



Original Paper

Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy with Cognitive Behavioral Hypnotherapy on Sexual Satisfaction of Women with Fibromyalgia Syndrome: A Clinical Trial Study

Mahdieh Kolbadinejad (Ph.D)¹ , Javanshir Asadi (Ph.D)^{*2} , Mehdi Pourasghar (M.D)² , Mehrdad Aghaie (M.D)¹ 

¹ Ph.D in Psychology, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran. ² Assistant Professor, Department of psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran. ³ Assistant Professor, Department of Psychiatry, Psychiatric Research and Behavioral Sciences Center, Addiction Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. ⁴ Associate Professor of Romatology, Golestan Research Center of Romatology, Golestan University of Medical Science, Gorgan, Iran.

Abstract

Background and Objective: Fibromyalgia syndrome is a chronic disease with extensive musculoskeletal pain that primarily involves women and also it has negatively effects on many aspects of psychological and social life. Cognitive-behavioral therapy examines dysfunctional emotions and maladaptive cognitive behaviors, processes, and themes, and cognitive-behavioral hypnotherapy combines hypnotherapy with the methods and concepts of cognitive-behavioral therapy. The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy with cognitive-behavioral hypnotherapy on sexual satisfaction of women with fibromyalgia syndrome.

Methods: This clinical trial study was done on 9 women with fibromyalgia syndrome who referred to rheumatology clinic in Gorgan, northern Iran in 2020. The patients were randomly divided into three groups including cognitive-behavioral therapy, combination cognitive-behavioral hypnotherapy and control group. The treatments used were performed for 8 sessions separately for 2 groups of 3 people in Pars Tavan Comprehensive Center. Control group did not receive any intervention. A multidimensional sexual satisfaction questionnaire of Roshan 2014 was used to evaluate patients.

Results: Sexual satisfaction in post-test on both interventional group showed a significant improvement compared to control group ($P < 0.05$). Cognitive-behavioral hypnotherapy with 59.38% was more effective than cognitive-behavioral therapy with 43.01 and also it was the same 2 month after follow up ($P < 0.05$).

Conclusion: Combined therapy of cognitive-behavioral hypnotherapy increased sexual satisfaction in women with fibromyalgia syndrome more than cognitive-behavioral therapy.

Keywords: Fibromyalgia, Cognitive Behavioral Therapy, Hypnosis, Orgasm, Women

*Corresponding Author: Javanshir Asadi (Ph.D), E-mail: ardeshir.asadi@yahoo.com

Received 11 Nov 2020

Revised 22 Jun 2021

Accepted 28 Jun 2021

Published online 6 Jul 2022

Cite this article as: Kolbadinejad M, Asadi J, Pourasghar M, Aghaie M. [Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy with Cognitive Behavioral Hypnotherapy on Sexual Satisfaction of Women with Fibromyalgia Syndrome: A Clinical Trial Study]. J Gorgan Univ Med Sci. 2022; 24(1): 26-34. [Article in Persian]





تحقیقی

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر رضایت جنسی زنان مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

دکتر مهدیه کلبادی نژاد^۱، دکتر جوانشیر اسدی^{۲*}، دکتر مهدی پوراصغر عربی^۳، دکتر مهرداد آقایی^۴

^۱ دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران. ^۲ دکتری روانشناسی عمومی، استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرگان، گرگان، ایران. ^۳ فلوشیپ روان درمانی، استادیار گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران. استاد مدعو دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان. ^۴ فوق تخصص روماتولوژی، دانشیار، مرکز تحقیقات روماتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. استاد مدعو دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان.

چکیده

زمینه و هدف: سندرم فیبرومیالژیا یک بیماری مزمن همراه با درد گسترده اسکلتی عضلانی است که در درجه اول زنان را مبتلا می‌کند و بر بسیاری از ابعاد زندگی روانشناختی و اجتماعی فرد تاثیر منفی می‌گذارد. درمان شناختی رفتاری احساسات ناکارآمد و رفتارها، فرآیندها و مضامین شناختی ناسازگارانه را به روش‌های نظام‌مند بررسی می‌کند. هیپنوتراپی شناختی رفتاری ترکیب هیپنوتراپی با روش‌ها و مفاهیم درمان شناختی رفتاری است. این مطالعه به منظور مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر رضایت جنسی زنان مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا انجام شد.

روش بررسی: این کارآزمایی بالینی روی ۹ زن مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا مراجعه کننده به کلینیک جامع فوق تخصصی روماتولوژی در شهر گرگان طی سال ۱۳۹۹ انجام شد. بیماران به صورت تصادفی در ۳ گروه ۳ نفری شامل گروه درمان شناختی رفتاری، گروه درمان شناختی رفتاری به همراه هیپنوتراپی و گروه کنترل قرار گرفتند. درمان‌های مورد استفاده به مدت ۸ جلسه به تفکیک برای ۲ گروه سه نفره در مرکز جامع پارس توان شهر گرگان اجرا شد. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. برای ارزیابی رضایت جنسی بیماران از مقیاس چند بعدی رضایت جنسی زنان (Sexual Satisfaction Scale for Women: SSSW) روشن چسلی ۱۳۹۳ استفاده شد. نمره برش شاخص‌های پایا ۱/۹۶ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: رضایت جنسی در پس‌آزمون برای هر دو گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، موثر ارزیابی شد ($P < 0/05$)؛ اما درمان شناختی رفتاری به همراه هیپنوتراپی (۵۹/۳۸ درصد) در مقایسه با درمان شناختی رفتاری (۴۳/۰۱ درصد) اثربخشی بیشتری داشت و در پیگیری دو ماهه نیز اثربخشی را حفظ نمود ($P < 0/05$). در تمامی مداخله‌های انجام شده شاخص‌های پایا در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیشتر از مقدار ملاک (۱/۹۶) بود.

