

مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک های دلبستگی در زنان مبتلا به واژینیسموس و زنان عادی

سمیه حمیدی^۱، دکتر حسین شاره^{۲*}، دکتر سید کاوه حجت^۳

۱. کارشناس ارشد روان شناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، تربت جام، ایران.
۲. استادیار روان شناسی بالینی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران.
۳. استادیار گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۳/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۵/۱

خلاصه

مقدمه: طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های دلبستگی ناایمن زیربنای بسیاری از اختلالات روانشناختی هستند. مطالعه حاضر با هدف شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های دلبستگی در زنان مبتلا به واژینیسموس و مقایسه آن با زنان عادی انجام شد.

روش کار: این مطالعه علمی-مقایسه‌ای در سال ۱۳۹۳ بر روی دو گروه ۳۰ نفری (گروه زنان عادی و گروه زنان مبتلا به واژینیسموس) انجام شد. زنان مبتلا به واژینیسموس به روش نمونه‌گیری هدفمند از طریق ارجاع توسط متخصصان زنان و زایمان، روان پزشکان و روان شناسان شهر تهران انتخاب شدند و با زنان عادی که از نظر متغیرهای سن و تحصیلات با گروه اول هم‌تا شدند، مورد مقایسه قرار گرفتند. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه پانگ-فرم کوتاه و مقیاس سبک‌های دلبستگی بزرگسالان کولینز و رید انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون تحلیل واریانس چند متغیری انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات تمام طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به واژینیسموس به طور معناداری از میانگین نمرات افراد عادی در این مؤلفه‌ها بیشتر بود ($p < 0/01$). سبک دلبستگی دو گروه در زیرمقیاس نزدیکی و اضطرابی تفاوت معناداری داشت ($p < 0/01$)؛ به طوری که زنان مبتلا به واژینیسموس در مقایسه با زنان عادی به طور معناداری از سبک دلبستگی اضطرابی بیشتر و از سبک دلبستگی نزدیکی کمتر استفاده می کردند. در سبک دلبستگی وابستگی دو گروه تفاوت معناداری نداشتند ($p = 0/1$).

نتیجه‌گیری: زنان مبتلا به واژینیسموس در مقایسه با زنان عادی دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیشتر و سبک دلبستگی اضطرابی می‌باشند.

کلمات کلیدی: اختلالات جنسی، سبک های دلبستگی، طرحواره های ناسازگار اولیه، واژینیسموس

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر حسین شاره؛ دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران. تلفن: ۰۵۸-۳۲۲۳۰۷۸۳؛ پست الکترونیک: s.kavehhojjat1@gmail.com

مقدمه

رضایت از رابطه جنسی یکی از شاخص های مهم در روابط بین زوجین و از مؤلفه های کلیدی در رضایت زناشویی است (۱). مطالعه بر روی مراجعه کنندگان به مجتمع های قضایی شهر تهران به دلیل تقاضای طلاق نشان داد که ۶۶/۷٪ از مردان و ۶۸/۴٪ از زنان از زندگی جنسی با همسرانشان راضی نیستند (۲). آمارهای جهانی نشان می دهد که حدود ۴۵-۴۰٪ زنان به درجاتی از کژکاری جنسی مبتلا هستند (۳).

اختلال واژینیسموس یکی از این کژکاری ها و اختلالات در زنان است. انجمن روان پزشکی آمریکا^۱ (۴) واژینیسموس را اینگونه تعریف کرده است: انقباض غیرارادی عضلات یک سوم خارجی واژن که مانع از مقاربت می شود. براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی- متن بازنویسی شده و ویرایش چهارم (DSM- IV- TR) این اختلال همراه با دیسپارونیا، «اختلال درد جنسی» را تشکیل می دهند. این تشخیص زمانی مطرح می شود که هیچ عامل دیگری (عفونت ها، ضایعه های جراحی، ...) توجه کننده علائم نباشند (۴). در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی- ویرایش پنجم^۱، واژینیسموس همراه با دیسپارونیا و سایر مواردی که دخول جنسی در آن ها به سختی صورت می گیرند، تحت عنوان یک اختلال واحد به نام «اختلال درد تناسلی- لگنی» آورده شده اند (۵). در مطالعه مروری سیستماتیک هاینز و همکاران (۲۰۰۶)، مشخص شد که ۲۶٪ زنان به اختلالات درد جنسی مبتلا هستند (۶). شیوع اختلال واژینیسموس در کلینیک های درمان کژکارکردی های جنسی بین ۴۲-۵٪ در بین بیماران مراجعه کنندگان برای سکس- تراپی گزارش شده است (۷-۹)، اما با توجه به ماهیت اختلال، احتمالاً زنان بسیار زیادی هستند که به این اختلال مبتلا بوده ولی هیچ وقت برای درمان مراجعه نمی کنند. همچنین شیوع ازدواج به وصال نرسیده که یکی از علت های عمده آن واژینیسموس است، در

کشورهای مختلف بین ۱۷-۸٪ گزارش شده است (۱۰-۱۲).

