



نقش عوامل روانشناختی در اختلال‌های کنشی جنسی

دکتر فریدون مهرابی*، محبوبه دادفر**

چکیده

هدف: در پژوهش حاضر عوامل روانشناختی تأثیرگذار در اختلال‌های کنشی جنسی مورد بررسی قرار گرفته است.
روش: به کمک یک طرح پس‌نگر- توصیفی ۶۶ بیمار متأهل مبتلا به اختلال‌های کنشی جنسی مراجعه‌کننده به درمانگاه انستیتو روانپزشکی تهران، درمانگاه تخصصی درمان اختلال‌های جنسی و دو مطب خصوصی روانپزشک به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای به‌کاربرده شده، تشخیص قطعی روانپزشک، مصاحبه بالینی، فرم ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه محقق ساخته سنجش عوامل روانشناختی اختلال‌های کنشی جنسی بوده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک روش‌های آماری توصیفی انجام گرفته است.

یافته‌ها: این بررسی نشان داد که نبود آموزش کافی در مورد فعالیت جنسی و اطلاعات ناکافی جنسی؛ پیش‌نوازش ناکافی؛ ناسازگاری در ارتباط به‌طور کلی؛ باورهای جنسی نادرست؛ ارتباط ضعیف درباره نیازها یا اضطراب‌های جنسی هر یک از طرفین؛ وجود اختلال جنسی در شریک جنسی؛ اضطراب در مورد عملکرد جنسی و ترس از عدم موفقیت در رابطه جنسی؛ روابط خانوادگی آشفته و تربیت محدودکننده والدین؛ داشتن تجارب نامطلوب جنسی پیش از ازدواج؛ احساس گناه درباره آمیزش جنسی و مغایرت داشتن آن با مذهب؛ اضطراب و افسردگی از شایع‌ترین عوامل روانشناختی در اختلال‌های کنشی جنسی می‌باشند.

نتیجه: عوامل روانشناختی (عوامل زمینه‌ساز، آشکارساز و نگهدارنده) در بروز و تداوم اختلال‌های جنسی نقش دارند.

عوامل جسمانی و روانشناختی باشند. در مواردی که

اساس جسمانی برای مشکلات جنسی وجود دارد،

اختلال‌های کنشی جنسی ممکن است ناشی از

* روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، بین خیابان بهار و خیابان شریعتی، کوچه جهان،

پلاک ۱.

** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی. تهران، خیابان طالقانی، بین خیابان بهار و خیابان شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱ (نویسنده مسئول).

و اسکول^{۱۳}، ۱۹۸۸؛ اسپنس^{۱۴}، ۱۹۹۱؛ دی سیلوا^{۱۵}، ۱۹۹۵؛ زرگوشی^{۱۶}، ۲۰۰۰).

سایر پژوهش‌ها نیز بر نقش باورها و افکار غیرمنطقی در اختلال‌های کنشی جنسی تأکید نموده‌اند (ساندرز^{۱۶} و کایرنز^{۱۷}، ۱۹۸۷؛ به نقل از سلطانی محمدی، ۱۳۸۰؛ جابری، مهرابی و مهریار، ۱۳۷۸؛ زاهدی، پارسای، آذر و محرابی، ۱۳۸۰). بنکرافت^{۱۸} (۱۹۸۳) ترس از صدمه فیزیکی را شایع‌ترین باور غیرمنطقی در ترس از دخول می‌داند.

کیفیت ارتباط کلی زن و شوهر، در ایجاد و حل اختلال‌های کنشی جنسی تأثیر دارد (جرالد و اسکول، ۱۹۸۸؛ لیبوم^{۱۹}، ۱۹۹۹؛ متز^{۲۰} و پریور^{۲۱}، ۲۰۰۰؛ بشارت، ۱۳۷۸). از نظر مسترز^{۲۲} و جانسون^{۲۳} (۱۹۷۰) اختلال‌های کنشی، اختلال‌های یادگرفته شده‌ای هستند که در اثر ناآگاهی زن و شوهر از مسایل جنسی، اضطراب عملکردی و روابط ضعیف میان زن و شوهر ایجاد می‌گردد. زیلبرگلد^{۲۴} (۱۹۷۸)، به نقل از گرینیر^{۲۵}، بایرز^{۲۶} و ساندرز^{۲۷}، ۱۹۹۵) مطرح نمود که کنترل انزال نتیجه یادگیری آگاهانه یا ناآگاهانه به‌کارگیری مهارت‌هایی است که در تأخیر انزال مؤثر هستند.

