

Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Alone and Combined with Drug Therapy on the Anxiety and Aggressive Behaviors of Betrayed Women

*Abbas Mofrad H¹

Author Address

1. PhD in Health Psychology, Rahمان Institute of Higher Education, Ramsar, Iran.

*Corresponding Author E-mail: mofrad.h1@gmail.com

Received: 2023 December 19; Accepted: 2024 January 14

Abstract

Background and Objective: Among the factors that have played an important role in family disputes in recent years is the cheating of one of the spouses (mainly by the man) on the other. In a healthy family, the husband and wife are committed to the principles of the family and each other, and their relationship is based on equality and human values. Infidelity is any sexual, emotional, or cognitive relationship outside the framework of marital relationships that takes place secretly. There is a risk of infidelity in most marriages, and in case of infidelity, the couple will face many problems.

Cognitive-behavioral therapy is one of the most popular approaches in treating many disorders and dysfunctions. The fundamental principle of cognitive-behavioral approaches is that cognition is effective on feelings and behavior. In this treatment, the patients are helped to recognize their distorted thinking patterns and ineffective behaviors and gain insight. Regular discussions and organized behavioral assignments are used to change these thoughts. In this method, behavioral techniques include avoiding stimulating situations, changing the response to stimuli, and giving new responses. Using muscle relaxation methods during anxiety and aggression is also one of the other treatment techniques. Using cognitive methods, clients can identify and replace negative and ineffective thoughts with appropriate ones.

In addition to cognitive therapy, drug therapy can also be effective in reducing the symptoms of anxiety and aggression. The purpose of this research was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and the combination of cognitive-behavioral therapy and drug therapy on the anxiety and aggressive behaviors of women who have been betrayed.

Methods: This research is quasi-experimental. The study population included all women referred to the counseling center in Tonekabon City, Iran, in 2021. From this population, 30 women who had high anxiety and aggression, based on the anxiety and Ahvaz aggression tests, were entered into the study, and divided into two groups of 15 people. Fifteen women received both cognitive-behavioral therapy and drug therapy, and another 15 received cognitive-behavioral therapy alone. The study data were obtained using the Ahvaz Aggression Questionnaire (Najariayan et al., 1999) and the Cattell Anxiety Questionnaire (Cattell, 1957). Cognitive therapy sessions included eight 90-minute sessions. After the sessions, the anxiety and aggression of the subjects were measured again, and the data were analyzed using covariance analysis.

Results: The results showed a significant difference between cognitive-behavioral therapy alone and combined with drug therapy regarding anxiety ($p < 0.001$) and aggression ($p < 0.001$) of betrayed women. The effect sizes of anxiety and aggression were 0.68 and 0.52, respectively. The findings showed that the combination of cognitive-behavioral therapy and drug therapy more reduced the anxiety and aggressive behaviors of betrayed women compared to cognitive-behavioral therapy alone ($p < 0.001$).

Conclusion: Therefore, it is concluded that the method of combining cognitive-behavioral therapy and drug therapy is effective in reducing anxiety and aggressive behaviors of betrayed women.

Keywords: Cognitive-Behavioral, Combined, Drug Therapy, Anxiety, Aggression, Betrayal.

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و تلفیق درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی بر اضطراب و رفتارهای پرخاشگراانه زنان خیانت‌دیده

*حریه عباس مفرد^۱

توضیحات نویسندگان

۱. دکترای روان‌شناسی سلامت، مؤسسه آموزش عالی رحمان، رامسر، ایران.
*رابانامه نویسنده مسئول: mofrad.h1@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۸ آذر ۱۴۰۲؛ تاریخ پذیرش: ۲۴ دی ۱۴۰۲

چکیده

زمینه و هدف: خیانت زناشویی، حادثه بین‌فردی آسیب‌زایی است که می‌تواند منجر به علائم شناختی و عاطفی و رفتاری در قربانی شود؛ از این رو پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و تلفیق درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی بر اضطراب و رفتارهای پرخاشگراانه زنان خیانت‌دیده انجام شد.

روش‌بررسی: طرح این پژوهش نیمه‌آزمایشی بود. جامعه پژوهش را تمامی زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره در شهر تنکابن در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. از این جامعه با روش نمونه‌گیری هدفمند، سی نفر داوطلب واجد شرایط دارای اضطراب و پرخاشگری زیاد (براساس آزمون اضطراب کتل (کتل، ۱۹۵۷) و پرسش‌نامه پرخاشگری اهواز (نجاریان و همکاران، ۱۳۷۹)، وارد مطالعه شدند. سپس با توجه به تمایل آزمودنی‌ها در دو گروه پانزده نفری (گروه درمان شناختی-رفتاری، گروه درمان شناختی-رفتاری+ دارودرمانی) قرار گرفتند. برای پانزده نفر فقط درمان شناختی-رفتاری ارائه شد و پانزده نفر دیگر درمان شناختی-رفتاری و نیز دارودرمانی را دریافت کردند. جلسات درمانی شناختی-رفتاری شامل هشت جلسه به مدت نود دقیقه بود. پس از پایان جلسات، اضطراب و پرخاشگری آزمودنی‌ها مجدداً سنجیده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس در سطح معناداری ۰/۰۱ صورت گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد، تلفیق درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری، بیشتر موجب کاهش اضطراب و رفتارهای پرخاشگراانه زنان خیانت‌دیده می‌شود ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌ها، روش تلفیق درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی در کاهش اضطراب و رفتارهای پرخاشگراانه زنان خیانت‌دیده، مؤثرتر است.
کلیدواژه‌ها: شناختی-رفتاری، تلفیقی، دارودرمانی، اضطراب، پرخاشگراانه، خیانت‌دیده.

