

ارائه الگوی درمانی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی برای کاهش خودانتقادی، شرم رابطه‌ای و افزایش پذیرش متقابل در زوج‌های آسیب‌دیده از خیانت

مشخصات نویسندگان:

چکیده

پژوهش حاضر با هدف ارائه الگوی درمانی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی برای کاهش خودانتقادی، تعدیل شرم رابطه‌ای و تقویت پذیرش متقابل در زوج‌های آسیب‌دیده از تجربه خیانت انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش با رویکرد کیفی و روش تحلیل مضمون انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۲۴ نفر، برابر با ۱۲ زوج، از زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خانواده شهر تهران بودند که تجربه آشکارشدن خیانت زناشویی را در فاصله ۳ تا ۲۴ ماه گذشته گزارش کرده بودند. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و معیارمحور انجام شد و فرایند جذب مشارکت‌کنندگان تا دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت. داده‌ها تنها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق گردآوری شد. مصاحبه‌ها پس از کسب رضایت آگاهانه، ضبط، پیاده‌سازی و در نرم‌افزار NVivo کدگذاری شدند. تحلیل داده‌ها بر اساس مراحل تحلیل مضمون شامل آشنایی با داده‌ها، تولید کدهای اولیه، جست‌وجوی مضامین، بازبینی، تعریف و نام‌گذاری مضامین و تدوین گزارش نهایی انجام گرفت.

یافته‌ها: تحلیل مصاحبه‌ها به استخراج پنج مقوله اصلی منجر شد: «چرخه خودسرزنی و شرم پس از افشای خیانت»، «ناتوانی در تمایز میان مسئولیت‌پذیری و تحقیر خود»، «نیاز به خودشفقت‌ورزی ایمن‌ساز در برابر فروپاشی هیجانی»، «بازسازی گفت‌وگوی زوجی بر پایه پذیرش، مرزبندی و پاسخ‌دهی هیجانی» و «مؤلفه‌های الگوی درمانی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی». یافته‌ها نشان داد که خودانتقادی شدید و شرم رابطه‌ای نه‌تنها در فرد خیانت‌دیده، بلکه در فرد مرتکب خیانت نیز مانع پردازش هیجانی، عذرخواهی مؤثر، ترمیم اعتماد و شکل‌گیری پذیرش متقابل می‌شود.

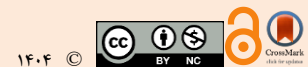
نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها، الگوی پیشنهادی شامل پنج مرحله درمانی است: تثبیت هیجانی و ایمنی رابطه، شناسایی صدای خودانتقادگر و شرم رابطه‌ای، آموزش خودمهربانی و ذهن‌آگاهی شفقت‌آمیز، بازسازی مسئولیت‌پذیری بدون شرم‌زدگی، و تمرین پذیرش متقابل همراه با تعهدهای رفتاری. این الگو می‌تواند به‌عنوان چارچوبی بومی و بالینی برای مداخله با زوج‌های آسیب‌دیده از خیانت مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: خودشفقت‌ورزی؛ خیانت زناشویی؛ خودانتقادی؛ شرم رابطه‌ای؛ پذیرش متقابل؛ زوج‌درمانی؛ پژوهش کیفی.

۱. هستی طاهری: گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
۲. امید قاسمی: گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
۳. شیوا رحیمی*: گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

*پست الکترونیکی نویسنده مسئول:
shiva.rahimi.psy@gmail.com

شیوه استناددهی: طاهری، هستی، قاسمی، امید، و رحیمی، شیوا. (۱۴۰۴). ارائه الگوی درمانی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی برای کاهش خودانتقادی، شرم رابطه‌ای و افزایش پذیرش متقابل در زوج‌های آسیب‌دیده از خیانت. پژوهش‌های خانواده و زوج‌درمانی، ۵۱-۶۲، (۱).



تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.
انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.

Developing a Self-Compassion-Based Therapeutic Model to Reduce Self-Criticism and Relational Shame and Enhance Mutual Acceptance in Couples Affected by Infidelity

Authors' Information:

1. Hasti Taheri: Department of General Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran
2. Omid Qasemi: Department of General Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran
3. Shiva Rahimi*: Department of General Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

Corresponding author's email: shiva.rahimi.psy@gmail.com

How to cite: Taheri, H., Qasemi, O., & Rahimi, S. (2025). Developing a Self-Compassion-Based Therapeutic Model to Reduce Self-Criticism and Relational Shame and Enhance Mutual Acceptance in Couples Affected by Infidelity. *Family Research and Couple Therapy*, 1(1), 51-62.



© 2025 the authors. This is an open access article under the terms of the [CC BY-NC 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) License.

Abstract

Objective: This study aimed to develop a self-compassion-based therapeutic model for reducing self-criticism and relational shame and enhancing mutual acceptance among couples affected by infidelity.

Methods and Materials: This qualitative study was conducted using thematic analysis. The participants included 24 individuals, equivalent to 12 couples, who had attended family counseling centers in Tehran and reported the disclosure of marital infidelity within the previous 3 to 24 months. Participants were selected through purposive criterion-based sampling, and recruitment continued until theoretical saturation was reached. Data were collected exclusively through in-depth semi-structured interviews. After obtaining informed consent, interviews were audio-recorded, transcribed verbatim, and coded using NVivo software. Data analysis followed the phases of thematic analysis, including familiarization with the data, generation of initial codes, searching for themes, reviewing themes, defining and naming themes, and producing the final analytic report.

Findings: Data analysis resulted in five main categories: “the cycle of self-blame and shame after infidelity disclosure,” “difficulty differentiating accountability from self-humiliation,” “the need for self-compassion as an emotional safety mechanism,” “reconstructing couple dialogue through acceptance, boundaries, and emotional responsiveness,” and “components of a self-compassion-based therapeutic model.” The findings indicated that intense self-criticism and relational shame were not limited to the betrayed partner; they were also experienced by the partner who had engaged in infidelity and functioned as barriers to emotional processing, effective apology, trust repair, and mutual acceptance.

Conclusion: Based on the findings, the proposed model consists of five therapeutic phases: emotional stabilization and relational safety, identifying the self-critical voice and relational shame, cultivating compassionate mindfulness and self-kindness, reconstructing accountability without shame-based collapse, and practicing mutual acceptance through behavioral commitments. This model may provide a culturally sensitive clinical framework for working with couples affected by infidelity.

