

## دستنامه درمانگری جنسی

# فهرست

۷.....	مقدمه مترجم.....
۹.....	۱. مقدمه.....
۱۷.....	<b>بخش اول: درمان مشکلات جنسی خاص</b> .....
۱۸.....	۲. درمان مشکلات میل و برانگیختگی جنسی زنان.....
۳۹.....	۳. درمان میل جنسی کم در مردان.....
۴۸.....	۴. درمان مشکلات نعوظ مردان.....
۶۴.....	۵. درمان مشکلات ارگاسم زنان.....
۷۹.....	۶. درمان مشکلات ارگاسم مردان.....
۱۰۵.....	۷. درمان درد تناسلی مرتبط با مقاربت جنسی.....
۱۲۲.....	۸. درمان فزون‌کنشی جنسی.....
۱۳۷.....	۹. درمان جرم جنسی.....
۱۵۲.....	۱۰. درمان فقدان شور جنسی در روابط.....
۱۷۱.....	<b>بخش دوم: رویکردهای نظری در درمانگری جنسی</b> .....
۱۷۲.....	۱۱. رویکرد سنتی و رفتاری مسترز و جانسون در درمانگری جنسی.....
۱۹۷.....	۱۲. رویکرد روانی-زیستی-اجتماعی به درمانگری جنسی.....
۲۰۹.....	۱۳. رویکرد سیستمی در درمانگری جنسی.....
۲۲۴.....	۱۴. رویکرد وجودی-تجربه‌ای در درمانگری جنسی.....
۲۳۷.....	۱۵. رویکرد درمان روایتی در درمانگری جنسی.....
۲۵۸.....	۱۶. رویکرد هیجان‌مدار در درمانگری جنسی.....
۲۷۷.....	<b>بخش سوم: درمانگری جنسی با گروه‌های خاص</b> .....
۲۷۸.....	۱۷. درمان مشکلات جنسی در مراجعان تراجنسیتی.....
۲۸۹.....	۱۸. درمان مشکلات جنسی در کودکان و نوجوانان.....
۳۰۶.....	۱۹. درمان مشکلات جنسی در سالمندان.....

۲۰. درمان مشکلات جنسی در مراجعان دارای کم‌توانی شناختی و ذهنی..... ۳۲۸
۲۱. درمان مشکلات جنسی در مراجعان دارای بیماری روانی..... ۳۴۱
۲۲. درمان مشکلات جنسی در بیماران مبتلا به سرطان و بهبودیافتگان..... ۳۵۱
۲۳. درمان مشکلات جنسی در بازماندگان آسیب جنسی..... ۳۷۰
- بخش چهارم: جهت‌گیری آینده در درمانگری جنسی ..... ۳۸۹**
۲۴. ذهن‌آگاهی در درمانگری جنسی..... ۳۹۰
۲۵. مشارکت شریک زندگی در درمانگری جنسی با دارو..... ۴۰۸
۲۶. خودیاری و کتاب‌درمانگری جنسی..... ۴۲۳
۲۷. درمانگری جنسی مبتنی بر اینترنت..... ۴۳۷
- واژه‌نامه انگلیسی به فارسی..... ۴۵۶
- واژه‌نامه فارسی به انگلیسی..... ۴۶۱

## مقدمه مترجم

در سال‌های گذشته توجه روزافزونی به مسائل جنسی در بین متخصصان و دانشجویان رشته‌های مختلف مرتبط به حوزه سلامت روان پدید آمده است که شاید یکی از دلایل آن شیوع نسبتاً بالای انواع مختلف مشکلات جنسی است. درمانگران و بسیاری دیگر از متخصصان سلامت روان نیاز به کسب دانش و مهارت در ارزیابی و درمان چنین مشکلاتی هستند. تاکنون کتاب‌های علمی انگشت‌شماری در خصوص مسائل جنسی تألیف یا ترجمه شده است. اکثر کتاب‌های موجود جامعیت اندکی دارند و برخی از حوزه‌های اصلی در خصوص مسائل جنسی انسان‌ها را پوشش نداده‌اند. بنابراین، نیاز زیادی به وجود منابع معتبر علمی دنیا به زبان فارسی وجود دارد تا افراد بیشتری در ایران و دیگر کشورهای فارسی‌زبان امکان استفاده از این منابع را داشته باشند.

کتاب *دستنامه درمانگری جنسی*، یک کتاب جامع در حوزه اختلالات جنسی و مبتنی بر پژوهش‌های تجربی و آخرین نظریه‌ها و روش‌های درمانی مشکلات جنسی است که تقریباً اکثر حوزه‌های مربوط به مسائل جنسی انسان را پوشش داده است. این کتاب برای متخصصان بالینی و پژوهشگرانی نوشته شده است که در زمینه فعالیت حرفه‌ای خود با مسائل جنسی انسان روبه‌رو هستند و نیازمند دانش قبلی در حوزه مسائل مربوط به تشخیص و درمان‌های فردی و خانوادگی خواهد بود، با این حال، توضیحات ساده و مثال‌های موردی که تشریح‌کننده مسائل فنی تشخیص و درمان اختلالات جنسی هستند، باعث می‌شود فارغ‌التحصیلان رشته‌های مرتبط و افراد علاقه‌مند به مسائل جنسی انسان نیز بتوانند بهره‌کافی را از این کتاب ببرند.

در این کتاب به همه رویکردهای درمانی در اختلالات جنسی پرداخته شده و تنها بر درمان‌های محدود و متداول رفتاری در درمانگری جنسی تکیه نشده است. کتاب اصلی در ۴ بخش شامل درمان مشکلات جنسی خاص، رویکردهای نظری در درمانگری جنسی، درمانگری جنسی با گروه‌های خاص و جهت‌گیری آینده در درمانگری جنسی و ۳۰ فصل تدوین شده است. سه فصل از کتاب اصلی به دلیل عدم تناسب با فرهنگ جامعه ایران از ترجمه فارسی حذف شده‌اند؛ یکی فصل ۱۷ در کتاب اصلی با عنوان «درمان مشکلات جنسی در زنان و مردان همجنس‌گرا و دوجنس‌گرا»، دیگری فصل ۲۵ در کتاب اصلی با عنوان «درمان مشکلات جنسی در افراد دارای مذهب پروتستان و کاتولیک» و سوم فصل ۲۶ در کتاب اصلی با عنوان «درمان مشکلات جنسی در افراد دارای رفتارهای جنسی نامتعارف». بنابراین کتاب فارسی با ۲۷ فصل در اختیار خواننده قرار گرفته است.

یکی از ویژگی‌های برجسته کتاب *دستنامه درمانگری جنسی* پرداختن به رویکردهای درمانی است که در آینده رواج بیشتری در درمانگری جنسی خواهند داشت و در بخش چهارم کتاب به آنها پرداخته شده است و معمولاً در کتاب‌های دیگر این حوزه دیده نمی‌شود. به‌ویژه اینکه در این بخش از کتاب به درمان‌های با حداقل تماس و به‌صورت غیرحضورى شامل درمانگری جنسی مبتنی بر اینترنت و کتاب درمانگری جنسی پرداخته شده است که در زمان همه‌گیری بیماری کرونا توجه بسیاری از متخصصان بالینی را به این روش‌های درمان جلب شد. هر فصل از کتاب *دستنامه درمانگری جنسی* توسط متخصصان به‌نام در آن حوزه به رشته تحریر در آمده است و در حدود ۶۰ متخصص با تخصص‌های گوناگون متفاوت در نوشتن این کتاب سهیم بوده‌اند. نکته مثبت دیگر این کتاب توصیف و شرح ارزیابی و درمان یک بیمار در آخر هر فصل است که یادگیری مطالب گفته‌شده را تسهیل و لذت مطالعه این کتاب را دوچندان می‌کند. این کتاب می‌تواند منبع علمی مهمی برای متخصصان حوزه سلامت روان که علاقه‌مند به مسائل جنسی مراجعان هستند، باشد. به‌جرت می‌توان گفت هیچ کتابی به زبان فارسی -چه ترجمه و چه تألیف- به‌اندازه این کتاب غنی و جامع نیست. ویراستار کتاب خانم دکتر زوئی دی. پترسون<sup>۱</sup>، دانشیار روانشناسی بالینی و مدیر برنامه آموزشی و پژوهشی در حوزه تجاوز جنسی در دانشگاه میزوری-سنت لوئیس است. وی عضو علمی پژوهشی مؤسسه کینزی جهت پژوهش در حوزه مسائل جنسی، جنسیت و

تولیدمثل در دانشگاه ابدیانا و همچنین، دستیار سردبیر مجله پژوهش‌های جنسی<sup>۱</sup> و رئیس انجمن پژوهش‌های علمی مسائل جنسی<sup>۲</sup> است.

ترجمه کتاب در حوزه مسائل جنسی نیز همانند پژوهش و درمان در این حوزه، فعالیتی دشوارتر از سایر حوزه‌های روانشناسی است. به‌خصوص اینکه برخی مطالب کتاب با آموزه‌های فرهنگی جامعه ایران در تناقض قرار داشت. از این رو، ترجیح من این بود که مطالب کتاب بدون تغییر ترجمه شود و تأیید صحت و درستی این مطالب را به ذهن پژوهشگران و اندیشمندان خواننده این کتاب واگذار کنم. زیرا بر این باورم که مطالب مطرح‌شده در این کتاب سوالاتی را در ذهن خواننده ایجاد می‌کند و برخی از این تضادها نیروی محرک انجام پژوهش‌های جدید برای پاسخگویی به چنین تناقضاتی خواهد شد و این می‌تواند سرآغازی برای پژوهش‌های ناب در فرهنگ ایرانی-اسلامی ما باشد. همان‌طور که نویسندگان این کتاب نیز در فصول مختلف این کتاب اذعان دارند، دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی به مسائل جنسی برتری ویژه‌ای نسبت به دیدگاه‌های تک‌بعدی دارد. لذا عوامل اجتماعی که برآیندی از پیشینه فرهنگی جامعه ایران است، می‌تواند منجر به نتایج متفاوتی در پژوهش‌های جنسی و در درمانگری جنسی شود.

در حین ترجمه کتاب، لاجرم زمان کمتری از وقت خود را به خانواده‌ام اختصاص دادم. **به‌رسم ادب، تقدیر و تشکر ویژه‌ای از همسرم دارم که بدون گذشت و بردباری وی، ترجمه این کتاب ممکن نبود. این اثر را به وی و فرزندانم آروین و آندیا تقدیم می‌کنم.** همچنین، از انتشارات ارجمند و تمامی افرادی که در انتشار این کتاب سهیم بوده‌اند و بسیاری از آنها را نمی‌شناسم تا به اسم از ایشان تقدیر کنم، سپاسگزارم.

در ترجمه کتاب تلاش بر این بوده است که متنی روان و قابل‌فهم ارائه شود، اما همانند تمامی آثار علمی به‌طور حتم نواقصی دارد و بدون ایراد نیست. از خوانندگان محترم خواهشمندم پیشنهادها و انتقادات خود را در مورد این کتاب به ایمیل [mohammad.soltani@hotmail.com](mailto:mohammad.soltani@hotmail.com) ارسال کنند.

**محمد سلطانی زاده**

استادیار گروه روانشناسی

دانشگاه پیام نور

1- Journal of Sex Research

2- Society for the Scientific Study of Sexuality

## مقدمه

زوئی د. پترسون

### درمانگری جنسی چیست؟

درمانگران جنسی به شما خواهند گفت که یکی از ابهامات اساسی که موجب می‌شود اغلب مراجعان به درمانگری جنسی روی آورند، این نگرانی است که «آیا من از نظر جنسی طبیعی هستم؟» و به همین نحو، من نیز از خود می‌پرسم «آیا من یک درمانگر جنسی طبیعی هستم؟» من در مقام یک درمانگر نگرانی‌های جنسی، گاهی اوقات در کارم از شیوه‌های درمانگری جنسی سنتی مانند تمرکز حسی استفاده می‌کنم، اما بر آموزش‌های زیادی که در مقام یک روانشناس بالینی دیده‌ام و بر جهت‌گیری نظری روان‌درمانی ساختارگرا و فمینیستی خود نیز تکیه می‌کنم. اگر من به‌صراحت در مورد چرخه پاسخ جنسی بحث نکنم، تکالیف رفتاری جنسی به مراجعانم ندهم یا در مورد انتخاب درمان دارویی با آنها صحبت نکنم، آیا بازهم درمانگری جنسی انجام می‌دهم؟

بنابراین، یکی از چالش‌برانگیزترین جنبه‌های تدوین این کتاب، مشخص کردن این است که چه چیزی درمانگری جنسی به حساب می‌آید. همان‌طور که نویسندگان فصل‌های این کتاب و موضوعاتی که باید به آن اشاره شود را انتخاب می‌کردم، مجبور بودم به دیدگاه‌های مبهم خود در خصوص سؤال‌هایی مانند «چه زمانی درمانگری جنسی تمام و روان‌درمانی عمومی شروع می‌شود؟» و «شرایط یک درمانگر جنسی چیست؟» نیز توجه کنم.