پرخاشگری^{۱۱}، بی‌خوابی، بی‌اشتهایی، طلاق، خودکشی و اختلالات اضطرابی خواهد شد. از میان نشانگان بالینی ذکر شده، پرخاشگری و اضطراب از علائم متداول و شایع در همسران خیانت‌دیده است. پژوهشگران معتقد بودند، پرخاشگری مفهوم بسیار پیچیده‌ای است که از یک طرف تحت تأثیر عوامل موقعیتی و روان‌شناختی و از طرف دیگر متأثر از عوامل ژنتیکی است (۱۴).

اضطراب^{۱۲}، عاملی است که فرد را هشیار می‌کند و به او هشدار می‌دهد خطر یا تهدیدی در راه است و باعث می‌شود فرد برای مقابله با تهدیدات احتمالی، اقداماتی انجام دهد (۱۵). اضطراب پاسخ عاطفی و منطقی برای خطر بالقوه است؛ باین‌همه اگر علائم اضطراب مستمر، غیرمنطقی، شدید یا در غیاب اتفاقات استرس‌زا یا تحریک‌کننده رخ دهد، سبب ایجاد مشکل خواهد شد (۱۶). حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد مردم در جوامع غربی در مرحله‌ای از زندگی خود، به اختلالات مبتلا می‌شوند که با اضطراب ارتباط دارند. در آمریکا و اروپا اختلالات اضطرابی جزو انواع پرهزینه اختلالات روانی به‌شمار می‌آیند (۱۷). حدود ۵ درصد از بزرگسالان با مشکل اضطراب در دنیای امروز مواجه هستند (۱۸) که از این تعداد، بین ۲۰ تا ۶۵ درصد از زنان دچار اضطراب و پرخاشگری می‌شوند؛ به‌طور کلی می‌توان گفت، زنان استعداد زیستی بیشتری برای ابتلا به اضطراب و پرخاشگری دارند؛ اما ظهور آن به تاریخچه زندگی شخصی و خانوادگی و اجتماعی آن‌ها وابسته است. سلامت زنان مطمئن‌ترین روش برای بهبود کیفیت زندگی^{۱۳} همگان است و ایجاد ظرفیت‌سازی و توانمندسازی آن‌ها، پیش‌نیازهای اصلی برای رشد بهداشت و دستیابی به اهداف سلامت اجتماع محسوب می‌شود (۱۹).

امروزه در رابطه با روش‌های کاهش اختلالات روانی همچون اضطراب و پرخاشگری می‌توان از درمان‌های مختلفی مانند روان‌تحلیلگری، درمان شناختی، درمان شناختی-رفتاری^{۱۴}، گروه‌درمانی^{۱۵}، خانواده‌درمانی^{۱۶}، دارودرمانی^{۱۷} و استفاده از مهارت‌های اجتماعی، بهره‌جست؛ اما درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی و تلفیق این دو در بین درمان‌های موجود، سودمندتر است؛ چون از یک سو علائم زیست‌شناختی فرد مضطرب و پرخاشگر توسط داروهای ضد اضطراب و ضدافسردگی به‌شدت کاهش می‌یابد و از سوی دیگر با استفاده از روش درمان شناختی-رفتاری نه‌تنها باورهای فرد، بازسازی شناختی^{۱۸} می‌شود، بلکه فرد مجهز به فنون رفتاری خواهد شد و در موقعیت‌های متفاوت می‌تواند از آن‌ها استفاده کند (۲۰).

یکی از رویکردهای پرطرفدار در درمان بسیاری از اختلالات و بدکارکردی‌ها، درمان شناختی-رفتاری است. اصل بنیادی رویکردهای شناختی-رفتاری آن است که شناخت بر احساس و رفتار تأثیر دارد (۲۱). استفاده از این رویکردها بر کاهش تأثیر باورها یا عقاید ناسازگار یا ناکارآمد مؤثر است. در آموزش روش‌های شناختی-

اختلافات خانوادگی^۱ به دلایل مختلفی چون عقاید و سلاقی متفاوت، مشکلات اقتصادی، تفاوت‌های فرهنگی فاصله طبقاتی، تفاوت‌های سنی، تحصیلی، اجتماعی و بسیاری از عوامل دیگر به‌وجود می‌آید؛ اما از میان عواملی که در سال‌های اخیر در اختلافات خانوادگی نقش مهمی ایفا می‌کند، خیانت^۲ یکی از زوجین (اکثراً از سوی مرد) درقبال دیگری است (۱). خانواده مهم‌ترین نظام اجتماعی است که براساس ازدواج بین دو جنس مخالف صورت می‌گیرد و حفظ و تداوم آن، بسیار اهمیت دارد. در خانواده سالم، زن و شوهر به اصول خانواده و به یکدیگر تعهد دارند و روابط آن‌ها مبتنی بر برابری و ارزش‌های انسانی است (۲)؛ از این رو، آشکار شدن خیانت می‌تواند تأثیرات ویرانگری بر شخصیت، سلامت جسمی و روانی، سلامت خانواده یا رابطه عاطفی زوجین^۳ بگذارد (۳). خیانت شامل هرگونه روابط جنسی، عاطفی یا شناختی خارج از چارچوب روابط زناشویی^۴ است که به‌شکل مخفیانه انجام می‌شود (۴). خطر خیانت در اغلب ازدواج‌ها وجود دارد و در صورت خیانت، زوجین دچار مشکلات عدیده‌ای خواهند شد (۵).

