

# گزارش درمان موفقیت آمیز و بارداری طبیعی یک مورد ازدواج به وصال نرسیده پس از ۷ سال

بهزاد قربانی (M.D.)<sup>۱</sup>، سهیلا عارفی (M.D.)<sup>۲</sup>، یونس مدبری صابر (M.D.)<sup>۱</sup>، هومن صدری اردکانی (M.D.)<sup>۱،۲</sup>  
۱- مرکز فوق تخصصی درمان ناباروری و سقط مکرر ابن سینا، پژوهشکده فن آوری های نوین علوم پزشکی جهاد دانشگاهی- ابن سینا، تهران، ایران.  
۲- مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولیدمثل، پژوهشکده فن آوری های نوین علوم پزشکی جهاد دانشگاهی- ابن سینا، تهران، ایران.

## چکیده

**زمینه و هدف:** حدود ۱۰٪ از مردم کشور به اختلالات جنسی مبتلا هستند و نتایج بررسیها نشان می دهد که ۵۰٪ طلاقها در ایران به علت بروز مشکلات جنسی اتفاق می افتد؛ که در صورت مشاوره و درمان صحیح، نیمی از این طلاقها انجام نخواهد شد. ازدواج به وصال نرسیده به ازدواجی اطلاق می شود که زن و شوهر هیچگاه نزدیکی نداشته باشند. عوامل مختلفی به عنوان عامل بروز آن معرفی شده است که شایعترین آنها فاکتورهای پدیدآورنده اختلالات روانی می باشد. از این میان اضطراب عملکردی به عنوان عمده ترین علت شناخته شده است.

**معرفی مورد:** این گزارش، معرفی زوجی است که پس از ۷ سال ازدواج به وصال نرسیده با شکایت ناباروری و تمایل به داشتن فرزند به مرکز فوق تخصصی درمان ناباروری و سقط مکرر ابن سینا مراجعه نمودند. یک تیم درمانی متشکل از متخصصین زنان، آندروولوژی و روانپزشکی پس از ۳ ماه به درمان موفقیت آمیز زوج دست یافتند. در بررسی توسط متخصص زنان، مشکل ارگانیک خاصی در زن گزارش نشد و در بررسی آندروولوژی مرد، برای انزال زودرس شدید و نیز اختلال عوامل مردانه در اسپرموگرام تحت درمان قرار گرفت. در بررسی روانپزشکی مشخص شد که مرد در حین مقاربت دچار اضطراب و ترس شدیدی می شود؛ ضمن اینکه زوجین از کمبود اطلاعات جنسی نیز رنج می برند. سرانجام با درمان های دو جنسیتی و نیز رفتار درمانی مبتنی بر تمرکز حسی، زوج پس از ۳ ماه اولین مقاربت را تجربه کردند و سپس همگام با درمان های آندروولوژی ۳ ماه بعد زن به روش طبیعی باردار شد.

**نتیجه گیری:** با توجه به عدم آگاهی کافی درباره مسائل جنسی و نیز اضطراب عملکردی به عنوان عامل شایع ایجاد کننده اختلال، به نظر می رسد آموزش روابط جنسی به عنوان بخشی از آموزش های پیش از ازدواج ضروری است. از سوی دیگر بررسی جامع و همزمان زوج دارای مشکلات جنسی، توسط تیم تخصصی هماهنگ موجب افزایش موفقیت درمان خواهد شد.

**کلید واژگان:** ازدواج به وصال نرسیده، درمان دو جنسیتی، رفتار درمانی مبتنی بر تمرکز حسی، ناباروری.

**مسئول مکاتبه:** دکتر هومن صدری اردکانی، مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولیدمثل، پژوهشکده فن آوری های نوین علوم پزشکی جهاد دانشگاهی- ابن سینا، دانشگاه شهید بهشتی، اوین، تهران، ایران.