Keywords: *Self-compassion; marital infidelity; self-criticism; relational shame; mutual acceptance; couple therapy; qualitative research.*

Submit Date:
Revise Date:
Accept Date:
Publish Date:

خیانت زناشویی از پیچیده‌ترین و آسیب‌زاترین رخدادهای رابطه‌ای در بافت زندگی زوجی است؛ رخدادی که تنها به نقض یک توافق جنسی یا عاطفی محدود نمی‌شود، بلکه بنیان‌های اعتماد، امنیت دل‌بستگی، تصویر فرد از خود، معنای تعهد، و احساس ارزشمندی در رابطه را دچار گسست می‌کند. تجربه خیانت برای بسیاری از زوجها به‌مثابه یک بحران چندسطحی عمل می‌کند: در سطح فردی، هیجان‌هایی مانند خشم، غم، اضطراب، درماندگی، احساس بی‌ارزشی و آشفتگی هویتی را فعال می‌سازد؛ در سطح بین‌فردی، چرخه‌هایی از سرزنش، کناره‌گیری، بازجویی، دفاع‌مندی، پنهان‌کاری و بی‌اعتمادی را تشدید می‌کند؛ و در سطح معنایی، پرسش‌هایی بنیادین درباره «من چه کم داشتم؟»، «آیا این رابطه واقعی بوده است؟»، «آیا می‌توان دوباره اعتماد کرد؟» و «آیا بخشش به معنای نادیده‌گرفتن آسیب است؟» ایجاد می‌کند. پژوهش‌های حوزه زوج‌درمانی نشان داده‌اند که خیانت یکی از دشوارترین مسائل بالینی برای درمانگران خانواده و زوج‌درمانگران است، زیرا هم‌زمان با هیجان‌های شدید، فروپاشی اعتماد، ابهام تصمیم‌گیری، فشارهای خانوادگی و اجتماعی، و آسیب عمیق به تصویر زوج از رابطه همراه است (Gordon et al., 2005; Snyder et al., 2008).

در ادبیات درمان خیانت، معمولاً بر مؤلفه‌هایی مانند افشای واقعیت، توقف رابطه فرازناشویی، بازسازی اعتماد، پردازش هیجانی، عذرخواهی، مسئولیت‌پذیری، بخشش، و تصمیم‌گیری آگاهانه درباره ادامه یا پایان رابطه تأکید می‌شود. با این حال، یکی از ابعاد کمتر بررسی‌شده در این حوزه، نقش خودانتقادی و شرم رابطه‌ای در تداوم آسیب پس از خیانت است. خودانتقادی، به‌عنوان نوعی رابطه خصمانه فرد با خود، پس از خیانت می‌تواند در هر دو عضو زوج فعال شود. فرد خیانت‌دیده ممکن است خود را به دلیل «ندیدن نشانه‌ها»، «کافی نبودن»، «اعتماد کردن»، «جذاب نبودن» یا «ماندن در رابطه» سرزنش کند. در مقابل، فرد مرتکب خیانت ممکن است میان مسئولیت‌پذیری سالم و فروپاشی شرم‌مدارانه نوسان کند؛ به‌گونه‌ای که یا برای فرار از احساس شرم به دفاع، انکار و توجیه پناه می‌برد، یا آن‌قدر در خودمحکوم‌سازی غرق می‌شود که توان پاسخ‌دهی همدلانه به آسیب همسر را از دست می‌دهد. بنابراین، خودانتقادی نه‌تنها یک تجربه درون‌روانی، بلکه عاملی رابطه‌ای است که کیفیت گفت‌وگو، ظرفیت شنیدن درد طرف مقابل، امکان ترمیم اعتماد و توان پذیرش متقابل را تضعیف می‌کند.

شرم رابطه‌ای نیز از متغیرهای محوری در فهم پیامدهای خیانت است. شرم رابطه‌ای به تجربه‌ای اشاره دارد که در آن فرد، خود را در چشم شریک زندگی، خانواده، اجتماع یا حتی در چشم خود، «بی‌ارزش»، «تحقیرشده»، «ناکافی» یا «غیرقابل دوست‌داشتن» ادراک می‌کند. برخلاف احساس گناه که معمولاً بر رفتار خاص متمرکز است، شرم به کل هویت فرد تعمیم می‌یابد و پیام آن این است: «من بد هستم»، نه صرفاً «کار بدی رخ داده است». همین ویژگی باعث می‌شود شرم در بافت خیانت، گفت‌وگو را مسدود و زوج را در چرخه حمله، دفاع، کناره‌گیری و سکوت گرفتار کند. گیلبرت و پروکتر نشان داده‌اند که شرم و خودانتقادی می‌تواند افراد را در برابر دریافت حمایت، آرام‌سازی هیجانی و تجربه مهربانی نسبت به خود مقاوم سازند (Gilbert & Procter, 2006). این مسئله در زوجها آسیب‌دیده از خیانت اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا هر دو طرف برای عبور از بحران نیازمند ظرفیت‌هایی مانند تحمل هیجان، پذیرش واقعیت، مسئولیت‌پذیری، همدلی و تنظیم گفت‌وگو هستند؛ ظرفیت‌هایی که شرم شدید و خودانتقادی مزمن آنها را مختل می‌کند.

در این میان، خودشفقت‌ورزی به‌عنوان یکی از سازه‌های مهم روان‌شناسی معاصر می‌تواند چارچوبی نظری و درمانی برای مواجهه با خودانتقادی و شرم رابطه‌ای فراهم کند. نیف خودشفقت‌ورزی را شامل سه مؤلفه اصلی می‌داند: مهربانی با خود در برابر قضاوت سخت‌گیرانه، انسانیت مشترک در برابر احساس انزوا، و ذهن‌آگاهی در برابر همانندسازی افراطی با هیجان‌های دردناک (Neff, 2003). از این منظر، خودشفقت‌ورزی به معنای تبرئه خود، فرار از مسئولیت، توجیه خطا یا کاهش اهمیت آسیب نیست؛ بلکه نوعی مواجهه شجاعانه، متعادل و مهربانانه با رنج است. فرد خودشفقت‌ورز می‌تواند بپذیرد که رنج واقعی است، خطا یا آسیب رخ داده است، اما این رخداد نباید به نفی کامل ارزشمندی انسان منجر شود. این تمایز برای زوج‌های آسیب‌دیده از خیانت حیاتی است، زیرا درمان خیانت نیازمند مسئولیت‌پذیری روشن است، اما مسئولیت‌پذیری زمانی سازنده می‌شود که با فروپاشی شرم‌مدارانه، خودتحقیری و دفاع‌مندی جایگزین نشود.

