

مقدمه

ازدواج به وصال نرسیده (UCM)^۱ به ازدواجی اطلاق می‌شود که در آن هیچگاه زن و شوهر نزدیکی^۲ نداشته باشند (۱). اولین بار Balint در سال ۱۹۶۱ در مقاله خود تحت عنوان "بخش دیگر طب" به این اختلال اشاره داشته و تا به حال موارد زیادی در سراسر جهان گزارش شده است (۲). در بررسی‌های انجام شده در ایران مهمترین علل روانی UCM در زنان را ترس از نزدیکی، نگرش ناخوشایند یا بی‌تفاوتی نسبت به مسائل جنسی و نگرش ناخوشایند نسبت به همسر و در مردان، اضطراب عملکرد جنسی^۳ و انزال زودرس ذکر کرده‌اند (۳). همچنین Zargooshi در مطالعه بر روی ۲۰۰ مورد ازدواج به وصال نرسیده در کرمانشاه، مهمترین عامل را وجود فشار اجتماعی شدید بر روی زوج جوان (دارای روابط اجتماعی محدود پیش از ازدواج) برای انجام نزدیکی در اسرع وقت دانسته است (۴). این اختلال در صورت عدم درمان مناسب، ناباروری و در موارد بسیاری طلاق را به دنبال دارد (۵). موردی که در این مقاله معرفی می‌گردد، مربوط به زوجی است که نخستین بار در سال ۱۳۷۰ به مرکز پزشکی صارم مراجعه کرده‌اند. این مورد از دو جنبه شامل طول مدت اختلال (۱۴ سال) و موفقیت‌آمیز بودن درمان روانپزشکی و نهایتاً منجر به بارداری از طریق نزدیکی طبیعی حائز اهمیت است.

معرفی مورد

زن و شوهر مورد مطالعه ساکن منطقه حاشیه‌ای شهر تهران بودند. زن ۳۰ ساله، خانه‌دار و مرد ۳۷ ساله، تعمیرکار خودرو و هر دو دارای تحصیلات کمتر از دیپلم بودند. در نخستین مراجعه به مرکز صارم (سال ۱۳۷۰)، مدت ۷ سال از ازدواج آنان می‌گذشت. در این

مدت زوج هیچگاه نزدیکی نداشتند. زن دو سال قبل از مراجعه به مرکز (در سال ۱۳۶۸) با تشخیص واژینیسم توسط متخصص جراح زنان و زایمان تحت عمل جراحی دیلاتاسیون^۴ قرار گرفته بود. در زمان مراجعه، زن ترس شدیدی^۵ از نزدیکی داشت و به راحتی اجازه معاینه ژنیکولوژیک را به متخصصین نمی‌داد. نهایتاً پس از انجام مشاوره، معاینه وی امکان پذیر گردید. با توجه به سفتی عضلات پرینه در معاینه رکتال و پرینه، مجدداً تحت دیلاتاسیون و پرینورافی معکوس^۶ قرار گرفت و به زن توصیه گردید که به روانپزشک مراجعه نماید. در آن زمان مرد از نظر عملکرد جنسی مشکلی نداشت، ولی مانند سابق مقاربت صورت نگرفت و بعد از ۷ ماه زوجین با تمایل به داشتن فرزند، مجدداً به مرکز مراجعه نمودند، در حالی که مشکل عدم انجام نزدیکی همچنان وجود داشت. پزشکان به زوج توصیه کردند که برای بارداری از روش تلقیح داخل رحمی اسپرم (IUI)^۷ استفاده کنند. در بررسی‌های ارگانیک، اسپرموگرام مرد طبیعی و وجود آنتی‌بادی ضداسپرم در سرم و ترشحات زن منفی بود. از سال ۷۴-۱۳۷۱ برای این زوج مجموعاً ۱۰ بار IUI انجام گرفت که تمامی موارد ناموفق بود. در سال ۱۳۷۶ به علت دیسمنوره شدید، بیمار لاپاراسکوپی گردید که نشان‌دهنده تخمدان پلی‌کیستیک (PCO)^۸، آندومتریوز تخمدان راست و میوم تحت سروژ رحمی^۹ بود. میومکتومی و الکتروکوتری (EC)^{۱۰} هر دو تخمدان انجام شد. برای بیمار زن سه ماه دکاپیتیل تجویز گردید. در همان سال بعلت وجود مجدد ترس زن از نزدیکی به روانشناس ارجاع گردید. بیمار حدود ۸ ماه تحت روان‌درمانی قرار گرفت، اما ترس وی از نزدیکی