نتیجه‌گیری: درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری بیش از درمان شناختی رفتاری باعث افزایش رضایت جنسی در زنان مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: فیبرومیالژیا، درمان شناختی رفتاری، هیپنوتراپی، رضایت جنسی، زنان

* نویسنده مسؤول: دکتر جوانشیر اسدی، پست الکترونیکی ardeshir.asadi@yahoo.com

نشانی: گرگان، بلوار شهید کلانتری، خیابان دانشجو، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان، دانشکده علوم انسانی، تلفن ۰۰۱۷-۳۲۱۵۳۰۰۰، شماره ۳۲۱۵۱۴۳۱

وصول ۱۳۹۹/۸/۳۱ اصلاح نهایی ۱۴۰۰/۴/۱ پذیرش ۱۴۰۰/۴/۷ انتشار ۱۴۰۱/۴/۱۵

مقدمه

نیز وجود دارد که به عنوان شکایت اصلی می‌تواند روند و فرایند درمان را تحت تاثیر قرار دهد. یکی از شکایت‌های عمده این بیماران کاهش روابط جنسی در آنان است. طیفی از علائم در اختلال فیبرومیالژیا باعث افزایش احتمال نقص در عملکرد جنسی می‌شود.^۲ از سوی دیگر یکی از علت‌های کاهش رضایت جنسی ابعاد روانی اجتماعی این اختلال است. چرا که افراد مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا به دلیل مشکلات روانشناختی نظیر افسردگی، اضطراب، عزت نفس پایین و مشکلات ارتباطی با دیگران معمولاً رضایت جنسی پایین‌تری

سندرم فیبرومیالژیا (Fibromyalgia Syndrome: FMS) یک بیماری بسیار شایع و مزمن ماهیچه‌ای - اسکلتی است که با درد گسترده و وجود نقاط حساس منتشر در غیاب هرگونه التهاب یا نابهنجاری ماهیچه‌ای - اسکلتی مشخص می‌گردد.^۱ سبب شناسی این بیماری به طور کامل شناخته شده نیست؛ با این حال به نظر می‌رسد که هم عوامل ژنتیکی و هم محیطی و روانشناختی در شکل‌گیری آن دخیل هستند.^۲ در کنار علائم جسمانی این بیماران مشکلات عمده‌ای

گروه درمان شناختی رفتاری به همراه هیپنوتراپی و گروه کنترل قرار گرفتند.

مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی - واحد علی آباد کتول (IR.IAU.AK.REC.1399.013) و مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران (IRCT20191130045558N1) قرار گرفت.

سندرم فیبرومیالژیا توسط فوق تخصص روماتولوژی تشخیص داده شد و به درمانگر ارجاع داده شدند. از بیماران رضایت‌نامه آگاهانه شرکت در مطالعه اخذ شد.

سن گروه درمان شناختی رفتاری ۳۷ سال، ۳۸ سال و ۴۰ سال، گروه درمان شناختی رفتاری به همراه هیپنوتراپی ۳۹ سال، ۴۰ سال و ۴۱ سال و گروه کنترل ۳۸ سال، ۳۹ سال و ۴۰ سال بود.

بیماران به صورت تصادفی در ۳ گروه ۳ نفری شامل گروه درمان شناختی رفتاری، گروه درمان شناختی رفتاری به همراه هیپنوتراپی و گروه کنترل قرار گرفتند (شکل یک).

پروتکل‌های درمانی در مرکز جامع پارس توان شهرگران بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به سندرم فیبرومیالژیا، جنسیت زن، متاهل بودن، محدوده سنی ۲۰ تا ۶۰، دارا بودن تحصیلات حداقل دیپلم و موافقت با شرکت در مطالعه بودند.

معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل دریافت درمان‌های روانشناختی منسجم قبل از ورود به پژوهش، داشتن اختلال سایکوتیک و سوء مصرف مواد، داشتن بیماری‌های جدی طبی شامل نارسایی شدید کبدی و کلیوی، وجود ملاک‌های کامل اختلال شخصیت ضداجتماعی و وجود افکار جدی آسیب به خود یا دیگران بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از یک جلسه، ابتلا به اختلالات روانپزشکی و یا سایر بیماری‌های جسمانی مزمن در حین فرآیند درمان و عدم رضایت برای ادامه همکاری در روند مطالعه بودند. کلیه موارد فوق از طریق مصاحبه بالینی، اخذ شرح حال و اطلاعات پرونده بیماران مورد ارزیابی قرار گرفتند.

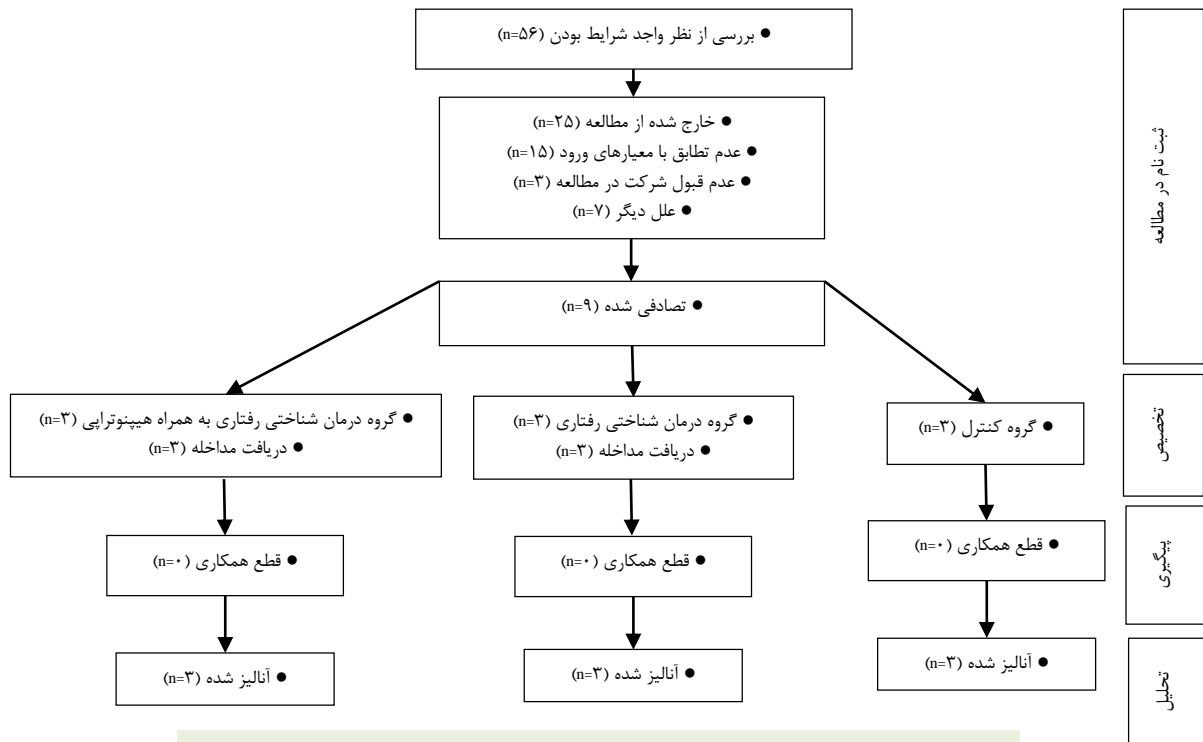
به منظور ارزیابی رضایت جنسی آزمودنی‌ها از مقیاس چند بعدی رضایت جنسی زنان روشن چسلی و همکاران سال ۱۳۹۳ (SSSW) (Sexual Satisfaction Scale for Women) استفاده شد.^{۱۵} این مقیاس دارای ۵ بعد و ۳۰ گویه است. دو بعد به مسایل ارتباطی و سه بعد دیگر به مسایل شخصی در مورد زندگی جنسی فرد می‌پردازد. این سه بعد شامل گویه‌های قابل فهم و آسان برای پاسخدهی است که به بحث در مورد مسایل هیجانی و جنسی (ارتباط)، سازگاری بین زوجین برحسب عقاید، علایق، میل و جذابیت‌های جنسی (سازگاری)، و بسندگی کلی از جنبه‌های جنسی و هیجانی ارتباط (بسندگی رضایت) می‌پردازد. دو بعد دیگر به نگرانی‌ها و دلواپسی‌های شخصی و رابطه‌ای می‌پردازد. شیوه نمره‌گذاری این

