اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر کژکاری‌های جنسی زنانه مقاوم درمان

فرشید مرادیان[۱]، جعفر حسنی[۲]، مهدیه صالحی[۳]، سید علی آذین[۴]، فرناز کشاورزی ارشدی[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy یا ISTDP) در درمان زنان مبتلا به کژکاری‌های جنسی مقاوم به درمان‌های جنسی معمول (شناختی- رفتاری و زیستی- پزشکی) و بررسی نگهداری بهبودی در پیگیری بعدی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مبتنی بر طرح‌های پژوهشی تک آزمودنی بود و فرایند اجرای طرح از دو بخش غربالگری و مداخله تشکیل شد. نمونه ۵ نفره تحقیق بر اساس ملاک‌های متعدد ورود و غربالگری درمانی، از میان درمانجویان زن مبتلا به کژکاری‌های جنسی در شهر تهران انتخاب شد و آزمودنی‌ها تحت ISTDP قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از شاخص کارکرد جنسی زنان (Female Sexual Function Index یا FSFI)، پرسش‌نامه کیفیت جنسی زندگی زنان (Sexual Quality of Life-Female یا SQOL-F) و مقیاس ارزشیابی ذهنی کارکرد جنسی همسر (Subjective evaluation of partner sexual function یا SEOPSF) جمع‌آوری گردید.

یافته‌ها: روش ISTDP در مقایسه با سکس‌تراپی رایج، توانست منجر به بهبود کارکرد جنسی آزمودنی‌ها شود و آنان را به بالای خط برش بهنجار جابه‌جا کند. همچنین، این تغییر موجب ارتقای اساسی کیفیت جنسی زندگی آنان شد. روند تغییر در بازه‌ای که نخستین رخنه در ناهشیار برای یک آزمودنی خاص رخ داد، رشد قابل توجهی داشت که این امر می‌تواند شاهدی بر سبب‌شناسی پویشی کژکاری باشد. ارتقای ایجاد شده در کارکرد جنسی و کیفیت جنسی زندگی آزمودنی‌ها همچنان در جلسه پیگیری ۸ هفته‌ای برجسته بود.

نتیجه‌گیری: درمان‌های روان‌پویشی معاصر که ماهیتی یکپارچه‌نگر، فشرده و کوتاه مدت دارند، می‌توانند جایگزین شایسته‌ای برای سکس‌تراپی رایج در نظر گرفته شوند و در این راستا به نظر می‌رسد ISTDP بهترین گزینه باشد.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی پویشی، بدکارکردی جنسی، مقاوم درمان، سکس، درمان

ارجاع: مرادیان فرشید، حسنی جعفر، صالحی مهدیه، آذین سید علی، کشاورزی ارشدی فرناز. **اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر کژکاری‌های جنسی زنانه مقاوم درمان.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۷؛ ۱۶ (۱): ۲۱-۳۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۹/۱۶ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۱۹ تاریخ چاپ: ۱۳۹۷/۱/۱۵

مقدمه

بر اساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition یا DSM-5)، کژکاری‌های جنسی، گروهی ناهمگن از اختلالات می‌باشند که در برخی موارد با آشفتگی معنی‌دار بالینی در توانایی شخص برای پاسخدهی جنسی یا تجربه لذت جنسی مشخص می‌شوند. این طبقه تشخیصی به ۱۰ زیرطبقه مجزا تقسیم شده است که سه زیرطبقه تشخیصی مختص زنان (اختلال ارگاسم، اختلال رغبت/ برانگیختگی، اختلال دخول/ درد تناسلی- لگنی)، چهار زیرطبقه تشخیصی مختص مردان (انزال دیررس، اختلال نعوظ، اختلال میل جنسی کم‌کار، انزال زودرس) و سه زیرطبقه تشخیصی باقی‌مانده (کژکاری جنسی ناشی از دارو/ مواد، سایر کژکاری‌های جنسی مشخص شده، کژکاری جنسی نامشخص) هر دو جنس را در برمی‌گیرد. بر اساس این راهنما، هر فرد امکان دارد هم‌زمان به چندین کژکاری مبتلا باشد که در چنین حالتی تمامی کژکاری‌ها باید در کنار هم مشخص گردد (۱).

بر خلاف دیدگاه توصیفی/ مقوله‌ای و ضد نظری DSM-V، دیدگاه روان‌پویشی به اختلالات روانی، نوعی دیدگاه پدیدارشناختی/ سبب‌شناختی است (۲). دیدگاه روان‌پویشی، تمامی کژکاری‌های جنسی را در زمره نشانه‌های جسمانی‌سازی (Somatization symptoms) و نشانه‌های کارکردی (Functional symptoms) و به صورت ابعادی/ پیوستاری و تجلی بیرونی آسیب‌های شخصیتی تصویر می‌کند (۳-۶).

داده‌های همه‌گیر شناختی منظم بسیار اندکی در مورد شیوع کژکاری‌های جنسی مختلف وجود دارد که این داده‌ها تغییرپذیری گسترده‌ای را نشان می‌دهد. جامع‌ترین بررسی انجام شده تاکنون که روی یک نمونه معرف از جمعیت ایالات متحده آمریکا انجام شده است، نشان می‌دهد که کژکاری‌های جنسی زنانه بیش

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۴- استادیار، گروه ارتقای سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران
نویسنده مسؤول: فرشید مرادیان
Email: farshid.moradian@Gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.4.0]

از آنچه تصور می‌شود، شایع می‌باشد و ۳۳ درصد برای میل جنسی کم‌کار در زنان،۲۰ درصد برای مشکلات انگیختگی زنان، ۲۵ درصد برای مشکلات ارگاسم زنان و ۱۵ درصد برای مقاربت دردناک در زنان است (۷).

پژوهش‌های پراکنده در این سال‌ها نشان داده‌اند که اختلالات در حوزه کارکرد جنسی زنان در زیر لایه‌های پنهان زندگی خانوادگی و اجتماعی زنان ایرانی با شدت در جریان می‌باشد. در مطالعه گسترده و نظام‌مندی که Basirnia و همکاران برای اولین بار بر شیوع اختلالات جنسی در ایران انجام دادند، از میان ۲۳۷ پژوهش انجام شده بر شیوع اختلالات جنسی در ایران، تنها ۵ تحقیق در جمعیت عمومی اجرا شده بود. مقایسه نتایج آن‌ها با سایر مطالعات جهانی، بیانگر شیوع بسیار قابل توجه کژکاری‌های جنسی در ایران است (۸).

علاوه بر درمان‌های زیستی/ پزشکی (دارویی، هورمونی، جراحی) و درمان‌های مکانیکی مرسوم (پمپ‌ها، پروتزها و...)، برای درمان کژکاری‌های جنسی از سال ۱۹۷۰ تا سال‌های اخیر، الگوی حاکم بر روش‌های روان‌شناختی مانند سکس‌تراپی دوسویه Masters و Johnson مبتنی بر الگوی شناختی- رفتاری بوده‌اند (۱۰، ۹). مشخص است که کوتاه مدت بودن چنین درمان‌هایی به همراه ویژگی ذاتی الگوی شناختی- رفتاری که امکان پژوهش بالینی را به سهولت فراهم می‌سازد، در این زمینه بی‌تأثیر نبوده است. در کل، تحقیقات متعددی کارایی درمان‌های زیستی/ پزشکی و روان‌درمانی‌های مبتنی بر الگوی شناختی- رفتاری (همچون آموزش مهارت‌های رفتاری جنسی، حساسیت‌زدایی تدریجی، مشاوره زناشویی رهنمودی و...) را تأیید کرده‌اند (۲)، اما همواره در کارآزمایی‌های بالینی متکی بر روش‌های آماری گروه محور، اقلیتی از بیماران اغلب در سایه گروه نادیده گرفته می‌شوند (۱۱). این اقلیت را بیمارانی تشکیل می‌دهند که در برابر پذیرش رهنمودها و تکالیف پیشنهادی این روش‌های درمانی مقاومت می‌کنند و یا انگیزه کافی برای تغییر ندارند؛ دوره درمان خود را ناتمام رها می‌کنند؛ با وجود گذران دوره درمان، از آن بهره اندکی می‌برند یا اصلاً بهره‌ای نمی‌برند؛ مدتی پس از خاتمه درمان و بهبود نشانه‌ها، بازگشت نشانه‌های پیشین را تجربه می‌نمایند و یا مدتی پس از خاتمه درمان و بهبود نشانه‌ها، نشانه‌های جایگزینی را گزارش می‌کنند (۱۲، ۵، ۴). بنابراین، تلاش‌ها برای کشف روش‌هایی نوین و مؤثر برای درمان این گروه خاص از بیماران، ضرورت دارد.

