

مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر صمیمیت زناشویی زنان آسیب‌دیده از عهدشکنی

مریم اسودی^۱، ابوالفضل بخشی پور^{۲*}، بی بی زهر رضوی تبادگان^۳

چکیده

مقدمه: با توجه به شیوع بالای عهدشکنی در روابط زناشویی و عواقب جبران‌ناپذیر آن طراحی، اجرا و مقایسه اثربخشی مداخلات متعدد از ضروریات پژوهش‌های امروزی در این زمینه است. این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی شناختی رفتاری بر صمیمیت زناشویی زنان آسیب‌دیده از عهدشکنی صورت گرفت.

روش پژوهش: در این مطالعه که به روش نیمه تجربی صورت گرفت جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنانی می‌شد که بعد از تجربه عهدشکنی همسر در بازه زمانی سه‌ماهه اول سال ۱۳۹۹ به مرکز مشاوره مراجعه کردند. از این جامعه آماری ۴۵ نفر به روش مبتنی بر هدف بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و در سه گروه به صورت تصادفی جایگزین شدند. گروه اول ۱۵ نفر که زوج‌درمانی شناختی رفتاری را دریافت می‌کردند، گروه دوم با حجم ۱۵ نفر که زوج‌درمانی هیجان‌مدار را دریافت می‌کردند و گروه سوم که گروه گواه بود که هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. هر سه گروه قبل و بعد و دو ماه بعد از مداخله با مقیاس صمیمیت (MIS) واکر و تامپسون ارزیابی شدند. داده‌های به‌دست‌آمده با روش‌های آماری آنالیز واریانس داده‌های تکراری تجزیه تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد زوج‌درمانی شناختی رفتاری و زوج‌درمانی هیجان‌مدار در صمیمیت زناشویی تفاوت معناداری با گروه کنترل دارند ($P > 0.001$) زوج‌درمانی هیجان‌مدار اثربخشی بالاتری نشان داد ($P > 0.05$).

نتیجه‌گیری: بر طبق یافته‌ها اگرچه زوج‌درمانی شناختی رفتاری موجب افزایش صمیمیت در بین زوجین شده است اما زوج‌درمانی هیجان‌مدار در افزایش صمیمیت زناشویی زنان خیانت دیده اثربخشی بیشتری داشته است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود از فنون هیجان‌مدار در بهبود روابط زوجین خیانت دیده استفاده شود. همچنین با توجه به اثربخشی هر دو روش درمانی می‌توان در مطالعات بعدی از یک رویکرد یکپارچه استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: زوج‌درمانی هیجان‌مدار "زوج‌درمانی شناختی رفتاری" صمیمیت

^۱ - دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران

m.asvadi2@gmail.com, orcid:0000-0002-4149-1403

^۲ - استادیار، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران

ab8boj@gmail.com, cod orcid:0000-0003-0820-9274

^۳ - دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران

razavi7585@gmail.com, cod orcid:0000-0002-6284-5557

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۲/۲۰

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۳/۱۳

استناد: اسودی م، بخشی پورا، رضوی تبادگان ب. مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار و زوج‌درمانی شناختی-رفتاری برصمیمیت زناشویی زنان آسیب‌دیده از عهدشکنی، خانواده و بهداشت؛ ۱۱(۲): ۲۷-۱۱

مقدمه:

متخصصان خانواده معتقدند، مشکلات و آسیب‌های روانی-اجتماعی افراد برگرفته از روابط درون خانوادگی است، از این رو خانواده می‌تواند از یک سو کانون شکل‌گیری مشکلات و از سوی دیگر محور التیام بخشی و درمان مشکلات باشد. افرادی که از خانواده سالم برخوردارند در مقایسه با افراد که در محیط زندگی پرتنش و ناسالم قرار دارند، سطح بالاتری از دوست داشته شدن، موردحمایت شدن، ارزشمندی، خودکارآمدی و توانایی بهتر برای مقابله با بیماری‌ها را تجربه می‌کنند. در طرف مقابل، فضای ناسالم خانواده با وجود معنی‌دار نشانه‌های آسیب‌ها و اختلالات روانی-اجتماعی و بروز متعدد مشکلات پزشکی و روان‌پزشکی در بین اعضای خانواده همراه است. از این رو، تشکیل خانواده سالم برای اکثر افراد در بافت‌های فرهنگی مختلف هدفی اساسی و در اولویت است {Goldenberg, 2012 #36}.

از جمله اصول اساسی حفظ بنیان خانواده تعهد و وفاداری در خانواده است. تعهد زناشویی رابطه‌ای است که در آن افراد دیدگاه بلندمدتی روی ازدواجشان دارند، برای رابطه‌شان فداکاری می‌کنند، برای حفظ و تقویت همبستگی و اتحادشان قدم برمی‌دارند و با همسرشان حتی هنگامی که ازدواجشان پاداش‌دهنده نیست، می‌مانند {Yousefi, 2021 #37}. در مقابل عهدشکنی از جمله مسائلی است آسیب جدی به کارکرد خانواده وارد می‌کند. عهدشکنی به‌عنوان تخطی از تعهد در روابط عاطفی یا جنسی و یا هردو تعریف می‌گردد که منجر به دور شدن از ارتباط بنیادی، بدون رضایت طرف مقابل است {Fife, 2013 #35}. درصد قابل توجهی از زنان به دلایل فردی، اقتصادی، اجتماعی یا خانوادگی همچنان تصمیم می‌گیرند بعد از عهدشکنی در رابطه بمانند؛ اما در بازگرداندن صمیمیت از دست‌رفته دچار چالش‌های اساسی می‌شوند. صمیمیت به تعاملی میان زوج‌ها اشاره دارد که منجر به احساس نزدیکی، عشق و توجه می‌شود. صمیمیت از عناصر چندگانه‌ای تشکیل شده است که در طول زمان رشد می‌کنند و از الگویی مرحله‌ای تبعیت می‌کنند. این الگو با صمیمیت عقلانی (گفتگو و خود افشایی) شروع می‌شود و با صمیمیت جسمانی (گرفتن دست، در آغوش کشیدن و رابطه جنسی) ادامه می‌یابد و سپس به صمیمیت عاطفی (در دسترس بودن، حمایت کردن، بیان عاطفی و حساسیت متقابل) منجر می‌شود {Khamse, 2015 #38}. در تعارض‌ها و پیامدهای پیچیده بعد از عهدشکنی اگر زوجین نتوانند راهی برای بهبود صمیمیت آسیب‌دیده و کاهش رنج حاصل از آن انجام ندهند کل اعضای خانواده متضرر می‌شوند و حتی ممکن است علی‌رغم تلاش‌های زوجین خانواده دچار فروپاشی شود. در اینجاست که نقش روان‌درمانی و مشاوره برای کمک به زوجین آشکار می‌شود.