نقش اضطراب و سایر هیجان‌ها نیز در ایجاد اختلال‌های کنشی جنسی در برخی پژوهش‌ها مورد بررسی قرار گرفته است (کاپلان، ۱۹۷۴؛ دی سیلوا، ۱۹۹۵؛ هیسر^{۲۸}، روفر-هس^{۲۹}، کلوت^{۳۰}، هارتمن^{۳۱}، ۲۰۰۰؛ سلطانی محمدی، ۱۳۸۰).

عوامل روانشناختی ممکن است نقش ثانویه‌ای در پیچیده‌کردن موقعیت داشته باشند و می‌توانند موجب اشکال در پاسخ جنسی و اختلال‌های کنشی جنسی گردند. هاوتون^۱ (۱۹۸۹) عوامل روانشناختی را به سه دسته عوامل زمینه‌ساز^۲، عوامل آشکارساز^۳ و عوامل نگهدارنده^۴ تقسیم کرده است. عوامل زمینه‌ساز عواملی هستند که شخص را در برابر مشکل جنسی آسیب‌پذیر می‌گردانند. عوامل آشکارساز عواملی هستند که بروز مسائل جنسی را در پی دارند. عوامل نگهدارنده (تداوم بخش) پاسخ‌های روانشناختی به مسئله جنسی، بازخوردها و سایر استرس‌هایی هستند که باعث تداوم مشکل می‌شوند (هاوتون، ۱۹۸۵، ۱۹۸۹). در افراد مبتلا به اختلال‌های کنشی جنسی، معمولاً تعاملی بین عوامل زیست‌شناختی و روانشناختی وجود دارد (بارتون^۵ و جوپرت^۶، ۲۰۰۰).

اسپنس^۷ (۱۹۹۱) عوامل سبب‌شناختی در اختلال‌های کنشی جنسی را به دو دسته تقسیم کرده است: ۱) عواملی که مربوط به ویژگی‌های شخصی خود فرد می‌باشند مانند وجود آسیب‌شناسی روانی در فرد، احساس خستگی، کمی دانش جنسی، باورها و نگرش‌های نادرست فرد به مسائل جنسی و ۲) عوامل بیرونی و محیطی از جمله رخدادهای زندگی مانند ضربه‌های جسمی و روانی واکنش همسر به اختلال کنشی جنسی و کیفیت کلی ارتباط زناشویی.

لازاروس^۸ سه دسته عوامل روانشناختی را در اختلال تماس جنسی دردناک مؤثر دانسته است: ۱) عوامل مربوط به رشد که اشاره به تأثیر مسائل اولیه دوران رشد در شکل‌گیری باورهای فرد نسبت به مسائل جنسی دارد ۲) عوامل آسیب‌زا مانند تجربه آمیزش جنسی انزجارآمیز پیشین، یا تجربه جنسی که با هر نوع ضربه ناحیه تناسلی همراه بوده است و ۳) نارسایی‌های عاطفی (مینا^۹ و بینیک^{۱۰}، ۱۹۹۴).

ناآگاهی یا اطلاعات ناکافی جنسی می‌تواند موجب ترس از رابطه جنسی گردد (کاپلان^{۱۱}، ۱۹۷۴؛ جرالد^{۱۲}

1- Hawton	2- predisposing
3- precipitants	4- maintaining
5- Barton	6- Joubert
7- Spence	8- Lazarus
9- Meana	10- Binik
11- Kaplan	12- Gerald
13- Scholl	14- De Silva
15- Zargooshi	16- Sanders
17- Cairns	18- Bancroft
19-Leiblum	20- Metz
21- Pryor	22- Masters
23- Johnson	24- Zilbergold
25- Grenier	26- Byers
27- Sandra	28- Heiser
29- Ruffer-Hesse	30- Kloth
31- Hartmann	

