Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Autumn 2024, Volume 11, Issue 1 10.22034/IJRN.10.4.5

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 Firozi[1], Mohsen Golparvar[2*], Asghar Aghaei[3]

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.

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.5]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی
پاییز ۱۴۰۳، دوره ۱۱، شماره ۱
10.22034/IJRN.10.4.5

مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شناختی–رفتاری بر مثلث سازی و مرزهای ارتباطی خانواده زنان دارای علائم کژکاری جنسی

مجید فیروزی[۱]، محسن گل پرور[۲*]، اصغر آقایی[۳]

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران.
۲- دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران.
۳- استاد، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران.

***نویسنده مسئول:** محسن گل پرور، دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران.
ایمیل: drmgolparvar@gmail.com

دریافت مقاله: ۱۸/ ۱۱/ ۱۴۰۱ پذیرش مقاله: ۶/۷/۱۴۰۲

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شناختی–رفتاری بر مثلث سازی 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 مراجعه کننده به مراکز مشاوره خانواده شهر اصفهان به همراه همسرانشان در نیمه اول سال ۱۴۰۰ بود. از جامعه آماری مذکور ۵۴ نفر بر مبنای ملاک های ورود و خروج به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۸ نفر) گمارش شدند و با مقیاس هایمثلث سازی 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 هیچ گونه مداخله ای 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 ($P<۰/۰۵$).

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

کلیدواژه ها: کژکاری جنسی، زوج‌درمانی هیجان‌مدار، زوج درمانی شناختی رفتاری، مثلث سازی، مرزهای ارتباطی.

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-15]
[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.5]

مقدمه

از آنجایی‌که 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 به سه دقیقه یا کمتر و همچنین ناتوانی در به 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 تمایزیافتگی، مثلث‌سازی و مرزها معطوف بوده‌اند (۹). در این رابطه بوئن معتقد است هرچه تمایزیافتگی 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 تجاربی 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

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.5]

رضایت‌منـدی جنسـی، تمایـلات جنسـی و صمیمیـت جنسـی زوجیـن (۱۶) و بهبـود صمیمیـت و کاهـش نارسـایی هیجانـی زوجیـن (۱۹) نشـان داده شـده اسـت. مطالعـات دیگـری حـول محـور رفـع مشـکلات جنسـی زوجیـن انجـام شـده‌اند کـه نشـان می‌دهنـد، زوج‌درمانـی شـناختی-رفتاری نیـز یکـی از موثرتریـن و کاربردی‌تریـن مداخـلات در ایـن زمینـه اسـت (۲۰, ۲۱). زوج‌درمانـی شـناختی-رفتاری توسـط مک‌کارتـی در سـال ۱۹۸۴ بـه منظـور درمـان میـل جنسـی بـازداری شـده زنـان، بـا اسـتفاده از تمرینـات رفتـاری- نوشـتاری و نیمـه سـازمان یافتـه تدویـن شـد. ایـن روش شـامل چهـار تمریـن زوجـی و چهـار تمریـن فـردی اسـت؛ کانـون تکنیک‌هـای فـردی شـامل خودپنـداره مثبـت، تصویـر بدنـی و جذابیـت مثبـت، خیـال پـردازی، تصویـر سـازی‌ها و افـکار جنسـی مثبـت و برنامه‌هـای رفتـاری جنسـی و تکنیک‌هـای زوجـی نیـز بـر ابـراز عاطفـه، بحـث و گفتگـو دربـاره‌ی ویژگی‌هـای جـذاب زن و شـوهر، بررسـی میـزان اعتمـاد و علاقـه بیـن زوجیـن و طـرح ریـزی و اجـرای برنامه‌هـای جنسـی متمرکـز می‌باشـد (۲۲). نتایـج پژوهش‌هـا نشـان می‌دهـد کـه زوج‌درمانـی شـناختی-رفتاری اثـری پایـدار و مثبتـی بـر عملکـرد جنسـی و درمـان اختـلالات جنسـی (۲۰). افزایـش پایـدار رضایـت جنسـی و کاهـش اضطراب (۲۳)، افزایـش میـل جنسـی زنـان سـردمزاج (۲۴) دارد.