از میان رویکردها و درمان‌های مختلف در زوج‌درمانی درمان‌های شناختی رفتاری به دلیل شناخته‌شده‌تر بودن، ساده‌تر و کاربردی بودن و اثربخشی مناسب در حوزه‌های مختلف محبوبیت بالایی داشته‌اند. به طوری که علاوه بر مطالعات منفرد مطالعات مروری متعددی زوج‌درمانی مبتنی بر شناختی رفتاری را روشی اثربخش معرفی کرده‌اند هرچند توصیه کرده‌اند که نیاز به مطالعات بیشتر در این زمینه هنوز وجود دارد {Ruggiero, 2018 #39}. از طرفی زوج‌درمانی هیجان مدار به‌عنوان روشی که بر پایه پرنفوذترین نظریه بین فردی که همان دلبستگی است بنا نهاده شده است محبوبیت قابل توجهی بین درمانگران پیدا کرده است. سبک‌های دلبستگی در بروز و ادامه عهدشکنی به‌عنوان یک متغیر اثربخش معرفی شده است و در فرد آسیب‌دیده نیز دلبستگی

از جمله متغیرهایی است که بعد از آشکار شدن عهدشکنی به شدت آسیب می‌بیند. این روش درمانی از مراحل منسجم و تعریف‌شده‌ای تبعیت می‌کند که مراجع را تا بهبودی همراهی می‌کند؛ بنابراین مطالعات مروری این روش درمانی را در انواع آسیب‌های ارتباطی از جمله عهدشکنی مناسب ارزیابی کرده‌اند {Beasley, 2019 #40}.

صمیمیت زمینه‌بنیادی را در جهت رضایت و نارضایتی فرد از زندگی موجب می‌شود {Berkos, 2017 #41}، چرا که تعهد زوجین برای رابطه را استحکام می‌بخشد و به‌طور مثبت با سعادت و سازگاری زناشویی همراه است {Zare, 2015 #42}. به همین جهت مطالعات متعددی اثربخشی مداخلات را بر بهبود صمیمیت زوجین بررسی کرده‌اند. از جمله بیسلی و آگر^۱ (۲۰۱۹) با بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار را در ۱۹ سال گذشته نشان دادند این روش درمانی در گروه‌های مختلف با نوع مشکلات زناشویی از جمله عهدشکنی اثربخش بوده است و نه تنها می‌تواند رضایت زناشویی را افزایش دهد اثر آن تا چندین ماه بعد از درمان نیز پایدار بوده است {Beasley, 2019 #45}. در مطالعه زخیردار و همکاران (۲۰۱۵) نیز نتایج نشان داده است درمان شناختی رفتاری بر صمیمیت زوجین اثربخش بوده است (۹). همچنان که در توضیح درمان‌های شناختی رفتاری و هیجان مدار آمده است هر دو روش از فنون متفاوتی در جهت رسیدن به یک هدف مشابه که بهبود رابطه زوجین است استفاده می‌کنند (۱۰). از مبنای تئوریک و روش‌های متفاوتی استفاده می‌کنند و مطالعات مروری اثربخشی هر دو روش را تأیید کرده‌اند (۱۱-۱۲). در برخی مطالعات منفرد نیز زوج‌درمانی شناختی رفتاری {Salavati, 2018 #44} و زوج‌درمانی هیجان مدار {Girard, 2017 #43} به‌عنوان روش‌های مناسب در بهبود روابط بعد از عهدشکنی معرفی شده‌اند. به نظر می‌رسد هر دو روش در رویکردهای زوج‌درمانی در حوزه عهدشکنی از جمله محبوب‌ترین روش‌های درمانی هستند (۱۶، ۱۵-۱۷). هرچند روش‌های متفاوتی را در جهت درمان به کار می‌برند. با این وجود مطالعات مروری تأکید کرده‌اند به مطالعات بیشتری در این زمینه نیاز هست که میزان پایداری و اثربخشی این روش‌ها مشخص شود. مطالعات در ایران از روش‌های معمول درمان شناختی رفتاری و زوج‌درمانی هیجان مدار در جهت درمان آسیب بعد از عهدشکنی استفاده کرده‌اند و مطالعات انگشت‌شماری از برنامه‌های درمانی ویژه آسیب یا عهدشکنی در رابطه بهره برده‌اند. از طرفی مشخص نیست کدام‌یک از این روش‌های درمانی اثربخشی بیشتری داشته باشد؛ بنابراین با توجه به اینکه مطالعه‌ای یافت نشد که زوج‌درمانی شناختی رفتاری و درمان هیجان مدار را در زنان آسیب‌دیده از خیانت بررسی کرده باشد، این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار و زوج‌درمانی شناختی رفتاری بر صمیمیت زناشویی آسیب‌دیده از عهدشکنی صورت گرفت.