شد. پرسش‌نامه سنجش عوامل روانشناختی اختلال‌های کنشی جنسی، یک پرسش‌نامه محقق ساخته است. برای تهیه این پرسش‌نامه نخست ۱۰۰ پرسش برگرفته از نظر متخصصان، کتب و متون تخصصی طرح شد. پس از بررسی مقدماتی ۸۶ پرسش انتخاب و اعتبار محتوایی آن توسط چند تن از متخصصان روانپزشکی و روانشناسی بالینی تأیید شد. پایایی آن به روش کودر-ریچاردسون^۱ ۰/۶۸ به دست آمد. این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارش‌دهی^۲ است و گزینه‌های آن به صورت بلی-خیر می‌باشد. پرسش‌های پرسش‌نامه به سه دسته عوامل زمینه‌ساز، عوامل آشکارساز و عوامل نگهدارنده (تداوم بخش) تقسیم شده است. برای انتخاب نمونه با توجه به تشخیص موجود در پرونده، نخست یک مصاحبه بالینی غیر سازمان‌یافته با بیمار انجام می‌گرفت که ضمن آن برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از جمله سن و جنس در فرم پرسش‌نامه مربوطه ثبت می‌گردید. در صورتی که تشخیص به‌دست آمده از مصاحبه، با نظر روانپزشک یا تشخیص موجود در پرونده بیمار همخوانی داشت، وی به‌عنوان آزمودنی انتخاب می‌شد و پرسش‌نامه سنجش عوامل روانشناختی اختلال‌های کنشی جنسی به‌صورت انفرادی برای او تکمیل می‌گردید. پیش از اجرای پرسش‌نامه، بیماران برای پاسخ‌دادن به پرسش‌ها در زمینه هدف تکمیل پرسش‌نامه و ماهیت پرسش‌ها توجیه می‌شدند و دستور کار را فرا می‌گرفتند. پس از پایان کار از بیماران به‌خاطر همکاری آن‌ها قدردانی می‌شد. ملاحظات اخلاقی شامل تمایل بیمار برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها، ارائه توضیح و راهنمای پاسخ به پرسش‌نامه‌ها، یادآوری محرمانه نگهداشتن اطلاعات و بهره‌گیری از آن برای کمک به درمان بیمار بود. برای تحلیل داده‌ها، روش‌های آماری توصیفی به‌کار گرفته شد.

از آنجا که مشکلات جنسی، ممکن است باعث اعتماد به نفس پایین (هاندسون^۱، ۱۹۸۱، به نقل از هاوتون، ۱۹۸۹) و طلاق (ترانه^۲ و همکاران، ۱۹۸۳، به نقل از همان‌جا) گردد، بررسی نقش عوامل روانشناختی در ایجاد این اختلال‌ها، می‌تواند در روند درمان و شناسایی این عوامل، مؤثر باشد (هاوتون، ۱۹۸۵؛ ۱۹۸۹).

نادیده‌گرفتن مسائل غیرجنسی زن و شوهرهای درگیر مشکل جنسی، به‌عنوان عوامل روانشناختی تأثیرگذار در اختلال‌های کنشی جنسی به‌منزله کاهش احتمال موفقیت روش‌های درمانی است، از این‌رو لازم است که در طول درمان، به این عوامل نیز توجه گردد. گرچه عوامل نگهدارنده (تداوم بخش) معمولاً بیشترین ارتباط را با مسئله درمان دارند، درمانگر باید در پی درک عوامل زمینه‌ساز و آشکارساز مربوط به اختلال نیز باشد و به بیمار کمک کند تا او نیز چنین برداشتی پیدا کند.

این پژوهش یک پژوهش پس‌نگر-توصیفی است. در اجرای این پژوهش ۶۶ بیمار مبتلا به اختلال‌های کنشی جنسی مراجعه‌کننده به انستیتو روانپزشکی تهران، درمانگاه تخصصی درمان اختلال‌های جنسی و دو مطب خصوصی روانپزشک به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای اندازه‌گیری به‌کاربرده شده، تشخیص قطعی روانپزشک، مصاحبه بالینی، پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه محقق‌ساخته سنجش عوامل روانشناختی اختلال‌های کنشی جنسی بود. برای تشخیص بیماری، مصاحبه بالینی برپایه ملاک‌های تشخیصی DSM-IV به‌کار برده شد. پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی برای گردآوری اطلاعاتی درباره سن، جنس، شغل، وضعیت تأهل، سطح تحصیل، طول مدت ازدواج، نوع درمان‌های پیشین، طول مدت بیماری و سن شروع آن به‌کار برده

