

کژکاری جنسی

راهنمایی برای ارزیابی و درمان

فهرست

درباره نویسندگان..... ۷

تقدیر و تشکر..... ۹

فصل ۱: مرور کلی..... ۱۱

بخش اول: کژکاری‌های جنسی/۲۷

فصل ۲: اختلال نعوظ..... ۲۹

فصل ۳: اختلال ارگاسمی زنان..... ۴۳

فصل ۴: انزال دیررس..... ۵۳

فصل ۵: انزال زودرس (پیش از موعد)..... ۶۲

فصل ۶: اختلال علاقه/برانگیختگی جنسی زنان..... ۶۹

فصل ۷: اختلال کمبود میل جنسی مردان..... ۸۰

فصل ۸: اختلال دخول/درد تناسلی لگنی..... ۹۱

فصل ۹: کژکاری جنسی ناشی از مواد/دارو، سایر کژکاری‌های جنسی معین و کژکاری جنسی نامعین..... ۱۰۴

بخش دوم: ارزیابی کژکاری جنسی/۱۱۳

فصل ۱۰: مدل ارزیابی..... ۱۱۵

فصل ۱۱: ارزیابی زیست‌پزشکی..... ۱۲۳

فصل ۱۲: ارزیابی روانی اجتماعی..... ۱۲۹

بخش سوم: درمان کژکاری‌های جنسی/۱۵۷

فصل ۱۳: درمان زیست‌پزشکی..... ۱۵۹

فصل ۱۴: درمان روانی اجتماعی..... ۱۶۹

بخش چهارم: سایر موضوعات مهم/۲۱۱

- فصل ۱۵: اثر پلاسیبو و درمان غیرعلمی کژکاری‌های جنسی..... ۲۱۳
- فصل ۱۶: آموزش و پیشرفت حرفه‌ای..... ۲۱۸
- منابع..... ۲۲۹
- واژه‌نامه فارسی به انگلیسی..... ۲۵۱
- واژه‌نامه انگلیسی به فارسی..... ۲۵۳

مرور کلی

ما ویراست دوم کتاب‌مان را با این جمله آغاز کردیم: «علاقه به رفتار جنسی در دو دههٔ اخیر به شکل چشمگیری افزایش یافته است». اکنون، یعنی ۱۴ سال بعد، این «علاقه» بی‌وقفه ادامه یافته و در بسیاری از حوزه‌های مرتبط با ارزیابی و درمان کژکاری‌های جنسی، پیشرفت‌های جدیدی رخ داده است. اگرچه بیشترین دستاوردها در حوزهٔ اورولوژی و روانشناسی شناختی رفتاری رخ داده است؛ با این حال ما از طیف متنوعی از تخصص‌های دیگر از جمله ژنیکولوژی، مراقبت‌های اولیه، کاردیولوژی، روانشناسی تکاملی، علوم اعصاب، شیوع‌شناسی و انسان‌شناسی نیز بهره برده‌ایم. اصطلاح «طب جنسی»، پزشکی روانشناسی را با یکدیگر ترکیب کرده و گویا بهترین واژه برای توصیف وضعیت علمی کنونی و منعکس‌کنندهٔ دستاوردهای تخصص‌های چندگانه از هر دو حوزه است. با این حال استفاده از این واژه منتقدانی دارد که می‌ترسند این حوزه بیش از حد پزشکی محور شود و به‌جای تمرکز بر پیچیدگی‌های ذاتی در برخورد با مسایل زیست‌جنسی انسان، به کارکرد توجه شود (تيفر، ۲۰۰۷ و ۲۰۰۹). هدف ما در ویراست سوم، ارائهٔ اطلاعات به خوانندگان در مورد پیشرفت‌های رخ داده در تمام حوزه‌هایی است که ما را به جایگاه کنونی‌مان در ارزیابی و درمان کژکاری‌های جنسی مردان و زنان رسانده‌اند. مدل درمانی مورد تأکید در این کتاب، مدل زیستی‌روانی اجتماعی^۱ است که توسط بری و بری ارائه شده است (۲۰۱۳). این مدل بر ماهیت چندبعدی و چندعلتی زیست‌جنسی تأکید دارد که وجود هم‌زمان راهبردهای درمان روان‌شناختی و زیست‌شناختی را ایجاب می‌کند (مک‌کارتی و مک‌دونالد، ۲۰۰۹b).

