

## اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار بر علائم افسردگی و عملکرد جنسی در زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر

سلماز عماری<sup>۱</sup>

عزت دیره<sup>۲</sup>

مولود کیخسروانی<sup>۳</sup>

کامران گنجی<sup>۴</sup>

تاریخ ارسال: ۱۴۰۰/۰۶/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۲۰

### چکیده

پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار بر علائم افسردگی و عملکرد جنسی در زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر انجام شده است. مطالعه حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی است که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل با سنجش در خط پایه پس از مداخله و پیگیری ۳ ماهه انجام گرفت. تعداد ۱۰۵ نفر از زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر مراجعه‌کننده مراکز مشاوره و کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی اداره بهداشتی بوشهر در بازه زمانی دی‌ماه سال ۹۹ الی خرداد ۱۴۰۰ با در نظر گرفتن معیارهای ورودی، ۳۰ نفر از کسانی که تمایل به شرکت در تحقیق را داشتند (با اخذ رضایت کتبی) انتخاب و از طریق جایگزینی تصادفی به شیوه زیر صورت پذیرفت و به‌طور تصادفی به گروه آزمایش (درمان هیجان محور؛  $n=15$ ) و گروه کنترل ( $n=15$ ) گماشته شدند. کلیه شرکت‌کنندگان سیاهه افسردگی بک و مقیاس عملکرد جنسی را در سه مرحله تکمیل کردند که اندازه‌گیری قرار گرفت. جلسات درمانهای مذکور درمان زوج‌درمانی هیجان مدار (۱۰ جلسه ۲ ساعته) به‌صورت گروهی انجام شد. فرضیه‌های مربوط به اثربخشی مداخله‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران (نویسنده مسئول) [ezatdeyreh@iaubushehr.ac](mailto:ezatdeyreh@iaubushehr.ac)

۳. دانشیار، گروه روانشناسی عمومی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران

۴. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد ملایر، دانشگاه آزاد اسلامی، ملایر، ایران

اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد میانگین متغیر افسردگی و عملکرد جنسی در مرحله پیش‌آزمون بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد که نشانگر همگن بودن دو گروه پژوهش در مرحله پیش‌آزمون است، اما تفاوت بین دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری بود که می‌تواند حاکی از اثربخشی مداخله مذکور بر متغیرهای ذکر شده و نیز پایداری اثربخشی در مرحله پیگیری بوده است ( $P < 0/001$ ). نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مذکور می‌تواند در کاهش افسردگی و بهبود عملکرد جنسی زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر به عنوان مداخله روانشناسی استفاده شود.

**واژه‌های کلیدی:** افسردگی، زوج‌درمانی هیجان مدار، زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر، عملکرد جنسی.

#### مقدمه

خانواده محل ارضای نیازهای مختلف جسمانی و عقلانی و عاطفی<sup>۱</sup> است و داشتن آگاهی از نیازهای زیستی و روانی و شناخت چگونگی ارضای آن‌ها و تجهیز شدن به تکنیک‌های شناخت تمایلات زیستی و روانی ضرورتی انکارناپذیر است (۱). رضایت یک فرد از زندگی زناشویی به‌منزله رضایت وی از خانواده محسوب می‌شود و رضایت از خانواده به مفهوم رضایت از زندگی بوده و در نتیجه تسهیل در امر رشد و تعالی و پیشرفت مادی و معنوی جامعه خواهد شد (۲). با گذشت زمان زندگی برخی از زوجین به جدایی کشیده می‌شود، اما اکثریت به زندگی مشترکشان با آهنگی یکنواخت و ملال‌آور ادامه می‌دهند و برای تحمل این زندگی به مشروبات الکلی، پرخوری، استفاده از مواد مخدر یا ارتباطات نامشروع روی می‌آورند. مهم‌ترین انگیزه زن و مرد متأهلی که به سوی روابط نامشروع کشیده می‌شود، تجربه مجدد صمیمیت فردی و جنسی<sup>۲</sup> است (۳).

خیانت زناشویی مسأله‌ای تکان‌دهنده برای زوجها و خانواده‌ها و پدیده‌های رایج برای درمانگران ازدواج و خانواده است. مهم‌ترین انگیزه زن و مرد متأهلی که به سوی روابط نامشروع کشیده می‌شوند، تجربه مجدد صمیمیت فردی و جنسی است. چیزی که دیگر آن را در زندگی مشترکشان

۱. Physical and intellectual and emotional

۲. Re-experiencing personal and sexual intimacy

نمی‌یابند (۴). بنابراین جذابیت روابط نامشروع بدین دلیل است که هیچ‌یک از طرفین، عیب‌جویی، سرزنش و شکوه نمی‌کنند یا نق نمی‌زنند. بر اساس مطالعات انجام شده در این زمینه در خیانت، مشخص شده است که ۲۱ درصد از مردان و ۱۱ درصد از زنان در طول زندگی مرتکب خیانت زناشویی می‌شوند (۵). بی‌وفایی و خیانت، نوعی اختلال و بیماری در رفتار بشمار می‌رود، زیرا با توجه به عوارض نابهنجار و نامطلوبی که به همراه دارد، آسیب‌ها و مشکلات مختلفی را هم برای همسر خیانتکار و هم برای خانواده ایجاد می‌کند (۶).

عوامل متعددی در بروز ناتوانی جنسی نقش دارد اما سهم عوامل روان‌شناختی در بروز این عارضه برجسته است (۷). شدت ناتوانی جنسی به شکل خفیف تا شدید طبقه‌بندی گردیده است. همچنین بر اساس ماهیت آن، ناتوانی جنسی به صورت جسمانی و روان‌شناختی نیز طبقه‌بندی شده است (۸). پاسخ جنسی یک پیش‌نیاز زیستی زیر بنایی دارد، با وجود این، غالباً در یک زمینه درون فردی، بین فردی و فرهنگی تجربه می‌شود. بنابراین، کارکرد جنسی دربرگیرنده تعامل پیچیده میان عوامل زیستی، اجتماعی، فرهنگی و روان‌شناختی است (۹). عملکرد جنسی مناسب و سالم یکی از نشانه‌های سلامت جسم و روان است، یکی از مؤلفه‌های افسردگی به حساب می‌آید، باعث ایجاد حس لذت مشترک در بین زوجین می‌شود و توانایی فرد را برای مقابله کارآمدتر با استرس‌ها و مشکلات زندگی افزایش می‌دهد (۱۰).

