

## اثربخشی درمان شناختی رفتاری برسبک‌های جنسی، خود پنداره جنسی و طرح‌واره‌های جنسی زنان دارای اختلال میل/برانگیختگی جنسی

محمد سلطانی زاده<sup>۱</sup>، زهرا سمایی<sup>۲</sup>

و مریم قربانی<sup>۳</sup>

میل جنسی یکی از اصلی‌ترین موضوعاتی است که زندگی فردی و اجتماعی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری برسبک‌های جنسی، خود پنداره جنسی و طرح‌واره‌های جنسی زنان دارای اختلال میل/برانگیختگی جنسی بود. برای این منظور طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل، ۳۰ نفر از زنان مبتلا به اختلال میل/برانگیختگی جنسی از بین زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهر اصفهان، به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره گمارده شدند. آزمودنیها قبل و بعد از مداخله، از نظر خود پنداره جنسی، سبک‌های جنسی و برانگیختگی طرح‌واره‌های شناختی در بافت جنسی مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری را طی ۸ جلسه دریافت کرد. نتایج تحلیل کوواریانس نشانگر افزایش معنادار نمرات سبک‌های جنسی (ابعاد فقدان عواطف جنسی در همسر و فقدان افکار شهوانی)، خود پنداره جنسی مثبت، طرح‌واره‌های جنسی (ابعاد تردش‌دگی، بی‌کفایتی، خود ارزشمندی، تنهایی و درماندگی) و همچنین کاهش نمره خود پنداره جنسی منفی در زنان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود ( $P < 0/05$ ). نتایج کلی پژوهش نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری بر سبک‌های جنسی، خود پنداره جنسی و طرح‌واره‌های جنسی زنان مبتلا به اختلال میل/برانگیختگی جنسی تاثیر دارد و به عنوان مداخله‌ای مؤثر برای این بیماران پیشنهاد می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** درمان شناختی رفتاری، سبک‌های جنسی، خود پنداره جنسی، طرح‌واره‌های جنسی، اختلال میل/برانگیختگی جنسی

### مقدمه

رابطه جنسی عاملی کلیدی است که به رضایت از رابطه و رفاه شخصی کمک می‌کند؛ با این وجود اختلالات جنسی شایع است و می‌تواند برای زوجها بسیار آزاردهنده باشد. میل جنسی کم شایع‌ترین

۱. دپارتمان روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران (نویسنده مسوول) mohammad.soltani@hotmail.com

۲. دپارتمان دپارتمان روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران

۳. دپارتمان روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران

اختلال عملکرد جنسی است که توسط زنان گزارش شده است (بوکاج، روزن و مویز، ۲۰۱۹). طبق تعریف پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، نشانه اصلی اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان (FSIAD) شامل ترس از رابطه جنسی و تمایل شدید به جلوگیری کامل از موقعیت‌های جنسی است (پدی و دیکسون، ۲۰۲۰). اختلال میل/برانگیختگی جنسی با فقدان یا کمبود تمایل جنسی، فقدان یا کمبود خیال‌پردازی‌های جنسی، بدون شروع رفتار جنسی و عدم استقبال از تلاش شریک زندگی برای شروع رابطه، عدم لذت در طول فعالیت جنسی، عدم تمایل در پاسخ به نشانه‌های وابسته به عشق شهوانی و مشکلات جسمی در طول فعالیت جنسی، شناخته می‌شود (روزن، کورسینی مونت، دوبه و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها نشان داده است که بیش از ۴۰ درصد از زنان با مشکلات جنسی روبه‌رو هستند و ۱۲ درصد از این زنان به دلیل مشکلات خود آشفته هستند (زینعلی زاده، محقق زاده، احمدی نژاد و همکاران، ۲۰۱۹). آخرین برآورد شیوع این اختلال که شامل تمام معیارهای DSM-5 بود، تخمین زده است که ۰/۶ درصد از زنان، معیارهای تشخیصی اختلال میل/برانگیختگی جنسی را دارند. این اختلال از نظر بالینی با چندین مشکل روان‌شناختی و بین فردی از قبیل میل و تحریک جنسی همراه با اختلالات خلقی (به‌عنوان مثال افسردگی)، رضایت پایین‌تر از رابطه و رضایت جنسی ضعیف‌تر در ارتباط است (دوبه، کورسینی مونت، مویز و همکاران، ۲۰۱۹).

عوامل گوناگونی بر اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان تاثیرگذارند (وزیری و همکاران، ۲۰۲۲). برخی از پژوهش‌ها (نوبره و پینتو گویا، ۲۰۰۳، ۲۰۰۸؛ نیمبی، تریبودی، سیمونلی و همکاران، ۲۰۱۸) از جمله عوامل اثرگذار در این اختلال را، سبک‌های جنسی دانسته‌اند. سبک‌های جنسی به‌عنوان سازمان‌های فرعی خاص در ساختار شخصیت تعریف می‌شوند که توسط شبکه‌ای از ابعاد شناختی، احساسی و رفتاری وابسته به هم تشکیل شده‌اند. ساختارهای شناختی توسط طرح‌واره‌ها (باورهای اصلی) پشتیبانی می‌شوند که افکار خودکار (AT) هستند و توسط موقعیت‌ها و محرک‌های خاص محیطی فعال می‌شوند (نیمبی و همکاران، ۲۰۱۸). عوامل مهارتی (کاشانی، وزیری و همکاران، ۲۰۱۴)، افکار خود آیند نقش مهمی در فرآیند درمانی دارد و به‌عنوان گذرگاهی ترجیحی برای دسترسی به سیستم شناختی استفاده می‌شود و به درک باورهای بنیادین که اساس چند اختلال روان‌شناسی است کمک می‌کند (بک و بک، ۲۰۱۱). بسیاری از پژوهش‌های بالینی بر روی عوامل شناختی و عاطفی اختلالات جنسی متمرکز شده‌اند. نتایج اصلی این پژوهش‌ها نشان داده است که در طی فعالیت‌های جنسی، مردان و زنان مبتلا به اختلالات جنسی در مقایسه با نمونه‌های سالم بیشتر بر

افکار منفی تمرکز دارند تا محرک‌های داخلی و خارجی شهوت‌انگیز. این کمبود توجه می‌تواند میل جنسی و تحریک ذهنی و فیزیولوژیکی را کاهش دهد (نیمبی و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهد وجود افکار شکست و کمبود افکار برانگیختگی در طول فعالیت جنسی با ارگاسم جنسی همبستگی منفی دارد (تاواراس، لان و نوبره، ۲۰۱۷). همچنین در مطالعه مورتون و گورسالکا (۲۰۱۳) مردان و زنان دارای اختلالات عملکرد جنسی به‌طور واضحی افکار اتوماتیک بیشتری را طی فعالیت جنسی گزارش دادند.

امروزه طبق نظر محققان و سازمان‌های بهداشتی، یکی از اجزاء مهم سلامت جنسی، خود پنداره جنسی است؛ که بر اساس مطالعات موجود می‌تواند به رفتارهای جنسی افراد کمک نماید (حمیدی، حمزه گردشی و شاه حسینی، ۲۰۲۰). خود پنداره جنسی به‌عنوان یک ساختار چندبعدی در نظر گرفته می‌شود که به برداشت‌ها و احساسات مثبت و منفی فرد در مورد خود به‌عنوان "یک موجود جنسی" اشاره دارد (آنتیچویچ، جوکیچ-بگیچ، و بریتویچ، ۲۰۱۷). به‌عبارت دیگر به‌عنوان درک فرد از تمایلات و گرایش‌های جنسی خود تعریف شده است (بلقان آبادی، احمدی علون آبادی، بهرامی خوندابی و همکاران، ۲۰۱۸). خود پنداره جنسی ارائه یک شناخت از جنبه‌های جنسی هر فرد است؛ به صورتی که این شناخت سبب تغییر در فرآیند روان‌شناختی افراد در روابط جنسی شده و بر رفتار و عملکرد جنسی آنان تاثیر مستقیمی بر جای می‌گذارد (جعفرپور، معروفی و مولایی نژاد، ۲۰۱۶). مطالعات اخیر حاکی از آن است که خود پنداره جنسی رابطه مستقیمی با رضایت جنسی دارد، به‌طوری‌که افرادی که در زیر مقیاس‌های اندازه‌گیری عزت نفس جنسی امتیازات بالاتری دارند در روابط عاشقانه خود نیز رضایت جنسی بیشتری را تجربه می‌کنند (آنتیچویچ و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین نتایج مطالعات بیشتر در این زمینه نشان داد که خود پنداره جنسی مثبت باعث تقویت عملکرد جنسی و خود پنداره جنسی منفی باعث تضعیف عملکرد جنسی می‌شود (استانتون، بوید، پولورمن و همکاران، ۲۰۱۵).

