

اثر بخشی روش‌های شناختی- رفتاری، فلوکستین و ترکیب آنها در فویبای جنسی زنان

دکتر مهرزاد سراجی*، محبوبه دادفر**

چکیده

مقدمه: از آن‌جا که اختلال فویبای جنسی می‌تواند مشکلات بی‌شماری را برای زنان و شوهران آنها به همراه داشته باشد. در این پژوهش کارایی درمان شناختی- رفتاری، دارو درمانی و ترکیب آنها در درمان زنان مبتلا به این اختلال مقایسه شد. **مواد و روش کار:** این بررسی از نوع آزمایشی بود و در آن ۱۳ زن مبتلا به اختلال فویبای جنسی به‌طور تصادفی در سه گروه گمارده شدند: ۱- درمان با روش‌های شناختی- رفتاری (پنج نفر)، ۲- درمان با فلوکستین (سه نفر)، ۳- درمان ترکیبی (روش‌های شناختی- رفتاری و فلوکستین، پنج نفر). در این پژوهش همه آزمودنی‌ها پیش از درمان و پس از آن با کمک پرسش‌نامه‌های سنجش کنش جنسی، باورهای غیرمنطقی و مقیاس خودسنجی اضطراب جنسی ارزیابی شدند. برای تحلیل داده‌ها آزمون ۱، تحلیل واریانس یک‌طرفه و آزمون شفه به‌کار برده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان دادند که درمان ترکیبی و درمان شناختی- رفتاری در کاهش شناخت‌های ناسازگارانه، باورهای غیرمنطقی و شدت اضطراب جنسی تأثیر دارد، اما درمان با فلوکستین به تنهایی مؤثر نیست. **نتیجه‌گیری:** درمان ترکیبی مؤثرتر از فلوکستین به تنهایی است، اما تفاوت چشم‌گیری در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری ندارد. از این رو، بهبود آزمودنی‌ها احتمالاً مربوط به اثر درمان شناختی- رفتاری به تنهایی بوده است.

کلیدواژه: اختلال فویبای جنسی، درمان شناختی - رفتاری، فلوکستین

مقدمه

مشکل جنسی می‌تواند مشکلات بی‌شماری را پدید آورد و به‌عنوان یک عامل استرس‌زا بر روی کل سیستم ارتباطی همسران اثر بگذارد (کاپلان^۱ و سادوک^۲، ۱۹۹۴).

یکی از انواع اختلال‌های جنسی، اختلال فویبای جنسی می‌باشد. این اختلال برای زنان و مردان درگیر

* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نبش خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نبش خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان (نویسنده مسئول).

E-mail: mahda9@hotmail.com

1- Kaplan 2- Sadock

اسپنس^۱ (۱۹۹۱)، دادفر، دادفر و سراجی (۱۳۸۴) اطلاعات ناکافی یا نادرست و افکار و باورهای ناسازگارانه در زمینه مسایل جنسی را از علل شایع این اختلال گزارش کرده‌اند. سودمندی روش‌های شناختی- رفتاری در درمان زنان مبتلا به اختلال فویبای جنسی در بررسی‌های چندی گزارش شده است (شاو^۲، ۱۹۹۴، به نقل از متز^۳ و پریور^۴؛ ۲۰۰۰؛ جابری، مهرابی و مهریار، ۱۳۷۸). اثربخشی راهبردهای رفتاری صرف که در آنها بر "کاهش اضطراب" تأکید می‌شود، نیز تأیید شده است (کرو^۵ و همکاران، ۱۹۸۱، به نقل از اسپنس، ۱۹۹۱). شیوه شناختی- رفتاری در اختلال‌های جنسی، رویکردی است که همراه با روش‌های رفتاری به تغییر شناخت‌های ناسازگارانه فرد، نیز می‌پردازد و بدین ترتیب تأثیر درمانی آنها را افزایش می‌دهد. رویکردهای درمانی دیگر از جمله روان درمانی بی‌نش‌گرا چندان تأثیری در درمان این اختلال‌ها نداشته‌اند (اسپنس، ۱۹۹۱). عمل جراحی نیز برای بیماران زیان‌بار می‌باشد زیرا این عمل سبب تقویت باور آنان مبنی بر داشتن مشکل بدنی می‌گردد و پس از ناموفق بودن درمان، دچار خشم و ناکامی شده، تا مدت‌ها برای درمان مراجعه نمی‌کنند. این امر موجب بدتر شدن مشکل آنها می‌گردد و نیز اجرای درمان‌های بعدی را دشوار می‌کند (همان‌جا). درمان‌های زیستی نیز کاربرد محدودی دارند اما توجه زیادی به آنها می‌شود. سدیم متوهگزیستال وریدی در حساسیت‌زدایی نیز کاربرد یافته است. داروهای ضد اضطراب ممکن است برای بیمار دچار تنش سودمند باشند ولی بر واکنش جنسی نیز تأثیر می‌گذارند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

