

## تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر میل جنسی کم کار و رضایت زناشویی

مریم بختیاری<sup>۱</sup>، حاجیه شیدایی<sup>۲</sup>، سید عبدالمجید بحرینیان<sup>۳</sup>  
و محمد نوری<sup>۴</sup>

مسایل جنسی و رضایت زناشویی به طور پیچیده ای با یکدیگر رابطه دارند. علیرغم اینکه فاکتورهای چندگانه ی روان زاد و زیستی متعددی را به عنوان زمینه ساز کاهش میل جنسی زنان معرفی کرده اند، روند تحقیقاتی در سال های اخیر نشان داده است که تأثیر عوامل روان زاد در بروز این مشکل پررنگ تر است. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر میل جنسی و رضایت زناشویی در زنان بود. بدین منظور، طی یک پژوهش نیمه تجربی با پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل، ۲۰ نفر از زنان مبتلا به اختلال میل جنسی مراجعه کننده به درمانگاه روان شناسی به شیوه ی هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۰ نفری کاربردی شدند. گروهها در ابتدا و انتهای پژوهش از نظر میل جنسی و رضایت زناشویی مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۸ جلسه ی ۴۵ دقیقه ای درمان شناختی- رفتاری شرکت کردند ولی گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که میل جنسی و رضایت زناشویی آزمودنی ها تفاوت معنی داری پیدا کرده است. به نظر می رسد درمان شناختی - رفتاری روش مناسبی برای اختلال های مربوط به میل جنسی است. بنابراین استفاده از این رویکرد درمانی توسط متخصصین روان شناسی بالینی به افراد دارای اختلال عملکرد جنسی به ویژه کاهش میل جنسی در زنان توصیه می شود.

**واژه های کلیدی:** درمان شناختی- رفتاری، میل جنسی کم کار، رضایت زناشویی

### مقدمه

رضایت زناشویی، نگرش مثبت و لذت بخشی است که زن و شوهر از جنبه های مختلف روابط زناشویی مثل ارتباط، مسایل شخصیتی، حل تعارض، روابط جنسی و فرزندان دارند (گرچوف، جان، هلسن، ۲۰۰۸) با این حال، آمار طلاق که معتبرترین شاخص آشفتگی زناشویی است نشان می دهد که

۱. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه شهید بهشتی تهران، تهران، ایران

۲. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه شهید بهشتی تهران، تهران، ایران (نویسنده ی مسول) s\_sheydaei@yahoo.com

۳. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه شهید بهشتی تهران، تهران، ایران

۴. دپارتمان روان شناسی بالینی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه شهید بهشتی تهران، تهران، ایران

رضایت زناشویی به آسانی قابل دستیابی نیست (لین، رافویبر، ۲۰۰۵). مک کوناش و جانسون (۲۰۰۸) بیان می کنند که زنان نسبت به مردان احساس نارضایتی بیشتری در کمبودهای عاطفی دارند و هنگام صحبت درباره ی مسایل و مشکلات ارتباطی با هیجان بیشتری صحبت می کنند و به مشکلاتی که در جزئیات رابطه ی جنسی دارند، اهمیت بیشتری می دهند. پژوهش ها نشان می دهد بین رابطه ی جنسی با رضایتمندی زناشویی ارتباط نیرومند و مستقیمی وجود دارد (لیسر، تام بلینگ ویسجوف، ۲۰۰۷؛ مرتضوی، بخشایش و فاتحی زاده، ۲۰۱۳؛ عارف و محسن زاده، ۲۰۱۴؛ علی اکبری دهکردی، ۲۰۱۰). این اختلال به عنوان کمبود یا فقدان مستمر و مکرر تصورات جنسی و میل به فعالیت جنسی، تعریف شده (برتو، ۲۰۱۰) و شایع ترین مشکل جنسی در زنان است که آنها را جهت درمان به مراکز درمانی می کشاند (هولبرت، ۱۹۹۳؛ بنکرافت، ۲۰۰۹).

