

زوج درمانگری مشکلات جنسی (نقش رابطه و تعامل زوجین در پدیده‌آبی و درمان)

محمدعلی بشارت^۱

چکیده:

در این مقاله اجرای دو پروژۀ زوج درمانگری مشکلات جنسی در چارچوب یک مدل رفتاری - سیستمی در کنار شیوه‌های سکس‌درمانی تشریح می‌شود. پس از توصیف اصول زوج‌درمانگری رفتاری - سیستمی، گزارش فرایند درمان دو زوج جوان، روشهای مناسب بکارگیری شیوه‌ها و راهکارهای درمانی را ترسیم می‌کند و کارآمدی این مدل درمانی را برای حل مشکلات زناشویی و جنسی به تجربه می‌کشد. نقش دوگانه کیفیت رابطه و الگوی تعامل زوجین در دو زمینه پدیده‌آبی و درمان مشکلات جنسی به منزله یک واقعیت مسلم بالینی برجسته می‌شود. بحث و بررسی داده‌ها و استلزامهای بالینی و درمانی یافته‌ها پایان بخش مقاله خواهد بود.

رواندرمانی

The couple therapy in sexual disorders

M.A Besharat.PHD, Clinical psychologist, Psychotherapist, Assistant professor, Tehran university.

ABSTRACT:

In this article , the performance of two schemes of couple therapy of sexual disorders along with methods of sexual therapy are demonstrated in framework of a behavioral-systematic pattern.

After illustration of principles of this pattern, on account on the process of treatment for couple traces appropriate approaches of applying scientific methods of treatment for solving martial and sexual problems. The dual role of the quality of relationship and pattern of reaction between couples in field outbreak and treatment of sexual problems stand out as on indisputable clinical fact.

^۱دکتر محمدعلی بشارت، دکتر متخصص روانشناسی بالینی از دانشگاه لندن، استادیار دانشگاه تهران، روان‌درمان و عضو انجمن سکس‌درمانی انگلستان.

Discussion and consideration of datas and treated and clinical essentials will conclude the article.

کیفیت رابطه زوجین خاستگاه بسیاری از مشکلات جنسی است (اسنایدر و برگ^۱ ۱۹۸۳، کرو و ریدلی^۲ ۱۹۹۰، ودی^۳ ۱۹۹۲، هاتن^۴ ۱۹۸۵)، فقدان ارتباط، روابط خصمانه و ناتوانی در آشکارسازی و مبادله عواطف از مشخصه‌های زوجیهایی است که از ناکش‌وری‌های جنسی^۵ رنج می‌برند (پیترو پینتو^۶ ۱۹۸۶، روفه و بریت^۷ ۱۹۸۱، هخ و دیگران^۸ ۱۹۸۱). مشکلات جنسی و ناسازگاری زوجین در زمینه روابط غیرجنسی همبودی گسترده‌ای دارند (بنکرفت^۹ ۱۹۸۹، کرو و ریدلی ۱۹۹۰، دوسیلوا^{۱۰} ۱۹۹۴، واتسون و بروکمن^{۱۱} ۱۹۸۲). بیشتر زوجین با مشکلات جنسی گرفتار ناسازگاریهای زناشویی هستند و اکثر زوجین با مشکلات زناشویی از اختلالات جنسی رنج می‌برند (زیمر^{۱۲} ۱۹۸۷، واتسون و بروکمن ۱۹۸۲). برای مثال، در مطالعات سیگر^{۱۳} (۱۹۷۴)، ۷۵٪ زوجیهایی که برای درمان مشکلات زناشویی مراجعه کرده بودند علاوه بر مشکلات زناشویی از اختلالات جنسی شکایت داشتند و متقابلاً ۷۰٪ از زوجیهایی که مشکل اصلی آنها ناکش‌وریهای جنسی بود با مشکلات روابط غیرجنسی نیز مواجه بودند، در مورد جهت همبستگی و تأثیرگذاری این دو دسته از مشکلات احتمالاً متعدد مطرح شده است: مشکل جنسی علت ناسازگاری زوجین است و ناسازگاری زوجین علت مشکل جنسی است. علیت دو سویه مشکلات جنسی و غیرجنسی را به هم پیوند می‌زند. فرض اخیر متحمل‌ترین است. ماهیت تعاملی روابط جنسی نقش تعیین کننده رابطه زوجین را برکنش‌وری و

¹Snyder and Berg

²Crow and Ridley

³Woody

⁴Hawton

⁵Sexual dysfunction

⁶Pietropinto

⁷Roff and Britt

⁸Hoch et al.

⁹Bancroft

¹⁰De silva

¹¹Watson and Brockman

¹²Zimmer

¹³Soger

ناکش‌وری جنسی آشکار می‌سازد (اسنایدر و برگ ۱۹۸۳، کرو^۱ ۱۹۹۵، مسترز و جانسن^۲ ۱۹۷۰).

بر این اساس، درمان یک ناکش‌وری جنسی که در چارچوب رابطه بین شخصی به وجود می‌آید، نادیده انگاشتن تعامل غیرجنسی زوجین به منزله تحریف یک واقعیت مسلم بالینی و کاهش احتمال موفقیت درمان است. مشارکت زوجین به منزله یک واحد درمانی از زمان مسترز و جانسن (۱۹۷۰)، که برای نخستین بار کارآمدی قاطع زوج درمانگری مشکلات جنسی را با استفاده از تکنیکهای مخصوص سکس‌درمانی نشان دادند، در دستور کار سکس‌درمانگران قرار گرفته است. پیوند این رویکرد با تکنیکهای سیستمی (سلوینی پلاتزولی^۳ و دیگران ۱۹۷۸، مینوچین^۴ ۱۹۷۴)، موفقیت‌های درمان با افزایش داده و راهکارهایی جدید در اختیار درمانگر قرار داده است. کرو و ریدلی (۱۹۹۰) راه کارهای^۵ رفتاری - سیستمی را برای درمان مشکلات جنسی و غیرجنسی زوجین به منزله رویکردی مرکب به کار بسته‌اند. رویکرد رفتاری به مشکلات زوجین یک روش کارآزموده و قابل اعتماد است (گرمز^۶ ۱۹۷۳، جاکسون و ویس^۷ ۱۹۷۸، گرمز و کنیسکرن^۸ ۱۹۸۱). این رویکرد بر جنبه‌های عملی رابطه مانند مشارکت و تقسیم حقوق و وظایف، توانایی گفتگوی دوجانبه، برقراری ارتباطات شفاف و کفایت و قابلیت پیش بردن و هدایت رابطه تاکید می‌کند (کرو و ریدلی ۱۹۹۰). تعدیل رفتار مشاهده شده زوجین از طریق راه کارهایی چون ارتباط آموزشی و گفتگوی دوجانبه از تکنیکهای اساسی این رویکرد محسوب می‌شوند. دیدگاه‌های سیستمی اختلالات جنسی را محصول الگوهای تعاملی و ارتباطی نامناسب در واحد زوجین می‌دانند (برای نمونه کرو و ریدلی ۱۹۸۶، ۱۹۹۰، مسترز و جانسن ۱۹۷۰، اسکینز^۹ ۱۹۷۶). ترس از رابطه یا ترس از صمیمت^{۱۰} و جنگ قدرت^{۱۱} از طریق تقویت و تداوم یک الگوی مختل به یک مشکل جنسی