از آنجا که پاسخ‌های روانشناختی به کارکرد جنسی، بازخوردها و سایر استرس‌هایی که باعث مقاوم‌شدن مسئله یا دخالت بیشتر در آن می‌شوند مانند اضطراب در مورد عملکرد جنسی، ترس از موفق نبودن، انتظارات شریک جنسی، ارتباط ضعیف میان دو طرف در رابطه با نیازها یا اضطراب‌های جنسی، احساس گناه درباره نزدیکی، نبودن آموزش کافی در

مورد فعالیت جنسی، پیش‌نوازش ناکافی و اسطوره‌های جنسی نادرست، از عوامل روانشناختی تأثیرگذار در اختلال جنسی می‌باشند (هاوتون^۶، ۱۹۸۵، ۱۹۸۹؛ دی‌سیلوا^۷، ۱۹۹۵؛ مهرابی و دادفر، ۱۳۸۲)، درمان این مشکلات می‌تواند همسران را به یک رابطه زناشویی مطلوب برساند.

آنچه این پژوهش در پی آن است مقایسه میزان اثربخشی درمان با شیوه شناختی- رفتاری، فلوکستین و ترکیب این دو در اختلال فویبای جنسی در زنان ایرانی می‌باشد. با توجه به اینکه این اختلال یک اختلال وابسته به فرهنگ می‌باشد، مقایسه اثربخشی این روش‌ها در چهارچوب فرهنگی ایران ضروری است.

مواد و روش‌کار

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی است. نمونه مورد بررسی از میان زنان مبتلا به اختلال فویبای جنسی مراجعه‌کننده به درمانگاه انسیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان، کلینیک‌های اختلال‌های جنسی و مطب‌های خصوصی انتخاب شدند. معیارهای انتخاب آزمودنی‌ها عبارت از باکره بودن، داشتن تحصیلات دست کم سیکل، مدت زمان ابتلا به اختلال شش ماه و بیشتر و عدم انجام عمل جراحی برای برداشتن پرده بکارت بود. همسران آنها نمی‌بایست مبتلا به اختلال کنشی جنسی، انزال زودرس یا ناتوانی جنسی باشند. مراجعان به‌همراه همسرانشان در برنامه درمان شرکت داده شدند. از میان آزمودنی‌های مبتلا به اختلال فویبای جنسی ۱۳ زن به‌صورت در دسترس که ملاک‌های یاد شده را داشتند انتخاب گردیدند. نمونه انتخاب شده به تصادف به سه گروه زیر تقسیم شد:

گروه اول: ۵ نفر درمان با تکنیک‌های شناختی- رفتاری.

گروه دوم: ۳ نفر مصرف داروی فلوکستین روزانه ۲۰ میلی‌گرم به مدت ۴ هفته.

1- Spence
3- Metz
5- Crowe
7- De Silva

2- Shaw
4- Pryor
6- Ilawton

گروه سوم: ۵ نفر افزون بر مصرف داروی فلوکستین، درمان با تکنیک‌های شناختی- رفتاری را دنبال نمودند. در این گروه درمان شناختی- رفتاری، چهار هفته پس از تجویز فلوکستین آغاز گردید.

