



Comparing the Effectiveness of Emotionally Focused Therapy and Cognitive-behavioral Couple Therapy on Triangulation and Family Communication Boundaries in Women with Symptoms of Sexual Dysfunction

Majid Firozi¹, Mohsen Golparvar^{2*}, Asghar Aghaei³

1- PhD Student in Counseling, Department of Counseling, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

3- Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

***Corresponding Author:** Mohsen Golparvar, Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

E-mail: drmgolparvar@gmail.com

Received: 2023/2/7

Accepted: 2023/11/27

Abstract

Introduction: The present study was conducted to compare the effectiveness of emotional-based and cognitive-behavioral couple therapy on triangulation and family communication boundaries of women with symptoms of sexual dysfunction.

Methods: The research method was semi-experimental, and its design included three groups of pre-test-post-test type with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the study included married women suffering from sexual dysfunction who were referred to family counseling centers in Isfahan City along with their husbands in the first half of 2021. From the aforementioned statistical population, 54 people were selected based on the entry and exit criteria by purposeful sampling. They were assigned to two experimental groups and one control group (18 people in each group). A pre-test was conducted by administering research questionnaires, including Yousefi and Bahrami's triangulation scale (2014) and the family communication boundaries questionnaire developed by Kiani Chalmardani et al. (2014). In the next phase, the first experimental group underwent eight sessions of emotion-oriented couples therapy every week for two months. Similarly, the second experimental group engaged in 8 sessions of cognitive behavioral couples therapy every week for 90 minutes per session. Meanwhile, the control group was placed on a waiting list and did not receive any treatment during this period. After completing the therapy sessions two months later, all three research groups were reassessed for evaluation. Data analysis was done using repeated measurement variance analysis with the help of SPSS version 26 software.

Results: The results showed that both emotion-based couples therapy and cognitive-behavioral couple therapy interventions have similar, positive, and lasting effects on the triangulation and communication boundaries of women with symptoms of sexual dysfunction ($P < 0.05$).

Conclusions: Based on the results obtained from the research, it can be said that emotional couple therapy and cognitive behavioral couple therapy are effective in improving the triangulation and communication boundaries of women with sexual dysfunction.

Keywords: Sexual deviance, Emotion-based couple therapy, Cognitive behavioral couple therapy, Triangulation, Communication boundaries.



مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شناختی-رفتاری بر مثلث‌سازی و مرزهای ارتباطی خانواده زنان دارای علائم کژکاری جنسی

مجید فیروزی^۱، محسن گل پرور^{۲*}، اصغر آقای^۳

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران.

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران.

۳- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران.

*نویسنده مسئول: محسن گل پرور، دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران.

ایمیل: drmgolparvar@gmail.com

پذیرش مقاله: ۶/۷/۱۴۰۲

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۱۸

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شناختی-رفتاری بر مثلث‌سازی و مرزهای ارتباطی خانواده زنان دارای علائم کژکاری جنسی انجام شد.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی و طرح آن سه گروهی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل زنان متأهل مبتلا به کژکاری جنسی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خانواده شهر اصفهان به همراه همسرانشان در نیمه اول سال ۱۴۰۰ بود. از جامعه آماری مذکور ۵۴ نفر بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۸ نفر) گمارش شدند و با مقیاس هایمثلث‌سازی یوسفی و بهرامی (۱۳۹۴)، مرزهای ارتباطی خانواده کیانی چلمردانی و همکاران (۱۳۹۹) مورد ارزیابی قرار گرفتند. در مرحله بعد به صورت هفتگی و طی دو ماه، گروه آزمایش اول تحت ۸ جلسه زوج‌درمانی هیجان‌مدار و گروه آزمایش دوم تحت ۸ جلسه زوج‌درمانی شناختی رفتاری به صورت جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. در این بازه زمانی گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند و هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات و همچنین دو ماه بعد از آن، سه گروه پژوهش مجدداً با ابزار پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها با نرم افزار آماری SPSS-26 و روش آماری تحلیل واریانس اندازه-گیری تکرار شده انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو مداخله زوج‌درمانی هیجان‌مدار، زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر مثلث‌سازی و مرزهای ارتباطی زنان دارای علائم کژکاری جنسی اثرات مشابه، مثبت و ماندگاری دارند ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش، می‌توان گفت که زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی شناختی رفتاری در بهبود مثلث‌سازی و مرزهای ارتباطی از اثربخشی لازم برخوردار هستند.

کلیدواژه‌ها: کژکاری جنسی، زوج‌درمانی هیجان‌مدار، زوج‌درمانی شناختی رفتاری، مثلث‌سازی، مرزهای ارتباطی.

مقدمه

از آنجایی که فعالیت جنسی، چه از نظر احساسی و چه از نظر جسمی، از ابعاد مهم زندگی فردی (۱) و رضایت جنسی، از شاخص‌های مهم رضایت‌مندی زناشویی است (۲)، روشن است که اختلال کژکاری جنسی به نوبه خود، ممکن است طلاق و از هم پاشیدگی زندگی زناشویی را در پی داشته باشد (۳). پنجمین کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) اختلال کژکاری جنسی را به اختلال برانگیختگی جنسی (ناتوانی مداوم یا عودکننده در رسیدن یا حفظ برانگیختگی تا اتمام فعالیت جنسی)، اختلال در ارگاسم (تقلیل تعداد دفعات یا عدم رسیدن به اوج لذت جنسی و یا کاهش توجه به احساس ارگاسم)، اختلال میل جنسی (کمبود یا عدم وجود افکار جنسی یا تخیلات و میل به فعالیت جنسی) و انزال زودرس (کاهش در زمان تأخیر انداختن انزال) تقسیم کرده‌اند (۴). شیوع این اختلال در ایران ۸/۵ درصد تا ۳۱/۱۵ درصد (۵) و شیوع آن در زنان نسبت به مردان بالاتر است و در حدود ۳۸ تا ۸۵/۲ درصد برآورد شده است (۶). زنان مبتلا به این اختلال، ممکن است عدم علاقه یا علاقه‌ی کم در رابطه‌ی جنسی، عدم توانایی در پاسخ به محرک‌های جنسی و احساس بی‌حسی با وجود داشتن یک رابطه‌ی خوب با شریک زندگی خود را گزارش دهند. آن‌ها به احتمال زیاد بیشتر از زنان با تمایل طبیعی احساس سرخوردگی، ناامیدی، خشم، از دست دادن زنانگی و کاهش اعتماد به نفس را گزارش می‌کنند (۷). علی‌رغم اینکه فاکتورهای چندگانه‌ی روان‌زاد و زیستی متعددی را به عنوان زمینه‌ساز کاهش میل جنسی زنان معرفی کرده‌اند، روند تحقیقاتی در سال‌های اخیر نشان داده است که تأثیر عوامل روان‌زاد در بروز این مشکل پررنگ‌تر است (۸).