مدل‌های عملکرد جنسی زنان، نقش چشمگیر طرح‌واره‌ها را در اختلالات جنسی تأیید کرده‌اند و شواهد نشان داده است که رابطه معناداری بین طرح‌واره‌های جنسی با عملکرد جنسی و رضایت جنسی وجود دارد (کلیمنیک، بوید، استانتون و همکاران، ۲۰۱۸). طرح‌واره جنسی اشاره به تعمیم‌های شناختی پایدار فرد درباره خود با توجه به تمایلات جنسی دارد. آن‌ها از طریق تجربیات جنسی گذشته، ساخته شده‌اند و پردازش اطلاعات جنسی اجتماعی و همچنین رفتارهای جنسی آینده را راهنمایی می‌کنند (بارنت، ماشیل، دائو و همکاران، ۲۰۱۹). در نظریه اندرسون و سیروانوسکی، طرح‌واره‌های

جنسی دارای دو بعد مثبت (شامل طرح‌واره پرشور - عاشقانه و طرح‌واره صریح - راحت) و یک بعد منفی (شامل طرح‌واره خجالتی - محتاط) هستند (اندرسون و سیروانوسکی، ۱۹۹۴). کسانی که دارای طرح‌واره‌های مثبت هستند، تمایل بیشتری برای برقراری روابط جنسی جدید دارند، نسبت به رابطه جنسی احساسات مثبت بیشتری دارند و همچنین نسبت به تجربیات جدید جنسی باز هستند، درحالی‌که افراد دارای طرح‌واره‌های منفی، در روابط جنسی محافظه‌کارتر و دارای تجربه، مهارت و راحتی کمتری هستند (نوسیلیسکی، یانکوفسکی، کوالچیک و همکاران، ۲۰۱۸). در پژوهش مولر، رحمان، فالیس و همکاران (۲۰۱۶) یافته‌ها نشان داد طرح‌واره‌های جنسی منفی می‌تواند منجر به کاهش میل و برانگیختگی جنسی در یک شخص شود.

هرچند به‌طورمعمول زنان دارای اختلال میل / برانگیختگی جنسی تحت درمان‌های دارویی قرار می‌گیرند، اما پژوهش‌ها نشان می‌دهد که دارودرمانی به‌تنهایی اثربخش نیست. از آنجا که برخی از اختلالات جنسی زنان با استرس، اضطراب و نگرش منفی همراه است، به نظر می‌رسد درمان شناختی رفتاری (CBT) می‌تواند به‌عنوان یکی از مداخلات مؤثر در نظر گرفته شود. درمانگران شناختی رفتاری اظهار می‌دارند که مسائل شناختی مؤثرتر از عوامل فیزیولوژیکی در درمان مشکلات است (نظام‌نیا، ایروانی، سیاح برگرد و همکاران، ۲۰۲۰). هدف اصلی درمان شناختی رفتاری آموزش به افراد در جهت شناسایی باورهای غیرمنطقی، کنترل افکار خودکار و جایگزینی افکار خودکار منفی با افکار واقع‌بینانه و سازگارتر است. برنامه‌های درمانی شناختی رفتاری، معمولاً از یک کتابچه راهنمای ساختاری استفاده می‌کنند که شامل سه ویژگی (۱) بازسازی شناختی، (۲) مهارت‌های مقابله‌ای و (۳) حل مشکلات است (پریهان، بورک، بومن-پروت و همکاران، ۲۰۲۰). این عمل محدود به جلسه درمان نیست و به‌طورمعمول در خانه نیز در قالب تکالیف توسط بیماران ادامه می‌یابد.

به‌طور خاص، متاآنالیز رابطه مثبتی بین انطباق تکالیف خانگی و نتیجه درمان در درمان شناختی رفتاری را نشان داده است (جورینک و شینل، ۲۰۲۰). علاوه بر این، درمان شناختی رفتاری یک درمان کوتاه‌مدت و کم‌هزینه‌تر از سایر گزینه‌های درمانی است. مزایای این روش درمانی از نظر تجربی نشان داده که به‌طور مؤثری به بیماران در غلبه بر انواع گسترده‌ای از رفتارهای ناسازگارانه کمک می‌کند (شهریاری، زارع، علی اکبری دهکردی و همکاران، ۲۰۱۸). نتایج پژوهش‌ها نشان داده که مداخلات شناختی رفتاری در ارتقا شادکامی زوجین (اکبری، مقتدر، خاکبیز، ۲۰۲۰)، رضایت زناشویی (غلامرضایی، حسینی و کریمی نژاد، ۲۰۱۷؛ بختیاری، شیدایی، بحرینیان و همکاران، ۲۰۱۵) و بهبود

اختلالات کنش جنسی (ذوالفقاری، مولوی، کجباف و همکاران، ۲۰۱۱)، زنان دارای اختلال میل/برانگیختگی جنسی مؤثر است.

درمجموع، تمایلات جنسی بعد وسیع و مهمی از شخصیت انسان است که به صورت یک ساختار رها نشدن از ترکیب وجودی او باقی می ماند. روابط جنسی سالم و موفق، مؤلفه مهمی در بهزیستی شخصی و عاملی اساسی در تحکیم بنیان خانواده و رضایت از زندگی زناشویی، به شمار می رود. متأسفانه باوجود شیوع بالا و عوارض منفی مرتبط با اختلالات جنسی از قبیل درماندگی هیجانی، مشکلات ارتباطی، کاهش اعتمادبه نفس، افت کیفیت زندگی، آسیب های اجتماعی، افزایش طلاق و ازهم گسیختگی ازدواج، کمبود مطالعات کنترل شده درمانی مشهود است. همچنین با توجه به اینکه اختلالات میل و برانگیختگی زنان در ویرایش پنجم کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، در هم ترکیب شده و یک اختلال واحد تحت عنوان اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنانه تعریف شده است، شناخت هر چه بهتر عوامل و علائم مداخله گر در این اختلال اهمیت بسزایی دارد و نتایج پژوهش حاضر نوید چشم انداز جدیدی را در درمان مطرح می سازد. طی بررسی پیشینه تحقیقات انجام گرفته، در ایران مطالعه ای یافت نشد که به صورت مستقیم به بررسی اثربخشی روش CBT برسبک های جنسی، خود پنداره جنسی و طرحواره های جنسی زنان دارای اختلال میل/برانگیختگی جنسی پرداخته باشد. لذا با توجه به نقش تاثیرگذار سلامت جنسی زنان بر سلامت خانواده و جامعه، ضرورت پرداختن و به کار بستن طرح درمانی مناسب در زنان مبتلا به اختلالات جنسی به وضوح احساس می شود؛ بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی رفتاری برسبک های جنسی، خود پنداره جنسی و طرحواره های جنسی زنان دارای اختلال میل/برانگیختگی جنسی بود.