وارد و همکاران (۱۹۹۴) معتقدند فرد مبتلا به واژینیسموس به دلیل احساس گناه، حس ناامیدی و احساس عصبانیت از خود که از عزت نفس کم ناشی می شود، از فعالیت جنسی اجتناب می کند و این امر منجر به پایین آمدن کیفیت زندگی زناشویی می شود (۱۳). بسیاری از محققان مطرح کرده اند که اختلال واژینیسموس ریشه در مسائل روانشناختی و دوران کودکی فرد دارد و مطالعات زیادی بر روی پیوند بین سبک های دلبستگی و رفتار جنسی متمرکز شده است (۱۴-۱۶). اینزورث و همکاران (۱۹۷۸) در نتیجه آزمایشاتی که روی کودکان یک ساله انجام دادند، موفق به ابداع سه سبک دلبستگی ایمن، نایمن اجتنابی و نایمن دوسوگرا (اضطرابی) شدند (۱۷). سبک دلبستگی اضطرابی با تمایل به جستجوی حمایت از شخص مورد دلبستگی، نگرانی از طرد شدن، شک و تردید زیاد در مورد خودکارآمدی، عزت نفس پایین، نیاز شدید به توجه و صمیمیت، احساس آسیب پذیری و ناامیدی و برخورداری از یک مدل خود منفی مشخص می شود، در حالی که فرد دارای این سبک دلبستگی عمدتاً به خاطر نیاز به حمایت و امنیت، در ارتباط با دیگران رفتار مثبتی دارد. مشخصه سبک دلبستگی اجتنابی کاهش نیاز به احساس صمیمیت با دیگران، تمایل به جستجوی استقلال و اتکا به خود، گرایش به تمرکز روی ویژگی های مثبت و بی اهمیت جلوه دادن ویژگی های منفی خود برای ساختن یک مدل خود مثبت همراه با بی اعتنایی یا بی اعتمادی به دیگران است. سبک دلبستگی ایمن با تصویر مثبت از خود و گشودگی نسبی همراه با اعتماد به دیگران در روابط متمایز می شود. شواهد قابل توجهی نشان می دهد که سبک های دلبستگی شکل گرفته در اوایل زندگی تأثیر عمیقی بر رفتار در بزرگسالی دارند (۱۸).

فریود (۱۹۶۲) به صورت کلی روی مسأله دلبستگی و روابط اولیه کودک با مراقبش مطالعه و حتی تأثیر آن را روی روابط بزرگسالی فرد عنوان کرد؛ بطوری که مطرح کرد مشخصات فراوان زندگی عشق آدمی، به ویژه

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.)

² Genito-Pelvic Pain Disorder

مؤلفه‌های شناختی محسوب شده و حتی گاهی اوقات پیش از آن که کودک زبان را بیاموزد شکل می‌گیرند (طرحواره های پیش کلامی) و اغلب نفوذ خود را بر سیستم پردازش اطلاعات در زیر آستانه هوشیاری اعمال می‌کنند و به صورت خودآیند وارد افکار شخص می‌شوند (۲۹). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند، در مسیر زندگی تداوم دارند، به رابطه فرد با خود و با دیگران مربوط می‌شوند و به شدت ناکارآمد هستند (۳۰). یانگ ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه را در پنج حوزه بیان کرد که شامل: ۱- حوزه بریدگی و طرد^۲ شامل: رهاشدگی/ بی‌ثباتی^۳، بی‌اعتمادی/ بد رفتاری^۴، محرومیت هیجانی^۵، نقص/ شرم^۶، انزوای اجتماعی/ بیگانگی^۷؛ ۲- حوزه عملکرد و خودگردانی مختل^۸ شامل وابستگی/ بی‌کفایتی^۹، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری^{۱۰}، خودتحوّل نیافته/ گرفتار^{۱۱} و شکست^{۱۲}؛ ۳- حوزه محدودیت‌های مختل^{۱۳} شامل: استحقاق/ بزرگ‌منشی^{۱۴}، خودکنترلی ناکافی^{۱۵}؛ ۴- حوزه دیگر جهت‌مندی^{۱۶} شامل: اطاعت^{۱۷}، فداکاری^{۱۸} و تأییدجویی/ توجه‌طلبی^{۱۹}؛ و ۵- حوزه‌گوش بزرگی بیش از حد و بازداری^{۲۰} شامل: منفی‌گرایی/ بدبینی^{۲۱}، بازداری هیجانی^{۲۲}، معیارهای سرسختانه/ بیش‌انتقادی^{۲۳} و در نهایت تنبیه‌گرایی^{۲۴} می‌باشد (۳۱).

² Disconnection And Rejection

³ Abandonment/ Instability

⁴ Mistrust

⁵ Emotional Deprivation

⁶ Defectiveness/ Shame

⁷ Social withdrawal

⁸ Impaired Autonomy and performance

⁹ Dependence / Incompetence

¹⁰ Vulnerability

¹¹ Enmeshment / Undeveloped Self

¹² Failure

¹³ Impaired limits

¹⁴ Entitlement / Grandiosity

¹⁵ Insufficient Self -control

¹⁶ Other -Directedness

¹⁷ Subjugation

¹⁸ Self- sacrifice

¹⁹ Approval-Seeking/ Recognition-Seeking

²⁰ Over vigilance and inhibition

²¹ Negativity / Pessimism

²² Emotional / Inhibition

²³ Unrelenting Standards / Hypercritical

²⁴ Punishment

درماندگی و ناراحتی‌های بسیارش به هنگام عشق و عاشقی کاملاً با زندگی جنسی دوران کودکی‌اش مربوط می‌باشد (۱۹). سبک های دلبستگی برای توجیه و تبیین روابط اجتماعی، عاشقانه و جنسی در دوران نوجوانی و بزرگسالی استفاده می‌شوند (۲۰). به عنوان مثال زنان دارای سبک دلبستگی اجتنابی نسبت به زنانی که سبک دلبستگی ایمن دارند، سعی می‌کنند از روابط صمیمی و تماس جنسی دوری کنند (۲۱) و نیز زنانی که دارای سبک دلبستگی اضطرابی هستند از روابط جنسی به منظور کسب احساس نزدیکی با والدینشان استفاده می‌کنند (۱۴، ۲۲). در مطالعه گرانت و همکاران در سال ۲۰۱۰ مشخص شد که سبک‌های دلبستگی اضطرابی و دوسوگرا در زنان دیسپارانویا نسبت به زنان عادی بیشتر است (۲۳). سبک دلبستگی اجتنابی در زنانی که از دیلدو^۱ برای رسیدن به ارگاسم استفاده می‌کنند و یا مایل به سکس از راه مقعد هستند به طور معناداری بالاتر است (۲۴). سبک‌های دلبستگی می‌توانند پیش‌بین اعتیاد جنسی نیز باشند. مطالعه زاهدیان و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که محافظت بیش از حد مادر و پدر و سبک دلبستگی دوسوگرا بهترین پیش‌بین‌های اعتیاد جنسی هستند (۲۵). مطالعه حقیقت‌منش و همکاران (۲۰۱۰) نیز نشان داد نسبت تجاوزگران جنسی در سبک‌های دلبستگی نایمن به طور معناداری از گروه عادی بیشتر است و افراد تجاوزگر جنسی دارای سطح بالایی از اضطراب مربوط به دلبستگی هستند (۲۶). مطالعه مشتاق و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان داد که زنان دارای سبک دلبستگی ایمن رضایت‌مندی زناشویی و میل جنسی بالاتر و زنان دارای سبک دلبستگی اجتنابی احساس گناه جنسی بیشتر و میل جنسی پایین‌تری را گزارش می‌کنند (۲۷).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه نیز همانند سبک‌های دلبستگی زیربنای رفتار افراد را تعیین می‌کنند. یانگ (۱۹۹۹) معتقد است که ژرف‌ترین ساختارهای شناختی، طرحواره‌ها هستند (۲۸). شناخت درمانگران معتقدند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه قدیمی‌ترین