را نیز تجربه می‌کنند.^۴ افزایش نارضایتی جنسی در بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا با عوامل مختلفی از جمله درد، خستگی، سفتی، اختلالات عملکردی، تصویر منفی بدن، سوء استفاده جنسی و دارو درمانی مرتبط است.^۵ در مطالعه Kayhan و همکاران تعداد زیادی از بیماران دچار عدم تمایل جنسی و اختلال در برانگیختگی جنسی بودند.^۶

انواع گسترده‌ای از مداخلات روانشناختی برای این بیماران مورد استفاده قرار گرفته است.^۸ دستورالعمل‌های درمانی توصیه شده برای فیبرومیالژیا شامل ترکیبی از رویکردهای درمانی دارویی و رفتاری است.^۹ دو داروی متداول برای سندرم فیبرومیالژیا داروهای ضدافسردگی (سه چرخه، مهارکننده‌های بازگشت مجدد سروتونین / نوراپی‌نفرین)^{۱۰} و داروهای ضد درد عصب گابا (پرگابالین)^{۱۱} هستند. ورزش و درمان شناختی رفتاری (CBT) (Cognitive Behavioral Therapy) برجسته‌ترین پیشرفت‌ها در درمان درد مربوط به فیبرومیالژیا را در مقایسه با سایر مداخلات رفتاری نشان داده‌اند.^{۱۲} با این حال شواهد تجربی مشکلاتی را نشان می‌دهد که بیانگر اثربخشی محدود این نوع مداخله است.^{۱۳} درمان‌های جایگزین از جمله هیپنوتراپی نیز بر درد و کاهش علائم آن تاکید دارند. شواهد بالینی اندکی در رابطه با رضایت جنسی این بیماران وجود دارند. لذا در این زمینه نیاز به بررسی و تحقیق بیشتری وجود دارد. از سوی دیگر برخی از محققان از جمله Adler-Neal و Zeidan در راستای ارائه بهترین راهبردهای مداخله‌ای برای این بیماران معتقدند که پروتکل‌های درمانی مؤثر باید از یک روش چندعاملی استفاده کنند تا درد، همبودی روانی و رضایت جنسی این بیماران را بهتر بهبود بخشند.^{۱۴} شواهدی مبنی بر اثربخشی هیپنوتراپی و درمان شناختی رفتاری به عنوان یک پروتکل درمانی ترکیبی برای درمان درد ناشی از فیبرومیالژیا وجود ندارد. با این حال به نظر می‌رسد این دو روش می‌تواند به صورت مکمل نقاط ضعف یکدیگر را برای این بیماری که متضمن استفاده از روش‌های ترکیبی است؛ کاهش دهد. بسیاری از پژوهشگران بر این باورند که هیپنوتراپی یک درمان مکمل است و می‌تواند با ایجاد آرامش اثربخشی مداخلات دیگر را تسهیل نماید.^{۱۴} این مطالعه به منظور مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با هیپنوتراپی شناختی رفتاری (Cognitive Behavioral Hypnotherapy: CBH) بر رضایت جنسی زنان مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا انجام شد.

روش بررسی

این کارآزمایی بالینی روی ۹ زن مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا مراجعه کننده به کلینیک جامع فوق تخصصی روماتولوژی دکتر آقایی در شهر گرگان طی سال ۱۳۹۹ انجام شد. بیماران به صورت تصادفی در ۳ گروه ۳ نفری شامل گروه درمان شناختی رفتاری،



درمان شناختی رفتاری Turk^{۱۶} و Free^{۱۷} برای گروه مداخله اول به صورت فردی در ۸ جلسه به صورت یک بار در هفته و هر جلسه ۶۰ دقیقه اجرا شد (جدول یک). درمان شناختی رفتاری به همراه هیپنوتراپی برای گروه مداخله دوم طی ۸ جلسه (هفته‌ای یک جلسه) به مدت هر جلسه ۶۰ دقیقه اجرا شد (جدول ۲).

پرسشنامه براساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت است. روشن چسلی و همکاران پایایی آلفای کرونباخ و بازآزمون و همچنین اعتبار عاملی تاییدی و همزمانی این پرسشنامه را مشخص نمودند و از مقیاس رضایت جنسی زنان، پرسشنامه سازگاری زناشویی لوک والاس، عملکرد جنسی زنان و مقیاس افسردگی، اضطراب و مقیاس رضایت جنسی و پریشانی جنسی زنان به منظور بررسی اعتبار همگرا و واگرا استفاده نمودند.^{۱۵} نتایج بررسی اعتبار سازه این ابزار بر اساس تحلیل عاملی مدل ۵ عاملی پرسشنامه را تأیید کرد. همبستگی ابعاد پنجگانه پرسشنامه رضایت جنسی زنان در پرسشنامه‌های دیگر متوسط تا قوی و معنی‌دار بود. ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۶ و برای ابعاد این پرسشنامه ۰/۸۶ تا ۰/۹۱ به دست آمد که قابل قبول بودند. ضرایب بازآزمایی برای نمره رضایت جنسی و ابعاد آن از ۰/۷۳ تا ۰/۹۷ متغیر بود. بر اساس مطالعه روشن چسلی و همکاران به طور کلی پرسشنامه رضایت جنسی زنان دارای ساختار چند بعدی است و تأکید بر پریشانی و رضایت جنسی دارد و از ویژگی‌های روانسنجی مناسب در نمونه‌ای از زنان ایرانی برخوردار است.^{۱۵}

جلسه	شرح جلسه
۱	خوش آمدگویی، معارفه، ارزیابی‌های اولیه و آشنایی با برنامه + فرم فعالیت روزانه
۲	آشنایی با چرخه احساس افکار رفتار و افکار خودآیند منفی + بازبینی فرم فعالیت روزانه
۳	بازبینی فرم فعالیت روزانه + آشنا نمودن مراجع با نحوه تکمیل فرم افکار خودآیند (یافتن افکار خودآیند منفی و احساسات همراه افکار منفی و یافتن پاسخ‌های مثبت)
۴	بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودآیند ذکر شده در جلسه
۵	بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودآیند ذکر شده در جلسه
۶	بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودآیند ذکر شده در جلسه
۷	بازبینی فرم افکار خودآیند ذکر شده در جلسه
۸	بازبینی فرم افکار خودآیند ذکر شده در جلسه

تکمیل‌کننده پرسشنامه‌ها فردی به غیر از درمانگر بود که در جریان درمان نبود. هنگام جمع‌آوری داده‌ها به مراجعین اطمینان داده شد که چنانچه مایل به اعلام نتایج هستند، بعد از اجرای پژوهش به آنها گزارش خواهد شد.