هرچنـد شـواهد تجربـی گسـترده و رضایت‌بخشـی در مـورد اسـتفاده از هـر یـک از درمان‌هـای موردنظـر (زوج‌درمانـی هیجان‌مـدار، شـناختی-رفتاری و) در بهبـود مشـکلات عاطفـی، شـناختی و جنسـی زوجیـن در دسـترس اسـت؛ لیکـن، نتایـج متناقضـی در زمینـه میـزان کارایـی هـر یـک از آنهـا وجـود دارد کـه انتخـاب و اولویت‌بنـدی اسـتفاده از آنهـا را در حـل مشـکلات زناشـویی مذکـور دشـوار می‌سـازد. بنابرایـن در راسـتای بررسـی تفاوت‌هـا در نحـوۀ اثـر ایـن دو روش درمانـی و اثربخشـی کـه بـر بهبـود روابـط زوجـی دارنـد، پژهـش حاضـر درصـدد اسـت بـه ایـن سـؤال پژوهشـی پاسـخ دهـد کـه آیـا بیـن اثربخشـی زوج‌درمانـی هیجان‌مـدار و زوج درمانـی شـناختی-رفتاری بـر کاهـش مثلـث سـازی و مرزهـای ارتباطـی در زنـان دارای علائـم کـژکاری جنسـی تفـاوت معنـاداری وجـود دارد یـا خیـر؟

بـه ایـن سـؤال پاسـخ داده شـد که آیـا بیـن اثربخشـی زوج‌درمانی هیجان‌مـدار، شـناختی-رفتاری و سیستمی-شـناختی گاتمـن بـر تعـادل عاطفـی، انتظـارات ناکارآمـد، دلزدگـی زناشـویی، متغیرهای سیسـتمی، صمیمیـت جنسـی و تـرس از پیمـان شـکنی در زنـان دارای علائـم کـژکاری جنسـی تفـاوت وجـود دارد؟

روش کار

پژوهـش حاضـر یـک مطالعـه آزمایشـی بـا سـه مرحلـه پیـش آزمـون، پـس آزمـون و پیگیری اسـت. جامعـه آماری زنـان متأهل مبتـلا بـه کـژکاری جنسـی همـراه بـا همسـران خـود بودنـد کـه بـه مراکـز مشـاوره خانـواده شـهر اصفهـان در نیمـه اول سـال ۱۴۰۰ مراجعـه نمودنـد. ۵۴ زوج، بـر پایـه ملاک¬هـای ورود و خـروج بـه صـورت هدفمنـد انتخـاب و سـپس بـه روش تصادفـی سـاده (قرعـه کشـی) در سـه گـروه قـرار داده شـدند. معیارهـای ورود شـامل تشـخیص کـژکاری جنسـی از سـوی پزشـک، عـدم مصـرف داروهـای روانپزشـکی و عـدم ابتـلا بـه اختـلالات روانـی حـاد یـا مزمـن (کـه توسـط پزشـک مـورد تأییـد قـرار گرفتـه باشـد)، عـدم ابتـلا بـه بیمـاری جسـمی حـاد یـا مزمـن، قـرار داشـتن در دامنـه سـنی ۲۰ تـا ۴۵ سـال بـرای خانـم هـای شـرکت کننـده و ۲۵ تـا ۵۵ سـال بـرای همسـران آنهـا و عـدم اسـتفاده از درمان‌هـای روانشـناختی همزمـان بودنـد. معیارهـای خـروج نیـز غیبـت بیـش از ۲ جلسـه در جلسـات درمـان بودنـد. بـه منظـور اجـرای پژوهـش، پـس از انتخـاب نمونـه، شـرکت کننـدگان در دو گـروه آزمایـش و یـک گـروه کنتـرل بـه صـورت تصادفـی گمـارش شـدند و در مراحـل پیـش آزمـون، پـس آزمـون و پیگیـری مـورد ارزیابـی قـرار گرفتنـد. گـروه آزمایـش اول تحـت ۸ جلسـه زوج‌درمانـی هیجان‌مـدار و گـروه آزمایـش دوم تحـت ۸ جلسـه زوج‌درمانـی رفتـاری _شـناختی بـه صـورت جلسـات هفتگـی ۹۰ دقیقـه‌ای قـرار گرفتنـد. گـروه کنتـرل در ایـن مـدت هیـچ مداخلـه‌ای دریافـت نکـرد و در لیسـت انتظـار باقـی ماندنـد. جهـت رعایـت ملاحظـات اخلاقـی بعـد از اتمـام جلسـات آموزشـی بـرای گـروه هـای آزمایش، یـک دوره جلسـات آموزشـی بـرای اعضـای گـروه کنتـرل نیـز در نظـر گرفتـه شـد. برگـزار می‌گـردد.