خیانت آشفته‌گی‌های زیادی را برای زن و شوهر به‌وجود می‌آورد (۶). چنانچه در خانواده‌ای خیانت اتفاق بیفتد، بیش از همه فرد خیانت‌دیده، آسیب می‌بیند؛ این امر موجب بدکارکردی سلامت روان^۵ و از دست دادن تعادلات عاطفی و رفتاری وی خواهد شد (۷). تمامی متأهلان یا افرادی که با شریک عاطفی خود زندگی می‌کنند، انتظار دارند طرف مقابل به آن‌ها وفادار باشد (۸)؛ از این رو، عوامل مختلفی در شکل‌گیری خیانت نقش دارد؛ مثلاً با نگاهی به گذشته افراد درگیر در چنین روابطی می‌توان گفت، امکان دارد در خانواده آن‌ها خشونت خانوادگی^۶ وجود داشته یا از برخی از این افراد در دوران کودکی سوءاستفاده‌های جنسی^۷ شده است (۹).

زاپین معتقد بود، خیانت زمانی اتفاق می‌افتد که یکی از زوجین به ازدواج متعهد باشد و دیگری این توافق را نقض کرده باشد (۱۰). به‌جز آن، در سال‌های اخیر تعریف خیانت تغییر کرده است و حیطه‌های وسیع‌تری (به‌جز صرفاً رابطه جنسی) را در بر می‌گیرد؛ برای مثال، خیانت می‌تواند رفتارهایی همچون فریب‌دادن، روابط جنسی، لمس بدن، صمیمیت بیش‌ازحد و روابط عاطفی بسیار صمیمانه را شامل شود (۱۱)؛ به‌طور کلی، دو نوع خیانت معرفی شده است: خیانت جنسی^۸ و خیانت عاطفی^۹. در خیانت جنسی، فرد ارتباط جنسی را با دیگری و بدون اطلاع و رضایت همسر خود برقرار می‌کند و در خیانت عاطفی، صمیمیت و دلبستگی فرد با شخصی به‌غیر از همسر خود، صورت می‌گیرد (۱۲). خیانت عاطفی زمانی اتفاق می‌افتد که اموری همچون توجه، وقت و عشق آتشین به فرد دیگری غیر از همسر معطوف می‌شود (۱۳). این امر منجر به اختلالات زیادی از جمله افسردگی^{۱۰}،

10. Depression

11. Aggression

12. Anxiety

13. Quality of Life

14. Cognitive-behavioral therapy

15. Group therapy

16. Family therapy

17. Drug therapy

18. Cognitive restructuring

1. Family disputes

2. Betrayal

3. Emotional relationship of couples

4. Marital relations

5. Mental health dysfunction

6. Family violence

7. Sexual abuse

8. Sexual infidelity

9. Emotional betrayal

رفتاری، به فرد یاد داده می‌شود مشکلات تعاملی خود را که ناشی از نگرش‌های منفی است و منجر به بدکارکردی‌های رفتاری می‌شود، بشناسد؛ لذا درمان مبتنی بر این رویکرد به‌طور مستقیم مشکلات شناختی و رفتاری را برای تغییر دادن ماهیت بدکارکردی‌های ارتباطی نشانه می‌گیرد (۲۲). در این نوع درمان به بیمار کمک می‌شود الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و به بینش برسد. برای اینکه بتواند این افکار را تغییر دهد از مباحث منظم و تکالیف رفتاری سازمان‌یافته‌ای استفاده می‌شود. در این روش فنون رفتاری دربرگیرنده روش‌های اجتناب از موقعیت‌های محرک یا تغییر دادن پاسخ به آن محرک‌ها و دادن پاسخ‌های جدید است. استفاده از روش‌های آرامش عضلانی به‌هنگام اضطراب و پرخاشگری، از فنون دیگر درمان است. با استفاده از روش‌های شناختی، مراجع قادر است افکار منفی و ناکارآمد را بشناسد و افکار مناسبی را جایگزین کند (۲۳). علاوه بر درمان‌های شناختی، دارودرمانی نیز در کاهش نشانه‌های اضطراب و پرخاشگری، مؤثر است. درواقع داروهای ضد روان‌پریشی^۱، ضد اضطراب‌ها و تثبیت‌کننده‌های خلق می‌توانند به‌عنوان مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین^۲، به‌منظور تخفیف تکانشگری، تحریک‌پذیری و بی‌ثباتی هیجانی، به‌کار روند (۲۴).