به‌طور قطع من اولین کسی نیستم که این سؤالات را در مورد درمانگری جنسی مطرح می‌کنم. تیفر (۲۰۱۲) به‌طور مفصل به این نکته اشاره کرده است که در طی زمان، درمانگران جنسی موضوعاتی همچون معجون‌های باستانی

عشق، حجامت، تکنیک‌های رفتاری مسترز و جانسون و ویاگرا<sup>۱</sup> را به درمانگری جنسی اضافه کرده‌اند (ص ۳۱۲). با این حال، او اذعان کرد که برخلاف این حیطه گسترده از درمان‌های جنسی، اصطلاح درمانگری جنسی تقریباً مترادف با یک رویکرد درمان رفتاری یا دارویی متمرکز بر اختلال عملکرد است. مشابه با این دیدگاه، لوین (۲۰۰۹) بیان کرد که وی دیگر یک «درمانگر جنسی» نیست، زیرا به نظر او درمانگری جنسی بسیار محدود و ساده است. او معتقد بود که درمانگری جنسی به منزله درمان اختلالات عملکرد جنسی تعریف‌شده توسط راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۲</sup> (DSM) با یک رویکرد رفتاری بیش از حد ساده و متمرکز بر تکنیک است. او تصریح کرد که مشکلات جنسی آن‌قدر وسیع و پیچیده هستند که با یک رویکرد نظری ساده، تبیین و با یک رویکرد درمانی ساده درمان نمی‌شوند.

بینیک و مینا (۲۰۰۹) تصدیق می‌کنند که واژه درمانگری جنسی در اصل به تکنیک‌های پیشنهادی مسترز و جانسون (۱۹۷۰) اشاره دارد (مانند آموزش روانی در مورد عملکرد جنسی، تکالیف رفتاری و مانند آن)، اما آنها معتقد بودند که در طول زمان، درمانگران جنسی شروع به استفاده از همان روش‌ها و جهت‌گیری‌های نظری برای درمان سایر مشکلات روان‌شناختی کردند. این نویسندگان معتقدند که «درمانگری جنسی» فقط یک درمان است. بینیک و مینا (۲۰۰۹) چنین فرض کردند که (۱) بین درمانگری جنسی که به‌طور معمول انجام می‌شود و روان‌درمانی عمومی تمایز آشکاری وجود ندارد؛

1- Viagra

2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM)

قرار گرفته است، یا اینکه به دلیل مجموعه علائمی که توسط کتاب‌های پزشکی مفهوم‌سازی شده و برحسب اختلال گرفته‌اند و به تبع آن عموم افراد نیز آنها را قبول کرده‌اند، افراد خود را دارای مشکل قلمداد می‌کنند؟ در هر دو صورت، مراجعان با این مشکلات مواجه می‌شوند و ما در مقام درمانگران جنسی باید به‌نوعی مشکل آنها را درمان کنیم. بسته به دیدگاه درمانگر جنسی، این درمان ممکن است شامل توصیه به درمان دارویی یا تمرین‌های رفتاری با هدف کاهش علائم باشد؛ ممکن است شامل کمک به مراجع برای تجدیدنظر در مورد این فرض باشد که نعوذ پایدار و ارگاسم به‌موقع، تنها راه داشتن لذت و ارتباط جنسی است؛ ممکن است شامل مشخص کردن برخی آشفتگی‌های روان‌شناختی و ارتباطی بنیادین باشد که منجر به علائم مشکل جنسی شده است؛ یا ممکن است ترکیبی از هر سه مورد باشد. بنابراین، گرچه برخی از درمانگران جنسی ماهیت متمرکز بر عملکرد و متمرکز بر اندام‌های تناسلی تشخیص‌های اختلالات عملکرد جنسی در DSM را نمی‌پذیرند، اما تمام درمانگران جنسی مجبور خواهند بود برای درمان با آنها مواجه شوند.

اما شکی وجود ندارد که طیف گسترده یا پیچیده دلوپسی‌های جنسی که مراجعان را به سمت درمان سوق می‌دهد، منحصر به اختلالات عملکرد جنسی DSM نیست. لوین (۲۰۱۰) ناسازگاری‌های جنسی را به سه دسته/اختلالات<sup>۳</sup> (که توسط DSM مشخص شده‌اند)، مشکلات<sup>۴</sup> (سرچشمه اغلب رنج‌هایی که در زمره اختلالات DSM قرار نمی‌گیرد) و نگرانی‌ها<sup>۵</sup> (دلوپسی در مورد موضوعات جنسی که از لذت جنسی می‌کاهد) طبقه‌بندی کرده است. در اغلب موارد، مشکلات (مثل خشم و رنجش در مورد خیانت همسر، ناراحتی یا شرم در مورد جذابیت‌های جنسی) و نگرانی‌ها (مثلاً دلوپسی در مورد تصویر بدنی، ترس از اینکه فرد از لحاظ جنسی برای شریک زندگی خود لذت‌بخش نباشد) ممکن واقعاً بسیار آشفتگی‌کننده باشد و نسبت به اختلالات عملکرد فیزیولوژیک تأثیر منفی بیشتری بر لذت جنسی داشته باشد. این مشکلات و

(۲) نظریهٔ یکپارچه‌ای در مورد درمانگری جنسی وجود ندارد؛ و (۳) مقررات و نظارتی مختص کسانی که خود را «درمانگر جنسی» می‌نامند، وجود ندارد. بر اساس این مفروضه‌ها، آنها پیشنهاد دادند به‌جای اینکه درمان مشکلات جنسی یک تخصص فرعی جداگانه در نظر گرفته شود، باید با روان‌درمانی عمومی یکپارچه شود.

## درمانگران جنسی چه مشکلاتی را درمان می‌کنند؟

در واقع، شاید اساسی‌ترین سؤالی که قبل از تعریف درمانگری جنسی باید پاسخ داده شود این است که «مشکل جنسی چیست؟» راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم (DSM-5؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) مشکلات جنسی را که به‌طور رسمی در رشتهٔ روان‌پزشکی تأیید شده است، تدوین می‌کند. تشخیص اختلالات عملکرد جنسی در DSM، منحصراً متمرکز بر عملکرد جنسی و شامل مراحل میل، برانگیختگی، ارگاسم و مقاربت بدون درد است. تمرکز DSM-5 و نسخه‌های قبلی آن بر عملکرد تناسلی به‌شدت مورد انتقاد قرار گرفته است. زیرا این رویکرد بیشتر دگرجنس‌گرایانه و مردگرایانه است؛ زیرا یک رویکرد اضطراب‌زا و متمرکز بر عملکرد به رابطهٔ جنسی است؛ زیرا تفاوت‌های فرهنگی و تفاوت در توانمندی‌های هر یک از دو جنس را نادیده می‌گیرد؛ و به این دلیل که جنبه‌های اساسی مسائل جنسی مانند روابط، هیجان‌ها و لذت را نادیده می‌گیرد (به‌عنوان مثال، اپفلام، ۲۰۱۲؛ کلایین پلاتز، ۲۰۱۲؛ تیفر، ۲۰۰۱ را ببینید).

با وجود این انتقادهای مستدل، نمی‌توان انکار کرد که در بیشتر مواقع علائمی از اختلالات عملکرد جنسی DSM (مانند میل جنسی کمتر نسبت به خواست فرد، مشکلات نعوذ، مشکلات ارگاسم) در مراجعان وجود دارد که آنها را به سمت درمانگری جنسی می‌کشاند. البته اینجا مسئله مرغ و تخم‌مرغ<sup>۲</sup> به وجود می‌آید: آیا چون این مشکلات در دسرسازترین مسائل جنسی برای مراجعان هستند، مورد توجه تشخیص‌های DSM

3- disorders  
4- problems  
5- worries

1- American Psychiatric Association  
2- chicken-and-egg conundrum

## درمانگری جنسی چگونه باید باشد؟

من با تیفیر (۲۰۱۲) موافقم که گفت: «درمانگری جنسی سیاست است» (ص ۳۱). از همین رو، تمام درمان‌ها سیاست است، اما این گفته به‌خصوص در زمینهٔ درمانگری جنسی آشکار است، زیرا مسائل جنسی و رفتار جنسی از نظر سیاسی مورد بحث فراوان قرار گرفته است. بنابراین، اینکه چگونه افراد متخصص «یک مشکل جنسی» و «درمانگری جنسی» را تعریف کنند، در واقع از ارزش‌هایشان در مورد اینکه چه چیزی از نظر جنسی «سالم» یا «طبیعی» هست یا نیست و اینکه کدام درمان برای رفع نگرانی‌های جنسی معقول و منطقی است، صحبت می‌کنند (و به شکل‌گیری ارزش‌های فرهنگ بزرگ‌تر کمک می‌کنند). با توجه به آنچه گفته شد، من در این کتاب قصد دارم به بیان تنوع ارزش‌های فردی و سیاست‌ها در خصوص ماهیت «مشکل جنسی» و «درمانگری جنسی» بپردازم.

در هر حال، برای تصدیق ارزش‌ها و سیاست‌های خود، من نیز می‌خواهم تعریف گسترده‌ای از درمانگری جنسی ارائه دهم. از نظر من درمانگری جنسی هر نوع درمانی است که مسائل جنسی لذت‌بخش را به مثابه جزء جدایی‌ناپذیر از سلامت جسمی و روانی کلی در نظر می‌گیرد و برای آن ارزش قائل شده و به دنبال ارتقاء و بهبود آن است. لوین (۲۰۰۹) در توصیف عدم پذیرش برچسب «درمانگر جنسی» گفت:

درمانگری جنسی ارتباطی با مدیریت اختلافات هویت جنسی، مجرمان جنسی، افراد دارای انحراف جنسی، تکانش‌گری جنسی، قربانیان جنسی، رفتارهای پرخطر جنسی، تعارضات غیرجنسی در رابطه، اضطراب افراد مبتدی در رابطه جنسی و مانند آن ندارد، بلکه منظور از درمانگری جنسی هر نوع روشی است که به‌نوعی توجه بالینی ما را به جنبه‌های مختلف مسائل جنسی جلب می‌کند (ص ۱۰۳۳).

امیدوارم این نسخه از درمانگری جنسی که در این کتاب ارائه شده است، همهٔ موضوعات جنسی مهمی را که لوین به آن

نگرانی‌ها بسیار بیشتر از اختلافات قابل تشخیص، افراد را برای مراجعه به درمانگر جنسی ترغیب می‌کند.

## درمانگران جنسی از چه تکنیک‌هایی استفاده می‌کنند؟

همان‌طور که کلاین پلاتز (۱۹۹۶) بیان می‌کند، تکنیک‌های رفتاری مسترز و جانسون مترادف درمانگری جنسی است؛ همان‌طور که او می‌گوید این تکنیک‌ها «دستمال کاغذی»<sup>۱</sup> درمانگری جنسی هستند (ص ۱۹۰). این گرایش به معادل شمردن درمانگری جنسی با مداخلات رفتاری متمرکز بر علامت (مانند تکنیک تمرکز حسی و تکنیک فشردن) باعث نادیده گرفتن این واقعیت می‌شود که انواع مختلفی از درمانگری جنسی وجود دارد. در واقع، درمانگران جنسی مانند همهٔ روان‌درمانگران، هنگامی که با مراجعان دارای مشکلات جنسی کار می‌کنند، انواع تکنیک‌های درمانی را به کار می‌گیرند و کار خود را بر اساس انواع جهت‌گیری‌های نظری هدایت می‌کنند. علی‌رغم این واقعیت، به‌جز چند استثناء قابل توجه (مثل هال، ۲۰۱۲؛ هرتلین، ویک و گمبسیا، ۲۰۰۹)، مطالب بسیار کمی در مورد رویکردهای نظری به درمانگری جنسی نوشته شده است.

بسیاری از درمانگران جنسی از رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی<sup>۲</sup> حمایت می‌کنند. این رویکرد بر اهمیت یکپارچه‌سازی مؤلفه‌های پزشکی، روان‌شناختی و ارتباطی در درمان تأکید می‌کند. اما علی‌رغم اهمیت یک رویکرد یکپارچه به درمان، زدن یک برچسب «زیستی-روانی-اجتماعی» به درمان مفید نیست، زیرا فرضیه‌های نظری را که هدایت‌کنندهٔ کار روان‌شناختی و ارتباطی در فرایند روان‌درمانی است، آشکار نمی‌سازد. بنابراین، درمانگری که با یک «رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی» کار می‌کند، ممکن است جنبه‌های روان‌شناختی مشکلات را با استفاده از مداخلات رفتاری، شناختی، سیستمی، روایتی یا هیجان‌مدار درمان کند.

1- the Kleenex  
2- biopsychosocial



هرچند این نویسندگان نیز اشاره کرده‌اند که تکنیک‌های سنتی درمانگری جنسی، مانند تمرین‌های تمرکز حسی، به‌درستی بیان نشده و بیش از حد ساده شده‌اند. در آن فصل نشان داده می‌شود که حتی تمرین‌های رفتاری «ساده»، نیازمند توجه ژرف و عمیق به عوامل پیچیده روان‌شناختی و ارتباطی است.

علاوه بر این، همان‌طور که ذکر شد، درمانگران جنسی بیش از پیش رویکرد خود را «زیستی-روانی-اجتماعی» می‌دانند تا بر اهمیت عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و ارتباطی در مشکلات جنسی صحه بگذارند. اما در فصل ۱۲ مک‌کارتی و والد توضیح می‌دهند که چرا آنها رویکرد روانی-زیستی-اجتماعی را با برجسته کردن عوامل روان‌شناختی در زمینه عوامل زیست‌شناختی، به رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی ترجیح داده‌اند.