مقیـاس مثلث‌سـازی: ایـن مقیـاس توسـط یوسـفی و بهرامـی (۱۳۹۴) در قالـب ۱۶ گویـه سـاخته شـده اسـت و بـر روی یـک طیـف ۵ درجـه‌ای از کامـلاً موافقـم تـا کامـلاً مخالفـم نمـره گـذاری می‌شـود و میـل مقابلـه بـا مشـکلات ارتباطـی از طریـق دخیـل کـردن شـخص ثالـث را ارزیابـی می‌کنـد. همسـانی درونـی آن از طریـق آلفـای کرونبـاخ بررسـی شـد (۰/۸۷۴) کـه قابـل قبـول بـود. پایایـی بازآزمایـی ایـن مقیـاس توسـط یوسـفی پـس از دو هفتـه اجـرا (r=۰/۸) گـزارش شـده اسـت (۲۵).

پرسشـنامه مرزهـای ارتباطـی خانـواده: ایـن پرسشـنامه توسـط کیانـی چلمردانـی و همـکاران (۱۳۹۹) سـاخته شـده و شـامل ۹ سـؤال می‌باشـد کـه بـرای سـنجش سـه مـرز ارتباطـی خانـواده شـامل مـرز درهـم تنیـده (سـؤالات ۱، ۲، ۳)، مـرز بهنجـار (سـؤالات ۴، ۵، ۶) و مـرز گسسـته (سـؤالات ۷، ۸، ۹) مـورد اسـتفاده قـرار می‌گیـرد. کیانـی چلمردانـی و همـکاران (۱۳۹۹)

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.5]

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 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.

جدول ۱. شرح جلسات زوج درمانی هیجان مدار

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) مشترکی 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 ایمنی‌های 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 تعاریف مجدد دلبستگی.
ششم	گسترش پذیرش تجربه شده هر شریک توسط شریک دیگر، بازسازی تعاملات، تغییر رویدادها، نمادگزاری آرزوها به ویژه آرزوهای سرکوب شده
هفتم	پاسخ به سؤالات 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، ارایه‌ی 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 واحساسی زوجین در حین مقاربت، ارایه‌ی 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 متمرکزبراندام‌های 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 براندام های جنسی، توجه به تحریک ولذت اندام‌های تناسلی، آموزش خیال‌پردازی جنسی، آموزش تمرینات کگل.
هفتم	آموزش انواع شیوه‌های مقاربت پیشنهاد هرکدام 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.

داده های جمع آوری شده در هر سه مرحله پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری spss-26 و روش های آماری توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. در سطح آمار توصیفی شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی (میانگین ها، انحراف معیار و خطای استاندارد) و در سطح آمار استنباطی نیز ابتدا با بررسی پیش فرض های لازم

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.5]

شامل نرمال بودن توزیع متغیرها، برابری واریانس های خطا و برقراری پیش‌فرض استقلال، از تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار شده، استفاده شد. در تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار شده (نمرات شرکت کنندگان در جلسات پیش آزمون و پس‌آزمون و پیگیری) به عنوان عامل درون آزمودنی و عضویت گروهی (در قالب عضویت در گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار و گروه زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و گروه کنترل) به عنوان عامل بین آزمودنی وارد تحلیل شدند و جهت تعیین تفاوت بین گروه‌ها و مقایسه دو به دو گروه‌ها، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۳ شاخص های توصیفی مربوط به میانگین سنی گروه های پژوهش را نشان می دهد. نتایج حاصل از آزمون مجذور کای نشان داد تفاوت معنی داری بین گروه‌های مداخله و کنترل وجود نداشت (P>۰/۰۳).

