵/۱۲	۸۳/۷۱	۰/۰۰۱
کمرویی			۲۱۴۵/۱۲	۱	۲۱۴۵/۱۲	۴۱/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۵
عزت نفس			۲۸۸	۱	۲۸۸	۱۰۵/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۲
خطا		شرم درونی شده	۱۰۵۲/۵۲	۲۲	۴۷/۸۴			
		کمرویی	۱۱۵۰/۷۵	۲۲	۵۲/۳۰			
	عزت نفس	۵۹/۹۴	۲۲	۲/۷۲				



در جدول ۵ ارایه شده است. همچنین در اثر گروه نیز با توجه به مقادیر F و سطوح معناداری مشاهده می‌گردد، تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در شرم درونی شده ($F = 83/71, p < 0/01$)، کمرویی ($F = 41/01, p < 0/01$) و عزت نفس ($F = 105/69, p < 0/01$) وجود دارد. با توجه به مقدار ستون اندازه اثر در جدول نیز ملاحظه می‌گردد تأثیر درمان بر شرم درونی شده ۶۹ درصد، بر مؤلفه کمرویی ۵۵ درصد و بر مؤلفه عزت نفس ۷۲ درصد بوده است.

در جدول ۴، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرات درون آزمونی و بین آزمودنی نشان داده شده است. با توجه به نتایج جدول از آنجایی که اثر زمان و تعامل برای متغیر شرم درونی شده و مؤلفه‌های کمرویی و عزت نفس معنادار شده است ($p < 0/01$)؛ بنابراین بین دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در این متغیر و مؤلفه‌های تفاوت وجود دارد که برای بررسی این تفاوت‌ها در مورد هر مرحله از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شده و نتایج آن

جدول ۵- مقایسه زوجی گروه‌های آزمایشی و کنترل در مراحل سنجش در متغیر شرم درونی شده و مؤلفه‌های آن

متغیر	مرحله	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
شرم درونی شده	پیش آزمون	CFT	کنترل	-۱/۹۱	۲/۳۲	۰/۴۱۹
	پس آزمون	CFT	کنترل	-۲۰/۰۸	۲/۹۹	۰/۰۰۱
	پیگیری	CFT	کنترل	-۲۲/۷۵	۳/۱۲	۰/۰۰۱
کمرویی	پیش آزمون	CFT	کنترل	-۱/۷۵	۲/۱۸	۰/۴۳۰
	پس آزمون	CFT	کنترل	-۱۴	۳/۰۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	CFT	کنترل	-۱۷	۳/۰۱	۰/۰۰۱
عزت نفس	پیش آزمون	CFT	کنترل	-۰/۱۶۷	۰/۶۲۶	۰/۷۹۲
	پس آزمون	CFT	کنترل	-۶/۰۸	۰/۳۹۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	CFT	کنترل	-۵/۷۵	۰/۵۶۱	۰/۰۰۱

با توجه به میانگین دو گروه در جدول ۳ نیز ملاحظه می‌گردد مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت (CFT) باعث کاهش شرم درونی شده و مؤلفه کمرویی و افزایش عزت نفس گردیده است. شایان ذکر است مؤلفه عزت نفس در پرسشنامه پژوهش به صورت معکوس تفسیر می‌شود و نمره پایین‌تر در این پرسشنامه به معنای عزت نفس بیشتر می‌باشد.

بر اساس اطلاعات جدول ۵ ملاحظه می‌گردد در متغیر شرم درونی شده و مؤلفه‌های کمرویی و عزت نفس در مرحله پیش آزمون بین گروه‌ها تفاوتی وجود ندارد ($p > 0/05$). اما در مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری بین گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/01$) که نشان از تأثیر رویکرد درمانی بر متغیر شرم درونی شده و مؤلفه‌های کمرویی و عزت نفس دارد.



بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی انجام شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر حاکی از آن بود که میزان شرم درونی شده زنان گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری به طور معناداری کاهش پیدا کرده بود. همچنین مداخله درمانی بر کمرویی و عزت نفس آزمودنی‌ها تاثیر مثبت داشت. پژوهشی که نتایج آن به صورت مستقیم در راستای یافته‌های این مطالعه باشد، مشاهده نشد، اما نتایج به دست آمده با یافته‌های برخی مطالعات پیشین همسو است. بوئرسما^۱ و همکاران در مطالعه ای به بررسی تاثیر درمان متمرکز بر شفقت بر شرم، خودانتقادی و انزوا در افراد دارای اضطراب اجتماعی پرداختند. نتایج مطالعه حاکی از اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در بیماران بود (۳۴). ایمری و تروپ^۲ در پژوهشی با عنوان "یک مطالعه پابلوت در مورد اثرات و امکان پذیری نگارش ابرازگر متمرکز بر شفقت در بیماران آسایشگاه روزانه" نتیجه گرفتند، در بیمارانی که آموزش خودشفقت ورزی دریافت کرده بودند، در مقایسه با بیماران در شرایط استرس، عزت نفس و خود تسکینی افزایش پیدا کرد (۳۵). جاج و همکاران در پژوهش خود به بررسی درمان گروهی متمرکز بر شفقت برای طیفی ناهمگن از مراجعین که به یک تیم بهداشت روان محلی ارجاع داده شده بودند، پرداختند. نتایج نشان داد پس از مداخله بهبودی معناداری در افسردگی، اضطراب، استرس، خودانتقادی، شرم و رفتار سلطه پذیر آزمودنی‌ها مشاهده شد (۳۶). لینکلن^۳ و

همکاران در مطالعه‌ای با عنوان "آیا می‌توان تفکرات پارانوئید را با هدف قرار دادن هیجانات منفی و عزت نفس کاهش داد؟ یک بررسی آزمایشی از یک مداخله کوتاه مدت متمرکز بر شفقت" این نتایج را به دست آوردند: شرکت کنندگان در شرایط متمرکز بر شفقت، به طور معناداری میزان پائین‌تری از هیجان منفی، میزان بالاتری از عزت نفس و تفکرات پارانوئیدی کمتری در مقایسه با شرکت کنندگان شرایط کنترل گزارش کردند (۳۷). در پژوهشی که گیلبرت و پروکتر^۴ با عنوان "پرورش ذهن شفقت ورز برای افراد دارای خودانتقادی و شرم بالا: مرور یک مطالعه پابلوت از رویکرد درمان گروهی" انجام دادند، نتایج نشان دهنده کاهش معنادار در افسردگی، اضطراب، خودانتقادی، شرم، حقارت و رفتار سلطه پذیر بود. همچنین افزایش معنادار در توانایی شرکت کنندگان در خود تسکین بخشی و تمرکز بر احساسات گرمی و اطمینان بخشی برای خود وجود داشت (۳۸). همچنین یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت با نتایج مطالعات فروستادوتیر و دورجی^۵ (۳۹)، کولینز، گیلیگان و پوز^۶ (۴۰)، بیومان^۷ و همکاران (۴۱)، ریز (۴۲)، قطور و همکاران (۴۳) و زمانی مزده و همکاران (۴۴) همسو می‌باشد.

در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش شرم درونی شده می‌توان گفت در درمان متمرکز بر شفقت افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (۴۵). علاوه بر آن افراد معمولاً برای حفظ احساسات مثبت

^۴Gilbert & Procter

^۵Frostadottir & Dorjee

^۶Collins, Gilligan & Poz

^۷Beaumont

^۸Raes

^۱Boersma

^۲Imrie & Troop

^۳Judge

^۴Lincoln



درباره خود دچار تصویری اشتباه به نفع خود می‌شوند و این تصورات اشتباه ناخودآگاه با قضاوت منفی دیگران و سطوحی از فریب خود همراه می‌شود. این تصورات اشتباه منفعت طلبانه، نه تنها به توانایی ما در دیدن دقیق خود و دیگران کمک نمی‌کند، بلکه در تحمل مواجهه شدن با شواهد انکارناپذیر، نقاط ضعف ما به خود ما یاری نمی‌رساند، در نتیجه به خودانتقادی و سرزنش منجر می‌شود. از این رو آگاهی فرد نسبت به این فرایند با توجه به آموزش‌های متمرکز بر شفقت به تعدیل افکار و احساسات منفی نسبت به خود منجر شده و فرد را در مقابل نشخوارهای منفی، خودانتقادی و سرزنش مصون نگه می‌دارد (۴۵). نکته مهم دیگر اینکه بسیاری از آنچه در ذهن و مغز ما می‌گذرد، توسط ما طراحی نشده و بنابراین "تقصیر ما نیست". فهم این نکته در درمان متمرکز بر شفقت مهم است. روشن کردن این جنبه در اوقاتی که افراد افسرده‌اند یا احساس می‌کنند که کنترل ذهن خود را از دست داده‌اند، نقشی کلیدی در از بین بردن احساس بی‌ارزشی، بی‌فایده‌گی و خوب نبودن دارد. مغز سرکشی که در طول میلیون‌ها سال تکامل خلق شده، تمایلات ژنتیکی مان، حسی که از خود داریم، و خاطرات هیجانی گوناگونی که در شرایط اجتماعی زندگی خود به دست آورده‌ایم، هیچکدام انتخاب ما نبوده است. زمانی که صرف کمک به افراد می‌کنیم تا مسئله "تقصیر ما نیست" را درک کنند، واقعاً مفید است و به افراد کمک می‌کند تا شیوه‌های بسیار عینی و مشفقانه‌تر در مقابل مشکلات خود اتخاذ کنند (۴۶).