قبل از اجرای متغیر مستقل، متغیر وابسته از بیست روز قبل تا روز اجرای جلسه مقدماتی به منظور اندازه‌گیری خطوط پایه در سه مرحله با فاصله ۶ روز مورد اندازه‌گیری قرار گرفت و نتایج آنها با مشاهدات دیگری که در خلال درمان (جلسات دوم، چهارم، ششم و هفتم) و پس از آن به دست آمد؛ مقایسه شد. با مقایسه اندازه‌های

پس از تکمیل پرسشنامه پژوهش در مرحله پیش‌آزمون، برای گروه‌های مداخله درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی رفتاری به همراه هیپنوتراپی اجرا شد. گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای دریافت نمود. پس از شروع اجرا در پایان جلسات دوم، چهارم، ششم و هفتم اجرای درمان‌ها و نیز در مرحله پس‌آزمون بار دیگر پرسشنامه پژوهش در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت.

پس از درمان با اندازه‌های خط پایه، اثربخشی درمان مشخص گردید.

یافته‌ها

در گروه درمان شناختی رفتاری و گروه هیپنوتراپی شناختی رفتاری، مقادیر شاخص پایا به ترتیب برای مؤلفه رضایت ۲/۹۱ و ۴/۵۳، برای مؤلفه ارتباط ۲/۵۹ و ۵/۳۵، برای مؤلفه سازگاری ۲/۶۵ و ۴/۱۱، برای مؤلفه اضطراب رابطه‌ای ۴/۰۴ و ۶/۱۳، برای مؤلفه اضطراب شخصی ۴/۵۱ و ۶/۳۳ و برای مؤلفه رضایت جنسی ۲/۵۲ و ۴/۲۲ به دست آمدند (جدول ۳).

به طور کلی بیشترین اثربخشی در رابطه با مؤلفه‌های اضطراب رابطه‌ای (۶۲/۳۳ درصد)، اضطراب شخصی (۶۰/۶۵ درصد)، رضایت (۵۹/۵۷ درصد)، سازگاری (۵۵/۵۶ درصد)، رضایت جنسی کل (۵۹/۳۸ درصد) و ارتباط (۵۹/۱۵ درصد) مربوط به درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری بودند (جدول ۳).

رضایت جنسی در پس آزمون برای هر دو گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، موثر ارزیابی شد ($P < 0.05$)؛ اما درمان شناختی رفتاری به همراه هیپنوتراپی (۵۹/۳۸ درصد) در مقایسه با درمان شناختی رفتاری (۴۳/۰۱ درصد) اثربخشی بیشتری داشت و در پیگیری دو ماهه نیز اثربخشی را حفظ نمود ($P < 0.05$). در تمامی مداخله‌های انجام شده شاخص‌های پایا در مرحله پیش آزمون و پس آزمون بیشتر از مقدار ملاک (۱/۹۶) بود.

شاخص پایا در تمامی مؤلفه‌های فوق برای هر دو گروه مداخله در مرحله پیگیری نیز معنی‌دار بود ($P < 0.05$). این در حالی است که شاخص پایا در تمامی مؤلفه‌های فوق در گروه کنترل کمتر از ملاک تعیین شد (جدول ۳).

نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در مؤلفه‌های رضایت، ارتباط، سازگاری، اضطراب رابطه‌ای، اضطراب شخصی و رضایت جنسی کلی گروه‌های مورد مطالعه در جدول ۴ آمده است.

جلسه	شرح جلسه
۱	خوش آمدگویی، معارفه، ارزیابی‌های اولیه و آشنایی با برنامه + فرم فعالیت روزانه و رفع سوء برداشت از هیپنوتیزم
۲	آشنایی با چرخه احساس افکار رفتار و افکار خودایند منفی + بازبینی فرم فعالیت روزانه + تجربه خلسه هیپنوتیزمی و شرطی سازی
۳	بازبینی فرم فعالیت روزانه + آشنا نمودن مراجع با نحوه تکمیل فرم افکار خودایند (یافتن افکار خودایند منفی و احساسات همراه افکار منفی و یافتن پاسخ‌های مثبت) تقویت ایگو (تقویت توانمندی در فعالیت‌های روزانه و مشکلات مرتبط با بیماری)
۴	بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودایند + تلقینات مستقیم مرتبط با کنترل افکار خود ایند منفی ذکر شده در جلسه
۵	بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودایند + تلقینات مستقیم مرتبط با کنترل افکار خود ایند منفی ذکر شده در جلسه
۶	بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودایند + بازگشت سنی به تجربیات اسیب رسان گذشته
۷	بازبینی فرم افکار خودایند + پیشرفت سنی به زمانی که مراجع به توانایی مدیریت شرایط بیماری دست یافته است.
۸	بازبینی فرم افکار خودایند + جمع بندی جلسات قبلی و آموزش خود هیپنوتیزم