پژوهش‌های متعددی در این زمینه انجام شده است؛ برای مثال پژوهش رجب‌پور و نجات مشخص کرد، درمان شناختی-رفتاری با تفاوت بیشتری در مقایسه با دارودرمانی، در بهبود اضطراب رابطه جنسی و تعارضات زناشویی مؤثر است (۲۴). صلایانی و همکاران دریافتند، گروه‌درمانی شناختی می‌تواند اضطراب و پرخاشگری زنان مبتلا به درد مزمن را کاهش دهد (۲۵). ریپول-نانیز و نایسمیث نشان دادند، شفقت بر بهبود مشکلات خیانت مؤثر است (۲۶). آلتاویال و استرودویک عنوان کردند، برخورداری از شفقت به خود بر بهبود روابط زوجین آسیب‌دیده از روابط فرازناشویی تأثیرگذار خواهد بود (۲۷). باتوجه به مطالب بیان‌شده می‌توان نتیجه گرفت، آسیب ناشی از خیانت، مسائل و مشکلات عاطفی و روانی بسیار زیادی را با خود به‌همراه دارد که از مشکلات بسیار مهم آن طلاق است. خیانت، آفت اعتماد در روابط زوجین شناخته می‌شود (۲۸)؛ بنابراین باتوجه به پیامدهای مخرب خیانت زناشویی^۳ بر سلامت جسمی و روانی افراد آسیب‌دیده، لزوم تحقیق در زمینه پیامدهای عاطفی و روانی زنان آسیب‌دیده هرچه بیشتر آشکار می‌شود. در ادامه، این امر ضرورت اجرای پژوهش حاضر را برای ارائه راهکار به‌منظور بهبود مشکلات عاطفی و رفتاری افراد خیانت‌دیده، بیشتر عیان می‌سازد. باتوجه به مطالب بیان‌شده، پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و تلفیق درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی بر اضطراب و رفتارهای پرخاشگرانه زنان خیانت‌دیده انجام شد.

۲ روش بررسی

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی بود. جامعه آماری پژوهش را

تمامی زنان خیانت‌دیده مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره رهنما در شهرستان تنکابن برای درمان اضطراب و پرخاشگری و دیگر نشانگان روانی، در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. از این بین سی نفر داوطلب واجد شرایط از زنان خیانت‌دیده به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. پس از اخذ مجوز از اداره بهزیستی برای انجام پژوهش و در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی با تکمیل فرم و رضایت داوطلبانه از سوی شرکت‌کنندگان برای مشارکت در فرایند پژوهش، اقدامات بعدی انجام گرفت. به‌منظور شرکت در پژوهش، از داوطلبان فرم رضایت آگاهانه مشارکت در پژوهش دریافت شد و تشریح نحوه اجرا و حضور در جلسات و اهداف آن برای آن‌ها صورت گرفت؛ به‌این ترتیب که پرسش‌نامه پرخاشگری اهواز (نجاریان و همکاران، ۱۳۷۹) و آزمون اضطراب کتل^۴ (کتل، ۱۹۵۷) روی آنان اجرا شد. از بین زنان دارای اضطراب و پرخاشگری بیشتر، پانزده نفر مایل به درمان شناختی-رفتاری در گروه آزمایش اول و پانزده نفر مایل به درمان شناختی-رفتاری و نیز درمان دارویی در گروه آزمایش دوم قرار گرفتند. برای شرکت‌کنندگان هر دو گروه به‌طور انفرادی یا به‌شکل گروه‌های دو یا سه نفری، فنون شناختی-رفتاری به‌مدت هشت جلسه نود دقیقه‌ای ارائه شد. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش دوم، علاوه بر درمان شناختی-رفتاری، هم‌زمان مصرف دارو (به‌مدت دو ماه) را زیر نظر روان‌پزشک آغاز کردند. در پایان جلسات مجدد آزمون‌ها روی هر دو گروه اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و با روش آنالیز کوواریانس در سطح معناداری ۰/۰۱ صورت گرفت. ابزارهای زیر در پژوهش، به‌کار رفت.

پرسش‌نامه پرخاشگری اهواز (نجاریان و همکاران، ۱۳۷۹): برای اندازه‌گیری میزان پرخاشگری، پرسش‌نامه سی‌سؤالی پرخاشگری به‌کار رفت که توسط نجاریان و همکاران در سال ۱۳۷۹ برای دانشجویان ایرانی هنجاریابی شد (۲۹). هر سؤال پرسش‌نامه دارای چهار گزینه هرگز=صفر، به‌ندرت=۱، گاهی اوقات=۲ و همیشه=۳ است. هیجده سؤال پرسش‌نامه دارای بار منفی است و به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. هرچه نمره فرد در این آزمون بیشتر باشد، میزان پرخاشگری او بیشتر است. برای سنجش پایایی پرسش‌نامه از ضرایب بازآزمایی و آلفای کرونباخ استفاده شد. براساس نتایج حاصل از هنجاریابی نجاریان و همکاران، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه پرخاشگری ۰/۸۷ بود. به‌علاوه این پرسش‌نامه مجدد پس از شش هفته به ۹۱ نفر از آزمودنی‌ها داده شد که در مرحله اول تحقیق شرکت داشتند. ضرایب همبستگی بین دو نوبت آزمون برای کل مقیاس ۰/۷۰ به‌دست آمد. اعتبار پرسش‌نامه با روش همبستگی با خرده‌مقیاس حالت اسپیلبرگ^۵ سنجیده شد و ۰/۸۰ به‌دست آمد (۲۹).