پست الکترونیک: sadri@avesina.ac.ir

## زمینه و هدف

حدود ۱۰٪ از زوجین در کشور به اختلالات جنسی مبتلا هستند و نتایج بررسیها نشان می‌دهد که ۵۰٪ طلاقها در ایران به علت بروز مشکلات جنسی اتفاق می‌افتد که در صورت مشاوره و درمان صحیح، نیمی از این طلاقها انجام نخواهد شد(۱).

اولین بار Balint در سال ۱۹۶۱ در مقاله‌ای تحت عنوان «بخش دیگر طب» به ازدواج به وصال نرسیده (UCM)<sup>۱</sup> اشاره نمود و از آن زمان تاکنون 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 و انزال زودرس ذکر کرده‌اند (۳). همچنین زرگوشی در مطالعه‌ای بر روی ۲۰۰ 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). Bardan و همکاران در مطالعه‌ای بر روی ۱۹۱ ازدواج به وصال نرسیده در مصر، به بررسی فاکتورهای اتیولوژیک آن پرداختند که شایعترین عامل اتیولوژیک در ۷۴/۴٪ موارد، اختلالات روانی<sup>۲</sup> شناخته شد که در این میان عمده‌ترین عامل روانی نیز اضطراب عملکردی<sup>۳</sup> در ۵۲/۹٪ موارد بود و ۲۱/۵٪ باقیمانده مربوط به سایر علل روانی گزارش شد. اما از سایر عوامل اتیولوژیک این مشکل، علل ارگانیک در ۶/۸٪ موارد، واژینیسموس<sup>۴</sup> (واژینیسموس عبارتست از

انقباضات غیرارادی عضلات ثلث خارجی واژن که مانع دخول آلت تناسلی یا اسپکوم در معاینه می‌گردد) در ۸/۴٪، انزال زودرس در ۳/۱٪ و اتیولوژی با عوامل ناشناخته در ۶/۸٪ موارد دخالت داشتند. در این مطالعه، اصلی‌ترین عامل UCM اضطراب عملکردی شناخته شد (۶).

مسترز و جانسون یک مورد از ازدواج بدون رابطه جنسی را گزارش کردند که ۱۷ سال طول کشیده بود. آنها اولین بار شیوه سکس درمانی<sup>۵</sup> زوج را به کمک تیم درمانگر دو نفره زن و مرد به کار بردند که بسیار مؤثر بود (۷). Schover و همکاران تیمی متشکل از متخصصین آندرولوژی، زنان و روانپزشک استفاده کردند و در یک درمان ۱۸ ماهه که شامل درمان‌های جراحی، لیزرتراپی و سکس درمانی بود به موفقیت قابل توجهی دست یافتند (۸). در گزارش یک مورد درمان موفقیت‌آمیز UCM توسط میرزایی و صارمی زوج پس از ۱۴ سال با بررسی‌های روانپزشکی و با استفاده از روش‌های زوج درمانی<sup>۶</sup> و سکس درمانی تحت درمان قرار گرفتند و پس از حدود ۶ ماه موفق به درمان شدند. البته بخش عمده درمان در این مطالعه به تنهایی با زن انجام شد؛ در حالیکه اغلب متخصصین سکس درمانی معتقدند بهتر است زوج با هم در جلسات درمانی حاضر شوند (۹). اما در گزارش یک مورد UCM پس از ۲۲ سال در هندوستان Chakiabarti و Sinha موفق شدند با استفاده از آموزش‌های جنسی<sup>۷</sup>، رفتار درمانی<sup>۸</sup> و نیز تجویز روزانه ۵۰mg داروی سرترالین برای زن، به درمان موفقیت‌آمیزی دست یابند. آنها با انجام مشاوره طی ۴ مرحله و هر مرحله شامل ۲ جلسه یک ساعته در دو روز پیاپی و با دنبال نمودن توصیه‌ها در بین مراحل موفق به درمان شدند (۱۰). از لحاظ مدت درمان،

5- Sex therapy  
6- Couple therapy  
7- Sex education  
8- Behavioral therapy

1- Unconsummated Marriage  
2- Psychogenic  
3- Performance anxiety  
4- Vaginismus

Bramely و همکاران طول مدت درمان را در ۶۰٪ موارد ۶ ماه و در ۷۲٪ موارد ۱۴ ماه و در یک مطالعه دیگر متوسط طول درمان را ۱/۵ سال ذکر کرده‌اند (۱۱).

