

اصول و کاربرست درمان رابطه جنسی

ویرایش ششم

فهرست مطالب

مقدمه مترجم.....	۱۱
در مورد ویراستاران.....	۱۳
همکاران.....	۱۵
مقدمه.....	۱۹
محتویات ویراست ششم اصول و کاربرست درمان رابطه جنسی.....	۲۱
سخنی در مورد زبان.....	۲۸
نتیجه‌گیری.....	۲۸
بخش اول: درمان رابطه جنسی برای کژکاری جنسی.....	۳۱
فصل اول اختلال علاقه / برانگیختگی جنسی در زنان.....	۳۲
همه‌گیرشناسی.....	۳۵
سبب‌شناختی و مدل‌ها.....	۳۸
ارزیابی و مسائل تشخیصی.....	۴۱
رویکردهایی برای درمان.....	۴۴
بحث موردی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در درمان اختلال علاقه / برانگیختگی جنسی.....	۵۲
نتیجه‌گیری.....	۵۵
منابع.....	۵۶
فصل دوم اختلال برانگیختگی جنسی زنان.....	۶۵
تعریف تشخیص و ارزیابی علائم مرتبط: کژکاری برانگیختگی جنسی در زنان چگونه است؟.....	۶۷
اندازه‌گیری برانگیختگی جنسی در زنان.....	۷۱
همه‌گیرشناسی.....	۷۳
سبب‌شناختی برانگیختگی جنسی تناسلی و شناختی.....	۷۴
مدل‌های نظری برانگیختگی جنسی زنان.....	۷۵
رویکردهایی برای درمان.....	۷۶
بحث موردی.....	۸۰
نتیجه‌گیری.....	۸۴
منابع.....	۸۵
فصل سوم میل جنسی کم در مردان.....	۹۲
تشخیص.....	۹۴
همبودی میل کم با سایر کژکاری‌های جنسی مردان.....	۹۵
همه‌گیرشناسی میل جنسی کم در مردان.....	۹۵
عوامل زیستی-روانی-اجتماعی مؤثر بر میل جنسی کم در.....	۹۷
نظریه و مدل‌های میل جنسی کم در مردان.....	۹۹
ارزیابی میل جنسی کم در مردان.....	۱۰۲
درمان‌هایی برای میل جنسی کم در مردان.....	۱۰۵
بحث موردی.....	۱۰۶
نتیجه‌گیری.....	۱۱۱
منابع.....	۱۱۲
فصل چهارم رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی یکپارچه برای مفهوم‌سازی و درمان اختلال نعوظ.....	۱۲۰
تعریف و طبقه‌بندی اختلال نعوظ.....	۱۲۱
شیوع و همه‌گیرشناسی.....	۱۲۲
مفهوم‌سازی زیستی-روانی-اجتماعی.....	۱۲۳
ارتباط بین اختلال نعوظ و زودانزالی.....	۱۲۸
بحث موردی.....	۱۲۸
ارزیابی زیستی-روانی-اجتماعی یکپارچه اختلال نعوظ.....	۱۳۰
درمان زیستی-روانی-اجتماعی یکپارچه اختلال نعوظ.....	۱۳۲
نتیجه‌گیری.....	۱۳۹
منابع.....	۱۳۹
فصل پنجم مشکلات اُرگاسم در زنان.....	۱۴۶
شیوع نگرانی‌های اُرگاسم.....	۱۵۱
سبب‌شناختی مشکلات اُرگاسم.....	۱۵۲
ارزیابی زنان با مشکلات اُرگاسم.....	۱۵۶
درمان مسائل اُرگاسم.....	۱۵۷
بحث موردی.....	۱۶۵
نتیجه‌گیری.....	۱۷۰
منابع.....	۱۷۱
فصل ششم درمان زودانزالی.....	۱۷۶
نام (زودانزالی) چه اهمیتی دارد؟ تعریف زودانزالی.....	۱۷۷
انواع فرعی زودانزالی.....	۱۸۰
شیوع.....	۱۸۰
سبب‌شناختی.....	۱۸۱
اثرات روانشناختی زودانزالی بر مرد، شریک زندگی و رابطه.....	۱۸۲
ارزیابی.....	۱۸۵
چه چیزی و چه زمانی ارائه شود.....	۱۸۷
بحث موردی: درمان ترکیبی برای زودانزالی.....	۱۹۳
نتیجه‌گیری.....	۱۹۵
منابع.....	۱۹۵
فصل هفتم دیرانزالی.....	۲۰۲
فیزیولوژی انزال و اُرگاسم.....	۲۰۵
تعریف و تشخیص.....	۲۰۶
سبب‌شناختی.....	۲۰۸
سنجش و ارزیابی عملکردی.....	۲۱۳
درمان.....	۲۱۵
بحث موردی.....	۲۱۸
نتیجه‌گیری.....	۲۲۳
نتیجه‌گیری.....	۲۲۴

۳۳۳.....	فصل دوازدهم رفتار جنسی خارج از کنترل	۲۲۵.....	منابع
۳۳۵.....	مفهوم‌پردازی بی‌نظمی جنسی	۲۳۱.....	فصل هشتم درد تناسلی در زنان و مردان
۳۴۲.....	ارزیابی	۲۳۴.....	ارزیابی
۳۴۶.....	درمان	۲۳۶.....	سبب‌شناسی درد تناسلی-لگنی
۳۴۹.....	بحث موردی	۲۳۹.....	درد تناسلی-لگنی مرد
۳۵۳.....	نتیجه‌گیری	۲۴۰.....	رویکردهای درمان
۳۵۴.....	منابع	۲۴۴.....	مدل چند وجهی مراقبت از درد تناسلی-لگنی
۳۶۳.....	فصل سیزدهم لذت قدرت	۲۵۱.....	نتیجه‌گیری
۳۶۵.....	واژه‌شناسی	۲۵۲.....	منابع
۳۶۷.....	لذت یا آسیب‌شناسی	۲۵۷.....	فصل نهم ناتوانی دائمی در تجربه مقاربت
۳۶۹.....	شیوع	۲۵۸.....	شرح و تشخیص مشکل
۳۷۱.....	سبب‌شناسی	۲۵۹.....	شیوع
۳۷۳.....	ارزیابی	۲۵۹.....	سبب‌شناختی
۳۷۷.....	درمان رابطه جنسی درمانی در جامعه کینک	۲۶۳.....	مدل ترس-اجتناب انقباض دردناک مهبلی
۳۸۷.....	نتیجه‌گیری	۲۶۴.....	مسائل ارزیابی و تشخیص
۳۸۸.....	منابع	۲۶۸.....	رویکردهای درمان
۳۹۱.....	فصل چهاردهم بازگرداندن اعتماد و صمیمیت جنسی پس از خیانت	۲۷۳.....	بحث موردی
۳۹۲.....	شیوع	۲۷۷.....	نتیجه‌گیری
۳۹۳.....	تفاوت‌های شخصیتی فردی	۲۷۷.....	منابع
۳۹۴.....	انگیزه‌های خیانت	۲۸۳.....	فصل دهم بیزاری جنسی
۳۹۵.....	مشارکت‌های رشدی، زناشویی و فرهنگی	۲۸۴.....	تشخیص و توصیف بالینی
۳۹۷.....	ارزیابی	۲۸۵.....	همه‌گیرشناسی
۳۹۸.....	درمان	۲۸۶.....	انزجار و بیزاری جنسی
۳۹۹.....	بحث موردی: زوج‌درمانی با تمرکز بر ذهن‌سازي	۲۸۷.....	مسیرهای بیزاری جنسی
۴۰۳.....	نتیجه‌گیری	۲۸۸.....	مسائل ارزیابی و تشخیص
۴۰۳.....	منابع	۲۹۱.....	درمان
۴۰۷.....	بخش ب: طول عمر و گذارها	۲۹۳.....	بحث موردی
۴۰۸.....	فصل پانزدهم تمایلات جنسی در گذار به والدگری	۲۹۶.....	نتیجه‌گیری
۴۱۱.....	شیوع و شرح مشکلات جنسی در گذار به والدگری	۲۹۶.....	منابع
۴۱۳.....	عوامل کمک‌کننده زیستی-روانی-اجتماعی	۳۰۱.....	بخش دوم: چالش‌های درمانی برای درمان رابطه جنسی
۴۱۵.....	ارزیابی	۳۰۲.....	بخش الف: محدودیت‌ها و مرزهای جنسی
۴۱۸.....	درمان	۳۰۳.....	فصل یازدهم ارجحیت لذت
۴۲۲.....	مشکلات تمایلات جنسی و بارداری	۳۰۵.....	فرهنگ
۴۲۵.....	شرح موردی	۳۰۸.....	کژکاری جنسی در بافت فرهنگی
۴۳۰.....	نتیجه‌گیری	۳۱۴.....	مسیر توسعه فرهنگی
۴۳۱.....	منابع	۳۱۶.....	فرهنگ‌پذیری
۴۳۶.....	فصل شانزدهم تمایلات جنسی و پیری	۳۱۸.....	مسائل ارزیابی و تشخیص
۴۳۷.....	تحقیق در مورد تمایلات جنسی و پیری	۳۲۱.....	درمان: از شایستگی فرهنگی تا حساسیت فرهنگی
۴۳۹.....	پیشانی شخصی و ترس از پیری	۳۲۲.....	بحث موردی
۴۴۱.....	آیا با افزایش سن در حقیقت رابطه جنسی بهتر می‌شود؟	۳۲۸.....	درمان رابطه جنسی به عنوان فرآیند فرهنگ‌پذیری
۴۴۲.....	پیامدهای درمان	۳۲۹.....	منابع