عوامل روانی که در ابعاد شناختی خاص هستند، نقش مهمی در توسعه و نگهداری اختلالات جنسی دارند. همچنین نقش فرایندهای شناختی در اختلالات جنسی زنان، به خصوص کاهش میل جنسی مشاهده می شود (ژانت، دساتر وزج، ۲۰۱۳؛ تیفر، هال و تاویریس، ۲۰۰۲). متاسفانه با وجود شیوع بالا و عوارض منفی مرتبط با آن، عوامل روان شناختی موثر بر میل جنسی زنان کمبود مطالعات کنترل شده درمانی مشهود است (کلینگ، ۲۰۱۱؛ عقیقی، ۲۰۱۲؛ آرنو، ۲۰۰۹) شایان ذکر است، در مواردی که به درمان اختلالات جنسی زنان پرداخته شده اختلالات درد جنسی و ارگاسم، اختلالاتی هستند که گسترده ترین موارد مطالعه را به خود اختصاص داده اند (پریا و آریاس، ماچادو و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین تحقیقات صورت گرفته بر این اختلال اغلب از شیوه های درمان دارویی و هورمون درمانی است. پژوهش های اخیر نشان می دهد که درمان دارویی و هورمونی در اختلالات عملکرد جنسی از جمله اختلال کاهش میل جنسی همراه با عوارض جانبی از جمله ظاهر شدن علائم مردانگی، سرطان پستان و بیماری های قلبی عروقی است (بوستر، ۲۰۱۳؛ کریچمن، ۲۰۱۳).

شناخت های تحریف شده ی تفکر منفی درباره ی فعالیت جنسی، علائم را تشدید و دایمی می کند، بنابراین کشف این خود تلقینی های منفی، در تجزیه و تحلیل موفق مشکلات جنسی کمک می کند (آروز، ۲۰۰۵) و درمان رفتاری- شناختی ضمن آنکه بر عملکرد جنسی تاثیر مثبتی دارد، به احتمال زیاد رضایت جنسی پیش آمده را بر رضایت زناشویی افزون خواهد کرد. کریستین، اتکینز، باکوم و همکاران (۲۰۱۰) و دیلون و بیلجر (۲۰۱۰) اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را بر رضایت زناشویی تایید کرده اند. در ایران نیز، عشقی (۲۰۰۵) نشان داد که روان درمانی شناختی- رفتاری زوجین بر بهبود نمره ی سردمزاجی زنان موثر است. همچنین نتایج نشان داد که این مشاوره بر بهبود دانش جنسی،

اعتماد به نفس جنسی و خودابرازی جنسی نیز موثر است. سراجی و دادفر (۲۰۰۹) نشان دادند که درمان ترکیبی و درمان شناختی- رفتاری در کاهش شناخت های ناسازگارانه، باورهای غیرمنطقی و شدت اضطراب جنسی تاثیر دارد اما، درمان با فلوکستین به تنهایی موثر نبوده است. صالح زاده، کجباف، مولوی و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری به طور معنی داری اختلالات کنش جنسی گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل بهبود بخشیده است. نتایج پژوهشهای لازاروس (۱۹۶۳)؛ کراو و ریدلی (۱۹۸۲)؛ هاوتون، سالکوسکی، کریک همکاران (۱۹۸۶)؛ گیلمن (۱۹۸۶، ۱۹۸۷)؛ کاپلان (۱۹۹۵)؛ ترودل، مارچند، راوارت و همکاران (۲۰۰۱)؛ هایمن (۲۰۰۲)؛ نزو (۲۰۰۵)؛ نشان داده است که درمان رفتاری- شناختی در بهبود زنان مبتلا به میل جنسی کم کار موثر است.

نتایج بررسی مستون، هال، لیون و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که بهترین و متداولترین شیوه ی درمانی در اختلالات عملکرد جنسی، رویکرد شناختی- رفتاری از طریق تکنیکهای بازسازی شناختی، شیوههای کاهش اضطراب، ارایه ی دانش جنسی، تمرکز حسی و حساسیت زدایی منظم بود. همخوان با یافتههای پژوهش مذکور مستون، تریکول، بوچ و ونلنکولد (۲۰۰۷؛ ۲۰۱۰) نیز در مطالعهای نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری در افزایش فراوانی آمیزش جنسی سودمند بوده است.

براساس نظریه شناختی به نظر میرسد، بین رفتارها و اختلالات جنسی با باورهای جنسی رابطه وجود دارد. باورهای جنسی به عنوان افکار و ایده های فرد در مورد رفتارهای جنسی تعریف می شود. مطالعات نوبره و پیتو-گویا (۲۰۰۶) نشان داده است، باورهای جنسی متفاوت در شکل گیری بدکارکردهای جنسی متفاوت نقش مهمی دارند (نوبره و پیتو-گویا، ۲۰۰۶). بر همین اساس ژانت (۲۰۱۳) طی پژوهشهای خود، باورها و شناخت های منفی را عامل مهم در اختلالات جنسی به ویژه اختلال کاهش میل جنسی مطرح کرده و درمان شناختی و پرداختن به عوامل روانی / شناختی، استفاده از روش بازسازی شناختی در درمان اختلال میل جنسی را پیشنهاد می کند. با توجه به مسایل مطرح شده پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر میل جنسی کم کار در زنان و سنجش اثربخشی آن بر رضایت زناشویی در آنها صورت گرفت.

## روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. نمونه ی مورد مطالعه، ۲۰ نفر از زنان متأهل و دارای اختلال میل جنسی مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی تهران بود

که از طریق نمونه گیری هدفمند و از طریق فراخوان و پخش آگهی مربوط به اختلال بی میلی جنسی در زنان و مصاحبه بالینی انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: تشخیص میل جنسی کم کار در مصاحبه ی بالینی، داشتن تحصیلات بالاتر از سیکل، متاهل بودن، برخورداری از سلامت جسمی و روانی و ملاک‌های خروج شامل یاسگی، ابتلا به هر نوع بیماری جسمی، اختلالات روانی، مصرف هر نوع داروی روان گردان و یا روان فعال و یا داروهای جنسی در طول مداخله و عدم ابتلا همسران آنها به اختلالات جنسی بود. بعد از توجیه پژوهش و اخذ رضایت نامه، گروه آزمایش در ۸ جلسه ی ۴۵ دقیقه‌ای به مدت ۶ ماه (یک‌بار در هفته) تحت مداخله ی شناختی- رفتاری فردی قرار گرفتند. قبل از انجام مداخله و بعد از اتمام دوره ی درمان، آزمودنی ها به وسیله ی پرسشنامه ی وضعیت زناشویی گلوبوک، راست<sup>۱</sup> و پرسشنامه ی محقق ساخته ی کاهش میل جنسی مورد آزمون قرار گرفتند.

پرسشنامه ی وضعیت زناشویی گلوبوک شامل دو فرم جداگانه برای مردان و زنان است. هر یک از پرسشنامه ها ۲۸ سوال دارد که مشکلات جنسی آزمودنی‌ها برحسب مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار می‌سنجد. این پرسشنامه توسط راست، بنان، کرو و گلوبوک (۱۹۸۸) معرفی شده است. پرسشها در مقیاس چهار درجه ای لیکرت، مشکلات موجود در روابط زوجین را از صفر تا نمره ی سه در زمینه ی میزان حساسیت و توجه، زوجین نسبت به نیازهای یکدیگر، تعهد، وفاداری مشارکت، همدردی، ابراز محبت، اعتماد، صمیمیت و همدلی زوجین را می‌سنجد. آلفای کرونباخ فرم فارسی این پرسشنامه، برای زنان ۰/۹۲ و برای مردان ۰/۹۴ گزارش شده است (بشارت، ۱۳۸۰). پرسشنامه ی کاهش میل جنسی محقق ساخته در زنان، شامل ۱۵۰ سوال بود که کاهش میل جنسی را در چهار حیطه ی شناختی، رفتاری، احساسی و جسمانی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. اعتبار صوری این پرسشنامه توسط ۵ متخصص روان شناس بالینی و سکس تراپیست مورد تایید قرار گرفت. در این پژوهش آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر ۰/۹۱ به دست آمد.

### شیوه ی اجرا

پکیج درمان با استفاده از پژوهش عشقی (۲۰۰۵) و متون خارجی در زمینه ی اختلال کاهش میل جنسی و درمان آن و نظر خواهی و مشورت متخصصین بالینی تنظیم شد. از شرکت کنندگان جهت حضور در برنامه ی درمانی، کسب رضایت و نسبت به برنامه ی درمانی رضایت کتبی دریافت شد.

جلسات درمانی در بیمارستان طالقانی واقع در تهران و توسط روان‌شناس بالینی که در این زمینه آموزش دیده بود، انجام شد. در جدول ۱، پکیج درمانی به اختصار ارایه شده است.

### جدول ۱. پکیج درمانی شناختی- رفتاری بر میل جنسی کم کار

جلسه ی اول: (معارفه و بررسی عوامل موثر و تاریخچه ی مشکل، بیان منطبق درمان): برقراری ارتباط و بیان اهداف، تعریف و توضیح اختلال عملکرد جنسی و تاثیر آن در کیفیت زندگی زناشویی، بیان ارزش و اهمیت درمان، بررسی علل بی میلی جنسی؛ بررسی سابقه ی پزشکی و ارزیابی فیزیولوژیکی مراجع، بررسی کیفیت رابطه زناشویی و ارتباط عاطفی زوجین، بررسی میزان علاقه بین زوجین و نوع ازدواج، بررسی نوع، فراوانی و کیفیت ارتباطات جنسی زوجین، اجرای مصاحبه ی جنسی ارایه ی مختصر توضیحی پیرامون سیر و نوع درمان.