آزمون اضطراب کتل (کتل، ۱۹۵۷): این پرسش‌نامه توسط آرنولد بی‌کتل در سال ۱۹۵۷ ساخته شده و دارای چهل سؤال است و برای سن بیشتر از چهارده سال کاربرد دارد (۳۰). بیست سؤال پرسش‌نامه اضطراب پنهان و بیست سؤال دیگر، اضطراب آشکار را بررسی می‌کند و میزان اضطراب را در سطح پنج عامل گرایش به گناهکاری، تنیدگی،

4. Cattell Anxiety Questionnaire CAQ

5. Spielberger State-Trait Anxiety Inventory

1. Antipsychotic

2. Serotonin

3. Marital infidelity

فقدان هشیاری به خود، ضعف من و گرایش به افکار پارانوئیدی، می‌سنجد. روش نمره‌گذاری این آزمون بدین صورت است که در دسته‌ای از سؤالات (۱، ۴، ۷، ۸، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۲۸، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۳۶، ۳۸، ۴۰) پاسخ بله ۲ نمره و پاسخ بین این دو ۱ نمره و پاسخ خیر نمره صفر دریافت می‌کند؛ اما در دسته دیگر از سؤالات (۲، ۳، ۶، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۷، ۱۹، ۲۲، ۲۳، ۲۶، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۴، ۳۷، ۳۹) پاسخ خیر ۲ نمره و پاسخ بین این دو ۱ نمره و پاسخ بله نمره صفر دریافت می‌کند. در این آزمون نمرات کمتر از ۲۳ نشانه وجودناشتن اضطراب و نمرات بیشتر از ۲۳ نشانه اضطراب است. روایی این آزمون توسط کتل و همکاران با استفاده از روش همبستگی، ۰/۷۱ و پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمده است.

جدول ۱. برنامه جلسات درمان شناختی-رفتاری (برگرفته از برنامه درمانی آرک)

جلسه	شرح جلسه
اول	خوشامدگویی، بیان انتظارات، شناخت یکدیگر، بحث در زمینه درمانگری شناختی-رفتاری و بیان متعامل بین افکار، عواطف، اعمال و رفتارهای پرخاشگرانه و اضطراب‌انگیز.
دوم	تجزیه و تحلیل رخدادهای فعال‌کننده، باورها و واکنش‌های عاطفی از دیدگاه درمان‌جویان، شناسایی باورهای ناکارآمد، بحث درباره خودگویی‌های مثبت و نقش آن در کنترل هیجانات و رفتارهای ناسازگارانه.
سوم	آموزش آرامش عضلانی پیش‌رونده و تنش‌زدایی.
چهارم	بحث در زمینه مهارت حل مسئله، مراحل آن و تأثیرات آن بر رفتارهای پرخاشگرانه و اضطراب‌انگیز.
پنجم	بحث درباره تحلیل عینی، تحلیل منطقی و تحلیل سودمندی در رابطه با رفتارهای پرخاشگرانه و اضطراب‌آور.
ششم	بحث در زمینه مهارت‌های اجتماعی از جمله ابراز وجود، مهارت‌های بین‌فردی و خودکنترلی.
هفتم	بحث درباره نقش اسناد در رفتار، به‌خصوص نقش آن در رفتارهای پرخاشگرانه و اضطراب‌انگیز، سخنرانی آموزش در زمینه باورهای مخالف و تجربه دو حالت هیجانی ناهمساز.
هشتم	بحث در زمینه توقف فکر و پس‌خوراند زیستی و نقش آن در کنترل و کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و اضطراب‌انگیز.

۳ یافته‌ها

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای اضطراب و پرخاشگری در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک گروه‌های مطالعه‌شده

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
اضطراب	درمان شناختی-رفتاری	۵۵/۰۰	۱۱/۳۵	۴۱/۰۷	۷/۴۱
	درمان شناختی-رفتاری+دارودرمانی	۵۶/۰۷	۱۱/۰۲	۳۳/۷۳	۷/۳۰
پرخاشگری	درمان شناختی-رفتاری	۵۰/۵۳	۷/۰۹	۴۰/۱۳	۳/۰۲
	درمان شناختی-رفتاری+دارودرمانی	۵۲/۴۰	۷/۳۹	۳۷/۰۰	۵/۳۵

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای اضطراب و پرخاشگری را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش نشان می‌دهد؛ براین اساس میانگین نمرات متغیرهای اضطراب و پرخاشگری در گروه درمان شناختی-رفتاری+دارودرمانی، در مقایسه با گروه درمان شناختی-رفتاری، کمتر بود. به‌منظور بررسی آنکه آیا این تفاوت‌ها در دو گروه از لحاظ آماری معنادار است، از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

برای اجرای تحلیل کوواریانس، ابتدا ارزیابی پیش‌فرض‌های آن صورت گرفت. نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته از طریق آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف برای اضطراب ($p=0/213$) و پرخاشگری ($p=0/177$) بررسی شد. آزمون لون، برقراری پیش‌فرض برابری واریانس‌های خطای متغیرها را برای اضطراب ($p=0/227$) و پرخاشگری ($p=0/309$) نشان داد؛ بنابراین فرض یکسان بودن واریانس‌های خطا بین گروه درمان شناختی-رفتاری و گروه درمان شناختی-رفتاری+دارودرمانی، تأیید شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه تأثیرات درمان شناختی- رفتاری و درمان تلفیقی بر اضطراب زنان خیانت‌دیده