¹Crowe

²Masters and Johnson

³Selvini Palazoli et al

⁴Minuchin

⁵Interventions

⁶Gurman

⁷Jacobson and Weiss

⁸Gurman and Keniskern

⁹Skynner

¹⁰Fear of intimacy

¹¹Power struggle

منجر می‌شود (کرو و ریڈلی ۱۹۸۶، ۱۹۹۰، کاپلن^۱ ۱۹۷۴، مسترز و جانسن ۱۹۷۰، مونی^۲ ۱۹۸۰). تعامل ناسازگاری بین زوجین، سیستمی مخرب ایجاد می‌کند که نقشی مهم در پدیدآیی اختلالات جنسی به عهده دارد. در یک مورد^۳ که به ویسله کاپلن (۱۹۷۴) توصیف شده است، شوهر تنها زمانی کنترل انزال را از دست می‌داد که زن بر او مسلط می‌شد. در این مورد، زود انزالی به خدمت جنگ قدرت زوجین درآمده است. متقابلاً هرگاه زن در چارچوب روابط ارضاء نشود ممکن است به سادگی با کاهش میل جنسی به اوضاع مسلط شود. به اعتقاد کرو و ریڈلی (۱۹۸۶)، بی‌میلی جنسی کنش تعادلی (توان قوا) دارد.

در رویکرد سیستمی، راهکارهای درمانی، ساختاری و استراتژیک از هم متمایز می‌شوند. راهکارهای^۴ ساختاری درون جلسات درمان اجرا می‌شوند. فراهم‌سازی فرصت برای زوجین به منظور تجربه یک الگوی تعامل متفاوت مانند ترغیب آنها به بحث در مورد موضوعات ساده و بازی نقش وارونه^۵ نمونه‌هایی از راهکارهای ساختاری هستند. هدف راهکارهای استراتژیک^۶ پیش‌بینی شیوه پاسخدهی زوجین به یک استراتژی مشخص است تا متعاقب آن با راه‌کاری مناسب مانند پارادکس^۷ (سلوین پلاتزولی و دیگران ۱۹۷۸) و تکالیف و جدول‌های زمانی (کرو و ریڈلی ۱۹۹۰)^۸ برای تغییر آن اقدام شود. تغییر الگوی تعامل زوجین چه درون جلسه درمان و چه خارج از فضای درمان از اهداف اساسی درمان رفتاری سیستمی است. در این مقاله، ابتدا اصول زوج‌درمانگری رفتاری - سیستمی^۹ تشریح می‌شوند. سپس دو مورد از زوج‌هایی که برای درمان مشکلات جنسی به کلینیک مؤلف مراجعه کرده‌اند معرفی می‌شوند. گزارش جلسه به جلسه این موردها تأثیر متقابل مشکلات رابطه‌ای و جنسی، روشهای اجرای رویکرد رفتاری - سیستمی، تکنیکهای سکس‌درمانی، و فرایند درمانگری را از آغاز تا پایان به همراه موفقیتها و نتایج درمان آشکار می‌سازد.

¹Kaplan

²Money

³Case

⁴Structural interventions

⁵Role reversal

⁶Strategic interventions

⁷Paradox

⁸Tasks and Timetables

⁹Behavioral-Systems Couple Therapy

اصول زوج‌درمانگری رفتاری - سیستمی:

زوج‌درمانی براساس مدل‌های نظری متفاوت انجام می‌شود. درمان روان‌پویشی^۱ سابقه طولانی دارد (دانیل^۲ ۱۹۸۵) و زمینه را برای رویکردهای متأخر از جمله زوج‌درمانی عقلانی - عاطفی^۳ (درایدن^۴ ۱۹۸۵) و زوج‌درمانی شناختی^۵ (بک^۶ ۱۹۸۸) و بعضی رویکردهای سیستمی، فراهم ساخته است. زوج‌درمانگری رفتاری - سیستمی که به نظر می‌رسد بیشترین همخوانی را با سکس‌درمانی داشته باشد، رویکردی است که در تکنیک زوج‌درمانی مشکلات جنسی بیمارستان مادزلی لندن^۷ ابداع و تجربه شده است (کرو و ریدلی ۱۹۹۰). این رویکرد، ترکیبی است از روشهای رفتاری استوارت^۸ (۱۹۸۰) و جاکسون و مارگولین^۹ (۱۹۷۹) با تکنیکهای سیستمی مینوچین (۱۹۷۴) و سلوینی پلاتزولی و دیگران (۱۹۷۸).

زوج‌درمانی رفتاری - سیستمی اساساً یک رویکرد حل مسئله‌ای^{۱۰} است. زوجین مشکلشان را بیان می‌کنند و درمانگر با همکاری آنها راه‌حلهای مناسب را پیشنهاد می‌کند. به جای تأکید به علت‌یابی یک مشکل، چنانچه در بعضی مدل‌های درمانی انجام می‌شود، درمانگر شرایط و موقعیتهایی را که به تغییرات مثبت در رفتار و روابط زوجین مدد می‌رسانند شناسایی می‌کند. به عبارت دیگر، پرسشهای درمانگر در مورد چگونگی^{۱۱} وقایع است نه چرایی^{۱۲} آنها.

درمانگر در جلسه اول از زوجین می‌خواهد که تنها یکدیگر را مخاطب قرار دهند و با هم گفتگو بپردازند. این شیوه که درمانگر را موقتاً از مرکزیت روابط درمانی کنار می‌نهد، تمرکززدایی^{۱۳} نامیده می‌شود. این موقعیت تمرکز زوده، که در وهله نخست ممکن است در

¹Psychodynamic

²Daniell

³Rational-Emotive Couple Therapy

⁴Dryden

⁵Cognitive Couple Therapy

⁶Beck

مؤلف در دوره‌های کارآموزی خود در بیمارستان روانی مادزلی رویکرد زوج‌درمانی رفتاری - سیستمی را برای درمان ناکشوریهیهای جنسی و مشکلات زناشویی و خانوادگی در کنار رویکردهای سیستمی خانواده‌درمانی تجربه کرده است.

