

## تأثیر هیپنوتراپی بر عملکرد جنسی، فاجعه‌سازی درد و باورهای غیرمنطقی درباره رابطه جنسی در زنان مبتلا به واژینیسموس

فرزانه باکتیریا<sup>۱</sup>، پروین رفیعی‌نیا<sup>۲\*</sup>، پروین صباحی<sup>۳</sup>، لیلا نظری<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۶/۱۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۱۰/۰۴

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** واژینیسموس یکی از انواع اختلالات جنسی است که می‌تواند سبب ناباروری شود و علاوه بر آسیب بر سلامت روان و جنسی، مفهوم زنانگی و توانایی مادر بودن را تحت تأثیر قرار دهد. مطالعه حاضر باهدف بررسی اثربخشی هیپنوتراپی بر عملکرد جنسی، فاجعه‌سازی درد و باورهای غیرمنطقی درباره ترس از رابطه جنسی انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل، همراه با پیگیری دوماهه است. با استفاده از نمونه در دسترس، ۳۰ زن مبتلا به واژینیسموس با روش کمینه‌سازی به‌صورت تصادفی در دو گروه پانزده نفری قرار گرفتند. گروه آزمایش با توجه به پیشرفت فردی هر آزمودنی، به‌طور میانگین در سه جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با استفاده از هیپنوتیزم و حساسیت‌زدایی منظم مورد درمان قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت تحت هیچ درمانی نبودند. دو گروه با استفاده از سه پرسشنامه عملکرد جنسی، فاجعه‌سازی درد و باورهای غیرمنطقی درباره دخول واژینال در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری موردسنجش قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر عملکرد جنسی، فاجعه‌سازی درد و باورهای غیرمنطقی درباره رابطه جنسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان داد ( $p < 0/001$ ) بطوریکه پس از خاتمه درمان تمام ۱۳ نفر در گروه آزمایش موفق به برقراری رابطه جنسی شدند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که استفاده از هیپنوتیزم امکان درمان زنان مبتلا به واژینیسموس را در جلسات کمتر و بدون حضور همسر فراهم می‌کند.

**کلمات کلیدی:** واژینیسموس، هیپنوتیزم، عملکرد جنسی

مجله پرستاری و مامایی، دوره هفدهم، شماره ۱۱، پی‌درپی ۱۲۴، بهمن ۱۳۹۸، ص ۹۱۸-۹۰۷

آدرس مکاتبه: سمنان، دانشگاه سمنان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی مهدیشهر، تلفن: ۰۹۱۲۴۷۰۷۸۳۰

Email: P\_rafieinia@semnan.ac.ir

### مقدمه

دردناک می‌شود و حتی می‌تواند باعث ناباروری شود و مفهوم زنانگی و توانایی بچه‌دار شدن را تحت تأثیر قرار دهد (۲). ولی علی‌رغم شیوع، خصوصاً در جمعیت بالینی درباره تعریف و سبب‌شناسی آن در بین متخصصان اتفاق رأی دیده نمی‌شود و شواهد کمی مبنی بر اثربخشی مداخلات وجود دارد (۳).

اولین بار در سال ۱۸۶۲ دکتر سیمس، واژینیسموس را یک اسپاسم غیرارادی نزدیک به دهانه واژن توصیف کرد، تعریفی که

اختلالات جنسی با مشکلاتی که در برقراری ارتباط جنسی پدید می‌آورد نقش بسزایی در تداوم و رضایت از ازدواج زوجین دارند که در صورت عدم درمان ممکن است به طلاق منجر شود و در جوامعی که طلاق یک تابو است این اختلالات علاوه بر آسیبی که به سلامت روان می‌زند یک مشکل اجتماعی نیز محسوب می‌شود (۱). واژینیسموس ازجمله اختلالات جنسی است که باعث مقاربت

۱ دانشجوی دانشگاه سمنان، دانشکده روانشناسی مهدیشهر، سمنان، ایران

۲ استادیار دانشگاه سمنان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی مهدیشهر، سمنان، ایران (نویسنده مسئول)

۳ استادیار دانشگاه سمنان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی مهدیشهر، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۴ استادیار دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده علوم پزشکی، تهران، ایران

مرکزی (۱۱). علت واژینیسوس مشخص نیست و طیف وسیعی از مسائل اجتماعی، تربیتی، فرهنگی، روانی، فیزیولوژی و ... می‌تواند در شکل‌گیری این اختلال نقش داشته باشد (۱۴،۱) در مطالعات متعدد، دریافت‌های اشتباه مذهبی و سخت‌گیرانه و دید منفی نسبت به مسائل جنسی و نبود دانش جنسی بیشتر از فاکتور تجاوز در بین بیماران دیده شده است (۱۰،۱،۱۲،۹). در کشورهای عربی و اسلامی اهمیت اولین رابطه در شب زفاف، پرده بکارت و اهمیت باروری (۱۳) در کنار باورهای اشتباه درباره درد و خون‌ریزی در زمان پاره شدن پرده بکارت (۱۳)، در نتیجه ترس و رفتارهای اجتنابی از دلایل اصلی واژینیسوس اولیه ذکر شده است.

ترس و ترس از درد اخیراً در سبب‌شناسی واژینیسوس برجسته شده است، طبق مدل ترس / اجتناب فرض بر این است که چرخه درد، ترس از درد، اضطراب و انقباض ماهیچه‌ها در هنگام اولین رابطه وجود می‌آید. اگر ماهیچه‌های کف لگن در هنگام اولین تلاش برای دخول منقبض شوند درد تناسلی تجربه می‌شود، سپس این درد باعث افزایش انتظار ترس و اضطراب در دفعات بعدی و سبب رفتارهای اجتنابی و پرهیز از رابطه جنسی می‌شود. بینیک معتقد است زنانی که ترس از رابطه جنسی را تکذیب می‌کنند ممکن است ترس از درد عاملی برای اجتناب آن‌ها از رابطه جنسی باشد (۱۴).

درمان‌هایی که به نوعی به زنان برای غلبه بر مشکلاتشان مفید بوده‌اند شامل استفاده از دیلاتور یا انگشت مراجع یا همسر، فیزیوتراپی، زناشویی درمانی، روان‌درمانی، هیپنوتراپی، درمان شناختی-رفتاری و تزریق بوتاکس است و مفید بودن تمرینات کگل، برداشتن پرده بکارت، استفاده از کرم بی‌حس‌کننده، بیپوشی موضعی، داروهای ضد افسردگی و ضد اضطراب، قرص‌های مسکن، الکل و شل‌کننده عضلات نشان داده نشده است (۱۵). نکته مهم این است که علی‌رغم تفاوت در توصیف بیماری، سبب‌شناسی و فلسفه درمان تغییری در مداخله صورت نگرفته (۱۶،۱۷) و دیلاتاسیون یا همان مواجهه با دیلاتور در سائزهای مختلف یا انگشت همواره خط مقدم درمان است: (۱۷) سیمس استفاده از دیلاتور شیشه‌ای و یک برنامه تمرین خانگی در منزل بعد از جراحی را برای جدا نگه‌داشتن و کشش ماهیچه‌های دهانه واژن الزامی می‌دانست، در درمان‌هایی که علت واژینیسوس را ترس از درد یا ترس از رابطه جنسی و نوعی فوبیا می‌دانند نیز برای از بین بردن ترس و نه باز کردن دهانه واژن (۱۰،۱۸،۱۹) از دیلاتور، انگشت و یا انگشت همسر برای مواجهه و حساسیت‌زدایی

