

# آسیب‌زائی و رواندرمانی جنسی

آسیب‌زائی و رواندرمانی جنسی:

از این شماره تلاش داریم که تازه‌ترین یافته‌های علمی را در آسیب‌شناسی و رواندرمانی جنسی، از پژوهشگران ایرانی و غیر ایرانی ره‌آورد داشته باشیم، باشد که توفیق شناساندن دانش پر مسأله و گسترده سکسولوژی و شاخه‌های وابسته به آن را پیدا کنیم. به مناسبت اهمیت فوق‌العاده و جایگاه متمایز آن در علوم از دیگر دانشمندان و صاحب‌نظران می‌خواهیم تا با ارسال پژوهش‌ها و نظرات خود یاریمان کنند.

## مشکلات جنسی:

### طبقه‌بندی، علت‌شناسی، سنجش و درمان

محمد علی بشارت<sup>۱</sup>

#### چکیده

این مقاله مشکلات جنسی را در چهار محور طبقه‌بندی، علت‌شناسی، سنجش و درمان بررسی می‌کند. محور اول به توصیف مشکلات جنسی اختصاصی زن و مرد می‌پردازد. محور دوم عوامل روانشناختی مشکلات جنسی را تشریح می‌کند و بر نقش تعیین‌کننده کیفیت ((رابطه)) زوجین در تشکیل و تداوم این دسته از مشکلات تأکید می‌ورزد. سنجش بالینی، دشواری‌های مصاحبه بالینی در زمینه موضوعات جنسی، این رازهای مگو را آشکار می‌سازد. موضوعات اصلی، ابزار و روش‌های معتبر سنجش بالینی را معرفی می‌کند و با تدوین فرمول درمان، محور سوم را می‌بندد. محور چهارم، راهنمای عملی درمان مشکلات جنسی است، اما تنها به تبیین یکی از رویکردهای درمانی یعنی

۱ - دکتر محمد علی بشارت، دکترای تخصصی روانشناسی بالینی از دانشگاه لندن، استادیار دانشگاه تهران، رواندرمان، عضو انجمن سکس درمانی انگلستان

سکس‌درمانی رفتاری به منزله درمان منتخب ((ناکنش‌وری‌های جنسی)) بسنده می‌کند تا این محور همچنان باز بماند.

مشکلات جنسی طیفی گسترده از پویایی‌های آشکار و نهان احساسات و عواطف تا کنش‌وری‌های حسی - حرکتی را متأثر می‌سازند. این مقاله صرفاً مشکلات دسته‌ی اخیر را در چهار محور طبقه‌بندی، علت‌شناسی، سنجش و درمان پوشش می‌دهد. ناکنش‌وری جنسی<sup>۱</sup> با اختلال در میل جنسی<sup>۲</sup>، انگیزتگی جنسی<sup>۳</sup>، ارگاسم<sup>۴</sup> و یا احساس درد به هنگام آمیزش جنسی مشخص می‌شود. این دسته از مشکلات جنسی، در چهارچوب جنسیت بهنجار، از انحرافات جنسی<sup>۵</sup> یا پارافیلیاها<sup>۶</sup> متمایز شده به منزله مقوله‌های بالینی متفاوت درمان می‌شوند. اما واقعیت بالینی مشکلات جنسی همواره منعکس‌کننده این یا آن دسته از اختلالات نیست. برای مثال، ناکنش‌وری نعوظ<sup>۷</sup> ممکن است بر اساس فعالیت‌ها و خیال‌پردازی‌های جنسی پارافیلیایی، مانند پوشیدن جامه‌های چرمی و پلاستیکی تشکیل می‌شود. چنانچه انحراف جنسی ممکن است بر یک مشکل جنسی تکیه‌زند. همپوشی<sup>۸</sup> و همبودی<sup>۹</sup> ناکنش‌وری جنسی و انحراف جنسی، سنجش بالینی هر یک از دو دسته اختلال را به دریایی دیگری با هدف تشخیص ماهیت مستقل یا وابسته اختلال ملزم می‌کند.

طبقه‌بندی دوگانه کنش‌وری و ناکنش‌وری جنسی به منزله دو کیفیت کاملاً مستقل و متفاوت نیست و با واقعیت‌های بالینی مطابقت نمی‌کند، بلکه تظاهرات کنش‌ور و ناکنش‌ور جنسی در یک امتداد شخص را با دوره‌های پی در پی فعالیت جنسی بهنجار و نابهنجار مواجه می‌سازد. نسبت ناکنش‌وری جنسی در اشخاص، زوجها و جوامع مختلف مؤید گستردگی و پویایی کنش‌وری - ناکنش‌وری است و نشان می‌دهد که نمی‌توان آن را در چند مقوله محدود دسته‌بندی کرد.

1 - Sexual Dysfunction

2 - Sexual Desire/ Interest

3 - Sexual Arousal

4 - Orgasm

5 - Sexual Aversion

6 - Paraphilia

7 - Erectile Dysfunction

8 - Overlap

9 - Comorbidity

سکس درمانگر همواره با این محدودیت‌ها و البته محدودیت‌های بسیار دیگر مواجه است. بحث‌های آینده هدفی دوگانه را دنبال می‌کنند. آشکارسازی بعضی از محدودیت‌های سکس‌درمانی، راهکارهای عملی برای درمان مشکلات جنسی معین. این مقاله مقدمه‌ای است برای انتشار یافته‌های جدید مؤلف در زمینه نتایج سکس‌درمانی ناکنش‌وری‌های جنسی، شامل تک بررسی‌های بالینی و تحقیقات گسترده در مورد گروه‌های متفاوت بیماران ایرانی که از مشکلات جنسی رنج می‌برند.

## ۱ - طبقه‌بندی مشکلات جنسی

مشکلات جنسی به شیوه‌های متفاوت طبقه‌بندی می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴؛ بنکرفت<sup>۲</sup> ۱۹۸۹؛ دوسیلوا<sup>۳</sup> ۱۹۹۴، کاپلن<sup>۴</sup> ۱۹۷۴، مسترز و جانسن<sup>۵</sup> ۱۹۷۰، هاتن<sup>۶</sup> ۱۹۸۵). در این مقاله تنها به تشریح مشکلات جنسی بر اساس طبقه‌بندی هاتن می‌پردازیم. در نظام هاتن انواع مشکلات جنسی زن و مرد در چهار دسته اختلالات میل جنسی، انگیختگی جنسی، ارگاسم و مشکلاتی که جزء هیچ یک از سه دسته نخست به حساب نمی‌آیند، طبقه‌بندی می‌شوند. از مشخصه‌های این طبقه‌بندی یکی زمان شروع مشکل است که به اعتبار آن ناکنش‌وری جنسی اولیه یا ثانوی محسوب می‌شود و دیگری موقعیت ظهور مشکل است که به استناد آن ناکنش‌وری موقعیتی<sup>۷</sup> یا مطلق<sup>۸</sup> تلقی می‌شود. مسترز و جانسن (۱۹۷۵) این دو مشخصه را تشخیص دادند. ناکنش‌وری اولیه اختلالی است که از آغاز فعالیت‌های جنسی شخص پیوسته تجربه شده است. ناکنش‌وری ثانوی اختلالی است که به دنبال یک دوره فعالیت جنسی بهنجار پیش می‌آید. اگر ناکنش‌وری محدود به یک موقعیت خاص باشد (مثلاً به هنگام آمیزش با همسر) آن را موقعیتی گویند و اگر چنین محدودیتی وجود نداشته باشد مطلق است.

1 - American Psychiatric Association

2 - Bancroft

3 - Desilva

4 - Kaplan

5 - Masters & Jahnson

6 - Hawton

7 - Situational

8 - Total

هریک از مشکلات جنسی ممکن است نخستین یا ثانوی و موقعیتی یا مطلق باشند و بر این اساس، نشانه‌شناسی، علت‌شناسی و تکنیک‌های درمانی متمایز می‌شوند.

### الف مشکلات جنسی زنان:

بر اساس طبقه‌بندی هاتن (۱۹۸۵) مشکلات جنسی به شش مقوله تقسیم می‌شوند:

#### ۱ - کاهش میل جنسی

#### *Impaired sexual interest / Desire*

کاهش میل جنسی شایع‌ترین مشکل زنان است (بنکرف ۱۹۸۹، هاتن ۱۹۸۵). اختلال میل جنسی در مواردی به صورت فقدان میل جنسی خودانگیخته ظاهر می‌شود، یعنی شخص تمایل به آغازگری فعالیت‌های جنسی ندارد هر چند با انجام تحریکات جنسی از سوی همسرش قادر خواهد بود انگیختگی جنسی و ارگاسم را تجربه کند. در بعضی موارد این اختلال به آغازگری جنسی محدود نمی‌شود و شخص از دریافت تحریکات جنسی هم متنفر است. کاهش میل جنسی معمولاً در چهارچوب یک رابطه، هنگامی که زندگی جنسی زوجین را متأثر می‌سازد به عنوان مشکل ظاهر می‌شود.

#### ۲ - کاهش انگیختگی جنسی

#### *Impaired Sexual Arousal*

کاهش انگیختگی جنسی یا ناپاسخدهی<sup>۱</sup> با فقدان پاسخ‌های فیزیولوژیکی معمول چون لیزی مهبل<sup>۲</sup> و انبساط مجرای مهبل و با فقدان احساس‌های وابسته به تحریک جنسی مشخص می‌شود. این مشکل معمولاً در پی تغییرات هورمونی پس از زایمان و پس از یائسگی<sup>۳</sup> به وجود می‌آید.

#### ۳ - ناکنش‌وری ارگاسمی

#### *Orgasmic Dysfunction*

ناکنش‌وری ارگاسمی یا بی‌ارگاسمی<sup>۴</sup> مشخص‌کننده ناتوانی فرد در رسیدن به ارگاسم است. ناکنش‌وری ارگاسمی در شکل اولیه و مطلق آن اختلالی نسبتاً شایع است (بنکرف ۱۹۸۹، مسترز و جانسن ۱۹۷۰). ناکنش‌وری ارگاسمی ثانوی معمولاً از دشواری‌های رابطه زن با شوهرش ناشی می‌شود، اگر فعالیت‌های جنسی برای شخص لذت بخش باشد فقدان تجربه ارگاسم الزاماً یک اختلال محسوب نمی‌شود (هاتی ۱۹۸۵).