درمان هیجان محور بر فرایندهای طرحواره هیجانی که زمینه‌ساز تعیین‌کننده‌های میان فردی و شناختی رفتاری است، تمرکز دارد و پردازش عاطفی را به عنوان هدف بنیادین درمان خود می‌بیند (۱۱). درمان هیجان محور درمانی نوانسانگرا و تجربی است درمانگر نه‌تنها بر به آگاهی در آوردن محتوای ذهنی است که از جانب درمانجو مورد انکار یا تحریف قرار گرفته است، بلکه ایجاد معنی تازه متأثر از تجربه بدنی درمانجو را نیز در نظر دارد (۱۲). از منظر رویکرد هیجان محور انسانها به عنوان سیستم‌های پویایی عمل می‌کنند که فرایندهای دیالکتیکی بسیاری را در سطوح مختلف، از سطح عصب شیمیایی تا سطوح آگاهانه و مفهومی یکپارچه می‌کنند و این یکپارچه‌سازی، پیوند جدایی‌ناپذیر عاطفه و شناخت را به بار می‌آورد. بنابراین افراد دائماً با ترکیب و مدیریت بر ترکیب اطلاعات بیولوژیکی و یادگیری‌های فرهنگی که به‌ظاهر متضاد هستند، با کارآمدی بیشتری زندگی می‌کنند (۱۳). درمان متمرکز بر هیجان<sup>۱</sup> یکی از

شیوه‌های درمانی است که بر چرخه‌های منفی تعاملی پایدار در اثر آسیب‌پذیری هیجانی عمیق توجه دارد. این روش بر کاهش آشفتگی از طریق مداخله در سطح هیجانی به منظور پیشرفت تعاملات نزدیکی که منجر به علاقه بیشتر و روابط صمیمانه می‌شود تلاش می‌نماید. توضیحات در این باره که این شیوه یکی از مؤثرترین و معتبرترین شکل‌های درمانی زوجین است (۱۴). با توجه به مطالب عنوان شده سؤال اصلی پژوهش حاضر این است آیا درمان هیجان محور (EFT) بر افسردگی و عملکرد جنسی زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر تأثیر دارد؟

### روش

**روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه:** پژوهش حاضر، پژوهشی یک مطالعه از نوع نیمه تجربی که در آن از طرح پیش‌آزمون<sup>۱</sup> - پس‌آزمون<sup>۲</sup> با گروه کنترل بود جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی اداره بهزیستی شهر بوشهر در بازه زمانی اردیبهشت تا شهریورماه در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. که از بین آن‌ها ۳۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود و خروج این مطالعه عبارت بودند از: دامنه سنی ۴۰-۵۵ سال، عدم ابتلا به بیماری روانی و سابقه بستری در بخش روانپزشکی، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی و سابقه بستری در بیمارستان، توانایی شرکت در جلسه‌های گروه‌درمانی، تمایل به همکاری، ملاک‌های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش: عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله. به‌منظور جمع‌آوری داده‌های جمعیت شناختی لازم به عنوان اطلاعات پایه مشتمل بر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، پرسش‌نامه افسردگی و مقیاس عملکرد جنسی تکمیل گردید.

### ابزار سنجش

#### پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت شناسی

هدف از این پرسش‌نامه، جمع‌آوری داده‌های جمعیت شناختی لازم به عنوان اطلاعات پایه مشتمل بر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، زمینه آموزشی و سابقه شغلی بود.

۱. Pre- test

۲. Post- Test

### پرسش‌نامه مسائل جنسی (MSQ)

پرسش‌نامه مسائل جنسی توسط اسنل و فیشر و والترز (۱۹۹۳) تدوین گردیده است (۱۹). این پرسش‌نامه یک ابزار خودسنجی است که برای اندازه‌گیری ۳ زیرمقیاس، مسائل جنسی انسان طراحی شده است. تمامی ۱۲ خرده‌مقیاس پرسش‌نامه حاضر از پایایی خوبی برخوردار هستند و ضریب آلفای این پرسش‌نامه از ۰/۷۰ تا ۰/۹۴ در نوسان است (میانگین ۰/۸۵). پایایی‌های بازآزمایی نیز از ۰/۵۰ تا ۰/۸۶ متغیر است (میانگین ۰/۸۷). ثبات درونی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه چندوجهی مسائل جنسی با محاسبه ضرایب آلفای کرونباخ به دست آمده است. به‌طور خلاصه، ۱۲ خرده‌مقیاس MSQ از ثبات درونی و پایایی بازآزمایی بیشتر از حد کافی برخوردار بوده و هستند. اسنل و همکاران دریافتند پرسش‌نامه چندوجهی مسائل جنسی در میان آزمودنی‌ها نه‌تنها با نگرش‌های جنسی آن‌ها و رویکردهای تبادلی و تداولی‌شان به رابطه جنسی مرتبط بود، بلکه با نمره‌های آنان در سایر ابزارهایی که از نظر مفهومی شبیه MSQ بودند، نیز ارتباط داشت. همچنین رفتارهای جنسی مردان و زنان نیز به‌طور قابل پیش‌بینی‌ای با نمره‌های آنان در خرده‌مقیاس‌های MSQ مربوط بود (۲۰). در این پژوهش، همسانی درونی [ضریب آلفای کرونباخ] پرسش‌نامه مسائل جنسی برای حجم نمونه (n=۲۰) در اضطراب جنسی، ۰/۸۴۰ همچنین در افسردگی جنسی ۰/۹۰۷، به دست آمده است. با توجه به اینکه آلفای کرونباخ مقیاس مذکور بیشتر از ۰/۷ است نشان می‌دهد پرسش‌نامه مسائل جنسی از اعتبار بالایی برخوردار است.

### سیاهه افسردگی

سیاهه افسردگی بک اولین بار توسط بک، وارد، مندلسون<sup>۲</sup>، موک<sup>۳</sup> و ارباف<sup>۴</sup> (۱۹۶۱) ساخته شد و ویرایش دوم آن نیز توسط بک و دیگران (۲۰۱۳) مورد بازنگری قرار گرفت (۲۱). این سیاهه، یک ابزار خودگزارش‌دهی برای سنجش شدت افسردگی در افراد ۱۳ سال به بالا است، دارای ۲۱ ماده است که برای ارزیابی علایم افسردگی (مانند غمگینی، احساس شکست، احساس گناه) مورد بررسی قرار می‌گیرد. نمره کل این سیاهه از حاصل جمع نمره ماده‌ها به دست می‌آید که دامنه آن می‌تواند از صفر تا

۱. Ward, C. H.

۲. Mendelson, M.

۳. Mock, J.

۴. Erbaugh, J.

۶۳ باشد. نمره‌های بیشتر بیانگر سطوح بالای افسردگی است؛ این سیاهه نقطه برشی به عنوان عدم وجود افسردگی معرفی نمی‌کند (۲۲).