به‌واسطه ترجمه مستر و جانسون وارد سومین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی شد و بدون تغییر تا ویرایش چهارم (۳) به‌عنوان اسپاسم غیرارادی مداوم و عودکننده عضلات ثلث خارجی مهبل که مانع مقاربت می‌شود، باقی ماند (۴). تحقیق ریسینگ در سال ۲۰۰۴ نشان داد تنها ۲۸ درصد زنان مبتلا به واژینیسوس دچار اسپاسم ماهیچه واژن می‌شوند و میزان توافق بین متخصصان زنان در تشخیص واژینیسوس تنها چهار درصد می‌باشد (۵) همین دشواری تمایز تشخیصی سبب تغییراتی در ویرایش جدید راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5<sup>۱</sup> شد. در نتیجه در ویرایش پنجم این راهنما اختلال درد / دخول تناسلی- لگنی جایگزین اختلال درد جنسی شد و در حقیقت دیگر اختلال واژینیسوس در DSM-5 یافت نمی‌شود (۶) سازمان جهانی بهداشت هم در ویرایش یازدهم ICD-11<sup>۲</sup> بجای واژینیسوس از اختلال درد دخول جنسی استفاده کرده است (۳)، دومین کمیته بین‌المللی مشاوره پزشکی جنسی ICSM-2<sup>۳</sup> نیز از واژینیسوس با تمرکز بر روی توانایی "عدم اجازه دخول واژینال به هر شی ای علی‌رغم تمایل به انجام آن" یک توصیف رفتاری ارائه کرده است. (۳) ملاک‌های تشخیصی برای این طبقه جدید متمرکز بر نشانه‌های مرتبط با درد در زمان رابطه جنسی و یا انتظار درد با دخول واژینال است (۷) اختلال درد / دخول تناسلی- لگنی به چهار بعد نشانه هم‌زمان اشاره دارد و با اینکه مشکل محسوس تنها در یک بعد برای تشخیص‌گذاری کافی است با این حال چهار بعد باید ارزیابی شود: ۱- مشکل در آمیزش جنسی / دخول واژینال ۲- درد تناسلی - لگنی ۳- ترس از درد یا دخول واژنی و ۴- تنش عضلات کف لگن. (۴)

تخمین شیوع واژینیسوس به‌واسطه معیارهای تشخیصی متفاوت، کم بودن جامعه آماری، ویژگی‌های نمونه و روش ارزیابی ناهمگون و تابو بودن مسائل جنسی دشوار است (۸) به‌طور مثال شیوع آن در کشورهای عرب و مسلمان یک تا هفت درصد و در بین بیماران کیلینیکی ۵ تا ۷ درصد (۹) در ترکیه بین ۶۲/۲ تا ۷۵/۹ درصد (۱۲) و در تونس شیوع نوع اولیه چهل درصد (۹)، در خاورمیانه ۸ تا ۱۳ درصد (۱) و در اروپای غربی و جنوبی این میزان ۱۴ تا ۲۵ درصد (۱۰) گزارش شده است.

درد در ناحیه تناسلی و به‌تبع آن درد در زمان رابطه دلایل متفاوتی دارد که قبل از تشخیص واژینیسوس باید دلایل عضوی کنار گذاشته شود از جمله طبیعی نبودن واژن، عفونت مزمن یا حاد، آتروفی، فقدان یکپارچگی مخاط، آندومترئوز و حساسیت سیستم

<sup>3</sup> International Classification of Diseases 11<sup>th</sup> revision

<sup>1</sup> Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders

<sup>2</sup> International Consultation on Sexual Medicine

این مطالعه از نوع کار آزمایشی بالینی تصادفی با کد IRCT20190204042619N1 می‌باشد و طرح آن در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان تصویب شده است؛ طرح این پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و یک گروه کنترل، همراه با پیگیری دوماهه است. جامعه آماری شامل تمام زنان متأهل مبتلا به واژینیسموس مراجعه‌کننده به مطب پزشکان متخصص زنان شهر تهران از اردیبهشت تا تیر سال ۱۳۹۸ است. برای اینکه نمونه در دسترس از اقشار مختلف جامعه باشد از پزشکان متخصص زنان در ناحیه‌های مختلف شهر تهران دعوت به همکاری شد. ملاک‌های ورود به تحقیق داشتن ۱۸ تا ۳۵ سال سن، سواد خواندن و نوشتن، نداشتن بیماری فیزیکی مرتبط با واژینیسموس به تشخیص پزشک، نداشتن مشکلات حاد ارتباطی با همسر و نداشتن اختلالات روانی حاد مراجع و همسر با توجه به پرونده پزشکی و مصاحبه بالینی و نمره مقیاس هیپنوتیزم‌پذیری استنفورد در محدوده متوسط (۲۴-۴۸) تا بالا (۴۸-۶۰) و ملاک‌های خروج نیز شامل عدم حضور در بیش از دو جلسه و هیپنوتیزم‌پذیری کمتر از ۲۴ بود. گروه‌ها از نظر متغیرهای سن، مدت تأهل، میزان تحصیلات، پایگاه اقتصادی اجتماعی هم‌تاسازی شدند. از بین زنان مبتلا به واژینیسموس با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج، ۳۰ نفر انتخاب و با روش کمینه‌سازی به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. بدین‌صورت که اولین شرکت‌کننده بدون اطلاع محقق به اولین گروه وارد شد و شرکت‌کنندگان بعدی به ترتیب وارد دو گروه شدند. چون هیپنوتیزم در حالت نشسته انجام می‌گرفت مهم بود که آزمودنی احساس راحتی کند تا عمق خلسه کم نشود برای همین جلسات در مطبی که صندلی مناسبی برای هیپنوتیز شدن داشت توسط پژوهشگر اول این مطالعه که آموزش‌های لازم را در انجمن هیپنوتیزم گذرانده اجرا شد. قبل از انجام هرگونه مداخله، اهداف مطالعه، اهمیت انجام پژوهش و روند انجام مطالعه برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که تمام اطلاعات آن‌ها در همه‌ی مراحل محرمانه بوده و فقط از آن‌ها استفاده پژوهشی (بدون فاش شدن اطلاعات شخصی) می‌شود و شرکت در این پژوهش اختیاری بوده و در هر مرحله‌ای می‌توانند از آن خارج شوند. پس‌ازاینکه هر آزمودنی رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را امضا کرد، پرسشنامه‌های عملکرد جنسی، فاجعه‌سازی درد و باورهای غیرمنطقی درباره دخول را پر کرد. ولی قبل از گرفتن تست هیپنوتیزم‌پذیری استنفورد، چون خود ترس از هیپنوتیزم و عدم اعتماد به هیپنوتیز کننده می‌تواند تأثیر زیادی در روند هیپنوتیزم شدن داشته باشد؛ با هر آزمودنی جداگانه درباره ابهامات و نگرانی‌هایی که در مورد استفاده از هیپنوتیزم داشت صحبت، و اطمینان خاطر لازم در مورد این روش به او ارائه شد. از بین