با توجه به نوع مطالعه که موردی است؛ نمی‌توان از شاخص‌های پارامتریک برای تحلیل استفاده نمود. بهترین روش برای بررسی معنی‌داری فرضیه و اثربخشی مداخلات روش جاکوبسن و تراکس است. در این تحلیل ابتدا شاخص تغییر پایدار و سپس نقطه برش برای بررسی معنی‌داری آن استفاده می‌شود. مقدار ملاک ۱/۹۶ در نظر گرفته شد. در صورتی که مقادیر شاخص پایا، از مقدار ملاک (۱/۹۶) بالاتر باشد؛ لذا نتایج حاصل مداخله بوده و خطای اندازه‌گیری و عدم پایایی آزمون رد خواهد شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماري SPSS-26 و روش‌های تحلیل نمودار، شاخص تغییر پایا، معنی‌داری بالینی و درصد بهبودی تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	متوسط خط پایه	پس آزمون	شاخص تغییر پایا* پس آزمون	درصد بهبودی پس از مداخله	متوسط پیگیری	شاخص تغییر پایا* پیگیری	درصد بهبودی ۲ ماه پس از مداخله
رضایت	درمان شناختی رفتاری	۱۴/۰۰	۲۰/۰۰	۲/۹۱	-۴۲/۸۶	۱۹/۲۲	۲/۵۳	-۳۷/۳۰
	هیپنوتراپی شناختی رفتاری	۱۵/۶۷	۲۵/۰۰	۴/۴۳	-۵۹/۵۷	۲۴/۶۷	۴/۳۷	-۵۷/۴۵
	کنترل	۹/۰۰	۸/۶۷	-۰/۱۶	۳/۷۰	۹/۱۱	۰/۰۵	-۱/۲۳
ارتباط	درمان شناختی رفتاری	۱۳/۷۳	۱۹/۰۰	۲/۵۹	-۳۷/۹۰	۱۸/۵۶	۲/۳۷	-۳۴/۶۸
	هیپنوتراپی شناختی رفتاری	۱۸/۲۲	۲۹/۰۰	۵/۳۵	-۵۹/۱۵	۲۸/۵۶	۵/۱۳	-۵۶/۷۱
	کنترل	۱۷/۰۰	۱۷/۶۷	-۰/۳۳	-۳۹/۹۲	۱۷/۵۶	۰/۲۸	-۳/۲۷
سازگاری	درمان شناختی رفتاری	۱۴/۸۹	۲۱/۳۳	۲/۶۵	-۴۳/۲۸	۲۰/۶۷	۲/۳۷	-۳۸/۸۱
	هیپنوتراپی شناختی رفتاری	۱۸/۰۰	۲۸/۰۰	۴/۱۱	-۵۵/۵۶	۲۷/۴۴	۳/۸۸	-۵۲/۴۷
	کنترل	۱۱/۷۸	۱۲/۰۰	-۰/۰۹	-۱/۸۹	۱۱/۴۴	-۰/۱۴	۲/۸۳
اضطراب رابطه‌ای	درمان شناختی رفتاری	۱۵/۳۳	۲۲/۰۰	۴/۰۴	-۴۳/۴۸	۲۲/۳۳	۴/۲۴	-۴۵/۶۵
	هیپنوتراپی شناختی رفتاری	۱۶/۲۲	۲۶/۳۳	۶/۱۳	-۶۲/۳۳	۲۶/۶۷	۶/۳۳	-۶۴/۳۸
	کنترل	۱۲/۸۹	۱۲/۳۳	-۰/۳۴	۴/۳۱	۱۲/۴۴	-۰/۲۷	۲/۴۵
اضطراب شخصی	درمان شناختی رفتاری	۱۵/۸۹	۲۳/۳۳	۴/۵۱	-۴۶/۸۵	۲۲/۶۷	۴/۱۱	-۴۲/۶۶
	هیپنوتراپی شناختی رفتاری	۱۷/۲۲	۲۷/۶۷	۶/۳۳	-۶۰/۶۵	۲۷/۲۲	۶/۰۶	-۵۸/۰۶
	کنترل	۱۲/۰۰	۱۲/۳۳	-۰/۲۰	-۲/۷۸	۱۲/۳۳	۰/۲۰	-۲/۷۸
رضایت جنسی کلی	درمان شناختی رفتاری	۷۳/۸۹	۱۰۵/۶۷	۲/۷۲	-۴۳/۰۱	۱۰۳/۳۳	۲/۵۲	-۳۹/۸۵
	هیپنوتراپی شناختی رفتاری	۸۵/۳۳	۱۳۶/۰۰	۴/۲۴	-۵۹/۳۸	۱۳۴/۵۶	۴/۲۲	-۵۷/۶۸
	کنترل	۶۲/۶۷	۶۳/۰۰	-۰/۰۳	-۰/۵۳	۶۲/۸۹	۰/۰۲	-۰/۳۵

جدول ۴: مقایسه نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در مؤلفه‌های رضایت، ارتباط، سازگاری، اضطراب رابطه‌ای، اضطراب شخصی و رضایت جنسی کلی گروه‌های مورد مطالعه

مؤلفه‌ها	نمرات گروه کنترل			نمرات گروه مداخله درمان شناختی رفتاری			نمرات گروه مداخله درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری			P-value در مقایسه بین دو گروه مداخله با یکدیگر
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	
رضایت	نفر اول	۹	۹	۱۹	۲۶/۶۷	۲۶/۶۷	۱۱	۱۷	۱۷/۳۳	-۱/۹۹۳
	نفر دوم	۸	۸	۱۲	۱۷/۳۳	۱۷/۳۳	۱۷	۲۵	۱۷/۹۶۴	-۱/۹۶۴
	نفر سوم	۱۰/۳۳	۱۰/۳۳	۱۰	۱۳/۶۷	۱۳/۶۷	۱۹	۳۲	۳۱/۶۷	-۱/۹۹۳
ارتباط	نفر اول	۱۷/۶۷	۱۷	۲۳/۳۳	۳۲	۳۲	۱۸	۲۸	۲۸	-۱/۹۶۴
	نفر دوم	۱۶	۱۷/۳۳	۱۰	۱۲/۶۷	۱۲/۶۷	۲۳	۲۵	۲۴/۶۷	-۱/۹۶۴
	نفر سوم	۱۷/۳۳	۱۸/۳۳	۸	۱۱	۱۱	۱۴	۲۳	۲۳	-۱/۹۹۳
سازگاری	نفر اول	۱۱	۱۱/۳۳	۳۰/۶۷	۲۷	۲۷	۱۶	۲۳	۲۳/۳۳	-۱/۹۶۴
	نفر دوم	۱۶	۱۷/۶۷	۱۲	۱۷	۱۷	۱۸	۲۷	۲۷/۳۳	-۱/۹۶۴
	نفر سوم	۶/۶۷	۶/۶۷	۱۲	۱۸	۱۸	۲۰	۳۲	۳۱/۶۷	-۱/۹۹۳
اضطراب رابطه‌ای	نفر اول	۱۶	۱۵/۶۷	۱۶	۲۷	۲۷	۱۱	۱۹	۱۸/۶۷	-۱/۹۹۳
	نفر دوم	۱۳/۳۳	۱۳/۰۰	۱۴	۲۱	۲۱	۱۷	۲۶	۲۶	-۱/۹۶۴
	نفر سوم	۹/۳۳	۸/۶۷	۹	۱۳	۱۳	۲۱	۳۵	۳۵/۳۳	-۱/۹۹۳
اضطراب شخصی	نفر اول	۱۲	۱۲/۳۳	۲۱	۳۱/۳۳	۳۱/۳۳	۱۰	۱۶	۱۶	-۲/۰۲۳
	نفر دوم	۱۱/۶۷	۱۲/۶۷	۱۷	۲۲	۲۲	۱۹	۳۰	۲۹/۶۷	-۲/۰۲۳
	نفر سوم	۱۲/۳۳	۱۲	۹/۶۷	۱۴/۶۷	۱۴/۶۷	۲۳	۳۶	۳۶	-۱/۹۹۳
رضایت جنسی کلی	نفر اول	۶۵/۶۷	۶۵/۳۳	۶۵/۳۳	۱۴۴	۱۴۴	۶۶	۹۳/۶۷	۹۳/۶۷	-۲/۰۲۳
	نفر دوم	۶۶/۳۳	۶۷	۶۷	۸۹/۶۷	۸۹/۶۷	۶۶	۱۴۲/۶۷	۱۴۲/۶۷	-۱/۹۹۳
	نفر سوم	۵۶	۵۶/۳۳	۵۶	۷۶/۳۳	۷۶/۳۳	۹۶/۳۳	۱۵۷/۶۷	۱۵۷/۶۷	-۲/۰۲۳

بحث

با توجه به نتایج این مطالعه، هر دو درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری اثر معنی‌داری بر رضایت جنسی بیماران فیرومیالژیا داشتند. در رابطه با رضایت جنسی کلی، بیشترین اثربخشی مربوط به هیپنوتراپی شناختی رفتاری بود و این اثربخشی در مرحله پیگیری نیز ثابت داشت.