شکی نیست که تکنیک‌های شناختی و رفتاری برای درمان نگرانی‌های جنسی، رویکردهای بسیار محبوبی هستند و این موضوع در تمام فصل‌های این کتاب مشهود است. این مسئله که درمان‌های شناختی-رفتاری در حال حاضر بهترین رویکرد روان‌درمانی برای اکثر مشکلات سلامت روانی هستند، تعجب‌آور نیست (گادیانو، ۲۰۰۸). فصل‌های باقی‌مانده در بخش دوم توضیح می‌دهند که چگونه برخی رویکردهای نظری درمانگران جنسی به درمان، از درمان شناختی-رفتاری فراتر رفته و تکنیک‌هایی از رویکردهای درمان سیستمی (هرتین و نلسون، فصل ۱۳)، وجودی-تجربه‌ای (کلاین پالاتز، فصل ۱۴)، روایتی (فایندلی، فصل ۱۵) و هیجان‌مدار (جانسون، فصل ۱۶) را با درمان شناختی رفتاری ادغام کرده‌اند.

بنکرافت (۲۰۰۹) تنوع نظری را به‌عنوان یکی از نقاط قوت درمانگری جنسی عنوان کرد و من نیز با این دیدگاه موافق هستم. پژوهش‌ها نشان داده است که اختلالات خلقی با استفاده از رویکردهای نظری مختلف از جمله درمان شناختی-رفتاری، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و درمان هیجان‌مدار به‌طور مؤثری درمان شده‌اند (هالون و پونیا، ۲۰۱۰). چرا نباید انتظار داشته باشیم که مشکلات جنسی نیز توسط انواع مختلف رویکردهای درمانی بهبود خواهد یافت؟

اشاره کرد، در برگیرد. البته با توجه به گستردگی تعریف آرمانی من، هیچ کتابی نمی‌تواند به‌تنهایی و به‌طور کامل به تمام مشکلات جنسی، مراجعان درمانگری جنسی یا تکنیک‌های درمانگری جنسی بپردازد؛ بنابراین فکر می‌کنم این کتاب تنها یک نمونه کوچک است.

## بخش اول: درمان مشکلات جنسی خاص

همان‌طور که اشاره شد، درمانگران جنسی ناگزیر از درمان مشکلات جنسی هستند که مطابق با اختلالات جنسی DSM-5 است. تعجب‌آور نیست که برای بسیاری افراد، میل جنسی (التوف و نیدل، فصل ۳؛ بوث، ویمر، شولتز و لان، فصل ۲)، نعوظ (نوبر، فصل ۴)، ارگاسم (کارپنتر، ویلیامز و ورلی، فصل ۵؛ راولند و کوپر، فصل ۶) و مقاربت بدون درد (مینا، فرتل و میکات، فصل ۷) بر لذت، خوشایندی و رضایت تأثیر می‌گذارد و به نوبه خود مشکل در این جنبه‌های عملکرد جنسی، از خوشایندی آن می‌کاهد. بنابراین، درمان این تشخیص‌ها در بخش اول این دستنامه مطرح شده است. اما درمانگران جنسی مشکلات دیگری را هم که محل لذت، خوشایندی و رضایت جنسی است، درمان می‌کنند؛ مانند مشکل در کنترل رفتارهای جنسی ناخواسته (گرایز و همکاران، فصل ۸) یا مشکل در کنترل رفتارهای جنسی غیرقانونی (برگ، مانس و مینر، فصل ۹) و فقدان شور جنسی (میتنز، سانچز و هیتزلی، فصل ۱۰). بنابراین، این مشکلات غیرتشخیصی نیز در بخش اول این کتاب مطرح شده است. علاوه بر این، در تمام بخش‌های این کتاب، محتوای غنی مطالب به‌وضوح نشان می‌دهد که تمام مشکلات و نگرانی‌های جنسی مراجعان، در اختلالات لیست شده در DSM-5 مطرح نشده است.

## بخش دوم: رویکردهای نظری به درمانگری جنسی

با وجود تردیدی که در مورد مترادف دانستن درمانگری جنسی با تکنیک‌های رفتاری مسترز و جانسون دارم، بسیاری از (و شاید اغلب) درمانگران جنسی حداقل برخی از تکنیک‌های سنتی درمانگری جنسی را به کار می‌برند. این تکنیک‌ها توسط اوری-کلارک و وینر در فصل ۱۱ توضیح داده شده است؛

زمینه مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای مشکلات جنسی ارائه می‌دهد. به‌طور حتم، ذهن‌آگاهی در درمانگری جنسی موضوع جدیدی نیست. در واقع، همان‌طور که توسط اوری-کلارک و وینر (فصل ۱۱) توضیح داده شد، ذهن‌آگاهی سنگ بنای تمرکز حسی، یکی از سنتی‌ترین و پرکاربردترین تکنیک‌های مورد استفاده در درمانگری جنسی است. بنابراین، در سال‌های اخیر ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک رویکرد روشن و صریح در درمان انواع مختلف مشکلات جنسی (صرف نظر از تأثیر آن بر دیگر مشکلات بهداشت روانی، به‌عنوان مثال یاتر، ۲۰۰۳) حمایت تجربی بسیاری دریافت کرده است و در همه زمینه‌های درمانگری جنسی مورد توجه قرار گرفته است. در واقع، بسیاری از نویسندگان این کتاب ذهن‌آگاهی را یک درمان الحاقی نویدبخش به دیگر مداخلات در زمینه درمانگری جنسی در نظر می‌گیرند. به دلیل حمایت تجربی قوی برای مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی، به نظر می‌رسد این نوع مداخلات در آینده به یک جزء ضروری در درمانگری جنسی تبدیل می‌شود.

با توجه به جنبش جنجال‌برانگیز اما غیرقابل انکار رویکرد پزشکی به مفهوم‌سازی و پرداختن به دلواپسی‌های جنسی (که در کل فصل‌های این کتاب به آن پرداخته می‌شود)، درمانگران جنسی صرف‌نظر از دیدگاه شخصی خود در مورد درمان دارویی مشکلات جنسی، ناگزیر با بیماری‌رانی روبه‌رو خواهند شد که از دارو برای درمان علائمشان استفاده می‌کنند. بنابراین، کونگلن و کونگلن (فصل ۲۵) یک چارچوب برای همکاری مؤثر زوجین در راستای درمان دارویی اختلال عملکرد جنسی یکی از زوجین به‌صورت فردی ارائه می‌دهند. در این فصل رهنمودهایی ارائه می‌شود که چگونه درمانگران جنسی کار بر روی جنبه‌های روان‌شناختی درمانگری جنسی را حتی با داشتن جهت‌گیری زیست‌پزشکی به درمان دلواپسی‌های جنسی، ادامه دهند.

در نهایت، به خاطر اینکه روان‌درمانی سنتی و حضوری پرهزینه، وقت‌گیر و گاهی اوقات دسترسی به آن برای افراد خارج از مناطق شهری سخت است، علاقه روزافزونی در جهت کاهش تماس‌های درمانی در زمینه روان‌درمانی به وجود آمده که نمونه آن مداخلات درمانی با کمک فن‌آوری و کتاب‌درمانی است (برای مثال نیومن، اسکادنی، لرا و پرزورسکی، ۲۰۱۱). از آنجا که درمانگری جنسی اغلب بر مشکلات جنسی فردی و

## بخش سوم: درمانگری جنسی گروه‌های خاص

در طی زمان، درمانگری جنسی به لحاظ اینکه جامعه هدف آن محدود به افراد دگرجنس‌گرای جوان، دارای سلامت جسمی، سفیدپوست و طبقه متوسط بود، مورد انتقاد گرفته است (برای مثال مک کرمیک، ۱۹۹۴). با این حال، پژوهش‌های اخیر (برای مثال هال و گراهام، ۲۰۱۳) کوشیده‌اند درمانگری جنسی را متناسب با فرهنگ گسترش دهند و همان‌طور که در بخش ۳ این کتاب نشان داده خواهد شد، درمانگران جنسی درمان‌های دقیق و همخوان با مراجعان بسیار مختلف را ارائه کرده‌اند.

نویسندگان فصل‌های این بخش، ملاحظات مربوط به درمان مشکلات جنسی در گروه‌های مختلف را مورد تأکید قرار داده‌اند. این گروه‌ها شامل اقلیت‌های جنسیتی (اسپنسر، آیتافی و باکتینگ، فصل ۱۷)؛ مراجعانی که دامنه سنی آنها از کودکی (لمب و پلوچا، فصل ۱۸) تا کهن‌سالی است (هیلمن، فصل ۱۹)؛ مراجعانی که به دلیل مشکلات هوشی (هاگ و همکاران، فصل ۲۰)، مشکلات روان‌شناختی (بوهرلر، فصل ۲۱)، مشکلات مرتبط با سلامت جسمی (ژو و بوپر، فصل ۲۲) و مشکلات مرتبط با آسیب (هال، فصل ۲۳) با محدودیت در تندرستی جنسی.

## بخش چهارم: جهت‌گیری آتی در درمانگری جنسی

گرچه برخی استدلال می‌کنند که درمانگری جنسی با کارهای مسترز و جانسون از دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ به وجود آمده و تاکنون نیز ادامه دارد، در واقع روان‌درمانی مشکلات جنسی به روش‌های مختلفی انجام گرفته است. در برخی موارد، روند درمان مشکلات جنسی با آزمایش‌های بالینی خلاقانه هدایت می‌شود، اما در بسیاری موارد از طریق یافته‌های پژوهش‌های بنیادین و بالینی برجسته پیشرفت می‌کند. بخش چهارم که بخش‌هایی این کتاب است، پیشینه تجربی چهار موضوع را که در جهت‌گیری آتی درمانگری جنسی بسیار نویدبخش است، ارائه می‌دهد.

در فصل ۲۴، بارکر مروری اجمالی بر نظریه و پژوهش در

معتقدند که امنیت و صمیمیتی که توسط روابط بلندمدت ایجاد می‌شود، اغلب به صمیمیت افراطی در روابط منجر می‌شود که می‌تواند بر از دست رفتن شور جنسی تأثیر بگذارد (برای مثال مینتز و همکاران).

این اختلاف نظرها در میان نویسندگان در مورد ماهیت و شیوه درمان مشکلات جنسی، به‌ویژه با توجه به تنوع محل زندگی، فرهنگ و تخصص نویسندگان این کتاب و میزان گستردگی کار آنها در زمینه درمانگری جنسی، تعجب‌آور نیست. در واقع، نویسندگان این کتاب نمایندگان هفت کشور مختلف و شامل روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، متخصصان غدد درون‌ریز و متخصصان زنان هستند. برخی نویسندگان بیشتر به پژوهش و برخی دیگر به کار بالینی مشغول هستند. با توجه تنوع فوق‌العاده نویسندگان، دیدگاه‌های متفاوت اجتناب‌ناپذیر است. در واقع، این تضاد دیدگاه‌ها در این زمینه، پدیده جدیدی نیست و برخی نویسندگان معتقدند که شدت این اختلاف نظرها منجر به یک تقسیم‌بندی آسیب‌زا در زمینه درمانگری جنسی می‌شود (مثلاً کلاین پلاتز، ۲۰۱۲).

با این حال، مهم است بدانید که اختلاف نظر نویسندگان این کتاب بیشتر در میزان و شدت است تا در مورد ماهیت موضوع. به‌عنوان مثال، گرچه برخی نویسندگان به‌وضوح بیشتر از سایرین برای ادغام درمان‌های زیست‌پزشکی با درمانگری جنسی موافق هستند، اما هیچ نویسنده‌ای در این کتاب از به کار گرفتن مداخلات دارویی به‌تنهایی و بدون ارزیابی و مداخله روان‌شناختی طرفداری نمی‌کند.

علاوه بر این، با تمرکز بر اختلاف نظرات در حیطه نسبتاً محدود درمانگری جنسی، نمی‌توان به ارزش‌های مشترکی که نویسندگان این کتاب از آنها حمایت می‌کنند، پی برد. این ارزش‌ها شامل نقش اساسی رابطه جنسی و مسائل جنسی در سلامت روان‌شناختی کلی؛ اهمیت ارائه اطلاعات دقیق و صحیح درباره مسائل جنسی و عملکرد جنسی به مراجعان؛ تأثیرات بالقوه مخرب سرکوبگری و شرم‌آور دانستن مسائل جنسی از سوی خانواده‌ها، مذهب و فرهنگ؛ ماهیت چندوجهی مشکلات و لذت جنسی و اهمیت لذت و خوشایندی جنسی به‌عنوان هدف روان‌درمانی، هستند. در یک زمینه فرهنگی که معلمان دبیرستان برای گفتن کلمه «واژن» اخراج می‌شوند

مرزبندی شده متمرکز می‌شود و از آنجا که برخی افراد با صحبت کردن در مورد مسائل جنسی به‌صورت حضوری احساس راحتی نمی‌کنند، برخی متقاضیان درمانگری جنسی ممکن است خواهان مداخلات درمانی با حداقل تماس باشند. فصل‌های نهایی این بخش، یافته‌های پژوهش‌های تجربی در زمینه کتاب درمانگری جنسی (ون لنکولد، فصل ۲۶) و درمانگری جنسی مبتنی بر اینترنت (کاناتن و مک‌کیب، فصل ۲۷) را به‌عنوان درمان انواع مختلف دل‌پایسی‌های جنسی بیان می‌کنند. استفاده انتخابی از این نوع مداخلات با حداقل تماس، درمانگری جنسی را گسترش می‌دهد و این اطمینان را ایجاد می‌کند که درمانگری جنسی برای طیف وسیعی از افراد در دسترس و مقرون‌به‌صرفه خواهد بود.

