

اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود کمبود میل جنسی زنان متأهل شهر سیرجان

علی افضلی گروه^۱، مطهره نصرت آبادی^۲، مهدی قاسم‌زاده^{۳*}، عسگر چوبداری^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۶/۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۲/۳۰

خلاصه

مقدمه: تمایل جنسی موضوع پیچیده‌ای است که تحت تأثیر عوامل گوناگونی قرار دارد. یکی از عواملی که نقش تعیین کننده‌ای در این مؤلفه دارد، عامل روانشناختی است. بنابراین هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود کمبود میل جنسی زنان متأهل شهر سیرجان بود.

مواد و روش‌ها: این بررسی از نوع نیمه آزمایشی بود. بدین منظور از بین زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر سیرجان که مبتلا به اختلال کمبود میل جنسی بودند، تعداد ۳۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب و به گروه‌های آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. اعضای گروه آزمایش در طول ۱۰ جلسه هفتگی مورد طرحواره درمانی قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها از شاخص تمایل جنسی هالبرت (۱۹۹۲) استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، آزمون تحلیل کواریانس به کار گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد طرحواره درمانی موجب کاهش معنی‌دار میانگین نمرات کمبود میل جنسی در گروه آزمایش ($59/00 \pm 17/62$) نسبت به گروه کنترل ($47/98 \pm 14/05$) گردیده است. ($p < 0/05$)

نتیجه‌گیری: بر پایه یافته‌های این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که اثربخشی طرحواره درمانی بر افزایش میل جنسی مراجعین به مراکز مشاوره مؤثر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: اختلال کمبود میل جنسی، طرحواره درمانی، زنان متأهل

۱- کارشناس ارشد، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد زرنند، کرمان، ایران.

۲- کارشناس ارشد، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران.

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: Mahdigh.iran@gmail.com، شماره تماس: ۰۹۳۰۱۳۴۷۴۸۷

۴- دانشجوی دکترا، گروه روانشناسی و کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

مقدمه

اختلال کمبود میل جنسی (Hypo active sexual disorder)، کمبود/ فقدان خیالپردازی‌های جنسی و تمایل برای فعالیت‌های جنسی است که منجر به آزدگی و مشکلات بین فردی قابل ملاحظه‌ای می‌گردد [۱]. این اختلال، رایج‌ترین شکل اختلالات جنسی در زنان میانسال است و عموماً تشخیص آن بر اساس مصاحبه پزشکی بدون ارزیابی سطح هورمون استروئید صورت می‌گیرد [۲]. تمایل جنسی موضوع پیچیده‌ای است که تحت تأثیر عوامل گوناگونی قرار دارد. ادراک از تمایل جنسی با احساس جذاب بودن و خیالپردازی‌ها مرتبط است. تمایل جنسی شامل دو مؤلفه اصلی می‌باشد: سائق جسمی (بیولوژیکی) و انگیزش (روانشناختی). سائق جسمی عمدتاً با سلامت عمومی، سن، نیازهای هورمونی و خلق تنظیم می‌شود، در حالی که انگیزش با تجارب قبلی و عواملی مانند کیفیت و مدت رابطه تنظیم می‌گردد [۳].

اختلال‌های کنشی جنسی به عنوان اختلال میل، تحریک، ارگاسم و درد جنسی، ناشی از عوامل چندگانه‌ی جسمی و روانشناختی است و می‌تواند سبب ناراحتی شدید فردی شده و بر کیفیت زندگی و ارتباطات بین فردی اثر بگذارد، فراگیر یا موقعیتی، کلی و یا جزئی باشد [۴]. در سبب‌شناسی، اختلالات بدکارکردی جنسی همچون کمبود میل جنسی، عموماً چند عاملی در نظر گرفته می‌شود. عوامل زیست-پزشکی مانند: بیماری‌ها، جراحی‌های لگنی، داروها، و هورمون‌ها و عوامل روانشناختی مانند: وقایع زندگی، شرح حال جنسی، حالت عاطفی، رضایت از شریک جنسی، رابطه صمیمی، طول مدت رابطه و عوامل فرهنگی-اجتماعی بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند و بر تجربه فرد از میل جنسی یا فقدان/کمبود میل جنسی تأثیر می‌گذارد [۵-۴]. بر اساس این تنوع در سبب شناسی، تاکنون درمان‌های متعددی از بعد پزشکی همچون درمان‌های هورمونی و دارویی [۶] و بعد روانشناختی همچون شناختی رفتاری [۷]، ذهن آگاهی [۸] و تمرکز حسی [۹] برای بهبود کمبود میل

جنسی مورد استفاده قرار گرفته است.

