

## اثربخشی روش‌های شناختی- رفتاری در درمان اختلال نعوظی نوع اضطراب عملکردی

دکتر فریدون مهرایی\*، محبوبه دادفر\*\*، دکتر نرگس چیمه\*\*\*

### چکیده

**مقدمه:** در این پژوهش اثربخشی روش‌های شناختی- رفتاری در درمان مردان مبتلا به اختلال نعوظی نوع اضطراب عملکردی مورد بررسی قرار گرفت.

**مواد و روش کار:** در یک طرح آزمایشی تک موردی و طرح خط پایه چندگانه، پنج آزمودنی مرد به مدت ۳-۲ ماه در طول ۹ تا ۱۱ جلسه به همراه همسرانشان شرکت داده شدند. آزمودنی‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از تعیین خطوط پایه در متغیرهای وابسته، به ترتیب وارد مرحله درمان شدند. شاخص بهبودی در هر یک از متغیرها، سیر نزولی منحنی در مرحله درمان نسبت به خط پایه در نظر گرفته شد. این شاخص‌ها توسط ابزارهای مصاحبه بالینی، مقیاس خودسنجی اضطراب (SUD) برای سنجش میزان اضطراب جنسی، برگه روزنگار برای ثبت زمان نعوظ، پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی و مقیاس درجه‌بندی انگیزه همسران مورد ارزیابی قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** روش‌های شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب جنسی، کاهش شناخت‌های ناسازگارانه و افزایش زمان نعوظ مؤثر بود.

**نتیجه‌گیری:** روش‌های شناختی- رفتاری در درمان اختلال نعوظی نوع اضطراب عملکردی کارآیی دارند.

**کلیدواژه:** درمان شناختی- رفتاری، اختلال نعوظی، اضطراب عملکردی، اختلال روانی جنسی

### مقدمه

تشخیصی چهارمین نسخه دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) اختلال نعوظی شامل موارد زیر می‌باشد:

یکی از اختلال‌های شایع جنسی در مردان، اختلال نعوظی<sup>۱</sup> نوع اضطراب عملکردی<sup>۲</sup> می‌باشد. بر پایه ملاک‌های

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

\*\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نبش خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات

E-mail: mahda9@hotmail.com

بهداشت روان (نویسنده مسئول).

\*\*\* روانپزشک. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نبش خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

1- erectile dysfunction 2- performance anxiety

ساراسون<sup>۱۹</sup> و ساراسون (۱۹۸۷)، شناختی (بک<sup>۲۰</sup> و بارلو، ۱۹۸۴) و شناختی- رفتاری (روزن<sup>۲۱</sup> و لیلوم<sup>۲۲</sup>، ۱۹۹۵؛ متز<sup>۲۳</sup> و پریور<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۰؛ مک کیب<sup>۲۵</sup>، ۲۰۰۱؛ جابری، مهربابی و مهریار، ۱۳۷۸؛ سلطانی محمدی، ۱۳۸۰؛ سراجی و دادفر، ۱۳۸۴) را در درمان انواع اختلال‌های کنشی جنسی و به‌طور اختصاصی تأثیر روش‌های شناختی- رفتاری و روان‌درمانی بین فردی (روزن و ریموند<sup>۲۶</sup>، ۱۹۹۶) را در اختلال نعوظی گزارش نموده‌اند.

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی روش‌های شناختی- رفتاری در درمان مردان مبتلا به اختلال نعوظی (نوع اضطراب عملکردی) بود. فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از: (۱) روش‌های شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب مردان مبتلا به اختلال نعوظی نوع اضطراب عملکردی و همسران آنها مؤثر می‌باشد، (۲) روش‌های شناختی- رفتاری باعث کاهش شناخت‌های ناسازگارانه در مردان مبتلا می‌شود و (۳) روش‌های شناختی رفتاری طولانی‌تر شدن زمان نعوظ را در پی دارند.

