



## The Effect of Hypnotherapy on Sexual Self-Concept of Women with Dyspareunia

Mehdi Dehestani. Ph.D

psychology, Associate Professor, Faculty member of Payam Noor University, Tehran South Branch, Tehran, Iran

Seyedeh Atefeh Mahdavi. Ph.D

psychology, Associate Professor, Faculty member of Payam Noor University, Tehran South Branch, Tehran, Iran.

Maryam Karimi Ph.D Student

psychology, Payam Noor University, Tehran South Branch, Tehran, Iran.

Amin Moradnejad. Ph.D

psychology, Faculty member of Payam Noor University, Tehran, Iran.

### Abstract

This study aimed at investigating the effect of hypnotherapy on sexual self-concept of women with dyspareunia. The research's method was semi-experimental. The sample was 20 women who went to midwifery and women's clinics and had the criteria for dyspareunia, which was diagnosed by a doctor and psychiatric using DSM-5's checklist of dyspareunia. These people were selected using random sampling. The measurement tool in this study was Sexual Self-concept Questionnaire (Snell, 1990). The women who had dyspareunia and had weak self-concept scores could participate in this study. Then, the subjects were divided into two experimental and control groups with 10 patients. The experimental group received treatment in eight sessions while the control group received no treatment. Finally, Snell's sexual self-concept questionnaire was re-applied to both groups for data comparison. There was a significant difference in the data obtained from the scores of the questionnaire in comparison with the control group using Covariance analysis which indicated the effect of hypnotherapy on sexual self-concept and ultimately sexual function of women with dyspareunia ( $P > 0.05$ ). The effectiveness of hypnotherapy on the ability of sexual self-concept and ultimately the sexual function of women in this study was confirmed with regard to the findings.

**Keywords:** hypnotherapy, sexual self-concept, women with dyspareunia.

## تأثیر هیپنوتراپی بر خودپنداره جنسی زنان دارای اختلال دیسپارونی

مهدي دهستاني

دانشیار، عضو هیات علمی دانشگاه پیام نور تهران جنوب، تهران، ایران

سیده عاطفه مهدوی\*

مدرس دانشگاه پیام نور واحد تهران جنوب، تهران، ایران

مریم کریمی

کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور واحد تهران جنوب، تهران، ایران

امین مرادنژاد

عضو هیات علمی دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران

### چکیده

هدف از انجام این مطالعه بررسی تأثیر هیپنوتراپی بر خودپنداره جنسی زنان دارای اختلال دیسپارونی بوده است. روش پژوهش در این تحقیق، نیمه آزمایشی با استفاده از گروه کنترل و آزمایش بود. نمونه آماری این پژوهش ۲۰ نفر از زنانی بودند که به کلینیک‌های مامایی و زنان شهر تهران مراجعه کرده بودند و توسط پزشک متخصص زنان و روانپزشک، مبتنی بر ملاک‌های DSM-5 اختلال دیسپارونی در آنان تشخیص داده شده بود. این افراد با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل (در هر گروه ۱۰ نفر) تقسیم شدند؛ گروه آزمایش در هشت جلسه درمانی تحت مداخله هیپنوتراپی قرار گرفتند و طی این جلسات، مداخله‌ای برای افراد در گروه کنترل انجام نگرفت. ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر، پرسشنامه خودپنداره جنسی (اسنل، ۱۹۹۰) بود. در داده‌های به دست آمده از نمرات پرسشنامه در مقایسه با گروه کنترل که توسط آزمون تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفتند، تفاوت معناداری را می‌توان تأیید کرد که نشانگر تأثیر هیپنوتراپی بر خودپنداره جنسی و در نهایت عملکرد جنسی زنان دارای اختلال دیسپارونی بوده است. مؤثر واقع شدن هیپنوتراپی بر توانمندی خودپنداره جنسی و در نهایت عملکرد جنسی بانوان در این پژوهش با توجه به یافته‌ها به تأیید رسید.

**کلمات کلیدی:** هیپنوتراپی، خودپنداره جنسی، زنان دارای اختلال دیسپارونی.

## مقدمه

(Vaginismus) در زنان مربوط بوده و گاه همراه همنده و گاه به اشتباه به جای هم تشخیص داده می‌شوند و گاه می‌توانند دلیل وجود هم باشند (Barbara et al., 2016). تنها راه تشخیص افتراقی این دو اختلال، اگر علت عضوی برای درد وجود داشته باشد و یا فقدان لیزشدگی واژن وجود داشته باشد، تشخیص واژینیسموس و در غیر اینصورت دیسپارونی مشخص می‌شود. هر دوی این اختلالات در یک طبقه در DSM-V با عنوان «اختلال درد تناسلی لگنی» نامیده می‌شود (Kaplan & Sadock, 2015).

شیوع این اختلال (دیسپارونی) بیشتر در بین زنان و از قشر تحصیلکرده است؛ اما با توجه به نوع مشکل و ملاحظات اجتماعی و فرهنگی یا بازگو نمی‌شوند یا نادیده گرفته می‌شوند و زنان گاهی هرگز به مراکز درمانی مراجعه نمی‌کنند (Moghtader et al., 2014). عوامل دیگری هم می‌توان نام برد از جمله سابقه مقاربت و روابط دردناک، تجاوز، باورهای نادرست شکل گرفته در کودکی مثل گناه‌آلود بودن یا کثیف بودن عمل جنسی و یا بدریخت دانستن بدن خود؛ مجموعه این عوامل و یا هر کدام به تنهایی، استرس و اضطراب و افسردگی را پررنگ می‌کند و خودپنداره شخص را خدشه‌دار می‌نماید و در نتیجه عملکرد جنسی را دچار اختلال می‌نماید (Johnstone, 2013). این درد ممکن است دارای ریشه زیستی، اجتماعی یا روانی باشد که در نتیجه آن، فرد دچار حالتی می‌شود که احساس عدم کارآمدی و کفایت جنسی کافی می‌کند، احساس نسبت به خودش نامطلوب خواهد شد و خودپنداره فرد مخصوصاً در زمینه جنسی آسیب جدی می‌بیند (Poorchin, 2014).