ما اکنون بیش از هر زمان دیگری آگاهیم که ارزیابی و درمان مشکلات جنسی حوزه‌ای است که نیازمند یکپارچه‌سازی رویکردی چندرشته‌ای است. با اینکه به‌طورقطع برخی موارد از مبتلایان به کژکاری جنسی، سبب‌شناسی فقط پزشکی یا فقط روان‌شناختی دارند و ممکن است از مداخلهٔ پزشکی

یا روان‌شناختی خاصی بهره‌مند گردند؛ بیشتر موارد حداقل از ارزیابی چندرشته‌ای که امکان درمان متمرکزتر و کارآمدتر را فراهم می‌سازد؛ منتفع می‌شوند. گمان می‌رود حتی زمانی که مشکلات جنسی سبب‌شناسی پزشکی یا روان‌شناختی صرف دارند؛ بهترین راهبرد درمانی، استفاده از هر دو مداخله روان‌شناختی و پزشکی باشد. برای مثال گمان می‌رود مردانی که بعد از جراحی سرطان پروستات دچار کژکاری نعوظ (ED) می‌شوند؛ از مداخله روان‌شناختی که به آنها و شریک‌های عاطفی آنها کمک می‌کند تا تغییرات رخ داده در رفتار جنسی‌شان را بپذیرند و صمیمیت جنسی‌شان را حفظ کرده یا حتی افزایش دهند؛ بهره‌فراوانی می‌برند. از سوی دیگر مرد جوانی که مشکلات پزشکی ندارد و از کژکاری نعوظی (ED) رنج می‌برد؛ ممکن است در کنار برنامه روان‌شناختی که بر بازسازی اعتماد به نفس و روابط جنسی تمرکز دارد؛ از برنامه درمانی‌ای که از بازدارنده‌های فسفودی‌استراز نوع ۵ (PDE-5) (ویاگرا، سیالیس، استیندرا یا لویترا) به‌عنوان درمان الحاقی استفاده می‌کند؛ بهره‌مند شود. هیچ مشکل انسانی‌ای را نمی‌توان تصور کرد که به اندازه ارزیابی و درمان کژکاری جنسی از رویکرد چندرشته‌ای یکپارچه منتفع شود. از نظر ما جامع‌ترین و مؤثرترین رویکرد ارزیابی و درمان، «رویکرد چندرشته‌ای هم‌زمان» است که توسط بینیک و مینا (۲۰۰۹) ارائه شده است.

بینیک و مینا (۲۰۰۹) توضیح می‌دهند که این رویکرد عبارت است از درمان هماهنگ و هم‌زمان بین رشته‌های مختلف. این رویکرد بهتر از «رویکرد چندرشته‌ای ترتیبی» است که در آن متخصصی، بیمار را برای درمان به متخصص دیگری ارجاع می‌دهد و منتظر می‌ماند تا پس از حل مشکلی خاص دوباره به وی ارجاع داده شود. مدل هم‌زمان، درمان و همکاری هماهنگ و مستمر را تأیید می‌کند. اگرچه این موضوع توسط نتیجه‌پژوهی کنترل‌شده‌ای مورد بررسی قرار نگرفته است؛ روشن است که مدل هم‌زمان اثربخش‌تر است و به احتمال زیاد طول دوره درمان را چندین ماه کاهش می‌دهد. علاوه بر این به احتمال بسیار زیاد رویکرد هم‌زمان به بیماران در نیروگذاری بر درمان و تبعیت از آن کمک می‌کند؛ چون بیماران به خاطر مشکل جنسی‌شان به راحتی دلسرد و شرمسار می‌شوند و ممکن است در صورت برخورد با هرگونه مانع یا «وقفه»، از درمان اجتناب کنند.