انجمن روانشناسی آمریکا، اصطلاح «مقاومت درمانی (Treatment resistance)» را هم به صورت «امتناع و اکراه بخشی از یک فرد برای پذیرش درمان روان‌شناختی یا طبی یا بی‌میلی به تبعیت از توصیه‌های درمانگر یا پزشک و فقدان واکنش مثبت یک درمانجو به شیوه‌های مورد استفاده یا احساس گسستگی وی از اتحاد درمانی که موجب می‌شود درمانگر برای ترمیم اتحاد، تلاش‌ها یا استراتژی‌های دیگری را مورد استفاده قرار دهد» و هم به صورت «عدم واکنش مثبت یا معنی‌دار یک بیماری یا اختلال به یک روش درمانی خاص» تعریف کرده است (۱۳). اصطلاح «مقاوم درمان» و روش‌های درمانی مناسب برای این گروه بالینی خاص از بیماران پیش‌تر در انواع اختلالات خلقی (۱۴)، اختلالات اضطرابی (۱۵) و انواع اختلالات روان‌پزشکی عمده (۱۶) مورد توجه پژوهشگران در سراسر جهان قرار گرفته است. در حوزه کژکاری‌های جنسی نیز پژوهشگرانی مانند Williams و Orsmond، این طیف خاص از بیماران را مورد توجه قرار داده‌اند (۱۲).

در سال‌های اخیر با رشد گسترده مطالعات عصب‌شناختی، در آستانه یک تغییر الگوی اساسی در روان‌شناسی و به دنبال آن، در روان‌درمانی هستیم. در این تغییر الگو، به تدریج حاکمیت علی از شناخت به هیجان در حال تغییر است (۱۸، ۱۷). به موازات این تغییر، موج جدیدی از روان‌درمانی‌های متمرکز بر هیجان در حال سیطره یافتن بر روان‌درمانی‌های شناختی- رفتاری می‌باشد. در این گفتمان جدید، نظریه‌ها و درمان‌های پویشی پس از سال‌ها فترت، دوباره در کانون توجه پژوهشگران و بالینگران قرار گرفته است (۲۰، ۱۹) و نظریه‌های نوین درمانی هرچه بیشتر به سمت یکپارچه‌نگری و بهره‌گیری از تمامی عوامل مشترک تغییر پیش می‌رود (۲۱-۲۳).

روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy یا ISTDP) طی ۴۵ سال گذشته توسط دوانلو تدوین شده است و به رهایی کامل بیمار از اختلالات نشانه‌ای و همچنین، تغییرات چند بعدی ساختار منش معطوف می‌باشد (۲۴-۲۶). دوانلو روانکاو ایرانی و مبتکر ISTDP، یک مشاهده‌گر بالینی دقیق و از پیشگامان معاصر پژوهش در روان‌درمانی است. وی با ضبط ویدئویی ۶۳۲ جلسه درمانی و وارسی آن‌ها، نظریه خود درباره پدیدآیی روان‌نژندی (Neurosis) را به عنوان واکنش کودکانه/ بدوی در مقابل آسیب به دلبستگی کودک ارایه نمود. بر پایه این نظریه، گسیختگی در دلبستگی ایمن (تهدید ابژه عشق و یا عشق ابژه) به زنجیره‌ای از درد، غیظ (خشم بدوی مرگبار)، گناه و اندوه بر اثر عشق ناکام شده می‌انجامد و شکل‌گیری مجموعه پیچیده‌ای از دفاع‌ها به محصورسازی این هیجانات هسته‌ای پویا که بیمار تاب رویارویی با آن‌ها را ندارد، می‌پردازد. این سیستم پیچیده دفاعی با پرهیز از هر نوع ارتباط انسانی اصیل، هدف‌دار و صمیمی، تثبیت و تقویت می‌شود (۲۷-۲۹).

روش ISTDP، نوعی روش درمانی به نسبت جدید و نوپا می‌باشد، اما به نسبت همین عمر کوتاه، مطالعات بسیاری اثربخشی آن را تأیید کرده‌اند. در ابتدا باید گفت که بر مبنای فراتحلیل‌هایی که به‌تازگی چاپ شده‌اند، بر عکس تصور حاکم ناشی از سلطه پارادایم شناختی- رفتاری، روان‌درمانی پویشی، درمان مؤثری است (۳۰). بر این اساس، روان‌درمانی که بر پایه خودشناسی بنا می‌شود و به پرسش، روشن‌سازی، تحلیل دفاع‌ها، مواجهه، تأویل و حمایت می‌پردازد، در رهایی از نشانه‌های اختلال و در مواردی تغییر شخصیت راهگشا می‌باشد. در این میان، مطالعات کنترل شده اختصاصی در مورد ISTDP نیز نشان می‌دهد که این روش درمانی اثربخش و اقتصادی (۳۱-۳۳)، مؤثر در اختلالات شخصیت (۳۴)، مؤثر در درمان افسردگی مقاوم درمان (۳۵)، مؤثر بر پشت دردها (۳۶) و سردردهای مزمن (۳۷) و در شکل تعدیل شده و تدریجی آن حتی مؤثر در برخی حالات سایکوتیک (۲۸) است.

Baldoni و همکاران در تحقیق خود، زنان واجد نشانگان میزراهی (Urethral syndrom) و درد بدون علل عضوی را در معرض ISTDP قرار دادند. نتایج حاکی از آن بود که در ۷۰ درصد بیماران درد میزراهی به طور کامل ناپدید شد و پیگیری‌های بعدی در بقیه بیماران نیز کاهش چشمگیری را در نشانگان نشان داد (۳۸). همچنین، Della Selva فرایند درمان موفقیت‌آمیز یک مورد ناتوانی جنسی اولیه توسط ISTDP را تشریح نمود. از دید وی، رویارویی با اضطراب و دفاع در برابر احساسات پرخاشگرانه برای دستیابی به وضعیت متعادل در تمایلات جنسی کافی نیست، بلکه برای دستیابی به چنین وضعیتی، باید تمام ممنوعیت‌ها در برابر تماس جنسی مورد کاوش قرار گیرد. او در جمع‌بندی خود از این درمان، بیان کرد که احساس خطر همخوان با ابراز و

http://rbs.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.4.0]

تجربه احساسات جنسی و نزدیکی عاطفی، ریشه در گذشته دارد و برای ایجاد تغییرات درمانی، ضروری است فرد با آن‌ها روبه‌رو شود و آن‌ها را مورد ارزیابی مجدد قرار دهد. در این راستا، به موازات این که اضطراب محو می‌گردد، تحمل فرد برای تجربه احساسات مثبت و اشتیاق به نزدیکی عاطفی افزایش می‌یابد و این تغییرات کیفیت روابط کنونی بیمار را بهبود می‌بخشد (۳۹).

Bianchi-Demicheli و Zutter نیز در مطالعه موردی خود تلاش کردند تا از ISTDP دوانلو به عنوان روشی جهت مداخله سریع در سکسولوژی بالینی استفاده نمایند. آنان ضمن برشمردن نقات قوت این روش درمانی، از این روش به عنوان نسل جدیدی از درمان‌های جنسی یاد کردند و ضمن ارایه فرمول‌بندی پویشی هر یک از این آزمودنی‌ها و مسیر طی شده در درمانشان، بهبودی آنان را پس از درمان گزارش کردند (۴۰).

با توجه به پیشینه‌های پژوهشی موجود در جهان و عدم وجود پیشینه پژوهشی در این زمینه در ایران، به نظر می‌رسد بررسی اثربخشی این روش درمانی بر طیف خاصی از کژکاری‌های جنسی زنان ایرانی می‌تواند گام مؤثری در راستای پیشینه‌های موجود تلقی گردد. مطالعه حاضر این روش درمانی کوتاه مدت و در عین حال بسیار متمرکز (روش ISTDP) را برای طیف خاصی از زنان مبتلا به کژکاری جنسی به کار گرفت؛ گروهی که روش‌های درمانی مرسوم جهت درمان آنان اثربخش نبود. بنابراین، تحقیق حاضر پاسخگویی به دو پرسش را راهنمای مسیر خود قرار داد. اول این که اثر ISTDP بر زنان مبتلا به کژکاری‌های جنسی مقاوم درمان چیست؟ و دوم این که نگهداری بهبودی در پیگیری پس از درمان زنان مبتلا به کژکاری‌های جنسی مقاوم درمان با ISTDP چگونه است؟

مواد و روش‌ها

جامعه آماری این پژوهش شامل زنان مبتلا به کژکاری‌های جنسی مقاوم درمان شهر تهران در سال ۱۳۹۴ بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل الف. محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال (ملاک فعالیت جنسی بدون اثرات بالقوه سن زیستی)، ب. دریافت یک دوره مداخلات درمانی رایج (طبی و شناختی- رفتاری) بر اساس مدل Permission-Limited Information-Specific Suggestion-Intensive (PLISSIT) Therapy توسط همکار پژوهشگر و داشتن حداقل یک کژکاری جنسی (ملاک مقاوم درمان) بر اساس شاخص کارکرد جنسی زنان (Female Sexual Function Index یا FSFI) و مصاحبه بالینی، ج. کژکاری جنسی ناشی از کژکاری شریک جنسی وی و یا ناشی از مشکلات آناتومیک- پزشکی ویا ناشی از مصرف دارو/ مواد و یا ناشی از پریشانی شدید روابط میان زوجین و یا استرس‌زاهای مهم زندگی نباشد (معادل ملاک D کژکاری‌های جنسی زنان در DSM-5)، د. واجد مشکلات شدید در کنترل تکانه و یا اختلالات سایکوتیک و یا اختلالات مرتبط با مواد نباشد (ملاک حذف بیماران نامناسب برای درمان ISTDP)، هـ بیمار با انتخاب خود وارد طرح پژوهشی شده باشد و در پایان جلسه درمان آزمایشی (جلسه اول درمان ISTDP)، خود بیمار تصمیم به ادامه این درمان بگیرد (ملاک رضایت آگاهانه)، بود.

