



دار المنظومة  
DAR ALMANDUMAH  
الرواد في قواعد المعلومات العربية

العنوان:	تصور إكلينيكي علاجي مقترح لاضطرابات الألم والتشنج المهبلي لدى الإناث
المصدر:	مجلة الإرشاد النفسي
الناشر:	جامعة عين شمس - مركز الإرشاد النفسي
المؤلف الرئيسي:	خطاب، محمد أحمد محمود
مؤلفين آخرين:	أبو الخير، حناز(م. مشارك)
المجلد/العدد:	ع54
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2018
الشهر:	أبريل
الصفحات:	673 - 661
رقم MD:	941351
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
اللغة:	Arabic
قواعد المعلومات:	EduSearch
مواضيع:	علم النفس الإكلينيكي، الصحة الجنسية، علم النفس العلاجي
رابط:	<a href="http://search.mandumah.com/Record/941351">http://search.mandumah.com/Record/941351</a>

© 2021 دار المنظومة. جميع الحقوق محفوظة.  
هذه المادة متاحة بناء على الإتفاق الموقع مع أصحاب حقوق النشر، علما أن جميع حقوق النشر محفوظة.  
يمكنك تحميل أو طباعة هذه المادة للاستخدام الشخصي فقط، ويمنع النسخ أو التحويل أو النشر عبر أي وسيلة  
(مثل مواقع الانترنت أو البريد الالكتروني) دون تصريح خطي من أصحاب حقوق النشر أو دار المنظومة.

# تصور إكلينيكي علاجي مقترح لاضطرابات الألم والتشنج المهبلي لدى الإناث

اعداد

د / حنان أبو الخير

استشاري الاستشارات الاسرية والزوجية

د / محمد احمد محمود خطاب

استاذ مساعد - كلية الآداب - قسم علم النفس

جامعه عين شمس

## تمهيد:

إن النشاط الجنسي، يمثل واحداً من أكثر الأمور شخصية وخصوصية في حياة الفرد. فكل واحد فينا يعتبر كائناً جنسياً، له ميوله وخيالاته التي قد تدهشنا أو تصدمنا من حين لآخر، وعادة ما يكون ذلك جزءاً من الأداء الجنسي الطبيعي، ولكن عندما تؤدي خيالاتنا ورغباتنا إلى التأثير علينا وعلى الآخرين بطرق ضارة وغير مرغوبة فإنها مع مرور الوقت تمثل عبئاً وتتحول لمشكلات عميقة.

ومن ثم فإن مشكلات الأداء الجنسي قديمة قدم الجنس نفسه، وبرغم ذلك فإن الاهتمام بالمشكلات الجنسية على أساس نظري ومنهجي بدأ مع بداية القرن العشرين فقط، وكان ينظر إلى الاختلال الجنسي Sexual Dysfunction -في ظل التأثيرات الفرويدية- على أنه نابع من صراعات عميقة الجذور في الشخصية، خاصة الفشل في حل عقدة أوديب، ولم ير أحد ضرورة لإدخال تعديلات نوعية على النظرية السيكودينامية التقليدية لعلاج الاختلال الجنسي، على اعتبار أن الصراعات الجنسية هي السبب وراء معظم الاضطرابات النفسية، غير انه تم استخدام التدخلات القائمة على أساس نظرية التعلم في أواخر الخمسينيات، وكان "ولبي 1958, Wolpe" يتصور الاختلال الجنسي على أن استجابة قلق شرطية لموقف جنسي، ومن ثم يمكن علاجها بواسطة الاسترخاء والتسكين المنظم الفعلي (الحي)، وفي الخمسينيات والستينيات تم تطبيق المناحي المعرفية لعلاج الاختلال الجنسي ويشمل إيقاف التفكير والتدريب على تركيز الانتباه Attention Training، والعلاج العقلاني الانفعالي.