خودپنداره با عزت نفس متفاوت است. خودانگار جزء شناختی و توصیفی از شخصیت فرد است (مثلاً من معلم خوبی هستم) اما عزت نفس نوعی ارزیابی و ابراز عقیده است (مثلاً من احساس خوبی نسبت به معلم بودن دارم) (Goldstein et al., 2018). با توجه به تعاریف بالا احساسات و تصورات و باورهایی که افراد درباره مسائل جنسی دارند و براساس این احساسات و تصورات رفتارهای خود را تنظیم می‌کنند، خودپنداره جنسی (Sexual self-concept) نامیده می‌شود که در این پژوهش مورد نظر است (Ramezani et

فریود به عنوان بنیان‌گذار تئوری روان‌تحلیل‌گری، میل جنسی را امری طبیعی و فیزیولوژیک می‌دانست که اساس نیازهای انسانی است و به عقیده Maslow، نظریه‌پرداز انسان‌گرا در سال ۱۹۶۰ برآورده نشدن این نیاز، تعالی انسان را به شدت آسیب‌پذیر می‌کند (Aliakbari, 2011). در واقع تمایلات جنسی، درونی‌ترین و عمیق‌ترین آرزوی قلبی انسان در معنا بخشیدن به یک ارتباط است. نیاز جنسی نه تنها در رده نیازهای فیزیولوژیک انسان، بلکه در حیطه نیازهای معنوی و عرفانی نظیر نیاز به زیبایی و کمال در نظر گرفته می‌شود؛ بنابراین هرگونه اختلالی که به ناهماهنگی و در نتیجه نارضایتی از رابطه جنسی منجر شود، ممکن است اختلال عملکرد جنسی را به همراه داشته باشد (Mahdizadegan et al., 2017).

از زمانی که Ellis & Kinzy و بعد از آن Masters and Johnson به مطالعه نظام‌مند رفتارهای جنسی انسان پرداختند، این مسأله تصریح گردید که مشکلات و اختلالات جنسی شایع‌تر از آن است که قبلاً تصور می‌گردید (Aliakbari et al., 2013). بسیاری از مسائل جنسی به علت ترس و اضطراب، شرم و خجالت یا احساس بی‌کفایتی و گناه مخفی مانده و بیان نمی‌شوند. تخمین زده شده است که ۲۵ تا ۶۳ درصد زنان دچار اختلال عملکرد جنسی‌اند که در جمعیت عمومی شایع است. اختلال عملکرد جنسی زنان (۴۳ درصد) شایع‌تر از مردان (۳۱ درصد) است (Ghavam et al., 2008). در این میان اختلال دیسپارونی (آمیزش دردناک)، یکی از اختلالات رایج جنسی در زنان است و به حالتی اطلاق می‌گردد که فرد در هنگام آمیزش دچار درد می‌شود. این درد ممکن است در بدو ورود آلت مردانه به واژن یا در مراحل مختلف در طول دخول ایجاد شود. این حالت درجات متفاوتی دارد و نسبت به اینکه در چه زمانی پس از شروع نزدیکی حس می‌شود و در کجا فرد احساس درد می‌کند، دلایل و درمان‌های متفاوتی دارد (Goldstein et al., 2018). مقاربت دردناک (دیسپارونی) (Dyspareunia) به درد تکرار شونده و پایدار در حین نزدیکی، خواه در زن یا در مرد اطلاق می‌شود؛ این اختلال غالباً با اختلال واژینیسم

می‌توان گفت در هیپنوتیزم یا هیپنوتراپی، درمانگران روی نشانه‌های اضطراب‌برانگیز کژکاری‌های جنسی تأکید می‌کنند و سعی دارند با رفع اضطراب، نشانه‌های اختلال و ناکارآمدی فرد را نیز کاهش دهند. اثرات درمانی هیپنوتیزم بر رفع اختلالات هیجانی (Yapko, 2012)، اضطرابی (Alladin, 2013)، افسردگی (Alladin, 2013) و دردهای مزمن (Jensen, 2013) به طور کارآمدی در پژوهش‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. با کاربرد موفقیت‌آمیز این روش، بیماران قادرند بر مواردی که عزت نفس و تعادل روانی آنان را بر هم زده است، کنترل داشته باشند (Yapko, 2012). عموماً تمرکز درمان بر رفع نشانه‌ها و نیز ایجاد نگرش است؛ به بیمار یاد داده می‌شود که می‌تواند برای مدارا با موقعیت اضطراب‌برانگیز رابطه جنسی، از روش‌های دیگری استفاده نماید تا بر اضطراب خود غلبه کند. با اعمال این روش‌ها بیمار روش آرمیدگی یا ریلکسیشن را می‌آموزد تا قبل از رابطه جنسی بتواند آنها را انجام دهد و از اضطراب خود بکاهد (Alladin & Amundson, 2016).

همانطور که گفته شد تأثیر خودپنداره ضعیف یا منفی می‌تواند زندگی جنسی زنان را تحت تأثیر قرار دهد و اینکه معمولاً بانوان برای درمان اقدامی نمی‌کنند یا آن را جدی نمی‌گیرند، یا راحت‌ترین روش‌ها مثل دارودرمانی را برمی‌گزینند، به دلیل آنکه آگاهی یا افکار و باورهای عجیب و غریب نسبت به درمان هیپنوتیزمی دارند، باعث فاصله گرفتن از این روش تأثیرگذار شده است. با توجه به همه نکات مذکور پژوهشگر بر آن شد تا تأثیر هیپنوتراپی را در این اختلال (دیسپارونی) مورد بررسی قرار داده و آگاهی بانوان را نیز در مورد این علم افزایش دهد. پژوهشگر در این پژوهش دنبال پاسخگویی به این سؤال است که هیپنوتراپی تا چه اندازه بر خودپنداره جنسی زنان دارای اختلال دیسپارونی تأثیرگذار است؟

### روش پژوهش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش این پژوهش به صورت نیمه آزمایشی همراه با گروه آزمایش و کنترل بوده است. حجم نمونه نیز شامل ۲۰ نفر از بانوانی بود که به

خودپنداره جنسی رابطه مستقیمی با عملکرد جنسی دارد؛ در نتیجه می‌تواند علت یا معلول اختلالات جنسی نیز باشد (Maleki Delarestani, 2016). مطابق با نظریه Snell (۱۹۹۰) مؤلفه‌های حرمت جنسی، اشتغال ذهنی، جنسی، کنترل جنسی درونی، آگاهی جنسی، انگیزش جنسی، اضطراب جنسی، قاطعیت جنسی، افسردگی جنسی، کنترل جنسی بیرونی، نظارت جنسی، ترس از رابطه جنسی، رضایت جنسی، زیرشاخه‌های خودپنداره جنس‌اند که وجود هر یک از مؤلفه‌های منفی و نبود هر یک از مؤلفه‌های مثبت، درد هنگام آمیزش را بیشتر و فرد را در این زمینه ناکارآمد و بی‌کفایت می‌کند (Barbara et al., 2016).

