**بررسی تأثیر زوج درمانی سیستمی – رفتاری بر افزایش میل جنسی زوج ها**

*علیرضا بوستانی پور*

***چکیده***

*میل جنسی همواره به عنوان یکی از برجسته ترین نیازهای انسانی مدنظر قرار داشته است. در متون مربوط به مطالعه رفتار انسانی نیز همواره این میل و رفتارهای پیامد آن مورد بررسی بوده است. این رفتار اختصاصا در رابطه زناشویی پر رنگتر می شود، چرا که در اکثر جوامع تنها رابطه ای که در آن این میل و نیاز انسانی می تواند به شکلی مشروع ارضا شود در چهارچوب روابط زناشویی و در قالب ازدواج است. پژوهش حاضر با به کارگیری یک الگوی درمانی یکپارچه نگر، که برآیندی از دو نظریه مطرح در حیطه مشاوره زناشویی و خانواده است، به دنبال بهبود روابط جنسی زوج ها است.*

*نمونه مورد نظر از میان زوج های داوطلب مراجعه کننده به مراکز مشاوره تهران انتخاب شدند. 10 زوج (20 نفر) به صورت دو گروه کنترل (5 زوج؛ 10 نفر) و آزمایش (5 زوج؛ 10 نفر)، جایگزین شدند. پس از اجرای پیش آزمون، زوج های گروه آزمایش، در قالب 4 جلسه درمان زوجی توأمان قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات، پس آزمون در مورد آنها اجرا شد. نتایج حاصله از تجزیه و تحلیل داده ها از طریق تحلیل واریانس کرت های طبقه بندی شده نشان دهنده آن است که زوج درمانی سیستمی - رفتاری، در افزایش میزان میل جنسی یکسویه زوج ها مؤثر بوده است (α<0/01). اما در میزان میل جنسی به صورت کلی تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل مشاهده نشد. میزان میل جنسی تنوع طلبانه نیز تفاوت معناداری را نشان نداد. این نتایج بیانگر آن است که برگزاری جلسات زوج درمانی و مشاوره زناشویی به شیوه سیستمی – رفتاری می تواند علاوه بر تحکیم روابط زناشویی، می تواند تمایل جنسی طرفین را نیز، نسبت به یکدیگر، افزایش دهد.*

**مقدمه**

میل جنسی همواره به عنوان یکی از برجسته ترین نیازهای انسانی مدنظر قرار داشته است. در متون مربوط به مطالعه رفتار انسانی نیز همواره این میل و رفتارهای پیامد آن مورد بررسی بوده است. این رفتار اختصاصا در رابطه زناشویی پر رنگتر می شود، چرا که در اکثر جوامع تنها رابطه ای که در آن این میل و نیاز انسانی می تواند به شکلی مشروع ارضا شود در چهارچوب روابط زناشویی و در قالب ازدواج است. پژوهش حاضر با به کارگیری یک الگوی درمانی یکپارچه نگر، که برآیندی از دو نظریه مطرح در حیطه مشاوره زناشویی و خانواده است، به دنبال بهبود روابط جنسی زوج ها است (اوحدی، 1386).

در بیست سال گذشته، تعداد زن و شوهرهایی که در صدد رفع مشکلات جنسی خود بوده اند، افزایش چشم گیری داشته است. بعید بع نظر میرسد که این روند واقعاً بازتابی از افزایش میزان بروز مشکلات جنسی باشد و به احتمال زیاد نتیجه تغییر نگرش های اجتماعی و دستیابی به خدمات است. در گذشته، زن و شوهرهای مبتلا به مشکلات جنسی یا به رابه ناکامل خود در غیاب یک مؤلفه جنسی ادامه می دادند و یا در جستجوی شریک جنسی دیگری بر می آمدند (اسپنس، 1385؛ ترجمه توزنده جانی، محمدی، توکلی زاده، دهگان پور).

به همین ترتیب، و با افزایش نیاز به درمان برای درمان انواع مشکلات و اختلالات جنسی، دیدگاه ها، نظریه ها، و الگوهای متعددی برای درمان این مشکلات مطرح شدند که مطالعات مختلفی هم در همین باره انجام شد (بچن، 2001). از نظریه های رفتاری (دکاروفل، و ترودل، 2006)، شناختی – رفتاری (ترودل، مارچند، راوارات، اوبین، ترجن، و فورتیر، 2001) گرفته تا رویکردهای سیستمی (کرو و ریدلی، 1384؛ ترجمه موسوی؛ جرینگ، 2003)، نظریه های پست مدرن (یارهوس، 2008؛ زومایا، بریجز، و روبیو، 1999)، و یا حتی گاهی خوددرمانی های جهت یافته (ون لانکولد، 2009).