¹ Dildo

طرحواره‌های ناسازگار اولیه روی مسائل عمیق شناختی متمرکز هستند و ممکن است باعث آسیب افراد در برابر افسردگی، اضطراب، روابط بین فردی نامطلوب، اختلالات جنسی، اعتیاد و اختلالات سایکوسوماتیک شود (۳۱). سوئیتزر (۲۰۰۶) در تأیید تأثیر طرحواره‌ها بر عملکرد جنسی عنوان کرد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند بر درک فرد از موقعیت‌های گوناگون و از جمله موقعیت‌های جنسی تأثیر بگذارند (۳۲). کونتاگومز و همکار (۲۰۱۲) نشان دادند که مردان دچار کژکارکردی جنسی دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه پررنگ‌تری نسبت به مردان عادی هستند (۳۳). در مطالعه حقیقت‌منش و همکاران (۲۰۱۰) نیز میانگین نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابعاد طرحواره گروه تجاوزگران جنسی به طور معناداری از میانگین نمرات افراد عادی بیشتر بود (۳۴). تحقیقات همچنین نشان داده‌اند که زنان با کژکاری جنسی، طرحواره‌های ناسازگار پررنگ‌تری نسبت به زنان عادی دارند (۳۵). (۳۶). زنانی که در کودکی دچار سوء استفاده جنسی و فیزیکی شدند، در بزرگسالی در طرحواره‌های مرتبط با حوزه رهاشدگی و طرد^۲ و متمایل شدن به افراد دیگر^{۱۲} نمرات بالاتری نسبت به زنان عادی دارند (۳۷). اگرچه مطالعات متعددی در ارتباط با مسائل جنسی انجام شده، اما هنوز تحقیقات کافی در مورد اختلال واژینیسموس انجام نشده، به ویژه نقش مسائل مهمی مانند سبک‌های دلبستگی و طرحواره‌ها که ریشه در تجربیات کودکی و ارتباطات فرد با والدین در کودکی دارند، مورد بررسی قرار نگرفته است. مطالعه حاضر با هدف مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های دلبستگی زنان مبتلا به واژینیسموس با زنان عادی انجام شد. از نتایج این پژوهش می‌توان در بالا بردن دانش سکس تراپی، پیدا کردن راهکارهای درمانی واژینیسموس و حتی پیشگیری از بروز بیماری و ریشه یابی علل احتمالی روانشناختی این اختلال استفاده کرد.

روش کار

این مطالعه توصیفی و علی-مقایسه‌ای در سال ۱۳۹۳ بر روی زنان مبتلا به واژینیسموس در شهر تهران انجام

شد. با توجه به محدود بودن مطالعات در حوزه طرحواره‌های ناسازگار و سبک‌های دلبستگی در زنان مبتلا به واژینیسموس، برای تعیین حجم نمونه، پرسشنامه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های دلبستگی برای ۱۵ بیمار و ۱۵ نفر در گروه شاهد اجرا شد و سپس بر اساس میانگین و انحراف معیار گروه مورد و شاهد و قدرت آزمون ۸۰٪ و خطای ۵٪ تعداد، ۲۸/۵۳ نفر در هر گروه محاسبه شد که در نهایت ۳۰ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد. روش انتخاب نمونه‌ها به این صورت بود که از متخصصین زنان و مامایی، روان‌پزشکان و روان‌شناسانی که در مراکز پزشکی و روان‌شناختی شهر تهران کار می‌کردند و پژوهشگر با آن‌ها آشنایی داشت و حاضر به همکاری در طرح بودند، درخواست شد با در نظر داشتن ملاک‌های تشخیصی برای واژینیسموس در صورتی که فردی مبتلا به این اختلال بود، او را برای انجام مصاحبه دقیق‌تر به پژوهشگر ارجاع دهند. گروه شاهد از طریق معرفی زنان مبتلا به واژینیسموس معرفی می‌شدند؛ بدین صورت که از آن‌ها خواسته می‌شد که از میان دوستان و آشنایان خود شخصی را که از لحاظ سنی و تحصیلات با آن‌ها مشابه باشد و تمایل به شرکت در مطالعه را داشته باشد معرفی کنند. سپس محقق با این زنان تماس گرفته و در صورت رضایت برای شرکت در مطالعه و عدم وجود مشکلات جنسی وارد مطالعه می‌شدند. تمامی افراد شرکت‌کننده در هر دو گروه متأهل و بدون فرزند و ساکن شهر تهران بودند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن اختلال واژینیسموس بر اساس معیارهای تشخیصی-DSM-IV-TR، عدم وجود اختلال روان‌پزشکی ماژور بر اساس مصاحبه با روان‌پزشک، متأهل بودن و حداقل تحصیلات ابتدایی بود. پژوهشگر با توضیح اهداف طرح و بیان محرمانه ماندن اطلاعات و اینکه نتایج به صورت گروهی تجزیه و تحلیل می‌شوند، رضایت مراجع را برای شرکت در پژوهش اخذ نمود و پس از مصاحبه و تشخیص قطعی اختلال، پرسشنامه‌های طرح را در اختیار آن‌ها قرار می‌داد تا تکمیل کنند. تشخیص واژینیسموس توسط یک روان‌پزشک براساس مصاحبه

کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۸۵ و آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌ها را بین ۰/۸۹-۰/۵۵ گزارش کردند (۴۲). صدوقی و همکاران (۲۰۰۸) به بررسی ساختار عاملی این پرسشنامه بر روی ۳۷۰ نفر از دانشجویان پسر دانشگاه‌های شهید بهشتی و شاهد تهران پرداختند. نتایج مطالعه آنان نشان داد که ۱۷ عامل در این پرسشنامه وجود دارد که ۱۵ خرده مقیاس آن ثبات درونی خوبی نشان دادند (۰/۹۰-۰/۶۲). ثبات درونی برای این کل پرسشنامه ۰/۹۴ بود (۴۳). در مطالعه آهی (۲۰۰۶) همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت زنان ۰/۹۷ و در جمعیت مردان ۰/۹۸ گزارش شد (۴۴). در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای زنان سالم ۰/۹۳ و زنان بیمار ۰/۸۷ به دست آمد.

ب- مقیاس بازنگری شده دلبستگی بزرگسالان کولینز و رید (RAAS): این مقیاس در سال ۱۹۹۰ توسط کولینز و رید (۴۴) ساخته شد که ابزاری خود گزارشی در مورد شیوه شکل‌دهی روابط دلبستگی نسبت به افراد نزدیک است و مشتمل بر ۱۸ ماده می‌باشد که از طریق علامت‌گذاری بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای (از ۰= اصلاً ویژگی من نیست تا ۴= کاملاً ویژگی من است)، نمره‌گذاری می‌شود. در تحلیل عاملی ۳ زیرمقیاس مشخص شده که هر کدام شامل ۶ ماده است. این زیرمقیاس‌ها شامل: (۱) وابستگی: میزانی را که آزمودنی‌ها به دیگران اعتماد می‌کنند و به آن‌ها متکی می‌شوند، (با توجه به اینکه در مواقع لزوم قابل دسترسی‌اند) اندازه‌گیری می‌کند، (۲) نزدیک بودن: میزان آسایش فرد در رابطه همراه صمیمیت و نزدیکی هیجانی را اندازه‌گیری می‌کند (۳) اضطراب: ترس از داشتن رابطه را در ارتباط‌ها می‌سنجد (۴۵). کولینز و رید بر پایه توصیف‌هایی که در پرسشنامه دلبستگی بزرگسال هازان و شیور در مورد سه سبک دلبستگی وجود داشت، مواد پرسشنامه خود را تدارک دیدند. زیرمقیاس اضطراب با دلبستگی نایمن اضطرابی-دوسوگرا مطابقت دارد و زیرمقیاس نزدیک بودن، یک بُعد دو قطبی است که اساساً توصیف‌های ایمن و اجتنابی را در مقابل هم قرار می‌دهد (۴۶). بنابراین

بالینی و معیارهای تشخیصی واژینیسموس بر مبنای DSM IV گذاشته شد و بیماران از لحاظ سایر اختلالات روان پزشکی ماژور نظیر سایکوز یا اختلال افسردگی ماژور مورد ارزیابی قرار گرفتند و در صورت عدم وجود اختلال وارد مطالعه شدند.

در طول مدت ۴ ماه، ۳۰ بیمار معیارهای ورود به مطالعه را کسب کردند. برای گردآوری داده‌ها از فهرست پرسشنامه طرحواره یانگ-فرم کوتاه (YSQ-SF)^۱ و مقیاس بازنگری شده دلبستگی بزرگسالان کولینز و رید (RAAS)^۲ استفاده شد.

الف- پرسشنامه طرحواره یانگ-فرم کوتاه (YSQ-SF): پرسشنامه طرحواره یانگ ابزاری خودگزارشده برای سنجش طرحواره‌ها است (۳۸). فرم کوتاه این پرسشنامه دارای ۷۵ آیتم است و براساس نتایج تحلیل عاملی از فرم بلند پرسشنامه طرحواره یانگ استخراج شده است. این پرسشنامه ۱۵ طرحواره رادر ۵ حوزه می‌سنجد که شامل: حوزه (۱) رهاشدگی-بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی-بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص-شرم، انزوای اجتماعی-بیگانگی؛ حوزه (۲) وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری، خودتحوّل نایافته/گرفتار و شکست؛ حوزه (۳) استحقاق/بزرگ‌منشی، خودکنترلی ناکافی؛ حوزه (۴) اطاعت، فداکاری و تأییدجویی/توجه طلبی؛ و حوزه (۵) بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/بیش انتقادی می‌باشد (۳۹). هر آیتم با یک مقیاس ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود: (کاملاً نادرست امتیاز ۱ و کاملاً درست امتیاز ۶). اگر بیماری سه یا چهار نمره بالا (۵ یا ۶) در یک طرحواره داشته باشد معمولاً از نظر بالینی بدین معناست که این طرحواره در ذهن بیمار وجود دارد (۳۰). پایایی و روایی این ابزار در پژوهش‌های متعدد به اثبات رسیده است (۴۰)، از جمله در مطالعه لکنال-چولت و همکاران (۲۰۰۶) آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰/۸۷-۰/۶۴ بود (۴۱). خاطر و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی بر روی ۱۰ مرد و ۱۰ زن یتیم، ضریب همبستگی درونی کل پرسشنامه را ۰/۸۸، آلفای

^۱ Young schema Questionnaire short form

^۲ Collins And read Revised Adult attachment Scale

نزدیک بودن در تطابق با دلبستگی ایمن می‌باشد و زیرمقیاس وابستگی را می‌توان عکس دلبستگی اجتنابی قرار داد (۴۷).