برای رفع اختلالات جنسی، درمان‌های متفاوتی از جمله شناختی- رفتاری، گروه درمانی، رفتار درمانی و درمان‌های طبی از جمله دارویی یا تهاجمی مثل تزریق بوتاکس و حساسیت‌زدایی منظم و ... تا به اکنون مورد بررسی قرار گرفته‌اند (Rajae & Eshghi, 2018)؛ اما تا به حال پژوهشی به بررسی اثر هیپنوتراپی در درمان اختلال دیسپارونی نپرداخته است؛ بنابراین در این پژوهش بررسی اثر هیپنوتراپی مورد بحث قرار گرفته است. شاید بتوان به جرأت بیان کرد هیپنوتیزم (Hypnotism) (Hypnotherapy) عمری به درازای عمر انسان داشته و در اعصار مختلف با اسامی مختلف و روش‌های متفاوت مورد استفاده قرار گرفته است. هیپنوتیزم اولین بار به صورت علمی توسط دکتر مسمر (۱۸۱۵-۱۷۳۴) رواج یافت و مسمریسم عنوان یافت؛ هر رفتاری که انسان بتواند با تمرکز بر عملی مهم و قطع تمرکز حواس از عواملی غیر از آن عمل مورد نظر انجام دهد (Hamond, 1998; Fuches, 1980). هدف مهم هیپنوتیزم با تمرکز بر هدف مورد نظر، دسترسی مستقیم به ناخودآگاه و کنار زدن موانع ذهنی و فکری است که روشی سریع و مؤثر است (Lotfifar et al., 2013). در تحقیقاتی که انجام شده، تأثیر هیپنوتراپی بر عوامل و مشکلات ذهنی و بیش‌تر ۷۰ درصد موفقیت‌آمیز بوده است (Mary, 2011, Maleki Delarestani, 2016, Rajae & Eshghi, 2018, Lotfifar et al., 2013, Hosseinzadegan et al., 2015).

گرچه اثربخشی مداخلات مبتنی بر هیپنوتیزم در درمان اختلالات جنسی، به طور تجربی آزمایش نشده است؛ اما

امریکا تدوین کردند که دارای ۲۰ زیرمقیاس است؛ در این پژوهش فرم کوتاه شده ۵۶ سؤالی با ۱۲ زیر مقیاس (حرمت جنسی، اشتغال ذهنی جنسی، کنترل جنسی درونی، آگاهی جنسی، انگیزش جنسی، اضطراب جنسی، قاطعیت جنسی، افسردگی جنسی، کنترل جنسی بیرونی، نظارت جنسی، ترس از رابطه جنسی، رضایت جنسی) به کار برده شد که (Ramezani et al., 2013) آن را هنجاریابی کرده و روایی و پایایی آن ارزیابی شده است، سؤالات به صورت مقیاس لیکرت طراحی شده از (۰) «اصلاً تناسب ندارد» تا (۴) «کاملاً تناسب دارد» نمره‌گذاری شده است. بیشترین نمره در این پرسشنامه ۲۲۴ و کمترین ۵۶ است. میزان روایی این ابزار با آلفای کرونباخ بررسی شده است که به گزارش Snell (۱۹۹۲)، آلفای کرونباخ تمام خرده‌مقیاس‌ها بیش از ۰/۷۰ و در حد مطلوب بوده است؛ همچنین Ramezani et al. (۱۳۹۱)، روایی کلی ابزار را ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز این ابزار از روایی نسبتاً بالایی برخوردار بوده و آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های خودپنداره جنسی به شرح زیر گزارش شده است: حرمت جنسی برابر ۰/۷۸، اشتغال ذهنی جنسی برابر ۰/۶۶، کنترل جنسی درونی برابر ۰/۸۱، آگاهی جنسی برابر ۰/۹۱، انگیزش جنسی برابر ۰/۸۹، اضطراب جنسی برابر ۰/۹۳، قاطعیت جنسی برابر ۰/۶۹، افسردگی جنسی برابر ۰/۷۷، کنترل جنسی بیرونی برابر ۰/۷۵، نظارت جنسی برابر ۰/۸۴، ترس از رابطه جنسی برابر ۰/۷۰ و رضایت جنسی برابر ۰/۸۳؛ در نتیجه می‌توان گفت پرسشنامه خودپنداره جنسی Snell (۱۹۹۰) در پژوهش حاضر از روایی مطلوبی برخوردار است.

### روش اجرا و تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای ملاحظات اخلاقی، رضایت‌نامه‌ای بر این مبنا که اطلاعات بیماران محفوظ می‌ماند و اگر تمایل داشتند از نتیجه پژوهش با خبر بشوند، گرفته شد و تعهدی هم به گروه کنترل داده شد که برای رضایتشان چند جلسه درمان رایگان بعد از اتمام پژوهش دریافت خواهند کرد. در این پژوهش مبتنی بر پکیج هیپنوتراپی Golden (۲۰۱۲)، علاوه بر تأکید بر توانمند ساختن خودپنداره و باور به خود، بهبود

کلینیک‌های مامایی و زنان در شهر تهران مراجعه کردند. فرآیند اجرای پژوهش اینگونه بود که ابتدا با تشخیص دکتر زنان، ۱۰۰ نفر از افرادی که مشکوک به داشتن اختلال دیسپارونی بودند، انتخاب شدند؛ سپس با تأکید بر چک‌لیست تهیه شده مبتنی بر DSM-5 از اختلال دیسپارونی و تأیید این اختلال توسط روانپزشک، ۳۳ نفر از افرادی که دارای این اختلال بودند، تشخیص‌گذاری شدند. پرسشنامه خودپنداره جنسی Snell (۱۹۹۰) در بین این ۳۳ نفر توزیع شد و پس از نمره‌گذاری ۲۰ نفر که نمره کلی خودپنداره جنسی کمی کسب کرده بودند، انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۰ نفر) قرار گرفتند و پس از مصاحبه اولیه تشخیصی بالینی جنسی (Kaplan & Sadock, 2015) ۸ جلسه درمان هیپنوتراپی (هفته‌ای یک جلسه یک ساعته) برای گروه آزمایش صورت گرفت که این ۸ جلسه در جدول ۱ شرح داده شده است. در این حین برای شرکت‌کنندگان گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای انجام نشد؛ اما با رعایت اصول اخلاقی، پس از اتمام جلسات گروه آزمایش، دوره هیپنوتراپی برای شرکت‌کنندگان گروه کنترل نیز انجام شد.

معیار ورود افراد به این پژوهش این بود که (۱) تمام بانوان توسط پزشک متخصص زنان و روانپزشک تشخیص اختلال دیسپارونی را گرفته باشند، (۲) در تست هیپنوتیزم‌پذیری اسپینگل نمره خوبی کسب کرده باشند (این تست برای تشخیص آمادگی هیپنوتیزم شدن فرد انجام شد تا در حین پژوهش، رنج و فشار مضاعف به وی وارد نشود)، (۳) در پرسشنامه خودپنداره جنسی اسنل، نمره کمی را کسب کرده باشند، (۴) دامبل سنی این افراد بین ۲۵ تا ۴۰ باشد، (۵) تحصیلات تمام افراد حداقل لیسانس و حداکثر دکتری باشد و (۶) متأهل باشند. معیار خروج نیز (۱) عدم رضایت و بی‌اعتمادی به روش هیپنوتیزم، (۲) نارضایتی همسر، (۳) وجود اختلالی با ریشه جسمی و طبی و (۴) داشتن اختلالات روانی از جمله اختلالات دوقطبی، اختلالات طیف اسکیزوفرنی یا اختلالات اضطرابی بود.