### مواد و روش کار

این پژوهش یک طرح آزمایشی تک موردی<sup>۲۷</sup> بود که با توجه به اصول طرح‌های خط پایه چندگانه<sup>۲۸</sup> طرح‌ریزی شده، بر پایه آن، فرضیه‌های پژوهش ارزیابی شدند. آزمودنی‌های پژوهش پنج مرد مبتلا به اختلال نعوظی نوع اضطراب عملکردی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمان اختلال‌های جنسی و مطب‌های خصوصی و همسرانشان بودند که به‌صورت در دسترس و بر پایه ملاک‌های زیر انتخاب شدند: (۱) داشتن تحصیلات دست کم سوم راهنمایی، (۲) ابتلا به بیماری به مدت ۶ ماه تا ۳ سال، (۳) مبتلا نبودن به اختلال روانپزشکی (از جمله وابستگی به مواد مخدر) و نداشتن اختلال در محور II، (۴) نداشتن اختلال عضوی و (۵) مبتلا نبودن همسران به اختلال کنشی جنسی.

الف) ناتوانی پیوسته یا تکرارشونده برای کسب یا حفظ نعوظ کافی تا تکمیل فعالیت جنسی، ب) اختلال موجب ناراحتی چشم‌گیر و مشکلات بین فردی گردد و ج) اختلال دیگر محورا (به‌جز اختلال کنشی جنسی دیگر، توضیح بهتری برای اختلال نعوظی نبوده، ناشی از تأثیر فیزیولوژیک مستقیم یک ماده (مانند داروهای اعتیادآور یا نسخه شده) و یا یک اختلال پزشکی کلی نباشد. در اضطراب عملکردی که گونه‌ای از ناتوانی جنسی<sup>۱</sup> است، فرد نعوظ کافی دارد ولی در آغاز نزدیکی از دست می‌دهد. توانایی مرد برای کنترل زمان نعوظ، در لذت جنسی بسیاری از زنان دارای اهمیت است.

بررسی‌ها نشان می‌دهند که مشکلات نعوظی شایع هستند (اسپنس<sup>۲</sup>، ۱۹۹۱؛ سادوک<sup>۳</sup> و سادوک، ۲۰۰۰؛ مهربابی، احسان‌منش و کریمی کیسمی، ۱۳۸۲). عوامل روانشناختی در ۱۰ تا ۳۰ درصد موارد باعث ایجاد این اختلال می‌شوند که شامل اضطراب عملکردی، افسردگی و مشکلات ارتباطی هستند (فورلو<sup>۴</sup>، ۱۹۸۵؛ جونمان<sup>۵</sup>، پرسون- جونمان<sup>۶</sup> و آیکن<sup>۷</sup>، ۱۹۹۰). در سایر موارد نیز ممکن است عوامل روانشناختی به‌علل عضوی افزوده شوند (جکسون<sup>۸</sup> و لو<sup>۹</sup>، ۱۹۹۸). همسران دچار این مشکل به دلیل ناآگاهی از علل روانشناختی آن به پزشکان مختلف از جمله متخصصان اورولوژی مراجعه می‌کنند و هزینه‌های زیادی را متحمل می‌شوند و حتی گاهی ناموفق بودن این درمان‌ها کشمکش‌های شدید در زندگی خانوادگی پدید می‌آورد. از این رو این افراد نیازمند دریافت خدمات درمانی هستند (اسپنس، ۱۹۹۱؛ ویزبرگ<sup>۱۰</sup>، براون<sup>۱۱</sup>، وینچز<sup>۱۲</sup> و بارلو<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۱).

اجزای شناختی دربردارنده نگرش‌ها، باورها، دانش فرد از مسائل جنسی و نیز مهارت‌های توجه- تمرکز می‌باشند. شناخت‌های ناسازگارانه نقش مهمی در چگونگی تفسیر اطلاعات در موقعیت‌های جنسی و درنهایت در چرخه پاسخ جنسی فرد دارند (اسپنس، ۱۹۹۱). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که برخی از افکار، نگرش‌ها و باورهای ناسازگارانه در زمینه جنبه‌های مختلف جنسی، می‌توانند بر فعالیت‌های جنسی فرد و پاسخ او نسبت به مراحل چرخه جنسی تأثیر بگذارند (بیکر<sup>۱۴</sup> و دی‌سیلوا<sup>۱۵</sup>، ۱۹۸۸، به نقل از اسپنس، ۱۹۹۱؛ مسترز<sup>۱۶</sup> و جانسون<sup>۱۷</sup>، ۱۹۷۰؛ مهربابی و دادفر، ۱۳۸۲؛ دادفر، دادفر و سراجی، ۱۳۸۴).