درمان متمرکز بر شفقت، که توسط گیلبرت توسعه یافته است، دقیقاً برای افرادی طراحی شد که درگیر شرم، خودانتقادی، احساس تهدید و دشواری در تولید صدای درونی حمایتگر هستند (Gilbert, 2009). در این رویکرد، ذهن انسان دارای سیستم‌های تنظیم هیجانی متفاوتی است؛ از جمله سیستم تهدید، سیستم انگیزش و جست‌وجوی منابع، و سیستم آرام‌سازی و پیوند. افراد دارای خودانتقادی و شرم بالا معمولاً در سیستم تهدید گرفتار می‌شوند؛ یعنی حتی در موقعیت‌های گفت‌وگوی درمانی نیز بدن و ذهن آنان به‌جای یادگیری، ترمیم یا همدلی، وارد حالت دفاع، حمله یا فرار می‌شود. از این منظر، در زوج‌های آسیب‌دیده از خیانت، پیش از آنکه بتوان درباره بخشش، اعتماد یا بازسازی رابطه گفت‌وگو کرد، لازم است ظرفیتی برای ایمنی هیجانی ایجاد شود. خودشفقت‌ورزی می‌تواند این ایمنی را فراهم کند؛ نه از طریق حذف درد، بلکه از طریق ایجاد امکان ماندن در کنار درد بدون حمله به خود یا دیگری.

پژوهش‌های مربوط به روابط عاشقانه نیز نشان داده‌اند که خودشفقت‌ورزی با کیفیت بهتر تعاملات رابطه‌ای، حمایتگری، پذیرش، کاهش پرخاشگری کلامی و کاهش کنترل‌گری مرتبط است. نیف و برتواس در مطالعه‌ای بر روابط عاشقانه نشان دادند که افراد دارای خودشفقت‌ورزی بالاتر، از سوی شریک عاطفی خود به‌عنوان افرادی مهربان‌تر، پذیراتر، کمتر کنترل‌گر و کمتر پرخاشگر توصیف می‌شوند (Neff & Beretvas, 2013). این یافته برای زوج‌های درگیر خیانت اهمیت دارد، زیرا پس از افشای خیانت، زوج معمولاً به الگویی از تعاملات تهدیدمحور وارد می‌شود: فرد آسیب‌دیده برای کسب امنیت، سؤال‌های مکرر، بررسی، کنترل یا حمله کلامی نشان می‌دهد؛ فرد مرتکب نیز برای فرار از شرم، دفاع‌مندی، کم‌اهمیت‌سازی یا اجتناب نشان می‌دهد. اگر خودشفقت‌ورزی بتواند ظرفیت تحمل هیجان، پذیرش خطاپذیری انسانی، و پاسخ‌دهی مهربانانه اما مسئولانه را افزایش دهد، می‌تواند یکی از حلقه‌های مفقوده در مدل‌های درمانی خیانت باشد.

با وجود اهمیت نظری خودشفقت‌ورزی، بسیاری از مدل‌های مداخله با خیانت بیشتر بر بازسازی اعتماد، مهارت‌های ارتباطی، بخشش یا پردازش تروما تمرکز دارند و کمتر به‌صورت مستقیم به خودانتقادی و شرم رابطه‌ای به‌عنوان اهداف درمانی می‌پردازند. این شکاف به‌ویژه در بافت فرهنگی ایران برجسته‌تر است؛ زیرا خیانت زناشویی در بسیاری از خانواده‌ها علاوه بر پیامدهای روان‌شناختی، با فشارهای اجتماعی، قضاوت اطرافیان، ترس از انگ، نگرانی درباره آبرو، و تعارض میان ماندن یا جدایی همراه می‌شود. در چنین بستری، شرم رابطه‌ای می‌تواند بسیار پررنگ‌تر از بافت‌های فردگرایانه عمل کند. فرد خیانت‌دیده ممکن است نگران قضاوت خانواده و اطرافیان باشد و فرد مرتکب نیز ممکن است

به دلیل احساس بی‌آبرویی، از مواجهه صادقانه با پیامدهای رفتار خود اجتناب کند. بنابراین، طراحی یک الگوی درمانی که هم بر خودشفقت‌ورزی فردی و هم بر شفقت رابطه‌ای و پذیرش متقابل تمرکز کند، می‌تواند برای درمانگران زوج و خانواده در ایران کاربرد بالینی مهمی داشته باشد. نکته مهم آن است که پذیرش متقابل در چنین الگویی نباید با سازش منفعلانه، نادیده گرفتن آسیب، اجبار به بخشش یا بازگشت سریع به رابطه اشتباه گرفته شود. پذیرش متقابل در این پژوهش به معنای توانایی هر دو عضو زوج برای دیدن واقعیت پیچیده رابطه، شنیدن رنج یکدیگر، پذیرش مسئولیت سهم خود بدون تحقیر یا حذف خود، و تصمیم‌گیری آگاهانه درباره آینده رابطه است. در این معنا، خودشفقت‌ورزی فرد خیانت‌دیده می‌تواند او را از خودسرزنی، احساس ناکافی بودن و شرم ناشی از آسیب محافظت کند؛ و خودشفقت‌ورزی فرد مرتکب می‌تواند او را قادر سازد به جای دفاع‌مندی یا فروپاشی، مسئولیت‌پذیری پایدار و ترمیم‌گرانه نشان دهد. به عبارت دیگر، خودشفقت‌ورزی نه جایگزین پاسخ‌گویی اخلاقی است و نه مجوز تکرار آسیب؛ بلکه بستر روانی لازم برای پاسخ‌گویی، ترمیم و انتخاب آگاهانه را فراهم می‌کند.

بر همین اساس، پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و با اتکا به تجربه زیسته زوج‌های آسیب‌دیده از خیانت در شهر تهران انجام شد تا مؤلفه‌های یک الگوی درمانی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی شناسایی و تدوین شود. تمرکز پژوهش بر سه پیامد اصلی است: کاهش خودانتقادی، تعدیل شرم رابطه‌ای، و افزایش پذیرش متقابل. پرسش محوری پژوهش آن است که زوج‌های آسیب‌دیده از خیانت، در تجربه خود از خودسرزنی، شرم و پذیرش چه مضامین مشترکی را گزارش می‌کنند و بر اساس این مضامین، چه مؤلفه‌هایی می‌تواند در طراحی یک الگوی درمانی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی مورد استفاده قرار گیرد؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و روش تحلیل مضمون انجام شد. هدف پژوهش، کشف و تبیین تجربه زیسته زوج‌های آسیب‌دیده از خیانت در زمینه خودانتقادی، شرم رابطه‌ای و پذیرش متقابل و سپس تدوین مؤلفه‌های یک الگوی درمانی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بود. انتخاب رویکرد کیفی به این دلیل انجام شد که تجربه خیانت، شرم و خودانتقادی دارای لایه‌های پیچیده هیجانی، معنایی، اخلاقی و رابطه‌ای است و فهم آن مستلزم دسترسی به روایت‌ها، برداشت‌ها و معانی ذهنی مشارکت‌کنندگان است. تحلیل مضمون نیز به دلیل انعطاف‌پذیری نظری و توانایی آن در سازمان‌دهی الگوهای معنایی پنهان و آشکار در داده‌های مصاحبه‌ای انتخاب شد. (Braun & Clarke, 2006)