در مطالعه حاضر از نمونه‌های در دسترس استفاده گردید. نمونه‌ها یا از سوی متخصصان زنان، روان‌پزشکان و روان‌شناسان به پژوهشگر ارجاع، و یا به طور مستقیم از طریق اعلان‌های مستقر در کلینیک‌های درمانی مختلف در شهر تهران وارد طرح شدند. با توجه به ملاک‌های متعدد و دیریاب ورود به پژوهش، حجم نمونه ۵ نفر در نظر گرفته شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در ادامه به تفصیل آمده است.

FSFI: این شاخص مقیاسی جهت اندازه‌گیری کارکرد جنسی زنان است که با ۱۹ سؤال، کارکرد جنسی زنان را در شش حوزه «میل، برانگیختگی، روان‌سازی، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی» مورد سنجش قرار می‌دهد. مقیاس FSFI توسط Rosen و همکاران طراحی و در چارچوب گروهی از زنان سالم (۱۲۸ نفر) و گروه همتای سنی واجد اختلال برانگیختگی جنسی اعتباریابی شد. پایایی درونی نمره کل بر اساس ضریب Cronbach's alpha، ۰/۹۷ و اعتبار آزمون- بازآزمون نمره کل بر اساس ضریب همبستگی گشتاوری Pearson نیز ۰/۸۸ به دست آمد (۴۱). شاخص مذکور در مطالعات فراوانی در خارج از کشور مورد استفاده قرار گرفته و همواره درجه بالایی از سازگاری درونی و اعتبار را نشان داده است؛ به گونه‌ای که از آن به «مقیاس طلایی ارزیابی تغییرات ایجاد شده درمانی در کارکرد جنسی زنان» یاد شده است (۴۲). همچنین، تحقیقات انجام شده، تفاوت معنی‌دار قابل ملاحظه‌ای را بین نمرات گروه درمانجویان و گروه شاهد در هر شش حوزه گزارش کرده‌اند. Wiegel و همکاران جهت رواسازی متقابل، این تست را بر روی نمونه‌ای از زنان سالم و واجد کژکاری‌های جنسی چندگانه اجرا کردند و نمره کل ۲۶/۵۵ را به عنوان نقطه برش بهینه (Optimal cutoff) تمایز زنان سالم و کژکار عنوان نمودند (۴۳). این نقطه برش توسط Oh و همکاران بر روی زنان کره‌ای، ۲۰/۲۵ به دست آمد (۴۴).

FSFI در ایران برای اولین بار توسط محمدی و همکاران بر روی نمونه‌ای از زنان سالم و واجد کژکاری‌های جنسی اعتباریابی شد. در مطالعه آنان سازواری درونی نمره کل مقیاس بر اساس ضریب Cronbach's alpha، ۰/۹۲ به دست آمد و نسخه فارسی این آزمون به عنوان ابزار معتبری جهت ارزیابی کارکرد جنسی زنان و ابزار مناسبی برای غربالگری معرفی گردید. محمدی و همکاران نمره ۲۸ را به عنوان نقطه برش بهینه برای کل مقیاس محاسبه کردند (۴۵). فخری و همکاران این آزمون را در پژوهش جامع‌تر و دقیق‌تری بر روی نمونه بزرگی از زنان ایرانی اجرا کردند و بر اساس آن، سازواری درونی نمره کل بر اساس ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۶ و اعتبار آزمون- بازآزمون نمره کل بر اساس ضریب همبستگی درون طبقه‌ای، ۰/۷۷ به دست آمد. همچنین، آن‌ها نموه کل ۲۴/۷۵ را به عنوان نقطه برش بهینه برای تمایز زنان سالم و کژکار گزارش کردند (۴۶).

پرسش‌نامه کیفیت جنسی زندگی زنان (Sexual Quality of Life-Female یا SQOL-F): این شاخص نوعی ابزار خودگزارش‌دهی است که توسط Symonds و همکاران جهت ارزیابی تخریب ناشی از کژکاری‌های جنسی بر کیفیت جنسی زندگی زنان طراحی شده است. پرسش‌نامه SQOL-F با استفاده از نتایج مصاحبه نیمه ساختار یافته یک نمونه ۸۲ نفره با اعضایی از ۷ کشور جهان تدوین و سپس در یک نمونه ۷۳۰ نفره هنجاریابی گردید. شاخص SQOL-F از ۱۸ گویه تشکیل شده است که آزمودنی باید هر گویه را در یک طیف لیکرت شش درجه‌ای (کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) درباره خود نمره‌دهی کند (۴۷). معصومی و همکاران این ابزار را در ایران هنجاریابی و همسانی درونی و اعتبار بالایی را برای آن گزارش نمودند. همچنین، سازواری درونی نمره کل بر اساس ضریب Cronbach's alpha، ۰/۷۳ و اعتبار آزمون- بازآزمون نمره کل بر اساس ضریب همبستگی درون

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.4.0]
http://rbs.mui.ac.ir

طبقه‌ای، ۰/۸۸ به دست آمد. در بررسی روایی پرسش‌نامه SQOL-F، شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۴ محاسبه شد که نشان دهنده روایی بالای پرسش‌نامه می‌باشد (۴۸).

ارزشیابی ذهنی کارکرد جنسی همسر (Subjective evaluation of partner sexual function یا SEOPSF): این مقیاس ملاک درمانی را از طریق این سؤال که آیا مداخله به تفاوت‌هایی کیفی در چگونگی تلقی دیگران از آزمودنی منجر شده است یا خیر، پیگیری می‌کند. از این‌رو، از افرادی که با آزمودنی به طور معمول تعامل دارند و در موضع ارزشیابی رفتار آزمودنی قرار دارند، درخواست می‌شود یک ارزشیابی کلی از کارکرد آزمودنی به عمل آورند. اگر این ارزشیابی نشان دهد که مراجع کارکرد بسیار کارامدتری دارد، رویه درمانی مؤثر تلقی می‌شود (۴۹، ۱۱). بنابراین، SEOPSF با طرح سؤال «وضعیت کارکرد جنسی همسر خود را در دو هفته اخیر چگونه ارزشیابی می‌کنید؟» که امکان پاسخدهی همسر را در چارچوب یک مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای (بسیار خوب، خوب، اندکی خوب، متوسط، اندکی بد، بد و بسیار بد) فراهم می‌سازد، اجرا شد (۵۰).

این پژوهش مبتنی بر طرح‌های پژوهشی تک آزمودنی (Single subject research designs) (۵۱-۵۳، ۱۱) و فرایند اجرای طرح درمانی- پژوهشی نیز شامل دو بخش غربالگری و مداخله بود. فرایند با مراجعه درمانجو به کارشناس پذیرش کلینیک آغاز شد. پس از ارایه اطلاعاتی مقدماتی درباره طرح توسط کارشناس پذیرش و تکمیل فرم‌های اطلاعات جمعیت‌شناسی توسط درمانجو و ارایه توضیحاتی درباره هدف و نحوه پاسخگویی، پرسش‌نامه‌های FSFI و SQOL-F جهت پاسخگویی در اختیار درمانجو و مقیاس SEOPSF در اختیار همسر درمانجو قرار گرفت. در نهایت، زمان برگزاری جلسه مصاحبه مقدماتی برای وی مشخص شد.