مطالعات کمی در رابطه با اثر مداخلات پیرامون مشکلات جنسی بیماران مبتلا به فیرومیالژیا انجام شده است. نتایج مطالعه حاضر با مطالعات گذشته در زمینه تاثیر درمان شناختی رفتاری بر مشکلات جسمانی و نیز مشکلات روابط زناشویی بیماران فیرومیالژیا همسو بوده است.^{۱۸-۲۱}

در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر رضایت جنسی، می‌توان به استفاده از تکنیک‌های شناختی به کار برده شده همچون بازسازی شناختی، مهارت تمرکز و توجه و آموزش خودآبرازی اشاره نمود. زیرا در مداخله درمانی مطالعه حاضر از بازسازی شناختی افکار غیرمنطقی جنسی نسبت به خود، رابطه، خودگویی مثبت و مهارت تمرکز استفاده شد. با بهبود رابطه جنسی از وخامت وضعیت موجود کاسته شده که موجب افزایش کیفیت رابطه زناشویی و رضایت جنسی می‌شود.^{۲۲} عدم رضایت جنسی فرد حاصل بازتاب تحریف‌های شناختی ناسالم و روان‌نژند او است. بنابراین افکار منفی و ناسازگار را به‌عنوان هسته اصلی نارضایتی جنسی می‌توان در نظر گرفت.^{۲۳} رویکرد شناختی رفتاری به فرد دلزده که اغلب دارای خطاهای شناختی است؛ کمک می‌کند که آگاهی وی از استناد و باورهای غیرمنطقی بیشتر شود. هم‌چنین با انجام تمرینات جلسات آموزشی و تکالیف خانگی به اصلاح باورها و استنادهای غلطی که

موجب نارضایتی جنسی آنان شده؛ بپردازند^{۲۴} که در نهایت به افزایش رضایت جنسی می‌انجامد. درمان شناختی رفتاری می‌تواند موجب تقویت مهارت‌های ارتباطی مانند مهارت‌های کلامی و غیرکلامی گردد که باعث افزایش خود باوری مثبت و کاهش منفی‌نگری شده و در نهایت منجر به افزایش رضایت جنسی شود.^{۲۵} همچنین در تبیین تاثیر درمان شناختی رفتاری بر رضایت جنسی بایستی اشاره کرد که مشاوره شناختی - رفتاری اثر عمده‌ای بر احساسات فرد خواهد گذاشت. بدین ترتیب فرد می‌تواند الگوهای غیرطبیعی رفتار جنسی خود را پیدا و تحلیل کند. مشاور پس از شناسایی این الگوهای نامناسب، به فرد می‌آموزد که چگونه با این الگوهای بیفایده مبارزه کند و افکار و رفتار خود را نسبت به روابط جنسی دوباره بسازد. پس از بازسازی، تفکر مبتنی بر رفتار به واقعیت و منطق متکی است و وضعیت‌های منفی بهبود می‌یابند. به اعتقاد باباخانی درمان شناختی رفتاری خودپنداره بیمار را در رابطه با عملکرد جنسی خود بهبود بخشیده و این می‌تواند سازوکار مهمی در رضایت جنسی وی داشته باشد.^{۲۶} در فیرومیالژیا استرس‌های شدید ناشی از بیماری باعث کاهش رضایت جنسی خواهد شد. شواهد نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری می‌تواند راهبردهای مقابله با استرس را در این بیماران افزایش داده و در نتیجه عملکرد ارتباطی آنها را افزایش دهد.^{۲۷} به اعتقاد Meston و همکاران درمان شناختی رفتاری بر ایجاد تغییر در نگرش و افکار مرتبط با روابط جنسی، کاهش اضطراب و افزایش توانایی و رضایت از ارگاسم تمرکز نموده و از این طریق می‌تواند رضایت جنسی را افزایش دهد.^{۲۸}

نتایج مطالعه حاضر در مرحله پیگیری نیز نشان‌دهنده اثر معنی‌دار بر رضایت جنسی و مؤلفه‌های آن بود. همچنین یافته‌ها نشان داد درمان

کف لگن و یک عملکرد جنسی ناموفق می‌شد.^{۳۴} درمانگر با استفاده از روش‌های هیپنوتیزمی توأم با روش‌های شناختی رفتاری در اصلاح تغییر و تصویرسازی سازنده و از همه مهم‌تر جایگزین کردن افکار مثبت به جای افکار منفی دارد که به صورت خود هیپنوتیزم از بیماران خواسته شد؛ در تمام این مدت انجام دهند که باعث بهبودی بیشتر عملکرد جنسی در آنها شد. با توجه به این که هیپنوتیزم تکنیک‌هایی را ارائه می‌کند که امکان بررسی سریع و شناسایی تعارضات واقعی، احساسات حل نشده درباره اتفاقات گذشته و عوامل ضمیر ناخودآگاه فراهم می‌شود؛ علت بسیاری از این اضطراب‌ها مشخص شده که می‌تواند کمک بسیاری به این بیماران نماید.^{۳۴} با تفکر واگرایی که در حالت هیپنوز به دست می‌آید؛ بیماران بهتر می‌توانند افکار و رویدادهای پیرامونی خود را تفسیر کنند. همچنین بینش دادن و بازسازی باورهای بنیادین نیز با این تفکر واگرا تسهیل می‌شود. به‌طور کلی یکی از مشکلات در اختلالات روانی مختلف، نبودن تفکر واگرا و یک‌جانبه‌نگری بیمار است که به خطاهای شناختی و تحریف واقعیت منجر می‌شود. این‌گونه به نظر می‌رسد که هیپنوتیزم با تأثیر بر مؤلفه بازبودن ذهن و گسترش آگاهی تفکر واگرا را تسهیل می‌کند و در برطرف کردن این مشکل، کمک‌کننده است.^{۳۵}

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به تک آزمودنی بودن و کاهش تعمیم‌پذیری نتایج اشاره نمود. پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی روی حجم نمونه بیشتر و روی سایر بیماری‌ها نظیر مولتیپل اسکلروزیس صورت گیرد. همچنین توصیه می‌شود روانشناسان و متخصصین حوزه سلامت، پروتکل جامعی را طراحی نمایند که در آن به تشریح تاثیر درمان ترکیبی هیپنوتراپی شناختی رفتاری پرداخته شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که هر دو روش درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر افزایش رضایت جنسی و مؤلفه‌های آن موثرند و درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر درمان شناختی رفتاری برتری داشت و در پیگیری دو ماهه نیز اثربخشی خود را حفظ نمود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه خانم مهدیه کلبادی نژاد برای اخذ درجه دکتری در رشته روانشناسی (شماره ۱۳۵۶۰۴۰۷) از دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان بود. تضاد منافعی بین نویسندگان وجود ندارد. بدین‌وسیله از مدیریت مرکز جامع پارس توان و از شرکت‌کنندگان در مطالعه سپاسگزاری می‌کنیم.