روش پژوهش

این تحقیق به روش به نیمه تجربی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری (۳۰ روزه) و گروه کنترل صورت گرفت. جامعه آماری مطالعه حاضر شامل تمامی زنانی می‌شد که بعد از تجربه عهدشکنی همسر در بازه زمانی سه‌ماهه اول سال ۱۳۹۹ به مرکز مشاوره مراجعه کردند (۶۹ نفر). حجم نمونه بر اساس مطالعات مشابه تعداد ۱۵ نفر در هر گروه برآورد گردید. از بین شرکت‌کنندگان ۴۵ نفر که شرایط ورود به مطالعه را داشتند انتخاب شدند. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف و بر اساس معیارهای ورود و خروج از مطالعه صورت گرفت. معیارهای ورود شامل تجربه عهدشکنی همسر در ۶ ماه اخیر؛ عدم وجود رابطه فعال خارج از رابطه زناشویی؛ عدم ابتلا به بیماری روان‌شناختی یا جسمانی مزمن؛ تحصیلات حداقل سیکل؛ عدم تجربه

¹ Beasley & Ager

استرس‌زای شدید مانند ورشکستگی یا از دست دادن اطرافیان در ۶ ماه اخیر؛ تمایل به همکاری؛ در دسترس بودن به مدت ۳ ماه می‌شد. معیارهای خروج شامل اقدام به طلاق در یک سال گذشته، یائسگی، غیبت در جلسات مشاوره بیش از یک جلسه، پرسشنامه مخدوش یا نامعتبر، ناباروری، وجود اختلافات شدید و خشونت فیزیکی در بین زوجین، اعتیاد به مواد مخدر یا الکل و مصرف داروهای مؤثر بر روان می‌شد. بعد از تکمیل حدنصاب نمونه‌ها به روش تصادفی ساده در سه گروه مداخله زوج‌درمانی شناختی رفتاری (۱۵ نفر)، زوج‌درمانی هیجان مدار (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

شرکت‌کنندگان قبل، بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله با پرسشنامه صمیمیت زناشویی ارزیابی شدند. برای گردآوری داده‌ها علاوه بر پرسشنامه جمعیت شناختی (سن، مدت ازدواج، مدت خیانت همسر، تعداد فرزندان، تحصیلات، شغل) از پرسشنامه زیر استفاده شد:

مقیاس صمیمیت (MIS)^۱ واکر و تامپسون^۲ (۱۹۸۳) یک ابزار ۱۷ سؤالی است که برای سنجیدن مهر و صمیمیت تدوین شده است. دامنه نمرات بین ۱ (هرگز)، به‌ندرت (۲)، گاهی (۳)، اغلب (۴)، اکثراً (۵)، تقریباً همیشه (۶)، همیشه (۷) نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه دارای یک مؤلفه است. نمرات بین ۱۷-۱۱۹ قرار دارد. نمره بالاتر نشانه صمیمیت بیشتر است. چان، تو و وانگ^۳ (۲۰۱۵) تک عاملی بودن پرسشنامه را تأیید کردند و ضریب آلفای کرون باخ معادل ۰/۹۱ برای پرسشنامه گزارش کردند {Chan, 2015 #47}. این مطالعه توسط ثنائی و علاقبند (۱۳۸۷) ترجمه و اعتبار یابی شده است. در مطالعه ثنائی و علاقبند (۱۳۸۷) مقیاس صمیمیت ابتدا روی ۱۶۶ دانشجوی دوره کارشناسی که ۶۸٪ آن‌ها ۲۰ تا ۲۵ ساله و ۱۶۶ مادر دانشجویان طبقه متوسط که اکثراً بین ۴۰ تا ۴۹ سال (۶۳٪) و ۷۳٪ آن‌ها در وضعیت ازدواج اول بودند و ۱۴۷ مادر بزرگ که ۴۰٪ آن‌ها در سنین ۶۰ تا ۶۹ سال و ۴۰٪ در سنین ۷۰ و ۷۹ سال و ۵۲٪ آن‌ها متأهل و ۴۵٪ آن‌ها بیوه بودند اجرا شد میانگین صمیمیت برای مادران ۶/۲۱ (SD=۰/۶۹) و برای دختران ۶/۰۴ (SD=۱) بود (۱۹). در مطالعه حاضر ضریب پایایی پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرون باخ ۰/۷۱ به دست آمد.

در مرحله اول نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف صورت گرفت. بعد از تکمیل حدنصاب نمونه‌ها به روش تصادفی ساده در سه گروه مداخله زوج‌درمانی شناختی رفتاری (۱۵ نفر)، زوج‌درمانی هیجان مدار (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان قبل، بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله با پرسشنامه صمیمیت زناشویی ارزیابی شدند. در هنگام تکمیل پرسشنامه‌ها محقق جهت پاسخگویی به سؤالات احتمالی در محل حاضر بود. شرکت‌کنندگان در گروه زوج‌درمانی شناختی رفتاری به مدت دوازده جلسه در مرکز مشاوره حضور یافتند. ساختار جلسات زوج‌درمانی شناختی - رفتاری بر اساس درمان استرس پس آسیبی ویژه زوجین خیانت دیده {Monson, 2012 #48} طراحی گردید که در چندین مطالعه قبلاً در ایران و خارج از ایران مورد استفاده قرار گرفته است. جلسات هفته‌ای دو بار و هر جلسه به مدت ۶۰-۹۰ دقیقه به طول انجامید. تمامی جلسات با حضور زوجین انجام شد.

جلسات برای گروه زوج‌درمانی هیجان مدار بر اساس برنامه درمانی زوج‌درمانی هیجان مدار برای خیانت زوجین (۲۰) طراحی شد. این برنامه که در هشت جلسه مداوم اجرا گردید نیز در جهت بهبود وضعیت زوجین خیانت دیده قبلاً در ایران و خارج از

¹ Marital Intimacy Scale

² Tompson & Walker

³ Chan, To, & Wong

ایران در مطالعات استفاده شده است. جلسات هفته‌ای دو بار و هر جلسه به مدت ۶۰-۹۰ دقیقه به طول انجامید. تمامی جلسات با حضور زوجین انجام شد.

