



## مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی – رفتاری بر رضایت جنسی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی

فریده دهقانی: دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران  
احمد غضنفری: دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران (\* نویسنده مسئول) [aghazan5@yahoo.com](mailto:aghazan5@yahoo.com)  
طیبه شریفی: دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

### چکیده

#### کلیدواژه‌ها

خیانت زناشویی،  
درمان هیجان‌مدار،  
درمان شناختی – رفتاری،  
رضایت جنسی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۱۴

تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۰۹/۰۶

**زمینه و هدف:** خیانت زناشویی بیش از هر مشکل و عامل دیگری به رابطه زناشویی آسیب وارد می‌کند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار (Emotional focus therapy -EFT) و درمان شناختی – رفتاری (Cognitive behavioural therapy -CBT) بر رضایت جنسی زنان اجرا شد.

**روش کار:** پژوهش به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری کلیه زنانی بودند که به دلیل خیانت همسر در نیمه اول سال ۱۴۰۱ به یکی از مراکز مشاوره شهر اصفهان مراجعه کردند. با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، ۵۴ نفر از بین آن‌ها انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل گمارده شدند. ابزار پژوهش پرسش‌نامه رضایت جنسی (لارسون و همکاران، ۱۹۹۸) بود که طی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه تکمیل شد. سپس به اعضای گروه آزمایش (۱) هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (EFT) و به اعضای گروه آزمایش (۲) هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (CBT) به صورت هفتگی ارائه شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد هر دو روش درمان بر افزایش میانگین نمرات رضایت جنسی زنان گروه‌های آزمایش تاثیر پایدار داشتند ( $P < 0/01$ ). همچنین مشخص شد (EFT) در مقایسه با (CBT) روی افزایش میانگین رضایت جنسی تاثیر بالاتری داشته است ( $P < 0/01$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتیجه‌گیری شد دو روش مداخله و به خصوص (EFT) از اثربخشی و پایداری مناسبی برای کار کردن با زنان آسیب‌دیده از خیانت‌های زناشویی برخوردارند.

**تعارض منافع:** گزارش نشده است.

**منبع حمایت‌کننده:** حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Dehghani F, Ghazanfari A, Sharifi T. Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on The Sexual Satisfaction of Women Affected by Marital Infidelity. Razi J Med Sci. 2023(27 Nov);30.132.

\*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با [CC BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/) صورت گرفته است.

## Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on The Sexual Satisfaction of Women Affected by Marital Infidelity

**Farideh Dehghani:** PhD student in General Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

**Ahmad Ghazanfari:** Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran (\* Corresponding Author) [aghazan5@yahoo.com](mailto:aghazan5@yahoo.com)

**Tayebeh Sharifi:** Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

### Abstract

**Background & Aims:** Marital bond is considered the most complex human relationship and has a potential ability to release emotions. At the same time, this very special human relationship may suffer due to the reasons that marital infidelity seems to damage the marital relationship more than any other problem and factor and puts the couple in a very difficult situation (1). Betrayal is one of the main reasons for divorce and marriage breakdown (2). In the couple therapy literature, cheating is any type of sexual or emotional relationship that is secret and outside of marital rules (3). Also, Widerman and Allgir (2011) in their definition of marital infidelity pay attention to a wider scope and consider it as having a sexual or emotional relationship, online or a combination of them (4). Of course, according to this definition, it is not necessary to have sex in order to be able to put a relationship in this category, but any relationship with a person of the opposite sex that is hidden from the spouse is an extramarital relationship and is considered treason (5).

One of the challenges that the betrayed person faces and in turn affects the quality of treatment is that marital betrayal causes the loss of trust in the relationship and the level of intimacy, as well as a sharp decrease in satisfaction with married life. . Therefore, until the betrayed person cannot forgive his wife and trust him, the recovery process will not be possible and there will be no overall satisfaction. Therefore, when working with such cases, therapists should not only focus on reducing symptoms and discomfort. Rather, they should pay attention to more important issues such as overall satisfaction with life, as well as quality of life and sexual satisfaction. It seems that overall satisfaction with life and sexual satisfaction have a two-way relationship with each other and the existence of each can help improve the other; Because the absence of one causes the decline of the other. On the other hand, the results of some studies show that sexual satisfaction increases mental health and improves the quality of life. Research findings about the quality and quantity of infidelity treatment show that regardless of the theoretical orientation of the treatment, a large percentage of couples can benefit from these interventions. Several theoretical and interventional models have been introduced for the treatment of infidelity, among which emotion-oriented therapy and cognitive-behavioral therapy can be introduced. In this way, the current research was put to the test with the aim of comparing the effectiveness of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy on the sexual satisfaction of women injured by marital infidelity.

**Methods:** The present study was applied in terms of purpose and semi-experimental in terms of execution method with a pre-test, post-test and follow-up plan with a control group. The statistical population of the research included all the women who referred to one of the counseling centers in Isfahan city due to their husband's infidelity in the first half of 2022. Thus, using the available sampling method, 54 people were selected from among them and randomly assigned to 2 experimental groups and 1 control group (18 people in each group). The research tool was the sexual satisfaction questionnaire (Larson et al., 1998), which was

### Keywords

Marital Infidelity,  
Emotion-Focused  
Therapy,  
Cognitive-Behavioral  
Therapy,  
Sexual Satisfaction

Received: 05/08/2023

Published: 27/11/2023

completed in three stages: pre-test, post-test and 3-month follow-up. Then, eight 90-minute sessions of emotion-focused therapy were given to the members of the experimental group (1) and eight 90-minute sessions of cognitive-behavioral therapy to the members of the experimental group (2). The obtained data were analyzed using variance analysis with repeated measurements and Bonferroni's post hoc test.

**Results:** The results of the research showed that the average scores of sexual satisfaction in the pre-test, post-test and follow-up times were significantly different from each other ( $P < 0.01$ ); So that it was found that the average scores of sexual satisfaction in the post-test and follow-up stages increased significantly compared to the pre-test stage ( $P < 0.01$ ), but there was no significant difference between the average scores of the post-test and follow-up stages ( $0.01 < P$ ). Therefore, it was concluded that the average scores of sexual satisfaction increased in the post-test and follow-up phase compared to the pre-test phase and this increase was stable. Also, the intergroup effects showed that there was a significant difference between the mean sexual satisfaction scores of the experimental and control groups and the impact factor was 0.501, which indicates that more than 50% of the changes in sexual satisfaction scores were due to the intervention. The pairwise comparison also indicated that the average sexual satisfaction scores of the test groups were significantly higher than the control group ( $P < 0.01$ ). In addition, the mean sexual satisfaction scores of the emotion-focused therapy group were significantly higher than the cognitive-behavioral therapy group ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** It was concluded that although two intervention methods are effective in increasing the average scores of sexual satisfaction, the effectiveness of emotion-focused therapy was significantly higher. The results of the research showed that providing emotion-focused therapy had a lasting effect on improving women's sexual satisfaction. This finding is in line with the research results of Rostami et al (29), HasanneZhad et al (30), Halchuk et al (34). In explaining these findings, it can be said that two methods of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy have the necessary capacity and ability and were able to improve the sexual satisfaction of women participating in the research. Emotion-focused therapy improved the problematic emotional state of women due to the use of identification mechanisms, emotional readjustment and emotional readjustment. Cognitive-behavioral therapy also uses techniques such as increasing sexual awareness, sexual skills, imagining, increasing understanding and recognition of the causes of sexual problems and dissatisfaction, the way of expressing positive and negative sexual and non-sexual feelings, the field of improving women's sexual satisfaction. provided It seems that the presentation of these two treatment methods caused a change in the secretion of hormones such as oxytocin, estrogen and progesterone, which in turn increased the sexual satisfaction of women in test groups (1) and (2). However, the effectiveness of emotional therapy was higher compared to cognitive-behavioral therapy on improving sexual satisfaction, which can be explained by the fact that people who face marital infidelity, emotions experience negativity, conflict and ambiguity, which causes avoidance and non-adaptive behaviors in them. Therefore, emotional therapy focuses directly on negative emotions because it uses the bottom-up method, and compared to cognitive-behavioral therapy that uses the top-down method, it can solve such emotional problems faster and more deeply. solve and provide the necessary conditions to increase sexual satisfaction among women.