وبالمثل فإن تاريخ العلاجات الطبية يعود إلى بدايات القرن العشرين، وحتى سنوات

قريبة كانت هذه العلاجات معاقة (معطلة) بسبب المعرفة المحدودة عن فسيولوجيا الجنس لدى البشر والعجز عن التمييز بين صور الاختلال الجنسي على البُعد الفسيولوجي النفسي. وفي أواخر الستينيات وأوائل السبعينيات قدم "ماسترز، وجونسون" Masters & Johnson عمليتين رئيسيتين (١٩٦٦-١٩٧٠) يعتبران مسئولين بشكل واسع عن إرساء العلاج الجنسي كنظام علاجي مستقل، وقد قدم عملهما الأول: الاستجابة الجنسية البشرية Human Sexual Response (١٩٦٦) إسهاماً جوهرياً في المعرفة فسيولوجيا الجنس لدى البشر، أما عملهما الثاني والمعنون ب: عدم الكفاءة الجنسية لدى البشر Human Sexual Inadequacy (١٩٧٠)، فقد أمد المجال ببروتوكول علاجي لمعظم المشكلات الجنسية وكان هذا المنحى موجهاً للأزواج، ويمتاز بأنه مختصر ومباشر ويركز على الأعراض الجنسية أكثر من الصراع اللاشعوري المكشوف، وكان السبب المفترض لمعظم الاختلالات الجنسية هو: قلق الأداء الجنسي، وقد ساعدت كابلان Kaplan (١٩٧٤)، على تكامل هذه البروتوكولات العلاجية مع العلاج النفسي التحليلي، حيث تصورت الاختلاف الجنسي طبقاً للوصف ثلاثي المراحل لدرجة الاستجابة الجنسية وهي: الرغبة Desire، والاستثارة Arousal، وهزة الجماع Orgasm.

ومن ثم فإن هناك عدة مبادئ تقف خلف العلاج الجنسي وتلقي درجات متفاوتة من

التأكيد معتمدة على خصوصية الحالة:

- ١- استبعاد قلق الأداء.
- ٢- التعليم.
- ٣- تغيير الاتجاهات المدعمة.
- ٤- دعم التواصل بكافة أنواعه.
- ٥- تغيير الأدوار الجنسية أو أساليب الحياة غير الفعالة.
- ٦- التدخلات الجنسية أو الطبية.
- ٧- تغيير السلوك الجنسي وتعلم الأساليب الجنسية الفعالة.
- ٨- التأكيد على المسئولية المتبادلة للتغيير.

[جيري م. فريد مان، ٢٠٠٦: ٣٧٥-٣٧٧]

### اضطرابات الألم الجنسي Sexual Pain Disorders:

وطبقاً للدليل الخامس يُعرف الألم الحوض- التناسلي/ اضطراب الإيلاج- Genito- Pelvic Pain/ Penetration Disorder بأن الشعور المتكرر والمستمر بالألم أثناء عملية الجماع، فقد أقرت بعض النساء بحدوث الألم أثناء بدء الإيلاج، بينما تكررت الأخرى حدوث الألم فقط بعد الإيلاج [Meana, Binik, et.al, 1997] وتمثل الخطوة الأولى للتشخيص هو التأكد من أن الألم لدى النساء ليس راجعاً لمشكلة طبية، مثل العدوى، أو لنقص الإفرازات المهبلية بسبب انخفاض الرغبة أو التغييرات بعد سن اليأس [McCormick, 1999].

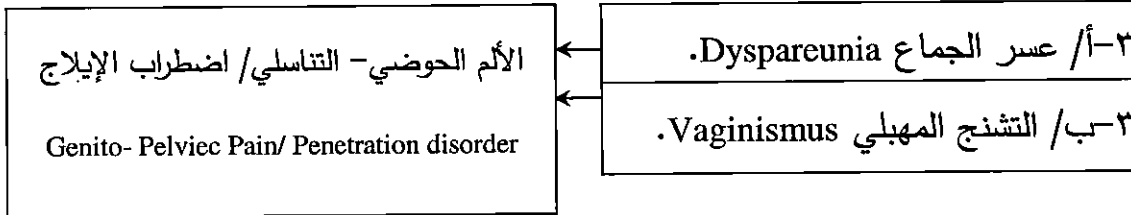
وقدرت معدلات انتشار أعراض الألم أثناء الجماع عند النساء ما بين ١٠% إلى ٣٠% [Lauman, et. al, 2005] وتعد من الأعراض الشائعة التي يشكي بها أطباء النساء والولادة [Leiblam, 1997]. وينتشر هذا الاضطراب أكثر بين المتعلمات اللاتي ينحدرن من طبقات اجتماعية راقية [محمود حمودة، ٢٠٠٧: ٥٥٠].

