

اصول و کاربست درمان رابطه زناشویی

ویرایش ششم

تألیف

کاترین اس.کی. هال

یتزچاک ام. بینیک

ترجمه

دکتر هیوا محمودی

عضو هیئت علمی دانشگاه گلستان گرگان



فهرست مطالب

مقدمه مترجم.....	۱۰۱
در مورد ویراستاران.....	۱۳
همکاران.....	۱۵
مقدمه.....	۱۹
محتویات ویراست ششم اصول و کاربردست درمان رابطه زناشویی.....	۲۱
سخنی در مورد زنان.....	۲۸
نتیجه گیری.....	۲۸
بخش اول: درمان رابطه جنسی برای کژکاری جنسی.....	۲۹
فصل اول اختلال علاقه / برانگیختگی جنسی در زنان.....	۳۰
همه گیرشناسی.....	۳۴
سبب شناختی و مدل ها.....	۳۷
ارزیابی و مسائل تشخیصی.....	۴۰
رویکردهایی برای درمان.....	۴۳
بحث موردی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان اختلال علاقه / برانگیختگی جنسی.....	۵۱
نتیجه گیری.....	۵۴
منابع.....	۵۵
فصل دوم اختلال برانگیختگی جنسی زنان.....	۶۰
تعریف تشخیص و ارزیابی علائم مرتبط: کژکاری برانگیختگی جنسی در زنان چگونه است؟.....	۶۲
اندازه گیری برانگیختگی جنسی در زنان.....	۶۶
همه گیرشناسی.....	۶۸
سبب شناختی برانگیختگی جنسی تناسلی و شناختی.....	۶۸
مدل های نظری برانگیختگی جنسی زنان.....	۷۰
رویکردهایی برای درمان.....	۷۱
بحث موردی.....	۷۵
نتیجه گیری.....	۷۸
منابع.....	۷۹
فصل سوم میل جنسی کم در مردان.....	۸۳
تشخیص.....	۸۵
همبودی میل کم با سایر کژکاری های جنسی مردان.....	۸۶
همه گیرشناسی میل جنسی کم در مردان.....	۸۶
عوامل زیستی-روانی-اجتماعی مؤثر بر میل جنسی کم در مردان.....	۸۸
نظریه و مدل های میل جنسی کم در مردان.....	۹۰
ارزیابی میل جنسی کم در مردان.....	۹۳
درمان هایی برای میل جنسی کم در مردان.....	۹۶
بحث موردی.....	۹۷
نتیجه گیری.....	۱۰۲
منابع.....	۱۰۳
فصل چهارم رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی یکپارچه برای مفهوم سازی و درمان اختلال نعوظ.....	۱۰۸
تعریف و طبقه بندی اختلال نعوظ.....	۱۰۹
شیوع و همه گیرشناسی.....	۱۱۰
مفهوم سازی زیستی-روانی-اجتماعی یکپارچه از اختلال نعوظ.....	۱۱۱
ارتباط بین اختلال نعوظ و زودانزالی.....	۱۱۶
بحث موردی.....	۱۱۶
ارزیابی زیستی-روانی-اجتماعی یکپارچه اختلال نعوظ.....	۱۱۸
درمان زیستی-روانی-اجتماعی یکپارچه اختلال نعوظ.....	۱۲۰
نتیجه گیری.....	۱۲۷
منابع.....	۱۲۷
فصل پنجم مشکلات آرگاسم در زنان.....	۱۳۱
شیوع نگرانی های آرگاسم.....	۱۳۵
سبب شناختی مشکلات آرگاسم.....	۱۳۶
ارزیابی زنان با مشکلات آرگاسم.....	۱۴۰
درمان مسائل آرگاسم.....	۱۴۱
بحث موردی.....	۱۴۸
نتیجه گیری.....	۱۵۲
منابع.....	۱۵۳
فصل ششم درمان زودانزالی.....	۱۵۵
نام (زودانزالی) چه اهمیتی دارد؟ تعریف زودانزالی.....	۱۵۶
انواع فرعی زودانزالی.....	۱۵۹
شیوع.....	۱۵۹
سبب شناختی.....	۱۶۰
اثرات روان شناختی زودانزالی بر مرد، شریک زندگی و رابطه.....	۱۶۱
ارزیابی.....	۱۶۴
چه چیزی و چه زمانی ارائه شود.....	۱۶۶
بحث موردی: درمان ترکیبی برای زودانزالی.....	۱۷۲
نتیجه گیری.....	۱۷۴
منابع.....	۱۷۴
فصل هفتم دیرانزالی.....	۱۷۸
فیزیولوژی انزال و آرگاسم.....	۱۸۱
تعریف و تشخیص.....	۱۸۳
سبب شناختی.....	۱۸۴
سنجش و ارزیابی عملکردی.....	۱۸۸
درمان.....	۱۹۰
بحث موردی.....	۱۹۳
نتیجه درمان.....	۱۹۷
نتیجه گیری.....	۱۹۹