در این بازه زمانی گروه کنترل هیچ آموزشی توسط گروه تحقیق دریافت نکرد. بعد از اتمام مداخله گروه کنترل به انتخاب شرکت کنندگان در جلسات زوج‌درمانی شرکت کردند. قبل از اجرای مداخله محتوی جلسات جهت تأیید توسط سه متخصص روانشناسی بررسی گردید و نظرات متخصصین اعمال گردید. بعد از مرحله پیگیری در نهایت تعداد ۱۵ نفر در گروه زوج‌درمانی هیجان مدار و تعداد ۱۴ نفر در گروه کنترل باقی ماندند. در گروه مداخله یک نفر به دلیل عدم تکمیل جلسات از مطالعه خارج شد. در گروه کنترل یک نفر به دلیل در دسترس نبودن حذف شدند. خلاصه محتوی جلسات شامل موارد زیر می‌شد:

جدول ۱: خلاصه‌ای از ساختار جلسات زوج‌درمانی شناختی - رفتاری (۲۰)

مداخله	جلسه	موضوع	محتوا
زوج‌درمانی شناختی رفتاری	اول و دوم	منطق درمان آموزش روانی در مورد تجربه آسیب خیانت ارتباطات و مدیریت تعارض	برقراری ارتباط و آمادگی، توضیح روش و اهداف جلسات، توصیف آموزش روانی در خصوص تجربیات پس از آسیب خیانت و مشکلات ارتباطی و تأثیر دوطرفه آنها بر همدیگر، بررسی راهبردهای تسهیل حسی مشارکت در سلامتی
			توجه به چارچوب تعاملی زوجین، تمرکز بر امنیت در ارتباطات، توجه به رفتارهای صدمه زننده، آموزش مدیریت تعارض
			بررسی نقش مخرب اجتناب در نگهداری آسیب و افزایش مشکلات ارتباطی، شروع آموزش مهارت‌های ارتباطی، ایجاد مهارت‌های درک مسئولانه و گوش دادن
دوم	سوم-چهارم پنجم و ششم	تضعیف اجتناب و افزایش ارتباط و مدیریت خشم	بررسی موانع ارتباط مؤثر، تمرکز بر تشخیص احساسات و افکار، بررسی تأثیر متقابل احساسات، افکار و رفتار بر هم ایجاد مهارت انتقال و دریافت صحیح و مؤثر افکار و احساسات

استفاده از روش حل مسئله و تمرین آن در جلسه با هدف تضعیف تأثیر دوطرفه

تجربه آسیب و ناسازگاری ارتباطی بر یکدیگر، تشویق به شرکت زوجین در فعالیتهای لذت‌بخش برای کاهش اجتناب و کم کردن کرختی هیجانی

تعریف خشم و تحریک‌پذیری بررسی علائم هشداردهنده و موقعیتهای راه‌انداز خشم، آموزش شیوه‌های عملی مؤثر برای کنترل خشم، مانند آرام‌سازی و تغییر محیط

بحث شناختی با هدف بالا بردن پذیرش حوادث آسیب‌زا حرکت از یک مسیر به سوی فهم حوادث آسیب‌زا با چشم‌انداز دقیق‌تر و مبسوط‌تر

شناسایی هسته باورها و انتظارات غیرواقع بینان مؤثر در تشدید و تداوم

تجربه آسیب و ناسازگاری ارتباطی، آشنایی با نقش و تأثیر خود، در ایجاد یا تداوم مشکل و رفتار منفی منتج شده از باورها، شناسایی نقش و توانایی خود در حل مشکل و تغییر رفتار منفی منتج شده از باورهای مخرب

سوم	هفتم تا دوازدهم	معنی دادن به تجربه آسیب خیانت و بازسازی شناختی و جمع‌بندی	آشنایی با خطاهای شناختی و به چالش کشیدن این خطاها و تصمیم‌گیری برای اصلاح خطاهای شناختی و جایگزین کردن باورها و انتظارات منطقی
-----	-----------------	---	--

افزایش و تقویت کنترل افکار، رفتار و احساسات خود و دیگران درباره

حوادث آسیب‌زا و پیامدهای آن

آشنایی با انتظارات متقابل، توجه به ویژگی‌های مثبت
همدیگر. افزایش اعتماد و نزدیکی هیجانی

بحث و بررسی درباره توانایی زوجین برای خلق یک
زندگی بهتر و حرکت روبه‌جلو، منفعت‌های ایجادشده در
درمان، انتظارات آینده

جدول ۲- خلاصه‌ای از ساختار جلسات زوج‌درمانی هیجان مدار بر اساس برنامه درمانی زوج‌درمانی هیجان مدار برای خیانت زوجین (۲۱)

جلسه	محتوی
۰	پیش جلسه مصاحبه‌ی اولیه؛ بررسی معیارهای ورود به درمان (تحصیلات، تمایل برای درمان، اتمام خیانت زناشویی و ...); بیان قواعد، اهداف و تعداد جلسات و بستن قرارداد درمانی؛ اجرای پیش‌آزمون‌ها (پرسشنامه‌ی استرس پس آسیمی، بخشش و صمیمیت زوجین).
۱	ایجاد رابطه درمانی تبیین و ارائه رویکرد هیجان مدار؛ ایجاد رابطه درمانی؛ ایجاد احساس امنیت، حمایت، درک شدن و پذیرش به‌وسیله درمانگر از طرف زوج بازخورد و ارائه تکلیف
۲	بررسی رویداد اتفاق افتاده (خیانت زناشویی) خلاصه‌سازی جلسه قبل و بررسی تکلیف جلسه قبل بحث و گفتگو در مورد رویداد اتفاق افتاده؛ تشویق همسر آسیب‌دیده برای توصیف رویداد رخ داده و بیان احساسات خود در مورد این رویداد؛ تشویق همسر فرد برای انکار نکردن احساسات همسر و دست‌کم نگرفتن موضوع.
۳	بررسی تأثیر خیانت زناشویی بر دلبستگی ایمن خلاصه‌سازی جلسه قبل و بررسی تکلیف جلسه قبل: بحث تأثیر خیانت زناشویی بر دلبستگی ایمن توسط درمانگر: شرح رویداد اتفاق افتاده توسط همسری که مرتکب خیانت زناشویی شده است؛ تشویق برای ابراز یکپارچه و کامل جراحات و آسیب ایجادشده توسط همسر آسیب‌دیده. ۵- دسترسی به هیجان‌ات دلبستگی محور زیربنایی ناشناخته
۴	قاب‌بندی مجدد مشکل بر اساس نیازهای دلبستگی و خلاصه‌سازی جلسه قبل و بررسی تکلیف جلسه قبل؛ قاب‌بندی مجدد مشکل؛ افزایش آشنایی با نیازهای دلبستگی و جنبه‌هایی از خود که طرد و انکار شده

هیجان‌ات زیربنایی چرخه که با است؛ بررسی عوامل مربوط به رابطه زناشویی در خیانت زناشویی؛ دریافت بازخورد آن همراه است و ارائه تکلیف

۵ افزایش پذیرش هر یک از خلاصه‌سازی جلسه قبل و بررسی تکلیف جلسه قبل؛ افزایش پذیرش هر یک از زوجین نسبت به تجربه دیگری از زوجین از تجربه‌ی زوج دیگر؛ ارتقای احساس نزدیکی با هیجان‌ات طردشده.