مشارکت‌کنندگان پژوهش شامل ۲۴ نفر، برابر با ۱۲ زوج، از زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر تهران بودند. ملاک‌های ورود شامل متأهل بودن، گذشت حداقل دو سال از ازدواج، تجربه افشا یا آشکارشدن خیانت عاطفی یا جنسی در بازه ۳ تا ۲۴ ماه گذشته، تمایل هر دو عضو زوج به مشارکت در پژوهش، توانایی بیان تجربه‌ها در مصاحبه، و نداشتن بحران حاد روان‌پزشکی گزارش شده بود. ملاک‌های خروج شامل وجود خشونت خانگی فعال و ناایمن، مصرف شدید مواد، تهدید جدی به خودکشی یا دیگرکشی، عدم رضایت یکی از زوجین برای ادامه مصاحبه، و تداوم رابطه فرازناشویی در زمان انجام مصاحبه بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و معیارمحور انجام شد و فرایند نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. اشباع نظری در مصاحبه بیستم مشاهده شد، اما برای اطمینان از کفایت داده‌ها، چهار مصاحبه تکمیلی دیگر نیز انجام شد.

داده‌ها فقط از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق گردآوری شد. برای کاهش فشار رابطه‌ای و افزایش امنیت روانی، مصاحبه‌ها به صورت فردی با هر یک از اعضای زوج انجام گرفت. مدت هر مصاحبه بین ۵۰ تا ۸۵ دقیقه بود. راهنمای مصاحبه شامل پرسش‌هایی درباره تجربه فرد از افشای خیانت، تغییر تصویر فرد از خود، تجربه خودسرزنی، احساس شرم در برابر همسر یا دیگران، موانع گفت‌وگوی ترمیمی، تجربه پذیرش یا عدم پذیرش، و نیازهای درمانی ادراک شده بود. نمونه پرسش‌ها عبارت بودند از: «بعد از آشکارشدن خیانت، نگاه شما به خودتان چه تغییری کرد؟»، «چه زمانی بیشتر خودتان را سرزنش می‌کردید؟»، «شرم در رابطه شما چگونه تجربه می‌شد؟»، «چه چیزهایی باعث می‌شد نتوانید با همسران گفت‌وگوی آرام و صادقانه داشته باشید؟»، «از نظر شما یک درمان مؤثر برای زوج‌هایی با تجربه مشابه باید چه بخش‌هایی داشته باشد؟» و «چه نوع برخوردی از طرف خودتان یا همسران به شما کمک می‌کرد احساس کنید هنوز امکان گفت‌وگو و ترمیم وجود دارد؟»

تمام مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان ضبط و سپس کلمه به کلمه پیاده‌سازی شد. داده‌ها در نرم‌افزار NVivo وارد شدند و فرایند کدگذاری در سه سطح انجام گرفت: کدگذاری اولیه، خوشه‌بندی کدهای مشابه، و استخراج مضامین اصلی و فرعی. تحلیل داده‌ها بر اساس مراحل شش‌گانه تحلیل مضمون براون و کلارک انجام شد: آشنایی مکرر با داده‌ها، تولید کدهای اولیه، جست‌وجوی مضامین، بازبینی مضامین، تعریف و نام‌گذاری مضامین، و نگارش گزارش تحلیلی نهایی (Braun & Clarke, 2006). برای افزایش اعتبارپذیری، از بازبینی مشارکت‌کنندگان، گفت‌وگوی تحلیلی با دو متخصص زوج‌درمانی، ثبت یادداشت‌های تأملی پژوهشگر، و حفظ زنجیره مستندات کدگذاری استفاده شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، مشارکت‌کنندگان پیش از مصاحبه از اهداف پژوهش، محرمانگی اطلاعات، امکان خروج از مطالعه، و عدم ثبت نام واقعی آگاه شدند. تمام نقل‌قول‌ها با کدهای ناشناس مانند «زن، مشارکت‌کننده ۷» یا «مرد، مشارکت‌کننده ۱۴» گزارش شدند.

یافته‌ها

در این پژوهش ۲۴ نفر شامل ۱۲ زن و ۱۲ مرد شرکت کردند. دامنه سنی مشارکت‌کنندگان بین ۲۸ تا ۴۹ سال و میانگین تقریبی سن آنان ۳۷/۶ سال بود. از نظر سطح تحصیلات، ۵ نفر دارای دیپلم، ۷ نفر دارای مدرک کارشناسی، ۹ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۳ نفر دارای مدرک دکتری حرفه‌ای یا تخصصی بودند. از نظر مدت ازدواج، ۳ زوج بین ۲ تا ۵ سال، ۵ زوج بین ۶ تا ۱۰ سال و ۴ زوج بیش از ۱۰ سال سابقه ازدواج داشتند. از نظر وضعیت فرزند، ۸ زوج دارای فرزند و ۴ زوج بدون فرزند بودند. در ۷ زوج، خیانت به صورت عاطفی - ارتباطی، در ۳ زوج به صورت جنسی، و در ۲ زوج به صورت ترکیبی از خیانت عاطفی و جنسی گزارش شد. مدت زمان سپری‌شده از افشای خیانت در ۴ زوج کمتر از ۶ ماه، در ۵ زوج بین ۶ تا ۱۲ ماه، و در ۳ زوج بین ۱۲ تا ۲۴ ماه بود. تمام مشارکت‌کنندگان ساکن شهر تهران بودند و از طریق مراکز مشاوره خانواده، درمانگران زوج و فراخوان محدود پژوهشی شناسایی شدند.

نخستین مقوله اصلی، چرخه خودسرزنی و شرم پس از افشای خیانت بود. مشارکت‌کنندگان توصیف کردند که پس از آشکارشدن خیانت، نگاه آنان به خود و رابطه به شدت تغییر کرده است. افراد خیانت‌دیده اغلب خود را به دلیل اعتماد کردن، نادیده گرفتن نشانه‌ها، کافی نبودن، جذاب نبودن یا ناتوانی در حفظ رابطه سرزنش می‌کردند. در مقابل، افراد مرتکب خیانت نیز میان احساس گناه، شرم، ترس از طرد و دفاع‌مندی در نوسان بودند. این چرخه باعث می‌شد هیچ‌کدام از طرفین نتوانند هیجان‌های خود را به صورت روشن بیان کنند. یکی از زنان خیانت‌دیده

گفت: «اولین چیزی که بعد از فهمیدن رابطه‌اش به ذهنم آمد این نبود که او چه کرده؛ این بود که من چه کم داشتم که این اتفاق افتاد؟ هر روز خودم را با آن زن مقایسه می‌کردم» (زن، مشارکت‌کننده ۳). یکی از مردان مرتکب خیانت نیز بیان کرد: «وقتی همسرم گریه می‌کرد، می‌خواستم نزدیک شوم، ولی صدایی در ذهنم می‌گفت تو لیاقت حرف زدن نداری. بعد به جای عذرخواهی، ساکت می‌شدم یا عصبی جواب می‌دادم» (مرد، مشارکت‌کننده ۱۰). این یافته نشان داد که خودانتقادی و شرم، هم در فرد آسیب‌دیده و هم در فرد آسیب‌زننده، به صورت مانعی برای پردازش هیجانی و گفت‌وگوی ترمیمی عمل می‌کند.