هردوی ما تجربه کار در مرکز سلامت مردان را داریم که از مدل زیستی‌روانی اجتماعی با استفاده از رویکرد هم‌زمان استقبال می‌کند و ما هر روز شاهد منافع چنین مدلی هستیم. کارکنان این مرکز شامل دو روانشناس، دو پزشک مراقبت‌های اولیه، سه اورولوژیست، یک دستیار پزشک، یک فیزیوتراپ، یک پرستار دارای مجوز رسمی، سه پزشک‌یار و چندین پرسنل پشتیبانی است. امروزه وجود چنین مراکز درمانی جامعی نادر است اما به احتمال زیاد در آینده به یک استاندارد تبدیل خواهد شد.

دستاوردهای نوین پزشکی

در دومین ویرایش مان از کتاب حاضر، ویگرا (سیلدنافیل) را به عنوان دارویی جدید که نویدبخش تغییرات قابل توجه در درمان ED است؛ معرفی کردیم. پس از معرفی ویگرا در ۲۷ مارس ۱۹۹۸، داروهای دیگری نیز تولید شده‌اند: لویترا (واردنافیل)^۱ در ۱۹ آگوست سال ۲۰۰۳ مورد تأیید قرار گرفت؛ سیالیس (تادالافیل)^۲ در ۲۱ نوامبر سال ۲۰۰۳ مورد تأیید قرار گرفت و استندرا (آوانافیل)^۳ در ۲۷ آوریل سال ۲۰۱۲ مورد تأیید قرار گرفت. لویترا علاوه بر تولید به شکل قرص و در سه دوز مختلف، در حال حاضر به صورت دارورسانی زیرزبانی، با قابلیت جذب سریع‌تر، تحت عنوان استاکسین (واردنافیل اچ‌سی‌آی) نیز به فروش می‌رسد که در ۱۸ ژوئن سال ۲۰۱۰ مورد تأیید قرار گرفت. سیالیس نیز با معرفی قرص روزانه با دوز پایین رویکرد جدیدی را توسعه داده است. تمام این داروها گزینه‌های درمان را افزایش داده‌اند و راه‌حل‌های مؤثری را برای جمعیت گسترده‌تری فراهم کرده‌اند.

علاوه بر افزایش دامنه انتخاب از میان بازدارنده‌های PDE-5، در ۱۴ سال گذشته شاهد پیشرفت‌هایی در استفاده از تستوسترون‌درمانی برای معالجه کژکاری جنسی مردان بوده‌ایم. اگرچه بیش از ۷۵ سال است که از تستوسترون‌درمانی برای معالجه ED و کمبود لیبیدو در مردان استفاده می‌شود (دیوید، دینگمانس، فرود و لاکوئر، ۱۹۳۵)؛ به تازگی علاقه به درمان جایگزینی هورمونی برای مردان افزایش یافته است و انواع مختلف سیستم‌های دارورسانی جدیدتر و مؤثرتر توسعه یافته‌اند و اکنون در دسترس قرار دارند. امروزه می‌توان تستوسترون را به صورت ژل و روزانه به شانه‌ها مالید یا به وسیلهٔ اپلیکاتور در ناحیهٔ زیر بغل مورد استفاده قرار داد. در سال ۲۰۰۸ سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) استفاده از تستوپل را تأیید کرد؛ نوعی پِلت تستوسترون که از طریق جراحی زیر پوست کاشته می‌شود و تأثیرش ۳ الی ۶ ماه ادامه دارد. برخلاف برخی دیگر از سیستم‌های دارورسانی، تستوپل خطر انتقال به زنان و کودکان را ندارد.

استفاده از درمان جایگزینی تستوسترون و بازدارنده‌های PDE-5، درمان کژکاری جنسی مردان را در ۱۴ سال گذشته «متحول» کرده‌اند. اگرچه در مدت مشابه پیشرفت‌هایی در زمینهٔ درمان پزشکی کژکاری جنسی زنان رخ داده است؛ این پیشرفت‌ها به هیچ وجه چشمگیر نبوده‌اند و مانند درمان‌های مردان، توجه رسانه‌های خبری را به خود جلب نکرده‌اند. نشان داده شده است که استفاده از پیچ تستوسترون تراپوستی^۴ در درمان کمبود میل جنسی زنان پس از یائسگی تا حدودی اثربخش است (بوستر و همکاران، ۲۰۰۵)؛ سیمون و همکاران، ۲۰۰۵). علاوه بر این، مستون، رلینی و تلچ (۲۰۰۸) برخی از منافع عصارهٔ جینکوبیلوبا را برای زنان مبتلا به کمبود میل جنسی نشان داده‌اند. این رویکردهای داروشناختی نه به شکل وسیع مورد