ذهن آگاهی مؤلفه مهمی است که از عناصر عمده در تمرینات درمان متمرکز بر شفقت است. تفکر مشفقانه، رفتار مشفقانه و تصویرسازی مشفقانه با ذهن آگاهی تولید شده و انجام می‌پذیرند. ذهن آگاهی به افراد می‌آموزد تا چطور به دنیاهای درونی و بیرونی خود با کنجکاوی، مهربانی و عدم

قضاوت توجه کنند (۴۷). همچنین ذهن آگاهی می‌تواند به فرد کمک کند تا از ذهنیت‌های نشخوارگر خود و آسیبی که به بار می‌آورند، آگاه شده، این چرخه‌های نشخوارفکری و افکار خودانتقادی را بهتر درک کرده و آن را در هم بشکند. بخش عمده‌ای از هیجان‌های منفی که افراد تجربه می‌کنند، ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن ایجاد می‌شود (۴۸). می‌توان گفت مؤلفه‌های ذهن-آگاهی با کاهش نشخوارگری افراد، منجر به کاهش هیجان-های منفی (احساس شرم) در آنها می‌شود. در واقع شفقت همانند یک ضربه گیر در مقابل پیامدهای منفی خیانت عمل می‌کند. درمان متمرکز بر شفقت پیشنهاد می‌دهد که تلاش برای تحریک سیستم امنیت و رضایت با استفاده از تمرکز مجدد، تصویرسازی ذهنی و توجه مشفقانه مفید خواهد بود. سیستم امنیت (پیوستگی) ما را قادر می‌سازد که آرامش، سکون و آسودگی را برای خود فراهم کنیم و به ما کمک می‌کند تا تعادل خود را دوباره به دست آوریم. همچنین بر اساس رویکرد سبک تنظیم هیجانی، درمان متمرکز بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل نموده و هیجان‌های منفی فرد را کاهش و هیجان‌های مثبت را جایگزین آن می‌نماید (۴۹)؛ لذا به نظر می‌رسد که به واسطه این خودتنظیمی هیجانی، احساس شرم درونی فرد کاهش یابد. پژوهش حاضر نیز به مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبروست. خود گزارشی بودن ابزارهای مورد استفاده و شیوه نمونه گیری هدفمند از محدودیت‌های این پژوهش است که توجه به آن ضروری می‌باشد. اصولاً برای بررسی تأثیر دراز مدت اثر مداخله، انجام آزمون‌های پیگیری با فواصل منظم ضروری است، ولی در این پژوهش یک مرحله آزمون پیگیری به دلیل محدودیت زمانی اجرا شده است. کنترل تمامی متغیرهای مزاحم به طور همزمان در پژوهش‌ها بسیار مشکل و نزدیک به محال است و نمی‌توان در انتخاب،



همسان سازی کامل ایجاد کرد و این امکان به طور کامل در این پژوهش فراهم نشد. در هر صورت ناتوانی محقق در کنترل متغیرهای مزاحم به عنوان یک محدودیت گزارش می شود.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت در کاهش شرم درونی شده زنان خیانت دیده را تایید نمود. از دست آوردهای این پژوهش می توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح نتیجه گیری کرد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می تواند نتایج پژوهش های پیشین را تایید کند. در سطح عملی، یافته های پژوهش حاضر می تواند برای تدوین برنامه های درمانی مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به نتایج این پژوهش، انجام پژوهش در گروه های درمانی با نمونه گیری و گمارش تصادفی به منظور اطمینان بیشتر به یافته های درمانی توصیه می شود. پیشنهاد می شود این پژوهش در گروه های بزرگتر مورد آزمون مجدد قرار گیرد، تا اعتبار این روش درمانی با اطمینان بالاتری برآورده شود. در گروه های بزرگتر امکان گزینش و جایگزینی آزمودنی ها در گروه های مختلف می تواند اثربخشی این رویکرد را با سایر رویکردها، مقایسه کرده و تاثیر عواملی چون مهارت و شخصیت درمانگر و فاکتورهای مشترک در