1- Handson 2- Tranher
3- Kuder-Richardson 4- self-report

جدول ۱- مشخصات جمعیت شناختی کل نمونه‌های

پژوهش (N=66)

عوامل جمعیت‌شناختی	فراوانی	درصد
جنس	مذکر	۴۵
	مؤنث	۲۱
سن	تا ۳۰ سال	۳۸
	۳۱-۴۰ سال	۲۴
طول مدت ازدواج	تا ۵ سال	۱۲
	۵-۱۰ سال	۳۲
درمان قبلی	دارد	۱۴
	ندارد	۲۰
نوع درمان	بدون درمان	۲۱
	جسمی	۲۱
سن شروع اختلال	زیر ۲۰ سال	۲۴
	۲۰-۳۰ سال	۲۶
طول مدت اختلال	تا ۵ سال	۳۱
	۵-۱۰ سال	۱۷
	۱۱ سال به بالا	۴۸
	۱۱ سال به بالا	۲۶
	۱۱ سال به بالا	۷۳
	۱۱ سال به بالا	۱۳/۵
	۱۱ سال به بالا	۱۳/۵

جدول ۱ برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. از نظر وضعیت شغلی ۳۹٪ کارمند، ۱۷٪ آزاد یا خانه‌دار و ۵٪ پزشک بودند. از نظر وضعیت تحصیلی ۴۷٪ دیپلم، ۲٪ فوق لیسانس و ۵٪ درجه دکتری بودند. ۶۸٪ از همسران مراجعین ۳۰ سال و کمتر سن داشتند. ۵۸٪ آن‌ها خانه‌دار، ۳٪ دانشجوی پزشکی یا پزشک، ۳۹٪ دیپلم و ۳٪ دانشجوی یا دارای تحصیلات دکترا بودند.

توزیع عوامل روانشناختی در اختلال‌های کنشی

جنسی در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- توزیع فراوانی عوامل روانشناختی زمینه‌ساز برحسب اختلال‌های کنشی جنسی

عوامل روانشناختی*							
اختلال‌های کنشی جنسی							
میل جنسی		انگیزش جنسی		ارگاسمی		درد جنسی	
فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
عوامل زمینه‌ساز							
۱۶	۲۴	۱۴	۲۱	۲۳	۳۵	۵	۷
تربیت محدودکننده، بازخوردهای بازدارنده و یا تحریف‌شده والدین نسبت به فعالیت جنسی							
۱۸	۲۷	۱۹	۲۹	۱۸	۲۷	۴	۶
روابط خانوادگی آشفته مثل روابط ضعیف بین والدین و نبودن محبت							
۱	۱/۵	—	—	۳	۵	۱	۱/۵
تجارب تکان‌دهنده جنسی در دوران کودکی مانند سوءاستفاده جنسی شدن یا رابطه جنسی با محارم							
۴۰	۶۱	۴۹	۷۴	۳۴	۵۲	۱۲	۱۸
نبود آموزش کافی در مورد فعالیت جنسی							
۳۱	۴۷	۴۷	۷۱	۲۸	۴۲	۵	۷
تجارب نامطلوب جنسی پیش از ازدواج مانند ترس از دیده و رسواشدن، اصرار شریک جنسی به هر چه سریع‌تر تمام‌شدن رابطه و یا پرهیز از رابطه جنسی به مدت طولانی							
عوامل آشکارساز							
۳۸	۵۸	۶۲	۹۳	۲۹	۴۴	۲۲	۳۳
ناسازگاری در ارتباط به‌طور کلی							
۱	۱/۵	۲	۳	۲	۳	—	—
تولد فرزند							
۳	۵	۱	۱/۵	۱	۱/۵	۲	۳
خیانت همسر							
۴	۶	۱۸	۲۷	۱۰	۱۵	۷	۱۱
اختلال جنسی در شریک جنسی							

* برای برخی از آزمودنی‌ها وجود دو یا چند عامل روانشناختی جداگانه باعث گردیده که حاصل جمع فراوانی و درصدهای انواع عوامل روانشناختی از تعداد کل نمونه و میزان درصد کل عوامل روانشناختی بیشتر شود.