الوصف الإكلينيكي للاختلالات الوظيفية الجنسية:

يقسم الدليل الخامس DSM-5 الاختلالات الجنسية إلى ثلاثة فئات ، هي:

- ١- اضطرابات الرغبة الجنسية Sexual Desire Disorders.
- ٢- اضطرابات الإثارة الجنسية Sexual Arousal Disorders.
- ٣- اضطرابات الألم الجنسي Sexual Pain Disorders.

والتي تنقسم بدورها ( هناء شويخ، ٢٠١٥: ٧١٤ ) إلى:



ويُعرف عسر الجماع Dyspareunia بأنه: شعور بالألم دائم أو متكرر أثناء الجماع، والتشنج المهبلـي Vaginismus ويشير إلى التشنجات العضلية اللاإرادية للمثلث الخارجي من المهبل، لدرجة تجعل من المستحيل حدوث الجماع. وقد تم هذين الاضطرابين معاً في

الدليل الخامس لأنه أصبح من الواضح اشتراك حدوثهما معاً. حيث أكدت بعض الدراسات أن النساء المصابات بعسر الجماع والتشنج العضلي أظهرن مستويات متقاربة من التوتر العضلي [محمود حمودة، ٢٠٠٧: ٥٥٠؛ Bink, 2010؛ محمد شلبي، محمد إبراهيم، زيزي السيد، ٢٠١٥: ٩٧-٩٨].

مصطلحات الدراسة:

### التشنجات المهبلية **Vaginismus**:

وهي عبارة عن تقلص في المهبل يتزامن حدوثه مع الإيلاج ويعتبر التشنج المهبلية مثال للدمج أو التكامل الإجباري بين العقل والجسد، وتشمل الشكوى من التشنجات المهبلية ما يلي:

(أ) التقلص العضلي الإرادي. (ب) التقلص العضلي اللاإرادي.

ويشمل الحوض ومنطقة الظهر ومنطقة الجسم بأكمله والخوف من الألم الجنسي، والخوف من الجنس بوجه عام وتجنب الأنشطة الجنسية، ويشير Brinkmon بأن التشنجات المهبلية ما هي إلا عبارة عن رد فعل عكسي Reaction Formation تقليدي حيث يحدث الإيلاج المؤلم، أي يحدث التقلص كرد فعل عند الفعل وهو إيلاج العضو الذكري وعبر "ولبي" Wolpe عن ذلك كما يلي:

١- محفز محدد (العضو الذكري) يسبب القلق Anixty (استجابة).

٢- وجود الاسترخاء كعامل معاكس يقلل من العلاقة بين المحفز والقلق.

ويؤدي هذا الاضطراب لعدم إمكان الإيلاج، أو قد يكون الإيلاج شديد الإيلام نتيجة لتقلصات عضلات المهبل التي تقوم بعملية قبض عند محاولة إيلاج، ويلاحظ أن هذه التقلصات أو التشنجات عبارة عن استجابات لا إرادية وتشعر المرأة بأنها لا تستطيع السيطرة عليها، وقد تحدث التشنجات المهبلية عند بداية المرأة للجماع لأول مرة، وغالباً ما تكون التشنجات المهبلية اضطراب أولي، ويؤدي توقع الألم إلى تقلص عضلات مدخل المهبل عند أي محاولة للإيلاج، كما قد توجد مخاوف نوعية في أغلب حالات التشنجات المهبلية تدور حول الإيلاج المهبلية.

اضطراب عسر (ألم) الجماع **Dyspareunia**:

استحدث Barnes في عام ١٨٧٤ مصطلح عسر (ألم) الجماع، ولخص ذلك في

## نصور إكلينيكي علاجي مقترح لاضطرابات الألم والتشنج المهبلية لدى الإناث

الشعور بـ"الجماع المؤلم" ويعني ذلك المصطلح الألم المتكرر أو المزمن الذي يتداخل أو يحدث أثناء الأنشطة الجنسية وغير الجنسية في النساء، والذي تشعر به المرأة في الأماكن المختلفة، مثل: الحوض أو المهبل والغريب أن عسر الجماع يحدث في الرجال ولكنه متكرر بشكل أكبر في النساء، وينتشر هذا الاضطراب بنسبة ١٥%: ٢١% بين النساء في الفئة العمرية من ١٨ : ١٩ سنة.