در این پژوهش، همسانی درونی [ضریب آلفای کرونباخ] سیاهه افسردگی یک برای حجم نمونه ( $n=30$ )  $0.930$  به دست آمد. با توجه به اینکه آلفای کرونباخ سیاهه مذکور بیشتر از  $0.7$  است، می‌توان گفت از اعتبار بالایی برخوردار است.

### روش اجرا و تحلیل داده‌ها

پس از تصویب پروپوزال و اخذ مجوز کتبی از معاونت آموزشی دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر پژوهشگر به مرکز مشاوره و کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی اداره بهزیستی شهر بوشهر مراجعه کرده و با کمک روانشناسان و مشاوران شاغل در این مراکز بعد از اجرای مصاحبه بالینی از بین تعداد ۷۶ نفر از زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر که (نمره آن‌ها یک انحراف معیار بالاتر از میانگین) از پرسش‌نامه‌های افسردگی و عملکرد جنسی کسب کردند. ۳۰ نفر از زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر دعوت به پژوهش حاضر شدند. زنان به صورت تصادفی هر دو بلوکهای دوتایی قرار گرفته و یک زوج به گروه آموزش؛ و دیگری به گروه بدون آموزش تخصیص یافتند. پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی و شفاهی از آن‌ها، پرسش‌نامه‌ها در ابتدای پژوهش (مرحله پیش‌آزمون) در اختیار آنان قرار گرفت تا تکمیل نمایند. مداخلات مذکور طبق پروتکل‌های درمانی معرفی شده به صورت جلسات گروهی (فقط برای گروه آزمایش) به مدت ۸ جلسه هر هفته در جلسات ۲/۵ ساعته انجام گرفت جلسه آخر مجدداً از هر دو گروه آزمایش و کنترل مرحله پس‌آزمون انجام شد. بعد از سه ماه پیگیری از هر دو گروه انجام گرفت. اطلاعات جهت استخراج نتایج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### جدول ۱. خلاصه پروتکل زوج‌درمانی هیجان مدار (۲۳).

جلسه	موضوع جلسه	محتوی جلسه
۱	ایجاد اتحاد درمانی	به خوش‌آمدگویی، مروری بر بیان قوانین و مقررات جلسات مشاوره گروهی و آشنایی اعضا با یکدیگر و با درمانگر پرداخته شد. ایجاد اتحاد درمانی، تشخیص موضوع کشمکش‌های ارتباطی بین زنان از نظر دلستگی و جمع‌بندی و درنهایت اجرای پیش‌آزمون.
۲	کشف و روشن‌سازی چرخه عاملی منفی	با تمرکز ساختارگرایانه، به بررسی آخرین مشاخره زوج پرداخته شد و این عمل همانند بررسی یک فیلم انجام شد تا به هدف اصلی که حل تعارض است، دست پیدا شود. توصیف و روشن‌سازی چرخه تعاملی منفی همزمان با پدیداری آن چرخه در جلسه.
۳	دستیابی به هیجانات اولیه	در این جلسه به بررسی هیجانات اولیه و ثانویه پرداخته شد و آموزش‌های لازم برای تفکیک این دو هیجان از یکدیگر به اعضا داده شد تا بتوانند با استفاده از این آموزش‌ها هیجانات اولیه خود را ریشه‌یابی کننده دسترسی به

		احساسات ابراز نشده‌ای که زیربنای الگوهای تعاملی می‌باشند و دستیابی به هیجانات زیر ساختاری و نیازهای دلبسته محور.
۴	قاب دهی مجدد به مشکل	در این جلسه به زنان آسیب‌دیده آموزش داده شد که تمرکز خود را از طرف مقابل به عنوان فرد مقصر بردارند و بیشتر متمرکز بر چرخه معیوب ارتباطی شوند و بیان شد که با کسب مهارت می‌توانند به موفقیت در ارتباط دست یابند. قاب دهی مجدد به مشکل از طریق توجه به چرخه مسی، هیجانات زیر ساختاری و نیازهای زوجین.
۵	افزایش شناخت در مورد هیجان‌ها، نیازها و جنبه‌هایی از خود	در این جلسه از انواع سبک‌های دلبستگی صحبت شد تا افراد نیازهای ابراز شده خود را با قراردادن در سبک دلبستگی خود بررسی کنند. افزایش شناخت در مورد هیجانات، نیازها و جنبه‌هایی از خود که هنوز به مالکیت شخص درنیامده‌اند.
۶	افزایش پذیرش و درک همسران از یکدیگر	با تمرکز بر سبک‌های دلبستگی، آشنایی، درک و اعتباربخشی به نیازهای طرف مقابل به دنبال گفتگوی کارآمد بودیم. ایجاد و افزایش پذیرش نسبت به تجربه می‌پدیدار شونده هر یک از همسران توسط دیگری.
۷	درگیری عاطفی و هیجانی زوجها با یکدیگر	به زوجها آموزش داده شد تا بتوانند نیازها و خواسته‌های خود را که موجب می‌شود زوج دوباره از نظر عاطفی و هیجانی با هم درگیر شوند، به یکدیگر منتقل کند. تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها به منظور بازساختاردهی به تعاملات.
۸	تسهیل پدیدآیی راهکارهای تازه برای حل مسائل کهنه ارتباطی	با خلق تجارب هیجانی تازه در شرایط مختلف ارتباطی در گروه و نظارت رهبر باعث آن شد تا اعضا متوجه ناکارسازی عمیق الگوهای ذهنی گذشته شوند. تسهیل پدیده آیی راهکارهای تازه برای حل مسائل کهنه ارتباطی. پیشرفتهای زنان آسیب‌دیده مرور شد و با برجسته کردن چرخه تعاملی جدید و مقایسه آن با چرخه ناکارساز قبلی به زوجین نشان داده شد که رفتار هدف کدام است. تثبیت و تقویت مواضع تره و چرخه‌های ترین پیرامون رفتارهای دلبسته مدار و درنهایت اختتامیه جلسات و اجرای پس‌آزمون بر روی هر دو گروه آزمایش و کنترل.