همکار پژوهشگر (روان‌پزشک و مسلط به سکس‌تراپی) در جلسه مصاحبه مقدماتی، ضمن ارزیابی تاریخچه مشکل و مداخلات پیشین دریافت شده، از وجود کژکاری جنسی بر اساس ملاک‌های DSM-5 اطمینان یافت. بر اساس فرمول‌بندی موردی مصاحبه مقدماتی، مداخلات درمان جنسی رایج (پزشکی و شناختی- رفتاری) بر اساس مدل PLISSIT توسط همکار پژوهشگر برای درمانجو (و در صورت لزوم با حضور شریک جنسی وی) طی جلسات هفتگی اجرا گردید (حداکثر ۵ جلسه یک ساعته). در جلسه پایانی ضمن ارزیابی تحقق اهداف درمانی، پرسش‌نامه‌های FSFI و SQOL-F جهت پاسخگویی در اختیار درمانجو و مقیاس SEOPSF در اختیار همسر درمانجو قرار داده شد. در صورت وجود ملاک‌های ورود «الف تا د» و در صورت موافقت درمانجو برای شرکت در یک درمان تکمیلی (ISTDP)، زمان جلسه درمان آزمایشی (نخستین جلسه درمان ISTDP) با وی هماهنگ شد.

منظور از ISTDP در پژوهش حاضر، استفاده از مجموعه فنون روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت (چالش با دفاع‌ها و رویارویی با مقاومت، تنظیم اضطراب، فشار برای تجربه احساس/ تکانه و تحلیل مثلث تعارض در سه گوشه مثلث شخص) در چارچوب توالی پویشی محوری (Central dynamic sequence) استاندارد یا مدرج، جهت قفل‌گشایی ناخودآگاه در ۲۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای هفتگی بود (۲۶-۲۹).

جلسه درمان آزمایشی مطابق توالی پویشی محوری استاندارد توسط پژوهشگر اجرا شد. در خاتمه جلسه درمان آزمایشی، درمانگر توضیحاتی کامل پیرامون طرح درمانی- پژوهشی به درمانجو ارایه نمود و ضمن اطمینان از ملاک «هـ» تعریف عملیاتی، رضایت کتبی وی برای شرکت آگاهانه در طرح را اخذ کرد. در نهایت، برای جلسات درمان هفتگی هماهنگی لازم با درمانجو صورت گرفت.

جلسات درمان ۱۲۰ دقیقه‌ای بر اساس فرمول‌بندی به دست آمده از جلسه درمان آزمایشی توسط پژوهشگر اجرا شد. همچنین، پرسش‌نامه FSFI قبل از شروع جلسه‌های درمانی ۵، ۱۰ و ۱۵ تکمیل گردید.

جلسه پایانی درمان، با هماهنگی درمانگر و درمانجو و با توجه به تحقق اهداف درمانی مشخص شد. در پایان این جلسه پرسش‌نامه‌های FSFI و SQOL-F جهت پاسخگویی در اختیار درمانجو و مقیاس SEOPSF در اختیار همسر درمانجو قرار گرفت. همچنین، در این جلسه، زمان جلسه پیگیری برای ۸ هفته بعد با درمانجو هماهنگ گردید.

جلسه پیگیری شامل ارزیابی وضعیت فعلی درمانجو و بررسی نگهداری تغییرات بود. پیش از شروع جلسه، پرسش‌نامه‌های FSFI و SQOL-F جهت پاسخگویی در اختیار درمانجو و مقیاس SEOPSF در اختیار همسر درمانجو قرار داده شد. در شکل ۱ خلاصه فرایند اجرای طرح پژوهشی ارایه شده است.

یافته‌ها

در جریان اجرای غربالگری (مصاحبه و سکس‌تراپی رایج) از میان ۱۹ نفر، ۶ نفر واجد ملاک‌های «الف»، «ب»، «ج» و «د» ورود به طرح درمانی- پژوهشی بودند که یک نفر در جلسه دوم درمان به دلیل مهاجرت از همکاری در طرح بازماند (جدول ۱).

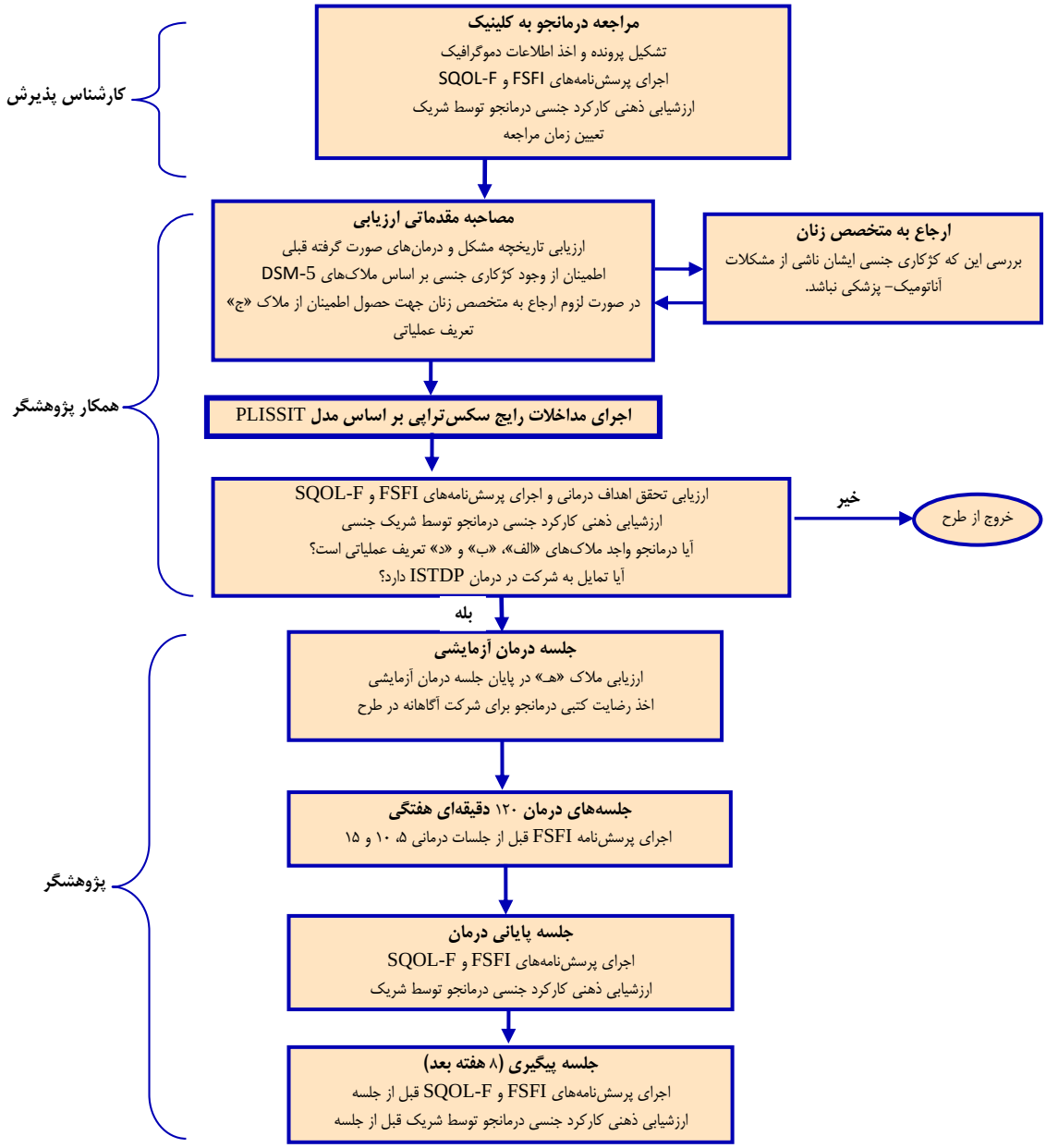
در نخستین جلسه ISTDP (درمان آزمایشی)، ضمن ارزیابی روان‌پویشی میزان ظرفیت سازگاری ایگو، دفاع‌های رایج و میزان همسازی آن‌ها، میزان آسیب سوپرایگو و در نهایت، تعیین جایگاه درمانجو در طیف نوروزهای ساختاری ملاک ورود «هـ» نیز مورد تأیید قرار گرفت (جدول ۲).

تحلیل گروهی: با توجه به حجم نمونه بسیار کوچک (۵۴)، پس از اطمینان از وجود مفروضه بهنجاری داده‌های مورد مقایسه، جهت تحلیل گروهی از آزمون Repeated measures ANOVA با تصحیح Greenhouse-Geisser استفاده گردید. نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین نمرات FSFI جلسات (ورود به غربالگری، پایانی غربالگری، آخرین جلسه ISTDP و پیگیری) وجود داشت ($P < ۰/۰۰۵$، $F_{(۱/۱۶ و ۴/۶۵)} = ۲۰۵/۱۳$). آزمون تعقیبی Bonferroni که برای مقایسه‌های جفتی به کار برده شد، بیان‌کننده وجود تفاوت معنی‌دار میان تمامی جفت جلسات به جز آخرین جلسه ISTDP و پیگیری بود (جدول ۳). با وجود این که تحلیل گروهی تفاوت آماری معنی‌داری را نشان داد، برای نتیجه‌گیری صحیح، ضروری است تک‌تک آزمودنی‌ها تحلیل شوند و معنی‌داری بالینی تغییرات آن‌ها بررسی گردد.