در مطالعه کولینز و همکار (۱۹۹۰) نمرات تمام زیرمقیاس‌ها در فاصله زمانی ۲ ماه و حتی ۸ ماه پایدار ماندند. آن‌ها میزان آلفای کرونباخ را در دو نمونه ۱۷۳ و ۱۰۰ نفری از دانشجویان به ترتیب برای زیرمقیاس نزدیک بودن ۰/۸۱ و ۰/۸۲، زیرمقیاس وابستگی ۰/۷۸ و ۰/۸۰ و زیرمقیاس اضطراب ۰/۸۵ و ۰/۸۳ گزارش کردند (۴۴). پاکدامن نیز با استفاده از آزمون- آزمون مجدد پایایی آن را در ایران مورد سنجش قرار داد. نتایج حاصل از ۱۰۰ نفر دختر و پسر در دو بار اجرا به فاصله زمانی ۱ ماه بیانگر آن بود که خرده مقیاس اضطراب پایاترین (۰/۷۵) و خرده مقیاس وابستگی (۰/۴۷) در پایین‌ترین مرتبه از پایایی است. با محاسبه آلفای کرونباخ نیز مشخص شد که زیرمقیاس اضطراب بیش‌ترین قابلیت اعتماد (۰/۷۴۹)، وابستگی کمترین قابلیت اعتماد (۰/۲۸۵) و نزدیک بودن بین این دو (۰/۵۲۱) است (۴۸). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ برای زنان بیمار ۰/۷۳ و زنان سالم ۰/۷۰ بود.

برای تحلیل داده‌ها علاوه بر آماره‌های توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد)، از تحلیل واریانس چند متغیری (مانکوا^۱) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۲۰) انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

تمام شرکت کنندگان در این مطالعه فرم رضایت شرکت در مطالعه را امضاء کردند. پرسشنامه‌ها بدون نام بود و هویت و اطلاعات بیماران محرمانه باقی ماند. همچنین این پژوهش به تصویب شورای اخلاق دانشگاه رسید.

یافته‌ها

در این مطالعه میانگین سنی بیماران مبتلا به واژینیسموس $29/31 \pm 3/15$ سال و گروه شاهد $28/73 \pm 3/20$ سال بود. میزان تحصیلات بر

اساس سال‌های تحصیل در گروه بیماران $15/11 \pm 2/2$ سال و در گروه شاهد $14/84 \pm 2/13$ سال بود. آزمون پیش فرض کولموگروف-اسپیرنوف برای همگن بودن داده‌ها انجام شد و با توجه به همگن بودن داده‌ها از آزمون تی مستقل استفاده شد و تفاوت معناداری بین میانگین سن ($t=0/62$ ، $p=0/537$) و تحصیلات آزمودنی‌های دو گروه ($t=0/88$ ، $p=0/370$) مشاهده نشد. نمرات به دست آمده از پرسشنامه‌های سبک دلبستگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه مورد مقایسه قرار گرفت. میانگین و انحراف استاندارد نمرات سبک‌های دلبستگی دو گروه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد نمرات سبک‌های

دلبستگی			
سبک دلبستگی	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
نزدیکی	واژینیسموس	۲/۸۳	۰/۴۱
	عادی	۳/۳۳	۰/۳۷
وابستگی	واژینیسموس	۳/۲۵	۰/۴۳
	عادی	۳/۰۸	۰/۵۱
اضطرابی	واژینیسموس	۳/۵	۰/۳۴
	عادی	۲/۷۸	۰/۴۴

نتایج نشان داد که زنان مبتلا به واژینیسموس در سبک دلبستگی اضطرابی نمرات بالاتر و در سبک دلبستگی نزدیکی نمرات پایین‌تری از زنان عادی داشتند. برای بررسی تفاوت سبک‌های دلبستگی در دو گروه از تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شد. نتایج نشان داد که لامبدای ویلکز برای اثر گروهی معنادار بود. ($F=37/55$ ، $p<0/001$)، بدین معنا که میانگین‌های سبک‌های دلبستگی در دو گروه با یکدیگر متفاوت بود.

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که زنان مبتلا به واژینیسموس و عادی در دو سبک دلبستگی نزدیکی و اضطرابی تفاوت معناداری داشتند؛ بدین معنی که زنان مبتلا به واژینیسموس به طور معناداری از سبک دلبستگی اضطرابی بیشتر و از سبک دلبستگی نزدیکی کمتر استفاده می‌کردند ولی در سبک دلبستگی وابستگی، تفاوت معناداری یافت نشد. ($p=0/1$)

¹ Multiple Analysis of Variance

نتایج مقایسه طرح واره های ناسازگار نیز در زنان مبتلا به این اختلال و زنان عادی متفاوت بود. میانگین و انحراف استاندارد نمرات طرحواره های ناسازگار اولیه برای دو گروه در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمرات طرحواره های ناسازگار اولیه

طرحواره	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	طرحواره	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
محرومیت هیجانی	واژینیسموس	۲۰/۶	۷/۷۷	آسیب پذیری نسبت به ضرر	واژینیسموس	۲۰/۴۳	۴/۳۸
	عادی	۱۱/۴۷	۴/۱۲	خود تحول نیافته / گرفتار	عادی	۱۳/۵	۵/۶۴
رها شدگی / بی ثباتی	واژینیسموس	۲۴/۶۷	۳/۳۷	استحقاق / بزرگ منشی	واژینیسموس	۲۰/۸	۴/۳۸
	عادی	۱۶/۸	۵/۹۶	خویشنداری و خودانضباطی ناکافی	عادی	۱۶/۷۷	۴/۶۸
بی اعتمادی / بد رفتاری	واژینیسموس	۱۹/۴	۷/۳۱	اطاعت	واژینیسموس	۱۹/۱۳	۵/۹۱
	عادی	۱۳/۱۷	۵/۶۳	از خود گذشتگی / فداکاری	عادی	۱۳/۳۷	۴/۳۳
انزوای اجتماعی / بیگانگی	واژینیسموس	۱۹/۵۳	۴/۹	بازداری هیجانی	واژینیسموس	۲۰/۷۳	۵/۰۷
	عادی	۱۲/۰۷	۴/۷۸		عادی	۱۶/۴۷	۴/۶۲
نقص / شرم	واژینیسموس	۱۹/۴۳	۵/۹۳		واژینیسموس	۱۹/۹۳	۶/۲۳
	عادی	۱۰/۱۷	۴/۶۸		عادی	۱۵/۶	۴/۷۶
شکست	واژینیسموس	۱۷/۲	۶/۵		واژینیسموس	۲۲/۷	۴/۷۴
	عادی	۱۲/۲۳	۵/۴۲		عادی	۱۹	۴/۷۳
وابستگی / بی کفایتی	واژینیسموس	۱۶/۹	۵/۵۸		واژینیسموس	۲۱/۱۳	۵/۲۸
	عادی	۱۰/۳۷	۴/۷۱		عادی	۱۶/۹۷	۴/۸۴