استفاده می‌شود، در درمان شناختی رفتاری نیز همواره یک جزء رفتاری مواجهه با انگشت یا دیلاتور برای اصلاح تحریف‌های شناختی وجود دارد (۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴) و حتی موفقیت تزریق بوتاکس در انجام دیلاتاسیون طبق یک برنامه چند ماهه است (۲۵، ۲۶). رکن اصلی درمان با ذهن آگاهی (۲۷)، بیوفیدبک (۲۸)، سکس تراپی (۲۹) و فیزیوتراپی (۳۰) نیز دیلاتاسیون است؛ و حتی قبل از مستر و جانسون در سال ۱۹۵۶ مقاله‌ای مبنی بر درمان واژینیسموس با استفاده از دیلاتور در سایزهای مختلف وجود دارد (۳۱) و در اصل در طول سال‌ها تغییری در درمان دیده نمی‌شود و چه بسا تعدادی زیادی از بیماران حالت تنفر از این دیلاتاسیون را گزارش کرده‌اند (۱۷) که به اعتقاد برگ این حس تنفر ممکن است احساسات منفی نسبت به نشانه‌های جنسی بوجود آورد (۳۲). در این میان درمان موفقیت آمیز با هیپنوتیزم و بدون استفاده از دیلاتاسیون در چند پژوهش گزارش شده است (۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶).

پروتکل درمان فردی نقش زیادی در موفقیت دارد (۳۷) و هیپنوتیزم این امکان را فراهم می‌کند تا درمان با توجه به مشکل هر بیمار تنظیم شود و به‌صورت تلقین‌های مستقیم یا استعاره‌های غیرمستقیم، به‌طور سطحی یا در لابه‌های عمیق‌تر روی فرآیند تغییر افکار منفی اثر بگذارد و اگر همسر یا شریک جنسی نخواهد یا نتواند در درمان شرکت کند، جلسات می‌تواند به‌صورت فردی برگزار شود (۳۸)، مسئله‌ای که در بعضی پژوهش‌ها، مطابق با نظر مستر و جانسون برای موفقیت در درمان به آن اشاره شده ولی پژوهش‌های کشورهای اسلامی، حضور همسر به‌عنوان یک فاکتور مهم را نشان نداده است (۳۹) و با توجه به سبب‌شناسی متفاوت ممکن است استفاده از انگشت یا دیلاتور برای طیف گسترده‌ای از زنان مبتلا مفید نباشد، خصوصاً که این درمان با تربیت جنسی و منع خودارضایی در فرهنگ ما مغایرت دارد و امکان اینکه فرد احساس راحتی با درمان نداشته باشد وجود دارد. مضاف بر اینکه تعداد جلسات در بعضی درمان‌ها ۸ تا ۱۲ جلسه (۴۰، ۴۱) و بعضاً ماه‌ها طول می‌کشد و در این مدت زوجین نباید با هم رابطه جنسی داشته باشند و این برای زوج‌های جوانی که در جستجوی راهی سریع برای حل مشکلشان هستند و از سمت خانواده برای بچه‌دار شدن یا پاره شدن پرده بکارت تحت فشار هستند ممکن است انتخاب اول نباشد. با توجه به آنچه مطرح شد هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر هیپنوتیزم بر عملکرد جنسی، ترس از رابطه جنسی و فاجعه‌سازی درد در زنان مبتلا به واژینیسموس بدون استفاده از انگشت یا دیلاتور و حضور همسر است.

## مواد و روش کار

آزمودنی‌ها یک نفر تمرکز لازم برای هیپنوتیزم شدن را نداشت ولی بقیه در حد متوسط بودند؛ یک نفر بعد از جلسه دوم از ادامه درمان منصرف شد.

روش کار: این مداخله تمرینات خانگی و نیاز به حضور همسر ندارد فقط هر مراجع لیستی از موقعیت‌های جنسی ناخوشایند به ترتیب میزان ترس و اضطرابی که احساس می‌کند در پایان جلسه اول تهیه کرد. جلسات درمان نوددقیقه‌ای بود. پس از برقراری رابطه برای هیپنوتیزم کردن از القای الموند و برای عمیق سازی خلسه از استعاره راه‌پله استفاده شد. در جلسه دوم بعد از عمیق سازی خلسه هیپنوتیزی هر آزمودنی مطابق با لیستی که تهیه کرده بود، موقعیت ناخوشایندی را که کمترین ترس و اضطراب را ایجاد می‌کرد با کمک پژوهشگر تصویرسازی کرد و پس از مواجهه و رسیدن به آرامش کامل نوبت به موقعیت بعدی رسید. این کار تا زمان تصویرسازی رابطه جنسی بدون درد ادامه پیدا کرد. تعداد جلسات بستگی به پیشرفت هر آزمودنی در مواجهه با لیستی که خودش تهیه کرده بود، داشت که مطابق با پروتکل فوج و حساسیت‌زدایی منظم به‌طور میانگین در ۳ جلسه اجرا شد. پس‌ازاینکه هر آزمودنی توانست در حالت خلسه رابطه جنسی بدون درد را در موقعیتی که در یوزیشن بالا قرار گرفته است را تصویرسازی کند از او خواسته شد تا در خانه هم این عمل را تکرار کند. همه آزمودنی‌ها موفق به داشتن دخول شدند و بیشتر آن‌ها از اینکه توانستند بدون کرم‌های روان کننده و ضد درد دخول انجام دهند احساس رضایت داشتند. پس از موفقیت در داشتن رابطه هر آزمودنی پرسشنامه‌ها را مجدد پر کرد. در یک پیگیری دوماهه آزمودنی‌ها دوباره پرسشنامه‌ها را پر کردند.

#### ابزار گردآوری داده‌ها:

علاوه بر پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، تحصیلات، شغل و مدت ازدواج، ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه‌های زیر بود:

**پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان FSFI<sup>۴</sup> توسط روزن و همکارانش (۲۰۰۰)** جهت ارزیابی عملکرد جنسی زنان طراحی شده است و یک ابزار خودگزارش دهی چندبعدی مختصر برای سنجش عملکرد جنسی در ۶ حوزه: تمایل جنسی (۲ سؤال)، برانگیختگی جنسی (۴ سؤال)، لوبریکاشن (لغزندگی واژن) (۴ سؤال)، رسیدن به اوج لذت جنسی (۳ سؤال)، رضایت جنسی (۳ سؤال) و درد در زمان رابطه جنسی (۳ سؤال) می‌باشد. هر سؤال دارای طیف پاسخ صفر تا ۵ است و عملکرد جنسی را در ۴ هفته اخیر می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره در حوزه میل جنسی ۱/۲ و

۶، حوزه‌های برانگیختگی، لغزندگی، ارگاسم و درد جنسی صفر و ۶ و در حوزه رضایت جنسی ۰/۸ و ۶ است. نقطه برش برای زیر مقیاس‌ها به ترتیب برای میل جنسی ۳/۳، برای برانگیختگی ۳/۴، لغزندگی واژن ۳/۴، ارگاسم ۳/۴، رضایت جنسی ۳/۸ و درد جنسی ۳/۸ و نمره کل ۲۶/۵۵ است و نمرات بالاتر از نقطه برش نشان‌دهنده عملکرد جنسی بهتر است. از آنجاکه در این پرسشنامه تعداد سؤالات هر حوزه با هم برابر نیست جهت هم‌وزن نمودن آن‌ها با هم، ابتدا نمرات حاصل از سؤالات هر حوزه با هم جمع و سپس در عدد فاکتور ضرب می‌شود؛ این‌گونه حداکثر نمره برای هر حوزه ۶ و برای نمره کل مقیاس معادل ۳۶ می‌باشد. ضریب همبستگی درون طبقه‌ای ۰/۹ و آلفای کرونباخ برابر ۰/۸ می‌باشد (۴۲).

