



Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Integrated Transdiagnostic Treatment on Sexual Self Concept, Sexual Intimacy and Sexual Function in Women with Premenstrual Dysphoric Disorder¹

Shima Khorram

Ph.D. student in Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran. Email: shimakhoram173@gmail.com

Habib Hadian Fard

Professor, Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran. (Corresponding Author), Email: Hadianfd@shirazu.ac.ir

Abdulaziz Aflakseir

Associate Professor, Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran. Email: aafakseir@shirazu.ac.ir

Javad Molazadeh

Associate Professor, Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran. Email: Molazade@shirazu.ac.ir

Received: 2023-08-26

Revised: 2024-02-27

Accepted: 2024-06-09

Published: 2024-06-19

Citation: Khorram, S., Hadianfard, H., Aflakseir, A., & Mollazadeh, J. (2024). Comparison of the effect of Cognitive Behavioral Therapy and Integrated Transdiagnostic Treatment on Sexual Self Concept, Sexual Intimacy, and Sexual Function in women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 14(1), 243-268. doi: 10.22067/tpccp.2024.83367.1521

Abstract

Introduction: Menstruation is a natural cycle in every woman's body. Today, informing everyone about the challenges of menstruation and understanding the needs of women during this period is more important than ever. Menstruation creates special conditions before or during this period. This may lead to annoying symptoms and disrupt some of daily activities. One of the most common menstrual mental disorders is Pre-Menstrual Dysphoric Disorder (PMDD), which is associated with behavioral, physical, and emotional symptoms. One of the basic points in the assessment of PMDD is sexual issues (Nowosielski et al., 2010). In each phase of sexual activity, sexual dysfunction is experienced depending on the psychological-physiological changes.

Sexual self-concept significantly influences sexual performance at both intrapersonal and interpersonal levels (Guyon et al., 2020). Another significant issue is sexual intimacy, including the expression of feelings, thoughts, fantasies, and making romantic experiences with the partner (Masoumi et al., 2017). Most women with PMDD do not embark on treating the disorder, the result of which might be destructive impacts on personal and marital relationships. So far, only pharmacotherapy has been prescribed for PMDD, though no medication can alleviate all symptoms of the disorder. Therefore, over the immediate past, one of the most significant issues for investigating the disorder has been psychological treatments for alleviating the symptoms through actively managing of the individuals.

1. Extracted from Ph.D's thesis defended in Department of Clinical Psychology, Shiraz University of Shiraz



Considering the necessity of seeking the most effective method in this regard, this study tried to compare the effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) with Integrated Transdiagnostic Therapy (ITT) on sexual self-concept, sexual intimacy, and sexual function among women with PMDD.

Method: This semi-experimental study applied a quantitative design, including a pre-test, post-test, and a two-month follow-up assessment. The statistical population included all married women aged 25 to 45 years who experienced menstrual issues. These women had visited one of the psychiatry or psychology clinics, specialized gynecology and obstetrics clinics, or midwifery clinics of Larestan in 2021-2022. Applying a purposive sampling, 60 participants were selected and randomly categorized into three groups of 20 people (two experimental groups and one control group). Research tools for collecting data consisted of the Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire (MSSCQ) (Snell, 1992), the Female Sexual Function Index (FSFI) (Rosen and et al., 2000) and the Sexual Intimacy Questionnaire (SIQ) (Bagarozzi, 2013). Before implementing the intervention, a pre-test was run for all three groups. The first and second experimental groups underwent the unified transdiagnostic intervention and cognitive-behavioral therapy, respectively, in nine 90-minute sessions, while the control group received no intervention. At the end of the treatment period, all participants were given a post-test, and finally, two months later, the participants were re-evaluated in the follow-up stage. For analyzing the data, descriptive statistics, statistical assumptions test, mixed analysis of variance, and Bonferroni test were applied, using spss-24.

Results: The results indicated that the integrated transdiagnostic therapy and cognitive-behavioral therapy significantly enhanced the average scores on sexual self-concept, sexual intimacy, and sexual function and the impacts remained to the follow-up stage. Cognitive-behavioral therapy significantly outperformed integrated transdiagnostic therapy in its effects on sexual self-concept, but the latter had a greater impact on sexual intimacy. The results indicated an average difference of 10.933 ($p < 0.001$) in sexual self-concept between the cognitive behavioral therapy group and the control group, a difference of -6.05 ($p < 0.001$) in sexual performance, and an average difference of 8.133 ($p < 0.001$) in sexual intimacy between the integrated metadiagnostic treatment group and the control group. This research confirms the effectiveness of cognitive behavioral therapy on sexual intimacy, aligning with the findings of Braga et al. (2022) and Rodriguez-Moreno et al. (2022). As sexual self-concept, and sexual intimacy are considered the cognitive-emotional variables, one can conclude that both therapies can play an effective role in improving the scores of all of the three variables. However, in regard with the greater impact of cognitive-behavioral therapy compared to integrated transdiagnostic therapy on the sexual self-concept and sexual function, one can say that in cognitive-behavioral therapy, emotions are influenced by cognitive factors; that is, the inability of experiencing, identifying, and controlling the improper emotions is the result of negative thoughts and beliefs as well as the application of ineffective methods. Thus resorting to cognitive-behavioral therapy can be effective through modifying biases and ineffective cognitions and through decreasing cognitive errors and challenging them. The therapy focuses on the impacts of beliefs, thoughts, and attitudes on the way of interpreting information, triggers effective coping responses, and controls negative emotions. In general speaking, one can say that sexual self-concept and sexual function, as the factors characterized by more cognitive elements, are influenced and improved.

Integrated transdiagnostic therapy has a greater impact on sexual intimacy than cognitive-behavioral therapy because it specifically focuses on emotions. This approach includes techniques for handling emotions, such as observing and recognizing them, understanding problematic strategies such as experiential avoidance, teaching emotional awareness, identifying emotion-triggered behaviors, and addressing the negative effects of experiential avoidance (Steele et al., 2018). The difference between the two treatments in terms of their effectiveness might be because of special attention of transdiagnostic treatment to emotions, since sexual intimacy as a significant issue in marital life not only is significantly related to the emotional aspect but also to the cognitive aspect.

Discussion and Conclusion: The results showed that through implementing specific strategies and techniques, the cognitive-behavioral and transdiagnostic therapies improved the sexual indicators among married women with PMDD, and the effects the treatments continued over two months after the intervention. Considering the findings, the researchers suggest that officials and psychotherapists implement both of the therapies as effective means towards improving the health of people, designing treatment programs, offering training programs for the health of women, and enhancing the mental health of women with PMDD.

Keywords: Cognitive-behavioral Therapy, Integrated Transdiagnostic Therapy, Sexual Self-Concept, Sexual Intimacy, Premenstrual Dysphoric Disorder



پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

<https://tpccp.um.ac.ir>

دسترسی آزاد

مقایسه تأثیر درمان‌های شناختی-رفتاری و فراتشخیصی یکپارچه بر خودپنداره جنسی، صمیمیت جنسی و عملکرد جنسی در زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی

شیمای خرم

دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. shimakhoram173@gmail.com

حبیب‌هادیان فرد

استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول) Hadianfd@shirazu.ac.ir

عبدالعزیز افلاک سیر

دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. aafalakseir@shirazu.ac.ir

جوادی ملازاده

دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. Molazade@shirazu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۰۴	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۲/۰۸	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۲۰	تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۳۰
استناد: خرم، شیمای؛ هادیان فرد، حبیب؛ افلاک سیر، عبدالعزیز؛ ملازاده، جوادی. (۱۴۰۳). مقایسه تأثیر درمان‌های شناختی-رفتاری و فراتشخیصی یکپارچه بر خودپنداره جنسی، صمیمیت جنسی و عملکرد جنسی در زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۴(۱)، ۲۴۳-۲۶۸. doi: 10.22067/tpccp.2024.83367.1521			

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با فراتشخیصی یکپارچه بر سه متغیر خودپنداره جنسی، صمیمیت جنسی و عملکرد جنسی در زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی است.

روش: روش پژوهش بر مبنای هدف، کاربردی و از نظر روش، کمی و از نوع نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پی‌گیری ۲ ماهه بود.

جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان متأهل با دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی مراجعه کننده به مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و بهداشتی شهرستان لار در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود که حداقل شش ماه تا یک سال از زمان مشکلات قاعدگی آن‌ها می‌گذشت و بیماری جسمی خاصی نداشتند که با روش نمونه‌گیری هدفمند از بین آن‌ها تعداد ۶۰ نفر انتخاب و به شیوه انتصاب تصادفی در سه گروه مساوی ۲۰ نفری جایگزین شدند.

یافته‌ها: گروه‌های آزمایش و کنترل پرسشنامه چندوجهی خودپنداره جنسی (MSSCQ)، پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI) و پرسشنامه صمیمیت جنسی (SIQ) را در مراحل مختلف سنجش تکمیل کردند. هر دو درمان فراتشخیصی و شناختی-رفتاری طی ۹ جلسه برای آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش (نه افراد گروه کنترل) اجرا شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، آزمون

پیش‌فرض‌های آماری، آنالیز واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بن‌فرونی تحلیل شد. نتایج نشان داد هر دو درمان بر بهبود میانگین نمره خودپنداره جنسی، صمیمیت جنسی و عملکرد جنسی تأثیر معناداری داشته‌اند. اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خودپنداره جنسی و عملکرد جنسی نسبت به درمان فراتشخیصی یکپارچه بیشتر بوده است اما تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر صمیمیت جنسی بالاتر بوده است. یافته‌های پژوهش حاضر حمایتی تجربی برای دو روش درمانی در جهت بهبود شاخص‌های جنسی در زنان متأهل بود. آگاهی روان‌درمانگران حوزه سلامت و بهداشت خانواده از این رویکردها می‌تواند کمک‌کننده باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، درمان فراتشخیصی یکپارچه، خودپنداره جنسی، صمیمیت جنسی، عملکرد جنسی، اختلال ملال پیش از قاعدگی.