## روش

این پژوهش یک پژوهش نیمه آزمایشی همراه با پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری را زنان متاهل ۲۰ تا ۴۵ ساله تشکیل داد که به مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهر اصفهان مراجعه و بر اساس نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) تشخیص اختلال میل/برانگیختگی جنسی دریافت کرده بودند. از بین آنها ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه درمان شناختی رفتاری و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود شامل زنان متاهل ۲۰ تا ۴۵ ساله دارای اختلال میل/برانگیختگی جنسی، سپری شدن حداقل یک سال از مدت زمان ازدواج و معیارهای خروج شامل انجام درمان

موازی و هم‌زمان با درمان پژوهش (روان‌درمانی یا دارودرمانی)، وجود بیماری جسمی یا مصرف داروهای مختل‌کننده میل/برانگیختگی جنسی، وجود آشفتگی شدید در روابط با همسر و عدم توانایی برای انجام تکالیف بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه چندوجهی خود‌پنداره جنسی<sup>۱</sup>، پرسشنامه سبک‌های جنسی<sup>۲</sup>، و پرسشنامه برانگیختگی طرح‌واره‌های شناختی در بافت جنسی<sup>۳</sup> بود. پرسشنامه‌ها قبل و بعد از اجرای مداخله درمانی به‌صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مورد هر دو گروه (آزمایش و کنترل) اجرا شد.

پرسشنامه چندوجهی خود‌پنداره جنسی (MSSCQ) یک ابزار خود‌گزارشی عینی است که در سال ۱۹۹۵ توسط اسنل طراحی شد و یکی از کاربردی‌ترین ابزارهایی است که در حوزه روان‌شناختی برای اندازه‌گیری درک افراد از رابطه جنسی‌شان به‌کاربرده می‌شود (اسنل، ۱۹۹۸). نسخه فارسی پرسشنامه چندوجهی خود‌پنداره جنسی ۷۸ سوال و ۱۸ حیطه دارد که در ایران توسط ضیایی در سال ۲۰۱۳ هنجاریابی شده است. هر حیطه از ۳ تا ۵ سوال تشکیل شده است و سوالات در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از ۰ (در مورد من درست نیست) تا ۴ (در مورد من کاملاً درست است) رتبه‌بندی شده است (پرنت و همکاران، ۲۰۱۵). در این ابزار دارای ۱۸ حیطه خود‌پنداره جنسی فارسی شامل دو بعد خود‌پنداره جنسی مثبت (خودکارآمدی جنسی، آگاهی جنسی، انگیزه اجتناب از روابط جنسی، پرخطر، اشتیاق جنسی، نظارت و پایش جنسی، شهامت و جرات‌ورزی جنسی، خوش‌بینی جنسی، انگیزش جنسی، اعتبار و ارزشمندی جنسی، مدیریت مسائل جنسی، پیشگیری از مشکلات جنسی و رضایت جنسی) و خود‌پنداره جنسی منفی (اضطراب جنسی، خود‌سرزنی در مشکلات جنسی، ترس از رابطه جنسی، افسردگی جنسی، کنترل درونی مسائل جنسی و الگوهای فردی جنسی) است. در پژوهش جعفرپور و همکاران (۲۰۱۶) میزان پایایی حیطه‌های ۱۸ گانه پرسشنامه، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۷۴ تا ۰/۹۱ گزارش شده است.

پرسشنامه سبک‌های جنسی ابزاری برای اندازه‌گیری افکار، هیجانات و پاسخ در هنگام فعالیت جنسی است. این پرسشنامه از سه خرده‌مقیاس فکر خودکار (AT)، پاسخ هیجانی (ER) و پاسخ جنسی (SR) تشکیل شده است. با این حال در این مطالعه فقط خرده‌مقیاس افکار خودکار استفاده شده است. خرده‌مقیاس افکار خودکار نسخه مردانه و زنانه دارد. نسخه زنانه افکار خودکار شامل ۳۳ آیتم با ۵ مؤلفه

1. Multi-dimensional Sexual Self-concept Questionnaire
2. Sexual Modes Questionnaire
3. Questionnaire of cognitive Schemas Activation in Sexual Context

(طردشدگی، بی کفایتی، خود ارزشمندی، تنهایی و درماندگی) است و افکار و تصاویر خودکار در هنگام فعالیت جنسی را ارزیابی می کند. شرکت کنندگان تجربه افکار خودکار خود در هنگام فعالیت جنسی را در مقیاس پاسخ از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) امتیاز می دهند (نوبره و پیتو گویا، ۲۰۰۳). ضریب آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی ۰/۸۶ گزارش شده است (ضیایی، سپهری شاملو و مشهدی، ۲۰۱۳). در پژوهش عشقی (۲۰۱۲)، ثبات پرسشنامه SMQ از طریق روش باز آزمایی ۲ هفته ای بر روی ۴۵ نفر برای زیر مقیاس های افکار سوءاستفاده جنسی، افکار شکست/عدم مشارکت، فقدان عواطف جنسی در همسر، انفعال و کنترل جنسی، فقدان افکار شهوانی، افکار تصویر بدنی خود ضعیف، به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۹۵، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۹۳ و نمره کل ۰/۸۹ گزارش شده است.

پرسشنامه برانگیختگی طرح واره های شناختی در بافت جنسی (QCSASC): با ۲۸ آیتم در سال ۲۰۰۸ توسط نوبره و پیتو گویا طراحی شده و طرح واره های شناختی افراد هنگام قرار گرفتن در موقعیت های جنسی را می سنجد. چهار موقعیت جنسی شامل اختلال میل، اختلال برانگیختگی، دشواری های رسیدن به ارگاسم و واژینیسموس هست. نمره گذاری پرسشنامه به صورت ۵ درجه ای از "هرگز اتفاق نیفتاده" تا "معمولاً اتفاق می افتد" است. حداقل نمره این پرسشنامه، ۳۲ و حداکثر آن ۱۶۰ و حد متوسط آن ۹۶ هست. مطالعات روان سنجی، از اعتبار و روایی پرسشنامه حمایت کرده است (نوبره و پیتو گویا، ۲۰۰۸). ضریب آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی برابر ۰/۶۸ گزارش شده است (ضیایی، خویی، صالحی و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین در پژوهش مام صالحی، مرادی، عارفی و همکاران (۲۰۱۹) پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۶ محاسبه شده است.

## روش اجرا

زنانی که در گروه درمان شناختی رفتاری قرار داشتند به مدت ۸ جلسه تحت درمان قرار گرفتند. این درمان به صورت گروهی در جلسات ۱/۵ ساعته و هر هفته یک بار برگزار می گردید. لازم به ذکر است دو جلسه انتهایی درمان به منظور پیشگیری از بازگشت نشانه ها هر ۱۰ روز یک بار اجرا شد. گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند و در فهرست انتظار قرار گرفتند. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری نیز بر اساس رویکرد مسترز و جانسون (۱۹۷۰) در جدول ۱ ارائه شده است.

## جدول ۱. خلاصه ای از ساختار و محتوی جلسات درمان شناختی رفتاری

| جلسات   | خلاصه جلسات                                                                                                |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| مقدماتی | آشنایی اولیه با بیمار و برقراری ارتباط، اطمینان به بیمار نسبت به محرمانه ماندن اطلاعات، بیان اهداف درمانی، |