⁸Stuart

⁹Jacobson and Margolin

¹⁰Problem Solving approach

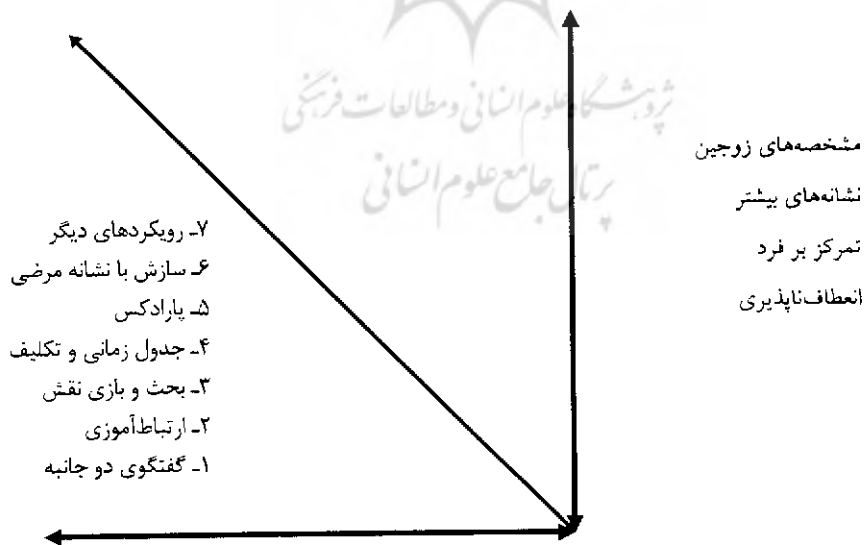
¹¹How

¹²Why

¹³De-centring

نظر زوجین عجیب آید به سرعت آسان و عادی می‌شود و به درمانگر اجازه می‌دهد تا الگوی تعاملی آنها را به طور مستقیم درون جلسه درمان مشاهده کند. مشاهده‌گری در این مرحله، بخش اصلی درمان محسوب می‌شود.

رویکرد رفتاری - سیستمی را می‌توان به صورت سلسله مراتبی از سطوح راهکارهای درمانی نشان داد (نمودار ۱). در این نمودار، راهکارهای درمانگر در یک سلسله مراتب صعودی با مشکل زوجین مطابقت می‌کند. هر چه سیستم زوجی انعطاف ناپذیرتر و مرزبندی‌های آن سخت‌تر باشد، راهکارهای درمانی سطوح بالاتر سلسله مراتب مناسب‌تر خواهند بود. درجه انعطاف ناپذیری برحسب مقدار تأکید به فرد به منزله مشکل (به جای تأکید بر رابطه)، تمرکز بر نشانه‌های بیماری به عنوان هسته مرکزی مشکل، یا ناتوانی در پاسخدهی به رویکردها و راهکارهای درمانی سطوح پایین‌تر سلسله مراتب، مشخص می‌شود.



راهکارهای درمانگر: نیاز بیشتر به ابتکار و مهارت درمانگر، انکای کمتر به هدفهای تعیین شده توسط زوجین

نمودار ۱ - سلسله مراتب راهکارهای درمانی^۱

سلسله مراتب راهکارهای درمانی، در یک فرایند سنجش مستمر، درمانگر را بر حسب درجه انعطاف ناپذیری سیستم زوجی و تمرکز به نشانه‌های بیماری یا رفتاری خودی در مقابل تاکید بر جلوه‌های رابطه بین زوجین، از یک راهکار درمانی معین به راهکارهای دیگر هدایت می‌کند (کرو ۱۹۹۵). توصیف مختصر راهکارها به این شرح است:

Reciprocity negotiation

۱- گفتگوی دو جانبه:

زوجین ترغیب می‌شوند تا موضوعات مشخص را انتخاب کنند و با هدف حل مشکل با شیوه‌های مثبت به گفتگو بپردازند. تغییر گله‌ها و شکایت‌ها به خواسته‌ها، ساده‌سازی خواسته‌ها، تبدیل خواسته‌ها به تکالیف و توافق بر سر چگونگی اجرای تکالیف در دستور کار قرار می‌گیرند. برای مثال، وقتی زن از این که شوهرش هر شب دیر به خانه می‌آید نگران می‌شود و با شکوه و شکایت به این رفتار شوهر واکنش نشان می‌دهد، یک تکالیف می‌دهد که او به این مشکل پیشنهاد شود: وقت بازگشت به خانه مشخص شود، شوهر سعی کند به خانه بازگردد و در صورت تأخیر زن را پیش‌تر مطلع سازد، در مقابل زن هم سعی کند پس از آمدن شوهر از او به گرمی استقبال کند و در مورد زمان بحث نکند.

Communication Training

۲- ارتباط آموزشی:

از زوجین خواسته می‌شود تا به گونه‌ای ساده، باز، مثبت و سازنده با هم ارتباط برقرار کنند و به آنچه دیگری می‌گوید دقیقاً گوش فرا دهند (جاکسون و مارگولین ۱۹۷۹)، آنها ترغیب می‌شوند تا زمانهایی را برای گفتگو با یکدیگر در حد فاصل بین جلسات درمانی تعیین کنند. این گفتگوها به زوجین کمک می‌کند تا الگوهای ارتباطی کناره‌گیری و سکوت را تغییر دهند. همچنین تکنیکهایی به زوجین آموخته می‌شود تا آنها را در تماس با احساسات خود و آشکارسازی عواطف برای همسرشان یاری رسانند. اجتناب از ذهن خوانی^۱، گفتگوهای شفاف، اسناد احساسات، اندیشه‌ها و باورهای خود به خویشتن و پرسش مستقیم و صریح از همسر بجای گمانه‌زنی در مورد احساسات و اندیشه‌های او از جمله تکنیکهای ارتباط آموزشی هستند. این تکنیکهای هم درون جلسه درمان قابل اجرا هستند و هم در فاصله زمانی بین جلسات به هنگام انجام تکالیف خارج از فضای درمان. ناتوانی در برقراری ارتباط از مشخصه‌های همسرانی است که از مشکلات جنسی رنج می‌برند. این ویژگی اهمیت بهبود

ارتباطات و مناسبات زوجین را مضاعف می‌کند. توانایی درمانگر در بازتاب و گفتگوی آزاد و ساده در زمینه موضوعات جنسی می‌تواند سرمشق زوجین قرار گیرد (کول و درایدن^۱، ۱۹۸۸).

Arguments and role-play

۳- بحث و بازی نقش

بعضی زوجها بیش از اندازه نسبت به هم مؤدب و رسمی به نظر می‌رسند. این وضعیت بازدارنده گاه به بهای زندگی جنسی آنها تمام می‌شود. در چنین شرایطی، آغازگری تحریکات جنسی برای مردی که نگران واکنش انتقادی همسرش باشد بسیار دشوار خواهد بود و معمولاً در پاسخ به انتقادهای زن و خواسته‌های جنسی او به سکوت و کناره‌گیری متوسل می‌شود. حذف این نوع بازدارندها و ایجاد فضایی مطلوب و مهیج برای گرم کردن زندگی و روابط جنسی ضروری است. درمانگر به آنها کمک خواهد کرد تا موضوعی ساده و بی‌خطر از متن زندگی و روابطشان انتخاب کنند و درون جلسه درمان بر سر آن موضوع با یکدیگر بحث کنند. نظم و نظافت مربوط به اتاق پذیرایی، آشپزخانه، توالت، صدای تلویزیون و غیره ... می‌تواند موضوع بحث باشد. درمانگر، زوجین مخصوصاً همسر غیر فعال‌تر را ترغیب می‌کند تا به طور جدی بحث کنند. این روش بازدارندها را کاهش می‌دهد و بر قاطعیت و برخورد فعال و سازنده زوجین در زمینه‌های دیگر روابطشان می‌افزاید. در مواردی که مشکل برقراری چنین ارتباطی جدی‌تر باشد و زوجین نتوانند با یکدیگر بحث کنند، بازی نقش وارونه پیشنهاد می‌شود. در این بازی نقش از آنها خواسته می‌شود که هر یک نقش دیگری را در بحث بر سر موضوع مورد نظر اجرا کند. پس از حدود پنج دقیقه، نقش‌زدایی می‌شود و هر یک به نقش اصلی خود بازمی‌گردند تا بگویند که از نظر دیگری چه آموخته است.