### ارزش‌ها در درمانگری جنسی چیست؟

بدیهی است که فصل‌های این کتاب، تعارض‌های زیاد و تقسیم‌بندی‌های مختلفی را در چهارچوب درمانگری جنسی نشان می‌دهند. به‌عنوان مثال، برخی نویسندگان از پیشرفت‌های جدید زیست‌پزشکی در درمان مشکلات جنسی تجلیل می‌کنند (برای مثال کونگن و کونگن). برخی دیگر از نویسندگان از داشتن دیدگاه پزشکی به درمان مشکلات جنسی اظهار تأسف می‌کنند (برای مثال کلاین پلاتز، مک‌کارتی و والد)؛ به این معنی که از چارچوب‌بندی مشکلات پیچیده اجتماعی-فرهنگی، روان‌شناختی و ارتباطی در قالب شرایط پزشکی ساده‌ای که می‌تواند با یک قرص درمان شود، ابراز ناراحتی می‌کنند. برخی نویسندگان تأثیر و اثربخشی مستمر تکنیک‌های رفتاری سنتی مسترز و جانسون در زمینه درمانگری جنسی از جمله تکنیک‌های تمرکز حسی و فشردن را تحسین می‌کنند (برای مثال اوری-کلارک و وینر؛ راولند و کوپر)، در حالی که برخی دیگر معتقدند چنین رویکردهایی بیش از حد مکانیکی و کاهش‌گرا است و به‌جای بهبود رابطه جنسی خوشایند و لذت‌بخش، به‌شدت متمرکز بر علائم هستند (برای مثال بارکر؛ کلاین پلاتز؛ ترنر). برخی نویسندگان معتقدند که روابط نزدیک، بلندمدت، صمیمی و همراه با تعهد، زمینه را برای پرشورترین رابطه جنسی فراهم می‌کند (برای مثال جانسون)؛ نویسندگان دیگر این شرایط را مشکل‌ساز می‌دانند و

جنسی باشد، اما طیف وسیع مشکلات جنسی چالش برانگیز و چندوجهی را که با آن مواجه می‌شوند یا مداخلات متنوع و پیچیده‌ای را که در درمانگری جنسی به کار گرفته می‌شوند، منعکس نمی‌کند. در واقع، تنزل جایگاه درمانگری جنسی به مداخلات رفتاری یا دارویی، معادل تنزل درمان افسردگی به فعال‌سازی رفتاری است؛ فعال‌سازی رفتاری مهم و اغلب اوقات مفید است، اما اکثر درمانگران افسردگی، کاری بیشتر از تخصیص تکالیف رفتاری انجام می‌دهد و برخی درمانگران ممکن است هرگز تکالیف رفتاری را به‌عنوان درمان افسردگی به کار نبرند.

وقتی متخصصان سلامت روانی، تخصص درمانگری جنسی را انتخاب می‌کنند، نیاز نیست و نباید آموزه‌های نظری گسترده خود در مورد مشکلات روان‌شناختی یا آموزش‌های پیشرفته خود در زمینه تکنیک‌های روان‌درمانی یا مهارت‌های ارتباط درمانی خود (مانند همدلی، اصالت) را کنار بگذارند. این مفهوم‌سازی‌ها و مهارت‌ها برای درمانگری جنسی ضروری هستند؛ به‌خصوص وقتی با ارزش‌های اصیل سلامت جنسی به‌عنوان بخشی از سلامت کلی ترکیب شوند.

بنابراین، امیدوارم این کتاب ایده‌ها و تکنیک‌های جدید و جالبی را برای کسانی که در زمره درمانگران جنسی شناخته می‌شوند، ارائه دهد. همچنین، امیدوارم این کتاب شروعی برای دانشجویان و روان‌درمانگرانی باشد که در مقام درمانگر جنسی فعالیت نمی‌کنند، اما سلامت و بهداشت جنسی به‌عنوان بخش اصلی از بهداشت و سلامت روانی برای آنها ارزشمند است و کسانی که امیدوارند در مورد دلواپسی‌های جنسی به‌عنوان بخشی از کار روان‌درمانی خود، کار بهتری انجام دهند.

## منابع

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Apfelbaum, B. (2012). On the need for a new direction in sex therapy. In P. J. Kleinplatz (Ed.), *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives* (2nd ed.) (pp. 5–20). New York, NY: Routledge.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125–143. doi:10.1093/clipsy.bpg015

(بنسکورت، ۲۰۱۶) و مجلس نمایندگان<sup>۱</sup> آمریکا در تلاش است تا قوانینی تصویب کند که به‌طور قانونی اجازه انجام تبعیض بر اساس گرایش جنسی را می‌دهد (سانتراپ، ۲۰۱۶)، واضح است که هیچ درمانگر، پزشک یا عضوی از جامعه جهانی با این ارزش‌ها موافق نیست؛ بنابراین، واقعیت این است که در همه فصل‌های این کتاب بر ارزش‌ها گفته شده تأکید می‌شود. برای من این ارزش‌ها، اجزای اساسی درمانگری جنسی هستند و همین ارزش‌ها هستند که حتی در مواجهه با اختلاف‌نظرهای جزئی در مورد مسائل نظری و بالینی خاص، باعث یکپارچگی و اتحاد در درمانگری جنسی می‌شود. بنابراین، من در نهایت با نتیجه‌گیری ساده پیوکل (۲۰۰۹) موافقم که گفت: «آنچه درمانگری جنسی را خاص می‌کند این است که به رابطه جنسی می‌پردازد» (ص ۱۰۳۹).

## نتیجه‌گیری

همان‌طور که اعتقاد ندارم یک نسخه محدود از مسائل جنسی «بهنجار» وجود دارد، امیدوارم که این کتاب نیز نشان دهد که تنها یک‌راه برای تبدیل شدن به درمانگر جنسی بهنجار وجود ندارد. راه‌های متعددی برای تبدیل شدن به یک درمانگر جنسی کارآمد وجود دارد. این نکته مهم است، زیرا تعداد درمانگران جنسی به‌سرعت در حال کاهش است (بنکرافت، ۲۰۰۹؛ کلاین پلاتز، ۲۰۱۲). حوزه درمانگری جنسی به‌شدت نیازمند جذب فارغ‌التحصیلان بالینی، مشاوره و مددکاری اجتماعی است که در فرایند انتخاب مسیر حرفه‌ای خود قرار دارند. همچنین، نیازمند متخصصان سلامت روانی است که به دنبال گسترش فعالیت خود در زمینه‌های جدید هستند. چنانچه این دانشجویان و متخصصان سلامت روانی معتقد باشند که درمانگری جنسی تنها شامل ارجاع مردان مبتلا به اختلالات نعوظ برای تجویز ویاگرا، یا آموزش تکنیک فشردن به مردان دارای انزال زودرس است یا اینکه به زنانی که خشکی واژن دارند گفته شود که ژل روان‌کننده بخرند، درمانگری جنسی تنها افراد اندکی را که از رویکردهای درمانی کوتاه‌مدت، ساختاریافته و بسیار متمرکز لذت می‌برند، جذب می‌کند. این نوع مداخلات ممکن است برای برخی از متخصصان بالینی بخش مهمی از درمانگری

- alternatives* (2nd ed.) (pp. xix–xxxvi). New York, NY: Routledge.
- Levine, S. B. (2009). I am not a sex therapist! *Archives of Sexual Behavior*, 38, 1033. doi:10.1007/s10508-009-9474-x
- Levine, S. B. (2010). Preface to the first edition. In S. B. Levine, C. B. Risen, & S. E. Althof (Eds.), *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals* (2nd ed.) (pp. xi–xiii). New York, NY: Routledge.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. New York, NY: Little, Brown.
- McCormick, N. B. (1994). *Sexual salvation: Affirming women's sexual rights and pleasures*. Westport, CT: Praeger.
- Newman, M. G., Szkodny, L. E., Llera, S. J., & Przeworski, A. (2011). A review of technology-assisted, self-help, and minimal contact therapies for anxiety and depression: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical Psychology Review*, 31, 89–103. doi:10.1016/j.cpr.2010.09.008
- Pukall, C. F. (2009). Sex therapy is special because it deals with sex. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 1039–1040. doi:10.1007/s10508-009-9468-8
- Suntrup, J. (2016, April 13). "Religious liberty" measure draws praise, scorn at Missouri House hearing. *St. Louis Post-Dispatch*. Retrieved from [http://www.stltoday.com/news/local/govt-and-politics/religious-liberty-measure-draws-praise-scorn-at-missouri-house-hearing/article\\_e7e997da-37e5-57e4-b51a-7c7b368d4b94.html](http://www.stltoday.com/news/local/govt-and-politics/religious-liberty-measure-draws-praise-scorn-at-missouri-house-hearing/article_e7e997da-37e5-57e4-b51a-7c7b368d4b94.html)
- Tiefer, L. (2001). A new view of women's sexual problems: Why new? Why now? *Journal of Sex Research*, 38, 89–96. doi:10.1080/00224490109552075
- Tiefer, L. (2012). Medicalizations and demedicalizations of sexuality therapies. *Journal of Sex Research*, 49, 311–318. doi:10.1080/00224499.2012.678948.
- Bancroft, J. (2009). Sex therapy needs building not deconstruction. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 1028–1030. doi: 10.1007/s10508-009-9471-0
- Bethencourt, D. (2016, April 27). Saying "vagina" got me fired, Battle Creek middle school teachers says. *Detroit Free Press*. Retrieved from <http://www.freep.com/story/news/local/michigan/2016/04/26/teacher-says-vagina-in-class-battle-creek-vword/83571076/>
- Binik, Y. M., & Meana, M. (2009). The future of sex therapy: Specialization or marginalization? *Archives of Sexual Behavior*, 38, 1016–1017. doi:10.1007/s10508-0099475-9
- Gaudio, B. A. (2008). Cognitive-behavioral therapies: Achievements and challenges. *Evidence Based Mental Health*, 11, 5–7. doi:10.1136/ebmh.11.1.5
- Hall, K. S. K., & Graham, C. A. (Eds.) (2013). *The cultural context of sexual pleasure and problems: Psychotherapy with diverse clients*. New York: Routledge.
- Hall, M. (2012). The honeymoon is over: Narrative sex therapy for long-term lesbian partners. In P. J. Kleinplatz (Ed.), *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives* (2nd edition) (pp. 285–302). New York, NY: Routledge.
- Hertlein, K. M., Weeks, G. R., & Gambescia, N. (Eds.) (2009). *Systemic sex therapy*. New York, NY: Routledge.
- Hollon, S. D., & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychotherapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*, 27, 891–932. doi: 10.1002/da. 20741
- Kleinplatz, P. J. (1996). Transforming sex therapy: Integrating erotic potential. *The Humanistic Psychologist*, 24, 190–202. doi: 10.1080/08873267.1996.9986850
- Kleinplatz, P. J. (2012). Advancing sex therapy or is that the best you can do? In P. J. Kleinplatz (Ed.), *New directions in sex therapy: Innovations and*

# بخش اول

درمان مشکلات جنسی خاص

## درمان مشکلات میل و برانگیختگی جنسی زنان

استفانی بوث، ویلیبررد ویجمار شولتز و آلن لان

### پدیدارشناسی

مطابق تعریف ارائه شده در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم (DSM-5): انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ویژگی اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان<sup>۱</sup> (FSIAD)، فقدان یا کاهش چشمگیر میل و یا برانگیختگی جنسی است که با حداقل سه نشانه از نشانه‌های زیر ظاهر می‌شود (ملاک A): (۱) فقدان/کاهش میل به فعالیت جنسی؛ (۲) فقدان/کاهش افکار یا خیال‌پردازی‌های جنسی/شهوت‌انگیز؛ (۳) فقدان/کاهش آغازگری فعالیت جنسی و معمولاً بی‌توجهی به تلاش شریک زندگی برای شروع رابطه جنسی؛ (۴) فقدان/کاهش شور/لذت جنسی در حین فعالیت جنسی در همه یا تقریباً همه تماس‌های جنسی؛ (۵) فقدان/کاهش میل/برانگیختگی جنسی در پاسخ به هر نوع محرک جنسی/شهوت‌انگیز درونی یا بیرونی (مانند محرک‌های نوشتاری، گفتاری، دیداری) (۶) فقدان/کاهش حس‌های جسمی تناسلی یا غیرتناسلی در حین فعالیت جنسی در همه یا تقریباً همه تماس‌های جنسی. برای تشخیص‌گذاری، علائم باید حداقل به‌طور تقریبی طی مدت ۶ ماه دوام داشته باشد (ملاک B) و باید باعث آشفتگی بالینی قابل توجه در فرد شود (ملاک C: انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ص ۴۳۳). علاوه بر این، به‌منظور طبقه‌بندی شکایت‌هایی که ذیل این تشخیص قرار می‌گیرند، یک اختلال روانی غیرجنسی، آشفتگی ارتباطی شدید یا دیگر عوامل استرس‌زای قابل توجه، نباید توجیه بهتری برای این شکایت‌ها باشد. همچنین این شکایت‌ها نباید عمدتاً پیامد شرایط پزشکی باشد، و وقتی مصرف مواد یا

دارو تبیین بهتری برای این شکایت‌ها باشد، باید تشخیص اختلال عملکرد جنسی ناشی از مواد/دارو گذاشته شود. وجود اختلال عملکرد جنسی دیگر نباید تشخیص FSIAD را منتفی کند، زیرا بسیار شایع است که زنان، همزمان بیش از یک اختلال عملکرد جنسی را تجربه کنند. برای مثال، اختلال درد جنسی می‌تواند با فقدان میل و برانگیختگی جنسی همراه شود. بنابراین، بر خلاف DSM-IV-TR (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) که اختلال میل و برانگیختگی جنسی را به‌عنوان دو اختلال مجزا توصیف کرده بود، در DSM-5 دو اختلال میل و برانگیختگی در اختلال میل/برانگیختگی جنسی ادغام شده است. یکی از دلایل ادغام طبقه‌های اختلال میل جنسی و اختلال برانگیختگی جنسی زنان در DSM-5 این بود که اغلب اوقات میل جنسی کم با مشکلات برانگیختگی همراه می‌شود (بروتو، ۲۰۱۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بسیاری از زنان دارای فقدان میل جنسی، مشکلات برانگیختگی جنسی را نیز تجربه می‌کنند و برعکس (هندریکس، گیچز و انزلین، ۲۰۱۳؛ سگریوز و سگریوز، ۱۹۹۱).