### ابزار سنجش

پرسشنامه چند وجهی خودپنداره جنسی اسنل: این پرسشنامه را پروفیسور Snell و همکاران در سال ۱۹۹۰ در

هر زمان در رابطه گرم و عاشقانه با همسرت هستی میزان لازم از هورمون عشق در خون تو جریان می‌یابد و بدن تو گرم و آماده معاشقه می‌شود، چون ناخودآگاه تو به نیازهای تو آگاه است و لازم نیست کار خاصی انجام دهی؛ ناخودآگاه تو مراقب توست و در هر زمان لازم باشد توانمندی‌هایت را یادآوری می‌کند و هر زمان احساس ضعف، ناتوانی، اضطراب و رنجش و .. کردی چشمانت رو ببند و ازش کمک بخواه، حتماً راهنمایی و قدرت لازم رو می‌گیری.

جدول ۱، شرح جلسات هیپنوتراپی مبتنی بر نظریه Golden (۲۰۱۲) را نشان می‌دهد.

روابط با همسر هم مد نظر بوده و آموزش‌ها و تکالیفی انجام شده است. بخشی از تلقیناتی که در این پژوهش به کار گرفته شد چنین بود: هر کدوم از ما به صورت منحصر به فرد هیپنوز را تجربه می‌کنیم\* لازم نیست منتظر اتفاق خاصی باشی؛ چون قرار نیست اتفاق عجیبی تجربه کنی\* کاملاً رها باش و هیچ تلاش بیهوده‌ای نکن\* بگذار هرچه لازم است و ناخودآگاه تو صلاح می‌داند اتفاق بیفتد\* بین ناخودآگاه تو و تو آنقدر توانمندید که دستانت الان اینجا قرار گرفته (تکنیک پر از دست) پس در خیلی از موارد مثل توانایی جنسی و دستیابی به آرامش توانمندی فقط مانع آن شده‌ای\*

جدول ۱- شرح جلسات هیپنوتراپی (برگرفته از Golden، ۲۰۱۲)

جلسات	هدف از جلسه	شرح و محتوا
اول	مصاحبه تکمیلی، آشنایی بیشتر با هیپنوتیزم	صحبت‌های تکمیلی و اطلاعات بیشتر از روحیات فرد و خودپنداره و باورهایش - انجام تکنیک جریان پیش‌رونده و شرطی‌سازی برای آمادگی در جلسات بعد
دوم	ایجاد باور به توانمندی ذهنی باور به توانمندی خود	تکنیک پرواز دست و باور به این نکته که اگر ناخودآگاه توانایی این را دارد؛ در نتیجه در زمینه‌های دیگر هم توانمند است.
سوم	بازخورد جلسه قبل آموزش در زمینه تقویت خودپنداره	در بازخوردی که از بیمار گرفته شد، رضایتمندی اولیه در اعمال ایشان مشهود بود و کار بر توانمندی ذهنی انجام شد و اجرای تکنیک‌هایی برای تقویت خودپنداره و انجام تکلیف مورد نظر
چهارم	دسترسی بیشتر به عمق تفکرات و باورها	با روش شرطی‌شدگی قبلی، بیمار به راحتی وارد جلسه شد و تکنیک اتاق ناخودآگاه* انجام و فایل‌های رنجش‌آور** بیرون کشیده شد.
پنجم	بازخورد و گزارش جلسه قبل - کار بر فایل‌های رنجش‌آور	با تکلیفی که در جلسه قبل به ناخودآگاه داده شد که با فایل‌های رنجش‌آور چه کار می‌توان کرد و بحث و صحبت در مورد باورهای بیمار
ششم	گرفتن نتیجه از کار بر روی فایل‌های رنجش‌آور	بیمار دوباره به اتاق ناخودآگاه برگشت و تکلیف فایل‌های رنجش‌آور مشخص و توانمندی‌ها بیرون کشیده، بر تمرکز بر آنها تأکید و تکالیف مورد نظر داده شد.
هفتم	کار بر روی هورمون جنسی و سکس و عشق	تکنیک صفحه کلید*** اجرا شد با این مضمون که در هنگام سکس هورمون مورد نظر جاری خواهد شد و تأکید بر توانمندی جسمی و جنسی بیمار
هشتم	بازخورد جلسه قبل پذیرش بی‌قید و شرط خود	تکنیک اتاق ناخودآگاه انجام شد و اینکه بیمار تکلیفش را با خودش مشخص کند، توانمندی‌هایش را بشناسد، خودش را در آینده ببیند و خودش را آنطور که هست بپذیرد و اشتباهاتش را ببخشد.

\*\* در اکثر مواقع رنجش‌های حل شده بین بیمار و همسرش، او را دچار این اختلال کرده و با بیرون کشیدن این فایل‌ها، نظاره کردن آنها و حل و فصل کردن و بوسیدن و

\* تکنیک اتاق ناخودآگاه؛ تصویری که فرد از اتاق ذهنش دارد و تمام خاطرات و باورهای خوشایند و ناخوشایند به صورت فایل‌بندی قابل مشاهده است.

جلسات درمانی و آموزشی بر روی گروه کنترل نیز اجرا شد). برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد.

#### یافته‌ها

در جدول ۲، اطلاعات توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مرتبط با متغیر مسائل جنسی، به تفکیک در گروه آزمایش و کنترل، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشخص شده است.

گذاشتن آن فایل سرچایش یا اگر حل‌نشدنی و یا گذشته است با پاره یا آتش زدن آن فایل، درگیری ذهنی رفع شود و اگر گرهی ایجاد شده باشد، آن مانع باز می‌شود.

\*\*\* تکنیک صفحه کلید که از ۰ تا ۹ کلید دارد و ۹

بیشترین و ۰ کمترین حد است که می‌توان این تکنیک را برای هر چیزی به کار برد؛ در این پژوهش برای میزان هورمون سکس، عشق، شادی به کار برده شده است.