1 - Non - responsiveness

2 - Lubrication

3 - Menopause

4 - Anorgasmia

**۴ - انقباض مهبل****Vaginismus**

در این وضعیت بر اثر اسپاسم<sup>۱</sup> غیرارادی عضلات مهبل اذخال<sup>۲</sup> تقریباً غیر ممکن می‌شود (مسترز و جانسن ۱۹۷۰). اسپاسم عضلانی معمولاً پیش از آمیزش یا موقع دخول اتفاق می‌افتد. (لاهونت ۱۹۷۸)، و از علل اصلی ازدواج‌های بی‌زفاف<sup>۳</sup> محسوب می‌شود (دودل<sup>۴</sup> ۱۹۷۷). انقباض مهبل معمولاً یک ناکنش‌وری نخستین است، هر چند شکل ثانوی آن هم یک پدیده بالینی شناخته شده است. در این حالت در پی آسیب‌های مهبل، مانند اپیزیوتومی<sup>۵</sup> ترمیم نیافته یا زخم‌ها و عفونت‌های مهبل پیش می‌آید و انتظار درد دخول آن را تشدید می‌کند. در اکثر موارد انقباض مهبل با هراس<sup>۶</sup> از دخول مهبل در ارتباط قرار می‌گیرد (هاتن). ترس شدید از زایمان نیز در مواردی مشاهده شده است. انقباض مهبل ممکن است جزئی از یک اختلال جنسی گسترده‌تر، مانند بازداری عمومی میل جنسی و تنفر نسبت به تماس‌های جنسی باشد و نه یک مشکل مستقل.

**۵ - دخول دردناک****Dyspareunia**

دخول دردناک در جریان آمیزش جنسی به دو شکل بالینی قابل تشخیص است، سطحی و عمقی. در شکل اول احساس درد در مدخل مهبل متمرکز می‌شود و در شکل دوم دخول عمیق دردناک است. دخول دردناک سطحی تحت تاثیر عواملی چون انقباض مهبل خفیف، فقدان انگیختگی، عفونت مهبل یا کیست بارتولین<sup>۷</sup> به وجود می‌آید، اما دخول دردناک عمقی غالباً مبنایی جسمانی دارد؛ عفونت مهبل مانند برفک یا تبخال، بیماری تخمدان، یا آندومتریوز<sup>۸</sup> و سایر اختلالات لگنی. البته گاه کاهش انگیختگی جنسی هم باعث دخول دردناک عمقی می‌شود یعنی وقتی قسمت درونی مهبل متسع نشود و رحم مرتفع نگردد.

**۶ - هراس جنسی****Sexual Phobia**

- 
- 1 - Spasm
  - 2 - Penetration
  - 3 - Non - consumated
  - 4 - Duddle
  - 5 - Episiotomy
  - 6 - Phobia
  - 7 - Bartholin's cyst
  - 8 - Endometriosis

هراس جنسی به عنوان یک پدیده بالینی مستقل نادر است. این مشکل جنسی معمولاً با اختلالاتی چون کاهش میل جنسی یا کاهش انگیزتگی همراه است. هراس ممکن است بسیار اختصاصی باشد، مانند تنفر از دست زدن به احلیل یا منی شوهر یا تعمیم یافته، چون تنفر از پیش‌نوازی‌های<sup>۱</sup> جنسی. هراس جنسی الزاماً مانع لذت بردن از دیگر فعالیت‌های جنسی نمی‌شود. اما در مواردی انگیزتگی جنسی را کاملاً متوقف می‌سازد. هراس‌های جنسی بعضاً با یک تجربه آسیب‌زای پیشین، مانند تجاوز جنسی یا زنا با محارم، در ارتباط قرار می‌گیرد.

## ب - مشکلات جنسی مردان:

مشکلات جنسی مردان در طبقه‌بندی هاتن (۱۹۸۵)، عبارتند از:

### *Impaired Sexual Interest / Desire*

### ۱ - کاهش میل جنسی

کاهش میل جنسی مردان یکی از مشکلات جنسی شایع است (کاپلن ۱۹۷۷، ۱۹۷۹)، و در غالب موارد باعث اختلال جنسی دیگر چون ناکنش‌وری نعوظ می‌شود (هاتن ۱۹۸۵). وقتی کاهش میل جنسی یک مشکل اولیه باشد احتمال وجود یک عامل عضوی افزایش می‌یابد. کاهش میل جنسی ثانوی در مردان نیز همچون زنان حاصل مشکلات رابطه‌ای بین زن و شوهر است، گرچه افسردگی و بیماری‌های جسمانی هم از علل شناخته شده هستند.

### *Erectile Dysfunction*

### ۲ - ناکنش‌وری نعوظ

ناکنش‌وری نعوظ (ناتوانی جنسی)<sup>۲</sup> یعنی ناتوانی کامل یا دشواری نعوظ که در دو مرحله فرد را با مشکل مواجه می‌سازد: مرحله تشکیل نعوظ و مرحله تداوم نعوظ. ناکنش‌وری نعوظ از شایع‌ترین اختلالات جنسی مردان است (اسپکتر و کری<sup>۳</sup> ۱۹۹۰، هاتن ۱۹۸۵). میانگین سنی مردانی که دچار ناتوانی جنسی می‌شوند بیش از میانگین سنی مردانی است که از دیگر اختلالات جنسی رنج می‌برند. کنش‌وری نعوظ در برابر عوامل روانشناختی مخصوصاً اضطراب، اختلالات جسمانی و اثرات جانبی داروها به شدت آسیب‌پذیر است. ناکنش‌وری نعوظ اولیه و مطلق نسبتاً نادر است و معمولاً اساس جسمانی دارد، حتی اگر تشکیل نعوظ ناقص امکان‌پذیر باشد (واگنر و گرین<sup>۴</sup> ۱۹۸۱). ناکنش‌وری نعوظ نخستین اگر موقعیتی باشد، یعنی وضعیتی که

1 - Foreplay

2 - Impotence

3 - Spector & Carey

4 - Wagner & Green

تشکیل نعوظ در تنهایی امکان پذیر است اما در حضور همسر مشکل یا به محض تلاش برای ادخال فرو نشیند، معمولاً اساس روانشناختی دارد.

### ۳ - زود انزالی (انزال زودرس) *Premature Ejaculation*

تعریف دقیق این وضعیت بالینی به منزلهٔ یک ناکنش‌وری جنسی دشوار است. رسیدن به اوج لذت جنسی پیش از تکمیل فعالیت جنسی رضایت‌بخش برای زوجین و ارگاسم فوری از مشخصه‌های اصلی این اختلال است. اما معیار سرعت و فوریت چیست؟ مفاهیم «زمان» و «کنترل» ارادی یعنی به تأخیر انداختن انزال تا رسیدن شریک جنسی به مرحلهٔ ارگاسم، بحث‌انگیز و مبهم هستند (کاپلن ۱۹۷۹). میزان مداخلهٔ این مشکل در فعالیت و لذت جنسی زوجین معیاری است مناسب. برای مثال، انزال پیوسته پیش از ادخال یا بلافاصله پس از ادخال قطعاً با اختلال زود انزالی مطابقت می‌کند. در حالی که ارگاسم سریع گهگاهی مشکل محسوب نمی‌شود. همانند ناکنش‌وری نعوظ، زودانزالی می‌تواند مطلق یا موقعیتی و اولیه یا ثانوی باشد.

### ۴ - دیر انزالی (انزال دیررس) *Retarded Ejaculation*

ناتوانی در انزال و تجربهٔ ارگاسم به رغم تحریکات جنسی فراوان مشخص‌کنندهٔ این اختلال نسبتاً نادر است (دو<sup>۱</sup> ۱۹۸۱، مسترز و جانسن ۱۹۷۰). چند شکل بالینی دیر انزالی تشخیص داده شده است. دیر انزالی کامل، در این حالت فرد در همهٔ موقعیت‌ها (آمیزش، استمناء و خواب) با مشکل مواجه می‌شود. دیر انزالی ناقص، در این وضعیت انزال ضمن آمیزش جنسی مختل می‌شود در حالی که در موقعیت‌های دیگر بهنجار است. سخت انزالی یا انزال دشوار، در این حالت انزال مستلزم تحریکات جنسی گسترده و ادخال‌های بسیار طولانی است. ناتوانی در انزال از انزال پس‌گستر<sup>۲</sup> (درون‌ریز) متمایز می‌شود، چرا که در حالت دوم شخص ارگاسم را تجربه می‌کند اما منی به درون مثانه می‌ریزد. این وضعیت معمولاً تحت تأثیر عوامل جسمانی مانند برداشتن پرستات<sup>۳</sup>، دیابت<sup>۴</sup> یا داروهایی چون آرام‌بخش‌های قوی<sup>۵</sup> به وجود می‌آید.

### ۵ - درد انزالی (انزال دردناک) *Ejaculatory Pain*

1 - Dow

2 - Retrograde Ejaculation

3 - Prostate

4 - Diabetes

5 - Major Tranquillizer

انزال دردناک معمولاً تحت تأثیر عفونت مجرای ادرار، کیسه‌های منوی، غدهٔ پرستات یا مثانه به وجود می‌آید. احساس سوزش در احلیل پس از انزال نشانهٔ اختصاصی این اختلال است. در مواردی مردان کاملاً سالم گزارش می‌دهند پس از انزال تماس ناحیهٔ حشفه بسیار دردناک است. این درد به دلیل حساسیت پذیری بیش از حد حشفه پس از انزال است. کاپلن (۱۹۷۹) انزال دردناک و درد پس از انزالی را با اسپاسم عضلات میان‌دوره‌ای<sup>۱</sup> به دلیل اضطراب مرد نسبت به انزال مرتبط می‌داند.

## ۶- ادخال دردناک

### Dyspareunia

ادخال دردناک یا درد ضمن آمیزش در مردهای بسیار نادر است (بنگرفت ۱۹۸۹) و معمولاً علت جسمانی دارد، مانند عفونت موضعی یا پارگی حشفه.