همچنین، در DSM-5 برخلاف DSM-IV-TR، هیچ تمایزی بین اختلال میل/برانگیختگی جنسی و اختلال بی‌بازاری جنسی وجود ندارد. در کار بالینی، این مشکلات جنسی به این صورت از هم متمایز شده‌اند که کاهش میل/برانگیختگی عمدتاً به فقدان میل به فعالیت جنسی اشاره دارد، حتی اگر فعالیت جنسی خنثی یا مثبت تجربه شود. در حالی که بی‌بازاری جنسی حاکی از پاسخ‌دهی به فعالیت جنسی با هیجان منفی همچون تنفر و اضطراب است (بورگ، دی جانگ و الجرژما، ۲۰۱۴). اما در DSM-5 طبقه دیگری از اختلالات جنسی

1- female sexual interest/arousal disorder (FSIAD)

خودبه‌خود، ناخوشایند و ناخواسته در غیاب احساس میل یا برانگیختگی جنسی است (لیلوم، سیهبوز و براون، ۲۰۰۷). با توجه به اینکه اطلاعاتی در مورد شیوع و درمان احتمالی این اختلال وجود ندارد، در این فصل بیش از این به این اختلال پرداخته نمی‌شود.

### شیوع/بروز

کاهش یا فقدان میل جنسی، شایع‌ترین مشکل جنسی گزارش شده توسط زنان است. پژوهش‌های شیوع‌شناسی جدید که همچنان از ملاک‌های جداگانه DSM-IV-TR برای اختلال کمبود میل جنسی و اختلال برانگیختگی جنسی استفاده می‌کنند، وقوع علائم این اختلال عملکرد جنسی و میزان آشفتگی ایجادشده توسط این مشکل را بررسی کرده‌اند (شیفرن، مونز، راسن، سگرتی و جوهانیز، ۲۰۰۸؛ وست و همکاران، ۲۰۰۸؛ ویتینگ و همکاران، ۲۰۰۸). اگرچه این پژوهش‌ها از نظر ملاک‌های تشخیصی و روش پژوهش متفاوت هستند، اما در همه این پژوهش‌ها شیوع میل جنسی کم در جمعیت عمومی زنان در حدود ۳۰-۲۰ به دست آمده است. وقتی آشفتگی حاصل از میل کم به‌عنوان ملاک لازم برای این اختلال در نظر گرفته شد، میزان شیوع به نصف کاهش پیدا کرد. شیوع مشکلات برانگیختگی جنسی در پژوهش‌های مختلف بین ۳۱-۱۱ بود، اما در ترکیب با ملاک آشفتگی، این میزان به‌شدت کاهش پیدا کرد. این یافته‌ها حاکی از شیوع نسبتاً زیاد مشکلات میل و برانگیختگی جنسی در زنان است. اما تنها بخشی از این زنان آشفتگی را تجربه می‌کنند و در نتیجه، واجد ملاک‌های تشخیص اختلال عملکرد جنسی خواهند بود. در یک پژوهش بر روی نمونه‌ای از زنان آمریکایی، مشاهده شد که بهزیستی هیجانی کلی و پیوند عاطفی با شریک زندگی در حین فعالیت جنسی، می‌تواند آشفتگی ذهنی ناشی از مشکلات جنسی را پیش‌بینی کند (بنکرافت، لافس و لانگ، ۲۰۰۳). بنابراین، در بسیاری از موارد شکایت‌ها جنسی می‌تواند واکنش طبیعی به شرایط نامطلوب باشد.

خاص هم وجود دارد و برای علائمی به کار برده می‌شود که موجب آشفتگی بالینی قابل‌توجه می‌شود، اما ملاک‌های اختلالات عملکرد جنسی خاص را ندارد. در ابتدای توصیف این طبقه به‌وضوح گفته شده است که بی‌زاری جنسی می‌تواند به‌عنوان دلیلی برای آشفتگی قلمداد شود. تمایز بین فقدان میل/برانگیختگی جنسی و بی‌زاری جنسی از لحاظ بالینی نیز مطرح است. در مورد بی‌زاری جنسی روش‌های حساسیت‌زدایی و شرطی‌سازی تقابلی در درمان مهم هستند، اما در مورد کاهش میل/برانگیختگی جنسی این مداخلات معمولاً لازم نیستند.

در عمل، به‌ندرت یک زن مجرد از فقدان میل یا برانگیختگی جنسی شکایت می‌کند. معمولاً این شکایت از جانب زنانی مطرح می‌شود که در یک رابطه باثبات هستند و با تفاوت در میل جنسی بین زن و شریک زندگی او ارتباط دارد. در DSM-5 به‌صراحت گفته شده است که ناهمخوانی میل که در آن زن میل کمتری برای فعالیت جنسی نسبت به شریک زندگی‌اش دارد، برای تشخیص FSIAD کافی نیست. گرچه در DSM گفته می‌شود که باید کاهش بهنجار در افکار و پاسخ‌دهی جنسی ناشی از افزایش سن را باید در نظر گرفت، اما این سؤال پیش می‌آید که چه میزان از بی‌میلی زن را می‌توان به‌عنوان ملاک اختلال میل/برانگیختگی جنسی دانست؟ در DSM ملاک‌های عینی برای این مسئله وجود ندارد، بدین معنی که تشخیص باید بر اساس قضاوت ذهنی متخصص بالینی باشد. متخصص بالینی باید عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی مثل جنسیت و سن را در نظر بگیرد. جنسیت یک عامل مهم است. باومایستر، کننیس و وهس (۲۰۰۱) با مرور پژوهش‌های متعدد در زمینه تفاوت بین انگیزش جنسی زنان مردان دریافتند که به‌طور کلی زنان انگیزش جنسی کمتری نسبت به مردان دارند. کمتر خیال‌پردازی جنسی دارند، میل کمتری به رابطه جنسی دارند و از نداشتن رابطه جنسی کمتر شکایت می‌کنند.

اخیراً یک اختلال جدید در ارتباط با برانگیختگی جنسی در زنان توصیف شده است که اختلال برانگیختگی تناسلی پایدار<sup>۱</sup> نامیده می‌شود. ویژگی این نشانگان، برانگیختگی تناسلی



## سبب‌شناسی

### مدل‌های مربوط به برانگیختگی

#### و میل جنسی زنان

طبقه‌بندی DSM-IV-TR از اختلالات جنسی بر مبنای مدل خطی پاسخ جنسی است. در این مدل ابتدا مرحله میل جنسی، سپس برانگیختگی جنسی، ارگاسم و در نهایت فرونشینی به وجود می‌آید (کاپلان، ۱۹۷۷؛ مسترز و جانسون، ۱۹۷۰). بر اساس این مدل، میل جنسی خودبه‌خود به وجود می‌آید و مستقل از پاسخ برانگیختگی جنسی است. نویسندگان زیادی به تمایز مطلق بین مرحله میل جنسی و برانگیختگی جنسی انتقاد کرده‌اند و معتقدند که انگیزش جنسی از پردازش محرک‌های جنسی ناشی می‌شود که منجر به برانگیختگی جنسی و همچنین میل جنسی می‌شود (بسن، ۲۰۰۱؛ بوث، اوررد و لان، ۲۰۰۷؛ اوررد و لان، ۱۹۹۵). همان‌طور که گفته شد، بر اساس این انتقاد و همبودی بالای مشکلات میل و برانگیختگی جنسی، طبقه‌های اختلال میل جنسی و اختلال برانگیختگی جنسی زنان در DSM-5 ادغام شد. بر اساس دیدگاه‌های جدیدتر که همخوان با نظریه‌های جدید انگیزش مشوق است، سرآغاز برانگیختگی و میل جنسی ناشی از تعامل بین سیستم پاسخ جنسی درونی فرد و محرک‌های بیرونی (مشوق‌ها) است که این سیستم را فعال می‌کنند. نه تنها حساسیت این سیستم در این میان نقش ایفا می‌کند، بلکه معنی و شدت محرک‌های واقعی یا تصویری نیز اهمیت دارد.

از این گفته چنین استنباط می‌شود که میل جنسی پیش‌بیند برانگیختگی نیست، بلکه پیامد برانگیختگی است یا همزمان با آن رخ می‌دهد. انگیزش جنسی پدیده‌ای که از درون سرچشمه می‌گیرد (یعنی چیزی که یک فرد میزان کم یا زیاد آن را دارد) نیست، بلکه پدیده‌ای است که به هنگام وجود شرایط خاص، خود را نشان می‌دهد. شرایط لازم برای فعال شدن فرایند جنسی سه بخش دارد: (۱) باید یک سیستم سالم وجود داشته باشد تا پاسخ‌دهی جنسی را فعال کند؛ (۲) باید محرکی با مفهوم و معنای جنسی وجود داشته باشد تا بتواند سیستم جنسی را فعال کند؛ و (۳) باید شرایط مساعد برای انجام فعالیت جنسی فراهم باشد (سینگر و توتس، ۱۹۸۷). در این فرایند، انگیزش به وجود می‌آید و هر چه میزان این شرایط بیشتر و

بیشتر شود، انگیزش نیز قوی‌تر می‌شود. در مقابل، اگر یک یا بیش از یکی از این شرایط کاهش پیدا کرده یا وجود نداشته باشد، فرایند جنسی از بین می‌رود.

فعالیت جنسی همیشه پیامد فرایندی که در آن برانگیختگی جنسی و میل جنسی وجود داشته باشد، نیست. مستون و باس (۲۰۰۷) در یک گروه بزرگ از آزمودنی‌ها، سیاهه انگیزه‌های افراد برای داشتن رابطه جنسی با شریک زندگی را تکمیل کردند. مردان و زنان انواع مختلف انگیزه‌ها را گزارش کردند، مثل تجربه لذت جسمی، نشان دادن محبت، راضی کردن شریک زندگی، کاستن از دلزدگی، یا انجام یک وظیفه. گرچه ده انگیزه اصلی مردان و زنان برای داشتن رابطه جنسی بسیار با هم همخوان بود، مردان بیشتر به انگیزه‌های جسمی مثل دیدن یک بدن جذاب گرایش داشتند، درحالی‌که زنان بیشتر به انگیزه‌های ارتباطی مثل نشان دادن عشق، میل نشان می‌دادند. در مدل پاسخ جنسی زنان که توسط بسن (۲۰۰۱) ارائه شد، نیاز به صمیمیت نقش مهمی در انگیزه داشتن رابطه جنسی ایفا می‌کند. بسن تأکید کرد که میل زن به داشتن رابطه جنسی خصوصاً در روابط بلندمدت، از میل وی برای داشتن صمیمیت نشئت می‌گیرد و این موضوع می‌تواند منجر به برانگیختگی جنسی و میل جنسی شود. پس از آن، ارزش پاداش‌دهی تعامل جنسی تعیین می‌کند که تا چه اندازه زن به محرک‌های جنسی که در آینده وجود خواهد داشت، توجه کند.

دیدگاه‌های جدید در مورد میل جنسی و برانگیختگی جنسی که در بالا توصیف شد، همخوان با مدل پردازش اطلاعات برانگیختگی جنسی است (جنسن، اوررد، اسپرینگ و جنسن، ۲۰۰۰). در این مدل، دو مسیر پردازش اطلاعات از هم متمایز شده‌اند. مسیر اول مخصوص فرایندهای خودکار و ناهشیار است، درحالی‌که مسیر دوم مربوط به توجه و نظارت و کنترل است. فعال شدن برانگیختگی جنسی تناسلی (از طریق مسیر خودکار) عمدتاً سریع و ناهشیار اتفاق می‌افتد، درحالی‌که تأثیرپذیری از معنا و مفهوم تجربه (از طریق مسیر هشیار) نسبتاً آهسته رخ می‌دهد. پاسخ تناسلی (یعنی جریان یافتن خون در اندام تناسلی و لیزش‌دهی واژن) و تجربه هشیار ذهنی (یعنی احساس برانگیختگی از لحاظ روان‌شناختی) الزاماً با هم همخوان نیستند.

می‌کند و چه میزان از هورمون‌های جنسی باعث نقص در آن می‌شود.