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

ردیف	سن	زوج درمانی هیجان مدار		گروه شناختی-رفتاری		گروه کنترل	
		فراوانی	٪ فراوانی	فراوانی	٪ فراوانی	فراوانی	٪ فراوانی
سن	تا ۳۵ سال	۳	۱۶/۶۷	۵	۲۷/۷۸	۲	۱۱/۱۱
	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 ٤. شاخص‌های توصیفی مثلث سازی، مرزها در گروه های پژوهش

ردیف		سن	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	*P
			انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	
مرزهای ارتباطی	مثلث سازی	زوج درمانی هیجان مدار	۴۶/۲۲±۶/۵۰	۴۳/۱۷±۵/۲۵	۴۲/۵۵±۵/۶۲	P<۰/۰۰۱
		شناختی-رفتاری	۴۵/۰۰±۳/۷۱	۴۲/۴۴±۳/۸۲	۴۲/۰۰±۴/۲۳	P<۰/۰۰۱
		کنترل	۴۶/۷۸±۵/۶۰	۴۷/۰۰±۵/۴۴	۴۷/۱۷±۵/۱۴	P<۰/۰۰۱
	مرزهای در هم تنیده	زوج درمانی هیجان مدار	۶/۵۰±۱/۲۹	۵/۸۳±۱/۵۰	۵/۶۷±۱/۵۷	P<۰/۰۰۱
		شناختی-رفتاری	۶/۳۹±۱/۵۴	۴/۸۳±۱/۳۴	۴/۵۵±۱/۱۵	P<۰/۰۰۱
		کنترل	۶/۹۴±۰/۷۲	۶/۸۹±۰/۷۶	۶/۷۸±۰/۷۳	P<۰/۰۰۱
	مرزهای بهنجار	زوج درمانی هیجان مدار	۴/۵۰±۰/۸۶	۶/۰۵±۱/۴۳	۶/۲۲±۱/۳۵	P<۰/۰۰۱
		شناختی-رفتاری	۴/۵۰±۰/۷۱	۶/۲۲±۱/۴۴	۶/۴۴±۱/۴۶	P<۰/۰۰۱
		کنترل	۴/۵۰±۰/۸۶	۴/۰۰±۰/۶۸	۳/۸۹±۰/۷۶	P<۰/۰۰۱
	مرزهای گسسته	زوج درمانی هیجان مدار	۶/۰۰±۱/۰۸	۵/۰۰±۱/۲۴	۴/۸۳±۱/۲۵	P<۰/۰۰۱
		شناختی-رفتاری	۵/۸۳±۱/۵۰	۴/۸۹±۱/۳۲	۴/۸۳±۱/۴۲	P<۰/۰۰۱
		کنترل	۵/۶۶±۱/۳۷	۵/۳۹±۱/۱۹	۵/۳۳±۱/۰۳	P<۰/۰۰۱

چنانکه در جدول ۴ مشاهده می شود، در مثلث سازی و مرزهای ارتباطی درمان هیجان مدار و درمان شناختی-رفتاری نسبت به گروه کنترل تغییراتی را در مرحله پس آزمون و پیگیری نشان داده اند. نتایج تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده برای مثلث سازی و خرده مقیاس های مرزها در جدول ۵ ارائه شده است.

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.5]

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	زمان	۲۱۰	۱/۱۳	۱۸۶/۵۸	۳۶/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۱
		تعامل زمان×گروه		۹۸/۶۹	۳/۳۸	۲۹/۲۳	۵/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۱۹	۰/۹۴
		خطا (زمان)		۴۱۱/۹۶	۷۶/۵۴	۵/۳۸	–	–	–	–
		گروه		۴۶۹/۶۸	۳	۱۵۶/۵۶	۲/۳۸	۰/۰۸	۰/۰۹	۰/۵۷
		خطا		۴۴۷۹/۳۱	۶۸	۶۵/۸۷	–	–	–	–
مرزهای در هم تنید		درون گروهی	زمان	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	–	–	–	–
		بین گروهی	گروه	۹۸/۷۸	۳	۳۲/۹۳	۹/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۰/۹۹
			خطا	۲۴۳/۸۹	۶۸	۵/۵۹	–	–	–	–
مرزهای ارتباطی	مرزهای بهنجار	درون گروهی	زمان	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	–	–	–	–
		بین گروهی	گروه	۸۸/۴۹	۳	۲۹/۵۰	۱۰/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۹
			خطا	۱۹۴/۷۲	۶۸	۲/۸۶	–	–	–	–
	مرزهای گسسته	درون گروهی	زمان	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	–	–	–	–
		بین گروهی	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=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 (F=۴/۳۴، df=۴/۲۰ و p<۰/۰۱) نشان می‌دهد که در مرزهای در هم تنیده 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 ۰/۱۶ 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)