## ۷- هراس جنسی

### Sexual Phobia

مردها به ندرت از تنفر نسبت به جنبه‌های خاص رفتار جنسی رنج می‌برند. هراس جنسی بیشتر به صورت یک جزء مهم از ناکنش‌وری دیگر ظاهر می‌شود. برای مثال در ناکنش‌وری نعوظ تنفر جنسی نسبت به تحریک جنسی شدید شریک جنسی یا به لیزی مهلبی دیده شده است.

در خاتمهٔ بحث طبقه‌بندی مشکلات جنسی ذکر یک نکته لازم به نظر می‌رسد که آنچه تحت عنوان «هراس جنسی»، (مردان و زنان) تشریح شد، از نظر نشانه‌شناسی بیشتر با «تنفر»<sup>۱</sup> مطابقت می‌کند تا «هراس»<sup>۲</sup> به همین دلیل بعضی از مؤلفان اصطلاح «تنفر جنسی»<sup>۳</sup> را ترجیح می‌دهند.

## ۲- علت شناسی مشکلات جنسی

غالب مشکلات جنسی چند عاملی هستند (کرو و جونز<sup>۳</sup> ۱۹۹۲، هاتن ۱۹۸۵). تعامل مجموعه‌ای از عوامل، شامل خصیصه‌های فردی و کیفیت رابطهٔ زوجین نقش تعیین کننده دارند. به طور کلی عوامل تعیین کنندهٔ مشکلات جنسی به دو دستهٔ روانشناختی و جسمانی تقسیم می‌شوند.

1 - Perineal

2 - Sexual Aversion

3 - Crowe & Jones



در این مقاله به اختصار با تعدادی از تعیین‌کننده‌های روان‌شناختی مشکلات جنسی آشنا می‌شویم و در زمینه عوامل جسمانی به اشاره اکتفا می‌کنیم. به دلیل اهمیت نقشی که «کیفیت رابطه زوجین» در پیدایش و تحول مشکلات جنسی ایفاء می‌کند بحثی هم در این زمینه خواهیم داشت.

### الف - جهل جنسی

#### *Ignorance*

فقدان دانش جنسی یا اطلاعات نادرست درباره مسائل جنسی با افزایش آسیب‌پذیری فرد زمینه‌ساز پیدایش ناکنش‌وری جنسی می‌شود (بنکرفت ۱۹۸۹، زیلبرگل<sup>۱</sup> ۱۹۷۸ مسترز و جانسن ۱۹۷۰، هاتن ۱۹۸۵). مردان جوان، با تصویری نادرست از قدرت مهار انزال و این باور که هنجار بسیار طولانی‌تر از آن است که واقعاً هست، نسبت به سرعت رسیدن به اوج لذت جنسی بسیار نگران و مضطرب می‌شوند، وضعیتی که به ایجاد و استمرار مشکلات نعوظ و انزال کمک می‌کند. فقدان دانش جنسی و اندیشه‌های نادرست در زنان هم به ترس از آمیزش جنسی منجر می‌شود، مانند این تصور که آمیزش جنسی الزاماً دردناک است، وضعیتی که زمینه‌ساز دشواری‌های واقعی می‌شود. در گروه‌های فرهنگی خاص وجود بعضی باورها می‌تواند به دشواری‌هایی در سازش جنسی منجر شود. برای مثال، این باور که از دست دادن منی به مقدار زیاد یا در نوجوانی، علت اختلالات جنسی و غیر جنسی پنداشته می‌شود صاحبان این باورها را در برابر بیماری‌های مفروض آسیب‌پذیر می‌سازد (دوسیلوا و دیس سانایاک<sup>۲</sup> ۱۹۸۹، مالهورتا و ویگ<sup>۳</sup> ۱۹۷۵).

فقدان اطلاعات کالبد شناختی جنسی نیز زمینه‌ساز ناکنش‌وری‌های جنسی شناخته شده است (هاتن ۱۹۸۵). برای مثال، اگر زن جایگاه کلیتوریس<sup>۴</sup> را نداند یا اساساً از وجود آن بی‌اطلاع باشد، در مقابل ناکنش‌وری ارگاسمی آسیب‌پذیر خواهد بود. جهل جنسی مشابه از سوی مرد نیز با ناکنش‌وری جنسی زن دامن می‌زند. دانش جنسی نسبت به جنس مخالف هم غالباً ضعیف و نادرست است.

در سنجش بالینی، بررسی کیفیت دانش بیمار در مورد سکس و باورهای مربوط به آن، به اندازه کاوش ماهیت خود مشکل جنسی مهم هستند.

1- Zilbergeld

2- Dissanayake

3 - Malhotra & Wig

4 - Clitoris

**ب - بازخوردها****Attitudes**

تجربه کودک از بازخوردهای خانواده‌اش نسبت به جنسیت، رفتار جنسی و روابط شخصی تحول روانی جنسی او را عمیقاً متأثر می‌سازد. در خانواده‌ای که سکس یک راز مگو است و به منزله یک تابو<sup>۱</sup> تلقی می‌شود، کودک ممکن است آن را پلید و شرم آور بداند. بازخوردهای اجتنابی والدین نسبت به سکس و تجویز آن صرفاً برای تولید مثل و نه لذت طلبی بازداری‌های شدید جنسی را در پی خواهد داشت (مسترز و جانسن، ۱۹۷۰). بازخوردهای متفاوت زوجین در زمینه مسائل جنسی نیز مشکل‌آفرین می‌شوند. تمایل یک همسر به آزمایشگری شکل‌های متنوع پیش‌نوازی، وضعیت‌های متفاوت آمیزش و ... با بازخوردهای اجتنابی و بازداری‌های شدید همسر دیگر در تعارض قرار می‌گیرد. در همین رابطه، یافته‌های تحقیقی نشان می‌دهند که شیوع انقباض مهبل در میان زنان ایرلندی بسیار بیشتر از گروه‌های دیگر مطالعه شده است (بارنز<sup>۲</sup> a، ۱۹۸۶ b، ۱۹۸۶ c، اوسالیون<sup>۳</sup>، ۱۹۷۹).

بنابراین، سنجش مشکلات بازخوردی، به استناد نقش تعیین‌کننده آنها در گسترش و تداوم ناکنش‌وری‌های جنسی و به دلیل خصیصه دیرپای و مقاوم‌شان در برابر تغییر، یک ضرورت است.

**ج - اضطراب عملی****Performance Anxiety**

اضطراب عملی، نگرانی و سواسی شخص در مورد «کفایت اجرائی عملیات جنسی»، یکی از نیرومندترین تعیین‌کننده‌های ناکنش‌وری‌های جنسی است. تأثیر اضطراب عملی، بیش از دیگر اختلالات جنسی در ناکنش‌وری نعوظ، انزال زودرس و اختلالات ارگاسمی قابل مشاهده است. مردی که از ناکنش‌وری نعوظ رنج می‌برد، در هر نوبت از عملیات جنسی بیش از هر چیز نگران است که آیا قادر به تشکیل نعوظ خواهد بود یا نه و در صورت تشکیل نعوظ آیا می‌تواند آن را برپا نگهدارد تا آمیزش جنسی صورت گیرد و همسرش را ارضاء نماید. اضطراب این افراد در آستانه ادخال یعنی دقیقاً زمانی که بیشترین نیاز به نگهداری نعوظ احساس می‌شود، افزایش می‌یابد. جریان فزاینده اضطراب عملی، تجربه ناکنش‌وری نعوظ را ادامه می‌دهد و موضع شخص را در برابر مشکل تضعیف می‌کند. یوئانی اضطراب عملی در مورد زنی که با مشکل تجربه ارگاسم مواجه است فرایندی مشابه دارد. افکاری چون «اگر زود ارگاسم نشوم شوهرم خسته

1 - Taboo

2 - Barnes

3 - O' Sullivan

می‌شود، از من زده می‌شود، به غرورش بر می‌خورد و .....» ذهنش را مشغول و آرامشش را مختل می‌کند و بدینسان بر اضطرابش می‌افزاید. با وجود چنین افکاری و متقابلاً تقاضاهای فزاینده‌ی مرد از زن در رسیدن به ارگاسم به منظور ارضای نیاز به موفقیت اجرایی خود، پدیده‌ی بالینی تظاهر به ارگاسم از سوی زن توجیه می‌شود.

بنابراین، اضطراب عملی با نگرانی و سواسی و نیاز ناپه‌نچار شخص نسبت به اجرای موفق عملیات جنسی یا ارضای شریک جنسی بدون در نظر گرفتن لذت و ارضای شخصی مطابقت می‌کند. این اضطراب از اضطراب عمومی، که آن هم به نوبه خود از علل اساسی مشکلات جنسی شناخته شده است و جایگاه بحث و بررسی آن در کنار افسردگی و سایر بیماری‌های روانی است متمایز می‌شود.

### د - خود تماشاگری

#### *Spectatoring*

خود تماشاگری، یعنی تمایل فرد به تماشای خود در جریان فعالیت جنسی، با اضطراب ارتباط تنگاتنگ دارد (مسترز و جانسن ۱۹۷۰). اضطراب جنسی با مکانیسم ترس از شکست عملیات جنسی، تمایل شخصی به خود تماشاگری را تقویت می‌کند. در این حالت لذت جنسی جای خود را به تماشاگری جنسی می‌دهد و شخص نظاره‌گر موفقیت یا شکست خود می‌شود. بازداری‌های جنسی و فراتر از آن شکست و درماندگی واقعی از پیامدهای احتمالی هستند. خود تماشاگری جنسی الزاماً یک عامل بازدارنده نیست. مردان و زنان بسیاری تماشاگری خود و واکنش‌های جنسی‌شان را کاملاً مهیج می‌دانند. مشکل وقتی است که خود تماشاگری مشخصه‌ی فعالیت جنسی فردی باشد که از اضطراب جنسی رنج می‌برد، وضعیتی که می‌تواند مشکل را ابقاء و حتی تشدید کند (مقایسه شود با بک، بارلو و ساکیم<sup>۱</sup> ۱۹۸۳).

### ه - مشکلات رابطه‌ای

#### *Relationship Problems*

کیفیت رابطه‌ی زوجین خاستگاه بسیاری از ناکنش‌وری‌های جنسی است (کرو و ریدلی ۱۹۹۰، ودی<sup>۲</sup> ۱۹۹۲).