در این میان، دوناهی و میلر[[1]](#footnote-2) (2000)، چون معتقدند که مطالعه روی روش های مختلف در درمان مشکلات جنسی، تفاوت زیادی را ببین رویکردهای مختلف درمانی نشان نداده است، بیشتر از آنکه به تدوین الگوها و نظریه های جدید معتقد باشند، بر روی عوامل مشترکی که در الگوها و ظنریه های مختلف باعث درمان می شوند تمرکز کرده و باور دارند که بایستی در درمان مسائل جنسی، بیشتر روی گسترش و تقویت این عوامل تکیه کرد، تا تدوین الگوهای جدید و متنوع. آنها این عوامل را به ترتیب زیر بر می شمرند: 1) عوامل فرادرمانی[[2]](#footnote-3)، 2) رابطه[[3]](#footnote-4)، 3) انتظار[[4]](#footnote-5) یا دارونما[[5]](#footnote-6)، 4) الگوها[[6]](#footnote-7) و فن ها[[7]](#footnote-8) (دوناهی و میلر، 2000).

البته همانند کل جریان مشاوره و روان درمانی، رویکردها و الگوهای معطوف به این مشکلات هم به سمت یکپارچه نگری پیش می روند (کلونتز، گروس، و کلونتز، 2005؛ آرمسترانگ، 2006؛ ویکز، 2005؛ دینز، و هلام- جونز، 2007). یکی از این رویکردهای تلفیقی که به دنبال تصحیح تصحیح نواقص رویکردهای گذشته است، رویکرد سیستمی- رفتاری است که با تلفیق دو رویکرد مطرح در درمان مشکلات زناشویی، بر آن است تا نواقص مطروحه برای این دو نظریه را با تلفیق آنها جبران کند.

تأکید در این رویکرد بیشتر بر بهبود سازگاری رفتاری است تا تغییر اساسی در نگرش یا بینش زوج (کرو و ریدلی، ترجمه موسوی، 1384). بر پایه این الگو در پشت رفتار زناشوئی هم قصه ظاهری و هم قصه تمثیلی نهفته است. دگرگونی فرد به کل این نظام اثر می گذارد. در واقع این اثرها را به صورت پیامدهای رفتاری و رابطه ایی می توان اندازه گرفت. در حقیقت کارکرد رابطه ای کل رفتار با بررسی پیامدهای ایجاد شده قابل فهم تر است (الکساندرو پارسونز، به نقل از کرو و ریدلی، ترجمه موسوی، 1384)، بطور خلاصه رفتار فرد در رابطه زناشویی را باید هم به شکل یک رفتار و هم به عنوان بیانی درباره آن رابطه بررسی کرد. بدین جهت رفتار در بافتی که در آن روی می دهد معنا می یابد. بر پایه این مدل درمانی شرکت افراد در رابطه صمیمانه و ادامه دادن به آن تا زمانی پایدار است که از نظر پاداش ها و هزینه ها خشنود کننده باشد. بر این اساس اختلاف زناشوئی تابعی است از نرخ تقویت و تنبیه (برنشتاین و برنشتاین، ترجمه عابدی و منشئی، 1384).

کرو (1995) این رویکرد را در درمان مشکلات جنسی مورد بررسی قرار داده اند. مطالعه حاضر نیز به دنبال بررسی میزان کارآیی رویکرد سیستمی رفتاری بر افزایش تمایلات جنسی زوج ها است.

**اهداف تحقیق**

* بررسی تأثیر زوج درمانی سیستمی – رفتاری بر افزایش میل جنسی زوج ها
* بررسی تأثیر زوج درمانی سیستمی – رفتاری بر افزایش میل جنسی یک سویه زوج ها
* بررسی تأثیر زوج درمانی سیستمی – رفتاری بر افزایش میل جنسی زن و شوهری زوج ها

**فرضیات تحقیق**

* زوج درمانی سیستمی – رفتاری بر افزایش میل جنسی زوج ها مؤثر است.
* زوج درمانی سیستمی – رفتاری بر افزایش میل جنسی یک سویه زوج ها مؤثر است.
* زوج درمانی سیستمی – رفتاری بر افزایش میل جنسی زن و شوهری زوج ها مؤثر است.