جلسه ی دوم: (بررسی افکار و باورهای ناکارآمد جنسی): بررسی نگرش‌های جنسی منفی غالب؛ بررسی باورهای جنسی غیرمنطقی و تشریح آنها از دیدگاه علمی؛ بررسی ترجیحات و خواسته‌های جنسی زوجین و چگونگی ابراز آن به یکدیگر، بررسی اجمالی نگرش‌های جنسی زنان مبتلا به کاهش میل جنسی، بررسی سیر جسمانی و احساسی زوجین در حین مقاربت، ارایه ی تکالیف و منع ارتباط جنسی. جلسه ی سوم: (بازسازی شناختی و تغییر نگرش منفی نسبت به مسائل جنسی): مرور جلسه ی دوم، بازسازی شناختی افکار ناکارآمد جنسی زوجین و ارایه ی تکالیف خانگی.

جلسه ی چهارم: (ارایه ی اطلاعات و دانش جنسی)؛ بیان علل و عوامل ایجادکننده ی بی میلی جنسی نسبت به مراجع، آشنایی بااندام‌های جنسی زن و مرد، اعمال فیزیولوژیکی و هورمون‌های آنها، آموزش نقاط حساس جنسی زن و مرد، آموزش فواید ارتباط جنسی از نقطه نظر روانی و جسمی؛ آموزش علمی نقش زن در ارتباط جنسی، آموزش چرخه ی پاسخ جنسی و علایم و تغییرات موجود در این مراحل در زن و مرد، آموزش مهارت‌های ارتباطی.

جلسه ی پنجم: (آموزش حس یابی غیرجنسی)؛ مرور جلسه ی چهارم؛ منع ارتباط جنسی تا پایان آموزش حس یابی بدنی، آموزش مهارت تمرکز؛ توجه، آموزش توجه به احساس متمرکز براندام‌های غیر تناسلی، بررسی ارتباط کلامی چگونگی بیان هیجانات زوجین به یکدیگر، آموزش ابراز هیجان و کلامی کردن حس‌های هیجانی و خود ابرازی جنسی به همسر، افزایش صمیمیت کلامی زوجین، ارایه ی تکالیف.

جلسه ی ششم: (آموزش حس یابی جنسی)؛ مرور جلسه ی پنجم، حذف ممنوعیت لمس اندام‌های تناسلی، ارایه ی اطلاعات بیشتر پیرامون اندام‌های تناسلی زن و مرد و نقاط حساس جنسی، افزایش خودآگاهی جنسی زنان، آموزش تمرکز براندام‌های جنسی، توجه به تحریک و لذت اندام‌های تناسلی، آموزش خیال‌پردازی جنسی، آموزش تمرینات کگل و ارایه ی تکالیف.

جلسه ی هفتم: (آموزش چگونگی مقاربت متناسب با مشکل زوجین)؛ مرور جلسات پنجم و ششم، آموزش انواع شیوه‌های مقاربت پیشنهاد هر کدام از آنها به مدت یک هفته به زوجین، آموزش انواع شیوه‌های مقاربت متناسب با مشکل زوجین و تکنیک‌های وابسته به آن و ارایه تکالیف گام به گام خانگی، مانور نقطه ی عطف، آموزش چگونگی رسیدن به ارگاسم همزمان متناسب با نقاط حساس زوجین، ارایه ی تکالیف.

جلسه ی هشتم: (بررسی میزان حصول اهداف درمانی)؛ مرور جلسه ی هفتم، ارزیابی تکنیک‌های مختلف به کار گرفته شده توسط زوجین، بازخورددهی پیرامون اثربخش یا غیر اثربخش بودن درمان، رفع اشکالات موجود، ارزیابی نتایج مثبت حاصل از طرح درمانی و میزان رضایت زوجین از درمان و اجرای پس آزمون.

برای مقایسه ی نمرات قبل و بعد از مداخله از تحلیل کواریانس استفاده شد و داده ها با شانزدهمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

در جدول ۲ مولفه های توصیفی نمرات آزمودنی ها ارایه شده است.

جدول ۲. مولفه های توصیفی نمرات آزمودنی ها در گروه آزمایش و کنترل به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		sd	M	sd	M
میل جنسی	آزمایش	۲۸/۷	۲۶۳/۸	۲۴۹/۲	۴۰/۳
	کنترل	۲۴/۵	۲۶۲/۹	۲۶۰/۷	۲۶/۵
رفتاری	آزمایش	۱۵/۱	۱۱۵/۹	۱۲۴/۳	۱۴/۲
	کنترل	۱۲/۸	۱۱۲/۱	۱۱۳/۲	۱۲/۳
شناختی	آزمایش	۱۱/۳	۷۳/۹	۷۶/۵	۸/۲
	کنترل	۷/۹	۸/۲	۷۶/۸	۷/۰۸
احساسی	آزمایش	۴/۷	۳۶/۸	۳۸/۵	۳/۵
	کنترل	۴/۱	۳۷/۴	۳۸	۴
جسمانی	آزمایش	۷/۶	۳۷/۲	۳۹/۴	۶/۶
	کنترل	۶/۸	۳۷/۱	۳۷/۵	۵/۹
وضعیت زناشویی	آزمایش	۷/۶	۷۱/۱	۷۶/۴	۷/۹
	کنترل	۱۱/۸	۷۷/۶	۷۸/۷	۱۰/۹