1. Levitra (Vardenafil)

2. Cialis (Tadalafil)

3. Stendra (Avanafil)

۴. توضیح مترجم: پیچ‌ها اشکال دارویی هستند که به صورت چسب برای مدت مشخص روی پوست چسبانده شده و اثرات سیستمیک ایجاد می‌کنند

استفاده قرار گرفته‌اند و نه از حمایت پژوهشی کنترل‌شده متقاعدکننده‌ای برخوردار بوده‌اند؛ اما با وجود این بیانگر برخی تلاش‌ها و امیدهای کنونی برای وقوع پیشرفت‌های بیشتر در آینده هستند.

پزشکی همچنین در ۱۴ سال گذشته توجه ما را به اهمیت نقش سندرم متابولیک و بیماری قلبی عروقی در ایجاد کژکاری جنسی در مردان و زنان جلب کرده است. سندرم متابولیک با چاقی شکمی، دیس‌لیپیدیمی و فشارخون بالا شناخته می‌شود و حدود ۴۰ سال پیش توصیف شده است (هالر، ۱۹۷۷؛ سینگر، ۱۹۷۷). رابطه بین سندرم متابولیک و کژکاری جنسی در مردان و زنان به‌طور فزاینده‌ای توجه ما را به‌خود جلب کرده است و امروزه به‌صورت معمول مورد غربالگری قرار می‌گیرد و به‌عنوان بخشی از یک رویکرد جامع نسبت به ارزیابی و درمان کژکاری جنسی در مردان و زنان تحت درمان قرار می‌گیرد (اسپوسیتو و همکاران، ۲۰۰۵؛ میولمان، ۲۰۱۱). مردان و زنانی که در کنار کژکاری جنسی ملاک‌های سندرم متابولیک را هم دارند؛ به‌احتمال تشویق می‌شوند تا به‌عنوان بخشی از برنامه درمانی جامع که به کژکاری جنسی می‌پردازد؛ تغییرات مهمی در سبک زندگی‌شان مانند رژیم گرفتن، کاهش وزن و ورزش ایجاد کنند.

ما همچنین بیش از گذشته به رابطه بیماری قلبی عروقی و ED در مردان پی برده‌ایم (جاکوبسن، ۲۰۰۹؛ ماینر و کوریتزکی، ۲۰۰۷). ED ممکن است یک علامت هشداردهنده اولیه برای عارضه قلبی عروقی در آینده باشد. از آنجایی که شریان‌های آلت تناسلی، کوچک‌ترین شریان‌های سیستم عروقی مردان هستند؛ در صورت پیشرفت بیماری عروقی ممکن است آسیب‌پذیرترین شریان‌ها باشند. به خاطر آگاهی ما از این رابطه، مردانی که تابلوی بالینی ED دارند به‌احتمال بیشتری برای بررسی وضعیت کلی سلامت سیستم عروقی‌شان مورد غربالگری قرار می‌گیرند. در نتیجه ارزیابی و درمان بیماری عروقی در حال تبدیل شدن به بخش متداولی از درمان جامع ما برای کژکاری جنسی در مردان است.

یکی دیگر از پیشرفت‌های جدید در ۱۴ سال گذشته، تمرکز بر توانبخشی آلتی^۱ پس از جراحی سرطان پروستات است. علی‌رغم پیشرفت‌های صورت گرفته در زمینه جراحی روباتیک و روش‌های «حفظ عصب»^۲، کم‌وبیش تمام مردان پس از جراحی سرطان پروستات، دوره‌ای از ED را تجربه می‌کنند. این احتمال وجود دارد که پیش از دستیابی به بهبودی نسبی یا کامل، دوره ED ۱ ماه تا ۲ سال یا بیشتر طول بکشد. برخی مردان به‌هیچ‌وجه بهبود نمی‌یابند و ممکن است انواع پروتکل‌های داروشناختی و جراحی برای بازگرداندن نعوظ انتخاب شود. طی دوره زمانی پس از جراحی پروستات، آلت تناسلی به‌طور دائم شل است و در نتیجه ممکن است به دلیل کاهش اکسیژن‌رسانی خون که امکان دارد منجر به فیبروز (جوشگاه)، فقدان انعطاف‌پذیری و کوتاهی شود؛ در معرض آسیب دائمی قرار گیرد. امروزه مشارکت دادن مردان در برنامه توانبخشی آلتی قبل از جراحی و طی ۳ ماه پس از جراحی یک اقدام اورولوژیک