**روش تحقیق**

مطالعه حاضر از نوع تحقیق های نیمه آزمایشی با گروه کنترل است. نمونه مورد بررسی در پژوهش حاضر از میان زوج های مراجعه کننده به مرکز مشاوره راه نو شهر تهران انتخاب شدند. از میان زوج هایی که به این مرکز مراجعه کردند، گروهی تحت درمان سیستمی – رفتاری قرار گرفتند. گروه کنترل همگنترل هم از میان کسانی انتخاب شدند که در لیست انتظار بودند. 10 زوج (20 نفر) حجم نمونه کلی را تشکیل می دادند، که افراد مراجعه کننده برای درمان های مشترک زوج درمانی با رویکرد سیستمی – رفتاری به عنوان گروه آزمایش (n = 10)، و 5 زوج هم، که در لیست انتظار بودند به عنوان گروه کنترل (n = 10) در نظر گرفته شدند. در انتخاب زوج ها برای گروه های آزمایش و کنترل، سعی شد تا با در نظر گرفتن، متغیرهایی چون سن، مدت زمان ازدواج و تعداد فرزندان، گروه ها تا حد امکان همسان سازی شوند. پیش آزمون زوج های مراجعه کننده قبل از آغاز جلسه درمان اجرا شد، و پیش آزمون گروه کنترل هم در زمان گرفتن وقت ملاقات با درمانگران، به صورت تلفنی، تکمیل گردید.

ابزار جمع آوری اطلاعات در این مطالعه، پرسشنامه میل جنسی[[8]](#footnote-9) است که، توسط اسپکتور[[9]](#footnote-10) (1992) تدوین شد (اسپری، 2004). این پرسشنامه دو عامل را می سنجد: میل جنسی زن و شوهری[[10]](#footnote-11) (علاقه به داشتن رابطه جنسی با شریکی خاص) و میل جنسی یک سویه[[11]](#footnote-12) (علاقه به داشتن رابطه جنسی به طور کلی). این پرسشنامه دارای 14 سؤال است که هر خرده مقیاس 7 سؤال را در بر می گیرد. اسپری (2004) اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را 76/0 گزارش کرده است، و آلفای کرانباخ خرده مقیاس های را به ترتیب زیر گزارش کرده است: میل جنسی زن و شوهری (86/0) و میل جنسی یک سویه (96/0). روایی عاملی، و روایی همزمان و افتراقی گزارش شده توسط اسپکتور (1992؛ به نقل از اسپری، 2004) محاسبه شده است. سؤالات بر اساس طیف لیکرتی 5 درجه ای پاسخ داده می شوند.

زوج های گروه کنترل در 4 جلسه درمانی سیستمی – رفتاری، به صورت مشترک[[12]](#footnote-13)، شرکت کردند، اما اعضای گروه کنترل، در لیست انتظار باقی ماندند و پس از پایان مراحل تحقیق، به درمان وارد شدند. در نهایت پس از اجرای پس آزمون، نمرات با استفاده از تحلیل واریانس کرت های طبقه بندی شده[[13]](#footnote-14)، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته های پژوهش**

در این بخش به بررسی توصیفی و استنباطی یافته ها پرداخته می شود، ابتدا ویژگی های دموگرافیک شرکت کنندگان و سپس داده های آماری مربوط به فرضیات مطرح شده، مورد بررسی قرار می گیرند. در بررسی توصیفی داده های دموگرافیک و جدول فراوانی هر متغیر ترسیم می شود و سپس میانگین و پراکندگی هر یک، مورد بررسی قرار می گیرد.

*یافته های توصیفی*

*جدول شماره 1: پراکندگی سنی نمونه مورد بررسی در گروه های آزمایش و کنترل*

جدول فوق نشان دهنده پراکندگی سنی نمونه مورد بررسی، به تفکیک زوج های شرکت کننده در گروه های آزمایش و کنترل است. میانگین سنی زوج ها مدنظر قرار گرفته اند. مسن ترین زوج، 42 ساله و جوانترین، 27 ساله هستند.

*جدول شماره 2: پراکندگی تعداد فرزندان نمونه مورد بررسی در گروه های آزمایش و کنترل*

جدول شماره 2 نشان دهنده آن است که دامنه پراکندگی تعداد فرزندان از 1 تا 4 فرزند متغیر است.

*جدول شماره 3: پراکندگی مدت زمان ازدواج نمونه مورد بررسی در گروه های آزمایش و کنترل*

داده های جدول فوق هم نشان دهنده آن است که بیشترین مدت زمان ازدواج 14، و کمترین 2 سال است. میانگین مدت زمان ازدواج هم 7 سال دارند.

