

بررسی نقش طرحواره های ناسازگار اولیه و هیجان های بازداری شده در تداوم اختلال عدم

ارگاسم: رویکرد روان پویشی مدرن

*نازنین حقیقت بیان^۱

۱- دکتری روانشناسی بالینی، قم، ایران.

چکیده

اختلال عدم ارگاسم یکی از پیچیده ترین اختلالات عملکرد جنسی است که به ویژه در زنان، پیامدهای روان شناختی و بین فردی قابل توجهی دارد و اغلب در لایه های پنهان تجربه زیسته فرد ریشه دارد. دیدگاه های سنتی عمدتاً بر عوامل جسمانی یا آموزش ناکافی تمرکز داشته اند، اما شواهد اخیر نشان می دهند که مولفه های روان پویشی، به ویژه طرحواره های ناسازگار اولیه و هیجان های بازداری شده، نقش مهمی در شکل گیری و تداوم این اختلال ایفا می کنند. رویکرد روان پویشی مدرن، با تأکید بر فهم تعارض های ناهشیار و بازسازی هیجانی در بستر رابطه درمانی، بستری مفهومی و بالینی برای تبیین چندلایه بودن این مشکل فراهم می سازد. هدف این مطالعه مروری، ترسیم یک چارچوب تلفیقی برای درک و تحلیل نقش طرحواره های ناسازگار اولیه و هیجان های بازداری شده در تداوم اختلال عدم ارگاسم از منظر رویکرد روان پویشی مدرن است. در این راستا، تمرکز بر پیوند بین مولفه های شناختی-هیجانی، بدنی، رابطه ای و فرهنگی بوده و تلاش شد یک مدل مفهومی جامع برای تبیین این روابط ارائه شود. روش این پژوهش مبتنی بر مرور نظام مند و تحلیلی مطالعات نظری و بالینی مرتبط طی دو دهه اخیر است. منابع از پایگاه های داده علمی بین المللی و داخلی انتخاب و بر اساس معیارهایی چون ارتباط مستقیم با موضوع، رویکرد روان پویشی، و بحث درباره طرحواره ها یا هیجان های بازداری شده غربال شدند. سپس داده ها به شیوه تحلیل مضمون و تلفیق مفهومی بررسی شدند تا نقاط هم پوشان، تفاوت ها و شکاف های پژوهشی شناسایی گردد. یافته ها نشان دادند که طرحواره هایی مانند محرومیت هیجانی، نقص/شرم، بی اعتمادی/بدرفکاری، اطاعت و بازداری هیجانی، از مسیرهایی چون سرکوب میل جنسی، کاهش رهاسازی بدنی، اجتناب از صمیمیت و فعال سازی دفاع های ناهشیار، بخش مهمی از چرخه تداوم اختلال را تشکیل می دهند. هیجان های بازداری شده نظیر لذت، خشم یا آسیب پذیری موجب تقویت این چرخه و شکل گیری یک شبکه دفاعی چندلایه می شوند که توانایی تجربه اوج لذت را مختل می کند. رویکرد روان پویشی مدرن، با تکیه بر رابطه درمانی زنده، کاوش خاطرات هیجانی اولیه، و مداخلات هم زمان شناختی-بدنی، می تواند این چرخه را گسسته و فرآیند ارگاسم را به عنوان تجربه ای امن و پیوسته احیا نماید. در مجموع، مرور حاضر تأکید دارد که رویکردهای درمانی موفق باید هم زمان پنج بُعد شناختی-هیجانی، بدنی، رابطه ای، فرهنگی-اجتماعی و نوروبیولوژیک را هدف بگیرند. این چارچوب تلفیقی، ضمن غنی کردن فهم نظری، مسیرهای پژوهش و مداخله بین رشته ای را برای بهبود کیفیت زندگی جنسی و هیجانی افراد مبتلا ترسیم می کند.

واژگان کلیدی: طرحواره های ناسازگار اولیه، هیجان های بازداری شده، اختلال عدم ارگاسم، رویکرد روان پویشی مدرن،

عملکرد جنسی

مقدمه

اختلال عدم ارگاسم یکی از پیچیده ترین و در عین حال کمتر شناخته شده ترین مشکلات جنسی در میان زنان است. این اختلال به معنای ناتوانی پایدار یا مکرر در دستیابی به اوج لذت جنسی، حتی در شرایط وجود تحریک جسمی و روانی کافی، تعریف می شود (Cabello-García et al., ۲۰۲۴). مسئله تنها به از دست رفتن تجربه ارگاسم محدود نمی گردد، بلکه پیامدهای روانی، هیجانی و بین فردی ناشی از آن می تواند عمیق و طولانی مدت باشد. احساس نارضایتی، کاهش عزت نفس، اختلال در صمیمیت عاطفی با شریک زندگی، و حتی بروز اضطراب و افسردگی، از جمله آثار شایع این مشکل هستند. با وجود اهمیت این موضوع، گفت و گو درباره آن هنوز در بسیاری از فرهنگ ها با موانع و تابوهای اجتماعی روبه رو است. این سکوت فرهنگی علاوه بر ایجاد احساس شرم یا گناه در زنان مبتلا، مانع از جستجوی کمک حرفه ای و پیگیری درمان می شود. از سوی دیگر، ریشه های بروز این اختلال صرفاً به عوامل جسمی یا هورمونی محدود نیست، بلکه در بسیاری موارد، مجموعه ای پیچیده از عوامل روان شناختی، رشد اولیه و تجربه های هیجانی سرکوب شده در شکل گیری و تداوم آن نقش دارند (سیدمورتی و همکاران، ۱۴۰۳).

رویکرد روان پویشی مدرن بر این باور است که مشکلات جنسی، از جمله عدم ارگاسم، اغلب نتیجه تعارض های هیجانی و تجربه های ناهشیاری هستند که ریشه در دوران کودکی و روابط اولیه دارند. در این دیدگاه، فرآیند ارگاسم نه صرفاً یک واکنش جسمی، بلکه نتیجه هماهنگی پیچیده بین هیجان، تصویر بدنی، اعتماد به شریک جنسی و توانایی رهاسازی روانی و جسمی است. یکی از موانع اصلی در این مسیر، وجود هیجان های بازداری شده است؛ هیجان هایی که ممکن است به دلیل ترس از طرد، احساس گناه، یا تجربه های آسیب زای گذشته، هرگز مجال بروز نیافته و در ناخودآگاه باقی مانده باشند. این بازداری می تواند مانع از آن شود که فرد به نقطه اوج تجربه لذت برسد، حتی اگر همه شرایط بیرونی مهیا باشد (Chen & Kalichman, ۲۰۲۴).

در کنار این مسئله، نقش طرحواره های ناسازگار اولیه نیز به عنوان الگوهای ذهنی و احساسی تثبیت شده در دوران کودکی، اهمیت فراوانی دارد. این طرحواره ها در واکنش به نیازهای برآورده نشده و تجربه های عاطفی منفی شکل می گیرند و در بزرگسالی بر نحوه ادراک، احساس و واکنش فرد در موقعیت های صمیمی و جنسی تأثیر می گذارند. برخی طرحواره ها مانند «نقص و شرم»، «اطاعت» و «محرومیت هیجانی» می توانند به طور مستقیم باعث سرکوب تمایل به لذت یا ایجاد ترس از صمیمیت شوند. زمانی که این دو عامل - یعنی طرحواره های ناسازگار اولیه و هیجان های بازداری شده - با یکدیگر تعامل پیدا می کنند، یک چرخه معیوب شکل می گیرد. در این چرخه، طرحواره ها به عنوان فیلترهای شناختی - هیجانی عمل کرده و هرگونه تجربه جنسی را از دریچه ناپیم و پر از شک و تردید عبور می دهند، در حالی که بازداری هیجانی به طور فعال مانع از بروز هیجان های لذت بخش و رسیدن به اوج تجربه جنسی می شود. در نتیجه، حتی در شرایطی که انگیزش جنسی وجود دارد، رسیدن به ارگاسم ممکن نیست (Hadibrata et al., ۲۰۲۵).

هدف این مقاله مروری، بررسی عمیق و نظام مند نقش این دو عامل در تداوم اختلال عدم ارگاسم از منظر رویکرد روان پویشی مدرن است. این رویکرد با ترکیب فهم عمیق از فرآیندهای ناخودآگاه، پویایی روابط عاطفی و شناخت علمی از ساختارهای هیجانی، فرصتی فراهم می آورد تا چرخه های نادیده مانده و پیچیده ای که مانع تجربه لذت جنسی می شوند، روشن شوند. همچنین، چنین تحلیلی می تواند زمینه ساز توسعه مداخلات درمانی باشد که فراتر از رفع علائم جسمی، به حل تعارض های عاطفی و بازسازی الگوهای ارتباطی و هیجانی می پردازد.

۲. چارچوب نظری و مفهومی

۲.۱ تعریف و ابعاد اختلال عدم ارگاسم

اختلال عدم ارگاسم، به‌ویژه در زنان، پدیده‌ای است که همواره هم‌زمان چندین بعد جسمی، روانی، اجتماعی و هیجانی را درگیر می‌کند. این اختلال معمولاً به ناتوانی مکرر یا پایدار در دستیابی به ارگاسم علی‌رغم وجود تحریک کافی اشاره دارد؛ اما درک آن صرفاً در قالب این تعریف محدود، نوعی ساده‌سازی مفرط خواهد بود. ارگاسم در زنان، نه یک رویداد صرفاً فیزیولوژیک، بلکه نتیجه هماهنگی پیچیده‌ای بین سیستم عصبی مرکزی و محیطی، عملکرد هورمونی، فرآیندهای شناختی-عاطفی، تصویر بدنی، احساس امنیت، اعتماد به شریک جنسی، و مهم‌تر از همه، جریان آزاد هیجان‌هاست. به بیان دیگر، ارگاسم زمانی رخ می‌دهد که فرد به‌طور روانی-عاطفی بتواند خود را در تجربه جنسی رها کند و حرکتی از تنش به رهایی کامل را تجربه نماید. این فرآیند نیازمند پذیرش کامل بدن و احساسات، اعتماد به فضا و شریک جنسی، و نبود ترمزهای روانی است که می‌توانند میل یا واکنش جنسی را سرکوب کنند. در زنان مبتلا به اختلال عدم ارگاسم، معمولاً یک یا چند جزء از این زنجیره هماهنگی قطع یا مختل می‌شود. گاهی این اختلال آشکارا ناشی از عوامل جسمی است، ولی در بسیاری موارد، عوامل روان‌شناختی و هیجانی عمیق پشت صحنه عمل می‌کنند (Güler & Özer, ۲۰۲۰).