### یافته‌ها

در این پژوهش اثربخشی مداخله درمان هیجان محور بر مؤلفه‌های افسردگی و عملکرد جنسی بر ۳۰ زوج (۱۵ زوج کنترل و ۱۵ زوج آزمایش) مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد اطلاعات جمعیت شناختی زنان آسیب‌دیده را به تفکیک دو گروه ارائه می‌دهد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار سن زنان به تفکیک دو گروه

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F	Sig
درمان هیجان محور	۱۵	۴۴/۵۰	۴/۵۲	۰/۴۸۰	۰/۶۲۰
کنترل	۱۵	۴۵/۰۲	۴/۵۹		
درمان هیجان محور	۱۵	۵۱/۸۴	۳/۴۸	۰/۱۲۹	۰/۸۷۹

کنترل

۱۵

۵۴/۳۴

۳/۵۰

یافته‌ها در جدول ۲ نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها در گروه کنترل  $4/59 \pm 4/03$ ، برای گروه آزمایش درمان هیجان محور  $4/52 \pm 44/50$  سال بود مقایسه میانگین‌ها با استفاده از تحلیل واریانس نیز حاکی از عدم وجود تفاوت معنی‌دار در میانگین سنی دو گروه بود. همچنین میانگین و انحراف معیار سن تشخیص برای گروه کنترل  $3/50 \pm 54/34$ ، برای گروه آزمایش درمان هیجان محور  $3/48 \pm 51/84$  سال بود.

از دیگر اطلاعات جمعیت شناختی مورد بررسی سطح تحصیلات و سطح درآمد آزمودنی‌ها بود. با استفاده از آزمون خی دو تفاوت در فراوانی این مؤلفه در دو گروه مقایسه شد. همچنین بررسی تفاوت فراوانی در دو گروه با توجه به نتایج آزمون خی دو حاکی از عدم وجود تفاوت معنی‌دار در سطح تحصیلات و سطح درآمد در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود.

#### جدول ۴- آزمون کلموگروف اسمیرنو و شاپیرو-ویلک جهت بررسی توزیع نرمال

##### برای گروه آزمایش درمان هیجان محور

متغیرها	آماره	Sig	Df	آماره	Sig	Df	شاپیرو-ویلک
افسردگی_۱	۰/۲۶۲	۰/۰۰۱	۲۶	۰/۸۸۲	۰/۰۰۶	۲۶	
افسردگی_۲	۰/۱۸۷	۰/۰۱۹	۲۶	۰/۸۹۰	۰/۰۰۹	۲۶	
افسردگی_۳	۰/۱۵۹	۰/۰۹۰	۲۶	۰/۹۰۷	۰/۰۲۳	۲۶	
اضطراب جنسی_۱	۰/۱۹۴	۰/۰۱۳	۲۶	۰/۹۳۳	۰/۰۹۳	۲۶	
اضطراب جنسی_۲	۰/۲۰۶	۰/۰۰۶	۲۶	۰/۹۰۷	۰/۰۲۳	۲۶	
اضطراب جنسی_۳	۰/۱۶۹	۰/۰۵۵	۲۶	۰/۹۱۲	۰/۰۳۰	۲۶	
افسردگی جنسی_۱	۰/۲۷۹	۰/۰۰۱	۲۶	۰/۸۷۶	۰/۰۰۵	۲۶	
افسردگی جنسی_۲	۰/۳۱۴	۰/۰۰۱	۲۶	۰/۸۳۳	۰/۰۰۱	۲۶	
افسردگی جنسی_۳	۰/۲۲۵	۰/۰۰۲	۲۶	۰/۸۶۲	۰/۰۰۲	۲۶	
رضایت جنسی_۱	۰/۲۱۱	۰/۰۰۴	۲۶	۰/۹۱۲	۰/۰۳۰	۲۶	
رضایت جنسی_۲	۰/۱۸۷	۰/۰۱۹	۲۶	۰/۸۸۷	۰/۰۰۸	۲۶	
رضایت جنسی_۳	۰/۱۵۴	۰/۱۱۳	۲۶	۰/۹۳۵	۰/۱۰۰	۲۶	

نتایج آزمون توزیع نرمال شاپیرو و ویلک در گروه آزمایش درمان هیجان محور نشان داد که



این مفروضه تنها در ابعاد افسردگی در مرحله پیگیری، اضطراب جنسی و رضایت جنسی در مرحله پیگیری در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار ( $P > 0/05$ ) اما سایر ابعاد برقرار نیست ( $0/05 < P$ ). با توجه به عدم برخورداری توزیع نرمال در این مؤلفه‌ها، از این رو در تعمیم نتایج این مؤلفه‌ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

**جدول ۵- آزمون کلموگروف اسمیرنو و شاپیرو-ویلک جهت بررسی توزیع نرمال برای گروه کنترل**

شاپیرو-ویلک			کلموگروف اسمیرنو			متغیرها
Sig	df	آماره	Sig	Df	آماره	
0/109	26	0/936	0/061	26	0/167	افسردگی_۱
0/003	26	0/864	0/001	26	0/275	افسردگی_۲
0/036	26	0/916	0/200	26	0/118	افسردگی_۳
0/048	26	0/921	0/010	26	0/199	اضطراب جنسی_۱
0/004	26	0/872	0/001	26	0/252	اضطراب جنسی_۲
0/192	26	0/947	0/020	26	0/187	اضطراب جنسی_۳
0/035	26	0/915	0/055	26	0/169	افسردگی جنسی_۱
0/074	26	0/929	0/040	26	0/175	افسردگی جنسی_۲
0/022	26	0/906	0/002	26	0/219	افسردگی جنسی_۳
0/086	26	0/932	0/035	26	0/177	رضایت جنسی_۱
0/002	26	0/855	0/001	26	0/274	رضایت جنسی_۲
0/093	26	0/933	0/002	26	0/220/055	رضایت جنسی_۳

نتایج آزمون توزیع نرمال شاپیرو و ویلک در گروه کنترل نشان داد که مفروضه توزیع نرمال تنها برای ابعاد افسردگی در مرحله پیش‌آزمون و پیگیری، افسردگی از ابعاد عملکرد جنسی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر سه مرحله ارزیابی برقرار ( $P > 0/01$ ) و برای سایر ابعاد و مراحل ارزیابی برقرار نیست ( $P < 0/01$ ). با توجه به عدم برخورداری توزیع نرمال در ابعاد باید در تعمیم نتایج این مؤلفه باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

در این پژوهش مؤلفه‌های افسردگی، عملکرد جنسی (اضطراب، افسردگی جنسی و رضایت) در دو گروه و برای سه مرحله ارزیابی مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۶- میانگین نتایج پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری افسردگی و عملکرد جنسی به تفکیک گروه و آزمون