بیمارانی در این طرح پژوهشی شرکت داده شدند که داوطلب شرکت در طرح بودند، اطلاعات مربوط به بیماران محرمانه تلقی شد و برای آزمودنی‌های گروه درمان با فلوکستین این امکان فراهم شد تا در صورت تمایل در جلسه‌های درمان شناختی- رفتاری شرکت کنند.

ابزارهای پژوهش شامل مصاحبه روانی، پرسش‌نامه سنجش کنش جنسی^۱، پرسش‌نامه سنجش باورهای غیرمنطقی^۲ در زمینه ارتباط جنسی و مقیاس خودسنجی اضطراب جنسی^۳ (SSSA) بود. مصاحبه روانی دارای دو بخش بود: گرفتن تاریخچه بیماری و معاینه وضعیت روانی به کمک الگوی مصاحبه (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۴) و ارزیابی شناختی- رفتاری با بهره‌گیری از

ارزیابی شناختی- رفتاری ویلسون^۴ و همکاران (اسپنس، ۱۹۹۱) که مشکل فعلی و عوامل تعیین‌کننده آن را شرح می‌دهد، انجام گردید.

پرسش‌نامه سنجش کنش جنسی دارای ۶ بخش و ۳۰ پرسش می‌باشد. نمره‌گذاری آن برای هر پرسش از ۲- تا ۲+ انجام می‌شود. این پرسش‌نامه جنبه‌های شناختی- عاطفی و رفتاری فرد را نسبت به مسایل جنسی می‌سنجد. بخش‌های این پرسش‌نامه عبارتند از اطلاعات جنسی، کیفیت کلی ارتباط همسران (ارتباط غیر جنسی)، مهارت‌های ارتباط جنسی، رضایت جنسی، مهارت‌های توجه و تمرکز و باورها و نگرش‌های جنسی (جابری و همکاران، ۱۳۷۸).

پرسش‌نامه سنجش باورهای غیرمنطقی در زمینه ارتباط جنسی دارای ۲۳ پرسش می‌باشد و از پرسش‌نامه سنجش کنش جنسی برگرفته شده است. نمره‌گذاری آن از ۲- تا ۲+ انجام می‌شود. این پرسش‌نامه دیدگاه‌ها و باورهای غیرمنطقی زنانی را که ترس از انجام عمل زناشویی دارند می‌سنجد (جابری و همکاران، ۱۳۷۸). این پژوهشگران دو پرسش‌نامه

سنجش کنش جنسی و سنجش باورهای غیرمنطقی را تهیه و اعتبار آنها را به روش محتوایی تأیید نمودند. هم‌چنین پایایی آنها را به کمک روش بازآزمایی به فاصله دو هفته بر روی ۲۰ زن مبتلا به فویبای جنسی ۰/۷۸ گزارش کردند.

مقیاس خودسنجی اضطراب جنسی برای سنجش میزان اضطراب فرد می‌باشد و از صفر تا ۱۰۰ درجه‌بندی می‌شود. بیمار هر یک از موقعیت‌های جنسی را بنا بر ارزش واحد ذهنی پریشانی^۵ (SUD) آن درجه‌بندی می‌کند. درجه ۱۰۰ نشان‌دهنده بیشترین تنش است. این شکل از گزارش شخصی در مورد واکنش‌های ذهنی، در پژوهش‌های بالینی اختلال‌های اضطرابی کاربرد بسیاری دارد و دارای همبستگی بالایی با اندازه‌گیری‌های تغییرات فیزیولوژیک اضطراب می‌باشد (تایر^۶، پاپسدرف^۷، دیویس^۸ و والکورزا^۹، ۱۹۸۴). به نقل از ونک^{۱۰} و تایر، (۱۹۹۵). در بازبینی بررسی‌های انجام شده پیرامون پایایی و روایی مقیاس خودسنجی اضطراب جنسی در ایران نویسندگان نوشتار حاضر به پژوهشی در این زمینه برخورد نکردند.

برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های t، تحلیل واریانس یک‌طرفه و شفه بهره گرفته شد.