بحث موردی.....	۴۴۶
نتیجه‌گیری.....	۴۴۸
منابع.....	۴۴۹
فصل هفدهم رابطه جنسی و زوج‌درمانی برای بازماندگان	
آسیب‌های دوران کودکی.....	۴۵۲
تعریف و شیوع آسیب‌های دوران کودکی.....	۴۵۴
تحقیق در مورد آسیب‌های دوران کودکی و پیامدهای جنسی.....	۴۵۶
مدلهای نظری آسیب‌ها و پیامدهای جنسی دوران کودکی.....	۴۵۸
ارزیابی.....	۴۶۰
رویکردهای زوج‌درمانی برای بازماندگان.....	۴۶۱
بحث موردی.....	۴۶۸
نتیجه‌گیری.....	۴۷۴
منابع.....	۴۷۵
فصل هجدهم ملال جنسیتی در کودکان و نوجوانان.....	
شرح بالینی.....	۴۸۱
همه‌گیرشناسی.....	۴۸۴
تشخیص.....	۴۸۶
مدل‌های سبب‌شناسی.....	۴۸۸
ارزیابی.....	۴۹۲
رویکردهای درمان.....	۴۹۳
نتیجه‌گیری.....	۵۰۲
منابع.....	۵۰۴
فصل نوزدهم بهبود عملکرد جنسی و لذت در اشخاص	
تراجنسیتی.....	۵۱۳
واژه‌شناسی.....	۵۱۵
شیوع.....	۵۱۶
ملاحظات تشخیصی.....	۵۱۶
تمایلات جنسی.....	۵۱۸
اثرات درمان تأیید جنسیت بر روی تمایلات جنسی.....	۵۲۰
ارزیابی مشکلات جنسی.....	۵۳۰
رویکردهای درمانی.....	۵۳۲
بحث موردی: بهبود لذت جنسی در یک مرد تراجنسیتی.....	۵۳۴
نتیجه‌گیری.....	۵۴۰
منابع.....	۵۴۰
بخش ج: مسائل پزشکی.....	
۵۴۹.....	۵۴۹
فصل بیستم تمایلات جنسی و سرطان.....	
مشکل یا چالشی بزرگ که نادیده گرفته شده است.....	۵۵۲
استعلام و ارزیابی: استفاده از نتایج گزارش شده توسط بیمار.....	۵۵۳
مدل زیستی-روانی-اجتماعی تمایلات جنسی پس از سرطان.....	۵۵۴
دیدگاه روانشناختی: آوردن نظریه خود-تعیینگری به درمان رابطه جنسی.....	۵۵۵
توانبخشی جنسی پس از سرطان: ارزیابی.....	۵۵۵
رویکردهای درمانی برای زنان نجات‌یافته از سرطان.....	۵۵۷
رویکردهای درمانی برای مردان نجات‌یافته از سرطان.....	۵۶۱
نتیجه‌گیری.....	۵۶۳
منابع.....	۵۶۴
فصل بیست و یکم تمایلات جنسی در مردان و زنان مبتلا به	
آسیب نخاعی.....	۵۶۷
بررسی توانایی جنسی افراد مبتلا به آسیب طناب نخاعی.....	۵۶۹
بررسی توانایی نعوظ و انزال مردان.....	۵۶۹
بررسی توانایی آرگاسم مردان پس از آسیب طناب نخاعی.....	۵۷۲
بررسی توانایی برانگیختگی جنسی زنان.....	۵۷۴
بررسی توانایی آرگاسم زنان پس از آسیب طناب نخاعی.....	۵۷۵
درمان‌های پزشکی همراه با درمان شناختی-رفتاری موج اول.....	۵۷۶
درمان شناختی-رفتاری موج دوم و سوم.....	۵۷۷
بحث موردی.....	۵۸۰
نتیجه‌گیری.....	۵۸۳
منابع.....	۵۸۳
فصل بیست و دوم اختلال برانگیختگی تناسلی مداوم.....	
۵۸۹.....	۵۸۹
تشخیص و ارزیابی.....	۵۹۱
رویکردهای درمان.....	۵۹۸
بحث موردی.....	۶۰۲
نتیجه‌گیری.....	۶۰۴
منابع.....	۶۰۵
فصل بیست و سوم نتیجه‌گیری.....	
۶۰۸.....	۶۰۸
سوالاتی در مورد کاربست سازه.....	۶۱۰
دوراهی‌های تشخیصی.....	۶۱۱
چند بُعدی بودن و تنوع فراگیر.....	۶۱۴
کاربردهای درمان.....	۶۱۵
دسترسی و هزینه درمان بین رشته‌ای.....	۶۱۷
پایان انزوا؟.....	۶۱۸
مفهوم‌سازی مجدد متغیرهای پیامد درمان.....	۶۱۹
فقدان تحقیق در مورد نتایج درمان رابطه جنسی.....	۶۲۰
نتیجه‌گیری.....	۶۲۲
منابع.....	۶۲۳
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	
۶۲۹.....	۶۲۹
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	
۶۳۴.....	۶۳۴

به یاد ساندرآ آر. لیلوم (۱۹۴۳-۲۰۱۰)
ویراستار چهار جلد اول اصول و کاربرست درمان رابطه جنسی

مقدمه مترجم

امروزه کژکاری‌ها و انحرافات جنسی از موضوعات شایع و حائز اهمیت در دنیا هستند. لازم است روان‌شناسان، روان‌پزشکان و بسیاری از متخصصین سلامت روان قادر به ارزیابی این اختلالات بوده و راه‌حل‌های مؤثر و مفیدی را برای آنها ارائه دهند. در واقع نیاز است که مسائل جنسی به عنوان مواد درسی و کمک درسی در دانشگاه‌ها در چندین رشته تخصصی در قالب آموزش‌های ویژه مورد توجه واقع شوند. آنچه که برای بسیاری از فراگیران و همچنین برای اکثر متخصصان روان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، این است که این گروه باید توانایی داشته باشند که مشکلات و کژکاری‌های جنسی را اعم از مواردی که دلایل جسمی یا روانی دارند مورد بررسی دقیق قرار دهند و بتوانند انواع کژکاری‌های جنسی را به گونه‌ای طبقه‌بندی کنند که در قالب دانشی کاربردی قابل عرضه باشد. به علاوه برخی نیازهای دانشگاه‌ها را جهت دانش کاربردی در مورد کژکاری‌ها و انحرافات جنسی مشخص نمایند.

این کتاب شامل دو بخش اصلی است که تمام اختلالات و کژکاری‌های جنسی را به صورتی کاملاً واضح توضیح می‌دهد. بخش اول شامل درمان رابطه جنسی برای کژکاری جنسی است که در ده فصل تنظیم شده است. محتوای این ده فصل شامل کژکاری‌های جنسی شایع در زنان و مردان است که ساختار هر فصل حاوی توضیحانی در مورد کژکاری جنسی مورد نظر، مسائل سبب‌شناختی، مثال موردی و مسائل مربوط به درمان است. تفاوتی که این کتاب با سایر کتاب‌های حوزه درمان رابطه جنسی دارد این است که در این ده فصل بیشتر روی بخش درمان کژکاری‌های جنسی بحث شده است و با مثال‌های موردی به متخصصان روان‌شناس و روان‌پزشک آموزش می‌دهد که مسائل درمان رابطه جنسی را چگونه انجام دهند. بخش دوم این کتاب شامل چالش‌های درمانی برای درمان رابطه جنسی است که به سه قسمت اصلی تقسیم شده است. قسمت اول حاوی مسائل مهمی از جمله ارزیابی، تشخیص و درمان رفتار جنسی خارج از کنترل، آزارگری و آزارطلبی جنسی، ارباب و بردگی جنسی، خیانت جنسی و بازگرداندن اعتماد جنسی در زوجینی است که دچار این مشکل شده‌اند. قسمت دوم حاوی مسائلی مانند تمایلات جنسی در گذار به والدگری، افراد مسن، افراد دچار آسیب‌های جنسی دوران کودکی، ملال جنسیتی در کودکان و نوجوانان و همچنین مسائل درمان و بهبود عملکرد جنسی در افراد تراجنسیتی است. قسمت سوم سعی کرده است مسائلی از جمله تمایلات جنسی و نحوه بهبودی جنسی در افراد مبتلا به سرطان و آسیب‌های نخاعی را توضیح دهد و در پایان اختلال برانگیختگی تناسلی مداوم را شرح داده است.

بنده با توجه به تجربه‌ای که در این چند سال اخیر در حوزه آموزش و درمان رابطه جنسی داشتم لازم دانستم که این کتاب را ترجمه کرده و در اختیار متخصصان قرار دهم تا به عنوان مکملی در حوزه

تشخیص و درمان کژکاری‌های جنسی استفاده شود. ضمناً ویراست ششم کتاب اصول و کاربریست درمان رابطه جنسی حاوی به روزترین موضوعات در مورد کژکاری‌های جنسی و درمان آنها است. در پایان بر خود لازم می‌دانم که از مؤسسه انتشارات ارجمند که با همت و کوشش خود انتشار این کتاب را فراهم کردند صمیمانه تشکر کنم و برای دست اندارکاران آن مؤسسه آرزوی توفیق روزافزون دارم.

هیوا محمودی

عضو هیات علمی دانشگاه گلستان گرگان

در مورد ویراستاران

دکتر کاترین اس. کی. هال، روان‌شناس بالینی طب خصوصی در پرینستون نیوجرسی است. او رئیس سابق انجمن درمان و تحقیقات رابطه جنسی و سردبیر نقد و بررسی مجله درمان رابطه جنسی و زناشویی درمانی است. دکتر هال یکی از اعضای هیئت بازننگری طبقه‌بندی ویژه است که توسط فرماندار برای نظارت بر رفتار مجرمان جنسی زندانی در ایالت نیوجرسی منصوب شده است. او در سطح بین‌المللی درمان رابطه جنسی را تدریس و آموزش می‌دهد. علایق و نشریات پژوهشی او نیاز به سازگاری درمان رابطه جنسی برای جمعیت متنوع فرهنگی را نشان می‌دهد.

دکتر بیتزچاک ام. بینیک، استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه مک‌گیل و مدیر بازنشسته خدمات جنسی و زوج درمانی در مرکز بهداشت دانشگاه مک‌گیل مونترال، کبک، کانادا است. دکتر بینیک عضو انجمن روان‌شناسی کانادا و عضو کارگروه DSM-5 در زمینه اختلالات هویت جنسیتی و جنسی بود. او نزدیک ۱۵۰ مقاله در زمینه‌های روان‌شناسی سلامت و تمایلات جنسی منتشر کرده است. دکتر بینیک جایزه مشارکت ممتاز در روان‌شناسی حرفه‌ای از انجمن روان‌شناسی کانادا و جایزه مسترز و جانسون برای یک عمر دستاورد و جایزه مربی‌گری از انجمن پژوهش و درمان رابطه جنسی را دریافت کرده است.