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.5]

تفاوت معناداری (p<۰/۰۱) 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 درمان های 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 درون گروهی، عامل زمان (p>۰/۰۵) و تعامل زمان و گروه (p>۰/۰۵) معنادار نیستند. این نتیجه نشان می‌دهد که در مرزهای گسسته از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (سه گروه پژوهش) تفاوت معناداری (p<۰/۰۱) وجود ندارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی شناختی رفتاری بر مثلث سازی 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، 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 درهم تنیده 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 مثلث سازی 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 تبیین کننده 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 مشخص کننده 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 ناایمنی‌های دلبستگی و آشفتگی‌های زناشویی را شرح داد. همچنین با تمرکز بر الگوهای تعاملی منفی و برون ریزی آن از طریق تمرکز و بررسی آخرین مشاجره‌ی زوجین به فعال سازی مجدد چرخه و بازپردازش آن پرداخت و چرخه را

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.5]

در ساختار دلبستگی مورد نظاره قرار داد و چگونگی رفتارهای هر همسر (مانند خشمگین شدن، نق زدن، اعتراض کردن و احساس یأس و فاصله گزینی را روشن کرده و انعکاس داد. در مرحله بعد درمانگر با چارچوب دهی مجدد قالب چرخه منفی، هیجانات زیر ساختاری ونیازهای 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 بیش‌فعال‌شان 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 مثلث سازی‌های 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 نقشِ هر یک از زوجین و تعیین انتظارات مرتبط با هر نقش، ضمن کاهش مثلث سازی‌ها، نحوه مرزبندی در خانواده را تحت تأثیر قرار داد.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شناختی رفتاری دو درمان مفید و مؤثر برای کاهش مثلث سازی و بهبود مرزهای ارتباطی در زنان دارای کژکاری جنسی هستند. از آن جایی که مثلث سازی 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 می شود که زوج‌درمانی هیجان مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری توسط درمانگران مراکز درمان روان شناختی، به عنوان درمان یاری رسان به این زنان مورد توجه و استفاده قرار گیرند. در عین حال لازم است تا در تعبیر و تفسیر نتایج مطالعه حاضر به محدودیت های 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 محدودیت های 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 سنجش های عمیق تر وضعیت شرک کنندگان در مطالعه از طریق روش هایی نظیر مصاحبه مد نظر قرار دهند.

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.5]

سپاسگزاری

بدیـن وسـیله از کلیـه افـرادی کـه در ایـن پژوهـش مشـارکت داشـته‌اند، تشـکر و قدردانـی می‌نماییـم.

تعارض منافع

نویسـندگان اعـلام مـی دارنـد کـه هیـچ گونـه تعـارض منافعـی در ایـن پژوهـش وجـود نـدارد.

Reference

1. 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
2. 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
3. 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).
4. 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
5. 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
6. 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
7. Dutra da Silva GM, Rolim Rosa Lima SM, Reis BF, Macruz CF, Postigo 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
8. 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.
9. 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.
10. Goldenberg H, Goldenberg I. Family therapy: An overview; 2012.
11. Kerr C. Family art therapy: Foundations of theory and practice: Routledge; 2011. https://doi.org/10.4324/9780203941188
12. 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.
13. Nasrolahi S, Tamadoni M. Identifying the interactive pattern of triangulation of marital problems and strategy (triangulation). International Conference on Psychology, Counseling, Education. 2017.
14. 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
15. 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
16. 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
17. Wiebe SA, Johnson SM. A review of the re-

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.5]

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, Zahrakar 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.

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-15]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.4.5]