مهم‌ترین هورمون در زنان استروژن‌ها از جمله استرادیول<sup>۲</sup> است. در هنگام یائسگی، میزان استروژن به شدت کاهش می‌یابد. کاهش میزان استرادیول می‌تواند سبب شکایت‌هایی مثل گرگرفتگی، اختلالات خواب، نوسان خلق، تحلیل واژن و خشکی واژن شود. این علائم می‌تواند تأثیر منفی بر عملکرد جنسی داشته باشد. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد جریان خون ناحیه تناسلی در زنان یائسه نسبت به زنان غیر یائسه ضعیف‌تر است (بوث و همکاران، ۲۰۱۵؛ لان و ون لانس، ۱۹۹۷؛ پیترس و همکاران، ۲۰۰۸). پژوهش‌ها نشان داده است که میزان کم استروژن با گردش خون کم رابطه دارد، ولی با پرخونی واژنی ضعیف در پاسخ به محرک شهوات‌انگیز رابطه ندارد. بنابراین، هنگامی که محرک شهوات‌انگیز مناسبی وجود داشته باشد، به نظر نمی‌رسد سطوح پایین استروژن مانع پاسخ برانگیختگی تناسلی شود.

زنان علاوه بر استروژن، آندروژن‌ها از جمله تستوسترون نیز تولید می‌کنند. در خون به میزان حداکثر ۳٪ از کل تستوسترون به‌طور آزاد در دسترس است، در حالی که مابقی تستوسترون با هورمون جنسی متصل به گلوبولین<sup>۳</sup> (SHBG) پیوند خورده است و از لحاظ زیست‌شناختی در دسترس نیست. مقدار SHBG با عواملی همچون میزان استروژن در خون مرتبط است. میزان زیاد استروژن منجر به تولید بیشتر SHBG می‌شود که خود از میزان تستوسترون قابل دسترس می‌کاهد (سیمون، ۲۰۰۲). از لحاظ زیست‌شناختی، غلظت تستوسترون در زنان از سن ۲۵ تا ۳۰ سالگی شروع به کاهش می‌کند (دیویس، دیویسون، دوناث و بل، ۲۰۰۵). در زنان یائسه میزان تستوسترون در حدود نصف آن در ۳۰ سالگی است. پس از یائسگی ناشی از درمان (برای مثال یائسگی ناشی از سرطان سینه یا ناشی از عمل جراحی برداشتن دوطرفه تخمدان‌ها جهت پیشگیری در مورد جهش ژنی BRCA)، میزان آندروژن به یک‌سوم یا یک‌چهارم دوران قبل از یائسگی کاهش می‌یابد (لوبو، ۲۰۰۱).

در زنان، به‌طور کلی همخوانی کمی بین پاسخ‌های تناسلی و احساس برانگیختگی جنسی وجود دارد؛ به نظر می‌رسد احساس برانگیختگی بیشتر توسط بافت موقعیت تعیین می‌شود تا شدت پاسخ تناسلی (لان، اوررد و بوث، ۲۰۰۵). ناهمخوانی بین پاسخ تناسلی و پاسخ ذهنی هنگامی رخ می‌دهد که یک محرک نه‌تنها معانی جنسی را فعال کند (که تسهیل‌کننده برانگیختگی تناسلی است)، بلکه معانی غیرجنسی یا منفی (که بازداری‌کننده برانگیختگی جنسی است) را نیز فعال می‌کند.

بر اساس مدل پردازش اطلاعات، عوامل زیست‌شناختی و روان‌شناختی می‌توانند مانع فعال شدن سیستم جنسی شود. برای مثال، اختلالات هورمونی می‌تواند حساسیت سیستم جنسی را که «توانایی برانگیختگی» یا تحریک‌پذیری جنسی نیز نامیده می‌شود، کاهش دهد؛ درحالی‌که پردازش‌های شناختی مثل افکار منفی یا حواس‌پرتی، می‌تواند برانگیختگی جنسی تناسلی یا ذهنی را سرکوب کند (بارلو، ۱۹۸۶). بنابراین، مدل پردازش اطلاعات بر اهمیت معنای محرک‌ها تأکید می‌کند. گرچه محرک‌هایی هستند که ذاتاً موجب پاسخ‌های جنسی و احساسات لذت‌بخش در بیشتر افراد می‌شود (مثل نوازش اندام‌های تناسلی)، اما معنای اکثر محرک‌های جنسی از فرایندهای یادگیری ناشی می‌شود (برم، بوث، لان، اوررد و اسپینهن، ۲۰۱۴). معمولاً یادگیری محرک‌های جنسی منجر به تداوم‌های جنسی مثبت می‌شود، اما محرک‌ها می‌توانند یا هیجانات منفی تداوم پیدا کنند. بنابراین، توانایی محرک‌ها در برانگیختن میل و برانگیختگی جنسی به تاریخچه یادگیری افراد بستگی دارد.

## توانایی برانگیختگی: نقش هورمون‌ها و بیماری جسمی

استروژن‌ها و آندروژن‌ها<sup>۱</sup>: در مورد اینکه هورمون‌های جنسی (استروژن‌ها و آندروژن‌ها) تحت شرایط خاصی بر پاسخ جنسی تأثیر می‌گذارند، توافق وجود دارد (دیویس، گای، شیفرن و میزر، ۲۰۰۴). اما دقیقاً مشخص نیست این هورمون‌ها چگونه بر عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارند. در مجموع، مشخص نیست چه آستانه بحرانی از هورمون‌های جنسی، پاسخ‌دهی جنسی را فعال

2- oestradiol

3- sex hormone binding globulin (SHBG)

1- oestrogens and androgens

کورتیکواستروئیدها<sup>۱</sup> یا ضدآندروژن‌ها (موجود در قرص ضدبارداری دایان<sup>۲</sup>) یا به علت افزایش SHBG تحت تأثیر دارو باشد (مثل آندروژن‌ها در قرص‌های ضدبارداری خوراکی). در زنان بعد از برداشتن دوطرفه تخمدان‌ها، بین کاهش میزان آندروژن و کاهش میل جنسی رابطه وجود داشت. در این بیماران، جایگزینی آندروژن تأثیر مثبت داشت (شیفرن و همکاران، ۲۰۰۶). در طی چند سال اخیر، پژوهش‌های مختلفی منتشر شده است که نشان می‌دهد تجویز جذب پوستی تستوسترون در ترکیب با آندروژن‌ها بر کاهش میل جنسی زنانی که بعد از برداشتن دوطرفه تخمدان‌ها دچار یائسگی زودرس شده‌اند، تأثیرات مثبتی داشته است (برای مثال بران استاین و همکاران، ۲۰۰۵؛ دیویس و همکاران، ۲۰۰۶). اخیراً اثرات مثبت این درمان در زنان پس از یائسگی طبیعی (شیفرن و همکاران، ۲۰۰۶) و در زنان غیر یائسه که میل جنسی کم دارند (شونخاگن و استاد، ۲۰۰۹) گزارش شده است.

اطلاعات روان-زیست‌شناختی اندکی در مورد اثر تستوسترون بر پاسخ برانگیختگی جنسی زنان در دسترس است. تعداد اندکی از پژوهش‌ها دریافته‌اند که مصرف متیل تستوسترون پاسخ تناسلی را افزایش می‌دهد، اما بر برانگیختگی جنسی ذهنی تأثیر ندارد (هرد-دیویسون، هیمن و کافل، ۲۰۰۷؛ توتن، ون هنک، وربانتن، لان و اوررد، ۲۰۰۲؛ توتن و همکاران، ۲۰۰۰). در یک پژوهش بر روی زنانی که در اثر عمل جراحی دچار یائسگی شده بودند، فعالیت مغزی در واکنش به محرک‌های شهوت‌انگیز اندازه‌گیری شد. نتایج نشان داد زنانی که استروژن و تستوسترون را دریافت کردند، نسبت به زنانی که استروژن را به‌تنهایی دریافت کردند یا آنهایی که از دارو استفاده نکردند، افزایش بیشتری در فعالیت دستگاه کناری داشتند (آرچر، لاو-گفن، هرست-دام، سونی و چانگ، ۲۰۰۶). در این پژوهش برانگیختگی جنسی ذهنی اندازه‌گیری نشد. به‌طور خلاصه، می‌توان نتیجه گرفت که آندروژن‌ها قطعاً بر توانایی برانگیختگی زنان تأثیر دارد، اما تاکنون تنها شواهد تجربی که حاکی از رابطه بین کاهش میزان تستوسترون و کمبود میل جنسی است، از پژوهش بر روی زنانی که برداشتن دوطرفه

از آنجایی که زنان میزان کمی تستوسترون دارند، به دست آوردن مقدار دقیق آن مشکل است. حساس‌ترین روش‌های تجزیه و تحلیل، گران‌قیمت و وقت‌گیر هستند و بنابراین برای کاربردهای بالینی مناسب نیستند. علاوه بر این، مقادیر مرجع خوبی برای میزان تستوسترون در زنان وجود ندارد و نمی‌توان میزان تستوسترون را یک مقیاس پایا از فعالیت آندروژن در نظر گرفت. به این دلایل، توصیه می‌شود که برای مشخص کردن کمبود آندروژن زنان در کارهای بالینی، به‌طور منظم اندازه‌گیری تستوسترون انجام نشود، بلکه فقط در شرایط خاص پزشکی که می‌دانیم با کمبود تستوسترون در ارتباط است، چنین کاری انجام گیرد (لابری و همکاران، ۲۰۰۶؛ لوبو، ۲۰۰۱). با کاهش شدید میزان تستوسترون در دوره یائسگی، امکان به دست آوردن میزان استرادیول در زنان یائسه وجود ندارد (باکلا، ۲۰۰۵).

همچنان در مورد تأثیر آندروژن‌ها بر عملکرد جنسی بحث و گفتگو وجود دارد. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد میل جنسی و خصوصاً توانایی برانگیختگی با آندروژن‌ها مرتبط است، اما یافته‌های پژوهشی خالی از ابهام نیست. پژوهش‌های اندکی ارتباط کاهش میزان تستوسترون در زنان با شکایت از میل جنسی کم (رایلی و رایلی، ۲۰۰۰؛ تورنا و همکاران، ۲۰۰۵) و یا ارتباط بین کاهش تستوسترون و شکایت‌هایی همچون کاهش احساس بهزیستی، کاهش انرژی، افسردگی و کاهش میل و رضایت جنسی را نشان داده‌اند (بچمن و همکاران، ۲۰۰۲؛ دیویسون، بل، دونات، مونتالتو و دیویس، ۲۰۰۵). اما در پژوهش بر روی نمونه‌های بزرگ، بین میزان آندروژن و عملکرد جنسی زنان ارتباطی وجود نداشت یا این رابطه بسیار ضعیف بود (الکساندر، دنراستاین، برگر و گرازیوتین، ۲۰۰۶؛ گربر، جانسون، بان و ابرین، ۲۰۰۵). کمبود تستوسترون در دسترس، می‌تواند ناشی از کاهش تولید تستوسترون باشد که در بیماران دارای بدکارکردی هیپوفیز، بدکارکردی تخمدان (مثل نارسایی زودرس تخمدان) سندروم ترنر، برداشتن تخمدان‌ها در مورد جهش ژنی BRCA، بدکارکردی غدد آدرنال مرتبط با شیمی‌درمانی و پرتودرمانی، کم‌کاری تیروئید، دیده می‌شود. همچنین این کمبود می‌تواند به علت مصرف

1- corticosteroids

2- Diane contraceptive pill

تخمدان‌ها را انجام داده‌اند، به دست آمده است.

جانبی جنسی ضعیف‌تری نسبت به سایر داروها داشته باشند و شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد اضافه کردن بوپروپیون به درمان دارویی افسردگی (سرتی و چپسا، ۲۰۰۹) می‌تواند یک رویکرد نویدبخش برای کاهش اختلال عملکرد جنسی ناشی از داروهای ضدافسردگی باشد (تیلور و همکاران، ۲۰۱۳).

### توانایی برانگیختگی: عوامل روان‌شناختی

محرک‌ها و/ادراک: مدل انگیزش مشوق بر اهمیت جذاب بودن محرک‌ها برای آغاز برانگیختگی جنسی و میل جنسی تأکید دارد. بر اساس مدل پردازش اطلاعات، فرایندهای شناختی مختلفی بر نحوهٔ تعبیر و تفسیر محرک‌های جنسی مؤثر است و این امر به نوبهٔ خود موجب تسهیل یا تخریب پاسخ برانگیختگی جنسی شود. در برخی پژوهش‌ها پاسخ تناسلی زنان دارای مشکل برانگیختگی جنسی که از لحاظ جسمی سالم بودند، اندازه‌گیری شد. نتایج نشان داد که پرخونی واژنی این زنان همانند زنان بدون مشکل برانگیختگی، در پاسخ به محرک‌های شهوت‌انگیز افزایش یافت (بسن و همکاران، ۲۰۰۳؛ لوین و همکاران، ۲۰۱۶). اما زنان مبتلا به مشکل برانگیختگی جنسی در پاسخ به محرک‌های شهوت‌انگیز، احساسات جنسی مثبت کمتر و احساسات منفی بیشتری نسبت به زنان بدون مشکل جنسی داشتند (لان، ون دریل و ون لانسن، ۲۰۰۸). این یافته‌ها نشان می‌دهد که زنان دارای مشکلات برانگیختگی جنسی که سلامت جسمی دارند همانند زنان بدون مشکل، قادر به داشتن برانگیختگی جنسی تناسلی هستند. بنابراین در زنان دارای سلامت جسمی، مشکلات برانگیختگی به دلیل ناکافی بودن محرک‌های شهوت‌انگیز در زندگی روزمره یا ارزیابی منفی محرک‌های جنسی یا بافت جنسی است تا نقص در پاسخ‌دهی تناسلی.