Messages, Tasks and Timetables

۴- پیام، تکلیف و جدول زمانی

اینها معمولاً مشق‌هایی هستند که برای انجام در فاصله زمانی بین جلسات تعیین می‌شوند. پس از تدوین فرمولی در مورد وضعیت کنونی روابط زوجین، تکالیف پیشنهاد می‌شوند. یک برنامه‌ریزی تفریحی (توصیه می‌شود دیگر اعضای خانواده مشارکت نکنند تا بدین وسیله رابطه زوجین مرزبندی و تقویت شود)، یا یک برنامه زمانی مانند تعیین ده دقیقه مشخص در هر روز برای گپ زدن با یکدیگر، نمونه‌هایی از این تکالیف هستند. برای زوجین با مشکلات و نیازهای جنسی متفاوت، پیشنهاد یک جدول زمانی برای انجام سکس در روزهای خاص و

ممنوعیت آن در سایر روزها مفید خواهد بود. مذاکره در مورد فراوانی مطلوب فعالیت‌های جنسی هر یک از زوجین و توافق بر سر تعداد دفعات از مشخصه‌های این برنامه زمانی محسوب می‌شود (کرو و ریدلی ۱۹۸۶). بر این اساس از زوجین خواسته می‌شود تا روزی را برای آمیزش جنسی معین کنند (مثلاً جمعه). طبق این توافق، متعهد می‌شوند که سکن تنها جمعه‌ها انجام شود و سایر روزها ممنوع باشد (تکنیکی که همسرش مشتاق را امیدوار و زوج بی‌میل را آسوده خاطر می‌سازد). این تکلیف ساده نقش حاصل از مسائل جنسی را حذف می‌کند و به زوجین مجال می‌دهد در سایر زمینه‌های زندگی مشترک احساسات بهتری داشته باشند.

Paradox

له پارادکس

پارادکس یک راهکار درمانی سیستمی است (سلوینی پلاتزولی و دیگران ۱۹۷۸). وقتی زوجین در دام یک الگوی تعاملی خشک و انعطاف ناپذیر (به معنی سیستمی کلمه) گرفتار آمده باشند و تغییر الگوی تعاملی آنها به وسیله گفتگو، ارتباط آموزی، بحث‌ها، تکالیف یا جدول‌های زمانی امکان‌پذیر نباشد، پارادکس تجویز می‌شود. پارادکس یعنی تجویز رفتار نشانه‌ای، به زوجین گفته می‌شود در شرایط فعلی وجود مشکل برای آنها مفید است، زیرا (برای مثال) تداوم مشکل به استقرار رابطه آنها کمک کرده مانع تعارض می‌شود. هدف اصلی پارادکس مبارزه با ترس زوجین از تغییر است. اگر زوجین در مقابل پارادکس مقاومت نشان دهند و آن را نپذیرند در این صورت با تصمیم خودشان آغازگر تغییر شده‌اند و اگر به پارادکس عمل کنند، یا پذیرفته‌اند که رفتار نشانه‌ای قابل تحمل است (و با آن زندگی می‌کنند) و یا دریافته‌اند که عمل به پارادکس فشار را تا حدی به آنها افزایش خواهد داد که به تغییر بر اساس راهکارهای پیشین درمانگر رضایت می‌دهند.

Adjust to symptom

ع سازش با نشانه مرضی

در بعضی موارد تغییر سیستم با هیچ یک از روش‌های فوق امکان پذیر نیست و ناچار باید به زوجین کمک کرد تا با مشکل خود زندگی کنند. در چنین شرایطی هدف زوج درمانی بهبود کیفیت رابطه زوجین است. با تعدیل اهداف درمان، تجویز راهکارهای درمانی سطوح پائین‌تر سلسله مراتب کفایت می‌کند.

۷- رویکردهای دیگر

درمان «رابطه» برای حل مشکلات جنسی بی‌شک مهم است، اما راهکارها به رابطه درمانی محدود نمی‌شوند و از رویکردهای دیگر نیز می‌توان سود جست. تشریح رویکردهای متفاوت را در این مقاله مجال نیست، تنها با توصیف دو مورد، دو زوج جوان که ناکش‌وریه‌های جنسی و مشکلات غیرجنسی آنها با تکنیکهای زوج‌درمانگری رفتاری - سیستمی و سکس‌درمانی^۱ درمان شده‌اند و روش استفاده از تکنیکها و راهکارهای درمانی ترسیم می‌شود.

* مورد ۱:

جلسه اول - سعید ۳۴ ساله و لیلا ۲۸ ساله مدتی ۷ سال است با هم ازدواج کرده‌اند و با دختر ۶ ساله و پسر ۳ ساله‌شان زندگی می‌کنند. لیلا خانه‌دار است و سعید کارمند یکی از سازمانهای دولتی. از نظر اقتصادی وضعیتی متوسط و نسبتاً مطلوب دارند. علت اصلی مراجعه به کلینیک زود انزالی سعید مطرح شد. کمتر از یک سال است که مراجع به این مشکل پی برده اما طی شش ماه گذشته تشدید شده و موجبات اضطراب و نگرانی زوجین را بیش از پیش فراهم ساخته است. زوجین روابط جنسی رضایت‌بخش داشته‌اند تا که برحسب اتفاق پسرشان که در آن زمان ۱۱ ماهه پس از سقوط از راه پله دچار ضربه مغزی می‌شود. پس از این حادثه لیلا بر اثر احساس تقصیر و گناه دچار اندوه و افسردگی شده و از آن زمان تاکنون میل جنسی‌اش را از دست داده است. با گذشت زمان و انطباق با شرایط جدید و بازگشت به وضعیت عادی، انتظار زوجین این بوده که تمایلات جنسی مجدداً فعال می‌شود و رابطه جنسی به حالت عادی و رضایت‌بخش پیش از حادثه برمی‌گردد، اما چنین نشده است. از آن زمان لیلا تنها به خاطر ارضای نیاز جنسی شوهرش به آمیزش جنسی تن داده و خود هیچگونه تمایلی به این کار ندارد. سعید هم که چنین آمیزش را مطلوب و واقعاً ارضاء کننده احساس نمی‌کرده، متقابلاً سعی می‌کرده است تا این آمیزش یک سویه با انزال فوری و به سرعت تمام شود. ادامه این وضعیت دشوار، رابطه جنسی زوجین را مختل ساخته، لیلا میل جنسی‌اش را از دست داده و سعید دچار زود انزالی شده است. علاوه بر تاثیر متقابل مشکلات جنسی زوجین بر یکدیگر، رد پای الگوی تعاملی و روابط غیرجنسی آنها نیز در پدیدآیی و تداوم مشکل جنسی هر یک از زوجین قابل مشاهده است. لیلا احساس می‌کند شوهرش او را دوست ندارد و این احساس

^۱ برای آشنایی مختصر با اصول و تکنیکهای سکس‌درمانی، به فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی (۱۳۷۷) مراجعه کنید.
^۲ نامها واقعی نیستند.