برای بررسی تفاوت های مشاهده شده درخصوص تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر کاهش اختلال میل جنسی پس از بررسی و تایید مفروضه ی یکسانی واریانسها و نرمال بودن توزیع نمرات دوگروه زنان از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۳. خلاصه ی تحلیل کواریانس نمرات میل جنسی و وضعیت زناشویی

eta	Sig.	F	MS	df	SS		
۰/۹۳۵	۰/۰۰۱	۲۴۲/۸۲۲	۱۹۶۲۵/۷۰۰	۱	۱۹۶۲۵/۷۰۰	پیش آزمون	میل جنسی
۰/۳۶۷	۰/۰۰۶	۹/۸۳۸	۷۹۵/۱۲۴	۱	۷۹۵/۱۲۴	گروه	
۰/۸۵۹	۰/۰۰۱	۱۰۳/۸۳۸	۱۴۱۶/۵۸۳	۱	۱۴۱۶/۵۸۳	پیش آزمون	وضعیت زناشویی
۰/۱۹۰	۰/۰۴۲	۳/۹۹۹	۵۴/۵۵۲	۱	۵۴/۵۵۲	گروه	

بر اساس نتایج جدول ۳، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروه برای متغیر اختلال کاهش میل جنسی زنان معنی‌دار و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در متغیر کاهش میل جنسی به‌طور معنی‌داری از گروه کنترل بیشتر است. با در نظر گرفتن مجذور اتا، می‌توان گفت ۹۴٪ این تغییرات ناشی از تاثیر مداخله است. بنابراین فرضیه اول تایید می‌شود و مداخله ی شناختی- رفتاری بر بهبود اختلال کاهش میل جنسی موثر است. همچنین نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروه برای متغیر وضعیت زناشویی معنی‌دار و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در متغیر وضعیت زناشویی به‌طور معنی‌داری از گروه کنترل بیشتر است. بنابراین فرضیه ی دوم نیز تایید می‌شود و می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری در بهبود وضعیت زناشویی زوجین موثر است.

### بحث و نتیجه گیری

در فرض اول پژوهش، به بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اختلال کاهش میل جنسی زنان پرداخته‌شده، یافته‌ها بیانگر تاثیر مثبت درمان شناختی- رفتاری بر اختلال کاهش میل جنسی در زنان است و به‌صورت معنی‌داری اختلال کاهش میل جنسی زنان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. در این روش درمانی در آغاز به‌طور کامل عوامل زمینه‌ساز، آشکارکننده و تداوم‌بخش مشکل، بررسی شده و در ادامه با استفاده از شیوه‌ی درمانگری شناختی- رفتاری به روش درمانی مسترز و جانسون صورت گرفت. نتایج این پژوهش با مطالعه‌ی تحقیقات لازاروس (۱۹۶۳)؛ کراو و ریدلی (۱۹۸۲)؛ هاوتون و همکاران (۱۹۸۶)؛ گیلمن (۱۹۸۷، ۱۹۸۶)؛ کاپلان (۱۹۹۵)؛ زیمر (۱۹۹۷)؛ مک کاپی و ترودل (۲۰۰۱)؛ هایمن (۲۰۰۲)؛ گرینگ (۲۰۰۳)، گیامی و دی کلومی (۲۰۰۳)؛ نیکولوسی و همکاران (۲۰۰۵)؛ نزو (۲۰۰۵)؛ وستیمر (۲۰۰۵) وینکس و همکاران (۲۰۰۹)؛ پریش (۲۰۰۹)؛ و ترودل (۲۰۱۰) و مک کارتی (۲۰۱۳) هم‌خوان است و نیز سایر پژوهش‌ها همچون عشقی (۱۳۸۵)؛ سراجی و دادفر (۱۳۸۸)؛ صالح زاده و همکاران (۱۳۹۰) و حسینی (۱۳۹۱) در مورد تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر بهبود اختلال عملکرد جنسی زنان به خصوص اختلال کاهش میل جنسی زنان هماهنگ است و از آنجا که در تمامی پژوهش‌های شناختی- رفتاری مذکور به‌منظور درمان اختلال کاهش میل جنسی، تکنیک‌های شناختی به‌کاربرده شده، در پژوهش حاضر نیز تکنیک‌هایی همچون بازسازی شناختی، مهارت تمرکز - توجه و آموزش خود ابرازی استفاده شده است،