بعد از سه هفته از اتمام جلسات، پس‌آزمون از هر دو گروه آزمایش و کنترل گرفته شد (طبق تعهدات اخلاقی

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های متغیر مسائل جنسی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حرمت جنسی	آزمایش	۵/۰۰	۱/۶۳	۱۱/۰۰	۲/۲۱
	کنترل	۵/۴۰	۲/۰۶	۵/۶۰	۲/۴۶
اشتغال ذهنی جنسی	آزمایش	۲/۹۰	۱/۷۹	۷/۷۰	۱/۶۴
	کنترل	۳/۸۰	۱/۸۱	۴/۰۰	۱/۶۳
کنترل جنسی درونی	آزمایش	۵/۲۰	۲/۳۹	۵/۶۰	۲/۱۷
	کنترل	۵/۵۰	۲/۲۷	۵/۴۰	۲/۱۲
آگاهی جنسی	آزمایش	۶/۵۰	۲/۲۷	۱۲/۱۰	۳/۰۰
	کنترل	۷/۰۰	۲/۵۸	۷/۰۰	۲/۴۵
انگیزش جنسی	آزمایش	۴/۰۰	۲/۱۶	۱۰/۱۰	۳/۱۸
	کنترل	۴/۳۰	۱/۷۷	۴/۷۰	۱/۸۹
اضطراب جنسی	آزمایش	۱۰/۳۰	۲/۱۱	۵/۹۰	۲/۶۴
	کنترل	۱۰/۷۰	۲/۰۶	۱۰/۴۰	۱/۷۱
قاطعیت جنسی	آزمایش	۵/۷۰	۲/۷۹	۶۰/۱۰	۳/۱۰
	کنترل	۵/۵۰	۲/۱۲	۵/۶۰	۱/۷۱
افسردگی جنسی	آزمایش	۱۰/۰۰	۲/۲۶	۶/۹۰	۳/۰۷
	کنترل	۱۰/۰۰	۲/۰۰	۹/۸۰	۱/۶۲
کنترل جنسی بیرونی	آزمایش	۱۰/۶۰	۱/۵۰	۵/۶۰	۲/۴۱
	کنترل	۱۰/۵۰	۱/۵۸	۱۰/۴۰	۱/۵۸
نظارت جنسی	آزمایش	۵/۷۰	۱/۸۹	۶/۰۰	۱/۴۱
	کنترل	۵/۶۰	۱/۹۰	۵/۴۰	۱/۶۵
ترس از رابطه جنسی	آزمایش	۸/۳۰	۱/۸۳	۴/۰۰	۱/۹۴
	کنترل	۸/۳۰	۲/۰۰	۸/۶۰	۱/۸۴
رضایت جنسی	آزمایش	۲/۸۰	۱/۳۲	۹/۲۰	۲/۷۸
	کنترل	۳/۰۰	۱/۲۵	۳/۲۰	۰/۹۲

پس‌آزمون گروه کنترل، تفاوت محسوسی نسبت به پیش‌آزمون دیده نشد. همچنین می‌توان با استفاده از جدول شماره یک گفت با توجه به نمرات انحراف معیار در دو گروه قبل از مداخله و بعد از مداخله در تمامی متغیرها، متغیرها از لحاظ نمره انحراف معیار همگند. قبل از اجرای آزمون فرضیه‌های تحقیق، آزمون نرمال بودن داده‌های مؤلفه‌های متغیر مسائل جنسی دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا و برای این کار از آزمون اسمیرونوف-کلموگروف در جدول ۳ استفاده شده است.

نتایج جدول ۲ در میانگین حرمت جنسی، اشتغال ذهنی جنسی، آگاهی جنسی، انگیزش جنسی، قاطعیت جنسی و رضایت جنسی در پس‌آزمون گروه آزمایش از خود، افزایش زیادی را نشان داده است. همچنین میانگین مؤلفه‌های اضطراب جنسی، افسردگی جنسی، کنترل جنسی بیرونی و ترس از رابطه جنسی نیز در پس‌آزمون گروه آزمایش کاهش نشان داده است. نمرات کنترل جنسی درونی و نظارت جنسی در پس‌آزمون گروه آزمایش، تفاوت چندانی را نشان ندادند؛ این در حالی است که در هیچ‌یک از مؤلفه‌ها در

جدول ۳. آزمون اسمیرونوف کلموگروف برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش در گروه‌های کنترل و آزمایش

متغیر	گروه	آماره Z	سطح معناداری
حرمت جنسی	پیش آزمون	۰/۱۹۱	۰/۰۵۱
	پس آزمون	۰/۱۶۲	۰/۱۷۷
اشتغال ذهنی جنسی	پیش آزمون	۰/۱۲۵	۰/۲۰۰
	پس آزمون	۰/۱۹۰	۰/۰۵۲
کنترل جنسی درونی	پیش آزمون	۰/۱۶۶	۰/۱۵۳
	پس آزمون	۰/۱۸۸	۰/۰۶۳
آگاهی جنسی	پیش آزمون	۰/۱۱۹	۰/۲۰۰
	پس آزمون	۰/۰۹۶	۰/۲۰۰
انگیزش جنسی	پیش آزمون	۰/۱۸۱	۰/۰۸۵
	پس آزمون	۰/۱۲۶	۰/۲۰۰
اضطراب جنسی	پیش آزمون	۰/۱۶۹	۰/۱۳۷
	پس آزمون	۰/۱۴۲	۰/۲۰۰
قاطعیت جنسی	پیش آزمون	۰/۱۹۰	۰/۰۵۲
	پس آزمون	۰/۱۷۲	۰/۱۲۱
افسردگی جنسی	پیش آزمون	۰/۱۳۲	۰/۲۰۰
	پس آزمون	۰/۱۵۱	۰/۲۰۰
کنترل جنسی بیرونی	پیش آزمون	۰/۱۴۳	۰/۲۰۰
	پس آزمون	۰/۱۱۸	۰/۲۰۰
نظارت جنسی	پیش آزمون	۰/۱۸۸	۰/۰۶۳
	پس آزمون	۰/۱۷۷	۰/۱۰۲
ترس از رابطه جنسی	پیش آزمون	۰/۱۸۶	۰/۰۶۸
	پس آزمون	۰/۱۷۷	۰/۱۰۲
رضایت جنسی	پیش آزمون	۰/۱۶۴	۰/۱۶۶
	پس آزمون	۰/۱۵۷	۰/۱۸۸

چنانکه در جدول ۳ آمده است مقدار آزمون اسمیرونوف- کلموگروف برای ابعاد متغیر مسائل جنسی نرمال و سطح معناداری آنها بیشتر از مقدار خطا (۰/۰۵) است؛ بنابراین می‌توان گفت توزیع داده‌ها در دو گروه نرمال بوده پس فرضیه نرمال بودن رد نشده است؛ در نتیجه می‌توان از آزمون‌های آماری پارامتریک برای ادامه کار استفاده نمود. در ادامه در جدول شماره ۴، از آزمون لوین که یکی از مفروضه‌های تحلیل واریانس است، برای بررسی همگنی واریانس‌ها استفاده شده است.