دومین مقوله اصلی، ناتوانی زوجها در تمایز میان مسئولیت‌پذیری و تحقیر خود بود. بسیاری از مشارکت‌کنندگان تصور می‌کردند که اگر فرد مرتکب خیانت خود را نبخشد یا دائماً تحقیر کند، نشانه پشیمانی واقعی است؛ در حالی که تجربه آنان نشان می‌داد شرم شدید معمولاً به اجتناب، انکار، پنهان‌کاری یا دفاع‌مندی منجر می‌شود. از سوی دیگر، برخی افراد خیانت‌دیده نیز تصور می‌کردند هر نوع مهربانی با خود به معنای ساده‌لوحی یا نادیده گرفتن آسیب است. یکی از زنان گفت: «فکر می‌کردم اگر با خودم مهربان باشم یعنی دارم به او اجازه می‌دهم کارش را کوچک کند. برای همین حتی وقتی خسته بودم، به خودم حق استراحت نمی‌دادم» (زن، مشارکت‌کننده ۸). یکی از مردان مرتکب خیانت نیز اظهار کرد: «من یا خودم را کاملاً هیولا می‌دیدم یا سعی می‌کردم بگویم تقصیر رابطه‌مان بود. هیچ‌وقت یاد نگرفته بودم بگویم من مسئولم، اما هنوز می‌توانم تغییر کنم» (مرد، مشارکت‌کننده ۱۵). این مقوله نشان داد که در الگوی درمانی، آموزش تمایز میان پاسخ‌گویی اخلاقی و فروپاشی شرم‌مدارانه ضروری است.

سومین مقوله، نیاز به خودشفقت‌ورزی به عنوان سازوکار ایمنی هیجانی بود. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که در لحظه‌های بحرانی، ذهن آنان یا وارد حالت حمله به خود و دیگری می‌شد یا به کلی از گفت‌وگو فرار می‌کرد. تجربه‌های آنان نشان داد که مهارت‌هایی مانند توقف آگاهانه، نام‌گذاری هیجان، نفس کشیدن آرام، گفت‌وگوی درونی مهربانانه، و پذیرش رنج بدون قضاوت می‌تواند شدت واکنش‌های تهدیدمحور را کاهش دهد. یکی از زنان خیانت‌دیده بیان کرد: «وقتی یاد گرفتم به خودم بگویم حق داری درد داشته باشی، اما این درد یعنی تو بی‌ارزش نیستی، برای اولین بار توانستم بدون فریاد زدن حرف بزنم» (زن، مشارکت‌کننده ۵). یکی از مردان نیز گفت: «وقتی به جای اینکه بگویم من نابود شدم، گفتم من اشتباه بزرگی کردم و باید تحمل کنم که همسرم دردش را بگوید، توانستم کمتر دفاع کنم» (مرد، مشارکت‌کننده ۱۲). این مقوله نشان داد که خودشفقت‌ورزی نه تنها یک مهارت فردی، بلکه پیش‌شرطی برای گفت‌وگوی زوجی ایمن است.

چهارمین مقوله اصلی، بازسازی گفت‌وگوی زوجی بر پایه پذیرش، مرزبندی و پاسخ‌دهی هیجانی بود. زوجها بیان کردند که گفت‌وگوهای پس از خیانت اغلب میان دو قطب افراطی حرکت می‌کرد: یا گفت‌وگوهای انفجاری و پر از بازخواست، یا سکوت و فاصله‌گیری کامل. یافته‌ها نشان داد که پذیرش متقابل زمانی شکل می‌گیرد که فرد خیانت‌دیده بتواند رنج خود را بدون خودتحقیرگری بیان کند و فرد مرتکب بتواند بدون دفاع، کوچک‌سازی یا حمله متقابل، آن رنج را بشنود. البته مشارکت‌کنندگان تأکید داشتند که پذیرش به معنای حذف مرزها نیست؛ بلکه نیازمند شفافیت، توقف رابطه فرازناشویی، تعهد رفتاری، پاسخ‌گویی و امکان پرسشگری کنترل‌شده است. یکی از زنان گفت: «من نمی‌خواستم فقط بگویم ببخشید. می‌خواستم بتواند درد من را تحمل کند، نه اینکه هر بار گریه کردم بگوید باز شروع کردی» (زن، مشارکت‌کننده ۱۱).