متغیر	منبع اثر	F	مقدار P	توان آزمون	مجذوراتا
اضطراب	اثر گروه	۴۹/۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۶۸
	اثر پیش‌آزمون	۷/۴۰	۰/۰۱۱	۰/۵۸	
پرخاشگری	اثر گروه	۸۳/۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۵۲
	اثر پیش‌آزمون	۲۲/۷۷	۰/۰۴۴	۰/۶۶	

دارودرمانی، آرامشی نسبی را برای استفاده از فنون شناختی- رفتاری ایجاد می‌کند. در صورتی که در درمان شناختی- رفتاری صرف، فرد از آرامش اولیه حاصل از دارو، برخوردار نیست؛ به همین دلیل تأثیر آن کندتر صورت می‌گیرد؛ از این رو تلفیق درمان شناختی- رفتاری و دارودرمانی در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری در کنترل و کاهش رفتارهای پرخاشگرانه مؤثرتر است (۱). با توجه به اینکه نگرش جامعه به درمان دارویی اضطراب و پرخاشگری منفی است و از طرفی برای درمان اختلال در نظریه‌های جدید به صورت ترکیبی (دارویی و مداخلات روان‌شناختی) توصیه می‌شود، می‌توان از درمان‌های دارویی و در کنار آن از مداخلات روان‌شناختی استفاده کرد (۲۶).

در پژوهش رضائیان و همکاران (۲۱) مشخص شد، پس از مصرف دارو و کنترل نسبی، در درمان شناختی- رفتاری به تغییر باورها، قواعد زندگی، اصلاح خطاهای شناختی و افکار منفی و آشنایی با مهارت‌های زندگی اقدام خواهد شد. در این روش، با ایجاد عاطفه و هیجان مثبت و به تبع آن افزایش عزت‌نفس، به افزایش خزانه رفتاری و شناختی و توجه اقدام می‌شود و فرصت‌هایی را در اختیار زنان آسیب‌دیده از خیانت قرار می‌دهد تا روابط بهتری داشته باشند و بارآوری بیشتری از خود بروز دهند. با گذشت زمان و تغییر محرک‌های محیطی، خلق فرد تغییر می‌کند و در نتیجه باورها و شناخت‌های همسو با خلق نیز تغییر می‌کند. اصلاح باورها و انتظارات نامعقول و اسنادهای غلط زوجین از رفتار یکدیگر، باعث کاهش دلخوری‌های بیجا و افزایش شناخت جنبه‌های مثبت از رفتار یکدیگر می‌شود که در نهایت به کاهش دل‌زدگی زناشویی زوجین می‌انجامد.

زنگنه قشلاقی و همکاران (۲۲) عقیده داشتند، درمان شناختی- رفتاری در کنار دارودرمانی، نوعی روان‌درمانی به‌شمار می‌رود که به‌منظور تغییر خلق و خو و رفتارها و الگوهای فکری تبیین شده است. این عقیده مبتنی بر آن بود که اقدامات یا احساسات منفی نتیجه اعتقادات یا افکار تحریف‌شده فعلی است نه نیروهای ناخودآگاه از گذشته؛ بنابراین شناخت‌درمانی بر روحیه و افکار زنان خیانت‌دیده متمرکز است. از طرفی رفتاردرمانی به‌طور خاص اقدامات و رفتارها را هدف قرار می‌دهد. فرد خیانت‌دیده، دچار فشارهای روحی و روانی می‌شود که می‌تواند افکارش را دگرگون سازد و عقاید منفی به وی تحمیل کند. این روش درمانی قادر است راه‌های متعادل‌تر و سازنده‌تری برای پاسخ به عوامل استرس‌زا نشان دهد؛ بنابراین پاسخ‌های مناسب‌تری به نشانگان اضطراب و پرخاشگری ارائه می‌دهد (۲۲). آموزش مهارت‌های رفتاری به مبادله رفتارهای مثبت و خوشایند و کاهش رفتارهای منفی و تنبیه منجر می‌شود. افزایش تبادلات رفتاری مثبت، نیازهای عاطفی‌روانی همسران را ارضا می‌کند و سبب ایجاد

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، براساس نتایج به‌دست‌آمده و پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون در پس‌آزمون، بین درمان شناختی- رفتاری و درمان تلفیقی در اضطراب ($p < 0/001$) و پرخاشگری ($p < 0/001$) زنان خیانت‌دیده، تفاوت معناداری وجود دارد. ضرایب تأثیر اضطراب و پرخاشگری، به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۵۲ به‌دست آمد.

۴ بحث

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و تلفیق درمان شناختی- رفتاری و دارودرمانی بر اضطراب و رفتارهای پرخاشگرانه زنان خیانت‌دیده بود. نتایج پژوهش نشان داد، تلفیق درمان شناختی- رفتاری و دارودرمانی در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری تأثیر بیشتری در کاهش اضطراب و پرخاشگری زنان خیانت‌دیده دارد. در تبیین نتایج به‌دست‌آمده با استناد به یافته‌های رجب‌پور و نجات (۲۴) می‌توان گفت، در تلفیق درمان شناختی- رفتاری و دارودرمانی در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری صرف، در کنترل و کاهش اضطراب نه تنها ساختار شناختی فرد با استفاده از فنون شناختی بازسازی می‌شود و فرد مسلح به مهارت‌های رفتاری و مقابله‌ای در موقعیت‌های اضطراب‌برانگیز می‌گردد، بلکه استفاده از داروهای ضد اضطراب موسوم به بنزودیازپین‌ها، با تأثیر بر سطح گابای خون، کاهش سریع اضطراب را در پی دارد؛ به عبارت دیگر به‌کارگیری دارودرمانی همراه با درمان شناختی- رفتاری موجب آرامش نسبی اولیه فرد خواهد شد. آلتویال و استرودویک (۲۷) نیز اشاره کردند، این مهم به‌نوبه خود باعث می‌شود فنون شناختی و رفتاری، تأثیر خود را بهتر بر جای بگذارند؛ اما در درمان شناختی- رفتاری صرف، چون این آرامش اولیه وجود ندارد، تأثیر فنون شناختی- رفتاری کمتر و کندتر صورت می‌گیرد؛ به همین دلیل تلفیق درمان شناختی- رفتاری و دارودرمانی در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری صرف در کنترل و کاهش اضطراب مؤثرتر است (۱).