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | <p>اجرای پرسشنامه‌های پژوهش</p> <p>معارفه و بررسی عوامل مؤثر و تاریخچه‌ی مشکل، بیان منطق درمان شامل برقراری ارتباط، بیان اهداف درمانی و توضیح و تبیین اختلال میل/برانگیختگی جنسی جهت آگاه‌سازی بانوان، اهمیت اختلال مزبور و بیان تاثیراتش در زندگی، اثرات درمان اختلال جنسی مزبور، بررسی کیفیت رابطه جنسی، توضیح مختصری در زمینه سیر و فرایند درمانی</p>                         |
| دوم   | <p>بررسی افکار و باورهای ناکارآمد جنسی، بررسی نگرش‌ها و باورهای نامطلوب و منفی جنسی در زنان مبتلا به اختلال میل/برانگیختگی جنسی، بررسی عوامل بازدارنده اختلال مزبور، بیان ارتباط بین افکار خودکار منفی و هیجان و رفتار در موقعیت‌های جنسی، ارائه تکالیف خانگی جهت ثبت افکار خودکار منفی</p>                                                                                      |
| سوم   | <p>بازسازی شناختی عوامل بازدارنده و افکار ناکارآمد منفی جنسی در زنان حاضر در جلسه، آموزش به چالش کشیدن باورهای ناکارآمد جنسی آن‌ها، ارائه تکالیف خانگی</p>                                                                                                                                                                                                                       |
| چهارم | <p>ارائه و بیان اطلاعات جنسی (بیان علل و عوامل ایجادکننده بی‌میلی جنسی در مراجع، آشنایی با اندام‌های جنسی زن و مرد، اعمال فیزیولوژیکی و هورمون‌های آن‌ها، آموزش نقاط حساس جنسی زن و مرد، آموزش فواید ارتباط جنسی از نقطه‌نظر روانی و جسمی؛ آموزش علمی نقش زن در ارتباط جنسی، آموزش چرخه پاسخ جنسی و علائم و تغییرات موجود در این مراحل در زن و مرد، آموزش مهارت‌های ارتباطی)</p> |
| پنجم  | <p>آموزش تمرکز حسی غیرجنسی (لذت بردن از نواحی غیرجنسی) شامل یادگیری گفتگو درباره احساسات و شیوه‌های ترجیحی بدنی، ممنوعیت تماس جنسی، آموزش توجه به نشانه‌های همسر و کسب آگاهی درباره روش‌های مختلف تماس بدنی که لذت بخشی بیشتری برای همسر دارند، افزایش سطح تعاملات مثبت با همسر، ارائه تکالیف خانگی</p>                                                                          |
| ششم   | <p>آموزش تمرکز حسی جنسی (آموزش گفتگو درباره انواع تماس بدنی در نواحی جنسی که بیشترین لذت و برانگیختگی را موجب می‌شود، آموزش توجه و تمرکز بر نشانه‌های بدنی همسر و اندام‌های جنسی، آموزش خیال‌پردازی جنسی)، آموزش آرمیدگی، آموزش تمرینات کگل، ارائه تکالیف خانگی</p>                                                                                                              |
| هفتم  | <p>آموزش انواع شیوه‌ها و تکنیک‌های مقاربت متناسب با مشکل زوج‌ها (ارائه تکالیف گام‌به‌گام خانگی)، آموزش چگونگی رسیدن به ارگاسم هم‌زمان متناسب با نقاط حساس زوجین، ارائه تکالیف خانگی</p>                                                                                                                                                                                          |
| هشتم  | <p>بررسی میزان حصول به اهداف درمانی (مرور جلسه گذشته و ارزیابی تکنیک‌های بکار گرفته‌شده توسط زوجین، بررسی میزان اثربخشی درمان مزبور، ارزیابی نتایج مثبت طرح درمانی، سنجش رضایت شرکت‌کنندگان در جلسات درمانی)، اجرای پس‌آزمون.</p>                                                                                                                                                |

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده‌شد. داده‌ها با بیست و سومین ویرایش نرم افزار SPSS تحلیل شد.

### یافته‌ها

میانگین سنی مجموع اعضا نمونه برای گروه آزمایش، برابر با ۳۲/۲ با انحراف استاندارد ۵/۳۰ و برای گروه کنترل ۲۹/۴ با انحراف استاندارد ۵/۴۵ است. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات



پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای سبک‌های جنسی، خود پنداره جنسی و طرح‌واره‌های جنسی زنان با اختلال میل / برانگیختگی جنسی را در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد.

## جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های سبک‌های جنسی، خود پنداره جنسی، طرح‌واره‌های جنسی در پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل

| متغیر                     | گروه آزمایش |       |          |       | گروه کنترل |      |          |       |
|---------------------------|-------------|-------|----------|-------|------------|------|----------|-------|
|                           | پیش آزمون   |       | پس آزمون |       | پیش آزمون  |      | پس آزمون |       |
|                           | sd          | M     | sd       | M     | sd         | M    | sd       | M     |
| افکار سوءاستفاده جنسی     | ۳۲/۰۱       | ۵/۵۵  | ۲۰/۶۰    | ۵/۳۲  | ۳۵/۴۰      | ۴/۰۳ | ۳۴/۴۰    | ۳/۹۷  |
| افکار شکست                | ۱۵/۵۳       | ۳/۲۷  | ۱۰/۴۶    | ۲/۴۴  | ۱۸/۲۰      | ۱/۲۰ | ۱۶/۲۶    | ۳/۸۶  |
| افکار فقدان عواطف جنسی در | ۱۹/۵۳       | ۴/۱۳  | ۱۳/۸۰    | ۳/۳۸  | ۱۸/۵۳      | ۲/۶۱ | ۱۸/۳۳    | ۶/۸۶  |
| انفعال جنسی               | ۲۵/۱۳       | ۳/۶۰  | ۱۸/۳۳    | ۳/۶۵  | ۲۸/۹۳      | ۴/۱۳ | ۲۷/۳۳    | ۲/۸۹  |
| فقدان افکار شهوانی        | ۲۰/۲۰       | ۲/۷۰  | ۱۵/۸۶    | ۲/۶۱  | ۲۲/۷۳      | ۱/۸۶ | ۲۱/۵۳    | ۴/۰۸  |
| افکار تصویر بدنی ضعیف     | ۱۰/۴۰       | ۱/۸۴  | ۷/۲۰     | ۲/۰۴  | ۱۲/۲۶      | ۱/۸۶ | ۱۱/۶۶    | ۲/۰۹  |
| خود پنداره مثبت           | ۹۵/۷۳       | ۱۱/۱۰ | ۱۵۲/۲۶   | ۱۳/۳۷ | ۶۷/۶۰      | ۸/۴۴ | ۷۲/۵۳    | ۲۴/۴۰ |
| خود پنداره منفی           | ۵۶/۷۳       | ۱۶/۲۱ | ۶۷/۰۰    | ۷/۱۴  | ۴۹/۲۶      | ۳/۶۷ | ۴۹/۰۶    | ۹/۰۲  |
| طردشدگی                   | ۳۱/۶۰       | ۶/۷۵  | ۲۰/۳۳    | ۵/۷۸  | ۳۵/۴۶      | ۲/۴۱ | ۳۴/۷۳    | ۳/۵۱  |
| بی کفایتی                 | ۲۶/۲۰       | ۴/۸۴  | ۱۷/۴۶    | ۴/۸۹  | ۳۰/۳۳      | ۲/۱۹ | ۲۹/۸۶    | ۳/۰۴  |
| خود ارزشمندی              | ۱۱/۳۳       | ۲/۹۱  | ۷/۸۶     | ۲/۳۵  | ۱۳/۲۶      | ۱/۰۳ | ۱۲/۷۳    | ۱/۲۲  |
| تنهایی                    | ۱۱/۶۶       | ۲/۴۶  | ۷/۸۰     | ۱/۹۷  | ۱۳/۰۶      | ۱/۳۳ | ۱۲/۸۶    | ۱/۶۸  |
| درماندگی                  | ۱۵/۴۶       | ۲/۳۵  | ۱۰/۷۳    | ۲/۷۱  | ۱۷/۴۰      | ۱/۲۴ | ۱۶/۸۰    | ۱/۵۶  |

سبک‌های جنسی

پنداره

طرح‌واره‌های جنسی

برای مشخص شدن معناداری تفاوت بین متغیرهای پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. برای استفاده از این روش، ابتدا پیش‌فرض‌های آن (نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون) موردبررسی قرار گرفت. پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیر وابسته در گروه‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف - اسمیرنف بررسی شد و برای متغیرهای سبک‌های جنسی، خود پنداره جنسی، طرح‌واره‌های جنسی به ترتیب برابر با ۰/۱۶، ۰/۱۸ و ۰/۲۰ به دست آمد که در سطح (۰/۰۵) معنادار نیست و این به معنای آن است که توزیع این متغیرها در نمونه نرمال است. همچنین بر اساس نتایج آزمون لوین، بین گروه آزمایش و کنترل از نظر واریانس متغیرهای سبک‌های جنسی ( $F=۲/۸۶$ ,  $P>۰/۰۵$ )، خود پنداره جنسی ( $F=۰/۴۵$ ,  $P>۰/۰۵$ ) و طرح‌واره‌های جنسی ( $F=۱/۰۱$ ,  $P>۰/۰۵$ ) تفاوت معناداری وجود نداشت. لذا مفروضه یکسانی