دهه‌ی اخیر مطالعاتی در زمینه رفتارهای زوجین انجام شده که بر متغیرهای سیستمی همچون تمایز یافتگی، مثلث‌سازی و مرزها معطوف بوده‌اند (۹). در این رابطه بوئن معتقد است هرچه تمایز یافتگی و امتزاج درونی یک زوج پایین‌تر باشد، ایجاد تعادل پایدار که هر دو را راضی کند، سخت‌تر است و یکی از راه‌های خنثی کردن یک چنین رابطه‌ی توأم با اضطراب دو نفره‌ای، مثلث‌سازی است (۱۰). منظور از مثلث‌سازی آن است که در زمان تنش بین دو نفر، شخص ثالثی (داوطلبانه یا در پی دعوت او) وارد ماجرا شود تا تعاملی سه نفری تشکیل گردد. مثلث‌سازی در مواردی انجام می‌شود که روابط فرد با

دیگران توأم با تنش باشد (۱۱). خاکپور و همکاران (۱۲)، گزارش نمودند ناتوانی زوجین برای حل تعارضات زناشویی با ایجاد مثلث‌سازی، اثرات مخربی در زندگی زناشویی دارد و در همین راستا نصراللهی و تمدنی (۱۳)، معتقدند که در زمینه حل مشکلات زناشویی، مثلث‌زدایی اهمیت‌ی فراوان دارد؛ چراکه در زمینه مشکلات جنسی، مثلث‌سازی می‌تواند به روابط فرازناشویی ختم شود. مثلث‌سازی‌ها در ارتباطات زوجین، نشأت گرفته از نحوه مرزبندی است (۹). موضوع مرزها، اعتقاداتی در رابطه با فضای شخصی و خصوصی را در بر می‌گیرد (۱۴). مرزبندی سیستم به این معنی است که چه کسی می‌تواند در تعاملات شرکت کند و چگونه (۱۵). مینوچین معتقد است در خانواده‌هایی با مرزهای خشک و انعطاف ناپذیر و همچنین خانواده‌هایی با مرزهای گنگ و مبهم، امکان پرورش و تبادل عاطفی وجود ندارد؛ و چون عدم تعادل عاطفی فردی یکی از علل زیرساختی اختلال کژکاری جنسی است؛ به همین دلیل در این خانواده‌ها، بستری جهت رشد اختلال کژکاری جنسی فراهم خواهد آمد (۱۴).

یکی از این رویکردهای مطرح در زمینه زوج درمانی، رویکرد هیجان‌مدار است که در مطالعات مختلفی به منظور بهبود مشکلات جنسی زوجین، پیشنهاد شده است (۱۶). زوج‌درمانی هیجان‌مدار، رویکردی یکپارچه از تلفیق سه دیدگاه سیستماتیک، انسان‌گرایی (تجربه‌گرایی) و نظریه دلبستگی بزرگسالان است که در اوایل سال ۱۹۸۰ توسط گرینبرگ و جانسون ابداع شد. با توجه به نقش عمده هیجانات در نظریه دلبستگی، این درمان به نقش مهم هیجانات و ارتباطات هیجانی در ساماندهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجانات را عامل تغییر در نظر می‌گیرد. رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار، بر نقش تجارب هیجانی هر زوج و رویکرد سیستماتیک آن بر نقش چرخه‌های تعاملی در حفظ مشکل تأکید دارد. بنابراین این درمان دنیای درون فردی و بین فردی را یکپارچه می‌سازد (۱۷).

از نظر دیدگاه دلبستگی، هر یک از زوجین با انتظارات و تجربی از گذشته خود، وارد رابطه کنونی می‌شوند که نقش مهمی در چگونگی پاسخ‌دهی آنها به همسر خود دارد؛ از این رو آشکارسازی هیجانات و نیازهای دلبستگی و نیز پاسخگویی شریک صمیمی به این نیازها برای ایجاد پیوند هیجانی ضرورت دارد و اساس فرآیند تغییر در زوج‌درمانی هیجان‌مدار است. بنابراین مشکلات زوجین فقط ناشی از فقدان مهارت نیست، بلکه ناشی از حل و فصل تجارب اولیه دلبستگی آنهاست (۱۸). اثربخشی این رویکرد بر

پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشی با سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری است. جامعه آماری زنان متأهل مبتلا به کژکاری جنسی همراه با همسران خود بودند که به مراکز مشاوره خانواده شهر اصفهان در نیمه اول سال ۱۴۰۰ مراجعه نمودند. ۵۴ زوج، بر پایه ملاک‌های ورود و خروج به صورت هدفمند انتخاب و سپس به روش تصادفی ساده (قرعه کشی) در سه گروه قرار داده شدند. معیارهای ورود شامل تشخیص کژکاری جنسی از سوی پزشک، عدم مصرف داروهای روانپزشکی و عدم ابتلا به اختلالات روانی حاد یا مزمن (که توسط پزشک مورد تأیید قرار گرفته باشد)، عدم ابتلا به بیماری جسمی حاد یا مزمن، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال برای خانم‌های شرکت کننده و ۲۵ تا ۵۵ سال برای همسران آنها و عدم استفاده از درمان‌های روانشناختی همزمان بودند. معیارهای خروج نیز غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان بودند. به منظور اجرای پژوهش، پس از انتخاب نمونه، شرکت کنندگان در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل به صورت تصادفی گمارش شدند و در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش اول تحت ۸ جلسه زوج‌درمانی هیجان‌مدار و گروه آزمایش دوم تحت ۸ جلسه زوج‌درمانی رفتاری-شناختی به صورت جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماندند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی بعد از اتمام جلسات آموزشی برای گروه‌های آزمایش، یک دوره جلسات آموزشی برای اعضای گروه کنترل نیز در نظر گرفته شد. برگزار می‌گردد.