**Conflicts of interest:** None

**Funding:** None

#### Cite this article as:

Dehghani F, Ghazanfari A, Sharifi T. Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on The Sexual Satisfaction of Women Affected by Marital Infidelity. Razi J Med Sci. 2023(27 Nov);30.132.

\*This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.

## مقدمه

پیوند زنا شویی پیچیده‌ترین رابطه انسانی به حساب می‌آید و از توانایی بالقوه‌ای برای آزاد سازی احساسات برخوردار است. در عین حال، این رابطه انسانی بسیار خاص ممکن است بنا به دلایلی دچار مشکل شود که به نظر می‌رسد پیمان شکنی و یا خیانت زنا شویی بیش از هر مشکل و عامل دیگری به رابطه زناشویی آسیب وارد می‌کند و زوجین را در شرایط بسیار سختی قرار می‌دهد (۱). خیانت یکی از دلایل عمده طلاق و از هم پاشیدن ازدواج است (۲). در ادبیات زوج‌درمانی خیانت به هر نوع رابطه جنسی یا عاطفی مخفیانه و خارج از قواعد زنا شویی گفته می‌شود (۳). وایدومن و آلگیر در تعریف خود از خیانت زناشویی، حیطة گسترده‌تری را مورد توجه قرار می‌دهند و آن را داشتن رابطه جنسی یا عاطفی، اینترنتی و یا ترکیبی از آن‌ها می‌دانند (۴). البته با توجه به این تعریف، لازم نیست حتماً رابطه جنسی صورت گیرد تا بتوان رابطه‌ای را در این مقوله قرار داد، بلکه هر ارتباطی با فرد غیر همجنس که از همسر پنهان شود یک رابطه فرازناشویی است و خیانت محسوب می‌شود (۵).

آمار خیانت زناشویی با توجه به تاثیرات منفی آن در جوامع مختلف رو به افزایش و امری نگران کننده است (۶). هرچند با توجه به تعریف و تابویی که در هنگام بررسی خیانت زناشویی وجود دارد، بررسی آمار و دلایل واقعی وقوع آن کار چندان ساده‌ای نیست. با این حال، نتایج مطالعات نشان می‌دهد ۴۰ درصد مردان و ۱۴ تا ۲۵ درصد زنان حداقل یک بار خیانت به همسرشان را گزارش کرده‌اند (۷).

یکی از چالش‌هایی که فرد خیانت‌دیده با آن روبه‌رو است و به نوبه خود کم و کیف درمان را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد این است که خیانت زنا شویی باعث از بین رفتن اعتماد موجود در رابطه و سطح صمیمیت و همچنین کاهش شدید رضایت از زندگی زناشویی می‌شود (۸). بنابراین تا زمانی که فرد خیانت‌دیده نتواند همسر خود را ببخشد و به او اعتماد کند، فرایند بهبود میسر نمی‌شود و رضایت‌مندی کلی به وجود نمی‌آید (۹). بنابراین درمان‌گران در هنگام کار با چنین مواردی نباید صرفاً روی کاهش علائم و ناراحتی‌های به وجود آمده متمرکز شوند (۱۰)، بلکه بایستی به مسائل

عمده‌تری مانند رضایت کلی از زندگی و همچنین کیفیت زندگی و رضایت جنسی نیز توجه نمایند (۱۱). به نظر می‌رسد رضایت کلی از زندگی و رضایت جنسی با یکدیگر رابطه دو سویه دارند و وجود هر یک می‌تواند به بهبود دیگری کمک نماید؛ کما اینکه عدم وجود یکی باعث افت و کاهش دیگری می‌شود (۹). از سوی دیگر، نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد رضایت جنسی باعث افزایش سلامت روان (۱۲) و بهبود کیفیت زندگی می‌شود (۱۳).

رضایت جنسی یکی از عوامل مهمی است که نه تنها می‌تواند تا حدودی از بروز خیانت زناشویی جلوگیری کند، بلکه بعد از تجربه خیانت از سوی همسر به شدت آسیب می‌بیند (۱۴). رضایت جنسی به عنوان رضایت در فعالیت جنسی و رضایت هیجانی تعریف شده است. احساسی که فرد از در آمیختن خوش‌آیند روانی و تماس فیزیکی با لذت حاصل از آمیزش جنسی (تحریک جنسی، ارگاسم) به دست می‌آورد. البته باید در نظر داشت که رضایت جنسی فقط لذت جسمانی نیست و کلیه احساسات باقیمانده پس از جنبه‌های مثبت و منفی ارتباط جنسی را شامل می‌شود (۱۵).

کارکرد رضایت جنسی به این صورت است که وقتی فرد رضایت جنسی دارد میزان هورمون کورتیزول که هورمون استرس به حساب می‌آید در بدن وی به میزان قابل توجهی کاهش پیدا می‌کند (۱۶). ضمن اینکه باعث افزایش هورمون اکسی‌توسین موسوم به هورمون عشق می‌شود (۱۷)، تغییرات مثبتی را در سطح استروژن و پروژسترون به وجود می‌آورد (۱۸). از سوی دیگر، رضایت جنسی نه تنها باعث آزادسازی هورمون‌های اصلی اکسی‌توسین و وازوپرسین می‌شود، بلکه انتقال‌دهنده‌های عصبی دوپامین، سروتونین و اپی‌نفرین را نیز آزاد می‌سازد (۱۹). این در حالی است که عدم رضایت جنسی از طریق اثر منفی روی مدار دوپامینی مغز و سیستم پاداش، قسمت و نترال تگمنتوم بطنی و هسته اکامین را هدف قرار می‌دهد و از این طریق کاهش دوپامین را به همراه دارد (۲۰) و کاهش دوپامین به نوبه خود موجب کج خلقی و عدم رضایت از زندگی فرد می‌شود (۱۹).