ويقصد بآلام الجماع حدوث الألم أثناء الجماع أحياناً أو في بدايته وتحدث هذه الحالة لواحد من عوامل متعددة مثل:

- ١- تقلصات مهبلية حقيقية.
- ٢- نقص الاستثارة.
- ٣- التهاب مهبلي.

والألم الناتج عن نقص الاستثارة غالباً ما ينخفض بعد بداية الجماع نتيجة لزيادة اللبلل المهبلية Lubrication واسترخاء عضلات المهبل، أما آلام الجماع في الإيلاج العميق فتنتج عن أسباب عضوية مثل التهابات المهبل، أو أمراض المبيض.. إلخ، ويصبح الألم أسوأ مع إقحام القضيب وعادة ما لا يزول أن يفتر خلال الجماع، وأحياناً ما تكون آلام الجماع العميق ناتجة أيضاً عن ضعف في الاستثارة الجنسية أو المخاوف المرضية. كما قد تكون المخاوف نوعية جداً مثل النفور من لمس عضو الشريك أو نفور من السائل المنوي، أو تكون أكثر عمومية مثل النفور من المداعبة.

وعادة ما يحدث الجماع المؤلم في حالة التشنجات المهبلية ولكن الألم على أية حال لا يرتبط بالتشنجات المهبلية فقط، إنه يمكن أن يكون جزءاً من الخيرة لدى كل من الذكور والإناث [قرانك ج. برونو، ٢٠١٦: ٤٠٣؛ محمد أحمد خطاب، حنان أبو الخير، ٢٠١٨: ٥٥-٥٧].

وعادة ما تؤدي المخاوف الجنسية لعدم استمتاع المرأة ببقية الأنشطة الجنسية وإن كانت المخاوف تؤدي في بعض الحالات إلى كف الاستثارة، ويلاحظ أن المخاوف غالباً ما ترتبط بخبرات مبكرة صادمة مثل: الاغتصاب أو غثيان المحارم Incet.

- معايير اضطراب الألم الحوض- التناسلي / اضطراب الإيلاج طبقاً للتشخيصي الإحصائي الخامس DSM-5.

الصعوبات المتكررة أو المستمرة على الأقل ستة أشهر لواحد على الأقل من الأعراض التالية:

- العجز عن الإيلاج المهبلي أثناء الجماع.
- ملاحظة ألم في الفرجية المهبلية أو التناسلية أثناء الإيلاج المهبلي أو محاولات الجماع.
- الضعف أو القلق الملحوظ من الأكم أو الإيلاج.
- ملاحظة توتر في العضلات التناسلية أثناء محاولة الإيلاج المهبلي.

كما لوحظ أن أغلب النساء المصابات باضطراب الآلام الجنسية يمررن بخبرة الإثارة الجنسية الطبيعية، ويمكن أن يصلن إلى الأورحازم (رعشة الجماع)، من خلال التحفيز اليدوي أو الفمي بدون الاحتواء على الإيلاج، فالنساء التي تعاني من الأكم عندما تحاول الجماع الجنسي يظهرن مستويات طبيعية من الإثارة الجنسية الطبيعية تجاه أفلام الجنس الفمي، غير أن إثارتهم تنناقص عندما يشاهدن تصويراً للجماع الجنسي [Wouda et, al, 1998].

ورغم أن الفتاة قد ترغب في الممارسة الجنسية إلا انها لا شعورياً تقبض لمنع اختراق القضيب لجسدها حيث قد تتصوره (القضيب) على أنه سلاح قد يؤذيها [محمود حمودة، ١٩٩١: ٤١٢، حنان أبو الخير، ٢٠١٧].