او عمیقاً متأثر از حادثه‌ای است که برای پسرشان پیش آمده است. با این که سعید در بیان احساسات و نشان دادن عواطفش نسبت به لیلا پیش از حادثه نیز راحت نبوده در آن زمان مشکلی وجود نداشته، اما پس از حادثه از آنجا که حساسیتهای لیلا با واکنش‌های مناسب از سوی سعید تعدیل نشده‌اند این احساس را در او تقویت کرده که شوهرش او را دوست ندارد، موضوعی که سعید آن را انکار می‌کند و بسا لحن ملایم و حاکی از تاسف و با نشان دادن عواطف مثبت به عشق و علاقه‌اش نسبت به لیلا اعتراف می‌کند، اما می‌افزاید که اظهار این گونه عواطف همواره برایش دشوار بوده است. متقابلاً باز خورد و عواطف مثبت در لیلا نمایان می‌شود و موقعیتی در فضای درمان پیش می‌آید تا درمانگر با اجرای تکنیک تمرکززدایی خود را از مرکزیت سیستم‌درمانی موقتاً کنار کشد و به زوجین کمک کند تا درون جلسه درمان روش جدید برقراری ارتباط را تجربه کنند. گرچه نشانه‌های امیدوار کننده تجربه جدید زوجین درون جلسه آشکار بود، نگرانیهایشان هم قابل درک بود، آیا میل جنسی باز می‌گردد؟ آیا انزال به موقع صورت می‌گیرد؟

بهبود روابط غیر جنسی در این مورد خاص گام نخست یک استراتژی درمانی همه جانبه و منسجم است، اما بدون راهکارهای سکس‌درمانی مکمل، نگرانیهای زوجین همچنان پابرجا خواهند ماند. بر این اساس در پایان جلسه اول مقرر شد زوجین تا اطلاع ثانوی از هر نوع آمیزش جنسی اجتناب کنند. نظر به ماموریت چند روزه سعید پیشنهاد شد در بازگشت به منظور نشان دادن عشق و علاقه‌اش به لیلا هدیه‌ای به او تقدیم کند و لیلا نیز متقابلاً پذیرفت تا در تمرینهای تحریک - توقف^۱ و چلانندن^۲ به شوهرش کمک کند (پس از دستورات لازم، زوجین این تمرینات را طی یک برنامه چند مرحله‌ای که بر حسب مورد تا ۸ مرحله پیش می‌رود انجام می‌دهند). هم چنین مقرر شد تا جلسه دوم (به فاصله یک هفته) لیلا به تنهایی تمرینهای تن‌کاوی^۳ و خود انگیزی^۴ را انجام دهد.

جلسه دوم - راهکارها و تمرینهای درمانی پیشنهاد شده در جلسه اول با همکاری زوجین به خوبی انجام شده بود. گرچه هنوز تغییری در تمایلات جنسی لیلا احساس نمی‌شود، ارتباط در زمینه‌های غیر جنسی، ابراز علاقه دو جانبه، و مرحله نخست از تمرینهای تحریک - توقف و

^۱Start-Stop

^۲Squeeze

^۳Self-focus

^۴Self-stimulation

چلانیدن با پیشرفت و موفقیت همراه بوده است. در این جلسه مقرر شد ابتدا هر یک از زوجین تمرینهای آرامش‌آموزی^۱ را طبق دستور انجام دهد. با فراهم‌سازی شرایط زمانی و مکانی مناسب، این تمرینات بهتر است با ماساژ و تماسهای فیزیکی در چارچوب حس‌گذاری^۲ غیرتناسلی ادامه یابد. در این مرحله از درمان تذکر داده شد که تماسها و نوازشگریها باید به اعضای غیر تناسلی محدود شوند و همچنان از آمیزش جنسی اجتناب شود. بعلاوه مقرر شد مرحله دوم تمرینهای تحریک - توقف با کمک طرفین انجام شود و لیلا هم به تمرینهای تن‌کاوی و خودانگیزی ادامه دهد. در راستای بهبود روابط غیرجنسی زوجین به آنها پیشنهاد شد همچنان به برنامه‌های تفریحی، اجتماعی و انجام کارهای مشترک در محیط داخلی خانه ادامه دهند.

جلسه سوم - در این جلسه، به پاس انجام صحیح و موفق تکالیف و راهکارهای پیشنهاد شده و همکاری زوجین، پیشرفتهای بیشتر گزارش شد. روابط غیرجنسی لذت‌بخش‌تر شده، اضطراب و نگرانی در زمینه مشکلات و شکستهای جنسی بسیار کم‌رنگ شده، مرحله دوم تمرینهای تحریک - توقف با موفقیت انجام شده و تمرینهای تن‌کاوی و خودانگیزی یخهای بی‌میلی جنسی را ذوب کرده است و طرفین با سهولت بیشتر احساسات و عواطف جنسی را مبادله می‌کنند. با آماده شدن زمینه‌های لازم در این جلسه تمرینهای آرامش‌آموزی، ماساژ و نوازشگریهای جنسی مجدداً تجویز شد، اما این بار زوجین اجازه یافتند که با انجام حس‌گذاری تناسلی^۳ ملامسه و نوازشگری را به اعضای تناسلی گسترش دهند و تذکر داده شد که تنها در صورت رضایت لیلا آمیزش و دخول در وضعیت زن بالا انجام شود. این وضعیت در عین حال که می‌تواند ارضای جنسی لیلا را در پی داشته باشد و در نهایت او را به ارگاسم برساند، برای سعید به منزله مرحله سوم از تمرینهای تحریک - توقف محسوب می‌شود که طبق آموزشها و دستورهای لازم عمل می‌شود. پیشنهاد شد در صورتی که لیلا برای انجام وضعیت فوق‌آمادگی نداشته باشد اما پذیرای تحریکات دستی از سوی سعید باشد، تکلیف فوق به همین صورت اجراء شود و مرحله سوم تمرینهای تحریک - توقف با حرکت‌های برون‌مهبلی ادامه یابد.

