

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



Hypoactive Sexual Desire Disorder/ Sexual interest and arousal disorder



دکتر آرش (مضانی)

فوق دکتر درمان اختلالات جنسی - خانواده درمانی - زوج درمانی

اختلال بی میلی جنسی

- اختلال بی میلی جنسی یک اختلال شایع و شاید شایعترین اختلال در خانمها می باشد. شیوع بین ۲۰ تا ۳۳٪ در کل و حدود ۵۰٪ در موارد مراجعه بالینی دارد. اما در آقایان زیاد شایع نیست.
- این اختلال بعنوان سخت ترین و پیچیده ترین اختلال جنسی از نظر تشخیصی و درمانی مطرح می شود. چرا که عوامل بسیار در آن دخیل هستند.
- به دلیل این سختی و پیچیدگی درمان نمی تواند کوتاه مدت باشد. باید درمان فشرده، کامل، قابل انعطاف و مناسب باشد.

Man



Butter Luvy 1985-2001

Woman



تعریف میل جنسی:

• در فرهنگ شرقی و غالب ادبیات دانشگاهی،

1. میل جنسی مردان این‌گونه فرض می‌شود که ضرورتاً پیچیده نیست: یعنی یک انگیزه بیولوژیکی ساده که در جست‌وجوی یک روزنه به بیرون در یک دنیای اجتماعی چندلایه است که به راحتی می‌تواند خنثی شود.

2. از سویی دیگر میل جنسی در زنان به‌عنوان یک پدیده پیچیده مشخص می‌شود که نیازمند لیست بلند بالایی از مداخله گر‌ها، بخصوص مداخله گر‌های روانی اجتماعی در طبیعت است.

• مردانی که میل جنسی پایین را به عنوان یک شکایت اولیه مطرح می کنند در کار بالینی بسیار رایج نیستند. اغلب آن ها توسط یک شریک آسیب دیده و گیج به درمان آورده می شوند و برخی از مردانی که میل جنسی پایین را گزارش می کنند درواقع میل جنسی خودشان را توسط سایر روش ها (همچون خودارضایی، روابط خارج زناشویی، زشت نگاری های اینترنتی (مجازی) و بچه بازی) ارضا می کنند. در تعداد قابل توجهی از آنان، آنچه به عنوان HSDD ارائه می شود ممکن است درواقع اختلال میل جنسی پنهان باشد.

تشخیص بی میلی جنسی در مردان (معیارهای DSM-V)

1. معیار الف: کمبود یا نبود افکار یا خیالپردازیهای یا میل شهوانی / جنسی مقاوم یا مرتب تکرار شونده در رفتارهای جنسی. قضاوت در مورد این نقیصه بر عهده پزشک و بر اساس عواملی تاثیرگذار بر عملکرد جنسی مانند عواملی مانند سن و زمینه اجتماعی فرهنگی زندگی هر فرد تعریف می شود.
2. معیار ب: علائم معیار الف حد اقل باید به مدت ۶ ماه در فرد وجود داشته باشد.
3. معیار پ: علائم معیار الف باعث آشفتگی روانی معنی داری در زندگی فردی ایجاد کرده باشد.
4. معیار ت: این اختلال عملکرد جنسی نباید توسط هیچکدام از اختلالات سیستم سلامت روان یا عواقب یک آشفتگی ارتباطی بین فردی مانند خشونت همسران یا دیگر عوامل استرس زا یا سو مصرف مواد یا داروها یا دیگر بیماریهای جسمی و شرایط پزشکی توجیه شود. Distress

DDX HSDD

1. Extar-Marital Affair/ Marital issues
2. Homosexuality/Transsexuality
3. Paraphilic Disorders





میل جنسی در خانمها

• Basson موافق تئوری کاپلان بود و تئوری وی را گسترش داد. کاپلان معتقد بود کمبود میل جنسی در خانمها دو نوع است یک نوع آن انحصاری یعنی میل اصلا از ابتدا وجود ندارد و یک خانم در محیطه ذهنی و جسمی نیازی به سکس در خود نمی بیند و حتی با تمرینات شریک جنسی نیز نیازی در خود نمی بیند. نوع دوم آن را پاسفی نامید. یعنی میل جنسی ذهنی وجود ندارد اما اگر شریک جنسی رفتارهای عاشقانه و تمرینی را شروع کند میل در خانم بوجود می آید