یافته‌های پژوهشی پیرامون کم و کیف درمان خیانت نشان می‌دهد که فارغ از جهت‌گیری نظری درمان،

درصد زیادی از زوجها می‌توانند از این مداخلات سود ببرند (۲۱). مدل‌های نظری و مداخله‌ای متعددی برای درمان خیانت معرفی شده که برخی از معروف‌ترین آن‌ها عبارتند از درمان هیجان‌مدار، مدل بخشودگی، درمان شناختی - رفتاری، مدل‌های بخشش مبتنی بر ذهن‌آگاهی، زوج‌درمانی بافتاری (۲۲). به نظر می‌رسد درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی - رفتاری به دلیل برخورداری از ساختار و محتوای مناسب از اثربخشی لازم برای بهبود شرایط روان شناختی افراد خیانت‌دیده برخوردار باشند (۲۳).

گرینبرگ و تومیسکو معتقدند زوج‌درمانی هیجان‌مدار به علت ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان گام به گام برای زوجین، اثربخشی بالاتری نسبت به دیگر مداخلات دارد (۲۴). این روش مداخله یک رویکرد ساختاریافته کوتاه‌مدت در زوج‌درمانی به حساب می‌آید که بر پایه دلبستگی و هیجان و نقش آن‌ها در نحوه تجربه عشق در دوره بزرگ سالی طرح‌ریزی شده است (۲۳). در جریان این روش مداخله تلاش می‌شود تا هیجان‌های آسیب‌پذیر در هر کدام از زوجین شناسایی و آشکار شوند (۲۵)، ضمن اینکه توانایی زوجین برای ایجاد و تجربه این هیجان‌ها به شیوه‌های ایمن‌تر و محبت‌آمیزتر مورد توجه قرار می‌گیرد (۲۶). این روش مداخله از طریق تاثیر روی خودآگاهی و عزت نفس جنسی، افزایش عملکرد جنسی و کاهش تعارضات زناشویی و عواطف منفی زوجین، موجب افزایش رضایت و صمیمیت جنسی آن‌ها می‌شود (۲۷ و ۲۸).

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد درمان هیجان‌مدار به عنوان یک درمان تخصصی حوزه زوج‌درمانی، روی بسیاری از ویژگی‌های مربوط به صمیمیت، رضایت جنسی و همچنین تعارضات زناشویی تاثیر دارد. از جمله، تاثیر این روش مداخله روی افزایش رضایت جنسی (۲۹ و ۳۰)، افزایش صمیمیت جنسی (۲۷ و ۳۱)، بهبود مهارت‌های ارتباطی (۳۲)، بهبود فرایندهای خودبخشی، رابطه عاشقانه و بازیابی عاطفی و ترمیم رابطه (۳۳)، اعتماد، حمایت و سبک دلبستگی ایمن‌تر (۳۴ و ۳۵) و کاهش پریشانی و آشفتگی (۲۵) مورد تایید قرار گرفته است.

همچنین از درمان شناختی - رفتاری نیز برای کمک به زنان دارای تجارب خیانت هم‌سر و سایر مشکلات و تعارضات زناشویی استفاده شده است (۳۶). درمان شناختی - رفتاری به دلیل انعطاف‌پذیری و امکان اصلاح چرخه فکر - احساس - رفتار و تمرکز بر اینجا و اکنون منجر به کاهش علائم افسردگی، اضطراب و مشکلات روان شناختی دیگر می‌شود (۳۳ و ۳۷). مضاف بر اینکه چرخه فکر - احساس از طریق تفاهم متقابل اصلاح می‌شود، راه‌حل‌های مناسبی برای حل مسائل در اختیار زوجین قرار می‌دهد (۳۸). از جمله مشخص شده که درمان شناختی - رفتاری بر سازگاری زناشویی (۳۹)، بهبود اختلال تنوع‌طلبی جنسی (۴۰) و افزایش خودابرازی و صمیمیت جنسی (۴۱) موثر است.

مقایسه کارایی و اثربخشی روش‌های مختلف درمانی به لحاظ هزینه، پایداری و دامنه تاثیر از جمله موضوعات مورد علاقه پژوهشگران است تا بتوانند از این طریق کم و کیف هر یک از روش‌های مداخله را مورد بررسی قرار دهند و درمان‌های موثرتر و کارآمدتر را شناسایی نمایند (۴۲). در این زمینه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی - رفتاری با سایر روش‌های درمانی و در موارد محدودی با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفته است که نتایج بیانگر اثربخشی نسبتاً بالای هر دو روش درمان است. از جمله موثرتر بودن درمان هیجان‌مدار نسبت به درمان شناختی - رفتاری در بهبود سازگاری زوجین متقاضی طلاق (۴۳ و ۴۴)، یکسان بودن اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و درمان راه‌حل محور بر افزایش رضایت جنسی (۴۵)، اثربخشی یکسان زوج‌درمانی هیجان‌مدار و راه‌حل‌مدار بر کاهش ترس از صمیمیت و افزایش رضایت جنسی (۲۹) قابل اشاره‌اند.

با این حال، پژوهش‌های چندانی پیرامون مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی - رفتاری روی رضایت جنسی انجام نشده است. از این رو، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ دادن به این سؤال است که اثربخشی هر کدام از درمان‌های هیجان‌مدار و شناختی - رفتاری روی رضایت جنسی زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی به چه صورت است؟ و کدام یک روی بهبود رضایت جنسی تاثیر قوی‌تر و پایدارتری ایجاد می‌کنند؟

## روش کار

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود که طی آن اعضای دو گروه آزمایش و گروه کنترل طی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پرسش‌نامه رضایت جنسی را تکمیل کردند. جامعه آماری پژوهش، کلیه زنانی بودند که در ۳ ماهه اول سال ۱۴۰۱ به دلیل خیانت زناشویی از سوی همسر خود به یکی از مراکز مشاوره شهر اصفهان مراجعه کردند. بدین ترتیب با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و با انجام مصاحبه بالینی کوتاه، پژوهشگر تعداد ۵۴ نفر را به طور غیرتصادفی انتخاب و سپس به صورت تصادفی در سه گروه ۱۸ نفره قرار داد. ملاک‌های ورود پژوهش عبارت بودند از: سپری شدن حداقل ۱ سال از زندگی مشترک، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، حداقل مدرک تحصیلی سیکل به منظور توانایی استفاده مناسب از جلسات درمان، رضایت‌نامه کتبی یا حداقل شفاهی برای شرکت در پژوهش، اطمینان اولیه از وجود خیانت در رابطه زناشویی، عدم وجود

اختلال‌های روان‌پزشکی حاد و مزمن (اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی) و اختلالات شخصیت در زوجه بر اساس ملاک‌های DSM-5 توسط روان‌پزشک، توانایی و آمادگی حضور در جلسات درمانی به صورت هفته‌ای یک‌بار به مدت ۸ جلسه، عدم وابستگی و مصرف مواد و الکل. همچنین ملاک‌های خروج عبارت بودند از: دریافت هر گونه آموزش یا مشاوره به صورت هم‌زمان، بروز طلاق قانونی در حین جلسات درمان، غیبت بیش از دو جلسه متوالی یا غیرمتوالی.