۶ تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها برای بازسازی تعامل بر اساس درک جدید و تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها؛ خلق رویدادهای پیونددهنده؛ دریافت بازخورد و ارائه تکلیف

خلق پیونددهنده
رویدادهای

۷ تسهیل ظهور راه‌حل‌های جدید به مشکلات قدیمی و خلاصه‌سازی جلسه قبل و بررسی تکلیف جلسه قبل؛ ایجاد راه‌حل‌های جدید به مشکلات قدیمی؛ دریافت بازخورد و ارائه تکلیف

۸ تحکیم جایگاه‌ها و چرخه‌های جدید رفتار در میزان دستیابی به اهداف تعیین‌شده؛ مروری بر مداخلات صورت گرفته و دل‌بستگی و خاتمه درمان گرفتن بازخورد؛ اجرای پس‌آزمون‌ها، تعیین زمان

در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین، حداقل، حداکثر، فراوانی، انحراف معیار استفاده شد. در بخش آمار استنباطی جهت مقایسه متغیرهای کیفی در سه گروه از آزمون کای اسکوئر استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض‌های آنالیز اندازه‌گیری مکرر بررسی شد سپس جهت مقایسه گروه‌ها در بازه‌های زمانی از آنالیز اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. لازم به ذکر است برای تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از نرم‌افزار SPSS ۲۰ استفاده شد.

یافته‌ها:

ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در جدول (۳) توصیف و مورد مقایسه قرار گرفته است. جهت مقایسه میانگین‌ها با آزمون آنالیز اندازه‌گیری مکرر ابتدا پیش‌فرض‌ها بررسی گردید. فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون کولموگروف اسمیرنوف تأیید شد. آزمون لوین نشان دهنده همگن بودن واریانس‌ها بود. جهت بررسی کروییت داده‌ها از آزمون موچلی استفاده شد با عنایت به اینکه سطح معناداری در آزمون برای متغیر وابسته کمتر از ۰/۰۵ بود تصحیح با استفاده از شاخص گرین‌هاوس گیسر صورت گرفت و این پیش‌فرض برقرار شد.

جدول (۳): مقایسه ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد شرکت‌کننده در گروه‌های مداخله اول (زوج‌درمانی شناختی رفتاری) و مداخله دوم (زوج‌درمانی هیجان مدار) و گواه

Table (3): Comparison of demographic characteristics of participants cognitive-behavioral couple therapy and emotion-oriented couple therapy with control

متغیرهای جمعیت شناختی	مداخله اول	مداخله دوم	گواه	نتیجه آزمون کای اسکوئر
-----------------------	------------	------------	------	------------------------

$\chi^2=6.97$	تعداد (درصد)	تعداد	تعداد (درصد)		
P -value=		(درصد)			
۰/۱۳۸	(۳۵.۷)۵	(۱۳.۳)۲	(۳۵.۷)۵	دیپلم و سیکل	
	(۶۴.۳)۹	(۸۰)۱۲	(۴۲.۹)۶	فوق دیپلم و لیسانس	تحصیلات
	(۰)۰	(۶.۷)۱	(۲۱.۴)۳	کارشناس ارشد و دکتری	
$\chi^2=5.91$	(۲۱.۴)۳	(۳۳.۳)۵	(۲۱.۴)۳	ندارد	
P -value=	(۱۴.۳)۲	(۳۳.۳)۵	(۳۵.۷)۵	یک	تعداد فرزندان
۰/۴۳	(۶۴.۳)۹	(۳۳.۳)۵	(۳۵.۷)۵	دو	
	.	.	(۷.۱)۱	سه	
F=۰/۷۵	۳۴.۱۴±۴.۷۸	۳۲.۶۶±۶.۷۶	۳۱.۴۲±۶.۰۲	میانگین و انحراف معیار	
P -value=					سن
۰/۴۷					
F=۰.۸۰	۶.۰۶±۲.۳۱	۶.۹۲±۲.۵۵	۵.۸۷±۲.۵۰	میانگین و انحراف معیار	مدت ازدواج
P -value=					
۰/۴۵					

نتایج حاصل از مقایسه وضعیت جمعیت شناختی نمونه‌های مورد پژوهش به تفکیک گروه‌های مداخله و گواه نشان می‌دهد سه گروه از نظر سن، مدت ازدواج، تحصیلات و تعداد فرزندان تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند و همگن هستند ($P > 0.05$).

جدول (۴). آنالیز واریانس و شاخصهای توصیفی صمیمیت زناشویی در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

Table (4). Analysis of variance and descriptive indicators of marital intimacy in pre-test, post-test and follow-up

نتایج آنالیز واریانس تکراری	پیگیری	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	گروه	متغیرها				
P	F	SD	M	SD	M				
۰/۱۸	۶/۲۹	۴.۸۴	۵۴.۰۷	۴.۷۳	۵۲.۰۰	۴.۵۵	۴۴.۳۵	شناختی	صمیمیت زوج‌درمانی
									رفتاری
		۴.۹۰	۵۹.۸۰	۴.۵۱	۵۷.۶۰	۴.۵۵	۴۵.۲۶		زوج‌درمانی هیجان مدار
		۴.۵۰	۴۴.۸۵	۴.۲۶	۴۴.۲۱	۴.۶۶	۴۳.۰۷		گواه

میانگین و انحراف معیار متغیر صمیمیت در جدول فوق نشان می‌دهد میانگین سه گروه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت زیادی نشان نمی‌دهد. در مرحله پس‌آزمون میزان نمرات در گروه‌های مداخله افزایش می‌یابد و در گروه گواه تغییرات قابل ملاحظه‌ای دیده نمی‌شود. بررسی کلی تفاوت دو گروه نشان‌دهنده معنادار بودن تفاوت گروه‌ها در این متغیر بود ($p < 0.05$; $F(1,27) = 6.29$).