1. Spontaneous

2. Responsive

Intimacy-based female sexual response cycle

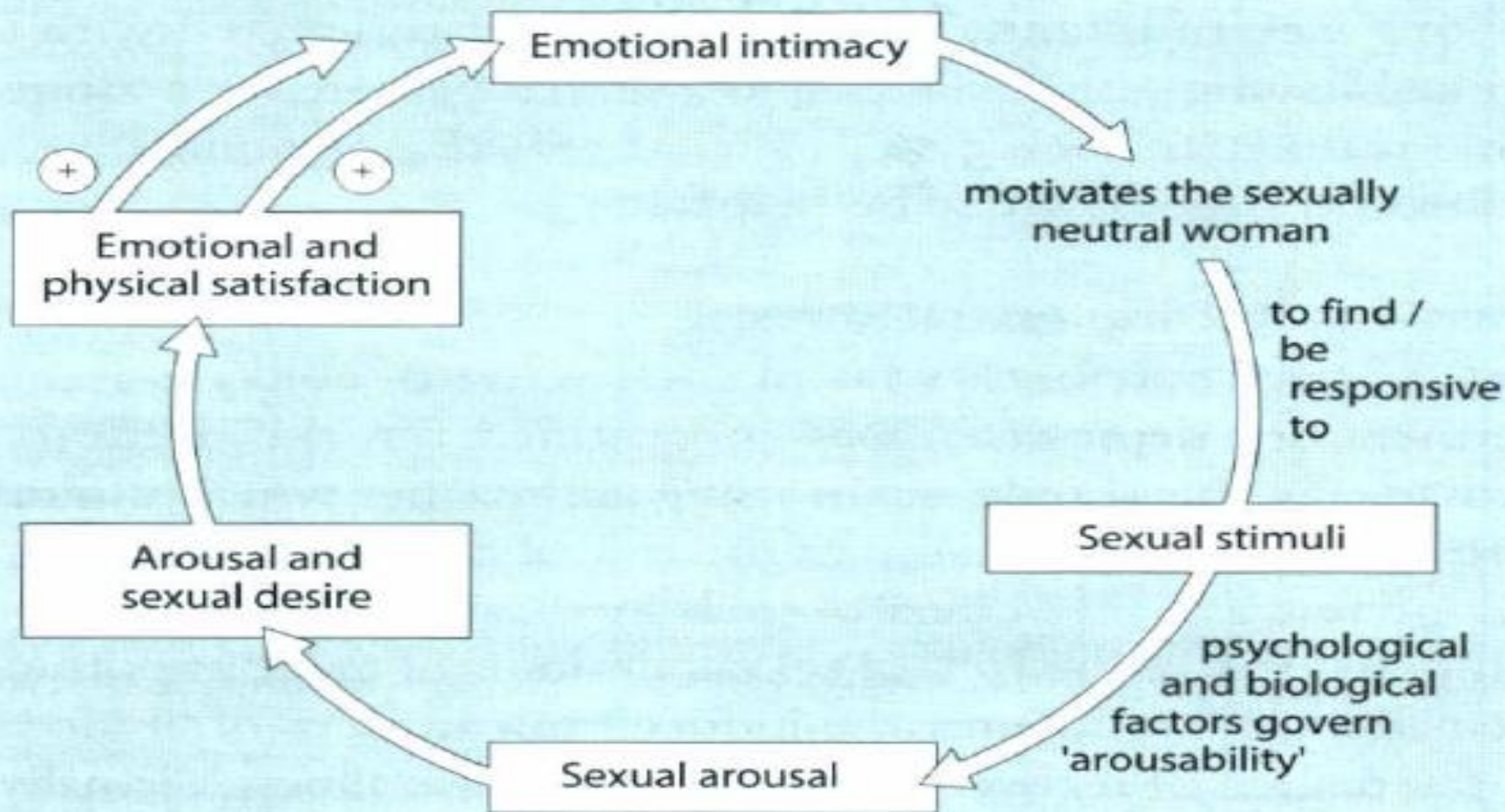