یکی از عوامل مهم در فعالیت جنسی، افکار فرد یا شناخت او در مورد عمل جنسی یا توانایی او در مورد عملکرد جنسی است [۱۰]. زنانی که از عملکرد جنسی خود ناراضی‌اند افکار منفی بیشتری دارند، وجود طرحواره‌های انتقاد از خود و تصویر منفی از خود می‌تواند مشکلات کارکرد جنسی را به همراه داشته باشد و هیجان‌های منفی (مانند اضطراب، شرم و احساس گناه) به وجود آورد، در نتیجه پاسخ‌های جنسی را تضعیف می‌کند [۱۱]. در واقع، هرچه افکار منفی بیشتر شود انگیزش جنسی ذهنی کمتر خواهد شد. بنابراین، حین آمیزش جنسی تمرکز زنان بر این افکار بیشتر از هیجان‌های جنسی معطوف می‌شود [۱۲]. در مقابل، زنانی که طرحواره‌های جنسی مثبتی درباره رابطه جنسی دارند، احساس بهتری در مورد تجربیات جنسی خود دارند و این طرحواره‌های مثبت، آنها را به سمت وارد شدن به رابطه‌ی جنسی رضایت‌بخش‌تری هدایت می‌کند [۱۳]. یک گروه تحقیقاتی، شاخص‌هایی برای سنجش مفهوم خود-طرحواره جنسی به وجود آورده‌اند [۱۴-۱۷] که از نظر آنها طرحواره‌های جنسی به عنوان باورهای اساسی و هسته‌ای ابعاد جنسی فرد تعریف می‌شود که از تجارب گذشته مشتق شده‌اند، در تجربه‌های حال نمود پیدا می‌کنند، در پردازش اطلاعات جنسی افراد تأثیر می‌گذارند و رفتار جنسی را هدایت می‌کنند [۱۵]. طرحواره‌ها، مشاهدات بالینی و مدل‌های نظری، بر اهمیت ساختارهای شناختی بنیادین یا باورهای بنیادین در فرآیندهای کنشی جنسی تأکید می‌کنند و توجه فزاینده‌ای به سمت کاربرد رویکردهای شناختی برای درمان جنسی دارند [۱۸].

طرحواره درمانی که توسط young و همکارانش بوجود آمده، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی - درمانی کلاسیک برای درمان اختلالات منش شناختی بنا شده است [۱۹]. تحقیقات نشان داده‌اند طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نشانه‌های مختلف در ارتباط هستند. مثلاً

طرحواره کمال‌گرایی با نشانه‌های اضطراب و افسردگی، اختلالات خوردن، نشانه‌های روان‌تنی ارتباط دارد. درمان شناختی متمرکز بر طرحواره، برای درمان اختلالات روانشناختی سخت و مزمن بر شناخت درمانی کوتاه‌مدت برتری دارد [۲۰]. تا به حال طرح‌واره درمانی در بهبود اختلالات روانی بسیاری مورد استفاده قرار گرفته و اثربخشی آن تأیید شده است. به طور مثال، مطالعات متعدد از اثربخشی طرحواره درمانی در تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کاهش اختلالات اضطرابی [۲۱] درمان اختلالات شخصیتی [۲۲-۲۳] و درمان علائم افسردگی [۲۴] خبر می‌دهند.

مطالعات اخیر که به بررسی بدکارکردی جنسی در زنان و مردان پرداخته‌اند، از ارتباط بین طرحواره‌ها و ساختارهای شناختی اولیه با بدکارکردی جنسی و فعالیت جنسی معیوب حکایت دارند [۲۵-۲۵]. در همین راستا نشان داده شده است که درمان‌های روانشناختی مبتنی بر اصلاح شناخت‌ها، همچون درمان شناختی رفتاری برای بهبود مشکلات جنسی زوجین مؤثر بوده و از به کارگیری آن در این اختلالات نتایج مثبتی حاصل شده است [۲۷]. با این حال، مطالعات صورت گرفته در زمینه کارایی و اثربخشی رویکردهای روانشناختی در درمان اختلالات جنسی محدود است [۲۸] و در عین حال، اغلب مطالعات موجود در زمینه اختلالات جنسی، به اختلالات درد جنسی و ارگاسم و درمان آنها اختصاص یافته است [۲۹] و از اختلال کمبود میل جنسی غافل مانده‌اند. علاوه بر این، در تحقیقات صورت گرفته برای درمان اختلال کمبود میل جنسی، اغلب از شیوه‌های درمان دارویی و هورمون‌درمانی استفاده شده است که پژوهش‌ها نشان می‌دهند، این درمان‌ها نیز خود با عوارض جانبی متعددی از جمله ظاهر شدن علائم مردانگی، سرطان پستان و بیماری‌های قلبی عروقی همراه است [۶].