وقد تبين أيضاً للباحث من خلال الملاحظة العيادية الإكلينيكية ما يلي:

- هؤلاء الزوجات (السيدات) كن لا يشاهدن أنفسهن عاريات سواء قبل الزواج أو بعده.
- أنهن كن لا يمارسن العادة السرية (الاستمءاء) سواء قبل الزواج أو بعده إلا في حالات قليلة ونادرة بهدف الاستكشاف والفضول.
- أنهن يخشن الملامسة الجسدية بشكل أو بآخر.
- أنهن كن يخجلن من أزواجهن بشكل أو بآخر.
- أنهن يشعرن بأنهن وكانهن يغتصبن أثناء العلاقة الجنسية.
- أنها يخشن من العلاقة الجنسية للدرجة التي أدت بهن إلى المعاناة من الأعراض السيكوسوماتك مثل: القلون العصبي، سقوط الشعر، الصداع، الغثيان، هرشة

"حك" الجلد.

- أنهن يعانين من أعراض اكتئابية ومن اضطراب صورة الجسد وصورة الذات وانخفاض تقدير الذات.
- أنهن يعانين من اضطراب العلاقة بالموضوع "الأم" فقد تبين أن الأم تتسم بالجفاء والبرود وعدم الاهتمام واللامبالاة تجاه ابنتها للدرجة التي كانت فيها الأم لا تتواصل مع ابنتها جسدياً، بالإضافة للخلافات المتعمقة بين الوالدين.
- أنهن يعانين من الخجل الاجتماعي Social Phobia ومن مخاوف مرضية Phobia من الأماكن المرتفعة أو من الحشرات أو من الأماكن المغلقة.
- أنهن يمارسن العلاقة الزوجية إرضاءً لأزواجهن فقط وعلى حساب أنفسهن حيث على المستوى اللاشعوري لا ترغب في هذه العلاقة.
- كما تبين أيضاً أنهن يعانين من ضعف واضح وشديد في الثقافة الجنسية بالرغم من أنهن متعلمات، وبعضهن خريجات طب وصيدلة حيث تبين غياب واضح لدور الأم في تثقيف ابنتها وإعدادها للعلاقة الزوجية.
- كما تبين أيضاً معاناة بعضهن من التعرض للتحرش والإيذاء الجنسي في مرحلتي الطفولة والمراهقة سواء محارمي أو من الغرباء.
- معاناة بعضهن من ميول جنسية مثلية كاملة.
- معاناة بعضهن من ضعف في النضج الانفعالي والاجتماعي.
- معاناة بعضهن من التزمت الشديد وصارمة الأنا الأعلى Super Ego.
- معاناة العديد من المفحوصات من الأفكار السلبية عن الجنس بالإضافة للتشوهات المعرفية والأفكار المشوهة حول أعضائهن التناسلية وقد يتقبل الشريك (الزوج) هذه الفكرة الخاطئة ويؤيدها، ومن التصلب والجمود والاتجاه السلبي تجاه الجنس، والبيئة غير المريحة لممارسة الجنس، وتفقد المرأة التي لديها هذا الاضطراب أن أعضائها التناسلية غير نظيفة أو كريهة (وتذكر مريضة أنها تعتقد أن مهبلها بمثابة جرح مفتوح).
- أغلبهن يركزن وبشدة على الأداء الجنسي.
- أغلبهن يميلن إلى الروتين وممارسة بعض الطقوس الوسواسية.