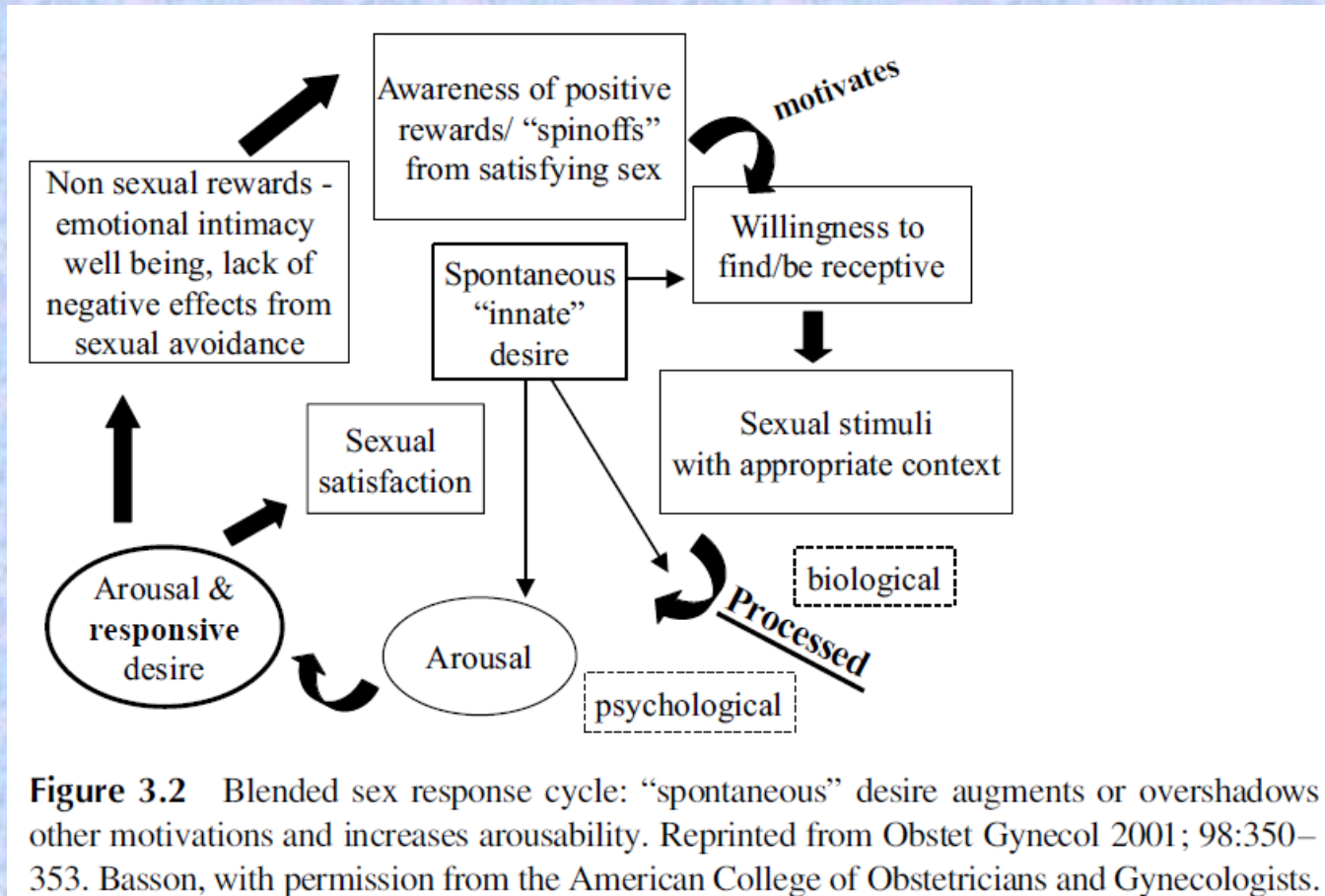
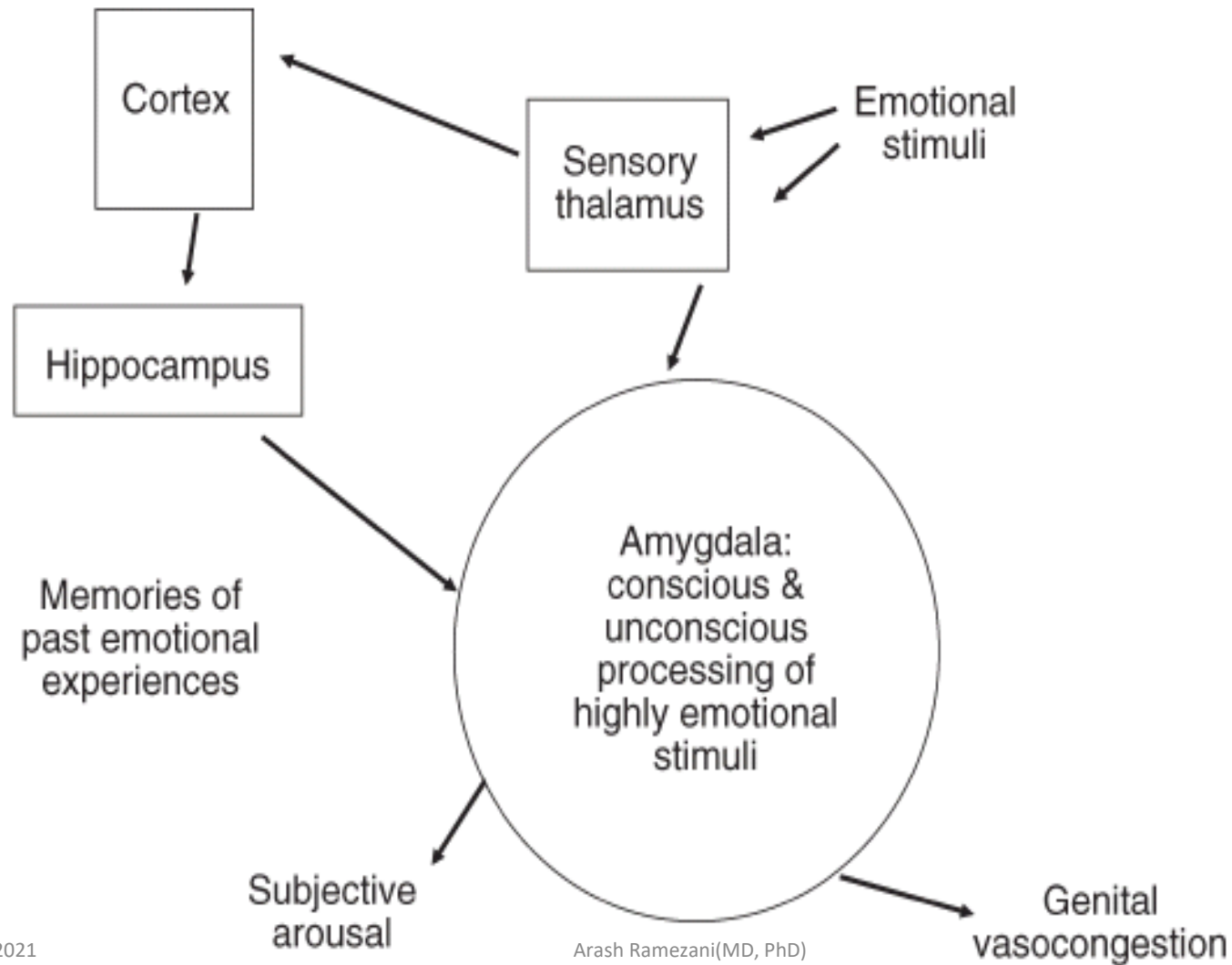