**پرسشنامه فاجعه سازی درد** برای ارزیابی ابعاد مختلف فاجعه‌آمیز بودن درد توسط سالیوان و همکارانش در سال ۱۹۹۵ در ۱۳ سؤال طراحی شده و یکی از پرکاربردترین مقیاس‌های سنجش درد است که افکار و احساسات مختلفی که در هنگام درد تجربه می‌شود را در ۳ حوزه نشخوار ذهنی (سؤالات ۸ تا ۱۱)، بزرگ‌نمایی (سؤال ۱۳، ۶، ۷) و درماندگی (سؤالات ۱ تا ۵ و ۱۲)، بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای می‌سنجد. سالیوان آلفای کرونباخ را برای نمره کل ۰/۸۷، برای نشخوار ذهنی ۰/۸۷، برای بزرگ‌نمایی ۰/۶۶ و برای درماندگی ۰/۷۸ گزارش کرده است. در ایران این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۱۳۹۰ توسط سجادیان ترجمه شده و پایایی کل آن ۰/۹۳ به دست آمده است (۴۳).

**پرسشنامه باورهای غیرمنطقی زنان در خصوص ترس از برقراری رابطه جنسی** توسط جابری و همکاران (۱۳۷۸) تهیه و اعتباریابی شده و دارای ۲۳ پرسش است. پایایی این مقیاس با استفاده از روش بازآزمایی بر روی ۲۰ زن مبتلا به فوبیای جنسی ۰/۷۸ گزارش شده است. این آزمون بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت و نمره‌گذاری آن بر اساس ۲- تا ۲+ انجام می‌شود که نمره بیشتر نشان از ترس بیشتر دارد (۴۴).

تحلیل داده‌ها بر اساس نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو گروه آزمایش و کنترل صورت گرفت. از شاخص‌های آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار برای ارائه اطلاعات توصیفی ویژگی‌های جمعیت شناختی سن زن و همسر و مدت ازدواج دو گروه و متغیرهای وابسته استفاده شد. جهت مقایسه میانگین نمرات دو گروه بعد از مداخله و در مرحله پیگیری، و به‌منظور کنترل اثر پیش‌آزمون از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

#### یافته‌ها

<sup>4</sup> Female Sexual Function Index

یک از متغیرهای مذکور تقریباً یکسان بود. تعداد افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، ۲۸ نفر می‌باشند که تعداد ۱۳ نفر در گروه آزمایش و تعداد ۱۵ نفر در گروه کنترل می‌باشد.

میانگین و انحراف استاندارد سنی زنان مبتلا به واژینیسموس در هر دو گروه ۲۸/۹۷ و انحراف استاندارد ۴/۵۸ بود. و میانگین و انحراف استاندارد طول مدت ازدواج ۳ سال ۲۹ ماه و انحراف استاندارد ۲/۲۰ بود. میانگین هر دو گروه آزمایش و کنترل در هر

جدول (۱): شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای عملکرد جنسی، فاجعه‌سازی درد و باورهای غیرمنطقی درباره رابطه جنسی

انحراف معیار			میانگین				متغیرها	مؤلفه‌ها
پیگیری	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پیگیری	پس‌آزمون	پیش‌آزمون			
۲/۵۸	۰/۹۴	۳/۴۶	۶/۲۳	۸/۳۰	۳/۴۶	هیپنوتراپی	تمایل	
۰/۹۴	۱/۱۷	۲/۴۶	۲/۸۰	۲/۳۳	۲/۴۶	کنترل		
۳/۲۷	۳/۲۲	۳/۶۱	۱۱/۳۸	۱۴/۶۹	۳/۶۱	هیپنوتراپی	برانگیختگی	
۱	۳/۹۹۰	۵/۶۰	۴/۶۰	۸/۴۰	۵/۶۰	کنترل	عملکرد جنسی	
۳/۴۷	۱/۲۸	۹	۹/۴۶	۸/۸۴	۹	هیپنوتراپی	لغزندگی	
۱/۹۶	۲/۰۱	۹/۶۰	۹	۹/۹۳	۹/۶۰	کنترل		
۳/۶۱	۱/۵۴	۶/۷۶	۱۰/۳۸	۷/۶۹	۶/۷۶	هیپنوتراپی	اوج	
۱/۶۶	۲/۳۱	۶/۸	۶/۲۶	۷/۶۶	۶/۸۰	کنترل		
۳/۴۷	۱/۵۰	۵/۴۶	۱۰/۵۳	۱۲/۳۸	۵/۴۶	هیپنوتراپی	رضایت	
۱/۶۴	۳/۹۹	۵/۸	۶/۱۳	۸/۶	۵/۸	کنترل		
۳/۱۴	۱/۲۶	۵/۹۲	۸/۳	۹/۴۶	۵/۹۲	هیپنوتراپی	درد	
۱/۶۸	۲/۲۷	۶/۳۳	۵/۴۶	۶/۸	۶/۳۳	کنترل		
۲/۹۰	۱/۱۶	۱۰/۱۰	۱۰/۵۶	۵/۲۳	۱۰/۱	هیپنوتراپی	تشخوار	
۳/۱۹	۲/۴۷	۱۰/۹۲	۸/۳۶	۹/۳۴	۱۰/۹۲	کنترل		
۱/۹۹	۱/۲۳	۸/۸۴	۸/۱۵	۶/۷۶	۸/۸۴	هیپنوتراپی	فاجعه‌سازی	
۲/۵۶	۲/۰۹	۷/۲۶	۶/۸۰	۷/۱۳	۷/۲۶	کنترل	بزرگنمایی	
۵/۲۶	۲/۶۶	۱۵/۴۶	۱۴/۰۷	۱۴/۰۷	۴۶/۱۵	هیپنوتراپی	درد	
۲/۵۵	۲/۱۹	۱۵/۶۰	۱۳/۵۳	۱۵/۶۶	۱۵/۶۰	کنترل	درماندگی	
۶/۶۳	۵/۱۲	۷۲/۳۸	۷۳/۶۹	۷۴/۱۵	۷۲/۳۸	هیپنوتراپی	باورهای غیرمنطقی	
۹/۰۸	۶/۶۸	۷۶/۲۰	۶۸/۰۶	۶۶/۴۰	۷۶/۲۰	کنترل	باور غیرمنطقی درباره رابطه جنسی	

پس‌آزمون بیشتر از نمرات پیش‌آزمون است و میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل تفاوتی مشاهده نشد. در زیر مقیاس‌های لغزندگی، اوج لذت و نشخوار ذهنی در پیش‌آزمون،

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش (هیپنوتراپی) در زیر مقیاس‌های تمایل، برانگیختگی و رضایت تفاوت وجود دارد و نمرات

پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش تفاوت مشاهده شد و در گروه کنترل تفاوتی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری زیرمقیاس‌ها مشاهده نشد. جهت مقایسه آماری گروه‌های مختلف ابتدا پیش‌فرض‌های آزمون کوواریانس (از آزمون ام باکس و لوین) بررسی شد. نتایج آزمون ام باکس نشان داد سطح معناداری مقدار  $F(1/0.74)$  بزرگتر از  $0.05$  می‌باشد. نتایج آزمون لوین نشان داد در زیرمقیاس‌های تمایل، رضایت، درد و باورهای غیرمنطقی سطح خطای آماره  $F$  کوچک‌تر از  $0.05$  می‌باشد؛ اما در بقیه مؤلفه‌ها این پیش‌فرض تأیید شد.