*جدول شماره 4: میانگین و انحراف معیار میل جنسی کلی و*

*خرده مقیاس های میل جنسی زن و شوهری و میل جنسی یک سویه به تفکیک گروه آزمایش و کنترل*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مقیاس ها** | **گروه ها** | **پیش آزمون** | | **پس آزمون** | |
| **میانگین** | **انحراف معیار** | **میانگین** | **انحراف معیار** |
| *میل جنسی زن و شوهری* | *آزمایش* | 40 | 73/6 | 31 | 03/8 |
| *کنترل* | 38 | 00/7 | 39 | 00/6 |
| *میل جنسی یک سویه* | *آزمایش* | 23 | 46/7 | 23 | 00/7 |
| *کنترل* | 27 | 00/7 | 22 | 23/7 |
| *میل جنسی کلی* | *آزمایش* | 26 | 55/4 | 22 | 43/3 |
| *کنترل* | 23 | 00/5 | 24 | 70/4 |

جدول بالا میانگین و انحراف معیار نمرات میل جنسی کلی و خرده مقیاس های آن را در پیش آزمون و پس آزمون را به تفکیک در گروه های کنترل و آزمایش نشان می دهد.

*یافته های استنباطی*

به منظور مقایسه نتایج گروه های آزمایش و کنترل، و آزمایش فرضیات تحقیق حاضر، از روش تحلیل واریانس کرت های تقسیم شده، استفاده شده است. بر همین اساس داده های حاصل با استفاده از نرم افزارهای SPSS, V.17 استفاده شده است. به همین ترتیب، فرضیات تحقیق ذکر می شوند و نتایج آماری در جدول مربوطه می آید.

*زوج درمانی سیستمی – رفتاری بر افزایش میل جنسی زوج ها مؤثر است.*

جد*ول شماره 5: تحلیل واریانس نمرات میل جنسی کلی*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **منبع تغییرات** | **SS** | **df** | **MS** | **F** | **Sig.** |
| **بین آزمودنی ها** | 817/422 | 1 | 817/422 | 631/3 | 073/0 |
| **درون آزمودنی ها** | 850/263 | 1 | 850/263 | 034/36 | 001/0 |
| **تعامل عوامل** | 017/111 | 1 | 017/111 | 162/15 | 001/0 |
| **خطا** | 322/7 | 16 | 322/7 |  |  |
| **کل** | 886/61 | 19 | 886/61 |  |  |

داده ها نشان می دهد که تفاوت بین گروه های آزمایش و کنترل به لحاظ آماری معنادار (073/0 =P) نیست. اما بین میانگین گروه ها در پیش آزمون و پس آزمون، تفاوت معناداری (P< 0/001) مشاهده می شود. بنابراین، با توجه به داده های فوق، فرض صفر رد شده و با اطمینان 99 درصد می توان گفت که: «زوج درمانی سیستمی – رفتاری بر افزایش میل جنسی زوج ها مؤثر است.»

زوج درمانی سیستمی – رفتاری بر افزایش میل جنسی یک سویه زوج ها مؤثر است.

*جدول شماره 6: تحلیل واریانس نمرات میل جنسی یک سویه*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **منبع تغییرات** | **SS** | **df** | **MS** | **F** | **Sig.** |
| **بین آزمودنی ها** | 067/112 | 1 | 067/112 | 892/0 | 357/0 |
| **درون آزمودنی ها** | 433/273 | 1 | 717/136 | 372/20 | 001/0 |
| **تعامل عوامل** | 633/185 | 1 | 817/92 | 830/13 | 001/0 |
| **خطا** | 600/241 | 16 | 711/6 |  |  |
| **کل** | 933/3072 | 19 | 084/52 |  |  |

داده ها نشان می دهد که تفاوت بین گروه های آزمایش و کنترل آنقدر زیاد نیست که به لحاظ آماری معنادار (P= 0/357) باشد. اما بین میانگین گروه ها در پیش آزمون و پس آزمون، تفاوت معناداری (P<0/001) مشاهده می شود. بنابراین، با توجه به داده های فوق، فرض صفر رد شده و با اطمینان 99 درصد می توان گفت که: «زوج درمانی سیستمی – رفتاری بر افزایش میل جنسی یک سویه زوج ها مؤثر است.»