FIGURE 6. Intimacy-based female sexual response cycle. Reproduced from Basson, R. (2001) Drugs for sexual dysfunction. *Obstet Gynecol* 98(2): 350–353 with permission from Lippincott, Williams & Wilkins.

خانم پروفیسور بسون بر اساس این تعریف انگیزتگی در خانمها را جدای از میل جنسی نمی دانست و خود انگیزتگی را به دودسته ذهنی و جسمی تقسیم می کرد. وی پاسخ جنسی در خانمها را از حالت خطی به یک چرخه تبدیل کرد و میل و انگیزتگی را در این چرخه جای داد. فازهای میل و تحریک در خانمها همپوشانی دارد و شکل ذیل این همپوشانی را تفسیر می کند. این چرخه پاسخ جنسی در خانمها توسط بسون ارائه شده است.



Neurobiology of subjective arousal



Female Sexual Interest/Arousal Disorder

Diagnostic Criteria
302.72 (F52.22)

- **A. Lack of, or significantly reduced, sexual interest/arousal, as manifested by at least three of the following:**
 1. 1. Absent/reduced interest in sexual activity.
 2. 2. Absent/reduced sexual/erotic thoughts or fantasies.
 3. 3. No/reduced initiation of sexual activity, and typically unreceptive to a partner's attempts to initiate.
 4. 4. Absent/reduced sexual excitement/pleasure during sexual activity in almost all or all (approximately 75%-100%) sexual encounters (in identified situational contexts or, if generalized, in all contexts).
 5. 5. Absent/reduced sexual interest/arousal in response to any internal or external sexual/erotic cues (e.g., written, verbal, visual).
 6. 6. Absent/reduced genital or nongenital sensations during sexual activity in almost all or all (approximately 75%-100%) sexual encounters (in identified situational contexts or, if generalized, in all contexts).

cont.

- **B. The symptoms in Criterion A have persisted for a minimum duration of approximately 6 months.**
- **C. The symptoms in Criterion A cause clinically significant distress in the individual.**
- **D. The sexual dysfunction is not better explained by a nonsexual mental disorder or as a consequence of severe relationship distress (e.g., partner violence) or other significant stressors and is not attributable to the effects of a substance/medication or another medical condition.**

Specify whether:

- **Lifelong:** The disturbance has been present since the individual became sexually active.
- **Acquired:** The disturbance began after a period of relatively normal sexual function.

Specify whether:

- **Generalized:** Not limited to certain types of stimulation, situations, or partners.
- **Situational:** Only occurs with certain types of stimulation, situations, or partners.

Specify current severity:

- **Mild:** Evidence of mild distress over the symptoms in Criterion A.
- **Moderate:** Evidence of moderate distress over the symptoms in Criterion A.
- **Severe:** Evidence of severe or extreme distress over the symptoms in Criterion A.

ارزیابی بالینی اختلال بی میلی جنسی:

• **الف - ارزیابی های اولیه:** شامل این موارد که کدام یک از زوجین مشکل دارد؟ کدامیک خواستار درمان است؟ آیا زوجی که مشکل دارد انگیزه برای شروع درمان دارد و تلاش برای رفع علایمش می کند؟ بین زوجین دراین مرحله ارزیابی باید موارد ذیل را سنجید:

- قراردادهای عاطفی بین زوجین
- سبک برقراری ارتباط زوجین
- سطوح تعارضات و تنیدگیها
- سبکهای حل مسئله و تعارضات
- چگونگی توصیف مسئله

در ارزیابی و تحلیل باید سه دسته عوامل را تفسیر کرد:

- **عوامل فردی:** این عوامل هم می توانند زیست شناختی باشند و هم می توانند روانشناختی. از جمله عوامل زیست شناختی باید به هورمونها، سن، سلامت جسمی و بیماریهای همراه توجه کرد. عوامل روانشناختی می تواند شامل موارد ذیل باشد:
- نقاط قوت و ضعف فرد
- محدودیتهای
- ارزشهای
- نگرشها

عوامل فردی اتیولوژیک را می توان در ۸ مورد ذیل که باعث بی میلی جنسی می شود نیز تقسیم کرد:

1. اضطراب و افسردگی
2. اختلال شناختی منفی
3. باورهای غلط فردی در مورد سکس
4. تصور بدنی بد در فرد
5. تمایل به مخلوط کردن سکس و روابط عا
6. مراقبت بیش از حد بین زوجین
7. دیگر مشکلات جنسی موجود
8. ترسهای فردی و هراسها



عوامل بین فردی interactional

- مشکل در علاقه و کشش جنسی
- سطح رنجیدگی از طرف مقابل Resentment
- میزان ناسازگاری و عدم تطابق قدرت و کنترل
- نقص در ارتباطات

گاهی اوقات کمبود میل جنسی تنها برای تشکیل قدرت و پایداری آن در ارتباط است به بیان دیگر دوری می کند تا بتواند قدر خود را مفا کند، چرا که در ارتباط جنسی بین فردی ظاهراً بی میل است، اما در فعالیت جنسی فردی لذت می برد.