تحلیل تک آزمودنی: در تحلیل تک آزمودنی، جهت ارزشیابی اثرات متغیر آزمایشی، از ارزیابی ملاک آزمایشی (Experimental criterion) و ملاک درمانی (Therapeutic criterion) و برای ارزیابی ملاک درمانی از «اعتباریابی اجتماعی (Social validation)» با دو روش «مقایسه‌گری اجتماعی (Social comparison method)» و «ارزشیابی ذهنی (Subjective evaluation method)» استفاده شد (۴۹، ۱۱).

ارزیابی ملاک آزمایشی: تحلیل دیداری نگاره با چهار معیار تغییر سطح میانگین، تغییر فوری سطح، تغییر روند، تأخیر تغییر (۵۳) نشان می‌دهد

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.4.0]



شکل ۱. فرآیند اجرای طرح پژوهش تک آزمودنی جهت بررسی اثربخشی درمان و پیگیری آن

SQOL-F: Sexual Quality of Life-Female; FSFI: Female Sexual Function Index; PLISSIT: Permission-Limited Information-Specific Suggestion-Intensive Therapy; DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition

اول این که ISTDP نسبت به سکس‌تراپی رایج، تغییری اساسی بر کارکرد جنسی این طیف از آزمودنی‌ها ایجاد کرده و توانسته است آنان را به بالای خط برش بهنجاری جابه‌جا کند و دوم این که تغییرات رخ داده ثبات خود را پس از یک پیگیری هشت هفته‌ای حفظ کرده‌اند. همچنین، این نگاره نشان می‌دهد که روند تغییر در بازه‌ای که نخستین رخنه در ناهشیار (قفل‌گشایی ناهشیار) برای آن آزمودنی خاص رخ داده، رشد قابل توجهی داشته است (شکل ۲). تحلیل دیداری نگاره تغییرات نمره کل FSFI نیز پرده از این امر برمی‌دارد که تنها ISTDP توانسته است در کیفیت جنسی زندگی این طیف از آزمودنی‌ها تغییر اساسی به وجود آورد و آنان را به بالای سطح بهنجاری ارتقا دهد (شکل ۳).

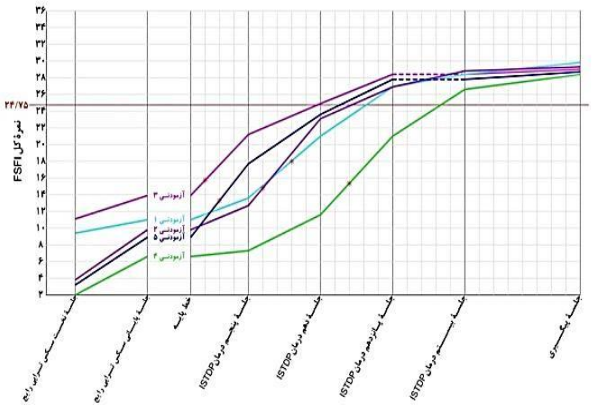
ارزیابی ملاک درمانی از طریق مقایسه‌گری اجتماعی: در کنار تحلیل دیداری نگاره‌ای رایج در طرح‌های پژوهشی تک آزمودنی، برای بررسی معنی‌داری بالینی این تغییرات، از درصد بهبودی یا نمره فروکاست نشانه (۵۵)، شاخص تغییر پایای Jacobson (۵۶) و مقایسه‌گری هنجارگرا (۵۷) نیز استفاده می‌شود.

http://rbs.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.4.0]

جدول ۱. ویژگی‌های آزمودنی‌های واجد ملاک‌های پنج‌گانه ورود به طرح

آزمودنی	سن (سال)	تحصیلات	تشخیص بالینی*	مشخصه	نوع	شدت	اختلال همبود	بیماری جسمی
۱	۳۵	کارشناس ارشد	اختلال رغبت/ برانگیختگی اختلال ارگاسم	اکتسابی تمام عمر	موقعیتی فراگیر	متوسط شدید	اضطراب فراگیری که در بیشتر روزها مشاهده نمی‌شود.	سندرم روده تحریک‌پذیر
۲	۲۶	کارشناس	اختلال درد/ دخول تناسلی- لگنی	تمام عمر	فراگیر	شدید	–	فیبرومیالژیا
۳	۲۹	کارشناس	اختلال ارگاسم	تمام عمر	موقعیتی	متوسط	وسواس موکنی	یبوست کارکردی
۴	۲۷	کارشناس ارشد	اختلال رغبت/ برانگیختگی اختلال درد/ دخول تناسلی- لگنی	تمام عمر تمام عمر	فراگیر فراگیر	متوسط متوسط	حملات افسردگی با علایم ناقص	زخم معده
۵	۳۲	کاردانی	اختلال رغبت/ برانگیختگی	تمام عمر	فراگیر	شدید	–	سردرد میگرنی

*تشخیص بالینی بر اساس DSM-5 و با استفاده از مصاحبه بالینی طی جلسه اول غربالگری صورت گرفت. تمامی آزمودنی‌ها علاوه بر این تشخیص‌ها دارای مشکلاتی در مراحل دیگر پاسخ جنسی نیز بودند، اما ملاک‌های لازم DSM-5 برای دریافت تشخیص را برآورده نکردند.



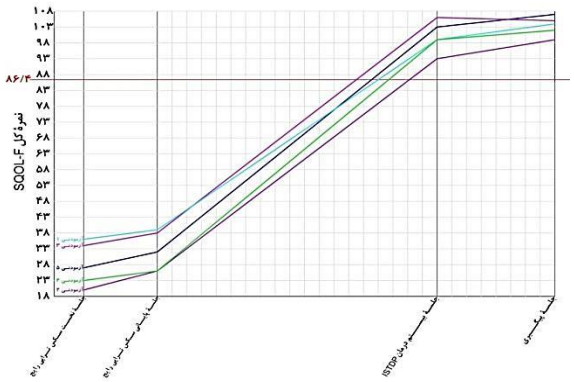
شکل ۲. تغییرات نمره کل Female Sexual Function Index (FSFI) در طی فرایند طرح درمانی- پژوهشی

*جلسه‌ای است که نخستین رخنه در ناهشیار رخ داده است. از آن‌جا که آزمودنی‌های ۳ و ۵ زودتر و در جلسه پانزدهم به اهداف درمانی مورد انتظار خویش نایل شدند و با توافق درمانگر به درمان خاتمه دادند، این بازه برای آنان با خط‌چین نمایش داده شده است.

FSFI: Female Sexual Function Index; ISTDP: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

بررسی سه شاخص معنی‌داری بالینی در جریان فرایند غربالگری بر اساس سکس‌تراپی رایج، به وضوح نشان می‌دهد که با وجود ایجاد تغییر مثبت در نمرات FSFI و SQOL-F آزمودنی‌ها در طی این مداخله، هیچ یک از این تغییرات به لحاظ درمانی معنی‌دار نبود و نتوانست هیچ یک از آزمودنی‌ها را به بالای سطح بهنجاری ارتقا دهد (جدول ۴).