با توجه به نتایج جدول بالا، نمره زنان مبتلا به واژینیسموس در تمامی طرحواره های ناسازگار اولیه بالاتر از زنان عادی بود. از تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) برای بررسی تفاوت طرحواره های ناسازگار اولیه در دو گروه استفاده شد. نتایج اولیه نشان داد که لامبدای ویلکز برای اثر گروهی معنادار بود ($p < 0.001, F = 5.97$)، بدین معنا که میانگین های طرحواره های ناسازگار اولیه در دو گروه به طور معناداری با یکدیگر متفاوت بود. تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد در ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه بین میانگین نمره زنان مبتلا به واژینیسموس و زنان عادی تفاوت معناداری وجود داشت. مقایسه میانگین ها نشان داد که در تمامی این طرحواره ها، میانگین نمره زنان مبتلا به واژینیسموس بالاتر از زنان عادی بود.

بحث

در مطالعه حاضر بین زنان مبتلا به واژینیسموس و عادی در دو سبک دلبستگی نزدیکی و اضطرابی تفاوت معناداری وجود داشت؛ به طوری که در سبک نزدیکی، زنان عادی میانگین نمره بالاتری داشتند و در سبک اضطرابی، زنان مبتلا به واژینیسموس نمره بالاتری

داشتند که این نتایج با نتایج مطالعه برنان و همکاران (۱۹۹۸) که معتقد بودند زنان دارای سبک دلبستگی اجتنابی نسبت به زنانی که سبک دلبستگی ایمن دارند، سعی می کنند از روابط صمیمی و تماس جنسی دوری کنند، همسو بود (۲۱). همچنین تحقیقات نشان داده اند که زنان دارای سبک دلبستگی اضطرابی از روابط جنسی به منظور کسب احساس نزدیکی با والدینشان استفاده می کنند (۱۴-۲۲). نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه گرانت و همکاران (۲۰۱۰) که نشان دادند سبک های دلبستگی اضطرابی و دوسوگرا در زنان دیسپارانویا نسبت به زنان عادی بیشتر است، همخوانی داشت (۲۳)، زیرا بین واژینیسموس و دیسپارانویا شباهت های زیادی وجود دارد و هر دو جزء اختلالات درد جنسی هستند. با توجه به اینکه احتمال دارد برخی زنان مبتلا به واژینیسموس به خاطر عدم توانایی برقراری رابطه جنسی از واژن، اقدام به برقراری رابطه جنسی مقعدی و یا استفاده از دیلدو برای رفع نیاز جنسی خود کنند، نتایج مطالعه حاضر می تواند در راستای نتایج پژوهش گوستا و همکار (۲۰۱۱) باشد که نشان دادند سبک دلبستگی اجتنابی زنانی که از دیلدو برای رسیدن به ارگاسم استفاده می کنند و یا مایل به

سکس مقعدی دارند، به طور معناداری بالاتر است (۲۴). با توجه به وجود سبک دلبستگی ناایمن در زنان مبتلا به واژینیسموس در مطالعه حاضر و وجود این نوع سبک دلبستگی در افراد مبتلا به اعتیاد جنسی (۲۵)، تجاوزگری جنسی (۳۴) و احساس گناه جنسی و مشکل در میل جنسی (۲۷)، به نظر می‌رسد سبک‌های دلبستگی ناایمن یک عامل بسیار مهم و مشترک در بسیاری از اختلالات جنسی است. می‌توان چنین تبیین کرد که با توجه به نقش سبک دلبستگی در تحول و رشد یافتگی، حقارت و ایجاد نگرش مثبت و منفی از خود و دیگری، افراد دارای سبک دلبستگی ایمن از اعتماد به نفس و نگرش مثبت برخوردارند که عامل مهمی در پیشگیری از آسیب‌های روانشناختی به ویژه آسیب‌های جنسی است.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر در ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه، بین میانگین نمره زنان مبتلا به واژینیسموس و زنان عادی تفاوت معناداری وجود داشت. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد در تمامی این طرحواره‌ها، میانگین نمره زنان مبتلا به واژینیسموس بالاتر از زنان عادی بود. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه الیورا و همکاران (۲۰۱۳) و ابوالقاسمی و همکاران (۲۰۱۲) مبنی بر اینکه زنان دچار کژکارکردی جنسی نسبت به زنان عادی دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه پررنگ‌تری هستند، همسو بود (۳۵، ۳۶). رومل و همکاران (۲۰۱۱) نیز معتقدند زنانی که در کودکی مورد سوء استفاده جنسی و فیزیکی قرار گرفته‌اند، در طرحواره‌های رهاشدگی و طرد و دیگر جهت‌مندی نمرات بالاتری نسبت به زنان عادی دارند (۳۷). با توجه به اینکه یکی از علل عمده واژینیسموس، قرار گرفتن در معرض آزار جنسی یا فیزیکی در دوران کودکی است (۴۹)، نتایج مطالعه حاضر مؤید یافته‌های این پژوهشگران محسوب می‌شود. به نظر می‌رسد نتایج مطالعه حاضر و مطالعات فوق، همراه با نتایج مطالعه گومز و همکاران (۲۰۱۲) مبنی بر وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه پررنگ‌تر در مردان مبتلا به کژکارکردی‌های جنسی (۳۳) و همچنین نتایج مطالعه حقیقت‌منش و همکاران (۲۰۱۰) مبنی بر وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه

برجسته‌تر در تجاوزگران جنسی (۲۶)، نشان‌دهنده نقش بسیار مهم طرحواره‌ها در مسائل جنسی باشد. در مجموع این یافته‌ها را می‌توان چنین تبیین کرد که افراد دارای ویژگی‌های ارتباطی مثبت مانند صمیمیت و خرسندی (دارای سبک دلبستگی ایمن) احتمالاً کمتر از طرحواره‌های ناسازگار اولیه از جمله رهاشدگی، شکست، آسیب‌پذیری، محرومیت و ... برخوردار خواهند بود و در نهایت مشکلات جنسی کمتری را تجربه می‌کنند. از سویی افرادی که در شک و تردید توأم با خرسندی کم و سطوح پایین‌تر صمیمیت و تعهد در روابطشان قرار دارند (سبک دلبستگی ناایمن) احتمالاً بی‌اعتماد، بی‌کفایت و آسیب‌پذیر می‌شوند که به نوبه خود منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه و در نتیجه مشکلات روانشناختی از جمله مسائل جنسی می‌شوند که واژینیسموس یکی از این مسائل می‌باشد. با توجه به نتایج مطالعه حاضر به نظر می‌رسد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های دلبستگی می‌توانند نقش زیادی در شکل‌گیری یا بروز اختلال واژینیسموس داشته باشند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که چنین پژوهشی با سایر روش‌ها مانند مشاهده و مصاحبه و الگوی مطالعه در جریان تحول از کودکی تا بزرگسالی انجام شود تا بتوان نتایج به دست آمده از این پژوهش را با اطمینان بیشتری، تبیین و تصریح کرد. اجرای این تحقیق در طی فاصله زمانی کوتاه مدت انجام گرفت و صرفاً به مقایسه دو گروه زنان مبتلا به واژینیسموس و عادی از لحاظ متغیرهای پژوهشی پرداخته شد، اما این تفاوت‌ها دلیلی بر اینکه طرحواره‌های ناسازگار و سبک‌های دلبستگی رابطه علی با اختلال واژینیسموس دارند نیست. این موضوع باید از طریق پژوهش‌های طولی یا تجربی مورد آزمون قرار گیرد تا روابط علت و معلولی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های دلبستگی با اختلال واژینیسموس مشخص شود.

یکی از محدودیت‌های مهم این مطالعه حجم نمونه کوچک آن بود. با توجه به کم بودن حجم نمونه و تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و جغرافیایی در کشور تعمیم یافته‌های پژوهش حاضر به سایر

افراد مبتلا به اختلال واژینیسموس باید به بررسی و تعدیل طرحواره‌ها و سبک دلبستگی توجه بیشتری نمود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام به شماره ۳۲۴۵۶/۹۳ خانم سمیه حمیدی و به راهنمایی جناب دکتر حسین شاره و مشاوره دکتر سید کاوه حجت می باشد. بدین وسیله از تمام پزشکان متخصص زنان و زایمان و روان پزشکان و روان شناسانی که با ارجاع بیماران در این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می شود.

شهرها و استان‌های کشور، می بایست با احتیاط صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های دلبستگی نایمن در زنان مبتلا به اختلال جنسی واژینیسموس بیشتر از افراد سالم می‌باشد. با توجه به اینکه طرحواره‌ها و سبک‌های دلبستگی ریشه در کودکی دارند و در ارتباطات کودک-والد در اولین سال‌های زندگی شکل می‌گیرند، نتایج این مطالعه بر اهمیت ارتباطات اولیه کودک-والد و تربیت مناسب در سال‌های اولیه کودکی تأکید دارد. انجام پژوهش‌هایی با رویکرد سبب‌شناسی و به صورت طولی می‌تواند نقش روابط بین کودک و والد را در شکل‌گیری اختلالات جنسی مشخص‌تر سازد، ضمن اینکه در ارائه خدمات مشاوره‌ای و درمانی به

منابع

- Karimi A, Dadgar S, Afiat M, Rahimi N. The Effect of Sexual Health Education on Couples' Sexual Satisfaction. *Iran J Obstet, Gynecol & Infert.* 2013; 15(42):23-30
- Foroutan SK, Jadid MiLani M. The prevalence of sexual dysfunction among divorce requested. *J Daneshvar Med.* 2008; 16(78):37-42. [In Persian]
- Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Lauman EO, Moreira ED Jr, et al. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2010; 7(4 Pt 2):1598-607.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Hayens RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L. What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? *J Sex Med.* 2006; 3(4):589-95
- Oniz A, Keskinoglu P, Bezircioglu I. The prevalence and causes of sexual problems among pre- menopausal Turkish women. *J Sex Med.* 2007; 4(6):1575-81
- Reissing ED, Binik YM, Khalife S. Does vaginismus exist? A critical review of the literature. *J Nerv Ment Dis.* 1999; 187(5):261-74.
- Nusbaum MR, Gamble G, Skinner B, Heiman J. The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. *J Fam Pract.* 2000; 49(3):229-32
- Badran W, Moamen N, Fahmy I, El-Karakasy A, Abdel-Nasser TM, Ghanem H. Etiological factors of unconsummated marriage. *Int J Impot Res.* 2006; 18(5):458-63.
- El-Meliegy A. A retrospective study of 418 patients with honeymoon impotence in an andrology clinic in Jeddah, Saudi Arabia. *Europ J Sexol; Sexologies.* 2004; 13(47):1-4.
- Michetti P, Silvaggi M, Fabrizi A, Tartaglia N, Rossi R, Simonelli C. Unconsummated marriage: can it still be considered a consequence of vaginismus&quest. *International journal of impotence research.* 2014;26(1):28-30.
- Ward E, Ogden S. Experiencing vaginismus-sufferer beliefs about causes and effects. *J Sex & Marit Ther.* 1994; 9(1):33-45.
- Davis D, Shaver PR, Vernon M.L. Attachment styles and subjective motivation for sex. *Pers Soc Psychol Bull.* 2004; 30(8):1076-90.
- Feeney JA, Noller P. Attachment and sexuality in close relationships. *The handbook of sexuality in close relationships.* 2004:183-201.
- Feeney JA, Peterson C, Gallois C, Terry DJ. Attachment styles as a predictor of sexual attitudes and behavior in late adolescence. *Psychol Health.* 2000; 14(6):1105-22.
- Ainsworth MDS, Bleher MC, Waters E, Wall S. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation.* New York: Erlbaum; 1978.
- Mikulincer M, Shaver PR. *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change.* New York: Guilford Press; 2010.