رایج است. این برنامه استفاده از بازدارنده‌های PDE-5، ژل‌های یورترال وازوکتیو یا داروهای تزریقی وازوکتیو را باهدف تحریک جریان خون به سمت بافت آلت تناسی ترکیب می‌کند. یکی از قسمت‌های مهم توانبخشی آلتی، زوج‌درمانی است که به‌زوجین کمک می‌کند صمیمیت و لذت جنسی را بدون تمرکز بر مقاربت^۱ افزایش دهند (آلتروویتز و آلتروویتز، ۲۰۰۴).

دستاوردهای نوین غیر پزشکی

ارزیابی و درمان کژکاری جنسی از رشته‌های مختلفی بهره می‌برد. علاوه بر پیشرفت‌های فنی و عملی، دانش ما در مورد زیست جنسی انسان با کسب اطلاعات جدید از رشته‌های مختلفی همچون شیوع‌شناسی، انسان‌شناسی و روان‌شناسی تکاملی، به‌صورت دائم در حال افزایش است. این موضوع بسیار مهم است زیرا ارائه اطلاعات صحیح به مردان و زنانی که از نظر جنسی دچار مشکل هستند عنصری مهم در بیشتر پروتکل‌های درمانی است. هنگامی که درمانگر یا پزشکی، رفتار جنسی بهنجار را براساس سن، جنسیت یا کارکرد برای بیماری نگران توصیف می‌کند؛ چنین اطلاعاتی به مشاهدات معتبر علمی پژوهشگران وابسته است. ما در طول ۱۴ سال گذشته از تلاش‌های مطالعات علمی فراوانی بهره برده‌ایم که در سراسر این ویراست سوم به آنها اشاره خواهیم کرد.

همچنین پیشرفت‌هایی در حوزه‌های خاصی از روان‌درمانی برای معالجه مشکلات جنسی رخ داده است. ما با بینیک و مینا (۲۰۰۹) موافقیم که اطلاق عبارت «سکس تراپی»^۲ به اقداماتی که برای درمان مشکلات کژکاری جنسی انجام می‌دهیم؛ نادرست و گمراه‌کننده است. اگرچه ممکن است درمان روان‌شناختی مشکلات جنسی دربرگیرنده روندهای روان‌درمان‌گرایانه خاصی مانند درمان شناختی رفتاری یا حساسیت‌زدایی واقعی باشد؛ رشته‌ای واقعی به نام «سکس تراپی» که برپایه نظری مشخصی بنا شده باشد؛ وجود ندارد. به‌بیان دقیق‌تر «سکس تراپی» در بهترین حالت، ترکیبی از ارائه اطلاعات و استفاده از تکنیک‌های درمانی برای معالجه مشکلات جنسی و درمان تمام عوامل تأثیرگذار مرتبط است. باین حال اصطلاح «سکس تراپی» علی‌رغم این واقعیت که تعاریف متعدد و روندهای گوناگونی دارد؛ به‌طور گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرد. ما سعی نمی‌کنیم خوانندگانمان را از کاربرد این واژه منصرف کنیم بلکه در مورد نادرستی این اصطلاح به آنها هشدار می‌دهیم

با در نظر گرفتن اینکه رشته خاصی به نام سکس تراپی وجود ندارد؛ به پیشرفت‌های رخ داده در حوزه روان‌درمانی مشکلات جنسی در ۱۴ سال گذشته اشاره می‌کنیم. چشمگیرترین دستاوردها از درمان شناختی رفتاری حاصل شده است که به توصیف مشکلات پردازشی مهمی که باعث آسیب‌پذیری

۱. توضیح مترجم: منظور از کلمه مقاربت در کتاب حاضر، آن نوع از رابطه جنسی است که شامل دخول یعنی وارد شدن آلت مردانه به داخل واژن باشد.