{F بر اساس ضرایب اتا مشخص می‌شود که یکی از مداخلات موجب ۱۷ درصد تغییرات بیشتر در نمره صمیمیت شده است.

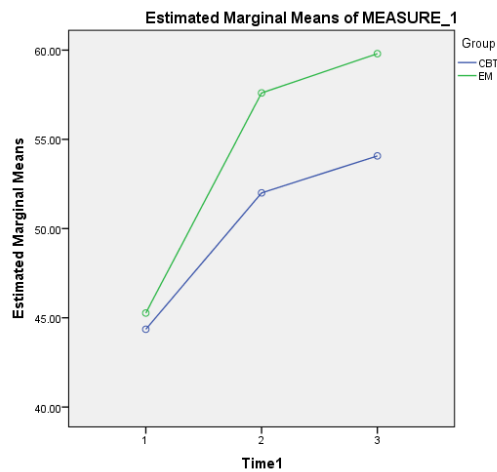
جدول شماره (۵). نتایج مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه مداخله در بازه‌های زمانی

Table (5). Results of comparing the differences between the means of the two intervention groups in time periods

مراحل	پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	معناداری	میانگین	معناداری
پیش‌آزمون	-۹.۹۸	*۰/۰۰۱	-۱۲.۱۲	*۰/۰۰۱
پس‌آزمون	--	--	-۲.۱۳	*۰/۰۰۱

* $P < .001$

یافته‌های جدول فوق و نمودارهای نشان می‌دهد بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در گروه تحت درمان اختلاف معناداری وجود داشته است و ضمن تأیید اثربخشی پایداری آن در مرحله پیگیری آن نیز تأیید می‌گردد. همچنان که در نمودار پایین مشخص شده است نمرات در گروه زوج‌درمانی هیجان مدار افزایش بیشتری داشته است و بر حسب جدول فوق این اختلاف معنادار بوده است بنابراین می‌توان گفت زوج‌درمانی هیجان مدار بر متغیر صمیمیت اثربخشی بیشتری داشته است.



نمودار ۱. مراحل زمانی و تفاوت گروه‌های زوج‌درمانی شناختی و زوج‌درمانی هیجان مدار در متغیر صمیمیت
بحث و نتیجه‌گیری:

این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار و زوج درمان شناختی-رفتاری بر صمیمیت زناشویی در زنان آسیب‌دیده از عهدشکنی صورت گرفت. بررسی یافته‌های مرتبط با مقایسه دو گروه مداخله زوج‌درمانی هیجان مدار و درمان شناختی-رفتاری نشان داد زوج‌درمانی هیجان مدار اثربخشی بیشتری نسبت به زوج‌درمانی شناختی رفتاری بر صمیمیت داشته است. به این معنا که کسانی که در گروه زوج‌درمانی هیجان مدار شرکت کرده بودند بعد از اتمام جلسات و در مدت پیگیری به‌طور معناداری بهبودی بیشتری در نمرات صمیمیت نسبت به گروه زوج‌درمانی شناختی رفتاری گزارش کرده بودند. همسو با یافته‌های مطالعه حاضر زخیردار^۱ و دیگران در مطالعه‌ای که با هدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی شناختی رفتاری و درمان هیجان مدار بر صمیمیت زناشویی انجام دادند. نتایج مطالعه بعد از اتمام جلسات درمانی نشان داد درمان هیجان مدار اثربخشی بیشتری نسبت به زوج‌درمانی شناختی رفتاری در افزایش صمیمیت زوجین داشته است {Zakhirehdari, 2019 #50}. گیرارد^۲ نیز در مرور مطالعات به این نتیجه رسیده است که درمان‌های هیجان مدار بر متغیرهای مرتبط با هیجان اثربخشی

¹ Zakhirehdari, N² Girard

بالایی دارند {Asgari, 2019 #57}.. هر چند در مطالعه تیمولاک و همکاران بررسی مقایسه‌ای اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار و درمان شناختی رفتاری بر اضطراب فراگیر نشان داد اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری و هیجان مدار نشان داد دو گروه از نظر اثربخشی تفاوت معنادار ندارند (۱۰). این تفاوت در یافته‌ها با توجه به تفاوت متغیر مورد بررسی و همچنین نمونه‌های مورد مطالعه تجربه آسیب از عهدشکنی داشتند قابل توجه است.