متغیر وابسته	افسردگی			مقایسه پیش‌آزمون‌ها در سه گروه
آزمایش ۱	درمان هیجان محور			F=۱/۹۷۵
آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	Sig=۰/۱۴۶
میانگین	۳۲/۶۱	۱۵/۳۴	۱۷/۵۷	
انحراف معیار	۴/۲۹	۴/۱۱	۴/۳۹	
شاهد	کنترل			
آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	F=۶۴/۵۶۳
میانگین	۳۲/۴۲	۳۲/۲۶	۳۲/۸۸	۰/۰۰۰۱
انحراف معیار	۳/۷۰	۳/۰۹	۳/۰۲	
آزمایش ۱	درمان هیجان محور			F=۳/۳۶۷
آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	Sig=۰/۰۵۰
میانگین	۱۶/۸۸	۱۰/۸۴	۱۳/۹۲	
انحراف معیار	۱/۲۴	۱/۲۸	۱/۲۹	
شاهد	کنترل			
آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	F=۹/۱۲۳
میانگین	۱۷/۴۶	۱۶/۹۲	۱۵/۵۰	۰/۰۰۰۱
انحراف معیار	۱/۳۰	۱/۳۵	۱/۷۹	
متغیر وابسته	افسردگی جنسی			مقایسه پیش‌آزمون در دو گروه
آزمایش ۱	درمان هیجان محور			F=۰/۲۰۸
آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	sig=۰/۸۱۳
میانگین	۱۸/۰۷	۱۱/۱۵	۱۴/۰۷	
انحراف معیار	۱/۰۵	۰/۷۳	۰/۹۳	
شاهد	کنترل			
آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	F=۴۱/۳۰۵
میانگین	۱۸/۱۹	۱۶/۵۳	۱۶/۵۳	sig=۰/۰۰۱
انحراف معیار	۱/۲۳	۱/۸۵	۱/۴۷	
	رضایت جنسی			

مقایسه پیش‌آزمون‌ها در	درمان هیجان محور			آزمایش ۱
دو گروه	پیگیری	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	آزمون
F=۰/۲۲۷	۹/۳۰	۱۱/۷۶	۴/۷۳	میانگین
sig=۰/۷۹۸	۲/۶۳	۲/۵۱	۱/۵۸	انحراف معیار
مقایسه پیگیری در دو گروه		کنترل		شاهد
	پیگیری	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	آزمون
F=۵۹/۴۵۷	۵/۶۹	۶/۷۶	۴/۵۷	میانگین
sig=۰/۰۰۱	۱/۱۵	۱/۲۷	۱/۲۷	انحراف معیار

نتایج جدول ۶ نشان داد که میانگین متغیر افسردگی در مرحله پیش‌آزمون بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد که حاکی از همگن بودن دو گروه، و مقایسه پس‌آزمون‌ها در دو گروه حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار است که این مساله نشان‌دهنده اثربخشی گروه درمان هیجان محور است. همچنین مقایسه پیگیری در دو گروه آزمایش نیز حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار است که این مساله نشان‌دهنده پایداری اثربخشی در دو گروه آزمایش است. میانگین سطح اضطراب، افسردگی و رضایت از ابعاد عملکرد جنسی در مرحله پیش‌آزمون بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد که حاکی از همگن بودن دو گروه در این مرحله است، مقایسه میانگین‌ها در پس‌آزمون حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار بود که اثربخشی مداخله درمان هیجان محور در مقایسه با گروه کنترل است. همچنین وجود تفاوت معنی‌دار در مرحله پیگیری بین دو گروه نشانگر پایداری اثربخشی مداخلات است.

#### بررسی اثربخشی درمان هیجان محور بر افسردگی و عملکرد جنسی

جهت بررسی اثربخشی درمان هیجان محور بر افسردگی، ابعاد عملکرد جنسی (اضطراب، افسردگی و رضایت) از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری استفاده شد. از این رو ابتدا پیش‌فرض‌های این آزمون برای هر متغیر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کرویت بارتلت ( $X^2 = ۴۷۹/۴۴۱$ ،  $P < ۰/۰۰۱$ ) بیانگر رعایت پیش‌فرض این آزمون بود (همبستگی بین متغیرهای وابسته)، سپس نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس بررسی شد که نشان داد این مفروضه برای مؤلفه‌های مورد بررسی برقرار نیست ( $P < ۰/۰۰۱$ )،  $F_{۳۳۱, ۷۶۲۷/۴۲} = ۶۰۳/۷۵$  (BoxM) که البته با توجه به بالا بودن حجم نمونه دو گروه می‌توان گفت این آزمون نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است. سپس مفروضه کرویت با استفاده از آزمون موچلی برای همه متغیرهای مورد بررسی اجرا شد و نتایج این آزمون نشان داد که این مفروضه برای متغیرهای اضطراب و رضایت از ابعاد عملکرد جنسی برقرار ( $P > ۰/۰۵$ ) و برای مؤلفه‌های افسردگی و افسردگی جنسی برقرار نیست ( $P < ۰/۰۰۱$ ) و باید از نتایج تصحیح‌شده گرین هاوس گیسر استفاده کرد. سپس مفروضه همگنی واریانس خطا با استفاده از آزمون لون بررسی شد و نتایج این تحلیل نشان داد که این مفروضه برای مؤلفه‌های افسردگی و اما برای ابعاد

عملکرد جنسی ( $P < ۰/۰۵$ ) برقرار نیست. نتایج آزمون اثر بین گروهی جهت بررسی اثربخشی بر ابعاد مورد بررسی نشان داد که در دو گروه کنترل و آزمایش در متغیر افسردگی ( $P < ۰/۰۰۱$ )، ( $F = ۲۳/۷۷۹$ )، اضطراب جنسی ( $F = ۷۱/۶۵۵$ )، افسردگی جنسی ( $P < ۰/۰۰۱$ )، رضایت جنسی ( $F = ۹۹/۳۶۲$ )، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد و مقایسه میانگین‌ها حاکی از بالاتر رفتن میانگین افسردگی زندگی، رضایت جنسی و کاهش در اضطراب جنسی و افسردگی جنسی از ابعاد عملکرد جنسی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود. نتایج این آزمون در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج آزمون جهت مقایسه اثر بین گروهی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	Sig	$\eta^2$
افسردگی	۳۲۳/۳۳۵	۱	۳۲۳/۳۳۵	۲۳/۷۷۹	۰/۰۰۱	۰/۳۲۲
اضطراب جنسی	۹۷/۸۵۵	۱	۹۷/۸۵۵	۷۱/۶۵۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸۹
افسردگی جنسی	۹۱/۵۵۸	۱	۹۱/۵۵۸	۹۹/۳۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶۵
رضایت جنسی	۱۱۱/۰۷۷	۱	۱۱۱/۰۷۷	۴۰/۷۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۴۹

همچنین نتایج آزمون اثر درون گروهی جهت مقایسه بین مراحل آزمون‌ها در دو گروه نشان داد که اثر عامل زمان برای متغیرهای افسردگی ( $F_{GG, 1/29} = ۵۴۶/۸۳$ )،  $P < \eta^2 = ۰/۹۱۶$ ، اضطراب جنسی ( $F_{GG, 1/63} = ۱۸۶/۲۱$ )،  $P < \eta^2 = ۰/۷۸۸$ ، رضایت جنسی ( $F_{GG, 1/63} = ۱۸۶/۲۱$ )،  $P < \eta^2 = ۰/۷۸۸$ ، افسردگی جنسی ( $F_{GG, 1/63} = ۱۸۶/۲۱$ )،  $P < \eta^2 = ۰/۷۸۸$  معنی‌دار است. نتایج این تحلیل به صورت کامل در جدول ۸ ارائه شده است.