مشکلات رابطه‌ای، فراوانترین علل ناکنش‌وری‌های جنسی برآورد شده‌است (هاتن ۱۹۸۵). دشواری‌های جنسی به سادگی در متن یک رابطه‌ی زناشویی سست و لرزان پدیدار می‌شود. این مشکلات با سلطه‌گری (جنگ قدرت)، حسادت، تنبیه، ترس از بی‌وفایی و تعارض‌های مداوم در

1 - Beck & Barlow & Sakheim

2 - Woody

زمینه‌های دیگر زندگی همبستگی دارد (هاربین و گمبل<sup>۱</sup>، ۱۹۷۷). متقابلاً مشکل جنسی به معضلات رابطه‌ای جدید دامن می‌زند. با در نظر گرفتن تعامل مستمر سیستم زناشویی در دو سطح جنسی و رابطه‌ای به رویکرد<sup>۲</sup> درمانگری سیستمی نزدیک می‌شویم و بر اهمیت مفهوم علیت چرخه‌ای<sup>۳</sup> تأکید می‌کنیم. در تعامل دائم دو عضو یک سیستم، اعمال یک عضو علت اعمال عضو دیگر محسوب می‌شود و بالعکس. در سلسله پیوسته تعامل زوجین اسناد مشکل خاصی به یک عضو سیستم بی‌معنا و اختصاص سرزنش به عضو دیگر عبث است. درمانگر در جستجوی الگوهای تعامل زوجین به درمان رابطه همسان و همزمان با درمان ناکتس‌وری جنسی اقدام می‌کند. رابطه جنسی به منزله مینیاتور<sup>۴</sup> رابطه عمومی است. وجود جو دائمی خشم و عصبانیت بین زوجین فرصت‌های شیرین و رمانتیک<sup>۵</sup> را سلب کرده مجالی برای تحریک هوس جنسی و برقراری رابطه جنسی نمی‌ماند.

علاوه بر خشم آشکار، خشم فروخته و نفرت ناگفته نیز به مشکلات جنسی می‌انجامد. ناتوان از آشکار سازی خشم و نفرت، یک یا هر دو زوجین به قهر کردن، سکوت‌های طولانی و یا نشان دادن ظاهری مؤدب و آرام اما باطنی پرتاب و تنش متوسل می‌شوند.

میزان اعتماد زوجین نسبت به هم نیز تأثیری قاطع بر روابط جنسی دارد. هر عاملی که احساس اعتماد را تضعیف کند، انگیزش جنسی را تحلیل می‌برد.

فزون‌حمایتگری<sup>۶</sup> و وابستگی بین زوجین هم از خصیصه‌های رابطه‌ای مشکل‌زا است. در این وضعیت، رابطه زوجین بیشتر به رابطه «پدر / مادر - فرزندی» یا «پرستار - بیمار» شبیه است و هر نوع ارتباط جنسی به منزله شکستن نوعی تابو به حساب می‌آید. چنین الگوهایی معمولاً در بیماران روانی و همسرانشان مشاهده می‌شود. برای مثال، کاهش میل جنسی بیمار افسرده با اصرار همسرش بر اجتناب از سکس به عنوان حمایت از بیمار عیناً منعکس می‌شود. فراسوی این واقعیت بالینی و مشکل ارتباطی، در حقیقت هر دو ممکن است نیاز به یک زندگی جنسی پهن‌جارت‌تر را احساس کنند، اما هیچیک قادر نیستند در این مورد بحث کنند.

1 - Harbin & Gombel

2 - Approach

3 - Circular

4 - Miniature

5 - Romantic

6 - Overprotection

یکی دیگر از مشکلات ارتباطی همین دشواری گفتگو درباره سکس است. زوجین قادر نیستند درباره موضوعات جنسی ارتباط برقرار کنند تا بر سر اهداف و انتظاراتشان از یک رابطه جنسی به تفاهم برسند. پدیده ازدواج‌های بدون زفاف نمونه‌ای از این نوع مشکلات است. یکی از مشخصه‌های تعاملی این زوج‌ها که ردپای آن در مشکل ارتباطی نیز مشاهده می‌شود، این است که هم زن و هم مرد در ایراز عواطفشان بازداری شده‌اند و از ایجاد یا تجربه هر نوع ناراحتی یا اختلال در وضع کنونی رابطه جداً پرهیز می‌کنند. در چارچوب این شکل خاص از تعامل، زوجین برای دخول تلاش نمی‌کنند و رابطه بدون زفاف ادامه می‌یابد.

### ۲- مشکلات جسمانی

#### Physical Problems

نقش عوامل جسمانی، مانند می‌بارگی طولانی، دیابت، پیری، آسیب‌های عصب شناختی، داروها و ... در ایجاد مشکلات جنسی به تحقیق ثابت شده است (بنکرفت ۱۹۸۹، کولدنی<sup>۱</sup> مسترز و جانسن ۱۹۷۹). گاه یک علت جسمانی مستقیماً مسئول مشکل جنسی است، اما غالباً تاثیر روانشناختی وضعیت موجود، مانند احساس بیماری یا ناتوان پنداری<sup>۲</sup>، متغیر واسطه‌ای تعیین کننده است. در عین حال تشخیص دقیق و رد علل جسمانی پیش از آن که یک مشکل جنسی روانزاد تلقی شود، در بعضی موارد یک ضرورت است.

### ۳- سنجش مشکلات جنسی

#### Assessment of sexual problems

سنجش مشکلات جنسی باید جامع باشد و به جزئیات اختلال جنسی و زمینه‌های وابسته پوشش دهد. سنجش بالینی ناکنش‌وری‌های جنسی در عمل تکلیفی دشوار و چالش‌انگیز است. چون سکس یک جنبه کاملاً خصوصی زندگی شخص است، مذاکره مفصل درباره آن هر چند از نظر بالینی متناسب و ضروری می‌باشد، برای بیمار و همچنین برای درمانگر بی‌تجربه دشوار است. محرومیت استفاده از روش‌های معمول سنجش، مانند مشاهده مستقیم، به دشواری فرایند سنجش می‌افزاید (نگاه کنید به اسپنس ۱۹۹۱، بنکرفت ۱۹۸۹، وینس و کری ۱۹۹۱، هاتن ۱۹۸۵)

صرف نظر از مشکلات مذکور، هدف سنجش ترسیم تصویری روشن از ناکنش‌وری‌های جنسی و زمینه‌های وابسته است. یک تحلیل رفتاری کامل مفید خواهد بود (برای مثال، کانفر و

1 - Kolodny

2 - Invalidism

ساسلو<sup>۱</sup> (۱۹۶۹). نظر به اینکه یکی از اهداف سنجش بالینی کسب اطلاعات کافی یک برنامه درمانی است، موضوعاتی که به استراتژی‌های<sup>۲</sup> درمان احتمالی مربوط هستند باید دقیقاً بررسی شوند.

متخصصان متفاوت، با انعکاس دیدگاه‌های نظری و رویکردهای درمانی‌شان، بر زمینه‌های متفاوت در سنجش تأکید می‌کنند. یک روان‌تحلیلگر در مورد مراحل تحول روان جنسی، روابط کودکی، خیال‌پردازی‌های جنسی، رؤیاهای و زمینه‌های ناخودآگاه ناکنش‌وری جنسی تحقیق خواهد کرد. یک رفتار درمانگر بیشتر مایل است در مورد تجربه‌های مرتبط گذشته، مانند شکست‌های جنسی، نومی‌دی‌ها و حوادث آسیب‌زا، عوامل کنونی چون اضطراب، انتظارات و مهارت‌ها و عواملی که مستقیماً به رفتارهای جنسی مرتبط می‌شوند به منزله پیش‌ایندها و پیامدها، دقیقاً بررسی کند.

رویکرد درمانی هر چه باشد، سنجش بالینی باید به جزئیات مشکل جنسی، عوامل احتمالی و زمینه‌های وابسته پوشش دهد تا درمانگر بتواند به یک فرمول آزمایشی که اساس درمان را شکل خواهد داد دست یابد. تکنیک‌ها و اقدامات اصلی در راستای سنجش بالینی عبارتند از:

### الف - مصاحبه بالینی:

منبع اصلی اطلاعات در سنجش مصاحبه بالینی است که در مورد ناکنش‌وری‌های جنسی با دشواری‌هایی درآمیخته است (اسپنس ۱۹۹۱، بنکرفت ۱۹۸۹، وینس و کری ۱۹۹۱، هاتن ۱۹۸۵). به بعضی از این مشکلات اشاره می‌شود:

۱ - الزام در بیان موضوعات محرمانه و مسائل خصوصی برای یک ناآشنا (درمانگر) می‌تواند بیمار را آشفته خاطر سازد. مراجعه بیمار برای درمان الزاماً بیانگر توانایی او برای گفتگوی آزاد درباره سکس نیست. به همین دلیل درمانگر باید نسبت به این مشکل حساسیت داشته باشد و با برقراری تفاهم، مصاحبه را با پرسش در مورد موضوعات عمومی‌تر آغاز کند و سپس در صورت ضرورت با اذعان به اینکه صحبت در زمینه موضوعات جنسی می‌تواند دشوار باشد، به بیمار کمک کند.

1 - Kanfer & Saslow

2 - Strategies

۲ - زبان مصاحبه باید ساده و درک آن آسان باشد. اصطلاحات تخصصی ممکن است برای بیمار کاملاً ناآشنا باشند. حتی اصطلاحاتی مانند ادخال و انگیزختگی غالباً بیماران را گیج می‌کند.

۳ - کاوش در زمینه مشکلات و رفتارها مورد بحث باید دقیق و صریح باشد. توصیف کلی بیمار مانند این جمله که «فکر می‌کنم دیگه اونو نمی‌خوام»، بدون واری دققیق و مفصل مبهم و بی‌معنا است. انجام این واری مستلزم پشتکار و شکیبایی درمانگر است و باید بر حسب توان پاسخدهی بیمار پیگیری شود. بعضی از جزئیات ممکن است در دومین یا سومین جلسه مصاحبه، زمانی که بیمار با درمانگر راحت‌تر است استخراج شوند.

۴ - بازخورد بی‌طرف درمانگر نسبت به رفتارها، تمایلات و نشانه‌های رفتاری بیمار، همچنین پذیرش او بدون چون و چراهای قاضی منشاء، بسیار مهم است. تقبیح یا حتی تعجب، هر چند غیر عمدی باشد بیمار را به موضع دفاعی می‌کشاند و از تشریح جزئیات کامل برای درمانگر باز می‌دارد.