یکی از مردان خیانت‌دیده نیز گفت: «وقتی توانستم بگویم هنوز عصبانی‌ام ولی نمی‌خواهم خودم را نابود کنم، رابطه از جنگ کامل بیرون آمد» (مرد، مشارکت‌کننده ۱۸). این مقوله نشان داد که پذیرش متقابل باید همراه با مرزبندی روشن و پاسخ‌دهی هیجانی آموزش داده شود. پنجمین مقوله، مؤلفه‌های الگوی درمانی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بود. بر اساس تحلیل داده‌ها، الگوی پیشنهادی شامل پنج مرحله است: مرحله نخست، تثبیت هیجانی و ایجاد ایمنی رابطه‌ای؛ مرحله دوم، شناسایی صدای خودانتقادگر و الگوهای شرم رابطه‌ای؛ مرحله سوم، آموزش ذهن‌آگاهی شفقت‌آمیز، خودمهربانی و انسانیت مشترک؛ مرحله چهارم، بازسازی مسئولیت‌پذیری بدون شرم‌زدگی و بدون توجیه؛ و مرحله پنجم، تمرین پذیرش متقابل، گفت‌وگوی ترمیمی و تعهدهای رفتاری. مشارکت‌کنندگان تأکید داشتند که درمان باید به هر دو نفر کمک کند هم واقعیت آسیب را ببینند و هم از فروپاشی هویتی نجات پیدا کنند. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «ما وقتی بهتر شدیم که فهمیدیم قرار نیست یا او کاملاً شیطان باشد یا من کاملاً قربانی بی‌ارزش. باید بفهمیم چه اتفاقی افتاده، چه دردی ساخته، و حالا هر کدام چه مسئولیتی داریم» (زن، مشارکت‌کننده ۲۱). بنابراین، الگوی درمانی پیشنهادی بر سه محور هم‌زمان استوار شد: شفقت با خود، شفقت در گفت‌وگو، و مسئولیت‌پذیری رابطه‌ای.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که خیانت زناشویی در تجربه مشارکت‌کنندگان تنها به‌عنوان یک نقض رفتاری تجربه نمی‌شود، بلکه به‌صورت بحرانی عمیق در تصویر فرد از خود، احساس ارزشمندی، امنیت رابطه‌ای و ظرفیت گفت‌وگوی زوجی ظاهر می‌شود. مقوله نخست، یعنی «چرخه خودسرزندی و شرم پس از افشای خیانت»، نشان داد که خودانتقادی و شرم می‌توانند پس از خیانت به شکل دوگانه در هر دو عضو زوج فعال شوند. فرد خیانت‌دیده ممکن است به‌جای تمرکز بر رفتار آسیب‌زننده همسر، خود را به‌عنوان علت خیانت ادراک کند و درگیر مقایسه، احساس ناکافی بودن و خودسرزندی شود. فرد مرتکب خیانت نیز ممکن است به‌جای مسئولیت‌پذیری روشن، در شرم فراگیر گرفتار شود و همین شرم به دفاع‌مندی، اجتناب یا سکوت منجر گردد. این یافته با دیدگاه گیلبرت و پروکتر همسو است که شرم و خودانتقادی را از عوامل مرکزی در تداوم رنج روان‌شناختی و دشواری در دریافت آرامش و حمایت می‌داند (Gilbert & Procter, 2006). همچنین با مدل‌های درمان خیانت همخوان است که نشان می‌دهند خیانت می‌تواند پیامدهایی شبیه تروما ایجاد کند و نیازمند پردازش هیجانی تدریجی، ایمن و ساختارمند است (Gordon et al., 2005; Snyder et al., 2008). بر اساس یافته حاضر، هر مداخله درمانی برای زوج‌های آسیب‌دیده از خیانت باید خودسرزندی و شرم را نه به‌عنوان واکنش‌های جانبی، بلکه به‌عنوان اهداف درمانی اصلی در نظر بگیرد.

مقوله دوم، یعنی «ناتوانی در تمایز میان مسئولیت‌پذیری و تحقیر خود»، نشان داد که بسیاری از زوجها میان پشیمانی سالم و خودتحقیری تمایز قائل نمی‌شوند. در تجربه مشارکت‌کنندگان، فرد مرتکب گاهی تصور می‌کرد که هرچه بیشتر خود را محکوم کند، نشانه جبران بیشتر است؛ اما همین خودمحکوم‌سازی در عمل او را از حضور هیجانی، شنیدن درد همسر و انجام رفتارهای ترمیمی باز می‌داشت. از سوی دیگر، فرد خیانت‌دیده نیز گاهی هرگونه آرام‌سازی خود یا مهربانی با خود را معادل چشم‌پوشی از آسیب تلقی می‌کرد. این یافته با تمایز نظری میان گناه و شرم سازگار است؛ احساس گناه می‌تواند بر رفتار خاص متمرکز شود و به جبران کمک کند، اما شرم معمولاً کل هویت فرد را هدف قرار

می‌دهد و به اجتناب، دفاع یا فروپاشی می‌انجامد. در چارچوب خودشفقت‌ورزی نیف، فرد می‌آموزد که پذیرش خطاپذیری انسانی و مهربانی با خود به معنای حذف مسئولیت نیست، بلکه امکان مواجهه پایدارتر با مسئولیت را فراهم می‌کند. (Neff, 2003) بنابراین، الگوی درمانی پیشنهادی باید به زوجها آموزش دهد که «مسئولیت‌پذیری بدون توجیه» و «خودشفقت‌ورزی بدون فرار از پاسخ‌گویی» می‌توانند هم‌زمان وجود داشته باشند.

مقوله سوم، یعنی «نیاز به خودشفقت‌ورزی ایمن‌ساز در برابر فروپاشی هیجانی»، نشان داد که زوجها برای گفت‌وگوی ترمیمی ابتدا نیازمند مهار سیستم تهدید هستند. پس از افشای خیانت، بسیاری از تعاملات زوجی با نشانه‌هایی مانند حمله، بازخواست، گریه، سکوت، دفاع‌مندی، فاصله‌گیری و تحریک‌پذیری همراه می‌شود. در چنین وضعیتی، ورود زودهنگام به بحث‌هایی مانند بخشش یا تصمیم نهایی درباره ادامه رابطه ممکن است نه تنها مفید نباشد، بلکه فشار هیجانی را افزایش دهد. درمان متمرکز بر شفقت بر این نکته تأکید می‌کند که افراد دارای شرم و خودانتقادی بالا معمولاً در تولید صدای درونی آرام‌ساز مشکل دارند و نیازمند تمرین‌هایی برای فعال‌سازی سیستم آرام‌سازی و پیوند هستند (Gilbert, 2009; Leaviss & Uttley, 2015). یافته حاضر نیز نشان داد که مهارت‌هایی مانند نام‌گذاری هیجان، تنفس آرام، توقف آگاهانه، گفت‌وگوی درونی مهربانانه و پذیرش رنج بدون قضاوت، زمینه لازم برای کاهش شدت واکنش‌های تهدیدمحور را فراهم می‌کند. در نتیجه، خودشفقت‌ورزی در این الگو نه صرفاً یک تمرین فردی، بلکه یک مداخله تنظیم هیجان زوجی است که ظرفیت گفت‌وگوی ترمیمی را افزایش می‌دهد.