در توجه این یافته می‌توان گفت از آنجاکه در طی فرآیند درمانی رویکرد هیجان مدار درمانگر به سبک دلبستگی و الگوهای ارتباطی افراد توجه دارد و بر اساس آن مراحل درمانی را به‌گونه‌ای تنظیم می‌کند تا به ایجاد دلبستگی ایمن منجر شود و افراد بتوانند با اعتماد بیشتری به سمت رابطه‌ای مثبت و سازنده قدم بردارند و بتوانند به شیوه‌ای سازنده هیجان‌های خود را ابراز کنند؛ بنابراین انتظار می‌رود این موضوع موجب افزایش صمیمیت شود. در واقع زمانی که دلبستگی در رابطه به دلیل افزایش خیانت آسیب می‌بیند اعتماد و صمیمیت اولین هیجان‌های مثبتی هستند که در رابطه بین زوجین دچار اختلال می‌شوند. فرد آسیب‌دیده احساس می‌کند صمیمیت کافی در رابطه نبوده است و همین موجب پنهان‌کاری همسر شده است. در مقابل همسر خاطی را لایق صمیمیت ارتباطی نمی‌بیند و سعی می‌کند از احساسات صمیمی نسبت به همسر اجتناب کند. درمانگر هیجان مدار به میزان پویایی مراجع در جلسات درمانی توجه می‌کند، تعاملات خانوادگی افراد را مورد بررسی قرار می‌دهد و سعی می‌کند تا ارتباطی که مبتنی بر احساسات صادقانه است تقویت کند؛ برای رسیدن به این هدف، درمانگر تشویق می‌کند تا به مسائل عاطفی فعلی خود نگاهی بیندازد و کمک می‌کند تا احساسات و عواطف خود را بهتر از پیش‌شناسایی کند {Johnson, 2004 #51}. هر چند زوج‌درمانی شناختی رفتاری نیز از طریق کاهش تحریف‌های شناختی و افزایش توانایی تعامل صمیمیت را افزایش می‌دهد اما تمرکز اصلی در درمان هیجان مدار همچنان که از نام این روش مشخص است بر هیجان‌هاست. از صمیمیت به‌عنوان نوعی هیجان نام برده می‌شود و از آنجاکه احساس صمیمیت در زمره هیجان‌ها قرار دارد و با متغیرهای هیجانی همبستگی بالایی نشان می‌دهد بیشتر تحت تأثیر زوج‌درمانی هیجان مدار رشد می‌کند.

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده زوج‌درمانی هیجان مدار بر صمیمیت زنان آسیب‌دیده از عهدشکنی همسر اثربخش بوده است. به این معنا که افرادی که در جلسات زوج‌درمانی هیجان مدار شرکت کرده بودند بعد از تکمیل جلسات صمیمیت بالاتری گزارش کردند و این بهبودی در زمان پیگیری نیز پایدار بود. این یافته با نتایج به‌دست‌آمده در مطالعه پور یحیی و دیگران (۱۳۸)؛ آرین فر و اعتمادی (۱۱)؛ اعتمادی و برادبری (۱۲) همسو بود {Arianfar, 2016 #52; Etemadi, 2014 #53; Pouryahya, 2019 #55}. زخیردار و دیگران نیز گزارش کرده‌اند که درمان هیجان مدار در افزایش صمیمیت زوجین مؤثر است {Zakhirehdari, 2019 #50}.

در تبیین این یافته می‌توان به این موضوع اشاره کرد که هدف رویکرد زوج‌درمانی هیجان مدار دسترسی و پردازش مجدد واکنش‌های عاطفی اساسی در تعامل زوجهاست. این واکنش‌ها به توسعه سبک‌های دلبستگی امن‌تر و الگوی متفاوت زوجها، همدلی زوجها نسبت به تجارب یکدیگر و تدوین الگوهای تعاملی جدید منتهی می‌شود. در طی جلسات زوج‌درمانی هیجان مدار درمانگر پس از برقراری رابطه کارآمد با مراجع، به او مهارت‌های تنظیم هیجان را آموزش داد. برای رسیدن به این هدف از مؤلفه‌های تمرکز بر احساسات مثبت، بازسازی هیجانی، یافتن معانی جدید برای ارتباط بهتر با دیگران بهره گرفته شد که این موضوع در نهایت بعد از پذیرش اشتباهات یکدیگر به بخشش و آشتی منجر شده و صمیمیت را در رابطه شکوفا می‌کند.

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده زوج درمان شناختی-رفتاری بر صمیمیت زناشویی زنان آسیب‌دیده از عهدشکنی همسر اثربخش بوده است. به این معنا که افرادی که در جلسات زوج‌درمانی هیجان مدار شرکت کرده بودند بعد از تکمیل جلسات صمیمیت

زناشویی بالاتری گزارش کردند و این بهبودی در زمان پیگیری نیز پایدار بود. این یافته با نتایج به‌دست‌آمده در مطالعات باب‌الحوایجی و دیگران؛ عباسی، دوگانه‌ای فرد و شفیع‌آبادی؛ آریین فر و اعتمادی و زخیردار و دیگران هماهنگ بود (۱۱، ۹، ۱۲، ۱۴-۱۵).

در استنباط این یافته می‌توان گفت علت اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش صمیمیت زوجین این بوده است که هدف هم‌زمان زوج‌درمانی شناختی رفتاری بهبود علائم استرس پس آسیبی در یک یا هر دو همسر و بهبودی کارکردهای رابطه صمیمی در آن‌ها است. در طی جلسات اجرا شده درباره تأثیر دوطرفه استرس پس آسیبی و سازگاری ارتباطی بر همدیگر آموزش داده شود و هم‌زمان در آموزش‌های تعامل زوجی کاهش سوگیری توجه به رفتارهای ارتباطی منفی و افزایش دیدگاه‌های مثبت تمرین می‌شد. در این میان زوجین راهبردهای تسهیل مشارکت در سلامتی از قبیل شناخت نشانه‌های اولیه خشم و راهبردهای مدیریت تعارض را یاد گرفتند. همچنین زوجین درباره نقش مخرب اجتناب در نگهداری اختلال استرس و آشفتگی‌های ارتباطی و مهارت ارتباطی آموزش داده می‌شود. افزایش ارتباط دوجانبه به‌عنوان راه‌حلی برای اجتناب از کرختی هیجانی مرتبط با آسیب به افزایش صمیمیت منجر شد. مهارت ارتباطی طی چندین جلسه برای کمک به زوجین در تشخیص و مشارکت در احساسات آن‌ها و توجه به شیوه‌هایی که در افکار و احساسات و رفتار آن‌ها تأثیر گذاشته، آموزش داده‌شده و تمرین شده است. زوجین سپس از این مهارت‌های ارتباطی برای بحث درباره محتوی مرتبط با اختلال و حل مسئله استفاده کردند و همین موجب افزایش صمیمیت در آن‌ها شده است.