یافته‌ها

بین گروه‌های درمانی از نظر سن و سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. آزمون t پیش از درمان و پس از آن نشان داد که درمان شناختی- رفتاری با و بدون فلوکستین بیش از درمان با فلوکستین به تنهایی در بهبود کنش جنسی، کاهش باورهای غیرمنطقی و کاهش اضطراب جنسی مؤثر است. نتایج تحلیل واریانس گروه‌ها تفاوت معنی‌داری را در پرسش‌نامه کنش جنسی پس از درمان نشان داد

1- Questionnaire of Measurement of Sexual Function
2- Questionnaire of Irrational Beliefs
3- Self-rater Scale of Sexual Anxiety
4- Wilson
5- Subjective Unit of Distress
6- Thyer
7- Papsdorf
8- Davis
9- Vallecorsa
10- Vonk

نتایج آزمون تعقیبی ($p < 0/001$, $df = 12$, $F = 16/34$) شفه نیز این تفاوت را تأیید نمود.

نتایج تحلیل واریانس گروه‌ها تفاوت معنی‌داری را در پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی پس از درمان نشان داد ($p < 0/001$, $df = 12$, $F = 18/16$). نتایج آزمون تعقیبی شفه نیز این تفاوت را تأیید نمود.

مقایسه نمره‌های خودسنجی اضطراب جنسی گروه‌ها نیز در مرحله پس از درمان به کمک تحلیل واریانس تفاوت نمره‌ها را معنی‌دار نشان داد ($p < 0/001$, $df = 12$, $F = 197/97$). نتایج آزمون تعقیبی شفه نیز این تفاوت را تأیید نمود.

بحث

این بررسی نشان داد که درمان شناختی- رفتاری و درمان ترکیبی بیش از روش درمان با فلوکستین به‌تنهایی در کاهش شناخت‌های ناسازگارانه، باورهای غیرمنطقی و اضطراب جنسی مؤثر است. در زمینه روش درمان ترکیبی و شناختی- رفتاری در شناخت‌های ناسازگارانه، باورهای غیرمنطقی و اضطراب جنسی تفاوت معنی‌داری دیده نشد. با توجه به یافته‌های بالا می‌توان دریافت که افزودن فلوکستین به روش درمان شناختی- رفتاری، اثر درمان شناختی- رفتاری را افزایش نداده است.

نتیجه این پژوهش در اثربخشی روش درمان شناختی- رفتاری هماهنگ با بررسی‌هایی است که نشان داده‌اند روش‌های رفتاری حساسیت‌زدایی منظم، آرام‌سازی و روش‌های شناختی یساده شده در این پژوهش، مداخله‌های کارآمدی در درمان اختلال‌های جنسی به‌ویژه در زنان مبتلا به فوبیای جنسی می‌باشند (یشی^۱، ۱۹۸۸، به‌نقل از اسپنس، ۱۹۹۱؛ جرالند^۲ و اسکول، ۱۹۸۸، لیندسی^۳ و پاول^۴، ۱۹۹۵، به‌نقل از دی‌سیلوا، ۱۹۹۵؛ ونک و تابر، ۱۹۹۵؛ مینا^۵ و بینلیک^۶، ۱۹۹۴؛ روزن^۷ و لیلوم^۸، ۱۹۹۵؛ متز و پریور، ۲۰۰۰؛ مک‌کیب^۹، ۲۰۰۱؛ بشارت، ۱۳۷۸؛ جابری و همکاران، ۱۳۷۸؛ سلطانی محمدی، ۱۳۸۰).

در این پژوهش گروه درمان فلوکستین کاهش‌دهنده شناخت‌های ناسازگارانه، باورهای غیرمنطقی و اضطراب جنسی نشان نداد. از آنجا که پژوهش کنترل‌شده‌ای که در آن روش درمان ترکیبی شناختی- رفتاری و درمان با فلوکستین که با هر یک از روش‌ها به‌تنهایی مقایسه شده باشد، انجام نشده است، امکان مقایسه نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشی مانند آن میسر نیست. شمار کم آزمودنی‌ها، کوتاه بودن طول مدت درمان، اجرا نشدن مرحله پی‌گیری، اثر پیش‌آزمون روی نمره‌ها، در دسترس نبودن ابزار معتبر و پایا که در جامعه ما هنجاریابی شده باشد، تفاوت سطح تحصیلات آزمودنی‌ها، تفاوت سن و سطوح شدت اضطراب جنسی از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌باشند. در پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌شود که نتایج درمان شناختی- رفتاری با سایر روش‌های درمانی از جمله جراحی مقایسه گردد و آزمودنی‌های دو گروه با هم هم‌تاسازی شوند.