پژوهش‌های انجام شده در مورد درمان اختلال‌های جنسی، کارآمدی روش‌های رفتاری (کاپلان<sup>۱۸</sup>، ۱۹۷۴؛

1- impotency	2- Spence
3- Sadock	4- Furlow
5- Junemann	6- Persson-Junemann
7- Aiken	8- Jackson
9- Lue	10- Weisberg
11- Brown	12- Wincze
13- Barlow	14- Baker
15- De Silva	16- Masters
17- Johnson	18- Kaplan
19- Sarason	20- Beck
21- Rosen	22- Leiblum
23- Metz	24- Pryor
25- McCabe	26- Raymond
27- single case	28- multiple baseline designs

بیماران توسط روانپزشک ارجاع می‌شدند و ارزیابی در دو تا سه جلسه انجام می‌شد. بیماران در بررسی شرکت داده می‌شدند که انگیزه درمانی داشته باشند. پس از برقراری رابطه درمانی و توجیه بیماران در رابطه با هدف‌های درمان، به آزمون‌های مورد نظر پاسخ می‌دادند. بیماران برای تکمیل فرم روزنگار جهت تعیین خط پایه آموزش می‌دیدند. خط پایه بر اساس روزنگار و پس از دو هفته ثبت داده‌ها در روزنگار (زمان نعوظ پس از دخول و ثبت میزان اضطراب بر پایه SUD) و آزمون‌های انجام شده در جلسات ارزیابی، تعیین شد و برنامه درمانی برای هر زن و شوهر به‌تنهایی ارائه گردید. برای هر پنج زن و شوهر (زوج)، مداخله شناختی رفتاری طی ۹-۱۱ جلسه، هر جلسه بین ۶۰-۴۵ دقیقه و در سه مرحله به فاصله ۱۵ روز اجرا شد. در طول هر جلسه، درمانگر و زوج‌ها با همکاری یکدیگر، ضمن یادگیری برخی روش‌های رفتاری مانند آرام‌سازی (به کمک تمرکز حسی) و برنامه‌ریزی برای از میان بردن حساسیت تدریجی در رابطه با رفتارهای اجتنابی و نیز به‌دست آوردن مهارت‌های جنسی لازم، به بررسی اطلاعات جنسی نادرست یا ناکافی و نیز باورهای غیرمنطقی در زمینه عمل جنسی پرداختند و با بهره‌گیری از شیوه‌های شناختی، اطلاعات و باورهای اشتباه را بازشناسی، اصلاح و بازسازی نمودند و کیفیت عاطفی روابط خویش را نیز افزایش دادند.

در نخستین جلسه درمان، اطلاعات لازم در زمینه اختلال نعوظی نوع اضطراب عملکردی، به بیمار و همسرش داده شد. سپس علت‌ها، شرایط ایجاد کننده و تشدید کننده بیماری و نیز رابطه افکار، باورها، نگرش‌های فرد و نیز اطلاعات و دانش وی از مسایل جنسی با این اختلال توضیح داده شد. آموزش لازم بر پایه روش اسپنس (۱۹۹۱) به همسران داده شد. هم‌چنین بر لزوم همکاری و انجام تکالیف داده شده، ارتباط غیر جنسی مطلوب و قطع کامل نزدیکی تأکید شد. به همسران گفته شد که روند درمان تدریجی و دارای سه مرحله است. در هر جلسه درمانی افزون بر بررسی تکالیف داده شده در جلسه پیشین، جنبه‌های شناختی شامل باورها، نگرش‌ها و اطلاعات جنسی فرد، علایم رفتاری، مهارت‌های به‌دست

در پژوهش حاضر، مصاحبه بالینی، پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی<sup>۱</sup>، روزنگار، مقیاس خودسنجی اضطراب<sup>۲</sup> (SUD) و مقیاس درجه‌بندی انگیزه همسران<sup>۳</sup> به کار گرفته شد. برای رسیدن به تشخیص دقیق، نخست یک مصاحبه بالینی با آزمودنی‌ها و همسرانشان انجام شد که دارای دو بخش بود: الف) گرفتن تاریخچه بیماری و معاینه وضعیت روانی بیمار بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) و ب) ارزیابی شناختی- رفتاری برگرفته شده از ارزیابی شناختی- رفتاری ویلسون<sup>۴</sup> و همکاران (اسپنس، ۱۹۹۱) که مشکل فعلی و عوامل تعیین کننده آن را بررسی می‌کند.

پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی را پژوهشگران ساختند و دارای ۲۰ پرسش بود که از ۴-۰ نمره گذاری شد. صفر نمایانگر موافق نبودن مراجع و چهار نمایانگر موافقت کامل بود. این پرسش‌نامه دربردارنده باورها، نگرش‌های جنسی، چشم‌داشت‌ها و توانائی‌های مردان مبتلا به اختلال نعوظی نوع اضطراب عملکردی می‌باشد. اعتبار محتوایی آن را شش روانپزشک و روانشناس بالینی تأیید نمودند. پایایی آن با بهره‌گیری از روش بازآزمایی به فاصله دو هفته بر روی مردان مبتلا به اختلال نعوظی نوع اضطراب عملکردی ۰/۷۶ به‌دست آمد. روزنگار برای ثبت، گزارش دفعات و زمان واکنش نعوظ از آغاز طرح تا مرحله پی‌گیری را دربرمی‌گرفت.

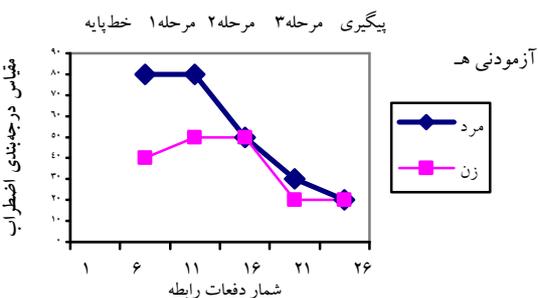
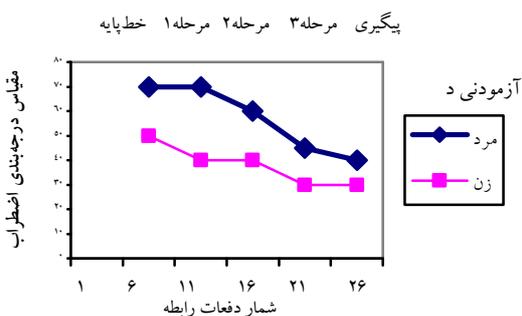
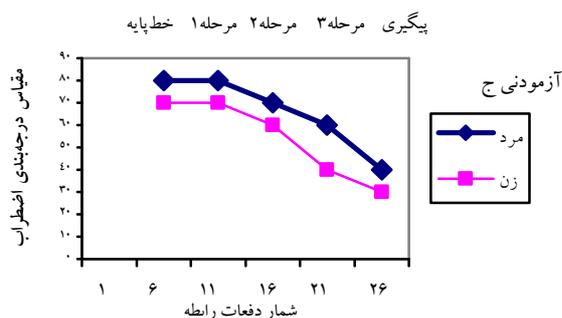
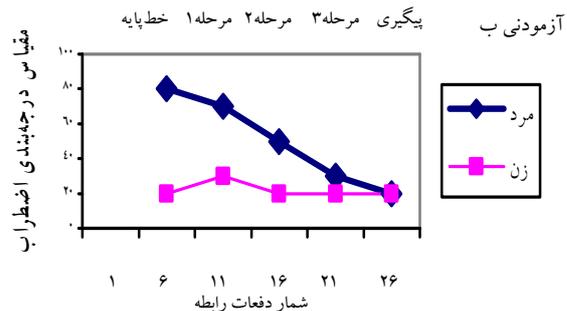
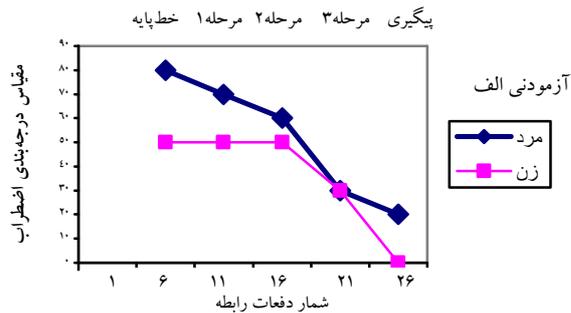
مقیاس خودسنجی اضطراب (SUD) برای سنجش اضطراب می‌باشد و از ۱۰۰-۰ درجه بندی می‌شود. نمره صفر نشان دهنده نداشتن اضطراب و ۱۰۰ شاخص بیشترین میزان اضطراب می‌باشد. این شکل از گزارش شخصی در مورد واکنش‌های عینی، در پژوهش‌های بالینی اختلال‌های اضطرابی کاربرد بسیاری دارد و دارای همبستگی بالایی با تغییرات فیزیولوژیک اضطراب می‌باشد (جابری و همکاران، ۱۳۷۸). مقیاس درجه‌بندی میزان انگیزه همسران را پژوهشگران ساخته و میزان انگیزه بیمار و همسرش را نسبت به درمان، بر پایه مقیاس درجه بندی شده ۱۰-۰ ارزیابی می‌کند. صفر نشانگر نداشتن انگیزه و ۱۰ نشانگر انگیزه بسیار خوب است. این مقیاس را همسران در مرحله خط پایه، تکمیل نمودند. پایایی این ابزار در بررسی راهنما ۰/۸۳ به‌دست آمد.