مقیاس مثلث‌سازی: این مقیاس توسط یوسفی و بهرامی (۱۳۹۴) در قالب ۱۶ گویه ساخته شده است و بر روی یک طیف ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره گذاری می‌شود و میل مقابله با مشکلات ارتباطی از طریق دخیل کردن شخص ثالث را ارزیابی می‌کند. همسانی درونی آن از طریق آلفای کرونباخ بررسی شد (۰/۸۷۴) که قابل قبول بود. پایایی بازآزمایی این مقیاس توسط یوسفی پس از دو هفته اجرا (I=۰/۸) گزارش شده است (۲۵). پرسشنامه مرزهای ارتباطی خانواده: این پرسشنامه توسط کیانی چلمردانی و همکاران (۱۳۹۹) ساخته شده و شامل ۹ سؤال می‌باشد که برای سنجش سه مرز ارتباطی خانواده شامل مرز درهم تنیده (سؤالات ۱، ۲، ۳)، مرز بهنجار (سؤالات ۴، ۵، ۶) و مرز گسسته (سؤالات ۷، ۸، ۹) مورد استفاده قرار می‌گیرد. کیانی چلمردانی و همکاران (۱۳۹۹)

رضایت‌مندی جنسی، تمایلات جنسی و صمیمیت جنسی زوجین (۱۶) و بهبود صمیمیت و کاهش نارسایی هیجانی زوجین (۱۹) نشان داده شده است. مطالعات دیگری حول محور رفع مشکلات جنسی زوجین انجام شده‌اند که نشان می‌دهند، زوج‌درمانی شناختی-رفتاری نیز یکی از موثرترین و کاربردی‌ترین مداخلات در این زمینه است (۲۰، ۲۱). زوج‌درمانی شناختی-رفتاری توسط مک‌کارتی در سال ۱۹۸۴ به منظور درمان میل جنسی بازداری شده زنان، با استفاده از تمرینات رفتاری-نوشتاری و نیمه سازمان یافته تدوین شد. این روش شامل چهار تمرین زوجی و چهار تمرین فردی است؛ کانون تکنیک‌های فردی شامل خودپنداره مثبت، تصویر بدنی و جذابیت مثبت، خیال پردازی، تصویر سازی‌ها و افکار جنسی مثبت و برنامه‌های رفتاری جنسی و تکنیک‌های زوجی نیز بر ابراز عاطفه، بحث و گفتگو درباره‌ی ویژگی‌های جذاب زن و شوهر، بررسی میزان اعتماد و علاقه بین زوجین و طرح ریزی و اجرای برنامه‌های جنسی متمرکز می‌باشد (۲۲). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که زوج‌درمانی شناختی-رفتاری اثری پایدار و مثبتی بر عملکرد جنسی و درمان اختلالات جنسی (۲۰). افزایش پایدار رضایت جنسی و کاهش اضطراب (۲۳)، افزایش میل جنسی زنان سردمزاج (۲۴) دارد.

هرچند شواهد تجربی گسترده و رضایت‌بخشی در مورد استفاده از هر یک از درمان‌های موردنظر (زوج‌درمانی هیجان‌مدار، شناختی-رفتاری و) در بهبود مشکلات عاطفی، شناختی و جنسی زوجین در دسترس است؛ لیکن، نتایج متناقضی در زمینه میزان کارایی هر یک از آنها وجود دارد که انتخاب و اولویت‌بندی استفاده از آنها را در حل مشکلات زناشویی مذکور دشوار می‌سازد. بنابراین در راستای بررسی تفاوت‌ها در نحوه اثر این دو روش درمانی و اثربخشی که بر بهبود روابط زوجی دارند، پژوهش حاضر درصدد است به این سؤال پژوهشی پاسخ دهد که آیا بین اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش مثلث‌سازی و مرزهای ارتباطی در زنان دارای علائم کژکاری جنسی تفاوت معناداری وجود دارد یا خیر؟

به این سؤال پاسخ داده شد که آیا بین اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار، شناختی-رفتاری و سیستمی-شناختی گاتمن بر تعادل عاطفی، انتظارات ناکارآمد، دلزدگی زناشویی، متغیرهای سیستمی، صمیمیت جنسی و ترس از پیمان شکنی در زنان دارای علائم کژکاری جنسی تفاوت وجود دارد؟

روش کار

درمانی در پژوهش‌های گذشته نیز مورد استفاده قرار گرفته و اعتبار آن در اثربخشی بر متغیرهای مختلف تأیید شده است (۲۷). همچنین لازم به ذکر است که اعتبار جلسات آموزشی پژوهش حاضر توسط ۵ نفر از متخصصین حوزه زوج درمانی و خانواده مورد تأیید قرار گرفت.

پایایی پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند (۲۶).
جلسات زوج‌درمانی هیجان‌مدار: جلسات زوج‌درمانی هیجان‌مدار در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس کتاب زوج‌درمانی هیجان‌مدار (جانسون، ۱۳۹۳) ارائه شد. این بسته

جدول ۱. شرح جلسات زوج درمانی هیجان‌مدار

ترتیب جلسات	شرح جلسات
اول	معارفه، ارائه تعریفی از هر کدام از مفاهیم هیجان، رضایت، ارتباط عاطفی، جنسی، مفهوم خانواده، الگوهای ارتباطی اولیه.
دوم	پذیرش و انعکاس تجربیات (تعاملی و هیجان) مشتری که از نظر زوجین بی اهمیت است و کمتر به آن اشاره شده است؛ ۲. کشف تعاملات مشکل‌دار و مشخص کردن چرخه‌های تعاملی منفی که آشفتگی را نگه می‌دارند، ۳. مشخص کردن رابطه‌ی پاسخ‌های هیجانی زوجین با سطح دل‌بستگی آنان؛ ۴. ارزیابی مشکل و موانع دل‌بستگی؛ ۵. ایجاد توافق درمانی و ۶. شناسایی چرخه تعاملات منفی.
سوم	شناسایی احساسات، ابراز هیجان‌ات، بیان احساسات خالص، حذف حواشی، تصدیق احساسات، تفاوت بین هیجان خالص و حواشی، مشاهده نحوه تعامل هر کدام از زوجین، کشف ترس‌ها و نا ایمی‌های اساسی ارتباط زوجی، تجربه عواطف.
چهارم	روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی، هماهنگی بین تشخیص درمانگر و زوج، پذیرش چرخه تعامل توسط زوج و افزایش شناسایی نیازهای دل‌بستگی، پذیرش هیجان‌ات، عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی.
پنجم	مشخص کردن ترس‌های ناشی از ارتباط، توضیح در مورد اضطراب و تأثیرات منفی بر روی بدن، توضیح در مورد مسری بودن اضطراب، ارتقاء روش‌های جدید تعامل، تمرکز روی خود نه دیگری، ابراز خواسته و آرزوها در حضور همسر و تعریف مجدد دل‌بستگی.
ششم	گسترش پذیرش تجربه شده هر شریک توسط شریک دیگر، بازسازی تعاملات، تغییر رویدادها، نمادگذاری آرزوها به ویژه آرزوهای سرکوب شده
هفتم	پاسخ به سوالات زوجین، تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها برای ساخت مجدد تعاملات بر پایه ادراکات جدید. بازسازی تعاملات، تغییر رفتار همسر آسیب رسان و تسهیل راه‌حل‌های جدید برای مشکلات کهنه و قدیمی.
هشتم	تحکیم ایجاد شده فعلی، صحبت در مورد درگیری صمیمانه زوج، پذیرش وضعیت‌های جدید، ایجاد دل‌بستگی ایمن، ساختن داستانی شاد از رابطه، بررسی نقطه نظرات مثبت و منفی اجرای طرح درمانی.