۲.۲ رویکرد روان‌پویشی مدرن در تبیین اختلالات جنسی

رویکرد روان‌پویشی مدرن، برخلاف نگرش‌های سنتی که عمدتاً از دیدگاه‌های فرویدی اولیه نشأت می‌گرفت، بر تعامل بین فرایندهای ناخودآگاه و روابط بین‌فردی جاری تأکید دارد. این رویکرد از یک طرف ریشه‌های رشدی مشکلات جنسی را بررسی می‌کند، و از طرف دیگر، بر پویایی‌های فعلی زندگی فرد، کیفیت روابط عاشقانه و جنسی، و سبک مواجهه با هیجان‌ها تمرکز می‌گذارد. در تبیین اختلال عدم ارگاسم، رویکرد روان‌پویشی مدرن نگاهی فراتر از صرف «میل جنسی» دارد و ساختار عاطفی فرد را به‌عنوان محیط داخلی که در آن تجربه جنسی شکل می‌گیرد، بررسی می‌کند. در این دیدگاه، اگر هیجان‌ها - به‌ویژه هیجان‌های مثبت مانند لذت، علاقه یا صمیمیت - در فضای روانی فرد تهدیدکننده، خطرناک یا ممنوع تلقی شده باشند، سیستم روان-جسم فرد به‌طور ناخودآگاه از ورود به تجربه کامل ارگاسم اجتناب می‌کند. این اجتناب اغلب ناشی از تعارض‌های ناخودآگاه است: تعارض میان میل به نزدیکی و ترس از آسیب، میان خواستن لذت و احساس شرم از آن، یا میان جستجوی صمیمیت و ترس از وابستگی.

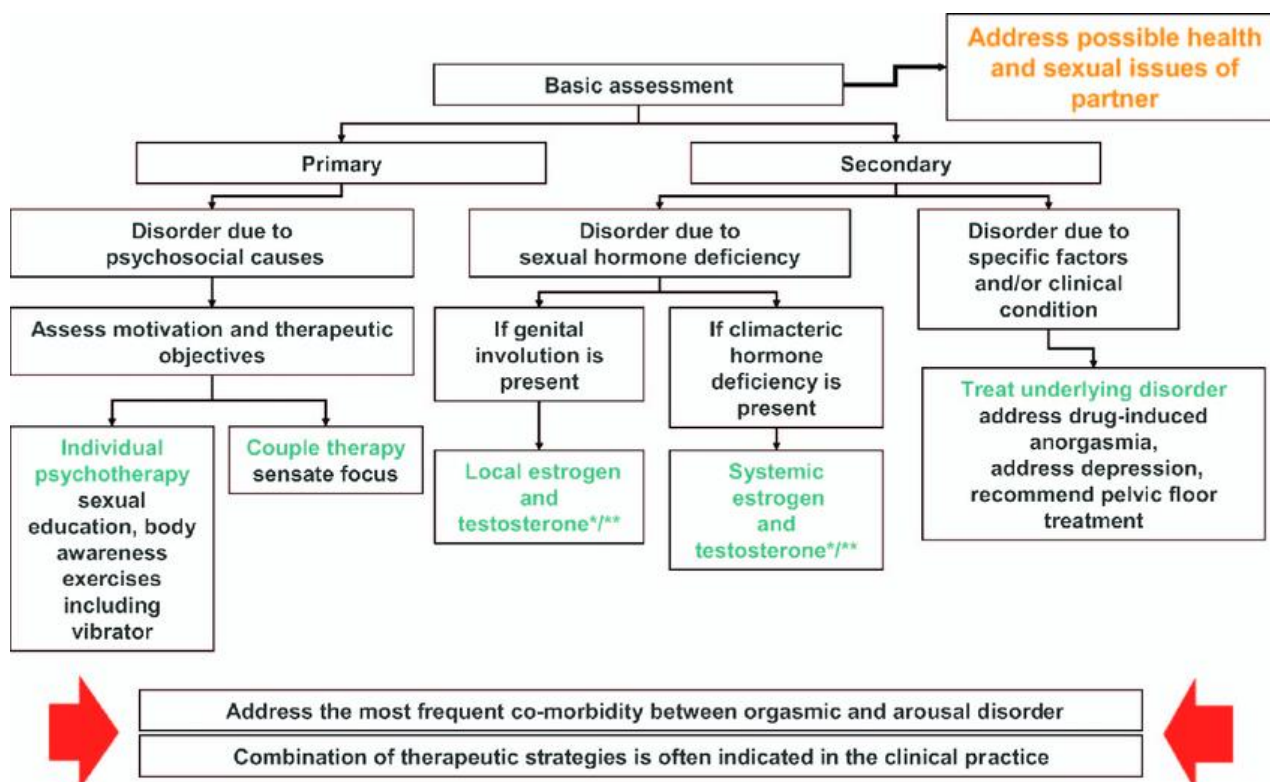
۲.۳ مفهوم هیجان‌های بازداری شده

هیجان‌های بازداری شده، یکی از مفاهیم کلیدی برای درک این اختلال هستند. در مسیر رشد عاطفی، بسیاری از افراد یاد می‌گیرند که تجربه یا ابراز برخی هیجان‌ها را خطرناک، غیرقابل قبول یا شرم‌آور بدانند. ممکن است کودک در محیطی بزرگ شود که گریه کردن نشانه ضعف، ابراز خشم نشانه پرخاشگری غیرقابل تحمل، یا نشان دادن لذت نشانه بی‌اخلاقی تلقی شود. نتیجه این آموزش‌های هیجانی، شکل‌گیری یک «فیلتر درونی» است که به‌طور خودکار مانع از تجربه یا بیان این هیجان‌ها می‌شود. وقتی هیجان‌های بازداری شده در حوزه جنسی فعال می‌شوند، آنها می‌توانند جریان طبیعی لذت

و رهایی را مسدود کنند. برای مثال، اگر لذت جسمی در ذهن فرد با احساس شرم، گناه یا ترس پیوند خورده باشد، فرآیند پاسخ جنسی - که نیازمند اجازه روانی برای تجربه هیجان و رها شدن است - به شدت دچار اختلال خواهد شد. در چنین شرایطی، حتی اگر تحریک جسمی به نقطه اوج برسد، یک «ترمز هیجانی» فعال وارد عمل می شود و اجازه وقوع ارگاسم را نمی دهد (Facelle et al., ۲۰۱۳).

۲.۴ پیوستگی مفهوم بازداری هیجان و طرحواره های ناسازگار اولیه

طرحواره های ناسازگار اولیه، الگوهای بنیادین ادراک و تجربه هستند که از دوران کودکی شکل گرفته و به بزرگسالی منتقل می شوند. این طرحواره ها، به ویژه در حوزه روابط صمیمی و جنسی، بستری فراهم می کنند که در آن معنای هیجان ها و واکنش های بدنی تفسیر می شود. برای مثال، فردی با طرحواره نقص و شرم، ممکن است به طور ناخودآگاه باور داشته باشد که «بدن من دوست داشتنی نیست» یا «اگر لذت جنسی را نشان بدهم، طرد می شوم». این باورها، حتی بدون حضور در آگاهی، توانایی فرد برای تجربه آزادانه ارگاسم را مسدود می کنند. از سوی دیگر، بازداری هیجانی به عنوان یک مکانیزم روان پویایی، این اثرات را تشدید می کند. زمانی که طرحواره و بازداری هیجانی هم زمان عمل می کنند، فرد نه تنها باورهای محدودکننده ای درباره خود و رابطه دارد، بلکه توان هیجانی لازم برای عبور از این باورها و ایجاد تجربه نو را نیز از دست می دهد. حاصل این تعامل، همان چرخه معیوبی است که در اختلال عدم ارگاسم نقش پایدار ایفا می کند (Jackowich et al., ۲۰۱۶).



* Currently there is no specifically approved medication for orgasmic disorder

** Studies on testosterone show significantly positive effects in arousal and orgasm as secondary endpoints

شکل ۱. الگوریتم ارزیابی و مداخلات درمانی در اختلال ارگاسمی زنان. این طرحواره روند ارزیابی اولیه (Basic assessment) را به دو دسته اصلی اختلال اولیه (Primary) و ثانویه (Secondary) تقسیم می کند. اختلالات اولیه می توانند ناشی از عوامل روانی-اجتماعی بوده و با مداخلاتی نظیر روان درمانی فردی، آموزش جنسی، تمرینات آگاهی بدنی، استفاده از ویبراتور و تمرکز حسی در زوج درمانی درمان شوند. در سوی دیگر، اختلالات ثانویه ممکن است ناشی از کمبود هورمون های جنسی یا عوامل/شرایط بالینی خاص باشند؛ درمان شامل تجویز استروژن و تستوسترون موضعی یا سیستمیک (در صورت وجود آنروپی تناسلی یا کمبود هورمونی یائسگی) و نیز درمان اختصاصی اختلال زمینه ای (مانند آنورگاسمی ناشی از دارو، افسردگی، یا ضعف عضلات کف لگن) است. همچنین، ارزیابی و مداخلات شامل رسیدگی به مشکلات احتمالی سلامتی و جنسی شریک جنسی، توجه به همبودی شایع اختلالات ارگاسمی و برانگیختگی، و استفاده از رویکردهای درمانی ترکیبی در عمل بالینی می باشد.