۲۰۰.....	منابع.....
۲۰۳.....	فصل هشتم درد تناسلی در زنان و مردان.....
۲۰۶.....	ارزیابی.....
۲۰۸.....	سبب‌شناسی درد تناسلی-لگنی.....
۲۱۱.....	درد تناسلی-لگنی مرد.....
۲۱۲.....	رویکردهای درمان.....
۲۱۶.....	مدل چند وجهی و مراقبت از درد تناسلی-لگنی.....
۲۲۳.....	نتیجه‌گیری.....
۲۲۴.....	منابع.....
۲۲۷.....	فصل نهم ناتوانی دائمی در تجربه مقاربت.....
۲۲۸.....	شرح و تشخیص مشکل.....
۲۲۹.....	شیوع.....
۲۲۹.....	سبب‌شناختی.....
۲۳۳.....	مدل ترس-اجتناب انقباض دردناک مهپیل.....
۲۳۴.....	مسائل ارزیابی و تشخیص.....
۲۳۸.....	رویکردهای درمان.....
۲۴۳.....	بحث موردی.....
۲۴۵.....	نتیجه‌گیری.....
۲۴۵.....	منابع.....
۲۴۹.....	فصل دهم بی‌زاری جنسی.....
۲۵۰.....	تشخیص و توصیف بالینی.....
۲۵۱.....	همه‌گیرشناسی.....
۲۵۲.....	انزجار و بی‌زاری جنسی.....
۲۵۳.....	مسیرهای بی‌زاری جنسی.....
۲۵۴.....	مسائل ارزیابی و تشخیص.....
۲۵۷.....	درمان.....
۲۵۹.....	بحث موردی.....
۲۶۱.....	نتیجه‌گیری.....
۲۶۲.....	منابع.....
۲۶۵.....	بخش دوم: چالش‌های درمانی برای درمان رابطه جنسی.....
۲۶۷.....	بخش الف: محدودیت‌ها و مرزهای جنسی.....
۲۶۸.....	فصل یازدهم ارجحیت لذت.....
۲۷۰.....	فرهنگ.....
۲۷۳.....	کژکاری جنسی در بافت فرهنگی.....
۲۷۹.....	مسیر توسعه فرهنگی.....
۲۸۱.....	فرهنگ‌پذیری.....
۲۸۳.....	مسائل ارزیابی و تشخیص.....
۲۸۵.....	درمان: از شایستگی فرهنگی تا حساسیت فرهنگی درمان رابطه زناشویی.....
۲۸۷.....	بحث موردی.....
۲۹۳.....	درمان رابطه جنسی به عنوان فرآیند فرهنگ‌پذیری.....
۲۹۳.....	منابع.....
۲۹۶.....	فصل دوازدهم رفتار جنسی خارج از کنترل.....
۲۹۸.....	مفهوم‌پردازی بی‌نظمی جنسی.....
۳۰۵.....	ارزیابی.....
۳۰۹.....	درمان.....
۳۱۲.....	بحث موردی.....
۳۱۶.....	نتیجه‌گیری.....
۳۱۷.....	منابع.....
۳۲۲.....	فصل سیزدهم لذت قدرت.....
۳۲۴.....	واژه‌شناسی.....
۳۲۴.....	لذت یا آسیب‌شناسی؟ اختلالات پارافیلیک در DSM-5 و ICD-11.....
۳۲۸.....	شیوع.....
۳۳۰.....	سبب‌شناسی.....
۳۳۲.....	ارزیابی.....
۳۳۴.....	درمان رابطه جنسی درمانی در جامعه کینک: قدرت، بازی و لذت.....
۳۳۶.....	نتیجه‌گیری.....
۳۳۶.....	منابع.....
۳۳۸.....	فصل چهاردهم بازگرداندن اعتماد و صمیمیت جنسی پس از خیانت.....
۳۳۹.....	شیوع.....
۳۴۰.....	تفاوت‌های شخصیتی فردی.....
۳۴۱.....	انگیزه‌های خیانت.....
۳۴۲.....	مشارکت‌های رشدی، زناشویی و فرهنگی.....
۳۴۴.....	ارزیابی.....
۳۴۵.....	درمان.....
۳۴۶.....	بحث موردی: زوج‌درمانی با تمرکز بر ذهنی‌سازی.....
۳۴۹.....	نتیجه‌گیری.....
۳۵۰.....	منابع.....
۳۵۳.....	بخش ب: طول عمر و گذارها.....
۳۵۴.....	فصل پانزدهم تمایلات جنسی در گذار به والدگری.....
۳۵۷.....	شیوع و شرح مشکلات جنسی در گذار به والدگری.....
۳۵۹.....	عوامل کمک‌کننده زیستی-روانی-اجتماعی.....
۳۶۱.....	ارزیابی.....
۳۶۴.....	درمان.....
۳۶۸.....	مشکلات تمایلات جنسی و بارداری.....
۳۷۱.....	شرح موردی.....
۳۷۶.....	نتیجه‌گیری.....
۳۷۷.....	منابع.....
۳۸۰.....	فصل شانزدهم تمایلات جنسی و پیری.....
۳۸۱.....	تحقیق در مورد تمایلات جنسی و پیری.....
۳۸۳.....	پیشانی شخصی و ترس از پیری.....
۳۸۵.....	آیا با افزایش سن در حقیقت رابطه جنسی بهتر می‌شود؟.....
۳۸۶.....	پیامدهای درمان.....