همکاران

دکتر استنلی ای. آلتوف، مدیر اجرایی مرکز سلامت زناشویی و جنسی فلوریدای جنوبی، وست پالم بیچ، فلوریدا و استاد ممتاز دانشکده پزشکی دانشگاه کیس وسترن رزرو، کلیولند، اوهایو

دکتر استفان آرو، دکتری پزشکی، دانشیار، گروه پزشکی، هادینج در مؤسسه کارولینسکا؛ پزشک ارشد، ANOVA (مردشناسی، پزشکی جنسی و طب تراجنسیتی)، بیمارستان دانشگاه کارولینسکا و مدیر مرکز آموزشی مردشناسی معتبر EAA، استکهلم، سوئد

دکتر سوفی برگون، استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه مونترال، مونترال، کبک، کانادا

دکتر یتزچاک ام. بینیک، استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه مک‌گیل و مدیر بازنشسته خدمات جنسی و زوج درمانی، مرکز سلامت دانشگاه مک‌گیل، مونترال، کبک، کانادا

دکتر شارون بوبر، روانشناس ارشد مؤسسه سرطان دانا-فاربر و استادیار روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی هاروارد، بوستون، ماساچوست

دکتر شارمین بورگ، مدرس گروه روان‌شناسی تجربی و روان‌شناسی بالینی، دانشگاه گرونینگن، گرونینگن، هلند

دکتر استفانی بوث، دانشیار گروه روان‌تنی مطالعات جنسی و زن‌شناسی، مرکز پزشکی دانشگاه لیدن، لیدن، هلند

داگلاس براون-هاروی، LMFT، CST، CST-S، عضو هیئت علمی، مرکز دانشگاه وایدنر برای مطالعات تمایلات جنسی، چستر، پنسیلوانیا، مدرس، برنامه گواهینامه دانشگاه میشیگان در تمایلات جنسی انسان، آن آرپور، میشیگان و مؤسس مؤسسه هاروی، سن دیگو، کالیفرنیا

دکتر لوری ای. بروتو، کرسی تحقیقاتی کانادا در سلامت جنسی زنان و استاد گروه زن‌شناسی و روان-پزشکی، دانشگاه بریتیش کلمبیا و مدیر اجرایی مؤسسه تحقیقات سلامت زنان، ونکوور، بریتیش کلمبیا، کانادا

دکتر ای. ساندرایر، LPsych، استاد و رئیس گروه روان‌شناسی، دانشگاه نیوبرانزویک، فردریکتون، نیوبرانزویک، کانادا

دکتر جوانا کاروالو، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم انسانی و فناوری، لیسبون، پرتغال

دکتر سرنا کورسینی، استادیار، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه اتاوا، اتاوا، انتاریو، کانادا

دکتر فریدریک کورتوا، استاد و مدیر گروه مطالعات جنسی، دانشگاه کبک در مونترال، مونترال، کبک، کانادا

دکتر پیتر جی جونگ، استاد گروه آسیب‌شناسی روانی تجربی و رئیس گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه گرونینگن، گرونینگن، هلند

دکتر سیسیلیا دژنه، روان‌پزشک، مرکز تخصصی دانشگاه، ANOVA، بیمارستان دانشگاه کارولینسکا، استکهلم، سوئد

دکتر سندی فالک، دکترای پزشکی، مدیر بخش زن‌شناسی، برنامه سلامت جنسی ابقای بزرگسالان، مؤسسه سرطان دانا فاربر و مربی، دانشکده پزشکی هاروارد، بوستون، ماساچوست

مارینا جرارد، کارشناسی ارشد، کاندیدای دکتری، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه کبک در مونترال، مونترال، کبک، کانادا

دیوید گلدمایر، دکترای پزشکی، مدیر بالینی کلینیک عملکرد جنسی جین وادزورث، کالج امپریال و کالج امپریال NHS مراقبت‌های بهداشتی، لندن، انگلستان

دکتر سیتیا گراهام، استاد سلامت جنسی و باروری، گروه روان‌شناسی، دانشگاه ساوت‌همپتون، ساوت‌همپتون، انگلستان، پژوهشگر ارشد، مؤسسه تحقیقات جنسی، جنسیت و تولیدمثل کینزی، بلومینگتون، ایندیانا و همکار پژوهشگر، مرکز روستایی پیشگیری از ایدز / بیماری مقاربتی، دانشگاه ایندیانا، بلومینگتون، ایندیانا.

جولیان گیتلمن، کارشناسی ارشد، کاندیدای دکتری، روان‌شناسی مشاوره، دانشگاه فلوریدا، گینسویل، فلوریدا

دکتر کترین اس. کی. هال، طبابت خصوصی، پرینستون، نیوجرسی

دکتر ماتس هولمبرگ، دکترای پزشکی، متخصص غدد و پزشک ارشد، ANOVA، بیمارستان دانشگاه کارولینسکا، استکهلم، سوئد

دکتر لارنس جوزف، استاد دانشکده روان‌شناسی درنر، دانشگاه آدلفی، گاردن سیتی، نیویورک

دکتر دنیس کالوژروپولوس، روان‌شناس بالینی و مدیر اجرایی، روان‌شناس، مونترال، کبک، کانادا
 جولی لاروش، MPs، مدیر مشترک و هماهنگ‌کننده آموزش، خدمات درمان رابطه جنسی و زناشویی،
 مرکز سلامت دانشگاه مک‌گیل، مونترال، کبک، کانادا

دکتر هدر بی. مکیتوش، دانشیار و مدیر، کارشناس برنامه زوج و خانواده درمانی، دانشکده مددکاری
 اجتماعی، دانشگاه مک‌گیل، مونترال، کبک، کانادا

دکتر کریستن پی. مارک، MPH، مدیر آزمایشگاه ارتقای سلامت جنسی و عضو هیئت علمی دفتر منابع
 * LGBTQ، دانشگاه کتاک، لکسینگتون، کتاک

دکتر مارتا مآنا، استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه نوادا، لاس وگاس، لاس وگاس، نوادا

دکتر سیندی ام. مستون، استاد گروه روان‌شناسی بالینی و مدیر آزمایشگاه روان‌شناسی فیزیولوژی
 جنسی زنان، دانشگاه تگزاس در آستین، آستین، تگزاس

دکتر لوری بی. مینتز، استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه فلوریدا، گینسویل، فلوریدا

دکتر پدرو جی. نوبر، رئیس انجمن جهانی سلامت جنسی، مینیاپولیس، مینه‌سوتا؛ استاد و مدیر
 آزمایشگاه تحقیقات جنسی انسان، دانشگاه پورتو، پورتو، پرتغال و محقق مؤسسه کینزی تحقیقات
 جنسی، جنسیت و تولیدمثل کینزی، بلومینگتون، ایندیانا

دیوید اورتمن، LCSW، MSW، روان‌درمانگر دارای پروانه، درمانگر جنسی، سخنران اصلی و نویسنده،
 نیویورک، نیویورک و سانفرانسیسکو، کالیفرنیا

دکتر مایکل ای. پرلمن، استاد بازنشسته بالینی، گروه روان‌پزشکی، پزشکی باروری و اورولوژی،
 دانشکده تحصیلات تکمیلی علوم پزشکی ویل کرنل، دانشگاه کرنل، نیویورک، نیویورک

دکتر کارولین اف. پوکال، استاد گروه روان‌شناسی و مدیر، خدمات درمان رابطه جنسی، کلینیک روان-
 شناسی کوین، دانشگاه کوئینز، کینگستون، انتاریو، کانادا

دکتر الکه دی. ریسینگ، CPsych، استاد دانشکده روان‌شناسی و مدیر آزمایشگاه تحقیقات جنسی
 انسان، دانشگاه اتاوا، اتاوا، انتاریو، کانادا

دکتر ناتالی او. روزن، دانشیار گروه روان‌شناسی و علوم اعصاب، دانشگاه دالاهوسی، هالیفاکس، نوا
 اسکوشیا، کانادا

دکتر آملیا م. استتون، همکار فوق دکتری، برنامه آموزش جهانی تحقیقات بالینی روان‌پزشکی، دانشکده
 پزشکی هاروارد و دانشکده پزشکی دانشگاه بوستون، بوستون، ماساچوست

دکتر مونیک ام. ترکولی، دانشیار، گروه زن‌شناسی و مدیر کلینیک سرپایی زن‌شناسی و مطالعات جنسی، مرکز پزشکی دانشگاه لیدن، لیدن، هلند

دکتر ماری پیر وایلانکورت مورل، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه کبک در ترؤآ-ریویرز، ترؤآ-ریویرز، کبک، کانادا

دکتر جولیا ولتن، همکار پژوهشی، مرکز تحقیقات و درمان سلامت روان، دانشگاه روهر بوخوم، بوخوم، آلمان

مایکل ای. ویگورنیو، LMFT، CGP، CST، درمانگر دارای پروانه ازدواج و خانواده، واشنگتن، دی سی

دانیل ان. واتر، EdD، همکار ارشد، گروه روان‌شناسی موریس، پنسیلوانیا، پارسی پی، نیوجرسی

دکتر کنت جی. زاگر، روان‌شناس دارای پروانه، کالج روان‌شناسان انتاریو، تورنتو، انتاریو، کانادا

مقدمه

یتزچاک ام. بینیک

کاترین اس. کی. هال

زمانی که انتشارات گیلفورد با ما تماس گرفت تا ویرایش جدیدی از اصول و کاربریست درمان رابطه جنسی (PPST) را تنها ۶ سال پس از انتشار چاپ پنجم ویرایش کنیم، اولین واکنش ما این بود که «امکان ندارد». فکر می‌کردیم مطالب جدید کافی وجود نداشته باشد و حتی اگر کتاب فروخته شود، نمی‌خواستیم مطالب قدیمی را دوباره تکرار کنیم. انتشار پنج ویراست اول کتاب اصول و کاربریست درمان رابطه جنسی به طور متوسط ۹ سال فاصله داشتند و از نظر ما، با توجه به میزان پیشرفت در زمینه درمان رابطه جنسی به نظر می‌رسید که این فاصله زمانی مناسب باشد. علی‌رغم اعتراض‌های ما، جیم ناگوت، سردبیر فوق‌العاده گیلفورد، با مهربانی به ما گفت یک نفس عمیق بکشیم، با دقت مطالب جدید را بررسی کنید و در مورد آنها به خوبی فکر کنید.

ویراست‌های قبلی اصول و کاربریست درمان رابطه جنسی را چند شب بررسی کردیم و به پیشنهاد گیلفورد فکر کردیم. بعد از چند شب بی‌خوابی، متوجه شدیم که واکنش ما «برای ویراستی دیگر خیلی زود است» خیلی عجولانه بود. ما موضوعات مختلفی را به خاطر آوردیم که می‌خواستیم در ویراست ۵ اصول و کاربریست درمان رابطه جنسی بگنجانیم اما به دلیل نبود نویسنده یا فضای کافی نتوانستیم. همچنین متوجه شدیم که انتشار DSM-5 و انتشار قریب‌الوقوع ICD-11 که به تازگی تأیید شده است، مناقشات نظری و شگفت‌انگیزی از کار تجربی جدید در مورد تشخیص و ارزیابی را برانگیخته است. همچنین تعداد کمی کارآزمایی بالینی جدید و مطالعات زیادی در مورد شیوع و سبب‌شناختی وجود داشت. تحقیق و درمان رابطه جنسی در سراسر جهان و در رشته‌های درمانی توسعه یافت. به طور کلی، ما از اینکه پیشرفت را ثبت نکرده بودیم شرمندیم.