در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه رضایت جنسی استفاده شد.

پرسش‌نامه رضایت جنسی لارسون: پرسش‌نامه رضایت جنسی لارسون به وسیله لارسون و همکاران (۱۹۹۸) ساخته شده است (۴۶) و شامل ۲۵ سؤال است که به روش ۵ گزینه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (گزینه هرگز نمره ۱، گزینه به ندرت نمره ۲، گاهی اوقات نمره ۳، اکثر اوقات نمره ۴ و همیشه نمره ۵) را دریافت می‌کنند. سئوال‌ات ۱-۲-۳-۱۰-۱۲-۱۳-۱۶-۱۷-۱۹-۲۱-۲۲-۲۳ به صورت مستقیم و سایر گزینه‌ها

## جدول ۱- راهنمای درمان هیجان‌مدار

| جلسه  | اهداف و فرایند درمان در طول جلسات  |
|-------|--|
| اول   | آشنایی و برقراری رابطه درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات درمان‌جویان از درمان و اجرای پیش‌آزمون.  |
| دوم   | تشخیص چرخه تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که همسران چرخه تعاملی منفی خود را آشکار می‌کنند، ارزیابی رابطه و پیوند دلبستگی بین زوجین، آشنایی زوجین با اصول درمان هیجان‌مدار و نقش هیجان‌مدار در تعاملات بین‌فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری همسران   |
| سوم   | دستیابی به احساسات شناسایی نشده که زیربنای موقعیت‌های تعاملی هستند، تمرکز بیشتر بر هیجان‌مدار، نیازها و ترس‌های دلبستگی، تسهیل تعامل همسران با یکدیگر و اعتباربخشی به تجارب و نیازها و تمایلات دلبستگی آنها تمرکز بر هیجان‌مدار ثانوی که در چرخه تعاملی آشکار می‌شوند و کاوشگری در آن‌ها به منظور دستیابی به هیجان‌مدار زیربنایی و ناشناخته، بحث در مورد هیجان‌مدار اولیه، پردازش آن‌ها و بالا بردن آگاهی زوج‌ها از هیجان‌مدار اولیه و شناخت‌های داغ |
| چهارم | قاب‌گیری مجدد مشکل بر حسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تاکید بر توانایی مراجع در بیان هیجان‌مدار و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به همسر، آگاهی دادن به زوج‌ها در مورد تاثیر ترس و مکانیسم‌های دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، توصیف چرخه در بافت و زمینه دلبستگی  |
| پنجم  | ترغیب به شناسایی نیازهای طرد شده و جنبه‌هایی از خود که انکار شده‌اند، جلب توجه زوجین به شیوه تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آن‌ها با احترام و همدلی، بیان نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش تجربه تصحیحی   |
| ششم   | آگاه کردن افراد از هیجان‌مدار زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر همسر در رابطه، تاکید بر پذیرش تجربیات همسر و راه‌های جدید تعامل، ردگیری هیجان‌مدار شناخته شده، برجسته‌سازی و شرح مجدد نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آن‌ها  |
| هفتم  | تسهیل بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی، توسعه تجارب هیجانی اولیه در زمینه دلبستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی، ایجاد دلبستگی‌های جدید با پیوندی ایمن بین همسران   |
| هشتم  | ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین زوجین و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف‌سازی الگوهای تعاملی، یادآوری نیازهای دلبستگی، فهم تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است، برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجاد شده است، شکل‌گیری رابطه بر اساس یک پیوند ایمن به گونه‌ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه حل‌ها آسبایی به آن‌ها وارد نسازد، ارزیابی تغییرات و اجرای پس‌آزمون   |

## جدول ۲- راهنمای جلسات درمان شناختی - رفتاری

| جلسه  | موضوع  |
|-------|--|
| اول   | معارفه و خوش‌آمدگویی، اجرای پیش‌آزمون، توضیح اهداف، برنامه مداخله، توضیح درمان شناختی - رفتاری، آموزش مدل ABC، جمع‌بندی، تعیین تکلیف جلسه بعد و کسب بازخورد هر یک از افراد نسبت به جلسه.   |
| دوم   | شنا سایی افکار خودآیند منفی، شیوه‌های مقابله با افکار خودآیند منفی، تمرین ثبت افکار ناکارآمد، جمع‌بندی، تعیین تکلیف جلسه بعد و کسب بازخورد هریک از افراد نسبت به جلسه.   |
| سوم   | مرور تکالیف جلسه دوم، شناسایی باورهای اصلی و میانجی، تمرین تزریق فکر، آموزش جدول ثبت افکار ناکارآمد (DTR)، آموزش تن‌آرامی، جمع‌بندی، تعیین تکلیف جلسه بعد و کسب بازخورد هریک از افراد نسبت به جلسه.  |
| چهارم | مرور تکالیف، آموزش روش پیکان رو به پایین، تهیه فهرست اصلی باورها، تمرین شروع فهرست اصلی باورها، شنا سایی انواع باورها و دسته‌بندی کردن آن‌ها، جمع‌بندی، تعیین تکلیف جلسه بعد و کسب بازخورد هریک از افراد نسبت به جلسه.                                   |
| پنجم  | مرور تکالیف، آموزش تهیه رتبه‌بندی SUD، تمرین لیست رتبه‌بندی، آموزش تحلیل عینی، وکیل مدافع و هیات منصفه، جمع‌بندی، تمرین شناسایی همزمان افکار و واکنش‌های احساسی و رفتاری خود و طرف مقابل، تعیین تکلیف جلسه بعد و کسب بازخورد هریک از افراد نسبت به جلسه. |
| ششم   | مرور تکالیف، آموزش تغییر باورها، تهیه فهرستی از باورهایی که تغییر کردند، آموزش تحلیل سودمندی و تحلیل منطقی، تهیه سلسله مراتب، چیره شدن بر افکار و باورهای غیر منطقی، جمع‌بندی، تعیین تکلیف جلسه بعد و کسب بازخورد هریک از افراد نسبت به جلسه.            |
| هفتم  | مرور تکالیف، آموزش تنبیه خود، خود پاداش‌دهی، تمرین تنبیه خود، خود پاداش‌دهی، آموزش تداوم تغییر، جمع‌بندی، تعیین تکلیف جلسه بعد و کسب بازخورد هریک از افراد نسبت به جلسه.   |
| هشتم  | مرور تکالیف، مرور برنامه، برنامه‌هایی برای پیگیری و ارزیابی پس از درمان، برنامه اختتامیه.  |

خانه‌دار، مشاغل آزاد و کارمند به ترتیب ۵۷/۴، ۲۵/۹ و ۱۶/۷ درصد فراوانی را نشان دادند. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS و پیرایش ۱۲۴ استفاده شد که طی آن روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بونفرونی به کار گرفته شد.