جدول ۲. شرح جلسات زوج درمانی شناختی-رفتاری

جلسه	شرح جلسات
اول	برقراری ارتباط و بیان اهداف، تعریف و توضیح اختلال عملکرد جنسی و تأثیر آن در کیفیت زندگی زناشویی، بررسی کیفیت رابطه زناشویی و ارتباط عاطفی زوجین، ارائه‌ی مختصر توضیحی پیرامون سیر و نوع درمان.
دوم	بررسی نگرش‌های جنسی منفی غالب؛ بررسی باورهای جنسی غیرمنطقی و تشریح آنها از دیدگاه علمی؛ بررسی ترجیحات و خواسته‌های جنسی زوجین و چگونگی ابراز آن به یکدیگر، بررسی سیر جسمانی و احساسی زوجین در حین مقاربت، ارائه‌ی تکالیف و منع ارتباط جنسی.
سوم	بازسازی شناختی افکار ناکارآمد جنسی زوجین و ارائه‌ی تکالیف خانگی.
چهارم	بیان علل و عوامل ایجادکننده‌ی کم‌کاری جنسی، آشنایی با اندام‌های جنسی زن و مرد، آموزش فواید ارتباط جنسی از نقطه‌نظر روانی و جسمی؛ آموزش علمی نقش زن در ارتباط جنسی، آموزش چرخه‌ی پاسخ جنسی و علایم و تغییرات موجود در این مراحل در زن و مرد.
پنجم	منع ارتباط جنسی تا پایان آموزش حس یابی بدنی، آموزش مهارت تمرکز؛ توجه، آموزش توجه به احساس متمرکز بر اندام‌های غیرتناسلی، بررسی ارتباط کلامی چگونگی بیان هیجان‌ات زوجین به یکدیگر، آموزش ابراز هیجان و کلامی کردن حس‌های هیجانی و خود ابرازی جنسی به همسر، افزایش صمیمیت کلامی زوجین
ششم	حذف ممنوعیت لمس اندام‌های تناسلی، ارائه‌ی اطلاعات بیشتر پیرامون اندام‌های تناسلی زن و مرد و نقاط حساس جنسی، افزایش خودآگاهی جنسی زنان، آموزش تمرکز بر اندام‌های جنسی، توجه به تحریک ولذت اندام‌های تناسلی، آموزش خیال‌پردازی جنسی، آموزش تمرینات کگل.
هفتم	آموزش انواع شیوه‌های مقاربت پیشنهاد هر کدام از آنها به مدت یک هفته به زوجین، آموزش انواع شیوه‌های مقاربت متناسب با مشکل زوجین و تکنیک‌های وابسته به آن و ارائه تکالیف گام‌به‌گام خانگی، مانور نقطه‌ی عطف، آموزش چگونگی رسیدن به ارگاسم همزمان متناسب با نقاط حساس زوجین.
هشتم	خلاصه و جمع بندی، خاتمه درمان.

آمار توصیفی شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی (میانگین‌ها، انحراف معیار و خطای استاندارد) و در سطح آمار استنباطی نیز ابتدا با بررسی پیش فرض‌های لازم

داده‌های جمع‌آوری شده در هر سه مرحله پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-26 و روش‌های آماری توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. در سطح

مجید فیروزی و همکاران

شدند و جهت تعیین تفاوت بین گروه‌ها و مقایسه دو به دو گروه‌ها، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۳ شاخص‌های توصیفی مربوط به میانگین سنی گروه‌های پژوهش را نشان می‌دهد. نتایج حاصل از آزمون مجذور کای نشان داد تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مداخله و کنترل وجود نداشت ($P > 0.03$).

شامل نرمال بودن توزیع متغیرها، برابری واریانس‌های خطا و برقراری پیش‌فرض استقلال، از تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده، استفاده شد. در تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (نمرات شرکت کنندگان در جلسات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری) به عنوان عامل درون‌آزمودنی و عضویت گروهی (در قالب عضویت در گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار و گروه زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و گروه کنترل) به عنوان عامل بین‌آزمودنی وارد تحلیل

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت شناختی زنان دارای علائم کژکاری جنسی شهر اصفهان

ردیف	سن	زوج درمانی هیجان‌مدار		گروه شناختی-رفتاری		گروه کنترل
		فراوانی	% فراوانی	فراوانی	% فراوانی	
تا ۳۵ سال	۳	۱۶/۶۷	۵	۲۷/۷۸	۲	۱۱/۱۱
سن ۳۶ تا ۴۰ سال	۱۲	۶۶/۶۷	۷	۳۸/۸۹	۱۳	۷۲/۲۲
۴۱ سال و بالاتر	۳	۱۶/۶۷	۶	۳۳/۳۳	۳	۱۶/۶۷

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی مثلث سازی، مرزها در گروه‌های پژوهش