**جدول (۲):** نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به متغیرهای عملکرد جنسی، فاجعه‌سازی درد و باورهای غیرمنطقی در مرحله

پس‌آزمون			
لامبدای ویلکز	F	خطای درجه آزادی	سطح معناداری
	99/7	38	001/0

در رابطه با نتایج آزمون چندمتغیری لامبدای ویلکز ارائه‌شده در جدول ۲ و با توجه به مقدار  $F(7/99, 38)$  و سطح معناداری ( $P < 0/001$ )، می‌توان گفت که بین گروه‌ها تفاوت معناداری در ترکیب خطی میانگین نمرات متغیرهای عملکرد جنسی، فاجعه

**جدول (۳):** نتایج اثرات بین آزمودنی به متغیرهای عملکرد جنسی، فاجعه‌سازی درد و باورهای غیرمنطقی در مرحله پس‌آزمون

مؤلفه	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی‌داری
تمایل	۲۹۵/۴۸	۱۲	۲۴/۶۲	۱۶/۰۳	۰/۰۰۱
برانگیختگی	۳۵۱/۶۶	۱۲	۲۹/۳۰	۲/۵۹	۰/۰۰۱
لغزندگی	۶۶/۳۵	۱۲	۵/۵۲	۱/۸۲	۰/۰۰۱
اوج	۲۰۷/۶۴	۱۲	۱۷/۳۰	۴/۱۵	۰/۰۰۱
رضایت	۲۸۱/۷۳	۱۲	۲۳/۴۷	۴/۷۲	۰/۰۰۱
درد	۱۰۵/۶۲	۱۲	۸/۸۰	۳/۴۹	۰/۰۰۱
نشخوار ذهنی	۲۲۸/۰۱	۱۲	۱۹/۰۰	۳۲/۰۴	۰/۰۰۱
بزرگ‌نمایی	۵۱/۱۳	۱۲	۴/۲۶	۱/۸۱	۰/۰۰۱
درماندگی	۳۲۹/۸۵	۱۲	۲۷/۴۸	۴/۸۱	۰/۰۰۱
باورهای غیرمنطقی	۷۴۵/۴۹	۱۲	۶۲/۱۲	۱/۶۹	۰/۰۰۱

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا نشان داد که تفاوت معنی‌داری ( $P < 0/001$ ) بین میانگین تمام مؤلفه‌های مربوط به متغیرهای عملکرد جنسی، متغیر فاجعه‌سازی درد و باورهای غیرمنطقی در دو گروه در مرحله پس‌آزمون، ضمن کنترل اثر پیش‌آزمون وجود داشت. جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به متغیرهای عملکرد جنسی، فاجعه‌سازی درد و باورهای غیرمنطقی گروه‌ها در مرحله پیگیری را نشان می‌دهد.

**جدول (۴):** نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به متغیرهای عملکرد جنسی، فاجعه‌سازی درد و باورهای غیرمنطقی در مرحله

پیگیری			
لامبدای ویلکز	F	خطای درجه آزادی	سطح معناداری
	۱۹/۱۷	۳۸	۰/۰۰۱

آزمایش با پیگیری گروه کنترل وجود دارد. ( $F=19/38,17$ ) و سطح معناداری ( $P<0/001$ ) می‌باشد. جدول ۵ نتایج اثرات بین آزمودنی مربوط به متغیرهای عملکرد جنسی، فاجعه‌سازی درد و باورهای غیرمنطقی در مرحله پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در سنجش تغییرات بین گروهی در مرحله پیگیری را نشان می‌دهد. نتایج نشان داد تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها در میانگین نمرات عملکرد جنسی، فاجعه‌سازی درد و باورهای غیرمنطقی در مرحله پیگیری گروه

**جدول (۵): نتایج اثرات بین آزمودنی مربوط به متغیرهای عملکرد جنسی، فاجعه‌سازی درد و باورهای غیرمنطقی در مرحله پیگیری**

مؤلفه	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معنی‌داری
تمایل	۶۷/۰۹	۲	۳۳/۵۴	۱۰/۸۴	۰/۰۰۱
برانگیختگی	۱۵۱/۷۷	۲	۷۵/۸۸	۱۱/۵۲	۰/۰۰۱
لغزندگی	۱۷/۳۴	۲	۸/۶۷	۱/۴۴	۰/۲۵۳
اوج	۶۵/۷۸	۲	۳۲/۸۸	۵/۳۰	۰/۰۱۱
رضایت	۲۱۵/۶۰	۲	۱۰۷/۸۰	۱۷/۴۴	۰/۰۰۱
درد	۲۱۳/۱۸	۲	۱۰۶/۵۹	۲۰/۴۷	۰/۰۰۱
نشخوار ذهنی	۳۷/۳۸	۲	۱۸/۶۹	۲/۶۹	۰/۰۸۵
بزرگ‌نمایی	۳۹/۳۴	۲	۱۹/۶۷	۵/۱۳	۰/۰۱۳
درماندگی	۳۵۰/۳۲	۲	۱۷۵/۱۶	۱۵/۸۱	۰/۰۰۱
باورهای غیرمنطقی	۲۱۰/۸۲	۲	۱۵۵/۴۱	۲۳۳/۵۱	۰/۰۰۱

به نظر می‌رسد هیپنوتراپی در کنار حساسیت‌زدایی منظم با ایجاد شرایطی برای تجربه موفقیت ترس آور بتواند بدون استفاده از دیلاتور درمان مناسبی برای واژینیسموس باشد که باعث کوتاه شدن درمان می‌شود. حساسیت‌زدایی منظم شامل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های ترسناک یا مواجهه مستقیم با موقعیت‌های اجتنابی، و یکی از تکنیک‌های اصلی رفتار درمانی است که توسط ولپه ارائه شده است و مطالعات متعدد مؤثر بودن آنرا برای درمان ترس‌ها و اضطراب نشان داده‌اند. ولپه در اصل برای حساسیت‌زدایی منظم از هیپنوتیزم استفاده می‌کرد تا اضطراب مراجع را در زمان مواجهه با موقعیت ترسناک کم کند (۴۵). این مطالعه همسو با مطالعه آل سواقیر (۳۳) است، او نیز در مقایسه‌ای که بین دو روش رفتاری درمانی و هیپنوتراپی در درمان زنان مبتلا به واژینیسموس انجام داد به این نتیجه رسید که هر چند هر دو روش درمانی مؤثر هستند ولی استفاده از هیپنوتیزم کمک می‌کند تا مشکل با هزینه و زمان کمتر و حتی بدون حضور همسر حل شود و رضایت جنسی بیشتری از درمان حاصل شود. پورحسین و احسان (۳۴) درمان موفقیت آمیز یک زوج بعد از یازده سال ازدواج به وصال نرسیده به کمک هیپنوتیزم را گزارش کردند، به اعتقاد آنها وقتی بیمار وارد خلسه هیپنوتیزی می‌شود تصویرسازی که توسط هیپنوتیزم درمانگر بوجود می‌آید جایگزین افکار بازدارنده‌ای می‌شود که عامل انقباض