۵ - ممکن است به دلیل دستپاچگی و ناآشنایی، بیمار از ارائه بعضی اطلاعات در جلسه اول مصاحبه ناتوان باشد یا دریغ کند. این وضعیت درمانگر را با مشکل در تصمیم‌گیری و اتخاذ استراتژی‌های مناسب درمانی مواجه می‌سازد. بر این اساس، شاید ترغیب بیمار به همکاری و افشای همه حقایق مربوط به مشکل جنسی اجتناب ناپذیر باشد. از سوی دیگر، رعایت این اصل نیز به همان اندازه مهم است که به بیمار اجازه داده شود تا در صورت عدم آمادگی جزئیات بیشتر را در جلسات بعدی مصاحبه مطرح کند.

در مصاحبه بالینی درباره این موضوعات تحقیق می‌شود:

۱ - ماهیت مشکل و عوامل وابسته شامل اضطراب و متغیرهای موقعیتی. برای مثال، در مورد ناکنش‌وری نعوظ، پرسش در مورد وجود یا عدم نعوظ‌های صبحگاهی ضروری است، چه وجود آنها احتمال عضوی بودن مشکل را تضعیف می‌کند.

۲ - سابقه مشکل، آغاز، دوره و مسیر تحول آن و فعالیت‌های جنسی کنونی.

۳ - واکنش همسر نسبت به مشکل، چه در موقعیت‌های جنسی و چه در موقعیت‌های غیر جنسی.

۴ - دانش، باورها و بازخوردهای جنسی شخص، شامل آنها که از طریق مذهب و فرهنگ تعیین شده‌اند.

- ۵ - امور جنسی مورد علاقه، تنفر و ترجیح شخصی و خیال‌پردازی‌های جنسی.
- ۶ - زندگی جنسی مخصوصاً تجربه‌های نخستین.
- ۷ - عوامل پزشکی و روانشناختی، شامل داروها، افسردگی و جز این.
- ۸ - سابقه قاعدگی و رابطه مشکل با چرخه قاعدگی.
- ۹ - پیشگیری از آبستنی، آبستنی‌های گذشته و بازخورد نسبت به امکان آبستنی.
- ۱۰ - کیفیت روابط غیر جنسی.
- ۱۱ - عوامل زمینه‌ساز، مانند شغل، درآمد، مسکن و ..... که از منابع استرس محسوب می‌شوند.

### ۱۳ - درمان‌های قبلی.

در یک مورد معین، در جریان مصاحبه بالینی بنا به تشخیص مصاحبه‌گر ممکن است لازم باشد در بعضی زمینه‌ها جزئیات بیشتری بررسی شود. مصاحبه‌گر باید آمادگی کامل داشته باشد تا جهت مصاحبه را متناسب با وضعیت هر بیمار تغییر دهد.

متخصصان بالینی معمولاً از یک فهرست عناوین عمومی استفاده می‌کنند، چنین فهرستی بهتر است به منزله یک راهنمای عمومی تلقی شود نه یک استاندارد انعطاف ناپذیر.

### ب - مصاحبه‌های فردی و زوجی:

یک موضوع مهم در مصاحبه بیمارانی که از مشکلات جنسی رنج می‌برند این است که آیا بهتر است زوجین با هم مصاحبه شوند یا جداگانه. دیدگاه‌های متفاوت در این مورد وجود دارند (بنکرفت ۱۹۸۹، مسترز و جانسن ۱۹۷۰، وینس و کری ۱۹۹۱). شاید مناسب‌تر باشد که در آغاز زوجین با هم دیده شوند و سپس مصاحبه‌های بالینی انفرادی انجام شوند. جلسات مصاحبه انفرادی به زوجین فرصت می‌دهد که به تفسیر شخصی از مشکل بپردازند و موضوعات متعدد، از جمله احساسات نسبت به همسر را بدون بازداري با درمانگر در میان گذارند.

### ج - آزمایش و بررسی‌های جسمانی:

بعضی از متخصصان معتقدند که همه بیمارانی با مشکلات جنسی باید از نظر جسمانی آزمایش شوند (اسپنس ۱۹۹۱، کولدنی، مسترز و جانسن ۱۹۷۹). داشتن تجهیزات لازم برای انجام چنین آزمایش‌هایی در موارد خاص مفید است، اما ضرورت عام ندارد. بنکرفت مجموعه‌ای از نشانگرهای لازم برای آزمایش جسمانی را به این شرح متذکر شده است، شکایت از درد یا ناراحتی در جریان سکس، وجود نشانه‌های مرضی یا جسمانی در کنار مشکل جنسی، فقدان



میل جنسی بدون علت آشکار، وقتی بیمار معتقد است که یک علت جسمانی محتمل‌ترین علت است یا نسبت به اندام تناسلی نگران است (مانند مردی که می‌گوید اندام تناسلی‌اش خیلی کوچک یا کج است، یا زنی که اعضای جنسی‌اش را ناپه‌نچار می‌داند)، سابقه بلوغ ناپه‌نچار یا اختلال درون‌ریز دیگر، سن بیش از ۵۰ در مردان، مرحله پیش یا پس یائسگی و سابقه بی‌نظمی‌های قاعدگی یا نازایی در زنان.

در صورت نیاز، پزشک ضمن انجام معاینات جسمانی نسبت به تحقیقات آزمایشگاهی مناسب اقدام خواهد کرد. جزئیات تحقیقات عمومی توسط بنکرفت، کولدنی، مسترز و جانسن، وینس و کری و هاتن تشریح شده‌اند.

#### د - پرسشنامه‌ها:

پرسشنامه‌ها نه تنها مکمل داده‌های مصاحبه هستند بلکه بعضی زمینه‌های مهم را به سرعت پوشش می‌دهند و با فراهم سازی داده‌های کمی، مقایسه تفاوت‌های بین قبل و بعد از درمان را امکان‌پذیر می‌کنند. در شرایط کنونی، تعدادی ابزار برای اندازه‌گیری تجربه‌ها، بازخوردها، ناکنش‌وری‌های جنسی و سایر موضوعات وابسته در دسترس هستند. هون، وینس و هون<sup>۱</sup> (۱۹۷۶)، پرسشنامه‌ای برای سنجش انگیزختگی جنسی زن تدارک دیدند. لوییکولو و استگر<sup>۲</sup> (۱۹۷۴)، پرسشنامه‌ای به منظور سنجش تعامل جنسی و ارضای جنسی زوجین ابداع کردند. لیف و رید<sup>۳</sup> (۱۹۷۲)، پرسشنامه سنجش دانش جنسی و بازخوردهای جنسی را تهیه کردند. پرسشنامه ویلسن<sup>۴</sup> (۱۹۷۸)، خیالپردازی‌ها، امیال و رفتارهای واقعی را اندازه می‌گیرد. شاخص کنش‌وری جنسی دروگاتیس (دروگاتیس و ملیاراتس<sup>۵</sup> ۱۹۷۹)، یک مقیاس جامع کنش‌وری جنسی است که با طرح ۲۴۵ پرسش ده حیطه را پوشش می‌دهد (اطلاعات، امیال، بازخوردها و ...). پرسشنامه ارضای جنسی گلوبک - راست<sup>۶</sup> (GRISS ۱۹۸۶)، یک نمره کلی از کیفیت کنش‌وری جنسی زن و مرد را به تفکیک محاسبه می‌کند. این پرسشنامه زیرنمره‌های موضوعاتی مانند ناکنش‌وری نعوظ، زودانزالی، بی‌ارگاسمی، انقباض مهلی، مشکل ارتباطی و جز این را هم به دست می‌دهد. جمعاً با ۲۸ پرسش، GRISS یک ابزار اقتصادی مفید است.

1 - Wincze & Hoon

2 - Lo piccolo & Steger

3 - Life & Reed

4 - Wilson

5 - The Derogatis Sexual Functioning Index & Melisaratos

6 - Golombok - Rust Inventory of sexual satisfaction

پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبیک - راست<sup>۱</sup> (GRIMS)، راست، بنان<sup>۲</sup>، کروور و گلوبیک (۱۹۸۸)، به منظور سنجش کیفیت رابطه زوجین ابداع شده است و همچون GRISS اقتصادی و مفید است.

افزون بر پرسشنامه‌ها، مقیاس‌های خودسنجی نیز برای سنجش متغیرهای مخصوص به کار می‌روند. برای نمونه، اضطراب جنسی، میل و انگیزتگی جنسی در امتداد یک مقیاس درصدی («شاخص برآوردهای ذهنی توسط بیمار») به سادگی درجه‌بندی می‌شوند. جدول‌های فراوانی با ثبت فراوانی رفتارهای هدف به همین اندازه ساده‌اند. زندگی‌نگاری (خاطره نگاری) هم یک روش مفید است. درمانگر می‌تواند هدف‌های مخصوصی را مشخص کند. در این روش هم داده‌های پایه جمع‌آوری می‌گردند و هم تغییرات رفتاری ردیابی و تصویر پردازی می‌شوند. (اسپنس، کنته<sup>۳</sup> ۱۹۸۶)

### ه - مقیاس‌های فیزیولوژیک:

با الهام از تحقیقات مسترز و جانسن (۱۹۷۰، ۱۹۶۶)، تکنیک‌های فیزیولوژیک با هدف سنجش کنش‌وری جنسی به طور فزاینده به کار بسته شده‌اند. گنج‌نگاری<sup>۴</sup> احلیل برای اندازه‌گیری تغییرات حجم یا محیط عضو جنسی به کار می‌رود (وگنر و گرین، وینس و دیگران ۱۹۸۸). گنج‌نگاری احلیل همچنین با سنجش نعوظ‌های شبانه به منظور تمایز ناکنش‌وری نعوظ روانزاد از عضوی به کار بسته می‌شود (کراکان<sup>۵</sup> ۱۹۸۷). برای آشنایی بیشتر با این ابزارها و دیگر تکنیک‌های آزمایشگاهی به بنکرفت و شیایوی<sup>۶</sup> (۱۹۹۲) مراجعه کنید. گنج‌نگاری نوری<sup>۷</sup> (هون، وینس و هون b ۱۹۷۶) با اندازه‌گیری تغییرات انقباض رگ‌های خونی در جداره‌های مهبل، انگیزتگی جنسی زن را می‌سنجد.