این در حالی است که سلامت جنسی در زندگی ناشویی و بقا و استحکام روابط زوجی از نقش مهمی برخوردار است و از سوی دیگر، اختلال کمبود میل جنسی

در بین زنان از شیوع بالایی برخوردار است و پیامدهای منفی متعددی در سطح فردی و ناشویی دارد. بنابراین لازم است مداخله‌های مؤثر در بهبود اختلالات جنسی و به خصوص اختلال کاهش میل جنسی زنان به کار گرفته شود که البته با توجه به نقش عوامل روانشناختی در بروز چنین اختلالاتی، به کارگیری مداخلات روانشناختی اهمیتی خاص می‌یابد. با توجه بر تأکید مطالعات اخیر بر نقش ساختار و فرایندهای شناختی بنیادین در اختلالات جنسی از جمله کاهش میل جنسی و اینکه تاکنون پژوهشی به تأثیر اصلاح این ساختارهای شناختی و به عبارت دیگر، طرحواره‌درمانی در بهبود میل جنسی زنان، به خصوص در نمونه زنان ایرانی نپرداخته است، پژوهش حاضر در همین راستا و به منظور بررسی اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود میل جنسی زنان و مکانسیم‌های زیربنایی این تأثیر و چگونگی روابط آنها صورت گرفته است.

مواد روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های شبه آزمایشی است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان متأهل با اختلال کمبود میل جنسی مراجعه‌کننده به دو مرکز مشاوره شهر سیرجان در سال ۱۳۹۶ بودند. بدین منظور، از بین دو مرکز مشاوره خانه سبز و مرکز مشاوره خاتم الانبیا در شهر سیرجان تعداد ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل قرار گرفتند. محل برگزاری مداخله در مرکز مشاوره وصال بود. ملاک‌های ورود به پژوهش: داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، تشخیص کم‌میلی جنسی از نوع کلی بر اساس معیارهای پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روانپزشکی آمریکا [۳۰]، محدوده سنی ۲۰-۳۵ سال و برخوردار بودن از سلامت جسمی و روانی و ملاک‌های خروج: یائسگی، ابتلا به هر نوع بیماری جسمی و روانی و ابتلای همسر بیمار به اختلالات جنسی بود. اختلال کم‌میلی جنسی با استفاده از

مصاحبه بالینی که توسط یک روانشناس بالینی انجام گرفت، تشخیص داده می‌شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، ابتدا به جای اسامی مراجعان از عدد و از کد A برای پیش‌آزمون و کد B برای پس‌آزمون استفاده شد. همچنین در جلسه اول در مورد محرمانه ماندن اطلاعات شخصی شرکت‌کنندگان، اطمینان کامل داده شد همچنین این آزادی را داشتند که هر زمان فکر کردند جلسات آموزشی برایشان مفید نیست حضور در جلسات را ادامه ندهند. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش، پرسشنامه شاخص تمایل جنسی هالبرت بود که در زیر آمده است:

شاخص تمایل جنسی هالبرت (Hullbert Index of Sexual Desire): این آزمون در سال ۱۹۹۲ توسط دیوید هالبرت برای سنجش میزان تمایل جنسی بارز در فعالیت‌های جنسی ساخته شد. آزمون شامل ۲۵ سؤال است و در انتخاب گزینه‌های آن از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت استفاده شده است. در اجرای "شاخص تمایل جنسی هالبرت" توسط دیوید فارلی هالبرت اعتبار آزمون - بازآزمون ۰/۸۶ به دست آمده است. این شاخص توسط

shafei روی ۴۰ دانشجوی زن متأهل اجرا شد. که ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۲ بدست آمد. این ابزار بنا به نظرسنجی اساتید و صاحب‌نظران از روایی محتوایی مناسبی برخوردار است [۳۳-۳۱]. پس از اجرا و نمره‌گذاری و جمع‌بندی نمرات، میزان تمایل جنسی آزمودنی مشخص می‌شود. دامنه نمرات آزمون از ۰ تا ۱۰۰ است که نمره بیشتر نشان تمایل جنسی زیاد و نمره کم نشان تمایل جنسی اندک است.