19. Freud S. Three Essays on the Theory of Sexuality. Translated by James Strachey. West Midlands: Avon; 1962.
20. Hazan C, Shaver P. Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychol Inq.* 1994; 5(1):1-22.
21. Brennan K, Clark CL, Shaver PR. Self-report measurement of adult attachment. An integrative overview. *Attachment theory and close relationships.* New York: Guilford Press; 1998.pp.46-76.
22. Davis D, Shaver PR, Vernon ML. Physical, emotional, and behavior reaction to breaking up: the role of gender, age, emotional involvement, and attachment style. *Pers Soc Psychol Bull.* 2003; 29(7):871-84.
23. Granot M, Zisman-Ilani Y, Ram E, Goldstiek O, Yovell Y. Characteristics of attachment style in women with dyspareunia. *J Sex Marital Ther.* 2010; 37(1):1-16.
24. Gosta RM, Brody S. Anxious and avoidant attachment, vibrator use, anal sex and impaired vaginal orgasm. *J Sex Med.* 2011; 8(9):2493-500.
25. Zahedian SF, Mohammadi M, Samani S. The Role of attachment styles, parental bonding and self concept in sexual addiction. *Clin Psychol.* 2011; 3(3):65-73.[In Persian]
26. Haghghat Manesh E, Agha Mohammadian Shaer Baf H, Ghanbari Hashem Abadi B, Mahram B. The investigation of adult rapists' attachment styles and its domains compared to non rapists. *Edu & Psychol Studies.* 2010; 11(1):279-96
27. Moshtagh N, Teimourpour N, Pourshahbaz A. The Relationship between attachment styles, marital satisfaction and sex guilt with sexual desire in Iranian women. *Iran J Clin Psychol.* 2012; 1(1):18-28.[In Persian]
28. Young, J.E. *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach (Practitioner's Resource Series).* 3rd ed. Sarasota: Professional Resource Exchange; 1999.
29. Dozois DJ, Bieling PJ, Evraire LE, Patelis-Siotis I, Hoar L, Chudzik S, et al. Changes in Core Beliefs (Early Maladaptive Schemas) and Self-Representation in Cognitive Therapy and Pharmacotherapy for Depression. *International Journal of Cognitive Therapy.* 2014;7(3):217-34.
30. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide.* New York: Guilford Press; 2003.
31. Young JE. *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach.* 3rd ed. Sarasota: Professional Resource Exchange; 1999.
32. Switzer L. Early maladaptive schemas predict risky sexual behaviors. Doctoral Dissertation. Mississippi State University. Department of Psychology. 2006. <http://elibrary.ru/item.asp?id=9424784>.
33. Quinta Gomes AL, Nobre P. Early maladaptive schemas and sexual dysfunction in men. *Arch Sex Behav.* 2012; 41(1):311-20.
34. Haghghat Manesh E, Agha Mohammadian Shaer Baf HR, Ali Ghanbari Hashem Abadi B, Mahram B. Early Maladaptive Schemas and Schema Domains in Rapists. *Iran J Psychiat & Clin Psychol.* 2010; 16(2):145-153.[In Persian]
35. Abolghasemi A, Kiamarsia A. Early maladaptive schemas in women with sexual dysfunctions and normal women. *Middle-East J Scie Res.* 2012; 12(9):1245-49.
36. Oliveira C, Nobre PJ. Cognitive structures in women with sexual dysfunction: The role of early maladaptive schemas. *J Sex Med.* 2013; 10(7):1755-63.
37. Roemmele M, Messman-Moore TL. Child abuse, early maladaptive schemas, and risky sexual behavior in college women. *J Child Sex Abus.* 2011; 20(3):264-83.
38. Young J. Young schema Questionnaire short form. Available from: <http://home.sprynet.com/sprynet/schema/Ysqsf.htm>. 1998.
39. Schmidt NB, Joiner TE, Young JE, Telch MJ. The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cogn Ther & Res.* 1995; 19(3):295-321.
40. Baranoff S, Oei TP. Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian J Psychol.* 2007; 59(2).
41. LachenaL-Chevallet K, Mauchand p, Cottraux J, Bouvard M, Martin R. Factor analysis of the schema questionnaire- short form in a nonclinical sample. *J Cogn Psychother.* 2006; 20(3):311-8.
42. khater M, EL Gilany AH, EL-Belsha M, Abdel-Moneim A. Reliability of the Arabic version of the Young Schema Questionnaire short-form among orphanage residents. *J Psychiat & Alzheimer.* 2011; 2(1):3-7.
43. Sadooghi, Z., Aguilar-Vafaie ME, Rasoulzadeh Tabatabaie SK, Esfahanian N. Factor analysis of the Young Schema Questionnaire- Short Form in a nonclinical Iranian sample. *Iran J Psychiat & Clin Psychol.* 2008; 14(2):214-9.[In Persian]
44. Collins NL, Read SJ. Adult attachment working models and relationship quality in dating couples. *J Pers Soc Psychol.* 1990; 58(4):644-63.
45. Collins NL. Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of personality and social psychology.* 1996;71(4):810.
46. Feeney J, Noller P. *Adult attachment.* Vol 14. California: Sage Publications; 1996.
47. Collins NL, Read SJ. Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. 1994. <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1994-97997-002>.
48. Pakdaman Sh. [The Study of Attachment and Society Seeking in Adolescents]. Ph.D. Thesis. Tehran: Tehran University; 2001. [In Persian]
49. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry.* 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.