زوج درمانی سیستمی – رفتاری بر افزایش میل جنسی زن و شوهری زوج ها مؤثر است.

*جدول شماره 7: تحلیل واریانس نمرات میل جنسی زن و شوهری*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **منبع تغییرات** | **SS** | **df** | **MS** | **F** | **Sig.** |
| **بین آزمودنی ها** | 817/114 | 1 | 817/114 | 088/3 | 096/0 |
| **درون آزمودنی ها** | 633/92 | 1 | 317/46 | 000/10 | 001/0 |
| **تعامل عوامل** | 633/64 | 1 | 317/32 | 978/6 | 003/0 |
| **خطا** | 733/166 | 16 | 631/4 |  |  |
| **کل** | 183/1108 | 19 | 783/18 |  |  |

داده ها نشان می دهد که تفاوت بین گروه های آزمایش و کنترل به لحاظ آماری معنادار (P= 0/096) نیست. اما بین میانگین گروه ها در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری (P<0/001) مشاهده می شود. بنابراین، با توجه به داده های فوق، فرض صفر رد شده و با اطمینان 99 درصد می توان گفت که: «زوج درمانی سیستمی – رفتاری بر افزایش میل جنسی زن و شوهری زوج ها مؤثر است.»

**بحث و نتیجه گیری**

*زوج درمانی سیستمی – رفتاری بر افزایش میل جنسی زوج ها مؤثر است.* زوج درمانی سیستمی – رفتاری، به واسطه تسهیل ارتباطات بین فردی زوج ها و افزایش مهرات های ارتباطی و حل مسأله می تواند مشکلات و مسائلی که بین زوج ها درباره مسائل جنسی مطرح است را نیز تسهیل کند. ترودل، مارچند، راوارت، اوبین، ترجن، و فورتیر (2001) نیز با تأیید این مطلب، معتقدند که مجموعه ای از عوامل شخصی و رابطه ای در افزایش یا کاهش میل جنسی دخیل هستند. در این مسان، کمبود رضایت جنسی، وجود اختلال جنسی، شناخت ها و باور منفی نسبت به جنسیت، فقدان یا کمبود تخیلات جنسی، اضطراب، افسردگی، آسیب های حل نشده گذشته، آشفتگی در رابطه زناشویی، بخشی از این عوامل را تشکیل می دهند.

*زوج درمانی سیستمی – رفتاری بر افزایش میل جنسی یک سویه زوج ها مؤثر است.* افزایش میل جنسی به صورت یک سویه، به معنی میل جنسی کلی، بدون جهت گیری به سمت همسر یا شریک جنسی خاص است. این یافته با جرینگ (2003) هم همخوان است که میل جنسی را تابعی از کل رابطه زناشویی تلقی کرده که هر گونه رابطه صمیمی و رمانتیک را می تواند در ذیل این نوع رابطه ها طبقه بندی کرد و معتقد است که چنین روابطی می تواند به مرور زمان، باعث افزایش میل جنسی و لیبیدو به عنوان انرژی جنسی شود. دکاروفل و ترودل (2006) هم چنین یافته هایی را تأیید کرده اند.

*زوج درمانی سیستمی – رفتاری بر کاهش رابطه جنسی زوج های هردوشاغل مؤثر است.* این یافته با کرو و ریدلی (1995؛ ترجمه موسوی، 1384) همخوان است. به اعتقاد آنها هر پدیده ارتباطی، از جمله رابطه جنسی در زندگی زناشویی، می تواند از دو بعد مد نظر قرار گیرد: رفتاری فردی و عکس العملی نسبت به آنچه در ارتباط رخ می دهد. در نتیجه هر گونه اختلال در کارکردهای جنسی زندگی زوجی، عکس العملی است نسبت به آنچه در رابطه زناشویی رخ می دهد و بهتر است به عنوان رفتاری بین فردی در نظر گرفته شود. در واقع الگوی درمانی سیستمی- رفتاری مدعی است که هر روشی در حل مسائل زوجی می تواند به سایر مسائل تسری یابد. ارتباط زناشویی نیز از این قاعده مستثنی نیست و تأیید فرض فوق نیز با این ادعا همخوان است.

این یافته ها بیانگر آن است که توجه به مسائل ارتباطی، و آنچه به عنوان تبادل تقویت و پاداش در چرخه ارتباط بین فردی مطرح می شود، می تواند باعث شود که میل جنسی و صمیمت، و به طبع آن رابطه رضایت بخش بین زوج ها به وجود آید، و به همین ترتیب، رضایت زناشویی افزایش یافته و عملکردهای زناشویی و والدگری در خانواده نیز تحت تأثیر قرار گیرد.