پس از انتخاب شرکت‌کنندگان در پژوهش، طی یک جلسه معارفه در رابطه با اهمیت و اهداف و نحوه انجام پژوهش توضیح مختصری داده شد و همچنین به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل محرمانه خواهد ماند. شرکت‌کنندگان بعد از تکمیل فرم رضایت‌نامه به تکمیل پرسشنامه اقدام کردند. سپس اعضای گروه آزمایش جلسات طرحواره درمانی را دریافت کردند (یک جلسه در هفته) که خلاصه‌ای از دستورالعمل اجرایی جلسات طرحواره درمانی در جدول ۱ مندرج است.

جدول ۱- خلاصه‌ای از محتوا و اهداف جلسات طرحواره درمانی

جلسه	عناوین جلسات	اهداف جلسات
۱	آشنایی و معرفی برنامه	برقراری ارتباط و همدلی
۲	اجرای پرسشنامه	ارزیابی وضعیت اولیه گروه
۳	تعریف طرحواره درمانی	آشنایی و درک مفاهیم طرحواره درمانی و نحوه کاربرد آن
۴	آموزش و شناخت طرحواره‌های ناسازگار اولیه	فراگیری دقیق و علمی مفاهیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه
۵	معرفی حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه	آشنایی کامل با حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تشخیص آن
۶	آموزش و شناخت مفهوم هماهنگی شناختی و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد	شناخت و انطباق هماهنگی شناختی و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد با تجربیات شخصی
۷	مرحله سنجش و آموزش طرحواره درمانی	شناخت و تشخیص طرحواره‌های ناسازگار اولیه
۸	استفاده از راهبردهای شناختی طرحواره درمانی	اصلاح طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد
۹	استفاده از راهبردهای تجربی طرحواره درمانی	تغییر و بهبود سطح هیجانی و عاطفی طرحواره‌های ناسازگار
۱۰	آموزش روش‌های الگوشکنی	جایگزین کردن رفتارهای سالم و کارآمد به جای رفتارهای مقابله‌ای و ناسازگار
۱۱	اجرای مجدد پرسشنامه	ارزیابی اثربخشی طرحواره درمانی

گروه کنترل، متشکل از همین تعداد افراد این آموزش را دریافت نکردند. در آخر پژوهش و اتمام مداخله طرحواره درمانی، پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت توسط دو گروه تکمیل شد. به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، گروه کنترل نیز پس از اتمام روند پژوهشی، طرحواره

درمانی را دریافت کردند. داده‌های حاصل از تحقیق با استفاده از نرم‌افزار نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شدند که برای مقایسه میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل بعد از مداخله، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. $p < 0/05$ اختلاف معنی‌دار در نظر

گرفته شد.

دبپلم، ۷ (۰/۲۳) و ۹ (۰/۲۹) لیسانس و ۴ (۰/۱۴) و ۳ (۰/۱۰) فوق لیسانس حضور داشت که مطابق با نتایج آزمون مجذور کای، از جهت میزان تحصیلات تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود نداشت ($p > 0/05$). $\chi^2 = 0/83$. یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش و کنترل به ترتیب، $14/21 \pm 27/83$ و $14/05 \pm 28/12$ بود که نتایج آزمون تی مستقل حاکی از این بود که دو گروه از جهت میانگین سنی تفاوت معنی داری ندارند ($t = 0/09$, $p > 0/05$). همچنین در هر دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۴ (۰/۱۴) و ۳ (۰/۱۰)

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره کل تمایل جنسی در زنان متأهل شهر کرمان در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون

گروه	پیش آزمون انحراف معیار \pm میانگین	p	پس آزمون انحراف معیار \pm میانگین	p
تمایل جنسی				
گروه آزمایش	$52/15 \pm 15/43$	۰/۰۷	$59/00 \pm 17/62$	۰/۰۰۱
گروه کنترل	$48/22 \pm 14/21$		$47/98 \pm 14/05$	

آزمون آماری t $p < 0/05$ اختلاف معنی دار

دو گروه آزمایش و کنترل، پس از کنترل نمرات پیش-آزمون از آزمون تحلیل کوواریانس متغیری استفاده شد و نتایج در جدول ۳ آورده شده است.