1- illogical beliefs

2- Subjective Unit Distress

3- Couples Motive Rating Scale

4- Wilson



نمودار ۱- شدت اضطراب جنسی آزمودنی‌ها و همسران آنها

آمده، روابط کلی همسران و میزان اضطراب آنها بررسی می‌شد. درباره میزان پیشرفت بیمار و همسرش پرسش می‌شد، از هر دو خواسته می‌شد تغییراتی را که در زمینه‌های یاد شده تجربه کرده‌اند، مطرح نمایند و به پرسش‌های آنها پاسخ داده می‌شد. تکالیف مرحله بعدی، در صورتی که مرحله پیشین را در حد قابل قبول انجام داده بودند، ارایه می‌شد. درمان، زمانی پایان می‌یافت که بیمار توانسته باشد عمل نزدیکی را با موفقیت انجام دهد. پی‌گیری پس از دو ماه انجام می‌شد. برای تحلیل داده‌ها روش ترسیمی و نموداری به کار برده شد.

### یافته‌ها

**نمودار ۱،** شدت اضطراب جنسی آزمودنی‌ها و همسران آنها را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در نمودار دیده می‌شود میزان اضطراب همه آزمودنی‌ها و همسران آنها با ورود به مرحله درمان نسبت به خط پایه، کاهش یافت و این کاهش در مرحله پیگیری (دو ماه پس از درمان) نیز ادامه داشت. این یافته‌ها نشان می‌دهند که درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب جنسی تأثیر داشته است و از این رو فرضیه نخست پژوهش تأیید می‌گردد.

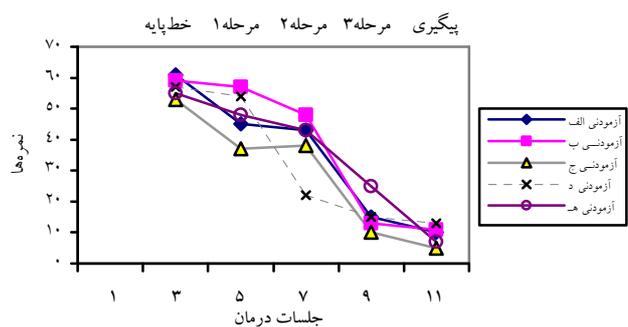
**نمودار ۲،** شناخت‌های ناسازگارانه آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در نمودار دیده می‌شود شناخت‌های ناسازگارانه همه آزمودنی‌ها در مرحله درمان نسبت به خط پایه، کاهش یافت و این سیر در مرحله پی‌گیری (دو ماه پس از درمان) ادامه داشت. این یافته نشان می‌دهد که روش‌های شناختی- رفتاری کاهش شناخت‌های ناسازگارانه را در پی داشته است. از این رو فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌گردد.

**نمودار ۳،** مدت زمان نعوذ آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. همان‌گونه که نمودار نشان می‌دهد مدت زمان نعوذ آزمودنی‌ها در مرحله درمان نسبت به خط پایه، افزایش یافت و این سیر در مرحله پی‌گیری (دو ماه پس از درمان) نیز ادامه داشت و هیچ‌گونه نشانه‌ای از عود بیماری در آنها دیده نشد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که روش‌های شناختی- رفتاری باعث افزایش زمان نعوذ شده است. از این رو فرضیه سوم پژوهش نیز تأیید می‌گردد.

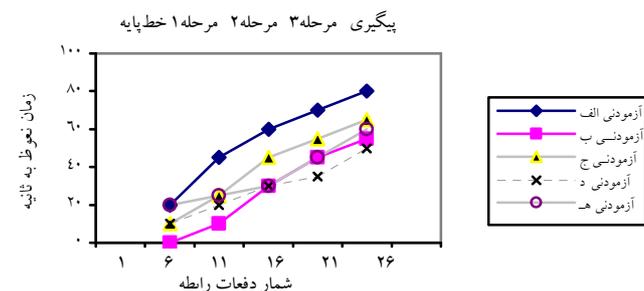
کارگاهی اختلال نعوظی را درمان نموده‌اند، هم‌خوانی دارد. سایر پژوهش‌ها در انواع اختلال‌های کنشی جنسی (نمتز<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۱۹۸۷، به نقل از اسپنس، ۱۹۹۱؛ مسترز و جانسون، ۱۹۷۰؛ روزن و لیلوم، ۱۹۹۵؛ متز و پریور، ۲۰۰۰؛ مک‌کیب، ۲۰۰۱؛ بشارت، ۱۳۷۸؛ جابری و همکاران، ۱۳۷۸؛ سلطانی محمدی، ۱۳۸۰؛ سراجی و دادفر، ۱۳۸۴) نیز یافته‌های مشابهی را گزارش نموده‌اند.

یافته‌های پژوهش حاضر هم‌چنین در تأیید فرضیه دوم پژوهش مبنی بر تأثیر روش‌های شناختی- رفتاری در کاهش شناخت‌های ناسازگارانه مردان مبتلا به اختلال نعوظی نوع اضطراب عملکردی بود. آموزش همسران و اصلاح باورهای نادرست آنها موجب تغییر شناخت‌های ناسازگارانه آنها در مقایسه با خط پایه شد. این یافته با پژوهش مونجک و همکاران (۱۹۸۴) که نشان دادند روش درمانی مورد استفاده آنها بر باورهای غیرمنطقی تأثیری نداشت، هم‌خوانی ندارد. تفاوت در یافته‌ها را شاید بتوان ناشی از نوع روش روان‌درمانی به کار گرفته شده دانست ولی سودمندی بازسازی شناختی در رابطه با مشکلات جنسی با یافته‌های لیندسی<sup>۱۵</sup> و پاول<sup>۱۶</sup> (۱۹۹۵، به نقل از دی سیلووا، ۱۹۹۵)، اسپنس (۱۹۹۱)، متز و پریور (۲۰۰۰)، مک‌کیب (۲۰۰۱)، سلطانی محمدی (۱۳۸۰) و سراجی و دادفر (۱۳۸۴) هم‌خوانی دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر در تأیید فرضیه سوم پژوهش مبنی بر تأثیر روش‌های شناختی- رفتاری در افزایش زمان نعوظ بود. مونجک و همکاران (۱۹۸۴)، پرایس و همکاران (۱۹۸۱) و گلدمن و کارول (۱۹۹۰) نیز کارآمدی مداخله‌های شناختی- رفتاری را در اختلال نعوظی به صورت افزایش مدت زمان نعوظ، شمار نعوظ‌ها و افزایش شمار نزدیکی‌های موفق نشان داده‌اند. کارآیی این روش در سایر اختلال‌های کنشی جنسی در پژوهش‌های هاوتون<sup>۱۷</sup> و کالاهان<sup>۱۸</sup> (۱۹۸۶؛ به نقل از سلطانی محمدی، ۱۳۸۰؛ کامیا<sup>۱۹</sup>، آکیرا<sup>۲۰</sup> و یاسوناری<sup>۲۱</sup>، ۱۹۹۷) نیز تأیید شده است.