در برابر کژکاری جنسی می‌شوند (نوبری و پیتوگایوا، ۲۰۰۶a، ۲۰۰۶b؛ گومز و نوبری، ۲۰۱۲) و نتیجه پژوهی‌هایی که کارایی تکنیک‌های درمانی را برای جمعیت‌های خاص شناسایی کرده‌اند (لوفریسکو، ۲۰۱۱)؛ پرداخته است. در ۱۴ سال گذشته ما همچنین دانش خود را در زمینه‌های مختلفی همچون رفتار خودارضایانه (گروسو، مرکر، گراهام، ویلینگز، جانسون، ۲۰۰۸)، افزایش سن و فعالیت جنسی (کونتولا و هاویو-مانیلا، ۲۰۰۹) و ارتباط دیابت با کارکرد جنسی زنان (جیرالدی و کریستینسن، ۲۰۱۰) به میزان زیادی افزایش داده‌ایم که موارد ذکر شده تنها چند نمونه از هزاران نمونه هستند. در سرتاسر این کتاب به مطالعات مرتبطی اشاره خواهیم کرد که به افزایش دانش ما برای مراقبت بهتر از بیمار کمک کرده‌اند.

علاوه بر پیشرفت در تکنیک‌های درمانی ویژه برای درمان کژکاری جنسی و افزایش دانش مان در مورد زیست جنسی انسان، در ۱۴ سال گذشته شاهد جنبش بازاریابی بی‌سابقه‌ای در رسانه‌های جمعی برای درمان ED بوده‌ایم. تبلیغات تلویزیونی روزانه برای ویاگرا، سیالیس و لویترا نه تنها آگاهی ما را از مشکل ED افزایش داده‌اند؛ بلکه به درمان تمام مشکلات جنسی مشروعیت بخشیده‌اند. ما همچنین با اطلاعات موجود در اینترنت درباره هرگونه مشکل جنسی قابل تصور احاطه شده‌ایم. امروزه ما می‌توانیم یک سخنرانی ویدئویی در مورد «توانبخشی آلتی» یا درمان اختلال دخول/درد تناسلی لگنی (واژینیسموس) را ببینیم که حاوی اطلاعات لازم برای سفارش مجموعه‌ای از گشادکننده‌ها است. امروزه ما می‌توانیم هر نوع ابزار جنسی را به صورت ناشناس از طریق رایانه خانگی مان سفارش دهیم؛ هر نوع پورنوگرافی قابل تصویری را ببینیم یا دوره کامل «سکس تراپی» را دنبال نماییم. متأسفانه تفکیک واقعیت از دروغ و حقیقت از خیال برای مردم همیشه ساده نیست و ممکن است برخی افراد به جای آنکه درمان شوند؛ آسیب ببینند. برای مثال برخی پایگاه‌های اینترنتی برای مردان ناآگاه و بی‌اعتماد به نفس وجود دارد که آرزوی بزرگ کردن آلت تناسلی خود را دارند. تکنیک‌های افزایش اندازه آلت تناسلی اغلب به عنوان روش‌های مورد تأیید «متخصصین» و «اثبات شده» معرفی می‌شوند اما نتایج واقعی در بهترین حالت جعلی هستند و در بدترین حالت باعث آسیب فیزیکی می‌شوند.

برخی از ما که در جامعه امروزی، مشکلات کژکاری جنسی را درمان می‌کنند با جمعیتی از بیماران بسیار آگاه‌تر سروکار دارند که ممکن است باورهای قدرتمندی در مورد دوره درمان داشته باشند. جمعیت بیماران امروزی که برای مشکلات کژکاری جنسی به دنبال کمک هستند؛ ممکن است به عقاید اشتباه خاصی اعتقاد بیشتری داشته باشند «چون در مورد آنها در اینترنت مطالعه کرده‌اند». به همین دلیل لازم است متخصصان سلامت امروزی که مشکلات جنسی را درمان می‌کنند به طور مداوم با دستاوردهای جدید همگام باشند.