اختلال‌های کنشی جنسی								عوامل روانشناختی
میل جنسی		انگیزش جنسی		ارگاسمی		درد جنسی		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۳	۱۹	۲۷	۴۱	۱۲	۱۸	۴	۶	عدم موفقیت گاهگاهی
۷	۱۱	۱۳	۱۹	۶	۹	۴	۶	اضطراب
۲	۳	۳	۵	۲	۳	۳	۵	افسردگی
۱	۱/۵	—	—	۳	۵	۱	۱/۵	تجربه جنسی تکان‌دهنده
۴	۳	۳	۵	۲	۳	۲	۴	ارتباط بین فردی مختل
—	—	—	—	—	—	—	—	سالمندی
—	—	—	۳	۱	۱/۵	—	—	واکنش روانشناختی به عامل جسمی
—	—	—	۱/۵	۱	۱/۵	—	—	عامل عضوی
—	—	—	—	۳	۵	—	—	وابستگی دارویی
عوامل نگهدارنده (تداوم‌بخش)								
۱۴	۲۱	۳۷	۵۶	۲۲	۳۳	۵	۷	اضطراب در مورد عملکرد جنسی (مانند اینکه فرد فکر کند که باید همیشه یک عشقباز حرفه‌ای باشد و یا برای اینکه بتواند شریک جنسی را راضی نگه دارد باید به اوج لذت جنسی برسد و ...)
۱۲	۱۸	۲۶	۳۹	۱۳	۱۹	۱	۱/۵	ترس از عدم موفقیت در رابطه جنسی (مانند از دست دادن نعوظ و ...)
۱۹	۲۹	۳۳	۵۰	۳۷	۵۶	۸	۱۲	انتظارات شریک جنسی
۶۳	۹۵	۶۵	۹۸	۵۸	۸۷	۴۴	۶۷	ارتباط ضعیف (مخصوصاً درباره نیازها یا اضطراب‌های جنسی هر یک از طرفین)
۹	۱۳/۵	۱۹	۲۹	۱۷	۲۶	۱۱	۱۷	احساس گناه (مثلاً احساس گناه درباره نزدیکی و مغایرت داشتن رابطه جنسی و عمل مقاربت با مذهب، سخت‌گیری‌ها و تعصبات خاص در رابطه با انجام عمل جنسی)
۱۱	۱۷	۱۳	۱۹	۱۳	۱۹	۷	۱۱	نبودن جاذبه
۳۸	۵۸	۶۲	۹۳	۲۹	۴۴	۲۲	۳۳	ناسازگاری در ارتباط به‌طور کلی
۴	۶	۲	۳	۳	۵	۱	۱/۵	ترس از نزدیکی عاطفی
۴۰	۶۱	۴۹	۷۴	۳۴	۵۲	۱۲	۱۸	نبود آموزش کافی در مورد فعالیت جنسی، اطلاعات ناکافی جنسی (مثلاً درباره چگونگی تحریک کافی شریک جنسی)
۲۱	۳۲	۱۸	۲۷	۲۴	۳۶	۱۴	۲۱	پیش‌نوازش ناکافی (به‌نحوی که شریک جنسی، به اندازه کافی برانگیختگی پیدا نکند)
۷	۱۱	۱۳	۱۹	۶	۹	۴	۶	اضطراب
۲	۳	۳	۵	۲	۳	۳	۵	افسردگی
۶۴	۹۶	۶۳	۹۵	۵۹	۸۹	۳۶	۵۵	باورهای جنسی نادرست