## یافته‌ها

در جدول ۳ مشخص شده که میانگین و انحراف استاندارد نمرات رضایت جنسی در مرحله پیش‌آزمون تفاوت چندانی با یکدیگر نداشته‌اند. با این حال، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته که در ادامه طی جداول بعدی این تفاوت‌های ایجاد شده از لحاظ آماری مورد بررسی قرار می‌گیرند.

برای بررسی و اطمینان از توزیع نرمال نمرات از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد که نتایج حاکی از این بود که میانگین نمرات رضایت جنسی در مرحله پیش‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود و داده‌ها نرمال بودند. همچنین پیش‌شرط‌های لازم برای کاربرد تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بررسی شد. از جمله نتایج آزمون ام‌باکس مربوط به شرط همسانی ماتریس‌های کواریانس

(۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۱-۱۴-۱۵-۱۸-۲۰-۲۴-۲۵) به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. به طور کلی، نمره افراد حداقل ۲۵ و حداکثر ۱۲۵ می‌باشد. طبقه‌بندی رضایت جنسی به سطوح عدم رضایت جنسی (نمره کمتر از ۵۰)، رضایت کم (نمره بین ۵۱ تا ۷۵)، رضایت متوسط (نمره بین ۷۶ تا ۱۰۰) و رضایت زیاد (نمره بالاتر از ۱۰۱ به بالاست). در پژوهش بهرامی و همکاران پایایی پرسش‌نامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد (۴۶). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۶ محاسبه شد.

مداخلات ارائه شده به اعضای گروه‌های آزمایش شامل درمان هیجان‌مدار (۲۴، ۲۵) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مطابق جدول ۱، به گروه آزمایش (۱) و درمان شناختی - رفتاری (۳۸) مطابق جدول ۲، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به گروه آزمایش (۲) به صورت هفتگی بود.

میانگین سنی آزمودنی‌ها ۳۴/۴۵ سال با انحراف استاندارد ۹/۸۷ بود. از لحاظ وضعیت تحصیلی، آزمودنی‌های دارای مدرک تحصیلی لیسانس، دیپلم، سیکل، فوق دیپلم و فوق لیسانس به ترتیب با ۴۸/۲، ۲۰/۸، ۱۴/۶، ۱۲/۵ و ۹/۲ درصد فراوانی را به خود اختصاص دادند. از لحاظ وضعیت شغلی، آزمودنی‌های

**جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد نمرات رضایت جنسی**

| مرحله                | پیش‌آزمون |                  | پس‌آزمون |                  | پیگیری ۳ ماهه |
|----------------------|-----------|------------------|----------|------------------|---------------|
|                      | میانگین   | انحراف استاندارد | میانگین  | انحراف استاندارد |               |
| گروه هیجان‌مدار      | ۳۸/۱۱     | ۷/۸۹             | ۶۱/۵۰    | ۸/۷۱             | ۵۹/۸۸         |
| گروه شناختی - رفتاری | ۳۵/۲۷     | ۶/۸۳             | ۵۶/۲۲    | ۷/۱۶             | ۵۵/۵۵         |
| گروه کنترل           | ۳۵/۷۲     | ۸/۱۹             | ۳۹/۵۵    | ۷/۱۳             | ۳۹/۳۳         |

**جدول ۴- خلاصه نتایج اثرات درون‌آزمودنی (کرویت مفروض) و بین‌گروهی رضایت جنسی**

| متغیر              | منبع             | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | مقدار F | سطح معنی‌داری | ضریب اتا |
|--------------------|------------------|---------------|------------|-----------------|---------|---------------|----------|
| اثرات درون‌آزمودنی | زمان اندازه‌گیری | ۸۸۲۳/۴۴       | ۲          | ۴۴۱۱/۷۲         | ۹۲/۴۱   | ۰/۰۰۱         | ۰/۶۴۴    |
|                    | زمان * گروه      | ۲۵۸۸/۵۱       | ۴          | ۶۴۷/۱۳          | ۱۳/۵۵   | ۰/۰۰۱         | ۰/۳۴۷    |
| اثرات بین‌گروهی    | خطا              | ۴۸۶۹/۳۷       | ۱۰۲        | ۴۷/۷۳           |         |               |          |
|                    | زمان اندازه‌گیری | ۳۵۴۷۶۲/۷      | ۱          | ۳۵۴۷۶۲/۷        | ۶۵۹۳/۸۴ | ۰/۰۰۱         | ۰/۹۹۲    |
|                    | زمان * گروه      | ۶۴۴۵/۰۳       | ۲          | ۳۲۲۲/۵۲         | ۵۹/۸۹   | ۰/۰۰۱         | ۰/۵۰۱    |
|                    | خطا              | ۲۷۴۳/۹۰       | ۵۱         | ۵۳/۸۰           |         |               |          |

**جدول ۵- مقایسه زوجی میانگین نمرات رضایت جنسی در گروه‌های مختلف پژوهش**

| مقایسه زوجی     | اختلاف میانگین | خطای استاندارد | سطح معنی‌داری |
|-----------------|----------------|----------------|---------------|
| هیجان‌مدار      | ۴/۱۴           | ۱/۴۱           | ۰/۰۱۵         |
| شناختی - رفتاری | ۱۴/۹۶          | ۱/۴۱           | ۰/۰۰۱         |
| کنترل           | ۱۰/۸۱          | ۱/۴۱           | ۰/۰۰۱         |

نمرات رضایت جنسی تفاوت معنی‌دار به وجود آمده است. نتایج مقایسه زوجی نیز نشان داد، میانگین نمرات رضایت جنسی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به صورت معنی‌داری بیشتر است ( $P < 0.01$ )؛ ولی بین میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود ( $P > 0.01$ )، که بیانگر آن است که میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر کرده و این تغییر پایدار بوده است. همچنین نتایج حاصل از قسمت پایین جدول ۴ نشان می‌دهد میانگین نمرات رضایت جنسی ( $59/89$  و  $P = 0.001$ ) و اندازه اثر  $0.501$  به دست آمد که بیانگر آن است که بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود داشته است که این تفاوت‌ها در ادامه با استفاده از آزمون بونفرنی در گروه‌های آزمایش و کنترل در ۳ زمان

نمرات مربوط به نمرات رضایت جنسی نشان داد سطح معناداری به دست آمده به صورت ( $P > 0.05$ ) است و نتیجه‌گیری شد که ماتریس‌های کواریانس میانگین نمرات با یکدیگر برابرند. آزمون کرویت موشلی نیز برای میانگین نمرات رضایت جنسی به صورت ( $P = 0.371$ ) و ( $MW = 0.961$ ) به دست آمد که بیانگر عدم تفاوت بین کواریانس‌هاست و بدین ترتیب برای گزارش اثرات درون‌آزمودنی رضایت جنسی از رویه کرویت مفروض در جدول ۴ استفاده شد.