مقدمه

زندگی زنان تا حد بسیاری متأثر از چرخه‌های زیستی و هورمونی آن‌هاست. یکی از چرخه‌های زیستی مهم در بدن هر زن قاعدگی^۱ است. تخلیه‌ی خون، موکوس و بقایای سلولی از رحم را قاعدگی گویند که به دنبال فعالیت‌های محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-گناد اتفاق می‌افتد که در زنان بارور جهت تولیدمثل جنسی به طور ماهیانه رخ می‌دهد (Chumpalova et al., 2020). امروزه آگاه‌سازی همگان در مورد چالش‌های دوران قاعدگی و درک نیازهای زنان در این دوران، بیش از پیش مورد توجه است. قاعدگی، برای هر زن شرایط خاصی را در قبل یا طول این دوره ایجاد می‌کند که می‌تواند نشانه‌هایی آزاردهنده را به همراه داشته باشد و حتی بخشی از کارهای روزمره را مختل کند. یکی از شدیدترین موارد مرتبط با سیکل‌های ماهیانه، اختلال ملال پیش از قاعدگی^۲ (PMDD) است که با نشانه‌های رفتاری، جسمانی و عاطفی همراه است. از نکات اساسی در ارزیابی زنان PMDD مسائل جنسی و اختلال‌ها آن می‌باشد (Nowosielski et al., 2010). در هر مرحله از فعالیت جنسی، اختلال عملکرد جنسی بر حسب تغییرات روانی فیزیولوژیک مشکلی است که تجربه می‌شود. خودپنداره جنسی^۳ که در عملکرد جنسی نقش مهمی دارد، ادراک فرد درباره طبیعت وجود خودش در بعد جنسی اطلاق می‌شود که مستلزم ادراک و استنباط هم در سطح درون‌فردی و هم در سطح میان‌فردی است (Guyon et al., 2020). یکی دیگر از عوامل مهم درباره‌ی عملکرد جنسی صمیمیت جنسی^۴ است که بیان احساسات و افکار و خیال‌پردازی‌های شهوانی و خلق تجارب عاشقانه با شریک زندگی را شامل می‌شود (Masoumi et al., 2017).

-
1. menstruation
 2. premenstrual dysphoric disorder
 3. sexual self concept
 4. sexual intimacy

از آنجایی که قاعدگی یک امر طبیعی و غیرقابل گریز است، اکثر زنان مبتلا به PMDD اقدامی برای درمان انجام نمی‌دهند و خود و خانواده‌شان درباره علائم این اختلال نه تنها اطلاعات کافی ندارند بلکه اثرات منفی و شدید آن را می‌پذیرند. این عدم شناخت و مباحث فرهنگی باعث می‌شود به غیر از خود فرد، همسرانشان نیز بازخورد مناسبی به فرد مبتلا نشان نداده و این را از خصوصیات شخصیتی فرد بدانند. از طرفی در مرحله لوتئال^۱ افزایش اضطراب و بی‌قراری به خودپنداره منفی فرد دامن زده که باعث تداوم اثرات مخرب در تمام روزها می‌شود. بنابراین اگر فرد راه‌هایی برای آگاهی و کاهش علائم نیابد، اثرات مخربی را در زندگی فردی و زناشویی به‌جا می‌گذارد.

تا به حال اولین گزینه درمان PMDD دارو درمانی^۲ بوده است؛ اما تاکنون دارویی که بتواند همه علائم PMDD را کاهش دهد و یا متناسب با تغییر علائم در طول زمان باشد، عرضه نشده است. بنابراین پژوهشگران و حوزه‌های بهداشت و سلامت روان، آگاه‌سازی زنان را در جهت کاهش علائم، مورد توجه قرار داده‌اند که باعث می‌شود درمان‌های غیردارویی و روان‌شناختی یکی از شاخص‌ترین حوزه‌های پژوهشی شوند. یکی از مدل‌های درمانی در حال پیشرفت، درمان شناختی-رفتاری^۳ است. درمان شناختی رفتاری با تمرکز بر تأثیر باورها، افکار و نگرش‌های فرد در چگونگی تفسیر اطلاعات در خودپنداره جنسی فرد و صمیمیت جنسی و چرخه پاسخ جنسی نقش مهمی برعهده دارد (Guyon et al., 2020). و یکی از بهترین شیوه‌های درمانی است که پاسخ‌های مقابله‌ای کارآمد را راه‌اندازی می‌کند و هیجان‌های منفی را مهار می‌کند (Cho & Na, 2019). بنابراین افراد آموزش می‌بینند تا با شناسایی افکار خودآیند منفی و توجه به تحریف‌های شناختی و در ادامه با به چالش کشیدن آن‌ها افکار جدیدی بازسازی کنند و در نهایت احساسات بهتری تجربه کرده و رفتارهای مناسب‌تری از خود نشان دهند. در این رویکرد درمانی هم از راهبردهای رفتاری از قبیل آرام‌سازی عضلانی، ایفای نقش، مواجهه‌سازی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، افزایش خودکنترلی و تکالیف رفتاری سازمان‌یافته و هم از راهبردهای شناختی از قبیل شناسایی تحریف‌های شناختی، بازسازی شناختی و به دنبال آن تقویت خودگویی‌های مقابله‌ای استفاده می‌شود (Lerner et al., 2022).

درمان شناختی - رفتاری دستورالعمل‌های درمانی ویژه برای هر اختلال منتشر کرده و مطالعات متعددی بر تأثیرگذاری این روش درمانی اذعان نموده‌اند (Kane et al., 2019). لیکن پروتکل‌های درمانی بسیار برای هر کدام از این اختلال‌ها، نفع نداشتن از لحاظ زمان و هزینه برای کارشناسان متبحر در کاربرد

1. luteal phase

2. pharmacotherapy

3. cognitive behavioral therapy

پروتکل‌های درمانی گوناگون، پشت سر گذاشتن دوره‌های کاروزی عدیده، آشفتگی و مردد بودن در انتخاب پروتکل قابل و در انتها بغرنج بودن مراحل مدون کردن پروتکل‌ها محدودیت‌هایی برای مداخله‌های شناختی رفتاری به وجود آورده است (Eserdag et al., 2021). بارلو (۲۰۱۱) بر این باور است که تمرکز بر عوامل ویژه هر اختلال، فهم ما را از عوامل مشترک آن اختلال محدود کرده است (Barlow et al., 2017). در صورتی که مؤلفه‌های زیربنایی تری مسبب دامنه گسترده‌ای از اختلال‌های روان‌شناختی است. این امر باعث پدیدایی درمان فراتشخیصی شد. درمان فراتشخیصی یکپارچه علی‌رغم این که مبتنی بر رویکردهای شناختی - رفتاری است اما در اشخاص با اختلال هیجانی در تمرکز بر شیوه آزمودن و پاسخ‌دهی، بی‌نظیر و بی‌مانند است. این درمان اساساً هدفش تلاش در شناخت و بازبینی کوشش‌های ناسازگارانه برای تنظیم هیجان است. بدین‌سان به افراد کمک می‌کند تا علاوه بر درک بهتر از تعامل افکار، احساسات و رفتارهای خود، بتوانند پیامدهای تجارب هیجانی رفتار خویش را پیش‌بینی و در صورت لزوم رفتارهای نشأت گرفته از هیجان‌ات را اصلاح کنند از این رو این درمان مغایر با درمان‌های شناختی رفتاری اختصاصی، برای بهبودی همانندی اختلال‌های روانی پدید آمده است و به سمت عوامل مشترک هر اختلال هیجانی سوق پیدا کرده است (Bakhshipour Roodsari et al., 2014). که با تأکید ویژه بر ماهیت سازگارانه هیجان‌ها و آگاهی‌دادن هرچه بیشتر فرد از نقش شناخت‌ها و هیجان‌ها و رفتارها با ارائه فنونی جامع در تلاش است صرف نظر از تشخیص به تمام مشکلات افراد بپردازد. از محاسن این درمان فراگیری سهل و بسط سریع این درمان و کاربرد بالای آن به شکل گروهی و بهره‌جویی برای اختلال‌هایی که بنیان مشترک دارند، می‌باشد. بدین‌سان اگر درمان‌های فراتشخیصی به میزان درمان‌های اختصاصی تأثیرگذار باشد، منطقی است که در صدر درمان‌های اثربخش قرار بگیرد (Steele et al., 2018).

با توجه به مطالعات انجام شده، ۸۵ درصد از زنان دست کم یکی از علائم قبل از قاعدگی و حدوداً ۹ درصد بانوان تداخل علائم شدید خلقی قبل قاعدگی PMDD را در زندگی روزانه تجربه می‌کنند (American Psychiatric Association & Association, 2013). بررسی‌ها در ایران نشان می‌دهد که بانوان ایرانی حدود ۱۰ الی ۱۴ درصد، با اختلال PMDD مواجه می‌شوند (mohammad Bakhshani et al., 2012). از طرفی مهم‌ترین تأثیرات مخرب PMDD شامل مشکلات در عملکرد جنسی، تعارضات زناشویی، انزوای اجتماعی و افزایش مشکلات روان‌تنی می‌باشند. اخیراً بیش از گذشته به کاهش علائم، درمان و کاستن پیامدهای اختلال PMDD توجه می‌شود. به همین دلیل مراجعه به متخصصین به سبب علایم پیش از قاعدگی و همچنین ماهیت گردشی و مزمن بودن آن، هم‌چنین شناخت کم زنان از تأثیر مخرب آن در تمام

جنبه‌های زندگی افزایش یافته است.