- كما لوحظ أن أغلب هؤلاء السيدات كن يخفن من الجنس بسبب تخويفهن من قبل الوالدين أو أحدهما وخاصة الأم.
  - لوحظ أن هناك ازدياد من المترددات على العيادة النفسية سواء من المتزوجات حديثاً أو من تزوجت من مدد زمنية تتراوح من ١٥ سنة إلى ٢٥ سنة وأن هذا الاضطراب أدى إلى مزيد من المشكلات الأسرية والزوجية وصلت في بعض الأحيان إلى الطلاق العاطفي أو الفعلي.
  - بعض الحالات شهدن والديهم في حالة جماع جنسي أثناء الطفولة البكرة وقد شككت تلك الخبرة صدمة انفعالية لهم.
  - كما تبين أيضاً أن بعض حالات الدراسة قام بتربيتهن والدان متسلطان لديهما اتجاه أخلاقي شديد الصرامة نحو الجنس.
- تصور علاجي مقترح:
- يرى الباحث أن العلاج التكاملي لعلاج اضطرابات الأكم والتشنج المهبلي لدى الإناث من أفضل العلاجات والتي حققت نتائج علاجية فعالة وذلك من خلال الإجراءات التالية:
  - عمل تقييم دينامي عميق (سيكودينامي) وشامل لمن يعانين من مثل هذه الاضطرابات وذلك من خلال عمل مقابلة إكلينيكية متعمقة والاستعانة بالاختبارات الإسقاطية مثل T.A.T واختبار الروشاخ، وبطارية الاختبارات والاتجاهات والانحرافات الجنسية بهدف التعرف على البناء النفسي لمن يعانين من اضطرابات التشنج المهبلي، وآلام الجماع.
  - دراسة التاريخ التطوري لهؤلاء المضطربات.
  - إجراء مقابلة مع الشريك (الزوج) للتعرف على اتجاهاته نحو الزوجة.
  - الاستعانة بفنيات العلاج المعرفي والسلوكي الهدف منها:
    - اختبارا الأفكار الغير عقلانية والغير منطقية تجاه الجنس.
    - تعديل وتغيير الأفكار السلبية والمشوهة تجاه الجنس.
    - التدريب على تعلم سلوكيات جديدة وصحيحة وإحلالها محل الأفكار المشوهة.
    - التدريب على الاسترخاء والتخيل الإيجابي عن الجنس وهو ما يساعد على تحقيق الألفة بالمناطق الشبقية.

- التتقيف الجنسي لكلا الزوجين.
  - إعطاء واجبات منزلية لكلا الزوجين يكون الهدف منها: التدريب على التواصل اللفظي والانفعالي والعاطفي والجسدي والجنسي بين الزوجين.
  - تكوين اتجاه إيجابي نحو الجنس، والتفكير في الفعل الجنسي على أنه مظهر ممتع من مظاهر السلوك البشري.
  - عدم استخدام الجنس كوسيلة للتفيس للانفعالي العدواني.
  - التقليل من الإلحاح الذاتي في وجه الضغوط النفسية الاجتماعية التي لا يمكن تجنبها.
  - استراتيجيات تحسين الصحة.
  - إعادة التنظيم المعرفي.
  - التعليم: وهو المكون الأكثر شيوعاً في العلاج الجنسي حيث يمكن للمعلومات وتصحيح المفاهيم أن تساعد علي تصحيح الخرافات والمعتقدات الخاطئة.
  - تبادل الثقل العاطفي بين الزوجين.
- ومن أمثلة بعض الإجراءات العلاجية المقترحة ما يلي:
- (١) تخفيض حدة القلق **Anxiety Reduction**:  
من خلال تدريبات التفيس والاسترخاء والتخييلات الإيجابية تجاه الجنس.

## (٢) الاستئماء الموجه **Directed Masturbation**:

- لقد قام كل من "لوبيكولو" Lopiccolo، ولوبيتر Lobitz في عام (١٩٧٢) بابتكار طريقة الاستئماء الموجه وذلك لزيادة إحساس المرأة بالراحة أثناء العملية الجنسية وزيادة استمتاعها بها كذلك وبالنسبة للمرأة فإن الخطوة الأولى هي:
- (١/٢) تنمية ورفع مستوى الوعي الجنسي من خلال تثقيفها جنسياً.
- (٢/٢) من خلال معالجة نفسية مختصة- ثم تدريبها من خلال تحسس جسدها العاري بحذر بما في ذلك عضوها التماسلي.
- (٣/٢) تدريبها ومساعدتها على ان تحدد مواقع المناطق التي تجعلها تشعر باللذة.
- (٤/٢) تدريبها على إجراء عملية الاستئماء بشكل مكثف من خلال استخدام أحلام

اليقظة والتخييلات ذات الطابع الجنسي.

٥/٢) ظهور الزوج في الصورة، في البداية يقوم بمشاهدتها وهي تستتمي Masturbate، بعد ذلك يفعل لها ما تقوم بفعله لنفسها.

٦/٢) وأخيراً يبدأ اللقاء الجنسي في وضع يسمح له بتهييج أعضاءها التناسلية.