بررسی سه شاخص معنی‌داری بالینی در جریان فرایند ISTDP به وضوح نشان دهنده ایجاد تغییرات بالینی معنی‌دار در نمرات FSFI آزمودنی‌ها بود. آنچه اهمیت دارد این که چنین تغییراتی در جلسه پیگیری ۸ هفته بعد همچنان به قوت خود باقی مانده بود. درصد بهبودی تمامی آزمودنی‌ها بالای ۵۰ درصد،



شکل ۳. تغییرات نمره کل Sexual Quality of Life-Female (SQOL-F) در طی فرایند طرح درمانی- پژوهشی

SQOL-F: Sexual Quality of Life-Female; ISTDP: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

جدول ۲. ویژگی‌های آزمودنی‌ها در نخستین جلسه درمان Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)

آزمودنی	ظرفیت سازگاری ایگو		دفاع‌های رایج			آسیب سوپرایگو	جایگاه در طیف نوروزهای ساختاری
	توانایی تمایز رئوس تعارض	توانایی علیت‌یابی در دو مثلث	نمود اضطراب	فرافکنی	همساز	ناهمساز	
۱	بلی	خیر	مخطط، عضلات صاف، آشفتگی ادراکی‌شناختی	بلی	عقلانی‌سازی، دلیل‌تراشی، نشخوار ذهنی	منحرف‌سازی	شدید	میانه راست
۲	بلی	خیر	مخطط، گشتار حرکتی	خیر	بی‌اعتنایی، نادیده گرفتن، بدنی‌سازی	درماندگی، انفعال	شدید	میانه راست
۳	خیر	خیر	مخطط، عضلات صاف	خیر	بی‌اعتنایی، نادیده گرفتن، نشخوار ذهنی	تند حرف‌زدن	نسبتاً شدید	میانه
۴	بلی	خیر	مخطط، عضلات صاف، گشتار حرکتی	بلی	عقلانی‌سازی، انکار، بدنی‌سازی، لجبازی	بیرونی‌سازی	بسیار شدید	انتهای راست
۵	خیر	خیر	مخطط، عضلات صاف	خیر	درماندگی، تبعیت و انفعال، بی‌اعتنایی	داستان‌سرایی، مقدمه‌چینی	نسبتاً شدید	میانه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.4.0]
http://rbs.mui.ac.ir

جدول ۳. میانگین و خطای استاندارد تفاوت نمرات شاخص Female Sexual Function Index (FSFI) و معنی‌داری آماری آن

جلسه	ورود به غربالگری	پایانی غربالگری	پایانی ISTDP	پیگیری
ورود به غربالگری	-	(۱/۸۹) ۴/۱۴-*	(۳/۶۶) ۲۲/۱۰-**	(۳/۷۷) ۲۳/۱۴-**
پایانی غربالگری		-	(۲/۱۵) ۱۷/۹۶-**	(۲/۴۵) ۱۹/۰۰-**
پایانی ISTDP			-	(۰/۵۵) ۱/۰۴-
پیگیری				-

اعداد بیرونی میانگین اختلاف نمرات FSFI میان دو جلسه و اعداد داخل پرانتز خطای استاندارد آن است.

$P < ۰/۰۵۰^{*}$ ،$P < ۰/۰۱۰^{**}$

ISTDP: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

شاخص تغییر پایای Jacobson برای تمامی آزمودنی‌ها معنی‌دار و مقایسه‌گری هنجارگرا بیانگر جابه‌جایی تمامی آزمودنی‌ها به بالای سطح بهنجاری بود (جدول ۵). همچنین، بررسی سه شاخص معنی‌داری بالینی تغییرات نمره SQOL-F نشان داد که رفع کژکاری جنسی آزمودنی‌ها به روشنی موجب ارتقای اساسی کیفیت جنسی زندگی آنان شده است و این ارتقای کیفی همچنان در جلسه پیگیری برجسته بود (جدول ۶).

ارزیابی ملاک درمانی از طریق ارزشیابی ذهنی: با مقایسه زوجی رتبه‌های به دست آمده از مقیاس SEOPSF میان جلسات، مشخص شد که ISTDP تنها از دید همسر توانسته است تأثیر معنی‌داری بر کیفیت جنسی زندگی این طیف از آزمودنی‌ها بگذارد و این اثر در پیگیری ۸ هفته بعد همچنان پا بر جا بود. نتایج آزمون Wilcoxon افزایش معنی‌داری را در SEOPSF در جلسه پایانی ISTDP و جلسه پیگیری نشان داد ($P < ۰/۰۵$) (جدول ۷). برای نمونه، مقایسه رتبه ارزشیابی ذهنی در جلسه پایانی غربالگری و جلسه پایانی ISTDP، نمره $Z = -۲/۰۷$ را نشان داد که بر اساس معیار Cohen (۵۸)، واجد اندازه اثر ($r = ۰/۶۶$) بزرگی می‌باشد و نمره میانه SEOPSF را از ۲ در جلسه پایانی غربالگری به ۶ در جلسه پایانی ISTDP ارتقا داده است.

بحث و نتیجه‌گیری

با تدقیق در سال‌ها پیشینه مکتوب در زمینه جنسینگی (Sexuality) و تحلیل آن‌ها، این نتیجه به دست می‌آید که جنس، جنسینگی، جنسیت (Gender) و رابطه جنسی، حداقل در شش حوزه تعیین‌کننده زندگی انسان (هویت، تولید مثل، رهایی از تنش و کسب لذت، رابطه میان فردی، رابطه درون فردی، زیست‌مایه، زیبایی‌شناسی و امر متعالی) نقشی محوری ایفا می‌کنند. از این‌رو، می‌توان گفت که وجود هرگونه آسیب در زندگی جنسی انسان می‌تواند دیر یا زود این شش حوزه را در کل زندگی وی تخریب نماید. چنین است که موضوع سلامت جنسی به یکی از دغدغه‌های اساسی بسیاری از متخصصان و پژوهشگران سلامت تبدیل شده است. از طرف دیگر، در نتیجه گسترش رسانه‌های آزاد و تغییر نگرش‌های اجتماعی و فرهنگی در جهان مدرن، عموم مردم حساسیت و انتظارات بیشتری از زندگی جنسی خود دارند و تعداد زوج‌هایی که درصدد رفع مشکلات جنسی یا حتی ارتقای کیفیت جنسی زندگی خود بوده‌اند، افزایش بسیار صعودی داشته است (۵۹). در نتیجه، درمانگران لازم است به منظور توسعه شیوه‌های کمک‌رسانی به طیف وسیعی از گروه‌های درمان‌جویان و تکوین و توسعه روش‌های درمانی مؤثر، تلاش‌های خود را گسترش دهند.

مرادیان در مطالعه خود به اثربخشی مقبول روان‌درمانی یکپارچه‌نگر فرانظری بر کژکاری‌های جنسی زنانه اشاره نمود، اما در عین حال تذکر داد که حتی این رویکرد قدرتمند درمانی برای اقلیتی از درمانجویان و انواع خاصی از کژکاری‌های شدید جنسی تأثیر ناچیزی دارد.

جدول ٤. تغییر نمرات کل Female Sexual Function Index (FSFI) و Sexual Quality of Life-Female (SQOL-F) در طی غربالگری بر اساس سکس‌تراپی رایج و سه شاخص معنی‌داری بالینی

آزمودنی	آزمون	جلسه نخست	جلسه پایانی	درصد بهبودی	شاخص تغییر پایا	مقایسه‌گری هنجارگرا
۱	FSFI	۹/۴	۱۱/۰	۶/۰	۰/۶۵	بهبود نیافته
	SQOL-F	۳۶/۰	۳۹/۰	۴/۲	۰/۵۹	بهبود نیافته
۲	FSFI	۳/۸	۹/۸	۱۸/۶	*۲/۴۴	به طور پایایی پیشرفت کرد.
	SQOL-F	۲۰/۰	۲۶/۰	۶/۸	۱/۱۹	بهبود نیافته
۳	FSFI	۱۱/۱	۱۳/۹	۱۱/۲	۱/۱۴	بهبود نیافته
	SQOL-F	۳۴/۰	۳۸/۰	۵/۴	۰/۷۹	بهبود نیافته
۴	FSFI	۲/۰	۶/۶	۱۳/۵	۱/۸۷	بهبود نیافته
	SQOL-F	۲۳/۰	۲۶/۰	۳/۵	۰/۵۹	بهبود نیافته
۵	FSFI	۳/۲	۸/۹	۱۷/۴	*۲/۳۲	به طور پایایی پیشرفت کرد.
	SQOL-F	۲۷/۰	۳۲/۰	۶/۲	۰/۹۹	بهبود نیافته

$P < ۰/۰۵۰^{*}$

SQOL-F: Sexual Quality of Life-Female; FSFI: Female Sexual Function Index

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.4.0]

جدول ۵. تغییر نمرات کل Female Sexual Function Index (FSFI) در طی فرایند درمان Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) و پیگیری آن و سه شاخص معنی‌داری بالینی

آزمودنی	خط پایه	جلسه ۵	جلسه ۱۰	جلسه ۱۵	جلسه ۲۰	درصد بهبودی	شاخص تغییر پایا	مقایسه‌گری هنجارگرا	جلسه پیگیری	درصد بهبودی	شاخص تغییر پایا	مقایسه‌گری هنجارگرا
۱	۱۱/۰	۱۳/۶	۲۱/۰	۲۶/۹	۲۸/۴	۶۹/۶	**۷/۰۹	بهبود یافته	۲۹/۸	۷۵/۲	**۷/۶۶	بهبود یافته
۲	۹/۸	۱۲/۷	۲۳/۱	۲۶/۹	۲۸/۸	۷۲/۵	**۷/۷۴	بهبود یافته	۲۹/۳	۷۴/۴	**۷/۹۴	بهبود یافته
۳	۱۳/۹	۲۱/۲	۲۴/۹	۲۸/۴	–	۶۵/۶	*۵/۹۱	بهبود یافته	۲۹/۰	۶۸/۳	*۶/۱۵	بهبود یافته
۴	۶/۶	۷/۳	۱۱/۶	۲۱/۰	۲۶/۶	۶۸/۰	**۸/۱۵	بهبود یافته	۲۸/۴	۷۴/۱	**۸/۸۸	بهبود یافته
۵	۸/۹	۱۷/۷	۲۳/۶	۲۷/۸	–	۶۹/۷	**۷/۷۰	بهبود یافته	۲۸/۷	۷۳/۱	**۸/۰۶	بهبود یافته

آزمودنی‌های ۳ و ۵ در جلسه پانزدهم به اهداف درمانی مورد انتظار خویش نایل شدند و با توافق درمانگر به درمان خاتمه دادند. از این‌رو، نتایج جلسه ۲۰ برای آنان با خط تیره مشخص شده است.