*P	ردیف	سن	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
			انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
$P < 0.001$	زوج درمانی هیجان‌مدار	۴۶/۲۲ ± ۶/۵۰	۴۲/۱۷ ± ۵/۲۵	۴۲/۵۵ ± ۵/۶۲	۴۲/۵۵ ± ۵/۶۲			
$P < 0.001$	مثلث سازی	۴۵/۰۰ ± ۳/۷۱	۴۲/۴۴ ± ۳/۸۲	۴۲/۰۰ ± ۴/۲۳	۴۲/۴۴ ± ۳/۸۲			
$P < 0.001$	کنترل	۴۶/۷۸ ± ۵/۶۰	۴۷/۰۰ ± ۵/۴۴	۴۷/۱۷ ± ۵/۱۴	۴۷/۰۰ ± ۵/۴۴			
$P < 0.001$	زوج درمانی هیجان‌مدار	۶/۵۰ ± ۱/۲۹	۵/۸۳ ± ۱/۵۰	۵/۶۷ ± ۱/۵۷	۵/۸۳ ± ۱/۵۰			
$P < 0.001$	مرزهای در هم تنیده	۶/۳۹ ± ۱/۵۴	۴/۸۳ ± ۱/۳۴	۴/۵۵ ± ۱/۱۵	۴/۸۳ ± ۱/۳۴			
$P < 0.001$	کنترل	۶/۹۴ ± ۰/۷۲	۶/۸۹ ± ۰/۷۶	۶/۷۸ ± ۰/۷۳	۶/۸۹ ± ۰/۷۶			
$P < 0.001$	زوج درمانی هیجان‌مدار	۴/۵۰ ± ۰/۸۶	۶/۰۵ ± ۱/۴۳	۶/۲۲ ± ۱/۳۵	۶/۰۵ ± ۱/۴۳			
$P < 0.001$	مرزهای بهنجار	۴/۵۰ ± ۰/۷۱	۶/۲۲ ± ۱/۴۴	۶/۴۴ ± ۱/۴۶	۶/۲۲ ± ۱/۴۴			
$P < 0.001$	کنترل	۴/۵۰ ± ۰/۸۶	۴/۰۰ ± ۰/۶۸	۳/۸۹ ± ۰/۷۶	۴/۰۰ ± ۰/۶۸			
$P < 0.001$	زوج درمانی هیجان‌مدار	۶/۰۰ ± ۱/۰۸	۵/۰۰ ± ۱/۲۴	۴/۸۳ ± ۱/۲۵	۵/۰۰ ± ۱/۲۴			
$P < 0.001$	مرزهای گسسته	۵/۸۳ ± ۱/۵۰	۴/۸۹ ± ۱/۳۲	۴/۸۳ ± ۱/۴۲	۴/۸۹ ± ۱/۳۲			
$P < 0.001$	کنترل	۵/۶۶ ± ۱/۳۷	۵/۳۹ ± ۱/۱۹	۵/۳۳ ± ۱/۰۳	۵/۳۹ ± ۱/۱۹			

پیگیری نشان داده‌اند. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده برای مثلث سازی و خرده‌مقیاس‌های مرزها در جدول ۵ ارائه شده است.

چنانکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در مثلث سازی و مرزهای ارتباطی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی-رفتاری نسبت به گروه کنترل تغییراتی را در مرحله پس‌آزمون و

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای مقایسه نمرات در گروه‌های پژوهش

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
مثلث سازی بین گروهی	درون گروهی	۲۱۰	۱/۱۳	۱۸۶/۵۸	۳۶/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۱
	تعامل زمان×گروه	۳/۳۸	۲۹/۲۳	۵/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۱۹	۰/۹۴	
	خطا (زمان)	۴۱۱/۹۶	۵/۳۸	-	-	-	-	
	گروه	۴۶۹/۶۸	۳	۲/۳۸	۰/۰۸	۰/۰۹	۰/۵۷	
	خطا	۴۴۷۹/۳۱	۶۸	۶۵/۸۷	-	-	-	
مرزهای در هم تنید	درون گروهی	۴۷/۱۹	۱/۴۰	۳۳/۶۷	۳۴/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۱
	تعامل زمان×گروه	۱۷/۶۹	۴/۲۰	۴/۲۱	۴/۳۴	۰/۰۰۲	۰/۱۶	۰/۹۳
	خطا (زمان)	۹۲/۴۴	۹۵/۳۲	۰/۹۷	-	-	-	
	گروه	۹۸/۷۸	۳	۳۲/۹۳	۹/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۰/۹۹
	خطا	۲۴۳/۸۹	۶۸	۵/۵۹	-	-	-	
مرزهای ارتباطی	درون گروهی	۵۷/۶۲	۱/۳۳	۴۳/۴۳	۴۲/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۱
	تعامل زمان×گروه	۴۴/۹۳	۳/۹۸	۱۱/۲۹	۱۱/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۱
	خطا (زمان)	۹۲/۱۱	۹۰/۲۲	۱/۰۲	-	-	-	
	گروه	۸۸/۴۹	۳	۲۹/۵۰	۱۰/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۹
	خطا	۱۹۴/۷۲	۶۸	۲/۸۶	-	-	-	
مرزهای گسسته	درون گروهی	۳۰/۷۸	۱/۴۶	۲۱/۱۱	۳۰/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۱
	تعامل زمان×گروه	۴/۵۶	۴/۶۴	۱/۰۴	۱/۵۲	۰/۲	۰/۰۶	۰/۴۸
	خطا (زمان)	۶۸	۹۹/۱۴	۰/۶۹	-	-	-	
	گروه	۲/۱۷	۳	۰/۷۲	۰/۱۸	۰/۹۱	۰/۰۰۸	۰/۰۸
	خطا	۲۷۰/۳۳	۶۸	۳/۹۷	-	-	-	

چنان‌که در جدول ۵ برای متغیر مثلث سازی مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=۳۶/۶۶$ ، $df=۴/۲۰$ ، $p<۰/۰۱$) نشان می‌دهد که در (سه گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p>۰/۰۱$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۳۴ و توان آزمون برابر با ۱ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۱۶ و توان آزمون برابر با ۰/۹۳ می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۳۴ و ۱۶ درصد تفاوت در مرزهای در هم تنیده مربوط به اعمال متغیر مستقل (یکی از درمان های دو گانه در پژوهش) بوده که به ترتیب با ۱۰۰ و ۹۳ درصد توان تأیید شده است.