۳. طرحواره های ناسازگار اولیه

۳.۱ تعریف کلی و پیش زمینه شکل گیری

طرحواره های ناسازگار اولیه نمایانگر الگوهای پایدار و عمیقی از باورها، احساسات، و خاطرات بدنی هستند که فرد نسبت به خود، دیگران و جهان اطراف در ذهنش دارد (Facelle et al., ۲۰۱۳). این الگوها در سال های اولیه زندگی، یعنی زمانی

که ساختار روانی و هیجانی فرد هنوز در حال شکل گیری است، به وجود می آیند و از طریق تجربه های تکراری در روابط با مراقبان اولیه و محیط، تثبیت می شوند. در شرایطی که نیازهای هیجانی اساسی کودک - مانند ایمنی، محبت بی قید و شرط، پذیرش، هدایت عاطفی، و آزادی بیان احساسات - به طور مداوم برآورده نشود، کودک برای سازگاری با این کمبودها، تفسیرهایی از خود و جهان می سازد. این تفسیرها، که در آن زمان ممکن است برای بقا یا کاهش درد روانی ضروری باشند، بعدها در بزرگسالی به قالب طرحواره های ناسازگار اولیه درمی آیند. نکته کلیدی اینجاست که طرحواره ها در اکثریت مواقع به صورت ناهشیار عمل می کنند. فرد نه فقط به همان شیوه ای فکر می کند که طرحواره به او دیکته کرده، بلکه حتی متوجه وجود این ساختار ذهنی هم نمی شود. به همین دلیل، طرحواره های ناسازگار اولیه می توانند دهه ها زندگی یک فرد را بدون آنکه او بداند، تحت تأثیر قرار دهند (کازم زاده عطوفی و همکاران، ۱۴۰۲).

۳.۲ دسته بندی طرحواره های ناسازگار اولیه

با وجود طبقه بندی های متعدد، یکی از متداول ترین روش ها تقسیم طرحواره ها به پنج حوزه کلی است که هر کدام ریشه در کمبودهای ویژه ای در دوران کودکی دارند:

۱. بریدگی و طرد: شامل طرحواره هایی مانند محرومیت هیجانی، بی اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص و شرم. در این حوزه، کودک یاد می گیرد که وابستگی یا ابراز نیاز، منجر به آسیب یا طرد خواهد شد.
۲. خودگردانی و عملکرد مختل: شامل طرحواره هایی چون وابستگی/بی کفایتی، آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود تحول نیافته. این دسته مانع استقلال هیجانی سالم در بزرگسالی می شود.
۳. محدودیت های مختل: شامل استحقاق/بزرگ منشی و ناکافی بودن خودکنترلی. فرد در این حوزه نیاز به مرزهای سالم را تجربه نکرده است.
۴. دیگرجهت مندی: شامل اطاعت، ایثار افراطی، جلب رضایت. در این موارد کودک می آموزد که باید نیاز یا خواسته های خود را به نفع دیگران فدای کامل کند.
۵. گوش به زنگی و بازداری بیش از حد: شامل بازداری هیجانی، معیارهای سخت گیرانه/عیب جویی افراطی. در این گروه، کودک در محیطی رشد می کند که بیان هیجان ها یا اشتباه کردن با مجازات یا طرد همراه بوده است.

۳.۳ مکانیسم تأثیر طرحواره ها بر عملکرد جنسی

عملکرد جنسی سالم، علاوه بر جنبه های فیزیولوژیک، به قابلیت روان برای اعتماد، رهایی و تجربه تسلیم بدن نیاز دارد. وقتی یک یا چند طرحواره ناسازگار عمل می کنند، این فرآیندها به شیوه های گوناگون مسدود می شوند:

- ایجاد ادراک نادرست از خود: زنانی که گرفتار طرحواره نقص و شرم هستند، ممکن است حتی در لحظاتی از صمیمیت جسمی، به جای تمرکز بر لذت یا تحریک، درگیر افکار خودانتقادی درباره بدن یا عملکرد خود شوند.
- ایجاد پیش بینی منفی: طرحواره بی اعتمادی باعث می شود فرد به صورت ناخودآگاه انتظار سوءاستفاده یا سوءنیت از طرف مقابل را داشته باشد و نتواند کاملاً رها شود.

- ساخت هویت جنسی محدود یا بازداری شده: طرحواره بازداری هیجانی نه تنها مانع ابراز خشم یا غم، بلکه مانع ابراز لذت و هیجان جنسی می شود (رادمهر و همکاران، ۱۴۰۳).

۳.۴ مثال های بالینی و پیوند با اختلال عدم ارگاسم

برای روشن تر شدن موضوع، می توان مثال های بالینی فرضی ارائه داد:

- مورد اول: زنی با سابقه محرومیت هیجانی در کودکی، که اکنون در رابطه ای پایدار است اما در لحظات جنسی احساس «قطع ارتباط» دارد. وقتی در جلسات درمان درباره تجربه های صحبت می کند، مشخص می شود که او حتی لذت جسمی را به نوعی «بیهوده» یا «بی معنی» می داند، زیرا در کودکی یاد گرفته بود که نیازهایش پاسخ داده نمی شود.
- مورد دوم: زنی با طرحواره اطاعت که همیشه خواسته های شریکش را در اولویت قرار می دهد، حتی در رابطه جنسی. او به جای تمرکز بر احساسات و بدن خود، مدام در فکر این است که «آیا طرف مقابل راضی است یا نه»، و این افکار اجازه رسیدن به ارگاسم را از او می گیرد.

جدول ۱- طبقه بندی طرحواره های ناسازگار اولیه و مسیرهای تأثیر آن ها بر تداوم اختلال عدم ارگاسم

حوزه طرحواره	نام طرحواره	ویژگی های محوری	مسیرهای اثرگذاری بر عملکرد جنسی	مثال بالینی
بریدگی/طرد	محرومیت هیجانی	احساس مزمن بی مهری و بی توجهی	کاهش امنیت هیجانی، مشکل در اعتماد و رهاسازی	ناتوانی در ارگاسم حتی با شریک امن به دلیل ترس از بی توجهی
بریدگی/طرد	بی اعتمادی/بدرفتاری	انتظار صدمه یا سوءاستفاده از سوی دیگران	اجتناب از صمیمیت جنسی، تنش عضلانی مزمن	واکنش دفاعی بدنی هنگام لمس
نقص/شرم	نقص/شرم	احساس کم ارزشی و ناپسند بودن خود	خودآگاهی بیش از حد، سرکوب لذت	اجتناب از تماس چشمی و لمس آرام
دیگر جهت مندی	اطاعت	تسلیم نیازهای طرف مقابل	بی توجهی به لذت خود، کاهش توجه به حس بدنی	ارگاسم شبیه به «وظیفه» نه تجربه لذت
گش به زنگی و بازداری	بازداری هیجانی	اجتناب از بروز هیجان	مهار پاسخ های بدنی و عاطفی مرتبط با ارگاسم	تجربه فعالیت جنسی «بی احساس»

این جدول با رویکردی تحلیلی، طرحواره های ناسازگار اولیه را در قالب دسته بندی یانگ مرور کرده و مسیرهای روان شناختی احتمالی را که می توانند به تداوم اختلال عدم ارگاسم منجر شوند، ترسیم می کند. از منظر روان پویایی مدرن، هر طرحواره به عنوان یک الگوی تثبیت شده شناختی-عاطفی، در لحظه تجربه جنسی به شیوه خاصی فعال می شود؛ این فعال سازی غالباً هیجان های بازداری شده (نظیر شرم، ترس، خشم یا غم) را برمی انگیزد و موجب قطع جریان خودانگیختگی و تحریک فیزیولوژیک می گردد. به عنوان مثال، طرحواره «بی اعتمادی/بدرفتاری» می تواند در تعاملات

جنسی نوعی پیش بینی تهدید ایجاد کند که باعث فشار دائمی بر شبکه های عصبی مرتبط با بقا شده و در نتیجه پاسخ های مرتبط با لذت اُفت کنند. یا طر حواره «معیارهای سرسختانه/انتقادگر درونی» می تواند مانع رهاشدگی روانی-جسمانی شود، زیرا فرد دائماً عملکرد خود را ارزیابی می کند و این حالت به نوعی توقف جریان تجربه جنسی می انجامد. مسیرهای اثر که در جدول آمده اند، حلقه های بازخورد ناخواسته بین شناخت های طر حواره ای، تحریک هیجانی و پاسخ جسمانی را توضیح می دهند. مرور این دسته بندی به درمانگران کمک می کند که در فرآیند ارزیابی، لیستی نظام مند از خطرات مرتبط با هر طر حواره در رابطه با عملکرد جنسی تهیه کنند و در مداخلات، نقطه گذاری دقیق تری داشته باشند.

۳.۵ چرخه تداوم طر حواره و مشکل ارگاسمی

طر حواره ها معمولاً خود را بازتولید می کنند. فرد ناآگاهانه وارد روابط یا موقعیت هایی می شود که باورهای طر حواره را دوباره تأیید می کند. در حوزه جنسی، این یعنی زن ممکن است شریک هایی انتخاب کند یا موقعیت هایی ایجاد کند که حس بی کفایتی، شرم یا بی اعتمادی او را تقویت کنند. همین بازتولید طر حواره باعث می شود که مشکل عدم ارگاسم نه تنها حل نشود بلکه تثبیت شود.

۴. هیجان های بازداری شده و نقش آن ها در عملکرد جنسی و اختلال عدم ارگاسم

این فصل را بسیار مفصل، لایه لایه و تحلیلی می نویسم، طوری که هم از نظر حجم و هم عمق، شبیه فصلی از یک کتاب مرجع یا مقاله مروری بین المللی باشد.

۴.۱ تعریف و ماهیت هیجان های بازداری شده

هیجان های بازداری شده به آن دسته از احساساتی اطلاق می شوند که فرد به دلیل عوامل رشدی، فرهنگی یا تجربیات آسیب زا، یاد گرفته است که آن ها را یا ابراز نکند یا حتی تجربه شان را به خود اجازه ندهد. این هیجان ها می توانند مثبت یا منفی باشند: عشق، هیجان، لذت، غرور، خشم، غم، ترس - همه در معرض بازداری قرار می گیرند اگر در دوران رشد با پیام هایی چون «این احساس خطرناک است»، «حق نداری این را نشان بدهی» یا «اگر بروز بدهی، آسیبی خواهی دید» مواجه شده باشیم. بازداری، برخلاف سرکوب که بیشتر آگاهانه است، اغلب فرآیندی ناخودآگاه است. درست مثل این که مغز یک «حسگر امنیتی» نصب کرده باشد که پیش از اجازه ورود هیجان به آگاهی، آن را فیلتر کند. این حسگر با مکانیزم هایی مانند انکار، تغییر جهت توجه یا حتی ایجاد علائم جسمانی (مثل تنش عضلانی یا درد) از تجربه کامل هیجان جلوگیری می کند (امامی پور و همکاران، ۱۴۰۲).