4-Dialiation
5-Phobia
6-Reverse perineorrhaphy
7-Intra Uterine Insemination
8-Polycystic Ovary
9-Subserous
10-Electrocautery

1-Unconsummated Marriage
2-Coitus
3-Performance anxiety

اعضای جنسی بدن خود^۱ تشویق گردید. سپس به وی تکنیکهای تن‌آرامی^۷ آموزش داده شد و از وی خواسته شد که هر روز در منزل آنها را تمرین کند. همچنین با سایکوتراپی به روش تحلیل روابط بین فردی به زن کمک شد تا واکنش‌های خود را در روابط با همسر خود و دیگران بهتر بشناسد و اقدام به کشف و تخفیف وابستگی‌های خود به خانواده پدری نماید. در جلسات روان درمانی با روش تحلیل روابط بین فردی بیمار توانست بخش‌های کودک-والد و بالغ روان خود را بشناسد و رفتارهای بالغ خود را با کمک درمانگر تقویت کند.

پس از حدود ۴ ماه (یک جلسه در هفته) زن از نظر روانی به وضعیت بهتری رسید و درمان برای زوج ادامه پیدا کرد. پس از یکماه برای اولین بار زوج موفق به نزدیکی شدند و زن بلافاصله به روش طبیعی در بهمن ماه ۷۸ باردار شد. زایمان وی در مهر ماه ۱۳۷۹ با روش سزارین انجام شد و در پیگیری بعدی که تا ۶ ماه پس از زایمان به عمل آمد، مشکل خاصی از نظر جسمی یا روانی و نیز در ادامه نزدیکی به وجود نیامد.

بحث

بر اساس مطالب فوق زوج مبتلا به UCM پس از ۱۴ سال با درمان روانپزشکی بطور موفقیت آمیز درمان شدند.

شیوه درمانی که در مورد این زوج بکار گرفته شد (یعنی ترکیب سکس‌تراپی زوج و سایکوتراپی انفرادی زن) در موارد قبلی بکار گرفته نشده است. Masters و همکاران اولین بار شیوه سکس‌درمانی زوج^۸ را به کمک یک تیم درمانگر دو نفره زن و مرد برای ناتوانی‌های جنسی بکار بردند که بسیار موثر بود (۶). اما سایر شیوه‌های روان‌درمانی و مشاوره روانی نیز در درمان

همچنان وجود داشت. بنابراین به زوجین پیشنهاد گردید که تحت آنستزی موضعی^۱ زن، اقدام به نزدیکی نمایند، اما مرد این روش را برای همسرش خطرناک دانسته و از انجام آن امتناع نمود. به این ترتیب هر دو مشکل (عدم انجام نزدیکی و ناباروری) به قوت خود باقی بود. در سال ۱۳۷۷، به توصیه مرکز پزشکی صارم زوجین جهت درمان روانپزشکی به نگارنده ارجاع شدند. در اولین مصاحبه، هر دوی آنها خسته و ناامید بنظر می‌رسیدند. مرد افسرده و میل جنسی خود را از دست داده بود و زن وجود مشکل در خود را رد کرده و علت تداوم اختلال را از دست رفتن میل جنسی همسرش می‌دانست و ابراز می‌نمود به علت سالها درمان و معاینات مکرر ژنیکولوژیک، ترس وی از بین رفته است. زن از نظر خصوصیات شخصیتی، وسواسی^۲ و وابسته به پدر بوده و به راحتی قادر به بیان احساساتش نبود. روشن بود که از بین رفتن میل جنسی^۳ مرد، یک مشکل ثانویه به ترس همسرش بود و به همین علت زن تصور می‌کرد که ترس وی کاملاً از بین رفته است. زوج درمانی^۴ زن و شوهر در مطب آغاز گردید. استفاده از تکنیک‌های سکس‌تراپی در جلسات هفتگی (یکبار در هفته) شروع شد. در این تکنیک‌ها زوج از تلاش برای نزدیکی منع شدند و از مرد خواسته شد که در هنگام نوازش و فعالیت جنسی با همسر از هرگونه فکر یا تحریک جنسی بپرهیزد. پس از یک ماه از شروع درمان، تمایل جنسی مرد به حد طبیعی رسید و علایم اضطراب در زن ظاهر گردید. روان‌درمانی انفرادی با استفاده از روش‌های کاهش‌دهنده اضطراب و نیز درمان‌های شناختی-رفتاری^۵ برای زن آغاز شد. در جلسات روان‌درمانی انفرادی با زن ابتدا آموزش آناتومی و فیزیولوژی ساده ژنیتال آغاز و برای بررسی و شناخت