٣) إجراءات لتغيير الاتجاهات والأفكار:

Procedures to Change Attitudes and Thoughts:

وفيها يوصي "كابلان" Kaplan (١٩٩٧) باتباع العديد من الإجراءات لمحاولة زيادة الجاذبية الجنسية، ومن خلال تدريبات لممارسة احلام اليقظة والخيالات الجنسية، ومن خلال إعطاءهم واجبات في المغازلة، والمواعيد الغرامية مثل الخروج في العطلات والأجازات.

٤) تدريب على المهارات والاتصال Skills and Communcation Training:

وفيها يتم تحسين المهارات الجنسية ووسائل الاتصال الجنسية بشكل عام من خلال إطلاع المرضى على أفلام توضيحية للأساليب الجنسية [Mc Mullen and Rosen, 1979] وقد اتضح أن تشجيع الأزواج على تبادل أفكارهم حول ما يحبونه وما يكرهونه يفيد إلى حد ما في علاج الاختلالات الوظيفية الجنسية [Rosen and Spector, 1994] فالدمج بين التدريب على المهارات والتواصل يشرك أيضاً في تعريض أزواجهم لمواد مزيلة للقلق، مثل التحدث عن التفضيلات الجنسية التي تسمح بإزالة الحساسية- فإخبار الرفيق أو الشريك الجنسي بما يفضله في الجنس عادة ما يؤدي لنتائج أفضل ومن أهمها تخفيض حدة التوتر والقلق.

٥) العلاج الزوجي Couples Therapy:

فقد تبين أن تزايد الاختلالات الوظيفية الجنسية منشأها في العلاقة الزوجية بين الشريكان، فعادة ما يحتاج الأزواج تدريباً على مهارات التواصل غير الجنسية Non Sexual Communication Skill أو على الموضوعات غير الجنسية لزيادة الألفة والحميمية بينهما [Rosen, 2000].

٦) التركيز الحسي والتدريب على المهارات الجنسية Sensate Focus:

تطور التركيز الحسي على يد "ماسترز، وجونسون" Masters and

- Johnson ( ١٩٧٠ ) والذي يساعد في تغيير ادراك الشخص لشريكه أو شريكتة واحدتي المشكلات الشائعة هي الاقتراب من الجنس الحميم، باعتبار الجماع هو الهدف الوحيد منه. ويقوم التركيز الحسي علي عدة مبادئ ومنها ما يلي:
- المبدأ الاول: وهو الاكثر اهمية في التركيز الحسي ويقوم علي مساعدة كلا الزوجين علي تطوير وعي مرتفع الاحساس والتركيز عليه، وبالتالي فان الاحاسيس وليس الاداء هو محور التركيز الحسي.
  - المبدأ الثاني: يتضمن التركيز الحسي منحي بنائياً وان كان مرناً للعلاج، فالتركيز الحسي محدد البنية حيث يحصل فيه العملاء علي تعليمات واضحة لتكوين علاقه حميمه، وعندما تتبع هذه التعليمات يكتسب الزوجان تدريجياً الثقة في أنفسهما وفي علاقتهما وبالتالي يعرف الزوجان ما هو المتوقع منهما.
  - المبدأ الثالث: يعد التركيز الحسي منحي تدريجياً للتغيير، ومن المتوقع أن يستغرق مثل هذا التغيير وفقاً، ويتعين عدم القيام بأي جهد للضغط للاسراع به، واحد أمثله هذا المبدأ عدم قيام العملاء بممارسه الجنس مبكراً خلال العلاج الي ان يمكنهم اعاده تعلم أساسيات العلاقه العاطفية والاحساس بالمتعه.
  - المبدأ الرابع: يحتاج تطبيق العلاج بالتركيز الحسي والتمارين المنزلية لمشاركة الزوجين في بيئة غير مهددة.
- وتتضمن اجراءات التركيز الحسي تشجيع الزوجين علي تجربة الانخراط معاً في علاقة حسية وعاطفية حميمه بطريقة تدريجية وأسلوب غير مهدد، ويتضمن الواجب المنزلي التعليمات الواضحه التي قدمها المعالج للعميل وهي ممارسه تدريبات خارج الجلسات العلاجية، ويتفهم كل من المعالج والعميل أن الواجبات المنزليه ستم مراجعتها وتعديلها ( اذا أقتضي الامر ) في كل جلسه.
- وتتضمن الخطوة الاولى : في التركيز الحسي نمطياً عدم لمس الاعضاء التناسلية ( أي عدم الشعور باللذة من خلالها ) وذلك أثناء ارتداء كل من الشريكين ملابس مريحه، وقد تتضمن أقل السلوكيات تهديداً كالربت علي الظهر أو الامساك باليدين.
- أما الخطوة الثانية: فهي تتضمن الاستمتاع بالاعضاء التناسلية بطريقة ممتعة.
- بينما تتضمن الخطوة الثالثة: التركيز الحسي الملائم والذي يتضمن الاقدام والجماع إميشيل