تمامی درمانها را کنترل کند. پیشنهاد می شود به منظور واضح تر شدن اثرات درمانی رویکرد متمرکز بر شفقت، در مطالعات گسترده تری با حجم نمونه بیشتر به بررسی و مقایسه درمان مذکور با دیگر رویکردهای رایج درمانی پرداخته شود. پیشنهاد می شود این پژوهش به صورت طولی مورد ارزیابی قرار گیرد تا از صحت یافته ها در طول زمان اطمینان بیشتری حاصل گردد. پیشنهاد می گردد که محققین تأثیر این مدل درمانی را بر سایر متغیرهای زناشویی مورد بررسی قرار داده و همچنین در قالب طرح های پژوهشی موردی، فرایندهای مختلف درمان را مورد بررسی قرار دهند.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره و مصوب کمیته اخلاق دانشگاه خوارزمی تهران با کد IR.KHU.REC.1397.014 است. از مدیران محترم مراکز مشاوره راستین، آرام، ترنم و باران شهر گرگان و تمامی شرکت کنندگانی که صمیمانه محققین را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می شود.

تعارض منافع

موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

References

1. Mohammadi M, Salimi A, Zaharakar K, Davarniya R, Shakarami M. Investigating the performance of relationship enhancement program (REP) on reducing burnout in couples. IJPN 2016; 4(3):8-16. [Persian]
2. Ahmadi M, Zaharakar K, Davarniya R, Rezaiee M. The effectiveness of brief self-regulation couple therapy on couple burnout in couples of Saveh city. RJMS 2016; 22 (139):64-75. [Persian]
3. Fife ST, Weeks GR, Stellberg-Filbert J. Facilitating forgiveness in the treatment of infidelity: An interpersonal model. Am J Fam Ther 2011; 35(4):343-67.
4. Previti D, Amato PR. Is infidelity a cause or a consequence of poor marital quality? J Soc Pers Relat 2004; 21(2): 217-30.
5. Loudova I, Janis K, Haviger J. Infidelity as a threatening factor to the existence of the family. Procedia- Social and Behavioral Sciences 2013; 106:1462-69.