نمودار ۲- شناخت‌های ناسازگارانه آزمودنی‌ها



نمودار ۳- زمان نعوظ آزمودنی‌ها

## بحث

یافته‌های پژوهش حاضر فرضیه نخست پژوهش مبنی بر تأثیر روش‌های شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب جنسی در مردان مبتلا به اختلال نعوظی نوع اضطراب عملکردی و همسران آنها را تأیید نمود. یافته‌ها نشان دادند که شدت اضطراب جنسی در آزمودنی‌ها نسبت به مرحله پیش از درمان کاهش یافته است. شاید بتوان گفت که اضطراب بالای همسران باعث افزایش اضطراب مردان شده و بیشتر به اختلال نعوظی انجامیده است. می‌توان گفت که روش‌های شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظی نوع اضطراب عملکردی تأثیر دارد و این مداخله‌های درمانی از شدت اضطراب جنسی همسران آنها هم می‌کاهد. این یافته‌ها با پژوهش مونجک<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۸۴) که به کمک روش درمان عقلانی- عاطفی به درمان اختلال‌های جنسی مردان پرداخته‌اند؛ (کیلمن<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۷، به نقل از اودونوهو<sup>۳</sup>، سوینگتن<sup>۴</sup>، دوپک<sup>۵</sup> و رگو<sup>۶</sup>، ۱۹۹۹) که از روش حساسیت‌زدایی تدریجی بهره گرفته‌اند؛ (پرایس<sup>۷</sup>، رینولد<sup>۸</sup>، کوهن<sup>۹</sup>، اندرسن<sup>۱۰</sup> و شوکت<sup>۱۱</sup>، ۱۹۸۱) که از روش تحریم ارتباط جنسی و ایفای نقش سود برده‌اند و با یافته‌های گلدمن<sup>۱۱</sup> و کارول<sup>۱۳</sup> (۱۹۹۰) که با بهره‌گیری از شیوه آموزش

- |              |              |
|--------------|--------------|
| 1- Munjack   | 2- Kilmann   |
| 3- O'Donohue | 4- Swingen   |
| 5- Dopke     | 6- Regev     |
| 7- Price     | 8- Reynolds  |
| 9- Cohen     | 10- Anderson |
| 11- Schochet | 12- Goldman  |
| 13- Carrol   | 14- Nemetz   |
| 15- Lindsey  | 16- Powel    |
| 17- Howton   | 18- Calahan  |
| 19- Kameya   | 20- Akira    |
| 21- Yasunari |              |

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: APA.
- Barlow, D. H., & Hersen, M. (1976). *Single case experimental designs, strategies for studying behavior change*. New York: Pergamon Press.
- Beck, J. G., & Barlow, D. H. (1984). Current conceptualizations of sexual dysfunction: A review and an alternative perspective. *Clinical Psychology Review, 4*, 363-378.
- De Silva, P. (1995). Sexual dysfunction. In S. J. E. Lindsay & G. E. Powell (Eds). *The handbook of clinical and adult psychology* (2nd ed.) (p.p.199-288). London: Routledge.
- Furlow, W. L. (1985). Prevalence of impotence in the United States. *Medical Aspects of Human Sexuality, 19*, 13-14.
- Goldman, A., & Carrol, J. L. (1990). Educational intervention as an adjunct to treatment of erectile dysfunction in older couples. *Journal of Sexual & Marital Therapy, 16*, 127-141.
- Jackson, S. E., & Lue, T. F. (1998). Erectile dysfunction: Therapy health outcomes. *Urology, 51*, 874-882.
- Junemann, K. P., Persson-Junemann, C., & Aiken, P. (1990). Pathophysiology of erectile dysfunction. *Urology, 8*, 80-93.
- Kameya, Y., Akira, D., & Yasunari, Y. (1997). Analysis of measured values of ejaculation time in healthy males. *Journal of Sexual & Marital Therapy, 23*, 25-28.
- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunction*. New York: Brunner/Mazel.
- Masters, W., & Johnson, V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Brown.
- McCabe, M. P. (2001). Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. *Journal of Sexual & Marital Therapy, 27*, 259-271.
- Metz, M. E., & Pryor, J. L. (2000). Premature ejaculation: A psychophysiological approach for assessment and management. *Journal of Sexual & Marital Therapy, 26*, 293-320.
- Munjack, D. J., Schlaks, A., Sanchez, V. C., Usigli, R., Zulueta, A., & Leonard, M. (1984). Rational-emotive therapy in the treatment of erectile failure: An initial study. *Journal of Sexual & Marital Therapy, 10*, 170-175.