جدول ۴. آزمون لوین برای سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیرها

متغیر	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
حرمت جنسی	۰/۰۸۶	۱	۱۸	۰/۷۷۳
اشتغال ذهنی جنسی	۲/۱۸۱	۱	۱۸	۰/۱۵۷
کنترل جنسی درونی	۰/۱۶۱	۱	۱۸	۰/۶۹۳
آگاهی جنسی	۳/۱۷۰	۱	۱۸	۰/۰۹۲
انگیزش جنسی	۲/۳۶۴	۱	۱۸	۰/۱۴۲
اضطراب جنسی	۱/۱۶۸	۱	۱۸	۰/۲۹۴
قاطعیت جنسی	۳/۳۰۳	۱	۱۸	۰/۰۸۶
افسردگی جنسی	۴/۴۵۵	۱	۱۸	۰/۰۵۱
کنترل جنسی بیرونی	۱/۹۰۷	۱	۱۸	۰/۱۸۴
نظارت جنسی	۱/۰۲۳	۱	۱۸	۰/۳۲۵
ترس از رابطه جنسی	۴/۱۸۶	۱	۱۸	۰/۰۵۶
رضایت جنسی	۴/۳۸۰	۱	۱۸	۰/۰۵۱

جدول ۵. نتایج جدول آزمون‌های چندمتغیره برای معناداری اثر هر متغیر مستقل

متغیر	نام آزمون	مقدار	آماره F	فرضیه DF	خطا DF	سطح معناداری	مجذور اتا
گروه	اثر پیلائی	۰/۹۹۸	۸۹/۹۶۲	۶	۱	۰/۰۰۱	۰/۹۹۸
	لامبدای ویلکز	۰/۰۰۲	۸۹/۹۶۲	۶	۱	۰/۰۰۱	۰/۹۹۸
	اثر هتلینگ	۵۳۹/۷۷۳	۸۹/۹۶۲	۶	۱	۰/۰۰۱	۰/۹۹۸
	بزرگترین ریشه	۵۳۹/۷۷۳	۸۹/۹۶۲	۶	۱	۰/۰۰۱	۰/۹۹۸

با توجه به یافته‌های حاصل از جدول ۴ و سطح معناداری به دست آمده در مؤلفه‌های مسائل جنسی می‌توان گفت فرض نرمال بودن برقرار بوده است ( $sig \geq 0/05$ )؛ پس فرضیه برابری واریانس‌ها رد نشد؛ در نتیجه می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده نمود. در جدول ۵، نتایج آزمون‌های چندمتغیره برای بررسی معناداری اثر هر متغیر مستقل مشخص شده است. همانطور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، سطوح معناداری همه مؤلفه‌های متغیر مسائل



جنسی، نشان‌دهنده آن است که گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته به هم تفاوت معناداری دارند. برای پی بردن به این نکته تحلیل کوواریانس انجام گرفت که نتایج حاصل به صورت زیر مشخص گردید. با توجه به برقرار بودن مفروضات، در جدول ۶، آزمون تحلیل کوواریانس، برای تک تک متغیرهای مورد پژوهش استفاده شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر روی میانگین‌های نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل

مرحله	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
حرمت جنسی	گروه	۱۰۸/۸۴۶	۱	۱۰۸/۸۴۶	۲۱/۰۵۴	۰/۰۰۴	۰/۷۷۸	۰/۹۲
	خطا	۳۱/۰۲۰	۶	۵/۱۷۰				
اشتغال ذهنی جنسی	گروه	۶۹/۱۱۴	۱	۶۹/۱۱۴	۴۵/۶۳۰	۰/۰۰۱	۰/۸۸۴	۰/۹۹
	خطا	۹/۰۸۸	۶	۱/۵۱۵				
کنترل جنسی درونی	گروه	۰/۵۷۰	۱	۰/۵۷۰	۰/۰۹۰	۰/۷۷۴	۰/۰۱۵	۰/۹۴
	خطا	۳۸/۰۶۲	۶	۶/۳۴۴				
آگاهی جنسی	گروه	۱۰۱/۲۰۱	۱	۱۰۱/۲۰۱	۱۱۲/۹۲۱	۰/۰۰۰	۰/۹۵۰	۰/۹۱
	خطا	۵/۳۷۷	۶	۰/۸۹۶				
انگیزش جنسی	گروه	۱۳۱/۶۴۵	۱	۱۳۱/۶۴۵	۳۰/۴۲۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳۵	۰/۹۲
	خطا	۲۵/۹۶۴	۶	۴/۳۲۷				
اضطراب جنسی	گروه	۵۷/۳۸۱	۱	۵۷/۳۸۱	۲۳/۲۰۵	۰/۰۰۳	۰/۷۹۵	۱/۰۰
	خطا	۱۴/۸۳۶	۶	۲/۴۷۳				
قاطعیت جنسی	گروه	۸۸/۸۴۷	۱	۸۸/۸۴۷	۶۷/۵۷۲	۰/۰۰۰	۰/۹۱۸	۰/۹۷
	خطا	۷/۸۸۹	۶	۱/۳۱۵				
افسردگی جنسی	گروه	۴۲/۲۷۸	۱	۴۲/۲۷۸	۲۲/۰۴۸	۰/۰۰۳	۰/۷۸۶	۰/۹۷
	خطا	۱۱/۵۰۵	۶	۱/۹۱۸				
کنترل جنسی بیرونی	گروه	۷۵/۲۴۱	۱	۷۵/۲۴۱	۲۲/۵۲۹	۰/۰۰۳	۰/۷۹۰	۰/۹۴
	خطا	۲۰/۰۳۸	۶	۳/۳۴۰				
نظارت جنسی	گروه	۰/۲۰۹	۱	۰/۲۰۹	۱/۰۰۲	۰/۳۵۶	۰/۱۴۳	۰/۹۵
	خطا	۱/۲۵۱	۶	۰/۲۰۸				
ترس از رابطه جنسی	گروه	۷۷/۸۵۴	۱	۷۷/۸۵۴	۳۸/۰۳۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶۴	۱/۰۰
	خطا	۱۲/۲۸۲	۶	۲/۰۴۷				
رضایت جنسی	گروه	۱۲۷/۶۶۲	۱	۱۲۷/۶۶۲	۴۹/۱۹۱	۰/۰۰۰	۰/۸۹۱	۰/۹۶
	خطا	۱۵/۵۷۱	۶	۲/۵۹۵				

جدول ۶ نتیجه آزمون فرضیه تقابل را نشان می‌دهد. چنانکه در این جدول مشاهده می‌شود سطح معناداری نمرات پیش‌آزمون، ابعاد متغیر مسائل جنسی بین دو گروه است که تقابل معنادار است و پس از تعدیل ( $sig \leq 0.05$ )

درمان، بسیار مثبت بوده است. بدیهی است اگر جلسات بیشتر و مداوم‌تر و با تکالیف بیشتری انجام شود نتیجه پایدارتر خواهد ماند مخصوصاً اگر همراه با یادگیری و تکرار باشد. آموزش خودهیپنوتیزم نیز بسیار مؤثر است که در غیاب درمانگر، درمانجو بتواند بر مشکلاتش با تکیه بر توانمندی خود فائق آید.

در تبیین یافته‌های حاصل از پژوهش می‌توان به این موضوع اشاره نمود که با تکنیک‌های هیپنوتیزمی می‌توان گذشته فرد را با رضایت و همکاری خود او بررسی کرد؛ در نتیجه می‌توان تعارضات موجود، احساسات حل نشده در مورد اتفاقات گذشته و اثرات این اتفاقات بر ضمیر ناخودآگاه فرد را کشف و درمان نمود. گاهی بیماران به دلایل مختلف قادر و یا مایل به بیان تجربه ناخوشایند خود در کودکی یا نوجوانی نیستند (Mahdizadegan et al., 2017). در چنین مواردی هیپنوتیزم امنیت روانی مناسب برای بیان تجربه و حل و فصل نمودن آن را فراهم می‌نماید (Azar et al., 2002).