### و - تدوین فرمول درمان:

- 1 - Golombok - Rust Inventory of Marital State
- 2 - Bennun
- 3 - Conte
- 4 - Plethysmography
- 5 - Karacan
- 6 - Schiavi
- 7 - Photoplethysmography

بر اساس داده‌های به دست آمده از سنجش بالینی، درمانگر با تدارک یک توصیف مختصر و یک تبیین آزمایشی از مشکل جنسی، فرمول درمانی را تدوین می‌کند. فرمول درمان شامل موضوعات زیر است:

- ۱ - توصیف مشکل
- ۲ - عوامل زمینه‌ساز<sup>۱</sup>
- ۳ - عوامل آشکار ساز<sup>۲</sup>
- ۴ - عوامل استمرار بخش<sup>۳</sup>

عوامل فوق در هاتن تشریح شده‌اند. فرمول تدوین شده مبنای درمان مشکل جنسی قرار می‌گیرد.

#### ۴ - درمان روانشناختی مشکلات جنسی

از نظر تاریخی، چندین رویکرد روانشناختی به منظور درمان مشکلات جنسی مطرح هستند که جهت رعایت اختصار در حد مقاله حاضر تنها به تشریح یکی از آنها، یعنی رویکرد رفتاری اکتفا می‌شود. سکس‌درمانی رفتاری به منزله درمان منتخب مشکلات جنسی در کلینیک‌های معتبر جهان طی سه دهه گذشته کارآیی و موقعیت خود را تثبیت کرده است (گیلان<sup>۴</sup> ۱۹۸۷). اندیشه‌های نخستین سکس‌درمانی رفتاری را می‌توان در تحقیقات ولپه<sup>۵</sup> در آفریقای جنوبی ردیابی کرد. گرچه کار ولپه، به عنوان مبدع رفتاردرمانی جدید، بیشتر در زمینه هراس‌ها و دیگر اختلالات نوروژی<sup>۶</sup> بوده است، رفتار درمانی ناکنش‌وری‌های جنسی نیز گزارش شده است (۱۹۵۸). ولپه تأثیر قطع اضطراب بر مشکلات جنسی را تشخیص داد و کاهش اضطراب را به عنوان عنصر کلیدی در شیوه درمانی‌اش برای این دسته از مشکلات به کار برد. اصل همکاری زوجین در درمان، ضرورت حذف فشار برای اجرای عملیات جنسی و استفاده از فعالیت‌های تدریجی که در نهایت به آمیزش جنسی ختم می‌شوند، ارکان اصلی رویکرد ولپه بودند. این سه

1 - Predisposing factors

2 - Precipitating factors

3 - Maintaining factors

4 - Gillan

5 - Wolpe

6 - Neurotic

اصل به منزله سه عنصر اصلی سکس‌درمانی جدید می‌باشند. ولپه مواردی از ناکنش‌وری نعوظ و زود انزالی را ذکر می‌کند که این تکنیک‌ها را با موفقیت برای درمان آنها به کار برده است.

اما در فرهنگ جدید سکس‌درمانی، عمیقاً اعتقاد بر این است که تکنیک‌های اساسی سکس‌درمانی رفتاری حاصل تلاش‌های ویلیام مسترز و ویرجینیا جانسن (۱۹۷۰) هستند. در سکس‌درمانی مشترک مسترز و جانسن، زوجین به عنوان یک واحد درمانی در جلسات شرکت می‌کنند. در شکل کلاسیک آن، هر زوج با یک تیم درمانی متشکل از دو درمانگر مرد و زن روبرو می‌شوند. درمان فشرده با جلسات روزانه طی یک دوره دو هفته‌ای انجام می‌شود. عناصر اصلی رویکرد سکس‌درمانی رفتاری مشترک به این شرح خلاصه می‌شوند:

۱ - درمان مشکل به عنوان مشکل مشترک زوجین - این تکنیک نگرانی و احساس گناه همسران را کاهش می‌دهد و بر نیاز مشترک زوجین به بازآموزی چگونگی روابط جنسی تأکید می‌کند.

۲ - کاهش اضطراب - تحریم تلاش برای آمیزش جنسی، با مکانیسم حذف فشار اجرای عملیات جنسی اضطراب را کاهش می‌دهد. آرامش آموزی<sup>۱</sup> (آموزش تنش‌زدایی) به عنوان یک تکنیک کمکی به کار می‌رود.

۳ - تعیین تکالیف و ماموریت‌های جنسی برای انجام در خانه، شامل ملامه، نوازشگری و ... - دو مرحله اصلی این تکالیف عبارتند از «حس‌گذاری غیر تناسلی»<sup>۲</sup> و «حس‌گذاری تناسلی»<sup>۳</sup>. تماس با اعضای تناسلی و پستان‌ها در مرحله اول ممنوع است و در مرحله دوم مجاز. آموزش شیوه درست داد و ستد لذت به زوجین، بدون اضطراب یا فشار تقاضای عملیات جنسی هدف این تکالیف است. جهت حرکت این تمرین‌ها، از تعامل‌های کمتر به سوی تعامل‌های بیشتر جنسی تعیین می‌شود.

۴ - آموزش دانش جنسی به زوجین، شامل کالبدشناسی اندام جنسی، فیزیولوژی اندام جنسی، وضعیت‌های جماعی و ...

۵ - کمک به زوجین به منظور توسعه مهارت‌های ارتباط جنسی.

۶ - کاربرد تکنیک‌های درمانی خاص برای ناکنش‌وری‌های جنسی معین.

1 - Relaxation

2 - Non - genital sensate focus

3 - Genital Sensate focus

بندهای یک تا پنج، مجموعه تکنیک‌های عمومی درمان‌اند و معمولاً در همه موارد مشکلات جنسی توصیه می‌شوند. بند شش گستره وسیعی از مداخلات<sup>۱</sup> درمانی خاص را بر حسب ناکنش‌وری‌های جنسی معین پیشنهاد می‌کند. این مرحله اختصاصی درمان پس از انجام مرحله عمومی در دستور کار قرار می‌گیرد. این مجموعه دو مرحله‌ای سکس‌درمانی یک رویکرد رفتاری است زیرا هیچ تلاشی برای تفسیر رفتارهای نشانه‌ای (نشانه‌های بیماری) بر اساس مفاهیم روان‌پویشی انجام نمی‌شود و تکالیف رفتاری بخش اعظم مجموعه را تشکیل می‌دهند. کاهش اضطراب یک جز کلیدی این مجموعه است، ممنوعیت تلاش برای آمیزش جنسی تأمین کننده هدف مذکور است. چنانچه بلافاصله اضطراب عملی در مرد و ترس از درد در زن از بین می‌رود، سایر تکنیک‌های کاهش اضطراب در صورت ضرورت به کار بسته می‌شوند (مک کاتی<sup>۲</sup> ۱۹۷۷، ۱۹۹۲).

تمرین‌های حس‌گذاری به زوجین کمک می‌کنند تا با همکاری و همراهی یکدیگر شیوه‌های تنش‌زدایی را بیاموزند و از تماس و تعامل جسمانی، بدون نگرانی از شکست عملیات جنسی لذت ببرند. در این وضعیت بدون تنش و لذت بخش، اعتماد لازم برای حرکت به سمت تعامل‌های صمیمانه‌تر جنسی در زوجین به وجود می‌آید. ذکر این نکته شاید مفید باشد که پیشروی از حس‌گذاری غیر تناسلی به حس‌گذاری تناسلی و از آنجا به فعالیت‌های اختصاصی‌تر و آشکارتر جنسی، از بسیاری جهات به برنامه حساسیت‌زدایی شبیه است. تن‌کاوی<sup>۳</sup> و خودانگیزی<sup>۴</sup> ممکن است در صورت نیاز به برنامه اضافه شوند. ارتباط‌های کلامی و غیرکلامی در موضوعات لذت، احساسات و پاسخ‌های جنسی ترغیب و آموخته می‌شوند.

پیش از تشریح تکنیک‌های درمانی مخصوص برای مشکلات جنسی معین، یادآور می‌شود که برنامه کلاسیک سکس‌درمانی رفتاری طی سه دهه گذشته اصطلاحات، تجدید نظرها و اضافات بسیاری را شاهد بوده است (آرتویس<sup>۵</sup> ۱۹۸۳، اشمیت<sup>۶</sup> ۱۹۸۳، اسپنس ۱۹۹۱، بنکرفت ۱۹۸۹، کرو، گیلان و گلوبک ۱۹۸۲، گیلان ۱۹۸۷، وینس و کری ۱۹۹۱، هاتن ۱۹۸۵).

1 - Interventions

2 - Macarthy

3 - Self - exploration / Self - focus

4 - Self - stimulation

5 - Arentewicz

6 - Schmidt

**الف - کاهش میل جنسی:**

کاهش میل جنسی، اگر یک مشکل جدی‌تر مطرح نباشد معمولاً به مجموعه تکنیک‌های درمانی در مرحله عمومی پاسخ می‌دهد. تکنیک‌های اضافی عبارتند از تن‌کاوی، خود انگیزی، استعمال دستگاه‌های ارتعاشگر<sup>۱</sup> و تحریک با ابزار شهوت انگیز (گیلان ۱۹۷۹، ۱۹۸۷)، آموزش خیال‌پردازی هم یک تکنیک مناسب است و برای کسانی که سطح خیال‌پردازی‌های جنسی آنها به حداقل رسیده باشد مفید خواهد بود (اسپنس ۱۹۹۱). جدول زمانی<sup>۲</sup> برای انجام تکالیف جنسی، تکنیک دیگری است (کرو و ریدلی<sup>۳</sup> ۱۹۹۰)، درمانگر با زوجین در مورد یک جدول زمانی برای سکس مذاکره می‌کند. برای مثال، آمیزش صرفاً در روزهای معین هفته انجام خواهد شد یا هر یک از زوجین به نوبت مسئولیت آغازگری رفتار جنسی را در روزهای معینی بر عهده خواهند گرفت. جدول زمانی به استقرار یک الگو یا برنامه قابل قبول که در آن پیشرفت بیشتر امکان‌پذیر می‌شود، کمک می‌کند.