### معرفی مورد

زوج مورد مطالعه ساکن شهر تهران بودند. خانم ۲۳ ساله، دارای تحصیلات دیپلم، خانه‌دار و آقا ۲۹ ساله دارای تحصیلات راهنمایی و راننده تاکسی بود. زوجین دارای ازدواج فامیلی بودند که در نخستین مراجعه آنان به مرکز فوق تخصصی ابن‌سینا مدت ۷ سال از ازدواج آنان می‌گذشت و طی این مدت زوج هیچ‌گاه نزدیکی نداشتند. مشکل اصلی زوج در بدو مراجعه به مرکز درمان ناباروری ابن‌سینا نداشتن فرزند و ناباروری عنوان شد و به این منظور خانم به کلینیک زنان و آقا به کلینیک آندرولوژی معرفی گردیدند. در معاینات به عمل آمده از خانم توسط متخصص زنان مشکل خاصی گزارش نشد؛ اما در معاینات آندرولوژی پس از اخذ شرح حال دقیق مشخص شد زوج تاکنون مقاربتی نداشته‌اند. اگرچه شوهر دچار انزال زودرس شدید بود و نیز در بررسی اسپرموگرام بیمار مشکلاتی در آنالیز اسپرم به چشم می‌خورد؛ اما در نهایت زوج با تشخیص ازدواج به وصال نرسیده توسط متخصص آندرولوژی به روانپزشک معرفی گردیدند و موازی و همزمان با آن، درمان‌های مربوط به عوامل مردانه نیز توسط ایشان ادامه یافت.

در مطالعه بالینی و ارزیابی روانشناختی به عمل آمده از زوج آشکار شد که به علت اضطراب و ترس شدیدی که شوهر در حین مقاربت پیدا می‌کند و علاوه بر آن کمبود اطلاعات جنسی، زوج تاکنون نتوانسته‌اند با هم نزدیکی نمایند. ایشان طی ۷ سال مراجعات پراکنده‌ای به پزشکان مختلف داشته‌اند که هیچ‌یک مفید و مؤثر نبوده است؛ به خصوص که همواره هریک از زوجین به

تنهایی مورد معاینه و درمان قرار گرفته‌اند؛ بدون اینکه شرح حال دقیقی از آنان اخذ شود و یا به روانپزشک ارجاع داده شوند و این اولین بار بود که در مرکز فوق تخصصی ابن‌سینا، آندرولوگ بیماری زوج را تشخیص داده و آنان را به روانپزشک ارجاع داده بود. حتی پیشنهاد برداشتن پرده بکارت<sup>۱</sup> نیز از طرف برخی متخصصین زنان به خانم ارائه شده بود که به علت عدم موافقت خانم انجام نشده بود.

در اولین مصاحبه روانپزشکی، زوج خسته و ناامید به نظر می‌رسیدند. مرد مضطرب و افسرده و میل جنسی خود را از دست داده بود. زن نیز به علت سالها درمان و معاینات مکرر توسط متخصصین زنان و نیز ثانویه به ترس همسرش دچار بی‌میلی جنسی شده، انگیزه درمانی و امید به موفقیت خود را از دست داده و تنها تمایل به داشتن فرزند منجر به مراجعه او شده بود.

در این مطالعه یک تیم متشکل از متخصصین آندرولوژی، زنان و روانپزشکی در یک دوره ۳ ماهه همگام با هم به درمان زوج پرداختند و توانستند درمان ترکیبی تیمی برگرفته از روش Schover و همکاران در درمان UCM را که اولین بار در سال ۱۹۹۳ انجام شد با موفقیت به انجام برسانند (۸).