واریانس‌ها نیز تأیید شد. با توجه به نتایج همگنی رگرسیون، چون  $F$  محاسبه شده  $(P > 0/05)$ ،  $F = 0/372$  برای تعامل گروه و پیش‌آزمون در سطح کمتر از  $0/05$  معنادار نیست، بنابراین داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون حمایت می‌کنند پس از بررسی و تأیید پیش‌فرض‌ها، آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری اجرا شد که نتایج حاصل از آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری مؤلفه‌های سبک‌های جنسی، خود پنداره جنسی، طرح‌واره‌های جنسی در دو گروه آزمایش و کنترل

| متغیر وابسته      | منبع      | SS       | df | MS       | F     | Sig. | اثر  | توان |
|-------------------|-----------|----------|----|----------|-------|------|------|------|
| فکرهای جنسی       | پیش‌آزمون | ۱۸۶/۶۱   | ۱  | ۱۸۶/۶۱   | ۱۰/۰۹ | ۰/۰۱ | ۰/۳۱ | ۰/۸۵ |
|                   | گروه      | ۲/۹۵     | ۱  | ۲/۹۵     | ۰/۱۶  | ۰/۶۹ | ۰/۰۱ | ۰/۰۶ |
|                   | پیش‌آزمون | ۳/۰۱     | ۱  | ۳/۰۱     | ۰/۴۹  | ۰/۴۸ | ۰/۰۲ | ۰/۱۰ |
|                   | گروه      | ۰/۱۴     | ۱  | ۰/۱۴     | ۰/۰۳  | ۰/۸۸ | ۰/۰۱ | ۰/۰۵ |
|                   | پیش‌آزمون | ۰/۰۶     | ۱  | ۰/۰۶     | ۰/۰۱  | ۰/۹۴ | ۰/۰۱ | ۰/۰۵ |
|                   | گروه      | ۶۵/۳۷    | ۱  | ۶۵/۳۷    | ۵/۴۵  | ۰/۰۳ | ۰/۱۹ | ۰/۶۰ |
|                   | پیش‌آزمون | ۲۳/۰۳    | ۱  | ۲۳/۰۳    | ۱/۵۳  | ۰/۲۳ | ۰/۰۶ | ۰/۲۲ |
|                   | گروه      | ۰/۱۹     | ۱  | ۰/۱۹     | ۰/۰۲  | ۰/۹۱ | ۰/۰۱ | ۰/۰۵ |
|                   | پیش‌آزمون | ۱/۱۶     | ۱  | ۱/۱۶     | ۰/۱۸  | ۰/۶۷ | ۰/۰۱ | ۰/۰۷ |
|                   | گروه      | ۲۱/۳۴    | ۱  | ۲۱/۳۴    | ۳/۳۹  | ۰/۰۵ | ۰/۱۳ | ۰/۴۲ |
| خود پنداره جنسی   | پیش‌آزمون | ۱۴/۹۱    | ۱  | ۱۴/۹۱    | ۴/۲۶  | ۰/۰۵ | ۰/۱۶ | ۰/۵۰ |
|                   | گروه      | ۰/۳۶     | ۱  | ۰/۳۶     | ۰/۱۰  | ۰/۷۵ | ۰/۰۱ | ۰/۰۶ |
|                   | پیش‌آزمون | ۲۲۱۶/۲۲  | ۱  | ۲۲۱۶/۲۲  | ۷/۱۴  | ۰/۰۲ | ۰/۲۱ | ۰/۷۳ |
|                   | گروه      | ۲۷۳۹۹/۸۹ | ۱  | ۲۷۳۹۹/۸۹ | ۸۸/۲۸ | ۰/۰۱ | ۰/۷۷ | ۱/۰۰ |
|                   | پیش‌آزمون | ۴۰/۲۱    | ۱  | ۴۰/۲۱    | ۰/۷۴  | ۰/۳۹ | ۰/۰۳ | ۰/۱۳ |
|                   | گروه      | ۱۲۷۹/۶۹  | ۱  | ۱۲۷۹/۶۹  | ۲۳/۵۴ | ۰/۰۱ | ۰/۴۷ | ۰/۹۹ |
|                   | پیش‌آزمون | ۱۰۴/۹۱   | ۱  | ۱۰۴/۹۱   | ۷/۳۲  | ۰/۰۲ | ۰/۲۴ | ۰/۷۳ |
|                   | گروه      | ۹۳۸/۴۵   | ۱  | ۹۳۸/۴۵   | ۶۵/۴۸ | ۰/۰۱ | ۰/۷۴ | ۱/۰۰ |
|                   | پیش‌آزمون | ۱۴۱/۱۳   | ۱  | ۱۴۱/۱۳   | ۱۴/۰۳ | ۰/۰۱ | ۰/۳۸ | ۰/۵۹ |
|                   | گروه      | ۲۳۱/۳۵   | ۱  | ۲۳۱/۳۵   | ۶۱/۶۳ | ۰/۰۱ | ۰/۷۳ | ۱/۰۰ |
| طرح‌واره‌های جنسی | پیش‌آزمون | ۹/۶۲     | ۱  | ۹/۶۲     | ۳/۴۲  | ۰/۰۷ | ۰/۱۳ | ۰/۴۲ |
|                   | گروه      | ۶۴/۶۵    | ۱  | ۶۴/۶۵    | ۳۶/۶۹ | ۰/۰۱ | ۰/۶۱ | ۱/۰۰ |
|                   | پیش‌آزمون | ۸/۱۵     | ۱  | ۸/۱۵     | ۴/۳۵  | ۰/۰۴ | ۰/۱۶ | ۰/۵۱ |

|      |      |      |       |       |   |       |           |
|------|------|------|-------|-------|---|-------|-----------|
| ۱/۰۰ | ۰/۷۱ | ۰/۰۱ | ۵۸/۴۹ | ۴۳/۰۹ | ۱ | ۴۳/۰۹ | گروه      |
| ۰/۲۰ | ۰/۰۶ | ۰/۲۵ | ۱/۳۶  | ۳/۸۵  | ۱ | ۳/۸۵  | پیش‌آزمون |
| ۱/۰۰ | ۰/۶۴ | ۰/۰۱ | ۴۲/۲۳ | ۶۴/۸۲ | ۱ | ۶۴/۸۲ | گروه      |