آموزش هیپنوتیزم می‌تواند نقش مفیدی در مدیریت استرس (فشارهای روانی) داشته باشد. در بسیاری از موارد خستگی مفرط و تنش‌های جسمی و ذهنی، منجر به کاهش تمایلات و توانایی‌های جنسی می‌گردد. همه مردم به روش‌هایی نیاز دارند که بتوانند با مدیریت فشارهای روانی، فعالیت‌های روزمره از جمله عملکرد جنسی خود را حفظ کنند. از آنجا که اختلالات جنسی به صورت تکرارشونده و مداوم، موجبات ناخرسندی و ناخشنودی بیماران را فراهم می‌نماید، آموزش تکنیک قدرتمند و کارآمد هیپنوتیزم، فرد را به ابزار مؤثری برای تداوم درمان مجهز می‌نماید. یکی از پیامدهای عمده اختلالات جنسی، احساس یأس و ناامیدی فرد در ازسرگیری تجربه جنسی است. از هیپنوتیزم می‌توان برای القای امید، افزایش اعتماد به نفس و اصلاح باورهای آسیب‌دیده استفاده کرد. درک حالت خاص هیپنوتیزمی و تجربیات منحصربه‌فرد سوژه در این وضعیت، وی را نسبت به قدرت ذهنش و اینکه هیپنوتیزم قادر است به او کمک کند، مطمئن می‌سازد (Mary, 2011). صرف نظر از نوع اختلال جنسی، همیشه این اختلال می‌تواند موجب تیرگی

آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد که البته این تفاوت در پس‌آزمون برخی ابعاد بیشتر تأثیرگذار بوده است؛ بنابراین فرض صفر، مبنی بر عدم تفاوت بین دو گروه رد می‌شود. گفتنی است بر اساس نمرات شدت اثر هیپنوتراپی در زنان مبتلا به دیسپارونی می‌تواند عملکرد جنسی در آنها را به طور کلی (مبتنی بر سؤال شماره ۱ پژوهش) بهبود بخشد؛ این اثربخشی سبب افزایش مؤلفه‌های حرمت جنسی، اشتغال ذهنی جنسی، آگاهی جنسی، انگیزش جنسی، قاطعیت جنسی و رضایت جنسی شده است و همچنین بر مؤلفه‌های اضطراب جنسی، افسردگی جنسی، ترس از رابطه جنسی و کنترل جنسی بیرونی اثر کاهشی داشته و سبب کاهش این متغیرها شده است. مؤلفه‌های نظارت جنسی و کنترل جنسی درونی نیز در اثر هیپنوتراپی در زنان مبتلا به دیسپارونی تغییری نکرده‌اند.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده از این پژوهش همسو با نتایج و یافته‌های اثربخشی هیپنوتراپی در میزان اضطراب (Lotfifar et al., 2013) و همچنین پژوهش (Maleki Delarestani, 2016) با موضوع اثربخشی هیپنودرمانی در بهبود عملکرد جنسی، و پژوهش (Moghtader et al., 2014) با موضوع تأثیر هیپنوتراپی شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی زنان با سندروم PMS (سندرم پیش از قاعدگی زنان) و پژوهش (Rajaei & Eshghi, 2018) با موضوع تأثیر هیپنوتراپی شناختی- رفتاری بر بهبود اضطراب و عملکرد جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس و پژوهش (Poorchin, 2014) با موضوع اثر بخشی هیپنوتیزم بر افزایش سازگاری زناشویی و جنسی و کاهش دلزدگی جنسی زنان نابارور بوده است که همگی این پژوهش‌ها بر این موضوع تأکید کرده‌اند که هیپنوتراپی بر عملکرد جنسی، آرامش ذهنی و فکری، خودپنداره مثبت، اضطراب جنسی مؤثر بوده است. همان‌گونه که در بخش یافته‌ها نیز گفته شد در پژوهش حاضر هیپنوتراپی تأثیر مثبت و به‌سزایی در عملکرد جنسی و تقویت خودپنداره بانوان دیسپارونی گذاشته است و رضایتمندی و توانمندی در گفتار و اعمالشان مشهود بوده که این نتیجه برای هشت جلسه

مورد مسائل جنسی بسیار خودنمایی می‌کنند؛ این موضوع باعث می‌شد افراد به سختی به پذیرش برسند و در این دوره‌ها شرکت و به اثربخشی آن اعتقاد پیدا کنند. پیشنهادها لازم می‌تواند این باشد که با تأکید بر اثربخش بودن هیپنوتراپی، به جای خصوصی انجام شدن هیپنوز برای صرفه‌جویی هزینه‌ها، (اگر موضوع بیماری قابل درمان گروهی باشد) درمان به صورت گروهی انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در مراکز و کلینیک‌های زنان و زایمان، یک بخش مرتبط با روانشناس یا روانپزشک متخصص در زمینه هیپنوتراپی قرار داده شود که افراد مبتلا به اختلالات جنسی از این مدل درمانی نیز بتوانند بهره‌مند شوند.

#### منابع

- Aliakbari M, Heydarinasab L, Ghobadi S. (2013). Surveying the Relation between Sexual Performance and Marital Compatibility in Married Women. *Clinical Psychology and Personality*, 11(1), 87-98. [Persian]
- Aliakbari M. (2011). Surveying the Relation between Sexual Performance and Marital Compatibility. *Journal of behavioral sciences*;4(3),199-206. [Persian]
- Alladin A. (2013). Healing the wounded self: Combining hypnotherapy with ego state therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 56(1):3-22. doi: 10.1080/00029157.2013.796282.
- Alladin A. (2014). The wounded self: New approach to understanding and treating anxiety disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 56(4):368-88. doi: 10.1080/00029157.2014.880045.
- Alladin A, Amundson J. (2016). Cognitive hypnotherapy as a trans diagnostic protocol for emotional disorders. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 64(2):147-66. doi: 10.1080/00207144.2016.1131585.
- Azar M, Iranpoor C, Noohi S. (2002). Sexual dysfunction in mental health of women. *Journal of psychiatric and clinical psychology of Iran*;9(2):22-29. [Persian]
- Barbara G, Facchin F, Meschia M, Berlanda N, Frattaruolo MP, Vercellini P. (2016). When love

رابطه بیمار با همسرش گردد. از سوی دیگر وجود روابط خانوادگی نامناسب و مخدوش، به خودی خود باعث بروز یا تشدید اختلالات جنسی می‌شود. در واقع عملکرد جنسی نامطلوب و روابط خانوادگی مخدوش، چرخه معیوبی را ایجاد می‌کنند که در صورت عدم درمان به‌موقع، به‌طور فزاینده‌ای موجب وخامت بیشتر اوضاع می‌گردند (Barbara et al., 2016).