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۵، آزمون تحلیل کوواریانس در سنجش تغییرات بین گروهی نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری ( $P<0/01$ ) در میانگین نمرات مؤلفه‌های تمایل، برانگیختگی، اوج، رضایت و درد مربوط به متغیر عملکرد جنسی، و مؤلفه‌های بزرگ‌نمایی و درماندگی مربوط به متغیر فاجعه‌سازی درد و متغیر باورهای غیرمنطقی درباره رابطه جنسی در مرحله پیگیری بین دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد؛ ولی در مورد دو مؤلفه لغزندگی و نشخوار ذهنی در مرحله پیگیری بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی هیپنوتیزم به شیوه مواجهه درمانی در بهبود عملکرد جنسی، فاجعه‌سازی درد و باورهای غیرمنطقی در خصوص رابطه جنسی اجرا شد. همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد حساسیت‌زدایی منظم و مواجهه درمانی در حالت خلسه هیپنوتیزی با کم کردن ترس و تغییر در باورها این امکان را برای زنان مبتلا به واژینیسموس فراهم می‌کند تا با یک پروتکل فردی، بدون تمرینات خانگی و استفاده از انگشت یا دیلاتور و بدون حضور همسر بر مشکلشان فائق شوند.

است. فوج (۳۵) نیز با توجه به اینکه تفاوتی بین دو نوع مواجهه استفاده از دیلاتور و مواجهه با سلسله مراتب ترس هر مراجع از رابطه جنسی با کمک هیپنوتیزم مشاهده نکرد، نتیجه گرفت ابتدا باید از حساسیت‌زدایی منظم و مواجهه با کمک هیپنوتیزم و تصویرسازی رابطه جنسی استفاده کرد و در صورت عدم موفقیت درمان که امکان آن بسیار کم است از مواجهه با دیلاتور استفاده کرد. کشاورز و همکاران (۳۶) نیز درمان موفقیت آمیز دو زوج را با استفاده از هیپنوتیزم گزارش کرده‌اند. اثر داق و همکارانش (۴۶) برای درمان ۴۶۰ زن مبتلا به واژینیسموس از سه نوع مداخله سکس تراپی، هیپنوتراپی و شناخت درمانی استفاده کردند. آن‌ها شدت بیماری را به چهار نوع دسته بندی کردند؛ برای درجه نوع اول، دوم و سوم از درمان شناختی رفتاری و برای درجه چهارم، از جلسه دوم برای کم کردن اضطراب و ترس، شل کردن عضلات و آرام سازی و در جلسه آخر برای تصویرسازی جنسی از درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم استفاده کردند. میانگین تعداد جلسات انفرادی برای هر مراجع ۴/۲ جلسه بود و هیپنوتیزم را عاملی در سرعت بخشیدن به درمان گزارش کردند که سبب شد تفاوت معناداری در مدت درمان نوع خفیف، متوسط و شدید دیده نشود.

هیپنوتیزم از آن جهت مفید است که آرام سازی عضلات را تسهیل می‌کند، میزان تلقین پذیری را بالا می‌برد و تصویرسازی را ممکن می‌سازد. از همه مهمتر تجسم در زمان هیپنوتیزم کیفیت واقعی تری نسبت به زمانی دارد که همان اتفاق فقط تجسم می‌شود. مطالعات اخیر نشان داده است، وقتی که به فردی تلقینی برای احساس فعالیت می‌شود دقیقاً همان قسمت مغز مرتبط با آن فعالیت فعال می‌شود، اتفاقی که در حالت تصویرسازی عادی نمی‌افتد (۴۷). دولان (۴۸) نیز از هیپنوتیزم برای درمان واژینیسموس نوع دوم استفاده کرد و موفقیت درمان را به واسطه درک مشکلات زیربنایی و حل آن‌ها گزارش کرده است.

استفاده از هیپنوتیزم در مقایسه با سایر درمان‌ها حتی علی‌رغم اثربخشی آن‌ها، کم کردن تعداد جلسات است (۳۳). کوتاه کردن درمان و پرداختن به مشکل اصلی آنقدر اهمیت دارد که ترکوییل به‌عنوان کسی که در ابتدا تحقیق‌های متعددی درباره اثربخشی درمان شناختی رفتاری انجام داده است و حتی یک پروتکل درمان دوازده جلسه‌ای هم ارائه داده که در ایران حمید و همکاران (۴۰) و تدین و همکاران (۲۴) از آن استفاده کرده‌اند معتقد است درمان مواجهه به کمک درمانگر، که فقط ترس زنان مبتلا را به‌طور میانگین در سه جلسه هدف قرار می‌دهد موفقیت آمیزتر از درمان قبلی است که مشخص نبود علت بهبودی دقیقاً به‌واسطه کدام مداخله صورت می‌گیرد (۴۹).

نکته دیگر حضور همسر در طول درمان است که از ابتدا مستر و جانسون آنرا یک عنصر مهم در موفقیت درمان عنوان کرده‌اند و در پروتکل درمان همراه با دیلاتاسیون در تمرینات خانگی همواره حضور همسر پررنگ و با اهمیت جلوه داده می‌شود (۲۴، ۴۰)؛ نکته‌ای که در تحقیقات کشورهای اسلامی مورد تأیید قرار نگرفته (۵۰، ۵۱) و برعکس نشان داده است که مردها علاوه بر اینکه تمایلی به حضور در فرآیند درمان ندارند و استرس زیادی به همسر خود وارد می‌کنند، استفاده از انگشت و دیلاتور را توهین به مردانگی خود می‌دانند (۹). نتایج این تحقیق نیز نشان داد که نیازی به حضور همسر و تمرینات خانگی وجود ندارد و زنان بدون اینکه احساس غیرطبیعی بودن داشته باشند می‌توانند در مدت کوتاهی به ترس و اضطراب خود غلبه کنند و عملکرد جنسی بهتری داشته باشند. عدم تفاوت معناداری دو گروه در متغیر لغزندگی تأییدی بر تحقیقاتی است که نشان داده است زنان مبتلا به واژینیسموس در میل جنسی مشکلی ندارند و علت درد، فقدان یا ناکافی بودن محرک‌های جنسی نیست (۴). عدم تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیر نشخوارهای ذهنی نشان دهنده عمق تأثیرات فرهنگی و اجتماعی است (۹) که حتی علی‌رغم موفقیت گروه آزمایشی در برقراری رابطه جنسی باز هم این افکار در ناخودآگاه وجود دارد و اگر چه در این تحقیق از حساسیت‌زدایی منظم با استفاده از هیپنوتیزم برای کم کردن ترس استفاده شده است ولی می‌توان از تلقیناتی برای کم کردن درد یا نفوذ به ناخودآگاه برای تغییر این نشخوارها استفاده کرد و یا حتی با پسروی سنی علت مشکل را پیدا کرد.