طرح تشخیصی رایج

اگرچه رویکردهای تشخیصی متعددی برای طبقه‌بندی کژکاری‌های جنسی پیشنهاد شده است (برای مثال اسکاور، فریدمن، ویلر، هیمن و لویپیکولو، ۱۹۸۲)؛ پذیرفته‌شده‌ترین طرح تشخیصی برای کژکاری‌های جنسی، طرحی است که در دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا ارائه شده است. این مجموعه دستنامه‌ها برای کمک به متخصصین مراقبت سلامت روانی در تشخیص و درمان به اصطلاح «اختلالات روانی»^۱ تدوین شده‌اند. (ویراست اول DSM در سال ۱۹۵۲ چاپ شد و ویراست‌های بعدی در سال‌های ۱۹۶۸ و ۱۹۸۰ چاپ شد؛ ویراست سوم در سال ۱۹۸۷ مورد بازبینی قرار گرفت؛ ویراست چهارم در سال ۱۹۹۴ و نسخه بازبینی‌شده آن یعنی DSM-IV-TR در سال ۲۰۰۰ منتشر شد؛ ویراست پنجم یعنی DSM-5 در می ۲۰۱۳ منتشر شد). اگرچه این دستنامه برای سکس‌تراپیست‌ها تدوین نشده است؛ شامل طبقه‌بندی‌های تشخیصی و معیارهای شایع‌ترین مشکلات جنسی است.

در DSM-IV-TR، ۱۰ طبقه تشخیصی اصلی برای کژکاری جنسی وجود دارد: اختلال کمبود میل جنسی (شامل مردان و زنان)، اختلال بیزاری جنسی، اختلال برانگیختگی جنسی زنان، اختلال نعوظ مردان، اختلال ارگاسمی زنان، اختلال ارگاسمی مردان، انزال زودرس، دیسپارونیا، واژینیسموس و کژکاری جنسی ناشی از مواد. همه این ۱۰ کژکاری توصیف‌شده در DSM-IV-TR باید در دو بعد هم مفهوم‌سازی شوند. ابتدا این اختلالات ممکن است به‌عنوان «مادام‌العمر» (به‌عنوان «اولیه» نیز شناخته می‌شود) یا «اکتسابی» (به‌عنوان «ثانویه» نیز شناخته می‌شود) مشخص شوند. دوم، کژکاری ممکن است «تعمیم‌یافته» (یعنی در تمام موقعیت‌ها و با تمام شریک‌های عاطفی رخ می‌دهد) یا «موقعیتی» (یعنی محدود به موقعیت‌ها و شریک‌های عاطفی خاصی است) باشد. اعتقاد بر این است که این تمایزها هم از نظر سبب‌شناسی و هم از نظر درمان اهمیت دارند. DSM-IV-TR نسبت به ویراست‌های قبلی DSM بهبود یافته بود؛ اما همچنان تا کامل بودن فاصله داشت. محدودیت اصلی در تشخیص کژکاری جنسی، ذهنی بودن ذاتی معیارهای بیشتر طبقات است. اصطلاحاتی مانند «حداقل تحریک جنسی» یا «برانگیختگی جنسی طبیعی» بیش از حد بر قضاوت بالینی متکی هستند.

طبقه‌بندی‌های DSM-IV-TR علی‌رغم محدودیت‌هایشان همچنان در مقالات مجلات تخصصی توسط اکثر متخصصان سلامت (کسانی که گمان می‌رود ارجاع‌ها از آنها شروع می‌شود) و توسط شرکت‌های بیمه (برای بازپرداخت شخص ثالث) استفاده می‌شوند. البته لازم به‌ذکر است که بیشتر شرکت‌های بیمه هنوز هم بازپرداختی برای درمان کژکاری جنسی ندارند. اغلب تشخیص اختلال اضطرابی یا افسردگی قابل قبول‌تر است.

کار روی DSM-5 در سال ۲۰۰۶ و با انتصاب دکتر دیوید کاپفر (MD) به‌عنوان رئیس و دکتر