جدول ۸. مقایسه جفتی گروه آزمایش و کنترل در مراحل ارزیابی

مؤلفه	آزمون	گروه ۱	گروه ۲	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
افسردگی	پیش‌آزمون	درمان هیجان محور	کنترل	۰/۱۹۲	۱/۱۱۱	۰/۸۶۳
	پس‌آزمون	درمان هیجان محور	کنترل	۹/۰۷۷	۱/۰۱۰	۰/۰۰۱
اضطراب جنسی	پیش‌آزمون	درمان هیجان محور	کنترل	۵/۶۹۲	۱/۰۴۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	درمان هیجان محور	کنترل	-۰/۵۷۷	۰/۳۵۳	۰/۱۰۹
رضایت جنسی	پیش‌آزمون	درمان هیجان محور	کنترل	-۶/۰۷۷	۰/۳۶۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	درمان هیجان محور	کنترل	-۶/۰۷۷	۰/۳۶۶	۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	۰/۴۳۴	-۱/۵۷۷	کنترل	درمان هیجان محور	پیگیری	
۰/۷۱۹	۰/۳۱۸	-۰/۱۱۵	کنترل	درمان هیجان محور	پیش‌آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۳۹۲	-۵/۳۸۵	کنترل	درمان هیجان محور	پس‌آزمون	افسردگی جنسی
۰/۰۰۱	۰/۳۴۳	-۲/۴۶۲	کنترل	درمان هیجان محور	پیگیری	
۰/۷۰۱	۰/۳۹۹	۰/۱۵۴	کنترل	درمان هیجان محور	پیش‌آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۵۵۴	۵/۰۰	کنترل	درمان هیجان محور	پس‌آزمون	رضایت جنسی
۰/۰۰۱	۰/۵۶۴	۳/۶۱۵	کنترل	درمان هیجان محور	پیگیری	

نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله درمان هیجان محور بر ابعاد مورد بررسی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل اثربخش بوده است و مقایسه میانگین‌های دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری حاکی از پایداری اثر مداخله در گروه آزمایش بود.

#### بحث و نتیجه‌گیری

درمان هیجان محور (EFT) بر بهبود افسردگی و عملکرد جنسی زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر مؤثر است؛ و در طول زمان دارای ماندگاری اثر (پایداری) است.

در پژوهش حاضر میانگین متغیر افسردگی و عملکرد جنسی زنان آسیب‌دیده از خیانت در مرحله پیش‌آزمون بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت که نشانگر همگن بودن دو گروه پژوهش در مرحله پیش‌آزمون بود، اما تفاوت بین دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری بود که می‌تواند حاکی از اثربخشی مداخله بر متغیر افسردگی و عملکرد جنسی زنان آسیب‌دیده از خیانت و نیز پایداری اثربخشی در مرحله پیگیری باشد. در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت، به‌طور کلی درمان هیجان مدار شیوه درمانی است که تأکید اصلی آن بر مشارکت هیجان‌ات در الگوهای دایمی ناسازگاری در زنان آسیب‌دیده از خیانت آشفتگی است. تلاش این درمان آشکار ساختن هیجان‌ات آسیب‌پذیر در هرکدام از زنان آسیب‌دیده از خیانت و تسهیل توانایی زنان آسیب‌دیده از خیانت در ایجاد این هیجان‌ات به شیوه‌های ایمن و محبت‌آمیز است. اعتقاد بر این است که پردازش این هیجان‌ات در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالم‌تر و جدیدتر را به وجود می‌آورد که سبب آرام شدن سطح

آشفته‌گی و افزایش دوست داشتن، صمیمیت و در پایان ارتباطی رضایت‌بخش‌تر است که می‌تواند سلامت روان را در زوجین افزایش دهد.

همان‌طور که هیجان یکی از عوامل اصلی رویکرد دلبستگی است، ساختارهای هیجانی در پیش‌بینی، تبیین، نحوه واکنش و کنترل تجارب زندگی به ما کمک می‌کند. هیجان‌ها در حافظه ما ذخیره نمی‌شود، بلکه به‌وسیله ارزیابی موقعیت‌هایی که باعث فعال شدن چارچوب هیجانی خاصی می‌شود، دوباره احیا می‌شوند و منجر به مجموعه رفتارهای بد خصوصی می‌شوند. در طول درمان هیجان مدار، چنین موقعیت‌هایی دوباره طراحی می‌شود تا زوجین به اکتشاف و گسترش هیجانات خود بپردازند و سپس آن‌ها می‌توانند طی این تجربه جدید، هیجانات خود را اصلاح کنند. به این ترتیب هیجانات آن‌ها قابل دسترس، رشد یافته و بازسازی می‌شود و در جهت بازسازی تجارب لحظه‌به‌لحظه آن‌ها و رفتارشان در قبال یکدیگر و دیگران به کار گرفته می‌شود. با انجام این مرحله از درمان، زوجین از هیجانات خود آگاهی یافته و در فضایی امن با ابراز هیجانات واقعی در موقعیت‌های مختلف زندگی مجموعه رفتارهای جدیدی را از خود نشان می‌دهند و این امر باعث افزایش افسردگی در زوجین می‌شود.