افسردگی، احساس گناه و واکنش خشم ایجاد کنند که در ارتباط با فعالیت جنسی است؛ و یا بیشتر در ارتباط با زندگی معمولی فرد است که به گونه‌ای با فعالیت جنسی ارتباط پیدا می‌کند. مسترز و جانسون (۱۹۷۰) نیز بر افکار ترس از شکست، تمرکز روی عملکرد به جای لذت و پیش‌بینی درد، احساس گناه و یا خشم در مسائل جنسی تأکید کرده‌اند. کاپلان و سادوک^۳ (۱۳۷۹) احساس گناه و معیارهای اخلاقی را در این اختلال‌ها به ویژه اختلال‌های تحریک و ارگاسمی تأثیرگذار دانسته‌اند. ناسازگاری‌های زناشویی در زنان و شوهران مبتلا به مشکلات جنسی در بررسی‌های واتسون^۴ و بروکمن^۵ (۱۹۸۲) و زیمر^۶ (۱۹۸۷) گزارش شده است. ماهیت تعاملی روابط جنسی نقش تعیین‌کننده رابطه میان زن و شوهر را بر کنش جنسی و اختلال‌های کنشی جنسی تأیید می‌نماید (مسترز و جانسون، ۱۹۷۰؛ اسناید^۷ و برگ^۸، ۱۹۸۳؛ کرو^۹، ۱۹۹۵؛ و بشارت، ۱۳۷۸).

اضطراب به‌عنوان یک عامل مهم و تأثیرگذار در اختلال‌های کنشی جنسی گزارش شده است (مسترز و جانسون، ۱۹۷۰؛ کاپلان، ۱۹۷۴؛ بنکرافت، ۱۹۸۹؛ پاترسون^{۱۰}، ۱۹۸۹؛ بک و بارلو^{۱۱}، ۱۹۸۴ و بارلو، ۱۹۸۴ به نقل از هاوتون، ۱۹۸۹؛ دی‌سیلوا، ۱۹۹۵ و سلطانی محمدی، ۱۳۸۰). یافته‌های پژوهش حاضر تنها با یافته‌های بررسی‌های استراسبرگ^{۱۲} و ماهونی^{۱۳} (۱۹۹۰) و گرینیر و همکاران (۱۹۹۵) ناهمخوان است. در این رابطه یافته‌های چند بررسی پژوهشی گویای آن هستند که مردهایی که مشکل نعوظی روانزاد دارند، در موقعیت‌های جنسی و هیجانی منفی، اضطراب را تجربه می‌کنند و می‌گویند کمتر از آنچه که سنجش‌های عینی فیزیولوژیک نشان می‌دهند، تحریک می‌شوند. افزون بر

همان‌گونه که بیان شد عوامل روانشناختی (عوامل زمینه‌ساز، آشکارساز و نگهدارنده) که در اختلال‌های کنشی جنسی نقش دارند در آزمودنی‌های پژوهش حاضر بررسی گردید. یافته‌های به‌دست آمده با یافته‌های سایر پژوهش‌ها همخوانی دارد. برای نمونه نقش محوری اطلاعات نادرست و ناآگاهی از مسائل جنسی (کاپلان، ۱۹۷۴؛ اسپنس، ۱۹۹۱؛ دی‌سیلوا، ۱۹۹۵؛ زاهدی و همکاران، ۱۳۸۰) و همچنین اهمیت تأثیر نگرش‌های خانواده‌ها نسبت به امور جنسی (اسپنس، ۱۹۹۱) گزارش شده است. نداشتن اطلاعات جنسی و مهارت‌های جنسی، وابستگی شدید به خانواده و تعصبات مذهبی، همراه با کنترل شدید رشد جنسی یا برابر دانستن تمایلات جنسی با گناه و ناپاکی، از عوامل عمده ایجاد اختلال‌های کنشی جنسی هستند. بازخوردهای منفی به امور جنسی و پیامد آن کاهش میل جنسی، مانع پیدایش و گسترش صمیمیت جنسی می‌شود و نه تنها به اختلال کنشی جنسی دامن می‌زند، بلکه سایر جنبه‌های ارتباط میان فردی را متأثر می‌سازد. یافته‌های پژوهش‌های انجام‌شده (بک^۱ و همکاران، ۱۹۷۵، الیس^۲، ۱۹۸۵، به نقل از هاوتون، ۱۹۸۹؛ اسپنس، ۱۹۹۱؛ جابری و همکاران، ۱۳۷۸ و سلطانی محمدی، ۱۳۸۰) بر نقش افکار و هیجان‌های منفی و شناخت‌های ناسازگارانه در ایجاد اختلال‌های کنشی جنسی تأکید نموده‌اند. هیجان‌هایی که فرد احساس می‌کند به افکار وی درباره رخدادها بستگی دارد. اگر این رخدادها در مسیرهای منفی تعبیر و تفسیر گردند، هیجان‌های منفی مانند خشم، احساس گناه، ترس، خجالت یا نفرت تجربه خواهند شد. چنین هیجان‌هایی ممکن است بر عملکرد جنسی به‌ویژه اگر در طی رابطه جنسی تجربه شوند تأثیر بگذارند. در چنین شرایطی باورها و افکار در طول درمان بایستی پیش از ارتباط جنسی، در طول ارتباط و پس از آن، همچنین هیجان‌ها و افکار همراه با شریک جنسی در طول رابطه جنسی بررسی شوند. زیرا این باورها و افکار ممکن است اضطراب،