چنان‌که در جدول ۳ برای متغیر مرزهای بهنجار مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=۴۲/۵۴$ ، $df=۱/۳۳$ و $p<۰/۰۱$) و تعامل زمان و گروه ($F=۱۱/۰۶$ ، $df=۳/۹۸$ و $p<۰/۰۱$) نشان می‌دهد که در مرزهای بهنجار از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (سه گروه پژوهش)

چنان‌که در جدول ۵ برای متغیر مثلث سازی مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=۳۶/۶۶$ ، $df=۱/۱۳$ و $p<۰/۰۱$) و تعامل زمان و گروه ($F=۵/۴۳$ ، $df=۳/۳۸$ و $p<۰/۰۱$) نشان می‌دهد که در مثلث سازی از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (سه گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p<۰/۰۱$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۳۴ و توان آزمون برابر با ۱ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۱۹ و توان آزمون برابر با ۰/۹۴ می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۳۴ و ۱۹ درصد تفاوت در مثلث سازی مربوط به اعمال متغیر مستقل (یکی از درمان های دو گانه در پژوهش) بوده که به ترتیب با ۱۰۰ و ۹۴ درصد توان تأیید شده است.

چنان‌که در جدول ۳ برای متغیر مرزهای در هم تنیده مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=۳۴/۷۱$ ، $df=۱/۴۰$ و $p<۰/۰۱$) و تعامل زمان و گروه

زوج‌درمانی شناختی-رفتاری با یکدیگر و بین زوج‌درمانی هیجان‌مدار با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد، ولی بین زوج‌درمانی شناختی-رفتاری با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنا که زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و بر مرزهای درهم‌تنیده تأثیر دارند و منجر به کاهش مرزهای درهم‌تنیده می‌شوند. نتایج نشان می‌دهد که اثر هیچ کدام از مداخلات مذکور زوج‌درمانی هیجان‌مدار، زوج‌درمانی شناختی بر مرزهای گسسته معنادار نیست.

بر اساس شواهد تجربی در دسترس، پژوهشی که به مقایسه اثربخشی دو مداخله زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر مرزهای ارتباطی در زنان دارای علائم کژکاری جنسی پرداخته باشد یافت نشد تا مستقیماً استنادی به همسویی و یا ناهمسویی این بخش از نتایج صورت گیرد؛ اما می‌توان گفت این بخش از نتایج به صورت غیرمستقیم علاوه بر مجموعه مطالعاتی که اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار (۱۶، ۲۸) و زوج‌درمانی شناختی-رفتاری (۳۱) در بهبود مشکلات جنسی زوجین را تأیید می‌کنند.

در مورد مکانیسم اثر زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر مثلث‌سازی و مرزهای بهنجار در زنان دارای علائم کژکاری جنسی می‌توان بیان نمود که این متغیرها در ارتباط نزدیک با هم و جملگی تحت تأثیر احساسات و عواطف زوجین نسبت به یکدیگر و تبیین‌کننده چگونگی تعاملات همسران با یکدیگر و اطرافیان هستند. به این ترتیب واضح است که مداخله‌هایی که بتوانند در راستای اصلاح عواطف و چرخه تعاملات منفی زوجین اثرگذار باشد، می‌توانند متغیرهای سیستمی (مثلث‌سازی و مرزهای بهنجار) را بهبود بخشند. در این رویکرد، به هیجان به عنوان یک سیستم هشداردهنده اولیه در تعاملات و مشخص‌کننده روابط، اهمیت داده شد و سعی گردید با ابراز هیجانات، طرف مقابل در جهت پاسخ‌های خاصی سوق داده شود (۳۱) و زوجین برای مقابله سریع با برخوردهای بین‌فردی مهم، آماده شوند (۳۲). بر این اساس زوج‌درمانگر هیجان‌مدار، چرخه‌های تعاملی منفی را همزمان با پدیداری آن در همان جلسه شناسایی کرد و چگونگی نقش این چرخه بر بقاء نایمنی‌های دل‌بستگی و آشفتگی‌های زناشویی را شرح داد. همچنین با تمرکز بر الگوهای تعاملی منفی و برون‌ریزی آن از طریق تمرکز و بررسی آخرین مشاخره‌ی زوجین به فعال‌سازی مجدد چرخه و بازپردازش آن پرداخت و چرخه را

تفاوت معناداری ($p < 0/01$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۳۸ و توان آزمون برابر با ۱ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۳۳ و توان آزمون برابر با ۱ می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۳۸ و ۳۳ درصد تفاوت در مرزهای بهنجار مربوط به اعمال متغیر مستقل (یکی از درمان‌های دو گانه در پژوهش) بوده که به ترتیب با ۱۰۰ و ۱۰۰ درصد توان تأیید شده است. چنان‌که در جدول ۳ برای متغیر مرزهای گسسته مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون‌گروهی، عامل زمان ($p > 0/05$) و تعامل زمان و گروه ($p > 0/05$) معنادار نیستند. این نتیجه نشان می‌دهد که در مرزهای گسسته از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (سه گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p < 0/01$) وجود ندارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی شناختی رفتاری بر مثلث‌سازی و مرزهای ارتباطی زنان دارای کژکاری جنسی انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد، در متغیر مثلث‌سازی بین دو گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی شناختی-رفتاری با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد، ولی بین دو درمان با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به این معنا که زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی شناختی-رفتاری به صورت مشابه بر مثلث‌سازی تأثیرات پایداری داشته‌اند و منجر به کاهش مثلث‌سازی در زنان دارای علائم کژکاری جنسی شده‌اند. می‌توان گفت این بخش از نتایج را به صورت غیرمستقیم با مجموعه مطالعاتی که اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار (۱۶، ۲۸)، زوج‌درمانی شناختی-رفتاری (۲۰، ۲۳) در بهبود مشکلات جنسی زوجین را تأیید می‌کنند؛ و همچنین پژوهش لارسون و همکاران (۲۹)، مبنی بر تأثیر درمان هیجان‌مدار بر مثلث‌سازی زوجین همسو دانست.