می‌توان نتیجه‌گیری کرد که علت بهبودی اختلال بی‌میلی جنسی زنان در بعد شناختی استفاده از این تکنیک‌های درمانی است زیرا در مداخله‌ی درمانی پژوهش حاضر از بازسازی شناختی افکار غیرمنطقی جنسی نسبت به خود، همسر و رابطه، خود‌گویی مثبت، مهارت تمرکز - توجه و خود ابرازی استفاده شده است که تمام این تکنیک‌های شناختی می‌توانند به بهبود اختلال کاهش میل جنسی در زنان در کل بهبودی بعد شناختی آن در جز منجر شوند.

همچنین نتایج نشان می‌دهد تکنیک‌های شناختی- رفتاری در این زمینه شامل افزایش آگاهی جنسی و مهارت‌های جنسی، خیال‌پردازی، افزایش بینش و درک علل سیستماتیک، کاهش میل جنسی و طرز بیان احساسات و مداخلات رفتاری بر بهبود میل جنسی زنان اثر گذاشته و با تاثیرات مثبت متقابل روی همسر به ویژه در زمینه‌ی ارتباط، رضایت زناشویی را تحت شعاع قرار می‌دهد. از آنجا که یکی از جنبه‌های رضایت زناشویی، رضایت از روابط جنسی در زندگی مشترک است، با بهبود رابطه‌ی جنسی و کاهش اختلال میل جنسی، از وخامت وضعیت زناشویی کاسته می‌شود و این امر موجب افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی می‌شود.

در همین راستا نتایج تحقیق کوپر و استرنبرگ (۱۹۸۷) نشان داد که به‌کارگیری برنامه‌های آگاه‌سازی جهت غنی‌سازی رابطه‌ی جنسی زوج‌ها که از مولفه‌های درمان پژوهش حاضر بود، موجب افزایش رضایت از زندگی زناشویی می‌شود. چنین تفسیری با نتایج پژوهش حاضر و همچنین مطالعات مسترز و جانسون (۱۹۹۸) که در آن مشخص شد بین رضایتمندی از ارتباط جنسی و رضایتمندی زناشویی رابطه‌ی مثبت وجود دارد و هم‌چنین سایر مطالعات در زمینه‌ی وجود ارتباط مثبت بین رضایت جنسی و رضایت زناشویی (یونگ، ۲۰۰۰؛ بایرز، ۲۰۰۵؛ مازور، ۲۰۰۵؛ نیکولز، ۲۰۰۵)، هماهنگ است؛ همخوان با پژوهش‌های فوق، مطالعات چنگ (۲۰۰۸) کریستین و همکاران (۲۰۱۰) و دیون و بیلجر (۲۰۱۰) اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی را موثر گزارش کرده‌اند. برزنیاک و ویسمن (۲۰۰۴) نیز در مطالعه‌ی خود روی ۶۰ زوج آمریکایی دریافتند که رضایت زناشویی ارتباط مستقیمی با میل جنسی دارد و بین رضایتمندی از ارتباط جنسی و رضایتمندی زناشویی رابطه‌ی مثبت وجود دارد (برزنیاک و ویسمن، ۲۰۰۴). این نتایج، همسو با یافته‌های تحقیق حاضر است بنابراین، می‌توان گفت نارضایتی‌های زناشویی با مشکلات متعددی از جمله اختلال‌های جنسی مرتبط است و بطورکلی می‌گفت با مداخلات رفتاری و شناختی نه تنها می‌توان به درمان اختلالات جنسی پرداخت بلکه می‌توان به بهبود وضعیت زناشویی زوجین کمک کرد.