تا حدودی با خجالت با جیم تماس گرفتیم و گفتیم که نه تنها آماده انجام ویراست جدید هستیم، بلکه به فضای بیشتری نیاز داریم. او با مهربانی درخواست ما را برای یک کتاب حجیم رد کرد و به ما در مورد هزینه چاپ و فروش کتاب گوشزد کرد، اما مشتاقانه ما را تشویق کرد که با ایده‌ها و فصل‌های جدید پیش برویم. ما برنامه‌هایمان را برای کتابی حجیم‌تر کاهش دادیم، اما ویراست فعلی هفت فصل جدید دارد (از جمله: برانگیختگی جنسی زنان، بیزاری جنسی، رفتار جنسی خارج از کنترل،

درمان رابطه جنسی در جامعه سادومازوخیسم، سرطان، آسیب نخاعی و بارداری، پس از زایمان و والدگری)، فصل ملال جنسیتی به دو بخش تقسیم شده است: یکی در مورد بزرگسالان و دیگری در مورد کودکان و نوجوانان، تا پوشش کافی از یک زمینه در حال گسترش و بحث برانگیز ارائه دهد. مطالب جدید زیادی وجود داشت که حتی در فصل‌های قدیمی مربوط به کژکاری جنسی، ما مجبور بودیم بیشتر زمان ویرایش خود را صرف کمک به نویسندگان کنیم تا محدودیت‌های چاپ گیلفورد را رعایت کنیم.

نه تنها موضوعات جدیدی وجود دارد، بلکه تعداد زیادی از نویسندگان جدید در این نسخه حضور دارند. این نویسندگان جدید شامل دانشمندان، بالینگران و پژوهشگران با تجربه و رو به رشد هستند که تعدادشان زیاد است. اما مطالعه سریع فهرست مطالب، فهرست واقعی افراد مربوطه در زمینه درمان رابطه جنسی را نشان می‌دهد. این مشارکت‌کنندگانی که برای اولین بار شرکت می‌کنند، مجموعه ستاره‌های قبلی ما را ارتقاء داده و تخصص جدیدی را به اصول و کاربری درمان رابطه جنسی می‌آورند. در حالی که معتقدیم احیای هر ویراست با «اندیشه نو» مهم است، بر این باوریم که حفظ سنت برتری نیز مهم است. در نتیجه، تعداد قابل توجهی از مشارکت‌کنندگان بازگشتی وجود دارند. همچنین تغییر قابل توجهی در نسبت نویسندگان اول زن در کتاب اصول و کاربری درمان رابطه جنسی وجود دارد که از ۳۰ درصد در ویراست اول به نزدیک ۶۰ درصد در ویراست فعلی افزایش یافته است. ما بر این باوریم این تغییر به طور دقیق تغییر جمعیت‌شناسی جنسیتی حوزه ما را منعکس می‌کند.

همچنین این ویراست نشان دهنده تخصص و دانش رو به رشد بین‌المللی در رشته ما است. تمام نویسندگان اولیه در اولین ویراست کتاب اصول و کاربری درمان رابطه جنسی در ایالات متحده مستقر بودند، اکثر نویسندگان اصلی این نسخه در جاهای دیگر زندگی می‌کنند. در ۲۵ سال گذشته مشخص شده است که بسیاری از نوآوری‌ها در درمان رابطه جنسی در کانادا و اروپای غربی رخ داده است. این تغییر ممکن است نتیجه تغییرات اجتماعی-سیاسی است که از ادامه تحقیقات و کلینیک‌های جنسی در ایالات متحده جلوگیری کرده و آن را در جاهای دیگر تشویق کرده است. به طور کلی، این جهانی شدن درمان رابطه جنسی به نظر ما یک روند مثبت است و این احتمال وجود دارد که ویراست‌های آینده اصول و کاربری درمان رابطه جنسی شامل مشارکت‌کنندگانی از اروپای شرقی، آمریکای جنوبی، آسیا و آفریقا باشد.

فلسفه راهنمایی اصلی برای همه ویراست‌های اصول و کاربری درمان رابطه جنسی ارائه یکپارچه تحقیقات و عملکرد بالینی بوده است. این رویکرد علم بالینی در ویراست فعلی ادامه یافته است و جهت‌گیری هر دو ویراستار را نشان می‌دهد، اگرچه کاترین بیشتر وقت خود را صرف کارهای بالینی کرده است، اما یترچاک در درجه اول یک محقق است. خواه نویسندگان ما در درجه اول محقق باشند یا بالینگر، اصرار داریم که آنها تحقیقات و نظریه‌های موجود را به طور انتقادی بررسی و ترکیب کنند، همچنین اصرار داریم که توصیه‌های کاربردی در مورد ارزیابی و تشخیص ارائه کنند، از جمله ارزیابی

سال‌های اول ملاک‌های جدید DSM-5 و همچنین بحث در مورد طبقه‌بندی ICD-11 که به تازگی تأیید شده است. همچنین از نویسندگان بازگشتی درخواست کردیم که بررسی‌های تحقیقات قبلی خود را به روزرسانی کنند و سناریو و موارد بالینی جدیدی ارائه کنند که چالش‌ها و تغییرات در راهبردهای مداخله را در زمینه آنها به طور مناسب نشان دهد.

یافتن افرادی که مایل به نوشتن فصولی هستند تا تحقیقات و کاربری بالینی را ادغام می‌کند، همیشه برای ما آسان نبود، زیرا به نظر می‌رسد که دنیای دانشگاهی و بالینی به جای اینکه با هم جمع شوند متفاوت هستند. در برخی موارد، نویسندگان می‌پرسیدند که آیا می‌توانند از یک بالینگر یا محقق همکار استفاده کنند، زیرا آنها به اندازه کافی در هر دو حوزه تخصص نداشتند. ما خوشحال بودیم که با این موضوع موافقت کنیم، زیرا تضمین می‌کند که فصل‌ها دیدگاهی یکپارچه و متعادل از تحقیق و کار بالینی ارائه می‌دهند. ما نویسندگان را راهنمایی کردیم که فصل‌های خود را با در نظر گرفتن مخاطبان سلامت روان بنویسند، اگرچه معتقدیم این کتاب برای هر متخصص حرفه‌ای سلامت که مایل به کسب اطلاعات در مورد درمان رابطه جنسی است و هر پژوهشگری که به دنبال ارتباط بالینی است مناسب خواهد بود.

محتویات ویراست ششم اصول و کاربری درمان رابطه جنسی

فصل‌های بخش اول، *درمان رابطه جنسی برای کژکاری جنسی*، شامل بررسی‌های انتقادی از پژوهش‌ها و نوآوری‌های بالینی مربوط به کژکاری‌های جنسی «پیشین» در DSM است. در این ویراست، فصل - هایی دربرگیرنده هفت کژکاری جنسی است که اکنون در DSM-5 ذکر شده‌اند (به استثنای تشخیص - های تصریح نشده کژکاری جنسی ناشی از مواد / دارو، سایر کژکاری‌های جنسی تصریح شده و کژکاری جنسی نامشخص) و سه کژکاری (اختلال برانگیختگی جنسی زنان، اختلال بی‌زاری جنسی و انقباض دردناک مهبلی) که در DSM-IV گنجانده شده بودند اما اکنون حذف شده‌اند. ده فصل در این بخش، مطالب اصلی را در این زمینه پوشش می‌دهند.

بیشتر موضوعات این فصل‌ها در هر ویراست اصول و کاربری درمان رابطه جنسی پوشش داده شده است. مرور فصل‌های موازی در هر نسخه به لحاظ زمانی یک نمای کلی جالب از تکامل تفکر در مورد هر کژکاری جنسی در ۴۰ سال گذشته ارائه می‌دهد. برای برخی از مشکلات مانند فقدان اُرگاسم در زنان، پیشرفت مستمری وجود داشته است، اما درمان اساسی خودارضایی هدایت شده در زمان انتشار اولین ویراست اصول و کاربری درمان رابطه جنسی در سال ۱۹۸۰ به خوبی تثبیت شده بود. برای سایر مشکلات مانند مقاربت دردناک، شباهت‌های کمی در نظریه، ارزیابی یا درمان بین رویکردهای ذکر شده در ویراست اول و ششم وجود دارد. ویراست فعلی همچنین نشان دهنده کمک مداوم و مهم پزشکی جنسی در درک و درمان کژکاری جنسی است، در نتیجه، اطلاعات مربوط به

ارزیابی‌ها و درمان‌های پزشکی همیشه گنجانده شده است. مخالفت زیاد دیگری در میان درمانگران رابطه جنسی با استفاده از درمان‌های پزشکی وجود ندارد و در واقع، بسیاری بر این باوراند که برای کژکاری‌هایی مانند اختلال نعوظ و زود انزالی، درمان ترکیبی روان‌شناختی و پزشکی بر هر کدام به تنهایی برتری دارد.

دو فصل اول به یکی از بحث برانگیزترین موضوعات در زمینه کژکاری جنسی، رابطه مشکلات میل و برانگیختگی در زنان می‌پردازد. از آنجایی که این حوزه دوپاره است، ما به جای اینکه جبهه-گیری کنیم، مناقشه را پذیرفیم و فصل‌هایی با دیدگاه‌های مخالف در مورد ماهیت و رابطه میل و برانگیختگی زنان را شامل می‌شود. فصل ۱، توسط پروتو و ولتن، نه تنها در مورد گروه‌بندی مشکلات میل و برانگیختگی در یک کژکاری، بلکه در پذیرفتن درک جدیدی از پاسخ جنسی زنان نیز بحث می‌کند. این اختلال که اختلال برانگیختگی علاقه جنسی زنان نامیده می‌شود، نشان‌دهنده انحراف از سنت معادل‌سازی پاسخ‌های جنسی زن و مرد و کژکاری‌های مربوطه است. فصل بعدی که توسط مستون، استتون و آلتوف نوشته شده است، دیدگاه مخالفی دارد که مشکلات میل و برانگیختگی متمایز و قابل تفکیک هستند. در واقع، آنها دو زیرگروه متمایز (شناختی و تناسلی) از اختلال برانگیختگی جنسی زنان را تشریح می‌کنند. در فصل ۳، نوبر، کاروالیو و مارک اشاره می‌کنند که متأسفانه بحثی که مشخصه گفتمان زنان است، در بحث میل و برانگیختگی مردان وجود نداشته است. آنها به طور قانع‌کننده‌ای استدلال می‌کنند که تفاوت‌های احتمالی بین میل زن و مرد ممکن است اغراق‌آمیز باشد و تحقیقات اخیر به بسیاری از موارد مشابه اشاره کرده‌اند. علی‌رغم این تشابهات، پیشنهاد کمی وجود دارد، اگر وجود داشته باشد، که مشکلات برانگیختگی جنسی مردان (کژکاری نعوظ [ED]) باید مشکلات میل مردان کنار گذاشته شود. ادبیات گسترده و همچنان رو به رشد در مورد کژکاری نعوظ (فصل ۴) توسط کالوزروپولوس و لاروش بررسی شده است و خواننده را در مورد تحولات اخیر از دیدگاه روانی-اجتماعی و پزشکی به روز می‌کند.