بنابر دیدگاه هیجان مدار، وقتی همسری از پاسخگویی هیجانی همسر خود در مواقع استرس با بحران اطمینان ندارد و مطمئن نیست که او از نظر هیجانی در دسترس و پاسخگو است، احساس ناامنی می‌کند و این ناامنی سبب می‌شود هر یک از زنان آسیب‌دیده از خیانت احساس کنند که در رویارویی با استرس‌های زندگی تنها هستند. در فرایند درمان هیجان مدار، درمانگر اقدام به از بین بردن این احساس ناامنی می‌کند. بنابراین وقتی درمانگر چرخه‌های تعاملی منفی نمایانگر دلبستگی ناایمن را شناسایی می‌کند، این چرخه‌ها را مجدداً بر اساس ابراز نیازهای نهفته دلبستگی تنظیم می‌کند و در فرایند درمان، زوج‌ها می‌توانند با استفاده از چرخه‌های جدید نیازهای خود را به راحتی ابراز کنند و نیازهای دلبستگی همسر را بپذیرند. در درمان هیجان مدار تجربه‌های نوینی که در جلسات درمان رخ می‌دهد، الگوهای فعال ذهنی فرد که خود انعکاس‌هایی از تجارب گذشته‌اند را به چالش می‌کشند و همین زیر سؤال بردن الگوهای قبلی باعث می‌شود که همسران نسبت به هم انتظارات تازه‌ای پیدا کنند. نتیجه روند مذکور این خواهد شد که همسران روش‌های نوینی برای تنظیم هیجاناتشان پیدا می‌کنند. در مراحل چندگانه رویکرد هیجان مدار درمانگر با ارائه کردن روشی مفید جهت به چنگ آوردن، بر زبان جاری کردن و سپس توصیف عناصری که رابطه را به سوی آشفته‌گی هدایت می‌کنند (مانند ترس‌ها، هیجانات ناکارساز دلبستگی

مدار و تسلیم شدن به ذهنیت‌هایی که آشفتگی‌ها را حفظ و ابقا می‌کنند به همسران کمک می‌کند که نایمنی‌های مربوط به نیازهای دلبسته‌گونه‌شان را به زبان بیاورند و در باب محرومیت‌ها و فقدان اعتماد و بهم پیوستگی، روش‌های سازنده‌تری را بیازمایند.

در تبیین نتایج می‌توان اضافه کرد رویکرد هیجان مدار این قابلیت را دارد که با افزایش آگاهی هیجانی، نمادگذاری هیجانی، آگاهی از عاملیت در تجربه و تغییر پردازش‌ها به فرد کمک کند تا روابط بین فردی خود را که مهم‌ترین آن‌ها رابطه با همسر است، تغییر دهد و کنترل بیشتری بر آن داشته باشد. در این رویکرد سعی می‌شود هیجانات مورد شناسایی قرار گرفته و به پیام‌های قابل درک و رفتارهای سازنده تبدیل شوند. در این رویکرد مهارت‌های هیجانی که به عنوان توانایی تشخیص و ابراز هیجانات و همچنین توانایی همدلی با دیگران تعریف شده است، باعث افزایش صمیمیت و احساس امنیت شده و انتقادپذیری البته در بعد مثبت را در فرد افزایش می‌دهد و در حفظ و تداوم یک ازدواج موفق ضروری است که نتیجه آن افزایش افسردگی در زوجین است. در جلسات درمانی، زوج‌درمانی هیجان مدار با تأکید بر حمایت زوجین از یکدیگر، گشودگی هیجان و بروز آن به طریق مثبت، تمرکز بر هیجانات خود و شناسایی آن‌ها، بیان تجارب جدید در زندگی زناشویی و هیجانات همراه با آن، شکل‌دهی تعاملات جدید در رابطه، تأکید بر مراقبت از همسر، شناسایی چرخه‌های تعاملی منفی و حذف آن‌ها در زندگی زناشویی به زوجین کمک نمود تا ارتباط خود را با همسرشان بازسازی نموده و در پرتو یک ارتباط سالم و مؤثر از میزان افسردگی در زوجین باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به اینکه زوج‌درمانی هیجان مدار هیجانی دارای سه بعد اثرگذار بر شناخت، رفتار و هیجان است، ماندگاری اثر آن در پیگیری بدین صورت قابل تبیین است که در بعد شناختی، با اصلاح شناخته‌ای زوجین در زمینه ارتباط با یکدیگر در بعد رفتار با تصحیح رفتارهای تعاملی صمیمانه‌تر و در بعد هیجانی با ایجاد امنیت، اعتماد و همدلی متقابل، موجبات دوام اثرات درمانی فراهم می‌گردد. در نتیجه در درمان به هیجانات ثانویه مراجع توجه کرده، فضائی امن را ایجاد می‌کند و به دنبال این است که در این فضای امن هیجانات اولیه مراجع که عامل اصلی آشفتگی در روابط هستند و عمدتاً از آگاهی مراجع خارج است بروز داده شوند و تجربه شوند، نیازهای دلبستگی بیان شوند و با افزایش در دسترس بودن و پاسخگو بودن هر یک از زوجین، رابطه به سمت رابطه‌ای امن که در آن هر یک از زوجین از نظر هیجانی باز و خلاق هستند برسند. در این مرحله با حمایت درمانگر همسر انتقادی تشویق می‌شود تا

نیازها و خواسته‌هایش را به صورت مستقیم بیان کند و از همسر کناره‌گیر خواسته می‌شود تا از احساسات خجالت و ناامیدی خود صحبت کند، و به فهم جدیدی از آسیب دلبستگی اصلی خود برسند و سیکل منفی ارتباط شکسته شده و برای تسلی دادن و مراقبت به سمت یکدیگر بروند، از نظر عاطفی پاسخگو باشند. همچنین در پژوهش‌ها نشان داده شد که اضطراب و افسردگی نقش اساسی در ایجاد اختلال در عملکرد جنسی افراد دارد درمان هیجان محور باعث بهبود افسردگی جنسی در زوجین می‌شود و نهایتاً به پیوندی ایمن برسند و در نتیجه عملکرد جنسی بهتری را داشته باشند.

#### تقدیر و تشکر

از تمامی مسئولین مراکز مشاوره و کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی اداره بهزیستی شهر بوشهر که در به ثمر رسیدن این تحقیق، پژوهشگران را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

#### منابع

- سرمدی، یاسمن، احمدی، خدابخش. (۱۴۰۰). میزان آسیب‌های ناشی از خیانت زناشویی زوجین. خانواده پژوهی، ۱۷(۱)، ۸۱-۹۸.
- ملک عسگر، سعاده، مظاهری، محمدعلی، فتی، لادن، موتابی، فرشته، محمود، حیدری. (۱۳۹۹). دیدگاه طرح‌واره درمانگران نسبت به نقش مؤلفه‌های طرح‌واره‌ای در سبب‌شناسی خیانت زناشویی: یک مطالعه کیفی. خانواده پژوهی، ۱۶(۲)، ۱۹۹-۲۱۶.
- قره داغی، علی، سید میرزائی، سیده مریم. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم PTSD عاطفی در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی. خانواده پژوهی، ۱۶(۲)، ۲۱۷-۲۲۹.
- خزائی، محمود، شهیدی، شهریار، موتابی، فرشته، مظاهری، محمدعلی، پناغی، لیلی، فریدزاده، رائد. (۱۳۹۸). نقد بخشودگی خیانت زناشویی از منظر فلسفه "هم‌سخنی" مارتین بوبر. خانواده پژوهی، ۱۵(۳)، ۳۷۵-۳۹۱.
- حسینی، مرضیه (۱۳۹۳). رابطه بین مؤلفه‌های جنسی و مهارت‌های ارتباطی با رضایت زناشویی در زنان متأهل شهر گچساران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی. واحد ارسنجان.
- تقی یار، زهرا، پهلوان‌زاده، فرشاد، رفاهی، ژاله. (۱۳۹۷). مدل معادلات ساختاری تعهد زناشویی و سبک‌های عشق‌ورزی با صمیمیت زناشویی با توجه به نقش میانجی رضایت جنسی. زن و مطالعات خانواده، ۱۱(۴۲)، ۹۱-۱۰۴.



oltanzadeh Rezamahalleh, M. (2021). Predicting Attitudes toward Marital Infidelity Based on Attachment and Perfectionism Styles. *Journal of Modern Psychology*, 1(1), 51-64.