شمار کم آزمودنی‌ها از محدودیت‌های این پژوهش به‌شمار می‌رود. در صورت وجود نمونه بزرگ‌تر، یافته‌ها تعمیم‌پذیری بیشتری می‌یابند. کوتاه بودن مدت پیگیری از دیگر محدودیت‌های پژوهش است که افزایش این مدت برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود.

## سپاسگزاری

این پژوهش با بودجه مرکز تحقیقات بهداشت روان و قطب علمی انستیتو روانپزشکی تهران انجام شد. بدینوسیله از آقای دکتر کیومرث فرد ناظر محترم طرح، هم‌چنین آقای مهرداد کاظم‌زاده عطوفی که در امر درمان و آقای عیسی کریمی کیسمی که در کارهای اجرایی پژوهش ما را یاری نمودند، قدردانی می‌شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۵/۷؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۳/۷/۲۱؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۸/۲۷

## منابع

- بشارت، محمدعلی (۱۳۷۸). زوج درمانگری مشکلات جنسی. *تازه‌های روان‌درمانی*، شماره ۷، ۴۰-۲۳.
- جابری، پروش؛ مهربانی، فریدون؛ مهربان، امیرحوشنگ (۱۳۷۸). بررسی اثربخشی روش‌های شناختی-رفتاری در درمان زنان مبتلا به فوبیای جنسی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال پنجم، شماره ۱ و ۲، ۹۱-۷۹.
- دادفر، فرشته؛ دادفر، محبوبه؛ سراجی، مهرزاد (۱۳۸۴). *بررسی آگاهی و مهارت‌های جنسی، روابط غیرجنسی و باورهای غیرمنطقی زنان مبتلا به فوبیای جنسی*. مقاله ارایه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی. تهران، دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد، ۳-۲ آذرماه.
- سراجی، مهرزاد؛ دادفر، محبوبه (۱۳۸۴). اثربخشی روش‌های شناختی-رفتاری، فلوکستین و ترکیب آنها در فوبیای جنسی زنان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال یازدهم، شماره ۳، ۲۸۲-۲۷۸.
- سلطانی محمدی، محمد (۱۳۸۰). *بررسی اثربخشی روش‌های شناختی-رفتاری در درمان مردان مبتلا به انزال زودرس*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- مهربانی، فریدون؛ احسان منش، مجتبی؛ کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۸۲). ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و مشکلات جنسی مردان مبتلا به ناتوانی جنسی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال نهم، شماره ۲، ۲۱-۱۴.
- مهربانی، فریدون؛ دادفر، محبوبه (۱۳۸۲). بررسی نقش عوامل روانشناختی در اختلال‌های کنشی جنسی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال نهم، شماره ۱، ۱۱-۴.

- O'Donohue, W. T., Swingen, D. N., Dopke, S. A., & Regev, L. G. (1999). Psychotherapy for sexual dysfunction: A review. *Clinical Psychology Review, 19*, 591-630.
- Price, S. C., Reynolds, B. S., Cohen, B. D., Anderson, A. J., & Schochet, B. V. (1981). Group treatment of erectile dysfunction for men without partners: A controlled evaluation. *Archives of Sexual Behavior, 10*, 253-268.
- Rosen, R. C., & Leiblum, S. R. (1995). Treatment of sexual disorders in the 1990s: An integrated approach. *Journal of Clinical Psychology, 63*, 877-890.
- Rosen, R. C., & Raymond, C. (1996). Erectile dysfunction: The medicalization of male sexuality. *Clinical of Psychology Review, 16*, 497-519.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Synopsis of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sarason, J. G., & Sarason, B. R. (1987). *Abnormal psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Spence, S. H. (1991). *Psychosexual therapy: A cognitive behavioral approach*. London: Champan & Hall.
- Weisberg, K. B., Brown, T. A., Wincze, J. P., & Barlow, D. H. (2001). Causal arousal. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 324-334.