هیپنوتراپی شناختی رفتاری بهتر از درمان شناختی رفتاری می‌تواند بر افزایش رضایت جنسی بیماران تاثیر بگذارد. پژوهش‌های اندکی در زمینه تاثیر درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر رضایت جنسی بیماران فیبرومیالژیا وجود دارد که بتوان با پژوهش حاضر همسو باشد؛ اما پژوهش‌های گذشته در زمینه تاثیر درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر عملکرد جنسی بیماران واژینسموس نشان داده است که این روش درمانی در عملکرد جنسی تاثیر دارد.^{۳۰،۳۱} همچنین نتایج پژوهش گذشته نشان داد که هیپنوتراپی شناختی رفتاری تاثیر بالایی در کاهش اضطراب دارد.^{۳۲،۳۱} که همسو با نتایج مطالعه حاضر است. در تبیین اثربخشی هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر باورهای و تفکرات پیرامون رضایت جنسی عموماً از تکنیک‌های تصویرسازی هدایت شده استفاده می‌گردد که از مراجع خواسته می‌شود که روبه‌رو شدن با یک موقعیت استرس‌زا یا مشکل‌ساز مانند مشکلات جنسی و یا روابط زناشویی و اداره کردن آن از طریق آرام‌سازی یا استفاده بیشتر از شیوه‌های مواجهه را تصور کند. این تمرینات در اغلب موارد، باعث کاهش تنش‌های جنسی پیش‌بینی نشده می‌شود. ارتباط عاطفی زوجین طی این تمرینات افزایش یافته و باعث می‌شود تا بیشتر به هم ابراز محبت کنند. این روش درمانی به افراد اجازه می‌دهد تا هیجانانگیز خود را ابراز و آزادانه صحبت کنند که این ارتباط راحت و آزادانه معمولاً حالات اضطراب را کاهش داده و باعث تسهیل احساسات هر فرد در ارتباط می‌شود. از بین بردن احساس گناه یا ترس ناخودآگاه از کامیابی و لذت، جایگزین کردن شناخت‌های صحیح به جای شناخت‌های بازدارنده و غلط می‌تواند توجه تأثیر مداخله درمانی باشد. طرح‌ریزی جزئیات روند نزدیکی به گونه‌ای است که بیمار انگیزه و توانایی لازم را برای پذیرش و ابراز علائق جنسی، در شرایطی خالی از تنش‌های جنسی به دست می‌آورد.^{۳۳}

در اثربخش بودن هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر بهبود اضطراب می‌توان گفت که به طور کلی هیپنوتیزم درمان بسیار مناسبی بر تظاهرات شناختی اضطراب در تمام سطوح است. آموزش آرام‌سازی و خود مدیریت هیپنوتیزم باعث افزایش اعتماد به نفس و ایجاد وقفه اضطرابی در موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود.^{۳۱} هیپنوتراپی شناختی رفتاری فرض می‌کند که علت بسیاری از ناراحتی‌های روان شناختی، اشکال منفی خود هیپنوتیزم هستند که در آن افکار منفی بدون آنکه مورد نقد و بررسی قرار گیرند؛ حتی بدون آگاهی پذیرفته می‌شوند. با توجه به این که افکار منفی بیماران از زمان اولین رابطه جنسی ناموفق که با همسران خود داشتند؛ در هنگام قرارگیری در موقعیت رابطه جنسی، مدام این افکار در ذهن بیماران مرور می‌شد و افکار منفی روی بدن آنها تأثیر می‌گذاشت و باعث قفل شدن عضلات