علی‌رغم معنی دار بودن اثربخشی هیپنوتیزم بر کاهش مشکلات جنسی زنان در پژوهش حاضر، کم بودن تعداد نمونه و استفاده از نمونه در دسترس، امکان مقایسه با سایر درمان‌ها و تعمیم آنرا با محدودیت روبرو می‌کند. انجام تحقیق‌های مشابه در نمونه‌های بزرگتر و جوامع مختلف امکان نتیجه‌گیری و تعمیم را میسر می‌سازد.

در اذهان عمومی باورهای غلطی درباره هیپنوتیزم و تلقین‌های هیپنوتیزمی وجود دارد لذا آشنایی و استفاده متخصصین از هیپنوتیزم به‌عنوان یک مداخله غیرتهاجمی برای درمان اختلال واژینیسموس در زنان، سبب اعتماد بیشتر بیماران به درمان با استفاده از هیپنوتیزم و اثربخشی آن می‌شود.

به‌طور کلی می‌توان نتیجه‌گیری کرد که استفاده از هیپنوتیزم این امکان را فراهم می‌کند تا مبتلایان به واژینیسموس در حالت خلسه و مواجهه غیرمستقیم در جلسات کمتر و بدون حضور همسر و با پروتکلی فردی درمان شوند.



## تشکر و قدردانی

مرحوم دکتر مختاری، دکتر فدایی و خانم قاسمی که در انجام این تحقیق یاری رسان بوده‌اند، کمال قدردانی و تشکر را دارم.

بدینوسیله از همکاری صمیمانه تمام پزشکان متخصص زنان،

## References:

- 1- Ramzy A. Background among Middle Eastern patients suffering from vaginismus. *Middle East Fertil Soc J* 2017; 23(2):91-2.
- 2- Achour R, Koch M, Zgueb Y, Ouali U, Hmid R B. Vaginismus and pregnancy: epidemiological profile and management difficulties. *Psychol Res Behav Manag* 2019; 12: 137-43.
- 3-Maseroli E, Scavello I, Rastrelli G, Limoncin E, Cipriani S, Corona G, Fambrini M, Magini A, Jannini EA, Maggi M, Vignozzi L. Outcome of Medical and Psychosexual Interventions for Vaginismus: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Med* 2018; 15(12):1752-64.
- 4- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- 5- Lahaie M, Amsel R, Boyer S M, Andersen M, Binik Y M. Can Fear, Pain, and Muscle Tension Discriminate Vaginismus from Dyspareunia/Provoked Vestibulodynia? Implications for the New DSM-5 Diagnosis of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. *Arch Sex Behav* 2015; 44(6):1537-50.
- 6- Perez S, Brown C Binik, M. Vaginismus: When Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder Makes Intercourse Seem Impossible.in *Management of sexual Disfuction in Men & Women*. Springer; 2016. P.273-85.
- 7- Reissing E D, Borg Ch, Spoelstra S Kter Kuile, M M,Both Sde Jong,Lankveld M. Melles R J. ‘Throwing the Baby Out with the Bathwater?’: The Demiseof Vaginismus in Favor of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. *Arch Sex Behav* 2014; 43(7): 1209-13.
- 8- A Zarski, Berking M, Ebert D D, Efficacy of Internet-Based Guided treatment for Genito-Pelvic Pain/ Penetration Disorder: rationale, treatment Protocol, and Design of a randomized controlled trial. *Front Psychiatry* 2018; (8):260.
- 9- Zgueb Y, Ouali U, Achour R, Jomli R, Nacef F. Cultural aspects of vaginismus therapy: a case series of Arab-Muslim patients. *Cog Behav Therapist* 2019;12(3):1-10.
- 10- Ter Kuile MM, Weijnenborg P.T.M. A Woman Who Never Could Have Coitus: Treatment of Lifelong Vaginismus: Bio-psycho-social\_obstetrics\_and\_gynecology\_A\_competency-oriented\_approach. Springer; 2017.P. 297-309.
- 11- Demir O. Comba C. Treatment of a woman with seconder infertility and vaginismus. *Medical Science* 2019; 23(2):195-9.
- 12-Mizrahi M. Culture, Religion, and Vaginismus. (Dissertation). Los Angeles: Alliant International University; 2018.
- 13- Dogan S. Vaginismus and Accompanying Sexual Dysfunctions in a Turkish Clinical Sample. *J Sex Med* 2009;(6):184-92.
- 14- Binik Y M. The DSM Diagnostic Criteria for Vaginismus. *Arch Sex Behav* 2010;39: 278-91.
- 15- Pacik PT. Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *Int Urogynecol J*2014;25(12): 1613-20.
- 16- Flanagan E, Herron K A, O’Driscoll C. Williams A C. Psychological Treatment for Vaginal Pain: Does Etiology Matter? A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Med* 2015;12(1):3-16.
- 17- Macey K. Gregory A, Nunns D. Nair R. Women’s experiences of using vaginal trainers (dilators) to treat vaginal penetration difficulties diagnosed as vaginismus: a qualitative interview study. *BMC Womens Health* 2015;(15):49.
- 18-Kuile M M.Beekman A, Weijnenborg Ph T M, Melles R, Bulte I. Therapist-Aided Exposure for Women With Lifelong Vaginismus: A Replicated Single-Case Design. *J Cons Clinical Psycho* 2009;77(1) :149-59.
- 19- Sahoo M K, Biswas H, Singh V, Padhy SK. Primary Vaginismus and Associated Phobia: Successful