**بررسی و درمان آندرولوژی:** در بررسی مرد، سابقه ابتلاء به اوریون و آتروفی هر دو بیضه با ارجحیت سمت چپ وجود داشت. در بررسی سونوگرافی، بیضه راست با ابعاد  $41 \times 25 \text{ ml}$ ، بافت همگون و حجم  $10 \text{ ml}$  و بیضه چپ با ابعاد  $39 \times 11 \text{ ml}$ ، شکل کشیده، بافت هیپواکو و حجم  $2/5 \text{ ml}$  و هر دو در کیسه بیضه وجود داشتند. هیچ‌گونه توده، تجمع مایع و شواهدی از واریکوسل وجود نداشت. نتیجه انجام ۲ بار آنالیز مایع منی بر مبنای معیارهای سازمان بهداشت جهانی (WHO) وضعیت تراتواسپرمیک (۱۰-۶٪ اسپرمها دارای مرفولوژی طبیعی) را نشان داد (۱۲). درصد

1- Hymenectomy

اسپریمها با حرکت سریع پیشرونده<sup>۱</sup> قبل از هرگونه درمان صفر گزارش شده بود، شواهدی از عفونت در مایع منی وجود نداشت. با توجه به وجود انزال زودرس شدید (قبل از اقدام به دخول آلت) همزمان با مشاوره‌های روانپزشکی، برای بیمار قرص سیتالوپرام<sup>۲</sup> ۲۰mg هر شب موقع خواب تجویز شد (۱۳). روزانه ۵mg اسید فولیک و ۲۲۰mg سولفات روی نیز به صورت خوراکی جهت بهبود کیفیت مایع منی تجویز شد (۱۴). پس از ۴ ماه درمان دارویی، بهبود قابل توجهی، در وضعیت انزال بیمار حاصل شد. همچنین درصد اسپرم‌های با حرکت سریع پیشرونده از صفر به ۱۵٪ افزایش یافت.

**بررسی و درمان زنان:** در معاینه توسط متخصص زنان، پاتولوژی خاصی در زن مشاهده نگردید و در بررسی به عمل آمده از وی تمایل جنسی طبیعی، شامل داشتن تخيلات و تصورات جنسی و علاقه‌مندی به داشتن فعالیت جنسی وجود داشت (۱۵).

در سابقه فامیلی خانم دو مورد سقط در خواهر و سه مورد سقط در خواهرزاده ایشان تنها نکات مهم و قابل گزارش بود. نظر به اینکه یکی از علل شایع در بررسی خانم‌های با مشکل UCM پرداختن به واژینیسموس می‌باشد؛ لذا خانم از این حیث نیز مورد بررسی و اخذ شرح حال دقیق قرار گرفت که این واکنش در معاینه مهبل ظاهر نشده و معاینه واژینال و نیز معاینه با اسپکولوم به راحتی برای بیمار انجام شد (۱۶). هرچند زوجین با توجه به وجود تمایل به داشتن فرزند جهت انجام IUI مراجعه کرده بودند؛ اما پس از بررسی، مشکل آنها در زمینه مقاربت، برای بررسی روانپزشکی ارجاع گردیدند.

**بررسی و درمان روانپزشکی:** پس از بررسی و انجام مصاحبه اولیه با زوجین، درمان مبتنی بر روش‌های رفتاری و به شیوه درمان‌های دو جنسیتی بکار گرفته

شد. جلسات درمانی به صورت هفتگی و در هر جلسه با توجه به میزان پیشرفت زوج دستورات اختصاصی ارائه و تمرینات جدید معرفی شد. درمان با حضور همزمان زوج و طی ۳ مرحله زیر صورت گرفت:

**مرحله اول:** از آنجا که بی‌کفایتی جنسی اغلب ناشی از کمبود اطلاعات و یا اطلاعات غلط و ترس عملکردی است در ابتدا آموزش ساده‌ای درباره آناتومی و فیزیولوژی اندام‌های تناسلی زن و مرد ارائه شد. همچنین به زوج توصیه شد هریک جداگانه و به تنهایی در برابر آینه ایستاده و به تجسس اندام‌های تناسلی خود بپردازند. در زمینه ارتباط زوج با هم، زوج از هرگونه عشق‌بازی خارج از تجویز روانپزشک منع شدند و تمرینات ابتدایی روی افزایش آگاهی حسی در مورد لمس، دیدن، بوئیدن، چشیدن و شنیدن استوار شد. همچنین زوج در مراحل ابتدایی از اقدام به عمل نزدیکی منع شدند تا زوج یاد بگیرند به تبادلات لذت جسمی بدون فشار برای انجام عمل جنسی بپردازند. درعین حال به زوج آموزش داده شد که چگونه ارتباط کلامی و غیرکلامی رضایت بخشی برقرار کنند و نیز پرداختن به عشق‌بازی (بازی جنسی) به عنوان جایگزین لذت بخشی برای مقاربت و ارگاسم توصیه شد.

**مرحله دوم:** در این مرحله تمرینات مربوط به تمرکز حسی زوج<sup>۳</sup> آغاز شد. در اولین جلسه از این مرحله ابتدا به زوج آموزش داده شد که چگونه به پیش‌نوازی<sup>۴</sup> و عشق‌بازی قبل از شروع رابطه جنسی بپردازند. در جلسه دوم از زوج خواسته شد به تحریکات لمسی فیزیکی (بدنی) بدون پرداختن به اندام‌های تناسلی خود مشغول شوند. اگر یکی از طرفین ضمن تحریک بدنی تمایل به پرداختن به اندام‌های تناسلی طرف مقابل پیدا می‌کرد باید ارتباط قطع می‌شد.

در جلسه سوم تحریکات تناسلی به تحریکات بدنی عمومی افزوده شد و از زوج خواسته شد بدون

3- Sensate focus exercises

4- Foreplay

1- Rapid progression

2- Citalopram

پرداختن به مقاربت از روش‌های مختلف تحریک تناسلی استفاده کنند. همچنین طرفین تشویق شدند در صورت تحریک هر یک از طرفین، دیگری او را در رسیدن به ارگاسم با روش‌های بنا به میل خود کمک نماید. در جلسه چهارم به زوج اجازه داده شد که به ترتیب وضعیت‌های مختلفی را برای نزدیکی امتحان کنند. بدون اینکه ضرورتاً عمل نزدیکی را به اتمام برسانند. در واقع در این جلسه زوج اعتماد به نفس پیدا می‌کنند که قادر و حاضر به نزدیکی باشند. در جلسه پنجم که آخرین مرحله درمان بود به زوج اجازه داده شد پس از انجام تمام تمرینات و توصیه‌های ارائه شده در مرحله اول و نیز پرداختن به تن آرامی در مرحله دوم بتدریج عمل نزدیکی را به اتمام برسانند.

سرانجام پس از ۳ ماه در شهریورماه ۱۳۸۵ زوج برای اولین بار موفق به نزدیکی کامل شدند. اما این پایان کار نبود چون با ادامه درمان‌های آندرولوژی در نهایت در آذرماه ۱۳۸۵ زن به روش طبیعی باردار شد.

### نتیجه گیری

با توجه به عدم آگاهی کافی جامعه درباره مسائل جنسی و نیز اضطراب عملکردی به عنوان عامل شایع ایجاد کننده اختلال، به نظر می‌رسد آموزش روابط جنسی به عنوان بخشی از آموزش‌های پیش از ازدواج ضروری است. ارائه این آموزش‌ها باید در سطوح مختلف، با صرف حوصله و زمان کافی و مبتنی بر نیاز

دختران و پسران صورت گیرد.