References

- Conversano C, Poli A, Ciacchini R, Hitchcott P, Bazzichi L, Gemignani A. A psychoeducational intervention is a treatment for fibromyalgia syndrome. *Clin Exp Rheumatol*. 2019 Jan-Feb; 37 (Suppl 116): (1): 98-104.
- Rico-Villademoros F, Calandre EP, Rodríguez-López CM, García-Carrillo J, Ballesteros J, Hidalgo-Tallón J, et al. Sexual functioning in women and men with fibromyalgia. *J Sex Med*. 2012 Feb; 9(2): 542-49. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2011.02513.x
- Collado-Mateo D, Olivares PR, Adsuar JC, Gusi N. Impact of fibromyalgia on sexual function in women. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2020; 33(3): 355-61. DOI: 10.3233/BMR-170970
- Orellana C, Gratacós J, Galisteo C, Larrosa M. Sexual dysfunction in patients with fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep*. 2009 Dec; 11(6): 437-42. DOI: 10.1007/s11926-009-0064-7
- Akkaya N, Akkaya S, Atalay NS, Acar M, Catalbas N, Sahin F. Assessment of the relationship between postural stability and sleep quality in patients with fibromyalgia. *Clin Rheumatol*. 2013 Mar;32(3):325-31. DOI: 10.1007/s10067-012-2117-y
- Yilmaz H, Yilmaz SD, Polat HA, Salli A, Erkin G, Ugurlu H. The effects of fibromyalgia syndrome on female sexuality: a controlled study. *J Sex Med*. 2012 Mar; 9(3): 779-85. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2011.02619.x
- Kayhan F, Küçük A, Satan Y, İlgin E, Arslan Ş, İlik F. Sexual dysfunction, mood, anxiety, and personality disorders in female patients with fibromyalgia. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016 Feb; 12: 349-55. DOI: 10.2147/NDT.S99160
- Papadopoulou D, Fassoulaki A, Tsoulas C, Siafaka I, Vadalouca A. A meta-analysis to determine the effect of pharmacological and non-pharmacological treatments on fibromyalgia symptoms comprising OMERACT-10 response criteria. *Clin Rheumatol*. 2016 Mar; 35(3): 573-86. DOI: 10.1007/s10067-015-3144-2
- Whiteside N, Sarmanova A, Chen X, Zou K, Abdullah N, Doherty M, et al. Proportion of contextual effects in the treatment of fibromyalgia-a meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Rheumatol*. 2018 May; 37(5): 1375-82. DOI: 10.1007/s10067-017-3948-3
- Liu LJ, Shih HY, Hsieh YJ. Don't speak, let me lie in your arms: Combined psychotherapy and spiritual care for a case with fibromyalgia. *Spirituality in Clinical Practice*. 2019; 6(1): 66-72. DOI: 10.1037/scp0000175
- Harte SE, Clauw DJ, Hayes JM, Feldman EL, St Charles IC, Watson CJ. Reduced intraepidermal nerve fiber density after a sustained increase in insular glutamate: a proof-of-concept study examining the pathogenesis of small fiber pathology in fibromyalgia. *Pain Rep*. 2017 Apr; 2(3): e590. DOI: 10.1097/PR9.0000000000000590
- Thieme K, Flor H, Turk DC. Psychological pain treatment in fibromyalgia syndrome: efficacy of operant behavioural and cognitive behavioural treatments. *Arthritis Res Ther*. 2006; 8(4): R121. DOI: 10.1186/ar2010
- Adler-Neal AL, Zeidan F. Mindfulness Meditation for Fibromyalgia: Mechanistic and Clinical Considerations. *Curr Rheumatol Rep*. 2017 Sep; 19(9): 59. DOI: 10.1007/s11926-017-0686-0
- Hawkins PJ. Hypnotherapy and sexual problems. In: Heap M. *Hypnotherapy: A Handbook*. New York: McGrawHill. 2012; pp: 175-99.
- Roshan Chesli R, Mirzaei S, Nikazin A. [Validity and Reliability of Multidimensional Sexual Satisfaction Scale for Women (SSSW) in One Sample of Iranian Women]. *Clinical Psychology and Personality*. 2014; 12(1): 129-40. [Article in Persian]
- Turk DC. Cognitive-behavioral approach to the treatment of chronic pain patients. *Reg Anesth Pain Med*. 2003 Nov-Dec; 28(6): 573-79. DOI: 10.1016/s1098-7339(03)00392-4
- Free ML. *Cognitive Therapy in Groups: Guidelines and Resources for Practice*. 2nd ed. New Jersey: Wiley. 2007; pp: 37-201.
- Picard P, Jusseaume C, Boutet M, Dualé C, Mulliez A, Aublet-Cuvellier B. Hypnosis for management of fibromyalgia. *Int J Clin Exp Hypn*. 2013; 61(1): 111-23. DOI: 10.1080/00207144.2013.729441
- Elkins G, Jensen MP, Patterson DR. Hypnotherapy for the management of chronic pain. *Int J Clin Exp Hypn*. 2007 Jul; 55(3): 275-87. DOI: 10.1080/00207140701338621
- Alvarez-Nemegyei J, Negreros-Castillo A, Nuño-Gutiérrez BL, Alvarez-Berzunza J, Alcocer-Martínez LM. [Ericksonian hypnosis in women with fibromyalgia syndrome]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2007 Jul-Aug; 45(4): 395-401. [Article in Spanish]
- Bowker E, Dorstyn D. Hypnotherapy for disability-related pain: A meta-analysis. *J Health Psychol*. 2016 Apr; 21(4): 526-39. DOI: 10.1177/1359105314530452
- Buster JE. Managing female sexual dysfunction. *Fertil Steril*. 2013 Oct; 100(4): 905-15. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2013.08.026
- Bergeron S, Khalifé S, Dupuis MJ, McDuff P. A randomized clinical trial comparing group cognitive-behavioral therapy and a topical steroid for women with dyspareunia. *J Consult Clin Psychol*. 2016 Mar; 84(3): 259-68. DOI: 10.1037/ccp0000072
- Omidi A, Ahmadvand A, Najarzagdegan MR, Mehrzad F. Comparing the effects of treatment with sildenafil and cognitive-behavioral therapy on treatment of sexual dysfunction in women: a randomized controlled clinical trial. *Electron Physician*. 2016 May; 8(5): 2315-24. DOI: 10.19082/2315
- Kane L, Dawson SJ, Shaughnessy K, Reissing ED, Ouimet AJ, Ashbaugh AR. A review of experimental research on anxiety and sexual arousal: Implications for the treatment of sexual dysfunction using cognitive behavioral therapy. *J Exp Psychopathol*. 2019; 1-24. DOI: 10.1177/2043808719847371
- Babakhani N, Taravati M, Masoumi Z, Garousian M, Faradmal J, Shayan A. The Effect of Cognitive-Behavioral Consultation on Sexual Function among Women: a Randomized Clinical Trial. *J Caring Sci*. 2018 Jun; 7(2): 83-88. DOI: 10.15171/jcs.2018.013
- Koca TT, Karaca Acet G, Tanrikut E, Talu B. Evaluation of sleep disorder and its effect on sexual dysfunction in patients with Fibromyalgia syndrome. *Turk J Obstet Gynecol*. 2016 Dec; 13(4): 167-71. DOI: 10.4274/tjod.17047
- Meston CM, Levin RJ, Sipski ML, Hull EM, Heiman JR. Women's orgasm. *Annu Rev Sex Res*. 2004; 15: 173-257.
- Pourhosein R, BahramiEhsan Z. Using Hypnosis in a case of Vaginismus: A Case Report. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2011; 15: 3886-89. DOI: 10.1016/j.sbspro.2011.04.389
- Lotfifar B, Karami A, Sharifi Daramadi P, Fathi M. [Effectiveness of hypnotherapy on anxiety level]. *Rese Med*. 2013; 37 (3): 164-70. [Article in Persian]
- Bryant RA, Moulds ML, Nixon RD, Mastrodomenico J, Felmingham K, Hopwood S. Hypnotherapy and cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: a 3-year follow-up. *Behav Res Ther*. 2006 Sep; 44(9): 1331-5. DOI: 10.1016/j.brat.2005.04.007

32. Dundas I, Hagtvet KA, Wormnes B, Hauge H. Does self-hypnosis add to the effectiveness of a cognitive-behavioral intervention against test anxiety? *Nordic Psychology*. 2013; 65(3): 224-41. DOI: 10.1080/19012276.2013.824203
33. Baktriya F, Rafieinia P, Sabahi P, Nazari L. [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)]. *Nurs Midwifery J*. 2020; 17(11): 907-18. [Article in Persian]
34. Rajae F, Eshghi R. [The effect of behavioral-cognitive hypnotherapy on improving anxiety and sexual performance of vaginismus patients]. *Journal of Clinical Psychology*. 2018; 9(4): 55-69. DOI: 10.22075/jcp.2018.11810.1164
35. Alladin A. *Integrative CBT for Anxiety Disorders: An Evidence-Based Approach to Enhancing Cognitive Behavioural Therapy with Mindfulness and Hypnotherapy*. 1st ed. New Jersey: John Wiley & Sons. 2015. pp: 280-84.