مقوله چهارم، یعنی «بازسازی گفت‌وگوی زوجی بر پایه پذیرش، مرزبندی و پاسخ‌دهی هیجانی»، نشان داد که پذیرش متقابل در زوج‌های آسیب‌دیده از خیانت زمانی امکان‌پذیر است که دو شرط به‌صورت هم‌زمان فراهم شود: نخست، امکان بیان رنج، خشم و ابهام بدون تحقیر خود یا دیگری؛ دوم، وجود مرزهای روشن، شفافیت رفتاری و پاسخ‌گویی واقعی. این یافته با پژوهش‌های مربوط به خودشفقت‌ورزی در روابط عاشقانه همخوان است. نیف و برتواس نشان دادند که خودشفقت‌ورزی با رفتارهای رابطه‌ای سالم‌تر مانند حمایت‌گری، پذیرش، کاهش کنترل‌گری و کاهش پرخاشگری کلامی همراه است. (Neff & Beretvas, 2013) همچنین یافته‌های مربوط به نقش خودشفقت‌ورزی و بخشش در رضایت زناشویی نشان می‌دهد که ظرفیت مهربانی با خود و گذشت می‌تواند کیفیت رابطه را بهبود دهد، البته زمانی که با آگاهی و مسئولیت همراه باشد. (Fahimdanesh et al., 2020) در پژوهش حاضر نیز پذیرش متقابل نه به‌معنای اجبار به بخشش، نه به‌معنای انکار درد، و نه به‌معنای حذف پیامدهای خیانت بود؛ بلکه به معنای توانایی دیدن خود و دیگری در کلیت انسانی، همراه با حفظ مرزها و تعهدهای روشن درمانی بود. مقوله پنجم، یعنی «مؤلفه‌های الگوی درمانی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی»، نتیجه ترکیبی چهار مقوله پیشین بود و نشان داد که یک الگوی درمانی مناسب برای این گروه از زوجها باید مرحله‌ای، ایمن، هیجان‌محور و مسئولیت‌محور باشد. در مرحله نخست، درمانگر باید به تثبیت هیجانی، ارزیابی ایمنی رابطه، توقف خیانت فعال و کاهش تعاملات آسیب‌زا کمک کند. در مرحله دوم، الگوهای خودانتقادی و شرم رابطه‌ای در هر دو عضو زوج شناسایی می‌شود. در مرحله سوم، مهارت‌های خودشفقت‌ورزی شامل ذهن‌آگاهی، خودمهربانی، انسانیت مشترک و تنظیم صدای درونی آموزش داده می‌شود. در مرحله چهارم، مسئولیت‌پذیری فرد مرتکب بدون سقوط به شرم و بدون توجیه رفتار بازسازی می‌شود.

در مرحله پنجم، پذیرش متقابل، گفت‌وگوی ترمیمی، مرزبندی و تعهدهای رفتاری تمرین می‌شود. این ساختار با مدل‌های مرحله‌ای درمان خیانت، که ابتدا به مدیریت بحران و پیامدهای اولیه، سپس به فهم عوامل زمینه‌ساز و در نهایت به تصمیم‌گیری درباره آینده رابطه می‌پردازند، همخوانی دارد (Gordon et al., 2005; Snyder et al., 2008). نوآوری الگوی حاضر در آن است که خودشفقت‌ورزی را به‌عنوان محور پیونددهنده میان تنظیم هیجان، کاهش شرم، مسئولیت‌پذیری و پذیرش متقابل قرار می‌دهد.

از منظر نظری، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که خودشفقت‌ورزی می‌تواند حلقه واسط میان کار فردی و کار زوجی در درمان خیانت باشد. بسیاری از مداخلات زوج‌درمانی بر تعاملات بین‌فردی تمرکز دارند، در حالی که خیانت هم‌زمان صدای درونی هر فرد را نیز دگرگون می‌کند. فرد خیانت‌دیده ممکن است در خلوت خود با جملاتی مانند «من کافی نبودم» یا «من احمق بودم که اعتماد کردم» زندگی کند؛ و فرد مرتکب ممکن است با جملاتی مانند «من غیرقابل بخششم» یا «دیگر هیچ راهی برای جبران وجود ندارد» مواجه شود. این صداهای درونی به‌صورت مستقیم وارد گفت‌وگوی زوجی می‌شوند و کیفیت آن را تعیین می‌کنند. از این‌رو، مداخله درمانی باید نه‌تنها گفت‌وگوی میان زوج، بلکه گفت‌وگوی درونی هر فرد با خود را هدف قرار دهد. این نتیجه با دیدگاه نیف درباره سه مؤلفه خودشفقت‌ورزی و با دیدگاه گیلبرت درباره نقش سیستم تهدید و خودانتقادگر در تداوم رنج همسو است (Gilbert, 2009; Neff, 2003).

از منظر بالینی، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمانگر در کار با زوج‌های آسیب‌دیده از خیانت باید نسبت به دو خطر حساس باشد: نخست، تبدیل درمان به فضایی برای تکرار سرزنش و تحقیر؛ دوم، تبدیل خودشفقت‌ورزی به ابزاری برای کاهش زود هنگام مسئولیت. الگوی پیشنهادی تلاش می‌کند میان این دو خطر تعادل برقرار کند. در این الگو، فرد خیانت‌دیده حق دارد درد، خشم و ابهام خود را بیان کند، اما هم‌زمان می‌آموزد که ارزشمندی خود را به رفتار همسر گره نزنند. فرد مرتکب نیز موظف است مسئولیت روشن رفتار خود را بپذیرد، اما می‌آموزد که شرم فراگیر و خودمحکوم‌سازی افراطی الزاماً به جبران کمک نمی‌کند. بنابراین، خودشفقت‌ورزی در این الگو به معنای «نرم کردن مسئولیت» نیست، بلکه به معنای «قابل تحمل کردن مواجهه با واقعیت» است. همین ویژگی می‌تواند امکان ترمیم رابطه یا حتی جدایی آگاهانه و کم‌آسیب‌تر را فراهم کند.

در مجموع، یافته‌های پژوهش نشان داد که خودانتقادی، شرم رابطه‌ای و فقدان پذیرش متقابل، سه گره اصلی در تجربه زوج‌های آسیب‌دیده از خیانت هستند. خودشفقت‌ورزی می‌تواند از طریق کاهش خودسرزنی، افزایش تحمل هیجان، تقویت مسئولیت‌پذیری بدون شرم، و بازسازی گفت‌وگوی مبتنی بر پذیرش و مرزبندی، به‌عنوان هسته یک الگوی درمانی کارآمد عمل کند. این الگو به درمانگران کمک می‌کند تا به‌جای تمرکز صرف بر بخشش یا بازسازی اعتماد، ابتدا ظرفیت روانی و رابطه‌ای لازم برای مواجهه با آسیب را ایجاد کنند. به بیان دیگر، مسیر ترمیم پس از خیانت از پذیرش ساده یا فراموشی نمی‌گذرد؛ بلکه از مواجهه شفقت‌آمیز، مسئولانه و تدریجی با رنج، خطا، پیامدها و انتخاب‌های آینده عبور می‌کند.