درماندگی

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات پس‌آزمون افکار فقدان عواطف جنسی در همسر، فقدان افکار شهوانی، خود‌پنداره مثبت، خود‌پنداره منفی، طردشدگی، بی‌کفایتی، خود‌ارزشمندی، تنهایی و درماندگی بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < 0.05$ ). به‌طوری‌که میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در متغیرهای ذکرشده به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل است. به عبارتی می‌توان گفت مداخله درمانی شناختی رفتاری بر این متغیرها تاثیر مثبت و معناداری داشته است؛ اما بین میانگین نمرات پس‌آزمون افکار سوءاستفاده جنسی، افکار شکست، انفعال جنسی و افکار تصویر بدنی ضعیف بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود ندارد ( $P > 0.05$ ). به عبارتی دیگر، مداخله درمانی شناختی رفتاری بر این متغیرها تاثیری نداشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر سبک‌های جنسی، خود‌پنداره جنسی و طرح‌واره‌های جنسی زنان دارای اختلال میل/برانگیختگی جنسی انجام شد. یافته‌های به‌دست‌آمده نشانگر افزایش معنادار نمرات سبک‌های جنسی (ابعاد فقدان عواطف جنسی در همسر و فقدان افکار شهوانی)، خود‌پنداره جنسی مثبت، طرح‌واره‌های جنسی (ابعاد طردشدگی، بی‌کفایتی، خود‌ارزشمندی، تنهایی و درماندگی) و همچنین کاهش معنادار نمره خود‌پنداره جنسی منفی در زنان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود ( $P < 0.05$ ). طی بررسی‌های به‌عمل‌آمده توسط پژوهشگر، پژوهشی که به‌طور مستقیم اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر سبک‌های جنسی زنان دارای اختلال میل/برانگیختگی جنسی انجام داده باشد، یافت نشد؛ اما این یافته تا حدودی با نتایج پژوهش سرابی، پرویزی، کاکابرایی (۲۰۱۹) و رضایی، فتحی و احمدی (۲۰۱۵) همخوان است. سرابی و همکاران در پژوهش خود با عنوان اثربخشی روان‌درمانگری شناختی رفتاری جنسی بر عملکرد جنسی، باورهای ناکارآمد، دانش و اعتمادبه‌نفس جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری بر باورهای ناکارآمد زنان تاثیر دارد. نتایج پژوهش رضایی و همکاران (۲۰۱۵) نیز بیانگر آن بود که آموزش شناختی رفتاری در افزایش دانش جنسی و کاهش ارتباط‌های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی عامل مؤثری است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت بر اساس تئوری بک (۱۹۹۶) سبک، مفهوم جدیدی است که به‌عنوان ترکیب طرح‌واره‌های شناختی، عاطفی و رفتاری در تعامل با یکدیگر، قابل بررسی است و به‌طور کلی به افکار، هیجان و فعالیت جنسی افراد اشاره دارد. در زندگی زناشویی باورها و اعتقاداتی وجود دارد که واقعیت ندارند و به‌اشتباه، تحت تاثیر طرح‌واره‌ها و آموزش نادرست در ذهن افراد نقش بسته است. افراد در مورد جنبه‌های مختلف فعالیت جنسی خود غالباً افکار و احساسات اشتباهی را تجربه می‌کنند که باعث تشدید باورهای معیوب و نادرست و حتی انتخاب سبک‌های جنسی ناسالم در آنان است. این افکار و باورها بر عملکرد جنسی تاثیر زیادی دارد و یکی از عوامل مهم و زمینه‌ساز اختلالات عملکرد جنسی محسوب می‌شود. درمان شناختی رفتاری بر این فرض استوار است که خلق، عواطف و هیجان‌های مختل ناشی از الگوهای فکری غیرمنطقی است. بر همین اساس استفاده از تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری در این پژوهش از قبیل افزایش آگاهی جنسی و مهارت‌های جنسی، خیال‌پردازی، افزایش بینش و درک علل سیستماتیک، با افکار و رفتارهای مخرب و سبک‌های ناسالم جنسی مبارزه می‌کند و به زنان مبتلا به اختلال میل/برانگیختگی جنسی کمک کرد تا افکار مربوط به عواطف جنسی در همسر و افکار شهوانی خود را بهبود بخشند و همچنین باورهای مشکل‌زای خود را شناسایی و با تحلیل عملکردی به یادگیری افکار، احساسات و جایگزینی سبک‌های سالم جنسی بپردازند.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد، درمان شناختی رفتاری بر خود پنداره جنسی زنان دارای اختلال میل/برانگیختگی جنسی تاثیر داشته است. این یافته با نتایج پژوهش اکبری، لطفی کاشانی و همکاران (۲۰۱۷)، ترکیول، باس و ون لنکولد (۲۰۱۰)، قربانشیروودی، نیازآذری، خلعتبری و همکاران (۲۰۱۲) همخوان است. نتایج پژوهش وحید واقف (۲۰۱۵) با عنوان بررسی تاثیر آموزش جنسی شناختی رفتاری در بهبود خودپنداره جنسی زنان در تهران، حاکی از اثرگذاری درمان جنسی بر مبنای رویکرد شناختی رفتاری در بهبود خودپنداره جنسی زنان بود. قربانشیروودی و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که مداخلات شناختی رفتاری در افزایش خودپنداره جنسی زنان تاثیرگذار است. همچنین ترکیول، باس و ون لنکولد (۲۰۱۰) در بررسی اثربخشی روش درمانی شناختی رفتاری از طریق بررسی ۲۶ مطالعه انجام داده‌شده بر روی زنان مبتلا به بدکارکردی جنسی به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری با تغییر باورهای و نگرش‌های، در اصلاح خودپنداره جنسی زنان تاثیر مثبتی دارد و در کمک به آنان جهت درمان مشکلات جنسی‌شان تاثیرگذار هست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت خود پنداره جنسی عامل بالقوه و مهمی در ارتقای سلامت جنسی افراد به شمار می‌رود. نگرش فرد، ادراک و احساسات مثبت و منفی که هر فرد نسبت به خود و عملکرد جنسی‌اش دارد زمینه‌ساز شکل یابی خود پنداره جنسی فرد و پیشگویی‌کننده پیامدهای جنسی هست. زنانی که نسبت به خود و عملکرد جنسی‌شان دارای باورها و نگرش‌های منفی و غیرمنطقی هستند، در برقراری ارتباط با شریک جنسی خود رابطه‌ای سرد و اجتنابی دارد و فعلیت جنسی کمتری را تجربه می‌کنند. این اتفاق می‌تواند باعث ایجاد اختلال در عملکرد جنسی و مشکلاتی از قبیل احساس اضطراب، ترس و افسردگی جنسی شود. در راستای نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت تمرین‌های ارائه‌شده در جلسات مداخله درمانی، با به چالش کشیدن باورهای نادرست در مورد روابط جنسی و تغییر این باورها، آموزش خود گویی مثبت، آرمیدگی و مهارت تمرکز - توجه، خود پنداره جنسی زنان را افزایش می‌دهد. به‌طور مثال آموزش آرمیدگی جلسه ششم پکیج درمانی این پژوهش، باعث فائق آمدن زنان گروه نمونه بر اضطراب و استرس‌های مرتبط به اختلال میل/برانگیختگی جنسی شد. این شناخت و آگاهی از جنبه‌های جنسی سبب تغییر بر فرآیندهای روان‌شناختی آنها در روابط جنسی شده و بر خود پنداره جنسی تاثیر مستقیمی بر جای می‌گذارد. درنهایت خود پنداره جنسی بالا که با تلاش بیشتر، اشتیاق و همچنین کسب لذت از برقراری رابطه جنسی همراه است، اختلال عملکرد جنسی را کاهش می‌دهد.

همچنین نتایج دیگر این پژوهش اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر طرح‌واره‌های جنسی زنان دارای اختلال میل/برانگیختگی جنسی را گزارش کرده است. این یافته با نتایج پژوهش نووسیلسکی و همکاران (۲۰۱۸)، آواگیانو (۲۰۱۵)، رستمخانی، قمری، باباخانی و همکاران (۲۰۲۰)، همخوان و با نتایج پژوهش خیاطان و ریحانی اصل (۲۰۱۷)، ناهمخوان است. نتایج پژوهش نووازیلسکی و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که بین طرح‌واره‌های جنسی و تعمیم‌پذیری شناختی در مورد خود و تجارب جنسی و فعالیت جنسی اخیر افراد ارتباط وجود دارد. درواقع تغییر باورهای جنسی از طریق روش‌های شناختی موجب بهبود طرح‌واره‌های جنسی منفی و به تبع آن بهبود عملکرد جنسی می‌گردد. آواگیانو (۲۰۱۵) در پژوهش خود نشان داد درمان شناختی رفتاری در درمان اختلالات جنسی مخصوصاً در زنان از طریق تغییر طرح‌واره‌های منفی مؤثر هست. از نتایج پژوهش‌های داخلی مرتبط با این پژوهش نیز می‌توان پژوهش رستمخانی و همکاران (۲۰۲۰) با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عملکرد و طرح‌واره‌های جنسی زنان یائسه را نام برد. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که درمان شناختی رفتاری باعث بهبود عملکرد و طرح‌واره جنسی در زنان یائسه شده است. از دلایل ناهمخوان بودن

نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش خیاطان و ریحانی اصل (۲۰۱۷) می‌توان به متفاوت بودن محتوی جلسات مداخله درمانی اشاره نمود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت طرح‌واره‌های جنسی، باور در مورد این است که فرد تا چه حد دارای یک ویژگی جنسی است که در فرهنگ او به‌عنوان یک موجود جنسی تعریف شده است و به‌احتمال زیاد، با تصور افراد در مورد توانایی خود برای برقراری یک رابطه صمیمانه و رضایت‌بخش در ارتباط است (اندرسون و سیروانوسکی، ۱۹۹۴). زنانی که از تمایلات جنسی تصورات و طرح‌واره‌های منفی دارند، خودشان را از نظر عاطفی سرد و غیر عاشقانه می‌دانند و در برقراری رابطه جنسی و روابط عاشقانه، به‌صورت بازدارنده عمل می‌کنند. این زنان نه تنها تمایل دارند که در مسائل جنسی محافظه‌کار باشند؛ بلکه در خصوص موضوعات جنسی، نگرش‌ها و ارزش‌های منفی دارند و ممکن است خود را به‌عنوان افراد خودآگاه، خجالتی، یا غیر مطمئن در انواع بافتارهای جنسی و اجتماعی توصیف کنند (مجتبایی، صابری و علیزاده، ۲۰۱۵). در درمان شناختی رفتاری درمانگر، با جایگزینی شناخت‌های صحیح به‌جای شناخت‌های بازدارنده و آموزش اطلاعات جنسی درست، مراجع را با غیرمنطقی بودن باورهای اشتباه فرهنگی و باورهای اشتباه گذشته خود که در تجربه‌های زمان حال ظاهر شده، مواجه می‌کند و با مجهز کردن او به الگوهای فکری جدید، باورها و الگوهای رفتاری قدیمی و مخدوش و احساسات منفی (از قبیل طردشدگی، بی‌کفایتی، تنهایی و درماندگی) را تغییر می‌دهد تا با آگاهی بیشتر و بدون وجود بازدارنده‌های اجتماعی فعالیت جنسی رضایت‌بخش‌تری را در طول زندگی خود داشته باشند.

از نقاط قوت این پژوهش می‌توان به همکاری بالای شرکت‌کنندگان در اجرای جلسات درمانی اشاره کرد که با توجه به تابو بودن روابط جنسی در زمینه و فرهنگ ایران، ضرورت و اهمیت آموزش و آگاهی مسائل جنسی را می‌رساند. از محدودیت‌های پژوهشی می‌توان به عدم برگزاری دوره پیگیری اثربخشی درمان شناختی رفتاری اشاره نمود. قطعاً وجود دوره پیگیری تصویر بهتری از اثربخشی این روش در طول زمان ارائه می‌دهد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از ابزار خود گزارشی (پرسشنامه) و امکان سوگیری، استفاده از آمودنی‌های در دسترس به دلیل نوع اختلال و محدود بودن مطالعات داخلی و خارجی صورت گرفته در این حوزه جهت مقایسه یافته‌های پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود متخصصین و مشاوران حوزه سلامت جنسی، اجرای مداخلات شناختی رفتاری را به‌عنوان راهبردی کارآمد به کار بگیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده جهت رسیدن به نتایج

بهتر، این رویکرد درمانی بر روی زنان دارای اختلال میل / برانگیختگی جنسی و همسران آنها به صورت زوج درمانی اجرا گردد.

## References

- Akbari, B., Moghtader, L., Khakbiz, K. (2020). Comparison of the Effectiveness of Communication Skills Training and Cognitive-Behavioral Therapy in Improving Marital Satisfaction and Happiness of Couples with Sexual desire disorder. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 27(4), 606-612. [Persian].
- Akbari, M., Lotfi Kashani, F., & Vaziri, S. (2017). The efficacy of four-factor psychotherapy on increasing sexual self-esteem in breast cancer survivors. *Iranian Journal of Breast Diseases*, 10(1), 48-60.
- Andersen, B. L., & Cyranowski, J. M. (1994). Women's sexual self-schema. *Journal of personality and social psychology*, 67(6), 1079.
- Avagianou, P. A. (2015). *Cognitive behavioral therapy in sexual dysfunction*. In *Erectile Dysfunction in Hypertension and Cardiovascular Disease* (pp. 205-211). Springer, Cham.
- Bakhtiari, M., Sheydaei, H., Bahreynian, S., Nori, M. (2015). The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Low Sexual Desire and Marital Satisfaction. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 10(36), 7-16. [Persian].
- Barnett, M. D., Maciel, I. V., Dao, C. T., & Sligar, K. B. (2019). A Sociocognitive perspective of rape avoidance behavior: Relationships with sexual self-schemas. *Personality and Individual Differences*, 151, 109530.
- Beck, A. T. (1996). *Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology*. The Guilford Press.
- Beck, J. S., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive behavior therapy*. New York: Basics and beyond. Guilford Publication.
- Bockaj, A., Rosen, N. O., & Muise, A. (2019). Sexual motivation in couples coping with female sexual interest/arousal disorder: A comparison with control couples. *Journal of sex & marital therapy*, 45(8), 796-808.
- Bolghan-Abadi, M., Ahmadi Olonabadi, S. A., Bahrami Khodabi, F., Fatehizade, M., & Jazayeri, R. (2018). The effectiveness of Integrated Couple Therapy on Sexual Self Concept and Premature Ejaculation. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 8, 40-40. [Persian].
- Dubé, J. P., Corsini-Munt, S., Muise, A., & Rosen, N. O. (2019). Emotion Regulation in Couples Affected by Female Sexual Interest/Arousal Disorder. *Archives of sexual behavior*, 48(8), 2491-2506.
- Eshghi, R. (2012). *Development of a structural equation model for female sexual disorders in Isfahan*. PhD Thesis in Family Counseling: University of Isfahan. [Persian].
- Gholamrezaei, S., Hosseini, H., & Kariminejad, K. (2017). The impact of cognitive-behavioral training program on marital satisfaction of women with hypoactive sexual desire. *Family Pathology, Counselling & Enrichment Journal*, 2(4), 15-30. [Persian].
- Ghorbanshiroudi, Sh., Niaz Azari, K., Khalatbari, J., & Keikhayfarzaneh, M. M. (2012). Studying the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Developing Sexual Self-Concept. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 2(4), 3378-3381.
- Hamidi, F., Hamzehgardeshi, Z., & Shahhosseini, Z. (2020). Bio-psycho-social factors related to female sexual self-concept: A scoping review. *Clinical Excellence*, 9(3), 34-44. [Persian].
- Jaafarpour M, Maroufi M, Molaieinezhad M. (۲۰۱۶). Relationship between sexual self-concept and sexual performance in married women referring to Mobarakeh health centers, Iran. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*, 12(3), 40-47. [Persian].
- Jurinec, N., & Schienle, A. (2020). Utilizing placebos to leverage effects of cognitive-behavioral therapy in patients with depression. *Journal of Affective Disorders*, 277, 779-784.
- Kashani, F. L., Vaziri, S., Akbari, M. E., Far, Z. J., & Far, N. S. (2014). Sexual skills, sexual satisfaction and body image in women with breast cancer. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 206-213.
- Khayatan, F., Reihani asl, F. (2017). Effectiveness of sexual skills training on women's sexual schemas, sexual self-esteem and sexual satisfaction of women referring to Isfahan counseling centers. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*, 2(4), 45-55. [Persian].
- Kilimnik, C. D., Boyd, R. L., Stanton, A. M., & Meston, C. M. (2018). Identification of nonconsensual sexual experiences and the sexual self-schemas of women: Implications for sexual functioning. *Archives of sexual behavior*, 47(6), 1633-1647.
- Mam Salehi, H., Moradi, O., Arefi, M., & Yar Ahmadi, Y. (2019). The Relationship between Sex Schemas and Sexual Satisfaction of Couples: The Mediating Role of Communication Patterns. *Journal of Health and Care*, 21(3), 242-251. [Persian].

- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*, Boston (Little, Brown & Company) 1970.
- Mojtabaei, M., Saberi, H., alizadeh, A. (2015). The Role Of Sexual – Self Schema and Body Imag On women Sexual Function. *Quarterly journal of health psychology*, 4(13), 21-40. [Persian].
- Morton, H., & Gorzalka, B. B. (2013). Cognitive aspects of sexual functioning: Differences between East Asian-Canadian and Euro-Canadian women. *Archives of sexual behavior*, 42(8), 1615-1625.
- Mueller, K., Rehman, U. S., Fallis, E. E., & Goodnight, J. A. (2016). An interpersonal investigation of sexual self-schemas. *Archives of sexual behavior*, 45(2), 281-290.
- Nimbi, F. M., Tripodi, F., Simonelli, C., & Nobre, P. (2018). Sexual Modes Questionnaire (SMQ): Translation and psychometric properties of the Italian version of the Automatic Thought Scale. *The journal of sexual medicine*, 15(3), 396-409.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2003). Sexual modes questionnaire: Measure to assess the interaction among cognitions, emotions, and sexual response. *Journal of Sex Research*, 40(4), 368-382.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Cognitions, emotions, and sexual response: Analysis of the relationship among automatic thoughts, emotional responses, and sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 37(4), 652-661.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: Preliminary findings. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(4), 325-342.
- Nowosielski, K., Jankowski, K. S., Kowalczyk, R., Kurpisz, J., Normantowicz-Zakrzewska, M., & Krasowska, A. (2018). Sexual Self-Schema Scale for Women—Validation and Psychometric Properties of the Polish Version. *Sexual medicine*, 6(2), 131-142.
- Paddy, A., & Dickson, E. (2020). Understanding Female Sexual Interest/Arousal Disorder in the Ghanaian Context: Anxiety as a Risk Factor. *Authorea Preprints*.
- Perihan, C., Burke, M., Bowman-Perrott, L., Bicer, A., Gallup, J., Thompson, J., & Sallese, M. (2020). Effects of cognitive behavioral therapy for reducing anxiety in children with high functioning ASD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of autism and developmental disorders*, 50(6), 1958-1972.
- Rezaei, a., Fathi, R. A., & Ahmadi, A. (2015). Evaluation of the effectiveness of cognitive-behavioral education on dysfunctional communication beliefs and sexual knowledge of married women. *Women and Family Studies*, 8(30), 35-47.
- Rosen, N. O., Corsini-Munt, S., Dubé, J. P., Boudreau, C., & Muise, A. (2020). Partner Responses to Low Desire: Associations With Sexual, Relational, and Psychological Well-Being Among Couples Coping With Female Sexual Interest/Arousal Disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(11), 2168-2180.
- Rostamkhani, F., Ghamari, M., Babakhani, V., Sadat, E., & Khoei, M. (2020). The Effectiveness of "Cognitive-Behavioral Therapy" on the Sexual Function and Schema of Postmenopausal Women. *Journal of Health Promotion Management*, 9(6), 96-107. [Persian].
- Sarabi, P., Parvizi, F., & Kakabaraee, K. (2019). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Sexual Therapy on Sexual Function, Dysfunctional Beliefs, Knowledge and Sexual self-confidence of Women with Sexual Dysfunction. *Journal of Analytical-Cognitive Psychology*, 10(37), 9-27. [Persian].
- Shahriari, H., Zare, H., Aliakbari Dehkordi, M., & Sarami Foroushani, G. R. (2018). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Interventions in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 17(5), 461-478. [Persian].
- Snell, W. E. (1998). *The multidimensional sexual self-concept questionnaire*. Handbook of sexuality-related measures, 521-524.
- Stanton, A. M., Boyd, R. L., Pulverman, C. S., & Meston, C. M. (2015). Determining women's sexual self-schemas through advanced computerized text analysis. *Child Abuse & Neglect*, 46, 78-88.
- Tavares, I. M., Laan, E. T., & Nobre, P. J. (2017). Cognitive-affective dimensions of female orgasm: the role of automatic thoughts and affect during sexual activity. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(6), 818-828.
- Ter Kuile, M. M., Both, S., & van Lankveld, J. J. (2010). Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 595-610.
- Vahidvaghef, M. (2015). *Study the effectiveness of cognitive-behavioral sex training in improving women's sexual self-concept in Tehran, Iran*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Vaziri, S., Kashani, F. L., Karimian, M., Vaziri, A., Nobakht, L., Vaziri, Y., & Masoumi, R. (2022). Comparison of Body Image and Body Exposure During Sexual Activity and Sexual Assertiveness Among Mastectomized Women with/Without Mammoplasty and Mammoplasty Volunteer Patients. *International Journal of Cancer Management*, 15(11).



- Zeinalzadeh, S., Mohagheghzadeh, A. A., Ahmadinezhad, F., & Akbarzadeh, M. (2019). Comparison of the effect of *Elaeagnus angustifolia* flower capsule and sildenafil citrate tablet female sexual interest/arousal disorder in clinical trial study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(11), 3614.
- Ziaei, T., Khoei, E. M., Salehi, M., & Farajzadegan, Z. (2013 a). Psychometric properties of the Farsi version of modified Multidimensional Sexual Self-concept Questionnaire. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 18(6), 439. [Persian].
- Ziyayi, P., Sepehri Shamlou, Z., & Mashhadi, A. (2013 b). The relationship between activating cognitive schemas, negative automatic thoughts and sexual arousal in married female college students. *Journal of Clinical Psychology Andishe va Raftar*, 8(28), 17-26. [Persian].
- Zolfaghari, M., Molavi, H., Kajbaf, M. B., & Salehzadeh, M. (2011). Effectiveness of cognitive – behavior therapy on sexual dysfunction in women. *Journal of Psychological Studies*, 7(1), 11-32. [Persian].

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 15 (No. 57), pp.77-92, 2020

### **The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Sexual Modes, Sexual Self-Concept, and Sexual Schemas in Women with Female Sexual Interest/Arousal Disorder**

Soltanizadeh, Mohammad<sup>۱</sup>., Samami, Zahra<sup>۲</sup>.,  
& Ghorbani, Maryam<sup>۳</sup>

Received: 2020/05/01

Received: 2020/05/01

Sexual desire is one of the main issues affecting people's personal and social life. This research aimed to investigate the effectiveness of cognitive behavioral therapy on sexual modes, sexual self-concept, and sexual schemas of women with female sexual interest/arousal disorder. To this end, in a semi-experimental study using a pre-test, post-test, and control group design, 30 married women with female sexual interest/arousal disorders were selected from treatment centers under the aegis of Isfahan University of Medical Sciences by convenient sampling method and were randomly assigned to the experimental (15 women) and control group (15 women). Subjects were evaluated before and after the intervention in terms of Multi-dimensional Sexual Self-concept Questionnaire (MSSCQ), Sexual Modes Questionnaire (SMQ), and Questionnaire of cognitive Schemas Activation in Sexual Context (QCSASC). The experimental group received cognitive behavioral therapy during 8 sessions. Covariance analysis showed a significant increase in the scores of sexual modes (lack of sexual feelings in the spouse and lack of erotic thoughts dimensions), positive sexual self-concept, sexual schemas (rejection, incompetence, self-worth, loneliness, and helplessness dimensions), and a significant decrease in the score of negative sexual self-concept in the women of the experimental group compared to the control group ( $P < 0.05$ ). The overall result of the research indicates that cognitive behavioral therapy influences sexual modes, sexual self-concept, and sexual schemas of women suffering from female sexual interest/arousal disorder and is recommended as an effective intervention for these patients.

**Keywords:** cognitive behavioral therapy, sexual modes, sexual self-concept, sexual schemas, female sexual interest/arousal disorder

- 
1. Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Iran (corresponding author) mohammad.soltanizadeh@pnu.ac.ir
  2. Department of Psychology, Payam Noor University, Iran
  3. Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Iran