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 تجارب 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 خاطر نشان 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 گرسی تحقیقاتی کانادا در زمینه سلامت جنسی زنان، استاد زن‌شناسی و روان‌پزشکی دانشگاه بریتیش کلمبیا و مدیر اجرایی مؤسسه تحقیقات سلامت زنان در بریتیش کلمبیای کانادا 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 روان‌پزشکی 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 تجارب 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 نتیجه‌گیری 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 زیر یک 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 نقش‌آفرینی لذت می‌بردند و اغلب از تحریک 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 قبلی‌اش کاهش یافته بود. این کاهش میل 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. حس برانگیختگی‌اش کم‌رنگ شده بود و انگیزه کمتری برای داشتن رابطه جنسی با جین احساس می‌کرد. او حتی از شروع رابطه جنسی اجتناب 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. در طول زندگی‌اش تجربه اضطراب داشت و شخصی کمال‌گرا 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 بدنش آگاه بود. ناگهان جنی به جای اینکه مشارکت‌کننده فعال و قوی باشد، خودش را به عنوان تماشاگر این رویارویی می‌دید. در واقع 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 جنسی 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 همسری 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 میل جنسی خود به‌خودی و پاسخگو را ارزیابی می‌کند (هندریکس، گیجس و انزلین، ۲۰۱۴) در ادامه بحث شده است؛ با این حال، به تازگی مطالعات گسترده‌تری وجود دارند که بر علائم میل جنسی کم یا فقدان آن تمرکز دارند. سومین نظرسنجی ملی نگرش‌ها و سبک‌های زندگی جنسی (NATSAL-3) ۶۷۷ 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 همسرشان دارند (میچل و همکاران، ۲۰۱۳). در یک مطالعه روی زنان میانسال کانادایی، میزان میل کم مشابه بود (کوین-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 برای زنان پیش‌بینی می‌کند. فقدان لذت از رابطه جنسی (نسبت شانس تعدیل شده ۸/۹۵) و احساس فقدان 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 هر دو علائم 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 تعداد جنسی (استفنسون و مستون، ۲۰۱۵) و کاهش ارتباطات دوتایی (هندریکس، گیجیز، جانسن و انزلین، ۲۰۱۶) است. همچنین باید در نظر داشت که آیا پریشانی شخصی است یا بین‌فردی. یک تغییر قابل توجه از DSM-IV-TR به DSM-5 این بود که معیار پریشانی از ایجاد «پریشانی مشخص یا مشکل