¹Relaxation

²Non-genital sensate focus

³Genital sensate focus

جلسه چهارم - به گزارش زوجین، هر دو اکنون از مبادله آزاد عواطف و احساسات جنسی و تمرینهای آرامش‌آموزی، ماساژ و پیش‌نوازیهای جنسی به سادگی و بدون مشکلی خاص لذت می‌برند. چون لیلا احساس کرده که برای آمیزش در وضعیت زن بالا آمادگی ندارد و تحریکات دستی هم برایش خوشایند نیستند، تنها به همکاری با سعید برای اجرای مرحله سوم تمرینهای تحریک - توقف با حرکات برون مهبلی رضایت داده که هر دو از نحوه اجرای تکلیف و نتیجه بدست آمده رضایت داشتند. بر حسب نتایج بدست آمده در این مرحله از درمان و اعلام آمادگی لیلا، زوجین ترغیب شدند تا پس از پیش‌نوازیها مقدماتی آمیزش در وضعیت زن بالا انجام شود و بدین ترتیب مرحله چهارم تمرینهای تحریک - توقف در همین وضعیت و با حرکتهای درون مهبلی ادامه یابد.

جلسه پنجم - راهکارهای درمانی جلسه چهارم تا مرحله اجرای آمیزش در وضعیت زن بالا به خوبی پیش رفته بود، اما شکل انجام آمیزش به گونه‌ای بوده است که به زودی باعث خستگی لیلا شده و ادامه آمیزش در وضعیت مرد بالا انجام شده است و این حرکت زود هنگام، انزال زودرس را به دنبال داشته است. نکته جالب توجه از نقطه نظر درمانی این بود که گزارش زود انزالی نه تنها عاری از اضطراب و نگرانی زوجین بود، بلکه به نظر می‌رسید آرامش و اعتماد به نفس از مشخصه‌های اصلی آن است، هر دو می‌دانستند و امیدوار بودند که مشکل برطرف شده و شکست اخیر تنها به دلیل اشتباه و عجله آنها صورت گرفته است. توضیحات لازم در مورد مناسبترین و راحت‌ترین شکل آمیزش در وضعیت زن بالا مطرح شد و نظر به کفایت جلسات درمانی مقرر گردید در مراحل بعدی تکالیف و راهکارهای درمانی جلسه چهارم از سرگرفته شود و پس از اجرای موفق این مرحله، آمیزش در وضعیت مرد بالا ابتدا با حرکات برون مهبلی و در مرحله بعد با حرکات درون مهبلی انجام شود.

نتیجه درمان - به عنوان یکی از موارد موفق (سعید و لیلا میانگین موفقیت درمان را از جنبه‌های مختلف ۹۰٪ برآورد کردند. این نتیجه با معیارهای عینی سنجش نتیجه درمان مطابقت دارد). زوج درمانی ناکنش‌وریه‌های جنسی براساس رویکرد مرکب زوج درمانی رفتاری - سیستمی و سکس‌درمانی پس از پنج جلسه حضوری و دو تماس تلفنی (به منزله دو جلسه درمان) سعید توانست فرایند آمیزش و انزال را در حد متناسب و مطلوب در چارچوب روابط جنسی با همسرش مهار کند. لیلا موفق شد رابطه‌ای فعالتر در زمینه مسائل جنسی برقرار کند و میل و علاقه جنسی از دست رفته را مجدداً باز یابد. روابط غیرجنسی زوجین از شادی و

نشاط روز افزون برخوردار شد و این حسن روابط به نوبه خود ارتباط جنسی آنها را فعالتر و رضایت بخش‌تر کرد. پس از گذشت پنج ماه هنوز از بازگشت مشکلات جنسی گزارشی دریافت نشده است.

* مورد ۲:

جلسه اول - سارا ۲۳ ساله خانه‌دار و محسن ۲۷ ساله شغل آزاد دو سال است با هم ازدواج کرده‌اند. ناکش‌وری نعوظ^۱ محسن و کاهش میل جنسی سارا علت اصلی مراجعه به کلینیک است. مشکلات جنسی این زوج جوان از شب زفاف شروع شده است. پیش از ازدواج مشکلی وجود نداشته، در دوره کوتاه نامزدی (۴۵ روز) هم آمیزش برون مهبل با نعوظ کامل و رضایت طرفین انجام می‌شده است. بدون سابقه قبلی، مشکل از وقتی شروع شده که انتظارات خانوادگی و آداب و رسوم دردسر آفرین اجتماعی و جهل جنسی همه و همه محسن را شدیداً مضطرب و نگران ساخته و در آستانه ادخال توان را از او گرفته‌اند. این ناتوانی جنسی شکستی سخت بر او تحمیل کرده و اعتماد به نفس را تحلیل برده است. پس از آن در هر آمیزش با اضطراب توانستن و نتوانستن درگیر بوده و نگاه‌های بیمناک و نومید زوجین بر اضطراب عملی^۲ و ناتوانی جنسی محسن افزوده است. ناکش‌وری نعوظ نه تنها توانایی جنسی محسن را تحلیل برده، روابط و مناسبات غیرجنسی‌اش را با سارا نیز سرد کرده است. ناخشنود از ناتوانی جنسی محسن، تمیلات جنسی سارا هم به تدریج تحلیل رفته و گرچه گهگاه به تجربه ارگاسم حاصل از تحریک کلیتوریس^۳ رضایت می‌دهد، اما او هم در جستجوی آمیزش جنسی درون مهبل است.

مشکل جنسی زوجین گرچه روابط غیرجنسی‌شان را تا حدودی متأثر ساخته و باعث شده سارا موضع انتقادی نسبت به محسن داشته باشد، اما تعهد و علاقه آنها نسبت به یکدیگر سردی روابط را جبران کرده است. بر این اساس در جلسه اول طرفین به یک گفتگوی مثبت و سازنده به جای منفی بافی و انتقادگری ترغیب شدند تا در فضایی آرام و تنش‌زدوده بر سر این موضوع با هم بحث کنند که هر یک چگونه می‌تواند به دیگری کمک کند تا مشکلات برطرف شود. برحسب ضرورت مقداری از وقت جلسه هم به آموزش مسائل جنسی زن و

^۱Impotence

^۲Performance anxiety

^۳Clitoris

مرد اختصاص یافت و در پایان جلسه تمرینها و راهکارهای درمانی زیر مقرر گردید: ممنوعیت آمیزش جنسی تا اطلاع ثانوی، ممنوعیت تماس با اعضای تناسلی، انجام تمرینهای آرامش‌آموزی و به دنبال آن ماساژ و ملامسه و نوازشگریهای غیرتناسلی همراه با مبادله عواطف و احساسات.

جلسه دوم - پس از تشریح چگونگی انجام تکالیف جلسه اول، با هدف تقویت روابط مثبت روابط مثبت محسن و سارا به زوجین کمک شد تا تجربه‌ها و احساساتی که ضمن انجام تکالیف داشته‌اند برای یکدیگر بازگو و انتظاراتشان را در محدوده این قبیل تماسها و مبادله عواطف بیان کنند. مبادله احساسات و عواطف، کیفیت ارتباط زوجین را در فضایی تنش‌زدوده (جایی که اضطرابها و نگرانیهای آمیزش جنسی وجود ندارند) بهبود می‌بخشد و به آنها کمک می‌کند تا شکل‌های دیگری از ارتباط را تجربه کنند. به منظور گسترش این ارتباطات و افزایش مهارت زوجین، مقرر شد ضمن رعایت ممنوعیت آمیزش جنسی و تماس با اعضای تناسلی، به تمرینهای آرامش‌آموزی ادامه دهند و پس از ماساژ و نوازشگریهای اعضای غیرتناسلی هر یک به طور جداگانه تمرینهای تن‌کاوی را انجام دهند.