مبتلایان به اختلالات جنسی به خوبی می‌دانند که در مواقع استرس و در شرایط اضطرابی، اختلالشان شدیدتر بروز می‌کند. از سوی دیگر بروز شدیدتر اختلال، باعث استرس و تنش‌های بیشتری می‌گردد. این بیماران در ابتدای هر تجربه جنسی، دچار نگرانی و تشویش ناشی از انتظار تکرار ناکامی‌های جنسی گذشته می‌شوند. همین نگرانی و اضطراب، احتمال ناکامی را افزایش می‌دهد؛ بدین ترتیب چرخه معیوبی ایجاد می‌شود که به‌طور مستمر بر شدت اختلال می‌افزاید. هیپنوتیزم با مدیریت استرس، ایجاد آرامش و همچنین کنترل نگرانی‌ها و هیجانات ناخوشایند، این چرخه معیوب را قطع و نشانه‌ها را به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای بهبود می‌بخشد (Mehdipoor & Heydarian, 2017).

از سوی دیگر می‌دانیم که ذهن و بدن، اثرات غیرقابل‌انکاری بر هم دارند و تمامی فرایندهای ذهنی و بدنی متأثر از یکدیگرند. یکی از دلایل ایجاد و یا تشدید اختلالات جنسی، مخدوش شدن ارتباط سالم و طبیعی ذهن و بدن است. در این حالت پیام‌های ارسال مغز، اثرات جسمی مورد انتظار را ایجاد نمی‌کند. توسط هیپنوتیزم می‌توان ذهن را برای ارتباطی سالم‌تر با بدن برنامه‌ریزی نمود؛ بدین ترتیب فرد بدون آنکه آگاهانه تلاش نماید، در اعماق ذهن ناخودآگاه خویش اثرات درمانی را دریافت می‌دارد (Moghtader et al., 2014).

مهمترین محدودیت این دست پژوهش‌ها دسترسی به اطلاعات و مواردی مربوط به مسائل جنسی است که به دلیل باورها و تابوهای فرهنگی ایجاد شده است؛ در نتیجه آن تعداد نمونه پایین تعداد خطا را بیشتر می‌کند. همچنین از محدودیت‌های دیگر بی‌اعتمادی و باورهای عجیب و غریب در مورد درمان هیپنوتیزمی است؛ این باورهای عجیب در

- hurts. A systematic review on the effects of endometriosis surgical and pharmacological treatments on female sexual functioning. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 96(6): 668-87.
- Farah Bidjari A, Peivastegar M, Zareif Jalali Z. (2013). A comparison of dimensions of self-concept and adjustment in adaptive and maladaptive narcissistic persons. *Journal of Psychological Studies*;9(4):99-128. [Persian]
- Ghavam M, Tasbihsazan R. (2008). Prevalence and diversity of sexual disorders among male and female patients in a family health care clinic. *Stud Med Sci.*;18(4):634-639. [Persian]
- Golden WL. (2012). Cognitive hypnotherapy for anxiety disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis.* 54(4):263-74. doi: 10.1080/00029157.2011.650333.
- Goldstein SW, Winter AG, Goldstein I. (2018). Improvements to the Vulva, Vestibule, Urethral Meatus, and Vagina in Women Treated with Ospemifene for Moderate to Severe Dyspareunia: A Prospective Vulvoscopic Pilot Study. *Sex Med.* 6:154-161.
- Hamond L. (1998). *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors.*
- Hosseinzadegan F, Radfar M, Shafiee Kandjane A, Sheikhi N. (2015). The effect of self-hypnosis on severity and quality of pain in women with multiple sclerosis. *Nurs Midwifery J.*;13(4):292-301. [Persian]
- Jaafarpour M, Maroufi M, Molaeinezhad M. (2016). Relationship between Sexual self-concept and Sexual Performance in Married Women Referring to Mobarakeh Health Centers, Iran. *J Res Dev Nurs Midw.*;12(3):40-47. [Persian]
- Jensen MP. (2013). *Hypnosis for chronic pain management.* New York: Oxford University Press.
- Johnston SL. (2013). *Women's Experience of vaginismus and its treatment an Interpretative Phenomenological Analysis-* school of psychology clinical section. Thesis to get M.A. Degree. University of Leicester.
- Kaplan & Sadock. (2015). *Synopsis of psychiatry, 3<sup>rd</sup> edition,* Arjmand: Tehran.
- Fuchs F. (1980). Therapy of vaginismus by hypnotic desensitization, *American Journal of obstetrics and Genecology.* Volume 137, Issue 1, Pages 1-7.
- Lotfifar B, Karami A, Sharifi Daramadi P, Fathi M. (2013). Effectiveness of hypnotherapy on anxiety level. *Research in Medicine*;37(3):164-170. [Persian]
- Mahdizadegan I, Barekat E, Golparvar M. (2017). A Comparison between Males/Females and Divorcing ones on Sexual Functioning in Isfahan. *Knowledge & Research in Applied Psychology,* 17(1), 16-24. [Persian]
- Maleki Delarestani H. (2016). Comparison between effect of behavioral-cognitive hypnotherapy and sexual behavioral-cognitive therapy on anxiety and sexual function of people with vaginismus. M.A. thesis. Islamic Azad University. [Persian]
- Mary L. (2011). Treatment of vaginismus by psycholotrapy with Adjunctive Hypnosis. *American journal of clinical Hypnosis,* Volume 10, issue 4. 272-277.
- Mehdipoor A, Heydarian S. (2017). Effect of hypnotherapy on marital adaptation and reduction of marital boredom in Behshahr. M.A. thesis. Islamic Azad University. [Persian]
- Moghtader L, Hasanzade R, Mirzaeian B, Dusti Y. (2014). Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy and Group Cognitive Hypnotism on Anxiety and Depression in Women with Premenstrual Syndrome. *Journal of holistic nursing and midwifery*;25(81):96-105. [Persian]
- Poorchin R. (2014). Effect of hypnotherapy on treating vaginismus. M.A. Thesis. Islamic Azad University. [Persian]
- Rajae F, Eshghi R. (2018). The effect of behavioral-cognitive hypnotherapy on improving anxiety and sexual performance of vaginismus patients. *Journal of Clinical Psychology,* 9(4), 55-69. [Persian]
- Ramezani M, Ghaem Maghami A, Talakar M, Saadat H, Zamani E, Shams J, Hadi S. (2013). Validity and Reliability Assessment of Multi-Dimensional Sexual Self-Concept Questionnaire for Iranian

Population. Iranian Journal of Military Medicine;14(4):302-309. [Persian]

Snell WE. (1990). The sexuality scale: An instrument to measure sexual self-esteem, sexual depression, and sexual preoccupation. J Sex Res; 26(2):256-63.

Yapko MD. (2012). Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis. Abingdon: Routledge.