سه فصل بعدی در بخش اول به مشکلات مربوط به اُرگاسم، از جمله فقدان اُرگاسم در زنان و زودانزالی و دیرانزالی در مردان می‌پردازد. درمان‌های شناختی-رفتاری ثابت شده‌ای برای این مشکلات و سابقه‌ای طولانی در میان درمانگران رابطه جنسی وجود دارد. در واقع، می‌توان ادعا کرد که موفقیت‌های اولیه درمان رابطه جنسی در درمان فقدان اُرگاسم دائمی در زنان و زودانزالی در مردان به ایجاد این زمینه کمک کرد. با وجود موفقیت‌های اولیه، نویسندگان این فصل‌ها اشاره می‌کنند که هنوز چیزهای زیادی در مورد سبب‌شناختی و درمان وجود دارد. میتز و گیتلن، در فصل ۵، ادبیات رو به رشد درمان روان‌شناختی، پزشکی و عضلات لگن را در مورد مشکلات اُرگاسم در زنان مرور می‌کنند. آنها تأیید می‌کنند که خودارضایی هدایت شده تنها مؤثرترین روش برای کمک به زنان در رسیدن به اُرگاسم است، اما به درمانگران در مورد بیش استانداردسازی بیش از حد درمان‌هایشان از ترس نادیده گرفتن تفاوت‌های فردی حیاتی هشدار می‌دهد که در نهایت ممکن است مؤثرترین و مراقبت‌کننده-

ترین درمان را تعیین کند. آنها همچنین به ادامه «شکاف آرگاسم» و چگونگی اصلاح این واقعیت می-پردازند که زنان هنوز در مقایسه با مردان در رابطه جنسی دگرجنسگرایی مشترک آرگاسم کمتری دارند. آلتوف در فصل ۶، در مورد زودانزالی توصیه‌های درمانی بیش از حد ساده و پرشور درمان رابطه جنسی و داروهای جنسی را برای زودانزالی رد می‌کند. او به دقت نتایج تحقیقات را برای هر دو مورد بررسی قرار می‌دهد و مزایا و معایب درمان ترکیبی روان‌شناختی و پزشکی را مورد بحث قرار می‌دهد. علی‌رغم پیشرفت قابل توجهی که در درمان زودانزالی انجام شده است به این نتیجه رسید که اغلب نتایج اندکی در رضایت جنسی حاصل می‌شود. در فصل ۷، پرلمن به طور جامع ادبیات بالینی و تحقیقاتی موجود در مورد دیرانزالی را در چارچوب مدل «نقطه اوج جنسی» خود مرور می‌کند. تجزیه و تحلیل و توصیه‌های او بر اساس تجربه بالینی گسترده مفید است، زیرا اکثر درمانگران رابطه جنسی تجربه محدودی با این مشکل به نسبت نادر اما بسیار ناراحت کننده دارند.

سه فصل آخر بخش اول، ادبیات مربوط به درد تناسلی، انقباض دردناک دائمی مهبل و بی‌زاری جنسی را بررسی می‌کند. DSM-5 آنچه را که پیش‌تر به عنوان دو اختلال درد جنسی (مقاربت دردناک و انقباض دردناک مهبل) شناخته می‌شد، به اختلالی با نام اختلال دخول درد تناسلی-لگنی تبدیل کرد. دلیل اصلی ترکیب این اختلالات همپوشانی در علامت‌شناسی و مشکلات تشخیصی در افتراق آنها بود. با وجود این تغییر تشخیصی، به تازگی چندین کارآزمایی تصادفی و کنترل شده (RCT) وجود دارند که از پروتکل‌های درمانی مختلف برای مقاربت دردناک و انقباض دردناک مهبل -DSM-IV-TR استفاده می‌کنند و اثربخشی درمانی بالایی را نشان می‌دهند. در نتیجه، ما دو فصل جداگانه داریم: یکی (فصل ۸) با تمرکز بر سندرم‌های درد تناسلی (مقاربت دردناک) و دیگری (فصل ۹) در مورد انقباض دردناک دائمی مهبل. برگرون، روزن، پوکال و کورسینی-مونت مدل بین‌فردی مبتکرانه و بسیار پیشرفته از درد تناسلی ارائه می‌دهند، آنها همچنین خاطر نشان می‌کنند که این مشکل بر تعداد قابل توجهی از مردان تأثیر می‌گذارد. ترکویل و رسینگ با استفاده از مفهوم‌سازی ترس و اجتناب، توسعه درمان مواجهه زنده را منطقی می‌دانند چرا که نتایج بسیار مؤثری دارد. در فصل ۱۰، بورگ، بوث، ترکویل و دی‌جونگ استدلال‌های قوی برای حمایت از بازگرداندن اختلال بی‌زاری جنسی به DSM-5 و ICD-11 ارائه می‌دهند. آنها به طور قانع‌کننده‌ای استدلال می‌کنند که مؤسسات درمان رابطه جنسی داده‌های موجود را نادیده گرفته‌اند که نشان می‌دهد انزجار عامل هیجانی مهمی است که بر عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارد. فصل آنها اولین فصل در مورد این موضوع در هر ویراست از اصول و کاربری درمان رابطه جنسی است.

بخش دوم، چالش‌های درمانی برای درمان رابطه جنسی، شامل ۱۱ فصل است که به سه بخش تقسیم شده است: الف، محدودیت‌ها و مرزهای جنسی، ب، طول عمر و گذار و ج، مسائل پزشکی. بسیاری از مشکلاتی که در بخش دوم مورد بحث قرار می‌گیرند، «چالش‌های درمانی» برای درمانگران

رابطه جنسی ایجاد می‌کند، زیرا آنها اغلب با استفاده از فنون سنتی درمان رابطه جنسی قابل درمان نیستند. با وجود این، اغلب از درمانگران رابطه جنسی خواسته می‌شود تا در مورد این مشکلات بحث یا مشورت کنند، زیرا سایر درمانگران اغلب راحت در مورد رابطه جنسی صحبت نمی‌کنند، به ویژه در مورد رفتار جنسی نابهنجار که ممکن است در مورد آن فرضیه‌ها یا تفسیرهای قضاوتی و آسیب-رسان انجام دهند و احساس ناراحت می‌کنند.

عنوان محدودیت‌ها و مرزهای جنسی یکی از موارد مناسب برای چهار فصل موجود در قسمت اول از بخش دوم است. در فصل ۱۱، هال و گراهام مدل «مسیر رشد فرهنگی» را معرفی می‌کنند تا به درک ما از تنوع رفتار جنسی ناشی از اثرات فرهنگ کمک کنند. اگرچه اکثر درمانگران رابطه جنسی در غرب فرصتی برای درمان مراجعان در کشورهای در حال توسعه ندارند، اما با افزایش مهاجرت، احتمال اینکه آنها چنین افراد یا فرزندان‌شان را در کشورهای خود درمان کنند بسیار بیشتر می‌شود. بدون درک چگونگی اثر فرهنگ آنها بر تمایلات جنسی مهاجران و فرزندان‌شان، درمانگران رابطه جنسی ممکن است پویایی و رفتار جنسی این فرد را به درستی درک نکنند.

حتی در یک فرهنگ خاص، گاهی اوقات درک و درمان انواع خاصی از رفتار جنسی نابهنجار دشوار است. «رفتار جنسی خارج از کنترل» که اغلب فزون‌خواهی جنسی یا اعتیاد جنسی نامیده می‌شود، نمونه بارز مجموعه‌ای از رفتارهایی است که محدودیت‌های درک اکثر درمانگران را فراتر می‌برد. این موضوع در فصل ۱۲ توسط براون-هاروی و ویگوریتو نشان داده شده است که چندین مدل بسیار متفاوت (مانند، اعتیاد، کنترل تکانه، ناهمخوانی اخلاقی، روانی جنسی) رفتار جنسی خارج از کنترل را بررسی می‌کنند. در حالی که همچنان در مورد چگونگی مفهوم‌سازی این رفتار بحث و جدل وجود دارد، مداخله چندوجهی براون-هاروی و ویگوریتو یک مدل درمانی مفید و بدون قضاوت است.

در فصل ۱۳، اورتمن پیشنهاد می‌کند که شیوع بالای رفتارهای سادومازوخیسم^۱ توافقی در جمعیت عمومی، مفهوم‌سازی سنتی سادومازوخیسم را به عنوان یک انحراف جنسی با انگیزه مشکلات روان-شناختی زیربنایی به چالش می‌کشد. چندین سناریو و سوابق موردی، رویکرد درمانی غیر سنتی اورتمن را نشان می‌دهد که به جای پیش فرض مشکلات روان‌شناختی زیربنایی بر لذت مراجعان تمرکز دارد. درمان افراد در جوامع سادومازوخیسم یا نابهنجار، بالینگران را ملزم می‌کند تا در مفهوم-سازی‌های خود از «پویایی‌های قدرت»، «رضایت از طریق مذاکره»، «عینیت بخشیدن» و «نقش‌آفرینی» تجدید نظر کنند.

شاید شایع‌ترین نقض مرز جنسی که یک فرد ممکن است تجربه کند خیانت است. در فصل ۱۴، جوزف اشاره می‌کند که اگرچه سه چهارم آمریکایی‌ها تصور می‌کنند خیانت همیشه اشتباه است، اما

۱. سادومازوخیسم یا آزارگری و آزارخواهی یعنی یک فرد از آزار دادن، تحقیر دیگران، بی‌احترامی به آنها یا آزار دیدن و مورد بی‌احترامی و تحقیر دیگران قرار گرفتن ارضای روانی می‌شود.

علت اصلی طلاق و دلیل رایج برای مراجعه به درمان است. نحوه کمک به زوجها برای ترمیم روابط پس از خیانت، با توجه به فقدان نتایج مطالعات درمان منظم، به هیچ وجه روشن نیست. این منطقی است، زیرا خیانت نه یک کژکاری جنسی است و نه یک رفتار جنسی مجزا با یک علت یا پیامد واحد. جوزف ادبیات موجود درباره نظریه‌ها و درمان خیانت را مرور می‌کند. در نهایت، او بر لزوم توجه به پویایی شخصیت هنگام انجام مداخلات درمانی مناسب تمرکز می‌کند.

طبقه‌بندی‌ها و درمان‌های سستی برای مشکلات جنسی به طور ضمنی وجود یک زوج ثابت بین ۲۵ تا ۵۵ سال را فرض کرده‌اند. این فرض تغییر کرده است. در حال حاضر ادبیات رو به رشدی در مورد پیری و تمایلات جنسی و پژوهش قابل توجه در مورد تجارب اولیه جنسی و تأثیرات آنها بر بیان جنسی بعدی وجود دارد. پنج فصل در بخش طول عمر و گذار به چالش‌هایی مربوط می‌شود که درمانگران رابطه جنسی در تلاش‌اند به افراد و زوجها با تغییرات جنسی که با افزایش سن یا زندگی رخ می‌دهد، کمک کنند.