نتایج همچنین نشان داد در مرزهای بهنجار، بین دو گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار، زوج‌درمانی شناختی-رفتاری با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد، ولی بین دو درمان با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنا که زوج‌درمانی هیجان‌مدار، زوج‌درمانی شناختی-رفتاری به صورت مشابه منجر به تقویت مرزهای بهنجار شده‌اند. در مرزهای درهم‌تنیده، بین دو گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار،

در ساختار دلبستگی مورد نظاره قرار داد و چگونگی رفتارهای هر همسر (مانند خشمگین شدن، نق زدن، اعتراض کردن و احساس یأس و فاصله‌گزینی را روشن کرده و انعکاس داد. در مرحله بعد درمانگر با چارچوب دهی مجدد قالب چرخه منفی، هیجانات زیر ساختاری و نیازهای دلبسته مدار چرخه‌ی نا کارساز را به عنوان منبع محرومیت‌های هیجانی همسران و آشفتگی‌های زناشویی‌شان معرفی نمود و تمرکز زوجین را از اینکه هر یک از همسران مقصر آشفتگی‌ها و یا مشکل کودک بیش فعال‌شان هست، برداشته و رابطه و چرخه را متهم می‌کند و مشکل را در بافتار علیت حلقوی پردازش و منعکس کرده، چرخه را از پدیده‌ای با هویت مبهم و درونی به پیکره‌ی بیرونی و تغییر پذیر، باز لقب‌دهی نمود که این امر موجب، ایجاد احساساتی نظیر امنیت، حس همراه بودن و پیوستگی و حرکت زوجین به سمت الگوی رفتار انعطاف پذیر گردید. این فرایند باعث شد تا زوجین جایگاه هیجانات منفی را در چرخه منفی تعاملات خود شناسایی کنند، بر عناصر متفاوت هیجان بیشتر تمرکز کرده و به آگاهی بیشتری از هیجانات برسند. رسیدن به خودآگاهی هیجانی، رشد هیجانی را در زوجین به همراه داشت که نتیجه این رشد، درگیری بیشتر با هیجانات مختلف و جهت‌دهی به تجارب هیجانی به سمت تعاملات بیشتر با همسر به همراه استقلال هیجانی بیشتر از خانواده اصلی بود. زوج‌درمان‌گران هیجان‌مدار با در نظر گرفتن چالش‌های زندگی شخصی زوجین، مرحله رشدی خاص و سبک ارتباطی هر همسر به طور مجزا و همسران در کنار یکدیگر، چالش‌های اشتراکی زوج‌ها، پیشرفت‌های همسران در چرخه زندگی تحولی‌شان، شیوه‌های برقراری تعامل میان همسران و روابط زوجین با اطرافیان و توجه به متغیرهای حمایتگر محیطی (۳۳) توانست با تعیین نقش‌های زوجین در زندگی و اصلاح توزیع قدرت در خانواده منجر به کاهش مثلث‌سازی‌های ناکارآمد و افزایش مرزبندی بهنجار شود. بر اساس نتایج به دست آمده از نتایج به دست آمده از مرحله پیگیری به نظر می‌رسد گذشت زمان بیشتری لازم است تا تأثیرات معنادار زوج‌درمانی هیجان‌مدار، بر سایر انواع مرزبندی (درهم تنیده و گسسته)، خود را نشان دهند. در مورد مکانیسم اثر زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر متغیرهای مثلث‌سازی و مرزها در زنان دارای علائم کژکاری جنسی بر اساس مبانی نظری می‌توان بیان نمود تشخیص

افکار خودآیند و هیجانات و رفتارهای مرتبط با آن، که طی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر آن تأکید می‌شود، باعث شد تا از طریق تکنیک سؤالات پیکان نزولی، زوجین اطلاعات جامعی راجع به هیجانات و شناخت‌های اصلی خود و همچنین پاسخ‌های هیجانی و رفتاری متعاقب آن به دست آورند و به واسطه این اطلاعات، با شناسایی باورهای ناکارآمد زوجین در مورد رفتارهای مبتنی بر مثلث‌سازی‌های ناکارآمد و نحوه توزیع قدرت و تعریف نقش‌ها در خانواده و به چالش کشیدن آنها، زوجین را در مورد اثرات منفی این نوع از رفتارها آگاه کرد و با تعریف مجدد نقش هر یک از زوجین و تعیین انتظارات مرتبط با هر نقش، ضمن کاهش مثلث‌سازی‌ها، نحوه مرزبندی در خانواده را تحت تأثیر قرار داد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شناختی رفتاری دو درمان مفید و مؤثر برای کاهش مثلث‌سازی و بهبود مرزهای ارتباطی در زنان دارای کژکاری جنسی هستند. از آن جایی که مثلث‌سازی و مرزهای ارتباطی از جمله متغیرهایی هستند که از نظر روانی می‌توانند سطح کژکاری جنسی زنان را بیش از پیش تشدید نموده و خطرات جدی برای روابط و زندگی خانوادگی سالم ایجاد نمایند، پیشنهاد می‌شود که زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی شناختی-رفتاری توسط درمانگران مراکز درمان روان شناختی، به عنوان درمان یاری‌رسان به این زنان مورد توجه و استفاده قرار گیرند. در عین حال لازم است تا در تعبیر و تفسیر نتایج مطالعه حاضر به محدودیت‌های مطالعه شامل تمرکز مطالعه بر زنان دارای کژکاری جنسی و نه مردان، استفاده از پرسشنامه برای سنجش متغیرهای وابسته که اطلاعات عمیقی ممکن است برای وضعیت زنان دارای کژکاری جنسی به دست ندهد، توجه ویژه شود. در راستای رفع محدودیت‌های مورد اشاره لازم است تا پژوهشگران در مطالعات آینده زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی شناختی-رفتاری را برای مردان دارای کژکاری جنسی و به طور همزمان به صورت مشارکت هر دو زوج در درمان را در کنار سنجش‌های عمیق‌تر وضعیت شرک کنندگان در مطالعه از طریق روش‌هایی نظیر مصاحبه مد نظر قرار دهند.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می دارند که هیچ گونه تعارض منافی در این پژوهش وجود ندارد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه افرادی که در این پژوهش مشارکت داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