## References

- Aghighi, A. (2012). Sexual dysfunction a problem with the inner face of the outer. 1, editor. tehran: tazkieh; (Persian)
- Aliakbari Dehkordi, M. (2010 ). Relationship between women sexual function and marital adjustment. *Journal of Behavioral Sciences*, 4(3), 199-206. (Persian)
- Araoz, D.(2005). Hypnosis in human sexuality problems. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(4), 229-42.
- Arefi, M., & Mohsenzadeh, F. (2014). Predictions based on the relationship between marital satisfaction and sexual intimacy. *Journal of Counseling and Psychotherapy Family:Special family and divorce*. (Persian).
- Arnow, B. A., Millheiser, L., Garrett, A., Lake Polan, M., Glover, G. H., Hill, K. R., & et al. (2009). Women with hypoactive sexual desire disorder compared to normal females: a functional magnetic resonance imaging study. *Neuroscience*. 23,158(2), 484-502. PubMed PMID: 18976696.
- Bancroft, J. (2009). Human sexuality and its problems: *Elsevier Health Sciences*.
- Brotto, L. A. (2010). The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 221-39.
- Breznyak, M., & Whisman, M. A. (2004). Sexual desire and relationship functioning: the effects of marital satisfaction and power. *J Sex Marital Ther*, 30, 199-217.
- Buster, J. E. (2013). Managing female sexual dysfunction. *Fertility and sterility*, 100(4), 905-15.
- Byers, E. S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction. A longitudinal study of individuals in long- term relationships. *Journal of Sex Research*, 42(2), 113-118.
- Chang, S. L. (2008). Family background and marital satisfaction of newlyweds. Generational transmission of relationship interaction patterns. Unpublished Master's Thesis, California State University.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Baucom, B., & Yi, J. (2010). Marital Status and Satisfaction Five Years Following a Randomized Clinical Trial Comparing and Clinical Psychology, 78, 225-235.
- Colling, M. L. (2011). Female Hypoactive Sexual Desire Disorder, a Summary Paper Presented to the Faculty of the Adler Graduate School.
- Crowe, M., & Ridley, J. (1982). Therapy with couples: A behavioural-systems approach to couple relationship and sexual problems: John Wiley & Sons.
- Dilion, L. M., & Beechler, M. P. (2010). Marital Satisfaction and The Impact of Children in Cultures: A meta-Analysis. *Journal of Evolutionary Psychology*, 8, 7-22.
- Gellman, C. (1982). Behavioral approach to sexual dysfunctions. *L'Encephale*, 9(4 Suppl 2), 49B-55B.
- Gehrig, D. (2003). Couple therapy for low Sexual Desire: A System Approach. *Journal of sex & Marital Therapy*, (22), 25-30.
- Géonet, M., De Sutter, P., & Zech, E. (2013). Cognitive factors in women hypoactive sexual desire disorder. *Sexologies*, 22(1), e9-e15.
- Gorchoff, S. M., John, O. P., & Helson, R. (2008). Contextualizing change in marital satisfaction during middle-age: An 18-year longitudinal study. *Psychological Science*, 19, 1194-1200.
- Hawton, K. E., Salkovskis, P. M., Kirk, J. E., & Clark, D. M. (1986). Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide: Oxford University Press.
- Heiman, J. R. (2002). Psychologic treatments for female sexual dysfunction: are they effective and do we need them? *Archives of sexual behavior*, 31(5), 445-50.
- Hosseiny, F., Kajbaf, M., & Faramarzi, S. (2012). Effectiveness of cognitive - behavioral therapy The female frigidity frigidity in women and intimacy in Bandar Abbas. *Journal of Counseling and Family Therapy*, 3(2), 307-21.(Persian)
- Hurlbert, D. F., Apt, C., & Rabebl, S. M. (1993). Key variables to understanding female sexual satisfaction: An examination of women in nondistressed marriages. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 19(2), 154-65.
- Kaplan, H. S. (1995). *The new sex therapy*: Springer.
- Krychman, M. L. (2013). Female sexual disorders: Treatment options in the pipeline.
- Lazarus, A. A. (1963).The treatment of chronic frigidity by systematic desensitization. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 136(3), 272-8.
- Lin, Y. C., & Raghubir, P. (2005). Gender differences in unrealistic optimism about marriage and divorce: Are men more optimistic and women more realistic? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 198-207.
- lieser, M. L., Tambling, R. B., Bischof, G. H., & Murry, N. (2007) . Inclusion of sexuality in relationship education programs. *The Fam J*, (15), 374-381.