برای بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر اختلال کمبود میل جنسی زنان متأهل شهر کرمان و مشخص کردن میزان تفاوت واقعی و معنی دار نمرات پس‌آزمون بین

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی نمره‌های پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	توان آزمون	p
آزمایش	۲۲۵/۱۴	۲۲۵/۱۴	*۸/۳۴	۰/۱۸	۰/۰۰۱
کنترل	۱۹۸/۵۵	۱۹۸/۵۵	-		

$Df = 1$ $p < 0/05$

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر اختلال کمبود میل جنسی زنان متأهل شهر کرمان انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده آن است که طرحواره درمانی بر افزایش میل جنسی زنان دچار مشکل کمبود میل جنسی مراجعه کننده به مراکز مشاوره مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های متعددی [۳۴-۳۵] همخوان است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد تفاوت بین نمرات پس‌آزمون میل جنسی بین دو گروه آزمایش و کنترل با ثابت نگه داشتن اثر نمرات پیش‌آزمون معنی دار است. به این معنی که بین میل جنسی در گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد و طرحواره درمانی موجب افزایش میل جنسی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

بحث

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی باید گفت که عناصر این رویکرد متشکل از رویکردهای شناختی-رفتاری، گشتالت، دلبستگی، روابط موضوعی، سازه‌گرایی و روان‌کاوی در قالب

نتیجه گیری: رویکرد طرحواره درمانی به عنوان یک روش مؤثر روانشناختی در بهبود کمبود میل جنسی زنان قابلیت کاربرد در مراکز درمانی را دارد و همچنین می‌توان آن را به عنوان مکمل درمان پزشکی مورد استفاده قرار داد و بدینگونه از پیامدهای آسیب‌زای این اختلال در سطح فردی و زناشویی ممانعت کرد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر عدم وجود مرحله پیگیری بوده و توصیه می‌شود در تحقیقات آینده، اثر بخشی این رویکرد درمانی در مرحله پیگیری نیز مورد بررسی قرار گیرد. پیشنهاد دیگر این مطالعه این است که در تحقیقات آتی، اثر بخشی طرحواره درمانی در بهبود میل جنسی مردان نیز مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از تمامی مراجعینی که در این پژوهش ما را یاری رساندند و در جلسات شرکت کردند و از مسئولین مراکز مشاوره‌ای که در روند پژوهش با ما همکاری تشکر و قدردانی می‌کنیم.

سهم نویسندگان

کارهای عملی تحقیق از جمله تهیه پرسشنامه و انجام مداخله بر عهده علی افضلی گروه، تجزیه و تحلیل آماری توسط مطهره نصرت آبادی، نگارش مقاله بر عهده مهدی قاسم‌زاده و انجام اصلاحات و کمک در گردآوری مطالب بر عهده عسگر چوبداری بود.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچگونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

یک مدل درمانی می‌باشد [۲۱]. این در حالی است که افکار منفی مرتبط با عملکرد جنسی یا تصویر بدنی، نقش مهمی در کژکاری‌های جنسی دارند [۵] و این طرحواره‌های انتقاد از خود و تصویر منفی از خود مانع تمرکز فرد بر موقعیت‌های شهوت انگیز می‌شود و با تقویت هیجان‌های منفی (مانند اضطراب، شرم و گناه) مانع تکمیل پاسخ‌های جنسی (از تمایل جنسی تا ارگاسم) می‌شود [۱۰]. همچنین نشان داده شده است که طرحواره جنسی، تعمیم‌های شناختی یک فرد درباره جنبه‌های جنسی است که از تجارب گذشته او نشأت گرفته و در تجارب کنونی او آشکار شده و رفتار جنسی وی را هدایت می‌کند [۲۳].