از سوی دیگر نتایج پژوهش صلابانی و همکاران (۲۵) مشخص کرد، تلفیق درمان شناختی- رفتاری و دارودرمانی در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری به‌تنهایی، درباره کنترل و کاهش رفتارهای پرخاشگرانه، نه تنها ساختار شناختی فرد بازسازی می‌شود و فرد مهارت‌های رفتاری و مقابله‌ای در موقعیت‌های ایجادکننده پرخاشگری را فرا می‌گیرد، بلکه با استفاده از دارودرمانی، سروتونین خون افزایش یافته و در نتیجه رفتارهای پرخاشگرانه کاهش می‌یابد؛ به عبارت دیگر به‌کارگیری دارودرمانی همراه با درمان شناختی- رفتاری در کاهش رفتاری پرخاشگرانه، موجب می‌شود فنون شناختی و رفتاری به‌کاررفته در درمان شناختی- رفتاری، اثرگذاری سریع‌تری داشته باشد؛ یعنی

اضطراب زنان خیانت‌دیده مؤثرتر است؛ بنابراین توصیه می‌شود از هر دو روش به‌طور هم‌زمان برای بهبود مشکلات پرخاشگری و اضطراب زنان خیانت‌دیده، استفاده شود.

۶ بیانیه‌ها

ملاحظات اخلاقی

به‌منظور رعایت اصول اخلاقی تحقیق، توضیح هدف کار برای تمامی شرکت‌کنندگان صورت گرفت و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه خواهد ماند؛ لذا تمامی افراد حاضر براساس رضایت شخصی در مطالعه شرکت کردند.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

منابع مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی سازمان خاصی انجام شده است.

احساسات مثبت به یکدیگر می‌شود. کاهش رفتارهای منفی و تنبیه، کاهش احساسات منفی نظیر تنفر و خشم و رنجش از یکدیگر را به‌دنبال دارد. همچنین تغییر در احساس و رفتار زنان به تغییر نگرش می‌انجامد و این تغییرات در نهایت به افزایش صمیمیت و رضایت زناشویی منجر خواهد شد (۱۲).

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی به‌همراه داشت. یکی از محدودیت‌های جدی، نحوه همکاری آزمودنی‌ها و دریافت درمان گروهی آن‌ها بود. با توجه به اینکه خیانت همسر در جامعه ما امری ناپسندیده است و همه سعی در مخفی کردن آن دارند، آزمودنی‌ها به‌صورت گروهی همکاری لازم را نداشتند. به‌همین دلیل گاهی اوقات به‌طور انفرادی یا حداکثر به‌شکل گروه دو یا سه نفری درمان انجام شد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش حاضر نتیجه‌گیری می‌شود، بسته آموزش شناختی-رفتاری همراه با دارودرمانی در کاهش پرخاشگری و

References

1. Rezapour D, Saeydi N. Agreed divorce from women's perspective: a phenomenological study. *Social Development & Welfare Planning*. 2021;12(47):191–224. [Persian] https://qjds.atu.ac.ir/article_12710.html?lang=en
2. Bahadori Jahromi S, Payan S, Dasht Bozorgi Z. Predicting of tendency to extramarital relationships among nurses based on moral intelligence and predisposing factors. *Med Ethics J*. 2017;11(41):57–67. [Persian]
3. Schensul SL, Mekki-Berrada A, Nastasi BK, Singh R, Burleson JA, Bojko M. Men's extramarital sex, marital relationships and sexual risk in urban poor communities in India. *J Urban Health*. 2006;83(4):614–24. <https://doi.org/10.1007/s11524-006-9076-z>
4. Whitely MA. Attitudes toward infidelity scale. *Journal of Social Psychology*. 2008;133:551–47.
5. Omarzu J, Miller AN, Schultz C, Timmerman A. Motivations and emotional consequences related to engaging in extramarital relationships. *Int J Sex Health*. 2012;24(2):154–62. <https://doi.org/10.1080/19317611.2012.662207>
6. Kargar Khoram Abadi H, Khodabakhsh M, Kiani F. Effectiveness of forgiveness-oriented group counseling based on islamic perspective to restore the marriage relationship after marital infidelity. *Medical Ethics Journal*. 2017;10(38):29–36. [Persian] <http://dx.doi.org/10.21859/mej-103829>
7. Hall M, Hall J. Sacrifice and marital satisfaction. *Ideas and Research*. 2011:1–5.
8. De Stefano J, Oala M. Extramarital affairs: basic considerations and essential tasks in clinical work. *The Family Journal*. 2008;16(1):13–9. <https://doi.org/10.1177/1066480707309128>
9. Oppenheimer M. Recovering from an extramarital relationship from a non-systemic approach. *American Journal of Psychotherapy*. 2007;61(2):181–90. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.2.181>
10. Zapfen N. Clinical treatment directions for infidelity, a phenomenological framework for understanding. New York: Routledge; 2018.
11. Hertlein KM, Wetchler JL, Piercy FP. Infidelity: an overview. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. 2005;4(2–3):5–16. http://dx.doi.org/10.1300/J398v04n02_02
12. Rezvanizadeh A, Aslani Katoli A. Prediction of extramarital relationships based on attachment styles, self-esteem and narcissism level among married students. *Journal of New Advances in Behavioral Science*. 2015;1(2):36–45. [Persian]
13. Jeanfreau MM. A qualitative study investigating the decision-making process of women's participation in marital infidelity [PhD dissertation]. [Manhattan, Kansas]: Kansas State University; 2009.
14. Nappi RE, Cucinella L, Bosoni D, Righi A, Battista F, Molinaro P, et al. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder as centrally based disorders. *Endocrines*. 2022;3(1):127–38. <https://doi.org/10.3390/endocrines3010012>
15. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Wolters Kluwer; 2015.
16. Woldegerima YB, Fitwi GL, Yimer HT, Hailekiros AG. Prevalence and factors associated with preoperative anxiety among elective surgical patients at University of Gondar Hospital. Gondar, Northwest Ethiopia, 2017. A cross-sectional study. *Int J Surg*. 2018;10:21–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijso.2017.11.001>
17. Ganji H. Ravanshenasi omumi [General psychology]. Tehran: Savalan Pub; 2023. [Persian]