- Machontosh, H. B., & Johnson, S. (2008). Emotionally focused therapy for couple & childhood. Sexual abuse survivors. *Journal of marital & family therapy*, 34(3), 298-315.
- Mazur, A., Mueller, U., Krause, W., & Booth, A. (2005). Causes sexual decline in aging married men: Germany and American. *Int J Impto Res*, 14, 101-6.
- Meston, C. M., Hull, E., Levin, R. J., & Sipski, M. (2004). Disorders of orgasm in women in women, *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 66-8.
- McCarthy, B., & McCarthy, E. (2013). *Rekindling Desire A STEP-BY-STEP PROGRAM TO HELP LOW-SEX AND NO-SEX MARRIAGES*, 2NT EDITION, New York.
- Mortazavi, M., Bakhshayesh, A., Fatehizadeh, M., & Emaminiya, S. (2013). THE RELATIONSHIP BETWEEN SEXUAL FRIGIDITY AND MARITAL CONFLICT IN WOMEN RESIDING IN YAZD. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*, 24(11). (Persian)
- Navid, N. (2003). Treatment of frigidity and HSDD women. mashhad: *rahiyane sabz*. (Persian)
- Nezu, A. M. (2005). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*, 35(1), 1-33.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2006). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *Journal of Sex Research*, 43(1), 68-75.
- Nicolosi, A., Glasser, C., Kimt, B., Marumo, K., & Laumann, O. (2005). Sexual behaviour and dysfunction and help-seeking patterns in adults aged 40–80 years in the urban population of Asian countries, London Chapman and Hall.
- Nichols, M. P. (2005). Concurrent discriminant validity of the Kansas marital satisfaction scale. *Journal of Marriage and the Family*, 48(2), 381-387.
- Parish, S. J. (2009). Challenges in the identification and management of HSDD. *Supplement to the Journal of Family Practice*, 58(7), S31-S32.
- Pereira, V. M., Arias-Carrión, O., Machado, S., Nardi, A. E., & Silva, A. C. (2013). Sex therapy for female sexual dysfunction. *Int Arch Med*, 6(1), 37.
- Rust, J., Bennun, I., Crowe, M., & Golombok, S. (1998). The golombok rust inventory of marital state (GRIMS) questionnaire. london: NEFER-NELSON.
- Salehzadeh, M., kajbaf, M., Molavi, H., & Zolfaghari, M. (2011). The effectiveness of cognitive behavioral therapy for sexual dysfunction in women. *Psychological Studies*, 7(1), 11-31. (Persian)
- Seraji, M., & Dafr, M. (2009). Efficacy of cognitive-behavioral, fluoxetine and combine them in the female identified as being phobic. *Original Journal*, 14-19. (Persian)
- Spence. (1991). *Psychasexual Therapy: A Cognitive–Behavioural Approach*. london.
- Ter Kuile, M. M., Both, S., & Van Lankveld, J. J. (2010). Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 595-610.
- Tiefer, L., Hall, M., Tavis, C. (2002). Beyond dysfunction: A new view of women's sexual problems. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(S1), 225-32.
- Trudel, G., Marchand, A., Ravart, M., Aubin, S., Turgeon, L., & Fortier, P. (2001). The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sexual and Relationship Therapy*, 16(2), 145-64.
- Turkuile, M., Vanlankveld, J., Groot, E., Melles, R., Neffs, J., & Zandbergen, M. (2007). Cognitive behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: process and prognosis factors. *Behavioral Research and therapy*, 45(2), 359-73.
- Whetheimer, R., & Lopater, S. (2005). *Human sexuality: A psychology perspective*. 2th ed philadelphia: Lippincott Williams & wilkins.
- Wincze, John. P. (2009). *Enhancing Sexuality A PROBLEM-SOLVING APPROACH TO TREATING DYSFUNCTION*, SECOND EDITION, Oxford University Press, Inc. New York.
- Young, M., Denny, G., Young, T., & Luquis, R. (2000). Sexual Married Women Satisfaction Among. *Am J Health Stud*, 16, 73-84.
- Zimmer, D. (1997). Dose marital therapy enhance the effectiveness of Treatment for sexual dysfunction. *Journal of sexual & marital Therapy*, (B), 193-209.

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 9 (No. 36), pp.7-17, 2015

## **The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Low Sexual Desire and Marital Satisfaction**

Bakhtiari, Maryam  
**Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran**  
Sheidaei, Hajiyeh  
**Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran**  
Bahrainian, Seyyed Abdul  
**Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran**  
Nouri, Mohammad  
**Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran**

Received: Apr 05, 2015

Accepted: Aug 01, 2015

Sexual problems and marital satisfaction are related to each other in a complex way. Although multiple Psychogenic and several biological factors have been introduced as the underlying decreased sexual desire in women, years of research has shown that the effect of psychogenic factors is more notable in outbreak of this problem. The purpose of this study was to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on sexual desire and sexual satisfaction in women. For this purpose, in a quasi-experimental study with pretest – posttest along with the control group, 20 women with sexual desire disorder who referred to the psychology clinic were selected, in a purposeful way. They were then assigned into two groups of 10 people each, randomly. The groups were evaluated both at the beginning and end of the study in terms of sexual desire and sexual satisfaction. The experimental group underwent an eight sessions of 45-minute of group cognitive-behavioral therapy. The second group did not undergo any intervention. The results of analysis of covariance indicated that subject's sexual desire and sexual satisfaction have shown significant difference. Cognitive behavioral therapy appears to be an effective way for improving sexual desire. Therefore the use of this therapy approach is recommended by clinical psychology specialists to people with sexual dysfunction disorder, especially women with decreased sexual desire.

**Keywords:** cognitive-behavioral therapy, low sexual desire, sexual satisfaction

*Electronic mail may be sent to: s\_sheydaei@yahoo.com*