Sarmadi, Y., & Ahmadi, K. (2021). The Extent of Injuries Caused by Marital Infidelity. *Journal of Family Research*, 17(1), 81-98.

Bashirpour, M., Shafi'abadi, A., & Doukaneifard, F. (2020). Factors affecting the tendency to marital infidelity: A grounded theory study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 8(4), 16-27.

Balderrama-Durbin, C., Stanton, K., Snyder, D. K., Cigrang, J. A., Talcott, G. W., Smith Slep, A. M., ... & Cassidy, D. G. (2017). The risk for marital infidelity across a year-long deployment. *Journal of Family Psychology*, 31(5), 629.

Yuan, S., & Weiser, D. A. (2019). Relationship dissolution following marital infidelity: comparing European Americans and Asian Americans. *Marriage & Family Review*, 55(7), 631-650.

Elhaei, H., Kazemianmoghadam, K., & Haroon Rashidi, H. (2020). The effect of schema therapy on sexual function and relationship attributions among women damaged by marital infidelity. *Journal of Psychological Studies*, 16(2), 125-140.

Shiri, F., Goudarzi, M., Moradi, O., & Ahmadian, H. Effectiveness of Self-Regulation-Attachment Couple Therapy on Marital Commitment and Sexual Function of Women with Extramarital Affair. *Journal of Counseling Research*, 0-0.

Chisari, C., Monajemi, M. B., Scott, W., Moss-Morris, R., & McCracken, L. M. (2021). Psychosocial factors associated with pain and sexual function in women with Vulvodynia: A systematic review. *European Journal of Pain*, 25(1), 39-50.

Castelo-Branco, C., & Naumova, I. (2020). Quality of life and sexual function in women with polycystic ovary syndrome: a comprehensive review. *Gynecological Endocrinology*, 36(2), 96-103.

Holanda, J. B. D. L., Richter, S., Campos, R. B., Trindade, R. F. C. D., Monteiro, J. C. D. S., & Gomes-Sponholz, F. A. (2021). Relationship of the type of breastfeeding in the sexual function of women. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29.

Wiesel, I., Shahar, B., Goldman, R. N., & Bar-Kalifa, E. (2021). Accuracy and Bias in Vulnerability Perceptions of Partners Undergoing Emotion-Focused Therapy for Couples. *Family process*, 60(2), 377-392.

Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2019). *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (pp. xiv-534). American Psychological Association.

Timulak, L., & Keogh, D. (2020). Emotion-focused therapy: A transdiagnostic formulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(1), 1-13.

McKinnon, J. M., & Greenberg, L. S. (2017). Vulnerable emotional expression in emotion focused couples therapy: Relating interactional processes to outcome. *Journal of marital and family therapy*, 43(2), 198-212.

Beck, A. T., Steer, R.A., Brown, G. K. (1966). *Beck Depression Inventory – 2nd Edition Manual*. The Psychological Corporation, San Antonio

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychology*, 4, 561–571.

Teymouri, Z., Mojtabaei, M., & Rezazadeh, S. M. R. (2020). The Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy on Emotion Regulation, Anger Rumination, and Marital Intimacy in Women Affected by Spouse Infidelity. *Caspian Journal of Health Research*, 5(4), 78-82.

## The effectiveness of emotion-focused couple therapy on depressive symptoms and sexual function in Women affected by infidelity

*Solmaz Ammari*<sup>1</sup>  
*Ezat Deyreh*<sup>2</sup>  
*Moloud Keikhosravani*<sup>3</sup>  
*Kamran Gang*<sup>4</sup>

### Abstract

**Background and Aim:** Achieving a healthy society depends on the health of families, which is also related to having normal mental health conditions and good communication between the couples. Marital infidelity is one of the most important factors threatening the performance, stability and continuity of marital relationships. Marital infidelity refers to any sexual or emotional relationship beyond the framework of a committed relationship between two spouses. It is the subject of marital infidelity that causes mood disorders such as depression, post-traumatic stress and dysfunction of couples, which has caused the concern about family mental health and its impact on the growth and performance of children. **Method:** The aim of this study was to compare the effectiveness of emotion-based couple therapy on the depressive symptoms and sexual function in women affected by infidelity. The present study was a quasi-experimental study in which a pretest-posttest design with a control group was assessed by baseline after intervention and 3-month follow-up. A total of 105 women affected by infidelity referred to counseling centers and psychological service clinics of Bushehr Welfare Office in the period from May to September in 1398, taking into account the inclusion criteria, 30 of those who wished to participate in the study (With written consent) were selected and randomly assigned to the experimental group (emotion-based therapy (n = 15 and control group (n = 15)). The sexual function scale was completed and measured in three stages: The

---

1. PhD Student in General Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran (Corresponding Author) ezatdeyreh@iaubushehr.ac.ir

3. Associate Professor, Department of General Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran.

4. Associate Professor, Department of Psychology, Malayer Branch, Islamic Azad University, Malayer, Iran.

sessions of the mentioned treatments, i.e. the emotion-oriented couple therapy (8 sessions of 2.5 hours) was done in groups. Hypotheses about the effectiveness of research were tested using analysis of variance. Results: The results of the present study showed that the mean of depression and sexual function in the pre-test stage was not significantly different between the two groups, which indicates the homogeneity of the two groups in the pre-test stage, but there was a significant difference between the groups in the post-test and follow-up stages. It could indicate the effectiveness of the intervention on the mentioned variables and the stability of effectiveness in the follow-up phase ( $P < 0.001$ ). Conclusion: The results of this study showed that the mentioned treatment can be used as a psychological intervention in reducing depression and improving the sexual function of affected women.

**Keywords:** Depression, Emotional couple therapy, Women affected by infidelity, Sexual function.