1-Caudal
2-Obsessive
3-Sexual desire
4-Couple therapy
5-Cognitive behavioral

6-Self exploration
7-Relaxation
8-Dual sex therapy

این زوج بیمار، طول مدت درمان روانپزشکی، ۶ ماه بود که زمان نسبتاً کوتاهی بشمار می‌رود. در مورد زوج مورد بحث این مقاله، علامت آشکار در زمان مراجعه کاهش میل جنسی مرد بود و هنگامی که با استفاده از تکنیکهای سکس‌تراپی این علامت برطرف گردید، علت اصلی اختلال یعنی ترس جنسی^۳ در زن بارز گردید. پس از ۴ ماه زن شناخت قابل توجهی نسبت به ابعاد تاثیرگذار زمان کودکی خود^۴ در روابط خود با خانواده و همسرش پیدا کرد و توانست مهارتهای بالغانه خود را در این روابط تقویت نماید بطوریکه واکنش‌های رفتاری وی بطور محسوس تغییر یافت. بمرور شناخت و توانایی بهتری برای قائل‌شدن تمایز بین دو سیستم خانواده پدری و زندگی زناشویی در زن پیدا شد. به این ترتیب پس از گذشت ۶ ماه از آغاز درمان، بیمار توانست احساس وابستگی خود به خانواده اولیه را کاهش دهد و رابطه جنسی ژنیتال را بعنوان بخشی از رفتار بالغانه خود بپذیرد. در حقیقت روان‌درمانی با تحلیل روابط بین فردی به این بیمار کمک کرد تا در مدت کوتاهی جنبه‌های مثبت و قابل اتکاء شخصیت خود (بالغ)^۵ را بشناسد و بتواند از توانایی‌های خود برای حل مشکلات استفاده کند. تمرینهای کاهنده اضطراب، تن‌آرامی و تکنیکهای سکس‌تراپی زوج هم به پیشبرد درمان کمک کردند. این در حالی است که تعدادی از عوامل موجود در این زوج مورد بررسی، از جمله سابقه ممانعت از معاینه ژنیکولوژیکی در نخستین مراجعه و سابقه ترومای پزشکی در ناحیه ژنیتال معمولاً با موفقیت کمتری در درمان همراه می‌باشند(۹).

درمان موفقیت‌آمیز این زوج علیرغم عدم موفقیت انجام متعدد روشهای کمکی بارداری (ART)^۶ نشان‌دهنده آن است که ترکیب رفتار درمانی و روان‌درمانی شناختی

بکار می‌رود. در سال ۱۹۷۲ Fuchs و همکاران از درمان رفتاری-هیپنوتیک^۱ و در سال ۱۹۸۲ Kaplan و همکاران از ترکیب سکس‌تراپی و دارو درمانی با داروهای آنتی‌پانیک در درمان UCM استفاده کردند(۷-۸). در سال ۱۹۸۱، Bramly از روان‌درمانی کوتاه مدت به روش سایکوسوماتیک^۲ برای درمان ۵۰ زوج استفاده کرد و آن را یک روش موفقیت‌آمیز اعلام نمود (۹). Bramly در سال ۱۹۸۳ از رابطه متقابل پزشکی و بیمار استفاده درمانی از این رابطه برای کمک به بیماران استفاده نمود (۱۰). Schover و همکارانش در سال ۱۹۹۳ یک درمان ترکیبی را برای درمان یک زوج با مشکلات ارگانیک بکار بردند.

آنان از یک تیم متشکل از اورولوژیست، ژنیکولوژیست و سایکولوژیست استفاده کردند و در یک درمان ۱۸ ماهه که شامل درمانهای جراحی ترمیمی، لیزر تراپی و سکس‌تراپی بود، به موفقیت قابل توجهی دست یافتند (۱۱). در مورد زوج معرفی شده در این مقاله، از روش درمان با یک درمانگر استفاده گردید و اگر چه اغلب متخصصین سکس‌تراپی معتقدند که زوج همیشه باید با هم در جلسات حاضر شوند اما در مورد این زوج بخش عمده درمان به تنهایی با زن دنبال شد که با نتیجه موفقیت‌آمیزی همراه بود.