پژوهش حاضر با وجود ارائه یافته‌های کاربردی، دارای چند محدودیت است. نخست، مشارکت‌کنندگان فقط از شهر تهران انتخاب شدند و ممکن است تجربه زوج‌های سایر شهرها یا بافت‌های فرهنگی متفاوت با یافته‌های حاضر تفاوت داشته باشد. دوم، به دلیل حساسیت موضوع

خیانت، احتمال خودسانسوری، پنهان‌کاری یا بیان گزینشی تجربه‌ها از سوی مشارکت‌کنندگان وجود دارد. سوم، داده‌ها فقط از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری شد و از مشاهده جلسات درمانی، یادداشت‌های بالینی یا پیگیری طولی استفاده نشد. چهارم، مطالعه حاضر ماهیت کیفی داشت و بنابراین هدف آن تعمیم آماری نبود، بلکه فهم عمیق تجربه‌ها و استخراج مؤلفه‌های الگوی درمانی بود. همچنین به دلیل تمرکز پژوهش بر زوج‌هایی که تمایل به مشارکت در پژوهش و گفت‌وگو درباره خیانت داشتند، یافته‌ها ممکن است بازتاب‌دهنده تجربه زوج‌هایی نباشد که در مرحله بحران شدید، خشونت فعال یا جدایی قطعی قرار دارند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، الگوی درمانی استخراج‌شده در قالب مطالعات مداخله‌ای آزمایشی یا نیمه‌آزمایشی بررسی شود و اثربخشی آن بر متغیرهایی مانند خودانتقادی، شرم درونی‌شده، اضطراب رابطه‌ای، اعتماد، بخشش، رضایت زناشویی و پذیرش متقابل سنجیده شود. همچنین انجام پژوهش‌های طولی می‌تواند نشان دهد که تغییرات ناشی از مداخلات مبتنی بر خودشفقت‌ورزی در زوج‌های آسیب‌دیده از خیانت تا چه اندازه پایدار باقی می‌ماند. پیشنهاد می‌شود تجربه زنان و مردان به صورت مقایسه‌ای بررسی شود، زیرا شرم، خودسرزنی و فشار اجتماعی ممکن است در دو جنس به شکل‌های متفاوت تجربه شود. افزون بر این، بررسی نقش نوع خیانت، مدت زمان سپری‌شده از افشا، وجود فرزند، حمایت خانواده، باورهای مذهبی و فرهنگی، و سابقه آسیب‌های دلبستگی می‌تواند به غنی‌تر شدن مدل کمک کند. پژوهش‌های آینده همچنین می‌توانند نسخه گروهی، فردی و زوجی این الگو را طراحی و با یکدیگر مقایسه کنند.

در سطح کاربردی، درمانگران زوج و خانواده می‌توانند در کار با زوج‌های آسیب‌دیده از خیانت، پیش از ورود به مباحثی مانند بخشش یا تصمیم‌گیری نهایی، به تثبیت هیجانی و کاهش خودانتقادی بپردازند. پیشنهاد می‌شود در جلسات اولیه، شرم رابطه‌ای هر دو عضو زوج ارزیابی شود و درمانگر به زوج کمک کند میان مسئولیت‌پذیری سالم و خودتحقیرگری تمایز قائل شوند. استفاده از تمرین‌هایی مانند تنفس شفقت‌آمیز، نامه مهربانانه به خود، شناسایی صدای خودانتقادگر، گفت‌وگوی ساختاریافته درباره آسیب، و تمرین پاسخ‌دهی همدلانه می‌تواند در کاهش دفاع‌مندی و افزایش پذیرش متقابل مؤثر باشد. همچنین لازم است درمانگران تأکید کنند که خودشفقت‌ورزی به معنای توجیه خیانت یا اجبار به ماندن در رابطه نیست، بلکه ابزاری برای تصمیم‌گیری آگاهانه، حفظ کرامت روانی، بازسازی مسئولیت‌پذیری و کاهش آسیب ثانویه است. در نهایت، اجرای این الگو باید همراه با ارزیابی ایمنی، توقف رابطه فرارناشویی، شفافیت رفتاری و توجه به مرزهای فرد خیانت‌دیده باشد.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف ارائه الگوی درمانی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی برای کاهش خودانتقادی، شرم رابطه‌ای و افزایش پذیرش متقابل در زوج‌های آسیب‌دیده از خیانت انجام شد. نتایج نشان داد که خیانت زناشویی در تجربه مشارکت‌کنندگان با چرخه‌ای از خودسرزنی، شرم، دفاع‌مندی، فروپاشی هیجانی و دشواری در گفت‌وگوی ترمیمی همراه است. بر اساس تحلیل داده‌ها، پنج مقوله اصلی استخراج شد که نشان می‌دهد خودشفقت‌ورزی می‌تواند به عنوان سازوکاری تنظیم‌کننده و ترمیم‌گر در درمان خیانت عمل کند. الگوی پیشنهادی شامل مراحل تثبیت هیجانی، شناسایی خودانتقادی و شرم، آموزش خودشفقت‌ورزی، بازسازی مسئولیت‌پذیری بدون خودتحقیرگری، و تمرین پذیرش متقابل و تعهدهای رفتاری است. این الگو می‌تواند به درمانگران کمک کند تا در کار با زوج‌های آسیب‌دیده از خیانت، هم‌زمان به رنج فرد خیانت‌دیده،

مسئولیت فرد مرتکب، و ظرفیت رابطه برای گفت‌وگوی ایمن توجه کنند. در مجموع، خودشفقت‌ورزی در این مدل نه به معنای ساده‌سازی خیانت، بلکه به معنای فراهم کردن زمینه‌ای برای مواجهه انسانی، مسئولانه و ترمیم‌گرانه با یکی از دشوارترین بحران‌های زندگی زوجی است.

موازين اخلاقی

در تمامی مراحل پژوهش حاضر اصول اخلاقی مرتبط با نشر و انجام پژوهش رعایت گردیده است.

مشاركت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشكر و قدردانی

از همه افرادی که در این پژوهش به ما یاری رساندند سپاسگزاری به عمل می‌آید.

References

- Atkins, D. C., Baucom, D. H., & Jacobson, N. S. (2001). Understanding infidelity: Correlates in a national random sample. *Journal of Family Psychology*, 15(4), 735–749. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.15.4.735>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher. *International Journal of Transgender Health*, 24(1), 1–6. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597>
- Fahimdanesh, F., Noferesti, A., & Tavakol, K. (2020). Self-compassion and forgiveness: Major predictors of marital satisfaction in young couples. *The American Journal of Family Therapy*, 48(3), 221–234. <https://doi.org/10.1080/01926187.2019.1708832>
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199–208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P. (2010). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. New Harbinger Publications.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353–379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Gordon, K. C., Baucom, D. H., & Snyder, D. K. (2005). Treating couples recovering from infidelity: An integrative approach. *Journal of Clinical Psychology*, 61(11), 1393–1405. <https://doi.org/10.1002/jclp.20189>
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, 45(5), 927–945. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*, 74, 193–218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>
- Neff, K. D., & Beretvas, S. N. (2013). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and Identity*, 12(1), 78–98. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.639548>
- Snyder, D. K., Baucom, D. H., & Gordon, K. C. (2008). An integrative approach to treating infidelity. *The Family Journal*, 16(4), 300–307. <https://doi.org/10.1177/1066480708323200>