کمابیش هر درمانگر رابطه جنسی این گزارش را شنیده است که «مشکل من از زمانی شروع شد که فرزندم به دنیا آمدند». عبور از این گذار به سمت والدگری یا شکست آن در موارد ناباروری، چالش‌های بزرگی را برای بسیاری از زوجها ایجاد می‌کند. در فصل ۱۵، روزن و بایرز رهنمودها و توصیه‌های مهمی در مورد اینکه چگونه درمانگران می‌توانند به زوجها کمک کنند تا در شرایط سخت این گذارها حرکت کنند، ارائه می‌کنند. آنها استفاده از مدل ارزیابی زیستی-روانی-اجتماعی را برای کشف علل بالقوه نارضایتی جنسی در طول گذارهای زندگی توصیه می‌کنند، سپس حوزه‌های مشکل را برای تسکین پریشانی مورد هدف قرار می‌دهند. آنها همچنین در مورد اثربخشی بالقوه برنامه‌های پیشگیری روان‌آموزشی برای والدین جدید یا زوجها ناباروری بحث می‌کنند که از گنجاندن اطلاعات بیشتر در مورد تمایلات جنسی سود می‌برد.

گذار جنسی نیز به افزایش سن ارتباط دارد. همان‌طور که ما بالغ می‌شویم، تمام جنبه‌های زندگی، از جمله زندگی جنسی تغییر می‌کند. در فصل ۱۶، واتر داده‌هایی را بررسی می‌کند که نشان می‌دهد بسیاری از افراد و زوجها مایل هستند با افزایش سن به ابراز تمایلات جنسی خود ادامه دهند. بر اساس گرایش وجودی به درمان او استدلال می‌کند که رابطه جنسی اغلب به عنوان یک نیروی حیاتی ضروری تجربه می‌شود و به عنوان یک اصلاح‌کننده مهم برای اضطراب مرگ عمل می‌کند. درک این معنی برای تداوم عملکرد جنسی به درمانگر کمک می‌کند تا از آرزوی مراجع برای حیات و زنده ماندن حمایت کند. گاهی اوقات این امر مستلزم هدایت مداخلات روانی-اجتماعی و پزشکی مناسب است، اما در مواقعی دیگر، درک، حمایت و اعتبار بخشیدن به تلاش برای ایجاد یک ارتباط پویا چیزی است که مورد نیاز است.

به طور کلی شیوع بالای آسیب، سوءاستفاده و غفلت در دوران کودکی به عنوان یک مشکل مهم

اجتماعی شناخته می‌شود. در فصل ۱۷، مک‌اینتاش، وایلانکورت مورل و برگرون خاطر نشان می‌کنند که اثرات بدرفتاری دوران کودکی بر تمایلات جنسی بزرگسالان را می‌توان با یک مدل مسیر دوگانه خلاصه کرد. گاهی اوقات آسیب‌های دوران کودکی منجر به مهار جنسی و در سایر موارد منجر به بازداری جنسی می‌شوند. پیش‌بینی دقیق اینکه کدام نتیجه رخ می‌دهد بسیار دشوار است، اما هر دو الگوی رفتاری چالش‌های شخصی و دوگانه مهمی را برای مبتلایان ایجاد می‌کنند. نویسندگان مدل زوج‌درمانی رشدی را برای راهنمایی بالینگران در کار دشوار درمان بازماندگان مورد سوءاستفاده، غفلت و بدرفتاری ارائه می‌کنند. در طول این فصل، به ما یادآوری می‌شود که همه اشکال سوءاستفاده در دوران کودکی (نه فقط سوءاستفاده جنسی) می‌توانند بر توانایی لذت بردن از تمایلات جنسی بزرگسالی اثر بگذارند. اگرچه این موضوع می‌توانست به راحتی در بخش‌های دیگر این کتاب گنجانده شود، اما این پیام مثبت است که تمایلات جنسی نباید به طور دائمی توسط رویدادهای آسیب‌زا صدمه ببیند چرا که منجر به قرار دادن این فصل در بخش گذارها شده است.

شاید چند گذار زندگی به اندازه تغییر جنسیت چشمگیر باشد. افزایش آگاهی عمومی در مورد افراد تراجنسیتی، به بحث و جدل علمی در مورد اینکه آیا ملال جنسیتی باید به عنوان یک بیماری روانی طبقه‌بندی شود دامن زده است. DSM-5 و ICD-11 در مورد این موضوع به نتایج مختلفی رسیده‌اند. اگرچه در مورد درمان هورمونی و جراحی تأیید جنسیت به عنوان درمان‌های اولیه برای بزرگسالان اختلاف نظر کمی وجود دارد، اما مدیریت بالینی ملال جنسیتی در کودکان به یک موضوع مهم سیاسی و علمی تبدیل شده است. در نتیجه، ما در این نسخه دو فصل را به ملال جنسیتی اختصاص داده‌ایم، یکی در مورد کودکان و دیگری در مورد بزرگسالان.

در فصل ۱۸، زاگر، تفاوت‌های بزرگ در نظرات بالینی فعلی را در مورد نحوه مدیریت ملال جنسیتی در کودکان خردسال تأیید می‌کند. به طور کلی، او از کار با خانواده با استفاده از رویکرد حمایتی و درمانی «منتظر بمان و ببین» برای تعیین انتخاب جنسیت حمایت می‌کند. منطبقاً بر اساس بسیاری از مطالعات حاکی از آن است که پیش‌بینی انتخاب جنسیت نهایی در این کودکان غیر ممکن است و برخی از والدین در پذیرش تغییر جنسیت با مشکلاتی مواجه هستند. از سوی دیگر، بر اساس داده‌های طولی، زاگر پیشنهاد می‌کند که تغییر جنسیت و درمان پزشکی در نوجوانی برای نوجوانان سالم از لحاظ روان‌شناختی با حمایت خانوادگی مناسب است. هولمبرگ، آرور و دژنه، در فصل ۱۹، نگرش‌های مهمی در مورد تمایلات جنسی افراد تراجنسیتی ارائه می‌دهند. درمان تأیید جنسیت می‌تواند مشکلات و لذت‌های جنسی پیچیده‌ای را به همراه داشته باشد. حمایت از عملکرد جنسی سالم و بهبود تجارب جنسی افراد تراجنسیتی نیازمند رویکرد چند وجهی است، اما این تلاش برای بهبود کیفیت زندگی حیاتی است.

مسائل پزشکی عنوان آخرین قسمت در بخش دوم است. در حال حاضر درمانگران رابطه جنسی در حال مشاوره، انجام تحقیقات و توسعه برنامه‌های مداخله‌ای برای رسیدگی به عملکرد جنسی در

زمینه مشکلات پزشکی، از جمله دیابت، سرطان، اسکروز چندگانه و بیماری‌های قلبی و کلیوی هستند. پوشش کافی این زمینه اکنون به یک کتاب کامل نیاز دارد. متأسفانه، هیچ نظریه یا رویکردی فراگیر برای مقابله با تمایلات جنسی در افراد مبتلا به بیماری مزمن وجود ندارد. بنابراین، ما به جای تلاش برای پرداختن به موضوع تمایلات جنسی و بیماری‌های مزمن در یک فصل، همان‌طور که در نسخه‌های قبلی انجام شد، دو شرایط آسیب نخاعی و سرطان را برای بررسی‌های عمیق انتخاب کردیم. هیچ یک از این مباحث در نسخه‌های قبلی به طور منظم بررسی نشده‌اند. ما همچنین اختلال برانگیختگی تناسلی مداوم را در این بخش گنجانده‌ایم، اگرچه هنوز مشخص نیست که آیا باید به عنوان یک اختلال درد، یک وضعیت پزشکی یا چیزی که هنوز مشخص نشده است تصور شود.

بوبر و فالک در فصل ۲۰ به این نکته اشاره می‌کنند که بیماران سرطانی تمایلی به پرسیدن در مورد تمایلات جنسی ندارند، زیرا پزشکان به ندرت این موضوع را مطرح می‌کنند. هنگام مطرح شدن مداخلات توصیه شده به طور معمول زیست-پزشکی هستند و عوامل روانی-اجتماعی و بین‌فردی را در نظر نمی‌گیرند. نتیجه خالص اغلب سازگاری ضعیف یا شکست درمان است. با ارزیابی کافی زیستی-روانی-اجتماعی، بالینگران می‌توانند اطلاعات مفیدی ارائه دهند، ارتباط بین شرکا را تقویت کنند و به شرکای زندگی کمک کنند تا اهداف جنسی منطقی را تعیین کنند و به کیفیت جنسی رضایت‌بخشی دست یابند.

بازسازی عملکرد جنسی آنها برای بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی اولویت بسیار بالایی دارد. کورتوا و جرارد در فصل ۲۱ به این نکته اشاره می‌کنند که در واقع، امکانات جنسی زیادی برای بیماران مبتلا به فلج چهار اندام وجود دارد که اغلب فاقد خدمات خارج از مراکز تخصصی هستند. نویسندگان اطلاعات فیزیولوژیکی اساسی را در مورد محدودیت‌های احتمالی عملکرد جنسی برای این بیماران ارائه می‌دهند که به محل و سطح ضایعه بستگی دارد. پس از تعیین این محدودیت‌ها، بیشتر راهبردهای مداخله‌ای برای توان‌بخشی جنسی به خوبی در چارچوب درمان شناختی-رفتاری (CBT) که برای اکثر درمانگران رابطه جنسی آشناست، قرار می‌گیرد.

پوکال و گلدمایر رویکردی چند رشته‌ای را برای درک و درمان اختلال برانگیختگی تناسلی مداوم در فصل ۲۲ توصیف می‌کنند. این مشکل با درکی ضعیف از سطوح بالای برانگیختگی تناسلی پریشان‌کننده و اغلب دردناک در غیاب میل جنسی برای زنان و مردان مشخص می‌شود. به گفته نویسندگان، کنترل پریشانی و درد برای درمان کارا بسیار مهم است و آنها با استفاده از مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان شناختی رفتاری، فیزیوتراپی لگن و داروها، ادبیات درمانی را مرور می‌کنند. این مداخلات تلاش می‌کنند تا پریشانی و درد را کنترل کنند و در عین حال تمایلات جنسی لذت‌بخش را در زندگی جنسی مبتلایان بدون ایجاد برانگیختگی ناخواسته ادغام کنند. این هنوز یک چالش بزرگ

است.