- Treatment with Behavior Therapy. *J Postgrad Med Educ Res* 2014;48(3):151-3.
- 20- Mousavi Nasab M, Farnoosh Z. Management of Vaginismus with Cognitive –Behavioral Therapy, Self-Finger Approach: A Study of 70 Cases. *Iran J Med Sci* 2003; 28(2): 69-71.
- 21- Wijma B, Wijma K. A cognitive behavioural treatment model of vaginismus. *Scand J Behav Ther* 1997;26(4):147-56.
- 22 - Kuile M. ter, Both S, J D M van Lankveld. Cognitive Behavioral Therapy for Sexual Dysfunctions in Women. *Psychiatr Clin North Am* 2010;33(3):595-610.
- 23- Lindstrom S, Kvist LJ. Treatment of superficial dyspareunia and vaginismus with Cognitive Behavioral Therapy and desensitization exercises. *BMC Womens Health* 2015;15:108.
- 24- Tadayon M, Kheirabadi R, Molaeinezhad A, Shiralinia M, Khadije. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy on Catastrophic thoughts on Women with primary Vaginismus: A Single-Case trial. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017;19(39):25-34.(Persian)
- 25- Pacik P T. Understanding and Treating Vaginismus: A Multimodal Approach. *Int Urogynecol J* 2014;25:1613–20.
- 26- Pacik P T, Geletta S. Vaginismus Treatment: Clinical Trials Follow Up 241 Patients. *Sex Med* 2017;5(2):114-23.
- 27- Rosenbaum T Y. An integrated mindfulness-based approach to the treatment of women with sexual pain and anxiety: promoting autonomy and mind/body connection. *Sex Marital Ther* 2013;28(1-2):20-8.
- 28- Ramesh S, Rostami R, Merghati-Khoei E, Hemmat Boland E. Effectiveness of combination of cognitive-behavioral therapy and biofeedback on vaginismus patients' sexual function and marital status. *Biannual Journal of Applied Counseling* 2016;6(1):1-22. (Persian)
- 29- Munasinghe T1, Goonaratna C, de Silva P. Couple characteristics and outcome of therapy in vaginismus. *Ceylon Med J* 2004;49(2):54-7.
- 30- Rosenbaum T. Addressing Anxiety In Vivo in Physiotherapy Treatment of Women with Severe Vaginismus: A Clinical Approach. *J Sex Marital Ther* 2011;37(12):89–93.
- 31- Apraham H. Therapeutic and Psychology Approach to Case of Unconsummated Marriage. *J Briish Med* 1956;14:837-9.
- 32- Borg Ch. Jong P J, Schultz W W. Vaginismus and Dyspareunia: Automatic vs Deliberate Disgust Responsivity. *J Sex Med* 2010 ;7(6):2149–57.
- 33- A Al-Sughayir M. Vaginismus treatment. Hypnotherapy versus behavior therapy. *Neurosciences* 2005;10 (2): 163-7.
- 34- Pourhosein R, Bahrami Ehsan Z. Using Hypnosis in a case of Vaginismus: A Case Report. *Procedia Soc Behav Sci* 2011;(15):3886–9.
- 35- Fuchs K. Therapy of vaginismus by hypnotic desensitization. *Am J Obste Gynecol* 1980;137(1):1-6.
- 36- Keshavarza A, Heyrani Moghadama H, Keshavarzc A, Akbarzaded R. Treatment of Vaginismus Disorder with Mental Imagery and Hypnotism : A Case Study. *Procedia Soc Behav Sci* 2013;(84):252-5.
- 37- Chopra K. Vaginismus - an inconspicuous disorder necessitating multimodal approach: a mini review. *Obstet Gynecol Int J* 2018;9(6):500–1.
- 38 - Stanley Robb O. Graham D. Burrows. Hypnotic Interventions in the treatment of sexual dysfunctions. In *International Handbook of Clinical Hypnosis*. Chichester: Wiley; 2001. P. 233-46.
- 39 - Rabinowitz D. Lowenstein L, Gruenwald I. Fear of Vaginal Penetration in the Absence of Pain as a Separate Category of Female Sexual Dysfunction: A Conceptual Overview. *Rambam Maimonides Med J* 2018;9(6):500–1.
- 40 -Hamid N, Dehghanizadeh Z, Firuzi A. A. Effects of cognitive-behavioral therapy on sexual function in women with vaginismus disorder. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012;15(20):1-11.(Persian)
- 41- Dehkordi M A, Mohammadi A, Alipor A, Mohtashami T. The effect of cognitive-behavior therapy on increasing

- marital adjustment domain in patients with vaginismus. *Biannual Journal of Applied counseling* 2012; 2(1):49-2. (Persian)
- 42 - Wiegel M. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. *J Sex Marital Ther* 2005; 31:1-20.
- 43- Salehi Sh, Sajjadian I. The Relation between Self-compassion with Intensity, Catastrophizing, and Self-efficacy of Pain and affect in Women with Musculoskeletal Pain. *Journal of Anesthesiology and Pain* 2018; 8(4):72-82.
- 44- Seraji M, Dadfar M. The Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy, Fluoxetine and their Combination in Women with Sexual Phobia. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2005; 11(3):278-82.
- 45- Golden William L. Cognitive Hypnotherapy for Anxiety Disorders. *J A Clinical Hypnosis* 2012; 54: 263-74.
- 46- Eserdag S, Zulfikaroglu E, Akarsu S, MicozkadIoglu S. Treatment Outcome of 460 Women with Vaginismus. *Eur J Surg Sci* 2011;2(3):73-9.
- 47- Walters V J, Oakley D A. Does Hypnosis Make In Vitro, In Vivo? *Clin Case Stud* 2003;2(4): 295-305.
- 48- Dolan L. An Integrative Approach To The Psychotherapeutic Treatment Of Vaginismus Incorporating Hypnosuggestion and Hypnoanalysis. *J Austr Clini Exper Hypnosis* 2009; 37 (1):60-73.
- 49- ter Kuile MM, Melles R, Groot HE, Tuijnman-Raasveld CC, van Lankveld JJDM. Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: A randomized waiting-list controlled trial of efficacy. *J Consult Clin Psychol* 2013;81:1127-36.
- 50- Maseroli, E, Scavello I, Rastrelli G, Limoncin E, Cipriani S, i Corona G. Outcome of Medical and Psychosexual Interventions for Vaginismus: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Med* 2018;(3):1-13.
- 51- Rabinwitz D, Lowenstein L, Gruenwald I. Fear of Vaginal Penetration in the Absence of Pain as a Separate Category of Female Sexual Dysfunction: A Conceptual Overview. *Rambam Maimonides Med J* 2017;8(2).

# THE EFFECT OF HYPNOTHERAPY ON SEXUAL FUNCTION, PAIN CATASTROPHIZING AND IRRATIONAL BELIEFS ABOUT FEAR OF SEX IN WOMEN WITH VAGINISMUS (GENITO-PELVIC PAIN/PENETRATION DISORDER)

Farzaneh Baktriya<sup>1</sup>, Parvin Rafieinia<sup>2</sup>, Parviz Sabahi,<sup>3</sup> Leyla Nazari<sup>4</sup>

Received: 09 Sep, 2019; Accepted: 25 Dec, 2019

## Abstract

**Background & Aims:** Vaginismus is one of the sex disorders that can cause infertility and affect the concept of femininity and the ability to be a mother and it can also damage the mental and sexual health. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of hypnotherapy on sexual function, pain catastrophizing, and irrational beliefs about fear of sex.

**Materials & Methods:** This study is a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and control group and a two-month follow-up. Using the available samples, 30 women with vaginismus were randomly divided into two groups of fifteen. The experimental group received three 90-minute sessions using hypnosis and systematic desensitization based on their individual progress. The control group received no treatment during this time. Both groups were assessed using three questionnaires of sexual function, pain catastrophizing, and irrational beliefs about fear of vaginal penetration in pretest, posttest, and follow-up stages.

**Results:** The results showed a significant difference between the two groups in terms of sexual function, pain catastrophizing, and irrational beliefs about sex in the post-test and follow-up phase ( $p < 0/001$ ). After treatment, all 13 patients in the experimental group were able to have intercourse.

**Conclusion:** The results showed that the use of hypnosis provides the opportunity to treat women with vaginismus in fewer sessions without the presence of a spouse.

**Keywords:** Vaginismus, hypnosis, Sexual function

**Address:** Semnan University, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mahdishahr, Semnan, Iran

**Tel:** +98 9124707830

**Email:** P\_rafieinia@semnan.ac.ir

<sup>1</sup> Student, Semnan University, Faculty of Psychology, Mahdishahr, Semnan, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Semnan University, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mahdishahr, Semnan, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Assistant Professor, Semnan University, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mahdishahr, Semnan University, Semnan, Iran

<sup>4</sup> Assistant Professor, Shahid Beheshti University, Faculty of Medical Sciences, Tehran, Iran