Thoughts during sexual interaction

- حاملگی ناخواسته
- بیماریهای مقاربتی و ناباروری
- عدم رضایت از رابطه
- شرایط ناایمن
- احساس گناه و پلیدی



ارزیابی بالینی اختلال بی میلی جنسی:

- ❖ ب- ارزیابی نظام بین نسلی در زوجین: در این مرحله بهتر است موارد ذیل انجام شود:
- ❖ تشکیل یک ژنوگرام دقیق
- ❖ ارزیابی ارتباطات بین خانوادگی
- ❖ تشکیل مثلثها و الگوهای فرزندپروری و تربیتی
- ❖ تاثیر ارتباط با والدین در برقراری صمیمت عاطفی

عوامل بین نسلی: intergenerational

این عوامل باورها، تفکراتی است که از خانواده به ما رسیده و در رفتارهای ما اثر می گذارد:

- باورهای دینی خانوادگی
- باورهای فرهنگی
- نگرشها، ارزشها، و توقعات در مورد سکس
- نادانیها، افسانه ها ، پنهانکاریها و تروماهای در دروان کودکی

ارزیابی بالینی اختلال بی میلی جنسی:

➤ **پ-توجه به سیستم شناختی:** باورهای منفی تاثیر عمیقی بر روابط زناشویی و میل جنسی می گذارند. شناخت باورهای منفی جنسی، و تفکرات منفی تاثیر گذار در این حیطه می تواند بسیار مهم باشد. این ارزیابی و شناخت با تکنیکهای بعدی که در درمان اجرا می شوند بسیار کمک می کند.

➤ **ت- استفاده از ابزارهای تجربی :** این ابزارها میزان رضایت از زندگی زناشویی و علاقه و میل جنسی را می سنجند. در برخورد های شناختی رفتاری مفید می باشند. مانند FSFI که توسط Rosen و همکارانش تهیه شده و استفاده می شود. یا SIDI که توسط Clayton و همکارانش تهیه شده است.

ارزیابی بالینی اختلال بی میلی جنسی:

- **ث - ارزیابی عوامل تاثیر گذار در درمان:** بسیار عوامل درمان را تسهیل می کنند و در درمان موثر هستند عواملی که باعث بهتر شدن شرایط درمان می شوند شامل موارد ذیل است:
- باورهای مثبت زوجین در مورد سکس و خواست تجربه میل جنسی
- عدم وجود یک مشکل روانپزشکی همراه در هر دو زوج
- عدم وجود باورهای منفی شناختی یا وسواسی که با رفتار و باورهای جنسی مدخله کند
- عدم سوءمصرف مواد و یا هرگونه اعتیاد
- عدم وجود نگرش جنسی منفی ناشی از باورهای مذهبی خانواده و.. و عدم احساس گناه جنسی
- استرس ناشی از انجام کار یا موقعیتی و ترس از دست دادن عشق
- توقعات غیر واقع بینانه، عدم همخوانی با شرایط سن و عدم اطلاعات صحیح جنسی
- عدم بد فهمیهایی در مورد قدرت و کنترل
- اطلاع زوجین از موارد جنسی و ترجیحات طرفین
- عدم وجود رابطه درست و معنی دار و عدم اطلاع از چگونگی برقراری روابط موثر
- عدم همراهی بی میلی جنسی با دیگر مشکلات جنسی

Contraindications for Couple Therapy

- تنفر جنسی در یکی از زوجین یا عدم تمایل برای درمان
- عدم تمایل شرکت شریک جنسی در درمان و عدم انگیزه خود بیمار
- درگیری شدید طرفین با این موضوع که بیماری غیر قابل درمان است
- طرفین عدم تمایل به ماندن در زندگی دارند
- هر کدام از طرفین تعهد درمانی بنا به دلایل خاصی ندارند مانند خیانت ، یا اعتیاد
- وجود یک سیکوپاتولوژی معنا دار در هریک از زوجین

Treatment Addressing:

1. *Addressing Pessimism and Skepticism*
2. *Maintaining a Systemic Focus*
3. *Responsibility for Sexual Intimacy*
4. *Setting Priorities*
5. *Establishing Treatment Goals & Implementing Goals*
6. *Correcting Unrealistic Expectations & Cognitive Work*
7. *Lowering Response Anxiety*
8. *Addressing Affect*
9. *Communication*
10. *Psycho-education*
11. *Systemic exercises*