18. Mkrtchian A, Aylward J, Dayan P, Roiser JP, Robinson OJ. Modeling avoidance in mood and anxiety disorders using reinforcement learning. *Biol Psychiatry*. 2017;82(7):532–9. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.01.017>
19. Etemadi A, Nasirnejhad F, Smkhani Akbarinejhad H. Effectiveness of group reality therapy on the anxiety of women. *Journal of Psychological Studies*. 2014;10(2):73–88. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_1773.html?lang=en
20. Robins S, Novaco RW. Systems conceptualization and treatment of anger. *J Clin Psychol*. 1999;55(3):325–37. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(199903\)55:3<325::aid-jclp5>3.0.co;2-o](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(199903)55:3<325::aid-jclp5>3.0.co;2-o)
21. Rezaeian H, Hosseinian S, Asnaashari M. Comparing the effects of cognitive-behavior therapy and mood inuction therapy on improving depressed mother's mood with intellectually disable children. *Psychological Studies*. 2015;10(4):33–52. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_1785.html?lang=en
22. Zangane Gheshlaghi M, Shayegan Manesh Z, Bankdari N. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on depression and anxiety in women with breast cancer. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2020;63(5):2967–74. [Persian] https://mjms.mums.ac.ir/article_17869.html?lang=en
23. Carroll KM, Rounsaville BJ. A vision of the next generation of behavioral therapies research in the addictions. *Addiction*. 2007;102(6):850–62. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01798.x>
24. Rajabpour S, Nejat H. Comparison of the cognitive-behavioral therapy and drug therapy with bupropion on sexual satisfaction and marital disturbance in women with sex anxiety. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2019;9:28. [Persian] <http://jdisabilstud.org/article-1-1385-en.html>
25. Salayani F, Asghari EbrahimAbad M, Mashhadi A, Attarzadeh Hosseini R, Mashhadi Nejad H, Eftekhazadeh S, et al. The effectiveness of cognitive group therapy on reducing anxiety and aggression of females with chronic pain. *Journal of Anesthesiology and Pain*. 2015;5(3):34–44. [Persian]
26. Ripoll-Núñez K, Naismith I. "Strengthening myself occurs by caring for myself": self-perceptions and experiences of group compassion-based therapy for female survivors of intimate partner and gender-based violence. *Partner Abuse*. 2022;13(3):326–44. <http://dx.doi.org/10.1891/PA-2021-0037>
27. Altavilla A, Strudwick A. Age inclusive compassion-focused therapy: a pilot group evaluation. *J Cogn Ther*. 2022;15(2):209–30. <http://dx.doi.org/10.1007/s41811-022-00132-2>
28. Honarvaran N. The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on forgiveness and marital adjustment among women damaged by marital infidelity. *Quarterly Journal of Woman and Society*. 2014;5(19):135–50. [Persian] https://jzvj.marvdasht.iau.ir/article_645.html?lang=en
29. Zahedifar S, Najarian B, Shokrkon H. Construction and validation of a scale for measurement of aggression. *Journal of Educational Sciences*. 2000;7(1):73–102. [Persian] https://education.scu.ac.ir/article_16084.html?lang=en
30. Cattell RB. Review of The I.P.A.T. Anxiety Scale ("self-analysis form"). *J Consult Psychol*. 1957;21(5):438. <https://doi.org/10.1037/h0039396>
31. Mansour M, Dadsetan P. Bimari haye ravani: ravan shenasi marazi omoomi [Mental Disorders]. Tehran: Mansour M, Dadsetan P; 1988. [Persian]
32. Arch JJ. Cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for anxiety: treatment preferences and credibility among pregnant and non-pregnant women. *Behav Res Ther*. 2014;52:53–60. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.11.003>