**ب - ناکنش‌وری نعوظ**

در مرحله حس‌گذاری تناسلی، تکنیک «آزارگری»<sup>۴</sup> (تشنه‌سازی) معرفی می‌شود، یعنی دوره‌های تحریک احلیلی با فواصل توقف تحریک. احلیل ممکن است بطور خود انگیزه برخیزد، اما زوجین ترغیب می‌شوند تا با اجرای تکنیک «آزارگری» اجازه دهند احلیل فرو نشینند، زیرا تشکیل نعوظ در این مرحله هدف درمان نیست. زوجین، با این تمرین می‌آموزند که به محض برخاستن احلیل برای آمیزش عجله نکنند و احلیل پس از نشستن باز بر می‌خیزد. مرحله بعد دخول مهلی است در وضعیت زن بالا اما بدون حرکت. در مراحل بعد زن به آرامی حرکت می‌کند تا جایی که مرد بتواند در حرکت‌ها مداخله کند و بالاخره آغازگر حرکات باشد و وضعیت‌های متفاوت با موفقیت اجرا شوند.

**ج - زود انزالی**

دو تکنیک مشابه برای درمان انزال زودرس به کار می‌روند. مسترز و جانسن (۱۹۷۰) تکنیک «جلاندن»<sup>۵</sup> را پیشنهاد می‌کنند. از زوجین خواسته می‌شود تا این تکنیک را در حالات ملامسه

1 - vibrator

2 - Time - table

3 - Ridley

4 - Teasing

5 - Squeeze

تناسلی تمرین کنند. زن احلیل شوهر را با دست تحریک می‌کند، مرد با احساس نزدیک شدن به مرحله اوج لذت جنسی «پیش از مرحله مهار ناپذیری انزال» با علامتی از پیش تعیین شده به زن دستور توقف می‌دهد. زن در این لحظه، احلیل را در ناحیه حشفه برای دو یا سه ثانیه می‌چلاند. چلاندن ضرورت انزال، و احتمالاً مقداری از نعوظ را در مرد از بین می‌برد. این فرایند انگیختن و چلاندن در هر نوبت چند بار تکرار می‌شود. پس از چندین جلسه قدرت مهار انزال به تدریج افزایش می‌یابد و زمان آن می‌رسد تا از زوجین خواسته شود دخول مهملی در وضعیت زن بالا انجام دهند. ابتدا درخول بدون حرکت خواهد بود. اگر مرد احساس کند که در آستانه بی‌اختیاری انزال قرار گرفته از زن می‌خواهد تا به آرامی کنار برود و تکنیک چلاندن را اجرا کند. کولدنی، مسترز و جانسن یک تکنیک چلاندن پایه‌ای<sup>۱</sup> (پایه چلانی، قاعده چلانی)، را در این مرحله پیشنهاد می‌کنند. در این تکنیک قاعده احلیل فشرده می‌شود اما نعوظ کاملاً فرو نمی‌نشیند، بالاخره زوجین به یک وضعیت دلخواه می‌رسند. تکنیک چلاندن، در حقیقت نسخه‌ای از روش «تحریک - توقف»<sup>۲</sup> توصیف شده توسط سیمنز<sup>۳</sup> (۱۹۵۶) است که درمانگران بسیاری آن را به کار بسته‌اند (کابلن ۱۹۷۴). این تکنیک مستلزم تحریک احلیل و توقف تحریک در آستانه اوج‌گیری لذت جنسی پیش از مرحله مهار ناپذیری انزال است و چند بار تکرار می‌شود. در آغاز تحریک با دست خشک انجام می‌شود، در مرحله بعد از مایع روان‌ساز<sup>۴</sup> استفاده می‌شود تا حساسیت پذیری افزایش یابد و احساساتی مشابه با احساس دخول مهملی تجربه شود (گیلان ۱۹۸۷). ادامه برنامه شامل دخول مهملی بدون حرکت و سپس با حرکت در وضعیت زن بالا می‌باشد.

#### د - دیر انزالی

تکنیک‌ها در سطح مرحله حس‌گذاری و ملامسه تناسلی، با هدف حرکت تدریجی به سوی انزال درون مهملی اجرا می‌شوند. برای مردانی که تحت هیچ شرایطی به سادگی به مرحله انزال نمی‌رسند، فزون تحریکی با استفاده از مایع روان‌ساز توصیه می‌شود. دستگاه ارتعاشگر نیز به همین منظور به کار گرفته می‌شود، یک بار که ارگاسم با این روش تجربه شد، دخول مهملی در پی تحریک دستی آغازین انجام می‌شود. به مردانی که نمی‌توانند به ارگاسم درون مهملی برسند

1 - Basilar

2 - Start - stop

3 - Semans

4 - Lubricant

اما با تحریک دستی به ارگاسم می‌رسند، یک برنامه تدریجی که در آن ارگاسم با تحریک بدون مهبل به دست می‌آید با نزدیکی فزایندهٔ احلیل به مهبل پیشنهاد می‌شود. در مرحلهٔ بعد، پس از تحریک دستی تا آستانهٔ ارگاسم، دخول مهبل انجام می‌شود. شاید در این مرحله نیز همزمان با ادخال احلیل درون مهبل، ادامهٔ تحریک دستی برای رسیدن به ارگاسم لازم باشد. نهایت تحریک مهبل به تنهایی برای ارگاسم کفایت می‌کند (کاپلن ۱۹۸۷).

### هـ - ناکنش‌وری ارگاسمی

در ناکنش‌وری ارگاسمی مرحلهٔ اختصاصی درمان با تکنیک‌های تن‌کاوی و خودانگیزی آغاز می‌شود (بارباخ<sup>۱</sup>، ۱۹۷۵، ۱۹۸۰؛ گیلان ۱۹۸۷؛ هینمن<sup>۲</sup> و لوبیکولو ۱۹۸۸، لوبیکولو و لوبیتز<sup>۳</sup> ۱۹۷۲؛ لوبیکولو و استوک<sup>۴</sup> ۱۹۸۶؛ نائیرن و همسلی<sup>۵</sup> ۱۹۸۳). این تکنیک‌ها به بیمار کمک می‌کند تا در یک فضای تنش‌زوده از احساسات جنسی لذت ببرد. تکالیف خود آموز، از تحریک تا ارگاسم، به موازات سایر ماموریت‌ها درون برنامهٔ اصلی گنجانده می‌شوند. تجربه نشان داده است که دستگاه‌های ارتعاشگر هم در تحصیل ارگاسم این زنان موثر بوده‌اند، این تمرین ابتدا توسط خود بیمار انجام می‌شود و در مرحلهٔ بعد به کمک همسر ضمن استفاده از دستگاه ارتعاشگر به ارگاسم می‌رسد. استفاده از خیال‌پردازی‌ها، ابزار شهوت‌انگیز و «تمرینات کگل»<sup>۶</sup> به عنوان تکنیک‌های کمکی پیشنهاد می‌شوند (اسپنس ۱۹۹۱، کگل ۱۹۵۲، گیلان ۱۹۷۹، ۱۹۸۷). به زنانی که نمی‌توانند با همسر خود به ارگاسم برسند یک برنامهٔ شرطی سازی ارگاسمی آموزش داده می‌شود. بیمار در یک برنامهٔ خیال‌پردازی تدریجی، جنبه‌های لذت بخش خودانگیزی یا تجربه‌های جنسی شاد خود را با تصاویر ذهنی همسر همراه می‌سازد (آزیرداس و بیچ<sup>۷</sup> ۱۹۷۵؛ گیلان ۱۹۸۷).

### و - انقباض مهبل

درمان اختصاصی انقباض مهبل با تکنیک‌های آرامش آموزی (تنش‌زدایی) و تن‌کاوی، با تاکید بر کاوش اندام تناسلی شروع می‌شود. سپس حرکت گام به گام به سمت ادخال انگشتان

1 - Barbach

2 - Heinman

3 - Lobitz

4 - Stock

5 - Nairne & Hemsley

6 - Kegel Exercises

7 - Asirdas & Beech



بیمار، انگشتان همسر یا مهبل گشاهای<sup>۱</sup> با اندازه‌های فزاینده به درون مهبل، با کنترل کامل بیمار انجام می‌شود (گیلان ۱۹۸۷؛ شل<sup>۲</sup> ۱۹۸۸).

### نتیجه:

در این مقاله، به اختصار اشاره کردیم که سکس‌درمانگر با محدودیت‌هایی مواجه است. ناکنش‌وری‌های جنسی غالباً از انحرافات جنسی متمایز می‌شوند، اما این تمایز به دلیل همپوشی و همبودی دو دسته اختلالات جنسی، همواره به سادگی امکان پذیر نیست. نسبت کنش‌وری و ناکنش‌وری جنسی، تعیین درجه ناکنش‌وری و به دنبال آن فرایند تشخیص بالینی را دشوار می‌سازد.

سپس به تشریح یکی از جامع‌ترین نظام‌های طبقه‌بندی مشکلات جنسی پرداختیم، با ناکنش‌وری‌های جنسی زن و مرد، اولیه و ثانوی و موقعیتی و مطلق آشنا شدیم و دیدیم که هر یک از مشخصه‌های مذکور استلزام‌های تشخیصی و درمانی خاصی را بر مصاحبه‌گر و درمانگر تحمیل می‌کنند. عوامل اصلی روانشناختی مشکلات جنسی، شامل جهل جنسی، بازخوردهای فرد و خانواده و اضطراب عملی بررسی شدند. بر نقش تعیین‌کننده رابطه زوجین در تشکیل تداوم ناکنش‌وری‌های جنسی تاکید شد. مشاهده و بررسی زوجین به منزله واحد درمانی گامی است در جهت علیت چرخه‌ای در مقابل علیت خطی و ما را به اندیشه و رویکرد سیستمی نزدیک می‌سازد.