- بنابراین با توجه به اهمیت سلامت جامعه و بانوان و نقش غیرقابل انکار آن در سلامت روانی اعضای خانواده در شکل‌گیری جامعه‌ای سالم، مقاله حاضر برای پاسخ‌گویی به فرضیه‌های زیر انجام گرفت:
- ۱) بین اثربخشی مداخله فراتشخیصی یکپارچه و مداخله شناختی-رفتاری بر خودپنداره جنسی در زنان دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی تفاوت وجود دارد.
 - ۲) بین اثربخشی مداخله فراتشخیصی یکپارچه و مداخله شناختی-رفتاری بر صمیمیت جنسی در زنان دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی تفاوت وجود دارد.
 - ۳) بین اثربخشی مداخله فراتشخیصی یکپارچه و مداخله شناختی-رفتاری بر عملکرد جنسی در زنان دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی تفاوت وجود دارد.
- فرضیه: درمان‌های شناختی-رفتاری و فراتشخیصی یکپارچه بر خودپنداره جنسی، صمیمیت جنسی و عملکرد جنسی در زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی مؤثر است.

روش

روش پژوهش بر مبنای هدف، کاربردی و از نظر روش، کمی و از نوع نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پی‌گیری ۲ ماهه خواهد بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی زنان متأهل با دامنه سنی ۴۵ تا ۲۵ سال مبتلا به مشکلات قاعدگی مراجعه‌کننده به یکی از کلینیک‌های روانپزشکی، روانشناسی، درمانگاه‌های تخصصی زنان و زایمان و کلینیک‌های مامایی لارستان در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ تشکیل دادند. تعداد اعضای نمونه در پژوهش‌های مداخله در هر گروه حداقل ۱۵ نفر توصیه شده است. بنابراین در این مطالعه به منظور افزایش توان تعمیم نتایج و به دلیل این که احتمال ریزش در نمونه‌ها وجود دارد، ۶۰ نفر انتخاب و با انتصاب تصادفی در سه گروه مساوی ۲۰ نفری (گروه آزمایش اول ۲۰ نفر= درمان فراتشخیصی یکپارچه؛ گروه آزمایش دوم ۲۰ نفر= درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل ۲۰ نفر) تعیین شدند. ملاک‌های ورود به این پژوهش، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، کسب نمره بالاتر از ۲۸ و بالاتر در پرسشنامه غربال‌گری پیش از قاعدگی (Steiner et al., 2003)، گذشتن حداقل شش ماه الی یک سال از زمان مشکل فرد شرکت‌کننده، نداشتن بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی و داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم می‌باشند. ملاک‌های خروج از این پژوهش مصرف داروهای روان‌پزشکی^۱

و روان‌گردان^۱، غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی، شرکت هم‌زمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی هم‌زمان با پژوهش، ابتلا به سوء‌مصرف مواد مخدر و سیگار، مبتلا بودن به اختلال‌ها روان‌پزشکی می‌باشند.

۶۰ نفر که واجد شرایط بودند به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی^۲ (درمان شناختی رفتاری و فراتشخیصی) و گروه گواه^۳ انتخاب شدند. گروه گواه پس از اجرای پیش‌آزمون^۴ (پاسخ به پرسشنامه‌های عملکرد جنسی، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی) از فرایند مداخله خارج شدند. پس از آن در جلسه‌ای جداگانه پیش‌آزمون‌های گروه‌های مداخله توزیع شدند تا تکمیل کنند. جلسات مداخله در سالن مشاوره واقع در شهرستان لارستان برگزار می‌شد. هریک از گروه‌های مداخله فراتشخیصی یکپارچه و مداخله شناختی-رفتاری طی جلسات تنظیم شده ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی تحت درمان قرار گرفتند. در انتهای درمان هر سه گروه پس از آزمون^۵ دادند و آزمودنی‌ها به منظور مرحله پی‌گیری دو ماه بعد از درمان ارزیابی مجدد شدند.

ابزارها

پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی (PSST)؛ این پرسشنامه توسط استینر و همکاران (Steiner et al., 2003) و به منظور شناسایی زنانی که از نشانگان پیش از قاعدگی رنج می‌برند طراحی و تدوین شد. شامل ۱۹ سؤال است. نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف ۴ درجه‌ای (از شدید=۳ تا اصلاً=۰) نمره‌گذاری می‌شود. جهت تشخیص اختلال ملال پیش از قاعدگی سه شرط باید با هم وجود داشته باشد. از پرسش ۱ تا ۴ حداقل یک مورد شدید وجود داشته باشد. از پرسش ۱ تا ۴ حداقل ۴ مورد متوسط یا شدید وجود داشته باشد. از پرسش ۱۵ تا ۲۰ حداقل یک مورد شدید وجود داشته باشد. نمرات بالاتر، نشانگر فرد مبتلا به سندرم نشانگان پیش از قاعدگی است (Chumpalova et al., 2020). در خارج کشور ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ تا ۰/۸۹ محاسبه شده است (Câmara et al., 2016). در پژوهش دیگر ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۴ تا ۰/۸۹ محاسبه شده است (Henz et al., 2018). در داخل ایران بررسی پایایی^۷ پرسشنامه از روش همسانی درونی^۸ استفاده شده است که آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و روایی محتوایی^۹ ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ به دست آمده است

1. psychedelic drugs
2. experimental group
3. control group
4. pretest
5. posttest
6. premenstrual symptoms screening tool
7. reliability
8. internal consistency
9. content validity

(Saghebi Saedi et al., 2020). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه چندوجهی خودپنداره جنسی (MSSCQ): این پرسشنامه توسط شاور طراحی شده است و در اسنل بازنویسی شده است (Shaver & Mikulincer, 2010). که نسخه فارسی آن ۷۸ سؤال و ۱۸ حیطه دارد که در ایران توسط ضیائی هنجاریابی شده است. در این آزمون ۱۸ حیطه خودپنداره جنسی مثبت و منفی مورد بررسی قرار خواهد گرفت که خودپنداره مثبت عبارتند از خودکارآمدی جنسی^۲، آگاهی جنسی، انگیزه برای اجتناب از روابط جنسی پرخطر، اشتیاق جنسی^۳، شهامت و جرات جنسی، خوشبینی جنسی، نظارت و پایش جنسی، انگیزش جنسی، اعتبار و ارزشمندی جنسی، مدیریت مسائل جنسی، پیشگیری از مشکلات جنسی و رضایت جنسی است. همچنین خودپنداره منفی شامل اضطراب جنسی، خودسرزنی در مشکلات جنسی، ترس از رابطه جنسی، افسردگی جنسی، کنترل درونی مسائل جنسی و الگوهای فردی جنسی است. حداقل نمره در دو بعد صفر و حداکثر نمره در خودپنداره مثبت ۱۷۶ و خودپنداره منفی ۶۴ است. نمره‌گذاری سوالات در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از به هیچ وجه در مورد من صدق نمی‌کند= ۰ تا کاملاً در مورد من صدق می‌کند= ۴) می‌باشد. در این پرسشنامه ۴ عبارت به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. هر حیطه از ۳ تا ۵ گویه تشکیل شده است. گویه‌های متعلق به هر حیطه در سراسر پرسشنامه توزیع شده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه توسط سازنده ابزار برای زیرمقیاس‌های خودپنداره جنسی منفی، مثبت و موقعیتی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۹ و ۰/۷۷ گزارش شده است (Sandín et al., 2020). در پژوهش داخل کشور پایایی زیرمقیاس‌های پرسشنامه در حد قابل قبولی گزارش شده است و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ با دامنه اطمینان ۹۵٪ بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ به دست آمد (Naeinian et al., 2021). در پژوهش دیگر داخل کشور ضریب پایایی پرسشنامه از طریق محاسبه همسانی درونی و روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد (Kakanezhadifard et al., 2021). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI): این پرسشنامه به وسیله روزن و همکارانشان، (Rosen, 2000) جهت اندازه‌گیری عملکرد جنسی زنان تدوین شد. شامل ۱۹ سؤال با ۶ زیرمقیاس میل جنسی، برانگیختگی جنسی^۵، رطوبت مهبل، اُرگاسم، رضایت مندی و درد جنسی است. نمره‌گذاری در طیف پاسخ‌دهی از ۱ تا ۵ می‌باشد. با جمع نمرات ۶ زیرمقیاس با هم، نمره کل ابزار به دست می‌آید و نمره بالاتر نشان‌دهنده کارکرد

1. multi-dimensional sexual self-concept questionnaire
2. sexual self efficacy
3. sexual desire
4. female sexual function inventory
5. sexual arousal