از سوی دیگر بررسی جامع و همزمان زوج دارای مشکلات جنسی، توسط تیم تخصصی هماهنگ موجب افزایش موفقیت درمان خواهد شد. ارزیابی اولیه زوج توسط مشاورین مشکلات جنسی<sup>۲</sup>، ارجاع به متخصصین آندرولوژی و زنان جهت بررسی علل جسمی موثر، درخواست انجام مشاوره‌های تکمیلی توسط ایشان - حسب مورد با متخصصین غدد، داخلی، عفونی و ... - در اولین قدم لازم است. در ادامه بر مبنای اطلاعات به دست آمده، درمان مشکلات جسمی و روانی به صورت همزمان باید صورت پذیرد. در این راستا، راه‌اندازی و گسترش مراکز تخصصی مشاوره و درمان مشکلات جنسی تحت نظارت سازمان‌های ذیربط ضروری به نظر می‌رسد.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از استاد ارجمند جناب آقای دکتر محمدمهدی آخوندی ریاست محترم پژوهشکده ابن‌سینا، هیأت مدیره محترم مرکز فوق تخصصی ابن‌سینا و همچنین جناب آقای دکتر علیرضا میلانی‌فر و سرکارخانم زهره بهجتی اردکانی که تجربیات ارزنده ایشان عامل مهمی در پدید آوردن این مقاله بوده است کمال تشکر را داریم. همچنین از کلیه پرسنل زحمت‌کش مرکز درمان ناباروری و سقط مکرر ابن‌سینا که به هر وسیله در این امر ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

### منابع

- ۱- فروتن کاظم، کنگره علمی "خانواده و مشکلات جنسی"، ۲ و ۳ آذرماه ۱۳۸۴ تهران، به نقل از خبرگزاری جمهوری اسلامی ایران (ایرنا).
- ۲- Balint M. The other part of Medicine. Lancet. 1961;1: 40-2.
- ۳- براتی امیرحسین، مهربانی فریدون. بررسی علل ازدواج‌های به وصال نرسیده در ایران. دفترچه مقالات سمینار سراسری پایان‌نامه‌های پزشکی، سال ۱۳۷۷، صفحات: ۱۸-۹.
- 4- Zargooshi J. Unconsummated marriage: clarification of aetiology; treatment with intracorporeal injection. BJU Int. 2000;86(1):75-9.

- 11- Bramley HM, Brown J, Draper KC, Kilvington JM. Brief psychosomatic therapy for consummation of marriage. *Br J Obstet Gynaecol*. 1981;88(8):819-24.
- 12- WHO laboratory manual for the examination of human semen and sperm-cervical mucus interaction 4<sup>th</sup> Edition. Published by Cambridge University Press on behalf of WHO. 1999.
- 13- Safarinejad M, Hossein S. Safety and efficacy of citalopram in the treatment of premature ejaculation: A double blind placebo controlled, Fixed dose, randomized study. *Int J Impot Res*. 2006;18:164-169.
- 14- Ebisch IM, Pierik FH, DE Jong FH, Thomas CM, Steegers-Theunissen RP. Does folic acid and zinc sulphate intervention affect endocrine parameters and sperm characteristics in men?. *Int J Androl*. 2006;29 (2):339-45.
- 15- Spence SH. *Psychosexual therapy: A cognitive behavioral approach*. 3<sup>rd</sup> Edition. Published by Chapman hall, London. 1991;pp:100-102.
- 16- Kaplan HS. *The new sex therapy: active treatment of sexual function*, published by Brunner Mazel, New York. 1974;pp:412-28.
- 5- Watson JP, Brockman BA. Follow-up of couples attending a psychosexual problems clinic. *Br J Clin Psychol*. 1982;21(2): 143-4.
- 6- 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.
- 7- Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of Psychiatry 9<sup>th</sup> Edition* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2003;pp:725.
- 8- Schover LR, Montague DK, Youngs DD. Multidisciplinary treatment of an unconsummated marriage with organic factors in both spouses. *Cleve Clin J Med*. 1993;60(1):72-4.
- ۹- میرزایی نسرین، صارمی ابوطالب. گزارش یک مورد ازدواج به وصال نرسیده به مدت ۱۴ سال و درمان موفقیت آمیز آن. فصلنامه باروری و ناباروری، سال چهارم، شماره دوم (بهار ۸۱)، صفحات: ۶۳-۵۹.
- 10- Chakrabarti N, Sinha VK. Marriage consummated after 22 years: a case report. *J Sex Marital Ther*. 2002;28(4): 301-4.