6. Guitart AE, Geher G, Kruger DJ, Garcia JR, Fisher ML, Fitzgerald CJ. Defining and distinguishing sexual and emotional infidelity. *Current Psychology* 2017; 36(3):434-46.
7. Kruger DJ, Fisher ML, Fitzgerald CJ, Garcia JR, Geher G, Guitart AE. Sexual and emotional aspects are distinct components of infidelity and unique predictors of anticipated distress. *Evolutionary Psychological Science* 2015; 1(1): 44-51.
8. Ein-dor T, Perrypaldi A, Hirschberger G, Birnbaum EG, & Deutsch D. Coping with mate poaching: Gender differences in detection of infidelity-related threats. *Evol Hum Behav* 2015; 36(1): 17-24.
9. Guadagno RE, Sagarin BJ. Sex differences in jealousy: An evolutionary perspective on online infidelity. *J Appl Soc Psychol* 2010; 40(10): 2636-55.
10. Shackelford TK, LeBlanc GJ, Drass E. Emotional reactions to infidelity. *Cogn Emot* 2000; 14(5): 643-59.
11. Jeanfreau MM, Wright L, Noguchi K. Marital satisfaction and sexting behavior among individuals in relationships. *The Family Journal* 2019; 27(1):17-21.
12. Balderrama-Durbin C, Stanton K, Snyder DK, Cigrang JA, Talcott GW, Smith Slep AM, et al. The risk for marital infidelity across a year-long deployment. *J Fam Psychol* 2017; 31(5): 29-634.
13. Gordon KC, Baucom DH, Snyder DK. An integrative intervention for promoting recovery from extramarital affairs. *J Marital Fam Ther* 2004; 30(2): 213-31.
14. Matos M, Pinto-Gouveia J, Gilbert P, Duarte C, Figueiredo C. The Other As Shamer Scale-2: Development and validation of a short version of a measure of external shame. *Pers Individ Dif* 2015; 74: 6-11.
15. Gilbert P. Evolution, social roles, and differences in shame and guilt. *Social Research* 2003; 70(4):1205-30.
16. Gilbert P. What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Series in affective science. Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture*. New York, NY, US: Oxford University Press; 1998. pp. 3-38.
17. Gilbert P. Shame in psychotherapy and the role of compassion focused therapy. In R. L. Dearing & J. P. Tangney (Eds.), *Shame in the therapy hour*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2011. pp. 325-54.
18. Peluso PR. *Infidelity: A practitioner's guide to working with couples in crisis*. New York: Routledge; 2015. pp: 174-76.
19. Malek Zadeh Torkamani P, Aminpoor M, Bakhtiari Said B, Khalili G, Davarniya R. The effectiveness of forgiveness-based intervention on couple burnout in women affected by infidelity of spouse. *Zanko J Med Sci* 2018; 19 (60):31-45. [Persian]
20. Ahmadpour J, Zaharakar Z, Kiamanesh A. Comparative efficacy of compassion focused therapy (CFT) and wellbeing therapy (WT) on psychological capital in female college students with romantic failure. *Journal of Woman and Culture* 2017; 9(31):7-21. [Persian]
21. Salimi A, Arsalandeh F, Zaharakar K, Davarniya R, Shakarami M. The effectiveness of compassion-focused therapy on mental health of women with multiple sclerosis. *Horizon Med Sci* 2018; 24 (2):125-31. [Persian]
22. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol* 2014; 53(1):6-41.
23. Sommers-Spijkerman MPJ, Trompetter HR, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2018; 86(2):101-15.
24. Cuppage J, Baird K, Gibson J, Booth R, Hevey D. Compassion focused therapy: Exploring the effectiveness with a transdiagnostic group and potential processes of change. *Br J Clin Psychol* 2018; 57(2):240-54.
25. Gale C, Gilbert P, Read N, Goss K. An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clin Psychol Psychother* 2014; 21(1):1-12.



26. Heriot-Maitland C, Vidal JB, Ball S, Irons C. A compassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: Feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *Br J Clin Psychol* 2011; 53(1):78-94.
27. Andersen B, Rusmassen PH. Transdiagnostic group therapy for people with self- critic and low self-esteem, based on compassion focused therapy principles. *J Compassionate Health Care* 2017; 4(14):185-96.
28. Sanai B. *Group Counseling and Psychotherapy*. Tehran: Chehr Press; 2012.pp.91-2. [Persian]
29. World Medical A. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2013; 310(20):2191-2194.
30. Fatollahzadeh N, Majlesi Z, Mazaheri Z, Rostami M, Navabinejad S. The effectiveness of compassion-focused therapy with internalized shame and self-criticism on emotionally abused women. *Psychological Studies* 2017; 13(2): 151-68. [Persian]
31. Cook DR. *Internalized shame scale: professional manual*. Menomonie, WI: Channel Press; 1993.pp. 141-43.
32. Hojat Khah SM, Mesbah I. Effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on social adjustment and internalized shame mothers of children with mental retardation. *Quarterly of Psychology of Exceptional Individuals* 2017; 6(24):153-80. [Persian]
33. Rajabi G, Abbasi G. Investigating the relationship between self-criticism, social anxiety and fear of failure with internal shame in students. *Clinical Psychology and Counseling Research* 2010; 1(2):171-82. [Persian]
34. Boersma, K, Håkanson A, Salomonsson E, Johansson I. Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *J Contemp Psychother* 2015; 45(2):89-98.
35. Imrie S, Troop NA. A pilot study on the effects and feasibility of compassion-focused expressive writing in day hospice patients. *Palliat Support Care* 2012; 10(2):115-22.
36. Judge L, Cleghorn A, McEwan K, Gilbert P. An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *Int J Cogn Ther* 2012; 5(4): 420-29.
37. Lincoln TM, Hohenhaus F, Hartmann M. Can paranoid thoughts be reduced by targeting negative emotions and self-esteem? An experimental investigation of a brief compassion-focused intervention. *Cognit Ther Res* 2013; 37(2): 390-402.
38. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clin Psychol Psychother* 2006; 13(6): 353-79.
39. Frostadottir AD, Dorjee D. Effects of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and compassion focused therapy (CFT) on symptom change, mindfulness, self-compassion, and rumination in clients with depression, anxiety, and stress. *Front Psychol* 2019; 10:1-11.
40. Collins RN, Gilligan LJ, Poz R. The evaluation of a compassion-focused therapy group for couples experiencing a dementia diagnosis. *Clin Gerontol* 2018; 41(5):474-86.
41. Beaumont E, Irons C, Rayner G, Dagnall N. Does compassion-focused therapy training for health care educators and providers increase self-compassion and reduce self-persecution and self-criticism? *J Contin Educ Health Prof* 2016; 36(1):4-10.
42. Raes F. The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a nonclinical sample. *Mindfulness* 2011; 2(1): 33-6.
43. Ghator Z, Pouryahya S, Davarniya R, Salimi A, Shakarami M. The effect of compassion-focused therapy (CFT) on resiliency of women with multiple sclerosis (MS). *Armaghane Danesh* 2018; 23 (3):350-63. [Persian]
44. Zamani-Mazdeh R, Grafar A, Davarniya R, Babaei-Gharmkhani M. The effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) in improving quality of life and parental self-efficacy in mothers of autistic children. *Depiction of Health* 2019; 9(4): 233-43. [Persian]

45. Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to Work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist* 2017; 3(1): 47-54.
46. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment* 2009; 15(3): 199-208.
47. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006; 44(1):1-25.
48. Besharat MA, Ali Bakhshi, Z, Movahedi Nasab, AA. Mediation effect of anger rumination on the relationship between dimensions of anger and anger control with physical ill-health. *Contemporary Psychology* 2011; 5(2): 3-14. [Persian]
49. Diedrich A, Grant M, Hofmann SG, Hiller W, Berking M. Self compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behav Res Ther* 2014; 58:43-51.



The Effectiveness of Group Counselling based on Compassion-Focused Therapy (CFT) on Internalized Shame in Women Affected by Marital Infidelity (One-Month Follow Up)

Reza Davarniya, Kianoush Zahrakar, Esmail Asadpour, Farshad Mohsenzadeh, Abdurrahim Kasaei Esfahani*

Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

Original Article

Received: 9 Nov 2019

Accepted: 8 Feb 2020

*Corresponding Author:

Abdurrahim Kasaei Esfahani
Department of Counseling,
Faculty of Psychology and
Educational Sciences,
Kharazmi University, Tehran,
Iran

TEL: 09133006617

Email: rkasaei82@gmail.com

ABSTRACT

Introduction

Marital infidelity is considered to be one of the most important traumatic factors for couples and families, and it is also a prevalent phenomenon for family and marital therapists. The present research was conducted by the aim of investigating the effectiveness of group compassion-focused counseling on internalized shame among women affected by marital infidelity.

Materials and Methods

The present study was a semi-experimental one that was conducted by pretest-posttest and follow-up with control group design. The research population included all the women affected by marital infidelity referring to counseling centers in Gorgan, Iran, in 2019. The research sample composed of 24 women who were selected by purposeful sampling method and were assigned into experiment and control groups by random assignment method (12 subjects per group). The data gathering tool was Cook's Internalized Shame Scale (1993). Group compassion-focused therapy was provided in 13 120-minute sessions for the experiment group. The data were analyzed by variance analysis test with repeated measures.

Results

The results of variance analysis with repeated measures showed that group compassion-focused counseling led to a decrease in internalized shame in the subjects of the intervention group in the posttest and follow up stages. Moreover, the therapeutic intervention exerted a positive and significant effect on the components of internalized shame (shyness, self-esteem) ($p < 0.01$).

Conclusion

According to the confirmation of the effectiveness of the compassion-focused approach, family counselors and therapists can use this therapeutic model for reducing the traumas caused by marital infidelity.

Keywords

Extramarital Relations, Shame, Women, Marriage

► **Please cite this article as:** Davarniya R, Zahrakar K, Asadpour E, Mohsenzadeh F, Kasaei Esfahani A. The Effectiveness of Group Counselling based on Compassion-Focused Therapy (CFT) on Internalized Shame in Women Affected by Marital Infidelity (One-Month Follow Up). J Neyshabur Univ Med Sci 2020;8(1):60-76.