بهرتر جنسی است. حداقل نمره اکتسابی ۱۹ و حداکثر آن ۹۵ می‌باشد و نقطه برش برای کل ابزار ۲۸ در نظر گرفته شده است و نمره کمتر از ۲۸ بیانگر وضعیت اختلال در عملکرد جنسی است. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر تا ۵ می‌باشد. پایایی کل پرسشنامه توسط سازندگان ابزار با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شد (Rosen, 2000). در پژوهش داخل کشور به منظور پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد و آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد (Tarnas et al., 2021) که در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه صمیمیت جنسی (SIQ): در این پژوهش برای سنجش صمیمیت جنسی از پرسشنامه صمیمیت جنسی باگاروزی^۲ (Bagarozzi, 2013) بعد جنسی استفاده شده است. باگاروزی این پرسشنامه را تهیه کرده است و نیازهای صمیمیت را در ۸ بعد عاطفی، بعد روان‌شناختی، بعد عقلانی، بعد جنسی، بعد فیزیکی، بعد معنوی، بعد زیبایی شناختی و بعد تفریحی-اجتماعی را مورد سنجش قرار می‌دهد. در این پژوهش فقط بعد جنسی که شامل ۵ سؤال می‌باشد، مورد استفاده قرار می‌گیرد. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت ده درجه‌ای (از به هیچ وجه چنین چیزی وجود ندارد= ۱ تا نیاز بسیار زیادی وجود دارد= ۱۰) است؛ حاصل جمع نمره بین ۵ تا ۵۰ خواهد بود. نمره بالاتر نشان‌دهنده نیاز بیشتر پاسخ‌دهنده به صمیمیت جنسی از طرف همسر خود خواهد بود. به منظور بررسی پایایی پرسشنامه در پژوهش خارج از کشور، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و پایایی ابعاد پرسشنامه صمیمیت جنسی در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۴ گزارش شد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه می‌باشد (Garrison & Curtis, 2019). در داخل کشور نیز به منظور بررسی پایایی پرسشنامه از روش آزمون-بازآزمون و ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای استفاده شد. ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای برای این پرسشنامه ۰/۹۹۵ گزارش شد که حاکی از پایایی مناسب پرسشنامه می‌باشد (Hasanpour et al., 2019). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

1. sexual intimacy questionnaire

2. Bagarozzi

جدول ۱. محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری (Kate, 2007)

جلسه	شرح جلسات
۱	جلسه توجیحی شامل خوش آمدگویی، ایجاد انگیزه، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه، بیان انتظارات از آن‌ها در جلسات درمانی، مدت زمان جلسه، اقدام برای شناخت یکدیگر، آموزش سیکل قاعدگی طبیعی، سندرم ملال پیش از قاعدگی، شیوع و تشخیص افتراقی و انواع راهبردهای درمانی به ویژه درمان روان‌شناختی آن، ارائه بازخورد به هر یک از اعضای گروه توسط سایر اعضا، پیش‌آزمون.
۲	آموزش خودبازنگری، تلاش برای اتحاد بین اعضای گروه برای شکستن مقاومت‌ها و خودفاش‌سازی از طریق یادآوری قوانین اخلاقی گروه مانند رازداری، رعایت حقوق اعضای گروه و بحث در زمینه درمان‌گری شناختی-رفتاری و بیان تعامل بین افکار، احساسات و رفتار از طریق ABC
۳	ادامه تمرینات جلسه قبل، تجزیه و تحلیل رخ‌دادهای فعال‌کننده، باورها و واکنش‌های عاطفی از دیدگاه درمانجویان، شناسایی باورهای بنیادین ناکارآمد و دسته‌بندی کردن آن‌ها، آموزش آرام‌سازی و تصویرپردازی ذهنی
۴	آموزش مدل سه سیستمی ABC، بحث در زمینه خودگویی‌های مثبت و نقش آن در کنترل هیجانات و تعیین تکلیف برای جلسه آینده در زمینه شناسایی باورهای بنیادین ناکارآمد در زمینه رفتارهای اضطراب‌انگیز و هم‌چنین، تمرین خودگویی‌های مثبت و بررسی تأثیرات آن بر رفتار.
۵	توضیح خطاهای شناختی، زیرسؤال بردن باورهای بنیادین ناکارآمد و تکمیل توالی ABC با اضافه کردن مولفه D به توالی به منظور به چالش کشیدن و زیرسؤال بردن باورهای ناکارآمد پایداری که در مقابل تغییر مقاومت می‌کنند.
۶	تغییر نگرش‌های اولیه، اطمینان از اینکه توالی ABC به درستی آموزش داده شده است. آموزش علمی آرامش عضلانی، تعیین تکلیف برای جلسه بعدی در زمینه ایجاد آرامش عضلانی.
۷	ایجاد طرحواره‌های متفاوت و انعطاف‌پذیر، بحث در زمینه مهارت حل مساله، و مرور تمرینات جلسات قبل.
۸	مرور جلسات قبل و تأثیرات حل مساله بر رفتارهای مرتبط با سلامت روان، آموزش بیرون کشیدن شناخت‌ها و استفاده از مقیاس ذهنی ناراحتی و ارائه مثال‌های مختلف درباره حل مساله و مراحل آن.
۹	آموزش رفتارها و مهارت‌های جدید جهت پیشگیری، کنترل و کاهش علائم، جمع‌بندی کلی نکات ارائه شده طی جلسات درمان، تبیین احتمال عود علائم پس از دوره درمان، واکنش صحیح در زمان عود، پس‌آزمون.

جدول ۲. محتوای جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه (Kate, 2007)

جلسه	شرح جلسات
۱	افزایش انگیزه و آموزش روان‌شناختی
۲	آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی
۳	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده هیجانی با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی
۴	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناخت؛ ایجاد آگاهی از تأثیر متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودآیند و دام‌های شایع تفکر و ارزیابی شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر
۵	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان
۶	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی و شناسایی EDBs ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه رویارو شدن با رفتارها
۷	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه و رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم.
۸	رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویارویی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب
۹	مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی و اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری شامل روش‌های آمار توصیفی مانند فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها، آزمون کالموگوف اسمیرونف جهت بررسی به‌هنگار بودن توزیع نمره‌ها، تحلیل چندمتغیری مانکوا^۱ و تک متغیری^۲ جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون و پی‌گیری با کنترل اثر پیش‌آزمون استفاده شده است. کلیه تحلیل‌ها با نرم افزار SPSS-24 انجام شدند.

1. mancova

2. ancova

جدول ۳. فراوانی و درصد ویژگی‌های دموگرافیک در زنان دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی

متغیر	سطوح	گروه شناختی-رفتاری			گروه فراتشخیصی	گروه کنترل	آماره کای دو	سطح معناداری
		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)				
سن	۲۰-۳۰ سال	۱۳ نفر (۶۵٪)	۱۱ نفر (۵۵٪)	۱۰ نفر (۵۰٪)	۸/۷۶۵	۰/۳۰۷		
	۳۱ سال و بالاتر	۷ نفر (۳۵٪)	۹ نفر (۴۵٪)	۱۰ نفر (۵۰٪)				
تحصیلات	دیپلم	۶ نفر (۳۰٪)	۴ نفر (۲۰٪)	۶ نفر (۳۰٪)	۱۱/۰۵۴	۰/۱۸۶		
	کاردانی-کارشناسی	۸ نفر (۴۰٪)	۹ نفر (۴۵٪)	۱۰ نفر (۵۰٪)				
	کارشناسی ارشد	۶ نفر (۳۰٪)	۷ نفر (۳۵٪)	۴ نفر (۲۰٪)				
شغل	خانه دار	۱۴ نفر (۷۰٪)	۱۲ نفر (۶۰٪)	۱۱ نفر (۵۵٪)	۶/۳۲۲	۰/۴۱۲		
	شاغل	۶ نفر (۳۰٪)	۸ نفر (۴۰٪)	۹ نفر (۴۵٪)				

نتایج جدول مشاهده می‌شود که افراد نمونه از نظر ویژگی‌های سن ($M=۸/۶۷۵$ ، $SD=۰/۳۰۷$ سطح معناداری)، سطح تحصیلات ($M=۱۱/۰۵۴$ ، $SD=۰/۱۸۶$ سطح معناداری) و وضعیت شغلی ($M=۶/۳۲۲$ ، $SD=۰/۴۱۲$ سطح معناداری) با هم یکسان بوده و از نظر آماری دارای اختلاف معناداری نیستند. هم چنین نتایج این جدول حاکی از آن است که بیشترین فراوانی تحصیلات مربوط به مقطع تحصیلی کاردانی-کارشناسی است و محدوده سنی گروه نمونه، بیشتر افراد ۲۰ تا ۳۰ سال را شامل شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار خودپنداره جنسی به تفکیک گروه و مراحل سنجش