## المراجع:

### أولاً - المراجع العربية:

- ١- جيري م. فريد مان (٢٠٠٦): *الاختلال الجنسي "عُسر الوظيفة الجنسية" (في):* دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية، تحرير: روبرت ليهي، ترجمة: جمعة سيد يوسف، محمد نجيب الصبوة، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- ٢- حنان أبو الخير (٢٠١٧): *المرجع في الاضطرابات والانحرافات الجنسية*، المكتب العربي للمعارف، القاهرة.
- ٣- فرانك ج. برونو (٢٠١٦): *الأعراض النفسية*، ترجمة: رزق سند، دن، القاهرة.
- ٤- محمد أحمد محمود خطاب، حنان أبو الخير (٢٠١٨): *بطارية اختبارات اضطرابات الوظائف والانحرافات والاتجاهات الجنسية*، مراجعة: هاشم بحري، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- ٥- محمد شلبي، محمد إبراهيم، زيزي السيد (٢٠١٥): *تشخيص الأمراض النفسية للراشدين مستمدة من DSM-4، DSM-5* "نظرة نقدية" مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- ٦- محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩١): *النفس - أسرارها وأمراضها*، مركز الطب النفسي والعصبي للأطفال، القاهرة.
- ٧- محمود عبد الرحمن حمودة (٢٠٠٧): *أمراض النفس*، مركز الطب النفسي والعصبي للأطفال، القاهرة.
- ٨- ميشيل ب . كاري، أندور و . ميسلر (٢٠٠٢): *الاختلالات الجنسية: اضطراب الانتصاب لدي الذكور*، ترجمة: صفوت فرج ( في ) : مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية، دليل علاجي، تحرير: ديفيد . بارلو، اشراف ومراجعة: صفوت فرج، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

٩- هناء شويخ (٢٠١٥): علم النفس المرضي (في): الاضطرابات الجنسية، ترجمة: أمثال هادي، فاطمة سلامة، هنا شويخ، ملك جاسم، نادية عبد الله، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

ثانياً - المراجع الأجنبية:

- 10- Binik, Y. M. (2010): *The DSM diagnostic criteria for dyspareunia. Archives of sexual behavior*, 39 (2), 292- 303.
- 11- Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Palk, A., Gingell, C., Moreira, E. and Wang, T. (2005): Sexual problems among women and men aged 40 – 80 years: Prevalence and correlates indentified in the global study of sexual attitudes and behaviors. *International Journal of Impotence research*, 17, 39- 57.
- 12- Leiblum, S. R. (1997): Sexual pain disorders in G. O Gab - bard and S. D. Athinson (Eds), (2<sup>nd</sup> ed, pp.805- 810). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 13- McCmuilen, S and Rosen, R. C. (1979): self- administered masturbation training in the treatment of primary orgasmic dysfunction, *journal of Consulting and Clinical psychology*, 47, 912-915.
- 14- McCormick, N. B. (1999): *When pleasure causes pain: Living with interstitial cystitis. Sexuality and Disability*, 17, 7-18.
- 15- Meana, M., Binik, Y. M., Khalife, S., and Cohen, D. (1997): Dyspareunia: Sexual dysfunction of pain syndrome? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 561-569.
- 16- Rosen, R. C. (2000): Medical and psychological interventions for orectile dysfunction: Toward acombinced treatment approach. In S. R. lieblum and R. C rasen (Eds) Principles and practice of sex therapy (pp 276 304). Now York: Guilford.
- 17- Wouda, J. C, Hartman, E. M. O. Bakker, R. M., Bakker, J. O., et. al, (1998): *Vaginal Plathysmography in woman with dyspareunia journal of sex research*, 35, 141- 174.