محدودیت هایی که در مطالعات آتی می تواند لحاظ شود، همگن کردن زوج ها در گروه های نمونه براساس متغیرهای مفید دیگری است که بر رابطه جنسی و میل جنسی تأثیر گذارد؛ مانند سن، تحصیلات، شغل، و سایر متغیرهایی که بر روابط زناشویی مؤثر هستند.

**منابع و مآخذ**

اوحدی، ب. (1385) *تمایلات و رفتارهای جنسی انسان،* اصفهان: انتشارات صادق هدایت.

اسپنس، س. اچ. (1385) *درمان اختلالات جنسی: دیدگاه شناختی – رفتاری،* ترجمه توزنده جانی، محمدی، توکلی زاده، دهگان پور، تهران: پیک فرهنگ.

برنشتاین، ف.، برنشتاین، م. (1384). *زناشویی درمانی از دیدگاه رفتاری- ارتباطی*؛ ترجمه حسن پور عابدی نایینی و غلامرضا منشئی، تهران: انتشارات رشد.

کرو، م.، ریدلی، ج. (1384). *زوج درمانی کاربردی با رویکرد سیستمی- رفتاری*، ترجمه ا. موسوی، تهران: انشارات کاویان.

Armstrong, L. L. (2006) Barriers to Intimate Sexuality: Concerns and Meaning-Based Therapy Approaches, *The Humanistic Psychologists: 34,* pp.281 – 298.

Betchen, S. T. (2001) Hypo Active Sexual Desire in a Couple with Unresolved Loyalty Conflicts, *Journal of Sex Education and Therapy: 36*, pp. 71 – 81.

Crowe, M. (1995). Coupletherapyandsexualdysfunction. *International Review of Psychiatry:* 7, pp.195-205.

Daines, B. Hallam – Jones, R. (2007) Multifaceted intervention sex therapy (MIST), *Journal of Sex and Relationship Therapy: 22*, pp. 339 – 350.

Donahi, K. M. Miller, S. D. (2000) Applying a Common Factors Perspective to Sex Therapy, *Journal of sex Eucation and Therapy: 25*, pp. 221 – 230.

Gehring, D. Couple Therapy for Low Sexual Desire: A Systemic Approach, *Journal of Sex and Marital Therapy: 29*, pp. 25 – 29.

Klontz, T. B. Garos, S. Klontz, P. T. (2005) the Effectiveness of Brief Multimodal Experiential Therapy in the Treatment of Sexual Addiction, *Sexual Addiction & Compulsivity*, 12, pp. 275 – 294.

Sperry, L. (2004). *Assessment of couples and families: Contemporary and cutting-edge strategies*. NY: Bruner-Rutledge.

Trudel, G. Marchand, A. Ravart, M. Aubin, S. Turgeon, L. Fortier, P. (2001) The effect of a cognitive - behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women, *Sexual and Relationship Therapy: 16, pp. 145 – 164.*

Van Lankveld, J. (2009) Self-Help Therapies for Sexual Dysfunction, *Journal of Sex Research: 46*, pp. 145 – 153.

Weeks, G. R. (2005) The emergence of a new paradigm in sex therapy: integration, *Journal of Sexual and Relationship: 20*, pp. 89 – 103.

Yarhouse, M. A. (2008) Narrative Sexual Identity Therapy, *The American Journal of Family Therapy*, 36: pp.196–210.

Zumaya, M. Bridges, S. K. Rubio, E. (2001) A Constructivist Approach to Sex Therapy with Couples, *Journal of Constructivist Psychology: 12*, 185 – 201.

1. Donahi & Miller [↑](#footnote-ref-2)
2. extra therapeutic [↑](#footnote-ref-3)
3. relationship [↑](#footnote-ref-4)
4. expectation [↑](#footnote-ref-5)
5. placebo [↑](#footnote-ref-6)
6. models [↑](#footnote-ref-7)
7. techniques [↑](#footnote-ref-8)
8. Sexual Desire Inventory [↑](#footnote-ref-9)
9. Spector [↑](#footnote-ref-10)
10. Dyadic Sexual Desire [↑](#footnote-ref-11)
11. Solitary Sexual Desire [↑](#footnote-ref-12)
12. conjoint [↑](#footnote-ref-13)
13. Split Plot ANOVA (SPANOVA) [↑](#footnote-ref-14)