۴.۲ سازوکار روان پویایی بازداری هیجان

در رویکرد روان پویایی مدرن، هیجان یک نیروی محرک بنیادین در زندگی ذهنی و رابطه ای انسان محسوب می شود. وقتی تجربه یک هیجان با خطر (واقعی یا درونی سازی شده) گره می خورد، سیستم روانی برای محافظت از خود، مسیرهایی

جهت محدود کردن یا منحرف کردن این هیجان ایجاد می کند. این مسیرها می توانند در قالب دفاع های روانی شناخته شده چون واکنش وارونه، عقلانی سازی، یا حتی پاسخ های بدنی ناخودآگاه ظاهر شوند. یک نقطه کلیدی در تداوم اختلال عدم ارگاسم همین جاست: ارگاسم اساساً یک فرایند باز شدن کامل به هیجان و حس است. بازداری، هرچقدر هم نامرئی باشد، نقش «ترمز اضطراری» را ایفا می کند. حتی اگر میل جنسی (drive) فعال باشد و تحریک جسمی کافی وجود داشته باشد، بازداری هیجان می تواند گذر به اوج لذت را مسدود کند (Rosen & Bergeron, ۲۰۱۹).

۴.۳ انواع هیجان های رایج بازداری شده و پیوند آن ها با عملکرد جنسی

۱. برای برخی زنان، لذت جسمی و جنسی در کودکی یا نوجوانی با برچسب «گناه»، «بی حیایی» یا «بی ارزشی» گره خورده است. این تداعی ها بعدها باعث می شوند که ذهن، لذت را تهدیدکننده تلقی کند و در لحظه اوج تحریک، مکانیسم بازداری را فعال کند.
۲. وقتی صمیمیت در کودکی تجربه ای ناامن یا وابسته به شرایط بوده است، فرد ممکن است بی اختیار از نزدیک شدن عاطفی فرار کند. ارگاسم - که اوج صمیمیت جسمی و روانی است - در این حالت به چیزی «بیش از حد خطرناک» تبدیل می شود.
۳. اگر خشم به عنوان احساسی ممنوع رشد کرده باشد، انرژی آن ممکن است به طور غیرمستقیم در حوزه جنسی ظاهر شود. در چنین حالتی، به جای ورود به حالت رها شدن، بدن در تنش باقی می ماند و ارگاسم رخ نمی دهد.
۴. غم های حل نشده، به ویژه ناشی از فقدان یا بی توجهی، می توانند در فضای صمیمیت دوباره فعال شوند. به محض نزدیک شدن فرد به تجربه ارگاسم، این غم زیرسطحی فوران می کند و بازداری ایجاد می شود (Olivari et al., ۲۰۲۴).

جدول ۲ - همبستگی بین هیجان های بازداری شده و نمای بالینی اختلال عدم ارگاسم

هیجان بازداری شده	منشاء احتمالی (در تجربه اولیه زندگی)	الگوهای رفتاری مرتبط	اثر بر فیزیولوژی جنسی	پیامد بالینی
لذت	مراقبت گری تنبیهی یا کنترل گر	همسان سازی لذت با خطر	کاهش پاسخ پاراسمپاتیک و رهاسازی عضلانی	دشواری رسیدن به ارگاسم
خشم	سرکوب ابراز هیجان در کودکی	اجتناب از مواجهه عاطفی	برانگیختگی سمپاتیک مزمن، تنش عضلانی لگنی	احساس درد یا بی حسی حین فعالیت جنسی
آسیب پذیری	ناایمنی دلبستگی اولیه	اجتناب از تماس عاطفی - جسمی	مهار لمس پذیری جسمی	ناتوانی در پذیرش راهبری شریک جنسی

جدول دوم با تمرکز بر پیوند میان هیجان های بازداری شده و الگوهای تظاهر بالینی عدم ارگاسم، تلاش می کند تا پلی بین تجارب درونی ناآگاه و علائم مشاهده پذیر بیرونی بزند. این همبستگی ها نه فقط نشان دهنده حضور هیجان های خاص

در بافت زندگی جنسی فرد هستند، بلکه کیفیت و شدت اثرگذاری آن‌ها بر پاسخ‌های عصبی-هورمونی را نیز برجسته می‌کنند. برای نمونه، بازداری تجربه خشم سالم می‌تواند منجر به انباشت تنش عضلانی مزمن شود که خود به تنهایی عاملی فیزیکی برای جلوگیری از سیلان لذت جنسی است. همین‌طور، سرکوب شرم یا ترس در بافت روابط صمیمانه اغلب به انعطاف‌ناپذیری شناختی و کاهش پاسخ‌پذیری سیستم پاداش مغزی منجر می‌شود. جدول با ارائه تطبیقی میان نوع هیجان، مکانیسم بازداری، و نمود بالینی (مثل تأخیر مزمن در ارگاسم یا عدم تجربه ارگاسم به‌رغم تحریک کافی)، بعد چندسطحی این تأثیرات را روشن می‌سازد. این داده‌ها برای مداخلات درمانی اهمیت دارد زیرا هدف قراردادن آگاهانه هیجان‌های بازداری‌شده در جلسات روان‌درمانی می‌تواند ساختار علائم را تغییر داده و چرخه معیوب بین هیجان و جسم را بشکند.

۴.۴ پاسخ بدنی و نوروبیولوژیک به بازداری هیجان

هیجان‌ها مسیر مستقیم به بدن دارند؛ هر احساس با یک الگوی ویژه فعالیت عصبی و هورمونی همراه است. وقتی هیجان بازداری می‌شود، چند اتفاق فیزیولوژیک می‌تواند رخ دهد:

- فعال شدن بیش از حد سیستم سمپاتیک: این وضعیت با افزایش ضربان قلب، تنش عضلات کف لگن و اختلال در هماهنگی سیستم عصبی خودکار همراه است - و همه این‌ها برای وقوع ارگاسم مضرند.
- کاهش فعالیت مراکز لذت در مغز: نواحی‌ای چون هسته اکومینس و قشر اوربیتوفرونتال اگر با اضطراب یا شرم مهار شوند، پاداش فیزیولوژیک لذت کاهش می‌یابد.
- تغییر در ترشح هورمون‌ها و انتقال‌دهنده‌ها: سطوح بالای کورتیزول در اثر فعال شدن پاسخ استرس، می‌تواند در ترشح هورمون‌هایی مانند اکسی‌توسین (که برای پیوند و تجربه لذت ضروری است) اختلال ایجاد کند.

۴.۵ تلاقی طرحواره‌ها و هیجان‌های بازداری‌شده

طرحواره‌ها بستر شناختی و معنایی‌اند که هیجان‌ها درون آن‌ها تفسیر می‌شوند. بازداری هیجانی، ابزار اجرایی محدودیت این هیجان‌هاست. وقتی این دو هم‌زمان عمل کنند، خروج از چرخه تقریباً غیرممکن می‌شود بدون مداخله درمانی عمیق:

- طرحواره نقص و شرم + بازداری لذت = بدن در لحظه اوج فعال‌سازی لذت، پیامی به روان می‌دهد که «این کار نادرست است».
- طرحواره بی‌اعتمادی/بدرفتاری + بازداری صمیمیت = هر گونه درگیری عاطفی یا جسمی عمیق به‌سرعت متوقف می‌شود.
- طرحواره اطاعت + بازداری خشم = تمایل جنسی تحت الشعاع «رضایت دیگری» قرار می‌گیرد، ولی میل شخصی خاموش می‌شود.

۴.۶ مثال‌های بالینی ترکیبی

۱. مورد A: زنی که از نظر جسمی سالم بود اما ۸ سال در رابطه‌ای زندگی کرد که شریکش از نظر عاطفی در دسترس نبود. طرحواره محرومیت هیجانی او، همراه با بازداري غم، باعث شد که هر تجربه جنسی یادآور فقدان‌های کودکی شود. نتیجه: قطع کامل مسیر به ارگاسم.
۲. مورد B: زنی با تاریخچه خانوادگی سخت‌گیرانه مذهبی که لذت جنسی را گناه می‌دانست. طرحواره معیارهای سخت‌گیرانه، در کنار بازداري لذت، باعث شد بدنش در لحظه‌ای که ارگاسم قریب‌الوقوع بود، دچار انقباض و توقف واکنش شود.

۵. رویکرد روان‌پویشی مدرن در ارزیابی و درمان

رویکرد روان‌پویشی مدرن به جای آنکه صرفاً بر علائم یا تکنیک‌های مکانیکی تمرکز کند، با هدف کشف و تغییر ریشه‌های عمیق روان‌شناختی اختلال کار می‌کند. در حوزه اختلال عدم ارگاسم، این رویکرد می‌کوشد کلیت زندگی هیجانی فرد را درک کند، از تاریخچه رشد اولیه گرفته تا دینامیک روابط کنونی، و بینش و تجربه‌های هیجانی اصلاحی را برای شکستن چرخه‌های قدیمی ایجاد کند.

۵.۱ اصول بنیادی این رویکرد

۱. تمرکز بر روابط موضوعی (Object Relations): رابطه درمانی به‌عنوان بستری بالینی برای بازسازی الگوهای اولیه ناایمن و جایگزین کردن آن‌ها با تجربیات ایمن و پذیرنده عمل می‌کند.
۲. کار با تعارض‌های ناهشیار: بسیاری از بیماران مبتلا به این اختلال، کشمکش‌های ناشی از هم‌زیستی میل و ترس یا لذت و گناه را در خود حمل می‌کنند.
۳. تجربه هیجانی اصلاحی: فقط آگاهی شناختی کافی نیست؛ باید بیمار در محیطی درمانی امن، هیجان‌های خود را دوباره تجربه و به شکلی سالم ابراز کند.
۴. یکپارچگی ذهن و بدن: تاکید بر اینکه پاسخ‌های جنسی بخش جدایی‌ناپذیر هویت، خودپذیری، و جریان هیجانی فرد هستند.