متغیر وابسته	گروه	تعداد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پی‌گیری
			$M \pm SD$	$M \pm SD$	$M \pm SD$
خودپنداره جنسی مثبت	شناختی-رفتاری	۲۰ نفر	$۱۰/۸۵ \pm ۵/۰۲$	$۱۶/۳۵ \pm ۳/۸۲$	$۱۵/۸۵ \pm ۳/۱۸$
	فراشخیصی یکپارچه	۲۰ نفر	$۹/۸۵ \pm ۵/۳۱$	$۱۵/۳۰ \pm ۳/۸۶$	$۱۵/۰۵ \pm ۳/۶۶$
	کنترل	۲۰ نفر	$۹/۷۰ \pm ۴/۶۳$	$۹/۶۴ \pm ۴/۲۶$	$۹/۴۷ \pm ۳/۲۳$
خودپنداره جنسی منفی	شناختی-رفتاری	۲۰ نفر	$۱۲/۳۵ \pm ۳/۹۱$	$۷/۸۰ \pm ۴/۱۷$	$۷/۱۰ \pm ۳/۹۸$
	فراشخیصی یکپارچه	۲۰ نفر	$۱۱/۲۰ \pm ۳/۲۵$	$۷/۲۵ \pm ۳/۹۵$	$۶/۹۸ \pm ۲/۵۴$
	کنترل	۲۰ نفر	$۱۱/۸۶ \pm ۳/۳۳$	$۱۱/۷۷ \pm ۲/۸۴$	$۱۱/۸۳ \pm ۳/۰۶$
خودپنداره جنسی موقعیتی	شناختی-رفتاری	۲۰ نفر	$۱۰/۱۵ \pm ۲/۹۰$	$۱۵/۲۰ \pm ۴/۶۷$	$۱۷/۱۰ \pm ۲/۶۳$
	فراشخیصی یکپارچه	۲۰ نفر	$۹/۹۰ \pm ۴/۱۶$	$۱۳/۲۳ \pm ۱/۲۹$	$۱۳/۵۰ \pm ۲/۶۲$
	کنترل	۲۰ نفر	$۸/۳۵ \pm ۴/۹۴$	$۸/۷۵ \pm ۲/۸۸$	$۸/۶۰ \pm ۱/۹۷$
خودپنداره جنسی	شناختی-رفتاری	۲۰ نفر	$۳۳/۳۵ \pm ۱۱/۸۳$	$۳۹/۳۵ \pm ۱۲/۶۶$	$۴۰/۰۵ \pm ۹/۷۹$
	فراشخیصی یکپارچه	۲۰ نفر	$۳۰/۹۵ \pm ۱۲/۷۲$	$۳۵/۷۸ \pm ۹/۱۰$	$۳۵/۵۳ \pm ۸/۸۲$
	کنترل	۲۰ نفر	$۲۹/۹۱ \pm ۱۲/۹۰$	$۳۰/۱۶ \pm ۹/۹۸$	$۲۹/۹۰ \pm ۸/۲۶$

جدول شماره ۴ میانگین و انحراف معیار متغیر وابسته خودپنداره جنسی در گروه‌های آزمایش و کنترل به تفکیک مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) را نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج همگنی شیب خط رگرسیون

معناداری	آماره آزمون F	منبع تغییرات	متغیرهای وابسته
۰/۲۸۶	۱/۲۹۵	پیش‌آزمون × گروه	خودپنداره جنسی مثبت
۰/۶۴۶	۰/۴۴۲	پیش‌آزمون × گروه	خودپنداره جنسی منفی
۰/۰۵۱	۳/۳۳۰	پیش‌آزمون × گروه	خودپنداره جنسی موقعیتی
۰/۰۸۸	۱/۹۶۹	پیش‌آزمون × گروه	خودپنداره جنسی
۰/۹۸۷	۰/۱۰۸	پیش‌آزمون × گروه	صمیمیت جنسی
۰/۱۶۱	۱/۹۲۲	پیش‌آزمون × گروه	میل جنسی
۰/۰۷۶	۲/۷۷۶	پیش‌آزمون × گروه	برانگیختگی جنسی
۰/۴۵۳	۰/۸۰۹	پیش‌آزمون × گروه	رطوبت مهبل
۰/۰۶۶	۴/۲۴۱	پیش‌آزمون × گروه	ارگاسم
۰/۲۴۶	۳/۲۱۵	پیش‌آزمون × گروه	رضایت جنسی
۰/۵۹۲	۰/۶۷۲	پیش‌آزمون × گروه	درد جنسی
۰/۴۸۹	۰/۷۷۰	پیش‌آزمون × گروه	عملکرد جنسی

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۵ سطح معناداری اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین فرضیه همگنی شیب خط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش پذیرفته می‌شود.

جدول ۶. نتایج آزمون‌های چندمتغیره پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

توان آماری	اندازه تاثیر	معنی داری	آزمون F	مقدار	نوع آزمون
۱/۰۰۰	۰/۷۷۳	۰/۰۰۰	۲۴/۹۹۲	۰/۴۷۲	اثر پیلایی
۱/۰۰۰	۰/۷۷۳	۰/۰۰۰	۲۴/۹۹۲	۰/۵۲۸	لامبدای ویلکز
۱/۰۰۰	۰/۷۷۳	۰/۰۰۰	۲۴/۹۹۲	۰/۸۹۳	اثر هتلینگ
۱/۰۰۰	۰/۷۷۳	۰/۰۰۰	۲۴/۹۹۲	۰/۸۹۳	بزرگترین ریشه روی

نتایج جدول ۶ بیانگر آن است که لامبدای ویلکز ($F=24/992$ و $Sig=0/000$) معنادار است. نتایج مؤید آن است که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ پس‌آزمون متغیرهای وابسته مورد پژوهش با کنترل

پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته ایجاد شده است و ضریب تأثیر نشان می‌دهد که ۷۷/۳ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخلات آزمایشی (درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه) است. بعد از این، به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هر یک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه از متغیرهای مستقل اثر پذیرفته است یا خیر؟ بدین منظور از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرری استفاده شده است که نتایج آن در ادامه ارائه شده است.

جدول ۷. نتیجه آزمون کرویت موجلی متغیرهای پژوهش

متغیرهای وابسته	کرویت موجلی	آماره‌ی کای دو	درجه آزادی	سطح معناداری
خودپنداره جنسی	۰/۶۳۶	۲۵/۳۲۴	۲	۰/۰۰۱
صمیمیت جنسی	۰/۳۳۷	۶۰/۹۴۶	۲	۰/۰۰۱
عملکرد جنسی	۰/۸۸۴	۴۲/۰۲۶	۲	۰/۰۰۱

بر اساس جدول شماره ۷ آزمون کرویت موجلی مقدار سطح معناداری برای هر یک از متغیرهای وابسته پژوهش برابر ۰/۰۰۱ به دست آمده است؛ لذا فرض کرویت رد می‌شود. در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس‌ها و به گونه‌ای دقیق‌تر از شرط همگنی ماتریس کوواریانس اطمینان حاصل نشد و تخطی از الگوی آماری F صورت گرفته است. بنابراین از آزمون‌های جایگزین یعنی از آزمون محافظه کارانه گرین هاوس-گیرز برای بررسی اثرات درون آزمودنی درمان استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۸ آمده است.

جدول ۸. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر متغیرهای پژوهش در سه مرحله اجرا

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	سطح معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
خودپنداره جنسی	گروه	۱۶/۵۳۰	۰/۰۰۰	۰/۶۰۵	۰/۹۹۵
	زمان	۲۱/۰۳۱	۰/۰۰۰	۰/۶۱۷	۱/۰۰۰
	زمان × گروه	۳۴/۷۹۹	۰/۰۰۶	۰/۵۸۹	۰/۹۸۴
صمیمیت جنسی	گروه	۱۱/۴۱۳	۰/۰۰۰	۰/۵۶۸	۰/۹۹۱
	زمان	۴۵/۶۶۹	۰/۰۰۰	۰/۶۶۵	۱/۰۰۰
	زمان × گروه	۳۰/۶۵۱	۰/۰۰۰	۰/۵۱۸	۱/۰۰۰
عملکرد جنسی	گروه	۶۶/۴۸۷	۰/۰۰۰	۰/۶۹۴	۱/۰۰۰
	زمان	۱۱۵/۵۵۲	۰/۰۰۰	۰/۶۷۰	۱/۰۰۰
	زمان × گروه	۲۴/۴۱۶	۰/۰۰۰	۰/۵۶۱	۱/۰۰۰

نتایج جدول شماره ۸ نشان می‌دهد که دو روش مداخله (درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه) تفاوت معناداری را در سه مرحله اندازه‌گیری در نمره کل متغیرهای وابسته شامل خودپنداره جنسی، صمیمیت جنسی و عملکرد جنسی ایجاد کرده است. در ادامه مقایسه دو به دوی میانگین تعدیل شده مراحل مختلف آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری) در ادراک درد و سایر متغیرها در جدول شماره ۹ آمده است.

جدول ۹. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی در مراحل مختلف سنجش برای متغیرهای پژوهش

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
خودپنداره جنسی	پیش آزمون	۳۰/۴۱۸	پیش آزمون-پس آزمون	۳/۹۶۷*	۰/۰۰۰
	پس آزمون	۳۴/۳۸۳	پیش آزمون-پیگیری	۵/۴۱۷*	۰/۰۰۰
	پیگیری	۳۵/۸۲۹	پس آزمون-پیگیری	۰/۵۴۵	۰/۱۵۴
صمیمیت جنسی	پیش آزمون	۱۸/۴۸۷	پیش آزمون-پس آزمون	۳/۱۸۳*	۰/۰۰۰
	پس آزمون	۲۱/۵۸۳	پیش آزمون-پیگیری	۳/۳۶۷	۰/۰۰۰
	پیگیری	۲۱/۷۶۷	پس آزمون-پیگیری	۰/۱۸۳	۰/۳۳۶
عملکرد جنسی	پیش آزمون	۳۴/۶۸۳	پیش آزمون-پس آزمون	۱۱/۹۸۳*	۰/۰۰۰
	پس آزمون	۴۶/۶۶۷	پیش آزمون-پیگیری	۹/۳۱۷*	۰/۰۰۰
	پیگیری	۴۶/۰۴۳	پس آزمون-پیگیری	۰/۶۶۷	۰/۳۲۶