*P < ۰/۰۵، **P < ۰/۰۱

جدول ٦. تغییر نمرات کل Sexual Quality of Life-Female (SQOL-F) در طی فرایند درمان Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) و پیگیری آن و سه شاخص معنی‌داری بالینی

آزمودنی	۱	۲	۳	٤	٥
خط پایه	۳۹	۲۶	۳۸	۲۶	۳۲
جلسه پایانی	۹۹	۹۳	۱۰۶	۹۹	۱۰۳
درصد بهبودی	۸۷/۰	۸۱/۷	۹۷/۱	۸۹/۰	۹۳/۴
شاخص تغییر پایا	**۱۲/۶۴	**۱۱/۴۶	**۱۴/۰۲	**۱۲/۶۴	**۱۳/۴۳
مقایسه‌گری هنجارگرا	بهبود یافته	بهبود یافته	بهبود یافته	بهبود یافته	بهبود یافته
جلسه پیگیری	۱۰۴	۹۹	۱۰۵	۱۰۲	۱۰۷
درصد بهبودی	۹۴/۲	۸۹/۰	۹۵/۷	۹۲/۷	۹۸/۷
شاخص تغییر پایا	**۱۲/۸۴	**۱۴/۴۲	**۱۳/۲۳	**۱۵/۰۱	**۱۴/۸۱
مقایسه‌گری هنجارگرا	بهبود یافته	بهبود یافته	بهبود یافته	بهبود یافته	بهبود یافته

**P < ۰/۰۱

همچنین، در طی پژوهش مذکور مشخص شد که مرز تشخیصی بین اختلالات امری قراردادی و بسیار مبهم می‌باشد و این اختلالات اغلب همپوشی قابل توجهی دارند. به عنوان نمونه، در بیشتر درمانجویان مبتلا به کژکاری‌های جنسی، بین اختلال در میل، برانگیختگی و ارگاسم همپوشی وجود دارد که این خود چالش‌هایی را در برابر تفسیر نتایج پژوهش قرار می‌داد (۵۰).

جدول ۷. مقایسه ارزشیابی ذهنی همسر از کارکرد جنسی آزمودنی با استفاده از آزمون رتبه‌های علامت‌گذاری شده Wilcoxon

جلسه	ورود به غربالگری	پایانی غربالگری	پایانی ISTDP	پیگیری
ورود به غربالگری	-	-۱/۴۱	*-۲/۰۴	*-۲/۰۶
پایانی غربالگری	-	-	*-۲/۰۷	*-۲/۰۶
پایانی ISTDP	-	-	-	-۰/۵۸
پیگیری	-	-	-	-

ISTDP: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

*P < ۰/۰۵

تحقیق حاضر طیف مهجوری از درمانجویان را که اغلب در سایه «روش پژوهش گروه محور» به دست فراموشی سپرده می‌شوند، آماج خود قرار داد. از آن‌جا که تحلیل آماری داده‌ها در پژوهش‌های گروه محور، به کارکرد تک‌تک افراد توجهی ندارد و تنها بر میانگین نمرات گروه تأکید دارد، همواره اقلیتی از آزمودنی‌ها که درمان آنان با شکست مواجه می‌شود و یا از آن بهره اندکی می‌برند، در سایه گروه بهبودیافتگان پنهان می‌شوند و در گزارش تحقیق سخنی از آنان به میان نمی‌آید (۶۰، ۵۳). مطالعه حاضر علاوه بر این که این اقلیت را آماج مداخله درمانی قرار داد، راهبردی فردنگر را سرلوحه روش‌شناسی خود ساخت.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هرچند در پیشینه پژوهشی، سکس‌تراپی رایج مستقر در چارچوب رفتاردرمانی شناختی بر اکثریت درمانجویان و طیف گسترده‌ای از کژکاری‌های جنسی اثربخشی خود را به تأیید رسانده است، اما در رویارویی با اقلیتی از درمانجویان به شکست می‌انجامد و از ایجاد یک نتیجه معنی‌دار بالینی برای آنان ناتوان است. همچنین، بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه، در چنین وضعیتی درمان‌های روان‌پویشی معاصر که ماهیت یکپارچه‌نگر، فشرده و کوتاه مدتی دارند، شاید بتواند رقیب و هماورد شایسته‌ای باشد. این یافته با تعداد زیادی از تحقیقات اخیر که نمایانگر اثربخشی و به صرفه بودن روان‌درمان‌های پویشی معاصر برای درمانجویان مقاوم به درمان است (۳۱-۳۶، ۲۸)، همخوانی داشت.

با وجودی که پژوهش حاضر واجد محدودیت‌هایی همچون استفاده از نمونه کوچک و در دسترس، بهره‌گیری از یک درمانگر به جای یک گروه درمانگر و مقدور نبودن ضبط صوتی یا تصویری جلسات درمان بود، اما می‌تواند سرآغازی بر مطالعات گسترده‌تر در زمینه تکوین رویکردهای نوین سکس‌تراپی و بررسی اثربخشی آن‌ها باشد. توصیه بر این است که چنین رویکرد نوینی برای اثربخشی حداکثری، تمامی مداخلات روان‌آموزشی (Psychoeducation) و رفتاری-شناختی رایج در رویارویی با کژکاری‌های جنسی را در بافت و چارچوب روان‌پویشی اجرا کند و شاید رویکردهای مختلف ISTDP بهترین گزینه برای این امر است. زمان آن رسیده است که تغییر الگویی که در حوزه روان‌درمانی در جریان است، شامل حال سکس‌تراپی نیز شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه کارکنان بنیاد انسان و زندگی که هر یک به نحوی در انجام فرایند این طرح پژوهشی همکاری نمودند و همچنین، از تمام مراجعانی که در این تحقیق مشارکت داشتند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.4.0]