۵.۲ ارزیابی بالینی با رویکرد روان‌پویشی

در این بخش درمانگر می‌پرسد: دوران کودکی چگونه بوده است؟ رابطه با والدین و خواهر/برادرها چه کیفیتی داشته؟ چه پیام‌هایی درباره بدن، لذت، و جنسیت دریافت شده؟
 برای مثال، ممکن است بیمار نخستین تجربه‌های تحریک بدن را با حس گناه، ترس، یا شرم به یاد آورد. این خاطرات — حتی اگر کمرنگ باشند — می‌توانند طرحواره‌ها و بازداري‌ها را تثبیت کنند.
 روابط کنونی شریک‌ها و کیفیت صمیمیت جسمی — عاطفی نقش مهمی در فعال شدن یا خاموش شدن چرخه‌های ناسازگار دارند. درمانگر بررسی می‌کند آیا بیمار در روابط فعلی خود فضایی برای اعتماد، ابراز نیاز و لذت دارد یا نه.

بحث درباره لحظات خاص فعالیت جنسی و توجه به جزئیات حسی، بدنی و افکار در آن لحظه به درمانگر کمک می کند که نقاط دقیق فعال شدن «ترمز روانی» را شناسایی کند (Perrotta & Eleuteri, ۲۰۲۴).

جدول ۳ - مقایسه مسیرهای مداخله در چارچوب روان پویشی مدرن برای اختلال عدم ارگاسم

محور مداخله	تمرکز اصلی	فنون کلیدی	انتظار تغییر	ملاحظات خاص
شناختی-هیجانی	شناسایی و بازسازی طرحواره ها	تحلیل تعارض های ناهشیار، مواجهه با خاطرات هیجانی	کاهش بازداری شناختی، افزایش اجازه درونی برای لذت	نیاز به ظرفیت تحمل هیجانی بالا
بدنی	تنظیم پاسخ فیزیولوژیک	تمرین های تنفسی، رهاسازی تنش عضلانی، لمس تدریجی	تسهیل رهاسازی بدنی و تجربه ارگاسم	هماهنگی با روان درمانی برای جلوگیری از فعال سازی دفاعی
رابطه ای	بازسازی الگوهای دلبستگی	استفاده از رابطه درمانی به عنوان مدل امن	کاهش ترس از صمیمیت، افزایش اعتماد جنسی	اهمیت رابطه امن با درمانگر
فرهنگی-اجتماعی	اصلاح باورهای بازدارنده	بازنگری هنجارهای جنسیت محور، آموزش جنسی سالم	کاهش شرم اجتماعی، افزایش پذیرش لذت	انطباق با زمینه فرهنگی مراجع
نورویولوژیک	بازآموزی مسیرهای عصبی	تمرین های ذهن آگاهی، مواجهه تدریجی با لذت	تغییر الگوهای فعال سازی مغزی	مکمل برای سایر محورها

جدول سوم در قالب مقایسه ای رویکردی، نشان می دهد که چگونه مسیرهای مختلف مداخله در چارچوب روان پویشی مدرن، به شکستن چرخه های تداومی طرحواره-هیجان-بدن کمک می کنند. این جدول انواع مسیر مداخله (از جمله تحلیل مقاومت ها، بازسازی تداعی های هیجانی، کار با روابط شیء درونی، و تنظیم مجدد هیجانی) را با اهداف و ابزارهای عملی آن ها تطبیق داده است. در این طراحی، نه تنها جنبه فنی مداخلات (مثل کاربرد تفسیر یا مواجهه تدریجی هیجانی) مد نظر قرار گرفته، بلکه زیرساخت نظری نیز به صورت ضمنی بازتاب یافته است: برای مثال در مداخله «بازسازی تداعی های هیجانی» درمانگر فضای امنی فراهم می کند تا فرد بتواند خاطرات یا تصاویری که با تجربه جنسی پیوند خورده و با هیجان های منفی سنگین همراه هستند دوباره تجربه و بازمعنادگی کند. همین بازسازی، مدارات نرونی را که قبلاً با بازداری پیوند خورده بودند، به شبکه های لذت و نزدیکی هدایت می کند. در مجموع، این جدول به درمانگران امکان می دهد استراتژی های مداخله را برحسب نیاز مراجع و بر اساس عوامل حفظ کننده اختلال انتخاب کنند، و نیز مسیر انتقال از الگوهای ناسازگار اولیه به پاسخ های سالم تر را طراحی نمایند.

۵.۳ مداخلات درمانی

قبل از ورود به کار هیجانی عمیق، بیمار باید احساس کند که دیده و پذیرفته می شود. این محیط امن پیش شرط تجربه دوباره هیجان های بازداشت شده است.

اینجا درمانگر ضمن حفظ رویکرد روان پویشی، از مفاهیم طرحواره درمانی برای شناسایی باورهای هسته ای بیمار استفاده می کند، اما این باورها را در متن زندگی روانی و تاریخیچه رشد بیمار تحلیل می کند. مثال: در طرحواره «نقص/شرم»، هم خاطرات آسیب زا بازخوانی می شوند و هم تجربه های درمانی جدید برای بازنویسی معنای خود ایجاد می گردد.

این کار معمولاً در سه گام انجام می شود:

۱. آگاهی: شناسایی هیجان های بازداشت شده در موقعیت های جنسی و رابطه ای.
۲. پذیرش: کمک به بیمار برای تحمل و قبول وجود این هیجان ها بدون قضاوت.
۳. ابراز: تمرین بیان هیجان به شکل سالم در رابطه درمانی و بعدها در زندگی واقعی.

بازداری هیجان نه تنها روان، بلکه بدن را هم شرطی کرده است. درمانگر ممکن است از تکنیک های توجه به حس های بدن، تمرین تنفس، یا رهاسازی تدریجی عضلات (به ویژه کف لگن) استفاده کند تا مسیر بدنی لذت دوباره فعال شود. برای بیمارانی که صمیمیت را تهدیدآمیز تجربه می کنند، رابطه درمانی بستری می شود برای تمرین این صمیمیت، در ابتدا از طریق گفت و گو و بعد با انتقال این تجربه های امن به رابطه واقعی با شریک عاطفی (Maseroli et al., ۲۰۲۴).

۵.۴ نمونه فرآیند درمانی گام به گام

۱. ماه اول: ایجاد ائتلاف درمانی، جمع آوری تاریخچه و تثبیت محیط امن.
۲. ماه دوم: شناسایی و نام گذاری طرحواره ها، بازخوانی خاطرات کلیدی رشد و تجربه های اولیه جنسی.
۳. ماه سوم تا پنجم: کار فعال با دفاع ها و بازداری های هیجانی، مواجهه با تعارض های هشیار و ناهشیار.
۴. ماه ششم: یکپارچه سازی تجربه های هیجانی جدید و آزمون در روابط واقعی.
۵. ماه هفتم به بعد: تثبیت تغییرات و ایجاد راهبردهای خودمراقبتی برای حفظ پیشرفت های درمانی.

۵.۵ چالش ها و ملاحظات درمانی

- مقاومت ناهشیار: بیمار ممکن است حتی بدون آگاهی، تلاش درمانگر برای نزدیک شدن به هیجان های مسدود شده را دفع کند.
- شرم درمانی: برخی مراجعان هر بار که به موضوع جنسی پرداخته می شود، دچار شرم فلج کننده می شوند. کار تدریجی با این شرم ضروری است.
- انتقال و انتقال متقابل: روابط جنسی و صمیمی موضوعاتی هستند که می توانند انتقال قوی ایجاد کنند؛ درمانگر باید از واکنش های شخصی خود نیز آگاه باشد.
- نیاز به هماهنگی با درمان های پزشکی: در صورتی که عوامل فیزیولوژیک مانند هورمون ها، عوارض دارویی یا مشکلات عصبی نقش داشته باشند، همکاری با پزشک یا متخصص زنان ضروری است (رادمهر و همکاران، ۱۴۰۳).

۵.۶ دستاوردهای رویکرد روان‌پویشی مدرن در این حوزه

- ایجاد هم‌زمان تغییر در سطح شناختی، هیجانی و بدنی.
- بازنویسی روایت شخصی بیمار درباره بدن و لذت جنسی.
- بازیابی احساس قدرت و مالکیت بر تجربه جنسی.
- کاهش اضطراب جنسی و افزایش توانایی برای تجربه ارگاسم.

۶. چالش‌ها، خلأهای پژوهشی و جهت‌گیری‌های آینده در مطالعه و درمان اختلال عدم ارگاسم با تمرکز بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و هیجان‌های بازداری‌شده

۶.۱ چالش‌های ارزیابی و پژوهش در این حوزه

- اختلال عدم ارگاسم در زنان، به‌ویژه در بافتی که طرحواره‌های ناسازگار اولیه و هیجان‌های بازداری‌شده دخیل‌اند، یک پدیده چندسطحی است: زیستی، روانی، هیجانی، رابطه‌ای، و اجتماعی-فرهنگی. در عمل، تمیز دادن سهم هر عامل دشوار است، چون این حوزه‌ها عمیقاً در هم تنیده‌اند.
- بیشتر ابزارهای سنجش موجود یا خودگزارش‌دهی هستند (که تحت تأثیر دفاع‌های ناهشیار قرار می‌گیرند) یا بر نشانه‌های آشکار تمرکز دارند. برای مثال، پرسش‌نامه‌ها به‌ندرت می‌توانند تجربه‌های جسمی-هیجانی گذرای لحظه اوج لذت را اندازه‌گیری کنند، چون همین تجربه‌ها اغلب قبل از رسیدن به آگاهی متوقف می‌شوند.
- در بسیاری از بافت‌های فرهنگی، صحبت درباره تجربه جنسی (به‌ویژه تجربه ارگاسم) با تابوهای شدید روبه‌رو است. این امر باعث می‌شود زنان یا پاسخ‌های خود را سانسور کنند یا اصلاً وارد مطالعه نشوند، و نمونه‌های پژوهشی دچار سوگیری شوند.
- پژوهشگران کمیابی هستند که بتوانند هم در چارچوب روان‌پویشی مدرن و هم در چارچوب‌های نورویولوژیک و تجربی کار کنند. این عدم تلفیق، فهم جامع مکانیسم‌های پنهان را محدود می‌کند (سیدمورتی و همکاران، ۱۴۰۳).