سپاسگزاری

این پژوهش به کمک بودجه مرکز تحقیقات بهداشت روان و قطب علمی انستیتو روانپزشکی تهران انجام شده و از همکاری‌های ارزشمند علمی خانم دکتر بنفشه غزایی، همکاری کارشناسان محترم، آقای محمد سلطانی محمدی در درمان و آقای عیسی کریمی کیسیمی در تحلیل نتایج برخوردار بوده است. پژوهشگران بدینوسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام می‌دارند.

دریافت مقاله: ۱۳۸۲/۱۱/۲۰؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۳/۴/۷
پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۵/۷

- | | |
|------------|-------------|
| 1- Bishay | 2- Gerald |
| 3- Lindsay | 4- Powel |
| 5- Meana | 6- Binilk |
| 7- Rosen | 8- Leibltun |
| 9- McCabe | |

منابع

- Kaplan, H., & Sadock, J. (1994). *Comprehensive text-book of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Masters, W., & Johnson, V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown.
- McCabe, M.P. (2001). Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. *Journal of Sexual & Marital Therapy*, 27, 259-271.
- Mcana, M., & Binilk, Y.M. (1994). Painful coitus: A review of female dyspareunia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 264, 272.
- Metz, M.E., & Pryor, J.L. (2000). Premature ejaculation: A psychophysiological approach for assessment and management. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 26, 293- 320.
- Rosen, R.C., & Leiblum, S.R. (1995). Treatment of sexual disorders in the 1990s: An integrated approach. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 877-890.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of Psychiatry, (9th ed.)*. Lippincott: Williams & Wilkins.
- Spence, S.H. (1991). *Psychosexual therapy: A cognitive behavioral approach*. London: Chapman & Hall.
- Vonk, M.E., & Thyer, B.A. (1995). Exposure therapy in the treatment of vaginal penetration phobia: A single case evaluation. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 26, 359- 363.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۷۸). زوج درمانگری مشکلات جنسی. *نارمه‌های روان‌درمانی*، شماره ۷، ۴۰-۲۳.
- جابری، پریوش؛ مهربایی، فریدون؛ مهربیار، امیر هوشنگ (۱۳۷۸). شیوه‌های شناختی- رفتاری در درمان زنان مبتلا به فویبای جنسی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال پنجم، شماره ۱ و ۲، ۹۱-۷۹.
- دادفر، فرشته؛ دادفر، محبوبه؛ سراجی، مهرزاد (۱۳۸۴). *بررسی آگاهی و مهارت‌های جنسی، روابط غیرجنسی و باورهای غیرمنطقی زنان مبتلا به فویبای جنسی*. مقاله ارایه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. تهران، دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد، ۳-۲ آذرماه.
- سلطانی محمدی، محمد (۱۳۸۰). *بررسی اثربخشی روش‌های شناختی- رفتاری در درمان مردان مبتلا به انزال زودرس*. پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- مهربایی، فریدون؛ دادفر، محبوبه (۱۳۸۲). بررسی نقش عوامل روانشناختی در اختلالات کنشی جنسی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال نهم، شماره ۱، ۱۱-۴.
- De Silva, P. (1995). Sexual dysfunction. In S.J.E. Lindsay and G.E. Powell (Eds.). *The handbook of clinical adult psychology* (3rd. ed.). London: Routledge. (p.p.199- 288).
- Hawton, K. (1985). *Sex therapy: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Hawton, K. (1989). Sexual dysfunction. In P.M. Salkovskis, J. Krik, D.M., Clark (Eds.). *Cognitive behavior therapy for the psychiatric problems*. Oxford: Oxford University Press. (p.p. 370- 405).