مکانیسم‌های مختلفی مثل خوگیری یا تداعی با پیامدهای منفی، تأثیر منفی بر جذابیت محرک‌های جنسی دارند. برای مثال، پژوهش‌های آزمایشی نشان داده‌اند که مواجههٔ مکرر با محرک‌های جنسی یکسان، موجب خوگیری برانگیختگی جنسی و ذهنی می‌شود (میویوسن و آور، ۱۹۹۰). وقتی یک

بیماری‌های جسمی و مداخلات پزشکی: اختلالات جسمی یا مداخلات پزشکی می‌توانند منجر به کاهش میل جنسی یا اختلال در پاسخ برانگیختگی شود. علاوه بر مکانیسم‌های زیست‌شناختی، عوامل روان‌شناختی مرتبط با بیماری‌های مزمن مثل خستگی، درد یا افسردگی می‌توانند بر عملکرد جنسی تأثیر بگذارد. بیماری‌های مزمن که هم از لحاظ زیست‌شناختی و هم از لحاظ روان‌شناختی می‌تواند عملکرد جنسی را دچار اختلال کند، اختلالات عصب‌شناختی مانند اسکروز چندگانه<sup>۱</sup> (MS)، آسیب نخاعی سرتاسری<sup>۲</sup> (ریس، فاولر و ماس، ۲۰۰۷)؛ اختلالات غدد درون‌ریز مثل کم‌کاری تیروئید، افزایش پرولاکتین<sup>۳</sup> و دیابت شیرین (باسین، انزلین، کوویلو و بسن، ۲۰۰۷)؛ و مشکلات کلیوی (بسن و ویجمارشولتر، ۲۰۰۷) است. اخیراً توجه روزافزونی به تأثیرات منفی سرطان و درمان آن بر عملکرد جنسی زنان شده است (ابوت-اندرسن و کوکبوم، ۲۰۱۲). اگرچه شرایط جسمی مختلفی با میل و برانگیختگی ذهنی ارتباط دارد، اما پژوهش‌های اخیر نشان داده است که تنها زنان مبتلا به آسیب نخاعی سرتاسری (سپیسکی، ۲۰۰۱)، زنان مبتلا به آسیب نخاعی ناشی از جراحی تومور رحم و زنان مبتلا به دیابت شیرین (بوث و همکاران، ۲۰۱۵؛ پیترس و همکاران، ۲۰۰۸؛ وینسز، آلبرت و بنسل، ۱۹۹۳) پاسخ برانگیختگی تناسلی ضعیف‌تری نسبت به زنان سالم نشان می‌دهند.

داروهای مختلفی که بر سیستم انتقال‌دهنده‌های عصبی تأثیر می‌گذارند، مانند داروهای ضدافسردگی (بازدارنده‌های انتخابی بازجذب سروتونین<sup>۴</sup>، SSRIها) و داروهای ضدروان‌پریشی (آگونیست‌های دوپامین) تأثیر منفی بر میل جنسی و برانگیختگی جنسی دارند (مستون و فرولیش، ۲۰۰۰). به نظر می‌رسد تعداد اندکی از داروهای ضدافسردگی (آگوماتین<sup>۵</sup>، بوپروپیون<sup>۶</sup>، مولکوبامید<sup>۷</sup>، میرتازاپین<sup>۸</sup>)، عوارض

- 1- multiple sclerosis (MS)
- 2- transverse spinal cord injury
- 3- hyperprolactinaemia
- 4- selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)
- 5- agomelatine
- 6- bupropion

7- moclobemide  
8- mirtazapine

نگرش‌های منفی زیاد نسبت به مسائل جنسی نیز با مشکلات جنسی بیشتر همراه می‌شود (نوبری و پینتو-گوویا، ۲۰۰۹). به‌عنوان مثال، تجربه خشونت جنسی می‌تواند منجر به تداعی‌های منفی قوی با رابطه جنسی شود. داشتن سابقه خشونت جنسی در مشکلات میل و برانگیختگی جنسی، خصوصاً بیزاری جنسی نقش دارد. همچنین، نگرش‌ها و نظرات منفی مرتبط با رابطه جنسی که در خلال تحول جنسی به وجود می‌آید، بر عملکرد جنسی مؤثر است.

*خلق و شناخت:* افسردگی به‌طور قطع با کاهش میل جنسی و پاسخ جنسی رابطه دارد. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد زنان دارای میل جنسی کم نسبت به زنان بدون مشکل میل جنسی، عزت‌نفس پایین‌تر و میزان بیشتری از مشکلات خلقی را دارند (هارتمن، هایزر، رافر-هس و کلاث، ۲۰۰۲). در ایالات متحده آمریکا مشخص شد زنانی که با شکایت از میل جنسی مراجعه کرده بودند، سه برابر بیشتر از زنان بدون مشکل جنسی دوره‌های افسردگی را داشتند (اشراینر-انگل و اسکیاوی، ۱۹۸۶). اخیراً یک پژوهش مشاهده‌ای بر روی ۱۰۸۸ زن غیربائسه که تشخیص اختلال کمبود میل جنسی را داشتند، انجام گرفته است. این پژوهش نشان داد ۳۴٪ این زنان تشخیص افسردگی داشتند و از این تعداد ۵۶٪ داروهای ضدافسردگی مصرف می‌کردند. زنان دارای اختلال میل جنسی و افسردگی در مقایسه با زنان دارای اختلال میل جنسی و بدون افسردگی، عملکرد جنسی ضعیف‌تری را گزارش کردند. در زنانی که نشانه‌های درمان‌نشده افسردگی را داشتند، مصرف داروهای ضدافسردگی با اختلال در عملکرد جنسی رابطه داشت (کلایتون و همکاران، ۲۰۱۲).

در پژوهش‌های پرسشنامه‌ای، زنان گزارش کردند که احساس افسردگی و اضطراب، علاقه آنها را به رابطه جنسی کاهش می‌دهد (لایکنز، جنسن و گراهام، ۲۰۰۶)، در حالی که در پژوهش‌های آزمایشگاهی، ثابت شده است که خلق افسرده و تصویر جنسی منفی از خود، می‌تواند تأثیر بازدارنده‌ای بر برانگیختگی جنسی ذهنی داشته باشد (کافل و هیمن، ۲۰۰۶؛ میدلتون، کافل و هیمن، ۲۰۰۸؛ ترکول، وایجیونو و لان، ۲۰۰۷). پژوهش‌های آزمایشگاهی نشان داده است استرس و

محرک جدید به دنبال محرک قبلی ارائه شود، برانگیختگی دوباره افزایش می‌یابد. با توجه به این موضوع، جالب است بدانید پژوهش‌های پرسشنامه‌ای در زنان نشان دادند که روابط طولانی‌مدت با کاهش میل جنسی رابطه دارد (کلاسمن، ۲۰۰۲؛ موری و میلهوسن، ۲۰۱۲)، و شروع یک رابطه جدید با احساس میل بیشتر همراه می‌شود (آویس و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین، در پژوهش‌های کیفی زنان دارای اختلال برانگیختگی جنسی، یکنواختی در رابطه، آشنایی زیاد با همسر و کاسته شدن جنبه‌های جنسی نقش‌ها در رابطه را به‌عنوان دلایل کاهش میل جنسی خود گزارش کردند (سیمز و مینا، ۲۰۱۰). این امکان وجود دارد که خوگیری و یا فقدان تنوع از جمله دلایل کاهش میل جنسی در روابط بلندمدت باشد.

فرایند دیگری که در جذابیت محرک‌ها نقش دارد، شرطی‌سازی کلاسیک است (آگمو، ۱۹۹۹؛ بروم، بوث، لان، اوررد و اسپینوون، ۲۰۱۴؛ هافمن، جنسن و ترنر، ۲۰۰۴). پژوهش‌های آزمایشگاهی بر روی زنان نشان داده‌اند که پاسخ برانگیختگی جنسی به یک محرک خاص، می‌تواند با همراهی مکرر با محرک‌های لذت‌بخش جنسی شرطی‌سازی مثبت شود. بنابراین، محرک‌ها با استفاده از فرایندهای اصلی یادگیری می‌توانند ویژگی‌های فعال‌سازی جنسی را پیدا کنند. از لحاظ کاربردی، وقتی یک زن تجارب جنسی پاداش‌دهنده بسیار کمی داشته باشد، در نتیجه تداعی‌های مثبت بسیار کمی خواهد داشت و متعاقباً محرک‌های بسیار اندکی می‌توانند برانگیختگی و میل جنسی را فراخوانی کنند. اخیراً پژوهشی بر روی زنان غیربائسه که کمبود میل جنسی اکتسابی داشتند، از این ایده حمایت کرده است. نتایج این پژوهش نشان داد که در این زنان محرک‌های جنسی، تداعی‌های مثبت هشیار و ناهشیار کمتری را نسبت به زنان بدون مشکل جنسی، ایجاد می‌کرد (براوئر و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین، وقتی رابطه جنسی به‌طور مکرر پیامدهای منفی مثل اضطراب، ناامیدی یا درد به دنبال داشته باشد، محرک‌های جنسی جذابیت خود را از دست می‌دهند. یک پژوهش آزمایشگاهی نشان داد وقتی یک محرک دردآور به‌طور مکرر به دنبال یک محرک شهوت‌انگیز بیاید، پاسخ برانگیختگی جنسی سرکوب می‌شود و ارزش ذهنی محرک شهوت‌انگیز کاهش می‌یابد (بوث و همکاران، ۲۰۰۸).

**بافت/ارتباطی:** در زنان همبستگی قوی بین میل جنسی و رضایت از رابطه وجود دارد. نتایج یک پژوهش با یک نمونه بزرگ در اروپا نشان داد زنان دارای میل جنسی کم نسبت به زنان بدون مشکلات جنسی، به طور معنی داری رضایت کمتری از رابطه جنسی و ارتباط کلی خود داشتند (دنراستاین، هیز، سند و لیهرت، ۲۰۰۹). بر اساس این اطلاعات نمی توان گفت میل کم علت یا معلول نارضایتی از رابطه است، اما به نظر می رسد میل جنسی به خصوص در زنان، به جنبه های بین فردی ارتباط حساس باشد (ایمپت و پیلو، ۲۰۰۳). پژوهش در زمینه میل جنسی در روابط با غیرهمجنس نشان داده است، افرادی که به دنبال روابط عمیق و لذت بخش هستند، میل جنسی قوی تر و سازگارتری از خود نشان می دهند (ایمپت، استرچمن، فینکل و گیبل، ۲۰۰۸). علاوه بر این، در روزهایی که تعاملات مثبت بیشتری وجود دارد، تماس های جنسی بیشتری نیز به وجود می آید. بنابراین، پویایی های ارتباط نقش مهمی در انگیزش جنسی زنان ایفا می کند.

شیوه برخورد افراد با تفاوت در میل جنسی در روابط، تحت تأثیر هنجارها و ارزش های مرتبط با مسائل جنسی و روابط قرار دارد. در حالی که در گذشته رابطه جنسی به عنوان یک وظیفه زناشویی دیده می شد، به نظر می رسد امروزه این هنجار وجود دارد که قبل از تماس جنسی، هر دو زوج باید خواهان این رابطه باشند. گرچه این هنجار یک پیشرفت در رابطه جنسی اجباری است، اما می تواند ناخواسته تأثیر بازدارندگی داشته باشد، زیرا میل جنسی در حین تعامل جنسی به وجود می آید (اوررد و لان، ۱۹۹۵).

جالب اینکه پژوهش های اخیر بر روی میل جنسی در روابط بلندمدت نشان می دهد، افرادی که به دنبال ارضای نیازهای جنسی شریک زندگی خود هستند (ثوانایی جنسی/اشتراکی بیشتر دارند)، میل جنسی بیشتری تجربه می کنند (میوز، ایمپت، کگان، دسماریاس، ۲۰۱۳). در یک پژوهش بر اساس تجربه های روزانه زوج های دارای روابط بلندمدت، افرادی که توانایی جنسی اشتراکی بیشتری داشتند، میل جنسی روزانه بیشتری را گزارش کردند و بیشتر رابطه جنسی برقرار کردند، زیرا ارضای نیازهای جنسی شریکشان برای خودشان رضایت بخش بود. اما نکته مهم تر آنکه *اشتراک جنسی مطلق*

ترس از درد، موجب بازداری پاسخ برانگیختگی ذهنی و تناسلی در زنان می شود (بروئر، ترکویل، جنسن و لان، ۲۰۰۷؛ ترکویل، بوث و ون آدن، ۲۰۰۹). اما شواهدی از اثر تسهیل کنندگی بالقوه ترس بر پاسخ برانگیختگی جنسی وجود دارد (پالاس و گورزالکا، ۱۹۹۰). فرایندهای دقیق شناختی، عاطفی یا زیست شناختی که از آن طریق افسردگی و اضطراب بر پاسخ جنسی تأثیر می گذارد، هنوز ناشناخته است.