جلسه سوم - به گزارش زوجین تمرینها طبق برنامه با موفقیت انجام شده و شیوه گفتگوی محسن و سارا از تغییرات مثبت در برقراری روابط عاطفی و احساس آرامش بیشتر هنگام بحث پیرامون مسائل جنسی حکایت می‌کند. با فراهم آمدن شرایط لازم برای گذار از مرحله حس‌گذاری غیرتناسلی به مرحله حس‌گذاری تناسلی، از زوجین خواسته شد همچنان با رعایت ممنوعیت آمیزش جنسی، پس از تمرینهای آرامش‌آموزی به ماساژ و نوازشگریهای خود ادامه دهند به این صورت که ابتدا نواحی غیرتناسلی و سپس اعضای تناسلی لمس و تحریک شوند. با ارائه آموزشهای لازم مقرر شد هر یک به نوبت به تحریک تناسلی دیگری اقدام کند و از سارا خواسته شد که این تحریک را بر اساس تکنیک تشنه‌سازی¹ (آزارگری) انجام دهد. در پاسخ به پرسش زوجین در مورد آمیزش احتمالی گفته شد در این مرحله تشکیل نعوظ هدف درمان نیست و به آنها توصیه شد که برای آمیزش عجله نکنند.

جلسه چهارم - موفقیت در تشکیل نعوظهای کامل در نتیجه برقراری روابط مثبت سارا و محسن انجام صحیح تمرینها و عمل به راه کارهای پیشنهادی نقطه عطف درمان ناکش‌وریهایی

جنسی این زوج به حساب می‌آید. دیگر به جلسات حضوری درمان نیازی نبود اما به تقاضای زوجین زمان جلسه پنجم مشخص شد و مقرر گردید تمرینهای جلسه سوم تکرار شوند و پس از انجام تکنیک تشنه‌سازی آمیزش درون مهبل در وضعیت زن بالا ابتدا بدون حرکت و در مرحله بعد با حرکتهای آرام انجام شود.

جلسه پنجم - موفقیت‌های زوجین مخصوصاً محسن که می‌گفت اعتماد به نفسش را باز یافته و دیگر از ترسها و اضطرابهای عملی به هنگام آمیزش جنسی خبری نیست، آنها را واداشته بود تا فراتر از تمرینهای جلسه چهارم، یعنی آمیزش در وضعیت مرد بالا پیش روند. در پایان جلسه وضعیتهای جدید و متفاوت پیشنهاد شد.

نتیجه درمان - هدفهای درمان در جریان پنج جلسه متوالی زوج‌درمانی که سه جلسه آن به فاصله یک هفته و دو جلسه به فاصله دو هفته برگزار شد به طور کامل تأمین شدند (سارا و محسن میانگین موفقیت درمان را از جنبه‌های مختلف ۹۵٪ برآورد کردند. این نتیجه با معیارهای عینی سنجش نتیجه درمان مطابقت دارد). ابتدا الگوی تعاملی زوجین با اجرای تکنیکهای مناسب درون جلسه و متعاقب آن در خارج از جلسه درمان به طور مثبت و سازنده تغییر کرد و سارا و محسن موفق شدند فارغ از نگرانیهای خاص خود در زمینه آمیزش جنسی به گسترش و مبادله آزاد و عاری از اضطراب عواطف و احساسات اقدام کنند. بدین ترتیب، پس از آموزشهای لازم و تجربه شکل جدید روابط شاد و مثبت و با افزایش اعتماد به نفس محسن و فعال شدن میل جنسی سارا، زمینه‌های لازم برای آغاز تمرینهای خاص جنسی مهیا شد و طی چند مرحله زوجین موفق شدند الگوی مطلوب روابط زناشویی را بازسازی و تجربه کنند. پس از گذشت سه ماه هنوز گزارشی از بازگشت مشکلات جنسی این زوج دریافت نشده است.

بحث و بررسی:

موردهای گزارش شده نشان داد که آمیزش جنسی مستلزم تعامل پویای اعضای یک سیستم دو عضوی با احساسات ناامنی، اضطراب و نگرانیهای خاص خود بوده، با گستره روابط غیرجنسی ارتباط تنگاتنگ دارد. ناکشوری نعوظ مرد و کاهش میل جنسی زن (مورد دوم)، همچون فقدان میل جنسی زن و زود انزالی مرد (مورد اول) نمونه‌های از تعامل و به هم پیوستگی مشکلات جنسی زوجین است. ناخشنود از روابط جنسی (مورد دوم) و غیرجنسی

(مورد اول)، زنها در هر مورد نارضایتی خود را با اجتناب از آمیزش جنسی و کاهش تمایلات جنسی نشان دادند. باز خورد های منفی نسبت به سکس و متعاقب آن کاهش میل جنسی مانع پیدایش و گسترش صمیمت جنسی می شود و نه تنها به ناکشوری جنسی دامن می زند، بلکه سایر جنبه های رابطه را متأثر می سازد. در مردان اما، پدید آیی مشکل جنسی در مورد دوم تابع خصوصیات مشخص مرد یعنی اضطراب عملی بوده و کیفیت رابطه تنها توانسته به استمرار آن کمک کند، در حالی که زود انزالی در مورد اول دقیقاً بازتابی از فقدان میل جنسی زن است و به میزان کمتر متأثر از کیفیت رابطه زوجین. بدین ترتیب، مشکل جنسی یکی از زوجین زمینه ساز اختلالات جنسی در دیگری می شود. این یافته با نتایج تحقیقات قبلی (برای مثال، کاپلی، ۱۹۷۴، کرو و دیگران ۱۹۸۱) مطابقت می کند. این تاثیر ممکن است مستقیم یا به واسطه ناسازگاری در روابط غیرجنسی باشد. صرف نظر از ماهیت مکانیسم تاثیر گذاری، تنش های بین شخصی و ناکامیهای جنسی افزایش می یابند و ناکشوریهای جنسی پدیدار می شود. بر این اساس مردی که زنش بی میلی نشان می دهد ممکن است با مشکل زود انزالی مواجه شود، و زنی که شوهرش دچار زود انزالی یا ناکشوری نعوظ باشد ممکن است میل جنسی اش را از دست بدهد.

اینکه کنشوری جنسی به اختلال روابط زوجین منجر می شود یا به عکس، پریشی است که تحقیقات آینده باید به آن پاسخ دهند. صرف نظر از اینکه کدام دسته از مشکلات مقدم هستند، میزان همبستگی آنها از یک سو و همزمانی وجود اختلالات جنسی زن و شوهر از سوی دیگر استلزامهای بالینی و درمانی خاص را برای درمانگر در اتخاذ استراتژی مناسب درمان چنین مشکلاتی ایجاد می کند. در چارچوب زوج درمانگری رفتاری - سیستمی که فرایند درمان کنشوری و رضایت جنسی را همزمان با کیفیت رابطه زوجین هدف قرار می دهد، شناخت علت اصلی مشکل، یک مساله درمانی به حساب نمی آید. اجرای چنین رویکردی در مورد های مطرح شده این امکان را برای زوجین فراهم ساخت تا کنشوری جنسی شان را با شکل دهی روابط رضایت بخش غیرجنسی بهبود بخشند.