به منظور مشخص نمودن این که نمره کل متغیرهای وابسته پژوهش در کدام مرحله با هم تفاوت معناداری دارند، از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد که به مقایسه دو به دوی میانگین‌ها پرداخته شده است. جدول شماره ۹ نشان می‌دهد که دو روش مداخله (درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه) بر نمره کل متغیرهای وابسته پژوهش در هر دو مرحله پس آزمون و پی‌گیری تأثیر معناداری داشته‌اند. همانگونه که نتایج جدول شماره ۹ نشان می‌دهد «تفاوت میانگین پیش آزمون با پس آزمون» و «تفاوت میانگین پیش آزمون با پی‌گیری» بیشتر از «تفاوت میانگین پس آزمون و پی‌گیری» است که این نشان‌دهنده آن است که دو روش مداخله (درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه) بر نمره کل شاخص‌های جنسی مورد مطالعه شامل خودپنداره جنسی، صمیمیت جنسی و عملکرد جنسی در مرحله پس آزمون تأثیر داشته‌اند و این تأثیر معنادار در مرحله پی‌گیری تداوم داشته است. هم‌چنین، از آنجایی که نتایج به دست آمده مشخص نکرده است که تأثیر ایجاد شده در مراحل پس آزمون و پی‌گیری مربوط به کدام شیوه مداخله بوده است یا این که کدام روش مداخله اثربخش‌تر بوده است، لذا در ادامه برای بررسی

تفاوت اثربخشی دو روش مداخله مذکور بر نمره کل متغیرهای وابسته مورد پژوهش یعنی شاخص‌های جنسی از آزمون تعقیبی بن فرونی (برای مقایسه اثربخشی گروه‌های مداخله) استفاده شده است، که نتایج آن در جدول شماره ۱۰ ارائه شده است.

جدول ۱۰. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای شناسایی درمان اثربخش‌تر

متغیرهای وابسته	گروه‌های مداخله	گروه مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
خودپنداره جنسی	درمان شناختی-رفتاری	گروه کنترل	۱۰/۹۳۳*	۰/۰۰۰
	درمان فراتشخیصی یکپارچه		۸/۷۵۰*	۰/۰۰۱
صمیمیت جنسی	درمان شناختی-رفتاری	گروه کنترل	۲/۲۶۶*	۰/۰۱۸
	درمان فراتشخیصی یکپارچه		۸/۱۳۳*	۰/۰۰۰
عملکرد جنسی	درمان شناختی-رفتاری	گروه کنترل	-۶/۰۵۰*	۰/۰۰۰
	درمان فراتشخیصی یکپارچه		-۹/۲۳۰*	۰/۰۰۰

با توجه به نتایج جدول ۱۰ نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه با گروه کنترل تنها در متغیر صمیمیت جنسی بیشتر از تفاوت میانگین گروه درمان شناختی-رفتاری با گروه کنترل است؛ که بیانگر آن است که گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه اثربخشی بیشتری نسبت به گروه درمان شناختی-رفتاری بر نمره صمیمیت جنسی داشته است. هم‌چنین، با توجه به نتایج این جدول مشاهده می‌شود که درمان شناختی-رفتاری بر خودپنداره جنسی و عملکرد جنسی افراد نمونه نسبت به درمان فراتشخیصی یکپارچه اثربخش‌تر بوده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین اثربخشی مداخله فراتشخیصی یکپارچه و مداخله شناختی-رفتاری بر خودپنداره جنسی، صمیمیت جنسی و عملکرد جنسی در زنان دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی تفاوت وجود دارد.

نتیجه

نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر شاخص صمیمیت جنسی زنان دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی مؤثر هستند با این وجود، بین میزان اثربخشی دو روش مداخله از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد. به این صورت که درمان فراتشخیصی در افزایش صمیمیت جنسی زنان اثربخشی بیشتری داشته است. اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر صمیمیت جنسی در این پژوهش همسو با پژوهش‌های بارگا و همکاران (Braga et al., 2022)، رودرگوز-مورنو و همکاران (Rodriguez-Moreno et al., 2022) می‌باشد. در تبیین درمان شناختی رفتاری بر بهبود صمیمیت جنسی

زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی باید گفت تکنیک‌های این نوع درمان همچون بازسازی شناختی، تن آرامی، مهارت ارتباطی و خودابرازی باعث افزایش خیال‌پردازی‌های جنسی و مهارت‌های جنسی و ایجاد رابطه صمیمانه با همسر و صمیمیت جنسی بیشتر با وی می‌شود. در این روش درمانی به افراد اجازه داده می‌شود که هیجان‌ات خود را بروز دهند. تمرینات در افراد صرفاً اعمال مکانیکی و فیزیکی نیستند بلکه می‌توانند سبب بروز واکنش‌های روانی پیچیده گردند. بنابراین طی این تمرینات ارتباط عاطفی زوجین بیشتر می‌شود و صمیمیت جنسی‌شان نیز افزایش می‌یابد.

در تبیین درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر بهبود صمیمیت جنسی زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی باید گفت این شیوه‌ی درمانی مملو از تکنیک‌هایی است که منجر به تعدیل هیجان‌ات افراد می‌شود، به‌عنوان مثال می‌توان به یادگیری مشاهده هیجانی، بازشناسی هیجان‌ها، آشنایی با راهبردهای مختل اجتناب تجربه‌ای، آموزش آگاهی هیجانی، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان، آگاهی یافتن از تاثیرات منفی اجتناب تجربه‌ای و در نهایت رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت اشاره نمود (Steele et al., 2018). لذا می‌توان گفت این رویکرد درمانی با تمرکز بر تکنیک‌های تنظیم هیجان موجب می‌شود که زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی به بازاریابی هیجان‌ات به خصوص هیجان‌ات منفی خود پردازند. به‌علاوه در درمان فراتشخیصی یکپارچه به زنان نمونه آموزش داده شد که از هیجان‌ات خود آگاهی پیداکنند. درضمن یاد گرفتند که اجتناب از هیجان‌ات می‌تواند منجر به کنترل یا بازداری هیجان‌ات شود (García-Escalera et al., 2020) در نتیجه چگونگی روبرو شدن با هیجان‌ات موجب می‌شود که زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی هیجان‌ات خود را بازداری نکنند و به‌موقع به ابراز آن‌ها پردازند که خود منجر به نزدیکی و تعاملات بیشتر بین زوجین می‌شود و در نهایت سهم شدن هیجان‌ات و درمیان گذاشتن تجارب، صمیمیت‌شان را افزایش می‌دهد. در تبیینی دیگر می‌توان گفت درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر درمانی متمرکز بر هیجان است. و به‌طور عمده سعی در کشف و اصلاح کوشش‌های غیرانطباقی تجارب هیجانی، شناختی، رفتاری دارد بنابراین مداخلات ترکیبی انجام می‌شود که موجب پردازش مجدد تجارب هیجانی، شناختی، رفتاری می‌شود (Grossman & Ehrenreich-May, 2020). با توجه به اینکه صمیمیت جنسی زیربنای هیجانی دارد، درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر برای بهبود سطح این متغیر رویکردی مناسب است. درضمن در این درمان تاکید خاصی به افزایش خودآگاهی هیجانی-شناختی و شناخت روابط بین هیجان، شناخت و رفتار می‌شود. بنابراین این درمان در اصلاح هیجان‌های خودایند ناکارآمد و نشخوار فکری تاثیر بسیاری دارد (Steele et al., 2018) و سبب می‌شود زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی با تجدید نظر در هیجان و افکار، صمیمیت بیشتری در

رابطه باهمسر از خود نشان دهند. در نتیجه به مرور تماس بدنی و نزدیکی جسمی که برای تحریک و رضایت جنسی است افزایش می‌یابد.

در خصوص تأثیر بیشتر درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در مقایسه با درمان شناختی رفتاری می‌توان بیان نمود که برخلاف درمان شناختی رفتاری، درمان فراتشخیصی تأکید خاصی بر نقش هیجان‌ها دارند و از این جهت تکنیک‌های اختصاصی برای مدیریت هیجان‌ها به کار می‌برند. از این رو تفاوت در میزان اثربخشی دو درمان می‌تواند ناشی از توجه ویژه به هیجان‌ها در رویکرد درمان فراتشخیصی باشد. زیرا صمیمیت جنسی به‌عنوان یکی از سازه‌های مهم در زندگی زناشویی علاوه بر جنبه شناختی تا حد قابل توجهی با جنبه هیجانی ارتباط دارد. از سویی رویکردهای شناختی-رفتاری تاکنون دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های درمانی بسیاری برای اختلال‌ها رفتاری و هیجانی به ویژه اختلال‌های که با ارتباط بین فردی منتشر کرده‌اند و مطالعات بسیاری اثربخشی این شیوه مداخلاتی را تأیید کرده‌اند. اما یکی از مشکلات جدی که درمان‌های شناختی-رفتاری در درمان این مقوله با آن مواجه بوده است، بحث همبودی بسیار بالای این اختلال‌ها و مشکلات است که سودمندی درمان‌های شناختی و رفتاری را با مشکل مواجه نموده است. رویکرد فراتشخیصی در حوزه درمان‌های شناختی و رفتاری پیش‌قراول چاره‌جویی برای رفع نقص‌های رویکرد شناختی-رفتاری می‌باشد که در این زمینه به طراحی پروتکل‌های فراتشخیصی پرداخته است و این امر می‌تواند نتایج حاصل از مطالعه حاضر را توجیه نماید.

نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر شاخص خودپنداره جنسی زنان دارای اختلال ملال پیش از قاعدگی مؤثر هستند با این وجود بین میزان اثربخشی دو روش مداخله از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد. به این صورت که درمان شناختی-رفتاری بر خودپنداره جنسی اثربخش‌تر بوده است. اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودپنداره جنسی در این پژوهش همسو با پژوهش گیون (Guyon et al., 2020) می‌باشد. و این بیانگر نقش خطیر آموزش در تغییر نگرش و باورهای افراد می‌باشد. به ویژه در کشور ما که به سبب ناهماهنگی زیاد بین تربیت جنسی افراد از زمان کودکی و عدم برخورد مناسب و علمی با این پدیده خطیر انسانی منجر به شکل‌گیری باورهای غلط شده است.

گذشته از این عدم اطلاع رسانی در زمان مناسب موجب تجارب خودآگاه و تخیلات نامناسب جنسی می‌شود و در نهایت خودپنداره جنسی افراد آسیب می‌بیند. درمان شناختی-رفتاری از طریق اصلاح سوگیری‌ها و شناخت‌های ناکارآمد و کاهش خطاهای شناختی و به چالش کشیدن آن‌ها که پاسخ‌های

رفتاری و هیجانی دارای کارکرد ناسازگارانه را فعال می‌کنند، باعث می‌شود ظرفیت فردی در وارد شدن به رفتارهای جنسی سالم افزایش یابد در نتیجه ارزیابی مثبت از تجربه جنسی بیشتر می‌شود و در ادامه اعتماد به خود جنسی نیز افزون می‌گردد (Guyon et al., 2020).

در تبیین درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر بهبود خودپنداره جنسی زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی باید گفت یکی از تکنیک‌های موجود در این نوع درمان، ارزیابی شناختی است تا با عواطف منفی خود چالش کنند و رفتارهای ناشی از هیجان‌شناسایی کنند و به اصلاح آن بپردازند و تحمل هیجانات منفی در طول مواجهه درون زاد به دست آورند. بنابراین پردازش شناختی و هیجانی به سطح کارکردی بازگردانده می‌شود (de Ornelas Maia et al., 2017) این فرایند سبب می‌شود زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی ادراک و احساسشان نسبت به خود و عملکرد جنسی‌شان افزایش یابد به عبارتی خودپنداره جنسی افزایش می‌یابد.

در تبیین دیگر باید گفت شالوده درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجان استوار است. تنظیم نبودن هیجان، کارکرد مؤثر شناخت را مختل می‌سازد و این اختلال در شناخت خود باعث تشدید آشفتگی هیجانی و رفتاری از جمله خودپنداره جنسی می‌شود (Rodriguez-Moreno et al., 2022).

همچنین، در خصوص تأثیر بیشتر درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان فراتشخیصی یکپارچه می‌توان گفت که درمان فراتشخیصی یکپارچه به نوعی برگرفته از اصول و مبانی نظری رویکرد شناختی-رفتاری است و در خصوص آسیب روانی همانند رویکرد شناختی-رفتاری به عوامل شناختی و هیجانی توجه دارد. در واقع در درمان شناختی-رفتاری هیجانات تحت تأثیر عوامل شناختی قرار می‌گیرد. بر این اساس می‌توان گفت خودپنداره به عنوان عاملی که جنبه‌های شناختی بیشتری دارد تحت تأثیر قرار گرفته و خودپنداره جنسی نیز بهبود نشان می‌دهد. به عبارتی دیگر در رویکرد فراتشخیصی یکپارچه تجربه هیجانی و پاسخ به آن‌ها پایه اصلی این شیوه درمانی است که افراد مهارت‌هایی را کسب می‌کنند تا بتوانند به شیوه مؤثر شناخت‌های معیوب و هیجانات منفی خود را مدیریت نمایند. در نتیجه از آن‌جایی که متغیر وابسته مورد پژوهش یعنی خودپنداره جنسی متغیری شناختی-هیجانی است لذا می‌توان انتظار داشت که هر دو شیوه بتوانند نقش مؤثری در بهبود نمره این سازه داشته باشند؛ اما رویکرد شناختی-رفتاری به دلیل توجه بیشتر به عامل شناختی و به دنبال آن عامل هیجانی تأثیر بیشتری داشته است.

نتایج پژوهش نشان داد که هر دو شیوه مداخلاتی بر عملکرد جنسی افراد نمونه اثربخشی داشته‌اند با این حال میزان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری نسبت به درمان فراتشخیصی یکپارچه بالاتر بوده است.

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر عملکرد جنسی در این پژوهش همسو با پژوهش‌های کامر و همکاران (Kemerer et al., 2023)، آدام و گریم و همکاران (Adam & Grimm, 2023) می‌باشد. در تبیین درمان شناختی-رفتاری بر بهبود عملکرد جنسی زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی می‌توان به منطق درمان شناختی-رفتاری استناد نمود.

مطابق با این نوع درمان افکار و رفتارهای ناسازگارانه نقش مهمی در آسیب‌شناسی اختلال‌ها روانی دارند که با شناسایی و سپس تعدیل الگوهای مرکزی باورها می‌توان نشانه‌های یک اختلال را کاهش داد. تکنیک‌های شناختی رفتاری باورها و احساساتی که میل و برانگیختگی جنسی را تضعیف می‌کنند و نقش بازدارنده دارند را به چالش می‌کشند و قدرت تحریف‌های شناختی جنسی را کاهش می‌دهند و زنان را به رهاکردن این افکار در حین عملکرد جنسی تشویق می‌کنند. از طرفی مداخلاتی مانند آموزش اطلاعات جنسی، آموزش ابراز وجود به شیوه صحیح، آموزش تکنیک‌های تن آرامی، تغییر نگرش منفی نسبت به مسائل جنسی سبب کاهش سطح تنش روابط جنسی می‌شود. از سویی درمان شناختی رفتاری موجب می‌شود افراد از طریق تعبیر و تفسیر صحیح موقعیت استرس‌زا بینش جدیدی به دست آورند و در روابط جنسی عملکرد بهتری داشته و به دنبال این چرخه رابطه جنسی بهبود می‌یابد (Adam & Grimm, 2023).

در واقع تئوری‌های زیرلایه مداخلات شناختی-رفتاری قائل به ارتباط بین افکار، احساسات و رفتار هستند و مداخلاتی که هدف تغییر را در بازنمایی‌های ادراکی دارند بایستی پایه کار خود را بر تکنیک‌های شناختی-رفتاری که منجر به افزایش توان تصمیم‌گیری، مدیریت هیجانات و خودکنترلی، افزایش مهارت حل مساله و کاهش تنش ادراک شده می‌شود، گردند. فرد با شرکت در برنامه شناختی-رفتاری یاد می‌گیرد که باورهای شناختی مخرب خود در زمینه توانایی و رفتار جنسی را مورد بازبینی و اصلاح قرار دهد و همین امر می‌تواند به تعدیل تنش و بهبود رفتار جنسی منجر شود (Eserdag et al., 2021).

پژوهش‌های شور-زاوالا و همکاران (Sauer-Zavala et al., 2020) و ساکیریس و برل (Sakiris & Berle, 2019) نشان دادند که درمان فراتشخیصی می‌تواند موجب کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب شود. در تبیین تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر بهبود عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی می‌توان گفت که یکی از تکنیک‌های موجود در این نوع درمان، ارزیابی مجدد شناختی است که از این طریق فرد آگاهی نسبت به ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها پیدا می‌کند و به شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودایند می‌پردازند (Talkovsky et al., 2017). لذا می‌توان گفت این تکنیک موجب می‌شود که زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی به پردازش‌های شناختی ناکارآمد که موجب کاهش

عملکرد جنسی می‌شود آگاهی می‌یابند و با تجدیدنظر در فرایندهای شناختی و روبرو شدن با افکار نشخوارگونه، هیجانات مثبت در روابط زناشویی تجربه می‌کنند که خود باعث افزایش میل جنسی شان شده در نتیجه عملکرد جنسی بهتری تجربه می‌کنند.

به‌علاوه این شیوه درمانی به افراد چگونگی مواجه شدن با هیجانات و شناخت‌های ناخوشایند را آموزش می‌دهند تا به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌ها و شناخت‌ها پاسخ دهند (Barlow et al., 2017). و فهم بهتری از تعامل افکار، احساس‌ها و رفتارها در به وجود آمدن تجربه‌های هیجانی درونی و جنسی به دست آورند.

در تبیینی دیگر می‌توان گفت مدل درمان فراتشخیصی یکپارچه برپایه مهارت‌های تنظیم هیجان بنا شده است و برای طیف بسیاری از اختلال‌های هیجانی کاربرد دارد (Steele et al., 2018). راهبردهای روان‌آموزشی، مواجهه، خودکنترلی افکار و مدیریت پاسخ‌ها که در پژوهش‌های قبلی نتایج خوبی را بیان داشتند بخشی از تکنیک‌های آن رویکرد درمانی است. این تکنیک‌ها موجب تسهیل در شناسایی افکار موثر بر هیجانات و رفتارهای اضطراب‌زا می‌شوند. در جلسات درمانی به افراد آموزش داده می‌شود که هم هیجانات مثبت و هم منفی مهم هستند و هدف حذف این هیجانات نیست بلکه شناسایی و کنار آمدن با هیجانات منفی می‌باشد. بنابراین زنان با اختلال ملال پیش از قاعدگی در جلسات درمانی آموختند که به جای فرار از تجربه هیجانی، با افزایش تحمل روانی به دنبال حل مشکل خود باشند. بر این اساس آنان توانستند دلیل هیجانات منفی نسبت به عملکرد جنسی با همسرانشان را بیابند و با مرتفع نمودن آن، روابط جنسی بهتری از خود نشان دهند.