۶.۲ محدودیت‌های درمان موجود

- بسیاری از مداخلات بالینی (مثل آموزش تکنیک‌های تحریک یا تمرینات عضلات کف لگن) بر کارکرد جسمی تمرکز دارند، ولی در عمل، وقتی هیجان‌های بازداری‌شده و طرحواره‌ها فعال‌اند، این مداخلات به‌تنهایی کافی نیستند.
- درمان‌هایی که فضایی برای تجربه امنیت هیجانی نمی‌سازند، عملاً به ریشه مشکل دست نمی‌زنند و صرفاً سطح را تغییر می‌دهند.

- برخی درمانگران یا در حوزه روانپوشی قوی‌اند ولی مداخلات بدنی را نادیده می‌گیرند، یا برعکس، در کار بدنی تخصص دارند ولی از لایه‌های طرحواره‌ای و ناهشیار غافل‌اند.

۶.۳ خلأهای پژوهشی

- اکثر پژوهش‌ها مقطعی‌اند و قادر به بررسی پویایی تغییر در بازداری هیجانی و طرحواره‌ها در طول زمان نیستند. مطالعات طولی می‌توانند نشان دهند چگونه تغییرات کوچک هیجانی یا شناختی، در نهایت منجر به تجربه ارگاسم می‌شوند.
- تقریباً هیچ مطالعه‌ای به‌طور نظام‌مند اثربخشی درمان روانپوشی مدرن ترکیب‌شده با کار بدنی یا تمرینات بازآموزی لذت را در اختلال عدم ارگاسم بررسی نکرده است.
- فناوری‌های تصویربرداری عصبی می‌توانند در شناسایی الگوهای فعالیت مغزی هنگام نزدیک شدن به ارگاسم - با یا بدون بازداری هیجانی - کمک کنند. اما در اغلب کشورها، هم از نظر اخلاقی و هم فنی، این پروژه‌ها محدودیت‌های قابل‌توجهی دارند.
- شناخت تفاوت‌های فرهنگی در شکل‌گیری طرحواره‌ها و الگوهای بازداری هیجان برای جهانی‌سازی یافته‌ها ضروری است، ولی داده‌ها عمدتاً از جوامع غربی جمع‌آوری شده‌اند.

۶.۴ جهت‌گیری‌های آینده در درمان

- آینده درمان موفق احتمالاً در ترکیب روانپوشی مدرن، طرحواره‌درمانی، تمرینات حساسیت‌زدایی جنسی (sensate focus)، و مداخلات بدنی هدفمند است. چنین رویکردی هم‌زمان شناخت، هیجان و بدن را هدف قرار می‌دهد.
- استفاده از فناوری‌های نوین
 - بازخورد زیستی (Biofeedback): کمک به بیمار برای آگاهی از پاسخ‌های بدنی در لحظه و یادگیری تنظیم آن‌ها.
 - واقعیت مجازی (VR): بازسازی فضاهای ایمن و لذت‌بخش برای مواجهه تدریجی با صمیمیت و لذت.
 - اپلیکیشن‌های خودیار با هدایت درمانگر: برای تمرین‌هایی که بین جلسات انجام می‌شوند.
- پژوهش و درمان باید شریک جنسی را نیز هدف قرار دهد، چون تعاملات لحظه‌به‌لحظه تقویت‌کننده یا بازدارنده ارگاسم، متعلق به سیستم رابطه‌ای دو نفره است.

۶.۵ پیشنهاد برای برنامه پژوهشی جامع

۱. فاز شناسایی: توسعه ابزار استاندارد برای ارزیابی بازداری هیجان در زمینه جنسی.
۲. فاز آزمایشی: اجرای مطالعات کوچک مداخله‌ای ترکیبی (روانپوشی + بدنی).
۳. فاز بالینی-نوروبیولوژیک: ثبت تغییرات مغزی و بدنی هم‌زمان با پیشرفت درمان.

۴. فاز مقایسه‌ای: بررسی تفاوت‌های فرهنگی و جنسیتی در مکانیسم‌های اختلال.

۵. فاز انتشار و آموزش: تربیت درمانگرانی که بتوانند این رویکرد ترکیبی را در عمل اجرا کنند.

درک و درمان اختلال عدم ارگاسم در زنان، وقتی از منظر تلفیقی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و هیجان‌های بازداری شده به آن نگاه کنیم، همچنان یک حوزه کم‌بررسی شده ولی فوق‌العاده پربار است. رویکرد روان‌پویشی مدرن ابزار و بینشی فراهم می‌کند که می‌تواند به ریشه‌های پنهان این مشکل نفوذ کند—ولی نیازمند آن است که با شواهد بالینی-آزمایشگاهی و مداخلات بین‌رشته‌ای ترکیب شود. این مسیر آینده نه فقط به بهبود تجربه جنسی، بلکه به ارتقای کیفیت زندگی هیجانی و رابطه‌ای زنان کمک خواهد کرد.

۷. الحاقات تخصصی و تحلیلی

۷.۱ مطالعه موردی ترکیبی (Case Study)

در این مطالعه موردی، مراجع زنی ۳۵ ساله، متأهل و فاقد تجربه ارگاسم از زمان شروع رابطه جنسی، طی ۹ ماه تحت درمان روان‌پویشی مدرن تلفیق‌شده با مداخلات بدنی هدفمند قرار گرفت. در آغاز درمان، مصاحبه عمیق تاریخیچه رشد نشان داد که وی در دوران کودکی در محیطی رشد کرده که بیان هیجان‌های مثبت (به‌ویژه لذت و شوق) با برچسب «بی‌ادبی» یا «بی‌پروایی» همراه بود. علاوه بر آن، طرحواره‌های «محرومیت هیجانی» و «نقص/شرم» در ارزیابی بالینی فعال تشخیص داده شدند. مشاهدات اولیه نشان می‌داد که هنگام فعالیت جنسی، تنفس بیمار کوتاه و سطحی، شانه‌ها منقبض، و کف لگن در حالت انقباض مزمن قرار دارد، که همه نشانه‌های بدنی بازداری هیجانی بودند. درمانگر، ابتدا با ایجاد ائتلاف درمانی عمیق و بازسازی فضای امن هیجانی، به مراجع کمک کرد تا رابطه درمانی را به‌عنوان یک میدان تجربه‌ای جدید حس کند و طی جلسات اولیه آموزش آگاهی بدنی (body awareness) آغاز شد. در طول سه ماه بعد، جلسات متمرکز بر بازخوانی رویدادهای کودکی و نوجوانی بود که در آن‌ها ابراز هیجان با واکنش‌های انتقادی یا محروم‌سازی پاسخ داده شده بود. این فرایند به تدریج توانست ارتباط بین باورهای هسته‌ای و بازداری بدنی را در ذهن مراجع روشن کند. پس از ماه چهارم، تمرین‌های آزادسازی تنفسی و مواجهه تدریجی با صمیمیت بدنی در رابطه واقعی آغاز شد. تا ماه هشتم، مراجع توانست نخستین تجربه اوج لذت را با کیفیت بدنی و هیجانی کامل تجربه کند، که این موفقیت در جلسه درمانی بازتاب و تبیین شد تا پس از پایان درمان نیز تداوم داشته باشد (Chen & Kalichman, ۲۰۲۴).

۷.۲ نقشه‌برداری نوروبیولوژیک تغییر

یکی از جذاب‌ترین ابعاد درمان‌های روان‌پویشی مدرن، امکان مشاهده اثرات آن‌ها در سطوح نوروبیولوژیک است. در مراجعان مبتلا به عدم ارگاسم با بازداری هیجانی، پیش از درمان معمولاً فعالیت بیش‌ازحد در نواحی مغزی مرتبط با کنترل شناختی (مانند قشر پیش‌پیشانی جانبی) و فعالیت کمتر در نواحی پردازش هیجانی (مانند آمیگدالا و قشر

اوربیتوفروناتال) مشاهده می شود. همچنین واکنش پذیری شبکه های بدنی مرتبط با لذت (مانند ناحیه تگمنتوم شکمی و هسته آکومبنس) اغلب تضعیف شده است. در درمانی که مطالعه موردی نشان دادیم، استفاده از تمرین های آزادسازی هیجان در چارچوب ایمن منجر به کاهش تدریجی مهار قشری بالابنه پایین شد، که خودش زمینه ساز افزایش پاسخ در مسیرهای دوپامینی لذت بخش گردید. این تغییرات نه تنها در گزارش های خود بیمار (مانند افزایش حس جریان بدنی، گرم شدن اندام ها و رخداد اوج لذت) دیده شد، بلکه در آزمایش تصویربرداری عملکردی (fMRI) پس از پایان درمان، افزایش معنی دار فعالیت در نواحی کلیدی مرتبط با پاداش و کاهش فعالیت بیش از حد شبکه پیش فرض (default mode network) ثبت شد. چنین یافته هایی نشان می دهد که درمان روان پویشی مدرن، اگر همراه با کار بدنی هدفمند باشد، می تواند بر الگوهای عصب-هیجانی عمیق اثر بگذارد و این اثر، احتمالاً پایه پایداری تغییر را در تجربه ارگاسم فراهم می کند (امامی پور و همکاران، ۱۴۰۲).