درمان در مردان

1. مرحله ۱: آموزش، کاهش استرس، هدف قرار دادن عوامل زیستی - پزشکی
2. مرحله ۲: درمان شناختی - عاطفی - رفتاری
 - تمرکز مجدد بر روی شناختها
 - تنظیم هیجان
 - کنترل محرک و فعال سازی رفتاری
 - ساختن مهارت های رابطه ای

تکنیکهای پیشرفته درمان اختلال بی میلی جنسی:

سه راهبرد برای درمانهای پیشرفته و اختصاصی اختلال بی میلی جنسی وجود دارد:

□ ارتقا صمیمت جنسی Promoting sexual intimacy

□ کارکردن روی ترسهای ناشی از صمیمیت Working with fears of intimacy

□ کارکردن روی تعارضات و خشمونت فردی Working with conflict and anger



تعریف صمیمیت:

1. رابطه نزدیک و خودمانی و معمولاً محبت آمیز یا عاشقانه و شخصی با فردی دیگر که مستلزم داشتن اطلاعات بسیار جزئی و یا شناخت عمیق وی است، بعلاوه ابراز فعالانه و احساسات شخصی بعنوان **نشانه های خودمانی بودن**
2. صمیمیت یک فرایند تعاملی است
3. همدلی برای ایجاد صمیمیت لازم است: فهم دیدگاه بی همتای طرف مقابل از جهان
4. مثبت و منفی

۵۴- صمیمیت جنسی - جسمی

- صمیمیت جنسی عبارت است از نیاز برای ارتباط، مشارکت و ابراز آندسته از افکار و احساسات و امیال و خیالبافی ها که ماهیت جنسی دارند و صرفاً با هدف برانگیختن میل جنسی به این نوع صمیمیت پرداخته می شود.
- صمیمیت جسمی نیاز به برقرار رابطه فیزیکی با همسر است.

اجزاء صمیمیت جنسی و جسمی-۲

1. آگاهی عمیق از شخص مقابل: بینش
2. احترام به طرف مقابل: بی همتایی
3. پذیرش طرف مقابل: عدم تغییر
4. اعتماد و صداقت: صمیمیت روانشناختی
5. تماس فیزیکی: استمکام دلبستگی



ارتقا صمیمت جنسی:

- I. صمیمت جنسی تمرکز اصلی در درمان اختلال بی میلی جنسی می باشد.
- II. زوجها باید
 - ایده هایشان را در مورد مفاهیم صمیمت به اشتراک بگذارند و
 - نقص در تعریفهایشان را مشخص کنند و
 - به سمت یک اشتراک در مفهوم صمیمت قدم بردارند.
- I. درمانگر باید در فهم این مطلب که صمیمت جنسی و سکس دو موضوع جدا از هم نیستند به مراجعان کمک کند.
- II. درمانگر باید در توسعه تعریف صمیمیت در روابط غیر جنسی نیز روی زوجین کار کند و موانع صمیمیت را شناسایی کرده و به زوجین بفهماند که چگونه این موانع باعث جلوگیری از فعالیت میل جنسی می شود.

ترسهای ناشی از صمیمیت

• این ترسها در کل در یک بیمار مبتلا به اختلال بی میلی جنسی می توان نشات گرفته ای دو عامل باشد:

الف- ترس از دست دادن کنترل و بههم خوردن تعادل قدرت

ب- ترس از دست دادن همسر و استفاده از سکس بعنوان تنها وسیله نگهدارنده وی

• راهکارهای متعددی برای درمان ترسهای صمیمیت وجود دارد از جمله:

1. مشفص کردن این ترسها اولین قدم است، چرا که با این کار بسیار از آنها خود بخود برطرف می شوند.

2. استفاده از تکنیکهای شناختی رفتاری برای خنثی کردن باورهای منفی در مورد این ترسها و سپس جایگزینی مناسب با باورهای مثبت و تفکرات انطباقی

3. کارکردن روی الگوهای دوری گزینی و کار روی پرنه دلبستگی و احساسی زوچین

New Method:

- Orgasm consistency training (Hulbert 1993)
- Emotion-focused therapy (EFT). (Greenberg, Johnson 1995-2021)



Arash Ramezani(MD, PhD)