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2013.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
3. Freud S. Inhibitions, symptoms and anxiety. In: Strachey S, Freud S, Editors. The Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud: An autobiographical study, inhibitions, symptoms and anxiety, the question of lay analysis, and other works: 1925-1926. London, UK: Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis; 1959.
4. Kaplan HS. The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions. London, UK: Psychology Press; 1974.
5. Daines B, Perrett A. Psychodynamic approaches to sexual problems. London, UK: Open University Press; 2000.
6. American Psychoanalytic Association. Psychodynamic diagnostic manual (PDM). Bethesda, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2011.
7. Heiman JR. Sexual dysfunction: Overview of prevalence, etiological factors, and treatments. J Sex Res 2002; 39(1): 73-8.
8. Basirnia A, Sahimi-Izadian E, Arbabi M, Bayay Z, Vahid-Vahdat S, Noorbala AA, et al. Systematic review of prevalence of sexual disorders in Iran. Iran J Psychiatry 2007; 2(4): 151-6.
9. Berry MD. The history and evolution of sex therapy and its relationship to psychoanalysis. International Journal of Applied Psychoanalytic Studies 2013; 10(1): 53-74.
10. Kirana P, Simonelli C. From Freud to PDE5, the Evolution of Psychosexual Therapy. In: Kirana PS, Tripodi F, Reisman Y, Porst H, editors. The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology. Amsterdam, Netherlands: Medix; 2013.
11. Christensen LB. Experimental methodology. 10th ed. Boston, MA: Pearson/Allyn & Bacon, 2007.
12. Williams W, Orsmond A. Rapid inpatient treatment of severe female sexual dysfunction. Aust N Z J Psychiatry 1977; 11(1): 61-4.
13. VandenBos GR. APA dictionary of clinical psychology. Washington, DC: American Psychological Association; 2013.
14. Amsterdam JD, Hornig M, Nierenberg AA. Treatment-resistant mood disorders. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2001.
15. Sookman D, Leahy RL. Treatment resistant anxiety disorders: Resolving impasses to symptom remission. London, UK: Routledge; 2010.
16. Nemeroff CB. Management of treatment-resistant major psychiatric disorders. Oxford, UK: Oxford University Press; 2013.
17. Damasion AR. Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain. New York, NY: Penguin Group USA Inc; 1994.
18. Damasio AR. The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness. San Diego, CA: Harcourt Brace; 1999.
19. Westen D. The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. Psychol Bull 1998; 124(3): 333-71.
20. Westen D, Gabbard G, Ortigo KM. Psychoanalytic approaches to personality. In: American Psychiatric Association, Robins RW, Pervin LA, John O, Editors. Handbook of Personality, Third Edition: Theory and Research. New York, NY: Guilford Press; 2008. p. 61-101.
21. Westen D. Integrative psychotherapy: Integrating psychodynamic and cognitive-behavioral theory and technique. In: Snyder CR, Ingram RE, Editors. Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practices for the 21st century. Hoboken, NJ: Wiley; 2000. p. 217-42.
22. Norcross JC, Karpiak CP, Santoro SO. Clinical psychologists across the years: The division of clinical psychology from 1960 to 2003. J Clin Psychol 2005; 61(12): 1467-83.
23. Prochaska JO, Norcross JC. Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. 6th ed. Pacific Grove, CA: Thomson/Brooks/Cole; 2007.
24. Davanloo H. Short-term Dynamic Psychotherapy. Lanham, MA: J. Aronson; 1980.
25. Davanloo H. Unlocking the unconscious: Selected Papers of Habib Davanloo. Hoboken, NJ: Wiley; 1990.
26. Davanloo H. Intensive short-term dynamic psychotherapy. Hoboken, NJ: Wiley; 2000.
27. Have-De Labije JT, Neborsky RJ. Mastering Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy: A Roadmap to the Unconscious. London, Uk: Karnac Books; 2012.
28. Frederickson J. Co-creating change: Effective dynamic therapy techniques. Kansas, MO: Seven Leaves Press; 2013.
29. Abbass A. Reaching through resistance: Advanced psychotherapy techniques. Kansas, MO: Seven Leaves Press; 2015.
30. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. Am Psychol 2010; 65(2): 98-109.
31. Abbass A. Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy in a private psychiatric office: Clinical and cost effectiveness. Am J Psychother 2002; 56(2): 225-32.
32. Abbass A, Campbell S, Magee K, Tarzwell R. Intensive short-term dynamic psychotherapy to reduce rates of emergency

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.4.0]

department return visits for patients with medically unexplained symptoms: preliminary evidence from a pre-post intervention study. CJEM 2009; 11(6): 529-34.
33. Abbass A, Campbell S, Magee K, Lenzer I, Hann G, Tarzwell R. Cost savings of treatment of medically unexplained symptoms using intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) by a hospital emergency department. Arch Med Res 2010; 2(1): 34-44.
34. Abbass A, Sheldon A, Gyra J, Kalpin A. Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: A randomized controlled trial. J Nerv Ment Dis 2008; 196(3): 211-6.
35. Abbass AA. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy of treatment-resistant depression: A pilot study Allan Anthony. Depress Anxiety 2006; 23(7): 449-52.
36. Hawkins JR. The role of emotional repression in chronic back pain: A study of chronic back pain patients undergoing psychodynamically oriented group psychotherapy as treatment for their pain. New York, NY: New York University; 2003.
37. Abbass A, Lovas D, Purdy A. Direct diagnosis and management of emotional factors in chronic headache patients. Cephalalgia 2008; 28(12): 1305-14.
38. Baldoni F, Baldaro B, Trombini G. Psychotherapeutic perspectives in urethral syndrome. Stress Med 1995; 11(2): 79-84.
39. Della Selva PC. Intensive short-term dynamic psychotherapy: Theory and technique. Hoboken, NJ: Wiley; 1996.
40. Bianchi-Demicheli F, Zutter AM. Intensive short-term dynamic sex therapy: A proposal. J Sex Marital Ther 2005; 31(1): 57-72.
41. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther 2000; 26(2): 191-208.
42. Sand M, Rosen R, Meston C, Brotto LA. The female sexual function index (FSFI): A potential "gold standard" measure for assessing therapeutically-induced change in female sexual function. Fertil Steril 2009; 92(3): S129.
43. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores. J Sex Marital Ther 2005; 31(1): 1-20.
44. Oh CY, Yoon H, Seo JT, Choi JB, Lee KS, Min KS, et al. 1018 the prevalence of female sexual dysfunction and clinical cutoff value of female sexual function index in Korean women; A nationwide survey in 2012. J Urol 2013; 189(4): e417.
45. Mohammadi KH, Heydari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): Validation of the Iranian version. Payesh Health Monit 2008; 7(3): 269-78. [In Persian].
46. Fakhri A, Pakpour AH, Burri A, Morshedi H, Zeidi IM. The female sexual function index: Translation and validation of an Iranian version. J Sex Med 2012; 9(2): 514-23.
47. Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. J Sex Marital Ther 2005; 31(5): 385-97.
48. Maasoumi R, Lamyian M, Montazeri A, Azin SA, Aguilar-Vafaie ME, Hajizadeh E. The sexual quality of life-female (SQOL-F) questionnaire: Translation and psychometric properties of the Iranian version. Reprod Health 2013; 10: 25.
49. Kazdin AE. Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings. Oxford, UK: Oxford University Press; 2011.
50. Moradian F. Developing an integrated transtheoretical model to treat female sexual dysfunctions and assess its effectiveness [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Kharazmi University; 2011. [In Persian].
51. Lindsay SJ, Powell GE. The handbook of clinical adult psychology. London, UK: Psychology Press; 1994.
52. McGuigan FJ. Experimental psychology: Methods of research. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 1997.
53. Kazdin AE. Research design in clinical psychology. Boston, MI: Allyn and Bacon; 2003.
54. de Winter JC. Using the Student's t-test with extremely small sample sizes. Practical Assessment, Research & Evaluation 2013; 18(10): 1-12.
55. Blanchard EB, Schwarz SP. Clinically significant changes in behavioral medicine. Behav Assess 1988; 10(2): 171-88.
56. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. J Consult Clin Psychol 1991; 59(1): 12-9.
57. Kendall PC, Grove WM. Normative comparisons in therapy outcome. Behav Assess 1988; 10(2): 147-58.
58. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral Sciences. Mahwah NJ: L. Erlbaum Associates; 1988.
59. Spence DH. Psychosexual Therapy: A Cognitive-behavioural approach. Berlin, Germany: Springer US; 1991.
60. Bergin AE. Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. J Abnorm Psychol 1966; 71(4): 235-46.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.4.0]

The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in Treatment-Resistant Female Sexual Dysfunctions

Farshid Moradian[1], Jafar Hasani[2], Mahdieh Salehi[3], Seyed Ali Azin[4], Farnaz Keshavarzi-Arshadi[3]

Original Article

Abstract

Aim and Background: This study aimed to assess the effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) in women with sexual dysfunctions resistant to common sex therapy (cognitive-behavioral and bio-medical), and evaluate improvement maintenance in follow-up.

Methods and Materials: This study was based on a single-subject research design which consisted of screening and intervention. 5 patients entered the study with several inclusion criteria, and therapeutic screening was performed among female clients with sexual dysfunctions in Tehran, Iran. The participants underwent intensive short-term dynamic psychotherapy. Data were collected using Female Sexual Function Index (FSFI), Sexual Quality of Life-Female (SQOL-F) questionnaire, and Subjective Evaluation of Partner's Sexual Function (SEOPSF) scale.

Findings: Intensive short-term dynamic psychotherapy, in comparison to common sex therapy, improved sexual function among the participoants, and moveed them above the normal cut-off point. Moreover, this change led to significant promotion of their sexual quality of life. The trend of changes, when the first breakthrough to the unconscious occurred in a subject, showed considerable growth which could be the evidence for psychodynamic etiology of sexual dysfunction. The promotion of sexual function and sexual quality of life in subjects was remarkable during the 8th week follow-up session.

Conclusions: Our findings suggest that in such a condition, contemporary dynamic psychotherapy with an integrative, intensive, and short-term nature can be known as a suitable alternative for common sex therapy, and the intensive short-term dynamic psychotherapy seems to be the best choice in this regard.

Keywords: Psychodynamic psychotherapy, Sexual dysfunctions, Treatment-resistant, Sex, Therapy

Citation: Moradian F, Hasani J, Salehi M, Azin SA, Keshavarzi-Arshadi F. **The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in Treatment-Resistant Female Sexual Dysfunctions.** J Res Behav Sci 2018; 16(1): 21-31.

Received: 07.12.2017 Accepted: 08.02.2018 Published: 04.04.2018

1- PhD Student, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2- Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran
3- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
4- Assistant Professor, Department of Health Promotion, Iranian Institute for Health Sciences Research, Tehran, Iran
Corresponding Author: Farshid Moradian, Email: farshid.moradian@Gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.4.0]