Reference

- Smith L, Yang L, Veronese N, Soysal P, Stubbs B, Jackson SE. Sexual activity is associated with greater enjoyment of life in older adults. *Sexual medicine*. 2019;7 (1): 8-11. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2018.11.001>
- Bilal A, Rasool S. Marital satisfaction and satisfaction with life: mediating role of sexual satisfaction in married women. *Journal of Psychosexual Health*. 2020;2(1): 77-86. <https://doi.org/10.1177/2631831820912873>
- Aras H, Aras B, Icagasioglu A, Yumusakhuylu Y, Kemahli E, Haliloglu S, et al. Sexual dysfunction in women with rheumatoid arthritis. *Medicinski Glasnik*. 2013; 2 (10).
- McCabe MP, Connaughton C. Sexual dysfunction and relationship stress: how does this association vary for men and women? *Current opinion in psychology*. 2017;13: 4-81. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.05.007>
- Kariman N, Sheikhan Z, Simbar M, Zahiroddin A, Akbarzadeh Bahgban A. Sexual dysfunction in two types of hormonal contraception: combined oral contraceptives versus depot medroxyprogesterone acetate. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2017;5(1):806-13
- De Menezes Franco M, Driusso P, Bø K, Carvalho de Abreu DC, Da Silva Lara LA, De Sá Rosa e Silva ACJ, et al. Relationship between pelvic floor muscle strength and sexual dysfunction in postmenopausal women: a cross-sectional study. *International urogynecology journal*. 2017; 28; 931-936. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3211-5>
- Dutra da Silva GM, Rolim Rosa Lima SM, Reis BF, Macruz CF, Poštigo S. Prevalence of hypoactive sexual desire disorder among sexually active postmenopausal women with metabolic syndrome at a public hospital clinic in brazil: a cross-sectional study. *Sexual Medicine*. 2020;8(3):545-53. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.05.008>
- Bakhtiari M, Sheydaei H, Bahreynian SA, Nori M. The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Low Sexual Desire and Marital Satisfaction. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2015;10(36):7-16.
- Ahmadimehr Z, Yousefi Z, Golparvar M. The Effectiveness of Boen's Intergenerational Method Training on Family Relations and Systematic Family Variables. *Journal of Clinical Psychology*. 2020;12(3); 25-34.
- Goldenberg H, Goldenberg I. *Family therapy: An overview*; 2012.
- Kerr C. *Family art therapy: Foundations of theory and practice*: Routledge; 2011. <https://doi.org/10.4324/9780203941188>
- Khakpour I, Nazari AM, Zahra Kar k. The Prediction of marital adjustment based on triangulation and structure of power in a family. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2014;9(33): 37-46.
- Nasrolahi S, Tamadoni M. Identifying the interactive pattern of triangulation of marital problems and strategy (triangulation). *International Conference on Psychology, Counseling, Education*. 2017.
- Trenchard P. *An Introduction to Family Therapy: Systemic Theory and Practice* by Rudi Dallos and Ros Draper. Wiley Online Library; 2007. https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2007.00371_2.x
- Horstman HK, Schrodt P, Warner B, Koerner A, Maliski R, Hays A, et al. Expanding the conceptual and empirical boundaries of family communication patterns: The development and validation of an expanded conformity orientation scale. *Communication Monographs*. 2018;85(2): 157-180. <https://doi.org/10.1080/03637751.2018.1428354>
- Ghaznavi khazarabadi F, Niknam M. The Effectiveness of emotionally-focused couple therapy on the style of attachment and sexual satisfaction of couples. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2019;26(3): 213-225. <https://doi.org/10.32592/JBirjandUnivMedSci.2019.26.3.103>
- Wiebe SA, Johnson SM. A review of the re-

- search in emotionally focused therapy for couples. *Family Process*. 2016;55(3): 390-407. <https://doi.org/10.1111/famp.12229>
18. Greenberg LS, Goldman RN. Theory of practice of emotion-focused therapy. 2019. <https://doi.org/10.1037/0000112-003>
 19. Zanganeh Motlag F, Bani- Jamali S-S, Ahadi H, Hatami HR. The effectiveness of couples therapy based on acceptance and commitment and emotionally focused couples therapy on improvement of intimacy and reduction of Alexithymia among Couples. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2017;12(44): 47-56.
 20. Hummel SB, van Lankveld JJ, Oldenburg HS, Hahn DE, Kieffer JM, Gerritsma MA, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy realizes long-term improvement in the sexual functioning and body image of breast cancer survivors. *Journal of sex & marital therapy*. 2018;44(5): 485-496. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1408047>
 21. Öztürk CŞ, Arkar H. Effect of cognitive behavioral therapy on sexual satisfaction, marital adjustment, and levels of depression and anxiety symptoms in couples with vaginismus. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2017;28(3).
 22. Shahbazfar R, Zarei E, Hajializade K, Dortaj F. Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Couple Therapy and Couple Therapy Based on Acceptance and Commitment Therapy in Improving Marital Quality of Non-clinical Couples. *Psychological Methods and Models*. 2021;12(43): 100-1013.
 23. Rawińska M, Fijałkowska S. Cognitive-behavioural therapy for sexual dysfunctions: treatment, etiology and accurate diagnosing of premature ejaculation. *Polski Merkuriusz Lekarski: Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*. 2014;36(211): 68-72.
 24. Eshghi R, Bahrami F, Fatehizadeh M, Keshavarz A. Studying the Effectiveness of Couples Sexual Cognitive - Behavioral Therapy on Improvement of Women's Hypoactive Sexual Desire Disorder in Isfahan. *Journal of counseling research*. 2015;14(53): 111-130.
 25. Yousefi Z. The Structural Equation Modeling of Desire to Divorce based on System, Psychological and Social Variables among High School Students' Mothers in Isfahan. 2019.
 26. Kiani Chalmardi A, Asadi M, Shiralipur A, Fathi E. Family Relational Boundaries Questionnaire (FRBQ): Developing and Standardization. *Journal of School Psychologh and Institutions*. 2021;9(4): 20-33. <https://doi.org/10.32598/JSPI.9.4.2>
 27. Davarniya R, Zaharakar K, Moayeri N, Shakarami M. Assessing the performance of emotionally-focused group couples therapy (EFCT) on reducing couple burnout in women. *MEDICAL SCIENCES JOURNAL*. 2015;25(2): 132-140.
 28. Cohen-Louck K, Zvi L. A model for predicting post-traumatic stress disorder due to exposure to chronic political violence: big five personality traits, ego-resiliency, and coping. *Journal of interpersonal violence*. 2022;37(23-24):NP23241-NP61. <https://doi.org/10.1177/08862605221080144>
 29. Larson JH, Holman TB. Premarital predictors of marital quality and stability. *Family Relations*. 1994:228-37. <https://doi.org/10.2307/585327>
 30. Hummel SB, van Lankveld JJ, Oldenburg HS, Hahn DE, Kieffer JM, Gerritsma MA, Kuenen MA, Bijker N, Borgstein PJ, Heuff G, Cardozo AM. Internet-based cognitive behavioral therapy realizes long-term improvement in the sexual functioning and body image of breast cancer survivors. *Journal of sex & marital therapy*. 2018 4;44(5):485-496. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1408047>
 31. Bradley C, Johnson P, Rawls G, Dodson-Sims A. School counselors collaborating with African American parents. *Professional School Counseling*. 2005: 424-427.
 32. Johnson SM. *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection*. Routledge; 2012; 24. <https://doi.org/10.4324/9780203843871>
 33. Harway M, Faulk E. *Treating Couples with. Handbook of couples therapy*. 2005; 21:272.