در پایان محققان از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی خود را ابراز می‌دارند. ضمناً هیچ‌گونه تعارض منافع بین نویسندگان وجود ندارد. لازم به ذکر است، این پژوهش برگرفته از رساله دکتری رشته روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز با کد اخلاق IR.US.REC.1401.022 می‌باشد و بدون حمایت مالی سازمان خاصی انجام گرفته است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

References

- Adam, F., & Grimm, E. (2023). Female sexual dysfunction: Applications of cognitive-behavioral therapy. In *Handbook of Cognitive Behavioral Therapy by Disorder* (pp. 147-161). Elsevier .
- American Psychiatric Association, D., & Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical*

- manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5). American psychiatric association Washington, DC. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/RR-10-2013-0256>
- Bakhshipour Roodsari, A., Mahmood Aliloo, M., Farnam, A., & Abdi, R. (2014). Efficacy evaluation of unified transdiagnostic treatment in symptoms reduction of patients with generalized anxiety disorder and a comorbid emotional disorder. *Journal of Modern Psychological Researches*, 8(32), 41-74. https://doi.org/https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4295_007f76f1fcdb3cc1433684c8729fddf9.pdf
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., & Boswell, J. F. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 74(9), 875-884 .
- Braga, C., Ferreira, H., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2022). Ambivalence resolution in the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: An exploratory case study. *Psychotherapy Research*, 32(8), 1034-1046. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2062267>
- Câmara, R. d. A., Köhler, C. A., Frey, B. N., Hyphantis, T. N., & Carvalho, A. F. (2016). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) and association of PSST scores with health-related quality of life. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 39, 140-146. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-1953>
- Cho, S.-E., & Na, K.-S. (2019). Questioning the beneficial effects of internet-based cognitive behavioral therapy on premenstrual dysphoric disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88(4), 236-236 .
- Chumpalova, P., Iakimova, R., Stoimenova-Popova, M., Aptalidis, D., Pandova, M., Stoyanova, M., & Fountoulakis, K. N. (2020). Prevalence and clinical picture of premenstrual syndrome in females from Bulgaria. *Annals of general psychiatry*, 19(1), 1-7. <https://doi.org/https://annals-general-psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12991-019-0255-1>
- de Ornelas Maia, A. C. C., Sanford, J., Boettcher, H., Nardi, A. E., & Barlow, D. (2017). Improvement in quality of life and sexual functioning in a comorbid sample after the unified protocol transdiagnostic group treatment. *Journal of psychiatric research*, 93, 30-36 .
- Eserdag, S., Kurban, D., Yakut, E., & Mishra, P. C. (2021). Insights into the vaginismus treatment by cognitive behavioral therapies: correlation with sexual dysfunction identified in male spouses of the patients. *Journal of Family & Reproductive Health*, 15(1), 61 .
- García-Escalera, J., Valiente, R. M., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., Prieto, A., & Chorot, P. (2020). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents (UP-A) adapted as a school-based anxiety and depression prevention program: An initial cluster randomized wait-list-controlled trial. *Behavior therapy*, 51(3), 46 . <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.08.003>
- Garrison, M. B., & Curtis, S. V. (2019). Marital Conflict, Intimate Partner Violence, and Family Preservation. *Empirically Based Interventions Targeting Social Problems*, 227-245. https://doi.org/10.1007/978-3-030-28487-9_11
- Grossman, R. A., & Ehrenreich-May, J. (2020). Using the unified protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders with youth exhibiting anger and irritability. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(2), 184-201 .

- Guyon, R., Fernet, M., Canivet, C., Tardif, M., & Godbout, N. (2020). Sexual self-concept among men and women child sexual abuse survivors: Emergence of differentiated profiles. *Child Abuse & Neglect*, *104*, 104481. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104481>
- Hasanpour, V., Keshavarz, Z., Azin, S. A., Ansaripour, S., & Ghasemi, E. (2019). Comparison of Sexual Function and Intimacy in Women with and without Recurrent Miscarriage. *Journal of Isfahan Medical School*, *37*(5), ۷۷۴-۷۶۸. <https://doi.org/https://doi.org/10.22122/jims.v37i533.12181>
- Henz, A., Ferreira, C. F., Oderich, C. L., Gallon, C. W., de Castro, J. R. S., Conzatti, M., de Almeida Fleck, M. P., & Wender, M. C. O. (2018). Premenstrual syndrome diagnosis: A comparative study between the daily record of severity of problems (DRSP) and the premenstrual symptoms screening tool (PSST). *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia/RBGO Gynecology and Obstetrics*, *40*(01), 020-025. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1608672>
- Kakanezhadifard, M., Heidari, A., & Naderi, F. (2021). The Mediating Role of Infertility Stress in the Relationship Between Sexual Self-Concept, Family Resilience, and Marital Adjustment in Infertile Women. *MIDDLE EASTERN JOURNAL OF DISABILITY STUDIES*, *11*(1). <https://sid.ir/paper/1030636/en>
- Kane, L., Dawson, S. J., Shaughnessy, K., Reissing, E. D., Ouimet, A. J., & Ashbaugh, A. R. (2019). A review of experimental research on anxiety and sexual arousal: Implications for the treatment of sexual dysfunction using cognitive behavioral therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*, *10*. (۷)
- Kate, H. K., Sulcus, J, Kirk; D, Clark. (2007). Cognitive behavioral therapy. *Translated by Habibullah Qasemzadeh*, *1*(1), 1-400 .
- Kemerer ,B. M., Zdaniuk, B., Higanó, C. S., Bossio, J. A., Camara Bicalho Santos, R., Flannigan, R., & Brotto, L. A. (2023). A randomized comparison of group mindfulness and group cognitive behavioral therapy vs control for couples after prostate cancer with sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*, *20*(3), 346-366 .
- Lerner, T., Bagnoli, V. R., Pereyra, E. A. G. d., Fonteles, L. P., Sorpreso, I. C. E., Soares Júnior, J. M., & Baracat, E. C. (2022). Cognitive-behavioral group therapy for women with hypoactive sexual desire: A pilot randomized study. *Clinics*, *77* .
- Masoumi, S. Z., Khani, S., Kazemi, F., Kalhori, F., Ebrahimi, R., & Roshanaei, G. (2017). Effect of marital relationship enrichment program on marital satisfaction, marital intimacy, and sexual satisfaction of infertile couples. *International journal of fertility & sterility*, *11*(3), 197. <https://doi.org/https://doi.org/10.22074/ijfs.2017.4885>
- mohammad Bakhshani, N., Hasanzadeh, Z., & Raghbi, M. (2012). Prevalence of premenstrual symptoms and premenstrual dysphoric disorder among adolescents students of Zahedan. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, *13*(8). <https://doi.org/https://sid.ir/paper/84541/fa>
- Naeinian, M. R., Ghannadian, F., & Heydarinasab, L. (2021). The relationship between sexual self-concept and sexual function and self-esteem in women with vaginismus disorder. *Journal of Behdasht dar Arseh*, *8*(4). <https://doi.org/https://doi.org/10.22037/jhf.v8i4.33685>
- Nowosielski, K., Drosdzol, A., Skrzypulec, V., & Plinta, R. (2010). Sexual satisfaction in females with premenstrual symptoms. *The journal of sexual medicine*, *7*(11), 3589-3597. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01927.x>

- Rodriguez-Moreno, S., Farchione, T. J., Roca, P., Marín, C., Guillén, A. I & Panadero, S. (2022). Initial effectiveness evaluation of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders for homeless women. *Behavior Modification*, 46(3), 506-528. <https://doi.org/10.1177/0145445520982562>
- Rosen, C. B., J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*, 26(2) 191-208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Saghebi Saeedi, K., Abolghasem, A., & Akbari, B. (2020). The effectiveness of self-compassion training and positive thinking on sleep quality and decrease of pain intensity in girl with primary dysmenorrhea. *Complementary Medicine Journal*, 9(4), 3914-3929. <http://cmja.arakmu.ac.ir/article-1-698-fa.html>
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical psychology review*, 72, 101751.
- Sandín, B., García-Escalera, J., Valiente, R. M., Espinosa, V., & Chorot, P. (2020). Clinical utility of an internet-delivered version of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents (iUP-A): a pilot open trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8306. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228306>
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Steele, S. J., Tirpak, J. W., Ametaj, A. A., Nauphal, M., Cardona, N., Wang, M., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). Treating depressive disorders with the Unified Protocol: A preliminary randomized evaluation. *Journal of Affective Disorders*, 264, 438-445.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2010). New directions in attachment theory and research. *Journal of social and personal relationships*, 27(2), 163-172. <https://doi.org/10.1177/0265407509360899>
- Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of psychiatric research*, 104, 211-216.
- Steiner, M., Macdougall, M., & Brown, E. (2003). The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 203-209. <https://doi.org/10.1007/s00737-003-0018-4>
- Talkovsky, A. M., Green, K. L., Osegueda, A., & Norton, P. J. (2017). Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 46, 56-64.
- Tarnas, G., Meshchi, F., Shahnazari, M., Sodagar, S., & Asgharpour, M. (2021). The prediction of women's sexual function based on the role of self-concept, self-efficacy, and sexual awareness. *Journal of Applied Family Therapy*, 2(3), 169-153. <https://doi.org/10.22034/afjt.2021.302163.1179>