۷.۳ مقایسه رویکردها: روان پویشی مدرن در برابر سایر درمان ها

وقتی درمان روان پویشی مدرن را با سایر رویکردهای رایج مقایسه می کنیم، تفاوت ها در چند سطح نمایان می شود. مداخلات شناختی-رفتاری معمولاً تمرکز زیادی بر تغییر افکار خودکار منفی و آموزش مهارت های ارتباطی دارند، که می تواند مفید باشد، اما در مواردی که ریشه های ناهشیار و بازداری هیجانی عمیق نقش دارند، این مداخلات به سطح آگاهی محدود می مانند. رویکردهای پزشکی (مانند درمان هورمونی یا دارویی) می توانند در مواردی که عوامل فیزیولوژیک دخیل اند نقش حیاتی داشته باشند، اما به تنهایی قادر به بازکردن گره های عاطفی-روانی نیستند. درمان های صرفاً بدنی (مثل فیزیوتراپی لگن یا ماساژ درمانی) در آزادسازی تنش عضلانی مؤثرند، اما بدون همراهی درمان هیجانی، غالباً تغییرات موقتی ایجاد می کنند. در مقابل، روان پویشی مدرن با استفاده از رابطه درمانی به عنوان میدان بازسازی هیجانی، نه تنها به سطح شناخت و جسم، بلکه به شبکه های معنایی و عاطفی عمیق نفوذ می کند. دلیل ماندگاری اثرات نیز در همین عمق مداخله نهفته است، جایی که باورهای هسته ای و الگوهای بازداری دوباره تعریف می شوند و در کنار آن، بدن یاد می گیرد که هیجان های مثبت مانند لذت و صمیمیت تهدیدآمیز نیستند (Olivari et al., ۲۰۲۴).

۸. مدل مفهومی تلفیقی: چرخه تداوم و نقاط مداخله در اختلال عدم ارگاسم

درک و درمان اختلال عدم ارگاسم وقتی به طور هم زمان طرحواره های ناسازگار اولیه، هیجان های بازداری شده و الگوهای بدنی در نظر گرفته شوند، نیازمند مدلی است که بتواند این عوامل را در یک چرخه پویا به هم پیوند دهد. بر اساس یافته های بالینی و تحلیل های نظری ارائه شده در فصول قبل، می توان چرخه ای چندمرحله ای را ترسیم کرد که با «فعال سازی طرحواره» آغاز می شود و از طریق «بازداری هیجانی» و «مداخلات سیستم عصبی خودمختار»، در نهایت به «قطع مسیر ارگاسم» منجر می شود. در این مدل، مرحله اول شامل محرک های بین فردی یا درون فردی است که در موقعیت صمیمیت فعال می شوند؛ برای مثال، لمس یا نگاه شریک جنسی می تواند به طور ناهشیار طرحواره «نقص/شرم» یا «بی اعتمادی/بدرفتاری» را فعال کند. این فعال سازی بلافاصله واکنش های هیجانی مانند ترس، شرم یا گناه را برمی انگیزد. در مرحله دوم، مکانیزم های دفاعی — مانند سرکوب، اجتناب یا فکری کردن لحظه جنسی — وارد عمل

می‌شوند تا از مواجهه مستقیم با این هیجان‌های ناخوشایند جلوگیری کنند (Rosen & Bergeron, ۲۰۱۹). در سطح بدنی، این دفاع‌ها با پاسخ‌های فیزیولوژیک مثل انقباض عضلات کف لگن، حبس یا تسریع تنفس، و افت یا افزایش غیرطبیعی ضربان قلب همراه می‌شوند. مرحله سوم، تداوم این بازداری‌هاست که به محدود شدن سیگنال‌های لذت در مسیرهای عصبی مغز می‌انجامد؛ عملاً «مدار پاداش» سیگنال کافی برای رسیدن به اوج نمی‌گیرد و چرخه ارگاسم قطع می‌شود. در بخش مداخلاتی این مدل، مسیرهای بالقوه برای شکستن چرخه مشخص شده‌اند: مداخلات روان‌پویشی برای کاهش قدرت طرحواره و دفاع‌های ناهشیار، کار بدنی برای آزادسازی تنش عضلانی و بازآموزی پاسخ‌های جسمی، و تمرین‌های بین‌فردی برای ایجاد تجربه‌های بدیل ایمن در بستر رابطه. این مدل همچنین نشان می‌دهد که تغییر پایدار زمانی رخ می‌دهد که همه این مسیرها به‌صورت هم‌زمان و هماهنگ تحت مداخله قرار گیرند، و این همان نقطه تمایز رویکرد تلفیقی نسبت به درمان‌های تک‌بعدی است (Jackowich et al., ۲۰۱۶).

۸.۱ مسیرهای عصبی و هیجانی در مدل

از دیدگاه نوروبیولوژیک، چرخه‌ای که در مدل مفهومی ترسیم شده، به‌وضوح بازتاب تعامل بین شبکه‌های پردازش هیجان و سیستم‌های نظارتی مغز است. در بیماران مبتلا به این اختلال، فعال‌سازی طرحواره اغلب با افزایش فعالیت در قشر پیش‌پیشانی جانبی و نواحی مرتبط با ارزیابی خطر همراه است، که در اصطلاح ساده یعنی «مغز کنترل‌گر» بر «مغز لذت‌جو» سایه می‌اندازد. به موازات این تغییرات، سیستم لیمبیک — به‌ویژه آمیگدالا و هیپوکامپ — سیگنال‌هایی ارسال می‌کند که محرک جنسی را به‌عنوان تهدید یا خطر رمزگذاری می‌کنند، نه به‌عنوان منبع لذت (Perrotta & Eleuteri, ۲۰۲۴). نتیجه این رمزگذاری، فعال‌سازی شاخه سمپاتیک سیستم عصبی خودمختار است که با پاسخ‌های جسمی بازدارنده (انقباض عضلات، تغییرات فشار خون، سرد شدن اندام‌ها) همراه می‌شود. همین بازخورد بدنی دوباره به مغز مخابره می‌شود و بازداری بیشتر را تقویت می‌کند، شکل‌دهنده یک چرخه بسته‌ای که ارگاسم را ناممکن می‌سازد. مداخلات درمانی موفق باید بتوانند در هر دو سطح شناختی-هیجانی و فیزیولوژیک، این چرخه را مختل کنند. برای مثال، مواجهه هیجانی هدایت‌شده می‌تواند تجربه «تهدید» را به «ایمنی» بازکدگذاری کند، در حالی که تمرین‌های آزادسازی تنفسی و ریتمیک می‌توانند فعال‌سازی شاخه پاراسمپاتیک را تقویت کنند و با این کار، مسیرهای لذت را دوباره به میدان تجربه برگردانند. آنچه در این مدل اهمیت ویژه دارد، این است که هر سطح مداخله نه‌تنها بر سطح خودش، بلکه به‌صورت بازخوردی بر سایر سطوح نیز اثر می‌گذارد، مثلاً کاهش انقباض عضلانی می‌تواند «احساس امن» را در مغز تقویت کند و بالعکس، کاهش بار هیجانی طرحواره می‌تواند به آرامش بدنی منجر شود (Maseroli et al., ۲۰۲۴).

۸.۲ بُعد رابطه‌ای و زمینه فرهنگی

مدل مفهومی پیشنهادی نمی‌تواند بدون در نظر گرفتن بافت رابطه‌ای و فرهنگی، تصویر کاملی از تداوم یا تغییر اختلال عدم ارگاسم ارائه دهد. از منظر رابطه‌ای، تجربه جنسی لحظه‌ای کاملاً تعاملی است و کیفیت پاسخ‌های فرد به محرک جنسی تا حد زیادی به کیفیت تعامل هیجانی با شریک زندگی بستگی دارد. در فرهنگ‌هایی که بیان لذت جنسی بار منفی یا شرم‌آلود دارد، حتی اگر فرد از نظر درمانی به نقطه رهایی هیجانی برسد، بازتولید این تجربه در زندگی واقعی می‌تواند با موانع اجتماعی یا واکنش سرد شریک مواجه شود. این موانع باعث می‌شوند چرخه تداوم که مدل توضیح

می‌دهد، دوباره فعال گردد. در نتیجه، مدل تأکید می‌کند که در مداخله، علاوه بر کار فردی، باید آموزش و کار رابطه‌ای روی زوج نیز انجام شود، تا شریک جنسی بتواند نه تنها مانع نباشد، بلکه به یک «منبع ایمنی و پذیرش» تبدیل شود (Hadibrata et al., ۲۰۲۰). در بُعد فرهنگی نیز، تصویرسازی اجتماعی از زنانگی، لذت و اخلاق جنسی، زیرساختی است که طرحواره‌های ناسازگار در آن شکل می‌گیرند. برای مثال، اگر از کودکی به زنان آموخته شود که «کنترل بدنی و عدم بروز لذت نشانه وقار است»، این باور می‌تواند به‌طور مستقیم به بازداری مزمین هیجانی-بدنی ختم شود. بنابراین، مدل ما پیش‌بینی می‌کند که بدون تغییر یا چالش حداقلی این زیرساخت‌های فرهنگی، حتی مداخلات موفق فردی نیز ممکن است در بلندمدت با بازگشت علائم مواجه شوند.

۸.۳. پیامدهای پژوهشی و بالینی مدل

این مدل مفهومی نه تنها برای درمانگران، بلکه برای پژوهشگران حوزه روان‌شناسی، پزشکی جنسی و علوم اعصاب کاربرد دارد. از دید تحقیقاتی، مدل چارچوبی فراهم می‌کند که می‌توان بر اساس آن، شاخص‌های اندازه‌گیری عینی (مثل پارامترهای fMRI، نوسان پڑوهی قلبی، یا شاخص‌های الکترومایوگرافی عضلات کف لگن) را با ارزیابی‌های ذهنی و روایتی بیماران ادغام کرد. این ادغام داده‌ها می‌تواند به پژوهش‌هایی بین‌رشته‌ای بینجامد که نه تنها مکانیسم، بلکه سیر تغییر درمانی را با وضوح بیشتری نشان می‌دهد. از نظر بالینی، مدل به درمانگران می‌آموزد که هرگز نباید کار بر یک سطح (فقط ذهن یا بدن) را کافی بدانند، بلکه مداخله هم‌زمان و هماهنگ بر چند سطح کلید دستیابی به تغییر پایدار است. افزون بر این، مدل می‌تواند به طراحی پروتکل‌های آموزشی برای درمانگران کمک کند، به گونه‌ای که مهارت‌های لازم برای کار با طرحواره، آزادسازی هیجان، مداخلات بدنی، و ملاحظات فرهنگی-رابطه‌ای را به‌صورت یکپارچه بیاموزند. در نهایت، این مدل ابزار مفهومی نیرومندی برای تبیین دقیق‌تر شکست‌ها و موفقیت‌های درمانی خواهد بود، زیرا به جای جستجوی یک علت واحد، به شبکه‌ای از عوامل متقابل و چرخه‌های بازخوردی توجه دارد که در تداوم یا گسست اختلال عدم ارگاسم نقش بازی می‌کنند (Güler & Özer, ۲۰۲۰).