در کل نتایج نشان داد زوج‌درمانی شناختی رفتاری و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود رابطه زناشویی زنان خیانت دیده اثربخش بوده است. این دو روش درمانی را می‌توان برای بهبود روابط زوجین بعد از خیانت به کار گرفت. تفاوت‌های به‌دست‌آمده در اثربخشی این رویکردها نیز نشان می‌دهد اثربخشی هر یک از درمان‌های به کار گرفته‌شده در ابعاد مختلف می‌تواند متفاوت باشد و می‌توان بر اساس وضعیت مراجع از درمان‌های مختلف کمک گرفت. تجربه درمانگر در طی پژوهش و بر اساس پیشینه نشان داد روابط جنسی در گرایش مردان به خیانت نقش مؤثری داشته‌اند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در کنار استفاده از فنونی مانند درمانی و شناختی و تمرکز بر هیجان‌ات بر فرآیند روابط جنسی و مشکلات این موضوع نیز پرداخته شود تا از این طریق از عهدشکنی‌های آتی پیشگیری شود. پیشنهاد می‌شود زوج درمانگر در مواجهه با افراد آسیب‌دیده از خیانت با توجه به مشکلات زمینه‌ای و خصوصیات فردی وی از رویکردی یکپارچه استفاده کند که از این طریق بتواند حداکثر تغییرات مثبت را در روابط مراجعین ایجاد کند.

پژوهش‌گر در روند پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود که ممکن است بر کیفیت پژوهش تأثیر گذاشته باشند. هم‌زمانی این مطالعه با شیوع ویروس کرونا موجب ایجاد مشکلاتی مانند عدم دسترسی مستقیم به شرکت‌کنندگان در مرحله پیگیری شد که محقق مجبور به استفاده از پرسشنامه‌های آنلاین گردید. در این مطالعه زنان آسیب‌دیده از خیانت بررسی شدند امکان بررسی مردان خیانت دیده از همسر فراهم نشد. با توجه به اجرای جلسات درمان توسط صرفاً فرد پژوهشگر امکان وجود مهارت و تبحر در یک درمان بیش از درمانی دیگر وجود داشت و ممکن است این موضوع بر یافته‌های پژوهش اثرگذار بوده باشد. در این مطالعه سطح سلامت روان اولیه شرکت‌کنندگان مورد بررسی قرار نگرفت. این تفاوت ممکن است در میزان اثربخشی درمان‌ها یا شدت مشکلات نقش داشته باشد. در خصوص عوامل هورمونی و فیزیولوژیک محقق می‌بایست به خود گزارش دهی مراجعین بسنده می‌کرد و امکان بررسی عوامل اثربخش جسمانی بر شدت استرس پس آسیبی افراد فراهم نبود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی بر همگن‌سازی شرکت‌کنندگان بر اساس سطح اضطراب و افسردگی اقدام شود. همچنین استفاده از خانواده‌درمانی و مشارکت تمام اعضای خانواده در جهت بهبود زنان آسیب‌دیده از خیانت توصیه می‌شود.

نتایج کاربردی پژوهش:

نتایج به دست آمده از این مطالعه در حوزه درمان و مشاوره قابل استفاده است. از آنجاکه پدیده خیانت موجب ایجاد زخم‌های دل‌بستگی می‌شود روش‌های درمانی این روش نیازمند تحول و به‌روزرسانی است و اطلاعات این مطالعه می‌تواند در بهبود اطلاعات در این زمینه مورد استفاده مشاوران و خانواده‌ها قرار بگیرد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از زوجینی که در مطالعه شرکت کرده و در طی مدت تحقیق همکاری داشتند تشکر نمایند. این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دکترای روانشناسی است که با شناسه اخلاق IR.IAU.BOJONURD.REC.1399.012 به ثبت رسیده است.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی در خصوص این مطالعه وجود ندارد. این مقاله حاصل بخشی از نتایج پایان‌نامه دکتری هست.

ملاحظات اخلاقی

برای اجرای مداخلات اخلاقی در پژوهش حاضر، کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روانشناسی ایران و آمریکا (۲۰۰۳) و سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۵) مورد توجه قرار گرفت. بر این اساس، مؤلفه‌های زیر در مورد تمامی بیماران شرکت کننده در پژوهش (در هر یک از مراحل پژوهش) رعایت شد: اصل احترام به شأن و آزادی انسان؛ اصل وظیفه شناسی و مسئولیت پذیری؛ اصل سودمندی و عدم آسیب‌رسانی؛ اصل عدم تبعیض؛ اصل توجه به رفاه دیگران و اصل توجه به نظام ارزشهای جامعه. شرکت‌کنندگان قبل از شروع مطالعه رضایت‌نامه کتبی امضا کردند. این مطالعه با کد اخلاق IR.IAU.BOJONURD.REC.1399.012 به ثبت رسیده است.

منابع

مقیاس صمیمیت الکسیس جی. واکر و لیندا تامپسون (IS)							
هدف: سنجش مهر و صمیمیت در خانواده							
رتبه	عبارات	هرگز	به ندرت	گاهی	اغلب	اکثراً	تقریباً همیشه
۱	ما دلمان می‌خواهد اوقات خود را با هم بگذاریم.						
۲	او نشان می‌دهد که مرا دوست دارد.						
۳	ما با یکدیگر روراست و صادق هستیم.						

							ما می‌توانیم انتقاد یکدیگر را از اشتباهات و خطاهای خود بپذیریم.	۴
							ما از یکدیگر خوشمان می‌آید.	۵
							ما به یکدیگر عزت نفس و احترام می‌گذاریم.	۶
							زندگی ما به خاطر با هم بودن خوب است.	۷
							از رابطه خودمان لذت می‌بریم.	۸
							او به احساس‌های من اهمیت می‌دهد.	۹
							ما احساس می‌کنیم که با هم یکی هستیم.	۱۰
							میزان خودخواهی در رابطه ما بسیار کم است.	۱۱
							او همیشه به فکر منافع و مصلحت من است.	۱۲
							بودن او در زندگیم از خوشبختی‌های من است.	۱۳
							همیشه در کنار او احساس بهتری به من دست می‌دهد.	۱۴
							او برای من مهم است.	۱۵
							ما یکدیگر را دوست داریم.	۱۶
							من به این رابطه اطمینان دارم و روی آن حساب می‌کنم.	۱۷