در فصل پایانی ما، مارتا مئانا به ما ملحق شده است تا به عقب برگردیم و نگاهی انتقادی به حوزه درمان رابطه جنسی داشته باشیم. ما به طور تحریک‌آمیز می‌پرسیم «درمان رابطه جنسی به کجا می‌رود؟» همان‌طور که ما تغییرات و تحولات جاری در زمینه خود را یادداشت می‌کنیم. در حالی که درمان رابطه جنسی هنوز هم با جایگاهش در زمینه بزرگ‌تر روان‌درمانی دست و پنجه نرم می‌کند، به نظر می‌رسد درمان رابطه جنسی و پزشکی جنسی ارتباطی راحت پیدا کرده‌اند. با وجود این، این همکاری ممکن است منادی بین رشته‌ای رو به رشد باشد که امیدواریم مراقبت‌های بهتری را ارائه دهد. به طور خاص، اختلافات بین ICD-11 و DSM-5 که به تازگی تصویب شده است، مسائل مهم تشخیصی و اعتبار ساختاری را ایجاد کرده است که در آینده این رشته باید با آنها دست و پنجه نرم کند.

سخنی در مورد زبان

برای بسیاری از نویسندگان رابطه جنسی، استفاده از ضمیر به یک مسئله اجتماعی-سیاسی مهم و برای متخصصان به یک نگرانی بالینی تبدیل شده است. در کار بالینی ما از ضمیری استفاده می‌کنیم که مراجعان ما با آنها احساس راحتی می‌کنند. اما در این کتاب، ما این سؤال کاربردی را به قضاوت هر نویسنده‌ای که مشارکت می‌کند واگذار کردیم. همان‌طور که مشخص شد، همه نویسندگان از ضمیر سنتی استفاده می‌کنند. در مورد فصل رفتارهای سادومازوخیسم و فصل‌های ملال جنسیتی، این استفاده نشان‌دهنده خواسته‌های مراجعان مورد بحث است.

نتیجه‌گیری

ما خوش‌بین هستیم که رشته ما با چالش‌هایی که در سطح جهانی با آن مواجه است برای رفع یک نیاز آشکار است. با توجه به اینکه این رشته به طور دائم در حال توسعه است، ویرایش نسخه‌ای که مشتاق دربرداشتن دانش و مهارت‌های بالینی مورد نیاز برای درمان رابطه جنسی است، چالش مهمی را ایجاد می‌کند. برای این نسخه از کتاب، موضوعات زیادی وجود داشت (به عنوان مثال، درمان رابطه جنسی برای افراد غیر تک همسری، مجرمان جنسی و برای کسانی که از بیماری روانی عمده رنج می‌برند و همچنین برای کسانی که دارای محدودیت‌های شناختی هستند) که به دلیل محدودیت‌های مکانی قادر به ورود آنها نبودیم. به علاوه، فصلی در مورد مسائل اخلاقی مرتبط با درمان رابطه جنسی طولانی مدت است. امیدواریم که ویراست بعدی بتواند به این موضوعات مهم بپردازد. در سال ۲۰۲۰، کتاب اصول و کاربرت درمان رابطه جنسی چهلمین سالگرد خود را جشن می‌گیرد. تعداد کمی از متون مطالعات جنسی وجود دارد که تا این اندازه دوام داشته باشد. تا حد زیادی،

این دیرپایی شاهدهی بر بینش و سخت کوشی مرحوم ساندر (سندی) آر. لیبوم که ویرایش چهار ویراست اول را به همراه همکارانش لارنس ای. پروین (برای ویراست اول) و ریموند سی روزن (برای ویراست‌های دوم و سوم) است. همچنین نشان دهنده حمایت و علاقه انتشارات گیلفورد است. ما سخت تلاش کرده‌ایم تا استانداردهای سندی را حفظ کنیم و این ویراست را به منبع مهمی برای درمانگران رابطه جنسی تبدیل کنیم.

بخش اول

درمان رابطه جنسی برای کژکاری جنسی

فصل اول

اختلال علاقه / برانگیختگی جنسی در زنان

لوری ای. بروتو

جولیا ولتن

فصل اول به یکی از مبهم‌ترین مسائلی که امروزه با درمان رابطه جنسی مواجه است می‌پردازد: ماهیت میل جنسی زنان. میل در تلاقی بین انگیزه، خلق و خو، فیزیولوژی و عوامل رابطه‌ای وجود دارد و اغلب به عنوان محرکی لازم برای تجربیات جنسی مثبت در نظر گرفته می‌شود. بحثی در جریان است که در دسته‌بندی‌های تشخیصی مختلف DSM-5 و ICD-11 منعکس شده است، بحث در مورد اینکه آیا میل و برانگیختگی سازه‌های جداگانه‌ای هستند یا همان‌طور که بروتو و ولتن استدلال می‌کنند در مرحله اولیه پاسخدهی جنسی زنان درهم تنیده‌اند. در DSM-5، مقوله تشخیصی جدید اختلال علاقه/برانگیختگی جنسی زنان، موضوع این فصل، «مفهومی گسترده از آنچه که اختلال میل جنسی را تشکیل می‌دهد» در زنان ارائه می‌دهد. ملاک‌های این دسته تشخیصی جدید شامل اختلال در انگیزه، شناخت‌ها، رفتارها، خلق و خو (لذت) و احساسات تناسلی است. بروتو و ولتن تحقیقات رو به رشد و ادبیات بالینی را مرور می‌کنند و پیشنهادهایی برای درمان گام به گام را بر اساس ارائه علائم، از جمله داروها، زوج‌درمانی و رویکردهای فردی و گروهی ارائه می‌کنند. آنها خاطرنشان می‌کنند «درمان‌های غیردارویی مانند درمان حس‌مدار، درمان شناختی-رفتاری و مهارت‌های ذهن‌آگاهی، مجموعه‌ای از علوم چشمگیر (و رو به رشد) را برای حمایت استفاده از آنها نشان می‌دهند».

دکتر لوری ای. بروتو گُرسی تحقیقاتی کانادا در زمینه سلامت جنسی زنان، استاد زن‌شناسی و روان‌پزشکی دانشگاه بریتیش کلمبیا و مدیر اجرایی مؤسسه تحقیقات سلامت زنان در بریتیش کلمبیا است. او همچنین به عنوان روان‌شناس یک مطب خصوصی کوچک در ونکوور دارد. تحقیقات او بر توسعه و آزمایش مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای زنان مبتلا به مشکلات جنسی و درد تناسلی متمرکز است و مربی پژوهش کارآموزان و بالینگران مبتدی است. دکتر بروتو به تازگی مقاله *رابطه جنسی بهتر از طریق ذهن‌آگاهی* را نوشته است، برگردان دانشی از علم حمایت از ذهن‌آگاهی به عنوان ابزاری برای پرورش میل جنسی.

دکتر جولیا ولتن، همکار تحقیقاتی در مرکز تحقیقات و درمان سلامت روان دانشگاه روهر بوخوم، آلمان

است و به عنوان روان‌شناس بالینی دارای مجوز و درمانگر رابطه جنسی با مراجعان زن و مرد کار می‌کند. تحقیقات او بر سازوکارهای روان‌شناختی عملکرد جنسی سالم و همچنین توسعه درمان‌های مبتنی بر اینترنت برای اختلالات جنسی متمرکز است. او بیش از ۲۵ مقاله با دوری هم‌تا نوشته است و عضو هیئت تحریریه پرونده‌های رفتار جنسی و مجلات پلاس وان است.

فقدان علاقه به فعالیت جنسی که باعث ایجاد پریشانی شخصی و تنش در رضایت از رابطه می‌شود، شایع‌ترین دلیلی است که زنان را به درمان رابطه جنسی می‌کشاند. اغلب توسط بیماران به صورت «من میل جنسی‌ام را از دست داده‌ام» یا «مدت زیادی طول می‌کشد تا از نظر جنسی برانگیخته شوم» یا «من راضی‌ام که دیگر هرگز رابطه جنسی نداشته باشم» توصیف شده است، وجود میل کم یا فقدان میل به رابطه جنسی به دلیل پیچیدگی و مقاومت ظاهری آن در برابر درمان، توجه گسترده بالینگران، محققان و مردم را به خود جلب کرده است. اختلال جدیدی با عنوان اختلال علاقه/برانگیختگی جنسی زنان (SIAD)، در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5؛ انجمن روان-پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) به جای اختلال میل جنسی کم‌کار (HSDD) و اختلال برانگیختگی جنسی زنان (FSAD) از DSM-IV-TR (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) به دلیل نارضایتی دیرباز از اصطلاحات اختلال میل جنسی کم‌کار و اختلال برانگیختگی جنسی زنان گنجانده شد. به طور خاص، انتقادات شامل موارد زیر است: (۱) اختلال میل جنسی کم‌کار و اختلال برانگیختگی جنسی زنان بر چرخه پاسخ جنسی خطی مسترز و جانسون (۱۹۶۶) تکیه دارند که ممکن است با تجربیات همه زنان مطابقت نداشته باشد؛ (۲) فراوانی و شدت میل به رابطه جنسی تنها یک جنبه از چگونگی توصیف زنان در مورد تجربه میل جنسی (یا فقدان آن) است؛ (۳) تکیه بر تخیلات جنسی به عنوان شاخص میل جنسی مشکل‌ساز است، زیرا بسیاری از زنان با سطوح رضایتمندی از میل گزارش می‌دهند که تخیلات جنسی ندارند؛ (۴) «تداوم و عود مکرر»، به طور مبهم در معیارهای DSM-IV-TR تفسیر شده‌اند و (۵) استفاده از اصطلاح «کم‌کار» در اختلال میل جنسی کم‌کار گمراه‌کننده است، زیرا دلالت بر یک علت زیستی زمینه‌ای برای کاهش میل جنسی دارد (بروتو، ۲۰۱۰؛ گراهام، ۲۰۱۰) که نتیجه-گیری در سناریوی بالینی به طور معمول غیر ممکن است. به جای ادغام اختلال میل جنسی کم‌کار و اختلال برانگیختگی جنسی زنان، اختلال علاقه/برانگیختگی جنسی زنان به عنوان مفهوم‌سازی گسترده از آنچه اختلال میل جنسی را تشکیل می‌دهد پیشنهاد شد (بروتو، ۲۰۱۰). سناریوی زیریک مورد معمول از اختلال علاقه/برانگیختگی جنسی زنان را نشان می‌دهد.