نتایج جدول ۴ در خصوص اثرات درون‌آزمودنی و بین‌گروهی نشان می‌دهد برای میانگین نمرات رضایت جنسی زمان اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به صورت ( $F = 92/41$  و  $P = 0.001$ ) و تعامل زمان اندازه‌گیری با گروه به صورت ( $F = 13/55$  و  $P = 0.001$ )، به دست آمد که بیانگر آن است که طی زمان در

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۵ گزارش شده است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات رضایت جنسی گروه‌های آزمایش با کنترل تفاوت معنی‌داری وجود داشته است ( $P < 0/01$ )؛ به طوری که مشخص شد میانگین نمرات رضایت جنسی در گروه درمان هیجان‌مدار و گروه شناختی - رفتاری به صورت معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود ( $P < 0/01$ ). همچنین مشخص شد میانگین نمرات رضایت جنسی گروه درمان هیجان‌مدار به صورت معنی‌داری بیشتر از گروه درمان شناختی - رفتاری بود ( $P < 0/05$ ). بنابراین نتیجه‌گیری شد که هر دو روش تاثیر پایداری روی افزایش میانگین نمرات رضایت جنسی زنان داشتند که البته میزان تاثیر درمان هیجان‌مدار بیشتر بود.

### بحث

در این پژوهش اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی - رفتاری روی رضایت جنسی زنان آسیب‌دیده از خیانت‌های زناشویی مقایسه شد. نتایج پژوهش نشان داد میانگین نمرات کل رضایت جنسی در زمان‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌دار داشته‌اند؛ به طوری که مشخص شد میانگین نمرات رضایت جنسی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به صورت معنی‌داری افزایش یافته، ولی بین میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری به وجود نیامده است. بنابراین نتیجه‌گیری شد میانگین نمرات رضایت جنسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش پیدا کرده و این افزایش پایدار بوده است. همچنین اثرات بین‌گروهی نشان داد بین میانگین نمرات رضایت جنسی گروه‌های آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت معنی‌دار وجود داشته است و ضریب تاثیر نیز  $0/501$  به دست آمد که نشان می‌دهد بیش از ۵۰ درصد تغییرات نمرات رضایت جنسی در اثر ارائه مداخلات بوده است. مقایسه زوجی نیز بیانگر آن بود که میانگین نمرات رضایت جنسی گروه‌های آزمایش نسبت به کنترل به صورت معنی‌داری بالاتر بود؛ ضمناً میانگین

نمرات رضایت جنسی گروه درمان هیجان‌مدار به صورت معنی‌داری بیشتر از گروه درمان شناختی - رفتاری بود و نتیجه‌گیری شد هرچند دو روش مداخله روی افزایش میانگین نمرات رضایت جنسی موثرند، ولی اثربخشی درمان هیجان‌مدار به صورت معنی‌داری بالاتر بود.

نتایج پژوهش نشان داد ارائه درمان هیجان‌مدار روی بهبود رضایت جنسی زنان تاثیر پایدار داشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیرامون اثربخشی درمان هیجان‌مدار همسویی دارد. از جمله با نتایج پژوهش‌های رستمی و همکاران و حسن‌نژاد و همکاران در خصوص افزایش رضایت جنسی (۲۹ و ۳۰)، رحیمی و موسوی و وایبی و همکاران در خصوص افزایش صمیمیت جنسی (۲۷ و ۳۱)، ایمانی‌راد و همکاران و فیشر و همکاران در خصوص بهبود مهارت‌های ارتباطی، رابطه عاشقانه و بازیابی و ترمیم عاطفی و اعتماد (۳۲ و ۳۳)، و هالچوک و شوری در خصوص بهبود حمایت و سبک دلبستگی ایمن همسویی دارد (۳۴ و ۳۵).

در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان هیجان‌مدار بر مشارکت هیجان‌ها در الگوهای دائمی نا سازگاری در زوجین دارای تعارض تاکید می‌کند؛ از این رو، در مانگر تلاش کرد چنین هیجان‌هایی را آشکار سازد و شرایط را به گونه‌ای تسهیل نماید که زوجین بتوانند در موقعیت و شرایط بهتر و امن‌تری این احساس‌ها و هیجان‌ها را بروز دهند و بپذیرند (۲۸). در واقع، پردازش و پذیرش این هیجان‌ها در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالم‌تر و جدیدتری را به وجود آورد که سبب آرام شدن میزان آشفتگی و افزایش دوست داشتن، صمیمیت جنسی و در پایان افزایش رضایت جنسی شد (۲۳). به عبارت دیگر، درمان هیجان‌مدار ضمن پردازش مجدد تجارب ارتباطی و بازسازی مانده‌های تعاملات زوجین، با هدف ایجاد دلبستگی ایمن و ایجاد احساسی سرشار از امنیت، مداخله را به انجام رساند و بدین ترتیب شرایط بهبود صمیمت عاطفی و جنسی و به دنبال آن افزایش رضایت جنسی زنان گروه آزمایش (۱) را ایجاد کرد (۳۱). در حقیقت، زنانی که در رابطه از همسر خود خیانت دیده‌اند، درگیر هیجان‌های منفی می‌شوند و میل و رغبت آن‌ها برای رابطه جنسی به شدت کاهش پیدا

هیجان‌مدار این مکانیسم را دنبال می‌کند که هیجان‌ها از پتانسیل درونی انطباقی برخوردارند که با فعال کردن آن می‌توان به افراد کمک کرد تا وضعیت هیجانی مسئله‌دارشان را بهبود بخشند (۲۸). بدین ترتیب، با ارائه درمان هیجان‌مدار به مراجعان کمک شد تا به نحو مناسب‌تری هیجان‌هایشان را شناسایی، تجربه، کشف و تغییر دهند و آن‌ها را مدیریت نمایند (۲۴)؛ شرکت‌کنندگان در جلسات درمان هیجان‌مدار با کسب توانایی بهتر در مدیریت هیجان‌ها، به نحو مناسب‌تری توانستند از هیجان‌های منفی خود مانند اضطراب، استرس و تکانشگری رهایی یابند، و در صورت بروز مشکل به صورت مناسب‌تر و کارآمدتری به شرایط پاسخ دهند و با محیط سازگاری پیدا کنند (۳۴).

به نظر می‌رسد که ارائه این دو روش درمان موجب تغییر در میزان ترشح هورمون‌هایی مانند اکسی‌توسین، استروژن و پروژسترون شد که این موضوع به نوبه خود افزایش رضایت جنسی زنان گروه‌های آزمایش (۱) و (۲) را به همراه داشته است (۱۶ و ۱۸). با این حال، به دلیل اینکه درمان هیجان‌مدار از زمره درمان‌های زیر-بالا است در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری که یک درمان بالا-زیر به حساب می‌آید (۴۲)، بنابراین به صورت عمیق‌تری توانسته است روی هیجان‌های منفی مانند خشم، ترس، ناامیدی، حسادت، تنفر و اندوه که معمولاً افراد پس از خیانت همسر تجربه می‌کنند، متمرکز شود و به صورت موثرتری روی افزایش میانگین نمرات رضایت جنسی عمل کرده است.

### نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد دو روش درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی-رفتاری از ظرفیت و توانایی لازم برخوردارند و توانستند روی بهبود رضایت جنسی زنان شرکت‌کننده در پژوهش تاثیر بگذارند. درمان هیجان‌مدار به دلیل استفاده از ساز و کارهای شناسایی، باز تنظیم هیجانی و سازگاری مجدد هیجانی باعث بهبود وضعیت هیجانی مسئله‌دار زنان شد. درمان شناختی-رفتاری نیز با استفاده از تکنیک‌هایی مانند افزایش آگاهی جنسی، مهارت‌های جنسی، خیال‌پردازی

می‌کند (۱۸). این موضوع به نوبه خود باعث افزایش احساس ناامنی و ایجاد احساس‌های منفی در آن‌ها می‌شود. این در حالی است که درمان هیجان‌مدار با اصلاح چنین چرخه‌ای و ایجاد احساس امنیت دوباره از طریق پذیرش احساس‌های منفی، به بهتر شدن رضایت جنسی کمک می‌کند (۳۰).

نتایج پژوهش نشان داد که ارائه درمان شناختی-رفتاری روی بهبود رضایت جنسی زنان موثر بود و این یافته با پیشینه پژوهش همسویی دارد. از جمله با نتایج پژوهش‌های مکاری و همکاران پیرامون افزایش سازگاری زناشویی (۳۹)، خدایاری‌فرد و همکاران در خصوص بهبود اختلال تنوع‌طلبی جنسی (۴۰)، و سلیمی و فاتحی‌زاده در خصوص افزایش خودابرازی و صمیمیت جنسی همسویی دارد (۴۱). در تبیین این یافته می‌توان گفت ارائه تکنیک‌های شناختی-رفتاری به دلیل ایجاد و افزایش آگاهی جنسی و مهارت‌های جنسی، خیال‌پردازی، افزایش درک و شناخت نسبت به علل مشکلات و ناراضی‌های جنسی، طرز بیان احساس‌ها و استفاده از مداخلات رفتاری بهبود، روی افزایش رضایت جنسی زنان گروه آزمایش (۲) تاثیر گذاشته است (۳۹ و ۴۱).

از سوی دیگر، نتایج پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌مدار نسبت به درمان شناختی-رفتاری روی افزایش میانگین نمرات رضایت جنسی موثرتر بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های ظهرا بنیا و همکاران پیرامون موثرتر بودن درمان هیجان‌مدار نسبت به درمان شناختی-رفتاری در بهبود سازگاری زوجین متقاضی طلاق همسویی دارد (۴۳). در عین حال، این یافته با نتایج پژوهش‌های حسن‌نژاد و همکاران مبنی بر یکسان بودن اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و درمان راه‌حل محور بر افزایش رضایت جنسی (۳۰)، و یافته رستمی و همکاران پیرامون یکسان بودن زوج‌درمانی هیجان‌مدار و راه حل مدار بر کاهش ترس از صمیمیت و افزایش رضایت جنسی در تضاد قرار دارد (۲۹). در تبیین این یافته می‌توان گفت هر دو روش روی افزایش میانگین نمرات رضایت جنسی موثر بودند که البته این تاثیر به واسطه مکانیسم اثر متفاوتی ایجاد شده است. درمان

3. Moller N P, Vossler M. Defining infidelity in research and couple counseling: A qualitative study. *J Sex Mar Ther.* 2015;41(5):487-97.
4. Wiederman MW, Allgeier ER. Expectations and attributions regarding extramarital sex among young married individuals. *J Psych Hum Sex.* 2011;8(1):3-21.
5. Warach B, Josephs L. The aftershocks of infidelity: a review of infidelity-based attachment trauma. *Sexual Relat Ther.* 2021;36(1):68-90.
6. Williamson ME, Brimhall AS. A journey of remembering: A narrative framework for older couples experiencing infidelity. *J Couple Relat Ther.* 2018;16(3):232-52.
7. Allen ES, Atkins DC. The association of divorce and extramarital sex in a representative uS sample. *J Fam.* 2012;33(11):1477-93.
8. Perel E. *The state of affairs: Rethinking infidelity.* New York, NY: Harper Collins, Inc; 2017.
9. Nwana UC. Communication styles and sexual satisfaction as prediction of marital satisfaction among couples in Anambra State. *Sapientia Glob J Art Hum Dev Stud.* 2021;4(2):12-31.
10. Weiser DA, Weigel DJ. Investigating experiences of the infidelity partner: Who is the "other man/woman"? *Pers Indiv Diff.* 2017;85:176-81.
11. Konkin T. How god used "the other woman": saving your marriage after infidelity. New York: Focus on the Family; 2019.
12. Peters SD, Meltzer AL. Newlywed couples' own and partner sexual disgust sensitivities interact to predict their marital satisfaction through their sexual satisfaction. *Arch Sex Behav.* 2021:1-15.
13. Leuteritz K, Richter D, Mehnert-Theuerkauf A, Stolzenburg JU, Hinz A. Quality of life in urologic cancer patients: Importance of and satisfaction with specific quality of life domains; 2021.
14. Hasson-Ohayon I, Ben-Pazi A, Silberg T, Pijnenborg G H, & Goldzweig G. The mediating role of parental satisfaction between marital satisfaction and perceived family burden among parents of children with psychiatric disorders. *Psychiatry Res.* 2019;271:105-10.
15. MacNeil Sh, Byers ES. Role of sexual self-disclosure in the sexual satisfaction of long-term heterosexual couples. *J Sex Res.* 2006;46(1):3-14.
16. Zamponi V, Lardo P, Maggio R, Simonini C, Mazzilli R, Faggiano A, et al. Female sexual dysfunction in primary adrenal insufficiency. *J Clin Med.* 2021;10(13):2767.
17. Gianotten WL. The (mental) health benefits of sexual expression. In *Psychi and sexual medic* (pp. 57-70). Springer, Cham;2021.
18. Behnia B, Heinrichs M, Bergmann W, Jung S, Germann J, Schedlowski M, et al. Differential effects

افزایش درک و شناخت نسبت به علل مشکلات و نارضایتی جنسی، طرز بیان و ابراز احساس‌های مثبت و منفی جنسی و غیرجنسی، زمینه بهبود رضایت جنسی زنان را فراهم ساخت. با این حال، میزان اثربخشی درمان هیجان‌مدار در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری روی بهبود رضایت جنسی قوی‌تر بود که این موضوع را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که افرادی که با خیانت زناشویی روبه‌رو می‌شوند، هیجان‌های منفی، متضاد و مبهمی را تجربه می‌کنند که باعث اجتناب و رفتارهای غیرانطباقی در آن‌ها می‌شود. بنابراین درمان هیجان‌مدار به دلیل اینکه به صورت مستقیم روی هیجان‌های منفی متمرکز می‌شود در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری به صورت سریع‌تر و عمیق‌تر می‌تواند این‌گونه مشکلات هیجانی را حل و فصل نماید. محدودیت‌های پژوهش عبارت بودند از اینکه نمونه انتخاب شده صرفاً زنان آسیب‌دیده از خیانت شوهر در شهر اصفهان بودند، لذا تعمیم نتایج به مردان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی باید با احتیاط صورت پذیرد. در پژوهش حاضر صرفاً مطالعه پیگیری ۳ ماهه انجام شد، بنابراین در خصوص میزان پایداری نتایج بایستی احتیاط لازم صورت پذیرد. ضمن اینکه پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، موضوع پژوهش روی مردان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی انجام شود، همچنین مطالعه پیگیری بلندمدت‌تر از ۳ ماه انجام شود.