گرچه آزمایش و سنجش متغیرهای فردی که ممکن است در پدید آیی و استمرار مشکلات جنسی تعیین کننده باشند ضروری است، تحلیل ناکشوری جنسی از نقطه نظر سیستمی به منظور تدوین طرح و استراتژی مناسب درمان احتمال موفقیت درمان را افزایش می دهد. برای درک زوجین به منزله یک سیستم، اینکه ناکشوری جنسی چه هدفی (هدفهایی) را در

چارچوب رابطه زوجین دنبال می‌کند؟ یک پرسش اساسی است. از کنش‌های مشکل جنسی می‌توان به مواردی چون جنگ قدرت، کنترل‌گری، تنظیم فاصله (جایی که نزدیکی و صمیمیت خطرآفرین است)، حمایت‌گری و جز این اشاره کرد. همین که کنش (کنش‌های) رفتار نشانه‌ای تعیین و تحلیل شد، استراتژیهای درمانی با هدف تعدیل و تغییر سبک تعاملگری زوجین به کار بسته می‌شوند. در این مقاله، در محدوده موردهای ارائه شده نشان داده شد که چگونه می‌توان علاوه بر تکنیکهای سکس‌درمانی از راهکارهای رفتاری و سیستمی به منظور درمان اختلالات جنسی پایه‌پای مشکلات روابط غیرجنسی سود جست.

رضایت جنسی مستلزم تلاش پیگیر زوجین برای استقرار الگوهای ارتباطی سازنده است. شناخت ماهیت مشکل جنسی توأم با رویکردی باز انعطاف‌پذیر در آشکارسازی و مبادله احساسات، عواطف و بازخوردهای جنسی از مشخصه‌های اساسی این الگوها هستند. وجه اشتراک همه زوجهایی که به کلینیک سکس‌درمانی مراجعه می‌کنند این است که: سکس در چارچوب روابطشان «مشکل» شده است و هدف آنها دریافت راهکارهای درمانی و کمکهای تخصصی است. نظر به ابعاد تعاملی رفتار جنسی و نقش تعیین‌کننده روابط غیرجنسی در کنش‌وری و ناکش‌وری جنسی، روشهای درمانی باید از جامعیت و انعطاف‌پذیری لازم به منظور استخدام راهکارهای گسترده برخوردار باشند. زوج‌درمانگری رفتاری - سیستمی در کنار سکس‌درمانی پاسخی مناسب به این ضرورت است.

منابع:

۱ - بشارت، م.ع (۱۳۷۷). مشکلات جنسی: طبقه‌بندی، علت‌شناسی، سنجش و درمان. تازه‌های روان‌درمانی، ۶ - ۵، ص ۲ - ۲۹.

1-Bancroft, j. (1989) *human sexuality and its problems*. Churchill livingstone, Edinburgh. Beck, A.T. (1988) *love is never enough*; harper and row, New york.

2-Cole, M&Dryden W. (1988) *Sex therapy in britain*. open university press, Milton keynes, Philadelphia.

3-Crowe, M.J (1995) *Couple therapy and sexual dysfunction*. International Review of Psychiatry 7, 195-204

4-Crowe, M.J Gillan, p., & Golombek. S. (1981) *Form and content in the conjoint treatment of sexual dysfunction: a controlled study*. *behaviour Research and Therapy*, 19, 47-54.

5-Crowe, M. Jan & Ridley, J (1986) *The negotiated timetable: a new approach to marital conflicts involving male demands and femal reluctance for sex*. *Sexual and Marital therapy*, I, 157-173

6-Crowe, M. Jan & Ridley, J. (1990) *Therapy with couples: a behavioural-systems approach to marital and sexual problems*. Blackwell scientific publications, london.

- 7-Daniell,D.)1985(Marital therapy: The psychodynamic approach, in:w. Dryden)ed.(Marital therapy in Britain. Harper and Row, london.
- 8-de silva, p.)1994(Sexual dysfunction investigation. in: S.J.E. lindsay &G.E powell)Eds(*The handbook of clinical adult psychology*, Routledge, London.
- 9-Dryden, W.)1985(*Marital therapy: the rational emotive approach*, in: W. Dryden)Ed.(Marital therapy in Britain. Harper and Row, London.
- 10-Gurman A.)1973(*The effects and effectiveness of marital therapy:A review of outcome research*. Family process, 12, 145-70
- 11-Gurman A and keniskern D.P.)1981(*Handbook of Family Therapy*. New york: Brunner/Mazel.
- Hawton, k.)1985(*Sex Therapy: A practical guide*. Oxford University Press, Oxford.
- 12-Hawton,K.)1985(*Sex Therapy: A Practical guide*. Oxford University Press, Oxford
- 13-Jacobson, N.S.& Margolin, G.)1979(*Marital therapy: Strategies based on social learning and behavioural exchange principles*. Brunner/Mazel, New york.
- 14-Jacobson N.S. and Weiss R.L.)1978(*Behavioural marriage therapy: The contents of Gurman et al. may be hazardous to our health*. *family process*, 17, 149-61.
- 15-Kaplan, H.S.)1974(*The New Sex Therapy*. Brunner/Mazel, New york.
- 16-Masters, W. and Johnson V.)1970(*Human sexual inadequacy*. Little, Brown, Boston.
- 17-Minuchin, S.)1974(*Families and family therapy*. Tavistock publication, London.
- 18-Pietropinto, A.)1986(Male contribution to female sexual dysfunction. Medical aspects of human sexuality. pp. 84-910
- 19-Roffe, M.W. & Brit, B.C.)1981(A typology of marital interaction for sexually dysfunctional couples. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 7, pp. 204-222.
- 20-sager, C.J.)1974(Sexual dysfunctions and marital discord. In: H.S. Kaplan)Ed(*The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. New york, Brunner/Mazel.
- 21-Sager, C.J.)1976(The role of sex therapy in marital therapy. *American Journal of Pyschiatry*, 133, 555-559.
- 22-Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., and Prata g.)1978(*Paradox and Counterparadox*. Jason Aronson, New york.
- 23-Skynner, A.C.R.)1976(*One Flesh: Separate persons: Principles on Family and Marital therapy*. Constabel, London.
- 24-Snyder, D.K. & Berg, P.)1983(Determinants of sexual dissatis faction in sexually distressed couples. *Archives of Sexual Behavior*. 12, pp. 234-249
- 25-Stuart R.B.)1980(*Helping Couples Change*. Guilford Press, New york.
- 26-Zimmer, D.)1987(Does marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 13, 193-209.
- 27-Watson, J.P. and Brockman, B.)1982(A follow-up of couples attending a psychosexual problems clinic, *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 143-144.
- 28-Woody, J.D.)1992(*Treating Sexual Distress: Integrative Systems Therapy*. Newbury park, sage.