یکی از ویژگیهای این زوج بیمار، طول مدت قابل توجه بیماری بود (۱۴ سال). در مقالات موجود تنها در مقاله Bramely و همکاران (۱۹۸۱)، ۱۳ زوج با اختلال به وصال نرسیده بیش از ۸ سال گزارش شده‌اند و میانگین طول مدت اختلال در مجموع بیماران، ۴/۲ سال بود (۹).

از نظر مدت درمان، Bramely در یکی از مقالات خود طول مدت درمان را در ۶۰٪ موارد ۶ ماه و در ۷۲٪ موارد ۲ سال ذکر کرده و در مقاله دیگری متوسط طول مدت درمان را ۱/۵ سال ذکر می‌کند (۹-۱۰). در مورد

3-Sexual phobia

4-Child

5-Adult

6-Assisted Reproductive Techniques

1-Hypno-behavioral therapy

2-Psychosomatic therapy

می‌تواند روش مناسبی برای درمان UCM باشد. این مسئله که بخش عمده درمان بصورت انفرادی و با زن صورت گرفت، با نظر Bramely در مورد موفقیت زوجهایی که فقط زن برای درمان مراجعه می‌کند، هماهنگی بیشتری دارد.

بر این اساس عدم آگاهی کافی درباره روابط جنسی و نیز وابستگی به خانواده پدری از عوامل شایع و مهم ایجاد این اختلال می‌باشد (۱۰)، آموزش روابط جنسی در مراکز آموزشی و بهداشتی در کشور ما ضروری بنظر می‌رسد و باید برای انجام آن برنامه ریزی شود. تکرار روش درمانی مورد استفاده برای این زوج در

سایر زوجهای مبتلا به ازدواج به وصال نرسیده (UCM) می‌تواند اثربخشی آن را با دقت بیشتری نشان دهد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از استاد ارجمند جناب آقای دکتر فریدون مهرابی که راهنمائیهای علمی و تجربیات ارزنده ایشان عامل مهمی در پدید آوردن این مقاله بوده است کمال تشکر را داریم. همچنین از کلیه همکاران مرکز پزشکی صارم که به هر وسیله در تدوین این مقاله ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

7-Fuchs K. Hypnbehavioral approach for then -consummated marriage. I Am Soc Psychosom. Dent Med. 1972; 19 (3): 77- 82.

8-Kaplan H.S., Fyer A.J., Novick A. The treatment of sexual phobias: the combined use of antipanic medication and sex therapies. J Sex Mortalit Ther. 1982; 8(1): 3- 28.

9-Bramley H.M., Draper K., Kilvington J.M. Brief psychosomatic therapy for consummation of marriage. Br J Obs Gyn. 1981; 88: 819- 24.

10-Bramley H.M., Brown J., Draper K.C., et al. Non-consummation of marriage treated by members of the IPM: a prospective study. Br J Obs Gyn. 1983; 90: 908- 13.

11-Schover L.R., Montague D.K., Youngs D.D. Multidisciplinary treatment of an unconsummated marriage with organic factors in both spouses. Clev Clin J Med. 1993; 60(1): 72- 4.

References

1-Kaplan H.I., Sadock B.J. Synopsis of psychiatry. Behavioural Sciences, clinical Psychiatry. Lippincott, William's Wilkins, 8th Edition. 1998; pp 708- 9.

2-Balint M. The other part of medicine. Lancet. 1961; 1: 40- 2.

۳-پرانی امیر حسین، محرابی فریدون. بررسی علل ازدواجهای به وصال نرسیده در ایران. دفترچه مقالات سمینار سراسری پایان نامه‌های پزشکی، سال ۱۳۷۷، ص ۱۸-۹.

4-Zargooshi J. Unconsummated marriage, clarification of etiology and treatment with intracorporeal injection. BJU. 2000; 86: 75- 9.

5-Watson J.P., Brockman B. A follow-up of couples attending a psychosexual problems clinic. Br J Clin Psychol. 1982; 21(2): 143- 4.

6-Masters W., Johnson V. Human sexual

inadequacy. Boston, Little Brown and Co.
1970.