1- Beck
3- Sadock
5- Brockman
7- Snyder
9- Crowe
11- Barlow
13- Mahoney

2- Ellis
4- Watson
6- Zimmer
8- Berg
10- Patterson
12- Strasberg

آقای مجتبی احسان‌منش، همچنین آقای محمد سلطانی محمدی در گردآوری اطلاعات و آقای عیسی کریمی در زمینه تحلیل داده‌ها، صمیمانه سپاسگزاری و قدردانی می‌شود.

بشارت، محمدعلی (۱۳۷۸). زوج‌درمانگری مشکلات جنسی.

تازه‌های روان‌درمانی، شماره ۷، ۴۰-۲۳.

جابری، پریش؛ مهربانی، فریدون؛ مهریار، امیرهوشنگ (۱۳۷۸).

شیوه‌های شناختی- رفتاری در درمان زنان مبتلا به فوبیای

جنسی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال پنجم، شماره ۱ و ۲، ۹۰-۷۹.

زاهدی، ماندانا؛ پارسای، سوسن؛ آذر، ماهیار؛ محرابی، یدا...

(۱۳۸۰). *بررسی میزان آگاهی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره*

ازدواج شمال و شرق تهران در مورد روابط جنسی صحیح (سالم،

مسئولانه، لذت‌بخش). مقاله ارائه‌شده در ششمین کنگره

پژوهش‌های روانپزشکی و روانشناسی در ایران. دانشگاه علوم

پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، ۱۷-۱۴

آبان.

سلطانی محمدی، محمد (۱۳۸۰). *بررسی اثربخشی روش‌های*

شناختی- رفتاری در درمان مردان مبتلا به انزال زودرس. پایان‌نامه

برای دوره کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم

پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. انستیتو روانپزشکی

تهران.

کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین (۱۳۷۹). *خلاصه روانپزشکی*. ترجمه

نصرت... پورافکاری، تبریز، انتشارات شهرآب.

Bancroft, J. (1983). *Human sexuality and its prob-*

lems, London: Churchill Livingstone.

Bancroft, J. (1989). *Human sexuality and its prob-*

lems. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Barton, D., & Joubert, L. (2000). Psychosocial aspects

of sexual disorders. *Australian Family Physician*,

29, 527-531.

Crowe, M. J. (1995). Couple therapy and sexual dysfunc-

tion. *International Review of Psychiatry*, 7, 195-

204.

آن، این افراد هنگامی که با محرک‌های جنسی روبرو می‌شوند (مانند تحریک شریک جنسی) در مورد عملکرد جنسی خود، دچار نگرانی می‌شوند و در نتیجه، توجه آن‌ها از محرک‌های جنسی منحرف شده و تحریک جنسی آن‌ها کاهش می‌یابد.