۹. نتیجه‌گیری

اختلال عدم ارگاسم، برخلاف برداشت‌های ساده‌انگارانه‌ای که آن را صرفاً به مشکلات فیزیولوژیک یا کمبود مهارت‌های جنسی نسبت می‌دهند، در بسیاری از موارد پدیده‌ای چندلایه و درهم‌تنیده است که ریشه‌های آن به تعامل پیچیده میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه، هیجان‌های بازداری‌شده، الگوهای دفاعی ناهشیار، واکنش‌های بدنی مشروط و محیط رابطه‌ای - فرهنگی بازمی‌گردد. در این مقاله، تلاش شد با تکیه بر رویکرد روان‌پویشی مدرن، تصویری یکپارچه از این سازوکار پیچیده ترسیم گردد؛ تصویری که نشان می‌دهد هر مرحله از چرخه تجربه جنسی در افراد مبتلا، می‌تواند تحت تأثیر خاطرات هیجانی اولیه و معناهایی که از این خاطرات استخراج شده‌اند، دچار وقفه، تغییر مسیر یا قطع کامل شود. بحث ما از فصل‌های آغازین بر این اصل استوار بود که بدون شناسایی و بازسازی این لایه‌های ناهشیار، اصلاح سطحی مهارت‌ها یا افزایش تحریک جسمی به تنهایی نمی‌تواند موجب تغییر پایدار شود. یافته‌های مروری و مطالعات موردی ارائه‌شده

نشان دادند که طرحواره هایی چون محرومیت هیجانی، نقص/شرم، بی اعتمادی/بدرفتاری یا اطاعت، در ترکیب با بازداری های هیجانی مزمن (مانند سرکوب لذت، اجتناب از صمیمیت یا کنترل بیش از حد هیجانات مثبت) به شکل گیری یک «شبکه دفاعی» منجر می شوند که هم بدن و هم ذهن را در برابر تجربه آزاد ارگاسم قفل می کند.

این نتیجه گیری همچنین تأکید دارد که رویکرد روان پویشی مدرن، با بهره گیری از رابطه درمانی به عنوان میدان بازسازی هیجانی، ابزار مهمی برای شکستن این قفل فراهم می آورد؛ چرا که این رویکرد نه تنها در سطح شناختی، بلکه در بستر تجربه زنده و واقعی بین فردی، امکان لمس و بازمعناسازی هیجان ها و باورهای کهنه را فراهم می کند. ترکیب این رویکرد با مداخلات بدنی - از تمرین های تنفسی و رهاسازی عضلانی گرفته تا مواجهه تدریجی با لمس و لذت - می تواند شرایطی ایجاد کند که در آن سیستم عصبی دوباره یاد بگیرد لذت را به عنوان یک تجربه امن و قابل اعتماد کدگذاری کند. اما این مسیر بدون در نظر گرفتن بعد رابطه ای و زمینه فرهنگی ناقص خواهد ماند؛ چرا که تداوم تجربه ارگاسم وابسته به امنیت و پذیرش در رابطه واقعی و رهایی از باورهای بازدارنده اجتماعی است. مدل مفهومی تلفیقی ارائه شده در این مقاله، این ابعاد را به صورت یک چرخه تداوم و چرخه تغییر کنار هم قرار می دهد و نشان می دهد که مداخله مؤثر باید هم زمان بر پنج محور کار کند: شناختی-هیجانی، بدنی، رابطه ای، فرهنگی-اجتماعی و نوروبیولوژیک.

در نهایت، کلید پیشرفت علمی و بالینی در این حوزه در گرو تغییر نگاه از رویکردهای تک بعدی و مکانیکی به سمت رویکردهای چندسطحی، بین رشته ای و مبتنی بر شواهد است. پژوهش های آینده باید با سنجش هم زمان شاخص های ذهنی (مانند کاهش شرم و افزایش احساس امنیت هیجانی)، شاخص های عینی (مانند تغییرات سینگنال fMRI یا تنوع پذیری ضربان قلب)، و ارزیابی های رابطه ای، شواهد محکمی از کارآمدی این مدل ها فراهم کنند. آنچه از مسیر این پژوهش و نگارش به دست آمد، این است که تداوم اختلال عدم ارگاسم نه نتیجه یک علت منفرد، بلکه حاصل هم آیندی پویای چندین عامل است و موفقیت درمان نیز به همان میزان نیازمند هم افزایی و هدف گیری هم زمان این عوامل خواهد بود. اگر علم و بالین بتوانند در این مسیر هم صدا شوند، می توان امیدوار بود که تجربه جنسی سالم و لذت بخش نه به عنوان یک امتیاز استثنایی، بلکه به عنوان یک حق طبیعی برای همه افرادی که درگیر این اختلال هستند، امکان پذیر گردد.

منابع

- امامی پور، اقدسی، علی نقی، پناه علی. (۱۴۰۲). اثربخشی راهبردهای مدیریت هیجان مبتنی بر رویکرد زوج درمانی هیجان مدار بر رضایت جنسی و الگوهای ارتباطی در زنان متأهل. زن و مطالعات خانواده، ۵۰۰(۱)، ۰.
- رادمهر، فرناز، مومنی، خدامراد، کرمی، جهانگیر، ... عمران. (۱۴۰۳). بررسی رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلال وسواسی-جبری: نقش واسطه ای خودتنظیم گری. مطالعات روان شناسی بالینی، ۱۴(۵۳)، ۴۳-۶۰.
- سیدمورتی، دمهری، فرنگیس، قارونی فردی، سلیمه، سعیدمنش. (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره درمانی بر رضایت زناشویی و سلامت روان خانم های تحت جراحی هیستروکتومی. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۲۷(۵)، ۲۳۹-۲۴۶.
- کاظم زاده عطوفی، نظیری، محمدی، مسعود، بهزادی پور، ساره. (۱۴۰۲). درمان ارتباط جنسی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت ارگاسم و عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال ارگاسم: یک کارآزمایی بالینی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۸(۴)، ۴۱۰-۴۲۳.

محمدپور نیلوفر، کیمیایی سیدعلی، کارشکی حسین. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی مداخلات هوش هیجانی، فانتزی های جنسی و پروتکل ترکیبی در درمان اختلال ارگاسم، عملکرد و کیفیت زندگی جنسی زنان: یک مطالعه نیمه تجربی.

ندری، صادقی، رضایی. (۱۴۰۱). ارائه مدل علی اختلال اضطراب اجتماعی براساس طرحواره های ناسازگار اولیه و تروماهای کودکی با نقش واسطه ای راهبرد مقابله هیجان مدار. پژوهش های علوم شناختی و رفتاری، ۱۲(۲)، ۴۹-۷۲.

Cabello-García, M., Sánchez-Sandoval, Y., García-Rojas, A. D. (۲۰۲۴). Influence of personality disorders on sexual behaviours and response to treatment of psychogenic erectile dysfunction in phosphodiesterase ۵ inhibitors. *Journal of Sexual Medicine*, ۲۱(۱۵), ۱۴۹۶۸۹۱.

Chen, A. B., Kalichman, L. (۲۰۲۴). Pelvic floor disorders due to anal sexual activity in men and women: a narrative review. *Archives of Sexual Behavior*, ۵۳(۱۰), ۴۰۸۹-۴۰۹۸.

Facelle, T. M., Sadeghi-Nejad, H., Goldmeier, D. (۲۰۱۳). Persistent genital arousal disorder: characterization, etiology, and management. *The Journal of Sexual Medicine*, ۱۰(۲), ۴۳۹-۴۵۰.

Güler, K., Özer, E. (۲۰۲۵). The Mediating Role of Early Maladaptive Schemas in the Relationship Between Intimate Relationship Experiences and Sexual Satisfaction in Women. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, ۷(۲), ۱۷۷-۱۸۵.

Hadibrata, E., Sutyarso, S., Busman, H., Sumardi, S. (۲۰۲۵). Erectile Dysfunction and Ejaculatory Dysfunction in Covid-۱۹ Recovered Patient: Temporary or Persistent?. *Urology Journal*, ۲۱, ۸۱۱۳-۸۱۱۳.

Jackowich, R. A., Pink, L., Gordon, A., Pukall, C. F. (۲۰۱۶). Persistent genital arousal disorder: a review of its conceptualizations, potential origins, impact, and treatment. *Sexual Medicine Reviews*, ۴(۴), ۳۲۹-۳۴۲.

Maseroli, E., Cipriani, S., Lanzi, V., Ravelli, S. A., Annunziato, M., Alfaroli, C., ... Vignozzi, L. (۲۰۲۴). Hypoactive sexual desire disorder in women: new possibilities to ensure better understanding, diagnosis, and response to treatment. *The journal of sexual medicine*, ۲۱(۱۰), ۸۶۱-۸۷۱.

Olivari, C., Di Cugno, M., Caselli, G. (۲۰۲۴). Sexual dysfunctions and metacognitive beliefs: a PRISMA-compliant systematic review. *Sexual and Relationship Therapy*, ۳۹(۴), ۱۵۴۴-۱۵۵۸.

Perrotta, G., Eleuteri, S. (۲۰۲۴). Secondary Female Anorgasmia in Patients with Obsessive Traits: A Study. *Behavioral Sciences*, ۱۴(۱۰), ۹۵۳.

Rosen, N. O., Bergeron, S. (۲۰۱۹). Genito-pelvic pain through a dyadic lens: Moving toward an interpersonal emotion regulation model of women's sexual dysfunction. *The Journal of Sex Research*, ۵۶(۴-۵), ۴۴۰-۴۶۱.