### تقدیر و تشکر

این مقاله مستخرج از رساله دکتری با کد اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1401.070 می‌باشد و در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد به تصویب رسیده است.

### References

1. Peloso PR. A family systems guide to infidelity: Helping couples understand, recover from, and avoid future affairs. New York: Routledge; 2018.
2. Shackelford T, Besser A, Goetz AT. Personality, marital Satisfaction, and probability of marital infidelity. *Indiv Diff Res.* 2008;6:13-25.

- of intranasal oxytocin on sexual experiences and partner interactions in couples. *Hormones Behav.* 2014;65(3):308-18.
19. Pettigrew JA, Novick AM. Hypoactive sexual desire disorder in women: physiology, assessment, diagnosis, and Treatment. *J Mid Women's Heal.* 2021;66(6):740-48.
20. Sayin HU. Getting high on dopamine: Neuro scientific aspects of pleasure. *Sex J.* 2019;4(11):883-906.
21. Abrahamson I, Rafat R, Adeel Kh, Schofield MJ. What helps couples rebuild their relationship after infidelity? *J Fam Iss.* 2012;33(11):1494-19.
22. Atkins DC, Marin RA, Lo TTY, Klann N, Hahlweg K. Outcomes of couples with infidelity in a community-based sample of couple therapy. *J Fam Psychol.* 2010;24:212-16.
23. Johnson SM. Attachment theory in practice: Emotionally attachment theory in practice: Emotionally individuals, couples, and Families. The Guilford Press. 2019.
24. Greenberg LS, Tomescu LR. Supervision essentials for emotion-focused therapy. *Clinical supervision essentials*; 2017.
25. Greenberg L, Warwar S, Malcolm W. Emotion-focused couples therapy and the facilitation of forgiveness. *J Mari Fam Ther.* 2010;36:28-42.
26. McKinnon JM, Greenberg LS. Vulnerable emotional expression in emotion focused couple's therapy: Relating interactional processes to outcome. *J Mari Fam Ther.* 2017;43:198-12.
27. Wiebe S, Elliott Susan M, Johnson M, Burgess M, Tracy L, Dagleish Lafontaine, M. Attachment Change in Emotionally Focused Couple Therapy and Sexual Satisfaction Outcomes in a Two-year Follow-up Study. *J Coup Relat Ther.* 2019;18(1):262-63.
28. Goldman RN, Greenberg LS. Clinical handbook of emotion--focused therapy. *Am Psychol Assoc.* 2019.
29. Rostam M, Saadati N, Yosefi Z. The investigation and comparison of the efficacy of emotionally focused couple therapy and solution focused couple therapy on reducing fear of intimacy and increasing couples' sexual satisfaction. *Emper Couns.* 2018;8(2):5-22.
30. Hasannejad L, Heydarei A, Makvandi B, Talebzadeh M. The Comparison Effect of Emotionally focused couple therapy and Solution- Focused Therapy on Sexual satisfaction in Women Affected by Marital Infidelity. *IJPN.* 2021;9(4):84-93.
31. Rahim P, Mosavi A. The effectiveness of emotion focused education on sexual intimacy and interpersonal forgiveness of conflicting couples. *J Psych Sci.* 2020;19(86):229-36.
32. Imani Rad A, Golmohamadiyan M, Moradi O, Godarzi M. The effectiveness of emotion-oriented couple therapy on forgiveness and communication beliefs of couples involved in marital infidelity. *J Psych Sci.* 2021;20(100):653-65.
33. Fischer MS, Baucom DH, Cohen MJ. Cognitive-behavioral couple therapies: Review of the evidence for the treatment of relationship distress, psychopathology, and chronic health conditions. *Fam Proc.* 2016;55(3):423-42.
34. Halchuk RE. Functional and structural neural effects of emotionally focused therapy for couples. *Nonpublished Thèse*; 2012.
35. Schore AN. Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development. *Ny York: y Routledge*; 2015.
36. Rocha ICO, Valenca AM. The efficacy of CBT based interventions to sexual offenders: A systematic review of the last decade literature. *I J Law Psychiatry.* 2023;87:101856.
37. Haynes P. Application of cognitive behavioral therapies for comorbid insomnia and depression. *Sleep Med Clin.* 2015;10(1):77-84.
38. Lorenzo-Luaces L, Keefe JR, DeRubeis RJ. Cognitive -behavioral therapy: Nature and relation to non -cognitive behavioral therapy. *Behav Ther.* 2016;47(6):785 -803.
39. Makar Z, Momeni Kh, Yazdanbakhs K, Jaliliyan N. The effectiveness of sexual skills training based on the cognitive-behavioral approach on the marital compatibility of infertile women. *Cons Res Qua.* 2020;16(4):55-73.
40. Khodayari-Fard M, Alavi-Nejad S, Sajjadi Anari S, Zandi S. The effectiveness of cognitive-behavioral family therapy on sexual diversity disorder. *Dev Psychol.* 2015;5(4):85-116.
41. Salimi M, Fatehizadeh M. Investigating the effectiveness of sex education in a cognitive-behavioral way on knowledge, self-expression and sexual intimacy of married women in Mobarake city. *New Psychol Res (Tabriz University Psychology).* 2011;7(28):111-28.
42. Prochaska JO, Norcross JC. Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. *Belmont: Brooks/Cole*; 2018.
43. Zahrabania E, Sanai Zaker B, Kyamanesh A, Zahrakar K. Comparing the effectiveness of emotion-oriented therapy and cognitive-behavioral therapy on post-divorce adjustment and self-esteem of divorced women. *Psychol Sci.* 2022;21(109):207-27.
44. Ghafari Sh, Asadpour E, Zahrakar Z. Comparison of the effect of cognitive behavioral therapy and emotionfocused therapy on psychological well-being in married Female victims of domestic violence. *Razavi Inter Med.* 2022;10(2):1215,-20.
45. Hassanabadi H, Mejjard S, Soltanifar A. Investigating the effectiveness of emotion-focused therapy (EFT) on marital adjustment and positive emotions of couples with extramarital affairs. *Res Clin Coun Psychol.* 2011;1(2):8-25.
46. Bahrami N, Sattarzadeh N, Ranjbar F, Khojzadeh M. Relationship between sexual

satisfaction and depression between fertile and infertile couples. *Fertil Infertil Qua.* 2007;2(1):52-59.