ماهیت کاملاً خصوصی و محرمانه موضوعات جنسی، سنجش جامع ناکنش‌وری‌های جنسی را دشوار می‌سازد. با این همه متخصص بالینی تکنیک‌های متعددی برای سنجش در اختیار دارد. مصاحبه بالینی منبع اصلی اطلاعات خواهد بود و بسته به نوع مشکل، از تکنیک‌های کمکی هم استفاده می‌شود. تدوین فرمول درمان نتیجه فرایند سنجش بالینی است، این فرمول مبنای درمان مشکل جنسی قرار می‌گیرد. در عین حال، سنجش بالینی فرایندی است مستمر و پویایی فرضیه پردازی و فرمول‌سازی‌های متعدد در مراحل مختلف درمان بر این اساس توجیه می‌شوند.

در بخش پایانی مقاله، اصول سکس‌درمانی رفتاری در دو مرحله تشریح شد. مرحله بکارگیری تکنیک‌های عمومی که غالباً برای همه انواع ناکنش‌وری‌های جنسی کم و بیش

1 - Dilator

2 - Scholl

یکسان می‌باشند، و مرحله درمان اختصاصی که در جریان آن مداخلات درمانی مخصوص بر حسب مشکل جنسی معین تجویز می‌شوند.

### منابع:

- 1 - American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed, rev.* (Washington DC, APA.)
- 2 - Arentewicz, G & Schmidt, G. (1983) *The treatment of Sexual disorders, Concepts and Techniques of Couple Therapy* (New York, Basic Books.)
- 3 - Asirdas, S. & Beech, H.R. (1975) *The behavioural treatment of sexual inadequacy, Journal of psychosomatic Research*, 19, pp. 345 - 353.
- 4 - Bancroft, J. (1989) *Human Sexuality and Its Problems*, 2nd edn. (Edinburgh, Churchill Livingstone).
- 5 - Barbach, L. (1975) *for yourself: the fulfillment of Female Sexuality* (New York, Signet)
- 6 - Barbach, L. (1980) *Woman Discover orgasm* (New York, Free Press)
- 7 - Barnes, J. (1986a) *Primary vaginismus I. Social and clinical features, Irish Medical Journal* 79: 59 - 62.
- 8 - Barnes, J. (1986b) *Primary vaginismus II. 'A etiological factors'*, *Irish Medical Journal* 79: 62 - 50.
- 9 - Beck, J.G, Barlow, D.H. & Sakhelm, D. (1983) *The effects of attentional focus and partner arousal on sexual responding in functional and dysfunctional men, Behaviour Research and Therapy*, 21, pp. 1-8.
- 10 - Conte, H.R. (1986) *Multivariate assessment of sexual dysfunction; Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 149 - 57.
- 11 - Crowe, M. & Jonet, M. (1992) *Sex therapy: the successes, the failures, the future. British Journal of Hospital Medicine*, 48, pp. 474 - 482.
- 12 - Crowe, M.J. & Ridley, J. (1990) *Therapy with Couples* (Oxford, Blackwell)
- 13 - Crowe, M. J. Gilwan, P. & Golombok, S. (1982) *Form and content in the conjoint treatment of sexual dysfunction: a controlled study, Behaviour Research and Therapy*, 19, pp. 47 - 54.
- 14 - Derogatis, L.R. and Melisaratos, N. (1979) *The DFSI: A multidimensional measure of sexual functioning, Journal of sex and marital Therapy* 5: 244 - 81.
- 15 - De Silva, P. (1994) *Sexual dysfunction: Investigation in S.J. E. Lindsay & G.E. Powell (eds) the Handbook of Clinical Adult Psychology, 2nd Edition* (London, Routledge)
- 16 - De silva, P. & Dissanayake, S.A.W. (1989) *The loss of semen syndrome in sri Lanka: A clinical study, Sexual and Marital Therapy*, 4 pp. 195 - 204.
- 17 - Dow, S. (1981) *Retarded Ejaculation, Journal of sex and Marital Therapy* 7: 49 - 53.
- 18 - Duddle, M. (1977) *Etiological factors in the unconsummated marriage, Journal of consulting and clinical Psychology* 54: 157 - 60
- 19 - Gillan, P. (1979) *Stimulation therapy for sexual dysfunction, British Journal of sexual Medicine*, 6, pp. 13 - 14.
- 20 - Gillan, P. (1987) *Sex Therapy Manual* (oxford, Blackwell).

- 21 - Harbin, H.T. & Gamble, B. (1977) *Sexual conflicts related to dominance and submission, Medical Aspects of Human Sexuality*, 11 pp. 84 - 89.
- 22 - Hawton, K. (1985) *Sex therapy: A practical Guide* (Oxford, Oxford University Press).
- 23 - Heinman, J.R. & Lo piccolo, J. (1988) *Becoming Orgasmic* (Englewood Clif, N.J. Prentice Hall).
- 24 - Hoon, E. Wincze, J. and Hoom, P. (1976a) *the sal: 'An inventory for the measurement of female sexual arousal'*, *Archives of sexual Behavior* 5: 291 - 300.
- 25 - Hoom, E. Wincze, J. and Hoon, P. (1976b) *physiological assesment of sexual arousal in women'*, *Psychophysiology* 13:196 - 208.
- 26 - Kanfer, F.H & saslow, G (1969) *Behavioral diagnosis*, in C.M. franks (ed) *Behavior therapy:status and Appraisal* (New York, Mcgraw Hill).
- 27 - Kaman, H.S. (1974) *The New sex therapy. Active treatment of sexual Dysfunction* (London, Bailiere Tindall. New york, Brunner/Mazel).
- 28 - Kaplan, H.S. (1977) *Hypoactive sexual desire'*, *Journal of Sex and Marital Therapy* 3: 3-9.
- 29 - Kaplan, H.S. (1979) *Disorders of Sexual Desire*, New York: Brunner/Mazel.
- 30 - Kaplan, H.S. (1987) *The illustrated Manual of sex Therapy*, 2nd ed. (New York, Brunner / Mazel).
- 31 - Karacan, I. (1978), *Advances in the Psychophysiological evaluation of male erectile impotence'*, in L. Lo Piccolo and J. Lo Piccolo (eds) *Handbook of sex Therapy*, New York: Plenum Press.
- 32 - Kegel, A. (1952) *Sexual functions of the pubococcygeus muscle*, *Western Journal of sugery, obstetrics and Gynaecology*, 60, pp. 521-524.
- 33 - Kolodny, R.C. Masters, W.H. and Johnson, V. (1979) *Textbook of Sexual Medicine*, Boston: Little Brown.
- 34 - Lamont, J.A. (1978) "Vaginismus", *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 131: 632 - 6.
- 35 - Life, H.I. and Ree, D.M. (1972) *Sexual Knowledge and Attitude Test (SKAT) 2nd edn*, Centre for the Study of sex Education in Medicine, University of Pennsylvania.
- 36 - Lo piccolo, J. & Lobitz, W.C. (1972) *The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction*, *Archives of sexual Behavior*, 2, pp. 163 - 1710
- 37 - Lo piccolo, J. and Steger, J.c. (1974) *the sexual Interaction Inventory: a new instrument for assessment of sexual dysfunction'*, *Archives of sexual Behavior* 3: 585 - 95.
- 38 - Lo piccolo, J. & Stock, W. (1986). *Treatment of sexual dysfunction*, *Journal of Consulting clinical Psychology*, 54, pp. 158 - 167.
- 39 - Malhotra, H.K. & Wig, n. (1975) *Dhat syndrome: a culture - bound sex neurosis in the orient*, *Archives of Sexual Behavior*, 4, pp. 519 - 528
- 40 - Masters, W. H. and Johnson, V.E. (1966) *Human Sexual Response*, Boston: Little Brown.
- 41 - Masters, W. H. and Johnson, V.E. (1970) *Human Sexual Inadequacy* (Boston: Little Brown).
- 42 - Mc Carthy, B. W. (1977) *Strategies and technique for reduction of sexual anxiety*, *journal of Sex and Martial therapy*, 3, pp.243 - 248
- 43 - Mc Carthy, B. W. (1992) *Treatment of erectile dysfunction with simple men*, in R. C. Rosen & S. R. Leiblum (eds) *Erectile disorders: assessment and treatment* (New York, Guilford Press)

- 44 - Nairine, K. D. & Hemsley, D. R. (1983) the use of directed masturbation training in the treatment of primary Anorgasmia, *British Journal of Clinical Psychology*, 22, pp.183-194
- 45 - O' Sullivan, K. (1979) Observation on Vaginismus in Irish Women, *Archives of General Psychiatry* 36:824-6
- 46 - Rust, J. and Golombok, S. (1986) *The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction*, Windsor: NFER-Nelson.
- 47 - Rust, J. Bennum, I. Crowe, M. J. and Golombok, S. (1988) *The Golombok - Rust Inventory of Martial state* , Windsor. NFER-Nelson
- 48 - Shiavi, R. C. (1992) Laboratory methods for evaluating erectile dysfunction, R. C. Rosen & S. R. Leiblum (eds) *Erectile disorders: assessment and treatment* (New York, Guilford Press)
- 49 - Scholl, G. M. (1988) Prognosis variables in treating vaginismus. *Obstetrics and Gynecology*, 72, pp. 353-358
- 50 - Spector, L.P. and Carey, M.P.(1990) Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the literature'. *Archives of sexual Behavior* 19: 389 - 408.
- 51 - Spence, S.H (1991) *Psychosexual therapy: A Cognitive - Behavioural Approach* (London, Chapman and Hall).
- 52 - Wagner, G. and Green, R. (1981) *Impotence: physiological, psychological, surgical Diagnosis and Treatment*, new York: Plenum Press.
- 53 - Wilson, G.D (1978) *the Secrets of Sexual Fantasy*, London: Dent
- 54 - Wincze, J.P. and Carcy, M.P. (1991) *Sexual Dysfunction: A Guide for Assessment and Treatment*, new York: Guilford Press.
- 55 - Wincze, J.P. Bansal, S. Maliotra, C. Balko, A. Susset, J.G. and Malamud, M. (1988) A comparison of nocturnal penile tumescence and penile response to erotic stimulation during working States in comprehensively diagnosed groups of males experiencing erectile difficulties', *Archives of sexual Behaviour* 17: 333 - 47.
- 56 - Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition* (Stanford, Stanford University press).
- 57 - Wody, J.D. (1992) *Treating Sexual Distress: Integrative Systems Therapy*, Newbury Park: Sage.
- 58 - Zilbergeld, B. (1978) *Men and sex*, Boston: Little Brown.

\*\*\*\*\*