یکی دیگر از بخش‌های رویکرد طرحواره درمانی، تمرکز روی سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد بیماران است که از دوران کودکی شکل گرفته و تا بزرگسالی ادامه پیدا کرده‌اند و این در حالی است که بر اساس مطالعات انجام شده، سبک‌های مقابله‌ای نادرست مانند غفلت، بی‌توجهی، انکار علائم و خود درمانی در بین مبتلایان به اختلالات جنسی شایع است [۲۷] و بنابراین طرحواره درمانی با تمرکز بر روی اصلاح سبک‌های مقابله‌ای این دسته از بیماران، می‌تواند در درمان اختلال جنسی و کمبود میل جنسی مؤثر واقع شود.

تیبین دیگر می‌تواند این باشد که اضطراب عملکردی به شکل منفی کارکرد جنسی را متأثر می‌سازد و با افزایش اضطراب، تمایل جنسی کمتر شده که خود اضطراب بیشتر را به دنبال دارد و این چرخه معیوب تشدید می‌شود [۳۵]. بر این اساس، سکس درمانی با هر رویکردی، برای دستیابی به نتایج رضایتبخش، مستلزم تمرکز بر کاهش اضطراب مربوط به موقعیت جنسی در بیماران است و طرحواره درمانی نیز با تغییر در ساختارهای شناختی اضطراب‌زا و زاینده هیجان‌ات منفی، منجر به کاهش اضطراب پاسخ جنسی و رهایی فرد از هیجان‌ات منفی و در نتیجه بهبود عملکرد جنسی می‌شود.

References

1. Meixel A, Yanchar E, Fugh-Berman A. Hypoactive sexual desire disorder: inventing a disease to sell low libido. *JME* 2015;41(10):859-62.
2. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstetrics & Gynecology* 2008;112(5):970-8.

3. Rymer J, Wylie K, Barnes T, Mander A, Buckler H, Dean J. Hypoactive sexual desire Disorder. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2010;12(4):237-43.
4. Clayton AH. The pathophysiology of hypoactive sexual desire disorder in women. *IJGO* 2010;110(1):7-11.
5. Naumann G, Skala C, Albrich S, Kolbl H. Definition of hypoactive sexual desire disorder. *CJG* 2010;70(5):701-6.
6. Dove NL, Wiederman MW. Cognitive distraction and women's sexual functioning. *JSMT* 2000;26(1):67-78.
7. Boston P. Systemic family therapy and the influence of post-modernism. *APT* 2000;6(6):450-7.
8. Pyke RE, Clayton AH. Psychological treatment trials for hypoactive sexual desire disorder: a sexual medicine critique and perspective. *JSM* 2015;12(12):2451-8.
9. Brotto LA, Basson R. Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. *BRT* 2014;57:43-54.
10. Masters Q, Johnson VE. *Human Sexual Inadequacy*. 2nd ed. Boston: Little Brown Press; 1970: 218.
11. Palace EM. Modification of dysfunctional patterns of sexual response through autonomic arousal and false physiological feedback. *JCCP* 1995;63(4):604-15.
12. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional men and women. *CTR* 2008;32(1):37-49.
13. Géonet M, De Sutter P, Zech E. Cognitive factors in women hypoactive sexual desire disorder. *Sexologies* 2013;22(1):e9-e15.
14. Goldstein I, Lines C, Pyke R, Scheld JS. National differences in patient-clinician communication regarding hypoactive sexual desire disorder. *JSM* 2009;6(5):1349-57.
15. Ziaei T, Farahmand Rad H, Rezaei Aval M, Roshandel G. The Relationship between Sexual Self-concept and Sexual Function in Women of Reproductive Age Referred to Health Centers in Gorgan, North East of Iran. *JMRH* 2017;5(3):969-77.
16. Sigre-Leirós V, Carvalho J, Nobre P. Preliminary findings on men's sexual self-schema and sexual offending: differences between subtypes of offenders. *JSR* 2016;53(2):204-13.
17. Cyranowski JM, Andersen BL. Evidence of self-schematic cognitive processing in women with differing sexual self-views. *JSCP* 2000;19(4):519-43.
18. Althof SE, Needle RB. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction in women: An update. *AJU* 2013;11(3):299-304.
19. Young, J, Kloskov, J, Vyshar M. *Schema therapy: practical guide for clinicians*. 1nd ed. Tehran: Arjomand Press; 2009: 150. [Persian]
20. Parrott TH, Brown D. *Psychotherapy and counseling for children and adolescents. sow practical health centers and schools*. 2nd ed. Tehran: Arjomand; 2004: 210-4. [Persian]
21. Hawke LD, Provencher MD. Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *JCP* 2011;25(4):257-76.
22. Peled O, Bar-Kalifa E, Rafaeli E. Stability or instability in avoidant personality disorder: Mode fluctuations within schema therapy sessions. *JBTEP* 2017;57:126-34.
23. Taylor CD, Bee P, Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy* 2017;90(3):456-79.
24. Malogiannis IA, Arntz A, Spyropoulou A, Tsartsara E, Aggeli A, Karveli S, et al. Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. *JBTEP* 2014;45(3):319-29.
25. Peixoto MM, Nobre P. The Activation of Incompetence Schemas in Response to Negative Sexual Events in Heterosexual and Lesbian Women: The Moderator Role of Personality Traits and Dysfunctional Sexual Beliefs. *JSR* 2017;54(9):1188-96.
26. Peixoto MM, Nobre P. Cognitive schemas activated in sexual context: a comparative study with homosexual and heterosexual men and women, with and without sexual problems. *CTR* 2015;39(3):390-402.
27. Trudel G, Marchand A, Ravart M, Aubin S, Turgeon L, Fortier P. The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *SRTT* 2001;16(2):145-64.
28. Sungur MZ, Gündüz A. A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for sexual dysfunctions: Critiques and challenges. *JSM* 2014;11(2):364-73.
29. Pereira VM, Arias-Carrión O, Machado S, Nardi AE, Silva AC. Sex therapy for female sexual dysfunction. *IAM* 2013;6(1):37.

30. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. New York: American Psychiatric; 2013: 440-3.
31. Shafei P. (dissertation). Relationship between sexual desire, Assertiveness and Identity in married female student living in dormitory in Tehran. Tehran: Teacher Training University; 2006: 110-1.
32. Bai F. (dissertation). The Effectiveness of Feminist Group Therapy on sexual desire and sexual Assertiveness in married women. Tehran: Teacher Training University; 2009: 120-5.
33. Sanai Zaker B, Alaghband S, FalahatiSh, Hooman A. Family and Marriage Scales. 2nd ed. Tehran: Besat Press; 2009: 108-15.[Persian]
34. Taşkale N, Soygüt G. Risk Factors for Women's Intimate Partner Violence Victimization: An Examination from the Perspective of the Schema Therapy Model. JFV 2017;32(1):3-12.
35. Criniti S, Andelloux M, Woodland M, Montgomery O, Hartmann SU. The state of sexual health education in US medicine. AJSE 2014;9(1):65-80.

The Effectiveness of Schema Therapy on Married Women with Hypo-active Sexual Desire Disorder in Sirjan City

Afzali Gorouh A¹, Nosrat Abadi M², Ghasemzadeh M³, Choubdari A⁴

1- MSc, Dept of General Psychology, Islamic Azad University, Zarand Branch, Kerman, Iran.

2- MSc, Dept of General Psychology, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran.

3- MSc Student, Dept of General Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Email: Mahdigh.iran@gmail.com, Tel: 09301347487.

4- Ph.D Student, Dept of Psychology and Education of Exceptional Children, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Received: 27 August 2017 Accepted: 20 May 2018

Introduction: Sexual desire is a complex issue influenced by a variety of factors particularly psychological factor. Therefore, the aim of this research was to investigate the effectiveness of schema therapy on married women with hypo-active sexual desire living in Sirjan City.

Materials and Methods: In this semi-experimental study, among married women with hypo-active sexual desire disorder referred to counseling centers of Sirjan City, 30 women were purposefully selected and were then divided into two groups of 15, experimental and control group. Experimental group received 10 weekly sessions of schema therapy. The data were collected by the Holbert Sexuality Index (1992) and analyzed by covariance test.

Results: The findings of the present study indicated that the average score of hypo-active sexual desire in the experimental group was significantly decreased compared to control group (59.00 ± 17.62 vs 47.98 ± 14.05 , $p < 0.05$).

Conclusion: According to the findings of this study, schema therapy may be an effective method for treatment of female hypo-active sexual desire disorder.

Keywords: Hypo-active sexual disorder, Schema therapy, Married women

Please cite this article as follows:

Afzali Gorouh A, Nosrat Abadi M, Ghasemzadeh M, Choubdari A. The Effectiveness of Schema Therapy on Married Women with Hypo-active Sexual Desire Disorder in Sirjan City. Community Health journal 2017; 11(3):38-46.

Funding: The present study was not funded by any organization or institution.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: Ethical approval was obtained from all participants.