با توجه به شرایط فرهنگی کشورمان، امکان طرح برخی پرسش‌ها در پرسش‌نامه نبود و این مسئله موجب کاهش شمار پرسش‌ها و نیز پایایی پرسش‌نامه گردید. علیرغم به کارگیری ابزار یادشده برای سنجش عوامل گوناگون، به کارگیری بیش از یک پرسش‌نامه پیشنهاد می‌گردد. با توجه به اینکه این پژوهش بر روی افراد متأهل انجام گرفته، تعمیم یافته‌ها در مورد همه افراد دشوار است. با توجه به نقش اطلاعات و آموزش ناکافی در ایجاد این اختلال‌ها، تشکیل کلاس‌های آموزشی در مراکز بهداشت، برای ارائه اطلاعات درست به دختران و پسران آماده ازدواج، در چهارچوب شرایط فرهنگی و مذهبی کشورمان، می‌تواند در پیشگیری از این اختلال‌ها، نقش مؤثری داشته باشد. بهره‌گیری از خدمات روان‌شناسی و روانپزشکی در مراکز زنان و زایمان و سایر مراکز مربوطه، می‌تواند نقش مؤثری در پیشگیری و درمان این اختلال‌ها داشته باشد. با توجه به ابعاد تعاملی رفتار جنسی و نقش تعیین‌کننده روابط غیرجنسی در اختلال‌های کنشی جنسی، پیشنهاد می‌شود روش‌های درمانی که از جامعیت و انعطاف‌پذیری لازم برای ارائه راهکارهای گسترده برخوردار هستند، به کار برده شود.

این پژوهش با حمایت مالی انستیتو روانپزشکی تهران اجرا شده است. بدین وسیله از همکاری‌های ارزنده آقایان دکتر جعفر بوالهروی ریاست محترم و دکتر مهدی نصر اصفهانی دبیر محترم شورای پژوهشی آن انستیتو که اجرای این پژوهش را امکان‌پذیر ساخته است، از همکاری ارزشمند کارشناسان محترم انستیتو روانپزشکی تهران سرکار خانم شهلا زعفری نوبوری،

- De Silva,P.(1995). Sexual dysfunction. In S.J.E. Lindsay and G.E.Powell (Eds.). *The handbook of clinical and adult psychology*,(2nd ed.).New York: Routledge.(p.p.199-288).
- Gerald,M.,& Scholl,M.D.(1988). Prognostic variables in treating vaginismus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 27, 231-235.
- Grenier,G.,Byers,E.,&Sandra,A.(1995).Rapid ejaculation: A review of conceptual, etiological, and treatment issues. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 442-272.
- Hawton,K.(1985). *Sex therapy: A practical guide*, Oxford:Oxford University Press.
- Hawton,K.(1989). Sexual dysfunction. In P.M. Salukovskis,J.Krik,D.M.Clark (Eds.).*Cognitive behavior therapy for the problem psychiatry*, Oxford: Oxford University Press.(p.p.370-405).
- Heiser,K.,Ruffer-Hesse,C.,Kloth,G.,&Hartmann, U. (2000).Female sexuality and its disorders from the psychological viewpoint. *Zentralbl Gynakol*, 122, 566-570.
- Kaplan,H.S.(1974).*The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunction*, New York: Brunner/Mazel.
- Leiblum,S.R.(1999). Sexual problems and dysfunction: epidemiology, classification and risk factors. *Gender Specific Medicine*, 2, 5, 41-45.
- Masters,W., & Johnson,V.(1970). *Human sexual inadequacy*, Boston: Little Brown.
- Meana,M.,&Binik,Y.M.(1994).Painful coitus:A review of female dyspareunia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 264-272.
- Metz,M.E.,&Pryor,J.L.(2000). Premature ejaculation: a psychophysiological approach for assessment and management.*Journal of Sexual and Marital Therapy*, 26, 4, 293-320.
- Patterson,D.G.,(1989). Sexual anxiety in sexual dysfunction. *British Journal of Psychiatry*,155, 374-378.
- Snyder,D.K.,& Berg,P.(1983). Determinants of sexual dissatisfaction in sexual distressed couples. *Archives of Sexual Behavior*, 12, 234-249.
- Spence,S.H.(1991). *Psychosexual therapy: A cognitive behavioral approach*, London: Chapman & Hall.
- Strasberg,D.S., & Mahoney,J.M.(1990). The role of anxiety in premature ejaculation: A Psychological Model. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 251-257.
- Watson,J.P.,& Brockman,B.(1982). A Follow-up of couples attending a psychosexual problems clinic, *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 143-144.
- Zargooshi,J.(2000).Unconsummated marriage: clarification of etiology;treatment with intracorporeal injection. *British Journal Urology International*, 86,75-79.
- Zimmer,D.(1987). Does marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 13, 193-209.