در مدلی که توسط بارلو (۱۹۸۶) ارائه شد، ترس از شکست در موقعیت جنسی، منجر به تمرکز توجه بر محرک های منفی غیرجنسی به جای محرک های جنسی می شود و در نتیجه از تداوم پاسخ برانگیختگی جلوگیری می کند. افکار مرتبط با ترس از شکست می تواند شامل این فکر باشد که به خاطر برانگیخته نشدن سریع زن، شریک زندگی دلسرد خواهد شد یا این فکر که از نظر شریک زندگی بدن زن جذاب نیست. جذابیت جسمی و ظاهری یک زن با اعتماد به نفس جنسی و عملکرد جنسی وی ارتباط دارد (داو و ویدرمن، ۲۰۰۰؛ ستینسکی، ریس، دنیس، ساندرز و باردزل، ۲۰۱۲). حواس پرتی شناختی در خلال پردازش محرک های جنسی منجر به برانگیختگی جنسی ضعیف تر در زنان دارای مشکلات جنسی و بدون مشکل می شود (سالمینک و ون لنکولد، ۲۰۰۶). مسترز و جانسون بر اساس تجربه بالینی در زمینه مشکلات جنسی، بیان داشتند که «نظاره گری» (یعنی وقتی که فرد در حین فعالیت جنسی خودش را از دیدگاه شخص سوم مشاهده و قضاوت می کند) پاسخ برانگیختگی را بازداری می کند (مسترز و جانسون، ۱۹۷۰). پژوهش های آزمایشگاهی نشان دادند که در زنان بدون مشکلات جنسی، به اصطلاح «تمرکز داغ» (یعنی زن تا جایی که امکان دارد خود را در موقعیت جنسی قرار دهد و توجهش را بر واکنش های جسمی و هیجانی متمرکز کند) احساس برانگیختگی جنسی را افزایش می دهد (بوث، لان و اوررد، ۲۰۱۱). علاوه بر این، به نظر می رسد انتظارات، بر احساس برانگیختگی جنسی تأثیر دارد؛ وقتی زنان دارای مشکل برانگیختگی جنسی و بدون مشکل، بازخوردهای مثبت درباره پاسخ برانگیختگی جنسی خود دریافت کنند، برانگیختگی جنسی بیشتری را تجربه می کنند (مک کال و مستون، ۲۰۰۷).

برانگیخته می‌شود که انتظار پاداش وجود داشته باشد. تا چه حد و چگونه رابطه جنسی با شوهر (و یا هر فعالیت تحریکی دیگر) یک تجربه مثبت و رضایت‌بخش و/یا یک تجربه منفی و دلسردکننده بوده است؟ آیا زن در گذشته خشونت جنسی را تجربه کرده است، که ممکن است منجر به تداعی‌های منفی در مورد رابطه جنسی شود؟ باید به رضایت‌مندی از رابطه و احساسات زن نسبت به شوهرش نیز توجه خاصی داشت. به‌عنوان مثال، آیا وی هنوز هم شوهرش را جذاب می‌داند؟ آیا مشکلی در سایر حوزه‌های ارتباطی وجود دارد که احساسات زن نسبت به شوهرش را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟

در خصوص تحریک‌پذیری جنسی، سؤال کردن راجع به مؤلفه‌های ذهنی و همچنین مؤلفه‌های تناسلی پاسخ برانگیختگی جنسی ارزشمند است. تا چه اندازه زن احساس برانگیختگی جنسی را در موقعیت‌های جنسی (مثلاً، طی مدت پیش‌نوازی، بوسه‌های عاشقانه، نوازش اندام تناسلی‌اش توسط همسرش، نوازش اندام تناسلی همسرش) در گذشته و حال تجربه کرده است؟ طی مدت تحریک جنسی، لیزش‌دهی واژن زن چقدر است؟ به‌منظور ارزیابی میزان کفایت تحریک جنسی، مشخص کردن آنچه زوجها در حین رابطه جنسی انجام می‌دهند بسیار مهم است. ضمناً، باید ارزیابی شود که آیا احساسات یا افکاری وجود دارند که برانگیختگی را تحریک کنند یا برعکس، مانع این فرآیند شوند.

زمانی که نشانه‌هایی وجود دارند مبنی بر اینکه ممکن است اختلالات جسمی یا روان‌پزشکی (تا حدودی) زمینه مشکلات جنسی را فراهم کرده باشند، زن باید برای آزمایش‌های پزشکی و روان‌پزشکی بیشتر به متخصصان مراجعه کند. مسلماً، متخصصان سلامت باید نسبت به احتمال وجود اختلال افسردگی هشیار باشند. زمانی که عوامل جسمی یا روانی در مشکلات جنسی دخیل هستند، باید اولویت یا عدم اولویت لزوم درمان آنها مدنظر قرار گیرد. اگر مشکلات بارز دیگری، مثل یک اختلال افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، یا مشکلات ارتباطی جدی وجود دارد، ابتدا باید به این مشکلات رسیدگی شود. در صورت لزوم، پس از رسیدگی به این مشکلات، درمانگری جنسی انجام می‌شود تا به زوجها کمک کند مجدداً روابط جنسی خود را بهبود بخشند یا کنار

توجه انحصاری به نیازهای شریک زندگی به‌جای نیازهای خود) با احساسات منفی و کمبود میل جنسی در هر دو زوج ارتباط دارد (میوز و ایمپت، ۲۰۱۴). اهداف گرایشی همچون تجربه لذت خود یا لذت دادن به شریک زندگی، به‌جای اهداف اجتنابی همچون جلوگیری از استرس خود یا دلسردی یا خشم شریک زندگی، با میل جنسی بیشتر رابطه دارد (ایمپت و همکاران، ۲۰۰۸). این مشاهدات نشان می‌دهد که داشتن رابطه جنسی برای اجتناب از پیامدهای منفی، یک رویکرد متمرکز برای حفظ میل جنسی نیست، درحالی‌که رابطه جنسی برای ارضای نیازهای جنسی شریک زندگی می‌تواند به سرزنده نگه‌داشتن میل جنسی هر دو زوج در رابطه کمک کند.

## ارزیابی مشکلات میل جنسی و تحریک جنسی در زنان مصاحبه آغازین

نظر به اینکه بافت رابطه تأثیر زیادی بر عملکرد جنسی زنان دارد، به‌عنوان بخشی از فرآیند ارزیابی، مصاحبه با زن و شوهر جهت علت‌یابی مشکلات کاهش میل و تحریک‌پذیری جنسی بسیار مهم است؛ ترجیحاً باید زوجها را به‌اتفاق هم ملاقات کرد. بهتر است پرسش‌های معینی درباره موقعیت‌ها یا محرک‌هایی که در گذشته می‌توانستند میل و برانگیختگی جنسی را به وجود آورند، مطرح شود. سپس، باید به میزان فقدان این موقعیت‌ها یا محرک‌ها در زمان حال توجه شود. همچنین، باید بررسی شود که به دلیل پذیرفتنی یا لذت‌بخش نبودن این موقعیت‌ها یا محرک‌ها، تا چه حد زن خواستار آنها نیست یا حتی شاید فعالانه از آنها اجتناب می‌کند. به‌عنوان مثال، آیا زن از هرگونه تماس بدنی صمیمانه ممانعت می‌کند، زیرا نگران است که مبدا همسرش پس از این تماس خواهان مقاربت جنسی باشد، درحالی‌که وی تمایلی به آن ندارد؟ آیا به خاطر فقدان حریم خصوصی یا مشغله زیاد، به‌سختی موقعیت‌هایی برای صمیمیت هیجانی و جسمی پیش می‌آید؟ آیا زن احساس می‌کند که بدن جذابی ندارد؟ علاوه بر این، سؤال مهمی که باید از زن پرسید این است که تجربه وی از فعالیت جنسی در گذشته و اگر همچنان به لحاظ جنسی فعال است، در زمان حال چگونه است. تمایل جنسی اصولاً زمانی

احتمال کمبود آندروژن وجود دارد، تست‌های آزمایشگاهی را می‌توان مدنظر قرار داد، گرچه همچنان درباره پایایی و ارزش تحلیل تستوسترون در زنان بحث و مجادله وجود دارد.

### گزینه‌های درمان

مدل انگیزش مشوق حاکی از این است که مشکلات میل/برانگیختگی جنسی ممکن است ناشی از کاهش تحریک‌پذیری سیستم جنسی، فقدان محرک‌ها و وجود فرآیندهای شناختی و عاطفی باشد که آغاز پاسخ برانگیختگی را مختل می‌کنند. در اکثر زنانی که جویای درمان مشکلات کاهش میل/برانگیختگی هستند، این مشکلات با اختلالات هورمونی یا اختلالات جسمی خاص مرتبط نیستند؛ این زنان عمدتاً به لحاظ جسمی سالم هستند. بنابراین، به نظر می‌رسد در این زنان، مشکلات میل/برانگیختگی جنسی اساساً با کمبود محرک‌های شهوت‌انگیز در زندگی روزمره یا با ارزیابی‌های منفی بافت رابطه‌ای و جنسی مرتبط است که منجر به اجتناب از برانگیختگی و میل جنسی می‌شود. این بدین معناست که در درمان عمدتاً باید به زن و شوهر کمک کرد از محرک‌های جنسی (جدید) که می‌توانند موجب برانگیختگی جنسی شود، استفاده کنند؛ ارزش پاداش‌دهنده رابطه جنسی را از طریق افزایش احساسات جنسی لذت‌بخش تقویت کرد، احساسات منفی را کاهش داد و صمیمیت و مهارت‌های ارتباطی را در روابط زوج‌ها بهینه‌سازی کرد.

### درمان روان‌شناختی

در اینجا، ما آن دسته از درمان‌های روان‌شناختی برای اختلال میل/برانگیختگی جنسی را توصیف می‌کنیم که اثربخشی آنها به لحاظ تجربی اثبات شده است و شامل درمانگری جنسی و درمان شناختی-رفتاری است. باید توجه داشت که پژوهش‌های اثربخشی بسیار اندکی انجام گرفته است و بالطبع نمی‌توان با قطعیت درباره اثربخشی تکنیک‌ها و روش‌های گوناگون سخن گفت (ترکول، بوث و ون لنکولد، ۲۰۰۹). درمان‌های اثربخش ظاهراً رویکرد کلی‌تری دارند، نه فقط زن بلکه زوج را درمان می‌کنند و تکنیک‌هایی را به کار می‌برند که نه تنها بر میل جنسی متمرکز هستند، بلکه برانگیختگی، ارگاسم و رضایت

آمدن با محدودیت‌های موجود را یاد بگیرند. اگر زن دارویی مصرف می‌کند که ممکن است تأثیری منفی بر پاسخ جنسی داشته باشد، می‌توان با پزشک معالج تماس گرفت تا در خصوص امکان تعدیل و رفع تداخل این دارو تصمیم‌گیری کند.

### ابزارهای تشخیصی بیشتر: پرسش‌نامه‌ها، معاینه بدنی و یا تست‌های آزمایشگاهی

با استفاده از پرسش‌نامه‌هایی که عملکرد جنسی، مشکلات روان‌شناختی و رضایت‌مندی از رابطه را می‌سنجند، می‌توان اطلاعات حاصل از مصاحبه فوق را گسترش داد. برخی از پرسشنامه‌ها مناسب هستند. به عنوان مثال، شاخص عملکرد جنسی زنان<sup>۱</sup> (FSFI؛ روزن و همکاران، ۲۰۰۰) مشکلات در ابعاد میل، برانگیختگی، درد و ارگاسم را ارزیابی می‌کند؛ پرسشنامه رضایت جنسی گلوبوک راست<sup>۲</sup> (GRISS؛ راست و گلوبوک، ۱۹۸۶) نارضایتی و مشکلات جنسی را در زنان و مردان دگرجنس‌گرا ارزیابی می‌کند؛ چک‌لیست علائم روانی ۹۰ سؤالی<sup>۳</sup> (SCL-90؛ دروگاتیس، لیپمان و کاوی، ۱۹۷۳) مشکلات روان‌شناختی و علائم اختلال‌های روانی اندازه‌گیری می‌کند؛ پرسش‌نامه غربالگری آسیب<sup>۴</sup> (TSQ؛ بروین و همکاران، ۲۰۰۲) برای غربال کردن علائم استرس پس از سانحه استفاده می‌شود؛ پرسشنامه افسردگی بک<sup>۵</sup> (BDI-II؛ بک، استیل و براون، ۱۹۹۶) برای غربال کردن علائم افسردگی کاربرد دارد؛ و پرسشنامه زناشویی مادلزلی<sup>۶</sup> (MMQ؛ آریندل و اسکاپ، ۱۹۸۵) برای ارزیابی کارکرد رابطه استفاده می‌شود. جهت تشخیص دادن اختلال میل/برانگیختگی جنسی، معاینات جسمی استاندارد و/یا تست‌های آزمایشگاهی تجویز نمی‌شود. اما اگر همایند با این اختلال، شکایت از درد جنسی یا در زنان مسن‌تر شکایت از خشکی واژن وجود دارد که احتمالاً حاکی از کمبود استروژن است، بهتر است یک رویکرد ترکیبی متشکل از معاینات هدفمند روان‌شناختی و جسمی، اتخاذ شود. زمانی که

1- Female Sexual Function Index (FSFI)  
2- Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)  
3- Symptom Checklist 90-R (SCL-90)  
4- Trauma Screening Questionnaire (TSQ)  
5- Beck Depression Inventory (BDI)  
6- Maudsley Marital Questionnaire (MMQ)