جنی مدیر ۳۵ ساله دبیرستان است و با نامزدش جین زندگی می‌کند. در طول سال اول

روابطشان، زندگی جنسی آنها برای هر دو سرگرم‌کننده، تجربی و بسیار مفید بود. آنها از نقش-آفرینی لذت می‌بردند و اغلب از لرزانده‌ها در فعالیت‌های جنسی‌شان استفاده می‌کردند. هر دو احساس می‌کردند که کیفیت زندگی جنسی‌شان یکی از بهترین‌هایی است که تا به حال تجربه کرده‌اند. اما حدود یک سال پس از این رابطه، همه چیز تغییر کرد. سطح میل جنی تنزل پیدا کرد، همان‌طور که در روابط طولانی مدت قبلی او کاهش یافته بود. این الگویی آشنا برای جنی بود: وقتی او بیشتر به جین وابسته شد، رابطه جنسی معمول‌تر، کمتر تجربی و هیجان‌انگیزتر بود. حین رابطه جنسی حواس جنی پرت می‌شد و گاهی اوقات احساس می‌کرد فقط بدنش حرکت می‌کند، در حالی که ذهنش جای دیگری بود. او دیگر مانند گذشته خیال‌پردازی نمی‌کرد. احساسات برانگیختگی او کم‌رنگ شده بود و انگیزه کمتری برای داشتن رابطه جنسی با جین احساس کرد. او حتی از شروع رابطه جنسی خودداری می‌کرد و گاهی اوقات از درآوردن لباس در مقابل همسرش پرهیز می‌کرد تا از تحریک و سپس تمایل به رابطه جنسی جلوگیری کند. اگرچه رابطه جنسی هنوز رخ می‌دهد، اما دفعات آن از سه بار در هفته به هر ۲ ماه یک‌بار کاهش یافت. در نتیجه، رابطه جنسی آنها کمتر رضایت‌بخش بود. او دیگر اشتیاق اولین ملاقات را نداشت. هنگامی که رابطه جنسی داشتند، حداقل برانگیختگی و لذت را تجربه می‌کرد و رویارویی با آن را بسیار کم ارزش می‌دانست.

او و درمانگرش در تلاش برای شناسایی برخی محرک‌های احتمالی تغییر در میل جنسی جنی به اضطراب اشاره کردند. او در طول زندگی‌اش تجربه اضطراب داشت و شخصی کمال-گرا بود که تلاش می‌کرد در همه چیز برتر باشد. اضطراب جنی بر ترس از شکست متمرکز بود که منجر به نتایج فاجعه‌بار می‌شد. او با علائم فقدان تأیید و تمسخر در افراد دیگر سازگار شده بود.

همان‌طور که رابطه جنسی با جین کمتر بدیع و هیجان‌انگیزتر می‌شد، اضطراب جنی افزایش یافت. با این کار، رابطه جنسی نیز برای او استرس‌زا و اضطراب‌آور شد. او به طور فزاینده‌ای نسبت به بدن خود آگاه بود. ناگهان جنی به جای اینکه مشارکت‌کننده فعال و درگیری باشد، خودش را به عنوان تماشاگر این رویارویی می‌دید. از آنجایی که او به جای اینکه مشارکت‌کننده باشد تماشاچی بود، پاسخ جنسی بدنش بیشتر کم‌رنگ شد و حتی کمتر به رابطه جنسی تمایل داشت. جنی به توصیه پزشک خانواده‌اش به یک درمانگر رابطه جنسی مراجعه کرد.

در کاربرد ملاک‌های اختلال علاقه/برانگیختگی جنسی برای وضعیت جنی واضح است که او آستانه چند مورد از آنها را برآورده می‌کند. ملاک‌های اختلال علاقه/برانگیختگی جنسی چندگانه

هستند و ضروری است که یک زن حداقل سه علامت را در ۶ ماه تجربه کند. ملاک ۱ فقدان علاقه به فعالیت جنسی است و جنی کاهش میل و انگیزه جنسی برای رابطه جنسی را نشان داد. ملاک ۲، فقدان یا کاهش افکار یا تخیلات شهوانی است، از این رو جنی دیگر مانند گذشته خیالپردازی نمی‌کرد. ملاک ۳ بر رفتار متمرکز است و کاهش سطح شروع رابطه جنسی و/ یا پاسخ به پیشرفت‌های جنسی شریک را منعکس می‌کند. جنی این امر را با فقدان شروع رابطه جنسی و اجتناب از برهنه شدن در مقابل همسرش ثابت کرد تا از پیش‌قدم شدن همسرش جلوگیری کند. ملاک ۴ شامل کاهش لذت حین فعالیت جنسی است و ملاک ۶ کاهش احساسات تناسلی و غیر تناسلی (یعنی، برانگیختگی) است، جنی تمام این علائم را تجربه کرد. در نهایت، ملاک ۵ به فقدان میل جنسی پاسخگو (یا تمایلی که پس از برانگیختگی جنسی ظاهر می‌شود) اشاره دارد. اگرچه بلافاصله در مورد جنی مشخص نیست که آیا او میل پاسخگو را تجربه کرده است یا خیر، اما این واقعیت که رابطه جنسی دیگر ارزشی ندارد نشان می‌دهد که این رویارویی‌ها باعث ایجاد میل جنسی نشده است. معرفی ملاک‌های چندگانه به این معنی است که دو زن با علائم مختلف ممکن است هر دو ملاک‌های اختلال علاقه/ برانگیختگی جنسی را داشته باشند (بروتو، گراهام، پترسون، یول، و زاگر، ۲۰۱۵).

بر خلاف وضعیت جنی که در اکثر رویارویی‌های جنسی او مزمن و مداوم است، تشخیص اختلال علاقه/ برانگیختگی جنسی در مورد زنی که تنها در ابتدای رویارویی جنسی فاقد میل جنسی است، اما حین مقاربت جنسی برانگیخته و تحریک شود، اعمال نمی‌شود (کارواهی‌را، بروتو و لیل، ۲۰۱۰). گروه دوم ممکن است بر اساس شریکی ناراضی که به خاطر از دست دادن میل جنسی ذاتی‌اش سوگوار است و یا به این دلیل که خود زن معتقد است که میل اغلب باید احساس شود، برای درمان مراجعه کند.

همه‌گیرشناسی

میل جنسی کم یا فقدان آن در زنان چقدر رایج است؟

با توجه به اینکه اختلال علاقه/ برانگیختگی جنسی از سال ۲۰۱۳ مطرح شد، مطالعات همه‌گیرشناسی در مورد شیوع آن هنوز منتشر نشده است، به جز یک مطالعه آنلاین فلاندی که هم میل جنسی خود به‌خودی و هم پاسخگو را ارزیابی می‌کند (هندریکس، گیجس و انزلین، ۲۰۱۴) در ادامه بحث شده است؛ با این حال، به تازگی مطالعات گسترده و معرف زیادی وجود دارند که بر علائم میل جنسی کم یا فقدان آن تمرکز دارند. سومین نظرسنجی ملی نگرش‌ها و سبک‌های زندگی جنسی (NATSAL-3) ۶۷۷۷ زن را (که در سال گذشته شریک جنسی داشتند) مورد ارزیابی قرار داد و دریافت که ۳۴/۲

درصد از زنان در سنین مختلف میل کم را تأیید کردند (میچل و همکاران، ۲۰۱۳). در میان گروه‌های سنی، بیشترین شیوع بین زنان رده سنی ۵۵ تا ۶۴ ساله بود و سن با میل جنسی ارتباط منفی داشت. بین ۱۵ تا ۳۵ درصد از زنان در رده‌های سنی گزارش کردند که سطح تمایل جنسی متفاوتی نسبت به همسر خود دارند (میچل و همکاران، ۲۰۱۳). در یک مطالعه روی زنان میانسال کانادایی، میزان میل کم مشابه بود (کوبین-نیلا، میلهاوزن، مک‌کی، و هولزایفل، ۲۰۱۸) و افرادی که سلامت پزشکی و سلامت عمومی ضعیفی داشتند، بیشتر احتمال دارد که میل کم در هر دو مطالعه را گزارش کنند. میل جنسی پایین در زنان مبتلا به بیماری‌های جدی یا تهدیدکننده زندگی (مانند، سرطان، بیماری‌های قلبی-عروقی) رایج است. این امر برای بیماری‌های حاد و شرایط مزمن صادق است (مانند، بیماری تیروئید، اسکروز چندگانه، آرتروز؛ مک‌کیب و همکاران، ۲۰۱۶). زنانی که سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی را تجربه کرده‌اند در مقایسه با زنانی که مورد آزار جنسی قرار نگرفته‌اند سطوح پایین‌تری از میل جنسی را تجربه می‌کنند (لوب و همکاران، ۲۰۰۲؛ استفنسون، هوگان و مستون، ۲۰۱۲).

باردار بودن در سال گذشته یا داشتن فرزندان خردسال در خانه نیز میل کم را فقط برای زنان پیش‌بینی می‌کند. عدم لذت از رابطه جنسی (نسبت شانس تعدیل شده ۸/۹۵) و احساس عدم هیجان یا برانگیختگی حین رابطه جنسی (نسبت شانس تعدیل شده ۹/۱۶) به شدت با میل کم همراه بود. مطالعات چند ملیتی میزان بالاتری از تمایل جنسی کم را در کشورهای خاورمیانه و جنوب شرقی آسیا نشان می‌دهد (مک‌کول و همکاران، ۲۰۱۶).

مطالعه هندریکس و همکاران (۲۰۱۴) شیوع مشکلات را با میل جنسی خود به‌خودی و پاسخگو مقایسه کرد. در مجموع ۱۹ درصد از ۱۷۵۳۴ شرکت‌کننده فقدان میل جنسی خود به‌خودی را تأیید کردند، در حالی که ۱۴ درصد فقدان میل جنسی پاسخگو را تأیید کردند. در میان زنان، ۹/۱ درصد داشتن علائم هر دو را تأیید کردند. علاوه بر این، میزان بالایی از همبودی بین علائم میل جنسی و علائم برانگیختگی جنسی وجود داشت که نویسندگان آن را به عنوان پشتیبانی از تشخیص اختلال علاقه/برانگیختگی جنسی تفسیر کردند.

اگرچه میل کم با افزایش سن شیوع بیشتری پیدا می‌کند، اما میزان پریشانی مرتبط با میل کم از همان الگو پیروی نمی‌کند (روزن و همکاران، ۲۰۰۹)، با شواهدی که نشان می‌دهد میل کم ممکن است برای جوان‌ترها در مقایسه با زنان مسن‌تر و یائسه ناراحت‌کننده‌تر باشد. از آنجایی که همه زنان از ابتلا به میل کم پریشان نیستند، از نظر بالینی باید تشخیص دهیم کدام زنان با میل کم دچار پریشانی هستند. پیش‌بینی‌کننده‌های پریشانی شامل کاهش لذت جنسی، اثرات منفی علامت جنسی بر تعدد جنسی (استفنسون و مستون، ۲۰۱۵) و کاهش ارتباطات دوتایی (هندریکس، گیجز، جانسن و انزلین، ۲۰۱۶) است. همچنین باید در نظر داشت که آیا پریشانی شخصی است یا بین‌فردی. یک تغییر قابل